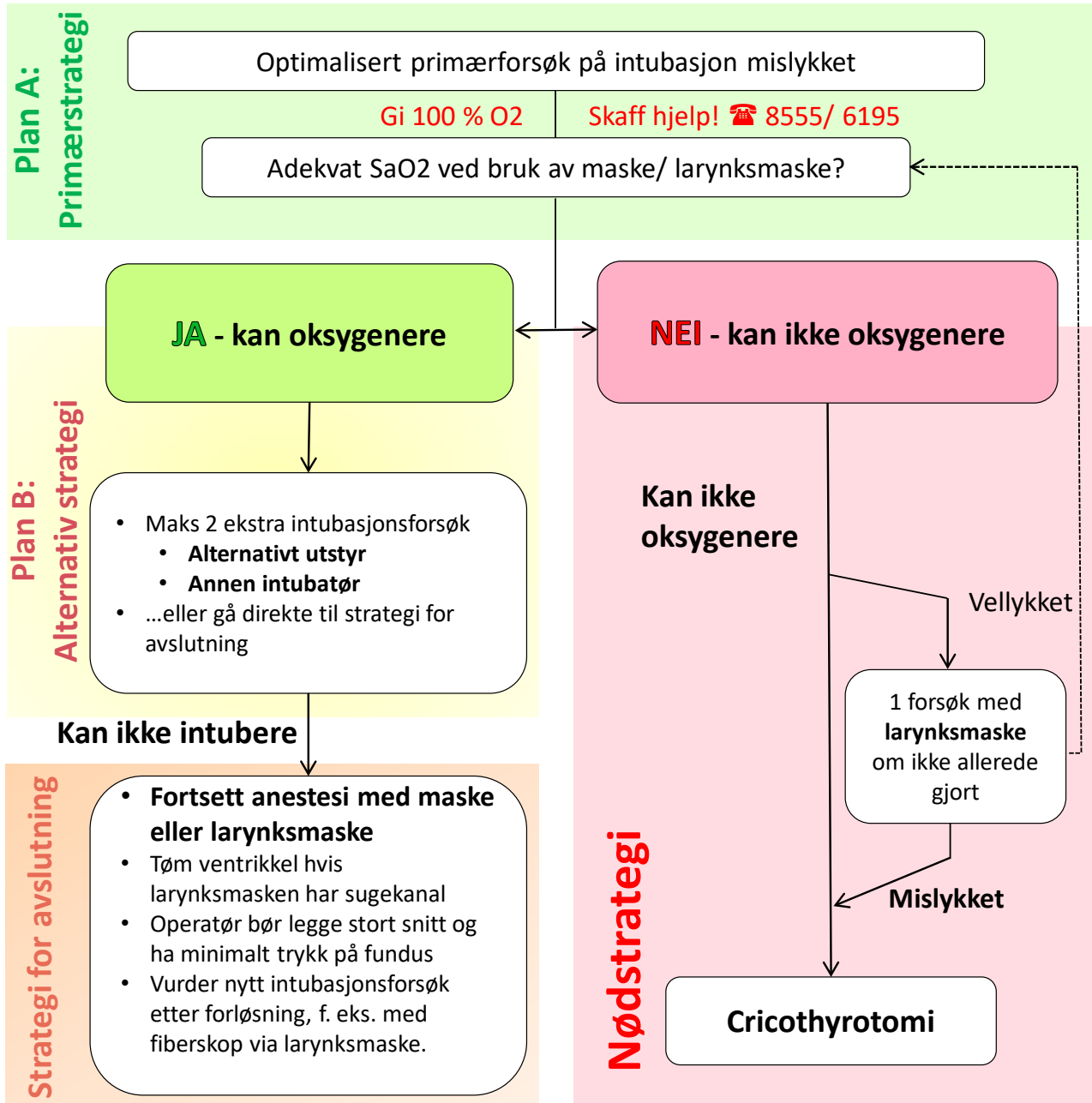


SØRLANDET SYKEHUS		ANESTESI - SSK		Prosedyre
VANSKELIG LUFTVEI VED SECTIO SSK				Side 1 av 3
Dokument ID: II.SOK.AIO.SSK.2.a-55	Gruppe: Behandlingsrutiner	Godkjent dato: 15.06.2022	Gyldig til: 15.06.2024	Revisjon: 1.03

Somatikk Kristiansand/Anestesi, Intensiv, Operasjon/Anestesi - SSK/Pasienter og brukere/Behandlingsrutiner



Vurder risiko for mor i forhold til risiko for barn

Mors liv har prioritet. Vekking og konvertering til regionalanestesi før sectio kan være aktuelt dersom vanskelig oksygenering gjør at mors liv er truet.

Utarbeidet av: Olav Søvik	Først utgitt: 16.06.2016	Fagansvarlig: Kirsti Menning	Godkjent av: Avd.leder Grete K. Erdvik	
-------------------------------------	------------------------------------	--	--	--

 SØRLANDET SYKEHU		Vanskelig luftvei ved sectio SSK			Side: 2 Av: 3
Dokument-id: II.SOK.AIO.SSK.2.a-55	Utarbeidet av: Olav Søvik	Fagansvarlig: Kirsti Menning	Godkjent dato: 15.06.2022	Godkjent av: Avd.leder Grete K. Erdvik	Revisjon: 1.03

Somatikk Kristiansand/Anestesi, Intensiv, Operasjon/Anestesi - SSK/Pasienter og brukere/Behandlingsrutiner

BAKGRUNN

Ansvar

Alt anestesipersonell skal være kjent med retningslinjene og bruk av utstyr til vanskelig intubasjon.

