

Physiotherapeutische Behandlung von Tracheotomie-Patienten in der ORL

Autor(en): **Bernetti, Luca / Borle, Natalie**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti**

Band (Jahr): **28 (1992)**

Heft 2

PDF erstellt am: **19.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929932>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Physiotherapeutische Behandlung von Tracheotomie-Patienten in der ORL

Vom Beginn der Hospitalisierung bis zur respiratorischen Unabhängigkeit wurden 22 tracheotomisierte Patienten täglich einer Physiotherapie unterzogen. Als Behandlungsmethode kam hauptsächlich die Atemphysiotherapie zum Einsatz, daneben aber auch Rehabilitationstechniken bei Gelenkkomplikationen, die nach dem chirurgischen Eingriff auftreten können. Der therapeutische Verlauf wird mit einer wöchentlichen Beurteilung bestimmt. In der Schlussfolgerung steht weniger der quantitative als der deskriptive Aspekt im Vordergrund.

Die Otorhinolaryngologie (ORL) unterscheidet zwei pathologische Zustände, die eine Tracheotomie erfordern:

- Karzinome des Kehlkopf, des Rachens und der Mundhöhle;
- Traumatisierung von Gesicht und Kehlkopf.

In beiden Fällen entsteht in der postoperativen Phase eine starke Funktionsbeeinträchtigung der Ventilationsmechanik (Restriktionssyndrom, Bronchialverengung). Daneben kann es in Zusammenhang mit dem chirurgischen Eingriff oder dem Trauma auch noch zu Gelenkproblemen kommen.

Die Patienten brauchen also eine fortlaufende Atemphysiotherapie, oft zusammen mit einer funktionellen Rehabilitation (Nacken, Schulter). In dieser Arbeit werden die spezifischen physiotherapeutischen Massnahmen für diese Patienten beschrieben.

Tracheotomie: Zwei Arten

Bei diesem chirurgischen Eingriff handelt es sich um die temporäre oder definitive Öffnung der Luftwege auf der Höhe der Trachealzervix. Die Inzision erfolgt zwischen dem 2. und 4. Trachealring.

Es werden zwei Arten der Tracheotomie unterschieden:

- Die funktionelle Tracheotomie ist eine Entlastungsmassnahme, mit der sich eine teil-

weise oder vollständige Okklusion der oberen Luftwege beheben lässt. Mit der Schliessung des Tracheostomas setzen die Ventilations- und Schluckfunktionen wieder ein.

- Die totale Tracheotomie, bei der Atmungs- und Verdauungskreisläufe definitiv unabhängig voneinander funktionieren (bei der Totallaryngektomie).

Karzinome

Dabei handelt es sich um Gewebsmassen, die aufgrund eines Zelleilungseffekts entstehen. In der ORL treten solche epidermoide Karzinome vor allem in der Mundhöhle, im Rachen oder am Kehlkopf auf. Die betroffenen Patienten sind überwiegend männlichen Geschlechts (1984: 98 Prozent in Frankreich), und die wichtigsten Risikofaktoren Tabak und Alkohol.

Die Behandlung besteht meist aus einer Chemotherapie, der Strahlentherapie und der Chirurgie.

Chirurgische Eingriffe

Die chirurgischen Methoden zielen im Rahmen des Möglichen auf die Erhaltung der Atem-, Schluck- und Phonationsfunktionen der oberen Luftwege ab. Die Art des Eingriffs ist von der Lokalisation des Karzinoms abhängig.

Der Chirurg nimmt eine weitreichende Exstirpation des Tumors vor, was Resektionen in den bukkolingualen, pharyngealen und laryngealen Regionen nach sich ziehen kann. Eine Pharyngoplastik durch den Hautmuskellappen des grossen Brustmuskels ist in den folgenden Fällen angezeigt:

- grosse Verluste an Mucus-, Muskel- und Knochensubstanz;
- Schwächung der Gewebe durch die vorgängigen Strahlen- und Chemotherapien.

