

2.2.7 Wodurch ist die Vitalfunktion *Kreislauf* gefährdet?

- a) Blutverluste.
- b) Flüssigkeitsmangel.
- c) Pumpschwäche des Herzens.
- d) Abnorme Weitstellung von Gefäßen.
- e) Alle Antworten sind richtig.

2.2.8 Ordnen Sie den Definitionen 1–12 jeweils den entsprechenden *Fachausdruck* zu.

- | | |
|--|-----------------|
| 1. Aufnahme von Stoffen über die Atemwege | a) Inspiration |
| 2. Einatmung | b) Insufflation |
| 3. Einblasen von gasförmigen Stoffen in die oberen Atemwege | c) Insuffizienz |
| 4. Eindringen und Vermehrung von Krankheitserregern | d) Infusion |
| 5. eingedrückter Knochenbruch | e) Inhalation |
| 6. Gelbsucht | f) Injektion |
| 7. Mangeldurchblutung | g) Infektion |
| 8. ungenügende Leistung | h) Indikation |
| 9. Vergiftung | i) Ischämie |
| 10. Zufuhr größerer Flüssigkeitsmengen in die Körpervenen | j) Intoxikation |
| 11. Zufuhr von Medikamenten nach Punktion mit einer Kanüle | k) Impression |
| 12. zwingender Grund zur Anwendung eines Behandlungsverfahrens | l) Ikterus |

2.2.9 Welches der genannten Kennzeichen eines Komas sind *typisch*?

- a) Keine Reaktion auf Anrufen.
- b) Keine Reaktion auf Geruchsreize.
- c) Keine Reaktion auf Schmerzreize.
- d) Keine Reaktion auf Schütteln.
- e) Alle genannten Kennzeichen sind typisch für ein Koma.

2.2.10 Wie lagern Sie einen *bewusstlosen* Patienten, den Sie in Rückenlage mit **schnarchender Atmung und regelmäßigem gut tastbarem Puls um 80 Schläge/min** vorfinden?

- a) Rückenlage mit Knierolle.
- b) Schocklagerung.
- c) Stabile Seitenlage.
- d) Oberkörperhochlagerung mit herunterhängenden Beinen.
- e) Kopftieflagerung.

2.2.11 Wo liegt bei einer *einseitigen* Intubation meistens die Spitze des Tubus?

- a) Im linken Oberlappenbronchus.
- b) Im rechten Mittellappenbronchus.
- c) Im linken Unterlappenbronchus.
- d) Im rechten Hauptbronchus.
- e) Im linken Hauptbronchus.

1.1.23 Nennen Sie Lokalisation und Bezeichnung von Klappen am Herzen!

Lokalisation	Bezeichnung
a)	
b)	
c)	
d)	

1.1.24 Erklären Sie folgende Begriffe:

a) Reizbildungssystem:	.....
b) Reizleitungssystem:	.....
c) Vorhofsystole:	.....
d) Kammersystole:	.....
e) Kammerdiastole:	.....
f) Tachykardie:	.....
g) Arrhythmie:	.....
h) Hypotonie:	.....

1.1.25 Nennen Sie die Fachausdrücke für:

a) Einengung, Verengung:	.....
b) Unregelmäßige Herzschlagfolge:	.....
c) Blutdruckwert über 160/95 mmHg:	.....
d) Erschlaffungs(Füllungs-)phase des Vorhofs:	.....
e) Herzfrequenz (im Ruhezustand) unter 60 Schläge pro Minute:	.....
f) Zur Versorgung des Herzmuskels unmittelbar aus der Aorta abgehende Blutgefäße:	.....

1.1.23

Lokalisation	Bezeichnung
a) Rechter Herzvorhof/rechte Herzkammer	Trikuspidalklappe (3-zipflige Segelklappe).
b) Rechte Herzkammer/Lungearterie	Pulmonalklappe (Taschenklappe).
c) Linker Herzvorhof/linke Herzkammer	Mitralklappe (2-zipflige Segelklappe).
d) Linke Herzkammer/Aorta	Aortenklappe (Taschenklappe).

