



Thomas Eberlein* (Foto), Gerhard Kammerlander**, Friedmar Zimpfer***

* Dermatologe/Venerologe, Allergologe, D-90537 Feucht bei Nürnberg

** DGKP, ZWM®, GF Akademie für zertifiziertes Wundmanagement®, Kammerlander-WFI, CH-8424 Embrach

*** GuKP, ZWM®, Akademie für zertifiziertes Wundmanagement®, Kammerlander-WFI, CH-8424 Embrach

Grundsätzliches zur Hautpflege bei Patienten mit chronischen Wunden

1. Grundsätzliches

Patienten mit chronischen Wunden verlangen nach einer anspruchsvollen, suffizienten Hautpflege. Obwohl Hautpflege besonders bei älteren, chronisch kranken Patienten und in noch höherem Maße beim chronischen Wundpatienten von immenser Bedeutung für Wohlbefinden und auch therapeutischen Fortschritt ist, findet sich vielerorts ein deutliches Defizit hinsichtlich dieser besonderen Problematik. Dieses Defizit betrifft einerseits grundsätzliche theoretische Überlegungen wie auch die konkrete Umsetzung.

Für Patienten mit chronischen Wunden ist Hautpflege in der Wundumgebung gleichsam auch ein Mittel der Prävention neuer Defekte. Der Aufwand für Hautpflegemaßnahmen ist zeitlich wie personell gering, die benötigten Mittel sind vertretbar.

Dabei ist die Notwendigkeit einer suffizienten Hautpflege nicht etwa nur eine Frage des höheren Lebensalters.

2. Spezielle Hautprobleme von chronischen Wundpatienten

Insbesondere bei chronischen Wundpatienten ergänzen und potenzieren sich schädigende Faktoren oftmals durch das Zusammentreffen

- allgemein kataboler Stoffwechsellage des Gesamtorganismus
- Minderernährung mit verminderter Bereitstellung verschiedenster essentieller Nahrungsbestandteile
- verminderte körperliche Aktivität als Folge örtlicher Schmerzen, des Wundzustandes bzw. einer ursächlichen Grunderkrankung

- arterielle, venöse bzw. lymphologische Gefäßkrankungen sowie deren Überlagerung als vaskuläre Interferenz, insbesondere bei chronischen Extremitätenwunden
- Reizung der Wundumgebung durch das an proteolytischen Enzymen reiche Wundexsudat (Matrixmetalloproteinasen, Plasminogenaktivator-Komplex)

Als zusätzlicher allgemeiner Risikofaktor ist natürlich das höhere Lebensalter der Patienten gleichfalls zu nennen.

Daraus resultieren konkrete Schädigungsbilder:

- Mazeration und enzymatische Andauung des Wundrandes
- Behinderung der randständigen Epithelisierung
- Austrocknung und irritative Reizung der Umgebung

3. Möglichkeiten der Hautpflege

Hautpflege kann unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse wesentlich mehr sein als nur eine flankierende Pflegemaßnahme. Natürlich ersetzt sie die differente (Inhaltsstoff-) Therapie tatsächlicher Krankheitsbilder nicht, aber sie kann dieselbe sehr sinnvoll ergänzen.

Hautpflege kann konkret:

- Wundränder schützen
- Wundumgebung stabilisieren
- Entstehung von Sekundärdefekten vermeiden helfen

Im Sinne eines den Patienten als Persönlichkeit umfassend begreifenden Pflegekonzeptes vermögen diese Maßnahmen außerdem, das

Selbst- und Körperempfinden des Patienten zu wecken bzw. ins Bewusstsein zu rücken, pflegerische Zuwendung erlebbar zu machen und das allgemeine Wohlbefinden des Patienten zu erhöhen. Damit kann Hautpflege eine Form sehr direkt erlebter therapeutischer Zuwendung sein.

