

INHALTSVERZEICHNIS

1. KKK I - DD Thoraxschmerz	1
1.1. Herzenzyme	1
1.2. Lungenembolie	1
1.3. Klausurfragen	1
1.4. Bypass	1
1.5. AO-KlappenOP	1
1.6. Aortendissektion	2

1. KKK I - DD THORAXSCHMERZ

15 Minuten verpasst

1.1. Herzenzyme.

- schnelle Patienten die 30 Min nach ereignis eintreffen, können noch kein Labor haben
- Geschwindigkeit der Enzyme unterschiedlich
- Troponin kann bei kleinem Infarkt gerne auch erst später als nach 3 Stunden ansteigen
- neu: hochsensitives Troponin-Labor

1.2. Lungenembolie.

- Betablocker ist deswegen so verboten, weil die Tachykardie eine Bedarfstachykardie ist → die Tachykardie ist erforderlich und nicht pathologisch
- S1Q3-Typ Klassiker ST in V4-6 gerne gesenkt
- fixierte Herztonspaltung ebenfalls Indikator für Rechtsherzbelastung
- Thromben können an der Bifurkation hängen bleiben und reiten
- Invasive Beatmung: extrem kritische Indikation → Mechanische Ventilation erhöht den intrathorakalen Druck und den Widerstand → Rechtsherzversagen wird noch wahrscheinlicher
- Kompressionsstrümpfe der Klasse II sind diese straffen
- pAVK: erst vorsichtig wickeln um zu checken ob das Bein nicht durch die Strümpfe ischämisch wird

- Venti/Perfusions-Szinti: Bei KM-Allergie, Hyperthyreose, Niereninsuffizienz → wenn genügend Zeit vorhanden antikoagulieren und in die Uniklinik/Praxis zur Untersuchung
- im MRT auch möglich aber sehr schwierig, kann nicht jeder Arzt - bei schwangeren würde man das machen → eher jedoch auch eine Sache für die Uniklinik
- (Prophylaktische: Klasse I)
- Lyse/OP besonders bei Schock
- Lyse möglich bei mittlerem Risiko: Starke RV-Belastung/Ischämie bei noch stabilen Kreislaufverhältnissen

1.3. Klausurfragen.

- Big 5 des Thoraxschmerz, Pancreatitis wäre falsch z.B.
- Klassifikation MI nach ESC: Typ3 - verstirbt nach Rea
- (Typ2: relativ)
- Typ4: Katheterassoziiert
- Typ1: normaler Infarkt)
- CAST-Studie: Flecainid gegen Rhythmusstörungen → Verstärken Rhythmusstörungen (alle 1c)
- einziges Reserverantiarrhythmikum wenn kein Cordarex da: Lidocain

1.4. Bypass.

- Indikation: Hauptstammstenose über 50% ist überlegen
- besonders proximales ist überlegen
- z.B. proximale RIVA
- nur bei nicht-proximalem ist die PCI überlegen
- ebenso jede Dreifäßerkrankung
- Hauptstamm sowieso

1.5. AO-KlappenOP.

- über 1,5cm²: ok
- mittel 1-1,5 = 25mmHg
- unter 1,0 kritisch = 40mmHg
- Gradient muss natürlich immer peak-to-peak gemessen sein
- meistens degenerativ, selten post-rheumatisch

- bicuspidie begünstigt alles
- Klappe → Hypertrophie → verringerte Coronarreserve → AP
- mittlere Überlebenszeit ist schlecht, bei AP 4 Jahre, bei Synkope 3 Jahre → jede symptomatische Aortenklappe gehört operiert wenn möglich
- wenn andere Herz-OP wird auch Klasse II-III operiert
- über 80 leben die Leute mit OP fast so lang wie die Vergleichsgruppe, ansonsten sind alle nach 5 Jahren tot
- TAVI kommt immer mehr

1.6. Aortendissektion.

- 60% ascendens, 30% desc, 10% bogen
- 75%: chronischer Hypertonus
- Klassiker: Vernichtungsschmerz, gerne auch zwischen den Schulterblättern oder in den Bauch strahlend
- Symptomatik entsprechend Gefäßverschlüsse möglich, spinal könnte Beinkribbeln machen, Sehstörungen

- Stridor & Heiserkeit durch mechanische Kompression ist auch auch möglich
- AO-Insuffizienz mit Durchschlagen bei Betroffenheit der AO-Wurzel ist ätzend
- TypA: 2% sterben pro Stunde, nur OP hilft
- TypB: hohe OP-Sterblichkeit in akuter Phase, besser in der chronischen Phase vorher/danach
- Klappe / Ascendens: Bentall-OP
- David-OP: Prothese um die Klappe, die die Klappe von außen aufspannt
- Aortenbogen kann nur im Kreislaufstillstand gemacht werden mit Hypothermie und allem drumm und drann
- intramurales Hämatom: Ruptur eines Vas vasorum, OP wie bei Dissektion
- TypB wird zunehmend gestentet, es gibt ja bestenfalls keine Abgänge in dem Bereich