

Gäller för: Verksamhet AnOplva neonatal barn
Innehållsansvar: Ola Ingemansson, (olain), Överläkare
Granskad av: Helena Winberg, (helwi5), Sektionschef
Godkänd av: Angela Hanson, (angha), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-11-15

Giltig till: 2029-11-14

Tracheotomi, preoperativa förberedelser och omvårdnad vid nyanlagd tracheostomi

Förändringar sedan föregående version

Ersätter version 1. En övergripande uppdatering av texten har gjorts. Alla kanyler förvaras på operationsavdelningen. Under avsnittet ”På Operation” är det i denna version specificerat att ett *vuxenlillfinger* skall rymmas under kanylbandet. Under avsnittet ”Kanylbyte, första bytet postop”, är det specificerat att första bytet sker dag 5. Uförändrat också uppdaterat.

Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version	1
Bakgrund och syfte	2
Utförande	2
På operation	3
Om kanylen glider ut	3
Omläggningsrutiner	4
Kanylbyte.....	6
Kanylbyte vid långvarig tracheostomi	7
Arbetsgrupp.....	8
Källförteckning	8

Bakgrund och syfte

Skapa enhetliga och tydliga rutiner kring tracheotomi samt omvårdnad av barn med trachealkanyl.

Utförande

Inför ingreppet

Inläggning av trachealkanyl sker på operation. Före operationen descutantvättas patienten enligt sjukhushygienens rutin [Vårdhygien - Preoperativ helkroppsdesinfektion \(vgregion.se\)](#)

[Öronläkare och/eller narkosläkare bestämmer vilken](#) trachealkanyl som är bäst för patienten. Vårt sortiment av kanyler förvaras på operation 1 barn. Vissa kanyler är beställningsvara och lagerhålls **inte**.

Policy för val av trachealkanyl

- Okomplicerad ”*rutin-trach*”: korttidskanyl.
- Avvikande anatomi, låg tracheostomi, ödem etc.: Speciella kanyler kan tillverkas efter önskemål. Kanylen måste beställas i **mycket god tid** då det är långa leveranstider. Kanylen beställs på speciell blankett som finns i Smiths Medicals produktpärm.
- Svårventilerad patient med höga respirator-tryck: Korttidskanyler med kuff, (finns 4,0–7,0)

Vid första bytet av kanyl väljs enligt nedan

Flextend Neonatal, Flextend Pediatrisk eller Adult, beroende på vilken storlek och längd man önskar. Kontrollera röntgenläge på aktuell kanyl för att bestämma rätt längd på den kanyl du vill byta till.

Storlek på trachealkanyl

Ett ½ - 1 nummer större än endotrachealtuben är önskvärt. Om kanylen anpassas på något sätt måste detta dokumenteras i Melior samt på OBS-kurvan. Kanylstorlek och modell, fabrikat och längd noteras i infartslistan i Melior.

På operation

I operationsanteckning skall eventuella intubationssvårigheter dokumenteras. Om intubation skett via fiberskop skall ansvarig anestesilog också undersöka och dokumentera möjligheten att intubera patienten med vanligt laryngoskop inför ev. akutsituation. Detta dokumenteras i operationsanteckningen och på anestesikurva.

För att underlätta byte av trachealkanyl sätts två hållsuturer i tracheas framsida. Dessa tejpas ned över bröstet och dras efter första kanylbytet om bytet varit okomplicerat.

Kanylbandet skall sitta relativt stramt. Med huvudet i neutralläge och kanylkompress på plats skall ett vuxenlillfinger (ej mer) kunna passera mellan band och hals. Efter tracheotomi tas röntgen pulm frontal och sida för att se hur kanylen ligger i förhållande till trachea.

Om kanylen glider ut *(under första veckan postop):*

Vid tveksamhet om kanylläge är mätning av endtidal CO₂ förstahandsåtgärd.

Det finns en liten portabel CO₂ analysator, Emma, i akutvagnen för akut bruk. Som rutin skall CO₂ analysator finnas inkopplad i övervakningspanelen hos nytracheotomerad patient för att kunna startas och anslutas direkt.

