

INHALTSVERZEICHNIS

1. Innere 31+32 - KHK II & MI
 - 1.1. allgemein & rest des chronischen
 - 1.2. Nikotin
 - 1.3. Medikamente mit Prognoseverbesserung
 - 1.4. Medikamente mit Symptomverbesserung
 - 1.5. Interventionen
 - 1.6. Bypass
 - 1.7. Herzteam
 - 1.8. Langzeit
2. Akutes Coronarsyndrom
 - 2.1. Schaum
 - 2.2. Begriffe
 - 2.3. Symptome
 - 2.4. Untersuchung
 - 2.5. Diagnose
 - 2.6. Vorderwand
3. Herzinfarkt - Akuttherapie
 - 3.1. Medikamente
 - 3.2. Akutkomplikationen Prähospital
 - 3.3. Komplikationen im Krankenhaus
4. Klappenschäden
 - 4.1. Aortenklappenstenose
 - 4.2. Kultiges

18. Januar 2013

1. INNERE 31+32 - KHK II & MI

Marx (Med 1)

1.1. allgemein & rest des chronischen.

- Coronar-CT ist nicht so toll, viele falsch-positive
- Ziel-Blutdruck unter 140/90mmHg
- Ziel-LDL: neuerdings unter 70mg/dl (bis vor kurzem unter 100mg/dl)
- Lebensdauer-Erwiesenes: RR, Nikotin, Lipide

- HbA1C unter 7% auch gut, aber nicht ganz so deutlich wie RR/Niko/Lipide

1.2. Nikotin.

- Nikotinstopp nach Infarkt: sicherstes Mittel zur Verhinderung des zweiten Infarkts
- Nikotinstopp: Komplett

1.3. Medikamente mit Prognoseverbesserung.

- ASS 100mg oder Clopidogrel bei Überempfindlichkeit
- Statin-Therapie individuell dosieren mit Labor (Rhabdomy & Muskelschmerzen NW)
- zusätzlicher Statineffekt: Gefäßwand wird besser
- ACE-Hemmer oder ein Sartan (AT1)
- Betablocker nur post-MI oder EJ unter 40
- (Betablocker macht Potenzstörungen)

1.4. Medikamente mit Symptomverbesserung.

- Nitro (Max 2 Hübe) → wirkt nach 2-5 Minuten
- oder orales
- Molsidomin wirkt ähnlich
- Betablocker: negativ alles-o-trop → O_2 -Bedarf ↓
- Verapamil od. Diltiazem: neg inotrop + gefäßerweiternd → NICHT MIT BETABLOCKER GEMEINSAM
- Ivabradin: Sinus-Frequenzreduktion → hilft nicht wenn Vorhofflimmern vorhanden
- Ranolazin = Na-Kanal irgendwas

1.5. Interventionen.

- PTCA = Stentimplanta (Perkutane CoronarAngio)
- Bare-Metal-Stent = BMS → mind 4 Wochen ASS + Clopidogrel
- DES = drug-eluting-stent → die mit Takrolimus oder so beschichteten → mind 6 Monate ASS + Clopidogrel
- Clopido = Plavix

1.6. Bypass.

- bei Hauptstamm-Stenose erforderlich
- Grund: Stent kann eine ABzweigung abdichten da stelle ja meist Gabelungsnah
- 3-Gefäß-Erkrankung: OP auch gut

1.7. Herzteam.

- am besten kommt jeder chronische Fall auf einen gemeinsamen Tisch
- OP: bessere Langzeit, dafür OP unbequem
- bei Notfallkram wird der Chirurg direkt aus dem Katheterlabor angerufen

1.8. Langzeit.

- nach 10 Jahren sind 50% der venösen Bypässe zu, aber nur 10% der arteriellen (Mammaria!)
- Radialis statt Vene nicht nur etwas besser

2. AKUTES CORONARSYNDROM

2.1. Schaum.

- Cholesterin wird unterhalb des Epithels aufgenommen
- Monozyt wird Makrophage und wandert ein
- frisst das Cholesterin und wird zur Schaumzelle
- Schaumzellen konfluieren zum Plaque
- Plaqueruptur = Mehrzahl der akuten Koronarsyndrome

2.2. Begriffe.

-
- STEMI: idR. bei komplettverschluss
- NSTEMI: nur bei Troponin (+)
- Rest: instabile Angina Pectoris = IAP

2.3. Symptome.

- Ruhe AP über 20 min
- vegetative Symptomatik
- untypische Angina Pectoris wie bei Diabetikern oder Frauen oder Niereninfuffi oder über 75J
- Dyspnoe

