OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Operation Uddevalla sjukhus, Operation NÄL
Innehållsansvar: Jan Creutz, (jancr), Överläkare
Godkänd av: Lars Brühne, (larbr6), Överläkare
Giltig från: 2026-09-07
Giltig till: 2028-09-04

Videolaryngoskopi – GlideScope

Revidering i denna version:

Ingen revidering.

Bakgrund

Videolaryngoskopi (VL) kan användas både vid förväntad och vid oväntad svår intubation. Enligt SFAI:s rekommendation från 2024 rekommenderas VL som förstahandsmetod vid intubation av alla svårt sjuka patienter på t ex akutrummet och på IVA, av obesa patienter, vid RSII och vid sectio. VL bör även användas under inlärning av intubationsteknik.

Till VL finns:

1. **Macintosh blad** som ger fördelen att man både kan få direkt- och indirektinsyn av larynx.
2. **hyperangulerade blad** som har en distinkt 60 graders böj på mitten för att lättare komma runt tungan och få en bättre insyn av larynx.

Det finns ingen skala, motsvarande Cormack-Lehane-skalan, för VL som ger en korrelation mellan insynsgraden och hur *svårintuberad* patienten är. VL visualiserar nästan alltid larynx bättre än direkt laryngoskopi, men detta medför inte i sig att det alltid är lättare att *intubera* patienten!

Komplikationer har registrerats i form av: penetration av slemhinna och mjuka gommen med ledare / tub (eftersom dessa blint förts ned genom mun och svalg) och även skador på stämband och trachea finns beskrivna.

Syfte

Öka säkerheten och förbättra dokumentation vid intubation med videolaryngoskopi.

Vilka berörs

Anestesipersonalen på operationsavdelningarna.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Rekommenderat tillvägagångssätt vid oralintubation

1. Starta GlideScopet en halv minut innan användning – förhindrar imma på linsen.
2. Använd den medföljande special ledaren och glidbehandla den med gel och trä endotrachealtuben över ledaren.
3. För ned laryngoskopibladet under ögats *direkta* ledning, i *mittlinjen* av munnen, till bakre svalget.
4. Titta därefter på skärmen, fortsätt fram mot epiglottis och placera spetsen på laryngoskopibladet i vallecula, lyft och visualisera larynx ingången.
5. För ned ledare / tub under ögats direkta ledning, intill och längst med laryngoskopibladets kurvatur till bakre svalget.
6. Titta på skärmen och styr ledare / tubspetsen till en position strax nedom stämbanden. Ofta måste ledare / tub vinklas i munnen för att få tuben på plats, vilket är helt acceptabelt om tubspetsen är synlig på skärmen.
7. Dra ut ledaren några cm och avancera ned tuben ytterligare en bit i trachea. Håll i tuben och dra sedan ut ledaren i en ”båge” som följer tubens/ledarens krökning.
8. Optimera tubläget, insufflera kuffen och bekräfta tubläget med vågformskapnografi.
9. Det finns en speciell Magilltång som är böjd efter det hyperangulerade bladet. Tången finns i en barn- och en vuxenstorlek.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Operation Uddevalla sjukhus, Operation NÄL

Innehållsansvar: Jan Creutz, (jancr), Överläkare

Godkänd av: Lars Brühne, (larbr6), Överläkare

Dokument-ID: NU10093-1252922689-135

Version: 8.0

Giltig från: 2026-09-07

Giltig till: 2028-09-04