

INHALTSVERZEICHNIS

1. Anä/Int 9 - Wichtiges nicht vergessen, FAST HUG-Konzept	1
1.1. grundsätzliches	1
1.2. F	1
1.3. A(nalgo)S(edierung)	1
1.4. T	1
1.5. H	1
1.6. U	2
1.7. G	2

1. ANÄ/INT 9 - WICHTIGES NICHT VERGESSEN, FAST HUG-KONZEPT

1.1. **grundsätzliches.**

- FAST HUG ist ein prima Akronym
- Dinge vergessen tötet
- daher täglich den Patienten drücken

1.2. **F. eeding**

- wer vorhergesehen drei Tage oder mehr nicht selbst essen können wird muss von Anfang an ernährt werden
- enteral, enteral, enteral, enteral
- leider haben 50% Darmprobleme – führen überhaupt erst ab wenn man die ganze Zeit mit medis schiebt
- Sofortige Ernährung verbessert die Passage, wie beim Fasten wo sich alles Staut wenn man nicht abführt
- Tägliche Frage: Hat der Patient abgeführt
- lokale Gabe von Naloxon, Erythromycon, MCP
- 20-25kcal/kg → 2000
- später etwas mehr, 25-30 wenn der Stress nicht mehr ganz so hoch ist, dann ist der Anabolismus wieder eingeschaltet
- in den ersten Stunden der Katecholaminpflichtigkeit bei Schock kein essen, wird nicht gut verdaut
- Parenteral-Ernährungssaft wird nochmal mit Vitaminen angereichert

- wegen der Osmolarität bekanntlich ZVK erforderlich
- Parenterale Ernährung: Super um eine Fettleber zu machen
- Intensiv-Schema: Aufnahmetag nur Ringer, 1.- 4. od. 6. Tag nur Aminosäuren, Kalorien erst ab Tag 5 oder so

1.3. **A(nalgo)S(edierung).** und so

- Schlafmuster & Schlafentzug wichtige Faktoren, im ungünstigsten Falle ist der Patient nonstop wach
- Analgesie, Amnesie & Sedierung
- Studie beweist: 50% statt 40% überleben wenn man sie einmal täglich aufwachen lässt
- Üben, üben, üben: Atmen, wach sein, bewegen
- Ramsay-Skala: Objektivisiert Analgosedierung - z.B. schnelle Reaktion auf klopfen auf die Stirn
- Kurz-24: Opiat bolus & Propofol
- Mittel-72: +Opiatperfusor
- Lang: Benzos statt Propofol
- ggf. immer noch Clonidin dazu

1.4. **T. hrombosekram**

- Prophylaxe gegen die Lungenembolie
- 1% wird durch die Prophylaxe gerettet, Dunkelziffer evtl. wesentlich höher
- am besten: Aufstehen mit der Phsysio + Heprain
- idr. wird altmodisches Heparin benutzt, weil es stark ist, vor allem aber da man es über Perfusor geben kann
- low-molec: kann nur subcutan gegeben werden, Resorbktion gerade bei Katecholaminen daher ein großes Fragezeichen
- HIT: Argatoban

1.5. **H. ead up**

- Patienten hinsetzen hilft, z.B. gegen Pneumonie
- täglich checken: warum sitzt der Patient nicht 45°

1.6. **U.** lcus

- Klassiker, wegen stress auf Intensivstation
- Problem: Ulcus fällt nicht so auf wie Schmerzen, schlechte Gerinnung oder schlechter Druck
- PPI einfach Prima
- Alternative: H2-Blokade, da aber Toleranzentwicklung gegen die Medis
- enterale Ernährung super gegen Ulkus

1.7. **G.** lukose

- Hypergl macht Infektionsgefahr und ärger
- Wenn man den Patient ohne Hypo niedrig einstellt ist das super
- Problem: Es gibt noch kein ordentliches Monitoring-Standardverfahren
- Insulinperfusor und vergessenes Stixen: sehr hohe Hypogefahr
- kontinuierliche Messgeräte: messen subcutan → selbes Problem wie beim Heparin mit den Katecholaminen und der schlechten Durchblutung