

Externer Austrittsbericht

1965

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen

Hiermit berichten wir über den Aufenthalt des obengenannten Patienten auf unserer Intensivstation vom 21.08.2021 bis 31.08.2021

Hauptdiagnosen:

Polytrauma mit führendem schwerem Schädelhirntrauma (ISS 26) am 21.08.2021

- Kollision als Mofafahrer mit PW, Zuweisung per Luftrettung (Rega)
- initialer GCS 6, keine Second-Hits

Kopf (AIS 4)

- Kontusionsblutungen links frontal
- Offene Fraktur Os frontale links

Gesicht (AIS 3)

- Frakturausläufer durch Sinus frontalis, Frontobasis, Os ethmoidale, Corpus sphenoidale bis zum Sulcus caroticus
- Leicht nach medial dislozierte Fraktur des Processus frontalis maxillae links. Komplexe Maxillafaktur rechts mit Frakturausläufer durch die anteriore Maxillawand, Os zygomaticum rechts, bis in den Orbitaboden
- Nichtdislozierte Nasenseptumfraktur
- Felsenbeinlängsfraktur rechts mit Ausläufer durch Pars tympanica, Canalis caroticus bis in den Sinus sphenoidalis rechts

Extremitäten (AIS 1)

- Abrasionen Ellbogen und Unterarm links

Diagnostik

- CT Schädel und HWS 21.08.2021: Paränychymale Blutung links frontal. Komplexe, partiell offene Schädelkalottenfraktur beidseits sowie Felsenbeinlängsfraktur rechts. Komplexe Gesichtsschädelfrakturen.
- CT-Polytrauma 21.08.2021: Infiltrate in beiden Unterlappen am ehesten bei Aspiration. Am ehesten ältere Deckplattenimpression BWK 8. Keine eindeutig frische Fraktur.
- EEG 25.08.2021: Herdbefund passend zur Blutung, keine epilepsietypischen Potentiale
- CT Schädel 27.08.2021: Regrediente Ödemzeichen. Abnehmendes Kontusionshämatom links

Zusammenfassung der Krankengeschichte:

Postoperative Übernahme des 55-jährigen kreislaufstabilen, intubierten [REDACTED] nach ICP-Einlage und Wundversorgung bei Polytrauma mit schwerem Schädelhirntrauma nach Mofa-Unfall am 21.08.2021.

Die initiale Zuweisung erfolgte durch die Rega in den Schockraum. Der Patient sei mit seinem Mofa unterwegs gewesen, als er von einem PWK mit ca. 80 km/h von links erfasst wurde. Durch den Aufprall ist sein Helm ca. 10 Meter weit weg geschleudert worden und ein vorbestehendes Glasaugen links sei ebenfalls nicht mehr in der Augenhöhle gewesen. Bei initialem GCS 6 erfolgte eine Schutzintubation. Im Schockraum wurde ein ABC-stabiler Patient übernommen. CT-graphisch zeigten sich eine parenchymale Blutung links frontal mit komplexer, partiell offener Schädelkalottenfraktur beidseits sowie Felsenbeinlängsfraktur rechts sowie komplexe Gesichtsschädelfrakturen, weshalb der Patient zur ICP-Sondeneinlage und Wundversorgung in den Operationssaal verlegt wurde.

Postoperativ übernahmen wir einen tief analgosedierten, intubierten und unter Noradrenalin kreislaufstabilen Patienten.

NEURO

Die Analgosedation erfolgte mit Midazolam, Disoprivan und Fentanyl. Die ICP-Sonde zeigte initial unter tiefer Analgosedation stabile Werte stets unter 10 mmHg. Nach insgesamt 72h tiefer Sedation mit stets stabilen ICP-Drücken erfolgte am 24.08.2021 der geplante langsame Aufwachversuch unter ICP-Monitoring. Bei initial frustriertem Aufwachversuch erfolgte ein EEG, welches passend zur intrazerebralen Verletzung einen Herdbefund zeigte. Hinweise für epileptische Potentiale ergaben sich jedoch keine. Im weiteren Verlauf zeigte der Patient zunehmend mehr Reaktionen und bewegte alle 4 Extremitäten. Bei zunehmender Unruhe wurde Quetiapin zur Nacht eingeführt, darunter war der Patient nachts gut führbar. Wir verlegten [REDACTED] wach, mobilisiert bis in den Stand mit der Physiotherapie, sich noch nicht verbal äussernd, jedoch kommt er Anforderungen nach.

Initial bestand ein Vasoaktiva-Bedarf zur Erzielung eines CPP > 60 mmHg. Nach Sedationsreduktion konnten die Katecholamine sukzessive ausgeschlichen und dann ganz gestoppt werden. Die Beatmung erfolgte im Intellivent-ASV-Modus mit fixiertem PEEP, die Oxygenation und Ventilation gestalteten sich problemlos. Am 29.08.2021 konnten wir nach erfolgreichem Weaning [REDACTED] extubieren, er zeigte anschliessend ein suffizientes Atemmuster mit Variomaske. Wir verlegten [REDACTED] mit 6 L Via Variomaske (FiO₂ 31 % entsprechend).

