

Diese Broschüre wurde verfaßt vom 'Information for Mothers Subcommittee' der *Obstetric Anaesthetists' Association* (Vereinigung der Geburtshilflichen Anästhesisten in Großbritannien).

Anästhesie für Kaiserschnittentbindung



Ungefähr eins von fünf Babys wird heutzutage per Kaiserschnitt entbunden, in zwei Drittel aller Fälle ist dies ungeplant. Die nachfolgenden Informationen können daher für Sie hilfreich sein, selbst wenn sie momentan nicht glauben eine Kaiserschnittentbindung benötigen zu werden.

Die Geburt Ihres Kindes ist ein unvergessliches Erlebnis

Eine Geburt per Kaiserschnitt kann für sie als Mutter genau so erfüllend sein wie eine normale Entbindung. Sie brauchen daher nicht zu glauben daß sie sich oder andere in irgendeiner Weise enttäuschen wenn ein Kaiserschnitt notwendig ist oder sie sich selbst dafür entscheiden. Am wichtigsten ist schließlich Ihre Gesundheit sowie die ihres Babys, und eine Kaiserschnittentbindung kann in einigen Fällen der beste Weg sein dies sicherzustellen.

Es gibt verschiedene Methoden der Anästhesie für Kaiserschnittentbindungen, die in dieser Broschüre beschrieben werden. Weiterhin geben wir Ihnen Informationen, was während der unterschiedlichen Anästhesieverfahren passiert.

Ein Kaiserschnitt kann von vorneherein geplant sein – dies wird als **elektive Kaiserschnittentbindung** bezeichnet. Ihr Gynäkologe oder Geburtshelfer (ein Arzt, der sich zusammen mit Hebammen um schwangere Frauen kümmert und Babys entbindet) kann Ihnen einen elektiven Kaiserschnitt vorschlagen wenn zu erwarten ist, daß eine normale Geburt problematisch sein wird, beispielsweise auf Grund einer ungewöhnlichen Position ihres Babys in der Gebärmutter.

In einigen Fällen mag Ihre Gynäkologin/ Geburtshelferin eine unverzügliche **notfallmäßige Kaiserschnittentbindung** für notwendig halten, oftmals wenn sie schon in den Wehen sind. Häufige Gründe sind verlangsamtes Fortschreiten Ihrer Wehen oder eine Verschlechterung des Zustandes ihres Babys. Ihr Gynäkologe/ Geburtshelfer wird Ihnen erklären und mit ihnen diskutieren warum eine unverzügliche Kaiserschnittentbindung erforderlich sein kann.

Verschiedene Arten der Anästhesie

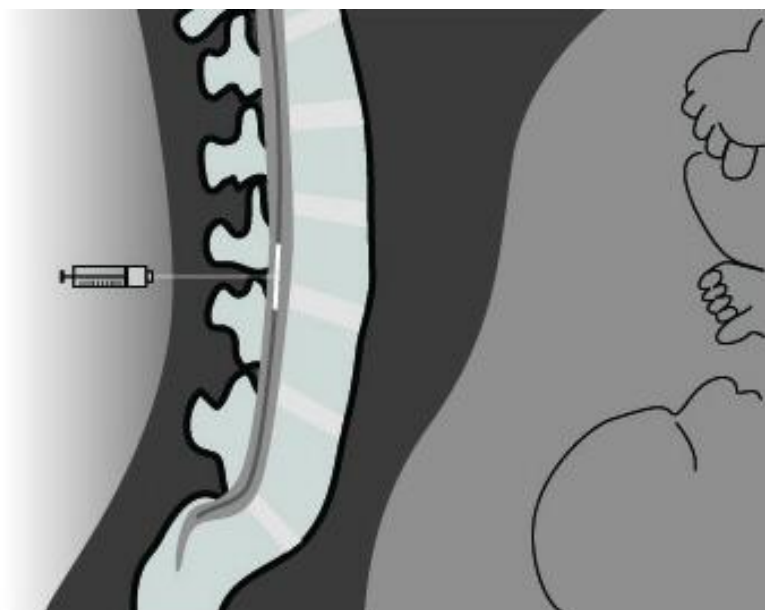
Es gibt generell zwei verschiedene Anästhesiemethoden. Sie können einerseits während des Kaiserschnitts wach (mit einer **Regionalanästhesie**) oder bewußtlos sein (**Vollnarkose**). Normalerweise werden Sie für einen Kaiserschnitt eine Regionalanästhesie erhalten, was bedeutet, daß Sie kein Gefühl in der unteren Körperhälfte haben obwohl sie wach sind. Diese Art der Anästhesie ist im allgemeinen sicherer und schonender für Sie und Ihr Baby und gibt ihnen die Möglichkeit die Geburt zusammen mit ihrem Partner zu erleben.

