VideoLaryngoskopi (VL)

Rött=helgruppsgenomgång, svart=gruppvis, om tid finns / Stefan Isberg, Umeå

* Laryngoskop med kamera och lampa längst ut i spetsen
* Visualisera larynxingång och intubera trachea med ETT. (eller esofagus/V-Sond)

(OBS! - VL innebär olika för en ÖNH och AN läkare.)

* (- S.A.L.A.D.)
* Bladtyper/former - Mac, Miller samt Hyperkurverat(HK).

**Fokus denna WORKSHOP:**

**HyperKurverat blad** - mest effektiv vid svårluftväg

**Skillnader** mot **"vanlig" intubation:**

- Bladet ska vara i medellinjen  
- Lyft bara lite - låt bladet "rulla in" i mun/svalg genom att följa kurveringen på bladet.  
- Lättare/snabbare att se larynxingången

- Svårare/långsammare att placera ETT i trachea  
- Magill går ej, istället: Boedecker tång=hyperkurverad:

|  |  |
| --- | --- |
| * vanlig ETT oralt/nasalt * jetkateter utan ledare * ventrikelsond * svalgpack * extrahera föremål ur svalget |  |

**HUR placera ETT i larynxingången/trachea?**

* Stel ledare:
  + Olika färdiga stel ledare finns, fler är på väg, vissa även lite styrbara.
  + En vanlig stel ledare vuxen kan användas.
  + Om ETT ca 3-4mm = tips: Frova 8Fr. Mycket styv men ”vass” spets.
  + Hur böja till ledaren korrekt? - 3 moment krävs: ”kamera - ytterkurvan - mungipan”.
* Flexibelt Bronkoskop = styrbar guidewire, dubbla ”ögon”
* ”Tång” - om HK VL går ej Magill(=rak), istället Boedecker tång.
* Bougie - lång flexibel ledare

**Om nasal tub behövs** - (samt HK VL krävs för larynxinsyn)**:**

1. för ned ETT direkt, ibland går det.
2. prova att blåsa upp ETT kuffen när ETT är precis ovan larynxnivån - på så sätt lyfts ETT spetsen upp anteriort och kan glida ned i larynxöppningen - den uppblåsta kuffen töms precis då så att ETT kan fortsätta ned i trachea
3. flexibelt bronkoskop/laryngoskop förs ned i ETT och sedan ned i trachea och utgör då en "guidewire" för ETT som då kan placeras i trachea.
4. Boedecker tång

**Teknik: vanlig oral HK VL intubation: VISA !**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. välj BLAD + ledare + ETT 2. smörj BLAD + ledare + ETT 3. titta i MUN 4. titta på SKÄRM 5. titta i MUN 6. titta på SKÄRM |  |

**Kommentar**

1. välj BLAD + ledare + ETT  
   - blad + ledare utifrån patientens luftvägs kurvering + storlek   
   (vanligt FEL=”ser stämband men tubspetsen kommer för långt fram/bakåt”=EJ korrekt ledar-kurvering i förhållande till bladet)  
   - även närliggande storlek(ar)?
2. smörj BLAD + ledare + ETT
3. titta i MUN  
   Bladet mitt i medellinjen - för sakta inåt/nedåt... det ska gå utan motstånd...
4. titta på SKÄRM

|  |  |
| --- | --- |
| * Orientera dig - ex. uvula * Stanna när du ser: stb/vallecula * Lyft sakta till god larynxinsyn. * Lyft/vinkla INTE ännu mer - då riskerar larynx vinklas framåt i förhållande till tracheas längsaxel - du har troligen fortfarande god vy över larynxingången men tuben kan bli omöjlig att passera ner i trachea pga den uppkommna vinkeln. |  |

1. titta i MUN  
   ETT in i munnen - akta kuffen mot tänderna - ETT ska glida på tungans ovansida - djupare ner i svalget... det ska gå utan motstånd...
2. titta på SKÄRM  
   ...slutligen placeras ETTspets i larynxingången - ETT fortsätter ned i trachea men INTE ledaren