Prozedurenspezifische SOP: „Nierentransplantation“ 2016/17

Prämedikation:

Tranxilium, Pantozol 40mg,
β-Blocker und Clonidin fortführen, alle anderen Antihypertensiva absetzen
β-Blocker ansetzen bei RCRI Index 3 oder 4
möglichst Verzicht auf Dialyse, wenn Kalium hoch, dann nur Kaliumelimination
Ultraschall der Vv. jug. int.
1xKlysma präoperativ

Einleitung:

PDK – Kontraindikationen beachten (bei Dialyse in letzten 4h: PTT-Kontrolle obligat)
Etomidate oder Propofol, S-Ketamin
Sufentanil
Nimbex 0,15mg/kg (Succinyl möglich unter Beachtung der üblichen KI)
BIS & Relaxometrie obligat

Narkoseführung:

Desflurane, Sufentanil + Remifentanil

Maßnahmen/Zugänge:

Unter Ultraschallkontrolle: ZVK dreilumig (Lokalisation in folgender Reihenfolge:
V. jug. int rechts, V. jug. int. links, V. subclavia der Nicht-Shunt Seite
Arterielle Blutdruckmessung (Lokalisation in folgender präferenzierter Reihenfolge:
A radialis der Nicht-Shunt Seite, sekundär: A.femoralis der kontralateralen OP-Seite
(d.h. meist links, da die Niere i.d.R. rechts anastomosiert wird)
Dauerkatheter wird vom Operateur gelegt
Prewarming, Bair Hugger, Hotline – Ziel: Normothermie
Shuntarm gut polstern

Organprotektion:

Urbason (und ggf. weitere Immunsuppressiva) lt. schriftl. Anordnungsplan der I8 vor
Anlegen der Anastomose
Clampingzeit messen und im Anästhesieprotokoll dokumentieren
Korrektur einer metabolischen Azidose mit NaHCO₃ ab pH<7,25
Engmaschige BZ und K⁺ Kontrollen (Ziel: Normoglycämie - bei kombinierter
Pankreas-NierenTPL jedoch zunächst höhere BZ Werte tolerieren)
Hb größer 8 g/dl halten
Großzügige Volumengabe – ZVD hoch halten. Als Kolloid hier möglichst
Humanalbumin statt HAES (wird von I8 mitgegeben)
MAP mindestens bei 90 mmHg (wenn unter Volumengabe nicht zu erzielen –
Arterenol-Gabe)

Postoperativ:

Ultraschallkontrolle der transplantierten Niere bei Lebendspendern
Direkte Verlegung auf die I8
Analgesie: Als Stufe 1-Basisanalgetikum: nur Novalgin (keine NSAR, kein
Paracetamol) PCEA, ggf. zusätzlich Opiattherapie n. Bed.