
Praktikumsanleitung zum Versuch

„Energieumsatz und Atmungsregulation“

UNIVERSITÄT LEIPZIG
MEDIZINISCHE FAKULTÄT
CARL-LUDWIG-INSTITUT FÜR PHYSIOLOGIE
AUSGABE FÜR PHARMAZIE-STUDIERENDE

VERSION 2025

Stichwörter für Energieumsatz: Sauerstoffaufnahme, Sauerstoffverbrauch, Energiebegriff, Energieformen, Metabolismus, Energieumsatzniveaus von Zelle und Organismus, Grundumsatz (Bedingungen, spezifisch-dynamische Wirkung), Leistungsumsatz, Leistungszuwachs, Wirkungsgrad, direkte Kalorimetrie, indirekte Kalorimetrie (O_2 -Messung, respiratorischer Quotient, kalorisches Äquivalent, physikalischer und physiologischer Brennwert)

Stichwörter für Atmungsregulation: Partialdruck: pO_2 , pCO_2 ; Sauerstoffsättigung, Sauerstoffbindungskurve des Hämoglobins, alveolare Ventilation, Totraumventilation, Ventilationskoeffizient, Atemäquivalent, Zusammensetzung von atmosphärischer Luft und Alveolarluft; Atemzentrum, Chemorezeptoren, Propriozeptoren des Thorax und Dehnungsrezeptoren der Lunge (Hering-Breuer-Reflex), CO_2 - und O_2 -Antwortkurven.

Lernziele zur Praktikumsvorbereitung

Nach der Vorbereitung zum Praktikumsversuch sind die Studierenden in der Lage:

- den Zusammenhang zwischen Sauerstoffaufnahme und Energieumsatz zu erklären,
- die Messung der Sauerstoffaufnahme und die Bestimmung des Energieumsatzes mittels der Indirekten Kalorimetrie zu erläutern sowie den Begriff Grundumsatz zu definieren,
- den Zusammenhang zwischen Sauerstoffsättigung und Sauerstoffpartialdruck im Blut zu erklären,
- die chemische Atmungsregulation zu beschreiben und die unterschiedlich starken Einflüsse von pO_2 und pCO_2 zu interpretieren.

1 Messung des Energieumsatzes mittels indirekter Kalorimetrie

1.1 Bestimmung des Umsatzes einer ruhenden, sitzenden Versuchsperson mittels indirekter Kalorimetrie

Die indirekte Kalorimetrie geht davon aus, dass im lebenden Organismus letztlich alle Energie aus der Oxidation der Nahrungsstoffe stammt. Bei der geringen O_2 -Speicherkapazität des Organismus muss dann der augenblickliche Energieumsatz E dem O_2 -Verbrauch V_{O_2} proportional sein. Es erfolgt die spirographische Messung des Sauerstoffverbrauchs pro Zeit (Sauerstoffaufnahme). Der Energieumsatz ergibt sich als Produkt aus Sauerstoffaufnahme \dot{V}_{O_2} (O_2 -Verbrauch/min) und dem nahrungsabhängigen kalorischen Äquivalent KÄ als Proportionalitätsfaktor. Für europäisches Essen kann KÄ = 20,2 kJ/l angenommen werden. Die Sauerstoffaufnahme muss hierzu auf Normalbedingungen (STPD) mit dem wetterabhängigen Faktor k_{STPD} (s. Anhang I) reduziert werden.

Die innerhalb der Messzeit t_{Ruhe} umgesetzte Energie ist somit:

$$E = \dot{V}_{O_2} \cdot k_{STPD} \cdot KÄ$$

Die innerhalb der Messzeit t_{Ruhe} erfolgte Sauerstoffaufnahme (Sauerstoffverbrauch pro Zeit) ist:

$$\dot{V}_{O_2} = \frac{V_{O_2}}{t_{Ruhe}}$$

Der Energieumsatz (Energie pro Zeit = Leistung) in Ruhe errechnet sich dann zu:

$$Energieumsatz = P = \frac{E}{t} = \frac{V_{O_2} \cdot k_{STPD} \cdot KÄ}{t_{Ruhe}} = \dot{V}_{O_2} \cdot k_{STPD} \cdot KÄ$$

