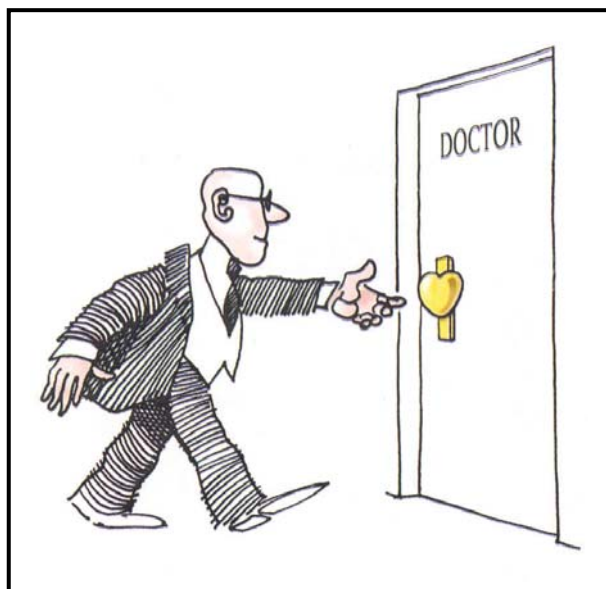


Wanneer het hart plots ziek wordt ...



Patiëntenbrochure

Afdeling cardiologie D2
Sint-Jozefskliniek Izegem

Inleiding

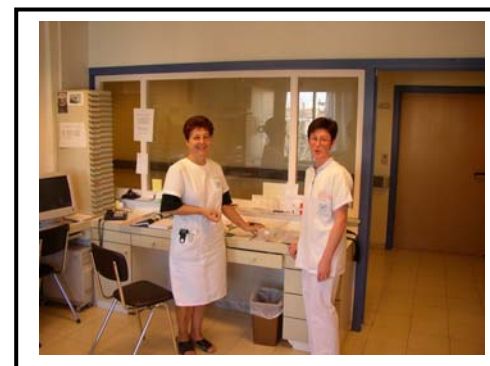
Misschien waren "angina pectoris" en/of "hartinfarct" geen onbekende begrippen voor U. Nu U zelf voor één van deze hartziekten wordt opgenomen, stelt U zich waarschijnlijk heel wat vragen.

Vaak vormen deze ziekten een waarschuwing dat U Uw leefwijze dient aan te passen. Om U daarbij te helpen, hebben we deze brochure samengesteld.

U vindt er informatie over de verschillende ziektebeelden en de behandelingen die bij U ingesteld kunnen worden. Daarnaast vindt U ook praktische tips die U kunnen helpen Uw leefwijze aan te passen. Want we kunnen stellen dat de hedendaagse geneeskunde het mogelijk maakt deze ziekten doeltreffend te behandelen zodat U dikwijls terug een normaal leven kan leiden en door een gezonde levenswijze hervallen kan voorkomen.

Wellicht zal deze brochure niet op al Uw vragen een antwoord bieden, maar voel U vrij om bijkomende uitleg aan de verpleegkundigen of Uw arts te vragen.

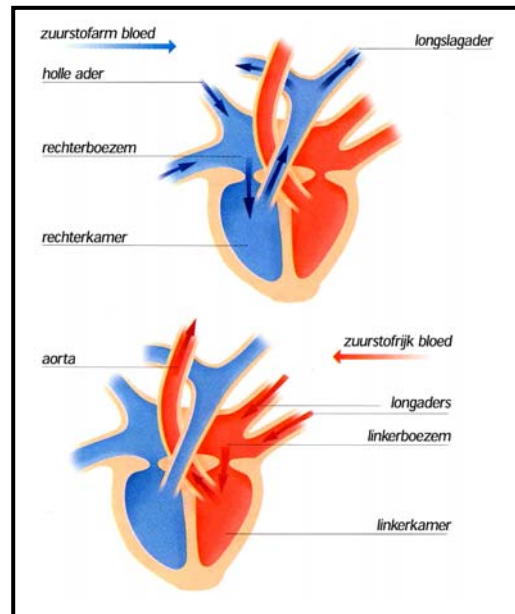
We wensen U dan ook een aangenaam verblijf toe en een vlot herstel.



Het hart en zijn werking

Het hart is een spier die uit twee bijna identieke, onderling verbonden delen bestaat, maar die echter niet onderling communicerend zijn: het rechterdeel bevat immers bloed zonder zuurstof, het linkerdeel bloed met zuurstof. Elk deel is vervolgens onderverdeeld in twee holtes: de bovenste holte is het atrium ofwel boezem, de onderste holte het ventrikel ofwel kamer.

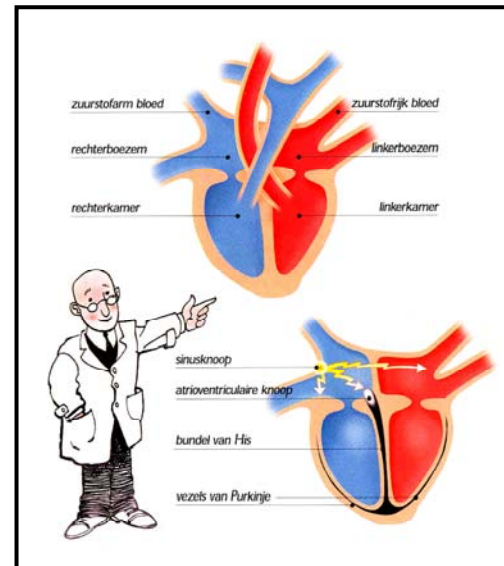
De functie van het hart is ervoor zorgen dat bloed in ons lichaam circuleert, zodat alle cellen waaruit ons lichaam bestaat van voedingsstoffen en zuurstof worden voorzien.



Het zuurstofarme bloed komt in de rechter boezem van het hart binnen, van waaruit het naar de rechterkamer stroomt en vervolgens via de longslagader naar de longen wordt gevoerd waar het van zuurstof wordt voorzien. Het bloed stroomt in de longaders die het opnieuw naar het hart in de linkerboezem en vervolgens in de linkerkamer voeren: de linkerkamer stuurt het bloed via de aorta in het omloopsysteem zodat het over alle organen van ons lichaam wordt verdeeld.

De distributie van het bloed geschiedt d.m.v. een netwerk van slagaders en aders, dankzij de ritmische contractie van boezems en kamers. De spieren waaruit zij bestaan trekken zich samen als gevolg van een elektrische impuls die wordt opgewekt door een gespecialiseerde groep

cellen die zich in de rechterboezem bevindt en die 'sinusknoop' of 'gangmakercellen' worden genoemd.



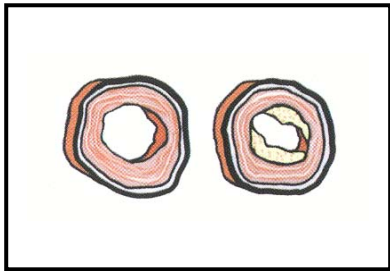
Het signaal plant zich via de boezems voort en bereikt een tweede groep cellen die 'atrioventriculaire knoop' wordt genoemd en die de functie heeft om de elektrische impuls naar de kamers over te brengen via een netwerk van vezels dat de 'bundel van His' en de 'vezels van Purkinje' omvat.

Het hart weegt circa 300 gram en pompt in rusttoestand 5 à 6 liter bloed per minuut.

De belangrijkste parameter die de hoeveelheid door het hart gepompt bloed bepaalt, is het aantal contracties per minuut, welke gewoonlijk de 'hartfrequentie' wordt genoemd. Zo zal bij inspanning de hartfrequentie toenemen en kan het hartdebiet stijgen tot 20 liter per minuut.

Waardoor kan ons hart ziek worden?

