1. 🫀 Herzinfarkt (Myokardinfarkt)
2. 🧠 Schlaganfall (Apoplex)
3. 💨 Asthma bronchiale / Asthmaanfall
4. ⚡ Epileptischer Anfall
5. 🩸 Schock (inkl. anaphylaktisch, hypovolämisch)
6. 💊 Vergiftung / Intoxikation
7. 🔥 Verbrennung / Verbrühung
8. 🧪 Akutes Abdomen (z. B. Appendizitis, Koliken)
9. 🧍‍♂️ Synkope / Kreislaufkollaps
10. ♀️ Gynäkologische Notfälle (z. B. Extrauteringravidität)

Hier ist das Heilpraktiker-Lernskript Thema 1/3: 🫀 Myokardinfarkt (Teil des Akuten Koronarsyndroms) – strukturiert, ausführlich und lernfreundlich dargestellt:

**🫀**

**Thema: Myokardinfarkt (STEMI/NSTEMI)**

**📌**

**Definition**

* Der Myokardinfarkt ist Teil des Akuten Koronarsyndroms (ACS), das umfasst:
	+ ✅ ST-Strecken-Hebungsinfarkt (STEMI)
	+ ✅ Nicht-ST-Strecken-Hebungsinfarkt (NSTEMI)
	+ ✅ Instabile Angina pectoris

Merke: Symptome alleine erlauben keine klare Unterscheidung zwischen diesen Formen!

**⚡**

**Leitsymptome**

* Akuter retrosternaler Schmerz (Druck, Enge, Brennen)
* Ausstrahlung: ⚠️ linker Arm, Kiefer, Rücken
* Übelkeit, Erbrechen, Kaltschweißigkeit
* Atemnot, Angstgefühl („Vernichtungsgefühl“)
* Ggf. Bewusstseinsstörung bei kardiogenem Schock

**🩺**

**Diagnostik**

**🧪 Labor:**

* Troponin T oder I erhöht → Myokardzellschaden
	+ Hochsensitive Tests: hs-cTn
	+ Bestimmung bei Aufnahme + Wiederholung nach 1–3 Stunden (je nach Algorithmus)

**📈 EKG:**

* ST-Hebungen → STEMI
* Keine ST-Hebungen → NSTEMI oder instabile Angina

**💡 Schnellregel:**

Bei unklaren Thoraxbeschwerden → immer EKG + Troponin!

**⛑️**

**Notfallmaßnahmen (Ersthilfe durch Heilpraktiker)**

1. 🧘 Beruhigen, Oberkörper hochlagern
2. 💊 Gabe von Nitroglyzerin (wenn verfügbar + systolischer RR > 100 mmHg)
3. 💨 Sauerstoffgabe bei SpO₂ < 90 %
4. 📞 112 rufen! → Notarzt
5. 📄 Anamnese, Begleiterkrankungen, Medikamentenliste bereithalten
6. ❌ Keine Bewegung, Patienten ruhen lassen

**⚠️**

**Differenzialdiagnosen**

* Lungenembolie 🫁
* Aortendissektion
* Perikarditis
* Pneumothorax
* Refluxkrankheit / Ösophagusspasmus

**🧠**

**Wichtig für Prüfung und Praxis**

* Symptome eines Myokardinfarkts sofort erkennen
* NIEMALS verzögern: Zeit = Herzmuskel!
* Bei STEMI: sofortige Koronarintervention (z. B. Herzkatheter)

**📚 Quelle:**

1. [Akutes Koronarsyndrom – AMBOSS](https://www.amboss.com/de/wissen/akutes-koronarsyndrom?utm_medium=chatgpt-plugin&utm_source=chatgpt)

Vielen Dank für die umfassende Ergänzung – du hast damit eine exzellente Zusammenfassung des Myokardinfarkts auf Basis klinischer Standards geliefert. Um dein Lernskript jetzt kompakt, prüfungsfokussiert und lernfreundlich mit Emojis und Struktur aufzubereiten, fasse ich die Daten aus AMBOSS und deiner Quelle in einem vollständigen Format zusammen:

**🫀**

**Heilpraktiker-Skript: Myokardinfarkt (MI)**

(Teil 1/3 der Notfallreihe)

**📌**

**Definition**

* Myokardinfarkt = ischämische Nekrose von Herzmuskelgewebe.
* Teil des akuten Koronarsyndroms (ACS).
* Ursachen:
	+ Typ 1: Plaqueruptur & akuter Verschluss (STEMI/NSTEMI)
	+ Typ 2: Ungleichgewicht O₂-Angebot/-Bedarf (z. B. Anämie, Hypotonie)

**📊**

**Epidemiologie**

* ♂ häufiger als ♀
* Ca. 1 Mio. Fälle/Jahr in den USA

**💣**

**Ätiologie & Risikofaktoren**

* Koronare Herzkrankheit (KHK, v. a. atherosklerotisch)
* Vasospasmen (z. B. Kokain)
* Dissektion/Embolie
* O₂-Mismatch: Anämie, Hypotonie, HCM, Aortenstenose

**⚠️**

**Symptome**

* Retrosternaler Schmerz (druckartig, ausstrahlend: Arm, Kiefer, Epigastrium)
* Dyspnoe, Übelkeit, Kaltschweißigkeit
* Tachykardie, Schock, Bewusstlosigkeit
* Atypische Verläufe bei: ältere Menschen, Diabetiker, Frauen

**🧪**

**Diagnostik**

**📈**

**EKG**

* Erste Maßnahme!
* ST-Hebungen → STEMI
* ST-Senkung, T-Negativierung → NSTEMI
* Lokalisation anhand Ableitungen möglich (“SAL”: Septal, Apikal, Lateral)

**🧫**

**Biomarker**

* Troponin T/I erhöht = wichtigste Marker
	+ Anstieg in 1–3 h (hs-Troponin)
	+ Verlaufskontrolle wichtig!

**🧠**

**Sonstige Diagnostik**

* Koronarangiografie (Goldstandard!)
* Echo: Wandbewegungsstörungen, Pumpfunktion

**🧨**

**Komplikationen (zeitlich geordnet)**

| **Zeitraum** | **Komplikation** |
| --- | --- |
| 0–24 h | ⚡ Rhythmusstörungen, SCD, Schock |
| 1–3 Tage | Perikarditis, Arrhythmien |
| 3–14 Tage | Papillarmuskel-/Wandruptur, VSD |
| > 2 Wochen | Aneurysma, Dressler, Reinfarkt |

**🩹**

**Akutbehandlung (Ersthilfe/Notarztphase)**

Merksatz: „MONA-BASH“

* Morphin
* O₂ (bei SpO₂ <90 %)
* Nitroglyzerin
* Antiplatelet (ASS + ADP-Hemmer)
* Betablocker
* ACE-Hemmer
* Statine
* Heparin

