

Die verflixten Brüche

Autor(en): **Moser, Gottfried**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Zeitlupe : für Menschen mit Lebenserfahrung**

Band (Jahr): **70 (1992)**

Heft 1

PDF erstellt am: **01.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-721116>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Die verflixten Brüche

Knochenbrüche treten fast immer als Folge einer unfallbedingten Gewalteinwirkung auf den Körper auf. Daneben gibt es krankhafte Frakturen, bei denen der Knochen durch einen Krankheitsprozess so geschwächt wird, dass er bei normaler Beanspruchung bricht. Der sogenannte Ermüdungsbruch, eine schleichende Knochenfraktur ohne Gewalteinwirkung, entsteht durch ein Missverhältnis zwischen mechanischer Beanspruchung und Anpassungsfähigkeit des Knochens.

Verschiedene Gründe führen dazu, dass im Alter unfallbedingte Frakturen gehäuft auftreten: Einmal erleidet der Knochen mit zunehmendem Alter qualitativ eine Einbusse durch die allgemein bekannte Osteoporose. Das Knochengewebe wird quantitativ vermindert durch gesteigerten Knochenabbau und/oder verminderten Knochenaufbau. In Extremfällen kann dies sogar zu spontanen (d.h. ohne äussere Einwirkung entstehend) Kompressionsfrakturen durch das Eigengewicht des Körpers führen. Dann sind auch noch andere Faktoren für die erhöhte Frakturanfälligkeit im Alter verantwortlich, z.B.:

- die zunehmende Ungeschicklichkeit
- die Abnahme der Muskelkraft
- die allgemeine Verlangsamung der Reaktionen
- Behinderungen durch Arthrosen (also degenerative Veränderungen der Gelenke mit entsprechender Funktionsbeeinträchtigung)

- die Altersschwerhörigkeit, die eine nahende Gefahr nicht oder zu spät erkennen lässt
- die Abnahme der Sehkraft oder der Sehverlust auf einem Auge (verhindert dreidimensionales Sehen; es kann nur noch flächenhaft und nicht mehr in die Tiefe gesehen werden, was Fehleinschätzung von Distanzen bewirkt).

Bei Stürzen nach vorne kann es vor allem zu Handgelenkbrüchen und Brüchen am Oberarm unterhalb des Schulterkopfes kommen, bei Stürzen nach hinten entstehen häufig Wirbelfrakturen. Schenkelhalsbrüche oder Brüche im obersten Oberschenkelbereich sowie Beckenfrakturen passieren oft bei Stürzen nach der Seite.

Natürlich sind dies nur einige der häufigsten Knochenbrüche im Alter, je nach Unfallereignis kann jeder andere Knochen oder eine ganze Reihe davon betroffen sein.

Wie lassen sich Brüche vermeiden?

Aus dem bis jetzt Gesagten lassen sich einige Vorsichtsmassnahmen ableiten, die der Vermeidung von Unfällen dienen:

- Man muss an die Gefahren denken und sie erkennen, ohne jedoch ängstlich zu werden.
- Ein tägliches kleines Fitness-Training erhöht die Beweglichkeit und macht sicherer.
- Aus liegender Stellung steht man langsam auf, wenn nötig mit einer Zwischenschaltung in einer sitzenden Position.
- Man sollte Sehhilfen und Hörapparate benutzen, beim Treppengehen jedoch keine Lesebrillen tragen.
- Benützen Sie bei Gehunsicherheiten oder -behinderungen eine Gehhilfe.

Gips oder Operation?

Grundsätzlich gibt es zwei Arten der Behandlung von Knochenbrüchen, eine konservative und eine operative. Bei der konservativen Methode wird nach erfolgter Korrektur allfälliger Fehlstellungen, also nach der Reposition der Frakturlemente, der Bruch im Gips ruhiggestellt unter Einbeziehung der beiden benachbarten Gelenke, so z.B. des Ellbogen- und Handgelenkes beim Vorderarm. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass es für verschiedene Frakturen einfach und sicher ist, es bedingt keine Operation und hinterlässt keine Narben. Aber auch Nachteile haften dieser Methode an: es kann durch Schwellung zu ernsthaften

Durchblutungsstörungen in den Weichteilen oder durch den Gipsdruck zu Nervenschädigungen kommen, durch die Ruhigstellung schwindet die Muskulatur sehr rasch, es kommt zu Gelenksteife, gehäufte Röntgenstellungskontrollen sind nötig mit entsprechender Strahlenbelastung und relativ häufigen Frakturachrepositionen. Bei tragenden Knochen wie etwa am Ober- oder Unterschenkel hat die konservative Therapie eine lange Bettlägerigkeit zur Folge mit den Gefahren einer Venenthrombose, einer Lungenembolie, einer Lungenentzündung sowie weiteren Komplikationen der Bettlägerigkeit.

