

Leitlinie Herzinsuffizienz für den VNÄKS

Erstellt von Dr. Frank Mibach und Dr. Jörg Wendtland im Mai 2015 (QZ Kardiologie)

Definition: Herzinsuffizienz beschreibt eine Unfähigkeit des Kreislaufsystems, den Sauerstoff des Blutes bedarfsgerecht zu den Organen zu transportieren.

Symptome: Dyspnoe, Husten, Ödeme, Schwäche, Tachykardie, Cyanose, Symptome der cerebralen Mangelversorgung

Diagnostik unter Berücksichtigung der Differentialdiagnosen

Hausarzt

• Anamnese:

- » Dauer?
- » Gewichtsverlauf?
- » Medikation? Chemotherapien?
- » KHK/Vitien bekannt?
- » Infektion/Fieber?
- » Auslandsaufenthalt?
- » Kardiale Risikofaktoren:
 - › Nikotin
 - › Diabetes
 - › Lipide
 - › Familiäre Belastung
 - › Atherosklerose
 - › Hypertonie
 - › Adipositas

• Labor:

- » Blutbild, Natrium, Kalium, Kreatinin, Leberwerte, TSH, Blutzucker, Lipide, CRP, BNP, Urinstatus
- » Bei akuter Dyspnoe zusätzlich Troponin, D-Dimer
- » Körperliche Untersuchung incl. Gewicht, Blutdruck, Puls
- » EKG
- » Röntgen Thorax
- » Falls möglich Lungenfunktion
- » Dringliche direkte Einweisung bei
 - › Lungenödem
 - › massiver Ruhedyspnoe, $SO_2 < 90\%$
 - › Nierenversagen
 - › bedeutende Elektrolytentgleisungen
 - › relevante Arrhythmie (auch neues und hämodynamisch relevantes Vorhofflimmern)
 - › wiederholte ICD-Auslösungen

• Kardiologe:

- » Herzultraschall mit Bestimmung auch der diastolischen Funktion/Vitien/Shunts
- » Belastungs-EKG, bei Linksschenkelblock auch Stressecho (Dr. Mibach, Dr. Wendtland) oder Myokardscintigraphie (in Radiologischer Praxis Itzehoe möglich)
- » Coronarangiographie insbesondere bei systolischer Dysfunktion
- » Bei pulmonaler Hypertonie ergänzendes Thorax-CT
- » Laborergänzung: ggf. Transferrinsättigung, M Fabry, ACE, Amyloidose

- **Klinikum**

- » Bei Dyspnoe NYHA 4 und Lungenödem dringliche direkte Einweisung (siehe 3a)

- **Therapie**

- **Akute Dekompensation**

- » Schleifendiuretika (z.B. Furosemid iv)
- » Sauerstoff
- » Ggf. Morphin, Nitros sl. Bei RR>110mmHg
- » Einweisung erwägen
- » Falls weiter ambulant:
 - › ACE-Hemmer und Betablockertherapie überprüfen und ggf. anpassen
 - › Flüssigkeitszufuhr begrenzen
 - › Gewichtsprotokoll:
 - › Grenzwerte der Zunahme >1kg/Nacht, >2kg in 3 Tagen, >2,5kg/Woche

- **Chronisches Krankheitsbild**

- » Einbindung des Patienten und der Angehörigen, auch mit Schulungen, falls verfügbar (Praxis Dr Mibach)
 - › Bedeutung von Lebensstil, Sport, Gewichtskontrolle, Noxen
 - › Nikotin, Alkohol meiden
 - › Sexualität
 - › Flüssigkeitszufuhr begrenzen
 - › Gewichtsprotokoll:
 - › Grenzwerte der Zunahme >1kg/Nacht, >2kg in 3 Tagen, >2,5kg/Woche
 - › Impfungen insbesondere Grippe und Pneumokokken
- » Ursachenbehebung:
 - › Revaskularisation
 - › Ggf Mitralklappenrekonstruktion bei sekundärer Insuffizienz
- » Medikation:
 - › ACE-Hemmer ab NYHA 1 und systolischer EF <40%
 - › Betablocker ab NYHA 2 oder nach Infarkt
 - › Diuretika bei Überwässerung
 - › Digitalis nur bei Tachyarrhythmie bei Vorhofflimmern
 - › Spironolacton 25 ab NYHA 2

Entlassmanagement

- » Wenn keine iv-Diurese und >24h stabil
- » Wenn mobilisiert (entsprechend der vorherigen Situation vor Einweisung)
- » Angehörige informiert und unterwiesen
- » Medikationsplan liegt dem Patienten vor
- » Hausarzt informiert, z.B. Entlassbrief übermittelt
- » Vorstellung dort innerhalb 3 Tagen bis 1 Woche persönlich, Medikation kann zuvor auch über Angehörige für den Patienten rezeptiert werden
- » Reha-Maßnahme geprüft?