

NERDfacts special2023



POLYTRAUMA UPDATE

1. NEUE ALARMIERUNGSKRITERIEN!

Um Fehlalarmierungen zu reduzieren, wurden die Kriterien für den Schockraum angepasst. V.a. die Kriterien, die den Unfallmechanismus betreffen wurden reduziert (VU mit Ejektion oder Fraktur langer Röhrenknochen, Sturz aus 3m Höhe). Ansonsten wird der Schockraum bei relevantem A-E Problem oder relevanten Verletzungen alarmiert. Für geriatrische Patienten sind die Kriterien leicht abgewandelt. Die ausführlichen Kriterien findet ihr auf der Homepage.

2. STOP THE BLEEDING!

„Stop the bleeding“ bleibt weiterhin einer der obersten Prioritäten. Die Leitlinie stellt noch einmal klar, dass das Tourniquet nicht Mittel der ersten Wahl ist, sondern erst bei Versagen der anderen Methoden (z.B. Kompression) oder falls andere Methoden nicht möglich sind, angewendet werden soll. Auch ein Wechsel vom Tourniquet auf andere Methoden ist möglich (z.B. nach Rettung einer eingeklemmten Person).

3. PRÄKLINISCHE SONOGRAPHIE!

Die Leitlinie würdigt die Möglichkeit einer präklinischen Sonographie v.a. des Thorax z.A. Pneu oder Perikarderguss. Sofern hierdurch keine Verzögerungen eintreten, kann die Sonographie präklinisch erfolgen.

4. ANALGESIE!

Fentanyl, Ketamin und Morphin sind in der Leitlinie gleichwertige Möglichkeiten einer adäquaten Analgesie. Zusätzlich sollen immer auch physikalische Maßnahmen (v.a. Lagerung) zur Schmerzreduktion eingesetzt werden.

5. WEITERE NEUERUNGEN!

Ein i.o.-Zugang soll etabliert werden, falls ein i.v.-Zugang nicht gelingt. Tranexamsäure (1g über 10min) soll bei Patienten mit lebensbedrohlichen Blutungen und/oder im Schock schon präklinisch gegeben werden. Fibrinogen soll zusätzlich gegeben werden (präklinisch meist nicht verfügbar). Auch die Gabe von EKs und Plasmen kann präklinisch erwogen werden, sofern verfügbar und ohne Verzögerung möglich. Ein offener Pneu sollte mit einem Ventilverband versorgt werden (zur Not auch selbst gebastelt).



Weitere Infos



NERDfall
medizin