1.1.1 Allgemeine Grundsätze

- Die Versuchsperson (Vp) ist über den geplanten Ablauf der einzelnen Versuche genau zu informieren. Kommandos sind vor Beginn zu verabreden.
- Besondere Beaufsichtigung der Vp bei den Versuchen zur Atmungsregulation (CO₂-Überschuss, O₂-Mangel). Bei O₂-Mangel kann die eigene Wahrnehmung der Vp eingeschränkt sein!
- Anschluss der Vp an das Spirometer mit Mundstück und Schlauch. Sicherer Verschluss der Nase mit einer Klemme!
- Kalibrierung des Spirometers in vertikaler Richtung (y-Achse): **1 cm = 300 ml**

1.1.2 Versuchsablauf

1. Registriergeschwindigkeit (nur bei eingeschaltetem Gerät) einstellen: **60 mm/min**
2. Atemsystem mit O₂ spülen und füllen:

O₂-gefüllte Spirometerglocke durch Herabdrücken bei gleichzeitiger Öffnung des Ventils am Inspirationsschlauch/Spirometergehäuse (Herabdrücken des Metallhebels) entleeren; anschließend erneute ausreichende O₂-Füllung der Spirometerglocke.

3. Anschluss der Vp: Nasenklammer aufsetzen; Mundstück wie bei einem Schnorchel in den Mund nehmen; maximal 2 Minuten Atmung bei geöffnetem Bypass (oben am Metallmundstück) bis zur Gewöhnung.
4. Bypass am Mundstück durch Drehen am hinteren Ende vollständig (!) verschließen. Der Start des Versuchs ist durch die Aufzeichnung regelmäßiger Atembewegungen zu kontrollieren. Die Aufzeichnung erfolgt dann über einen Zeitraum von **maximal 10 Minuten (mind. 5 Minuten)**.
5. Zur Kontrolle der Konstanz des Energieumsatzes der Vp ist während des Versuches einmal pro Minute der Puls mittels des mobilen Pulsoximeters/Kapnographen (CAPNOX) zu messen. Die Pulsfrequenz [min⁻¹] wird über die gesamte Versuchsdauer gezählt und zeitgerecht in das Spirogramm eingetragen.

1.1.3. Ergebnisse

1. mittlerer O₂-Verbrauch pro Minute (O₂-Aufnahme); Korrektur auf STPD
2. Ruhe-Energieumsatz und Abweichung vom Soll-Grundumsatz . Angabe erfolgt in %, wobei Soll-Grundumsatz = 100 %).

Schätzung des Soll-Grundumsatzes nach: Mifflin, MD, St Jeor, ST, Hill, LA, Scott, BJ, Daugherty, SA, Koh, YO: A new predictive equation for resting energy expenditure in healthy individuals. American Journal of Clinical Nutrition, 51:241–247, 1990.

Frauen:

$$\text{Grundumsatz} \left[\frac{\text{kJ}}{\text{Tag}} \right] = -674 + 41,8 \cdot \text{Körpergewicht} + 2617 \cdot \text{Körpergröße} - 20,6 \cdot \text{Alter}$$

Männer:

$$\text{Grundumsatz} \left[\frac{\text{kJ}}{\text{Tag}} \right] = 21 + 41,8 \cdot \text{Körpergewicht} + 2617 \cdot \text{Körpergröße} - 20,6 \cdot \text{Alter}$$

Körpergewicht in kg, Körpergröße in m, Alter in Jahren.

1.1.3. Diskussion

Wodurch sind Abweichungen des Ruhe-Umsatzes vom Soll-Grundumsatz zu begründen?

