

# Hypertensie en huisarts; een uitdaging

DOOR J. - A. E. VAN DER FEEN, HUISARTS TE GOES

*„Van alle hypertensie-patiënten is de helft niet bekend; van de bekende helft wordt de helft niet behandeld, terwijl de andere helft voor de helft onvoldoende wordt behandeld”.*

*„Nu de complicaties van hypertensie zijn te voorkomen door anti-hypertensieve therapie, rust op de huisarts de taak, onbekende hypertensie-patiënten op te sporen en te (doen) behandelen” E. D. Freis (1973).*

Naast het in de eigen praktijk opgemerkte, vrij grote aantal hypertensiepatiënten, waren het vooral bovenstaande stellingen en de voordracht en publikaties van de Engelse huisarts *Tudor Hart*, die bij mij hebben geleid tot extra belangstelling voor de problemen, die de huisarts in de confrontatie met de hypertensie in zijn praktijk ontmoet. Milieufactoren, diagnostiek, therapie (heeft deze zin? wanneer? tot welke grens? hoe?) en de – voornamelijk secundaire – preventie (surveillance van risicogroepen volgens *Van den Dool*, al of niet voorafgegaan door screening) lijken als belangrijkste onderdelen van het hypertensie-probleem een bespreking waard.

## MILIEUFACTOREN

De bloeddruk vertoont in het algemeen een stijging met de leeftijd, bij mannen tot ongeveer het vijftigste jaar, bij vrouwen tot ongeveer het zestigste jaar, zodat men, wederom in het algemeen, onder de 45 jaar bij mannen een hogere bloeddruk vindt dan bij vrouwen en boven de 45 jaar juist een hogere bloeddruk bij vrouwen. Deze stijging met de leeftijd, die niet bij „primitieve” volkeren voorkomt, wordt veroorzaakt door het milieu. De volgende factoren spelen een rol:

- 1 *Lichamelijke arbeid*. In het algemeen vindt men bij „handarbeiders” een lagere bloeddruk.
- 2 *Adipositas*. Vetzucht verergert de gevolgen van de hypertensie, maar is niet een fundamentele pathogenetische factor. Wel daalt de bloeddruk als het lichaamsgewicht kan worden

verlaagd (ik observeerde in de praktijk driemaal bloeddrukdalingen van diastolisch 130 naar 85 mm Hg met als enige „therapie” vermagering). Bij adipositas stijgt het hartminutenvolume, bij hypertensie stijgt de perifere weerstand; aldus is het begrijpelijk dat de combinatie van hypertensie met adipositas meer kans op complicaties biedt dan één van beide factoren alleen.

- 3 *Roken*. In het algemeen leidt roken – afgezien van de risico-factor ten opzichte van hart- en vaatziekten – eerder tot een verlaging dan tot een verhoging van de bloeddruk, waarschijnlijk doordat rokers in doorsnee een lager lichaamsgewicht hebben.
- 4 *Zout*. Beperking van de zouttoevoer leidt zeker tot daling van de bloeddruk, maar de rol van het zout bij het ontstaan van hypertensie is veel minder zeker. Dat in streken met zacht drinkwater meer natrium-opneming uit het voedsel zou plaatsvinden, wat aldaar tot het vóórkomen van meer hypertensie zou leiden, is lang niet overal bevestigd. Dat daarentegen bij essentiële hypertensie primair verminderde zoutuitscheiding door de nieren zou bestaan, is een gedachte, die de laatste tijd meer naar voren komt (*Birkenhäger*).
- 5 *Psychologische factoren*. De evaluatie van psychologische factoren bij het ontstaan van hypertensie is zeer moeilijk, zodat vaststaande en algemeen aanvaarde conclusies hieromtrent tot nu toe ontbreken.

Naast milieufactoren speelt de erfelijkheid een belangrijke rol in de vorm

van een zekere predispositie. *Pickering* vond dat alle eerste graads bloedverwanten van lijders aan essentiële hypertensie vanaf het twintigste tot het zeventigste jaar een hogere bloeddruk hebben dan controle-personen. In beide groepen stijgt de bloeddruk met de leeftijd, maar de essentiële hypertensielijder heeft een hogere beginwaarde. Essentiële hypertensie is ernstiger en de mortaliteit hoger wanneer er een hereditaire predispositie is, in het bijzonder wanneer de hypertensie-eigening bij (de familie van) beide ouders aanwezig is. De conclusie is dat het opnemen van de familie-anamnese bij

---

**Samenvatting.** Nadat de nadruk is gelegd op de belangrijke taak van de huisarts bij het opsporen van hypertensie onder zijn praktijk-bevolking, volgen enige opmerkingen over het gedrag van de bloeddruk, waarbij de belangrijkste factoren, die hierop van invloed kunnen zijn, kort worden besproken. Aan de hand van vier vragen, te weten: hoe hoog is de bloeddruk; zijn er orgaan-afwijkingen; is er een behandelbare oorzaak en zijn er andere, ernstige ziekten? wordt nagegaan welke taken en mogelijkheden er bij de diagnostiek van hypertensie voor de huisarts zijn weggelegd.

