

31. Januar 2013

INHALTSVERZEICHNIS

1. Innere 39 & 40 - Marxismus Reentry, Lungenembo, DD	1
1.1. Reentry	1
1.2. Ventrikuläre Tachykardie	1
1.3. Lungenembolyyy	1
2. letzte Vorlesung - Lungenembo-Rest & DiffDiag	2
2.1. Heparin	2
2.2. Marcumar	2
2.3. Lyse	2
2.4. DD Thoraxschmerz	2
2.5. Infarkt	2
2.6. Aortendissektion	2
2.7. Lungenembolie	2
2.8. Fazit	2
2.9. Perikarditis	2
2.10. Pleuritis	2
2.11. Pneumothorax	2

30. & 31. Januar 2013

1. INNERE 39 & 40 - MARXISMUS REENTRY, LUNGENEMBO, DD

15 Minuten verpasst

1.1. Reentry.

- Fachabk: AVNRT
- führt zu einer heftigen Tachykardie
- oft über Jahre immer wieder mal eine Tachykardie
- Vagale Reizung hilft
- ansonsten halt Verödung

1.2. Ventrikuläre Tachykardie.

- VT = ventrik Tachyk = 4 oder mehr VES
- anhaltende VT = über 30 Sek

- Ventrikuläre Extrasystole ist immer über 100ms
- monomorph immer gleich bei schlechtem LV (EF↓) z.B. post-Infarkt
- polymorph: akute Ischämie oder so
- Angeborenes: Brugada-Syndrom oder long-QT-Syndrom (Defi wird eingebaut)
- Torsade de pointes Tachykardie: Makrolide wie Erythromycin → kommt durch ES in der vulnerablen Phase = R auf T
- Symptome: Synkope und unwohltschlag, Palpitationen
- Komplikation: Kammerflimmern
- Frequenz 100-250/min
- Anfalls-EKG super
- man kann elektrophysiologisch auch stimulieren → Gefahr des Kammerflimmerns wesentlich geringer
- akut-Kardioversion wenn der Patient schlechten Blutdruck hat oder so → ICD wird eingebaut
- Medikamente wenn es dem Patienten eher gut geht → Gilurhythmial (Ajmalin) oder Amiodaron (Cordarex)
- Torsade de pointes: Magnesium hilft super
- Amiodaron ist recht stark Blutdrucksenkend, Ajmalin wird daher bevorzugt bei dieser Indikation
- Rezidivprophylaxe mit Cordarex
- ICD gibt entweder einen Schock oder überrennt das Herz durch noch höhere Frequenz für den Reset = ATP
- so eine Tachykardie kann auch durch einen Infarkt ausgelöst werden, nach Kardioversion ist dann ggf der STEMI sichtbar

1.3. Lungenembolyyy.

- Virchow: Gefäßwand, Stase, Hyperkoagulabilität
- Risiko bekannt: Dickes rauchendes Pillenmädchen das gerade operiert wurde und den ganzen Tag im Bett sitzt
- auch: Schwangerschaft & paraneoplastisches (BCA, PankCA)
- Thrombophilie:
 - Lupus Antikoagulans
 - ProtS, ProtC, AtIII = alles Lysekram
 - APC-Resistenz = 5-Leyden

- Symptome: Dyspnoe, Thoraxschmerz, Hämoptyse (ggf Synkope durch Kurzkomplettverstopfung)

2. LETZTE VORLESUNG - LUNGENEMBO-REST & DIFFDIAG

15 Minuten verpasst, es geht um Lungenembolie

2.1. Heparin.

- altmodisches Heparin muss nach PTT titriert werden → man läuft immer hinterher, ziel 2-3x der Norm
- Niedermolekulares ist viel einfacher zu dosieren (außer sehr dicke oder alte, die tanzen aus der Reihe)
- Fondaparinux = 10 inhibitor oder so, sehr teuer, wird im UKA nicht gegeben

2.2. Marcumar.

- initiale Hyperkoagulabilität → daher immer zuerst heparinisieren und dann Daueransetzen von Marcumar
- Marcumar zumindest 3-6 Monate nach einer Lungenembolie

2.3. Lyse.

- Notfallyse
- akute RH-Belastung (echo) plus Troponin durch den Stau
- Lyse 1,5% Hirnblutungen, daher gut überlebe

2.4. DD Thoraxschmerz.

- 3 Krankheitsbilder sind richtig gefährlich und müssen ausgeschlossen werden bevor der Arzt oder Patient nach hause geht: Lungenembolie, Aortendissektion, Infarkt

2.5. Infarkt.

- oft AP in den Tagen davor = Crescendo
- oft Schockig
- EKG sofort
- Labor: Trop & CK-MB
- Echo kann Wandbewegungsstörung zeigen

2.6. Aortendissektion.

- Reißend und Schulter und Rücken und Plötzlich
- Hypertoniker mit Arteriosklerose oder Marfaniker
- ggf RR-Differenz wenn die Dissektionsmembran was verlegt, also ggf. irgendein Puls nicht tastbar
- EKG und Labor oft unauffällig o.p.B
- TEE oder noch besser CT am besten zur Diagnose
- Jemand mit akutem Brsutschmerz wo kein Infarkt gefunden wird ins CT → man findet die Dissektion sonst nicht
- Gefahr: Perikardtamponade & Ruptur → 10% Sterblichkeit pro Stunde

2.7. Lungenembolie.

- Dysp, Thoraxschmerz, Hämoptyse
- D-Dimere im Labor
- CT oder Szinti beweisen

2.8. Fazit.

- also: bevor diese drei Sachen ausgeschlossen sind nicht ins Bett gehen

2.9. Perikarditis.

- Schmerz im liegen besonders stark
- Perikardreiben solange es trocken ist
- Echo ist nur auffällig, wenn es einen Erguss gibt
- CRP erhöht

2.10. Pleuritis.

- Atemabhängig
- Pleurareiben nur ohne Erguss
- durch den Erguss gehen die Schmerzen idR weg
- Sono hilft Erguss zu finden, Röth. auch
- oft nach Lungenentzündung oder so

2.11. Pneumothorax.

- nur einmal kurz Schmerzhaft
- sehr häufig bei Emphysematikern
- Röth beweist