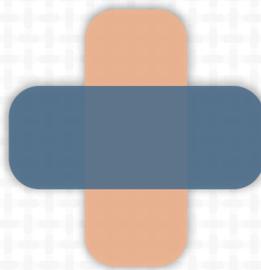


MEDGUIDE

Die kleine Hilfe für den Nachtdienst



Turnusärzte für Turnusärzte
Assistenzärzt*inneninitiative



Turnusärzte für Turnusärzte Assistenzärzt*inneninitiative

TFT—Wir sind die unabhängige Gruppe junger Ärzt*innen, die sich aktiv für die Interessen aller Ärzt*innen in Ausbildung in den Kliniken und in der Wiener Ärztekammer einsetzt. Wir sind daher der Garant dafür, dass eure Interessen gewahrt werden und keine faulen Kompromisse auf Kosten der Ärzt*innen in Ausbildung geschlossen werden. Unsere Ideen und Visionen unter www.tft.wien



MedGuide

Der MEDGUIDE soll dir eine erste Hilfe bei der Behandlung von Patienten im klinischen Alltag bieten. Bitte beachte die untenstehenden Warnhinweise. Falls dir noch Themengebiete fehlen, Fehler auffallen oder uns ein allgemeines Feedback geben möchtest, bitten wir um Rückmeldung unter severin.ehrengrubler@gesundheitsverbund.at

CAVE

Es wird keinerlei Verantwortung für die inhaltliche oder fachliche Korrektheit übernommen- die Verantwortung für dein Handeln kann dir nicht abgenommen werden!

Es handelt sich lediglich um **Therapievorschläge**. Unbedingt die entsprechenden Kontraindikationen, Nebenwirkungen, Dosierungsanpassungen und Wechselwirkungen beachten! Selbst im MEDIS nachschlagen!

Die **Indikation** für eine Therapie stellst du selbst! Nicht jedes Medikament, das unter einer Überschrift auf den folgenden Seiten aufscheint, ist auch immer indiziert oder geeignet!

Mit diesen Medikamenten ist es nicht getan! Ursachenforschung, Differentialdiagnostik, usw. sind wichtig!

Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit - dies ist eine Sammlung von Tipps, kein Lehrbuch!

Inhalt

Anaphylaxie	
Asthmaanfall / COPD Exazerbation	
Blähungen	4
Diarrhoe	
Delir/Durchgang	
Dyspnoe	
<hr/>	
Epileptischer Anfall / Status epilepticus	
Epistaxis	
Fieber	5
Gastroenteritis	
Hyper-/Hypoglykämie	
<hr/>	
Hyper-/Hypokaliämie	
Hyper-/Hyponatriämie	6
Hypertonie	
<hr/>	
Hypotonie	
Kardiale Dekompensation	
Myokardinfarkt/ACS	7
(akutes) Nierenversagen	
<hr/>	
Obstipation	
Pulmonalembolie	
Schlafstörung	8
Übelkeit/Erbrechen	
Unruhe	
<hr/>	
Schmerz	9
<hr/>	
Notizen	10
<hr/>	

Wirkstoff	Medikament	Dosierung	Info
Anaphylaxie—allergische Reaktion			
Dimetinden	Fenistil	1mg p.o./i.v.	first line bei leichter Reaktion
Prednisolon	Aprednisolon	50-150mg p.o.	Wirkung v. Kortison erst
Prednisolon	Soludacortin/ Prednisolut	250-1000mg i.v.	
Diphenhydramine	Dibondrin	50-100mg	
Adrenalin	Suprarenin	0,3-0,5mg i.m.!	Bei Anaphylaxie (Schock, Airway Problemen, GI-Symptomatik); ggf. wdh. alle 5 min; 1Amp=1mg -> auf 10ml verdünnt - 1ml=0,1mg
Asthmaanfall / COPD Exacerbation			
Beta2Mimetikum Dosaer;	z.B. Salbutamol	2-4 Hub.	ggf. wdh. nach 10 min
feuchte Inhalation	Combivent+Pulmicort	Mit 6l O2/min	Bei Asthma nur Combivent
Prednisolon	Aprednisolon	20-25mg oral	bei leichtem Anfall
Prednisolon	Prednisolut	50-150mg i.v.	bei schwerem Anfall AF >25, Sprechdyspnoe
Blähungen			
Simeticon	Antiflat	1-2Tbl oder 2-3ml	
Diarrhoe			
Auf Volumen + Elektrolyte achten + (Stuhlkultur). An C.diff. denken			
Probiotika	Yomogi, Omnibiot, usw	eine Hand voll	Keine Evidenz
Loperamid	Enterobene	2-8 Tbl	nur bei nicht infektiöser Ursache!!!
Delir/ Durchgang			
Risperidon	Risperdal (quicklets)	1x0,5mg-2mg	
Quetiapin	Seroquel	50-100mg po	
Olanzapin	Zyprexa	5mg po	
Prothipendyl	Dominal	1/2-1 Tbl	
Haloperidol	Haldol	i.m. 5mg	bei stark agitierten Pat. (nicht i.v.!!)
Benzodiazepine	Siehe „Unruhe“		Nur bei Alkoholdelir, sonst KI
Clonidin	Catapressan	1/2-1 Tbl	v.a. bei Alkoholdelir, CAVE: Kreislaufdepressiv - RR + HF- Kontrolle
Dyspnoe			
Siehe Myokardinfarkt, Pulmonalembolie, kard. Dekomp, Asthma, COPD,			

