

Notfallnarkose und Atemwegsmanagement in der Notaufnahme

Christian Byhahn, Martin Bergold



Die Narkoseeinleitung und das Atemwegsmanagement in der Notaufnahme erfolgen häufig an kritisch kranken Patienten und nicht immer unter optimalen Bedingungen. Zudem sind die Notfallnarkose und das Atemwegsmanagement zeitkritische Maßnahmen, für die nur wenige Minuten verbleiben, bevor der Patient mitunter dauerhaft geschädigt wird.

Einleitung

Der schwierige Atemweg in der Notfallmedizin hat eine deutlich höhere Inzidenz als im OP. Prähospitale Daten aus arztbesetzten Rettungsdiensten in Deutschland und Frankreich konnten zeigen, dass bei 10–14% der Notfallpatienten mit einem schwierigen Atemweg bzw. einer schwierigen Intubation zu rechnen ist [1, 2]. In einer selbstständig agierenden und mit einem eigenen ärztlichen Personalstamm ausgestatteten deutschen Notaufnahme wurden bei Intubationen in diesem Bereich bei knapp 20% der Patienten schwierige Laryngoskopiebefunde erhoben. Obwohl schlussendlich die Intubation bei allen Patienten gelang, waren bei knapp 30% der Patienten 2 oder 3 Intubationsversuche erforderlich [3]. Spezifische patientenseitige, personelle und logistische Aspekte bilden in beiden Bereichen – prähospital und in der Notaufnahme – eine große Schnittmenge (Box Zusatzinfo 1).

Ohne Narkose (meist) kein Atemweg

Das einzige Krankheitsbild, bei dem das Atemwegsmanagement bzw. die endotracheale Intubation zu meist ohne Narkose erfolgen kann, ist der Herz-Kreislauf-Stillstand. Bei allen anderen Pathologien, welche eine Atemwegssicherung erfordern, ist im Vorfeld die Einleitung einer Notfallnarkose erforderlich.

Um die Fragestellungen, welche Patienten in der Notaufnahme eine Atemwegssicherung benötigen und wie und gegebenenfalls mit welchen zusätzlichen Maßnahmen – Stichwort „Notfallnarkose“ – diese vorzunehmen ist, beantworten zu können, existieren in Deutschland aktuell 4 Leitlinien, deren Inhalte auch die Grundlage dieser Übersichtsarbeit bilden (Box Zusatzinfo 2).

ABKÜRZUNGEN

ASA	American Society of Anesthesiologists
BDA	Berufsverband Deutscher Anästhesisten
BGA	Blutgasanalyse
DAS	Difficult Airway Society
DGAI	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin
GCS	Glasgow Coma Scale
IBW	Ideal Body Weight
LBW	Lean Body Weight
MILS	Manuelle Inline-Stabilisierung
PCV	Druckkontrollierte Beatmung
PCV-VG	Druckkontrollierte Beatmung mit Volumengarantie
PEEP	Positiver endexpiratorischer Druck
RSI	Rapid Sequence Induction
SGA	Supraglottischer Atemweg
SSAI	Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine
VCV	Volumenkontrollierte Beatmung

FALLBEISPIEL 1

Durch den Notarzt wird eine 38-jährige Frau (167 cm, 176 kg, BMI 63 kg/m²) eingeliefert, die nach unklarer Liegedauer bewusstlos zuhause aufgefunden wurde. Die Atmung sei laut Notarzt, einem Facharzt für Anästhesiologie, „leidlich suffizient“ gewesen. Die Patientin ist mit 2 Wendl-Tuben und einem Guedel-Tubus versorgt. Es erfolgt eine assistierte Maskenbeatmung mithilfe eines Beatmungsbeutels, wobei in der Expiration blutig-schaumiges Sekret aus dem Mund austritt. Der Summenscore auf der Glasgow Coma Scale (GCS) der Patientin bei Aufnahme beträgt 4 Punkte. In der Blutgasanalyse zeigen sich eine Hypoxämie (49 mmHg; SaO₂ 83%) sowie eine schwere respiratorische Azidose (pH 7,07; PaCO₂ 88 mmHg). Die Herzfrequenz beträgt 87/min, der nicht invasiv gemessene Blutdruck 240/110 mmHg. Der diensthabende Arzt entschließt sich daher, die Atemwege mithilfe einer endotrachealen Intubation zu sichern.

GESPANNT, WIE ES WEITER GEHT?

Holen Sie sich jetzt das Abo zum Einführungspreis plus Geschenk!
Mit vielen weiteren Themen – passgenau für
Ihren herausfordernden Alltag in der Notaufnahme.



NEU

MOBIL LESEN
ONLINE & OFFLINE
mit der kostenlosen eRef App

Blättern Sie hier durch eine Ausgabe.

Hier klicken und zum Einführungspreis plus Geschenk bestellen.

up2date – Fortbildung mit dem roten Faden

 Thieme