



Fotos: iStockphoto, BVMed-Bilderpool

VOM ENTBLOCKEN ZUR DEKANÜLIERUNG

Trachealkanülen-Management – Teil 2. Soll ein Patient von einer Trachealkanüle entwöhnt werden, ist eine hervorragende Zusammenarbeit zwischen Pflegenden, Ärzten und Logopäden das A und O. Es muss ein individueller „Fahrplan“ für den Betroffenen entwickelt werden, damit es nicht zur Demotivierung und psychischen Niederlagen kommt. In der Praxis hat sich ein stufenweises Vorgehen als hilfreich erwiesen.

Von Dr. Melanie Weinert und Manuela Motzko

Für die Entwöhnung von einer Trachealkanüle müssen zunächst bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Ist diagnostisch abgeklärt worden, wie stark die Aspirationsgefahr des Betroffenen einzuschätzen ist, sind im Zuge erster Entblockungsmomente auch Schluckversuche möglich, die die Diagnostik vervollständigen können.

Schluckversuche sollten ausschließlich bei entblockter Kanüle durchgeführt werden – unter anderem deswegen, weil die Beschaffenheit von geblockten Trachealkanülen in Kombination mit den anatomischen Verhältnissen der Betroffenen keinen luftdichten Abschluss bilden können (Winkelmaier et al. 2005).

Auch therapeutisch gesehen sind Schluckversuche mit geblocktem Cuff nicht sinnvoll, da der Betroffene beispielsweise keine Reinigungsmechanismen einsetzen oder trainieren kann. Zudem können oft auch während des Schluckens keine hilfreichen Schlucktechniken angewendet werden, die beispielsweise den Kehlkopfverschluss beim Schlucken

erleichtern. Ausnahmen bestehen etwa dann, wenn kausale und kompensatorische Therapiemethoden keinen Erfolg gebracht haben und Vorsichtsmaßnahmen während der oralen Nahrungsaufnahme beachtet werden.

Schluckversuche und erste Entblockungssequenzen sollten unter ständiger Absaugbereitschaft erfolgen. Wird der Auffangbehälter des Absauggerätes vor den Schluckversuchen geleert, kann aspiriertes Material besser in Augenschein genommen und nach Beschaffenheit und Menge beurteilt werden.

Entblockung gut vorbereiten

Vorbereitend sollten folgende Aspekte beachtet werden: Der Betroffene muss ausreichend vigilant und aufmerksam sein, um die Situation wahrnehmen und verstehen zu können. Ablenkende Faktoren wie Störlärm, akustische Reize (Radio, Fernseher) und Ansprache von mehreren Personen gleichzeitig sollten minimiert oder vermieden werden, damit der Betroffene die Chance hat, sich zu fokussieren.

Zudem muss die Ausgangshaltung und Körperpositionierung korrigiert beziehungsweise optimiert werden (Weinert/Motzko 2012,

Nusser-Müller-Busch 2011). Eine Mundpflege sollte vorab durchgeführt werden, orale Speichelresiduen auszuspuken oder den Mundraum auszuwischen. Bei Patienten mit deutlich herabgesetzten eigenen Fähigkeiten muss die Pflegekraft diese Handlungen begleiten und, falls nötig, ein orales Absaugen selbst durchführen. Bei ausreichend geringem Aspirationsrisiko können Vorlieben des Betroffenen bezüglich Geschmack und Temperatur von Nahrung oder Getränken beachtet werden, um somit die Stimulation zu erhöhen und die Motivation zu steigern.

Die Art und Weise der Durchführung von Schluckversuchen unterscheidet sich nicht wesentlich bei Menschen mit oder ohne Trachealkanüle. Eine den Fähigkeiten des Patienten angepasste Körperhaltung stellt aber immer die Basis für eine Schluckbeobachtung dar, damit die Schluckmuskulatur optimiert tonisiert ist. Liegt eine verzögerte Schluckreflextriggerung vor, kann vorbereitend die Mundschleimhaut auch im Bereich der Gaumenbögen stimuliert werden, um den Reflex zu sensibilisieren.

Es wird pro Schluck zunächst nicht mehr als ein Drittel Teelöffelmenge gegeben. Je nach Allgemein-

zustand nimmt es der Patient selber oder es wird ihm angereicht. Eventuell wird eine in der Dysphagietherapie erlernte Schlucktechnik angeleitet und der Betroffene im Anschluss an das Schlucken verstärkt zum Räuspern, Husten und Nachschlucken angehalten.