Probandendaten	
Geschlecht	
Alter [Jahr]	
Größe [cm]	
Gewicht [kg]	
Soll-Grundumsatz [kJ/Tag]	
Wetterabhängige Daten	
Luftdruck [hPa]	
Raumtemperatur [°C]	
k_{STPD}	
Energieumsatz	
Messdauer t_{Ruhe} [min]	
O_2 -Verbrauch [l] (V_{O_2})	
O_2 -Aufnahme [l/min] (\dot{V}_{O_2})	
Ruhe-Energieumsatz [kJ/min]	
Ruhe-Energieumsatz [Watt = J/s]	
Ruhe-Energieumsatz [kJ/Tag]	
Abweichung vom Soll-Grundumsatz in %	

Tabelle 1: Daten der Energieumsatzmessung

2 Versuche zur Atmungsregulation

Die Zusammensetzung der in ständigem Gasaustausch mit dem Blut stehenden Alveolarluft wird durch die äußere Atmung in engen Grenzen konstant gehalten. Es wird periodisch ein Teil der Alveolarluft ausgeatmet und durch eingeaatmete atmosphärische Luft ersetzt. Die Häufigkeit dieses Vorganges (Atemfrequenz) und die Größe des in die Alveolen gelangten Gasvolumens (Atemzugvol. minus Totraumvol.) sind variabel. Ihre Einstellung erfolgt - in einem noch unvollkommen bekannten Prozess - unter Vermittlung von Rezeptoren (Chemorezeptoren, Mechanorezeptoren) und des nervösen Atemzentrums vorwiegend als Anpassung an die Erfordernisse des Stoffwechsels (O_2 -Verbrauch, CO_2 -Bildung) und an die mechanischen Gegebenheiten im Thorax-Lungenbereich.

Die Atemform („Atemmuster“) ist durch Angabe der Atemfrequenz und des Atemhubes (sowie dessen Ausgangsposition) gekennzeichnet. Das als Förderleistung des Atemapparates bezeichnete Atemminutenvolumen (Maß für die Ventilation) AMV ergibt sich aus dem Produkt von Atemzugvolumen und Atemfrequenz. Das Atemminutenvolumen ist in alveolare Ventilation und Totraumventilation aufteilbar. Nur die alveolare Ventilation steht in Zusammenhang mit den pro Minute ausgetauschten Volumina an O₂ und CO₂. Ein ungünstiges Atemmuster, wie flache Atmung bei gesteigerter Frequenz (Hechelatmung) führt zu einer Vergrößerung der Totraumventilation und damit des Atemäquivalents (Verhältnis von ventilierter Luftmenge zu aufgenommener O₂-Menge).

Fingerpulsoximeter

Auf Intensivstationen, bei Operationen, in der Geburtshilfe usw. gehört mittlerweile die Anwendung von sog. Fingerpulsoximetern zum Standard der Patientenüberwachung.

Bei diesem nichtinvasiven und kontinuierlichen Verfahren wird die Fingerkuppe mit zwei verschiedenen Wellenlängen monochromatischen Lichtes durchstrahlt und die Extinktion gemessen. Grundlage der Messung ist im Anhang dargestellt (**s. Anhang II**).

Da sich die Extinktion in Abhängigkeit von der arteriellen Pulsation rhythmisch verändert, lassen sich neben der Sauerstoffsättigung die Herzfrequenz und die periphere Pulskurve erfassen und anzeigen.

2.1 Auswertung der Ruheatmung (siehe Versuch 1.1 zum Ruheumsatz)

2.1.1 zu bestimmende Werte

- mittleres Atemzugvolumen V_T [Liter] (bezogen auf BTPS-Bedingungen): aus einigen Atemzügen
- mittlere Atemperiodendauer (Dauer eines Atemzugs) T_{TOT} [s]: aus 10 aufeinanderfolgenden Atemzügen
- mittlere Atmungsfrequenz f_R [min⁻¹]: Berechnen aus T_{TOT}
- mittleres Atemminutenvolumen AMV [l/min] (bezogen auf BTPS-Bedingungen)
- O₂-Aufnahme [ml/min] (bezogen auf STPD-Bedingungen): aus Versuchsergebnissen zu 1.1 (Tabelle 1) übernehmen
- Atemäquivalent für Sauerstoff EQ_{O₂} (unkorrigierte Werte = ATPS verwenden) nach der Formel:

$$EQ_{O_2} = \frac{\text{Atemminutenvolumen } [\frac{l}{\text{min}}, \text{ATPS}]}{O_2 - \text{Aufnahme } [\frac{l}{\text{min}}, \text{ATPS}]}$$