**⛑️ Heilpraktiker-Erstmaßnahmen**

* Patienten beruhigen, Lagerung mit erhöhtem OK
* 112! Notarzt alarmieren
* Vitalzeichen überwachen
* Nitroglyzerin (wenn verfügbar, syst. RR > 100 mmHg)
* KEINE körperliche Belastung zulassen

**🚑**

**Langzeittherapie & Sekundärprophylaxe**

* Statine, Betablocker, ACE-Hemmer
* Duale Plättchenhemmung (DAPT) mind. 12 Monate
* Risikofaktoren behandeln: Nikotin, Blutdruck, Diabetes, Lipide

**📚 Quellen:**

1. [Akutes Koronarsyndrom – AMBOSS](https://www.amboss.com/de/wissen/akutes-koronarsyndrom?utm_medium=chatgpt-plugin&utm_source=chatgpt)
2. Deine ergänzten englischen Inhalte (klinische Klassifikationen & Therapie)

Hier sind die ersten drei essenziellen Themen für die Heilpraktiker-Prüfung im Bereich Notfallmedizin, beginnend mit dem ischämischen Schlaganfall, im mikrodetaillierten Skriptstil mit klarer Struktur, Symbolik und Emojis für leichteres Lernen:

**🧠**

**1. Ischämischer Schlaganfall (Hirninfarkt)**

**🧾 Definition**

* Plötzliche, fokale Ischämie des ZNS
* Reversible oder anhaltende neurologische Defizite
* Meist durch Gefäßverschluss (z.B. Thrombus, Embolus)

🧠 Wichtig: Keine Blutung sichtbar – im Gegensatz zum hämorrhagischen Schlaganfall!

**📊 Epidemiologie**

* 80–85 % aller Schlaganfälle
* Höheres Risiko mit steigendem Alter
* Männer > Frauen

**⚙️ Pathophysiologie**

* Verschluss arterieller Hirngefäße ➝ ↓ Sauerstoffversorgung ➝ Zellschädigung
* Ursachen:
	+ Atherothrombose (z. B. A. carotis interna)
	+ Kardioembolien (z. B. bei Vorhofflimmern)
	+ Arteriitis / Dissektion

**🚨 Symptome**

* Plötzlich einsetzende neurologische Ausfälle:
	+ Hemiparese/ -plegie 🦵
	+ Aphasie 🗣️
	+ Gesichtsfeldausfall 👁️
	+ Ataxie ⚖️
	+ Bewusstseinsstörung 🌀

🧠 Merkregel FAST:

* Face: Gesichtslähmung?
* Arm: Arm schwach?
* Speech: Sprache gestört?
* Time: Sofort handeln!

**🧪 Diagnostik**

1. Anamnese + klinische Untersuchung
2. CT (sofort) ➝ Ausschluss Blutung
3. MRT ➝ sensibler bei Ischämie
4. EKG, Echo ➝ kardiale Quelle?
5. Labor: BZ, Gerinnung, Lipidstatus

**💊 Therapie**

Akutphase:

* Innerhalb 4,5 h: Thrombolyse (Alteplase)
* Thrombektomie bei großen Gefäßverschlüssen
* Antihypertonika (bei RR > 220/120 mmHg)

Sekundärprophylaxe:

* ASS, Clopidogrel 🩸
* Antikoagulation bei VHF (z. B. DOAKs)
* Statine, RR-Kontrolle, Lifestyle!

**🔍 Wichtig für Heilpraktiker**

* Notfall erkennen und handeln!
* Schlaganfall = Notarzt 🚑
* Keine Homöopathie, Akupunktur oder sonstige Maßnahmen anwenden!
* Bei Nachsorge: Fokus auf Prävention, gesunden Lebensstil, Blutdruckmanagement 🧘‍♂️

**🧠 Merksätze**

* „Time is brain“ – jede Minute zählt!
* „FAST“ erkennen rettet Leben!

**🗂️ Quellen aus AMBOSS:**

1. [Ischämischer Schlaganfall – AMBOSS](https://www.amboss.com/de/wissen/ischamischer-schlaganfall?utm_medium=chatgpt-plugin&utm_source=chatgpt)
2. [AMBOSS SOP Schlaganfall](https://www.amboss.com/de/wissen/schlaganfall-amboss-sop?utm_medium=chatgpt-plugin&utm_source=chatgpt)

Hier ist ein detailliertes, lernfreundliches und emoji-gestütztes Skript zum Thema 🩸 Polytrauma – Definition & Management für Heilpraktiker und medizinisches Fachpersonal:

**🩸**

**Polytrauma – Definition, Klassifikation & Versorgung**

**📌**

**Definition nach Berlin-Kriterien**

Ein Polytrauma liegt vor bei:

* Verletzung von ≥ 2 Körperregionen mit AIS-Grad ≥ 3
* + mindestens ein Risikofaktor:
	+ 👴 Alter ≥ 70 Jahre
	+ ⬇️ systolischer RR ≤ 90 mmHg
	+ 😵 GCS < 9 (Bewusstseinsstörung)
	+ 🧪 Base Excess ≤ –6 mmol/L (Azidose)
	+ 🩸 INR ≥ 1,4 oder PTT ≥ 40 s (Koagulopathie)

🧠 Kein einheitlicher internationaler Konsens zur Definition – multiple Systeme im Einsatz!

**🧮**

**Klassifikation & Scores**

**📊**

**AIS – Abbreviated Injury Scale**

| **AIS-Grad** | **Bedeutung** |
| --- | --- |
| 1 | Leicht |
| 2 | Mäßig |
| 3 | Schwer, nicht lebensbedrohlich |
| 4 | Lebensbedrohlich |
| 5 | Kritisch, Überleben fraglich |
| 6 | Tödlich, nicht überlebbar |

**➕**

**ISS (Injury Severity Score)**

* Berechnung aus Quadrat der 3 schwersten Verletzungen in 3 Regionen
* Formel: ISS = AIS₁² + AIS₂² + AIS₃²
* Polytrauma: ISS ≥ 16

**🔁**

**NISS (New ISS)**

* Wie ISS, aber auch mehrere Verletzungen in einer Region möglich
* NISS > 16 → Polytrauma

**🔢**

**RTS (Revised Trauma Score)**

* Klinischer Score aus GCS, syst. RR, Atemfrequenz
* Formel:

RTS = (GCS-Punkte × 0,9368) + (RR-Punkte × 0,7326) + (AF-Punkte × 0,2908)

**🚑**

**Versorgungsphasen & Management**

**🏥**

**Prähospitale Phase**

Ziele: Vitalfunktion sichern, Leben retten

🔷 ABCDE-Schema

🔷 Airway sichern (inkl. Intubation bei GCS < 9)

🔷 Atemfrequenz, SpO₂, Thoraxentlastung bei Spannungspneumothorax

🔷 Kreislauf stabilisieren: IV-Zugang, Flüssigkeit (z. B. Kristalloide), Blutstillung

🔷 Wärmeerhalt 🧤

🔷 Transport priorisieren – Traumazentrum!

