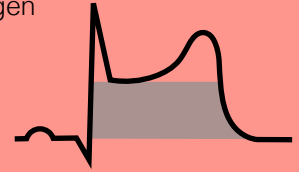


Hochrisiko-EKG

V.a. „OMI“ (okklusiver Myokardinfarkt) = STEMI-Äquivalent

STEMI

Klinik + ST-Hebung: $\geq 1\text{mm}$ in mind. 2 zusammenhängenden Ableitungen
V2/V3: $\geq 1,5\text{mm}$ (♀)
 $\geq 2\text{mm}$ (♂ >40 Jahre)
 $\geq 2,5\text{mm}$ (♂ <40 Jahre)
rV3-4 / V7-9: $\geq 0,5\text{mm}$



Hyperakute T-Wellen (breite, hohe Ts und/oder $T \geq R$): Akute Ischämie noch vor ST-Hebung. DD: Hyperkaliämie

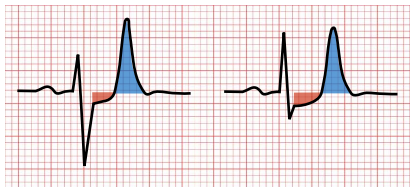
„Hauptstamm-EKG“ (isolierte ST-Hebung aVR (ev. V1) + ausgeprägte ST-Senkungen in mind. 6 Ableitungen): Hauptstammstenose, prox. RIVA / schwere 3-Gefäß-KHK, Typ II Myokardinfarkt bei Anämie, Sepsis etc.

„Semi STEMI“ diskrete, (noch) nicht signifikante ST-Hebungen + kontralaterale ST-Senkungen + typische Klinik Kurzfristige Verlaufs-EKGs (alle 10-20 Min, sofort bei neuen Symptomen). Anhaltende Klinik: Frühzeitig Coro!

SPECIALS

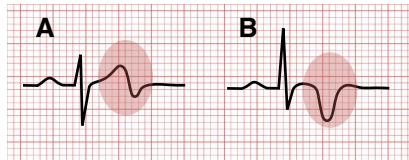
DeWinter Zeichen

V1-6: prominente T-Welle +
aszendierende ST-Senkung $\geq 1\text{mm}$



Wellens-Zeichen

oft intermittierend (auch nach AP)
 Typ A: biphasisches T V2/3
 Typ B: Tief invertiertes T Vorderwand



Shark-Fin Zeichen

QRS mit ST verschmelzend bei
massiver ST-Hebung. Meist mehrere
zusammenhängende Ableitungen.



Häufig post/
peri-Arrest!

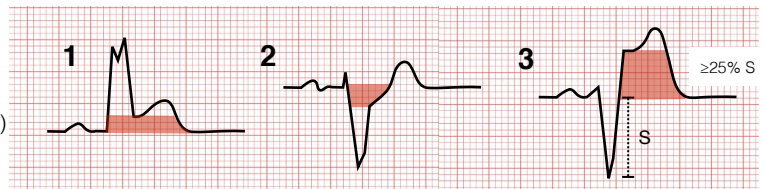


Blockbild jeweils bei typischer / verdächtiger Klinik für Myokardinfarkt:

- Neuer Links-/Rechtsschenkelblock bei bekanntem Vor-EKG oder veränderte Morphologie bei bekanntem Block
- **RSB:** ST-Hebung „aus dem Block“ / sonstige Hebungen (ein „normaler“ RSB hebt nie). **Neuer RSB: DD LAE!**
- **LSB** oder **Schrittmacher mit LSB-Bild:**

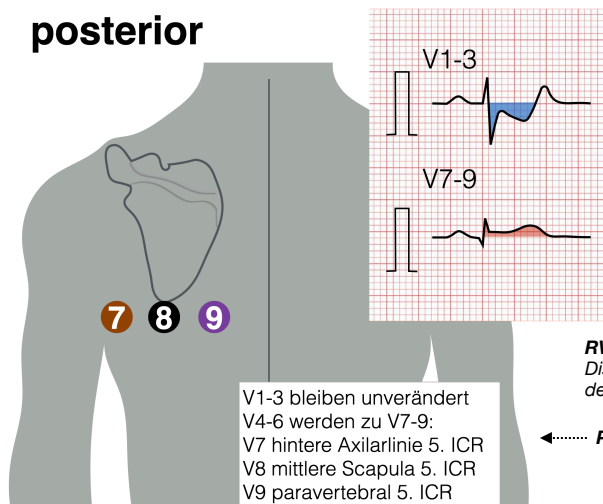
- modifizierte Sgarbossa-Kriterien
1. Konkordante ST-Hebung $\geq 1\text{mm}$
 2. Konkordante ST-Senkung $\geq 1\text{mm}$ (in V1-3)
 3. Diskordante ST-Hebung $\geq 1\text{mm}$ (mind. 25% der S-Zacke)

Wenn mind. **ein** Kriterium erfüllt, akuter Infarkt
bei entsprechender Klinik wahrscheinlich.

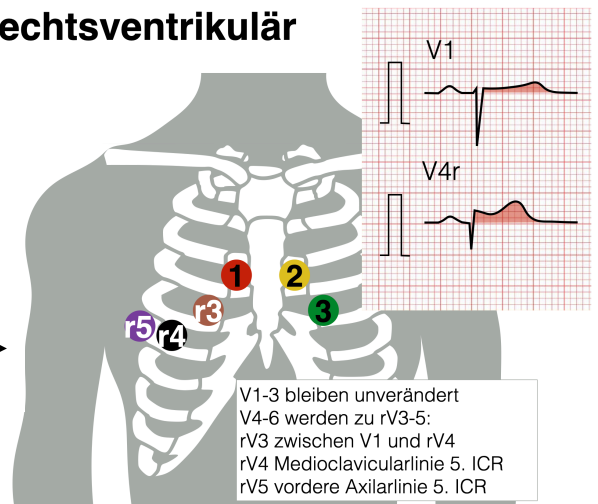


Zusatzableitungen immer bei Klinik & verdächtigem EKG (z.B. „nur“ ST-Senkung / isolierte Hebung)

posterior



rechtsventrikulär



RV-Infarkt z.B.:
Diskrete Hebung V1 +
deutliche(re) Heb. V3-5r

Posteriorinfarkt z.B.:
ST-Senkungen V1-3
ST-Hebungen V7-9

Quelle u.a.: Fessele, Fandler, Gotthardt. Hochrisiko-EKG bei akutem Thoraxschmerz. Med. Klinik Intensiv- u. Notfallmed 2021. Grafiken © P. Gotthardt / Nerdfallmedizin

Was ist besser als ein EKG? Zwei EKGs!

Verdächtige / intermittierende Symptomatik: Kurzfristig Verlaufs-EKGs!