

Erwachsenen-MR und Cardiac-MR(CMR)

Graz, am 16/01/04

Einleitung:

Hierbei handelt es sich um Untersuchungen von **nicht kooperativen Personen**, wie z.B. (*geistige Behinderung, Pat. im verwirrten Zustand [Hepatorenales Syndrom, SAB], Patienten mit entzündlichen zerebralen Erkrankungen, wie z.B. Meningoenzephalitis. etc.*). Eine weitere Gruppe sind **intensivmedizinische Patienten**. Immer wieder kommen auch Patienten mit **Klaustrophobie** (Platzangst).

Anamnestisch wie auch klinisch muss gesichert sein, dass der Patienten, wie auch der Anästhesist kein Metallteil bei sich trägt, da ein starkes Magnetfeld vorliegt, wodurch Metallteile rasch beschleunigt werden, und dadurch die Gefahr für Verletzung des Patienten/Arzt besteht und eine Sachbeschädigung am Gerät entstehen kann. Auch Kreditkarten werden durch das Magnetfeld vollständig gelöscht.

Eine Notfall-Intubation soll daher nur im äußersten Notfall durchgeführt werden!!! Das Laryngoskop muss sehr fest gehalten werden!!

Monitoring:

- **Die einzige zuverlässige Messung im MR sind: ETCO₂, und RR (invasive RR-Messung ist möglich !)**
- EKG und Pulsoxymetrie **zeigen Störungen** und geben daher keinen Anhaltspunkt auf den Zustand des Patienten.

Anästhesiemanagement:

Der „gesunde“ Patient mit Sedierung:

Gruppen:

- Klaustrophobie (ambulant)
- Geistig behinderte Patient (auswärts)

Sedierung mit Diprivanperfusor nach Schema

Monitoring:

Trotz der Störungen:

- ETCO₂, Pulsoxymetrie, EKG, RR,
- [Perfusor-Anleitung](#)

Postoperative Überwachung:

Aufwachraum ZRI 1. Stock

- Überwachung im Aufwachraum im ZRI, da Patienten. von auswärts als ambulante geführt werden, und daher in den bekannten Aufwächräumen der Anästhesie nicht aufgenommen werden dürfen.

CAVE: Für den Patienten im Aufwachraum des ZRI ist der zuständige Anästhesist, der die Narkosebegleitung durchführte, verantwortlich

- Entmündigte Patienten müssen durch 2 Personen begleitet werden (z.B. Pfleger und Fahrer). Eine verlängerte postoperative Beobachtung im Aufwachraum ist notwendig

Patienten in Allgemeinnarkose:

Gruppen

- SAB, Meningoenzephalits, etc.

- Einleitung der Narkose in einem eigenen Raum
- Crush-Intubation, da der Pat. als nicht nüchtern angesehen werden muss
- TIVA
- Nach der Crushintubation muss der Patient zuerst kardiopulmonal, kreislaufmäßig stabilisiert werden. Erst dann darf die Untersuchung durchgeführt werden. (Monitorisierung siehe unten)
- Vom Vorbereitungsraum wird der Patient nach Kontrolle der Vitalfunktionen mittels Ambubeutel in den Untersuchungsraum transportiert und wieder monitorisiert

Monitoring:

ET CO₂, EKG, Pulsoxymetrie, RR

Empfehle **TIVA** (Totale intravenöse Anästhesie), denn diese Narkoseart ist für Transport und weiteres Procedere am besten geeignet. Entspricht dem Standard in unserem Haus.

Management nach der Untersuchung

Patient darf nicht extubiert werden !!!!

Die Gefahr beim Transport, die Aspiration, Apnoe, und Fortschreiten der Grunderkrankung soll man nicht unterschätzen

Extubiert wird auf einer Intensivstation des Hauses

Der intensivmedizinische Patient

Der intensivmedizinische Pat. ist meist intubiert, und soll, während Transport, Umlagerung, Untersuchung und Rücktransport, bei der Beatmung und beim Kreislauf stabil bleiben.

Achte auf liegende Leitungen, Tubusfixierung, und Cava-Katheter etc.

Ass. Dr. Helmut Pailer

Ass. Dr. Rüdiger Musil

OA. Dr. Vassil Georgiev