



SCHLAGANFALL

Jede Minute ZÄHLT!

Der Schlaganfall ist die häufigste Ursache für Pflegebedürftigkeit bei Erwachsenen. Im Verdachtsfall ist sofortiges Handeln notwendig. Mit dem FAST-Test können Pflegekräfte die Situation schnell einschätzen.

TEXT: BARBARA SCHUBERT



Foto: Werner Krüper

Herr Wüste ist 81 Jahre alt. Seit dem Tod seiner Frau vor drei Jahren lebt er in einer Seniorenresidenz. Dort fühlt sich der Rentner sehr wohl, da er viele Angebote zur Freizeitgestaltung nutzen kann und er zwei weitere Bewohner für seine geliebte Skatrunde gefunden hat. Auf die Frage, wie es ihm geht, antwortet er immer: „Mir geht’s bestens.“ Allerdings ist Herr Wüste sehr unbeweglich und benötigt viel Unterstützung bei der Mobilisation. Von seinem Übergewicht und seinem Bluthochdruck wollte er noch nie etwas hören, das sind Tabuthemen. Als Altenpflegefachkraft Melanie ihm heute bei der Morgenpflege auf die Bettkante half, sackte Herr Wüste plötzlich in sich zusammen. Er konnte sich nicht aufrecht halten, und Melanie entschied, ihn wieder ins Bett zurückzulegen. Sie stellte sehr schnell fest, dass Herr Wüste nicht lächeln und einfache Fragen nicht beantworten konnte. Sofort hatte sie den

Verdacht, dass Herr Wüste einen Schlaganfall erlitten haben könnte. Zuerst rief sie ihre Kollegin hinzu, dann wählte sie die Notrufnummer 112.

Bei 60 Prozent der Betroffenen bleiben neurologische Schäden zurück

Jedes Jahr erleiden zirka 265 000 Personen in Deutschland einen Schlaganfall (DEGAM 2012). Das Durchschnittsalter der Betroffenen liegt zwischen 75 und 78 Jahren. Der Schlaganfall ist die häufigste Ursache für Pflegebedürftigkeit im Erwachsenenalter und verursacht etwa fünf Prozent der gesamten Kosten im Gesundheitswesen. 85 Prozent aller Schlaganfälle werden durch Gefäßverschlüsse (ischämischer Hirninfarkt) verursacht, die übrigen durch Hirnblutungen in Zusammenhang mit Gefäßrupturen (hämorrhagischer Hirninfarkt). Risikofaktoren für ischämische Schlaganfälle sind:

- Alter,
- Geschlecht (Männer sind häufiger betroffen als Frauen),
- Bluthochdruck,
- Rauchen,
- hoher Alkoholkonsum,
- Diabetes mellitus,
- Fettstoffwechselstörungen,
- Übergewicht
- und Bewegungsmangel.

Einige Risikofaktoren sind beeinflussbar, andere nicht. Hämorrhagische Schlaganfälle kommen häufig in Zusammenhang mit Gefäßaneurysmen und der Einnahme von Blutverdünnern vor, aber auch als Folge von Schädel-Hirn-Verletzungen (Zenneck et al. 2017).

Ischämische Schlaganfälle werden nach Schweregrad in vier verschiedene Stadien unterteilt:

- Bei **Stadium I**, der transischämischen Attacke (TIA), normalisiert sich die Durchblutung innerhalb von Minuten bis 24 Stunden wieder und die Symptome verschwinden.
- Auch das **Stadium II**, bezeichnet als prolongiertes, reversibles, ischämisches, neurologisches Defizit (PRIND), »»

Das Wichtigste für die Praxis

- Jeder Schlaganfall ist ein Notfall. Der FAST-Test hilft Pflegekräften bei der schnellen Einschätzung der akuten Situation.
- Das umfangreiche Störungsbild geht immer mit sensomotorischen Störungen einher. Viele weitere Phänomene können die Rehabilitation nach einem Schlaganfall erschweren.
- Raumgestaltung und Handling nach festgelegten und immer wiederkehrenden Kriterien sind wichtige pflegerische Möglichkeiten, den Alltag aktivierend zu gestalten, so dass Lernen stattfinden kann. Dazu benötigt es Absprachen im Team.

