

Walter Scheiber  
Richardsweg 4a  
6020 Innsbruck

## Fallbeispiel zum Krankheitsbild „Ulcus cruris“



Abschlussarbeit zur Weiterbildung Wundmanagement

Eingereicht bei DGKP Marianne Hintner  
Wundmanagerin im  
WFZ Innsbruck  
Am 29. August 2011

# Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort .....	3
2. Warum die Fallbeschreibung von Herrn K. ....	4
3. Informationen zu Herrn K. und seiner Diagnose .....	4
4. Details zur Diagnose Ulcus cruris.....	5
4a. Ulcus cruris venosum .....	5
4b. Ulcus cruris arteriosum.....	8
4c. Ulcus cruris mixtum .....	9
4d. Ulcus cruris, andere Genese .....	9
5. Fallbeispiel Herr K. – Verlauf der Wundbehandlung .....	9
6. Mein persönliches Resümee .....	34
7. Quellenabgabe .....	35
8. Einverständniserklärung zu den verwendeten Fotos im Anhang	

## 1. Vorwort

Zu Beginn möchte ich ein wenig von mir erzählen, was ich gemacht habe und wie ich zum Entschluss gekommen bin, die Wundmanagementweiterbildung in Innsbruck zu besuchen.

Ich habe im AZW die Ausbildung zum Diplomkrankenschwester absolviert, bis 1998. Meine ersten Berufserfahrungen im Pflegebereich habe ich dann in Hochzirl gesammelt, auf der Abteilung Neuro Reha. Ich habe mich dort im Großen und Ganzen sehr wohl gefühlt und bin immerhin für 6 Jahre geblieben. Seit 7 Jahren arbeite ich im Hospiz.

Während meiner beruflichen Laufbahn war ich bis dato fast täglich mit Wunden konfrontiert. Ich habe zwar immer gerne verbunden, aber meine Behandlungen waren nicht immer von Erfolg gekrönt. Manchmal hat es super geklappt und manchmal überhaupt nicht. Auch wenn ich ArbeitskollegInnen zu Rate gezogen habe, konnten mir die auch oft nicht weiterhelfen. Jeder arbeitet teilweise nach Gefühl und vor allem macht jeder die Wundbehandlung nach seinen speziellen Methoden und das ist sicher ein Problem. Weiters erschwerend ist ein unglaubliches Überangebot an großteils sicher guten Verbandstoffen dazugekommen. In den letzten Jahren sind die diversen Stationen von verschiedensten Produkten unterschiedlichster Firmen nahezu überschwemmt worden.

Ich hab schon lange mit dem Gedanken gespielt, mich in diesem Bereich weiterzubilden und mir endlich Sicherheit und vor allem Klarheit im täglichen Umgang mit Wunden und Verbandstoffen zu erwerben.

Aber, wie es so oft ist, hatte ich mir nie die Zeit genommen, mich ausreichend zu informieren und anzumelden. Bis eines Tages meine Stationschwester zu mir gekommen ist und mich gefragt hat, ob ich den Wundmanagement Kurs machen will; und das war dann der Startschuss, mich anzumelden. Ich habe bis jetzt keine Sekunde bereut, schon sehr viel gelernt und unglaublich viel Erfahrungen gesammelt.

## **2. Warum die Fallbeschreibung von Herrn K.**

Ich möchte auf den folgenden Seiten von meinen Erfahrungen im Rahmen der Wundmanagementausbildung erzählen.

Im Zuge meines Praktikums im WFZ, Wund Fussio Zentrum, kommt Frau K. zu meiner Kursleiterin, Marianne Hintner. Frau K. ist komplett verzweifelt, sie schaffe es zu Hause nicht mehr, ihren Mann zu pflegen. Er hätte u.a. offene Beine, die immer grösser und übelriechender werden, und Herr K. wäre zwar schon sehr oft in der Klinik gewesen, aber sie würden ihn nach nur sehr kurzer Zeit immer wiedernach Hauseschicken. Frau Hintner führt mit der betroffenen Dame ein sehr langes Gespräch, bei welchem ich dabei sein darf. Es ist sehr angenehm zu sehen, wie Marianne Hintner durch ihre Erfahrung und Kompetenz Frau K. Sicherheit geben kann und das Gefühl, dass sie jetzt an der richtigen Stelle ist. Meine Kursleiterin entschließt sich zu einem Hausbesuch, ich darf sie begleiten. Die Wundproblematik von Herrn K. zeigt sich dann als ein sehr interessanter Fall und ich beschliesse meine Abschlussarbeit über die Behandlung von Herrn K. zu gestalten.

