

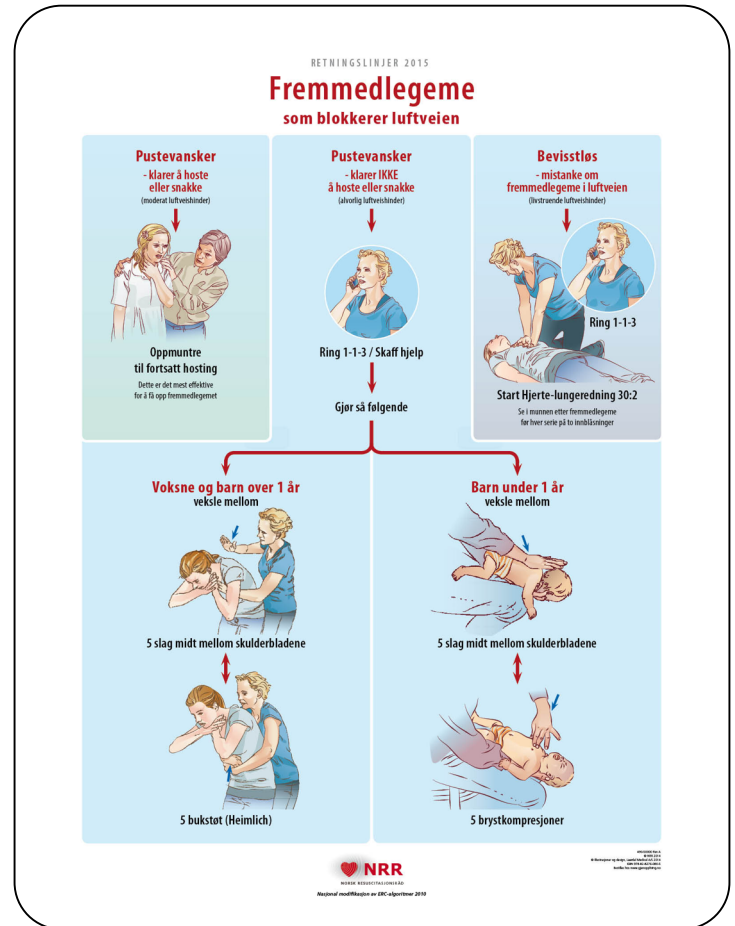
Retningslinjer 2015

Fremmedlegeme som blokkerer luftveien

2015-retningslinjene innebærer ingen endringer i hvordan man fjerner fremmedlegemer som blokkerer luftveien.

NRR har utviklet en egen handlingsplan (algoritmeplakat) for fjerning av fremmedlegeme som blokkerer luftveien. bygger på konsensusdokumentene fra ILCOR og retningslinjene fra det Europeiske Resuscitasjonsrådet (ERC).

Plakat: Fremmedlegeme i luftveien



Innhold

Innledning

Algoritmen for fjerning av fremmedlegeme i luftveien

Viktig ved fjerning av fremmedlegeme i luftveien

ERC – Summary of foreign body management

Referanser

Side 1

Side 2

Side 3

Side 4

Side 5

Algoritmen for fjerning av fremmedlegeme i luftveien

1. Pustevansker, men klarer å hoste eller snakke

Så lenge pas. selv klarer å trekke luft ned i bronkiene distalt for (nedenfor) fremmedlegemet, er hosting mest effektivt. Ved mild luftveisobstruksjon anbefales derfor bare å oppmuntre pasienten til å fortsette å hoste.

2. Pustevansker og klarer ikke å hoste eller snakke

Da er luftveien helt blokkert. Hvis pas. fortsatt er våken:

Voksne og barn over ett år: Veksle mellom

- 5 harde slag mot ryggen (midt mellom skulderbladene) og
 - 5 harde, raske støt i epigastriet (øverst i magen) opp mot mellomgulvet (Heimlich manøver).
- Hvis mulig: Hold hodet lavt eller la pas. bøye seg framover

Barn under ett år: Veksle mellom

- 5 slag midt mellom skulderbladene og
 - 5 brystkompresjoner.
 - Legg barnet på kneet ditt med hodet lavt.
- Hold én hånd på ryggen og én under barnets bryst og mage når du snur barnet for å veksle mellom ryggslag og brystkompresjoner.

3. Hvis pasienten blir bevisstløs

Brystkompresjoner gir størst økning i luftveistrykket nedenfor fremmedlegemet.

- Tilkall hjelp og
- Start straks standard HLR (30:2) med et enkelt tillegg:
- Se etter fremmedlegeme i munnen før hver serie med to innblåsninger.

Retningslinjene for fjerning av fremmedlegeme i luftveiene gjennomgikk en betydelig forenkling ved guidelinesrevisjonen i 2005, men de er fortsatt i liten grad tuftet på vitenskapelige studier. Det er ingen endringer i algoritmen for fjerning av fremmedlegemer fra luftveien ved denne guidelinesrevisjonen.

