

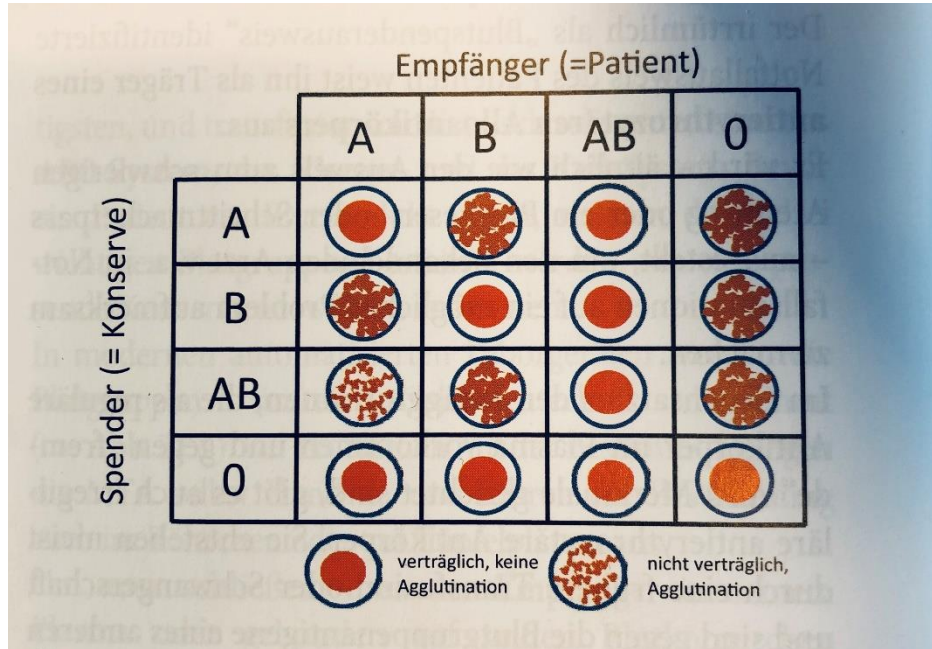
# Erratum zur 2.Auflage

## MEX – Das Mündliche EXamen AINS

ISBN: 978-3-437-41822-8



# Diese Abbildung ersetzt Abb. 4.30 auf S. 155



# Korrekturen für Tabellen S. 170, 238 u. 239

Korrektur Tab. 5.3

Thyreomentaler Abstand	Score <u>Arné-Index</u>
≥ 6,5 cm	0
< 6,5 cm	4

Korrektur Tab. 5.5

Schwierige Intubation	Score <u>Arné-Index</u>
<u>Ja</u> <u>Nein</u>	0
<u>Nein</u> <u>Ja</u>	10

Korrektur Tab. 5.6

Pathologische Veränderungen	Score <u>Arné-Index</u>
<u>Ja</u> <u>Nein</u>	0
<u>Nein</u> <u>Ja</u>	5

Korrektur Tab. 5.7

Klinische Symptome	Score <u>Arné-Index</u>
<u>Ja</u> <u>Nein</u>	0
<u>Nein</u> <u>Ja</u>	3

Korrektur Tab. 6.4 (nur Auszug der ersten Spalten):

Einteilung	Wirkstoff	Dosierung zur Intubation		
		„Merkdosis“ [ <u>µ</u> mg/kg KG]	Typische Dosierung für einen Erwachsenen	Dosisbereich [ <u>µ</u> mg/kg KG]
Depolarisierend	<u>Succinylcholin</u>	<i>Zahlenwerte bitte unverändert belassen</i>		
Nicht depolarisierende <u>Benzylisochinoline</u>	<u>Atracurium</u>			
	Cis- <u>Atracurium</u>			
	<u>Mivacurium</u>			
Nichtdepolarisierende Aminosteroide	<u>Rocuronium</u> <u>Vecuronium</u>			

Korrektur Tab. 6.5

Wirkstoff	Wirkmechanismus und Besonderheiten	Dosierung		Zeit bis Wirkmaximum [Min]	Wirkdauer [Min]
		Dosisbereich [mg/kg KG]	Typische Dosierung für einen Erwachsenen		
Neostigmin <sup>1</sup>	<i>Bitte unverändert belassen</i>	<u>0,0401–0,08 04</u> plus 0,01 mg/kg KG Atropin <sup>2</sup>	<u>20,5–1,0</u> mg plus 0,5 mg Atropin <sup>2</sup>	10	60
Pyridostigmin <sup>1</sup>	<i>Bitte unverändert belassen</i>	0,1 plus 0,01 mg/kg KG Atropin <sup>2</sup>	5 mg plus 0,5 mg Atropin <sup>2</sup>	15	90
Sugammadex <sup>3</sup>	<i>Bitte unverändert belassen</i>	2–16	200 mg	2	Stunden <sup>4</sup>

## Korrekturen für folgende Seiten

S. 136	Acetylsalicylsäure (500 mg i. v.) plus ADP-Rezeptor-Antagonist (Prasugrel, Ticagrelor oder Clopidogrel, sofern präklinisch vorhanden): <del>bewirken eine</del> <u>hemmen die</u> Thrombozytenaggregation, um ein weiteres Fortschreiten des Koronarverschlusses zu verhindern.		
S. 221	Man klassifiziert Schädel-Hirn-Traumata nach dem GCS: Leichtes SHT: GCS <del>4</del> <u>13</u> –15 Mittleres SHT: GCS 9– <del>13</del> <u>12</u> Schweres SHT: GCS 3–8		
S.166	Nach den Empfehlungen der DGAI muss zudem vor jedem Anschluss eines Patienten an ein Narkose- und Beatmungsgerät ein kurzer Check durch den Anästhesisten erfolgen (nicht <del>delegierbar</del> <u>delegierbar</u> ). Dieser sogenannte „i-check“ <del>beeinhaltet</del> <u>beinhaltet</u> die Überprüfung der funktionellen Integrität des Geräts, einer ausreichenden Sauerstoffzufuhr (FiO <sub>2</sub> -Messung) und Ventilation der Lungen (CO <sub>2</sub> -Messung). <u>Nach neuester Empfehlung muss zudem immer noch einmal überprüft werden, ob ein separater Handbeatmungsbeutel vorhanden ist, um den Patienten auch bei Ausfall oder Defekt des Narkosegeräts sicher versorgen zu können.</u> Empfehlung aus 2019, daher würde ich sie an dieser Stelle gleich mit aufnehmen.		
S. 167	Eingestellt werden müssen: • Das <del>Atemzugvolumen</del> <u>Atemhubvolumen</u> mit 6–10 ml/kg KG • Die Atemfrequenz mit 10–12/Min. [...]		
S. 215	Präklinisch bietet sich Atropinsulfat (1–1,5 mg i. v.) <del>oder Orcipenalin (0,25–0,5 mg i. v.)</del> an. (Anm. d. Autors: Präparat nicht mehr für diese Indikation zugelassen.)		



Wir bedauern die  
Fehler und wollen Sie  
mit diesem Erratum  
unterstützen! Viel Glück  
in der M3!

Stand 2/2020

