

Wundumgebung: Schutz und Pflege bei gestörter Hautbarriere

Zinkhaltige Pflegecreme versus PU-Film

GILBERT HÄMMERLE

Das Problem gestörter und irritierter Hautverhältnisse an der Wundumgebung ist ein oft vernachlässigter bzw. falsch interpretierter Zustand, der zu unkorrekter Lokalbehandlung und auch zu Störungen der Wundheilung führt. Eine Vielzahl verschiedener Lokaltherapeutika und Pflegemittel zur Pflege und zum Schutz der Wundumgebung erfordern eine spezielle Kenntnis der Anwender.

Es muss unterschieden werden zwischen Hautpflege und Hautschutz. Ebenso müssen die Applikation und die Verbandstoffart, welche zur Lokaltherapie der Wunde verwendet werden, miteinander kompatibel sein. Durch die falsche Auswahl kann es zur Mazeration bzw. Austrocknung, mit oder ohne Irritation bzw. Inflammation kommen (Abb. 1).

Bilder: G. Hämmerle



Abb. 1: Ausgeprägte Mazeration und Irritation an der Wundumgebung vor der Nass-Trockenphase

Nur durch die adäquate Kombination von Hautschutz bzw. Hautpflege und dem Verbandstoff kann es zur Förderung der Wundheilung und zum Wiederherstellen oder Erhalten des intakten Hautzustandes kommen. Deshalb wurden die zwei am häufigsten verwendeten Produkte zur Hautpflege bzw. -schutz am Wundrand verglichen, um Kenntnisse über die korrekte Anwendung und die Auswirkung auf die Wundumgebung zu erhalten.

Hautschutz an der Wundumgebung

Wundexsudat besteht aus vielen, die intakte Haut schädigenden Stoffen, wie zum Beispiel Enzyme, Toxine, Mikroorganismen. Durch den übermäßig langen Kontakt der Umgebungshaut mit Wundexsudat, wird die Barrierefunktion der Hornschicht geschwächt, im schlimmsten Fall aufgehoben und es kommt zu pathologischen Veränderungen der die Wunde umgebenden Zone.

Hautpflege an der Wundumgebung

Gerade in der Behandlung chronischer Wunden findet man sehr häufig trockene, schuppige, aber auch ekzematöse Hautzustände an der Wundumgebung vor. Eine unzureichende Reinigung und nicht phasengerechte Hautpflege an der Wundumgebung führt häufig zu trockenen, teils entzündlichen Affektionen. Längere Verweilzeiten von Verbandstoffen und Kompressionssystemen erfordern ein erhöhtes Maß an Aufmerksamkeit und eine therapeutisch indikationsgerechte und phasengerechte Versorgung. Aber auch auf natürliche Weise wie beispielsweise bei steigendem Lebensalter und Begleiterkrankungen – wie Diabetes mellitus, arteriell-venöse Durchblutungsstörungen oder sonstige Hauterkrankungen – kann es zu trockenen, trocken-entzündlichen Hautveränderungen kommen. Dieser Austrocknung kann mit entsprechenden Hautpflegemitteln vorgebeugt bzw. entgegengewirkt werden. So kann der verlorene, natürliche Feuchtigkeitsspeicher der Haut wieder hergestellt werden.

Hautreinigung an der Wundumgebung

Um die intakte physiologische Schutzbarriere der Haut und die darauf befindlichen physiologischen Mikroorganismen (residente Flora) zu erhalten, bedarf es einer regelmäßigen, korrekten Reinigung der Wunde und der Wundumgebung. Bevorzugt wird hierfür eine so genannte Nass-Trocken-Phase nach Gerhard Kammerlander.^{1,2} Durch das Einwirken einer physiologischen Kochsalz- oder Ringerlösung (bei instabilen Wund- und Hautverhältnissen sind moderne Wundspüllösungen auf aktiver Sauerstoff-Meersalzbasis, Octenidin- oder Polihexanidbasis die Mittel der ersten Wahl). Zum Zeitpunkt einer lokalen Infektion werden moderne Antiseptika in der Nass-Trockenphase zur Anwendung gebracht. Ebenso können spezielle

Reinigungstücher (Mikrofaser), welche mit einer entsprechenden Lösung getränkt und verwendet werden, zum Eliminieren von Hautschuppen und weichen Auflagerungen (Detritus) verwendet werden.

