

*Pharmakologisches Armentarium adäquat einsetzen***Prämedikation: Wann, wie und womit?**

Während der Patient die Qualität einer Narkose und der dazu notwendigen Vorbereitung vornehmlich danach beurteilt, ob er möglichst wenig unangenehme Erfahrungen hat machen müssen, interessieren den Anästhesisten in diesem Zusammenhang dagegen vor allem die Effektivität und die Sicherheit der zur Verfügung stehenden Substanzen. Prämedikation ist mehr als nur das Verabfolgen einer "Beruhigungstablette" oder einer "Beruhigungsspritze". Priv.-Doz. Dr. Hermann Marquort vom Institut für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Schmerztherapie des Diakonissenkrankenhauses in Flensburg formuliert als Ziel der Prämedikation eine differenzierte, auf die individuellen Bedürfnisse eingehende, d. h. situationsgerechte psychische wie auch organfunktionsorientierte Vorbereitung des Patienten. Dabei hat sich das "Wann", "Wie" und "Womit" abgesehen von der Art und der Schwere der geplanten Intervention sowie den gegebenen örtlichen und personellen Bedingungen schwerpunktmäßig am Gesamtstatus des Patienten zu orientieren. Neben dem körperlichen Allgemeinzustand, den aktuellen Labor- und sonstigen anästhesiologisch relevanten Daten kommt dem psychischen Befinden des Patienten eine zentrale Rolle zu. Herr Dr. Marquort beantwortete in einem Interview aktuelle Fragen zur Prämedikation.

Durch die Fortschritte in der Anästhesiologie sind die unerwünschten Narkoseeffekte zurückgegangen. Dementsprechend wandelte sich auch die Narkoseprämedikation, wo sind heute die Schwerpunkte zu sehen, gibt es wichtige Neuerungen auf diesem Gebiet?

Neben den psychischen Belangen, die absolut dominierend im Vordergrund jeglicher Prämedikation zu sehen sind, muß auch der Fortführung indizierter organfunktionsstützender Medikationen je nach aktueller Patientensituation ein erhebliches Maß an Bedeutung beigemessen werden. Hier denke ich vor allem an kardiovaskuläre, pulmonale, zentralnervöse oder aber auch hormonale Aspekte. Beispielsweise hat sich in den letzten Jahren zunehmend herauskristallisiert, daß bei Patienten mit dem Verdacht oder einer sogar bereits gesicherten Gefäßerkrankung durch den Einsatz eines β -Rezeptorenblockers oder aber vielleicht auch durch die Gabe eines α -Agonisten neben einem wirksam dosierten Anxiolytikum die Inzidenz perioperativer Ereignisse signifikant gesenkt werden kann.

Benzodiazepine eignen sich aufgrund ihrer anxiolytischen und sedierenden Eigenschaften besonders gut zur präoperativen Medikation. Es gibt in dieser Stoff-

klasse eine Reihe verschiedener Wirkstoffe, die sich hinsichtlich ihres pharmakologischen Profils, vor allem in der Wirkdauer, unterscheiden. Nach welchen Kriterien wählen Sie an Ihrer Klinik die Medikamente aus?

Im eigenen Verantwortungsbereich werden von der Vielzahl kommerziell verfügbarer Benzodiazepine im wesentlichen das Midazolam sowie das Dikaliumclorazepat eingesetzt. Während das Midazolam über das gesamte Altersspektrum mit Ausnahme alter und sehr alter Patienten sowohl enteral wie auch parenteral zur Anwendung gelangt, wird das Dikaliumclorazepat ab dem jugendlichen Alter und unter Ausnahme alter und sehr alter Patienten durchweg oral genutzt. Während der Vorteil des Midazolams im schnellen Wirkeintritt, in der deutlich amnestischen Wirkung bei nur kurzer Halbwertszeit gesehen wird (allerdings: 15% sogenannte "poor metabolizer"-Verlängerung der Halbwertszeit um das 4- bis 5-fache!) liegen die Vorteile des Dikaliumclorazepats in der längeren Wirkdauer bei aber gleichzeitig nur mäßig schlafanstößendem Effekt.

Bei Einsatz des Dikaliumclorazepats in der Tabs-Form dokumentierten wir nach oraler Gabe nach nur 30 Minuten eine relevante anxiolytische Wirkung. Sie ließ sich über einen Zeitraum von gut 4 bis 5 Stunden belegen. Danach war sie trotz der langen Halbwertszeit der aktiven Metabolite (Desmethyldiazepam, Oxazepam – 50-80 h!) nicht mehr nachweisbar. Für diesen Zeitraum der objektivierbaren Anxiolyse ist darüberhinaus auch mit einer vom Patienten später unbewußt als angenehm empfundenen anterograden Amnesie zu rechnen.

