Kein Stress beim Reanimieren

Kardio-Notfall in der Praxis: So retten Sie richtig

Ein akuter kardiovaskulärer Notfall ist immer eine Stresssituation für das Praxisteam. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient reanimationspflichtig ist. Entscheidend für die Prognose solcher Patienten ist, dass die Reanimation leitliniengerecht durchgeführt wird.

Ein Patient klagt über stärkere Schmerzen im Oberbauch mit Unwohlsein und Kurzatmigkeit. Es gibt keinen Hinweis für eine abdominelle Erkrankung, der Kreislauf ist stabil, der Blutdruck beträgt 160/110 mmHg. Der Hausarzt verabreicht zwei Hübe Nitro-Spray. Daraufhin wird ein EKG abgeleitet. Dies zeigt einen typischen ST-Hebungsinfarkt. Kurz darauf kollabiert der Patient. Er ist bewusstlos, außerdem atem- und pullos.

Vorsicht mit dem Nitro-Spray

„Bei einer Reanimation ist es essentiell, sich an die Leitlinien zu halten, und nur bei guter Begründung davon abzuweichen“, sagte Dr. Stephan Wallmeyer, Geschäftsführer der Wallmeyer GmbH in Dortmund. Klage ein Patient über Symptome, die auf ein akutes Koronarsyndrom hinweisen, sollte man ein Nitro-Spray nur dann einsetzen, wenn der Kreislauf stabil ist und keine Hinweise für einen Volummangel vorliegen. Auch sollte man vor Gabe eines Nitropräparates den Pati-

enten immer danach fragen, ob er einen PDE-Hemmer in den letzten 48 Stunden eingenommen habe. Der Einsatz eines Nitro-Sprays als Diagnostikum kann heute nicht mehr empfohlen werden. Ist eine sofortige Blutdrucksenkung erforderlich, empfiehlt sich statt eines Nitro-Sprays die vorsichtige Gabe eines Betablockers i.v.

Kollabiert ein Patient mit Verdacht auf ein akutes Koronarsyndrom bzw. einen Herzinfarkt, so muss immer ein Herz-Kreislauf-Stillstand auf dem Boden eines Kammerflimmerns angenommen werden. Um die Reanimationspflichtigkeit zu erfassen, muss sofort der Diagnostische Block ablaufen, nämlich Atmung, Bewusstsein und Puls kontrolliert werden, bevor mit Reanimationsmaßnahmen begonnen wird.

Im Vordergrund aller Maßnahmen ist ein schneller und effektiver Beginn der Herzdruckmassage, wobei die kompressionsfreien Intervalle möglichst unter zehn Sekunden gehalten werden sollten. „Die Defibrillation darf die Basismaßnahmen der Reanimation

nicht verzögern oder unnötig unterbrechen“, so Wallmeyer.

Endotrachealtubus nur für Geübte

Am Anfang der Reanimation erfolgt üblicherweise eine Maskenbeatmung. Diese sollte jedoch nach einigen Minuten optimiert werden, insbesondere dann, wenn eine „cannot-ventilation-Situation“ vorliegt. Empfehlenswert sind einfache alternative Beatmungshilfen wie der Larynx-tubus. „Die endotracheale Intubation ist nur was für Geübte“, so Wallmeyer. Häufig sei das Intubationsbesteck in der akuten Situation auch nicht funktionsfähig, da es lange Zeit nicht benötigt wurde. Auch ist die endotracheale Intubation mit einer Reihe möglicher Komplikationen assoziiert, insbesondere einer Tubusfehl-lage im Ösophagus oder einem Haupt-bronchus. Der Intubationsversuch sollte maximal zehn Sekunden dauern.

Welche medikamentöse Begleittherapie?

Kann das Kammerflimmern durch dreimalige Defibrillation nicht durchbrochen werden, so empfiehlt sich zunächst die Gabe von Amiodaron und Adrenalin i.v. bevor ein erneuter Defibrillationsversuch durchgeführt wird. Die medikamentöse Begleittherapie beim akuten Infarkt sollte sich an den lokalen Gegebenheiten orientieren. „Befindet sich das Herzkatheterlabor um die Ecke, so ist abgesehen von der Gabe eines Schmerzmittels eine weitere medikamentöse Therapie nicht zwingend erforderlich. Ansonsten empfiehlt sich die Gabe von 5000 E Heparin i.v., 375 mg ASS i.v. und 600 mg Clopidogrel oral. Bei hämodynamisch stabilen Patienten ohne Hinweise für eine Blockierung wird auch die intravenöse Gabe eines niedrig dosierten Betablockers empfohlen.“

(Peter Stiefelhagen)

MSD Forum: Die Hausarztpraxis im Fokus, 24.11.2012 in Berlin.

Es bedarf keiner Superkräfte um Leben zu retten.