

Markus Knapp

Klinische Überwachung bei chronischer Herzinsuffizienz: Vergleich der subjektiven Befindlichkeit mit hämodynamischen Parametern

Geboren am 01.10.1969 in Stuttgart Bad Cannstatt

Reifeprüfung am 20.05. 1988 in Neckargemünd

Studiengang der Fachrichtung Medizin vom SS 1990 bis WS 1996/97

Physikum am 12.03.1992 an der Universität Heidelberg

Klinisches Studium in Heidelberg

Praktisches Jahr in Heidelberg und in Locarno (Schweiz)

Staatsexamen am 21.11. 1996 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Innere Medizin

Doktorvater: Frau Prof.Dr.med. R.H. Strasser

Die Verbesserung der Symptomatik steht für die betroffenen Patienten neben einer Verbesserung der Prognose im Vordergrund einer jeden Therapie. Auch bei der Therapieüberwachung herzinsuffizienter Patienten spielt die Entwicklung der subjektiven Befindlichkeit als einfacher Parameter eine übergeordnete Rolle. Die vorliegende Arbeit sollte näher untersuchen, ob die anhand eines einfachen Zahlenscores gemessenen Veränderungen der Symptomatik ein zuverlässiger Parameter in der Überwachung von Patienten sind, und inwieweit innerhalb einer Beobachtungsperiode von sechs Monaten das subjektive Befinden mit anderen, objektiven Ruhe- und Belastungsparametern korreliert. Die wesentlichen Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sind:

1. Der individuelle Verlauf der subjektiven Befindlichkeit konnte von allen Patienten mit einem einfachen Zahlenscore erstaunlich zuverlässig erfasst werden. Kein Patient gab Schwierigkeiten mit der Anwendung des Zahlenscores an. Dies muß als klarer Vorteil gegenüber standardisierten Fragebögen angesehen werden, deren Anwendung und Auswertung außerordentlich aufwendig ist und nicht zuletzt deshalb auch in der vorliegenden Arbeit nur bei wenigen Patienten exemplarisch angewandt wurde.
2. Offensichtlich war der Vorteil des Zahlenscores gegenüber der Einteilung der subjektiven Symptomatik nach der NYHA-Klassifikation. Lediglich bei etwa einem Viertel der Patienten, die anhand des Scores eine Veränderung des subjektiven Befindens dokumentierten, zeigte sich auch ein Wechsel der NYHA-Klasse. Eine Veränderung des subjektiven Befindens der anderen Patienten wäre mit der zu groben NYHA-Klassifikation nicht erfasst worden.
3. Patienten mit einem verbesserten subjektiven Befinden wiesen in der vorliegenden Arbeit eine signifikante Verbesserung der maximalen Belastbarkeit ($p \leq 0,005$) bzw. der submaximalen Belastbarkeit ($p \leq 0,05$) auf. Außerdem zeigte sich eine tendentielle Verbesserung der übrigen Belastungsparameter. Bei Patienten mit verschlechtertem subjektiven Befinden zeigte sich dagegen eine tendentielle Verschlechterung sämtlicher Belastungsparameter.

4. Bis auf eine Verbesserung der angio- bzw. echokardiographischen Ejektionsfraktion ($p \leq 0,05$) in Gruppe 1 zeigten sich bei den hämodynamischen Ruheparametern in beiden Gruppen keine signifikante Veränderungen. Dabei muß die Verbesserung der Ejektionsfraktion vor dem Hintergrund einer deutlichen Senkung der Herzfrequenz in Gruppe 1 kritisch betrachtet werden.

Die Ergebnisse dieser Arbeit lassen somit die Folgerung zu, daß die Verbesserung des subjektiven Befindens vornehmlich eine Determinante der maximalen bzw. submaximalen Belastbarkeit individueller Patienten ist und daß hämodynamische Ruheparameter mit Ausnahme der Ejektionsfraktion weder inter- noch intraindividuell das subjektive Befinden bzw. dessen Entwicklung beeinflussen. Die Arbeit belegt ferner, daß die Dokumentation der Symptomatik anhand der NYHA-Klassifikation zu grob ist, und somit nicht geeignet erscheint, kleinere, für den Patienten jedoch deutlich spürbare Veränderungen des subjektiven Befindens zuverlässig zu erfassen.

Die Schwächen dieser Arbeit lagen vornehmlich in der geringen Anzahl von eingeschlossenen Patienten. Aufgrund eines aufwendigen und invasiven Studienprotokolls wurden nur 18 Patienten rekrutiert. Dadurch zeigten sich bei vielen Parametern nur tendentielle Veränderungen. Dennoch waren die Ergebnisse überraschend kongruent, so daß davon auszugehen ist, daß sich bei größerem Patientenkollektiv bei einigen zusätzlichen Parametern eine statistische Signifikanz ergeben hätte. Da die Patienten nach den Veränderungen ihres subjektiven Befindens gefragt wurden, mußte eine retrospektive Gruppeneinteilung vorgenommen werden, obwohl es sich um eine prospektive Studie handelte. Standardisierte Fragebögen wurden aufgrund der Komplexität nicht angewandt. Ein Vergleich beider Methoden war somit leider nicht möglich. Dies könnte jedoch Ziel kommender Studien sein.

Möglicherweise können über eine Erfassung des subjektiven Befindens direkt oder indirekt Aussagen bezüglich der Verwirklichung einzelner Therapieziele bei der Herzinsuffizienz getroffen werden. Bei Patienten mit verbessertem, subjektiven Befinden wurden gleichzeitig auch zwei der allgemein definierten Therapieziele verwirklicht: Die Verbesserung der Belastbarkeit und die Verbesserung der Ejektionsfraktion. Da die Ejektionsfraktion und die maximale bzw. submaximale Belastbarkeit gute Prädiktoren für die Prognose von herzinsuffizienten Patienten sind, lieferte die Bestimmung der subjektiven Befindlichkeit daher auch indirekte Hinweise bezüglich der Verwirklichung dieses Therapieziels. Diese Studie unterstützt somit die These, daß anhand einer einfachen Dokumentation des subjektiven Befindens möglicherweise eine Aussage über die Qualität einer neuen Therapie getroffen werden kann. Die Datenmenge ist jedoch sicherlich zu klein um diese Frage ausreichend beantworten zu können. Die Erfassung des subjektiven Befindens sollte dennoch in jedem Fall routinemäßig bei der Therapieüberwachung der chronischen Herzinsuffizienz durchgeführt werden.

