

Gäller för: Lungmottagning NÄL, Akutmottagning NÄL
Innehållsansvar: Johannes Johansson, (johjo59), Överläkare
Granskad av: Gassan Kadem, (gaska1), Överläkare
Godkänd av: Flera godkännare finns - se eftersättsblad
OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Giltig från: 2026-04-27

Giltig till: 2028-04-27

Thora-Vent

Förändringar sedan föregående version

Nytt dokument.

Innehåll

Thora-Vent.....	1
Förändringar sedan föregående version	1
Bakgrund	2
Sammanfattning och syfte	2
Gäller för.....	2
Indikation.....	2
Kontraindikation	2
Relativ kontraindikation/tekniska svårigheter	3
Åtgärder.....	3
Utredning	3
Premedicinering	3
Inläggningsteknik.....	3
Behandling.....	4
Evakuering av luft.....	4
Rekommendationer/Patientinstruktioner	5
Komplikationer	5
Borttagning	5

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Uppföljning.....	6
Dokumentation.....	6
Utbildning.....	6
Länkad rutin/Patientinformation.....	6
Källa.....	6

Bakgrund

Uresil Thora-Vent är ett kompakt dränsystem kombinerat med en envägs ventil som passivt dränerar ut en pneumothorax. Detta system lämpar sig för okomplicerad, framför allt apikal pneumothorax och möjliggör en poliklinisk hantering. Efter installation av drändosan kan patienten gå hem med radiologisk uppföljning och återbesök.

Sammanfattning och syfte

Rutinen syftar till standardiserad installation av Thora-Vent och uppföljning av pneumothorax samt borttagande av dosan.

Gäller för

Dokumentet riktar sig till läkare och sköterskor på Lungmedicin och Akutmottagningen NÄL.

Indikation

- Okomplicerad pneumothorax >3 cm hos;
- Patient som förväntas kunna gå hem

Icke-traumatisk pneumothorax följs upp av medicin.

Traumatisk pneumothorax följs upp av kirurg.

Kontraindikation

- Pleuravätska
- Misstanke om stort luftläckage
- Ventilpneumothorax
- Isolerad basal pneumothorax
- Tidigare "trapped lung"
- Uttalade emfysem

Commented [A1]: Jag tog bort övre gräns för pneumothorax. I stort sätt ser jag ingen skillnad på 3-12 eller totalkollaberad lunga vid spontanpneumothorax. Samtliga borde framgångsrikt kunna handläggas med ThoraVent. Däremot tillägg av SEKUNDÄR till sjukdom eller malignitet, se nedan kommentar.

Commented [A2R1]: Jag håller med om gränsen till 12 cm, utan indikationen är inte bara storlek utan vilka symtom patienten har. Däremot minsta storlek kan vara 2 cm ibland om det är kort anamnes på pneumothorax, ex några timmar eller 1 dygn, där förväntar man sig en ökning under kommande dagar. (Individuell bedömning)

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

- Bullae eller adherenser
- Empyem
- Feber/infektion i området
- **Misstanke om svårbehandlad pneumothorax som uppstår sekundärt till sjukdom eller malignitet**

Relativ kontraindikation/tekniska svårigheter

Kraftigt avvikande kroppsbyggnad gör att dosan är tekniskt svår att installera (kraftig obesitas) eller tekniskt svår att fästa (kraftig undervikt).

Oförmåga att förstå innebörd och säkerhetsaspekter av dränbehandling i hemmet yrkar på att patienten i stället läggs in.

Individuell bedömning vid antikoagulantia DOAK intagen <12 timmar. Åtgärden är kirurgiskt ett lågriskingrepp.

Åtgärder

Iordningsställande av Thora-Vent förpackning. Steriluppdukning.

Sterila handskar. Förkläde, mössa, munskydd.

Öppna **inte** förpackningarna med sugslang, ocklusionsplugg och aspirationskanyl som ingår i ThoraVent-setet. Sugslang och ocklusionsplugg används inte vid behandlingsstarten utan ev. senare under behandlingen.

