

Wie jeden Samstagnachmittag dröhnte die Konferenzschaltung der Fußball-Bundesliga durch das Wohnzimmer. Karl Mallkor, 56, hatte sich sein Insulin gespritzt und verfolgte bei Kaffee und Kuchen mit seiner Frau gebannt das Spiel seiner Liebblingmannschaft. Er hatte Glück, dass seine Frau dieses Hobby mit ihm teilte. Andere Leidenschaften, wie z. B. das Rauchen, musste er immer rechtfertigen. Aber sie hatte ihn immerhin schon so weit gebracht, dass er es auf 10–15 Zigaretten täglich reduzierte. 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 bedrängt hatten, kam er immerhin zu einer Halbierung seines Nikotinkonsums. Er hatte verstanden, dass ein erhöhtes Risiko für Herzschlag, Hirnschlag und so manches andere bestand. Der Diabetes und das Rauchen griffen offenbar seine Gefäße an. In seiner Familie hatte es sowieso schon Fälle von Herzinfarkt und Diabetes gegeben. Das Übergewicht war angeblich auch ein Problem, dabei kannte er viele Männer seines Alters, die gut und gerne 20 oder 30 Kilo mehr auf die Waage brachten.

Karl hielt das alles für übertrieben, denn eigentlich fühlte er sich prima. Und noch besser fühlte er sich, als eine aufge-

regte Stimme im Radio von dem 2:1 seiner Mannschaft kurz vor Spielschluss berichtete. Seine Frau und er machten einen kleinen Luftsprung und rissen jubelnd die Arme hoch. Karl spürte plötzlich einen stechenden Schmerz im Rücken zwischen den Schulterblättern. Das trübte seine Freude zunächst nur wenig, doch als das Spiel bald darauf aus war, verfluchte er die Getränkeboxen, die er am Vormittag besorgt hatte. Es war nicht das erste Mal, dass er sich dabei verhoben hatte, auch wenn es offenbar erst jetzt spürbar geworden war. Er nahm eine Tablette Diclofenac, die ihm bei Rückenschmerzen noch immer Linderung verschafft hatte und eine Stunde später noch eine. Doch die Schmerzen blieben. Er war an diesem Abend sehr müde und ging ungewöhnlich früh ins Bett. Am nächsten Tag stand er zunächst normal auf, doch brach ihm schon bald kalter Schweiß aus. Er musste sich hinsetzen, weil er schlecht Luft bekam. Nicht mal auf eine Zigarette hatte er Lust.

Frau Mallkor hatte zwar keine medizinische Bildung, doch stand das Thema Herzinfarkt, wenn es um ihren Mann ging, immer im Raume. Außerdem erinnerte sie sich, dass ein solcher Infarkt sich auch ganz anders darstellen konnte, als dass sich jemand plötzlich an die Brust fasste. Lieber einmal zu oft als zu wenig, sagte sie sich, und rief den Notarzt, obwohl ihr Mann protestierte.



REFLEXION

Krankheitsentstehung. Bei einer Verengung der Herzkranzgefäße durch Arteriosklerose kann die abhängige Herzmuskulatur nur unzureichend mit Sauerstoff versorgt werden. Reißt die Sauerstoffzufuhr ganz ab, z. B. durch Verlegung einer Koronararterie, stirbt das abhängige Muskelgewebe. Es entsteht ein 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) ist die Arteriosklerose der Koronararterien. Diese 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,
- Stammfettsucht und Bewegungsmangel,
- Zigarettenrauchen.

Dauert die Unterversorgung des Herzmuskels mit Sauerstoff länger an, kommt es zum Herzinfarkt. Das betroffene Gewebe wird nach etwa einer halben bis einer Stunde nekrotisch. Letzte Ursache ist in den meisten Fällen ein Thrombus an der arteriosklerotisch veränderten Gefäßinnenwand, die das Gefäß verschließt.

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

- Herzrhythmusstörungen,
- 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).

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. Eine Lysetherapie muss, um erfolgreich sein zu können, spätestens 6 Stunden nach dem Infarkt einsetzen.

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

Was tut die Pflege bei Angina pectoris und Herzinfarkt? Auch 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 professionelle Anleitung wird dem Patienten die Möglichkeit gegeben, seine persönlichen Leistungsgrenzen zu erkennen. Um das Pressen beim Stuhlgang zu vermeiden wird Obstipationsprophylaxe durchgeführt.

Der Patient wird umfassend über die Medikation, die richtige Art und den Zeitpunkt der Einnahme informiert. Er muss lernen, auf Nebenwirkun-

gen der Medikation, wie Hypoglykämie, Hypotonie oder Tachykardie zu achten und auch die Alarmzeichen der Angina pectoris besser deuten zu können.

Fall: Karl Mallkor musste erst einmal verdauen, was man ihm alles erklärt hatte und was alles auf ihn zukommen würde. Dazu kamen noch die ganzen neuen Medikamente. Er machte sich ein wenig Sorgen, ob er das alles richtig umsetzen können würde, was man ihm verordnet hatte. Allmählich gewann er den Eindruck, dass in seinem Körper kaum noch etwas richtig funktionierte.

Es war 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 weiterleitete. Dies führte einerseits zu einer größeren Sorge um sein Herz und zur Angst, etwas nicht mitzubekommen, doch wurde er dadurch auch vorsichtiger. Er fasste erneut den festen Vorsatz, sich das Rauchen abzugewöhnen, hatte immerhin schon in der Klinik einige Informationen von Mitpatienten über Bücher oder Kurse zur Rauchentwöhnung gesam-

melt. Einen ersten Schritt dazu wollte er in der Rehabilitationsklinik machen, in die er bald nach seiner Entlassung gehen würde. Die Physiotherapeutin hatte ihm bereits angekündigt, dass er dort unter entsprechender Kontrolle auch an sportliche Aktivitäten herangeführt würde.

Schließlich erhielt er Besuch von einer Diätassistentin, die ihm sehr detailliert den Zusammenhang zwischen seiner Erkrankung und der Ernährung aufzeigte. Sie bot ihm die Zusammenarbeit an, um sein Gewicht zu reduzieren und unterbreitete ihm gleichzeitig Vorschläge, wie er seine Ernährung sinnvoll umstellen könnte, ohne dabei zu hungern. Erst nach und nach hatte er verstanden, dass abzunehmen nicht bedeutet hungern zu müssen. Die Aussicht, trotzdem viel und lange essen zu können, nur eben andere Dinge, machte 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 Mallkor genügend und rechtzeitig aufgerüttelt hat.