

Wie jeden Samstagnachmittag dröhnt die Konferenzschaltung der Fußball-Bundesliga durch das Wohnzimmer. Karl M.*, 56 J., hat sich sein Insulin gespritzt und verfolgt bei Kaffee und Kuchen mit seiner Frau gebannt das Spiel seiner Lieblingsmannschaft. Er hat Glück, dass seine Frau dieses Hobby mit ihm teilt. Für andere Leidenschaften, wie z. B. das Rauchen, muss er sich immer rechtfertigen. Aber seine Frau hat ihn immerhin schon so weit gebracht, dass er es auf 10–15 Zigaretten täglich reduziert hat. Als die Zuckermedikation und die Diät vor etwa vier Jahren nicht mehr griffen und er sich, auch wegen erheblicher Diätfehler, schon einmal Blutzuckerspitzen von über 300 eingehandelt hatte, war das Rauchen zum ersten Mal ein großes Thema für ihn geworden. Nachdem die Hausärztin und auch seine Frau ihn dazu gedrängt hatten, kam er immerhin zu einer Halbierung seines Nikotinkonsums. Er hat nun verstanden, dass ein erhöhtes Risiko für Herzschlag, Hirnschlag und so manches andere besteht. Der Diabetes und das Rauchen greifen offenbar seine Gefäße an. In seiner Familie hat es sowieso schon Fälle von Herzinfarkt und Diabetes gegeben. Das Übergewicht ist angeblich auch ein Problem, dabei kennt er viele Männer seines Alters, die gut und gerne 20 oder 30 Kilo mehr auf die Waage bringen.

Karl hält das alles für übertrieben, denn eigentlich fühlt er sich prima. Und noch besser fühlt er sich, als eine aufgeregte

Stimme im Radio von dem 2:1 seiner Mannschaft kurz vor Spielschluss berichtet. Seine Frau und er machen einen kleinen Luftsprung und reißen jubelnd die Arme hoch. Karl spürt plötzlich einen stechenden Schmerz im Rücken zwischen den Schulterblättern. Das trübt seine Freude zunächst nur wenig, doch als das Spiel bald darauf aus ist, verfluchte er die Getränkeboxen, die er am Vormittag besorgt hat. Es ist nicht das erste Mal, dass er sich dabei verhasst hat, auch wenn es offenbar erst jetzt spürbar geworden ist. Er nimmt eine Tablette Diclofenac, die ihm bei Rückenschmerzen noch immer Linderung verschafft hat und eine Stunde später noch eine. Doch die Schmerzen bleiben. Er ist an diesem Abend sehr müde und geht ungewöhnlich früh ins Bett. Am nächsten Tag steht er zunächst normal auf, doch bricht ihm schon bald kalter Schweiß aus. Er muss sich hinsetzen, weil er schlecht Luft bekommt. Nicht mal auf eine Zigarette hat er Lust.

Frau M. hat zwar keine medizinische Bildung, doch steht das Thema Herzinfarkt, wenn es um ihren Mann geht, immer im Raume. Außerdem erinnert sie sich, dass ein solcher Infarkt sich auch ganz anders darstellen kann, als dass sich jemand plötzlich an die Brust fasst. Lieber einmal zu oft als zu wenig, sagt sie sich, und ruft den Notarzt, obwohl ihr Mann protestiert. * Fallbeispiel fiktiv, Namen frei erfunden



REFLEXION

Krankheitsentstehung. Bei einer Verengung der Herzkranzgefäße durch Arteriosklerose (koronare Herzkrankheit, KHK) kann die abhängige Herzmuskulatur nur unzureichend durchblutet und mit Sauerstoff versorgt werden (Ischämie). Reißt die Sauerstoffzufuhr ganz ab, z. B. durch Verlegung einer Koronararterie durch einen Thrombus (Blutgerinnsel), stirbt das abhängige Muskelgewebe ab (Nekrose). Es entsteht ein Myokardinfarkt (ugs. Herzinfarkt).

