

		<b>PASIENTER OG BRUKERE</b>		<b>Prosedyre</b>
<b>TRACHEOSTOMI - STELL OG OBSERVASJON</b>				Side 1 av 4
Dokument ID: <b>II.SOA.AIO.SSA.2.c-22</b>	Gruppe: 	Godkjent dato: <b>15.11.2024</b>	Gyldig til: <b>15.11.2026</b>	Revisjon: <b>0.07</b>

Somatikk Arendal/Anestesi, intensiv, operasjon/INTENSIV/Pasienter og brukere/Utstyr, arbeidsrutiner

## TRACHEOSTOMI

er en operativ åpning på halsen inn til trachea som danner ny luftvei.

### Indikasjon:

- spontan ventilasjon, men er ikke i stand til å holde frie luftveier
- respiratorbehandling/respiratoravvenning
- strupekreft

### Typer tracheostomier som brukes:

- **Portex** – vanligst, har luft i cuff
- **Bivona** – sterilt vann i cuff
- **Shiley** – har innerkanyle, men brukes sjeldent

### Ansvar og sikkerhet:

Nødvendig utstyr må være på rommet



Om pasienten er på sengepost må aktuelle prosedyrer (og evt undervisningsmateriell) ligge tilgjengelig på rommet


### Start alltid vekten med å sjekke utstyret på rommet

- Sjekk at suget virker
- Sjekk at sugeposen ikke er for full
- At det er nok sugekatetre og sterile hansker på rommet
- Sjekk bagen med testlunge.

### Utstyr tilgjengelig på stuen ved bruk av tracheostomi

- Oksygenuttak til bag, nesebrille, evt puritanfukter med hestemaske
- Bag m/ filter, svivel og grønn O<sub>2</sub>- slange (skiftes x 1 pr. uke)
- Sugeutstyr
  - Sugeejektor, sugekolbe med pose, sugeslange, sugekatetre, flaske med sterilt vann til skyl
- Sugekateter tilpasset kanylestørrelse
  - Kanylestørrelse x 2, minus 2. (Eks kanyle str. 7 x 2 = 14, minus 2 = 12)  
 Se prosedyre – [Suging i luftveiene hos intuberte og tracheostomerte voksne pasienter](#)
- Sterile hansker, evt munnbind
- Cuffsprøyte -10 ml
- Ny trachealtube i samme størrelse og type i tilfelle aksidentell dekanylering
- **På Intensiv:** i tillegg respirator Hamilton C6

Utarbeidet av: <b>H.Hembre</b>	Først utgitt: 	Fagansvarlig: <b>V. Dokka</b>	Godkjent av: <b>Ikke styrt</b>	
-----------------------------------	--	----------------------------------	-----------------------------------	---

 SØRLANDET SYKEHU		<b>Tracheostomi - stell og observasjon</b>			Side: 2 Av: 4
Dokument-id: II.SOA.AIO.SSA.2.c-22	Utarbeidet av: H.Hembre	Fagansvarlig: V. Dokka	Godkjent dato: 15.11.2024	Godkjent av: Ikke styrt	Revisjon: 0.07

Somatikk Arendal/Anestesi, intensiv, operasjon/INTENSIV/Pasienter og brukere/Utstyr, arbeidsrutiner

## Fukting og O<sub>2</sub> tilførsel

For at slimet ikke skal tørke ut og tette kanylen er det viktig å gi O<sub>2</sub> - tilførsel med god fukting.

- På Intensiv brukes respirator med fukting
- Det kan gis O<sub>2</sub> via en puritanfukter gjennom korrugerte slanger til en maske som legges foran tracheostomien med taleventil eller til et T-stykke
- Dersom pasienten ikke trenger O<sub>2</sub>-tilførsel, kan et filter settes på tracheostomikanylen for å filtrere luften (kunstig nese)
- O<sub>2</sub> - tilførsel kan også kobles direkte til taleventilen, men ved høy O<sub>2</sub> - flow blir det lite fukting
  - O<sub>2</sub> gitt på denne måten må derfor bare brukes i korte perioder

## Når skal man suge i luftveiene?

Suging i trakealkanyle utføres ved behov og ikke rutinemessig

- Når pasienten hoster
- Når vi hører surklelyder eller sekretlyder over trachea
- Ved plutselig fall i SaO<sub>2</sub>
- Dårligere respirasjonslyder ved auskultasjon
- Uro/ økt respirasjonsarbeid
- Ved økt topptrykk på respiratoren


## Stell av tracheostomi

- Ved all snuing eller endring av leie på pasienten er det viktig at man holder på kanylen for å forhindre dislokasjon.
- Båndet rundt halsen som holder tracheostomien på plass skiftes x1 pr. dag eller ved behov. Man skal kunne få to fingrer mellom halsen og båndet, men viktig at båndet sitter stramt
- For å forebygge dislokasjon av tuben bør en være to sykepleiere ved skifte av båndet
- Mellom tracheostomien og huden skal det ligge en splitkompres. Kompresen skiftes morgen og kveld og ved behov.
- Til stellet bør du ha klart:
  - munnbind, hansker, splittkompres, skiftesett, ekstra tupfere, NaCl 0,9% og evt. nytt tracheostomibånd
  - Fjern gammel kompres og vask rundt tracheostomien med NaCl 0,9%.
  - Bruk sterile tupfere og steril pinsett og legg på en ny splitkompres ved hjelp av pinsetten (sølvside inn mot huden)