4. Anforderungen an eine moderne Hautpflege

Eine moderne Hautpflege muss zur Erfüllung dieser Ansprüche definierten Anforderungen entsprechen. Als solche sind im Einzelnen zu nennen:

4.1 Berücksichtigung des Hauttyps (Anpassung an den Rückfettungsbedarf)

Ein Pflegepräparat muss dem zugrunde liegenden Hauttyp des Patienten, das heißt also dem individuellen Lipid- und Feuchtigkeitsbedarf seiner Haut, angepasst werden. Das bedeutet, dass niemals eine einzige Zubereitungsform allen Anforderungen sehr vieler verschiedener Patienten entsprechen kann. Eine Auswahl ist nur möglich, wenn eine Produktpalette mit gestaffeltem Lipidgehalt eine Anpassung an die individuellen Patientenerfordernisse erlaubt.

4.2 Berücksichtigung der Akutheit des Hautzustandes

Eine gute Hautpflege muss auf die Akutität einer Hautveränderung zugeschnitten sein. Bei allen akut entzündlichen Zustandsbildern verbieten sich, auch bei prinzipiell hohem Rückfettungsbedarf, Präparate mit zu hohen Lipidanteilen. In akut entzündlichen Phasen werden Zubereitungen mit hohem Wasseranteil als

Beispiele: Hautpflege – leicht rückfettend:

dline – BasicLotion
 dline – HydroLotion
 Eucerin pH5-Lotion
 Excipial-U-Hydrolotio
 Menalind Professional
 Unguentum Cordes Crème
 Unguentum hydrophilicum Crème / Ultrasicc Crème
 Unguentum mollis Crème

wohltuend kühlend empfunden. Dies heißt jedoch nicht automatisch, dass dabei Öl-in-Wasser-Zubereitungen (O/W) Anwendung finden müssen. Einige neuere Untersuchungen haben einen deutlichen Vorteil für galenisch „intelligent“ gepackte Wasser-in-Öl-Formulierungen (W/O) aufgezeigt. Diese können bei Erhaltung des W/O-Charakters auch geringere Lipidanteile enthalten.

Ein zu hoher Fettanteil an akut entzündlicher Haut behindert die Wärmeabgabe durch Abdunstung, führt so zu einem Wärmestau und provoziert damit eventuell sogar die weitere Verschlechterung.

4.3 pH-Neutralität

Der pH-Wert der Haut liegt physiologisch im schwach sauren Milieu bei etwa 5,7. Allerdings bedeutet pH-Neutralität nicht zwingend, dass auch der pH-Wert der Hautpflege auf diesen Bereich eingestellt sein muss. Es ist jedoch zu fordern, dass im Pflegepräparat keinerlei „aggressive“ Anteile diesen „Säureschutzmantel der Haut“ bereits belasten und damit das Puffervermögen für weitere Beanspruchungen vermindern.

4.4 Hydratationsvermögen (Wasserbindungsvermögen)

Mitentscheidend für die Wirksamkeit einer Hautpflege ist ihre Möglichkeit, eine zeitweilige Wasserspeicherung für die spätere bedarfsgerechte Feuchtigkeitsabgabe zu erreichen. Diese Aufgabe, die ansonsten von geschädigter Haut kaum speicherbare Wasser zu

Beispiele: Hautpflege – fett:

Bepanthen Creme
 Decoderm Basiscreme
 dline – CoolingCream
 dline – LipoLotion
 Silonda Lipid Hautlotion
 Lasepton Lipid Vital Pflegelotion
 Excipial Hydrocreme
 Excipial-U-Lipolotio
 Eucerin trockene Haut 5 % Urea Crème
 Unguentum refrigerans = Coldcream = Kühlsalbe

halten, kommt physiologischer Weise dem Natural Moisturizing Factor NMF zu. Dabei ist sowohl die Einmantelung von Wassermolekülen in die hauteigenen Lipide wie auch die Bindung an hauteigene Eiweißstrukturen (z.B. Harnstoff) essentiell (sogen. Hydrolipidsystem). Mithin ist die Zuführung unterschiedlicher Substanzen zum selben Zweck zielführend.