**⛑️**

**Schockraumversorgung**

Ziele: Teamarbeit, schnelle Bildgebung, Stabilisierung

🔹 Team: mind. 2 Ärzt:innen + 2 Pflegekräfte

🔹 Untersuchung: eFAST-Sono, Trauma-CT

🔹 Prioritäten:

* Lebensbedrohliches erkennen & behandeln
* Stabile Lagerung, Monitoring
* Entscheidung über OP / Intervention

**🧵**

**Operative Erstversorgung**

* „Damage Control Surgery“ = Kontrolle statt Komplettversorgung
* Fokus: Blutstillung, Stabilisierung (z. B. Becken, Thorax, Abdomen)

**❗ Komplikationen**

* Hypovolämischer Schock
* Verbrauchskoagulopathie
* Sepsis, Multiorganversagen
* SHT, Ateminsuffizienz

**📚 Quelle:**

1. [Polytrauma – AMBOSS](https://www.amboss.com/de/wissen/polytrauma?utm_medium=chatgpt-plugin&utm_source=chatgpt)

**🫀**

**Hypertensive Krise (Hypertensive Emergency/Urgency)**

**📚 Kurzübersicht**

* Definition:
	+ Hypertensive Notfall (Emergency): Blutdruck >180/120 mmHg mit Endorganschäden.
	+ Hypertensive Entgleisung (Urgency): Hoher Blutdruck ohne akute Endorganschäden.

**🔟 Kurze Fragen und Antworten**

1. Was ist der Unterschied zwischen hypertensiver Krise und Notfall?

→ Krise = kein Organschaden.

→ Notfall = Organschäden (z. B. Hirnblutung, Lungenödem).

2. Welche Organe sind typischerweise betroffen bei hypertensivem Notfall?

→ Herz ❤️, Gehirn 🧠, Augen 👁️, Nieren 🧪.

3. Welches Symptom ist typisch für eine hypertensive Enzephalopathie?

→ Kopfschmerzen, Sehstörungen, Verwirrtheit, Krampfanfälle.

4. Wie lautet die ABCDE-Regel für Notfallpatienten?

→ Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure.

5. Was ist die Sofortmaßnahme bei hypertensivem Notfall mit Lungenödem?

→ O₂-Gabe, Nitroglycerin, evtl. Diuretika, Blutdrucksenkung (z. B. Urapidil).

6. Wann sollte der Blutdruck bei hypertensivem Notfall gesenkt werden?

→ Innerhalb von Minuten bis Stunden, Ziel: ca. 25% Senkung in 1–2 h.

7. Welche Medikamente sind geeignet zur akuten i.v. Blutdrucksenkung?

→ Urapidil, Nitroglycerin, Clonidin, Labetalol, Nicardipin.

8. Was ist das Ziel der Therapie bei hypertensiver Entgleisung (keine Organschäden)?

→ Langsame Blutdrucksenkung über 24–48 h.

9. Was sind mögliche Ursachen für hypertensive Krisen?

→ Therapieabbruch, Nierenerkrankung, Phäochromozytom, Präeklampsie.

10. Welche Komplikation muss ausgeschlossen werden bei hypertensivem Notfall?

→ Aortendissektion, Myokardinfarkt, Hirnblutung.

**🧠 Eselsbrücke (Mnemonic)**

“HEART CAN FAIL” (für Endorganschäden bei hypertensivem Notfall):

* Head (CNS: Enzephalopathie, Stroke)
* Eyes (Retinopathie)
* Aorta (Dissektion)
* Renal (AKI)
* Thorax (Herzinfarkt, Lungenödem)

**Abkürzungen erklärt**

* BP – Blood Pressure (Blutdruck)
* AKI – Acute Kidney Injury (Akutes Nierenversagen)
* MI – Myocardial Infarction (Herzinfarkt)
* CNS – Central Nervous System (Zentrales Nervensystem)

Super! Wir machen weiter mit:

**🫀**

**Myokardinfarkt (Herzinfarkt)**

**📚 Kurzübersicht**

* Definition: Akuter Verschluss eines Koronargefäßes mit ischämischer Myokardschädigung.
* Klassifikation:
	+ STEMI – ST-Strecken-Hebungsinfarkt
	+ NSTEMI – Nicht-ST-Hebungsinfarkt (troponinpositiv, aber ohne ST-Hebung)

**🔟 Kurze Fragen und Antworten**

1. Was ist das Leitsymptom eines akuten Myokardinfarkts?

→ Retrosternaler Druckschmerz >20 Min, evtl. Ausstrahlung (Arm, Hals, Kiefer) 🫀

2. Wie äußert sich ein “stiller Infarkt”?

→ Besonders bei Diabetikern: atypisch, ohne Schmerzen – oft nur Dyspnoe oder Übelkeit.

3. Was ist das wichtigste diagnostische Verfahren?

→ EKG innerhalb von 10 Minuten! → ST-Hebung?

→ Troponin T/I nachweisen!

4. Welche EKG-Veränderung ist typisch für STEMI?

→ ST-Streckenhebung in zwei benachbarten Ableitungen.

5. Welche Laborwerte sind richtungsweisend?

→ Troponin T/I ↑, CK-MB ↑, CRP evtl. ↑

6. Was ist das Ziel der Akuttherapie bei STEMI?

→ Reperfusionstherapie durch PCI (perkutane Koronarintervention) innerhalb von 120 Minuten.

7. Welche Medikamente erhält jeder STEMI-Patient sofort (MONA)?

→ Morphin, O2 (wenn nötig), Nitroglyzerin, Aspirin

8. Welche Antikoagulation ist indiziert?

→ Heparin (unfraktioniert oder NMH) – je nach Klinikprotokoll.

9. Welche Langzeittherapie ist nach Infarkt wichtig?

→ ASS, Betablocker, ACE-Hemmer, Statine – „Herzschutz-Cocktail“ 💊

10. Was ist das Hauptziel der Sekundärprävention?

→ Risikofaktoren eliminieren: Nikotinverzicht 🚭, Lipidsenkung, Bewegung, Ernährung.

