



Leitlinien zur Reanimation

von Erwachsenen

Gemäß den Empfehlungen des ERC 2005

Stand: 11.09.06

1. Ziel der Leitlinie

Nach zahlreichen Untersuchungen hat das European Resuscitation Council neue Leitlinien zur Reanimation veröffentlicht, die im Rettungsdienst des Kreises Steinfurt umgesetzt werden sollen.

Ziel der neuen Leitlinien ist es

- die Akzeptanz der Reanimationsmaßnahmen durch einfache Handhabungen zu erhöhen, und
- den ununterbrochenen Fluss der Reanimationsmaßnahmen durch Unterlassen nicht evidenter Maßnahmen sicher zu stellen.

Ziel der Leitlinie ist die einheitliche Durchführung der Reanimation nach dem aktuellen Wissenstand für den Rettungsdienst im gesamten Kreis Steinfurt.

2. Personenkreis, für den die Leitlinie gilt

Rettungsdienst des Kreises Steinfurt mit ärztlichem und nichtärztlichem Personal

3. Grundlagen

Kernaussage der ERC-Leitlinie ist, dass bei einer Asystolie oder einer Ventrikeltachykardie (VT) bzw. einer pulslosen elektrischen Aktivität (PEA) die Zirkulation des Kreislaufes schnellstmöglich und ununterbrochen durch die Herzdruckmassage hergestellt werden muss (keine „no-flow-time“).

Wenngleich bei der Laienreanimation die „Suche nach Lebenszeichen“ nicht mehr empfohlen wird, gilt für die professionelle Rettung im Rahmen des *Advanced Life Support* die kurze Suche nach Lebenszeichen, bei der nicht mehr als 10 sec. verstreichen dürfen. Auch dies betont die Forderung nach der schnellstmöglichen Aufnahme der cardiopulmonalen Reanimation (CPR) zur Wiederherstellung eines Blutstromes.

Die Defibrillation, die lange Zeit als frühestmögliche Maßnahme bei der VT / VF (Kammerflimmern) betont wurde, wird zugunsten der sofortigen Wiederherstellung der Zirkulation durch Herzdruckmassage nach hinten gestellt. Dabei wird die CPR mit einem Rhythmus von 30:2 (früher 15:2) und einer Frequenz von 100 Druckerfolgen / Minute

durchgeführt. Die Atemstöße sollten eine Zeitdauer von einer Sekunde haben. Erst nach erfolgter CPR von etwa 2 Minuten (ca. 5 Zyklen) ist die Rhythmusanalyse durch EKG angezeigt, bei bestehender VT / VF ist die Defibrillation angeraten. Ausnahme ist das beobachtete Auftreten von VT/ VF, bei der die sofortige Defibrillation angezeigt ist. Wichtig ist bei der Defibrillation, dass dadurch die Kompression möglichst kurz unterbrochen wird. Hier gilt die Devise: jede Sekunde zählt! Studien haben belegt, dass die Erfolgsaussichten der Defibrillation bei lückenloser CPR deutlich steigen.

Das ERC empfiehlt bei der Energiewahl zur Defibrillation 150 – 200J biphasisch oder 360J monophasisch, für jeden weiteren Schock 150 – 360 J biphasisch oder 360J monophasisch. Nach erfolgter Defibrillation wird die CPR sofort wieder aufgenommen, es folgt keine Kontrolle des Rhythmus. Diese findet erst nach ca. 2 Minuten CPR (5 Zyklen) statt.

Während der CPR ist die Intubation und die Anlage des peripher-venösen Zuganges vorzubereiten und durchzuführen, wobei die Unterbrechung der CPR zur Intubation möglichst kurz gehalten werden soll. Adrenalin-Gaben sind in Dosen zu 1 mg alle drei Minuten empfohlen. Bei anhaltender VT / VF und nach drei erfolglosen Defibrillationen ist die Gabe von 300mg Amiodaron empfohlen.

