

Bukläge

Förändringar sedan föregående version

Nytt dokument.

Bakgrund och syfte

Säkerställa att buklägesvändning enligt "kåldolmemetoden" utförs på ett säkert och komplikationsfritt sätt inom intensivvården.

Patienter med svår ARDS/respirationssvikt kan ha nytta av bukläge för att uppnå bättre ventilationsfördelning i den sjuka lungan.

Kroppsläget gör att samma ventilation och bättre syresättning kan uppnås med lägre tryck i ventilatorn vilket ger lägre transpulmonellt tryck med mindre risk för ventilatorassocierad lungskada. Bättre överlevnad utan allvarliga komplikationer till följd av bukläge har påvisats för patienter med högt syrgasbehov. Patienturvalet och bedömning av individuella riskfaktorer är viktigt när bukläge skall användas.

Utförande

Beslut om bukläge

Bukläge kan aktualiseras av alla i vårdlaget men beslut skall fattas av ansvarig läkare som dokumenterar indikation och beslut i Melior.

Planen skall också framgå på dygnsjournalen.

Patientkriterier

- Akut lungskada (pneumoni, sepsis mm) ska föreligga.
- Patienten skall vara sederad till RASS -4 till -5.

- Bilaterala infiltrat på röntgen som inte kan förklaras av pleuravätska eller atelektaser.
- P/F ratio på <20 (eller 0.2 som det presenteras på våra blodgaser) ($P = PaO_2$ och $F=FiO_2$)
- Patienten ska vårdas i ventilator med PEEP på ≥ 10 cm H₂O. Om PEEP av andra skäl (ex cirkulatoriska eller läckage) måste vara lägre än 10 cm H₂O får helheten bedömas
- Bukläge ska helst startas inom 36 timmar efter påbörjad invasiv ventilatorbehandling.
- Patientens vätskestatus och PEEP ska vara optimerat innan indikationen bedöms.

Behandlingslängd

- Bukläge behålls i minst 16 timmar efter att patienten vänts om inga komplikationer eller undersökningar gör att bukläge måste avbrytas. Åtgärder som måste göras i ryggläge (tubsidebyte, hygien, vikt osv) bör planeras in de timmar patienten ligger på rygg.
- Om indikation finns för bukläge men det är osäkert om 16 timmar kan uppnås pga. annan aktivitet skall man hellre lägga i bukläge kortare tid än att avstå.
- Paus från bukläge görs i 6–8 timmar mellan eventuella upprepningar av bukläge.
- Indikation värderas dagligen med blodgaser cirka 6 timmar efter senaste bukläge.
- Bukläge upprepas en gång per dygn så länge kriterierna ovan är uppfyllda.

Material att ta fram

- Gelkudde, rund till huvudet
- En thoraxkudde (vanlig kudde eller Curera multikudde 60x70 vid trach)
- En bäckenkudde (vanlig kudde eller Curera multikudde 60x70)

- En liten armkudde (att använda till uppåtböjda armen vb)
- En gelkudde att lägga under knäskålarna
- En eller flera kuddar att lägga under vristerna.
- EKG-elektroder
- Blöjunderlägg
- Glidlakan med blått handtag
- Stort glidlakan

Förberedelse av patient

- Optimera smärtlindring och sedering.
- Administrera ögonsalva och sätt smal ögontejp av silikon horisontellt över ögonen så de hålls slutna under bukläget. OBS! Tejpa längs fransraden (inte över ögonfransarna)
- Kontrollera trach/tub; fixering, kufftryck, tubläge, aspirera i extralumen, byt innerkanyl. Sug rent i tub och svalg.
- Koppla bort vällingen, aspirera i v-sonden.
- Kontrollera att artärnål och andra infarter är väl fixerade/inlindade.
- Sätt på en fekalpåse.
- Placera urinkateter och slang mellan knäna, behållaren placeras på fotgaveln. Tejpa KAD slang på benet.
- Kontrollera att ventilatorslangarna och övriga slangar räcker i hela vändningsmomentet. Dessa placeras uppåt, mot huvudet.
- Ta av patientskjortan.

Inför vändning

- Ta bort sänggaveln
- En person (LÄK/SSK) håller patientens huvud och ansvarar för trach/tub. Den person som står vid huvudändan styr tempot och räknar vid själva vändningen.
- En person står vid fotändan av sängen och är behjälplig, samt vid behov läser högt från rutinen.

- Två till tre personer placerar sig på vardera sidan om patienten.
- Planera vändning åt icke-CVK hållet (CVK:n hamnar ”upp mot taket” under själva vändningen).
- Placera ett underlägg där huvudet kommer att hamna.