Zoals alle bloedvaten, kunnen ook de kransslagaders (= slagaders die het hart van zuurstof voorzien), aangetast worden door arteriosclerose, in de volksmond 'aderverkalking' genoemd.



Artherosclerose leidt tot vernauwing van de bloedvaten. Dit wordt meestal veroorzaakt door de ophoping van slecht cholesterol (LDL-cholesterol) in de vaatwand. Hierop reageert het lichaam en vormt verkalkingen of plaques bestaande uit cholesterol, kalk, bindweefsel, ...

Sommige leefgewoontes kunnen sneller leiden tot een dergelijke verkalking. Roken, een te hoog cholesterol, hoge bloeddruk en suikerziekte zijn de voornaamste risicofactoren die de ontwikkeling van aderverkalking in de hand werken, naast de genetische erfelijke aanleg. Slechte leefgewoontes zoals te vetrijk en te zoutrijk eten, overgewicht en 'negatieve stress' zijn bijkomende factoren die schadelijke gevolgen kunnen hebben. Vrouwen zijn tot aan de menopauze enigszins beschermd tegen de ziekte door oestrogenen.

De vorming van dergelijke verkalkingen of plaques neemt tientallen jaren in beslag zonder dat men er hinder van ervaart. Pas wanneer de vernauwing voldoende groot is, gaat dit gepaard met klachten. De bloedtoevoer naar het hart is op dat moment onvoldoende om het hart goed te laten functioneren. Er is geen evenwicht meer tussen de hoeveelheid zuurstof die de hartspier nodig heeft en die zij krijgt. Er heerst zuurstoftekort tengevolge van onvoldoende zuurstoftoevoer (in medische vaktaal 'ischemie'). Dit leidt tot de klemmende pijn of druk op de borst die we angina pectoris noemen. Het hart is nog niet beschadigd, maar het is een waarschuwing.

Wanneer de kransslagader plots volledig wordt afgesloten, ontstaat een hartinfarct met een totale afsluiting en dus wel een beschadiging (een stukje hartspierweefsel krijgt geen bloed - en dus geen zuurstof - meer en sterft af) optreedt. De samentrekkende werking van de hartspier neemt daardoor af en het hart gaat minder functioneren.

Angina pectoris

Wat voelt men?

Angina pectoris geeft een beklemmende, drukkende pijn achter het borstbeen, een pijnlijk wringend gevoel in de borstkas, soms het gevoel of er een band om de borstkas is. De pijn straalt vaak uit naar de linkerarm of naar de kaken en soms naar de rug. Soms veroorzaakt de pijn een branderig gevoel die soms met maagklachten wordt verward.



Zoals op elke regel een uitzondering bestaat, is dit hier ook van toepassing. (Soms is er pijn op andere plaatsen, bv. rechterarm. Een korte stekende pijn in de borst die niet het gevolg is van inspanning en die vaker links dan rechts zit, meestal niet midden op de borst, wordt zelden veroorzaakt door een hartziekte. Deze pijn kan van ribben, spieren en tussenribzenuwen afkomstig zijn en treedt soms op bij nerveuze ademhalingsstoornissen als hyperventilatie.) De pijn komt meestal op bij inspanning en verdwijnt binnen de 10 minuten na rust of door een nitratenpilletje (bv. Cedocard®) onder de tong te laten smelten. Men spreekt van angor (= latijn voor angst), omdat de pijn vaak een benauwend of onrustig en angstig gevoel met transpiratie veroorzaakt.

Wat gebeurt er?

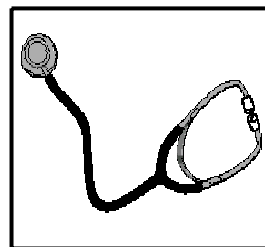
Angina pectoris is de vaakst voorkomende uiting van problemen met de kransslagaders. In het begin heeft de patiënt geen klachten in rust, doch wel bij inspanning. Het belangrijkste om te weten is dus dat angina pectoris optreedt wanneer de hartspier minder zuurstof toegevoerd krijgt dan hij op een bepaald moment nodig heeft. Dit kan bij inspanning (bv. trappen lopen of andere inspanning) zijn, bij emoties (spanning of stress, opwinding en boosheid), of na een overvloedige maaltijd, maar ook bij plotselinge overgang van warmte naar kou. Bij de ene patiënt

geeft een hele lichte inspanning reeds klachten, terwijl ze bij een ander slechts zelden voorkomen. Bij sommige patiënten treedt de pijn op in rust doordat de kransvaten in een kramptoestand (= spasme) raken. Zodra deze uitlokkende oorzaak verdwenen is, daalt de zuurstofvraag van het hart en volstaat het bloeddebiet opnieuw. De angor verdwijnt. De hartspier werd niet beschadigd door de angoraanval.

Te vermijden?

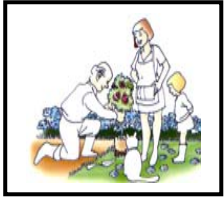
Angina pectoris kan jarenlang stabiel blijven. Patiënten kennen goed de situaties die een angor kunnen uitlokken en proberen die te vermijden of doeltreffend te hanteren. Deze pijnen kunnen echter vaker voorkomen, langer duren, bij steeds lichtere inspanningen optreden of zelfs in rust of 's nachts voorkomen. Dit wijst op een sterke vernauwing van het bloedvat. Men noemt dit een **onstabiele angor**, omdat een hartinfarct kan dreigen. In deze situaties moet men zo vlug mogelijk een arts raadplegen. Het navolgen van de leefregels en het strikt houden aan de voor geschreven behandeling met geneesmiddelen of soms met een operatie, kan de ontwikkeling van stabiele naar onstabiele angor vaak vermijden.

Diagnose van angina pectoris



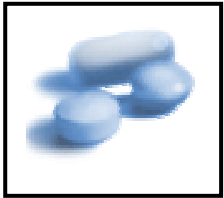
Voor de diagnosestelling steunt de arts op het klachtenpatroon van de patiënt, de wijzigingen op het elektrocardiogram (= ECG) en een bloedonderzoek. Daarnaast kan de arts een diagnostische inspanningstest laten uitvoeren (zie 'technische onderzoeken en behandelingen' voor verder uitleg). Daarbij probeert de patiënt tot aan de grens van zijn vermogen te fietsen terwijl de arts controleert op angorklachten en ECG-afwijkingen.

Wat eraan te doen?



Gezonder leven, niet (meer) roken, gezonde voeding, weinig alcohol, dagelijkse lichaamsbeweging, regelmatige dokterscontrole en het vermijden van stress en overmatige inspanningen, ... vaak gemakkelijker gezegd dan gedaan.

Wat doen bij een angor-aanval?

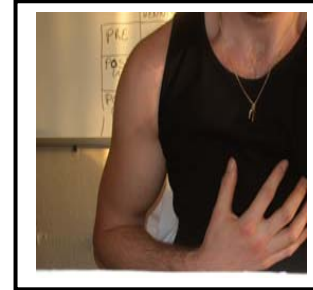


Wanneer de angor optreedt bij inspanning, staak dan de inspanning en neem een nitraten pilletje (bv. Cedodard ®). Wanneer de pijn optreedt in rust, mag U onmiddellijk een nitratenpilletje (bv. Cedodard ®) onder de tong leggen.

Als de pijn na 10 minuten verbeterd is, maar U nog niet volledig pijnvrij bent, neem dan een tweede Cedodard ®. Bent U 10 minuten daarna nog niet volledig pijnvrij, bel dan de huisarts en beschrijf Uw klachten. Nitraatpilletjes werken bloedvaten verwijdend. Het gevolg is dat het hart minder hard hoeft te werken en minder zuurstof verbruikt. Omdat ook de kransslagaders verwijd worden, wordt tegelijk de zuurstofvoorziening van de hartspier verbeterd. Het werkt dus eigenlijk dubbel. Om te vermijden dat U door het bloedvatenverwijdend effect van de nitraatpilletjes een draaierig, onwel gevoel zou krijgen, of zelfs flauw zou vallen, is het best te gaan zitten of liggen gedurende een half uur wanneer U een dergelijk pilletje onder de tong legt.