Schwerpunkt

- » bildet sich wieder zurück, jedoch innerhalb eines Zeitraums von bis zu drei Wochen. TIA und PRIND können dieselben vielseitigen Symptome aufweisen wie ein manifester Schlaganfall und Vorboten für einen folgenden schweren Schlaganfall sein. Deshalb sind auch sie Notfälle.
- Ein vollendeter Hirninfarkt wird auch als cerebro-vaskulärer Insult (CVI) bezeichnet. Beim **Stadium III** handelt es sich um einen fortschreitenden Hirninfarkt, bei dem eine Rückbildung noch möglich ist.
 - **Stadium IV** ist ein schwerster Hirninfarkt mit bleibenden neurologischen Schäden. Eine vollständige Rückbildung der Symptome ist nicht möglich.

Bei etwa 60 Prozent der betroffenen Personen bleiben neurologische Schäden zurück. Schnelle Hilfe ist beim Schlaganfall von allergrößter Wichtigkeit, denn „Time is brain“. Jede Minute zählt.

Die Behandlungsmöglichkeiten bei akutem Schlaganfall haben sich in den letzten Jahren deutlich verbessert, es sind immer mehr „Stroke Units“ entstanden, also spezielle Einheiten oder Abteilungen im Krankenhaus zur Behandlung von Schlaganfall-Betroffenen. Schnelles Handeln ist erforderlich, damit möglichst wenig Hirngewebe irreversibel zerstört wird. Eine Lysetherapie nach einem ischämischen Schlaganfall muss spätestens vier bis fünf Stunden nach Auftreten der ersten Symptome eingeleitet werden (Steutler 2018).

Melanie konnte zwar nicht sicher sein, dass Herr Wüste einen Schlaganfall erlitt. Besonnen hat sie die Situation aber als ernsthaft eingeschätzt und mit dem Notruf richtig gehandelt. Denn bevor im Krankenhaus mit der Lysetherapie begonnen werden kann, muss eine Diagnostik erfolgen, die mindestens eine Stunde benötigt.

Einen Schlaganfall mit dem FAST-Test erkennen

Mit dem FAST-Tests können Pflegekräfte die akute Situation bei Verdacht eines Schlaganfalls schnell einschätzen und gegebenenfalls zügig den Notarzt anfordern (siehe auch: bit.ly/3aoCo27).

F = Face (Beweglichkeit der Gesichtsmuskulatur)

Bitten Sie den Betroffenen, zu lächeln oder die Zähne zu zeigen. Achten Sie dabei auf Asymmetrien, die vorher nicht zu sehen waren. Typischerweise kann der Betroffene einen Mundwinkel nicht hochziehen, er hängt herunter.

A = Arms (Kraft der Arme)

Heben Sie die Arme des Betroffenen auf 90 Grad im Sitzen an (in Rückenlage auf 45 Grad), drehen Sie die Handflächen zur Decke. Lassen Sie dann die Arme los und bitten Sie die Person, die Arme in der Position zu halten. Typischerweise kann der betroffene Arm nicht in der Position gehalten werden, er sinkt ab.

Der Schlaganfall und seine Phänomene

Häufig Folgen eines Schlaganfalls sind:

- sensomotorische Störung
- Bewusstseinsstörung
- Neglect
- Gesichtsfeldausfall
- Koordinations- und Gleichgewichtsstörung
- Aphasie
- Dyspraxie
- Pusher-Symptomatik



S = Speech (Sprache)

Bitten Sie die betroffene Person, einen Satz zu sprechen beziehungsweise nachzusprechen, oder stellen Sie ihm eine Frage, auf die er antworten soll. Bei einem Schlaganfall kann die Sprache verwaschen und schlecht verständlich sein, der Betroffene kann Wortfindungsstörungen haben, oder er versteht den Auftrag nicht.

