

7. Was kommt nach der Schlaganfallstation?

Üblicherweise wird der Patient ein bis drei Tage auf der Schlaganfallstation am Monitor überwacht und anschließend auf eine Allgemeinstation verlegt. Dort erfolgt dann weitere Diagnostik im Sinne von Langzeitmessungen des Herzens und des Blutdrucks, die Behandlung der Risikofaktoren (z.B. Blutdruckeinstellung, Cholesterinsenkung) und die Weiterleitung entweder in eine Rehabilitationsklinik oder die Entlassung.

Manchmal ist auch eine Verlegung nach Hause mit Unterstützung durch einen Pflegedienst oder eine Verlegung in ein Pflegeheim notwendig.

8. Hinweise für Angehörige

Der Patient steht im Vordergrund unserer Arbeit. Neben der intensiven pflegerischen Versorgung finden auf der Stroke Unit vor allem am Vormittag die ärztliche Visite und häufig Therapien statt. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Besuchen. Wenn Sie weitergehende Fragen haben, wenden Sie sich vertrauensvoll an das Pflegepersonal und/oder den behandelnden Arzt. Für Gespräche mit dem Stationsarzt vereinbaren sie möglichst nachmittags einen Termin.

Versuchen Sie bei Ihren Besuchen, mit dem kranken Menschen Kontakt aufzunehmen, auch wenn er momentan vielleicht nicht mit Ihnen sprechen kann. Er versteht unter Umständen mehr als Sie vermuten. Vermitteln Sie, dass Sie für ihn da sind und jetzt Zeit für ihn haben.

Je nach Befinden des Patienten kann es sinnvoll sein, wenn nur sehr nahe stehende Personen zu Besuch kommen. Aus Rücksicht auf die Mitpatienten und den Patienten selbst sollen möglichst nicht mehr als zwei Besucher gleichzeitig am Patientenbett sein. Den Besuch von Kleinkindern sprechen Sie bitte mit dem Pflegeteam ab.

Gerne können Sie dem Kranken persönliche Gegenstände wie z.B. Fotos oder Lieblingsmusik in Absprache mit dem Pflegeteam mitbringen. Wegen möglicher Schluckstörungen dürfen dem Patienten Essen und Getränke erst nach Rücksprache mit dem Pflegeteam angeboten werden. Auch bieten wir Ihnen eine Beratung bezüglich der Pflege von Schlaganfallpatienten an. Hierfür stehen Ihnen speziell geschulte Fachkräfte zur Verfügung. Sprechen Sie uns an.

Gerne möchten wir auf die Angebote der Stiftung Deutsche Schlaganfall—Hilfe (Regionalbeauftragter Prof. Niehaus) und insbesondere auf die Schlaganfall-Selbsthilfegruppe (SHG) Rems-Murr hinweisen, die für alle Schlaganfallpatienten und ihre Angehörigen offen ist. Infobroschüren und Kontaktdaten der SHG liegen auf der Stroke Unit aus. Die SHG Rems-Murr trifft sich jeden Monat einmal in der Auszeit im Rems-Murr-Klinikum Winnenden. Termine sind über die Homepage der Selbsthilfegruppe www.shg-remm-murr.de einzusehen.

9. Abkürzungen:

EKG	Elektrokardiogramm (Aufzeichnung der elektrischen Aktionspotentiale des Herzens)
TTE	transthorakale Echokardiographie (Ultraschalluntersuchung durch den Brustkorb)
TEE	transösophageale Echokardiographie (Ultraschalluntersuchung von der Speiseröhre ausgehend)
CCT	Cerebrale Computertomographie (Röntgenschnittaufnahmen des Kopfes)
MRT	Magnetresonanztomographie (Schichtaufnahme des Kopfes im Kernspintomographen mit Magnetfeldern)
EEG	Elektroenzephalogramm (Hirnstromkurve)
Doppler/ Duplex	Ultraschalluntersuchung der Hirngefäße



Rems-Murr-Kliniken gGmbH

Neurologie
Chefarzt Prof. Dr. med. Ludwig Niehaus

Rems-Murr-Klinikum Winnenden
Am Jakobsweg 1
71364 Winnenden

Telefon 07195 591-39260 (Sekretariat)
Fax 07195 591-939260
E-Mail neurologie.winnenden@remm-murr-kliniken.de

www.remm-murr-kliniken.de

Informationen zum Schlaganfall

Jeder Schlaganfall ist ein Notfall und sollte so schnell wie möglich in einer für die entsprechende Diagnostik und Therapie ausgerichteten Klinik behandelt werden.

Die Stroke Unit im Rems-Murr-Klinikum Winnenden ist eine regionale Schlaganfall-Spezialstation mit elf Überwachungsbetten. Hier können Schlaganfallpatienten rasch diagnostiziert und optimal behandelt werden. Die Stroke Unit (Station 23) befindet sich neben der Allgemeinstation der Neurologie (Station 22) in der Ebene 2.