Es gibt drei unterschiedliche Methoden der Regionalanästhesie:

1. Spinalanästhesie

Dies ist das am häufigsten verwendete Verfahren und kommt sowohl bei geplanten wie auch den dringenden, notfallmäßigen Kaiserschnittentbindungen zum Einsatz.

Nerven für Schmerz- und Berührungsempfindung von der unteren Körperhälfte verlaufen im Rückenmark in der Wirbelsäule und sind von einer Flüssigkeit umgeben in die Ihr Anästhesist (ein Narkosearzt oder eine Narkoseärztin) mit einer sehr dünnen Kanüle ein Lokalanästhetikum injizieren kann. Diese Art der Narkose wirkt sehr schnell und es wird nur eine kleine Menge des Lokalanästhetikums benötigt.



2. Epiduralanästhesie (auch als Periduralanästhesie bezeichnet)

Bei dieser Methode wird ein dünner Plastikkatheter nahe der Nerven in der Wirbelsäule platziert. Lokalanästhetika und andere Schmerzmittel können dann durch diesen Katheter verabreicht werden um diese Nerven zu betäuben. Ein Epidural- oder Periduralkatheter wird häufig verwendet um Wehenschmerzen zu lindern, wobei ein relativ schwaches Lokalanästhetikum zum Einsatz kommt. Sollten Sie später einen Kaiserschnitt benötigen kann Ihre Anästhesistin die Wirkung der Periduralanästhesie mit einem höher konzentrierten Lokalanästhetikum verstärken. Im Vergleich zu einer Spinalanästhesie muß bei einer Periduralanästhesie mehr Lokalanästhetikum gegeben werden und es dauert länger bis die Wirkung eintritt.

3. Kombinierte Spinal- und Periduralanästhesie

Bei dieser Art der Regionalanästhesie kommen beide oben genannten Methoden zum Einsatz. Mit der Spinalanästhesiekomponente wird eine schnell eintretende Nervenbetäubung erreicht. Die Periduralanästhesiekomponente dagegen ermöglicht es, weitere Dosen eines Lokalanästhetikums oder Schmerzmittels während und auch nach der Operation zu geben.

Vollnarkose

Eine Vollnarkose für einen Kaiserschnitt bedeutet, daß Sie während der Operation nicht bei Bewußtsein sind. Vollnarkosen für Kaiserschnittentbindungen sind heutzutage deutlich seltener. Sie sind allerdings gelegentlich nötig, zum Beispiel in Notfallsituationen, wenn aus medizinischen Gründen eine Regionalanästhesie nicht möglich ist, oder auch wenn Sie eine Vollnarkose bevorzugen.

Die Vor- und Nachteile der verschiedenen Anästhesiemethoden werden im Folgenden näher diskutiert. Zunächst ist es aber wichtig zu erklären was bei einer elektiven (geplanten) Kaiserschnittentbindung passiert.

