

Trakeostomi på vårdavdelning

1. BAKGRUND

Sjukvården utvecklas kontinuerligt. Ökad kunskap i kombination med bättre monitorering och behandlingsmöjligheter har vidgat indikationen för trakeostomi. Bland följande grupper har förekomsten av trakeostomi ökat eller kommer att öka framledes:

1. Äldre och multisjuka patienter kräver efter intensivvård längre tid för återhämtning än vad yngre och i grunden friskare patienter gör. Slemstagnation pga. muskelsvaghet kan dröja sig kvar som det enda besvärande symtomet i slutet av intensivvårdstiden och under tiden närmast därefter.
2. Patienter med progressiva muskeldystrofier (t.ex Duchenne) blir allt oftare föremål för intensivvård och respiratorbehandling i hemmet.
3. Patienter aktuella för neurorehabilitering (t ex patienter med stroke, neurotrauma, kronisk Guillain-Barré eller post meningit-encephalit).
4. Patienter med critical illness polyneuromyopathy (relativt vanlig generell muskelsvaghet som drabbar svårt sjuka patienter på IVA), som kräver lång återhämtningstid men kan bli helt återställda.

Genom ökad kunskap om trakvård hos vårdpersonal kommer dessa patienter i större utsträckning än tidigare kunna vårdas på vårdavdelning. Detta ger ökad effektivitet för sjukvården och förbättrad vårdkvalitet för patienten.

2. ALLMÄNT OM TRAK

Trakeostomi är en konstgjord luftväg på halsen som hålls öppen med en trakealkanyl. Denna kanyl är ditsatt vid en mindre operation, antingen på IVA eller på Operation. Kanylen kan vara försedd med en uppblåsbar kuffballong som möjliggör mekanisk ventilation och hindrar sekret och maginnehåll från att rinna ned i luftstrupen. En annan viktig funktion hos alla trakealkanyler är att de kan användas för bortsugning av slem i luftvägarna. Det är viktigt att man använder sig av korrekt sugteknik för att inte skada luftvägarna. [Se bilaga.](#)

2.1 Andningstrach

Denna typ av trachealkanyl används normalt för att andas genom och är vanligtvis försedd med en uppblåsbar kuff. En andningstrak ska alltid hållas öppen och inte pluggas. För att minska risken för att intorkat sekret orsakar stopp i trakealkanylen är den ofta försedd med en innerkanyl som kan tas ut och rengöras. Om en sekretplugg orsakar stopp i trakealkanylen ska innerkanylen omedelbart tas ut. Patienten får då direkt en fri luftväg via den kvarvarande ytterkanylen. Innerkanylen behöver tas ut och rengöras dagligen. Se bilaga [Rengöring av innerkanyl Shiley](#) samt [Rengöring av innerkanyl Bivona](#).

Andningstraken används ibland p.g.a. att det finns ett andningshinder högre upp i luftvägen eller för att det intermittent behövs någon typ av mekanisk andningshjälp (t ex CPAP eller hostmaskin).

2.2 Sugtrach

Denna typ av trakealkanyl används bara för rensugning av luftvägarna och saknar kuff. Luft kan passera både genom kanylen och via munnen. Oftast är sugtraken stängd av en röd plugg som tas bort när man behöver suga rent.

3. AKUT SITUATION PÅ TRAK

3.1. Andningsstopp på trakad patient

3.1.1. Vid andningsstopp hos patient med **andningstrak** kopplas ventilationsblåsa med syrgas till traken och patienten ventileras under kontroll av andningsrörelser och -ljud. Om ingen luft kommer i patienten ska ev. innerkanyl tas ur och försök till ventilering göras igen. Om ventilation på trak misslyckas tas hela trakealkanylen bort och patienten ventileras via pocketmask över stomat eller över munnen. LARMA ANESTESI Jour.

3.1.2. Vid andningsstopp på **sugtrak** ventileras patienten med pocketmask över munnen. LARMA ANESTESI Jour.

3.2. Syrgasbehov hos trakad patient

3.2.1. Syrgas kan ges via **andningstrak** men bör ges med aktiv befuktning. Syrgasflödet kan annars leda till uttorkade slemhinnor i nedre luftvägen, vilket ökar risken för slemhinneskador, sekretstagnation, kanylstopp och nedre luftvägsinfektion. Se bifogat dokument för anvisningar angående aktiv befuktning.

