



1. Ziel und Zweck

Diese SAA soll bei allen Patienten, die sich im zuständigen Rettungsdienstbereich mit einer vital relevanten Tachykardie an den Rettungsdienst wenden, ein standardisiertes sowie leitlinienkonformes Vorgehen gewährleisten.

Wesentliche Eckpunkte sind:

- Erkennen eines instabilen Patienten mit einer Tachykardie
- Frühzeitige, Leitlinien orientierte medikamentöse und elektrische Therapie
- Sicherer Transport des Patienten in ein geeignetes Krankenhaus

2. Geltungs- und Verantwortungsbereich

Patienten:

Alle Patienten, die sich mit einer vitalen Bedrohung aufgrund oder in Kombination mit einer Tachykardie präsentieren.

3. Beschreibung

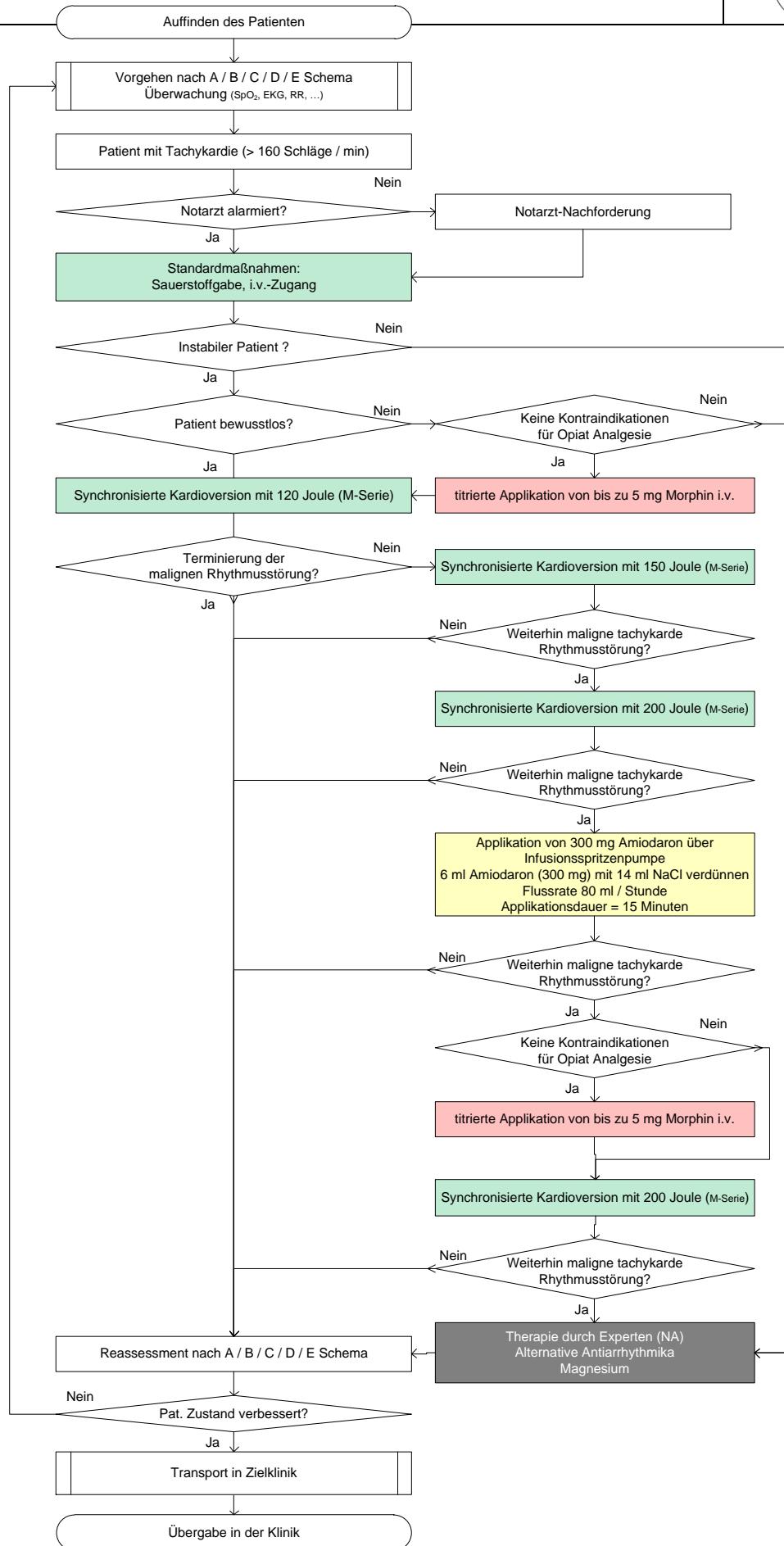
Identifizierung des Krankheitsbildes

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 vital bedrohten Patienten, mit einer Tachykardie, soll diese SAA Anwendung finden.