## **3. Informationen zu Herrn K. und seiner Diagnose**

Herr K. ist 70 Jahre alt und polymorbid

Details zu seiner Diagnose:

- Generalisierte Gefäßsklerose
- PAVK-St.p.Stent- PTA Ateriofemoralissuperficialis sin.( 5.4.2011)
- Z.n. Sklerosierung Venasaphenaparvau.IPV
- Ulcus cruris mixt. beidseits mit Begleiterysipel
- Protein C Mangel, Antithrombin 3 Mangel,
- Rez.Vorhofflimmern,KHK
- Ischämische CMP mit Grenzwertiger EF
- COPD Grad 3 ,Obstruktives Schlafapnoesyndrom mit BI-PAP nachts(11/2009)
- Arterielle Hypertonie mit konzentrischer LVH
- Diabetes mellitus Typ 2- Diabetische Polyneuropathie
- Periphere Peroneusläsion rechts

- Chronische Niereninsuffizienz, Arteria cerebri media Infarkt (10/2008)
- Hirnstamminfarkt(1996), Zerebraler Insult (07/2007)
- Chronisches Exsikkationsekzem – generalisierter Pruritus
- Knie – TEP rechts
- TURP (2004), Serienrippenfraktur li (Pleuraschwarte)

Herr K. sitzt zuhause im Rollstuhl, in einer sehr kleinen Wohnung. Er kann kleine Transfers mit Unterstützung vornehmen, zum Beispiel von der Couch in den Rollstuhl. Herr K. ist voll orientiert und sehr daran interessiert, dass die betroffene Wunde sobald wie möglich wieder verheilt. Er vertraut uns und glaubt an einen erfolgreichen Heilungsprozess.

#### **4. Details zur Diagnose Ulcus cruris**

Als „Ulcus cruris“ gelten generell Wunden am Fuß bzw. Unterschenkel aufgrund arterieller und / oder venöser Gefäßerkrankungen.

**85% aller Beingeschwüre treten im Bereich des Unterschenkels auf**

##### **Einteilung und Häufigkeit des Ulcus cruris**

- Ulcus cruris venosum 72%
- Ulcus cruris arteriosum 8%
- Ulcus cruris mixtum 14%
- Ulcus cruris, andere Genese 6% (z.B. Hauttumore)

##### **4a. Ulcus cruris venosum**

**Definition:** Ulcus cruris venosum ist ein Unterschenkelgeschwür, meist über dem Innenknöchel lokalisiert.

**Entstehung:** Venenveränderungen und –schwäche gehören zu den häufigsten Leiden in unserer Gesellschaft. Ulcus cruris venosum ist die schwerste Komplikation einer chronischen Veneninsuffizienz.

## **Die wichtigsten Mechanismen der Venen:**

Die Venenklappen befördern Blutstrom in Richtung Herz. Die Muskelpumpen erzeugen eine wechselnde Druck- und Saugwirkung

Ist der Rückfluss des Blutes zum Herzen gestört, sprechen wir von einer Veneninsuffizienz.

Der venöse Druck im Bereich der unteren Extremität steigt, es kommt zur Überlastung der Venen und zu einer Flüssigkeitseinlagerung im Gewebe. Kurzzeitig vermag das Lymphsystem das Stauungsödem durch vermehrten Abtransport zu kompensieren. Bleibt dieser Zustand länger bestehen, wird aber auch das lymphatische Gefäßsystem geschädigt. Es kommt zur verminderten Sauerstoff- und Nährstoffversorgung. Lokal um die Gefäße entwickelt sich eine Sklerosierung und Degeneration. Die Entzündungsprozesse, verbunden mit trophischer Hautveränderung sind ein sichtbares Zeichen. Der Ulcus cruris venosum entwickelt sich besonders im Bereich der Knöchel. Ist der gesamte Unterschenkel zirkulär betroffen, spricht man vom Gamaschenulcus.

## **Einteilung der Chronischen-venösen Insuffizienz**

- Grad 1: besenreiserartige Venen oberhalb des Fußgewölbes. Ödembildung im Knöchelbereich
- Grad 2: hyperpigmentierte Haut, Unterschenkelödem, Dermatoliposklerose bis hin zur Atrophie blanche
- Grad 3: manifestiert sich als blühendes oder abgeheiltes Ulcus cruris venosum.

Um ein Ulcus cruris venosum suffizient behandeln zu können genügt die Lokalthherapie nicht. Da ursächlich die venöse Dekompensation mitverantwortlich für die Entstehung ist, kann nur durch fachgerechte Kompression eine Abheilung erzielt werden. Ohne Kompression kann ein Ulcus trotz noch so guter Lokalthherapie, schwerlich bis gar nicht zur Abheilung gebracht werden.

