Red Flags SAB

Folgende Symptome sind SAB-verdächtig:

- Erste Kopfschmerzattacke („habe ich sonst nie“)
- So intensiv noch nie erlebt („worst ever headache“)
- Erreichen des Schmerzpeaks < 5 Minuten
- Begleitende Nackensteife / Nackenschmerzen
- Nicht durch Migräne erklärbare Übelkeit/Erbrechen
- Vigilanzstörung (oft transient, u.a. initial Epi-Anfall)
- Neurologische Ausfälle
- Okuläre Einblutung (uni-oder bilateral: Glaskörper, kapillär, retinal oder präretinal) Terson-Syndrom; mit schlechterer Prognose verbunden

Notruf/Leitstelle

A-Indikation (Primär Notarzt- Alarmierung):

Kopfschmerz PLUS

+ (quantitative) Bewusstseinsstörung
+ (oder Schlaganfallsymptome APSS>4)

B1-Indikation (Primär Rettungsdienst ohne Notarzt):

Kopfschmerz OHNE Bewusstseinsstörung

<u>Nachforderung Notarzt:</u>

Vernichtungskopfschmerz (Schmerz VAS >7) <u>plus 1 Zusatzsymptom</u>:

+ Patient desorientiert (örtlich/zeitlich/situativ)
+ RR >180mmHg
+ Erbrechen, heftige Übelkeit
+ stattgehabter Epi-Anfall
+ Doppelbilder

Standard-Patientenversorgung durch Notarzt

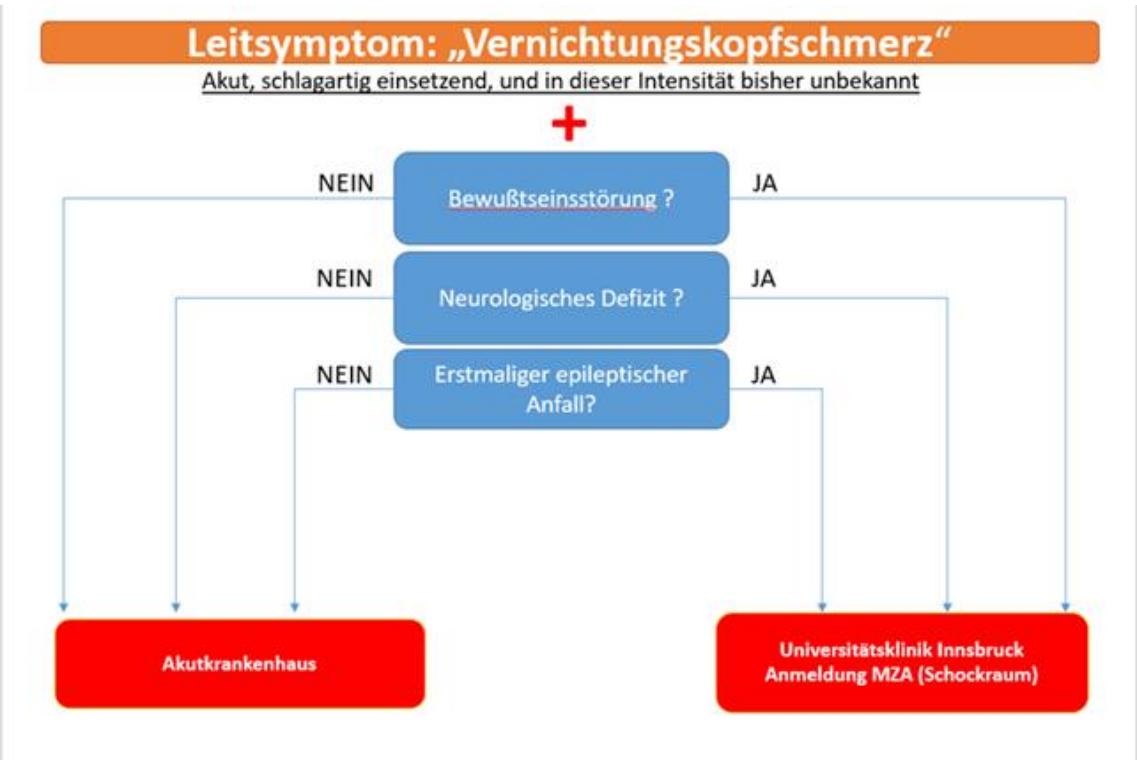
Maßnahmenempfehlung

- ✓ 1. Analgesie
- ✓ 2. Ziel RR syst. 120 -160 mmHg
- ✓ 30° Lagerung
- ✓ sPO2 über 94%
- ✓ keine Tranexamsäure!
- ✓ Intubation bzw. Narkose empfohlen ab GCS <9 (Cave Ziel RR)
- ✓ Erhebung GCS, Kontaktdaten von Angehörigen

SAB Patiententransfer

Die Akutversorgung von Patienten mit SAB erfolgt am Klinikum Innsbruck. Die klinische Vortestwahrscheinlichkeit für eine SAB ist abhängig von der Art des Kopfschmerzes und den begleitenden neurologischen Symptomen wie Bewusstseinsstörung, fokale Defizite oder Epileptischer-Anfall. Sie wird für die Zielklinik in der prähospitalen Phase herangezogen.

1



Vernichtungskopfschmerz: akuter, schlagartig einsetzender und in dieser Intensität bisher unbekannter „Vernichtungskopfschmerz“ (+ Übelkeit, Erbrechen)

2 **Akutkrankenhaus**: Akutkrankenhaus mit cCT und /oder MRT 24h/7Tage pro Woche

Anmeldung Klinik

Primär Transport: NEF oder NAH: Anmeldung für MZA Schockraum (vgl. ischämischer Schlaganfall)

- Argumente für MZA Schockraum: Falls NOT – OP (Herniation etc.) räumliche Nähe zum MZA – CT und NC – OP (MZA Gebäude)
- Stabilisierung (ZVK, Atemweg, Gerinnungs-& Hirndruckmanagement) im MZA Schockraum. Je nach klinischer Situation Einbindung von NCIV oder NEIV vom zuständigen MZA-Schockraum OA

Sekundär Transport:

1. Transport mit Notarztbegleitung

2. Interdisziplinäre Besprechung (Neurochirurgie, Neuroradiologie, Neurologie) NACH Ankunft des Patienten.