

Hörgeschädigte Patienten

1) Vorbereitung vor der Röntgenaufnahme

Genauso wie bei Patienten mit einer Unterentwicklung der oberen Extremitäten müssen Sie vor der Untersuchung Information über die Patienten einsehen.

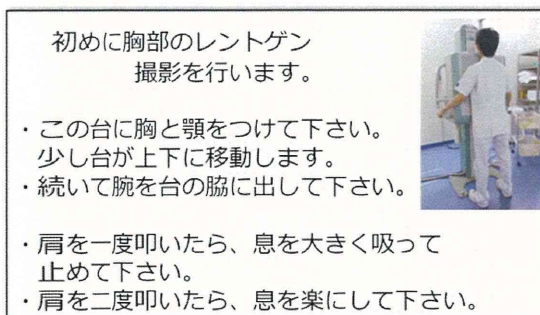
Falls der Patient von einem Gebärdensprachdolmetscher begleitet wird, informieren Sie ihn durch den Dolmetscher über die Details und den Verlauf der Untersuchung, bevor Sie ihn in den Röntgenraum führen. Fragen Sie ebenfalls den Patienten, ob es irgendwelche Unklarheiten bezüglich der Untersuchung gibt.

2) Wichtige Punkte während der Röntgenaufnahme

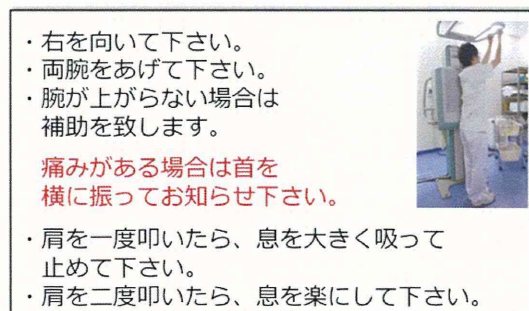
Geben Sie dem Patienten im Röntgenraum die Anweisungen schriftlich oder durch Gesten bzw. Lippenlesen usw. Da viele hörgeschädigte Patienten durch Lippenlesen verstehen können, müssen Sie die Schutzmaske abnehmen und langsam sprechen.

Die Patienten können besser verstehen, wenn Sie z.B. Karten zeigen, auf denen die Untersuchungsabläufe oder konkrete Anweisungen stehen (s. Fig. 2 u. Fig. 3). Durch Einfügen der entsprechenden Bilder etc. in die Karten wird die Untersuchung für die Patienten noch verständlicher.

Ferner können Schmerzen der Patienten schnell gelindert werden, indem der Patient den MTRAs in leichtverständlicher Weise ein Zeichen gibt, wenn dieser Schmerzen hat.



(Fig 2)



(Fig 3)

Q3-3: Erklären Sie uns bitte, worauf wir bei einer Knochendichtemessung aufpassen sollen.

A:

- **Die Messung muss an zwei Stellen, nämlich an der LWS und am proximalen Femur (Oberschenkelknochen) durchgeführt werden.**
- **Anhand LWS-YAM (PR) (YAM ist die Abkürzung von Young Adult Mean und bedeutet Durchschnittswert bei jungen Erwachsenen; PR ist die Abkürzung von Peak Reference und bedeutet Spitzenwert wiesen 13% der untersuchten Männer Osteoporose auf.**

Bei 44 Patienten wurden die Messwerte ihrer Knochendichte mit LWS-YAM (PR), Oberschenkelhals-YAM (PR) und Gesamthüfte-YAM (PR) verglichen.

Die Osteoporoserate betrug 13% bei Männern und 4% bei Frauen anhand LWS-YAM (PR), 6% bei Männern und 14% bei Frauen anhand Oberschenkelhals-YAM (PR) und 0% sowohl bei Männern als auch bei Frauen anhand Gesamthüfte-YAM (PR). Laut einem Bericht über Osteoporoseraten im Bereich der LWS und am Oberschnkelhals bei Erwachsenen über 40 Jahre, die anhand des Kriteriums der japanischen Gesellschaft für Knochen- und Mineralforschung (in Englisch: The Japanese Society for Bone and Mineral Research) berechnet wurden, beträgt die Osteoporoserate an der LWS (L2-L4) 3,4% bei Männern bzw. 19,2% bei Frauen und die Osteoporoserate am Oberschenkelhals 12,4% bei Männern bzw. 26,5% bei Frauen. Gegenüber diesen Vergleichswerten ist die Osteoporoserate der untersuchten contergangeschädigten Patienten an der LWS bei Männern höher, während die an der LWS bei Frauen niedriger ausfällt. Am Oberschenkelhals ist die Osteoporoserate bei Männern und Frauen gegenüber dem jeweiligen Vergleichswert niedriger (s. Fig. 1, Fig. 2, Fig. 3, Fig. 4, Fig. 5 u. Fig. 6).

