Finger weg vom Hals beim Retten!

Leichtverletzte möglichst nicht intubieren

Die präklinische Intubation von Leichtverletzten geht mit einer verschlechterten Prognose einher. Daher sollten sich Notärzte in der Frage „Intubation – ja oder nein?“ streng an den Kriterien der DGU-Leitlinie orientieren.

Inbubierte Leichtverletzte benötigen signifikant häufiger präklinische Thoraxdrainagen, werden länger intensivmedizinisch behandelt und erleiden häufiger eine Sepsis oder ein Organversagen als nichtintubierte Patienten, erklärte Dr. Björn Hußmann aus Essen.

600 Leichtverletzte im direkten Vergleich

Dies geht aus einer Matched-Pairs-Analyse von 1200 Patientendaten aus dem Traumaregister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) hervor. Verglichen worden waren jeweils

600 Leichtverletzte im Alter von durchschnittlich 39 Jahren und mit einem maximalen AIS (Abbreviated Injury Scale) von ≤ 3 sowie einem GCS (Glasgow Coma Score) von 13–15, die entweder präklinisch vom Notarzt intubiert worden waren oder nicht. Die beiden Gruppen waren so gewählt worden, dass Alter, Geschlecht und die Verletzungsmuster vergleichbar waren.

Längere Rettungszeit und öfter Organversagen

Die präklinische Rettungszeit der intubierten Patienten war mit 82 versus 65 Minuten signifikant länger als bei den nichtintubierten, der Blutdruck bei Ankunft im Schockraum signifikant niedriger.

Jeder vierte intubierte Patient erlitt ein Organversagen (Kontrollgruppe: 9,1%), jeder Zehnte ein Multiorganversagen (Kontrollgruppe: 4,3%). Eine Sepsis trat mit 3,7% mehr als doppelt so häufig auf wie bei nichtintubierten Unfallopfern (1,5%). Die Mortalitätsraten unterschieden sich allerdings nicht.

Intubation als Risikofaktor

Damit müsse die Intubation bei Leichtverletzten als Risikofaktor angesehen werden. Hußmann erinnerte an diverse Komplika-

tionsmöglichkeiten der Intubation wie Hyper- und Hypotensionen, Tachykardien und Blutungen.

In 2–9% der Fälle komme es zu Fehl-intubationen in den Ösophagus, einseitige Intubationen sollen in 15% der Fälle auftreten. Etomidat als Einleitungshypnotikum sei vergleichsweise häufig mit Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) assoziiert. Auch Pneumonien sind nach Intubationen möglich.

S3-Leitlinie der DGU gibt klare Empfehlungen

Die klinischen Ergebnisse der Studie schlugen sich auch in den auf die Aufenthaltstage bezogenen Behandlungskosten nieder mit im Mittel etwa 20.000 EUR bei den intubierten und knapp 16.000 EUR bei den nicht intubierten Patienten.

In der S3-Leitlinie der DGU werden vier klare Empfehlungen abgegeben, wann der Notarzt intubieren sollte:

- bei Apnoe oder Hypoxie,
- bei schwerem Thoraxtrauma plus respiratorischer Insuffizienz,
- bei hämodynamischer Instabilität mit systolischem Blutdruck unter 90 mmHg und
- bei schwerem Schädel-Hirn-Trauma.

Wer sich daran hält, vermeidet zusätzliche Morbiditäten. (Thomas Meißner)

Kongress der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) 2011, Leipzig

Aufgepasst bei der Intubation: Ist sie wirklich notwendig?