Elektive (geplante) Kaiserschnittentbindung

Voruntersuchung

Normalerweise werden Sie schon vor dem eigentlichen Operationstermin die Klinik für eine Voruntersuchung aufsuchen. Dabei wird gewöhnlich Blut für verschiedene Untersuchungen abgenommen und eine Hebamme wird Ihnen erklären, was sie am Tag der Entbindung zu erwarten haben. Die meisten Frauen kehren erst am Tag der Operation wieder in die Klinik zurück. Es kann allerdings sein, daß Sie schon am Vortag aufgenommen werden. Wahrscheinlich wird man Ihnen vor der Entbindung Tabletten zur Hemmung der Magensäurebildung verschreiben. In diesem Fall sollten Sie eine Tablette am Vorabend und eine am Morgen der Entbindung nehmen – bei Bedarf wird ihnen dies näher erklärt werden.

Das Vorgespräch mit Ihrem/er Anästhesisten/in

Ein Anästhesist wird Ihnen vor der Operation Fragen zu ihrer allgemeinen Gesundheit und Krankengeschichte sowie vorherigen Narkosen stellen. Eine körperliche Untersuchung oder weitere Tests

können dabei notwendig sein. Ihr Narkosearzt wird zu diesem Zeitpunkt auch die verschiedenen Möglichkeiten der Anästhesie mit ihnen diskutieren und alle aufkommenden Fragen dazu beantworten.



Am Tag der Operation

Eine Hebamme wird Sie stationär aufnehmen und sicherstellen, daß sie für die Kaiserschnittentbindung entsprechend vorbereitet sind. Man wird Ihnen ein Identifikationsarmband geben und Sie unter Umständen bitten Antithrombosestrümpfe anzuziehen, die Blutgerinnseln in den Beinvenen vorbeugen. Weiterhin kann es notwendig sein aus hygienischen Gründen eventuelle Schambehaarung im Operationsgebiet zu entfernen. Nachdem Sie sich für die Operation umgezogen haben wird Ihre Hebamme Sie in den Kreißsaal führen. Eine Begleitung, zum Beispiel Ihr Partner oder Ihre Mutter, kann normalerweise mit Ihnen in den Kreißsaal/ geburtshilflichen OP kommen.

Im OP arbeiten ein ganze Reihe von Personen:

- Eine Hebamme, die Sie während der Operation begleitet und sich unmittelbar nach der Entbindung um ihr Baby kümmert.
- Ihr Anästhesist und eine Anästhesieschwester/pfleger.
- Der/die Geburtshelfer/in und eine chirurgische Assistenz.
- Zwei OP Schwestern oder Pfleger. Dies bedeutet, daß sich zum Zeitpunkt Ihrer Operation mindestens 7 Mitglieder des medizinischen Personals im OP befinden und arbeiten.

Um im OP Ihren Blutdruck, Herzfrequenz und Sauerstoffspiegel im Blut kontinuierlich überwachen zu können, werden sie an verschiedene Monitore und Kabel angeschlossen werden, was aber nicht schmerzhaft oder unangenehm ist. Der Anästhesist wird eine Kanüle in eine Vene auf dem Handrücken oder Unterarm legen und Ihnen eine Infusion geben. Danach kann mit der Regionalanästhesie oder Vollnarkose begonnen werden.

Die Regionalanästhesie

Wenn Sie für Ihren Kaiserschnitt eine Regionalanästhesie bekommen kann ihr Partner sie in den Kreißsaal begleiten. Man wird Ihren Partner oder Begleitung bitten sich zu setzen und sich von gewissen Bereichen im Operationsaal bzw. Kreissaal fernzuhalten um die Sterilität von Instrumenten zu wahren. (Sollten Sie eine Vollnarkose bekommen muß Ihr Partner außerhalb des Kreißsaals warten.)

Für die Regionalanästhesie müssen Sie entweder eine sitzende Position einzunehmen oder sich auf die Seite legen. In beiden Positionen ist es wichtig daß Sie Ihren Rücken so gut wie möglich krümmen, sich sozusagen 'einrollen', entweder durch Vornüberbeugen oder Anziehen der Beine. Der Anästhesist/ die Anästhesistin wird Ihren Rücken mit einer Alkohollösung desinfizieren und dann eine geeignete Stelle für die Injektion im Bereich der unteren Lendenwirbersäule finden. Zunächst wird man Ihnen etwas Lokalanästhetikum zur Betäubung der Haut geben, was kurzzeitig etwas brennen kann.



