

Gäller för: Operation Kungälv, Intensivvårdsavdelning Kungälv

Innehållsansvar: Morten Strinnholm, (morst2), Enhetschef

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

Giltig från: 2025-01-13

Giltig till: 2027-02-07

Tracheostomi på IVA och Operation

Förändringar sedan föregående version

Nytt datum.

Syfte

Säkerställa en enhetlig rutin för planering, utförande av tracheostomi och handhavande av akuta komplikationer.

Arbetsbeskrivning

Tracheostomi utförs på intensivvårdspatienter där man förväntar sig ett behov av trachealintubation på 7–10 dagar eller mer. Med tracheostomi minskar behovet av sedering, andningsarbetet, risken för pneumoni, samtidigt som skötsel av munhygien, och urträning ur respirator underlättas.

När fri luftväg behövs akut på grund av övre luftvägshinder, t.ex. vid angioödem i munhåla och svalg och där orotracheal intubation ej är möjlig, utförs i första hand koniotomi.

För att hålla sortimentet av trachealkanyler enhetligt beställs dessa av IVA. Kanyler som skall finnas är kuffad standardkanyl med subglottisk sugkanal och kuffad, justerbar kanyl för patienter med stort halsomfång.

Tracheostomi utförs om möjligt av två operatörer med god kunskap och vana av ingreppet. Ingreppet kan utföras kirurgiskt, sk öppen tracheostomi, eller minimalinvasivt med perkutan metod. För att uppnå och upprätthålla tillräcklig kompetens och vana av ingreppet på Kungälvssjukhus skall tillräckligt många öppna tracheostomier utföras av ”trach-operatörerna” (ÖNH läkare finns ej att tillgå på sjukhuset). Kompetens för öppen tracheostomi skall finnas tillgänglig även när perkutan tracheostomi utförs då öppen metod är backupmetod då perkutan tracheostomi inte visar sig vara möjlig. Ingreppet bör så långt som möjligt utföras på operationsavdelningen.

Vid avvikande anatomi, kraftig svullnad på halsen (t.ex. större blödning från halskärl, uttalat subcutant emfysem), ej korrigerbar blödningsrubbnings, tumör i anslutning till operationsområdet eller andra tecken till svårigheter under ingreppet kontaktas ÖNH specialist på SU/Sahlgrenska för konsultation och ev assistans med ingreppet.

Under ingreppet kontrolleras läget av trachealkanylen visuellt, genom att ventilation ger normal höjning av bröstkorgen och att retur av CO₂ kan noteras alternativt via bronchoscopi. Vid perkutan tracheostomi kontrolleras även läget med bronchoscopi via kanylen innan ventilation påbörjas. Kuffen skall vid rekommenderade kufftryck täta så att luftläckage förbi trachealkanylen inte uppstår. Ingreppet avslutas med att trachealkanylen förses med innerkanyl. Postoperativt utförs lungröntgen för att verifiera läget på trachealkanylen.

Trachealkanylen fixeras med nackband avsedda för fixation av trachealkanyl. Vid behov av ökad säkerhet, t.ex. svårintuberad patient, mycket mobil eller orolig patient skall kanylen även fixeras med hudsuturer via "vingarna" på kanylen. Om nackband inte är möjligt kan en stort duodermplatta med utklippt slits och hål för trachealkanylen fästas över vingarna och halsen.

Sax, och vid suturerad trachealkanyl även suturkniv, skall finnas lätt tillgängligt på patientrummet om akut dekanylering skulle bli nödvändig. Nässpekulum, nya trachealkanyler i storlek 6,0, 7,0 samt 8,0 finns i akutvagnen.

På IVA sköts omvårdnaden av tracheostomin enligt Rutin:

[Omvårdnad – Tracheotomerad patient](#)

Patient som efter IVA-vården överförs till vårdavdelning med kvarvarande tracheostomi skall ha trachealkanyl med innerkanyl. Detta för att effektivt kunna renhålla kanylens lumen och motverka risken för obstruktion.

Handhavande vid problem med tracheostomi

Läckage av luft förbi trachealkanylens kuff:

Luftläckage från tracheostomin kan bero på att;

- Kuffen eller pilotballongen är sönder och läcker
- Kufftrycket är för lågt i förhållande till luftvägstrycket
- Kuffen ligger endast delvis i, eller utanför trachea → stor risk för dekanylering föreligger.

Vid uppkommet luftläckage trots adekvata kufftryck enligt Rutin: [Omvårdnad – Tracheotomerad patient](#) skall narkosläkare tillkallas för att säkerställa trachealkanylens läge.

Handhavande vid dislocerad trachealkanyl:

Trachealkanylen läcker men patienten ventileras adekvat:

Om man med flexibelt bronchoskop kan verifiera intratrachealt läge kan man med bronchoskopet som ledare försöka föra kanylen på plats. Om möjligt verifieras korrekt läge med bronchoskopet via larynxingången, komplettera alltid med röntgenkontroll.

Alternativt kan en ventilationsledare föras ned via trachealkanylen till trachea och trachealkanylen föras på plats med denna som guide. **OBS! Detta förutsätter att ventilationsledaren inte möter motstånd.** Läget skall kontrolleras enligt ovan.

Accidentell dekanylering:

Vid **tracheostomi utförd inom 6 dygn** bör man inte försöka återinföra en trachealkanyl som glidit ut på grund av att stomat inte "mognat" och vävnaderna snabbt täcker för hålet. Risken att komma in i fel lager med trachealkanylen och generera ett kraftigt subcutant emfysem är för stor.

