

Atmen - Atemhilfen

Atemphysiologie und Beatmungstechnik

Bearbeitet von
Wolfgang Oczenski

10., überarbeitete und erweiterte Auflage. 2017. Buch inkl. Online-Nutzung. 584 S. Inkl. Online-Version in der eRef. Softcover

ISBN 978 3 13 137610 7

Format (B x L): 17 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Klinische und Innere Medizin > Pneumologie, Atmung, Asthma](#)

Zu [Inhalts-](#) und [Sachverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

The logo for beck-shop.de features the text 'beck-shop.de' in a bold, red, sans-serif font. Above the 'i' in 'shop' are three red dots of increasing size. Below the main text, the words 'DIE FACHBUCHHANDLUNG' are written in a smaller, red, all-caps, sans-serif font.

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

4 Beatmungstechnik

Unter maschineller Atemhilfe (*Mechanical Ventilation*) versteht man die vollständige (*Full ventilatory Support*) oder teilweise Übernahme (*Partial ventilatory Support*) der Atemarbeit durch einen Respirator. Der Respirator ersetzt somit entweder vollständig die Atemmuskulatur oder er hat die Funktion eines zusätzlichen Atemmuskels.

Info

Ziele der maschinellen Beatmung

- Sicherstellung des *pulmonalen Gasaustauschs* durch teilweise oder komplette Übernahme der Atemarbeit.
- „Lungenprotektive“ Beatmung (= Vermeidung einer beatmungssassoziierten Lungenschädigung durch organschonende Beatmung), d. h. Beatmung mit möglichst *niedrigem Inspirationsdruck* ($P_{insp} < \text{oberer Inflektionspunkt}$) und adäquat *hohem PEEP* ($PEEP > \text{kritischer Alveolarverschlussdruck}$) \Rightarrow Beatmung mit der *kleinstmöglichen Druckamplitude* (vgl. ► Abb. 2.14a,b).
- Vermeidung von Sauerstofftoxizität \Rightarrow Beatmung mit möglichst *niedriger FiO_2* , d. h. $FiO_2 < 60\%$.
- Beatmung mit möglichst geringen hämodynamischen Nebenwirkungen \Rightarrow Optimierung des Volumenstatus.
- Intubation und Beatmung: *Sicherung der Atemwege* bei unzureichenden Schutzreflexen (\Rightarrow Schutz vor Aspiration) oder bei Obstruktion der oberen Atemwege (\Rightarrow Schienung der Atemwege).

Merke

- Jede Beatmungsstrategie muss individuell auf den Patienten abgestimmt werden und ist wichtiger als der Respirator, mit dem sie umgesetzt wird!
- Der Respirator muss auf die ventilatorischen Bedürfnisse des Patienten angepasst werden und nicht umgekehrt!

Maschinelle Atemhilfe erfordert nicht zwangsläufig die Intubation. Die Atemhilfe kann auch nicht-invasiv erfolgen (vgl. ► Kap. 4.5 Nicht-invasive Beatmung).

4.1 Atemzyklus

Unter einem *Atemzyklus* (= *Ventilationszyklus*) versteht man die Zeitdauer vom Beginn der Inspiration bis zum Ende der Expiration. Die Dauer eines Atemzyklus (T) ist die Summe von Inspirationszeit (TI) und Expirationszeit (TE).

$$T = TI + TE$$

Die *Atemfrequenz* bzw. *Beatmungsfrequenz* (f) gibt die Atemzüge bzw. maschinellen Atemhübe pro Minute an.

$$f = 60/T$$

Bei einer Atemzyklusdauer von $T = 5\text{ s}$ beträgt die Atemfrequenz 12/min.

Wird die Atemfrequenz (f) mit dem Atemhubvolumen (engl. *Tidal Volume* [VT]) multipliziert, so erhält man das *Atemminutenvolumen* (AMV).

$$AMV = VT \times f$$

Das *Atemzeitverhältnis* oder *I:E-Verhältnis* ist der Quotient aus Inspirations- zu Expirationszeit.

$$I : E\text{-Verhältnis} = TI : TE$$

Beispiel:

Bei einer Inspirationszeit (TI) von 2 s und einer Expirationszeit (TE) von 4 s beträgt die Atemzykluszeit (T) 6 s, die Atemfrequenz (f) 10/min und das I:E-Verhältnis 1 : 2.

Der Quotient aus Inspirations- zu Expirationszeit (I:E-Verhältnis) beträgt 0,5. Bei einem Quotient > 1 spricht man von einem inversen Atemzeitverhältnis.

4.1.1 Phasenvariable

Entsprechend der Einteilung der Consensus Conference der American Association for Respiratory Care (AARC-CC) wird ein Atemzyklus in Phasenvariable unterteilt.

Die einzelnen Phasenvariablen werden durch die physikalischen Größen Druck, Volumen, Flow und Zeit bestimmt. Daher kann jede einzelne Variable durch die Interaktion von Patient und Respirator beeinflusst werden.

Es werden 6 Phasenvariablen definiert:

1. Kontrollvariable

Die Kontrollvariable ist jene Variable, mit der der Respirator eine Inspiration aufbaut. Diese Variable wird am Respirator eingestellt und kann der Druck, das Volumen, der Flow oder die Zeit sein.

Beispiele:

Bei volumenkontrollierter Beatmung ist die Kontrollvariable das vorgegebene Atemhubvolumen, bei druckkontrollierter Beatmung der eingestellte Inspirationsdruck.

