

Psychiatrie-Patienten

Verhaltenstherapie zur Gewichtsreduktion langfristig wirksam

Bei übergewichtigen Patienten mit schweren psychiatrischen Störungen lässt sich mit einem langfristigen verhaltenstherapeutischen Ansatz eine signifikante Gewichtsreduktion erreichen.

Patienten mit schweren psychiatrischen Störungen haben eine erhöhte Sterblichkeit, wobei die Haupttodesursache nicht der Suizid, sondern kardiovaskuläre Erkrankungen sind. Häufig sind diese Patienten sehr adipös, was eine ganze Kaskade von kardiovaskulären Risikofaktoren mit sich bringt. Ursachen der Fettleibigkeit sind körperliche Inaktivität, Fehlernährung sowie oft die antipsychotische Medikation.

Diese Patientengruppe zum Abnehmen zu motivieren ist besonders schwer, weil oft kognitive Beeinträchtigungen bestehen. Auch der sozioökonomische Status kann ein Hindernis darstellen. Von Studien zur Gewichtsreduktion sind psychiatrische Patienten deshalb meist ausgeschlossen.

In der vorliegenden Studie wurde die Wirksamkeit eines verhaltenstherapeutischen Ansatzes zum Gewichtsmanagement bei 291



Patienten mit schwerwiegenden psychiatrischen Störungen getestet. Die Patienten wiesen einen BMI von 36,3 sowie ein Durchschnittsgewicht von 102,7 kg auf. 58% der Patienten litten an Schizophrenie, 22% an bipolaren Störungen, 12% an einer Major Depression. Die Intervention bestand aus Einzel- und Gruppenberatungen zum Gewichtsmanagement sowie aus Gruppensport.

Nach 18 Monaten hatten die Patienten der Interventionsgruppe im Schnitt 3,2 kg mehr Gewicht verloren als die Patienten der Kontrollgruppe. 38% bzw. 23% der Patienten in den beiden Gruppen reduzierten ihr Gewicht um mindestens 5%. Aufgrund des Erfolges empfehlen die Autoren, derartige Programme breit zu implementieren.

▼ WFR

Quelle: G. L. Daumit, F.B. Dickerson, et al.; A Behavioral Weight-Loss Intervention in Persons with Serious Mental Illness. N Engl J Med 2013; 368: 1594-1602

TIA oder kleiner Schlaganfall

Früh begonnen ist ASS-Clopidogrel-Kombination wirksam gegen Rezidivschlaganfälle

Bei Patienten mit TIA oder kleinen Schlaganfällen ist eine frühe und zeitlich begrenzte duale Plättchenhemmung mit Clopidogrel und ASS der alleinigen ASS-Behandlung überlegen.

Die duale Hemmung der Thrombozytenfunktion mit Clopidogrel und ASS war in der Schlaganfall-Sekundärprophylaxe eigentlich schon durchgefallen. So zeigte sich in grossen Interventionsstudien wie CHARISMA oder MATCH kein Vorteil für den Patienten. Kleinere Studien allerdings deuteten an, dass eine sehr früh beginnende, zeitlich begrenzte Behandlung bei Patienten mit weniger schweren Schlaganfällen doch vorteilhaft sein könnte.

Dieser Frage ging nun eine chinesische Arbeitsgruppe in einer grossen Doppelblindstudie nach. Die 5200 Studienteilnehmer hatten entweder einen Schlaganfall erlitten, der akut zu keinen grossen Ausfallerscheinungen geführt hatte (minor stroke), oder eine TIA, wobei die Patienten ausreichend Risikofaktoren aufwiesen, welche die Gefahr für ein Sekundärereignis heraufbeschworen. Insgesamt, so schreiben die Autoren im New England Journal of Medicine, hat diese Patientengruppe ein Schlaganfallrisiko von 10 bis 20% innerhalb von drei Monaten nach dem ersten Ereignis.

Für die Studie selektiert wurden 5200 Patienten, die innerhalb der ersten 24 Stunden nach dem Ereignis behandelt werden konnten. Sie erhielten entweder nur ASS in einer Dosierung zwischen 75 und 300 mg/d für 90 Tage, was das Rezidivrisiko in umschriebenem Ausmass reduziert, oder aber zusätzlich zu ASS Clopidogrel, beginnend mit einer Loading-Dose von 300 mg am ersten Tag, anschliessend bis Tag 90 mit 75 mg/d.

Primärer Endpunkt war die Häufigkeit von Schlaganfällen innerhalb der ersten 90 Tage. Diese wurde durch die duale Therapie signifikant um zirka ein Drittel gesenkt: von 11,7 auf 8,2% ($p < 0,001$). Blutungen oder hämorrhagische Schlaganfälle traten in beiden Gruppen mit gleicher Häufigkeit auf (je 0,3%).

Fazit: Bei einer Minderheit von Schlaganfällen ist die kombinierte Gabe von Clopidogrel und ASS vorteilhaft, vorausgesetzt, die Therapie kann früh begonnen werden.

▼ WFR

Quelle: Y. Wang, et al.; Clopidogrel with Aspirin in Acute Minor Stroke or Transient Ischemic Attack. N Engl J Med 2013; 369: 11-19

Medizinische Notfälle im Flugzeug

Was erwartet Sie, wenn Sie erste Hilfe leisten?

