

Diskussionsbeitrag: Erfahrungen mit der Anwendung der intermittierenden Kompression in der Allgemeinchirurgie

G. H. Ott
Chirurgische Abteilung
Evangelisches Krankenhaus Bad Godesberg
Waldstraße 73
5300 Bonn 2

Unsere Erfahrungen begründen sich auf einem Beobachtungsgut von etwa 4000 operierten Patienten. Sie wurden seit Beginn 1981 bei unseren stationären Behandlungsfällen ermittelt. Auf zwei Stationen meiner Abteilung wurden etwa 400 Patienten systematisch mit der maschinellen intermittierenden Kompression, der Hydroven-Apparatur, behandelt. Auf einer anderen Station wurde weiterhin in herkömmlicher Weise die postoperative „Low dose Heparin“-Prophylaxe angewendet.

Wir behandelten so etwa 400 Fälle mit Heparin, gleichzeitig wurden etwa 100 Problempatienten kombiniert mit Heparin und Hydroven behandelt. Wie sehen die Ergebnisse aus; welches ist unser Anliegen? Die operativ Tätigen befinden sich im juristisch artikulierten Würgegriff der „Heparin-Ära“. Wir müssen postoperativ Heparin zur Embolie-Prophylaxe einsetzen. Verwendet der Chirurg heute postoperativ kein Heparin, steht der Staatsanwalt hinter ihm.

Unsere Beobachtungsergebnisse in diesem Zeitraum: Wir haben ca. 30 Lungenembolien bei 4000 Patienten diagnostiziert. Bis jetzt traten Embolien ausnahmslos unter Heparin auf. Zugegebenermaßen ist eine gewisse Selektion der Patienten zu beachten. Bei erhöhtem Risiko, d. h. bei Problempatienten haben wir aus ethischen Gründen die kombinierte Behandlung mit Hydroven und Heparin eingesetzt. Eine Häufigkeit von 30 Lungenembolien entspricht etwa der Gefährdung, die auch andere Autoren unter Heparinprophylaxe beobachteten.

Wir haben bis heute keine Lungenembolie unter den 400 mit intermittierender Kompression behandelten Fällen diagnostiziert. Die Hydroven-Therapie wurde nicht auf dem Operationstisch angewendet. Das geschieht aber seit kurzem! Die Gefahr, die handelsüblichen Geräte zu beschädigen, ist dabei groß. Wir führten die Therapie in der Regel postoperativ durch, meist täglich etwa zweimal 20 Minuten lang.

Diese Thromboembolie-Prophylaxe hat zusätzlich eine außergewöhnliche psychologische Wirkung, die als maschineller „Streicheldienst am Bein“ umschrieben werden kann. Der Summton des Gerätes und das gedämpfte Licht werden von den

Patienten postoperativ als wohltuend und angenehm empfunden. Im Gegensatz dazu bekommen Patienten den „Basedow-Blick“, wenn die Tür aufgeht und die Schwester schon wieder mit ihrer vom Patienten gefürchteten Heparin-Spritze auftaucht.

Der nötige personelle Aufwand ist nicht unerheblich. Man braucht mindestens 6–10 Geräte für eine 30-Betten-Station und für die systematische Anwendung etwa vier Arbeitsstunden, d. h. täglich eine halbe Pflegekraft zusätzlich.

Unsere Verbesserungswünsche:

1. Die Manschetten sind betriebssicher zu machen.
2. Die Sterilisierbarkeit ist zu bedenken.
3. Zugehörige Thrombosestrümpfe sollten entwickelt werden: Das Sterilitätsproblem bewältigen wir im Augenblick so, daß wir dem Patienten erst Thrombosestrümpfe anziehen und darüber die Kompressionsmanschetten anlegen.
4. Schließlich sollte man pro Patient ein Gerät mit dazugehörigem Manschettenpaar zur Verfügung haben. Dazu benötigt man gleichzeitig eine handliche Verpackung für die Unterbringung im Zimmer oder noch besser im Nachttisch.

Ich darf zusammenfassen: Es ist höchste Zeit, eine prospektive Studie, deren Dokumentationsvoraussetzung von uns bereits vor über eineinhalb Jahren erarbeitet wurde, aus der Projektierungsphase in die Tat umzusetzen. Wir Chirurgen wollen heraus aus der Heparin-Ära! Wir sind nach den „Schalmeienklängen“, die Embolie-Quoten würden unter Heparin sinken, ernüchtert.

Dafür wäre erst einmal zur Messung eine allgemeinverbindliche, standardisierte Embolie-Definition und standardisierte klinische Diagnostik die Voraussetzung. Wir haben keine solche Senkung der Thrombose- und Emboliegefährdung unter Low dose-Heparinisierung gesehen. Stattdessen mußten wir in Kauf nehmen, daß sich die Wundheilungsstörungen vervielfacht haben.

Man sollte nicht immer nur einen Faktor bei einer neuen Therapie analysieren, sondern das breite Spektrum der Komplikationen und Gefahrenquellen beachten, das fast mit jeder effektiven ärztlichen Therapie verbunden ist.

Unsere Ausführungen sollen als Stimulation dienen, Dinge in Bewegung zu setzen, die uns Chirurgen die Freiheit geben, unsere Patienten wieder so zu behandeln, wie wir glauben, sie am besten zu behandeln – ohne juristische Zwänge.

Wir sind überzeugt: Die Methoden der intermittierenden Kompressionsbehandlung werden unsere Patienten aus den vielfältigen Gefahren der postoperativen Heparinisierung herausführen!