



## Wunden richtig versorgen

Beispiele aus der täglichen Praxis

Fachliche Beratung Robert Zimmer, Erlangen, Jan Forster, Bremen

# Moderne Wundversorgung beginnt hier.

Liebe Leserinnen und Leser,

Dekubitus, Diabetisches Fußsyndrom und gefäßbedingte Ulcus cruris sind die drei häufigsten chronischen Wunden. Der Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden geht von ca. 3–4 Millionen Menschen aus, die in Deutschland allein an diesen Wunden leiden. Wundschmerz und eine Einschränkung der Lebensqualität sind die wichtigsten Probleme, mit denen die betroffenen Patienten zurechtkommen müssen. Die Gesamtkosten für das Gesundheitswesen werden auf mindestens 2–3 Milliarden Euro jährlich geschätzt. Doch nicht nur chronische Wunden verursachen Leid, sondern auch akute Wunden.

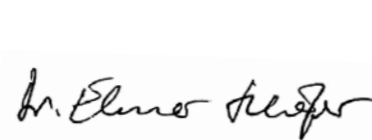
In diesem Kompendium haben namhafte Experten exemplarisch Fälle aus Ihrer täglichen Praxis zusammengetragen und verschiedene Behandlungsverläufe von chronischen und akuten Wunden dargestellt. Neben der Versorgung von chronischen Wunden und Problemwunden werden zu jedem Fall nützliche Praxis- und Anwendungstipps gegeben.

Wir hoffen Ihnen damit Anregungen und Neuigkeiten für Ihre tägliche Praxis zu geben, die die Lebensqualität Ihrer Patienten durch den wirtschaftlichen Einsatz von modernen Wundversorgungsprodukten verbessern können.

Coloplast möchte mit dazu beitragen, den Austausch von Fachwissen zu fördern. Sollten auch Sie Anregungen aus Ihrer täglichen Praxis haben, die Sie mit uns teilen möchten, senden Sie diese gerne an Dr. Horst Braunwarth, dedbr@coloplast.com.

Zunächst wünschen wir Ihnen viel Gewinn bei der Durchsicht dieser informativen Broschüre.

Mit freundlichen Grüßen, Ihr



Dr. Elmar Schäfer



Dr. Karl-Christian Münter

## Inhaltsverzeichnis

### Chronische Wunden

- 4 Ulcus cruris venosum
- 6 Gemischt arteriell-venöses Ulcus cruris (u. c. mixtum)
- 8 Diabetisches Fußsyndrom
- 10 Dekubitus
- 12 Freiliegende Knochen und Sehnen

### Akute Wunden

- 14 Verbrennungswunde

### Postoperative Wunden

- 16 Spalthautentnahmestellen
- 18 Platzbauch

### 20 Coloplast Services

### 22 Notizen

## Ulcer cruris venosum

Das Ulcus cruris venosum gehört zu den häufigsten chronischen Wunden und ist mit bis zu 80% die häufigste Form des Ulcus cruris in Deutschland. Es bildet sich aufgrund einer chronischen Venenschwäche (CVI) in den meisten Fällen am Unterschenkel. Nur jedes fünfte venöse Ulcus entsteht nicht an der Knöchelinnenseite. Die Prävalenz ist stark altersabhängig und

steigt mit zunehmendem Alter. Die Rezidivrate ist hoch: 1/3 der Patienten erleidet ein Rezidiv, 1/3 zwei bis drei und 1/3 mehr als vier Rezidive. Oberstes Therapieziel ist es, die venöse Funktion wiederherzustellen bzw. zu verbessern und dann die Wunde zum Abheilen zu bringen. Moderne Wundverbände können dabei die Wundheilung kosteneffektiv unterstützen.

### Ulcus cruris venosum bei ausgeprägter Herzinsuffizienz

Die dargestellte Patientin ist weiblich und 56 Jahre alt. Hier bestand das Ulcus cruris seit 6 Monaten, dabei lag eine ausgeprägte Herzinsuffizienz vor. Die venöse Ursache des Ulcus cruris wurde durch eine phlebologische Untersuchung gesichert. Die arterielle Durchblutung war nicht gestört, der Knöchel-Arm-Index lag im Normbereich. Nach sicherer Rekompen-

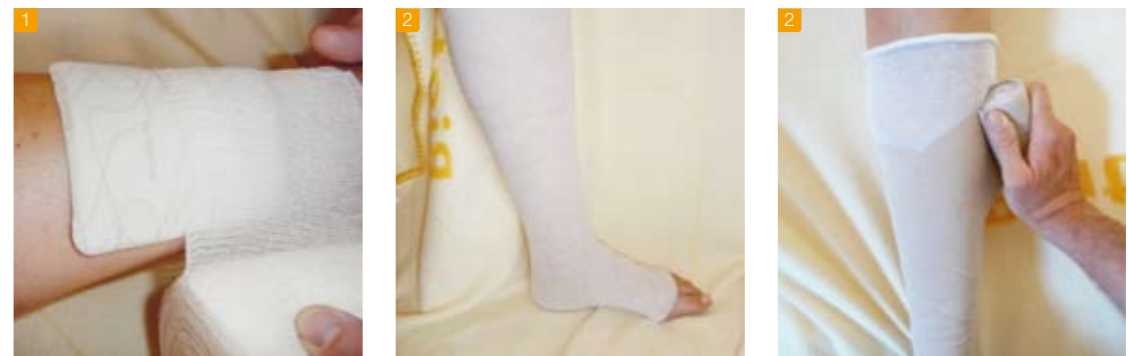
sation der Herzinsuffizienz mit adäquater Medikation konnte eine Kompressionstherapie durchgeführt werden. Die massive Exsudation der Wunde erforderte 2-mal täglich einen Verbandwechsel. Der starke Wundschmerz (VAS 5) schränkte die Lebensqualität der Patientin und die Teilnahme am sozialen Leben erheblich ein.