Im Fall einer Spinalanästhesie wird daraufhin eine dünne Metallkanüle im unteren Rückenbereich eingeführt. Unter Umständen werden Sie ein Kribbeln ähnlich eines kleinen elektrischen Schocks in einem Bein verspüren wenn die Spitze der Kanüle einen Nerven berührt. Falls dies passiert sollten Sie es dem Anästhesisten sagen. Es ist grundsätzlich wichtig, daß sie während der Injektion möglichst still sitzen oder liegen. Nachdem die Kanüle richtig positioniert ist wird das Lokalanästhetikum zusammen mit einen Schmerzmittel injiziert und die Kanüle dann entfernt. Normalerweise dauert die gesamte Prozedur nur ein paar Minuten. Es kann aber unter Umständen schwierig sein die Kanüle richtig zu positionieren, was zu Verzögerungen führen kann.

Für eine Periduralanästhesie oder kombinierte Spinal- und Periduralanästhesie wird eine etwas größere Kanüle verwendet durch die der bereits erwähnte dünne Plastikkatheter nahe der Nerven in der Wirbelsäule plziert wird. Wie auch bei der Spinalanästhesie ist es möglich, daß Sie ein kurzzeitiges Kribbeln ähnlich eines kleinen elektrischen Schocks in einem Bein verspüren. Zwar ist es wichtig still zu

sitzen oder zu liegen während der Anästhesist den Periduralkatheter plaziert, aber sobald die Metalkanüle entfernt worden ist können Sie sich mit dem Periduralkatheter frei bewegen.

Sie werden das Einsetzen der Spinal- oder Periduralanästhesie daran bemerken daß sich Ihre Beine etwas schwer und warm anfühlen oder kribbeln. Ein Taubheitsgefühl wird sich, in den Füßen beginnend, über mehrere Minuten aufwärts ausbreiten. Ihr Anästhesist/in kann dann überprüfen, daß sich der Effekt der Regionalanästhesie bis auf Brusthöhe ausgedehnt hat bevor die Operation beginnt. Es ist häufig nötig Ihre Lage auf dem Operationstisch zu verändern, um sicherzustellen daß sich die Nervenblockade ausreichend ausdehnt. In dieser Phase wird man Ihren Blutdruck häufig messen.

Während die Regionalanästhesie zu wirken beginnt wird eine Hebamme einen Blasenkatheter legen, der normalerweise am Tag nach der Entbindung entfernt wird.

Während der Operation werden Sie auf dem Rücken liegen, normalerweise mit einer leichten Linksneigung des OP Tisches. Bei einigen Frauen kann zu diesem Zeitpunkt ein Brechreiz auftreten, verursacht durch einen Blutdruckabfall. Falls Sie sich schlecht fühlen teilen Sie dies bitte dem Anästhesisten mit, so daß er/sie den Blutdruckabfall unverzüglich korrigieren kann.

Es kann sein, daß man Ihnen bis zur Entbindung etwas Sauerstoff mit einer durchsichtigen und lose sitzenden Plastikmaske gibt.

Die Operation (Kaiserschnitt)

Während des Kaiserschnitts ist das Operationsgebiet von Ihrer oberen Körperhälfte mit einem Vorhang aus sterilen Tüchern abgeteilt. Ihr Anästhesist/ ihre Anästhesistin wird während der gesamten Operation bei ihnen bleiben.

Der Hautschnitt erfolgt normalerweise etwas über der oberen Schamhaargrenze. Im Verlauf der Operation hören Sie eventuell das Absaugen von Flüssigkeit die das Baby in der Gebärmutter umgibt. Weiterhin ist es normal ein Drücken und Ziehen im Bauch zu fühlen, was allerdings nicht schmerzhaft sein sollte. Der Anästhesist wird Ihnen während des Kaiserschnitts weitere Erklärungen zum Verlauf der Operation geben. Bei Bedarf können Sie auch zusätzliche Schmerzmittel bekommen. Selten kann es notwendig sein während der Operation zusätzlich eine Vollnarkose zu geben.

