Refresher-Fragen

Teil II Basics für die Erstversorgung und Reanimation Neugeborener

1. Insbesondere für Geburtshelfer und Hebammen: Wann wird ein Pädiater im Kreißsaal benötigt? (▸ Kap. 11.4)
2. Wiederholen Sie die Checkliste für die Reanimation von NG (Vorbereitung; ▸ Kap. 11.5).
3. Wie sind die verschiedenen Helferrollen im Vorfeld einer auftretenden NG-Reanimation zugeteilt? (▸ Kap. 11.6)
4. Vorgehen (▸ Kap. 10 und 11.8):
   a. Welche sind die wichtigsten Maßnahmen während der Reanimation eines (geringfügigen oder ernsthaft) deprimierten NG?
   b. Was sollten Sie während der Reanimation im Hinterkopf behalten und vermeiden?
5. Klinische Beurteilung eines NG im Kreißsaal (▸ Kap. 11.7):
   a. Die initiale Beurteilung des NG ist von welchen 3 Zeichen abhängig?
   b. Nennen Sie den Hauptunterschied zwischen einer »primären« und »sekundären« (terminalen) Apnoe!
   c. Welche 5 Fragen müssen von der Person beantwortet werden können, die die initiale Betreuung/Reanimation durchführt?
   d. Ab welchen Zeitpunkt entscheiden Sie sich, dass weitaus erweiterte Lebensrettungsmaßnahmen indiziert sind (PPV etc.)?
   e. In welchem Ausmaß ermöglichen der Apgar-Score nach 1 min und 5 min eine Beurteilung des generellen Zustands und eine Prognose des NG?
6. Alle Zeichen und Symptome einschließend (Vitalzeichen, 1-min-Apgar-Score, initialer arterieller Nabelgefäß-pH-Wert) können NG annähernd in 5 verschiedene Gruppen, einschl. der »Problem-Gruppe« (Non-Responder) eingeteilt werden. Wie wird jede einzelne Gruppe behandelt? (▸ Kap. 11.8)
7. Nennen Sie die 7 »H«, die NG und FG gefährden (▸ Kap. 11.8).
8. Kardiopulmonale Reanimation des RG (▸ Kap. 11.8 und Abb. 11-3 und 11-4): Rekapitulieren Sie erst für sich selbst im Kopf und schlagen Sie dann folgende Begriffe nach: ABCD-Maßnahmen Standardalgorithmus der NG-Reanimation, Techniken/Vorgehen (z. B. Beutel-Masken-Beatmung, endotracheale Intubation):
   a. Wann wird eine PPV durchgeführt?
   b. Wann wird eine Herzdruckmassage durchgeführt?
   c. Welches sind die wichtigsten Medikamente und wie werden sie dosiert?
9. Empfiehlt die International Liaison Committee on Neonatal Resuscitation (ILCOR 2010) eine spezifische Sauerstoffkonzentration, die im Kreißsaal genutzt werden sollte? (▸ Kap. 11.8)
10. Weshalb ist es vernünftig eine NG-Reanimation mit Umgebungsluft zu starten und 100 % Sauerstoff als Back-up zur Verfügung zu haben? Nennen Sie gewisse Ausnahmen (▸ Kap. 10.1 und 10.2).
11. Was sollten Sie im Hinterkopf behalten, wenn Sie einem reifen NG Volumen und Pufferlösungen (Natriumbicarbonat, THAM) verabreichen – und im besonderem Maße einem FG? (▸ Kap. 11.9)
12. Wiederholen Sie absolute und relative Indikationen für den Transport eines NG (▸ Kap. 11.11).
13. Mechanische Beatmung:
   a. Welche Variablen können während einer mechanischen Beatmung manipuliert werden, um Oxygenierung und

Hansmann: Neugeborenen-Notfälle. ISBN: 978-3-7945-2905-6. © Schattauer GmbH

Beatmung bei einem NG zu verbessern? (▸ Kap. 12)

b. Bennen Sie allgemein akzeptierte Indikationen eine high-frequency oscillatory ventilation (HFOV) bei NG zu etablieren (▸ Kap. 12).
c. Listen Sie die Indikationen für eine iNO-Therapie bei NG auf (▸ Kap. 12).
d. Listen Sie die Ausschlusskriterien für eine ECMO auf (▸ Kap. 13).
e. Welche Beatmungsinterventionen haben sich mit einem klinischen Benefit beim Mekoniumaspirationssyndrom bewährt (▸ Kap. 12 und Tab. 12-7)?