### Wundheilungsverlauf



22.10.2009	07.11.2008	08.12.2008
Wundgröße 7 x 3,5 cm, Tiefe 0,3 cm	Wundgröße 7 x 2 cm, Tiefe 0,3 cm	Granulationsgewebe erreicht Hautniveau
Lokale Antiseptik und <b>Biatain Ag</b> . Im Wundbereich (bei 6 Uhr) wird zusätzlich <b>Purilon Gel</b> und Hautschutzfilm auf die wundumgebende Haut aufgetragen. Pflege der Umgebungshaut mit 5%iger Harnstoffsalbe. Kompressionstherapie (Kurzzugbinden, Wickeltechnik nach Sigg). Tgl. VW für 5 Tage. Dann Verbandwechsel alle 2-3 Tage, je nach Exsudatmenge.	Wundgeruch nimmt ab, der Wundschmerz sinkt (VAS 2). Verbandwechsel entsprechend der Exsudatmenge alle drei Tage. Da keine kritische Kolonisation vorliegt, Umstellung auf <b>Biatain</b> sanft-haftend. Die Wunde ist noch fibrinbelegt, daher weiterhin <b>Purilon Gel</b> . Umstellung auf ein zweiteiliges Strumpfsystem. Patientin hat wieder erste soziale Kontakte.	Fortschreiten der Wundkontraktion und Epithelisierung. Verbandwechsel jetzt 1-mal pro Woche, Schorfbildung. Weiterhin <b>Biatain</b> Schaumverband sanft-haftend. Konsequenter Schutz des frischen Epithelgewebes, Verbandwechsel dann 2-mal pro Woche.

### Praxistipps



- Um ein Verrutschen des Verbandes zu vermeiden, den Schaumverband z. B. mit einer kohäsiven Fixierbinde befestigen.
- Die Wickeltechnik nach Sigg ist effektiv und zeigt eine gute Akzeptanz beim Patienten.

Bei mobilen Patienten mit nicht vorgeschädigter Umgebungshaut haftende Verbände, bei vorgeschädigter Umgebungshaut sanft-haftende Verbände und bei extrem empfindlicher Haut nicht-haftende Verbände anwenden.

### Anwendungstipps



- ➔ **Biatain Ag** kann unter einer Kompressionstherapie eingesetzt werden und zeigt eine ausgezeichnete Gesamtabsorptionskapazität. Bitte darauf achten, dass das Schaumkissen mindestens 2 cm übersteht. Fließrichtung des Exsudates berücksichtigen.
- ➔ Bei schwach exsudierenden Wunden kann der **Biatain Ag** Schaumverband mit steriler physiologischer Kochsalzlösung angefeuchtet werden.
- ➔ **Atrac-Tain** enthält 10% Urea (Harnstoff) und 4% Lactat und eignet sich zur Pflege trockener Haut beim Ulcus cruris.

[www.evidenz.coloplast.de](http://www.evidenz.coloplast.de)

## Gemischt arteriell-venöses Ulcus cruris (U. c. mixtum)

Beim Ulcus cruris mixtum steht die Behandlung der arteriellen Durchblutungsstörung im Vordergrund, die erst nach intensiver angiologischer Diagnostik durchgeführt werden kann. Gefäßchirurgische und/oder interventionell-radiologische Methoden bilden die Grundlage der Therapie. Die lokale Wundtherapie mit aktiven und nicht-aktiven Wundauflagen unterstützt die Wundheilung. Da die Behandlung der arteriellen Ursache erste Priorität hat, ist eine sichere

Diagnosestellung entscheidend. Ein weiteres Anzeichen für eine arterielle Ursache ist die Lage des Ulcus: venöse Ulzera liegen meist medial und arterielle Ulzera an der Außenseite des Unterschenkels. Jedes Ulcus, das an einer atypischen Stelle liegt, könnte eine arterielle Komponente haben. Chirurgische und auch konservative Wundtherapie, z. B. durch aktive und nicht-aktive Wundauflagen, unterstützen die Wundheilung und damit den Therapieverlauf.

### Gemischt arteriell-venöses Ulcus cruris (U. c. mixtum)

»Ich habe keinen Tag ohne Schmerzen«, berichtete diese 90-jährige Patientin über ihren starken Wundschmerz. Ein Ulcus cruris venosum bestand bei ihr bereits seit 10 Jahren. Da die arterielle Ursache nicht erkannt wurde, heilte dieses Ulcus nicht ab. Die Patientin wurde bereits 1-mal mit Hilfe einer Niederdrucktherapie und mit einer Hauttransplantation vorbehandelt.

Nach sechs Monaten zeigte sich jedoch ein Rezidiv. Aufgrund des schlechten Allgemeinzustandes und des ausgeprägten Wundschmerzes der Patientin wurde die lokale Wundschmerz-Therapie mit dem **Biatain** Ibu Schaumverband begonnen. Eine deutliche und anhaltende Schmerzreduktion konnte umgehend erreicht werden.

### Wundheilungsverlauf



07.05.2009                      07.05.2009                      10.05.2009

<p>Wundgröße 15 x 10 cm, Tiefe 0,4 cm</p> <p>Das Ulcus der Patientin geht zirkulär um die Wade. Die ausgeprägten Fibrinbeläge stören die Wundheilung und die wundumgebende Haut ist teilweise mazeriert. Die Wunde exsudiert mäßig. Es erfolgt eine Behandlung mit <b>Biatain</b> Ibu Schaumverband. Der Verbandwechsel erfolgt alle 2–3 Tage.</p>	<p>Wundgröße 15 x 10 cm, Tiefe 0,4 cm</p> <p>Durch die Anwendung von <b>Biatain</b> Ibu Schaumverband kann die Tragedauer des Verbandes erhöht werden. Gleichzeitig wird eine deutliche Schmerzreduktion erreicht. Eine häusliche Versorgung ist damit möglich. Die Zufriedenheit der Patientin ist groß.</p>	<p>Wundgröße 15 x 10 cm, Tiefe 0,4 cm</p> <p>Die Wunde der Patientin reinigt sich. Da der Wundschmerz deutlich reduziert werden konnte, ist es nun möglich, die Fibrinbeläge beim Verbandwechsel ohne Schmerzen abzuspielen. Dazu wird Ringerlösung verwendet.</p>
--	---	--

### Praxistipps



- 1 Bei schwertherapierbaren Ulzera, die wundumgebende Haut mit W/O-Pflegeemulsionen pflegen.
- 2 Bei extrem empfindlicher Haut den Verband mit Mull- und Stützverband fixieren.
- 3 Der sanft-haftende **Biatain** Ibu Schaumverband lässt sich gut anmodellieren und wirkt als »dritte Hand«.