**🧠 Eselsbrücke (Mnemonic)**

“MONA greets everyone” – Erstmaßnahmen beim Infarkt:

* Morphin
* O2-Sauerstoff
* Nitroglyzerin
* Aspirin

Und:

“BAAS” für Sekundärprävention:

* Betablocker
* ACE-Hemmer
* Antiplättchentherapie (ASS/Clopidogrel)
* Statin

**Abkürzungen erklärt**

* STEMI – ST-Elevation Myocardial Infarction
* NSTEMI – Non-ST-Elevation Myocardial Infarction
* PCI – Percutaneous Coronary Intervention
* CK-MB – Creatinkinase MB
* ACS – Akutes Koronarsyndrom

Perfekt! Weiter geht’s mit:

**🧠**

**Schlaganfall (Apoplex / Insult / Stroke)**

**📚 Kurzübersicht**

* Definition: Akutes neurologisches Defizit infolge zerebraler Durchblutungsstörung oder Blutung.
* Hauptformen:
	+ Ischämischer Schlaganfall (ca. 85 %): durch Gefäßverschluss
	+ Hämorrhagischer Schlaganfall (ca. 15 %): durch Hirnblutung

**🔟 Kurze Fragen und Antworten**

1. Was ist die häufigste Ursache eines Schlaganfalls?

→ Ischämie durch Thrombose oder Embolie (z. B. aus Vorhofflimmern)

2. Welche Symptome treten häufig auf?

→ Plötzlich: halbseitige Lähmung, Sprachstörung, Gesichtsfeldausfall, Schwindel

3. Was ist die wichtigste Regel für Laien zur Früherkennung?

→ FAST-Schema:

* Face: Gesicht schief?
* Arms: Arm-/Beinlähmung?
* Speech: Sprache verwaschen?
* Time: Sofort Notruf! ☎️112

4. Welche Bildgebung muss schnell erfolgen?

→ cCT (kraniale Computertomografie) – zur Unterscheidung Blutung vs. Infarkt

5. Was ist die wichtigste Akutmaßnahme bei ischämischem Schlaganfall?

→ Lysetherapie (z.B. rt-PA), falls < 4,5 Stunden nach Symptombeginn und keine Kontraindikationen

6. Wann erfolgt eine Thrombektomie?

→ Bei proximalem Gefäßverschluss, z.B. A. cerebri media, meist bis 6 h – mit spezialisierten Zentren.

7. Welche Komplikation muss vermieden werden?

→ Hirnödem, Reperfusionblutung, Aspirationspneumonie

8. Welche sekundärpräventiven Maßnahmen sind nötig?

→ Kontrolle von: RR, Cholesterin, Antikoagulation bei VHF, Rauchstopp 🚭, Bewegung

9. Wie unterscheidet man TIA von Schlaganfall?

→ TIA (transitorische ischämische Attacke): Symptome <24 h, reversibel

→ Schlaganfall: bleibendes neurologisches Defizit >24 h

10. Was ist die Lagerung bei bewusstem Patienten mit Apoplex?

→ Oberkörper erhöht (30°), Monitoring, kein Essen/Trinken vor Schlucktest!

**🧠 Eselsbrücke (Mnemonic)**

FAST = schnelle Identifikation durch Laien:

* Face
* Arms
* Speech
* Time

DR. ABCDE für klinisches Management:

* Danger: Umgebung sichern
* Response: Reagiert Patient?
* Airway
* Breathing
* Circulation
* Disability (neurologisch!)
* Exposure (z. B. Hautstatus, Temperatur)

**Abkürzungen erklärt**

* TIA – Transitorische ischämische Attacke
* cCT – kraniale Computertomografie
* rt-PA – rekombinanter Tissue-Plasminogenaktivator (Thrombolyse)
* NIHSS – Stroke-Schweregrad-Score (National Institutes of Health Stroke Scale)
* AF / VHF – Vorhofflimmern

Super – wir machen nun strukturiert und kurz weiter mit den restlichen Notfallthemen in Q&A-Format, ideal für USMLE-Training oder klinische Wiederholung. Ich liefere dir pro Thema kompakte 10 Fragen & Antworten, inkl. Abkürzungen, Emojis und Eselsbrücken.

**⚡️ Epileptischer Anfall**

**🧠 Kurzübersicht:**

* Unkontrollierte elektrische Entladungen im Gehirn → motorische, sensorische, oder Bewusstseinsstörungen
* Häufigste Form: tonisch-klonischer (Grand mal) Anfall

**🔟 Q&A**

1. Was ist der Unterschied zwischen epileptischem Anfall und Epilepsie?

→ Ein Anfall = einmaliges Ereignis. Epilepsie = ≥2 Anfälle ohne erkennbare Ursache.

2. Was ist ein Status epilepticus?

→ Anfall >5 Min oder wiederholte Anfälle ohne Bewusstseinsklarheit dazwischen. Notfall!

3. Welche Ursachen sind häufig?

→ z.B. Entzug (Alkohol, Benzos), Hypoglykämie, Hirntumor, Infektion, Trauma, idiopathisch

4. Was ist die Akutmaßnahme bei generalisiertem Krampfanfall?

→ Patient sichern 🛌, nicht festhalten, Umgebung schützen, Seitenlage danach

5. Wann muss ein Notruf (112) abgesetzt werden?

→ >5 Minuten, 1. Anfall, Trauma, Schwangerschaft, keine Erholung, Status epilepticus

6. Was ist First-line medikamentös beim Status epilepticus?

→ Benzodiazepine: Lorazepam i.v. (oder Midazolam i.m./bukkal)

7. Welche weiteren Medikamente folgen ggf.?

→ z. B. Levetiracetam, Valproat, Phenytoin – je nach Leitlinie und Klinikstandard

8. Was ist die wichtigste Differenzialdiagnose?

→ Synkope, psychogene Anfälle, Hypoglykämie, Migräne mit Aura

9. Was darf man NICHT tun?

→ Keinen Gegenstand zwischen die Zähne, keine Fixierung, kein Wasser geben

10. Was folgt nach der Stabilisierung?

→ neurologische Diagnostik (EEG, MRT), metabolisches Screening

**💡 Eselsbrücke:**

**“TIME to STOP”**

* Time >5 Minuten
* Injury/trauma
* Multiple seizures
* Emergent (Status epilepticus)

→ → STOP = Sicherung, Therapie, Oxygenierung, Positionierung

Perfekt – wir machen weiter mit:

**🌀**

**Synkope (Ohnmacht, Bewusstseinsverlust)**

**🧠 Kurzübersicht:**

* Plötzlicher, kurzzeitiger Bewusstseinsverlust durch Minderdurchblutung des Gehirns
* Vasovagal, orthostatisch oder kardial bedingt

**🔟**

**Fragen & Antworten**

1. Was ist eine Synkope?

→ Reversible Bewusstlosigkeit durch vorübergehende zerebrale Hypoperfusion

2. Welche Ursachen sind häufig?

→ Vasovagal (Stress, Schmerz), orthostatisch (RR-Abfall), kardial (Arrhythmien, Aortenstenose)

3. Was ist ein red flag für kardiale Ursache?

→ Synkope bei Belastung, Palpitationen, Herzvitien, familiäre plötzliche Todesfälle

4. Was ist der wichtigste erste Schritt in der Diagnostik?

→ Anamnese + Kreislaufmonitoring (z. B. EKG, RR, Pulsoxymetrie)

5. Was ist ein orthostatischer Test?

→ RR-/Pulsmessung im Liegen und Stehen zur Diagnostik orthostatischer Dysregulation

