

# Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im April 2019

## ► Für Euch gelesen

Liebe Kollegen und Kolleginnen,

anbei der aktuelle Newsletter mit Themen über Angehörige, Schlaganfall, Koma und Träume unter Narkose. Viel Spaß beim Lesen wünschen Susanne Krotsetis und Peter Nydahl

### Angehörige sind mitbetroffen

Wenn ein naher Mensch plötzlich kritisch krank wird und auf einer Intensivstation behandelt werden muss, kann dies bei den Angehörigen zu psychosozialen Reaktionen führen. Johnson et al. (2019) haben eine systematische Literaturrecherche zu der Frage durchgeführt, wie häufig Angehörige von Intensivpatienten von Angst, Depression und Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) betroffen sein können. Im Ergebnis konnten 40 Studien identifiziert werden. In den Studien wurden teilweise sehr unterschiedliche Messinstrumente verwendet, sodass es nicht möglich war, einen Mittelwert über mehrere Studien zu berechnen; hier ist nur die Aussage möglich, wie groß die Spanne über verschiedene Studien war. Während des Intensivaufenthaltes zeigten Angehörige in 20 Studien Symptome in 14-97 % für Depression, 0-73 % für Angst, 14-81 % PTBS (die Forscher kommentieren, dass es sich hierbei wahrscheinlich um eine akute Stressbelastung handelt, kein PTBS). Nach der Intensivstation waren die Symptome in 29 Studien mit 1-53 Monaten Beobachtungszeit: Depression: 4-94 %, Angst: 2-80 %, PTBS: 3-63 %. Die Symptome nahmen über die Zeit in einigen Studien ab, in anderen zu. Ein besonderes Risiko für diese psychologischen Komplikationen haben vor allem weibliche Angehörige, die jünger sind, einen geringeren sozioökonomischen Status haben und eine enge Beziehung zum Patienten haben. Mögliche Interventionen, um diese Symptome zu vermeiden oder zu lindern, waren Intensivtagebücher, die (auch) von Angehörigen geschrieben wurden; Kommunikationsangebote; Managementprogramm; andere Interventionen (Coping-Training, emotionale Unterstützung, Rehabilitationsbroschüren, strukturierte Meetings mit Ärzten und Pflegenden) zeigten keine Effekte.

**Kommentar:** *Angehörige von Intensivpatienten können sehr unter Stress stehen. Die Auswirkungen der Intensivtherapie können bei ihnen auch noch nach Monaten zu beobachten sein. Für den Akutbereich gibt es einige Interventionen, die effektiv sein können und mit denen Angehörige besser auf sich achten und sich schützen können. Ein kurzes Nachfragen oder ein Gespräch können hier sehr hilfreich sein. Weiterhin können wir eine Broschüre empfehlen, den wir in Zusammenarbeit mit einer Patientenorganisation und verschiedenen Fachgesellschaften entwickelt haben und die Angehörige für das Thema sensibilisieren kann. Die Broschüre ist hier [downloadbar](https://sepsis-hilfe.org/fileadmin/user_upload/pdf/intensiv_info_a5_web.pdf) [https://sepsis-hilfe.org/fileadmin/user\\_upload/pdf/intensiv\\_info\\_a5\\_web.pdf](https://sepsis-hilfe.org/fileadmin/user_upload/pdf/intensiv_info_a5_web.pdf) (PN).*

Quelle: Johnson CC, Suchyta MR, Darowski ES, et al Psychological Sequelae in Family Caregivers of Critically-Ill Intensive Care Unit Patients: A Systematic Review. Ann Am Thorac Soc. 2019 Apr 5.