Nach dem Schlucken wird der Patient aufgefordert, einen Laut zu phonieren, um auditiv die Stimmlippenebene beurteilen zu können. Klingt die Stimme feucht-gurgelig, wird dies „wet voice“ genannt. Dies gibt einen deutlichen Hinweis auf Residuen von Speichel oder der geschluckten Speise/Flüssigkeit im Kehlkopf beziehungsweise auf den Stimmlippen. Wird dieser Bereich nicht durch Husten oder Räuspern im Anschluss gereinigt, besteht die Gefahr, dass die Residuen bei der Einatmung tiefer in die unteren Atemwege vordringen und dann zu einer Aspiration führen. Die Prüf-speise kann dann auch am Tracheostoma sichtbar werden und austreten.

Aspekte, die Schluckversuche beenden oder die Durchführung abbrechen lassen, sind zum Beispiel aspiriertes Material aus dem Schluckversuch. Das heißt, es wird Material abgesaugt, läuft aus dem Tracheostoma heraus oder wird aus der Kanüle ausgehustet. Ist die

PRIMA-SAFE und PRIMA-SAFE LARGE – Platzhalter für die sichere Dekanülierung.



Platzhalter
PRIMA-SAFE / LARGE
mit Universalansatz-
Adapter

Der **PRIMA-SAFE** und der **PRIMA-SAFE LARGE** sind zwei besonders schonende Platzhalter von HEIMOMED. Der **PRIMA-SAFE** ist für ein Punktions-tracheostoma und der **PRIMA-SAFE LARGE** für ein chirurgisch angelegtes Tracheostoma geeignet.

- zur schonenden Offenhaltung des Tracheostomas
- optimal zur Wiedereingewöhnung an Mund-/Nasenatmung
- besonders leicht einzusetzen und individuell anpassbar

Unser neuer Universalansatz-Adapter zum Aufstecken auf den **PRIMA-SAFE / LARGE** ermöglicht mittels eines HMEs (Feucht-Wärme-Austauscher) die pulmonale Rehabilitation. Sprechventile können so in Verbindung mit einem HME verwendet werden. Ebenso kann über den Adapter ein Beatmungsgerät angeschlossen werden.

HEIMOMED Heinze GmbH & Co. KG
Daimlerstraße 30 · 50170 Kerpen
Tel.: +49 2273 9849-43
Fax: +49 2273 9849-543
info@heimomed.de · www.heimomed.de

