

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

**EKG-Beispiel: Sinustachykardie mit
inkomplettem Rechtsschenkelblock
und ST-Streckenveränderungen**

Kammler J

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2005; 12

(3-4), 62-63

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

Veranstaltungskalender

Hybrid-Veranstaltungen der Herausgeber des **Journals für Kardiologie**

Finden Sie alle laufend aktualisierten Termine
auf einem Blick unter

www.kup.at/images/ads/kongress.pdf

EKG-Beispiel: Sinustachykardie mit inkomplettem Rechtsschenkelblock und ST-Streckenveränderungen

J. Kammler

Aus der I. Medizinischen Abteilung mit Kardiologie, AKH-Linz

EKG-Interpretation (Abb. 1): Sinustachykardie, SI-QIII-Lagetyp, $f = 137/\text{Min.}$, inkompletter Rechtsschenkelblock, Rotation im Uhrzeigersinn mit unspezifischen T-Abflachungen in den Brustwandableitungen, diskret erhöhter ST-Streckenabgang in den Ableitungen III und aVF, diskrete ST-Streckensenkungen in I und II.

Es handelt sich um das Aufnahme-EKG eines 49-jährigen adipösen Patienten (150 kg; Körpergröße 174 cm), der wegen seit gut 3 Tagen bestehender Dyspnoe, welche sich am Aufnahme-tag akut verschlechtert hatte, an unserer Intensiv-Abteilung stationär aufgenommen wurde.

Klinisch zeigte sich der Patient in mäßigem Allgemeinzustand mit tachykarder Herzaktion sowie reinen Herztönen. Pulmonal fanden sich feinblasige Rasselgeräusche beidseits. Im Bereich der linken Wade fand sich ein geringer Druckschmerz, wobei der Patient angab, seit ca. 2 Wochen rezidivierend Wadenschmerzen gehabt zu haben. Ein Venendoppler beim niedergelassenen Facharzt habe jedoch keinen Hinweis auf Thrombose erbracht.

In der arteriellen Blutgasanalyse fand sich eine Hypoxie mit einem pO_2 von 36,4 mmHg sowie ein pCO_2 von 33,9 mmHg. Die O_2 -Sättigung lag bei 65,5 %. In der Echokardiographie

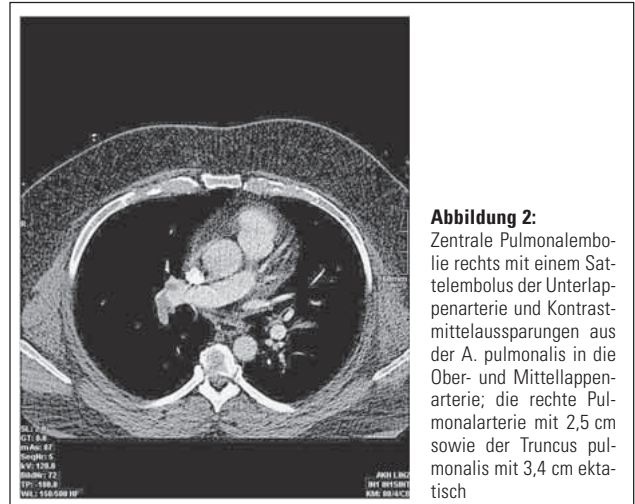


Abbildung 2: Zentrale Pulmonalembolie rechts mit einem Sattellembolus der Unterlappenarterie und Kontrastmittelaussparungen aus der A. pulmonalis in die Ober- und Mittellappenarterie; die rechte Pulmonalarterie mit 2,5 cm sowie der Truncus pulmonalis mit 3,4 cm dilatatisch

konnte aufgrund inferiorer Schallbedingungen das Rechts-herz nicht suffizient beurteilt werden.

In der Thorax-Computertomographie mit Pulmonalisangiographie fand sich als wesentlicher Befund eine zentrale Pulmonalembolie rechts mit einem Sattellembolus (Abb. 2), multiple periphere Embolien links sowie eine Infarkt-pneumonie links.

