

Risikomanagement: Nachblutung nach Schilddrüsenoperation

1. Erkennen der Nachblutung

Eine Nachblutung kann sofort erkennbar sein, zum Beispiel bei entsprechender Intensität oder Patienten mit schlankem Hals, bei schleichenden Blutungen und entsprechendem Habitus des Patienten macht sie sich meist verzögert bemerkbar. Wann eine Blutung bemerkt wird, hängt auch davon ab, ob der Patient sich noch im Aufwachraum befindet und hier engmaschig überwacht wird oder aber, ob er sich eventuell schon wieder auf der Station befindet und sich wegen Atemnot oder einem schwellungsbedingten Druckgefühl im Hals bemerkbar macht.

Das zeitnahe Erfassen eine Nachblutung setzt entsprechende **Kontrollmaßnahmen** voraus:

- regelmäßige Inspektion der Halsregion
- standardisierte Umfangsmessung der Halsregion, wobei die erste Messung unmittelbar postoperativ erfolgen und die Anlegestelle des Maßbandes seitlich am Hals mit einem Hautstift markiert werden sollte
- Beobachtung der Fördermenge einer eventuell gelegten Redondrainage
- klinische Symptomatik: Druckgefühl, Dyspnoe, Stridor und Schluckstörungen



Nach Operationen intrathorakaler Strumen und auch bei „kurzen Hälsen“ machen sich Nachblutungen nicht unmittelbar zervikal bemerkbar, sie breiten sich zunächst substernal und parapharyngeal aus und entziehen sich somit der Inspektion.



Dyspnoe, Stridor und Dysphagie sind keine Frühzeichen einer Nachblutung, vielmehr weisen sie auf ein Hämatom hin, dass bereits mechanischen Druck auf die umgebenden Strukturen ausgeübt.

2. Handeln bei Nachblutung

Handeln bei Nachblutung betrifft nicht nur den zuständigen chirurgischen Arzt, sondern auch das Pflegepersonal auf der Station, das nicht selten die ersten Anzeichen einer Nachblutung wahrnimmt, und die OP-Pflegekräfte. Notfallpläne sollten zudem fachübergreifend mit der Anästhesie besprochen, besser noch gemeinsam erarbeitet werden.

2.1 Wer wird benachrichtigt?

Besteht der Verdacht auf eine Nachblutung, sind der zuständige chirurgische Arzt und Oberarzt unmittelbar zu verständigen.

Die Verständigung des chirurgischen Arztes durch das Pflegepersonal über eine eventuelle Nachblutung bedeutet für das Pflegepersonal gleichzeitig: Herz-Kreislauf-Überwachung, O₂-Gabe, Bereitstellung des Notfallkoffers, Kontrolle/Bereitstellung venöser Zugänge.



Bei der Erarbeitung eines Notfallplans sollte das Zusammenstellen eines sterilen „Wunderöffnungs-Sets bei Nachblutung“ für die Station überlegt werden: chirurgische

Pinzette, Materialschere (gerundete Branchen), Kompressen, Einmal-Abdecktücher, OP-Handschuhe.

2.2 Vorgehen bei fehlender respiratorischer Insuffizienz

Weist der Patient keine Zeichen einer respiratorischen Insuffizienz auf und empfindet auch subjektiv keine Atemnot, wird ärztlicherseits entschieden, ob eine weitere, engmaschige Überwachung des Patienten zunächst ausreichend erscheint. In Zweifelsfällen und insbesondere dann, wenn es zu einer Zunahme des Halsumfanges gekommen ist, sollte die Indikation zur operativen Revision großzügig gestellt und zügig veranlasst werden.

2.3 Vorgehen bei respiratorischer Insuffizienz mit Zeitreserve

Die respiratorische Insuffizienz infolge einer Nachblutung kann schlagartig auftreten oder aber auch schleichend durch langsame Zunahme des Halsumfanges. Die Dringlichkeit der dann erforderlichen Maßnahmen muss allen Beteiligten bei der Einführung eines Notfallplans eindringlich vermittelt werden.

Besteht bereits eine respiratorische Insuffizienz (Dyspnoe, Stridor) verständigt der chirurgische Arzt den Anästhesisten. Gemeinsam wird abgeschätzt, ob noch eine Zeitreserve bis zur Intubation im OP-Saal besteht. Wenn ja, erfolgt unverzüglich der ärztlich begleitete Transport des Patienten in den OP. Für die Narkoseeinleitung müssen zusätzliche Intubationshilfen bereitstehen, zum Beispiel flexibles Endoskop, Air-Track, Larynxmaske.

Die Intubation muss in Anwesenheit des Chirurgen erfolgen: gelingt sie nicht oder der Patient lässt sich nicht mehr ausreichend oxygenieren, muss die Operationswunde unverzüglich eröffnet und für Entlastung gesorgt werden, wodurch in den meisten Fällen die Intubation ermöglicht wird. Sollte sie immer noch nicht gelingen, kann die dringliche operative Revision bei ausreichender Oxygenierung des Patienten durchaus in Maskenbeatmung durchgeführt werden. Sind weder eine Intubation noch eine suffiziente Maskenbeatmung möglich, muss eine Nottracheotomie in Erwägung gezogen werden.

2.4 Vorgehen bei respiratorischer Insuffizienz ohne Zeitreserve

Besteht bereits auf der Station ein bedrohlicher Zustand mit fortgeschrittener respiratorischer Insuffizienz, muss vor Ort für unverzügliche Entlastung gesorgt werden, indem die Operationswunde eröffnet wird. Ein auf der Station befindliches Notfall-Set ist hilfreich und vermeidet unnötigen Zeitverlust durch das Zusammensuchen geeigneter Instrumente.

Hierbei muss beachtet werden:

- nicht nur die Hautnaht, sondern auch die Subkutannähte müssen entfernt werden
- adaptierende Nähte im Bereich der vorderen geraden Halsmuskulatur müssen ebenfalls durchtrennt werden, damit sich ein tiefes Hämatom auch entleeren kann

Das Wiedereröffnen der Operationswunde an einem wachen Patienten, in der Regel im Beisein von Mitpatienten, erfordert zugegebenermaßen eine gehörige Portion Courage. Man sollte sich - auch zur eigenen Beruhigung - darüber im Klaren sein, dass die schlagartige Entlastung der Atemwege vom erstickenden Patienten als erlösend empfunden wird. Sollte die bestehende respiratorische Insuffizienz nicht rückläufig sein, muss eine Intubation erwägt

werden. Ist die Atemnot jedoch rückläufig, wird der Patient zügig zur Revision in den OP gebracht.

3. Algorithmus für den Notfall

