



Aktuelles

Themenübersicht:

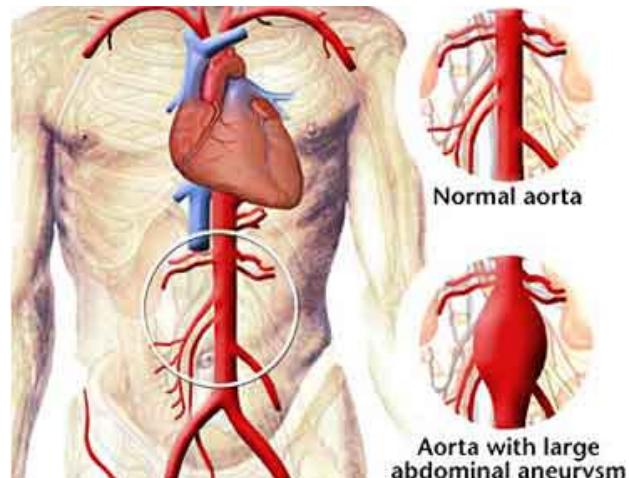
- Fallvignette
- Änderung der Alarmierung der HvO, sowie Umprogrammieren der Melder der einzelnen HvO
- Woche der Reanimation

Fortbildung

Fallvignette:

Fall:

An einem verschneiten Wintertag spät nachmittags wird der HvO zu einem ca. 45 jährigen Mann gerufen. Die erste Verdachtsdiagnose lautete Herzinfarkt. Der Hausarzt sei auch auf dem Weg zum Patienten. Als der HvO beim Patienten eintraf, war der Hausarzt bereits vor Ort und stellte dem HvO ebenfalls nach einer kurzen Untersuchung die Verdachtsdiagnose Myokardinfarkt. Der HvO wurde vom Hausarzt gebeten, die Vitalzeichen zu überprüfen bis zum Eintreffen des Notarztes und des Rettungsdienstes. Bei der initialen Blutdruckmessung am rechten Arm wurde ein Blutdruck von 150/90mmHg ermittelt. Weiter legte der Hausarzt einen peripher venösen Zugang als der Rettungsdienst eintraf. Darüber hinaus machte der Hausarzt an den RD eine kurze Übergabe mit Anamnese des Patienten. Dieser litt an einer arteriellen Hypertonie und nehme Delix 2,5mg 1-0-0 ein. Weiter würde ein Nikotinabusus bestehen. Ein 12-Kanal EKG wurde angefertigt. Der Notarzt aus Göppingen traf dann ein.



HvO-Management:

Der HvO wurde mit der Überwachung der Vitalwerte beauftragt und führte eine regelmäßige Blutdruckmessung am rechten Arm durch. Aufgrund der räumlichen Gegebenheiten legte der Hausarzt am linken Arm einen peripheren Venösen Zugang, hierbei assistierte der HvO. Darüber hinaus wurde eine adäquate Betreuung des Patienten durch den HvO gewährleistet.

HvO und Rettungsdienst / Notarzt:

Als nun der Notarzt (NA) eintraf, machte der Hausarzt eine Übergabe und bestätigte nochmals die Verdachtsdiagnose Myokardinfarkt, übergab die Papiere an den NA und verabschiedete sich. Der HvO teilte dem NA die am rechten Arm gemessenen RR-Werte mit, die sich weiter um 150/90mmHg hielten. Weiter ließ sich der NA nochmals den Tag des Patienten schildern. Er war im Auto auf dem Weg von der Arbeit nach Hause. Plötzlich bekam er so starke Schmerzen wie nie zuvor, musste beim Schulterblick kurz innehalten und am Straßenrand stehen bleiben. Danach besserte sich die Situation und er fuhr noch kurz nach Hause und dort hat seine Frau den NA verständigt. Die Blutdruckmessung wurde am linken Arm wiederholt; 140/80mmHg. Der NA palpierte die Leistenpulse und konnte einen Unterschied von rechts zu links feststellen.

Die Verdachtsdiagnose vom Notarzt lautet nun Bauchaortenaneurysma. Der Patient wurde mit zwei großblumigen Zugängen versorgt. Bei persistierenden Schmerzen wurde ihm fraktioniert 10mg Morphin verabreicht. Er gab weiter schmerzen auf der Skala von 0-10 von 8 an. Dies bestärkt die Verdachtsdiagnose und man entschloss sich direkt in den Schockraum der Klinik am Eichert mit Sonderrecht zu fahren. Nach Übergabe im Schockraum wurde der Patient sofort ins CT gebracht und es zeigte sich hier eine Dissektion (Aufweitung) des Aortenbogens. Es wurden die Bilder sofort nach Tübingen in die Uniklinik gesendet mit der Bitte um Übernahme. Innerhalb einer halben Stunde wurde der Patient vorbereitet und mit Sonderrecht Richtung Tübingen zur sofortigen Notfalloperation gebracht.

Hintergrundwissen:

Klinik:

Meist asymptomatischer Verlauf der Erkrankung mit einem Altersgipfel um das 45. Lebensjahr. Zumeist haben die Patienten außer einer arteriellen Hypertonie noch keine wesentlichen Grunderkrankungen. Man muss drei Arten von Aneurysmata unterscheiden:

Echtes Aneurysma (Aneurysma verum)

Ausweitung der gesamten Arterienwand(eine Gefäßwand besteht aus 3 Gefäßschichten; die innere [Intima], die mittlere [Media] und die äußere [Adventitia] Wand); Ursache überwiegend arteriosklerotisch bedingt. Häufigkeit von ca. 80%, Lokalisation Aorta abdominalis (Bauchaorta)

Aneurysma dissecans (Dissektion der Aorta)

Einriss der Intima mit Hämatombildung und Einriss längsverlaufend der Gefäßwand. Es bildet sich ein zweiter falscher Hohlraum.