2.4. Untersuchung.

- Puls, Druck
- Auskultation der Lunge primär → Lungenödem = Grobblasig feucht endinspiratorisch (wie Strohhalbm ins Wasserglas)
- (feinblasige feuchte RG: Lungenfibrose oder Pneumonie → wie Schneeknirschen)
- (trockene: Giemen & brummen)

2.5. Diagnose.

- EKG sofort - auch in jeder Praxis
- Erstickungs-T ganz gnz früh → Extrem hoch
- II III aVF: Hinterwandinfarkt
- V1-6: Vorderwandinfarkt
- bei Dreikanal-Hinterwandinfarkt: auch noch 12-Kanal-EKG, da man nicht weiß ob nicht auch noch der rechte Ventrikel betroffen ist → rV4

2.6. Vorderwand.

- Rechtventrikel-Infarkt: Volumen hilft, da das Linke herz nicht genügend Volumen bekommt
- daher: Zusatzableitungen → rV4 positiv → rechts schlecht → verträgt Volumen

21.1.2013

3. HERZINFARKT - AKUTTHERAPIE

3.1. Medikamente.

- Aspisol 500mg
- Clopidogrel durch NA schon ist gut
- Heparin 5000 I.E.
- Mo 5mg
- Lasix 40mg bei Lungenödem
- Betablocker falls RR gut und keine Bradykardie vorliegt
- nie Betablocker bei Lungenödem
- Beloc titrieren nach der Herzfrequenz: 60-7ß
- Sauerstoff
- Nitro bei RR ab 120 oder 140 (Marx: 140)
- gerne auch Diazepam/Dormicum

- STEMI → Immer ins Katheterlabor (PCI) wenn Zeitlich möglich
- Lyse bei Unklarer Reanimation oder Transport über 90min → in der Folge dennoch ins Katheterlabox
- Nach Lyse: mind 2 Stunden Wartezeit vor PCI
- Nach überstanden: ASS + Clopido od, Prasogrel mindestens 1/2 oder 1 Jahr
- NSTEMI:
- Heparanisierung: PTT 60-70sec als Ziel
- Alternativen zu Heparin: Hirudin oder Fondaparinux
- Hirudine sau sau teuer
- Heparin kann man im gegensatz zum LowMolek-Heparin sehr gut steuern: ACT bei 220 oder so ist sehr gut zu testen → Alle anderen Substanzen: ..Fliegen im Nebel..
- Gp2B/3A-Plättchen-Fibrinogenhemmer
- NSTEMI-Katherter: Nach Stabilisierung innerhalb drei Tage
- sofort bei Hämodyn Instabilität, Schmerzen oder Rhythmusstörungen
- ggf. Stabilisierung über Nacht und Verlegung zum Katheterzentrum am nächsten Morgen

3.2. Akutkomplikationen Prähospital.

- Kardiogener Schock
- Kammerflimmern auf dem Boden von Rhythmusstörungen
- AV-Block durch RCA-Verstopfung
- 1/3 stirbt ja bereits präklinisch

3.3. Komplikationen im Krankenhaus.

- in den ersten 24 Stunden nach PCI ist jede Rhythmusstörungen völlig normal
- auch Kammerflimmern
- daher ordentliche Überwachung

- Myocardruptur nach 3-4 Tagen frühestens bei ordentlicher totalmuraler Nekrose
- Ventrikeltrombus bei großen linken Vorderwandinfarkten durch Fibrinausschwitzung
- Tägliches Abhören wegen der Mitralinsuffizienzgefahr durch Papillarmuskelnekrose

4. KLAPPENSCHÄDEN

4.1. Aortenklappenstenose.

- Degeneration
- Rheumatisches Fieber
- z.N. Endocarditis
- Verschlissene bicuspide Aortenklappe
- Zuerst Konzentrische Hypertrophie, dann plötzlich irgendwann Gefügedilatation

3 Kardinalsymptome

- (1) Angina Pectoris
- (2) Dispnoe
- (3) Synkope bei Belastung(!)
 - Keine Synkope aus der Ruhe
 - Mittleres Überleben nur 15 Monate = Karzinomequivalent
 - Pulsus parvus et tardus (Faktisch nicht zu hören!)

4.2. Kuiltiges.

- Aortenstenose: pch pch - Systolikum
- Mitralinsuffizienz: sch sch Holosystolikum
- Aorteninsuffizienz: Decrescendo-Diastolikum
- Mitralstenose Holodiastolikum mit mittiger Entlastung