Bij het onderdeel therapie wordt aangestipt of therapie zin heeft; wanneer therapie moet worden toegepast; naar welke diastolische druk therapeutisch moet worden gestreefd en hoe de therapie moet worden toegepast.

Nadat het aantal patiënten met hypertensie per 1 januari 1974 in de betreffende praktijk was vastgelegd, werd aan de hand van een in het normale praktijkgebeuren ingepaste screening op hypertensie van alle vrouwen en mannen van 31 tot 60 jaar gedurende het jaar 1974 nagegaan, hoeveel tot dan toe onbekende patiënten met hypertensie konden worden opgespoord. Het percentage patiënten met hypertensie en mogelijke hypertensie bleek in de leeftijd van 31 tot 60 jaar voor vrouwen 16 en voor mannen bijna 12 te bedragen.

Nadat een voorstel tot re-screening van de patiënten uit de verschillende risicogroepen is gedaan, wordt geconcludeerd, dat het bij uitstek een taak voor de huisarts is de hypertensie-patiënten in zijn praktijk op te sporen, waarbij speciaal aandacht wordt aanbevolen voor de mannen van 41 tot 50 jaar en de vrouwen van 51 tot 60 jaar.

---

(potentiële) hypertensie-patiënten alle aandacht verdient.

## DIAGNOSTIEK VAN HYPERTENSIE DOOR DE HUISARTS

In *schema 1* is links de indeling van Pickering aangehouden; rechts vindt men tot welke taken dit voor de huisarts leidt.

Ad A. Dat de bloeddruk meermalen moet worden gemeten, is bekend; uit vele onderzoeken is gebleken, dat bij een tweede en vooral bij een derde meting belangrijk lagere waarden worden gemeten dan bij een eerste meting (onder andere *Tudor Hart*). Het verdient echter geen aanbeveling naar zogenaamde basale omstandigheden te streven, bijvoorbeeld meten na een half uur rustig liggen en dergelijke. Uit verzekeringsgeneeskundige gegevens en onder andere uit het Framingham-onderzoek blijkt, dat de „casual blood pressure” beter correspondeert met de kans op complicaties dan de basale bloeddruk. Er dient mijns inziens meer waarde te worden gehecht aan de door geregelde meting door de huisarts bepaalde bloeddrukwaarden dan aan waarden die, al of niet klinisch, in het ziekenhuis worden bepaald. Ook patiënten, wier verhoogde diastolische bloeddruk weer „normaal” wordt onder invloed van bedrust enzovoort in een ziekenhuis, kunnen desondanks een ernstige hypertensie hebben die korte of lange tijd na ontslag uit het ziekenhuis weer merkbaar wordt.

Het meermalen meten van de bloeddruk van nieuw gevonden hypertensiepatiënten met tussenpozen kan, zoals *Tudor Hart* beschrijft, goed worden benut door nu reeds zo nodig bepaalde levensgewoonten van de patiënt wat om te buigen, bijvoorbeeld minder zout gebruiken, niet roken, vermageren, waardoor bij het eventueel later instellen van de medicamenteuze therapie niet alle voor de patiënt meestal onaangename maatregelen tegelijk behoeven te worden voorgeschreven.

Het verdient aanbeveling, de bloeddruk altijd in één houding (bijvoorbeeld zittend) te meten, om vergelijkbare waarden te krijgen. De vergelijkbaarheid

## Schema 1. De diagnostiek van hypertensie

- A. Hoe hoog is de bloeddruk?
- B. Zijn er complicaties (orgaan-afwijkingen)?
  - retina
  - hart
  - hersenen
  - nieren

C. Is er een behandelbare oorzaak? Uitvoeriger onderzoek

D. Zijn er andere ernstige ziekten? Eventueel geen nader onderzoek van de hypertensie

Taak en beschikbare mogelijkheden van de huisarts

Bloeddruk meermalen meten; familie-anamnese  
Algemeen onderzoek, bloed-onderzoek (bloedbeeld, mineralen, cholesterol, triglyceriden en bloedsuiker)  
Funduscopie  
Electrocardiogram, thorax doorlichting