Wirkstoff	Medikament	Dosierung	Info
Epileptischer Anfall - Status epilepticus			
Allg. Maßnahmen: Monitoring, Patient vor Verletzungen schützen, Trigger meiden Bei nicht vorbekannter Epilepsie -> Ursachenforschung (BZ, Neuro, Intox, Infektion ZNS, Elyte, Trauma,...) Therapie nur bei Status epilepticus erforderlich (siehe Definition)			
Lorazepam	Temesta	2-4mg i.v.	Alternative Diazepam (auch rektal)
Levetiracetam	Keppra	250 - 1000mg p.o./ i.v.	
Epistaxis			
<i>allgemeine Maßnahmen: halbsitzende Lagerung, kühl. Umschläge in Nacken, Kompression Nasenflügel beidseitige Tamponade, ggf. Adrenalin/Ephedrin getränkte Tamponade Gerinnungskontrolle + ggf. HNO Begutachtung</i>			
Fieber			
<i>Fokussuche!!! Status, Anamn., Labor, Blutkultur, Harn, C/P, Sputum, Stuhlkultur (post-OP, neoplastisch, Auslandsaufenthalt usw.?)</i>			Nach Kultur—Antibiose in Erwägung ziehen
Paracetamol	Mexalen	500mg p.o.	falls Temp. Senkung gewünscht
Metamizol	Novalgin	500mg p.o.	
Gastroenteritis			
Je nach Schweregrad orale oder parenterale Ausgleich von Volumen und Elektrolyten. Bei Übelkeit oder Erbrechen (siehe Übelkeit), bei Diarrhoe (siehe Diarrhoe) + Stuhlkultur. Schonkost (fettarme-, fructosearme Speisen/Getränken, kein Kaffee od. Alkohol; Stopfkost: Zwieback, Reis, Kartoffel)			
Hyperglykämie			
Insulin aspart	Novorapid	Nach BZ-Spiegel	1IE senkt um 30-50mg/dl
Diab. Ketoazidose (DKA)	Flüssigkeit (initial 1l/h, CAVE: Herzinsuff.) Insulin (i.v. mit Perfusor, seek expert help) Kalium (je nach Schweregrad Substitution)		Engmaschige BGA + BZ Kontrolle
Hypoglykämie			
Fruchtsaft / Traubenzucker	Pat. bei Bewusstsein	Zielwert 200mg/dl, engmaschige BZ-Kontrollen	
Glucose 40%	Pat. ohne Bewusstsein	40ml rasch i.v.	
Glucose 5%		Dauerinfusion bis Zielwert	
Glycogen	falls i.v. nicht möglich	1mg i.m. oder s.c.	

