






DE / Achtung. Gebrauchsanweisung beachten · **EN** / Warning. Please read Instructions for Use · **FR** / Attention. Respecter le mode d'emploi · **IT** / Attenzione. Consultare le istruzioni per l'uso · **ES** / Atención. Siga las instrucciones de uso · **PT** / Atenção. Ter atenção às instruções de utilização · **DA** / Vigtigt: Følg brugsanvisningen · **FI** / Huomio. Noudata käyttöohjetta · **NO** / OBS. Følg bruksanvisningen · **HU** / Figyelem. Olvassa el a használati útmutatót · **SV** / OBS! Se bruksanvisningen · **NL** / Let op. Rekening houden met de gebruiksaanwijzing · **HR** / Upozorenje. Pridržavajte se uputa za uporabu · **SL** / Pozor. Upoštevajte navodila za uporabo · **CS** / Pozor. Respektujte návod k použití · **RO** / Atenție. Respectați instrucțiunile de utilizare · **TR** / Dikkat. Kullanma talimatına dikkat ediniz · **RU** / Внимание! Соблюдать инструкцию по применению · **PL** / Ostrzeżenie. Zazrzyj do instrukcji używania · **EL** / Προσοχή. Ακολουθήστε τις οδηγίες χρήσης · **KO** / 주의. 사용 설명서를 준수하십시오 · **ZH** / 注意。注意使用说明书 · **AR** / لامل عتسال ليلد فاعارم بجي. يبينت ·

MD **DE** / Medizinprodukt · **EN** / Medical Device · **FR** / Dispositif médical · **IT** / Dispositivo medico · **ES** / Dispositivo médico · **PT** / Dispositivo médico · **DA** / Medicinsk udstyr · **FI** / Lääkinnällinen laite · **NO** / Medisinsk enhet · **HU** / Orvosi eszköz · **SV** / Medicinteknisk produkt · **NL** / Medisch hulpmiddel · **HR** / Medicinski proizvod · **SL** / Medicinski pripomoček · **CS** / Zdravotnický prostředek · **RO** / Dispozitiv medical · **TR** / Tıbbi cihaz · **RU** / Медицинское изделие · **PL** / Wyrób medyczny · **EL** / Ιατροτεχνολογικό προϊόν · **KO** / 의료 기기 · **ZH** / 医疗器械 · **AR** / يبطن زاهج ·

DE / Nur für einen Patienten · **EN** / For single-patient use only · **FR** / Pour un seul patient · **IT** / Prodotto destinato ad un solo paziente · **ES** / Para uso por un solo paciente · **PT** / Só para um paciente · **DA** / Kun til én patient · **FI** / Vain yhden potilaan käyttöön · **NB** / Kun for én pasient · **HU** / Csak egy betegnél alkalmazható · **SV** / Endast för en patient · **NL** / Voor gebruik bij slechts één patiënt · **HR** / Samo za jednog pacijenta · **SL** / Samo za enega bolnika · **CS** / Pouze pro jednoho pacienta · **RO** / Produs destinat unui singur pacient · **TR** / Sadece tek bir hasta için · **RU** / Только для одного пациента · **EL** / Μόνο για έναν ασθενή · **KO** / 단일 환자 전용 · **ZH** / 仅限于一位患者使用。 · **AR** / تستعمل لمريض واحد فقط ·

 **ONLY** EN / Federal (USA) law restricts this device to the sale by or on the order of a physician · ES / Siguiendo las leyes federales estadounidenses, la venta de este dispositivo está sometida a prescripción medica ·

 **REF** DE / Artikelnummer · EN / Item number · FR / Référence · IT / Codice prodotto · ES / Número de artículo · PT / Número do artigo · DA / Artikelnummer · FI / Tuotenumero · NO / Artikkelnnummer · HU / Cikkszám · SV / Katalognummer · NL / Artikelnummer · HR / Broj artikla · SL / Številka artikla · CS / Číslo výrobku · RO / Numărul de articol · TR / Ürün numarası · RU / Номер артикула · PL / Numer katalogowy · EL / Αριθμός είδους · KO / 품목 번호 · ZH / 产品编号 · AR ·

 **LOT** DE / Chargencode · EN / Batch code · FR / Code de lot · IT / Numero di lotto · ES / Código de lote · PT / Código do lote · DA / Batchkode · FI / Eräkoodi · NO / Chargekode · HU / Tételkód · SV / Satsnummer · NL / Lotcode · HR / Oznaka serije · SL / Koda šarže · CS / Kód šarže · RO / Cod serie de producție · TR / Parti kodu · RU / Код партии · PL / Kod partii · EL / Κωδικός партиδας · KO / 생산 단위 · ZH / 批次编码 · AR ·

 DE / Hersteller · EN / Manufacturer · FR / Fabricant · IT / Produttore · ES / Fabricante · PT / Fabricante · DA / Producent · FI / Valmistaja · NO / Produsent · HU / Gyártó · SV / Tillverkare · NL / Fabrikant · HR / Proizvođač · SL / Proizvajalec · CS / Výrobce · RO / Producător · TR / Üretici · RU / Производитель · PL / Wytwórca · EL / Κατασκευαστής · KO / 제조사 · ZH / 生产商 · AR ·

 DE / Herstellungsdatum · EN / Date of manufacture · FR / Date de fabrication · IT / Data di produzione · ES / Fecha de fabricación · PT / Data de fabricação · DA / Produktionsdato · FI / Valmistuspäivä · NO / Produksjonsdato · HU / Gyártási dátum · SV / Tillverkningsdatum · NL / Fabricagedatum · HR / Datum proizvodnje · SL / Datum proizvodnje · CS / Datum výroby · RO / Data fabricației · TR / Üretim tarihi · RU / Дата изготовления · PL / Data produkcji · EL / Ημερομηνία κατασκευής · KO / 제조일 · ZH / 生产日期 · AR ·



DE / Verwendbar bis · **EN** / Use by date · **FR** / Utilisable jusqu'au · **IT** / Utilizzare entro il · **ES** / Fecha de caducidad · **PT** / Utilizável até · **DA** / Anvendes inden · **FI** / Käytettävä ennen · **NO** / Kan brukes til · **HU** / Felhasználhatóság dátuma · **SV** / Används före – utgångsdatum · **NL** / Bruikbaar tot · **HR** / Upotrebljivo do · **SL** / Uporabno do · **CS** / Použitelné do · **RO** / Data expirării · **TR** / Son kullanma tarihi · **RU** / Срок годности · **PL** / Użyć do daty · **EL** / Χρήση έως · **KO** / 유통기한 · **ZH** / 保质期至 · **AR** / يتح مدخستس الال لباق



DE / Sterilisiert mit Ethylenoxid · **EN** / Sterilized with Ethylene oxide · **FR** / Stérilisé à l'oxyde d'éthylène · **IT** / Sterilizzato con ossido di etilene · **ES** / Esterilización con óxido de etileno · **PT** / Esterilização com óxido de etileno · **DA** / Sterilisation med ethylenoxid · **FI** / Steriloitu etyleenioksidilla · **NO** / Sterilisering med etylenoksid · **HU** / Sterilizáció etilénoxiddal · **SV** / Sterilisering med etylenoksid · **NL** / Sterilisatie met ethyleenoxide · **HR** / Sterilizirano etilen oksidom · **SL** / Sterilizirano z etilenoksidom · **CS** / Sterilizováno ethylenoxidem · **RO** / Sterilizat cu oxid etilenic · **TR** / Etilenoksit ile sterilize edilmıştır · **RU** / Стерилизовано оксидом этилена · **PL** / Sterylizowany tlenkiem etylenu · **EL** / Αποστείρωση με αιθυλενοξειδίο · **KO** / 에틸렌으로소독살균되었습니다 · **ZH** / 乙撑氧 (Ethylene oxide) 灭菌 · **AR** / نيلييثال اديسكوا كدامم. مق عم



DE / Phthalat-frei (z. B. DEHP) · **EN** / Not made with phthalates (e.g. DEHP) · **FR** / Sans phtalates (par ex. DEHP) · **IT** / Senza ftalati (per es. DEHP) · **ES** / Sin ftalatos (p. ej. DEHP) · **PT** / Sem ftalatos (por ex. DEHP) · **DA** / Phthalat-fri (f.eks. DEHP) · **FI** / Ftalaation (esim. DEHP) · **NO** / Ftalattfritt (f.eks. DEHP) · **HU** / Ftalátmentes (pl. DEHP) · **SV** / Ftalattfri (t. ex. DEHP) · **NL** / Niet gefabriceerd met ftalaten (bijv. DEHP) · **HR** / Ne sadrži ftalate (npr. DEHP) · **SL** / Brez ftalotov (npr. DEHP) · **CS** / Bez obsahu ftalátů (např. DEHP) · **RO** / Nu conține ftalați (de ex. DEHP) · **TR** / Ftalat içermez (örn. DEHP) · **RU** / Не содержит фталатов (например, DEHP) · **PL** / Nie zawiera ftalanów (np. DEHP) · **EL** / Δεν περιέχει φθαλικές ενώσεις (π.χ. DEHP) · **KO** / (디에탈렉실프탈레이트) 포함 · **ZH** / 不含邻苯二甲酸盐 (DEHP) · **AR** / ثالاثفلا كدام نم لاخ



DE / Nicht mit natürlichem Latex hergestellt · **EN** / Not made with Natural Rubber latex · **FR** / Non fabriqué avec du latex naturel · **IT** / Non realizzato con lattice naturale · **ES** / No elaborado con látex natural · **PT** / Não fabricado com látex natural · **DA** / Ikke fremstillet med naturligt latex · **FI** / Ei valmistettu luonnonlateksista · **NO** / Ikke produsert med naturlig latex · **HU** / Nem természetes latexből készült · **SV** / Tillverkad utan användning av naturlig latex · **NL** / Niet gefabriceerd met natuurlijk latex · **HR** / Nije proizvedeno s prirodnim lateksom · **SL** / Ni izdelano z naravnim lateksom · **CS** / Není vyrobeno z přírodního latexu · **RO** / Nu este produs cu latex natural · **TR** / Doğal lateksle üretilmemiştir · **RU** / Не содержит натурального латекса · **PL** / Nie zawiera lateksu kauczuku naturalnego · **EL** / Δεν είναι κατασκευασμένο με φυσικό λάτεξ · **KO** / 천연 라텍스로 만들지 않음 · **ZH** / 制作过程未添加天然乳胶 · سفالتاللا تمام نم عونصم ريغ · قى عى بطلا / **AR** ·



DE / Nicht erneut sterilisieren · **EN** / Do not resterilize · **FR** / Ne pas restériliser · **IT** / Non risterilizzare · **ES** / No esterilizar de nuevo · **PT** / Não esterilizar de novo · **DA** / Må ikke reesteriliseres · **FI** / Ei saa steriloida uudelleen · **NO** / Ikke sterilisert på nytt · **HU** / Tilos újrasterilizálni · **SV** / Får ej återsteriliseras · **NL** / Niet opnieuw steriliseren · **HR** / Nemojte ponovno sterilizirati · **SL** / Ne sterilizirajte znova · **CS** / Znovu nesterilizujte · **RO** / Nu se sterilizează din nou · **TR** / Tekrar sterilize etmeyiniz · **RU** / Не стерилизовать повторно · **PL** / Nie resterylizować · **EL** / Αποστειρωμένο με ακτινοβολία · **KO** / 방사선으로 멸균처리됨 · **ZH** / 经辐射消毒 · يع اعشالال جال عاب قعق عم · / **AR** ·



DE / Lieferumfang · **EN** / Scope of supply · **FR** / Contenu de l'emballage · **IT** / Ambito di fornitura · **ES** / Volumen de suministro · **PT** / Volume de fornecimento · **DA** / Levering · **FI** / Toimituksen sisältö · **NO** / Leveringens innhold · **HU** / Szállítási terjedelem · **SV** / Detta ingår i leveransen · **NL** / Leveringsomvang · **HR** / Opseg isporuke · **SL** / Obseg dobave · **CS** / Obsah balení · **RO** / Descrierea echipamentelor furnizate · **TR** / Teslimat kapsamı · **RU** / Комплектация поставки · **PL** / Zakres dostawy · **EL** / Αντικείμενο προμήθειας · **KO** / 공급 범위 · **ZH** / 供货范围 · ديروتلا قاطن · / **AR** ·



DE / Von Sonnenlicht fernhalten · **EN** / Protect from sunlight · **FR** / Protéger de l'ensoleillement · **IT** / Non esporre alla luce del sole · **ES** / Mantener alejado de la luz solar · **PT** / Manter afastado da luz solar · **DA** / Beskyttes mod sollys · **FI** / Säilyttävä auringonvalolta suojattuna · **NO** / Må holdes unna sollys · **HU** / Napfénytől távol tartandó · **SV** / Skyddas från solljus · **NL** / Beschermen tegen zonlicht · **HR** / Držite podalje od sunčeve svjetlosti · **SL** / Varujte pred sončno svetlobo · **CS** / Chraňte před slunečním světlem · **RO** / A se feri de razele solare · **TR** / Güneş ışığından uzak tutunuz · **RU** / Беречь от солнечных лучей · **PL** / Trzymać z dala od światła słonecznego · **EL** / Να φυλάσσεται μακριά από το φως του ήλιου · **KO** / 직사광선에 노출되지 않도록 하십시오 · **w ZH** / 避免阳光直射 · **AR** / سمشلا ءعشأ ن ع قدي عب اءواقب! بجي ·



DE / Trocken aufbewahren · **EN** / Store in a dry place · **FR** / Conserver au sec · **IT** / Conservare in luogo asciutto · **ES** / Conservar en un lugar seco · **PT** / Guardar em local seco · **DA** / Opbevares tørt · **FI** / Säilyttävä kuivassa · **NO** / Oppbevares på et tørt sted · **HU** / Száraz helyen tárolandó · **SV** / Förvaras torrt · **NL** / Droog bewaren · **HR** / Čuvajte na suhom mjestu · **SL** / Hranite na suhem · **CS** / Uchovávejte v suchu · **RO** / A se păstra la loc uscat · **TR** / Kuru şekilde saklayınız · **RU** / Хранить в сухом месте · **PL** / Chronić przed wilgocią · **EL** / Να φυλάσσεται σε ξηρό μέρος · **KO** / 건조한 곳에 보관하십시오 · **ZH** / 需保存于干燥处 · **AR** / ففاج اءمئل ع ظافءل! بجي ·



DE / Temperaturbegrenzung · **EN** / Temperature limits · **FR** / Limitation de température · **IT** / Limite di temperatura · **ES** / Límite de temperatura · **PT** / Limitação da temperatura · **DA** / Temperaturbegrænsning · **FI** / Lämpötilarajat · **NO** / Temperaturbegrensing · **HU** / Hőmérsékleti tartomány · **SV** / Tillåtet temperaturområde · **NL** / Temperaturbegrenzing · **HR** / Ograničenje temperature · **SL** / Omejitev temperature · **CS** / Omezení teploty · **RO** / Limitare a temperaturii · **TR** / Sıcaklık sınırlaması · **RU** / Ограничение температуры · **PL** / Dopuszczalna temperatura · **EL** / Όριο θερμοκρασίας · **KO** / 온도 제한 · **ZH** / 温度限值范围 · **AR** / ءرارءل! ءءرء ءء ·



DE / Ausklappbare Bildseiten · **EN** / Pull-out image pages · **FR** / Pages d'illustration dépliabiles · **IT** / Pagina grafiche ripiegabili · **ES** / Páginas del anverso desplegables · **PT** / Páginas ilustrativas desdobráveis · **DA** / Billedsider, der kan foldes ud · **FI** / Avattavat kuvasivu · **NO** / Utbrettbare sider med illustrasjoner · **HU** / Kihajtható lapok · **SV** / Utvikbara bildsidor · **NL** / Uitklapbare fotopagina's · **HR** / Otklopive stranice sa slikama · **SL** / Zložljive strani s slikami · **CS** / Výklopné stránky s obrázky · **RO** / Pagini pliante cu ilustrații · **TR** / Açılabilen resimli sayfalar · **RU** / Вклады с иллюстрациями · **PL** / Rozkładane strony z ilustracjami · **EL** / Αναπτυσσόμενες σελίδες εικόνων · **KO** / 접이식 그림 페이지 · **ZH** / 可折叠图片页 · **AR** / يطلّل غلباق فَرَوْصم تاحفص



DE / Kanüle mit Sprechfunktion (REF 302, REF 304, REF 888-306) · **EN** / Fenestrated tube (REF 302, REF 304, REF 888-306) · **FR** / Canule fenêtrée (REF 302, REF 304, REF 888-306) · **IT** / Cannula fenestrata (REF 302, REF 304, REF 888-306) · **ES** / Cánula fenestrada (REF 302, REF 304, REF 888-306) · **PT** / Cânula fenestrada (REF 302, REF 304, REF 888-306) · **DA** / Fenestreret kanyle (REF 302, REF 304, REF 888-306) · **FI** / Aukollinen kanyyli (REF 302, REF 304, REF 888-306) · **NO** / Fenestrert kanyle (REF 302, REF 304, REF 888-306) · **HU** / Fenezstrált kanül (REF 302, REF 304, REF 888-306) · **SV** / Fenestrerad kanyl (REF 302, REF 304, REF 888-306) · **NL** / Gevensterde canule (REF 302, REF 304, REF 888-306) · **HR** / Fenestrirana kanila (REF 302, REF 304, REF 888-306) · **SL** / Kanila z oknom (REF 302, REF 304, REF 888-306) · **CS** / Fenestovaná kanyla (REF 302, REF 304, REF 888-306) · **RO** / Canulă cu fereastră pentru vorbire (REF 302, REF 304, REF 888-306) · **TR** / Fenestrasyonlu kanül (REF 302, REF 304, REF 888-306) · **RU** / Канюля с фонационным окном (REF 302, REF 304, REF 888-306) · **PL** / Rurka z fenestracją (REF 302, REF 304, REF 888-306) · **EL** / Θυριδωτός σωλήνας (REF 302, REF 304, REF 888-306) · **KO** / 관절개관 튜브 (REF 302, REF 304, REF 888-306) · **ZH** / 带发生功能的插管 (REF 302, REF 304, REF 888-306) · (REF 302, REF 304, REF 888-306) · **AR** / أنبوب منوفذ

Gebrauchsanweisung für TRACOE *twist* Tracheostomiekanülen

HINWEIS:

- Lesen Sie diese Gebrauchsanweisung aufmerksam durch. Sie ist Bestandteil des beschriebenen Produkts und muss jederzeit verfügbar sein. Zu Ihrer eigenen Sicherheit und zur Sicherheit Ihrer Patienten beachten Sie die folgenden Sicherheitshinweise.



- Die zum Text dazugehörigen Illustrationen finden Sie auf den Bildseiten (ausklappbar) am Anfang dieser Anleitung. Zahlen und Buchstaben in Klammern verweisen auf die jeweiligen Illustrationen und Produktbestandteile der Tracheostomiekanüle. Die verwendeten Symbole sind auf den Seiten 1 - 6 erläutert.

1. Allgemeine Informationen

ACHTUNG: Anwendung des Produkts nur durch Ärzte und eingewiesene, mit der Pflege **betraute** Personen! Die Größen- und Typenbestimmung ist durch den behandelnden Arzt durchzuführen.

Zweckbestimmung: Bei diesem Medizinprodukt handelt es sich um eine Tracheostomiekanüle.

Funktionsbeschreibung: Die Tracheostomiekanüle sichert einen Durchgang der Atemluft durch das Tracheostoma.

- Der geblockte Cuff trennt die oberen Atemwege von den Unteren, so dass die Luft weder aus der Lunge in den Mund und Nase noch in die andere Richtung strömen kann. Der Patient kann somit **nur** durch die Kanüle atmen. Zum Blocken des Cuffs wird dieser über den Füllschlauch mit Luft gefüllt und dient der Abdichtung zwischen Trachea und der Außenwand der Kanüle. Diese Abdichtung erlaubt eine effiziente Beatmung mit Beatmungsgeräten und verhindert gleichzeitig, dass Sekret aus dem subglottischen Raum in die unteren Atemwege gelangen kann.
- Gesiebte Kanülen ermöglichen, dass ein Teil der zum Sprechen benötigten Luft durch die Fensterung in die oberen Atemwege gelangen kann. Zusätzlich wird der Atemwiderstand in den oberen Atemwegen reduziert.
- Weitere Funktionsbeschreibungen siehe Folgetext.

Maximale Nutzungsdauer der Tracheostomiekanüle:

Mit Cuff 29 Tage ab Erstbenutzung (siehe Kap. 5. Allgemeine Vorsichtsmaßnahmen). Dieser maximale Nutzungszeitraum beinhaltet auch alle Zeiten, in denen die Tracheostomiekanüle bzw. Innenkanülen nicht genutzt werden.

Einpatientenprodukt: Innerhalb der Nutzungsdauer ist eine mehrfache Anwendung bei ein und demselben Patienten zulässig.

Produktpass: Diesem Produkt ist ein Produktpass mit zwei abziehbaren Etiketten beigelegt. Auf diesen Etiketten sind produktspezifische Daten vermerkt. Der Pass sollte separat aufbewahrt werden, da er u. a. die Neubestellung erleichtert. Das abziehbare Etikett kann z. B. auf die Krankenakte aufgeklebt werden.

2. Allgemeine Beschreibung

Das Produkt besteht aus einer Außenkanüle (1) mit Cuff (2) bzw. ohne Cuff und einer auswechselbaren Innenkanüle mit 15 mm-Konnektor (3), bzw. mit Rändelverschluss.

(1) und (3) können mit einem Drehverschluss verbunden oder gelöst werden (C).

Der Cuff wird über den Füllschlauch (2b) mit Luft befüllt bzw. entleert.

Die Außenkanüle besteht aus röntgendichtem Polyurethan und ist an einem um 2 Achsen schwenkbaren Schild (Halsplatte) (5) befestigt (kardanische Aufhängung).

Der perforierte Obturator (6) ermöglicht bei den Größen 06 - 10 die Verwendung eines Seldingerdrahtes ($\varnothing 1,27 \pm 0,04$ mm) bei der Kanülierung.

3. Indikationen

Die Produkte sind für Patienten bestimmt, bei denen ein Zugang zu den Luftwegen durch ein Tracheostoma erforderlich ist.

- Kanülen ohne Cuff eignen sich besonders für spontanatmende Patienten, die auf den Gebrauch einer Kanüle angewiesen sind.
- Kanülen mit Cuff sind für Patienten bestimmt, bei denen ein Zugang zu den Luftwegen durch ein Tracheostoma mit Abdichtung der Luftröhre erforderlich ist.
- Kanülen mit Fensterung erleichtern das Sprechen bei Patienten mit erhaltenem Kehlkopf.
- Kanülen mit Absaugkanal werden bei Patienten eingesetzt, bei denen eine Absaugung aus dem subglottischen Raum angezeigt ist.

- Die Kanüle REF 305 eignet sich besonders für Patienten, die nach einer Laryngektomie auf den Gebrauch einer Kanüle angewiesen sind.

4. Kontraindikationen

4.1 Absolute Kontraindikationen

- Verschlusskappe / Sprechventile nicht bei laryngektomierten (kehlkopflose Patienten) verwenden – Erstickungsgefahr!

4.2 Relative Kontraindikationen

Als relative Kontraindikation, bei denen die Risiken gegenüber dem Nutzen des Verfahrens abgewogen werden müssen, gilt:

- Anwendung in der Pädiatrie.
- Ungewöhnlich tiefliegende Luftröhre, z. B. bei Adipositas, ggf. längere Kanüle verwenden.

5. Allgemeine Vorsichtsmaßnahmen

- Es wird dringend angeraten, am Patientenbett stets eine einsatzbereite Ersatzkanüle und mehrere Ersatzinnenkanülen zur Verfügung zu halten. Diese sind in gereinigtem, trockenem Zustand aufzubewahren.

- Bei jeder Anwendung bzw. Einführung einer Kanüle muss diese auf Intaktheit und einwandfreie Funktion geprüft werden, wie z. B. freies Lumen, Dichtigkeit des Cuffs, einwandfreie und stabile Passung der Innenkanüle in der Außenkanüle, keine Knickstellen, stabile Verbindung zwischen Kanüle und Schild etc. Das Material des Cuffs darf nicht spröde sein. Bei Beschädigung ist dieses Produkt durch ein neues zu ersetzen.

- Auf die Tracheostomiekänüle darf keine Gewalt ausgeübt werden, da ansonsten die Gefahr einer Beschädigung (z. B. Bruchgefahr) besteht. Bei festsitzenden Verbindungen auf dem 15 mm-Konnektor ist auf jeden Fall eine für Tracheostomiekänülen zugelassene

Trennhilfe (Disconnect Wedge) zu benutzen.

- Der 15 mm-Konnektor (**3**) sollte sauber und trocken gehalten werden.

- Beim Wechsel der Innenkanüle muss immer darauf geachtet werden, dass sich der Füllschlauch (**2b**) des Cuffs nicht zwischen Innenkanüle und Außenkanüle befindet, da er ansonsten eingeklemmt und beschädigt werden kann.

- Bei Umlagerung des Patienten ist darauf zu achten, dass der Patient nicht auf dem Kontrollballon (**2a**) zu liegen kommt. Dies führt zu einem starken Anstieg des Cuff-Drucks und es kann zu Schädigungen der Trachea kommen.

- Während der mechanischen Beatmung kann bei häufigem Lagewechsel oder Manipulationen an der Kanüle ggf. die Innenkanüle von der Außenkanüle getrennt werden.
- Bei hohen Beatmungsdrücken kann es in Einzelfällen zu einer Leckage zwischen Innenkanüle und Außenkanüle kommen.
- Beim Einsatz von Tracheostomiekanülen kann es zu Druckstellen, Nekrosen der Halshaut und Hautirritationen (z. B. Feuchtigkeit) kommen. Um dies zu vermeiden, empfehlen wir eine Kompresse unter das Schild zu legen.
- Zur Vermeidung von Materialschädigungen sollte der Cuff nicht in Berührung mit lidocainhaltigen Aerosolen oder Salben kommen.
- Alle Bestandteile des Cuff-Füllsystems müssen während der Cuffdruckprüfung locker bzw. knickfrei gelagert sein. Anderenfalls ist es möglich, dass der Druck am Handmanometer falsch angezeigt wird.
- Dünne Cuffs weisen eine gewisse Wasserdampfdurchlässigkeit auf. Aus diesem Grund kann es vorkommen, dass sich im Cuff Kondenswasser ansammelt. Dies ist bei geringen Mengen ohne Bedeutung. Wird bei größeren Mengen jedoch Wasser fälschlicherweise in den Füllschlauch eingesaugt, kann der Cuff-Druck nicht mehr einwandfrei gemessen und eingestellt werden, d. h. die Kanüle ist auszutauschen. Vor Entnahme der Kanüle muss die im Cuff befindliche Luft bzw. das Wasser weitestgehend vollständig mithilfe einer Spritze entfernt werden.
- Bei gemeinsamer Anwendung von zusätzlichen Medizinprodukten ist die jeweilige Gebrauchsanweisung zu beachten. Im Zweifelsfall ist der jeweilige Hersteller zu kontaktieren.

6. Warnungen

- Bei beschädigter Sterilverpackung nicht verwenden.
- Niemals gefensterter Innenkanülen zur Beatmung verwenden.
- Die Verschlusskappe nur mit gefensterter Kanülen (Außenkanüle + Innenkanüle) und entblocktem Cuff verwenden.
- Während des Schlafs dürfen keine Sprechventile eingesetzt werden.
- Bei Behandlungen mit Laser oder elektrochirurgischen Geräten ist auf ausreichenden Abstand zur Tracheostomiekanüle zu achten. Es besteht Brandgefahr, es können sich giftige Gase bilden und die Kanüle kann beschädigt werden.
- Die Kanüle ist so auszuwählen, dass die Siebung (wenn vorhanden) mit ausreichendem Abstand zum Stomakanal positioniert ist. Bei Nichtbeachtung besteht die Gefahr eines Emphysems bei beatmeten Patienten, der Bildung von Granulationsgewebe oder erhöhtem Atemwiderstand bei Verwendung von

Sprechventilen bzw. Verschlusskappen.

- Bei Verwendung einer gesiebten Kanüle kann es zu vermehrter Bildung von Granulationsgewebe kommen.
- Der Cuff-Druck kann sich u. a. bei Höhenänderungen (z. B. im Flugzeug), bei Verwendung von Lachgas in der Anästhesie und beim Konnektieren bzw. Diskonnektieren eines Handmanometers ändern.
- Bei zu hohem Cuff-Druck besteht die Gefahr einer permanenten Luftröhrenschädigung.
- Bei zu hohem Cuffdruck können Cuffhernien entstehen.
- Bei zu geringem Cuff-Druck droht Aspirationsgefahr.
- Bei Verwendung der Luer-Konnektoren (z. B. **2a + 7a**) sind Verwechslungen zu vermeiden.
- Beim Einführen und Herausnehmen der Kanüle können Irritationen, Hustenreiz oder Blutungen auftreten.

7. Unerwünschte Nebenwirkungen

Druckstellen, Nekrosen, Hautirritationen, Granulationsgewebe, Hustenreiz, Schluckstörungen und Blutungen.

8. Einführung der Kanüle

8.1 Vorbereitung der Kanüle

1. Überprüfung der Vollständigkeit des Packungsinhaltes (**D**).
2. Bei Kanülen mit Cuff (**2**) wird dieser durch Testinflation auf Leckagen überprüft. Hierzu wird der Cuff mit einem Handmanometer auf einen Druck von 50 cm H₂O ($\approx 36,78$ mm Hg) aufgeblasen und für 1 Minute beobachtet, ob eine Erschlaffung des Cuffs auftritt. Bei Dichtigkeit ist die gesamte Luft aus dem Cuff mittels einer Spritze abzuziehen. Der Cuff ist in Richtung des Schildes (**5**) hochzustreifen. Dies erleichtert das folgende Einführen der Kanüle.

8.2 Vorbereitung des Patienten

- Der Patient sollte vor der Kanülierung bzw. Rekanülierung optimal präoxygeniert sein.
- Sofern möglich den Hals des Patienten leicht überstrecken, um das Einführen der Kanüle zu erleichtern.
- Für den Fall, dass es bei der Kanülierung bzw. Rekanülierung zu Komplikationen kommt, sollten Sicherheitsmaßnahmen getroffen sein (z. B. Tracheospreizer, Kanüle mit geringerem Durchmesser), die es dem Arzt ermöglichen, kurzfristig eine Beatmung über translaryngeale Intubation bzw. über *Larynx*maske durchzuführen.

8.3 Einführen der Kanüle

Folgende Schritte sind durchzuführen:

1. Vor dem Einführen ist die Innenkanüle zu entfernen und der Obturator (8) in die Außenkanüle (1) einzuführen. Bei der Einführung ist die Kanüle am Schild (5) festzuhalten und der Obturator mit dem Daumen in das obere Ende der Außenkanüle fest einzudrücken. Zur Erleichterung der Einführung kann eine dünne Schicht wasserlösliches Gleitmittel auf den herausragenden Teil des Obturators am Patientenende und diesen Bereich der Kanüle einschließlich Cuff aufgetragen werden.
2. Nach dem Einführen der Kanüle in die Luftröhre des Patienten ist der Obturator sofort zu entfernen.
3. Sodann ist die Innenkanüle einzusetzen. Zur Befestigung der Innenkanüle hält man das Schild mit den Fingerspitzen fest und dreht den Konnektor der Innenkanüle so weit, bis der Verschluss einrastet, d. h. bis die blauen Pfeile und/oder Markierungen übereinander stehen (C).
4. Das Kanülenband (12) ist am Kanülschild (5) zu befestigen, um die Kanüle zu fixieren.
5. Im Weiteren sind Lage und Funktion (s. Kap. 6 Warnungen) der Kanüle zu überprüfen. Die Trachea und die Kanüle sollten bei Bedarf sorgfältig abgesaugt werden, um einen freien Atemweg zu gewährleisten.
6. Zur Beatmung ist eine Verbindung zwischen dem genormten 15 mm-Konnektor (3) der Innenkanüle und dem Beatmungsgerät herzustellen.

Bei gecufften Kanülen:

7. Der Cuff ist über den Kontrollballon (2a) zu befüllen. Hierbei ist sicherzustellen, dass der Cuff bei der Einführung nicht beschädigt wurde. Der Cuff-Druck ist individuell auf die Beatmungstherapie abzustimmen, regelmäßig zu kontrollieren und sollte typischerweise zwischen 20 cm H₂O (≈ 15 mm Hg) und 30 cm H₂O (≈ 22 mm Hg) liegen.

Beim Anschließen eines Handmanometers kommt es zu einem Druckabfall im Cuff. Dieser Effekt ist bei kleineren Größen stärker ausgeprägt.

8.4 Herausnehmen der Kanüle (s. Kap. 8.2)

Zur Entnahme der Kanüle sind folgende Vorbereitungen zu treffen:

- den Kopf leicht nach hinten beugen und
- bei gecufften Kanülen den Cuff vollständig entblocken (s. Kap. 8.5)

8.5 Entblocken des Cuffs

Vor dem Entblocken des Cuffs müssen Vorkehrungen getroffen werden, dass möglichst wenig Sekret in die Bronchien gelangt. Während der Entblockung sollte das Sekret mithilfe eines durch die Kanüle geschobenen Absaugkatheters abgesaugt werden. Bei Kanülen mit subglottischer Absaugung sollte vor Entblockung zusätzlich der subglottische Raum abgesaugt werden, siehe Kap. 9.5.

Zum Entblocken Spritze an Kontrollballon (**2a**) anschließen. Luft / ggf. Kondenswasser vollständig entfernen. (Siehe Kap. 5. Allgemeine Vorsichtsmaßnahmen)

Falls der Cuff nicht entblockt werden kann, können folgende Maßnahmen getroffen werden:

- Innenkanüle entfernen. Sicherstellen, dass der Füllschlauch (**2b**) nicht geknickt wurde und den Cuff erneut entblocken.
- Falls immer noch keine Entleerung möglich ist: Füllschlauch zwischen dem 15 mm Konnektor (**3**) und dem Schild/Halsplatte (**5**) vorsichtig durchschneiden.

9. Handhabung

9.1 Wechsel der Innenkanülen

Sollte sich in der Innenkanüle zähes Sekret ansammeln, das nicht abgesaugt werden kann und den Luftdurchgang behindert, ist die Innenkanüle durch eine neue bzw. gereinigte Innenkanüle zu ersetzen.

Zum Entnehmen der Kanüle ist der 15 mm-Konnektor der Innenkanüle gegen den Uhrzeigersinn zu drehen (**C**).

Nach Einführung einer neuen Innenkanüle in die Außenkanüle dreht man den 15 mm-Konnektor der Innenkanüle im Uhrzeigersinn so weit, bis der Verschluss einrastet, d. h. bis die blauen Pfeile und/oder erhabenen Markierungen übereinander stehen (**C**). Die Funktionsweise der Innenkanülen mit Rändelverschluss ist analog.

Beim Einsetzen der Innenkanüle ist sicherzustellen, dass sich der Füllschlauch des Cuffs (**2b**) nicht zwischen der Innen- und Außenkanüle befindet; anderenfalls kann der Schlauch eingeklemmt und beschädigt werden.

9.2 Gesiebte Tracheostomiekanülen

Ungefensterte Innenkanülen haben weiße 15 mm-Konnektoren und werden u. a. bei der Beatmung von Patienten verwendet.

Zum Sprechen wird eine **gefensterte Innenkanüle** (blauer 15 mm-Konnektor oder blauer Rändelverschluss) **in die gesiebte Außenkanüle** eingesetzt. Bei gecufften Kanülen kann nach Entblockung des Cuffs ein Sprechventil auf die Innenkanüle mit 15 mm-Konnektor aufgesetzt werden. Die Gebrauchsanweisung des jeweiligen Sprechventils ist zu beachten.

ACHTUNG: Sprechventile dürfen nur bei wachen Patienten eingesetzt werden, die spontan atmen können. Die Patienten müssen zur Gewöhnung an das Sprechventil von geschultem Personal eingewiesen und gewissenhaft überwacht werden; eine ausreichende Atmung ist sicher zu stellen.

Vor Benutzung ist der Cuff zu entblocken. Während des Schlafs dürfen keine Sprechventile eingesetzt werden.

ACHTUNG: Sprechventile dürfen nicht bei Patienten mit Larynxstenose, Stimmbandlähmung, schwerer Trachealstenose, Atemwegsobstruktionen, Infektionen der Luftwege oder starker Schleimsekretion verwendet werden.

9.3 Verschlusskappe der gefensterten Kanüle zur Entwöhnung (Weaning)

Die gefensterte Innenkanüle kann durch Aufsetzen der beiliegenden Verschlusskappe (**10**) auf den 15 mm-Konnektor verschlossen werden.

ACHTUNG: Zur Vorbereitung der Kanüle muss sichergestellt werden, dass die oberen Luftwege des Patienten frei sind. Das Freimachen der oberen Luftwege geschieht ggf. durch Abhusten oder Absaugen von evtl. vorhandenem Sekret. Der Cuff ist zu entblocken. Beim Verschließen der Kanüle müssen Atmung und Vitalzeichen des Patienten von einer Fachkraft überwacht werden. Bei Anzeichen von Atemnot ist der Verschluss sofort zu entfernen.

9.4 Offenhalten der Fensterung

Bei längerem Einsatz der Kanüle ist in regelmäßigen Abständen sicherzustellen, dass die Siebung nicht durch Sekret, Borken oder einwachsendes Gewebe verschlossen wird. Ggf. muss die Kanüle ausgetauscht werden.

9.5 Anwendung von REF 306, REF 888-306 mit subglottischem Absaugkanal

Diese Kanülen sind mit einem auf dem Außenbogen der Außenkanüle fixierten, flachen Absaugkanal (7) versehen, der mit zwei Öffnungen unmittelbar oberhalb des Cuffs (2) endet. In den Absaugkanal ist ein Absaugschlauch (7b) integriert. Der Absaugschlauch verfügt am freien Ende über einen weiblichen Luer-Konnektor (7a), über den eine Absaugung mithilfe einer Spritze durchgeführt werden kann. Alternativ kann ein dafür vorgesehenes Absauggerät mit Vakuumregler in Verbindung mit den beiliegenden Konnektoren (11) verwendet werden. Nach der Absaugung ist der Luer-Konnektor (7a) zu verschließen.

ACHTUNG:

- Bei der Absaugung ist sicherzustellen, dass nicht für längere Zeit ein hoher Unterdruck ausgeübt wird (- max. 200 mbar).
- Um das Austrocknen des subglottischen Raums zu vermeiden, empfehlen wir eine intermittierende Absaugung.
- Der Absaugschlauch kann aufgrund von Sekret oder durch Ansaugung an die Trachealschleimhaut verlegt werden. Sollte eine **Spülung des Absaugschlauchs** geplant sein (z. B. mit geringer Menge Luft oder physiologischer Kochsalzlösung), ist darauf zu achten, dass der Cuff ausreichend geblockt ist (Aspirationsgefahr).
- Durch den Absaugschlauch ist es möglich, dass im Bereich des Tracheostomas Druckstellen entstehen können bzw. dass das Tracheostoma unrund wird. In diesen Fällen ist vom behandelnden Arzt zu entscheiden, ob diese Art von Kanüle weiter verwendet werden kann.

10. Reinigung, Desinfektion und Lagerung

10.1 Reinigung

Die Kanüle (1 + 3) ist vor jeder wiederholten Anwendung zu reinigen. Dies kann mit lauwarmem Wasser in Trinkwasserqualität erfolgen. TRACOE medical empfiehlt zur Reinigung die Verwendung der von TRACOE angebotenen Reinigungsprodukte. Nach der Reinigung sind die Kanülen mit Wasser in Trinkwasserqualität zu spülen und an der Luft zu trocknen. Bei der Reinigung der Außenkanülen ist darauf zu achten, dass der Cuff nicht beschädigt wird.

ACHTUNG:

- Die Reinigung darf keinesfalls mit aggressiven Haushaltsmitteln, Mitteln zur Reinigung von Zahnersatz oder Lösungsmitteln wie hochprozentigem Alkohol durchgeführt werden, da diese die Funktion nachteilig beeinträchtigen können.
- Die Kanülen sollten nicht auf Temperaturen oberhalb 65 °C erhitzt werden, da anschließend die Sicherheit der Produkte nicht mehr gewährleistet werden kann.

10.2 Desinfektion

Bei Verwendung nicht geeigneter Desinfektionsmittel kann es zu Produktschädigungen kommen. Nach einer Desinfektion sind die Kanülen mit Sterilwasser zu spülen und an der Luft zu trocknen.

10.3 Lagerung

Die saubere Kanüle ist trocken zu lagern.

11. Produktpassung

Veränderungen an TRACOE Produkten dürfen nur Mitarbeiter oder Beauftragte der TRACOE medical GmbH durchführen.

12. Entsorgung

Die Entsorgung darf nur entsprechend den geltenden nationalen Bestimmungen für Abfallstoffe vorgenommen werden.

13. Rücksendungen

Rücksendungen gebrauchter Produkte können nur nach Rücksprache entgegengenommen werden, sofern diesen ein ausgefülltes Dekontaminations-Zertifikat beiliegt. Dieses Formular erhalten Sie entweder bei TRACOE medical direkt oder über die Website www.tracoe.com.

14. Allgemeine Geschäftsbedingungen

Verkauf, Lieferung und Rücknahme aller TRACOE Produkte erfolgt ausschließlich aufgrund der gültigen Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB), die bei TRACOE medical GmbH oder über die Website www.tracoe.com erhältlich sind.

Instructions for Use for TRACOE *twist* Tracheostomy Tubes

EN

NOTE:

- Please read the instructions for use carefully. They are part of the described product and must be available at all times. For your own and your patients' safety, please observe the following safety information.



- The illustrations to which the text refers can be found on the (foldout) illustrated pages at the beginning of these instructions. The numbers and letters in brackets refer to the respective illustrations and product components of the tracheostomy tube. The symbols and icons used are explained on pages 1 to 6.

1. General Information

CAUTION: The product may only be used by doctors and other **trained** staff responsible for the patients' care! The attending doctor must determine the correct size and type.

Intended Purpose: This medical device is a tracheostomy tube.

Functional Description: The tracheostomy tube ensures that respired air passes through the tracheostoma.

- The inflated cuff separates the upper from the lower respiratory tract, preventing the flow of air from the lungs into the mouth and nose and vice versa. This ensures that the patient can breathe **only** through the tube. The cuff is inflated by inflating it with air using the inflation line. When inflated, the cuff seals the space between the trachea and the outer cannula wall. This allows efficient ventilation with ventilation equipment and prevents subglottic secretions from entering the lower respiratory tract.
- Fenestrated cannulas allow some of the air needed for speaking to reach the upper respiratory tract through the fenestration. Airway resistance in the upper respiratory tract is also reduced.
- See below for a more detailed functional description.

Maximum Useful Life of the Tracheostomy Tube:

29 days from first use (see section 5 "General Precautions"). This maximum period of use also includes any periods when the tracheostomy tubes or inner cannulas are not in use.

Product for Single-Patient Use: Multiple use by one and the same patient during the period of use is permitted.

Product Info Card: This product is supplied with a product info card with two detachable labels. The labels show product details. Keep the info card separately to facilitate reordering. The detachable label can be affixed to the patient's medical records, for example.

2. General Description

The product consists of an outer cannula (1) with a cuff (2) or without a cuff, and an exchangeable inner cannula with a 15-mm connector (3) or grooved low profile connector .

(1) and (3) are connected and disconnected with a *twist* lock (C).

The cuff is inflated or deflated using the inflation line (2b).

The outer cannula is made of radiopaque polyurethane and is attached to a neck flange (5) that can swivel on 2 axes (cardanic suspension).

The perforated obturator (6), in sizes 06 – 10, allows the use of a Seldinger wire ($\varnothing 1.27 \pm 0.04$ mm) for cannulation.

3. Indications

The products are suitable for patients where access to the respiratory tract is required via a tracheostoma.

- Tubes without a cuff are particularly suited for patients who breathe spontaneously but need to use a tube.
- Tubes with a cuff are suitable for patients where access to the respiratory tract is required via a tracheostoma with the trachea sealed.
- Fenestrated tubes facilitate speech in patients with an intact larynx.
- Tubes with a suction channel are for use in patients where suction of subglottic secretion is indicated.
- The REF 305 tube is especially suitable for patients in whom a tube is indicated after laryngectomy.

4. Contraindications

4.1 Absolute contraindications

- Do not use the occlusion cap/speaking valve in laryngectomised patients (patients without a larynx) – risk of suffocation!

4.2 Relative contraindications

Relative contraindications are cases where the risks and benefits of the procedure must be carefully evaluated:

- Paediatric use.
- Unusually deep trachea, e.g. in obese patients, where a longer tube may be required.

5. General Precautions

- You are strongly advised to keep a ready-to-use spare tube and several spare inner cannulas at the patient's bedside. Store in a clean and dry state.
- Check the tube for integrity and correct function prior to use/insertion. Check, for example, for the absence of obstruction, cuff seal, correct and stable fit of the inner cannula inside the outer cannula, absence of kinks, stable connection between the tube and neck flange, etc. The cuff material must not be brittle. If the product is damaged, replace with a new product.
- Do not use force on the tracheostomy tube, as this may damage or break it. If the connections at the 15 mm connector are tightly fixed, always use a disconnect wedge approved for tracheostomy tubes.
- Keep the 15 mm connector **(3)** clean and dry.
- When changing the inner cannula, always ensure that the inflation line **(2b)** of the cuff is not positioned between the inner and outer cannulas, as it may get trapped and damaged.
- When repositioning the patient in bed, ensure that the patient does not lie on the pilot balloon **(2a)**, as this would greatly increase the cuff pressure and may damage the trachea.
- During mechanical ventilation and frequent changes of the patient's position or manipulation of the tube, the inner cannula may become separated from the outer cannula.
- With the use of high ventilation pressures, leakage between the inner and outer cannulas may occur in isolated cases.
- The use of tracheostomy tubes can lead to pressure points, necrosis of the skin on the neck and skin irritation (e.g. moisture). To avoid this, we recommend placing a pad underneath the neck flange.
- To avoid damage to the material, the cuff should not be in contact with lidocaine-containing aerosols or any ointments.
- All components of the cuff inflation system must be kink-free and not taut when testing the cuff pressure. The hand-held manometer may otherwise give a false pressure reading.
- Thin cuffs are to some extent permeable to water vapour. Therefore, condensate may accumulate in the cuff. Where quantities are small, this is of no significance. However, if larger quantities of condensate are inadvertently aspirated into the inflation line, it is no longer possible to measure and adjust the cuff pressure correctly and the tube needs to be replaced. Before removing the tube, remove as much air or water from the cuff as possible using a syringe.

- When using together with other medical devices, the respective instructions for use must be observed. If in doubt, contact the manufacturer.

6. Warnings

- Do not use if the sterile packaging is not intact.
- Never use fenestrated inner cannulas for ventilation.
- Use the occlusion cap only with fenestrated tubes (outer + inner cannula) and an unblocked cuff.
- Do not use a speaking valve during sleep.
- When using laser or electrosurgical treatment equipment, ensure that the tracheostomy tube is at a safe distance. There is a risk of fire and toxic gases and the tube may get damaged.
- Select the correct tube to ensure that the fenestration (if applicable) is positioned at sufficient distance from the stoma canal. Failure to do so exposes ventilated patients to the risk of emphysema. Granulation tissue may also form or airway resistance may increase if speaking valves or occlusion caps are used.
- If a fenestrated tube is used, there is a risk of increased formation of granulation tissue.
- The cuff pressure can change, for example due to altitude changes (e.g. in an aircraft), or if laughing gas is used as an anaesthetic or during the connection and disconnection of a hand-held manometer.
- Excessive cuff pressure poses a risk of permanent damage to the trachea.
- Excessive cuff pressure may give rise to cuff hernias.
- Insufficient cuff pressure poses a risk of aspiration.
- Ensure that the correct Luer connectors are used (e.g. **2a + 7a**).
- During insertion and removal of the tube, irritation, need to cough or bleeding may occur.

7. Adverse Reactions

Pressure points, necrosis, skin irritation, granulation tissue, need to cough, difficulty swallowing, and bleeding.

8. Inserting the Tube

8.1 Preparing the Tube

1. Check the pack content for completeness (**D**).
2. For tubes with a cuff, check the cuff (**2**) for leakage by inflating it. For this purpose, inflate the cuff with a hand-held manometer to a pressure of 50 cm H₂O (\approx 36.78 mmHg) and wait for 1 minute to see whether the cuff becomes deflated. If the cuff is leak-tight, remove all air from the cuff with a syringe. Push the cuff upwards

in the direction of the neck flange (5) to facilitate insertion.

8.2 Preparing the Patient

- Ensure that the patient is well pre-oxygenated before cannulation or recannulation.
- Slightly overextend the patient's neck, if possible, to facilitate insertion.
- Should complications arise during cannulation or recannulation, take appropriate safety measures (e.g. tracheal spreader, tube with a smaller diameter) to allow the doctor to carry out short-term ventilation using translaryngeal intubation or a larynx mask.

8.3 Inserting the Tube

Carry out the following steps:

1. Before inserting the tube, remove the inner cannula and fit the obturator (8) into the outer cannula (1). When inserting the tube, hold the tube by the flange (5) and press the obturator firmly into the upper end of the outer cannula with the thumb. To aid insertion, a thin layer of water-soluble lubricant may be applied to the protruding part of the obturator at the patient end and to this area of the tube including the cuff.
2. Once the tube has been inserted into the patient's trachea, remove the obturator immediately.
3. Then insert the inner cannula. To secure the inner cannula, hold the neck flange with the fingertips and twist the connector of the inner cannula until it locks into place, i.e. until the blue arrows and/or markings are aligned with each other (C).
4. Attach the neck strap (12) to the neck flange (5) to keep the tube in place.
5. Check the position of the tube as well as its correct function (see chapter 6 "Warnings"). If required, carefully suction the trachea and tube to ensure that the airways are unobstructed.
6. For ventilation, securely connect the standardised 15 mm connector (3) of the inner cannula to a ventilation machine.

For cuffed tubes:

7. Inflate the cuff using the pilot balloon (2a). Now check the cuff pressure to ensure that the cuff has not been damaged during insertion. Adjust the cuff pressure to the individual ventilation therapy and check at regular intervals. Typically, the pressure should be between 20 cm H₂O (≈ 15 mm Hg) and 30 cm H₂O (≈ 22 mm Hg). Attaching a hand-held manometer causes a fall in cuff pressure. This effect is more marked with small sizes.

8.4 Removing the Tube (see chapter 8.2)

Prepare to remove the tube as follows:

- Bend the patient's head slightly backwards and
- completely unblock the cuff of cuffed tubes (see chapter 8.5).

8.5 Unblocking the Cuff

Before unblocking, ensure that as little secretion as possible can enter the bronchi.

While the cuff is being unblocked, suction secretions with a suction catheter passed through the tube. If tubes with subglottic suction have been used, also aspirate the subglottic area before unblocking the cuff, see chapter 9.5.

To unblock the cuff, connect a syringe to the pilot balloon (2a). Completely remove all air/condensate if applicable. (See chapter 5. "General Precautions").

If it is not possible to unblock the cuff, apply the following measures:

- Remove the inner cannula. Make sure that the inflation line (2b) is not kinked and unblock the cuff again.
- If it is still not possible to unblock the cuff: carefully cut through the inflation line between the 15 mm connector (3) and the neck flange (5).

9. Handling

9.1 Changing the Inner Cannulas

If viscous secretion collects in the inner cannula and cannot be suctioned, thus impeding the airflow, replace the inner cannula with a new or cleaned inner cannula.

To remove the inner cannula, turn the 15 mm connector of the inner cannula anticlockwise (C).

Once a new inner cannula has been inserted into the outer cannula, turn the 15 mm connector of the inner cannula clockwise until it locks into place, i.e. until the blue arrows and/or embossed markings are aligned with each other (C).

Inner cannulas with grooved low profile connectors function in the same way.

When changing the inner cannula, always ensure that the inflation line (2b) of the cuff is not positioned between the inner and outer cannulas, as it may get trapped and damaged.

9.2 Fenestrated Tracheostomy Tubes

Unfenestrated inner cannulas have white 15 mm connectors and are used, for example, during ventilation.

To allow the patient to speak, insert a **fenestrated inner cannula** (blue 15 mm connector or blue grooved low profile connector) **in the fenestrated outer cannula**. Once the cuff has been unblocked, a speaking valve can be placed on the 15 mm connector of this inner cannula. Follow the instructions for use of the respective speaking valve.

CAUTION: Speaking valves must only be used in patients who are awake and can breathe spontaneously. When a speaking valve is introduced, the patient must be instructed by trained personnel and carefully monitored while becoming accustomed to it; make sure that the patient can breathe sufficiently.

Unblock the cuff before using a speaking valve. Do not use a speaking valve during sleep.

CAUTION: Patients with laryngeal stenosis, vocal cord paralysis, severe tracheal stenosis, respiratory tract obstructions, respiratory tract infections or copious mucous secretions must not use a speaking valve.

9.3 Occlusion Cap of the Fenestrated Tube for Weaning

The fenestrated inner cannula can be closed by attaching the enclosed occlusion cap (10) to the 15 mm connector.

CAUTION: When preparing the tube, ensure that the patient's upper respiratory tract is unobstructed. The upper respiratory tract can be cleared by coughing out or suctioning the secretions. The cuff needs to be unblocked. When closing the tube, the patient's breathing and vital signs must be monitored by a nursing professional. If any signs of breathing difficulties are detected, the occlusion cap must be removed immediately.

9.4 Keeping the Fenestration Open

If the tube is used over a prolonged period, it must be ensured at regular intervals that the fenestration is not blocked by secretions, incrustation or in-growing tissue. If required, replace the tube.

9.5 Application of REF 306, REF 888-306 with Subglottic Suction Channel

These tubes are fitted with a flat suction channel (7) that is fixed to the outer curve of the outer cannula and ends with two open-

ings immediately above the cuff (2). A suction line (7b) is integrated into the suction channel. The suction line has a female Luer connector (7a) at its free end, through which any secretion can be removed using a syringe. As an alternative, a special suction device with a vacuum controller connected to the enclosed connectors (11) can be used. After suctioning, ensure that the Luer connector (7a) is closed.

CAUTION:

- Ensure during suctioning that no excessive vacuum is used over a prolonged period (- maximum of 200 mbar).
- To prevent the subglottic area from drying out, we recommend the use of intermittent suction.
- The suction channel may get blocked due to accumulated secretions or adhesions to the tracheal mucosa. If it is intended to rinse the suction channel (e.g. with a small amount of air or physiological saline solution), ensure beforehand that the cuff is sufficiently blocked (risk of aspiration).
- The suction channel may cause pressure points in the area of the tracheostoma or may cause the tracheostoma to become irregular. In such cases, the doctor needs to decide whether this type of tube can still be used.

10. Cleaning, Disinfection and Storage**10.1 Cleaning**

The tube (1 + 3) needs to be cleaned before reuse. Lukewarm potable water can be used for cleaning. TRACOE medical recommends the use of the cleaning products offered by TRACOE for cleaning. Once the tubes have been cleaned, rinse with potable water and air-dry. When cleaning the outer cannulas, take care not to damage the cuff.

CAUTION:

- Never use aggressive domestic cleaning agents, cleaning agents for dentures or solvents with a high alcohol content, for example, as these may have a lasting adverse effect on the function.
- Do not heat the tubes to temperatures above 65 °C, as the safety of the products can then no longer be guaranteed.

10.2 Disinfection

The use of unsuitable disinfectants can result in damage to the product. Once the tubes have been disinfected, rinse with sterile water and air-dry.

10.3 Storage

Store the clean tube in a dry location.

11. Product Modifications

Modifications to the TRACOE products may only be carried out by employees or agents of TRACOE medical GmbH.

12. Disposal

These products may only be disposed of in accordance with the valid national regulations governing waste materials.

13. Returns

Returned used products will only be accepted subject to prior consultation and if a completed decontamination certificate is enclosed. This form is available either directly from TRACOE medical or via the website www.tracoe.com

14. General Terms and Conditions

The sale, delivery and return of all TRACOE products shall be effected exclusively on the basis of the valid General Terms and Conditions (GTC), which are available either from TRACOE medical GmbH or on the website www.tracoe.com.

Instructions d'utilisation pour canules de trachéostomie TRACOE *twist*

FR

REMARQUE :

- Lisez attentivement les présentes instructions d'utilisation. Elles font partie du produit décrit et doivent être disponibles à tout moment. Pour votre propre sécurité et celle de vos patients, respectez les consignes de sécurité suivantes.



- Vous trouverez les illustrations associées au texte sur les pages illustrées (dépliantes) situées au début des présentes instructions. Les chiffres et les lettres entre parenthèses renvoient aux illustrations et composants respectifs de la canule de trachéostomie. Les symboles utilisés sont expliqués aux pages 1 à 6.

1. Informations générales

ATTENTION : L'utilisation de ce produit est strictement réservée aux médecins et personnes **initiées chargées de prodiguer les soins!** Le médecin pratiquant l'intervention doit déterminer les dimensions et le type de produit.

Utilisation prévue : ce dispositif médical est une canule de trachéostomie.

Description du fonctionnement : la canule de trachéostomie assure le passage de l'air inhalé par le trachéostome.

- Le ballonnet gonflé sépare les voies respiratoires supérieures des voies respiratoires inférieures de sorte que l'air sortant des poumons ne puisse pas passer dans la bouche et le nez ou inversement. Le patient peut donc respirer **uniquement** par la canule. Pour gonfler le ballonnet, celui-ci est rempli d'air grâce au tuyau de remplissage et forme une séparation étanche entre la trachée et la paroi extérieure de la canule. Cette étanchéité permet une ventilation efficace avec des respirateurs tout en empêchant les sécrétions de l'espace sous-glottique d'atteindre les voies respiratoires inférieures.

- Les canules fenêtrées permettent à une partie de l'air requis pour la parole de pénétrer dans les voies respiratoires supérieures par la fenêtre. En outre, la résistance respiratoire dans les voies supérieures est réduite.

- Pour plus de détails concernant le fonctionnement, voir le texte suivant.

Durée d'utilisation maximale de la canule de trachéostomie :

29 jours à compter de la première utilisation (voir chap. 5 Mesures générales de précaution). Cette durée d'utilisation maximale comprend aussi toutes les périodes pendant lesquelles la canule de trachéostomie ou les chemises internes ne sont pas utilisées.

FR

Produit pour usage sur un seul patient : au cours de la durée d'utilisation, un usage multiple sur un seul et même patient est permis.

Carte d'information sur le produit : une carte d'information avec deux étiquettes détachables est fournie avec le produit. Des informations spécifiques au produit sont mentionnées sur ces étiquettes. La carte doit être conservée à part car elle facilite notamment le renouvellement de la commande. L'étiquette détachable peut, par exemple, être collée sur le dossier médical.

2. Description générale

Le produit se compose d'une canule externe (1) avec ou sans ballonnet (2) et d'une chemise interne interchangeable avec connecteur de 15 mm (3) ou d'un capuchon moleté.

(1) et (3) peuvent être assemblés et séparés par une fermeture à vis (C).

Le ballonnet est rempli d'air ou vidé par l'intermédiaire du tuyau de remplissage (2b).

La canule externe est faite en polyuréthane opaque aux rayons X et fixée à une plaque (plaque du cou) (5) pivotant selon 2 axes (suspension de Cardan).

L'obturateur perforé (6) permet l'utilisation d'un fil de guidage selon Seldinger ($\varnothing 1,27 \pm 0,04$ mm) au cours de la canulation pour les tailles 06 à 10.

3. Indications

Les produits sont destinés aux patients chez lesquels il est nécessaire de créer un accès aux voies respiratoires par un trachéostome.

- Les canules sans ballonnet sont particulièrement adaptées à des patients respirant spontanément et nécessitant l'utilisation d'une canule.
- Les canules avec ballonnet sont destinées aux patients chez lesquels il est nécessaire de créer un accès aux voies res-

piratoires par un trachéostome accompagné d'une obturation de la trachée.

- Les canules fenêtrées permettent aux patients qui ont conservé leur larynx de parler plus facilement.
- Les canules avec canal d'aspiration sont utilisées chez les patients pour lesquels une aspiration de l'espace sous-glottique est indiquée.
- La canule REF 305 est particulièrement adaptée aux patients qui suite à une laryngectomie sont contraints d'utiliser une canule.

4. Contre-indications

4.1 Contre-indications absolues

- Ne pas utiliser de capuchon obturateur/valves de phonation sur des patients laryngectomisés (patients ayant subi l'ablation du larynx) – Risque d'étouffement !

4.2 Contre-indications relatives

Les contre-indications relatives dont les risques doivent être comparés aux bénéfices de la procédure sont les suivantes :

- utilisation en pédiatrie.
- localisation anormalement profonde de la trachée, par ex. en cas d'obésité, utiliser une canule plus longue le cas échéant.

5. Mesures générales de précaution

- Il est fortement recommandé d'avoir toujours à disposition une canule de rechange prête à l'emploi et plusieurs chemises internes de rechange sur le lit du patient. Celles-ci sont à conserver dans un état sec et propre.
- À chaque utilisation ou introduction d'une canule, il faut s'assurer que celle-ci est intacte et fonctionne parfaitement : lumière libre, étanchéité du ballonnet, ajustement exact et stable de la chemise interne dans la canule externe, absence de plis, jonction solide de la canule avec la plaque, etc. Le matériau du ballonnet ne doit pas être friable. En cas d'endommagement, le produit doit être remplacé par un produit neuf.
- Il est interdit de forcer sur la canule de trachéostomie car il existe un risque de détérioration (par ex. risque de rupture). Pour les raccords bien fixés sur le connecteur de 15 mm, il faut dans tous les cas utiliser une aide de séparation (Disconnect Wedge) autorisée pour les canules de trachéostomie.
- Le connecteur de 15 mm (**3**) doit rester propre et sec.
- Lors du remplacement de la chemise interne, toujours veiller à ce que le tuyau de remplissage (**2b**) du ballonnet ne se trouve pas entre la chemise interne et la canule externe. Cela

pourrait en effet le coincer et l'endommager.

- En cas de changement de position du patient, veiller à ce qu'il ne s'allonge pas sur le ballonnet de contrôle (2a). Cela entraînerait une forte hausse de la pression du ballonnet et risquerait d'endommager la trachée.

- En ventilation mécanique, la chemise interne peut être séparée de la canule externe en cas de changement de position fréquent du patient ou de manipulation de la canule.

- En cas de pressions de ventilation élevées, une fuite peut survenir entre la chemise interne et la canule externe dans des cas isolés.

- L'utilisation de canules de trachéostomie peut être à l'origine de points de compression, de nécroses de la peau du cou et d'irritations cutanées (par ex. humidité). Pour éviter ces désagréments, nous recommandons de placer une compresse sous la plaque.

