erfahrungs-
heilkunde
ZEITSCHRIFT FÜR DIE ÄRZTLICHE PRAXIS
acta medica
empirica

Hauptschriftleiter: Dr. med. Erich KRUG
Schriftleitung: Dr. med. Heinz GRUNEWALD

Wissenschaftlicher Beirat:
J. BISCHKO (Wien), U. DERBOLOWSKY (Homburg), W. DOGS (Rinteln), J. P. DOSCH (München), K.-H. GEBHARDT (Karlsruhe), R. GRUNER (Saulgau), H. HUNEKE (Düsseldorf), E. KOJER (Wien), W. A. LAABS (Detmold), W. LANG (Heidelberg), H. MÜLLER (Lichtenstein), P. NEUHÄUSSER (München), D. REINSTORFF (Hamburg), H. SCHÄFER (Hagen), H. STADTLAENDER (Wolfsburg), E. W. STIEFVATER (Freiburg), H. ZULLA (Konstanz)

Aus der Inneren Abteilung des Ev. Waldkrankenhauses Spandau (Chefarzt: Professor Dr. R. E. Dohrmann)

Neuere Therapie der instabilen Angina pectoris bei koronarer Herzerkrankung

Von *R. E. Dohrmann* und *M. Dohrmann*

Nitratverbindungen stellen nach wie vor weltweit das Standardtherapeutikum zur Behandlung der unterschiedlichen Formen der Angina pectoris bei koronaren Herzkrankheiten dar. Daneben haben in den letzten Jahren zunehmend auch andere Pharmaka ihren festen Platz zur Behandlung dieser Erkrankung eingenommen. Hierzu seien insbesondere die Gruppe der Calcium-Antagonisten und die Betablokker genannt. So wirksam diese Substanzen bei richtiger Indikationsstellung und Dosierung auch sind, können Nebenwirkungen – besonders bei einer Kombinationsbehandlung mit mehreren der genannten Pharmaka – nicht nur den gewünschten Therapieerfolg nachteilig beeinflussen, sondern auch die Leistungs- und Lebensqualität verschlechtern. Als typische Symptome seien hierzu permanente Kopfschmerzen (z. B. durch Nitratverbindungen), Blutdruckabfall bis zur Hypotonie gehend (z. B. durch Calcium-Antagonisten) und Bradykardien, die bis zu Adams-Stokes-Anfällen führen können (z. B. durch Betablocker), erwähnt.

Das von uns seit Jahren klinisch überprüfte und jetzt auch therapeutisch angewandte Behandlungsprinzip bei koronarer Herzkrankheit mit Angina pectoris basiert auf der Erkenntnis einer Stoffwechselwirkung von Strophanthin auf die Gewebsazidose des Myokards, die durch mangelnde Sauerstoffzufuhr bei einem sklerotisch alterierten Koronarkreislauf verursacht wird. Experimentell wurde dieser Stoffwechseleffekt von Strophanthin durch die Arbeiten von *v. Ardenne* u. Mitarb. bereits 1971 nachgewiesen. Später durchgeführte rheologische Untersuchungen des Arbeitskreises von *Schmidt-Schönbein* u. Mitarb. zeigten darüber hinaus auch eine zunehmende Versteifung von Erythrozyten im azidotischen Milieu, was eine zusätzliche Behinderung des Blutflusses, besonders im Bereich lokaler Gefäßverengungen, zur Folge hat. Durch die verminderte Fluidität der den

Originalia

Sauerstoff übertragenden Erythrozyten wird die Gewebsazidose weiter unterhalten oder noch verstärkt.

Aufgrund dieser pathophysiologischen Funktionsstörungen muß das therapeutische Ziel darin bestehen, die zu dem klinischen Symptom der Angina pectoris führende anaerobe (azidotische) Stoffwechselsituation in eine oxidative umzuwandeln. Dabei ist insbesondere zu erstreben, die Flexibilität der Erythrozyten zu erhalten oder wiederherzustellen, um einerseits die Sauerstoff- und Nährstoffzufuhr zu gewährleisten und zum anderen durch eine optimale Fluidität des Blutes auch den Abtransport saurer Stoffwechselendprodukte zu erhalten.

