



1. Ziel und Zweck

Diese SAA soll bei allen Patienten, die sich im zuständigen Rettungsdienstbereich mit der Symptomatik einer hypertensiven Entgleisung an den Rettungsdienst wenden, ein standardisiertes sowie leitlinienkonformes Vorgehen gewährleisten.

Wesentliche Eckpunkte sind:

- Erkennen der Symptome und Erhebung der Anamnese einer hypertensiven Entgleisung
- Vermeidung von Organschäden durch frühzeitige adäquate Blutdrucksenkung
- Anmeldung in der geeigneten Zielklinik
- Sicherer Transport

2. Geltungs- und Verantwortungsbereich

Patienten:

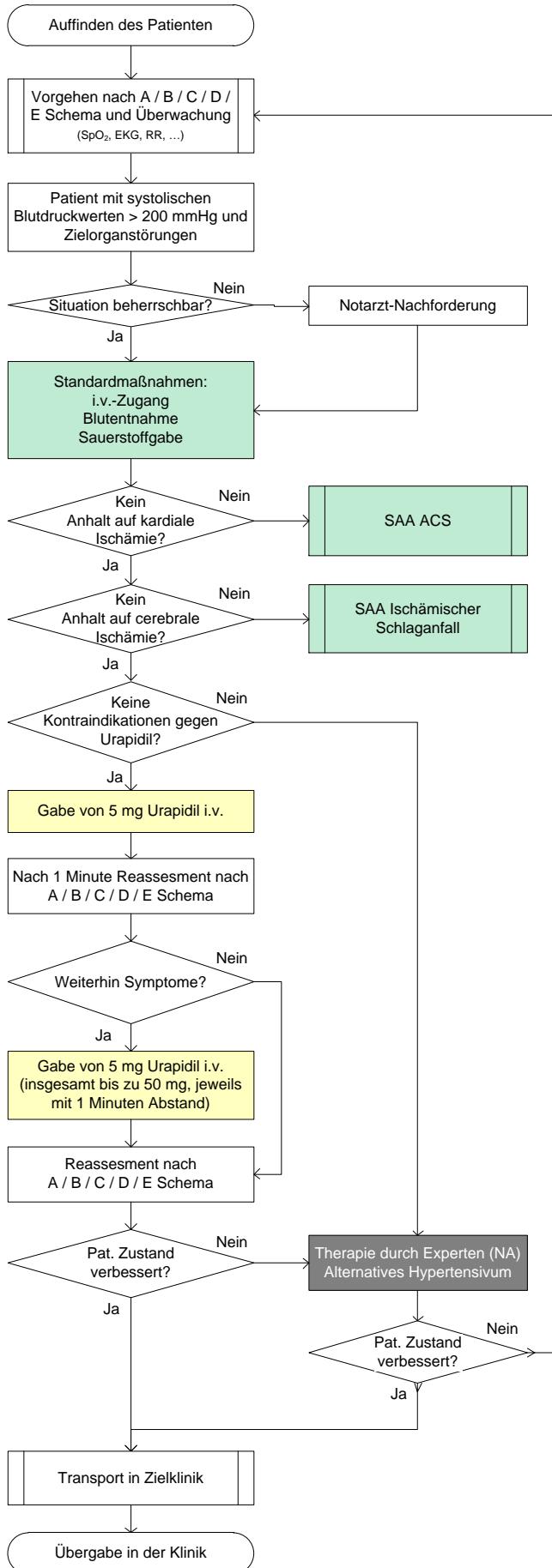
Alle Patienten mit typischen Symptomen einer hypertensiven Entgleisung

3. Beschreibung

Identifizierung des Krankheitsbildes

Vorgehen nach dem A / B / C / D / E Schema zur Identifizierung lebensbedrohlicher Zustände, die einer Sofortintervention bedürfen. Nach Abschluss der A / B / C / D / E Untersuchung: Festlegen von möglichen Verdachtsdiagnosen. Bei allen Patienten, mit exzessiv hohen Blutdruckwerten und zusätzlichen Symptomen einer hypertensiven Entgleisung ohne Anhalt auf eine kardiale Ischämie, soll diese SAA Anwendung finden.

3.2 SAA



Datum:	Ersteller:	Version:	Seite
12/2017	Dr. C. Rose - ÄLRD	1.3	2



3.3 Hinweise/Kommentare zur SAA

Zielorganstörungen

Diese SOP soll dann zum Tragen kommen, wenn ein Patient nicht nur eine hypertone Blutdruckentgleisung, sondern auch Symptome durch diese exzessiv hohen Blutdruckwerte präsentiert. Erst die Symptome der hypertensiven Entgleisung machen diese zu einer Notfallsituation, in der kein zeitlicher Aufschub der Therapie geduldet werden kann. Die Symptome einer hypertensiven Krise können vielfältig sein. Typischerweise treten folgende Veränderungen auf: Als visuelle Phänomene kommen Schirren, Schlieren vor den Augen oder „Schwarz sehen“ vor, Klingeln oder andere abnorme Geräusche repräsentieren die akustischen Ausprägungen. Palpitationen vor dem Herzen oder isolierte pectanginöse Beschwerden, ohne weiteren Anhalt auf eine kardiale Ischämie, sind weitere Ausprägungen der Symptome.