Datum:	Ersteller:	Version:	Seite
12/2017	Dr. C. Rose - ÄLRD	1.3	1

SAA Tachykardie

3.2 SAA



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



3.3 Hinweise/Kommentare zur SAA

Instabiler Patient:

Der Patient mit einer Tachykardie ohne vital bedrohliche Symptome gilt als stabil. Deutliche Symptome eines instabilen Patienten sind:

- Schock
- Synkope
- Myokardiale Ischämie
- Herzinsuffizienz

Synchronisierte Kardioversion:

Bei einem instabilen Patienten gilt die elektrische Therapie als Mittel der 1. Wahl. Die synchronisierte Kardioversion soll laut Leitlinie mit einer Startenergie von 100 – 150 Joule (biphasisch) mit steigenden Energien erfolgen. Im Rahmen dieser SAA werden die Energiestufen auf 120 Joule, 150 Joule und bei der dritten, synchronisierten Kardioversion auf 200 Joule festgelegt.

Je nach Defibrillator/EKG Einheit ist vor **JEDER** Kardioversion die Funktion „synchronisiert“ zu aktivieren. Nähere Informationen zu der Bedienung sind der Anleitung des Defibrillator Herstellers zu entnehmen.

Amiodaron Applikation (150 mg / 3 ml)

Die geltenden Fachinformationen des Herstellers sind zu beachten. Im Rahmen der Therapie der malignen Tachykardie empfiehlt das ERC, dass 300 mg Amiodaron i.v. oder i.o. nach der dritten Kardioversion appliziert werden sollen. Entgegen der Fachinformation kann Amiodaron auch mit NaCl verdünnt werden (siehe mitgeltende Unterlagen). Aufgrund des unerwünschten Wirkungsspektrums soll die Applikation der 300 mg über eine Dauer von 15 Minuten erfolgen. Der sicherste Weg, diese Zeit korrekt einzuhalten, ist die Applikation über eine Infusionsspritzenpumpe. Dafür sollte ein zweiter, peripher venöser Zugang gelegt werden, um über diesen ausschließlich das Amiodaron zu applizieren. Eine sinnvolle Verdünnung stellt die Verdünnung der 6 ml Amiodaron mit 14 ml NaCl zu einer Gesamtlösung von 20 ml in einer Perfusorspritze dar. Diese komplette Lösung wird über 15 Minuten appliziert, indem die Applikationsrate auf 80 ml/h gestellt wird.

Analgesie mit Morphin (MSI 10 mg / 10 ml)

Die geltenden Fachinformationen des Herstellers und das Betäubungsmittelgesetz sind zu beachten. Eine Ampulle MSI soll mit 9 ml NaCl verdünnt in einer 10 ml Spritze aufgezogen werden. Die Dosierung soll an die Situation und den Patienten angepasst erfolgen. Es sollen zwei titrierte (1 mg Schritte) Einzelgaben von je bis zu 5 mg Morphin erfolgen. Die Zeit zwischen der ersten und der zweiten Applikation muss mindestens 10 Minuten betragen. Vor

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



der zweiten Gabe muss die Indikation erneut sehr gewissenhaft geprüft werden. Bei korrekter Indikationsstellung gibt es, außer der bekannten Überempfindlichkeit und der bekannten Allergie, keine Kontraindikationen zu der Morphingabe im diesem Notfallkontext. Die einzige korrekte Indikation im Rahmen dieser SAA ist die Morphingabe bei einem wachen (GCS >13), unter Schrittmachertherapie stabilen (sich stabilisierenden), alle Schutzreflexe präsentierenden, Patienten zur Analgesie.

Sollten nach oder während der Applikation von Morphin unerwünschte Wirkungen mit vitaler Bedrohung (Ateminsuffizienz, zunehmende Bewusstseinsveränderungen mit Eintrübung oder Einschränkung der Schutzreflexe) auftreten, so ist umgehend zu prüfen, ob die „SAA Opiatintoxikation“ anzuwenden ist und es müssen sofort geeignete Maßnahmen zur Abwendung von zusätzlichen lebensbedrohenden Gefahren eingeleitet werden.

Der nicht dem Patienten applizierte Rest der hergestellten verdünnten Morphinlösung soll dem weiterbehandelnden Arzt übergeben oder nach dem Transport vernichtet werden. Diese Übergabe oder die Vernichtung der restlichen Lösung ist mit Nennung von Zeugen auf dem Rettungsdienstprotokoll zu dokumentieren. Die Dokumentation des MSI Verbrauchs soll in dem BTM Buch erfolgen und umgehend der Ärztliche Leiter Rettungsdienst informiert 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 (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

4.1.1 Personal:

Notfallsanitäter
Notärzte

Datum:	Ersteller:	Version:	Seite
12/2017	Dr. C. Rose - ÄLRD	1.3	4



5. Messung und Überwachung

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst
QM Beauftragte

6. Mitgelieferte Unterlagen / zugrunde liegende Evidenz

Sektion 4 der Leitlinien zur Reanimation 2010 des European Resuscitation Council
Seite 590-594
Fachinformationen Amiodaron (Cordarex 150 mg / 3 ml)
Fachinformationen Morphinsulfat (MSI 10 mg / 1 ml)
Stellungnahme Amiodaron in NaCl
Bedienungsanleitung Zoll M-Serie

Datum:	Ersteller:	Version:	Seite
12/2017	Dr. C. Rose - ÄLRD	1.3	5