

Gäller för: Intensivvårdsavdelning Kungälv

Giltig från: 2025-04-30

Innehållsansvar: Anna Berg Olofsson, (annol140), Ivasjuksköterska

Giltig till: 2027-04-30

Godkänd av: Christina Bergqvist Grivans, (chrgr6), Överläkare

Subglottisaspiration, endotrakealtub och trakealkanyl

Förändringar sedan föregående version

Inga förändringar.

Syfte

En säker rutin för subglottisaspiration för att förebygga ventilatorassocierad pneumoni, VAP.

Arbetsbeskrivning

Gör så här:

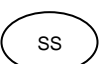
- Aspirera överdrivet långsamt med hjälp av en 5 eller 10 mL spruta.
- Aspirera vid behov, minst en gång per arbetspass. Aspirera inför urkuffning.

Vid sekretstagnation eller stopp i kanalen kan man spola 1–2 mL luft innan man aspirerar. Om detta inte hjälper skall kufftrycket ökas till 45 cm H₂O och därefter injiceras 1–2 mL NaCl för att spola rent sugkanalen. Därefter aspireras enligt ovan. **Återställ kufftrycket efteråt.**

Kassera använd spruta bland vanligt avfall.

Aspiration och spolning i subglottiskanal dokumenteras på obs-kurvan med koder.

 = Subglottisaspiration

Gör vb en luftvägskod  = Subglottisspolning

Bakgrund

Aspiration/translokalisering av sekret med patogena bakterier, nedanför endotrakealtubens kuff, är den största risken för att utveckla VAP (1, 2). VAP är förknippad med längre respiratortid, längre vårdtid på IVA, förlängd sjukhusvistelse och kan till och med bidra till ökad risk för mortalitet (2). För att nå en tät luftväg behövs ett kufftryck så högt som 60 cm H₂O, med risk för skador på luftstrupens slemhinna (3). En potentiell strategi för att förhindra VAP är istället att aspirera bort sekret ovanför endotrakealtubens kuff, vilket åstadkommes genom en separat lumen: Subglottic Secretion Drainage (SSD) (2). Endotrakealtuber med SSD kan minska förekomsten av VAP med upp till 50 % och därmed minska antalet respiratortimmar och tiden för total IVA vårdtid (1, 4). Även för trakeotomerade patienter minskade förekomsten av VAP signifikant när trakealkanyler med SSD användes (5).

Referensförteckning

1. Muscedere J, Rewa O, McKechnie K, Jiang X, Laporta D, Heyland DK (2011). *Subglottic secretion drainage for the prevention of ventilator-associated pneumonia: a systematic review and meta-analysis*. Crit Care Med.39(8):1985-91.
2. Wang F, Bo L, Tang L, Lou J, Wu Y, Chen F, Li J, Deng X (2012). *Subglottic secretion drainage for preventing ventilator-associated pneumonia: an updated meta-analysis of randomized controlled trials*. J Trauma Acute Care Surg. 72(5):1276-85.
3. Juan F. Fernandez., Stephanie M. Levine., Marcos I. Restrepo, (2012). *Technologic Advances in Endotracheal Tubes for Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia*. CHEST 142(1), 231-238.
4. Rong, Wang., Xiang, Zhen, Bao-Yi Yang., Xue-Zhen Guo, Xue Zeng, Chun-Yan Deng. (2015) *Subglottic secretion drainage for preventing ventilator associated pneumonia: A meta-analysis*. Chinese Nursing Research. 2:55-60
5. Terragni P, Urbino R, Mulas F, Pistidda L, Cossu AP, Piredda D, Faggiano C, Falco D, Magni G, Mascia L, Filippini C, Ranieri VM (2020). *Occurrence of ventilator associated pneumonia using a tracheostomy tube with subglottic secretion drainage*. Minerva Anesthesiol. 86(8):844–852.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Intensivvårdsavdelning Kungälv

Innehållsansvar: Anna Berg Olofsson, (annol140),
Ivasjuksköterska

Godkänd av: Christina Bergqvist Grivans, (chrgr6), Överläkare

Dokument-ID: SV9761-782711715-253

Version: 2.0

Giltig från: 2025-04-30

Giltig till: 2027-04-30