Hartinfarct

Wat voelt men?



Pijn, vaak drukkend, beklemmend of snoerend van aard, midden op de borst of misschien iets aan de linkerkant, is meestal een eerste teken van een infarct. Sommige patiënten voelen een gelijkaardige pijn in de rug. Soms wordt de pijn aangegeven 'alsof er een band om de borst wordt getrokken'. De pijn kan uitstralen naar de linker (zelden naar de rechter) arm en/of naar de onderkaak. Deze pijn lijkt op angor maar is heviger, langduriger en antwoordt slecht op een nitratenpilletje. De pijn heeft meestal geen onmiddellijk aanwijsbare oorzaak en veroorzaakt een zeer angstwekkend gevoel van dreigende dood. De pijn kan uren aanhouden en in hevigheid wisselen. Het is echter niet verstandig de pijn langer dan 10 minuten te laten bestaan zonder een arts te waarschuwen die direct een ziekenhuisopname zal regelen. Het klachtenpatroon kan ook zeer vaag zijn, bv. een aanslepende maaglast met vermoeidheid, pijn in de arm of enkel braken. De hevigheid van de pijn zegt niets over de grootte van het infarct. Een klein infarct kan veel pijn veroorzaken, terwijl een groot infarct niet altijd veel pijn hoeft te geven. Soms treedt er kortademigheid op.

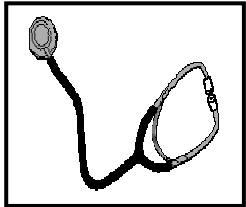
Wat gebeurt er?

Bij het volledig verstopt raken van een kransslagader door een bloedklonter, krijgt een deel van de hartspier langdurig onvoldoende zuurstofrijk bloed en dus geen brandstof meer. Het gevolg kan zijn dat dat deel van de hartspier dat afhankelijk is van de bloedtoevoer van het afgesloten vat, door het zuurstoftekort afsterft en er dus in tegenstelling tot angina pectoris, wel degelijk beschadiging van de hartspier optreedt. Het pompen van het hart gaat wel door, maar er is een stukje spier dat niet meer actief kan meedoen.

Wanneer een stukje spier afsterft, spreken we van een infarct. Op de plaats van het stukje afgestorven spier ontstaat een litteken. De vorming daarvan neemt ongeveer één maand in beslag. Het litteken wordt op de duur in bindweefsel omgezet en doet niet mee aan de actieve samentrekking van het hart.

De ernst van het infarct hangt af van de grootte, de plaats en het voorkomen van verwickelingen zoals daar kunnen zijn: dodelijke ritmestoornissen, embolen, ... Deze problemen zijn vaak niet te voorzien, en treden vooral op in de eerste uren na het begin van het infarct. Het is van levensbelang om zo snel mogelijk naar het ziekenhuis te komen.

Hoe stelt de dokter een hartinfarct vast?



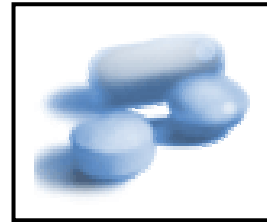
Aanhoudende pijnklachten en het onderzoek door de specialist, geven een eerste vermoeden van hartinfarct. Het elektrocardiogram (ECG of hartfilmpje) geeft al in een vroeg stadium aanwijzingen of er een infarct in het spel is. De minuscuul kleine stroompjes die het hart opwekt bij elke hartslag worden bij het maken van een

ECG opgevangen, versterkt en zichtbaar gemaakt op een scherm of op papier opgeschreven. Bij een infarct toont het ECG meestal al vrij spoedig kenmerkende afwijkingen.

Pas na ongeveer 48u kan de hartspecialist de definitieve grootte van het hartinfarct bepalen. Hij heeft daarvoor de beschikking over laboratoriumproeven waarmee hij enzymen kan bepalen. Dit zijn stoffen die bij het afstervingsproces uit de hartspier vrijkomen. De hoeveelheid ervan in het bloed geeft een inzicht in de omvang van het beschadigde gedeelte van de spier.

De pompwerking van het hart kan tegenwoordig ook gevolgd worden - indien dit nodig is - door middel van een echocardiografie. Met ultrageluid (*niet hoorbare geluidsgolven*) wordt daarbij een beeld verkregen van de bewegende wanden van het hart.

Bij een vermoeden van infarct



Indien de behandeling met rust en een nitratepilletje (Cedocard®) zoals bij angor beschreven, 10 minuten na inname van de medicatie geen beterschap geeft, of wanneer een angor ernstiger en zonder aanleiding optreedt, belt u de huisarts en beschrijft u de symptomen of laat u zich voor onderzoek naar het ziekenhuis

vervoeren zo de huisarts u niet onmiddellijk kan onderzoeken. Voor transport naar het ziekenhuis kan u gebruik maken van de 100.

Leg u in de houding die u gemakkelijk vindt (halfzittend geniet de voorkeur) en maak alle spannende kledij los. U wordt het best niet alleen gelaten en door uw omgeving gerust gesteld. Wanneer u kalm blijft, kan de zuurstofbehoefte van uw hart verminderen.

De ziekenhuisopname

De afdeling intensieve zorgen



Als u intensieve bewaking nodig hebt voor uw behandeling of het vroegtijdig opsporen van verwickelingen, wordt u op de afdeling intensieve zorgen opgenomen. De afdeling intensieve zorgen beschikt over bijzonder opgeleid personeel en gespecialiseerde apparatuur die een voortdurende bewaking verzekeren van de opgenomen patiënten. Zeer regelmatig zullen er controles plaatsvinden van uw toestand, onder andere door middel van bloeddruk, hartfilmpjes (ECG) en het afnemen van bloedmonsters. Meestal zal u medicijnen nodig hebben met een stolseloplossende werking, die via een infuus zullen worden toegediend. Gemiddeld duurt de opname op de intensieve zorgen enkele dagen. In de regel is dan de hartslag en bloeddruk stabiel geworden en zijn uw klachten behandeld. De hartspecialist beslist wanneer u geen intensieve behandeling meer nodig hebt en naar de verpleegafdeling cardiologie mag verhuizen.

De afdeling cardiologie



Als u geen intensieve bewaking meer nodig hebt, verhuist u van de hartbewaking naar de verpleegafdeling cardiologie. De beëindiging van de intensieve periode op de hartbewaking wordt door veel patiënten ervaren als een spannend maar positief moment. Na het gevoel van volledig beschermd te zijn (misschien soms wel meer dan u nodig vond) zet u nu de eerste stap op weg naar herstel. U zult nog regelmatig een arts of verpleegkundige aan uw bed zien, maar dit zal minder vaak gebeuren dan tijdens de periode op de bewaking.

Het is ook mogelijk dat u direct wordt opgenomen op de verpleegafdeling cardiologie. U komt dan voor behandeling of nader onderzoek en intensieve bewaking is voor u niet strikt noodzakelijk.

Tijdens uw herstelperiode op de afdeling cardiologie, voltrekt zich de littekenvorming wanneer er een infarctgebied is. Meld alle ongemakken aan uw hartspecialist of een verpleegkundige. Er kunnen diverse onderzoeken of aanpassingen aan de behandeling gebeuren. Het is normaal dat u zich wat zorgen maakt over de toekomst. Vanaf nu dient u immers uw leefwijze aan te passen. Aarzel niet om deze gevoelens met uw partner, hartspecialist, verpleegkundige, ... te bespreken. Tijdens uw verblijf op de afdeling krijgt u te maken met verscheidene zorgverleners:

- **De hartspecialist**



De cardioloog bepaalt welke medicijnen nodig zijn en welke therapie voor u de beste is. Hij overlegt met u of er en op welke momenten een verder onderzoek zal verricht worden. Verder bekijkt de cardioloog met u de medicatie, revalidatie en de te volgen leefwijze, de ontslagdatum en eventuele werkhervatting.

