

Dyspnoe bei Tracheotomie

Kurzfassung

Bei Zustandsstabilisierung durch Maßnahme:

Wechsel in Langversion, um weiteres Vorgehen zu entnehmen

Atmung überprüfen

Mund/Nase und Tracheostoma!

Sauerstoff-Gabe

Im Zweifel über Tracheostoma & Gesicht

Absaugen

Trachealkanüle entfernen

wenn mit Cuff → vorher entblocken

PDT³ o. Anlageart unsicher:
(Um-) Intubationshilfe nutzen

Intubieren

Erneute Tracheotomie

Atmung überprüfen

- > Mund/Nase UND Tracheostoma
- > alle Sinne nutzen: sehen, hören, spüren
- > wenn mögl. Kapnographie anbringen

Suffiziente Atmung vorhanden?

Ja

Sauerstoffgabe

Laryngektomiert? ¹

Ja ganz sicher

Nein bzw. unsicher

O₂ über Tracheostoma
[v.a. präklinisch Ressourcen sparend]

O₂ über Tracheostoma
UND Gesicht

Zusätzliches Kanülenmaterial entfernen
feuchte Nase, Sprechkanüle, Verband, innere Kanüle/Seele
! Kanüle selbst zunächst noch in Trachea belassen !

Deutliche Besserung?

Ja

Zusatzmaterial wechseln
ABCDE evaluieren

Nein (!)

Absaugen

- > Oberkörper ca. 30° erhöht, Kissen entfernen → leichte Überstreckung
- > möglichst steril arbeiten
- > Katheter behutsam drehen - nicht ‚rühren‘ oder ‚stochern‘

Deutliche Besserung?

Nein (!)

Warum nicht? Keine bzw. nur geringe Sekretförderung

Absaugkatheter lässt sich nicht einführen

Entferntes Material wieder anbringen, ABCDE evaluieren & ggf. Pflegesituation eruieren

Kanülendislokation oder (Teil-) Verschluss des Tracheostomas

Trachealkanüle entfernen³

Bei Kanülen mit Cuff, diesen vorher entblocken
→ am besten unter Absaugung - Sekret oberhalb des Cuffs könnte sich lösen
Bei PDT³ oder Unsicherheit über Anlageart: vorher (Um-) Intubationshilfe einführen

Sauerstoffgabe & stabilisieren

Deutliche Besserung?

Nein (!)

mit Endotrachealtubus durch Tracheostoma intubieren

- > Größe 6,0 (sonst eher kleiner)
- > ggf. Bougie o.Ä., Spekulum & Gleitgel benutzen
- > in Klinik ggf. Fiberoptik nutzen

Intubation erfolgreich?

Ja

Nein (!)

Laryngektomiert? ¹

Nein (!)

erneute Tracheotomie

> weiter kaudal ansetzen

> Achtung: Schilddrüsenblutung möglich!

oral intubieren

- > auf schwierigen Atemweg vorbereiten → Videolaryngoskop/Fiberoptik nutzen!
- > Cuff unter Tracheostoma blocken

Intubation erfolgreich?

Nein (!)

Ja

Auskultieren

wenn mögl. Kapnographie anbringen
(Cuffdruck messen Zieldruck 20-30 cmH₂O)

ABCDE evaluieren

Transport in geeignete Klinik bzw. ggf. weiteres Vorgehen mit Experten besprechen

Reanimation beginnen

Tracheostoma-spezifische Ursachen² berücksichtigen

Nein bzw. unsicher

Puls vorhanden?

Ja

Beutel-Masken-Beatmung

Laryngektomiert? ¹

Ja bzw. unsicher

Nein sicher nicht

Kindermaske/LAMA auf Tracheostoma aufsetzen

Tracheostoma verschließen
→ wie gewohnt über Gesicht beatmen

Prälinik:

- > Videolaryngoskop und chirurgischen Atemweg bereithalten
- > Telefonische Voranmeldung:
Optimalerweise in Klinik mit HNO-Abteilung; Bronchoskop vorbereiten lassen

Klinik:

- > Erweitertes Atemwegsmanagement inkl. chirurgischem Atemweg, Bronchoskop & LAMA/Kindermaske (Beutel-Masken-Beatmung) bereithalten
- > in Notaufnahme frühzeitig Experten hinzuziehen

DD ‚Atemnot‘ abklären

- > Pneumonie/Bronchitis
- > (kardiales) Lungenödem
- > Asthma/COPD
- > ACS
- > LAE
- > Pneumothorax
- > ...

¹ Laryngektomie = Kehlkopfentfernung → Resultat: keine Verbindung mehr zw. oberen & unteren Atemwegen; wenn nicht bei Atemkontrolle festgestellt, möglicherweise bei Angehörigen/Pflege zu erfragen

² fehlerhaftes Material, Kanülendislokation, Tracheostomaverlegung/-verschluss

³ PDT = perkutane dilatative Tracheotomie; wird durch Aufdehnen einer sehr kleinen Öffnung geschaffen; neigt im Vgl. zu chirurgischer Tracheotomie zu Kollaps bei Dekanülierung

(!) zwischenzeitliche Sauerstoffgabe bzw. b.B. Beutel-Masken-Beatmung nicht außer Acht lassen