

Fallvorstellungen

**SIGA Kongress KKL Luzern
18.04.2009**

Monica R. Wicki-Bättig

dipl. Pflegefachfrau HF in Anästhesie

IfAS - Institut für Anästhesiologie und Schmerzmedizin

Schmerzklinik Nottwil

Schweizer Paraplegiker Zentrum



Patientin, 55 J, Paraplegie und chron. SZ

- ND: Colondivertikulose, nach erfolglosen Botoxinjektionen Ileumaugmentation der Blase
- Dauermedikation mit intrathekaler Therapie durch Morphin 2500mcg, Baclofen 261mcg/d
- Lyrica 2x150mg
- Sevredol in Reserve
- Abführmittel wie viele Paras
- Selbstkatheterisieren

Eintritt für Schulter OP li

- Dauermedikation intrathekal bleibt
- Am Vorabend Gespräch der Prämedikation und postoperativen SZ-Therapie
- Therapiedauer für OP vom 11.03.09 – 23.03.09

Schulter OP am 12.01.09

- Vor OP Einlegen eines intrascalenären Katheters
- Wird sofort in Betrieb genommen
- Nach OP eine kont. Naropingabe 1% 10ml/h
- Voltaren 75mg in KJ 2x/d fest
- Perfalgan 1g in KJ 4x/d fest
- Mit dieser Therapie eine NRS von 4

Übernahme in der SZ-Klinik am 13.01.09

- Patientin ist unzufrieden mit der Behandlung, die Lagerung durch die Abt. gefällt ihr nicht, die Physiotherapie schmerzt zu sehr NRS bis 6
- Die SZ-Therapie kann auch nach zwei Tagen nur auf 8ml/h reduziert werden
- Zusätzliche intensive Gesprächstherapie durch unser Betreuerteam
- Weiter verordnen wir Eistherapie
- Sie braucht zusätzlich Sevredol 20mg und Novalgin 40 Tr. für die Nacht

Weitere SZ Konsultationen

- Nach 7 Tagen konnte der Katheter gezogen werden
- Die Voltarenmedikation wurde nach 7 Tagen gestoppt
- In Reserve hatte sie weiterhin Servredol 20mg und Novalgin 40 Tr.
- Die Dauermedikation intrathekal blieb die ganze Zeit wegen ihrer chron. Schmerzkrankheit
- Die Pat. konnte die Physiotherapie gut mitmachen
- Durch die täglichen Gespräche konnte sie auch ihre Bedürfnisse und Sorgen bei uns deponieren
- Ihre Ressourcen hervorholen
- Die NRS ging dadurch deutlich zurück

Therapie 8-13. Tag

- Pat. reduzierte ihre Reservemedikation
- Ab dem 14. Tag wurde sie von unserer SZ-Klinik entlassen und war noch im SPZ zur Reha da
- Die chron. SZ aber bleiben ihre Krankheit und werden therapiert

Was lernen wir daraus ?

- Nicht nur medikamentöse Therapie als Strategie wählen auch bei akuten SZ
- Chron. SZ-Pat. brauchen intensive psychische Betreuung, auch bei akuten neuen SZ
- Es braucht ein Team, welches die gleichen Vorstellungen von der SZ-Therapie hat

Patient, 68J, Paraplegie und chron. SZ

- Häufige Frakturen
- Art. Hypertonie
- Dauermedikation mit intrathekaler Therapie durch Morphin und Clonidin
- Abführmittel wie viele Paras
- Selbstkatheterisieren
- Jetzt Tibiafraktur li

Stabilisation der Tibia

- Anästhesie in Standby, da er keine Sensibilität und Spastik hat
- Seine Dauermedikation läuft konstant mit 5700mcg Morphin und 142mcg Clonidin/d intrathekal weiter
- Für die Abschwellung verordnen wir 75mg Voltaren Drg. weiter

Weitere Konsultationen

- Der Patient ist völlig zufrieden mit seiner SZ-Situation
- Seine chron. SZ sind seit Jahren stabil
- Er hat ein gutes soziales Umfeld und viele Aufgaben, die ihn befriedigen
- Auch dieser Unfall hat ihn jetzt nicht aus dem Gleichgewicht geworfen
- Er hat bei uns seit Jahren einen stabilen Rückhalt und macht kein Ärzteshopping

Entlassung

- Nach acht Tagen wird er von uns in die Reha entlassen
- Er kommt wieder nach circa 60 Tagen, um seine intrathekale Pumpe mit Medikamenten aufzufüllen

Was lernen wir daraus ?

- Dieser chron. SZ-Patient hat seine eigenen Strategien entwickelt und braucht von uns nicht mehr als eine normale postoperative Betreuung
- Er hat genug eigene Ressourcen