Leitlinien für die ITS

Schmerz, Agitation/Sedierung und Delir

— Der Präambel der aktuellen S3-Leitlinie „Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin“ zufolge soll der intensivmedizinisch behandelte Patient „wach, aufmerksam, schmerz-, angst- und delirfrei sein, um an seiner Behandlung und Genesung aktiv teilnehmen zu können“. Doch im Praxisalltag zeigen sich oftmals schon Defizite beim Monitoring von Schmerz, Agitation/Sedierung und Delir (PAD).

Um die Patienten adäquat behandeln zu können, ist es PD Dr. Ulf Günther, leitender Arzt der operativen Intensivmedizin, Universitätsklinik für Anästhesiologie, Intensiv-, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Oldenburg, zufolge notwendig zu erkennen, ob tatsächlich Schmerz, Agitation/Sedierung bzw. ein Delir vorliegen. Zum Monitoring von Schmerz gemäß deutscher S3-Leitlinie und US-PAD-Guidelines stehen nach PD Dr. Finn M. Radtke Næstved, Dänemark, für wache Patienten die numerische Rating-Skala (NRS; Werte: 0 bis 10 Punkte) mit einem Interventionsbedarf ab 4 Punkten und für nicht wache Patienten die Behavioral-Pain-Skala (BPS; Werte: 3 bis 12 Punkte; unterschiedliche Versionen für nicht intubierte und für intubierte Patienten) mit einem Interventionsbedarf ab 5 Punkten zur Verfügung. Für das leitlinienkonforme Monitoring von Agitation/Sedierung sollte die Richmond-Agitation-Sedation-Skala (RASS; Werte: +4 bis -5) verwendet werden. Der Zielbereich liege bei 0 bzw. -1. Für das Delir-Monitoring wird Dr. Rebecca von Haken, Chirurgische Klinik – Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Heidelberg, zufolge in den Leitlinien u.a. die Verwendung der mehrstufigen Confusion-Assessment-Methode für die Intensivstation vorgeschlagen.

PAD-Management: Dies sei auf Intensivstationen eine interdisziplinäre Aufgabe, gab Arnold Kaltwasser, Leitung Weiterbildung: Intensivpflege und Anästhesie, Außerklinische Intensivpflege, Notfallpflege, Akademie der Kreiskliniken Reutlingen GmbH, zu bedenken. Im Rahmen der Fortbildungsinitiative „Wie die Leitlinie ans Bett kommt“ könnten Ärzte und Pflegekräfte gemeinsam mit Experten Konzepte entwickeln, um die Leitlinienvorgaben erfolgreich in den Klinikalltag umzusetzen. (bry)

Satellitensymposium „Deutschland scort! Erkennen von Schmerz, Agitation und Delir – interaktiv!“ anlässlich des 16. Kongresses der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI); Hamburg, 1. Dezember 2016 (Veranstalter: Orion Pharma GmbH)

Reizfaktoren unter der Lupe

Feinstaub & Co. – nicht ins Auge

— Typische Anzeichen einer Bindehautentzündung sind brennende, juckende und tränende Augen sowie geschwollene Augenlider. Häufig ist das Auge gerötet, da sich Blutgefäße in der Bindehaut weiten, um die Hornhaut im Auge mit Sauerstoff zu versorgen. Bei hohen Feinstaubwerten kann eine Brille das Auge wirksam schützen. Der Grenzwert für Feinstaub liegt bei 50 µg/m³ pro Tag. Aber schon Werte um 10 µg/m³ können bei empfindli-

chen Personen die Bindehaut reizen. Machen sich erste Beschwerden bemerkbar, ist vor allem schnelle Hilfe gefragt. Auszüge der Heilpflanze Euphrasia (Augentrost) können Bindehautentzündungen wirksam lindern. In einer Anwendungsstudie wurden sowohl die Wirksamkeit (von 93% aller Testpersonen) als auch die Verträglichkeit (von 99% der Anwender) der Euphrasia D3 Augentropfen von Weleda mit „sehr gut“ oder „gut“ bewertet. Die Symptome – Bindehautrötung, Lidschwellung, Brennen und Juckreiz sowie Fremdkörpergefühl im Auge – konnten durch die Anwendung deutlich gebessert werden.

www.weleda.de

Lymphödem

Manuelle Lymphdrainage reicht nicht

— Bei der pflegerisch-physiotherapeutischen Versorgung von Patienten mit Lymphödem bleibt es zu oft bei der manuellen Lymphdrainage. Deren Effektivität ist aber begrenzt. Erst die Kombination mit Kompression, Hautpflege und Bewegungstherapie bringt echten Erfolg.

Die Kompression sei schon in der meist zwei- bis dreiwöchigen Entstauungsphase der komplexen Entstauungstherapie (KPE) unverzichtbar, betonte die Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Lymphologie, Dr. Anya Miller. Zwischen den manuellen Lymphdrainage (MLD)-Sessions müssten zwingend Kompressionsverbände angelegt werden, um den Drainageerfolg zu erhalten. Erst wenn durch MLD und Kompression keine weitere Volumenreduktion erreicht werden könne, dürfe die Bestrahlung erfolgen: Hier kommen beim Lymphödem, anders als bei Ödemen anderer Genese, im Regelfall flachgestrickte Strümpfe zum Einsatz, die auch Zehen bzw. Finger umfassen müssen.

Dass die Kombination aus MLD und Kompression effektiv ist, zeigt eine Übersichtsarbeit, die 26 klinische Studien, eine Fallserie und 14 Review-Artikel ausgewertet hat. Laut der Autoren erhöht die KPE die Lebensqualität und führt zu einer deutlichen Volumenreduktion. Neben MLD und Kompression sind Bewegungstherapie und Hautpflege zwei weitere Pfeiler der KPE. So verbesserte zusätzliches tägliches Krafttraining in einer Studie mit 40 Lymphödempatientinnen nach Brustkrebs im Vergleich zu einer normalen KPE die Lebensqualität und reduzierte das Ödemvolumen. Die Bedeutung der Hautpflege wiederum liegt einerseits in einem Schutz vor Komplikationen der Lymphstauung, etwa Infektionen wie dem Erysipel. (gvg)

Expertenworkshop Lymphologie; Berlin, 20. Januar 2017 (Veranstalter: Springer Medizin/Medical Data Institut)