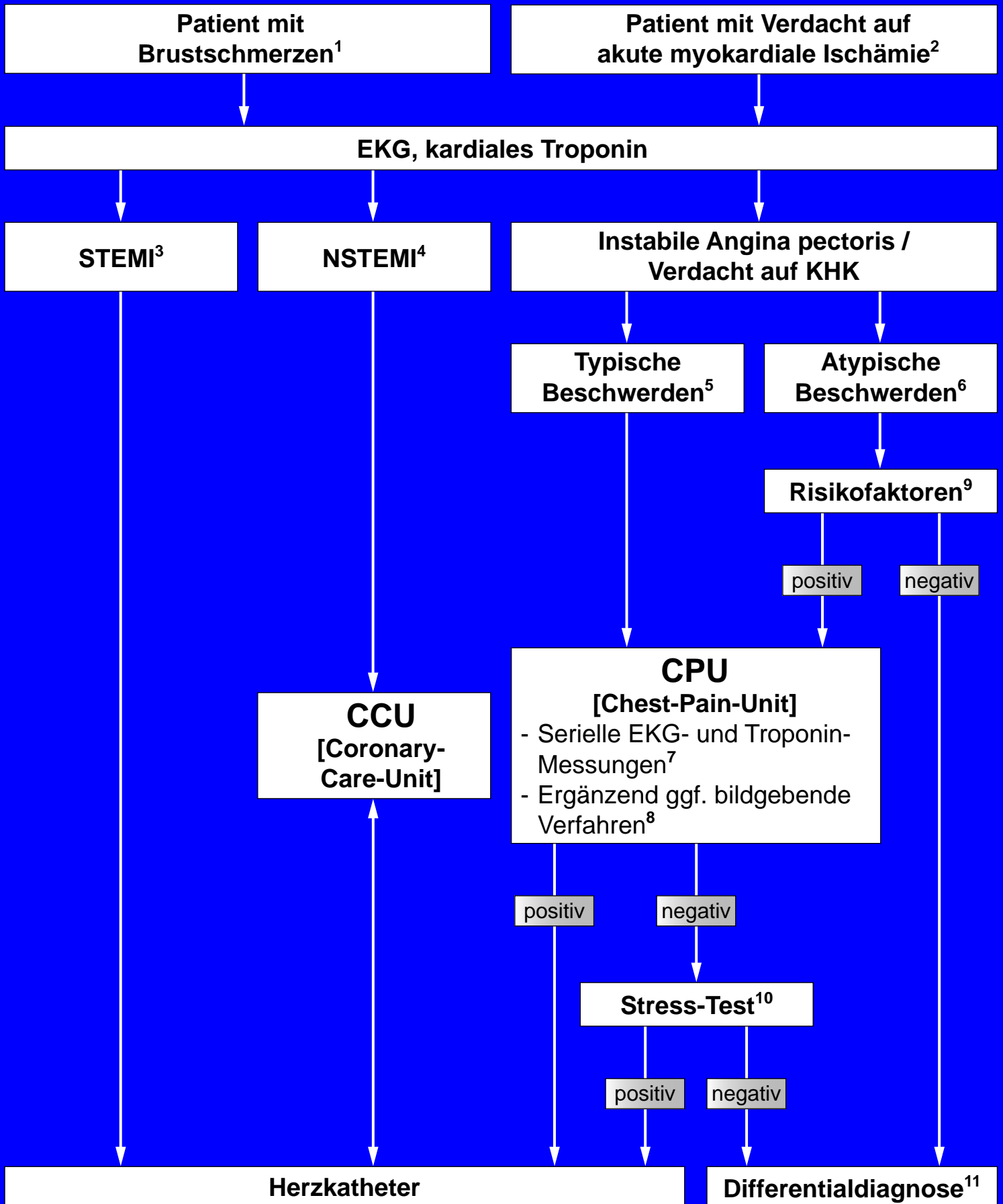


# Chest-Pain-Unit



## Chest-Pain-Units: Anmerkungen

- 1) **Brustschmerzen jeder Art**
- 2) **Angina pectoris-Äquivalente**  
Angina pectoris-Äquivalente können Dyspnoe, atypischer Thoraxschmerz oder vegetative Symptomatik sein und müssen individuell gewertet werden. Der Verdacht auf myokardiale Ischämie kann auch aus einer Kombination von Ereignissen wie z. B. einer rhythmogenen Synkope bei einem Patienten mit Hochrisiko-Konstellation resultieren.
- 3) **STEMI**  
Patienten mit ST-Elevationen werden entsprechend der speziellen Leitlinien behandelt (siehe unten, Literatur). SOPs für diesen Fall müssen auf der CPU vorhanden sein und regelmäßig trainiert werden.
- 4) **NSTEMI**  
Patienten mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt werden entsprechend der speziellen Leitlinien behandelt (siehe unten, Literatur). SOPs für diesen Fall müssen auf der CPU vorhanden sein und regelmäßig trainiert werden. Die Beobachtung dieser Patienten erfolgt nicht auf der CPU, sondern auf der „Coronary Care Unit“, CCU (Intensiv- oder Intermediärstation).
- 5) **Patienten mit typischen Beschwerden**, jedoch ohne Erhöhung kardialer Marker (Troponin) und ohne ST-Hebungen werden ohne weiteres auf der CPU aufgenommen.
- 6) **Patienten mit atypischen Beschwerden** kommen im Regelfall auf die CPU, es sein denn, eine myokardiale Ischämie ist abwegig.
- 7) **Kardiale Marker**  
Auf der CPU sollte mindestens sowohl bei Aufnahme als auch nach 6 - 8 Stunden eine Blutentnahme zur Bestimmung kardialer Marker, bevorzugt Troponin I/T erfolgen.
- 8) **Bildgebende Verfahren**  
Ergänzend zu den seriellen EKG-Ableitungen und Markerbestimmungen können bildgebende Verfahren indiziert sein (Echokardiographie, cMRT, MsCT, SPECT).
- 9) **Risikofaktoren**  
Risikofaktoren in diesem Sinne sind:
  - Refraktäre Angina pectoris;
  - Diabetes mellitus;
  - TIMI-Risikoscore > 3 Punkte [jeweils 1 Punkt für die folgenden Variablen: Alter >= 65 Jahre, mind. 3 Risikofaktoren, bekannte KHK, ST-Streckenveränderungen, schwere AP, ASS-Einnahme in den letzten 7 Tagen, erhöhte myokardiale Marker].
- 10) **Stress-Test**  
Nach Ausschluss eines akuten Myokardinfarktes sollte zeitnah ein Stress-Test (Ergometrie, Stress-Echokardiographie, Belastungs-Myokard-Szintigraphie, Stress-MRT) erfolgen.
- 11) **Differentialdiagnose**  
