

Zusammenfassung Telefongespräch

Gesprächspartner am 3. Dezember 2018 zum Thema „Larynxtubus in der aktuellen Zeit noch Mittel der Wahl für professionelle Ersthelfer?“

Richard Schalk ist Fachkrankenpfleger, Lehrrettungsassistent und ERC ALS Provider. Er arbeitet als Funktionsdienstleitung OP-Management an der Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie an dem Goethe Universitätsklinikum Frankfurt am Main. Seit vielen Jahren beschäftigt Richard Schalk sich mit der Thematik Atemwegssicherung durch Larynxtubus. Er ist der „Larynxtubus Gott in Deutschland“. Er ist Autor des Buches „Der Larynx-Tubus -Suction – Ein Notfallkonzept ! vom Alerra-Verlag. Aufgrund seines Wissens und seiner Erfahrungen liegt ihm die Information und Schulung ganz besonders am Herzen.

Anlaß für das Telefongespräch war die vermehrte Veröffentlichung von Studien und Studienergebnissen zum Larynxtubus Suction (im weiteren Verlauf LTS genannt) mit Nennung von Komplikationen. Hier stellte sich für mich die Frage, ob wir -trotz meiner eigenen guten Erfahrungen mit dem LTS- auf die neuen Studien reagierend, den LTS zukünftig nicht mehr im Bereich professionelle Ersthelfer empfehlen.

Netterweise hat sich Herr Schalk am 3. Dezember 2018 fast eine Stunde Zeit genommen und mit mir telefonisch die Fragestellung diskutiert.

Erst einmal informierte mich Herr Schalk, daß seit Mitte diesem Jahr der Hersteller den einfachen Larynxtubus -ohne Suction- vom Markt genommen hat. Über die aktuellen Vertriebswege kann nur noch der LTS als Einmal- oder Mehrwegprodukt gekauft werden. Das freut mich sehr, da zukünftig Zahnarzt-, Arztpraxen bei der Anschaffung des Larynxtubus das wirkliche Notfallprodukt zur Atemwegssicherung bei der Reanimation bekommen.

Als Weiteres wurde ich von Herrn Schalk informiert, daß die Hilfsorganisationen in Absprache mit Herrn Prof. Sefrin als DRK Bundesarzt, den LTS aus dem Bereich des Sanitätsdienstes rausgenommen hat und somit bei den Hilfsorganisationen nur noch durch medizinisches (Rettungs-)Fachpersonal angewandt wird.

Zu diesem Punkt fragte ich ihn gleich, wie die Anwendbarkeit des LTS in Zahnarzt-, Arztpraxen von ihm gesehen wird. Für Herrn Schalk ist ganz klar, daß medizinisches Fachpersonal in Zahn-, Arztpraxen den LTS als Atemwegssicherung anwenden soll und kann, wenn es entsprechend regelmäßig geschult ist.

Damit sind wir bei einem wichtigen Knackpunkt zur Anwendung des LTS, laut R.Schalk. Die Einfachheit der Anwendung verleitet leider dazu, ohne regelmäßige und gute Schulung diesen anzuwenden. Trotz Einfachheit ist doch einiges zu beachten, um dem Patienten ohne Schaden durch die Anwendung ein gutes Outcome zu gewährleisten.

Die richtige Anwendung des LTS beinhaltet das Einführen einer Magensonde in den Drainagekanal zur Entlastung des Magens.

R.Schalk spricht hier ganz besonders die Thematik Cuffdruckmessung und Ödembildung an. Der Hersteller VBM weist seit Patent-Anmeldung bzw. Markteinführung des ursprünglichen Larynxtubus auf die Notwendigkeit der Cuffdruck-Messung nach Einlage des Larynxtubus hin. Nur durch Kontrolle klinischer Zeichen auf Ödembildung an Zunge und der Rachenschleimhaut

oder besser Cuffdruck-Messung kann die Überblockung erkannt werden. Die livide Verfärbung der Zunge ist ein klinisches Zeichen für die Überblockung. Eine Überblockung kann durch die Standard-Blockerspritze auftreten und bei Nicht-Bemerkten zu einer Hämatombildung im Rachenraum bei traumatischer Einlage des Larynxtubus oder zu einer Schwellung der Zunge führen. Beides bringt erst dann Komplikationen, wenn eine endotracheale Umintubation erfolgt.

