



Allseits bekannt und doch gefürchtet:

DER TRACHEOSTOMA-PATIENT

Einsatzmeldung: RTW + NEF mit Sonderrechten Atemnot Akut
Info: Tracheostoma Patient

Witterung: 7°C, bewölkt, trocken bei noch nasser Fahrbahn

Lage Einsatzort:

Wohngebiet einer Großstadt

5min zum Grund- & Regelversorger, 7min zum Maximalversorger

RTW-Besatzung: NEF: NA + NFS ; RTW: NFS + RS + Azubi 1. Ausbildungsjahr

Mitgenommenes Material: Absaugpumpe, EKG, Basic u. Advanced Rucksack*, NEF-Zusatztasche

Bei beginnender Dämmerung wird Mitte Januar ein NAW im Rendez-Vous-System in ein Wohngebiet alarmiert. Die beiden Fahrzeuge kommen ca. zeitgleich vor der Haustür eines Einfamilienhauses zum Stehen. Die Besatzungen werden nach dem Klingeln von einem älteren Herren durch einen engen, verwinkelten Flur ins Wohnzimmer des EGs geführt. Dort treffen sie seine ca. 80 Jährige tracheostomierte Ehefrau im Pflegebett und den Sohn der Eheleute an.

Durch das Wohnzimmer gelangt man ebenerdig in den Garten, welcher das ganze Haus zu umgeben scheint. Offensichtlich geht es um die ältere Dame, welche massiv zyanotisch, tachypnoeisch, agitiert und panisch, flach in ihrem Bett liegt.

Die Angehörigen berichten von einer plötzlich eingetretenen zunehmenden Atemnot.

Während der Notarzt mit der Auskultation und Untersuchung der Patientin beginnt, kümmert sich das Team um Maßnahmen wie das Hochstellen des Bettkopfteils, das Vorbereiten der Absaugpumpe, O₂-Gabe über Tracheostoma, Anlage eines peripheren i.v.-Zugangs und das Erheben der Vitalparameter.

Die parallel durchgeführte Fremdanamnese über die Angehörigen bringt folgende Informationen:

Der letzte Trachealkanülenwechsel vor einigen Tagen sei komplikationslos verlaufen, einen Infekt habe sie keinen gehabt, sie sei nicht synkopiert oder gestürzt. Sonst sei sie multipel vorerkrankt und müsse dreimal pro Woche zur Dialyse. Das Tracheostoma habe sie seit der Laryngektomie vor ca. einem Jahr aufgrund eines Larynxkarzinoms.

Die Patientin selbst kommuniziere sonst über ihre Sprechkanüle klar und orientiert; aktuell scheint zu ihr jedoch kein Durchdringen zu sein; nicht einmal Ja-Nein-Fragen können durch ein Nicken oder Kopfschütteln von ihr beantwortet werden.

Zusammenfassend lässt sich Folgendes erheben:

A - Mundraum frei, Schleimhäute zyanotisch u. feucht, HWS o.p.B.

B - Tachypnoe, AF ca. 50/min, abgeschwächtes AG mit dtl. Rasselgeräuschen bds, prominenter exp. Stridor, massive Zyanose, initiale SpO₂ Sättigung 28%

C - Puls 120 bpm, RR syst 160mmHg, zu keiner Zeit offensichtliche AP-Beschwerden

D - GCS 9 (M4 V3 A2), agitiert, Orientierung fraglich, bewegt alle Extremitäten frei, PERRLA, BZ 168 mg/dl

E - peripher leichte Ödeme, Dialyse-Shunt Unterarm rechts, sonst Bodycheck o.p.B

Für den Notarzt ergibt sich zunächst ein unklares Beschwerdebild, am ehesten V.a. kardiales Lungenödem. Er verabreicht 40 mg Furosemid, wobei er jedoch kurz nach der Verabreichung wieder von dieser Verdachtsdiagnose zurücktritt. Weiter verabreicht er titriert 5mg Morphin und Reproterol 0,09mg i.v.. Nach einiger Zeit wird das erste Mal der Sitz der Trachealkanüle überprüft; bei näherer Betrachtung fällt ein deutlicher inspiratorischer Luftstrom an der Kanüle auf.

1) Was könnte in diesem Fall das Hauptproblem sein?

2) Wie würdest du in einem solchen Fall vorgehen und ggf. eskalieren?

3) Mit welchen Komplikationen sollte man bei Tracheostoma-Patienten generell rechnen?

* Advanced Rucksack: Intubations-Equipment, Magensonde, EZiO, Verbandmaterial, SamSplint, Tourniquet, Entlastungspunktionsnadeln, Beckenschlinge



Hier geht's direkt zur Telegram-Diskussionsgruppe!