Bei negativer Evaluierung erfolgt die Differentialdiagnose des akuten Brustschmerzes, wobei insbesondere an eine akute Lungenarterienembolie, (Peri-)Myokarditis und Aortendissektion zu denken ist; orthopädische Korrelate und gastroenterologische Krankheitsbilder können meist ambulant abgeklärt werden.

## Literatur

| Quelle  | Titel  | Patienten                                    | Zusammenfassung  |
|---|--|--|--|
| 1 Breuckmann F et al.,<br>Der Kardiologe 2008;<br>2:389-94. | Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung für „Chest-Pain-Units“.      | Patienten mit Brustschmerz.                  | Empfehlung der DGK 2008 zur Einrichtung spezialisierter CPUs.  |
| 2 Thygesen K et al.,<br>Eur Heart J 2007;<br>28:2525-38.    | Universal definition of myocardial infarction.   | Patienten mit Herzinfarkt.                   | Konsensus-Paper mit einer aktuellen, revidierten Definition des akuten Myokardinfarkts [Thygesen K, Alpert JS and White HD on behalf of the Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction].  |
| 3 Goodacre S et al.,<br>BMJ 2004;<br>328:254.               | Randomised controlled trial and economic evaluation of a chest pain observation unit compared with routine care. | Patienten mit akutem Brustschmerz jeder Art. | Kontrollierte, prospektive Studie mit randomisierter Zuordnung zur Therapie auf der CPU.<br>Die Nutzung der CPU führte zu einer Reduktion:<br>- der im Krankenhaus aufgenommenen Patienten von 54 % auf 37 % (Unterschied 17 %, odds ratio 0,50, 95 %-Konfidenz- Intervall 0,39 - 0,65, p < 0,001) und<br>- des Anteils der Patienten, die mit ACS entlassen wurden von 14 % auf 6 % (Unterschied 8 %, p = 0,264). |
| 4 Hamm CW,<br>Z Kardiologie 2004;<br>93:72-90.              | Leitlinien: Akutes Koronarsyndrom (ACS), Teil 1:<br>ACS ohne persistierende ST-Hebung.                           | Patienten mit NSTEMI.                        | Aktuelle Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung zu Diagnostik und Therapie des NSTEMI [ <a href="http://leitlinien.dgk.org/">http://leitlinien.dgk.org/</a> ].  |
| 5 Hamm CW,<br>Z Kardiologie 2004;<br>93:324-41.             | Leitlinien: Akutes Koronarsyndrom (ACS), Teil 2:<br>Akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung.                         | Patienten mit STEMI.                         | Aktuelle Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung zu Diagnostik und Therapie des STEMI [ <a href="http://leitlinien.dgk.org/">http://leitlinien.dgk.org/</a> ].   |