### Anwendungstipps



- Beim Ulcus Cruris mixtum sollte regelmäßig der Knöchel-Arm-Index untersucht werden, um abzuklären, ob eine zusätzliche Kompressionstherapie noch adäquat oder bereits kontraindiziert ist.
- Die ruhige Lagerung der Beine sollte je nach stärkeren venösen Anteil erhöht oder bei stärkerem arteriellen Anteil eher niedrig erfolgen. Bei auftretenden Schmerzen sollte die Lagerung sofort angepasst werden.
- Der Patient sollte angeleitet werden, eine Schmerzskala zu verwenden und ein Schmerztagebuch zu führen.

## Diabetisches Fußsyndrom

Bis zu 20% der an Diabetes mellitus Erkrankten, in Deutschland ca. 6 Millionen, entwickeln über die Zeit ein Diabetisches Fußsyndrom: die DDG gibt die Zahl der Neuerkrankten pro Jahr mit 2,2 bis 5,9% an. Die überwiegende zugrunde liegende Ursache ist die Polyneuropathie. Durch die Schädigung der autonomen, sensorischen und motorischen peripheren Nervenfasern kommt es zum typischen Krankheitsbild. Die verminderte bis fehlende Empfindung für Schmerz

und Temperatur führt dazu, dass Verletzungen nicht oder zu spät vom Patienten wahrgenommen werden. Die beim Diabetischen Fußsyndrom auftretenden Wunden zeigen oftmals eine verzögerte Wundheilung. Die Wirksamkeit der therapeutischen Maßnahmen ist in hohem Maße von der Mitarbeit der Patienten abhängig. Daher ist es wichtig, dass die Wundversorgungsprodukte eine hohe Akzeptanz beim Patienten erreichen, z. B. durch einen hohen Tragekomfort.

### Diabetisches Fußsyndrom

Das Fallbeispiel zeigt einen männlichen Patienten, der 63 Jahre alt ist. Der Patient hatte keinen Diabetes mellitus, aber eine ausgeprägte Neuropathie unklarer Genese. Es lagen keine Anzeichen einer pAVK vor. Die Wunde am Fuß bestand bereits seit 8 Monaten und wurde bislang 2-mal täglich mit Mullkompressen versorgt. Die Wundexsudation war mäßig. Der Patient

litt unter starkem Wundgeruch. Dabei waren keine lokalen oder systemischen Infektionszeichen zu beobachten. Im Röntgenbild des Vorfußes zeigten sich keine Auffälligkeiten in den knöchernen Strukturen. Aufgrund seiner Wunde konnte der Patient kein festes Schuhwerk tragen und war in seiner Aktivität und in seinem täglichen Alltag sehr eingeschränkt.

### Wundheilungsverlauf



27.04.2009	07.05.2009	07.05.2009
Wundgröße 1,2 x 0,7 cm, Tiefe 1 cm	Wundgröße 0,7 x 0,3 cm, Tiefe 0,6 cm	Wundgröße 0,4 x 0,2 cm, Tiefe 0,2 cm
Therapiekonzept: Wundreinigung mit polihexanidhaltiger Wundspüllösung. Lockere Tamponade mit <b>SeaSorb</b> Ag Alginate 5 x 5 cm und als Sekundärverband <b>Biatain</b> Schaumverband 5 x 7 cm. Fixierung mit einer Mullbinde. Wundumgebung wird mit <b>Atrac-Tain</b> Creme geschützt.	Vorsichtiges Abtragen der Hyperkeratosen mit einem Skalpell bei jedem Verbandwechsel. Verbandwechselintervall alle drei Tage. Verordnung eines Verbandschuhes mit Bettungseinlage sowie Höhenanpassung des Schuhes am gesunden Fuß. Unter Druckentlastung rasches Einsetzen der Granulation. Absetzen der Alginateamponade bei einer Wundtiefe von ca. 0,5 cm.	Fortführung der Therapie mit dem <b>Biatain</b> Schaumverband. Bei weiterer Wundkontraktion und einer Granulation auf Hautniveau, kann bis zur vollständigen Abheilung eine Umstellung auf einen Folienverband erfolgen. Vor Abschluss der Wundbehandlung wird ein Diabetisschutzschuh mit Fußbettung verordnet.

### Praxistipps



- 1 Die Patientenedukation zum Thema Ernährung, Fußpflege, Schuhwerk ist sehr wichtig.
- 2 Zur Schuhversorgung stehen spezielle druckentlastende Schuhe zur Verfügung oder können vom Orthopäden entsprechend angepasst werden.
- 3 Eine regelmäßige Inspektion der Füße und Fußzehenzwischenräume nach dem Waschen wird empfohlen.

### Anwendungstipps



- Für die prophylaktische Pflege der trockenen Haut beim diabetischen Fuß eignen sich Urea-haltige Feuchtigkeitscremes, wie z.B. **Atrac-Tain** Feuchtigkeitscreme.
- Zur Versorgung der Großzehen können die Schaumverbände der **Biatain** Gruppe speziell zugeschnitten werden.
- Zur Versorgung der Zehenzwischenräume können die Schaumverbände der **Biatain** Gruppe individuell zugeschnitten werden.

# Dekubitus

Der Dekubitus gehört zu den häufigsten chronischen Wunden. Auch wenn es keine genauen Prävalenz- und Inzidenzdaten gibt, lässt sich die Häufigkeit aus den durchgeführten Studien ableiten. Die Prävalenz liegt demnach bei 5–10% im Krankenhaus, bei ca. 30% in geriatrischen Kliniken und bei 20% in Alten- und Pflegeheimen. Die häufigsten Lokalisationen sind das Gesäß, gefolgt von der Ferse und dem Kreuzbein. Knapp 50% bestanden bei Datenerhebung we-

