

Gäller för: Flera enheter - se eftersättsblad
Innehållsansvar: Peter Larsson, (petla35), Överläkare
Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad
Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-03-03

Giltig till: 2027-03-03

RSI-Aspirationsrisk – riktlinjer vid anesthesi op 1 o 8 - anestesirutin

Revideringar i denna version

250109 - Preciserat vilka läkemedel som ska användas i första hand i samband med induktion. Tagit bort profylaktisk syrgasbehandling med 15l i stället lagt till Optiflow®Thrive. Borttag av vakenfiberintubation r/t svår v-sondsättning.

Innehåll

Revideringar i denna version.....	1
Bakgrund.....	1
Indikationer	2
Arbetsbeskrivning.....	2
V-sond och fasterutiner.....	2
RSII (Rapid Sequence Induction and Intubation)	2
Extubation	4
Åtgärder vid regurgitation vid induktion	4
Syfte.....	4
Arbetsgrupp	4

Bakgrund

Rapid Sequence Induction and Intubation (RSII) skall tillämpas om det föreligger signifikant förhöjd aspirationsrisk. Vid aspirationsrisk och misstanke om svår intubation skall vakenintubation övervägas. Sederling är principiellt kontraindicerat vid påtagligt förhöjd aspirationsrisk.

RSII kan utföras på flertal olika sätt, men målet med metoden är att så fort som möjligt från att hypnotika givits säkra en luftväg med en endotrachealtub. Den mer moderna approachen med tillägg av opioid är

dels för att minska tryckstegring dvs smärtlindra under laryngoskopering, dels möjligheten att kunna reducera dos hypnotika för att få en mer hemodynamisk stabil induktion. På OP 1 och 8 används nedanstående läkemedel som regel men undantag kan i vissa fall vara befogade. Alfentanil kan också ha sin plats då extra snabbt tillslag önskas men vanligtvis använder vi Fentanyl eller Remifentanil.

Indikationer

Absolut indikation

- Icke fastande patienter
- Patienter med ileus, subileus eller tarmobstruktion
- Gravida kvinnor fr.om. v. 20 till ett dygn post partum

Relativ indikation

- Refluxbesvär
- Illamående och kräkningar

Arbetsbeskrivning

V-sond och fasterutiner

I frånvaro av kontraindikationer skall patienter med ileus/subileus alltid erhålla v-sond innan induktion. Detta bör ske innan ankomst till operation. Vid övriga tillstånd med förhöjd aspirationsrisk skall ansvarig narkosläkare bedöma behov av v-sond innan sövning.

Kontinuerlig sug appliceras genom v-sonden under sövning. Sedvanliga rutiner för fasta skall i möjligaste mån eftersträvas.

RSII (Rapid Sequence Induction and Intubation)

Induktion

- Propofol/Fentanyl. Används i första hand.
- Propofol/Remifentanil. Andrahandspreparat.
- Ketalar om situationen kräver det.

Muskelrelaxantia

- Succinylcholin 1 mg/kg. Används i första hand. Dosera efter TBW (dvs patient som väger 120 kg ges 120 mg). Beakta sedvanliga kontraindikationer.
- Rocuronium (Esmeron) 1,2 mg/kg. Andrahandspreparat. Doserar efter TBW upp till BMI 30.

Utrustning och läkemedel

- Grov sugkateter. (förberedd och kontrollerad). Kan vid behov be operationssidan om att låna en extra sug då aktiv sug från narkosapparaten används till v-sond. Tänk även på att det finns extra grov sug vid behov (Medena Maxi från mediplast).
- Videolaryngoskop bör användas vid RSII (om beslut att direktlaryngoskopera ska videolaryngoskop finnas lätt tillgängligt)
- Ledare till tub
- HFNC(Optiflow®**Thrive**) bör övervägas vid misstanke om svår intubation eller ökad risk för desaturation. Vid fri luftväg kan apnétiden avsevärt förlängas med användning av HFNC(Optiflow®**Thrive**).
- Tryckhöjande läkemedel (Noradrenalin, Fenylefrin och/eller Efedrin)

Genomförande

Bestäm vem som gör vad innan genomförandet. Bestäm vem som gör vad i samband med en regurgitation. **Bestäm doser på förhand.**

- Höjd huvudända (20–30 grader)
- Preoxygenering om möjligt med tätslutande mask till EtO₂>90% eller 3–5 min eller minst 8 vitalkapacitetsandningar under minst 1 min.
- Ge fentanyl alternativt starta remifentanyl, invänta på att patient känner effekt, därefter ge hypnotika direkt följt av muskelrelaxantia. Ingen maskventilation ges. Man ska inte invänta centrerade pupiller, avsaknad av blinkreflex osv före administration av muskelrelaxantia då väntan innebär en ökad risk för regurgitation/aspiration.
- Föreligger hög risk för cirkulatoriska komplikationer såsom blodtrycksfall eller myokardischemi kan induktionsdosen titreras med beaktande att detta ökar aspirationsrisken.
- Värdet av cricoidtryck är kontroversiellt och sannolikt bidrar manövern inte till minskad aspirationsrisk vid höjd huvudända och förekomst av v-sond. Manövern kan även försvåra intubationen då insynen kan försämrats
- Patienter som desaturerar snabbt efter induktion kan man med stor försiktighet ventilera efter induktionen, använd då med

fördel svalgtub och små tidalvolymmer. Ytlig patient har större aspirationsrisk med tanke på kvarvarande kräkreflex.

Extubation

- Patienten skall vid extubation återfått adekvata skyddsreflexer. Detta innebär alltid sen extubation
- Höjd huvudända (20–30 grader)
- Preoxygenera med 80–100% syrgas
- TOF > 90%. Följ rutin ([länk](#))

Åtgärder vid regurgitation vid induktion

- Trendelenburgläge (huvud nedåt)
- Sug i mun och svalg
- Intubera patienten snarast
- Sug i tub och trakea innan ventilation
- Vid betydande aspiration eller vid aspiration av stora partiklar används bronkoskop för riktad rensugning
- Lungröntgen och antibiotikabehandling övervägs vid feber och/eller respiratoriska symtom postoperativt

Syfte

Säker, enhetlig och metodisk planering och omhändertagande inför anestesi av patienter med aspirationsrisk.

Arbetsgrupp

Oskar Alexandersson, Specialistläkare AnOpIVA SU/S

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Anestesi 5 Sahlgrenska, Anestesi 1 och 2 Sahlgrenska, Operation 6 Sahlgrenska, Operation 7 Sahlgrenska, Operation 4 Sahlgrenska, Operation 1 och 8 Sahlgrenska, Operation 5 Sahlgrenska, Neurointensivvårdsavdelning, Central intensivvårdsavdelning, Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård Sahlgrenska

Innehållsansvar: Peter Larsson, (petla35), Överläkare

Granskad av: Alexandru Ille, (aleil1), Överläkare, Peter Larsson, (petla35), Överläkare

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-858

Version: 16.0

Giltig från: 2025-03-03

Giltig till: 2027-03-03