

# Arzt *hilfe*

Zeitschrift für Ordinationshilfen

## HERZSCHMERZ

### Einleitung

Herzschmerzen gehören zu den häufigsten Beschwerden, die als „Beratungsursachen“ beim Hausarzt vorkommen. Herzschmerzen können diverse, harmlose und lebensbedrohliche Ursachen haben.

### Herzangst

Gemeinsam ist den meisten Patienten mit Herzschmerzen die Angst vor einer bedrohlichen Krankheit.

### Schmerzdarstellung

Die „Dramatik“, mit der Herzschmerzen dargestellt werden, ist demnach vielfältig und umfasst die gesamte Bandbreite verbaler und non-verbaler Kommunikation. Die „Lautstärke“ der Vorstellung geht keinesfalls parallel mit der Schwere der Krankheit; Herzinfarkte werden oft vom Patienten bagatellisiert (oder u.U. auch gar nicht bemerkt) und „Herzneurosen“ manchmal hochdramatisch präsentiert.

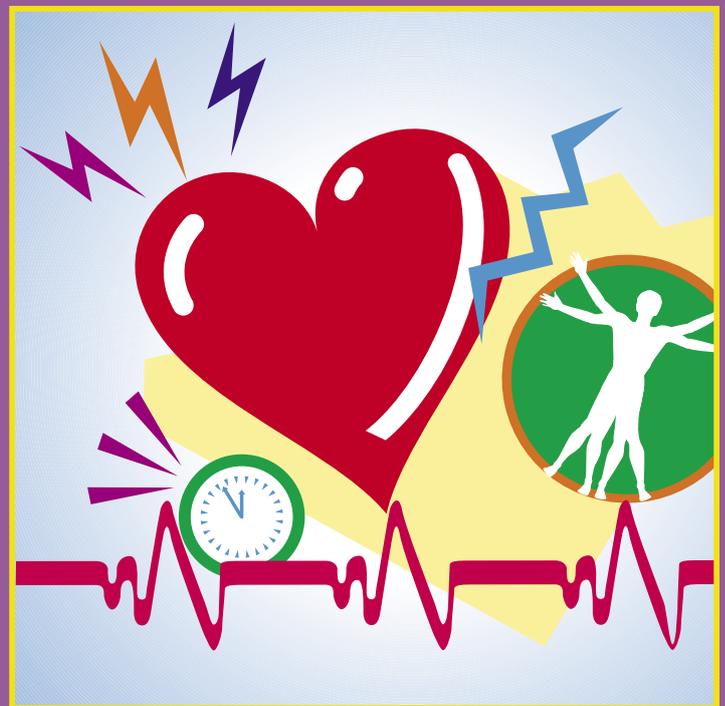
### Mögliche Ursachen von Herzschmerzen

#### Funktionell (Psychoneurotisch), Panikattacken

Die Schmerzen werden meist stechend, in der Gegend der Herzspitze geschildert. Sie treten oft nach Aufregungen (Streit in der Familie, Auseinandersetzungen am Arbeitsplatz), seltener nach Anstrengungen auf und werden während körperlicher Belastung meist besser.

Sehr häufig sind diese Herzschmerzen auch mit anderen Symptomen wie Blähungen, Kopfschmerz, Kribbeln in den Händen oder Kopfweh etc kombiniert.

Die Patienten „leiden“ sehr unter ihren Beschwerden und wünschen so gut wie immer



eine breite Palette modernster Untersuchungen. Die Angst, die immer in relativ hohem Ausmaß vorhanden ist, muss erfragt oder – aufgrund der „Präsentation“ – erkannt werden, denn der Schlüssel zum Therapieerfolg liegt hier in der **Angstbekämpfung**.

Angst macht oft Herzklopfen oder Herzjagen und letzteres führt dann tatsächlich zu Herzstichen (Teufelskreis/ Circulus vitiosus). Manche Patienten steigern sich derart in richtige Panikzustände. (Panikattacken).

Die Herzangst bedeutet für die Patienten einen gewaltigen Stress und Stress führt zur Sympaticusaktivierung und daher zu erhöhtem Puls und Blutdruck!

Manchmal sind Herzschmerzen auch Ausdruck einer Extrasystolie. (-> Abklärung!)



## KORONARTHERAPEUTIKA; NITROPRÄPARATE

Diese werden vorwiegend bei der Koronaren Herzkrankheit (KHK) angewandt, besonders bei der Behandlung der Angina Pectoris (=Stenocardia vera).

### Nebenwirkungen:

Kopfschmerzen, Blutdruckabfall.

### Hinweis:

Obwohl die Compliance bei Nitropräparaten meist gut ist, scheuen sich manche Patienten davor „so oft Schmerztabletten einzunehmen“. Diese Patienten sind dahingehend aufzuklären, dass es sich bei der Einnahme von Nitrotabletten nicht um eine Schmerzbehandlung sondern um eine „causale Therapie“ handelt (d.h.: Die Ursache, nämlich die Verengung der Herzkranzgefäße wird behandelt), weshalb die Patienten sich nicht vor der Tabletteneinnahme scheuen sollen.

