

INHALTSVERZEICHNIS

1. Anästhesie 2 - Hämorrhagischer Schock	1
1.1. allgemein	1

1. ANÄSTHESIE 2 - HÄMORRHAGISCHER SCHOCK

Röhl

1.1. allgemein.

- 8,4 Mio Traumata/D 40k davon Poly,
- 50% sterben am Unfallort
- 30% in 24h
- 20% an Multiorganversagen
- 72% männliche Todesursachen unter 44j
- Folgekosten bei überlebenden Verunfallten hoch
- 25-36% habn im Schockraum schon eine Koagulopathie
- Gerinnung muss sofort gemacht werden
- FAST-Sono ist klasse, hochsensitiv, um spezifisch zu werden braucht man zeit
- Zieldruck: 80-100mmHg ist Okay, weil er weniger blutet
- Zieldruck mit SHT: mindestens 110mmHg
- Lebensbedrohliche Blutung: Thorax, Becken, Abdomen
- Azidose-Messung mit Laktat und B.E.: guter Indikator für die Koagulopathie

- wenn es erstmal bei der DIC ankommt, kann man fast nicht mehr das Gerinnungsdesaster aufräumen
- Azidose: Prothrombin wirkt nur noch 30%
- Letale Trias: Azidose, Koagulopathie, Hypothermie
- Massivtransfusion:
 - Volumenaustausch innerhalb von 24h
 - od. 50% innerhalb von 3 Stunden
 - od. 4EK in 1h
- Hb wird bei 7 kritisch, bei Kinder 6 (außer unter 3 Mo: 8)
- FFP muss 30 min auftauen
- Also: 8 → Transfusion
- Thrombos werden gegeben, sobald die Blutung steht (Außer DIC oder so)
- EK/FFP 1:1 bis 1:2
- FFP 150-250ml
- heute wird früh Fibrinogen gegeben, es gab im Irakkrieg dazu Studien
- TRALI: Transfusionsbedingter Lungenschaden
- Konserven enthalten Citrat, Ca muss gegeben werden
- 2g Cyclocapron hemmt die Fibrinolyse, wird heute blutenden Patienten gleich im KH verabreicht
- Prothrombinkonzentrat: bei Marcumar
- Thrombelastographie: bedside-Gerinnung möglich bei guter Pipettierung
- SHT: Tissue-Factor aus dem Hirn ist systemisch unterwegs → Gerinnungsprobleme trotz ..Nur..SHT