### Blutdruckeinstellung bei Schlaganfall

Bei Patienten mit Schlaganfall kann die Einstellung des Blutdrucks entscheidend für die Rehabilitation und das Outcome sein. Durch Stenosen der cerebralen Gefäße und Ödeme, die durch den Schlaganfall entstehen, kann es zu einer Minderperfusion des Gehirns kommen und hier kann ein höherer Blutdruck wichtig sein, um die Versorgung des Gehirns zu gewährleisten. Nach einer Lysetherapie könnte aber ein zu hoher Blutdruck eher zu Komplikationen führen. Nasi et al. (2019) aus Brasilien haben in einer prospektiven, randomisierten Studie mit 218 akuten Schlaganfallpatienten drei Gruppen untersucht, die einen systolischen Blutdruck von a) 140-160, b) 161-180 oder c) 181-200 mmHg in den ersten 24h hatten sollten. Um die Blutdruckziele zu erreichen, wurden entsprechende Blutdrucksteigende oder -senkende Medikamente, bzw. Volumengabe eingesetzt. Patienten mit Lysetherapie wurden ausgeschlossen. Als Outcomeparameter wurde die Modified Rankin Scale nach 90 Tagen untersucht, die den Grad an Behinderung nach Schlaganfall erfasst. Im Ergebnis hatten die Patienten einen mittleren systolischen Blutdruck von a) 153, b) 163 und c) 178 mmHg. Die Wahrscheinlichkeit, ein gutes Outcome nach Schlaganfall zu haben, unterschied sich nicht signifikant zwischen den Gruppen, allerdings gab es in der Gruppe c) mit hohem Blutdruck deutlich mehr unerwünschte Ereignisse wie intrakranielle Blutungen, die wiederum mit dem Gebrauch von Norepinephrin zur Blutdrucksteigerung assoziiert waren. Nach Berücksichtigung von Co-Variablen zeigten die Patienten in Gruppe b) mittlerer Blutdruck am ehesten ein gutes Outcome. Wenn der Blutdruck

nicht manipuliert wurde, zeigte sich ebenso am ehesten ein positives Outcome. **Kommentar:** *die methodisch gut gemachte Studie zeigt, dass die Überwachung der Vitalparameter in den ersten Stunden nach Schlaganfall wichtig ist. Patienten scheinen von einem etwas höheren, aber nicht zu hohen Blutdruck zu profitieren. In wie weit es tatsächlich sinnvoll ist, den Blutdruck durch entsprechende Medikamente zu steigern oder zu senken, lässt sich abschließend noch nicht eindeutig sagen, da eine entsprechende Behandlung auch eine angemessene Überwachung erfordert; hier könnten bei aller Vorsicht die Risiken die Vorteile überwiegen und Patienten einen zusätzlichen Schaden erleiden (PN)*

Quelle: Nasi LA, Martins SCO, Gus M, et al. Early Manipulation of Arterial Blood Pressure in Acute Ischemic Stroke (MAPAS): Results of a Randomized Controlled Trial. *Neurocrit Care.* 2019 Apr;30(2):372-379.

## Patient wird nicht wach?

Patienten werden nach einer kritischen Erkrankung, bzw. tiefen Sedierung nicht wach. Dies könnte u.a. auch an Krampfanfällen (KA), Status Epilepticus (SE) oder anderen epileptischen Formen (EF) liegen. Bei nicht-krampfartigen Epilepsieformen verlaufen die Anfälle „still“, d.h. ohne Muskelzuckungen oder -bewegungen. Limotai et al. (2019) haben dazu eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, um herauszufinden, wie häufig diese Epilepsieformen bei Intensivpatienten vorkommen. Eingeschlossen wurden Studien, die über Bewusstseinsstörungen nach neurokritischen Erkrankungen, Herzstillständen oder systemischen Erkrankungen berichteten. Im Ergebnis konnten 78 Studien identifiziert werden, die die Häufigkeit der Krampfanfälle berichteten. 8 Studien zeigten Unterschiede in der EEG-Messung. Einmalige Krampfanfälle können eher durch ein kontinuierliches EEG, ein Status Epilepticus eher durch ein einmaliges EEG entdeckt werden. Ca. 9% aller komatösen Intensivpatienten ohne frühere Beschwerden wiesen einen Status Epilepticus auf und ca. 18% einzelne non-krampfartige Krampfanfälle. Die Häufigkeiten unterschieden sich nach Einweisungsdiagnose. Ein nicht-krampfartiger Krampfanfall, bzw. Status Epilepticus wurden am häufigsten festgestellt bei:

- jedem dritten, bzw. fünften Patienten nach vorherigen krampfartigen Krampfanfällen
- jedem vierten, bzw. sechsten Patienten nach ZNS-Infektionen
- Jedem fünften, bzw. sechsten Patienten nach Herzstillstand

**Kommentar:** *wenn Patienten nicht wach werden, an non-krampfartige Krampfanfälle und Status Epilepticus denken (PN).*

Quelle: Limotai C, Ingsathit A, Thadanipon K, McEvoy M, Attia J, Thakkestian A. How and Whom to Monitor for Seizures in an ICU: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med.* 2019 Apr;47(4):e366-e373.