Teil III Typische Szenarien im Neugeborenenalter

1. Was gehört zur Standardversorgung eines reifen, vitalen, gesunderscheinenden NG und was nicht (▸ Kap. 17)?
2. Wann müssen welche weiterreichenden Maßnahmen bei einer NG-Erstversorgung ergriffen werden? Stichwörter: Mekonium, Asphyxie, Frühgeburtlichkeit/Unreife, besondere Vorkommnisse (▸ Kap. 18).
3. Welche anatomischen Besonderheiten können die endotracheale Intubation sehr kleiner FG erschweren? (▸ Kap. 19)
4. Bei welchen Schätzgewicht sollten FG mit einem 2er-, 2,5er- oder 3er-ID-Tubus intubiert werden? (▸ Kap. 10.3)
5. Auf Anfrage der Eltern: Wie hoch wird das Risiko für Hirnschäden bei FG mit einem Gewicht < 1 500 g eingeschätzt? (▸ Kap. 19)
6. Aus welchen Gründen können sich FG auch bei sicher intratracheal liegendem Tubus klinisch plötzlich deutlich verschlechtern? (▸ Kap. 17, 19, 31, 33, 35 und 36)
7. Unterhalb welcher SSW ist zum jetzigen Zeitpunkt von keiner Überlebensmöglichkeit des NG auszugehen? (▸ Teil VII)
8. Ist es gerechtfertigt, bei extremer Unreife die begonnenen, lebensrettenden Sofortmaßnahmen einzustellen? (▸ Kap. 19 und Teil VII)
9. Welche Komplikation kann bei monochorialer Geminigravidität eintreten? (▸ Kap. 20)
10. Was sollte unbedingt vor einer Notfalltransfusion zur Bestimmung asserviert werden? (▸ Kap. 20)
11. Welche klinischen Hinweise auf ein fetofetales Transfusionssyndrom (FFTS) gibt es? (▸ Kap. 20)
12. Woran sollte der NNAD/Pädiater bei einem NG mit Hautblässe und beschleunigter Atmung denken? (▸ Kap. 21)
13. Welche Minimaluntersuchungen sollten bei V. a. Infektion des NG unbedingt noch im Kinderzimmer durchgeführt werden? (▸ Kap. 21 und 25)
14. Welche BGA kann bei schlecht perfundierten Extremitäten zur Beurteilung herangezogen werden? (▸ Kap. 11.1.1)
15. Wozu sollte einen die Aussage einer Schwester »Das Kind gefällt mir nicht« veranlassen? (▸ Kap. 25)
16. Was unterscheidet eine Hausgeburt von einer stationären Geburt hinsichtlich der perinatalen Überwachung von Mutter und Kind? (▸ Kap. 22)
17. Welche Schwangere sollten sicher keine Hausgeburt planen? Was sind KI für eine Hausgeburt? (▸ Kap. 22)
18. Wann sollte eine intrauterine Verlegung in der frühen Phase der Wehentätigkeit erwogen werden? (▸ Kap. 22.2)
19. In welchen Situationen sollte ein Neonatologe unverzüglich zu einer Hausgeburt hinzugezogen werden? (▸ Kap. 22)
20. Worauf ist bei einem Notfall während/nach einer Hausgeburt besonders zu achten? (▸ Kap. 22)
21. Was sind praktikable (nicht evidenzbasierte) BZ-Untergrenzen für reife NG? (▸ Kap. 23)
22. Bei welchen NG besteht ein erhöhtes Risiko für Hypoglykämie? (▸ Kap. 23)
23. Was sind typische Symptome einer Hypoglykämie bei NG und Säuglingen? (▸ Kap. 23)