1. Was ist ein Schlaganfall?

Ein Schlaganfall ist die Folge einer Durchblutungsstörung des Gehirns. Diese kann verursacht sein durch:

1. Eine Mangeldurchblutung (Ischämie), weil ein das Gehirngewebe versorgendes Blutgefäß verschlossen ist (ca. 80-85% der Schlaganfälle).
2. Eine Blutung durch den plötzlichen Riss eines Blutgefäßes oder eine Blutung aus einer Gefäßaussackung, einem Aneurysma (ca. 15-20% der Schlaganfälle).

Durch diese Vorgänge erhalten die Nervenzellen im Gehirn zu wenig Sauerstoff und Nährstoffe, so dass sie zugrunde gehen. Wenn es zu einer örtlichen Mangeldurchblutung im Gehirn gekommen ist, so spricht man von einem Hirninfarkt.

Ein Grund für die Aufnahme in eine Schlaganfallstation kann auch eine sogenannte TIA sein, die transitorisch ischämische Attacke, eine kurzzeitige Durchblutungsstörung im Gehirn, die zwar noch keinen „echten“ Schlaganfall darstellt, aber doch ein ernst zu nehmender Notfall ist und evtl. Vorbote eines „richtigen“ Schlaganfalles sein kann. Aus diesem Grund werden Patienten mit einer TIA, deren Symptome die gleichen sind wie beim Schlaganfall, in der Stroke Unit aufgenommen und die gleichen Untersuchungen wie beim Schlaganfall durchgeführt.

2. Die Folgen des Schlaganfalls

Durch einen Schlaganfall entstehen plötzlich neurologische Ausfälle, die sich bemerkbar machen können als:

- Schwäche oder Gefühlsstörung einer Körperseite.
- Verlust der Sprache oder Schwierigkeiten, Gesprochenes zu verstehen.
- Akute Sehstörung, Doppelbilder oder Schwindel.
- Schlagartig auftretende, ungewöhnlich heftige Kopfschmerzen.

3. Risikofaktoren des Schlaganfalls

Risikofaktoren für einen Schlaganfall sind

- Hohes Lebensalter
- Hoher Blutdruck
- Zuckerkrankheit
- Erhöhte Blutfette
- Nikotingenuss
- Übergewicht und Bewegungsmangel
- Herzerkrankungen / Herzrhythmusstörungen.

Die meisten Risikofaktoren begünstigen die Arteriosklerose – die Verkalkung der Blutgefäße, die ihrerseits oft die Ursache für den Schlaganfall ist. Die Arteriosklerose fördert aber auch Herzerkrankungen, die durch häufig begleitende Rhythmusstörungen ein wichtiger Risikofaktor sind. Etwa 75% der Schlaganfälle treffen Menschen nach dem 65. Lebensjahr; bei über 75jährigen ist die Rate dreimal so hoch wie bei den 65–75jährigen.

4. Was ist eine Schlaganfallstation (Stroke Unit)?

Die Schlaganfallstation ist eine spezielle Einrichtung einer Klinik mit der Möglichkeit einer besonders intensiven Betreuung und Überwachung von Patienten mit einem akuten Schlaganfall. In der Akutphase des Schlaganfalls ist der Krankheitsverlauf meistens noch instabil, so dass eine besonders intensive Versorgung des Patienten erforderlich ist. Angestrebt wird die möglichst rasche Verbesserung bzw. die Vermeidung einer Zunahme der Behinderung, die in der ersten Krankheitsphase noch möglich ist.

Die Neurologie in Winnenden verfügt seit dem Jahr 2007 über eine zertifizierte Schlaganfallstation (Stroke Unit), die 2012 als DSG-zertifizierte regionale Stroke Unit zunächst über 6 Betten und mit dem Umzug in das neue Rems-Murr-Klinikum Winnenden auf 11 Monitorbetten erweitert wurde.

Auf der Schlaganfallstation arbeitet ein Team aus besonders geschulten Ärzten und Pflegepersonal zusammen mit Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden (Sprachtherapeuten) und Sozialarbeitern.



Die Schlaganfallstation hat im Wesentlichen folgende Aufgaben:

- unmittelbare Diagnostik des Schlaganfalls als Voraussetzung für eine gezielte Therapie
- mehrfache neurologische Untersuchung pro Tag
- kontinuierliche Überwachung von Blutdruck, Herzaktion, Sauerstoffgehalt im Blut, Blutzucker und Temperatur einschließlich des Blutflusses der zum Hirn führenden Blutgefäße durch spezielle Geräte (Monitore)
- Darüber hinaus soll rasch eine gezielte medikamentöse Therapie einschließlich der Überwachung ihrer Nebenwirkungen erfolgen.
- kardiologische intensive Untersuchung des Herzens
- Weiterhin wird frühzeitig mit der Rehabilitation durch das Pflegeteam, die Physiotherapeuten (Krankengymnasten), Ergotherapeuten (Beschäftigungstherapeuten) und Logopäden (Sprachtherapeuten) begonnen.

