

CT-Erwachsene:

Graz , am 16/01/04

Einführung:

Hierbei handelt es sich um Untersuchungen von **nicht kooperativen Personen**, wie z.B. (*geistige Behinderung, Pat. im verwirrten Zustand [Hepatorenales Syndrom, SAB] etc.*). Eine weitere Gruppe sind **intensivmedizinische Patienten**.

Anästhesiemanagement:

Die Untersuchung findet immer in Intubationsbereitschaft statt.

Untersuchung im CT dauert meist nur kurze Zeit

Ganzkörper - CT: ca. 20min

Schädel - CT (CCT): ca. 5min

Geistig behinderte Patienten

Organisation:

Pat. kommen meistens von auswärts, aus geschlossenen Stationen, REHAB, Pflegebereich

- Patient ist oft entmündigt: Einwilligungserklärung durch Sachwalter. Unterschrift einer nahestehenden Person reicht juristisch nicht aus.
- Die gewünschte notwendige präoperative Vorbereitung, wie **Labor, Untersuchungen, Aufklärung**, bestehenden **Anomalie** werden telefonische bekannt gegeben
- Kein i.v. Leitung von Seite des peripheren Krankenhauses notwendig, weil diese meistens auf dem Weg ins Krankenhaus verloren geht
- Keine Prämedikation, nur übliche Dauermedikation
- Pat. muss nüchtern sein
- Transport mit Begleitung (mindestens 2 Personen z.B. Pfleger und Fahrer)

Vorbereitung:

Pat. soll ca. 15-20 min vor der Untersuchung im ZRI sein

- In einem eigenem Raum wird eine Leitung gelegt
- Organisation von ausreichend Helfern, weil der unmündige Pat. sich wehren könnte.
- **Monosedierung** mit kurz wirksamen Hypnotika (Diprivan), in Form eines Bolus z.B.(70 KgKG 50-80ml[50-80mg Gesamtdosis]), weiter mit Diprivanperfusor nach Schema
- **Keine** Kombination mit anderen Hypnotika und Sedativa
- **Kein** Ultiva, da Untersuchung nicht schmerzhaft
- **Die Untersuchung findet immer in Intubationsbereitschaft statt.**
- Bei manchen Patienten kann die Untersuchung nur in Intubation durchgeführt werden, wobei manchmal die Intubation nur bronchoskopisch möglich ist.

Monitoring

ETCO₂, EKG, Pulsoxymetrie, RR,

Management nach der Untersuchung

- Aufwachen im Untersuchungsraum
- 30-60min Überwachung im Aufwachraum im ZRI, da Pat. von auswärts als ambulante Patienten geführt werden, und daher in den bekannten Aufwächerräumen der Anästhesie nicht aufgenommen werden dürfen.

CAVE: Für den Patienten im Aufwachraum des ZRI ist der zuständige Anästhesist, der die Narkosebegleitung durchführte verantwortlich

- Der Anästhesist entscheidet, ob der Pat. mit Pfleger oder Arzt zurück in die periphere Abteilung geschickt werden kann.

Der verwirrte Patient:

1. **Subarachnoidal Blutung:**
2. **Demenz, Hepatorenales Syndrom, biliare Enzephalopathie**

Ad 1.) Subarachnoidal Blutung

- Zeitlich, räumliche, und Orientierung zur Person, kognitive Leistung (kann der Pat. den Erklärungen des Anästhesisten folgen)
- Ist der Pat. für eine Aspiration gefährdet
- Aktuelle Beurteilung des Pat. ob eine Sedierung für die Untersuchung ausreicht, oder ob eine ITN(Intubationsnarkose) notwendig wird
- Welche Medikamente können anamnestisch erhoben werden, auch durch Fremdanamnese der Begleitung (Pfleger, Arzt)
- Ausreichende Fixierung des Patienten
- Versuch einer CT-Untersuchung ohne Sedierung, da immer die Gefahr einer Aspiration besteht, weil Pat. meist für die Untersuchung nicht nüchtern sind.

Alle Patienten mit SAB müssen als nicht nüchtern betrachtet werden

- Wenn die Entscheidung für eine ITN getroffen wird, muss eine Crush-Intubation durchgeführt werden.
- Nach der Crushintubation muss der Patient zuerst kardiopulmonal, kreislaufmäßig stabilisiert werden. Erst dann darf die Untersuchung durchgeführt werden.

Monitoring:

ET CO₂, EKG, Pulsoxymetrie, RR

Empfehle **TIVA** (Totale intravenöse Anästhesie), denn diese Narkoseart ist für Transport und weiteres Procedere am besten geeignet. Entspricht dem Standard in unserem Haus.

Management nach der Untersuchung

Patient darf nicht extubiert werden !!!!

Die Gefahr beim Transport, die Aspiration, Apnoe, und Fortschreiten der Grunderkrankung soll man nicht unterschätzen

Extubiert wird auf einer Intensivstation des Hauses

Ad. 2.) Demenz, Hepatorenales Syndrom, biliare Enzephalopathie

Patienten sind meistens bettlägerig, und es besteht eine potentielle Aspirationsgefahr

- Verwendung einer oberflächlichen Sedierung mit einem kurzwirksamen Hypnotikum (**Mono-Sedierung**)
- Keine Prämedikation

Der intensivmedizinische Patient

Der intensivmedizinische Pat. ist meist intubiert, und soll, während Transport, Umlagerung, Untersuchung und Rücktransport, bei der Beatmung und beim Kreislauf stabil bleiben.

Achte auf liegende Leitungen, Tubusfixierung, und Cava-Katheter etc.