Brustschmerz (Version 2)

Kurzversion

vitale Bedrohung?

Hinweise für lebensbedrohliche oder instabile Situation?
- Veränderung der Vitalparameter im Sinne eines akuten Kreislaufversagens
- Bewusstseinseintrübung und/oder Verwirrtheit
- (unmittelbar vorangegangene) Synkope oder Kollaps
- Zeichen der oberen Einflussstauung
- Kaltschweißigkeit
- neu aufgetretene Dyspnoe in Ruhe
- ausgeprägte Angst

In diesem Fall:
- Alarmierung des Rettungsdienstes – stationäre Einweisung
- lebensrettende Sofortmaßnahmen und symptomatische Therapie
- Überwachung entsprechend Möglichkeiten
- EKG, weitere diagnostische Schritte nur falls in der Situation möglich

Patient mit Brustschmerz

Ersteindruck

pathologische Vitalzeichen

ja

dringliche stationäre Einweisung

Relevante Ursachen und deren Häufigkeit in der hausärztlichen Versorgung

stabile KHK	8-11 %
akutes Koronarsyndrom (ACS)	2-4 %
Brustwandsyndrom (BWS)	43-47 %
psychische Erkrankungen	10-12 %
respiratorische Infekte	10-12 %
gastrointestinale Ursachen	6-9 %

Dafür spricht:
- bekannte KHK/ Myokardinfarkt
- bekannte Herzinsuffizienz (+)
- bekannter Diabetes mellitus (+)
- Schmerz vergleichbar zu früherer Angina (+)
- Veränderung d. Schmerzes ü. d. vorangegangenen 24h (+)
- Druckgefühl in der Brust (+)
- Ausstrahlung linker Arm (+)
- kaltschweißig (+)
- Pat. ist blass (+)
- „Pat. gefällt Ihnen nicht“ (+)
- Pat. ist anders als sonst (+)
- Hausärzt:in vermutet schwerwiegende Ursache (+)
- systolischer RR < 100 (+)
- Tachykardie (> 120/min) (+)
- Luftnot (+)
- Tachypnoe (+)
- Rasselgeräusche

Dagegen spricht:
- atemabhängiger Schmerz (-)
- pleuritischer Schmerz (-)

KHK?

MERKE: vitale, somatische und psychosoziale Einschätzung gehen Hand in Hand
- Vermutungen des Patienten über die Ursache der Beschwerden?
- Beeinträchtigung im Alltag?
- psychosoziale Einflussfaktoren?

Anamnese, körperliche Unterstützung, psychosoziale Einschätzung

Kriterien Marburger Herz-Score (jeweils 1 Punkt)
- Alter/Geschlecht (Männer ≥ 55 J. und Frauen ≥ 65 J.)
- bekannte vaskuläre Erkrankung
- Beschwerden belastungsabhängig
- Schmerzen sind durch Palpation nicht reproduzierbar
- Patient vermutet Herzkrankheit als Ursache