## **Risikofaktoren für die Entstehung von Ulcus cruris:**

- Familiäre oder berufliche Belastung
- Alter / Immobilität

- Übergewicht / Schwangerschaft
- Tiefe Beinvenenthrombosen

#### **Therapie:**

- Behandlung der Grunderkrankung z.B. Diabetes mellitus
- Gefäßchirurgischer Eingriff

#### **Begleitende Maßnahmen zur Behandlung des Ulcus cruris venosum**

##### **(Kompressionstherapie):**

- Der Kompressionsdruck muss exakt den Erfordernissen der Krankheit angepasst sein.
- Das wird grundsätzlich erreicht, indem der Kompressionsdruck am Bein herzwärts kontinuierlich abnimmt.

##### **Die Kompressionstherapie führt:**

- Zur Beseitigung der venösen Stauung
- Zur Beschleunigung des venösen Rückflusses
- Zum Abtransport von Flüssigkeit und Schlackenstoffen
- Zur Vorbeugung von erneuten Stauungen

##### **Folgende Kompressionsklassen gibt es:**

- **Klasse 1: leicht**- Druck zwischen 18.4 und 21.2mmHg (leichter Druck am Fußgelenk, bei schweren, müden Beinen beginnendes Krampfadernleiden)
- **Klasse 2: mittel** -Druck zwischen 25.1 und 32.1 mmHg (ausgeprägte Krampfadern, geschwollene Beine, nach Thrombosen oder bei kleinen, abgeheilten Geschwüren)
- **Klasse 3 : stark** - Druck zwischen 36.4 und 46.5 mmHg (bei chronischer Venenschwäche, bei ausgeprägten Hautveränderungen und nach dem Abheilen eines Beingeschwüres)
- **Klasse 4: sehr stark** - Druck über 49mmHg, oft über 60mmHg (Lymph- und Lipödemen)

#### **4b. Ulcus cruris arteriosum**

**Definition:** Ulcus cruris arteriosum ist ein arteriell bedingtes Unterschenkelgeschwür.

Häufigste Ursache ist die Arteriosklerose der mittleren und großen Gefäße der unteren Extremitäten.

Das arteriell bedingte Ulcus muss besonders gut beobachtet werden, es besteht stets vitale Gefährdung der Extremität

**Ursachen:**

- Arterielle Verschlusskrankheit
- Diabetische Angiopathie
- Vaskulitiden (Gefäßentzündung)
- Hypertonie (Rauchen, Ernährung)

**Stadien des Ulcus cruris arteriosum:**

- **Stadium 1:** symptomlos, eventuell leichte Ermüdbarkeit beim Gehen.
- **Stadium 2:** ab 200m Gehstrecke Schmerzen
- **Stadium 3:** Ruheschmerz
- **Stadium 4:** Dauerschmerz, Ulcus, Nekrose, Gangrän

**Diagnostik:**

Für eine differenzierte Diagnostik sollten folgende Punkte beachtet werden:

- Anamnese
- Risikofaktoren
- Lokalisation
- Vorerkrankungen
- Schmerzstatus

**Untersuchungsmethoden:**

Arterielle Doppler- und Duplexuntersuchung.

Angiographie



Röntgen

#### **Therapie des Ulcus cruris arteriosum:**

- Behandlung der Grunderkrankung
- Maßnahmen zur Verbesserung der Durchblutung

#### **4c. Ulcus cruris mixtum:**

Ulcus cruris mixtum ist eine Mischform aus venösen und arteriellen Ulcus

#### **4d. Ulcus cruris anderer Genese:**

- Maligne Ulcera
- Läsionen durch Selbstverletzung
- Traumata

### **5. Fallbeispiel Herr K. – Verlauf der Wundbehandlung**

Herr K. trägt bds. Thromboseprophylaxestrümpfe (TPS). Beim Entfernen dieser sehen wir, dass auf der linken Seite der Strumpf mit Sekret kontaminiert ist. Weiters ist der Verband mit Mullbinde fixiert und über dem Alginat ist eine Folie geklebt. Beim Entfernen des Verbandes finde ich am linken Außenknöchel eine kreisrunde, wie ausgestanzte Läsion.

#### **Ulcus arteriosum**

#### **Wundbeurteilung**

Wundgröße: 3x3cm, Tiefe: 1cm

Exsudation: sehr stark

Wundgeruch: nein

Wundumgebung: stark gerötet, ödematös, Pergamenthaut, schuppig

Wundrand: mazeriert

Wundgrund: 70%Fibrinbeläge

30%Granulationsgewebe

Wundtaschen von 3:00 – 7:00 Uhr

- Zehenzwischenräume: intakt
- Fußsohle: massiv schuppend



Sekundärverband: Allevyn Non Adhesive

Fixierung: elastische Binde

Verband 3 Tage belassen.

### **Ulcus venosum**

Lateral des Schienbeins.