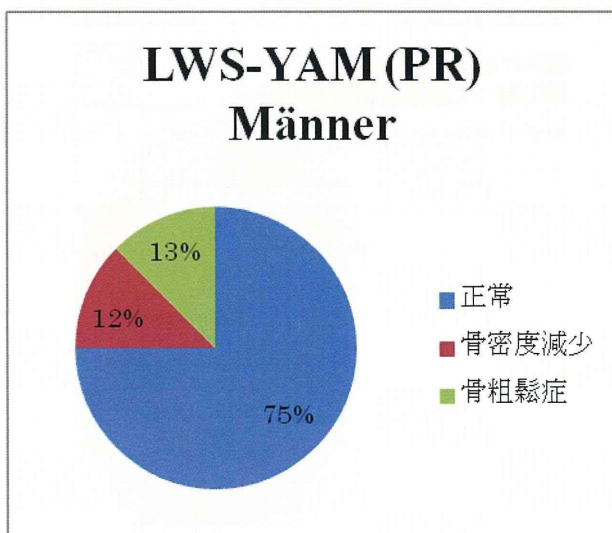


Fig. 1

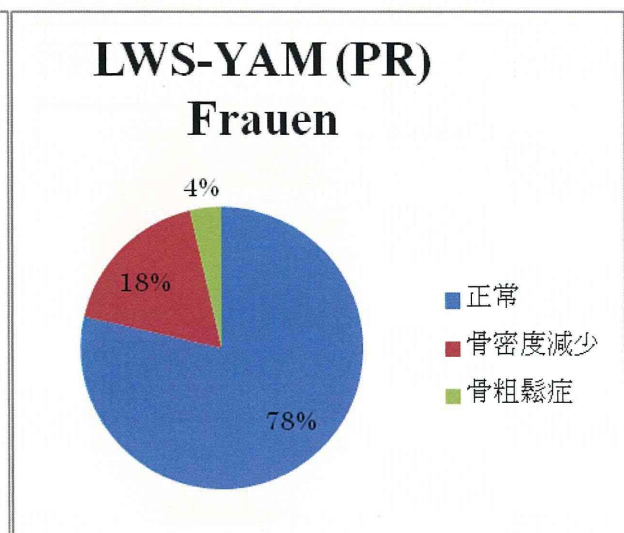


Fig. 2

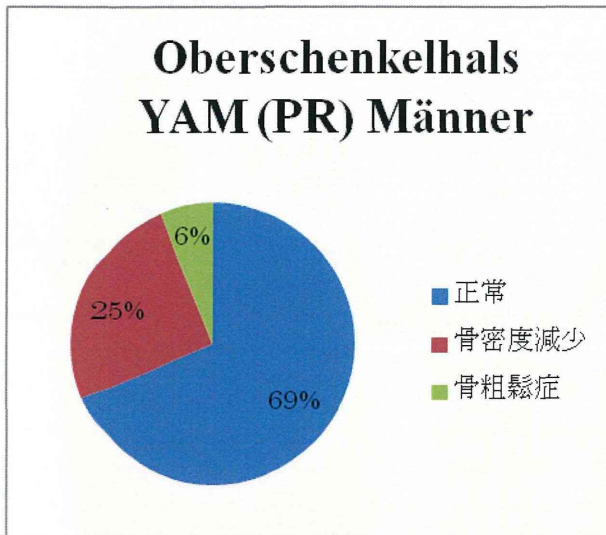


Fig. 3

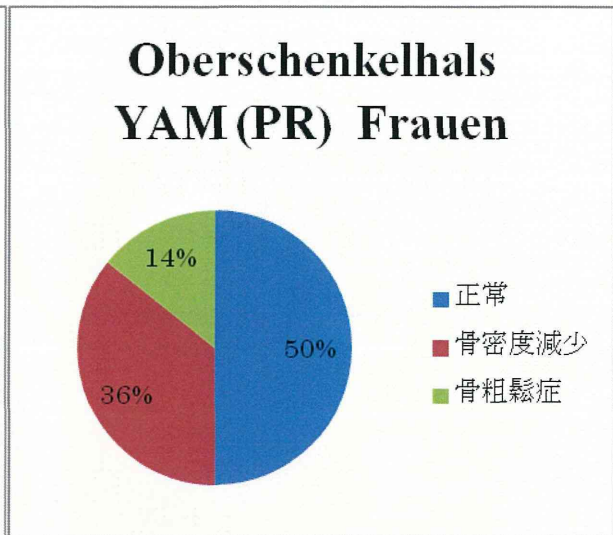


Fig. 4

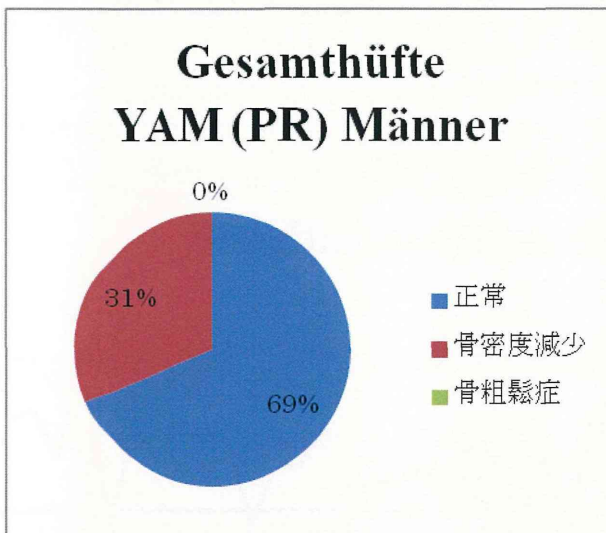


Fig. 5

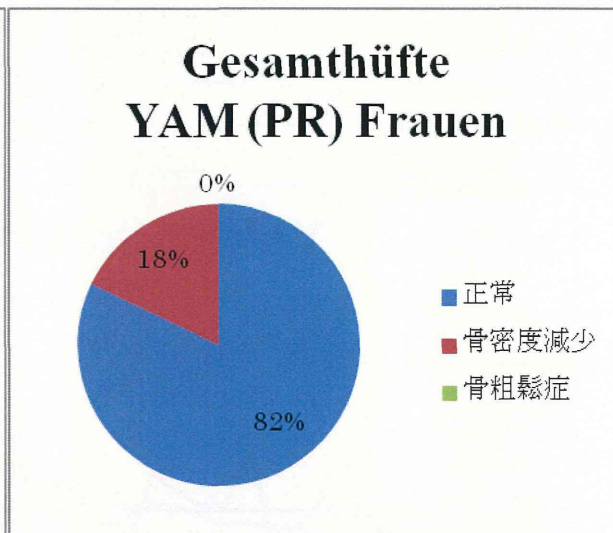


Fig. 6

正常 : Normal

骨密度減少 : verminderte Knochendichte

骨粗鬆症 : Osteoporose

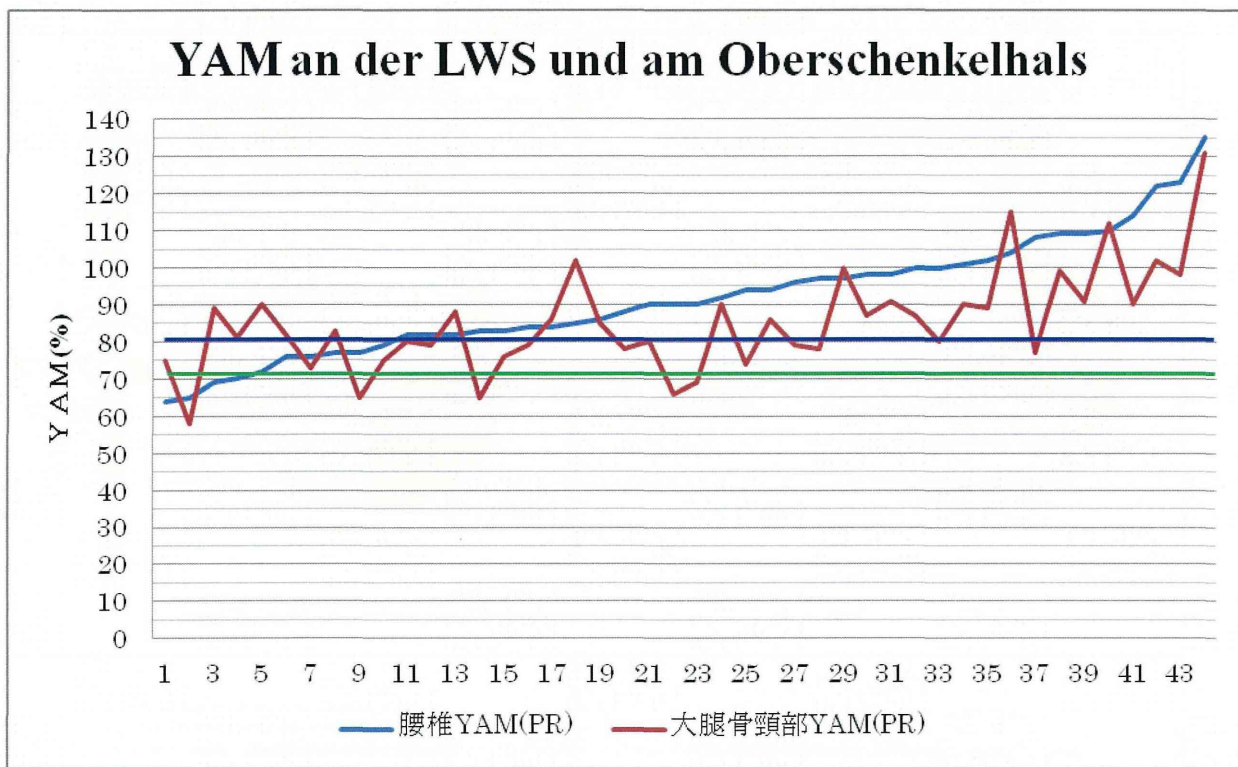


Fig. 7

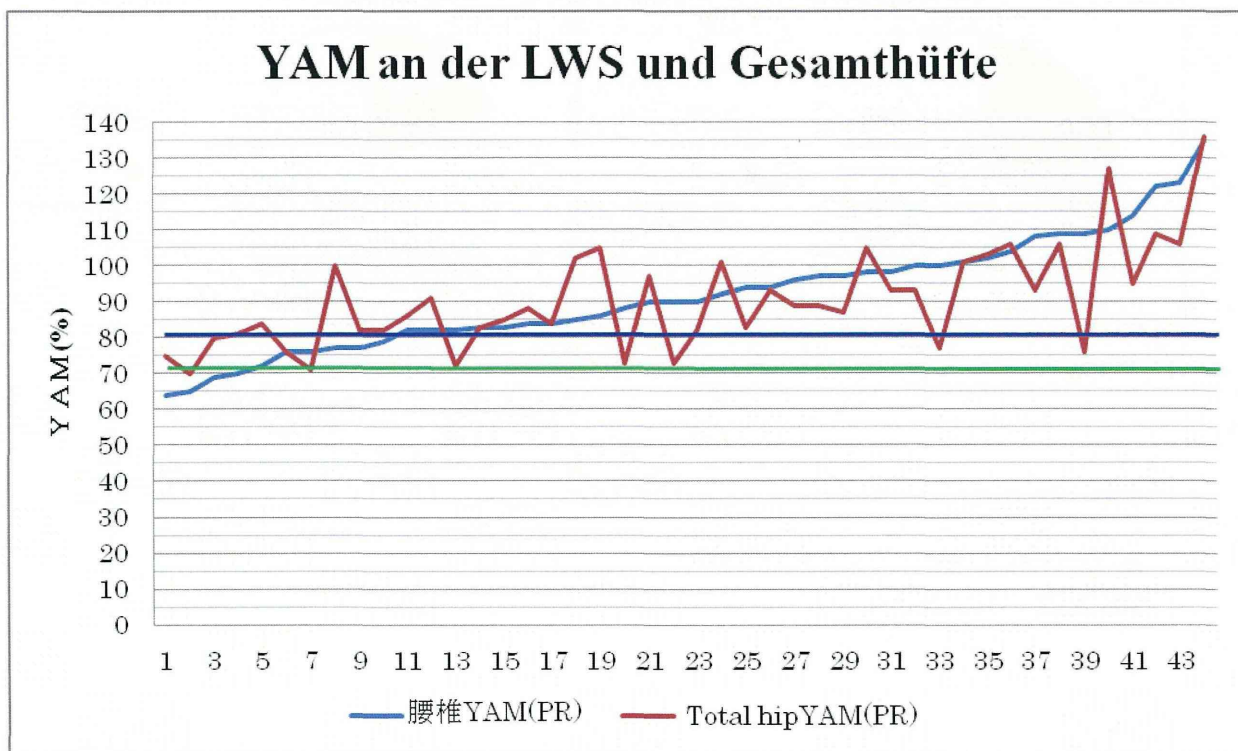


Fig. 8

グラフの訳：

腰椎 YAM (PR) : LWS-YAM (PR)

大腿骨頸部 YAM (PR) : Oberschenkelhals-YAM (PR)

Total hip YAM (PR) : Gesamthüfte-YAM (PR)

Differenz des beiden YAM	LWS und Oberschenkelhals		LWS und Gesamthüfte	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0-10	7	14	10	17
≥11	9	14	6	11

Tabelle 2

Mit zunehmendem LWS-YAM werden der Oberschenkel-YAM und der Gesamthüfte-YAM auch höher. Jedoch zeigen nicht wenige Patienten eine Differenz zwischen dem LWS-YAM und dem Oberschenkel-YAM, die größer gleich 11 ist. Von daher können abweichende Oberschenkel-YAM übersehen werden, falls die Knochendichte lediglich an der LWS gemessen wird (s. Fig. 7 u. 8 sowie Tabelle 2).

Der Oberschenkel-YAM und der Gesamthüfte-YAM verhalten sich ebenfalls ähnlich, wobei der Gesamthüfte-YAM tendenziell höher liegt als der Oberschenkel-YAM (s. Fig. 9).

Daraus lässt sich schließen, dass die Knochendichte bei contergangeschädigten Patienten an zwei Stellen, also an der LWS und am Oberschenkel gemessen werden soll, um voneinander abweichende Werte zu erfassen.

