

36 O

36.1 Ösophagusvarizenblutung

s. a. Blutung (S. 33), Magen-Darm-Blutung (S. 347)

Definition

Eine Druckerhöhung im Pfortaderkreislauf (am häufigsten infolge einer Leberzirrhose) führt zur Ausbildung eines *Kollateralkreislaufs*, der an Ösophagus und Magen Varizen hervorrufen kann. Mit steigendem Pfortaderdruck nimmt die Gefahr von Blutungen zu, wobei die Ösophagusvarizenblutung von allen oberen gastrointestinalen Blutungen die höchste Letalität besitzt.

Symptome

- Hämatemesis: Bluterbrechen oder kaffeesatzartiges Erbrechen, evtl. schwallartig
- Meläna: Teerstuhl (oft erst nach 8 h oder länger, deshalb kein Frühsymptom)
- Blässe, Frieren, Kaltschweißigkeit
- verminderte Venenfüllung
- Unruhe, im fortgeschrittenen Stadium Bewusstseinsverlust
- Tachykardie (zunehmend)
- Blutdruckabfall (zunehmend)

Therapeutische Maßnahmen

Basismaßnahmen bei Ösophagusvarizenblutung.

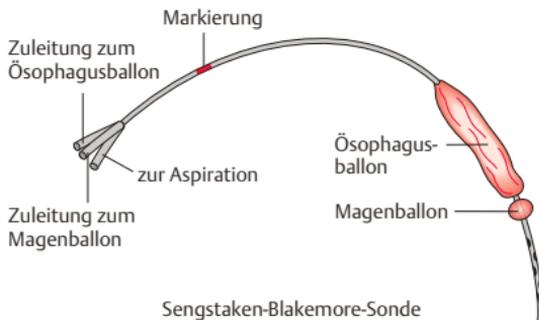
Maßnahme	Details	Therapeutisches Szenario
Lagerung	Oberkörper hochlagern, Seitenlage	
Sauerstoff	über Nasensonde/Maske	4–6 l O ₂ /min
Infusion	großlumige venöse Zugänge ggf. intraossärer Zugang	Ringer-Lactat
weitere Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Atemwege frei machen/freihalten ■ ggf. Intubation und Beatmung (Verhindern einer Aspiration!) ■ Magensonde 	

Medikamentöse Maßnahmen bei Ösophagusvarizenblutung.

Indikation	Medikament	Dosierung	Beispiel
Volumen-ersatz	(Druck)Infusion mit kristalloider Lösung	Menge abhängig vom klinischen Bild (500–1000–1500 ml)	Ringer-Lactat/Ringer-Malat
	und/oder (balanciert)		
	kolloidale Lösung	(s.o.) (500–1000–1500 ml)	HAES
evtl. Sedierung	Diazepam	5–10 mg	½–1 Amp. Valium i. v.
	oder		
	Midazolam	2,5–5 mg	½–1 Amp. Dormicum V 5 mg/5 ml i. v.

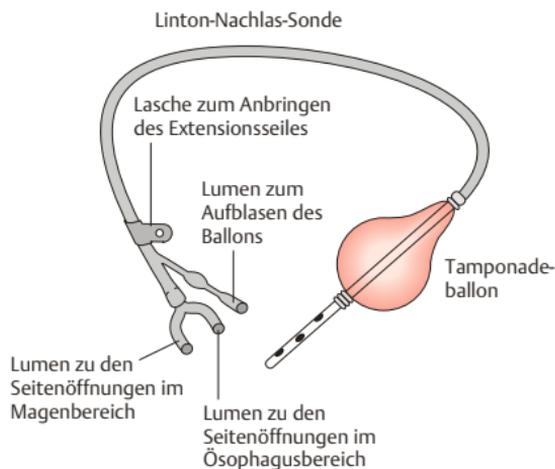
Ösophaguskompressionssonden

Die Anwendung derartiger Sonden gehört in der Regel sicherlich *nicht* zu den notärztlichen Primäraufgaben. Ausnahmen ergeben sich lediglich durch sehr lange Transportzeiten, vorausgesetzt der Notarzt ist mit der Technik vertraut.



