



Es ist darauf zu achten, die Atemmaske nicht zu fest anzuziehen – es besteht sonst die Gefahr der Dekubitusentstehung auf der Nasenwurzel

Schlafmedizin. Lautes Schnarchen und dabei plötzlich auftretende Atempausen sind charakteristisch für das sogenannte Schlafapnoe-Syndrom. Bei den Betroffenen ist meist eine lebenslange nächtliche Überdruckbeatmung über eine nasale Maske notwendig. Bei der Reinigung der Geräte sind einige Regeln zu beachten. Zudem steigen die pflegerischen Herausforderungen immens an, wenn Schlafapnoe-Patienten operativ aufgenommen werden müssen.

Von Reinhard Wagner und Susanne Noltemeier

Geschnarcht hat Mario Brenner* eigentlich immer schon. Doch in den letzten drei Jahren ist es so schlimm geworden, dass ihn seine Frau nachts immer häufiger genervt wecken musste, weil sie selbst nicht mehr zur Ruhe kam. Zudem bemerkte sie während des Schnarchens Atemaussetzer. „Wahrscheinlich hängt es mit meiner Gewichtszunahme in den letzten Jahren zusammen“, sagt der 40-Jährige.

Im vergangenen Sommer ging Brenner zum Pneumologen und ließ sich untersuchen. Da der Befund

* Name von der Redaktion geändert



WIE WERDEN SCHLAFAPNOEN BEHANDELT?

Die überlegene Therapieform des Schlafapnoe-Syndroms ist die nächtliche Überdruckbeatmung über eine nasale Maske. Diese Behandlungsform wird auch als nCPAP („nasal continuous positive airway pressure“) bezeichnet. Der positive kontinuierliche Druck in den Atemwegen, der während der In- und Expiration besteht, verhindert hierbei den Verschluss der oberen Atemwege.

Eine weitere Therapieoption, die jedoch nicht für alle Patienten geeignet ist, besteht in der Unterkieferprotrusionsschiene. Sie hält Unterkiefer, Zunge und Gaumensegel während des Schlafes vorn. So bleibt der Rachenraum weit geöffnet, die schlaffen Rachenmuskeln werden stabilisiert. Für die Therapie anderer schlafbezogener Atmungsstörungen stehen spezielle Atemtherapieverfahren zur Verfügung. Die Therapie des Schlafapnoe-Syndroms ist nicht kurativ, in jeder Nacht durchzuführen und lebenslang notwendig. Unterbrechungen führen zu erneutem Auftreten der Apnoen.

SCHLAFAPNOEN: WAS PFLEGENDE WISSEN MÜSSEN

auffällig war, folgten zwei Nächte im Schlaflabor einer Fuldaer Klinik. Das Ergebnis: kontinuierliches extrem lautes Schnarchen über die gesamte Schlafphase, regelmäßige Apnoen, schlechte Puls- und Blutdruckwerte. Diagnose: obstruktives Schlafapnoe-Syndrom.

„Mein Arzt verschrieb mir daraufhin eine Atemmaske, die über einen Schlauch mit einem Umgebungsluftpumpengerät verbunden ist“, erzählt Brenner. Auch wenn das Tragen der nasalen Maske zunächst ungewohnt war, wurde das Schnarchen deutlich weniger und auch die Atemaussetzer traten kaum noch auf.

Und: „Tagsüber habe ich mich viel erholter gefühlt als vorher.“

Typisch sind Apnoen und lautes Schnarchen

Das Schlafapnoe-Syndrom ist ein Krankheitsbild, das durch Atemstillstände während des Schlafs verursacht wird. Charakteristisch sind eine ausgeprägte Tagesmüdigkeit bis hin zum Einschlafzwang, lautes Schnarchen sowie hohe Puls- und Blutdruckwerte.

Das Schlafapnoe-Syndrom zählt in der Schlafmedizin zu den schlafbezogenen Atmungsstörungen. Bei

nicht leitliniengerechter Therapie kann es zu einer gesteigerten Mortalität und Morbidität führen. Etwa vier Prozent der Bevölkerung sind davon betroffen, wobei die Prävalenz bei Menschen mit kardiovaskulären Erkrankungen bis zu 50 Prozent betragen kann. Ferner besteht eine Assoziation mit der Koronaren Herzkrankheit und Herzrhythmusstörungen, pulmonaler Hypertonie, Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz und Arteriosklerose. Diagnostiziert wird das Syndrom meistens nicht durch Schlafstörungen an sich, sondern über die bereits genannten Folgeerkrankungen und Symptome wie

häufiges nächtliches Erwachen, Dyspnoe, lautes unregelmäßiges Schnarchen und Apnoen.