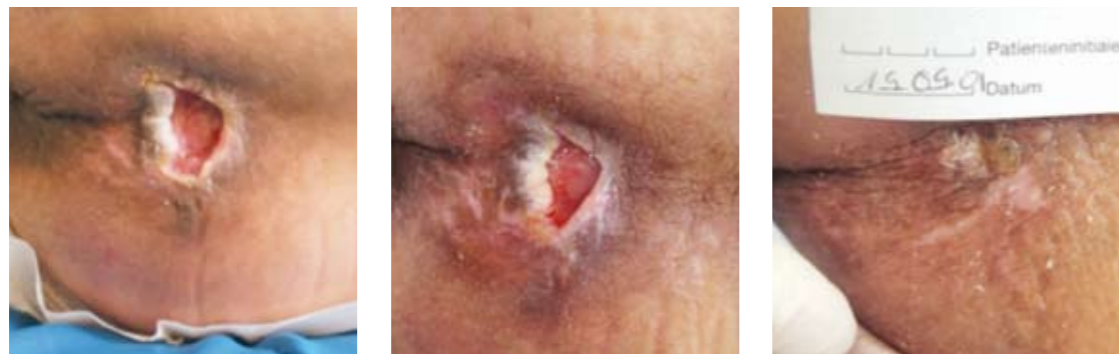
niger als zwei Wochen, rund ein Drittel zwischen zwei Wochen und drei Monaten und 14% bestanden länger als drei Monate. Wundschmerz und Wundinfektionen haben einen negativen Einfluss auf die Abheilung des Dekubitus. Für die Wundversorgung des Dekubitus kommen prinzipiell alle Typen der Wundaufgaben in Frage. Die Auswahl richtet sich nach dem jeweils vordringlichen Problem (Exsudat, Geruch, Schmerz u. a.).

## Dekubitus

Nach einem Herzinfarkt und einer Reanimation verbrachte der männliche Patient im Alter von 65 Jahren mehrere Wochen auf der Intensivstation. Trotz der intensivpflegerischen Maßnahmen erlitt er als Folge seiner Immobilität einen Dekubitus über dem Kreuzbein. Zu Beginn der dargestellten Behandlung bestand der Dekubitus bereits seit vier Wochen. Die Wunde des Patienten exsudierte mäßig und zeigte keine lokalen

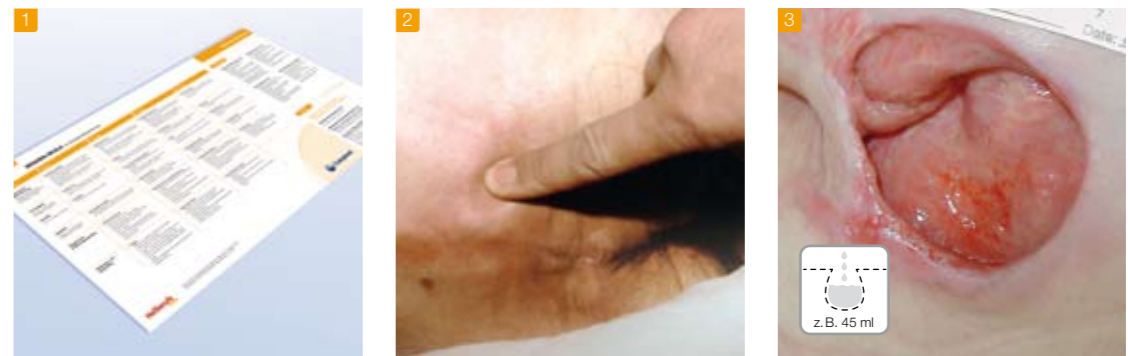
Infektionszeichen. Die wundumgebende Haut war weitgehend unauffällig, die einzig sichtbare Besonderheit war eine Wundtasche von 1,2 cm Länge in Richtung 12 h. Der Patient konnte druckentlastet und rasch wieder mobilisiert werden. Mit adäquater Wundversorgung erfolgte die Entlassung in seine häusliche Umgebung.

### Wundheilungsverlauf



07.04.2008	22.04.2008	19.09.2008
Wundgröße 2,8 x 2,2 cm, Tiefe 1,2 cm, Wundtasche 1,2 cm	Wundgröße 2,5 x 1,5 cm, Tiefe 1 cm, Wundtasche 0,7 cm	Wundgröße 0,3 x 0,3 cm
Im Verlauf der Wundbehandlung zeigt sich eine stark seröse Exsudation, daher Umstellung auf <b>Biatain</b> Cavity und <b>Alione</b> als Sekundärverband. Bei nachlassender Exsudation Umstellung auf <b>Purilon</b> Gel und <b>Biatain</b> Schaumverband. Hinweis: <b>Alione</b> darf nicht mit Hydrogel kombiniert werden.	Wundversorgungskonzept: Wundversorgung mit <b>SeaSorb</b> Soft Alginattamponade und <b>Alione</b> 12,5 x 12,5 cm als Sekundärverband. Praxistipp zur besseren Haftung aufgrund von Scherkräften in diesem Bereich: <b>Alione</b> kann zusätzlich mit transparentem Folienverband fixiert werden.	Nach Granulation auf Hautniveau wieder Umstellung auf <b>Alione</b> als alleinigen Verband bis zur kompletten Abheilung der Wunde.

## Praxistipps



- 1 Zur Ermittlung eines Dekubitus Risikos stehen verschiedene Skalen, wie z. B. die Bradenskala zur Verfügung.
- 2 Fingertest zur Ermittlung eines Dekubitus: Mit dem Finger in die Rötung drücken und loslassen. Ist es weiß geworden: Kein Dekubitus.
- 3 Wundhöhlen können zur besseren Größenbestimmung ausgelitert werden.

## Anwendungstipps



- Bei zu starker Exsudation kann es zur Mazeration der Wundränder kommen. Hier kann ein Hautschutz (z. B. **Comfeel** Schutzfilm, **Chiron** Schutzcreme oder **Dermagard** verwendet werden).
- **Biatain** Cavity Verbände dürfen maximal die Hälfte der Wundhöhle einnehmen.
- Für Dekubitalulcera im Bereich des Sakrums/Kreuzbeins oder der Ferse stehen Sonderformen zur Verfügung.

## Freiliegende Knochen und Sehnen

Freiliegende Knochen und Sehnen sind aus Sicht der Wundversorgung problematisch. Die meisten Wundverbände sind hier kontraindiziert, da die eigentlich erwünschte gute Absorptionsfähigkeit zur Austrocknung und damit zu nekrotischen Veränderungen führen kann. Um die freiliegenden Sehnen und Knochen vor der Austrocknung zu schützen, werden in der Praxis der Wundversorgung oft Mullkompressen

verwendet, die mit physiologischer Kochsalzlösung getränkt werden. Die Erfahrung hat gezeigt, dass diese Art der Wundversorgung jedoch sehr aufwendig und im häuslichen Bereich gar nicht möglich ist. Hier können Hydrogele, wie zum Beispiel das **Purilon** Hydrogel eingesetzt werden, um die Versorgung von Patienten mit freiliegenden Knochen und Sehnen zu vereinfachen.