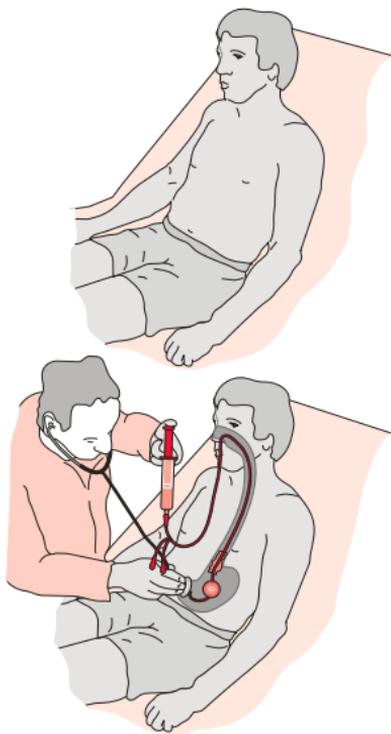
Die Sonden stehen in 2 Ausführungen zur Verfügung:

- **Sengstaken-Blakemore-Sonde** (häufiger verwendet), 2 Ballons und 3 Lumina:
 - Magenballon
 - Ösophagusballon
 - Lumen zum Magenballon
 - Lumen zum Ösophagusballon
 - Lumen zum Magen
- **Linton-Nachlas-Sonde** (seltener verwendet), 1 Ballon und 2 Lumina:
 - Ballon, der am Magen/Ösophagusübergang zu liegen kommt, dadurch ist die Sonde auch für Fundusvarizen geeignet
 - Lumen zum Ballon
 - Lumen zum Magen und Ösophagus



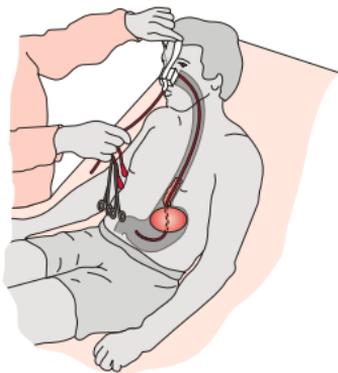
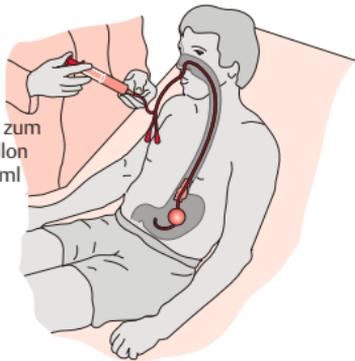
Technik.

- Ballon durch Luftfüllung prüfen, anschließend Luft wieder vollständig entleeren, Öffnungen mit den vorhandenen Pfropfen verschließen (Verhindern der selbstständigen Entfaltung des Ballons)
- Prämedikation mit Atropin 0,5 mg i. v.
- Entscheidung, ob der Patient endotracheal intubiert werden muss
- Lagerung des Patienten in Rückenlage mit Hochlagerung des Oberkörpers
- Nasen- und Rachenraum mit Oberflächenanästhetikum (z. B. Xylocain-Spray 8–10 Hübe) betäuben, Sonde mit Xylocain-Gel 2% bestreichen
- Sonde über die Nase bis zur 50-cm-Markierung einführen, falls möglich unter Mithilfe des Patienten (zum Schlucken auffordern!)
- Lagekontrolle durch Aspiration von Mageninhalt und Luftinsufflation unter gleichzeitiger Auskultation

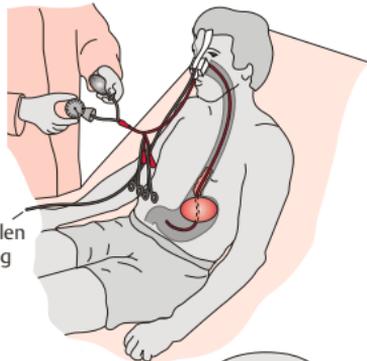


- bei der *Sengstaken-Blakemore-Sonde*:
 - Magenballon mit ca. 150–250 ml Luft bzw. einem Druck von 60–100 mmHg aufblasen
 - Zuleitungsschlauch abklemmen
 - Sonde zurückziehen, bis federnder Widerstand spürbar wird
 - Ösophagusballon mit ca. 100–150 ml Luft bzw. einem Druck von 40–60 mmHg aufblasen
 - Zuleitungsschlauch abklemmen
 - Sonde unter leichtem Zug fixieren
 - Sonde in Höhe der Nasenöffnung markieren

