

Wundversorgung beim Kind

Das geht auch ohne Stress!



Dr. med. Willi
Farwick-Bürfent

*Nachdruck aus
„Der Allgemein-
arzt“ 18/2004
mit freundlicher
Genehmigung
des Verlages
Kirchheim + Co.
GmbH*

Wohl jeder Hausarzt hat diese Szene schon in seiner Sprechstunde erlebt: Ein weinendes, blutendes Kind, begleitet von aufgeregten Eltern. Dann ist die Versuchung verständlicherweise groß, den kleinen Patienten im nächsten Krankenhaus behandeln zu lassen. Doch viele Verletzungen lassen sich in der eigenen Praxis fachgerecht versorgen. Tipps und Tricks aus einer kinderchirurgischen Praxis sollen helfen, Wunden richtig einzuschätzen, kindgerecht zu versorgen und dabei auch noch „der liebe Doktor“ zu bleiben.

Das Besondere an der kindlichen Wunde ist weniger die Wunde, sondern vielmehr der Patient. Kinder mit Schnitt- und Platzwunden sind im Allgemeinen wenig kooperativ. Gerade Kleinkinder können die Notwendigkeit einer Behandlung oft nicht begreifen und ihre Ängste zudem nicht artikulieren. Erschwerend kommt hinzu: Ein Kind, das Angst hat, lässt sich meistens nicht überreden.

Versuchen Sie es gar nicht erst. Sprechen Sie mit den Eltern. Werden die Eltern ruhiger, beruhigt sich auch das Kind. Wir lassen die Kinder häufig mit einem Notverband in der Anmeldung spielen, anfängliche Panik legt sich dabei oft sehr schnell. Auch bei der Lagerung des Kindes gehen wir flexibel vor. Kopfplatzwunden beispielsweise lassen sich durchaus auf dem Arm der Mutter versorgen, was die Situation zusätzlich entspannt.

Zeitdruck ist selten

Bei Wunden gibt es selten Zeitdruck. Lassen Sie sich von den Eltern den Unfallhergang schildern, das lässt Rückschlüsse auf das wahrscheinliche Ausmaß der Verletzung zu. Die Blickdiagnose erlaubt dann meistens schon die Entscheidung darüber, wie die Wunde versorgt werden muss und welche Anästhesie nötig ist.

Wunden, die man bei Erwachsenen in Lokalanästhesie versorgen kann, bedürfen beim Kind nicht selten einer Narkose. Ein Kind hat nicht nur ein Recht auf eine chirurgisch korrekte, sondern auch auf eine schonende Versorgung. Glücklicherweise sehen das die Kinderkliniken in unserer Nachbarschaft ähnlich. Die Angst vor einer Narkose rechtfertigt nicht ein gewaltsames Vorgehen gegen das Kind oder eine improvisierte Wundversorgung.

Eine Wunde muss nicht nur verschlossen, sondern fachgerecht behandelt werden.

Gibt es eine Narbe?

Diese Frage stellen Eltern oft schon zu Beginn der Behandlung. Die Antwort heißt immer „Ja“. Machen Sie den Eltern aber gleichzeitig klar, dass Sie das Beste aus der Wunde machen werden. Gerade kritischen Eltern muss man erklären, dass z.B. eine längsverlaufende Wunde auf der Stirn immer eine breite Narbe gibt, eine querverlaufende meistens eine schmale Narbe. Und das ist unabhängig davon, ob Sie nähen oder kleben.

Aber wie macht man das Beste aus der Wunde, oder umgekehrt gefragt: Was führt zu schlechten kosmetischen Ergebnissen? Die für die Prognose der Heilung wichtigen Faktoren wie Entstehung, Form, Lokalisation sowie Verlauf zu den Spannungslinien der Haut (Abb. 1) können wir nicht beeinflussen. Sehr wohl beeinflussen – weil vermeiden! – können wir Hämatome und Serome, die eine häufige Ursache für Sekundärheilungen sind. Vermeiden können wir auch Quetschungen der Wundränder durch eine traumatisierende Nahttechnik.



Gute Technik – gutes Ergebnis

Ob die Wunde mit Donati-Rückstichnaht, versenkter Allgöwer-Naht oder einfacher Schlingennaht geschlossen wird, ist gar nicht so wichtig. Eine korrekte Technik und vor allem das Vermeiden von Wundrandquetschungen haben auf das kosmetische Ergebnis einen wesentlich größeren Einfluss. Mit etwas Übung kommt man beim Nähen fast immer ohne die Pinzette aus. Zu fest angezogene Knoten führen zu einem Strickleitermuster, zu lange belassene Fäden ebenfalls.

