

Wenn eine Lunge nicht ausreicht...


Quellen und weiterführende Literatur

Striabel H, Hrsg. Die Anästhesie. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Thieme; 2019.

Yao Artusio's Anesthesiology-Problem-Oriented Patient Management, 8th edition, Wolter Kluwer 2016

Sättigungsabfall bei der Einlungenventilation

Generelle Maßnahmen

1. Manuelle Ventilation • 100% Sauerstoff • Flow mind. 10 L/min • Ursachensuche
2. **Dislokation • Obstruktion • Pulmo • Equipment • Stomach (kurzinfosion #3)** 
3. **Lagekontrolle** des Doppellumentubus
(**Fiberoptisch:** Seite? Tiefe? Cuff geblockt? Verlegung der Lappen-/Segmentbronchien?)
4. Dosisreduktion von Vasodilatoren (z.B. volatile Inhalationsanästhetika ≤ 1 MAC) zur Verbesserung der hypoxisch pulmonalen Vasokonstriktion (Euler-Liljestrand-Mechanismus)

Mögliche Maßnahmen an der **ventilierten Lunge**

1. **Recruitment**-Manöver / Blähen
2. **PEEP 5 cmH₂O**
3. **PEEP erhöhen, z.B. 10 cmH₂O** (weniger Perfusion und mehr Shunt möglich)
4. [Inhalation von NO bzw. Prostacyclin erwägen → selektive Vasodilatation in den ventilierten Lungenbereichen, dadurch Abnahme von Shunt und Zunahme des p_aO₂]

Mögliche Maßnahmen an der **nicht-ventilierten Lunge**

(regelmäßig Rücksprache mit dem Operateur)

1. [**Apnoeische Oxygenierung** mit dünnem Katheter 2-6-10 L/min, CAVE: Luft muss wieder entweichen können!]
2. **CPAP 5 cmH₂O**
3. **CPAP erhöhen, z.B. 10 cmH₂O**
4. **beidseitige Ventilation** erwägen (intermittierend oder kontinuierlich)
5. **Abklemmen der A. pulmonalis** auf der nicht-ventilierten Lungenseite (falls keine vorbestehende Rechtsherzbelastung, CAVE: Blutdruckabfall, Tachykardie)
6. [Hochfrequenz-Jetventilation]