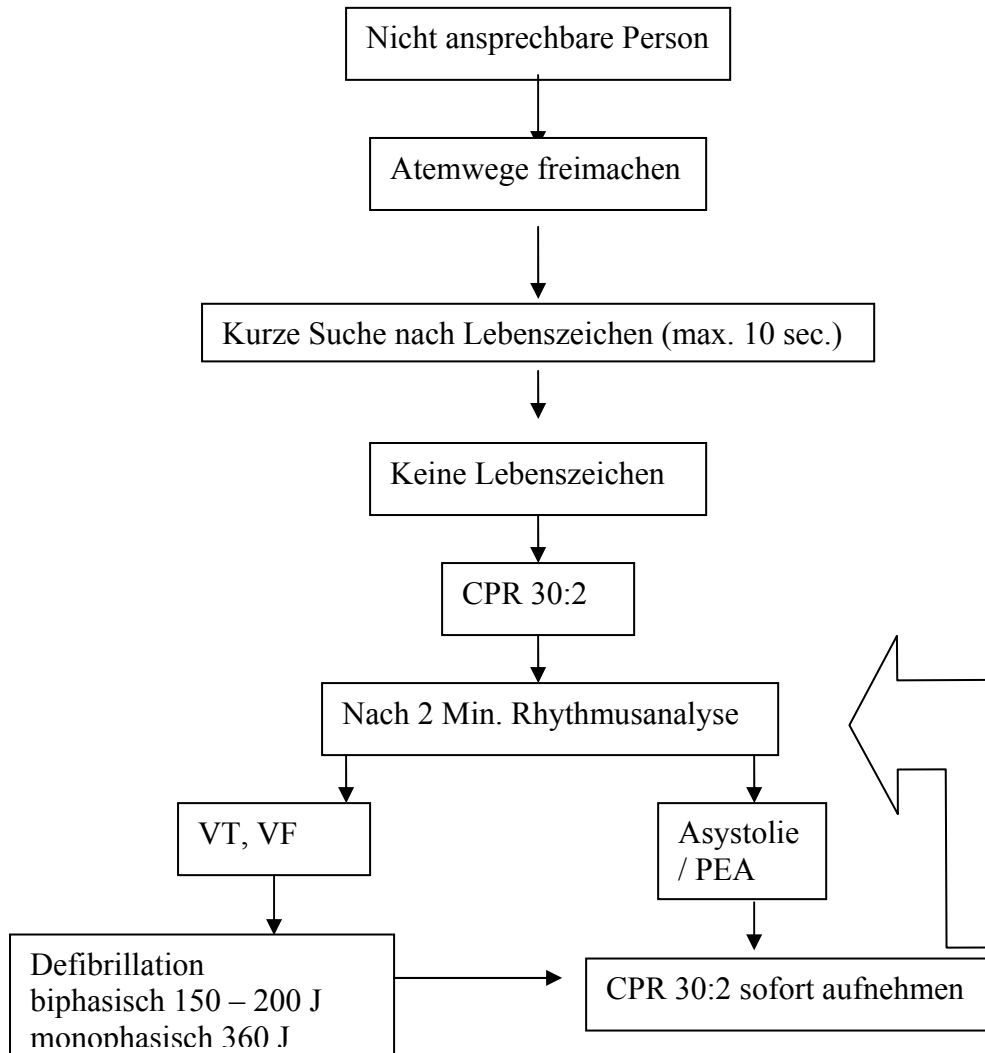
Nach der Intubation soll die Herzmassagefrequenz 100 /min und die Beatmungsfrequenz 10/min bei maximalen Zugvolumen 500 – 600 ml betragen. Der Beatmungsbeutel ist mit einem Sauerstoffreservoir zu betreiben.

Literatur:

Böhmer, Schneider, Wolcke: Reanimation '06 kompakt, Naseweis Verlag
Notfall+Rettungsmedizin 2006-9:4-170

www.bgs-aelrd.de

Der Algorithmus der Reanimationsmaßnahmen lässt sich wie folgt darstellen:



Während der CPR:

- Beheben reversibler Ursachen
- Atemwege, O₂-Zufuhr sichern
- Medikamente (Adrenalin, Amiodaron)

Zentrale Aussage: Keine „no-flow-time“!