

Akutes Koronarsyndrom / Myocardinfarkt

<p>Ursache: Unterbrechung oder Einschränkung der myocardialen Perfusion und Sauerstoffversorgung. In der Mehrzahl der Ereignisse pflöpft sich ein frischer Thrombus auf eine bestehende atherosklerotische Gefäßstenose auf und verschließt das entsprechende Gefäß ganz oder teilweise. Ein Koronarspasmus, eine Koronarembolie aber auch eine Anämie (fehlende Sauerstoffträger) können zu dieser Symptomatik führen.</p> <p>Symptome: Klassischerweise imponiert das Krankheitsbild durch einen akut einsetzenden Thoraxschmerz mit Vernichtungsgefühl und Ausstrahlung in den linken Arm. Der Schmerz kann auch den rechten Arm, den Halsbereich, den Rücken und das Abdomen betreffen. Besonders bei älteren Patienten und Diabetikern ist zu beachten, daß eine Schmerzsymptomatik völlig fehlen kann. Neben dem Schmerz sind folgende Symptome häufig anzutreffen und sollten beachtet werden: Luftnot, evt. eine sichtbare Zyanose Vegetative Symptome: Kaltschweißigkeit, Blässe, Unruhe Hämodynamische Störungen: Blutdruckabfall, Tachycardie, Synkope</p> <p>Vorgehen: Oberstes Gebot in dieser Situation ist Ruhe. Der Patient sollte möglichst nicht bewegt werden. Zur Erleichterung der Atmung wird der Oberkörper hochgelagert. Erstes einzusetzendes Medikament ist der Sauerstoff mit 4-6 l/min. Der Patient bedarf einer kontinuierlichen Überwachung von Puls und Blutdruck, ggf. Sauerstoffsättigung. Ein venöser Zugang sollte zügig gelegt werden. Parallel zu den ersten Maßnahmen erfolgt der Notruf über 112. Das Krankheitsbild stellt eine Notarztindikation dar!</p> <p>Therapie: Bei ausreichenden Blutdruckwerten (RR syst. > 100 mm Hg) werden 1-2 Hübe Nitroglycerin sublingual gegeben. Auf den Blutdruckabfall, der nach Nitrogabe verzögert einsetzen kann, ist zu achten. Nitroresistente Schmerzen sind hochverdächtig auf einen Myocardinfarkt. Es bedarf dann einer Analgesie durch iv-Gabe potenter Analgetika, da der Schmerz einen erheblichen Stressfaktor für den Patienten darstellt und damit den Sauerstoffbedarf des Herzens weiter erhöht. Viele Patienten reagieren im Verlauf des Geschehens mit Übelkeit oder Erbrechen, hier können Antiemetika (z.B. Metoclopramid) eingesetzt werden.</p> <p>Vorgehen des Rettungsdienstes: Der Patient wird von den Rettungskräften an das übliche Monitoring angeschlossen und schonen in den RTW verbracht. Die weitere Therapie besteht in der Gabe von ASS (150 – 300 mg). Ist der Patient mit Thrombozytenaggregationshemmern vorbehandelt, kann darauf verzichtet werden. Betablocker werden eingesetzt, um tachycarde Sequenzen zu vermeiden und verbessern das Outcome des Patienten. Fakultativ ist die Gabe von Heparin, i.d.R. 5000 IE als Bolus. Nach Stabilisierung des Patienten erfolgt der schonende Transport unter Notarztbegleitung in die Zielklinik.</p> <p>Voraussetzungen in der Klinik: Der Patient sollte einer Klinik mit internistischer Intensivstation und Katheterinterventionsmöglichkeit zugeführt werden. Die andere direkte Behandlungsmöglichkeit besteht in der Lysetherapie, die ebenfalls unter intensivmedizinischer Betreuung durchgeführt wird.</p>	<p>Leitsymptom Thoraxschmerz</p> <p>Allg. Maßnahmen: Patienten beruhigen OK hochlagern O2-Zufuhr Monitoring i.v. Zugang Anamnese</p> <p>Therapie: Nitroglycerin als Spray, 1-2 Hub sublingual ! RR-Abfall ! intravenöse Analgesie bei fortbestehendem Schmerz Evt. Antiemetika (MCP)</p> <p>Spezifische Therapie: ASS 150-300 mg Nitrate i.v. β-Blocker Heparin</p> <p>Zielklinik: PTCA-Platz Intern. Intensivstation</p>
--	---