Bei mikroprozessorgesteuerten Respiratoren steht eine optimale Umsetzung der Begrenzungsvariablen (z. B. Druck) im Vordergrund. Die Kontrollvariable fällt daher meistens mit der Begrenzungsvariablen zusammen.

2. Triggervariable

Die Triggervariable definiert den Beginn der Inspiration. Wie jede Phasenvariable kann auch die Triggervariable vom Respirator oder vom Patienten ausgelöst werden. Bei einer Maschinensteuerung (\Rightarrow kontrollierte Beatmung) kann von einer Triggerung wie bei einer augmentierenden Beatmungsform nicht gesprochen werden, da der Inspirationsbeginn vom Respirator und nicht vom Patienten ausgelöst wird. In diesem Fall legt der Ablauf der Zeit den Inspirationsbeginn fest (= Zeitsteuerung).

Beispiel:

Druckunterstützte Spontanatmung (PSV/ASB): Die Triggervariable ist entweder der Flow oder der Druck (= Flow- oder Drucktriggerung).

3. Begrenzungsvariable

Mit der Begrenzungsvariable wird die 1. Phase der Inspiration (= Flowphase) bestimmt. Darunter versteht man eine obere Grenze für Druck, Volumen oder Flow, die vom Respirator nicht überschritten wird. Das Erreichen dieser Grenze führt definitionsgemäß jedoch nicht zum Umschalten auf Expiration. Auch kommen mehrere Begrenzungsvariable zur Anwendung.

Beispiel:

Volumenkontrollierte Beatmung: Die Begrenzungsvariablen sind Volumen, Flow und Zeit. Ist das vorgegebene Atemhubvolumen appliziert,

bleibt das Inspirationsventil offen, es fließt allerdings kein Atemgas vom Respirator zum Patienten (= No-Flow-Phase). Erst nach Ablauf der eingestellten Inspirationszeit öffnet das Expirationsventil (= Zeitsteuerung).

4. Zyklusvariable

Die Zyklusvariable beendet die Inspiration und schaltet auf Expiration durch Absenken des Atemwegsdrucks auf PEEP-Niveau. Die Zyklusvariable ist bei den meisten Beatmungsformen die Inspirationszeit (Tinsp), bei der druckunterstützten Beatmung (PSV/ASB) der Flow.

Beispiele:

Druckkontrollierte Beatmung (BIPAP-Modus) \Rightarrow Die Zyklusvariable ist die Inspirationszeit (Tinsp).

Druckunterstützte Spontanatmung (PSV/ASB) \Rightarrow Das Unterschreiten eines bestimmten inspiratorischen Flows in Bezug auf den maximalen Flow (z. B. 25% des Spitzenflows) beendet die Inspiration (vgl. Kap. 4.3.6 unter Druckunterstützte Spontanatmung).

In anderen Klassifikationen wird die Zyklusvariable unter dem Begriff „Steuerung“ des Respirators dargestellt, d. h., die Zyklusvariable „Zeit“ entspricht dem Steuerprinzip „zeitgesteuert“, die Zyklusvariable „Flow“ entspricht dem Steuerprinzip „flowgesteuert“ (vgl. ► Kap. 15.3 Klassifizierung der Respiratoren nach dem Steuerprinzip).

5. Grundlinienvariable

Die Grundlinienvariable bestimmt den Ablauf der mandatorischen Expirationsphase. Bei den heute angewendeten Atemhilfen handelt es sich praktisch ausschließlich um den positiven endexpiratorischen Druck.

Beispiel:

Positiver endexpiratorischer Druck (PEEP)

6. Bedingungsvariable

Die Bedingungsvariable entscheidet, nach welchen Kriterien der nächste Atemhub erfolgt.

Bei BIPAP ohne Spontanatmung legt der Ablauf der Zeit den mandatorischen Inspirationsbeginn fest. Wird im nächsten Erwartungszeitfenster des folgenden BIPAP-Hubes die mandatorische Inspiration von der Spontanatmung ausgelöst, dann ist

die Bedingungsvariable nicht mehr die Zeit, sondern die spontane Inspiration (vgl. Kap. 4.3.6 unter Druckkontrollierte Beatmung mit der Möglichkeit der ungehinderten Spontanatmung – Biphase Positive Airway Pressure [BIPAP]).

4.2 Grafische Darstellung des Atemzyklus

Intensiv- und Narkoserespiratoren ermöglichen die grafische Darstellung des zeitlichen Verlaufs von Beatmungsdruck, Atemgasfluss (Flow) und Atemgasvolumen. In Abhängigkeit vom Respiratortyp können mehrere Kurven gleichzeitig am Display abgebildet werden.

Die grafische Darstellung von Druck, Zeit und Volumen ermöglicht die frühzeitige Erkennung von atemmechanischen Veränderungen, sodass eine Optimierung der Respiratoreinstellung anhand der Diagramme durchgeführt werden kann.

Der Kurvenverlauf („Kurvenform“) der Diagramme ist von folgenden Faktoren abhängig:

- Beatmungsform (volumenkontrolliert – druckkontrolliert/druckunterstützt)
- Beatmungsmuster
- Atemmechanik des Patienten (Resistance – Compliance)

Merke

Die grafisch dargestellten Beatmungskurven (\Rightarrow Druck-Zeit-Diagramm und Flow-Zeit-Diagramm) sind klinisch bedeutsame Komponenten des Beatmungsmonitorings!