FREM GANGSMÅTE

Skaff hjelp tidlig ved problematisk luftvei! Tlf. nr. koordinerende anestesilege 8555/ bakvakt 6195

Plan A: Primærstrategi

Uventet vanskelig innsyn ved direkte laryngoskopi kan optimaliseres ved leiring av pasient ("sniffing position"/ oppbygging under hodet), fjerning av cricoidtrykk, ekstern manipulering av larynx ("backwards upwards right position" – BURP), kort laryngoskopiskrift, bytte av laryngoskopiblad eller bruk av videolaryngoskop. Selve intubasjonen kan optimaliseres ved bruk av mandreng i tube, tubeintroducer (bougie, sugekater), mindre tubediameter, tube med konisk tubespiss (f. eks. Parker).

Dersom intubasjon mislykkes tross optimalisering, er det viktig å huske på at repeterte intubasjonsforsøk kan være traumatiserende og gi luftveisobstruksjon. Kontroller at pasienten kan ventileres før videre valg av strategi! Dersom maskeventilering utføres med lave topptrykk (<20 cm H₂O) vurderes risikoen ved aspirasjon i denne situasjonen å være lavere enn risikoen ved hypoksi.

Maskeventilasjon kan optimaliseres ved leiring, fjerning av evt. cricoidtrykk, bruk av svelgtube, nasopharyngeal tube, topersonsteknikk, korrigering av anestesydybde. Dersom maskeventilasjon ikke fungerer, bytter man til larynksmaske. Det anbefales bruk av en 2 generasjons larynksmaske (f. eks. Ambu Aura Gain, iGel) med sugekanal for å tømme ventrikkel.

Vedlikeholdes adekvat SaO₂ går man videre til Plan B: Alternativ strategi.

Vedlikeholdes ikke adekvat SaO₂ går man videre til Nødstrategi.

Plan B: Alternativ strategi

Dersom ventilering og oksygenmetning er adekvat kan man vurdere inntil 2 nye intubasjonsforsøk. Man bør da velge alternativt utstyr og vurdere alternativ intubator dersom umiddelbart tilgjengelig. Alternativt utstyr kan være videolaryngoskop, intubasjonslarynksmaske, m. m.

Dersom intubasjon ikke lykkes på maksimalt 3 forsøk:

- **Fortsett anestesi med maske eller larynksmaske.**
 - Tøm ventrikkel hvis larynksmasken har sugekanal.
 - Operatør bør legge stort snitt og ha minimalt trykk på fundus .
 - Vurder nytt intubasjonsforsøk etter forløsning, f. eks. med fiberskop via larynksmaske.

Nødstrategi

Mislykket intubasjon påfulgt av mislykket ventilasjon er en nødsituasjon, og man har ikke tid til andre alternativ!

- Skaff hjelp!
- Gjør ett forsøk med larynksmaske/ intubasjonslarynksmaske om ikke allerede gjort! Dersom larynksmaske ikke er tilgjengelig: Tube Tip In Pharynx (TTIP) ventilasjon – vanlig trachealtube cuffes i pharynx mens munn og nese lukkes med fingrene på hånden som holder kjeveløft.
- Dersom mislykket: Utfør nød-cricotyrotomi!

Vurder kontinuerlig risiko for mor i forhold til risiko for barn

Mors liv har prioritet. Vekking og konvertering til regionalanestesi før sectio kan være aktuelt dersom vanskelig oksygenering gjør at mors liv er truet.

 SØRLANDET SYKEHU		Vanskelig luftvei ved sectio SSK			Side: 3 Av: 3
Dokument-id: II.SOK.AIO.SSK.2.a-55	Utarbeidet av: Olav Søvik	Fagansvarlig: Kirsti Menning	Godkjent dato: 15.06.2022	Godkjent av: Avd.leder Grete K. Erdvik	Revisjon: 1.03

Somatikk Kristiansand/Anestesi, Intensiv, Operasjon/Anestesi - SSK/Pasienter og brukere/Behandlingsrutiner

Kryssreferanser

[II.SOK.AIO.SSK.2.a-53 Intubasjon, uventet vanskelig](#)

[II.SOK.AIO.SSK.2.a-54 Intubasjon, forventet vanskelig](#)

[II.SOK.AIO.SSK.2.a-61 Vanskelig luftvei hos barn SSK](#)

Eksterne referanser

- Law JA et al. The difficult airway with recommendations for management – Part 1 – Difficult tracheal intubation encountered in an unconscious/induced patient. *Can J Anesth/J Can Anesth* (2013) 60:1089–1118
- Apfelbaum JL et al. Practice guidelines for management of the difficult airway: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*. 2013 Feb;118(2):251-70
- Cook, T. M., et al. (2011). "Major complications of airway management in the UK: results of the Fourth National Audit Project of the Royal College of Anaesthetists and the Difficult Airway Society. Part 2: intensive care and emergency departments." *British Journal of Anaesthesia*.
<http://bj.oxfordjournals.org/content/early/2011/03/25/bja.aer059.full>
-