

# Tachykardie mit Puls

- Untersuchung nach ABCDE-Vorgehen
- Sauerstoffgabe und venösen Zugang sicherstellen
- EKG, Blutdruck, SaO<sub>2</sub> überwachen, 12-Kanal-EKG
- Reversible Ursachen abklären und behandeln (z.B. Elektrolytstörungen)

Auf bedrohliche Symptome prüfen

1. Schock
2. Synkope
3. myokardiale Ischämie
4. Herzinsuffizienz

**Synchronisierte Kardioversion bis zu 3 Versuche**

- Amiodaron 300 mg i.v. über 10–20 min und weitere Kardioversion, gefolgt von
- Amiodaron 900 mg/24 h

Schmaler QRS-Komplex (<0,12 s)?

breit

schmal

unregelmäßig

Bei breitem QRS-Komplex regelmäßig?

regelmäßig

regelmäßig

Bei schmalem QRS-Komplex regelmäßig?

unregelmäßig

Expertenrat einholen



- Vagale Stimulation
- Adenosin 6 mg Bolus
- Falls erfolglos 12 mg
- Falls erfolglos weitere 12 mg
- Kontinuierliche EKG-Überwachung

**Unregelmäßige Schmal komplex tachykardie**  
 Vermutlich Vorhofflimmern  
 Frequenzkontrolle mit  
 • β-Rezeptoren-Blocker oder Diltiazem  
 • bei Herzinsuffizienzzeichen Digoxin oder Amiodaron erwägen  
 Antikoagulation falls > 48 h Dauer

Normaler Sinusrhythmus wiederhergestellt?

nein

Expertenrat einholen



ja

Wahrscheinlich Reentrytachykardie  
 • 12-Kanal-EKG unter Sinusrhythmus  
 • Bei Rückfall erneut Adenosin und Antiarrhythmikaprophylaxe erwägen

Vorhofflattern möglich  
 • Frequenzkontrolle (z. B. β-Rezeptoren-Blocker)

Mögliche Ursachen:

- Vorhofflimmern mit Schenkelblock wie Schmal komplex tachykardie behandeln
- Vorhofflimmern bei Präexzitation Amiodaron erwägen
- Polymorphe ventrikuläre Tachykardie (z. B. Torsade de pointes)
- Magnesium 2 g über 10 min geben

Bei Kamertachykardie (oder unklarem Herzrhythmus):  
 • Amiodaron 300 mg i.v. über 20–60 min; dann 900 mg über 24 h  
 Bei zuvor gesicherter supraventrikulärer Tachykardie mit Schenkelblock  
 • Adenosin wie bei regelmäßigiger schmaler QRS-Tachykardie