

Lagern Sie richtig?

Seitenlagerung Die Seitenlagerung ist – je nach Diagnose – unterschiedlich und doch gleich vorzunehmen. In unserer Bilderserie zeigen wir Ihnen, worauf es bei der Lagerung und Abdeckung des Patienten ankommt. Uns interessiert: Wie führen Sie die Seitenlagerung durch? Senden Sie uns Ihre Tipps und Erfahrungen per E-Mail an ImOP@thieme.de.



An den mit Pfeilen markierten Stellen besteht Diskussionsbedarf. Deshalb würden wir gern von Ihnen wissen, wie Sie die Seitenlagerung an Ihrer Klinik durchführen?

– Karl-Heinz Wagenhäuser –

Ob Hüft-, Nieren-, Wirbelsäulen- oder Thorax-Operation: Der Patient wird auf der Seite gelagert, die Zugangsvoraussetzungen für eine erfolgreiche OP sind dabei zu berücksichtigen.

Für eine Hüft-Operation, wie sie in der Bilderserie gezeigt wird, ist es notwendig, das Bein „frei zugänglich“ zu lagern,

das heißt es muss intraoperativ beweglich sein.

Dies ist für eine Thorax- oder Wirbelsäulen-OP nicht notwendig. Hier ist aber eventuell ein steril eingebauter C-Bogen zu beachten und somit ändert sich die Positionierung der seitlichen Stützen, um zum einen den Patienten stabil zu lagern und zum anderen den Strahlengang frei zu halten.

Bei Lungeneingriffen ist es notwendig, den Arm auf der zu operierenden Seite möglichst flach zu lagern, um zum Beispiel mit den endoskopischen Instrumenten gut hantieren zu können.

Sie sehen, vieles ist, bei gleicher Sorgfaltspflicht, bei der Lagerung zu beachten, obwohl es sich immer um eine Seitenlagerung handelt.



Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.



Abb. 1 Die Beine sind auf einem stabilen, gepolsterten Tunnelkissen gelagert. Die Symphysenstütze wird möglichst weit am Tisch nach oben, Richtung Arm geschoben, um Platz für die Assistenten zu lassen.

Abb. 2 Eine Symphysenstütze, zusätzlich mit Gelpolster, wird am Patienten angebracht. Das Luftkissen („Blunze“) unterstützt den Thorax und schafft Raum für eine physiologische Lagerung der Schulter auf dem Tisch. Der linke Arm wird auf der harten Armschiene zusätzlich mit einer Gelmatte abgepolstert. Der rechte Arm wird auf dem Göbelbeinhalter mit Gelmatte hochgelagert. Dadurch hat die Anästhesie freien Zugang am Infusionsarm und Tubus.

Abb. 3 Die Schulter wird mit einer dreiteiligen Seitenstütze mit Gelmatte unterstützt. Das Becken wird mit einer seitlichen Seitenstütze mit Gelmatte fixiert, die möglichst weit oben am Tisch angebracht wird, um ein freies Stehen des Operateurs zu ermöglichen.

Abb. 4 Aufnahme aus Sicht des Anästhesisten: Der Kopf-Tubus ist ebenso wie die Infusionsarme gut zugänglich. Gut zu erkennen ist hier die gerade Flucht Schulter – Becken – Beine.

Abb. 5 Operateur und Assistenten haben viel Freiraum zum Arbeiten. Die Beine sind sicher und frei gelagert. Der Patient ist durch die Becken-, Symphysen-, Schulterstütze im Zusammenspiel mit dem Ablegen des Arms auf einem Göbelbeinhalter sicher gelagert.

Abb. 6 Bei der Abdeckung hält der Springer oder Assistent das Bein zum Abwaschen und Abdecken bis zur Übernahme gestreckt hoch. Ein steriles Tuch wird unter das abgewaschene Bein geschoben, um ein steriles Herantreten an den OP-Tisch zu ermöglichen.

Abb. 7 Ein Schlittentuch wird vom Schritt aus seitlich entlang geführt und am Patienten angeklebt.

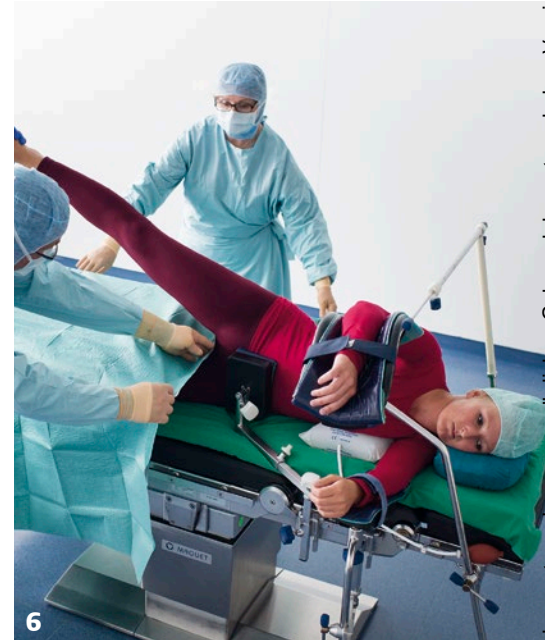
Abb. 8 Das zu operierende Bein wird in eine Stockinette eingepackt und diese mit Tape am Patientenbein fixiert.

Abb. 9 Ein Kopftuch wird aufgeklebt und an den Infusionsständern in Richtung Anästhesie aufgespannt.

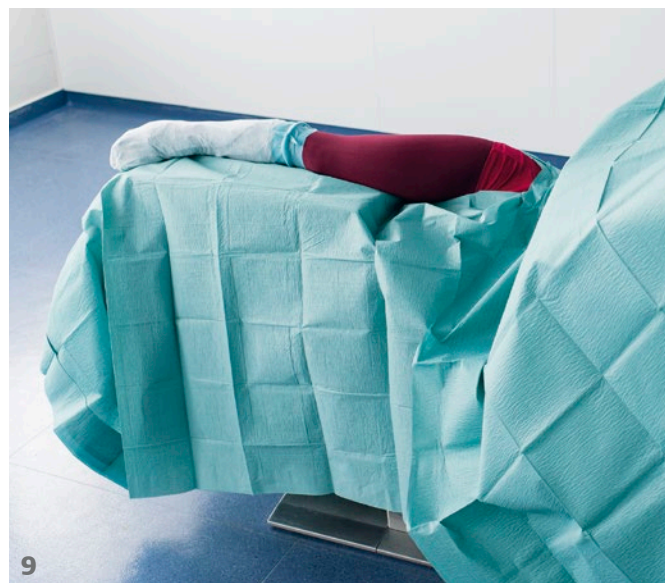


Alle Fotos: Paavo Bläfield

5



6



9

Autor

Karl-Heinz Wagenhäuser
Krankenpfleger im OP; Med.-Gerätebeauftragter Sozialstiftung Bamberg, Klinikum am Bruderwald
E-Mail: kh.wagenhaeuser@gmail.com



Bibliografie

DOI 10.1055/s-0042-109534
Im OP 2016; 6: 211–213
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York · ISSN 1611-7905

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.