

Notfall Rettungsmed 2010 · 13:381–383
 DOI 10.1007/s10049-010-1333-8
 Online publiziert: 18. Juni 2010
 © Springer-Verlag 2010

Redaktion

M. Fischer, Göppingen
 C.K. Lackner, München
 W. Schreiber, Wien

K. Streitberger¹ · A. Gries²

¹ Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie, Inselspital, Bern

² Zentrale Notaufnahme, Klinikum Fulda

Ein ungewöhnlicher Einsatz von Akupunktur bei unklarer Bewusstlosigkeit

Anamnese

Um 14.48 Uhr erfolgte auf Nachforderung eines Krankentransportwagens (KTW) die Alarmierung des Notarzteinsatzfahrzeuges (NEF) unter dem Einsatzstichwort *bewusstlose Person*. Bei Ankunft nach 8 min wurde eine bewusstlose junge türkische Frau auf dem Flur der Wohnung liegend aufgefunden. Zahlreiche Familienmitglieder und Bekannte waren um die Patientin versammelt. Zwei Rettungsassistenten hatten bereits die Vitalfunktionen überprüft und die Patientin in stabile Seitenlage gebracht.

Es wurde berichtet, dass die Schwester der Patientin am Vorabend bei einem Verkehrsunfall von einem Auto erfasst und tödlich verletzt wurde. Die Patientin sei als erste von mehreren Angehörigen am Unfallort gewesen und habe dort ihre 14-jährige Schwester im Blut liegen gesehen. Da sie am Unfallort schon bewusstlos geworden sei, sei sie über Nacht zur Überwachung in einer Klinik gewesen und am Morgen entlassen worden. Heute sei sie zu Hause wieder mehrmals zusammengebrochen und kurz bewusstlos gewesen. Es wurde glaubhaft versichert, dass die Patientin keine Medikamente eingenommen habe und dass sie sonst bisher gesund gewesen sei. Die Hausärztin habe nun einen KTW-Transport in die nahegelegene psychiatrische Klinik veranlasst. Beim Eintreffen des KTW war die Patientin tief bewusstlos. Es wurde berichtet, dass sie zuvor auch gestürzt sei und sich möglicherweise den Kopf angeschlagen habe. Ein Krampfanfall wurde nicht beobachtet. Aufgrund dieser Schilderung und anhal-

tender tiefer Bewusstlosigkeit wurde vom KTW-Team der Notarzt nachgefordert.

Klinischer Erstbefund und Diagnose

Die 19-jährige türkische Patientin zeigte keine Reaktion auf laute Ansprache oder starke Schmerzreize und war mit einer Glasgow Coma Scale von 3 tief komatös. Bei unauffälliger Atmung zeigte sich eine Sauerstoffsättigung bei Raumluft von 97%. Der Blutdruck lag bei 110 mmHg systolisch, die Herzfrequenz bei 100/min, der Blutzucker war im Normbereich. Beim Prüfen der Pupillenreaktion auf Licht war ein leichtes Zukneifen der Augenlider auffällig. Die Pupillenreaktion war seitengleich bei auffälliger Blickdeviation nach unten. Der Muskeltonus war schwach, die Extremitäten fielen nach Anheben zu Boden. Auch bei Anlage eines venösen Zugangs, bei Umlagerung auf die Trage und auf wiederholte Schmerzreize zeigten sich keinerlei Reaktionen. Bei anhaltender unklarer Bewusstlosigkeit wurde aufgrund der Anamnese bei stabilen Vitalparametern der Verdacht einer psychogenen Ursache gestellt, ohne dass eine organische Ursache komplett ausgeschlossen werden konnte.

Therapie

Bei weiterhin unveränderter Situation im KTW wurde vom Notarzt, ein Anästhesist mit Akupunkturausbildung, eine Akupunkturnadel (0,3×30 mm) in den Akupunkturpunkt Lenkergefäß 26 zwischen Oberlippe und Nase inseriert und durch

Drehen stimuliert. Unmittelbar nach dieser Stimulation atmete die Patientin einige Male tief durch und reagierte mit Schluchzen und Tränen in den Augen. Innerhalb weniger Minuten war sie bei noch weinerlichem und benommenem Zustand wach und ansprechbar. Eine grob orientierende neurologische Untersuchung war unauffällig. Während des Transportes wurde die Nadel entfernt. Die Patientin war nun adäquat kommunikationsfähig und konnte bei Ankunft in der psychiatrischen Klinik zu Fuß in die Aufnahme gehen.

