Akuter Herzinfarkt

Was in der Prähospitalphase passieren muss

Mehr als jeder dritte Herzinfarktpatient verstirbt, bevor er ein Krankenhaus erreicht. Das Überleben hängt davon ab, dass die Zeitspanne bis zum Eintreffen des Notarztes möglichst kurz ist. Patienten sollten instruiert werden, dass sie im Notfall unverzüglich den Notruf 112 wählen.

— Unnötige Verzögerungen verursachen viele Patienten selbst, zum Beispiel weil sie ihre Symptome nicht als Herzinfarkt deuten und deshalb nicht sofort Hilfe suchen. Denn häufig fehlt das typische Ausstrahlen der Schmerzen in den Arm. Das Risiko für eine Verzögerung ist außerdem höher bei älteren und alleinstehenden Personen, bei nächtlichem Auftreten der Beschwerden und bei Diabetes mellitus.

Entscheidend ist auch, bei wem der Patient Hilfe sucht. Die größte Zeitverzögerung von durchschnittlich rund sechs Stunden entsteht, wenn er sich an seinen Hausarzt wendet. „Das liegt nicht am Hausarzt selbst“, betonte Prof. H. R. Arntz, Berlin. Aber der Hausarzt ist möglicherweise nicht sofort zu sprechen und ruft später zurück, sodass die Rettungskette erst verspätet beginnen kann.

Auch wenn der Patient eine Bezugsperson zu Hilfe ruft, gibt es einen Aufschub von rund vier Stunden. Wesent-

lich schneller geht es auch nicht, wenn man direkt beim Krankenhaus anruft. Das einzig Wahre ist, sofort den Feuerwehr-Notruf zu betätigen. Dann ist der Notarzt in einer guten halben Stunde beim Patienten.

EKG in den ersten zehn Minuten

Dieser muss in den ersten zehn Minuten ein 12-Kanal-EKG ableiten, um einen ST-Hebungsinfarkt zu bestätigen oder auszuschließen. Die Bestimmung von Infarkt-Biomarkern macht in dieser frühen Phase noch keinen Sinn. Denn Troponin-T ist erst nach zwölf Stunden deutlich angestiegen.

Fast in Vergessenheit geraten ist, dass allein die akute Gabe von ASS die Infarktsterblichkeit um etwa ein Viertel senkt. Deshalb kann der Notarzt nichts falsch machen, wenn er gleich Aspirin® spritzt. Mit zusätzlicher Thrombolyse lässt sich die Sterblichkeit halbieren.

Notarztwagen durchzuführen, wenn die Symptome vor weniger als zwei Stunden begonnen haben (Abb. 1). Versagt die frühe Lyse, d. h. liegt die ST-Streckenhebung nach 90 Minuten noch über 2 mm, kann und sollte eine PCI angeschlossen werden.

Medikamentöse Begleittherapie

In jedem Fall kann der Effekt der Thrombolyse ohne zusätzliches Risiko durch additive Gabe von ASS, Clopidogrel und einem Antithrombin gesteigert werden. Nach den aktuellen AHA-Leitlinien sollten alle Lysepatienten zusätzlich zu ASS für mindestens 14 Tage 75 mg/d Clopidogrel bekommen, für Patienten unter 75 Jahren wird auch eine Loading Dose von 300 mg empfohlen. Die Clopidogrelpause von fünf Tagen, die vor einer elektiven Bypassoperation eingehalten werden muss, hält Arntz für relativ. „Man kann notfalls mit Thrombozytenkonzentraten nachhelfen“, so Arntz. Sinnvoll ist für alle Herzinfarktpatienten eine anschließende Langzeittherapie mit Clopidogrel.

Die Gabe von unfractioniertem Heparin (UFH) (initial 60 U/kg, dann titriert auf das 1,5- bis 2-Fache der aPPT-Norm) sollte auf 48 Stunden begrenzt werden. Alternativ werden Enoxaparin (30 mg i.v. Bolus, dann 1 mg/kg alle zwölf Stunden, bei Patienten über 75 Jahren nur 0,75 mg/kg ohne Bolus) oder Fondaparinux (initial 2,5 mg i.v., dann 2,5 mg täglich s.c.) empfohlen. Beide Alternativen kommen nur in Betracht, wenn die Nierenfunktion nicht zu stark eingeschränkt ist (Enoxaparin: Kreatinin < 2–2,5 mg/dl, Fondaparinux: < 3 mg/dl), und werden für die Dauer des stationären Aufenthalts gegeben, maximal acht Tage lang. Wenn jedoch eine PCI angeschlossen wird, muss der Patient zusätzlich UFH erhalten.

DR. MED. ANGELIKA BISCHOFF ■

In den ersten zwei Stunden ist die prähospital Lyse möglicherweise der perkutanen Koronarintervention überlegen.

Lyse in den ersten zwei Stunden

Die Thrombolyse wird auch weiterhin das wichtigste Standbein der Herzinfarkttherapie bleiben, schon deshalb, weil die Kapazität von Herzkatheterlabors für Interventionen beim akuten Koronarsyndrom nur für ein Viertel der hospitalisierten Herzinfarktpatienten reicht. Die Ergebnisse der CAPTIM-Studie sprechen zudem eindeutig dafür, eine prähospital Lyse im

■ 114. Kongress für Innere Medizin, Wiesbaden