### Freiliegende Knochen und Sehnen

Bei dem Fallbeispiel handelt es sich um einen Patienten, der an einem angiopathischen Diabetischen Fußsyndrom litt. Wegen der Infektion wurde der Vorfuß amputiert. Es resultierte eine offene Wunde mit freiliegenden Sehnen und Knochen. Eine stationäre Versorgung kam aus Sicht des Patienten nicht in Frage und die Therapie sollte daher im häuslichen Bereich praktikabel sein. Deshalb war eine einfache

und effektive Verbandtechnik nötig. Das Ziel der Wundbehandlung war es, den freiliegenden Knochen zu befeuchten und die Granulation zu fördern, um so die Wunde zu verkleinern. Auf diese Weise wurde die Wunde auf die Hauttransplantation vorbereitet. Das Intervall des Verbandwechsels sollte möglichst lang sein und daher wurde die Wunde mit **Biatain** Schaumverband versorgt.

### Wundheilungsverlauf



27.04.2009	07.05.2009	07.05.2009
Wundgröße 7 x 4 cm, Tiefe 0,5 cm	Wundgröße 7 x 4 cm, Tiefe 0,5 cm	Wundgröße 7 x 4 cm, Tiefe 0,5 cm
Am oberen Wundpol befinden sich Fibrinbeläge, die durch das <b>Purilon</b> Gel entfernt werden. Die Kombination von <b>Purilon</b> Gel und <b>Biatain</b> hat sich seit Jahren im Bereich der autolytischen Wundreinigung bewährt.	Die Infektionsprophylaxe steht bei jedem Verbandwechsel im Mittelpunkt. Deshalb wird die Wunde ausreichend mit einem Wundantiseptikum versorgt.	Der Schaumverband wird nach dem Auftragen von <b>Purilon</b> Gel locker angewickelt und mit einem Schlauchverband fixiert.

### Praxistipps



- 1 Oberflächlich (lokale Behandlung)**
  - Nicht heilend
  - Brüchiges, stark wachsendes und rotes Granulationsgewebe
  - Erhöhte Exsudation und starker, übler Wundgeruch
  - Neu auftretende Beläge (Schorf, Fibrin) am Wundgrund
- 2 Tief (systemische Behandlung)**
  - Schmerzen, Übergreifen der Infektion auf Knochen und Gelenke
  - Neuer Gewebezusammenbruch, neue nekrotische Bereiche
  - Erythem, Ödeme, Überwärmung

### Anwendungstipps



- Freiliegenden Knochen und Sehnen vor Austrocknung schützen, z.B. mit **Purilon** Hydrogel.
- Bei infektionsgefährdeten oder lokal infizierten Wunden empfehlen wir den Einsatz von **Biatain** Ag Schaumverbänden.
- Beispiel für Zuschneidetechniken für schwerzuversorgende Wunden am Fuß

## Verbrennungswunde

Die Haut ist das größte Organ des Menschen. Ausgedehnte Verbrennungen zählen zu den schwersten Verletzungen. Der Flüssigkeitsvolumenmangelschock ist eine gefürchtete Komplikation großflächiger Verbrennungen. Die Schwere der Verbrennung wird durch die Tiefe und die Ausdehnung der Wundfläche bestimmt. Verbrennungswunden sind extrem infektionsgefährdet. Daher sind eine lokale antimikrobielle und

eine systemische Antibiotikabehandlung immer sorgfältig zu prüfen. Bei nicht infizierten oberflächlichen Verbrennungswunden wird der Einsatz eines Hydrokolloidverbands empfohlen. Zur lokalen Infektionsprophylaxe eignen sich insbesondere Silberionen-freisetzende Wundauflagen, wie etwa Salbengaze mit CMC oder Schaumverbände.

### Verbrennungswunde

Die Patientin, die Sie hier sehen, verbrühte sich zuhause mit heißem Wasser. Unmittelbar nach der Verbrühung wurde die Wunde mit Kühlelementen versorgt und die Patientin umgehend in das Klinikum gebracht. Die Erstversorgung erfolgte durch Auflegen von Flamazineverbänden, die anfangs 3-mal täglich gewechselt wurden. Der Verbandwechsel wurde

genutzt, um die sich bildenden Hautblasen zu entfernen. Nach drei Tagen waren die Hautblasen der Patientin vollständig abgetragen. Aufgrund fehlender Infektionszeichen und der Wundlokalisation entschied man sich für einen Hydrokolloidverband. Mit Hilfe des Hydrokolloidverbands konnte die Wundversorgung erfolgreich fortgeführt werden.

### Wundheilungsverlauf



10.07.2008

Laterale Wunde: 14 x 13 cm, Tiefe: 0,2 cm  
Mediale Wunde: 12 x 5 cm, Tiefe: 0,2 cm

Die Wunde nässt wenig, am unteren Pol der lateralen Wunde ist die Haut gerötet und überwärmt. Dieser schmerzhafteste Bezirk wird mit Kühlelementen versorgt. Zuhause kühlte die Patientin alle 3 Stunden für 20 Min. (im Bild deutlich zu sehen). Dann wird der **Comfeel Plus** Flexibler Hydrokolloidverband aufgebracht.

11.07.2008

Laterale Wunde: 14 x 13 cm, Tiefe: 0,2 cm  
Mediale Wunde: 12 x 5 cm, Tiefe: 0,2 cm

Der erste Verband hält 24 Stunden. Alle weiteren Verbände werden alle zwei Tage gewechselt. Die Wunde reinigt sich und zeigt ab dem 15.07.2008 eine deutlich beginnende Epithelisierung. Unter der Therapie mit Comfeel ist eine deutliche Schmerzreduktion zu erkennen. Das Gel bettet freiliegende Nerven ein.