Hansmann: Neugeborenen-Notfälle. ISBN: 978-3-7945-2905-6. © Schattauer GmbH

24. Was sind DD einer transienten, wiederkehrenden oder persistierenden Hypoglykämie eines NG? (▸ Kap. 23)
25. Wie sieht das Management bei grenzwertigem und erniedrigtem BZ aus? (▸ Kap. 23)
26. Wie sollte das Management eines NG mit Mekonium auf der Haut oder im Fruchtwasser ablaufen? (▸ Kap. 24)
27. Wie unterscheidet sich das Prozedere bei »lediglich grünem Fruchtwasser und vital aktivem NG«, Mekoniumaspiration und Mekoniumaspirationssyndrom (MAS)? (▸ Kap. 24)
28. Was ist der entscheidende Schritt in der Erstversorgung eines deprimierten NG mit V. a. Mekoniumaspiration? (▸ Kap. 24)
29. Welches sind die intensivmedizinischen Therapiesäulen bei Mekoniumaspirationssyndrom? (▸ Kap. 24)
30. Welche Faktoren erhöhen die Mortalität bei Mekoniumaspirationssyndrom besonders? (▸ Kap. 24)
31. Was unterscheidet die Erstversorgung/Reanimation bei sichtbarem Mekonium und deprimiertem NG von der Standarderstversorgung bei fehlendem Mekonium? (▸ Kap. 18 und 24)
32. Was sind mütterliche und kindliche Risikofaktoren für Amnioninfektionssyndrom und Frühform der neonatalen Sepsis? Wie sollten Prophylaxe und Therapie aussehen? (▸ Kap. 25)
33. Wann sollten welche schwangeren Frauen eine antibiotische Chemoprophylaxe gegen eine neonatale Sepsis mit Gruppe-B-Streptokokken bekommen? Wie sieht das diagnostische und therapeutische Vorgehen bei den NG der so behandelten Mütter aus? (▸ Kap. 25)
34. Was sind Besonderheiten von Infektionen im NG-Alter? (▸ Kap. 25)
35. Welches sind die wichtigsten Prinzipien bei der antimikrobiellen Therapie? (▸ Kap. 25)
36. Wie sollte die antibiotische Initialtherapie bei unbekanntem Erreger und Sepsisverdacht in der ersten Lebenswoche aussehen? (▸ Kap. 25)
37. Was können Ursachen für eine Geburtsasphyxie sein? Was kennzeichnet eine Geburtsasphyxie (Definition nach [71])? (▸ Kap. 26 und 27)
38. Welche Umstände können dazu führen, dass ein schwer deprimiertes NG nicht auf lebensrettende Maßnahmen anspricht? (▸ Kap. 11.8, 26 und 27)
39. Was kennzeichnet eine Geburtsasphyxie (Definition nach [71])? (▸ Kap. 26 und 27)
40. Prognostiziert ein niedriger Apgar-Score (nach 1, 5 und/oder 10 min) eine schlechte neurologische Entwicklung bei NG? (▸ Kap. 27)
41. Ist eine therapeutische Ganzkörperhypothermie oder eine selektive Kopfkühlung effektiv in der Behandlung der hypoxisch-ischämischen Encephalopathie (HIE)? (▸ Kap. 27)
42. Können Säuglinge Krämpfe erleiden, die nicht mit dem EEG aufgezeichnet werden können, oder können elektrografisch aufgezeichnete Krämpfe klinisch nicht bemerkt werden? (▸ Kap. 28)
43. Ist die pharmakologische Behandlung von NG-Krämpfen nachweislich mit einem Benefit belegbar? (▸ Kap. 28)
44. Welches Medikament ist bei NG-Krämpfen selten diagnostisch und therapeutisch wirksam, aber einen Versuch unter EEG-Kontrolle wert? (▸ Kap. 28)
45. An welche Komplikation ist bei der i. v. Gabe von Phenytoin zu denken? Wo liegen die Vorteile bei Fosphenytoin vs. Phenytoin? (▸ Kap. 8.4 und 28)
46. Soll Naloxon im Kreißsaal verabreicht werden? Begründen Sie! (▸ Kap. 8.2, 8.4, 11.8 und 29)
47. Welche verlässlichen Möglichkeiten gibt es zur Diagnostik fetaler Rhythmusstörungen? (▸ Kap. 30)
48. Was ist die häufigste Rhythmusstörung bei Säuglingen und wie die Therapie? (▸ Kap. 29 und 30)