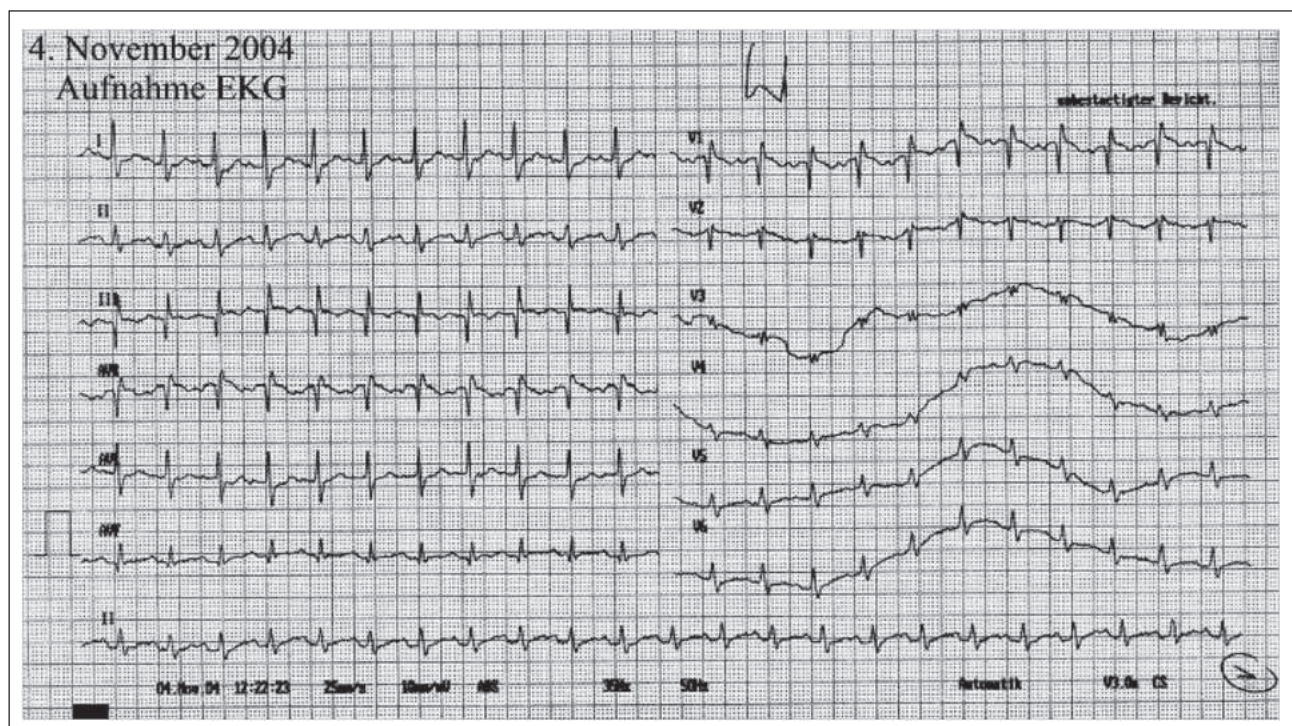


Abbildung 1: Aufnahme-EKG

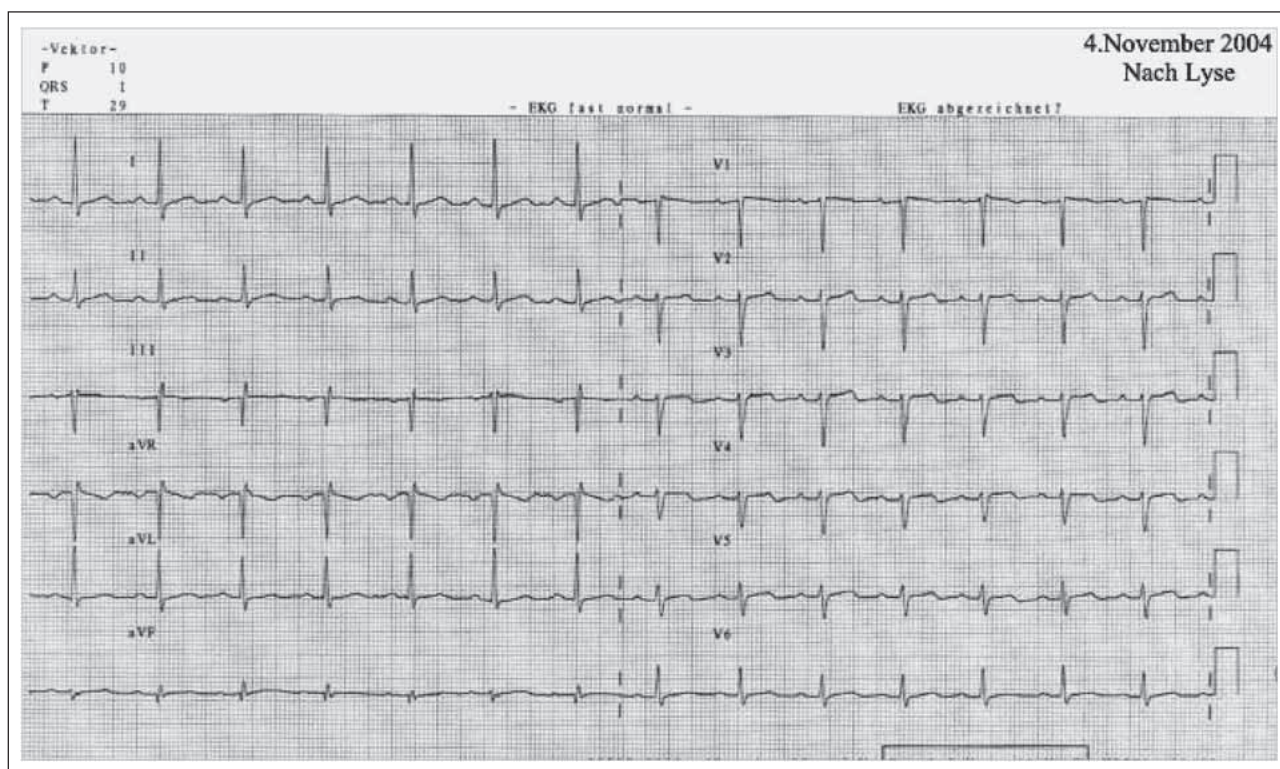


Abbildung 3: Kontroll-EKG

Aufgrund der dramatischen klinischen Situation mit systolischen Druckwerten um 60 mmHg wurde eine hochdosierte systemische Kurzzeitlyse mit 10.000 IE Metalyse® (Tenecteplase) durchgeführt. Gleichzeitig erfolgte eine i.v.-Therapie mit unfractioniertem Heparin: nach einem 10.000 IE Bolus erfolgte die kontinuierliche Infusion, wobei als Zielwert eine aPTT von über 80 Sekunden angestrebt wurde.

Eine Stunde nach erfolgter Lyse besserten sich sowohl die Kreislaufverhältnisse als auch die respiratorische Situation wesentlich.

Im Kontroll-EKG fünf Stunden nach Aufnahme zeigte sich folgendes Bild (Abb. 3): SR, LT, $f = 85/\text{Min.}$, Rechtsverspätung, Rotation im Uhrzeigersinn mit nur kleiner initialer R-Zacke von V_2 – V_5 , unauffällige Endstrecken.

Nach Einleitung einer oralen Antikoagulationstherapie konnte der Patient in gutem Allgemeinzustand nach 11tägigem Aufenthalt aus der stationären Pflege entlassen werden.

Manchmal gelingt es, die zwar eher unspezifischen, jedoch für eine akute Rechtsherzbelastung typischen Veränderung im EKG zu dokumentieren. Bereits eine teilweise Reperfusion (in unserem Fall nach systemischer Lyse bei fulminanter Pulmonalembolie) kann diese bereits wieder zum Verschwinden bringen.

Korrespondenzadresse:

Ass. Dr. med. Jürgen Kammler
I. Medizinische Abteilung mit Kardiologie, AKH Linz
A-4021 Linz, Krankenhausstraße 9
E-Mail: juergen.kammler@akh.linz.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)