Vom Beginn der Operation an dauert es etwas weniger als 10 Minute bis zur Entbindung des Babys. Unmittelbar nach der Geburt wird Ihr Baby von der Hebamme abgetrocknet und kurz untersucht werden. Ein Kinderarzt ist möglicherweise beteiligt. Danach können Sie oder Ihr Partner ihr Baby im Arm halten während die Operation weiterläuft.



Nach der Entbindung wird man Ihnen ein Medikament (Synthocinon) über die Infusion geben, welches das natürliche Sich-Zusammenziehen der Gebärmutter unterstützt und damit das Entfernen der Plazenta fördert. Zusätzlich wird Ihre Infusion ein Antibiotikum enthalten das Wundinfektionen vorbeugt. Ihr Geburtshelfer wird nach der Entbindung noch ungefähr 30 Minuten brauchen um die Operation abzuschließen. Am Ende werden Sie eventuell ein weiteres Schmerzmittel in Zäpfchenform bekommen, das späteren Wundschmerzen vorbeugt wenn die Regionalanästhesie abklingt.



Nach der Operation

Nach der Operation müssen Sie noch einige Zeit im Aufwachraum verbleiben, wo ihr Blutdruck und andere Vitalzeichen weiter überwacht werden. Ihr Partner und ihr Baby können normalerweise bei ihnen

bleiben. Nachdem Ihr Baby gewogen wurde, können sie anfangen mit der Brust zu stillen falls sie dies wünschen. Während die Regionalanästhesie langsam abklingt verspüren Sie eventuell ein leichtes Kribbeln in der unteren Körperhälfte, häufig auch etwas Juckreiz. Nach ungefähr zwei Stunden werden Sie wieder in der Lage sein ihre Beine zu bewegen. Die Schmerzmittel, die mit der Regionalanästhesie gegeben wurden, wirken allerdings noch mehrere Stunden nach.

Nach der Operation wird man Ihnen weitere Schmerztabletten verschreiben. Es ist grundsätzlich besser diese Medikamente regelmäßig zu nehmen, als zu warten bis Schmerzen auftreten. Keine der Ihnen verschriebenen Schmerzmittel können durch Brustmilch an Ihr Baby weitergegeben werden.

Die Vollnarkose

Es gibt verschiedene Gründe weshalb eine Vollnarkose für Sie notwendig sein kann:

- Bei bestimmten Blutgerinnungsstörungen sollte eine Regionalanästhesie vermieden werden.
- Wenn Sie einen Kaiserschnitt in einer Notfallsituation benötigen, ist es unter Umständen nicht möglich auf das Eintreten einer Regionalanästhesie zu warten. Eine Vollnarkose kann dann zeitsparender sein.
- Es kann aus anatomischen Gründen schwierig oder unmöglich sein Ihnen eine Regionalanästhesie zu geben.
- Gelegentlich ist es nicht möglich die Kanüle für eine Regionalanästhesie richtig zu platzieren oder die Regionalanästhesie wirkt nicht ausreichend.

Die Vorbereitungen für eine Vollnarkose entsprechen grundsätzlich denen für eine Regionalanästhesie. Allerdings kann Ihr Partner sie nicht in den Kreißsaal begleiten. Man wird Ihnen eine kleine Menge eines Mittels zur Magensäureblockade zu trinken geben und eventuell den Blasenkatheter schon vor der Vollnarkose legen. Vor der Narkoseeinleitung wird man Ihnen für etwa zwei Minuten Sauerstoff durch eine Maske zu atmen geben. Sobald der Geburtshelfer/ die Geburtshelferin und der Rest des OP-Teams bereit sind wird die Vollnarkose durch die Infusion begonnen. Während Sie einschlafen werden Sie einen leichten Druck auf den Hals verspüren, was verhindert daß Magensekrete in ihre Lunge gelangen. Die Vollnarkose wirkt innerhalb weniger Sekunden, deutlich schneller als eine Regionalanästhesie.