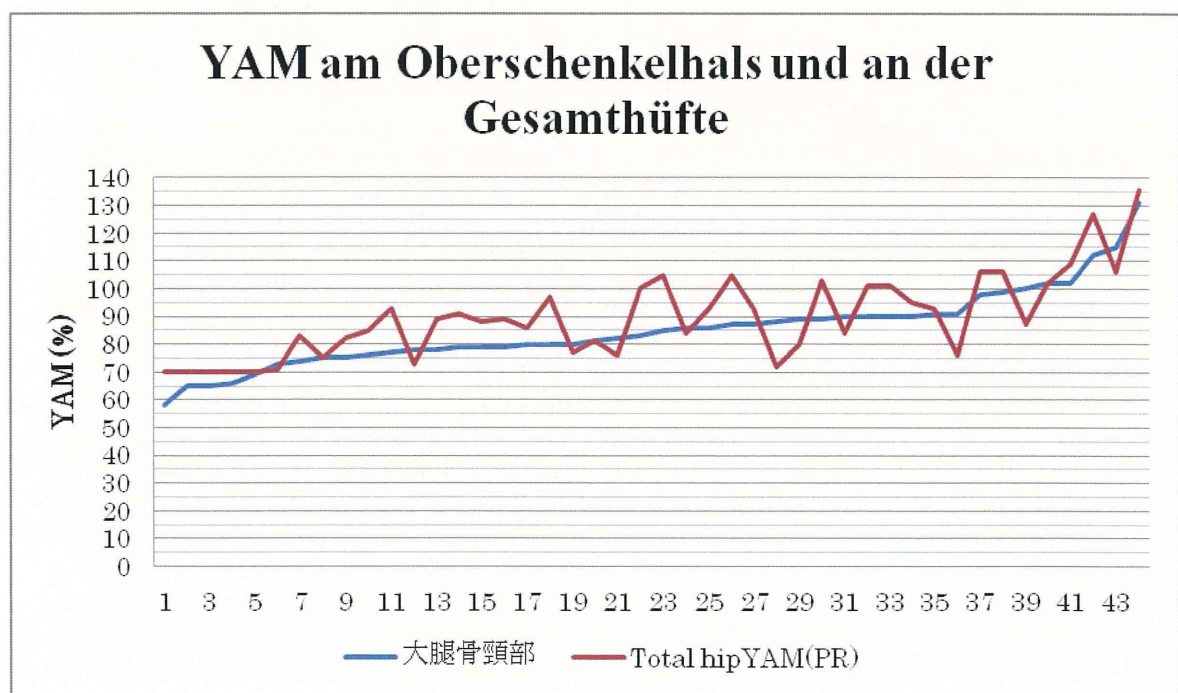


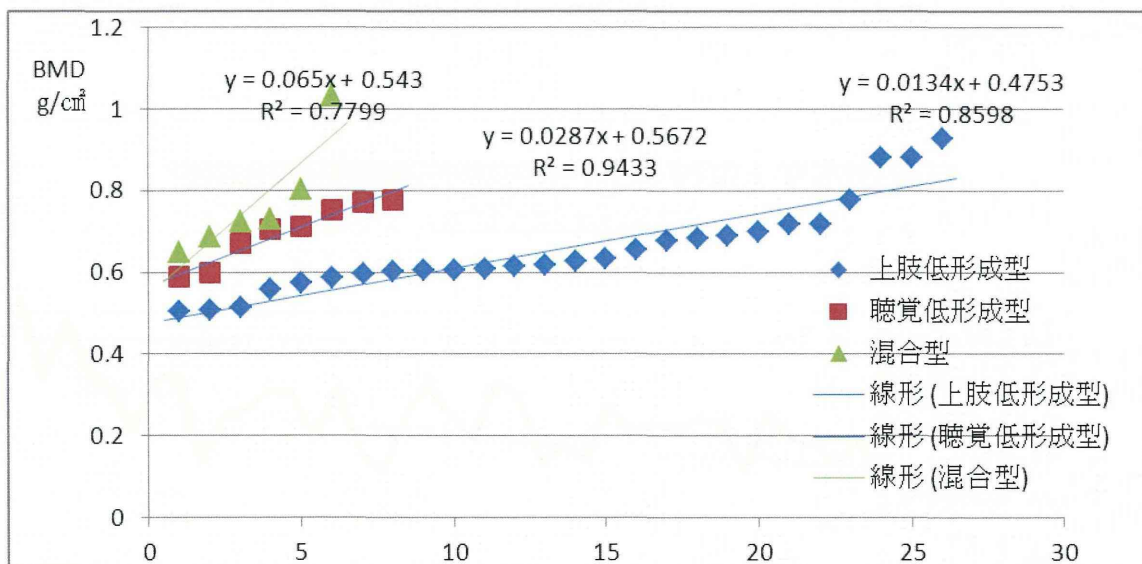
Fig. 9

大腿骨頸部 : Oberschenkelhals

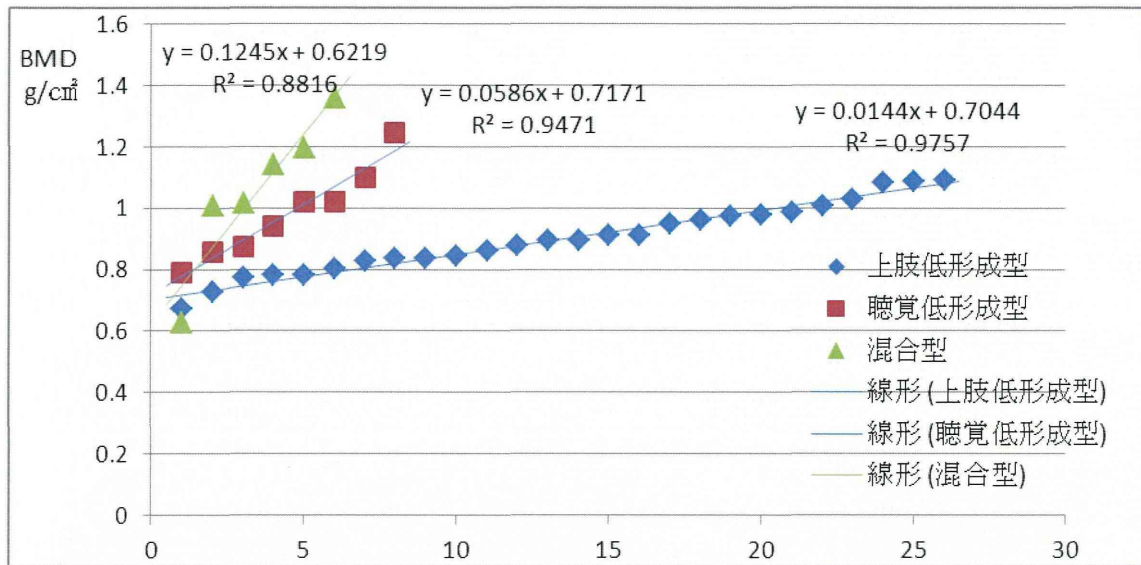
Q3-4: Weisen contergangeschädigte Patienten eine spezifische Tendenz in ihrer Knochendichte auf?

- Bei den Patienten mit Schäden an den oberen Extremitäten wurde eine Abnahme der Knochendichte des Oberschenkelhals festgestellt (YAM=76%).
- Tendenziell wiesen kleine und leichtgewichtige Patienten eine niedrigere Knochendichte auf.

Bei ca. 60% der 40 contergangeschädigten Patienten (Unterentwicklung der oberen Extremitäten: 26 Fälle; Unterentwicklung des Hörorgans: 8 Fälle; Komplikation der beiden Schädigungen: 6 Fälle) wurde eine Abnahme der Knochendichte durch eine Knochendichtemessung festgestellt. Vergleicht man die 3 Typen der Schädigung, wurde die stärkste Abnahme der Knochendichte bei den unterentwickelten oberen Extremitäten festgestellt, gefolgt vom Typus Unterentwicklung des Hörorgans, gefolgt von Komplikation der beiden Schädigungen (s. Fig. 1 u. Fig. 2).



(Fig. 1) Vergleich der Knochenmineraldichte am Oberschenkelhals



(Fig. 2) Vergleich der Knochenmineraldichte an der LWS

上肢低形成型 : Unterentwicklung der oberen Extremitäten

聴覚低形成型 : Unterentwicklung des Hörorgans

混合型 : Komplikation der beiden Schädigungen

線形 : Linear

Die Knochenmineraldichte am Oberschenkelhals bei den Patienten mit einer Unterentwicklung der oberen Extremitäten beträgt im Durchschnitt $0,66 \text{ g/cm}^2$ und einen YAM-Wert von 76%. Andererseits weist die Knochenmineraldichte an der LWS einen höheren Wert auf und beträgt durchschnittlich $0,9 \text{ g/cm}^2$. Der umgerechnete YAM-Wert lag bei 88,5%, was eine Veränderung in der Knochenmineraldichte infolge der Conterganschädigung eher unwahrscheinlich erscheinen lässt.

Bei den Patienten mit einer Unterentwicklung der oberen Extremitäten nehmen wir an, dass ihre Knochen in der Kindheit, d.h. der Phase des starken Wachstums, in der die Knochenbildung und der Knochenstoffwechsel erhöht sind, wegen der Bewegungsbeeinträchtigung nicht genügend einer Belastung ausgesetzt waren. Ohne ausreichende Belastung wird die Kalziumfixierung im Knochen, und damit die Zunahme der Knochenmasse, erheblich vermindert. Außerdem ist es denkbar, dass sich der Aufenthalt in der Sonne infolge der Unterentwicklung der oberen Extremitäten verringert, da die Patienten mit sichtbaren Missbildungen dazu neigen, am gesellschaftlichen Leben weniger teilzuhaben bzw. passiv zu werden und deshalb weniger ausgehen. Durch den Sonnenmangel sinkt die Synthese von Vitamin D, das die Absorption von Kalzium unterstützt, was wiederum die Knochendichte sinken lässt.

Andererseits wird aus der Sicht der Nährstoffbilanz vermutet, dass die Patienten mit Unterentwicklung der oberen Extremitäten im Vergleich zu normalen Menschen bei der

3. Kommentar der MTRAs

Nahrungsaufnahme Schwierigkeiten haben. Wenn die Nährstoffbilanz nicht ausgewogen ist, neigt die Kalziumaufnahme zu sinken, was eine Zunahme der Knochendichte erschwert. Bei einem YAM von weniger als 80% sollte man über die Art und Weise der Nahrungsaufnahme nachdenken.

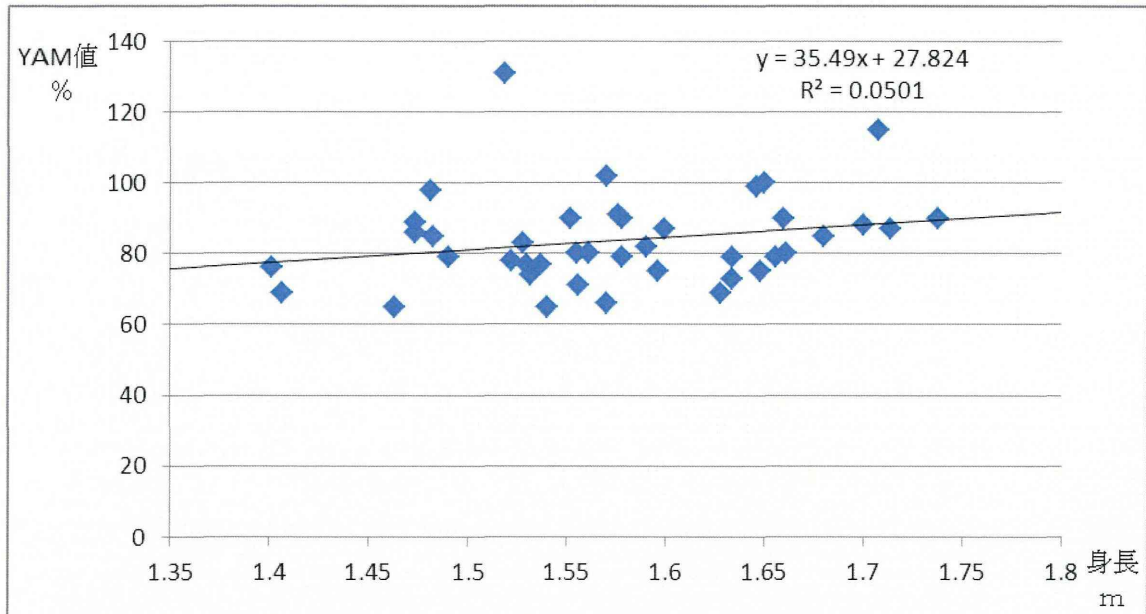
Die Patienten mit Unterentwicklung des Hörorgans wiesen weder an den oberen Extremitäten noch an den unteren Extremitäten morphologische Anomalien auf. Bei ihnen ist die Bewegungsbeeinträchtigung im Vergleich zu den Patienten mit Unterentwicklung der oberen Extremitäten gering, was zu einer relativ höheren Knochendichte geführt haben dürfte.