Weiterer Verlauf

Die Patientin wurde mit der Diagnose *rezidivierend auftretender dissoziativer Stupor bei akuter Belastungsreaktion* in die psychiatrische Klinik aufgenommen.

Am folgenden Tag kollabierte die Patientin vor der Pforte der psychiatrischen Klinik und lag erneut tief bewusstlos auf

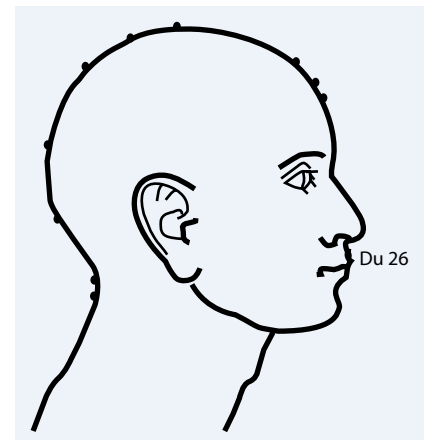


Abb. 1 ▲ Akupunkturpunkt Lenkergefäß (LG) 26 (oder Du 26). (Mod. nach [10])

Notfall Rettungsmed 2010 · 13:381–383
DOI 10.1007/s10049-010-1333-8
© Springer-Verlag 2010

K. Streitberger · A. Gries

Ein ungewöhnlicher Einsatz von Akupunktur bei unklarer Bewusstlosigkeit

Zusammenfassung

Ein tief bewusstloser Patient stellt den Notarzt vor eine besondere Herausforderung, vor allem wenn eine psychogene Ursache vermutet wird, aber eine organische Ursache nicht ausgeschlossen werden kann. Beschrieben wird der Fall einer Patientin, die nach Stimulation am Akupunkturpunkt Lenkergefäß 26 durch den Notarzt zweimal aus einer tiefen Bewusstlosigkeit erwachte und mit unauffälligem neurologischem Befund in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden konnte. Als Diagnose wurde eine akute Belastungsreaktion mit dissoziativem Stupor gestellt. Der Fall zeigt, dass Akupunktur bei unklaren komatösen Zuständen mit Verdacht auf psychogene Ursache als Therapieversuch unternommen werden kann.

Schlüsselwörter

Akupunktur · Notfallmedizin · Bewusstlosigkeit · Dissoziativer Stupor · Psychogene Ursache

An unusual application of acupuncture in unclear unconsciousness

Abstract

Deep and unclear unconsciousness is a challenge in emergency situations, especially if a psychogenic origin is suspected but organic causes cannot be excluded. The case of a female patient who was awoken from deep unconsciousness twice after stimulation by the emergency physician at the acupuncture point Du 26 is presented. The patient was admitted to a psychiatric clinic without any neurological pathological findings. The diagnosis was dissociative stupor due to an acute posttraumatic stress reaction. This case shows that acupuncture might be worthwhile in cases of unclear unconsciousness when a psychogenic origin is suspected.

Keywords

Acupuncture · Emergency medicine · Unconsciousness · Dissociative stupor · Psychogenic origin

der Straße. Dem hinzu gerufenen Notarzt bot sich das gleiche klinische Bild wie am Vortag. Nach Verbringen in den KTW wurde eine erneute Akupunktur am selben Akupunkturpunkt durchgeführt. Daraufhin erwachte die Patientin deutlich schneller als am Vortag. Innerhalb 1 min war die Patientin komplett wach und ansprechbar. Eine im Anschluss durchgeführte Computertomographie des Schädels zeigte einen unauffälligen Befund. Noch am selben Tag wurde die Patientin entgegen ärztlichem Rat auf eigenen Wunsch entlassen, um zur Beerdigung ihrer Schwester in die Türkei fliegen zu können.