Wichtig: Nur durch die adäquate Kombination zwischen Wund- und Umgebungereinigung, Pflege der Haut und Schutz der Umgebung und der richtigen Verbandstoffauswahl, kann die Wundheilung gefördert und Komplikationen vermieden werden. Eine stabile Wundumgebung fördert unmittelbar die Wundgenese!

Pflegecreme vs. Acrylschutzfilm

Mittels einer klinischen Anwendungs- und Vergleichsuntersuchung (Links-Rechtsvergleich an der Wundumgebung) zwischen einer 3-phasigen Zinkcreme (dline®-ZCR®-ZincCream) und einem Acrylschutzfilm (3M®-Cavilon®) sollte eruiert werden, welche Hauptindikationen und Vorteile die beiden unterschiedlichen Produkttypen aufweisen.

Es sollte untersucht werden, wie sich eine regelmäßige, mehrtägige Anwendung (14 Tage und länger) der beiden Produkttypen sich auf mazerierter, irritierter, trockener Wundumgebungshaut auswirkt. Ebenso sollte der ökonomische Faktor bei gleicher Anwendungsfläche mit betrachtet werden.

Methodik/Vorgehensweise

Vom Sommer 2011 bis Sommer 2013 wurde in 20 Fällen die Verwendung eines Acrylschutzfilmes vergleichend zu einer 3-phasigen Zinkcreme geprüft. Beide Produkte wurden auf derselben gestörten Wundumgebung aufgebracht. Es wurde speziell darauf geachtet, dass die Produkte mittig am selben Patienten an derselben Wunde appliziert wurden. Jeweils auf einer Hälfte von oben nach

▶ unten mit dem Acrylatschutzfilm und die andere Hälfte mit der 3-phasigen Zinkcreme, so dass beide Mittel gleich viel der Wundumgebung abdeckten und beide mit derselben Menge Wundexsudat in Kontakt kamen (Abb. 2).

Abgedeckt wurde bei bestehender Wunde mit haftendem Schaumstoff bei nicht infizierten bzw. mit nicht haftendem Schaumstoff bei Wunden mit kritischer Kolonisierung. Infizierte Wunden wurden aufgrund des komplexeren Aufbaus der Wundauflagen nicht verglichen. Bei irritierter, ekzematisierter Wundumgebung wurde auf haftende Schaumstoffe verzichtet um weitere störende Faktoren zu vermeiden.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Anwendungsbeobachtung sind an Fallbeispielen in den Abbildungen 2 bis 4 dargestellt.

■ Bei mazerierter Wundumgebung:

Es konnten beide Produkttypen als Schutzzone überzeugen. Der Acrylatschutzfilm hatte bei haftenden (klebenden) Verbandstoffen den Vorteil, dass die haftenden Verbandstoffe darauf fixiert werden konnten.

■ Bei trockener Wundumgebung:

Die 3-phasige Zinkcreme erbrachte im Gegensatz zum Acrylatschutzfilm eine deutlich geringere Neigung zur Austrocknung und Schuppung der Wundumgebung.

■ Bei mehrtägigen Anwendungen:

Es zeigte sich unter dem Acrylatschutzfilm klinisch sichtbar eine Tendenz zur Austrocknung der Wundumgebung, bei der 3-phasigen Zinkcreme wurde dage-

gen eine tendenzielle Stabilisierung des Hautzustandsbildes beobachtet.

■ Bei entzündeter Wundumgebung:

Bei der 3-phasigen Zinkcreme trat im Vergleich zum Acrylatschutzfilm ein deutlich schnelleres Abblassen der Rötung auf. Bei mehrtägigen Anwendungen deutete sich unter dem Acrylatschutzfilm klinisch eine tendenziell

Zusammenfassung

Die klinische Vergleichsuntersuchung (Links-Rechtsvergleich an der Wundumgebung) ergab, dass beide Produkttypen unterschiedliche Hauptindikationen und Stärken aufweisen:

Wenn haftende („klebende“) Verbandstoffe appliziert werden müssen, ist der Acrylatschutzfilm im Vorteil.