Die Analyse unserer Untersuchungsergebnisse ergab eine stärkere Abnahme der Knochendichte am Oberschenkelhals als an der LWS. Berichten zufolge liegt die 5-Jahres-Überlebensrate nach einem Oberschenkelhalsbruch, infolge des Eintritts in die Bettlägerigkeit, bei 50%. So muss das Risiko eines Oberschenkelhalsbruchs und dessen Verlauf weiter aufmerksam beobachtet werden.

In Bezug auf Körpergröße und Körpergewicht wurde eine Abnahme der Knochendichte bei kleineren und leichtgewichtigeren Patienten beobachtet (s. Fig. 3, Fig. 4, Fig. 5 u. Fig. 6).

In Bezug auf Körpergröße wird festgestellt, dass die Knochendichte bei größeren Patienten erhalten bleibt, während die Knochendichte bei Patienten mit einer Körpergröße kleiner als 1,55 m abnimmt. Diese Abnahme der Knochendichte wird vermutlich auf eine nicht ausreichende Belastung der Knochen zurückgeführt, genauso wie bereits im Fall der Bewegungsbeeinträchtigung vermutet wurde.

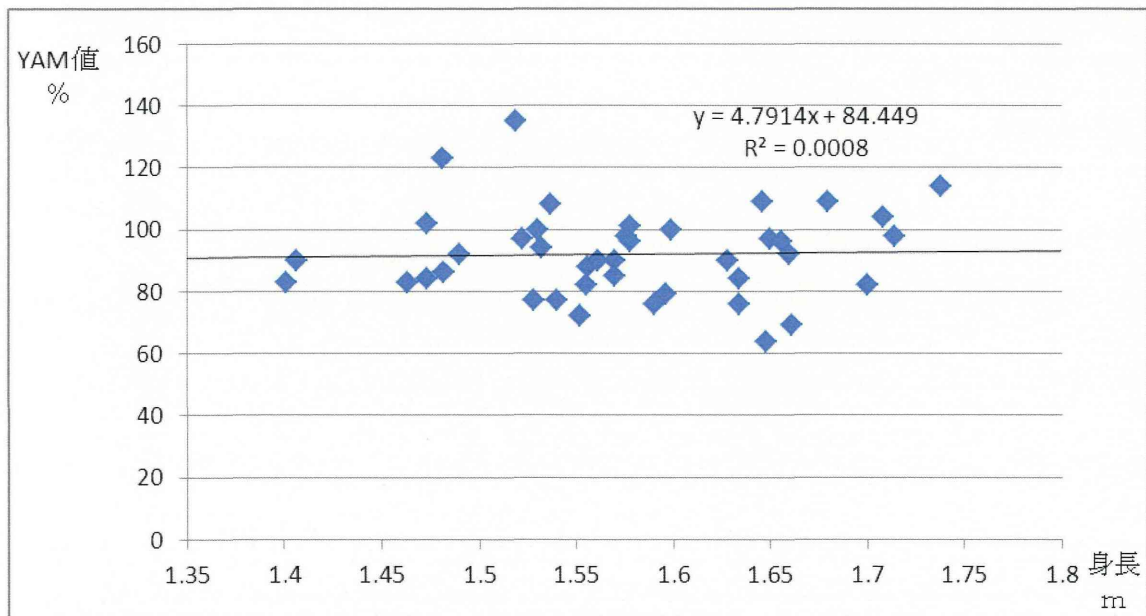
In Bezug auf Körpergewicht wird ebenfalls deutlich, dass die Knochendichte mit zunehmendem Körpergewicht höhere Werte aufweist, da die Belastung der Knochen mit steigendem Gewicht größer wird. Ab einem Körpergewicht von 65 kg lag der YAM sowohl für den Oberschenkelhals als auch für die LWS über 80%.



(Fig. 3) Vergleich des YAM am Oberschenkelhals in Abhängigkeit von der Körpergröße

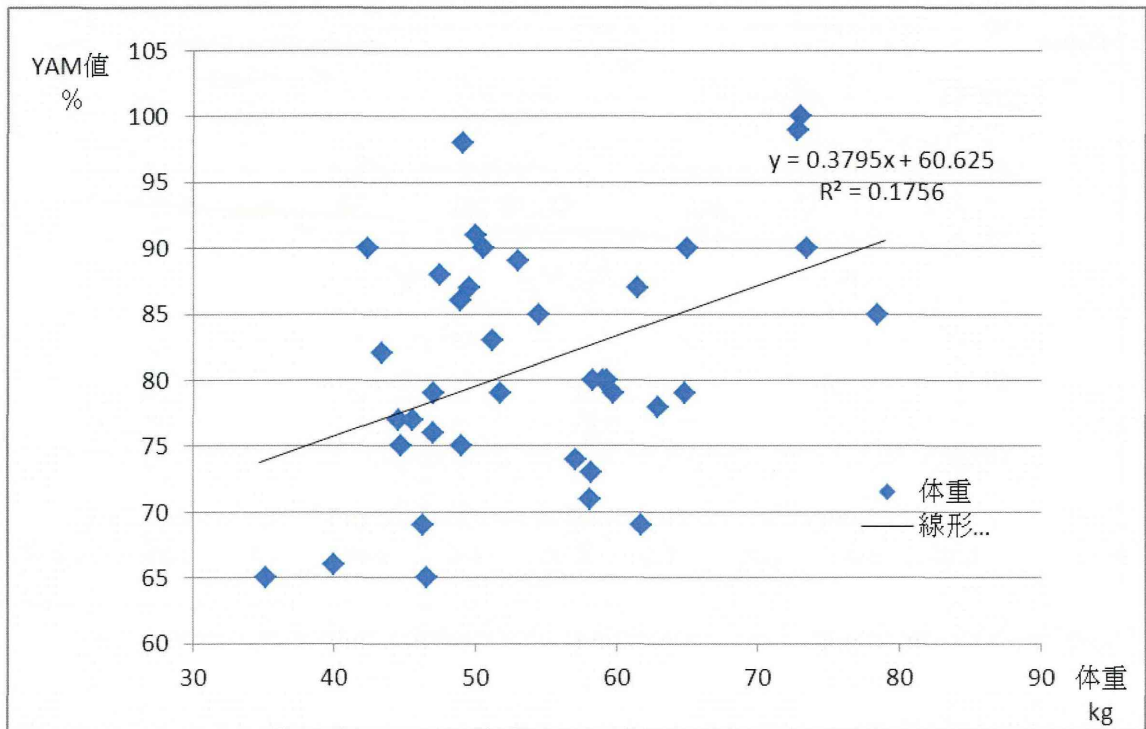
YAM 値 (%) : YAM (%)