- Pour prévenir toute détérioration du matériau, le ballonnet ne doit pas entrer en contact avec des aérosols ou des pom-mades à base de lidocaïne.

- Tous les constituants du système de remplissage du ballonnet doivent être entreposés sans contraintes et sans plis pendant le contrôle de la pression du ballonnet. Dans le cas contraire, il est possible que la pression affichée par le manomètre manuel soit erronée.

- La paroi mince des ballonnets présente une certaine perméabilité à la vapeur d'eau. C'est pourquoi il peut arriver que de l'eau de condensation s'accumule dans le ballonnet. Ce phénomène est sans importance tant que les quantités restent faibles. Si, par contre, de l'eau est aspirée par erreur en quantité conséquente par le tuyau de remplissage, la pression dans le ballonnet ne peut plus être mesurée ni ajustée correctement, la canule doit alors être remplacée. Avant de retirer la canule, il faut éliminer complètement l'air ou l'eau se trouvant dans le ballonnet à l'aide d'une seringue.

- En cas d'utilisation conjointe de produits médicaux supplémentaires, respecter les instructions d'utilisation correspondantes. En cas de doute, contacter le fabricant concerné.

6. Avertissements

- Ne pas utiliser si l'emballage stérile est endommagé.
- Ne jamais utiliser des chemises internes fenêtrées pour la ventilation.
- Utiliser le capuchon obturateur uniquement avec des canules fenêtrées (canule externe + chemise interne) et le ballonnet dégonflé.

- Pendant le sommeil, les valves de phonation ne doivent pas être utilisées.
- Lors de traitements au laser ou avec des instruments électrochirurgicaux, veiller à les maintenir à une distance suffisante de la canule de trachéostomie. Il existe un risque d'incendie, de formation de gaz toxiques et d'endommagement de la canule.
- Choisir la canule de sorte à positionner la fenêtre (le cas échéant) à une distance suffisante du tractus de stomie. En cas de non-respect, il existe un risque d'emphysème chez les patients ventilés, de formation de tissu de granulation ou de résistance respiratoire accrue lors de l'utilisation de valves de phonation ou de capuchons obturateurs.
- L'utilisation d'une canule fenêtrée peut entraîner la formation accrue de tissu de granulation.
- La pression du ballonnet peut changer notamment lors de variations d'altitude (dans un avion, par exemple), en cas d'utilisation de protoxyde d'azote en anesthésie et lors du branchement ou du débranchement d'un manomètre manuel.
- En cas de pression trop élevée du ballonnet, il existe un risque de lésion permanente au niveau de la trachée.
- En cas de pression trop élevée du ballonnet, des hernies du ballonnet peuvent survenir.
- Une pression trop faible du ballonnet entraîne un risque de micro inhalation.
- Veiller à utiliser le bon connecteur Luer (par ex. **2a + 7a**).
- L'introduction ou le retrait de la canule peut provoquer des irritations, des quintes de toux ou des saignements.

7. Effets secondaires indésirables

Points de compression, nécroses, irritations cutanées, tissu de granulation, quintes de toux, troubles de la déglutition et saignements.

8. Introduction de la canule

8.1 Préparation de la canule

1. Contrôler l'intégralité du contenu de l'emballage (**D**).

2. Dans le cas des canules avec ballonnet (**2**), vérifier que le ballonnet est exempt de fuites en procédant à un essai de gonflage. À cet effet, gonfler le ballonnet à l'aide d'un manomètre manuel jusqu'à une pression de 50 cm H₂O (≈ 36,78 mm Hg) et observer pendant une minute si un relâchement du ballonnet survient. En cas d'étanchéité, dégonfler entièrement le ballonnet à l'aide d'une seringue et pousser le ballonnet en direction de la plaque (**5**) pour faciliter ensuite l'introduction de la canule.

8.2 Préparation du patient

- Avant la canulation/recanulation, le patient doit être pré-oxygéné de manière optimale.
- Si possible, basculer légèrement la tête du patient en arrière pour faciliter l'introduction de la canule.
- Au cas où des complications surviendraient lors de la canulation/recanulation, il faut prendre des mesures de sécurité (par ex. écarteur pour trachéotomie, canule avec diamètre plus petit) permettant au médecin de procéder rapidement à une ventilation par intubation translaryngée ou par masque laryngé.

8.3 Introduction de la canule

Les étapes suivantes doivent être effectuées :

1. Avant l'introduction, retirer la chemise interne et insérer l'obturateur (8) dans la canule externe (1). Lors de l'introduction, maintenir la canule par la plaque (5) et pousser fermement l'obturateur avec le pouce dans l'extrémité supérieure de la canule externe. Pour faciliter l'introduction, enduire la partie saillante de l'obturateur du côté patient d'un mince film de gel lubrifiant hydrosoluble ; enduire également la canule et le ballonnet à cet endroit.
2. Après l'introduction de la canule dans la trachée du patient, retirer l'obturateur immédiatement.
3. Ensuite, la chemise interne est à mettre en place. Pour fixer la chemise interne, la plaque doit être maintenue avec le bout des doigts et le connecteur de la chemise interne doit être tourné jusqu'à ce que la fermeture soit verrouillée, c'est-à-dire jusqu'à ce que les flèches bleues et/ou les repères soient l'un en face de l'autre (C).
4. Le collier (12) doit être fixé à la plaque de la canule (5) afin de maintenir la canule en place.
5. En outre, la position et le fonctionnement (voir chap. 6. Avertissements) de la canule sont à vérifier. Si nécessaire, la trachée et la canule devraient être soigneusement aspirées pour assurer le libre passage de l'air à travers les voies respiratoires.
6. Pour la ventilation, raccorder le connecteur de 15 mm normalisé (3) de la chemise interne et le respirateur.

Pour les canules à ballonnet:

7. Le ballonnet doit être rempli par le ballonnet de contrôle (2a). S'assurer que le ballonnet n'a pas été endommagé lors de l'introduction. La pression du ballonnet doit être adaptée à chaque traitement ventilatoire, régulièrement contrôlée et être normalement comprise entre 20 cm H₂O (≈ 15 mm Hg) et 30 cm H₂O (≈ 22 mm Hg).

Lors du raccordement d'un manomètre manuel, une diminution de la pression se produit dans le ballonnet. Cet effet est d'autant plus marqué pour les petites tailles.

8.4 Retrait de la canule (voir chap. 8.2)

Pour retirer la canule, procéder de la manière suivante :

- basculer la tête du patient légèrement vers l'arrière et ;
- dégonfler totalement le ballonnet sur les canules à ballonnet (voir chap. 8.5).

8.5 Dégonflage du ballonnet

Avant de dégonfler le ballonnet, des précautions sont à prendre pour limiter l'accumulation de sécrétions dans les bronches. Pendant le dégonflage, les sécrétions devraient être aspirées au moyen d'un cathéter d'aspiration guidé à travers la canule. Pour les canules avec aspiration sous-glottique, la région sous-glottique devrait également être aspirée avant le dégonflage, voir chap. 9.5.

Pour dégonfler le ballonnet, raccorder la seringue au ballonnet de contrôle (2a). Éliminer totalement l'air / l'eau de condensation le cas échéant. (Voir chap. 5 Mesures générales de précaution)

Si le ballonnet ne peut pas être dégonflé, les mesures suivantes peuvent être prises :

- Retirer la chemise interne. S'assurer que le tuyau de remplissage (2b) n'a pas été plié et dégonfler le ballonnet à nouveau.
- Si un dégonflement n'est toujours pas possible: sectionner délicatement le tuyau de remplissage entre le connecteur de 15 mm (3) et la plaque de la canule (5).

9. Manipulation

9.1 Remplacement des chemises internes

Si des sécrétions trop épaisses pour être aspirées se sont accumulées dans la chemise interne et gênent le passage de l'air, la chemise interne doit être remplacée par une chemise interne neuve ou nettoyée.

Pour retirer la canule, le connecteur de 15 mm de la chemise interne doit être tourné dans le sens inverse des aiguilles d'une montre (C).

Après introduction d'une nouvelle chemise interne dans la canule externe, le connecteur de 15 mm de la chemise interne doit être tourné dans le sens des aiguilles d'une montre jusqu'à ce que la

fermeture soit verrouillée, c'est-à-dire jusqu'à ce que les flèches bleues et/ou les repères en relief soient l'un en face de l'autre (C). Le fonctionnement des chemises internes avec capuchon moleté est identique.

FR

Lors de la mise en place de la chemise interne, s'assurer que le tuyau de remplissage du ballonnet (2b) ne se trouve pas entre la chemise interne et la canule externe; dans le cas contraire, le tuyau peut en effet être coincé et endommagé.

9.2 Canules de trachéostomie fenêtrées

Les **chemises internes non fenêtrées** possèdent des connecteurs blancs de 15 mm et sont utilisées notamment pour ventiler les patients.

Pour parler, une **chemise interne fenêtrée** (connecteur bleu de 15 mm ou capuchon moleté bleu) est introduite **dans la canule externe fenêtrée**. Sur les canules à ballonnet, une valve de phonation peut être montée sur le connecteur de 15 mm de cette chemise interne après le dégonflage du ballonnet. Respecter les instructions d'utilisation de la valve de phonation correspondante.

ATTENTION : Les valves de phonation ne doivent être utilisées que chez des patients éveillés, capables de respirer spontanément. Les patients doivent être instruits par un personnel formé afin de s'habituer aux valves de phonation et doivent être consciencieusement surveillés; il faut s'assurer que la respiration est suffisante.

Le ballonnet doit être dégonflé avant l'utilisation. Pendant le sommeil, les valves de phonation ne doivent pas être utilisées.

ATTENTION : Les valves de phonation ne doivent pas être utilisées chez des patients atteints de sténose du larynx, de paralysie des cordes vocales, de sténose trachéale sévère, d'obstructions des voies respiratoires, d'infections des voies aériennes ou de fortes sécrétions de mucus.

9.3 Capuchon obturateur de la canule fenêtrée pour le sevrage (Weaning)

La chemise interne fenêtrée peut être fermée en fixant le capuchon obturateur fourni (10) sur le connecteur de 15 mm.

ATTENTION : pour préparer la canule, s'assurer que les voies respiratoires supérieures du patient ne sont pas obstruées. Suivant le cas, soit le patient les libérera en toussant ou les sécré-

tions éventuellement accumulées seront éliminées par aspiration. Le ballonnet doit être dégonflé. Au moment où la canule est fermée, une personne compétente doit surveiller la respiration et les signes vitaux du patient. Si celui-ci présente des signes de détresse respiratoire, il faut immédiatement enlever le capuchon obturateur.

9.4 Maintien en position ouverte de la fenêtre de la canule

Lorsque la canule est utilisée pendant une longue période, il est nécessaire de s'assurer à intervalles réguliers que la fenêtre n'est pas obstruée par des sécrétions, des croûtes ou des tissus. La canule doit être remplacée le cas échéant.

9.5 Utilisation de REF 306, REF 888-306 avec canal d'aspiration sous-glottique

Ces canules sont pourvues d'un canal d'aspiration plat (7) fixé sur l'arc extérieur de la canule externe qui se termine par deux ouvertures juste au-dessus du ballonnet (2). Un tuyau d'aspiration (7b) est intégré dans le canal d'aspiration. Le tuyau d'aspiration est muni d'un connecteur Luer femelle (7a) à son extrémité libre qui permet d'effectuer une aspiration à l'aide d'une seringue. Un appareil d'aspiration prévu à cet effet avec régulateur de vide peut également être utilisé en combinaison avec les connecteurs fournis (11). Après l'aspiration, le connecteur Luer (7a) doit être fermé.

ATTENTION :

- Lors de l'aspiration, s'assurer qu'une forte dépression n'est pas exercée pendant une période prolongée (- max. 200 mbar).
- Pour éviter le dessèchement de l'espace sous-glottique, nous recommandons une aspiration intermittente.
- Le tuyau d'aspiration peut être obstrué par les sécrétions ou les muqueuses trachéales aspirées. Si un rinçage du tuyau d'aspiration est prévu (par ex. avec une petite quantité d'air ou de solution saline physiologique), veiller à ce que le ballonnet soit suffisamment gonflé (risque de micro inhalation).
- Avec le tuyau d'aspiration, il est possible que des points de compression apparaissent au niveau du trachéostome ou que le trachéostome se déforme. Dans ces cas de figure, le médecin ayant opéré doit décider si ce type de canule peut encore être utilisé.

10. Nettoyage, désinfection et stockage

10.1 Nettoyage

La canule (1 + 3) doit être nettoyée avant chaque utilisation répétée à l'aide d'eau potable tiède. Pour le nettoyage, TRACOE medical recommande l'utilisation de produits nettoyants proposés par TRACOE. Une fois nettoyées, les canules doivent être rincées à l'eau potable et séchées à l'air libre. Lors du nettoyage des canules externes, veiller à ce que le ballonnet ne soit pas endommagé.

ATTENTION :

- Ne jamais nettoyer les canules avec des produits ménagers agressifs, des produits destinés au nettoyage des prothèses dentaires ou avec des dissolvants comme de l'alcool à haut degré car ces produits pourraient nuire au bon fonctionnement des canules.
- Ne pas chauffer les canules à une température supérieure à 65 °C car la sécurité des produits ne peut plus être assurée par la suite.

10.2 Désinfection

L'utilisation d'agents de désinfection inadaptés peut endommager les produits.

Une fois désinfectées, les canules doivent être rincées à l'eau stérile et séchées à l'air libre.

10.3 Stockage

La canule propre doit être stockée dans un endroit sec.

11. Modification des produits

Seuls des collaborateurs de TRACOE medical GmbH ou des personnes mandatées par TRACOE medical GmbH sont autorisés à modifier les produits TRACOE.

12. Élimination

L'élimination des produits doit être effectuée dans le respect des prescriptions pour l'élimination des déchets en vigueur sur le territoire national concerné.

13. Renvois

Les renvois de produits déjà utilisés ne peuvent être acceptés qu'après consultation et dans la mesure où ils sont accompagnés d'un certificat de décontamination dûment rempli. Ce formulaire peut être demandé directement auprès de TRACOE medical ou sur le site Internet www.tracoe.com.

14. Conditions générales de vente

La vente, la livraison et la reprise de tous les produits TRACOE sont soumises à l'acceptation des Conditions générales de vente (CGV) en vigueur, disponibles auprès de TRACOE medical GmbH ou à l'adresse www.tracoe.com.

FR

Istruzioni per l'uso delle cannule tracheostomiche TRACOE *twist*

AVVERTENZA:

- Leggere attentamente le istruzioni per l'uso. Esse sono parte integrante del prodotto e devono essere disponibili in qualsiasi momento. Per la sicurezza vostra e dei vostri pazienti vi preghiamo di osservare le seguenti indicazioni di sicurezza.

IT



- Le illustrazioni relative al testo si trovano sulle pagine grafiche (ripiegabili) all'inizio di queste istruzioni. I numeri e le lettere fra parentesi rimandano alle relative illustrazioni e ai relativi componenti della cannula tracheostomica. I simboli utilizzati vengono spiegati nelle pagine 1 - 6.

1. Informazioni generali

ATTENZIONE: L'applicazione del prodotto è riservata unicamente a medici e al personale **autorizzato** che sia a conoscenza delle misure necessarie per la cura del prodotto stesso! Il medico operante dovrà stabilire il tipo e le dimensioni del prodotto.

Destinazione d'uso: Il presente dispositivo medico si definisce come cannula tracheostomica.

Descrizione della funzione: La cannula tracheostomica garantisce il passaggio dell'aria respiratoria attraverso il tracheostoma.

- La cuffia bloccata separa le vie respiratorie superiori da quelle inferiori in modo che l'aria non possa passare dai polmoni alla bocca o al naso né in senso contrario. Il paziente quindi può respirare **solo** con la cannula. Per bloccare la cuffia essa viene riempita con aria tramite il flessibile di riempimento e ciò funge da impermeabilizzazione fra la trachea e la parete esterna della cannula. Questa impermeabilizzazione consente una respirazione efficiente con i respiratori ed evita che le secrezioni sottoglottiche raggiungano le vie respiratorie inferiori.

- Le cannule fenestrate consentono la penetrazione nelle vie respiratorie superiori di una parte dell'aria fonatoria attraverso la fenestrazione. Inoltre la resistenza respiratoria nelle vie respiratorie superiori viene ridotta.

- Per ulteriori descrizioni della funzione vedere più avanti.

Massima durata d'uso della cannula tracheostomica:

29 giorni a partire dal primo utilizzo (vedi Cap. 5. Precauzioni gene-

rali). La massima durata d'uso comprende anche tutto il periodo nel quale la cannula tracheostomica o le controcannule non vengono usate.

Prodotto monopaziente: Per l'intera durata d'uso è consentita un'applicazione multipla per un solo e unico paziente.

IT

Carta di identità del prodotto: Il presente prodotto è corredato da una carta di identità del prodotto con due etichette staccabili, sulle quali sono annotati i dati specifici del prodotto. La carta di identità deve essere conservata separatamente, poiché tra l'altro ne agevola le ordinazioni successive. L'etichetta staccabile può essere incollata, ad esempio, sulla cartella clinica del paziente.

2. Descrizione generale

Il prodotto è composto da una cannula (1) con cuffia (2) o senza cuffia e da una controcannula intercambiabile con un connettore da 15 mm (3) con chiusura zigrinata.

(1) e (3) possono essere collegate o separate mediante una chiusura a vite (C).

La cuffia viene riempita e svuotata con aria tramite il flessibile di riempimento (2b).

La cannula è realizzata in poliuretano radiopaco ed è fissata a una flangia (flangia per il collo) (5) mobile su due assi (sospensione cardanica).

L'otturatore perforato (6) consente, nelle misure 06 – 10, l'utilizzo di fili di Seldinger ($\varnothing 1,27 \pm 0,04$ mm) nella procedura di cannulazione.

3. Indicazioni

I prodotti sono destinati ai pazienti nei quali è necessario accedere alle vie respiratorie attraverso un tracheostoma.

- Le cannule senza cuffia sono adatte in modo particolare per i pazienti con respirazione autonoma che dipendono dall'uso di una cannula.
- Le cannule dotate di cuffia sono indicate per i pazienti nei quali sia necessario accedere alle vie respiratorie attraverso un tracheostoma con impermeabilizzazione della trachea.
- Le cannule fenestrate facilitano la fonazione nei pazienti con conservazione della laringe.
- Le cannule con canale d'aspirazione vengono utilizzate nei pazienti per cui è indicata un'aspirazione sottoglottica.
- La cannula REF 305 è adatta in particolare ai pazienti che, dopo una laringectomia, sono dipendenti dall'uso di una cannula.

4. Controindicazioni

4.1 Controindicazioni assolute

- Non utilizzare tappi/valvole fonatorie nei pazienti laringectomizzati (privi di laringe) – pericolo di soffocamento!

4.2 Controindicazioni relative

Fra le controindicazioni relative, nelle quali bisogna ponderare i rischi e i vantaggi della procedura, rientrano:

- Applicazione in pediatria.
- Trachea situata troppo in profondità, ad esempio in caso di obesità, utilizzare eventualmente delle cannule più lunghe.

5. Precauzioni generali

- Si raccomanda di tenere sempre a portata di mano sul letto del paziente una cannula e varie controcannule di ricambio, che devono essere conservate in un ambiente pulito e asciutto.
- A ogni applicazione o introduzione di una cannula bisogna prestare attenzione alla sua integrità e perfetta funzionalità, come ad esempio il lume libero, la tenuta della cuffia, l'accoppiamento perfetto e stabile della controcannula all'interno della cannula, l'assenza di punti di torsione, il raccordo stabile fra la cannula e la flangia ecc. Il materiale della cuffia non deve essere sfiltrato. In caso di danni bisogna sostituire il prodotto con uno nuovo.
- Non bisogna esercitare forza sulla cannula tracheostomica, poiché altrimenti si rischia di danneggiarla (ad es. pericolo di rottura). In presenza di collegamenti ben fissati sul connettore da 15 mm, si deve sempre utilizzare un ausilio distaccante omologato per le cannule tracheostomiche (Disconnect Wedge).
- Il connettore da 15 mm (**3**) deve essere tenuto pulito e asciutto.
- Durante la sostituzione della controcannula occorre sempre accertarsi che il flessibile di riempimento (**2b**) della cuffia non si trovi fra la controcannula e la cannula, per evitare che rimanga impigliato e si danneggi.
- In caso di trasferimento del paziente bisogna prestare attenzione a non farlo giacere sul palloncino di controllo (**2a**). Ciò porta a un forte aumento della pressione della cuffia e può causare danni alla trachea.
- Durante la respirazione meccanica, a causa di frequenti cambi di posizione o di manipolazioni sulla cannula, è possibile che la controcannula si stacchi dalla cannula.
- In caso di elevate pressioni di ventilazione, in casi isolati può comparire una fuga tra controcannula e cannula.
- L'utilizzo di cannule tracheostomiche può causare compressioni, necrosi della cute del collo e irritazioni cutanee (ad es. umi-

dità). Per evitare ciò, raccomandiamo di interporre tra la cute e la flangia della cannula una garza sterile.

- Per evitare di danneggiare il materiale, la cuffia non deve entrare in contatto con aerosoli o unguenti a base di lidocaina.
- Tutti i componenti del sistema di riempimento della cuffia vanno tenuti allentati e senza piegamenti durante la verifica della pressione della cuffia. In caso contrario, è possibile che venga visualizzato sul manometro manuale un valore di pressione errato.
- Le cuffie a pareti sottili presentano una certa permeabilità al vapore acqueo. Per questo motivo, può succedere che nella cuffia si accumuli acqua di condensa. Ciò è irrilevante finché la quantità di condensa è esigua. Se però, in presenza di quantità maggiori, l'acqua viene aspirata erroneamente dal flessibile di riempimento, non sarà più possibile misurare e regolare correttamente la pressione nella cuffia, per cui sarà necessario sostituire la cannula. Prima di rimuovere la cannula, si deve cercare di eliminare tutta l'aria e/o l'acqua presente nella cuffia con l'ausilio di una siringa.
- In caso di applicazione combinata ad altri prodotti medicali, occorre rispettare le relative istruzioni per l'uso. In caso di dubbio rivolgersi al rispettivo produttore.

6. Avvertenze

- Non utilizzare se la confezione è danneggiata.
- Non usare mai le controcannule fenestrate per la respirazione.
- Il cappuccio di chiusura può essere usato solo con le cannule fenestrate (cannula + controcannula) e la cuffia sbloccata.
- Durante il sonno, non va usata alcuna valvola fonatoria.
- In caso di trattamenti con laser o dispositivi elettrochirurgici occorre garantire una distanza sufficiente dalla cannula tracheostomica. Sussiste il pericolo di incendio, possono formarsi dei gas tossici e si può danneggiare la cannula.
- La cannula deve essere scelta in modo tale che la fenestrazione (se presente) possa essere posizionata ad una distanza sufficiente rispetto al canale stomatico. In caso di mancata osservanza sussiste il pericolo di enfisema nei pazienti ventilati, di formazione di tessuto granulare o maggiore resistenza respiratoria in caso di utilizzo di valvole fonatorie o cappucci di chiusura.
- Durante l'uso di cannule fenestrate può comparire una maggiore formazione di tessuto granulare.
- La pressione della cuffia può cambiare, ad esempio, in caso di variazioni di altitudine (ad es. in aereo) o di utilizzo di gas esilarante in anestesia oppure durante il collegamento o lo scollegamento di un manometro manuale.
- In caso di eccessiva pressione della cuffia sussiste il pericolo

di danneggiare la trachea in modo permanente.

- Se la pressione della cuffia è troppo elevata, possono comparire delle ernie della cuffia.
- In caso di insufficiente pressione della cuffia sussiste il pericolo di aspirazione.
- Se vengono usati connettori Luer (ad es. **2a + 7a**) bisogna evitare di scambiarli.
- Durante l'introduzione e l'estrazione della cannula possono comparire irritazioni, stimolo a tossire o emorragie

IT

7. Effetti collaterali indesiderati

Compressioni, necrosi, irritazioni cutanee, tessuti granulari, stimolo a tossire, disturbi della deglutizione o emorragie.

8. Introduzione della cannula

8.1 Preparazione della cannula

1. Controllare la completezza del contenuto della confezione (**D**).
2. Nelle cannule dotate di cuffia (**2**), controllare quest'ultima per escludere la presenza di perdite mediante un gonfiaggio di prova. A tale scopo, la cuffia viene riempita con aria tramite un manometro manuale, fino a una pressione di 50 cm H₂O (≈ 36,78 mm Hg) e osservata per un minuto per verificare se si sgonfia. In caso di tenuta, tutta l'aria deve essere estratta dalla cuffia con una siringa. La cuffia deve essere applicata in direzione della flangia (**5**). Ciò facilita l'introduzione successiva della cannula.

8.2 Preparazione del paziente

- Prima della cannulazione o ricannulazione il paziente deve essere preossigenato in maniera ottimale.
- Ove possibile, estendere leggermente il collo del paziente per facilitare l'introduzione della cannula.
- Se compaiono delle complicanze durante la cannulazione o ricannulazione, occorre attuare dei provvedimenti di sicurezza (ad es. divaricatore per trachea, cannula con minor diametro interno) che consentano al medico di ripristinare rapidamente la respirazione tramite un'intubazione translaringea o maschera laringea.

8.3 Introduzione della cannula

Eseguire i passaggi seguenti:

1. Prima dell'introduzione, bisogna rimuovere la controcannula e introdurre l'otturatore (**8**) nella cannula (**1**). Nell'introduzione, la cannula va tenuta saldamente per la flangia (**5**) e l'otturatore va premuto con decisione con il pollice nell'estremità superiore della cannula. Per agevolare l'introduzione, è possibile applicare uno strato sottile di lubrificante idrosolubile sulla parte sporgente dell'otturatore sul

lato paziente e sulla parte inferiore della cannula, cuffia compresa.

2. Dopo l'introduzione della cannula nella trachea del paziente, rimuovere immediatamente l'otturatore.

3. Quindi, va introdotta la controcanula. Per fissare la controcanula, tenere saldamente la flangia con la punta delle dita e ruotare il connettore della controcanula, fino a far scattare in posizione la chiusura, cioè fino a quando le frecce blu o le marcature non si sovrappongono (C).

4. Applicare saldamente la fettuccia di fissaggio (12) alla flangia (5) per bloccare la cannula.

5. Verificare inoltre posizione e funzionamento della cannula (v. Cap. 6 Avvertenze). All'occorrenza, aspirare con cura trachea e cannula per garantire vie respiratorie libere.

6. Per la respirazione bisogna realizzare un collegamento fra il connettore normato da 15 mm (3) della controcanula e il respiratore.

Nelle cannule con cuffia:

7. La cuffia deve essere riempita tramite il palloncino di controllo (2a). Accertarsi che la cuffia non sia stata danneggiata durante l'introduzione. La pressione della cuffia deve essere personalizzata in base alla terapia respiratoria da seguire, deve essere controllata regolarmente e deve essere di regola compresa fra 20 cm H₂O (≈ 15 mmHg) e 30 cm H₂O (≈ 22 mmHg). Quando si collega un manometro manuale, si verifica una caduta di pressione nella cuffia. Questo effetto è più pronunciato nelle dimensioni più piccole.

8.4 Estrazione della cannula (vedi cap. 8.2)

Per togliere la cannula bisogna eseguire le seguenti operazioni preparatorie:

- inclinare la testa leggermente all'indietro e
- sbloccare completamente la cuffia con le cannule inserite nella cuffia (vedi cap. 8.5)

8.5 Sbloccaggio della cuffia

Prima di sbloccare la cuffia occorre adottare alcuni provvedimenti affinché nei bronchi arrivi la minor quantità possibile di secrezione. Durante lo sblocco, va aspirato il secreto con l'ausilio di un catetere di aspirazione inserito attraverso la cannula. Durante l'utilizzo di cannule con aspirazione sottoglottica, prima dello sblocco va anche effettuata un'aspirazione sottoglottica, vedi cap. 9.5.

Per lo sblocco, collegare una siringa al palloncino di controllo (2a). Rimuovere completamente l'aria / o l'eventuale acqua di condensa. (Vedi cap. 5. Precauzioni generali).

Se la cuffia non può essere sbloccata, si possono adottare le seguenti misure:

- Accertarsi che il flessibile di riempimento (**2b**) non si sia piegato e sbloccare di nuovo la cuffia.
- Se non è ancora possibile lo svuotamento: tagliare con prudenza il flessibile di riempimento tra il connettore da 15 mm (**3**) e la flangia/piastra per il collo (**5**).

9. Manipolazione

9.1 Sostituzione delle controcanne

In presenza di accumulo nella controcanne di una secrezione densa che non può essere aspirata e che ostacola il passaggio dell'aria la controcanne deve essere sostituita con una nuova controcanne pulita.

Per rimuovere la canne, ruotare il connettore da 15 mm della controcanne in senso antiorario (**C**).

Dopo l'introduzione di una nuova controcanne nella canne, ruotare il connettore da 15 mm della controcanne in senso orario, fino a far scattare in posizione la chiusura, cioè fino a quando le frecce blu o le marcature non si sovrappongono (**C**).

Il meccanismo di funzionamento della controcanne con chiusura zigrinata è analogo.

Nell'introduzione della controcanne, accertarsi che il flessibile di riempimento della cuffia (**2b**) non si trovi tra la canne e la controcanne; in questo caso, il flessibile potrebbe impigliarsi e danneggiarsi.

9.2 Cannule tracheostomiche fenestrate

Le **controcanne non fenestrate** hanno connettori bianchi da 15 mm e vengono utilizzate fra l'altro per la respirazione dei pazienti.

Per la fonazione viene inserita una **controcanne fenestrata** (connettore blu da 15 mm o chiusura zigrinata blu) nella **canne fenestrata**. Nelle cannule con cuffia, dopo lo sblocco della cuffia, è possibile applicare una valvola fonatoria sulla controcanne con connettore da 15 mm. Seguire le istruzioni per l'uso della relativa valvola fonatoria.

ATTENZIONE: Le valvole fonatorie possono essere utilizzate solo in pazienti vigili e in grado di respirare spontaneamente. I pazienti vanno istruiti su come abituarsi a le valvole fonatorie e attentamente monitorati da personale addestrato; accertarsi che la respirazione sia sufficiente.

Prima dell'uso, sbloccare la cuffia. Durante il sonno, non va usata alcuna valvola fonatoria.

ATTENZIONE: La valvola fonatoria non va usata se il paziente soffre di stenosi laringea, paralisi delle corde vocali, severa stenosi tracheale, ostruzioni o infezioni delle vie aeree o se presenta intensa secrezione di muco.

IT

9.3 Cappuccio di chiusura della cannula fenestrata per lo svezzamento (Weaning)

La controcannula fenestrata può essere chiusa applicando il cappuccio di chiusura in dotazione (10) sul connettore da 15 mm.

ATTENZIONE: Per la preparazione della cannula bisogna accertarsi che le vie respiratorie del paziente siano libere. La liberazione delle vie respiratorie superiori avviene eventualmente con espettorazione attiva o con l'aspirazione del secreto presente. La cuffia deve essere sbloccata. Durante la chiusura della cannula bisogna far monitorare la respirazione e i parametri vitali del paziente da personale specializzato. In caso di segni di dispnea bisogna immediatamente rimuovere il tappo.

9.4 Mantenimento delle aperture della fenestratura

In caso di utilizzo a lungo termine della cannula, bisogna accertarsi periodicamente che la fenestratura non venga ostruita da muco, incrostazioni o tessuti. In caso contrario è necessario sostituire la cannula.

9.5 Applicazione di REF 306, REF 888-306 con canale di aspirazione sottoglottica

Queste cannule sono provviste di un canale di aspirazione (7) piatto e fissato sulla curvatura esterna della cannula che termina con due aperture immediatamente sopra la cuffia (2). Un tubo di aspirazione (7b) è integrato nel canale di aspirazione. Il tubo di aspirazione dispone di un connettore Luer femmina (7a) alla sua estremità libera, tramite il quale viene effettuata un'aspirazione con l'ausilio di una siringa. In alternativa è possibile usare un apposito aspiratore con regolatore del vuoto unitamente ai connettori in dotazione (11). Dopo l'aspirazione bisogna chiudere il connettore Luer (7a).

ATTENZIONE:

- Durante l'aspirazione occorre accertarsi che non venga esercitata a lungo una forte pressione negativa (- max. 200 mbar).
- Per evitare l'essiccazione dello spazio sottoglottico, raccomandiamo un'aspirazione intermittente.
- Il flessibile di aspirazione può otturarsi a causa della secre-

zione o in seguito ad aspirazione in corrispondenza della mucosa tracheale. Qualora venisse pianificato un **risciacquo del flessibile di aspirazione** (ad es. con una quantità inferiore di aria o soluzione salina fisiologica), occorrerebbe accertarsi che la cuffia sia sufficientemente bloccata (pericolo di aspirazione).

- Il flessibile di aspirazione può causare la formazione di punti di compressione nell'area tracheostomica o una deformazione del tracheostoma. In questi casi il medico operante deve decidere se continuare l'uso di questo tipo di cannula.

IT

10. Pulizia, disinfezione e stoccaggio

10.1 Pulizia

La cannula (**1 + 3**) deve essere pulita prima di ogni applicazione ripetuta utilizzando acqua potabile tiepida. TRACOE medical raccomanda di utilizzare i prodotti per la pulizia offerti da TRACOE. Dopo la pulizia, le cannule vanno sciacquate con acqua potabile e asciugate all'aria. Durante la pulizia delle cannule bisogna prestare attenzione a non danneggiare la cuffia.

ATTENZIONE:

- La pulizia non va mai effettuata usando detergenti domestici aggressivi, prodotti per la pulizia delle dentiere o solventi come alcol ad alta gradazione, perché possono pregiudicare la funzionalità delle cannule.
- Non riscaldare le cannule a temperature superiori ai 65 °C, poiché successivamente non sarà più possibile garantire la sicurezza di questi prodotti.

10.2 Disinfezione

L'utilizzo di disinfettanti non idonei può danneggiare il prodotto. Dopo la disinfezione, le cannule vanno sciacquate con acqua sterile e asciugate all'aria.

10.3 Stoccaggio

La cannula pulita deve essere conservata in un luogo asciutto.

11. Modifiche dei prodotti

I prodotti TRACOE possono essere modificati esclusivamente da collaboratori o persone incaricate da TRACOE medical GmbH.

12. Smaltimento

Lo smaltimento può avvenire solo in conformità con la legislazione nazionale vigente in materia di rifiuti.

13. Resi

I resi dei prodotti usati possono avvenire solo previ accordi, a condizione che unitamente ai prodotti pervenga anche un certificato di decontaminazione debitamente compilato. Questo modulo può essere fornito direttamente da TRACOE medical oppure può essere reperito sul sito web www.tracoe.com

IT

14. Condizioni generali di vendita

La vendita, la consegna e il reso di tutti i prodotti TRACOE avviene esclusivamente in base alle Condizioni generali di vendita (CGV) disponibili presso TRACOE medical GmbH o sul sito web www.tracoe.com.

Instrucciones de uso para cánulas traqueales TRACOE *twist*

ADVERTENCIA:

- Lea atentamente las instrucciones de uso, pues forman parte del producto descrito y deberá tenerlas siempre a mano. Respete las indicaciones que siguen por su propia seguridad y por la de sus pacientes.



- Las ilustraciones correspondientes al texto las encontrará en las páginas (desplegables) con figuras al principio de este manual. Los números y las letras incluidos entre paréntesis remiten a las ilustraciones correspondientes y a los elementos del producto, la cánula traqueal. Los símbolos utilizados se explican en las páginas 1 - 6.

ES

1. Información general

ATENCIÓN: ¡Este producto solo debe ser utilizado por médicos y profesionales sanitarios **formados**! El médico responsable determinará el tamaño y el tipo de cánula.

Finalidad: Este producto médico es una cánula traqueal.

Descripción del funcionamiento: La cánula traqueal asegura el paso del aire a través del estoma traqueal.

- El balón lleno separa el tracto respiratorio superior del inferior, de modo que el aire no pueda escaparse desde los pulmones hacia la boca y la nariz ni en la otra dirección. De este modo, el paciente **solo** puede respirar a través de la cánula. Para inflar el balón, se insufla aire por la manguera de llenado; el balón lleno crea estanqueidad entre la tráquea y la pared externa de la cánula. Esta estanqueidad permite una respiración eficiente con los aparatos de respiración artificial y evita, al mismo tiempo, que la secreción subglótica alcance el tracto respiratorio inferior.

- Las cánulas fenestradas permiten que parte del aire necesario para hablar llegue al tracto respiratorio superior a través del orificio fenestrado. Además, reducen la resistencia a la respiración del tracto respiratorio superior.

- En el texto que sigue se describen otras funciones.

Máxima duración de la utilización de la cánula traqueal:

29 días contados desde el primer uso, (ver cap. 5 Precauciones generales). Esta duración máxima de uso incluye asimismo todos los periodos en los que no se utiliza la cánula traqueal o la cánula interna.

Producto para un solo paciente: Se permite el uso múltiple de la cánula por un mismo paciente si no excede de la duración de la utilización.

Pasaporte del producto: Este producto se acompaña de un pasaporte con dos etiquetas desplegadas. Las etiquetas contienen datos específicos del producto. Este pasaporte se conservará en un lugar diferente, ya que facilita, entre otros, la realización de un nuevo pedido. La etiqueta desplegable se puede adherir por ejemplo a la historia clínica del paciente.

2. Descripción general

El producto se compone de una cánula externa (1) con balón (2) o sin balón y de una cánula interna intercambiable con un conector de 15 mm (3) o con un cierre moleteado.

(1) y (3) se pueden conectar o desconectar a través de un cierre roscado (C). El balón se infla o se vacía de aire mediante manguera de llenado (2b).

La cánula externa se compone de poliuretano radiopaco y se sujeta (suspensión a la cardán) con una placa de cuello (escudo) (5) orientable en dos ejes.

Para los tamaños 06-10, el obturador perforado (6) facilita el uso de un alambre guía de Seldinger (\varnothing 1,27 \pm 0,04 mm) durante la canulación.

3. Indicaciones

Estos productos están indicados para pacientes que requieren un acceso al tracto respiratorio mediante un estoma traqueal.

- Las cánulas sin balón están indicadas para pacientes con respiración espontánea que requieren el uso de una cánula.
- Las cánulas con balón están indicadas para pacientes que requieren un acceso al tracto respiratorio mediante un estoma traqueal con estanqueidad de la tráquea.
- Las cánulas con orificio fenestrado facilitan el habla a los pacientes que conservan la laringe.
- Las cánulas con canal de aspiración se aplican a pacientes, en quienes está indicada la aspiración de la secreción subglótica.
- Las cánulas REF 305 están indicadas para pacientes que requieren el uso de una cánula después de una laringectomía.

4. Contraindicaciones

4.1 Contraindicaciones absolutas

- No aplicar tapón de cierre/válvulas fonatorias a pacientes laringectomizados (sin laringe), ¡peligro de asfixia!

4.2 Contraindicaciones relativas

Como contraindicaciones relativas, en las que deben sopesarse los riesgos frente al uso del procedimiento, se consideran la siguientes:

- Uso en pediatría.
- Tráquea inusualmente baja, p.ej. por obesidad; utilizar cánulas más largas si fuera necesario.

5. Precauciones generales

- Se recomienda encarecidamente disponer siempre a la cabecera del paciente una cánula de repuesto lista para el uso y varias cánulas internas de recambio. Estas deberán conservarse en estado limpio y seco.

- Cada vez que se aplique o introduzca una cánula, deberá comprobarse que está intacta y que funciona correctamente, verificando por ejemplo la permeabilidad de la luz, la estanqueidad del balón, el ajuste correcto y estable de la cánula interna en la externa, la ausencia de acodaduras, la conexión estable entre cánula y placa, etc. El material del balón no puede resquebrajarse. En caso de deterioro, sustituir el producto por uno nuevo.

- No se debe ejercer fuerza alguna sobre la cánula traqueal, ya que podría dañarse (p.ej. peligro de rotura). Si el empalme por el conector de 15 mm está demasiado apretado, deberá utilizar siempre una cuña de desconexión

(disconnect wedge) autorizada para cánulas traqueales.

- El conector de 15 mm **(3)** deberá mantenerse limpio y seco.

- Al cambiar la cánula interna se procurará siempre que la manguera de llenado **(2b)** del balón no se encuentre entre la cánula interna y la externa pues, de lo contrario, podría quedar atrapado o resultar dañado.

- Al cambiar de posición al paciente debe asegurarse de que este no quede tumbado sobre el balón piloto **(2a)**. Esto origina un fuerte aumento de la presión del balón y puede producir daños en la tráquea.

- Durante la respiración mecánica, la cánula interna puede separarse de la externa si se efectúan cambios posturales o manipulaciones de la cánula de forma reiterada.

- Si la presión de la respiración mecánica es alta puede producirse, en casos aislados, una fuga entre la cánula interna y la externa.

- El empleo de cánulas traqueales puede provocar úlceras por presión, necrosis e irritaciones cutáneas (p. ej., maceración) en el cuello. Para evitarlo recomendamos colocar una compresa debajo de la placa.
- Para evitar daños del material, el balón no deberá entrar en contacto con aerosoles ni pomadas que contengan lidocaína.
- Al examinar la presión del balón ningún componente del sistema de inflado puede mostrar tensión o acodaduras. En caso contrario, la presión del manómetro manual podría mostrar valores equivocados.
- Los balones finos presentan cierta permeabilidad al vapor de agua. Por esta razón, puede suceder que se acumule agua condensada en el balón. En cantidades muy pequeñas esto resulta irrelevante, pero si se acumulan grandes cantidades y, por error, la manguera de llenado absorbe el agua, no podrá medirse ni ajustarse correctamente la presión del balón, es decir, habrá que sustituir la cánula. Antes de retirar la cánula, se eliminará con una jeringa todo el aire o el agua que se encuentre en el balón.
- En caso de aplicación conjunta de productos médicos adicionales, hay que respetar las correspondientes instrucciones de uso. En caso de duda, póngase en contacto con el fabricante correspondiente.

6. Advertencias

- No utilizar ningún envase estéril dañado.
- Jamás utilizar cánulas internas fenestradas para respirar.
- Utilizar el tapón de cierre solo con cánulas fenestradas (cánula externa + cánula interna) y el balón desinflado.
- Durante el sueño no debe usarse ninguna válvula fonatoria.
- Las terapias con láser o aparatos electroquirúrgicos se aplicarán a una distancia adecuada de la cánula traqueal. De lo contrario, cabe el riesgo de incendio, emisión de gases tóxicos y daño de la cánula.
- Hay que seleccionar la cánula de modo que el orificio fenestrado (si lo hay) quede a suficiente distancia del conducto del estoma. De no ser así, cabe el riesgo de enfisema, si el paciente recibe respiración artificial, de formación de un tejido de granulación o de una elevada resistencia a la respiración si se utilizan válvulas fonatorias o tapones de cierre.
- La utilización de cánulas fenestradas se asocia a una mayor formación de tejido de granulación.
- La presión del balón puede alterarse, entre otras razones, por los cambios de altitud (p. ej., en el avión), por el uso de óxido nítrico para la anestesia y al conectar o desconectar un manómetro manual.

- Si la presión del balón es demasiado alta, cabe el riesgo de daño permanente de la tráquea.
- Si la presión del balón es demasiado alta, el balón puede herniarse.
- La presión insuficiente del balón conlleva el riesgo de aspiración.
- Cuando se utilicen conectores Luer (p. ej., **2a + 7a**), no se cambiarán entre sí.
- La introducción y la retirada de la cánula puede ocasionar irritación, tos irritativa y sangrado.

ES

7. Efectos secundarios indeseables

Úlceras por presión, necrosis, irritaciones cutáneas, tejido de granulación, tos irritativa, trastornos de la deglución y sangrado.

8. Introducción de la cánula

8.1 Preparación de la cánula

1. Comprobación de la integridad del contenido del envase (**D**).
2. Se comprueba si el balón (**2**) tiene fugas mediante un inflado de prueba. Para ello se hincha el balón con un manómetro manual hasta una presión de 50 cm H₂O (≈ 36,78 mm Hg) y durante 1 minuto se observa si el balón se desinfla. Si se aprecia estanqueidad, se extraerá todo el aire del balón con una jeringa y se arrollará el balón hacia la placa (**5**) para facilitar la introducción de la cánula.

8.2 Preparación del paciente

- Antes de la canulación o recanulación se debe oxigenar de forma óptima al paciente.
- En la medida de lo posible, se hiperextenderá ligeramente el cuello del paciente para facilitar la introducción de la cánula.
- En el caso de que ocurran complicaciones durante la canulación o recanulación, han de tomarse medidas de seguridad (p. ej., pinzas de dilatación, cánula con diámetro más pequeño) que permitan al médico proporcionar rápidamente respiración asistida mediante intubación translaríngea o máscara laríngea.

8.3 Introducción de la cánula

Hay que efectuar los siguientes pasos:

1. Antes de la inserción se retira la cánula interna y se introduce el obturador (**8**) en la cánula externa (**1**). Durante la inserción se sujeta la cánula por la placa (**5**) y se aprieta con firmeza el pulgar sobre el extremo superior de la cánula externa. Para facilitar la introducción se puede aplicar una capa fina de un deslizante hidrosoluble en la porción del obturador, que sobresale por el extremo del paciente, y en la porción correspondiente de la cánula, incluido el balón.

2. Después de introducir la cánula dentro de la tráquea del paciente se retira de inmediato el obturador.

3. Luego, se introduce la cánula interna. Para fijar la cánula interna se sujeta la placa con las yemas de los dedos y se gira el conector de la cánula interna hasta que encaje en el cierre, es decir, hasta que coincidan las flechas azules y/o las marcas (C).

4. La cinta (12) debe sujetarse a la placa del cuello (5) para fijar la cánula.

5. A continuación se verificarán la posición y el funcionamiento de la cánula (v. cap. 6 Advertencias). La tráquea y la cánula deben aspirarse cuidadosamente para garantizar la permeabilidad del tracto respiratorio.

6. Para la respiración artificial hay que empalmar el conector normalizado de 15 mm (3) de la cánula interna al aparato de respiración artificial.

Cánulas con balón:

7. El balón se infla a través del balón piloto (2a). Hay que cerciorarse de que el balón no se dañó durante la introducción. La presión del balón se ajustará a la terapia de respiración artificial en cada caso, se controlará con regularidad y se situará, de modo general, entre 20 cm H₂O (≈ 15 mm Hg) y 30 cm H₂O (≈ 22 mm Hg).

Cuando se conecta un manómetro manual, puede disminuir la presión del balón. Este efecto se acentúa con los balones más pequeños.

8.4 Retirada de la cánula (v. cap. 8.2)

Para retirar la cánula hay que realizar los siguientes preparativos:

- extender la cabeza ligeramente hacia atrás y
- si la cánula tiene balón, desinflar completamente el balón (ver cap. 8.5)

8.5 Desinflado del balón

Antes de desinflar el balón, hay que tomar precauciones para que penetre la mínima cantidad posible de secreción en los bronquios. Durante el desinflado del balón, la secreción se aspirará con un catéter de aspiración deslizado por la cánula. Antes de desinflar las cánulas dotadas de aspiración subglótica, se aspirará la zona subglótica, ver cap. 9.5.

Para el desinflado, acoplar la jeringa al balón piloto (2a). Vaciar todo el aire y, dado el caso, el agua condensada. (Ver cap. 5 Precauciones generales)

Si no se logra desinflar el balón, se pueden adoptar estas medidas:

- Retirar la cánula interna. Comprobar que la manguera de llenado (2b) no está acodado y volver a desinflar el balón.
- Si aun así no se puede desinflar: cortar con cuidado la manguera de llenado entre el conector de 15 mm (3) y la placa de cuello (5).

9. Manipulación

9.1 Cambio de la cánula interna

Si en la cánula interna se acumula una secreción espesa, que no se logra aspirar y que dificulta el paso del aire, se sustituirá la cánula interna por otra nueva o limpia.

ES

Para retirar la cánula, se gira el conector de 15 mm de la cánula interna en sentido contrario a las agujas del reloj (C).

Después de introducir la nueva cánula interna en la cánula externa se gira el conector de 15 mm de la cánula interna en el sentido de las agujas del reloj hasta que encaje en el cierre, es decir, hasta que coincidan las flechas azules y/o las marcas en relieve (C).

El funcionamiento de la cánula interna con cierre moleteado es análogo.

Al introducir la cánula interna conviene asegurarse de que la manguera de llenado del balón (2b) no se encuentre entre la cánula interna y la externa pues, de lo contrario, podría quedar atrapado y dañarse.

9.2 Cánulas traqueales fenestradas

Las **cánulas internas no fenestradas** tienen conectores blancos de 15 mm y se utilizan, entre otras aplicaciones, para la respiración artificial.

Para hablar se coloca una **cánula interna fenestrada** (conector de 15 mm azul o cierre moleteado azul) en la **cánula externa fenestrada**. En las cánulas con balón, una vez desinflado este, se puede aplicar una válvula fonatoria a la cánula interna con conector de 15 mm. Deben observarse las instrucciones de uso de la válvula fonatoria correspondiente.

ATENCIÓN: Las válvulas fonatorias solo deben aplicarse a pacientes despiertos, con respiración espontánea. Los pacientes deben recibir instrucciones, así como una vigilancia concienzuda, del personal especializado para acostumbrarse a la válvula fonatoria; debe garantizarse una respiración adecuada en todos los casos.

Antes de su uso, desinflar el balón. Durante el sueño no debe usarse ninguna válvula fonatoria.

ATENCIÓN: Las válvulas fonatorias no están indicadas para pacientes con estenosis laríngea, parálisis de las cuerdas vocales, estenosis traqueal grave, obstrucciones del tracto respiratorio, infecciones respiratorias o secreciones abundantes de moco.

ES

9.3 Tapón de cierre de la cánula fenestrada para la desconexión de la respiración artificial (weaning)

La cánula interna fenestrada se puede cerrar introduciendo el tapón de cierre (adjuntado con la cánula) (10) en el conector de 15 mm.

ATENCIÓN: Para preparar la cánula hay que cerciorarse de la permeabilidad del tracto respiratorio superior del paciente. La permeabilidad del tracto respiratorio superior se logra, dado el caso, mediante la expectoración o la aspiración de las posibles secreciones. Hay que desinflar el balón. El personal especializado vigilará la respiración y las constantes vitales del paciente al tapar la cánula. El tapón se retirará de inmediato si se advierten signos de disnea.

9.4 Apertura sostenida del orificio fenestrado

En caso de empleo prolongado de la cánula, deberá controlarse de forma periódica que el orificio fenestrado no se encuentra obstruido por secreción, incrustaciones o tejido de granulación. Dado el caso, es necesario cambiar la cánula.

9.5 Aplicación de REF 306, REF 888-306 con canal de aspiración subglótica

Estas cánulas están provistas de un canal plano de aspiración (7), fijado en el arco exterior de la cánula externa, que termina con dos orificios, situados directamente encima del balón (2). En el canal de aspiración está integrado un canal de aspiración (7b). El tubo de aspiración dispone de un conector Luer hembra (7a) en su extremo libre a través del cual se puede realizar la aspiración con ayuda de una jeringa. De modo alternativo, se puede utilizar un aparato de aspiración, previsto para este fin y dotado de un regulador de vacío, junto con los conectores incluidos (11). Tras la aspiración hay que cerrar el conector Luer (7a).

ATENCIÓN:

- Durante la aspiración no puede ejercerse una presión negativa elevada (-200 mbar, como máximo) durante mucho tiempo.
- Para evitar la sequedad de la zona subglótica recomendamos una aspiración intermitente.

- El tubo de aspiración puede obstruirse a causa de la secreción o de la aspiración de la mucosa traqueal. Si está previsto el **lavado del tubo de aspiración** (p. ej., con una pequeña cantidad de aire o solución salina fisiológica), hay que asegurarse de que el balón esté suficientemente inflado (peligro de aspiración).
- El tubo de aspiración puede facilitar la aparición de úlceras por presión en la zona del estoma traqueal o hacer que el estoma pierda su forma redondeada. En estos casos, el médico responsable deberá decidir si se puede seguir utilizando o no este tipo de cánula.

10. Limpieza, desinfección y almacenamiento

10.1 Limpieza

La cánula (**1 + 3**) debe limpiarse antes de cada aplicación repetida. Para ello se puede usar agua potable tibia. TRACOE medical recomienda, para la limpieza, la utilización de los productos de limpieza ofrecidos por TRACOE. Después de la limpieza hay que aclarar las cánulas con agua potable y secarlas al aire. Durante la limpieza de las cánulas externas hay que procurar no dañar el balón.

ATENCIÓN:

- Bajo ninguna circunstancia se deben usar productos de limpieza agresivos, productos para la limpieza de prótesis dentales o disolventes, como alcohol de alta graduación, ya que estos pueden deteriorar la función.
- Las cánulas no deben calentarse a temperaturas superiores a los 65 °C, ya que después de esto no se puede garantizar la seguridad de los productos.

10.2 Desinfección

Si se utilizan productos desinfectantes no apropiados, el producto puede dañarse. Después de la desinfección hay que aclarar las cánulas con agua estéril y secarlas al aire.

10.3 Almacenamiento

Las cánulas limpias deben almacenarse secas.

11. Adaptación del producto

Las modificaciones de los productos de TRACOE únicamente pueden ser realizadas por empleados o encargados de TRACOE medical GmbH.

12. Eliminación

La eliminación deberá realizarse siguiendo siempre la normativa nacional vigente para la eliminación de residuos.

13. Devolución

Se pueden aceptar devoluciones de productos usados únicamente tras consulta previa, siempre que estos lleven adjunto un certificado de descontaminación cumplimentado. Puede obtener este formulario bien directamente de TRACOE medical o a través de la página web www.tracoe.com.

ES

14. Condiciones generales de contrato

La venta, suministro y retirada de todos los productos TRACOE se realiza exclusivamente en virtud de las Condiciones generales de contrato (CGV) que están disponibles en TRACOE medical GmbH o a través de la página web www.tracoe.com.

Instruções de uso para tubos de traqueostomia TRACOE *twist*

NOTA:

- Leia atentamente estas instruções de uso. Elas são parte integrante do dispositivo descrito e têm de estar sempre disponíveis. Para sua própria segurança e a dos seus pacientes, observe as seguintes indicações de segurança.



- As ilustrações correspondentes ao texto podem ser encontradas nas páginas ilustradas (desdobráveis) no início destas instruções. Números e letras entre parêntesis referem-se às respectivas ilustrações e aos componentes do tubo de traqueostomia. Os símbolos utilizados são explicados nas páginas 1 - 6.

PT

1. Informações gerais

ATENÇÃO: utilização do dispositivo apenas por médicos e prestadores de cuidados de saúde devidamente **instruídos!** O tamanho e o tipo deverão ser determinados pelo médico responsável pelo tratamento.

Finalidade: este dispositivo médico consiste num tubo de traqueostomia.

Descrição da função: o tubo de traqueostomia assegura uma passagem da respiração através do traqueostoma.

- O balonete bloqueado separa as vias respiratórias superiores das inferiores, para que o ar não possa fluir dos pulmões para a boca e o nariz, nem no sentido contrário. Assim, o paciente **apenas** consegue respirar pelo tubo. Para bloquear o balonete, este é enchido com ar através do linha de insuflação e funciona como vedação entre a traqueia e a parede exterior da cânula. Esta vedação permite uma respiração artificial eficiente com ventiladores e, simultaneamente, impede que secreções da região subglótica cheguem às vias respiratórias inferiores.

- As cânulas fenestradas permitem que uma parte do ar necessário para falar alcance as vias respiratórias superiores através da fenestração. Além disso, é reduzida a resistência respiratória nas vias respiratórias superiores.

- Para descrições mais pormenorizadas do funcionamento, leia o texto seguinte.

Vida útil máxima do tubo de traqueostomia:

29 dias a partir da primeira utilização, a partir da primeira utilização (ver cap. 5. Medidas gerais de prevenção). Esta vida útil máxima inclui também todos os períodos em que o tubo de traqueostomia ou as cânulas internas não são utilizados.

Produto para um só paciente: ao longo da vida útil, é permitida a aplicação repetida no mesmo paciente.

PT

Passaporte do produto: está anexado a este dispositivo um passaporte do produto com duas etiquetas extraíveis. Nestas etiquetas estão registados dados específicos do dispositivo. O passaporte deve ser guardado em separado, pois facilita uma nova encomenda, entre outras vantagens. A etiqueta extraível pode ser colada, por exemplo, na ficha médica do paciente.

2. Descrição geral

O dispositivo é composto por uma cânula externa (1) com balonete (2), ou sem balonete, e por uma cânula interna intercambiável com conector de 15 mm (3), ou com fecho estriado.

(1) e (3) podem ser unidas ou soltas com um fecho rotativo (C).

O balonete é enchido com ar ou esvaziado através da linha de insuflação (2b).

A cânula externa é composta por poliuretano radiopaco e está fixada num flange para o pescoço (5) que gira em torno de 2 eixos (suspensão por cardã).

O obturador perfurado (6), nos tamanhos 06 – 10, possibilita o uso de um fio-guia de Seldinger ($\varnothing 1,27 \pm 0,04$ mm) ao inserir a cânula.

3. Indicações

Os dispositivos destinam-se a pacientes nos quais é necessário o acesso às vias respiratórias através de um traqueostoma.

- As cânulas sem balonete são particularmente adequadas para pacientes com respiração espontânea, que necessitam do uso de um tubo.
- Os tubos com balonete destinam-se a pacientes nos quais é necessário o acesso às vias respiratórias através de um traqueostoma com vedação da traqueia.
- Os tubos fenestrados facilitam a fala aos pacientes que conservam a laringe.
- Os tubos com um canal de aspiração são utilizados em pacientes nos quais é indicada uma aspiração da região subglótica.
- O tubo REF 305 é indicado especialmente para pacientes com indicações para utilização de um tubo após uma laringectomia.

4. Contraindicações

4.1 Contraindicações absolutas

- Não utilizar a tampa de oclusão/válvulas de fonação em pacientes laringectomizados (sem laringe) – perigo de asfixia!

4.2 Contraindicações relativas

Constitui contraindicação relativa, mediante a qual é necessário pesar os riscos face aos benefícios do procedimento:

- aplicação em pediatria.
- Na presença de uma traqueia invulgarmente profunda, p. ex., em caso de obesidade, eventualmente utilizar um tubo mais comprido.

PT

5. Medidas gerais de prevenção

- Recomenda-se vivamente ter sempre à disposição na cama do paciente um tubo sobresselente pronto a utilizar e várias cânulas internas sobresselentes. Estes devem ser guardadas em estado limpo e seco.

- Em cada utilização ou inserção de uma cânula, deve verificar-se se esta está intacta e a funcionar perfeitamente, verificando por ex. o lúmen livre, a estanquidade do balonete, o ajuste perfeito e estável da cânula interna à externa, a inexistência de vincos, a ligação estável entre o tubo e o flange do pescoço, etc. O material do balonete não pode ser frágil. Em caso de danos, este dispositivo deve ser substituído por um novo.

- Não se pode exercer força sobre o tubo de traqueostomia, caso contrário, existe perigo de danificação (por ex. perigo de fratura). Em caso de ligações fixas no conector de 15 mm, deve ser utilizado, em todo o caso, um auxiliar de separação (disconnect wedge) aprovado para tubos de traqueostomia.

- O conector de 15 mm (3) deve ser mantido limpo e seco.

- Ao trocar a cânula interna, deve assegurar-se sempre de que a linha de insuflação (2b) do balonete não se encontra entre a cânula interna e a cânula externa; caso contrário, pode ficar presa e danificada.

- Ao reposicionar o paciente, deve assegurar-se de que este não fica deitado sobre o balão de controlo (2a). Isto provoca um forte aumento da pressão do balonete e pode causar lesões na traqueia.

- Durante a ventilação mecânica, a cânula interna pode eventualmente ser separada da cânula externa, no caso de frequentes mudanças de posição ou manipulações da cânula.

- Na presença de pressões de ventilação elevadas, em casos pontuais pode ocorrer uma fuga entre a cânula interna e a cânula externa.

- A utilização de tubos de traqueostomia pode causar pontos de compressão, necroses da pele do pescoço e irritações cutâneas (por ex. humidade). Para evitar isto, recomendamos a colocação de uma compressa por baixo do flange do pescoço.
- Para evitar a danificação do material, o balonete não deve entrar em contacto com pomadas ou aerossóis que contenham lidocaína.
- Durante o ensaio à pressão do balonete, todos os componentes do sistema de enchimento do balonete têm de ser armazenados soltos e sem dobras. Caso contrário, é possível que o manómetro manual indique uma pressão errada.
- Balonetes finos apresentam uma certa permeabilidade ao vapor de água. Por este motivo, pode ocorrer uma acumulação de água de condensação no balonete. No caso de quantidades reduzidas, não tem importância. No entanto, no caso de quantidades maiores, se for erroneamente aspirada água para dentro da linha de insuflação, deixa de ser possível medir e ajustar sem problemas a pressão do balonete, ou seja, deve trocar-se o tubo. Antes da extração do tubo, deve remover-se o máximo de ar ou de água que se encontra no balonete, com a ajuda de uma seringa.
- No caso de aplicação conjunta de dispositivos médicos adicionais, devem ser respeitadas as respetivas instruções de uso. Em caso de dúvida, deve contactar-se o respetivo fabricante.

6. Avisos

- Não utilizar em caso de embalagem esterilizada danificada.
- Nunca utilizar cânulas internas fenestradas para a ventilação.
- Utilizar a tampa de oclusão apenas com tubos fenestrados (cânula externa + cânula interna) e balonete desbloqueado.
- Durante o sono não podem estar aplicadas válvulas de fonação.
- Em tratamentos com laser ou aparelhos eletrocirúrgicos, deve observar-se uma distância suficiente em relação ao tubo de traqueostomia. Existe perigo de incêndio, podem formar-se gases tóxicos e a cânula pode ficar danificada.
- O tubo deve ser selecionado de forma a que a fenestração (se existente) fique posicionada a uma distância suficiente do canal do estoma. Em caso de inobservância, existe perigo de ocorrência de um enfisema em pacientes ventilados, da formação de tecidos de granulação ou de maior resistência respiratória na utilização de válvulas de fonação ou tampas de oclusão.
- A utilização de um tubo fenestrado pode resultar numa maior formação de tecidos de granulação.
- A pressão do balonete pode alterar-se mediante mudanças de altitude (por ex. num avião), a utilização de óxido nitroso na

anestesia e a conexão ou desconexão de um manómetro manual, entre outros.

- No caso de uma pressão do balonete demasiado elevada, existe o perigo de uma lesão permanente da traqueia.
- No caso de uma pressão do balonete demasiado elevada, podem formar-se hérnias no balonete.
- No caso de uma pressão do balonete demasiado baixa, existe perigo de aspiração.
- Ao utilizar os conectores Luer (por ex. **2a + 7a**) devem evitar-se enganos.
- Ao inserir e extrair o tubo podem surgir irritações, tosse ou hemorragias.