Zuleitung zum
Magenballon
150–200 ml
Luft

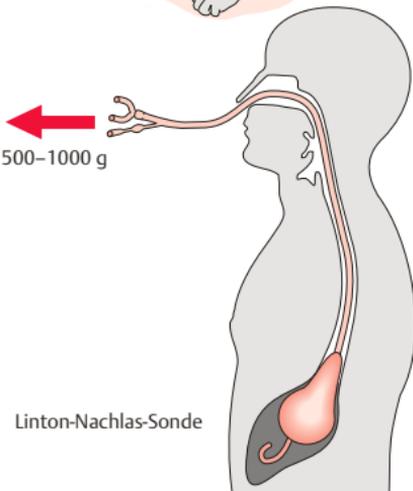


zur gastralen
Absaugung



- bei der *Linton-Nachlas-Sonde*:
 - Ballon mit ca. 300–450 ml Luft aufblasen
 - der Ballon müsste bei richtiger Einführtiefe von alleine am Magenfundus/unteren Ösophagus sitzen
 - Sonde unter Zug (500–1000 g Gewicht, z. B. Infusionsflasche) fixieren
- über das Magenumen der Sonde absaugen

500–1000 g



Linton-Nachlas-Sonde

37 P

37.1 Psychiatrische Notfälle

Erregungszustände mit Eigen- oder Fremdgefährdung

Definition. Hauptcharakteristika von Erregungszuständen sind eine ziellose Steigerung von Antrieb und Psychomotorik, affektive Enthemmung und Kontrollverlust. Es kann zu ausgeprägter Gereiztheit, aggressiven Äußerungen bis zu unvermittelten Gewalttätigkeiten kommen.

Ursachen. Erregungszustände können im Rahmen der meisten psychischen Störungen, aber auch bei einer Vielzahl organischer Grunderkrankungen auftreten:

- psychische Ursachen:
 - demenzielle Syndrome, akute organische Psychosyndrome (z. B. Epilepsie)
 - Impulskontrollstörungen
 - schizophrene Psychose
 - manische, agitiert-depressive Psychose
 - akute Belastungsreaktionen
 - Persönlichkeitsstörungen (emotional instabil, explosibel, Minderbegabung)
- organische Ursachen:
 - hirnorganische Erkrankungen (Gefäßprozesse, Anfallsleiden)
 - endokrine Störungen (z. B. Hyperthyreose)
 - Stoffwechselstörungen (z. B. Hypoglykämie)
 - Vergiftungen, Entzugssyndrome und Rauschzustände

Allgemeines Vorgehen.

- zunächst Abstand vom Patienten halten (Waffen? Gefährliche Gegenstände?)
- rechtzeitig (Nach-)Alarmierung der Polizei
- Exploration nur bei „Übermacht“ (keine Zweiergespräche)
- körperliche Fixierung und Medikation mehrmals ankündigen
- Fixierung nur mit ausreichender (polizeilicher) Helferzahl (pro Extremität 1 Helfer)
- bis zum Eintritt der Sedierung weiter festhalten (lassen)

Schizophrener Erregungszustand*Symptome*

- häufig Wahnvorstellungen
- akustische Halluzinationen
- Icherlebensstörungen
- Bedrohungsgefühl
- affektiv sehr gespannt, ängstlich und unruhig

Therapeutische Maßnahmen

allgemeines Vorgehen s. S. 358.

Medikamentöse Maßnahmen beim schizophrenen Erregungszustand.

Indikation	Medikament	Dosierung	Beispiel
Sedierung	Oft ist eine i. v. oder eine Gabe aufgrund des Zustandes des Patienten kaum oder nicht möglich, dann vorrangig Versuch p.o.		
	Lorazepam	2,5 mg p. o.	1 Tbl. Tavor Expidet 2,5 mg
	oder		
	Midazolam	2,5–5 mg buccal/nasal	Buccolam 5 mg, Midazolam über MAD
	oder		
	Haloperidol	5–10 mg i. m.	1–2 Amp. Haldol i. m.
	Wenn eine i. v. Gabe möglich ist:		
	Diazepam	5–10 mg i. v.	½–1 Amp. Valium i. v.
	oder		
	Lorazepam	1–2 mg i. v.	½–1 Amp. Tavor i. v.
	oder		
	Midazolam	2,5–5 mg i. v.	2,5–5 mg Midazolam i. v.
oder			
Haloperidol	5–10 mg i. m.	1–2 Amp. Haldol i. m.	