### **Wundbeurteilung**

Wundgröße: 1.5x1.3cm, oberflächlich

Exsudation: mäßig

Wundgeruch: nein  
Wundumgebung: rot, ödematös, Pergamenthaut  
Wundrand: epithelisierend  
Wundgrund: 30%Granulationsgewebe  
60%Fibrinbeläge  
10%Epithelgewebe

Das gesamte Bein ist gerötet,wobei es am Oberschenkel exanthemartig aussieht, Herr K. leidet unter Pruritus.

Frau K. bringt die Krankengeschichte, die Diagnosen sind in Kapitel 3 angeführt.Weitere Info von Frau K.: Die Wunde entstand durch Anstoßen an einem spitzen Gegenstand,schon vor einigen Monaten. Voruntersuchungen wurden gemacht und Ulcus Cruris mixtum diagnostiziert.

Venöse Ulcus links lateral beim Schienbein und arterielles Ulcus links Außenknöchel bei beiden Wunden.

### **Wundbehandlung**

Nassphase: mit Octenilin Wundspüllösung 5 min.  
Wundrand: ZCR Zinkcreme, Oberschenkel und Wade mit Pflegecreme  
ss versorgt.  
Primärverband: Alginat auf Wundgröße zugeschnitten  
Sekundärverband: Allewyn Non Adhesiv  
Fixierung: locker mit Peha-haft

## 20.5.

Herr K. wirkt entspannt und zufrieden, er gibt nur ein einmaliges Ziehen am Außenknöchel an. Die Nassphase, 5 min. mit Octenilin und Wundreinigung habe ich bei jedem Verbandswechsel vor dem Wundfoto gemacht, daher werde ich es im weiteren Verlauf nicht mehr anführen.

### Ulcus venosum

#### Wundbeurteilung

Wundgröße: 1.3x1.2cm, oberflächlich

Exsudation: mäßig

Wundgeruch: nein

Wundumgebung: gerötet, ödematös, Pergamenthaut

Wundrand: epithelisierend

Wundgrund: 50%Granulationsgewebe  
30%Fibrinbeläge  
20%Epithelgewebe



## Wundbehandlung

Wundrand: ZCR Zinkcreme, Oberschenkel und Wade mit Coolingcreme behandelt

Primärverband: Algisit M auf Wundgröße zugeschnitten

Sekundärverband: Allevyn Non Adhesive

Fixierung: mit elastischen Binden und Durapor

## Ulcus arteriosum

### Wundbeurteilung

Wundgröße: 3x3cm, Tiefe: 1cm

Exsudation: sehr stark

Wundgeruch: nein

Wundumgebung: rot, leicht ödematös, weniger schuppig

Wundrand: mazeriert

Wundgrund: 70% Fibrinbeläge, beginnen sich zu lösen  
30% Granulationsgewebe

Wundtaschen von 3:00 – 7:00 Uhr



## **Wundbehandlung**

Wundfüller: wenig Octenilien Gel.  
Primärverband: Algisite M auf Wundgröße zugeschnitten  
Sekundärverband: Allewyn Non Adhesive  
Fixierung: elastische Binde und Durapor

Fußsohle stark schuppig, Nägel, Zehen, Zehenzwischenräumen und Fußsohle laut Arztverordnung mit Pevaryl Creme versorgt.

Rechtes Bein, gleiches Bild der Fußsohle wie links. Danach beide Fußsohlen mit Pevaryl eingecremt und die Beine mit Coolingcreme wegen Juckreiz.

## **23.5**

Herr K. ist gut gelaunt, gibt keine Schmerzen an.

## **Ulcus venosum**

### **Wundbeurteilung**

Wundgröße: 1.3x1cm, oberflächlich  
Exsudation: wenig  
Wundgeruch: nein  
Wundumgebung: gerötet, ödematös, Pergamenthaut, keine Schuppen  
Wundrand: epithelisierend  
Wundgrund: 60% Granulationsgewebe  
10% Fibrinbeläge  
30% Epithelgewebe

## **Wundbehandlung**

Wundrand: ZCR Zinkcreme, Oberschenkel und Wade mit Coolingcreme behandelt

Primärverband: Algisit M auf Wundgröße zugeschnitten

Sekundärverband: Allevyn Non Adhesive

Fixierung: mit elastischen Binden und Durapor

## **Ulcus arteriosum**

### **Wundbeurteilung**

Wundgröße: 3x3cm, Tiefe: 1cm

Exsudation: sehr stark

Wundgeruch: nein

Wundumgebung: rot, leicht ödematös, weniger schuppend

Wundrand: belegt

Wundgrund: 70%Fibrinbeläge, beginnen sich zu lösen  
30%Granulationsgewebe

Wundtaschen von 3:00 – 7:00 Uhr



## Wundbehandlung

Wundreinigung: Mechanisches Debridement

Wundfüller: wenig Octenilingel.

VW: idem

## 25.5

Herrn K. geht es gut, hat keine Schmerzen.