Hansmann: Neugeborenen-Notfälle. ISBN: 978-3-7945-2905-6. © Schattauer GmbH

49. Was sind Ursachen für Bradykardien bei Säuglingen? (▸ Kap. 30)
50. Welche 3 Ereignisse führen zu kardialen Notfällen im Neugeborenen- und frühen Säuglingsalter? (▸ Kap. 30 und 31.2)
51. Welche Herzfehler haben eine ductusabhängige Lungendurchblutung (Rechtsobstruktion), welche eine ductusabhängige Systemperfusion (Linksobstruktion)? (▸ Kap. 31)
52. Was muss beim Einsatz von Sauerstoff bei diesen Herzfehlern beachtet werden (F_iO_2 > 0,21)? (▸ Kap. 10.2, 11.8 und 31)
53. Wann sollte Prostaglandin E_1 ex juvantibus als DTI gegeben werden? Welche ist die häufigste Startdosis? (▸ Kap. 31)
54. Was sind DD der (zentralen/peripheren) Zyanose? (▸ Kap. 11.1)
55. Was ist die Pathophysiologie der persistierenden pulmonalen Hypertension des Neugeborenen (PPHN)? (▸ Kap. 33)
56. Wo sollten bei V. a. PPHN und Herzfehlern mit Linksobstruktion (▸ Kap. 30) pulsoxymetrisch und arteriell S_aO_2 und p_aO_2 gemessen werden? Wo soll S_pO_2 bei einer fehlenden linken A. subclavia gemessen werden? (▸ Kap. 33)
57. Was sind die Kardinalsymptome und Therapieziele der PPHN des NG? (▸ Kap. 33)
58. Was sind die wichtigsten Strategien bei der intensivmedizinischen Therapie einer manifesten PPHN? (▸ Kap. 33)
59. Welche (ultimative) Therapieoption sollte bei Versagen der konventionellen PPHN-Therapie rechtzeitig in Erwägung gezogen werden (z. B. bei Mekoniumaspirationssyndrom, angeborener Zwerchfellhernie)? (▸ Kap. 24 und 33)
60. Warum ist die Maskenbeatmung bei der Erstversorgung Neugeborener mit Zwerchfelldefekt (Hernie, Prolaps) kontraindiziert? (▸ Kap. 34)
61. Welcher Zeitpunkt sollte für die Operation eines Zwerchfelldefektes gewählt werden? (▸ Kap. 34)
62. Was bestimmt die Prognose von Patienten mit Zwerchfelldefekt? (▸ Kap. 34)
63. Wie kann ein Spannungspneumothorax notfallmäßig entlastet werden? (▸ Kap. 35)
64. Ist zum Legen einer Pleuradrainage bei Pneumothorax eine Analgesie/Narkose erforderlich? (▸ Kap. 35)
65. Darf bei V. a. Pneumothorax im Kreißsaal mit Maske beatmet werden? (▸ Kap. 35)
66. Wie kann sich eine angeborene zystisch adenomatoide Malformation der Lunge (CAML) klinisch äußern? (▸ Kap. 36)
67. Wie wird ein NG mit einer angeborenen CAML im Kreißsaal erstversorgt? (▸ Kap. 36)
68. Mit welchen Komplikationen muss bei einem NG mit pränatal bekanntem einseitigem Pleuraerguss gerechnet werden? (▸ Kap. 37)
69. Was sind die möglichen Ursachen eines Chylothorax? (▸ Kap. 37)
70. Sollte bei einem kongenitalen Chylothorax eine Chromosomenanalyse durchgeführt werden? (▸ Kap. 37)
71. Wieso sind MCT-Fette zur oralen Ernährung eines NG mit Chylothorax geeignet? Welche Alternativen gibt es, wenn eine MCT-Diät fehlschlägt? (▸ Kap. 37)
72. Wieso entsteht bei mütterlichem Blut vom Typ A und B keine Isoimmunisierung? (▸ Kap. 38)
73. Ist der direkte Antiglobulintest (DAT = direkter Coombs-Test) nach einer intrauterinen Transfusion zuverlässig? (▸ Kap. 38)
74. Bei welchem Bilirubinwert muss eine Austauschtransfusion erfolgen? (▸ Kap. 38)
75. Welche beiden Hydropsformen können aufgrund ihrer unterschiedlichen Ätiologie und Pathogenese abgegrenzt werden? (▸ Kap. 39)
76. Auf welche Probleme bei der Intubation eines NG mit Hydrops sollte der NNAD/Pädiater vorbereitet sein? (▸ Kap. 39)
77. Wann und durch welches Symptom fallen doppelseitige bzw. einseitige Choanalatresien auf? (▸ Kap. 40)
78. Welche pränatalen sonografischen Befunde weisen auf eine Ösophagusatresie hin? (▸ Kap. 41)