Unser Therapieschema bei instabiler wie auch stabiler Angina pectoris setzt sich dementsprechend wie folgt zusammen:

1. g-Strophanthin, 3,0 mg/Einzeldosis, in magensaftresistenter Kapselform, also erst dünndarmwirksam, in Form von Strodival mr®. Tagesdosis 3–4 x 1 Kps. über den Tag verteilt (9,0–12,0 mg g-Strophanthin/Tag).
2. Bei darüber hinaus auftretenden Anfällen von starker Angina pectoris g-Strophanthin, 6,0 mg/Einzeldosis, als Zerbeißkapsel, also lingual wirksam in Form von Strodival spezial® Zerbeißkapsel.
3. Pentoxifyllin, oral, zur Erhaltung resp. Wiedererlangung der Erythrozyten-Flexibilität. 400 mg/Einzeldosis, in Form von Trental 400®, morgens und abends 1 Oblongette.

Im folgenden wird die Wirkung dieser Therapie bei 148 Patienten, die in den letzten 6 Jahren ambulant in unserer poliklinischen Sprechstunde erschienen, näher besprochen und diskutiert. Nachweislich waren diese Patienten an einer mehr oder minder schweren koronaren Herzkrankheit mit instabiler Angina pectoris erkrankt. Da es sich bei unserer poliklinischen Sprechstunde nicht um eine kassenärztliche Praxis oder Überweisungspraxis handelt, waren alle hier aufgeführten Patienten voraufgehend, z.T. schon über mehrere Jahre, mit den einleitend genannten Medikamenten, also Nitratverbindungen, Calcium-Antagonisten, Betablockern o.ä., behandelt worden. Auch verschiedene Behandlungsvariationen waren bei diesen Patienten ambulant erprobt, ohne daß eine Besserung der Lebensqualität oder gar eine Beschwerdefreiheit erzielt wurde. Aus diesem Grunde war bei dreizehn der hier aufgeführten Patienten dringend zu einer aorto-koronaren Bypass-Operation geraten worden, da allein hierdurch nicht selten Beschwerdefreiheit – zumindest aber Beschwerdearmut – erzielt werden kann. Die erforderliche Medikamentendosis läßt sich zwar nach erfolgreicher Bypass-Operation auf ein Minimum reduzieren, während die Angaben über eine Verbesserung der Lebensqualität (Rentenproblematik) und die Aussagen hinsichtlich einer längeren Lebenserwartung im Fachschrifttum zunehmend zurückhaltend und z.T. skeptisch beurteilt werden.

Hinsichtlich der Altersverteilung und der epikritischen Information der insgesamt 148 Patienten, die sich aus 85 männlichen und 63 weiblichen Personen zusammensetzen, sei im einzelnen auf die Tabelle verwiesen. Hierbei sind einige Angaben besonders erwähnenswert:

1. Bei etwa gleichem Durchschnittsalter der beiden Patientengruppen (Männer ~ 59 Jahre und Frauen ~ 62 Jahre) trat die Symptomatik der koronaren Herzkrankheit in Form von Angina pectoris bei den Frauen im Durchschnitt zeitlich etwas später auf (vom 60. Lebensjahr ab). Bei den Männern waren die Symptome der koronaren Herzkrankheit vom 50. Lebensjahr ab über die folgenden drei Jahrzehnte (bis 79 Jahre) zahlenmäßig in nahezu gleicher Häufigkeit vorhanden.
2. Bei den 148 Patienten war in 47 Fällen (31,8%) anamnestisch ein Myokardinfarkt bekannt, der auch zum Zeitpunkt unserer ersten poliklinischen Untersuchung noch als Narbenrestzustand nachgewiesen werden konnte. Bezogen auf die Geschlechtsgruppen war die anamnestische Infarkthäufigkeit bei Männern mit 36 der insgesamt 85 männlichen Patienten (42,4%) deutlich höher als bei den weiblichen Patienten mit hierbei nur 11 der insgesamt 63 Frauen (17,5%).
3. Die Hypertonie, die ein bedeutsamer Faktor für die Entstehung der koronaren Herzkrankheiten ist, lag bei der weiblichen Patientengruppe mit 43 von 63 Frauen (68,3%) höher als bei Männern, von denen nur 35 von insgesamt 85 Patienten (41,2%) einen Hochdruck aufwiesen. Diese Befunde sind aber, ebenso wie die auffallend niedrige Zahl von Patienten mit diabetischer Stoffwechsellage und

Fettstoffwechselstörungen (je 3 von den insgesamt 148 Patienten), nicht repräsentativ für die Häufigkeit dieser Erkrankungen im allgemeinen, sondern treffen nur für das vorliegende Patientenklientel zu.