## Ulcus arteriosum

### Wundbeurteilung

Wundgröße: 3x3cm, Tiefe: 1cm

Exsudation: stark

Wundgeruch: nein

Wundumgebung: gerötet, leicht ödematös,

Wundrand: belegt

Wundgrund: 70%Fibrinbeläge, beginnen sich zu lösen  
30%Granulationsgewebe

Wundtaschen von 3:00 – 7:00 Uhr





## **Wundbehandlung**

Wundfüller: wenig Octenilingel.

VW: idem

## **Ulcus venosum**

### **Wundbeurteilung**

Gleichbleibend, keine Besserung,

ICH HÄTTE JETZT GERNE DIE THERAPIE UMGESTELLT, auf Medihoney Algisite M und Allevyn Non Adhesive.



Leider hatte ich diese Verbandstoffe nicht dabei, darum mache ich den VW idem.  
Beide Fußsohlen weniger schuppend.

**27.5**

Herr K. hat keine Schmerzen,

## **Ulcus venosum**

### **Wundbeurteilung**

Wundgröße: 1.3x1cm, oberflächlich

Exsudation: sehr stark

Wundgeruch: nein

Wundumgebung: Rötung genau abgegrenzt (eventuell Reaktion auf Wundexsudat?)

Wundrand: epithelisierend, rosa Saum

Wundgrund: 50%Granulationsgewebe  
10%Fibrinbeläge  
40%Epithelgewebe



### **Wundbehandlung**

Primärverband: Medihoney und Algisit M auf Wundgröße zugeschnitten

Sekundärverband: Allevyn Non Adhesive und 5 Tage belassen

Fixierung: mit elastischen Binden und Durapor

Wundrand: ZCR Zinkcreme

### **Ulcusarteriosum**

### **Wundbeurteilung**

Wundgröße: 3x3cm, Tiefe: 1cm

Exsudation: mäßig  
Wundgeruch: nein  
Wundumgebung: gerötet, leicht ödematös,  
Wundrand: belegt, teilweise epithelisiert  
Wundgrund: 70%Fibrinbeläge, auf 5.00 Uhr starke Beläge  
30%Granulationsgewebe  
Wundtaschen von 3:00 – 7:00 Uhr



### **Wundbehandlung**

Wundfüller: Medihoney  
Primärverband: Ligasano Schaumstoff  
Sekundärverband: Sorbion Plus  
Fixierung: elastische Binde und Durapor  
Wundrand: ZCR Zinkcreme

Oberschenkel und Wade mit Coolingcreme behandelt und für die Fußsohle Pevaryl verwendet.

## 30.5

Herrn K. geht es gut, keine Schmerzen, Verband hat durchgenässt.

### Ulcus venosum

#### Wundbeurteilung

Wundgröße: 1.3x1cm, oberflächlich

Exsudation: sehr stark

Wundgeruch: nein

Wundumgebung: stark gerötet, leicht ödematös, mazeriert, multiple Druckstellen mit ca. 3x0, 2 mm. Laut Frau K. hat ihr Mann TPS nach unten geschoben.

Wundrand: epithelisierend, rosa Saum

Wundgrund: 50%Granulationsgewebe

10%Fibrinbeläge

40%Epithelgewebe



## **Wundbehandlung**

- Primärverband: Medihoney und Algisit M auf Wundgröße zugeschnitten
- Sekundärverband: Alleevyn Non Adhesive und 5 Tage belassen
- Fixierung: mit elastischen Binden und Durapor
- Wundrand: ZCR Zinkcreme
- Wundumgebung: laut Arztanordnung mit Nerisona behandelt. Creme einziehen lassen, danach mit Caviol einsprühen und 30 sec. trocknen lassen,  
zusätzlich mit ZCR Zinkcreme eincremen.

## **Ulcus arteriosum**

Nassphase und Wundreinigung

## **Wundbeurteilung**

- Wundgröße: 3x3cm, Tiefe: 1cm
- Exsudation: mäßig
- Wundgeruch: nein
- Wundumgebung: minimal gerötet, leicht ödematös,
- Wundrand: belegt, teilweise epithelisiert
- Wundgrund: 70%Fibrinbeläge, Beläge unverändert (darum Ligasano abgesetzt)  
30%Granulationsgewebe  
Wundtaschen von 3:00 – 7:00 Uhr



## **Wundbehandlung**

Wundreinigung: Die Behandlung mit Ligasano funktioniert sehr gut, darum bei der restlichen Behandlung des Ulcus arteriosum immer Ligasano verwendet.

Wundfüller: Wunde und Wundtaschen ausreichend mit Medihoney

Primärverband: Algisite M

Sekundärverband: Allevyn Non Adhesiver Schaumstoff

Fixierung: elastische Binde und Durapor

Wundrand: ZCR Zinkcreme

Gesamtes Bein mit Cooling Creme versorgt, und Fußsohlen mit Pevaryl.

