

Herz ISF

Herzinsuffizienz: Stadium III und IV (NYHA-Schema)

Kommentar

Bei der Herzinsuffizienz besteht eine unzureichende Leistungsfähigkeit des Herzmuskels. Diese kann auf das linke bzw. rechte Herz beschränkt sein oder den gesamten Herzmuskel betreffen (globale Insuffizienz). Dementsprechend variieren auch die Beschwerden, die primär durch den Rückstau von Blut ins Gefäßsystem entstehen (links = Rückstau in den Lungenkreislauf, rechts = Rückstau in den Körperkreislauf). Die Beschwerden, wie Luftnot (Dyspnoe), Zyanose, Tachycardie, Ödeme, treten je nach Schweregrad bei Belastung bzw. im Ruhezustand auf. Im Stadium III bereiten dem Patienten bereits alltägliche Belastungen, wie Treppensteigen, Hausarbeit etc., deutliche Beschwerden. Im Stadium IV ist körperliche Belastung nicht mehr möglich.

PFLEGEZIELE:

1. Der Patient soll keine vermeidbaren Komplikationen erleiden

Sofort Arzt informieren bei:

* Digitalisüberdosierung:

Bradycardie, Sehstörungen,
Verwirrtheit etc.

* ACE-Hemmer- Überdosierung:

RR Abfall unter 80 mm Hg

2. Er soll mit der eingeschränkten Belastbarkeit leben können und die ihm mögliche Leistungsfähigkeit zurückerlangen.

- seine Situation realistisch einschätzen

* Je nach Situation Gesundheitsberatung s. *HzInf4* anbieten

Patienten im Stadium IV sind oftmals auch sterbende Patienten!!

PFLEGEMASSNAHMEN:

- 1.1 **Kontrollen/Beobachtungen:** Hautfarbe, Schwitzen, Atemfrequenz beobachten; mind. 2x tgl. RR- und Pulskontrolle (evtl. 1 Min. durchzählen, bei absoluter Arrhythmie zusätzlich zentralen Puls auskultieren) Flüssigkeitsbilanz (24 Stundenbilanz, möglichst ohne DK) und/oder tgl. Gewichtskontrolle (v.d. Frühstück)
- 1.2 **Diagnostik:** je nach Grunderkrankung evtl. Herzkatheteruntersuchung; ansonsten Labor, Röntgen, EKG, Langzeit-EKG, Herz-Ultraschall u. a. angeordnete Maßnahmen veranlassen bzw. nachbetreuen.
- 1.3 **Therapie:** die angeordneten Medikamente, wie: Betablocker, Digitalis*, ACE-Hemmer*, Katecholamine, Diuretika, Antihypertonika, Antiarrhythmika, Sauerstoff u.a.m. vorschriftsgemäß verabreichen.
- 1.4 **Essen und Trinken:** sofern die Flüssigkeitsaufnahme beschränkt ist, Einfuhr protokollieren und den Patienten zur Selbstkontrolle anhalten; Durstgefühl mit Mundspülung, evtl. Eisdübelchen u. Akupressur lindern. Kochsalzarme Ernährung, keine blähenden Speisen, Reis-Obsttage (wirken entwässernd).
- 1.5 **Prophylaxen individuell einschätzen:** Pneumonie-, Thrombose- u. Dekubitusprophylaxe nach Bedarf, s. entsprechende Standards; auf regelmäßige und weiche Verdauung achten, s. *ObsPr* (sehr wichtig!)

- 2.1 **Belastungseinschränkung beobachten:** z.B. Wie hoch muss das Kopfende eingestellt sein? In welcher Lage hält es der Pat. am längsten aus (z.B. Herzbettlage)? Wie lange benötigt er, um sich selbst zu waschen? Reicht seine Kraft, um noch bis zur Toilette zu gehen? u.a.m. Belastbarkeit dokumentieren.
- 2.2 **Mit dem Patienten möglichst offen über seine Situation sprechen:** z. B. "Was belastet Sie am meisten in Ihrer momentanen Situation? Was erhoffen Sie sich von diesem Krankenhausaufenthalt?"
- 2.3 **Individuelle Pflegeplanung in Absprache mit dem Patienten erstellen:** Art und Umfang der notwendigen Unterstützung festhalten, Mobilisationsgrad jeweils gemeinsam mit dem Arzt festlegen, wenn möglich Pat. in den Lehnstuhl setzen und nicht ständig im Bett liegen lassen.
- 2.4 **Mentale Unterstützung:** Patienten nicht über versorgen, ihn vielmehr ermuntern seine eigenen Leistungsgrenzen herauszufinden und vorsichtig, aber stetig zu erweitern.
- 2.5 Gemeinsam mit dem Patienten und evtl. Angehörigen über **gesundheitsfördernde Maßnahmen** in der vorliegenden Situation sprechen*: z.B. Unterstützung der Sauerstoffversorgung durch Atemtherapie, verdauungsfördernde, entschlackende Ernährung, Kneippsche Anwendungen usw., Gewichtskontrolle und Flüssigkeitsbilanzierung erklären, so dass der Patient/Angehörige dies zu Hause selbst weiterführen kann.

Kommentar zum Standard Herz ISF

Warum dieser Standard?