Hansmann: Neugeborenen-Notfälle. ISBN: 978-3-7945-2905-6. © Schattauer GmbH

79. Mit welcher (für alle NG empfohlenen) diagnostischen Maßnahme kann eine Ösophagusatresie klinisch ausgeschlossen werden? (▸ Kap. 41)
80. Welche Gefahr droht bei der maschinellen Beatmung von NG mit Ösophagusatresie? (▸ Kap. 41)
81. Was sind häufige Ursachen für einen paralytischen (funktionellen) oder mechanischen Ileus? (▸ Kap. 42)
82. Wann und wie kann man einen paralytischen und mechanischen Ileus voneinander unterscheiden? (▸ Kap. 42)
83. Welches sind die häufigsten und signifikantesten klinischen Zeichen und Symptome eines (frühen) Ileus? (▸ Kap. 42)
84. Welche Ursachen des Ileus gehen besonders mit fulminanten Symptomen einher? (▸ Kap. 42)
85. Wie unterscheiden sich ein höherliegender und ein tieferliegender Ileus voneinander? Welche Erkrankungen/Fehlbildungen begleiten galliges Erbrechen, die einen chirurgischen Notfall darstellen? (▸ Kap. 42)
86. Was sind typische radiologische Zeichen einer Duodenalatresie? (▸ Kap. 42)
87. Welche DD muss ausgeschlossen werden, wenn es 24 h p. n. noch zu keinem Mekoniumabgang gekommen ist? (▸ Kap. 42)
88. Wofür steht VACTERL? Definition? Muss dieses Syndrom vor einem chirurgischen Eingriff ausgeschlossen werden? (▸ Kap. 41)
89. Wer trägt das höchste Risiko, eine nekrotisierende Enterocolitis (NEC) zu entwickeln? Welches sind die initialen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, wenn eine NEC zu erwarten ist? (▸ Kap. 43)
90. Wie ist der klinische Verlauf und was zeigen die Röntgenbilder bei einer NEC? Herrscht Konsens unter Experten, wann eine Peritonealdrainage – eher als eine primäre explorative Laparotomie – bei Säuglingen mit NEC gelegt werden sollte? (▸ Kap. 43)
91. Wie unterscheiden sich Omphalocele und Gastroschisis? (▸ Kap. 33 und 44)
92. Was sollten Sie bei der initialen Versorgung/Reanimation im Kreißsaal/auf Neo-ITS bei einem NG mit einer Gastroschisis oder einer (großen) Omphalocele beachten? (▸ Kap. 44)
93. Welche Faktoren determinieren das Outcome von Säuglingen mit einem angeborenen Bauchwanddefekt? (▸ Kap. 44)
94. Welche chirurgische Therapie ist bei einem Säugling mit einer Gastroschisis indiziert? (▸ Kap. 44)
95. Welche ZNS-Fehlbildungen werden unter dem Begriff »Neuralrohrdefekt« zusammengefasst? (▸ Kap. 45)
96. Was sollte bei der Erstversorgung von NG mit Neuralrohrdefekten (z. B. lumbosacrale Meningomyelocele) unbedingt beachtet werden? (▸ Kap. 45)
97. Welches Vorgehen ist bei einem NG mit einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte indiziert? (▸ Kap. 46)
98. Welche Komplikationen können bei der Pierre-Robin-Sequenz auftreten und wie können diese im Kreißsaal beherrscht werden? (▸ Kap. 46)
99. Was sind zusätzliche diagnostische Untersuchungen, die bei einer Armplexusparese initiiert wären? (▸ Kap. 47)
100. Ab welchem Alter soll eine perinatal entstandene Armplexusparese chirurgisch rekonstruiert/korrigiert werden? (▸ Kap. 47)
101. Welche Parameter müssen bei einem Säugling mit einem Kephalhämatom überwacht werden? (▸ Kap. 47)
102. Wie ist die Prognose für Säuglinge, die perinatal eine Armplexusparese, Gesichtsnervenparese, Schlüsselbeinfraktur oder Kephalhämatom erworben haben? (▸ Kap. 47)
103. Wie ist der Ablauf des PALS-Algorithmus für eine kardiopulmonale Wiederbelebung bei einem Säugling (> 28 d) mit einer pulslosen Asystolie zu Hause (SIDS)? (▸ Kap. 48 und Abb. 30-5)
104. Wie lauten die AWMF-Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin 2012, um einen plötzlichen Säuglingstod zu vermeiden? (▸ Kap. 48)

