

Am eigenem Leib erlebt: Narkose eines Schlafapnoepatienten.

Nachdem ich mich in den letzten Jahren intensiv mit dem „perioperativen Management Schlafapnoe“ (Versorgung des Schlafapnoepatienten im Zusammenhang mit Operationen) beschäftigt habe, hatte ich nun das „zweifelhafte Vergnügen“ selbst operiert werden zu müssen.

Ein operativer Eingriff im Bauchraum stand an. In der Anästhesiesprechstunde, wurde das von mir favorisierte Vorgehen: Verzicht auf Prämedikation (Beruhigungstablette vor der Operation), „TIVA“ (Totale Intravenöse Narkose, eine besonders für Schlafapnoepatienten geeignete Narkoseform), rückenmarksnahe Schmerztherapie⁽¹⁾ sowie die Überwachung für 24 Std. auf der operativen Intensivstation abgesprochen.

Da bei großen Operationen, wie auch in meinem Fall, mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden muss, dass nach Beendigung der Narkose CPAP in Verbindung mit Sauerstoffgabe erforderlich wird, musste dies bei der Vorbereitung auf die OP berücksichtigt werden. Das hierfür erforderliche optional beim Leistungserbringer erhältliche CPAP-Zubehör⁽²⁾ habe ich zur stationären Behandlung mitgebracht. Die klinische „Notlösung“ Sauerstoffsonden- oder Brillen unter dem Maskenwulst hindurchzuschieben und die hierdurch entstehende Leckage durch ein festes Anziehen der Maskenbebänderung beseitigen führt unter anderen zu Druckstellen auf der Nase. Die Druckstellen können nach der Verlegung auf die Normalstation die dringend benötigte CPAP-Therapie erschweren.

Unmittelbar nach der Narkose bin ich bereits beim Umlagern zum Verlegen auf die operative Intensivstation aufgewacht und zunächst wach geblieben. Den benötigten Sauerstoff bekam ich zunächst über eine Nasensonde. Am Abend wurde dann die CPAP-Therapie in Verbindung mit Sauerstoff begonnen. Die Dosierung der Schmerzmedikamente konnte ich mittels einer von mir bedienbaren Spritzenpumpe niedrig halten. Nach 24 Stunden wurde ich (mit Spritzenpumpe) auf die normale Pflegestation verlegt.

Um die Auswirkungen der Narkose auf die CPAP-Therapie festzustellen, ließ ich den Speicher meines Atemtherapiegerätes (CPAP-Modus Druck 8,5 hP) auslesen.

Ergebnis: Trotz „Tiva“ war der erwartete Anstieg des AHI, sowie der Länge der Apnoen in der Nacht nach der OP sowie am sechsten Tag nach der OP (möglicher Rem-Rebound) selbst unter meiner Gerätetherapie zu verzeichnen. Eine Langzeitauslesung des Speichers über 365 Tage zeigte das ein erhöhter AHI sowie verlängerte Apnoephasen nur in der ersten Woche nach der OP auftraten. Der ausgelesene AHI Anstieg ist ein Durchschnittswert über die gesamte Schlafzeit. Schaut man sich kürzere Zeiträume in der postoperativen Nacht an, ergibt sich ein weitaus problematischeres Bild. Um nachzuweisen, dass operative Eingriffe Auswirkungen auf die Schlafapnoe-Therapie haben und eine Berücksichtigung bei der Behandlung haben sollten, wäre eine Untersuchung mit einem größerem Patientenkollektiv notwendig.

Resumee:

Ohne Atemtherapiegerät und ohne die Möglichkeit der Sauerstoffgabe hätte sich mein persönliches Operationsrisiko erheblich erhöht

Wir können den Patienten nur raten: Nehmen Sie Ihr Atemtherapiegerät mit ins Krankenhaus.

Stellen Sie sicher, dass es auch eingesetzt wird. Nehmen Sie die Gebrauchsanweisungen Ihres Atemtherapiegerätes, Atemmaske, Befeuchter mit in die Klinik. So können sich die Pflegenden über den Umgang mit Sauerstoff in Kombination mit Ihrem Atemtherapiegerät vertraut machen.

Da Sie nicht davon ausgehen können, dass Sauerstoffsicherheitsventil und Sauerstoffadapter im Krankenhaus vorhanden sind, sollten Sie sich das Zubehör von Ihren Leistungserbringern beschaffen. Weinmanngeräte erfordern (meines Wissens) ein elektrisches Sauerstoffsicherheitsventil.

Reinhard Wagner Vorsitzender des Arbeitskreises Schlafapnoe Niedersächsischer Selbsthilfegruppen e.V.

⁽¹⁾ Bei dieser Art der Schmerztherapie wird ein Katheter in den Rückenmarkskanal (PDA) eingeführt. Der Vorteil dieser Art der Schmerztherapie liegt einerseits in der kontinuierlichen Verabreichung des Schmerzmedikamentes über eine Dosierpumpe, und zum Anderen die Möglichkeit in der individuellen Betätigung dieser Pumpe bei plötzlich auftretenden Schmerzen.

⁽²⁾ Sicherheitsvorschriften für den Betrieb von Schlafapnoe-Atemtherapiegeräten (z.B. CPAP) und Sauerstoff:

Sauerstoffsicherheitsventil linkes Bild

Sauerstoffadapter rechtes Bild

Homecare-Therapiegeräte, welche in Zusammenhang mit einer ergänzenden Sauerstofftherapie eingesetzt werden, erfordern eine besondere Aufmerksamkeit durch den Anwender, um einen sicheren Betrieb des Schlafapnoe-Therapiegerätes in Kombination mit Sauerstoff zu gewährleisten.



Fragen Sie Ihren Gerätehersteller oder Gerätelieferanten, welches Zubehör für Ihr Gerät vorgeschrieben ist.

Da krankenhauseigene Geräte grundsätzlich im Zusammenhang mit Sauerstoff betrieben werden dürfen, gehen Pflegekräfte irrtümlich davon aus, dass dies auch bei den Patientengeräten zulässig ist. Die besonderen Sicherheitsvorschriften für Homecare- Atemtherapiegeräte sind in der Regel nicht bekannt.

Weitere Informationen zum Thema:

<http://www.dasschlafmagazin.de/archiv/anaesthesie-bei-schlafapnoikern.html>

<http://www.dasschlafmagazin.de/archiv/wenn-schlafapnoe-patienten-operiert-werden.html>

<http://www.dasschlafmagazin.de/archiv/interview-mit-prof-dr-med-andreas-walther-narkoserisiken-und-postoperative-betreuung-bei-schlafapnoe-patienten.html>

[S3 Leitlinie: „Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen“](#),

http://www.nri-med.de/Gebrauchsanweisungen/kardiovaskulaeres_Risiko_DE.pdf

[Der Anästhesist 1/ 2012, „Ambulante Anästhesie bei Patienten mit obstruktivem Schlafapnoesyndrom“](#)

[“Perioperative Unterbrechung der nächtlichen Überdruckbeatmung gefährdet Schlafapnoe-Patienten“](#)