

42 Pflege von Patienten mit Erkrankungen des ZNS

<p>Was ist ein Hydrozephalus und welche Formen sind zu unterscheiden?</p>	<p>Beim Hydrozephalus handelt es sich um krankhafte Erweiterungen der Liquorräume im Gehirn. Zu unterscheiden sind angeborene Hydrozephalien (häufig bereits vor der Geburt diagnostiziert) von erworbenen Hydrozephalien (z.B. hämorrhagischer, infektiöser oder traumatischer Genese).</p>
<p>Welche Hirndruckzeichen kennen Sie (insbesondere beim Kind)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kopfschmerzen • Berührungs-, Geräusch- und Lichtempfindlichkeit • auffällige Pupillenreaktion (u.a. Verzögerung) • Stauungspapille • Übelkeit, Erbrechen • Hypertonie (mit großer Amplitude) • Druckpuls (langsam und kräftig)/Bradykardie • Krampfanfälle • Erhöhung der Körpertemperatur (zentrales Fieber)
<p>Was ist eine TIA?</p>	<p>Ein Schlaganfall kündigt sich häufig durch eine TIA (transitorisch ischämische Attacke) an. Das bedeutet, dass ein oder mehrere der frühen Warnzeichen auftreten und sich binnen 24 Std. zurückbilden. Häufig dauern diese Attacken nur wenige Min. Ein Arzt sollte unbedingt aufgesucht werden.</p>
<p>Welche Symptome deuten auf einen Schlaganfall hin?</p>	<p>Frühe, plötzlich auftretende Warnzeichen eines drohenden Schlaganfalls können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwäche oder Gefühlsstörungen, besonders im Gesicht oder Arm • Probleme beim Sprechen oder gesprochene Worte zu verstehen • Sehstörungen, v. a. nur auf einem Auge • Schwindel, Gangunsicherheit • sehr heftige Kopfschmerzen
<p>Welche Blutungen des Gehirns kennen Sie?</p>	<p>Es kann in verschiedene Bereiche des Gehirns bluten, mit unterschiedlichen Symptomen und Prognosen. Unterschieden wird in</p> <ul style="list-style-type: none"> • epidurale Blutung (EDH), • subdurale Blutung (SDH), • subarachnoidale Blutung (SAB), • intrazerebrale Blutung.
<p>Was ist eine zerebrale Hypoxie?</p>	<p>Zerebrale Hypoxie ist eine akute Unterbrechung der Sauerstoffzufuhr zum Gehirn, z. B. durch einen akuten Herz-Kreislauf-Stillstand, Strangulationen oder Ertrinken. Nach 1 Min. ohne Sauerstoff kann es zur Bewusstlosigkeit kommen. Ist das Gehirn länger als 5 Min. nicht mit Sauerstoff versorgt, kommt es zu irreversiblen Schäden des Gehirns.</p>
<p>Wer entwickelte das Bobath-Konzept?</p>	<p>Das Bobath-Konzept wurde in den 1940er-Jahren durch die Physiotherapeutin Berta Bobath entwickelt. Sie stellte in der Behandlung eines hemiplegischen Patienten fest, dass sich Spastik beeinflussen lässt. Diese Behauptung war zum damaligen Zeitpunkt eine Revolution und sehr umstritten. Berta Bobath begründete ihre Aussage auf rein empirischen Erfahrungen. Karel Bobath, ihr Ehemann, war Neurologe und machte es sich zur Aufgabe, die von seiner Frau aufgestellten Thesen wissenschaftlich zu untermauern.</p>
<p>Was sind die Fundamente des Bobath-Konzepts?</p>	<p>Das Bobath-Konzept basiert auf der lebenslangen Fähigkeit des Nervensystems, sich zu verändern und anzupassen. Plastizität bedeutet die Möglichkeit zu lernen. Lernen setzt Aufmerksamkeit und Motivation voraus. Im Mittelpunkt des Bobath-Konzepts steht die Unterstützung des Patienten bei den Aktivitäten des täglichen Lebens unter besonderer Berücksichtigung von</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normalisierung des Muskeltonus (Muskelspannung), • Anbahnung normaler Bewegungsabläufe sowie • Förderung der Körperwahrnehmung. <p>Das Bewegen des Patienten nach den Regeln des Bobath-Konzepts während aller pflegerischen Tätigkeiten geschieht zur Förderung von Aktivierung, Haltungskontrolle und Körperwahrnehmung mit dem Ziel der Anbahnung normaler Bewegungsabläufe.</p>

Was sind assoziierte Reaktionen?	Dies sind Antworten auf einen Stimulus, der die hemmende Kontrolle übersteigt. Sie sehen beim jeweiligen Patienten immer gleich aus, sind dynamisch und deuten auf einen erhöhten Muskeltonus hin, der nicht funktional nutzbar ist. Bei Anstrengungen mit der weniger betroffenen Seite kommt es zu assoziierten Reaktionen auf der betroffenen Seite.