20.07.2008

Wundgröße: Die Wunde hat sich vollständig geschlossen

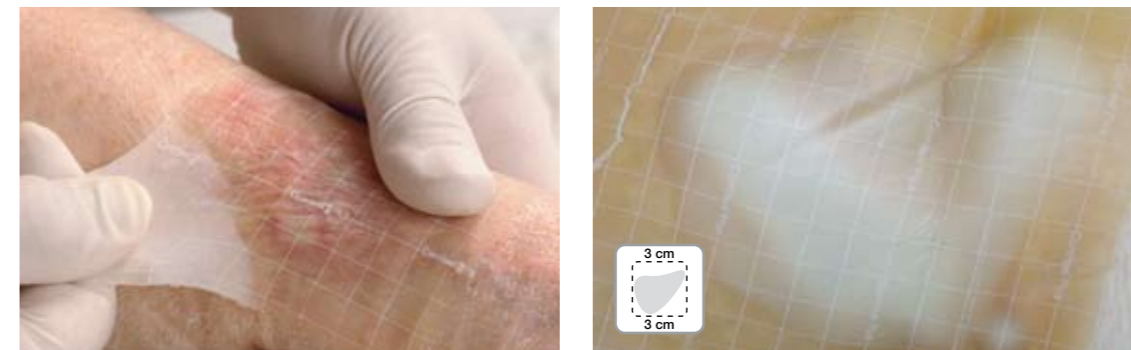
Obwohl sich die Wunde vollständig geschlossen hat, ist die Wundbehandlung noch nicht abgeschlossen. Denn frisch gebildete Haut benötigt viel Feuchtigkeit. Deshalb wird die Haut mit dem W/O-Hautschutzpräparat weitergepflegt.

### Praxistipps



- 1 Die Wunde kann zusätzlich mit Hydrogel (**Purilon Gel**) angefeuchtet werden.
- 2 Bei hartnäckigem Verkleben des Verbandes kann dieser mit **Dermasol** atraumatisch abgelöst werden.
- 3 Für Verbrennungen/Verbrühungen bis 2. Grades eignet sich nach der Erstversorgung die sogenannte »Göttinger Flosse«.

### Anwendungstipps



- Bitte den HKV\* atraumatisch entfernen. So zerbricht zum Beispiel durch Überdehnung des HKV die Matrix des Verbandes und insbesondere die neu gebildete Haut wird geschont.
- Oftmals wird ein Nachbrennen beobachtet, d. h. die Verbrennungswunde wird während der Behandlung deutlich tiefer. Die Blasen werden mit Hydrokolloidverband abgedeckt. Dazu muss eine lokale Wundinfektion ausgeschlossen sein.
- Aufgrund der Gelierung bei größeren Wunden sollte ein Rand von 3 cm zwischen dem HKV und dem Wundrand vorhanden sein.

\*HKV = Hydrokolloidverband

## Spalthautentnahmestellen

In der rekonstruktiven Chirurgie ist die Technik der Mesh-Graft weltweit eine der am häufigsten angewandten Methoden, um größere Wundflächen zu decken. Die Hautspendestelle ist nach der Operation immer schmerzhaft, der Wundschmerz kann die Wundheilung beeinträchtigen. Die Lebensqualität der Patienten wird erheblich eingeschränkt, der Bedarf an Analgetika steigt. Es gibt immer noch keinen

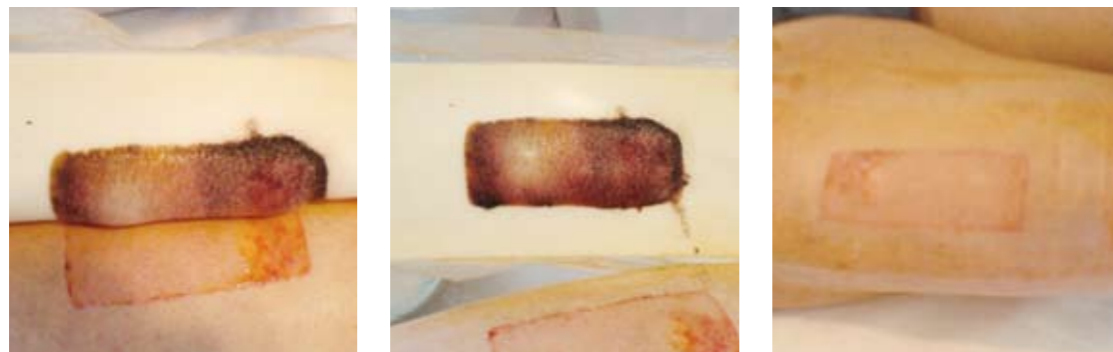
Konsens über das Management von schmerzhaften Hautentnahme-Stellen und es hat sich noch keine Standardbehandlungsmethode etabliert. Die lokale Wundschmerztherapie mit **Biatain** Ibu Schaumverband zeigt jedoch sehr gute Ergebnisse. Deshalb wird diese Behandlungsmethode auch bei der Wundschmerzbehandlung der Hautentnahmestellen immer beliebter.

### Spalthautentnahmestelle

Beim 60-jährigen Patienten wurde ein malignes Melanom am Kopf in der Klinik entfernt. Nach der Operation wurde die Wunde mit einer Niederdrucktherapie versorgt und die abschließende Wundversorgung erfolgte durch Deckung mittels einer Mesh-Graft. Die sehr schmerzhafteste Hautentnahmestelle wurde zunächst für zwei Tage mit einem Folienverband ver-

sorgt, da abgewartet wurde, ob sich Blutkoageln bilden, die die Ibuprofenfreisetzung behindern könnten. Ab dem dritten Tag erfolgte die Wundversorgung mit **Biatain** Ibu Schaumverband. Da die Wunde nach weiteren drei Tagen nicht mehr schmerzte, wurde sie mit einem Hydrokolloidverband versorgt.

### Wundheilungsverlauf



22.07.2007

Wundgröße 7 x 3 cm, oberflächlich

Die Wunde epithelisiert unter dem **Biatain** Ibu Schaumverband sehr schön. Der Wundverband schützt die wundumgebende Haut vor Mazeration. Der Verband kann drei Tage auf der Wunde verweilen. Da die Wunde zu wenig exsudiert, ist eine Weiterversorgung mit einem Schaumverband nicht möglich.

22.07.2007

Wundgröße 7 x 3 cm, oberflächlich

Das Wundexsudat spiegelt die Wundgröße. Die Exsudation wird im Verlauf der Wundheilung geringer, daher ist eine Weiterversorgung mit einem Hydrokolloidverband (**Comfeel** Plus) sinnvoll.

02.08.2007

Vollständiger Wundverschluss unter dem **Comfeel** Plus Hydrokolloidverband.

Die Tragedauer beträgt jeweils drei Tage, so dass nur zwei Verbände bis zur Abheilung benötigt werden. Die neue Haut wird jetzt mit einer W/O-Creme weitergepflegt, damit sie ausreichend Feuchtigkeit erhält.