## Träumen unter Narkose: Untersuchung des Einflusses der präoperativen Vorstellungskraft auf die Qualität postoperativer Traumerinnerungen

Lange glaubte man, dass ein Erinnern an Träume oder überhaupt ein Träumen während einer Vollnarkose nicht möglich sei, da das Bewusstsein durch Sedativa und Analgetika sozusagen „ausgeschaltet“ wird. Berichte der Patienten von Traumerlebnissen wurden Phasen der leichten Anästhesie, also dem Zeitpunkt der Ein-Ausleitung in bzw. aus der Narkose oder dem schon wachen Zustand (z.B. im Aufwachraum) zugeschrieben. 2017 untersuchte eine ungarische Forschergruppe um Gyulahazi et al., ob Bilder, die unmittelbar vor der Einleitung der Anästhesie durch Suggestion hervorgerufen werden, das Träumen während der Anästhesie beeinflussen. Methode: Die Traumberichte hinsichtlich der Häufigkeit und Merkmale wie: Art (eher Gedanken oder wie ein Film), Qualität (farbig oder schwarzweiß), beteiligt im Traum (ja-nein), Stimmung (positiv-negativ) und Inhalt wurden untersucht. Verglichen wurden Ergebnisse aus der Interventionsgruppe (Traumerinnerungen von Patienten, die Vorschläge erhielten) und der Kontrollgruppe (die keine Suggestion erhielten). Ergebnisse: Die Häufigkeit von Traumberichten war in der Interventionsgruppe (82/190 bei 10 min bzw. 71/190 bei 60 min) signifikant höher als in der Kontrollgruppe (16/80 bei 10 min bzw. 13/80 bei 60 min;  $p_{10} = 0,001$  und  $p_{60} = 0,002$ ). Es gab keine Unterschiede in der Art (gedanklich oder filmisch), der Qualität (farbig oder schwarzweiß) und der Stimmung (positiv vs. negativ) der erinnerten Träume. Im Allgemeinen waren der Inhalt des imaginären Lieblingsplatzes und des gemeldeten Traums in 73,2% identisch. Zu den Themen, die am Besten in der Narkoseeinleitung angelegt wurden, gehörten die Lieben- Angehörige (83,8%), der Urlaub (77,8%) und der Sport (63,6%). Fazit: Die Ergebnisse der vorliegenden Studie deuten darauf hin, dass Träume während der Anästhesie durch Vorschläge beeinflusst werden, die unmittelbar vor der Anästhesie durchgeführt werden. **Kommentar:** *Ein Maßnahme, die wir auch bei Narkoseeinleitung, vor Interventionen, bei denen der Patient (kurz- oder langfristig) analgosediert wird, auch auf einer Intensivstation umsetzen können. Vielleicht können wir durch das Heranführen an ein schönes Bild (Familie, Urlaub, Lieblingsplatz) dem Patienten helfen, wenn möglich, sich positiv an die Dauer der Narkose zu erinnern. (SK).*

Quelle: Gyulahazi J et al. (2016). Dreaming under anesthesia: is it a real possibility? Investigation of the effect of preoperative imagination on the quality of postoperative dream recalls. *BMC Anesthesiol.* 16:53.

**Die hygienische Notiz am Schluss:** eine systematische Literaturrecherche mit 75 Studien inkl. 2.804 Tastaturen, Mäusen, Laptops und Tablets, die in Krankenhäusern inkl. Intensivstationen von mehreren Personen gleichzeitig genutzt wurden, ergab eine Kolonisierungsrate von 24-100%, inkl. MRSA, VRE, E. coli und Co. Obwohl kein direkter Nachweis von versifften Tastaturen und nosokomialen Infektionen gefunden werden konnte, bleibt das einfach eklig. <https://bit.ly/2Ibvz8L>