**Intubera genom larynxmask**

( LMA=Laryngeal Mask Airway)

Nedan följer en beskrivning av 3 st olika metoder (fler finns säkert) samt en grov jämförelse mellan dem - men alla förutsätter att det går att ventilera i LMA.

1. **Difficul Airway Societys, guideline.**
(se separat pdf. för detaljer + bilder.)
Den använder sig av en Cook Aintree/AIC som med ett FB förs ned i LMA, därefter tas LMA ut ur patienten, och sedan med ett laryngoskop för man en ETT över AIC ned i trachea.
2. **”Enkel”/**Fast-Trach inspirerad
Tänk igenom relationen ID + OD på:
a) ETT och LMA - så det inte blir för trögt ner i LMA
b) FB och ETT - så det blir lagom, dvs. inte för trögt eller ”glappt”.

	1. ETT förs ned några cm i LMA
	 (TIPS: Placera ett ”bronkoskopiknä” på ETT för då går det att partiellt ventilera i ETT ner i LMA och ut i lungorna)
	2. FB ner i ETT och ut i LMA till stämband/larynxingång och ned i trachea
	3. ETT förs ned i trachea med FB som guidewire
	4. KLART - nu har du en säker luftväg. (och du har möjligheten att väcka pat med LMA)
	5. Om du vill ta ut LMA - så kommer det innebära en viss apne´tid.
		1. preoxygenera
		2. Skapa en ”påskjutare” = ta en till ETT i samma storlek - klipp bort kuffslang+kuffdelen av ETT
		3. Notera ETT djupet(cm) mot tandraden genom LMAs transparenta plast.
		4. avdela 1 person som hela tiden ser att ETT djupet EJ ändras under proceduren
		5. kuffa ur LMA - backa ut LMA över ETT tills ETT börjar ”ta slut”
		6. apne´/koppla isär - ta bort ”knoppen” på ETT
		7. backa ut LMA till ETT tar slut
		8. peta in kuffslangen i LMA röret
		9. använd ”påskjutaren” till att backa ut LMA helt
		 (TIPS: Placera ett ”bronkoskopiknä” på ”påskjutaren” för då kan det gå att partiellt ventilera i påskjutaren ner i ETT och ut i lungorna - men sämre än under punkten I pga. kuffslangen tar plats)
		10. KLART - LMA är ute
3. **Blind** (=utan FB)
ETT förs direkt ned i LMA och du får ”känna dig fram” och hoppas på inget motstånd, ev. lätt justering av LMA/ETT positioneringen kan underlätta. Använd om möjligt en mjukare ETT.

Jämförelse mellan de 3 metoderna:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **D.A.S**  | **”Enkel”/Fast-Trach inspirerad**  | **Blind, utan FB** |
| ”kvalite” stämpel | J | N | N |
| ev. trixigt uttag av LMA | N | J | J |
| ev. tidskrävande uttag av LMA | N | J | J |
| risk traumatisera luftvägen pga inte ”se vad man gör”? | låg | låg | hög pga ”blind” teknik. |
| uttag av LMA - apnetid | Lång(men kan använda O2 kanalen i AIC) | kort | kort |
| uttag av LMA - aspirationsrisk | J | N | N |
| skillnad mellan ID ETT och OD på FB/AIC - är det ett problem? | N 6,5mm(jfrt ”large”=diff endast på 0.3 mm=försumbar) | N6,2 mm large5,4 mm regular4,2 mm slim | N6,2 mm large5,4 mm regular4,2 mm slim |
| kunna lämna LMA kvar för att underlätta väckning? | N | J | J |
| ETT < 7.0, ex. barn | N | J | J |
| tid till kuffad ETT | lång | kort | mycket kort |
| intuitiv? Lätt att komma ihåg? | nja? | Ja, ganska lätt, iaf om ej ta ut LMA | Ja, mycket lätt komma ihåg |
| risk att inte kunna få ETT på plats? | låg | låg | hög |

Stefan Isberg
Anestesiolog
Överläkare AnOpIva Västerbotten, Umeå.