### Praxistipps



1 Verband im OP anlegen

2 Verband locker anwickeln

Nach Möglichkeit nicht-haftende Verbände verwenden.

### Anwendungstipps



→ **Biatain** Ibu nicht als ersten Verband auflegen, da bei jedem 10. Patienten große Mengen an Blutkoageln auftreten. Daher die Wunde zuerst mit Folienverband oder Salbengaze (**Physiotulle**) versorgen.

→ Erst ab dem 2. Tag **Biatain** Ibu Schaumverband applizieren. Meist wird schon nach 30 Minuten eine Schmerzlinderung beobachtet. Bis zur vollständigen Abheilung wird oft nur ein Schaumverband benötigt.

→ Für die abschließende Wundversorgung sind Hydrokolloidverbände besonders geeignet. An Hautschutz- und pflege denken!

# Platzbauch

In der Abdominalchirurgie ist der Platzbauch eine gefürchtete Komplikation, die leider nicht so selten auftritt. Der Platzbauch wird durch viele Faktoren begünstigt. Einer dieser Faktoren kann eine verminderte Wundheilung sein, die aufgrund chronischer Erkrankungen, wie z. B. diabetische Mikro- und Makroangiopathien, oder durch Wundinfektionen hervorgerufen wird. Es wird unterschieden zwischen dem komplet-

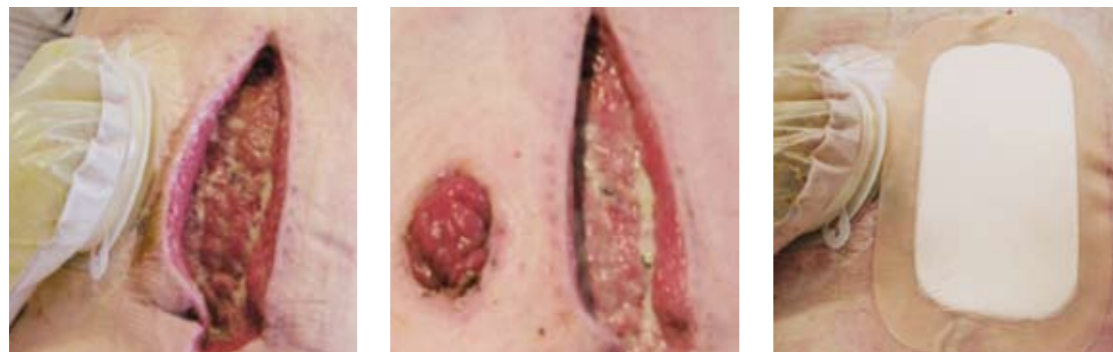
ten und inkompletten Platzbauch. Beim kompletten Platzbauch ist die gesamte Muskelfaszie des Patienten gerissen und der Dünndarm liegt frei. Beim inkompletten Platzbauch reißt die tragende Nahtschicht auf, die Hautnaht des Bauches hält aber noch. Die Diagnose des akuten kompletten Platzbauches ist leicht zu stellen, da er meist bereits bei der Wundinspektion erkennbar ist.

## Inkompletter Platzbauch

Das Fallbeispiel des 80-jährigen Patienten zeigt ein tiefes Rektumkarzinom. Der ausgedehnte inkomplette Platzbauch war lokal mit *P.aeruginosa* infiziert. Am Platzbauch waren die klassischen Infektionszeichen wie zum Beispiel Rötung und Schwellung zu sehen. Auf Grund der Wundgröße und -ausdehnung erfolgte die antimikrobielle Therapie mit **Biatain Ag**

Cavity. Da die Wunde stark exsudierte, wurde als Sekundärverband **Alione** verwendet. Ziel dieses Behandlungskonzeptes war eine praktikable ambulante Wundversorgung für den Patienten zu gewährleisten und seine Schmerzen zu reduzieren. Ein endgültiger Wundverschluss war in zehn Wochen zu erwarten.

### Wundheilungsverlauf



15.02.2005	16.05.2005	18.05.2005
Wundgröße 18 x 5 cm, Tiefe 4 cm	Wundgröße 18 x 5 cm, Tiefe 4 cm	Wundgröße 18 x 5 cm, Tiefe 4 cm
Die Wunde nässt und der Wundgrund ist mit Fibrinbelägen behaftet. Die Wunde wird mit <b>Biatain Ag</b> und <b>Alione</b> als Sekundärverband versorgt.	Das Ileostoma ist nur 3 cm vom Wundrand entfernt. Die Wunde hat sich deutlich gereinigt. Alle weiteren Verbände werden alle zwei bis drei Tage gewechselt.	Mit dieser Versorgung kann der Patient nach Hause, da der <b>Alione</b> -Verband durch die enorme Aufnahmekapazität nicht auslaufen kann. Ein ambulanter Pflegedienst übernimmt die weiteren Verbandwechsel und die Patientenzufriedenheit ist sehr groß.

## Praxistipps



- 1 In tiefe kritisch kolonisierte/lokal infizierte Wunden **Biatain Ag Cavity** oder **SeaSorb Ag** einlegen.
- 2 Für die Versorgung von akuten primären chirurgischen Wunden eignet sich **Comfeel** Transparenter Hydrokolloidverband
- 3 Der transparente Verband ermöglicht eine tägliche Wundinspektion. Er kann bis zu 7 Tagen auf der Wunde bleiben. Der Patient kann mit dem Verband duschen.

## Anwendungstipps



- **Alione** selbst-haftend bitte atraumatisch entfernen. Der Verband muss viel Flüssigkeit aufnehmen und daher ist ein starker Kleberand nötig. Dieser lässt sich überdehnen oder mit **DermaSol** gut entfernen.
- Bei stark exsudierenden Wunden Superabsorber (**Alione**) als (Sekundär-)Verband verwenden. **Alione** Verbände dürfen nicht zugeschnitten und nicht mit Hydrogel kombiniert werden.
- Bei der Anwendung von **SeaSorb Ag** in großen Wunden ist die Kompressenform oft günstiger als die Tamponade.