Wahrscheinlichkeit KHK

mittel/ hoch

Wahrscheinlichkeit ACS/EKG

Wahrscheinlichkeit ACS mittelhoch u/o EKG-Veränderungen

ja

nein

ambulante Diagnostik KHK/ symptomatische Behandlung

gering

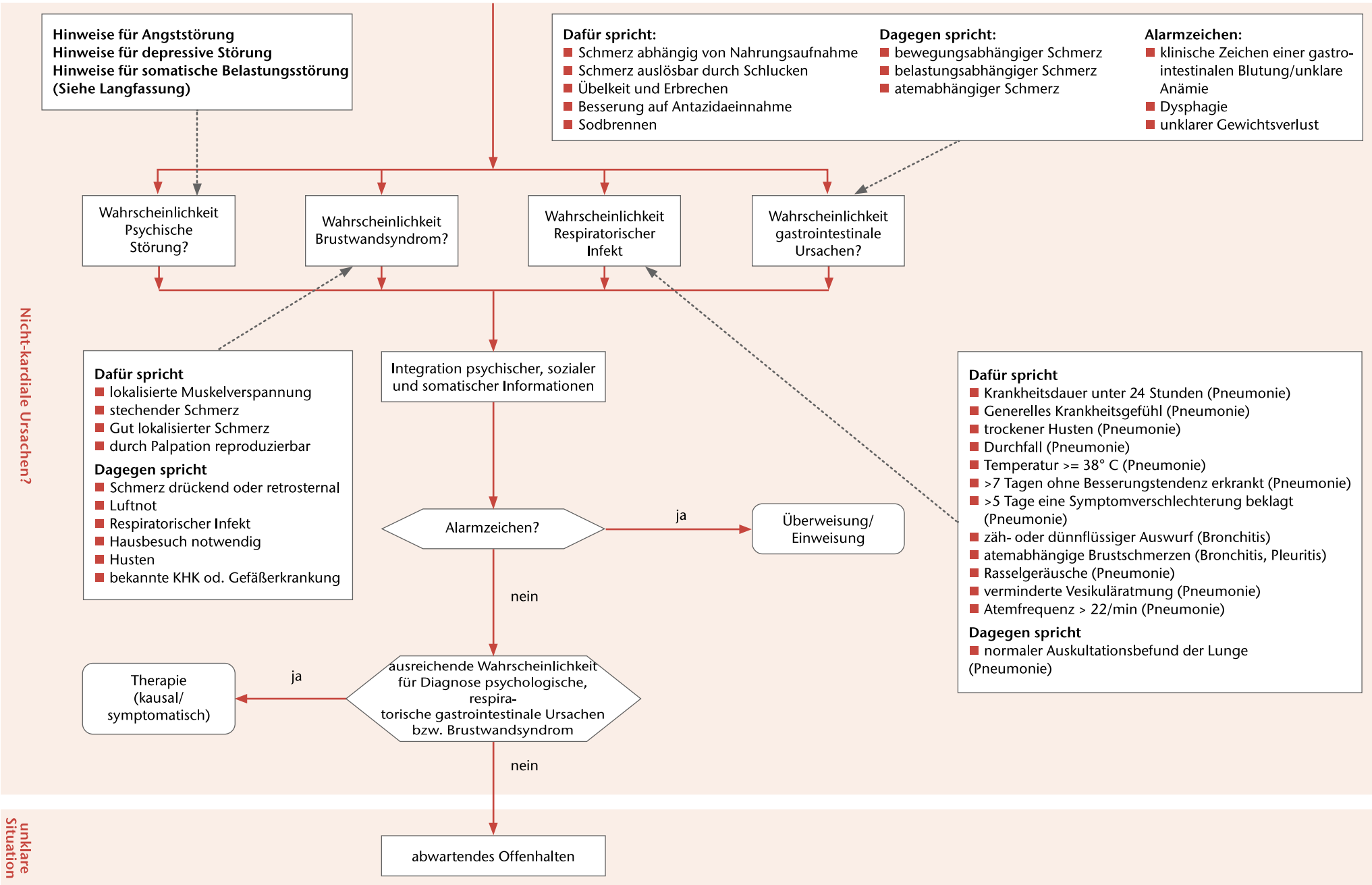
Notfallmaßnahmen bei V.a. ACS:
- Lagerung mit 30° angehobenem Oberkörper; i.v.-Zugang;
- EKG um Personen mit STEMI zu identifizieren
- spätestens nach Eintreffen des Rettungswagens kontinuierliches Monitoring des Herzrhythmus
- Sauerstoff (2-4 Liter/Minute) bei Patienten mit Luftnot oder einer O2-Sättigung von < 90 %
- bei gesichertem STEMI und keiner Vormedikation: Aspirin in einer initialen Dosis von 150-300 mg
- 2 Hub Nitrolingualspray oder 1 Nitrolingualkapsel bei pektanginösen Beschwerden und RR syst. > 100 mmHg)
- intravenöse Opioide (z.B. Morphin 5 mg i.v.) nur bei schweren Schmerzen
- bei (opiatbedingter) Übelkeit 10mg Metoclopramid i.v. oder 62mg Dimenhydrinat i.v.
- bei Bradykardie < 45/min 1 Amp. Atropin 0,5mg i.v.
- stationäre Einweisung in ärztlicher Begleitung, wenn möglich in eine Klinik mit 24h Katheterbereitschaft

Autor:innen
S. Bösner, N. Donner-Banzhoff, C. Escales, J. Haasenritter

Konzeption und wissenschaftliche Redaktion
Sektion Leitlinien und Qualitätsförderung der DEGAM

DEGAM Leitlinien
Hilfen für eine gute Medizin

© DEGAM 2024
www.degam.de/leitlinien



Autor:innen
S. Bösner, N. Donner-Banzhoff, C. Escales, J. Haasenritter

Konzeption und wissenschaftliche Redaktion
Sektion Leitlinien und Qualitätsförderung der DEGAM

DEGAM Leitlinien
Hilfen für eine gute Medizin

© DEGAM 2024
www.degam.de/leitlinien