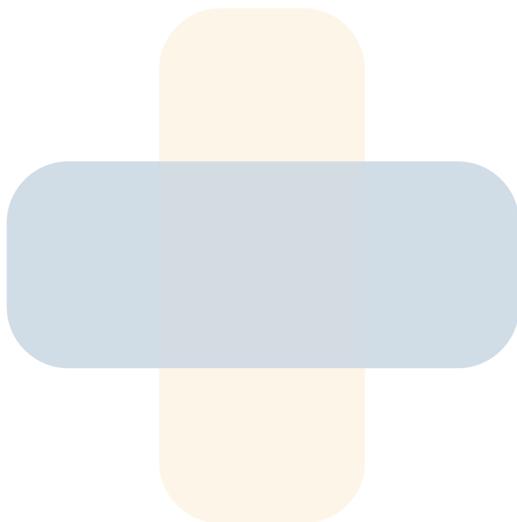
Wirkstoff	Handelsname	Dosierung	Info
Elektrolytstörungen		vor Elektrolyt-Ausgleich immer Wiederholung der Abnahme	
Hyperkaliämie (je nach Schweregrad)			
K 5,5—5,9	Resonium	1-3 MB /d	langsamer Effekt (1-3h)
K 6,0—6,4 (ohne EKG Veränderung)	Glukose/Insulin	10IE kurzwirks. Inulin + 250ml 10%Glucose	über 15min BZ Kontrollen!
K >6,5 (ohne EKG Veränderung)	Salbutamol(Combivent)	Inhalation	
	Furosemid + isotone NaCl Lösung	40mg	
K >6,5 (mit EKG Veränderungen)	Calciumchlorid 10%	i.v. 10ml	akut. langsam über 5min Kardioprotektion
Kaliumsparende Diuretika absetzen! (z.B. Spironolacton)			
Hypokaliämie			
Mg + K	Elozell	i.v. 250ml über 1,5h	langsam infundieren! <3 mmol/L
K	Kalioral	Bis 3x1	
Kaliumchlorid	Mikrokalium	6-8 kps /d	
Hyponatriämie			
Nur bei akut schwer symptomatischen Patienten (rez. Synkopen, Krampfanfälle, Koma): 150ml NaCl 3% über 20min. (Wiederholung unter Na-Monitoring möglich) - intensivpflichtig			maximale Anhebung des Serumnatrium um 4-8 mmol/L/24h. Engmaschiges Elektrolytmonitoring
Therapie bei milder oder keiner Symptomatik erst nach Abklärung der Ursache. Serum- + Harn-Osmo + Natrium. Bis dahin absolute Flüssigkeitsrestriktion (auch kein Elomel 500ml oder Becher Wasser) (vgl. Hyponatriämie Leitlinien)			
Hypernatriämie			
<i>nur bei schwer symptomatischen Pat. sofort ausgleichen.</i>		Maximale Absenkung des Serumnatriums um 0,5 mmol/h. CAVE Hirnödem	
Therapie nach Ätiologie			
Hypo- oder normovolämisch	Hälfte 5%ige Glucoselösung + Hälfte Vollelektrolytlösung (z.B. NaCl 0,9%)		langsam infundieren!
Hypervolämisch	Furosemid mit 5%iger Glucoselösung		Hypertone Flüssigkeitszufuhr stoppen
Hypertonie			
symptomatische milde Hypertensiven Entgleisung <180/120			
keine Notfalltherapie indiziert (Senkung binnen 24-48h) Ggf. zweite Dosis eines bereits verordneten Antihypertensivums verabreichen, (Höchstdosis beachten) Ggf. Gabe eines noch nicht verordneten Antihypertensivums als potentielle Therapieergänzung			
Hypertensive Krise und hypertensiver Notfall			
>180/120 und oder Organschäden: ZNS: jegliches neurologisches Defizit; Herz: kard.Dekomp, AP, ACS; Niere: akute NI; Schwangerschaft: Eklampsie			
Urapidil	Ebrantil	12,5-50mg i.v. ad KI	falls schnelle Senkung erwünscht
Clonidin	Catapresan	1 Amp i.v. ad KI	falls zusätzlich Sedierung erwünscht
Doxazosin	Doxazosin	1-4mg p.o.	
Amlodipin	Amlodipin	5-10mg p.o.	