4.2.1 Druck-Zeit-Diagramm bei volumenkontrollierter Beatmung

Im Druck-Zeit-Diagramm ist der Atemwegsdruck gegen die Zeit aufgetragen (\Rightarrow Abb. 4.1). Der Druck wird in mbar, die Zeit in Sekunden angegeben. Höhe und Verlauf des Atemwegsdrucks in der Inspirationsphase sind bei vorgegebenem Volumen von den atemmechanischen Eigenschaften der Lunge (Resistance und Compliance) abhängig.

$$\Delta P = R \times \dot{V}$$

Einen geringen Druckanstieg erhält man entweder bei niedrigem Inspirationsflow (\dot{V}) oder bei kleiner Resistance bzw. hoher Compliance. Ein großer Druckanstieg resultiert entweder bei hohem Inspirationsflow oder bei hoher Resistance bzw. niedriger Compliance.

Die weitere Zunahme des linearen Druckanstiegs wird durch den Quotienten von Flow (\dot{V}) zu Compliance C bestimmt.

$$\Delta P / \Delta t = \dot{V} / C$$

Je höher der Inspirationsflow und je niedriger die Compliance des respiratorischen Systems sind, desto größer wird der Druckanstieg.

Die Differenz aus *Spitzendruck* und *Plateaudruck* entspricht dem durch die Resistance verursachten Druckanstieg zu Beginn der Inspiration. Die Höhe des inspiratorischen Plateaudrucks wird durch die Compliance und das Tidalvolumen bestimmt. Die Differenz aus Plateaudruck und endexpiratorischem Druck (PEEP) ist ein Maß für die Compliance des respiratorischen Systems.

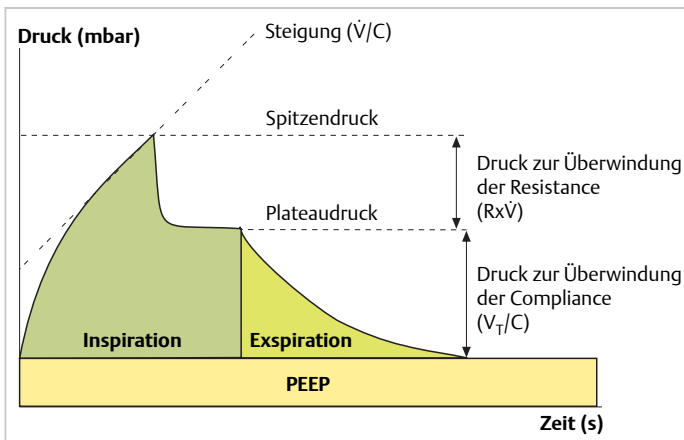


Abb. 4.1 Volumenkontrollierte Beatmung. Druck-Zeit-Diagramm.

Während der **Plateauphase** fließt kein Atemgas vom Respirator in die Lungen (= **No-Flow-Phase**). Während dieser Phase kommt es jedoch zu einer **intrapulmonalen Gasumverteilung** (= **Pendelluft**) aufgrund der unterschiedlichen Zeitkonstanten der einzelnen Lungenkompartimente.

Der **Spitzendruck** (P_{max}) ist von 4 Faktoren abhängig:

- Resistance
- Compliance
- Inspirationsflow
- Hubvolumen

Der Spitzendruck ($P_{max} = P_{peak}$) ist der maximale Druck vor dem Endotrachealtubus bzw. in den oberen Atemwegen. Er hat nur geringe Auswirkungen auf den Alveolardruck und ist daher für die Entstehung eines Baro-/Volutraumas von untergeordneter Bedeutung.

Der **endinspiratorische Plateaudruck** (P_{plat}) ist ein Maß für die Compliance des respiratorischen Systems. Er ist der

- entscheidende Druck zum Öffnen kollabierter Alveolarkompartimente und
- der maßgebende Druck für die Entstehung eines Baro-/Volutraumas.

Merke

- Differenz aus Spitzendruck und Plateaudruck \Rightarrow Maß für die Resistance des respiratorischen Systems
- Differenz aus Plateaudruck und PEEP \Rightarrow Maß für die Compliance des respiratorischen Systems

Der **Beatmungsmitteldruck** ($MAP = \text{Mean Airway Pressure}$) ist das zeitliche Mittel des Beatmungsdruks über einen ganzen Atemzyklus und resultiert aus folgenden Parametern:

- Inspirationsdruck (P_{insp})
- Inspirationsdauer (T_{insp}) bzw. Atemzeitverhältnis I:E
- PEEP

Näherungsweise kann der MAP nach folgender Formel berechnet werden:

$$MAP = \frac{[(P_{insp} \times TI) + (PEEP \times TE)]}{TI + TE}$$

Der MAP ist der entscheidende Parameter für

- die Oxygenierung und
- die hämodynamischen Nebenwirkungen.

M!

Merke

- Je höher der Beatmungsmitteldruck, desto höher der intrathorakale Druck.
- Je höher der intrathorakale Druck, desto ausgeprägter die hämodynamischen Nebenwirkungen der Beatmung.

Druck-Zeit-Diagramm bei Variation des Inspirationsflows

Bei volumenkontrollierter Beatmung wird die Höhe des Inspirationsflows am Respirator entweder direkt oder indirekt über die endinspiratorische Pausenzeit (je nach Gerätetyp angegeben in % der Inspirationszeit oder der Atemzykluszeit) eingestellt.