PT

7. Efeitos secundários indesejados

Pontos de compressão, necroses, irritações da pele, tecidos de granulação, tosse, transtornos de deglutição e hemorragias.

8. Inserção do tubo

8.1 Preparação do tubo

1. Verificação da integridade do conteúdo da embalagem (**D**).
2. Nos tubos com balonete (**2**), este é verificado quanto a fugas por meio de uma insuflação de ensaio. Para esse efeito, o balonete é insuflado com um manómetro manual a uma pressão de 50 cm H₂O (≈ 36,78 mm Hg) e observado por 1 minuto para verificar se ocorre um afrouxamento do balonete. Se se verificar a estanquidade, todo o ar deve ser extraído do balonete por meio de uma seringa. O balonete deve ser puxado para cima, na direção do flange para o pescoço (**5**). Isto facilita a inserção.

8.2 Preparação do paciente

- Antes da inserção ou reinserção da cânula, o paciente deverá ser previamente oxigenado, o melhor possível.
- Se possível, estender ligeiramente o pescoço do paciente para facilitar a inserção da cânula.
- Para o caso da ocorrência de complicações durante a inserção ou reinserção da cânula, deverão ser tomadas medidas de segurança (por ex. expansor do traqueostoma, cânula com diâmetro inferior) que permitam ao médico efetuar rapidamente a ventilação por intubação translaríngea ou máscara laríngea.

8.3 Inserção do tubo

Devem ser executados os seguintes passos:

1. Antes da introdução, a cânula interna deve ser removida e o obturador (**8**) enfiado na cânula externa (**1**). Ao introduzir, segure firmemente o tubo pelo flange (**5**) e empurre firmemente o obturador com

o polegar para dentro da extremidade superior da cânula externa. Para facilitar a introdução, pode aplicar-se uma fina camada de um lubrificante solúvel em água na parte saliente do obturador, na extremidade do paciente, e nesta área do tubo, incluindo o balonete.

2. Após a inserção do tubo na traqueia do paciente, o obturador deve ser removido imediatamente.

3. Aplique então a cânula interna. Para fixação da cânula interna, segure no flange para o pescoço com as pontas dos dedos e rode o conector da cânula interna até que o fecho engate, ou seja, até que as setas azuis e/ou as marcas se sobreponham (C).

4. A fita para o pescoço (12) deve ser presa no flange para o pescoço (5) para fixar o tubo.

5. Além disso, há que verificar a posição e o funcionamento (ver cap. 6 Alertas) do tubo. Se for necessário, a traqueia e o tubo devem ser aspirados cuidadosamente para garantir vias aéreas livres.

6. Para a ventilação, deve estabelecer-se uma ligação entre o conector de 15 mm normalizado (3) da cânula interna e o ventilador.

Em tubos com balonete:

7. O balonete deve ser enchido através do balão de controlo (2a). Há que garantir que o balonete não é danificado durante a introdução. A pressão do balonete deve ser ajustada individualmente consoante a terapia de ventilação, controlada regularmente e deve situar-se tipicamente entre 20 cm H₂O (≈ 15 mm Hg) e 30 cm H₂O (≈ 22 mm Hg).

Ao conectar um manómetro manual, ocorre uma descida da pressão do balonete. Este efeito é claramente acentuado em tamanhos menores.

8.4 Extração do tubo (ver cap. 8.2)

Para a extração do tubo devem ser realizados os seguintes preparativos:

- inclinar a cabeça ligeiramente para trás e
- em tubos com balonete, desbloquear totalmente o balonete (ver cap. 8.5)

8.5 Desbloqueio do balonete

Antes do desbloqueio do balonete, devem ser tomadas precauções para que entre o mínimo de secreções possível nos brônquios. Durante o desbloqueio, as secreções devem ser aspiradas com ajuda de um cateter introduzido no tubo. No caso de tubos com aspiração subglótica, antes do desbloqueio também deve ser aspirado o espaço subglótico, ver cap. 9.5.

Para o desbloqueio, ligar uma seringa ao balão de controlo (2a). Remover por completo o ar/a água de condensação, se aplicável.

(Ver cap. 5. Medidas gerais de prevenção)

Se não conseguir desbloquear o balonete, podem tomar-se as seguintes medidas:

- Remova a cânula interna. Certifique-se de que a linha de insuflação (2b) não foi dobrada e volte a desbloquear o balonete.
- Se, mesmo assim, não for possível esvaziar, corte cuidadosamente a linha de insuflação entre o conector de 15 mm (3) e o flange para o pescoço (5).

9. Manuseamento

9.1 Troca das cânulas internas

PT

No caso de se acumular secreção viscosa na cânula interna, que não possa ser aspirada e que esteja a obstruir a passagem de ar, a cânula interna deve ser substituída por uma cânula interna nova ou limpa.

Para retirar a cânula, o conector de 15 mm da cânula interna é rodado no sentido oposto ao dos ponteiros do relógio (C).

Depois de inserir uma nova cânula interna na cânula externa, rode o conector de 15 mm da cânula interna no sentido dos ponteiros do relógio até que o fecho engate, ou seja, até que as marcas se sobreponham (C).

O funcionamento das cânulas internas com fecho estriado é análogo.

Ao utilizar a cânula interna deve assegurar-se que a linha de insuflação do balonete (2b) não se encontra entre a cânula interna e a cânula externa, caso contrário o tubo pode ficar apertado e danificado.

9.2 Tubos de traqueostomia fenestrados

As cânulas internas não fenestradas têm conectores de 15 mm brancos e são utilizadas na ventilação de pacientes, entre outros.

Para permitir a fala, é utilizada uma **cânula interna fenestrada** (conector de 15 mm ou fecho estriado azul) **na cânula externa fenestrada**. Em tubos com balonete, após o desbloqueio do balonete, pode-se colocar uma válvula de fonação na cânula interna com conector de 15 mm. Devem observar-se as instruções de uso da respetiva válvula de fonação.

ATENÇÃO: as válvulas de fonação só podem ser aplicadas em pacientes acordados que consigam respirar espontaneamente. Para se habituarem às válvulas de fonação, os pacientes têm de ser instruídos por pessoal qualificado e devidamente supervisionados; há que garantir uma respiração suficiente.

Antes de utilizar, o balonete deve ser desbloqueado. Durante o sono, não podem estar aplicadas válvulas de fonação.

ATENÇÃO: válvulas de fonação não podem ser usadas em pacientes com estenose da laringe, deficiências das cordas vocais, estenose grave da traqueia, obstruções das vias aéreas, infeções das vias aéreas ou forte secreção de muco.

9.3 Tampa de oclusão do tubo fenestrado para desabitação (weaning)

PT A cânula interna fenestrada pode ser fechada através da colocação da tampa de oclusão fornecida (10) no conector de 15 mm.

ATENÇÃO: para a preparação do tubo, deve assegurar-se de que as vias respiratórias superiores do paciente estão desobstruídas. A desobstrução das vias respiratórias superiores é feita tossindo ou aspirando a secreção eventualmente existente. O balonete deve ser desbloqueado. Ao fechar o tubo, é necessário que a respiração e os sinais vitais do paciente sejam monitorizados por um técnico. Havendo indícios de dificuldade respiratória, a tampa de oclusão deve ser removida imediatamente.

9.4 Manutenção da fenestração aberta

Mediante uma utilização prolongada do tubo, deve assegurar-se em intervalos regulares de que a fenestração não é obstruída por secreções, crostas ou crescimento de tecidos. Se necessário, deve-se trocar o tubo.

9.5 Aplicação de REF 306, REF 888-306 com canal de aspiração subglótica

Estas cânulas estão providas de um canal de aspiração plano (7), fixado no arco exterior da cânula externa, que termina com duas aberturas diretamente por cima do balonete (2). Uma linha de aspiração (7b) está integrada no canal de aspiração. Uma linha de aspiração possui um conector Luer fêmea (7a) na extremidade livre, através do qual é possível realizar a aspiração com o auxílio de uma seringa. Em alternativa, pode ser utilizado um ventilador previsto para o efeito com regulador de vácuo, ligado aos conectores fornecidos (11). Após a aspiração, deve fechar-se o conector Luer (7a).

ATENÇÃO:

- Na aspiração deve assegurar-se de que não é exercida uma elevada depressão (- máx. 200 mbar) por um período prolongado.
- Para evitar a secura da região subglótica, recomendamos uma aspiração intermitente.
- A linha de aspiração pode ficar obstruída por secreções ou

pela aspiração de mucosa traqueal. Se estiver planeada uma purga da linha de aspiração (por ex. com uma pequena quantidade de ar ou solução salina fisiológica), deve assegurar-se que o balonete está suficientemente bloqueado (perigo de aspiração).

- A linha de aspiração pode causar o surgimento de pontos de compressão na zona do traqueostoma ou fazer com que o traqueostoma deixe de ser circular. Nestes casos, o médico responsável pelo tratamento deve decidir se se pode continuar a utilizar este tipo de cânulas.

10. Limpeza, desinfeção e armazenamento

PT

10.1 Limpeza

O tubo (1 + 3) deve ser limpo antes de cada aplicação repetida. Isto pode ser realizado com água potável tépida. Para a limpeza, a TRACOE medical recomenda a utilização de detergentes disponibilizados pela TRACOE. Após a limpeza, os tubos devem ser enxaguados com água potável e secos ao ar. Ao limpar as cânulas externas, é preciso ter cuidado para não danificar o balonete.

ATENÇÃO:

- A limpeza nunca deve ser feita com detergentes domésticos agressivos, produtos de limpeza de próteses dentárias ou solventes, como álcool de elevada percentagem, uma vez que estes podem prejudicar o funcionamento.
- Os tubos não devem ser aquecidos a temperaturas superiores a 65°C, pois subsequentemente não é mais possível garantir a segurança dos dispositivos.

10.2 Desinfeção

A utilização de desinfetantes não adequados pode causar danos no dispositivo.

Após uma desinfeção, os tubos devem ser enxaguados com água esterilizada e secos ao ar.

10.3 Armazenamento

O tubo limpo deve ser armazenado seco.

11. Adaptação do dispositivo

Apenas colaboradores ou responsáveis da TRACOE medical GmbH podem realizar modificações nos dispositivos TRACOE.

12. Eliminação

A eliminação só pode ser efetuada de acordo com as disposições nacionais sobre resíduos em vigor.

13. Devoluções

Devoluções de dispositivos usados apenas poderão ser aceites após consulta e se anexarem um certificado de descontaminação preenchido em anexo. Este formulário pode ser obtido diretamente junto da TRACOE medical ou através do site www.tracoe.com

14. Condições comerciais gerais

A venda, entrega e devolução de todos os dispositivos TRACOE são feitas exclusivamente tendo como base as condições comerciais gerais em vigor, que podem ser obtidas junto da TRACOE medical GmbH ou através do site www.tracoe.com.

PT

Brugsanvisning til TRACOE *twist* trakeostomikanyler

BEMÆRK:

- Læs denne brugsanvisning grundigt igennem. Den er en del af det beskrevne produkt og skal altid være inden for rækkevidde. Af hensyn til din egen og din patients sikkerhed skal følgende sikkerhedsanvisninger overholdes.



- Illustrationerne til teksten findes på billedsiderne (kan foldes ud) i begyndelsen af denne vejledning. Tallene og bogstaverne i parenteser henviser til de pågældende illustrationer og trakeostomikanylens komponenter. De anvendte symboler forklares på siderne 1 - 6.

DA

1. Generelle oplysninger

FORSIGTIG: Produktet må kun anvendes af læger og plejepersonale, som er blevet **instrueret** heri! Den behandlende læge skal bestemme kanylens størrelse og type.

Formålsbestemt anvendelse: Dette medicinske produkt er en trakeostomikanyle.

Funktionsbeskrivelse: Trakeostomikanylen sikrer, at respirationsluften kan passere igennem trakeostomaen.

- Den blokerede manchetter skiller de øvre luftveje fra de nedre, således at luften hverken kan strømme ud af lungen og ind i mund og næse eller i den anden retning. Patienten kan således **kun** trække vejret igennem kanylen. Manchetteren blokeres ved at fylde den med luft vha. en luftpåfyldningsslange, så den tætnet mellem trachea og kanylens ydervæg. Denne tætning muliggør en effektiv ventilation med respiratorer og forhindrer samtidig sekretet fra det subglottiske rum i at trænge ind i de nedre luftveje.
- Fenestrede kanyler gør det muligt, at en del af den luft, der anvendes til at tale, kan trænge igennem fenestringen og ind i de øvre luftveje. Ydermere reduceres åndedrætsmodstanden i de øvre luftveje.
- Se nedenstående tekst for yderligere funktionsbeskrivelser.

Maksimal brugslevetid for trakeostomikanylen:

29 dage efter første ibrugtagning (se kap. 5. Generelle sikkerhedsforanstaltninger). Denne maksimale brugslevetid omfatter også

samtlige tidsrum, hvor trakeostomikanylen eller inderkanyler ikke har været benyttet.

Enkeltpatientprodukt: Inden for brugslevetiden er det tilladt at anvende produktet flere gange på én og samme patient.

Produktpas: Med produktet følger et produktpas med to aftagelige etiketter. Disse etiketter indeholder produktspecifikke data. Passet skal opbevares separat, da det bl.a. letter genbestillingen. Den aftagelige etiket kan f.eks. klæbes på sygejournalen.

2. Generel beskrivelse

DA Produktet består af en yderkanyle (1) med manchete (2) eller uden manchete og en udskiftelig inderkanyle med en 15 mm-konnektor (3), eller med riflet lukning.

(1) og (3) kan sammenkobles eller løsnes med en drejelig lukning (C). Manchetten fyldes med eller tømmes for luft via luftpåfyldningsslangen (2b).

Yderkanylen består af røntgenfast polyurethan og er fastgjort (kardansk ophængning) til et skjold (halsplade) (5), som kan drejes om to akser.

Den perforerede obturator (6) gør det muligt ved størrelserne 06 – 10 at anvende en Seldinger-tråd ($\varnothing 1,27 \pm 0,04$ mm), ved kanylering.

3. Indikationer

Produkterne er beregnet til de patienter, hvor det er nødvendigt med et tracheostoma for at få adgang til luftvejene.

- Kanyler uden manchete er særligt egnet til patienter med spontant åndedræt, som har brug for en kanyle.
- Kanyler med manchete er beregnet til patienter, hvor det er nødvendigt med et tracheostoma med tætning af luftrøret for at få adgang til luftvejene.
- De fenestrerede kanyler med manchete gør det lettere at tale for patienter med bevaret strubehoved.
- Kanyler med sugekanaler anvendes på patienter, hvor udsugning af det subglottiske rum er indikeret.
- Kanylen REF 305 er særligt velegnet til patienter, der er henviset til at bruge en kanyle efter en laryngektomi.

4. Kontraindikationer

4.1 Absolutte kontraindikationer

- Lukkehætte / taleventiler må ikke anvendes på laryngektomerede patienter (patienter uden strubehoved) – kvælningsfare!

4.2 Relative kontraindikationer

Nedenstående bør betragtes som relative kontraindikationer, hvor mulige risici og fordele ved indgrebet bør overvejes nøje:

- anvendelse inden for pædiatrien.
- usædvanligt dybtliggende luftrør, f.eks. ved adipositas, anvend evt. en længere kanyle.

5. Generelle sikkerhedsforanstaltninger

- Det tilrådes stærkt at sørge for, at der altid er en reservekanyler og flere reserveinderkanyler til rådighed. Disse skal opbevares i rengjort, tør tilstand.

- Før hver brug eller indføring af en kanyle skal det kontrolleres, at denne er intakt og fungerer upåklageligt (f.eks. lumener, manchetten er tæt, inderkanylen passer korrekt og stabil i yderkanylen, ingen knæk, stabil forbindelse mellem kanyle og skjold etc.). Manchettens materiale må ikke være porøst. Ved beskadigelse skal dette produkt skal det erstattes af et nyt og fejlfrit.

- Trakeostomikanylen må ikke udsættes for kraftanvendelse, da der i så fald er risiko for skader (f.eks. brud). Hvis forbindelsen til 15 mm-konnektoren er meget fast, skal der under alle omstændigheder anvendes hjælpemidler, der er godkendt til brug med trakeostomikanyler (disconnect wedge).

- 15 mm-konnektoren (**3**) skal holdes ren og tør.

- Ved udskiftning af inderkanylen skal der altid sørges for, at manchettens luftpåfyldningsslange (**2b**) ikke befinder sig mellem inder- og yderkanylen, da den ellers fastklemmes og beskadiges.

- Ved ændring af patientens legemsstilling skal der sørges for, at patienten ikke kommer til at ligge på kontrolballonen (**2a**). Dette medfører en kraftig trykstigning i manchetten, som kan føre til beskadigelse af trachea.

- Ved hyppig ændring af patientens legemsstilling eller ved manipulation af kanylen kan det hænde, at inderkanylen løsnes fra yderkanylen under den mekaniske ventilation.

- Ved høje respirationstryk kan der i visse tilfælde opstå lækage mellem inder- og yderkanyle.

- Ved anvendelse af trakeostomikanyler kan der opstå tryksår og hudnekroser på halsen samt hudirritationer (f.eks. fugtighed). For at undgå dette anbefaler vi at lægge et kompres under skjoldet.

- For at undgå beskadigelser af materialet må manchetten ikke komme i kontakt med lidokainholdigt aerosol eller salver.

- Alle bestanddele af manchetsystemet skal under manchetsprøvningen være løst indlejret eller uden folder. I modsat fald er det muligt, at håndmanometeret viser et forkert tryk.

- Tynde manchetter er til en vis grad vanddampgennemtrængelige. Det kan derfor forekomme, at der samler sig kondensvand i

DA

manchetten. Dette er uden betydning, så længe der kun er tale om små mængder. Ved større mængder kan der imidlertid være risiko for, at der ved en fejltagelse suges vand ind i luftpåfyldningsslangen, så manchetrykket ikke længere kan måles og indstilles korrekt. Kanylen skal i så fald udskiftes. Før kanylen tages ud, anvendes en sprøjte til at tømme manchetten fuldstændigt for den resterende luft og vand.

- Ved samtidig anvendelse af yderligere medicinsk udstyr skal den pågældende brugsanvisning følges. I tvivlstilfælde skal den pågældende producent kontaktes.

6. Advarsler

DA

- Må ikke anvendes, hvis den sterile emballage er beskadiget.
- Der må aldrig anvendes fenestrerede inderkanyler til ventilation.
 - Lukkehætten må kun anvendes med fenestrerede kanyler (yderkanyle + inderkanyle) og ublokeret manchét.
 - Der må ikke anvendes taleventiler under søvn.
 - Ved behandlinger med laser eller elektrokirurgisk udstyr skal der være tilstrækkelig afstand til trakeostomikanylen. Der er risiko for brand, dannelse af giftige gasser og beskadigelse af kanylerne.
 - Kanylerne skal udvælges, således at fenestreringen (hvis en sådan forefindes) kan anbringes i tilstrækkelig afstand fra stomakanalen. Manglende overholdelse af dette direktiv medfører risiko for emfysemer hos patienter med mekanisk åndedræt, dannelse af granulativæv eller øget åndedrætsmodstand ved brug af taleventiler eller lukkehætter.
 - Anvendelse af en fenestreret kanyle kan øge dannelsen af granulationsvæv.
 - Manchetrykket kan ændre sig ved bl.a. højdeændringer (f.eks. i et fly), ved brug af lattergas som bedøvelsesmiddel samt ved tilkobling eller frakobling af et håndholdt manometer.
 - Ved et for højt manchetryk er der risiko for en permanent beskadigelse af luftrøret.
 - Ved et for højt manchetryk kan der opstå manchétbrok.
 - Ved et for lavt manchetryk er der risiko for aspiration.
 - Ved anvendelse af Luer-konnektorer (f.eks. **2a +7a**) skal man undgå forvekslinger.
 - Ved indføring og udtagning af kanyler kan der forekomme irritationer, hostetrang eller blødninger.

7. Uønskede bivirkninger

Tryksår, nekroser, hudirritationer, granulationsvæv, hostetrang, synkeproblemer og blødninger.

8. Indføring af kanylen

8.1 Forberedelse af kanylen

1. Kontroller, at pakkens indhold er komplet (**D**).
2. Kanyler med manchete (**2**) kontrolleres for lækager via testinflation. Til dette formål pustes manchetten op med et håndholdt manometer til et tryk på 50 cm H₂O (≈ 36,78 mm Hg). Det observeres i 1 minut, om manchetten bliver slap. Hvis den er tæt, trækkes al luften ud af manchetten med en sprøjte. Manchetten skubbes op i retning af skjoldet (**5**). Dette gør kanylen lettere at indføre.

8.2 Forberedelse af patienten

- For kanylering eller rekanylering bør patienten præoxygeneres optimalt.
- Såfremt det er muligt, strækkes patientens hals en smule for at gøre det lettere at indføre kanylen.
- For det tilfælde, at der skulle opstå komplikationer ved kanylering eller rekanylering, bør der træffes sikkerhedsforanstaltninger (f.eks. tracheo-dilatator, kanyle med mindre diameter), som giver lægen mulighed for at foretage en ventilation med kort varsel vha. translaryngeal intubation eller anlægge en larynxmaske.

DA

8.3 Indføring af kanylen

Følgende arbejdsstrin skal gennemføres:

1. For indføring skal inderkanylen fjernes, og obturatoren (**8**) indføres i yderkanylen (**1**). Ved indføring skal man holde kanylen i skjoldet (**5**) og trykke obturatoren ordentligt ind med tommelfingeren i den øverste ende af den ydre kanyle. For at lette indføringen kan der påføres et tyndt lag vandopløseligt glidemiddel på den del af obturatoren, som stikker ud af den ende, der vender mod patienten, samt denne del af kanylen inklusive manchetten.
2. Efter indføringen af kanylen i patientens luftrør skal obturatoren fjernes med det samme.
3. Således isættes inderkanylen. For at fastgøre inderkanylen holder man skjoldet med fingerspidserne og drejer inderkanylens konektor, til låsen går i indgreb, dvs. til de blå pile og/eller markeringerne står over hinanden (**C**).
4. Kanylebåndet (**12**) skal fastgøres til kanyleskjoldet (**5**) for at fiksere kanylen.
5. Endvidere skal kanylens position og funktion (se kap. 6 advarsler) kontrolleres. Trachea og kanylen skal om nødvendigt suges omhyggeligt rene for at sikre, at luftvejen er fri.
6. For kunstig respiration skal der etableres en forbindelse mellem den normerede 15 mm-konnektor (**3**) på inderkanylen og respiratoren.

Hvis kanylen har manchet:

7. Manchetten fyldes via kontrolballonen (2a). Herunder skal det sikres, at manchetten ikke er blevet beskadiget ved indføringen. Manchettrykket skal tilpasses individuelt til respirationsbehandlingen, kontrolleres regelmæssigt og skal typisk ligge mellem 20 cm H₂O (≈ 15 mm Hg) og 30 cm H₂O (≈ 22 mm Hg). Ved tilslutning af et håndmanometer opstår der et trykfald i manchetten. Denne effekt er mere udpræget for mindre størrelser.

8.4 Udtagning af kanylen (se kap. 8.2)

Følgende forberedelser skal træffes, før kanylen tages ud:

- Bøj hovedet en smule bagud.
- Fjern blokeringen i manchetten fuldstændigt, hvis der anvendes kanyler med manchet (se kap. 8.5)

DA

8.5 Afblokering af manchetten

For manchetten afblokeres, skal der træffes visse forholdsregler, så der trænger så lidt sekret ind i bronkierne som muligt. Ved afblokeringen skal sekretet suges op ved hjælp af et sugekateter, der skubbes ind i kanylen. For kanyler med subglottisk udsugning bør det subglottiske rum desuden suges rent før afblokeringen, se kap. 9.5.

For at afblokere manchetten tilsluttes sprøjten til kontrolballonen (2a). Fjern luft/evt. kondensvand fuldstændigt. (Se kap. 5. Generelle sikkerhedsforanstaltninger)

Dersom manchetten ikke kan afblokeres fuldstændig, kan der træffes følgende foranstaltninger:

- Tag inderkanylen ud. Sørg for at påfyldningsslangen (2b) ikke har nogen knæk, og afbloker manchetten igen.
- Hvis det stadig ikke er muligt at tømme: Skær forsigtigt påfyldningsslangen igennem mellem 15 mm-konnektoren (3) og skjoldet/halspladen (5).

9. Håndtering

9.1 Udskiftning af inderkanyler

Hvis der skulle samle sig sejt sekret i inderkanylen, som ikke kan suges ud, og som hæmmer lufttilførslen, skal inderkanylen udskiftes med en ny eller renses inderkanylen.

For at tage kanylen ud, skal man dreje inderkanylens 15 mm-konnektor mod uret (C).

Efter indføring af en ny inderkanyle i yderkanylen drejer man inderkanylens 15 mm-konnektor med uret, til låsen går i indgreb, dvs. til de to blå pile og/eller markeringer står over hinanden (C).

Funktionsmåden for inderkanyler med riflet lukning er tilsvarende.

Når man sætter inderkanylen i, skal man sørge for, at manchettens påfyldningsslange (2b) ikke befinder sig mellem inder- og yderkanylen, da den ellers klemmes og beskadiges.

9.2 Fenestrerede trakeostomikanyler

Ufenestrerede inderkanyler har hvide 15 mm-konnektorer og anvendes bl.a. til konstig ventilation af patienter.

DA

For at gøre patienten i stand til at tale isættes en **fenestreret inderkanyle** (blå 15 mm-konnektor eller blå riflet lukning) i en **fenestreret yderkanyle**. Efter afblokering af manchetten kan der påsættes en taleventil på inderkanylens 15 mm-konnektor. Læs brugsanvisningen til den anvendte taleventil.

FORSIGTIG: Taleventiler må kun bruges på vågne patienter, som kan trække vejret spontant. Patienterne skal undervises af uddannet personale for at vænne sig til taleventiler og nøje overvåges; man skal sikre, at respirationen er tilstrækkelig. Manchetten skal tømmes før brug. Under søvnen må der ikke anvendes taleventiler.

FORSIGTIG: Taleventiler må ikke bruges på patienter med larynxstenose, stemmebåndslammelse, svær trachealstenose, luftvejssobstruktion, infektioner i luftvejene eller stærk slimsekretion.

9.3 Lukkehætte til den fenestrerede kanyle til afvænnning (weaning)

Den fenestrerede inderkanyle kan lukkes ved at påsætte vedlagte lukkehætte (10) på 15 mm-konnektoren.

FORSIGTIG: Ved forberedelse af kanylen skal det kontrolleres, at patientens øvre luftveje er frie. De øvre luftveje frigøres i givet fald ved hosten eller ved udsugning af eventuelt sekret. Manchetten skal afblokeres. Når kanylen lukkes, skal patientens åndedræt og øvrige vitale funktioner overvåges af en fagspecialist. Ved tegn på åndenød skal lukkehætten straks fjernes.

9.4 Sådan holdes fenestreringen åben

Hvis kanylen anvendes igennem længere tid, skal det jævnlige sikres, at fenestreringen ikke lukkes til af sekret, sårskorper eller indadvoksende væv. Kanylen skal i givet fald udskiftes.

9.5 Anvendelse af REF 306, REF 888-306 med subglottisk sugekanal

Disse kanyler er udstyret med en flad sugekanal (7), som er fastgjort på yderkanylens ydre bøjning, og som ender i to åbninger umiddelbart oven over manchetten (2). En sugeslange (7b) er integreret i sugekanalen. Sugeslangen har en hun-Luer -konnektor (7a), hvormed der kan udføres udsugning vha. en sprøjte. Som et alternativ kan der anvendes et formålsbundet sugeapparat med vakuumregulator kombineret med de vedlagte konnekterer (11). Efter udsugningen skal Luer-konnektoren (7a) lukkes.

DA

FORSIGTIG:

- Ved udsugningen skal det sikres, at der ikke forekommer et stort undertryk i længere tid (- maks. 200 mbar).
- For at undgå udtørring af det subglottiske rum anbefales periodisk udsugning.
- Udsugningsslangen kan blive tilstoppet af sekret, eller hvis den suger sig fast på trakealslimhinden. Hvis der er planlagt en skylning af udsugningsslangen (f.eks. ved en lille mængde luft eller fysiologisk saltvand), skal der sørges for, at manchetten er tilstrækkeligt blokeret (risiko for aspiration).
- Det er muligt, at udsugningsslangen medfører tryksår i området omkring trakeostomaen, eller at trakeostomaen bliver urund. I sådanne tilfælde skal den behandlende læge afgøre, om denne type kanyler fortsat kan anvendes.

10. Rengøring, desinfektion og opbevaring

10.1 Rengøring

Kanylen (1 + 3) skal rengøres før hver ibrugtagning. Dette kan ske med lunkent vand af drikkevandskvalitet. TRACOE medical anbefaler TRACOE's egne rengøringsprodukter til rengøring af kanylerne. Efter rengøringen skal kanylerne skylles med vand af drikkevandskvalitet og lufttørres. Ved rengøring af yderkanylerne skal man sørge for, at manchetten ikke bliver beskadiget.

FORSIGTIG:

- Der må under ingen omstændigheder anvendes skuremidler, midler til rensning af tandproteser eller opløsningsmidler med høj alkoholprocent til rengøringen, da disse kan forringe kanylernes funktion.

- Kanylerne må ikke opvarmes til temperaturer over 65 °C, da der efterfølgende ikke kan garanteres for produkternes sikkerhed.

10.2 Desinfektion

Brug af uegnede desinfektionsmidler kan beskadige produktet. Efter desinfektionen skal kanylerne skylles med sterilt vand og luft-tørres.

10.3 Opbevaring

Den rene kanyler skal opbevares på et tørt sted.

11. Produktilpasning

Ændringer af TRACOE-produkterne må kun foretages af medarbejdere fra TRACOE medical GmbH eller personer, der er autoriseret af TRACOE medical GmbH.

DA

12. Bortskaffelse

Bortskaffelse må kun ske i overensstemmelse med de gældende nationale bestemmelser vedrørende affald.

13. Returneringer

Returneringer af brugte produkter kan kun modtages efter aftale, og hvis der vedlægges en udfyldt dekontamineringsattest. Denne formular fås enten ved direkte henvendelse til TRACOE medical eller via webstedet www.tracoe.com

14. Generelle forretningsbetingelser

Køb, levering og returnering af alle TRACOE-produkter sker udelukkende på grundlag af de gældende generelle forretningsbetingelser (AGB), som fås hos TRACOE medical GmbH eller via webstedet www.tracoe.com.

Käyttöohje

Trakeostomiakanyyli TRACOE *twist*

VIHJE!

• Lue tämä käyttöohje huolella läpi. Se on kuvatus tuotteen osa ja sen on aina oltava saatavilla. Noudata seuraavia turvaohjeita potilaan ja oman turvallisuutesi vuoksi.



• Tekstiin kuuluvat kuvat löytyvät käyttöohjeen alkuun liitetyiltä kuvasivuilta (taitettavissa auki). Suluiissa olevat kirjaimet ja luvut viittaavat kuviin ja trakeostomiakanyylin osiin. Käytetyt symbolit on selitetty sivuilla 1–6.

1. Yleistä

FI HUOMIO: Tuotetta saavat käyttää vain sen **käyttöön perehtyneet** lääkärit ja hoitajat. Hoitava lääkäri määrää kanyylin koon ja tyypin.

Käyttötarkoitus: Tässä lääkinnällisessä tuotteessa on kyse trakeostomiakanyyleistä.

Toiminnan kuvaus: Trakeostomiakanyylin avulla hengitysilma pääsee kulkemaan trakeostooman kautta.

• Suljettu mansetti erottaa ylä- ja alahengitystiet toisistaan niin, ettei ilma voi kulkea keuhkoista suuhun ja nenään tai päinvastoin. Potilas voi hengittää **vain** kanyylin kautta. Mansetti suljetaan täyttämällä täyttöletku ilmalla, jolloin kanyyli tiivistyy henkitorven ja kanyylin ulkoseinämän välissä. Tiivisteen ansiosta mekaaninen hengitys on tehokasta ja se estää samalla kurkunpään alaosasta tulevan eritteen pääsyn alahengitysteihin.

• Siivilällisten kanyylien ansiosta osa puhumiseen tarvittavasta ilmasta pääsee aukkojen kautta ylähengitysteihin. Lisäksi ylähengitysteiden hengitysvastus pienenee.

• Toiminnan tarkempi kuvaus seuraavassa.

Trakeostomiakanyylin enimmäiskäyttöaika:

29 päivää ensimmäisestä käyttökerrasta lukien (ks. luku 5. Yleiset varoimet). Enimmäiskäyttöaikaan sisältyvät myös ne ajat, jolloin trakeostomia- tai sisäkanyylejä ei käytetä.

Yhden potilaan tuote: Toistuva käyttö yhdellä ja samalla potilaalla on sallittua, mutta se ei saa ylittää enimmäiskäyttöaika.

Kanyylipassi: Kanyylin mukana toimitetaan passi, jossa on kaksi irrotettavaa tarraa. Tarroihin on merkitty tuotekohtaiset tiedot. Säilytä passi erikseen, se helpottaa mm. uusien tuotteiden tilaamista. Irrotettava tarra voidaan kiinnittää esim potilasasiakirjoihin.

2. Yleinen kuvaus

Tuote koostuu mansetillisesta (2) tai mansetittomasta ulkokanyylistä (1) ja vaihdettavasta sisäkanyylistä, jossa on 15 mm:n liitin (3) tai uurrostettu liitin.

(1) ja (3) voidaan liittää tai irrottaa kierreltiimellä (C).

Mansetti tyhjenetään ja täytetään ilmalla täyttöletkun (2b) kautta.

Ulkokanyyli koostuu röntgensäteitä läpäisemättömästä polyuretaanista ja se on kiinnitetty kaulalevyyn (5), joka kääntyy kahdella akselilla (kardaaniripustus).

Rei'itetty sulkija (6) sallii Seldinger-langan käytön kokojen 06–10 yhteydessä ($\varnothing 1,27 \pm 0,04$ mm) kanyloitaessa.

FI

3. Käyttöaiheet

Tuotteet on tarkoitettu potilaille, joiden hoidossa tarvitaan pääsy ilmäteihin trakeostooman kautta.

- Kanyylit ilman mansettia soveltuvat erityisesti spontaanisti hengittäville potilaille, jotka ovat riippuvaisia kanyylin käytöstä.
- Mansetilliset kanyylit on tarkoitettu potilaille, joiden hoidossa tarvitaan sekä pääsy ilmäteihin trakeostooman kautta että henkitorven tiivistäminen.
- Aukollisten kanyylien ansiosta puhuminen helpottuu niillä potilailla, joiden kurkunpää on tallella.
- Imukanavalla varustetut kanyylit on tarkoitettu potilaille, joiden kielen alle kerääntyy eritettä.
- REF 305 -kanyyli soveltuu erityisesti potilaille, jotka laryngektomian jälkeen ovat riippuvaisia kanyylin käytöstä.

4. Vasta-aiheet

4.1 Ehdottomat vasta-aiheet

- Sulkukorkkia / puheventtiileitä ei käytetä potilailla, joilta kurkunpää on poistettu (laryngektomia) – tukehtumisvaara!

4.2 Suhteelliset vasta-aiheet

Suhteellisia vasta-aiheita, joissa toimenpiteen hyödyt ja riskit on punnittava, ovat seuraavat:

- Käyttö pediatriassa.
- Epätavallisen alhaalla sijaitseva henkitorvi, esimerkiksi lihavilla potilailla; käytä tarvittaessa pidempää kanyyliä.

5. Yleiset varotoimet

- On suositeltavaa pitää aina saatavilla yhtä varakanyyliä ja useampia varasisäkanyylejä. Ne on aina säilytettävä puhtaina ja kuivina.
- Ennen kanyylien käyttöä ja sisäänvientiä on aina tarkistettava, että ne ovat ehjiä ja toimivat moitteetta; esim. esteetön luumen, mansetin tiiviys, sisäkanyylin vapaa ja moitteeton liike ulkokanyylin sisä, ei taitteita, kanyylin ja kilven välisen liitoskohdan vakaus. Mansettissa ei saa olla haurastumia. Vaihda viallinen tuote uuteen.
- Trakeostomiakanyylinä on käsiteltävä varoen, jotta se ei vahingoitu (esim. murtumien vaara). Kiinteissä liitoksissa 15 mm:n liittimeen on käytettävä joka tapauksessa trakeostomiakanyyleille sallittua erotinta (Disconnect Wedge).
- 15 mm liitin (**3**) on pidettävä kuivana ja puhtaana.
- Sisäkanyyliä vaihdettaessa on aina huomioitava, ettei mansetin täyttöletku (**2b**) ole sisä- eikä ulkokanyylin välissä, koska muuten se voi jäädä puristuksiin ja vaurioitua.
- Potilaan asentoa vaihdettaessa on varmistettava, ettei tarkistuspallo (**2a**) jää potilaan alle. Sen seurauksena mansettipaine voi nousta äkillisesti ja vaurioittaa henkitorvea.
- Mekaanisen hengityksen aikaisten, toistuvien asennonvaihdosten tai kanyylien käsittelyn yhteydessä sisä- ja ulkokanyylit voivat erota toisistaan.
- Suurten hengityspaineiden yhteydessä voi yksittäisissä tapauksissa esiintyä sisä- ja ulkokanyylin välistä vuotoa.
- Trakeostomiakanyylejä käytettäessä kaulan iholla voi esiintyä painehaavoja, nekrooseja ja ärsytystä (esim. kosteuden vuoksi). Näiden välttämiseksi suosittelemme asettamaan kaulalevyn alle puristussiteen.
- Materiaalivikojen välttämiseksi mansetti ei saisi joutua kosketuksiin lidokaiinia sisältävien aerosolien tai voiteiden kanssa.
- Mansetin täyttöjärjestelmän kaikkien osien on mansettipaineen tarkistuksen aikana oltava löysinä eivätkä ne saa olla taittuneita. Muutoin painemittari voi näyttää paineen väärin.
- Ohuet mansetit päästävät lävitseen jonkin verran vettä. Tästä syystä mansettiin voi kerääntyä tiivistynyttä vesihöyryä. Pieeninä määrinä siitä ei ole haittaa. Jos täyttöletkuun sen sijaan kertyy suurempia määriä vettä, mansettipainetta ei voida enää mitata eikä säätää virheettömästi. Tällöin kanyyli on vaihdettava. Ennen kanyylin poistamista mansetista on poistettava vesi tai ilma kokonaan ruis-kun avulla.
- Yhteiskäytössä muiden lääkintälaitteiden kanssa on huomioitava niiden käyttöohjeet. Ota epäselvissä tapauksissa yhteyttä ao. laitteen valmistajaan.

6. Varoitukset

- Älä käytä vahingoittunutta steriiliä pakkausta.
- Älä milloinkaan käytä aukollista sisäkanyyliä mekaanisen hengityksen aikana.
 - Käytä sulkukorkkia vain aukollisten kanyyliin (sisäkanyyli+ulkokanyyli) ja avoimen mansetin kanssa.
 - Puheventtiiliä ei saa käyttää nukkumisen aikana.
 - Laser- tai sähkökirurgiassa on huolehdittava riittävästä etäisyydestä trakeostomiakanyyliin. Toimenpiteessä voi syntyä palo- ja myrkkyykaasuvaara ja kanyyli voi vaurioitua.
 - Valitse kanyyli niin, että ikkunointi (mikäli tarvitaan) on riittävän kaukana avannekanavasta. Mikäli näin ei toimita, on mekaanisesti hengittävällä potilaalla vaarana kehittyä emfyseema tai jyväiskudosta tai hengitysvastus voi nousta potilaan käyttäessä puheventtiiliä tai sulkukorkkia.
 - Ikkunointia kanyyliä käytettäessä jyväiskudosta voi muodostua enemmän.
 - Mansettipaine voi muuttua mm. korkeuserojen muuttuessa (esim. lentokoneessa), käytettäessä ilokaasua sekä painemittaria irrottaessa tai kiinnitettäessä.
 - Liian korkea mansettipaine voi vaurioittaa henkitorvea pysyvästi.
 - Liian korkea mansettipaine voi aiheuttaa mansetin herniaation.
 - Liian matala mansettipaine voi aiheuttaa aspiraatiovaaran.
 - Varo sekoittamasta Luer-liittimiä (esim. **2a + 7a**) keskenään.
 - Kanyyliä sisään vietäessä ja poistettaessa voi esiintyä ärsytystä, yskänärästyystä tai verenvuotoa.

FI

7. Haittavaikutukset

Painehaavat, nekroosit, ihoärsytys, jyväiskudos, ärsytysyskä, nielisvaikeudet ja verenvuodot.

8. Kanyylin sisäänvieminen

8.1. Kanyylin valmistelutoimet

1. Tarkasta pakkauksen sisältö (**D**).
2. Vuodot tarkastetaan mansetillisessa trakeostomiakanyylissä (**2**) kokeella. Ilma pumpataan painemittarilla paineeseen 50 cm H₂O (≈ 36,78 mm Hg) ja tarkkaillaan 1 minuutin ajan, veltostuuko mansetti. Mikäli mansetti ei veltostu, kaikki ilma vedetään mansetista pois ruiskulla. Säädä mansetti kohti kaulalevyä (**5**). Tämä helpottaa seuraavaksi tehtävää kanyylin sisäänvientä.

8.2 Potilaan valmistelu

- Potilas tulee esihapettaa ennen kanylointia ja rekanylointia mahdollisimman hyvin.
- Potilaan kaulaa on taivutettava kevyesti, mikäli mahdollista, kanyyleiden sisäänviennin helpottamiseksi.
- Jos kanyloinnista tai uudelleenkanyloinnista seuraa komplikaatioita, on lääkärin ryhdyttävä toimenpiteisiin (esim. trakean levitin tai kanyyli, jonka halkaisija on pienempi), joiden avulla potilaan hengitys turvataan intubaatiolla tai kurkunpäänaamarilla.

8.3 Kanyylin sisäänvieminen

Seuraavat vaiheet on tehtävä:

1. Ennen sisäänvientä sisäkanyyli on poistettava ja sulkija (**8**) vietävä ulkokanyylin (**1**) sisään. Sisäänviennin aikana on pidettävä kiinni kanyylin kaulalevystä (**5**) ja painettava sulkija peukalolla tiukasti ulkokanyylin yläpäähän. Sisäänviennin helpottamiseksi sulkijan ulkonevalle, potilaan puoleiselle osalle ja kanyylin alaosalle ja mansetille voidaan levittää ohut kerros vesiliukoista liukuainetta.
2. Kun kanyyli on viety sisään potilaan henkitorveen, on sulkija poistettava viipymättä.
3. Sen jälkeen viedään sisäkanyyli paikalleen. Sisäkanyyli kiinnitetään pitämällä sormin kaulalevyä paikoillaan ja kiertämällä sisäkanyylin liittintä, kunnes se lukittuu, jolloin siniset nuolet ja/tai merkinnät ovat päällekkäin (**C**).
4. Kanyyli kiinnitetään paikalleen kiinnittämällä kanyyลิปanta (**12**) kaulalevyyn (**5**).
5. Tarkasta seuraavaksi kanyylin sijainti ja toiminta (ks luku 6 Varoitukset). Varmista ilmäteiden esteettömyys imemällä henkitorvi ja kanyyli tarvittaessa huolellisesti.
6. Mekaanista hengitystä varten sisäkanyylin normitettu 15 mm:n liitin (**3**) on yhdistettävä hengityslaitteeseen.

Mansetilliset kanyylit:

7. Mansetti on täytettävä tarkastuspallon (**2a**) kautta. Tällöin on varmistettava, ettei mansetti ole vaurioitunut sisäänviennin yhteydessä. Mansetin paine määrätään yksilöllisesti hengityshoidon mukaan. Sitä on seurattava säännöllisesti, ja sen tulisi olla 20 cm H₂O (≈ 15 mm Hg) – 30 cm H₂O (≈ 22 mm Hg). Painemittaria liitettäessä mansetin paine alenee. Vaikutus on voimakkaampi pienempien kokojen yhteydessä.

8.4 Kanyylin poisvetäminen (ks. luku 8.2)

Kanyylin poisvetoa edeltävät seuraavat vaiheet:

- Taivuta potilaan päätä kevyesti taakse ja
- Avaava mansetti kokonaan (mikäli kanyylyssä on mansetti, ks. luku 8.5).

8.5 Mansetin avaaminen

Ennen mansetin avaamista on olettava mahdolliset tukkeumat, jotta henkitorveen joutuisi mahdollisimman vähän eritettä. Avaamisen aikana erite on poistettava kanyylin läpi viedyllä imukatetrilla. Subg-lottisella imulaitteella varustettua kanyyliä käytettäessä on ennen avaamista imettävä ääniraon alapuolinen tila, katso luku 9.5.

Liitä tarkastuspalloon (2a) ruisku mansetin avaamista varten. Poista ilma ja tarvittaessa kondenssivesi. (ks. luku 5 Yleiset varotoimet)

Jos mansettia ei voi avata, voidaan suorittaa seuraavat toimenpiteet:

- Poista sisäkanyyli. Varmista, että täyttöletku (2b) ei ole taittunut, ja avaa mansetti uudelleen.
- Jos tyhjennys ei vieläkään ole mahdollista, leikkaa täyttöletku varovasti poikki 15 mm:n liittimen (3) ja kaulalevyn (5) välistä.

FI

9. Käsittely

9.1 Sisäkanyylien vaihto

Jos sisäkanyyliin kerääntyy sitkeää eritettä, jota ei voida imeä pois ja joka estää ilman vapaata kulkua, sisäkanyyli on vaihdettava uuteen tai puhdistettuun sisäkanyyliin.

Kanyyli irrotetaan kiertämällä sisäkanyylin 15 mm:n liittintä vastapäivään (C).

Kun uusi sisäkanyyli on viety ulkokanyyliin, sisäkanyylin 15 mm:n liittintä kierretään myötäpäivään, kunnes se lukittuu, jolloin siniset nuolet ja/tai kohomerkinnot ovat päällekkäin (C).

Uurrostetulla liittimellä varustettujen sisäkanyylien toiminta on vastaavanlainen.

Asetettaessa sisäkanyyliä paikalleen on varmistettava, että mansetin täyttöletku (2b) ei ole sisä- ja ulkokanyylin välissä; muutoin letku voi jäädä puristuksiin ja vaurioitua.

9.2 Siivilälliset trakeostomiakanyylit

Aukottomissa sisäkanyyleissä on valkoiset 15 mm:n liittimet ja niitä käytetään mm. potilaan hengityksen avustamiseen.

Puhumista varten **aukolliseen ulkokanyyliin** viedään **aukollinen sisäkanyyli** (sininen 15 mm:n liitin tai sininen uurrostettu liitin). Mansetillisissa kanyyleissä voidaan mansetin avaamisen jälkeen kiinnittää puheventtiili 15 mm:n liittimellä varustettuun sisäkanyyliin. Noudata kulloinkin käytettävän puheventtiilin ohjeita.

HUOMIO: Puheventtiiliä saa käyttää vain hereillä olevilla potilailla, jotka pystyvät hengittämään spontaanisti. Asiaan koulutettujen hoitohenkilöiden on opastettava potilaita totuttautumaan puheventtiiliä:n käyttöön, ja potilaita on valvottava huolellisesti. Riittävä hengitys on varmistettava.

Mansetti on avattava ennen käyttöä. Puheventtiilejä ei saa käyttää potilaan nukkuessa.

HUOMIO: puheventtiiliä ei saa käyttää potilailla, joilla on kurkunpään ahtauma, äänihuulihalvaus, vaikea henkitorven ahtauma, hengitysteiden tukoksia, hengitystieinfektio tai jos liman erittyminen on runsasta.

9.3 Aukollisen kanyylin sulkukorkki vieroitusta (weaning) varten

FI

Aukollinen sisäkanyyli voidaan kiinnittää oheisella sulkukorkilla (10) 15 mm liittimeen.

HUOMIO: Ennen kanyylin sulkemista on aina varmistettava potilaan ylähengitysteiden esteettömyys. Ilmatiet avataan tarvittaessa yskimällä tai imemällä mahdollinen erite pois. Mansetti on avattava. Kanyyliä suljettaessa on valvottava potilaan hengitystä ja vitaalitoimintoja. Hengenahdistustapauksessa korkki on poistettava välittömästi.

9.4 Aukkojen avoinnapito

Kun kanyyliä käytetään pidemmän aikaa, on tarkastettava säännöllisesti, ettei aukko ole tukkeutunut eritteestä, peitteistä tai sinne kasvaneesta kudoksesta. Tukkeutunut kanyyli on vaihdettava uuteen.

9.5 Kielenalaisen imukanavan (REF 306 ja REF 888-306) käyttö

Näiden kanyylien ulkokanyylin ulkokaareen on kiinnitetty litteä imukanava (7), joka päättyy suoraan mansetin (2) ylle haarautuen kahdeksi aukoksi. Imuletku (7b) on integroitu imukanavaan. Imuletkun vapaassa päässä on Luer-naarasliitin (7a), jonka kautta imu voidaan suorittaa ruiskun avulla. Vaihtoehtoisesti siihen voidaan liittää imulaite ja tyhjiösäädin oheisilla liittimillä (11). Sulje Luer-liitin (7a) imun päätyttyä.

HUOMIO:

- Imun aikana on varmistettava, ettei alipainetta pidetä yllä liian kauan (enintään 200 mbar).
- Jotta kielen alainen alue ei kuivuisi liikaa, suosittelemme jaksottaista imua.
- Imuletku voi tukkeutua eritteen tai henkitorven limakalvon

vuoksi. Mikäli imuletkun huuhtelua suunnitellaan (esim. pienellä määrällä ilmaa tai fysiologista keittosuolaliuosta), on varmistettava, että mansetti on suljettu riittävästi (aspiraatiovaara).

- Imuletkua käytettäessä on mahdollista, että trakeestooman alueella voi syntyä painaumuksia tai että trakeestooman muoto muuttuu. Näissä tapauksissa hoitavan lääkärin on päätettävä, voidaanko tämän tyyppisen kanyylin käyttöä jatkaa.

10. Puhdistus, desinfiointi ja säilytys

10.1 Puhdistus

Kanyyli (1 + 3) on puhdistettava aina ennen kutakin toistuvaa käyttökertaa. Puhdistus voidaan tehdä kädenlämpöisellä juomavedellä. TRACOE medical suosittelee puhdistukseen TRACOE:n tarjoamia puhdistustuotteita. Puhdistuksen jälkeen kanyyli huuhdellaan lämpimällä juomavedellä ja annetaan kuivua. Ulkokanyyliä puhdistettaessa on varottava vaurioittamasta mansettia.

FI

HUOMIO:

- Puhdistukseen ei missään tapauksessa saa käyttää voimakkaita kodin pesuaineita, hammasproteesipuhdistetta tai liuotteita, kuten korkeaprosenttista alkoholia, sillä ne voivat haitata kanyylin toimintaa.
- Kanyyliä ei saa kuumentaa yli 65 °C:n lämpötilaan. Muussa tapauksessa tuotteiden turvallisuutta ei enää voida taata.

10.2 Desinfiointi

Epäsopivien desinfiointiaineiden käyttö voi vaurioittaa tuotetta. Desinfiointin jälkeen kanyyli huuhdellaan steriilillä vedellä ja annetaan kuivua.

10.3 Säilytys

Säilytä puhtaat kanyylit kuivassa.

11. Tuotteiden muutostyöt

Muutoksia TRACOE-tuotteisiin saavat tehdä vain TRACOE medical GmbH -yhtiön työntekijät ja sen valtuuttamat henkilöt.

12. Hävittäminen

Tuotteet saa hävittää ainoastaan voimassa olevien jätteitä koskevien kansallisten määräysten mukaisesti.

13. Palautukset

Käytettyjen tuotteiden palautuksia voidaan ottaa vastaan vain, mikäli niiden mukana toimitetaan dekontaminointidistus. Lomake on saatavilla tilaamalla TRACOE medicalilta suoraan tai verkkosivun kautta: www.tracoe.com.

14. Yleiset sopimusehdot

Kaikkien TRACOE-tuotteiden myynti, toimitus ja palautus tapahtuvat ainoastaan TRACOE medical GmbH: lta tai verkkosivulta saatavien voimassa olevien Yleisten sopimusehtojen (YSE) mukaisesti: www.tracoe.com.

FI

Bruksanvisning for TRACOE *twist* trakeostomikanyler

MERKNAD:

- Les denne bruksanvisningen nøye. Den er del av det beskrevne produktet og må være tilgjengelig til enhver tid. For din egen sikkerhets skyld og for sikkerheten til dine pasienter, må du ta hensyn til følgende sikkerhetsinformasjon.



- Illustrasjonene til teksten finner du på de utbrettbare bildesidene helt foran i denne veiledningen. Tall og bokstaver i parentes viser til de respektive illustrasjonene og trakeostomikanylens komponenter. Symbolene som brukes, er forklart på sidene 1 - 6.

1. Generelle opplysninger

OBS: Produktet skal kun brukes av leger og pleiepersonell som har fått **innføring i bruk av dette!** Størrelsen og typen skal bestemmes av legen som gjennomfører behandlingen.

NO

Formålsbestemmelse: Dette medisinske produktet er en trakeostomikanyle.

Funksjonsbeskrivelse: Trakeostomikanylen sikrer gjennomgang for luften som pustes inn gjennom trakeostomaet.

- Den blokkerte trykkmansjetten skiller de øvre luftveiene fra de nedre, slik at luften verken kan strøme fra lungene og inn i munnen og nesen, eller i den andre retningen. Dermed kan pasienten **kun** puste gjennom kanylen. For å blokkere trykkmansjetten fylles den med luft via fylleslangen og brukes til tetning mellom trakea og kanylens yttervegg. Denne tetningen tillater et effektivt kunstig åndedrett med åndedrettsapparater og forhindrer samtidig at sekret fra det subglottiske rommet kan komme inn i de nedre luftveiene.

- Fenestrerte kanyler gjør det mulig at en del av luften som er nødvendig for tale, kan komme opp i de øvre luftveiene gjennom fenestreringen. I tillegg reduseres pustemotstanden i de øvre luftveiene.

- For ytterligere funksjonsbeskrivelser, se følgetekst.

Maksimal bruksvarighet for trakeostomikanylen:

29 dager fra første gangs bruk (se kap. 5. Generelle forsiktighetstiltak). Denne maksimale brukstiden omfatter også hele den tiden hvor trakeostomikanylen hhv. innerkanylen ikke brukes.

Produkt for én pasient: Innenfor bruksvarigheten er det tillatt å bruke den flere ganger hos én og samme pasient.

Produktpass: Dette produktet har et vedlagt produktpass med to etiketter som kan fjernes. På disse etikettene er det oppført data om det spesifikke produktet. Passet bør oppbevares separat, da det blant annet gjør en ny bestilling lettere. Den fjernbare etiketten kan f.eks. klebes på sykejournalen.

2. Generell beskrivelse

Produktet består av en ytterkanyle (1) med trykkmansjett (2), hhv. uten trykkmansjett, og en utskiftbar innerkanyle med 15 mm-konnektor (3). Denne er låst med en riflelukning. (1) og (3) kan forbindes eller løsnes med en dreielukning (C).

Trykkmansjetten fylles hhv. tømmes med luft via fylleslangen (2b).

Ytterkanylen består av røntgentett polyuretan og er festet på et skjold (halsplate) (5) som kan dreies om to akser (kardansk oppheng).

NO

Den perforerte obturatoren (6) gjør det mulig å bruke en ledetråd ifølge Seldinger ($\text{\O} 1,27 \pm 0,04 \text{ mm}$) i størrelsene 06 – 10 ved kanyleringen.

3. Indikasjoner

Produktene er bestemt for pasienter der det er nødvendig med tilgang til luftveiene gjennom et trakeostoma.

- Kanyler uten trykkmansjett er spesielt egnet for spontanpustende pasienter, som er avhengig av bruk av en kanyle.
- Kanyler med trykkmansjett er bestemt for pasienter der det er nødvendig med tilgang til luftveiene gjennom et trakeostoma med tetning av luftrøret.
- De fenestrerte kanylene letter talefunksjonen for pasienter med bevart larynx.
- Kanyler med sugekanal benyttes hos pasienter der det er tilrådelig med suging fra det subglottiske rommet.
- Kanylen REF 305 egner seg spesielt for pasienter som er henvist til å bruke en kanyle etter en laryngektomi.

4. Kontraindikasjoner

4.1 Absolutte kontraindikasjoner

- Hette/taleventiler må ikke brukes ved laryngektomerte (pasienter uten larynx) – fare for kvelning!

4.2 Relative kontraindikasjoner

Som relative kontraindikasjoner, der prosessens risiko må overveies i forhold til nytten, gjelder:

- Pediatrisk bruk.
- Bruk ev. en lengre kanyle dersom luftrøret ligger uvanlig dypt, f.eks. hos adipøs pasient.

5. Generelle forsiktighetstiltak

- Det er meget viktig å holde en bruksklar reservekanyle og flere reserve-innerkanyler til rådighet ved pasientens seng til enhver tid. Disse må oppbevares i rengjort, tørr tilstand.

- Ved hver bruk hhv. innføring av en kanyle må det kontrolleres at denne er uskadd og at den fungerer feilfritt, som f.eks. fri lumen, trykkmansjettens tetthet, feilfri og stabil pasning av innerkanylen i ytterkanylen, ingen bøyninger, stabil forbindelse mellom kanyle og skjold osv. Materialet i trykkmansjetten må ikke være sprøtt. Ved skade må dette produktet erstattes med et nytt.

- Det må ikke brukes makt på trakeostomikanylen, ellers kan den bli skadet (f.eks. fare for brudd). Dersom forbindelser på 15 mm-konnektoren sitter fast, er det viktig å bruke et hjelpemiddel som er godkjent for

trakeostomikanyler (Disconnect Wedge) for å ta dem fra hverandre.

- 15 mm-konnektoren (**3**) bør holdes ren og tørr.

- Når innerkanylen skiftes ut, må man alltid passe på at fylleslangen (**2b**) til trykkmansjetten ikke befinner seg mellom innerkanylen og ytterkanylen, ellers kan den komme i klem og bli skadet.

- Dersom pasientens liggeposisjon endres, må man passe på at pasienten ikke blir lagt oppå kontrollballongen (**2a**). Dette fører til at mansjettrykket øker sterkt og kan forårsake skader i trakea.

- Mens det gis mekanisk, kunstig åndedrett, kan innerkanylen løsne fra ytterkanylen dersom pasientens liggeposisjon endres hyppig, eller dersom det blir gjort manipulasjoner på kanylen.

- Ved høye åndedrettstrykk kan det i enkelttilfeller oppstå lekkasje mellom innerkanylen og ytterkanylen.

- Mens en trakeostomikanyle er i bruk, kan det oppstå trykkmærker eller nekroser på halshuden samt hudirritasjoner (f.eks. fuktighet). For å unngå dette anbefaler vi å legge en kompress under skjoldet.

- For å unngå skader på materialet bør trykkmansjetten ikke komme i kontakt med aerosoler eller salver som inneholder lidokain.

- Alle trykkmansjettens bestanddeler må innlagres løst og uten knekk under trykkmansjettens trykktest. Ellers kan trykket vises feil på håndmanometeret.

- Tynne trykkmansjetter har en viss vandampgjennomtrengelighet. Dette gjør at det noen ganger kan samle seg kondens i

NO

trykkmansjetten. Dette er uten betydning ved små mengder. Men hvis det er større mengder og det suges vann inn i fylleslangen ved en feiltagelse, kan mansjettrykket ikke lenger måles og stilles inn feilfritt. Da må kanylen skiftes ut. Før kanylen tas ut, må luften eller vannet som er i trykkmansjetten fjernes så fullstendig som mulig ved hjelp av en sprøyte.

- Dersom det brukes ytterligere medisinske produkter parallelt, skal det tas hensyn til den respektive bruksanvisningen. Ved tvil skal den respektive produsenten kontaktes.

6. Advarsler

- Må ikke brukes hvis den sterile pakningen er skadet.
- Fenestrerte innerkanyler må aldri brukes til å gi kunstig åndedrett.
- Hetten må kun brukes med fenestrerte kanyler (ytterkanyle + innerkanyle) og avblokkert trykkmansjett.
- Det skal ikke brukes taleventiler under søvn.
- Ved behandlinger med laser eller elektrokirurgisk utstyr må man passe på at det er tilstrekkelig avstand til trakeostomikanylen. Det er fare for brann, det kan danne seg giftige gasser og kanylen kan ta skade.
- Kanylen skal velges slik at fenestreringen (hvis den finnes) er posisjonert med tilstrekkelig avstand til stomakanalen. Hvis dette ikke overholdes, er det fare for et emfysem hos pasienter som gis kunstig åndedrett, dannelse av granulasjonsvev, eller økt pustemotstand ved bruk av taleventiler eller hetter.
- Ved bruk av en fenestrert kanyle kan det oppstå økt dannelse av granulasjonsvev.
- Mansjettrykket kan blant annet endre seg ved høydeendringer (f.eks. i fly), ved bruk av lystgass under anestesi og ved tilkopling eller frakopling av et håndmanometer.
- Ved for høyt mansjettrykk er det fare for permanent skade på luftrøret.
- Ved for høyt mansjettrykk kan det oppstå mansjetthernia.
- Ved for lavt mansjettrykk er det fare for aspirasjon.
- Når luerkoplingene (f.eks. **2a + 7a**) brukes, må forvekslinger unngås.
- Når kanylen føres inn og tas ut, kan det oppstå irritasjoner, blødninger eller trang til å hoste.

7. Uønskede bivirkninger

Trykkmerker, nekroser, hudirritasjoner, granulasjonsvev, blødninger, trang til å hoste og svelgeproblemer.

NO

8. Innføring av kanylen

8.1 Klargjøre kanylen

1. Kontroller at pakningsinnholdet (**D**) er fullstendig.
2. Kanyler med trykkmansjett (**2**) kontrolleres for lekkasje ved test-inflasjon. Dette gjøres ved at trykkmansjetten blåses opp med et håndmanometer til et trykk på 50 cm H₂O (≈ 36,78 mm Hg) og observeres i ett minutt for å se om trykket i trykkmansjetten faller. Hvis den er tett skal all luft trekkes ut av trykkmansjetten med en sprøyte. Trykkmansjetten skal skyves opp mot skjoldet (**5**). Dette letter den senere innføringen av kanylen.

8.2 Klargjøre pasienten

- Pasienten bør være optimalt preoksygenert før kanylering eller rekanylering.
- Dersom det er mulig, skal pasientens hals strekkes lett bakover for å lette innføringen av kanylen.
- Dersom det oppstår komplikasjoner under kanylering eller rekanylering, bør det ha vært truffet sikkerhetstiltak (f.eks. spriketang, kanyler med mindre diameter) som gjør det mulig for legen å gjennomføre kunstig åndedrett via translaryngeal intubasjon eller via larynxmaske på kort varsel.

