

# Epiglottit hos vuxen anestesikliniken

**Gäller för:** Anestesikliniken

**Utförs på:** Anestesikliniken Växjö

**Faktaägare:** Joakim Ahvenainen, medicinskt ledningsansvarig IVA Växjö

## Innehåll

Epiglottit hos vuxen anestesikliniken.....	1
1 Behandling av epiglottit hos vuxen .....	1
2 Klassisk anamnes .....	1
3 Diagnostik .....	2
4 Akut omhändertagande.....	2
5 Åtgärd av luftväg.....	2
6 Intubation.....	3
7 Åtgärder på IVA.....	4
8 Monitorering.....	4
9 Förberedelser för reintubation.....	5
10 Extubation.....	5

## 1 Behandling av epiglottit hos vuxen

Akut epiglottit hos vuxna är en allvarlig infektion av supraglottiska strukturer. Vuxenepiglottiten kan vara förenad med ett septiskt förlopp men även vara av mer lokal karaktär. Både i septiska och icke septiska fall kan andningsvägen obstrueras på ett livshotande sätt. Med korrekt diagnos och tidig adekvat terapi ger oftast infektionen snabbt vika.

## 2 Klassisk anamnes

Inom ett eller ett par dygn påkommande feber associerad med svalgsmärta och uttalade sväljningssvårigheter. Svårt att svälja saliv med dregling. I septiska fall påverkat allmäntillstånd. I regel påverkat, grötigt tal men oftast ingen heshet.

Inom loppet av några timmar kan symtom på högt andningshinder utvecklas med försvårat inspirium och indragningar intercostalt och på halsen. Förhöjda vita är vanligt.

### 3 Diagnostik

Inspektion av larynxingången.

Vid svårigheter att svälja annat än flytande föda bör epiglottit uteslutas med inspektion av larynxingången, om en uppenbar orsak till sväljningsbesvären inte påträffas i svalget.

### 4 Akut omhändertagande

1. Patienter med misstänkt epiglottit eller andra övre luftvägshinder ska alltid primärt till akutmottagningen. I de fall ambulans utnyttjas eller patienten överförs från annan sjuk-vårdsinrättning ska Akutmottagningen förvarnas om patientens ankomst.
2. Öron- och anestesijour möter på akutmottagningen.
3. Sjuksköterska på akutmottagningen kontaktar jourhavande öronläkare och ansvarig IVA-läkare. Under jourtid kontaktar icke-specialistkompetent primärjour sin bakjour.
4. Om patientens luftväg är hotad, direkt transport till IVA.
5. I annat fall verifieras diagnosen av öronläkare, varefter patienten överföres till akutrummet på IVA.
6. Vid intertransport medtages transportabel syrgas, Laerdalballong, laryngoskop samt tub och ledare. Lämpliga droger är Atropin samt Ketalar.
7. Epiglottit är alltid specialistfall på såväl öron- som anestesikliniken.

### 5 Åtgärd av luftväg

Vid epiglottit hos vuxna patienter kan det vara motiverat att expektera under övervakning. Om inte nödsituation uppstår ska handläggning ske med erfaren öronläkare och anesthesiolog på plats. Bedömning om intubation är nödvändig görs gemensamt, men det slutliga ansvaret om och när faller på ansvarig anesthesiolog.

### Hur man väljer att säkerställa fri luftväg beror på flera faktorer:

- Är patienten andningspåverkad
- Patientens allmäntillstånd
- När i sjukdomsförloppet patienten kommer till IVA
- Kompetensen på vårdande läkare
- Tillgänglighet av dessa läkare (kan t.ex. påverkas av övrig jourbelastning)

Säkraste sättet att ha fria luftvägar är via trakeotomi, men det är oftast tillräckligt med en oral eller nasal intubation. Alla svårt sjuka patienter med epiglottit ska ha säkerställd fri luftväg. Vid tveksamheter om tillgänglighet på läkare eller bristande erfarenhet bör man säkerställa fri luftväg.

Sammanfattningsvis kan lättare och måttligt sjuka patienter vårdas på IVA med intubationsberedskap. Avgörande är graden andningspåverkan när patienten kommer till IVA. Alla svårt sjuka patienter med epiglottit ska ha säkerställd fri luftväg.

