



گزارش یک مورد لوله‌گذاری تراشه در حالت بیدار و تغییر وضعیت توسط خود بیمار کاندید

عمل دیسککتومی کمر در وضعیت دمر

عبدالرسول انوری پور^{۱*}، آرش صفاریان^۲، حمیدرضا علی‌زاده اطاقور^۳، وفا ناصری^۱، نادر رمضانیان^۵

^۱بخش بیهوشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

^۲مرکز تحقیقات طب عفونی و گرمسیری، پژوهشکده زیست‌پزشکی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

^۳بخش جراحی اعصاب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

^۴بخش جراحی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

^۵گروه هوشبری، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

چکیده

لوله‌گذاری تراشه در حالت بیدار هنگامی اندیکاسیون دارد که خطر آسپیراسیون ریوی و یا کنترل راه هوایی مشکل (Difficult airway management) به نظر برسد که در این حالت انجام یک لوله‌گذاری صحیح استفاده از انسرتی لوکال و همکاری بیمار با متخصص بیهوشی و روش صحیح انجام آن را می‌طلبد. بیمار این مطالعه آقای ۲۱ساله با شاخص توده بدنی ۵۱ کاندید عمل جراحی دیسککتومی کمر در وضعیت دمر (prone position) بوده که با توجه به وزن ۱۴۰ کیلوگرم بیمار و خطرات ناشی از اداره راه هوایی و تغییر وضعیت اقدام به لوله‌گذاری تراشه در حالت بیدار (Awake intubation) شد و خود بیمار اقدام به تغییر وضعیت به پرون با کمک تیم اتاق عمل نمود و پس از قرارگیری در وضعیت مناسب پرون اقدام به بیهوشی عمومی بیمار گردید.

واژگان کلیدی: لوله‌گذاری تراشه در حالت بیدار، وضعیت دمر، دیسککتومی کمر

دریافت مقاله: ۸۹/۵/۱۱ - پذیرش مقاله: ۸۹/۹/۶

*بوشهر، خیابان معلم، مرکز آموزشی درمانی فاطمه‌زها (س)، بخش بیهوشی

E-mail: a.anvari.p@hotmail.com

مقدمه

هوایی باید سه اصل رعایت شود: پروسجر باید برای بیمار راحت و بی‌خطر باشد، تجویز داروهای بی‌حسی موضعی باید بی‌حسی لازم را ایجاد کند، تکنیک بی‌حسی باید برای پزشک راحت باشد (۸). در اینجا بیماری معرفی می‌گردد که خود در حین این روش کمک به تغییر وضعیت غلط است که از محدود موارد در این خصوص می‌باشد.

معرفی بیمار

بیمار آقای ۲۱ ساله با وزن ۱۴۰ کیلوگرم و قد ۱۷۵ سانتی‌متر کاندید دیسکتومی کمر (L3-L4) پذیرش اتاق عمل شد. بیمار سابقه بیماری‌های قلبی - عروقی و تنفسی را ذکر نمی‌کرد. در معاینه بالینی ضربان قلب ۷۵ بار در دقیقه - فشار خون ۱۲۰/۷۵ - بدون علائم ارتوپنه و تنگی نفس فعالیت بود. در ارزیابی سر و گردن بیمار بر اساس تقسیم‌بندی malampatti در کلاس II قرار می‌گرفت. فاصله تایرومنتال (فضای زیر چانه) در محدوده نرمال و محدودیت در حرکت گردن در وضعیت‌های فلکسیون و اکستنسیون به‌علت زیاد بودن توده عضلانی در ناحیه سر و گردن وجود داشت که با توجه به یافته‌های بالینی احتمال لوله‌گذاری تراشه دشوار (Difficult intubation) را مطرح می‌نمود.

معاینه سیستم قلبی - عروقی و تنفسی بیمار نرمال بود. با توجه به شاخص توده بدنی ۵۱ و احتمال لوله‌گذاری تراشه دشوار و همچنین مخاطرات هنگام تغییر وضعیت بیمار از وضعیت طاقباز (Supine) به دمر تصمیم به لوله‌گذاری تراشه در حالت بیدار گردید تا ضمن برقراری یک راه هوایی مطمئن و