## **1.6.**

### **Ulcus venosum**

#### **Wundbeurteilung**

Wundgröße: 1.3x1cm, oberflächlich

Exsudation: kaum Exsudat

Wundgeruch: nein

Wundumgebung: gerötet, intakt nicht mehr ödematös und mazeriert

Wundrand: epithelisierend, rosa Saum

Wundgrund: 50%Granulationsgewebe

50%Epithelgewebe



### **Wundbehandlung**

Primärverband: Medihoney und Algisite M auf Wundgröße zugeschnitten

Sekundärverband: Allevyn NonAdhesive und 5 Tage belassen

Fixierung: mit elastischen Binden und Durapor

### **Ulcus arteriosum**

#### **Wundbeurteilung**

Wundgröße: 3x3cm, Tiefe: 1 cm

Exsudation: starke Exsudation

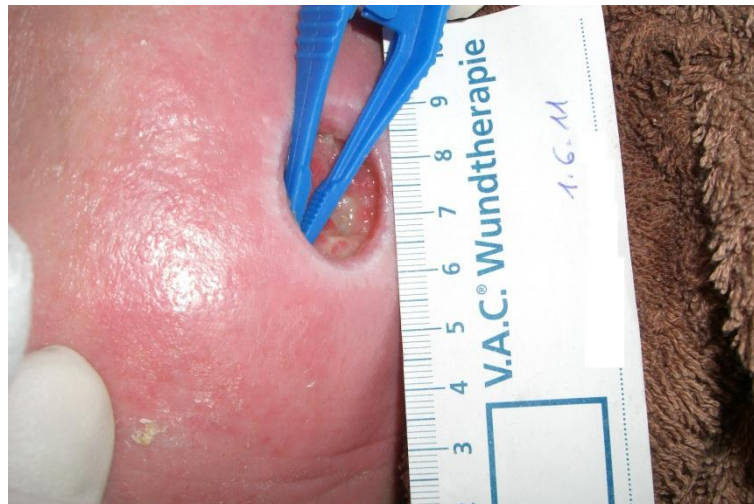
Wundgeruch: nein

Wundumgebung: minimal gerötet, leicht ödematös,

Wundrand: belegt, teilweise epithelisiert



Wundgrund: 50%Fibrinbeläge,  
40%Granulationsgewebe  
10%Epithelgewebe  
Wundtaschen von 3:00 – 7:00 Uhr Tiefe 5mm



### Wundbehandlung

VW : idem

Druckstelle der Mittelzehe aufgrund eines zulangenen Nagels der Großzehe

Med. Fußpflege empfohlen, inzwischen mit Watteverband gut gepolstert



### **3.6.**

#### **Ulcus venosum**

Verband trocken, darum belassen

#### **Ulcus arteriosum**

#### **Wundbeurteilung**

Wundgröße: 3x3cm, Tiefe: 1cm

Exsudation: starke Exsudation

Wundgeruch: nein

Wundumgebung: minimal gerötet, leicht ödematös,

Wundrand: leicht mazeriert

Wundgrund: 40% Fibrinbeläge,  
60% Granulationsgewebe  
10% Epithelgewebe

Wundtaschen von 3:00 – 7:00 Uhr granulierend Tiefe 5mm

#### **Wundbehandlung**

VW: idem

Außer aufgrund des Exsudatmanagements statt Allevyn Non adhäsive, ein Sorbion Sacht verwendet

An den Fußsohlen keine Schuppen mehr, mit NCR - Creme eingecremt, Pat. war bei der Med. Fußpflege. Mittelzehe, 2mm. Große, rote Stelle mit ZCR Zinkcreme behandelt und Watteschutzverband gemacht, danach wie immer TPS angezogen

## 6.6

### Ulcus venosum

#### Wundbeurteilung

- Wundgröße: 0.8x0.5cm, oberflächlich
- Exsudation: wenig
- Wundgeruch: nein
- Wundumgebung: leichte gerötet und ödematös
- Wundrand: epithelisierend, rosa saum
- Wundgrund: 50%Granulationsgewebe  
50%Epithelgewebe



#### Wundbehandlung

- Primärverband: Medihoney
- Sekundärverband: Allevyn NonAdhesive und 5 Tage belassen
- Fixierung: mit elastischen Binden und Durapor
- Wundrand: ZCR Zinkcreme
- Wundumgebung: Coolingcreme

