

Aus pflegerischer Sicht

Postoperative Versorgung Nierentransplantiertes gestern und heute



Die erste Nierentransplantation wurde im Jahr 1990 in unserer Klinik (Klinik für Urologie, Friedrich-Schiller-Universität Jena) durchgeführt. Die Patienten wurden schnellstmöglich einbestellt, um die kalte Ischämiezeit des Organs so gering wie möglich zu halten. Sofort nach dem Eintreffen wurde dem Patienten Blut entnommen, anschließend erfolgte eine Dialyse. Zudem wurden ein Röntgen-Thorax, ein EKG und die medikamentöse Vorbereitung durchgeführt. Nach dem Aufklärungsgespräch kam der Patient in den OP.

Heute werden jährlich zirka 75 Nieren transplantiert. An der frühzeitigen Einbestellung der Patienten hat sich auch heute nichts geändert, so ist genug Zeit, die Transplantation optimal vorzubereiten und die Ischämiezeit bleibt möglichst kurz. Eine Dialyse wird nur bei einem Kaliumwert von über 5,8 mmol/l durchgeführt

Umkehrisolation

Nach der Operation wurden die Patienten früher isoliert, um die Keimbesiedlung so gering wie möglich zu halten. Das heißt, der Patient hatte eine Bezugspflegekraft pro Schicht, die sich mit Schutzkittel, Kopfbedeckung, Mundschutz, Handschuhen und auch Schuhüberzügen bekleiden musste. Pallfilter wurden bei uns nicht eingesetzt. Die Umkehrisolation wurde etwa 1994 aufgehoben. Bei erhöhten Patientenzahlen sind die Transplantierten auch mit nichtinfektiösen normalen Patienten in einem Zimmer untergebracht.

Kreislaufüberwachung

In den Anfangsjahren der Nierentransplantationen wurde in den ersten drei postoperativen Tagen eine Sitzwache durchgeführt. Die eingeteilte Pflegekraft konnte somit auf Krisensituationen sofort reagie-

ren. Ein Springer wurde für Zuarbeiten eingeteilt. Die Vitalparameter wurden in den ersten 24 Stunden laut Überwachungsstandard erhoben. Am zweiten und dritten postoperativen Tag erfolgte bei Kreislaufstabilität die Vitalparametererhebung alle ein bis zwei Stunden.

Heute erfolgt die Überwachung in den ersten 24 Stunden nach Standard. Weist der Patient stabile Vitalparameter auf, so wird zwischen dem ersten und dem zehnten postoperativen Tag die Kreislaufkontrolle ein- bis zweimal pro Schicht durchgeführt.

Ein- und Ausfuhrbilanzierung

Die Einfuhrmenge richtete sich früher nach dem zentralen Venendruck und der Urinproduktion. Die Urinausscheidung wurde bis zum dritten Tag stündlich bilanziert, wobei jede Schicht eine Zwischenbilanz erhob. Ziel war ein zentraler Venendruck von 8–10 mmHg. Bei Überwässerungszeichen, wie Ödemen, und Ateminsuffizienz, wurde ein Arzt hinzugerufen.

Inzwischen erfolgt die Ausfuhrbilanz nur noch am Op-Tag stündlich. Die Einfuhr richtet sich nach der Ausscheidungsmenge plus 500 ml. Angestrebt wird immer noch ein Wert von 8–10 mmHg.

Kostaufbau

Am Operationstag hatten die Patienten strenge Nahrungskarenz. Die Flüssigkeitszufuhr wurde mittels Infusion reguliert. Am ersten postoperativen Tag erhielten die Patienten Tee. Der Kostaufbau wurde dann am zweiten postoperativen Tag mit Suppe fortgeführt. Maßnahmen zur Defäkation wurden eingeleitet. Bei regelmäßiger Defäkation konnten die Patienten kaliumarme Kost zu sich nehmen.

Heutzutage ist man dazu übergegangen, den Kostaufbau sechs Stunden nach der Operation einzuleiten, indem die Patienten Tee oral zu sich nehmen dürfen. Ab dem ersten postoperativen Tag erhalten die Patienten Flüssigkost und nach erfolgreicher Defäkation können die Patienten kaliumarme Vollkost zu sich nehmen.