Typisches Kennzeichen für eine koronare Herzerkrankung ist eine geringe Koronarreserve, d. h. bei körperlicher Arbeit oder psychischer Erregung kommt es besonders linksseitig zu Schmerzen in der Brust, im linken Arm und im Hals, denn das erkrankte Gefäß kann sich nicht mehr ausreichend den Erfordernissen des Organismus bzw. des Herzens anpassen. Diese Schmerzen bezeichnet man als Angina pectoris.

Die koronare Herzkrankheit (KHK) hat viele Risikofaktoren. Einige davon sind nicht zu beeinflussen, wie z. B. familiäre Disposition, Alter oder Geschlecht. Andere hingegen sind sehr wohl zu beeinflussen. Dazu gehören besonders

- Fettstoffwechselstörungen,
- Hypertonie,
- Diabetes mellitus,
- Adipositas (v. a. im Bereich des Körperstamms),
- Bewegungsmangel,
- Zigarettenrauchen.

Diagnostik Myokardinfarkt. Um das Infarktgebiet genauer einzugrenzen und um das verschlossene Gefäß bildgebend darzustellen, wird bei Patienten mit Herzinfarkt eine Koronarangiografie durchgeführt. Hierbei besteht gleichzeitig die Option einer therapeutischen Intervention durch Ballondilatation und Stenteinlage (Akut-PTCA). Weitere Maßnahmen in der Diagnostik des Herzinfarkts sind das 12-Kanal-EKG, Laboruntersuchungen (CK, CK-MB, Troponin) und eine Echokardiografie.

Wie kann geholfen werden? Karl M. wurde zunächst auf die Intensivstation gebracht, denn in den ersten 48 Stunden nach einem Herzinfarkt drohen lebensgefährliche Komplikationen der Herzmuskelschädigung:

- Herzrhythmusstörungen (kann im Extremfall zu Kammerflimmern oder einer Asystolie führen),
- Linksherzinsuffizienz, da evtl. ein Teil des Muskels ausfällt (kann zu Lungenstauung und Lungenödem führen),
- kardiogener Schock, bei dem das Herz nur noch wenig Blut pumpen kann (es droht Tod durch Kreislaufzusammenbruch),
- Herzruptur, bei der die Herzwand durch das abgestorbene Gewebe aufbricht (kann auch innerhalb des Herzens erfolgen, sodass es zum Durchbruch der Trennwand zwischen den beiden Kammern kommt. Es entsteht sog. Pendelblut).

Das praktische Vorgehen in der Akutsituation bestimmt den weiteren Verlauf der Erkrankung. In den letzten Jahren hat sich diesbezüglich besonders die Akut-PTCA, im Rahmen der Koronarangiografie, zu einem Standardverfahren entwickelt. Die Thrombolysetherapie, bei der der Thrombus durch Medikamente aufgelöst wird, ist aufgrund ihrer hohen Komplikationsrate in den Hintergrund getreten.

Um eine möglichst optimale Sauerstoffsättigung zu erreichen, wird O₂ verabreicht. Außerdem benötigen viele Patienten wegen starker Schmerzen und Angst entsprechende Schmerzmittel und evtl. auch ein Sedativum, nicht zuletzt um dadurch auch das angegriffene Herz zu beruhigen. Durch Nitratgabe wird die Vor- und Nachlast des Herzens gesenkt und die Durchblutung der Koronargefäße verbessert. Zur Entlastung des Herzens und Stabilisierung des Rhythmus werden auch β -Rezeptorenblocker eingesetzt. Weitere häufig eingesetzte Medikamente sind ASS und Heparin.

Fall: Karl M. erholt sich relativ gut. Von den gefürchteten Komplikationen ist glücklicherweise keine eingetreten. Er ist in Ruheposition schmerzfrei und sein Kreislauf ist stabil. Auch seine Herzenzymwerte sind rückläufig. Somit kann er bald auf die Normalstation verlegt werden. Dort ist das Hauptziel, durch Medikamente und Beratung zur Lebensführung, vor einem weiteren Infarkt zu schützen. Sein Blutzucker wird bei dieser Gelegenheit häufig kontrolliert und eine Neueinstellung mit in das Therapiekonzept einbezogen.