- **De verpleegkundige**



De verpleegkundige is een belangrijke schakel tussen u en overige zorgverleners tijdens uw verblijf op de afdeling. De verpleegkundige controleert uw bloeddruk, neemt uw temperatuur op, geeft u medicijnen, ... de verpleegkundige geeft u bijkomende informatie over uw verzorging of over de activiteiten die u mag doen.

De verpleegkundige geeft zo nodig aanvullende uitleg over de door de arts gestelde diagnose en geeft u advies voor de toekomst. De verpleegkundigen geven u in functie van uw ontslag een duidelijk rooster mee waarop de in te nemen medicatie genoteerd staat. Samen met haar

kan u leren hoe de medicatie klaar te zetten. Op de verpleegafdeling cardiologie hoeft u minder intensief te worden verzorgd, u kunt meer zelf en de verpleegkundige zal dan ook minder vaak bij u komen dan op de hartbewaking. Zijn er problemen of onduidelijkheden als gevolg van uw ziekte? Overleg die dan met uw verpleegkundige of de hoofdverpleegkundige.

- **Andere zorgverleners**

De afdeling cardiologie werkt nauw samen met andere zorgverleners. Zo kunt u bijvoorbeeld te maken krijgen met:

- De sociale dienst kan - indien u hen (via de hoofdverpleegkundige) tijdig op de hoogte brengt - de nodige regelingen treffen teneinde bijvoorbeeld thuisverpleging, familiehelp, poetshulp,... te voorzien i.f.v. uw ontslag. Deze dienst kan zo mogelijk ook een verblijf in een hersteloord van uw mutualiteit regelen en nagaan op welke sociale voorzieningen u recht hebt.
- De pastoraal werker
- De kinesist kan u raad geven om uw inspanningen beter te doseren.
- De diëtiste kan met u helpen zoeken naar aangepaste voedingsgewoonten en kan u een reeks aangepaste menu's aanreiken.

De technische onderzoeken en behandelingen

Inleiding



Tijdens het ziekenhuisverblijf of later bij de raadpleging worden talrijke onderzoeken uitgevoerd om het verloop van de ziekte en de effecten van de geneesmiddelen, ingrepen of preventieve maatregelen te meten. Hieronder vindt u enkele vaak uitgevoerde onderzoeken die wellicht ook bij u uitgevoerd kunnen worden.

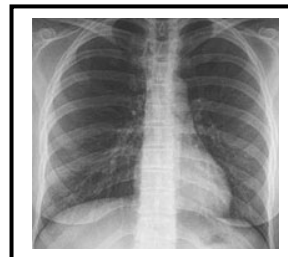
Bloedafname



Bloedvetten, cholesterolgehalte (bij voorkeur lager dan 200mg%), glycemie of suikergehalte, hartspierenzymen, en lever- en nierfunctie-testen, zijn allerlei onderzoeken waaraan u vaak onderworpen zult worden. Vooral de hartenzymen zijn bepalend bij een hartinfarct. Hartenzymen zijn stoffen die bij het afstervingsproces van de hartspier vrijkomen.

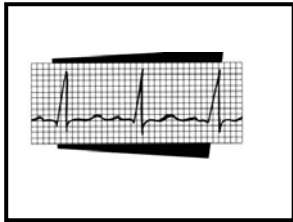
De hoeveelheid ervan in het bloed geeft een inzicht in de omvang van het beschadigde gedeelte van de hartspier.

De borstkasradiografie (RX-thorax)



Dit kortstondig onderzoek, uitgevoerd in de radiologieafdeling, waarvoor u niet nuchter hoeft te zijn, geeft aan de hand van een foto gemaakt met x-stralen, inlichtingen over de grootte en de vorm van het hart en de aorta, de toestand van de longen en de longvliezen.

Het elektrocardiogram (ECG)



ECG meestal al vrij spoedig kenmerkende afwijkingen.

De holter of continue registratie

Met behulp van elektroden die net zoals bij het ECG op de huid worden aangebracht en een draagbaar ECG-toestel, wordt gedurende 24 uur of langer het ECG opgenomen. Aldus kan men achteraf verbanden leggen tussen bepaalde klachten of activiteiten van het dagelijks leven en veranderingen op het ECG. Voelt u tijdens het onderzoek iets abnormaals, meld het dan aan de verpleegkundigen. Wanneer u een holter draagt, wordt u niet belet in uw gewone activiteiten.

De echocardiografie

Met ultrageluid (niet hoorbare geluidsgolven) wordt daarbij een beeld verkregen van de bewegende delen van het hart. Dit onderzoek kan in veel gevallen precies laten zien welk deel van de spierwand niet meet meedoet aan de samentrekking. De dikte en beweging van de hartwand, de grootte van de hartholten, de beweging van de kleppen en de toestand van het hartvlies kan worden nagegaan. Het onderzoek, waarvoor u niet nuchter dient te zijn, wordt liggend uitgevoerd in de consultatieruimte van de cardioloog; het is volledig pijnloos en de gebruikte geluidsgolven hebben geen enkele nevenwerking.

De inspanningsproef (fietsproef)

Vaak voelt een patiënt zich goed in rust en verschijnen de klachten en afwijkingen op het ECG pas bij de inspanningen. De inspanningsproef geeft aan op welk inspanningsniveau welke klachten optreden en welke

ECG-wijzigingen ermee gepaard gaan. De proefpersoon dient daartoe op een vaste fiets tot aan de grens van zijn vermogen te gaan, terwijl de belasting op geregelde intervallen wordt verhoogd. De arts controleert daarbij continu ECG, bloeddruk en ademhaling om te kijken of er aanwijzingen zijn van een slechte doorbloeding van de hartspier. Ook voor dit onderzoek dient u niet nuchter te zijn. Het wordt op de consultatie van de specialist uitgevoerd. Het is belangrijk elke klacht aan de specialist te melden.

De hartscintigrafie of MIBI

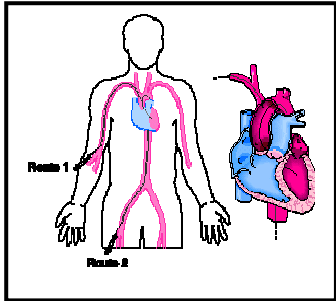
Dit onderzoek is bedoeld om het verschil aan te tonen tussen de kransslagaderdoorbloeding bij inspanning en bij rust. Daartoe spuit men een licht radioactieve stof of radio-isotoop in, die zich volgens de doorbloeding in het hart bindt. Om te vermijden dat er teveel van die stof in de lever zou ophopen wordt ondanks uw dieet, éénmalig een vetrijke maaltijd aangeboden bestaande uit chocolade en kaas. Het volledige onderzoek wordt uitgevoerd op de afdeling nucleaire geneeskunde van het ziekenhuis en duurt ongeveer een anderhalf uur. Het onderzoek wordt over twee dagen gespreid. U dient zich nuchter aan te bieden op de afdeling.

De eerste dag: Nadat bij een patiënt een hol buisje (= katheter) in een ader werd ingebracht waarlangs men het isotoop (radioactief product) zal inspuiten, wordt gevraagd op een fiets een maximale inspanning te leveren, net zoals de hierboven beschreven fietsproef. De verpleegkundige controleert continu uw hartwerking op de monitor. Op het moment van de maximale inspanning, wordt door de arts het product ingespoten waarna u nog een minuut dient verder te fietsen op maximale kracht teneinde het product door alle bloedvaten te laten stromen. Nadien krijgt u een vetrijke maaltijd die het opgeslagen product in de lever wegneemt zodat uw hart goed zichtbaar wordt tijdens de beeldvorming onder de scan. Na de opnames die enige tijd vragen waarbij u gedurende een half uur op uw rug onder een scan, een rond toestel dat de straling opmeet, kan u de onderzoeksafdeling verlaten.