Wirkstoff	Handelsname	Dosierung	Info
Hypotonie			
<i>DD Schock! Abklärung ob hypovolämischer, kardiogener oder distributiver (Anaphylaxie, Sepsis, neurogen) Schock vorliegt. Therapie nach Ätiologie. Rasche Kontaktaufnahme mit ICU/IMCU - bald an Katecholamine denken.</i>			
Volumensubstitution			Cave bei kardiogenem Schock
Kardiale Dekompensation			
<i>im Lungenödem: Sitzende Lagerung, O2-Gabe 4–8 L/min, Ziel SpO2 >95%, ggf NIV/CPAP</i>			
Furosemid	Lasix	20 - 80mg i.v.	Bei bestehender oraler Therapie: 1-2x orale Dosis i.v.
		20-40mg p.o	bei milder Dekomp.
Nitroglycerin	Nitrolingual	2 Hub	bei hypertensivem Lungenödem, KI bei Rechtsherzversagen!!!
Morphin	Vendal	1-10mg	Dosis nach Wirkung titrieren, bei agitierten Pat., Senkt Vorlast und beruhigt
<i>Bilanzierung (evtl. Harnkatheter), tägliche Trinkmenge 1,5l, Gewichtsmonitoring</i>			
Myokardinfarkt/ACS			
<i>DD Thoraxschmerz</i>	kardial: Perimyokarditis; pulmonal: PE, Pneumonie, Pneumothorax; mediastinal: Aortendissektion; Gastro: Reflux, Ulcus ventr., Boerhaave-Syndrom; weitere: Muskuloskelettaler Schmerz, Interkostalneuralgie		
<i>Diagnostik</i>	<i>Anamnese, EKG, Herzenzyme (Troponin, CK, CK-MB), Echo</i>		
STEMI Loading mit ASS, Heparin, P2Y12-Inhibitor. NSTEMI primär nur ASS—dann RS mit Herzkatheter			
ASS	Aspirin/Aspisol	150-300mg p.o.	150mg i.v. (falls p.o. nicht möglich)
UFH	Unfraktion. Heparin	60IE/kg i.v. max.4000IE	
Ticagrelor	Brilique	180mg p.o.	
Prasugrel	Efient	60mg p.o.	
Clopidogrel	Plavix	150mg p.o.	
Weitere Therapie			
Morphin	Vendal	3-5mg i.v.	Bei Schmerzen
Sauerstoff	nur bei spO2 <90%		
Diazepam	Gewacalm	5-10mg i.v.	bei Angst/Agitation
Urapidil	Ebrantil	12,5-50mg i.v. ad KI	Bei Hypertonie—CAVE Rechtsherzinfarkt
(akutes) Nierenversagen			
allgemeine Maßnahmen: Absetzen von nephrotoxischen Substanzen, Bilanzierung, Elektrolytkontrolle			
Therapie nach Ätiologie			
prärenal	Flüssigkeitssubstitution	CAVE bei kard.Insuff., bei Überwässerung ggf. kurzfristiges/vorsichtiges Volumenmanagement mit Furosemid	
renal	Behandlung der ursächlichen Erkrankung	bei Oligo/Anurie Überwässerung vermeiden	
postrenal	Beseitigung der Abflussbehinderung	Harnkatheter, Ultraschall Niere/Blase, Steinsuch-CT	

Wirkstoff	Handelsname	Dosierung	Info
Obstipation			
allgemeine Maßnahmen: ausreichen orale Hydratierung, Bewegung, Ballaststoffreiche Ernährung,			
Natriumpicosulfat	Agaffin	2 Messlöffel	Wirkeintritt nach 6-10h
Macrogol + ...	Laxogol	1-3 Btl tgl	
Pulmonalembolie			
halbsitzende Lagerung, O2 Gabe, ggf. Intubation			
Heparin		5000 I.E. Bolus i.v.	
anschließend 1000 I.E./h Dauerinfusion			Monitoring mittels aPTT, Zielwert 1,5-2,5 fache Verlängerung
Diazepam	Gewacalm	5-10mg i.v.	bei Agitation, CAVE Atemdepress.
Schlaf			
Triazolam	Halcion	0,125 – 0,25 mg	bei allen Benzos, CAVE paradoxe Reaktion
Zolpidem	Zoldem	5-10mg	v.a. Einschlafstörung; v.a. ältere Pat.
Trazodon	Trittico	50-150mg	evtl. bei Depressio
Diphenhydramine	Dibondrin	50mg	second line
Übelkeit			
Metoclopramid	Paspertin	10-30mg p.o., i.v.,i.m.,s.c. / ad Kl	
Ondansetron	Zofran	4-16mg subling., i.v, i.m., / ad Kl	
Dimenhydrinat	Vertirosan	50-150mg p.o.	v.a. bei vestibulär verursachter Emesis
Dexamethason	z.B. Fortecortin	8-12mg p.o.	nur bei Versagen der o.g. Therapie/ bei zytostatischer Therapie
Haloperidol	Haldol	1-3mg p.o.	second line
Unruhe			DD Delir (siehe Delir)
Diazepam	Psychopax	6-15gtt bis 3x1	
Alprazolam	Xanor	1mg	
Doxazepam	Anxiolit	30-60mg	kürzeste HWZ, prä-Intervention
Diazepam	Gewacalm	2-10mg p.o. / i.v.	

