Erfahrungsbericht eines Physiotherapeuten zur Therapie von COVID19-Patienten

In unserem Haus wurde eine komplette Etage (2 Stationen) zur Corona-Isolationsstation umgewandelt. Hier werden alle Patienten aufgenommen, die mit dem Verdacht auf oder einer bekannten Infektion aufgenommen werden. Auf den "normalen" Stationen detektierte Patienten verbleiben dort und werden unter entsprechenden Isolationsmaßnahmen betreut. Patienten, deren Atempumpe sich erschöpft oder sich ein ARDS ankündigt, werden auf die Intensivstation verlegt. Wir betreuen zu zweit die Isolationsstation (ja...den ganzen Tag verkleidet - war ganz schön warm die letzten Tage), die Intensivstation wird auch von zwei Therapeuten versorgt.

Was uns insgesamt auffällt, ist, dass die Sekretbelastung bei beatmeten und nicht beatmeten COVID19-Patienten sehr überschaubar bis gering ist. Auch zeigen Patienten mit COPD mit/ohne Emphysem kaum verstärkte Obstruktion.

Auf der Intensivstation werden die meisten COVID19-Patienten beatmet. HiFlow und NIV werden aufgrund der hohen Umgebungskontamination nur in Ausnahmefällen eingesetzt. Sobald Patienten wieder stabilisiert sind oder erfolgreich geweant wurden, werden sie schnellstmöglich auf die Isolationsstation verlegt.

<u>Therapie unter Beatmung:</u>
In allen Lagen (RL, BL, SL, 30°SL, 135°BL, Sitz im Bett oder Stuhl/Mobilizer) Atemlenkung, Belüftungsförderung, Senken der peripheren Widerstände. Hier wird alles an Techniken angewendet, was wir kennen. Durch die Sedierung spielt Husten keine große Rolle. Eher muss auf die Sättigung geachtet werden.
Passive Positionierung in Dehnlagen und passive Rotation mit Kompression in die Ausatmung (RotaKom) ohne positiven Ausatemdruck (PEP), da beatmet, teils über mehrere Atemzüge hinweg führen scheinbar zeitbegrenzt zu einer deutlich besseren Belüftung und leichteren Beatmung, wenn die Patienten die intensive Bewegung beatmungs- und kreislauftechnisch und bezüglich der Sedierung vertragen.
Außerdem zeigen sich teils massive Seitendifferenzen in der Belüftungsfähigkeit. Die Patienten sind auf einer Seite und häufiger, als wir es sonst kennen, auch in allen Lagen hochinstabil und reagieren extremst sensibel (Entsättigung, Blutdruck, Beatmungsdruck) auf jede Form von Bewegung oder Manipulation. Dort sind atemphysiotherapeutische Techniken über Kontaktatmung und sanfte Packegriffe/Hautrollungen hinaus kaum möglich. Hier muss natürlich sehr genau auf das Monitoring geachtet werden.

<u>Auf der Isolationsstation:</u>
Alle Corona-positiven Patienten erhalten ab Aufnahme Atemphysiotherapie. Bei den Verdachtsfällen reduziert es sich auf die Patienten, die klar symptomatisch sind. Das hat natürlich auch Gründe in der Ressourcenschonung.

Außer der Schwäche aufgrund der Abgeschlagenheit weisen die meisten Patienten wenig nennenswerte Auffälligkeiten auf. Sobald die Abgeschlagenheit zurückgeht, sind sie wieder im Zimmer unterwegs und fühlen sich recht wohl. Allerdings zeigen sie lange eine deutliche Belastungsdyspnoe und leiden unter dieser.

Bezüglich der Atmung fallen funktionell vor allem Hyperventilation bei gleichzeitig flacher Atmung (EA wie AA) und teils extremster Hustenreiz auf. Atemrichtung ist immer sternal/thorakal. In der BGA sehen wir meist normale bis reduzierte pCO2-Werte. Selten, dass das pCO2 erhöht ist (selbst bei den an COPD Erkrankten). Immer jedoch ist die Oxigenierung eingeschränkt. O2-Gaben mit Brille reichen oft nicht aus oder sind flussbedingt unangenehm; wir nutzen dann Masken mit und ohne Reservoir und tolerieren O2-Flüsse bis 12 Liter, solange die Patienten klinisch und laborchemisch kompensiert sind.

Für eine bessere Belüftung hat sich die aktive oder assistive Rotation/Kompression (RotaKom) mit PEP bewährt in Verbindung mit „aktivem AirStacking“, bei dem in mehreren Schritten tief eingeatmet und jeweils durch kurze Ausatmung die Spannung reduziert wird (wie 3 vor, 1 zurück) - auch als Hausaufgabe für selbständiges Üben. Dabei wirken sich „aktives AirStacking“ und PEP sehr günstig auf den Hustenreiz aus. Beim „aktiven AirStacking“ ist meist zusätzlich eine inspiratorische Nasenstenose nötig. Intervallatmung hat sich aufgrund der Spannung während der kurzen Pausen nicht als effektiv erwiesen.

Da für die Patienten die Bauchschraube (bei Pneumonien meine Lieblingsposition) oft zu anstrengend ist (der Weg dorthin schon), arbeite ich gern in der Ausgangsposition des RotaKom. Den oberen Arm in SL weit nach vorn gelagert, dass der Rumpf Richtung BL vorrotiert ist - in dieser Position beschreiben Patienten Griffe aus der RAT am dorsalen Rippenbogen, Packegriffe und Ausstreichungen als atemerleichternd.

Atemerleichternde Position: Wir beobachten, dass die Atemarbeit oft nicht das größte Problem ist. Seitlage (aber nur eine) scheint den Patienten den Hustenreiz so erträglich zu machen, dass sie sich nicht nur entspannen und auch mal schlafen können, sondern sich das tatsächlich positiv auf die Blutgase auswirkt. Hier tolerieren sie dann auch tiefere Atemzüge und höhere Atemflüsse. Ist die Atemarbeit das Hauptproblem, funktioniert eigentlich nur der hohe Sitz im Bett mit gut gelagerten Armen.
Bedingt durch den Hustenreiz gehen wir nur sehr, sehr vorsichtig mit allen von außen angewendeten atemvertiefenden Maßnahmen vor, wie Arm- und Beinzügen (letztere sind einfacher, da thoraxferner) oder manueller Unterstützung bei der Einatmung. Auch Kompression in die Ausatmung können wir nur sehr dosiert anwenden. Die Patienten profitieren aber sehr davon.

Entsättigungen in der Therapie auf der peripheren Station habe ich noch keine beobachtet - außer lagebedingte (s.o.).

Patienten nach langer Beatmungszeit sind funktionell natürlich stark eingeschränkt und benötigen nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus eine AHB oder Reha. Die sind aktuell allerdings schwer zu finden. Alternativ sollten sie intensiv ambulant atemphysiotherapeutisch angebunden werden.

Aachen, 18.04.2020

Stefan Ollig und Team, Physiotherapie im Luisenhospital Aachen