Het radio-isotoop geeft geen problemen naar bestralingsrisico. Wel neemt u best niet onmiddellijk pasgeborenen in uw armen. Naast de gewone hygiënische maatregelen zoals het wassen van de handen na toiletbezoek, dient u geen bijkomende maatregelen te nemen.

De tweede dag: U dient de volgende dag nuchter naar het ziekenhuis te komen om hetzelfde onderzoek te ondergaan in rusttoestand. Er wordt u opnieuw een inspuiting gegeven en u krijgt opnieuw een vetrijke maaltijd. Daarna gaat u opnieuw onder het toestel liggen om opnames te maken van de mate waarin het product zich in rust over uw hart verdeelt. Het verschil tussen de beelden in rust en na inspanning, geven een duidelijk beeld over eventuele bevoeiingsstoornissen.

De coronarografie



Dit onderzoek wordt in de gespecialiseerde centra van het Sint-Jansziekenhuis te Brugge of het Heilig Hart ziekenhuis te Roeselare uitgevoerd waar u met een ambulance naartoe gevoerd wordt. De kosten voor dit vervoer vallen ten laste van ons ziekenhuis. 's Avonds bent u normaal reeds bij ons terug.

In functie van het onderzoek wordt een dunne katheter (heel dunne, holle, soepele buis) via de bloedvaten in de lies of de elleboog naar het hart geschoven. Ter hoogte van de ingang van de kransslagaders, in de aorta, wordt wat joodhoudende contraststof ingespoten waarna röntgenfoto's worden genomen van de kransslagaders wat een coronarografie wordt genoemd. Tijdens het inspuiten kan soms een angorgevoel opkomen. Hierna spuit men contrastvloeistof in de linker kamer om de grootte en de kracht van de pomp op de foto's te kunnen beoordelen. Deze laatste inspuiting kan gepaard gaan met een algemeen warmtegevoel omdat dit product over het hele lichaam wordt verspreid. Dit gevoel is onaangenaam maar ongevaarlijk. Wel dien je vooraf te melden of je eventueel allergisch

bent voor contrastmiddelen. Na het terugtrekken van de katheter wordt gedurende 15 minuten nagedrukt op de insteekopening om nabloeden te voorkomen. Indien bij u een dergelijk onderzoek wordt uitgevoerd, krijgt u beslist een bijkomend formulier met een uitgebreide informatie over dit onderzoek.

De ballondilatatie

Bij ballondilatatie (medische term PTCA) wordt u niet echt geopereerd. Via een katheter wordt met een ballonnetje de vernauwde kransslagader opengeblazen. De kans bestaat dat na verloop van tijd de behandeling moet worden herhaald als de slagader weer dichtslibt.

De trombolysse

Een andere mogelijkheid is dat via een katheter stoffen worden ingespoten die de stolsels in het bloedvat (deels) oplossen (medische term : trombolysse). Patiënten opgenomen met een hartinfarct krijgen een dergelijk product meestal toegediend zodra ze de spoedgevallendienst betreden en de diagnose van hartinfarct wordt bevestigd.

De bypassoperatie

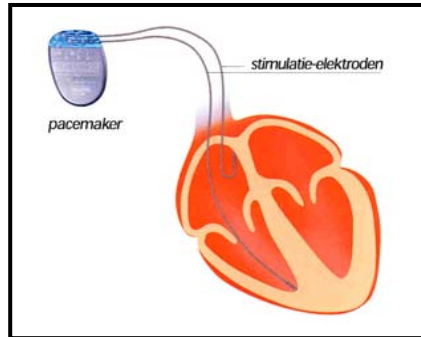
Het woord bypass is Engels voor omleiding. Ingeval van een bypass operatie wordt een ader (bv. vanuit het been) ingehecht in de grote lichaamsslagader (aorta) ongeveer op de plaats waar de eigen kransslagader ontspringt. Vervolgens wordt het andere einde voorbij de vernauwing ingehecht. Veelal kan ook beroep worden gedaan op een borstslagader. Uw specialist kan u duidelijk uitleggen op welke manier en welke plaatsen de bypasses geplaatst zullen worden

De harttransplantatie

De harttransplantatie is alleen bestemd voor die gevallen waarbij het hart zo ernstig beschadigd is dat er enkel een vervanghart kan worden ingebracht om de aandoening te verhelpen.

De pacemaker

Wanneer de hartfrequentie onder de normale drempel zakt en de hoeveelheid door het hart gepompt bloed niet meer voldoende is om aan de behoeften van het lichaam te voldoen, kunt u getroffen worden door aandoeningen als duizelingen, flauwvallen, vermoeidheid, of hartkloppingen, waardoor implantatie van een pacemaker noodzakelijk wordt.



Het stimulatiesysteem bestaat uit twee hoofdcomponenten: de pacemaker en de stimulatie-elektrode(n). De functie van het systeem is het leveren van elektrische impulsen (pacemaker) die voor de stimulatie en contractie van de hartspier met een meer regelmatige frequentie bezorgen.

De elektrische impulsen bereiken het hart via dunne en flexibele geleiders (stimulatie-elektroden) die de pacemaker met de hartholte in verbinding stellen.

Het stimulatietype kan van het enkelkamer- of dubbelkamertype zijn: het eerste type stimulatie wordt verkregen door de pacemaker te verbinden aan één stimulatie-elektrode die in een hartkamer (rechterboezem of -kamer) is gesitueerd; het tweede type door de pacemaker met twee stimulatie-elektroden te verbinden, één in de rechterboezem en de ander in de rechterkamer.

Tenslotte bestaat er nog een stimulatietype met variabele frequentie dat 'Rate Responsive' wordt genoemd, waarbij de stimulatiefrequentie automatisch aan de verschillende behoeften van het organisme wordt aangepast (rust, dagelijkse en sportieve bezigheden, stress,...).

Uw arts heeft een pacemaker en een stimulatietype gekozen die het beste aangewezen zijn voor uw situatie.

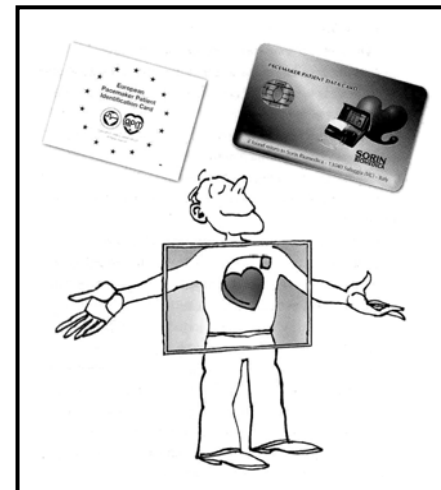
De implantatie: De implantatie van een pacemaker is een eenvoudige operatie van korte duur die onder plaatselijke verdoving wordt

uitgevoerd, in een zaal die is uitgerust met radiologische apparatuur en alle systemen voor interventie en controle van het hart.

De stimulatie-elektrode wordt in een ader in de zone onder het sleutelbeen ingebracht en naar de hartholte (atrium of ventrikel) gevoerd die een onregelmatige werking vertoont: door middel van een röntgensysteem en een serie elektrische metingen wordt de juiste positionering gecontroleerd.

De pacemaker wordt vervolgens aangebracht en aan de stimulatie-elektrode(n) verbonden.

