

MIT ALLEN SINNEN

Foto: iStockphoto



Wundbeurteilung. Sehen, Tasten, Hören, Riechen – die Wundbeurteilung mit (fast) allen Sinnen kann einen entscheidenden Beitrag dazu leisten, einen zügigen Heilungsprozess zu unterstützen. Pflegende nehmen hierbei eine zentrale Stellung ein, da sie den meisten Kontakt zum Patienten haben. Am Beispiel zweier Krankheitsbilder, die in der Wundversorgung häufig vorkommen, soll die Vorgehensweise näher erläutert werden.

Von Kerstin Protz

Eine zentrale Rolle bei der Wundbeurteilung mit allen Sinnen kommt der Pflegefachkraft zu. Sie erfasst Auffälligkeiten und gibt ihre Beobachtungen an den behandelnden Arzt weiter. Diesem obliegen die Interpretation und eine entsprechende Therapieanordnung. Beobachten, Erfassen und Interpretieren ist Grundlage jeder erfolgreichen Wundbehandlung. Folgende Sinne ermöglichen Erkenntnisse über therapierelevante Aspekte:

- **Sehen:** z. B. Hautrisse, Kratzspuren, Hyperkeratosen, Einblutungen, Einschnürungen, Nekrosen, Schonhaltung
- **Tasten:** z. B. Pulsstatus, Hauttemperatur, Ödeme, Hautverhärtung

■ **Riechen:** z. B. Geruchsentwicklung. Gängige Spezifizierungen des Wundgeruchs wie süßlich, säuerlich, faulig, jauchig oder fäkal beziehen sich auf subjektive Eindrücke und sind nicht eindeutig. Daher sollte sich eine Aussage über den Wundgeruch darauf beschränken, ob dieser vorliegt oder nicht. Sein Auftreten bedeutet grundsätzlich eine gravierende Einschränkung der Lebensqualität des Patienten.

■ **Hören:** z. B. Schmerzlaute des Patienten, Zuhören, was der Patient zu berichten hat.

Erster Schritt ist sorgfältige Anamnese

Die Wundbeurteilung mit allen Sinnen beginnt immer mit einer sorgfältigen Patientenanamnese. Hier können schon viele wichtige Informationen gewonnen werden. Die Informationssammlung beinhaltet neben dem persönlichen Gespräch, um Erfahrungen und Erwartungen des Patienten zu erfassen, auch die Beobachtung unwill-



Entzündungen (Pseudomonas), Nagelpilz, Krallen- zeh, Einschnü- rungen und Ödeme sind Beispiele für eine ganze Reihe an Beobachtungen, die man mittels der Wundbeurteilung mit allen Sinnen machen kann

ERFASSBARE SINNESEINDRÜCKE BEIM ULCUS CRURIS VENOSUM

Abb. 1

kürlicher Regungen oder Schmerzvermeidungsstrategien. Hier setzt das aufmerksame Beobachten mit allen Sinnen bereits ein.

Bei der Anamnese sollte der Patient auch hinsichtlich seiner Kleidungs- und Schuhwahl befragt werden. Denn enge, einschnürende Socken-/Strumpfbündchen, nicht atmungsaktive Materialien, zu enge Schuhe, Mieder und Korsetts stören die Durchblutung, mindern die Mobilität, fördern Schmerzen und Druckstellen und belasten die Haut. Entsprechende Hinweise und Hilfestellungen des Pflegepersonals verbessern die Lebensqualität des Patienten.

Zu beachten ist, dass Betroffene ihre Beeinträchtigungen manchmal nicht offen äußern. Neben Demenz, Aphasie und Schamgefühl kann es hierfür eine Vielzahl von weiteren Gründen geben. Aus einer aufmerksamen Beobachtung ergeben sich oft Hinweise auf Schonhaltungen oder andere Schmerzvermeidungsstrategien des Patienten.

Auch der alte Verband gibt Hinweise auf eventuelle Probleme in der Wundheilung. Hat dieser Einschnürungen, Hautläsionen oder Spannungsblasen provoziert? War die Versorgung zu locker und ist komplett verrutscht? Ist die Wundauflage mit dem Wundgrund verklebt oder hat zu viel Druck auf die Wunde ausgelöst? Ist sie nach Abnahme trocken oder komplett durchfeuchtet? War das Wechselintervall zu kurz oder zu lang? Sind Rückstände wie Zelltrümmer oder Beläge in der Wundaufgabe sichtbar?

