

Met zeer grote belangstelling heb ik het artikel van collega MAGNUS (1972) gelezen. Het was mij uit het hart gegrepen. Nu hij de ervaringen publiceerde met het meten van zijn eigen bloeddruk zou ik hier gaarne in het kort mijn onder-
vindingen willen mededelen bij 30 patiënten met hypertensie die eveneens hun bloeddruk zelfstandig optekenden.

Uit ervaring was mij gebleken dat bij verschillende patiënten die met anti-hypertensiva werden behandeld, de bloeddruk in staande houding kon worden teruggebracht tot normale of bijna normale waarden bij de poliklinische controle, maar dat thuis een orthostatische hypotonie ontstond. Bij sommige patiënten bleek thuis in staande houding de systolische bloeddruk soms wel 40 mm kwik te dalen en de diastolische bloeddruk 20 tot 30 mm kwik.

Het lange wachten in de wachtkamer, voorafgaande spanningen, emoties, zware spierarbeid enz. kunnen de bloeddruk zodanig beïnvloeden, dat in vele gevallen geen benadering van de basale bloeddrukwaarden kan worden verkregen. Deze patiënten noteerden evenwel thuis aanzienlijk lagere waarden.

Door BROWN werd reeds in 1930 aangeraden de patiënten de bloeddruk zelf te laten meten. De resultaten waren opvallend goed. Daarna hebben ook andere auteurs hetzelfde aangeraden, zoals AYMAN en GOLDSHINE (1940, 1940-41), FREIS (1954, 1971), SCHROEDER (1954), DUSTAN (1955), JULIUS (1964), DUNNE (1969), PAGE (1971), PICKERING (1971) en WIBER (1972). Wij lieten de bloeddrukmeting bij de patiënt thuis staande verrichten en zonder bijzijn van echtgenote, kinderen of anderen.

De bloeddruk kan het beste gemeten worden met de „Manuell Autotest” meter. De stethoscoopmembraan is in de manchet aangebracht. Het aanleggen door de patiënt zelf geeft geen moeilijkheden; de manometer is gefixeerd aan het ballonnetje. In Amerika werd eveneens een aangepaste bloeddrukmeter voor patiënten ontwikkeld, welke echter in Nederland niet verkrijgbaar is.

Zoals ons bleek, schept de bloeddrukmeting voor de patiënt geen neurotische of angstreactions. Integendeel, de dagelijks enige keren herhaalde bloeddrukmeting geeft vertrouwen en rust, zelfbewustzijn en verantwoordelijkheidsgevoel. De resultaten waren verbluffend. Het contact met de huisarts of specialist behoeft niet verloren te gaan. Telefonisch overleg is veelal voldoende en de controles bij huisarts of specialist kunnen aanzienlijk worden beperkt. Poliklinische controle van de bloeddruk zowel door de patiënt als door de specialist verricht, kloppen bij vergelijking eveneens. De patiënten wordt verder aangeraden de bloeddruk enige keren achter elkaar te meten. Bij emoties en spanningen adviseren wij de patiënt soms de bloeddruk meer dan 3 keer per dag te meten en de bloeddrukwaarden op te tekenen. De bloeddruk kan, zoals wij uit de bloeddruklijsten konden waarnemen, na een snel voorbijgaande spanning of emotie verscheidene dagen verhoogd blijven ofschoon de gemoedsrust volgens patiënt dan reeds is teruggekeerd.

Door ons kon ondubbelzinnig worden waargenomen dat de meting van de bloeddruk thuis door de patiënt, de enige methode is om een benadering van de basale waarde te verkrijgen.

Op het cardiologencongres in Londen (1970) was men er unaniem van overtuigd dat de bloeddruk door de patiënt zelf thuis moest worden opgetekend. Het bleek ons dat in Frankrijk een huisarts in St. Brieux zijn patiënten eveneens de bloeddruk zelfstandig liet meten.