Sobald Sie eingeschlafen sind wird Ihr Narkosearzt/ärztin einen Plastikschauch in ihre Luftröhre einführen und eine Maschine wird Ihre Beatmung übernehmen. Ihr Anästhesist wird die Vollnarkose aufrechterhalten während der Gynäkologe das Baby entbindet. Während der gesamten Operation werden sie bewußtlos sein.

Wenn Sie aufwachen kann ihr Hals eventuell etwas wehtun und sie können eventuell Wundschmerzen von der Operation haben. Wahrscheinlich werden Sie für einige Zeit noch etwas schläfrig sein. Einige Mütter klagen auch über Brechreiz nach einer Vollnarkose. Nach Ende der Operation werden Sie in den Aufwachraum überführt wo Sie ihren Partner und ihr Baby sehen können.

Notfallmäßige Kaiserschnittentbindung

Man spricht von einer notfallmäßigen Kaiserschnittentbindung, wenn die Operation nicht mehr als ein oder zwei Tage im voraus geplant war. Die Dringlichkeit von ungeplanten Kaiserschnittentbindungen variiert. In einigen Fällen muß die Entbindung zum Beispiel sehr schnell erfolgen, häufig innerhalb einer Stunde, manchmal sogar sofort. Der häufigste Grund dafür ist eine Verschlechterung des Zustandes Ihres Babys in der Gebärmutter.

Wenn ein Kaiserschnitt unverzüglich erfolgen muß, fallen einige der normalen Vorbereitungen aus Zeitgründen weg.

Falls Sie bereits einen Periduralkatheter für Wehenschmerzen haben, kann ihr Anästhesist ihnen möglicherweise eine höhere Dosis eines konzentrierten Lokalanästhetikums geben um eine für eine Operation ausreichend starke Nervenblockade zu erreichen. Ihr Narkosearzt muß im Einzelfall entscheiden, ob Zeit genug bleibt die Periduralanästhesie auf diese Weise zu verstärken oder Ihnen eine Spinalanästhesie zu geben. Wenn in seltenen Fällen aus Zeitgründen keine Regionalanästhesie für die Entbindung gegeben werden kann, benötigen Sie eine Vollnarkose. Da nur ungefähr eine von zehn Kaiserschnittentbindungen ein Notfall ist, ist die Wahrscheinlichkeit, eine Vollnarkose zu bekommen für die meisten Frauen sehr gering.

Bei einer sehr dringenden notfallmäßigen Kaiserschnittentbindung ist manchmal wenig Zeit für ein Aufklärungsgespräch über den Ablauf der Operation. Ihre Ärzte und Hebammen wissen, daß dies verunsichernd und ängstigend sein kann, und werden Ihnen daher nach der Entbindung ausreichende Erklärungen geben.

Schmerzbehandlung nach der Operation

Es gibt verschiedene Möglichkeiten der Schmerzbehandlung nach einer Kaiserschnittentbindung.

- Zusätzlich zum Lokalanästhetikum kann ein lange wirkendes Schmerzmittel mit der Peridural- oder Spinalanästhesie gegeben werden.
- In einigen Kliniken wird der Periduralkatheter nach der Operation noch für einige Zeit belassen, so daß später weitere Dosen eines Schmerzmittels durch den Katheter verabreicht werden können.
- Zum Ende der Operation kann Ihre Hebamme ihnen schmerzstillende Zäpfchen geben.
- Bei Bedarf kann Ihre Hebamme ihnen ein Schmerzmittel spritzen.
- Eine andere Möglichkeit der Schmerztherapie ist die Infusion eines starken Schmerzmittels, zum Beispiel Morphin, wobei sie die Dosierung selbst bestimmen können (patienten-kontrollierte Analgesie).
- Ihnen können Schmerzmittel in Tablettenform verschrieben werden wie zum Beispiel Paracetamol, Codein oder Ibuprofen.