Was ist der Unterschied zwischen Spastik und Kontraktur?	Spastik bedeutet, dass Bewegungen nicht mehr möglich sind und der entsprechende Körperabschnitt nicht mehr verändert werden kann. Die beteiligte Muskulatur hat sich verkürzt, die Gefahr von Kontrakturen (knöcherne Versteifung von Gelenken) ist besonders groß. Von Kontrakturen spricht man erst, wenn sich die Muskulatur bindegewebig verändert hat.
Was ist Apraxie?	Unter Apraxie versteht man die Schwierigkeit, mit Gegenständen zu hantieren und eine angepasste Bewegung für eine bestimmte Situation auszuwählen. Des Weiteren kann eine Unfähigkeit bestehen, Tätigkeiten ihrer Reihenfolge entsprechend auszuführen.
Was ist das Neglektsyndrom? Welche Formen gibt es?	Ein Neglekt (engl.: to neglect = vernachlässigen, nicht beachten) bezeichnet die Vernachlässigung einer Raum- bzw. Körperhälfte, ohne dass primär motorische oder sensorische Ursachen vorliegen. Das Neglektsyndrom kann sich beziehen auf den eigenen Körper, den Greifraum (ca. eine Armlänge um den eigenen Körper) oder den fernen Außenraum.
Sie setzen einen Patienten, der nach einem Schlaganfall die rechte Körperhälfte ignoriert, in den Mobilisationsstuhl. Wo befestigen Sie die Klingel?	Die Lenkung zur mehr betroffenen Seite kann nicht erzwungen werden. Die Klingel gehört unbedingt auf die weniger betroffene Seite, weil der Patient ansonsten hilflos wäre.
Was ist das Pusher-Syndrom?	Das Pusher-Symptom bezeichnet starke Neigung von Patienten nach Schlaganfall, sich aktiv zur mehr betroffenen Seite zu stoßen. Dieses Symptom kann im Liegen, im Sitzen und im Stehen auftreten. Die Betroffenen bemerken den Gleichgewichtsverlust nicht. Häufig folgen die Betroffenen diesen unwillkürlichen Bewegungsimpulsen, ohne Angst vor dem Fallen zu empfinden.
Welche pflegerischen Maßnahmen können Sie bei einem Pusher-Syndrom ergreifen?	<ul style="list-style-type: none"> • Der Patient sollte zunächst nur für kurze Zeit im Rollstuhl/Stuhl sitzen. • Verstärkt sich das Drücken im Sitzen, sollte eine stabilere Position gefunden werden. • Eine Basis für den Sitz wird durch eine symmetrische Position des Beckens geschaffen. • Die Pflegenden sitzen auf der weniger betroffenen Seite des Patienten, um den Rumpf und die Aufmerksamkeit zur weniger betroffenen Seite zu bringen. • Der Patient bekommt Orientierungspunkte auf der weniger betroffenen Seite, z. B. einen Tisch, auf den der besser bewegliche Arm abgelegt werden kann. • Der Transfer wird über die weniger betroffene Seite durchgeführt, so wird die Bewegungsmöglichkeit zur weniger betroffenen Seite verbessert. • Der Patient wird durch verbale Ansprache und durch deutliche Orientierungspunkte in die Bewegungsrichtung gelockt. • Die Pflegenden sollten die Pflegeplanung unbedingt einhalten, da es sonst zu einer Verstärkung des Drückens kommen kann.
