



SOP Intensivtherapie nach Pankreasresektion

Basismaßnahmen/-ziele

- **Normotension:** MAD \geq 65 mmHg \leq 95 mmHg
- **Normofrequenz:** HF < 100/min.
- **Normoxämie:** SpO₂ \geq 95%
- **Diurese:** \geq 0,5 ml/kg KG/h
- **Normoglykämie:** Blutglukose: 80-180 mg/dl
- **Ausgeglichener** Wasser- und Elektrolythaushalt
- **Oberkörperhochlagerung** mindestens 30°
- **Frühzeitige Mobilisierung:** 1. postoperativer Tag
- **Stressulkusprophylaxe:** Pantoprazol 40 mg p.o./i.v.
- **Thromboseprophylaxe:** Enoxaparin/Heparin
- **Octreotid®** 3x100 µg s.c. über 7 Tage nach chirurgischer Indikation

Analgesie

- Periduralanalgesie
 - Start mit Ropivacain 0,18% + Sufentanil 0,45 µg/ml (6-10 ml/h)
 - Entwöhnung nach Klinik
- Systemische Analgesie
 - Piritramid/Metamizol oder Paracetamol
- Umstellung auf orale Schmerzmedikation nach Klinik
 - Oxycodon/Naloxon, Morphinsulfat, Metamizol oder Paracetamol

Ernährung

Sondenernährung postpylorisch

- Start mit Isosource standard 10 ml/h ab 2 h postoperativ** und 2-stündliches Spülen der Sonde mit 20 ml NaCl 0,9%

Tägliche Steigerung der Portionen um 10 ml * bis Zielkalorien erreicht

Orale Ernährung

- Nach Freigabe durch Operateur

Parenterale Ernährung

- Ab Tag 8 bei Unmöglichkeit der enteralen Ernährung; ab Tag 3 bei Mangelernährung (BMI < 18 kg/m²) und Unmöglichkeit der enteralen Ernährung
- Wenn enteral über 8 Tage eine Energiemenge < 500 kcal/d aufgenommen wird
- **Energiebedarf:** 25 kcal/kg KG/Tag (PE: 3g/kg KG Glucose, 1,5g/kg KG AS, 0,5g/kg KG Fett, Spurenelemente, Vitamine)
- Während der ersten 3 Tage wird kein Fett appliziert
- Tägliche Substitution von Vitaminen und Spurenelementen:
 - Zur Glucose wird 1 Amp. Na₃P₀₄ zugesetzt
 - Zur Aminosäure wird 1 Amp. Addel® zugesetzt
 - Täglich 1 Amp. Cernevit® als Kurzinfusion i.v.
- Bei langandauernder TPE wöchentliches Phosphatmonitoring und Substitution bei Bedarf

Isosource standard®: 1 kcal/ml

*wenn Magen-Darmpassage suffizient

**wenn keine Kontraindikation aus operativer Sicht



SOP Intensivtherapie nach Pankreasresektion

Therapie der postoperativen Magen-Darm-Atonie

Prophylaxe:

- Indikation für Magensonde täglich prüfen
- Dauerableitung über liegende Magensonde täglich kritisch überprüfen
- Frühzeitige enterale Ernährung
- Frühzeitige Mobilisation
- Adäquate Analgesie

Diagnostik

- Chirurgische Behandlungsoption?
- Klinik
- Abdomensonographie
- Röntgen Abdomen
- Abdomen-CT

Oberbauchatonie

- Bei Patienten mit OP nach Traverso-Longmire und hohen Magensondenrückstauungen an „verschwollenen“ Pylorus denken, hier keine propulsive medikamentöse Therapie!

Distale Motilitätsstörung

- Klyisma, Hebe-Senk-Einlauf
- Neostigmin/MCP***
- bei vorhandener Peristaltik: Rizinusöl, Peritrast®-oral-GI 300mg I/ml

***der Einsatz von MCP erfolgt als Off-label-use bei fehlender Zulassung!

Labormonitoring

- **Laborkontrolle postoperativ:** Blutbild, Gerinnung, Elektrolyte
- **Laborkontrolle 1. postoperativer Tag:**
 - Blutbild, Gerinnung, Elektrolyte, Serumkreatinin, Harnstoff, ggf. Bilirubin, Natrium im Urin
- Weitere Routinelaborkontrollen an den folgenden Tagen nach klinischem Verlauf!
- **2.-5. postoperativer Tag: CRP-Monitoring**
- **Lipase im Drainagesekret:** täglich