## Mehr Service für Sie

Bei der Behandlung chronischer Wunden treten oft Fragen auf, die weit über die eigentliche Versorgung hinausgehen. Welcher Verband für welche Wunde? Wie wirtschaftlich ist dieser? Was bedeutet evidenzbasiert? Wie wird die Wundheilung schnell und gemäß

aktueller Richtlinien dokumentiert? Ist der Verband als Sprechstundenbedarf abrechenbar und wie hoch ist das Richtgrößenvolumen? Coloplast bietet diesbezüglich ein umfassendes Paket von Serviceleistungen, die Ihnen diese Fragen beantworten können:



### Verbandauswahl – Für jeden Patienten den richtigen Verband

Coloplast bietet für jede Wunde den richtigen Verband. Mit dem interaktiven Assistenten zur Verbandauswahl unter [www.verbandauswahl.coloplast.de](http://www.verbandauswahl.coloplast.de) können Sie ganz einfach bestimmen, welcher Verband am besten für die Wunde Ihres Patienten geeignet ist. Durch Auswahl einzelner Parameter, wie z. B. Zustand der wundumgebenden Haut, die Exsudatmenge sowie das Vorkommen einer bakteriellen Belastung oder Schmerzen, wählen Sie Schritt für Schritt die geeignete Wundauflage aus.

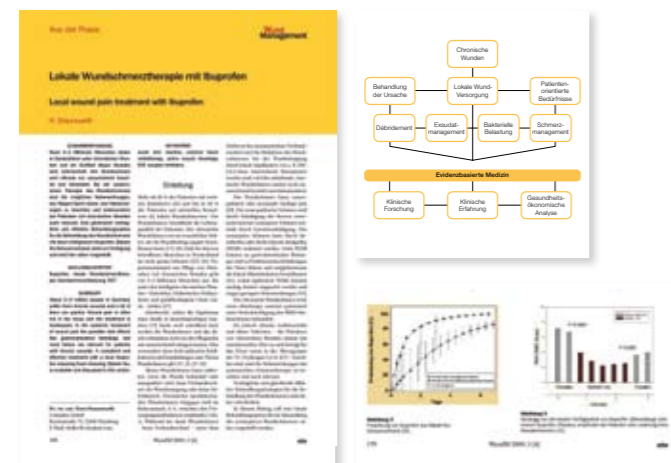
[www.verbandauswahl.coloplast.de](http://www.verbandauswahl.coloplast.de)



### Evidenz – Studien, Fallberichte und Laboruntersuchungen auf einen Klick

Handlungskompetenz in der Wundversorgung kann nur erlangen, wer über die wissenschaftlichen Grundlagen in Verbindung mit praktischer Erfahrung verfügt. Das Finden, Lesen und die Aufbereitung der wissenschaftlichen Daten ist oftmals recht schwie-

rig und vor allem zeitaufwendig. Coloplast hat seine Daten zur Evidenz aufbereitet und stellt diese unter [www.evidenz.coloplast.de](http://www.evidenz.coloplast.de) zur Verfügung. Hier finden Sie Infos zu klinischen Studien, Fallberichten und auch zu grundlegenden Laboruntersuchungen.



Evidenz auf einen Klick

- Ausgewählte Daten stehen für Sie zum Download bereit
- Bei weitergehenden Fragen können Sie direkt unsere Experten kontaktieren
- Mit unserem eNewsletter bleiben Sie immer auf dem Laufenden

[www.evidenz.coloplast.de](http://www.evidenz.coloplast.de)



### wudo mobil – Wunden einfach und schnell dokumentieren

Immer einen Schritt voraus. Coloplast hat eine Software zur Wunddokumentation entwickelt, die Zeit spart und den Pflegealltag wesentlich beschleunigt: **wudo mobil**. Mit **wudo mobil** kann die Wunddokumentation bequem vor Ort am Patienten erfolgen –

ganz einfach mit dem Mobiltelefon. Die Daten werden im Anschluss schnell und einfach mittels Bluetooth auf den PC übertragen und automatisch den individuellen Patientendaten zugeordnet.



- Netzwerkfähig, sodass alle behandelnden Berufsgruppen zeitgleich auf die Daten zugreifen können
- Budget schonend durch Verkürzung der Behandlungszeiten
- Entspricht den Richtlinien des Nationalen Expertenstandards Chronische Wunde

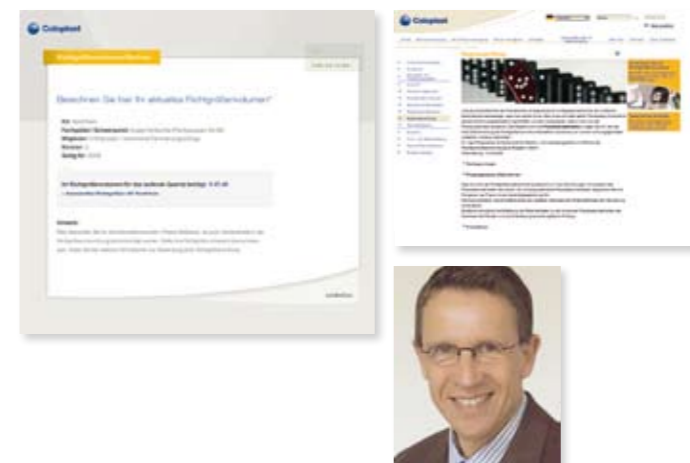
[www.wudomobil.coloplast.de](http://www.wudomobil.coloplast.de)



### Regress und Regressprophylaxe – Richtig informiert den Überblick behalten

Die Informationsvielfalt zum Thema Regress macht es gerade im Bereich der Wundversorgung schwierig den Überblick zu behalten. Unter der Webadresse [www.arztinfo.coloplast.de](http://www.arztinfo.coloplast.de) finden Sie nicht nur all-

gemeine Informationen zu diesem Thema, sondern Coloplast unterstützt Sie zusätzlich durch die Möglichkeit Ihr individuelles Richtgrößenvolumen zu berechnen.



- Rechtliche Hinweise zur Wirtschaftlichkeit und aktuelle Informationen zum EBM 2009
- Zusätzlich finden Sie eine übersichtliche Darstellung der Coloplast-Wundversorgungs-Produkte, die beim Sprechstundenbedarf von den einzelnen KVen anerkannt sind.
- Juristische Hinweise zur Regressprophylaxe und umfangreiche Materialien zum Download

[www.arztinfo.coloplast.de](http://www.arztinfo.coloplast.de)



Coloplast GmbH  
Postfach 70 03 40  
22003 Hamburg  
Tel. +49 40 669807-77  
Fax +49 40 669807-48  
[www.coloplast.de](http://www.coloplast.de)  
[devks@coloplast.com](mailto:devks@coloplast.com)