Urine-onderzoek, kweek, intraveneus pyelogram en bloed-creatinine

van gevonden bloeddrukwaarden wordt zeker ook bevorderd, wanneer het verdwijnen der Korotkoff-tonen algemeen als grens van de diastolische druk wordt aangehouden. Het meten van de bloeddruk aan een dikke arm vormt een probleem apart. Volgens sommigen dient hierbij volgens een bepaalde formule een zeker getal van de gevonden bloeddrukwaarden te worden afgetrokken; volgens anderen is dit aftrekken niet altijd, of zelfs zelden juist. Het laatste standpunt lijkt mij juist en veiliger. Een pleidooi om, zeker bij de eerste bepalingen, de bloeddruk aan beide armen te meten is zeker op zijn plaats. Ik vond bij tenminste tien procent der gemeten personen een duidelijk verschil tussen linker en rechter arm, van tien, vijftien of zelfs twintig millimeter kwik diastolisch. Na de eerste metingen kan men zich dan verder beperken tot het meten aan die arm, waaraan de hoogste bloeddrukwaarden werden gevonden.

Ad B. Om te kunnen beoordelen of er complicaties zijn of dreigen, dient naast het reeds genoemde opnemen van de familie-anamnese uiteraard een algemeen onderzoek door de huisarts te worden verricht, waarbij hier slechts wordt gewezen op de door *Birkenbäger* aanbevolen indicaties voor het laten verwaardigen van een intraveneus pyelogram:

leeftijd beneden 30 jaar, diastolische druk boven 110 mm Hg; diastolische druk boven 130 mm Hg, ongeacht de leeftijd; abrupt begonnen hypertensie; maligne hypertensie (fundus-afwijkingen); niertrauma in de anamnese; soufflé in de bovenbuik; urine-afwijkingen, gestoorde nierfunctie; therapie-resistente hypertensie.

Ad C. Is uitvoeriger onderzoek en dus verwijzing naar een specialist noodzakelijk? Hierbij kan men overwegen dat bij jonge mensen de kans op het bestaan van secundaire hypertensie groter is en dat een snel stijgende bloeddruk kan wijzen op pyelonephritis of arteria renalisstenose. Bij een positieve familie-anamnese is er daarentegen meer kans op primaire, essentiële hypertensie. Het verstandigst lijkt mij het advies van *Freis*, die een uitvoeriger onderzoek aanraadt bij: 1. Patiënten, jonger dan 35 jaar met verdenking op secundaire hypertensie en 2. patiënten van alle leeftijden, die niet reageren op medicamenteuze therapie. Aldus mist men vrijwel geen behandelbare hypertensie en bespaart men 98 procent van zijn patiënten onaangename en dure onderzoeken (*Freis*).

Ad D. Een uitvoeriger onderzoek kan ongewenst of zelfs overbodig worden wanneer er andere ernstige ziekten zijn. Een treffend voorbeeld hiervan vormde een patiënte van 54 jaar met een uitgebreid gemetastaseerd mammacarcinoom, bij wie ik bij herhaling een bloeddruk van 230/150 mm Hg mat.

## THERAPIE VAN HYPERTENSIE

*Heeft therapie zin?* Om dit te kunnen beoordelen volgen hier enkele gegevens uit de literatuur. Uit het Framingham-onderzoek blijkt onder andere, dat de vroege mortaliteit ten gevolge van een myocardinfarct bij preëxistente hypertensie tweemaal zo groot is als normaal; de kans op een recidief-infarct bij hypertensie is eveneens tweemaal zo groot en de kans op „cardiac death” bij hypertensie vijfmaal zo groot. Combinatie van risicofactoren leidt uiteraard tot nog ongunstiger uitkomsten: een bloeddruk

hoger dan 160/95 mm Hg, gecombineerd met een serumcholesterol van meer dan 250 mg procent en het roken van meer dan twintig sigaretten per dag leidt tot een tienmaal zo groot risico!

Uit het onderzoek van *Bechgaard* haal ik de volgende gegevens aan: bij een diastolische bloeddruk boven 120 mm Hg is onder de 50 jaar de mortaliteit bij mannen zeveneneenhalf maal groter dan normaal, bij vrouwen driemaal; bij eenzelfde bloeddruk is boven 60 jaar de sterfte bij mannen tweemaal groter dan normaal, bij vrouwen anderhalfmaal. Een Nederlands cijfer: per jaar worden in ons land tienduizend patiënten met links-insufficiëntie geregistreerd; bij 70 procent van hen is de oorzaak hypertensie.

De meest indrukwekkende gegevens zijn mijns inziens te vinden in de onderzoeken van *Hamilton* (Engeland) en *Freis* (Verenigde Staten), waarbij weliswaar het aantal patiënten in het onderzoek van *Hamilton* klein is, maar er waren, in tegenstelling tot het onderzoek van *Freis*, ook vrouwen bij betrokken en er waren tevoren geen orgaanafwijkingen vastgesteld, zodat *Hamilton's* onderzoek dichter bij de situatie komt waarmee de Nederlandse huisarts wordt geconfronteerd.