Traumata

Die beiden wichtigsten Traumata, die eine Tracheotomie erfordern, sind:

- chirurgisch behandelter Unterkieferbruch (transmaxilläre Fixation);
- zerschmetterter Kehlkopf, wenn eine Laryngealprothese eingesetzt werden muss.

Die meisten dieser Verletzungen treten bei Autounfällen auf (57 Prozent zerschmetterte Kehlköpfe).

Behandlungsmethode

Gleich nach dem Eintritt ins Krankenhaus werden die Patienten einmal täglich therapiert. Falls mehrere tägliche Behandlungen notwendig sind, werden sie von den diensthabenden Physiotherapeuten durchgeführt. Je nach Zustand des Patienten dauert die Sitzung 30 bis 45 Minuten und umfasst:

- Atemtherapie;
- Massage;
- aktive und/oder passive Mobilisierung
- Tonizitätsübungen.

Die Behandlung erfolgt in drei Phasen: präoperativ, unmittelbar postoperativ und postoperativ bis zur Rehabilitation.

Präoperative Phase

In dieser Phase werden dem Patienten die postoperativen Probleme und die entsprechenden Rehabilitationsmassnahmen dargelegt, und er wird mit den nach der Operation verwendeten Techniken vertraut gemacht:

- gelenkte Ventilation;
- Bronchialtoilette mit kontrolliertem Husten;
- Verwendung von Atemorthesen (Druckentspannungsgeräten).

ZUSAMMENFASSUNG

Sollte ein Patient an einer chronischen obstruktiven Bronchopneumopathie leiden, ist eine gründliche Bronchialtoilette schon vor dem Eingriff vorzunehmen.

Unmittelbar postoperative Phase

Erster postoperativer Tag unter Dauerbehandlung. Die unmittelbar postoperative Phase dauert je nach Patient zwei bis vier Tage und konzentriert sich auf folgende Probleme. Hypersekretion, behandelt mit:

- Aerosoltherapie: Dauerbehandlung und vor jeder Bronchialdrainage;
- Bronchialtoilette durch Aktivdrainage (Beschleunigung des Expirationsflusses) und Abführen der Sekretionen (kontrollierter Husten, endotracheale Aspiration).

Restriktionssyndrom und paradoxe Atmung

- Stimulierung der Zwerchfell-tätigkeit durch den bewussten Einsatz der abdomino-diaphragmatischen Ventilation
- Aufrechterhaltung der Atemkinesen mit abdomino-diaphragmatischer Respiration und Mobilisierung der Inspirations- und Expirations-Reservevolumina;
- Einsatz der Atemorthesen: (Druckentspannungsgeräte) Bird®, Monoghan® und CPAP (kontinuierlicher positiver Atemdruckweg).

Postoperative Hypoxämie

- Oxygenotherapie;
- CPAP.

Thrombembolische Probleme

- Kreislaufgymnastik, eventuell Massage;
- frühzeitiges Aufstehen mit Bandagieren der unteren Extremitäten (wenn möglich schon 24 Stunden nach der Operation).

CorpoMed®-Kissen

für eine bessere Lagerung

- vielseitig verwendbar in der Physiotherapie
- einzigartige Füllung: mit Luft gefüllte Mini-Kügelchen
- diese Füllung bewirkt, dass die Kissen sich einerseits jeder Körperform anpassen, dass sich andererseits eine gegebene Form nicht ungewollt ändert.



▲ Für viele Rückenpatienten die richtige Lagerung.

◀ Optimal entspannende Lagerung, z. B. nach Rotatorencuff-Operation.

Während der Massage bei einem Coxarthrosepatienten.



Auch für eine stabile Seiten- oder Halbseitenlagerung, nach Hüftoperationen und in der Heim- und Alterspflege.