Was ist eine Aphasie? Welche Formen gibt es?	<p>Aphasien sind zentrale Sprachstörungen nach bereits vollzogenem Spracherwerb. Sie betreffen nicht nur das Sprechen, sondern auch das Verstehen, Lesen, Schreiben und die nonverbale Kommunikation.</p> <p>Aphasische Störungen betreffen ausschließlich die Sprache. Der Intellekt ist nicht eingeschränkt. Patienten, die sich nicht sprachlich äußern können oder Worte falsch benutzen, werden häufig als verwirrt bezeichnet. Die Ursache der Sprachstörung liegt i. d. R. in einer umschriebenen Störung der linken Hirnhälfte. Das bedeutet, dass Patienten mit einer Hemiplegie auf der rechten Seite nicht selten auch Probleme im sprachlichen Bereich haben. Man unterscheidet</p> <ul style="list-style-type: none"> • motorische Sprachstörungen: Sprachproduktion stark eingeschränkt • sensorische Sprachstörungen: Sprachverständnis stark eingeschränkt • globale Aphasie: Sprachproduktion und Sprachverständnis sind stark eingeschränkt

<p>Wann kann eine „schmerzhafte Schulter“ auftreten?</p>	<p>Der Schultergürtel hat nur eine sehr kleine Gelenkpfanne zur Verfügung. Die enormen Bewegungsausmaße des Armes werden durch haltende Bänder, die Gelenkkapsel und Muskulatur ermöglicht. Kommt es zu einer Hemiplegie nach einem Schlaganfall oder zu einer beidseitigen Lähmung nach einem Schädelhirntrauma, können Teile oder auch die gesamte Muskulatur des Schultergürtels mitbetroffen sein. Das bedeutet, dass bei Bewegungen des Armes kein Schutz und keine Stabilität für die anatomischen Strukturen gegeben sind. Durch die Schwerkraft bedingt, sinkt dann der Oberarmkopf aus der Pfanne heraus, sodass eine Subluxation der Schulter entstehen kann. Bei zahlreichen Patienten tritt nach einer zentralen Schädigung eine schmerzhafte Schulter auf. Die Kennzeichen sind ein stechender oder bohrender Schmerz im Bereich des Schultergelenks. Die Symptome treten zunächst bei Bewegungen des Arms auf, später stellt sich Schmerz auch schon in Ruhe ein. Dieses Pflegeproblem entsteht durch unsachgemäßen Umgang mit dem betroffenen Arm durch die Pflege oder bei Unruhe durch den Patienten selbst.</p>
<p>Warum sind die Fußstützen des Rollstuhls abzunehmen, wenn ein Patient nach Schlaganfall darin sitzt?</p>	<p>Fußstützen bringen den Unterschenkel weiter vor, die Knie höher und bewirken somit eine Kippung des Beckens nach hinten. Mit dieser Beckenstellung ist es für Menschen nach Schlaganfall kaum möglich, den Oberkörper aufzurichten. Der Patient lehnt passiv an der Rückenlehne. In dieser Haltung ist keine Aktivität möglich.</p>
<p>Welche Pflegeziele können bei der Körperpflege von Schlaganfallbetroffenen Menschen erreicht werden?</p>	<p>Bei der Körperpflege und dem Kleiden</p> <ul style="list-style-type: none"> • wird die Selbstständigkeit gefördert und somit die Motivation gesteigert, • werden normale Bewegungsabläufe angebahnt (der Patient kann auf einen Erfahrungsschatz zurückgreifen und daran anknüpfen), • wird der Tonus reguliert durch Veränderung der Ausgangsstellung und Bewegung gefördert, • wird die betroffene Schulter vor Verletzungen geschützt, • wird Wahrnehmung der mehr betroffenen Seite verbessert, durch Einbeziehung in Bewegungsabläufe und durch Berührung, • werden neuropsychologische Störungen erkannt und können durch kontinuierliche Begleitung verbessert werden.
<p>Was müssen Sie bei einem Patienten mit Sprachstörung beachten?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mit dem Patienten sprechen und nicht über ihn. • Keine Wörter vorsprechen oder wiederholen lassen, da dies nicht zu einem positiven Lerneffekt führt. • Das Gesprochene durch Mimik und Gestik unterstützen. • Nicht schnell das Thema wechseln. • Fragen stellen, die mit Ja oder Nein beantwortet werden können. • „Normal“, aber langsam mit den Betroffenen sprechen, nicht im Telegrammstil oder in der Kindersprache. • In angemessener Lautstärke sprechen (Aphasiker sind nicht automatisch schwerhörig!). • Kein Verstehen heucheln, sondern nachfragen und abklären. • Nicht ins Wort fallen und Pausen ertragen.
