

INHALTSVERZEICHNIS

- 1. Anä 12 - SHT Teil 2
- 1.1. allgemein
- 1.2. New-Orleans-Kriterien
- 1.3. Druck

1. ANÄ 12 - SHT TEIL 2

Sopka

1.1. allgemein.

- Typischer Patient: Wird wieder wach und trübt sekundär ein
- Epidural (art) od. Subdural(ven), kann man erst mit dem Bild sagen
- Cushing-Symptomatik: 200mmHg und Bradykardie = Einklemmung
- Vasospasmus typisch am Tag 5
- Ca-Antagonist intrathekal od. i.v. bringen was, neuerdings wird auch neuroradiologisch geweitete oder gar gestentet
- mitunter betrifft der Spasmus sogar Gefäße wie die a. cerebri media
- auf keinen Fall G5 oder sowas, das lässt das Hirn schwellen
- Neurochir. Intensiv: 24h minimal stündliche Kontrolle der Pupillenreaktion

1.2. New-Orleans-Kriterien.

- 1 • für Patienten mit GCS15 die dennoch ein CCT brauchen
- 1 • z.B. erbrechen, alter über 60, intox, persistierende, hinweis auf Verletzung oberhalb der Clavikel

1.3. Druck.

- 50ml können bei akuter Blutung kompensiert werden
- 150ml bei chronischer
- je älter desto mehr dank seniler Schrumpfung
- Kombinierte Sonden haben schlauch und Drucksensor
- Hyperventilation wirkt über das gesenkte CO2 was ja durchblutung fördert → wegen der schlechteren Durchblutung wird einem ja auch schwummerig
- Barbiturate reduzieren den Metabolismus
- Tiefe Sedierung: Propofol, Sufenta PLUS Ketanest und Dormicum
- Barbiturate als Bolus sind unkritisch zur Einleitung, als Dauerperfusion ist die geringe Therapeutische Breite sehr problematisch, nur bei EEG-Monitoring
- Hyperosmolare Salzlösungen von 23,4% NaCl werden wie Mannitol eingesetzt
- Mannitol ca. 150ml oder so