4. Von besonderer Bedeutung ist die außergewöhnlich hohe Zahl von Patienten mit einer Digitalistherapie, die hier bei 80 (54%) der insgesamt 148 Patienten erfolgte. Ein wesentlicher Unterschied zwischen den Geschlechtsgruppen, 31 (49,2%) bei den Frauen und 49 (57,6%) bei den Männern, bestand nicht. Bei genauer Überprüfung der Herzleistung war jedoch festzustellen, daß von allen untersuchten Patienten nur einer tatsächlich digitalisbedürftig war. Den übrigen Patienten wurden Digitalispräparate zu irgendeinem Zeitpunkt einmal verordnet, und sie erhielten von diesem Zeitpunkt ab dann dieses Präparat fortlaufend. Ohne Frage wird es noch einer mühsamen intensiven Aufklärungsarbeit bedürfen, um die Gewohnheit zu beseitigen, Digitalispräparate obligat im Alter, nach Krankheiten, nach Herzinfarkten, beim Hochdruck und bei koronaren Herzerkrankungen u.v.m. auf Dauer zu verordnen, ohne die Kriterien der echten Digitalisbedürftigkeit, d.h. also die Zeichen der manifesten oder relativen Herzinsuffizienz zu berücksichtigen.

Entsprechend unserem Therapieschema erhielten alle 148 Patienten g-Strophantin in oraler Applikationsform in einer Dosierung von 3 x 3,0 mg/Tag (Strodival mr® 3 x 1 Kps. tägl.). Bei 115 Patienten wurde zusätzlich die fluiditätssteigernde Substanz Pentoxifyllin (Trental 400®) in der Dosierung von 2 x 400 mg/Tag verordnet. Zusätzlich mußte bei 54 Patienten (30 weiblichen und 24 männlichen Patienten) eine antihypertone Behandlung eingeleitet werden. Hierzu wurden ausnahmslos die seit vielen Jahren bekannten Kombinationspräparate, bestehend aus Rauwolfia-Alkaloiden in Verbindung mit saluretisch wirksamen Substanzen (z.B. Briserin®, Modenol® u.ä.), verordnet, also keine Betablocker, die neuerdings weitverbreitet zur Behandlung der Hypertonie eingesetzt werden. Eine zusätzliche Digitalisierung war – wie erwähnt – bei den vorliegenden Patienten nur in einem einzigen Fall erforderlich. Sämtliche übrigen Medikamente wurden ohne „Ausschleichphase" sofort abgesetzt, wozu bei vielen Patienten ein eingehendes Aufklärungsgespräch erforderlich war.

Anzahl der Patienten:	n.:	ges. 148	♂ 85	♀ 63
Altersgruppe:	30–39 Jahre	2	2	–
	40–49 Jahre	5	3	2
	50–59 Jahre	39	28	11
	60–69 Jahre	46	26	20
	70–79 Jahre	53	24	29
	> 80 Jahre	3	2	1
Vorerkrankung:	alter Infarkt	47	36	11
	Hypertonus	78	35	43
	Diabetes mell.	3	2	1
	Fettstoffwechselstörung	3	3	–
bisherige Therapie:	Digitalis	80	49	31
	Nitropräparate	75	47	28
	Ca-Antagonisten/β-Blocker	24	15	9
	Antihypertonika	4	1	3
unsere Therapie:	Pentoxifyllin	115	67	48
	g-Stroph., oral	148	85	63
	Antihypertonika	54	24	30
	Digitalis	1	–	1
Therapieerfolg:	nach 1 Woche	122	73	49
	nach 2 Wochen	24	11	13
	Kein Erfolg:	2	1	1
Sonstiges: Bypass-OP geplant		13	12	1