Hansmann: Neugeborenen-Notfälle. ISBN: 978-3-7945-2905-6. © Schattauer GmbH

Teil IV Spezielle Notfälle und Probleme im Neugeborenen- und jungen Säuglingsalter

1. Welche DD sollten bei schwerer Thrombozytopenie, fehlenden Zeichen für eine Placentainsuffizienz oder Persistenz der Thrombozytopenie nach dem 7.–10. Lebenstag in Betracht gezogen werden? (▸ Kap. 50)
2. Was ist die häufigste virale Ursache für eine neonatale Thrombozytopenie? (▸ Kap. 50)
3. Was ist die häufigste Ursache sehr schwerer ($< 20 \times 10^9$/l oder < 20/nl) und schwerer ($< 50 \times 10^9$/l oder < 50/nl) Early-Onset-Thrombozytopenien beim NG? (▸ Kap. 50.1)
4. Was ist die Pathogenese, Diagnostik und Therapie der neonatalen alloimmunen Thrombozytopenie (NAIT)? (▸ Kap. 50.1)
5. Bei welcher Vorgeschichte sollte eine neonatale alloimmune Thrombozytopenie (NAIT) als DD bei Blutungen im NG-Alter erwogen werden? (▸ Kap. 50.1)
6. Welche Manifestationstypen akuter angeborener Stoffwechselerkrankungen gibt es? (▸ Kap. 51)
7. Welche klinischen Symptome können im Rahmen der Manifestation einer angeborenen Stoffwechselerkrankung auftreten? (▸ Kap. 51)
8. Was gehört zu den häufigsten DD einer angeborenen Stoffwechselerkrankung beim Neugeboren? (▸ Kap. 51)
9. Welche Laborparameter umfasst die initiale Notfalldiagnostik bei V. a. eine angeborene Stoffwechselerkrankung? (▸ Kap. 51)
10. Was ist der wegweisende Laborbefund bei akuter Manifestation eines Harnstoffzyklusdefektes? (▸ Kap. 51)
11. Zu welchem Zeitpunkt sollten relevante Laborparameter für die Diagnose von behandelbaren lebensbedrohlichen Stoffwechselerkrankungen spätestens vorliegen? (▸ Kap. 51)
12. Wie sollte nach der Gewinnung von Blutproben bei V. a. Vorliegen einer angeborenen Stoffwechselerkrankung die initiale Glucoseinfusion dosiert werden? (▸ Kap. 51)
13. Welche therapeutische Maßnahme ist bei V. a. Vorliegen eines Pyruvatdehydrogenasemangels zu veranlassen? (▸ Kap. 51)
14. Was gehört zu den wichtigsten Maßnahmen im Rahmen der Notfalltherapie bei Hyperammonämie? (▸ Kap. 51)
15. Was gehört zu den Akutmaßnahmen bei V. a. Vorliegen einer Tyrosinämie Typ I? (▸ Kap. 51)
16. Was sind Klinik, EKG-Zeichen und Akuttherapie der kritischen Hyperkaliämie des NG? (▸ Kap. 52.1)
17. Was ist bei der parenteralen Akuttherapie einer symptomatischen Hypocalcämie beim NG zu beachten? (▸ Kap. 52)
18. Welche Elektrolytstörung ist bei therapierefraktärer Hypocalcämie immer in Betracht zu ziehen? (▸ Kap. 52)
19. Was ist die häufigste Ursache einer Hyponatriämie in der (a) frühen und (b) späten Neonatalperiode? (▸ Kap. 52.3)
20. Was ist bei der Therapie der (a) Hyper- und (b) Hyponatriämie beim NG zu beachten? (▸ Kap. 52.3)
21. Wofür steht das Akronym DOPES? (▸ Kap. 53.1)
22. Wie sehen die aufeinanderfolgenden Schritte einer rapid sequence intubation (RSI) aus? (▸ Kap. 53.1)
23. Zu welchem Zeitpunkt sollte die operative Versorgung eines kongenitalen Zwerchfelldefekts erfolgen? (▸ Kap. 53.2)
24. Welche Maßnahmen können ergriffen werden, um eine pulmonalhypertensive Krise während der operativen Versorgung eines kongenitalen Zwerchfelldefekts zu therapieren? (▸ Kap. 53.2)
25. Wann sollte bei einem NG mit Ösophagusatresie eine Maskenbeatmung unterlassen werden? (▸ Kap. 53.3)
26. Welche Komplikationen können bei der Tubusplatzierung eines Kindes mit Ösophagusatresie auftreten? (▸ Kap. 53.3)
27. Welche hämodynamischen Probleme können beim Bauchdeckenverschluss eines Kindes mit Bauchwanddefekt auftreten? (▸ Kap. 53.4)

