Monatsschr Kinderheilkd 2016 · 164:1129
DOI 10.1007/s00112-016-0210-z
Online publiziert: 14. November 2016
© Springer Medizin Verlag Berlin 2016

Redaktion

G. Hansen, Hannover
R. Kerbl, Leoben
F. Zepp, Mainz

CrossMark

Zum Beitrag

Schwindt J-C, Heinzel O, Hoffmann F, Heimberg E (2016) Stabilisierung und Reanimation des Neugeborenen direkt nach der Geburt. Kommentierte Zusammenfassung der Leitlinien des European Resuscitation Council 2015. *Monatsschr Kinderheilkd* 164:203–217

Leserbrief

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich möchte zu einem Aspekt des Artikels „Stabilisierung und Reanimation des Neugeborenen direkt nach der Geburt“ von Schwindt et al. eine Stellungnahme abgeben. In dem Artikel wird u. a. kritisch hinterfragt, ob in der Reanimations-situation eines Neugeborenen ein zentraler Nabelvenenkatheter (NVK) wirklich der Zugang der ersten Wahl sein sollte. Dr. Schwindt und seine Koauto-ren empfehlen hingegen v. a. für kleinere Häuser ohne Neonatologie das Verlegen einer Knochennadel als Zugang der ersten Wahl. Ich kann mich dieser Empfehlung nicht anschließen. Ich glaube, dass auch oder v. a. in Zentren mit geübten und immer verfügbaren Neonatologen Knochennadeln bei der Reanimation von Neugeborenen Sinn machen und Leben retten können.

Wir haben gerade ein Kind 8 Tage nach Reanimation aufgrund eines akuten hypovolämischen Schocks nach Blutung gesund entlassen. Das Kind musste unmittelbar nach der an sich unauffälligen Spontangeburt kardiopulmonal reanimiert werden. Der zentrale Zugang in Form einer Knochennadel war 3 min

M. Wald

Landeskrankenhaus Salzburg, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Division für Neonatologie, Salzburg, Österreich

Vorzüge des intraossären Zugangs bei Neugeborenen

nach Eintreffen im Kreißsaal, also in der 4. Lebensminute, voll funktionsfähig etabliert. Nach Volumengabe und einmaliger Gabe von Adrenalin stieg die Herzfrequenz ca. 7 min nach Reanimationsbeginn auf Werte $\gg 60/\text{min}$ an, und ca. 8 min nach Reanimationsbeginn setzten auch erste spontane Atemzüge ein. Das Kind konnte somit innerhalb von 10 min stabilisiert werden.

In unserem Haus befindet sich in jedem Notfallwagen (Kreißsaal, Sectio-OP, Kinderzimmer, Neo-Intensivstation) ein Knochenbohrer, und er soll immer die erste Wahl in der Reanimation sein. Dies v. a. deshalb, weil durch den Versuch, eine Knochennadel zu bohren, so gut wie keine Zeit verloren geht. Es ist auch keine Unterbrechung der Reanimation notwendig. Und wenn das Bohren an beiden Schienbeinen scheitert, liegt der Zeitverlust bei weniger als 30 s, und es kann danach immer noch ein NVK verlegt werden.

Das Verlegen eines NVK benötigt viel mehr Zeit. Zuerst einmal eine viel längere Vorbereitungszeit, es ist einfach viel mehr Material notwendig. Und dann wird gerade beim Schneiden an der Nabelschnur und beim Einfädeln des Katheters in die kollabierte Nabelvene die Reanimation regelhaft unterbrochen. Das Verlegen eines NVK benötigt am Kind Platz, und Bewegungen sind extrem störend. Und auch das Zittern der eigenen Hände aufgrund der Notfallsituation verkürzt die Prozedur nicht. Jeder, der selber Dienst versieht und zu Reanimationen gerufen wird, kann das bestätigen.

Aktuell existiert das große Problem, dass die verfügbaren Knochennadeln für Neugeborene grundsätzlich zu lang sind.

Nur deshalb besteht das Risiko, durch den Knochen hindurchzubohren. Ein Abstandhalter oder einfach kürzere Nadeln würde sehr helfen, diesen erlaubten Kritikpunkt zu entkräften.

In diesem Sinn freut es mich, dass die Knochennadel in dem Artikel ebenso geschätzt wird wie an meiner Abteilung.

MfG

Martin Wald

Leiter der Division für Neonatologie, Landeskrankenhaus Salzburg, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Paracelsus Medizinische Privatuniversität

Korrespondenzadresse

PD Dr. M. Wald

Landeskrankenhaus Salzburg, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Division für Neonatologie
Müllner Hauptstr. 48, 5020 Salzburg, Österreich
m.wald@salk.at

Interessenkonflikt. M. Wald gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.