## 6 Intubation

1. Intravenös ingång säkras, om möjligt, innan nedsövning påbörjas.
2. Patienten sövs i halvsittande eller sittande ställning med Sevoflurane och syrgas på mask. OBS! att högt andningshinder är en i det närmaste absolut **kontraindikation mot Celocurin**. Övertrycksventilation på mask vid höga andningshinder kan vara svårt eller omöjligt att utföra.
3. Intravenös anestesi med Propofol kan användas om anestiologen bedömer detta som ett bättre alternativ.
4. Patienten intuberas oralt. OBS! att det före intubation skall finnas framtaget och upppackat dels den tub man avser börja med, dels även framtaget, men ej upppackat, tubstorlekar  $\pm 1$ .
5. När sövning påbörjas ska öronläkare vara på akutrummet, trackgaller samt samt rakt bron-koskop finnas färdigt. Nödkoniotomiset ska också vara framplökat men ej öppnat.
6. Odling från svalg och blod
7. Tuben kontrolleras och klipps vid behov. Tuben skall vara fixerad ytterst väl.

## 7 Åtgärder på IVA

1. Patienten mår oftast bra av att vara halvsittande i sängen.
2. Van personal bör övervaka patienten.
3. Röntgen pulm (kontroll av tubläge, atelektaser? parenkymförändringar?)
4. Behov att ventileras med respirator föreligger inte alltid vid okomplicerad epiglottit.
5. Antibiotika: Cefotaxim 1-2 g x 3. Vid misstanke på tidigare anafylaktisk reaktion vid pcbe-handling kan, efter diskussion med infektionsläkare, Kloramfenikol 100 mg/kg/dygn fördelat på 4 doser, vara aktuellt.
6. Analgetika i form av NSAID och paracetamol + ev opiat. Paracetamol får inte kombineras med Kloramfenikol.
7. Steroider ges ej rutinmässigt.
8. Sugning ska ske vid behov.
9. Sederig efter behov. Oro och huvudrörelser ökar riskerna för larynx- och trakealskador av tuben samt för oavsiktlig extubation.
10. Noggrann, kontinuerlig övervakning av luftvägen. Huvudsakligen 2 risker föreligger:

**A)** Stopp i tuben, t.ex. som följd av dålig befuktning; kan också uppkomma till följd av upphostat sekret. Omedelbar sugning. Om patienten visar tecken på andningssvårigheter och man trots spolning och kortvarigt försök med sugning inte kan komma igenom tuben, skall sjuksköterska dra ut tuben, såvitt läkare ej är omedelbart till hands. Däref-ter patienten i sittande, helst något framåtlutad. Ge syrgas på mask. Tillkalla läkare.

**B)** Oavsiktlig extubation. Sätt patienten upp. Ge syrgas på mask. Läkare skall omedelbart tillkallas för att avgöra behov av, och eventuellt utföra reintubation.

## 8 Monitorering

- Pulsoximetri
- Andningsfrekvens varje halvtimme till timme.

- Temp-kontroller fyra gånger/dygn (väck dock ej patienten nattetid för detta).
- EKG och NIBP.

## 9 Förberedelser för reintubation

I omedelbar närhet till patienten skall finnas:

- Narkosapparat, kontrollerad, klar att använda med Sevoflurane påfylld.  
(Finns på akut-rummet)
- Intubationsbricka.
- Farmaka: Atropin och Dormicum tillgängligt.

## 10 Extubation

Behovet av trakealtub är oftast korrelerat till infektionens svårighetsgrad. Första dygnet har patienten oftast feber och är mer eller mindre allmänpåverkad. Efter 1-2 dygn då patientens temperatur gått ned, kan han i allmänhet extuberas. Vid osäkerhet, eller om epiglottiten vid intubationen bedömts som svår, sövs patienten, och man kan med laryngoskopets hjälp in-spektera epiglottis och larynx. Tuben dras och kan, om patienten har andningssvårigheter, sättas ned igen (eller bytas).

Efter extubation observeras patienten ytterligare minst 6 timmar innan han överföres till vårdavdelning.

**Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare.**