

Die Trachealkanüle in der stationären Reha

Nach eigenen Ergebnissen gelingt bei jedem zweiten Patienten eine Entwöhnung von der Trachealkanüle bis hin zum Verschluss des Stomas. Die von den Kostenträgern genehmigten stationären Behandlungszeiten werden immer kürzer. Es zeigt sich daher mehr und mehr die Notwendigkeit, diese Verschlechterung der Rahmenbedingungen durch gesteigerte therapeutische Effektivität zu kompensieren. Wie sieht die Umsetzung in der täglichen Praxis aus?

Teil II

Grundsätzlich müssen alle „Schlucktherapeuten“ (meist Ergo- oder Sprachtherapeuten) mit dem Kanülenumgang vertraut sein, das heißt Absaugung, Entblockung und gegebenenfalls auch Kanülenwechsel beherrschen. Dafür hat das Therapiezentrum Burgau eine hausinterne Zertifizierung nach entsprechender mehrwöchiger Anleitung durch die Pflege eingeführt.

Umgang mit Trachealkanüle

Auch Therapeuten anderer Disziplinen müssen zumindest Notfallsituationen im Zusammenhang mit der Trachealkanüle (Verlegung, ungewollte Entfernung durch Patienten) erkennen und entsprechend intervenieren können. Bei der Therapie von Patienten mit Trachealkanüle (TK) gerade in höheren Ausgangspositionen (Sitzen, Stehen) hat sich die Behandlung durch zwei Therapeuten bewährt.

Der TK-Patient wird in der Frührehabilitation sorgfältig überwacht (z.B. SaO₂-Monitoring). Neben Temperatur, Kreislauf und Angaben über Erbrechen oder Reflux sind Absaugungen (transkanulär, subglottisch) bezüglich Frequenz und Menge sowie die regelmäßige



Therapie im Sitzen mit zwei Therapeuten.

Autor



Dr. Wolfgang Schlaegel, Leiter des Schluckzentrum im Therapiezentrum Burgau

Autor



Claudia Gratz, F.O.T.T.-Instruktorin, Supervision Therapiezentrum Burgau

Überprüfung des Cuffdrucks dokumentationspflichtig.

Trachealkanülen werden bei unkompliziertem Verlauf alle vier Wochen gewechselt. Eine Wiederaufbereitung von TK ist nach Herstellerangaben nicht vorgesehen. Innenseelen werden zwischenzeitlich gereinigt oder gewechselt. Ein Wechsel der TK hat sachgemäß zu erfolgen, um Irritationen des Stomas zu vermeiden (Näheres zum Wechsel und zur Stomapflege im nächsten Teil dieser Artikelserie).

Große Bedeutung kommt einer sorgfältigen Mundhygiene zu, welche die Keimbeseidelung des Speichels reduzieren soll (speziell bei Karies, Parodontitis). Bevorzugt werden zudem Lagerungen, die ein passives, der Schwerkraft folgendes Nachfließen und Aspirieren von Speichel minimieren.

Bei der Pflege und Therapie sind vor allem zwei Auswirkungen der Trachealkanüle zu berücksichtigen:

- **Umgehung der oberen Atemwege:**

Die Atemluft kann bei geblockter TK nur durch die Kanüle ein- und auch wieder ausgeatmet werden. Das bedeutet, dass der gesamte Nasen-, Rachen- und Kehlkopfbereich nicht mehr von Luft durchströmt wird. Somit wird die Atemluft nicht ausreichend erwärmt und angefeuchtet.

Folge: Sekretansammlungen und Verborkungen.

Abhilfe: Luftbefeuchtung durch Vernebler, „feuchte Nase“.

- **Physiologisches Schlucken erschwert:**

Die Beweglichkeit der pharyngealen Strukturen, insbesondere die Hebung von Zungenbein und Kehlkopf, ist durch eine (geblockte) TK erschwert.

Folge: nur noch seltenes spontanes Schlucken, dadurch vermehrte Speichelansammlung im Mund und Aspiration durch mangelnde Öffnung des Speiseröhrenpförtners. Gezielte Schluckübungen bei geblockter TK sind aus diesem Grund nur in Ausnahmesituationen sinnvoll.

Entwöhnung von der TK

Eine TK bestimmt für den weiteren Verlauf des Lebens in erheblichem Ausmaß die Pflegebedürftigkeit und Lebensqualität des Patienten. Eine Entwöhnung von der Kanüle ist daher ein vordringliches Ziel der stationären Rehabilitation. Das Flussdiagramm zeigt ein Entwöhnungsmanagement, welches sich in der Praxis bewährt hat. Selbstverständlich stellt diese Vorgehensweise kein starres Dogma dar, sondern dient als Orientierungshilfe unter Abwägung von Risiko und Fortschritt.

Frühzeitig wird mit dem Entblocken begonnen, um den Kehlkopf sowie die oberen Luftwege zu „belüften“ und den Patienten an die vermehrte Atemarbeit zu gewöhnen. Die ersten Entblockungsversuche werden zunächst nur einige Minuten dauern und unter

sorgfältiger Beobachtung des Patienten in der Therapie durchgeführt (Ausatemluft über Mund/Nase, Veränderungen von Kreislauf, Sauerstoffsättigung, spontanes Schlucken, Qualität der Schutzmechanismen). Gelingt dies unter den kontrollierten Bedingungen problemlos, werden die Entblockungszeiten erweitert und schließlich auch auf therapiefreie Zeiten ausgedehnt. In dieser Phase kann die Kanüle mit einem Sprechventil versorgt oder verschlossen werden, um die physiologische Atmung über Mund und Nase zu trainieren.