Spara förpackningarna och lägg dem i steriltförrådet, för ev. senare användning. På akuten skickas dessa med patienten i ett kuvert och tas med på återbesöket.

Utredning

Nativ lungröntgen, frontbild plus sidobild.

Blodprover med Hb, TPK, PK. Antikoagulantia skall pausas enligt rutin
“Antikoagulantia vid lungmedicinsk åtgärd - Lungmottagningen NÅL”

Premedicinering

I regel inget behov utöver lokalbedövning. Vid behov perioperativ sedering, e.g. Midazolam. Ge vid behov smärtstillande, exempelvis Panodil och Oxycontin v.b.

Inläggningsteknik

1. Informera patienten om ingreppet och risker.
2. Markera aktuell sida. Dränet anläggs i standardutförande vid intercostalrum I2, midklavikulärt.
3. Steriltvätta. Hårvkortning vid behov. Steril hålduk kan användas.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

4. Monitorera patienten vid behov; POX, AF, puls.
5. Lokalanestesi med Carbocain-Adrenalin 10mg/ml + 5 ug/ml ca 5-10 ml alternativt Lidokain 5mg/ml ca 5-20ml.
6. Lägg rikligt med lokalanestesi i hud, subcutis, periost och vid pleura parietale.
7. Gör en liten hudincision midklavikulärt interkostalrum 2. Ev mindre debridering med peang vid behov.
8. Sätt i mandrängen i Thora-Vent.
9. Ta bort det centrala skyddspapperet på baksidan.
10. För långsamt in Thora-Vent, längs övre kanten av revbenet riktat apikolateralt. När pleura parietale passerar kommer det röda membranet att börja röra sig med andningen. I detta läge förs Thora-Vent med slangen in, samtidigt som mandrängen backas. Avlägsna mandrängen.
11. Fixera mot huden genom att ta bort skyddspapper från klistret. I vissa fall kan dosan sutureras fast i dosans avsedda suturfixering.
12. Vid behov ex-sufflera luft med spruta och kopplingsstycke, upprepa.

Om membranet rör sig dåligt be patienten att hosta försiktigt en gång. Notera rörelse. Om ändå osäkert läge; försök försiktigt att aspirera luft för att bekräfta läget.

Sängläge 1 timma.

Kontrollröntgen vid behov. Röntgen efter inläggning ej rutinmässigt nödvändigt om patient mår bra och dränmembranet rör sig. Patienten kan efter installationen av fungerande system gå hem. Röntgen kan genomföras som utgångsbild eller som kontroll vid komplicerad installation för att utesluta komplikation och säkerställa dränposition.

Vid behov kan klistringen förstärkas med PVK-förband.

Behandling

Evakuering av luft

Luften inne i pleurahålan kan evakueras på ett av tre sätt:

1. passivt med hjälp av patientens egna andningsrörelser t ex vid en mindre pneumothorax, eller;
2. genom aktiv aspiration via aspirationskanal, eller;
3. genom påkoppling av aktivt sug med Thopaz-pump (kräver inläggning).

Om man väljer aktivt sug används den särskilda aspirationskanylen, och sprutan som medföljer Thora-Vent-setet. Sprutan sätts i hålet där mandrängen

Commented [A3]: Vägledning när RTG kan övervägas. Kommer nog göras i de flesta fall från er på akuten vilket är ok

Commented [A4R3]: Ja det stämmer att vi gör alltid kontroll rtg för att kolla att dränet sitter rätt och inga komplikationer har uppstått bl a blödning, dvs man gör inte kontroll rtg för att förvänta en regress på pneumothorax

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

tidigare suttit. Vid höga luftläckage kopplas medföljande sugslang till ett Thopaz+ thoraxdränage.

Rekommenderat startryck är -10cmH₂O. Max sugtryck -20 cmH₂O.