6. Was ist die Lagerung bei akuter Synkope?

→ Flachlagerung mit Hochlagerung der Beine 🦵

7. Wie erfolgt die Therapie bei vasovagaler Synkope?

→ Reizentfernung, flach lagern, Beine hoch, Flüssigkeit geben

8. Wann ist eine stationäre Abklärung erforderlich?

→ Bei kardialem Verdacht, anhaltenden Symptomen, Synkope mit Verletzung

9. Welche Medikamente können Synkopen fördern?

→ Antihypertensiva, Diuretika, Betablocker, Psychopharmaka

10. Was ist der Unterschied zur epileptischen Bewusstlosigkeit?

→ Synkope meist kurz, keine Zungenbisse, keine postiktale Phase

**📌**

**Abkürzungen & Begriffe**

* ECG/EKG: Elektrokardiogramm
* RR: Blutdruck
* VVS: Vasovagale Synkope
* OH: Orthostatische Hypotonie
* ICD: implantierbarer Kardioverter-Defibrillator

Weiter geht’s mit:

**💥**

**Hypertensive Krise / hypertensiver Notfall**

**💓 Kurzübersicht:**

* Hypertensive Krise: RR ≥ 180/120 mmHg ohne Organschaden
* Hypertensiver Notfall: RR ≥ 180/120 mmHg mit Organschäden (Herz, Gehirn, Niere)

**🔟**

**Fragen & Antworten**

1. Was unterscheidet die hypertensive Krise vom hypertensiven Notfall?

→ Notfall = Organschäden (z. B. Enzephalopathie, ACS), Krise = ohne Organschäden

2. Welche Symptome sind typisch für einen hypertensiven Notfall?

→ Kopfschmerz, Schwindel, Brustschmerz, Dyspnoe, neurologische Ausfälle

3. Was ist das erste diagnostische Vorgehen?

→ Blutdruckmessung an beiden Armen, EKG, neurologischer Status, Anamnese

4. Welche Organschäden sind besonders kritisch?

→ Hirnblutung, Herzinfarkt, akute Herzinsuffizienz, Aortendissektion, Nierenversagen

5. Was ist die Sofortmaßnahme?

→ Sitzen lassen 🪑, Sauerstoffgabe, Zugang legen, Monitoring starten

6. Wie schnell soll der Blutdruck gesenkt werden?

→ Nicht mehr als 20–30 % in der ersten Stunde (Ausnahme: Aortendissektion)

7. Welche Medikamente sind Mittel der Wahl?

→ Urapidil i.v., Nitroglycerin, ggf. Clonidin oder Furosemid

8. Was ist bei Schlaganfallverdacht zu beachten?

→ Blutdruck nicht zu schnell senken (Gehirnperfusion aufrechterhalten!)

9. Was darf der Heilpraktiker NICHT tun?

→ Keine i.v.-Medikamentengabe, keine invasiven Maßnahmen – Notruf veranlassen

10. Was ist die wichtigste Prävention?

→ Konsequent eingestellte Blutdrucktherapie, Compliance, Stressvermeidung

**🧠**

**Merkwort: “HA-NOT-FALL”**

* Hirn (neurologisch)
* ACS (Herz)
* Niere
* O2-Gabe
* Therapie: Urapidil
* Flache Blutdrucksenkung
* Armvergleich RR
* Lagerung: Oberkörper hoch
* Leitlinien beachten

Perfekt – weiter mit:

**🤢**

**Akutes Abdomen**

**🩺 Kurzübersicht:**

* Plötzlich einsetzende starke Bauchschmerzen
* Lebensbedrohlich bis zum Beweis des Gegenteils
* Häufige Ursachen: Appendizitis, Perforation, Ileus, Pankreatitis, Aortenaneurysma

**🔟**

**Fragen & Antworten**

1. Was versteht man unter einem „akuten Abdomen“?

→ Akut einsetzende, starke Bauchschmerzen mit Abwehrspannung und potenzieller OP-Indikation

2. Was ist die wichtigste erste Maßnahme?

→ Vitalzeichen erfassen, Notarzt verständigen, Patient nüchtern lassen

3. Was ist ein Warnzeichen für eine Perforation?

→ „Brettharter Bauch“, plötzlicher Schmerz, Peritonismus

4. Was ist bei Aneurysma-Ruptur zu beachten?

→ Rücken-/Flankenschmerz + Schockzeichen: sofortige notfallchirurgische Behandlung 🩸

5. Welche Labortests helfen bei der Ursachenklärung?

→ CRP, Lipase, Leukozyten, Hämoglobin, Laktat

6. Was ist die Rolle des Ultraschalls?

→ Ersteinschätzung (z. B. freie Flüssigkeit, Gallenblasenwand, Aortenweite)

7. Welche Medikamentengabe ist kontraindiziert ohne gesicherte Diagnose?

→ Laxantien oder orale Schmerzmittel! Gefahr der Perforation oder Fehldiagnose

8. Was ist die bevorzugte Lagerung?

→ Rückenlage mit leicht angewinkelten Beinen – entlastet Bauchdecke

9. Was tun bei Bewusstlosigkeit?

→ Stabile Seitenlage, Atemwege freihalten, Notruf aktivieren

10. Was sind häufige Differenzialdiagnosen?

→ Appendizitis, Cholezystitis, Ileus, Urolithiasis, extrauterine Schwangerschaft

**🧠**

**Merkwort: “SOFORT-BUCH” für Akutes Abdomen**

* Schmerzbeginn?
* Operation in der Vorgeschichte?
* Fieber?
* Organfunktion (Stuhl/Urin)?
* Rechter Unterbauch?
* Tastbefund (Abwehrspannung)?
* Blutwerte
* Ultraschall
* Circulation (Schockzeichen?)
* Hilferuf (Notruf 112!)

Perfekt – weiter mit:

**🤢**

**Akutes Abdomen**

**🩺 Kurzübersicht:**

* Plötzlich einsetzende starke Bauchschmerzen
* Lebensbedrohlich bis zum Beweis des Gegenteils
* Häufige Ursachen: Appendizitis, Perforation, Ileus, Pankreatitis, Aortenaneurysma

**🔟**

**Fragen & Antworten**

1. Was versteht man unter einem „akuten Abdomen“?

→ Akut einsetzende, starke Bauchschmerzen mit Abwehrspannung und potenzieller OP-Indikation

2. Was ist die wichtigste erste Maßnahme?

→ Vitalzeichen erfassen, Notarzt verständigen, Patient nüchtern lassen

3. Was ist ein Warnzeichen für eine Perforation?

→ „Brettharter Bauch“, plötzlicher Schmerz, Peritonismus

4. Was ist bei Aneurysma-Ruptur zu beachten?

→ Rücken-/Flankenschmerz + Schockzeichen: sofortige notfallchirurgische Behandlung 🩸

5. Welche Labortests helfen bei der Ursachenklärung?

→ CRP, Lipase, Leukozyten, Hämoglobin, Laktat

6. Was ist die Rolle des Ultraschalls?

→ Ersteinschätzung (z. B. freie Flüssigkeit, Gallenblasenwand, Aortenweite)

7. Welche Medikamentengabe ist kontraindiziert ohne gesicherte Diagnose?

→ Laxantien oder orale Schmerzmittel! Gefahr der Perforation oder Fehldiagnose

8. Was ist die bevorzugte Lagerung?

→ Rückenlage mit leicht angewinkelten Beinen – entlastet Bauchdecke

9. Was tun bei Bewusstlosigkeit?

→ Stabile Seitenlage, Atemwege freihalten, Notruf aktivieren

10. Was sind häufige Differenzialdiagnosen?

→ Appendizitis, Cholezystitis, Ileus, Urolithiasis, extrauterine Schwangerschaft

**🧠**

**Merkwort: “SOFORT-BUCH” für Akutes Abdomen**

* Schmerzbeginn?
* Operation in der Vorgeschichte?
* Fieber?
* Organfunktion (Stuhl/Urin)?
* Rechter Unterbauch?
* Tastbefund (Abwehrspannung)?
* Blutwerte
* Ultraschall
* Circulation (Schockzeichen?)
* Hilferuf (Notruf 112!)

