**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) | N  6,2 mm large  5,4 mm regular  4,2 mm slim | N  6,2 mm large  5,4 mm regular  4,2 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.