

Informationen und Richtlinien für Zuweiser

Sehr geehrte Zuweiser

Gerne möchten wir Ihnen mit den folgenden Unterlagen wichtige Informationen und Richtlinien bezüglich Interventioneller Schmerztherapie unter Bildverstärkung zukommen lassen. Um einen raschen und effizienten Ablauf zu ermöglichen bitten wir Sie um Ihre Mithilfe.

Besten Dank!

Aufklärung

Vor den Infiltrationen müssen Patienten über den geplanten Eingriff aufgeklärt werden. Hier geht es insbesondere um die möglichen Komplikationen und die Patientenvorbereitung. Das Aufklärungsblatt finden sie auf unserem Internet. Die Aufklärung ist optimal, wenn sie frühzeitig erfolgt, bei schwerwiegenden Komplikationsmöglichkeiten sollte sie **mindestens 1 Tag vor der Intervention** erfolgen.

Dies betrifft folgende Infiltrationen:

- epidurale Infiltrationen thorakal und cervical
- Nervenwurzeln BWS und HWS
- Grenzstranginfiltrationen lumbal sowie Stellatumblockaden
- Bei zervikalen Nervenwurzelinfiltrationen oder thorakal epiduralen Infiltrationen (bei multisegmentalen Problemen an der HSW) werden wir den Patienten zuvor anbieten, die genaue Indikation überprüfen und die Aufklärung übernehmen.

Blutgerinnung, gerinnungshemmende Medikamente

Das Risiko eines spinalen oder epiduralen Hämatomes ist erhöht bei gleichzeitiger Gabe von Antikoagulantien oder Thrombocytenaggregationshemmern. Demgegenüber stehen die kardiovaskulären Komplikationsrisiken beim Absetzen, insb. bei kürzlich implantierten Stents.

- **Blutungsanamnese und Status:** Anamnestisch wichtig sind Blutungsanamnese in der Familie, vermehrte Blutungsneigung, verlängerte Blutungszeit früher, Medikamente insb. orale Antikoagulantien oder Thrombozytenaggregationshemmer. Klinische Untersuchung der Haut, um vermehrte Hämatome und Hautblutungen auszuschliessen.

Ergibt sich aus der Anamnese und Untersuchung kein Verdacht auf eine Gerinnungsstörung, kann auf eine Laboruntersuchung verzichtet werden.

- **Minimale Anforderungen an das Labor für alle Eingriffe:**
 - Quick > 65%, INR ≤ 1.3
 - Thrombocyten > 100'000
 - aPTT < 37 sec (Therapie mit Heparin, 1h vor Punktion gemessen)

- **Epidurale Infiltrationen**

- NSAR: 3 Tage vor Intervention stoppen
- Aspirin cardio: 3 Tage vor Intervention stoppen
- Plavix: mind. 7 Tage vor Intervention stoppen (je nach Indikation Absprache mit Kardiologen)
- OAK: INR/Quick bestimmen, Quick > 65%, INR ≤ 1.3 Kurzfristig stoppen der OAK oder/und gleichzeitige Gabe von Konaktion, je nach Risiko und Indikation der Antikoagulation Überbrückung mit Niedermolekularen Heparinen (NMH) in therapeutischer Absicht.
- NMH: Prophylaxe: letztmals 12h vor Intervention. Therapie: (>5000 IE Fragmin): letztmals 24 h vor Intervention
- Arixtra (Fondaparinux): möglichst Wechsel auf ein anderes Präparat, mind. 42h vor Intervention absetzen
- Xarelto (Rivaroxaban): letzte Gabe mind. >18h vor Intervention

- **Facettengelenke, Nervenwurzeln, Grenzstranginfiltration lumbal, Stellatumblockaden, periphere Gelenke**

- NSAR können weitergegeben werden
- Aspirin cardio weiter
- Plavix falls möglich vorgängig stoppen (je nach Indikation Absprache mit Kardiologen und uns)
- OAK und NMH siehe oben (gleich wie epidurale Infiltrationen)

Patientenvorbereitung und Durchführung

- Alle Patienten sollten möglichst auf das Lenken von Motorfahrzeugen am gleichen Tag verzichten. Bitte erwähnen Sie das gegenüber den Patienten.
- Nüchternheit: für folgende Eingriffe sollten die Patienten nüchtern bleiben (mind. 6 h keine Aufnahme fester Nahrung, Wasser bis 4dl und Einnahme der Medikamente erlaubt)
 - Interventionen an der HWS (erstmalig)
 - Grenzstranginfiltrationen lumbal
 - Stellatumblockaden
- In Einzelfällen wird ein venöser Zugang gelegt: Dies betrifft insbesondere einzelne Infiltrationen an der HWS, sowie Grenzstranginfiltrationen lumbal oder Stellatumblockaden

