

OMW: Die „Fab15“ der NIS zur Polytraumaversorgung im Schockraum

Paula Beck, Janina Deyng, Tatjana Weimann, Christoph GÜsgen,
Konstantinos Meletiadis, Heiko Trentzsch, Gerrit Matthes, Christoph Wölfel

Für die Sektion Notfallmedizin, Intensivmedizin und Schwerverletztenversorgung (NIS) der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)

Deine Herausforderung als Schockraum-Leader*in

- Prioritäten festlegen
- Überblick behalten
- Situationen vorausdenken
- Richtung angeben

Vieles lernt man aus Erfahrung, doch die Aneignung eines breiten chirurgischen Erfahrungsschatzes dauert lang!



Unser Service: 3x5 chirurgische Perlen für Deine Kitteltasche!

Neuro:



- Eine intrakranielle Blutung ist nicht die Ursache eines Volumenmangelschocks – aber eine vorhandene Hypotonie und Hypoxie verschlimmern die Konsequenzen des Schädel-Hirn-Traumas (Sekundärer Hirnschaden)
- Glasgow Coma Scale (GCS) und Pupillenreaktion sind dynamisch und können sich verändern – Verlaufskontrollen!
- Bis zum Beweis des Gegenteils ist bei Schwerverletzten von einer Verletzung der Halswirbelsäule auszugehen – eine Immobilisierung ist essenziell!

Thorax:



- Ein Spannungspneumothorax kann auch bei liegender Thoraxdrainage auftreten – und manchmal (ventral) ist dieser nicht im Röntgenbild zu sehen!
- Wenn eine Sternumfraktur vorliegt: Denke an thorakale Begleitverletzungen!
- Notfallthorakotomie nach penetrierendem Thoraxtrauma bei kreislaufstabilen Patienten im Operationsaal.

Viszeral:



- Die Stabilität des Patienten bestimmt unsere Strategie – eine persistierende Instabilität und der positive intraabdominelle Blutungsnachweis erfordern die Traumalaparotomie.
- Die schnelle Blutstillung und eine Kontaminationskontrolle sind unsere primären Ziele bei der Traumalaparotomie.
- Denke an interventionelle Blutstillung und nicht-operatives Management als mögliche Alternativen zur operativen Versorgung bei stabilisierbaren Patienten.

Gefäß:



- Ein großlumiger zentraler Zugang („trauma-line“) ist einem intraossären Zugang im Schockraum überlegen
- Wenn eine junktionale Verletzung vorliegt, die für ein Tourniquet zu weit proximal liegt: Tamponiere sie gezielt!
- REBOA („resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta“) ist wie eine Klemme auf der Aorta – es besteht der gleiche Zeitdruck!

Knochen:



- Ein gutsitzender Beckengurt (oder „trauma-sheet“) erspart die allermeisten Beckenfixateure.
- Achsgerechte Lagerung, Schienung und steriles Abdecken bei offenen Frakturen bis zur definitiven Versorgung reichen aus.
- Immer an Durchblutung, Antibiose, Kompartmentsyndrom und Tetanusprophylaxe denken.

Unabhängig von diesen „chirurgischen Perlen“ sind die **Kenntnis der eigenen Arbeitsumgebung** und **gute Teamarbeit mit den anderen Fachdisziplinen** das, was eine Schockraumversorgung erfolgreich macht. Damit stellt sich auch das gute Gefühl ein, im Team die bestmögliche Traumaversorgung abliefern zu können. **Viel Erfolg!**