Falls jedoch keine haftenden Verband-



Abb. 2: a) Irritierte Haut am Unterschenkel bei CVI II; b) nach 3 Anwendungen

sichtbare Verstärkung der zuvor bestehenden Rötung an. Bei der Zinkcreme zeigte sich dagegen eine tendenzielle Reduktion des irritierten Hautzustandsbildes.

Zu Wechselwirkungen mit dem Verbandstoff kam es in keinem Fall. Wir verwenden beide Produkte weiterhin regelmäßig im indikations- und phasengerechten Einsatz (Stand März 2015).

stoffe indiziert sind, erfüllt die 3-phasige Zinkcreme den Schutzeffekt – bei sehr starkem Exsudataufkommen sogar noch effektiver.

Bei trockener, bereits mazerierter, entzündeter Wundumgebung überzeugte die 3-phasige Zinkcreme klinisch eindeutig besser. Bei gleicher Fläche ist der Preis des Hautschutzes durch die Zinkcreme deutlich günstiger einzustufen.



Fühlen Sie Ihre Haut lachen!®

| klinisch getestet |



Zentrale Beratungsstelle

Telefon: +49-941-60387-108

Hochwertige und hypoallergene
Hautpflege, Shampoo's,
Bäder und Spezialitäten®



www.dline.ch

Besuchen Sie
unseren Onlineshop
www.dline.ch



Abb. 3: a) UCV IIIb-Zustand vor dem Halbseitenvergleich; b) Einsatz der Hautschutzpräparate.

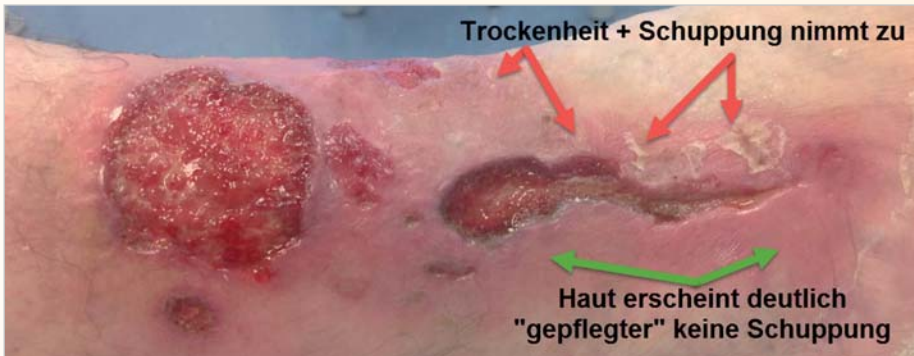


Abb. 4: UCV IIIb-Zustand nach der 3. Anwendung

Das Lösen der verbliebenen Reste des Wundrandschutzes beim Verbandwechsel stellte sich bei der 3-phasigen Zinkcreme mit einer Nass-Trockenphase einfacher und effektiver dar.

Conclusio

Bei bereits irritierter, mazerierter Wundumgebung bzw. bei trockenem, schuppendem Hautzustand sind haftende Verbandstoffe nicht zu empfehlen, um eine weitere Störung der Haut zu vermeiden. Bei diesem Hautzustand ist die 3-phasige Zinkcreme (dline®-ZCR®-ZincCream) zu bevorzugen. Auch zum Hautschutz bei vermehrter Exsudatmenge ist die Zinkcreme im Vorteil, da der Zinkschutzfilm längere Zeit unter Anwesenheit von Wundexsudat auf der Haut verweilt als der Acrylschutzfilm (3M®-Cavilon®). Zur Pflege der Haut und zur Reduktion von Entzündungszeichen führt die 3-phasige Zinkcreme zu einem wesentlich rascheren Erfolg (Abb. 2, 3 und 4). Bei annähernd intaktem Hautzustand und bei Verwendung von haftenden Verbandstoffen zeigt der Acrylschutzfilm den Vorteil einer besseren Haftung des Verbandstoffes. Um zusätzliche Hautläsionen zu vermeiden, ist auf ein vorsichtiges und korrektes Lösen des Verbandes zu achten. Im ökonomischen Vergleich (bei gleicher Anwendungsfläche) ist die 3-phasige Zinkcreme eindeutig vor dem Acrylschutzfilm einzustufen.