- Pulsfrequenz bei Ruhe [min⁻¹]

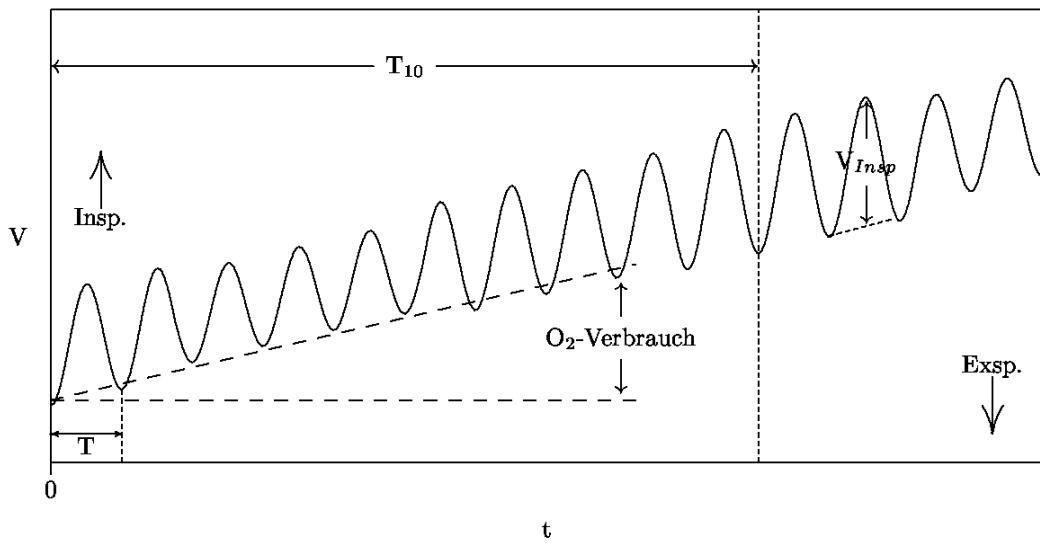


Abbildung 2: Parameter der Ruheatmung

V	Volumen
T	Atemperiodendauer
V_{Insp}	Inspirationsvolumen
t	Zeit
T₁₀	Dauer von 10 Atemperioden

2.1.2 Ergebnisse

kBTPS:

Volumen	unkorrigiert	korrigiert	Normwert
Atemzugvolumen [ml]		BTPS:	
Atemminutenvolumen <i>AMV</i> [<i>l/min</i>]		BTPS:	
O ₂ -Aufnahme \dot{V}_{O_2} [ml/min], aus Tab. 1		STPD:	

Atemperiodendauer [s]	
Atmungsfrequenz [min^{-1}]	
Atemäquivalent EQ_{O_2}	
Mittlere Pulsfrequenz [min^{-1}]	

Tabelle 2: Wertetabellen für die Ruheatmung

2.2 Einfluss von Kohlendioxid-Überschuss auf die Atmung: Atmung mit steigendem Kohlendioxid-Gehalt der Einatmungsluft (Rückatmungsversuch)

2.2.1 Durchführung

An den Inspirationsstutzen wird ein Plaste-Zwischenstück angesteckt, das zwei Verbindungsschläuche zu einem Messgerät für die fortlaufende CO₂-Messung enthält. Entleerung der Glocke und Füllung des Spirographen nur zu **2/3 mit Sauerstoff**, nachdem der CO₂-Absorber (vom Assistenten!) aus dem System entfernt wurde. Anschluss der Vp und diese wieder ca. 2 Minuten mit Raumluft bei geöffnetem Ventil adaptieren lassen. Danach Beginn der Registrierung (Registriergeschwindigkeit 60 mm/min). Puls zählen und protokollieren (s. Aufgabenteil 2.1). Die Registrierung erfolgt so lange, bis erhebliche subjektive Atemnot den Abbruch nötig macht. Bei Abbruch sollten erhebliche Änderungen der Atmung deutlich sichtbar sein.

