

ANE LÄK Trakeotomi och Koniotomi

Indikationer:

- Långvarig respiratorvård, >1 v
- Trauma ansikte/hals
- Stämbandspares
- Andningsinsufficiens
- Tumör/missbildning ansikte/hals

Beslutet att lägga en trakeotomi eller koniotomi är i praktiken ofta beroende på anatomiska förutsättningar eller individuella preferenser hos operatören.

En trakeotomi är ofta behagligare att ha för patienten och ger mindre hostretning än en koniotomi som å andra sidan kan gå fortare att utföra och kan passa bättre på en kort och tjock hals.

En viktigare distinktion görs mellan kirurgisk öppen trakeotomi och percutan dito. Ofta är valet mellan dessa egalt och praktiska omständigheter eller operatörens vana kan tillåtas styra. En kirurgisk öppen trach är dock att föredra vid följande tre situationer:

1. svårt lungsjuk pat (t ex höga luftvägstryck eller högt FiO₂)
2. svårintuberad patient
3. kort hals

De två första förklaras av att luftvägen hanteras och obstrueras mera vid en "stick-trach" och att den öppna tekniken då är säkrare.

En kort hals (färre än två trakealringar kan palperas) utgör en starkt försvårande faktor för den blinda percutana tekniken.

Trakeotomi/koniotomi utförs i första hand på IVA, med assistans av op-sköterska om möjligt. Det är extra angeläget att undvika en förflyttning till op om patienten är instabil i vitala funktioner. Läget optimeras mha förlängningsbräda enl nedan.

Percutan trakeotomi

Trakeotomi kan göras på IVA av narkosläkare med dilatationsteknik om halskonfiguration och respiratorinställningar tillåter.

Ingreppet utförs efter överenskommelse med öronläkare, så att narkosläkaren snabbt kan få hjälp om något oförutsebart inträffar och ett mer avancerat ingrepp krävs.

Vid percutan trakeotomi ska två läkare närvara. Den ena utför själva ingreppet medan den andra via ett bronkoskop övervakar ingreppet så att insticket i trakea sker i medellinjen och på avsedd nivå. Patienten ligger plant på rygg med lakan under skulderbladen och huvudet maximalt bakåtböjt för bästa tillgänglighet.

Använd förlängningsbrädan (i IVA:s apparatförråd) för att kunna flytta pat upp i sängen så att axlarna kommer i höjd med ordinarie madrasskant, allt för att komma närmare op-området. En speciell kudde för förlängningsbrädan samt en gelring för huvudet finns i op-topsförrådet på c-op, märkta "För trak på IVA".

Diktera operationsberättelse efter ingreppet.

Använd diagnosen Akut resp insufficiens nr: J96.0.

Op-kod Trakeostomi GBB 00/Krikothyreotomi DQA 00. Optid för detta är 45 min.

Detta anmäls av sekr till utgårdaprogrammet, C-op.

Registrering sköts också via sekr för att man sedan ska kunna se hur många trakeostomier som är gjorda per månad/år etc. Man kan även där få fram hur många patienter som är hemmahörande på medicinkliniken, kirurgkliniken osv.

Lungröntga patienten efter några timmar, fråga efter trach-läge, pneumothorax och subcutant emfysem.

Skötsel

Kufftryck mäts inom ½ timme efter trakeostomin, därefter 1 gång/pass.

Om högre än 20 cm H₂O (15 mm Hg) kontakta ansvarig IVA-läkare.

2 patientfingrar ska rymmas under track-banden.

Kanyl byts efter 7-10 dagar första gången och därefter var annan vecka.

Kroniska bärare byter var 6:e vecka.

Suturer

Ev. suturer tas 7-10 dagar efter ingreppet.

Dekanylering

Sätt några Steristrip över stomin därefter kompress och Tegaderm.

Trachad pat på vanlig vårdavdelning

Om pat lämnar IVA med trach skall öronläkare meddelas för att kunna ta över ansvaret för trachen. Se i dokument (Trakeostomi-/kanylvård) för mer information. Se till att ovanstående dokument medföljer pat. till vårdavdelningen.

