

angelehnt an die DEGAM Leitlinie Brustschmerz und NVL chronische KHK der ÄZQ

Hausärztliche Versorgungsebene: **rot**
 Fachärztliche Versorgungsebene: **blau**

Patient mit Brustschmerz

Ersteindruck!

pathologische Vitalzeichen

ja

stationäre Einweisung

nein

Anamnese, Untersuchung, psychosoziale Einschätzung

Wahrscheinlichkeit KHK?

mittel/hoch

Wahrscheinlichkeit ACS? EKG

Wahrscheinlichkeit ACS mittel/hoch u/o EKG Veränderungen

gering

Wahrscheinlichkeit psychogene Ursach?

Wahrscheinlichkeit Brustwandrsyndrom?

Wahrscheinlichkeit respiratorischer Infekt?

Wahrscheinlichkeit gastrointestinale Ursachen?

FA: ambulante Diagnostik KHK

Integration psychischer, sozialer und somatischer Ursachen

Alarmzeichen?

ja

Überweisung Einweisung

nein

ausreichende Wahrscheinlichkeit für oben genannte Ursachen?

ja

Therapie kausal/symptomatisch

nein

abwartendes Offenhalten

V. a. stabile stenosierende KHK

kardiologische Basisdiagnostik

Vortestwahrscheinlichkeit stabile KHK?

niedrig (<15%)

andere Ursachen erwägen, HA

hoch (>85%)

Therapieplanung konservativ, medikamentös, Revascularisierung

15 - 50%

Morphologische Verfahren (z.B. Coronar CT)

mittel

15 - 85%

funktionelle Verfahren (z.B. Stress-Echo, Cardio MRT, Myokard-Szinti) (nur bei 15-30%: evtl. Ergo)

Normaler Befund?

ja

andere Ursachen erwägen, HA

nein

Therapieplanung konservativ, medikamentös, Revascularisierung

Kriterien Marburger Herzscore (je 1 P)

- Alter/Geschlecht (Männer > 55 J; Frauen > 65 J.)
- bekannte CVD
- Beschwerden belastungsabhängig
- Schmerzen sind durch Palpation nicht reproduzierbar
- Patient vermutet Herzkrankheit als Ursache

| Punkte | Wahrscheinlichkeit KHK | |
|--------|------------------------|-------------|
| 0 - 1 | < 1 % | sehr gering |
| 2 | 5 % | gering |
| 3 | 25 % | mittel |
| 4 - 5 | 65 % | hoch |

Notfallmaßnahmen bei V.a. ACS:

Allgemeinmaßnahmen:

- Beruhigen des Patienten
- Lagerung (OK-hoch)
- i.v. Zugang
- Monitoring (möglichst 12 Kanal EKG, SpO2, Blutdruck)
- Sauerstoffzufuhr bei Atemnot oder Zeichen der Herzinsuff. oder SpO2 < 90%, keine Routinegabe bei SpO2 > 90%
- Einweisung in eine Klinik mit PCI Bereitschaft

Therapiemaßnahmen:

- ASS 150 - 300 mg i.v. falls nicht bereits Dauermedikation
- Heparin 5000 I.E. i.v.
- fraktionierte Analgesie bei Schmerzen (z.B. Morphin 2-5 mg)
- Nitroglycerin s.l. sofern RR > 100 mm Hg
- evtl. Sedierung mit Benzodiazepinen nach ausreichender Analgesie (z.B. Diazepam 2,5 - 5 mg i.v.)
- Antiemetika bei Bedarf (z.B. MCP 10 mg i.v.)
- β-Blocker nur bei fehlenden Zeichen einer Herzinsuff., bei Hypertension und/oder Tachyarrhythmien

| Alter | typische Angina | | atypische Angina | | nicht anginöser Brustschmerz | |
|-------|-----------------|--------|------------------|--------|------------------------------|--------|
| | Männer | Frauen | Männer | Frauen | Männer | Frauen |
| 30-39 | 59% | 28% | 29% | 10% | 18% | 5% |
| 40-49 | 69% | 37% | 38% | 14% | 25% | 8% |
| 50-59 | 77% | 47% | 49% | 20% | 34% | 12% |
| 60-69 | 84% | 58% | 59% | 28% | 44% | 17% |
| 70-79 | 89% | 68% | 69% | 37% | 54% | 24% |
| > 80 | 93% | 76% | 78% | 47% | 65% | 32% |

als **typische Angina** gilt:

- retrosternaler Schmerz von charakteristischer Dauer
- provokierbar durch Belastung oder Stress
- Ansprechen auf Unterbrechung der Belastung /Nitro

Die **atypische Angina** erfüllt zwei dieser drei Kriterien, der **nicht anginöse Brustschmerz** eines oder keines davon. EKG Auffälligkeiten oder eine eingeschränkte LV Funktion (<50%) verändern die Wahrscheinlichkeitswerte