Manischer Erregungszustand

Symptome

- oft gereizte oder grundlos-heitere Stimmung
- Antriebsüberschuss mit einem Übermaß an Initiative und Unternehmungslust
- Steigerung des Selbstwertgefühls
- manische Enthemmung

Therapeutische Maßnahmen

- allgemeines Vorgehen s. S. 358
- Kombination eines stark antipsychotisch wirksamen und eines sedierenden Neuroleptikums

Medikamentöse Maßnahmen beim manischen Erregungszustand s. S. 359

Agitiert-depressiver Erregungszustand

Symptome

- agitierte Depression
- unruhige, ängstliche Betriebsamkeit
- gehetzte Unruhe
- häufig in Verbindung mit depressiven Wahnvorstellungen

Therapeutische Maßnahmen

allgemeines Vorgehen s. S. 358.

Medikamentöse Maßnahmen beim agitiert-depressiven Erregungszustand s. S. 359.

Psychogener Erregungszustand

Definition

Tritt in einem eindeutigen zeitlichen und verständlichen Zusammenhang mit einem akuten Konflikt auf. Meist vor dem Hintergrund einer neurotischen Fehlhaltung und bei Persönlichkeitsstörungen.

Therapeutische Maßnahmen

allgemeines Vorgehen s. S. 358.

Medikamentöse Maßnahmen beim psychogenen Erregungszustand s. S. 359.

Hirnorganischer Verwirrheitszustand

Ursachen

Zerebrale Durchblutungsstörungen, senile Demenz, Schädel-Hirn-Traumen und andere zerebrale Krankheitsprozesse, somatische Allgemeinerkrankungen bei Älteren.

Symptome

- Desorientiertheit
- das Denken ist verworren-inkohärent mit einer Neigung zum Haften
- Verknennung der Umwelt
- Angst, Ratlosigkeit
- ggf. Aggressivität
- evtl. Bewusstseinstrübung

Therapeutische Maßnahmen

allgemeines Vorgehen s. S. 358.

Medikamentöse Maßnahmen beim hirnorganischen Erregungszustand s. S. 359.

Stupor

Definition

Starrezustand des ganzen Körpers bei wachem Bewusstsein (z. T. in bizarren Körperhaltungen). Bewegungen werden nicht oder nur sehr langsam ausgeführt, der Patient spricht nicht.

Ursachen

- bei katatonen Schizophrenie
- durch hochgradige Hemmung bedingter Stupor bei der endogenen Depression
- als psychogener Stupor im Rahmen von Schreck- und Belastungssituationen
- bei symptomatischen Psychosen

Symptome

- Zustand gespannter Reglosigkeit
- der hellwache Kranke spricht und bewegt sich nicht
- Aufforderungen kommt er nicht nach, obwohl er sie hört und versteht

Therapeutische Maßnahmen

allgemeines Vorgehen s. S. 358.

Medikamentöse Maßnahmen bei Stupor.

Indikation	Medikament	Dosierung	Beispiel
bei starker Unruhe	Haloperidol	5–10 mg i. m.	1–2 Amp. Haldol i. m.
	oder		
	Lorazepam	2,5 mg p. o.	1 Tbl. Tavor 2,5 mg Expidet p. o.

Akute Dyskinesie

Ursachen

Extrapyramidale Nebenwirkung von Neuroleptika.

Symptome

- krampfartiges Herausstrecken der Zunge
- Blickkrampf
- Opisthotonus
- Hyperkinesen der mimischen Muskulatur

Therapeutische Maßnahmen

allgemeines Vorgehen s. S. 358.

Medikamentöse Maßnahmen bei akuter Dyskinesie.

Indikation	Medikament	Dosierung	Beispiel
motorische Dämpfung	Biperiden	5 mg i. v.	1 Amp. Akineton i. v.
	und/oder		
Sedierung	Midazolam	2,5–5 mg i. v.	2,5–5 mg Midazolam i. v.