**Abb. 1 Stufenmodell:
Vorgehen von der Entwöhnung bis zur Dekanülierung**

Quelle: Prosiegel/Weber 2010

Stufe	Inhalt	Voraussetzungen	Kontraindikationen
1	<ul style="list-style-type: none"> – Entblockung nur während der Schlucktherapie – Kontrolle der Sauerstoffsättigung mittels Pulsoxymetrie – Überprüfung der Speichelaspiration mittels „Blauschluck“ 	<ul style="list-style-type: none"> – Glottis ist ausreichend weit (durch HNO-Untersuchung abgesichert) – Sondennahrung 30 Minuten vor Termin gestoppt – Patient ist wach und reagiert auf Ansprache – adäquate Lagerung (aufrechte Oberkörperposition) 	<ul style="list-style-type: none"> – Aspirationspneumonie – Temperaturerhöhung unklarer Ursache – schlechter Allgemeinzustand – Erbrechen
2	<ul style="list-style-type: none"> – Entblocken auch außerhalb der Schlucktherapie – Kontrolle der Sauerstoffsättigung mittels Pulsoxymetrie – Überprüfung der Speichelaspiration mittels „Blauschluck“ 	<ul style="list-style-type: none"> – adäquate Lagerung (aufrechte Oberkörperposition) – Patient ist wach und reagiert auf Ansprache – zuständige Pflege bzw. nachbehandelnder Therapeut ist informiert – keine Nahrungs-/Flüssigkeitszufuhr über Sonde 	<ul style="list-style-type: none"> – Aspirationspneumonie – Temperaturerhöhung unklarer Ursache – schlechter Allgemeinzustand – Erbrechen
3	<ul style="list-style-type: none"> – Entblockung tagsüber stundenweise, auch außerhalb des Zimmers möglich – Nahrungs-/Flüssigkeitszufuhr über Sonde im entblockten Zustand möglich 	<ul style="list-style-type: none"> – Patient muss nicht dauernd abgesaugt werden – adäquate Lagerung (aufrechte Oberkörperposition) 	<ul style="list-style-type: none"> – Aspirationspneumonie – Temperaturerhöhung unklarer Ursache – schlechter Allgemeinzustand – Erbrechen
4	<ul style="list-style-type: none"> – Patient tagsüber entblockt, mit Trachealkanülenverschlusskappe versorgt, auch in anderen Therapien und auch in liegender Körperposition – Nahrungs-/Flüssigkeitszufuhr über Sonde im entblockten Zustand möglich 	<ul style="list-style-type: none"> – Patient kann Sekret schlucken/abhusten/expektorieren und muss nicht dauernd abgesaugt werden – nachfolgender Therapeut ist informiert – Pflege kann bei Eintreten einer Kontraindikation Patient sofort wieder blocken 	<ul style="list-style-type: none"> – Aspirationspneumonie – Temperaturerhöhung unklarer Ursache – schlechter Allgemeinzustand – Erbrechen
5	<ul style="list-style-type: none"> – Patient ist tagsüber und zunehmend nachts (stufenweise gesteigert) entblockt und mit Trachealkanülenverschlusskappe versorgt – Überprüfung der Speichelaspiration mittels „Blauschluck“ zur Nacht 	<ul style="list-style-type: none"> – Absaugen nur noch vereinzelt notwendig – Pulsoxymetrie-Überwachung in der Nacht 	<ul style="list-style-type: none"> – Aspirationspneumonie – Temperaturerhöhung unklarer Ursache – schlechter Allgemeinzustand – Erbrechen
6	<ul style="list-style-type: none"> – Dekanülment; Stoma abkleben – falls endgültige Dekanülierung noch zu riskant erscheint (z. B. bei Punktionstracheostoma), evtl. temporäres Einsetzen eines Platzhalters – nach 10–14 Tagen operativer Verschluss des Stomas bei plastischem Tracheostoma 	<ul style="list-style-type: none"> – Patient mindestens 48 Stunden dauerentblockt – Patient weist in Ruhe und bei körperlicher Belastung keine Dyspnoe auf – klinisch und endoskopisch/radiologisch keine signifikanten Aspirationshinweise 	

Phonation auffällig im Sinne einer „wet voice“ und kann durch willkürliches oder reflektorisches Räuspern, Husten und Nachschlucken oder Ausspucken nicht gereinigt werden, so sollte der Betroffene nicht weiter mit Schluckversuchen konfrontiert werden.

Dieses gilt des Weiteren auch, wenn die Qualität des Hustenstoßes nicht ausreichend ist, weil dieser zu schwach und damit ineffektiv ist, wenn es unter dem Schluckversuch zu einem lang anhaltenden Husten kommt oder sich in Folge bronchiale Atemgeräusche einstellen (Prosiegel/Weber 2010).

Stufenweise vorgehen

Es gibt bisher kein einheitliches Vorgehen zur Entwöhnung und Dekanülierung. Letztlich bleibt es ein individueller Prozess, der sehr von der Erkrankung des Patienten und begleitenden Faktoren bestimmt wird.

In der Praxis hat sich ein spezielles Stufenmodell als hilfreich erwiesen. Dieses Modell wurde von Prosiegel und Weber so konzipiert, dass es insgesamt sechs Stufen umfasst, die jeweils einen definierten Inhalt pro Stufe haben und dementsprechend Voraussetzungen gegeben sein müssen, damit das Fachpersonal den Patienten in die nächste Stufe begleiten kann (Abb. 1). Zudem sind Kontraindikationen für jede Stufe aufgezeigt, die es nicht ermöglichen, die nächstfolgende Stufe therapeutisch anzugehen.

Es gibt medizinische und organisatorische Parameter, die erfüllt sein müssen, damit Entblockungszeiten ausgeweitet werden können, um im Verlauf respiratorische oder pulmonale Komplikationen zu verhindern. Der Betroffene muss sich in einem zunehmend stabilen Allgemeinzustand befinden, sich pulmonal stabilisiert haben (deutlich reduzierte Speichelaspiration) und seine Schluckfähigkeit (Speichelkontrolle, Speichelschlucken) sollte eine positive Tendenz aufweisen.