Wie aus der Tabelle zu erkennen, waren unter unserer Therapie von den 148 Patienten 122 (73 männliche und 49 weibliche Patienten) innerhalb der ersten Woche und weitere 24 Patienten bis zu zwei Wochen

Originalia

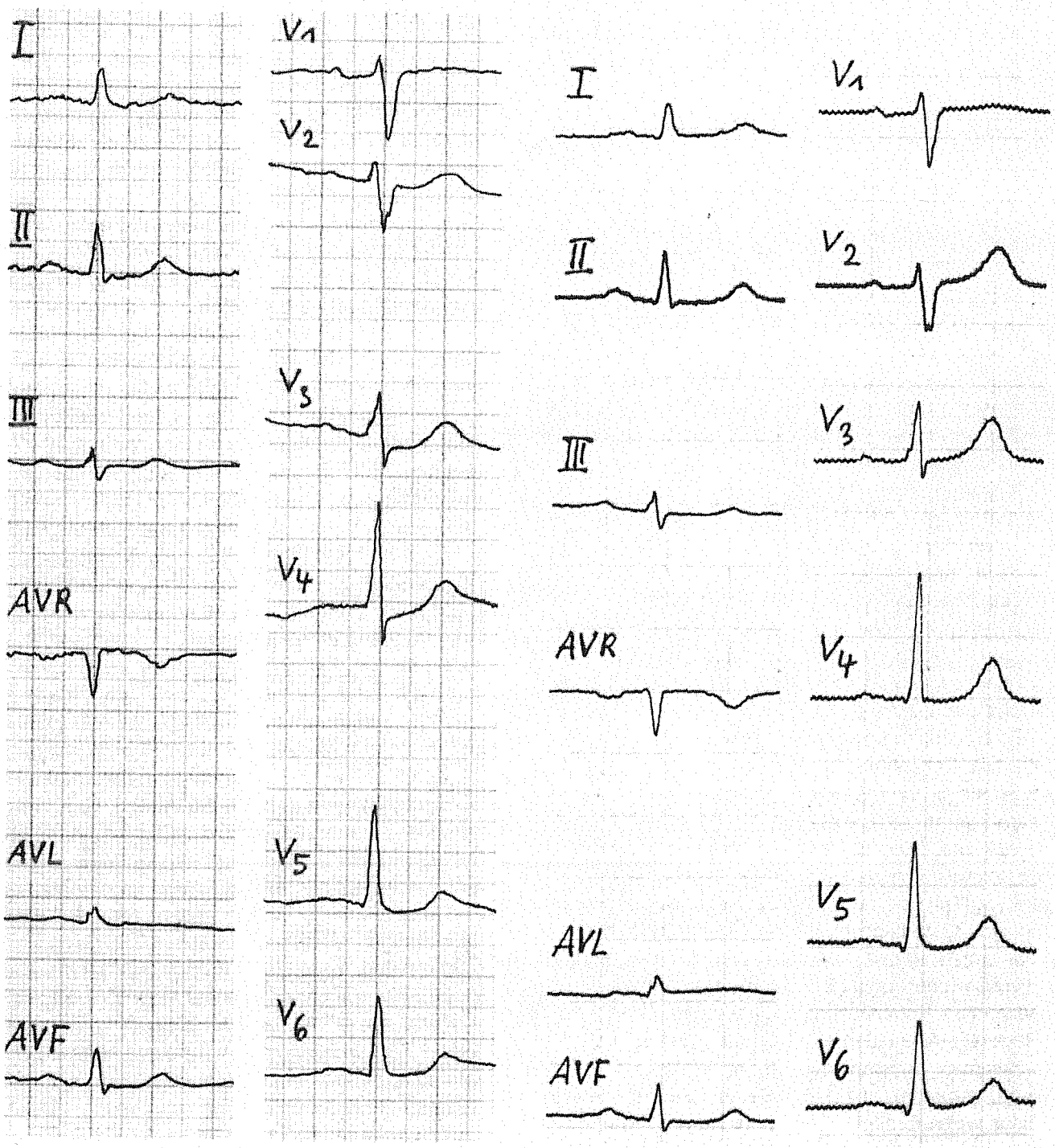

Abb. 1: Pat.: Kr. E. ♂ geb. 1907
vor Behandlung: ST-Senkung in Ableitung I, II und den Brustwandableitungen V3–V6 bei positiven T-Zacken.

nach Behandlung: In allen Extremitäten – und Brustwandableitungen normaler Kurvenverlauf *ohne* ST-Senkungen.

