

Gäller för: VO3 Anestesi Operation Intensivvård
Innehållsansvar: Anders Winterfeldt, (andwi1), Överläkare
Granskad av: Åsa Appelqvist, (asaap), Enhetschef
Godkänd av: Helene Sackari, (helma18), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-04-01

Giltig till: 2028-03-30

Trakeotomi - öppen eller perkutan

Förändringar sedan föregående version

Förlängd giltighet.

Bakgrund, syfte och mål

Vid öppen trakeotomi överförs patienten till operationssal om ej kontraindikation för förflyttning föreligger. Perkutan trakeotomi utförs under bronkoskopisk kontroll på IVA. Rutiner för trakeotomi på IVA-patienter.

Arbetsbeskrivning

Gelékudde alternativt hoprullade handdukar under axelpartiet ger extenderad hals, bakåt tippat huvud.

Efter uppläggning överses denna helst av ansvarig operatör, så att optimalt läge för operationen uppnås. Operatören anlägger lokalanestesi.

Övervakning

Pulsoximetri
EKG
Gasanalys (om intuberad patient)

Vid **trakeotomi i enbart lokalanestesi** ska patientens huvud ej täckas helt utan man ska bibehålla kommunikation och kontakt med patienten. Syrgastillförsel sker via näskateter.

Då trakea öppnats och kanylerats, ansluts endtidal koldioxidanalys för att konfirmera läget.

Intuberad patient sövs på lämpligt sätt med hänsyn till grundsjukdom: TIVA kan vara att föredra då man får ett otätt system då luftvägen öppnas.

Då operatören dissekerat sig fram till trakea ventileras patienten med ökande syrgashalt för att säkerställa oxygeneringen inför planerat luftläckage.

Vid trakealincisionen åstadkommes ofta lesion av trakealtubens kuff, varför gasflödet kan behöva ökas.

Då trakealincision är gjord skall trakealtuben (på operatörens uppmaning) backas (kuffen töms vid behov) så kanylen kan införas. Ansvarig anestesilog bör närvara vid detta moment, vilket skall ske långsamt och under ögats kontroll.

Tube ska ej dras längre än att kanylen kan nedföras.

Trakealkanylens läge kontrolleras med endtidal gasmonitorering.

Därefter kan luftvägarna behöva expanderas eftersom PEEP försvinner då luftvägen står öppen mot atmosfärtrycket. Rekrytering kan ske på operationssalen och efter överföring till IVA.

Perkutan trakeotomi:

Perkutan trakeotomi utförs under **bronkoskopisk** kontroll.

Indikation:	Förväntad ventilatorbehandling mer än 7 dagar. Övre luftvägshinder på intuberad patient.
Kontraindikationer	
Absoluta:	Akutsituation. Icke intuberad patient. Ingen palperbar trakea. Tillstånd efter stor halsoperation. Instabil halsrygg. Känd svårintuberad patient. Lokal infektion.
Relativa:	Ökad blödningsbenägenhet. Mycket avancerad respiratorinställning, t ex PEEP mer än 13, FiO ² mer än 70 %. Stor struma.
Förberedelse:	Ingreppet utförs vanligen i sängen på IVA. Information till personalen. Operationsutrustning: trakeotomiset, rondskål med koksalt, passande trakealkanyl, Ambu engångsbronkoskop. Intubationsvagnen skall finnas i modulen. Patienten skall ha en hoprullad duk mellan skulderbladen för att hyperextendera nacken. Svalget inspekteras och rensugs med laryngoskop, sedan dras tuben tillbaka så att kuffen hamnar ovanför stämbandets, kuffen blåses upp med 20 ml luft och hålls sedan nertryckt mot stämbandets under hela ingreppet av en medhjälpare. Steriltvätt av hals och övre bröstkorgen, täckning med op-duk. Patienten preoxygeneras med 100 % syrgas.

Anestesi med Propofol, Remifentanil och icke depolariserande muskelrelaxans.
Ventilationen ändras till kontrollerad ventilation vid anestesins inledning.

Under ingreppet:

Bronkoskopet dras tillbaka före första punktion för att undvika skador.
Efter första punktion kontrolleras noggrant med bronkoskop att ledaren går neråt i trakea och att det inte finns någon perforation av trakeas bakvägg.
Sedan vidare dilatation samt insättande av trakeostoma.
Saturationen observeras noggrant.
Korrekt läge bekräftas med kapnografi och/eller bronkoskopisk kontroll.

Efter ingreppet:

Kontrollera kufftrycket en halvtimme efter operation, ibland fylls kuffen med något mer luft direkt efter operationen, för att blödning i trakea skall undvikas.
Tubläge samt blodtorrhet i trakea kontrolleras med bronkoskop.

Rutin för öppen trakeotomi på IVA-patienter:

Vid ventilatorbehandling på intuberad patient, där ventilationsbehovet förväntas överstiga 7 dagar, övervägs tidig trakeotomi.

Beslut fattas av ansvarig IVA-läkare i samråd med ansvarig läkare på den klinik där patienten är inskriven.

Ansvaret för operationen åligger öronkliniken och operationsbehovet anmäls till MAL

(= MottagningsAnsvarig öronLäkare).

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VO3 Anestesi Operation Intensivvård

Innehållsansvar: Anders Winterfeldt, (andwi1), Överläkare

Granskad av: Åsa Appelqvist, (asaap), Enhetschef

Godkänd av: Helene Sackari, (helma18), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9695-1808319850-65

Version: 12.0

Giltig från: 2026-04-01

Giltig till: 2028-03-30