NO

8.3 Innføring av kanylen

Følgende trinn skal gjennomføres:

1. Før innføring skal innerkanylen fjernes og obturatoren (**8**) føres inn i ytterkanylen (**1**). Mens kanylen innføres, skal den holdes fast på skjoldet (**5**), og obturatoren trykkes ordentlig inn med tommelen i den øvre enden av ytterkanylen. For å gjøre innføringen lettere kan det smøres et tynt lag med et vannløselig glidemiddel på den delen av obturatoren som rager ut på pasientenden og på dette området av kanylen inklusive trykkmansjetten.
2. Når kanylen er ført inn i pasientens luftrør, skal obturatoren fjernes straks.
3. Deretter skal innerkanylen settes i. For å feste innerkanylen holder man fast skjoldet med fingertuppene og vrir innerkanylens konektor til lukningen låser, dvs. til de blå pilene og/eller markeringene står overfor hverandre (**C**).
4. Kanylbandet (**12**) skal festes på kanyleskjoldet (**5**) for å fikse kanylen.
5. Videre skal kanylens posisjon og funksjon (se kap. 6 Advarsler) kontrolleres. Trakea og kanylen skal ved behov avsuges omhyggelig for å garantere en fri luftvei.
6. For å gi kunstig åndedrett må det opprettes en forbindelse mellom den standardiserte 15 mm-konnektoren (**3**) på innerkanylen og åndedrettsapparatet.

Ved trykkanyler:

7. Trykkmansjetten skal fylles via kontrollballongen (2a). Da må man sikre at mansjetten ikke blir skadet under innføring. Mansjettrykket må individuelt tilpasses åndedretsbehandlingen, må kontrolleres regelmessig og bør som regel ligge mellom 20 cm H₂O (≈ 15 mm Hg) og 30 cm H₂O (≈ 22 mm Hg). Ved tilkobling av et håndmanometer oppstår det trykkfall i mansjetten. Denne effekten er sterkere for mindre størrelser.

8.4 Ta ut kanylen (se kap. 8.2)

Det må gjøres følgende forberedelser for å fjerne kanylen:

- bøy hodet litt bakover og
- ved kanyler med mansjett må trykkmansjetten avblokkes fullstendig (se kap. 8.5)

8.5 Avblokkere trykkmansjetten

NO For trykkmansjetten avblokkes, må det treffes tiltak slik at så lite sekret som mulig kommer inn i bronkiene. Under avblokkering skal sekret utsuges ved hjelp av et sugekateter som er skjøvet inn gjennom kanylen. Ved bruk av kanyler med subglottisk utsuging skal det subglottiske rommet utsuges i tillegg før avblokkering, se kap. 9.5.

For å avblokkere kobles sprøyten til kontrollballongen (2a). Fjern luft / eller kondens fullstendig. (Se kap. 5. Generelle forsiktighetstiltak)

Dersom trykkkanylen ikke kan avblokkes, kan følgende tiltak treffes:

- Ta ut innerkanylen. Sikre at fylleslange (2b) ikke fikk knekk, og avblokker mansjetten på nytt.
- Hvis den fremdeles ikke lar seg tømme: Klipp forsiktig i fylleslangen mellom 15 mm-konnektoren (3) og skjoldet/halsplaten (5).

9. Bruk

9.1 Utskifting av innerkanylene

Skulle det i innerkanylen hope seg opp seigt sekret som hindrer luftpassasjen og ikke lar seg fjerne ved suging, skal innerkanylen skiftes ut med en ny eller rengjort innerkanyle.

Drei innerkanylens 15-mm-konnektor mot urviserne for å ta ut kanylen. Når det er innført en ny innerkanyle i ytterkanylen, dreies innerkanylens 15 mm-konnektor med urviserne til lukningen låser, dvs. de blå pilene og/eller pregede markeringene står overfor hverandre (C).

Innerkanyler med riflelukning fungerer på lignende måte (C).

Når innerkanylen settes inn, må man passe på at mansjettens fylleslange (2b) ikke befinner seg mellom inner- og ytterkanylen, ellers kan slangen komme i klemt og bli skadet.

9.2 Fenestrerte trakeostomikanyler

Ikke-fenestrerte innerkanyler har hvite 15-mm-konnektorer og brukes blant annet til å gi kunstig åndedrett til pasienter.

For å tale settes en **fenestrert innerkanyle** (blå 15-mm-konnektor eller blå rifflukning) **inn i den fenestrerte ytterkanylen**. For trykkanyler kan man, når trykkmansjetten er avblokkert, sette på en taleventil på innerkanylen med 15 mm-konnektor. Følg bruksanvisningen for den respektive taleventilen.

OBS: Taleventiler må kun anvendes hos våkne pasienter som kan puste spontant selv. Pasientene må få opplæring av utdannet personale for å venne seg til taleventiler og overvåkes nøye. Det skal sikres at respirasjonen er tilstrekkelig. Før bruk skal mansjetten tømmes. Det skal ikke brukes taleventiler under søvn.

NO

OBS: Taleventiler må ikke brukes på pasienter med larynxstenose, stemmebåndslammelse, trakealstenose, luftveisblokkeringer, luftveisinfeksjoner eller sterk slimdannelse.

9.3 Hette for den fenestrerte kanylen for avvenning (Weaning)

Den fenestrerte innerkanylen kan lukkes ved å sette den vedliggende hetten (10) på 15 mm-konnektoren.

OBS: Under klargjøring av kanylen må det sikres at pasientens øvre luftveier er frie. Fjerning av obstruksjon i de øvre luftveiene skjer eventuelt gjennom hosting eller utsuging av eventuelt eksisterende sekret. Trykkmansjetten må avblokkeres. Når kanylen lukkes, må pasientens ånding og vitale livstegn overvåkes av en faglig kompetent person. Ved tegn på åndenød må hetten fjernes øyeblikkelig.

9.4 Holde fenestreringen åpen

Ved lengre bruk av kanylen må det kontrolleres med regelmessige mellomrom at fenestreringen ikke lukkes med sekret, skorper eller innvokset vev. Ved behov må kanylen skiftes ut.

9.5 Bruk av REF 306 og REF 888-306 med subglottisk sugekanal

Disse kanylene er utstyrt med en flat sugekanal (7) som er festet på ytterkanylens ytre bue og som ender med to åpninger umiddelbart ovenfor trykkmansjetten (2). En sugeslange (7b) er integrert i sugekanalene. Sugelangen er utstyrt med en hunn-luerkoplning (7a) i den ledige enden. Via denne kan en utsugning gjennomføres ved hjelp av en sprøyte. Som alternativ kan det brukes et sugeapparat som er beregnet på dette, med vakuumpregulator i kombinasjon med de vedlagte koplningene (11). Etter utsugningen må luerkoplningen (7a) lukkes.

OBS:

- Det må sikres at det ikke brukes et for høyt undertrykk over lengre tid når utsugningen foretas (- maks. 200 mbar).
- For å unngå uttørring av det subglottiske rommet anbefaler vi en intermitterende utsugning.

NO

- På grunn av sekret eller innsuging av slimhinnen i trakea, kan sugekanalene flyttes. Skulle det være planlagt en skylning av sugekanalene (f.eks. med en liten mengde av luft eller fysiologisk saltvannsløsning), må man passe på at trykkmansjetten er tilstrekkelig blokkert (fare for aspirasjon).
- Sugekanalene kan forårsake trykkmerker i området rundt trakeostomaet, eller at trakeostomaet blir urundet. I disse tilfellene må legen som utfører behandlingen avgjøre om denne typen kanyler fortsatt kan brukes.

10. Rengjøring, desinfeksjon og lagring

10.1 Rengjøring

Kanylen (1 + 3) må rengjøres før hver gjentatt bruk. Dette kan skje med lunkent vann av drikkevannskvalitet. For rengjøring anbefaler TRACOE medical bruk av rengjøringsproduktene som leveres av TRACOE. Etter rengjøringen må kanylene skylles grundig med vann av drikkevannskvalitet og lufttørkes. Ved rengjøring av ytterkanylen må man passe på at trykkmansjetten ikke tar skade.

OBS:

- Rengjøringen må ikke under noen omstendigheter utføres med aggressive husholdningsmidler, midler for rengjøring av tannproteser eller løsemidler som høyprosentig alkohol, da dette kan påvirke funksjonen negativt.
- Kanylene må ikke oppvarmes til temperaturer på over 65 °C, da produktenes sikkerhet deretter ikke lenger vil være sikret.

10.2 Desinfeksjon

Ved bruk av ikke egnet desinfeksjonsmiddel kan produktet ta skade. Etter desinfeksjon skal kanylene skylles grundig med sterilt vann og lufttørkes.

10.3 Lagring

Den rene kanylen skal lagres tørt.

11. Justeringer på produktet

Endringer på TRACOE produkter skal kun utføres av medarbeidere fra TRACOE medical GmbH, eller personer som er autorisert av denne.

12. Kassering

Produktene skal avfallsbehandles i overensstemmelse med gjeldende nasjonale bestemmelser om avfallsstoffer.

13. Retursendinger

Retursendinger av brukte produkter kan kun mottas etter avtale og dersom det er vedlagt et utfylt dekontaminasjonssertifikat. Denne blanketten kan du få enten hos TRACOE medical direkte, eller via nettsiden www.tracoe.com

NO

14. Generelle forretningsbetingelser

Salg, levering og retur av alle TRACOE produkter skjer utelukkende på grunnlag av gjeldende generelle forretningsbetingelser (GFB), som kan fås hos TRACOE medical GmbH, eller via nettsiden www.tracoe.com.

Használati útmutató

TRACOE *twist* tracheotómias kanülökhöz

UTASÍTÁS:

- Olvassa el figyelmesen a jelen használati útmutatót. A használati útmutató a termék részét képezi, és mindenkor rendelkezésre kell állnia. Az Ön és páciensei biztonsága érdekében ügyeljen a következő biztonsági előírások betartására.



- A szöveghez tartozó illusztrációkat keresse a jelen útmutató elején található ábrákat tartalmazó oldalakon (kinyitható). A zárójelben látható számok és betűk mutatják a vonatkozó ábrákat és a tracheotómias kanülök alkatrészeit. Az alkalmazott szimbólumok magyarázatát az 1-6. oldalakon találja.

1. Általános információk

FIGYELEM: A terméket csak orvosok és a páciensek ápolásával megbízott **betanított** személyek használhatják! A méret és típus meghatározását a kezelőorvosnak kell végeznie.

HU

Rendeltetés: A jelen orvosi termék esetében egy tracheotómias kanülről van szó.

Működés leírása: A tracheotómias kanül biztosítja a levegő áramlását a tracheostomán keresztül.

- A zárt mandzsetta elkülöníti a felső légutakat az alsótól, oly módon, hogy a levegő sem a tüdőből nem juthat a szájba és az orrba, sem fordítva. A páciens így **csak** a kanülon keresztül tud lélegezni. A mandzsetta zárásához a mandzsettát a töltőcsövön keresztül levegővel kell feltölteni, és a trachea, valamint a kanül külső fala közti tömítésre szolgál. Ez a tömítés a lélegeztetőgéppel való hatékonyabb lélegeztetést teszi lehetővé, és egyidejűleg megakadályozza, hogy az alsó légutakba a szubglottikus térből váladék kerüljön.
- A fenesztrált kanülök lehetővé teszik, hogy a beszédhez szükséges levegő egy része a fenesztráción keresztül a felső légutakba jusson. Emellett a felső légutak légzési ellenállását is csökkentik.
- A működés további részleteire a folytatásban térünk ki.

A tracheotómias kanülök maximális használati ideje:

29 nap az első felhasználástól számítva (ld. 5. fejezet Általános óvintézkedések). Ez a maximális használati idő kiterjed azokra az

időszakokra is, amikor a tracheotómiás kanülök, ill. belső kanülök nincsenek használatban.

Egy betegnél használatos termék: A használati időn belül megengedett a többszöri felhasználás egy és ugyanazon beteg esetében.

Terméktájékoztató: A termékhez két lehúzható címkével ellátott terméktájékoztató tartozik. A címkék termékspecifikus adatokat tartalmaznak. A tájékoztatót külön tárolja, mert megkönnyíti többek között a későbbi megrendelést is. A lehúzható címke felragasztható pl. a beteg kórlapjára.

2. Általános leírás

A termék részei: egy külső kanül (1) mandzsettával (2), illetve mandzsetta nélkül, és egy cserélhető belső kanül 15 mm-es konnektorral (3), melyet recézett zárszerkezettel lehet rögzíteni.

Az (1)-es és a (3)-as darabokat bajonettzárral lehet összekapcsolni, ill. szétválasztani (C).

A mandzsettát a töltőtömlőn (2b) keresztül lehet levegővel megtölteni, ill. kiüríteni.

A külső kanül röntgensugárzást át nem bocsátó poliuretánból készült, és egy 2 tengely körül billenthető pajzsra (nyaklemez) (5) van erősítve (kardán felfüggesztés).

A perforált obturátor (6) 6-10-es méret esetén kanüláláskor Seldinger-drót ($\varnothing 1,27 \pm 0,04$ mm) használatát teszi lehetővé.

3. Indikációk

A termékek olyan páciensek esetén alkalmazhatók, akiknél a légutak hozzáférésehez tracheostomára van szükség.

- A mandzsetta nélküli kanülök leginkább spontán légzésű páciensek számára alkalmasak, akik kanül használatára szorulnak.
- A mandzsettás kanülök olyan páciensek esetén alkalmazhatók, akiknél a légutak hozzáférésehez a légcső elszigetelése melletti tracheostomára van szükség.
- A feneztrált kanülök megkönnyítik a beszédet a gégefővel rendelkező páciensek esetén.
- Az elszívó csatornával felszerelt kanülök olyan betegeknél használatosak, akiknél a leszívás a szubglottikus térből indokolt.
- A REF 305-ös kanül különösen olyan páciensek számára alkalmas, akik gégeeltávolítást követően vannak kanül használatára utalva.

HU

4. Ellenjavallatok

4.1 Abszolút ellenjavallatok

- Zárósapkát/beszédszelepeket gégeeltávolításon átesett (gégefővel nem rendelkező) pácienseknél ne használjon – Fulladásveszély!

4.2 Relatív ellenjavallatok

Relatív ellenjavallatoknak, melyek esetén az eljárás alkalmazását mérlegelni kell, az alábbiak számítanak:

- Gyermekgyógyászati alkalmazás.
- Szokatlanul mélyen fekvő légcső, pl. kövérség esetén, amennyiben szükséges, használjon hosszabb kanült.

5. Általános óvintézkedések

- Rendkívül ajánlatos a páciens ágya mellett bármikor használható pótkanült és több belső pótkanült készenlétben tartani. Ezeket tiszta, száraz állapotban kell tárolni.
- Minden használat, ill. a kanül bevezetése előtt annak sértetlenségét és kifogástalan működését ellenőrizni kell, mint pl. szabad nyílás, a mandzsetta tömitése, a belső kanül külső kanülhöz való kifogástalan és stabil illeszkedése, sehol nem hajlik-e meg, a kanülok és a pajzsok csatlakozásai stabilak stb. A mandzsetta anyaga nem lehet töredezett. Sérülés esetén a terméket ki kell cserélni.
- A légcsőkanültre nem szabad erőt kifejteni, különben sérülés veszélye áll fenn (pl. törésveszély). A 15 mm-es konnektor nagyon erős csatlakozása esetén csak a légcsőkanülokhoz engedélyezett szétválasztó segédeszközt (Disconnect Wedge) szabad használni.
- A 15 mm-es konnektort **(3)** tisztán és szárazon kell tartani.
- A belső kanül cseréjekor mindig ügyelni kell arra, hogy a mandzsetta töltőtömlője **(2b)** ne kerüljön a külső és a belső kanül közé, különben beszorul és sérülhet.
- A páciens áthelyezésekor ügyelni kell arra, hogy a páciens ne fektessék a kontrollballonra **(2a)**. Ez a mandzsetta nyomásának hirtelen növekedéséhez vezet, ami a trachea sérülését okozhatja.
- A mechanikus lélegeztetés közbeni gyakori helyzetváltoztatások vagy a kanülon végzett változtatásoknál adott esetben a belső kanül kivehető a külső kanülből.
- Magas lélegeztetési nyomáskor egyes esetekben a belső kanül és a külső kanül között szivárgás léphet fel.
- Légcsőkanül használatakor a nyakbőrön horzsolások, nekrosis és bőrirritációk (pl. nedvesség) keletkezhetnek. Ennek megelőzésére azt ajánljuk, hogy tegyen kötést a pajzs alá.
- Az anyag károsodásának megelőzése érdekében a mandzsetta ne érintkezzen lidokaintartalmú aeroszollokkal vagy krémekkel.

- A mandzsetta nyomásának ellenőrzése idején a mandzsetta töltőrendszerének minden alkotórészét lazán, ill. törésmentesen kell elhelyezni. Egyéb esetben előfordulhat, hogy a kézi nyomásmérő rossz értéket mutat.
- A vékony mandzsetták bizonyos mértékű vízpára-áteresztő képességgel rendelkeznek. Ezért előfordulhat, hogy a mandzsettában kondenzvíz gyűlik össze. Csekély mértékű vízgőz keletkezése esetén ennek nincs jelentősége. Ha azonban nagyobb mennyiség esetén víz gyűlik fel a töltőtömlőben, a mandzsettanyomás nem mérhető, és nem állítható be megfelelően, vagyis a kanült ki kell cserélni. A kanül eltávolítása esetén a mandzsettában található levegőt, ill. vizet fecskendő segítségével haladéktalanul el kell távolítani.
- Más orvostechikai eszközökkel történő egyidejű használat esetén figyelembe kell venni azok használati utasításait. Kétség esetén lépjen kapcsolatba a mindenkori gyártóval.

6. Figyelmeztetések

- A steril csomagolás sérülése esetén tilos felhasználni.
- Lélegeztetéshez soha ne használjon fenesztrált belső kanült.
- A zárósapkát csak fenesztrált kanülökkel (külső + belső kanül) és kioldott mandzsettával használja.
- Alvás idején tilos beszédszelepet használni.
- Lézeres vagy elektrosebészeti készülékekkel való kezeléseknél ügyelni kell a légcsőkanül megfelelő távolságára. Égésveszély áll fenn, mérgező gázok képződhetnek, és a kanül károsodhat.
- A kanült úgy kell kiválasztani, hogy a fenesztráció (amennyiben van) a sztómától megfelelő távolságra helyezkedjen el. Ennek figyelmen kívül hagyása esetén lélegeztetett betegnél fennáll a tüdőtágulás veszélye, sarjszövet képződése, továbbá beszédszelep, ill. zárósapka használatakor a légzésellenállás megnövekedhet.
- Fenesztrált kanül használatakor fokozott sarjszövet-képződés következhet be.
- A mandzsetta nyomása megváltozhat többek között magasságváltozások (pl. egy repülőgépből), nevetőgáz aneszteziológiai alkalmazása és kézi manométer fel- vagy lecsatlakoztatása következtében.
- A mandzsetta túl magas nyomása esetén fennáll a tartós légcsőkárosodás veszélye.
- A mandzsetta túl magas nyomása esetén mandzsettásérvek keletkezhetnek.
- A mandzsetta túl alacsony nyomása esetén aspirációs veszély fenyeget.
- Luer-csatlakozóhéüvelyek (pl. **2a + 7a**) használatakor ne keverje össze azokat.

- A kanülök bevezetésekor és kivételekor irritációk, köhögési inger vagy vérzés léphet fel.

7. Nem kívánatos mellékhatások

Horzsolások, nekrozis, bőrirritáció, sarjszövet, köhögési inger, nyelési zavarok és vérzések.

8. A kanül bevezetése

8.1 A kanül előkészítése

1. A csomag tartalmának (D) ellenőrzése.
2. Mandzsettás kanüloknél (2) szívágás ellenőrzése tesztelfújással. Ehhez a mandzsettát egy kézi nyomásmérővel 50 cm H₂O nyomásra (≈ 36,78 mm Hg) fújja fel, és 1 percig figyelje, hogy ereszt-e a mandzsetta. Tömítettség esetén fecskendővel az összes levegőt el kell távolítani a mandzsettából. A mandzsettát a pajzs (5) irányába fel kell hajtani. Ez megkönnyíti a kanül későbbi bevezetését.

8.2 A beteg előkészítése

HU

- A kanül felhelyezése, ill. a kanül-visszahelyezés előtt gondoskodni kell a páciens optimális preoxigenizációjáról.
- Ha lehetséges, kissé döntse hátra a páciens fejét, hogy megkönnyítse a kanül bevezetését.
- Amennyiben a kanül felhelyezése, ill. a kanül visszahelyezése során komplikációk adódnának, biztonsági óvintézkedéseket kell tenni (pl. tracheatágító, kisebb átmérőjű kanül), melyek az orvos számára gyorsan lehetővé teszik a lélegeztetést transzlaringeális intubáció, ill. laringeális maszk segítségével.

8.3 A kanül bevezetése

A következő lépéseket kell elvégezni:

1. Bevezetés előtt a belső kanült el kell távolítani, az obturátort (8) pedig be kell vezetni a külső kanülbe (1). Bevezetésekor a kanült a pajzson (5) kell tartani, az obturátort pedig a hüvelykujj segítségével alaposan bele kell nyomni a külső kanül felső végébe. Ez könnyen elkerülhető azzal, hogy a kanült és az obturátort egy kézzel egyszerre tartja. A bevezetés megkönnyítésére egy vékony réteg vízben oldódó síkosító anyagot fel lehet vinni az obturátor kiemelkedő részére a betegnél lévő végén és a kanül területére, beleértve a mandzsettát is.
2. Az obturátort azonnal el kell távolítani, miután a kanült bevezette a páciens légcsövébe.
3. Ezt követően a belső kanült kell használni. A belső kanül rögzítéséhez ujjvégeivel tartsa szilárdan a pajzst, majd a belső kanül konnektorát addig fordítsa el, amíg a zár be nem pattan a helyére, azaz amíg a kék nyílak és/vagy jelzések egymás fölött nem állnak (C).

4. A kanül rögzítéséhez a kanülrögzítőt (12) a kanülpajzsra (5) kell erősíteni.

5. A továbbiakban ellenőrizze a kanül helyzetét és működését (lásd 6. fejezet Figyelmeztetések). A tracheát és a kanült szükség esetén gondosan le kell szívni, ezzel biztosítva, hogy szabadok legyenek a légutak.

6. A lélegeztetéshez meg kell teremteni a kapcsolatot a belső kanül szabványosított 15 mm-es konnektora (3) és a lélegeztetőgép között.

Mandzsettás kanül esetén:

7. A mandzsettát az ellenőrzőballonon (2a) keresztül kell feltölteni. Ennek során a mandzsetta nyomását ellenőrizni kell, ezzel bizonyosodva meg arról, hogy a mandzsetta a bevezetésekor nem sérült meg. A mandzsetta nyomását egyedileg, a lélegeztetéssel összhangban kell beállítani, rendszeresen ellenőrizni kell, és jellemzően 20 cm H₂O (≈ 15 mm Hg) és 30 cm H₂O (≈ 22 mm Hg) között kell lennie.

Kézi nyomásmérő csatlakoztatásakor a mandzsettában nyomásesés következik be. Ez a hatás kisebb méretek esetén erősebben jelentkezik.

HU

8.4 A kanül kivétele (lásd 8.2 fejezet)

A kanülok kivételéhez az alábbi előkészületek szükségesek:

- a fejet kissé döntse hátra, és
- mandzsettás kanül esetén a mandzsettát teljesen oldja ki (ld. 8.5 fejezet)

8.5 A mandzsetta kioldása

A mandzsetta kioldása előtt óvintézkedéseket kell tenni, hogy minél kevesebb váladék kerüljön a hörgőkbe. Kioldás alatt a váladékot egy kanülon át bevezetett leszívó katéter segítségével le kell szívni. Szubglottikus leszívóval ellátott kanülok használata esetén kioldás előtt a szubglottikus teret külön is le kell szívni (lásd 9.5 fejezet).

A kioldáshoz csatlakoztasson fecskendőt a kontrollballonhoz (2a). Teljes egészében távolítsa el a levegőt/adott esetben kondenzvizet. (Ld. 5. fejezet Általános óvintézkedések)

Amennyiben a mandzsettát nem lehet kioldani, az alábbi intézkedések hozhatók meg:

- Távolítsa el a belső kanült. Győződjön meg róla, hogy a töltőtömlő (2b) nem tört-e meg, és a mandzsettát ismételten oldja ki.
- Ha a kiürítés még mindig nem lehetséges: a töltőtömlőt óvatosan vágja át a 15 mm-es konnektor (3) a pajzs/nyaklemez (5) között.

9. Kezelés

9.1 Belső kanül cseréje

Amennyiben a belső kanülben a levegő átjutását akadályozó nyúlós váladék gyülemlik fel, amelyet nem lehet leszívni, úgy a belső kanült új, ill. megtisztított belső kanültre kell kicserélni.

A kanül kivételéhez a belső kanül 15 mm-es konnektorát az óra járásával ellentétes irányban kell elforgatni **(C)**.

Új belső kanülnak a külső kanülbe történő bevezetése után a belső kanül 15 mm-es konnektorát az óra járásával megegyező irányba addig forgassa, amíg a zár be nem pattan a helyére, azaz amíg a kék nyilak és/vagy jelzések egymás fölé nem állnak **(C)**.

A recézett zárszerkezettel ellátott belső kanülok működésmódja hasonló.

A belső kanül használatakor meg kell győződni arról, hogy a mandzetta töltőtömlője **(2b)** nem a belső és a külső kanül között helyezkedik-e el, különben a tömlő becsípődhet és megsérülhet.

HU

9.2 Fenesztrált tracheotómiás kanülok

A nem fenesztrált belső kanülok fehér 15 mm-es konnektorokkal rendelkeznek, és többek között a beteg lélegeztetésekor használatosak.

Beszédhez helyezzen **fenesztrált belső kanült** (kék 15 mm-es konnektor vagy kék recézett zárszerkezet) **a fenesztrált külső kanülbe**. Mandzsettás kanülok esetén a mandzetta kioldása után a 15 mm-es konnektorral ellátott belső kanültre beszédszelep helyezhető. A mindenkori beszédszelep használati utasításait figyelembe kell venni.

FIGYELEM: Beszédszelepet csak olyan éber páciensnél szabad használni, aki spontán tud lélegezni. Ahhoz, hogy a páciensek megszokják a beszédszelepet-est, iskolázott személyzetnek kell bevezetnie őket annak használatába, továbbá lelkiismeretesen kell ellenőrizni őket; meg kell győződni a kielégítő légzésről.

Használat előtt a mandzsettát ki kell oldani. Alvás idején a beszédszelep használata tilos.

FIGYELEM: Tilos beszédszelepet használni olyan páciensnél, akinek larynxstenosisa, hangszálbénulása, súlyos légcsőszűkülete, légútelzáródása van, légútrajai megfertőződtek, vagy erős nyákszekréciót mutat.

9.3 A fenesztrált kanül elzárása leszoktatáshoz (Weaning)

A fenesztrált belső kanülok elzárhatók a mellékelt zárósapka (10) 15 mm-es konnektorra történő felhelyezésével.

FIGYELEM: A kanül előkészítéséhez mindig biztosítani kell, hogy a beteg felső légutai szabadok legyenek. A felső légutak szabaddá tétele adott esetben az ott található váladék kiköthögésével vagy leszívásával történik. A mandzsetta kioldható. A kanül lezárása közben a beteg légzését és életjeleit képzett szakembernek kell felügyelnie. Ha légszomj jelei észlelhetők, a zárósapkát azonnal el kell távolítani.

9.4 A fenesztráció nyitott állapotban tartása

A kanül hosszabb használata esetén rendszeres időközönként meg kell bizonyosodni róla, hogy a fenesztráció nem dugult el váladék, varmaradványok vagy benövő szövet miatt. Adott esetben a kanült ki kell cserélni.

9.5 REF 306, REF 888-306 alkalmazása szubglottikus elszívó csatornával

Ezek a kanülok a külső kanül külső ívén található lapos elszívó csatornával (7) rendelkeznek, mely két nyílással közvetlenül a mandzsetta (2) felett ér véget. A leszívó cső (7b) be van építve az elszívó csatornába. A leszívó cső Luer-csatlakozóhüvellyel (7a) van ellátva a szabad végén, melyen keresztül egy fecskendő segítségével megtörténhet a leszívás. Alternatív megoldásként a mellékelt csatlakozók (11) segítségével egy erre szolgáló vákuumszabályozós leszívó készülék is használható. A leszívást követően a Luer-csatlakozóhüvelyt (7a) le kell zárni.

HU

FIGYELEM:

- A leszíváskor bizonyosodjon meg róla, hogy nem áll fenn hosszabb időn keresztül nyomáshiány (- max. 200 mbar).
- A szubglottikus tér kiszáradásának elkerülése érdekében kihagyásos leszívást javasolunk.
- A leszívó cső váladék vagy a légcső-nyálkahártyára való rátapadás következtében eldugulhat. Amennyiben a leszívó cső átöblítését tervezi (pl. kis mennyiségű levegővel vagy fiziológiás sóoldattal), ügyeljen arra, hogy a mandzsetta megfelelő mértékben blokkolva legyen (aspirációs veszély).
- A leszívó cső miatt előfordulhat, hogy a tracheostoma területén horzsolások keletkeznek, ill. hogy a tracheostoma deformálódik. Ezekben az esetekben a kezelőorvos dönti el, hogy használható-e tovább ez a kanültípus.

10. Tisztítás, fertőtlenítés és tárolás

10.1 Tisztítás

A kanült (1 + 3) minden ismételt használat előtt meg kell tisztítani. Ez történhet langyos ivóvízminőségű vízzel. A TRACOE medical a tisztításhoz a TRACOE által kínált tisztítószer használatát javasolja. A tisztítást követően a kanült ivóvízminőségű vízzel át kell mosni, és levegőn meg kell szárítani. A külső kanülok tisztításakor ügyelni kell arra, hogy a mandzsetta ne sérüljön meg.

FIGYELEM:

- A tisztítást tilos agresszív háztartási szerrel, protézis tisztítására szolgáló szerrel vagy oldószerrel, így például magas százalékarányú alkohollal végezni, mivel azok a termék működését károsan befolyásolhatják.
- A kanülok nem melegíthetők fel 65 °C fölé, mivel ekkor már nem garantálható a termékek biztonsága.

10.2 Fertőtlenítés

HU Nem megfelelő fertőtlenítő szerek használata mellett a termék károsodhat. Fertőtlenítés után a kanült steril vízzel át kell mosni, és levegőn meg kell szárítani.

10.3 Tárolás

A tiszta kanült száraz helyen kell tárolni.

11. Termékmódosítás

A TRACOE termékeken csak a TRACOE medical GmbH munkatársa vagy megbízottja hajthat végre módosítást.

12. Ártalmatlanítás

A termékek ártalmatlanítása csak a hulladékokra vonatkozó hatályos nemzeti előírásoknak megfelelően végezhető.

13. Visszaküldés

Használt termékeket csak egyeztetést követően veszünk át, amennyiben a kitöltött dokumentációs tanúsítványt mellékeltek. A nyomtatvány beszerezhető közvetlenül a TRACOE medical-tól, vagy letölthető a honlapunkról: www.tracoe.com

14. Általános Szerződési Feltételek

A TRACOE termékek értékesítése, szállítása és visszavétele kizárólag az érvényben lévő Általános Szerződési Feltételek (ÁSZF) alapján történik, amely beszerezhető a TRACOE medical GmbH vállalattól vagy letölthető a www.tracoe.com honlapról.

Bruksanvisning för TRACOE *twist* trakealkanyler

INFORMATION:

- Läs igenom bruksanvisningen noggrant. Bruksanvisningen är en del av den beskrivna produkten och måste alltid finnas lätt tillgänglig. Observera följande säkerhetsanvisningar för patientens säkerhet och för din egen.



- Bilderna som hör till texten hittar du på de utveckbara bildsidorna som finns i början av bruksanvisningen. Siffror och bokstäver inom parentes hänvisar till respektive bilder och trakealkanylernas produktkomponenter. Symbolerna som används förklaras på sidorna 1–6.

1. Allmän information

OBSERVERA: Produkten får bara användas av läkare och utbildade och vårdvana personer! Lämplig storlek och typ på kanyl för respektive patient avgörs av behandlande läkare.

Avsedd användning: Den här medicintekniska produkten är en trakealkanyl.

SV

Funktionsbeskrivning: Trakealkanylen säkerställer en fri väg för andningsluften genom trakeostomat.

- Den fyllda kuffen separerar de övre luftvägarna från de nedre så att luften varken kan strömma ur lungan in i mun och näsa eller i den andra riktningen. Därmed kan patienten **enbart** andas genom kanylen. Kuffen fylls med luft via en påfyllningsslang för att åstadkomma en tätning mellan trakea och kanylens yttervägg. Den här tätningen tillåter en effektiv tillförsel av luft med hjälp av respirator och förhindrar samtidigt slem från det subglottiska utrymmet att nå de nedre luftvägarna.
- Fenestrerade kanyler möjliggör att en del av luften som behövs för att kunna tala kan nå de övre luftvägarna genom fenestreringen. Dessutom reduceras andningsmotståndet i de övre luftvägarna.
- Ytterligare funktionsbeskrivningar finns i följetexten.

Maximal användningstid för trakealkanylen:

29 dagar från första användningen, från och med första gången kanylen används (se kap. 5 Allmänna försiktighetsåtgärder). Denna

maximala användningstid omfattar också den tid då trakealkanylen resp. innerkanyler inte används.

Produkten är avsedd för användning på en patient: Inom den maximala användningstiden är flergångsanvändning hos en och samma patient tillåten.

Produktpass: Till produkten medföljer ett produktpass med två avdragbara etiketter. På dessa etiketter finns produktspecifik information. Passet ska förvaras separat för att bland annat underlätta vid nybeställning. Den avdragbara etiketten kan t.ex. fästas på patientjournalen.

2. Allmän beskrivning

Produkten består av en ytterkanyl (1) med kuff (2) resp. utan kuff och inuti ytterkanylen finns en utbytbar innerkanyl med en 15 mm-konnektor (3), resp. med räfflad förslutning. (1) och (3) kan sammankopplas eller lossas med en vridbar förslutning (C).

Kuffen fylls med resp. töms på luft med hjälp av påfyllnings-slangen (2b).

SV

Ytterkanylen består av röntgentät polyuretan och är fäst (kardanupphängning) på en sköld som är svängbar runt 2 axlar (halsplatta) (5).

Den perforerade obturatoren (6) gör det för storlekarna 06 - 10 möjligt att använda en seldingertråd ($\varnothing 1,27 \pm 0,04$ mm) vid kanyleringen.

3. Indikationer

Produkterna är avsedda för patienter där tillgång till luftvägarna genom ett trakeostoma med tätning av luftrören är nödvändig.

- Kanyler utan kuff lämpar sig särskilt för patienter som andas spontant och är hänvisade till att använda en kanyl.
- Kanyler med kuff är avsedda för patienter där tillgång till luftvägarna genom ett trakeostoma med tätning av luftrören är nödvändig.
- De fenestrerade kanylerna med kuff underlättar för patienter med bibehållet struphuvud att kunna tala.
- Kanylerna med sugkanal används på patienter där det är nödvändigt att utföra rengöring av det subglottiska utrymmet.
- Kanylen REF 305 är särskilt lämplig för patienter som är hänvisade till att använda en kanyl efter en laryngektomi.

4. Kontraindikationer

4.1 Absoluta kontraindikationer

- Lock/talventil får inte användas på laryngektomerade patienter (som saknar struphuvud) eftersom det innebär kvävningsrisk!

4.2 Relativa kontraindikationer

Till relativa kontraindikationer, det vill säga där risken vid förfarandet måste avvägas mot dess nytta för patienten, räknas:

- pediatrik användning.
- använd vid behov längre kanyl vid ovanligt djupliggande luft-rör, t.ex. vid fetma.

5. Allmänna försiktighetsåtgärder

- Vi rekommenderar starkt att det alltid finns en bruksklar reservkanyl och flera innerkanyler tillgängliga som reserv vid patientens säng. Dessa ska alltid förvaras i rengjort och torrt tillstånd.

- Vid varje användning resp. införing av en kanyl måste kanylen kontrolleras så att den är intakt och fungerar felfritt, dvs. att lumen är fritt, kuffen är tät, innerkanylen passar felfritt och stabilt i ytterkanylen, att det inte finns några knickar, att det är en stabil förbindelse mellan kanyl och sköld etc. Materialet i kuffen får dessutom inte vara sprött. Om produkten är skadad måste den bytas ut mot en ny felfri.

- Trakealkanyler får inte hanteras hårdhänt eller utsättas för våld. Det finns risk att de skadas (t.ex. brottskador). Vid anslutningar som sitter fast på 15 mm-konnektorn ska alltid en avtagningshjälp som är godkänd för trakealkanyler användas, till exempel Disconnect Wedge.

- 15 mm-konnektorn (**3**) ska alltid hållas ren och torr.

- Vid byte av innerkanyl är det viktigt att alltid se till att kuffens påfyllningsslang (**2b**) inte befinner sig mellan innerkanylen och ytterkanylen eftersom den då kan bli klämd och skadas.

- När patienten flyttas eller vänds måste man även vara noga med att se till så att patienten inte hamnar och blir liggande på kontrollblåsan (**2a**). Det leder till en stark ökning av trycket i kuffen och kan skada trakea.

- Under konstgjord andning med respirator kan innerkanylen eventuellt lossna från ytterkanylen om det ofta sker ändringar av patientens läge eller kanylens läge.

- Vid höga andningstryck kan det i vissa fall uppstå ett läckage mellan innerkanylen och ytterkanylen.

- Vid användning av trakealkanyler kan det uppstå tryckställen, nekroser på halshuden och hudirritationer (t.ex. av fukt). För att undvika detta rekommenderar vi att en kompress läggs under skölden.

- För att undvika skador på materialet får kuffen inte komma i beröring med aerosoler eller salvor som innehåller lidocain.

- Alla kuffsystemets beståndsdelar måste vara inlagrade löst resp. utan veck. Annars är det möjligt att handmanometern visar ett felaktigt tryck.

SV

- Tunna kuffar har en viss genomsläpplighet för vattenånga. Därför kan det förekomma att kondensvatten samlas i kuffen. Detta är oviktigt om det rör sig om små mängder. Vid större mängder kan vatten felaktigt sugas in i påfyllningsslangen. Då kan kufftrycket inte längre mätas och ställas in, vilket innebär att kanylen måste bytas ut. Innan kanylen avlägsnas måste kuffen tömmas så fullständigt som möjligt på luft respektive vatten med hjälp av en injektionsspruta.
- Vid kombinerad användning med ytterligare medicintekniska produkter måste deras bruksanvisningar följas. Kontakta respektive tillverkare om du är osäker.

6. Varningar

- Använd inte produkten om sterilförpackningen är skadad.
- Använd aldrig fenestrerade kanyler för konstgjord andning.
- Locket får enbart användas tillsammans med fenestrerade kanyler (ytterkanyl + innerkanyl) och tömd kuff.
- Inga talventiler får användas under sömn.
- Vid behandlingar med laser eller elektrokirurgiska enheter (diatermi) är det viktigt att se till att det finns ett tillräckligt stort avstånd till trakealkanylen. Det finns annars risk för brand, giftiga gaser kan bildas och kanylen kan skadas.
- Kanylen ska väljas så att fenestreringen (om sådan finns) är placerad på tillräckligt stort avstånd från stomakanalen. Annars finns det risk för emfysem hos patienter som andas med respirator samt bildande av granulotionsvävnad eller förhöjt andningsmotstånd vid användning av talventiler eller lock.
- Om fenestrerade kanyler används kan en ökad bildning av granulotionsvävnad uppträda.
- Kufftrycket kan ändras bland annat på grund av förändringar i höjd över havet (t.ex. i flygplan), vid användning av lustgas i samband med anestesi samt vid inkoppling respektive urkoppling av en handmanometer.
- Vid för högt kufftryck finns risk för permanent skada på luftrören.
- Vid för högt kufftryck kan kuffbråck uppstå.
- Vid för lågt kufftryck finns risk för aspiration.
- Om Luer-anlutningar används (t.ex. **2a + 7a**) måste förväxlingar undvikas.
- Vid införing och uttagning av kanylen kan irritationer, hostretning och blödningar uppträda.

7. Önskade effekter

Tryckställen, nekroser, hudirritationer, granulotionsvävnad, hostretning, störd sväljning och blödningar.

8. Införing av kanylen

8.1 Förbereda kanylen

1. Kontrollera att innehållet i förpackningen är komplett (**D**).
2. På kanyler med kuff (**2**) kontrolleras denna avseende eventuellt läckage med hjälp av en testfyllning. För att göra detta blåser du upp kuffen med en handmanometer till ett tryck på 50 cm H₂O (≈ 36,78 mm Hg) och observerar den under 1 minut för att se om kuffen sjunker ihop eller håller sig utspänd. Om den är tät avlägsnas därefter all luft ur kuffen med hjälp av en injektionsspruta. Dra kuffen uppåt i riktning mot skölden (**5**). Det underlättar efterföljande införing av kanylen.

8.2 Förbereda patienten

- Före kanylering respektive rekanylering ska patienten vara optimalt preoxygenerad.
- Sträck ut patientens hals lätt i den mån det är möjligt för att underlätta införing av kanylen.
- Säkerhetsåtgärder (t.ex. trakealdilatator, kanyler med liten diameter) bör vidtas som möjliggör för läkaren att snabbt kunna genomföra en konstgjord andning via translaryngeal intubation resp. via *larynx*mask i det fall det skulle uppstå komplikationer vid kanylering eller rekanylering.

SV

8.3 Föra in kanylen

Följande steg måste utföras:

1. Före införandet ska innerkanylen avlägsnas och obturatorn (**8**) föras in i ytterkanylen (**1**). Vid införing ska man hålla fast kanylen på skölden (**5**) och trycka in obturatorn ordentligt med tummen i den övre änden av den yttre kanylen. För att underlätta införingen kan ett tunt skikt av vattenlösligt glidmedel appliceras på den utstickande delen av obturatorns patientända samt på detta område av kanylen inklusive kuffen.
2. Efter införingen av kanylen i patientens luftrör ska obturatorn genast avlägsnas.
3. Därefter ska innerkanylen sättas in. För att fästa innerkanylen håller man fast skölden med fingertopparna och vider innerkanylens konnektor tills förslutningen låser, d.v.s. tills de blå pilarna och/eller markeringarna står ovanför varandra (**C**).
4. Kanylbandet (**12**) ska fästas på kanylskölden (**5**) för att fixera kanylen.
5. Vidare ska kanylens läge och funktion (se kap. 6 varningar) kontrolleras. Trakea och kanylen ska vid behov noggrant sugas rena för att garantera en fri andningsväg.
6. För konstgjord andning ska en förbindelse skapas mellan den normerade 15 mm-konnektorn (**3**) på innerkanylen och respiratorn.

Om kanylen är kuffad:

7. Kuffen fylls via kontrollblåsan (2a). Då ska man kontrollera att kuffen inte skadats vid införandet. Ställ in kufftrycket individuellt efter den typ av behandling för konstgjord andning som väljs. Kufftrycket ska kontrolleras regelbundet och ligger i typfallet på mellan 20 cm H₂O (≈ 15 mm Hg) och 30 cm H₂O (≈ 22 mm Hg). Vid anslutning av en handmanometer uppstår ett tryckfall i kuffen. Denna effekt är starkare för mindre storlekar.

8.4 Avlägsna kanylen (se kap. 8.2)

Följande förberedelser krävs för att ta ut kanylen:

- luta patientens huvud lätt bakåt
- töm kuffen fullständigt om kanylen är kuffad (se avsnitt 8.5).

8.5 Urkuffning

Före urkuffning måste följande åtgärder vidtas för att så lite slem som möjligt ska hamna i bronkerna. Under urkuffningen ska slemmet sugas upp med hjälp av en sugkateter som skjuts in i kanylen. För kanyler med subglottisk utsugning bör dessutom det subglottiska utrymmet sugas rent före urkuffningen, se kap. 9.5.

SV

Anslut en spruta till kontrollblåsan (2a) för att tömma kuffen. Avlägsna luft och eventuellt kondensvatten fullständigt. (Se kap. 5 Allmänna försiktighetsåtgärder)

Om kuffen inte kan tömmas kan man vidta följande åtgärder:

- Avlägsna innerkanylen. Se till att påfyllningsslangen (2b) inte vikts och töm kuffen helt igen.
- Om det fortfarande inte går att tömma. Skär försiktigt hål på påfyllningsslangen mellan 15 mm-konnektorn (3) och skölden/halsplattan (5).

9. Handhavande

9.1 Byta innerkanyl

Om det samlas segt sekret i innerkanylen som inte kan sugas ut och som därmed förhindrar luftgenomströmningen, måste innerkanylen bytas ut mot en ny eller mot en rengjord kanyl.

För att ta ur kanylen ska man vrida innerkanylens 15 mm-konnektor moturs (C).

Efter att man fört in en ny innerkanyl i ytterkanylen vrider man innerkanylens 15 mm-konnektor medurs tills förslutningen låser, d.v.s. de blå pilarna och/eller präglade markeringarna står ovanförvarandra (C).

Funktionssättet för innerkanyler med räfflad fröslutning är liknande. När man sätter i innerkanylen ska man se till att kuffens påfyllnings-slang (2b) inte befinner sig mellan inner- och ytterkanylen, annars kan slangen klämmas och skadas.

9.2 Fenestrerade trakealkanyler

Ofenestrerade innerkanyler har vita 15 mm-konnektorer och används bl.a. på patienter som får konstgjord andning.

För att patienten ska kunna tala används en **fenestrerad innerkanyl** (blå 15 mm-konnektor eller blå räfflad fröslutning) i en **fenestrerad ytterkanyl**. För kuffade kanyler kan man när kanylen är urkuffad sätta en talventil på innerkanylen med 15 mm-konnektor. Observera bruksanvisningen för den talventil som används.

OBS: Talventiler får endast användas på vakna patienter, som kan andas själv. Patienterna måste undervisas av utbildad personal för att vänja sig vid talventiler och noggrant övervakas; man ska säkerställa att andningen är tillräcklig.

Före användning ska kuffen tömmas. Under sömn får inga talventiler användas.

SV

OBS: Talventiler får inte användas på patienter med struphuvudförträngning, stämbandsförlamning, svår luftstrupsförträngning, andningsvägsobstruktioner, luftvägsinfektioner eller stark slembildning.

9.3 Lock på den fenestrerade kanylen för avvänjning (weaning)

Genom att sätta på det medföljande locket (10) på 15 mm-konnektorn kan du stänga till den fenestrerade innerkanylen.

OBS: När du förbereder kanylen måste du säkerställa att patientens övre luftvägar är fria. För att säkerställa fria luftvägar måste du avlägsna eventuellt sekret i patientens övre luftvägar genom att suga rent luftvägarna. Alternativt ska patienten hosta upp sekretet. Kuffen ska vara tömd. När kanylen stängs måste patientens andning och vitala tecken övervakas av utbildad vårdpersonal. Vid tecken på andnöd ska locket omedelbart avlägsnas.

9.4 Hålla fenestrering öppen

Vid längre användning av kanylen måste du regelbundet säkerställa att det inte finns sekret, krustor eller inväxande vävnad som stänger till fenestreringen. Om detta inträffar måste kanylen bytas ut.

9.5 Användning av REF 306, REF 888-306 med subglottisk sugkanal

De här kanylerna är utrustade med platt sugkanal (7) som är fixerad på den yttre bågen på ytterkanylen. Sugslangen avslutas med två öppningar direkt ovanför kuffen (2). En sugslang (7b) är integrerad i sugkanalen. Sugslangen har en Luer-honkonnektor (7a) vid dess fria ände, via vilken rensugning med hjälp av en spruta kan utföras. Alternativt kan en därför avsedd sugenhet med vakuumstyrning användas tillsammans med de medföljande konnektorerna (11). Efter rensugning ska Luer-konnektorn (7a) stängas.

OBS:

- Vid rensugningen måste du säkerställa att ett högt undertryck inte används för lång tid (max. 200 mbar).
- För att undvika att det subglottiska området torkar ut, rekommenderar vi att rensugningen utförs intermittent.
- Sugslangen kan täppas igen på grund av sekret eller genom att den suger fast vid slemhinnan i trakea. Om en **spolning av sugslangen** är planerad (t.ex. med liten mängd luft eller fysiologisk koksaltlösning) måste säkerställas att kuffen är tillräcklig fylld (aspirationsrisk).

SV

- Det är möjligt att sugslangen ger upphov till tryckställen vid trakeostomat, eller förändrar den runda formen på trakeostomat. I dessa fall är det den behandlande läkaren som avgör om den här typen av kanyl kan användas eller ej.

10. Rengöring, desinfektion och förvaring

10.1 Rengöring

Kanylerna (1 + 3) ska alltid rengöras innan de används på nytt. Detta kan göras med ljummet vatten av dricksvattenkvalitet. För rengöring rekommenderar TRACOE medical de rengöringsprodukter som tillhandahålls av TRACOE. Efter rengöringen ska kanylerna spolas med vatten av dricksvattenkvalitet och lufttorka. När ytterkanylen rengörs är det viktigt att se till att kuffen inte skadas.

OBS:

- Rengöringen får aldrig utföras med aggressiva hushållsprodukter, medel för rengöring av tandproteser eller lösningsmedel som högprocentig alkohol då detta kan påverka kanylens funktion på ett negativt sätt.
- Kanylerna får aldrig värmas upp till temperaturer över 65 °C. Produkternas säkerhet kan då inte längre garanteras.

10.2 Desinfektion

Produkten kan skadas om olämpliga desinfektionsmedel används. Efter desinficering måste kanylerna spolas med sterilt vatten och lufttorkas.

10.3 Förvaring

Kanylen ska förvaras torrt i rent tillstånd.

11. Modifiering av produkten

Endast anställda hos TRACOE medical GmbH eller personer som arbetar på uppdrag av företaget får utföra ändringar på TRACOE-produkter.

12. Avfallshantering

Produkterna får endast kasseras i enlighet med tillämpliga nationella föreskrifter för avfallshantering.

13. Returer

Returer av använda produkter tas endast emot efter överenskommelse och kräver ett medföljande ifyllt dekontamineringsformulär. Detta formulär kan du få direkt av TRACOE medical eller hämta via webbplatsen www.tracoe.com

SV

14. Allmänna affärsvillkor

Försäljning, leverans och återtagning av alla TRACOE-produkter sker uteslutande enligt de giltiga allmänna affärsvillkoren som finns att få hos TRACOE medical GmbH eller via webbplatsen www.tracoe.com.

Gebruiksaanwijzing voor TRACOE *twist* tracheostomiecanules

OPMERKING:

- Lees deze gebruiksaanwijzing aandachtig door. Deze maakt deel uit van het beschreven product en moet altijd beschikbaar zijn. Voor uw eigen veiligheid en de veiligheid van uw patiënten dient u de volgende veiligheidsaanwijzingen in acht te nemen.



- De illustraties bij de tekst vindt u op de afbeeldingspagina's (uitklapbaar) aan het begin van deze gebruiksaanwijzing. Cijfers en letters tussen haakjes verwijzen naar de betreffende illustraties en productonderdelen van de tracheostomiecanule. De gebruikte symbolen worden op pagina's 1 tot 6 toegelicht.

1. Algemene informatie

OPGELET: Alleen artsen en **opgeleide** personen aan wie de verzorging wordt toevertrouwd mogen het product gebruiken. De keuze van de maat en het type vallen onder de verantwoordelijkheid van de behandelende arts.

Beoogd gebruik: Dit medisch product is een tracheostomiecanule.

NL

Functiebeschrijving: De tracheostomiecanule verzekert de doorgang van lucht door het tracheostoma.

- De gevulde cuff scheidt de bovenste luchtwegen van de onderste, zodat de lucht niet vanuit de longen naar de mond en neus of in de andere richting kan stromen. De patiënt kan zodoende **alleen** door de canule ademen. Om de cuff te vullen, wordt deze via de vullijn met lucht gevuld. Het dient als afdichting tussen de trachea en de buitenwand van de canule. Dankzij deze afdichting kan de patiënt efficiënt beademd worden met beademingsapparaten en wordt tegelijkertijd voorkomen dat secret uit de subglottische ruimte in de onderste luchtwegen kan belanden.

- Met gevensterde canules is het mogelijk om een deel van de lucht die vereist is om te spreken naar de bovenste luchtwegen te brengen. Bovendien wordt de ademweerstand in de bovenste luchtwegen beperkt.

- Zie verder voor meer functiebeschrijvingen.

Maximale gebruiksduur van de tracheostomiecanule:

29 dagen vanaf het eerste gebruik (zie hfdst. 5. Algemene veiligheidsmaatregelen). Deze maximale gebruiksperiode omvat ook alle perioden waarin de tracheostomiecanules of binnenste canules niet gebruikt worden.

Product voor één patiënt: Binnen de gebruiksperiode is meermaals gebruiken bij een en dezelfde patiënt toegestaan.

Productpas: Bij dit product hoort een productinformatiekaart met twee aftrekbare etiketten. Op deze etiketten staan productspecifieke gegevens. De informatiekaart dient afzonderlijk bewaard te worden, omdat hiermee o.a. opnieuw bestellen vlotter verloopt. Het aftrekbare etiket kan bijv. op het ziektedossier worden geplakt.

2. Algemene beschrijving

Het product bestaat uit een buitenste canule (1) met cuff (2) of zonder cuff en een verwisselbare binnenste canule met connector van 15 mm (3), resp. met gegroefde, vlakke connector. (1) en (3) kunnen door te draaien verbonden of losgemaakt worden (C).

De cuff wordt via de vullijn (2b) met lucht gevuld of geleidigd.

De buitenste canule bestaat uit röntgendicht polyurethaan en is bevestigd aan een om 2 assen zwenkbaar schild (5) (cardanophanging).

De geperforeerde obturator (6) maakt bij de maten 06-10 het gebruik van een Seldingerdraad mogelijk ($\varnothing 1,27 \pm 0,04$ mm) bij de canulering.

NL

3. Indicaties

De producten zijn bestemd voor patiënten bij wie een toegang tot de luchtwegen door een tracheostoma noodzakelijk is.

- Canules zonder cuff zijn met name geschikt voor spontaan ademende patiënten die een canule dienen te gebruiken.
- Canules met cuff zijn geschikt voor patiënten bij wie een toegang tot de luchtwegen door een tracheostoma met afdichting van de trachea noodzakelijk is.
- Canules met venster bevorderen het spreken bij patiënten met een intact strottenhoofd.
- Canules met suctiekanaal worden gebruikt bij patiënten bij wie een afzuiging uit de subglottische ruimte geïndiceerd is.
- De canule REF 305 is bijzonder geschikt voor patiënten die na een laryngectomie zijn aangewezen op het gebruik van een canule.

4. Contra-indicaties

4.1 Absolute contra-indicaties

- Afsluitdop/spraakklep niet bij gelaryngectomeerde (strottenhoofdloze) patiënten gebruiken – gevaar voor verstikking!

4.2 Relatieve contra-indicaties

Relatieve contra-indicatie waarbij de risico's tegen het nut van de procedure dienen te worden afgewogen, zijn:

- Gebruik in de pediatrie.
- Ongewoon diepliggende trachea, bijvoorbeeld bij adipositas; eventueel langere canule gebruiken.

5. Algemene veiligheidsmaatregelen

- Het is ten zeerste aanbevolen om aan het bed van de patiënt altijd een gebruiksklare reservecanule en meerdere binnenste canules beschikbaar te houden. Deze moeten in een gereinigde en droge toestand worden bewaard.

- Bij ieder gebruik of iedere inbrenging van een canule moet gecontroleerd worden of deze intact is en onberispelijk functioneert, bijv. vrij lumen, dichtheid van de cuff, onberispelijke en stabiele passing van de binnenste canule in de buitenste canule, geen geknikte stukken, stabiele verbinding tussen canule en schild, enz. Het materiaal van de cuff mag niet bros zijn. Bij schade moet het product vervangen worden.

- Er mag geen overmatige kracht uitgeoefend worden op de tracheostomiecanule, omdat anders gevaar voor schade (bijv. breuken) bestaat. Bij vastzittende verbindingen op de connector van 15 mm dient in ieder geval een gepaste scheidingshulp (Disconnect Wedge) voor tracheostomiecanules gebruikt te worden.

- De connector van 15 mm (**3**) moet schoon en droog gehouden worden.

- Bij het vervangen van de binnenste canule moet er altijd op worden gelet dat de vullijn (**2b**) van de cuff zich niet tussen de binnenste canule en buitenste canule bevindt, omdat deze anders gekneld en beschadigd kan worden.

- Bij het verplaatsen van de patiënt moet erop gelet worden dat de patiënt niet op de controleballon (**2a**) komt te liggen. Dat leidt tot een sterke stijging van de cuffdruk, waardoor de trachea beschadigd kan raken.

- Tijdens het mechanisch beademen kan bij frequente verandering van ligging van de patiënt of manipulaties aan de canule de binnenste canule mogelijk van de buitenste canule worden losgekoppeld.

- Bij een hoge beademingsdruk kan in individuele gevallen lekkage tussen de binnenste canule en de buitenste canule ontstaan.
- Bij het gebruik van tracheostomiecanules kunnen knelpunten, necrose van de halshuid en huidirritaties (bijv. vocht) optreden. Om dat te voorkomen adviseren wij een kompres onder het schild te leggen.
- Ter voorkoming van materiaalschade mag de cuff niet in contact komen met lidocaïnehoudende aerosolen of zalven.
- Alle bestanddelen van het cuffvulstelsel moeten tijdens de test van de cuffdruk los, resp. zonder knikken zijn bewaard. Anders is het mogelijk dat een onjuiste druk wordt weergegeven op de handmanometer.
- Dunne cuffs kunnen eventueel waterdamp doorlaten. Om deze reden kan het gebeuren dat in de cuff condenswater wordt verzameld. Dit is bij geringe hoeveelheden niet van belang. Wordt bij grotere hoeveelheden echter per abuis water in de vullijn gezogen, kan de cuffdruk niet meer correct worden gemeten en ingesteld, d.w.z. de canule moet worden vervangen. Voordat de canule eruit wordt genomen, moeten de lucht en het water in de cuff zoveel mogelijk met behulp van een spuit worden uitgezogen.
- Bij gelijktijdig gebruik van andere medische producten moet de relevante handleiding in acht worden genomen. Bij twijfel moet contact opgenomen worden met de betreffende fabrikant.

NL

6. Waarschuwingen

- Niet gebruiken als de steriele verpakking beschadigd is.
- Gebruik nooit gevensterde binnenste canules voor de beademing.
- Gebruik de afsluitdop alleen met gevensterde canules (buitenste + binnenste canule) en gedeblokkeerde cuff.
- Tijdens de slaap mag geen spraakklep worden gebruikt.
- Bij behandelingen met laser of elektrochirurgische apparaten dient voldoende afstand gehouden te worden van de tracheostomiecanule. Er is gevaar voor brand, er kunnen zich giftige gassen vormen en de canule kan beschadigd raken.
- De canule moet zo geselecteerd worden dat de venstering (indien van toepassing) voldoende ver van het stomakanaal is geplaatst. Als dit niet in acht genomen wordt, is er bij beademde patiënten gevaar voor emfyseem, vorming van granulatieweefsel of verhoogde ademweerstand bij gebruik van spraakkleppen of afsluitdoppen.
- Bij het gebruik van een gevensterde canule kan er meer granulatieweefsel gevormd worden.
- De cuffdruk kan veranderen bij o.a. hoogteveranderingen (bijv. in het vliegtuig), bij gebruik van lachgas in de anesthesie en bij

het verbinden of ontkoppelen van een handmanometer.

- Bij een te hoge cuffdruk bestaat er gevaar voor een permanente beschadiging van de trachea.
- Bij een te hoge cuffdruk kan een breuk van de cuff ontstaan.
- Bij een te lage cuffdruk dreigt aspiratiegevaar.
- Bij het gebruik van de Luer-connectoren (bijv. **2a + 7a**) moeten verwisselingen voorkomen worden.
- Bij het inbrengen en verwijderen van de canule kunnen irritaties, prikkelhoest of bloedingen optreden.

7. Ongewenste bijwerkingen

Drukletsels, necrose, huidirritaties, granulatieweefsel, prikkelhoest, slijkstoornissen en bloedingen.

8. Inbrengen van de canule

8.1 Canule voorbereiden

1. Controle van de volledigheid van de inhoud van de verpakking (**D**).
2. Bij canules met cuff (**2**) wordt deze door testinflatie op lekkages gecontroleerd. Hiervoor wordt de cuff met een handmanometer tot een druk van 50 cm H₂O (≈ 36,78 mm Hg) opgeblazen en gedurende 1 minuut geobserveerd of er een verslapping van de cuff optreedt. Bij lektheid moet alle lucht met een spuit uit de cuff worden gehaald. De cuff moet in de richting van het schild omhoog worden geschoven. Hierdoor wordt het later inbrengen van de canule vereenvoudigd.

NL

8.2 Voorbereiding van de patiënt

- De patiënt dient vóór de canulering resp. recanulering optimaal te worden gepreoxygeneerd.
- Strek indien mogelijk de hals van de patiënt lichtjes over om de canule gemakkelijker in te brengen.
- Indien er bij de canulering of recanulering complicaties optreden, moeten veiligheidsmaatregelen worden getroffen (bijv. tracheaspreider, canule met kleinere diameter) waarmee het voor de arts mogelijk is voor korte tijd een beademing uit te voeren via translaryngeale intubatie of via larynxmasker.

8.3 Canule inbrengen

De volgende stappen dienen uitgevoerd te worden:

1. Voor het inbrengen moet de binnenste canule worden verwijderd en de obturator (**8**) in de buitenste canule (**1**) worden ingevoerd. Bij het inbrengen houdt u de canule bij het schild (**5**) vast en drukt u de obturator met de duim stevig in het bovenste uiteinde van de buitenste canule. Om het inbrengen te vereenvoudigen, kan een dun laagje van een wateroplosbaar glijmiddel op het uitstekende

gedeelte van de obturator bij het patiëntuiteinde en dit gedeelte van de canule en de cuff worden gesmeerd.

2. Na het inbrengen van de canule in de trachea van de patiënt moet de obturator onmiddellijk verwijderd worden.

3. Daarna moet de binnenste canule worden ingebracht. Om de binnenste canule te bevestigen houdt u het schild met de vingertoppen vast en draait u de connector van de binnenste canule tot deze vastklikt, d.w.z. tot de blauwe pijlen en/of markeringen tegenover elkaar staan (C).

4. De halsband (12) moet worden bevestigd aan het schild (5), om de canule te bevestigen.

5. Vervolgens moet de positie en de werking van de canule worden gecontroleerd (zie hfdst. 6 Waarschuwingen). De trachea en de canule moeten zo nodig zorgvuldig worden afgezogen, om een vrije luchtweg te garanderen.

6. Er moet ter beademing een verbinding tussen de gestandaardiseerde 15 mm connector (3) van de binnenste canule en het beademingsapparaat worden gemaakt.