T = TIME (Time is brain)

Jede Minute zählt! Um Leben zu retten oder bleibende Schäden zu vermeiden, wählen Sie auch im Zweifel unverzüglich die Notrufnummer 112.

Bis zum Eintreffen der Rettungskräfte sollte der Oberkörper circa 30 Grad hochgelagert werden, um das Gehirn zu entlasten. Nur bei Bewusstlosigkeit oder Erbrechen ist die stabile Seitenlage angezeigt. Für die Rettungskräfte ist es hilfreich, wenn Pflegekräfte Informationen zu vorherigen Erkrankungen sowie einen aktuellen Medikamentenplan bereithalten.

Vitalfunktionen überwachen und frühzeitig mobilisieren

Eine kraniale Computertomografie (cCT) gibt Aufschluss darüber, ob es sich um eine Blutung oder eine Ischämie handelt. Bei Ischämie wird so früh wie möglich mit der Lysetherapie begonnen. Ist eine Blutung Ursache für den Schlaganfall, führt eine Entfernung von Teilen des Schädeldaches (Hemi-/Kraniektomie) zu einer Druckentlastung und verbessert die Überlebenschancen deutlich (DEGAM 2012). Wichtig in der Akutphase ist die regelmäßige Überwachung der

MEHR ZUM THEMA

Literatur

Ein Literaturverzeichnis können Sie bei der Autorin anfordern: schubert@wokotu.de

Poster

Auf altenpflege-online.net finden Sie unter „Downloads zum Heft“ ein Poster im DIN A4-Format zum FAST-Test bei Verdacht auf Schlaganfall: bit.ly/3anCfTe

neurologischen Symptome und der Vitalfunktionen. Insbesondere Blutdruck, Blutzucker und Körpertemperatur müssen stabilisiert werden (Einhäupl 2007).

Wegen der Gefahr von Komplikationen wie Thrombose, Dekubitus und Aspirationspneumonie erfolgt die Mobilisation so früh wie möglich, aber immer abhängig von der individuellen Patientensituation. Besondere Aufmerksamkeit muss bei der frühen Mobilisation dem Blutdruck gegeben werden, denn er darf sich nicht zu plötzlich verändern und keine allzu großen Schwankungen zeigen. Pflegende wirken bei der Sicherung der Vitalzeichen und bei der Diagnostik und Therapie mit, schätzen die individuellen Problemlagen anhand von Assessments oder Beobachtungskriterien wiederholt ein und unterstützen die Betroffenen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. Auch in Kliniken verbringen Pflegekräfte von allen beteiligten Berufsgruppen die meiste Zeit mit den Patienten und stehen darüber hinaus mit den Angehörigen in engem Kontakt. Sie übernehmen die Lagerung und Mobilisation, sie motivieren Patienten und Angehörige und beraten und unterstützen bei Sprach- und Schluckproblemen. Damit sind sie ein wichtiger Teil des interdisziplinären Teams und für den Erfolg rehabilitativer Maßnahmen zwingend erforderlich (Friedl 2015).

Halbseitenlähmung und Gefühlsstörung sind die häufigsten Symptome

Je nach Größe des betroffenen Gefäßes und der Lokalisation im Gehirn sind die Symptome eines Schlaganfalls sehr unterschiedlich. Unter dem Begriff „sensomotorische Störung“ werden die zwei häufigsten Symptome Halbseitenlähmung und Gefühlsstörungen zusammengefasst. Da der Großteil aller motorischen und sensiblen Nervenfasern auf dem Weg vom Gehirn in den Körper bzw. umgekehrt auf die Gegenseite kreuzt, entsteht die Halbseitenproblematik auf der Körperseite, die der betroffenen Hirnhälfte gegenüber liegt.