身長 : Körpergröße



(Fig. 4) Vergleich des YAM an der LWS in Abhängigkeit von der Körpergröße

3. Kommentar der MTRAs

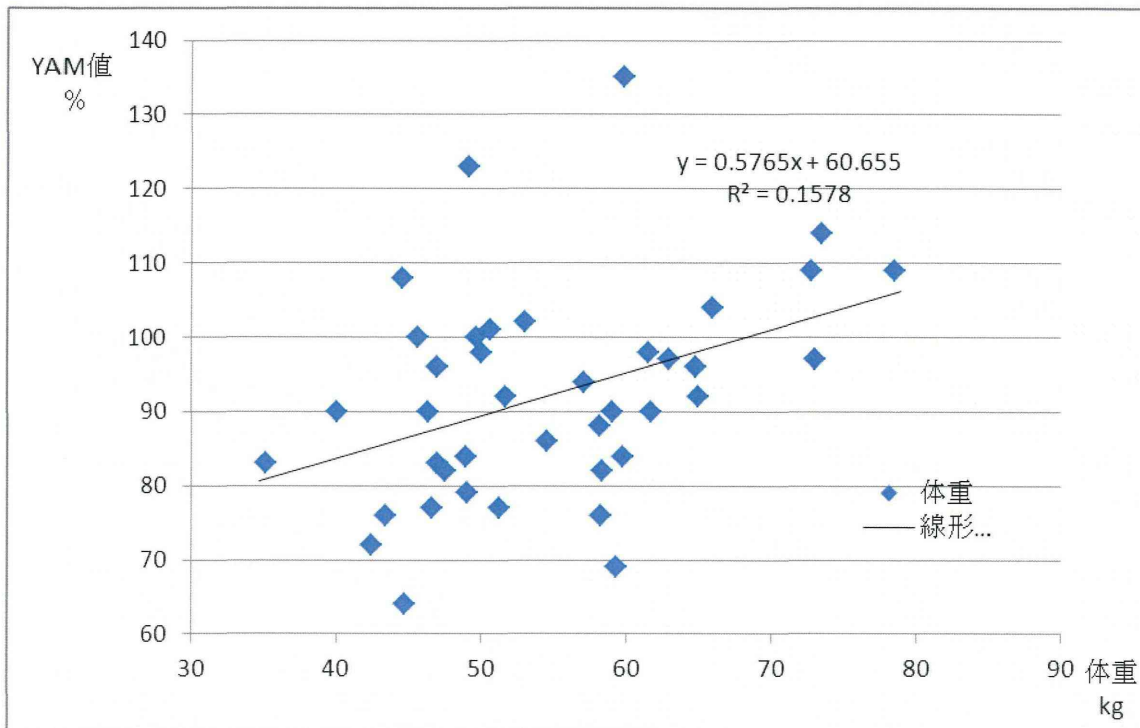


(Fig. 5) Vergleich des YAM am Oberschenkelhals in Abhängigkeit vom Körpergewicht

YAM 値 (%) : YAM (%)

体重 : Körpergewicht

線形 : Linear



(Fig. 6) Vergleich des YAM an der LWS in Abhängigkeit vom Körpergewicht

Bei Patienten mit Unterentwicklung der oberen Extremitäten stellte sich heraus, dass die Knochendichte am Oberhalschenkel abnimmt. Bei diesen Patienten ist das Sturzrisiko sehr hoch und im Fall eines Knochenbruchs sinkt die Lebensqualität erheblich. Wir möchten dieses Ergebnis mit anderen medizinischen Teams teilen und aktiv dafür wirken, die Lebensqualität der Patienten aufrechtzuerhalten. Wir müssen uns weiterhin engagieren, Informationen mit Einrichtungen der gemeindenahen Gesundheitsversorgung zu teilen.

Nach unserer Analyse konnten wir für die Patienten Risikofaktoren der Osteoporose eindeutig sichtbar machen. Somit können wir Anlass dafür geben, dass die Patienten fortan selbst versuchen sollten, durch z.B. Kalziumaufnahme oder Bewegung der Osteoporose vorzubeugen.

Contergangeschädigte Patienten nehmen naturgemäß eine Verminderung des Knochenwachstums und der Muskelkraft hin, da sie durch funktionelle und morphologische Schäden der oberen Extremitäten von Geburt an in den Aktivitäten des täglichen Lebens erheblich eingeschränkt sind. Gleichzeitig schreiten Sekundärkomplikationen mit zunehmendem Alter fort. Angesichts der Situation, dass sich die Einschränkung in den Aktivitäten des täglichen Lebens weiter erweitert, hoffen wir, dass unsere Untersuchung zur Prävention von Knochenbrüchen, die zur Verminderung der Lebensqualität führen, beiträgt.

4. Kommentar des Ergotherapeuten

Verfasser: Takeshi Kobayashi

Q4-1: Ich leide an extremer Nacken- und Schulterverspannung. Darf ich mich massieren lassen?

Viele contergangeschädigte Menschen leiden offensichtlich an Nacken- und Schulterverspannung. Haben Sie vielleicht auch Kribbeln, Taubheitsgefühl, Gefühllosigkeit etc. (Parästhesie) in den Armen oder in den Fingern neben Nacken- und Schulterverspannung? Vor allem, bei denjenigen, die kürzere Arme oder sehr unterschiedlich langen rechten und linken Arm haben, sind oft nicht nur die Schulter, sondern auch die gesamte Muskulatur vom Nacken bis zum Schulterblatt steif. Falls die Steife dadurch nachlassen sollte, ist auch eine Massage angebracht. Dennoch empfehle ich Ihnen, sich zuerst bei einem Orthopäden durch Röntgenaufnahmen etc. untersuchen und behandeln zu lassen. Es wird zwar oft als Schulterverspannung pauschalisiert, aber manchmal können dahinter Anomalien am Halswirbel stecken. So ist es besser mit solchen Beschwerden sorgsam umzugehen. Nach einer ersten Untersuchung sollten Sie sich auch regelmäßig untersuchen lassen (s. Q2-1).

Q4-2: Ich habe Rückenschmerzen. Darf ich mich massieren lassen?

Rückenschmerzen sind offensichtlich auch ein häufiges Leiden bei contergangeschädigten Menschen. Da diejenigen, die kürzere Arme haben, gezwungenermaßen oft den ganzen Körper strecken müssen, um Gegenstände zu erreichen und in die Hand zu nehmen, wird der Rücken stärker belastet. Haben Sie vielleicht auch Kribbeln oder Gefühllosigkeit am hinteren Oberschenkel oder an den Zehen? Um die Muskeln zu entspannen, kann die Massage auch sinnvoll sein. Dennoch empfehle ich Ihnen, zuerst bei einem Orthopäden durch Röntgenaufnahmen etc. sich untersuchen und behandeln zu lassen. Es wird zwar als Rückenschmerzen verallgemeinert, aber manchmal können dahinter Anomalien am Lendenwirbel stecken. So ist es besser mit solchen Beschwerden vorsichtig umzugehen. Nach einer ersten Untersuchung sollten Sie sich weiter regelmäßig untersuchen lassen (s. Q2-2).

Q4-3: Ich habe Schmerzen am Hüftgelenk und habe das Gefühl, dass ich immer unbeweglicher werde. Beim Praxisbesuch wird mir aber nur gesagt, dass das wegen meines Alters sei. Ich habe trotzdem Angst, dass es sich weiter verschlechtert und das Gelenk irgendwann bewegungsunfähig wird.

4. Kommentar des Ergotherapeuten

Gewiss kommt es mit dem Alter zu Schmerzen im Hüftgelenk oder im Kniegelenk und zur Verschlechterung der Beweglichkeit. Besonders einige Frauen haben offenbar Schäden am Hüftgelenk oder sogar unterschiedliche Beinlänge. Je nach Untersuchungsergebnis gibt es Indikationen, z.B. Bewegungstherapie. Auch ist es möglich, dass nicht das Gelenk selbst betroffen ist, sondern die Muskeln steif sind bzw. sich zusammengezogen haben. Auch in diesem Fall, kann die Funktionalität durch entsprechende Behandlung und Dehnübungen aufrechterhalten bzw. verbessert werden. Menschen mit kürzeren Armen benutzen sogar ihre Beine als Arm im Alltag. Umso wichtiger ist es Schmerzen vorzubeugen. Lassen Sie sich zuerst bei einem Orthopäden durch Röntgenaufnahmen etc. untersuchen (s. Q2-5).

Q4-4: Ich mache mir Sorgen, dass meine Körperhaltung immer schlechter zu werden scheint. Ich glaube, dass ich nach vorne gebückt bin.

Diese Klage hören wir häufig von denen, die Schäden an den oberen Gliedmaßen haben, vor allem bei Patienten mit kürzeren Armen. Sie neigen dazu, eine nach vorne gebückte Haltung mit einem krummen Rücken (Buckel) einzunehmen. Tendenziell bücken sie sich stets nach vorne, wenn sie ihre Hand aktiv benutzen möchten. Außerdem ist ihr Schultergürtel von Natur aus nach vorne gekrümmt, sieht ihre Körperhaltung schlechter aus und sie bekommen leicht müde Muskeln im Schulter- und Nackenbereich. Machen Sie Dehnübungen, wie Rückenstrecken, Brust nach vorne, Arme öffnen usw., sich langsam und ausgiebig ausstreckend, ohne sich dabei allzu anzustrengen. Es ist besser, wenn Sie diese Übungen portionsweise mehrmals täglich machen als zu viel auf einmal. Machen Sie Ihre Übungen z.B. dreimal am Tag, morgens, mittags und abends, beispielsweise jeweils dreimal, und zwar langsam und sich ausgiebig streckend. Sie sollten je nach Ihrer Kondition und Belastbarkeit die Übungen ausführen. Die Übungseinheiten aus der Radiogymnastik können Sie auch einbeziehen.

