

# **Kurzfassung Live-Demo und Übungen „Moderne Verbandstechnik“ von Dr. Zimmer, Dr. Born, & Dr. Schick, Erlangen.**

## **Zielsetzung:**

Das Ziel dieser Kurzfassung ist es, Ihnen einen Überblick der heutigen Verbandstechnik in unserer Chirurgischen Abteilung der Station B2 in Erlangen zu geben. Wir stellen Ihnen Auszüge unserer Alltagsarbeit vor. Bei den Verbandskonzepten finden zunehmend moderne Techniken ihren Platz, welche die alt bewährten Konzepte nicht ablösen, sondern ergänzen. Der ärztliche und pflegerische Bereich arbeiten hier eng zusammen.

## **Gliederung:**

### **Teil 1: Versorgung der primär heilenden Wunde**

1. Versorgung der primär heilenden Wunde bei Nichtrisikopatienten
2. Versorgung der primär heilenden Wunde beim Risikopatienten
3. Versorgung der primär heilenden Wunde bei Stomapatienten
4. Versorgung der primär heilenden Wunde bei Reibung im Wundgebiet ( Patient liegt auf der Wunde)

### **Teil 2**

Versorgung der sekundär heilenden Wunde (Einsatz von Verbandstoffen der Wundheilungsphase entsprechend)

1. Die stark infizierte sekundär heilende Wunde
2. Die stark nässende sekundär heilende Wunde
3. Die trockene, nekrotische, mit Fibrin belegte Wunde
4. Große klaffende sekundär heilende Wunden

### **Teil 3**

Versorgung von Fisteln, malignen Wunden und Laparostomata

### **Teil 1:**

#### **1. Versorgung der primär heilenden Wunde bei Nichtrisikopatienten**

Am ersten postoperativen Tag erfolgt ein Verbandswechsel nach dem Ziehen der Redondrainage. Die Wunde wird mit NaCl 0,9% gereinigt und mit Betaisodonalösung desinfiziert. Als Verbandstoff dient ein konventioneller Verband (Cutiplast). Ab dem dritten postoperativen Tag wird auf einen Wundverband verzichtet.

## **2. Versorgung der primär heilenden Wunde beim Risikopatienten**

Risikopatienten, wie immunsupprimierte Patienten nach Lebertransplantation, erhalten am ersten postoperativen Tag nach Ziehen der Redondrainage einen transparenten hydrokolloiden Verband (HKV). Dieser Verband wird alle sieben Tage bis nach Entfernen der Klammern gewechselt.

Transparente HKV gewährleisten alle Vorteile einer feuchten Wundbehandlung. Exemplarisch sei hier der Gasaustausch und Undurchlässigkeit für Mikroorganismen erwähnt.

## **3. Versorgung der primär heilenden Wunde bei Stomapatienten**

Hier klebt intraoperativ der Chirurg einen transparenten HKV. Dieser wird mit der Redondrainage am ersten postoperativen Tag entfernt. Es erfolgt nun das Aufbringen eines weiteren transparenten HKV. Dieser wird in der Regel bis zum Entfernen der Klammern belassen.

## **4. Versorgung der primär heilenden Wunde bei Reibung im Wundgebiet**

Liegt der Patient auf der Wunde (z.B. nach einem Thoraxeingriff), finden auch hier transparente HKV Anwendung.

Transparente HKV können bis zu 10 Tagen belassen werden. In der Praxis hat sich herausgestellt, dass nach dem Ziehen der Redondrainage auch der HKV zu wechseln ist. Der Folgeverband hält in der Regel bis zum Entfernen der Klammern (sehr Wirtschaftlich).

## **Teil 2**

### **Versorgung der sekundär heilenden Wunde (Einsatz von Verbandstoffen der Wundheilungsphase entsprechend)**

#### **1. Die stark infizierte sekundär heilende Wunde**

Bis zum Abklingen der Infektion erfolgt Einsatz von feuchten konventionellen Verbänden 3 bis 5 mal täglich. Zum Befeuchten der Kompressen und Spülen der Wunde hat sich Lavasept sehr bewährt.

Alternativ werden mit Silberionen versetzte HKV (Contreet) vermehrt eingesetzt. Diese Verbände werden täglich bis wöchentlich gewechselt. Nach Abklingen der Infektion sind sie nicht mehr nötig.

Das Einbringen einer Vakuumversiegelung in eine stark infizierte Wunde ist eine gute

Indikation, da über die Vakuumversiegelung auch gespült werden kann. Wir verwenden zum Spülen Lavasept. Die Spüllösung wird über ein Instillationsset (Dreiwegehahn nahe am Vakusealschwamm) eingebracht. Sie verbleibt 10 Minuten im Wundgebiet und wird durch den Anschluss an das Vakuum mit dem Wundexsudat abgesaugt.