Rekommendationer/Patientinstruktioner

- Dela ut “Thora-Vent och Pneumothorax - Patientinstruktion” till patienten.
- Öppningen (luer lock) på dränagets framsida skall vara stängd med vidhängande kork/propp.
- Patienten får inte bada. Duscha går bra men endast om dränagets kammare skyddas mot vatten och om armen på den sidan där dränaget sitter inte lyfts över huvudet.
- Dränets kammare får **under inga omständigheter tejpas över**, då luften måste kunna komma ut genom ventilen.
- Flygning rekommenderas först efter 2 veckors expanderad och utläkt lunga vid pneumotorax. Dykning är en riskaktivitet efter pneumotorax och avrådes. Professionella dykare hänvisas till expert inom arbetsmedicin/dykmedicin

Komplikationer

Skulle det komma blod eller pleuravätska så kammaren fylls kan det aspireras ut via dränageventilen med hjälp av en luer-lock spruta.

Vid utebliven effekt av dränage ska man överväga installation av ett sedvanlig thoraxdrän, e.g. Büllau-drän.

Kammaren får inte vara vätskefylld. Då upphör Thora-Vent-dosans funktion.

Få komplikationer rapporteras. Huvudsakliga komplikationen är att drändosan av misstag avlägsnats och åkt ut. Patienten följer då patientinstruktionen och söker till sjukvården:

- *Kontorstid* vänder patienten sig till Lungmottagningen NÄL.
- *Jourtid* vänder patienten sig till Akutmottagningen NÄL.

Borttagning

Avlägsnande av dosan sker under basala hygienrutiner, ev klorhexidintvätt kring dränslang.

- Patienten liggande plant i säng.
- Lossa på de förklitrade vingarna runt dränaget

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

- I expirationsfas dra ut dränaget, täta hudglipan mellan tumme och pekfinger. Sätt 1-3 suturtejp. Klistra tättslutande förband.
- Ingen ytterligare kontroll/uppföljning om patienten mår bra
- Dosan kasseras i låda för riskavfall.

Uppföljning

Uppföljning kan individualiseras men sker vanligtvis med schemalagd lungröntgen efter 5 dagar och återbesök för ställningstagande av drändragning på lungmottagningen.

Vid Thora-vent installation på annan enhet än lungmedicin, främst Akutmottagningen:

- Remiss med prioritet (<24h) Lungmottagningen, återbesöksönskemål 5 dagar. Tidigareläggs/anpassas för helgdag.
- Förberedelse till nativ röntgen pulm kontroll enligt vår bokningsrutin:
- RTG pulm remiss skrivs **men skickas ej**,
- I rutan för datum anges "ÅB", inte ett datum (vår sekreterare lägger in det datum besöket bokas till och skickar iväg remiss).

Dokumentation

Ingreppet dokumenteras som "Operationsberättelse" i Melior.

Åtgärdskod TGA35 – perkutant inläggande av pleuradrän Thora-Vent höger/vänster

Utbildning

Videogenomgång av inläggning av Uresil Thora-Vent: [Library - Uresil](#)

För bilder se separat rutin för IVA NÄL [Thoraxdrän Thora-vent](#)

Thoraxdrän [Förberedelser - Vårdhandboken](#)

Länkad rutin/Patientinformation

Thora-Vent Patientinstruktioner

"Thora-Vent och Pneumothorax - Patientinformation"

Information till patient som erhåller Thora-Vent drän inom NU-sjukvården.

Källa

Omarbetad version av patientinformation från Intensivvårdsavdelningen Kungälv Sjukhusen i Väster till lokalt gällande version för NU-sjukvården.

Version reviderad 2023-09-04 av Rutingruppen IVA Kungälv.

Godkänd av Christina Grivans Medicinskt Ledningsansvarig IVA

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Lungmottagning NÄL, Akutmottagning NÄL

Innehållsansvar: Johannes Johansson, (johjo59), Överläkare

Granskad av: Gassan Kadem, (gaska1), Överläkare

Godkänd av: Monica Olsson, (monol25), Verksamhetschef, Mie Jidetoft, (miepe1), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10065-776977986-27

Version: 2.0

Giltig från: 2026-04-27

Giltig till: 2028-04-27