Zusätzlich zu den physiologischen Zeichen der CO₂-Überschussatmung wird der Partialdruck des CO₂ (**pCO₂**) über den **Kapnographen/Pulsoximeter (CAPNOX)** abgeschätzt. Die Anzeige erfolgt grafisch als ansteigende pCO₂-Kurve (mmHg), wobei der mittlere Abschnitt des Displays folgendermaßen skaliert ist: untere Kante: 0 mmHg; untere gestrichelte Linie: 30 mmHg; obere gestrichelte Linie: 60 mmHg; obere Kante: 100 mmHg. Der Messwert ist in Minutenabständen zu erfassen. Außerdem wird der pCO₂ bestimmt, bei dem der Proband subjektiv einen **Atemantrieb** spürt. Dazu ist vor Versuchsbeginn mit der Vp eine entsprechende Zeichengebung zu vereinbaren (z.B. Heben eines Armes). Der pCO₂ beim Versuchsabbruch ist ebenfalls zu registrieren.

2.2.2 Ergebnisse

	letzte 3 AZ jede Minute	Zahl der Atemzüge		minütlich ablesen	minütlich ablesen
Min	Atemzugvolumen (unkorr.) [l]	Atemfrequenz [min ⁻¹]	AMV (unkorr.) [l/min]	Pulsfrequenz [min ⁻¹]	pCO ₂ [mm Hg]
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Tabelle 4: Messwerte für CO₂-Überschuss

2.2.3 Auswertung

- während des Versuches gibt die Vp ein Zeichen, ab wann deutliche Atemnot empfunden wird! Zeitpunkt und ggf. CO₂-Konzentration markieren!
- das **Atemzugvolumen jeder Registrierminute** wird durch den **Mittelwert aus den jeweils letzten 5 Atemzügen** erfasst und auf BTPS-Bedingungen umgerechnet.
- die **Atemfrequenz** wird für jede Minute durch **Auszählen der registrierten Atemperioden** ermittelt (angefangene Atemzüge werden mitgewertet, wenn die Exspiration bereits begonnen hat)
- das **Atemminutenvolumen** jeder Registrierminute wird als **Produkt aus Atemzugvolumen und Frequenz** berechnet.

Protokollieren Sie die Symptome, die Sie am Probanden beobachten konnten:

- Ab welchem pCO₂ wird Atemnot empfunden?
- Symptome bei Abbruch:
 - Gesichtsfarbe:
 - subjektive Empfindungen (Hitze, Kopfschmerzen, ...):

2.3 Einfluss von Sauerstoffmangel auf die Atmung

2.3.1 Durchführung

Nach ausreichender Erholung der Vp (Rückkehr von Pulsfrequenz und Atmung auf die im Aufgabenteil 2.1 ermittelten Ruhewerte, Pausendauer mind. 15 min, wird der Spirograph, in den der CO₂-Absorber (vom Assistenten!) wieder eingesetzt wurde, zu **1/2 mit atmosphärischer Luft** gefüllt. Es müssen auch die Verbindungsschläuche mit Luft gespült werden. Dazu sind die Schlauchverbindungen am Atemventil vorsichtig zu lösen. Die Spirometerglocke wird mehrfach über die Atemschläuche gefüllt und entleert. Anschluss der Vp und eine 2 minütige Adaptation bei geöffnetem Ventil. Nach Ventilschluss Beginn der Registrierung und Pulskontrolle wie im Aufgabenteil 3.2. Die Registrierung erfolgt bis zum Einsetzen von Hypoxiezeichen (Zyanose, Blässe, Pulsfrequenzanstieg). Die Vp soll während des Versuches eine absteigende Zahlenreihe in 3er Schritten, beginnend bei 1000, schreiben (1000, 997, 994...). **Treten als Anzeichen einer zerebralen Hypoxie Schriftunsicherheit und Schreibfehler auf, wird der Versuch sofort abgebrochen.** Subjektive Atemnot wird bei O₂-Mangel nicht empfunden, die Atmungsvergrößerung ist gering.