## Hvis tracheostomien har innerkanyle (sjeldent):

### Rengjøring av innerkanylen

- Kanylen skal rengjøres x 2 pr døgn, oftere ved behov
- Tuben legges i NaCl 0,9% (ca 20min) for å løse opp evt slim. Bruk evt også en ”piperens” til å rengjøre inn i kanylen
- Ved behov (mye seigt slim), kan innerkanylen rengjøres med Hydrogenperoxid 1,5 %. Undersøk om kanylen tåler hydrogenperoksid før bruk. Skyll kanylen i fortynnet Hydrogenperoksyd (1 del Hydrogenperoksid 3 % og 1 del NaCl 0,9 %). Skyll deretter kanylen godt med NaCl 0,9 % slik at eventuelle rester av hydrogenperoksid er fjernet

 SØRLANDET SYKEHU		<b>Tracheostomi - stell og observasjon</b>			Side: 3 Av: 4
Dokument-id: II.SOA.AIO.SSA.2.c-22	Utarbeidet av: H.Hembre	Fagansvarlig: V. Dokka	Godkjent dato: 15.11.2024	Godkjent av: Ikke styrt	Revisjon: 0.07

Somatikk Arendal/Anestesi, intensiv, operasjon/INTENSIV/Pasienter og brukere/Utstyr, arbeidsrutiner

- Kanylen legges så i en steril kompress og oppbevares i den sterile posen til kompressen
- Oppbevar kanylen inne på rommet til pasienten

## Bruk av taleventil

### **OBS! Cuffen må alltid deflateres før bruk av taleventil**

(luft aspireres ut av cuffen med en 10 ml sprøyte. NB! Bivona har sterilt vann i stedet for luft i cuffen)

- Det er viktig at forsøk på tale skjer i perioder når pasienten har overskudd og ventilerer godt.
- Informer pasienten godt om hva som skal skje og om hvordan taleventilen virker. Det kan være tungt å snakke ved bruk av taleventil, det er derfor lurt å ta pauser inn i mellom forsøkene. Gi O<sub>2</sub> etter behov.
- Dersom pasienten ikke klarte å bruke taleventil ved første forsøk, er det viktig å motivere pasienten til nye forsøk.
- Pasienten bør sitte og ha det komfortabelt før han/hun skal snakke.
- Ved bruk av taleventil må pasienten oppfordres til å kremte for å rense stemmebåndene for sekret.

## Deflatering av cuffen før bruk av taleventil

Det vil alltid dannes et bakterielt og seigt sekret over cuffen som ikke lar seg fjerne ved å suge i munn og svelg. For å unngå at dette renner ned i luftveiene må dette fjernes før bruk av taleventil (som krever tømming av cuffen). Dette kan gjøres på følgende måter;


- Dersom pasienten har god hostekraft og samarbeider bra, er det viktig å trekke pusten dypt og hoste kraftig på oppfordring (i det vi tømmer cuffen for luft, evt vann ved Bivona).
- Sekretet vil da presses opp i munnen og kan spyttes ut av pasienten eller suges fra munnen. Denne metoden er vanligst, da pasienten skal være våken og kunne samarbeide ved bruk av talekanyle. Vi kan få samme effekten ved å deflatere cuffen mens pasienten ligger på respirator.
- Det er mulig å bruke bag for å skape det samme overtrykk i luftveiene for å få fjernet slimet. Det bør da være to sykepleiere, en til å bagge og en til å suge.

## DERSOM PASIENTEN GIR UTRYKK FOR AT DET ER TUNGT Å PUSTE GJØR FØLGENDE

- Ta først bort taleventilen
- Sett luft/vann i cuffen
- Ventilert pasienten med baggen
- Vurder om det bør suges
- Dersom tilstanden ikke bedres, finn noen som kan tilkalle lege, **vær tilstede hos pasienten** og fortsett å ventilere på baggen!
- Dersom du ikke får luft i pasienten med baggen tyder det på at tracheostomien er tett. Deflater da cuffen og gi O<sub>2</sub> via munn/nese, evt assister med baggen via maske mens du venter på lege.

## KOMPLIKASJONER

- postoperativ blødning,
- pneumothorax
- subcutant emfysem

 SØRLANDET SYKEHU		<b>Tracheostomi - stell og observasjon</b>			Side: 4 Av: 4
Dokument-id: II.SOA.AIO.SSA.2.c-22	Utarbeidet av: H.Hembre	Fagansvarlig: V. Dokka	Godkjent dato: 15.11.2024	Godkjent av: Ikke styrt	Revisjon: 0.07

Somatikk Arendal/Anestesi, intensiv, operasjon/INTENSIV/Pasienter og brukere/Utstyr, arbeidsrutiner

- infeksjon
- ødem og/eller trykksår mot kar, spiserør, evt. med utvikling av fistel
- aksidentell seponering av tuben (ekstra tube tilgjengelig)

## **MAT OG DRIKKE:**

- Pasienter med tracheostomi kan spise og drikke, men det er individuelt hvordan dette oppleves for pasienten. Det er viktig at pasienten sitter godt opp i senga når de skal spise og drikke.
- Ved fenestrert kanyle bør pasienten fortrinnsvis ha hel innerkanyle ved spising/drikking /suging
- Ved portexkanyle bør det være luft i cuffen ved spising/drikking/suging
- Pasienter som har hatt tracheostomi lenge og mestrer spising og drikking svært bra, trenger ikke nødvendigvis å ha luft i cuffen. Skal man teste om pasienten klarer å svelge greit uten oppblåst cuff, prøv med en slurk vann. Annen drikke og mat som evt. aspireres kan gi infeksjon i lungene. Ha sugestyr i beredskap!

## **Kryssreferanser**

## **Eksterne referanser**

Stell av tracheostomi/trakeostomi hos selvpustende voksne pasienter. OUS Prosedyre hentet 15.11.24