*Hamilton* verzamelde 61 patiënten met hypertensie (diastolische bloeddruk meer dan 120 mm Hg, driemaal gemeten) zonder orgaanafwijkingen: 22 mannen en 39 vrouwen. Van de 22 mannen werden tien behandeld, wat negenmaal tot een diastolische bloeddruk van minder dan of gelijk aan 100 mm Hg leidde. In deze groep traden geen complicaties op tegenover in de controlegroep van 12 personen achtmaal (viermaal een cerebro-vasculair accident). Van de 39 vrouwen werden zestien regelmatig gecontroleerd (diastolische bloeddruk kleiner of gelijk aan 100 mm Hg); in deze groep trad bij één patiënte converging op, verder geen complicaties. Bij de 23 vrouwen die onvoldoende werden gecontroleerd traden daarentegen twaalfmaal complicaties op (zesmaal een cerebro vasculair accident).

Uit het Veterans Administration's onderzoek van *Freis* en *anderen* springen de

volgende resultaten naar voren: Groep I bestond uit 143 mannen met een gemiddelde leeftijd van 51 jaar en een diastolische bloeddruk (na vijf dagen ziekenhuisopname) van 115-129 mm Hg. In de grotendeels adequaat met antihypertensiva behandelde groep kwam drie procent complicaties voor; in de onbehandelde 38 procent (!), zodat dit deel van het onderzoek na ongeveer drie jaar voortijdig moest worden beëindigd.

Groep II bestond uit 380 mannen van dezelfde gemiddelde leeftijd met een diastolische bloeddruk van 90-114 mm Hg. Na ongeveer vier jaar waren er in de behandelde groep achttien procent complicaties (nota bene vele deelnemers hadden orgaanafwijkingen!), in de onbehandelde groep zelfs 55 procent! Bovendien was bij twintig patiënten uit deze groep de diastolische bloeddruk opgelopen tot meer dan 125 mm Hg.

*Freis* verdeelde in een volgend onderzoek de onbehandelden in twee groepen: A met (geringe) afwijkingen aan hart, nieren of hersenen; B zonder afwijkingen aan hart, nieren of hersenen. Na drieeneenhalf jaar waren in groep A tweeënhalftal zoveel ernstige complicaties opgetreden als in groep B (daarom moeten hypertensie-patiënten met orgaanafwijkingen reeds bij een slechts licht verhoogde bloeddruk worden behandeld). De conclusie hieruit is dat antihypertensieve therapie zeker zin heeft: ten eerste worden complicaties voorkomen en ten tweede voorkomt men ook een verdere stijging van de bloeddruk.

Men dient evenwel te bedenken dat links-insufficiëntie en hypertensieve encephalopathie in veel belangrijker mate worden voorkómen dan cardiale en cerebrale infarcten. Bij de laatste is de hypertensie tenslotte slechts een van verscheidene pathogene factoren. Zal misschien eerder begonnen antihypertensieve therapie er wél toe kunnen bijdragen ook latere infarcering te voorkomen?

*Wanneer therapie?* Van alle adviezen lijkt mij dat van *Freis* het beste, ook al is het voor oudere vrouwen mijns inziens wat te stringent: behandel alle patiënten met een diastoli-

sche bloeddruk hoger dan 105 mm Hg, ongeacht verdere criteria;

bij een diastolische bloeddruk van 90 tot 94 mm Hg te behandelen, indien er vier of meer punten (zie verder) bijkomen; bij een diastolische bloeddruk van 95 tot 99 mm Hg te behandelen, indien er drie punten bijkomen;

bij een diastolische bloeddruk van 100 tot 104 mm Hg te behandelen, indien er twee punten bijkomen.

Eén punt = leeftijd onder 45 jaar; mannelijk geslacht; zwarte ras; systolische bloeddruk meer dan 165 mm Hg; positieve familie-anamnese; hyperglykemie; hypercholesterolemie. Twee punten = orgaanafwijkingen.

Met dit advies is in de huisartspraktijk mijns inziens goed te werken. Men kan zich afvragen of een positieve familie-anamnese niet beter met 2 en orgaanafwijkingen met 3 punten zouden moeten worden gewaardeerd.

*Therapie: tot welke grens?* Hierover zijn in de literatuur weinig gegevens te vinden. Sommigen streven naar een diastolische druk lager dan 80 mm Hg, anderen zijn tevreden met ongeveer 100 mm Hg. Uit een recente publikatie van *Taguchi* en *Freis* blijkt dat, hoewel men wel moet blijven streven naar normalisatie van de bloeddruk, ook een slechts gedeeltelijke verlaging van de bloeddruk wel degelijk tot vermindering van complicaties leidt.