Det er viktig å skille situasjoner med fremmedlegeme i luftveiene fra f.eks. besvimelser, hjertestans, krampeanfall og andre tilstander som også kan gi plutselige pustevansker. Hvis pasienten er våken, spør derfor straks om han holder på å kveles.

Viktig ved fjerning av fremmedlegeme i luftveien

♥ Pasient uten akutte pustevansker (mild luftveisobstruksjon)

Fremmedlegemer som kommer ned i bronkiene er oftest små, f.eks. peanøtter, erter, småmynter eller biter av leketøy, og gir bare delvis luftveisblokkering. Barn i alderen 1-3 år er mest utsatt. Symptomene og kan variere. Grad av pustevansker avgjør hvor alvorlig det er og hvor mye det haster.

Små fremmedlegemer kan sette seg fast i slimhinnen i svelget eller tonsillene uten å blokkere luftveien. De er ofte spisse eller skarpe, f.eks. fiskeben, nåler, avbitte fingerneklær o.l. Dette gir først et ubehag i svelget, men det kan også utvikles en lokal betennelse. Hvis slimhinnen skades, kan det etter hvert også bli en infeksjon i bløtdelene i svelget. Legeundersøkelse anbefales ved mistanke om fastsittende, små fremmedlegemer i svelget. Hurtig henvisning til ØNH-avdeling for endoskopi og fjerning av fremmedlegemet kan bli aktuelt. Pasienten bør derfor holdes fastende til å begynne med. Hvis følelsen av et fremmedlegeme i svelget har vart noen dager uten at det er tilkommet økende ubehag eller allmennsymptomer med feber, kan pasienten henvises til egen fastlege for vurdering.

Vedvarende, milde luftveissymptomer og mistanke om fremmedlegeme i bronkiene: Etter at et fremmedlegeme har satt seg fast i bronkiene, kan symptomene med hoste og irritasjon noen ganger forsvinne og følges av et symptomfritt intervall på dager eller uker, selv om fremmedlegemet ikke er kommet opp. Da kan det utvikles en lokal betennelse med slimsekresjon, feber, hoste og sammenfall av den aktuelle delen av lungene. Lege bør konsulteres for å avgjøre når klinisk undersøkelse bør gjøres, og når bronkoskopi evt. kan bli nødvendig.

Har hostet opp fremmedlegemet: Hvis det er grunn til å tro at fremmedlegemet er kommet opp/ut, og pasienten ikke lenger har pustevansker, kan det likevel være grunn til å anbefale kontakt med lege for å få en vurdering av behov for nærmere undersøkelse.

Mistanke om fremmedlegeme i bronkiene: Når et barn setter et fremmedlegeme i bronkiene, vil det ofte begynne å hoste kraftig og bli cyanotisk. Men noen ganger kan barnet være relativt kjekt, uten å bli cyanotisk eller hoste. Likevel anbefales rask klinisk undersøkelse av lege og noen ganger også bronkoskopi. Pasienten bør derfor holdes fastende til å begynne med.

♥ Pasient med pustevansker, men som klarer å hoste eller snakke (moderat luftveisobstruksjon)

Store fremmedlegemer som matbiter, mynter, leketøy etc. kan kile seg fast i svelget, luftrøret eller en bronkie og blokkere luftveien helt eller delvis. Delvis blokkering av luftveiene gir akutte pustevansker, hoste og evt. cyanose. Hvis pasienten klarer å trekke luft ned i lungene forbi fremmedlegemet, vil han også kunne presse luft oppover i luftveien og dermed være i stand til å snakke eller i det minste å hoste kraftig. Hosting gir et stort luftveistrykk på nedsiden av fremmedlegemet og er den mest effektive måten til å presse fremmedlegemet opp i halsen og munnen for å få det ut. Snakking og hosting er altså tegn på at pasienten klarer å dra luft ned i lungene, og selv om det kan se dramatisk ut, er tilstanden ikke umiddelbart livstruende for luftveien evt. blokkeres helt. Pasienten bør oppmuntres til fortsatt å hoste så godt det lar seg gjøre. Total luftveisblokkering kan likevel skje raskt.

♥ Pasient med pustevansker som ikke klarer å hoste eller snakke (alvorlig luftveisobstruksjon)

Hvis et større fremmedlegeme blokkerer luftveien helt, vil ikke pasienten kunne trekke luft forbi blokkeringen og ned i lungene. Da vil heller ikke pasienten være i stand til å snakke eller hoste. Tilstanden oppleves både av pasient og omgivelser som dramatisk. Pasienten blir fort cyanotisk og vil etter kort tid miste bevisstheten pga oksygenmangel hvis ikke han får hjelp til å få fremmedlegemet opp.