Was tut die Pflege bei Angina pectoris und Herzinfarkt? Nach der Übernahme von der Intensivstation wird die Kreislaufsituation des Patienten zunächst streng überwacht. Mit viel Feingefühl und unter scharfer Beobachtung wird möglichst früh mit der Mobilisation begonnen. Dadurch wird die körperliche Leistungsfähigkeit wiederhergestellt und der seelische Zustand des Patienten gestützt. Gleichzeitig können Komplikationen der Bettlägerigkeit vermieden werden. Unter professioneller Anleitung wird dem Patienten die Möglichkeit gegeben, seine persönlichen Leistungsgrenzen zu erkennen. Um das Pressen beim Stuhlgang zu vermeiden wird eine Obstipationsprophylaxe durchgeführt.

Der Patient wird umfassend über die Medikation, die richtige Art und den Zeitpunkt der Einnahme informiert. Er muss lernen, auf Nebenwirkungen der Medikation, wie Hypoglykämie, Hypotonie oder Tachykardie zu achten und auch die Alarmzeichen der Angina pectoris besser deuten zu können.

Ängste des Patienten müssen erfasst werden. Es müssen gemeinsam Wege gefunden werden, diese Ängste zu mindern. Der Patient muss bei den Selbstpfleegerfordernissen im Rahmen der Therapie unterstützt werden.

Fall: Karl M. muss erst einmal verdauen, was man ihm alles erklärt hat und was alles auf ihn zukommen wird. Dazu kommen noch die ganzen neuen Medikamente. Er machte sich ein wenig Sorgen, ob er das alles richtig umsetzen können wird, was man ihm verordnet hat. Allmählich gewinnt er den Eindruck, dass in seinem Körper kaum noch etwas richtig funktioniert.

Es ist z. B. nicht so leicht, auf die Zeichen der Angina pectoris zu achten, weil sein vom Diabetes geschädigtes Nervensystem die notwendigen Schmerzinformationen nur noch schlecht weiterleitet. Dies führt einerseits zu einer größeren Sorge um sein Herz und zur Angst, etwas nicht mitzubekommen, doch wird er dadurch auch vorsichtiger. Er fasst erneut den festen Vorsatz, sich das Rauchen abzugewöhnen und er hat immerhin schon in der Klinik einige Informationen von Mitpatienten über Bücher oder Kurse zur Rauchentwöhnung gesammelt. Einen ersten Schritt dazu will er in der Rehabilitationsklinik machen, in die er bald nach seiner Entlassung gehen wird. Die Physiotherapeutin hat ihm bereits angekündigt, dass er dort unter entsprechender Kontrolle auch an sportliche Aktivitäten herangeführt wird.

Schließlich erhält er Besuch von einer Diätassistentin, die ihm sehr detailliert den Zusammenhang zwischen seiner Erkrankung und der Ernährung aufzeigt. Sie bietet ihm die Zusammenarbeit an, um sein Gewicht zu reduzieren und unterbreitet ihm gleichzeitig Vorschläge, wie er seine Ernährung sinnvoll umstellen könnte, ohne dabei zu hungern. Erst nach und nach versteht er, dass abzunehmen nicht bedeutet, hungern zu müssen. Die Aussicht, trotzdem viel und lange essen zu können, nur eben andere Dinge, macht ihm Mut. Insgesamt hofft er jetzt, dass er es mit Hilfe nicht zuletzt seiner Frau schaffen wird, alle Empfehlungen und Änderungen für sein Leben umzusetzen. Vorgenommen hat er sich viel. Es muss sich zeigen, ob dieser Warnschuss Karl M. genügend und rechtzeitig aufgerüttelt hat.