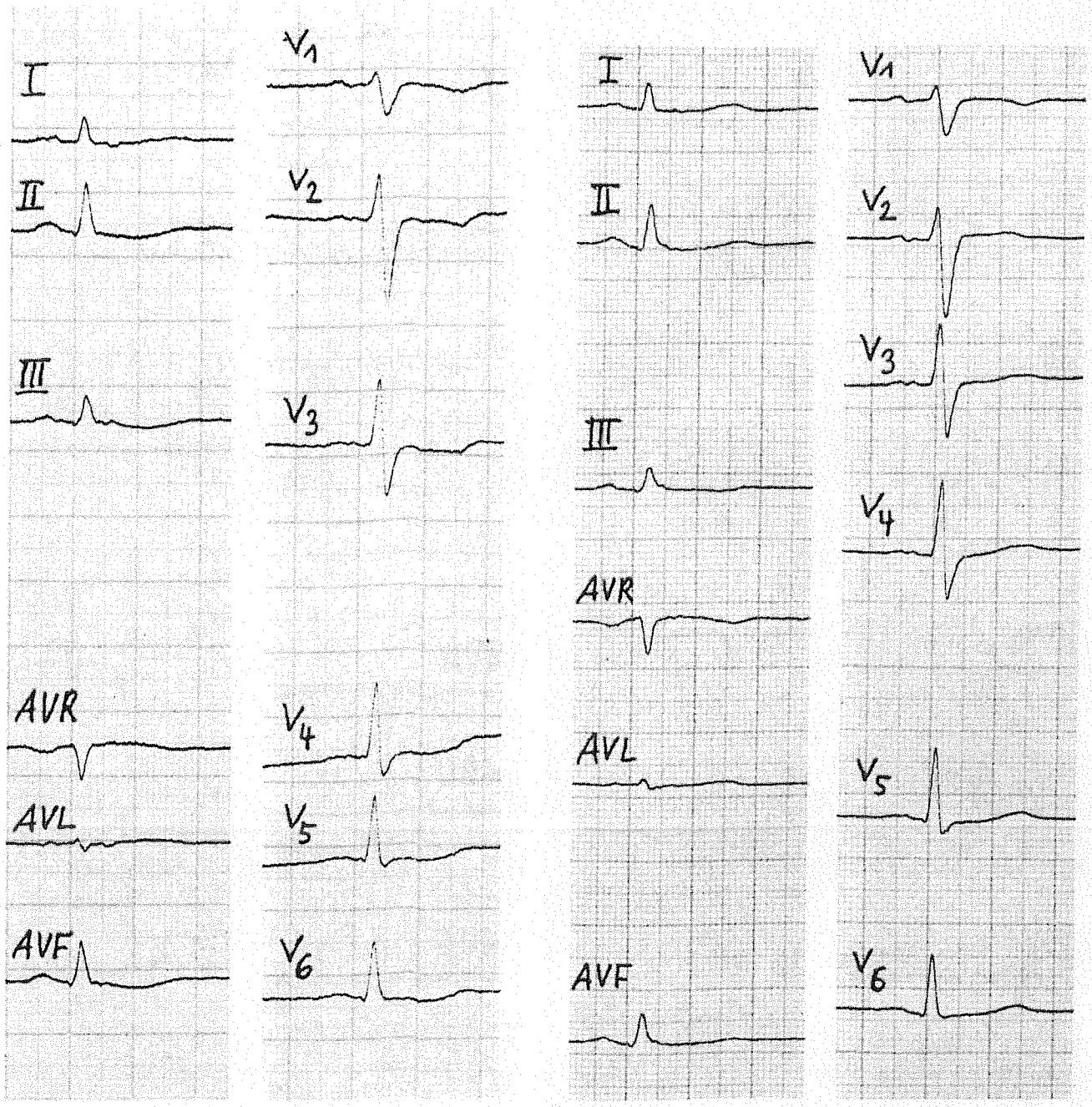

Abb. 2: Pat.: F. G. ♀ geb. 1934
vor Behandlung: ST-Senkung in den Extremitätenableitungen I–III und aVF bei isoelektrischen T-Zacken. Desgl. in den Brustwandableitungen V3–V6.

nach Behandlung: In Extremitäten- und Brustwandableitungen keine ST-Senkungen mehr; bei positiven T-Zacken in Ableitung I, II, aVL und V2–V6.