Diskussion

Differenzialdiagnose psychogenes Koma

Die Differenzialdiagnose von komatösen Zustandsbildern stellt den Notarzt zunehmend vor Probleme [7]. Die richtige Einschätzung der Situation bedingt häufig die Prognose entscheidende lebensrettende Erstmaßnahmen (wie z. B. eine frühzeitige Intubation). Oft steht der Notarzt auch vor der grundsätzlichen Frage, ob ein internistisches, neurologisches oder auch psychiatrisches Krankheitsbild vorliegt und welche Klinik bei fehlender Zentraler Notaufnahme eine optimale Erstversorgung gewährleisten kann. Eine Fremdanamnese kann richtungsweisend sein, muss aber immer durch eine orientierende klinische Untersuchung überprüft und hinterfragt werden.

Bei der jungen, ansonsten gesunden, Patientin war aufgrund der Anamnese und der vorliegenden Einweisung durch die Hausärztin in die psychiatrische Klinik die Diagnose *psychogene Bewusstlosigkeit* gebahnt. Da allerdings bei anhaltendem Koma mit einem GCS von <7 und fehlenden Schutzreflexen bereits die Indikation zur Intubation besteht [5], muss diese Diagnose kritisch überprüft werden. Die Vitalparameter waren stabil, der Blutzucker im Normbereich. Eine Intoxikation mit Benzodiazepinen war unwahrscheinlich, aber nicht ganz auszuschließen. Durch den Hinweis, dass die Patientin am selben Tag schon mehrmals auf den Kopf gefallen war, musste auch eine

intrazerebrale Verletzung in Betracht gezogen werden. Auch eine Aneurysmablutung wäre trotz fehlender Kopfschmerzamnese möglich gewesen. Die klinische Untersuchung ergab keinen neurologisch wegweisenden Befund. Die Pupillenreaktion war im gesamten Verlauf unauffällig. Ein kaum wahrnehmbares Zwinkern der Augen bei Lichtreaktion und eine Blickdeviation nach unten verstärkten den Verdacht einer psychogenen Ursache. Auf eine sofortige Intubation wurde deshalb und wegen der stabilen Vitalfunktionen verzichtet. Da weiterhin keinerlei Reaktionen nach Umlagern, durch laute Ansprache und verstärkte Schmerzreize hervorzurufen waren, wurde zunächst eine Einlieferung in eine neurologische Klinik anvisiert. Erst nachdem durch die Akupunktur die Patientin wieder bei vollem Bewusstsein und komplett klinisch unauffällig war, konnte die direkte Einweisung in eine psychiatrische Klinik erfolgen.

Die Diagnose eines psychogenen Kommas ist in der Regel eine Ausschlussdiagnose. Allerdings ist es meist schwierig, relevante organische Ursachen präklinisch auszuschließen [5]. Es werden aber auch für eine psychogene Ursache typische Symptome beschrieben, wie Blickdeviation nach unten oder oben und das Phänomen, dass der passiv über den Kopf geführte Arm beim Loslassen nicht auf den Kopf fällt, sondern seitlich daran vorbeigleitet [3]. Berühren der Wimpern kann zu einem beidseitigen Zucken der Lider mit eventuell Grimassieren und Zurückweichen des Kopfes führen [11]. Bei fortbestehendem tiefem Koma kann eine sichere Diagnose erst in der Klinik erfolgen. Deshalb müssen solche Patienten sinnvollerweise immer zuerst in die Zentrale Notaufnahme einer Klinik mit entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten eingewiesen werden.

Es ist natürlich nicht auszuschließen, dass auch andere Reize hilfreich gewesen wären, die Bewusstlosigkeit zu beenden. Weitere als therapeutisch erfolgreich beschriebene Bestrebungen, wie die tetanische Stimulation des N. ulnaris [4], die Gabe von Diazepam oder Thiopentone [2], sind aufwändiger und invasiver als Akupunktur. Die auch beschriebene Atemwegsokklusion durch eine Mas-

ke, bis der Patient durch die entstehende Atemnot wieder zu Bewusstsein kommt [8], sollte bei unklarer Diagnose in Notfallsituationen unterbleiben.

Akupunktur in der Notfallmedizin

Akupunktur ist in Deutschland eine ärztliche Tätigkeit, die zunehmend von Anästhesisten als Ergänzung einer schmerztherapeutischen Ausbildung erlernt wird.