Die Diagnose Herzinsuffizienz besagt zunächst nur, dass der Herzmuskel nicht die volle Leistung bringt. Viele Menschen, denen dieser Befund anhaftet, wissen nur deshalb, dass ihre Herzleistung gemindert ist, weil dies im Belastungs-EKG festgestellt wurde. Andere spüren ihre "Pumpe" oder sind aus der Puste, sobald sie etwas schneller als gewöhnlich gehen müssen, Treppen steigen, Fahrrad fahren o.ä. Anstrengungen unternehmen. "Nun ja, dann trete ich eben kürzer", sagt er sich. Augenfällig und schwieriger wird die Situation, wenn der Betreffende bereits nach einer normalen morgendlichen Toilette so außer Atem und geschwächt ist, dass er sich erst einmal ausruhen muss, bevor er den nächsten Tagesordnungspunkt ansteuern kann. Bis es soweit gekommen ist, dass der Insuffiziente nur noch halbsitzend im Bett liegen bzw. schlafen kann und ihm die Luft fehlt, aufzustehen und einfachste Verrichtungen durchzuführen, können Jahre bis Jahrzehnte vergehen. Wegen dieser großen Spannweite im Erscheinungsbild der Herzinsuffizienz wird in der Medizin nach Schweregraden unterschieden. Dabei hat sich die Einteilung in vier Stadien nach dem NYHA- Schema (New York Heart Association) etabliert. Für die Pflegepraxis sind vor allem die beiden letzten Stadien relevant, weil diese Patienten aufgrund ihrer Leistungsminderung auf Unterstützung und Hilfe bei den täglichen Verrichtungen angewiesen sind, während sie im ersten und zweiten Stadium ohne fremde Hilfe zurechtkommen.

Qualitätssicherung:

Herzinsuffizienz dürfte summa summarum wohl die am häufigsten gestellte internistische Diagnose sein. Im fortgeschrittenen Stadium werden die meisten Patienten auch primär wegen der insuffizienzbedingten Herz- und Kreislaufbeschwerden eingewiesen. "Es geht nicht mehr. Die Beine werden immer dicker. Im Bett kann ich nicht schlafen, und sobald ich aufstehe, bin ich so müde, dass ich mich in den nächsten Sessel setze und dort einschlafe. Liegen kann ich gar nicht mehr, dann bekomme ich überhaupt keine Luft. Im Sitzen schlafen mir zwar die Füße und Beine ein, die sind dann ganz taub und angeschwollen, aber die Beine hochlegen geht auch nicht, dann tut mir sofort das Gesäß weh und es brennt regelrecht in den Beinen und Füßen. Wenn ich doch nur noch einmal so richtig gemütlich liegen und schlafen könnte. Ich bin ja schon bescheiden, mehr wünsche ich mir gar nicht." Mit ähnlichen Reaktionen kann man rechnen, wenn man einen schwer Herzinsuffizienten nach seiner Situation und seinen Wünschen befragt. Damit wird auch deutlich, worauf es bei der Pflege dieser Patienten eigentlich ankommt. In vielen Fällen kann durch eine gezielte medizinische Therapie die Herz-Kreislaufsituation

und somit das Beschwerdebild vorübergehend gebessert werden, so dass die Patienten oftmals guten Mutes wieder entlassen werden können. Bei guten Voraussetzungen bleibt dieser gebesserte Zustand über Wochen, Monate oder sogar Jahre stabil. Ein Sterben auf Raten. Jedesmal, wenn der Patient ins Krankenhaus zurückkehrt, hat sich sein Befund verschlechtert.

Diskussionspunkte:

Wie auch im Zusammenhang mit der chronischen Niereninsuffizienz erwähnt, sterben längst nicht nur Krebspatienten einen langsamen Tod. Weitaus jämmerlicher habe ich viele Sterbesituationen von Herzinsuffizienzpatienten empfunden. Sie sterben zudem häufig einen einsameren Tod, weil bis zum Schluss niemand mit ihnen über die Todesnähe und das Sterben spricht. Alle tun so, als ob der Patient auch diesesmal wieder das Krankenhaus lebend verlassen wird. Sterbebegleitung scheint inzwischen tatsächlich ein Privileg für Krebs- und Aidspatienten zu sein. Alle anderen sterben wie gehabt. Man kommt morgens ins Zimmer und stellt mehr oder weniger überrascht fest, dass die schwer herzkrankte Fr. X tot im Bett liegt. "Es war abzusehen. Es war das Beste für sie, sie hat sich doch nur noch gequält", heißt es dann gegenüber den Angehörigen, die vielfach keine Vorstellung vom Erst der Lage hatten und somit von dem unerwarteten Tod des Patienten überrascht sind. "Ich war doch gestern Nachmittag noch da, und mir ist keine Änderung aufgefallen. Wenn ich das geahnt hätte, dass es so schlecht um meinen Mann steht, wäre ich doch dageblieben." Allerdings ist es gerade bei Herzinsuffizienz schwer, eine zeitliche Prognose zu stellen, denn es sind tatsächlich auch immer wieder Patienten entlassen worden, bei denen anfangs niemand erwartet hätte, dass sie sich soweit nochmals erholen würden.

Vgl. auch Kommentar zu Standard NiereC

Es sollte überlegt werden, inwieweit eine vergleichbare Gesundheitsberatung wie im Standard HzInf4 vorgeschlagen, auch bei Patienten mit dekompensierter Insuffizienz sinnvoll ist.

Literatur:

- Ornish, D. (1995) Revolution in der Herztherapie. Kreuz Verlag.
- Späth, G. (1988) Herzinsuffizienz update. de Gruyter Verlag.
- Mischo-Kelling, Zeidler (1989) Innere Medizin und Krankenpflege. Urban und Schwarzenberg.
- Nuland, S.B. (1994) Wie wir sterben. Kindler Verlag (interessante Kapitel über den "Herztod")