Kanyler**Tracheosoft Sealguard Evac (Mallinckrodt)**

Finaste cuffen i kombination med sugkanal ovanför kuffen, sk subglottisk sugkanal. Vår standardkanyl. Ingen innerkanyl. Små storlekar (6) kan vara svåra att få på plats med percutan teknik, ingen optimal passform till införaren. Numren motsvarar innerdiametern i mm.

Portex

Mjuk och har bra passform. Saknar innerkanyl. Fungerar bra med percutan teknik. Numren motsvarar innerdiametern i mm.

Shiley

Stel, dyr, ger lättare trakealskador än Portex. Har innerkanyl.

Numren motsvarar innerdiametern, ytterdiameter större pga dubbla kanyler.

Rengöring av trakealkanyl med innerkanyl

1. Tag på skyddsrock, handskar och visir!
2. Tag ut innerkanylen och ersätt den med reservkanylen!
3. Om det finns fasttorkade krustor i innerkanylen läggs den i 3%-ig väteperoxid. Låt kanylen ligga tills det slutat bubbla!
4. Lägg innerkanylen i Ytdesinfektion + och rengör den mekaniskt såväl invändigt som utvändigt! Lämpligen kan man dra en kompress genom kanylen.
5. Skölj med rinnande vatten!
6. Doppa kanylen i M-sprit 70% och låt den sedan lufttorka!
7. Tag ut reservkanylen och ersätt den med den rena innerkanylen!
8. Rengör reservkanylen med samma metod! Förvara sedan reservkanylen torrt i en ren burk med lock (t ex protesköpp).

PEP-behandling på trach

Pep-behandling på trach

Även patienter med trach kan PEP-behandlas (motsvarande PEP-flaska eller PEP-mask). Sjukgymnasten provar ut det motstånd som ger önskat tryck och avdelningspersonalen använder enligt överenskommelse.

Motståndet ska vara monterat på "ut"-delen (grått) på PEP-ventilen. Koppla ventilen till trachen (genomskinliga delen) enl bild. Cuffen ska vara uppblåst. Låt patienten ta önskat antal andetag, koppla tillbaka trachnäsan.

OBS! Håll hela tiden koll på patienten så att de inte hostar med PEP-ventilen kopplas till trachen (blir mkt höga tryck).

OBS! Fungerar endast att koppla de äldre PEP-ventilerna (grön/grå) till trachen, inte de nyare (blå/grå).

Motstånd



PEP-Ventil



Trach-låda (percutan tracheotomi)

Detta skall finnas i lådan:

- 1 st Percutant dilatationsset COOK Blue Rhino (C-PTIS-100-WCE-HC).
- 1 av vardera standardtrach (Tracheosoft Evac nr 6, 7, 8)
- 1 st Tvättset CVK-ÖSD
- 3 st Sterila dukar med klisterkant, Adhesive towel 75x90
- 1 st Steril rock stl large
- 1 av vard. Sterila handskar stl 6-8,5
- 1 st Sterilt Nässpekulum
- 1 st Metallinekompress för track
- 1 tub (20g) Xylocaingel 20 mg/ml.

Hämta

- Bronkoskopivagn + engångsbronkoskop
- Akutvagnen

Ta med

- En stor rullvagn att duka på
- 2 st vanliga lakan (att lägga under skulderbladen på patienten)
- Gelring + grön kilkudde från IVA:s förråd + hjärtbräda
- 1 fl Klorhexidinsprit 5 mg/ml
- 1 fl NaCl 9 mg/ml 100 ml

Läkemedel

- Carbocain Adrenalin 10 mg/ml 20 ml
- Esmeron 10 mg/ml 2 ampuller (dra upp den ena)
- Fentanyl 0,05 mg/ml 2 ml uppdraget
- Propofol 10 mg/ml i motorspruta

Ursprungsdokument skrivet av Mattias Schindele, läkare

