

**Tabelle 8: Therapie des hypertensiven Notfalls in der Praxis**

Nifedipin 5 mg oral  
(evtl. Wiederholung)



Clonidin 0,075 mg i. v.  
(evtl. Wiederholung)

oder

Urapidil 25 mg i. v.  
(evtl. Wiederholung)

ner Monotherapie begonnen werden, für die Thiazid-Diuretika, Beta-Blocker, Kalzium-Antagonisten oder ACE-Hemmer eingesetzt werden können. Bei mittelschwerem und schwerem Hochdruck ist der primäre Einsatz einer Zweier-Kombination angezeigt.

③ Dreier-Kombinationen sind nur bei etwa zehn Prozent der Hochdruck-Patienten und bei therapierefraktärer Hypertonie notwendig. Bei diesen Patienten ist auch immer die Therapietreue und die Zuverlässigkeit der Medikamenteneinnahme zu prüfen.

④ Für die Langzeitbetreuung ist die Arzt-Patienten-Compliance durch bessere Motivation von Arzt und Patient zu verbessern. Hierzu bieten sich unter anderem vom Arzt selbst in der Praxis durchgeführte Gruppenseminare an.

**Literatur**

1. Assmann, G.; Schulte, H.: Procarn-Studie Panscientia-Verlag, Hedingen-Zürich, 1986
2. Beilin, L. J.: Epitaph to essential hypertension - a preventable disorder of known aetiology? *J. of Hypertension* 6 (1988) 85-94
3. Deutsche Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdruckes: Empfehlungen zur Hochdruckbehandlung in der Praxis und zur Behandlung hypertensiver Notfälle. 8. Auflage (1988) 6900 Heidelberg, Postfach 10 20 40
4. Klaus, D.: Ergebnisse von Interventionsstudien bei mittelschwerer und schwerer Hypertonie, in Rosenthal, J.: Arterielle Hypertonie, 3. Auflage, Springer-Verlag Berlin (1988) 647-661
5. Lange, E.: Für und Wider des Stufenschemas zur Behandlung der Hypertonie-Hochdruck, 8, 30-34, 1988
6. Laragh, J. H.: Issues, Goals and Guidelines in Selecting. First-Line Drug Therapy for Hypertension. *Hypertension* 13, Suppl. 1 (1989) 1-103-1-112
7. Most, E.; Lehmann, K.; Blummer, E.; Letzel, H.; Schulz, H.: Behandlung der essentiellen Hypertonie. *Therapiewoche* 37 (1987) 3075-3083
8. The 1988 Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Arch. Int. Med.* 148 (1988) 1023-1038
9. Bühler, F. R.: Serotoninantagonisten zur Hypertoniebehandlung. *Schweiz. Med. Wschr.* 188 (1988) 1259-1260
10. Aoki, K.: Essential Hypertension, Calcium Mechanism and Treatment, Springer-Verlag Berlin, 1986, 11-24

**Anschrift des Verfassers:**

Prof. Dr. Dieter Klaus  
Medizinische Klinik  
Städt. Kliniken Dortmund  
Beurhausstraße 40  
4600 Dortmund 1

mehr auf. Entsprechende Laborkontrollen zeigten, daß sowohl der Plasmaprofilverlust als auch die Änderungen von Blutdruck- und Pulsverhalten positiv beeinflusst wurden, ein Blutzuckerabfall nach zwei bis drei Stunden war in keinem Fall mehr nachweisbar. Die subkutane Gabe des Somatostatinanalogons SMS 201-995 stellt offensichtlich eine echte Alternative zu möglichen Umwandlungsoperationen bei der Behandlung der Dumpingsymptomatik des operierten Magens dar. W

Primrose, J. N., D. Johnston: Somatostatin analogue SMS 201-995 (octreotide) as a possible solution to the dumping syndrome after gastrectomy or vagotomy. *Brit. J. Surg.* 76: 140-144, 1989.

University Department of Surgery, The General Infirmary, Leeds, UK.

**Peristaltische Aktivität nimmt im Alter nicht ab**

Da sich mit zunehmendem Lebensalter bei vielen Patienten eine Obstipation einstellt, ist immer wieder behauptet worden, die peristaltische Aktivität des Gastrointestinaltrakts nehme im Alter ab. Im Gegensatz zu anderen Organen läßt sich jedoch im Verdauungstrakt eine Verschleißerscheinung nicht nachweisen.

Die Autoren untersuchten eine Vielzahl von Motilitätsparametern nüchtern und postprandial, es ließen sich jedoch keinerlei Unterschiede zwischen 18- bis 39jährigen und 40- bis 69jährigen nachweisen, gleichgültig, ob unklare gastrointestinale Symptome bestanden oder nicht. Sämtliche gemessenen Magen- und Dünndarmmotilitätsparameter waren identisch in beiden Altersgruppen. Die häufig bei alten Menschen beobachtete Obstipation muß somit andere Ursachen haben. W

Fich, A., M. Camilleri, S. F. Phillips: Effect of Age on Human Gastric and Small Bowel Motility. *J. Clin. Gastroenterol.* 11 (4): 416-420, 1989.

Gastroenterology Research Unit, Mayo Clinic and Foundation, Rochester, MN 55905, USA.

**Somatostatin bei Dumping-Syndrom**

Beim Dumping-Syndrom handelt es sich entweder um eine vasovagale Synkope, ausgelöst durch hyperosmolare Lösungen (Früh-Dumping) oder um ein postalimentäres Spätsyndrom im Sinne einer Hypoglykämie. Neben der diätetischen Behandlung sind zahlreiche Medikamente wie Serotoninantagonisten und orale Antidiabetika eingesetzt worden, die Ergebnisse haben jedoch nicht überzeugt. Die Autoren berichten über ihre Erfahrungen mit

**FÜR SIE REFERIERT**

dem Somatostatinanalogon SMS 201-995 (Octreotid) bei zehn Patienten. Die Dumpingsymptomatik wurde durch hypertone Glukoselösung provoziert. Bei sieben Patienten lag ein Früh-Dumping, bei zwei ein Früh- und Spätsyndrom und bei einem eine Späthypoglykämie vor. Bei allen Patienten ließen sich die Dumpingsymptome durch Gabe von 50 bzw. 100 µg SMS 201-995 weitgehend unterdrücken. Spät-Dumping-symptome traten überhaupt nicht