

INHALTSVERZEICHNIS

1. Intensivmedi 11 - Sepsis	1
1.1. allgemein	1

1. INTENSIVMEDI 11 - SEPSIS

1.1. allgemein.

- in Deutschland ist die Krankheit wesentlich bekannter als sonstwo, vermutlich wegen des guten eingängigen deutschen Begriffs
- meistens vorher ein Leukozytensturz, den verpasst man natürlich idR bevor der Patient zum Patienten wird
- Massive Ödeme durch Leckage in den dritten Raum - eher nicht bedingt durch die Massivinfusion
- NET: neurophile machen ein Netz in dem alles mögliche hängen bleibt → Thrombotische mikrozirkulationsstörung
- Erys werden durch Elektrolytverschiebungen weniger elastisch
- SIRS: Systemantwort bei Stress
- Schwere Sepsis = Sepsis mit Versagen von mind. 1 Organ

- PCT bisserl genauer als CRP
- PCR-Diagnostik wird bald vermutlich die Blutkultur überholen
- Paul Ehrlich beim Medizinkongress 1913 in London(!)..Frappier durement frapper vite.. = Hit hard and early
- seit 2013 darf man irgendwie keine HAES bei Sepsis geben, sondern muss auf Gelatine ausweichen, sind wohl ziemlichliche Schrott-Studien und wird sich sicherlich zurück-ändern
- Wichtiger Test: Beine hoch → wenn der Druck besser wird braucht der Patient Volumen - tut sich nichts braucht er kein Volumen und bei Volumentherapie drohn Überladung
- wenn Laktat sinkt geht es grundsätzlich in die richtige Richtung
- Katecholamine: Nora oder Dobu
- Bisschen Kortison ist gut, der Hormonhaushalt ein bisschen schwach ist - leider weiß man nicht, bei welchen Patienten das Hormonsystem schlapp ist → daher idR als ultima ratio, auf der OIM z.B. wenn über 6h ordentlich Noradrenalin nötig ist
- schonende Beatmung ist am Anfang schlechter aber ab Tag drei massiv viel besser als eine forsche Beatmung
- 180mg/dl ist ne gute Zielgröße, zur Sicherheit gegen Hypos