



## Luftvägshantering hos patienter med COVID-19

Hos patienter med COVID-19 är intubationsmomentet ett kritiskt moment pga risk för aerosolspridning och anpassning av luftvägshandlingen sker just i syfte att minska detta.

Närvarande personal vid intubation ska vara iklädd personlig skyddsutrustning enligt gällande riktlinjer. Vid intubation bör minimibemanning finnas på sal, dvs en läkare, en sköterska och en undersköterska. I händelse av att man behöver fler händer på sal bör en ytterligare person stå redo påklädd i personlig skyddsutrustning i slussen. En löpare utanför sal ska också finnas. Kommunikationssystem för att minimera dörröppning i sluss bör finnas.

Utrustning: enligt ordinarie rutin med tillägg av

- bakterie/virus- filter att sätta närmast patienten i ventilationskretsen, kopplas mellan revivator och mask
- mellankoppling för koppling av tuben till filter
- Kapnograf som om möjligt kopplas efter filtret
- Vanligt laryngoskop eller videolaryngoskop används - tänk på att bedöma risk för svår luftväg vid beslut. Van intubatör rekommenderas.
- Larynxmask skall finnas om förväntade svårigheter att åstadkomma tät maskventilation finns.

För att minimera aerosolspridning på motoriskt orolig patient kan intermitterent ketanest användas vid preoxygenering för att få patienten lugn – detta för att minska läckage från mask. Överväg glykopyrronium/atropin för att minska sekretioner.

Patienten bör inte maskventileras i öppet system, varför NIV via respiratorer med sådant system ( t ex V60) ej bör användas. Vid användning av högflödesgrimmor bör risken för aerosolspridning tas i beaktande, och denna risk minskar om näsgrimmor är så tät som möjligt. Vid preoxygenering via respirator skall denna sättas i standby innan masken avtages från patienten inför intubation, och sedan återstartas först när man kopplat på endotrakealtuben.

Vid sövning på annan plats än på IVA ska patienten preoxygeneras på mask-blåsa med påkopplad PEEP-ventil med filter inkopplat mellan masken och blåsan. Syrgasgrimmor under masken bör ej användas.

Maskventilation bör om möjligt undvikas. Behöver maskventilation ändå genomföras kan mesta möjliga täthet i masken uppnås med tvåhandsgrepp. Vid förväntade svårigheter att hålla tät mask (ex skägg, avsaknad av tänder etc) kan primärt nedsättande av larynxmask med ventilation via denna övervägas.

Avseende intubationen ska förhållandena vara sådana att minsta möjliga intubationsförsök behövs. Intubation ska utföras av den närvarande person som har högst luftvägskompetens (specialist alt senior ST om möjligt). Videolaryngoskop kan användas för att underlätta intubationen samt för att läkarens eget ansikte kommer längre från patientens luftväg. Hyperkurverat blad rekommenderas EJ



## Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård

som första alternativ, använd vanligt blad för möjlighet till direkt laryngoskopi vid sekretioner som blockerar linsen.

Läkemedel avgörs av sövande läkare. Patienten bör inte hosta emot i transport varför icke-depolariserande muskelrelaxantia är att föredra enbart av denna anledning.

Om patienten inte befinner sig på IVA vid sövning ska filter åter kopplas närmast tuben efter intubation för att minska spridning i öppna system vid transport. För detta behövs mellanstycke.

Om patienten ska transporteras inom sjukhuset efter intubation ska den personen som hanterat luftvägen byta personlig skyddsutrustning efter avslutad intubation.