Originalia

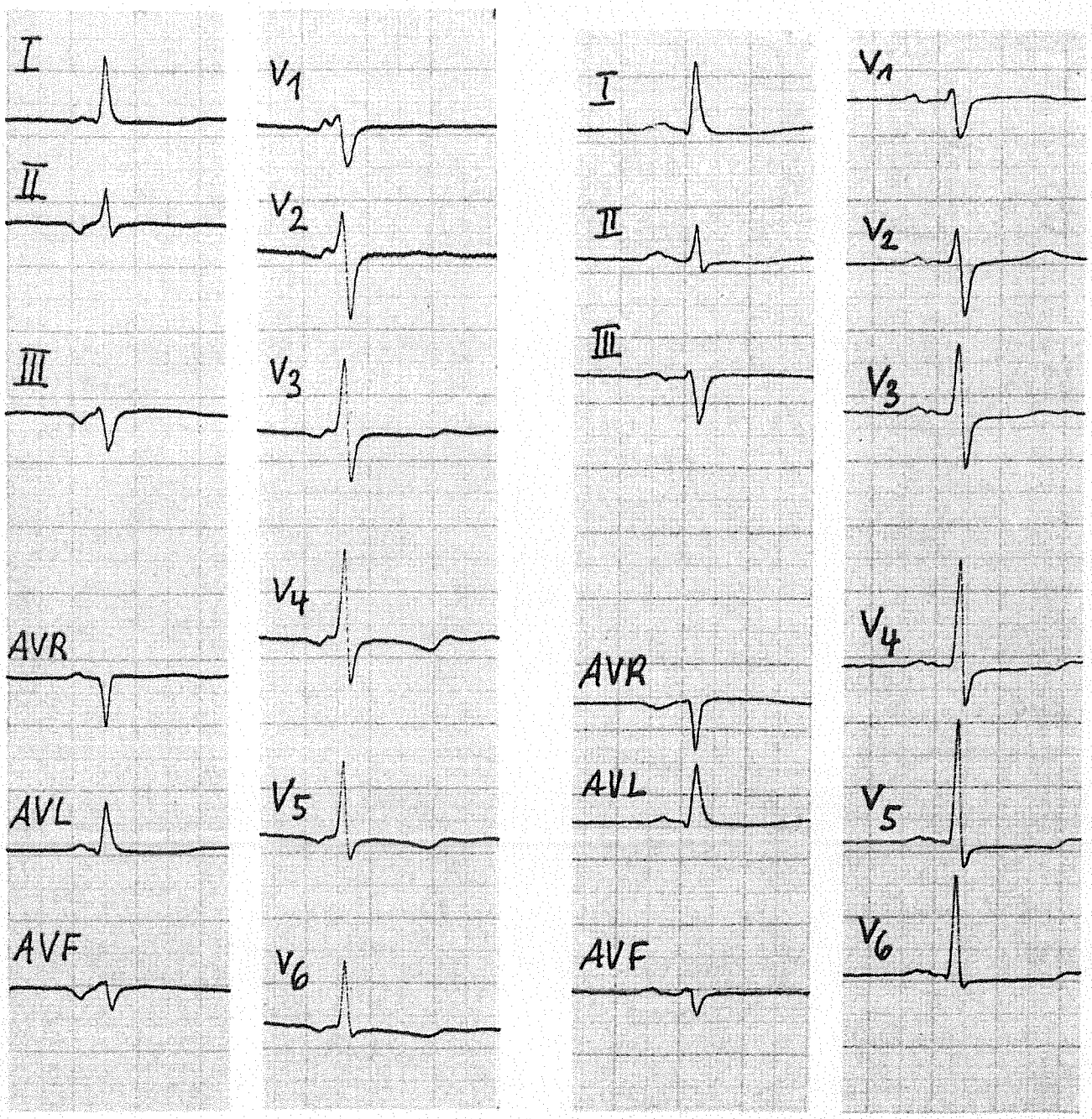

Abb. 3: Pat.: Dro. E. ♀ geb. 1931
vor Behandlung: AV-Knotenrhythmus bei isoelektrischem T in allen Extremitätenableitungen und flach negativem T in der Brustwandableitung V4–V6.

nach Behandlung: Sinusrhythmus bei unverändert isoelektrischem T in den Extremitätenableitungen. Isoelektrisches T in den Brustwandableitungen V4–V6.