Vorteile einer Regionalanästhesie im Vergleich zu einer Vollnarkose

- Regionalanästhesien sind normalerweise sicherer und schonender für Sie und ihr Baby.
- Ihr Partner kann bei der Geburt direkt bei Ihnen sein.
- Sie sind nach einer Regionalanästhesie nicht schläfrig.
- Sie werden früher in der Lage sein Ihr Baby im Arm zu halten und zum ersten Mal zu stillen.
- Die Regionalanästhesie hat einen zusätzlichen schmerzlindernden Effekt, der noch Stunden nach der Operation anhält.
- Ihr Baby ist nach der Geburt wacher.

Nachteile einer Regionalanästhesie im Vergleich zu einer Vollnarkose

- Spinal- und Periduralanästhesien können Ihren Blutdruck senken, wiewohl dies einfach und schnell zu behandeln ist.
- Das Einsetzen einer Regionalanästhesie dauert etwas länger im Vergleich zur Vollnarkose.
- Regionalanästhesien können bei einigen Frauen ein Zittern ähnlich eines Schüttelfrosts auslösen.

- Selten wirkt eine Regionalanästhesie nicht ausreichend, was bedeutet, daß eine Vollnarkose notwendig sein kann.
- Ungefähr 4 von 10 Frauen (Periduralanästhesie) und zwei von 10 Frauen (Spinalanästhesie) können im Bereich der Injektion im Rücken einen Schmerz entwickeln, der in seltenen Fällen bis zu mehreren Wochen anhalten kann.

Die Risiken einer Regionalanästhesie sind in der folgenden Tabelle zusammengefaßt und basieren auf einer Reihe wissenschaftlicher Veröffentlichungen. Die beschriebenen Häufigkeiten sind geschätzt und können von Klinik zu Klinik variieren.

- Holdcroft A, Gibberd FB, Hargrove RL, Hawkins DF, Dellaportas CI. Neurological complications associated with pregnancy. *British Journal of Anaesthesia* 1995 – chapter 75, pages 522–526.
- Jenkins K, Baker AB. Consent and anaesthetic risk. *Anaesthesia* 2003 – chapter 58, pages 962–984.
- Jenkins JG, Khan MM. Anaesthesia for Caesarean section: a survey in a UK region from 1992 to 2002. *Anaesthesia* 2003 – chapter 58, pages 1114–1118.
- Jenkins JG. Some immediate serious complications of obstetric epidural analgesia and anaesthesia: a prospective study of 145,550 epidurals. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 2005 – chapter 14, pages 37–42.
- Reynolds F. Infection a complication of neuraxial blockade. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 2005 – chapter 14, pages 183–188.

Risiken und mögliche Komplikationen einer Peridural- oder Spinalanästhesie

| Risiken und Komplikationen | Häufigkeit | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------|
| Signifikanter Blutdruckabfall | 1 von 5 Frauen (Spinalanästhesie) | Häufig |
| | 1 von 50 Frauen (Periduralanästhesie) | Gelegentlich |
| Regionalanästhesie, die für eine Kaiserschnittentbindung nicht ausreichend wirkt, so daß eine Vollnarkose notwendig ist | 1 von 20 Frauen (Periduralanästhesie) | Manchmal |
| | 1 von 100 Frauen (Spinalanästhesie) | Gelegentlich |
| Starker anhaltender Kopfschmerz nach der Operation | 1 von 500 Frauen (Spinalanästhesie) | Ungewöhnlich |
| | 1 von 100 Frauen (Periduralanästhesie) | Ungewöhnlich |
| Nervenschädigung (taube Stelle am Bein oder Schwäche bestimmter Muskeln) | 1 von 1.000 Frauen (vorübergehend) | Selten |
| | 1 von 13.000 Frauen | Selten |

(dauerhaft)

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------|
| Epiduralabszess (Infektion) | 1 von 50.000 Frauen | Sehr selten |
| Meningitis | 1 von 100.000 Frauen | Sehr selten |
| Epidurales Hämatom (Bluterguß) | 1 von 170.000 Frauen | Sehr selten |
| Bewußtlosigkeit | 1 von 5.000 Frauen | Selten |
| Schwerste Nervenschädigung (einschließlich Querschnittslähmung) | 1 von 250.000 Frauen | Extrem selten |

- Ruppen W, Derry S, McQuay H, Moore RA. Incidence of epidural hematoma, infection, and neurologic injury in obstetric patients with epidural analgesia/ anesthesia. Anesthesiology 2006 – chapter 105, pages 394–399.