Kan patienten spontanandas – ge syrgas över tracheostomat eller näsa och mun beroende på var luften passerar vid inandning.

Om kanylen definitivt åkt ur kan man vid behov stötta andningen med mask.

Tryck försiktigt och försök att täta med kompress över tracheostomat. Sker kanylglidning redan någon/några dagar efter tracheotomin kan det trots hållsuturer vara mycket svårt att snabbt få ner kanylen på plats igen. Sker kanylglidning före första kanylbytet gäller därför i första hand om möjligt oral eller nasal intubation för att säkra luftvägen och först efter detta försök att åter kanylera patienten.

Hållsuturerna skall inte ses som ett snabbt och säkert sätt att öppna ett tracheostoma för rekanylering, utan som en hjälp att i lugnt skede, med säkrad luftväg, möjliggöra rekanylering.

Tracheostomerade barn ska ha följande vid sängen

Akutkanyl=korttidskanyl, ett halvt nummer mindre än befintlig

Kanylbandsax

Förlängning av kanyl

Om barnet är litet och har ”kort hals” kan det vara svårt att få ventilatorn kopplad till kanylen om man inte har en flexitendkanyl. Man kan då använda sig av förlängning t.ex Trachoe mini.

Sugrutiner

Så här kopplar vi på ett slutet sugsystem till ventilator när vi använder barnslangar och Tracheoförlängning.



Ta reda på hur lång den aktuella kanylen är och lägg till ev. förlängning, sug på samma sätt som i tub, dvs. lägg till ca 1 cm för att suga precis nedan kanylspetsen.

Omläggningsrutiner

Vecka 1 postop

- omläggning sker av sjuksköterska + usk/bsk
- omläggning och tvätt med **Klorhexidinlösning 2 mg/ml** sker vid behov dock minst vart 3:e dygn (*var försiktig första dygnen, låt koagel sitta kvar om det finns risk för blödning*)
- byte av kompress vid behov dock minst vart 3:e dygn.
- byte av kanylband x 1 om barnet svettas eller bandet blir fuktigt annars vid behov dock minst vart 3:e dygn.

Vecka 2 och tillsvidare

- Omläggning sker av BSK/USK
- Rengöring av stomat, byte av nackband och kanylkompress görs en gång per dag.
- Kanylkompress byts x flera om barnet har mycket sekret, kräks etc.
- Observera stomat och notera eventuella granulom, blödning, svullnad mm och dokumentera i omvårdnadsjournalen

Tillvägagångssätt

Var alltid två personer vid omläggning, säkra kanylen genom att person håller kanylen i läge.

- Förbered
- Kanylband, snedklipp ändarna så det är lätt att trä igenom hålen samt klipp skumgummidelen lite i varje ända för bättre passform
- Kanylkompress – t.ex. PolyTube
- Kanylbandssax
- Rena kompresser, ren pincett och B-6-skål, tork och tops för tvättning och torkning bli aktuell.
- Kompressen kan klippas till önskad storlek
- Texten ”This side out” skall synas – ej ligga mot huden
- Sprita händerna
- Lägg en rulle under barnets halsrygg, för att få en bättre vinkel.
Huvudet läggs i neutral position.



- Ta bort kompressen
- Lossa bandet – säkra kanylen genom att hålla stadigt med 2 fingrar.



- Tvätta runt stomat och nacken med tvållösning och torka torrt
- inspektera huden.

- Vid infektion
- dubbeltvätta vid ett tillfälle med klorhexidinlösning 2mg/ml. Upprepa med 2-3 dagars mellanrum tills infektionen läkts. Däremellan tvätt enligt ovan.



- Granulombildning
- vid större granulom som orsakar problem vid kanylbyte och/eller blödning rådgör med öronläkare/narkosläkare.

