

SHG-Schlafapnoe -Hamburg

Hinweise zur Narkoseführung beim Schlafapnoe -Syndrom

von der Anästhesiologie und Intensivmedizin des Universitätsklinikums Essen,
durch PD Dr. M Günnicker und Prof. Dr. J. Peters:

Um das Risiko durch eine Narkose bei einem Patienten mit Schlafapnoe-Syndrom so gering wie möglich zu halten, sollten folgende Punkte beachtet werden:

1. Praemedikation

Sedativs und Opiate bewirken bei Patienten mit Schlafapnoe-Syndrom:

- a. eine stärkere Reduktion des Tonus der Pharynxmuskulatur als der Sklettmuskulatur
- b. eine Dämpfung der neuronalen Antwort auf Hypoxaemie (Sauerstoffmangel), Hyperkapnie (erhöhter CO₂-Gehalt) und Atemwegsverlegung
- c. eine Dämpfung der ventilatorischen Antwort auf Hypoxaemie und Hyperkapnie.

Sie können also das Auftreten apnoischer Phasen induzieren. Deshalb sollten Patienten mit Schlafapnoe-Syndrom grundsätzlich erst im Operationssaal praemediziert werden, falls dieses überhaupt nötig ist. Nach erfolgter Praemedikation sollte eine Kontrolle der respiratorischen Situation mit Hilfe eines Pulsoximeters erfolgen.

2. Durchführung der Narkose

Grundsätzlich gilt bei Patienten mit Schlafapnoe-Syndrom wie bei allen anderen Patienten auch, dass das Narkoseverfahren Anwendung finden sollte, welches von dem verantwortlichen Anästhesisten am besten beherrscht wird. Wegen der aber durch Sedativ, Opioiden und letztlich auch Inhalationsanästhetika bedingten Zunahme respiratorischer Pausen, insbesondere auch in der postoperativen Phase bei Überhang dieser Medikamente, sollten allerdings Regionalanästhesien für Eingriffe im Bereich der oberen und unteren Extremitäten sowie am Unterhauch bevorzugt werden. Gemeint sind damit Plexusanästhesien, Spinal- und Periduralanästhesien. Eine zusätzliche Sedierung des Patienten sollte bei vorhandener Analgesie vorsichtig und nur unter kontinuierlicher Kontrolle der Sauerstoffsättigung mit der Pulsoximetrie erfolgen.

Ist die Durchführung einer Vollnarkose unerlässlich, sind dabei folgende Punkte zu beachten:

- a. Da bei Patienten mit Schlafapnoe-Syndrom häufig Anomalien der oberen Atemwege anzutreffen sind (Hypertrophie des Pharynx und der Zunge, muß mit dem Auftreten von Intubationsschwierigkeiten bei der normalen oralen oder auch nasalen endotrachealen Intubation gerechnet werden. Die Bereitstellung eines Fiberoptikbronchoskops als Intubationshilfe bei Versagen der laryngoskopischen Intubationsmethoden scheint daher unerlässlich. Zur Klärung des anatomischen Befundes sollte präoperativ eine Kehlkopfspiegelung durch einen HNO-Arzt vorgenommen werden.

Die gesundheitliche Gefährdung durch das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom

- b. Wegen der starken Reizwirkung von Inhalationsanaesthetika auf die oberen Atemwege sollte die Einleitung der Vollnarkose intravenös und nicht mittels Gasanwendung erfolgen. Nach erfolgreicher Einleitung und Fortführung der Narkose unter künstlicher Beatmung mittels Anwendung von Muskelrelaxantien besteht für den Schlafapnoe-Patienten in dieser Phase keinerlei Gefährdung, weil die Beatmung künstlich durchgeführt wird und eine Eigenatmung mit Eintritt von apnoischen Pausen unterbleibt.

SHG-Schlafapnoe -Hamburg

3. Beendigung der Narkose

Nach Beendigung der Narkose ist der Patient bei auftretenden Apnoen gefährdet durch die Induktion hypertensiver Krisen, Rhythmusstörungen oder gar eines Mykardinfarktes. Es sollte deshalb unerlässlich sein, einen Patienten mit Schlafapnoe-Syndrom auch bei kleineren Eingriffen für mehrere Stunden postoperativ in einem Aufwachraum oder einer Intensivstation zu überwachen. Hier sind regelmäßige Kontrollen durch Anwendung des Pulsoximeters möglich. Zur Vermeidung hypertensiver Krisen dient eine kontinuierliche Blutdrucküberwachung, zur Vermeidung oder Entdeckung von Arrhythmien oder gar Induktion eines Infarktes eine kontinuierliche EKG-Monitor-Überwachung.

Auf der Intensivstation, im Aufwachraum und erst recht auf der Normalstation sollte der Patient mit Schlafapnoe-Syndrom so früh wie möglich seine CPAP-Masken-Therapie wieder beginnen können.

Wir empfehlen bei der Betreuung unmittelbar postoperativ auf einer Normalstation den Einsatz von Sitzwächtern für die ersten 24 postoperativen Stunden.

Prof. Dr. med. J. Peters Direktor der
Abteilung für Anästhesiologie und
Intensivmedizin

PD Dr. med. M. Günnicker Oberarzt
der Abteilung für Anästhesiologie
und Intensivmedizin

Beschafft von der SH in Essen Essen, den
13.6.96115. März 2001

Vortrag von Dr. G. May - Johanniter Khs. OB - am 20.2.01

Extrakt:

1. Empfehlung ist es, sich eine Kopie der Ausgangsdiagnose zur Schlafapnoe im Schlaflabor geben zu lassen, bereitzuhalten und diese dem Anästhesisten z.B. als Kopie zu übergeben.
2. nCPAP-Gerät unbedingt mit in die Klinik nehmen.
3. Medizinisches Personal, auch Anästhesisten auf die - von Medizinern empfohlene - Notwendigkeit der Gerätenutzung in der Aufwachphase hinweisen.
4. Ein kundiger Anästhesist wird erst im Aufwachraum extubieren, d.h. den Tubus erst dann entfernen, wenn der Patient bei Bewußtsein ist und die nötigen Instrumente zum Offenhalten der Atemwege sicherheitshalber bereitliegen.
5. Der Patient wird auch nach der operativen Phase auf ausreichende Sättigung mit Sauerstoff - SaO₂ - überwacht.

Mit einem besonderen Gespräch mit Anästhesisten müssen übergewichtige Personen rechnen, da in der Phase vor der Operation Probleme bei der Einführung des Tubus in Rachen und Schlund entstehen können.

Als Selbsthilfe empfehlen wir in das Formular, das zum Unterschreiben vorgelegt wird, den Zusatz einzufügen „Anästhesist wurde über meine Schlafapnoe informiert und eine Verhaltensempfehlung von anderen Medizinern übergeben“. Da das unterschriebene Formular einen Vertrag darstellt, der die behandelnden Mediziner schützen soll, kann auch dieser Passus hilfreich sein, der den Patienten schützt.