

Anästhesiologische Betreuung während der Explantation

Medikation:

- » **neuromuskuläre Blockade:** Muskelkontraktionen durch spinale Reflexe bleiben auch bei Hirntod erhalten.
- » **volatile Anästhetika:** zur Dämpfung eventuell auftretender Blutdruckspitzen (auch durch spinale Reflexe bedingt)
- » **Opiate:** zur Dämpfung der Sympathikusaktivierung auf spinaler Ebene
- » **Heparin:** 10.000 IE bei Nierenentnahme, 20.000–30.000 IE bei Multiorganspendern vor Aorten-Crossclamping (in Absprache mit Chirurgie)

organprotektive pharmakologische Maßnahmen und weitere spezielle Therapien in Absprache mit den Entnahmeteams

Monitoring und Zugänge:

- » invasive arterielle Blutdruckmessung, ZVK, Volumenleitung
- » Relaxometrie
- » Temperatursonde
- » Für hämodynamische Stabilität und damit gute Organperfusion sorgen
- » Zielparameter:
 - » MAP 65–75 mmHg
 - » ZVD 6–12 mmHg
 - » PCWP 10 ± 2 mmHg
 - » Herzfrequenz 70–120 bpm
 - » CI 3,5–5 L/min/m²
 - » Hb $\geq 7,0$ g/dL
 - » Na⁺ 135–145 mmol/L
 - » Stundenharn >0.5 –1 mL/kg
 - » BZ 80–150 mg/dL
 - » paO₂ 80–150 mmHg
 - » paCO₂ 35–45 mmHg
 - » PEEP 5–10 mmHg
 - » SaO₂ >95 %
 - » ScvO₂ >65 %
 - » Temperatur 36–37 °C

Volumensubstitution:

- » balancierte Elektrolytlösung, **keine Verwendung von HES**
- » Glucose 5 % oder Glucose 2,5 %: bei Hypernatriämie
- » Ery-Konzentrate bei Hb <7 g/dL (EK-Bereitstellung!)

Häufige Probleme

- » **Polyurie bei Hirntodsyndrom – Diabetes insipidus**
 - » Hypovolämie, Hypernatriämie
- » **Hypernatriämie:** Glucose 2,5 %, Desmopressin 1–4 µg i. v.
- » **Hyperglykämie:** Insulin

Diverses

- » Krankenakte der:des Verstorbenen von der Intensivstation mitnehmen
(insbesondere Hirntodprotokoll!)
- » Identität und Kennzeichnung der:des Verstorbenen vor Abfahrt auf der ICU prüfen
und mit Hirntodprotokoll vergleichen
- » Anästhesieprotokoll genau führen (Heparin-gabe, Kortisongabe, Klemmzeiten,
Perfusionszeitpunkt etc.)
- » Dokumentation der Perfusion (Beginn/Ende)
- » Nach der Perfusion ist die Betreuung durch die Anästhesistin / den Anästhesisten
beendet.
- » Bei Lungenentnahme Diskonnektion des Respirators erst nach Rücksprache mit der
Chirurgin / dem Chirurgen