Bij canule met cuff:

7. De cuff moet via de controleballon (2a) gevuld worden. Zorg er hierbij voor dat de cuff bij het inbrengen niet beschadigd wordt. De cuffdruk moet afzonderlijk op de beademingstherapie worden afgestemd, regelmatig worden gecontroleerd en moet normaal tussen 20 cm H₂O (≈ 15 mm Hg) en 30 cm H₂O (≈ 22 mm Hg) liggen. Als een handmanometer wordt aangesloten, daalt de druk in de cuff. Dit effect is sterker bij kleinere maten.

NL

8.4 Canule verwijderen (zie hfdst. 8.2)

Voor het verwijderen van de canule moeten de volgende voorbereidingen worden getroffen:

- het hoofd lichtjes naar achteren buigen en
- bij canules met cuff de cuff volledig deblokken (zie hfdst. 8.5)

8.5 Cuff deblokken

Voor het deblokken van de cuff moeten maatregelen worden getroffen om zo weinig mogelijk secret in de bronchiën te laten belanden. Tijdens het deblokken moet het secret met behulp van een door de canule geschoven suctiekatheter worden afgezogen. Bij een canule met subglottische suctie dient voor het deblokken ook de subglottische ruimte te worden afgezogen, zie hfdst. 9.5.

Sluit voor het deblokken een spuit aan op de controleballon (2a). Lucht/evt. condenswater volledig verwijderen. (zie hfdst. 5. Algemene veiligheidsmaatregelen).

Als de cuff niet kan worden gedeblokkeerd, kunt u de volgende maatregelen treffen:

- binnenste canule verwijderen. Controleren dat de vullijn (2b) niet geknikt is en de cuff opnieuw deblokkeren.
- Als het dan nog steeds niet mogelijk is om de cuff te ledigen: Snijd de vullijn voorzichtig door tussen de 15 mm connector (3) en het schild (5).

9. Gebruik

9.1 Binnenste canules vervangen

Als zich in de binnenste canule taai secreet verzamelt dat niet kan worden afgezogen en de luchtdoorgang hindert, dient de binnenste canule door een nieuwe c.q. gereinigde binnenste canule te worden vervangen.

Draai de 15 mm connector van de binnenste canule tegen de klok in om de canule te verwijderen (C).

Na invoering van een nieuwe binnenste canule in de buitenste canule draait u de 15 mm connector van de binnenste canule in de richting van de klok, tot de connector vastklikt, dat wil zeggen tot de blauwe pijlen en/of markeringen tegenover elkaar staan (C).

NL

Bij de binnenste canule met gegroefde, vlakke connector gaat u op dezelfde manier te werk.

Bij het inbrengen van de binnenste canule moet u controleren dat de vullijn van de cuff (2b) zich niet tussen de binnenste en de buitenste canule bevindt; anders kan de lijn worden ingeklemd, wat tot beschadiging kan leiden.

9.2 Gevensterde tracheostomiecanules

Ongevensterde binnenste canules hebben witte 15 mm connectoren en worden o.a. bij de beademing van patiënten gebruikt.

Voor het spreken wordt een **gevensterde binnenste canule** (blauwe 15 mm connector of blauwe gegroefde, vlakke connector) **in de gevensterde buitenste canule** gebruikt. Bij een canule met cuff kan na het deblokkeren van de cuff een spraakklep op de binnenste canule met de 15 mm connector gezet worden. De gebruiksaanwijzing van de betreffende spraakklep dient in acht te worden genomen.

OPGELET: Spraakkleppen mogen uitsluitend worden toegepast bij wakkere patiënten die spontaan kunnen ademen. Om te wennen aan de spraakklep moeten de patiënten door opgeleid personeel geïnstrueerd en nauwgezet bewaakt worden; het moet zeker zijn dat de patiënt goed kan ademen.

Voor gebruik moet de cuff worden gedeblokkeerd. Tijdens de slaap mag geen spraakklep worden toegepast.

OPGELET: Spraakkleppen mogen niet worden gebruikt bij patiënten met larynxstenose, verlamming van de stembanden, ernstige tracheostenose, obstructie van de luchtwegen, infecties van de luchtwegen of sterke slijmsecretie.

9.3 Afsluitdop van de gevensterde canule om te ontwennen (Weaning)

De gevensterde binnenste canule kan afgesloten worden door de bijgaande afsluitdop (10) op de connector van 15 mm te zetten.

LET OP: Ter voorbereiding van de canule moet ervoor worden gezorgd dat de bovenste luchtwegen van de patiënt vrij zijn. Het vrijmaken van de bovenste luchtwegen geschiedt evt. door uithoesten of door afzuigen van mogelijk aanwezig secreet. De cuff moet gedeblokkeerd worden. Bij het afsluiten van de canule moeten ademhaling en levenstekens van de patiënt door een daartoe opgeleide persoon worden geobserveerd. Indien er ademnood optreedt, moet de sluiting meteen worden verwijderd.

NL

9.4 Venstering openhouden

Bij langdurig gebruik van de canule moet regelmatig gecontroleerd worden of de filter niet verstopt is door secreet, korsten of ingroeiend weefsel. Indien nodig moet de canule worden vervangen.

9.5 Gebruik van REF 306, REF 888-306 met subglottisch suctiekanaal

Deze canules hebben een op de buitenboog van de buitenste canule gefixeerd, plat suctiekanaal (7), dat met twee openingen direct boven de cuff (2) eindigt. In het suctiekanaal is een suctielijn (7b) geïntegreerd. De suctielijn beschikt over een vrouwelijke Luer-connector (7a) aan het vrije uiteinde, waarlangs een afzuiging met behulp van een spuit kan worden uitgevoerd. Alternatief kan een gepaste uitzuigkatheter met vacuümregelaar in combinatie met de bijgaande connectoren (11) worden gebruikt. Na het afzuigen moet de Luer-connector (7a) worden gesloten.

OPGELET:

- Bij het afzuigen moet worden gecontroleerd of niet gedurende langere tijd een hoge onderdruk wordt uitgeoefend (- max. 200 mbar).
- Om te voorkomen dat de subglottische ruimte uitdroogt, raden we een intermitterende afzuiging aan.
- De suctielijn kan door secret of door het aanzuigen aan de tracheale slijmvlies verstopt raken. Indien een spoeling van de suctielijn gepland is (bijv. met een kleine hoeveelheid lucht of fysiologische oplossing), moet erop gelet worden dat de cuff voldoende geblokkeerd is (aspiratiegevaar).
- Door de suctielijn is het mogelijk dat in de buurt van het tracheostoma afknellingen ontstaan of dat het tracheostoma ontrond wordt. In deze gevallen moet de behandelende arts beslissen of dit soort canule verder gebruikt kan worden.

10. Reiniging, desinfectie en opslag

10.1 Reiniging

De canule (1 + 3) moet voor ieder herhaald gebruik gereinigd worden. Dat kan met lauwwarm water van drinkwaterkwaliteit. TRACOE medical raadt voor de reiniging het gebruik van door TRACOE aangeboden reinigingsproducten aan. Na de reiniging moeten de canules met water van drinkwaterkwaliteit gespoeld en aan de lucht gedroogd worden. Bij het reinigen van de buitenste canules moet erop worden gelet dat de cuff niet wordt beschadigd.

NL

OPGELET:

- Het reinigen mag in geen geval gebeuren met agressieve huishoudmiddelen, middelen voor het reinigen van het kunstgebit of oplosmiddelen zoals alcohol met een hoog percentage, aangezien deze het functioneren nadelig kunnen beïnvloeden.
- De canules mogen niet verwarmd worden boven 65 °C, omdat dan de veiligheid van de producten niet meer verzekerd kan worden.

10.2 Desinfectie

Bij het gebruik van ongeschikte desinfectiemiddelen kunnen de producten beschadigd raken. Na een desinfectie moeten de canules met steriel water gespoeld en aan de lucht gedroogd worden.

10.3 Opslag

De gereinigde canule moet droog opgeslagen worden.

11. Productaanpassing

Wijzigingen aan TRACOE-producten mogen alleen door medewerkers of gemachtigden van TRACOE medical GmbH uitgevoerd worden.

12. Afvoer

Het afvoeren mag alleen in overeenstemming met de vigerende nationale voorschriften voor afvalstoffen plaatsvinden.

13. Retourzendingen

Retourzendingen van gebruikte producten kunnen alleen na overleg in ontvangst worden genomen als een ingevuld decontaminatie-certificaat is bijgevoegd. Dit formulier is verkrijgbaar bij TRACOE medical direct of via de website www.tracoe.com

14. Algemene handelsvoorwaarden

Verkoop, levering en terugname van alle TRACOE-producten vindt alleen maar plaats op grond van de geldende algemene handelsvoorwaarden (AGB) die bij TRACOE medical GmbH of via de website www.tracoe.com verkrijgbaar zijn.

NL

Upute za uporabu za trahealne kanile TRACOE *twist*

NAPOMENA:

- Pažljivo pročitajte ove upute za uporabu. One su sastavni dio proizvoda i moraju biti dostupne u svakom trenutku. Radi vlastite sigurnosti i sigurnosti svojih pacijenata obratite pozornost na sljedeće sigurnosne napomene.



- Popratne ilustracije uz tekstove naći ćete na (rasklopivim) stranicama s ilustracijama na početku ovog priručnika. Brojevi i slova u zagradama upućuju na odgovarajuće ilustracije i komponente trahealne kanile. Korišteni simboli pojašnjeni su na stranicama 1-6.

1. Opće informacije

POZOR: Proizvod smiju primjenjivati isključivo liječnici i **osposobljeno** medicinsko osoblje! Veličine i vrste određuje nadležni liječnik.

Namjena: Ovaj je medicinski proizvod trahealna kanila.

Opis funkcije: Trahealna kanila osigurava prolaz zraka kroz traheostomu.

- Blokirani balon razdvaja gornje dišne putove od donjih pa zrak ne može prolaziti ni iz pluća u usta i nos niti u drugom smjeru. Tako bolesnik može disati **samo** kroz kanilu. Balon se blokira punjenjem zrakom kroz crijevo za punjenje, a služi za brtvljenje između dušnika i vanjske stjenke kanile. Ovo brtvljenje omogućuje učinkovito disanje pomoću uređaja za disanje i istodobno sprečava prodor sekreta iz subglotičkog prostora u dišne putove.

- Perforirane kanile omogućuju da dio zraka potrebnog za govor kroz fenestraciju prođe u gornje dišne putove. Osim toga smanjuje se otpor disanja u gornjim dišnim putovima.

- Za opis daljnjih funkcija vidi tekst u nastavku.

Maksimalni vijek trajanja trahealne kanile:

29 dana od prve uporabe od prve uporabe (vidi poglavlje 5. Opće mjere opreza). Ovo maksimalno razdoblje uporabe uključuje i sve vrijeme u kojem se trahealne ili unutarnje kanile ne upotrebljavaju.

Proizvod za jednog pacijenta: Unutar vijeka trajanja dopuštena je višestruka primjena u istog pacijenta.

Knjižica proizvoda: Uz ovaj proizvod priložena je knjižica proizvoda s dvjema odvojivim etiketama. Na njima su navedeni specifični po-

datci o proizvodu. Knjižicu treba čuvati zasebno jer između ostalog olakšava novu narudžbu. Odvojiva etiketa može se primjerice nalijepiti na zdravstveni karton bolesnika.

2. Opći opis

Proizvod se sastoji od vanjske kanile (1) s balonom (2), odnosno bez balona i unutarnje kanile s 15 milimetarskim priključkom (3) odnosno s nazubljenim čepom.

(1) i (3) mogu se spojiti odnosno otpustiti okretnim čepom (C).

Balon se puni zrakom ili prazni kroz crijevo za punjenje (2b).

Vanjska kanila izrađena je od radioopaknog poliuretana, a učvršćena je na dvoosnu zakretnu prirubnicu (vratna prirubnica) (5) (kardansko ovješeno).

Perforirani obturator (6) za veličine 06 - 10 omogućuje primjenu uvodnice za tehniku po Seldingeru ($\varnothing 1,27 \pm 0,04$ mm,) pri kanulaciji.

3. Indikacije

Proizvodi su namijenjeni pacijentima kod kojih je potreban pristup dišnim putovima kroz traheostomu.

- Kanile bez balona prikladne su posebno za pacijente sa spontanom disanjem kod kojih je indicirana uporaba kanile.
- Kanile s balonom namijenjene su pacijentima kod kojih je potreban pristup dišnim putovima kroz traheostomu uz brtvljenje dušnika.
- Kanile s fenestracijom olakšavaju govor pacijentima s očuvanim grkljanom.
- Kanile s aspiracijskim kanalom koriste se u pacijenata kod kojih je indicirana aspiracija iz subglotičkog prostora.
- Kanila REF 305 posebno je prikladna za pacijente kojima je nakon laringektomije indicirana uporaba kanile.

HR

4. Kontraindikacije

4.1 Apsolutne kontraindikacije

- Zapornu kapicu / govorne ventile ne koristite u pacijenata podvrgnutih laringektomiji (pacijenti bez grkljana) – opasnost od gušenja!

4.2 Relativne kontraindikacije

U relativne kontraindikacije, kod kojih je potrebno procijeniti rizike postupka u odnosu na korist, ubrajaju se:

- primjena u pedijatriji.
- Neobično duboki dušnik, npr. kod pretilosti, po potrebi koristiti duže kanile.

5. Opće mjere opreza

- Izričito savjetujemo da uz pacijentov ležaj uvijek na raspolaganju imate jednu zamjensku kanilu spremnu za uporabu i više zamjenskih unutarnjih kanila. Potrebno ih je čuvati u čistom, suhom stanju.

- Pri svakoj primjeni, odnosno uvođenju kanile nužno je provjeriti njezino stanje i funkcionalnost, npr. prohodnost lumena, nepropusnost balona, neometan i stabilan položaj unutarnje kanile u vanjskoj, nepostojanje savijenih mjesta, stabilnost spoja između kanile i prirubnice i sl. Materijal balona ne smije biti krhak. U slučaju oštećenja proizvod je potrebno zamijeniti novim.

- Na trahealnu kanilu ne smije se primjenjivati sila jer u suprotnom postoji opasnost od oštećenja (npr. opasnost od loma). Kod fiksnih spojeva na 15 milimetarskom priključku u svakom je slučaju potrebno koristiti pomoćno sredstvo za odvajanje odobreno za trahealne kanile (razdjelni klin).

- 15 milimetarski priključak (3) potrebno je održavati čistim i suhim.

- Pri zamjeni unutarnje kanile potrebno je uvijek paziti da se crijevo (2b) za punjenje balona ne nalazi između unutarnje i vanjske kanile jer se u suprotnom može priklještit i oštetiti.

- U slučaju premještanja pacijenta osim toga potrebno je paziti da pacijent ne legne na kontrolni balon (2a). To uzrokuje snažan porast tlaka u balonu i može izazvati oštećenje dušnika.

HR

- Kod strojne respiratorne potpore pri čestoj promjeni položaja ili pri čestom manipuliranju kanilom unutarnja se kanila može odvojiti od vanjske.

- Kod jakih tlakova respiratorne potpore u pojedinim slučajevima može doći do curenja između unutarnje i vanjske kanile.

- Uporaba trahealnih kanila može izazvati natiske, nekroze kože vrata i nadražaj kože (npr. vlaga). Kako bi se to spriječilo, preporučujemo ispod prirubnice postaviti kompresu .

- Radi sprečavanja oštećenja materijala balon ne smije doći u doticaj s aerosolima ili mastima koje sadrže lidokain.

- Svi sastavni dijelovi sustava za punjenje balona tijekom provjere tlaka balona moraju biti labavo položeni i bez savijanja. U protivnom postoji mogućnost pogrešnog prikaza tlaka na ručnom manometru.

- Tanki baloni ukazuju na izvjesnu propusnost vodene pare. Stoga se može dogoditi da se u balonu nakuplja kondenzat. To nije značajno kod malih količina. Međutim, ako se kod većih količina voda pogreškom usiše u crijevo za punjenje, tlak u balonu ne može se više pravilno mjeriti i namjestiti, što znači da je kanilu potrebno zamijeniti. Prije vađenja kanile zrak, odnosno vodu potrebno je štrcaljkom potpuno izvući iz balona.

- U slučaju istovremene uporabe dodatnih medicinskih proizvoda potrebno je pridržavati se dotičnih uputa za uporabu. U slučaju nedoumice obratite se dotičnom proizvođaču.

6. Upozorenja

- Nemojte upotrebljavati ako je sterilna pakovina oštećena.
- Fenestrirane unutarnje kanile nemojte nikad upotrebljavati za ventiliranje.
- Zapornu kapicu upotrebljavajte samo s fenestriranim kanilama (vanjska kanila + unutarnja kanila) i deblokiranim balonom.
- Govorne ventile nije dopušteno koristiti za vrijeme spavanja.
- Pri zahvatima laserom ili električnim kirurškim uređajima potrebno je voditi računa o dostatnoj udaljenosti od trahealne kanile. Postoji opasnost od požara, mogu nastati otrovni plinovi, a može se i oštetiti kanila.
- Kanilu treba odabrati tako da perforacija (ako postoji) bude na dovoljnoj udaljenosti od kanala stome. U suprotnom kod ventiliranih bolesnika postoji opasnost od emfizema, stvaranja granulacijskog tkiva ili povećanog otpora disanja pri uporabi govornih ventila ili zapornih kapica.
- Kod uporabe perforirane kanile može doći do pojačanog stvaranja granulacijskog tkiva.
- Tlak u balonu može se između ostalog promijeniti pri promjenama visine (npr. u zrakoplovu), uslijed primjene dušikova oksida u anesteziji i tijekom priključivanja ili odvajanja ručnog manometra.
- Kod previsokog tlaka u balonu postoji opasnost od trajnog oštećenja dušnika.
- Kod previsokog tlaka u balonu mogu nastati hernije balona.
- Kod preniskog tlaka u balonu prijeti opasnost od aspiracije.
- Kod primjene luer priključaka (npr. **2a + 7a**) treba izbjegavati zamjene.
- Pri uvođenju i vađenju kanile može se pojaviti nadražnost, podražaj na kašalj ili krvarenje.

HR

7. Neželjene nuspojave

Natisci, nekroze, nadražaj kože, granulacijsko tkivo, podražaj na kašalj, smetnje kod gutanja i krvarenja.

8. Uvođenje kanile

8.1 Priprema kanile

1. Provjera cjelovitosti sadržaja pakovine (D).
2. Mjesta propuštanja na balonu kod kanila s balonom (**2**) provjeravaju se probnim napuhavanjem. U tu svrhu balon se pomoću ručnog manometra napuhuje na tlak od 50 cm H₂O (≈ 36,78 mm Hg) i jednu se minutu promatra hoće li se balon ispuhati. Ako je balon

nepropustan, iz njega treba štrcaljkom izvući sav zrak. Balon lagano povucite prema gore u smjeru pribornice (5). To olakšava uvođenje kanile koje slijedi.

8.2 Priprema pacijenta

- Prije kanulacije ili rekanulacije pacijent mora biti optimalno oksigeniran.
- Kako bi se olakšalo uvođenje kanile, po mogućnosti blago ispružite vrat pacijenta.
- Ako tijekom kanulacije ili rekanulacije nastupe komplikacije, potrebno je poduzeti sigurnosne mjere (npr. proširivač dušnika, kanila užeg promjera) koje liječniku omogućuju izvođenje kratkotrajne ventilacije intubacijom kroz grkljan ili pomoću laringalne maske.

8.3 Uvođenje kanile

Potrebno je obaviti sljedeće korake:

1. Prije uvođenja ukloniti unutarnju kanilu i uvesti obturator (8) u vanjsku kanilu (1). Pri uvođenju kanile potrebno je držati kanilu za pribornicu (5), a obturator palcem čvrsto gumuti u gornji kraj vanjske kanile. To je moguće jednostavno izbjeći tako da se kanila i obturator istodobno čvrsto drže jednom rukom. Radi olakšavanja uvođenja, na istureni dio obturatora na kraju do pacijenta i ovo područje kanile uključujući i balon može se nanijeti tanak sloj lubrikanta topivog u vodi.

2. Obturator je potrebno izvaditi odmah po uvođenju kanile u dušnik pacijenta.

HR

3. Odmah zatim uvesti unutarnju kanilu. Za pričvršivanje unutarnje kanile vrhovima prstiju čvrsto držite pribornicu i okrenite priključak unutarnje kanile sve dok se ne uklopi u čep, tj. dok plave strelice i/ili oznake ne stoje jedna iznad druge (C).

4. Vrpca za pričvršivanje kanile (12) potrebno je pričvrstiti na pribornicu kanile (5) radi učvršćivanja kanile.

5. Nakon toga potrebno je provjeriti položaj i funkciju kanile (v. pogl. 6 Upozorenja). Traheju i kanilu prema potrebi treba pažljivo aspirirati kako bi se osigurao slobodan dišni put.

6. Sada je potrebno prekontrolirati tlak u balonu kako bi osiguralo da se balon pri uvođenju nije oštetio.

Kod kanila s balonom:

7. Balon treba napuniti putem kontrolnog balona (2a). Pritom treba osigurati da balon nije oštećen pri uvođenju. Tlak u balonu potrebno je individualno namjestiti ovisno o terapiji ventiliranja, redovito kontrolirati, a u pravilu treba iznositi između 20 cm H₂O (≈ 15 mm Hg) i 30 cm H₂O (≈ 22 mm Hg). Kod spajanja ručnog manometra dolazi do pada tlaka u balonu. Taj je efekt jače izražen kod manjih veličina.

8.4 Vađenje kanile (vidi poglavlje 8.2)

Za vađenje kanile potrebno je obaviti sljedeće pripreme:

- glavu lagano nagnite prema natrag i
- s balonom na kanili potpuno deblokirajte balon (v. pogl. 8.5)

8.5 Deblokiranje balona

Prije deblokiranja balona potrebno je poduzeti mjere da u bronhije dospije što manje sekreta. Tijekom deblokiranja sekret treba isisati pomoću aspiracijskog katetera provučenog kroz kanilu. Kod kanila s aspiracijom subglotičkog prostora prije deblokiranja dodatno aspirirati subglotički prostor, vidi poglavlje 9.5.

Za deblokiranje na kontrolni balon (2a) priključite štrcaljku. Neprekidno uklanjajte zrak / ili u danom slučaju kondenzat. (Vidi pogl. 5. Opće mjere opreza)

Ako nije moguće deblokirati balon, možete poduzeti sljedeće mjere.

- Ukloniti unutarnju kanilu. Uvjeriti se da crijevo za punjenje (2b) nije savijeno i ponovno deblokirajte balon.
- Ako pražnjenje i dalje nije moguće: pažljivo prorežite crijevo za punjenje između 15 mm priključka (3) i prirubnice/prirubnice na vratu (5).

9. Rukovanje

9.1 Zamjena unutarnjih kanila

Ako se u unutarnjoj kanili nakupio viskoznan sekret koji se ne može aspirirati i koji ometa protok zraka, unutarnju kanilu potrebno je zamijeniti novom ili očišćenom unutarnjom kanilom.

HR

Za vađenje vanjske kanile okrenite 15 mm priključak unutarnje kanile u smjeru suprotnom od kazaljke na satu (C).

Nakon uvođenja nove unutarnje kanile u vanjsku kanilu okrenite 15 mm priključak unutarnje kanile u smjeru kazaljke na satu sve dok se čep ne uklopi, tj. sve dok plave strelice i/ili oznake stoje jedna iznad druge (C).

Način rada s unutarnjom kanilom s nazubljenim čepom je analogan.

Kod uvođenja unutarnje kanile pripaziti, da se crijevo za punjenje balona (2b) ne nalazi između unutarnje i vanjske kanile, u protivnom se crijevo može priklještit i oštetiti.

9.2 Perforirane trahealne kanile

Nefenestrirane unutarnje kanile imaju bijele 15 mm priključke, a upotrebljavaju se između ostalog pri ventiliranju bolesnika.

Za govor se u perforiranu vanjsku kanilu umeće fenestrirana unutarnja kanila (plavi 15 mm priključak ili pavi nazubljeni čep). Kod kanila s balonom nakon deblokiranja balona se na unutarnju kanilu s 15 mm priključkom može se priključiti govorni ventil. Potrebno je pridržavati se uputa za uporabu govornog ventila.

POZOR: Govorni ventili smiju se koristiti samo kod budnih pacijenata, koji mogu spontano disati. Pacijente za navikavanje na govorni ventili moraj uputiti školovano osoblje te ih savjesno pratiti; potrebno je utvrditi dostatno disanje.

Prije upotrebe deblokirati balon. Tijekom spavanja ne koristiti govorne ventile.

POZOR: Govorne ventile nije dopušteno koristiti kod pacijenata s laringalnom stenozom; paralizom glasnica, teškom trahealnom stenozom, obstrukcijom dišnih putova, infekcijama zračnih putova ili jakom sekrecijom sluzi.

9.3 Zaporna kapica fenestrirane kanile za odvikavanje

Fenestrirana unutarnja kanila može se priključiti na 15 milimetarski priključak montiranjem priložene zaporne kapice (10).

POZOR: Za pripremu kanile potrebno je osigurati da gornji dišni putovi pacijenta budu slobodni. Oslobođanje gornjih dišnih putova obavlja se prema potrebi iskašljavanjem ili aspiracijom eventualno prisutnog sekreta. Balon treba deblokirati. Kod zatvaranja kanile stručno osoblje treba nadzirati disanje i vitalne znakove pacijenta. Kod znakova otežanog disanja poklopac treba odmah ukloniti.

HR

9.4 Držanje fenestracije otvorenom

Pri duljoj primjeni kanile potrebno je u redovitim razmacima provjeravati da perforacija nije začepljena sekretom, okoravanjem ili uraslim tkivom. Kanilu po potrebi treba zamijeniti.

9.5 Primjena REF 306, REF 888-306 s aspiracijskim kanalom subglotičkog prostora

Ove kanile imaju plosnati aspiracijski kanal (7) fiksiran na vanjski luk vanjske kanile, koje završava dvama otvorima neposredno iznad balona (2). Aspiracijsko crijevo (7b) integrirano je u ovaj kanal. Aspiracijsko crijevo ima ženski luer priključak (7a) na svom slobodnom kraju putem kojeg se može izvesti aspiriranje pomoću štrcaljke. Alternativno je moguće koristiti namjenski aspirator s vakuumskim regulatorom u kombinaciji s priloženim priključcima (11). Nakon aspiracije potrebno je zatvoriti luer priključak (7a).

POZOR:

- Kod aspiracije potrebno je osigurati da se visok podtlak ne primjenjuje dulje vrijeme (- maks. 200 mbar).
- Radi sprečavanja isušivanja subglotičkog prostora preporučujemo aspiraciju s prekidima.
- Aspiracijsko crijevo može se začepiti zbog sekreta ili aspiracije na sluznici dušnika. Ako je planirano ispiranje aspiracijskog crijeva (npr. manjom količinom zraka ili fiziološkom otopinom), potrebno je voditi računa o tome da balon bude dostatno blokiran (opasnost od udisanja).
- Aspiracijsko crijevo može izazvati natiske u području traheostome ili prouzročiti gubitak okruglog oblika traheostome. U tim slučajevima nadležni liječnik mora odlučiti može li se i nadalje upotrebljavati ova vrsta kanile.

10. Čišćenje, dezinfekcija i čuvanje**10.1 Čišćenje**

Kanilu (**1 + 3**) treba očistiti prije svake ponovne uporabe. Čišćenje se može obaviti mlakom vodom kvalitete vode za piće. TRACOE medical za čišćenje preporučuje uporabu proizvoda za čišćenje iz asortimana TRACOE. Nakon čišćenja kanile je potrebno isprati vodom kvalitete vode za piće i osušiti na zraku. Pri čišćenju vanjskih kanila potrebno je paziti da se balon ne ošteti.

POZOR:

- Čišćenje se ni u kojem slučaju ne smije obavljati agresivnim sredstvima za čišćenje u kućanstvu, sredstvima za čišćenje zubnih proteza ili otopinama kao što je visokopostotni alkohol jer ona mogu negativno utjecati na funkciju.
- Kanile se ne bi smjele zagrijavati na temperature iznad 65 °C jer se nakon toga više ne može jamčiti sigurnost proizvoda.

HR

10.2 Dezinfekcija

Uporaba neodgovarajućih sredstava za dezinfekciju može izazvati oštećenja na proizvodu. Nakon dezinfekcije kanile je potrebno isprati sterilnom vodom i osušiti na zraku.

10.3 Čuvanje

Čiste kanile treba čuvati na suhom mjestu.

11. Prilagodbe proizvoda

Izmjene na proizvodima proizvođača TRACOE smiju obavljati samo djelatnici društva TRACOE medical GmbH ili njegovi ovlaštenici.

12. Zbrinjavanje

Zbrinjavanje se smije obavljati samo u skladu s nacionalnim propisima za zbrinjavanje otpada.

13. Povrat

Povrat upotrijebljenih proizvoda moguć je samo po dogovoru, uz priloženu ispunjenu potvrdu o dekontaminaciji. Ovaj obrazac možete dobiti izravno od društva TRACOE medical ili na internetskoj stranici www.tracoe.com.

14. Opći uvjeti poslovanja

Prodaja, isporuka i povrat svih proizvoda TRACOE obavljaju se isključivo u skladu s aktualnim Općim uvjetima poslovanja (OUP) koje možete dobiti od društva TRACOE medical GmbH ili na internetskoj stranici www.tracoe.com.

Navodila za uporabo za traheostomijske kanile TRACOE *twist*

OPOMBA:

- Pozorno preberite ta navodila za uporabo. So sestavni del opisanega izdelka in morajo biti vedno na voljo. Zaradi lastne varnosti in varnosti bolnika upoštevajte naslednja varnostna navodila.



- Ilustracije k besedilu najdete na straneh s slikami (zložene) na začetku teh navodil. Številke in črke v oklepajih so sklici na ustrezne ilustracije ter sestavne dele traheostomijske kanile. Uporabljeni simboli so pojasnjeni na straneh od 1 do 6.

1. Splošne informacije

POZOR: Izdelek smejo uporabljati samo zdravniki in **usposobljeno** negovalno osebje! Velikost in tip določi lečeči zdravnik.

Namen izdelka: Ta medicinski izdelek je traheostomijska kanila.

Opis delovanja: Traheostomijska kanila zagotavlja prehod zraka za dihanje skozi traheostomo.

- Napihnjeni mešiček loči zgornje dihalne poti od spodnjih, da zrak ne more teči iz pljuč skozi usta in nos ali v obratno smer. Bolnik lahko tako diha **samo** skozi kanilo. Mešiček se prek polnilne cevi napihne z zrakom, namenjen pa je za zatesnitev med sapnikom in zunanjo steno kanile. Zatesnitev omogoča učinkovito predihavanje z napravami za predihavanje in hkrati preprečuje vdor izločka iz subglotičnega prostora v spodnja dihalna.

SL

- Kanile z oknom omogočajo, da del zraka, ki je potreben za govor, steče skozi okno v zgornja dihalna. Poleg tega se zmanjša dihalni upor v zgornjih dihalih.

- Za dodatne opise delovanja glejte besedilo v nadaljevanju.

Najdaljše dovoljeno trajanje uporabe traheostomijske kanile:

29 dni od začetka uporabe (glejte 5. poglavje: Splošni previdnostni ukrepi). To najdaljše dovoljeno trajanje vključuje tudi čase, ko se traheostomijska kanila oziroma notranje kanile ne uporabljajo.

Izdelek za enega bolnika: V dovoljenem trajanju uporabe je dovoljena večkratna uporaba pri istem bolniku.

Izkaznica za izdelek: Ta izdelek ima priloženo izkaznico z dvema snemljivima etiketama. Na teh etiketah so navedeni podatki o izdelku. Izkaznico hranite ločeno od izdelka, saj vam na primer olajša vnovično naročilo. Snemljivo etiketo lahko prilepite na primer v bolnikovo kartoteko.

2. Splošni opis

Izdelek sestavljata zunanja kanila (1) z mešičkom (2) ali brez njega in zamenljiva notranja kanila s 15-milimetrskim priključkom (3) oz. narebričenim pokrovčkom.

(1) in (3) je mogoče povezati oz. sprostiti z zasukom (C).

Mešiček se z zrakom napolni oz. izprazni prek polnilne cevi (2b).

Zunanja kanila je izdelana iz poliuretana, ki je neprosojen za rentgenske žarke, in je pritrjena na metuljček (vratno ploščo) (5), vrtljivo po dveh oseh (kardanska pritrditev).

Perforirani obturator (6) omogoča pri velikostih 06–10 uporabo vodilne žice ($\varnothing 1,27 \pm 0,04$ mm) pri vstavljanju kanile.

3. Indikacije

Izdelki so namenjeni za bolnike, pri katerih je potreben dostop do dihal skozi traheostomo.

- Kanile brez mešička so zlasti primerne za bolnike, ki dihamo sami in so navajeni na uporabo kanile.
- Kanile z mešičkom so namenjene bolnikom, pri katerih je potreben dostop do dihal skozi traheostomo z zatesnitvijo sapnika.
- Kanile z oknom olajšajo govor pri bolnikih, ki imajo ohranjeno grlo.
- Kanile z aspiracijskim kanalom se uporabljajo pri bolnikih, kjer je potrebno odsesavanje iz subglotičnega prostora.
- Kanila REF 305 je primerna zlasti za bolnike, ki morajo po ektomiji grla uporabljati kanilo.

4. Kontraindikacije

4.1 Absolutne kontraindikacije

- Zapiralnega pokrova/govornih ventilov ne uporabljajte pri la- ringektomiranih bolnikih (brez grla) – nevarnost zadušitve!

4.2 Relativne kontraindikacije

Med relativne kontraindikacije, kjer je treba presoditi tveganja glede na koristi posega, spada:

- uporaba v pediatriji,
- neobičajno nizko ležeč sapnik, npr. pri debelosti, kjer po potrebi uporabite daljšo kanilo.

5. Splošni previdnostni ukrepi

- Močno priporočamo, da je ob bolnikovi postelji vedno na voljo nadomestna kanila, ki je pripravljena za uporabo, in več nadomestnih notranjih kanil. Hranite jih v čistem in suhem stanju.
- Pri vsaki uporabi oziroma vstavljanju je treba kanilo preveriti, ali je nepoškodovana in brezhibna, na primer prosti lumen, tesnjenje mešička, pravilna ter stabilna namestitvev notranje kanile v zunanji kanili, stanje brez pregibov, stabilna povezava med kanilo in okrovom itd. Material mešička ne sme biti porozen. Če je izdelek poškodovan, ga zamenjajte z novim.
- Traheostomijske kanile ne izpostavljajte sili, saj se sicer lahko poškoduje (npr. zlomi). Kadar se zataknejo povezave na 15-milimetrskem priključku, vedno uporabite pripomočke za ločevanje, ki so odobreni za traheostomijske kanile (Disconnect Wedge).
- 15-milimetrski priključek **(3)** vzdržujte vedno v čistem in suhem stanju.
- Pri menjavi notranje kanile morate vedno paziti, da polnilna cev **(2b)** mešička ni med notranjo in zunanjo kanilo, saj se lahko sicer zatakne in poškoduje.
- Pri prestavljanju bolnika pazite, da bolnika ne položite na kontrolni balon **(2a)**. To povzroči močno povečanje tlaka mešička in lahko poškoduje sapnik.
- Med mehanskim predihavanjem lahko pride pri pogostem spreminjanju položaja ali manipulacijah kanile do ločitve notranje od zunanje kanile.
- Pri visokih tlakih predihavanja lahko v posameznih primerih pride do puščanja med notranjo in zunanjo kanilo.
- Pri uporabi traheostomijskih kanil lahko pride do stisnjenih mest, nekroz kože na vratu in draženja kože (npr. zaradi vlažnosti). Za preprečitev tega priporočamo, da pod metulček položite kompreso.
- Za preprečitev mehanskih poškodb naj mešiček ne pride v stik z razpršili ali mazili, ki vsebujejo lidokain.
- Vsi sestavni deli polnilnega sistema mešička morajo biti nad preverjanjem tlaka v mešičku sproščeni oz. neprepognjeni. V nasprotnem primeru je možno, da bo tlak na ročnem manometru prikazan napačno.
- Tanjši mešički so rahlo prepustni za vodno paro. Zaradi tega se lahko v mešičku nabere kondenzirana voda. Pri manjših količinah to ni pomembno. Če se pri večjih količinah voda pomotoma vsesa v polnilno cev, ni več omogočeno nemoteno merjenje in nastavljanje tlaka mešička, tako da je treba kanilo zamenjati. Pred odstranjevanjem kanile je treba iz mešička z brizgo v največji možni meri odstraniti ves zrak oz. vodo.

- Pri uporabi skupaj z dodatnimi medicinskimi izdelki upoštevajte ustrezna navodila za uporabo. V primeru dvoma se obrnite na ustreznega proizvajalca.

6. Opozorila

- Ne uporabljajte, če je sterilna embalaža poškodovana.
- Za predihavanje nikoli ne uporabljajte notranjih kanil z oknom.
- Zapiralni pokrov uporabljajte samo s kanilami z oknom (zunaj plus notranja kanila) in pri izpraznjenem mešičku.
- Med spanjem ni dovoljeno vstavljati govornih ventilov.
- Pri posegih z laserjem ali elektrokirurškimi napravami pazite na zadostno razdaljo do traheostomijske kanile. Obstaja nevarnost požara, nastajajo lahko strupeni plini in kanila se lahko poškoduje.
- Kanilo izberite tako, da je okno (če je vgrajeno) postavljeno na zadostni razdalji od kanala stome. Če tega ne upoštevate, je prisotna nevarnost nastanka emfizema pri bolnikih, ki jih predihavate, in tvorjenja granulacijskega tkiva ali povečanja dihalnega upora pri uporabi dihalnih ventilov oz. zapiranih pokrovov.
- Pri uporabi kanile z oknom lahko pride do povečanega tvorjenja granulacijskega tkiva.
- Tlak mešička se lahko spreminja, med drugim, pri spremembah nadmorske višine (npr. v letalu), pri uporabi smejalnega plina za anestezijo ter pri priklopu ali odklopu ročnega manometra.
- Pri previsokem tlaku mešička je prisotna nevarnost trajnih poškodb sapnika.
- Pri previsokem tlaku mešička lahko nastanejo hernije mešička.
- Pri prenizkem tlaku mešička je prisotna nevarnost aspiracije.
- Pri uporabi priključkov po Luerju (npr. **2a + 7a**) se izognite zamenjavam.
- Pri vstavljanju in odstranjevanju kanile lahko pride do draženja, siljenja h kašlju ali krvavitve.

SL

7. Neželeni stranski učinki

Stisnjena mesta, nekroze, draženje kože, granulacijsko tkivo, siljenje h kašlju, motnje požiranja in krvavitve.

8. Vstavljanje kanile

8.1 Priprava kanile

1. Preverite popolnost vsebine embalaže (**D**).
2. Pri kanilah z mešičkom (**2**) s preizkusnim napihovanjem preverite morebitno puščanje mešička. V ta namen mešiček z ročnim manometrom napihnite do tlaka 50 cm H₂O (≈ 36,78 mm Hg) in 1 minuto opazujte, ali postane mešiček ohlapen. Če mešiček dobro tesni, iz njega z brizgo odstranite ves zrak. Mešiček povlecite v smeri okrova (**5**). S tem si olajšate naknadno vstavljanje kanile.

8.2 Priprava bolnika

- Bolnik mora biti pred vstavljanjem ali vnovičnim vstavljanjem kanile optimalno oksigeniran.
- Po možnosti bolnikov vrat iztegnite malo bolj kot običajno, da si olajšate vstavljanje kanile.
- Za primer zapletov pri vstavljanju ali vnovičnem vstavljanju kanile je treba poskrbeti za varnostne ukrepe (npr. žlebaste klešče, kanila z manjšim premerom), ki zdravniku omogočijo kratkoročno izvedbo predihavanja s translaringealno intubacijo oziroma laringealno masko.

8.3 Vstavljanje kanile

Upoštevajte naslednje korake:

1. Pred vstavljanjem odstranite notranjo kanilo in vstavite obturator (8) v zunanjo kanilo (1). Pri vstavljanju kanile zadržite mešiček (5) in obturator s palcem pritisnite v zgornji konec zunanje kanile. Za lažje vstavljanje lahko na štrleči del obturatorja na bolnikovi strani in na ta del kanile skupaj z mešičkom nanesete tanko plast v vodi topnega lubrikanta.
2. Po vstavitvi kanile v bolnikov sapnik morate takoj odstraniti obturator.
3. Nato vstavite notranjo kanilo. Za pritrditev notranje kanile trdno držite metuljček s konico prstov in zasukajte priključek notranje kanile, dokler se pokrovček ne zaskoči tj. dokler se modri puščici in/ali oznaki ne poravnata (C).
4. Trak kanile (12) pritrdite na mešiček (5), da fiksirate kanilo.
5. Preverite tudi položaj in delovanje kanile (glejte 6. poglavje: Opozorila). Sapnik in kanilo po potrebi previdno izsesajte, da zagotovite prosto pot za dihanje.
6. Za predihavanje vzpostavite povezavo med standardnim 15-milimetrskim priključkom (3) notranje kanile in napravo za predihavanje.

Pri kanilah z mešičkom:

7. Mešiček napolnite s kontrolnim balonom (2a). Pri tem se prepričajte, da se mešiček med vstavljanjem ni poškodoval. Tlak mešička individualno prilagodite zdravljenju s predihavanjem in ga redno preverjajte. Znašati mora od 20 cm H₂O (≈ 15 mm Hg) do 30 cm H₂O (≈ 22 mm Hg).

Pri priključitvi ročnega manometra nastane padec tlaka v mešičku. Ta učinek je pri manjših velikostih občutnejši.

8.4 Odstranjevanje kanile (glejte poglavje 8.2)

Za odstranjevanje kanile opravite naslednje priprave:

- glavo upognite malo nazaj in

- pri kanilah z mešičkom v celoti izpraznite mešiček (glejte poglavje 8.5).

8.5 Praznjenje mešička

Pred praznjenjem mešička storite vse potrebno, da v bronhije vdre kar najmanj izločkov. Med praznjenjem izsesavajte izločke s sesalnim katetrom, potisnjenim skozi kanilo. Pri kanilah s subglotičnim odsesavanjem je treba pred praznjenjem dodatno odsesavati subglotični prostor, glejte poglavje 9.5.

Za praznjenje mešička priključite brizgo na kontrolni balon (**2a**). V celoti odstranite zrak/morebitno kondenzirano vodo. (Glejte 5. poglavje: Splošni previdnostni ukrepi.)

Če mešička ni mogoče izprazniti, upoštevajte naslednje ukrepe:

- Odstranite notranjo kanilo. Prepričajte se, da polnilna cev (**2b**) ni upognjena in mešiček ponovno izpraznite.
- Če praznjenje še vedno ni mogoče: previdno prerežite polnilno cev med 15-milimetrskim priključkom (**3**) in metuljčkom/grleno ploščo (**5**).

9. Ravnanje z izdelkom

9.1 Menjava notranjih kanil

Če se v notranji kanili nabere gost izloček, ki ga ni mogoče izsesati in ovira tok zraka, je treba notranjo kanilo zamenjati z novo ali očiščeno notranjo kanilo.

SL

Za odstranitev kanile zasukajte 15-milimetrski priključek notranje kanile v nasprotni smeri urinega kazalca (**C**).

Po vstavljanju nove notranje kanile v zunanjo kanilo zasukajte 15-milimetrski priključek notranje kanile v smeri urinega kazalca, dokler se pokrovček ne zaskoči tj. dokler modri puščici in/ali oznaki nista poravnani (**C**).
Delovanje notranjih kanil z narebričenim pokrovčkom je analogno.

Pri vstavljanju notranje kanile pazite, da polnilna cev (**2b**) mešička ni med notranjo in zunanjo kanilo, saj se lahko sicer zatakne in poškoduje.

9.2 Traheostomijske kanile z oknom

Notranje kanile brez okna imajo bele 15-milimetrske priključke in se uporabljajo na primer za predihavanje bolnikov.

Za govor se **notranja kanila z oknom** (moder 15-milimetrski priključek ali moder narebričen pokrovček) vstavi **v zunanjo kanilo z oknom**, mešiček se izprazni. Pri kanilah z mešičkom je mogoče po izpraznitvi mešička namestiti govorni ventil na notranjo kanilo s 15-milimetrskim priključkom. Upoštevajte navodila za uporabo ustreznega govornega ventila.

POZOR: Govorne ventile lahko vstavljate samo pri budnih bolnikih, ki lahko samostojno dihajo. Bolnike mora o uporabi govorne ventile poučiti strokovno usposobljeno osebje in jih vestno nadzorovati; treba je zagotoviti zadostno dihanje.

Pred uporabo izpraznite mešiček. Med spanjem govornih ventilov ni dovoljeno vstavljati.

POZOR: Govornih ventilov ni dovoljeno uporabljati pri bolnikih s stenozo grla, paralizo glasilk, hudo stenozo sapnika, obstrukcijah dihalnih poti, okužbah dihal ali močnim izločanjem sluzi.

9.3 Zapiralni pokrov kanile z oknom za odvajanje

Notranjo kanilo z oknom lahko zaprete z namestitvijo priloženega zapiralnega pokrova (10) na 15-milimetrski priključek.

POZOR: Za pripravo kanile morate poskrbeti, da so zgornja dihala bolnika prosta. Zgornja dihala je mogoče sprostiti s kašljanjem ali z odsesavanjem morebitnega izločka. Izpraznite mešiček. Ob zaprtju kanile je potreben strokovni nadzor dihanja in vitalnih znakov bolnika. Ob znaku dihalne stiske je treba zapiralo takoj odstraniti.

SL

9.4 Vzdrževanje odprtosti okna

Pri daljši uporabi kanile morate redno preverjati, da okno ni zamašeno z izločkom, krastami ali vraščenim tkivom. Po potrebi zamenjajte kanilo.

9.5 Uporaba izdelkov REF 306 in REF 888-306 s subglotičnim aspiracijskim kanalom

Te kanile imajo na zunanem loku zunanje kanile nameščen ploski aspiracijski kanal (7), ki se konča na dveh odprtinah neposredno nad mešičkom (2). V ta kanal je vgrajena sesalna cev (7b). Sesalna cev ima ženski priključek po Luerju (7a), ki omogoča odsesavanje z brizgo. Druga možnost je, da uporabite za to predvideno sesalno napravo z vakuumskim regulatorjem v povezavi s priloženimi priključki (11). Po odsesavanju zaprite priključek po Luerju (7a).

POZOR:

- Pri odsesavanju pazite, da ne ustvarite dolgotrajnega visokega podtlaka (največ 200 mbar).
- Da ne bi prišlo do izsušitve subglotičnega prostora, priporočamo odsesavanje s prekinitvami.
- Sesalna cev se lahko zamaši z izločkom ali zaradi prisesanja na sluznico sapnika. Če načrtujete spiranje sesalne cevi (na primer z manjšo količino zraka ali fiziološko raztopino), pazite, da je mešiček dovolj napihnjen (nevarnost aspiracije).
- Sesalna cev lahko povzroči mesta stiskanja v območju traheostome ali podolgovatost traheostome. V teh primerih se mora ležeči zdravnik odločiti, ali je tovrstno kanilo mogoče še naprej uporabljati.

10. Čiščenje, razkuževanje in skladiščenje**10.1 Čiščenje**

Kanilo (1 + 3) očistite pred vsako ponovno uporabo. To lahko storite z mlačno pitno vodo. Podjetje TRACOE medical priporoča, da za čiščenje uporabite izdelke za čiščenje podjetja TRACOE. Po čiščenju je treba kanile sprati s pitno vodo in posušiti na zraku. Pri čiščenju zunanjih kanil pazite, da ne poškodujete mešička.

POZOR:

- Čiščenja v nobenem primeru ne smete izvajati z agresivnimi gospodinjstskimi čistili, sredstvi za čiščenje protez ali topili, na primer s koncentriranim alkoholom, saj lahko to škoduje delovanju.
- Kanil ni dovoljeno segreti nad 65 °C, saj sicer ni več mogoče zagotoviti varnosti izdelkov.

SL

10.2 Razkuževanje

Pri uporabi neprimernih razkužil lahko pride do poškodb izdelka. Po razkuževanju je treba kanile sprati s sterilno vodo in posušiti na zraku.

10.3 Skladiščenje

Čisto kanilo hranite na suhem.

11. Prilagoditev izdelka

Spremembe na izdelkih TRACOE smejo izvajati samo zaposleni ali pooblaščenca podjetja TRACOE medical GmbH.

12. Odstranjevanje

Odstranjevanje je dovoljeno izvesti izključno skladno z veljavnimi nacionalnimi predpisi za odpadke.

13. Vračila

Vračila rabljenih izdelkov so mogoča samo po predhodnem dogovoru in ob predložitvi potrdila o dekontaminaciji. Ta obrazec dobite neposredno pri podjetju TRACOE medical ali na spletnem mestu www.tracoe.com.

14. Splošni poslovni pogoji

Prodaja, dobava in vračilo vseh izdelkov TRACOE se izvaja izključno na podlagi trenutno veljavne različice splošnih poslovnih pogojev, ki so na voljo pri podjetju TRACOE medical GmbH ali na spletnem mestu www.tracoe.com.

SL

Návod k použití tracheostomické kanyly TRACOE twist

UPOZORNĚNÍ:

- Pozorně si přečtete návod k použití. Tento návod je součástí popsaného produktu a musí být kdykoliv k dispozici. Pro vlastní bezpečnost a bezpečnost vašich pacientů respektujte následující bezpečnostní pokyny.



- Ilustrace k příslušnému textu najdete v obrazové části (leporelo) na začátku tohoto návodu. Číslo a písmena v závorkách odkazují na příslušnou ilustraci a součásti tracheostomické kanyly. Použité symboly jsou vysvětleny na stranách 1–6.

1. Všeobecné informace

POZOR: Produkt směji používat pouze **proškolení** ošetřující lékaři a ošetřovatelé! Stanovení použitého typu a velikosti musí provést ošetřující lékař.

Určení účelu: U tohoto zdravotnického prostředku se jedná o tracheostomickou kanylu.

Popis funkce: Tracheostomická kanyla zajišťuje průchod dýchaného vzduchu přes tracheostoma.

- Blokovaná nízkotlaká vysokoobjemová manžeta odděluje horní a dolní dýchací cesty tak, že vzduch nemůže proudit z plic do úst a nosu nebo jiným směrem. Pacient tak může dýchat **jen** přes kanylu. K zablokování se manžeta naplní vzduchem pomocí hadičky a slouží k utěsnění prostoru mezi tracheou a vnější stěnou kanyly. Toto utěsnění umožňuje efektivní plicní ventilaci pomocí dýchacích přístrojů, a zároveň zamezuje tomu, aby se sekret ze subglotického prostoru dostal do dolních cest dýchacích.

- Fenestrování kanyly umožňuje, aby do horních cest dýchacích mohla pronikat část vzduchu potřebná k mluvení. Současně je redukován odpor dýchání v horních dýchacích cestách.

- Popis dalších funkcí viz následující text.

Maximální doba použitelnosti tracheostomické kanyly:

29 dní od prvního použití (viz kap. 5. Všeobecná preventivní opatření). Tato maximální doba použití zahrnuje i doby, kdy se tracheostomická kanyla, resp. vnitřní kanyly nepoužívají.

Výrobek pro jednoho pacienta: V průběhu doby použitelnosti je možné opakované použití u jednoho a téhož pacienta.

Pas výrobku: K tomuto výrobku je přiložen pas se dvěma snímatelnými etiketami. Na těchto etiketách jsou uvedena specifická data o výrobku. Pas skladujte odděleně, usnadní vám to mj. objednání nového výrobku. Snímatelnou etiketu můžete nalepit např. do zdravotní dokumentace.

2. Všeobecný popis

Produkt se skládá z jedné vnější kanyly **(1)** s nízkotlakou vysokoobjemovou manžetou **(2)**, resp. bez nízkotlaké vysokoobjemové manžety s vnitřní kanylou s 15mm konektorem **(3)**, resp. rýhovaným uzávěrem.

(1) a **(3)** lze spojit nebo rozpojit pomocí šroubového uzávěru **(C)**.

Nízkotlaká vysokoobjemová manžeta se plní vzduchem, resp. vyprazdňuje pomocí plnicí hadičky **(2b)**.

Vnější kanyla je z polyuretanu, který nepropouští rentgenové záření, a je upevněna na límci (krčním límci) **(5)**, který lze otáčet okolo 2 os (kardanové zavěšení).

Perforovaný obturátor **(6)** umožňuje u velikostí 06–10 při kanylaci použít Seldingerova drátu ($\varnothing 1,27 \pm 0,04$ mm).

3. Indikace

Výrobky jsou určeny pro pacienty, u kterých je nutné zprůchodnění dýchacích cest přes tracheostoma.

- Kanyly bez nízkotlaké vysokoobjemové manžety jsou vhodné zvláště pro spontánně dýchající pacienty, kteří jsou na použití kanyly odkázáni.
- Kanyly s nízkotlakou vysokoobjemovou manžetou jsou určeny pro pacienty, u kterých je nutné zprůchodnění dýchacích cest přes tracheostoma, s utěsněním trachey.
- Fenestrovane kanyly ulehčují mluvení pacientům se zachovaným hrtanem.
- Kanyly s odsávacím kanálem se používají u pacientů, u kterých je indikováno odsávání ze subglotického prostoru.
- Kanyla REF 305 je vhodná zejména pro pacienty, kteří jsou po laryngektomii odkázáni na používání kanyly.

CS

4. Kontraindikace

4.1 Absolutní kontraindikace

- Uzavírací krytku / mluvicí ventily nepoužívat u pacientů při laryngektomii (pacientů bez hrtanu) – hrozí udušení!

4.2 Relativní kontraindikace

Relativní kontraindikace, u kterých je nutno zvážit rizika při použití metody:

- Použití v pediatrii.
- Nezvykle nízko položená průdušnice, např. při adipositas, kdy je nutno případně použít extra dlouhou kanylu.

5. Všeobecná preventivní opatření

- Důrazně se doporučuje mít u lůžka pacienta vždy připravenou náhradní kanylu a několik náhradních vnitřních kanyl. Uchovávejte je vždy v čistém a suchém stavu.

- Při každém použití, resp. zavedení kanyly musí být kanyla zkontrolována z hlediska možného poškození a bezvadné funkčnosti (např. volná světlost, těsnost nízkotlaké vysokoobjemové manžety, bezvadné a stabilní lícování vnitřní kanyly ve vnější kanyle, nepřítomnost zalomení, stabilní propojení mezi kanylou a límcem atd.). Materiál nízkotlaké vysokoobjemové manžety nesmí být křehký. Pokud zjistíte poškození, nahraďte výrobek novým.

- Na tracheostomickou kanylu nepůsobte násilím, protože by mohlo dojít k jejímu poškození (např. prasknutí). U pevně zavedených spojů s 15mm konektorem v každém případě použijte u tracheostomické kanyly homologovaný oddělovač (disconnect wedge).

- 15 mm konektor (3) udržujte v čistotě a suchu.

- Při výměně vnitřní kanyly musíte vždy dbát na to, aby se plnicí hadička (2b) nízkotlaké vysokoobjemové manžety nenacházela mezi vnitřní a vnější kanylou, aby nedošlo k jejímu přiskřípnutí a poškození.

- Při překládání pacienta dbejte na to, aby pacient neležel na kontrolním balónku (2a). Vedlo by to k silnému zvýšení tlaku v nízkotlaké vysokoobjemové manžetě a poškození trachey.

- Během mechanické plicní ventilace může při časté změně polohy nebo při manipulaci s kanylou dojít k příp. odpojení vnitřní kanyly od kanyly vnější.

- Je-li tlak při umělé plicní ventilaci příliš vysoký, může v ojedinělých případech dojít k průsaku mezi vnitřní kanylou a vnější kanylou.

- Při použití tracheostomické kanyly může dojít ke vzniku otlačků, nekróze krčních svalů a podráždění kůže (např. vlhkostí). Aby k tomu nedocházelo, doporučujeme podložit límec obkladem.

- Pro zamezení poškození materiálu se nízkotlaká vysokoobjemová manžeta nesmí dostat do kontaktu s aerosoly nebo mastmi s obsahem lidokainu.

- Všechny součásti plicního systému nízkotlaké vysokoobjemové manžety musí být během zkoušky nízkotlaké vysokoobjemové manžety uloženy volně, resp. bez zalomení. Jinak se může stát, že se tlak na ručním manometru nezobrazí správně.

- Tenké nízkotlaké vysokoobjemové manžety vykazují určitou propustnost vůči vodním parám. Z tohoto důvodu se může stát, že se v nízkotlaké vysokoobjemové manžetě nashromáždí z kondenzovaná voda. V malém množství to není důležité. Pokud však při větším množství dojde k nežádoucímu nasátí vody do plicní hadičky, nelze bezchybně změřit a nastavit tlak nízkotlaké vysokoobjemové manžety, a kanyla tedy musí být vyměněna. Před odstraněním kanyly je nutno pomocí stříkačky co nejdůkladněji odstranit vzduch, resp. vodu nacházející se v nízkotlaké vysokoobjemové manžetě.
- Při použití spolu s dalšími zdravotnickými výrobky je nutno respektovat příslušný návod k použití. Pokud máte pochybnosti, kontaktujte příslušného výrobce.

6. Varování

- Nepoužívat v případě poškození sterilního obalu.
- Při umělé plicní ventilaci nikdy nepoužívejte fenestrované vnitřní kanyly.
- Krytku používejte výhradně spolu s fenestrovanými kanylami (vnější + vnitřní kanyla) a odblokovanou nízkotlakou vysokoobjemovou manžetou.
- V době spánku nesmí být používány mluvicí ventily.
- Při ošetření laserem nebo elektrochirurgickými přístroji dbejte na dodržení dostatečné vzdálenosti od tracheostomické kanyly. Existuje nebezpečí vzniku požáru, mohou se tvořit jedovaté plyny a může dojít k poškození kanyly.
- Kanylu zvolte tak, aby byla případná fenestrace kanyly umístěna v dostatečné vzdálenosti od kanálu stomatu. Při nerespektování hrozí u pacientů na umělé plicní ventilaci vzniku emfyzému, granulace tkáně nebo zvýšeného odporu mluvicích ventilů, resp. krytek při dýchání.
- Při použití fenestrované kanyly může dojít ke zvýšené granulaci tkáně.
- Tlak nízkotlaké vysokoobjemové manžety se za určitých okolností může při změnách výšky (např. v letadle), při použití rajského plynu v anestezii a při připojování, resp. odpojování ručního manometru měnit.
- Při příliš vysokém tlaku nízkotlaké vysokoobjemové manžety existuje nebezpečí trvalého poškození průdušnice.
- Při příliš vysokém tlaku v manžetě se mohou vytvořit hernie.
- Při příliš nízkém tlaku nízkotlaké vysokoobjemové manžety hrozí nebezpečí aspirace.
- Při použití konektorů Luer (např. **2a + 7a**) se vyhněte záměně.
- Při zavádění a odstraňování kanyly se mohou vyskytnout podráždění, dráždění ke kašli nebo krvácení.

CS

CS

7. Nežádoucí vedlejší účinky

Otlaky, nekrózy, podráždění kůže, granulace tkáně, dráždění ke kašli, problémy při polykání a krvácení.

8. Zavádění kanyly

8.1 Příprava kanyly

1. Kontrola kompletnosti obsahu balení (D).
2. U kanyl s nízkotlakou vysokoobjemovou manžetou (2) je nutno zkontrolovat těsnost pomocí inflačního testu. K tomu se manžeta nafoukne pomocí ručního manometru na tlak 50 cm H₂O (≈ 36,78 mm Hg) a pozoruje se po dobu 1 minuty, jestli v manžetě dochází k poklesu tlaku. Pokud je manžeta těsná, odsajte všechny vzduch pomocí stříkačky. Nízkotlakou vysokoobjemovou manžetu (5) přesuňte směrem k límci. Usnadní to následné zavádění kanyly.

8.2 Příprava pacienta

- Pacient musí být při kanylaci, resp. rekanylaci optimálně preoxygenován.
- Pokud je to možné, mírně natáhněte krk pacienta. Usnadní vám to zavedení kanyly.
- Pro případ, že by při kanylaci, resp. rekanylaci došlo ke komplikacím, je nutno provést bezpečnostní opatření (např. hák, kanyla s menším průměrem), které lékaři umožní provést rychlou ventilaci přes translaryngeální intubaci, resp. laryngeální masku.

8.3 Zavedení kanyly

Je nutno provést následující kroky:

1. Před zavedením je třeba odstranit vnitřní kanylu a obturátor (8) zavést do vnější kanyly (1). Při zavádění je třeba pevně podržet kanylu za límec (5) a obturátor palcem pevně zatlačit do horního konce vnější kanyly. Pro usnadnění zavádění můžete na vyčnívající část obturátoru na pacientově straně a tuto oblast kanyly včetně nízkotlaké vysokoobjemové manžety nanést tenkou vrstvu ve vodě rozpustného lubrikačního prostředku.
2. Po zavedení kanyly do průdušnice pacienta obturátor ihned odstraňte.
3. Poté je třeba vložit vnitřní kanylu. Upevnění vnitřní kanyly se provádí tak, že límec pevně podržíme konečky prstů a konektor vnitřní kanyly zašroubujeme tak daleko, až se uzávěr zajistí, to znamená, až se modré šipky a/nebo značky překryjí (C).
4. Pásek kanyly (12) připevněte k límci kanyly (5), abyste kanylu zafixovali.
5. Dále zkontrolujte pozici a funkci kanyly (viz kap. 6. Varování). Trachea a kanyla musí být v případě potřeby pečlivě odsávány, aby byla zajištěna volná průchodnost dýchacích cest.

6. Pro zajištění umělé plicní ventilace je nutno zajistit propojení normovaného 15mm konektoru (3) vnitřní kanyly a dýchacího přístroje.

U kanyl s nízkotlakou vysokoobjemovou manžetou:

7. Nízkotlakou vysokoobjemovou manžetu naplňte pomocí kontrolního balónku (2a). Přitom je třeba se ujistit, že při zavádění nedošlo k poškození nízkotlaké vysokoobjemové manžety. Tlak v manžetě nastavte individuálně, podle příslušné ventilační terapie, pravidelně jej kontrolujte. Měl by se pohybovat mezi 20 cm H₂O (≈ 15 mm Hg) a 30 cm H₂O (≈ 22 mm Hg).

Při připojení ručního manometru dochází k poklesu tlaku v nízkotlaké vysokoobjemové manžetě. Tento efekt se u menších velikostí projevuje výrazněji.

