

Az akutan vérző, hemodinamikailag instabil, vagy potenciális instabil beteg perioperatív ellátása

Intézeti protokoll

Szegedi Tudományegyetem, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet 2011.



Kórképek:

1. Akut gasztrointesztinális vérzés
2. Máj-ruptúra
3. Lép-ruptúra
4. Rupturált aorta aneurizma
5. Bármilyen, akut vérzés miatti műtét (nőgyógyászat, trauma stb)

Előkészületek:

1. Rutin laboratóriumi vizsgálatok, vérkeresés elindítása
2. O₂-terápia maszkon 4-8 L/p
3. Vénabiztosítás:
 - a. 2 db 14G-s perifériás kanül (helyi érzéstelenítésben: 0.2-0.3 ml 1-2% Lidocain s.c.)
 - b. Amennyiben ez nem lehetséges 2 db 16-18G-s kanül
 - c. Amennyiben perifériás vénabiztosítás nem lehetséges, és van rá idő: centrális véna biztosítás „high-flow” kanüllel
4. Vazopresszor felszívása:
 - a. Noradrenalin 1 mg/10 ml
 - b. Adrenalin 1 mg/10ml
 - c. Nota bene: ephedrin erre a célra alkalmatlan, mert elsősorban inotróp, és nem vazopresszor
5. Lehetőség szerint arteria radialis kanülálás (helyi érzéstelenítésben), invazív vérnyomásmérés, vérgáz vizsgálat
6. Betegmelegítő készülék készenlétbe helyezése (Bear Hugger)
7. Legalább 2 perfúzor készenlétbe helyezése
8. Lágyszerző (Gum-elastic bougie) készenlétbe helyezése
9. Szívó készenlétbe helyezése
10. Amennyiben a Klinikai Központ beszerzi, készenlétbe helyezni a következőket:
 - a. Level 1® (túlnyomásos, vérmelegítő készülék)

b. Infúzió/vér-melegítő készülék

c. Vérmentő készülék (Cell-saver)

11. Rutin aneszteziológiai monitorozás (EKG, SpO₂, IBP/NIBP)

12. Hólyag katéterezés (általában a sebészek végzik)

13. Sebészek felszólítása, a narkózis-indukció előtti bemosakodásra, izolálásra (cél, hogy az indukciókor a sebész már álljon ott, „szikével a kézben”)

Narkózis indukció (a „rapid szekvenciális indukció” szabályai szerint)

1. Preoxigenizáció („denitrogenizáció”) 100% O₂-vel 1-3 percig
2. Folyadékterápia: krisztalloid +/- kolloid adása szükség szerint
3. Ópiátok:
 - a. Morphin 2-3 mg
 - b. Fentanyl 50-200 mcg
4. Indukció:
 - a. Propofol: 20 mg bólusok, 5-10 mp-ként, amíg a beteg el nem alszik (szempillareflex megszűnése)
 - b. Más szerek használata (etomidate, thipental) lehetséges, de a dózis redukciója szükséges, viszont nem titrálhatóak olyan jól mint a propofol
 - c. NB: a disztribúciós térfogat ezeknél a betegeknél a keringés centralizációja miatt lényegesen kisebb, ezért kisebb dózis használata elkerülhetetlen!
5. Sellick manőver
6. Rövid hatású izomrelaxáns: succinylcholin vagy rocuronium
7. Intubáció
8. Légútbiztosítást követően, amennyiben a beteg állapota stabil, a műtét megkezdhető
9. NB: Az indukció teljes időtartama alatt a vérnyomás folyamatos észlelése, és szükség esetén vazopresszor adása

Műtét közben

1. CVC behelyezés (hemodinamikai instabilitást okozó vérzés, vagy 14G> perifériás kanülök esetén „high-flow” CVC)
2. NG-szonda levezetés
3. Amennyiben hemodinamikai instabilitás lép fel, úgy noradrenalin (kezdeti hígítás: 3 mg/50 ml NaCl) folyamatos adását kell megkezdeni fecskendő perfúzoron keresztül, a folyadékpótlás mellett
4. A beteg folyamatos melegítése
5. Rendszeres artériás, centrális vénás vérgáz kontroll
6. Rutin monitorozás, és aneszteziológiai ellátás

Posztoperatív ellátás

1. ITO-felvétel (előzetes helybiztosítás)
2. Az általános állapot súlyosságától, a műtét menetétől függően az aneszteziológus dönti el, hogy felébreszti, extubálja a beteget, vagy altatott, lélegeztetett állapotban szállítja az ITO-ra
3. Szállításhoz:
 - a. Transzport O₂/respirátor/100-as kör sz.sz.
 - b. Transzport monitor

Szerző: prof. Dr. Molnár Zsolt AITI