## Ulcus arteriosum

### Wundbeurteilung

Wundgröße: 2,8x2,8cm, Tiefe: 1cm

Exsudation: starke Exsudation

Wundgeruch: nein

Wundumgebung: gerötet, leicht ödematös,

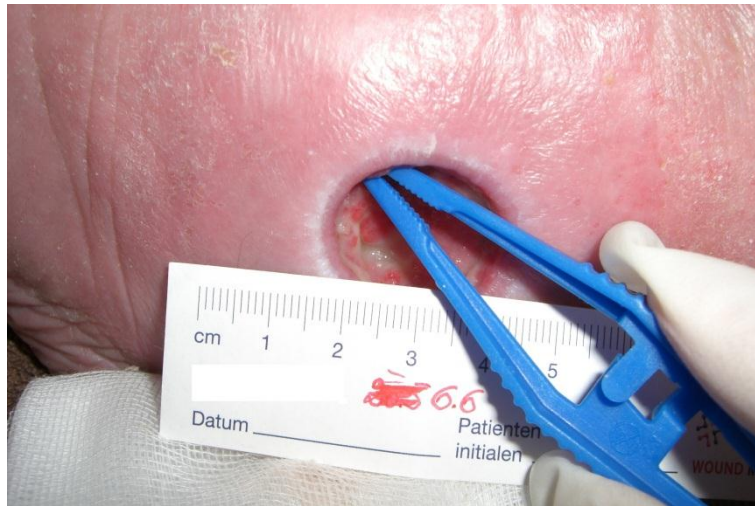
Wundrand: zum Teil epithelisiert und zum Teil mazeriert

Wundgrund: 40% Fibrinbeläge,  
60% Granulationsgewebe

10% Epithelgewebe

Wundtaschen von 3:00 – 7:00 Uhr granulierend Tiefe 5mm





## Wundbehandlung

VW: idem

Sekundärverband: größeres Sorbion Sachet, 18x10 verwendet.

Druckstelle Zehe: Durchmesser 2mm., trocken leicht erhaben, geht leider nicht zum Lösen, darum belassen, gepolstert und beobachten.

## 8.6

Herr K. hat keine Schmerzen.

## Ulcus venosum

### Wundbeurteilung

Wundgröße: 0.5x0.5cm, oberflächlich

Exsudation: kein

Wundgeruch: nein

Wundumgebung: massiv gerötet (gesamtes Schienbein bis Kniebereich gerötet, li lateral mit geröteten Herden)

Wundrand: epithelisierend, rosa saum

Wundgrund: 40%Granulationsgewebe

60%Epithelgewebe

### **Wundbehandlung**

VW: idem

Sekundärverband: (außer statt Allewyn Non adhäsiv hab ich Allewynadhesive verwendet,da Wunde keine Infektionszeichen hat), nur 7 Tage belassen.

### **Ulcusarteriosum**

Nassphase und Wundreinigung (Beläge lösen sich)

### **Wundbeurteilung**

Wundgröße: 2.5x2,5cm,Tiefe: 1cm

Exsudation: mäßig

Wundgeruch: nein

Wundumgebung: massiv gerötet, leicht ödematös,

Wundrand: epithelisiert, leicht mazeriert

Wundgrund: 40%Fibrinbeläge,

60%Granulationsgewebe

10%Epithelgewebe

Wundtaschen von 3:00 – 7:00 Uhrgranulierend Tiefe 5mm



## Wundbehandlung

VW: idem

Wundumgebung: gesamtes Bein mit Coolingcreme eingecremt und Gattin angeleitet Haut zu beobachten und bei Verschlechterung sich sofort zu melden.

11.6

## Ulcus venosum

**Verbandbeurteilung:** kein Exsudat, darum Verband belassen

## Ulcus arteriosum

Herr K. merkt zeitweise ein Ziehen am Ulcus arteriosum (das interpretiere ich als gutes Zeichen).

## Wundbeurteilung

Wundgröße: 2,5x2,5cm, Tiefe: 1cm

Exsudation: wenig

Wundgeruch: nein

Wundumgebung: weniger gerötet, (Rötung flächenmäßig gleich geblieben)

Wundrand: epithelisiert, leicht mazeriert

Wundgrund: 40% Fibrinbeläge, vorwiegend auf 3.00 Uhr

60% Granulationsgewebe

10% Epithelgewebe

Wundtaschen von 3:00 – 7:00 Uhr granulierend Tiefe 5mm

Zweites Bein heute auch bis zum Knie gerötet, vorallem im Schienbeinbereich.

Laut Gattin hat Herr K. immer wieder Lebensmittelekzeme, vor allem an den Beinen.



## Wundbehandlung

VW: idem



Wundrand: zusätzlich mit Cavilon (30 sec. Einwirkzeit)

Eine Kruste am Zehen probiere ich zu lösen, ohne Erfolg. Mit 1ggt Honig und Watteverband versorgt. Restliches Bein wie immer behandelt.

## 15.6

Herr K. gibt immer noch ein zeitweises Ziehen an, spürt aber die Verbesserung beider Wunden, darum ist er weiters nicht verängstigt.