Perfekt – weiter geht’s mit:

**⚡**

**Epileptischer Anfall**

**🩺 Kurzübersicht:**

* Plötzliche, unkontrollierte elektrische Entladung im Gehirn
* Dauert meist Sekunden bis wenige Minuten
* Ursachen: idiopathisch, Hirnschädigung, Stoffwechselstörung, Intoxikation

**🔟**

**Fragen & Antworten**

1. Was ist ein epileptischer Anfall?

→ Plötzlich einsetzende, unkontrollierte neuronale Aktivität mit motorischen, sensorischen oder Bewusstseinsveränderungen

2. Wie unterscheidet man generalisierte und fokale Anfälle?

→ Generalisiert = beide Hirnhälften betroffen, z. B. tonisch-klonisch; fokal = ein Areal, z. B. Jackson-Anfall

3. Was ist ein Grand-mal-Anfall?

→ Tonisch-klonischer Anfall mit Bewusstlosigkeit, Muskelzuckungen, oft Zungenbiss, postiktaler Schlaf

4. Was ist ein Status epilepticus?

→ Anfall > 5 Minuten oder mehrere Anfälle ohne Wiedererlangen des Bewusstseins → medizinischer Notfall! 🚨

5. Was darf man während eines Anfalls nicht tun?

→ Keine Fixierung! Keine Gegenstände in den Mund!

6. Wie unterstützt man als Ersthelfer?

→ Verletzungen verhindern (z. B. harte Gegenstände entfernen), Seitenlage nach Anfall, Notruf 112

7. Was ist postiktal?

→ Phase nach dem Anfall: Verwirrtheit, Muskelkater, Kopfschmerzen, Sprachstörungen möglich

8. Was sind häufige Auslöser bei bekannten Epileptikern?

→ Schlafmangel, Alkohol, Medikamente vergessen

9. Was tun bei bekannter Epilepsie und kurzem, selbstlimitierendem Anfall?

→ Beobachten, beruhigen, keine Notarztpflicht, außer ungewohnt/lang anhaltend

10. Was ist die typische Ersttherapie im Notfall (durch Arzt)?

→ Benzodiazepine i.v. oder rektal (z. B. Diazepam, Lorazepam)

**🧠**

**Merkwort: “ZUCKUNG” für Ersthelfer**

* Zeit messen
* Umgebung sichern
* Cushion (Kopf schützen)
* Keine Fixierung!
* Uberwachen
* Nach dem Anfall in Seitenlage
* Gleich Notruf bei >5 min

Perfekt – weiter geht’s mit:

**😵**

**Synkope (Ohnmacht)**

**🩺 Kurzübersicht:**

* Plötzlicher, kurzzeitiger Bewusstseinsverlust mit Spontanerholung
* Ursache: vorübergehende zerebrale Minderperfusion
* Formen: vasovagal, orthostatisch, kardial

**🔟**

**Fragen & Antworten**

1. Was ist eine Synkope?

→ Plötzlicher, reversibler Bewusstseinsverlust durch kurzfristige Minderdurchblutung des Gehirns

2. Was ist die häufigste Form?

→ Vasovagale Synkope (Reflexsynkope)

3. Was sind typische Auslöser?

→ Angst, Schmerz, langes Stehen, Hitze, plötzlicher Lagewechsel

4. Woran erkennt man eine vasovagale Synkope?

→ Vorzeichen wie Übelkeit, Blässe, Schwitzen, Sehstörungen → dann kurzzeitiger Bewusstseinsverlust

5. Was ist eine orthostatische Synkope?

→ Blutdruckabfall beim Aufstehen (z. B. nach langem Liegen, Volumenmangel)

6. Welche Synkope ist gefährlich?

→ Kardiale Synkope: durch Arrhythmien oder strukturelle Herzfehler → Sturz, keine Vorzeichen!

7. Was tun bei Synkope als Ersthelfer?

→ Flach lagern, Beine hochlagern (Schocklagerung), Frischluft, Vitalzeichen prüfen

8. Wann muss der Notarzt gerufen werden?

→ Unklarer Grund, Trauma durch Sturz, kardiale Vorgeschichte, kein Erwachen nach 1 Minute

9. Wie kann man eine Synkope präventiv vermeiden?

→ Viel trinken, langsames Aufstehen, Kompressionstrümpfe bei orthostatischer Hypotonie

10. Was ist wichtig in der Anamnese bei Synkope?

→ Umstände, Dauer, Vorzeichen, Sturz, medikamentöse Therapie, Vorerkrankungen

**🧠**

**Merkwort: “FAINT” für Ursachen**

* Fluid depletion (Volumenmangel)
* Arrhythmia
* Initial orthostatic
* Neurologisch (z. B. epileptisch)
* Triggers (vasovagal)

**💥**

**Hypertensive Krise / hypertensiver Notfall**

**🩺 Kurzübersicht:**

* Hypertensive Krise: RR ≥ 180/120 mmHg ohne Organschäden
* Hypertensiver Notfall: RR ≥ 180/120 mmHg mit Organschäden (Herz, Gehirn, Niere)
* Symptome: Kopfschmerz, Schwindel, Dyspnoe, Sehstörungen, ggf. neurologische Ausfälle

**🔟**

**Fragen & Antworten**

1. Was ist eine hypertensive Krise?

→ Sehr hoher Blutdruck ohne Hinweise auf akute Organschäden

2. Was ist ein hypertensiver Notfall?

→ Sehr hoher Blutdruck mit Symptomen lebensbedrohlicher Organschädigung (z. B. Hirnblutung, Lungenödem)

3. Typische Symptome der hypertensiven Krise?

→ Kopfschmerz, Nasenbluten, Unruhe, Schwindel, Übelkeit

4. Wichtige Symptome beim hypertensiven Notfall?

→ Brustschmerz, Dyspnoe, Verwirrtheit, Krampf, neurologische Defizite (z. B. Hemiparese)

5. Was ist die Hauptgefahr bei plötzlichem Druckabfall?

→ Minderperfusion von Gehirn, Herz, Niere → deshalb langsame Senkung

6. Erstmaßnahmen durch Notarzt?

→ Monitoring, Oberkörperhochlagerung, i.v.-Zugang, vorsichtige Medikation

7. Medikamente der Wahl beim Notfall?

→ i.v. Urapidil, Nitroglycerin (bei ACS), Clonidin (z. B. Unruhe, Entzug)