- Vid växt av Pseudomonas i trachealsekret och runt stomat
- Använd slutet sugsystem
- Vid öppen sugning använd skyddsglasögon mot stänk i ögonen

Kanylbyte

Första bytet post op

- Bytet görs av läkare som känner sig trygg med proceduren. I vissa fall vill operatören vara med på första bytet, stäm av med öronläkare.
- Bytet sker när risken för blödning minskat, på 5:e dagen postoperativt, för att säkerställa att byte kan ske komplikationsfritt innan patienten skickas till avdelning.
- Ev. suturer tas på 7:e dagen och inspektion av området sker samtidigt.
- Hållsuturer tas bort efter första kanylbytet om detta varit okomplicerat, i annat fall enligt ordination. Suturen klipps så nära huden som möjligt för att få en så kort bit tråd som möjligt att löpa genom trachea.

Förberedelse

- Kontrollera befintlig kanyls storlek och längd. Granska röntgen frontal för bedömning av adekvat längd och sidobild för bedömning av adekvat vinkel. Välj kanyl efter denna bedömning och om längre än en månads uppskattat behov väljs långtidskanyl.
- Narkoskurva vid första bytet för att registrera ev sedering eller komplikationer.
- Bytet sker aseptiskt
- Som ledare används en sugkateter där man klippt av den färgade fattningen.
- Xylocaingel 2 %, som glidmedel på kanylen
- Omläggningssset
- Kanylband och kopress – PolyTube
- Suturtagare
- Extra kanyl - ett ½ - 1 nummer mindre
- Dokumentera bytet

Utförande

1. Preoxygenara om det inte föreligger kontraindikation för detta. Gör handventilatorn klar för användning.
2. Lägg en rulle under barnets halsrygg, för att få en bättre vinkel. Lägg huvudet i neutral position.
3. Lossa kanylband och ta bort kanylkompressen.
4. Koppla bort ev. respirator eller fuktnäsa.
5. För ned ledaren.
6. Drag försiktigt men snabbt ut den gamla kanylen över ledaren, håll ledaren fixerad i stomat med en hand.
7. Trä den nya och gelade kanylen över ledaren.
8. För ned kanylen i stomat (ev. rotera kanylen något)
9. Drag ut ledaren.
10. Koppla in respirator/O2 alt. handventilera utefter barnets tillstånd.
11. Lägg om enligt rutin, fäst kanylband och kompress.
12. Observera barnets andning, lyssna och kontrollera pulsoximetern, sänk O2 efter tillstånd.

Kanylbyte vid långvarig tracheostomi

Kanylbyten på barn som blir kvar på intensivvårdsavdelning en längre tid sker ca var 3:e vecka och med något förenklade rutiner beroende på hur länge barnet varit tracheotomerat.

Steg 1 – 4	enligt ovan, preoxygenering efter behov.
Steg 5	ledaren placeras i den rena kanylen alt. ingen ledare används.
Steg 6-12	enligt ovan.

Dekanylering

- Diskussion om dekanylering sker mellan ansvariga läkare samt ansvarig sjuksköterska och en strategi för dekanylering läggs utifrån den enskilda patientens situation.
- Vid dekanylering sätts en gasvävskompress över stomat. Obs! Får inte täppa till.

Uppföljning

För uppföljning av denna rutin ansvarar BIVA. För revision ansvarar innehållsansvarig. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO.

Arbetsgrupp

Mona Falk, MTS-usk, Intensivvårdsavdelningen barn

Anna Olausson, MTS-usk, Intensivvårdsavdelningen barn

Ola Ingemansson, överläkare. Intensivvårdsavdelning barn

Granskare

Helena Winberg, Sektionschef Intensivvårdsavdelningen barn

Källförteckning

Wilson M. Tracheostomy management. *Pediatric Nursing* 2005;17(3): 38 – 43

Russel C. Providing the nurse with a guide to tracheostomy care and management.

British Journal of Nursing 2005; 14(8): 428 – 433

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet AnOpIva neonatal barn

Innehållsansvar: Ola Ingemansson, (olain), Överläkare

Granskad av: Helena Winberg, (helwi5), Sektionschef

Godkänd av: Angela Hanson, (angha), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-80

Version: 2.0

Giltig från: 2024-11-15

Giltig till: 2029-11-14