Kleben will gelernt sein

„Kann man das nicht einfach kleben?“, heißt es oft. Doch so „einfach“ ist diese Technik gar nicht (Abb. 2 bis 4). Beim Kleben werden die oberen Schichten der Haut durch einen Kleber auf Cyano-Acrylat-Basis adaptiert. Voraussetzungen sind eine saubere Adaptation der Wundränder und eine trockene Haut. Im Anschluss an die Versorgung darf die Wunde weder Feuchtigkeit noch Spannung oder Reibung ausgesetzt sein. Der Kleber darf nicht in die Wunde gelangen, – das führt zur Separation der Wundränder und zu Kelloiden.

Nach Auftragen des Klebers sollte das Ergebnis für 30 bis 60 Sekunden gehalten werden. Das Problem: Der Kleber brennt oft auf der Wunde, und dann können 30 Sekunden für Kind und Arzt sehr lang werden. Richtig angewandt, ist das Kleben allerdings eine gute Alternative zur Wundnaht. Aber:

Es sollte nur der Arzt kleben, der auch nähen kann!

Spritze vorher aufziehen

Das Kind ist inzwischen ruhiger geworden, die Eltern auch, und wir haben uns für die Art der Versorgung entschieden. Wenn wir in unseren kleinen OP gehen, liegt dort schon verdeckt eine 5 ml Spritze mit Mepivacain. Wir ziehen nie vor den Augen des Kindes eine Spritze auf. Eine Wunddesinfektion vor Setzen der Lokalanästhesie ist unnötig. Die Wunde ist nicht steril und wird es auch nicht. Für Eltern und Arzt beruhigend ist die Säuberung der umgebenden Haut mit einem Alkoholtupfer, ohne dass etwas in die Wunde läuft! Wenn möglich, träufele ich vor dem Einstich Mepivacain in die Wunde. Die freiliegenden Nervenenden werden betäubt, und der von dort gesetzte Einstich wird dann meistens toleriert.

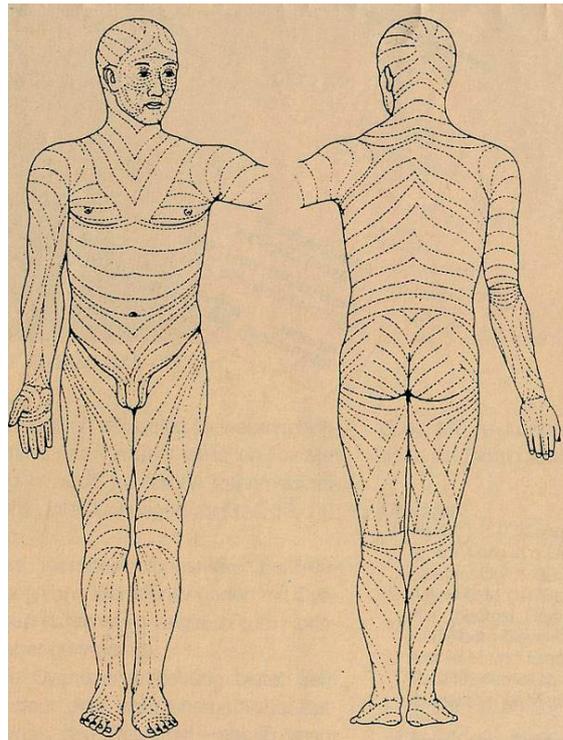


Abb. 1:
Spannungslinien der Haut

Kein Jod-Bad!

Eine kritische Anmerkung zur Wunddesinfektion: Verzichten Sie auch nach der Lokalanästhesie auf das ausgiebige Bad der Wunde in Povidon-Jod! Desinfektionsmittel hemmen die Mitoserate der Zellen und somit das, was man bei Kindern das „gute Heilfleisch“ nennt. Das ist für die Wundheilung kontraproduktiv. Zur Wundreinigung ist physiologische Kochsalzlösung besser.

Nach dem Setzen der lokalen Betäubung muss man warten. Es dauert mindestens 2 Minuten, bis sie wirkt. Ich nutze die Zeit und packe selbst die Wundversorgung aus – nicht meine Helferin! So vermittele ich eine eher beruhigende Geschäftigkeit und erspare mir den Small Talk. Meine Mitarbeiterin übernimmt diesen Part perfekt, am Ende weiß sie alles über Urlaubspläne, Lieblingsfarben und Geschwister ...