Vändning med metod ”kåldolme”

- Placera patientens händer med handflatorna in mot kroppen. Det är viktigt att armar och händer ligger tätt invid kroppen. Handen på den sida som patienten vänds emot skall helst ligga ända in under skinkan.
- Ta bort EKG-elektroderna på bröstkorgen. Ha tre nya elektroder förberedda.
- Låt befintligt underlakan ligga kvar i sängen.
- Lägg ett blöjunderlägg över patientens bäcken, med den absorberande sidan mot patienten.
- Lägg sedan ett glidlakan med blått handtag och stort glidlakan ovanpå. Glidlakanets övre kant skall vara i höjd med axlarna.
- Rulla in följande på båda sidor längs med patienten: det övre glidlakanet, blöjunderlägget och det glidlakan patienten ligger på. Det skall INTE finnas någon lös bit lakan mot patienten utan lakanen ska rullas stramt. På CVK sidan ska lakanen rullas utåt och på andra sidan omvänt, dvs inåt.
- Flytta ut patienten på kanten, åt samma sida som CVK:n sitter på.
- Vänd upp patienten på högkant. Huvudet följer med och hålls i neutralt läge dvs näsan pekar ”rakt fram”.
- Gör en kort paus.
- Lägg ner patienten i bukläge, VAR FÖRSIKTIG- vissa patienter kan vara stela i nacken. Patienten läggs ner (om mycket stel nacke kan axlarna behöva läggas lite högre då huvudet kommer hamna något mer nedåt i sängen) flytta in

patienten till mitten av sängen med hjälp av det nya glidlakanet.

- Sätt på EKG-elektroder (spegelvänt) och kontrollera POX-klämman.
- Patienten skall ligga ”plant” i bukläge, inte i ”halvt sidoläge”.

Åtgärder efter vändning

- Justera/skjut in thorax- och bäckenkuddarna så att buken avlastas genom att lyfta patienten med hjälp av glidlakanet. Thoraxkudden ska ligga i höjd med axlarna.
- Placera huvudet åt sidan, lägg liten huvudkudde så att patienten har stöd för panna och kinder och att inget tryck finns mot ögonen.
- Kontrollera att det inte drar i tuben och att den inte knickas.
- Placera armen på ansiktssidan uppåt, var dock noga att armbågen inte är ovanför axeln (tänk 70 grader!). Den andra armen ska placeras neråt utmed kroppen.
- Placera geldynan under knäskålarna. Vid användning av geldyna, läggs inget påslakan/dylikt över geldynan.
- Placera en stor kudde under underbenen så att fötterna hänger fritt.
- Kontrollera att buk och bröst hänger fritt. Sära lite på benen så att pungen inte kläms, och se till att KAD-slang inte är knickad.
- Säkerställ att det är slätt under patienten.
- Hela sängen ska tippas för att minska risken för svullnad i ansiktet.
- Sondmat kan återstartas om det inte förelegat problem med ventrikelretention.

Vändning åter från bukläge till rygg

- Förberedelser enligt ovan Förberedelse av patient och Inför vändning

- Tag fram 3 nya EKG-elektroder, ett blöjunderlägg samt glidlakan med blått handtag och stort glidlakan.
- Lyft upp patienten i det undre lakanet och ta bort thorax- och bäckenkudde. Ta bort huvudkudden. Vänd även huvudet åt CVK sidan.
- Lägg ett stort blöjunderlägg från höftkammen och nedåt, lägg sedan glidlakan med blått handtag och stort glidlakan ovanpå, över patientens rygg. Glidlakanets övre kant skall vara i höjd med axlarna.
- Placera patientens händer med handflatorna in mot kroppen. Det är viktigt att armar och händer ligger tätt invid kroppen.
- Rulla in följande på båda sidor längs med patienten: det övre lakanet, blöjunderlägget och det lakan patienten ligger på. Det skall INTE finnas någon lös bit lakan mot patienten utan lakanen ska rullas stramt. På CVK sidan ska lakanen rullas utåt och på andra sidan omvänt, dvs inåt.
- Flytta ut patienten på kanten, åt den sida som CVK:n sitter på.
- Vänd upp patienten på högkant (huvudet rätas långsamt ut till neutralt läge med näsan ”framåt”). Gör en kort paus.
- Lägg ner patienten på rygg och flytta in patienten i mitten av sängen.
- Sätt på EKG-elektroder samt kontrollera POX-klämma.

Förebyggande av tryck – och andra skador hos patient i bukläge.

Varje timma –kontrollera och gör små

lägesförändringar/justeringar av kuddar/positionen.

Tänk särskilt på:

- Ögon, panna, kinder
- Höftbenskammar
- Knäskålar och fötter
- Brösten hos kvinnor och skrotum hos män

Varannan timma - ändra läge

- Placera patientens båda armar nedåt utmed kroppen
- Lyft patientens överkropp med lakanet och vänd huvudet åt andra hållet.
- Byt armarnas position med armen på ansiktssidan uppåt.
- Kontrollera ventrikelretentioner var fjärde timma, alltså vid varannan lägesförändring.

