

# Erratum

Fleischmann/Hohenstein/Sauer (Hrsg.)  
**FAQ Klinische Akut- und Notfallmedizin**  
**(2. Auflage)**  
ISBN 978-3-437-21039-6

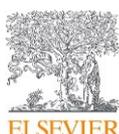
Liebe Leserin, lieber Leser,

auf Seite 447, Frage 15.129 muss es korrekt heißen:  
**D-Problem (GCS  $\leq$  8)**

Auf den folgenden Seiten finden Sie auch die Seiten 78 und 140 in Farbe.

Wir bedauern diese Fehler und danken Ihnen für Ihr Verständnis. Wir sind dankbar für jeden Hinweis, der uns hilft, dieses Werk zu verbessern. Bitte richten Sie Ihre Anregungen, Lob und Kritik an folgende E-Mailadresse: [kundendienst@elsevier.com](mailto:kundendienst@elsevier.com)

Mit freundlichen Grüßen  
Ihre Elsevier GmbH



der HF nach Behandlung der Ursache) und dass eine HF von 220 - Lebensalter meist nicht überschritten wird. Vor allem bei Frequenzstarre um  $150 \pm 20$  sollte immer nach versteckten weiteren P-Wellen gesucht werden. Hierbei können die Lewis-Ableitungen (► Abb. 4.1) oder ein vagales Manöver sehr hilfreich sein. Findet man eine 2:1-Blockierung, sind Reentrytachykardien, die den AV-Knoten nutzen (AV-Reentrytachykardie bei akzessorischer Leitungsbahn = AVRT, AV-Knoten-Reentrytachykardie = AVNRT), als Ursache ausgeschlossen.

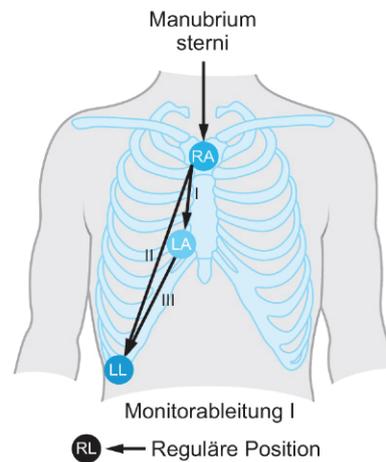


Abb. 4.1 Lewis Leads [L231]

**Isthmusabhängiges Vorhofflattern** (counter-clockwise im rechten Vorhof) ist eine häufige Rhythmusstörung und hat meist eine Vorhoffrequenz zwischen 280–300/min. Die Patienten und Patientinnen stellen sich häufig mit einer schmal-komplexigen Tachykardie mit 2:1-Überleitung und somit einer Kammerfrequenz zwischen 140 und 150 Schlägen/min vor. Die P-Wellen sind in den inferioren Ableitungen negativ und in V1 positiv.

#### MERKE

Eine Überleitungsblockierung im AV-Knoten schließt Tachykardien, die diesen in ihrem Reentrykreislauf nutzen (AVNRT und AVRT), aus.

### 4.2 Welche Mechanismen liegen tachykarden Rhythmusstörungen zugrunde?

Arrhythmien können entstehen aufgrund von Störungen der:

- Erregungsbildung (Störung des stabilen Ruhemembranpotenzials, Automatie)
- Erregungsleitung (Reentry entlang anatomischer oder funktioneller Hindernisse)
- Erregungsrückbildung (depolarisierende Nachpotentiale, getriggerte Aktivität)

Bei komplexen Herzerkrankungen (z. B. Myokardinfarkt, Kardiomyopathie, Herzinsuffizienz) liegen diese Störungen oft kombiniert vor.

### 4.3 Ist es für die Therapie immer notwendig, die tachykarde Rhythmusstörung eindeutig zu identifizieren?

Grundsätzlich ist es für die weitere Behandlung (Frage der Notwendigkeit einer späteren ICD-Implantation und/oder Katheterablation) wichtig, die Rhythmusstörung zu identifizieren (VT?, Kammerflattern?). Wann immer möglich sollte ein 12-Kanal-EKG abgeleitet werden, mindestens jedoch ein Mehr-Kanal-Monitorstreifen, wenn die drängende Therapie weitere Diagnostik nicht zulässt.

Eine Pleurapunktion mit Ablassen des Ergusses sollte immer erfolgen, wenn der Patient starke Luftnot hat.

Maligne Ergüsse sind oft durch eine diuretische Behandlung nicht zu mobilisieren und laufen rasch nach, sodass eine Drainage erforderlich sein kann.

Nach einer Pneumonie oder Pleuritis muss ein Pleuraempyem durch Punktion ausgeschlossen werden, ansonsten ist die Anlage einer Spül-Drainage indiziert.

#### 5.45 Was ist das „Triangle of Safety“ bei der Pleurapunktion?

Das „Triangle of Safety“ (▶ Abb. 5.1) beschreibt den Raum, in dem eine Pleurapunktion am sichersten ausgeführt werden kann: die Unterseite bildet die Mammillarlinie, den vorderen Schenkel des Dreiecks die Hinterkante des M. pectoralis, den hinteren Schenkel die Vorderkante des M. latissimus.

#### 5.46 Wie ist das praktische Vorgehen bei einer Drainageanlage/Punktion?

- Indikation, Einverständnis und der Gerinnungssituation prüfen
- Instrumente (diagnostische Punktion, therapeutische Punktion, Einlage einer Drainage, Größe der Drainage je nach Beschaffenheit des Ergusses) wählen
- Patienten wenn möglich aufsetzen
- Optimalen Punktionsort (möglichst weit kaudal bei Erguss, möglichst hintere Axillarlinie, bei Pneumothorax eher vordere Axillarlinie) sonografisch aufsuchen
- Gründliche Desinfektion des Punktionsortes und der Umgebung, sterile Kautelen
- Lokalanästhesie, Leitungsanästhesie, Analgosedierung
- Punktion bzw. stumpfe Präparation, ggf. Einlage des Drain, ggf. Fixierung

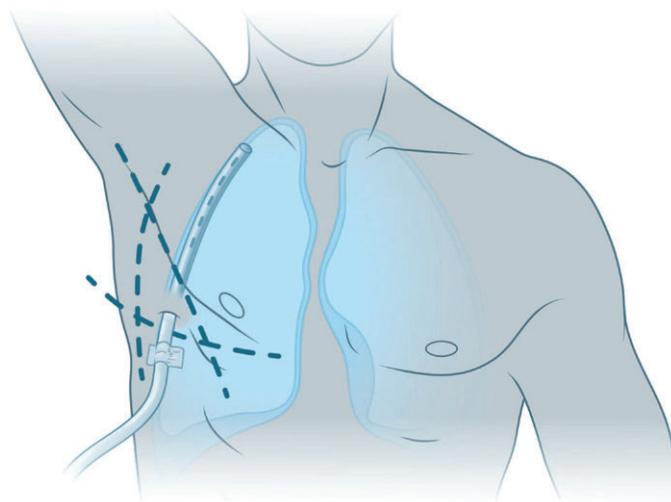


Abb. 5.1 Triangle of Safety (Courtesy of Dr. Kevin Ross Davidson) [T1397]