



Ózdi Almási Balogh Pál Kórház
Intenzív Osztály
3600 Ózd, Béke u. 1-3.

BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Perkután Dilatációs Tracheostomia (PDT)
(tágítással módszerrel végzett nyílás képzése a légcső elülső falán)

Tisztelt Betegünk!

A jelenlegi állapota szükségessé teszi, hogy Önnél **PDT kialakítása szükséges**. A beavatkozás elvégzéséhez szükséges az Ön írásos beleegyezése.

Kérjük, figyelmesen olvassa el a tájékoztatót, majd – egy külön nyomtatványon - saját kezűleg írja alá a **beleegyező nyilatkozatot**. Amennyiben kérdése van a leírtakkal kapcsolatban, még aláírás előtt kérjen további szóbeli tájékoztatást a kezelőorvosától!

Ha az írásbeli és szóbeli tájékoztatás alapján nem kíván beleegyezni a beavatkozásban, az **elutasító nyilatkozatot** írja alá. Kérjük, fontolja meg döntését.

A beavatkozás célja:

A Perkután Dilatációs Tracheostomia (továbbiakban PDT) egy altatóorvosok és intenzív terápiás szakorvosok által végzett emelt szintű légútbiztosítási eljárás, amelynek során az intenzív osztályon fekvő, tartós lélegeztetést igénylő betegnél egy tubust (lélegeztetést segítő csövet) helyeznek be a beteg nyakának szövetein keresztül a légcsőbe.

A korábban szájon (vagy orron) keresztül behelyezett tubust eltávolítják.

A beavatkozás szó szerinti fordításban „bőrön keresztül végzett tágítással légcső-kiszájaztatás”. A „hagyományos” sebészeti légcsőmetszéssel ellentétben itt nem történik meg a légcső elülső fala egy részének eltávolítása, hanem a szövetek (egy speciális eszközzel történő) tágításával oldjuk meg a tubus levezetésére alkalmas nyílás kiképzését.

A PDT a szájon (vagy orron) keresztül levezetett légcső-tubushoz viszonyítva az alábbi előnyökkel jár:

- A beteg komfortérzete javul, mivel kikerül a szájából (vagy orrából) a korábbi lélegeztető cső, mely gyógyszeres nyugtatás nélkül nehezen elviselhető.
- A gyógyszeres nyugtatás dózisa csökkenthető, esetleg el is hagyható, így a beteg kommunikációs képessége javul. (A páciens nem fog tudni beszélni a tracheostomiás tubus mellett sem, mivel a gége hangképző funkciója ilyenkor sem működik, akárcsak a szájon / orron keresztül levezetett tubus esetén.)
- A beteg képessé válhat a táplálkozásra (hacsak az más okból nem ellenjavallt).
- A száj és garatüreg higiénés ápolása jobban kivitelezhető, így az innen kiinduló fertőzések esélye csökkenthető.
- Mivel a PDT során rövidebb csővel biztosítjuk a légutakat, annak légáramlással szembeni ellenállása a hagyományos tubusokhoz viszonyítva alacsonyabb. Ez könnyebbé teszi a beteg spontán légzését, segíti a lélegeztetőgépről való leszoktatást.

Fájdalmas beavatkozásról van szó?

A beavatkozás maga teljesen fájdalomtalan a betegek számára, mivel a procedúra mély altatás alatt történik. Az ébredést követően a nyaki tágitás helye / a tubus környéke pár napig kissé fájdalmas lehet, de erre a beteg adekvát dózisban fájdalomcsillapító készítményeket kap.

A beavatkozás szükségességének indoklása; elmaradásának következményei

Az intenzív osztályon lélegeztetett betegeknél leggyakrabban az alábbi okokból lehet szükséges a beavatkozás elvégzése:

- Elhúzódozó gépi lélegeztetés igénye valószínűsíthető az intenzív osztályos kezelést igénylő alaphetegségből kifolyóan (pl. koponyasérülés, agyvérzés stb.)
- Elhúzódozó gépi lélegeztetés a lélegeztetőgépről való „leszoktatás” nehézségei miatt (pl. COPD-ben szenvedő betegeknél, kritikus állapotúhoz társuló ideg- és izomgyengeség miatt stb.)
- Légcsőtübusz eltávolítása nem kivitelezhető a nehezen kezelhető bő légúti váladékozás és köhögés erejének gyengesége miatt.
- Légcsőtübusz eltávolítása nem lehetséges a felsőbb légutakat súlyosan beszűkítő / elzáró kórfolyamat (pl. kétoldali hangszalagbénulás, géget beszűrő daganat stb.) miatt.

A beavatkozás menete:

- A beteget szorosan monitorozzuk (EKG, pulzus, vérnyomás, vér oxigéntelítettsége, légzésszám) a beavatkozás alatt. A beavatkozás minden esetben altatásban történik.
- Az altatás során fájdalomcsillapítót, altatószert, izomlazítót adunk a páciensnek.
- A beteg válla alá helyezett párnával kiemelést végzünk, hogy a nyaki régióhoz könnyebben hozzáférjünk. A műtési területet fertőtleníttük és izoláljuk.
- A garatban és a légutakban esetlegesen előzőleg felhalmozódott váladékot leszívjuk.
- Az eredeti tübust (laringoszkóp vagy bronchoszkóp vizuális kontrollja mellett) visszahúzzuk és úgy pozícionáljuk, hogy a lélegeztetés még kivitelezhető legyen, illetve a kiképzendő nyílásnál ne legyen útban.

Hogyan történik maga a beavatkozás?

- Sterilitás szabályainak betartása mellett a beavatkozást végző orvos a nyak bőrét a légcső felső szakasza felett helyi érzéstelenítő injekciójával érzésteleníti.
- Egy fecskendőhöz csatlakoztatott kanüllel óvatosan előrehaladva megkeresi, majd átszúrja a légcső elülső falát. (A légcső megkeresése nehezebb anatómiai helyzet esetén ultrahang segítségével is történhet.)
- A kanülon keresztül egy vastagabb vezetődrótot vezet be a légcsőbe, majd a kanült eltávolítja.
- A következő lépésben a vezetődrótra csúsztat egy speciális tágitó eszközt, melyet fokozatosan előre tolva, egyre mélyebben tágitja meg a szöveteket, legvégül a légcső elülső falát.
- A tágitó eszköz eltávolítása után a vezetődrót segítségével a légcsőbe juttatja a tracheostomas tübust. A vezetődrót eltávolítása után a kanül ballonját fel kell fújni és a pozícióját fontos ellenőrizni.

A beavatkozás lehetséges szövődményei:

A tracheostomia általában biztonságos, de vannak kockázatai és lehetnek szövődményei.

Azonnali lehetséges szövődmények:

- vérzés,
- köhögési inger,
- bő légúti váladékozás,
- a kanül eldugulása,
- váladék kerülése a tüdőbe, ennek következtében tüdőgyulladás,
- nehezített hangképzés, beszéd.

További lehetséges szövődmények:

- sebfertőzés,
- nyelvcsőszérülés,
- subcutan emphysema (a levegő a nyaki bőr alatti szövetbe kerül),
- légmell,
- hegképződés,
- gyulladás,
- a légcső szöveteinek elhalása,
- a beszéd akadályozása.