
Akut luftväg och sedering – grundläggande färdigheter för akutläkaren

MARIA VALJUS

Att bedöma och säkra fri luftväg är en ytterst viktig färdighet vid behandlingen av kritiskt sjuka eller skadade patienter. Under jourförhållanden är sedation av patienten och god smärtbehandling inför smärtsamma och obehagliga ingrepp en väsentlig klinisk färdighet. Traditionellt har det varit anestesiläkarens uppgift att åtgärda jourpatienters luftvägsproblem och ge den sedering som krävs för ingrepp. I akutläkarutbildningen ingår en sex månaders anesthesiologiperiod som ger grundläggande kunskaper i anesthesi och bedövning samt färdighet i att säkra fri luftväg. Under jourarbetet sätter sig akutläkaren in i den sedering som krävs för ingreppen och i att upptäcka och åtgärda luftvägsproblem hos jourpatienter. Efter genomgången utbildning kan en akutläkare sköta dessa uppgifter på en akutmottagning. I länder med etablerad akutsjukvård är det akutläkarnas uppgift att säkra fri luftväg och den sedering som akutpatienterna behöver enligt god medicinsk praxis. Anestesiläkarna spelar fortfarande en viktig roll i behandlingen av akutpatienter, och tillsammans med akutläkarna utvecklar de patientsäkra rutiner och ger utbildning i dem.

SKRIBENTEN

Maria Valjus, ML är specialistläkare i anesthesiologi och intensivvård. Hon är verksam som avdelningsläkare vid Jorvs akutmottagning och deltar i utbildningen av specialistläkare i akutsjukvård.

Att upprätthålla fri luftväg

Förmåga att bedöma och upprätthålla fri luftväg är väsentligt vid behandling av kritiskt sjuka eller skadade patienter. Vid bedömning av patientens situation används det systematiska ABCD-schemat (Airway, Breathing, Circulation, Disability). Bokstävernas ordningsföljd anger viktighetsgraden; ett eventuellt luftvägsproblem ska alltså åtgärdas omedelbart. Akutläkaren utbildas i att identifiera luftvägsproblem och att välja rätt metod för att åtgärda problemet. Utbildningen omfattar grundläggande färdigheter som att skapa fri luftväg genom att lyfta patientens huvud och käke i rätt ställning, ge maskventilation och använda behövliga hjälpmedel (Figur 1). Den viktigaste metoden för att säkra luftvägen är endotrakeal intubation (Figur 2). Till utbildningen hör också att lära sig säkra fri luftväg

i en nödsituation med urakut trakeostomi. Utbildningen innefattar överenskomna riktlinjer med checklista för intubation och för att förutse en eventuell svår luftväg.

Vid RSI (rapid-sequence intubation) ges patienten snabbt läkemedel för anesthesiinduktion och muskelrelaxering, vilket snabbt ger gynnsamma förhållanden för intubation som sedan utförs (1). De vanligaste induktionsmedlen på akutmottagningen är propofol eller ketamin, medan rokuron används som muskelrelaxerande medel. Opioider ingår traditionellt inte i riktlinjerna för RSI, men med hjälp av dem kan man effektivt dämpa den ofta skadliga katekolaminreaktionen. De oftast använda opioiderna är fentanyl och alfentanil.

Innan patienten intuberas måste man sörja för den förberedande syresättningen, eftersom patienten inte ventileras under ingreppet. Med god förberedande syresättning får man mera tid för intubationen. Till förberedelserna hör också att på förhand dra upp induktionsmedlen i sprutor, att kontrollera intubationsredskapen och att förbereda sig för en eventuellt svår intubation. Övervakningen av patientens andning och cirkulation kontrolleras också. Checklistan för intubation går igenom, vilket säkerställer att förberedelserna



Figur 1. Uppifrån svalgtub, nässvalgtub och larynxmask.