1.1.24

a) Reizbildungssystem:	Zur spontanen Reizerzeugung befähigte Zellen (Sinusknoten, AV-Knoten, HIS-Bündel).
b) Reizleitungssystem:	Zur Weiterleitung des elektrischen Impulses befähigte Zellen (HIS-Bündel, Tawara-Schenkel, Purkinje-Fasern).
c) Vorhofsystole:	Kontraktions(Auswurf-)phase des Vorhofs.
d) Kammersystole:	Kontraktions(Auswurf-)phase der Kammer.
e) Kammerdiastole:	Erschlaffungs(Füllungs-)phase der Kammer.
f) Tachykardie:	Herzfrequenz (im Ruhezustand) über 100 Schläge pro Minute.
g) Arrhythmie:	Unregelmäßige Herzschlagfolge.
h) Hypotonie:	Blutdruckwert unter 100/60 mmHg.

1.1.25

a) Einengung, Verengung:	Stenose
b) Unregelmäßige Herzschlagfolge:	Arrhythmie
c) Blutdruckwert über 160/95 mmHg:	Hypertonie
d) Erschlaffungs(Füllungs-)phase des Vorhofs:	Vorhofdiastole
e) Herzfrequenz (im Ruhezustand) unter 60 Schläge pro Minute:	Bradykardie
f) Zur Versorgung des Herzmuskels unmittelbar aus der Aorta abgehende Blutgefäße:	Herzkranzgefäße

1.1.26

Information über	Beurteilung
a) Herzfrequenz	Nach Normbereichen, davon Abweichungen.
b) Rhythmus	Regelmäßig, unregelmäßig.
c) Erregungsbildung	Sinusrhythmus, Vorhofkomplexe.
d) Erregungsleitung	Überleitungsstörungen, Kammerkomplexe.

4.3 Absaugen

- Zum Entfernen von Schleim, Blut etc. aus den oberen Atemwegen.
- Demonstration: am Phantom.

Vorgehen	Beachte
- Ihre Position ist seitlich oder am Kopfende des Patienten. <i>Oraler Zugangsweg</i> – Wahl der Katheterlumens. – Abmessen des Katheters zur Bestimmung der Einführtiefe. – Öffnen des Mundes, Esmarch-Handgriff. – Einführen ohne Sog. – Langsames Zurückziehen unter Sog mit Dreh- und Pendelbewegung des Katheters. – Bei Bedarf wiederholen. <i>Nasaler Zugangsweg</i> – Bei Verdacht auf Schädelbasis wird der nasale Zugang vermieden. - Wahl der Kathetergröße. - Abmessen des Katheters, um Einführtiefe zu bestimmen. - Einführen ohne Sog. - Vorsichtiges Vorschieben des Absaugkatheters parallel zur Schädelbasis (nicht parallel zum Nasenrücken). - Langsames Zurückziehen unter Sog und Drehbewegung des Katheters. - Bei Bedarf wiederholen.	– Immer Handschuhe tragen. – Unterdruckmaximum beschränken, z. B. bei Kleinkindern nicht größer als 0,2 bar. – <i>Kathetereinföhrlänge:</i> - ca. Entfernung Mundwinkel bis Ohrfläppchen. – Beim Einföhren unter Sog besteht die Gefahr, dass er sich an der Schleimhaut festsaugt. So kommt die Katheterspitze häufig nicht zum gewünschten Ziel. Die Absaugung föhrt nicht zum Erfolg. – Es können überdies Schleimhautläsionen zurückbleiben. – Bei frischer Schädelbasisfraktur (Verdacht genögt) haben alle Manipulationen über die Nase zu unterbleiben. (Es wurden schon Magensonden und Absaugkatheter im Gehirn nachgewiesen.) – Nach Behandlung mit Antikoagulanzen ist ebenfalls von nasalen Zugängen abzuraten. – <i>Kathetereinföhrlänge:</i> - ca. Entfernung Nasenspitze bis Ohrfläppchen. – Häufig wird immer noch irrtümlicherweise angenommen, dass die Nasengänge parallel zum Nasenrücken verlaufen. Tatsächlich verlaufen die unteren Nasengänge von der Nasenöffnung senkrecht nach hinten. – Lässt sich ein Katheter nicht widerstandslos einföhren, versuchen Sie es mit dem anderen Nasenloch. – Unterschiedliche Nasenganglumen sind häufig. (Niemals mit Gewalt vorgehen!)