*Therapie: Hoe?* Afgezien van die gevallen, waarbij een causale chirurgische therapie mogelijk is, (coarctatie, phaechromocytoma, syndroom van Conn, syndroom van Cushing, unilaterale nierafwijkingen), betekent antihypertensieve therapie een levenslange begeleiding (dus bij uitstek geschikt voor de huisarts!), waarbij onnodig angstig maken, onnodige beperkingen, onnodig onderzoek en onnodige behandeling moeten worden vermeden.

Algemene regels: calorie-arm dieet bij adipositas; cholesterol-arm dieet vooral bij jonge mannen met hypercholesterolemie; zoutbeperking (mijns inziens perse nuttig en als ondersteuning van een later mogelijk volgende therapie met diuretica); niet roken; voldoende bewe-

ging en rustgevende begeleiding (door de huisarts).

Wanneer tot medicamenteuze therapie wordt besloten, verdient het aanbeveling zich systematisch aan een schema te houden, zoals bijvoorbeeld door *Birkenhäger* in dit tijdschrift is beschreven.

#### ONDERZOEKINGEN IN EIGEN PRAKTIJK

Op een praktijkgrootte van ongeveer vierduizend zielen bleken per 1 januari 1974 123 patiënten – 30 mannen en 93 vrouwen – onder medicamenteuze anti-hypertensieve therapie te zijn (*tabel 1*). Het aantal mij bekende hypertensiepatiënten per 1 januari 1974 werd vergeleken met gegevens uit de literatuur (*tabel 2*). Uit deze getallen trok ik de conclusie dat in mijn praktijk een vrij aanzienlijk aantal onbekende hypertensiepatiënten moest schuilen en werd besloten gedurende het jaar 1974 zo mogelijk alle mannen en vrouwen van 31 tot 60 jaar op hypertensie te onderzoeken.

Bloeddrukmeting leent zich goed voor screening, omdat het een handeling is, die zowel voor patiënt als arts weinig overlast meebrengt, zeker als zij wordt ingepast in het normale praktijkgebeuren. Bovendien is het rendement vrij groot en zijn eventuele therapeutische consequenties goed waar te maken. Een praktijktekening diende hieraan vooraf te gaan, om het percentage gevonden hypertensiepatiënten per leeftijdsgroep te kunnen vaststellen.

Vanaf eind januari 1974 werd ernaar gestreefd bij alle mensen uit de praktijk van 31 tot 60 jaar, bij wie dat dit jaar nog niet was gebeurd, minstens eenmaal aan beide armen zittend de bloeddruk te meten, onverschillig waarvoor de patiënt op het spreekuur kwam. Deze werkwijze, duidelijk verschillend van het snel „afwerken” van slechts de door de patiënt tijdens het spreekuur gepresenteerde klacht, eiste in den beginne wel enige aanpassing, maar na een tot twee maanden werden geen bloeddrukmetingen meer „vergeten”.

Na gedurende negen maanden deze werkwijze te hebben toegepast, werd nagegaan wie van de ruim dertienhonderd

te meten personen nog niet aan de beurt was geweest. In de laatste twee maanden van het jaar werden de resterende ongeveer 250 personen merendeels aan huis bezocht wanneer bijvoorbeeld een visite mij toch dicht in hun buurt bracht; ook enkele zaterdagen leenden zich goed voor dit doel. Het is overigens zeker niet noodzakelijk een screening op de door mij gekozen, in wat geforceerd tempo verlopende manier te beëindigen. Er kan zonder bezwaar een wat langere periode voor worden gebruikt, met als voordeel dat men de gevonden hypertensiepatiënten niet in grote getale tegelijk hoeft te „verwerken” (*Tudor Hart*).

Het resultaat van de geschetste werkwijze was, dat bij nagenoeg allen van de voor onderzoek in aanmerking komende de bloeddruk kon worden gemeten, een resultaat dat bij andere methoden van screening, bijvoorbeeld schriftelijke uitnodiging, mijns inziens niet is te bereiken. Slechts één persoon voelde niet voor dit onderzoek; zes overleden of ver-

*Tabel 1. Verdeling van de hypertensiepatiënten onder medicamenteuze behandeling van de auteur op 1 januari 1974 naar leeftijdsgroepen en geslacht.*

Leeftijd in jaren	Mannen	Vrouwen
21 tot 30	1	2
31 tot 40	0	4
41 tot 50	4	14
51 tot 60	12	18
61 tot 70	8	26
71 tot 80	4	24
ouder dan 80	1	5
Totaal	30	93

trokken uit de praktijk in de loop van 1974, voordat hun bloeddruk was gemeten.