Der Inspirationsflow ist ein **Maß für die Geschwindigkeit** (= applizierte Atemgasmenge pro Zeiteinheit), mit der das Atemgas verabreicht wird. Der Inspirationsflow wird in l/min angegeben.

Bei geringem Inspirationsflow erfolgt der Druckanstieg flach. Die Ausbildung einer Druckspitze ist bei einem konstanten Flow von etwa 30 l/min und einem I:E-Verhältnis von 1 : 2 kaum noch erkennbar. Das endinspiratorische Plateau ist gerade noch sichtbar. Es würde bei noch niedrigerem Inspirationsflow völlig verschwinden. Bei zunehmendem Inspirationsflow nimmt die Steilheit des Druckanstiegs zu, gleichzeitig wird die inspiratorische Druckspitze (Atemwegsspitzendruck) höher und die endinspiratorische Pausenzeit (Plateauphase) länger (► Abb. 4.2).

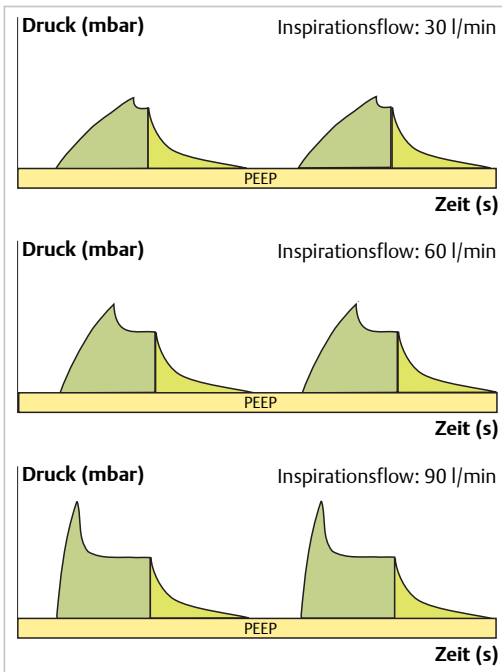


Abb. 4.2 Druck-Zeit-Diagramm, Inspirationsflow. Änderung des Beatmungsspitzen drucks in Abhängigkeit vom Inspirationsflow bei volumenkontrollierter Beatmung.

Interpretation typischer Druck-Zeit-Diagramme bei volumenkontrollierter Beatmung

Druck-Zeit-Diagramm bei Zunahme der Resistance

Bei Zunahme der Resistance des respiratorischen Systems steigt der Spitzendruck, der Plateaudruck bleibt gleich, d. h., die Differenz aus Spitzendruck minus Plateaudruck nimmt zu (► Abb. 4.3) [1].

Info

- Zunahme der Resistance \uparrow
 \Rightarrow Zunahme des Spitzendrucks \uparrow Plateaudruck =
- Abnahme der Resistance \downarrow
 \Rightarrow Abnahme des Spitzendrucks \downarrow Plateaudruck =

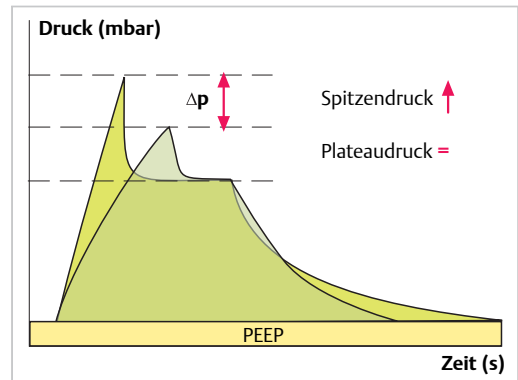


Abb. 4.3 Druck-Zeit-Diagramm. Zunahme der Resistance.

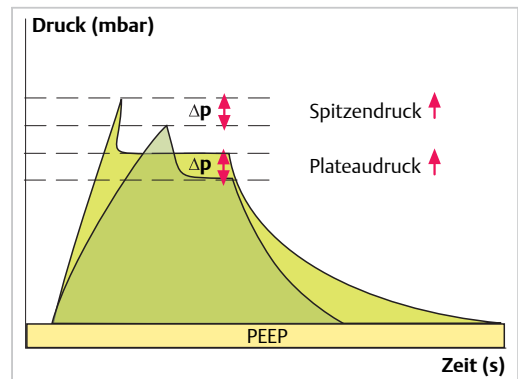


Abb. 4.4 Druck-Zeit-Diagramm. Abnahme der Compliance.

Druck-Zeit-Diagramm bei Abnahme der Compliance

Bei Abnahme der Compliance des respiratorischen Systems steigt der Spitzendruck und der Plateaudruck um den gleichen Wert der Druckdifferenz Δp , da der Plateaudruck ein Maß für die Compliance darstellt (► Abb. 4.4) [1].

Info

- Abnahme der Compliance \downarrow
 \Rightarrow Zunahme von Spitzendruck und Plateaudruck \uparrow
- Zunahme der Compliance \uparrow
 \Rightarrow Abnahme von Spitzendruck und Plateaudruck \downarrow

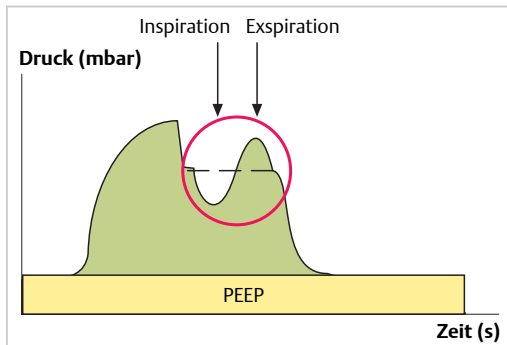


Abb. 4.5 Druck-Zeit-Diagramm. Druck-Zeit-Diagramm bei zusätzlicher Spontanatmung unter kontrollierter Beatmung.