Aus diesem Grund ist nach Einlage des LTS auf klinische Zeichen zu achten oder/und der Cuffdruck zu messen. Hier ist beim Nicht-nüchternen Notfallpatient ein Cuffdruck von 60cmH₂O anzustreben. Bei Zeichen einer Überblockung ist das Ablassen von 5-15ml aus dem Cuff zielführend.

Eine veröffentlichte Studie zum LTS spricht von dem Abdrücken der Carotiden durch den Cuff. Diese Studie wurde allerdings an Schweinen (ca. 35kg) schwer und nicht am Menschen durchgeführt. Schweine haben eine andere Anatomie im Halsbereich, weshalb Schweine und Menschen nicht vergleichbar sind. Aktuell ist keine Studie veröffentlicht, die das Carotiden-Abdrücken durch den Larynxtubus-Cuff am Menschen bewertet.

Desweiteren weist mich R.Schalk auf die aktuellen Lehrmeinung hin, daß trotz Insertion eines LTS kurze Ventilationsunterbrechungen in den Thoraxkompressionen erfolgen sollen. Also auch unter der Atemwegssicherung 30:2 beibehalten wird.

Zur Vereinfachung der endotrachealen Umintubation wurde vor einiger Zeit der iLTS auf den Markt gebracht. Hier handelt es sich um einen LTS welcher auch als Einführhilfe für die endotracheale Intubation genutzt werden kann. Der LTS muß nicht entfernt werden, um endotracheal zu intubieren, sondern der endotracheale Tubus wird über den LTS in die Trachea eingeführt. Erst nach Platzierung des endotrachealen Tubus wird der LTS über den endotrachealen Tubus ausgefädelt.

Bei der Besprechung von aktuellen Studien, die teilweise ein besseres oder ein schlechteres Outcome durch einen LTS bestimmen, kommen wir wieder zum Punkt Schulung. R.Schalk nimmt mit Studiengruppen Kontakt auf, um die Vergleichbarkeit der dargestellten Techniken (Maskenbeatmung, LTS; LMA, endotracheale Intubation) festzustellen. Häufig stößt er dabei auf schwierige Vergleichbarkeit, zum Beispiel wenn eine Maskenbeatmung durch Anästhesiepersonal mit der Anwendung eines LTS durch Rettungsdienstpersonal verglichen wird. Selbstverständlich hat das Anästhesiepersonal einen Nüchternen-Patienten unter optimalen Beatmungsmöglichkeiten und einer größeren Routine. Das Rettungsdienst-Personal hat weniger Routine und schwierigere Beatmungsmöglichkeiten aufgrund u.a. von Patientenlagerung, Platzangebot und Umgebung.

Richard Schalk sieht die häufigste Ursache für Komplikationen in der Anwendung des LTS in mangelnder Schulung des Anwenders. Er wünscht sich, zum Erlernen der Technik 10 Anwendungen am Patienten unter Aufsicht und jährlich eine dreimalige Wiederholung.

Wir beschliessen unser Gespräch mit dem Ergebnis, daß auch weiterhin der LTS das Mittel der Wahl für den professionellen Ersthelfer (medizinisches Fachpersonal) zur Atemwegssicherung bei der Reanimation ist. Wichtig aber das Einlegen der Magensonde, die Cuffdruckmessung bzw. Suche nach klinischen Zeichen für Überblockung und regelmäßige Schulung.

Ich danke Herrn Schalk für seine Zeit, das Gespräch und werde mit ihm in Kontakt bleiben.