<p>Welche Pflegeziele gibt es bei Schluckstörungen?</p>	<p>Ziel ist es</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine Aspiration zu vermeiden, • Verschlucken mit anschließendem starkem Husten zu vermeiden, • ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme zu gewährleisten, • eine intakte Mundschleimhaut zu erhalten, • Sensibilität und Motorik im und um den Mundbereich zu verbessern.
<p>Was ist der Unterschied zwischen einer Paraplegie und einer Tetraplegie?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Paraplegie (Lähmungen der unteren Extremitäten durch eine Schädigung im Brust- oder Lendenmarkbereich) • Tetraplegie (Lähmung aller 4 Gliedmaßen durch eine Schädigung im Halsmarkbereich) <p>Die Lähmungshöhe wird durch das noch letzte intakte Rückenmarksegment definiert. Eine Querschnittslähmung unterhalb C 7 bedeutet demnach, dass das 7. Halsmarksegment noch intakt ist.</p>

Warum sind Menschen mit Querschnittlähmung besonders dekubitusgefährdet?	Oberflächensensibilität und Druckempfinden sind im gelähmten Bereich nicht oder nur unzureichend vorhanden. Die Minderdurchblutung aufgrund einer Druckeinwirkung löst beim gesunden Menschen, auch im Schlaf, eine regelmäßige Bewegung und damit eine unwillkürliche Druckentlastung aus. Dieser Schutzmechanismus fällt bei einer Querschnittlähmung komplett aus. Warnender Druckschmerz kann nicht wahrgenommen werden. Auch Gegenstände im Bett (Kanülendeckel/Falten des Lakens), Verbrühung durch zu heiße Dusche oder Wärmflaschen werden nicht bemerkt. Die ausgefallene Sinneswahrnehmung muss deshalb durch kognitive Fähigkeiten (Wissen um Gefahrenmomente) und Inspektion der Haut ausgeglichen werden.
Wo liegen die Schwerpunkte der pflegerischen Betreuung bei Querschnittlähmung?	<ul style="list-style-type: none"> • Aufrechterhaltung und Verbesserung der Atmung • Aufrechterhaltung und Verbesserung des Kreislaufs • Schutz der Haut • Mobilität – Bewegung – Lagerung • Blasenentleerung • Darmentleerung • Temperaturregulation • Selbsthilfetraining
Was ist ein Antidot?	Ein Antidot ist ein Stoff, der die Giftsubstanz vor der Resorption in ihrer Wirkung mindert oder an sich bindet. Ein Antidot kann auch als direkter „Gegenspieler“ die Giftsubstanz nach der Resorption im Blut chemisch verändern, seine Wirkung behindern oder die Aufnahme am Rezeptor (Wirkungsort im Körper) verhindern.
Was ist Multiple Sklerose?	Die Multiple Sklerose (MS) ist eine Autoimmunerkrankung. Die genaue Ursache ist unbekannt. Genetische, demografische, infektiöse, geografische und umweltbedingte Faktoren spielen eine Rolle.
Welche Symptome treten bei MS auf?	Häufige Erstsymptome sind Sehstörungen, Blasenstörungen und Gefühlsstörungen. Späte Symptome sind Koordinationsstörungen, Lähmungen, Kleinhirnsymptome, Schmerzen und Sprachstörungen.
Was ist Fatigue?	Fatigue wird als verstärkte psychophysische Ermüdbarkeit bezeichnet. Es ist ein häufiges Symptom der MS. Es korreliert nicht mit dem Behinderungsgrad, kann jedoch die Lebensqualität der Patienten sehr einschränken.
Welche Symptome treten bei Morbus Parkinson auf?	Die Kardinalsymptome (Grundsymptome) werden auch als Parkinson-Trias bezeichnet. <ul style="list-style-type: none"> • Akinese: Verminderung und Verlangsamung der Bewegungen • Rigor: erhöhter Tonus der Muskulatur, gleichzeitig in Beuge- und Streckmuskulatur • Tremor: Ruhetremor der Hand, typisches Zittern, auch Pillendreh- oder Geldzähl-Tremor genannt.