Laborchemisch fiel bei Eintritt eine Niereinsuffizienz auf, welche wir bei im Verlauf rascher Regredienz am ehesten als prärenal im Rahmen des Traumas interpretierten. Zum Erreichen einer ausgeglichenen Bilanz wurden vorübergehend Schleifendiuretika eingesetzt. Hinweise für eine Diabetes insipidus bestanden zu keinem Zeitpunkt. Die Elektrolyte wurden bedarfsweise substituiert. Wir verlegten den Patienten unter Kaliumsubstitution und ohne Diuretika in euolämeren Zustand. Der Patient wurde initial nüchtern gehalten. Im Verlauf erfolgte ein stufenweiser, kaloriendeckender, enteraler Kostaufbau über die nasogastrische Sonde. Unter ausgebauter laxativer Therapie konnte eine regelmässige Darmpassage erreicht werden. Der letzte Stuhlgang fand am 30.08.2021 statt.

Bei offener Schädelfraktur erfolgte eine prophylaktische antibiotische Therapie mit Amoxicillin/Clavulansäure. Es erfolgte die Auffrischung des Tetanusimpfschutzes sowie die Gabe einer Pneumokokkenimpfung. Aufgrund einer Felsenbeinfraktur mit Otorrhoe wurde eine mit Ciprofloxacin-getränkte Gaze in den rechten Gehörgang eingelegt. Bei im Verlauf febrilem Patienten und a.e. pulmonalen Fokus erfolgte nach mikrobiologischem Sampling die Eskalation der antibiotischen Therapie auf Piperacillin/Tazobactam vom 24.08.2021 - 29.08.2021. Ein Keimnachweis konnte nie erfolgen. Bei Austritt war der Patient ohne antibiotische Therapie afebril.

[REDACTED] erhielt bereits von der Rega eine Dosis Tranexamsäure, was bei persistierender Blutung enoral wiederholt wurde. Die initiale Thromboseprophylaxe erfolgte mittels pneumatischer Strümpfe. Im Verlauf konnte nach Zug der ICP-Sonde auf prophylaktisch dosiertes Niedermolekulares Heparin umgestellt werden.

Aufgrund multipler Gesichtsschädelfrakturen wurde die HNO sowie die MKG involviert. Es waren keine Interventionen notwendig, wobei die Beurteilung aufgrund der bisher fehlenden Kooperation noch nicht ganz abgeschlossen ist. **Beilage 5**

Wir verlegten [REDACTED] am 31.08.2021 in kardiopulmonal stabilem Zustand, wach, mobilisiert bis in den Stand, mit suffizienter Spontandurese, teilernährt via Magensonde und ohne Infektionshinweise aufgrund eines Kapazitätsengpasses bis zur beantragten Rehabilitation auf die [REDACTED]

Wir bedanken uns herzlich für die prompte und unkomplizierte Übernahme ihrerseits.

Procedere bei IPS-Austritt:

- Lagerung mit Oberkörper 30° hoch
- bezgl. Gesichtsschädel-Fraktur sollte eine erneute Beurteilung durch einen Hals-Nasen-Ohrenarzt erfolgen sobald der Patient bezüglich klinischer Untersuchung kooperativ ist
- Felsenbein rechts: Ohr rechts steril abdecken
- Neurorehabilitation angemeldet (27.08.2021, [REDACTED] gegebenenfalls beim [REDACTED] nachfragen wie weit die Kostengutsprache ist
- Logopädie empfohlen, bisher ist keine perorale Nahrungsaufnahme erfolgt
- Ergotherapie und Physiotherapie zur Verbesserung der motorischen Funktion empfohlen, bisher Mobilisiert bis in den Stand.
- Klammer/Fadenentfernung 14 Tage Postoperativ empfohlen
- Sondennahrung mit Fresubin 2 kcal HP Fibre 44 ml/h, bisher noch nicht kaloriendeckend. Wir bitten um eine weitere Steigerung der Nahrungszufuhr oder gegebenenfalls falls neurologisch möglich bald ein peroraler Kostaufbau
- Ehefrau am 31.08.2021 über Verlegung telefonisch informiert (ist selber im Rollstuhl, Besuchsmöglichkeit eingeschränkt)
- Kontaktpersonen Ehefrau [REDACTED]

Therapie bei IPS-Austritt:

Wirkstoff	(Produktname) ®	Galenie	Appl.weg	Mo	Mi	Ab	Na	Bemerkung
Amlodipin	Amlodipin 10mg	Tbl.	p.s.	1	0	0	0	
Perindopril	Perindopril 4mg	Tbl.	p.s.	1	0	1	0	
Kaliumchlorid	Kaliumchlorid 20mmol	Sirup	p.s.	20	20	20	20	
Quetiapin	Quetiapin 25mg	Tbl.	p.s.	0	0	0	1	
Nadroparin	Praxiparine	Lsg.	s.c.	0	0	0	0.3	

In der Hoffnung, Ihnen mit diesen Angaben zu dienen, verbleiben wir mit freundlichen Grüßen

Vis: Dr. med. [REDACTED]

(elektronisches Visum)

Dr. med. [REDACTED]

(elektronisches Visum)