Man unterscheidet obstruktive und zentrale Apnoen. Wenn bei einem Patienten beide Formen vorkommen, spricht man von gemischten Apnoe-Syndromen. Am weitesten häufigsten kommt aber die obstruktive Form vor. Die Ursachen einer obstruktiven Schlafapnoe, die sich in der Regel aus einem habituellen Schnarchen entwickelt, sind äußerst komplex. Sie liegen häufig in einem vererbten instabilen und engen Pharynx, im Nachlassen des Muskeltonus mit zunehmendem Lebensalter, einem hohen Body-Mass-Index sowie Fetteinlagerungen in den Rachenweichteilen. Betroffen sind überwiegend Männer. Nach der Menopause jedoch nimmt auch die Anzahl der betroffenen Frauen zu. Auch Kinder können von der obstruktiven Schlafapnoe betroffen sein, allerdings fallen sie im Gegensatz zu den Erwachsenen nicht durch Schläfrigkeit, sondern durch Hyperaktivität auf. Auch ihre Entwicklung ist oft verzögert.

Zubehör muss sorgfältig gereinigt werden

Mit Ausnahme der zu operierenden Patienten stellt der Schlafapnoe-Patient in der Regel keine allzu große Herausforderung für die Pflege dar. Der Patient bringt – was auch zu wünschen ist – sein Atemtherapiegerät zur stationären Behandlung mit und führt die Therapie sowie die Reinigung des Zubehörs eigenständig durch. Bei immobilen oder bettlägerigen Patienten ist es er-

forderlich, dass Pflegende die Reinigung der Maske und des Schlauchs übernehmen. Gegebenenfalls ist auch ein Wasserwechsel im Atemluftanfeuchter notwendig. Häufig können die Patienten und Angehörige hierbei Hilfestellung leisten.

Die Reinigungsmaßnahmen sollten grundsätzlich im Patientenzimmer durchgeführt werden, da Funktionsräume nur für das Vorreinigen von klinischen Beatmungszubehör vor der hygienischen Aufbereitung beziehungsweise der Desinfektion geeignet sind. Letztere ist ohnehin nur in Ausnahmefällen notwendig. Falls sie aber doch vorgenommen werden muss, ist darauf zu achten, nur geeignete Desinfektionsmittel zu verwenden. Hierbei müssen unbedingt die Herstellerangaben beachtet werden. Ungeeignete Lösungen können die Atemmasken und die Beatmungsschläuche zerstören.

Für die Reinigung der Zubehöreile – Maske und Schlauch – wird eine desinfizierte Waschschißel, die bis zur Entlassung im Patientenzimmer verbleibt, benötigt. Die Reinigung sollte mit einem pH-neutralen parfümfreien Spülmittel oder einer entsprechenden Seifenlösung erfolgen. Nach der Reinigung werden die Zubehöreile mit klarem Wasser nachgespült und im Patientenzimmer getrocknet. Der bei einigen Geräten im Inneren des Schlauchsystems liegende Druckmessschlauch muss hierbei mit einem Stopfen (gehört zum Zubehör) an beiden Enden verschlossen sein. Die Reinigungsintervalle kann man den jeweiligen Bedienungsanleitungen entnehmen, die jeder Schlafapnoe-Patient und

nCPAP-Nutzer mit sich führen sollte. Ansonsten gilt: Masken werden jeden Tag, Schläuche einmal pro Woche gereinigt.

Sofern das Patientengerät einen Atemluftanfeuchter besitzt, ist das Wasser jeden Tag zu wechseln. Hierzu



empfehl es sich, eine Flasche Aqua Destillata (1000 ml) im Patientenzimmer vorzuhalten. Bei Kontamination mit Keimen (z. B. MRSA) ist ein spezielles Vorgehen notwendig, das in enger Absprache mit dem Geräte lieferanten abgesprochen werden sollte. Die Servicehotline beantwortet auch Fragen zur Therapie und hilft auch bei technischen Problemen. Die Telefonnummer der Servicehotline findet sich im Gerätepass, der Gebrauchsanweisung oder am Atemtherapiegerät.

Wenn Schlafapnoe-Patienten operiert werden müssen

Bei Schlafapnoe-Patienten, die zur Operation aufgenommen werden, steigen die pflegerischen Anforderungen erheblich. Die Nichtbeachtung von Leitlinien und aktuellen Standards (siehe Download-Tipp) kann Patienten erheblich gefährden, da Medikamente zur Prämedikation und Analgesie die Anzahl der Apnoen erhöhen und zusätzlich verlängern können – zum Beispiel Opioide und Benzodiazepine. Hierdurch könnten postoperativ Hypoxien, hypertensive Krisen, myokardiale Ischämien, Herzrhythmusstörungen und Infarkte ausgelöst werden. Bereits bei der Prämedikation kann daher eine Überwachung erforderlich sein.

Bei allen Schlafapnoe-Patienten ist die Therapie mit einem patienteneigenen oder einem Atemtherapiegerät des Krankenhauses notwendig – besonders in der perioperativen Phase. Hierdurch können viele Komplikationen verhindert werden.

DOWNLOAD-TIPP

Die Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf/ Schlafstörungen“ der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) kann kostenfrei auf der Website der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) heruntergeladen werden: www.awmf.org → Leitlinien → Leitlinien-Suche > „Nicht erholsamer Schlaf“. Die Leitlinie steht als Kurz- und Langfassung zur Verfügung.