3.2.2. Patienter med **sugtrak** bör ges syrgas via mask eller grimma, och trachen bör då vara pluggad.

4. ALLMÄNNA FRÅGOR OM TRAKEALKANYL

4.1. Kan patienten tala med trakealkanyl?

Ja, om trakealkanylen är en sugtrak som är pluggad kan patienten alltid tala obehindrat. Om samma kanyl är opluggad kan patienten vara röstförsvagad, eftersom en del av luften läcker ut genom trakealkanylen. Om trakealkanylen däremot är en andningstrak kan patienten inte tala så länge kuffen är uppblåst. Först när denna har kuffats ur och en talventil (envägsventil) har placerats på kanylen kan även denna patient tala. För mer information om hur talventilen fungerar, [se bilaga](#).

OBS! Sätt aldrig på en talventil eller röd plugg på en andningstrak med uppblåst kuff, eftersom patienten inte kan andas då!

5. SKÖTSEL AV TRAK

5.1. Stoma och band (andningstrak och sugtrak)

Rengör stomat med NaCl en gång per dag eller vid behov. Om rikligt med sekret och smetigt förband, byt ofta (vid fuktigt förband bakterietillväxt).

1. Fukta små (5x5cm) sterila kompresser med NaCl.
2. Rengör runt stomat och torka torrt.
3. Täck sårkanterna med en slitskompress.
4. Byt kanylbandet vid behov eller i samband med helavtvätt eller dusch. Två personer hjälps åt att byta kanylbandet. En fäster det speciella bandet runt halsen och medhjälparen håller kanylen på plats. Kontrollera att bandet inte sitter för hårt (stasar). Två fingrar ska kunna föras in under bandet.

5.2. Andningstrak med kuff

Andningstrak med uppblåst kuff behöver särskild omsorg, eftersom det samlas sekret ovan kuffen. Bakterier trivs i detta sekret, vilket kan leda till infektion om det inte avlägsnas regelbundet.

Gör så här:

1. Dra ur luften ur kuffen tre gånger per dygn = en gång per arbetspass för att minimera risken för tryckskador i trachea och slemhoppning ovan kuffen.
2. Rensugning av luftvägarna skall ske samtidigt med urkuffning. Två personer hjälps åt.
3. Sugkatetern skall vara på plats en bit under kanylen med suget på när kuffen töms. Då hinner man suga upp sekretet innan det rinner längre ner i luftvägarna.
4. Kuffa upp igen med det antal ml luft som anges i patientens bedside-instruktion Andningstrach.
5. Så kallad ”näsa” för befuktning byts en gång per dygn eller oftare om det behövs.

För en fördjupad förståelse kring ovanstående, v g se avsnittet om Tracheostomi i Vårdhandboken.

6. ANSVAR FÖR TRAKEALKANYLER

Intensivvårdskliniken US och Öronkliniken US ansvarar för backup när det gäller de trachade patienterna på US. Anestesi- och Intensivvårdskliniken har motsvarande ansvar på ViN. Det framgår av bedside-instruktionen Andningstrak respektive Sugtrak vilken klinik som har ansvaret för varje specifik patient. LiM har ännu inte implementerat denna PM.

Kontaktuppgifter

Akuta problem – sök anestesijour 97010 (US) /96710 (ViN)

Icke-akuta problem – sök MIG 97100 (patientansvar IVA US) tel. 32507 (patientansvar Öron US) eller tel. 42336/43352 (patientansvar IVA ViN).

Sammanställning av utbildningsmaterial för vårdavdelningar

Dokument för utskrift:

[Andningstrak Bivona, Shiley](#)

[Andningstrak Portex](#)

[Andningstrak Uniperc](#)

[Sugtrack](#)

[Talventil vid andningstrack](#)

[Sugning via trachealkanyl](#)

[Rengöring av innerkanyl Bivona](#)

[Rengöring av innerkanyl Portex](#)

[Rengöring av innerkanyl Shiley](#)

[Rengöring av innerkanyl UniPerc](#)

[Aktiv befuktning](#)

[Aktiv befuktning med Airvo](#)

[Vårdhandboken](#) – kapitlet om Tracheostomi

Instruktionsfilmer för breddutbildning:

1. [Introduktion och olika trakealkanyler](#) (Tid 1:20)
2. [Skötsel av tracheostoma](#) (Tid 1:30)
3. [Sugteknik och skötsel av innerkanyl](#) (Tid 3:34)
4. [Urkuffningsprocedur vid andningstrak](#) (Tid 1:35)

-
5. [Talventil vid andningstrak](#) (Tid 1:29)
 6. Lån av simuleringsdocka – ring och boka på Clinicum tel. 37375

Textansvariga

Martin Golster, IVA US
Mats Guldstrand, Clinicum US
Christina Liffner, IVA US
Anna-Karin Strömberg, Öronkliniken US
Camilla Dolk, Öronkliniken