Das multiprofessionelle Behandlungsteam von Arzt, Schlucktherapeut und Pflegekraft benötigt einen

sicheren Informations- und Dokumentationsweg, damit alle Personen aufmerksam und gemeinsam den Prozess begleiten können. Protokollbögen, die Auskunft über Absaugqualitäten (Frequenz, Sekretmenge und -beschaffenheit), Sauerstoffsättigung und Entblockungszeiten geben, sind hilfreich, damit alle beteiligten Berufsgruppen zu jeder Zeit die aktuellen Informationen abrufen können. Diese Daten entscheiden dann jeweils über das weitere Vorgehen.

Kommt es zu einer Aspirationspneumonie oder erbricht der Betroffene häufiger, weil er zum Beispiel die Sondenkost nicht gut verträgt, wäre hier eine Steigerung der Entblockungszeiten kontraindiziert.

Demotivation gezielt vermeiden

Die Arbeit mit dysphagisch betroffenen Menschen, die aufgrund einer hohen Speichelaspiration mit einer geblockten Trachealkanüle versorgt sind, zeigt immer wieder, dass Entblockungsversuche im Rahmen der Therapie eine entscheidende Rolle im Rehabilitationsprozess des Betroffenen darstellen. Es ist oftmals ein enormer psychischer Auftrieb und Motivationsfaktor, wenn die eigene Stimme wieder benutzt und gehört

werden kann (auch für Angehörige). Dieses wird häufig als „Wendepunkt“ erlebt, als Zeichen, dass es jetzt „besser“ wird und „voran“ geht. Damit es nicht zur Demotivierung oder psychischen Niederlagen kommt, sollten solche Schritte gut geplant und sicher angegangen werden.

Nicht selten muss die Entscheidung getroffen werden, ob zunächst ein Entwöhnungsprozess mit Dekanülierung im Vordergrund steht oder ein oraler Kostaufbau bei gesteigerten Entblockungszeiten. Diese ist sehr abhängig von der Grunderkrankung des Betroffenen und dem damit verbundenen Rehapotenzial. So kann beispielsweise bei einer Progredienz der Erkrankung nicht die Dekanülierung, sondern eher eine (Teil-)Oralisierung das Ziel sein. Was für den Betroffenen in seiner Situation als „lebenswert“ gilt oder was für ihn Lebensqualität bedeutet, kann sehr unterschiedlich sein.

Unabdingbar ist es diesem Prozess die interprofessionelle Diskussion zwischen Arzt, Schlucktherapeut und Pflegefachkraft. Zudem ist es von hoher Bedeutung, den Betroffenen und seine Angehörigen so gut wie möglich mit einzubinden. Um einen gemeinsamen „Versorgungsfahrplan“ für den Betroffenen entwickeln zu können, brauchen alle

Fachdisziplinen ein hohes Maß an Fachwissen. Die Erfahrung zeigt, dass immer wieder Unsicherheiten und Fehlinterpretationen auftreten, wenn ein Patient mit einer Trachealkanüle versorgt ist. Dies liegt oft daran, dass die Indikation der Trachealkanüle aufgrund von hoher Speichelaspiration außer Acht gelassen wird. Oftmals wird allein das Atmenproblem in den Blick genommen, was dem betroffenen Menschen mit seiner umfassenden Problematik nicht gerecht wird.

Des Weiteren wird immer noch darüber diskutiert, ob dysphagisch betroffene Menschen mit einer geblockten Trachealkanüle essen und trinken sollen. Auch dieser Aspekt sollte nicht mehr zur Diskussion stehen, sondern mit einem klaren Nein beantwortet werden. Eine Ausnahme bietet höchstens die Versorgung des Betroffenen in der Palliativmedizin und in Lebensphasen, wo die Lebensqualitätserhöhung deutlich im Vordergrund steht.

Literatur bei den Verfasserinnen.

Dr. rer. medic. Melanie Weinert,
Fachtherapeutin Dysphagie
Kölner Dysphagiezentrum
info@dysphagiezentrum.de

Manuela Motzko, Fachtherapeutin Dysphagie
Kölner Dysphagiezentrum
info@dysphagiezentrum.de

Zum Glück noch ein Geschenk:

Bestellen Sie **3** Produkte und wir schenken Ihnen das **4.** dazu!

Das sollten Sie sich nicht entgehen lassen!

Beim Kauf von 3 x SCC 250 oder 3 x KTW 100 bekommen

Sie den 4. geschenkt.

Weitere Informationen unter:

www.rcn-medizin.de und
06761 - 9197-0



SCC 250



KTW 100

RCN Medizin- und Rehathechnik GmbH



RCN SOMMERAktion