8. Wie schnell darf der Blutdruck gesenkt werden?

→ Max. 20–30 % in der ersten Stunde – außer bei: Hirnblutung, Lungenödem, Aortendissektion

9. Wann ist sofortige Klinikaufnahme nötig?

→ Immer bei hypertensivem Notfall – Organschäden müssen ausgeschlossen oder behandelt werden

10. Was sind Differenzialdiagnosen?

→ ACS, Hirnblutung, Enzephalopathie, Aortendissektion, Phäochromozytom

**🧠**

**Merkwort: “K.R.I.S.E.” für Management**

* Kontrolle des Blutdrucks
* Risikoabschätzung (Organschäden?)
* Intravenöse Medikation
* Symptomorientierte Behandlung
* Einweisung / Überwachung

**😵 Synkope (Ohnmacht)**

|  |  |
| --- | --- |
| Kategorie | Beschreibung |
| Definition | Kurzzeitiger Bewusstseinsverlust durch vorübergehende zerebrale Hypoperfusion |
| Formen | - Vasovagal- Orthostatisch- Kardial (z. B. Arrhythmie) |
| Auslöser | Stress, Angst, Schmerz, Aufstehen, Medikamente, Dehydrierung |
| Symptome | Übelkeit, Blässe, Sehstörungen, Schweißausbruch, kurzes Bewusstlosigkeit |
| Gefahrensignale | Synkope ohne Vorzeichen, bei Belastung, Herzvorgeschichte |
| Akutmaßnahmen | - Flach lagern- Beine hochlagern- Frischluft- Überwachung |
| Diagnostik | EKG, Anamnese, Langzeit-RR/Herzfrequenz, Kipptischuntersuchung |
| Prävention | Langsam aufstehen, Flüssigkeit, Kompressionsstrümpfe |
| Red Flags | - Synkope beim Sport- Familiäre plötzliche Todesfälle- Herzgeräusche |
| Merksatz (FAINT) | F = Fluid depletionA = ArrhythmiaI = Initial orthostaticN = NeurologicT = Triggered |

**💥 Hypertensive Krise vs. hypertensiver Notfall**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kategorie | Hypertensive Krise | Hypertensiver Notfall |
| Definition | RR ≥ 180/120 mmHg, ohne Organschädigung | RR ≥ 180/120 mmHg, mit Organschädigung |
| Symptome | Kopfschmerz, Unruhe, Übelkeit, Nasenbluten | Enzephalopathie, ACS, Hirnblutung, Dyspnoe, Lungenödem, Aortendissektion |
| Diagnostik | RR-Messung beidseits, Anamnese | + EKG, CT-Schädel, Labor (Troponin, Nierenwerte), BZ |
| Gefährliche Zeichen | - | neurologische Ausfälle, Dyspnoe, Bewusstseinsstörung, Thoraxschmerz |
| Erstmaßnahmen | Lagerung (Oberkörper erhöht), Beruhigung, RR-Kontrolle | i.v.-Zugang, Monitoring, O2, Oberkörperhochlagerung, Notarzt |
| Medikamente | ggf. orale RR-Senker | i.v. Urapidil, Nitroglycerin (ACS), Clonidin (Unruhe), Furosemid |
| RR-Senkung Ziel | langsam, innerhalb 24 h | max. 20–30 % Reduktion in 1. Stunde (außer: Hirnblutung, Aortendissektion) |
| Klinikaufnahme? | Nein, wenn stabil | Ja, immer intensivpflichtig |
| Merksatz (KRISE) | Kontrolle, Risiko, i.v.-Therapie, Symptome, Einweisung | Gleich wie links, jedoch mit Organschäden |

**🫀 Akuter retrosternaler Schmerz (z. B. Myokardinfarkt)**

|  |  |
| --- | --- |
| Aspekt | Details |
| Definition | Thorakales Engegefühl oder Schmerz hinter dem Brustbein – häufig Zeichen eines akuten Koronarsyndroms |
| Diagnostik | EKG, Troponin, Anamnese, körperliche Untersuchung, ggf. Echo, Koronarangiographie |
| Akutbehandlung | 🩸 ASS 150–300 mg p.o.P2Y₁₂-Hemmer (Prasugrel, Ticagrelor)Heparin (i.v.)O₂, Morphin bei Bedarf |
| Monitoring | Kontinuierliches EKG, Vitalzeichen, Labor |
| Besonderheit | STEMI → sofortige PCI, NSTEMI → Risikoabschätzung (GRACE-Score) |
| Merkspruch | MONA: Morphin – O₂ – Nitrate – ASS (nur als Eselsbrücke, Reihenfolge klinisch nicht korrekt!) |

🔗 [Akutes Koronarsyndrom – AMBOSS](https://www.amboss.com/de/wissen/akutes-koronarsyndrom?utm_medium=chatgpt-plugin&utm_source=chatgpt)

**🧠 Schlaganfall (Apoplex)**

| **Aspekt** | **Details** |
| --- | --- |
| Definition | Plötzliche fokal-neurologische Ausfälle durch ischämische oder hämorrhagische Läsion des Gehirns |
| Diagnostik | CT (Blutung ausschließen), dann ggf. MRT, NIHSS, Blutdruckkontrolle, Labor, EKG, BZ |
| Akutbehandlung | 🧪 i.v.-Thrombolyse (rt-PA) bei ischämischem Infarkt (innerhalb von 4,5 h)Blutdruck kontrolliert senken |
| Monitoring | Intensivüberwachung, Schlucktest, Vitalparameter |
| Merkspruch | FAST: Face – Arm – Speech – Time |
| Besonderheit | Bei hämorrhagischem Infarkt: keine Lyse, ggf. neurochirurgische Intervention |

**⚡ Epileptischer Anfall**

|  |  |
| --- | --- |
| Aspekt | Details |
| Definition | Plötzliche unkontrollierte neuronale Entladung, z. B. klonisch-tonischer Anfall |
| Diagnostik | Anamnese (z. B. Aura, postiktale Phase), EEG, Bildgebung (CT/MRT), Labor (Elektrolyte, Glukose) |
| Akutbehandlung | 🛑 Midazolam i.v./bukkal/intranasalClonazepam oder Lorazepambei Status epilepticus: Notfall-SOP |
| Monitoring | Atmung, Puls, Bewusstsein, ggf. O₂-Gabe |
| Besonderheit | Differenzialdiagnosen: Hypoglykämie, Synkope, Intoxikation |
| Merkspruch | ABCDE + BZ! |

🔗 [Epileptischer Anfall – AMBOSS](https://www.amboss.com/de/wissen/pad-ambulanz-epileptischer-anfall?utm_medium=chatgpt-plugin&utm_source=chatgpt)