Falls Sie aber Kribbeln oder Gefühllosigkeit in den Armen bzw. Beinen empfinden sollten oder Schmerzen am Nacken bzw. an der Hüfte haben sollten, besuchen Sie einen Orthopäden und lassen Sie sich röntgen.

Q4-5: In der letzten Zeit habe ich immer öfter Schwierigkeiten beim An- und Ausziehen oder beim Dosenöffnen.

Ich verstehe, dass Sie neuerdings öfter verschlechterte Beweglichkeit der Gelenke und Kraftlosigkeit wahrnehmen. Dabei kann man nicht sofort das Alter als Ursache nennen. Die Conterganschädigung lässt sich auch nicht sofort damit in Zusammenhang bringen. Es ist verständlich, dass Sie sich darum Sorgen machen, immer weniger schaffen zu können, gerade weil Sie sich von Kindheit an bemüht

haben, verschiedenste Situationen im Alltag einfallsreich zu meistern. Es wird weiterhin nötig sein, entsprechend Ihrer Kondition und Belastbarkeit Ihre Übungen fortzusetzen, um die Beweglichkeit der Gelenke und die Muskelkraft aufrechtzuerhalten. Passen Sie aber dabei auf, die Gelenke und Muskeln nicht zu sehr zu belasten und dadurch zu beschädigen. Es ist auch wichtig, den Alltag möglichst bequemer zu gestalten, indem Sie Ihre Gelenke usw. durch den Einsatz von Hilfsmitteln entlasten. Falls Sie einen Ergotherapeuten*) an einer Einrichtung in Ihrer Nähe kennen, fragen Sie bei ihm nach Hilfsmitteln oder Hilfsgeräten.

Q4-6: Ich arbeite sehr viel am PC und habe dabei starre gefühllose Finger. Neuerdings habe ich Schwierigkeiten mit der Handhabung der Maus.

Gefühllosigkeit in den Fingern bedingt durch PC-Arbeit ist vorwiegend auf das Karpaltunnelsyndrom zurückzuführen. Das ist ein weitverbreitetes gesellschaftliches Problem, von dem nicht nur die contergangeschädigten Menschen betroffen sind. Dennoch müssen die contergangeschädigten Menschen mehr aufpassen, weil sie ohnehin dazu neigen, an diesem Syndrom zu erkranken. Im Allgemeinen wird eine handelsübliche Handgelenkauflage verwendet, um die Position des Handgelenks zu senken. Dabei wird der Winkel des Handgelenks durch die Dicke der Auflage reguliert. Da es individuell abgestimmt werden muss, ist es ratsam, die Dicke und das Material der Auflage auszuprobieren. Contergangeschädigte Menschen haben unterschiedlich lange Finger bzw. unterschiedlich strukturierte Finger. Durch individuelle Anpassung der Maus kann die Handhabung der Maus passend abgestimmt und erleichtert werden. Falls Sie einen Ergotherapeuten*) mit Erfahrung mit Hilfsmitteln etc. fragen können, wird eine individuelle Anpassung möglich sein (s. Q2-3 u. Q2-4).

Q4-7: Ich habe trockene Augen und es wird immer schwieriger, meine Augen zu bewegen und mich dadurch umzuschauen.

Das ist offenbar ein häufiges Problem, mit dem sich contergangeschädigte Menschen mit Hörstörung, vor allem mit Lähmung der Gesichtsmuskulatur quälen. Die Symptome gehen von trockenen Augen bis feuchte Augen und sind sehr variabel. Zuerst konsultieren Sie bitte einen Augenarzt. Als Ursache der Unbeweglichkeit der Augen ist die Störung von kleinen Muskeln, die verantwortlich für die Augenbewegung sind, denkbar. Je nach Symptom ist die Indikation sehr unterschiedlich. Am besten besuchen Sie ein Krankenhaus, in dem Sie sich an einen Orthoptisten wenden können (s. Q1-4).

Q4-8: Ich mache mir Sorgen darum, dass meine Eltern allmählich mehr Pflege zu brauchen scheinen. Ich verstehe auch nicht so gut, wie die Pflegeversicherung funktioniert.

4. Kommentar des Ergotherapeuten

Vermutlich gehen Ihre Eltern nun auf die 75 und darüber zu und benötigen allmählich mehr Hilfe. In der Regel bekommen die Menschen über 65 die Leistung der Pflegeversicherung. Dabei müssen sie bei der Gemeinde an ihrem Wohnort einen Antrag stellen und eine Genehmigung bekommen. Nach einer Antragstellung wird ihre Pflegebedürftigkeit bestimmt bzw. eingestuft, und sie erhalten je nach der Stufe ihrer Pflegebedürftigkeit eine entsprechende Dienstleistung. Nachdem Sie die Genehmigung bekommen haben, wählen Sie einen Fachmann für Langzeitpflege (Care-Manager) aus. Der für Sie verantwortliche Care-Manager erstellt einen Pflegeplan nach Absprache mit der betroffenen Person, also in Ihrem Fall mit Ihren Eltern oder mit ihren Angehörigen, in diesem Fall mit Ihnen. Im Pflegeplan gibt es Tagesstättenbesuch oder Hausbesuch, dazu kommen noch verschiedene Möglichkeiten, z.B. Versorgung mit Hilfsgeräten. Suchen Sie einen Pflegeplan aus, je nach Wünschen der Betroffenen selbst. Übrigens sind die Kosten für diese Dienstleistung in der Regel mit einer Selbstbeteiligung von 10% verbunden. Über Näheres informieren Sie sich bitte bei der zuständigen Stelle in Ihrer Gemeinde (z.B. Servicestelle für Senioren in der Sozialabteilung).

Q4-9: Kann ich (als Contergangeschädigte) selber auch die Leistung der Pflegeversicherung erhalten? Gibt es ein anderes System, das ich nutzen kann?

Die Pflegeversicherung ist eine Versicherung, die in der Regel für Menschen über 65 gilt. Diejenigen, die ab einem Alter von 40 Jahren die Leistung beziehen dürfen, müssen als "festgelegte Erkrankungen (durch japanisches Versicherungswesen)" (darunter z.B. Hirngefäßerkrankungen, Parkinson-Krankheit, Gelenkrheuma etc.) anerkannt sein. Da zurzeit die Conterganschädigung nicht zu den "festgelegten Erkrankungen" gehört, können Sie leider die Pflegeversicherung nicht beziehen. Im Übrigen haben Sie eine Möglichkeit gemäß dem Gesetz zur Unterstützung der Unabhängigkeit der Behinderten (auf Englisch "The Act for Supporting the Independence of Persons with Disabilities"), nach einem ähnlichen Verfahren wie die Pflegeversicherung in Ihrer Gemeinde sich als pflegebedürftig einstufen zu lassen. Da ab 1. April 2013 ein neues Gesetz zur umfassenden Unterstützung der Behinderten im Alltag und im Gesellschaftsleben (bekannt als "Gesetz zur umfassenden Unterstützung der Behinderten") in Kraft tritt, fragen Sie bitte vorher bei der Stiftung "Ishizue (Grundstein)" nach.

Q4-10: Was ist die Berufsunfähigkeitsrente? Ist das anders als die Rente der Stiftung Ishizue? Kann ich (als Contergangeschädigte) auch die Rente bekommen?

