

Gäller för: Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård Sahlgrenska, Operation 1 och 8 Sahlgrenska, Anestesi 1 och 2 Sahlgrenska  
Innehållsansvar: Mathias Konkel, (matko3), Överläkare  
Granskad av: Mathias Konkel, (matko3), Överläkare  
Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-07-09

Giltig till: 2027-07-09

# Tracheotomi på operation 1 o 8 - anestesirutin

## Förändringar sedan föregående version

Nytt metodkort som beskriver förberedelser och handhavande i samband med tracheotomi på operation 1 o 8 av intensivvårdspatienter i respirator på Civa eller Niva.

## Val av operationsavdelning vid tracheotomi av intensivvårdspatient

Kirurgpatienter ineliggande på Civa ska tracheotomeras på operation 1.

Neuropatienter på operation 5. ÖNH klinikens patienter ska tracheotomeras på op 7.

## Arbetsbeskrivning

### Innehåll

Förändringar sedan föregående version .....	1
Val av operationsavdelning vid tracheotomi av intensivvårdspatient .....	1
Arbetsbeskrivning .....	1
Val av trachealkanyl .....	2
Om patienten redan har en trakealkanyl .....	2
Inför anestesi / ventilatorbehandling .....	2
Checklista Innan incision .....	3
Positionering .....	3

## Val av trachealkanyl

Trachealkanyl med kuff och inbyggd sugkanal används på de flesta patienter på Civa.

Justerbar kanyl används oftast på patienter med annorlunda anatomi eller halskrage. Den kan justeras på längden på överviktiga patienter som har mer underhudsfett och därmed längre mellanrum från huden in till luftstrupen.

*När patienten hämtas på Civa, kontrollera vilken trachealkanyl som ska användas till denna patient.*

## Om patienten redan har en trakealkanyl

- Om patienten är tracheotomerad redan så kolla vilken trachealkanyl patienter har och se till att det finns en ny som ska sättas in.
- Ta med ett extra förband (non-woven).
- Se till att tracheostomibandet runt nacken sitter ordentligt.
- Sug rent inför transporten.
- Om patienten har innerkanyl ska den sitta kvar.
- Ta med en extra innerkanyl.
- (om kanylstrolek 5 eller mindre skall innerkanylen inte användas pga större påverkan på den smala lumen)
- Om patienten har talkanyl (klaffventil som är öppen vid inandning och stängs vid utandning) **OBS** när talventilen är på och patienten kan prata är kuffen **utan** luft, annars kan inte patienten andas ut.

När du transporterar en vaken patient med trakealkanyl ska du alltid ha med

- En extra innerkanyl
- Rubens blåsa
- Sug

## Inför anestesi / ventilatorbehandling

Förbered transportventilatorn innan du hämtar patienten. Se till att du har en tubstorlek mindre (än den patientern har) på salen. Försäkra dig om att du har akut-och luftvägskorg nära till hands och att det finns ett videolaryngoscop / bronkoskop tillhands på avd

*Tracheostomin måste vara uppkuffad innan vi kopplar på ventilatorn.* Normalt kufftryck ligger inom 20-30 cmH<sub>2</sub>O. Behövs ett högre tryck för att förhindra luftläckage ska ansvarig anestesilog meddelas och ge ordination på andra tryckgränser för kuffen.

## Checklista Innan incision

Operationen kräver hög närvaro av anestesilog. Tillkallas 5-10 minuter innan kanylering. Utse vem som gör vad av nedanstående uppgifter och gå även igenom åtgärder vid eventuellt kuffläckage och eller desaturation. Operatör ska meddela anestesin och övriga teamet 5-10 minuter före planerad incision i trachea.

- Patienten preoxygeneras med 100% O<sub>2</sub>
- Patienten ska vara muskelrelaxerad
- Hål för ventilationsslangar ska ha gjorts i den sterila duken
- Tuben ska vara nedförd så att kuffen ligger nedom incisionen. Anestesi-läkare ansvarar för att tuben är adekvat placerad så långt distalt som möjligt för att skydda kuffen vid incisionen.
- Tub-tejp ska vara lossad o klart
- Kuffspruta redo på tuben
- Tub backas på operatörens ordination
- Oral eller nasal tub ska inte dras ur larynx förrän läget av kanylen är verifierat och kanylen fixeras
- När trachealtuben är på plats och kuffad, bekräfta retur av CO<sub>2</sub> och meddela teamet
- Sätt i innerkanyl
- Kontrollera kufftrycket innan patienten lämnar operation

## Positionering

Ryggläge länk. Beroende på hur patienten ser ut och hur mycket halsen bjuder så får man modifiera upplägget för att optimera åtkomst åt halsen och trachea.

Använd gellimpa under axlarna för att optimera läget.

Vacumkudde för att fixera huvudet kan användas om så önskas, Eswell head pad eller gelkrans kan användas för att positionera huvudet.

Använd venkudde (Eswell leg positioning pad) för att avlasta för patientens hälar och ge bästa komfort om patienten har ont i rygg och ej kan ligga plant. Den ger patienten en ”lawn chair position” och befrämjar det venösa återflödet och således cirkulationen. *Lägg aldrig en kudde i knävecket, då det kan orsaka tryckskada på nervus fibularis och nervus tibialis.*

Armar utefter sidan.

När armen ligger längs med kroppen ska tummen ligga uppåt. Polstra alla infarter och slangar för att motverka tryck mot huden.

Kolla med operatör hur hen vill ha det.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård  
Sahlgrenska, Operation 1 och 8 Sahlgrenska, Anestesi 1 och 2  
Sahlgrenska

**Innehållsansvar:** Mathias Konkel, (matko3), Överläkare

**Granskad av:** Mathias Konkel, (matko3), Överläkare

**Godkänd av:** Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9805-1593997-2755

**Version:** 2.0

**Giltig från:** 2025-07-09

**Giltig till:** 2027-07-09