Druck-Zeit-Diagramm bei zusätzlicher Spontanatmung

Der Patient versucht, während eines mandatorischen Beatmungshubes spontan zu atmen. Er „presst“ gegen den Respirator („*Fighting the Respirator*“), da bei kontrollierten Beatmungsformen aufgrund des geschlossenen Expirationsventils keine spontanen Expirationsbemühungen des Patienten möglich sind. In diesem Fall sollte auf eine augmentierende Beatmungsform gewechselt (z. B. BIPAP, PSV/ASB) bzw. die Analgosedierung adaptiert werden, um den Respirator an die Ventilationsbedürfnisse des Patienten anzupassen (► Abb. 4.5).

4.2.2 Druck-Zeit-Diagramm bei druckkontrollierter Beatmung

Bei druckkontrollierter Beatmung wird ein bestimmter Inspirationsdruck (P_{insp}) am Respirator eingestellt. Das Druck-Zeit-Diagramm zeigt einen annähernd rechteckigen Kurvenverlauf, d. h., der Druck steigt vom unteren Druckniveau (PEEP) rasch auf den Wert des oberen Druckniveaus an (⇒ abhängig von der Druckanstiegsgeschwindigkeit) und bleibt über die am Respirator eingestellte Inspirationszeit (T_{insp}) konstant. Der Druckabfall in der Expirationsphase entspricht dem Verlauf der volumenkontrollierten Beatmung, da die Expiration ein passiver Vorgang ist und von den atemmechanischen Eigenschaften der Lunge abhängt (► Abb. 4.6).

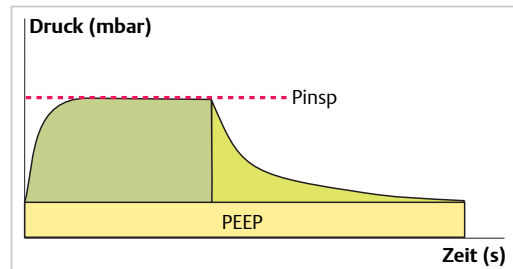


Abb. 4.6 Druck-Zeit-Diagramm. Druckkontrollierte Beatmung.

Merke

- Es muss ausdrücklich betont werden, dass die gemessenen und grafisch dargestellten „Atemwegsdrücke“ vor dem Endotrachealtubus bzw. der Trachealkanüle gemessen werden und daher nicht die in der Lunge tatsächlich wirksamen Alveolardrücke widerspiegeln!
- Der für die Patientenlunge atemmechanisch wirksame Druck ist der transpulmonale Druck!

4.2.3 Flow-Zeit-Diagramm

Im Flow-Zeit-Diagramm ist der inspiratorische und expiratorische Atemgasfluss (Flow; \dot{V}) gegen die Zeit aufgetragen (► Abb. 4.7). Der Atemgasfluss (Flow) ist definiert als das *pro Zeiteinheit strömende Atemgasvolumen* und wird in Liter/Minute oder Liter/Sekunde, die Zeit in Sekunden angegeben.

Vereinfacht kann der Inspirationsflow auch als *Maß für die Geschwindigkeit*, mit der das Atemgas verabreicht wird, definiert werden. Das applizierte Atemhubvolumen ergibt sich aus dem Flächeninhalt (Flächenintegral) unter der inspiratorischen Flowkurve.

Inspiratorische Flowkurven

Je nach der am Respirator eingestellten Beatmungsform unterscheidet man zwischen verschiedenen Flowformen (► Abb. 4.7):

- konstanter Flow ⇒ volumenkontrollierte Beatmung (VCV)
- dezelerierender Flow
 - druckkontrollierte Beatmung (PCV, BIPAP/APRV)

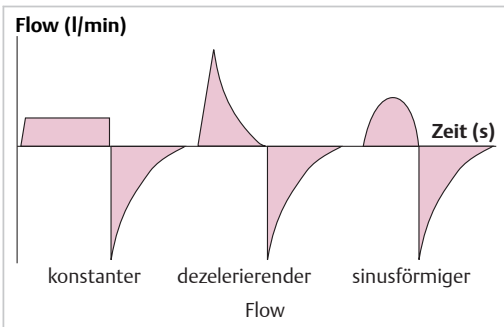


Abb. 4.7 Flow-Zeit-Diagramme.

- druckunterstützte Spontanatmungsformen (PSV/ASB, VS, PPS-Vol_{Assist}, NAVA)
- druckregulierte, volumenkonstante Beatmungsformen (PRVC, Autoflow, Bi-Level VG)
- sinusförmiger Flow
 - druckunterstützte flowproportionale Spontanatmung (PPS-Flow_{Assist})
 - Spontanatmung mit und ohne CPAP

Bei *volumenkontrollierter Beatmung* wird das Atemgas mit konstantem Flow appliziert, d. h., die Strömungsgeschwindigkeit ist im Verlauf der Inspiration gleich. Die Höhe des inspiratorischen Flows wird am Respirator direkt oder indirekt über die endinspiratorische Pausenzeit eingestellt (angegeben – je nach Gerätetyp – entweder in % der Inspirationszeit oder der Atemzykluszeit).