Ebenfalls über den **Kapnographen/Pulsoximeter (CAPNOX)** lässt sich die **O₂-Sättigung** messen. Die O₂-Sättigung wird einmal pro Minute registriert.

2.3.2 Ergebnisse

	letzte 3 AZ jede Minute	Zahl der Atemzüge		minütlich ablesen	minütlich ablesen
Min	Atemzugvolumen (unkorr.)[l]	Atemfrequenz [min ⁻¹]	AMV (unkorr.) [l/min]	Pulsfrequenz [min ⁻¹]	O ₂ -Sättigung [%]
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Tabelle 5: Messwerte für O₂-Mangel

2.3.3 Auswertung

- Welche Veränderungen im Schriftbild sowie bei den Rechenaufgaben waren zu beobachten?
- Symptome bei Abbruch:
 - Gesichtsfarbe:
 - Zyanose? (Ohrläppchen, Fingerkuppen, Lippen):
 - subjektive Empfindungen (Schwindel, motorische oder sensorische Störungen, Bewusstseinstrübungen, ...):
- Etwa welchem pO₂ entspricht die gemessene O₂-Sättigung bei Abbruch?

2.4 Graphische Auswertung und Diskussion zu Versuchen 2.2 und 2.3

- Zeichnen Sie den zeitlichen Verlauf des AMV für Aufgabenteil 2.2 und 2.3 **in ein Diagramm** (x-Achse: Zeit in min, y-Achse: AMV in l/min)
- Beschriften Sie in der Kurve für die CO₂-Überschussatmung folgende Datenpunkte:
 - erstmalig pCO₂ ≥ 40 mmHg
 - Einsetzen des Atemantriebs
 - Angabe des pCO₂ bei Abbruch
- Vergleichen Sie die in den Aufgabenteilen 2.2 und 2.3 erhaltenen Atmungssteigerungen!

- Als Maximalwerte der Ventilation (AMV) wurden ermittelt:
 - a) unter CO₂-Überschuss
 - b) unter O₂-Mangel
- Was sagen diese Werte über den jeweiligen Atmungsantrieb aus?

Anhang I: Normierung von Gasvolumina

Das Gasvolumen im Glockenspirometer hängt von der Raumtemperatur T_{Raum} [K] und dem wetterabhängigen Luftdruck p_{Raum} ab. Für die Normierung auf Standardbedingungen STPD (Standard Temperature $T_{STPD} = 273,15$ K = 0°C, Pressure $p_{STPD} = 760$ Torr = 101325 Pa, Dry = trockene Luft) nutzt man die ideale Gasgleichung

$$\frac{(p_{Raum} - p_{WD}) \cdot V_{Raum}}{T_{Raum}} = \frac{p_{STPD} \cdot V_{STPD}}{T_{STPD}}$$

Da auf trockene Luft normiert wird, muss man gedanklich alle Wassermoleküle aus dem Volumen V_{Raum} entfernen, also den Luftdruck p_{Raum} um den Partialdruck des Wasserdampfes p_{WD} reduzieren. Für $V_{STPD} = k_{STPD} \cdot V_{Raum}$ ergibt sich dann

$$k_{STPD} = \frac{T_{STPD}}{T_{Raum}} \cdot \frac{p_{Raum} - p_{WD}}{p_{STPD}}$$

Der Wasserdampfpartialdruck (Sättigungsdampfdruck) p_{WD} ist von der Raumtemperatur abhängig:

$$p_{WD} = 610,78 \text{ Pa} \cdot e^{\frac{17,08085 \cdot (T_{Raum} - 273,15 \text{ K})}{T_{Raum} - 38,975 \text{ K}}}$$

Für die Normierung auf Körpertemperatur BTPS (Body Temperature Pressure Saturated) gilt:

$$k_{BTPS} = \frac{310,15 \text{ K}}{T_{Raum}} \cdot \frac{p_{Raum} - p_{WD}}{p_{Raum} - 6,281 \text{ kPa}}$$