Ofschoon wij bij de Ziekte-Verzekerings-Maatschappijen herhaaldelijk hebben verzocht een gehele of gedeeltelijke onkostenvergoeding te verstrekken voor de aanschaf van een bloeddrukmeter, was men hiertoe nog niet bereid, zodat vele

verzekerden van de grote voordelen van de bloeddrukmeting aan huis geen profijt konden trekken. Wellicht dat in de toekomst hier meer aandacht aan besteed zal worden.

Literatuur: AYMAN, D. en A. D. GOLDSHINE (1940) Blood-pressure determinations in patients with essential hypertension. The difference between clinic and home readings before treatment. *Amer. J. med. Sci.* 200, 465; (1940-1941) Bloodpressure determinations in patients with essential hypertension. The difference between home and clinic readings during and after treatment. *Amer. J. med. Sci.* 200, 137. — BROWN, G. E. (1930) Daily and monthly rhythm in the bloodpressure of a man with hypertension. A three years study. *Ann. intern. Med.* 3, 177. — DUNNE, J. F. (1969) Variation of bloodpressure in untreated hypertensive patients. *Lancet* I, 391. — DUSTAN, H. P., A. C. CORCORAN, I. H. PAGE en R. E. SCHNECKLOTH (1955) Combination therapy of severe hypertension with ganglion blockers and reserpine. *Circulation* 12, 698. — FREIS, E. D. (1954) The discrepancy between home and office recording of bloodpressure in patients undertreatment with pentapyridinium. Importance of home recordings in adjusting dosages. *Med. Ann. D.C.* 23, 363; (1971) The chemotherapy of hypertension. *J. Amer. med. Ass.* 218, 1009. — JULIUS, S., N. F. MC. GINN, E. HARBURG, J. KEYS en S. W. HOOBLER (1964) Relation between casual bloodpressure in youth and at age 40. A retrospective study. *J. chron. Dis.* 17, 397. — JULIUS, S., E. HARBURG en S. W. HOOBLER (1964) Comparison of various clinical measurements of bloodpressure with the self-determination technique in normotensive college males. *J. chron. Dis.* 17, 391. — MAGNUS, K. E. F. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 1772. — PAGE, I. (1972) Persoonlijke mededeling. Cleveland. — PICKERING, G. (1968) *High bloodpressure*. 2e druk. Churchill Londen. — SCHROEDER, A. H. (1955) Management of arterial hypertension. *Amer. J. Med.* 17, 540. — WILBER, J. A. en J. GORDON BARROW (1972) Hypertension, a community problem. *Amer. J. Med.* 52, 653.

Eindhoven, november 1972

A. C. M. LIPS

Het redactionele commentaar door collega BLOMHERT (1972) op mijn artikel over zelfcontrole van de bloeddruk resp. zoutarm dieet bij ernstige, essentiële hypertensie (1972) en de uitvoerige kanttekeningen van de collegae FENIGSEN en LIPS juich ik om verschillende redenen toe, niet het minst omdat zij mijn persoonlijke waarnemingen in een algemeen kader plaatsen; op enkele punten wil ik graag nog eens extra de aandacht vestigen:

1. Klaarblijkelijk is men er buiten Nederland op veel plaatsen toe overgegaan, zelfcontrole van de bloeddruk bij ernstige, essentiële hypertensie te propageren en toe te passen; de ervaring van de collegae FENIGSEN en LIPS heeft bevestigd dat zich daarbij geen grote moeilijkheden voordoen, met name geen „sphygmomanometer-neurose”, mits men zijn patiënten behoorlijk selecteert.