Desinfektionsmittel hemmen die Mitoserate der Zellen und somit das, was man bei Kindern das „gute Heilfleisch“ nennt.



Abb. 2: Klebetechnik: Der Kleber darf nicht in die Wunde gelangen



Abb. 3: Zuerst werden die Wundränder adaptiert



Abb. 4: Dann erst wird der Kleber aufgetragen

Möglichst zügig nähen

Das Nähen selbst sollte möglichst zügig erfolgen, schon damit der HelferIn nicht die Themen ausgehen. Knoten Sie trotzdem nicht zu fest. Die Pinzette fasst nur die Nadel, nicht die Haut.

Beim Kleben ohne Lokalanästhesie können Sie die Wundränder nicht mit der Pinzette adaptieren – kein Kind macht das mit. Mit zwei Fingern der einen Hand lassen sich die Wundränder zusammenschieben, der Kle-

Wunde auf den Grund gehen!

Inspizieren Sie die Wunde vor dem Wundverschluss bis auf den Wundgrund! Zur Illustration ein Fall aus unserer Praxis:

Kevin, drei Jahre alt, hilft seiner Mama beim Ausräumen der Spülmaschine. Er steigt auf die Klappe, rutscht aus und fällt auf den Besteckkorb. Eine etwa 1 cm lange Schnittwunde in der Flanke blutet zunächst stark und wird in einer chirurgischen Ambulanz mittels Kleber versorgt. Am nächsten Tag bemerkt die Mutter eine Hämaturie, eine Ultraschalluntersuchung zeigt eine Verletzung des unteren Nierenpols.

Gerade bei Stichverletzungen, aber auch im Bereich von Sehnen, Nerven und Gefäßen muss die bei Kindern eingeschränkte Funktionsprüfung durch eine genaue Inspektion ersetzt werden. Das hatte der Kollege bei dem fleißigen Dreijährigen versäumt.

Kevin hatte jedoch Glück: Er wurde nach 3 Tagen stationärer Überwachung geheilt entlassen.



Dieser volle Besteckkorb wurde einem Kleinkind zum Verhängnis.

Besonderheiten bei Kopf-Wunden

Platzwunden am behaarten Kopf

Sparen Sie sich die Rasur. Die entstehenden Haarschnipsel fallen in die Wunde und stören die Wundheilung. Ein Streichen der Haare nach außen mit Povidon-Jod, ohne dass es in die Wunde läuft, reicht normalerweise aus. Ein Pflasterverband lässt sich am behaarten Kopf nicht anbringen.

Tipp: aus der Handschuhverpackung eine Schablone anfertigen und damit die umgebenden Haare schützen. Auf die Wunde kommt ein Sprühverband.

Stirnplatzwunden

lassen sich meistens gut kleben, vor allem wenn sie quer verlaufen. Aber versprechen Sie vorher nichts. Lässt sich, vor allem bei längsverlaufenden Wunden mit gequetschten Wundrändern, keine ausreichende Adaptation erreichen, steigen Sie auf eine Wundnaht um.

Augenbrauenplatzwunden

werden gerne geklebt. Aber Vorsicht! Der Kontakt mit dem Auge ist zu vermeiden. Sind die Wimpern zugeklebt, wird die Aktion schnell zum Albtraum. Das Rasieren der Augenbraue ist ein Kunstfehler. Es führt häufig zu unsymmetrischem Brauenwachstum oder zum „Waigelsyndrom“.

Kinnplatzwunden

kleben wir nur in Ausnahmefällen. Die Wundränder sind häufig zerfetzt. Und die Spannung ist meist relativ hoch. Wir sehen nicht selten Wunddehissenzen nach auswärts geklebten Kinnplatzwunden.

Lippenplatzwunden

bedürfen einer besonderen Sorgfalt. Kleinste Stufenbildungen im Bereich des Lippenrotandes werden als sehr störend empfunden. Wir nähen Lippenplatzwunden mit 5/0 Monocryl, locker geknotet, aber mindestens 5 Knoten übereinander.

ber wird mit der anderen Hand aufgetragen. Dabei muss das Kind allerdings gut fixiert sein. Und warnen Sie den kleinen Patienten: Es könnte brennen. Als Alternative zum Stich wird das aber meistens toleriert.

Dr. med. Willi Farwick-Bürfent
Facharzt für Chirurgie und Kinderchirurgie
Melbweg 6
53127 Bonn

Red.: Christen

Partner der Kinder- und Jugendärzte

seit 1797  **Trommsdorff**
Arzneimittel