5. Welche Untersuchungen erfolgen bei der Aufnahme?

Zunächst wird jeder Patient genau befragt, wie es zu dem Schlaganfall gekommen ist und welche Vorerkrankungen bestehen. Es wird umgehend eine Kernspintomografie (MRT) oder Computertomographie des Kopfes durchgeführt. Handelt es sich um einen Hirninfarkt, wird sofort entschieden, ob die Wiedereröffnung eines verschlossenen Gefäßes mit einer Infusion (Thrombolyse) oder einem Katheter möglich ist. Mittels Ultraschall werden die Gefäße des Halses und des Gehirns untersucht.

Bei der Aufnahme auf der Schlaganfallstation wird jeder Patient an einen Monitor angeschlossen, so dass man engmaschig den Blutdruck, die Herzaktion und den Sauerstoffgehalt im Blut überwachen kann.

Es werden ausführliche Laboruntersuchungen vorgenommen und es wird mit der Diagnostik des Herzens begonnen. Dabei gibt es zwei Verfahren: Das Herz kann zum einen mit Ultraschall von außen untersucht werden (transthorakale Echokardiographie), aber in vielen Fällen ist eine Herzuntersuchung von der Speiseröhre ausgehend notwendig, um kleine Blutgerinnsel und Klappenveränderungen genau erkennen zu können. Diese Untersuchung erfordert, dass ein Schlauch geschluckt wird (transösophageale Echokardiographie, sog. Schluck-Echokardiographie), vergleichbar mit einer Magenspiegelung. Sie wird von den kardiologischen Kollegen unseres Hauses durchgeführt.

Innerhalb der nächsten Tage ist möglicherweise eine spezielle Untersuchung des Kopfes mit Hilfe der Kernspintomografie oder aber auch eine Gefäßdarstellung im Rahmen einer Kontrastmittel-gestützten Angiographie notwendig.

6. Therapeutisches Management auf der Schlaganfallstation

Die Therapie auf der Schlaganfallstation wird unterteilt in Akuttherapie, Sekundärprophylaxe (Schlaganfallvorbeugung) und Therapie der Risikofaktoren.

Akuttherapie:

Bei einem akuten Schlaganfall befindet sich um das geschädigte Gewebe herum eine Zone mit funktionsgestörtem, aber noch zu rettendem Hirngewebe (sog. Penumbra). In diesem Bereich liegt zwar auch eine Durchblutungsstörung vor, jedoch ist das Gewebe noch erhaltungsfähig bei Wiederherstellung der Durchblutung.

Zur Soforttherapie gehört die so genannte Lysetherapie, bei der ein Medikament verabreicht wird, welches durch Blutgerinnsel verursachte Gefäßverschlüsse auflöst. Diese Therapieform ist allerdings nur sinnvoll in den ersten 3 bis maximal 4,5 Stunden nach Beginn der Symptomatik. Ein ausreichend hoher Blutdruck, eine genügende Sauerstoffzufuhr, ein normaler Blutzucker und eine normale Körpertemperatur sind zur Erhaltung von funktions- und durchblutungsgestörtem Hirngewebe wichtig. Deshalb findet in den ersten zwei bis drei Tagen die Überwachung und Behandlung auf der Stroke Unit statt.

Andere gerinnungshemmende Medikamente werden häufiger gegeben, um eine Verschlechterung oder einen erneuten Schlaganfall zu vermeiden.

Schlaganfallvorbeugung:

Unter der Schlaganfallvorbeugung (Sekundärprophylaxe) versteht man die längerfristige Behandlung, die nach einem Schlaganfall eingeleitet wird und einen weiteren Hirninfarkt verhindern soll. Es gibt im Wesentlichen drei Medikamente (ASS, Dipyridamol (Aggrenox) und Clopidogrel), die verhindern sollen, dass Blutplättchen verklumpen und zu Gefäßverschlüssen führen. Andere blutverdünnende Therapien sind Marcumar, Xarelto und Pradaxa, die Blut, ähnlich wie bei einem Bluter, gerinnungsunfähig machen. Wenn eine hochgradige Einengung einer Halsschlagader nachgewiesen worden ist, ist in bestimmten Situationen eine Operation dieser Einengung oder eine Aufdehnung und Stentimplantation über einen Katheter notwendig und sinnvoll.

Zur Behandlung auf der Schlaganfallstation gehört auch eine umfangreiche Aufklärung über den Schlaganfall, die von der Vorsorge bis zur Nachsorge reicht. Weitere Informationen sind durch die Ärzte und das Pflegepersonal der Stroke Unit erhältlich.