Figur 2. Laryngoskop, intubationsrör och så kallad bougie. Bougie är ett långt hjälpmedel för intubation framställt av ett böjligt material som är till hjälp för att föra in intubationstuben i trakea. På bilden ses också en kniv och en trakeostomikanyl.

görs systematiskt. Före intubationen kommer teamet överens om vars och ens roller: vem som intuberar, vem som ger läkemedlen, vem som vid behov assisterar vid intubationen och vem som bevakar monitorerna och för bok över ingreppet. RSI används mycket allmänt vid intubationer under jourförhållanden. Ett systematiskt förfaringssätt och en checklista ökar patientsäkerheten.

I en studie av intubationer i akutverksamhet som utfördes enligt RSI av akutläkare och anestesiloger sågs ingen signifikant skillnad mellan specialiteterna i hur intubationerna lyckades (1–3). Läkarna bör öva intubation regelbundet för att behålla sin yrkesskicklig-

het. I Finland har akutpatienter av tradition intuberats av anestesiloger, men i framtiden kommer ingreppet allt oftare att göras av akutläkare. Till exempel i Storbritannien bedömer akutläkare ofta patienternas luftväg och intuberar kritiskt sjuka och skadade patienter enligt gängse praxis (4).

Sedering

Sedering innebär att patienten blir lugn och dåsig och får smärtlindring inför ett smärtamt eller obehagligt ingrepp. Sedering är ett av akutläkarens centrala kunskapsområden. Typiska ingrepp som kräver sedering i akut-

verksamhet är elkonvertering av hjärtrytmen, reponering av extremitetsfrakturer och luxationer samt smärtsam incision av abscesser.

Säker sedering

Patientens anamnes upptas och den kliniska undersökningen utförs systematiskt före sederingen. Sedationsmedlen väljs enligt önskat sederingsdjup och patientens kliniska tillstånd. Vid medeldjup och djup sedering bestäms patientens anestisiriskklassificering (ASA-klassificering) och sederingens förlopp dokumenteras på en anestesiblankett. Under sederingen följer man upp patientens syresättning, andning och cirkulation.

I länder med etablerad akutsjukvård, till exempel USA och Storbritannien, har akutläkarna tillsammans med anestesiläkarna sammanställt anvisningar för sedering utförd av akutläkare i akutverksamhet (6).

I akutläkarutbildningen ingår ett avsnitt om anesthesiologi som ger god grund för fördjupade färdigheter i sedering i akutverksamhet. I framtiden behöver anestesiläkare allt mer sällan kallas till jourenheten för att sedera

en patient. I stället kan anestesiläkaren vid behov ge värdefull konsultationshjälp vid svårare sederingar. Också i Finland behöver vi samordnade anvisningar för sedering och de kan med fördel utarbetas i samarbete med anestesiläkare.

Maria Valjus
maria.valjus@hus.fi

Referenser

1. Vissers R, Danzl D. Intubation and mechanical ventilation. I boken: Tintinalli J, red. Tintinalli's emergency medicine. McGraw-Hill Education 2016, s.183–189.
2. Kovasc G, Law JA, Ross J et al. Acute airway management in the emergency department by non-anesthesiologists. Can J Anaesth. 2004; 51:174–180.
3. Dibble C ja Maloba M. Rapid sequence induction in the emergency department by emergency medicine personnel. Emerg Med J. 2006; 23:62–63.
4. Reid C, Chan L ja Tweeddale M. The who, where and what of rapid sequence intubation: prospective observational study of emergency RSI outside the operating theatre. Emerg Med J 2004;21:296–301.
5. Graham C. Emergency department airway management in the UK. J R Soc Med. 2005;98:107–110.
6. Safe sedation of adults in the emergency department. Report and recommendations by The Royal College of Anaesthetists and The College of Emergency Medicine working party on sedation, anaesthesia and airway management in the emergency department. 2012. www.rcem.ac.uk.

Summary

Acute airways and sedation

Emergency Medicine doctors with appropriate training for airway management and sedation skills can perform these safely in the emergency department.