

## Orientierender neurologischer Befund (Erläuterungen)

Allgemeines		
Vigilanz	Reaktion auf Ansprache bzw. Schmerzreiz: wach / benommen / somnolent / soporös / komatös	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soporös = öffnet nicht die Augen, wehrt aber gezielt ab</li> <li>▪ Komatös = keine Reaktion oder Massenbewegungen oder Synergismen</li> </ul>
Hirnnerven		
II	Visus orientierend: Zeitung lesen, Schlagzeilen lesen, Finger zählen, Lichtschein sehen	Bei wachen, orientierten Patienten Frage ausreichend
	Gesichtsfeld fingerperimetrisch	Immer prüfen, GF-Defekte werden fast nie selbst bemerkt!
III, IV, VI	Blick geradeaus: achten auf Ptose, Spontannystagmus	
	Blick zur Seite: achten auf Doppelbilder, Blickrichtungsnystagmus	
	Pupillen: Weite, Reagibilität	
VII	Parese: zentral / peripher	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peripher: Augen und Stirn mitbetroffen (Lidschluß inkomplett)</li> <li>▪ Zentral: i.d.R. nur Mundastschwäche</li> </ul>
IX, X	Würgreflex	nur bei möglicher Schluckstörung untersuchen (Schlaganfall mit Sprach- /Sprechstörung)
XII	Zungenabweichen	Zunge weicht zur gelähmten Seite ab, auch i.R. zentraler Paresen
Reflexe		
Eigenreflexe	Reflexniveau, Seitenbetonung	Bei frischer Hemiparese meist abgeschwächt
Pyramidenbahn- zeichen	Babinski	
Motorik		
AHV: Paresegrad nach NIHSS	(0) kein Absinken (der Arm wird über 10 Sekunden in der 90°/45° Position gehalten) (1) Absinken (der Arm wird zunächst bei 90°/45° gehalten, sinkt aber im Verlauf von 10 Sek. ab. (2) Anheben gegen Schwerkraft möglich (der Arm kann die 90°/45° Position nicht erreichen oder halten, sinkt auf die Liegefläche ab, kann aber gegen Schwerkraft angehoben werden) (3) Kein (aktives) Anheben gegen Schwerkraft, der Arm fällt nach passivem Anheben sofort auf die Liegefläche. (4) Keine Bewegung	
BHV: Paresegrad nach NIHSS	(0) Kein Absinken (das Bein bleibt über 5 Sekunden in der 30° Position). (1) Absinken (das Bein sinkt am Ende der 5 Sekundenperiode, berührt aber die Liegefläche nicht). (2) Aktive Bewegung gegen die Schwerkraft (das Bein sinkt binnen 5 Sek. auf die Liegefläche ab, kann aber gegen die Schwerkraft gehoben werden). (3) Kein (aktives) Anheben gegen die Schwerkraft, das Bein fällt nach passivem Anheben sofort auf die Liegefläche. (4) Keine Bewegung.	
Sensibilität		
		bei wachen, orientierten Patienten Frage ausreichend, ggf. gezielte Prüfung
Koordination		
Zeigeataxie	FNV, KHV	Kleinhirnhemisphären
Standataxie	Romberg (Stehen mit geschlossenen Augen), negativ = schwankt nicht viel mehr positiv = schwankt deutlich mehr	Kleinhirn-Mittellinienstrukturen bzw. afferente Systeme
Gangataxie	Gangbild <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ spastisch: Aduktionstendenz, geringe Gelenkexkursionen</li> <li>▪ ataktisch: breitbasig, unsicher</li> <li>▪ akinetisch: kleinschrittig, evtl. Starthemmung</li> </ul>	
Neuropsychologie		
Orientierung	Ort, Zeit, Situation, Person	Orientierend: Alter, Monat
Sprache	Spontansprache: Wortfindungsstörungen, Paraphrasien	Störung = Aphasie Kategorien:
	Sprachverständnis	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht-flüssig</li> <li>▪ Flüssig</li> </ul>
	Artikulation	Störung = Dysarthrie

## Spezielle Hinweise bzw. Maßnahmen bei Verdacht

Diagnose	Achten auf ...	Maßnahmen
Schlaganfall	<p>Hinweise auf Basilaristhrombose :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kombination Vigilanzstörung + Hirnstammsymptome,</li> <li>▪ beidseitige Pyramidenbahnzeichen oder bds. Hirnnervenausfälle</li> <li>▪ Schlaganfall mit vorangehender Synkope</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rufdienst alarmieren</li> <li>▪ Verlegung nach TR</li> </ul>
	<p><u>Lyse-Kandidaten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ereignis vor max. 2 Stunden</li> <li>▪ Relevantes, nicht rückläufiges Defizit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rufdienst alarmieren</li> <li>▪ CT anmelden</li> <li>▪ Labor (Quick, PTT, Thrombos)</li> <li>▪ EKG</li> <li>▪ Angehörige festhalten (Anamnese und Einwilligung)</li> </ul>
Epileptischer Anfall	<p>Anfallsleiden bekannt?</p> <p><u>Wenn ja:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medikation?</li> <li>▪ Regelmäßig genommen?</li> <li>▪ Interkurrente Erkrankung?</li> </ul> <p><u>Wenn nein:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Auslöser (Schlaf-, Alkoholentzug)?</li> <li>▪ Ausfälle?</li> <li>▪ Vigilanzstörung?</li> </ul>	<p><u>Notfall CT</u> nur bei Auffälligkeiten (fokale Zeichen, HOPS, anhaltende Vigilanzstörung)</p> <p><u>Therapie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ akuter Anfall: i.d.R. spontanes Sistieren abwarten; med. durchbrechen nach 5 Minuten</li> <li>▪ Prophylaxe im Akutstadium am ehesten mit Lorazepam (Tavor), bei i.v.-Gabe max 2 mg/Minute</li> </ul>
Schwindel	<p><u>Anamnese:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ systematisch (= Bewegungswahrnehmung) oder unsystematisch?</li> <li>▪ Attacken- oder Dauerschwindel?</li> </ul> <p><u>Klinisch:</u> Spontannystagmus?</p> <p>DD peripher-vestibulär vs. Kleinhirnininfarkt</p>	<p>Symptomatische Therapie (Vomex)</p>
Akuter Kopfschmerz	<p>Warnhinweise für einen symptomatischen Kopfschmerz:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „So noch nie gehabt“</li> <li>▪ HOPS</li> <li>▪ meningeale Zeichen</li> </ul>	<p><u>Bei V.a. ICB oder SAB:</u> CT, ggf. LP</p> <p><u>Bei V.a. Meningitis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CT nur bei Herdhinweisen, Koma oder V.a. Hirndruck, ansonsten</li> <li>▪ Blutkulturen, LP</li> <li>▪ Beginn der Antibiose innerhalb von 30 Minuten</li> </ul>
Bandscheiben-vorfall	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nach Blasenstörungen fragen (Cauda-Syndrom)</li> <li>▪ Lasègue</li> <li>▪ Paresen der wichtigsten Kennmuskeln: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fußheber (L5)</li> <li>- Kniestrecker (L4)</li> <li>- OS-Adduktoren (L3)</li> <li>- Fußsenker (S1; am besten als Einbein-Zehenstand prüfen)</li> </ul> </li> </ul>	<p>Notfall-CT nur bei</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Blasenstörungen oder</li> <li>▪ schweren Paresen</li> </ul>