Aus diesen Gründen hat sich – vor allem am tragenden Skelett – die operative Frakturenbehandlung durchgesetzt. Dabei werden die Bruchstücke unter Sicht exakt reponiert und solide fixiert mit geeigneten Implantaten (das sind verschieden geformte Platten aus Edelstahl oder Titan in Kombination mit Schrauben oder kräftigen Marknägeln, die zur innern Schienung in die Markhöhle des Knochens eingebracht werden.

Leben ist Bewegung – Bewegung ist Leben! Dies ist der Leitsatz der operativen Frakturbehandlung. Die operativ stabilisierte Fraktur erlaubt ausgiebige, aktive, schmerzfreie Bewegung, was zu rascher Normalisierung der Blutzirkulation in Knochen und Weichteilen führt. Der Gelenkknorpel wird durch das bewegungsbedingte «Einwalken» der Gelenkflüssigkeit ernährt, und die Osteoporose des verletzten Knochens wird – vor allem in Verbindung mit Teilbelastung – verhindert, indem Auf- und Abbau einigermaßen im Gleichgewicht bleiben. Die Gefahren der Bettlägerigkeit entfallen, es sind nur lockere Röntgenkontrollen nötig, und der Spitalaufenthalt wird kurz.

Doch: Völlig risikolose Operationen und Anästhesien gibt es nicht, im besten Falle bleibt nur eine Operationsnarbe zurück, die Gefahr einer möglichen oberflächlichen oder tiefen Infektion kann auch bei besten Voraussetzungen nie ganz ausgeschlossen werden, und die Osteosynthese, die operative Stabilisierung einer Fraktur, ist ein schwieriger Eingriff und erfordert vom Chirurgen grosse Erfahrung und viel Geschick.

Keine Angst vor Regionalanästhesien!

Es gibt verschiedene Arten von Anästhesien, die Vollnarkose, die Lokalanästhesie (örtliche Betäubung), die Leitungsanästhesie (Blockade des

Nervs, der das zu operierende Gebiet versorgt) oder eine Regionalanästhesie mit dem Stich ins Rückenmark. Bei diesem Stich wird dem Rückenmark nichts angetan: Die anästhesierende Lösung wird entweder um die neben der Wirbelsäule austretenden Nerven gespritzt oder aber in den Liquor, also in die Flüssigkeit, die das Rückenmark umspült.

Es ist Brauch, dass bei einer nötigen Operation der Anästhesist mit dem Patienten die verschiedenen Möglichkeiten der Schmerzausschaltung diskutiert. Er wird dem Patienten auch sagen, welche Anästhesieform nach seinem Dafürhalten am besten wäre. Häufig wünscht der Patient dann eine Vollnarkose, um ganz «weg» zu sein, nichts zu hören und nichts zu sehen, oder aus Angst vor dem «Stich ins Rückenmark».

Der Chefanästhesist am Zieglerspital Bern, wo ich 23 Jahre Chefarzt der Chirurgischen Klinik war, hat eine ausgedehnte Befragung aller Patienten durchgeführt, die sich in ihrem Leben neben einer Operation in Narkose auch einer in Regionalanästhesie unterzogen. Für den Fall einer weiteren Operation sprachen sich fast alle für die Regionalanästhesie und gegen eine Narkose aus! In meinem Leben wurde ich dreimal in Lokalanästhesie, viermal in Vollnarkose und zweimal in Regionalanästhesie operiert. Wenn es wieder sein müsste, käme erneut eine Regionalanästhesie in Frage – sie schont im Gegensatz zur Narkose das Gehirn, um dessen möglichst gute Funktion wir ja im Alter besonders dankbar sind.

Dr. med. Gottfried Moser



**REHA
HILFEN AG**

Mühlegasse 7 · 4800 Zofingen · Tel. 062 51 43 33

Das Fachgeschäft für:

- LEICHTROLLSTÜHLE · GEHHILFEN
- AUFRICHTSESSEL · DUSCH- UND BADEHILFEN

Ich wünsche Beratung Unterlagen A1

über: _____

Name: _____

Strasse: _____

Wohnort: _____