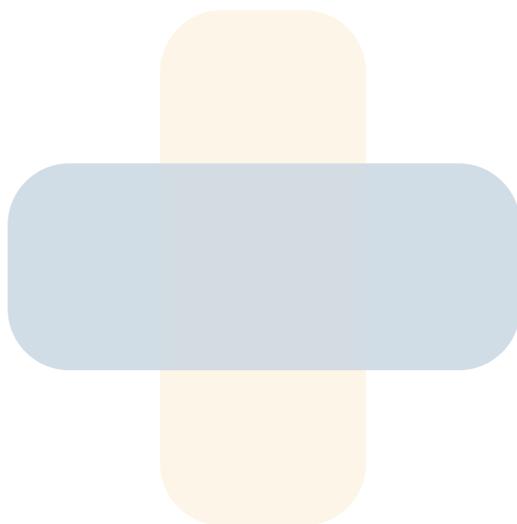
Wirkstoff	Handelsnahme	Dosierung	Info
Schmerz			
<p>Allgemeine Info: Jede*r Patient*in hat Recht auf eine adäquate Schmerzmedikation. <u>Kombination</u> verschiedener Wirkstoffgruppen hat synergistischen Effekt. Immer an <u>Bedarfsmedikation</u> denken und dem/der Patient*in erklären. Je nach Bedarf -> De-/Eskalation der Medikation.</p> <p>Bei <u>chronischem/neuropatischem</u> Schmerz an alternative Verabreichungsformen + adjuvante Therapien denken.</p> <p>Das WHO Stufenschema kann als Hilfe herangenommen werden</p> <p>CAVE bei Nieren-/Leberinsuffizienz (deutliche Dosisreduktion bei v.a. Opiaten.)</p>			
Metamizol	Novalgin	Tbl: 4-6 x 1	Hypotonie (V.a. i.v.), Agranulozytose
		Tr: 3-6 x 20-40gtt	20gtt=500mg
		Amp: 3 x 1g ad KI	
Paracetamol	Mexalen	p.o. 4 x 1 (500mg)	
	Perfalgan	i.v. 4 x 1g (100 KI)	
Tramadol	Tramal/Noax ret./ Tramabene	100-200mg ret. p.o 2x1	Metabolisierung von schwachen Opioiden ist stark variabel + geringer Effekt + vermehrt NW -> niedriger dosierte starke Opiode erwägen!
		50-100mg i.v. ad KI + 1A Paspertin	bei allen Opioiden evtl. +Laxans, bei Übelkeit +Paspertin
Hydromorphon	Hydal ret.	2 - 24mg 2x1	langsam steigern, Dosisreduktion bei Nieren-/Leberinsuff!
	Hydal Kps.	1,3-2,6mg alle 4h	als (Bedarfs-)Zusatz zu retard. Bei 2mg - 1,3mg, ab 4mg - 2,6mg
Piritramid	Dipidolor	1 A ad 9ml NaCl -> 2ml Gabe nach 20min Evaluation	Bei Schmerzfreiheit Kontrolle Atemfrequenz! Dosisreduktion bei Nieren-/Leberinsuff!
Morphin	Vendal	1 A ad 9ml NaCl -> 2ml Gabe nach 20min Evaluation	Keine s.c. Gabe! Dosisreduktion bei Nieren-/Leberinsuff!
Esketamin	Ketanest S	0,125-0,25mg/kgKG ad KI	
„Schmerzliter“	500mg Tramal + 2,5-5mg Novalgin + 25-50mg Ketanest + 50mg Paspertin ad 1000ml NaCl		über 24h = 41ml/h; bei VAS >3 Steigerung auf 80ml/h für 1h
Schmerz - Magen			
Pantoprazol	Pantoloc	20-40mg p.o./i.v.	
Sucralfat	Ulcogant	1 Beutel p.o. vor jeder Mahlzeit	

Notizen



Turnusärzte für Turnusärzte
Assistenzärzt*inneninitiative

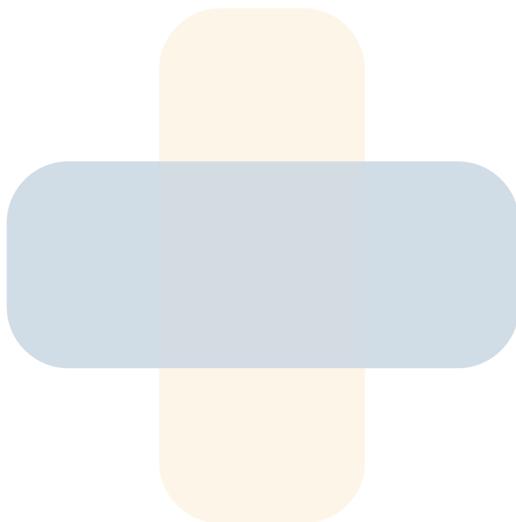
Notizen



Turnusärzte für Turnusärzte

Assistenzärzt*inneninitiative

Notizen



Turnusärzte für Turnusärzte

Assistenzärzt*inneninitiative