### Präparate:

Cedocard<sup>®</sup>, Dancor<sup>®</sup>, Elantan<sup>®</sup>, Hexanitrat<sup>®</sup>, ISMN Genericon<sup>®</sup>, ISMN Hexal Hexanitrat<sup>®</sup>, ISMN Ratiopharm Hexanitrat<sup>®</sup>, Isoket<sup>®</sup>, Isomack<sup>®</sup>, Isomonat<sup>®</sup>, Isostad<sup>®</sup>, Molsidolat<sup>®</sup>, Molsihexal<sup>®</sup>, Monoket ret.<sup>®</sup>, Mono Mack<sup>®</sup>, Myocardon mono<sup>®</sup>, Nitroglycerin<sup>®</sup>, Nitrolingual<sup>®</sup>, Nitro Mack<sup>®</sup>, Nitrozell ret.<sup>®</sup>, Olicardin ret.<sup>®</sup>, Sorbidilat<sup>®</sup>, Vasorbate<sup>®</sup>.

## OPERATIVE / INVASIVE THERAPIE

### 1. Koronarchirurgie

Das sind operative Eingriffe zur Verbesserung der Myokarddurchblutung bei krankhafter Enge der Koronararterien.

**Bypass:** Dabei wird der verstopfte Anteil der Koronararterie durch Vena-saphena-magna-Interponate des Unterschenkels überbrückt. Der Bypass kann als Ein-, Zwei- u. Dreifachbypass durchgeführt werden, wobei wegen der Generalisation des arteriosklerotischen Prozesses häufig der Dreifachbypass, d.h. die operative Überbrückung aller 3 Koronararterien durch Veneninterponate zur Anwendung gelangt. Bei der Bypassoperation muss der Brustkorb eröffnet werden.

### 2. Katheterdilatation (perkutane transluminale Coronarangioplastie; PTCA)

Instrumentelle Erweiterung arteriosklerotisch verengter Koronararterien mittels eines Ballonkatheters.

**Indikation:** vor allem die stabile Angina pectoris. In letzter Zeit wird das Verfahren auch bei instabiler Angina pectoris, in Einzelfällen auch beim akuten Myokardinfarkt angewandt. Die PTCA steht heute zwischen der medikamentösen u. chirurgischen Therapie der koronaren Herzkrankheit. Technik: Über die Arteria femoralis wird unter Röntgenkontrolle ein Führungskatheter in das Ostium der linken oder rechten Koronararterie eingebracht u. zunächst die Stenose mit einem Kontrastmittel

dargestellt. Nach Verschieben eines Führungsdrahtes zur richtigen Platzierung des Ballonkatheters wird im Bereich der Stenose der am Ende des Katheters befindliche Ballon aufgeblasen u. die betreffende arteriosklerotische Plaque komprimiert, was zumeist einen freien Blutdurchfluss zur Folge hat.

Die PTCA geschieht unter Heparinisierung des Patienten. Eine Thoraxeröffnung ist (bei normalem Verlauf) nicht nötig.

### Koronarendoprothese (Stent):

Zur Abstützung und Glättung der geschädigten Koronargefäßwand nach PTCA werden manchmal Röhrchen aus Kunststoff oder Metallfilamenten (netzförmig, spiralförmig etc.) in das dilatierte Koronargefäß eingesetzt, um akute Gefäßverschlüsse und Restenosen zu verhindern.

## HERZ(MUSKEL)INFARKT, MYOKARDINFARKT

Er entsteht durch Koronarinsuffizienz vor allem infolge Verkalkung der Herzkranzgefäße (=Koronarsklerose). Durch rasche, kritische Ausmaße erreichende Einengung eines Koronararterienastes (Verschluss) entsteht ein territoriales Mangel-Versorgungsgebiet des Myokards mit mehr oder weniger ausgedehntem Gewebsuntergang (Myokardnekrose).

Dabei kann ein ganzer Wandabschnitt (= transmuraler Myokardinfarkt) betroffen sein, oder nur begrenzte Wandbereiche (= subendokardialer, rudimentärer oder Teilschichtinfarkt).

**Bereiche:** Je nach Lokalisation des Verschlusses unterschieden wir:

- Antero- u. posterolateraler apikaler (Herzspitzenbereiche),
- inferolateraler (seitliche spitzennahe Herzbereiche),
- diaphragmaler = inferiorer (zwerchfellseitig),
- anteroseptaler (vordere Septumbereiche hoch oder in Spitzennähe, d.h. supraapikal), subepikardialer u. subendokardialer Myokardinfarkt.

### Oft werden die Bezeichnungen:

Vorderwandinfarkt; Hinterwandinfarkt; Septuminfarkt, Innen- u. Außenschichtschaden verwendet.

