

Zweck

Sichere Stabilisierung der Halswirbelsäule unter enger Zusammenarbeit von Anästhesie und Unfallchirurgie; klare Aufgabenverteilung bei Lagerung und HWS-Führung

Präoperativ

- Aufklärung: fiberoptische Intubation, Lagerung, Monitoring; Arterie, ggf. ZVK
- Anamnese: Gerinnung, Antikoagulanzen, neurologische Defizite sorgfältig dokumentieren!
- Standardlabor, Kreuzblut/EK gemäß chir. Vorgabe
- Präoperative Gabe von Ibuprofen, Dexamethason und Ondansetron

Einschleusen/Lagerung

- Pat. über elektrische Schleuse einschleusen; Operateur stabilisiert HWS/Halsbereich
- Carbon-Tisch wird mit dem **Kopf zum Fenster** ausgerichtet

| Ventraler Zugang | Dorsaler Zugang |
|--|--|
| Rückenlage, direkte Lagerung auf Carbon Tisch | Primär normaler Tisch, anschließend Umlagerung in Bauchlage auf Carbon Tisch |
| Arme mit seitlicher Armstütze anlagern u. fixieren | Arme anlagern und fixieren mit seitlicher Armstütze |
| Schultern werden mit Tape nach unten gezogen | Schultern werden mit Tape nach unten gezogen |
| Tubus und Magensonde nach links ableiten (bei rechtsseitigem Zugang) | Tubus und Magensonde nach rechts ableiten |
| Kopflagerung in Carbon-Kalotte | Kopflagerung in Carbon-Kalotte oder Mayfield |

Narkoseplanung

- Vorbereitung auf schwierigen Atemweg: Videolaryngoskop, Bronchoskop
- Beatmungsschläuche verlängern, Gänsegurgel zwischen Tubus und Filter
- Perfusorschläuche verlängern
- Muskelrelaxans: Rocuronium bevorzugen
- ggf. Cellsaver nach Rücksprache mit Operateur

Narkoseeinleitung /-fortführung

- Narkoseeinleitung unter Aufsicht eines Oberarztes
- Einleitung mit Noradrenalin Perfusor
- fiberoptische Wachintubation
- Woodbridge-Tubus, Magensonde
- Narkosefortführung als TIVA
- Neuromonitoring / Relaxometrie
- Zugänge: zwei periphere Zugänge, Arterie radialis, ggf. Leiste, ggf. ZVK in V. femoralis
- **Nach OP-Freigabe** übernimmt der **Operateur die Lagerung des Kopfes**
- auf ausreichende Analgesie beim Anbringen der Mayfield-Klemme achten
- Antibiose Ceftriaxon 1,5 mg, ggf. 2.Gabe nach >3 h OP-Dauer und / oder > 1,5 Liter Blutverlust (siehe SOP PAP)
- Nach endgültiger Lagerung zirkuläre Fixierung der Konnektionsstellen der Beatmungsschläuche mit Pflaster
- Vor dem Abwaschen erfolgt eine abschließende Überprüfung der Lagerungsmaßnahmen gemeinsam mit dem Operateur. Sämtliche Lagerungsmaßnahmen, Positionen, eventuelle Druckstellen und Anpassungen detailliert dokumentieren.

Extubation/Postoperativ

- Extubation wenn möglich direkt postoperativ im OP
- Bei postoperativer Schwellung nach ventraler Stabilisierung keine Extubation -> Patient wird intubiert auf die ITS verlegt
- Postoperative Überwachung immer auf der ITS, ggf. CPU
- Dokumentation von Antikoagulation, Antibiose, Halskrause und Mobilisation