

# Breitkomplex Tachykardie

Im ersten Schritt immer von einer „ventrikulären Tachykardie“ ausgehen!

## Klassischer Rechtsschenkelblock

Abl. V1: rSR'



- $R' > r$
- S berührt Baseline

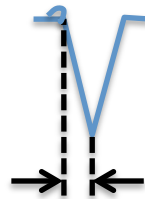
Abl. V6: RS



- $R > S$
- Schmales iniiales „q“ erlaubt (<2mm Tiefe, <40ms Breite)

## Klassischer Linksschenkelblock

Abl. V1 & V2: QS



- kleines initiales „r“ erlaubt (<30ms Breite)
- Zeit bis S Nadir <70ms

Abl. V6: R



- Kein „Q“ erlaubt
- Entweder „RR“ oder monophasisches R

## Schrittweise EKG Interpretation nach dem Griffith Approach

<b>Unregelmässige Breitkomplextachykardie</b>	Erstens, schlieÙe polymorphe VT aus. Dann, evaluiere andere Breitkomplextachykardien. Wenn die QRS Kriterien im Punkt 1 erfüllt sind, dann diagnostiziere die Tachykardie als Vorhofflimmern mit aberrierender Überleitung. Ansonsten diagnostiziere Vorhofflimmern mit Präexzitation
<b>Regelmässige Breitkomplextachykardie</b>	Erstens, evaluiere die QRS Kriterien (siehe Abbildung). Wenn die QRS Kriterien nicht erfüllt sind UND die Lagetyp-Kriterien (Punkt 3) nicht erfüllt sind UND keine AV Dissoziation vorliegt, dann diagnostiziere die Breitkomplextachykardie als SVT mit aberrierender Überleitung. Alle anderen sind „VT“
<b>Punkt 1</b> (nur bei regelmäßiger Breitkomplextachykardie)	Evaluieren Sie die QRS Morphologie nach obigen Kriterien
<b>Punkt 2</b> (nur bei regelmäßiger Breitkomplextachykardie)	Wenn der QRS Komplex obige Kriterien erfüllt, dann evaluieren Sie die QRS Achse
<b>Punkt 3</b> (nur bei regelmäßiger Breitkomplextachykardie)	Bei klassischem RSB, evaluieren Sie, ob eine NW-Achse vorliegt (180-270°) Bei klassischem LSB, evaluieren Sie, ob ein Rechtslagetyp oder eine NW – Achse vorliegt (90-270 °)
<b>Punkt 4</b> (nur bei regelmäßiger Breitkomplextachykardie)	Wenn Kriterien des Schritt 3 NICHT erfüllt sind, dann überprüfen Sie, ob eine AV Dissoziation vorliegt

# Breitkomplex Tachykardie – Griffith Approach

Im ersten Schritt immer von einer „ventrikulären Tachykardie“ ausgehen

	Schrittweises Vorgehen		Kommentar
<b>Step 1</b>	Zunächst hämodynamische Stabilität überprüfen, wenn instabil → ERC Algorithmus Beim hämodynamisch stabilen Patienten muss ein 12-Kanal EKG mit Rhythmusstreifen geschrieben werden. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Untersuche, ob Schrittmacherspikes vorliegen</li> <li>- Berücksichtige toxische oder metabolische Ursache der Breitkomplextachykardie</li> <li>- Venöse oder arterielle BGA obligat</li> </ul>		Rhythmusstreifen ist nicht ausreichend für die Diagnose einer Breitkomplextachykardie
<b>Step 2</b>	Versuche ein Vor-EKG/Basis-EKG zu erhalten		Ein Vor-EKG ist extrem hilfreich!
<b>Step 3</b>	Entspricht die QRS-Morphologie der Breitkomplextachykardie in Ableitung V1 bzw. V6 dem klassischen Muster eines Links- oder Rechtsschenkelblocks (siehe oben)		Es ist sehr ungewöhnlich, dass Kammertachykardien eine typisches LSB oder RSB Muster aufweisen.
<b>Step 4</b>	Evaluieren die Achsenkriterien bei RSB. Liegt eine NW-Achse vor?	Bei LSB Muster, hat der QRS Komplex eine NW-Achse oder eine rechte Achse?	Wenn die genannten Lagetypkriterien erfüllt sind, es es wahrscheinlich eine VT.
<b>Step 5</b>	Überprüfe, ob eine AV-Dissoziation oder ein vergleichbares Phänomen vorliegt=	Überprüfe immer auf einem Papierausdruck nach AV-Dissoziation	Das Vorliegen einer AV-Dissoziation oder von Fusionsschlägen/Capturebeats spricht eher für eine VT.
<b>Step 6</b>	Wenn eine Breitkomplextachykardie exakt einem RSB oder LSB Muster entspricht, UND die für RSB/LSB untypischen Lagetypkriterien (Step 4) NICHT erfüllt sind → wahrscheinlich SVT mit Aberration.		Interpretiere mit Vorsicht!

Im 12-Kanal EKG kann **NIE sicher** eine VT von einer SVT bei Präexzitation oder Aberration differenziert werden  
 → In Notfallsituation immer eher von einer VT ausgehen!