♥ Bevisstløs pasient og mistanke om fremmedlegeme i luftveien (livstruende luftveisobstruksjon)

Et fremmedlegeme som blokkerer luftveien helt og hindrer at luften kommer ned i lungene, vil etter kort tid føre til at pasienten mister bevisstheten og faller om. Når noen mister bevisstheten og faller om ved et måltid, kan dette like gjerne skyldes hjertestans som et fremmedlegeme som blokkerer luftveien. Hvis det er vanskelig eller umulig å blåse luft i pasienten, er det sannsynlig at det er en stor matbit som blokkerer luftveien. Dette er vanligst hos eldre med svekket tyggeeve og slapp halsmuskulatur. Hvis det derimot er lett å blåse luft i pasienten, kan dette tyde på plutselig hjertestans. Pasienten skal uansett ha HLR med både kompresjoner og innblåsninger. Den eneste forskjellen er at man ved mistanke om fremmedlegeme bør se etter fremmedlegemet i munnen før hver serie på to innblåsninger, og fjerne fremmedlegemet hvis det har kommet opp.



Summary of the management of foreign bodies in the airway

- ♥ **Foreign-body airway obstruction (FBAO):** A foreign body causing severe airway obstruction is a medical emergency and requires prompt treatment with back blows and, if that fails to relieve the obstruction, abdominal thrusts. If the victim becomes unresponsive CPR should be started immediately whilst help is summoned.

It is an uncommon but potentially treatable cause of accidental death. As most choking events are associated with eating, they are commonly witnessed. Thus, there is often the opportunity for early intervention while the victim is still responsive.

- ♥ **Recognition.** Because recognition of airway obstruction is the key to successful outcome, it is important not to confuse this emergency with fainting, myocardial infarction, seizure or other conditions that may cause sudden respiratory distress, cyanosis or loss of consciousness. Foreign bodies may cause either mild or severe airway obstruction. It is important to ask the conscious victim “Are you choking?”

- ♥ **Foreign-body airway obstruction causing mild airway obstruction.** Coughing generates high and sustained airway pressures and may expel the foreign body. Aggressive treatment, with back blows, abdominal thrusts and chest compression, may cause potentially serious complications and could worsen the airway obstruction. It should be reserved for victims who have signs of severe airway obstruction. Victims with mild airway obstruction should remain under continuous observation until they improve, as severe airway obstruction may subsequently develop.

- ♥ **Foreign-body airway obstruction with severe airway obstruction.** The clinical data on choking are largely retrospective and anecdotal. For conscious adults and children over 1 year with a complete FBAO, case reports demonstrate the effectiveness of back blows or “slaps”, abdominal thrusts and chest thrusts. Approximately 50% of episodes of airway obstruction are not relieved by a single technique. The likelihood of success is increased when combinations of back blows or slaps, and abdominal and chest thrusts are used.

A randomised trial in cadavers and two prospective studies in anaesthetised volunteers showed that higher airway pressures can be generated using chest thrusts compared with abdominal thrusts. Since chest thrusts are virtually identical to chest compressions, rescuers should be taught to start CPR if a victim of known or suspected FBAO becomes unconscious. The purpose of the chest compressions is primarily to attempt to remove the airway obstruction in the unconscious and supine victim, and only secondarily to promote circulation. Therefore, chest compressions are required even when a professional rescuer still feels a pulse. If the obstruction is not relieved, progressive bradycardia and asystole will occur. During CPR for choking, each time the airway is opened the victim’s mouth should be quickly checked for any foreign body that has been partly expelled. During CPR in other cases, therefore, a routine check of the mouth for foreign bodies is not necessary.

- ♥ **The finger sweep.** No studies have evaluated the routine use of a finger sweep to clear the airway in the absence of visible airway obstruction, and four case reports have documented harm to the victim or rescuer during this manoeuvre. Blind finger sweeps should, therefore, be avoided, and solid material in the airway removed manually only if it can be seen.

- ♥ **Aftercare and referral for medical review.** Following successful treatment for FBAO, foreign material may nevertheless remain in the upper or lower respiratory tract and cause complications later. Victims

with a persistent cough, difficulty swallowing or the sensation of an object being still stuck in the throat should, therefore, be referred for a medical opinion. Abdominal thrusts and chest compressions can potentially cause serious internal injuries, and all victims successfully treated with these measures should be examined afterwards for injury.

Referanser

- ♥ Perkins, GD, Handley AJ, Koster RW, Castrén M, Smyth MA, Olasveengen T, Monsieurs KG, Raffay V, Gräsner JT, Wenzel V, Ristagno G, Soar J - On behalf of the Adult basic life support and automated external defibrillation section Collaborators. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015, Section 2. Adult basic life support and automated external defibrillation. Resuscitation 2015;95: 81–99.
- ♥ Maconochie IK, Bingham R, Eich C, López-Herce J, Rodríguez-Núñez R, Rajka T, Van de Voorde P, Zideman DA, Biarent D - On behalf of the Paediatric life support section Collaborators. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015, Section 6. Paediatric life support. Resuscitation 2015;95: 223–248