

4.2.1.7 Heparinisierung (15 000 bis 20 000 E pro 24 Stunden) bei beginnender Verbrauchskoagulopathie.

4.2.1.8 Sauerstoffzufuhr – evtl. Intubation und Beatmung.

4.2.1.9 Persistierende Schocksymptomatik bei Normovolämie: Erhöhung der Dopamindosis bis maximal 10 µg/kg/min., evtl. Kombination mit Noradrenalin (Arterenol®).

4.2.1.10 Bei Hyperkaliämie Azidoseausgleich, Kationenaustauscher in der Ca-Phase (oral und rektal), Hämodialyse.

4.2.2 Spezielle Maßnahmen

4.2.2.1 Bei hämolytischem Zwischenfall während der Narkose Intubation unter Erhaltung des Narkosestadiums III.

4.2.2.2 Bei schwerem Zwischenfall mit ausgeprägter Hämoglobinämie bzw. einsetzen der Hämoglobinurie, bei dem mit großer Wahrscheinlichkeit ein Nierenversagen erwartet werden kann, ist bei persistierender Oligo-Anurie die Hämodialysebehandlung frühzeitig in Erwägung zu ziehen.

4.2.2.3 Bei mutmaßlich bakterieller Kontamination des transfundierten Konservenblutes müssen Breitbandantibiotika in hohen Dosen verabfolgt werden. Außerdem ist in diesen Fällen wegen der Möglichkeit einer Verbrauchskoagulopathie, auch bei Fehlen eines Schocks, an die Gabe von Heparin im Dauertropf zu denken.

4.2.3 Verlaufskontrollen und Weiterbehandlung

Die zur Schockbekämpfung eingeleitete Therapie muß fort-

gesetzt, auf ihre Wirksamkeit laufend kontrolliert und gegebenenfalls korrigiert werden.

4.2.3.1 Puls, Blutdruck, zentral-venöser Druck

4.2.3.2 Flüssigkeitsbilanz

4.2.3.3 Säure-Basen-Haushalt

4.2.3.4 Elektrolyt-Haushalt

4.2.3.5 Blutbild inklusive Thrombozyten

4.2.3.6 Gerinnung

4.2.3.7 Harnpflichtige Substanzen im Serum.

4.2.4 Akutes Nierenversagen

Falls sich ein akutes Nierenversagen entwickelt, ist eine kurzfristige Verlegung in ein intensiv-medizinisches Zentrum mit Dialyseerfahrung notwendig.

Beachtung verdient auch ein sogenanntes primär-polyurisches Nierenversagen, das besonders bei frühzeitiger Gabe von Furosemid beobachtet wird. Es kommt in solchen Fällen zum Anstieg der harnpflichtigen Substanzen, obwohl große Ausscheidungsmengen registriert werden.

5. Organisation und Vorsorge

Bei der Überprüfung des Arbeitsganges auf Verwechslung festgestellte Mängel im Verfahren und/oder in der Organisation sind unverzüglich wirksam zu beheben, damit Zwischenfälle gleicher Art künftig nicht vorkommen können.

Haedenkampstraße 5
5000 Köln 41

Behandlung der Grenzwerthypertonie kann gefährlich sein

Spätestens seit den Ergebnissen des großen Hypertonie-Such- und Behandlungsprogramms ist klar, daß auch die Therapie grenzgradiger (Borderline-Hypertonus) und gering erhöhter Blutdruckwerte sich positiv auf die Sterblichkeitsrate Hochdruckkranker auswirkt.

Entscheidend für die Einleitung einer antihypertensiven Therapie ist jedoch die Frage, ob unter den besonderen Bedingungen eines Arztbesuches erhöht gemessene Druckwerte auch tatsächlich repräsentativ für das Blutdrucktagesprofil sind.

Kontinuierliche Messungen mit einem transportablen Meßgerät an 25 Normalpersonen, 25 Borderline-Hypertonikern und 25 Patienten mit essentiellem Bluthochdruck während eines normalen Tagesablaufes inkl. Arztbesuch ergaben,

► daß bei Normalpersonen und Hypertonikern die einmalige ärztlich gemessene Blutdruckhöhe gut das durchschnittliche Tagesprofil widerspiegelt.

► Personen mit Blutdruckwerten im Grenzwertbereich zeigten jedoch zum Teil paradoxe Effekte – hohe Werte beim Arzt gegenüber niedrigen durchschnittlichen Tageswerten.

Eine antihypertensive Therapie in diesen Fällen wäre nicht nur überflüssig, sondern unter Umständen gefährlich.

Bei Patienten mit Grenzwerthypertonie sollten daher mehrere Blutdrucktagesprofile Aufschluß über das zirkadiane Blutdruckverhalten und damit über die Behandlungsindikation geben. Müb

Pickering, T. G. et al.: Blood pressure during normal daily activities, sleep, and exercise. JAMA 247 (1982) 992–996. Cardiovascular Center, N.Y. Hospital-Cornell Univ. 525 E 68th St., New York, N. Y. 10021, U.S.A.