Senden Sie mir bitte:

- Prospekt
- Preise, Konditionen
- Informationsblätter
«Lagerung von Hemiplegiepatienten»

BERRO AG

Postfach
4414 Füllinsdorf
Telefon 061/901 88 44

Stempel

PG-A14-12

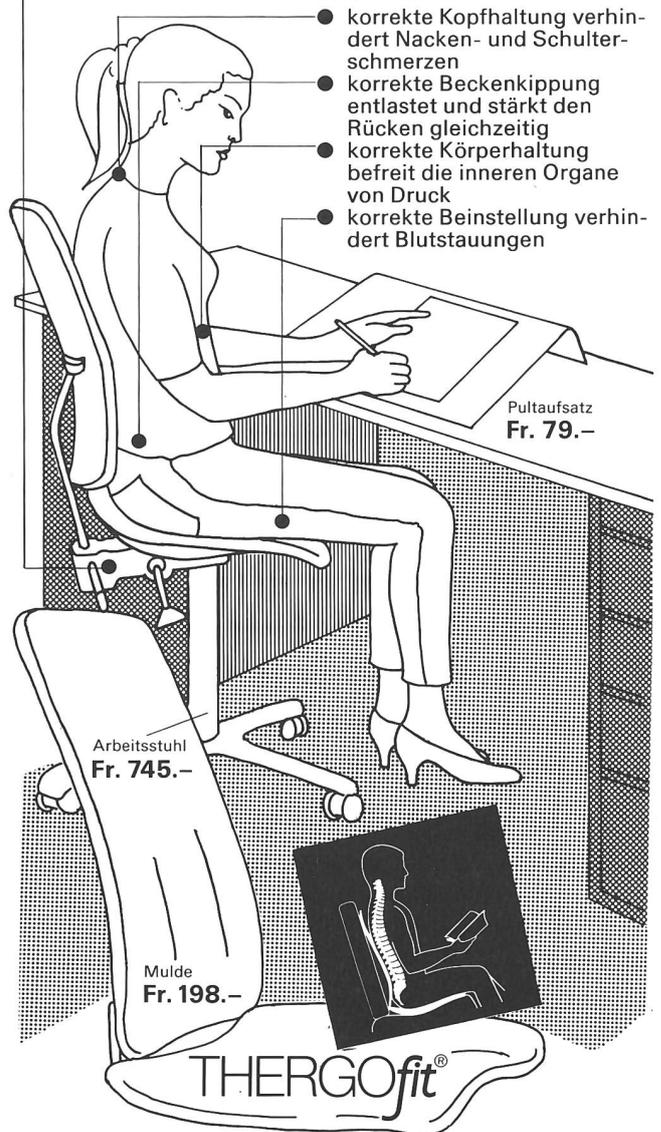
3 Wochen lang schmerzfrei sitzen! Oder gar für allezeit?

Testen Sie unsere Produkte 3 Wochen lang ganz unverbindlich.

Die besondere Sitzmechanik des THERGOfit-Arbeitsstuhls erlaubt, zusammen mit der ergonomischen THERGOfit-Formgebung, ein Abkippen der Sitzfläche nach vorne. Die körpergerecht geformte Sitz- und Rückenmulde stützt die Wirbelsäule in der aktiven Arbeitshaltung hochwirksam, lässt sich zur Entspannung aber mit einem Handgriff nach hinten legen.

Die speziellen THERGOfit-Sitzeffekte:

- korrekte Kopfhaltung verhindert Nacken- und Schulterschmerzen
- korrekte Beckenkipfung entlastet und stärkt den Rücken gleichzeitig
- korrekte Körperhaltung befreit die inneren Organe von Druck
- korrekte Beinstellung verhindert Blutstauungen



Die berühmte **THERGOfit-Rückenmulde** in neuester, gepolsterter Ausführung. Sie gibt Halt und stützt auf Autositzen, Polstersesseln usw. und sorgt ganz schnell für schmerzfreies Sitzen.

Ja bitte, senden Sie mir für **einen 3-wöchigen Gratistest**

- den THERGOfit-Arbeitsstuhl (Bezug: blau, grün, mittelbraun, grau, rotbraun)
- THERGOfit-Sitzmulde
- THERGOfit-Schrägpult (für bessere Schreib-, Lesehaltung)

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ Ort: _____

Telefon-Nummer: _____

THERGOfit AG, Systeme für schmerzfreies Sitzen
Sarganserstrasse 35, 7310 Bad Ragaz, **Telefon 085 9 38 38**