Bei einem geringen Aspirationsrisiko kann auf eine TK ohne Cuff übergegangen werden.

Die Dekanülierung bei einem plastisch angelegten Stoma kann wie bei der Entblockung schrittweise über eine Ausdehnung der Dekanülierungszeit erreicht werden. Ein Dilatations- oder Punctionstracheostoma kann sich nach Entfernung der Kanüle schon nach weniger als einer Stunde so verengen, dass ein Wiedereinsetzen der Kanüle nicht möglich ist. Daher muss schon vor diesem Schritt sicher gestellt sein, dass der Patient eine ausreichend sichere Mund-Nasen-Atmung hat, keine Absaugung

Entscheidungshilfen zur Dekanülierung

- **Sichere Mund-Nasen-Atmung**
- **Schutz der Atemwege**
 - Effektivität von Husten/Räuspern, Rachenreinigung
- **Schluckfunktion**
 - Schluckfrequenz in Ruhe
 - Schluckqualität der pharyngealen Phase (keine/geringe Aspirationsgefahr)
- **Mundstatus**
 - Reinigung von Zähnen, Zunge und Gaumen möglich und gewährleistet
- **Kein Erbrechen /Reflux**
 - Ausschluss beziehungsweise erfolgreiche Gegenmaßnahmen

mehr erforderlich ist und die Aspirationsgefahr nur noch gering eingeschätzt wird. Ein plastisches Stoma wird in der Regel in Lokalanästhesie vom HNO-Arzt operativ verschlossen.

Selbstverständlich können es individuelle Umstände erforderlich machen, dass der Patient auf einer Stufe „stehen bleibt“. So kann beispielsweise eine dauerhafte Versorgung mit einer nicht geblockten TK notwendig sein, wenn keine ausreichende Mund-Nasen-Atmung vorliegt oder ein offenes Stoma nicht verschlossen werden kann, falls weiterhin endotracheal abgesaugt werden muss.

Das gesamte „Entwöhnungsmanagement“ ist natürlich eingebunden in eine intensive Therapie und ständige Reevaluation, das heißt in eine fortlaufende klinische und apparative Wiederbefundung. Der Laryngoskopie kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu, da sie für den Patienten nicht belastend ist, die Beurteilung von Schleimhaut und Phonation erlaubt und sogar als bedside-Untersuchung möglich ist.

Wichtig:

- Eine Entwöhnung von der TK sollte, wenn möglich, nur im stationären Rahmen erfolgen
- Bei rezidivierendem Erbrechen oder Reflux und gleichzeitiger hoher Aspirationsgefahr ist eine Entwöhnung kontraindiziert (Entblockung nur zum Kanülenwechsel!)

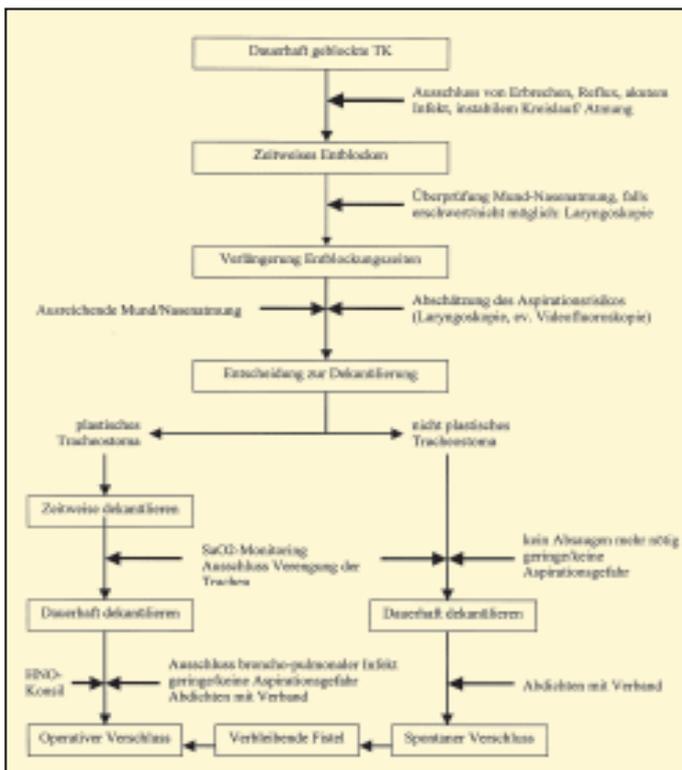
Der letzte Teil der Artikelserie geht auf die Versorgung der Patienten mit TK im Pflegeheim und zu Hause ein.

Literatur

H. Sticher, C. Gratz: „Trachealkanülenmanagement in der F.O.T.T.“ in: Therapie des Facio-Oralen Trakts, Springer Verlag 2004
 W. Schlaegel: „Behandlung der neurogenen Schluckstörung“ in not 5/2003, S16-18

Kontakt

Dr. Wolfgang Schlaegel
 Therapiezentrum
 Burgau
 Dr.-Friedel-Straße 1
 89331 Burgau
 ☎ 08222/4040
 ✉ 08222/404453



Unterstützung der Atmung durch beidseitige Kompression des Brustkorbs (Therapeut 1, rechts) und gleichzeitige Kontrolle der Ausatmung unter Verschluss der TK (Therapeut 2).