8.4 Odstranění kanyly (viz kap. 8.2)

Pro vyjmutí kanyly proveďte následující přípravu:

- hlavu lehce zakloňte dozadu
- u kanyl s manžetou kompletně odblokujte nízkotlakou vysokoobjemovou manžetu (viz kap. 8.5)

8.5 Odblokování nízkotlaké vysokoobjemové manžety

Před odblokováním nízkotlaké vysokoobjemové manžety je nutno provést opatření, aby se do průdušek dostalo co nejméně sekretu. Během odblokování by měl být sekret odsáván pomocí odsávacího katétru, zavedeného skrz kanylu. U kanyl se subglotickým odsáváním je třeba před odblokováním odsát navíc subglotický prostor, viz kap. 9.5.

K odblokování nasadte na kontrolní balónek (2a) stříkačku. Kompletně odstraňte vzduch, příp. zkondenzovanou vodu. (Viz kap. 5. Všeobecná preventivní opatření.)

CS

Jestliže nízkotlakou vysokoobjemovou manžetu nelze odsát, proveďte následující opatření:

- Odstraňte vnitřní kanylu. Ujistěte se, že plnicí hadička (2b) není zalomená, a nízkotlakou vysokoobjemovou manžetu znovu odblokujte.
- Jestliže nadále není možné vyprázdnění: Plnicí hadičku mezi 15mm konektorem (3) a límcem (5) opatrně prořízněte.

9. Manipulace

9.1 Výměna vnitřních kanyl

Pokud se ve vnitřní kanyle nahromadí vazký sekret, který není možno odsát a který zamezuje průchodu vzduchu, je nutno vnitřní kanylu nahradit novou, resp. vyčištěnou vnitřní kanylou.

Abyste mohli kanylu odstranit, je třeba otáčet 15mm konektorem vnitřní kanyly proti směru hodinových ručiček (C).

Po zavedení nové vnitřní kanyly do vnější kanyly otáčejte 15mm konektorem vnitřní kanyly ve směru hodinových ručiček tak dlouho, dokud se uzávěr nezajistí, tj. dokud se modré šipky a/nebo vyvýšené značky nebudou překrývat (C).

Vnitřní kanyly s rýhovaným uzávěrem fungují analogicky.

Při vkládání vnitřní kanyly je třeba se ujistit, že se plnicí hadička nízkotlaké vysokoobjemové manžety (2b) nenachází mezi vnitřní a vnější kanylou; jinak může dojít zaklínění a poškození hadičky.

9.2 Fenestrování tracheostomické kanyly

Nefenestrování vnitřní kanyly mají bílé 15 mm konektory a používají se mj. k umělé plicní ventilaci pacientů.

K mluvení se do **fenestrování vnější kanyly** vloží **fenestrování vnitřní kanyla** (modrý 15mm konektor nebo modrý rýhovaný uzávěr). U kanyl s nízkotlakou vysokoobjemovou manžetou lze po odblokování manžety na vnitřní kanyly s 15mm konektorem nasadit mluvicí ventil. Je nutno respektovat návod k použití příslušného mluvicího ventilu.

POZOR: Mluvicí ventily smějí být nasazovány pouze u bdělých pacientů, kteří mohou dýchat spontánně. Aby si pacienti na mluvicí ventily zvykli, musí být poučeni vyškoleným personálem a svědomitě sledováni; je nutné zajistit dostatečné dýchání.

Před použitím je třeba nízkotlakou vysokoobjemovou manžetu odblokovat. V době spánku nesmí být mluvicí ventily používány.

CS

POZOR: Mluvicí ventily nesmí být používány u pacientů s laryngostenózou, ochrnutí hlasivek, těžkou stenózou trachey, neprůchodností dýchacích cest, infekce dýchacích cest nebo silné hlenové sekrece.

9.3 Krytka fenestrování kanyly k odvykání (Weaning)

Fenestrování vnitřní kanyly je možno uzavřít nasazením přiložené krytky (10) na 15mm konektor.

POZOR: Pro přípravu kanyly musí být zajištěno, aby byly horní dýchací cesty pacienta volné. K uvolnění horních dýchacích cest dojde odkašláním nebo odsátím příp. nahromaděného sekretu. Odblokujte nízkotlakou vysokoobjemovou manžetu. Při uzavření kanyly musí

být dýchání a vitální funkce pacienta kontrolovány odborníkem. Vyskytnou-li se příznaky dýchacích potíží, ihned křtku odstraňte.

9.4 Udržování otevřeného fenestrování

Při delším nasazení kanyly v pravidelných intervalech zajistěte, aby se fenestrace neucpala sekretem, krustami nebo zarostlou tkání. Kanyla musí být případně vyměněna.

9.5 Použití REF 306 a REF 888-306

s kanálem pro odsávání subglotického prostoru

Tyto kanyly jsou fixovány vnějším kolénem vnější kanyly, opatřené plochým odsávacím kanálem (7), který je zakončen dvěma otvory bezprostředně nad manžetou (2). Odsávací zařízení (7b) je integrováno do odsávacího kanálu. Odsávací zařízení má „samič“ konektor Luer (7a) na svém volném konci, přes který je možno provádět odsávání pomocí stříkačky. Jako alternativu je k tomu možno použít odsávačku s vakuovým regulátorem, ve spojení s přiloženými konektory (11). Po odsátí konektor Luer (7a) uzavřete.

POZOR:

- Při odsávání zajistěte, aby nebyl po delší dobu vyvíjen podtlak (max. -200 mbar).
- Abyste zamezili vysušení subglotického prostoru, doporučujeme intermitentní odsávání.
- Odsávací hadičku můžete kvůli sekretu nebo sání přemístit k tracheální sliznici. Pokud plánujete průplach odsávací hadičky (např. malým množstvím vzduchu nebo fyziologickým roztokem), dbejte na to, aby byla nízkotlaká vysokoobjemová manžeta dostatečně blokována (nebezpečí aspirace).
- Při použití odsávací hadičky je možná tvorba otlaků v oblasti tracheostomatu, resp. jeho neokrouhlosti. V těchto případech musí ošetřující lékař rozhodnout, jestli se bude dále používat tento druh kanyly.

CS

10. Čištění, desinfekce a skladování

10.1 Čištění

Kanylu (1 + 3) je nutno před každým opakovaným použitím vyčistit. K čištění můžete použít vlažnou pitnou vodu. TRACOE medical doporučuje používat k čištění prostředky pro čištění nabízené firmou TRACOE. Po vyčištění kanyly propláchněte vodou a nechte je uschnout na vzduchu. Při čištění vnějších kanyl dbejte na to, abyste nepoškodili nízkotlakou vysokoobjemovou manžetu.

POZOR:

- Při čištění v žádném případě nepoužívejte agresivní čističe pro domácnost, prostředky k čištění zubních náhrad nebo rozpouš-

tědla jako vysokoprocenní alkohol, protože by mohlo dojít k negativnímu ovlivnění jejich funkčnosti.

- Kanyly nezahřívajte nad 65 °C, protože pak nelze zaručit bezpečnost výrobku.

10.2 Desinfekce

Při použití nevhodných desinfekčních prostředků může dojít k poškození výrobku. Po desinfekci kanyly propláchněte sterilní vodou a nechte je uschnout na vzduchu.

10.3 Skladování

Čistou kanylu skladujte v suchu.

11. Úpravy výrobku

Úpravy výrobků firmy TRACOE směřjí provádět pouze pracovníci firmy TRACOE medical GmbH nebo jí pověřené osoby.

12. Likvidace

Likvidace smí být prováděna pouze podle platných národních předpisů o nakládání s nebezpečnými látkami.

13. Zpětný odběr

Vrácené použité výrobky budou převzaty pouze po dohodě a musí k nim být přiložen vyplněný certifikát o dekontaminaci. Tento formulář obdržíte buď přímo u firmy TRACOE medical, nebo na internetové stránce www.tracoe.com

14. Všeobecné obchodní podmínky

Prodej, dodávka a zpětný odběr všech výrobků firmy TRACOE probíhá pouze na základě platných Všeobecných obchodních podmínek (VOP), které jsou dostupné u firmy TRACOE medical GmbH nebo na internetové stránce www.tracoe.com.

CS

Instrucțiunile de utilizare pentru canulele de traheostomie TRACOE *twist*

INDICAȚIE:

- Citiți cu atenție aceste instrucțiuni. Ele sunt parte integrantă a produsului descris în continuare și trebuie să fie disponibile în permanență. În interesul securității Dvs. și al pacienților Dvs., respectați normele de siguranță de mai jos.



- Ilustrațiile relevante pentru text se găsesc pe paginile cu ilustrații (pliante), la începutul acestor instrucțiuni. Cifrele și literele din paranteze fac trimitere la ilustrațiile respective și componentele canulei de traheostomie. Simbolurile utilizate sunt prezentate pe paginile 1 - 6.

1. Informații generale

ATENȚIE: produsul se utilizează numai de membrii unui personal medical **instruit**, autorizat pentru îngrijirea pacientului! Alegerea dimensiunii și tipului de dispozitiv se face de medicul curant.

Scopul de utilizare: acest dispozitiv medical este o canulă pentru traheostomie.

Descriere funcțională: canula de traheostomie asigură circulația aerului aspirat prin traheostomă.

- Manșeta fixată separă căile respiratorii superioare de cele inferioare, astfel încât să împiedice circulația aerului dinspre plămâni spre cavitatea bucală/nazală respectiv în direcție opusă. Astfel, pacientul va respira **numai** prin canulă. Pentru fixarea manșetei, aceasta se umple cu aer prin furtunul de alimentare și servește la delimitarea peretelui extern al canulei pe trahee. Această delimitare asigură o respirație artificială eficientă prin intermediul aparatelor și previne, de asemenea, infiltrarea secrețiilor din regiunea subglotică în căile respiratorii inferioare.

- Canulele găurite permit ca o parte a aerului necesar pentru vorbire să treacă prin orificii în căile respiratorii superioare. În plus, se reduce rezistența la flux din căile respiratorii superioare.

- Pentru o descriere funcțională detaliată a se vedea textul în continuare.

Durata maximă de viață al canulei de traheostomie:

29 de zile de la prima utilizare (a se vedea cap. 5. Măsurile generale de

RO

precauție). Această durată include și perioadele în care canula de traheostomie, respectiv canulele interne, nu au fost utilizate.

Produs destinat unui singur pacient: În cadrul perioadei de utilizare se admite o utilizare repetată da numai la același pacient.

Certificatul produsului: produsul este însoțit de un certificat cu două etichete autocolante. Etichetele conțin date specifice produsului. Certificatul trebuie păstrat separat, deoarece, de ex., poate servi la o nouă comandare a acestui produs. Eticheta autocolantă poate fi lipită, de ex., pe fișa pacientului.

2. Descriere generală

Produsul constă dintr-o canulă externă (1) cu sau fără (2) manșetă și o canulă internă, înlocuibilă, montată în canula externă, cu un conector de 15 mm (3), prevăzută cu o piuliță olandeză. (1) și (3) se pot conecta sau desface prin intermediul unui capac striat (C).

Manșeta se umflă cu aer sau se dezumflă cu ajutorul furtunului de alimentare (2b).

Canula externă este confecționată din poliuretan radioopac și este fixată pe o flanșă care pivotează pe 2 axe (placa traheostomică) (5) (prindere cardiacă).

Obturatorul perforat (6) permite în cazul dimensiunilor 06-10, utilizarea unui fir Seldinger ($\varnothing 1,27 \pm 0,04$ mm, de ex. REF 518) în timpul canulării.

3. Indicații

Produsele sunt destinate pacienților în cazul cărora trebuia creat un acces în căile respiratorii printr-o traheostomă.

- Canulele fără manșetă sunt adecvate în special pentru pacienții cu respirație spontană, care au fost instruiți cu privire la utilizarea canulei.

- în cazul cărora trebuia creat un acces în căile respiratorii printr-o traheostomă, cu etanșarea traheii.

- Canulele cu fereastră facilitează vorbirea la pacienții care au laringele păstrat.

- Canulele cu canal de aspirație sunt utilizate pentru pacienții în cazul cărora se recomandă aspirarea zonei subglotice.

- Canulele REF 305 este deosebit de adecvată pentru pacienții care, după laringectomie, necesită utilizarea unei canule.

4. Contraindicații

4.1 Contraindicații absolute

- Obturatorul / valva de vorbire nu se poate utiliza în cazul pacienților laringectomizați (fără laringe) – pericol de asfizie!

4.2 Contraindicații relative

Contraindicațiile relative, în cazul cărora procedura poate prezenta anumite riscuri pentru pacienți, includ următoarele:

- Utilizarea pediatrică.
- Trahee anormal de joasă, de ex. în caz de obezitate, caz în care se va utiliza o canulă extra-lungă

5. Măsuri generale de precauție

- Recomandăm să aveți întotdeauna o canulă de rezervă pregătită pentru utilizare și mai multe canule interne de rezervă lângă patul pacientului. Acestea trebuie să fie întotdeauna curate și uscate.
- La fiecare utilizare, respectiv la fiecare introducere a unei canule, trebuie să verificați dacă canula este intactă respectiv dacă funcționează în mod corespunzător, ex. se va verifica dacă lumenul este liber, etanșeitatea manșetei, fixarea corectă și stabilă al canulei interne în canula externă, lipsa unor noduri, fixarea stabilă al canulei pe flanșa etc. Nu este permis ca materialul manșetei să fie unul rigid. În cazul deteriorării, produsul se va înlocui cu unul nou.
- Niciodată să nu manipulați cu forța canula de traheostomie, deoarece există un pericol de deteriorare (de ex. rupere). În cazul unei legături fixe prin conectorul de 15 mm, se va utiliza un dispozitiv de deconectare (Disconnect Wedge) aprobat pentru canulele de traheostomie.
- Conectorul de 15 mm (3) trebuie să fie întotdeauna curat și uscat.
- La schimbarea canulei interne, aveți grijă ca furtunul de alimentare (2b) al manșetei să nu ajungă între canula internă și cea externă, deoarece acesta se poate bloca și deteriora foarte ușor.
- În cazul în care pacientul este mutat, aveți grijă ca acesta să nu se așeze pe balonul de control (2a), deoarece creșterea rapidă a presiunii în manșetă poate duce la lezarea traheii.
- În timpul respirației artificiale, prin schimbarea frecventă a poziției sau prin manipularea canulei este posibil ca cele două canule să se separe una de cealaltă.
- Presiunile prea mari de respirație pot provoca în anumite cazuri scurgeri între canula internă și cea externă.
- Utilizarea canulelor de traheostomie poate avea ca consecință producerea unor puncte de compresiune, necroze și iritații pe pielea gâtului (de ex. umiditate). Pentru a preveni aceste reacții, recomandăm să introduceți o compresă sub placa traheostomică.
- Pentru a preveni deteriorarea materialului, este interzisă ca manșeta să intre în contact cu aerosoli sau unguente cu lidocaină.
- Toate componentele sistemului pentru umflarea manșetei trebuie să libere și fără noduri în timpul verificării presiunii din manșe

RO

tă. În caz contrar, este posibil ca presiunea măsurată de manometru să nu fie cea reală.

- Manșetele subțiri prezintă o anumită permeabilitate la vaporii de apă. De aceea este posibil ca în manșetă să se formeze condens. În cazul unor cantități mici, acest fenomen nu are relevanță, însă în cazul unor cantități considerabile, dacă apa este aspirată în furtunul de alimentare, presiunea din manșetă nu se mai poate măsura și regla în mod corespunzător, iar canula trebuie să fie înlocuită. Înainte de îndepărtarea canulei, aerul și apa din manșetă se vor elimina pe cât posibil cu ajutorul unei seringi.

- Când produsul se utilizează împreună cu alte produse medicale, trebuie să respectați și instrucțiunile de utilizare care se referă la produselor respective. În cazul unor contradicții, contactați producătorul produsului respectiv.

6. Avertizări

- Nu utilizați produsul dacă ambalajul steril al acestuia pare să fie deteriorat.

- Nu utilizați niciodată canule interne cu fereastră pentru respirație artificială.

- Folosiți obturatorul numai pentru canulele cu fereastră (canulă externă + canulă internă) și numai cu manșeta deblocată.

- Este interzisă utilizarea valvelor pentru vorbire în timpul somnului.

- În cazul tratamentelor cu laser sau cu alte instrumente chirurgicale electronice, trebuie să păstrați o distanță corespunzătoare de la canula de traheostomie. În caz contrar, există un pericol de incendiu, se pot forma gaze toxice iar canula poate fi deteriorată.

- Canula trebuie să fie aleasă astfel încât găurile (dacă există) să fie poziționate la o distanță suficient de mare față de canalul stomei. În cazul nerespectării acestor instrucțiuni, există pericolul apariției unui emfizem la pacienții sub respirație artificială, respectiv pericolul acumulării de țesut granular sau creșterii rezistenței la flux la utilizarea valvei pentru vorbire sau al obturatorului.

- La utilizarea unei canule găurite se poate accelera acumularea de țesut granular.

- Presiunea din manșetă se poate modifica, printre altele și în funcție de altitudine (de ex. în avion), în cazul folosirii gazului ilariant pentru anestezie, respectiv la conectarea/deconectarea unui manometru manual.

- O presiune prea ridicată în manșetă poate produce leziuni ireversibile pe trahee.

- În cazul unei presiuni prea reduse există pericolul de aspirare.

- O presiune prea ridicată în manșetă poate duce la apariția unor dilatări în manșetă.

- La utilizarea conectorilor Luer (de ex. **2a + 7a**), aveți grijă să nu le confundați pe acestea.
- Introducerea respectiv îndepărtarea canulei poate produce iritații, tuse sau hemoragii.

7. Efecte secundare nedorite

Formarea unor puncte de compresiune, necroze, iritații ale pielii, acumulări de țesut granular, tuse, disfagie, hemoragii.

8. Introducerea canulei

8.1 Pregătirea canulei

1. Verificați integritatea conținutului ambalajului (**D**).
2. În cazul canulelor cu manșetă (**2**), verificați etanșeitatea manșetei printr-o umflare de probă. În acest scop, manșeta se umflă cu un manometru manual, la o presiune de 50 cm H₂O (≈ 36,78 mm Hg) și se monitorizează timp de 1 minut, pentru a se verifica dacă valoarea presiunii rămâne constantă. Dacă manșeta izolează perfect, eliminați aerul ajutorul unei seringi. Ridicați manșeta în direcția plăcii (**5**). Această operațiune facilitează introducerea canulei.

8.2 Pregătirea pacientului

- Înainte de canulare sau recanulare, pacientul trebuie preoxygenat la un nivel optim.
- În măsura în care este posibil, întindeți ușor gâtul pacientului pentru a facilita introducerea canulei.
- Luați măsurile adecvate de siguranță pentru cazul în care intervin anumite complicații în timpul canulării sau recanulării (de ex. dilatator traheal, canulă cu un diametru mai mic), care să facă posibil o implementare cât mai rapidă a respirației artificiale prin intubare translingeană sau printr-o mască laringeană.

8.3 Introducerea canulei

Parcurgeți următoarele etape:

1. Înainte de introducere, îndepărtați canula internă și introduceți obturatorul (**8**) în canula externă (**1**). La introducere, fixați canula pe placă (**5**) și împingeți obturatorul cu degetul mare în partea proximală al canulei externe. Pentru a facilita introducerea, aplicați un strat subțire de lubrefiant pe bază de apă pe partea exterioară a obturatorului, la capătul dinspre pacient, pe partea respectivă a canulei, inclusiv pe manșetă.
2. Îndepărtați obturatorul imediat după introducerea canulei în trahee.
3. Urmează introducerea canulei interne. Pentru fixarea canulei interne, țineți placa cu vârfurile degetelor și rotiți conectorul canulei interne până când dispozitivul de *blocare* se fixează la loc, adică până

când săgețile albastre și/ au marcajele se suprapun perfect (C).

4. Pentru a fixa canula, fixați banda de canulă (12) pe placa traheostomică (5).

5. Verificați poziția și funcționarea canulei (a se vedea capitolul 6 Avertizări). Dacă este necesar, aspirați cu grijă traheea și canula, pentru a elibera căile respiratorii.

6. Pentru respirație, este nevoie să conectați conectorul standard de 15 mm (3) din canula internă și dispozitivul de respirație artificială.

În cazul canulelor cu manșetă:

7. Umflați manșeta cu ajutorul balonului de control (2a) dar mai întâi verificați dacă manșeta nu a fost deteriorată la introducerea. Presiunea din manșetă se reglează individual în funcție de terapia respiratorie și se controlează periodic, presiunea fiind de obicei între 20 cm H₂O (≈ 15 mm Hg) și 30 cm H₂O (≈ 22 mm Hg).

La conectarea unui manometru manual, presiunea din manșetă scade. Acest efect este mai pronunțat în cazul dispozitivelor cu dimensiuni mai mici.

8.4 Îndepărtarea canulei (a se vedea subcapitolul 8.2)

Pentru îndepărtarea canulei, parcurgeți următoarele etape:

- aplecați capul puțin în spate și
- deblocați complet manșeta în cazul canulelor cu manșetă (a se vedea. cap. 8.5)

8.5 Deblocarea manșetei

Înainte de a debloca manșeta, luați măsurile necesare ca să ajungă cât mai puține secreții în bronhiile pacientului. În timpul deblocării, secrețiile se aspiră cu ajutorul unui cateter de aspirație introdus prin canulă .

În cazul utilizării canulelor cu aspirație subglotică, înainte de deblocare se va aspira și zona subglotică (a se vedea cap. 9.5.)

RO

Pentru deblocare, conectați seringă la balonul de control (2a). Îndepărtați complet aerul/apa de condens. (A se vedea cap. 5 Măsurile generale de precauție).

În cazul în care manșeta nu se poate debloca, luați următoarele măsuri:

- Îndepărtați canulă internă. Asigurați-vă că furtunul de umplere (2b) nu este îndoit și deblocați din nou manșetă.
- Dacă manșeta nu se golește, tăiați cu grijă furtunului între conectorul de 15 mm (3) și placă (5).

9. Utilizarea

9.1 Schimbarea canulei interne

În cazul în care în canulă se acumulează secreții aderente, care nu se pot aspira și care împiedică circulația aerului, canula internă se va înlocui cu una nouă sau una curată.

Canula internă se eliberează prin rotirea conectorul de 15 mm din canula internă în sens antiorar (C).

După introducerea unei noi canule interne în canula externă, se rotește conectorul de 15 mm al canulei interne în sensul acelor de ceasornic până când obturatorul se fixează, adică până când marcajele se suprapun (C).

Canulele interne cu capac striat capăt funcționează în mod similar. La introducerea canulei interne trebuie să vă asigurați că furtunul manșetei (2b) nu se află între canula internă și cea externă, în caz contrar furtunul se poate bloca sau deteriora.

9.2 Canulele de traheostomie găurite

Canulele interne fără fereastră au conectori albi de 15 mm și sunt utilizate, printre altele, pentru respirația artificială a pacienților.

Pentru vorbire, se utilizează o **canulă internă cu fereastră** (conector albastru de 15 mm sau capac striat albastru), montată în **canula externă găurită**. În cazul canulelor cu manșetă, după deblocarea manșetei, la conectorul de 15 mm de pe canula internă, se poate conecta o valvă pentru vorbire. În acest sens trebuie să respectați instrucțiunile de utilizare ale valvei respective.

ATENȚIE: Valva pentru vorbire se poate utiliza numai la pacienții conștienți, care pot respira în mod spontan. Pacienții trebuie să fie instruiți cum să se obișnuiască cu valvulele pentru vorbire de către membrii personalului medical și să fie monitorizați cu atenție; Trebuie să se asigure să pacienții primesc o cantitate optimă de aer. Înainte de utilizare, deblocați manșeta. Valvele pentru vorbire nu se utilizează în timpul somnului.

ATENȚIE: Valvele pentru vorbire nu se pot instala la pacienții care suferă de stenoza laringelui, paralizia corzilor vocale, stenoza traheala severă, obstrucția căilor respiratorii, infecții ale căilor respiratorii sau secreții excesive ale mucoaselor.

9.3 Obturatorul canulei cu fereastră pentru înțârcare respiratorie (weaning)

Canula internă cu fereastră se poate închide prin instalarea obturatorului atașat (10) pe conectorul de 15 mm.

ATENȚIE: Pentru pregătirea canulei, căile respiratorii superioare ale pacientului trebuie să fie libere. Eliberarea căilor respiratorii superioare se face prin expectorare sau aspirarea secrețiilor existente. Deblocați manșeta. La închiderea canulei, respirația și semnele vitale ale pacientului se vor monitoriza de un cadru medical competent. Canula se va deschide imediat, dacă apar semne de asfixiere.

9.4 Menținerea ferestrelor deschise

În cazul în care canula se utilizează pentru un timp îndelungat, verificați periodic ca fereastra să nu fie obturată de secreții, depuneri sau de creșterea țesuturilor adiacente. Schimbați canula dacă este necesar.

9.5 Utilizarea REF 306-P, REF 888-306-P cu canal de aspirație subglotică

Aceste canule sunt prevăzute cu un canal plat de aspirație (7), fixat pe curbura externă a canulei externe, care se termină în două deschideri imediat deasupra manșetei (2). Un tub de aspirație (7b) este integrat în acest canal. Acest tub de aspirație are un conector Luer de tip „mamă” (7a) la capătul liber, cu ajutorul căruia se poate efectua aspirația cu o seringă. Alternativ se poate utiliza un dispozitiv special de aspirație, prevăzut în cu un regulator de vid, cuplat la conectorii existenți (11). După aspirație închideți conectorul Luer (7a).

ATENȚIE:

- La aspirație trebuie să urmăriți să nu se creeze o sub-presiune puternică (- max. 200 mbari) pentru un timp prea îndelungat.
- Pentru a evita uscarea zonei subglotice, recomandăm o aspirație intermitentă.
- din cauza secrețiilor sau prin aspirarea mucoasei traheii, tubul de aspirație se poate bloca. Dacă doriți să clătiți tubul de aspirație (de ex. cu o cantitate redusă de aer sau ser fiziologic), avuți în vedere faptul că manșeta trebuie să fie blocată suficient de bine (pericol de aspirare).
- Dacă folosiți tubului de aspirație, este posibil ca în zona traheostomei să apară puncte de compresiune, sau ca stoma să devină ovală. În astfel de cazuri medicul curant va decide dacă va continua să utilizeze acest tip de canulă.

10. Curățarea, dezinfectarea și depozitarea

10.1 Curățarea

Canula (1 + 3) se va curăța înainte de fiecare utilizare. Curățarea se face cu apă potabilă caldă. TRACOE medical recomandă în acest scop produsele de curățare oferite de compania TRACOE. După curățare, clătiți canulele în apă potabilă și uscați-le la aer. Aveți grijă la curățarea canulelor externe să nu deteriorați manșeta.

ATENȚIE:

- Este interzis folosiți pentru curățare detergenți agresivi de uz casnic, detergenți pentru cabinete de stomatologie sau solvenți cu un conținut ridicat de alcool, deoarece aceștia pot împiedica funcționarea canulei.
- Canulele nu se pot încălzi la temperaturi peste 65 °C, deoarece siguranța lor poate fi compromisă.

10.2 Dezinfectarea

Utilizarea altor agenți de dezinfectare poate deteriora produsul. După dezinfectare, canulele se spală cu apă sterilă și se uscă la aer.

10.3 Depozitarea

Canulele curate se depozitează într-un loc uscat.

11. Ajustarea produsului

Produsele firmei TRACOE se pot ajusta numai de angajații companiei sau de personalul împuternicit de TRACOE medical GmbH.

12. Gestionarea deșeurilor

Gestionarea deșeurilor se face în conformitate cu prevederile legale naționale în vigoare.

13. Returnarea

Produsele folosite returnate la companie se vor prelua numai dacă s-a încheiat un acord prealabil în acest sens și dacă ele sunt însoțite de un certificat de decontaminare. Formularul de decontaminare se poate obține direct de la TRACOE medical, sau de pe www.tracoe.com

RO

14. Condiții comerciale generale

Vânzarea, livrarea și returnarea produselor TRACOE se face exclusiv pe baza Condițiilor comerciale generale (CCG) în vigoare, care se pot obține la cerere de la TRACOE medical GmbH sau se pot consulta pe website, la www.tracoe.com.

TRACOE *twist* trakeostomi kanülleri için kullanım talimatları

NOT

• Lütfen bu kullanım talimatlarını dikkatlice okuyunuz. Kullanım talimatları, açıklanan ürünün bir parçasıdır ve her an erişilebilir durumda olmalıdır. Kendi güvenliğiniz ve hastalarınızın güvenliği için aşağıdaki güvenlik uyarılarına dikkat ediniz.



• Metne ait çizimleri, bu kılavuzun başlangıcındaki resimli açılabilen sayfalarda bulabilirsiniz. Parantez içindeki rakamlar ve harfler, ilgili çizimlere ve trakeostomi kanüllerinin ürün bileşenlerine referans verir. Kullanılan semboller 1. - 6. sayfalarda açıklanmıştır.

1. Genel bilgiler

DİKKAT: Ürün, sadece doktorlar ve **eğitilmiş**, bakım konusunda bilgili kişiler tarafından kullanılmalıdır! Boyut ve tip belirleme işlemleri, tedaviyi yapan doktor tarafından gerçekleştirilmelidir.

Kullanım amacı: Bu tıbbi ürün, bir trakeostomi kanülüdür.

Fonksiyon tanımı: Trakeostomi kanülü, solunan havanın trakeostomadan geçişini garanti altına alır.

• Bloklanmış manşet, hava akciğerden ne ağız ile buruna ne de başka bir yöne doğru akamayacak şekilde üst solunum yollarını alt solunum yollarından ayırır. Bu sayede, hasta **sadece** kanül ile nefes alabilir. Manşetin bloklanması için, manşet doldurma hortumu aracılığıyla havayla doldurulur ve soluk borusu ile kanülün dış duvarı arasında conta görevi görür. Bu conta, solunum cihazları ile verimli bir solunuma olanak sağlar ve aynı zamanda salgının subglottik bölümden alt solunum yollarına gitmesini önler.

TR

• Fenestre kanüller, konuşmak için gerekli havanın bir kısmının fenestrasyondan geçerek üst solunum yollarına ulaşmasına olanak sağlar. Ek olarak, üst solunum yollarındaki solunum direnci azaltılır.

• Diğer fonksiyon tanımları için aşağıdaki metne bakınız.

Trakeostomi kanülünün maksimum kullanım ömrü:

İlk kullanımdan itibaren 29 gündür (bkz. Bölüm 5, Genel Tedbirler). Bu maksimum kullanım dönemi, trakeostomi kanülünün veya iç kanüllerin kullanılmadığı tüm zamanları da içerir.

Tek hastaya yönelik ürün: Kullanım süresi zarfında, tek ve aynı hastada birden çok uygulamaya izin verilir.

Ürün kimliği: Bu ürüne, çıkartılabilen iki etiket içeren bir ürün kimliği eklenmiştir. Bu etiketler üzerinde ürüne özel bilgiler verilmiştir. Duruma bağlı olarak yeni siparişi kolaylaştıracağı için bu kimlik ayrı olarak saklanmalıdır. Çıkartılabilen etiket örn. hasta dosyasına yapıştırılabilir.

2. Genel açıklama

Ürün; manşetli (2) veya manşetsiz bir dış kanül (1) ile 15 mm konnektörlü veya yivli düşük profil konnektörlü, değiştirilebilir bir iç kanülden oluşur.

(1) ve (3) bir çevirme hareketiyle bağlanabilir veya ayrılabilir (C). Manşet, doldurma hortumu (2b) aracılığıyla havayla doldurulur veya boşaltılır.

Dış kanül, radyopak poliüretandan oluşur ve 2 eksen etrafında çevrilebilen bir plakaya (boyun plakası) (5) sabitlenmiştir (kardan askı).

Perfore obtüratör (6) 06 - 10 arasındaki boylarda bir Seldinger kılavuz telinin ($\varnothing 1,27 \pm 0,04$ mm) kanülasyonda kullanılmasına olanak sağlar.

3. Endikasyonlar

Ürünler, bir trakeostoma ile solunum yollarına erişimin gerekli olduğu hastalar için üretilmiştir.

- Manşetsiz kanüller, özellikle bir kanülden kullanılması gereken, anlık solunum yapan hastalar için uygundur.
- Manşetli kanüller, nefes borusu izole edilerek bir trakeostoma ile solunum yollarına erişimin gerekli olduğu hastalar için üretilmiştir.
- Fenestre kanüller, gırtlığı korunan hastalarda konuşmayı kolaylaştırır.
- Emme kanalı olan kanüller, subglottik bölümden emmenin görüldüğü hastalarda kullanılır.
- Kanül REF 305 özellikle bir larenjektomiden sonra kanül kullanımına bağımlı olan hastalar için uygundur.

4. Kontrendikasyonlar

4.1 Mutlak kontrendikasyonlar

- Larenjektomi uygulanmış hastalarda (gırtlaksız hastalar) oklüzyon başlığı / konuşma valfleri kullanmayınız – Boğulma tehlikesi!

4.2 Bağıl kontrendikasyonlar

Risklerin, tedavinin sağlayacağı faydalara göre hesaplanması gereken bağıl kontrendikasyon olarak aşağıdakiler geçerlidir:

- Pediatrideki kullanım.
- Anormal derecede derinde bulunan nefes borularında, örn. Adipositas hastalığında, gerekirse daha uzun kanül kullanınız.

5. Genel tedbirler

- Hasta yatağında her zaman kullanıma hazır bir yedek kanül ve birden çok yedek iç kanülün hazırda tutulması şiddetle önerilir. Bu kanüller temiz, kuru durumda saklanmalıdır.

- Her uygulamada veya bir kanülün yerleştirilmesi sırasında kanül sağlamlık ve kusursuz işlev açısından kontrol edilmelidir, örn. serbest lümen, manşetin sızdırmazlığı, iç kanülün dış kanüle kusursuz ve sağlam şekilde uyması, bükülme noktalarının oluşmaması, kanül ve flanş arasında sağlam bağlantı vb. Manşet malzemesi kırılğan olmamalıdır. Hasar durumunda bu ürün bir yenisiyle değiştirilmelidir.

- Trakeostomi kanülüne güç uygulanmamalıdır, aksi takdirde hasar tehlikesi (örn. kırılma tehlikesi) oluşur. 15 mm ölçüsündeki konnektör üzerindeki sıkı bağlantılarda, mutlaka trakeostomi kanülleri için izin verilmiş

bir ayırma yardımı (Disconnect Wedge) kullanılmalıdır.

- 15 mm'lik konnektör (3) temiz ve kuru tutulmalıdır.

- İç kanülün değiştirilmesi sırasında, manşetin doldurma hortumunun (2b) iç kanül ile dış kanül arasında bulunmamasına her zaman dikkat edilmelidir, aksi takdirde hortum sıkışabilir ve zarar görebilir.

- Hastanın yerinin değiştirilmesi sırasında hastanın kontrol balonu (2a) üzerine yatmamasına dikkat edilmelidir. Bu, manşet basıncının önemli şekilde artmasına ve soluk borusunun zarar görmesine neden olabilir.

- Mekanik nefes alma sırasında, konum sıklıkla değiştirildiğinde veya kanülden manipülasyon yapıldığında iç kanül dış kanülden ayrılabilir.

- Yüksek solunum basıncı sonucu özel durumlarda iç kanül ve dış kanül arasında bir sızıntı oluşabilir.

- Trakeostomi kanüllerinin kullanılması sırasında baskı noktaları, boyun derisinde nekrozlar ve cildin tahriş olması (örn. nem) durumları meydana gelebilir. Bunu önlemek için, plakanın altına bir kompres yerleştirilmesini öneriyoruz .

- Materyal hasarın önlenmesi için, manşet lidokain içeren aerosoller veya merhemlerle temas etmemelidir.

- Manşet doldurma sisteminin tüm parçalarının manşet basınç kontrolü esnasında serbest veya kıvrımsız bir biçimde yerleşmiş olması gereklidir. Aksi halde el manometresi yanlış bir basınç değeri gösterebilir.

- İnce manşetler, belirli bir su buharı geçirgenliğine sahiptir. Bu nedenle manşette yoğuşma suyu birikebilir. Az miktardaki yoğuşma suyu önemsizdir. Fakat büyük miktarlardaki yoğuşma suyunda su yanlışlıkla doldurma hortumunun içine emilirse, manşet basıncı artık kusursuz şekilde ölçülemez ve ayarlanamaz; yani kanülün değiştirilmesi gerekir. Kanül çıkartılmadan önce, manşette bulunan hava veya su bir enjektör yardımıyla mümkün olduğunca temizlenmelidir.

- Ek tıbbi ürünlerin birlikte kullanılması durumunda ilgili kullanım talimatlarına dikkat edilmelidir. Şüphe durumunda ilgili üreticiyle temas kurulmalıdır.

6. Uyarılar

- Steril ambalaj zarar görmüşse kullanmayınız.
- Fenestre iç kanüller nefes alma için kesinlikle kullanılmamalıdır.
- Oklüzyon başlığını sadece fenestre kanüllerle (dış kanül + iç kanül) ve bloke edilmemiş manşetle birlikte kullanınız.
- Uyku esnasında konuşma valfleri kullanılmamalıdır.
- Lazerle veya elektrocerrahi cihazlarıyla yapılan tedavilerde, trakeostomi kanülüne yeterli mesafe olmasına dikkat edilmelidir. Yangın tehlikesi bulunmaktadır, zehirli gazlar oluşabilir ve kanül zarar görebilir.
- Kanül, fenestrasyon (mevcutsa) ağız kanalına yeterli mesafede konulacak şekilde seçilmelidir. Buna dikkat edilmemesi durumunda; nefes alan hastada anfizem, granülasyon dokusunun oluşması veya konuşma valfleri ya da oklüzyon başlıkları kullanılırken solunum direncinin artması tehlikesi bulunmaktadır.
- Fenestre bir kanülün kullanılması durumunda, granülasyon dokusu daha çok oluşabilir.
- Manşet basıncı, yükseklik değişikliklerinde (örn. uçakta), anesteziye diazot monoksit kullanılması ve bir el manometresinin bağlanması veya çıkartılması sırasında koşullara bağlı olarak değişebilir.
- Manşet basıncı çok yüksek olursa, kalıcı nefes borusu hasarları oluşma tehlikesi bulunmaktadır.
- Manşet basıncı çok yüksek olursa, manşet kırılması görülebilir.
- Manşet basıncı çok düşük olursa, aspirasyon tehlikesi mevcuttur.
- Luer konnektörlerin (örn. **2a + 7a**) kullanılması sırasında konnektörlerin birbirleriyle karıştırılması önlenmelidir.
- Kanülün yerleştirilmesi ve çıkartılması sırasında tahriş, gıcık veya kanamalar meydana gelebilir.

7. İstenmeyen yan etkiler

Baskı noktaları, nekrozlar, ciltte tahriş, granülasyon dokusu, gıcık, yutkunma bozuklukları ve kanamalar.

8. Kanülün yerleştirilmesi

8.1 Kanülün hazırlanması

1. Paket içeriğinin eksiksiz olup olmadığının kontrol edilmesi (**D**).
2. Manşet (**2**), test amaçlı şişirilerek kaçak açısından kontrol edilir. Bunun için, manşete bir el manometresi ile 50 cm H₂O (\approx 36,78 mm Hg) basınç altında verilir ve manşette gevşeme olup olmadığı 1 dakika süreyle gözlemlenir. Sızıntı durumunda, manşeteki tüm hava

bir enjektörle çekilmelidir. Manşet, plaka (5) yönünde yukarı doğru sıyınmalıdır. Bu, kanülün yerleştirilmesini kolaylaştırır.

8.2 Hastanın hazırlanması

- Kanülün yerleştirilmesi veya tekrar yerleştirilmesinden önce hastaya optimum şekilde ön oksijen verilmiş olmalıdır.
- Mümkünse, kanülün yerleştirilmesini kolaylaştırmak için hastanın boynunu hafifçe doğrultunuz.
- Kanülün yerleştirilmesi veya kanülün yeniden yerleştirilmesi sırasında komplikasyonlar oluşması durumuna karşı, doktorun girtlağa tüp takma veya larengeal maske aracılığıyla hastanın kısa süreli solunum gerçekleştirmesine olanak sağlayan güvenlik önlemleri alınmış olmalıdır (örn. trakeo ayırıcı, daha düşük çaplı kanüller).

8.3 Kanülün yerleştirilmesi

Aşağıdaki adımlar uygulanmalıdır:

1. Yerleştirmeden önce iç kanül çıkarılır ve obtüratör (8) dış kanülün içine (1) sürülür. Kanül yerleştirilirken, kanül plakadan (5) tutulur ve obtüratör baş parmakla dış kanülün üst ucunun içine sıkı bir şekilde bastırılır. Yerleştirme işlemi kolaylaştırmak için, hastanın ucunda obtüratörün dışarı taşan kısmına ve manşet dahil kanülün bu bölüme suda çözülen ince bir kaydırma maddesi sürülebilir.

2. Kanül hastanın nefes borusuna yerleştirildikten sonra, obtüratör hemen çıkartılmalıdır.

3. Bundan sonra iç kanül yerleştirilir. İç kanülün sabitlenmesi için plaka parmak uçlarıyla tutulur ve iç kanülün konektörü kapak birbirine geçene kadar çevrilir. Bu, mavi oklar ve/veya işaretlerin üst üste oldukları durumdur (C).

4. Kanülü sabitlemek için kanül bandı (12) kanül plakasına (5) sabitlenmelidir.

5. Bunun dışında, kanülün konumu ve işlevi (bkz. Bölüm 6 Uyarılar) kontrol edilmelidir. Serbest bir solunum yolu sağlamak için soluk borusu ve kanül gerekirse dikkatli şekilde aspire edilmelidir.

TR

6 Solunum için, iç kanülün normlu 15 mm ölçüsündeki konektörü (3) ile solunum cihazı arasında bir bağlantı kurulmalıdır.

Manşetli kanüllerde:

7. Manşet, kontrol balonu (2a) üzerinden doldurulmalıdır. Burada manşet yerleştirilirken hasar görüp görmediği kontrol edilmelidir. Manşet basıncı solunum tedavisi için özel olarak belirlenmeli, düzenli olarak kontrol edilmeli ve tipik olarak 20 cm H₂O (≈ 15 mm Hg) ile 30 cm H₂O (≈ 22 mm Hg) arasında olmalıdır. El manometresinin bağlanması esnasında manşette basınç düşüklüğü görülür. Bu efekt daha küçük boyalarda daha kuvvetli belirir.

8.4 Kanülün çıkartılması (bkz. Bölüm 8.2)

Kanülü çıkartmak için aşağıdaki hazırlıklar yapılmalıdır:

- Baş hafifçe geriye eğilmeli ve
- Manşet takılmış kanüllerde manşet bloktan tamamen çıkartılmalıdır (bkz. Bölüm 8.5)

8.5 Manşet blokajının açılması

Manşetin blokajının açılmasından önce, bronşlara mümkün olduğunca az salgı girmesini sağlayan önlemler alınmalıdır. Blokajın açılması esnasında salgı kanüle sürülen bir emme kateteri yardımıyla emilmelidir. Subglottik emmeli kanüllerin kullanılması durumunda blokaj açılmadan önce ayrıca subglottik bölümün de emilmesi gereklidir, (bkz. Bölüm 9.5.)

Blokajı açmak için enjektörü kontrol balonuna (2a) bağlayınız. Hava-yı / duruma bağlı olarak yoğunlaşma suyunu komple boşaltınız. (Bkz. Bölüm 5. Genel Tedbirler)

Manşet blokajının açılmaması durumunda, aşağıdaki şu önlemler alınmalıdır:

- İç kanülü çıkartınız. Doldurma hortumunun (2b) bükülmemiş olduğundan emin olunuz ve manşetin blokajını tekrar açınız.
- Halen bir boşalma mümkün değilse: 15 mm-konnektör (3) ile plaka/boyun plakası (5) arasındaki doldurma hortumunu dikkatlice kesiniz.

9. Kullanım

9.1 İç kanüllerin değiştirilmesi

İç kanülde emilemeyen ve hava geçişini engelleyen katı salgı birirse, iç kanül yeni veya temizlenmiş bir iç kanülle değiştirilmelidir.

Kanülü çıkartmak için iç kanülün 15 mm-konnektörünü saat yönünün tersine döndürünüz (C).

Yeni bir iç kanülün dış kanüle yerleştirilmesinden sonra 15 mm-konnektör saat yönünde birbirine geçene kadar çevrilir.

Bu, mavi oklar ve/veya işaretlerin üst üste oldukları durumdur (C). Tırtıl kapaklı iç kanüllerin işlevi aynı şekildedir.

İç kanülün yerleştirilmesinde manşetin (2b) doldurma hortumunun iç kanül ile dış kanül arasında olmamasına dikkat edilmelidir; aksi takdirde hortum sıkışabilir ve hasar görebilir.

TR

9.2 Fenestre trakeostomi kanülleri

Fenestre olmayan iç kanüller beyaz 15 mm konnektörlere sahiptir ve koşullara bağlı olarak hastanın nefes alıp vermesinde kullanılır.

Konuşmak için, **fenestre bir iç kanül** (mavi 15 mm konnektör veya tırtıllı kapak) **fenestre dış kanüle** yerleştirilir. Manşetli kanüllerde manşetin debloke edilmesinden sonra 15 mm-konnektörlü iç kanülün üzerine bir konuşma valfi oturtulabilir.

İlgili konuşma valfinin kullanım talimatlarına dikkat edilmelidir.

DİKKAT: Konuşma valfleri sadece spontan solunum yapabilen ayık hastalarda kullanılır. Hastaların konuşma valflerine alışması için eğitilmiş personel tarafından bilgilendirilmesi ve itina ile kontrol altında tutulması gereklidir. Yeterli derecede solunum güven altına alınmalıdır. Manşet kullanımından önce debloke edilmelidir. Uyku esnasında konuşma valfi kullanılmaz.

DİKKAT: Konuşma valfleri larinks stenozu, ses teli felci, ağır traekal stenoz, solunum yolu obstrüksiyonları, solunum yolu enfeksiyonları veya şiddetli balgam salgısı olan hastalarda kullanılmamalıdır.

9.3 Fenestre kanülün ayrılması için oklüzyon başlığı (Weaning)

Fenestre iç kanül, birlikte verilen oklüzyon başlığı (10) 15 mm ölçüsündeki konnektöre oturtularak kapatılabilir.

DİKKAT: Kanülün hazırlanması için hastanın üst solunum yollarının boş olduğundan emin olunmalıdır. Üst solunum yolları, öksürerek veya mevcut olabilecek salgı emilerek boşaltılır. Manşet bloktan çıkartılmalıdır. Kanülün kapatılması sırasında hastanın solunumu ve yaşamsal belirtileri bir uzman tarafından izlenmelidir. Solunum yetmezliği belirtilerinde oklüzyon hemen çıkartılmalıdır.

TR 9.4 Fenestrasyonun açık tutulması

Kanülün uzun süre kullanılması durumunda, fenestrasyonun salgı, kabuk veya büyüyen doku nedeniyle kapanmış olmadığı düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir. Gerekirse kanül değiştirilmelidir.

9.5 REF 306-P, REF 888-306-P'nin Subglottik Emme Kanalıyla uygulanması

Bu kanüller, dış kanülün dış kavisine sabitlenmiş ve iki deliği manşetin (2) hemen üzerinde sonlanan yassı bir emme kanalıyla (7) donatılmıştır. Emme kanalına bir emme hortumu (7b) entegre edilmiştir. Emme hortumu serbest ucunda, bir enjektör yardımıyla emme yapılabilen dişi bir Luer konnektörüne (7a) sahiptir. Alternatif olarak,

vakum regülatörlü ve bu iş için öngörölmüş bir emme cihazı, birlikte verilen konnektörlerle (11) kullanılabilir. Emme işleminden sonra Luer konnektörü (7a) kapatılmalıdır.

DİKKAT:

- Emme işlemi esnasında, uzun süreli bir vakum uygulanması sağlanmalıdır (- maks. 200 mbar).
- Subglottik bölümün kurumasını önlemek için aralıklı bir emme işlemi uygulanmasını öneriyoruz.
- Emme hortumu, salgı veya emme nedeniyle traekal mukozoya yerleşebilir. **Emme hortumunun yıkanması** planlanmışsa (örn. az miktarda hava veya fizyolojik tuz çözeltisi ile), manşetin yeterli şekilde bloklanmış olmasına (aspirasyon tehlikesi) dikkat edilmelidir.
- Emme hortumu nedeniyle trakeostoma bölgesinde baskı noktaları oluşabilir veya trakeostoma yuvarlaklığını kaybedebilir. Bu durumlarda, tedaviyi yapan doktor, bu türden bir kanülün kullanılmasına devam edip edemeyeceğine karar vermelidir.

DİKKAT: Konuşmak için sevk edilen hava veya oksijen devamlı nemlendirilmelidir; sevk edilen miktar 8-12 l/dak.ı aşmamalıdır.

10. Temizlik, dezenfeksiyon ve depolama

10.1 Temizlik

Kanül (1 + 3), tekrarlanan her uygulamadan önce temizlenmelidir. Bu işlem, içme suyu kalitesindeki ılık suyla yapılabilir. TRACOE medical, temizlik için TRACOE'nin sunduğu temizlik ürünlerinin kullanılmasını önerir. Temizlikten sonra, kanüller içme suyu kalitesindeki suyla yıkanmalı ve havada kurutulmalıdır. Dış kanüllerin temizlenmesi sırasında manşetin zarar görmemesine dikkat edilmelidir.

DİKKAT:

- Aşındırıcı deterjanlar, protez diş temizliği için kullanılan malzemeler veya yüksek oranda alkol içeren solüsyonlarla asla temizlik yapılmamalıdır, aksi takdirde ürünün işlevi olumsuz yönde etkilenebilir.
- Kanüller 65 °C üzerinde sıcaklıkta ısıtılmamalıdır, aksi takdirde ürünlerin güvenliği artık garanti edilemez.

TR

10.2 Dezenfeksiyon

Uygun olmayan dezenfeksiyon maddelerinin kullanılması nedeniyle üründe hasarlar meydana gelebilir. Bir dezenfeksiyondan sonra, kanüller steril suyla yıkanmalı ve açık havada kurutulmalıdır.

10.3 Depolama

Temiz kanül kuru şekilde depolanmalıdır.

11. Ürün adaptasyonu

TRACOE ürünlerinde sadece TRACOE medical GmbH firmasının çalışanları veya görevlendirdiği kişiler tarafından değişiklikler yapılabilir.

12. İmha

İmha işlemi sadece geçerli ulusal atık madde mevzuatına uygun şekilde yapılmalıdır.

13. İadeler

Kullanılmış ürünler, doldurulmuş bir dekontaminasyon sertifikasının birlikte verilmesi şartıyla sadece karşılıklı görüşme sonrasında iade alınabilir. Bu formu, direkt olarak TRACOE medical'den veya www.tracoe.com adresindeki Web sitesinden alabilirsiniz.

14. Genel çalışma koşulları

Tüm TRACOE ürünlerinin satışı, teslimatı ve iade alınması sadece, TRACOE medical GmbH firmasından veya www.tracoe.com adresindeki Web sitesinden temin edilecek geçerli Genel Çalışma Koşulları (GÇK) temelinde gerçekleşir.

Инструкция по применению для TRACOE *twist* трахеостомических трубок

УКАЗАНИЕ!

- Внимательно ознакомьтесь с данной инструкцией по применению. Она является неотъемлемой частью описываемого изделия и должна всегда быть доступна. Для обеспечения собственной безопасности и безопасности пациентов необходимо соблюдать приведенные ниже указания по технике безопасности.



- Иллюстрации к тексту приведены на раскладных вкладках в начале данного руководства. Цифры и буквы в скобках являются ссылками на соответствующие иллюстрации и составные части трахеостомической трубки. Пояснение условных обозначений приведено на страницах 1–6.

1. Общие сведения

ВНИМАНИЕ! Применять изделие разрешено только врачам и **проинструктированным** лицам, которым доверено ухаживать за больными! Размер и тип изделия подбираются лечащим врачом.

Назначение: данное медицинское изделие представляет собой трахеостомическую трубку.

Принцип действия: трахеостомическая трубка обеспечивает приток воздуха для дыхания через трахеостому.

- В заблокированном состоянии манжета отделяет верхние дыхательные пути от нижних, так что воздух не может попасть из легких в рот и нос и наоборот. Таким образом, пациент может дышать **только** через трубку. Для блокирования манжета заполняется воздухом через специальный шланг и служит уплотнением между трахеей и наружной стенкой канюли. Уплотнение обеспечивает эффективное дыхание с помощью аппаратов искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и, вместе с тем, предотвращает попадание секрета из субглоточного пространства в нижние дыхательные пути.

- Канюли с фонационными окнами (фенестрированные) обеспечивают поступление части воздуха, требуемого для речи, в верхние дыхательные пути через специальные отвер

RU

стия. Дополнительным эффектом является снижение дыхательного сопротивления в верхних дыхательных путях.

- Более подробное описание принципа действия см. ниже.

Максимальный срок годности трахеостомической трубки: 29 суток, начиная от первого использования изделия (см. раздел 5 «Общие меры предосторожности»). Максимальный срок годности включает в себя также время, в течение которого трахеостомические трубки или внутренние канюли не используются.

Индивидуальное изделие: в течение срока годности допускается многократное использование изделия для лечения одного и того же пациента.

Паспорт изделия: к изделию прилагается паспорт с двумя отделяемыми этикетками, на которых указаны индивидуальные данные изделия. Паспорт следует хранить отдельно, т.к. он облегчает оформление повторного заказа на изделие. Отделяемую этикетку можно, например, наклеить в историю болезни пациента.

2. Общее описание

Изделие состоит из внешней канюли (1) с манжетой (2) или без манжеты и заменяемой внутренней канюли с 15-миллиметровым коннектором (3) или с рифленой заглушкой.

(1) и (3) соединяются или разъединяются с помощью вращающейся заглушки (С).

Воздух подается в манжету или удаляется из нее через шланг для заполнения (2b).

Внешняя канюля изготовлена из рентгеноконтрастного полиуретана и закреплена на фланце (5), который вращается вокруг двух осей (карданный механизм).

При канюлировании перфорированный obturator (6) позволяет для размеров 06-10 использовать проводник Сельдингера (диаметр $1,27 \pm 0,04$ мм).

3. Показания к применению

Изделия предназначены для пациентов с необходимостью в доступе к дыхательным путям через трахеостому.

- Трубки без манжеты особенно пригодны для пациентов с самопроизвольным дыханием, которые должны использовать трубку.

- Трубки с манжетой предназначены для пациентов с необходимостью в доступе к дыхательным путям через трахеостому с уплотнением трахеи.
- Фенестрированные трубки облегчают речь пациентам с сохраненной гортанью.
- Трубки с аспирационным каналом используются для пациентов, которым показана аспирация из субглоточного пространства.
- Трубка REF 305 особенно подходит для пациентов, которым показано использование трубки после ларингэктомии.

4. Противопоказания

4.1 Абсолютные противопоказания

- Не использовать заглушку/голосовые клапаны для пациентов после ларингэктомии (с удаленной гортанью) — опасность удушья!

4.2 Относительные противопоказания

В число относительных противопоказаний, при которых необходимо индивидуально сравнивать риски с пользой от применения, входит:

- Применение в педиатрии.
- Необычно глубокое расположение трахеи, например, при ожирении, при котором может потребоваться использование удлиненной трубки.

5. Общие меры предосторожности

- Настоятельно рекомендуется иметь в наличии у койки пациента готовые к использованию запасные канюли: внешнюю трубку и несколько внутренних канюль. Они должны быть чистыми и сухими.
- Перед каждым использованием или введением трубки необходимо проверить ее целостность и безупречную работоспособность, например, свободный просвет, герметичность манжеты, беспрепятственное и стабильное прохождение внутренней канюли через внешнюю, отсутствие перегибов, надежное соединение трубки с фланцем и т.д.). Материал манжеты не должен быть ломким. Поврежденное изделие необходимо заменить новым.
- Запрещено применять силу к трахеостомической трубке, т.к. это может привести к ее повреждению (например, обрыву). При заедании соединений на 15-миллиметровом коннекторе обязательно использовать вспомогательный элемент для разъединения (disconnect wedge), совместимый с трахеостомическими трубками.

- 15-миллиметровый коннектор (3) должен быть сухим и чистым.
- При замене внутренней канюли обязательно следить за тем, чтобы шланг (2b) для заполнения манжеты не попал между внутренней и внешней канюлями, иначе он может быть зажат и поврежден.
- При перемещении пациента следить за тем, чтобы пациент не прижал контрольный баллон (2a). Это приведет к сильному повышению давления в манжете, что может вызвать повреждения трахеи.
- Во время механической ИВЛ при частой смене положения или при манипуляциях с трубкой возможно отделение внутренней канюли от внешней.
- При высоком давлении воздуха во время ИВЛ в отдельных случаях может возникнуть утечка между внутренней и внешней канюлями.
- При применении трахеостомических трубок кожа на шее может сдавливаться и раздражаться (например, из-за влажности); не исключен некроз кожи. Во избежание этого рекомендуется подложить под фланец канюли компресс.
- Во избежание повреждений материала не допускать контакта манжеты с аэрозолями или мазями, имеющими в своем составе лидокаин.
- Во время проверки давления манжеты все компоненты наполнительной системы манжеты должны быть установлены свободно или без перегибов. В противном случае не исключено, что давление на ручном манометре отобразится неправильно.
- Тонкостенные манжеты пропускают некоторое количество водяного пара. В связи с этим в манжете может накапливаться конденсат. В небольших количествах им можно пренебречь. Однако при большом количестве конденсата, в случае его нежелательного всасывания в шланг для заполнения, дальнейшее достоверное измерение и регулирование давления в манжете невозможно, и трубка подлежит замене.
- Перед извлечением трубки необходимо без остатка, с помощью шприца, удалить из манжеты воздух и/или воду.
- При одновременном использовании дополнительных медицинских изделий необходимо соблюдать соответствующие инструкции по применению. В случае сомнений следует обратиться за разъяснениями к производителю того или иного изделия.

RU

6. Предупреждения

- При нарушении целостности стерильной упаковки использовать изделие запрещено.
- Категорически запрещено использовать для ИВЛ фенестрированные внутренние канюли.
- Использовать заглушку только в сочетании с фенестрированными трубками (внешняя и внутренняя канюли) и разблокированной манжетой.
- Запрещено использовать голосовые клапаны во время сна.
- Лечение с использованием лазера или электрических хирургических устройств разрешено проводить только на достаточно безопасном расстоянии от трахеостомической трубки. Существует опасность возгорания с выделением ядовитых газов; трубка может быть повреждена.
- Подбирать трубку следует таким образом, чтобы фонационные окна (при наличии) располагались на достаточном расстоянии от трахеостомы. В случае несоблюдения этого требования существует опасность эмфиземы у пациентов, подвергающихся ИВЛ, а также опасность образования грануляционной ткани или повышенного дыхательного сопротивления при использовании голосовых клапанов или заглушек.
- При использовании фенестрированной трубки вероятность образования грануляционной ткани повышается.
- Давление в манжете может изменяться, например, при изменениях высоты над уровнем моря (в самолете и т.д.), при использовании закиси азота для анестезии, а также при подсоединении и отсоединении ручного манометра.
- При слишком высоком давлении в манжете существует опасность необратимых повреждений трахеи.
- При слишком высоком давлении в манжете могут возникнуть разрывы на манжете.
- При слишком низком давлении в манжете существует опасность нежелательной аспирации.
- При использовании коннекторов Луера (например, **2a + 7a**) необходимо избегать ошибок подсоединения.
- При введении и извлечении трубки возможны раздражения, приступы кашля или кровотечения.

RU

7. Побочные действия

Сдавливание, некроз, раздражение кожи, образование грануляционной ткани, приступы кашля, расстройства при глотании и кровотечения.

8. Введение трубки

8.1 Подготовка трубки

1. Проверить комплектность содержимого упаковки (D).
2. В случае трубок с манжетой проверить герметичность манжеты (2), выполнив пробное надувание. Для этого надуть манжету с помощью ручного манометра до давления 50 см H₂O (примерно 36,78 мм рт. ст.), а затем в течение минуты наблюдать, не потеряет ли она в объеме. Если манжета герметична, удалить из нее весь воздух с помощью шприца. Сместить манжету к фланцу канюли (5). Это облегчит последующее введение канюли.

8.2 Подготовка пациента

- Перед первым или повторным канюлированием необходимо провести оптимальную преоксигенацию пациента.
- Если возможно, немного вытянуть шею пациента, чтобы облегчить введение канюли.
- Принять меры предосторожности (например, подготовить расширитель трахеи, трубку с меньшим диаметром), которые в случае осложнений при первом или повторном канюлировании помогут врачу быстро провести ИВЛ путем трансларингеальной интубации или с помощью ларингеальной маски.

8.3 Введение трубки

Следует выполнить следующие действия:

1. Перед введением удалить внутреннюю канюлю и ввести obturator (8) во внешнюю канюлю (1). При введении следует удерживать трубку за фланец (5), а obturator плотно вдавить большим пальцем в верхний вход внешней канюли. Для облегчения введения на выступающую часть obturatora со стороны пациента и соответствующую часть трубки, включая манжету, нанести тонкий слой водорастворимого смазочного материала.
2. После ввода трубки в трахею пациента следует немедленно извлечь obturator.
3. Затем нужно ввести внутреннюю канюлю. Чтобы прикрепить внутреннюю канюлю, надо крепко удерживать фланец кончиками пальцев и поворачивать коннектор внутренней канюли до тех пор, пока заглушка не защелкнется, т.е. пока синие стрелки и/или отметки не установятся одна над другой. (C).
4. Ремешок канюли (12) следует прикрепить к фланцу (5), чтобы зафиксировать трубку.

5. После этого следует проверить положение и работу трубки (см. раздел 6 «Предупреждения»). При необходимости провести тщательную аспирацию трахеи и трубки, чтобы освободить дыхательные пути.

6. Для проведения ИВЛ необходимо соединить стандартный 15-миллиметровый коннектор (3) внутренней канюли с аппаратом ИВЛ.

Для трубок с манжетами:

7. Манжета надувается через контрольный баллон (2а). При этом необходимо убедиться в том, что манжета не была повреждена при введении. Давление в манжете подбирается индивидуально в зависимости от терапии и требует регулярного контроля; ориентировочный диапазон: 20 - 30 см H₂O (примерно 15 - 22 мм рт. ст.)

При подключении ручного манометра давление в манжете падает. Этот эффект более выражен при небольших размерах.

8.4 Извлечение трубки (см. раздел 8.2)

Перед извлечением трубки принять следующие подготовительные меры:

- слегка отвести голову пациента назад и
- при наличии манжеты полностью разблокировать ее (см. раздел 8.5).

8.5 Разблокировка манжеты

Перед разблокировкой манжеты необходимо принять меры по минимизации количества секрета, который попадет в бронхи. Во время разблокировки выполнить аспирацию секрета с помощью аспирационного катетера, введенного через трубку. Если используются трубки с аспирацией из субглоточного пространства, перед разблокировкой необходимо дополнительно провести аспирацию субглоточного пространства, см. раздел 9.5.