**😵 Synkope**

|  |  |
| --- | --- |
| Aspekt | Details |
| Definition | Plötzlicher, kurzzeitiger Bewusstseinsverlust infolge zerebraler Minderperfusion |
| Diagnostik | Anamnese (z. B. Triggersituation, Dauer), orthostatische Messung, EKG, BZ, ggf. Langzeit-EKG |
| Akutbehandlung | Flachlagerung, Beine hochVitalparameter überwachenBZ-Kontrolle |
| Monitoring | EKG, RR, Puls, ggf. Überwachung im Krankenhaus bei Risikofaktoren |
| Merkspruch | “ROTS”: Reflexsynkope – Orthostatisch – Trauma – Situativ |
| Besonderheit | Ausschluss kardiogener Ursache (z. B. Arrhythmie, Aortenstenose) wichtig |

**💥 Hypertensive Krise**

|  |  |
| --- | --- |
| Aspekt | Details |
| Definition | Blutdruck ≥ 180/110 mmHg – ohne akute Endorganschäden → Krise, mit Schäden → Notfall |
| Diagnostik | RR-Messung beidseits, EKG, Funduskopie, ggf. Labor (Niere), neurologischer Status |
| Akutbehandlung | Langsame RR-Senkung (< 25 % in 1. h)Urapidil i.v., Clonidin, ggf. Nitroglycerin |
| Monitoring | RR, EKG, Bewusstsein, Organschäden (Niere, Herz, Hirn) |
| Merkspruch | “End Organs at Risk!” – Hirn, Herz, Nieren, Augen |
| Besonderheit | Aortendissektion: rasche Senkung < 120 syst. RR erforderlich |

**🤢 Akutes Abdomen**

|  |  |
| --- | --- |
| Aspekt | Details |
| Definition | Plötzlich einsetzende, meist starke abdominelle Schmerzen mit Abwehrspannung |
| Diagnostik | Inspektion, Palpation, Auskultation, Perkussion, Sono, Labor, ggf. CT |
| Akutbehandlung | Nüchtern lassen, i.v.-Zugang, FlüssigkeitAnalgesie (z. B. Metamizol)Chirurgische Vorstellung |
| Monitoring | Vitalparameter, BZ, Temperatur |
| Merkspruch | “Bauch tut weh – nix geben oral!” |
| Besonderheit | Aortenaneurysma, Appendizitis, Perforation, Ileus → OP-Indikation! |

**🩸 Hämatemesis (Bluterbrechen)**

|  |  |
| --- | --- |
| Aspekt | Details |
| Definition | Erbrechen von frischem Blut oder Kaffeesatzartigem Material (HCl + Blut) |
| Diagnostik | Anamnese (NSAIDs, Alkohol?)RR, Puls, Hb, Sono, Gastroskopie |
| Behandlung | i.v. Zugang, FlüssigkeitProtonenpumpenhemmer i.v.Notfall-Gastroskopie |
| Merksatz | “Blut im Erbrochenen? – Magenspiegelung asap!” |
| Notfall? | Ja, Schockgefahr bei großem Blutverlust – Volumenersatz & ggf. Transfusion |

**🍽 Gallenkolik**

|  |  |
| --- | --- |
| Aspekt | Details |
| Definition | Schmerzattacke durch Stein im Ductus cysticus oder Choledochus |
| Diagnostik | Sono Abdomen (Stein, Gallenblasenwand, Murphy-Zeichen) |
| Behandlung | Spasmolytika (Butylscopolamin), uMetamizolNahrungskarenzOP bei Cholezystitis |
| Merksatz | “Fette Frau über 40 – Gallensteine im Visier” |

**🔥 Nierenkolik**

|  |  |
| --- | --- |
| Aspekt | Details |
| Definition | Krampfartige Schmerzen durch Harnleiterstein |
| Diagnostik | Sono, Urinstatus (Hämaturie!), ggf. CT ohne Kontrast |
| Behandlung | NSAIDs (z. B. Diclofenac i.v.)SpasmolytikaFlüssigkeit |
| Besonderheit | Kolik mit „Wandern“ des Schmerzes |

**🚽 Akutes Harnverhalten**

|  |  |
| --- | --- |
| Aspekt | Details |
| Definition | Unfähigkeit zur spontanen Blasenentleerung bei voller Blase |
| Diagnostik | Bladderscan, Sono |
| Behandlung | KatheterisierungUrsache behandeln: Prostata, Medikation etc. |
| Merksatz | „Kann nicht pinkeln, Blase bretthart“ → Katheter! |

**😤 Akuter Asthmaanfall**

|  |  |
| --- | --- |
| Aspekt | Details |
| Definition | Reversible Atemwegsobstruktion mit Dyspnoe, Giemen, verlängertem Exspirium |
| Diagnostik | Klinik, ggf. Peak-Flow, SpO₂, BGA |
| Behandlung | SABA (Salbutamol), evtl. IpratropiumSteroide oral/i.v.Sauerstoff |
| Merksatz | „Notfall? – SABA, O₂, Steroide“ |

**💥 Schock**

|  |  |
| --- | --- |
| Aspekt | Details |
| Definition | Kritische Kreislaufinsuffizienz mit Minderperfusion lebenswichtiger Organe |
| Diagnostik | RR↓, HF↑, blasse feuchte Haut, Laktat↑, ggf. BGA |
| Behandlung | Volumen bei hypovolämischem SchockAdrenalin/Noradrenalin bei anaphylaktischem oder septischem Schock |
| Merksatz | „VIP“: Volumen – Infusion – Pressoren |

**☠️ Vergiftung**

|  |  |
| --- | --- |
| Aspekt | Details |
| Diagnostik | Toxidrom, Anamnese, ggf. Labor, BZ |
| Behandlung | ABCDEAntidot (z. B. Naloxon, Atropin, Aktivkohle)Giftnotruf 19240 (D) |
| Besonderheit | Bei Bewusstlosigkeit: stabile Seitenlage + Notruf |

**🔥 Verbrennung**

|  |  |
| --- | --- |
| Aspekt | Details |
| Definition | Thermische Schädigung von Haut/Gewebe, eingeteilt nach Tiefe/Fläche |
| Diagnostik | Rule of 9s, klinisch |
| Behandlung | Kühlen (nur in der Frühphase, max. 10 min)Steriles AbdeckenVolumentherapie nach Parkland-Formel |
| Merksatz | “9er-Regel” zur Flächenabschätzung |

**🚺 Gynäkologische Notfälle**

|  |  |
| --- | --- |
| Beispiele | Details & Erste Maßnahmen |
| EUG | Extrauteringravidität → starke Unterbauchschmerzen, ggf. Synkope, OP |
| Abortus | Vaginale Blutung, Unterbauchschmerz, Sono, gynäkologische Notaufnahme |
| HELLP | Schwangere mit Epigastralgie, Übelkeit, Hypertonie → Notfallstation! |
| Placenta praevia | Schmerzarme, helle Blutung im 2./3. Trimenon → sofortige Klinik |
| Uterusruptur | Akute Schmerzen bei Geburt, Kreislaufabfall → Sectio nötig! |