De resultaten van de screening op hypertensie gedurende 1974 zijn te vinden in *tabel 3*. Omstreeks tien procent van de onderzochten bleek bij eerste meting een diastolische bloeddruk van 100 mm Hg of hoger te hebben, waarbij in de groep van 31 tot 40 jaar de mannen licht overheersten (duidelijk minder trouwens dan bij het onderzoek van *Tudor Hart*), ter-

*Tabel 2. Schattingen en uitkomsten van onderzoek betreffende het percentage hypertensie-liders onder de bevolking.*

		Percentage hypertensie-liders
Verenigde Staten	totale bevolking, schatting	12-18
Nederland	40- tot 60-jarigen, schatting	10
COPINH-onderzoek	6500 mannen van 35 tot 65 jaar	6-11
CB-project hartziekten*	6500 mannen en vrouwen van 35 tot 49 jaar	
	bloeddruk licht verhoogd	
	} systolisch 140-159 mm Hg	mannen 36
	} diastolisch 95-104 mm Hg	vrouwen 19
	bloeddruk duidelijk verhoogd	
	} systolisch meer dan 160 mm Hg	mannen 7
	} diastolisch meer dan 105 mm Hg	vrouwen 5

\* Hierbij wordt vermeld dat bij geen der onderzochten de hypertensie bekend was.

*Tabel 3. Resultaten van de screening op hypertensie naar leeftijdsgroepen, geslacht en verschillende waarden van de diastolische bloeddruk. Tussen haakjes uitgedrukt in procenten. De uitkomsten hebben betrekking op een eenmalige bloeddrukmeting. N = 1279; 647 vrouwen en 632 mannen.*

Leeftijd in jaren	Vrouwen (V) Mannen (M)	Diastolische bloeddruk in mm Hg			
		minder dan 80	80-89	90-99	meer dan 100
31-40	V 234	68 (29)	107 (46)	47 (20)	12 (5)
	M 221	70 (31)	106 (49)	31 (13)	14 (7)
41-50	V 208	42 (20)	89 (42)	55 (27)	22 (11)
	M 212	53 (25)	98 (46)	39 (18)	22 (11)
51-60	V 205	30 (15)	66 (32)	70 (34)	39 (19)
	M 199	45 (23)	70 (35)	60 (30)	24 (12)
Totaal 31-60	V 647	140 (22)	262 (41)	172 (26)	73 (11)
	M 632	168 (27)	274 (43)	130 (21)	60 (9)

wijl in de groep van 51 tot 60 jaar de vrouwen duidelijk de overhand hadden. Inclusief de in de leeftijdscategorie 31 tot 60 jaar onder behandeling zijnde hypertensie-patiënten – 16 mannen en 36 vrouwen – bedroeg het percentage mensen met hypertensie, respectievelijk mogelijke hypertensie in deze leeftijdscategorie, 16 voor vrouwen en iets minder dan 12 voor mannen. Aangezien bij latere – herhaalde – meting in sommige gevallen een normale bloeddruk werd gevonden, zullen deze getallen in werkelijkheid wat lager liggen.

De meeste belangstelling gaat uit naar de groep patiënten met diastolische bloeddrukwaarden van 100 mm Hg of meer. Van de 73 vrouwen, die bij eerste bloeddrukmeting een diastolische druk van 100 of meer mm Hg hadden, bedroeg deze bij 17: 100 mm Hg; bij 43: 101-110 mm Hg; bij 7: 111-120 mm Hg en bij 6: meer dan 120 mm Hg. Van de 60 mannen, die bij eerste bloeddrukmeting een diastolische druk van 100 of meer mm Hg hadden, bedroeg deze bij 24: 100 mm Hg; bij 23: 101-110 mm Hg; bij 10: 111-120 mm Hg en bij 3: meer dan 120 mm Hg. De verwachting is dat bij herhaling van het onderzoek bij een aantal personen een normale bloeddruk zal worden gevonden.

Tijdens het onderzoekjaar 1974 werd een aantal mensen bij wie de bloeddruk bij eerste meting verhoogd bleek opnieuw onderzocht, waarbij in verscheidene gevallen de diagnose hypertensie definitief werd gesteld (tabel 4). Bij afsluiting van het onderzoek-jaar op 1 januari 1975 was een aantal mogelijke hypertensie-patiënten nog niet voor de tweede maal onderzocht. Dit onderzoek werd gedurende 1975 voortgezet.

Bij de beoordeling van de uitkomsten, weergegeven in tabel 4 dient ermee rekening te worden gehouden dat onder de per 1 januari 1974 onder behandeling zijnde patiënten in de loop van 1974 enigen zich aan de behandeling onttrokken, respectievelijk uit de praktijk vertrokken.

Naast de toeneming in praktisch alle leeftijdsgroepen valt de sterke toeneming op in de groep mannen van 41-50 jaar;

Tabel 4. Aantal patiënten, verdeeld naar leeftijdsgroep en geslacht op respectievelijk 1 januari 1974 en 1 januari 1975 onder medicamenteuze behandeling voor hypertensie.