Aufgrund der hier nur anskizzierten pharmakodynamischen Eigenheiten dieser beiden Benzodiazepine setzen wir das Midazolam verständlicherweise vorwiegend für kurze und überschaubare Abläufe (Ambulanz, Notfall etc.) und das Tranxilium eher für weniger überschaubare Abläufe, d. h. Situationen mit unkalkulierbaren Wartezeiten ein. Darüber hinaus haben wir mit Dikaliumclorazepat durchweg sehr gute Erfahrungen im Rahmen der präoperativen schlafbegünstigenden Medikation sammeln können. So bedarf es bei der überwiegenden Mehrzahl der Patienten praktisch nur einer wirksamen Minderung der inneren Anspannung, um ihnen den Zugang zu einem als durchweg erfrischend erlebten Schlaf zu eröffnen.

Was muß man alles bei der oralen oder parenteralen Verabreichung beachten? Kann es z. B. bei der für den Patienten angenehmeren oralen Verabreichung zu Problemen in Hinblick auf das Nüchternheitstabu kommen?

So sehr die orale Applikation als physiologischer Ingestionsweg zu favorisieren ist, so verbietet er sich jedoch in all den Situationen, in denen eine orale Gabe als absolut kontraindiziert zu klassifizieren ist.

Eine Einnahme der Substanzen in üblicher oraler Konfektionierung bis zu einer Stunde vor der Anästhesie unter Zugabe von 4 - 6 Schluck Flüssigkeit (klares Wasser, ungesüßter Tee) beinhaltet allerdings aus unserer Sicht noch keine Gefährdung der präoperativen Nüchternheit. Wir mußten uns seit Einführung des oralen Prämedikationskonzepts vor nunmehr gut 10 Jahren bislang auch nicht aufgrund eines eventuell akuten Ereignisses eines Besseren belehren lassen. Somit dürfte sicher unschwer nachvollziehbar sein, daß wir unsere geplanten Eingriffe bei Beachtung der bekannten Kontraindikationen in der Regel oral und nur Patienten mit Kontraindikationen und Notfallpatienten parenteral prämedizieren.

Stichwort Risikopatienten:

Sind Benzodiazepine auch für Risikopatienten geeignet, was sollte man beachten?

Der Begriff Risikopatienten ist sehr umfassend und bedürfte einer weiteren Differenzierung. Ein Patient mit beginnender Somnolenz infolge eines erhöhten Hirndrucks würde von uns kein Benzodiazepin verabfolgt bekommen. Hier verzichten wir sogar ganz bewußt auf eine Prämedikation i. S. eines anxiolytisch sedierenden Effekts, um diese Patienten nicht ungerechtfertigt durch die hier nicht indizierte Medikation noch stärker zu gefährden.

Handelt es sich dagegen um einen Risikopatienten, der an einer koronaren Herzerkrankung leidet, so kann dieser Patient gerade über eine effektive anxiolytische Therapie eine wirksame Minderung seiner spezifischen koronarvaskulären Risikogefährdung erfahren. Im Rahmen der Streßabschirmung wären zudem auch eine β -Rezeptoren blockierend wirkende

Substanz oder aber ein α_2 -Agonist nach individueller und aktueller Gesamtsituation ggf. in das Prämedikationskonzept mit aufzunehmen. Bei relevanten Schmerzen wäre zudem auch eine wirksame Schmerztherapie einzuleiten.

Wie kann der Anästhesist durch die Wahl der Prämedikation dem frischoperierten Patienten die postoperative Phase erleichtern?

Beispielsweise läßt sich bei einer ausgeprägten Übelkeits- und Erbrechenanamnese im Rahmen vorangegangener Anästhesien durch die Zugabe eines 5 HT3-Blockers zur anxiolytisch-sedierenden Prämedikation eine wirksame antiemetische Prophylaxe im Hinblick auf die postoperative Phase realisieren. Ein Gleiches kann allerdings auch durch eine angepaßte Narkoseführung (Lachgas, Einsatz von Propofol) und unter Zugabe einer geringen Dosis von Dehydrobenzperidol (1,25-2,5 mg) erreicht werden.

Kann man sagen, daß die Narkose und die Narkoseprämedikation heutzutage bereits optimal sind, oder sehen Sie noch Verbesserungsbedarf?

Angesichts der von mir selbst in den vergangenen 30 Jahren erlebten Entwicklung der Anästhesie kann ich uneingeschränkt feststellen, daß sich sowohl die Narkose wie auch die Narkoseprämedikation unübersehbar weiter zu einem für den betroffenen Patienten immer angenehmeren Niveau entwickelt hat. Entscheidend ist allerdings, ob der jeweilige Anästhesist die Situation des Patienten tatsächlich realistisch einzuschätzen vermag und ob er das pharmakologische Armentarium adäquat einzusetzen versteht. Es steht für mich außer Frage, daß auch in Zukunft mit noch weiteren Verbesserungen sowohl der Narkose wie auch der Prämedikation zu rechnen ist.