Ätiologie: Bluthochdruck mit arteriosklerotischen Gefäßen (vgl. Fallvignette: Raucher und Blutdruckmedikation)
Häufigkeit ca. 15-20%, Lokalisation: Aorta thoracalis und abdominalis

Falsches Aneurysma (Aneurysma spurium)

Einriss/Perforation der gesamten Arterienwand mit Bildung einer falschen Aneurysmawand

Ätiologie: Trauma (Messerstich, Verkehrsunfall oder iatrogen bei Herzkateteruntersuchungen; Lokalisation: große Arterien; zumeist asymptomatisch - bei Symptomen immer OP-Indikation.

Varianten von arteriellen Aneurysmen:

Infrarenale (unterhalb der Nierenabgangsarterien) **Bauch-aortenaneurysmen** : Symptome können diffuse Bauch- und Rückenschmerzen sein, Pulsdifferenzen (rechts/links) sowie von oberer zur unteren Extremität sind häufig die **Aorta ascendens** betreffend → wandernde, heftig schneidenden Brustschmerzen (DD: Herzinfarkt, Lungenembolie)

die **Aorta descendens** betreffend → Schmerzen zwischen den Schulterblättern bis zum Kreuzbein (DD: akutes Abdomen)

Diagnostik:

Als Zufallsbefund in der Ultraschall- und Röntgenuntersu-

chung. Sicherer Nachweis sind Duplexsonographie und Kontrastmittel-Computertomografie.

Therapie:

Infrarenale Bauchaortenaneurysmen: Stentimplantation bzw. offen chirurgische Rekonstruktion. Rupturgefahr von 4% p.a. bei einem „Durchmesser des Aneurysmas bis 7cm, bei >8cm Durchmesser beträgt die Rupturgefahr > 80% pro Jahr. Bei bereits rupturiertem Aneurysma beträgt die Operationsmortalität mehr als 90%.



Neuigkeiten

HvO – Alarmierung: Gültig ab 26.09.2014

Jede Ortschaft im Kreis Göppingen erhält eine eigene Melderschleife. Der HvO wird dann nicht mehr per Einzelruf, sondern nur noch anhand der jeweiligen Schleife der betreffenden Ortschaft alarmiert. Der Pflegeaufwand auf der Leitstelle und die allgemeine Administration wird dadurch erheblich vermindert. Außerdem sollen zukünftig keine SMS mehr von der Leitstelle an die HvO versandt werden. HvO ohne Melder erhalten eine SMS über „RettAlarm“. Das Projekt ist so mit dem Rettungsdienst und den Bereitschaften abgestimmt.

Die Leitstelle alarmiert ab dem **26.09.2014** (im Laufe des Tages) nur noch über die neuen Schleifen.

Wir bieten allen HvO drei Termine an, an denen sie ihre Melder umprogrammieren lassen können. Diese sind:

Samstag, **27.09.2014 von 17:00 Uhr bis 18:00 Uhr**, DRK Göppingen (Büro des OV Göppingen im UG), Ansprechpartner: Tobias Neugbauer (post@tobias-neugbauer.de)

Sonntag, **28.09.2014 von 17:00 Uhr bis 18:00 Uhr**, DRK Geislingen (Bereitschaftsraum im 2. OG), Ansprechpartner: Raimund Matosic (raimind@matosic.de)

Sonntag, den **28.09.2014 von 17:00 Uhr bis 18:00 Uhr**, DRK Hattenhofen (OV-Büro). Ansprechpartner: Sven Sieber (sven.sieber@drk-hattenhofen.de)

Es können nicht alle Melder von uns programmiert werden. Ältere Modelle scheiden aus. Wer vorher Rücksprache halten möchte, darf sich gerne an die oben genannten Personen wenden.

Wer an den oben genannten Terminen keine Zeit hat, kann den jeweiligen Ansprechpartnern den Melder auch per Dienstpost zukommen lassen.

Verschiedenes

Es findet auch diese Jahr wieder eine Woche der Reanimation vom 22.09.14 – 28.09.14 statt. Auch dieses Mal beteiligen sich die Alb Fils Kliniken und der Kreisverband Göppingen mit einigen Veranstaltungen. Heuer steht der Fokus in der Breitenausbildung von Schulen. Es sollen vor allem Schüler ab der 7. Klasse in Reanimationsmaßnahmen geschult werden. Es werden hierzu zwei Schulen im Landkreis in den Vordergrund gerückt. Zum einen das Helfenstein-Gymnasium in Geislingen zum anderen die Schillerschule in Eislingen. Darüber hinaus wird es zwei Abendveranstaltungen geben. Veranstaltungsort wird zum einen in Göppingen das Familienzentrum sein. Ebenso wird in Ebersbach eingeladen. Öffentliche Infoveranstaltungen werden am 26.09.2014 im „Nel Mezzo“ in Geislingen und am 27.9.14 in Göppingen (Fußgängerzone Höhe Rossmann) stattfinden.

Im Namen von Prof. Dr. Fischer und Dr. Schlittenhardt darf ich mich bei allen Beteiligten im Voraus bedanken.



Für Neuerungen, Kritik, Wünsche, Anregungen oder eigene Fallvignette stehen jederzeit unsere E-Mail Adressen zur Verfügung. (c.wagenfeld@gmx.de, skhaehn@freenet.de). Wir wünschen uns eine enge und gute Zusammenarbeit.

Eure HvO – Leitung