

Herzinfarkt: der erste Tag - Ein einfacher Risikoindex

a -- Morrow DA, Antman EM, Giugliano RP et al. A simple risk index for rapid initial triage of patients with ST-elevation myocardial infarction: an InTIME II substudy. Lancet 2001 (10. November); 358: 1571-5

[\[LINK\]](#)

Kommentar: Michel Zuber

Für die Prognose und vor allem die Mortalität des akuten Herzinfarktes mit ST-Hebung scheinen das Alter der betroffenen Person, eine erhöhte Herzfrequenz und ein erniedrigter systolischer Blutdruck (SB) die akkuratesten Vorhersagewerte zu sein. In der InTIME-II-Studie hatten über 13'000 Personen einen akuten Herzinfarkt mit ST-Hebung.¹ Auf Grund der Daten dieser Personen wurde ein einfacher Risikoindex entwickelt, um die 30-Tage-Mortalität abschätzen zu können. Der Risikoindex berücksichtigt die erwähnten, bei Spitaleintritt festgestellten Charakteristika und lautet: $(\text{Herzfrequenz} \times [\text{Alter} / 10]2) / \text{SB}$. Beispielsweise beträgt er 27 für einen 60-jährigen Kranken mit einer Herzfrequenz von 90 und einem SB von 120. Wird das erwähnte Kollektiv entsprechend dem Risikoindex in fünf gleich grosse Gruppen eingeteilt, so hat z.B. die Quintile mit dem niedrigsten Wert (unter 12,5) eine Mortalität von 0,8%, die Quintile mit dem höchsten Wert (über 30) dagegen von 17,4%. Der Risikoindex konnte am Kollektiv einer anderen Studie validiert werden. Dieser einfache Risikoindex, zusammengesetzt aus Daten, welche auch von Pflegepersonen erhoben werden können, erlaubt es, rasche therapeutische Entscheidungen bei Personen mit einem akuten Herzinfarkt mit ST-Hebung sowohl bereits ausserhalb des Spitals wie auch auf der Spital-Notfallstation zu fällen. (TW)

In den vier Artikeln über die Frühphase des Infarktes wird zuerst der Infarkt mit initial normalem oder nichtdiagnostischem EKG behandelt, der vor dem stetig wachsenden Druck, kostenintensive Hospitalisationen tunlichst zu vermeiden, leicht übersehen werden kann. Ein solcher Infarkt ist aber entgegen früherer Meinung nicht etwa ungefährlich, wird doch während der Hospitalisation eine hohe Ereignisrate von 30% rapportiert. Dass ein Infarkt ohne eindeutige EKG-Befunde bereits nach 90 Minuten mit geradezu sensationeller Sicherheit mit einer quantitativen Bestimmung der Serummarker Myoglobin und Troponin I diagnostiziert werden kann, ist eine wichtige Neuerkenntnis, was aber einer Bestätigung bedarf. Das Wissen um eine enorme Zeitverzögerung bis zum Eintreffen des Resultats durch die Bestimmung im Zentrallabor statt direkt am Krankenbett ruft nach einer verbesserten spitalinternen Kommunikation. Die Arbeiten über den transmuralen Infarkt zeigen andererseits, dass sich mit wenigen klinischen Parametern wie Herzfrequenz, Alter und systolischer Blutdruck die 30-Tage-Mortalität und mit der Messung der grössten STStrecken-Abweichung in einer einzigen Ableitung nach Thrombolyse bereits 90 Minuten nach Infarkt die 6- Monate-Mortalität einfach abschätzen lassen, was als simple Entscheidungsgrundlage bei der weiteren Abklärung und Therapie mithelfen sollte.

Michel Zuber

¹ Intravenous NPA for the treatment of infarcting myocardium early; InTIME-II, a double-blind comparison of single-bolus lanoteplase vs accelerated alteplase for the treatment of patients with acute myocardial infarction. The InTIME-II Investigators. Eur Heart J 2000 (Dezember); 21: 2005-13