

Indikationen zum EKG-Monitoring (Empfehlungen der AHA 2004)

Indikation immer individuell im klinischen Kontext stellen

Indikation zum EKG-Monitoring
Allgemeine Situationen/Erkrankungen
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten nach Reanimation
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit akuter Herzinsuffizienz/Lungenödem bzw. Zeichen der Herzinsuffizienz (z.B. bilaterale RG's)
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten welche wegen Synkope untersucht werden (üblicherweise nur Patienten mit hochgradigem V.a. kardiale Synkope oder tatsächlich unklarer Ätiologie der Synkope, daraus folgend mind. 24-stündiges Monitoring unter stationären Bedingungen)
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit Indikation einer intensivmedizinischen Therapie bzw. Therapie auf einer Intermediate-Care-Station (z.B. Trauma, respiratorisches Versagen, Sepsis, Lungenembolie, Nierenversagen, Elektrolytabnormalitäten, Medikamentenüberdosierung und anderen schweren Erkrankungen etc.)
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten, welche diagnostische oder therapeutische Prozeduren erhalten, welche Sedation oder Anästhesie erforderlich macht
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit allen anderen hämodynamisch instabilen Arrhythmien (z.B. Vorhofflimmern bei einem Patienten mit kritischer Aortenstenose oder hypertropher Kardiomyopathie etc.)
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten welche eine Überdosis einer möglicherweise proarrhythmischen Substanz eingenommen haben
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit Elektrolytentgleisungen wie z.B. schwere Hypokaliämie oder Hypomagnesämie etc.
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten nach herzchirurgischem Eingriff
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit intraaortaler Gegenpulsationspumpe
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit akuten neurologischen Ereignissen (z.B. Subarachnoidalblutung)

Patienten mit kardialen/koronaren Erkrankungen
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit dem Symptom eines akuten Brustschmerzes, wenn mind. ein Kriterium nach Goldmann zutrifft: <ul style="list-style-type: none"> - Vermutung eines Myokardinfarkts im initialen EKG - Vermutete Ischämie im initialen EKG - Systolischer Blutdruck unter 110 mmHg - Vorgeschichte einer instabilen ischämischen Herzerkrankung (d.h. Angina nach koronarer Revaskularisation, Schmerzen vergleichbar der Symptomatik bei einem früheren Herzinfarkt, Verschlechterung einer vorher stabilen Angina) (siehe Goldmann et al. N Engl J Med 1996)
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten in der Frühphase eines akuten Koronarsyndroms (STEMI, NSTEMI-ACS, instabile Angina pectoris, Ausschluss eines Myokardinfarkts) → Dauer entsprechend klinischer Situation bis zu 72 Stunden
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit subakutem Myokardinfarkt (Überwachung von 24 bis 48 Stunden, wird jedoch kontrovers diskutiert)
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit instabilen koronaren Syndromen und neu diagnostizierten Hochrisikokoronarläsionen (z.B. hochgradige Hauptstammstenose, proximale RIVA- oder RCX-Stenosen)
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten nach elektiver perkutaner Koronarintervention mit Komplikationen (üblicherweise 24 Stunden, nach Indikation auch länger)
<ul style="list-style-type: none"> • Überwachung von Patienten, welche eine unkomplizierte elektive perkutane Koronarintervention hatten (üblicherweise 6-8 Stunden)
Patienten mit Rhythmusstörungen/Arrhythmien
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit neuen Bradyarrhythmien
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit AV-Block (AV-Block II. Grades Typ Mobitz bzw. AV-Block III oder mit neuem Schenkelblock im Rahmen eines akuten Myokardinfarkts)
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit Arrhythmien, welche ein Präexcitationssyndrom komplizieren (z.B. Vorhofflimmern und WPW-Syndrom)
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit Long-QT-Syndrom und assoziierten ventrikulären Arrhythmien
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten nach Implantation eines automatischen Defibrillators oder eines Schrittmachers (wenn schrittmacherabhängig)
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit temporärem Schrittmacher oder transkutanen Schrittmacherelektroden
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten, welche neue Antiarrhythmika erhalten haben oder bei atrialen Tachyarrhythmien eine Neueinstellung von Medikamenten erfolgt
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten nach routinemäßiger Koronarangiographie (nur kurzzeitig, um vasovagale Reaktionen zu dedektieren)
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit Risiko für eine „Torsade de Point“ - Tachykardie (z.B. QT-Intervall-Verlängerung bei Psychopharmaka oder Antibiotika)

Indikation zum ST-Segment-Monitoring <i>(in den Bereichen von Kh/II-1 wg. fehlender Geräteausstattung nicht möglich)</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten in der Frühphase eines akuten Koronarsyndroms (STEMI, NON STE-ACS, instabile Angina pectoris, Ausschluss eines Myokardinfarkts)
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten welche sich in der Notaufnahme mit akutem Brustschmerzen oder Angina-äquivalenten Symptomen vorstellen (dynamische ST-Segmentveränderungen in den frühen Stunden eines akuten Infarktes)
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit elektiven perkutanen Koronarinterventionen und suboptimalen angiographischen Ergebnissen
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit V.a. Variant-Angina bei koronaren Vasospasmen
<ul style="list-style-type: none"> • Möglicherweise bei Patienten mit subakutem Myokardinfarkt
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit hohem Risiko einer Ischämie nach kardialer oder nicht kardialer Operation
<ul style="list-style-type: none"> • Keine Indikation liegt vor bei Patienten mit Linksschenkelblock (fehlende Spezifität der Analyse)
<ul style="list-style-type: none"> • Keine Indikation liegt vor bei Patienten mit Schrittmacherstimulation (fehlende Spezifität der Analyse)