

Gäller för: Verksamhet Thorax och kardiologi  
Innehållsansvar: Lukas Lannemyr, (lukla), Överläkare  
Godkänd av: Kristofer Skoglund, (krisk3), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-04-29

Giltig till: 2027-04-25

# Tubfixering

## Bakgrund

Munhålans slemhinna är en mjuk vävnadstyp och därför sårbar för belastning, tryck och infektion, vilket kan orsaka trycksår i munhåla och på läpp. Slemhinnan i munhålan blir mer lättblödande efter en hjärtoperation med tid i hjärt-lungmaskin och vid ECMO-behandling.

Larynx är känslig för irritation och kan reagera med autonoma reflexer i samband med byte av tubläge. Patienten kan få arytm, takykardi, bradykardi, hypotoni, hypertoni och kramp i larynx och bronker. En cirkulatoriskt instabil patient kan vara mer känslig för sedativa och smärtlindrande läkemedel som kan behövas ges i samband med ändring av tubläge.

Det är optimalt att tubens ände befinner sig 3-4 centimeter ovanför carina. Vid ändring av tubläge finns risk att tubens nivå ändras. Om tuben är för långt ned kan den vara placerad i ena bronken, vilket kan leda till hyperinflation av luft i lungan och lungskador. I den lunga som inte ventileras kan syrebrist, atelektaser och ödem uppstå. Om tuben är för långt upp kan den trycka på nerven till stämband. Det kan orsaka tillfälliga eller permanenta skador på stämband och röst. En ändring av tubens läge kan påverka kufftrycket, så att patogena mikroorganismer passerar ner i luftvägarna vilket ökar risken för ventilatorassocierad pneumoni, VAP.

Kuffens funktion är att täta utrymmet mellan tuben och trachea. Därmed kan man övertrycksventilera och använda PEEP utan att luften passerar bredvid endotrachealtuben. Dessutom minskar risken för aspiration och nosokomiala pneumonier. Medelblodtrycket i slemhinnan är ca 25-30 mmHg (34-41 cm H<sub>2</sub>O). Därför bör man ha ett kufftryck på 25-35 cm H<sub>2</sub>O. För att förhindra mikroaspiration bör dock kufftrycket hållas 10 cm H<sub>2</sub>O över topptryck och som lägst vara 25 cm H<sub>2</sub>O. Kufftryck mäts och dokumenteras minst 1 gång/arbetspass.

## Syfte

Att få en säker och enhetlig metod för byte av tubläge och minimera risk för trycksår orsakad av endotrakealtub.

## Byte av tubläge

Tubläget ska inspekteras varje dag när tubtejpen byts. Byte av tubsida görs varannan dag enligt rutin. Momenten bör utföras tillsammans av två personer, med minst en sjuksköterska. Endotrakealtuben får vara i samma position som längst i två dagar. Vid tryckskada ska tubläget ändras varje dag.

## Inspektion och byte av tejp

Patienten ska vara lugn och sederad.

Kontrollera kufftryck.

Sug upp e.v slem i svalg och mun.

Lossa tejpens och avlägsna tejprenster.

Håll tuben fixerad nära mungipan.

Använd ficklampa och inspektera mungipa, tunga, tandkött och gom.

Fixera tuben.

Avsluta med att kontrollera kufftrycket igen.

Dokumentera på patientens observationsblad.

## Vid byte av tubläge

Patienten ska vara lugn och sederad.

Kontrollera kufftryck.

Sug upp slem i svalg och mun.

Lossa tejpens och håll tuben fixerad intill mungipan.

Avlägsna tejprenster.

Tryck spateln ned mot tungroten och för tuben över till motsatt sida.

Fixera tuben.

Kontrollera bilaterala andningsljud och kufftryck.

Dokumentera på patientens observationsblad.



Tuben fixeras med Tensoplast® Sport 6 cm bred. Häftan fixeras enligt bild. Vid behov kan barriärfilm appliceras på huden innan fixering där häftan skall sitta.

## Referenser

Wickberg, M., Falk, AC (2017). The occurrence of pressure damage in the oral cavity caused by endotracheal tubes. *Nordic Journal of Nursing Research*, 37 (1), 2-6. doi: 10.1177/2057158516656109.

McGovern Murphy, F., Raymond, M., Menard, P.-A., Bejar-Ardiles, K.-R., Carignan, A. & Lesur, O. Ventilator associated pneumonia and endotracheal tube repositioning: An underrated risk factor. *American Journal of Infection Control*, 42(2014)1328-30

## Arbetsgrupp

Arbetsgrupp Emma Lasu, intensivvårdssjuksköterska och Ann Augustsson, undersköterska Thoraxintensiven.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Thorax och kardiologi

**Innehållsansvar:** Lukas Lannemyr, (lukla), Överläkare

**Godkänd av:** Kristofer Skoglund, (krisk3), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9805-1593997-2154

**Version:** 13.0

**Giltig från:** 2025-04-29

**Giltig till:** 2027-04-25