- Intensivrespiratoren: direkte Einstellung des Inspirationsflows
- Narkoserespiratoren: indirekte Einstellung des Inspirationsflows (es wird eine endinspiratorische Pausenzeit eingestellt)

Druckkontrollierte und druckunterstützte Spontanatmungsformen zeigen einen dezelerierenden Flow, welcher durch einen initialen hohen und dann rasch abnehmenden Kurvenverlauf gekennzeichnet ist. Im Normalfall geht der Flow im Laufe der Inspirationszeit bis auf null zurück. Dies bedeutet, dass der Druck in den Lungen gleich dem am Respirator eingestellten Druck ist, es fließt kein Atemgas mehr zum Patienten (\Rightarrow Druckausgleich).

Bei druckkontrollierten oder druckunterstützten Spontanatmungsformen kann nur die *Druckanstiegsgeschwindigkeit*, d. h. die Steilheit des Druckanstiegs, bis zum Erreichen des vorgegebenen Inspirationsdrucks eingestellt werden (= „Rampe“).

Merke

Die Höhe des maximalen inspiratorischen und expiratorischen Flows (\dot{V}_{\max}) ist bei druckkontrollierter bzw. druckunterstützter Spontanatmung von den atemmechanischen Eigenschaften der Lunge (Resistance und Compliance) abhängig.

Druckunterstützte flowproportionale Spontanatmung sowie *Spontanatmung* ohne Druckunterstützung sind durch einen sinusförmigen Flow charakterisiert, bei welchem der inspiratorische Atemgasfluss in der Mitte der inspiratorischen Flowphase sein Maximum erreicht.

Expiratorische Flowkurven

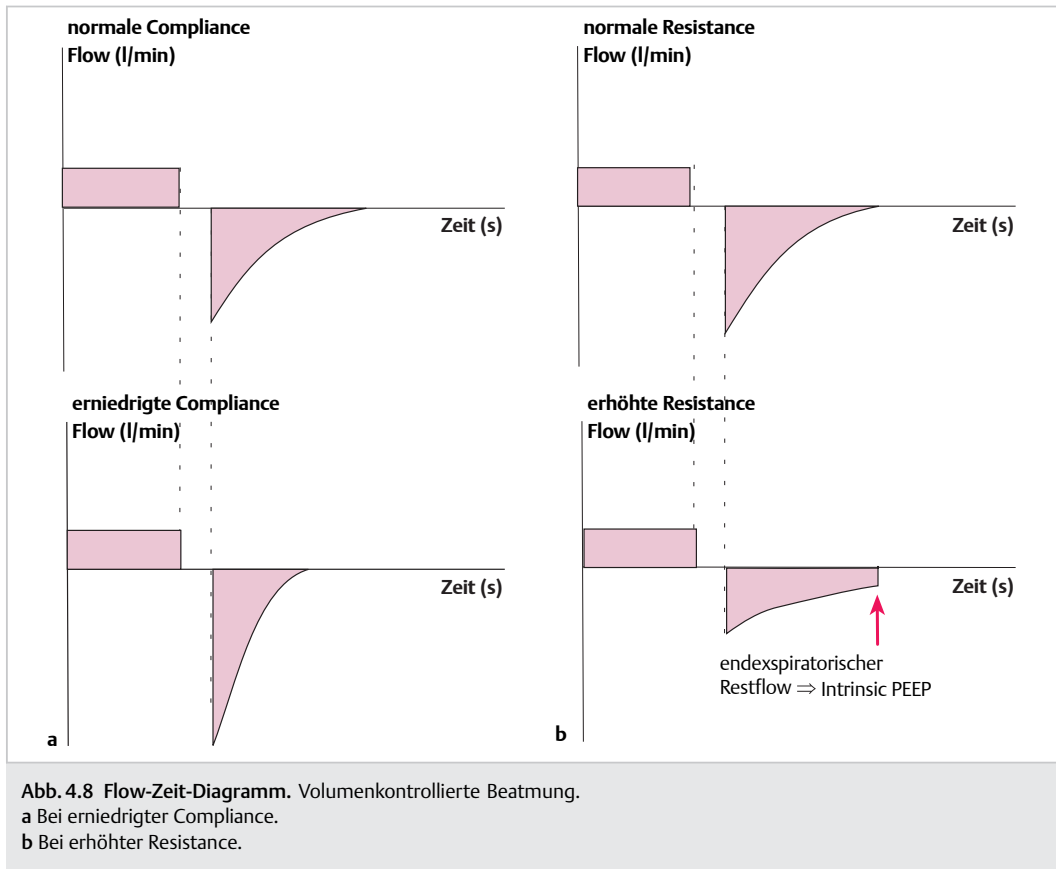
Die expiratorische Flowkurve ermöglicht unabhängig von der Beatmungsform (volumenkontrolliert oder druckkontrolliert/druckunterstützt) Rückschlüsse auf die *atemmechanischen Eigenschaften* (Resistance und Compliance) der Lunge und des Thorax, da der Expirationsflow nur von den resistiven und elastischen Widerständen der Lunge und des Beatmungssystems bestimmt wird.