Для разблокировки подключить шприц к контрольному баллону (2а). Полностью удалить воздух и, при наличии, конденсат (см. раздел 5 «Общие меры предосторожности»).

RU

Если манжету невозможно сразу разблокировать, могут быть приняты следующие меры:

- Удалить внутреннюю канюлю. Убедиться в том, что шланг для заполнения (2b) не перекручен, и разблокировать манжету снова.

- Если по-прежнему откачивание невозможно: осторожно перерезать шланг для заполнения между 15-миллиметровым коннектором (3) и фланцем канюли (5).

9. Применение

9.1 Замена внутренних канюль

При накоплении во внутренней канюле вязкого секрета, который не поддается аспирации и может затруднять прохождение воздуха, необходимо заменить ее новой или очищенной внутренней канюлей.

Для удаления канюли нужно повернуть 15-миллиметровый коннектор внутренней канюли против часовой стрелки (С).

После введения новой внутренней канюли во внешнюю канюлю необходимо повернуть 15-миллиметровый коннектор внутренней канюли по часовой стрелке до тех пор, пока заглушка не защелкнется, т.е. пока голубые стрелки и/или отметки не установятся одна над другой (С).

Внутренние канюли с рифленой заглушкой действуют аналогичным способом.

При введении внутренней канюли необходимо убедиться в том, что шланг для заполнения манжеты (2b) не находится между внутренней и внешней канюлями; в противном случае шланг может быть зажат и поврежден.

9.2 Фенестрированные трахеостомические трубки

Нефенестрированные внутренние канюли оснащены белыми 15-миллиметровыми коннекторами и применяются, в частности, при ИВЛ.

Для обеспечения речевой функции используются **фенестрированные внутренние канюли** (синий 15-миллиметровый коннектор или синяя рифленая заглушка) и **фенестрированные внешние канюли**. При использовании канюлей с манжетами после разблокирования манжеты к такой внутренней канюле с 15-миллиметровым коннектором можно подсоединить голосовой клапан. При этом необходимо соблюдать инструкцию по применению соответствующего голосового клапана.

ВНИМАНИЕ: голосовые клапаны могут быть использованы только у бодрствующих пациентов, которые могут дышать самостоятельно. Для привыкания к голосовым клапанам пациентам необходим инструктаж, проводимый квалифици-

рованным персоналом, и тщательное наблюдение; следует убедиться, что пациент может свободно дышать. Разблокировать манжету перед использованием. Запрещено использование голосовых клапанов во время сна.

ВНИМАНИЕ: использование голосовых клапанов запрещено у больных с ларингеальным стенозом, параличом голосовых связок, тяжелым трахеальным стенозом, обструкцией дыхательных путей, инфекцией дыхательных путей или чрезмерной секрецией слизи.

9.3 Заглушка фенестрированной канюли для отучения от ИВЛ (Weaning)

Фенестрированную внутреннюю канюлю можно закрыть с помощью входящей в комплект поставки заглушки (10), оснащенной на 15-миллиметровый коннектор.

ВНИМАНИЕ! При подготовке канюли необходимо убедиться, что верхние дыхательные пути пациента свободны. Для освобождения верхних дыхательных путей может потребоваться откашливание или аспирация накопившегося секрета. Разблокировать манжету. При закрытии канюли дыхание и показатели жизнедеятельности пациента должны контролироваться специалистом. В случае обнаружения признаков удушья немедленно снять заглушку.

9.4 Предотвращение засорения фонационных окон

При длительном применении канюли следует регулярно проверять, не засорены ли фонационные окна секретом, не заросли ли корочкой, или разросшейся тканью. При необходимости заменять канюли.

9.5 Использование изделий REF 306, REF 888-306 с каналом для аспирации из субглоточного пространства

Эти канюли снабжены плоским аспирационным каналом (7), который закреплен на наружном изгибе внешней канюли и заканчивается двумя отверстиями непосредственно над манжетой (2). Аспирационная линия (7b) интегрирована в аспирационный канал. Аспирационная линия имеет на свободном конце гнездовой коннектор Луера (7a), через который можно выполнять аспирацию с помощью шприца. С помощью входящих в комплект коннекторов (11) можно также выполнить

RU

подключение к специальному аспирационному устройству с регулятором вакуума. После аспирации необходимо закрыть коннектор Луера (7а) заглушкой.

ВНИМАНИЕ!

- При аспирации не допускать длительного воздействия высокого вакуума (максимум 200 мбар).
- Во избежание пересыхания субглоточного пространства рекомендуется выполнять прерывистую аспирацию.
- Аспирационный шланг может засориться секретом или присосаться к слизистой оболочке трахеи. Перед **промытием либо продуванием аспирационного шланга** (например, с помощью небольшого количества воздуха или физраствора поваренной соли) убедиться, что манжета достаточно надута (опасность аспирации).
- При использовании аспирационного шланга в области трахеостомы могут возникать места сдавливания, т.е. трахеостома может потерять круглую форму. В таких случаях лечащий врач принимает решение о целесообразности дальнейшего использования такой канюли.

10. Очистка, дезинфекция и хранение

10.1 Очистка

Перед каждым повторным применением необходимо очищать канюлю (1 + 3). Для этого можно использовать теплую питьевую воду. Компания TRACOE medical рекомендует использовать для очистки специальные изделия марки TRACOE. После очистки канюли следует промыть питьевой водой и высушить на воздухе. При очистке внешней канюли соблюдать осторожность, чтобы не повредить манжету.

ВНИМАНИЕ!

- Категорически запрещено использовать для очистки агрессивную бытовую химию, средства для очистки зубных протезов или такие растворители, как медицинский спирт, т.к. из-за этого изделие может стать непригодным к использованию.
- Запрещено нагревать трубки до температуры выше 65 °С, т.к. после этого безопасность изделия не гарантируется.

10.2 Дезинфекция

Неподходящие дезинфицирующие средства могут повредить изделие. После дезинфекции трубки следует промыть стерильной водой и высушить на воздухе.

10.3 Хранение

Чистые трубки хранить в сухом месте.

11. Изменение изделия

Вносить изменения в изделия марки TRACOE разрешено только сотрудникам компании TRACOE medical GmbH или уполномоченным ею лицам.

12. Утилизация

Проводить утилизацию разрешено только в соответствии с действующими национальными нормами обращения с отходами.

13. Возврат изделий

Возврат использованных изделий возможен только по согласованию и при условии, что к изделию прилагается заполненный сертификат обеззараживания. Бланк этого документа можно получить непосредственно у компании TRACOE medical или найти на сайте www.tracoe.com.

14. Общие коммерческие условия

Продажа, поставка и возврат любых изделий марки TRACOE осуществляются исключительно на основании действующих Общих коммерческих условий (AGB), которые можно получить у компании TRACOE medical GmbH или найти на сайте www.tracoe.com.

Instrukcja użycia

Rurki tracheostomijne TRACOE *twist*

UWAGA:

- Należy uważnie przeczytać instrukcję użycia. Stanowi ona część opisanego produktu i musi być w każdej chwili dostępna. Dla bezpieczeństwa własnego i pacjentów należy przestrzegać poniższych informacji dotyczących bezpieczeństwa.



- Ilustracje, do których odnosi się tekst, znajdują się na (rozkładanych) ilustrowanych stronach na początku niniejszej instrukcji. Cyfry i litery w nawiasach odnoszą się do odpowiednich ilustracji i komponentów rurki tracheostomijnej. Stosowane symbole i ikony są objaśnione na stronach 1-6.

1. Informacje ogólne

UWAGA: Produkt może być stosowany wyłącznie przez lekarzy i inny **przeszkolony** personel odpowiedzialny za opiekę nad pacjentem! Lekarz prowadzący musi określić właściwy rozmiar i typ.

Przewidziane zastosowanie: Ten wyrób medyczny jest rurką tracheostomijną.

Opis działania: Rurka tracheostomijna zapewnia, że powietrze oddechowe przechodzi przez otwór tracheostomijny.

- Napełniony mankiet oddziela górne i dolne drogi oddechowe, zapobiegając przepływowi powietrza z płuc do ust i nosa i odwrotnie. W ten sposób pacjent może oddychać **tylko** przez rurkę. Mankiet napełnia się powietrzem za pomocą linii do napełniania. Po napełnieniu mankiet uszczelnia przestrzeń między tchawicą a ścianą rurki zewnętrznej. Umożliwia to skuteczną wentylację za pomocą urządzeń wentylacyjnych i zapobiega przedostawaniu się wydzielin podgłośniowych do dolnych dróg oddechowych.

- Rurki z fenestracją umożliwiają dotarcie części powietrza potrzebnego do mówienia do górnych dróg oddechowych przez fenestrację. Zmniejsza się również opór dróg oddechowych w górnych drogach oddechowych.

PL

- Bardziej szczegółowy opis działania znajduje się poniżej.

Maksymalny okres użytkowania rurki tracheostomijnej:

29 dni od pierwszego użycia od pierwszego użycia (patrz punkt 5 „Ogólne środki ostrożności”). Ten maksymalny okres użytkowania obejmuje również wszystkie okresy, w których rurki tracheostomijne lub rurki wewnętrzne nie są używane.

Produkt do stosowania u jednego pacjenta: Dozwolone jest wielokrotne użycie przez tego samego pacjenta w okresie użytkowania.

Karta informacyjna produktu: Produkt ten jest dostarczany z kartą informacyjną produktu z dwiema odklejanymi etykietami. Na etykietach znajdują się szczegóły dotyczące produktu. Kartę informacyjną należy przechowywać oddzielnie, aby ułatwić ponowne zamawianie. Odklejana etykieta może być umieszczona np. w dokumentacji medycznej pacjenta.

2. Opis ogólny

Produkt składa się z rurki zewnętrznej (1) z mankietem (2) lub bez mankieta oraz wymiennej rurki wewnętrznej z łącznikiem 15 mm (3) lub rowkowanym łącznikiem niskoprofilowym.

(1) i (3) łączy się i rozłącza za pomocą skręcanego zamka (C).

Mankiet napętnia się lub opróżnia za pomocą linii do napętniania (2b).

Rurka zewnętrzna jest wykonana z poliuretanu nieprzepuszczającego promieniowania RTG i jest podłączona do kołnierza rurki (5), który może się obracać w 2 osiach (zawieszenie kardanowe).

Perforowany obturator (6), w rozmiarach 06-10, umożliwia zastosowanie do kaniulacji drutu Seldingera ($\varnothing 1,27 \pm 0,04$ mm).

3. Wskazania

Produkty są odpowiednie dla pacjentów, w przypadku których wymagany jest dostęp do dróg oddechowych przez otwór tracheostomijny.

- Rurki bez mankieta są odpowiednie szczególnie dla pacjentów, którzy oddychają spontanicznie, ale muszą korzystać z rurki.
- Rurki z mankietem są odpowiednie dla pacjentów, u których wymagany jest dostęp do dróg oddechowych przez otwór tracheostomijny przy uszczelnionej tchawicy.
- Rurki z fenestracją ułatwiają mówienie w przypadku pacjentów z nienaruszoną krtanią.
- Rurki z kanałem odsysającym są przeznaczone do stosowania u pacjentów, w przypadku których wskazane jest odsysanie wydzieliny podgłośniowej.
- Rurka REF 305 jest odpowiednia szczególnie dla pacjentów, w przypadku których rurka jest wskazana po laryngektomii.

PL

4. Przeciwwskazania

4.1 Przeciwwskazania bezwzględne

- Nie stosować nasadki okluzyjnej/zastawki umożliwiającej mówienie u pacjentów po laryngektomii (pacjenci bez krtani) – ryzyko uduszenia!

4.2 Przeciwwskazania względne

Przeciwwskazania względne to przypadki, w których należy dokładnie ocenić ryzyko korzyści wynikające z zabiegu:

- zastosowanie u dzieci i młodzieży.
- niezwykle głęboka tchawica, np. u pacjentów otyłych, gdzie może być konieczna dłuższa rurka.

5. Ogólne środki ostrożności

- Usilnie zaleca się, aby przy łóżku pacjenta trzymać gotową do użycia zapasową rurkę i kilka zapasowych rurek wewnętrznych. Przechowywać w czystym i suchym stanie.

- Przed użyciem/wprowadzeniem należy sprawdzić rurkę pod kątem integralności i prawidłowego działania. Należy sprawdzić np. brak niedrożności, szczelność mankietu, prawidłowe i stabilne dopasowanie rurki wewnętrznej do rurki zewnętrznej, brak zagięć, stabilne połączenie między rurką a kołnierzem rurki itp. Materiał mankietu nie może być kruchy. Jeśli produkt jest uszkodzony, należy go wymienić na nowy.

- Nie należy używać siły wobec rurki tracheostomijnej, ponieważ może to spowodować jej uszkodzenie lub złamanie. Jeśli połączenia przy łączniku 15 mm są mocno zamocowane, należy zawsze używać klina odłączającego, zatwierdzonego dla rurek tracheostomijnych.

- Łącznik 15 mm **(3)** należy utrzymywać w stanie czystym i suchym.

- W przypadku wymiany rurki wewnętrznej należy zawsze upewnić się, że linia do napełniania **(2b)** mankietu nie jest umieszczona pomiędzy rurką wewnętrzną i zewnętrzną, ponieważ może ona ulec zakleszczeniu i uszkodzeniu.

- Podczas zmiany ułożenia pacjenta w łóżku należy zwracać uwagę, aby pacjent nie leżał na balonie kontrolnym **(2a)**, ponieważ mogłoby to w bardzo dużym stopniu zwiększyć ciśnienie w mankiecie i potencjalnie uszkodzić tchawicę.

- Podczas wentylacji mechanicznej i częstych zmian ułożenia pacjenta lub manipulacji rurką, rurka wewnętrzna może oddzielić się od rurki zewnętrznej.

- Przy zastosowaniu wysokich ciśnień wentylacji w pojedynczych przypadkach może dojść do przecieku między rurką wewnętrzną a zewnętrzną.

- Stosowanie rurek tracheostomijnych może prowadzić do powstawania odcisnięć, martwicy skóry na szyi oraz podrażnienia skóry (np. wilgoć). Aby tego uniknąć, zalecamy umieszczenie podkładki pod kołnierzem rurki.

PL

- Aby uniknąć uszkodzenia materiału, mankiety nie powinny mieć kontaktu z zawierającymi lidokainę aerozolami lub jakimikolwiek maściami.
- Wszystkie komponenty systemu napełniania mankiety muszą być wolne od załamania i nie mogą być napięte podczas sprawdzania ciśnienia w mankiecie. W przeciwnym razie manometr ręczny może podawać fałszywe odczyty ciśnienia.
- Cienkie mankiety są w pewnym stopniu przepuszczalne dla pary wodnej. Z tego powodu wewnątrz mankiety może gromadzić się kondensat. Jeśli ilości są małe, nie ma to żadnego znaczenia. Jeśli jednak większe ilości kondensatu zostaną nieumyślnie zassane do linii do napełniania, nie jest już możliwy prawidłowy pomiar i regulacja ciśnienia w mankiecie oraz konieczna jest wymiana rurki. Przed wyjęciem rurki należy usunąć jak najwięcej powietrza lub wody z mankiety przy użyciu strzykawki.
- W przypadku stosowania razem z innymi wyrobami medycznymi należy przestrzegać odpowiednich instrukcji użycia. W razie wątpliwości należy skontaktować się z producentem.

6. Ostrzeżenia

- Nie używać, jeśli sterylne opakowanie nie jest w stanie nienaruszonym.
- Nigdy nie używać rurek wewnętrznych z fenestracją do wentylacji.
- Nasadkę okluzyjną należy stosować tylko z rurkami z fenestracją (rurka zewnętrzna + wewnętrzna) i niezablokowanym mankiem.
- Nie stosować zastawki umożliwiającej mówienie podczas snu.
- W przypadku stosowania lasera lub urządzeń do elektrochirurgii należy upewnić się, że rurka tracheostomijna znajduje się w bezpiecznej odległości. Istnieje niebezpieczeństwo pożaru i powstania toksycznych gazów, a rurka może ulec uszkodzeniu.
- Należy wybrać odpowiednią rurkę, aby zapewnić, że fenestracja (jeśli dotyczy) jest umieszczona w odpowiedniej odległości od kanału stomii. Nieprzestrzeganie tego zalecenia naraża wentylowanych pacjentów na ryzyko odmy. Może również dojść do tworzenia się tkanki ziarninowej lub zwiększenia oporu dróg oddechowych, jeśli stosowane są zastawki umożliwiający mówienie lub nasadki okluzyjne.
- W przypadku zastosowania rurki z fenestracją istnieje ryzyko zwiększonego tworzenia się tkanki ziarninowej.
- Ciśnienie w mankiecie może się zmieniać, na przykład wskutek zmian wysokości (np. w samolocie), lub w przypadku stosowania gazu rozweselającego jako środka znieczulającego, lub podczas podłączania i odłączania manometru ręcznego.

- Nadmierne ciśnienie w mankiecie stwarza ryzyko trwałego uszkodzenia tchawicy.
- Nadmierne ciśnienie w mankiecie może powodować przepukliny mankietu.
- Niewystarczające ciśnienie w mankiecie stwarza ryzyko aspiracji.
- Należy upewnić się, że używane są właściwe łączniki luer (np. **2a + 7a**).
- Podczas wkładania i wyjmowania rurki może wystąpić podrażnienie, potrzeba kaszlu lub krwawienie.

7. Działania niepożądane

Odciski, martwica, podrażnienie skóry, tkanka ziarninowa, potrzeba kaszlu, trudności z przełykaniem i krwawienie.

8. Wprowadzenie rurki

8.1 Przygotowanie rurki

1. Sprawdzić zawartość opakowania pod kątem kompletności (**D**).

2. W przypadku rurek z mankietem należy sprawdzić szczelność mankietu (**2**) poprzez jego napełnienie. W tym celu należy napełnić mankiety ręcznym manometrem do ciśnienia 50 cm H₂O (≈ 36,78 mm Hg) i odczekać 1 minutę, aby zobaczyć, czy mankiety się opróżnią. Jeśli mankiety są szczelne, należy usunąć całe powietrze z mankietu strzykawką. Przesunąć mankiety do góry w kierunku kołnierza rurki (**5**), aby ułatwić wprowadzenie.

8.2 Przygotowanie pacjenta

- Przed wprowadzeniem lub ponownym wprowadzeniem rurki należy upewnić się, że pacjent jest dobrze wstępnie natlenowany.
- W miarę możliwości nieznacznie odciągnąć szyję pacjenta, aby ułatwić wprowadzenie.
- Jeśli podczas wprowadzania lub ponownego wprowadzania rurki wystąpią powikłania, należy podjąć odpowiednie środki bezpieczeństwa (np. rozszerzacz tchawicy, rurka o mniejszej średnicy), aby umożliwić lekarzowi przeprowadzenie krótkotrwałej wentylacji za pomocą intubacji przezkrtaniowej lub maski krtaniowej.

PL

8.3 Wprowadzenie rurki

Wykonać następujące kroki:

1. Przed wprowadzeniem rurki należy wyjąć rurkę wewnętrzną i założyć obturator (**8**) na rurkę zewnętrzną (**1**). Podczas wprowadzania rurki należy trzymać rurkę za kołnierz (**5**) i kciukiem mocno wcisnąć obturator w górny koniec rurki zewnętrznej. Aby ułatwić wprowadzenie, na wystającą część obturatora na końcu pacjenta oraz na

ten obszar rurki wraz z mankietem można nałożyć cienką warstwę rozpuszczalnego w wodzie środka nawilżającego.

2. Po wprowadzeniu rurki do tchawicy pacjenta należy natychmiast usunąć obturator.

3. Następnie wprowadzić rurkę wewnętrzną. W celu zabezpieczenia rurki wewnętrznej należy przytrzymać opuszkami palców kołnierza rurki i skrócić łącznik rurki wewnętrznej aż do zablokowania, tzn. do momentu, gdy niebieskie strzałki i/lub oznaczenia znajdują się w jednej linii (C).

4. Przymocować opaskę do rurki (12) do kołnierza rurki (5), aby utrzymać rurkę na miejscu.

5. Sprawdzić położenie rurki oraz jej prawidłowe działanie (patrz punkt 6 „Ostrzeżenia”). W razie potrzeby należy ostrożnie odessać tchawicę i rurkę, aby upewnić się, że drogi oddechowe są drożne.

6. W celu wentylacji należy bezpiecznie podłączyć znormalizowany łącznik 15 mm (3) rurki wewnętrznej do urządzenia wentylacyjnego.

W przypadku rurek z mankietem:

7. Napęlić mankiety za pomocą balonu kontrolnego (2a). Teraz sprawdzić ciśnienie w mankiecie, aby upewnić się, że nie został on uszkodzony podczas wprowadzania. Dopasować ciśnienie w mankiecie do indywidualnej terapii wentylacyjnej i sprawdzać w regularnych odstępach czasu. Zazwyczaj ciśnienie powinno być w zakresie od 20 cm H₂O (≈ 15 mm Hg) do 30 cm H₂O (≈ 22 mm Hg). Podłączenie ręcznego manometru powoduje spadek ciśnienia w mankiecie. Efekt ten jest bardziej widoczny przy małych rozmiarach.

8.4 Usunięcie rurki (patrz punkt 8.2)

Przygotować się do usunięcia rurki w następujący sposób:

- Nieznacznie odchylić głowę pacjenta do tyłu oraz
- całkowicie odblokować mankiety rurek z mankietem (patrz punkt 8.5).

8.5 Odblokowanie mankieta

Przed odblokowaniem należy upewnić się, że do oskrzeli może dostać się jak najmniej wydzieliny.

Podczas odblokowywania mankieta należy odsysać wydzielinę za pomocą cewnika ssącego wprowadzonego przez rurkę. W przypadku zastosowania rurek z odsysaniem podgłośniaowym należy również odessać obszar podgłośniaowy przed odblokowaniem mankieta, patrz punkt 9.5.

W celu odblokowania mankieta należy podłączyć strzykawkę do balonu kontrolnego (2a). Całkowicie usunąć całe powietrze/kondensat, jeśli dotyczy. (Patrz punkt 5. „Ogólne środki ostrożności”).

Jeśli nie jest możliwe odblokowanie mankietu, należy podjąć następujące działania:

- Usunąć rurkę wewnętrzną. Upewnić się, że linia do napełniania (2b) nie jest zagięta i ponownie odblokować mankieta.
- Jeśli nadal nie jest możliwe odblokowanie mankieta: ostrożnie przeciąć linię do napełniania pomiędzy łącznikiem 15 mm (3) a kołnierzem rurki (5).

9. Postępowanie

9.1 Wymiana rurek wewnętrznych

Jeśli w rurce wewnętrznej zbiera się lepka wydzielina i nie można jej odessać, co utrudnia przepływ powietrza, należy wymienić rurkę wewnętrzną na nową lub wyczyścić rurkę wewnętrzną.

W celu usunięcia rurki wewnętrznej należy przekrócić łącznik 15 mm rurki wewnętrznej w kierunku przeciwnym do ruchu wskazówek zegara (C).

Po wprowadzeniu nowej rurki wewnętrznej do rurki zewnętrznej należy obrócić łącznik 15 mm rurki wewnętrznej w kierunku zgodnym z ruchem wskazówek zegara aż do zablokowania, tzn. do momentu, gdy niebieskie strzałki i/lub wytłoczone oznaczenia znajdują się w jednej linii (C).

Rurki wewnętrzne z rowkowanymi niskoprofilowymi łącznikami działają w ten sam sposób.

W przypadku wymiany rurki wewnętrznej należy zawsze upewnić się, że linia do napełniania (2b) mankieta nie jest umieszczona pomiędzy rurką wewnętrzną i zewnętrzną, ponieważ może ona ulec zakleszczeniu i uszkodzeniu.

9.2 Rurki tracheostomijne z fenestracją

Rurki wewnętrzne bez fenestracji mają białe łączniki 15 mm i są stosowane np. podczas wentylacji.

Aby umożliwić pacjentowi mówienie, należy wprowadzić **rurkę wewnętrzną z fenestracją** (niebieski łącznik 15 mm lub niebieski rowkowany łącznik niskoprofilowy) **do rurki zewnętrznej z fenestracją**. Po odblokowaniu mankieta zastawkę umożliwiającą mówienie można umieścić na łączniku 15 mm tej wewnętrznej rurki. Należy postępować zgodnie z instrukcją użycia odpowiedniej zastawki umożliwiającej mówienie.

UWAGA: Zastawki umożliwiające mówienie można stosować tylko u pacjentów, którzy są przytomni i mogą oddychać spontanicznie.

Po wprowadzeniu zastawki umożliwiającej mówienie pacjent musi być poinstruowany przez przeszkolony personel i starannie monitorowany podczas przyzwyczajania się do niej; należy upewnić się, że pacjent może wystarczająco oddychać.

Przed użyciem zastawki umożliwiającej mówienie należy odblokować mankiet. Nie stosować zastawki umożliwiającej mówienie podczas snu.

UWAGA: Pacjenci ze zwężeniem krtani, porażeniem strun głosowych, ciężkim zwężeniem tchawicy, niedrożnością dróg oddechowych, infekcjami dróg oddechowych lub obfitą wydzieliną śluzową nie mogą używać zastawki umożliwiającej mówienie.

9.3 Nasadka okluzyjna rurki z fenestracją do odzwyczajania

Rurkę wewnętrzną z fenestracją można zamknąć poprzez założenie dołączonej nasadki okluzyjnej (10) na łącznik 15 mm.

UWAGA: W czasie przygotowania rurki należy upewnić się, że górne drogi oddechowe pacjenta są drożne. Górne drogi oddechowe można oczyścić poprzez odkaszenie lub odessanie wydzieliny. Konieczne jest odblokowanie mankieta. Podczas zamykania rurki personel pielęgniarski musi monitorować oddychanie i funkcje życiowe pacjenta. W przypadku wykrycia jakichkolwiek oznak trudności z oddychaniem należy natychmiast zdjąć nasadkę okluzyjną.

9.4 Utrzymanie otwartej fenestracji

Jeśli rurka jest używana przez dłuższy czas, należy w regularnych odstępach czasu upewnić się, że fenestracja nie jest zablokowana przez wydzielinę, przyschnięte osady lub wrastającą tkankę. W razie potrzeby należy wymienić rurkę.

9.5 Zastosowanie REF 306, REF 888-306 z podgłośniowym kanałem odsysającym

Rurki te są wyposażone w płaski kanał odsysający (7), który jest przymocowany do zewnętrznej krzywizny rurki zewnętrznej i kończy się dwoma otworami bezpośrednio nad mankiem (2). Linia odsysająca (7b) jest zintegrowana w kanale odsysającym. Linia odsysająca ma żeński łącznik luer (7a) na wolnym końcu, przez który można usunąć wydzielinę przy użyciu strzykawki. Alternatywnie można zastosować specjalne urządzenie odsysające z regulatorem podciśnienia podłączone do zamkniętych łączników (11). Po odesaniu należy upewnić się, że łącznik luer (7a) jest zamknięty.

PL

UWAGA:

- Podczas odsysania należy upewnić się, że przez dłuższy czas nie jest stosowane nadmierne podciśnienie (- maksymalnie 200 mbar).
- Aby zapobiec wysychaniu obszaru podgłośniowego, zalecamy stosowanie przerywanego odsysania.
- Kanał odsysający może ulec zablokowaniu z powodu nagromadzonej wydzieliny lub zrostów z błoną śluzową tchawicy. W przypadku, gdy zamierza się **przeplukać kanał odsysający** (np. niewielką ilością powietrza lub roztworem soli fizjologicznej), należy wcześniej upewnić się, że mankiet jest wystarczająco zablokowany (ryzyko aspiracji).
- Kanał odsysający może powodować odciski w okolicy otworu tracheostomijnego lub może powodować, że otwór tracheostomijny stanie się nieregularny. W takich przypadkach lekarz musi zdecydować, czy nadal można stosować ten rodzaj rurki.

10. Czyszczenie, dezynfekcja i przechowywanie

10.1 Czyszczenie

Przed ponownym użyciem należy oczyścić rurkę (**1 + 3**). Do czyszczenia można użyć letniej wody pitnej. TRACOE medical zaleca stosowanie do czyszczenia środków czyszczących oferowanych przez TRACOE. Po wyczyszczeniu rurek należy przeplukać je wodą pitną i wysuszyć na powietrzu. Podczas czyszczenia rurek zewnętrznych należy zachować ostrożność, aby nie uszkodzić mankieta.

UWAGA:

- Nigdy nie należy używać agresywnych środków czyszczących stosowanych w gospodarstwie domowym, środków do czyszczenia protez zębowych lub rozpuszczalników z dużą zawartością alkoholu, ponieważ mogą one mieć długotrwały negatywny wpływ na działanie.
- Nie należy podgrzewać rurek do temperatury powyżej 65 °C, ponieważ wtedy nie można zagwarantować bezpieczeństwa produktów.

10.2 Dezynfekcja

PL Zastosowanie nieodpowiednich środków dezynfekcyjnych może spowodować uszkodzenie produktu. Po dezynfekcji rurek należy przeplukać je sterylną wodą i wysuszyć na powietrzu.

10.3 Przechowywanie

Czystą rurkę należy przechowywać w suchym miejscu.

11. Modyfikacje produktu

Modyfikacje produktów TRACOE mogą być dokonywane wyłącznie przez pracowników lub przedstawicieli firmy TRACOE medical GmbH.

12. Utylizacja

Produkty te można utylizować wyłącznie zgodnie z obowiązującymi przepisami krajowymi dotyczącymi odpadów.

13. Zwroty

Zwrócone zużyte produkty będą przyjmowane tylko po wcześniejszym uzgodnieniu i po załączeniu wypełnionego certyfikatu odkażenia. Formularz jest dostępny bezpośrednio w firmie TRACOE medical lub na stronie internetowej www.tracoe.com.

14. Ogólne warunki umowy

Sprzedaż, dostawa i zwrot wszystkich produktów firmy TRACOE odbywa się wyłącznie na podstawie obowiązujących warunków ogólnych, dostępnych w firmie TRACOE medical GmbH lub na stronie internetowej www.tracoe.com.

Οδηγίες χρήσης για σωλήνες τραχειοστομίας TRACOE twist

ΥΠΟΔΕΙΞΗ:

- Διαβάστε προσεκτικά τις παρούσες οδηγίες χρήσης. Αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα του περιγραφόμενου προϊόντος και πρέπει να είναι διαθέσιμες ανά πάσα στιγμή. Για τη δική σας ασφάλεια, αλλά και για την ασφάλεια των ασθενών σας, τηρήστε τις ακόλουθες υποδείξεις ασφαλείας.



- Οι εικόνες του κειμένου περιλαμβάνονται στις (αναδιπλούμενες) σελίδες με εικόνες στην αρχή των οδηγιών αυτών. Οι αριθμοί και τα γράμματα σε παρενθέσεις παραπέμπουν στις εκάστοτε εικόνες και στα επιμέρους τμήματα του σωλήνα τραχειοστομίας. Τα χρησιμοποιούμενα σύμβολα επεξηγούνται στις σελίδες 1 - 6.

1. Γενικές πληροφορίες

ΠΡΟΣΟΧΗ: Το προϊόν πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο από ιατρούς και **ειδικά καταρτισμένο** προσωπικό, που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα ασθενών! Ο προσδιορισμός του μεγέθους και του τύπου πρέπει να γίνεται από τον θεράποντα ιατρό.

Προοριζόμενη χρήση: Το παρόν ιατροτεχνολογικό προϊόν αποτελεί ένα σωλήνα τραχειοστομίας.

Περιγραφή λειτουργίας: Ο σωλήνας τραχειοστομίας διασφαλίζει τη διέλευση του εισπνεόμενου αέρα μέσα από το τραχειοστόμιο.

- Ο μπλοκαρισμένος αεροθάλαμος (Cuff) διαχωρίζει τις ανώτερες αναπνευστικές οδούς από τις κατώτερες, ώστε ο αέρας να μην μπορεί να περάσει από τον πνεύμονα στο στόμα και τη μύτη, αλλά ούτε και προς την αντίθετη κατεύθυνση. Έτσι, ο ασθενής μπορεί να αναπνεύσει **μόνο** μέσω του σωλήνα. Για το μπλοκάρισμα του αεροθαλάμου, ο αεροθάλαμος γεμίζει με αέρα μέσω του λάστιχου πλήρωσης και χρησιμεύει στη στεγανοποίηση μεταξύ της τραχείας και του εξωτερικού τοιχώματος του σωλήνα. Η στεγανοποίηση αυτή επιτρέπει την αποτελεσματική αναπνοή με αναπνευστικές συσκευές, εμποδίζοντας ταυτόχρονα την εισχώρηση εκκρίματος από τον υπογλωττιδικό χώρο στις κατώτερες αναπνευστικές οδούς.

- Οι θυριδωτοί σωλήνες επιτρέπουν σε ένα μέρος του απαραίτητου για την ομιλία αέρα να προωθείται μέσα από τη θυρίδα

στις ανώτερες αναπνευστικές οδούς. Επιπλέον, μειώνεται η αντίσταση της αναπνοής στις ανώτερες αναπνευστικές οδούς.

- Για περαιτέρω περιγραφές λειτουργίας βλ. ακόλουθο κείμενο.

Μέγιστη διάρκεια χρήσης του σωλήνα τραχειοστομίας:

Με αεροθάλαμο 29 ημέρες από την πρώτη χρήση (βλέπε Κεφ. 5. Γενικά προληπτικά μέτρα). Το μέγιστο αυτό διάστημα χρήσης περιλαμβάνει, επίσης, όλες τις περιόδους, κατά τις οποίες ο σωλήνας τραχειοστομίας ή οι εσωτερικοί σωλήνες δεν χρησιμοποιούνται.

Προϊόν για έναν μόνο ασθενή: Στο πλαίσιο της διάρκειας χρήσης, επιτρέπεται η πολλαπλή χρήση από τον ίδιο ασθενή.

Ταυτότητα προϊόντος: Στο παρόν προϊόν επισυνάπτεται μια σχετική ταυτότητα με δύο αφαιρούμενες ετικέτες. Στις ετικέτες αυτές περιλαμβάνονται στοιχεία που αφορούν το προϊόν. Η ταυτότητα πρέπει να φυλάσσεται χωριστά, διότι, μεταξύ άλλων, διευκολύνει την εκ νέου παραγγελία. Η αφαιρούμενη ετικέτα μπορεί να κολληθεί π.χ. στο φάκελο του ασθενούς.

2. Γενική περιγραφή

Αυτό το προϊόν αποτελείται από έναν εξωτερικό σωλήνα (1) με αεροθάλαμο (2) ή χωρίς αεροθάλαμο και έναν αντικαθιστώμενο εσωτερικό σωλήνα με σύνδεσμο 15 mm (3) ή με ρικνωτό πώμα. Τα (1) και (3) μπορούν να συνδεθούν ή να αποσυνδεθούν με μια περιστροφική διάταξη ασφάλισης (C).

Ο αεροθάλαμος γεμίζει με αέρα ή εκκενώνεται μέσω του λάστιχου πλήρωσης (2b).

Ο εξωτερικός σωλήνας αποτελείται από ακτινοσκερή πολυουρεθάνη και είναι στερεωμένος σε μια πλάκα (πλάκα λαιμού) (5), που περιστρέφεται γύρω από 2 άξονες (καρδανική ανάρτηση).

Ο διάτρητος επιπωματιστής (6) επιτρέπει στα μεγέθη 06-10 τη χρήση ενός σύρματος Seldinger ($\varnothing 1,27 \pm 0,04$ mm) κατά την εισαγωγή του σωλήνα.

3. Ενδείξεις

Τα προϊόντα προορίζονται για ασθενείς, στους οποίους απαιτείται η πρόσβαση στις αναπνευστικές οδούς μέσω τραχειοστομίας.

- Οι σωλήνες χωρίς αεροθάλαμο ενδείκνυνται κυρίως για ασθενείς με ακούσια αναπνοή, στους οποίους υποδεικνύεται η χρήση σωλήνα.
- Οι σωλήνες με αεροθάλαμο προορίζονται για ασθενείς, στους οποίους απαιτείται η πρόσβαση στις αναπνευστικές οδούς

EL

μέσω τραχειοστομίας με στεγανοποίηση της τραχείας.

- Οι θυριδωτοί σωλήνες καθιστούν εφικτή την ομιλία σε ασθενείς με διατηρημένο λάρυγγα.
- Οι σωλήνες με κανάλι αναρρόφησης χρησιμοποιούνται σε ασθενείς, στους οποίους ενδείκνυται η αναρρόφηση από την υπογλωττιδική περιοχή.
- Ο σωλήνας REF 305 ενδείκνυται ιδιαίτερα για ασθενείς, στους οποίους υποδεικνύεται η χρήση σωλήνα μετά από λαρυγγεκτομή.

4. Αντενδείξεις

4.1 Απόλυτες αντενδείξεις

- Μην χρησιμοποιείτε το πώμα / τις βαλβίδες ομιλίας σε λαρυγγεκτομηθέντες (ασθενείς χωρίς λάρυγγα) – Κίνδυνος ασφυξίας!

4.2 Σχετικές αντενδείξεις

Σχετική αντένδειξη, για την οποία πρέπει να σταθμιστούν οι κίνδυνοι σε σχέση με το όφελος από τη διαδικασία, είναι η εξής:

- Χρήση στην παιδιατρική.
- Ασυνηθιστα βαθιά τραχεία, π.χ. σε περίπτωση παχυσαρκίας, ενδεχομένως απαιτείται η χρήση μακρύτερου σωλήνα.

5. Γενικά προληπτικά μέτρα

- Στο κρεβάτι του ασθενούς συνιστάται να υπάρχει οπωσδήποτε διαθέσιμος ένας εφεδρικός σωλήνας έτοιμος για χρήση καθώς και άφθονοι εφεδρικοί εσωτερικοί σωλήνες. Οι σωλήνες αυτοί πρέπει να φυλάσσονται σε καθαρή και στεγνή κατάσταση.
- Σε κάθε χρήση ή εισαγωγή ενός σωλήνα, πρέπει να ελέγχεται εάν ο σωλήνας αυτός είναι άθικτος και λειτουργεί απρόσκοπτα, π.χ. ως προς την ελεύθερη εσωτερική διατομή, τη στεγανότητα του αεροθαλάμου, την απρόσκοπτη και σταθερή προσαρμογή του εσωτερικού σωλήνα στον εξωτερικό σωλήνα, την απουσία σημείων τσάκισης, τη σταθερή σύνδεση μεταξύ σωλήνα και πλάκας, κ.λπ. Το υλικό του αεροθαλάμου δεν επιτρέπεται να είναι εύθρυπτο. Σε περίπτωση βλάβης, το προϊόν αυτό πρέπει να αντικαθίσταται με ένα καινούργιο.
- Δεν επιτρέπεται να ασκείται βία στο σωλήνα τραχειοστομίας, διότι σε αντίθετη περίπτωση υπάρχει κίνδυνος ζημιάς (π.χ. κίνδυνος θραύσης). Σε περίπτωση φρακαρισμένων συνδέσεων στο σύνδεσμο των 15 mm, πρέπει να χρησιμοποιούνται οπωσδήποτε βοηθήματα αποσύνδεσης, τα οποία είναι κατάλληλα για σωλήνες τραχειοστομίας (Disconnect Wedge).
- Ο σύνδεσμος των 15 mm (3) πρέπει να διατηρείται καθαρός και στεγνός.

- Κατά την αλλαγή του εσωτερικού σωλήνα, πρέπει να βεβαιώνετε πάντοτε ότι το λάστιχο πλήρωσης (2b) του αεροθαλάμου δεν βρίσκεται ανάμεσα στον εσωτερικό και τον εξωτερικό σωλήνα, διότι διαφορετικά μπορεί να μαγκώσει και να υποστεί ζημιά.
- Σε περίπτωση αλλαγής θέσης του ασθενούς, πρέπει επίσης να βεβαιώνετε ότι ο ασθενής δεν πιέζει με το σώμα του το μπαλόνι ελέγχου (2a). Αυτό προκαλεί ισχυρή αύξηση της πίεσης του αεροθαλάμου και μπορεί να προκαλέσει ζημιά στην τραχεία.
- Κατά τη μηχανική αναπνοή, ενδέχεται σε περίπτωση συχνής αλλαγής θέσης ή συχνών επεμβάσεων στο σωλήνα, να αποσυνδεθεί ο εσωτερικός σωλήνας από τον εξωτερικό σωλήνα.
- Σε περίπτωση υψηλών πιέσεων αναπνοής, ενδέχεται σε μεμονωμένες περιπτώσεις να παρουσιαστεί διαρροή μεταξύ του εσωτερικού και του εξωτερικού σωλήνα.
- Κατά τη χρήση σωλήνων τραχειοστομίας ενδέχεται να παρουσιαστούν σημεία πίεσης, νεκρώσεις του δέρματος του λαιμού και δερματικοί ερεθισμοί (π.χ. υγρασία). Για να αποφευχθεί αυτό, συνιστούμε την τοποθέτηση κομπρέσας κάτω από την πλάκα.
- Για την αποφυγή πρόκλησης ζημιών στο υλικό, ο αεροθάλαμος δεν πρέπει να έρχεται σε επαφή με αερολύματα ή αλοιφές που περιέχουν λιδοκαΐνη.
- Όλα τα επιμέρους τμήματα του συστήματος πλήρωσης αεροθαλάμου πρέπει κατά τον έλεγχο πίεσης του αεροθαλάμου να εφαρμόζονται χαλαρά ή/και χωρίς τσακίσματα. Διαφορετικά υπάρχει περίπτωση λανθασμένης ένδειξης της πίεσης στο πιεσόμετρο χειρός.
- Οι λεπτοί αεροθάλαμοι παρουσιάζουν συγκεκριμένη διαπερατότητα υδρατμών. Για το λόγο αυτό ενδέχεται να σημειωθεί συγκέντρωση νερού συμπύκνωσης στον αεροθάλαμο. Όταν πρόκειται για μια ελάχιστη ποσότητα, αυτό είναι ασήμαντο. Εάν όμως η ποσότητα είναι μεγάλη και αρχίσει να πραγματοποιείται εσφαλμένα αναρρόφηση νερού στο λάστιχο πλήρωσης, δεν είναι πλέον εφικτή η σωστή μέτρηση και ρύθμιση της πίεσης του αεροθαλάμου, με συνέπεια την αναγκαιότητα αντικατάστασης του σωλήνα. Πριν από την αφαίρεση του σωλήνα θα πρέπει να απομακρυνθεί κατά το δυνατόν το νερό ή ο αέρας από τον αεροθάλαμο, με τη βοήθεια μιας σύριγγας.
- Σε περίπτωση παράλληλης χρήσης με πρόσθετα ιατροτεχνολογικά προϊόντα, πρέπει να τηρούνται οι εκάστοτε οδηγίες χρήσης. Σε περίπτωση αμφιβολίας πρέπει να επικοινωνείτε με τον εκάστοτε κατασκευαστή.

EL

6. Προειδοποιήσεις

- Να μην χρησιμοποιείται, εάν η αποστειρωμένη συσκευασία έχει υποστεί ζημιά.

- Να μην χρησιμοποιούνται ποτέ εσωτερικοί θυριδωτοί σωλήνες για την αναπνοή.
- Το πώμα επιτρέπεται να χρησιμοποιείται μόνο με θυριδωτούς σωλήνες (εξωτερικός σωλήνας + εσωτερικός σωλήνας) και ζεμπλοκαρισμένο αεροθάλαμο.
- Κατά τη διάρκεια του ύπνου δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιούνται βαλβίδες ομιλίας.
- Σε θεραπείες με λέιζερ ή ηλεκτροχειρουργικές συσκευές, φροντίστε για επαρκή απόσταση από το σωλήνα τραχειοστομίας. Υπάρχει κίνδυνος ανάφλεξης, μπορεί να σχηματιστούν δηλητηριώδη αέρια και ο σωλήνας ενδέχεται να υποστεί ζημιά.
- Ο σωλήνας πρέπει να επιλέγεται κατά τέτοιον τρόπο, ώστε η θυρίδα (εάν υπάρχει) να τοποθετείται σε επαρκή απόσταση από το κανάλι του τραχειοστόματος. Σε περίπτωση μη τήρησης, υπάρχει κίνδυνος εμφυσήματος στους ασθενείς με τεχνητή αναπνοή, σχηματισμού κοκκιώδους ιστού ή αυξημένης αντίστασης της αναπνοής κατά τη χρήση βαλβίδων ομιλίας ή πωμάτων.
- Κατά τη χρήση θυριδωτού σωλήνα, υπάρχει περίπτωση εκτεταμένου σχηματισμού κοκκιώδους ιστού.
- Η πίεση του αεροθαλάμου ενδέχεται να μεταβληθεί, μεταξύ άλλων, λόγω υψομετρικών μεταβολών (π.χ. στο αεροπλάνο), κατά τη χρήση ιλαρυντικού αερίου στην αναισθησία και κατά τη σύνδεση ή την αποσύνδεση ενός πιεσόμετρου χειρός.
- Εάν η πίεση του αεροθαλάμου είναι πολύ υψηλή, υπάρχει κίνδυνος μόνιμης βλάβης της τραχείας.
- Σε περίπτωση πολύ υψηλής πίεσης του αεροθαλάμου, ενδέχεται να προκληθούν εξογκώματα του αεροθαλάμου.
- Εάν η πίεση του αεροθαλάμου είναι πολύ χαμηλή, υπάρχει κίνδυνος αναρρόφησης.
- Κατά τη χρήση συνδέσμων Luer (π.χ. **2a + 7a**) πρέπει να αποφεύγονται τυχόν λανθασμένες συνδέσεις.
- Κατά την εισαγωγή και την αφαίρεση του σωλήνα μπορεί να προκύψουν ερεθισμοί, τάση για βήχα ή αιμορραγίες.

7. Ανεπιθύμητες παρενέργειες

Σημεία πίεσης, νεκρώσεις, ερεθισμοί του δέρματος, κοκκιώδης ιστός, τάση για βήχα, διαταραχές κατάπνοσης και αιμορραγίες.

8. Εισαγωγή του σωλήνα

8.1 Προετοιμασία του σωλήνα

1. Έλεγχος της πληρότητας του περιεχομένου της συσκευασίας (**D**).
2. Στους σωλήνες με αεροθάλαμο (**2**), ο αεροθάλαμος πρέπει να ελέγχεται για διαρροές με δοκιμαστική εμφύσηση. Για το σκοπό αυτό, φουσκώστε τον αεροθάλαμο με ένα πιεσόμετρο χειρός, με πίεση 50 cm H₂O (≈ 36,78 mm Hg) και παρακολουθήστε για 1

λεπτό εάν παρουσιάζεται απώλεια πίεσης στον αεροθάλαμο. Σε περίπτωση στεγανότητας, πρέπει να εκκενωθεί όλος ο αέρας από τον αεροθάλαμο με τη βοήθεια μιας σύριγγας. Ο αεροθάλαμος θα πρέπει να ανασηκωθεί προς την κατεύθυνση της πλάκας (5). Έτσι διευκολύνεται η ακόλουθη εισαγωγή του σωλήνα.

8.2 Προετοιμασία του ασθενούς

- Πριν από την εισαγωγή ή την επανεισαγωγή του σωλήνα θα πρέπει να διασφαλίζεται η άριστη προ-οξυγόνωση του ασθενούς.
- Εάν είναι εφικτό, τεντώστε ελαφρώς το λαιμό του ασθενούς, ώστε να διευκολυνθεί η εισαγωγή του σωλήνα.
- Για την περίπτωση τυχόν επιπλοκών κατά την εισαγωγή ή την επανεισαγωγή του σωλήνα, θα πρέπει να έχουν ληφθεί μέτρα ασφαλείας (π.χ. διαστολέας τραχειοστομίας, σωλήνας με μειωμένη διάμετρο), τα οποία θα παρέχουν στον ιατρό τη δυνατότητα να προβαίνει βραχυπρόθεσμα σε τεχνητή αναπνοή, μέσω λαρυγγικής διασωλήνωσης ή μέσω μάσκας λάρυγγα.

8.3 Εισαγωγή του σωλήνα

Η διαδικασία είναι η εξής:

1. Πριν από την εισαγωγή πρέπει να αφαιρείται ο εσωτερικός σωλήνας και να εισάγεται ο επιπωματιστής (8) στον εξωτερικό σωλήνα (1). Κατά την εισαγωγή, πρέπει να συγκρατηθεί ο σωλήνας από την πλάκα (5) και να πιεστεί σταθερά ο επιπωματιστής με τον αντίχειρα μέσα στο επάνω άκρο του εξωτερικού σωλήνα. Για να διευκολυνθείτε κατά την εισαγωγή, μπορείτε να απλώσετε μια λεπτή στρώση υδατοδιαλυτού λιπαντικού στο προεξέχον τμήμα του επιπωματιστή στο άκρο του ασθενούς καθώς και στην αντίστοιχη περιοχή του σωλήνα, συμπεριλαμβανομένου του αεροθαλάμου.
2. Μετά από την εισαγωγή του σωλήνα στην τραχεία του ασθενούς, ο επιπωματιστής πρέπει να αφαιρείται αμέσως.
3. Ακολούθως πρέπει να τοποθετηθεί ο εσωτερικός σωλήνας. Για τη στερέωση του εσωτερικού σωλήνα πρέπει να συγκρατηθεί η πλάκα με τις άκρες των δακτύλων και να περιστραφεί ο σύνδεσμος του εσωτερικού σωλήνα, μέχρι να ασφαλίσει το πώμα, δηλαδή, μέχρι να ευθυγραμμιστούν τα μπλε βέλη ή/και οι ενδείξεις (C).
4. Ο ιμάντας σωλήνα (12) πρέπει να στερεωθεί στην πλάκα του σωλήνα (5), ώστε να σταθεροποιηθεί ο σωλήνας.
5. Στη συνέχεια πρέπει να ελεγχθούν η θέση και η λειτουργία (βλ. Κεφ. 6 Προειδοποιήσεις) του σωλήνα. Η τραχεία και ο σωλήνας πρέπει, εάν απαιτείται, να αναρροφηθούν προσεκτικά, ώστε να διασφαλιστεί μια ελεύθερη αναπνευστική οδός.

EL

6. Για την αναπνοή πρέπει να πραγματοποιηθεί η σύνδεση του τυποποιημένου συνδέσμου των 15 mm (3), του εσωτερικού σωλήνα και της αναπνευστικής συσκευής.

Σε σωλήνες με αεροθάλαμο:

7. Ο αεροθάλαμος γεμίζει μέσω του μπαλονιού ελέγχου (2a). Τώρα πρέπει να διασφαλιστεί ότι ο αεροθάλαμος δεν υπέστη βλάβη κατά την εισαγωγή. Η πίεση του αεροθαλάμου πρέπει να προσαρμόζεται σε κάθε θεραπεία αναπνοής και να ελέγχεται τακτικά, ενώ κανονικά πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 20 cm H₂O (≈ 15 mm Hg) και 30 cm H₂O (≈ 22 mm Hg).

Κατά τη σύνδεση ενός πιεσόμετρου χειρός προκαλείται πτώση της πίεσης στον αεροθάλαμο. Αυτό το φαινόμενο είναι πιο έντονο σε μικρότερα μεγέθη.

8.4 Αφαίρεση του σωλήνα (βλ. Κεφ. 8.2)

Για την αφαίρεση του σωλήνα πρέπει να γίνουν οι ακόλουθες ετοιμασίες:

- το κεφάλι πρέπει να είναι σκυμμένο ελαφρώς προς τα πίσω και
- σε σωλήνες με αεροθάλαμο, ο αεροθάλαμος πρέπει να ξεμπλοκαριστεί εντελώς (βλ. Κεφ. 8.5)

8.5 Ξεμπλοκάρισμα του αεροθαλάμου

Πριν από το ξεμπλοκάρισμα του αεροθαλάμου πρέπει να ληφθούν προληπτικά μέτρα, ώστε να εισέλθει κατά το δυνατόν λιγότερο έκκριμα στους βρόγχους. Κατά το ξεμπλοκάρισμα πρέπει να αναρροφηθούν τα εκκρίματα με τη βοήθεια ενός αναρροφητικού καθετήρα, που ωθείται μέσα από το σωλήνα. Σε σωλήνες με υπογλωττιδική αναρρόφηση, πρέπει πριν την απεμπλοκή να πραγματοποιηθεί επίσης επιπρόσθετη αναρρόφηση στην υπογλωττιδική περιοχή, βλέπε Κεφ. 9.5.

Για την απεμπλοκή, συνδέστε τη σύριγγα στο μπαλόني ελέγχου (2a). Απομακρύνετε πλήρως τον αέρα / τυχόν νερό συμπύκνωσης. (Βλ. Κεφ. 5. Γενικά προληπτικά μέτρα)

Εάν η απεμπλοκή του αεροθαλάμου δεν είναι δυνατή, μπορούν να ληφθούν τα εξής μέτρα:

- Αφαιρέστε τον εσωτερικό σωλήνα. Βεβαιωθείτε ότι δεν έχει τσακίσει το λάστιχο πλήρωσης (2b) και ξεμπλοκάρτε εκ νέου τον αεροθάλαμο.

- Εάν η εκκένωση συνεχίζει να μην είναι εφικτή: Κόψτε προσεκτικά τον εύκαμπτο σωλήνα πλήρωσης ανάμεσα στο σύνδεσμο των 15 mm (3) και την πλάκα / πλάκα λαιμού (5).

9. Χειρισμός

9.1 Αντικατάσταση των εσωτερικών σωλήνων

Σε περίπτωση συσσώρευσης παχύρρευστου εκκρίματος στον εσωτερικό σωλήνα, του οποίου η αναρρόφηση δεν είναι δυνατή και το οποίο εμποδίζει τη ροή του αέρα, ο εσωτερικός σωλήνας πρέπει να αντικαθίσταται με έναν καινούργιο ή καθαρισμένο εσωτερικό σωλήνα.

Για την αφαίρεση του σωλήνα, πρέπει να περιστραφεί ο σύνδεσμος των 15 mm του εσωτερικού σωλήνα αριστερόστροφα (C).

Μετά από την εισαγωγή ενός καινούργιου εσωτερικού σωλήνα στον εξωτερικό σωλήνα, πρέπει να περιστραφεί ο σύνδεσμος των 15 mm του εσωτερικού σωλήνα δεξιόστροφα, μέχρι να ασφαλίσει το πώμα, δηλαδή, μέχρι να ευθυγραμμιστούν τα μπλε βέλη ή/και οι ενδείξεις (C).

Ο τρόπος λειτουργίας των εσωτερικών σωλήνων με ρικνωτό πώμα είναι ίδιος.

Κατά την τοποθέτηση του εσωτερικού σωλήνα πρέπει να διασφαλίζεται ότι το λάστιχο πλήρωσης του αεροθαλάμου (2b) δεν βρίσκεται μεταξύ του εσωτερικού και του εξωτερικού σωλήνα, διότι διαφορετικά το λάστιχο μπορεί να συσφιχθεί και να υποστεί ζημιά.

9.2 Θυριδωτοί σωλήνες τραχειοστομίας

Οι μη θυριδωτοί εσωτερικοί σωλήνες διαθέτουν λευκούς συνδέσμους των 15 mm και χρησιμοποιούνται μεταξύ άλλων για την αναπνοή των ασθενών.

Για την ομιλία τοποθετείται **ένας θυριδωτός εσωτερικός σωλήνας** (μπλε σύνδεσμος 15 mm ή μπλε ρικνωτό πώμα) **μέσα στο θυριδωτό εξωτερικό σωλήνα**. Σε σωλήνες με αεροθάλαμο, μετά το ξεμπλοκάρισμα του αεροθαλάμου, η βαλβίδα ομιλίας μπορεί να αποθεθεί επάνω στον εσωτερικό σωλήνα με το σύνδεσμο των 15 mm. Τηρείτε τις οδηγίες χρήσης της εκάστοτε βαλβίδας ομιλίας.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Οι βαλβίδες ομιλίας επιτρέπεται να χρησιμοποιούνται μόνο σε ασθενείς που έχουν τις αισθήσεις τους και μπορούν να αναπνεύσουν αυτόνομα. Οι ασθενείς πρέπει να καθοδηγούνται σχετικά με τη χρήση του σωλήνα βαλβίδες ομιλίας από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό καθώς και να επιτηρούνται προσεκτικά, έτσι ώστε να διασφαλίζεται η επαρκής αναπνοή.

Πριν από τη χρήση πρέπει να ξεμπλοκάρεται ο αεροθάλαμος. Κατά τη διάρκεια του ύπνου δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιούνται βαλβίδες ομιλίας.

EL

ΠΡΟΣΟΧΗ: Οι βαλβίδες ομιλίας δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιούνται σε ασθενείς με στένωση λάρυγγα, παράλυση φωνητικών χορδών, στένωση τραχείας βαριάς μορφής, αναπνευστικές δυσχέρειες, λοιμώξεις των αναπνευστικών οδών ή έντονη παραγωγή βλεννώδων εκκρίματων.

9.3 Πώμα του θυριδωτού σωλήνα για την απεξάρτηση (Weaning)

Ο θυριδωτός εσωτερικός σωλήνας μπορεί να κλείσει, τοποθετώντας το συμπεριλαμβανόμενο πώμα (10) στο σύνδεσμο των 15 mm.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Για την προετοιμασία του σωλήνα, βεβαιωθείτε ότι οι ανώτερες αναπνευστικές οδοί του ασθενούς είναι ελεύθερες. Η απελευθέρωση των ανώτερων αναπνευστικών οδών γίνεται, εάν χρειαστεί, με απόχρεμψη ή με την αναρρόφηση τυχόν εκκρίματος. Ο αεροθάλαμος πρέπει να ξεμπλοκαριστεί. Κατά το κλείσιμο του σωλήνα η αναπνοή και οι ζωτικές λειτουργίες του ασθενούς θα πρέπει να παρακολουθούνται από εξειδικευμένο άτομο. Σε περίπτωση ενδείξεων δύσπνοιας του ασθενούς, πρέπει να αφαιρεθεί αμέσως το πώμα.

9.4 Αποφυγή έμφραξης της θυρίδας

Σε περίπτωση μακρόχρονης χρήσης του σωλήνα πρέπει να βεβαιώνετε σε τακτά χρονικά διαστήματα ότι οι οπές δεν παρουσιάζουν έμφραξη από τυχόν έκκριμα, εφελκίδες ή δεισδύοντα ιστό. Ενδέχεται να χρειαστεί αντικατάσταση του σωλήνα.

9.5 Χρήση των REF 306, REF 888-306 με υπογλωττιδικό κανάλι αναρρόφησης

Οι σωλήνες αυτοί διαθέτουν ένα επίπεδο κανάλι αναρρόφησης (7) στερεωμένο στο εξωτερικό τόξο του εξωτερικού σωλήνα, το οποίο καταλήγει με δύο ανοίγματα ακριβώς επάνω από τον αεροθάλαμο (2). Στο κανάλι αναρρόφησης έχει ενσωματωθεί ένα λάστιχο αναρρόφησης (7b). Το λάστιχο αναρρόφησης διαθέτει ένα θηλυκό σύνδεσμο Luer (7a) στο ελεύθερο άκρο του, μέσω του οποίου μπορεί να πραγματοποιηθεί αναρρόφηση με τη βοήθεια μιας σύριγγας. Εναλλακτικά, μπορεί να χρησιμοποιηθεί μια κατάλληλη αναρροφητική συσκευή με ρυθμιστή κενού, σε συνδυασμό με τους συμπεριλαμβανόμενους συνδέσμους (11). Μετά από την αναρρόφηση, ο σύνδεσμος Luer (7a) πρέπει να κλείνει.

EL

ΠΡΟΣΟΧΗ:

- Κατά την αναρρόφηση, πρέπει να βεβαιώνετε ότι δεν ασκείται υψηλή υποπίεση για μεγάλο διάστημα (- μέγ. 200 mbar).

- Για να μην ξεραθεί ο υπογλωττιδικός χώρος, προτείνουμε μια διακοπτόμενη αναρρόφηση.
- Το λάστιχο αναρρόφησης μπορεί να φράξει λόγω εκκρίματων ή αναρρόφησης στο βλεννογόνο της τραχείας. Εάν έχει προγραμματιστεί **έκπλυση του λάστιχου αναρρόφησης** (π.χ. με μικρή ποσότητα αέρα ή φυσιολογικό ορό), ο αεροθάλαμος πρέπει να είναι επαρκώς μπλοκαρισμένος (κίνδυνος αναρρόφησης).
- Λόγω του λάστιχου αναρρόφησης, ενδέχεται να δημιουργηθούν σημεία πίεσης στην περιοχή του τραχειοστομίου ή το τραχειοστόμιο να απολέσει το στρογγυλό του σχήμα. Στις περιπτώσεις αυτές, ο θεράπων ιατρός πρέπει να αποφασίσει εάν αυτό το είδος σωλήνα μπορεί να συνεχίσει να χρησιμοποιείται.

10. Καθαρισμός, απολύμανση και αποθήκευση

10.1 Καθαρισμός

Ο σωλήνας (**1+3**) πρέπει να καθαρίζεται πριν από κάθε επαναλαμβανόμενη χρήση. Ο καθαρισμός μπορεί να πραγματοποιηθεί με χλιαρό πόσιμο νερό. Η TRACOE medical συνιστά για τον καθαρισμό τη χρήση των προϊόντων καθαρισμού που προσφέρει η ίδια η TRACOE. Μετά από τον καθαρισμό, οι σωλήνες πρέπει να πλένονται με πόσιμο νερό και να στεγνώνονται στον αέρα. Κατά τον καθαρισμό των εξωτερικών σωλήνων, πρέπει να προσέχετε να μην καταστραφεί ο αεροθάλαμος.

ΠΡΟΣΟΧΗ:

- Ο καθαρισμός δεν επιτρέπεται να πραγματοποιείται σε καμία περίπτωση με επιθετικά απορρυπαντικά οικιακής χρήσης, μέσα καθαρισμού τεχνητών οδοντοστοιχιών ή διαλυτικά μέσα με μεγάλη περιεκτικότητα αλκοόλης, διότι ενδέχεται να επηρεαστεί αρνητικά η λειτουργία των προϊόντων.
- Οι σωλήνες δεν πρέπει να θερμαίνονται σε θερμοκρασία άνω των 65 °C, διότι, στη συνέχεια, δεν μπορεί πλέον να διασφαλιστεί η ασφάλεια των προϊόντων.

10.2 Απολύμανση

Σε περίπτωση χρήσης ακατάλληλων απολυμαντικών μέσων, μπορεί να προκληθούν ζημιές στο προϊόν. Μετά από απολύμανση, οι σωλήνες πρέπει να πλένονται με αποστειρωμένο νερό και να στεγνώνονται στον αέρα.

10.3 Αποθήκευση

Ο καθαρός σωλήνας πρέπει να αποθηκεύεται στεγνός.

11. Προσαρμογή προϊόντων

Τροποποιήσεις στα προϊόντα της TRACOE επιτρέπεται να πραγματοποιούνται μόνο από συνεργάτες ή εντεταλμένους της TRACOE medical GmbH.

