

Grundsätzliches

- Abweichung nur nach Rücksprache mit dem Bereichsleiter.
- Die wirksamste Maßnahme zur Behandlung von periprozeduraler Hypotonie (insbesondere bei Regionalanästhesie) ist 15°-30° Linksseitenlage + zügige Volumengabe.
- **Medikament der ersten Wahl zur Behandlung von arterieller Hypotonie: Akrinor. Alternativ Phenylephrin. Falls nicht ausreichende Wirkung: Noradrenalin (Bolus/Perfusor).**
- Die Gabe von Atropin bei Herzfrequenzabfall verbessert die Uterusdurchblutung.

Geburtshilfliche PDA

- Lumbale PDA nach den üblichen Hygienestandards.
- Testdosis 0,2% Ropivacain 10 ml fraktioniert innerhalb von 2 Minuten. Kein weiteres Aufspritzen.
- Aufrechterhaltung mit fertiger Standardlösung: 0,16% Ropivacain + 0,75µg Sufentanil/ml: Basalrate 2 ml/h / Bolus 4 ml / Sperrzeit 10 Minuten.
- Repetitives Auffüllen der Pumpe zur PDA möglich.
- Gerinnungskontrolle vor Entfernung des Katheters bei Spontanentbindung fakultativ, bei Sectio obligat.

Monitoring der Mutter (RR, EKG, SpO₂), Venenzugang und Monitoring des Kindes (CTG) obligat.

Falls PDK nicht platzierbar: Spinalanalgesie mit 5.0-7,5 µg Sufentanil (OA-Rücksprache, Off-Label Aufklären). Bei starkem Juckreiz als Nebenwirkung Naloxon titriert.

Geplante Sectio in Regionalanästhesie

- SPA: Bupivacain 0,5% hyperbar: 2,3-2,7 ml (Richtwert nach Körpergröße: Körpergröße in Meter + 0,9 = ml).
- PDK liegt schon: 15-20 ml Ropivacain 0,75%. (2. Wahl: Ropivacain 0,75 % + Mepivacain 1% zu gleichen Teilen).
- Zur Supplementierung **bis zum** Abnabeln: Remifentanil aus Perfusor (50 µg/ml) nach Wirkung und/oder fraktioniert bolusweise. S-Ketamin bis maximal 0,5 mg/kgKG.
- Zur Supplementierung **nach** dem Abnabeln: Dipidolor bolusweise oder Remifentanil aus Perfusor (50 µg/ml) nach Wirkung
- Oxytocin 3 IE i.v. nach Entbindung, danach 10 IE Oxytocin in Infusion.
- Bei Übelkeit Dexamethason, Granisetron, Dimenhydrinat, Metoclopramid (bevorzugt in dieser Reihenfolge) möglich.
- Postoperative Schmerztherapie nach SOP Schmerztherapie.
- Falls PDK liegt: Postoperativ Pumpe anbauen mit 0,2% Ropivacain + 0,75µg Sufentanil/ml: Start ohne Basalrate / Bolus 4 ml / Sperrzeit 20 Minuten.

Immer vor Beginn der Maßnahmen Na-Citrat 0,3 molar (30 ml) trinken lassen. Antibiotikumgabe überprüfen bzw. nachholen.

Besonderheiten in der Prämedikation: Am Vorabend und 1 Stunde präop jeweils 40 mg Pantoprazol p.os. Na-Citrat 0,3 molar/30 ml auf Abruf mit aufschreiben.

Geplante Sectio in Vollnarkose	Standard	Alternativ
Einleitung: Analgetikum/Hypnotikum	S-Ketamin 0,5 mg/kgKG, maximal 50 mg	Bei Präeklampsie/Eklampsie Remifentanil 1,5 µg/kgKG. Kindliche Depression möglich -> Info an Neonatologen!
Einleitung: Hypnotikum	Thiopental 5 mg/kgKG	Bei Kontraindikation für Thiopental: Propofol ≥ 2 mg/kg/KG
Einleitung: Muskelrelaxanz	Succinylcholin 1,5 mg/kgKG	Bei Kontraindikation für Succinylcholin: Rocuronium 1 mg/kgKG Kindliche Depression möglich -> Info an Neonatologen!
Aufrechterhaltung nach Abnabeln: Analgetikum	Fentanyl	Fentanyl + Remifentanil Perfusor
Aufrechterhaltung nach Abnabeln: Hypnotikum	Midazolam 2-4 mg i.v., Sevofluran bis MAC 1,0 Vol.%	Midazolam 2-4 mg i.v., Propofol-Perfusor
- Bei PONV/PONV-Anamnese: Dexamethason, Granisetron, Dimenhydrinat, Metoclopramid (bevorzugt in dieser Reihenfolge) möglich.		
- Postoperative Schmerztherapie nach SOP Schmerztherapie. Bei Schmerz direkt nach Aufwachen: Fentanyl oder Dipidolor.		
Immer vor Beginn der Maßnahmen Na-Citrat 0,3 molar (30 ml) trinken lassen. Antibiotikumgabe überprüfen bzw. nachholen.		
Narkoseeinleitung immer als RSI. Primär mit Videolaryngoskop. Nach Einleitung Magensonde legen.		
Besonderheiten in der Prämedikation: Am Vorabend und 1 Stunde präop jeweils 40 mg Pantoprazol p.os. Na-Citrat 0,3 molar/30 ml auf Abruf mit aufschreiben.		

Notsectio

- Immer in Vollnarkose (RSI)
- Medikamentenwahl/Dosierung wie bei geplanter Sectio in Vollnarkose
- Als Basismonitoring mindestens Pulsoximetrie. RR/EKG schnellstmöglich nachholen.
- Minimalabfrage: Allergien? Hinweise auf Disposition für MH? Vornarkosen: Zwischenfälle?