Leeftijd in jaren	1 januari 1974		In behandeling op 1 januari 1975	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
31 - 40	0	4	2	6
41-50	4	14	12	17
51-60	12	18	10	21
Totaal	16	36	24	44

deze laatste groep zou mijns inziens in de eerste plaats doel van een gedeeltelijke screening kunnen zijn.

#### VOORDEEL VAN SCREENING DOOR HUISARTS

Als voordeel van screening door de huisarts in het algemeen zie ik het zich op een andere manier opstellen ten opzichte van de patiënt (men gaat nu als arts naar de patiënt in plaats van andersom), waardoor een meer positieve „attitude” ontstaat en ook andere problemen gemakkelijker ter sprake kunnen komen. Bovendien leert men soms reeds lang tot de praktijk behorende patiënten kennen, die men als huisarts nog niet eerder had ontmoet; ook dit kan leiden tot het opsporen van – soms in een geheel ander vlak liggende – risicofactoren.

Screening op hypertensie door de huisarts biedt mijns inziens de volgende voordelen:

- 1 het opsporen van enkele patiënten met ernstige hypertensie, die direct verder moeten worden onderzocht en behandeld;
- 2 het opsporen van een groep patiënten met matig verhoogde bloeddruk, die verder moet worden onderzocht en behandeld;
- 3 het opsporen van een grotere groep patiënten met hoog-normale tot licht verhoogde bloeddruk, bij wie in elk geval de familie-anamnese moet worden nagegaan en enig onderzoek moet worden verricht en die (deels) onder controle moeten blijven;
- 4 het vastleggen van bloeddrukwaarden van alle patiënten, hetgeen van nut kan zijn bij een eventuele volgende screening en het beoordelen van zich later manifesterende ziekten. *Tudor Hart* stelt terecht dat in een kaartsys-

teem niet alleen afwijkingen van de norm moeten worden vastgelegd, maar ook normale waarden.

5 het weer „terugvinden” van patiënten met hypertensie die uit het oog waren verloren.

#### BEWAKEN VAN RISICOGROEPEN

Welke consequenties dienen uit de resultaten van deze screening te worden getrokken? Hoe moeten ten aanzien van hypertensie de verschillende risicogroepen worden bewaakt? Na gedurende meer dan vijftien jaar met tussenpozen van vier tot zeven jaar de bloeddrukwaarden bij twee grote groepen personen te hebben gevolgd, adviseren *Miall* en *Chinn* dat als een initiële screening eenmaal heeft plaatsgevonden, het besluit tot opnieuw screenen het beste kan worden genomen op grond van de bij de eerste meting gevonden bloeddrukwaarden en niet op grond van de leeftijd. Zij adviseren zowel voor mannen als vrouwen in concreto bij een eerst gevonden diastolische bloeddruk van: minder dan of gelijk aan 80 mm Hg: weer screenen na tien tot vijftien jaar, als de leeftijd bij de eerste meting jonger is dan 45 jaar (boven 45 jaar in het geheel niet nodig);

80 tot 89 mm Hg: weer screenen na tien tot vijftien jaar op alle leeftijden;

90 tot 99 mm Hg: weer screenen na vier jaar op alle leeftijden;

100 tot 109 mm Hg: regelmatig controleren op alle leeftijden.

*Miall* en *Chinn* streven ernaar het oplopen van de diastolische bloeddruk tot waarden van 110 mm Hg of hoger te voorkomen. Bij het volgen van hun ge-

dragslijn is er minder dan tien procent kans dat dit ongemerkt zal gebeuren. Als men geneigd is nog iets voorzichtiger te zijn, zou men de groep van 90 tot 99 mm Hg diastolische bloeddruk (en zeker de jongeren daaruit) bijvoorbeeld na twee jaar weer kunnen screenen en de jongeren uit de groep van 80 tot 89 mm Hg diastolische bloeddruk bijvoorbeeld na vier tot vijf jaar.

## CONCLUSIE

Indachtig het motto van *Freis* in het begin van dit artikel lijkt het mij een zinvolle en haalbare taak voor de huisarts, de hypertensie-patiënt in zijn praktijk op te sporen, te onderzoeken en te behandelen. Mocht een algehele screening te omvangrijk worden geacht, dan is een (initieële) beperking tot de mannen van 41 tot 50 en de vrouwen van 51 tot 60 jaar aan te bevelen.