Was wird unter „akinetischer Krise“ verstanden?	Dieser lebensbedrohliche Zustand kann bei Patienten in fortgeschrittenem Zustand der Parkinson-Krankheit auftreten. Häufigste Ursache ist, dass die Medikation aus irgendeinem Grund für längere Zeit (Tag, Tage) unterbrochen wird. Aber auch Exsikkose, Infektionskrankheiten, Narkose mit verzögerter Gabe der Parkinson-Mittel können Auslöser sein. Der Zustand ist durch starken Rigor und totale Akinesie gekennzeichnet. Der Patient kann nicht sprechen und schlucken, er bekommt hohes, zentrales Fieber. Die Krise kann zum Tod führen, wenn der Patient nicht rechtzeitig adäquat behandelt wird. Eine ordnungsgemäße prä- und postoperative Verabreichung der Parkinson-Medikamente verhindert die Entstehung einer akinetischen Krise.
Wann sollten L-Dopa-Medikamente eingenommen werden?	L-Dopa-Präparate müssen eine halbe Stunde vor oder anderthalb Stunden nach einer eiweißreichen Nahrungsaufnahme eingenommen werden. L-Dopa-haltige Medikamente dürfen nicht mit Milch oder Joghurt eingenommen werden. Bei der Aufspaltung von Eiweiß im Verdauungstrakt entstehen Aminosäuren, die die Aufnahme und dadurch die Wirkung von L-Dopa (selbst auch eine Aminosäure) verhindern.

Was ist ein Status epilepticus?	Ein Status epilepticus ist ein lebensbedrohlicher Zustand, ab 5 Min. Anfallsdauer bei generalisierten Anfällen, ab 15 – 30 Min. bei anderen Anfällen. Häufig folgen mehrere lang andauernde Anfälle nacheinander, zwischen denen ein Patient das Bewusstsein nicht wiedererlangt (bei fortwährenden Krämpfen mit wechselnder Bewusstseinslage spricht man von seriellen Anfällen). Komplikationen eines Status epilepticus sind Hirnödem und schlimmstenfalls ein Atem- und Kreislaufstillstand. Die Letalität beträgt 5 – 10%.
Welche Auslöser für einen epileptischen Anfall kennen Sie?	Die Auslöser epileptischer Krampfanfälle sind sehr unterschiedlich. Es gilt, die individuellen Auslöser herauszufinden und zu vermeiden. Bekannte Auslöser sind: <ul style="list-style-type: none"> • Schlafmangel • Flackerlicht, z. B. in Diskotheken, während Durchfahren von Alleen bei Sonne (rascher Wechsel von Licht und Schatten) • Unterzuckerung • hohes Fieber • Menstruation • Alkoholkonsum, Medikamente, bestimmte Drogen • Weglassen von Antiepileptika • Angst und negativer Stress
Wann treten Blitz-Nick-Salaam-Anfälle i. d. R. auf?	Diese Blitzanfälle treten meist im 1. – 2. Lebensjahr auf. Das Kind verliert kurz das Bewusstsein, weitere Symptome sind: <ul style="list-style-type: none"> • blitzartiger Kopfbewegung nach vorn • Einknicken des Körpers oder • gedehntes Vorbeugen des Kopfes („Propulsiv-Petit-mal“)
Wie werden epileptische Anfälle diagnostiziert?	Folgende Untersuchungen werden zur Abklärung von Anfallsleiden durchgeführt: <ul style="list-style-type: none"> • Blutuntersuchungen (CK, Laktat) • EEG ohne Provokationsmethoden (direkt nach dem Anfall bzw. 12 bis max. 24 Std. danach) • EEG mit Provokationsmethoden (z. B. Hyperventilation, Schlafentzug, intermittierende Lichtimpulse oder Provokationsmedikamenten) • Langzeit-EEG (über 24 Std.) bzw. Schlaf-EEG (über Nacht) • Computertomografie • Kernspintomografie • evtl. weitere Untersuchungen (z. B. Angiografie der Hirngefäße)