وضعیت دمر (Prone Position) در هنگام بیهوشی عمومی در طیف نسبتاً وسیعی از اعمال جراحی کاربرد دارد که تغییرات فیزیولوژیک و همچنین عوارض مختلفی را به‌همراه خواهد داشت (۱)، لذا بیهوشی این بیماران ملاحظات خاص خود را می‌طلبد. تغییرات فیزیولوژیک قابل پیش‌بینی در این وضعیت شامل تغییرات قلبی عروقی (کاهش ایندکس قلبی و انسداد ورید اجوف تحتانی)، تغییرات همودینامیک (کاهش فشار خون در هنگام تغییر وضعیت از طاقباز به دمر) و تغییرات تنفسی (تغییر در حجم ریه، تغییر در توزیع جریان خون ریوی و تغییر در توزیع تهویه ریه‌ها) خواهد بود (۱). این تغییرات به‌ویژه در افراد چاق بارزتر و شدیدتر خواهد بود به‌طوری‌که عوارض همراه با تغییر وضعیت به دمر از جمله آسیب اعصاب محیطی، خروج لوله تراشه، ضایعات ناشی از انسداد شریانی و وریدی، آسیب اعصاب گردنی، ادم مخاط دهان و زبان در افراد چاق بیشتر خواهد بود (۱ و ۲).

لوله‌گذاری تراشه در حالت بیدار یکی از مواردی است که در بیماران با اداره راه هوایی مشکل بدون تجویز داروهای بیهوشی وریدی با اطمینان از لوله‌گذاری یک راه مطمئن در بیماران چاق محسوب می‌شود که با حفظ تنفس خودبخودی در بیماران و عدم استفاده از شل‌کننده‌های عضلانی یک تکنیک غیرتهاجمی محسوب می‌شود (۲). در این روش از بلاک‌های اعصاب سوپریور لارنژیال، گلوکوسوفارنژیال و اینتراتراکیال قبل از انجام لوله‌گذاری تراشه در حالت بیدار استفاده می‌شود (۲). همیشه در انجام موفق بی‌حسی موضعی راه

وریدی جهت بیهوشی عمومی بیمار گردید. بیمار تحت تنفس کنترل‌ه با روش TIVA (Total Intravenous Anesthesia) حین عمل جراحی اداره شد. در پایان بیهوشی و اتمام عمل، پس از تغییر وضعیت توسط تیم اتاق عمل اقدام به بازگشت تون عضلات اسکلتی توسط داروهای پروستیگمین و آتروپین گردید و نهایتاً پس از بیداری کامل و فورس تنفسی کافی اکستوبه شد.

بحث

در اعمال جراحی که نیاز به تغییر موقعیت از وضعیت طاقباز به وضعیت دمر می‌باشد ابتدا بیمار در یک تخت در کنار تخت اصلی اتاق عمل تحت یک بیهوشی عمومی و لوله‌گذاری تراشه قرار می‌گیرد و پس از آن اقدام به تغییر وضعیت بیمار توسط تیم اتاق عمل می‌گردد (۳). مراقبت‌های لازم در هنگام تغییر موقعیت از قبیل عدم جابجایی لوله تراشه حرکت‌های نابجای گردن (هیپرفلکشن و هیپواکستنشن) و عدم خروج لاین‌های وریدی ضروری است (۱). پس از تثبیت وضعیت بیمار در وضعیت دمر، چک وضعیت لوله تراشه و ونتیلاسیون کنترل‌ه مؤثر، ضروری است (۴).

لوله‌گذاری تراشه در حالت بیدار به وسیله فایبروپتیک به عنوان یک استاندارد طلائی gold standard در وضعیت پرون یا لترال در نظر گرفته می‌شود (۶ و ۷). استفاده از ماسک حنجره‌ای (LMA) در وضعیت دمر در هنگام بیهوشی عمومی کنترالرسی است ولی به شکل مؤثری استفاده شده است. ماسک حنجره‌ای پس از تغییر وضعیت از طاقباز به دمر برای بیمار گذاشته شده است (۵).

مؤثر عوارض و مخاطرات حین تغییر وضعیت پس از بیهوشی عمومی بیمار را به حداقل برسانیم. پس از توضیح به بیمار در خصوص وزن بالا و احتمال بیهوشی عمومی مشکل نسبت به لوله‌گذاری تراشه در حالت بیدار توضیحات لازم داده شد و بیمار حاضر به همکاری با پرسن جراحی لازم جهت تکنیک لوله‌گذاری تراشه در حالت بیدار (awake intubation) شد. پس از بلاک اعصاب گلو سو فارنژیال و سوپریور لارنژیال (superior laryngeal) بالیدوکایین ۱ درصد به میزان ۴ میلی‌لیتر به همراه داروهای مسکن و ضد درد (میدازولام به میزان ۵ میلی‌گرم و فنتانیل به میزان ۳۵۰ میکروگرم وریدی) به شکل تیره و بدون ایجاد آپنه در بیمار تحت مانیتورینگ پالس‌اکسی مترونوار قلب لارنگوسکوپ مستقیم انجام شد که گرید ۳ لارنگوسکوپ مشهود بود. با کمک stylet درون لوله تراشه شماره ۸ کافدار اقدام به لوله‌گذاری تراشه شد که ورود لوله تراشه در هنگام دم بیمار صورت پذیرفت.

