

## **SOP Postoperative Schmerztherapie nach HELIOS Handlungsempfehlung**

- Prophylaxe und Therapie akuter Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen sind fester Bestandteil der perioperativen Phase. Reduktion von Schmerzen und PONV sind wesentliche Faktoren für das persönliche Wohlbefinden und eine rasche Rekonvaleszenz.
- Jeder Patient wird bereits präoperativ zum Aufnahmegespräch über den zu erwartenden Schmerzverlauf, Risiken und Alternativen der Schmerztherapie informiert.
- Perioperative Schmerztherapie ist eine interdisziplinäre Aufgabe, welche VAS < 3 zum Ziel hat. Die Erfragung der VAS erfolgt mindestens 2mal täglich für jeden Patienten und wird in der Patientenakte dokumentiert.
- Regionalanästhesieverfahren sollen wegen ihrer Vorteile gegenüber der systemischen Analgesie mit Opioiden grundsätzlich bevorzugt werden.
- Abweichungen davon werden begründet.
- Periphere Blockaden und Wundinfiltrationen sind rasch durchführbar und komplikationsarm. Bei zu erwartenden länger anhaltenden oder starken Schmerzen sollen Katheterverfahren eingesetzt werden.
- Rückenmarksnahe Katheter sind wertvolle Verfahren, die nach Möglichkeit eingesetzt werden sollen, im Besonderen bei zu erwartender mehrtägiger Schmerztherapie, Frühmobilisierung und fast-track-Konzepten.
- Eine **systemische Schmerztherapie via PCA-Pumpe** ist nur dann indiziert, wenn keine regionalen Verfahren zur Anwendung kommen konnten.
- Grundsätzlich sind nur wenige Medikamente für die postoperative Schmerztherapie erforderlich. Patienten mit chronischen Schmerzen behalten nach Möglichkeit ihre gewohnte Medikation.
- Operationstypische Schmerztherapieverfahren/ Katheterverfahren sind den SOP der entsprechenden Bereiche zu entnehmen.
- Unmittelbar postoperativ ist das Aufwachraumschema zur Schmerztherapie anzuwenden.

### Nichtopioide:

- NSAR und COX2-Hemmer (z. B. Ibuprofen) sollen nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung indikationsgerecht eingesetzt werden.

Ersteller:	Prüfer:	Freigeber:

Opioide:

- Als oral verfügbares **Retardpräparat** wird **Oxycodon** und die **Bedarfsmedikation nichtretardiertes Morphin** empfohlen. Für die parenterale Gabe verwenden wir Morphin.
- Das Retardpräparat Oxycodon darf nicht zermörsert werden. Alternativ kann z. B. Capros® 10 mg (retardiert) verwendet werden.

Postoperative Schmerztherapie

OP mit wenig Schmerzen	OP mit mittelstarken Schmerzen	OP mit sehr starken Schmerzen
intraoperativ oder im AWR: nicht retardiertes Opiat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Präoperativ "Schmerzkatheter aufsättigen"</li> <li>• wenn keine RA, dann intraoperativ oder im AWR nicht retardiertes Opiat (bei Bedarf PCA im AWR anschließen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Präoperativ "Schmerzkatheter aufsättigen"</li> <li>• wenn keine RA, dann intraoperativ oder im AWR nicht retardiertes Opiat (bei Bedarf PCA im AWR anschließen)</li> </ul>
über 3 Tage: Ibuprofen bis 2,4 g pro Tag	<ul style="list-style-type: none"> <li>• über 3 Tage: Oxycodon 12 stdl. 10 - 20 mg oder Ibuprofen bis 2,4 g pro Tag.</li> <li>• Bei unzureichender Schmerzreduktion bitte Schmerzdienst konsultieren (Tel. 6066).</li> <li>• Konsequente Kontrolle der Wirksamkeit der RA-Verfahren bei Belastung.</li> <li>• Keine NSAR bei RM-nahen Kathetern!</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• über 3 Tage: PCA und Schmerzkatheter werden durch Schmerzdienst betreut.</li> <li>• Nach Beendigung: Oxycodon 12 stündlich 10 - 20 mg bis zu 7 Tage und Ibuprofen bis 2,4 g pro Tag.</li> <li>• Bei unzureichender Schmerzreduktion bitte Schmerzdienst konsultieren (Tel. 6066).</li> <li>• Konsequente Kontrolle der Wirksamkeit der RA-Verfahren bei Belastung (Husten, Mobilisierung).</li> <li>• Keine NSAR bei RM-nahen Kathetern!</li> </ul>

Ersteller:	Prüfer:	Freigeber:
------------	---------	------------