Die Berufsunfähigkeitsrente erhält man, wenn man während einer Mitgliedschaftszeit (Pflichtbeitragszeit) berufsunfähig wird oder durch eine Erkrankung, deren erste Diagnose im Alter

von um die 20 gestellt wurde, berufsunfähig wird. Das ist komplett anders als die Rente der Stiftung Ishizue. Unter der Berufsunfähigkeitsrente gibt es die Grundrente und Betriebsrente. In Jedem Fall müssen Sie einen Antrag stellen. Bei Antragstellung werden individuell unterschiedliche Unterlagen, z.B. ein ärztliches Attest verlangt und die Antragsstelle ist auch individuell unterschiedlich. Kriterien für die Einstufung der Behinderung sind auch je nach Erkrankung verschieden. Es gibt, wie gesagt, so viele verschiedene Bedingungen. Lassen Sie sich von der Stiftung Ishizue beraten, bevor Sie einen Antrag stellen.

*) Ergotherapeuten unterstützen Menschen mit physischer bzw. psychischer Behinderung oder Menschen, die von Einschränkung bedroht sind, bei der Ausführung alltäglicher Verrichtungen. Sie stellen nicht nur den Bedürftigen Hilfsmittel und Hilfsgeräte vor, sondern arbeiten auch je nach Bedarf individualisierte Pläne aus, um deren Selbstversorgung zu unterstützen. Je nach Einrichtung bedarf es eventuell einer ärztlichen Diagnose, um Anleitung und Unterstützung von Ergotherapeuten zu erhalten. Fragen Sie zuerst bei einer Anstalt in Ihrer Nähe oder der Stiftung Ishizue.

5. Blutentnahme

Verfasser: Atsuto Yoshizawa

Q5-1: Wie entnehmen Sie denjenigen mit Schädigungen der oberen Extremitäten das Blut, bei denen eine Blutentnahme Schwierigkeiten bereitet?

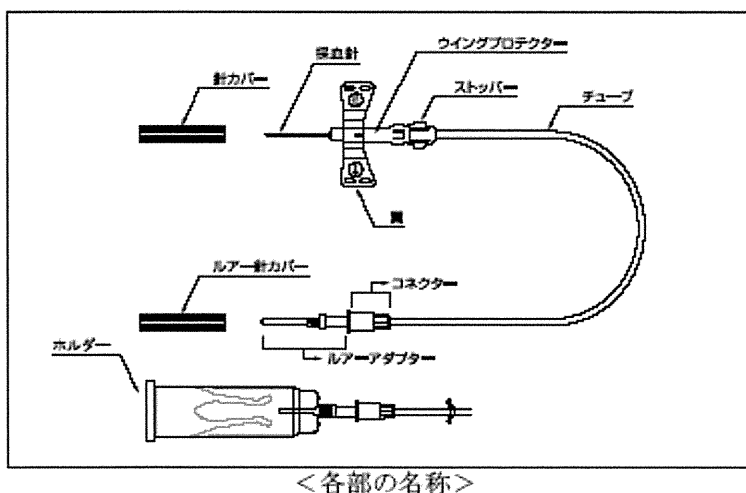
A: Wir verweisen auf die Unterlage 1 "Tipps zur Blutentnahme bei contergangeschädigten Menschen".

Nicht selten haben manche contergangeschädigte Menschen starke Angst vor Blutentnahme oder Injektion, weil sie schlechte Erfahrungen mit misslungenen Versuchen gemacht haben. Zuerst fragen Sie den Patienten, ob es eine Stelle gibt, an der das Blut schon mehrmals erfolgreich entnommen wurde und wenn ja, dann versuchen Sie an derselben Stelle das Blut zu entnehmen. Im Zweifelsfall sollten einige Krankenpfleger zusammen eine Entscheidung treffen, wohin die Nadel eingestochen werden soll. Falls es schon einmal misslang, sollten Sie es unterlassen, es erneut mehrmals zu versuchen. Besser, bitten Sie einen Arzt um Hilfe.

Falls zu erwarten ist, dass das Einstechen der Nadel problematisch sein wird, wärmen Sie die Einstichstelle vor der Blutentnahme auf. Falls das Blut von der unteren Extremität entnommen werden soll, hilft es auch, das Bein vor der Blutentnahme in der Badewanne aufzuwärmen.

Q5-2: Welches Kit kommt zum Einsatz?

A: Wir haben das Kit „Sicherheits-Scalp Vein Set mit Luer-Lock-Adapter“ von der Firma Nipro verwendet.



各部の名称 : Bezeichnung der Teile

針カバー : Injektionsnadelhülle

5. Blutentnahme

採血針 : Injektionsnadel

ウィングプロテクター : Kunststoffflügel

ストッパー : Anschlag

チューブ : Schlauch

ルアー針カバー : Schutzhülle für Luer-Lock-Spritze

ルアーアダプター : Luer-Lock-Adapter

コネクター : Verbindungsstück

ホルダー : Halter

Bei einer Blutentnahme mit diesem Kit wird die Luft innerhalb des Schlauchs in das erste Blutauffanggefäß mitgerissen. Daher muss zuerst eine Blutentnahme in ein größeres Auffanggefäß vorgenommen werden, bevor das Blut in ein kleines Blutauffanggefäß für das Blutbild und Koagulationssystem etc. entnommen wird.

Fig. 1 Fallbeispiel 1. Blutentnahme aus der Innenseite des rechten großen Zehs (Kanüle 24G)



Fig. 2 Fallbeispiel 2. Blutentnahme aus der Rückseite des linken Knies (Kanüle 24G)

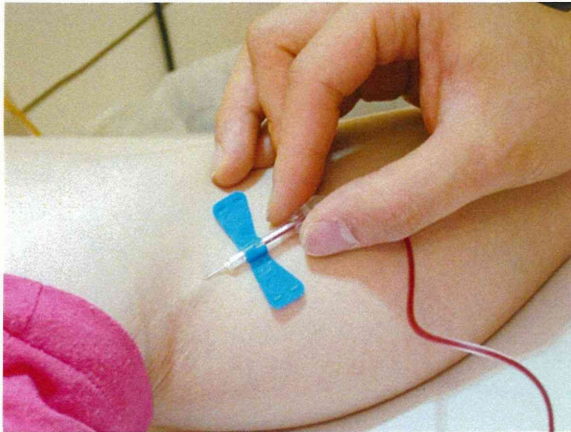


Fig. 3 Fallbeispiel 3. Blutentnahme aus einer Hautvene der rechten oberen Extremität (Kanüle 22G)



Anmerkungen zu Abbildungen 1 und 2: Damit die Handgriffe bei der Blutentnahme mit dem Kit sichtbar werden, sind diese Bilder ohne Handschuhe aufgenommen. Normalerweise werden doch als Standardmaßnahmen Handschuhe getragen.

6. Methode zur Blutdruckmessung und Auswertung der Blutdruckwerte

Verfasser

Q6-1: Atsuto Yoshizawa, Hiroyuki Nagase, Yutaka Seki, Eriko Kanehisa, Takuro Shinbo

Q6-2: Yuka Shiga, Yasuhiro Maehara

Q6-3: Eriko Kanehisa, Yutaka Seki, Takuro Shinbo

Q6-4, Q6-5, Q6-6: Atsuto Yoshizawa

Q6-1: Wie wird der Blutdruck bei Menschen mit Schäden an den oberen Extremitäten gemessen?

A: Bei ihnen wird der Blutdruck mit einem elektronischen Blutdruckmessgerät gemessen, indem die Manschette um den Innenknöchel so gewickelt wird, dass die auf der Manschette mit einem Kreis markierte Stelle an die Lage der Arteria tibialis posterior (hintere Schienbeinarterie) gebracht wird.

Wir empfehlen, den Blutdruck mit einem elektronischen Blutdruckmessgerät (oszillometrische Methode) an der Arteria tibialis posterior zu messen. Sie müssen aufpassen, dass die auf der Manschette mit einem Kreis markierte Stelle genau mit der Position der Arteria tibialis posterior übereinstimmen muss, wie in **Fig. 1** dargestellt. Der Messwert wird sonst nicht korrekt. Die Arteria tibialis posterior befindet sich hinter dem Innenknöchel (**Fig. 2**). Wenn Sie diese Stelle behutsam abtasten, können Sie den Pulsschlag wahrnehmen.

Wir verweisen auch auf Q12-2 und Q12-3.



Fig. 1