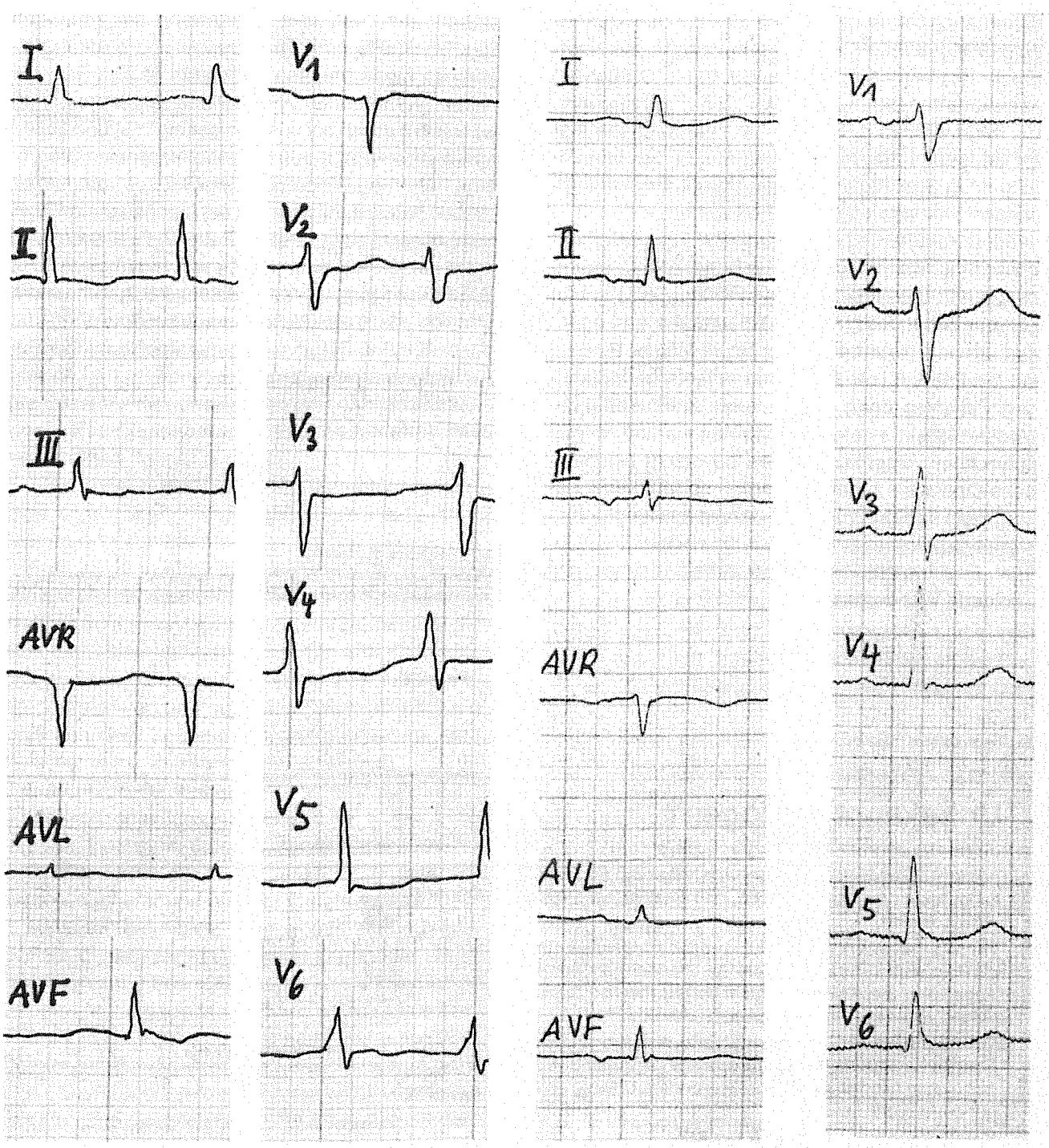

Abb. 4: Pat.: Str. G. ♂ geb. 1907
vor Behandlung: Absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern, isoelektrisches T in allen Extremitäten- und Brustwandableitungen.

