Lachgasnarkose bei der manuellen Plazentar-Lösung und der Uterusaustastung

H.

Sauter

Zürich

Adresse des Autors: P.D. Dr. Hans Sauter, Schifflandeplatz 24, 8001 Zürich (Schweiz)

Die rasche Narkosebereitschaft bei Komplikationen während der Plazentar- und Postplazentarperiode ist für das weitere Ergehen der Patientin nicht selten ausschlaggebend. Die rasche Bereitstellung stößt jedoch sowohl in personeller wie in materieller Hinsicht auf erhebliche Schwierigkeiten. Nur ausnahmsweise steht innert nützlicher Frist ein Anästhesist mit seinem Wissen und seinen Möglichkeiten zur Verfügung. Gleichfalls ist kaum mit einer genügend ausgebildeten Hilfsperson zu rechnen. Intravenöse Schlafnarkotika müssen behutsam verabfolgt werden, um Komplikationen zu umgehen, so daß die erforderliche Narkosetiefe oft nicht rasch genug erreicht wird. Zudem sind sie bei Kollapsbereitschaft, eine solche besteht bei starkem Blutverlust meist, wegen ihrer starken depressiven Wirkung besonders gefährlich. Diese bei der geburtshilflichen Tätigkeit in der Privatklinik bestehende Sachlage drängte folgende Narkosetechnik auf, die schon seit beinahe 10 Jahren sehr gute Dienste leistete: Bei Blutungen in der Plazentarperiode, Retentio placentae oder Verdacht auf Placenta incarcerata injiziert der Geburtshelfer langsam intravenös eine Ampulle Spasmalgín (Roche). Dieses wirkt als Basisnarkotikum vorzüglich und wird wahrscheinlich wegen des darin enthaltenen zentralwirksamen Atropinderivates Atrinal auf-fallend gut vertragen. Während dieser Zeit erfolgt die Lagerung und Vorbereitung der Patientin: Die Beine werden an den Kniestützen fixiert und die Arme in das Hemd oder in ein Leintuch so eingeschlagen, daß sie nicht mehr gelöst werden können. Diese Maßnahme ist wichtig, da keine tiefe Narkose erstrebt wird.

Sobald eine Hilfsperson, die nicht speziell instruiert zu sein braucht, frei ist, setzt sie der Patientin die Maske des geburtshilflichen Lachgasapparates mit einem achtzigprozentigen Lachgas-Sauerstoff-

Sauter

195

gemisch im Überdruck auf, wobei die Patientin zur tiefen Atmung aufgefordert wird. Handelt es sich um eine Inkarnation der Plazenta, genügt die spasmolytische Wirkung des Spasmalgíns, um den Krampf des Bandl-schen Ringes zu lösen: die Plazenta läßt sich aus dem Uterus exprimieren. Der dabei an den Bauchdecken gesetzte Reiz verstärkt die durch das Lachgas und das Spasmalgín oberflächlich gewordene Atmung und vertieft damit die Narkose. Muß manuell in die Vagina bzw. in den Uterus eingegangen werden, wird dadurch die Atmung erneut angeregt und die Narkose vertieft, so daß die Überwindung des Widerstandes am Bandl-schen Ring keine besonderen Schwierigkeiten bietet. Daß keine starke Erschlaffung des Uterus erreicht wird, wirkt sich insofern als vorteilhaft aus, als die Abgrenzung der Uteruswand

gegenüber der Plazenta wesentlich erleichtert wird und keine Uterusatonie mit der damit verbundenen Blutungsgefahr zu befürchten ist.

Nach Beendigung des Eingriffes bzw. Absetzen der Narkose kehrt die Patientin sofort wieder zum vollen Bewußtsein zurück. Wenn auch keine Vollnarkose erreicht wurde, bleiben keinerlei unangenehme Erinnerungen zurück. Die sogleich erlangte normale Reaktionsfähigkeit erlaubt es, die allfällige Naht einer Episiotomie in Lokalanästhesie unmittelbar anzuschließen. Bei der intravenösen Schlafnarkose hin-gegen muß entweder diese fortgesetzt oder mit der Naht bis zum voll-ständigen Erwachen der Patientin zugewartet werden.

Abschließend sind als hauptsächliche Vorzüge des beschriebenen Vorgehens hervorzuheben: Rasche Narkosebereitschaft mit geringem personellem und mate-riellem Aufwand.

Ungefährlichkeit der Narkose (praktisch keine Gegenindikation).