

Gäller för: Verksamhet An-Op-IVA Mölndal

Innehållsansvar: Karin Kronogård, (karkr5), Överläkare

Granskad av: Omid Sufinia, (omisu1), Överläkare

Godkänd av: Karin Löwhagen, (karer20), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-08-03

Giltig till: 2028-07-27

Fiberintubation - Operation 1, 2 och 3, AnOpIVA Mölndal

Förändringar sedan föregående version

Tillägg om val av sedering, tub och användning av Högflödesgrimma.

Bakgrund och syfte

Patient med intubationssvårigheter som innebär ffa nedsatt gapförmåga pga olika sjukdomar som t.ex., RA, ankyloserande spondylit, olika syndrom, strålningsskador, intermaxillärfixation, nackskador, stel nacke, samt nedsatt tandstatus. Vid dessa tillfällen görs ingreppet ofta nasalt på vaken, lätt sederad patient, där det är **viktigt att patienten bibehåller sin spontanandning.**

Utförande

Placering av utrustning

Vid fiberintubation används en videoutrustning, där fiberskopen är kopplade till en videoskärm. F.n. har vi engångsbronkoskop på Mölndals sjukhus. Vid traditionell fiberintubation används till tub nr 6 och 7, ett grövre fiberskop och vid mindre tuber används ett tunnare fiberskop. Armerade orala tuber med svetsad nippel sk Rush tub och dragspels förlängning används vid nasal fiberintubation. Vid oral fiberintubation kan Högflödesgrimma användas och vid nasal fiberintubation syrgastuss i ena näsborren.

Förberedelser

Skopet smörjs in med silikonolja innan tuben och tubhållare träs på. En sugslang kopplas till fiberskopet. Anti-fog-medel tas fram.

Patienten börjar med att inhalera 2 ml Lidokainhydroklorid 40 mg/ml via en inhalator som kopplas till andningsluft i pendel eller så kan en

inhalationsmask användas. Om inhalationsmask används ska 4 ml Lidokainhydroklorid 40mg/ml administreras. Inhalationen tar ca 5 min.

Dra upp 2ml Lidokain-Nafazolin i en 3–5 ml spruta, koppla på en spraynippel och spraya sedan 1ml i vardera näsborren, (vid nasal intubation). Xylocainspray 10 mg/dos, bör även sprayas i svalget. Nästamonad med Lidokain-Nafazolin kan också läggas in om anestesilogien så önskar. När man bestämt vilken näsborre som ska användas sätts O₂ -tuss på motsatta sidan. **Tänk på maxdosen 4mg/kg totalt för Xylocain (Lidokain) – se tabell 1 på nästa sida.**

Tillvägagångssätt

Sedering ordineras av narkosläkaren. Vanligtvis används lågdos TCI med Propofol och Remifentanil som sedering. Ibland används Ketalar/Ketanest och Midazolam. Viktigt att bibehålla spontanandning.

Narkosläkaren ska kontrollera att tuben lätt går att föra över skopet. Narkosläkaren bör stå framför patienten för att kunna se hur patienten reagerar på sederingen, samt hur patienten klarar sin andning. Fiberskopet förs ner tills skopet står ovanför stämbanden. Ibland kan det underlätta om någon lyfter fram hakan för att insynen ska bli bättre. Via skopet ges Lidokainhydroklorid 40 mg/ml, 1 ml i en 10 ml spruta där resten fylls med luft så att hela mängden läkemedel verkligen kommer ned i trakea. Knicka sugslangen så att inte bedövningen åker in i sugen vid injektionen och låt bedövningen verka innan stämbanden passeras.

Dialog måste ske mellan narkosläkare och narkosköterska om vilken typ och hur mycket av sederingen som ska ges. När narkosläkare har kontrollerat att tuben är på plats och att man får CO₂- returerna sövs patienten omgående med Propofol och Remifentanil. Ev muskelrelaxantia ges först nu.

Konfirmera ALLTID med narkosläkaren att tuben är på plats innan patienten sövs.

Preparat	Styrka	maxdos	maxdos i ml vid 70 kg
Inj/inh Xylocain	20 mg/ml	4mg/kg totalt	14 ml
	40mg/ml		7 ml
Spray Xylocain	10 mg/dos		10–15 doser

nässpray Nafazolin-Lidokain	32mg/ml	Ej aktuellt, men glöm ej räkna med i totalmängden
-----------------------------	---------	---

Tabell 1. Maxdoser Xylocain med exempel för 70 kg kroppsvikt. Tänk på att summera totalmängden som patienten får i sig, så att maximal dos ej överskrids.

Ansvar

VEC och VÖL ansvarar för att rutinen implementeras och efterföljs.

Uppföljning, utvärdering och revision

VEC och VÖL ansvarar för uppföljning/revision av innehållet i rutinen.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Granskare/arbetsgrupp

Karin Kronogård, VÖL Op 3, Område 3

Omid Sufinia, Överläkare AnOPIva Område 3

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet An-Op-IVA Mölndal

Innehållsansvar: Karin Kronogård, (karkr5), Överläkare

Granskad av: Omid Sufinia, (omisu1), Överläkare

Godkänd av: Karin Löwhagen, (karer20), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-345

Version: 7.0

Giltig från: 2026-08-03

Giltig till: 2028-07-27