Interpretation typischer Flow-Zeit-Diagramme bei volumenkontrollierter Beatmung

Flow-Zeit-Diagramm bei erniedrigter Compliance

Eine Abnahme der Compliance (\Rightarrow Zunahme der Elastance) des respiratorischen Systems führt zu einer Erhöhung des expiratorischen Spitzenflows sowie zu einer steiler verlaufenden expiratorischen Flowkurve infolge des erhöhten elastischen Retraktionsdrucks am Beginn der Expiration (\blacktriangleright Abb. 4.8a) [2].

Die Höhe des inspiratorischen Flows ist bei volumenkontrollierter Beatmung konstant und wird am Respirator eingestellt. Eine Änderung der Atemmechanik ist daher an der inspiratorischen Flowkurve nicht erkennbar.



Info

Abnahme der Compliance \downarrow (Zunahme des elastischen Retraktionsdrucks \uparrow)

- Zunahme des expiratorischen Spitzenflows \uparrow
- steiler verlaufende expiratorische Flowkurve (decelerierender Schenkel)

Flow-Zeit-Diagramm bei erhöhter Resistance

Eine Zunahme der Resistance des respiratorischen Systems führt zu einer Erniedrigung des expiratorischen Spitzenflows sowie zu einer flacher verlaufenden expiratorischen Flowkurve infolge Limitierung des expiratorischen Atemgasflusses (► Abb. 4.8b). Im Extremfall zeigt die expiratorische Flowkurve einen fast rechtwinkligen Verlauf als Ausdruck eines endexpiratorischen Bronchio-

lenkollapses mit konsekutivem „Air Trapping“. Ein eventuell auftretender endexpiratorischer Restflow infolge zu kurzer Expirationszeit bewirkt die Generierung eines intrinsischen PEEP (PEEPi) (vgl. ► Abb. 4.11) [2].

Info

Zunahme der Resistance \uparrow

- große Zeitkonstante \Rightarrow langsame Entleerung der obstruktiven Lungenkompartimente
- Abnahme des expiratorischen Spitzenflows
- flacher verlaufende expiratorische Flowkurve (decelerierender Schenkel)
- endexpiratorischer Restflow (\Rightarrow PEEPi).

Interpretation typischer Flow-Zeit-Diagramme bei druckkontrollierter Beatmung

Da bei druckkontrollierter Beatmung die Höhe des inspiratorischen Flows eine variable Größe (Freiheitsgrad) ist und von den atemmechanischen Eigenschaften der Lunge abhängt, lassen sich Veränderungen von Compliance und Resistance sowohl an der inspiratorischen als auch an der expiratorischen Flowkurve nachweisen.

Flow-Zeit-Diagramm bei erniedrigter Compliance

Eine Abnahme der Compliance (= Zunahme der Elastance) des respiratorischen Systems führt aufgrund der kleinen Zeitkonstante wenig dehnbaren Lungenkompartimente zu einem steileren Anstieg des aufsteigenden Schenkels und zu einem steileren Abfall des deszendierenden Schenkels der inspiratorischen und expiratorischen Flowkurve mit konsekutivem Auftreten einer endinspiratorischen und endexpiratorischen Pause. Aufgrund des hohen elastischen Retraktionsdrucks zu Beginn der Expiration erhöht sich der expiratorische Spitzenflow (► Abb. 4.9a) [2].