Eine landesweite Studie in Großbritannien hat ergeben, daß Regionalanästhesien bei Schwangeren ein geringeres Komplikationsrisiko haben als bei anderen Patienten (Cook TM, Counsell D, Wildsmith JAW. Major complications of central neuraxial block: Report on the third National Audit Project of the Royal College of Anaesthetists. British Journal of Anaesthesia 2009; 102: 179-190).

Risiken und mögliche Komplikationen einer Vollnarkose

| Risiken und Komplikationen | Häufigkeit | |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Lungenentzündung | 1 von 5 Frauen | Häufig (meist leichter Verlauf) |
| Halsschmerzen | 1 von 5 Frauen | Häufig |
| Brechreiz | 1 von 10 Frauen | Häufig |
| Verlegung der Atemwege und niedrige Sauerstoffwerte im Blut | 1 von 300 Frauen | Ungewöhnlich |
| Gelangen von Mageninhalt in die Lunge und schwere Lungenentzündung | 1 von 300 Frauen | Ungewöhnlich |
| Hornhautschädigung (Augenverletzung) | 1 von 600 Frauen | Ungewöhnlich |
| Zahnschädigung | 1 von 4.500 Frauen | Selten |
| Aufwachen während der Narkose | 1 von 250– 1.000 Frauen | Selten |
| Schwere allergische Reaktion | 1 von 10.000– 20.000 Frauen | Sehr selten |
| Tod oder schwere Hirnschädigung | Weniger als 1 von 100.000 Frauen | Extrem selten |

Diese Broschüre wurde verfaßt vom 'Information for Mothers Subcommittee' der *Obstetric Anaesthetists' Association* (Vereinigung der Geburtshilflichen Anästhesiologen in Großbritannien).

Das Komitee besteht aus den folgenden Mitgliedern:

Dr. Rosie Jones (Vorsitzende); Charis Beynon (Beauftragte des National Childbirth Trust); Dr. Rachel Collis (Consultant Anästhesiologin); Dr. Rhona Hughes (Beauftragte des Royal College of Obstetricians & Gynaecologists); Gail Johnson (Beauftragte des Royal College of Midwives); Dr. Michael Kinsella (Consultant Anästhesiologe); Dr. Makani Purva (Consultant Anästhesiologin); Dr. Ratnasapathy Sashidharan (Consultant Anästhesiologe).

Wir bedanken uns bei Dr. Mike Wee (ehemaliger Vorsitzender, Information For Mothers Subcommittee), Dr. Roshan Fernando und Professorin Felicity Reynolds für Ihre Arbeit an den vorherigen Ausgaben.

Desweiteren haben wir eine Broschüre namens **Schmerztherapie bei der Geburt** und zwei Filme auf einer Doppel-DVD mit dem Titeln **Zurechtkommen mit Wehen-Schmerzen** und **Ihre Anästhesie für den Kaiserschnitt**.

Sie können beide Broschüren auf unserer Website finden. Die Broschüren sind auch auf anderen Sprachen zu finden, u.a. Arabisch, Bengalisch, Kantonesisch, Kroatisch, Tschechisch, Französisch, Deutsch, Griechisch, Gujarati, Hindi, Isländisch, Italienisch, Japanisch, Mandarin, Polnisch, Portugiesisch, Punjabi, Rumänisch, Russisch, Serbisch, Somalisch, Spanisch, Tamil, Türkisch, Urdu und Walisisch.

Sie können weitere Kopien dieser beiden Broschüren (im Bündel von 50 oder 750) und die Doppel-DVD bei uns online, unter www.oaformothers.info bestellen.

OAA Secretariat

Telefon +44 (0)020 8741 1311

E-mail: secretariat@oaa-anaes.ac.uk

Website: www.oaformothers.info