Auch das Exsudat sollte in Augenschein genommen werden. Ist es serös und farblos und gut von der Wundaufgabe aufgenommen worden oder ist es eher zäh und steht zwischen Wunde und Wundaufgabe und führt so zu

Sehen

- Wundlokalisation: typischerweise Innenknöchel oder Gamaschen-/Manschettenulcus, das den gesamten Unterschenkel umkreist
- Erscheinungsbild: z. B. Besenreiser, Varizen, trophische Störungen der Haut (z. B. Hyperpigmentierung), Ekzeme, Narben, Kratzspuren, Kontaktallergien, Atrophie blanche, Dermatoliposklerose, Haut trocken/schuppig, Stauungsekzeme, Entzündungszeichen
- Wundbeschaffenheit: typisch sind feucht-glänzende Wunden mit hoher Exsudation, schmierige, fibrinöse Beläge oder entzündliche Ablagerungen
- Gangbild/Fußgelenkbeweglichkeit: Kann der Patient physiologisch abrollen und ist im Fußgelenk beweglich?
- Vorhandene Hilfsmittel: Kommt der Patient mit Hilfsmitteln wie Anziehhilfen zurecht? Wie ist die Beschaffenheit und der Zustand vorhandener Kompressionsstrümpfe (z. B. Laufmaschen, Stopfungen, ausgeleiertes Material)?
- Alter Wundverband: Wie ist der Zustand (durchnässt, erschöpft, aufgeweicht)?

Tasten und fühlen

- Fußpulse tastbar?
- Ödeme am Knöchel oder Unterschenkel tastbar?
- Dermatoliposklerose
- Fascienlücken
- Hauttemperatur
- Varizen

Riechen

Gerüche deuten auf Komplikationen, z. B. eine Entzündung, hin.

Hören

Welche Einschränkungen beschreibt der Patient (z. B. Juckreiz, Nässen und Geruch, Schuh- und Kleiderprobleme, Bewegungseinschränkungen, gestaute Beine, Schmerz)?

Hautläsionen? Wie sind die Farbe des Exsudats und der Geruch? Liegt möglicherweise eine Entzündung vor?

Zudem ist die Krankengeschichte des Patienten eine wichtige Grundlage des Behandlungsprozesses. Wie lebt der Patient? Wer versorgt ihn – pflegerisch, medizinisch, häuslich? Welche Lebensgewohnheiten – zum Beispiel Rauchen, Alkohol, sportliche Betätigungen, Mobilität, Ernährung – hat er? Wie ist die Wunde entstanden? Liegen Vorerkrankungen vor? Was haben der Patient und seine Angehörigen zur Besserung der Situation bereits unternommen? Welche Hautpflegeprodukte und Wundmaterialien waren bereits im Einsatz? Welche Medikamente werden eingenommen? Was war erfolgreich, was hat zu Verschlechterungen geführt?



ERFASSBARE SINNESEINDRÜCKE BEIM DIABETISCHEN FUSSSYNDROM

Abb. 2

Sehen

- Wundlokalisierung: typischerweise druckexponierte Stellen (z. B. Fußrückenseite, Fußballen)
- Erscheinungsbild der Füße: z. B. Fußdeformitäten wie Hammer-/Krallenzehen, Hallux valgus, Hohl-, Senk- oder Spreizfuß, Fußverbreiterung, eingebrochenes Fußgewölbe, glatte Fußsohle ohne Falten, Hyperkeratosen meist im Vorfußbereich oder an druckexponierten Stellen
- Erscheinungsbild der Fußnägel: Nagelpilz, Einblutung unterhalb des Nagels
- Erscheinungsbild der Haut: rosig, trocken, zum Teil mit tiefen Rhagaden, Pilzbefall, Einblutungen, Hyperkeratosen und/oder Blasen an druckexponierten Stellen, Hühneraugen
- Wundbeschaffenheit: unterschiedlich je nach Wundtiefe, Belägen und Wundstadium, Wundrand meist hyperkeratös

Tasten und fühlen

- Fußpulsetastbar?
- Haut warm?
- Ödeme tastbar?
- Hat der Patient Vibrationsempfinden (Stimmgabeltest)?

