

glückten führen, wofür Jenny den Begriff „Bergungstod“ geprägt hat. Unter diesem Phänomen versteht man den plötzlichen, unerwarteten Tod eines Verunglückten durch ein vermutlich plötzliches Versagen im Bereich des nervös-endokrinen Systems während oder unmittelbar nach erfolgter Bergung/Abtransport, zu einem Zeitpunkt also, wo die Spannung nachläßt und die Willensimpulse des Geborgenen wegfallen. Dies droht vor allem bei schwierigen, langdauernden Alpeineinsätzen. Als Gegenmaßnahme empfehlen sich extrem hohe Glukokortikoidgaben (bis zu 5 Gramm in 24 Stunden).

Bergung und Abtransport

Der Transport von Alpinverunglückten beinhaltet nicht nur häufig enorme technische Probleme, sondern bedeutet überdies eine zusätzliche bedrohliche Belastung für den Patienten. Grundsätzlich muß dabei zwischen Bergung und Abtransport unterschieden werden.

Bergung (Sofortbergung): Darunter versteht man das möglichst rasche Herausbringen eines Verunglückten aus einer unmittelbar bedrohlichen Lage an den nächsten sicheren Ort (siehe Abbildung 3). Sie muß um so schneller erfolgen, je bedrohlicher die äußeren Umstände (zum Beispiel Verschüttung, Sturz in Gletscherspalte, Hängen im Seil, Stein- oder Eisschlag) und/oder je schlechter der Allgemeinzustand des Verunglückten ist (vitale Bedrohung durch Schock/Asphyxie usw.).

Abtransport: Dieser darf erst nach ausreichend erfolgter Erstversorgung begonnen werden, wobei quasi umgekehrte Kriterien gelten als bei der Sofortbergung: Je bedrohlicher die äußeren Bedingungen (Gelände, Witterung, langer Transportweg usw.) und/oder je schlechter der Allgemeinzustand des Verletzten sind, desto eher muß so lange zugewartet werden, bis sich ein den Umständen entsprechender bestmöglicher Abtransportmodus organisieren läßt – terrestrisch oder mittels Hubschrauber.

Die Wirksamkeit eines alpinrettungsärztlichen Einsatzes kann

durch Hubschrauberassistenz wesentlich gesteigert werden. Entscheidend ist dabei die besondere Qualifikation des begleitenden Arztes, worauf bereits hingewiesen wurde.

Ärztlicherseits steht derzeit dem hauptamtlich an der Helikopterbasis stationierten Arzt (Stand-by-System) das sogenannte Rendez-vous-System gegenüber. Letzteres ist aber mit erheblichen Nachteilen verbunden, wobei vor allem Zeitfaktor und ärztliche Qualifikation gelegentlich mitfliegender Kollegen nicht selten belastend wirken. Dem Standard einer modernen Flugrettung entsprechend darf ein wie immer geartetes Rendez-vous-System daher höchstens als passagere Übergangslösung akzeptiert werden.

Abschließend sei bemerkt, daß der Rettungseinsatz am alpinen Unfallort für den Notfallarzt eine ungeheuer schwierige Herausforderung bedeutet. Da aber das Hochgebirge durch zunehmende verkehrstechnische Erschließung immer mehr erholungssuchenden Menschen eröffnet wird, hat eine suffiziente und zeitgemäße alpine Erstversorgung bei Unfällen in den Bergen einen besonderen Stellenwert.

Literatur

1. Ahnefeld, F. W.: Sekunden entscheiden. Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York, 2. Aufl. 1981
2. Berghold, F.: Lawinenunfall – Richtige Erste Hilfe entscheidet über Leben und Tod. Notfallmedizin 8 (1982) 1503-1519
3. Berghold, F.: Ärztliche Erstversorgung beim Lawinenunfall. Öst. Arzteztg. 40/2 (1985) 19 ff.
4. Berghold, F., Phleps, W.: Rendez-vous-System mit Rettungshelikopter. International Aeromedical Evacuation Congress Zürich 1985.
5. Berghold, F.: Bergmedizin heute. Bruckmann Verlag München, 1987
6. Brendel, W.: Zur Problematik der Reanimation hypothermer Lawinenopfer. Publ. des Ärztlichen Lawinensymposiums Fusch, 1982
7. Flora, G.: Spezielle Aufgaben des Bergrettungsarztes am Lawinenfeld. Ärztl. Praxis XXIV. Jg (1972) 9-12
8. Jenny, E.: Erschöpfung und Bergungstod im Hochgebirge. Internist. Praxis 15, (1975). 109-118

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Franz Berghold
Österreichisches Kuratorium
für alpine Sicherheit
Institut für Sportwissenschaften
der Universität Salzburg
A-5710 Kaprun

Cimetidin bei non-Ulkus-Dyspepsie

Ein kleiner Prozentsatz von Patienten mit non-Ulkus-Dyspepsie spricht offensichtlich auch günstig auf H₂-Blocker an, insbesondere die Patienten, bei denen das Symptom Sodbrennen im Vordergrund steht.

Die Autoren von der Universität Trondheim, Norwegen, führten in einer aufwendigen cross-over-Studie bei 123 Patienten mit non-Ulkus-Dyspepsie eine Behandlung mit Cimetidin beziehungsweise Placebo durch, wobei alle zwölf Tage insgesamt fünfmal das Therapeutikum gewechselt wurde.

40 Patienten konnten als Cimetidin-Responder ermittelt werden: Sie gaben immer dann eine Besserung der Symptomatik an, wenn Cimetidin zum Einsatz kam. Bei zwei Dritteln der Patienten war kein Unterschied zwischen H₂-Blocker-Therapie und Placebo-Medikation zu eruieren.

Insbesondere bei Patienten, bei denen Reizdarm-Symptome im Vordergrund standen, hatte der H₂-Blocker keinen Effekt. Hinsichtlich Säuresekretion, endoskopischem und histologischem Befund sowie dem Ergebnis einer Säureperforationsstudie der Speiseröhre bestanden keine Unterschiede zwischen Respondern und Non-Respondern der H₂-Blocker-Therapie.

Steht bei Patienten mit einem Reizdarm-Syndrom die Refluxsymptomatik im Vordergrund, scheinen H₂-Blocker Mittel der Wahl zu sein. W

T. Johannessen, U. Fjesne, P. M. Kleve-land, P. Kristensen, I. Löge, I. E. Hafstad, P. Sandbakken, H. Petersen: Cimetidine responders in non ulcer dyspepsia. (Digestive Disease Week, New Orleans, 1988)