Istället bör man följa den ordinarie rutinen för ofri luftväg och i första hand försöka med maskventilation och snabbt säkra luftvägen genom orotracheal intubation. Observera att orotrachealtuben kan behöva föras ner längre än normalt för att kuffen skall täta nedanför tracheostomins håll i trachea. Trachealkanylen kan sedan i lugnt skede återföras under kontrollerade former. Överväg längre kanyl.

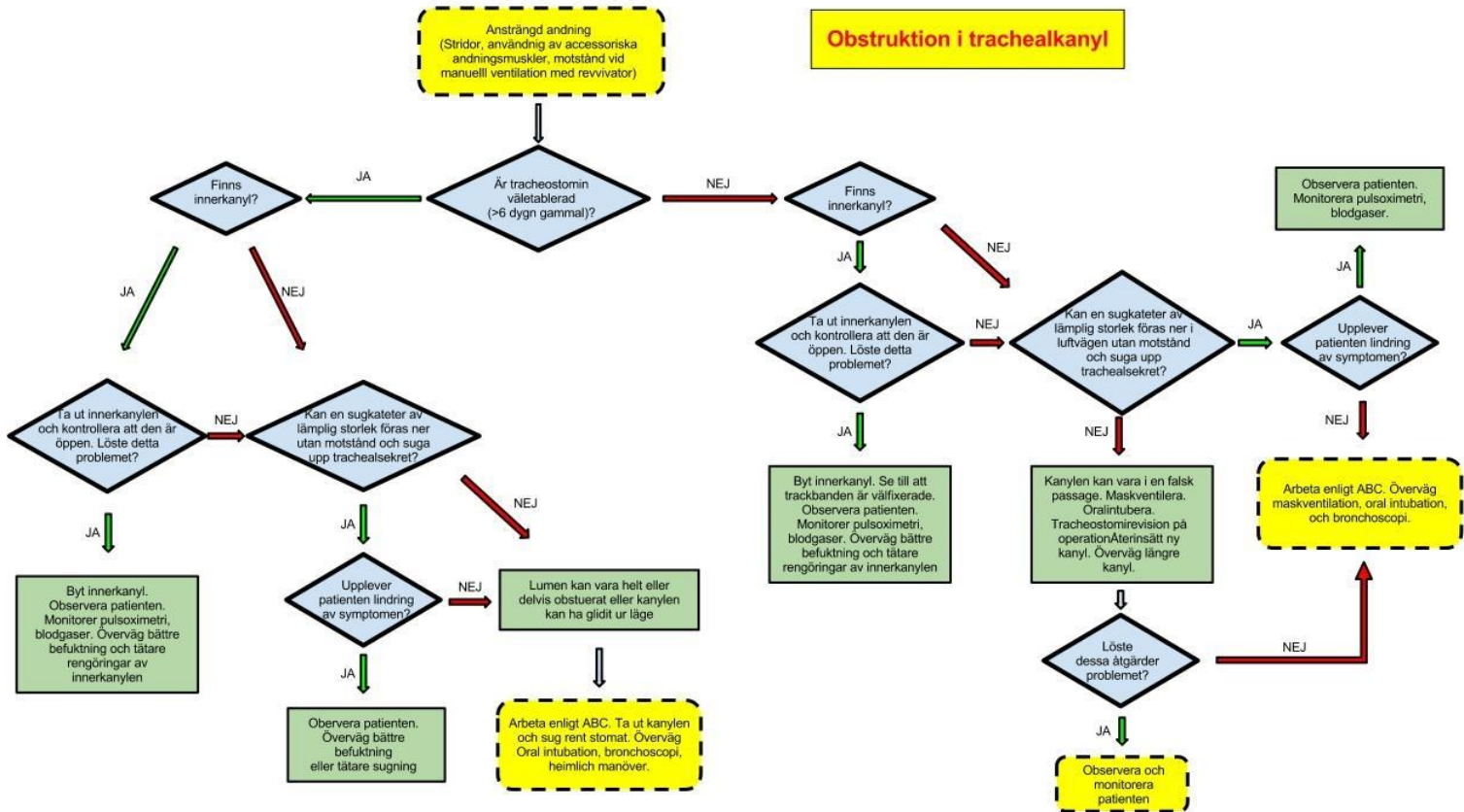
Vid **tracheostomi utförd för 7 dagar sedan eller mer** samt väletablerat stoma kan man primärt försöka återinsätta trachealkanyl via stomat. Använd kanyl av samma storlek eller 1 storlek mindre, öppna stomat med nässpekulum om tracheas insida inte är synlig, för ner ledare (helst ventilationsledare, via vilken man även kan tillföra O₂) och däröver kanyl, alternativt använd kanyl med obturator. Verifiera läget med adekvata andningsrörelser, CO₂ retur och lungröntgen alternativt bronchoscopi enligt ovan. Nässpekulum, nya trachealkanyler i storlek 6,0, 7,0 samt 8,0 finns i akutvagnen.

OBS! Försök att primärt återinsätta trachealkanyl får inte fördröja oralintubation om patienten har tendens till att desaturera.

Obstruktion i trachealkanyl

För att se flödesschemat tydligare samt för utskrift, använd denna länk:

[Flödesschema](#)



Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Operation Kungälv, Intensivvårdsavdelning Kungälv

Innehållsansvar: Morten Strinnholm, (morst2), Enhetschef

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

Dokument-ID: SV9761-782711715-337

Version: 4.0

Giltig från: 2025-01-13

Giltig till: 2027-02-07