

Notfallmäßige Intubation

Warum war die Beatmung so schwierig?

Wegen einer schweren linkskardialen Dekompensation mit Lungenödem musste eine 82-jährige Patientin bereits prästationär vom Notarzt intubiert und beatmet werden. In der Klinik kam es trotz Rückbildung des Lungenödems zu einer Verschlechterung der respiratorischen Situation. Die Röntgen-Thoraxaufnahme zeigte, woran es lag.

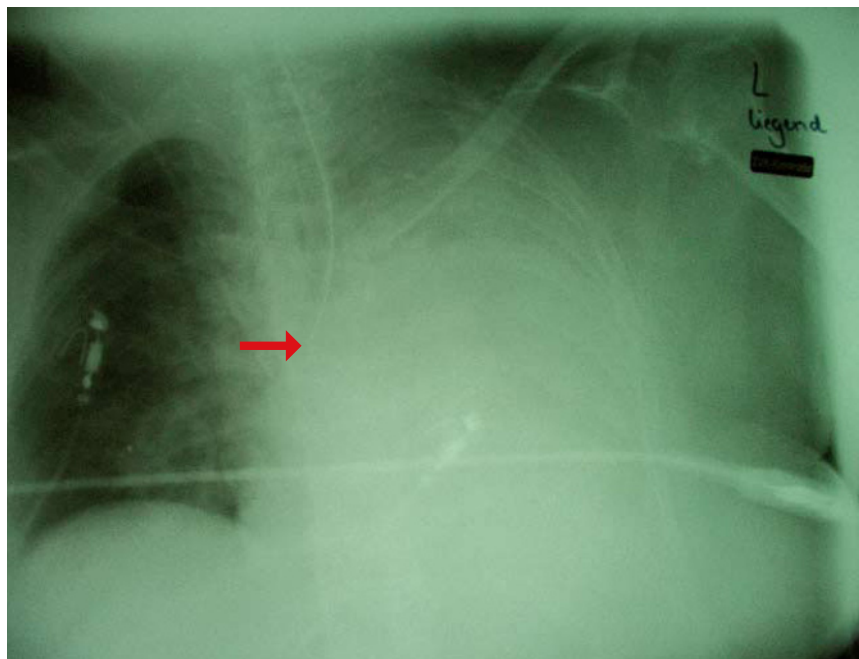
— Eine 82-jährige Patientin, bei der seit vielen Jahren eine hypertensive Herzerkrankung und eine koronare Herzerkrankung bekannt sind, verspürt plötzlich eine zunehmende Dyspnoe. Daraufhin wird der Notarzt alarmiert. Er diagnostiziert bei der Patientin ein Lungenödem. Bei zunehmender Erschöpfung der Atemtätigkeit und Somnolenz erfolgt die Notfallmäßige Intubation bei gleichzeitiger Gabe eines Schleifendiuretikums und eines Nitropräparates.

Weiterbehandlung auf der Intensivstation

In der Klinik wird die Patientin auf der Intensivstation kontrolliert beatmet.

Bei der Lungenauskultation finden sich weiterhin feuchte RGs. Die Kreislaufsituation ist stabil.

In den darauffolgenden Stunden kommt es aber zu einer zunehmenden Verschlechterung der respiratorischen Funktion. Auch die Veränderung der Beatmungsparameter bringt keine Besserung. Daraufhin wird eine Röntgen-Thoraxaufnahme angefertigt. Hier findet sich eine vollkommene Verschattung des linken Lungenflügels, wobei es sich um eine Atelektase handelt. Darüber hinaus zeigt die Röntgenaufnahme auch die Ursache: Die Spitze des endotrachealen Tubus lag im rechten Hauptbronchus, sodass die linke Lunge nicht mehr ventiliert wurde.



Zu tief eingeführt: Die Tubusspitze (Pfeil) liegt im rechten Hauptbronchus. Der linke Lungenflügel ist atelektatisch.

„Überhörte“ Komplikation der Intubation

Eine falsche Lage des Tubus ist keine seltene Komplikation nach Intubation. Während die Lage des Tubus im Ösophagus bei entsprechend sorgfältiger Auskultation leicht zu erkennen ist, wird die Intubation eines Hauptbronchus häufig zunächst nicht bemerkt, obwohl bei einer sorgfältigen Auskultation die fehlende Beatmung eines Lungenflügels einen intensivmedizinisch versierten Arzt zumindest an diese Komplikation denken lassen sollte. Um dies nicht zu übersehen, sollte bei jedem intubierten Patienten möglichst rasch eine Röntgen-Thoraxaufnahme durchgeführt werden, um die Lage des Tubus sofort korrigieren zu können.

Bei der beschriebenen Patientin zeigte die Röntgen-Thoraxkontrollaufnahme bereits wenige Stunden nach Zurückziehen des Tubus wieder eine vollständige Belüftung beider Lungenflügel.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

Fabula docet

Tubuslage immer kontrollieren!

Um eine fehlerhafte Lokalisation eines Endotrachealtubus frühzeitig zu erkennen, empfiehlt sich bei allen intubierten Patienten nach der Klinikaufnahme die Anfertigung eines Röntgen-Thorax.