4.5 Rückfettung

Zunächst ist das Primat in der Auswahlentscheidung gemäß der unter 4.1 und 4.2 genannten Gründe zu beachten. Wenn der Haut Lipidanteile zugeführt werden sollen, ist bedeutsam, dass eine Substitution entsprechend den physiologischen Fettanteilen stattfindet. Insgesamt umfassen Hautlipide sowohl freie Fettsäuren sowie Cholesterin und Esterverbindungen, die in einem definierten Konzentrationsverhältnis vorliegen. Unter den Fettsäureestern spielen die Ceramide (Ester längerketziger Omega-Hydroxy-Fettsäuren und der Linolensäure) eine entscheidende Rolle für die Hautwiderstandsfähigkeit. Diese Ceramide sind bei verschiedenen Schädigungssituationen nachweislich vermindert (z.B. in Alters- und Ekzemiahaut). Ein Ersatz durch lokale Anwendung ist möglich.

Insgesamt ist also eine qualitativ hochwertige Auswahl an Lipidbestandteilen wichtig. Die ausschließliche Anwendung mineralischer Fette (z.B. Vaseline) wird diesem Anspruch keineswegs gerecht.

Beispiele: Hautpflege – sehr fett:

Bepanthen Salbe
 dline – Nutrient Cream
 Eucerin trockene Haut 10 % Urea Salbe
 Excipial Lipocreme
 Lanolin Salbe
 Pantothen Nycomed Salbe
 Remederm Crème
 Mandelölsalbe gelb
 Ultrabas Salbe
 Vaseline album Salbe
 Vaseline flavum Salbe

4.6 Hypoallergenität („Allergenarmut“)

Der Begriff „Hypoallergenität“ wird insbesondere unter den Allergologen nicht gern gehört. Richtiger ist es sicherlich, von „Freiheit an Substanzen mit hohem allergologischem Risiko“ zu sprechen. Dieses Thema spielt besonders aufgrund der vielfältigen Kontaktsensibilisierungen chronischer Wundpatienten eine bedeutende Rolle. So beweisen Studien, dass unter der Durchschnittsbevölkerung etwa 2–9 % aller Menschen eine oder mehrere Sensibilisierungen im Sinne einer Kontaktallergie (Typ-IV-Reaktion nach Coombs und Gell) aufweisen. Patienten mit chronischen Extremitätenwunden sind im Vergleich dazu in 65 bis 80 % aller Fälle betroffen. Damit muss als Forderung an eine moderne Hautpflege, insbesondere beim Wundpatienten, folgerichtig lauten, dass sinnvolle Substanzkombinationen zu wählen sind und auf bekannte potente Allergene, wie beispielsweise ätherische Öle, verzichtet wird. Auch ist bei der Auswahl der Salbengrundlagen auf die vorliegenden allergologischen Daten zu achten. Weiterhin sollten bei bekannten Problemen spezielle Zubereitungen ohne Inhaltsstoffe hoher allergener Potenz verfügbar sein (Verzicht auf Duft-, Farb- und Konservierungsstoffe). Damit können bei bereits vorbestehender Sensibilisierung diese alternativen Produkte genutzt werden. ◆

Literatur bei den Verfassern

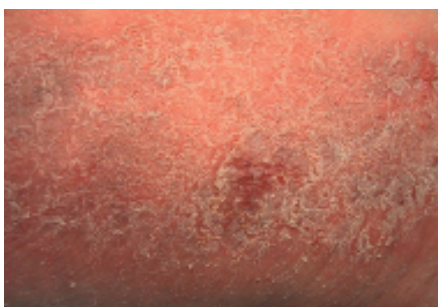


Abb. 1: Sehr trockene Haut am Außenknöchel bei Patienten mit abgeheiltem Ulcus cruris venosum



Abb. 2: Zustand nach zwei Tagen mit Anwendung einer hochwertigen Hautpflege

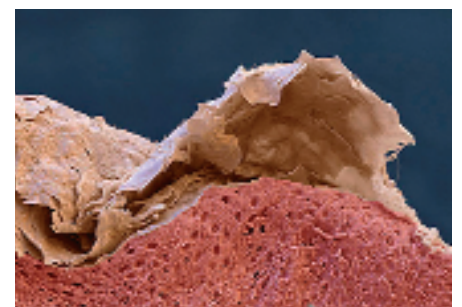


Abb. 3: Rasterelektronenmikroskopische Aufnahme sehr trockener Haut (© G. Kammerlander/Eye of Science 2006)