Der Akupunkturpunkt Lenkergefäß (LG) 26 wird auch als Du 26 oder chinesisch „Shuigou“ bezeichnet und liegt im Philtrum an der Grenze zwischen mittlerem und oberem Drittel der Entfernung von Nase zu Oberlippe (■ **Abb. 1**). Er wird etwa 5 mm tief schräg nach oben gestochen und kräftig stimuliert. Wenn keine Akupunkturnadel zur Verfügung steht, kann der Punkt auch über einen kräftigen punktförmig umschriebenen Druck mit dem Fingernagel oder einem Kugelschreiber stimuliert werden. Diese Technik ist einfach zu erlernen und kann auch ohne Akupunkturausbildung im Notfall durchgeführt werden.

LG 26 wird in der chinesischen Medizin als wichtiger Akupunkturpunkt bei akuten Notfällen beschrieben. Sicher kann an diesem Punkt ein besonders intensiver Schmerzreiz ausgelöst werden, der auch mit einer erhöhten Katecholaminausschüttung und Blutdruckerhöhung einhergeht. So konnte bei anästhesierten Hunden unter Kreislaufdepression mit Morphin ein deutlicher Blutdruckanstieg bei Stimulation an LG 26 gezeigt werden [6]. Bei anästhesierten Kaninchen wurde die Schlafzeit durch Stimulation an diesem Punkt reduziert [1]. Es gibt allerdings bislang keinen Nachweis über eine spezifische Wirksamkeit von LG 26.

Der Einsatz von Akupunktur in der Notfallmedizin sollte Situationen vorbehalten sein, in denen keine andere medizinische Maßnahme akut indiziert ist oder die entsprechenden Mittel nicht zur Verfügung stehen. Der beschriebene Fall zeigt, dass Akupunktur an LG 26 bei unklaren komatösen Zuständen mit Verdacht auf psychogene Ursache diagnostisch und gleichzeitig therapeutisch hilfreich sein kann [9].

Fazit für die Praxis

Akupunktur an LG 26 kann bei unklaren komatösen Zuständen bei Verdacht auf psychogene Ursache als Therapieversuch unternommen werden, wenn dadurch keine weiteren akut notwendigen Maßnahmen verzögert werden.

Korrespondenzadresse

Dr. K. Streitberger



Universitätsklinik
für Anästhesiologie und
Schmerztherapie, Inselspital
3010 Bern
Schweiz
konrad.streitberger@insel.ch

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Chang CL, Lee JC (1995) Decrease of anaesthetics activity by electroacupuncture on Jenchung point in rabbits. *Neurosci Lett* 202:93–96
2. Dhadphale M (1980) Eye gaze diagnostic sign in hysterical stupor. *Lancet* 2:375–375
3. Henry JA, Woodruff GHA (1978) A Diagnostic sign in states of apparent unconsciousness. *Lancet* 2:920–921
4. Hintze U, Runge U, Hachenberg Th, Wendt M (1998) Dissoziativer Stupor – eine Differentialdiagnose des Komats nach Unfällen (Dissociative stupor as a differential diagnosis of coma following injury). *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 33:753–755
5. Krebs S, Ellinger K (2006) Bewusstseinsstörung. *Notfall Rettungsmed* 9:565–572
6. Lee DC, Clifford DH, Lee MO et al (1981) Reversal by acupuncture of cardiovascular depression induced with morphine during halothane anaesthesia in dogs. *Can Anaesth Soc J* 28:129–135
7. Luiz T, Huber T, Schiebt B, Madler C (2000) Einsatzrealität eines städtischen Notarztdienstes: Medizinisches Spektrum und lokale Einsatzverteilung. *Anesthesiol Intensivmed* 41:765–773
8. Maddock H, Carley S, McCluskey (1999) An unusual case of postoperative coma. *Anaesthesia* 54:702–703
9. Streitberger K, Gries A (2005) Acupuncture in diagnosing prehospital unconsciousness. *Am J Emerg Med* 23:90–91
10. Stux G, Stiller N, Berman B, Pomeranz B (2008). *Akupunktur Lehrbuch und Atlas*. Springer, Berlin Heidelberg New York
11. Wiggs JW (1973) Detection of feigned coma. *N Engl J Med* 16:579

Hier steht eine Anzeige

 Springer