De operatie kan 30 tot 90 minuten duren. Na de ingreep mag men gedurende 24 uur de arm aan de kant waar de pacemaker gesitueerd is enkel beperkt bewegen. U wordt vervolgens enkele dagen onder observatie gehouden. Uw arts zal voorts de frequentie van de volgende controles bepalen.



Na implantatie wordt aan u een Europees identificatiekaartje en een magnetisch kaartje, de SMHeart Card, gegeven die beide voor de drager van de pacemaker zijn bestemd en waarop de gegevens betreffende de arts, het type pacemaker dat geïmplantieerd is en de toegepaste stimulatie-elektroden zijn vermeld. Deze kaartjes moeten in alle gevallen dat u dat nodig acht getoond worden. Het is dus noodzakelijk dat u deze kaartjes altijd bij u draagt.

Controle en vervanging van de pacemaker: Een eerste en eenvoudige controle van de correcte werking van de pacemaker kunt u zelf uitvoeren door eenvoudigweg de frequentie van uw pols te meten, die niet onder de

minimum waarde mag liggen die op het moment van implantatie of van de laatste medische controle werd aangegeven.

Een uitvoerige controle van de pacemaker wordt gewoonlijk door uw arts gepland, maar dan ook, in geval van bijzondere symptomen, op uw verzoek worden uitgevoerd.

De controle wordt meestal uitgevoerd in de instelling waar de implantatie is gedaan, maar in geval van noodzaak (reizen of tijdelijke overplaatsing) kunt u aan uw arts het ziekenhuis vragen dat het dichtst bij de plaats waar u zult verblijven is gelegen.

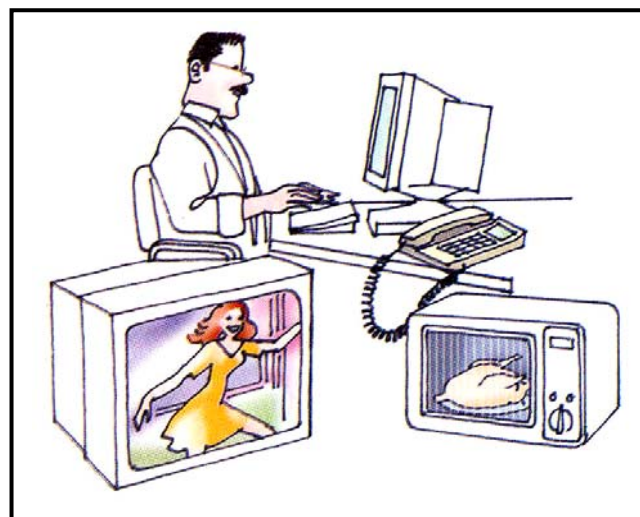


Het gebruik van een speciaal apparaat, de 'programmer', maakt hoogfrequentiecommunicatie met de pacemaker mogelijk. Dit instrument is niet alleen belangrijk om informatie over de werking van de pacemaker en uw hart te verkrijgen, maar ook om indien nodig de werkingsparameters van de pacemaker te wijzigen.

Uw pacemaker is voorzien van een batterij die gedurende meerdere jaren voor een normale werking zorgt, maar die na verloop van tijd op zal raken waarna de pacemaker vervangen moet worden. De eerste waarschuwing dat de batterij leegraakt zal door uw arts lange tijd voordat u zelf iets in de gaten heeft geconstateerd worden.

Wanneer tijdens een controle blijkt dat de batterijen van uw pacemaker de zogenaamde 'ontladingfase' hebben bereikt, moet u zich geen zorgen maken, want u kunt samen met uw arts op uw gemak de vervanging van de pacemaker plannen, wat normaliter een ingreep is die veel eenvoudiger dan de eerste implantatie is.

Het leven gaat verder ... met de pacemaker: De pacemaker brengt geen grote beperkingen voor uw levensstijl met zich mee.



U hoeft zich geen zorgen te maken voor wat betreft het gebruik van het overgrote deel van de apparaten die in het huishouden, in de vrije tijd of op het werk wordt gebruikt (zie eerste tabel "Geen probleem met ..."), mits deze apparaten goed werken.

U moet echter wel enkele voorzorgmaatregelen treffen voor wat betreft elektromagnetische velden die in onze omgeving aanwezig kunnen zijn en die storingen in de werking van uw pacemaker kunnen veroorzaken.

De tweede tabel geeft u hiervoor enkele maatregelen die u moet treffen.

GEEN PROBLEEM MET ...

- Radio's, stereo-installaties, Cd-spelers, televisies, videorecorders, afstandsbedieningen, huistelefoons met en zonder snoer
- Magnetrons, elektrische ovens, broodrooster, elektrische mixers, koelkasten, afzuigsystemen, wasmachines, elektrische dekens, elektrische scheerapparaten, elektrische kachels, haardragers, elektrische tandenborstels
- Draagbare computers, editing apparaten, kopieerapparaten, faxen
- Gehoorapparaten
- Elektrische stopcontacten en leidingen

| VOORZICHTIG MET | HET WORDT AANGERADEN OM |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Zenders/tussenstations radio-TV, radar | <ul style="list-style-type: none"> • Niet te dichtbij te komen |
| <ul style="list-style-type: none"> • Hoogspanningslijnen en -apparatuur | <ul style="list-style-type: none"> • Zich niet in de nabijheid ophouden |
| <ul style="list-style-type: none"> • Industriële apparatuur als elektrische booglasapparaten, elektrische ovens | <ul style="list-style-type: none"> • Niet gebruiken of zich in de nabijheid ophouden, of men moet gecontroleerd hebben dat ze onder werkelijke bedrijfscondities geen gevaar opleveren |
| <ul style="list-style-type: none"> • Defecte elektrische apparaten | <ul style="list-style-type: none"> • Niet aanraken en uit de buurt blijven |
| <ul style="list-style-type: none"> • Apparatuur voor: magnetische resonantie (NMR), therapeutische ioniserende straling, defibrillatie, ultrasoontherapie, therapeutische diathermie, spier- of neurostimulatie (TNS) | <ul style="list-style-type: none"> • De arts op de hoogte stellen die de analyse of therapie moet uitvoeren |
| <ul style="list-style-type: none"> • Metaaldetectors bij de ingang van banken en luchthavens | <ul style="list-style-type: none"> • Kaartje aan het personeel overhandigen en snel door de detector lopen |
| <ul style="list-style-type: none"> • Alarmsystemen bij de uitgang van winkels | <ul style="list-style-type: none"> • Hier snel doorheen lopen |
| <ul style="list-style-type: none"> • Mobiele telefoons | <ul style="list-style-type: none"> • Op een afstand van minimaal 30 cm van de pacemaker houden, bijvoorbeeld tegen het oor aan de tegenovergestelde zijde van de implantaatzijde en de telefoon niet in het borstzakje dragen dat boven de implantatieplek is gesitueerd |



Sporten, reizen, dieet houden en beroepsactiviteiten zijn niet verboden, maar kunnen aan beperkingen onderhevig zijn die van het type geïmplanteerde pacemaker, uw ziektebeeld en, in het algemeen, uw fysieke toestand afhankelijk zijn. Het dragen van een pacemaker staat een normaal seksleven niet in de weg.

Wanneer de arts waarschuwen?: Als u het volgende mocht constateren:

- bepaalde aandoeningen zoals hartkloppingen en benauwdheid
- aandoeningen die tot implantatie van de pacemaker hebben geleid
- hinderlijke spiercontracties rondom de pacemaker of van het middenrif
- rode uitslag en zwellingen ter plekke van de pacemaker

raden wij u aan om u tot uw arts te wenden, die de werkingscondities van de pacemaker en de implantatieplek zal controleren en eventuele vragen zal beantwoorden.

Besluit: Pacemakers zijn betrouwbaar en veilig; dat toont de ervaring van duizenden patiënten over de hele wereld aan, waarbij, zoals in uw geval, de toepassing van een pacemaker de kwaliteit van het leven verbetert.

