

Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im Oktober 2020

► Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

In dem Oktober-Newsletter geht es um postoperatives Wohlbefinden, Lungenbelüftung, Mobilisierung nach Schlaganfall und Sauerstoffgabe postoperativ. Falls Ihr Fragen zu speziellen Themen habt, die Euch „bewegen“, schreibt uns gerne an. Bleibt gesund - Susanne Krotsetis und Peter Nydahl

Postoperatives Wohlbefinden

Nach einer Operation kann es vorkommen, dass das Wohlbefinden gestört ist. Schittek et al. (2020) aus der Schweiz haben mit einer schriftlichen Patientenbefragung in einem Universitätsklinikum untersucht, wie oft es zu einer postoperativen Störung des Wohlbefindens kommt. Das Klinikum war bereits für ein Schmerzmanagement zertifiziert. Im Ergebnis nahmen 349 Patienten teil. Ein Wohlbefinden äußerten insgesamt 57,2%. Die häufigsten Störungen waren 35,4% trockener Mund, 12,7% Schmerzen im Operationsgebiet, 12,2% Hunger. Andere Störungen wie Übelkeit, Rückenschmerzen, Husten, heisere Stimme usw. lagen unter 10%, wobei Frauen signifikant mehr Unwohlsein bzgl. Frieren, Übelkeit und Kopfschmerzen angaben. Es gab nur eine schwache Beziehung zwischen dem Auftreten von körperlichem Unwohlsein, Schmerz, Schläfrigkeit und Übelkeit. Zusammenfassend klagte jeder dritte Patient über einen trockenen Mund, jeder achte über Schmerzen im Wundgebiet und Hunger. Die Autoren schlussfolgern, dass ein regelmäßiges Fragen nach diesen Ursachen von Unwohlsein und das Einleiten entsprechender Maßnahmen die Qualität der Versorgung erheblich verbessern können. **Kommentar:** Die Autoren haben eine sehr praxisnahe Erhebung durchgeführt und es lassen sich direkte Konsequenzen für die alltägliche Arbeit ableiten. Wenn diese auch noch mit den Leitlinienempfehlungen für Analgesie, Sedierung und Delirmanagement kombiniert werden, so ergibt sich folgende Checkliste: vor allem postoperative Patienten können regelmäßig informiert und befragt werden: Information über die Situation und Befragung zu: a) Wachheit, b) Schmerz, c) Delir, d) Angst, e), Stress, f) Mundtrockenheit, g) Hunger. Es gibt nun Gegenargumente, dass wdh. Fragen nach Angst irgendwann auch Angst bewirken könnte, was nicht ganz abwegig ist – die Lösung kann darin bestehen, einfach nach Wohlbefinden zu fragen (PN).

Quelle: Schittek GA, Schwantzer G, Zoidl P, Orlob S, Holger S, Eichinger M, Sampl L, Bornemann-Cimenti H, Sandner-Kiesling A. Adult patients' wellbeing and disturbances during early recovery in the post anaesthesia care unit. A cross-sectional study. Intensive Crit Care Nurs. 2020 Aug 14:102912.

Lungenbelüftung durch Sitzen und Übungen verbessern?

Die Belüftung der Lungen hängt auch von der jeweiligen Position ab. Hickman et al (2020) aus Belgien haben bei 40 gemischten Intensivpatienten untersucht, wie sich die Lungenbelüftung durch eine aufrechte, sitzende Position verändert. Während des Sitzens machten die Patienten zusätzlich Tretübungen (Fahrradfahren/Cycling). 17 Patienten waren beatmet, die Hälfte mit einem ARDS, 23 Patienten waren spontan atmend. Zur Untersuchung wurde die Elektrische Impedanztomographie (EIT) verwendet, bei der ein Messgürtel um den Brustkorb gelegt wird und die Lungenbelüftung berechnet werden kann. Die Lungenbelüftung verbesserte sich durch das Sitzen und durch die Übungen bedeutsam. Interessanter Weise wurde die Belüftung bei den beatmeten Patienten vor allem in anterioren Bereichen, bei spontan atmenden Patienten in den posterioren Bereichen festgestellt. Bei Patienten mit einem schlechteren Oxygenierungsindex $PaO_2 / FiO_2 < 200$ zeigten die Patienten durch das Sitzen und die Übungen deutliche Verbesserungen, die auch nach dem Sitzen überprüfbar waren, im Mittelwert von 133 auf 158. Die Autoren schlussfolgern, dass ein aktives Sitzen und physiotherapeutische Übungen bei Patienten mit einem reduzierten Oxygenierungsindex zu einer besseren Belüftung führen können. **Kommentar:** gerade bei Patienten mit einem schlechten Oxygenierungsindex und Lungenschädigungen hatte man oft den Gedanken: „wenn der Patient nur aufrecht sitzen würde, wäre auch die Belüftung besser...“ Diese Studie weist darauf hin, dass der Gedanke nicht ganz abwegig ist und die Mobilisierung die Oxygenierung auch nachhaltig verbessern kann. Weitere Forschung ist nun notwendig, um zu zeigen, wie lange das Sitzen effektiv ist, bevor die Oxygenierungsverbesserung wieder abnimmt oder Patienten überfordert werden; ebenso müssen die Häufigkeit und die Dosierung, bzw. Intensität der Übungen weiter untersucht werden. Zurzeit läuft in Kiel dazu eine medizinische Doktorarbeit und wir können gespannt auf die Ergebnisse sein (PN).