Anhang II: Messprinzip für die Sauerstoffsättigung

Desoxygeniertes oder reduziertes Hämoglobin rHb bindet Sauerstoff und wird zu Oxyhämoglobin O₂Hb. Die **funktionelle Sättigung** ist das Verhältnis von der Oxyhämoglobin-Konzentration c_{O_2Hb} zu der Summe der Konzentrationen von desoxygeniertem Hämoglobin c_{rHb} und Oxyhämoglobin c_{O_2Hb} :

$$S_{O_2,funk} = \frac{c_{O_2Hb}}{c_{O_2Hb} + c_{rHb}}$$

Werden dysfunktionelle Konzentrationsanteile, wie Carboxyhämoglobin c_{COHb} (das Hämoglobin transportiert Kohlenmonoxid, statt Sauerstoff, z.B. bei Rauchern), Methämoglobin c_{MetHb} und weitere Derivate berücksichtigt, ergibt sich die **fraktionelle Sättigung**:

$$S_{O_2,frak} = \frac{c_{O_2Hb}}{c_{O_2Hb} + c_{rHb} + c_{COHb} + c_{Met} + \dots}$$

Die einzelnen Konzentrationen können über die Farbe des Blutes, genauer durch Absorption bestimmter Lichtanteile, bestimmt werden.

Falls nur eine Substanz mit der Konzentration c in der Flüssigkeit ist, wird monochromatisches Licht der Intensität I_0 mit der Wellenlänge λ nach dem Lambert-Beer'schen Gesetz gedämpft

$$I = I_0 \cdot e^{-\epsilon(\lambda) \cdot c \cdot d}$$

Dabei ist $\epsilon(\lambda)$ der molare Extinktionskoeffizient in Abhängigkeit von der Wellenlänge λ der Substanz und d die Länge des Weges, die das Licht in der Flüssigkeit zurücklegt. Die Extinktion ist

$$E = -\ln \frac{I}{I_0} = \varepsilon(\lambda) \cdot c \cdot d$$

Für die funktionelle Sättigung müssen die Konzentrationen c_{O_2Hb} und c_{rHb} bestimmt werden.

$$I = I_0 \cdot e^{-\varepsilon_{O_2Hb}(\lambda) \cdot c_{O_2Hb} \cdot d} \cdot e^{-\varepsilon_{rHb}(\lambda) \cdot c_{rHb} \cdot d}$$

Das ist eine Gleichung mit 2 unbekannten Konzentrationen. Um diese eindeutig zu lösen, muss man zwei Extinktionen mit verschiedenen Wellenlängen λ_1 und λ_2 messen.

$$E(\lambda_1) = \varepsilon_{O_2Hb}(\lambda_1) \cdot c_{O_2Hb} \cdot d + \varepsilon_{rHb}(\lambda_1) \cdot c_{rHb} \cdot d$$

$$E(\lambda_2) = \varepsilon_{O_2Hb}(\lambda_2) \cdot c_{O_2Hb} \cdot d + \varepsilon_{rHb}(\lambda_2) \cdot c_{rHb} \cdot d$$

Dieses Gleichungssystem liefert als Lösung die gesuchten Konzentrationen c_{O_2Hb} und c_{rHb} .

Fingerpulsoximeter messen die funktionelle Sättigung bei den beiden Wellenlängen $\lambda_1 = 660$ nm und $\lambda_2 = 940$ nm. Da der Finger als Küvette dient und eine erhebliche Streuung auftritt, lassen sich andere Anteile nur schwierig bestimmen.

Will man die fraktionelle Sättigung bestimmen, wird ein Hämoximeter benötigt, welches 6 Extinktionen mit den Wellenlängen 535, 560, 577, 622, 636 und 670 nm (OSM3 von Radiometer) an einer Blutprobe bestimmt. Es ergibt sich dann ein Gleichungssystem mit 6 Gleichungen, welches dann die Konzentrationen c_{rHb} , c_{O_2Hb} , c_{COHb} , c_{SHb} (Sulfhämoglobin), c_{MetHb} und die Trübung liefert.