### Ulcus venosum

#### Wundbeurteilung

Wundgröße: 0,3x0,3cm, oberflächlich

Exsudation: kein

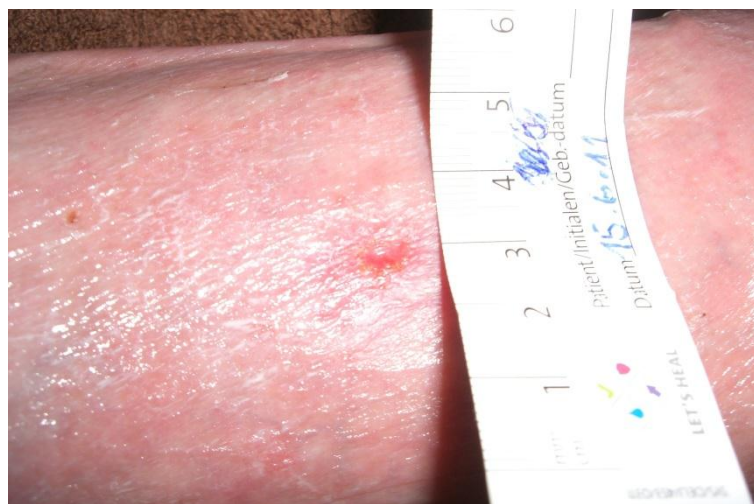
Wundgeruch: nein

Wundumgebung: Reaktion auf Allevyn Klebstoff

Wundrand: epithelisierend, rosa saum

Wundgrund: 20% Granulationsgewebe

80% Epithelgewebe





## **Wundbehandlung**

VW: idem

Sekundärverband: wieder Allevyn Non Adhesive

Fixierung: mit elastischen Binden und Durapor

Beide Beine nur mehr wenig gerötet

## **Ulcus arteriosum**

### **Wundbeurteilung**

Wundgröße: 2,5x2,5cm, Tiefe: 1cm

Exsudation: mäßig

Wundgeruch: nein

Wundumgebung: massiv gerötet, leicht ödematös,

Wundrand: leicht mazeriert

Wundgrund: 10% Fibrinbeläge,

80% Granulationsgewebe (gut granulierend nach Wundreinigung,  
blutende Wundtaschen)

10% Epithelgewebe

Wundtaschen von 3:00 – 7:00 Uhr granulierend, Tiefe 5mm



## Wundbehandlung

VW: idem.

Während meiner letzten Besuche äußerte Herr K. immer wieder den Wunsch nach Kroatien auf Urlaub zu fahren (sie haben dort einen Wohnwagen). Es war mir ein großes Anliegen diesen Wunsch zu erfüllen. Die Bedingungen seiner Frau waren: erstens, er muss ein Stockwerk zu Fuß schaffen und zweitens, die Wunde muss einfacher zu verbinden sein oder wir erklären ihr den Ablauf so detailliert, dass sich Frau K. darüber hinaus sieht, mit ihrem Mann zu verreisen. Ich habe mit Marianne Hintner abgesprochen, dass wir diesen Wunsch unseres Klienten erfüllen können. Ich werde Frau K. sehr ausführlich in den Verbandswechsel einschulen. Nachdem das venöse Ulcus bis zum nächsten Mal sicher abgeheilt sein wird, hat Frau K. auch nur mehr eine Wunde zu versorgen.

Bei möglichen Problemen kann sich Frau K. jederzeit telefonisch bei mir melden.

## 6. Mein persönliches Resümee

Als Feedback zur Entwicklung der Wunde möchte ich festhalten, dass ich meine kurz- bis längerfristig gesteckten Ziele mit der Auswahl der Verbandstoffe immer erreicht habe. Anhand der Fotos ist auch deutlich der erfolgreiche Heilungsprozess der Wunden zu sehen.

Was mir teilweise fehlt, ist die Sicherheit diverse Handlungen gut und plausibel zu erklären, damit Herr und Frau K. sich auch geborgen und gut aufgehoben fühlen.

Zum Beispiel an dem Tag, als Herr K. beim Verbandswechsel ein massives Exanthem hatte, oder als die Wunde sich kurzfristig stark verschlechterte.

Bei diversen Gesprächen zwischen Marianne und ihren Klienten habe ich erleben können, wie sie mit ihrer Erfahrung und fachlichen Kompetenz auch kritischen Klienten ein Gefühl der Sicherheit geben kann.

Abschließend möchte ich mich bei Marianne bedanken, dass sie mir das Vertrauen geschenkt, mir so viel gezeigt hat und ich Herrn K. übernehmen durfte.

## **7. Quellenangabe**

Die gesamte Arbeit bezieht sich auf meine Erfahrungen im Zuge der Wundmanagementausbildung.

Sämtliche fachspezifischen Beschreibungen der Diagnose „Ulcus Cruris“ sind entnommen aus dem „Wundmanagement“ Skriptum 2011.