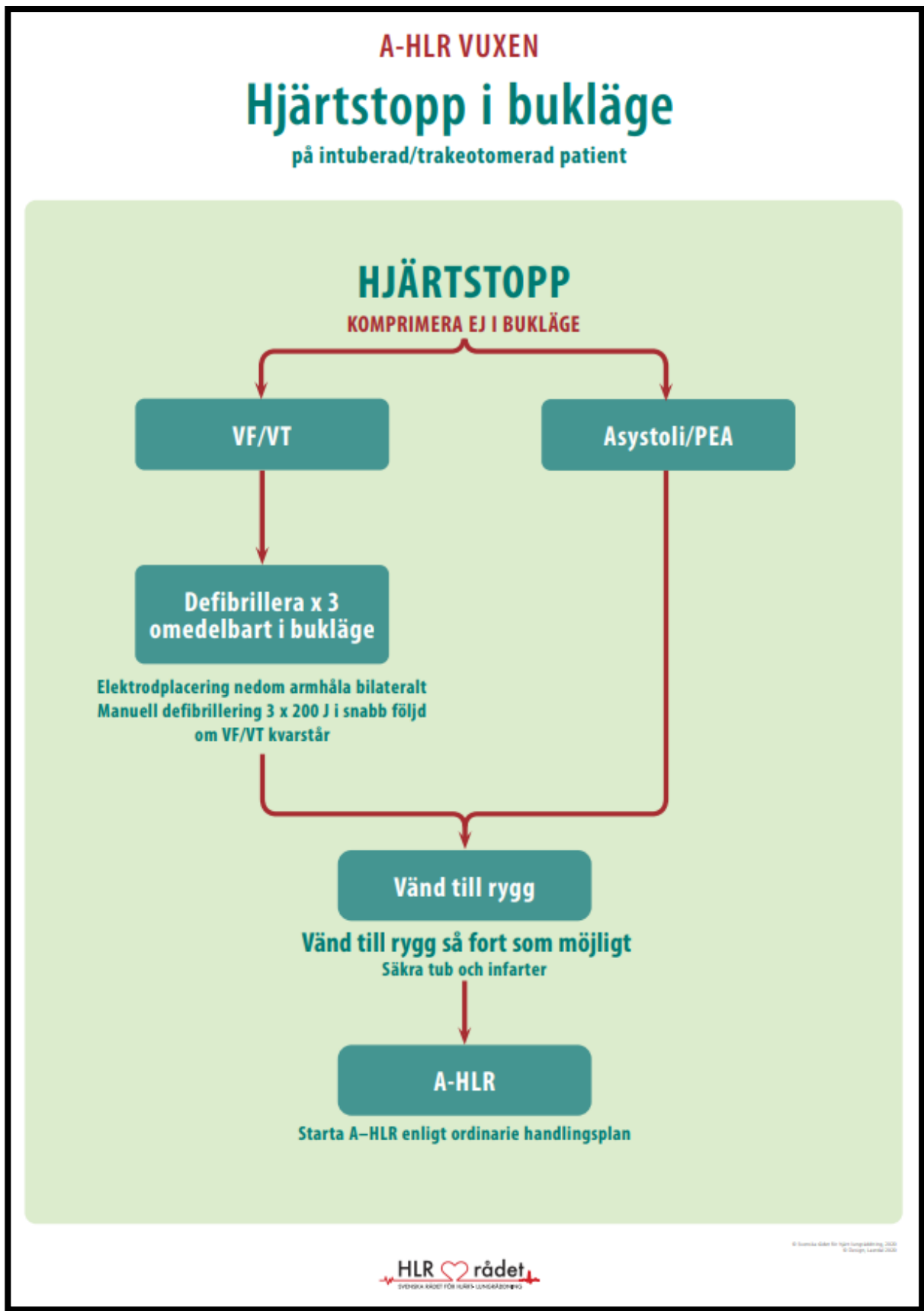
Övriga kontroller

Det är viktigt att inte översträcka lederna. Observera särskilda följande kroppsdelar:

- Nacke, armhåla, armbågar, ljumskar.

Dokumentation

Dokumentera bukläge och vändningar på observationskurvan.



Referenser

Relaterad information Microsoft Word

Omvårdnadsrekommendationer_Bukläge_RfAnIva_2021-02.doc

Ashley i., Simpson., Kalpesh R., Vaghela, Hazel Brown et al. (2020) Reducing the Risk and Impact of Brachial Plexus Injury Sustained From Prone Positioning – a Clinical Commentary. *Journal of Intensive Care Medicine*. DOI: <https://doi.org/10.1177/0885066620954787>
Guérin C, Reignier J, Richard JC, Beuret P, Gacouin A, Boulain T, Mercier E, Badet M, Mercat A, Baudin O, et al.; PROSEVA Study Group. (2013) Prone positioning in severe acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 2013;368:2159–2168. Priyanka, S., Mohsan M., Ibtesham HT. & Manzouti B. (2021) Ocular Complications in the Prone Position in the Critical Care Setting: The COVID-19 Pandemic. *Intensive Care Medicine*. DOI: 10.1177/0885066620959031

Arbetsgrupp

Innehållsansvariga

Helga Ásgeirsdóttir, anesthesiöverläkare

Annette Eliasson, undersköterska

Carina Johnsson, sjuksköterska

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Intensivvårdsavdelning Alingsås

Innehållsansvar: Carina Johnsson, (carjo9), Ivasjuksköterska

Godkänd av: Helga Ásgeirsdóttir, (helsg1), Överläkare

Dokument-ID: SV9761-782711715-1153

Version: 3.0

Giltig från: 2025-05-28

Giltig till: 2027-09-27