

# 5 Akutes Koronarsyndrom

## Ersttherapie bei STEMI

### 1) (Präklinische) Thrombolyse

< 75 Jahre

- Tenecteplase nach kg/KG als Bolus über 5 Sekunden
- ASS 250-500mg i.v.
- Clopidogrel 300mg p.o. (loading dose)
- Enoxaparin 30mg Bolus i.v. + 1mg/kgKG s.c. alle 12 Stunden (max. Erstdosis gesamt 100mg)

> 75 Jahre

- Tenecteplase nach kgKG als Bolus über 5 Sekunden
- ASS 250-500mg i.v.
- KEIN Clopidogrel oder lediglich 75mg p.o.
- Enoxaparin 0,75mg/kgKG s.c. alle 12 Stunden ohne Bolus

### 2) Bei geplanter PTCA

- ASS 250-500mg i.v.
- Clopidogrel 600mg p.o. (doppelte loading dose)
- Standardheparin max. 4.000IE i.v.

### Bei 1) und 2) nach klinischer Erfordernis

- **Analgesie:** Opiate parenteral
- **Sedierung:** Benzodiazepine oral oder i.v.
- **Nitroglyzerin** (s.l., i.v.) symptomat. nur bei RR-stabilen Pat.
- **Volumensubstitution** bei niedrigem RR und V.a. Rechtsherzinfarkt (kristalloide Lösung)
- **(Kurzwirksame) Betablocker** (Esmolol 50-100mg i.v., anschließend ev. mittels Perfusor, 2.500mg ad 50ml) bei Tachykardie und ausreichend hohem RR schon präklinisch wünschenswert
- **Zusätzliche Maßnahmen** (Atropin, Norepinephrin, Amiodaron, Protonenpumpenhemmer, ...) nach Bedarf
- **In weiterer Folge:** GPIIb/IIIa-Antagonisten, ACE-Hemmer, AT1-Antagonisten, Statin (intramural)

# 5 Akutes Koronarsyndrom

## Ersttherapie bei instabiler AP und NSTEMI

- Symptomatisch Nitroglyzerin s.l.
- **Analgesie:** Opiate parenteral
- **Sedierung, Anxiolyse:** Benzodiazepine oral oder i.v.
- ASS 250-50mg i.v.
- **Betablockade:** Esmolol 50-100mg i.v., anschließend ev. mittels Perfusor, 2.500mg ad 50ml
- **Volumensubstitution** bei niedrigem Blutdruck und V.a. Rechtsherzinfarkt (kristalloide Lösung)
- **Erst intramural:** Clopidogrel, LMWH/UFH, GPIIb/IIIa-Antagonisten nach Diagnosestellung und je nach geplantem Prozedere