

Gepiekt und gestochen

Bernhard Gurtner

Blutentnahmen, intravenöse Injektionen und Infusionen werden trotz alltäglicher Routine immer wieder von Irritationen begleitet. Nicht nur die angestochenen Gefässe können gereizt reagieren, auch die Nerven geplagter Patienten oder frustrierter medizinischer Leitungsmonture liegen blank, wenn die Übung mehrmals wiederholt oder gar abgebrochen werden muss. «Sie können gut stechen», ist ein Gütesiegel erster Klasse, das dankbare Patienten einer Praxis oder Klinik verleihen, während unliebsame Erfahrun-



Geschick bei der Blutentnahme kann das ärztliche und pflegerische Prestige wesentlich steigern.

gen und hässliche Hämatome dem professionellen Prestige erheblichen Schaden zufügen. In vorsichtigen Betrieben gilt deshalb die Hausregel, dass nach zwei misslungenen Versuchen erfolversprechende Hilfe beizuziehen ist.

Glücklich, wer als Medizinstudent durch eine erfahrene Krankenschwester oder einen geduldi- gen ärztlichen Berater in die Kunst der Venenpunktion eingeführt wurde und sich nicht durch Versuch und Irrtum – immer auf Kosten der Patienten – an die wahre Meisterschaft herantasten musste. Wir bewunderten eine geschickte Labo- rantin, wie sie mit Daumen und Zeigefinger der linken Hand die eingeführte Punktionsnadel fi- xierte und gleichzeitig mit dem abgespreizten Ringfinger die Vene komprimierte, wenn sie die Entnahmeröhrchen wechselte. Instruktive Lehr- mittel zu diesem etwas unterschätzten Thema

gab es kaum, zahlreich waren aber die Tips der Könner: Das beschwörende Beklopfen der subku- tanen Fettschichten brachte nicht viel, es wirkte wohl eher als aufmunterndes Tätscheln. Effekt- voller war der Trick des postischämischen Blut- andrangs durch erst straffes, dann gelockertes Anlegen der Staubinde. Für ängstliche Anfänger nützlich war auch der Hinweis, die Haut und das Blutgefäss mit einem energischen Ruck-Zuck an- zusteichen, anstatt sie übervorsichtig einzudellen oder wegzuschieben. Wir lernten, dass es falsch war, die Punktionsstelle nach der Prozedur sogleich mit einem Pflasterchen zu bedecken, wir mussten mindestens zwei Minuten lang ma- nuell komprimieren – bei Antikoagulierten fünf Minuten –, fanden so die Zeit für ein kurzes Ge- spräch und verhinderten, dass sich auch nach perfekt gelungenen Blutentnahmen oder Injek- tionen ein Sekundärhämatom bildete. Wider- sprüchlich waren und sind die Meinungen, wie die Nadelspitze bei der Punktion auszurichten sei. Die Wandläsion und die Gefahr, dass der An- stich zum Durchstich wird, scheinen geringer, wenn die vordere Nadelöffnung nach unten und somit die Schneidekante zum Gefäss hin ge- wendet wird [1].

Die Älteren unter uns erinnern sich an die ro- busten Rekordspritzen, die in den Sanitätskisten und Krankenzimmern der Schweizer Armee überlebten, als die zivile Praxis schon lange nur noch Einwegmaterialien benützte. Zuvor mussten die wiederverwendbaren Injektions- nadeln auf einem Bimsstein nachgeschliffen und mit einer streifenden Fingerbewegung auf Widerhaken an der Spitze abgetastet werden. Zu- sammen mit der in mehrere Teile zerlegten Spritze wurden sie im Autoklaven sterilisiert oder in einem übersprudelnden Kochgefäss reinge- sotten. Hatte der Glaszylinder nicht schon im heissen Bad einen Sprung erlitten, knackte es nicht selten beim Wiedereinführen des Spritzen- stempels, wenn der noch warm geschwollene Metallkolben die zerbrechliche Wandung über- dehnte.

Welch ein Fortschritt, als die leichtgängigen, nur einmal zu gebrauchenden Plastikspritzen und die scharfspitzigen Injektionsnadeln mit den kennzeichnenden farbigen Ansätzen auf- kamen, die kleine Blaue für das Feingeschäft, die Braune für das Größere und die lange Gelbe für Tiefgründiges. Noch grösser war unsere Begeiste-

1 Malzev W. Venenpunktion: Tips & Tricks, Punktion «schlechter Venen» und viel mehr. <http://venpunktion.de> (33 Seiten).

Korrespondenz:
Dr. med. Bernhard Gurtner
Eggstrasse 76
CH-8620 Wetzikon

rung, als intravenöse Verweilkatheter nicht mehr durch kleinchirurgische «venae sectio» plaziert, sondern perkutan eingeschoben werden konnten. Wir lernten, die V. subclavia erst von oben, dann unter dem Schlüsselbein hindurch zu punktieren, fühlten uns nach den ersten gelungenen Eingriffen als grosse Könner, mussten aber erfahren, dass auch wir (und unsere Patienten!) vor Fehlversuchen oder iatrogenen Komplikationen nicht verschont blieben.

Die ersten Intracaths hatten ihre Kinderkrankheiten, wurden doch Chargen mit Kaliberschwankungen geliefert, so dass die Katheter nach anfänglich glattem Durchschlüpfen in den Führungskanülen steckenblieben, was dazu zwang, das Set als Ganzes wieder zu entfernen, um keine Katheterembolien durch Abscherung zu riskieren. Das Problem erinnerte an den Film «Modern Times» von Charlie Chaplin, der durch ungeschickte Manipulationen an einer Plastikschlauchmaschine groteske Riesenschlangen mit stets wechselndem Umfang erzeugte, so als hätten sie Kaninchen verschluckt. Die englische

Herstellerin der Verweilkatheter bestritt heftig, dass bei ihr ein ähnlicher Produktionsfehler erfolgt war. Sie konnte uns aber weder überhöhte Temperaturen im Materiallager noch ein quetschendes Anpacken beim Auspacken oder Einschieben nachweisen, wie sie es den helvetischen Kraftmenschen zugetraut hätte. Eine Delegation der Firma kam zu guter Letzt für einen Augenschein in die Schweiz und nahm die von zarten Händen angesammelten Fehlgebilde zum Austausch mit. Inskünftig respektierte man uns als schwierige Kunden.

Darauf gab es in rascher Folge stets raffiniertere Verweilkanülen, Führungsdrähte, Infusionsportale und Blutentnahmesysteme. Es kamen aber auch immer mehr drogenabhängige Fixer, bei denen alle oberflächlichen Venen undurchgängig geworden waren, nicht nur an den Extremitäten, sondern auch am Hals und sogar am Penis. Geschützt mit Latexhandschuhen stocherten wir nach tiefliegenden Gefässen, ohne damit je die Quellen des Elends aufzufinden.