12. Απόρριψη

Η απόρριψη επιτρέπεται να πραγματοποιείται μόνο σύμφωνα με τους ισχύοντες εθνικούς κανονισμούς περί αποβλήτων.

13. Επιστροφές

Οι επιστροφές χρησιμοποιημένων προϊόντων μπορούν να γίνουν αποδεκτές μόνο κατόπιν συμφωνίας, εφόσον επισυνάπτεται συμπληρωμένο πιστοποιητικό απολύμανσης. Αυτό το έντυπο μπορείτε να το προμηθευτείτε απευθείας από την TRACOE medical ή μέσω του ιστότοπου www.tracoe.com

14. Γενικοί όροι συναλλαγών

Η πώληση, η παράδοση και η ανάκληση όλων των προϊόντων TRACOE πραγματοποιούνται αποκλειστικά με βάση τους ισχύοντες Γενικούς Όρους Συναλλαγών, οι οποίοι διατίθενται από την TRACOE medical GmbH ή μέσω του ιστότοπου www.tracoe.com.

B TRACOE twist 기관절개 튜브 사용 설명서

지침:

- 사용 설명서를 주의 깊게 읽어 주십시오. 사용 설명서는 기술된 제품의 구성 요소이며, 언제든지 사용할 수 있어야 합니다. 본인의 안전과 환자의 안전을 위하여 다음의 안전 지침을 준수하십시오.



- 텍스트에 해당하는 그림은 설명서의 시작 부분에 있는 그림 페이지(바깥으로 접혀 있을 수 있음)에 있습니다. 괄호 안의 숫자와 문자는 각각의 그림과 기관절개 튜브의 구성 요소를 나타냅니다. 사용된 기호는 1 ~ 6페이지에 설명되어 있습니다.

1. 일반 정보

주의: 의사 및 간호 업무에 **숙련된** 간호사에 한해서만 제품을 사용하십시오! 크기와 유형은 담당 의사가 결정합니다.

목적: 이 의료 제품은 기관절개 튜브입니다.

기능 설명: 기관절개 튜브는 기관개구를 통해 호흡기의 통로를 확보합니다.

- 차단된 커프는 상기도와 하기도를 분리하여, 폐에서 나온 공기가 입과 코 또는 그 외 다른 방향으로 흘러가지 않도록 합니다. 이로써 환자는 **튜브를 통해서만** 호흡할 수 있습니다. 차단을 목적으로 커프는 팽창선을 통해 공기를 채워 기관과 캐놀라의 외벽 사이를 밀폐하는 기능을 합니다. 이러한 실링이 가져오는 차폐 기능은 인공 호흡기를 사용하는 효율적인 호흡이 가능함과 동시에 성문하 영역의 분비물이 하기도에 도달하는 것을 방지할 수 있습니다.
- 유창형 캐놀라는 말을 하는 데 필요한 공기의 일부가 천공을 통해 상기도에도달할 수 있도록 합니다. 또한 상기도의 호흡 저항을 감소시킵니다.
- 자세한 기능 설명은 다음 설명을 참조하십시오.

기관절개 튜브의 최대 사용 기간:

최초 사용 후 29일 (5장 일반 주의 사항 참조)

최대 사용 기간에는 기관절개 튜브 또는 내부 캐놀라를 사용하지 않는 시간이 모두 포함됩니다.

1인 환자용 제품: 사용 기간 내에 동일한 환자에게 여러 번 사용할 수 있습니다.

제품 정보 카드: 제품에는 탈부착이 가능한 2개의 라벨이 포함된 제품 정보 카드가 동봉되어 있습니다. 라벨에는 제품 관련 데이터가 표시되어 있습니다. 제품 정보 카드는 재주문이 용이하도록 별도로 보관해야 합니다. 탈부착이 가능한 라벨은 예를 들어 진료 기록과 같은 곳에 부착할 수 있습니다.

2. 일반 사항

이 제품은 커프(2)가 포함되거나 포함되지 않은 외부 캐놀라(1)와 15 mm 커넥터(3) 또는 마디 홈이 파인 로우 프로파일 커넥터가 포함된 교체 가능한 내부 캐놀라로 구성되어 있습니다.

(1) 및 (3)은 트위스트 록을 사용해서 연결하거나 풀 수 있습니다(C). 팽창선(2b)을 통해 커프에 공기가 주입되거나 배출됩니다.

외부 캐놀라는 방사선비투과성 폴리우레탄 소재이며 2개의 축을 중심으로 회전하는 판인 넥 플랜지(5)에 고정되어 있습니다(카르단 현탁제). 천공 밀폐 장치(6)를 사용하여 06 - 10 사이즈에서 캐놀라에 셀징거 와이어($\varnothing 1.27 \pm 0.04$ mm)를 사용할 수 있습니다.

3. 적응증

이 제품은 기관창을 통해 기도에 접근해야 하는 환자를 위한 제품입니다.

- 커프가 장착되지 않은 튜브는 자발적 호흡을 하지만 튜브를 사용해야 하는 환자에게 특히 적합합니다.
- 커프가 장착된 튜브는 제품은 기관을 밀폐하여 기관창을 통해 기도에 접근해야 하는 환자에게 적합합니다.
- 유창형 튜브는 후두가 보존된 환자가 쉽게 말할 수 있도록 해줍니다.
- 흡인 채널이 있는 튜브는 성문하 영역에서 분비물이 표시되는 환자에게 사용됩니다.
- 캐놀라 REF 305는 후두 적출 후 캐놀라 사용을 지시 받은 환자에게 적합합니다.

4. 사용 금지 사유

4.1 절대 사용 금지 사유

- 후두 절제술(후두가 없는 환자)을 받은 환자의 경우, 교합 캡/스피킹 밸브를 사용하지 마십시오. 질식을 유발할 위험이 있습니다.

4.2 상대적 사용 금지 사유

처치의 이점과 비교해 위험을 고려할 수밖에 없는 경우, 상대적 사용 금지 사유로 간주합니다.

- 소아과에서의 사용
- 비정상적으로 깊이 있는 기관, 예를 들어 과체중 환자의 경우, 경우에 따라 긴 캐놀라를 사용해야 합니다

5. 일반 주의 사항

- 병상에 사용 준비가 된 예비 튜브와 여러 개의 예비 내부 캐놀라를 사용할 수 있도록 준비해야 함을 강력하게 권장하는 바입니다. 이 제품들은 항상 청결하고 건조한 상태에서 보관해야 합니다.
- 사용/삽입 전 장치의 완전한 상태와 원활한 기능을 점검해야 합니다. 예를 들면 내강 확보, 커프의 밀봉 상태, 외부 캐놀라에서 내부 캐놀라로의 원활하고 안정적인 흐름, 꺾인 부분 유무 및 튜브와 넥 플랜지 사이 등등의 안정적인 연결 여부를 확인합니다. 커프 재질은 깨지기 쉬운 재질을 사용하면 안 됩니다. 제품이 손상된 경우에는 새 제품으로 교환해야 합니다.
- 기관절개 튜브에 무리하게 힘을 가해서는 안 됩니다. 힘을 가하게 되면 손상되거나 파손될 수 있습니다. 15 mm 커넥터에 고정 연결 시, 반드시 기관절개 튜브용으로 허용된 분리 보조 기구를 사용해야 합니다.
- 15 mm 커넥터(3)는 청결하고 건조한 상태에서 보관해야 합니다.
- 내부 캐놀라 교체 시 커프의 팽창선(2b)이 내부 캐놀라와 외부 캐놀라 사이에 있지 않도록 해야 합니다. 이를 어길 경우, 호스가 끼여 손상될 수 있습니다.
- 침대에서 환자의 자세를 바꿀 경우 환자가 조절 풍선(2a) 위에 놓이지 않도록 주의해야 합니다. 이로 인해 커프 압력을 급격하게 증가시켜 기관 손상을 유발할 수 있습니다.
- 인공 호흡을 하는 동안 환자의 자세를 자주 변경하거나 튜브를 조작하면, 경우에 따라 내부 캐놀라가 외부 캐놀라에서 분리될 수 있습니다.
- 호흡 압력이 높을 경우에는 드물게 내부 캐놀라와 외부 캐놀라 사이에서 누설이 발생할 수도 있습니다.
- 기관절개 튜브 사용 시 욕창, 목 피부의 괴사 및 피부 자극(예: 습기)이 생길 수 있습니다. 이를 방지하기 위하여 넥 플랜지 아래에 패드를 깔아 사용할 것을 권장합니다
- 재질 손상을 방지하기 위하여 리도카인이 함유된 에어로졸이나 연고에 커프가 닿지 않아야 합니다.
- 커프 팽창 시스템의 모든 구성 요소는 커프 압력 테스트 도중 접힘 없이 느슨한 상태로 보관되어 있어야 합니다. 그렇지 않으면 수동 압력계의 압력이 올바르게 표시되지 않게 표시될 수 있습니다.
- 얇은 커프에는 일정한 증기 투과성이 있습니다. 이러한 이유로 커프에 응축수가 모일 수 있습니다. 소량일 경우 상관 없습니다. 그러나 양이 많아지면서 잘못된하여 물기가 팽창선으로 스며들면, 커프 압력을 더 이상 올바르게 측정하고 조정할 수 없게 되어 튜브를 교체해야 합니다. 튜브를 제거하기 전에 커프에 있는 공기와 수분을 주입기를 이용해 완전히 빼내야 합니다.
- 그 밖의 의료기기를 함께 사용하는 경우 각각의 지침에 주의해야 합니다. 문의사항이 있는 경우 제조업체에 문의하십시오.

6. 경고

- 멸균 포장에 손상된 경우 사용하지 마십시오.
- 호흡을 위하여 유창형 내부 캐놀라를 절대로 사용하지 마십시오.
- 유창형 튜브(외부 캐놀라 + 내부 캐놀라)가 있는 교합 캡과 딱허 있지 않은 커프만을 사용하십시오.
- 수면 도중에는 스피킹 밸브를 사용해서는 안 됩니다.
- 레이저 또는 전기 수술기구를 사용하는 경우, 기관절개 튜브와 충분한 간격을 유지해야 합니다. 화재 위험이 있으며, 유독 가스가 생성되어 튜브가 손상될 수 있습니다.
- 천공(있는 경우)이 기공과 충분한 간격을 두고 위치하도록 올바른 튜브를 선택해야 합니다. 이를 어길 시, 인공 호흡을 하는 환자가 폐기중에 걸릴 위험이 있으며, 스피킹 밸브 및 교합 캡을 사용할 경우에는 육아 조직 형성 또는 호흡 저항도 증가할 수 있습니다.
- 유창형 튜브 사용 시 육아 조직의 형성이 증가할 수 있습니다.
- 특히 고도 변경 시(예를 들면 비행기에서)나 마취 상태에서 아산화질소 가스 사용 시, 또는 수동 압력계 연결 또는 분리 시 커프 압력이 변경될 수 있습니다.
- 커프 압력이 너무 높으면 기관에 영구적인 손상이 발생할 위험이 있습니다.
- 커프 압력이 너무 높으면 커프 탈장이 발생할 위험이 있습니다.
- 커프 압력이 너무 낮으면 흡인의 위험이 있습니다.
- 올바른 루어 커넥터(예를 들면 **2a + 7a**)를 사용하십시오.
- 튜브를 삽입하고 빼낼 때 염증, 기침 자극 또는 출혈이 발생할 수 있습니다.

7. 원치 않는 부작용

육창, 과사, 피부 자극, 육아 조직, 기침 자극, 연하곤란 및 출혈

8. 캐놀라 삽입

8.1 캐놀라 준비

1. 포장 내용물의 완전한 상태 점검(D).
2. 커프가 장착된 튜브의 경우, 팽창시켜 커프(2) 누설 여부를 점검합니다. 이를 위하여 수동 압력계를 사용하여 50 cmH₂O (≈ 36.78 mmHg)의 압력으로 부풀리고 커프가 이완되는지 1분간 관찰합니다. 완전히 밀폐되면, 주입기를 사용하여 커프에서 공기를 모두 빼내야 합니다. 커프가 넥 플랜지(5) 방향으로 높이 잡아 당겨져야 합니다. 이렇게 하면 삽입이 쉬워집니다.

8.2 환자 준비

- 환자는 캐놀라 삽입 및 재삽입 이전에 최적으로 산소를 공급받아야 합니다.
- 캐놀라 삽입이 가능하도록 환자의 목을 가볍게 뺏어 줍니다.

- 캐놀라 삽입 및 재삽입 시 합병증이 생기는 경우에 대비하여 안전 조치를 취해야 합니다(예를 들어 기관 스프레드, 직경이 작은 튜브). 이렇게 해주면 의사가 단시간에 경후두 삽관 및 후두 마스크를 경유해 호흡을 시킬 수 있습니다.

8.3 튜브 삽입

다음 단계를 실행합니다.

1. 튜브 삽입 전 내부 캐놀라를 제거해야 하며 밀폐 장치(8)를 외부 캐놀라(1)에 삽입해야 합니다. 튜브 삽입 시, 튜브를 플랜지(5)로 고정된 후 엄지 손가락으로 밀폐 장치를 외부 캐놀라 상단에 강하게 눌러 끼웁니다. 삽입을 돕기 위해 환자 측 밀폐 장치의 튀어나온 부위와 커프를 포함한 튜브의 튀어나온 부위에 수용성 윤활제를 얇게 발라주시면 좋습니다.
2. 튜브를 환자의 기관에 삽입하면 환자의 기관에서 밀폐 장치를 즉시 제거합니다.
3. 이어서 내부 캐놀라를 삽입해야 합니다. 내부 캐놀라를 고정하려면 넥 플랜지를 손가락 끝으로 고정하고 내부 캐놀라의 커넥터가 고정될 때까지, 즉 파란 화살표 및/또는 표시가 서로 겹쳐질 때까지 돌립니다(C).
4. 넥 스트랩(12)을 넥 플랜지(5)에 고정하여 튜브를 정위치에 위치시킵니다.
5. 튜브의 위치 및 기능(6장 경고 참조)을 점검해야 합니다. 필요 시 기도가 막히지 않도록 조심스럽게 기관과 튜브를 흡인해야 합니다.
6. 호흡을 할 수 있도록 내부 캐놀라의 표준 15 mm 커넥터(3)와 호흡 장치를 연결해야 합니다.

튜브에 커프가 있을 경우:

7. 조절 풍선(2a)으로 커프를 팽창시켜야 합니다. 삽입 시 커프 압력을 점검하여 커프가 손상되지 않았는지 확인해야 합니다. 커프 압력을 호흡 치료에 맞게 개별적으로 맞추고, 정기적으로 점검해야 하며, 일반적으로 압력은 20 cmH₂O(≈ 15 mmHg)에서 30 cmH₂O(≈ 22 mmHg) 사이에 있어야 합니다.
수동 압력계 연결 시, 커프에서 압력 강하가 발생합니다. 이 효과는 크기가 작은 경우에 더 강한 영향을 미칩니다.

8.4 튜브 제거(8.2장 참조)

튜브 제거 시 다음을 준비해야 합니다.

- 환자의 머리를 약간 뒤로 젖힙니다.
- 커프가 있는 튜브의 경우 커프의 차단을 완전히 해제합니다(8.5장 참조).

8.5 커프 차단 해제

커프의 차단을 해제하기 전에 기관지의 분비물이 최소화 되도록 예방 조치를 해야 합니다. 차단 해제 도중 흡인 카테터를 사용하여 분비물을 흡인해야 합니다. 성문하 흡인 튜브가 사용된 경우에도 차단 해제 전 성문하 영역을 흡인해야 합니다(9.5장 참조).

차단을 해제하기 위하여 주입기를 조절 풍선(2a)에 연결하십시오. 경우에 따라 공기/응축수를 완전히 제거하십시오(5장 일반 주의사항 참조).

커프를 차단 해제할 수 없는 경우, 다음과 같은 조치를 취할 수 있습니다.

- 내부 캐놀라를 제거하십시오. 팽창선(2b)이 접하지 않았는지 확인한 후 커프를 다시 차단 해제 하십시오.
- 커프 차단 해제가 계속불가능할 경우: 15 mm 커넥터(3)와 넥 플랜지(5) 사이에서 팽창선을 절단하십시오.

9. 처리

9.1 내부 캐놀라 교체

내부 캐놀라에 공기 흐름을 방해하는 심한 분비물이 쌓여 있어서 흡인할 수 없는 경우, 내부 캐놀라를 새 내부 캐놀라 또는 세척한 내부 캐놀라로 교체해야 합니다. 캐놀라를 제거하려면 내부 캐놀라의 15 mm 커넥터를 시계 반대 방향(C)으로 돌려야 합니다.

새 내부 캐놀라를 외부 캐놀라에 삽입한 후에는 내부 캐놀라의 15 mm 커넥터를 마개가 잠길 때까지 시계 방향으로 돌려서, 파란색 화살표 및/또는 돌출된 표시가 서로 겹쳐지도록 하십시오(C).

훤이 파인 로우 프로파일 커넥터가 있는 내부 캐놀라도 같은 작업을 실시합니다.

내부 캐놀라 교체 시 커프의 팽창선(2b)이 내부 캐놀라와 외부 캐놀라 사이에 있지 않은지 항상 확인하십시오. 이를 어길 경우, 호스가 끼어서 손상될 수 있습니다.

9.2 유창형 기관절개 튜브

유창형 기관절개 튜브에는 흰색 15 mm 커넥터가 있으며, 이 캐놀라는 특히 환자가 호흡할 때 사용합니다.

말을 하려면 **유창형 내부 캐놀라**(파란색 15 mm 커넥터 또는 훤이 파인 파란색 로우 프로파일 커넥터)를 **유창형 외부 캐놀라**에 삽입합니다. 커프가 차단 해제되면 스피킹 밸브를 이 내부 캐놀라의 15 mm 커넥터에 장착할 수 있습니다. 해당 스피킹 밸브의 지침을 따르십시오.

주의: 스피킹 밸브는 자발적으로 호흡할 수 있는 깨어 있는 환자에게만 사용하십시오. 환자가 스피킹 밸브에 익숙해질 수 있도록 교육을 받은 직원이 가르쳐야 하며 호흡을 충분히 안전하게 하는지 여부를 확실하게 모니터링 해야 합니다.

스피킹 밸브를 사용하기 전에 커프를 차단 해제 하십시오. 수면 중에는 스피킹 밸브를 사용해서는 안 됩니다.

주의: 스피킹 밸브를 후두협착증, 성대 마비, 심각한 기관 협착증, 기도 폐쇄, 호흡기 감염 또는 과다 점액분비 환자에게 사용하지 마십시오.

9.3 장치 이탈(Weaning)을 위한 유창형 튜브의 교합 캡

동봉된 교합 캡(10)을 장착하여 유창형 내부 캐놀라를 15 mm 커넥터로 폐쇄할 수 있습니다.

주의: 튜브 준비 시 환자의 상기도가 막히지 않도록 해야 합니다. 분비물이 있으면 기침하여 뱉거나 흡입하여 상기도를 확보합니다. 커프의 차단을 해제해야 합니다. 튜브 폐쇄 시 전문가에 의해 환자의 호흡과 활력 징후를 관찰해야 합니다. 호흡 곤란 징후가 있으면 교합 캡을 즉시 제거해야 합니다.

9.4 천공 개방 유지

튜브를 장시간 사용할 경우 분비물, 딱지 또는 세포 조직에 의해 천공이 막히지 않도록 일정한 간격으로 확인해야 합니다. 필요한 경우 튜브를 교체해야 합니다.

9.5 성문하 흡인 채널이 장착된

REF 306-P, REF 888-306-P 사용

이 튜브는 외부 캐놀라의 외부 곡면에 고정된, 평평한 흡인 채널(7)과 함께 장착되는데, 커프(2) 바로 위에 있는 2개의 개구부로 끝이 납니다. 흡인 라인(7b)은 흡인 채널과 통합되어 있습니다. 흡입 라인에는 주입기를 사용하여 분비물을 제거할 수 있는 루어 암 커넥터(7a)가 있습니다. 또는 이를 위한 용도의 진공 조절기가 포함된 흡입 장치를 동봉된 커넥터(11)와 연결하여 사용할 수 있습니다. 흡입 후 루어 커넥터(7a)를 폐쇄해야 합니다.

주의:

- 흡인 시 장시간 동안 높은 진공압으로 사용하지 않도록 합니다 (최대 200 mbar).
- 성문하 영역의 건조를 방지하기 위하여, 간헐적 흡인을 권장합니다.
- 흡인 라인은 분비물 축적 또는 기관 점막에서 붙는 현상에 의해 막힐 수 있습니다. 흡인 라인을 세척할 계획이 있다면(예를 들어 적은 양의 공기 또는 생리 식염수로), 커프가 충분히 차단되어 있는지 확인해야 합니다(붙는 현상이 발생할 수 있음).
- 흡인 라인으로 인하여 기관창에 욕창이 발생하거나 기관창이 거칠어질 수 있습니다. 이 경우 담당의사가 이 종류의 튜브를 계속 사용할지 결정해야 합니다.

10. 세척, 소독 및 보관

10.1 세척

재사용 전에 반드시 튜브(1 + 3)를 세척해야 합니다. 식수 수질의 따뜻한 물로 세척할 수 있습니다. TRACOE medical은 세척을 위하여 TRACOE에서 제공하는 세척 제품의 사용을 권장합니다. 세척 후 튜브를 식수 등급의 물로 행구고 공기 중에서 건조해야 합니다. 외부 캐놀라 세척 시 커프가 손상되지 않도록 주의하십시오.

KO

주의:

- 강력한 가정용 세제, 의치 세정제 또는 알코올 도수가 높은 용매 등으로 세척하면 안 됩니다. 그럴 경우, 기능이 저하될 수 있습니다.
- 튜브를 65 °C 이상의 온도로 가열해서는 안 됩니다. 이를 어길 경우, 제품의 안전성이 더 이상 보장되지 않습니다.

10.2 소독

부적합한 소독제를 사용할 경우 제품이 손상될 수 있습니다. 소독 후 튜브를 소독수로 행궤내고 공기 중에서 건조해야 합니다.

10.3 보관

청결한 튜브를 건조한 곳에서 보관해야 합니다.

11. 제품 적응

TRACOE 제품의 변경은 TRACOE medical GmbH의 직원 또는 담당자만 실행할 수 있습니다.

12. 폐기

폐기 처리는 반드시 해당 국가의 폐기물 처리 규정에 준해서 이루어져야 합니다.

13. 반송

사용한 제품의 반송은 협의 후 오염 제거 증명서를 기입하여 동봉한 경우에만 허용됩니다. 이 양식은 TRACOE medical에서 직접 구하거나 다음의 웹사이트 www.tracoe.com 에서 구할 수 있습니다.

14. 일반 거래 약관

모든 TRACOE 제품의 구매, 배송 및 반품은 현행 일반 거래 약관(GTC)을 토대로 이루어지며, 이 약관은 TRACOE medical GmbH 또는 웹사이트 www.tracoe.com 를 통해 확인할 수 있습니다.

TRACOE twist 气管造口插管

使用说明书

提示:

- 请仔细阅读本使用说明书。本说明书是所描述产品的组成部分，且须确保随时适用。为了确保您本人及您患者的安全，请注意以下安全提示。



- 与文本相关的图片请参见本说明初始的图片页（折页）。括号中的数字和字母代表气管造口插管对应的图片和产品组成部分。所使用的符号释义请参见第 1 - 6 页。

1. 概述

注意：此产品仅允许医生和受过指导且熟知护理的人员使用！产品尺寸及型号仅允许主治医师确定。

规定用途：此医疗产品是一款气管造口插管。

功能说明：通过该气管造口产品，确保气管造口处的呼吸顺畅。

- 闭锁套囊将上呼吸道与下呼吸道隔离开来，使得空气既不能从肺部进入口腔和鼻腔，也不能流向其他任何方向。由此，患者只能通过插管进行呼吸。闭锁套囊时，套囊会通过充气软管充满空气，并工作于密封气管和插管外壁之间的空隙。这一密封使患者能有效地利用呼吸机进行呼吸，同时避免了分泌物从声门下腔进入到下呼吸道中。

- 过滤型插管令发声时所需的部分空气得以通过窗口化进入上呼吸道。此外，还会减小上呼吸道的呼吸阻力。

- 详细功能说明，请参见下文。

气管造口插管最长使用期限:

自首次使用起 29 天内（参见第 5 章注意事项总述）。此最长使用期限也包括所有未使用气管造口插管或内插管的时间。

用于同一患者的产品：在使用期限内，允许多次使用于同一患者。

产品信息签：随本产品附上产品信息签附带两个可撕下的标签。在此标签上记录有产品的特殊数据。请独立保管该标签，以便于重新订购或其他用途。可撕下的标签可以贴在病历中等。

2. 一般说明

本品由一个带套囊 (2) 或不带套囊的外插管 (1) 带 15 mm 连接器 (3) 的内插管组成，后者配有一个螺纹接口。(1)及(3)可通过一个旋转接口连接或分开(C)。

套囊会通过充气软管 (2b) 充气或排气。

外插管由 X 光无法穿透的聚氨酯制成，且固定于以 2 个轴为中心可摆动的牌子（颈部挂牌）(5) 上（万向悬挂）。穿孔的闭孔器 (6) 可实现在规格为 06 - 10 的插管内使用 Seldinger 导丝 ($\varnothing 1.27 \pm 0.04 \text{ mm}$)。

3. 适应病征

本品适用于需要通过气管造口使空气进入呼吸道的患者。

- 不带套囊的插管尤其适用于需要依赖于使用插管进行自主呼吸的患者。
- 带套囊的插管适用于需要通过带气管密封的气管造口使空气进入呼吸道的患者。
- 带窗口的插管可帮助患者通过喉咙发声。
- 带抽吸通道的插管应用于需从声门下区吸痰的患者。
- RFE 305 款的插管适用于患过严重呼吸道炎症后需要插管的患者。

4. 禁忌病征

4.1 绝对禁忌病征

- 密封帽 / 助讲阀不得用于喉头切除（无喉头的患者）——存在窒息危险！

4.2 相对禁忌病征

对于相对禁忌病征必须在风险和使用效果之间进行权衡，其中包括：

- 应用于儿科。
- 特殊的气管深度异常病患，如：肥胖患者，需要使用较长的插管。

5. 注意事项总述

- 我们强烈建议，在患者病床上始终备有可直接使用的备用插管及多个备用内插管。上述备用管应在干净、干燥的状态下保存。
- 在每次使用或插入插管时，必须检查其是否受损以及功能是否正常，例如内径是否通畅，套囊密封性是否正常，空气是否能顺利稳定地从内插管流到外插管内，是否有弯折处，插管和挡片之间连接是否稳定等等。套囊的材料不能发生脆裂。如果本品受损，需更换成新品。
- 不能在气管造口插管上使用蛮力，否则可能产生损坏危险（如：破裂危险）。在 15 mm 连接体上进行固定连接时，在任何情况下都需使用允许用于气管造口插管的分离辅助工具 (Disconnect Wedge)。
- 15 mm 连接体 (3) 应保持干净、干燥。
- 更换内插管时，必须始终注意套囊的充气软管 (2b) 不得位于内插管和外插管之间，否则它可能会被夹住并受损。

- 转移患者时，需注意患者不得位于控制球 (2a) 上。否则会导致套囊压力急剧上升，并造成气管受损。
- 在机械呼吸期间，频繁更换位置或操控插管可能会造成内插管与外插管分离。
- 在呼吸压力偏高时，可能会造成内外插管之间的泄露。
- 使用气管造口插管时，可能会造成局部受压、颈部皮肤坏死及皮肤刺激（例如受潮）。为了避免上述情况发生，我们建议在挡片下放置一块纱布垫。
- 为了避免材料受损，套囊不得与含利多卡因的喷雾或软膏接触。在气管造口压力检测过程中，所有造口导入系统的组件必须延展平放。否则会造成手动压力表上的显示值错误。
- 薄壁套囊具有一定的水蒸气渗透性。因此，套囊中可能会聚集有冷凝水。在水量少的情况下没有问题。但在水量较多的情况下，水可能会被误吸入充气软管中，可能会导致无法顺利测量及设置套囊压力，即需更换插管。在拆除插管前，必须利用注射器将套囊中的空气或水尽可能地完全排出。
- 与其他医疗产品搭配使用时，需注意各自的使用说明。在不确定的情况下，需联系各生产商。

6. 警告

- 如无菌包装破损，不得使用。
- 绝不允许使用窗口化的内插管进行呼吸。
- 密封帽只能与窗口化的插管（外插管 + 内插管）和解锁的套囊一起使用。
- 睡眠期间禁止使用发声阀门
- 在使用激光器或电外科设备进行处理的情况下，注意其与气管造口插管之间需保持足够距离。否则可能会引发火灾，生成有毒气体，且造成插管受损。
- 选择插管时，应确认滤网（如果有）与气管造口插管之间保持有足够距离。如忽视本条，可能会导致呼吸的患者感染肺水肿，生成肉芽组织或在使用说话瓣膜或密封帽时增加呼吸阻力。
- 使用过滤型插管可能会增加肉芽组织的形成。
- 此外，在高度变化时（例如在飞机中），在麻醉过程中使用笑气时，以及在与球囊医用压力表连接或断开时，套囊压力都会产生变化。
- 套囊压力过高时，可能会造成气管永久性受损。套囊压力过高时，可能会出现套囊疝的症状
- 套囊压力过低时，可能会造成误吸。
- 在使用鲁尔接头（例如 2a + 7a）时，需避免混淆。
- 插入和取出插管时，可能会出现（皮肤）刺激、喉痒或出血等现象。

7. 副作用

局部受压、（皮肤）坏死、皮肤刺激、肉芽组织、喉咙痒，吞咽困难及出血。

8. 插入插管

8.1 准备插管

1. 检查包装内物品的完整性 (D)。
2. 在带套囊 (2) 的插管中，可通过膨胀测试检查其是否存在泄漏。为此，需将带球囊医用压力表的套囊充气到 50 cmH₂O (≈ 36.78 mmHg) 压力，并观察 1 分钟，看套囊是否会疲软。在密封性良好的情况下，利用注射器将全部空气从套囊中抽出。可在挡片 (5) 方向上套上套囊。这为插入后续插管提供了便利。

8.2 患者需做的准备

- 患者在插管或重新插管前，应先充分吸氧。
- 如果可能，需微微伸展患者颈部，以便于更容易插入插管。
- 如果在插管或重新插管时出现并发症，则应采取能让医生在短时间内使患者通过气管插喉或喉罩进行呼吸的安全措施（例如气管造口扩张器，较小直径的插管）。

8.3 插入插管

执行以下步骤：

1. 插入导管时，先将内插管移除并将闭孔器(8)装入外插管(1)。安装插管时需将挡板(5)固定，并用拇指将闭孔器推入并固定在外插管末端。为方便插管导入，可在患者端处的闭孔器凸出处及插管涉及区域（包括套囊）涂上薄薄的一层水溶性润滑剂。
2. 插管插入患者气管后，需立即移除管口盖。
3. 装入内插管之后，为确保固定内导插管，需用指尖将盖子紧紧捏住并旋转内导管的链接，直至锁定封口处，就是说，直至蓝色箭头处及/或封口处标识契合在一起(C)。
4. 利用插管带 (12) 将插管固定于插管挡片 (5) 上，使插管固定。
5. 下一步需检查插管的位置和功能（参见第 6 章警告）。必要时，为确保呼吸道畅通，应小心地抽吸气管造口和插管。
6. 呼吸时，需在标准化的内插管 15 mm 连接体 (3) 和呼吸机之间建立连接。

装有套囊的插管：

7. 通过控制球 (2a) 为套囊充气。此处需注意导插入时的套囊不受损伤。套囊压力需与各自的呼吸疗法相一致，接受定期检查，并且一般情况下应在 20 cmH₂O (≈ 15 mmHg) 和 30 cmH₂O (≈ 22 mmHg) 之间。在装入手动测量仪时，套囊内气压会降低。这会引引起小幅的剧烈颤动。

8.4 取出插管（参阅第 8.2章）

取出插管时，需进行以下准备：

- 头部微微向后抬起，并
- 在装有套囊的插管上将套囊完全解锁（参见第 8.5 章）

8.5 解锁套囊

解锁套囊前，必须采取保护措施，使进入支气管中的分泌物尽可能少。在解锁过程中，需借助通过插管滑动的抽吸导管来清除分泌物。针对带有副声腔抽吸装置的插管，在解锁前，需另外对副声门腔进行抽吸。（参阅第9.5章）

解锁时，将注射器连接到控制球 (2a) 上。彻底移除空气 / 可能存在的冷凝水。（参见第 5 章注意事项总述）

如无法对套囊解锁，可采取以下措施：

- 移除内导管，确保导入软管(2b)未被折弯，并再次解锁套囊。
- 如始终无法清除：将 15 mm 连接器(3)及插管挡片(5)之间的导入软管谨慎切断。

9. 操作

9.1 更换内插管

如果在内插管中聚集了黏稠的分泌物，且无法被吸取出并阻碍空气畅通时，即可将其更换成新的或经过清洁的内插管。

取下导管时将内导管 15 mm 的连接器的逆时针旋转，在外导管内植 (C)。

入一根新的内导管后，顺时针旋转内导管中 15 mm 的连接器，直至接口处接合，就是说直至蓝色箭头及/或标识接口处契合(C)。带螺纹接口的内导管的工作模式是类似的。

装入内插管时，需确保套囊(2b)的导入软管不位于内外插管之间；否则可能造成软管受阻及受损。

9.2 过滤型气管造口插管

未窗口化的内插管配有白色的 15 mm 长的螺纹连接器，并会在患者呼吸时进行使用。

发声时，请将**窗口化的内插管**（15 mm 的连接器或是蓝色的螺纹连接装置）装到**过滤型外插管**中。针对带套囊的插管，解锁套囊后，一个发声阀门可借助 15 mm 的连接器安装于内插管上。需注意各发声瓣膜的使用说明书。

注意：发声阀门仅允许在患者清醒的状态下装入，即自然呼吸状态下。为了另患者适应 发声阀门 发声阀门，需对其进行指导及专业的看护；以确保其顺畅呼吸。

使用前，需解锁套囊。禁止在患者熟睡时装入发声阀门。

注意：发声阀门禁止用于患有声带麻痹，声带障碍，严重的呼吸道感染，呼吸道阻碍，气管感染或严重的痰症分泌的患者。

9.3 逐渐恢复自主呼吸（撤机）时所用的窗口化插口密封帽

窗口化的内插管可通过将附上的密封帽 (10) 安装到 15 mm 连接体上进行密封。

注意：准备插管时，必须确定患者上呼吸道保持舒畅。必要时，可通过咳出或吸出可能存在的分泌物保持上呼吸道通畅。已解锁套囊。密封插管时，必须要有专业人员监视患者的呼吸和生命体征。如果发现患者呼吸困难，就必须立刻移除密封。

9.4 保持窗口畅通

在长期使用插管时，需定期确认滤波未被分泌物、结痂或生成的组织密封。必要时，必须更换插管。

9.5 应用 REF306, REF888-306 款

带声门副腔抽吸通道发声

该插管配备有固定于外插管外圆弧上的平抽吸软管 (7)，后者直接以套囊 (2) 上部的两个开孔为末端。抽吸通道 (7b) 集成到吸痰通道中。抽吸通道在其自由端具有鲁尔母接头 (7a)，借此可利用注射器进行抽吸。也可选择将带真空调节器的抽吸设备与附上的连接体 (11) 连接使用。抽吸后，需密封鲁尔接头 (7a)。

注意：

- 抽吸时，需确保勿长时间处于血压过低的情况下（最高 200 mbar）。
- 为了避免声门下腔脱水，我们建议中断抽吸。
- 因分泌物或抽吸气管黏膜安置抽吸软管。如需冲洗抽吸软管（例如使用少量空气或生理盐水），需注意彻底闭锁套囊（否则可能造成误吸）。
- 抽吸软管可能会导致在气管造口插管范围内产生受压点或使气管造口插管变不圆。在这些情况下，主治医生需决定是否继续使用此类插管。

10. 清洁、灭菌和存放

10.1 清洁

每次重复使用前，需清洁插管 (1 + 3)。可使用饮用水品质的温水进行清洁。TRACOE medical 建议清洁时，使用 TRACOE 提供的清洁产品。清洁后，请使用饮用水品质的水冲洗插管，并通风晾干。在清洁外插管时应注意，不要损坏套囊。

注意：

- 绝不允许使用腐蚀性的家用清洁剂、假牙清洁剂或类似高浓度酒精等溶剂清洁，因为它们可能会对产品功能造成不利影响。
- 插管不得加热超过温度 65 ° C 以上，因为这样将无法保证产品的安全性。

10.2 灭菌

使用不恰当的消毒剂可能会导致产品受损。灭菌后，请使用无菌水冲洗插管，并通风晾干。

10.3 存放

需将干净的插管保存于干燥处。

11. 产品调整

仅允许 TRACOE medical GmbH 的员工或委托人对 TRACOE 产品进行改动。

12. 处理

在将本品作为垃圾处理时一定要遵守当地国家有关废料处理的法律规定。

13. 产品退回

只有在经协商后，并随附填写完整的去污证书的条件下，方可将使用过的产品退回。该表格可从 TRACOE medical 直接获取或通过网站 www.tracoe.com 获取。

14. 一般交易条件

仅参照现行的一般交易条件 (AGB) 进行所有 TRACOE 产品的销售、供货和退货。可要求 TRACOE medical GmbH 提供一般交易条件，或者从网站 www.tracoe.com 上获取。

2. الوصف العام

يتكون المنتج من قنينة خارجية (1) مع كفة (2) أو من دون كفة وقنينة داخلية قابلة للاستبدال مع موصل مقاس 15 مم (3) أو مع موصل مجوف صغير الحجم. يتم توصيل الجزأين (1) و(3) وفصلهما بواسطة قفل دوار (C). يتم نفخ الكفة بالهواء وتفريغها من الهواء عبر خط النفخ (2b). تتكون القنينة الخارجية من مادة البولي يوريثان ذات الكثافة الإشعاعية ويتم تثبيت هذه القنينة على الشفة الرقبية للأنبوب (5) قابلة للدوران على محورين (تعليق ناقل للحركة دون تغيير). تسمح السداة المثقوبة (6)، في المقاسات 06-10، باستخدام سلك Seldinger (القطر 1.27 ± 0.04 مم)، لإدخال القنينة.

3. دواعي الاستعمال

المنتج ملائم للمرضى الذين تتطلب حالتهم الوصول إلى الجهاز التنفسي عبر ثقب القصبة الهوائية. الأنابيب غير المزودة بكفة تناسب بشكل خاص المرضى الذين ينتفسون بشكل عفوي ولكن بحاجة إلى استخدام أنبوب. الأنابيب المزودة بكفة ملائمة للمرضى الذين تتطلب حالتهم الوصول إلى الجهاز التنفسي عبر ثقب القصبة الهوائية مع خاصية إغلاق القصبة الهوائية. تعمل الأنابيب المنفذة على تيسير عملية التحدث للمرضى الذين يتمتعون بحنجرة سليمة. تُستخدم الأنابيب ذات قناة الشفط للمرضى الذين تُجرى لهم عملية شفط إفرازات تحت المزمار. الأنبوب ذو الرقم المرجعي 305 ملائم بشكل خاص للمرضى المعتمدين على استخدام الأنبوب بعد إجراء استئصال للحنجرة.

4. موانع الاستعمال

4.1 موانع استعمال مطلقة

لا تستخدم غطاء الإغلاق/صمام الصوت مع المرضى المتأصلة حناجرهم (مرضى من دون حناجر) - خطر الاختناق!

4.2 موانع استعمال نسبية

يعد من ضمن موانع الاستعمال النسبية التي يجب فيها قياس مخاطر الإجراء مقارنة بمميزاته بعناية:

- الاستخدام في مجال طب الأطفال.
- أن تكون القصبة الهوائية غائرة عن المعتاد، كما في حالات المرضى الذين يعانون من السيمنة حيث يلزم استخدام أنبوب أطول.

5. الاحتياطات العامة

• ننصح بشدة بتوفير أنبوب احتياطي وعدة قننات داخلية احتياطية بجانب سرير المريض، مع الاحتفاظ بها نظيفة وجافة.

• عند استخدام أنبوب أو إدخاله، يجب اختبار من ناحية سلامة الأداء وعمله بشكل صحيح، على سبيل المثال؛ عدم وجود انسداد، أو غلق الكفة، واستقرار القنينة الداخلية داخل القنينة الخارجية بشكل ثابت ومستقر، بالإضافة إلى عدم وجود مواضع التواء ووجود وصلات مستقرة بين الأنبوب والشفة الرقبية للأنبوب، وما إلى ذلك. كما يجب ألا تكون مواد الكفة هشة. وفي حال تلف المنتج يتم استبداله بأخر.

دليل استعمال أنابيب التزويد بالهواء عبر ثقب القصبه الهوائية TRACOE®twist

ملاحظة:

• يُرجى قراءة هذه الإرشادات جيدًا لاستخدام المنتج بعناية، فهي تُعد جزءًا من المنتج المشار إليه ولا بد أن تكون متاحة في جميع الأوقات، ولضمان سلامتك وسلامة مرضاك، اتبع معلومات السلامة التالية.



• يمكنك إيجاد الرسوم التوضيحية التي يشير إليها النص في صفحات الرسوم التوضيحية (الصفحات المطوية) في بداية هذه الإرشادات. وتشير الأرقام والحروف الموجودة بين أقواس إلى الرسوم التوضيحية ذات الصلة وأجزاء أنبوب التزويد بالهواء عبر ثقب القصبه الهوائية. يتم شرح الرموز والأيقونات المستخدمة في الصفحات من 1 إلى 5.

1. معلومات عامة

تنبيه: لا يجوز استخدام المنتج إلا من قِبل الأطباء والموظفين الآخرين المدربين المسؤولين عن العناية بالمرضى. يُحدد الطبيب المعالج المقاس والنوع الصحيحين.

الغرض من الاستخدام: هذا الجهاز الطبي عبارة عن أنبوب التزويد بالهواء عبر ثقب القصبه الهوائية.

الوصف الوظيفي: يضمن أنبوب التزويد بالهواء عبر ثقب القصبه الهوائية (فتحة في القصبه الهوائية) مرور الهواء للتنفس عبر ثقب القصبه الهوائية.

• تفصل الكفة المنفوخة الجزء العلوي للجهاز التنفسي عن الجزء السفلي لمنع تدفق الهواء من الرئتين إلى الفم والأنف والعكس صحيح. ويضمن ذلك عدم قدرة المريض على التنفس إلا عبر الأنبوب فقط. تتنفس الكفة بواسطة الهواء الذي ينفخها عبر خط النفخ. عندما تتنفس الكفة، فإنها تغلق المساحة المتوفرة بين القصبه الهوائية وجدار القنبة الخارجية. ويسمح مانع التسرب هذا باستخدام أجهزة التنفس ومنع وصول إفرازات منطقة ما تحت المزمار إلى الجهاز التنفسي السفلي.

• تسمح القنبات المنوذة وصول جزء من الهواء اللازم إلى الجهاز التنفسي العلوي من خلال النوفذة، بالإضافة إلى تقليل مقاومة مجرى الهواء في الجهاز التنفسي العلوي.

• للاطلاع على المزيد من التفاصيل عن الوصف الوظيفي انظر النص التالي.

الحد الأقصى لصلاحية استخدام أنبوب التزويد بالهواء عبر ثقب القصبه الهوائية:

• 29 يومًا من أول استخدام (انظر الفصل 5 "الاحتياطات العامة"). تشمل هذه الفترة القصوى للاستخدام أيضًا جميع الأوقات التي لم تستخدم فيها أنابيب التزويد بالهواء عبر ثقب القصبه الهوائية أو القنبات الداخلية.

منتج يُستخدم لمريض واحد: يسمح باستخدامه عدة مرات للمريض نفسه أثناء فترة الاستخدام.

بطاقة معلومات المنتج: مرفق بهذا المنتج بطاقة معلومات المنتج مع ملصقين قابلين للفصل. يوضح الملصقان بيانات المنتج. ينبغي الاحتفاظ ببطاقة المعلومات بشكل منفصل لتسهيل إعادة طلب المنتج مرة أخرى. يمكن على سبيل المثال تثبيت الملصق القابل للفصل على السجل الطبي للمريض.

- يشكل ارتفاع ضغط الكفة خطر حدوث تلف دائم بالقصبية الهوائية.
- قد يؤدي ارتفاع ضغط الكفة إلى حدوث إصابة بالفتق في موضع الكفة.
- يشكل ضغط الكفة غير الكافي خطورة على الشفط.
- تأكد من استخدام موصلات صحيحة مزودة بقلل لور (مثل $2a + 7a$).
- عند إدخال الأنبوب وإزلاته، قد تتعرض البشرة للتهيج أو الشعور بالحاجة إلى السعال أو حدوث نزيف.

7. آثار جانبية غير مرغوبة

- نقاط الضغط، ونخر سطح الجلد، وتهيج البشرة، وظهور النسيج الحبيبي، والحاجة إلى السعال، وصعوبة البلع، والتعرض للنزيف.

8. إدخال الأنبوب

8.1 تجهيز الأنبوب

1. التحقق من أن محتوى العبوة كامل (D).
2. في حال الأنابيب المزودة بكفة، يتم التحقق من عدم وجود مواضع تسرب بالكفة (2) عن طريق نفخها. وهنا يتم نفخ الكفة بمساعدة مقياس الضغط اليدوي، على ضغط بدرجة 50 سم من الماء (بما يساوي تقريباً 36.78 مم زئبق) ومراقبته لمدة دقيقة والتأكد مما إذا كانت الكفة ستتكشف أم لا. إذا كانت الكفة محكمة، فعليك تفريغ الكفة من الهواء تماماً باستخدام حقنة. ادفع الكفة لأعلى في اتجاه الشفة الرقبية للأنبوب (5) لتسهيل الإدخال.

8.2 تجهيز المريض

- يجب التأكد من تزويد المريض بالأكسجين سابقاً على نحو جيد قبل إدخال القنينة أو إعادة إدخالها.
- يجب إطالة رقبة المريض قليلاً قدر الإمكان لتسهيل عملية الإدخال.
- في حال حدوث مضاعفات عند إدخال القنينة أو إعادة إدخالها، يجب اتخاذ إجراءات السلامة (على سبيل المثال، مبادعة فتحات القصبية الهوائية، أنبوب ذو قطر صغير) ليتمكن الطبيب من إجراء تنفس صناعي للمريض لمدة قصيرة مستخدماً التنبيب الحنجري أو بواسطة الفنتان الحنجري.

8.3 إدخال الأنبوب

يجب إجراء الخطوات التالية:

1. قبل إدخال الأنبوب، أزل القنينة الداخلية وقم بتركيب السدادة (8) في القنينة الخارجية (1). أثناء إدخال الأنبوب، قم بتثبيت الأنبوب على الشفة (5)، ثم اضغط على السدادة بإحكام بواسطة الإبهام لتثبيتها على الطرف العلوي للقنينة الخارجية. لتيسير عملية الإدخال، يمكن وضع طبقة رقيقة من مادة مزلفة قابلة للذوبان في الماء فوق الجزء البارز من السدادة بالطرف الموجود جهة المريض وفوق هذا النطاق من الأنبوب شاملاً الكفة.
2. بمجرد إدخال الأنبوب في القصبية الهوائية للمريض، يجب إزالة السدادة على الفور.
3. أدخل القنينة الداخلية. ولتأمين القنينة الداخلية، عليك إمساك الشفة الرقبية للأنبوب بأطراف الأصابع وتدوير موصل القنينة الداخلية كثيراً حتى يستقر في مكانه، أي حتى تصبح الأسهم الزرقاء و/أو العلامات في محاذاة بعضها البعض (C).
4. عليك تثبيت حزام الرقبة (12) على الشفة الرقبية للأنبوب (5) من أجل تثبيت الأنبوب في مكانه.
5. تحقق من وضع الأنبوب وأداء وظيفته بشكل صحيح (انظر فصل 6 "التحذيرات"). يجب أن يخضع كل من القصبية الهوائية والأنبوب للشفط بعناية وحرص عند الحاجة لضمان عدم انسداد الممرات الهوائية.

- لا يسمح باستعمال القوة على أنبوب التزويد بالهواء عبر ثقب القصبية الهوائية لأن ذلك سيشبب في تلفه أو كسره. إذا كانت الوصلات محكمة الربط عند موصل مقاس 15 مم، فيجب استخدام إسفين فصل معتمد لأنابيب التزويد بالهواء عبر ثقب القصبية الهوائية.
- يجب الاحتفاظ بموصل مقاس 15 مم (3) نظيفًا وجافًا.
- عند تغيير الفئتيّة الداخلية، يجب التأكد دائمًا من عدم وجود خط نفخ الكفّة (2b) بين الفئتيّتين الداخلية والخارجية لأنه قد ينحسر ويتلف ويبلغ جراه ذلك.
- عند تغيير وضعية المريض في السرير، يجب التأكد من أن المريض لا يضغط على البالون الإرشادي (2a)، لأن ذلك قد يؤدي إلى ارتفاع ضغط الكفّة ويتسبب في إلحاق ضرر بالقصبية الهوائية.
- وفي أثناء التنفس الصناعي والتغييرات المتكررة لوضعية المريض أو العلاج بالأنبوب، قد تنفصل الفئتيّة الداخلية عن الفئتيّة الخارجية.
- وفي حال استخدام مستويات ضغط تنفس صناعي مرتفع، قد لا يحدث تسرب بين الفئتيّتين الداخلية والخارجية إلا في حالات فردية.
- قد يتسبب استخدام أنابيب التزويد بالهواء عبر ثقب القصبية الهوائية في وجود نفاط الضغط، ونخر سطح الجلد في الرقبة وتهيج البشرة، وتؤديًا لحدوث ذلك ننصح بوضع ضمادة أسفل الشفة الرقبية للأنبوب.
- لتجنب حدوث أي تلف في المواد، يجب ألا تتلامس الكفّة مع أي رذاذ أو مراهم تحتوي على ليذوكاتيون (بنج موضعي).
- عند اختبار ضغط الكفّة، يجب أن تكون جميع عناصر نظام نفخ الكفّة خالية من اللاتوات وغير مشدودة. وفي حالة عدم القيام بذلك، فقد تظهر قراءة خاطئة للضغط على مقياس الضغط اليدوي.
- تنتج الكفّات الرقيقة نفاذًا جزئيًا لبخار الماء. ولذا، فقد يحدث تجمع لبخار الماء المتكثف في الكفّة. ولا يشكل هذا الأمر أهمية إذا كانت كميات بخار الماء ضئيلة، ولكن في حالة استنشاق كميات أكبر من بخار الماء الموجود في خط الشفط بالخطأ، سيتعذر قياس ضغط الكفّة وضبطها على النحو السليم. وقبل إزالة الأنبوب، يجب التخلص من أكبر قدر ممكن من الهواء أو الماء من الكفّة باستخدام حقنة.
- عند الاستخدام مع أجهزة طبية أخرى، يجب اتباع الإرشادات ذات الصلة. إذا كانت لديك شكوك، يجب الاتصال بالشركة المصنّعة.

6. تحذيرات

- يُمنع الاستخدام في حال تلف العبوة المعقمة.
- لا يسمح أبدًا باستخدام الفئتيّات الداخلية للتنفس الصناعي.
- لا يستخدم غطاء الإغلاق إلا مع الأنابيب المنوفاة (الفئتيّة الخارجية + الداخلية) والكفّة المفتوحة.
- يُمنع تركيب صمام الصوت أثناء النوم.
- عند العلاج بالليزر أو بأجهزة الجراحة الكهربائية يجب التأكد من ابتعادها بمسافة آمنة عن أنبوب التزويد بالهواء عبر ثقب القصبية الهوائية. يمكن أن يكون هناك خطر حدوث حريق، كما يمكن للغازات السامة أن تتكون، ويمكن أن تتعرض الأنابيب للتلف.
- يجب اختيار الأنابيب الصحيح للتأكد من أن موضع النوفذة (إذا كان ذلك ممكنًا) على مسافة كافية عن قناة الثقب. في حال عدم الالتزام بذلك تكون هناك احتمالية تعرض المريض الخاضع للتنفس الصناعي لخطر انتفاخ الرئة. كما قد يتشكل أيضًا النسيج الحبيبي أو تزداد مقاومة مجرى الهواء عند استخدام صمامات الصوت أو أعطية الإغلاق.
- عند استخدام أنبوب منوفا، هناك خطر من زيادة تشكل النسيج الحبيبي.
- قد يتغير ضغط الكفّة على سبيل المثال بسبب تغيرات الارتفاع (في الطائرة مثلًا)، أو عند استخدام غاز الضحك في التخدير أو عند توصيل مقياس ضغط يدوي أو فصله.

9.2 الأنايب المنوذة للتزويد بالهواء عبر نَقب القصبه الهوائية
تتمتع القنَّيات الداخلية غير المنوذة بموصلات بيضاء مَاس 15 مم ويتم استخدامها على سبيل المثال أثناء التنفس الصناعي.

للسماح للمريض بالتحدث، أدخل قنَّية داخلية منوذة (موصل أزرق مَاس 15 مم أو موصل أزرق مجوف صغير الحجم) في القنَّية الخارجية المنوذة. بمجرد فتح الكفة، يُمكن وضع صمام صوت في الموصل مَاس 15 مم خاص بهذه القنَّية الداخلية. يجب اتباع تعليمات الاستعمال لصمام الصوت المعني.

تنبيه: لا يجب تركيب صمامات الصوت إلا للمرضى اليقظين فقط، الذين يمكنهم التنفس دون عناء. عند تركيب صمام الصوت، يجب أن يعمل الأفراد المدربون على توجيه المريض ومتابعته بعناية حتى يعتاد عليه، للتأكد من قدرته على التنفس بالقدر الكافي. افتح الكفة قبل استخدام صمام الصوت. ولا يُسمح باستخدام صمام الصوت أثناء النوم.

تنبيه: يُمنع استخدام صمام الصوت مع مرضى التضيق الحنجري أو شلل الأحبال الصوتية أو تضيق القصبه الهوائية الشديد أو عدوى الجهاز التنفسي أو الإفرازات المخاطية الغزيرة.

9.3 غطاء الإغلاق للأنبوب المنوذة للتوقف عن استعماله (الاستغناء)
يُمكن غلق القنَّية الداخلية عن طريق تركيب غطاء الإغلاق المرفق (10) على الموصل مَاس 15 مم.

تنبيه: عند تجهيز الأنبوب، ينبغي التأكد من أن الجهاز التنفسي العلوي للمريض لا يحتوي على عوائق. وإذا لزم الأمر يتم تسليك الجهاز التنفسي العلوي عن طريق البصق أو شفط الإفرازات. يجب فتح الكفة. وعند إغلاق الأنبوب ينبغي أن يتولى أحد متخصصي التمريض مراقبة تنفس المريض ومؤشرات الحيوية. وعند ظهور أي من علامات صعوبات التنفس، يجب إزالة غطاء الإغلاق فوراً.

9.4 الإبقاء على النوفذة مفتوحة
عند استخدام الأنبوب خلال فترة طويلة، يجب التأكد على فترات منتظمة من عدم انسداد النوفذة بالإفرازات أو الطبقة الخارجية أو الأنسجة المتنامية. وإذا لزم الأمر ينبغي استبدال الأنبوب.

9.5 استخدام رقم 306 ورقم 306-888 مع قناة الشفط لمنطقة ما تحت المزمار
هذه الأنايب مزودة بقناة شفط (7) مستقيمة ومثبتة على المنحنى الخارجي للقنَّية الخارجية، وينتهي طرفها بفتحتين فوق الكفة (2) مباشرة. تم دمج خط الشفط (7b) في هذه القناة. يحتوي خط الشفط على موصل مزود بقل لور أنثى (7a) في طرفه الحر، بحيث يمكن إزالة الإفرازات بحقنة. وكإجراء بديل لذلك، يمكن استخدام جهاز شفط خاص مزود بمنظم التفريغ الهوائي للفراغ المتصل بالموصلات المرفقة (11). بعد الشفط، تأكد من أن الموصل المزود بقل لور (7a) مغلق.

تنبيه:

- يجب التأكد عند الشفط من عدم استخدام جهاز الشفط بصورة مفرطة لفترة زمنية طويلة (200 ملّي بار كحد أقصى).
- لتجنب جفاف منطقة ما تحت المزمار ننصح بإجراء شفط متقطع.
- يمكن انسداد خط الشفط نتيجة الإفرازات المتراكمة أو التصاقات الغشاء المخاطي بالقصبه الهوائية. إذا تم التخطيط لتنظيف خط الشفط (بكمية قليلة من الهواء أو محلول ملحي فيسيولوجي مثلاً) يجب التأكد من انسداد الكفة بشكل كافٍ (خطورة الشفط).

6. لإجراء التنفس الصناعي، اربط الموصل القياسي بمقاس 15 مم (3) الخاص بالفتية الداخلية بجهاز التنفس الصناعي.

للأنايب المكففة:

7. عليك نفض الكفة باستخدام البالون الإرشادي (2a). تحقق الآن من ضغط الكفة للتأكد من عدم تعرض الفتحة للتلف أثناء الإدخال. اضبط ضغط الكفة مع العلاج الفردي باستخدام التنفس الصناعي، وتحقق منه على فترات منتظمة، كما ينبغي أن يتراوح الضغط بين 20 سم من الماء (بما يساوي تقريباً 15 مم زئبق) و30 سم من الماء (بما يساوي تقريباً 22 مم زئبق). يتسبب توصيل مقياس الضغط اليدوي في حدوث انخفاض ضغط الكفة. يظهر هذا التأثير بشكل أكبر في الأحجام الأصغر.

8.4 إزالة الأنايب (انظر الفصل 8.2)

التجهيز لإزالة الأنايب على النحو التالي:

- إمالة رأس المريض إلى الخلف قليلاً
- فتح الكفة الخاصة بالأنايب المكففة بشكل كامل (انظر الفصل 8.5)

8.5 فتح الكفة

يجب ضمان وصول أقل قدر ممكن من الإفرازات إلى الشعب الهوائية قبل فتح الكفة. بينما يتم فتح الكفة، يجب شفط الإفرازات باستخدام قنطرة شفط تدخل عبر الأنايب. عند استخدام أنايب شفط ما تحت المزمار، يجب أيضاً شفط منطقة ما تحت المزمار قبل فتح الكفة. انظر فصل 9.5.

لفتح الكفة، قم بتوصيل حقنة بالبالون الإرشادي (2a). لا بد من إزالة أي هواء أو بخار ماء مكثف قد يكون موجوداً بشكل كامل. (انظر فصل 5 "الاحتياطات العامة").

إذا تعذر فتح الكفة، يجب اتخاذ الإجراءات التالية:

- إخراج الفتية الداخلية. التأكد من أن خط النفخ (2b) لم يتعرض للانثناء ثم إعادة فتح الكفة مرة أخرى.
- في حال استمرار تعذر فتح الكفة: عليك قطع خط النفخ بين الموصل بمقاس 15 مم (3) والشفة الرقبية للأنايب (5) بعناية.

9. أساليب التعامل

9.1 تبديل الفتيات الداخلية

في حال تجمع إفرازات لزجة في الفتية الداخلية بحيث لا يمكن شفطها، وتتسبب في إعاقة تدفق الهواء، يجب استبدال الفتية الداخلية بفتية أخرى جديدة أو عليك تنظيفها.

لإزالة الفتية الداخلية، قم بإدارة الموصل بمقاس 15 مم الخاص بالفتية الداخلية عكس اتجاه عقارب الساعة (C).

وبمجرد إدخال فتية داخلية جديدة في الفتية الخارجية، قم بإدارة الموصل بمقاس 15 مم الخاص بالفتية الداخلية في اتجاه عقارب الساعة حتى يستقر في مكانه، أي حتى تُصبح الأسهم الزرقاء و/ أو العلامات الموجودة بنقش بارز في محاذاة بعضها (C).
تعمل الفتيات الداخلية المزودة بموصلات مجوفة صغيرة الحجم بنفس الطريقة.
عند إدخال الفتية الداخلية يجب التأكد من عدم وقوع خط النفخ (2b) الخاص بالكفة بين الفتيتين الداخلية والخارجية؛ وإلا فقد تصبح الفتيتان عالقتين وتنفلان.

- قد يتسبب خط الشفط من ظهور نقاط الضغط في منطقة ثقب القصبه الهوائية أو أن يصبح ثقب القصبه الهوائية غير دائري. وفي مثل هذه الحالات، يجب أن يقرر الطبيب المعالج إذا كان من الممكن الاستمرار في استخدام نفس نوع هذا الأنبوب أم لا.

10. التنظيف والتعقيم والتخزين

10.1 التنظيف

يجب تنظيف الأنبوب (3 + 1) كل مرة عند تكرار استخدامه. ويمكن استخدام الماء الفاتر الصالح للشرب في التنظيف. تتصح شركة TRACOE medical باستخدام مواد التنظيف التي تقدمها. وبمجرد تنظيف الأنبوب يتم شطفها بماء صالح للشرب وتركها تجف في الهواء. عند تنظيف الفئآت الخارجية يجب مراعاة عدم تعرض الكفة للتلوث.

تنبيه:

- لا يجوز بأي حال من الأحوال التنظيف باستخدام مواد تنظيف منزلية قاسية أو مواد تنظيف أطعم الأسنان أو بمذيبات تحتوي على نسبة عالية من الكحول، على سبيل المثال لأن هذه المواد قد تؤثر تأثيراً طويلاً عليها.
- ينبغي عدم تسخين الأنبوب في درجات حرارة تزيد عن 65 درجة مئوية، حيث يتعذر بعد ذلك ضمان سلامة المنتجات.

10.2 التعقيم

قد يؤدي استخدام مواد تعقيم غير مناسبة إلى تلف المنتج. بعد تعقيم الأنبوب، يتم شطفها بماء معقم وتترك لتجف في الهواء.

10.3 التخزين

يجب تخزين الأنبوب في مكان جاف.

11. تعديلات المنتج

غير مسموح بإجراء أي تعديلات على منتجات شركة TRACOE إلا عن طريق موظفي أو مندوبي شركة TRACOE medical GmbH

12. التخلص من المنتجات

لا يجوز التخلص من هذه المنتجات إلا وفقاً للوائح الوطنية السارية التي تحكم النفايات.

13. المرتجعات

لا يتم قبول المنتجات المستعملة المرتجعة إلا بعد الاستشارة المسبقة وإذا كانت مرفقة بشهادة تعقيم مملوءة. يمكنكم الحصول على هذه الاستشارة مباشرة من TRACOE medical أو من على الموقع الإلكتروني www.tracoe.com

14. الأحكام والشروط العامة

لا يتم بيع جميع منتجات TRACOE وتسليمها واسترجاعها إلا بناءً على الأحكام والشروط العامة سارية المفعول والتي يمكن الحصول عليها من شركة TRACOE medical أو من على الموقع الإلكتروني www.tracoe.com