Medikamentöse Therapie

Vom ersten bis zum dritten postoperativen Tag wurden die Medikamente ausschließlich intravenös verabreicht. Bei erfolgreichem Kostaufbau konnten die Immunsuppressiva oral gegeben werden. Zu diesem Zeitpunkt wurde Ciclosporin noch in ölhaltiger Form verabreicht – eine gründliche Mundhygiene war daher besonders wichtig.

Die erste Einnahme von Immunsuppressiva (Mycophenolsäure) erfolgt mittlerweile meist schon präoperativ, postoperativ wird sie oral weiter fortgesetzt. Nur eine sehr schwer einzustellende Hypertonie wird kurzzeitig mit intravenös verabreichten Medikamenten beherrscht.

Verbandswechsel und Ableitungen

Der zentrale Venenkatheter diente der Flüssigkeitsregulierung und wurde nach acht bis zehn Tagen entfernt. Die Katheterspitze wurde zur Keimzahlbestimmung in die Mikrobiologie eingeschickt. Ein täglicher Verbandswechsel wurde durchgeführt. Die Wunddrainage wurde zwischen dem dritten und vierten postoperativen Tag gelupft und danach bei einer Fördermenge von weniger als 20 ml entfernt. Ein täglicher steriler Verbandswechsel wurde nach der Sonographie des transplantierten Organs durchgeführt.

Zur Ausfuhrbilanz wurden dem Patienten ein Verweilkatheter und ein Ureterstent intraoperativ eingelegt. Die Katheterpflege erfolgte mehrfach täglich, bis dieser am sechsten postoperativen Tag entfernt werden konnte. Der Patient wurde darauf hingewiesen, ein zweistündliches Miktionsregime einzuhalten, bis der Ureterstent nach sechs Wochen entfernt wurde.

Heute wird der zentrale Venenkatheter (ZVK) am siebten oder achten postoperativen Tag entfernt und nur bei Hyperthermie wird die Spitze in die Mikrobiologie zur Keimzahlbestimmung eingeschickt. Hat der Patient eine kontinuierliche ambulante Peritonealdialyse („continuous ambulatory peritoneal dialysis“, CAPD) durchgeführt, erhält dieser einen Sheldon-Katheter. Patienten mit funktionstüchtigem Shunt erhalten einen normalen dreilumigen ZVK. Alle anderen Ableitungen werden genau so geführt wie früher.

Bei guter Organfunktion wird jeden zweiten Tag eine Dopplersonographie durchgeführt und anschließend der Verband erneuert.

Mobilisation

In den Anfangsjahren hatte der Patient in den ersten 24 Stunden Bettruhe einzuhalten. Lagerungen auf die Seite waren möglich, soweit es der Patient tolerierte. Danach erfolgte die Mobilisation an die Bettkante oder, sofern der Patient gut belastbar war, auf einen Stuhl. Ab dem zweiten postoperativen Tag wurden mit dem Physiotherapeuten erste Gangübungen durchgeführt.

Oft äußern die Patienten vor der Operation, schnell wieder auf die Beine kommen zu wollen, darum beginnen wir gegenwärtig frühzeitig mit der Mobilisation im Bett. Ab dem ersten postoperativen Tag gehen die Patienten in Begleitung einer Pflegekraft kurze Strecken im Zimmer.

Hygiene

Der Patient erhielt täglich frische Bettwäsche und zu jeder Körperpflege wurden frische Waschtensilien gereicht. Auf Händedesinfektion und eine gründliche Zahnpflege musste geachtet werden.

Auch heute erfolgt in den ersten drei Tagen ein täglicher Bettwäschewechsel, dann nach Bedarf, jedoch mindestens alle zwei bis drei Tage. An der gründlichen Händedesinfektion und Zahnhygiene sowie den frischen Waschtensilien hat sich seit damals nichts geändert.

Die Gesamtaufenthaltsdauer in der Urologie beträgt zehn Tage, danach werden die Patienten zur Optimierung ihrer Medikamente in die Klinik für Innere Medizin verlegt. Bei normaler Funktionsübernahme des Organs beträgt die Verweildauer dann noch einmal fünf bis zehn Tage.

*Grit Zahl,
Kassenwart AKTX Pflege e.V*