Halbseitenlähmung (Hemiparese):

Die zentrale Halbseitenlähmung ist zunächst eine schlaffe Lähmung, die im Laufe von Tagen bis Monaten in den meisten Fällen zu einer Spastik (krankhaft erhöhte Muskelspannung) führt. Die Muskel-Sehnen-Reflexe sind gesteigert, die Betroffenen können ihre Muskeln nicht bewusst entspannen. Typischerweise zeigt der Arm eine Beuge-Spastik und das Bein eine Streck-Spastik. Die körperferne Muskulatur und die Feinmotorik sind meist stärker betroffen als die grobe, körpernah gelegene Extremitätenmuskulatur. Anstrengungen des Betroffenen und Schrecksituationen verstärken die Spastik häufig sehr plötzlich.

Gefühlsstörung (Hemihypästhesie):

Die Hirnschädigung führt zu Gefühlsstörungen der gegenüberliegenden Körperhälfte: Berührung, Druck, Schmerz und Temperaturempfinden sind mehr oder weniger stark eingeschränkt. Interessanterweise ist die Körpermitte nicht betroffen, da dort eine Doppelinervation aus beiden Seiten besteht.

Über die sensomotorische Störung hinaus gibt es beim Schlaganfall viele weitere Phänomene, die die Rehabilitation teilweise sehr erschweren (siehe Grafik auf der gegenüberliegenden Seite). Dazu gehören Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen, Bewusstseinsstörungen, Neglect (Nichtbeachten der gelähmten Seite), Gesichtsfeldausfall, Pusher-Symptomatik (Drücken des Körpergewichts auf die gelähmte Seite), Dyspraxie (gestörte Handlungsplanung und -durchführung), Aphasie (zentrale Sprachstörung) und Dysphagie (Schluckstörung). Aber auch eine fehlende Krankheitseinsicht kommt vor.

Rehabilitation statt Kompensation

Herr Wüste kommt morgen zurück in die Seniorenresidenz. Seine linke Körperseite ist weiterhin gelähmt, er ist mit einem Rollstuhl versorgt. In Absprache mit dem Sozialdienst des Krankenhauses bereiten Melanie und ihre Kollegen sich auf seine Wiederkehr vor. Dabei stehen zwei Dinge im Vordergrund: die Raumgestaltung und das Handling bei den Verrichtungen des täglichen Lebens.

Raumgestaltung:

Nach dem Motto „Rehabilitation statt Kompensation“ gilt es, die gelähmte Körperhälfte in so viele Aktivitäten und Bewegungsabläufe wie möglich einzubeziehen. Das lässt sich über die Raumgestaltung anbahnen. Melanie platziert Nachttisch und Fernseher an die linke Bettseite. Das Bett steht so im Raum, dass Herr Wüste nach links schauen muss, um zu sehen, wer durch die Tür in sein Zimmer hineinkommt. Ziel ist es, Empfindung und Funktion der betroffenen Seite zu fordern und zu fördern.

Handling:

Melanie und ihre Kollegen wollen über die Verwendung ganz bestimmter Griff- und Haltungstechniken physiologische Bewegungsmuster bahnen und unerwünschte Muster hemmen. Da sowohl das Gefühl für die Bewegung als auch die Bewegungsfähigkeit beeinträchtigt sind, erhält Herr Wüste über das Handling vielseitige Spür- und Bewegungserfahrungen. Nach dem Motto „So viel wie nötig, so wenig wie möglich“ gestalten sie die Pflege aktivierend. Wiederholungen hinterlassen Spuren im Gehirn, Herr Wüste lernt. Praktisch werden alle Ansprachen und Transfers in Anlehnung an das Bobath-Konzept über die linke Körperseite ausgeführt. Daneben kommen auch kinästhetische Grundsätze zur Anwendung. ««



Barbara Schubert

ist Diplom-Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin sowie Physiotherapeutin in Gronau.
schubert@wokotu.de,
wollen-können-tun.de