Hören

Welche Einschränkungen beschreibt der Patient (z. B. Missempfindungen wie Kribbeln, Brennen, Taubheitsgefühl oder Kältegefühl an warmen Tagen, unsicheres Gehen wie auf Watte, Wunden, Verletzungen)

Die Methode in der Praxis

Anhand des häufig vorkommenden Krankheitsbildes *Ulcus cruris venosum* soll die Wundbeurteilung mit allen Sinnen im Folgenden konkretisiert werden: Das *Ulcus cruris venosum* ist ein venöses Beingschwür – auch „offenes Bein“ genannt –, das sich aufgrund einer chronischen Venenschwäche am Unterschenkel ausbildet. Abbildung 1 zeigt, welche Sinneseindrücke bei diesem Krankheitsbild erfasst werden können. Um zu verdeutlichen, wie unterschiedlich die erfassbaren Sinneseindrücke sind, sind in Abbildung 2 die möglichen Beobachtungen und Wahrnehmungen beim Diabetischen Fußsyndrom, das durch Neuropathie verursacht wurde, zusammengefasst.

Gestützt auf diese Sinneseindrücke festigt der Arzt seine Diagnose per manuellen und technischen Diagnostikmöglichkeiten wie Dopplermessung, Duplexsonographie, Computertomographische Angiographie (CTA) oder Magnetresonanz (MRT)-Angiographie, Digitale Subtraktionsangiographie (DSA), Lichtreflexionsrheographie (LLR), Laufband oder Röntgen.

Grundsätzlich gilt: Zuerst ist die Ursache der Wundheilungsstörung zu beheben, bevor ein Heilungsprozess initiiert werden kann. Bei der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit bedeutet dies beispielsweise, dass zuerst die Durchblutungsstörung durch revaskularisierende Maßnahmen zu beseitigen ist, zum Beispiel durch Dilatation oder Bypass. Im Falle einer venösen Durchblutungsstörung ist eine adäquate Kompression und Bewegung für die Heilung ausschlaggebend. Liegt ein Dekubitus vor, sollte zunächst das Risiko von Druck, Reibe- und Scherkräften minimiert werden. Leidet der Patient an einem diabetischen Fußulcus, stehen die Einstellung der Stoffwechselsituation sowie die Druckentlastung im Vordergrund.

Aufbauend auf diesen Erkenntnissen kommt die moderne Wundversorgung phasen- und stadiengerecht unter folgenden Kriterien zum Einsatz: eventuelle Infektionszeichen oder eine bereits bestehende Infektion, Exsudatmenge, Zustand vom Wundrand/-umgebung, bestehende Gerüche, Wirtschaftlichkeit, Handhabbarkeit und Patientenbedürfnisse. Das Wechselintervall ist abhängig vom Abheilungszustand der Wunde beziehungsweise dem richtigen Verhältnis zwischen Exsudation und Aufnahmefähigkeit der Wundaufgabe und orientiert sich zudem an den Herstellerangaben. Eine erfolgreiche Wundbehandlung basiert im Wesentlichen auf der adäquaten Diagnosestellung, auf der die angepasste Therapie aufbaut. Unterstützend ist die Mitarbeit von Patient und Angehörigen ein wesentlicher Eckpfeiler.

Dissemond, J. (2012): *Ulcus cruris – Genese, Diagnostik und Therapie*. 4. Auflage. Bremen: UNI-MED

Dissemond, J. (2012): *Blickdiagnose chronischer Wunden*. 2. Auflage. Köln: Viavital

Protz, K. (2011): *Moderne Wundversorgung*. 6. Auflage. München: Elsevier Sellmer, W.; Bültmann, A.; Tigges, W. (2010): *Wundfibel – Wunden versorgen behandeln heilen*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Kerstin Protz, Krankenschwester, Managerin im Sozial- und Gesundheitswesen, Vorstandsmitglied des Wundzentrums Hamburg e. V. kerstin.protz@gmx.de