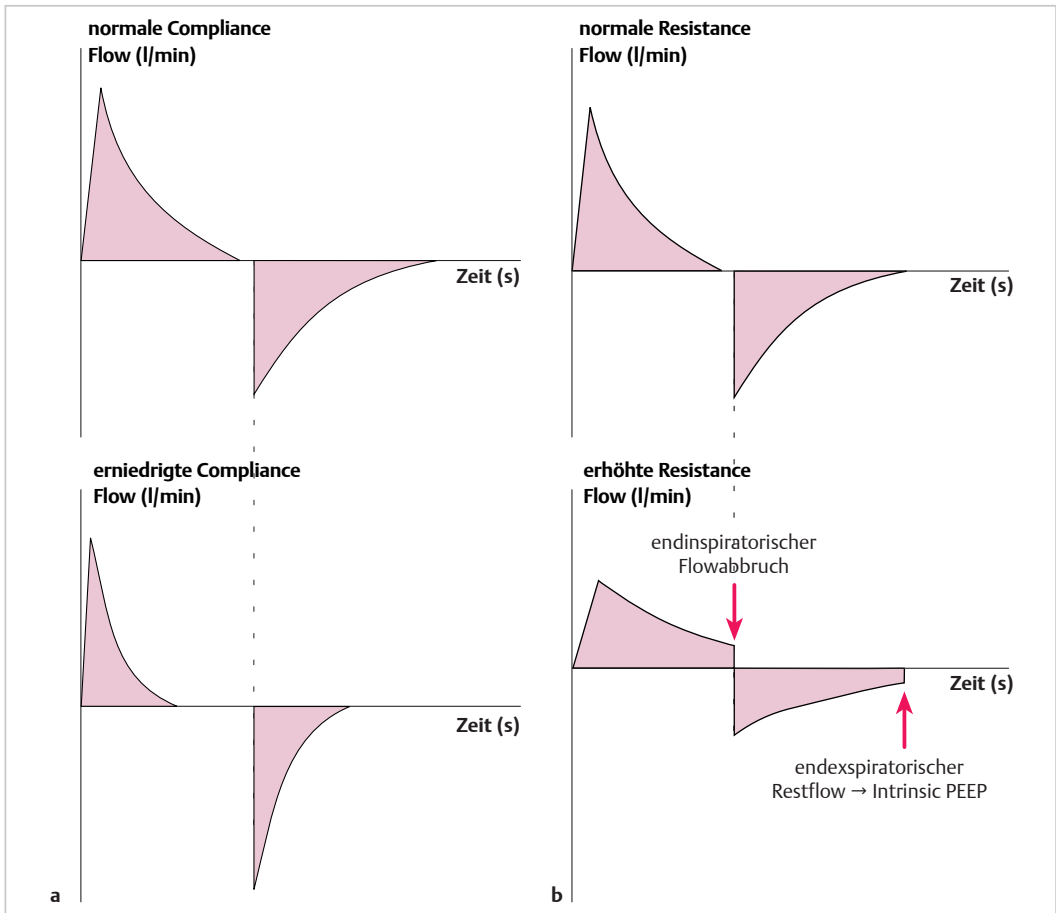


Abb. 4.9 Flow-Zeit-Diagramm. Druckkontrollierte Beatmung.

a Bei erniedrigter Compliance.

b Bei erhöhter Resistance.

Info

Abnahme der Compliance ↓ (Zunahme des elastischen Retraktionsdrucks ↑)

- kleine Zeitkonstante \Rightarrow schnelle Füllung und Entleerung der Lungenkompartimente
- steilerer Anstieg des aufsteigenden und steilerer Abfall des absteigenden Schenkels der inspiratorischen und expiratorischen Flowkurve
- Zunahme des expiratorischen Spitzenflows, da zu Beginn der Expiration ein hoher elastischer Retraktionsdruck (\Rightarrow hoher Druckgradient) vorliegt
- endinspiratorische und endexpiratorische Pause

Flow-Zeit-Diagramm bei Erhöhung der Resistance

Eine Zunahme der Resistance des respiratorischen Systems führt aufgrund der großen Zeitkonstante zu einer flacher verlaufenden inspiratorischen und expiratorischen Flowkurve (verzögerter Anstieg des aufsteigenden und verzögerter Abfall des absteigenden Schenkels) und zu einer Abnahme des inspiratorischen und expiratorischen Spitzenflows ▶ Abb. 4.9b) [2].

Im Extremfall zeigt die expiratorische Flowkurve einen fast rechtwinkligen Verlauf als Ausdruck eines endexpiratorischen Bronchiolenkollapses mit konsekutivem „Air Trapping“. Ein eventuell auftretender endexpiratorischer Restflow infolge zu kurzer Expirationszeit bewirkt die Generierung eines intrinsischen PEEP (PEEPi) (vgl. ▶ Abb. 4.9) [2].

Info

Zunahme der Resistance ↑

- große Zeitkonstante \Rightarrow langsame Füllung und Entleerung der obstruktiven Lungenkompartimente infolge Flusslimitierung
- flacher verlaufende inspiratorische sowie expiratorische Flowkurve (aufsteigender und absteigender Schenkel)
- endinspiratorischer Flowabbruch
- endexpiratorischer Restflow (\Rightarrow PEEPi)

Flow-Zeit-Diagramm bei zu kurzer Inspirationszeit

Geht ein dezelerierender Flow während der Inspirationszeit nicht auf null zurück, so kommen folgende Ursachen in Betracht ([1], [2]):

- Die Inspirationszeit ist für Lungenkompartimente mit großer Zeitkonstante zu kurz (Respirator ist zeitgesteuert!), um das mit dem eingestellten Inspirationsdruck erreichbare Atemgasvolumen zu applizieren. Die Folge ist, dass diese langsamen Lungenkompartimente nur unzureichend belüftet werden. Bei Patienten mit akutem Lungenversagen (ARDS) ist daher eine solche Flowkurve unbedingt zu vermeiden. In diesem Fall muss die Inspirationszeit verlängert werden (▶ Abb. 4.10; vgl. auch ▶ Abb. 4.49).
- Es wurde eine Beatmungsform mit *Flowsteuerung* gewählt, bei der der Respirator bei Unterschreiten eines bestimmten Flows in Bezug auf den Spitzenflow auf Expiration umschaltet. In diesem Fall ist nicht die Inspirationszeit zu kurz, sondern es kommt aufgrund der Flowsteuerung zu einem inspiratorischen Flowabbruch.

Beispiel:

PSV/ASB \Rightarrow Öffnen des Expirationsventils bei Unterschreiten von z. B. 25 % des Spitzenflows.

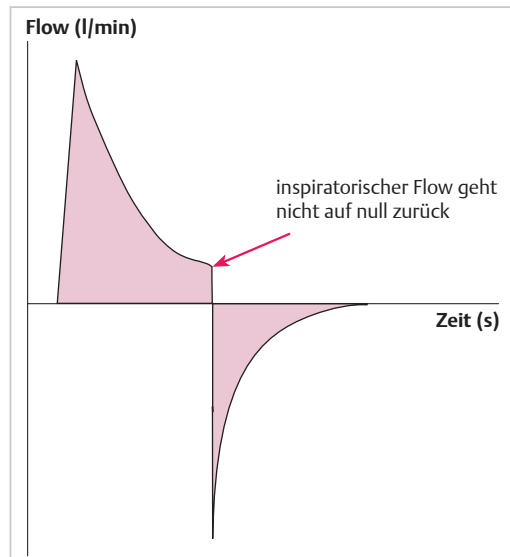


Abb. 4.10 Flow-Zeit-Diagramm. Zu kurze Inspirationszeit.