3. Mislukt het normaliseren van de bloeddruk, dan kan zoutbeperking (en saluretica) uitkomst bieden; reeds jaren immers is de heilzame werking van een streng zoutarm dieet bij hypertensie bekend. In Engeland acht men dit strenge dieet niet haalbaar en men heeft er de reeds vermelde consequentie uit getrokken (BLOMHERT l.c.). In Nederland neemt men veelal genoegen met een zoutarm dieet dat zo weinig streng is dat men hoopt dat het haalbaar zal zijn, schijnbaar zonder zich af te vragen of het dan nog wel zinvol is. Ik vrees dat men daarmee niet op de goede weg is; ik zou tenminste niet graag de „zoutarme” kost willen geven aan alle hy-

pertensie-patiënten die vrede moeten hebben met een regime dat — blijkens het voortbestaan van de hoge bloeddruk — volkomen onwerkzaam is. BLOMHERT (1972b) herhaalt nog eens dat diuretica het niet mogelijk maken het zoutarme dieet te verwateren; hij spreekt van een dieet met 2 à 3 g NaCl per dag; 2 g NaCl betekent o.a. geen gewoon, maar alleen zoutloos brood. Dit dekt volkomen mijn mening dat streng zoutarm dieet een conditio sine qua non is voor de dieetbehandeling van patiënten met ernstige hypertensie. De winst van de moderne saluretica is mede daarin gelegen dat

op die strenge basis zoveel culinaire vrijheid mogelijk wordt dat het dieet hanteerbaar is in het dagelijkse leven; ik zou een frequente controle van de bloeddruk daarbij echter niet willen missen.

Literatuur: BLOMHERT, G. (1972a) *Ned. T. Geneesk.* 116, 1788; (1972b) *Ned. T. Geneesk.* 116, 2200. — MAGNUS, K. E. F. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 1772.

Zeist, november 1972

K. E. F. MAGNUS

BERICHTEN

Buitenland

DUITSLAND (B.R.)

Daling tuberculose-morbiditeit. Volgens mededelingen van het Statistisch Bundesamt is het aantal tuberculoselijders in 1971 tweemaal zo sterk gedaald als in 1970. Eind 1971 waren er 172.000 patiënten met actieve tuberculose in het land. Het aantal nieuwe patiënten bedroeg in dat jaar 43.500, dat is 6 pct minder dan in 1970. Wederom was de verhouding tussen de geslachten 2 mannen op 1 vrouw. Ongeveer een derde van de nieuwe patiënten leed aan open tuberculose. Ongeveer een kwart der patiënten leed aan een recidief. Het grootste contingent van de tuberculosepatiënten maakte deel uit van de leeftijdsgroep boven de 40 jaar. In de laatste jaren is echter een toeneming waargenomen bij jonge mensen van 15-25 jaar, van beide geslachten, en in 1971 vooral bij vrouwen van 20-25 jaar. Evenals in 1970 is ook in 1971 de tuberculosesterfte met 14 pct afgenomen, en gedaald tot 4.400. Hierbij waren driemaal zoveel mannen als vrouwen; onder de 55-75-jarigen zelfs viermaal zoveel. Aan de totale mortaliteit draagt tuberculose slechts weinig bij (0,6 pct), maar ten opzichte van de infectieziekten is ze nog een belangrijke factor. (*Dtsch. med. Wschr.*, 24 nov. 1972 bl. 1842.)

Ergernis over de aambeientester. Er is onder de apothekers in West-Duitsland grote ergernis ontstaan door een publikatie van het „Gesundheitsmagazin” *Praxis* over „Selbstmedikation-Medikamentenabusus”. Het tijdschrift had aan een proefpersoon opdracht gegeven, vijftig apotheken te bezoeken en in elke apotheek om een middel tegen aambeien en tegen oorspijn te vragen. Het blad bericht dat aan de „tester” 50 verschillende medicamenten verkocht werden. Bijna niemand heeft aan de tester de raad gegeven, een arts te raadplegen. (*Dtsch. Ärztebl.*, 30 nov. 1972 bl. 3131.)