*Summary. Hypertension and general practitioner; a challenge. Having emphasized the important task of the general practitioner in detecting hypertension among his practice population, some remarks are made about the behaviour of blood pressure, with brief reference to the principal factors which can in-*

*fluence it. The tasks and possibilities of the general practitioner in the diagnosis of hypertension are discussed on the basis of four questions: how high is the blood pressure; are there organic changes; is there a cause which is amenable to therapy; are there other serious diseases? Problems discussed in connection with therapy are: can therapy be effective; when should therapy be instituted; at which diastolic pressure should therapy aim; how is therapy to be applied?*

*— After determining the number of hypertensive patients in the practice concerned per 1st January 1974, all male and female patients aged 31-60 were screened for hypertension during 1974, using a screening system adapted to normal practice procedure; the number of previously unidentified hypertensive patients thus traced was then determined. The percentage of patients with hypertension and possible hypertension in age group 31-60 was found to be 16 for the women and nearly 12 for the men.*

*— After a proposal for re-screening of patients in the various risk groups, it is concluded that detection of hypertensive patients is a task par excellence for the general practitioner, who should focus special attention on men aged 41-50 and women aged 51-60.*

Bechgaard, P. (1946) Acta med.scand. Supplement 175, 312.

Birkenhäger, W. H. (1975) huisarts en wetenschap 18, 304-305.

Birkenhäger, W. H. Hypertensie. In: P. G. Gerlings, W. H. Birkenhäger en J. C. van Es. Het medisch jaar 1975. Oosthoek, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1975.

Bonjer, F. H. (1973) Hartbulletin 4, 71-76.

Dool, C. W. A. van den. (1970) huisarts en wetenschap 13, 3 en 59.

Freis, E. D. (1967) J. Amer. med. Ass. 202, 1028.

Ibidem (1970) J. Amer. med. Ass. 213, 1143.

Ibidem (1972) Clin. Pharmacol. Ther. 13, 627-632.

Ibidem (1972) Amer. J. Med. 52, 664-671.

Ibidem (1973) Patient Care, april, 22-24.

Hamilton, M. en anderen. (1964) Lancet I, 235.

Magnus, K. E. F. (1972) Ned. T. Geneesk. 116, 1772-1776.

Ibidem (1973) Ned. T. Geneesk. 117, 78.

Miall, W. E. & S. Chinn. (1974) Brit. med. J. III, 595-600.

Pickering, G. Hypertension, causes, consequences and management. J. & A. Churchill Livingstone, London, 1970.

Taguchi, J. & E. D. Freis (1974) New. Engl. J. Med. . . ., 329.

Tudor Hart, J. (1971) Medicinae Scientia Donat. nummer 11, 7-13.

Ibidem (1974) J. roy Coll. Phycns Lond. 8, 299-314.

Ibidem (1974) Update, february, 515-528.

Ibidem (1974) Update, april, 981-987.

# Een vergelijkend onderzoek van het klachtenpatroon van Surinamers, Antillianen en Nederlanders in een stadspraktijk\*

DOOR DR. J. P. MUIZELAAR,\*\* P. H. BREEDVELD\*\*\* EN N. CEELIE\*\*

## INLEIDING

Het is bekend dat er in het Amsterdamse stadsdeel Bijlmermeer verhoudingsgewijs veel Surinamers en Antillianen wonen. Op 1 januari 1974 waren er op 26200 Bijlmermeerbewoners 3890 rijksgenoten (14,8%, Bureau voor Statistiek Gemeente Amsterdam). De huis-

artsen in dit stadsdeel worden derhalve veel met ziekten en problemen van deze rijksgenoten geconfronteerd. Om een indruk te krijgen over de omvang van deze problemen heeft een onzer (Breedveld) een enquête gehouden onder de negen overige, full- of part-time werkzame huisartsen in de Bijlmermeer. Tijdens de stage van twee co-assistenten in de praktijk van Breedveld is getracht enkele uit de enquête naar voren komende indrukken te objectiveren. Vooral is geprobeerd een antwoord te vinden op de volgende vragen:

1. Komen rijksgenoten even vaak op het spreekuur als Nederlanders?

**Samenvatting.** In een huisartspraktijk werd een onderzoek ingesteld naar de frequentie van spreekuurbezoek en het voorkomen van psychische en psychosomatische klachten bij Surinamers en Antillianen („rijksgenoten”) enerzijds en Nederlanders anderzijds. De rijksgenoten bleken vaker op het spreekuur te komen en ook meer psychosomatische klachten te hebben. Enkele mogelijke verklaringen hiervoor worden besproken.

2. Brengen rijksgenoten per bezoek evenveel klachten naar voren als Nederlanders?

3. Hebben rijksgenoten evenveel psychische of psychosomatische klachten als Nederlanders?

\* Uit het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam (Hoofd: B. S. Polak).

De auteurs danken Drs. H. Schouwenburg, psycholoog, voor het kritisch doornemen van het manuscript.

\*\* Destijds co-assistent huisartsgeneeskunde.

\*\*\* Huisarts te Amsterdam-Bijlmermeer.