Für die Reinigung von Masken und Schläuchen ist ein fachgerechtes Vorgehen erforderlich

Verlegung und Transport von sedierten Schlafapnoe-Patienten sollte grundsätzlich in Begleitung und Überwachung von examiniertem Pflegepersonal erfolgen.

Bei den patienteneigenen Home-care-Geräten ist besonders zu beachten, dass sie nicht explosionsgeschützt sind. Für den Betrieb mit Sauerstoff ist ein Sauerstoffsicherheitsventil erforderlich. Falls die Atemmaske nicht über einen Sauerstoffanschluss verfügt, ist zusätzlich ein T-Stück (3-Wege-Anschluss) für den Atemluftschlauch erforderlich. Das genannte Zubehör gehört nicht zum Lieferumfang des Patientengerätes und ist vom Gerätelieferanten des Patienten zu beschaffen. Die Alternative, nämlich die Maske über eine liegende Sauerstoffsonde anzulegen, ist gefährlich, da es zu Undichtigkeiten kommen kann, die die Therapie gefährden. Des Weiteren muss unbedingt darauf geachtet werden, bei einer möglichen Leckage die Atemmaske nicht zu fest anzuziehen. Dies kann zu einem Dekubitus auf der Nasenwurzel führen.

Um postoperativ die frühestmögliche Versorgung sicherzustellen, sollten die patienteneigenen Atemtherapiegeräte gemeinsam mit dem Patienten in den OP gebracht werden. Hierbei hat es sich als unbedingt erforderlich erwiesen, Namensschild und Stationsaufkleber anzubringen. Nach der OP sollte mit der nCPAP-Therapie unmittelbar nach

Einsetzen der Schutzreflexe wieder begonnen werden. Nach Möglichkeit sollte insbesondere bis zum Beginn der nächtlichen Überdruckbeatmung eine Oberkörperhochlagerung erfolgen. Eine zu flache Lagerung kann eine Aspiration sowie verstärkte Apnoen zur Folge haben.

Eine kontinuierliche Kontrolle der Vitalparameter inklusive Sauerstoffsättigung sollte über 24 Stunden im Aufwachraum, der Intensivstation oder der Intermediate Care Unit erfolgen. Eine eventuell notwendige Sauerstoffapplikation bei Sättigungsabfällen sollte mit Vorsicht erfolgen, da Schlafapnoe-Patienten oft auch an niedrigen Sättigungswerten adaptiert sind und sich bei normalisierten Werten eine Atemdepression entwickeln kann. Achtung: Die Zufuhr von Sauerstoff darf nur bei eingeschaltetem Gerät erfolgen und muss vor dem Abschalten des Gerätes gestoppt werden. Bei Atemtherapiegeräten mit Start- Stoppfunktion,

muss diese grundsätzlich deaktiviert werden.

Die Übernahme der Bedienung des patienteneigenen Atemtherapiegerätes durch das Pflegepersonal ist aktuell in der Diskussion. Es ist nicht ungewöhnlich, dass Krankenhäuser mit Hinweis auf die Medizinergeätebetreiberverordnung ihrem Pflegepersonal die Bedienung des Patientengerätes untersagen, eigene Geräte jedoch nicht zur Verfügung stellen. Da eine rechtliche Klärung in absehbarer Zeit nicht möglich sein wird, ist es empfehlenswert, klinikinterne Handlungsanweisungen, die das Personal rechtlich absichern, zu entwickeln. Hierbei sind auch die Pflegeverbände gefragt.

Reinhard Wagner, Vorsitzender des Arbeitskreises Schlafapnoe Niedersächsischer Selbsthilfegruppen e. V.
Weserstraße 8, 26382 Wilhelmshaven
asn@gmx.net, www.asn-schlafapnoe.de

Susanne Noltemeier, Krankenschwester
Holtermannstraße 4, 26384 Wilhelmshaven

Der HAI 2013



seit der 1. Veranstaltung mit Pflegesymposium

In diesem Jahr bieten wir Ihnen folgende Themen

- Anästhesie und Intensivpflege in anderen Ländern
- Werden unsere Patienten auf der Intensivstation ausreichend ernährt?
- Anästhesiepflege – Quo vadis?
- Entwicklung und Perspektiven in der Fachpflege
- Herausforderung Intensivpflege – was kann ich für mich selbst tun?
- Intensivpflege in unterschiedlichen Versorgungseinheiten
- Notfallpflege – eine ständige Herausforderung
- Aktuelle Trends in der Kinderanästhesie
- Monitoring in der Anästhesie und auf der Intensivstation
- Pflegerische Interventionsmöglichkeiten im Schmerzmanagement

Außerdem

- Ein umfangreiches medizinisches Programm
- Viele interessante Workshops sowie
- Die Verleihung des 16. Thieme intensiv-Pflegepreises

vom 19. bis 21. September in Berlin

Informieren Sie sich unter

www.HAI2013.de

und melden Sie sich an!