GROOT-BRITANNIË

Zelfmoord door het innemen van vergift. In de Glasgow Western Infirmary is het jaarlijks aantal opgenomen patiënten die gepoogd hebben zich door inneming van een vergif van het leven te beroven, sterk stijgend. In 1954 lag het aantal nog onder de 100, in 1971 bedroeg het meer dan 500, en de curve in de grafiek loopt thans steiler omhoog dan ooit tevoren. Volgens cijfers van de vijf algemene ziekenhuizen te Glasgow hebben in 1970 drie op elke 1000 volwassenen vergift ingenomen. Bij een onderzoek naar de factoren die tot de wanhoopsdaad hebben geleid, vonden PATEL en medewerkers (*Lancet*, 25 nov. 1972 bl. 1099) dat 70 pct van de mannen voorafgaand aan de zelfvergiftiging zware drinkers waren geweest, en dat zij bij opname in het ziekenhuis gemiddeld een bloedalcoholgehalte hadden van 146 mg/100

ml. Verdere factoren betroffen werkloosheid, misdaad en drug-misbruik. Van de vrouwen hadden 40 pct voorafgaand aan de zelfmoordpoging alcohol gedronken; bij hen was het gemiddelde bloedalcoholgehalte 102 mg/100 ml. Bij jongere vrouwen had ook drankmisbruik van de echtgenoot of van de ouders als medewerkende factor invloed gehad.

Gebrek aan donornieren. Vorig jaar werden in Groot-Britannië 315 niertransplantaties verricht, een toeneming met 41 ten opzichte van het jaar 1970. Maar jaarlijks sterven 1500 à 2000 mensen tussen de 5 en 55 jaar aan nierziekten. Er zouden dan ook meer niertransplantaties moeten worden uitgevoerd, maar er zijn daartoe niet genoeg donornieren beschikbaar. Deze zouden kunnen worden verkregen van de ruim 6000 doden die jaarlijks bij verkeersongelukken vallen. Er zijn twee plannen geopperd om de beschikking te kunnen krijgen over de nieren van deze slachtoffers. Het gemakkelijkst zou zijn een „contracting-out”-maatregel, waarbij men ervan uitgaat dat een overledene automatisch wordt geacht zijn toestemming tot gebruik van zijn nieren te hebben gegeven, tenzij duidelijk het tegendeel zou blijken. Het ministerie van gezondheid en sociale zekerheid heeft echter de voorkeur gegeven aan een „contracting-in”-maatregel, die bepaalt dat iemand die zijn nieren wil afstaan als hij komt te overlijden, een kaart bij zich moet dragen, waarop zijn toestemming vermeld staat. De kaart is bij het ministerie te krijgen. Prof. R. Y. CALNE, hoofd van een niertransplantatie-afdeling van het Addenbrooke's Hospital te Cambridge, is van mening dat hierdoor niet voldoende nieren ter beschikking zullen komen. Maar de nieuwe regeling is van nut omdat ze de artsen en het publiek attent maakt op het tekort aan donornieren. (*Nature*, 24 nov. 1972 bl. 176.)

VERENIGDE STATEN

Alarmerende toeneming van sterfte aan kanker bij negers. De mortaliteit ten gevolge van kanker is in de periode 1949-1967 speciaal bij de negers van de Verenigde Staten op onrustbarende wijze gestegen, nl. van 138 tot 182 per 100.000, terwijl het cijfer bij de blanke bevolking slechts weinig is toegenomen, nl. van 149 tot 153. De getallen komen van de „Official Vital Statistics of the U.S.A.” en werden door een werkgroep van de Howard University College of Medicine, onder leiding van Prof. E. WHITE, voorgelegd aan de First Joint Meeting of the American Radium Society, the James Ewing Society, en de Society of Head and Neck Surgeons in Boca Raton, Fla. De sterfte varieert met de lokalisatie van het gezwel. De sterfte aan longkanker is bij de negers tweemaal zo sterk toegenomen als bij de blanken, die aan pancreaskanker is bij beide groepen gestegen, maar bij de negers iets meer dan bij de blanken. De sterfte aan prostaat-

Ned. T. Geneesk. 117, nr. 2, 1973