De vooruitgang van medisch-wetenschappelijk onderzoek en de toepassing van nieuwe technologieën maken dat steeds betere pacemakers gerealiseerd kunnen worden.

Met de pacemaker moet u zich dus juist beter voelen en niet slechter. U zult ervaren dat dit ook zo is, mits u het advies van uw arts en de aanwijzingen in deze bijsluiter nauwkeurig opvolgt.

De defibrillator

Het gezonde hart heeft een vast ritme. Bij inspanning neemt het aantal slagen van het hart toe en wordt de tijd tussen iedere slag dus korter. Als de tijd tussen de slagen onderling aan grote verandering onderhevig is, spreken we van hartritmestoornis. Sommige vormen van hartritmestoornissen vereisen een steviger aanpak: er moet dan gedefibrilleerd worden. Daarvoor heeft men in het ziekenhuis en in de ziekenwagens speciale apparatuur, een defibrillator. Soms dient een dergelijke defibrillator onderhuids te worden ingeplant. Deze ingreep wordt in een gespecialiseerd centrum uitgevoerd. De draden worden inwendig met het hart verbonden. De kleine ingebouwde computer meet constant de hartslag. Als die abnormaal wordt, geeft het apparaat een elektrisch schokje en herstelt daarmee het normale ritme.

Het elektrofysiologisch onderzoek

Als men een levensgevaarlijke ritmestoornis vermoedt na bv. een myocardinfarct of episode van bewustzijnsverlies kan de cardioloog voorstellen om een elektrofysiologisch onderzoek (EFO) te ondergaan om te kijken of er inderdaad een dergelijke stoornis bij u aanwezig is. Goedaardige aanvallen van hartkloppingen kunnen met dit onderzoek eveneens opgespoord worden. Meestal wordt dit onderzoek u dan voorgesteld als u of de medicatie slecht verdraagt of als de huidige behandeling met medicatie ondoeltreffend is. De bedoeling van het onderzoek is om de oorzaak van de ritmestoornis te lokaliseren en nadien - indien mogelijk - te elimineren (ablatie). Via de rechter- en/of linkerlies wordt onder plaatselijke verdoving een of meerdere katheters (draden) via de bloedvaten naar uw hart gebracht. Soms ook via een bloedvat onder uw sleutelbeen. Tevens kunnen via dezelfde draden bepaalde prikkels aan het hart worden gegeven teneinde de aanwezigheid van bepaalde ritmestoornissen op te sporen en te lokaliseren. Eenmaal gelokaliseerd kunnen de afwijkende elektrische geleidingsbanen worden doorgebrand om aldus het ontstaan van ritmestoornissen te verhinderen.

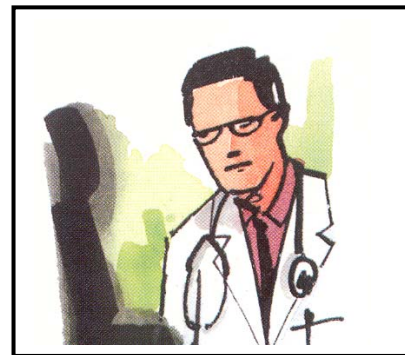
De thuiskomst

De dag van uw vertrek uit het ziekenhuis is vaak moeilijk te voorspellen. We streven ernaar u het tijdstip van vertrek een dag van tevoren mee te delen. De cardioloog spreekt dan met u over een eventueel vervolg van de behandeling na ontslag uit het ziekenhuis. Er wordt een nieuwe afspraak geregeld. Ook de huisarts wordt over uw ziekenhuisopname en eventuele nazorg geïnformeerd.

Via de verpleegkundige krijgt u de nodige papieren (brief voor de huisarts, blad met schema geneesmiddelen,...). En dan komt het spannende moment dat u hopelijk met een gerust hart terug naar huis kan ...

Indien de brief voor de huisarts niet werd opgezonden, maar u die mee naar huis kreeg, vragen we u deze de eerste dagen na uw thuiskomst te bezorgen.

De huisarts



De huisarts speelt een belangrijke rol. U kan met hem of haar overleggen in verband met de behandeling. Breng hem (haar) op de hoogte van de ongemakken die u eventueel voelt. Stop nooit zonder zijn (haar) goedkeuring met het innemen van uw medicatie, want dit kan gevaarlijk zijn. Uw huisarts zal het effect van de behandeling die de

hartspecialist heeft ingesteld, nagaan. Hij (zij) zal afspraken maken voor volgende raadplegingen bij hem of haar of bij de hartspecialist voor eventuele controleonderzoeken. Tegelijkertijd zal hij (zij) ook uw medicatievoorschriften vernieuwen zodat u steeds voldoende voorraad heeft.

Het aanpassen van de leefgewoonten

De medicatie



Het is noodzakelijk dat u uw medicatie correct blijft innemen. Deze kunnen immers de pompfunctie van het hart controleren of zorgen ervoor dat de bloeddruk op peil blijft, of zijn gericht op het voorkomen van een tweede infarct.

Correct innemen van de medicatie betekent de juiste hoeveelheid medicatie op het juiste tijdstip. Sommige mensen hebben daar minder

moeite mee wanneer ze dit koppelen aan dagelijkse activiteiten zoals tijdstippen van de maaltijden. Bij de apotheker kan u, zo u dit wenst, een pillendoos kopen waarin u de medicatie voor een volledige week kunt klaarzetten. Dit biedt een betere controle of u de medicatie reeds hebt ingenomen.

De voeding



De aangepaste voeding zoals u in het ziekenhuis uitgelegd kreeg, heeft tot doel het vet- en cholesterolgehalte of het zoutgehalte in uw bloed te verlagen en aldus een verdere verkalking van de bloedvaten te verminderen.

Bij zwaarlijvigheid hoopt men tegelijkertijd op gewichtsverlies zodat daardoor de zuurstofbehoefte van het hart vermindert,

waardoor er zich minder vlug problemen gaan voordoen.

Omdat de u opgelegde voeding een gezonde voeding is die het risico op hart- en vaatziekten kan beperken, kan die ook gunstig zijn ter bescherming van dergelijke aandoeningen bij uw familie.

Aangepaste lichaamsbeweging

Aangepaste en voldoende lichaamsbeweging bevordert de vorming van de collaterale bloedvaten (= de bloedvaten die het infarctgebied bevoeien), doet bloeddruk en cholesterol dalen, en helpt uw gewicht behouden. Het



is wel belangrijk uw lichaamsbewegingen geleidelijk op te bouwen en goed te doseren. Een gouden regel is dat u elke inspanning mag leveren zolang u er geen hinder van ondervindt. Fietsen of wandelen in plaats van de wagen te nemen; de trap nemen in plaats van de lift; ... zijn daar slechts enkele voorbeelden van. Let er wel voor op geen te grote

inspanningen te leveren in het begin. Bouw de lengte van de trajecten geleidelijk op. Verdeel uw activiteiten zodat uw hart af en toe rust krijgt. Volgende raadgevingen kunnen u daarbij helpen:

- Haast u niet en voorzie voldoende tijd voor iedere taak.
- Wordt u moe, rust dan 15 à 30 minuten, ongeacht wat u doet.
- Plan dagelijks 2 x 30 minuten lichaamsbeweging; liefst in de voor- en namiddag.
- Rust na iedere maaltijd; zeker wanneer je nadien een zwaardere inspanning plant.
- Wissel regelmatig zware en minder zware taken; spreid deze activiteiten over de dag of de week
- Vermijd heel zware inspanningen
- Pas je activiteiten aan aan de buitentemperatuur (koudste uren vermijden 's winters - warmste uren vermijden 's zomers). Een handig geheugensteuntje hiervoor is de regel van 5: Vermijd inspanningen bij temperatuur lager dan 5°C en bij temperatuur hoger dan 5 x 5°C = 25°C.
- Sport als ontspanning en niet als competitie.
- Raadpleeg uw specialist voor specifieke sportkeuze of -vragen.

