Patient:innenenetikette

**Rekanalisierende Therapie:**

Siehe Thrombolyseprotokoll

**Allgemeintherapie:**

Alle Patienten: i.v. Zugang, BZ-Schnelltest und Blutzuckertagesprofil am Folgetag, engmaschige RR-Kontrolle

Lagerung: Bei großem Gefäßverschluss in Akutphase flach lagern, ansonsten Oberkörper 30° hoch.

Hypoglykämie: Ausgleich durch höherprozentige Glucoselösung i.v.

Hyperglykämie: Ausgleich ab Werten von 180-200 mg/dL

Hypoxämie: Bei $O_2$ Sättigung < 95% $O_2$-Maske und Pulsoximetrie: Ziel $O_2$-Sättigung ≥95%

Hypertonie: RR Senkung in der Akutsituation generell erst ab Werten ≥ 220/110 (Mehrfachmessungen) z.B. mit Urapidil i.v. mit vorsichtiger Applikation und Vermeiden eines raschen RR Abfalls

Ausnahmen: Akuter Myokardinfarkt, Lungenödem, Aortendissektion, (Ein)-Blutung, Thrombolysepatienten (Ziel ≤ 185/110)

Langsame RR Senkung unter obige Grenzen ab 2-3. Tag Ausnahme: hämodynamisch relevante Gefäßverschlüsse (individuelle ärztliche Entscheidung)

Hypotonie: $RR_{syst}$ < 110-120: Kristalloide Lösung und evtl. Plasma-expander

Fieber: Konsequent antipyretische Therapie (z.B. Paracetamol) bei Temperatur > 37.5° C

Antibiotika: Großzügig und frühzeitig bei Aspirationsverdacht jedoch keine generelle Verabreichung von Antibiotika

Konsequente Therapie von kardialen und pulmonalen Begleit- und Folge-erkrankungen (Herzinsuffizienz, Frequenzkontrolle, MCI, ….) sowie Ausgleich Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt

**Operation:**

Entlastungskraniotomie bei malignen Mediainfarkten (Alter≤60a, frühzeitig jedenfalls innerhalb 48h, besonders bei Alter≤60a) und raumfordernden Kleinhirninfarkten (siehe Positionspapier)

**Vermeidung von Komplikationen und frühe Sekundärprävention:**

ASS:

- Beginn mit 200-300 mg innerhalb der ersten 24 Stunden Ausnahmen: hohes Einblutungsrisiko, möglicher maligner Verlauf mit Notwendigkeit zu OP, niederschwellig zusätzliche Gabe von PPI
- Bei ASS Unverträglichkeit Clopidogrel
- Gegebenenfalls Umstellung von ASS auf Clopidogrel nach Akutphase (siehe Positionspapier)

Duale Thrombozytenfunktionshemmung

bei high-risk TIA oder Minor Stroke (niedriges Blutungsrisiko) für 2 – 3 Wochen. Bei symptomatischer hochgradiger intrakranieller Gefäßstenose auch für bis zu 3 Monate. Nach akuter Stentversorgung nach Vorgabe der Neuroradiologie.

Heparin i.v. (Ziel PTT 2-3 fach):

Dies stellt einen individuellen Heilversuch dar und sollte nur bei Pathologien mit hohem Rezidivrisiko in Abwägung zum Blutungsrisiko eingesetzt werden. Zum Beispiel bei extraduraler Karotis- oder Vertebralisdissektion mit hochgradiger Gefäßpathologie, Hirn- und Sinusvenenthrombosen mit Stauungsblutung oder hoher Wahrscheinlichkeit einer notwendigen chirurgischen Intervention, nachgewiesenen frischen, umspülten Thromben, hochgradige symptomatische Stenosen extra- oder intrakranieller Gefäße mit rezidivierenden Ischämien. Ferner kann eine internistische Indikation für eine i.v. Heparinisierung bestehen – interdisziplinäre Entscheidung in Risiko-Nutzen-Abwägung.

LMWH:

Konsequente Thromboseprophylaxe, Beginn bei Aufnahme. Therapeutische Dosierungen von LMWH stellen in einigen Situationen ein gute Alternative zur i.v. Heparinisierung mit unfraktioniertem Heparin dar. Zum Beispiel bei Hirn- und Sinusvenenthrombosen ohne Stauungsblutung, Venöse Thrombosen. Bei internistischen Indikationen ist die Dosis in Risiko-Nutzen-Abwägung interdisziplinär festzulegen.

Orale Antikoagulation:

Die orale Antikoagulation ist beim akuten Schlaganfall zu pausieren. In Abhängigkeit von der Infarktgröße und dem zu vermutenden Einblutungsrisiko sollte möglichst früh wieder begonnen werden. Der Wiederbeginn einer oralen Antikoagulation nach einem Intrazerebralen Hämatom ist individuell nach Blutungsursache und Rezidivrisiko in Risiko-Nutzen-Abwägung festzulegen.

Statine:

Fortsetzung einer Statinprämedikation (sofern Schlucken möglich), Neubeginn einer Statinmedikation in der Akut- oder Postakutphase

Dysphagiescreening:

Obligat vor erster Nahrungsaufnahme – siehe Dysphagieprotokoll

Ernährung:

Bei Schluckunfähigkeit über Nasensonde, PEG generell nicht innerhalb der ersten 2 Wochen

Frühremobilisierung:

Innerhalb 24 h anzustreben – siehe Protokoll. Der Zeitpunkt der Mobilisation ist eine ärztliche Entscheidung.