Synkopen, Atembeschwerden und Magendarm-Probleme führen die Liste der medizinischen Notfälle in Flugzeugen an. Lebensbedrohliche Situationen sind selten. Womit Sie an Bord eines Flugzeuges rechnen müssen, wie Sie vorgehen und welche Hilfen zur Verfügung stehen, berichteten Autoren kürzlich im New England Journal of Medicine.

Weltweit werden jährlich 2,7 Milliarden Menschen in Flugzeugen transportiert. Die Autoren der Arbeit haben in Zusammenarbeit mit fünf Fluglinien die medizinischen Notfälle im Laufe von knapp drei Jahren untersucht. Insgesamt wurden 11 920 medizinische Notfälle registriert, entsprechend einem Notfall pro 604 Flugreisen. Hochgerechnet bedeutet dies, dass es jährlich weltweit zu ca. 44 000 medizinischen Notfällen an Bord eines Flugzeuges kommen dürfte.

Die häufigsten Notfälle waren Synkopen oder Präsynkopen (37%), Atemwegsbeschwerden (12%), Übelkeit und Erbrechen (9,5%), Herzbeschwerden (7,7%), Krampfanfälle (5,8%), Bauchschmerzen (4,1%), Infektionskrankheiten (2,8%), psychiatrische Symptome (2,4%) und Allergien (2,2%). Ein Verdacht auf Schlaganfall bestand bei 2%, Diabetes-Komplikationen bei 1,6%, gynäkologische Probleme in 0,5%, und ein Herzstillstand bei 0,3%.

In 48,1% aller Notfälle stand im Flugzeug ein Arzt zur Verfügung. In 7,3% wurde eine Zwischenlandung veranlasst. Insgesamt wurden 25,8% der Notfall-Patienten nach der Landung in einem Krankenhaus behandelt, 8,6% wurden stationär aufgenommen, 0,3% verstarben.

Wie die Autoren zusammenfassen, sind die meisten medizinischen Notfälle über den Wolken leichter Natur und selbst-limitierend, sie können in der Regel ohne Unterbrechung des Fluges beherrscht werden. Schwere Erkrankungen sind nicht häufig, Todesfälle sehr selten.

Um ggf. effektiv Hilfe leisten zu können, sollten Ärzte die Abläufe kennen. Die meisten Fluglinien arbeiten mit einem medizinischen Notfalldienst am Boden zusammen, der zuerst konsultiert wird. Viele Fälle kann die Crew in Zusammenarbeit mit diesem Team alleine lösen. Sollte an Bord nach einem Arzt gerufen werden, steht diesem nicht nur eine medizinische Ausrüstung zur Verfügung, mit dem im Ernstfall erste Massnahmen eingeleitet werden können, sondern auch der Notfalldienst am Boden zur Beratung.

▼ WFR

Quelle: D.C. Peterson, C. Martin-Gill, et al.; Outcomes of Medical Emergencies on Commercial Airline Flights. N Engl J Med 2013; 368: 2075-83



Generelle Tipps für Ärzte bei Notfällen an Bord

- ▶ Identifizieren Sie sich und spezifizieren Sie Ihre Erfahrung mit Notfällen
- ▶ Ermitteln Sie das Hauptproblem des Patienten sowie dessen Dauer
- ▶ Fahnden Sie nach Alarmsymptomen (Brustschmerz, Atemnot, Schlaganfall-Symptome)
- ▶ Ermitteln Sie vitale Zeichen (Puls, Blutdruck, Atmung)
- ▶ Eruieren Sie den mentalen Status des Patienten
- ▶ Lassen Sie sich Notfallkoffer und ggf. Defibrillator bringen
- ▶ Verabreichen sie Sauerstoff falls notwendig
- ▶ Nehmen Sie Kontakt auf mit dem Notfallteam am Boden
- ▶ Entscheidungen über Interventionen wie i.v. Medikation sprechen Sie mit dem Notfallteam am Boden ab, ebenso die Frage einer Notlandung
- ▶ Dokumentieren Sie Beschwerden und Therapie

Management der Synkope

- ▶ Checken Sie Puls und Atmung
- ▶ Bringen Sie den Patienten in Rückenlage mit angehobenen Beinen
- ▶ Führen Sie Sauerstoff zu
- ▶ Prüfen Sie vitale Parameter
- ▶ Bei Diabetikern: Blutzuckermessung
- ▶ Die meisten Patienten erholen sich spontan.
- ▶ Meist ist eine orale Flüssigkeitssubstitution ausreichend

Management bei Herzbeschwerden

- ▶ Prüfen Sie vitale Parameter
- ▶ Geben Sie Sauerstoff
- ▶ Bei V.a. auf Herzbeschwerden erwägen Sie ASS-Gabe
- ▶ Bei RR > 100 mmHg erwägen Sie sublinguales Nitroglyzerin alle fünf Minuten (jeweils: RR checken)
- ▶ Falls ein Defi mit Monitorfunktion verfügbar ist, Herzrhythmus ermitteln und nach Infarktzeichen fahnden.