

Narkoseeinleitung

Monitoring (Mindestanforderung): SpO₂, RR, EKG, etCO₂ i.v.-Zugang und Infusion (kristalloide Lösung) funktionierende Absaugung s. auch vorbereitende Maßnahmen zur Atemwegssicherung				
	<u>Larynxmaske</u>	<u>Intubation</u>		<u>Blitz-Intubation</u>
A	Präoxygenierung/Denitrogenisierung Gesichtsmaske (GM) dicht aufsetzen 100% O ₂ hoher Flow (6-8 Liter/min) 3-5 min			
B	Opiat	Opiat		Hypnotikum
C	Hypnotikum	Hypnotikum		Relaxanz → Succinylcholin: 1mg/kg → Rocuronium (Esmeron®) 0,9-1,5mg/kg
D	Einlage der Larynxmaske und Beatmung testen (Zwischenbeatmung nicht zwingend erforderlich, da keine Relaxierung notwendig)	Test der GM-Beatmung		Intubation
		möglich	nicht möglich	
		nicht-depolarisierendes Relaxanz ↓	→ Kopfposition? → Guedel-Tubus? → 2. Helfer? → Larynxmaske?	
E		Intubation	s. auch Kapitel Atemwegsmanagement	Opiat, Relaxierung mit nicht-depol. MR (in Abhängigkeit vom Eingriff)

Vorbereitende Maßnahmen zur Atemwegssicherung
Monitoring mit SpO ₂ , RR, EKG
überprüfter und funktionierender i.v.-Zugang
vorbereitetes Spritzenset mit Narkose- und Notfallmedikamenten
Absaugpumpe mit großlumigem Absaugkatheter
Beatmungsmasken (bei Erwachsenen Größe 3 und 4)
Laryngoskop mit überprüfter Lichtquelle, Spatel 3 und 4
Endotrachealtubus mit Führungsstab
Blockerspritze
Magillzange
Fixiermaterial
Beatmungsbeutel mit Demandventil oder O ₂ -Reservoir
Kapnometrie zur Lageverifikation
Stethoskop zur auskultatorischen Lagekontrolle
Beatmungsgerät
Hilfsmittel zur alternativen Atemwegssicherung, siehe auch SOP „difficult airway“

Zusatz Blitz-Intubation

Synonyme: **Ileus-Einleitung, rapid sequence induction (RSI)**

Anwendung: **Patienten mit (erhöhtem) Aspirationsrisiko**

- nicht nüchterne sowie alle aspirationsgefährdeten Patienten
 - Notfallpatient
 - Patient im Schock
 - schwangere Patienten nach der 12. SSW
 - Aszites (ausgeprägt), Refluxkrankheit, Pylorusstenose

- **Ileus**
- retroperitoneale Prozesse

Ziel:

Minimierung des Aspirationsrisikos

- entsprechende Vorbereitung (s.o.), insbesondere **laufende Absaugung** mit **großlumigem Katheter** griffbereit
- **Magensonde**
 - grundsätzlich indiziert bei aspirationsgefährdeten Patienten (zur gastralen Entlastung)
 - unmittelbar vor Einleitung absaugen und dann entfernen, da eine Magensonde als Leitschiene für Mageninhalt (Regurgitat/Erbrochenes) fungiert und somit das Aspirationsrisiko steigern kann (Lehrbuchdarstellung; in der Praxis oft abweichendes Vorgehen, s. u.)
 - nach erfolgter Intubation Neuanlage
 - CAVE:** - die Anlage/das Entfernen einer Magensonde kann Würgereflexe und Erbrechen auslösen
 - Lagekontrolle obligat!
- Lagerung des Patienten: **unterschiedliche Meinungen**
 - **Trendelenburg-Lagerung**
 - Kopf nimmt durch Schrägstellung der Unterlage (ca. 45°) die tiefste Position des Körpers ein
 - Hintergrund: bei Regurgitation läuft Mageninhalt eher aus dem Mund heraus, statt in die Trachea
 - **CAVE:**
 - für Patienten deutlich unbequemer
 - evtl. Begünstigung von Regurgitation/Erbrechen
 - unbequemere und damit erschwerte Bedingungen für den Intubierenden
 - **Anti-Trendelenburg-Lagerung**
 - Kopf nimmt durch Schrägstellung der Unterlage (ca. 45°) die höchste Position des Körpers ein
 - Hintergrund: Regurgitation wird durch Entgegenwirken der Schwerkraft erschwert
 - **meistverwendete Technik**
- im Vgl. zur Standard-Einleitung wird vor der Intubation auf Opiate verzichtet (Opiate haben auch eine sedierende Wirkung und können eine Verminderung von Schutzreflexen bewirken)
- Verwendung von **Succinylcholin** bzw. **Rocuronium/Esmeron** (letzteres in erhöhter Dosierung, da sich dadurch die Anschlagszeit verkürzt)

Hintergrund: durch die kurze Anschlagszeit (30-60sec) entfällt eine Zwischenbeatmung mit der Gesichtsmaske (diese kann durch eine evtl. Luftinsufflation in den Magen Regurgitation/Erbrechen fördern)