Hansmann: Neugeborenen-Notfälle. ISBN: 978-3-7945-2905-6. © Schattauer GmbH

28. Welche Faktoren müssen beim anästhesiologischen Management eines NG mit NEC besonders beachtet werden? (▸ Kap. 53.5)
29. Welche hämodynamischen Veränderungen treten perioperativ beim Verschluss eines PDA auf? (▸ Kap. 53.6)
30. Wann sollte bei Neuralrohrdefekten auf volatile Anästhetika zur Narkoseführung verzichtet werden? (▸ Kap. 53.7)

Teil VI Transport von Früh- und Reifgeborenen

1. Was sind die wichtigsten Bestandteile/Anforderungen eines Alarmierungsalgorithmus? (▸ Kap. 57.1)
2. Welches Transportmittel ist Mittel der Wahl für den neonatologischen Transport? (▸ Kap. 57.2)
3. Was ist bei der Übernahme des Patienten von der einweisenden Klinik zu beachten? (▸ Kap. 57.2)
4. Welche Ursachen können einer plötzlichen Verschlechterung der Oxygenierung zugrunde liegen? (▸ Kap. 57.3)
5. Was ist bei der Durchführung einer Hypothermiebehandlung eines Patienten mit hypoxisch-ischämischer Encephalopathie während des Transportes zu beachten? (▸ Kap. 57.3)
6. Was sind Zeichen und Ursachen eines Wärmeverlustes des Neugeborenen während des Transportes? (▸ Kap. 57.3)
7. Welche Folgen kann die Senkung des Luftdrucks während Flugtransporten haben? (▸ Kap. 58.3)
8. Welche Indikationen gibt es für einen Transport zwischen zwei ITS? (▸ Kap. 58.2)

Hansmann: Neugeborenen-Notfälle. ISBN: 978-3-7945-2905-6. © Schattauer GmbH