***Nach dem Abklingen der Infektion erfolgt grundsätzlich ein Verfahrenswechsel.***

## **2. Die stark nässende sekundär heilende Wunde**

Nach Abklingen der Infektion befindet sich die Wunde oft noch in der exsudativen Wundheilungsphase. Bis zur Granulationsphase finden konventionelle feuchte Verbandswechsel 3x täglich statt oder eine Vakuumversiegelung wird aufgebracht. Bei der konventionellen Verbandstechnik wird zum Spülen der Wunde NaCl 0,9% verwendet. Für das Befeuchten der Kompressen Ringerlösung.

Während der Granulationsphase werden flexible HKV aufgebracht. Gelingt es nicht eine Verbindung zwischen Wundgrund und HKV herzustellen, ist die Zugabe einer Alginattamponade Standard. Die Verbände werden erst dann gewechselt, wenn das Gelkissen

(welches unter den Verbänden entsteht) vom Wundverband nicht mehr zurückgehalten wird. Dies wird zu Beginn der Behandlung alle 24 Stunden sein, später halten dies Verbände zwei bis drei Tage (Wirtschaftlichkeit). HKV halten ein feuchtes, warmes Wundmilieu aufrecht in dem gleichmäßig Granulation stattfindet. Des weiteren geben sie keine Fasern oder Fremdstoffe ab und lassen sich atraumatisch entfernen.

Tiefe Wundtaschen oder Wundhöhlen (z.B. sakrale Höhle) werden mit Alginattamponaten versorgt. Damit das Alginat sich umbauen und wirken kann, belassen wir es 24 Stunden in der Wundhöhle. Als Sekundärverband dienen Kompressen. Diese müssen mehrmals täglich gewechselt werden. Alginate wirken durch Ionenaustausch. Sie geben Kalzium ab und nehmen das im Wundexsudat überschüssige Natrium auf. Zusätzlich kann es bis zum 25-fachen seines Eigenvolumens Wundexsudat aufnehmen.

## **4. Die trockene, nekrotische, mit Fibrin belegte Wunde**

Sie wird nach folgenden Richtlinien versorgt: der Chirurg entfernt die Nekrose. Zum Andauen von Restnekrosen kommt ein Hydrogel mit feuchten Kompressen oder HKV zum Einsatz.

Hydrogele belassen wir in Kombination mit HKV mehrere Tage in der Wunde. Dies ist möglich, da sie aus Wasser und Zellulose bestehen. Sie rehydrieren die Nekrose und dauern diese auch an. Die aufgelockerten Nekrosen oder Fibrinbeläge werden mit dem scharfen Löffel beim Verbandswechsel entfernt.

## **5. Große klaffende sekundär heilende Wunden**

(z.B. der inkomplette Platzbauch, der große Dekubitus, sakrale Wundheilungsstörungen ohne Verbindung zum Bauchraum u.s.w.)

Hier findet die Vakuumversiegelung ihren Platz. Verwendet wird ein offenporiger Polyvinylalkohol-Schwamm in den Drainagen eingebracht sind. Durch eine transparente Folie wird das Wundgebiet abgeschlossen. Ein Unterdruck von 0,2 bis 0,8 bar wird durch eine Redondrainage oder Pumpe erzeugt. Vorteile des Verfahrens sind ein sicherer Schutz der Wunde, vollständiges Absaugen von Wundsekreten und Stimulation einer raschen Bildung von gut durchblutetem Granulationsgewebe. Unter dem Vakuumverband herrscht ein der Wunde sehr förderliches Klima.

Ziel der Maßnahme ist eine schnelle Verkleinerung der Wunde und ein Umsteigen auf ein anderes einfaches Konzept. Zu Nennen ist die Sekundärnaht oder der Wundabschluss mit Alginaten und HKV.

## **3. Teil**

### **Versorgung von Fistel, malignen Wunden und Laparostomata**

Hier finden alternativ zu häufigen Verbandswechseln mit Kompressen Wunddressbeutel Anwendung. Sie können auch auf große Wunden geklebt werden. Befindet sich eine Fistel oder ein Tumor in der Wunde, kann diese Situation durch ein Fenster welches im Wunddressbeutel sich befindet gepflegt werden.

Hinweis:

Sie finden mehr Informationen und Wundheilungsverläufe auf der Homepage ([www.diewundeverbindet.de](http://www.diewundeverbindet.de))