پس از آن با توجه به Bucking (مقاومت به حضور لوله تراشه) با ۲ میلی‌لیتر لیدوکایین ۱ درصد از طریق لوله تراشه بلاک اینتراتراکئال برای بیمار فراهم شد. با توضیحات لازم به بیمار در خصوص مطمئن بودن از شرایط، تنفس خودبخودی در بیمار از طریق لوله تراشه انجام پذیرفت و پس از اطمینان از محل لوله تراشه و ثبات همودینامیک در بیمار و پس از فیکس نمودن لوله تراشه با کمک تیم اتاق عمل خود بیمار اقدام به تغییر موقعیت از وضعیت طاقباز به دمر نمود و پس از حصول اطمینان به قرارگیری صحیح بیمار در وضعیت دمر اقدام به تجویز داروهای بیهوشی

سعی در افزایش تحمل بیمار حین لارنگوسکوپی و انتوباسیون تراشه در حالت بیدار در بیمار گردید که به علت استرسزا بودن پروسجر در بیمار می باشد.

در بیمار مورد مطالعه با توجه به وزن بالا و لوله گذاری مشکل تراشه، ابتدا تصمیم به لوله گذاری تراشه در حالت بیدار شد تا ضمن برقراری یک راه هوایی مؤثر با هدف برقراری تنفس خودبخودی در بیمار، خود بتواند به تغییر وضعیت اقدام نماید تا بدینوسیله علاوه بر به حداقل رساندن تغییرات همودینامیک از وارد آمدن آسیب های احتمالی در حین تغییر وضعیت جلوگیری کنیم.

لارنگوسکوپی و لوله گذاری تراشه در بیماران با چاقی مرضی همواره مشکل می باشد که بی ارتباط با افزایش توده عضلانی گردن و mallampati score بیشتر از ۳ نمی باشد. افزایش قطر گردن بیش از ۴۳ سانتی متر با انتوباسیون مشکل همراه خواهد بود (۶).

در بیمار ما اگر چه mallampati در کلاس ۲ قرار می گرفت ولی به علت محدودیت در اکستنشن گردن و حجیم بودن توده عضلانی گردن یک فیلد نامناسب و دشوار جهت لارنگوسکوپی و لوله گذاری تراشه فراهم کرده بود.

با استفاده از میدازولام به عنوان یک داروی کاهنده اضطراب و همچنین مخدر فنتانیل به شکل تیتره

References:

1. Edgcombe H, Carter K, et al. Anesthesia in the prone position. *Br J Anesth* 2008; 100: 165-83.
2. Slinger PD, Campos JH. Anaesthesia for thoracic surgeries. In: Miller RD, Eriksson LI, Fleisher LA, et al, editors. *Miller's Anaesthesia*. 7th ed. Churchill Livingstone: Elsevier; 2010: p. 1875.
3. van Zundert A, Kuczkowski KM, Tijssen F, et al. Direct laryngoscopy and endotracheal intubation in the prone position following traumatic thoracic spine injury. *J Anesth* 2008; 22: 170-2.
4. Popat M. The airway. *Anesthesia* 2003; 58: 1166-71.
5. Weksler N, Klein M, Rozentsveig V, et al. Laryngeal mask in prone position: pure exhibitionism or a valid technique. *Minnerva Anesthesiol* 2007; 73: 33-7.
6. Valero R, Serrano S, Adalia R, et al. Anesthetic management of a patient in prone position with drill bit penetrating the spinal canal at c1-c2, using a laryngeal mask. *Anesth Analg* 2004; 98: 1447-50.
7. Ng A, Raitt DG, Smith G. Induction of anesthesia and insertion of a laryngeal mask airway in the prone position for minor surgery. *Anesth Analg* 2002; 94: 1194-8.
8. Fry WA. Techniques of topical anesthesia for bronchoscopy. *Chest* 1978; 73: 694-6.