**Symptome:** Oft mit uncharakteristischen vorangehenden = »prämonitorischen« Beschwerden (z.B. Schwächegefühl, Herzschmerzen) einsetzend, auf die meist akut eine schwere Angina pectoris folgt, sowie Atemnot, Todesangst, Übelkeit, Schweißausbruch, Erbrechen, Stuhlabgang, häufig auch Herzrhythmusstörungen.

Manchmal tritt Bewusstlosigkeit in Form einer Synkope auf, im schlimmsten Falle führen Herzstillstand (=Asystolie) oder Kammerflimmern zum Sekundenherztod.



Häufig finden sich Zeichen der Herzinsuffizienz, kardiogener Schock, später Beschleunigung der Blutsenkung, Leukozytose, Hyperglykämie, Anstieg der Serumenzyme.

**Enzymdiagnostik:**

Bei der Enzymdiagnostik ist typisch: Neben dem Anstieg der SGOT, der LDH u. der Alpha-HBDH ist eine Erhöhung der CK (Creatin-Kinase = Creatin-N-Phosphotransferase) und insbesondere des Isoenzym CK-MB (Herzmuskeltyp der CK) zu verzeichnen. Neuerdings steht uns auch der Troponintest zur Verfügung. Charakteristische EKG-Veränderungen können am Anfang fehlen!

**Weitere Komplikationen des Herzinfarktes:**

Herzwandaneurysmen, Myokardruptur, Rhythmusstörungen, Pumpversagen, Mitralklappeninsuffizienz, Blutdruckabfall, Perikarditis. Leider kann es aber auch zum akuten Koronartod kommen, oft ausgelöst durch körperliche Belastung, Stress.

**Prognose:**

Die Prognose ist wesentlich abhängig von der Lokalisation des Infarktes, von dessen Ausmaß, vom Behandlungsbeginn und von Folgegeschehnissen.

**Sterblichkeit:**

Die Sterblichkeit beträgt 20-40%. Leider besteht eine starke Rezidivneigung.

**ANDERE KRANKHEITEN, DIE EBENFALLS „HERZSCHMERZEN“ MACHEN KÖNNEN,**

auf die im Rahmen dieses Artikels aber nicht näher eingegangen werden kann, sind:

Hyperthyreose; Pleuritis (Rippenfellentzündung); Pericarditis (Herzbeutelentzündung); Lungeninfarkt; Ösophagusspasmen bzw Ösophagitis bei Reflux infolge Cardiainsuffizienz (= „Zwerchfellbruch“); Aortenaneurysmendissektion u.v.a.m.

# EDV-Schulungen für ArzthelferInnen und Praxisteams 2003

Das ZAM der ÄK für Wien bietet EDV-Kurse für Ordinationshilfen und ganze Praxisteams an. Dazu dürfen wir Ihnen 2 erfreuliche Mitteilungen machen.

**Sensationell günstiger Preis**

Es konnte der außerordentlich günstige Preis von 220,00 € pro TeilnehmerIn und Kurs (1 Kurs ist 4 Unterrichtseinheiten) ausgehandelt werden.

**Hohe Förderung für Ordinationshilfen durch das AMS!**

Außerdem dürfen wir Ihnen mitteilen, dass die Ordinationshilfen - auf Antrag beim AMS - eine Förderung dieser Ausbildung in der Höhe von 2/3 der Kosten erstattet bekommen.

**Anmeldung:**

Wir bitten Sie nun um Ihre definitive Anmeldung inklusive Angabe der Zahl der teilnehmenden Personen zu einem der angegebenen Kurse (Kursnummer) und zusätzlich, falls eine Verschiebung wegen der beschränkten Platzanzahl (10 Plätze pro Kurs) nötig wird, unbedingt auch zu einem Ersatztermin!

Anmeldung bei Edith Krajca: ZAM der ÄK für WIEN 1010 Weihburggasse 10-12, Telefon: (01) 51501 - 257 oder Fax DW 209 oder e-mail : krajca@aekwien.or.at

Ein Kurs ist prinzipiell Freitag von 18.00 bis 21.00 Uhr und Samstag von 8.30 bis 13.00 Uhr und eine Woche danach nochmals!! Also 1 Kurs ist 2 Freitag Abende + 2 Samstag Vormittage!

**Kursort:**

MCW-Schulungs- und Kommunikationszentrum Esterhazygasse 23, 1060 Wien

**Kursleitung:**

MR.Dr.Hellmut WUTZL  
Zur Spinnerin 22/1/6, 1100 Wien  
Fax.: (01) 6024562-15  
e-mail: h.wutzi@medicalnet.at

**Kurssekretärin:**

Edith KRAJCA, Adresse siehe Anmeldung

## KURSTERMINE

Kursdatum		Kursnummer
24. / 25.1.	+	31.1. / 1.2. K1
21. / 22.2.	+	28.2. / 1.3. K2
4. / 5.4.	+	11. / 12.4. K3
9. / 10.5.	+	16. / 17.5. K4
27. / 28.6.	+	4. / 5.7. K5
19. / 20.9.	+	26. / 27.9. K6
17. / 18.10.	+	24. / 25.10. K7
7. / 8.11.	+	14. / 15.11. K8