

### Grundsätzliches

- Abweichung nur nach Rücksprache mit dem Bereichsoberarzt.
- 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, SpO<sub>2</sub>), 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<br>Kindliche Depression möglich -> Info an Neonatologen! |
| Aufrechterhaltung <b>nach</b> Abnabeln: Analgetikum   | Fentanyl  | Fentanyl + Remifentanil Perfusor   |
| Aufrechterhaltung <b>nach</b> Abnabeln: Hypnotikum  | Midazolam 2-4 mg i.v., Sevofluran bis MAC 1,0 Vol.% | Midazolam 2-4 mg i.v., Propofol-Perfusor   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei PONV/PONV-Anamnese: Dexamethason, Granisetron, Dimenhydrinat, Metoclopramid (bevorzugt in dieser Reihenfolge) möglich.</li> <li>- Postoperative Schmerztherapie nach SOP Schmerztherapie. Bei Schmerz direkt nach Aufwachen: Fentanyl oder Dipidolor.</li> </ul> |   |  |
| 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?