nach Behandlung: Normaler Sinusrhythmus mit positivem T in den Extremitätenableitungen I, II, aVL und aVF. In den Brustwandableitungen positives T in V2–V6 ohne ST-Senkung.

nach Beginn unserer Therapie vollständig beschwerdefrei. Auch die bis dahin störenden und die Lebensqualität mindernden Nebenerscheinungen wie Kopfdruck, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Schwindel, Kreislaufstörungen u.ä. bildeten sich innerhalb weniger Tage vollständig zurück. – Nur bei zwei aller hier behandelten Patienten (1,35%) mußte die Behandlung mit g-Strophanthin wegen stärkerer gastrointestinaler Störungen abgebrochen werden.

Zur Objektivierung des Therapieerfolges seien abschließend vier besonders typische EKG-Verläufe dargestellt. Hinsichtlich der beachtlichen Änderungen unserer Behandlung sei auf die zugehörigen Legenden verwiesen. Als besonders einprägsames Beispiel sei abschließend der Krankheitsverlauf eines 55jährigen Patienten erwähnt, der nach einem schweren Myokardinfarkt in einer Rehabilitationsklinik wegen schlechtem Allgemeinbefinden bevorzugt einer Bypass-Operation zugeführt werden sollte. Dieser Patient hatte sich nun vor über 4 Jahren zu unserer Therapie entschlossen und hat sich inzwischen bei absoluter Beschwerdefreiheit und Arbeitsfähigkeit das „goldene Wanderabzeichen" erlaufen.

Die vorliegenden Ergebnisse dürften hinreichend Beweis sein, daß eine Behandlung der koronaren Herzkrankheiten mit Strophanthin und fluiditätssteigernden Medikamenten erfolgreich ist. Die Rate der hierbei auftretenden Nebenwirkungen ist außergewöhnlich niedrig (bei uns weniger als 2%) und äußert sich ausschließlich nur in gastrointestinalen Störungen. – Dem praktizierenden Arzt wird es vorbehalten bleiben müssen, mit welcher der hier genannten Therapiemöglichkeiten er seine Patienten behandelt und damit eine weitgehende Beschwerdefreiheit und Wiedererlangung einer Leistungsfähigkeit erzielt. Das von uns aufgezeigte Therapieschema dürfte dabei sicher eine Bereicherung des Spektrums der Behandlungsmöglichkeiten sein.

Ausführliches Schrifttum kann auf Anforderung beim Verfasser angefordert werden.

(Anschrift des Verfassers:
Professor Dr. med. R. E. Dohrmann, Ev. Waldkrankenhaus Spandau, Stadtrandstr. 555–561, 1000 Berlin 20)

Unbekannt verzogen?

Lieber Bezieher,

bei der Aussendung von „Erfahrungsheilkunde" müssen wir leider immer wieder feststellen, daß Bezieher *unbekannt verzogen* sind.

Wir erfahren dies nur durch Rücksendung des Heftes durch die Post, verlieren dann aber die Betreffenden ganz aus den Augen, weil diese sich nicht mehr bei uns melden. Deshalb richten wir an alle Bezieher die herzliche Bitte.

Wenn Sie umziehen, möchten Sie bitte das nebenstehende Formular ausfüllen, auf eine Postkarte kleben und rechtzeitig, also mindestens 4 Wochen vor dem Umzug, an folgende Anschrift senden:

Karl F. Haug Verlag GmbH & Co. KG
Fritz-Frey-Straße 21, Postfach 10 28 40
6900 Heidelberg 1

Vielen Dank!

Name, Vorname

Alte Anschrift:

Straße, Hs.-Nr.

PLZ Ort

umgezogen ab/seit

Neue Anschrift:

Straße, Hs.-Nr.

PLZ Ort