Wat wanneer u toch pijn voelt bij inspanning?

Voelt u pijn in de borst, de armen of voelt u een beklemming of kortademigheid, staak dan uw activiteit en rust een 10-tal minuten. Bent u daarna niet pijnvrij, neem dan een nitratenpilletje (bv. Cedocard®) onder de tong. Wanneer de pijn verdwenen is, kan u na voldoende rust herbeginnen aan een lager tempo. Wordt de pijn heviger of verdwijnt ze niet 10 minuten na het nemen van het nitratenpilletje; komt de pijn met regelmatige tussenpozen terug of hebt u ademnood en voelt u een zeer trage of een zeer vlotte pols, verwittig dan uw huisarts die zo nodige uw hartspecialist zal inlichten. Een ziekenhuisopname voor grondig onderzoek en het op punt stellen van uw behandeling kan nodig zijn.

Vermijd stress en/of verhoogd zuurstofverbruik



Niet elke pijn in uw borst komt van uw hart. Zenuwachtigheid kan net zo goed aanleiding geven tot onaangename gevoelens, trekkingen, prikken en in bepaalde gevallen pijn. Doordat uw hart ziek is geweest, bent u erg gevoelig voor alles wat zich in de borststreek afspeelt. Gewoon door uw aandacht erop te richten en er u zorgen over te maken, kan een lichte pijngewaarwording erger worden en aanleiding geven tot hevige pijn die niet overgaat zolang u angstig blijft.

Uw partner kan een belangrijke rol spelen. Hij (zij) kan een overbeschermd houding aannemen en u allerhande verboden opleggen die u het leven onmogelijk kunnen maken. Indien hieromtrent spanningen ontstaan, kan u dit met uw huisarts bespreken. Ontspanningsoefeningen of gezinstherapie kunnen soms aangewezen zijn. Uw huisarts kan u eveneens helpen om het onderscheid te leren maken tussen pijn die van uw hart komt en pijn die te wijten is aan een andere oorzaak. Probeer binnen uw werk of vrije tijd stress te vermijden door u niet op te jagen in dossiers, post, besprekingen,... zorg tevens voor voldoende ontspanningsmomenten. Poog uw problemen één voor één aan te pakken. Het is geen schande raad te vragen wanneer u iets niet kan oplossen.

Ontwijk zo mogelijk mensen waarmee u gemakkelijk of constant in conflict of discussie ligt.

Wat met seksualiteit?

Bij het hervatten van de seksualiteit speelt uw partner een belangrijke rol. Seksuele inspanningen kunnen het zuurstofverbruik tijdelijk verhogen en eventueel leiden tot angineuse pijnen.

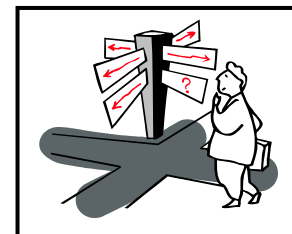
Soms stelt men een verminderd verlangen of zelfs impotentie vast die meestal van voorbijgaande aard is. Spreek erover met uw arts wanneer u na 6 weken nog stoornissen ervaart, want deze kunnen ook door uw medicatie veroorzaakt worden.

Wanneer u zonder abnormale last en zonder polsversnelling boven de 130 slagen per minuut een trap van 2 verdiepingen kan bestijgen, is er geen probleem voor normale seksualiteit. Normale frequentie en opwinding is dan toegestaan. Bij hartklachten tijdens de seksuele activiteit, dient u de inspanning te onderbreken en zo nodig, indien deze pijn na 10 minuten niet overgaat, een nitratenpilletje (bv. Cedocard®) onder de tong te laten smelten. Seksualiteit na grote vermoeidheid, zware maaltijden en overmatig alcoholverbruik zijn tegenaangewezen.

Wanneer de partner nieuw is en gezien wordt in ongewone omstandigheden, ligt de emotionele belasting hoger. Zijn er toch problemen, aarzel dan niet om er met uw arts over te spreken.

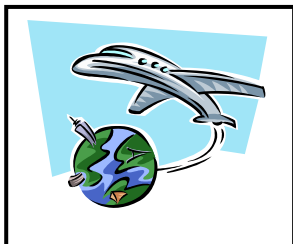
Vakantie : periode van meer zuurstofverbruik?

Het reizen: Vraag steeds advies aan uw hartspecialist. De ernst van uw



angina pectoris zal bepalen of u al dan niet op reis kan. Autorijden is de eerste 4 weken na een hartinfarct, het plaatsen van een pacemaker of een coronaire bypass operatie (overbrugging van kransslagaders) te vermijden, zowel omwille van wettelijke als medische redenen. Het spreekt vanzelf dat het opreden van angina pectoris tijdens het rijden reden moet zijn om de auto stil te zetten en soms zelfs om helemaal niet meer te rijden.

Reizen met lijnvluchten: Lijnvluchten worden normaal vanaf 4 à 6



weken na een hartinfarct toegestaan. Zorg zeker voor voldoende geneesmiddelenvoorraad in uw handbagage. Neem je bijsluiters mee om bij problemen aan de hand van de samenstelling vergelijkingen mogelijk te maken. Vertrek vroeg genoeg om haast en drukte te vermijden. Vermijd het dragen van te zware bagage, neem

eerder twee kleine reiskoffers mee dan één grote. Denk aan het bestaan van bagagekarretjes.

Vermijd langdurig zitten in de auto, trein of vliegtuig. Sta op om de 2 uur en beweeg wat.

Het verblijf: Belangrijke inspanningen boven een hoogte van 1500 meter worden afgeraden. Wandelen op 1300 à 1500 meter is voor een gestabiliseerde hartpatiënt (= zonder angor of kortademigheid bij inspanning) probleemloos als het terrein vlak is. Plotse temperatuurschommelingen, zoals een ijskoude douche na een zonbad, zijn te vermijden,

Risicofactoren die bloedvaten kunnen vernauwen

Roken: Rokers die na angina pectoris of een infarct blijven roken, hebben dubbel zoveel kans op een volgend infarct als zij die stoppen. Het is beter onmiddellijk te stoppen dan geleidelijk te verminderen. Stoppen met roken is gemakkelijker in het ziekenhuis dan thuis. Vraag uw arts uitlef over bestaande hulpmiddelen.



Alcoholhoudende dranken: het gebruik van 2 eenheden alcohol per dag is toegelaten. Dit betekent concreet dat u 2 glazen bier, wijn of sterke drank mag nuttigen, natuurlijk in het daartoe bestemde glas.

Besluit

Beste mevrouw/meneer,

Met deze brochure hebben we gepoogd u meer informatie te geven over de aandoening die u hebt.

We hopen dat u door het lezen van deze brochure en de bijkomende informatie van de diverse gezondheidswerkers voldoende inzicht kreeg in uw ziekte.

We hopen ten stelligste dat u de diverse aanbevelingen, vermeld in deze brochure, zult naleven, teneinde een uitbreiding van uw aandoening te voorkomen.

Indien u vragen hebt of u vindt dat bepaalde informatie onduidelijk of aangevuld dient te worden, aarzel dan niet om ons daarover aan te spreken en in te lichten.

Eens u thuis bent, kunt u steeds bij uw huisarts terecht voor bijkomende informatie of begeleiding. Wij zijn eveneens steeds beschikbaar op het nummer 051/33.42.71 (: telefoonnummer van de afdeling cardiologie (D2)) om bijkomende informatie te verschaffen.

We wensen u aan het einde van deze brochure een goed herstel toe.

Namens het volledige team van de afdeling Cardiologie.