Situation beherrschbar:

Sollte es zu irgendeinem Zeitpunkt Unklarheiten, Unsicherheiten, Risiken oder Bedenken geben oder eine vitale Bedrohung vorliegen oder entstehen, so ist umgehend ein Notarzt hinzu zu ziehen. Die Frage nach der Beherrschbarkeit der Situation sollte durchgehend gestellt werden – mindestens aber bei jeder Untersuchung nach A / B / C / D / E Schema.

Urapidil Applikation (50 mg / 10 ml)

Die geltenden Fachinformationen des Herstellers sind zu beachten. Die medikamentöse Therapie der hypertensiven Entgleisung sollte so gewählt werden, dass eine langsame und gut steuerbare Blutdruckregulation möglich ist und der Blutdruck maximal 20 % von den Ausgangswerten langsam gesenkt wird. Das für diese Notfallsituation am geeignetsten wirkende Medikament ist Urapidil, da es bei allen Formen der hypertensiven Entgleisung sicher angewandt werden kann. Eine Initialdosis von 5 mg Urapidil wird bei normalgewichtigen Patienten als sicher angesehen. Die Repetitionsdosen sollten in 5 mg Schritten jede Minute erfolgen, bis die Symptome nachlassen bzw. der Blutdruck um maximal 20% gesenkt wurde. Bei korrekter Indikationsstellung gibt es, außer der bekannten Überempfindlichkeit und der bekannten Allergie, keine Kontraindikationen zu der Urapidilgabe in diesem Notfallkontext. Die korrekte Indikation im Rahmen dieser SAA ist die Urapidilgabe bei einem nicht kreislaufinstabilen Patienten, mit den vorgegebenen hypertonen Blutdruckwerten.

Sollte ein Patient auf die Applikation des Antihypertonikums mit einem zu starken Blutdruckabfall reagieren, so muss umgehend die Applikation beendet und ein kurzfristiger Flüssigkeitsbolus (300-500 ml kristalline Infusion) initiiert werden.

3.4 Fälle, in denen begründet von der VA abgewichen werden kann.

Nichtärztliches Personal: Bei nicht Vorliegen einer vitalen Bedrohung, wie sie am Anfang in dieser SAA beschrieben ist, kann eine Modifikation

Datum:	Ersteller:	Version:	Seite
12/2017	Dr. C. Rose - ÄLRD	1.3	3



(z.B. Dosisreduktion) oder das Ausbleiben von einzelnen (invasiven) Maßnahmen im Rahmen der jeweils gültigen Leitlinien sinnvoll sein.

Notärzte: Nach Ermessen im Rahmen der Therapiefreiheit

3.5 Dokumentation

Das Rettungsdienstpersonal oder die Notärztin/der Notarzt hat alle Maßnahmen oder die Auffindesituation auf dem Einsatzprotokoll zu dokumentieren. Es wird, wenn invasive Maßnahmen durch den Notfallsanitäter durchgeführt werden, automatisch eine Kopie des Protokolls an den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst zur Qualitätssicherung weiter geleitet. Sollten unerwünschte Wirkungen oder Zwischenfälle auftreten so sind diese ebenso zu dokumentieren und gesondert dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst mitzuteilen.

4. Eingesetzte Ressourcen

Personal:

Notfallsanitäter
Notärzte

5. Messung und Überwachung

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst
QM Beauftragte

6. Mitgeltende Unterlagen / zugrunde liegende Evidenz

- Blumenfeld JD, Laragh JH. *Management of Hypertensive Crises: The Scientific Basis for Treatment Decisions. Review.* AJH 2001;14:1154-1167 PMID 11724216
http://books.google.com/books?id=1_iuG6Y01FoC&pg=PA82&lpg=PA82&dq=hypertensive+entgleisung+definition&source=bl&ots=18LA7muUmF&sig=TYAXH753XTi05Q6Goc6fn98zmqQ&hl=de&ei=FMw_StmBL8ma_Qah9NydAw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=6
http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_d/2005/2005-12/2005-12-350.PDF
- Gerd Herold et al. : *Innere Medizin*, Köln, 2009 S. 293
- Medikamentöse Behandlung hypertensiver Krisen. Schweiz Med Forum 2005;5:317–321
- Fachinformationen Urapidil (Urapidil 50 mg / 10 ml)