Quelle: Hickmann CE, Montecinos-Munoz NR, Castanares-Zapatero D, Arriagada-Garrido RS, Jeria-Blanco U, Gizzatullin T, Roeseler J, Dugernier J, Wittebole X, Laterre PF. Acute Effects of Sitting Out of Bed and Exercise on Lung Aeration and Oxygenation in Critically Ill Subjects. Respir Care. 2020 Sep 29:respcare.07487. doi: 10.4187/respcare.07487.

Frühmobilisierung nach Schlaganfall

Allgemein wird bei Patienten mit akutem Schlaganfall eine frühe Mobilisierung empfohlen. Ein Cochranereview von Langhorne aus 2018 zeigte allerdings keine Vorteile für diejenigen Patienten, die sehr früh und innerhalb von 24 Std. mobilisiert worden sind. Dies lag u. a. an einer inkludierten, sehr großen Studie aus Australien, bei der festgestellt wurde, dass in der Interventionsgruppe mit Mobilisierung < 24 Std. insgesamt 8,5 % der Patienten nach 3 Monaten verstarben, in der Kontrollgruppe mit Mobilisierung < 24 Std. aber nur 7 %, der Unterschied war statistisch signifikant. Die mögliche Erklärung ist, dass eine zu frühe Mobilisierung bei Patienten mit Schlaganfall eventuell die Restperfusion des Gehirns mindern könnte, vor allem wenn Patienten lange im Stuhl sitzen. Kurze (< 10 Minuten), dafür häufige Mobilisierungssequenzen könnten effektiver sein, aber hierzu fehlt noch ausreichende Evidenz. Interessant war bei dem Cochranereview aber auch die Schwere des Schlaganfalls: bei leichter betroffenen Patienten waren die nachteiligen Effekte nicht so stark, sodass eine vorsichtige Schlussfolgerung gezogen werden könnte: bei Patienten mit einer geringfügigen Beeinträchtigung nach akutem Schlaganfall sollte die Gelegenheit zur Mobilität < 24 Std. nach Schlaganfall nicht ausgeschlossen sein. Bei schwerer betroffenen Patienten kann eine frühe Mobilisierung < 24 Std. nicht empfohlen werden (PN).

Quelle: Köpke S, Nydahl P. Schlaganfall: wann sollte Mobilisation erfolgen? Die Schwester Der Pfleger 2020, Oktober

Sauerstoffgabe bei postoperativen chirurgischen Patienten: ein narrativer Überblick

Satoshi Suzuki kommentiert in seinem 2020 veröffentlichten Artikel die Praxis der Sauerstoffgabe bei postoperativen Patienten. Die meisten postoperativen Patienten erhalten routinemäßig eine zusätzliche Sauerstofftherapie, um die mögliche Entwicklung einer Hypoxämie zu verhindern. Auch die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt, zur Reduzierung von Infektionen der Operationsstelle die perioperative sowie postoperative Verabreichung von Sauerstoff. Über Zusammenhänge von zusätzlichem Sauerstoff und Hyperoxämie und deren möglich schädliche Auswirkungen auf das respiratorische und kardiovaskuläre System berichteten mehrere klinische Studien, wie Suzuki (2020) in seinem Artikel zu bedenken gibt. In jüngster Zeit könnten die zunehmende Verfügbarkeit neuer und kurz wirksamer Anästhetika, umfassende pharmakologische Kenntnisse, postoperative multimodale Analgesie und neue minimal-invasive chirurgische Optionen zu einer geringeren Inzidenz postoperativer Hypoxämie führen. Suzuki (2020) berichtet weiterhin, dass Empfehlungen, die sich für eine hohe Sauerstoffzufuhr zur Verhinderung von Infektionen an der Operationsstelle aussprechen, in Anbetracht fehlender wissenschaftlicher Untersuchungen in Frage gestellt und keine breite Akzeptanz finden. Fazit des Autors des Reviews: Angesichts der potenziell schädlichen Auswirkungen einer Hyperoxämie ist eine routinemäßige postoperative Sauerstoffgabe möglicherweise nicht zu empfehlen. Kürzlich durchgeführte klinische Studien haben gezeigt, dass ein konservativer Ansatz zur Sauerstofftherapie, bei dem die Sauerstoffgabe so titriert wird, dass etwas niedrigere Sauerstoffkonzentrationen als üblich erreicht werden, sicher umgesetzt werden und die Anfälligkeit akut erkrankter Patienten für Hyperoxämie verringern könnte. Auf der Grundlage der aktuellen Evidenz sollte während der postoperativen Sauerstoffgabe eine angemessene Überwachung, einschließlich peripherer Sauerstoffsättigung und Sauerstofftitration, erforderlich sein, um sowohl eine Hypoxämie als auch eine Hyperoxämie zu vermeiden. Zukünftige Studien sollten sich daher auf die Bestimmung des optimalen Sauerstoffziels während der postoperativen Versorgung konzentrieren. **Kommentar:** Eine Sauerstoffgabe ist eine ärztliche Anordnung die aber erfahrungsmäßig durch Pflegende gesteuert wird. Das Fazit von Suzuki (2020), dass sowohl eine Hypo- als auch eine Hyperoxämie aufgrund schädlicher Nebenwirkungen zu vermeiden sind, sollte in der Praxis beachtet werden. (SK)

Quelle: S. Suzuki. (2020). Oxygen administration for postoperative surgical patients: a narrative review. Journal of Intensive Care. 79 (8). World Health Organization: global guidelines for the prevention of surgical site infection, second edition. <https://www.who.int/infection-prevention/publications/ssi-prevention-guidelines/en/> (2018).