

ANELÄK Anestesi vid ECT

Kontraindikationer

Tillstånd där ökad sympatikusstimulering med blodtrycksstegring kan vara skadligt, t ex akut hjärt- eller hjärninfarkt, känt aortaaneurysm, cerebrala aneurysm och intrakraniell tryckstegring.

Efter hjärt- och hjärninfarkter bör man avvakta 6 veckor innan ECT ges.

Astma, hjärtsviktstillstånd och dehydrering bör hävas innan en behandlingsserie inleds.

Anestesibedömning

Den anesthesiologiska bedömningen skall göras senast dagen innan det första behandlingstillfället. Den för dagen ansvarige anesthesiologen informeras av ECT-ansvarig sjuksköterska och gör efter genomförda behandlingar på förmiddagen en bedömning av de patienter som ska påbörja behandling dagen därpå. Om patient tillkommer under helgen kontaktas narkosjouren. Patient kan också komma till operationsentrén för bedömning dagtid.

För att effektivisera bedömningen ska journal, ev. tidigare ECT-lista, elektrolyt- och blodstatussvar (högst 1 vecka gamla) samt EKG (alla över 60 år och alla patienter med hjärtkärlsjukdom) finnas tillgängliga. Bedömningen skrivs på "utgårdajournal". Vid eventuellt behov av komplettering meddelas avdelningen vad som behövs för godkännande. Patienter uppsatta för poliklinisk behandling kan komma till operationsentrén med ECT-journal och eventuellt EKG/provsvar för bedömningen.

Premedicinering

Patienterna ska vara fastande (inte tugga tuggummi), men ska ta sina ordinarie morgonmediciner med lite vatten.

Bensodiazepiner bör undvikas två dygn före ECT. Vid behov av premedicinering ge Lergigan per oralt på vårdavdelningen; till yngre 25-50 mg, över 65 års ålder ej över 25 mg och efter fyllda 80 ej över 12,5 mg.

Som antikolinergikum ges Robinul iv. / im. (passerar ej blod- hjärnbarriären som atropin och ger därmed mindre mentala biverkningar). Dosen är 0,2 mg, vilken ges på avdelningen innan patienten kommer ned. Vid behov kan anestesiläkare ordinera högre dos. I avsaknad av Robinul används Atropin i dosen 0,5 mg i.v./i.m.

Nitroglycerin kan ges till patient med anginösa besvär.

Anestesi

Anestesins syfte är att patienten ska slippa uppleva effekterna av det muskelrelaxerande medlet och känslan av att elektroderna appliceras på huvudet. När strömmen kopplas på blir patienten omedelbart medvetslös oavsett anestesi eller ej. Anestesi kan därför vara något ytligare än vid anestesi för operationer.

Eftersom anestesimedlen motverkar kramperna, är det också angeläget att hålla dosen låg för att öka effekten av behandling. Thiopental används i första hand. Dosen bör ligga mellan 3-4,5 mg/kg kroppsvikt (iv.). Man behöver inte eftersträva utsläckt blinkreflex. Propofol (1-1,5 mg/kg, iv) har visat sig ge kortare kramptider än thiopental och ska därför ses som ett andrahandsmedel förutom till porfyripatienter och de som reagerat ogynnsamt på thiopental.

Innan sövningsmedlet ges, ska patienten enligt läroböckerna preoxygeneras i 3 minuter. I praktiken kan detta vara svårt eftersom en del patienterna i sitt mentala tillstånd tycker det är mycket obehagligt att få andningsmasken klämd över ansiktet. Flöda i stället syrgas med revivatoren. Patienten ombeds - i de fall det är möjligt - att under denna tid ta djupa andetag (hyperventilera). Syrgasflöde till masken bör då vara c:a 10 l/min för att garantera en hög syrgashalt i inandningsluften. Obesa patienter preoxygeneras och sövs i halvsittande position.

Som muskelavslappnande medel ges Celokurin intravenöst i dosen 0,5 mg/kg till medelålders och äldre personer och 0,75 mg/kg till yngre och / eller muskulösa individer. Celokurinet ges så snart patienten förlorat medvetandet. Assisterad hyperventilation med tillägg av syrgas (10 l/min) ges därefter i väntan på Celokurineffekten. Kramptröskeln sänks då ytterligare pga. hypokapni, samtidigt som syresättningen blir maximal. När fascikulationerna orsakade av Celokurinet avklingat, ges ECT.

Om krampen inte kommer igång efter strömstöten eller om kramptiden blev för kort kan en ny strömstöt ges om anesthesiologen bedömer anestesi som adekvat och patientens tillstånd som tillfredsställande.

Återuppta vid behov ventilation under krampanfallet för att undvika hypoxi, ffa. om hjärt- / lungsjuka eller obesa patienter, de sistnämnda sjunker annars regelmässigt väldigt snabbt i saturation.

Efter kramperna fortsätter man syrgastillförseln och andningen assisteras om pulsoximetern visar att patienten börjar bli hypoxisk, annars återkommer spontanandningen snabbare om patienten får tillfälle att bygga upp sin koldioxidnivå. Observera att man kan få en apné på omkring 2 minuter av kramperna i sig.

När spontanandningen återfåtts kan patienten vid behov läggas på sidan och flyttas sedan till återhämtningsrummet. Fortsatt övervakning med pulsoximetri. Sätt näskateter och ge 1-3 l/min.

Patienten kvarstannar tills hen är kommunicerbar och puls, blodtryck och saturation återgått till normala, dvs. till de värden som uppmättes före behandlingen. Vid avvikande värden avgör narkosläkare om patienten ändå får återgå till avdelningen, v.g. se anslagstext nedan. Droppnålen borttages tidigast en timme efter behandlingen.

Bilkörning är inte tillåtet under behandlingsdygnet.



Innan patienten går härifrån:

efter ECT-sövningen skall följande kontrolleras:

Patienten skall vara kommunicerbar

Saturationen skall vara stabilt $>93\%$ utan
syrgas under 5 minuter

Pulsen skall vara mellan 50-100

Blodtrycket skall vara normalt övertryck: 90-160
undertryck: 50-100

Annars skall narkosläkaren tillkallas innan patienten går till avdelningen!

2015-11-25

Jakob Boethius

Överläkare anestesiläkaravd.