Literatur

- 1 Kammerlander G, Eberlein T, Asmussen P et al. Bedeutung der „Nass-Trocken-Phase“ im Management chronischer Wunden. http://www.wfi.ch/sites/dl/download/Nass-Trocken_ZFW.pdf
- 2 Kramer A, Daeschlein G, Kammerlander G et al. Konsensempfehlung zur Auswahl von Wirkstoffen für die Wundantiseptik. <http://www.wfi.ch/sites/dl/download/Konsensuspapier.pdf>
- 3 Asmussen P D. Pflege und Schutz der Haut, dermatokurative und dermatoprotektive Maßnahmen. In: Földi M, Kubik S (Hrsg) Lehrbuch der Lymphologie, Urban & Fischer München – Jena, 6. Auflage 2005, 646–49
- 4 Asmussen P D, Kammerlander G. Interaktionen zwischen Haut und Kompressionsmitteln: Ursachen, Prophylaxe, Therapie – Versuch einer Visualisierung. Congress Compact Verlag Berlin. Zeitschrift für Wundheilung, Abstracts Jubiläumskongress der Dgfw 2007, 1: 63–64
- 5 Bale S et al. The Impact of a new Cavilon™ Skin Care Protocol for Patients cared for in Nursing Homes. Vortrag, 7th Europea Pressure Ulcer Advisory Panel Open Meeting, Tampere Hall, Tampere, Finland, 09-3-2003
- 6 Barr JE. Impaired Skin Integrity in the Elderly OWM 10-09-2008
- 7 Bliss DZ. Incontinence-Associated Skin Damage in Nursing Home Residents – A Secondary Analysis of a Prospective, Multicenter Study. OWM 10-10-2008
- 8 Cameron J. Exudate and care of the peri-wound skin. Nursing standard 2004; 19(7): 62–68
- 9 Asmussen P D. Dermatokurative Maßnahmen während der Kompressionstherapie. In: Asmussen P D, Söllner B. Kompressionstherapie: Prinzipien und Praxis. München, Jena: Urban & Fischer, 2004; 222–23
- 10 Newton H, Cameron J. Skin Care in Wound Management. London: Medical Communications UK Ltd 2003
- 11 Nix D. A Review of Perineal Skin Care Protocols and Skin Barrier Product Use. OWM 09-03-2008
- 12 Nix D. Prevention and Treatment of Perineal Skin Breakdown Due to Incontinence. OWM 10-09-2008
- 13 Probst W, Vasel-Biergans A. Hautpflege. In: Probst W, Vasel-Biergans A, Wundmanagement: Ein illustrierter Leitfaden für Ärzte und Apotheker. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH 2004; 250–60

Autor:
Gilbert Hämmerle, DGKP, AZWM®,
Wundambulanz LKH Bregenz, Österreich,
Email: wundmanager@aon.at

Die Leitmesse
für mehr Lebensqualität

REHAB[®]

18. Internationale Fachmesse für
Rehabilitation, Therapie und Prävention

Rehatechnik
Bildung & Beruf
Orthopädietechnik
Therapie & Praxis
Auto, Verkehr & Transport
Pflege & Homecare
Barrierefreies Bauen & Wohnen
Mobilitäts- & Alltagshilfen
Freizeit, Reisen & Sport
Medizinische Rehabilitation
Marktplatz Gehirn
Marktplatz Inklusion



IDEEN VERBINDEN.
Karlsruhe -
Wissen und Kompetenz

MESSE KARLSRUHE
23. – 25. April 2015

www.rehab-karlsruhe.de