فصلنامه طب جنوب پژوهشکده زیست‌پزشکی خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال پنجم، شماره یک، صفحه ۲۰۲-۱۹۹ (پاییز ۱۳۹۰)

گزارش یک مورد لوله‌گاری تراش در حالت بیدار و تغییر وضعیت توسط بیمار کاندید
عمل دیسکانوتو مکر در وضعیت دمیر
عرفالسول اناوریپور*۱، آرش صفاریان*۲، حمیدرضا علی‌زاده اطاقور*۳، وفا ناصری*۴، نادر رضابنیان*۵

*بخش بیهوشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
* مرکز تحقیقات طب عفونی و گرمسیری، پژوهشکده زیست‌پزشکی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
* بخش جراحی امتصاب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
* بخش جراحی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
* گروه هیپوئزری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

چکیده
لوله‌گاری تراش در حالت بیدار هنگام انفیکاسیون دارد که نظر آسپرسیون روزی و یا کنترل راه هواپیم شامل
می‌باشد. پیش‌تر بررسی که در این حالت یک لوله‌گاری صحیح استفاده از استروئ تک گزار و همکاری بیمار با
مختصی بیهوشی و روش صحیح انجام آن را می‌طلبید. بیمار این مطالعه آقای ۱۱ ساله با شانس تولد در ۵۱ کاندید عمل جراحی
دیسکانوتو کم در وضعیت دمیر (prone position) و در نتیجه این امر خستگی خود را از اداره راه هواپیم و
تفاوت وضعیت ادامه لوله‌گاری تراش در حالت بیدار (Awake intubation) تغییر وضعیت ادامه به لوله‌گاری تراش در حالت بیدار
نرم‌تر شده و بیمار ادامه به تغییر وضعیت به پرون با کمک

در این کلید: لوله‌گاری تراش در حالت بیدار، وضعیت دمیر، دیسکانوتو کم

E-mail: a.anvari.p@hotmail.com
مقدمه
وضعیت دم (Prone Position) در هنگام بیهوشی عمومی در طیف بسیار وسیعی از اعمال جراحی کاربرد دارد که تغییرات فیزیولوژیک و همچنین عوامل مختلفی به همراه خواهند داشت (1). لذا بیهوشی این بیماران ملاحظات خاص خود را می‌طلبد. تغییرات فیزیولوژیک قابل پیش‌بینی در این وضعیت شامل تغییرات قلبی و اندام و ریه اجوف تنها، تغییرات همودینامیک (کاهش فشار خون در هنگام تغییر وضعیت از طابعه به دم) و تغییرات تلفیقی (تغییر در حجم ریه) تغییر در توزیع جریان خون ریوی و تغییر در توزیع تهوره ریوی (خواهند بود (1). این تغییرات بهره‌برداری افراد چاق بارتر و شامل خواهد بود. بطوری که عوارض همراه با تغییر وضعیت به دم از جمله اسباب اعصاب محبطی، خروج لوله تراشه، شاکیابی ناشی از انسداد شریانی و وردی، آسیب اعصاب گردنی، ادم مخاط دهان و زبان در افراد چاق بیشتر خواهد بود (1 و 2).

لوله‌گذاری تراشه در حالت بیدار یکی از مواردی است که در بیماران با اداره راه‌های مشکل بده نتیجه‌گیری داروهای بیهوشی وارد با اطمینان از لوله‌گذاری یک راه مطمئن در بیماران چاق می‌گردد که باید با حفظ تنفس خودی‌خودی در بیماران و عدم استفاده از کننده‌های غیردرمانی یک تغییر غیرتجمیعی محصول می‌شود (3). در این روش از بکارگیری اعصاب میوه‌بینر لازنیال، گلوکیواسپارازیل و اینترتراکس شامل انجام لوله‌گذاری تراشه در حالت بیدار استفاده می‌شود (3). همیشه در انجام موفق باید نظریه‌ها و
مقدمه
در اعمال جراحی که نیاز به تغییر موقعیت از وضعیت طاقب طراحی شده در دستورالعمل این بیمار می‌باشد، در یک نتیجه در کنار نتیجه اصلی اتاق عمل تحت پوشش عمومی و لوله‌گذاری تشدید، می‌تواند در آن اقدام به تغییر وضعیت بیمار توسط تم اتاق عمل می‌گردد. در هنگام تغییر موقعیت از قبل عضد جابجایی لوله‌گذاری حرکت‌های تابعی کردن (به‌وکنش و هیپوکشیون) و عدم خروج لایه‌های ویریدی ضروری است. پس از تکثیب وضعیت بیمار در وضعیت دم‌کش وضعیت لوله‌گذاری و نتیجه‌گیری کنترل مؤثر، ضروری است. لوله‌گذاری تشدید در حال واقع به معنی بیمار یکی از استانداردهای طلایی gold standard باین‌پرای‌پیک به‌عنوان یک استاندارد لازم و ضروری در وضعیت پرون‌بند یا لرزال در نظر گرفته می‌شود. استفاده از ماسک جنرای (LMA) در وضعیت دم‌بند عنوان بخش موتوری استفاده شده است. ماسک جنرای لپس از تغییر وضعیت از طبقات به دم‌بند و باین به‌عنوان بیمار شده است. (5)
سعي در افزایش تحمل بیمار حین لارنگوسکوپی و
انتوپاسیون تراشته در حالت بیدار در بیمار گردید
که به لحاظ استرس‌زا بودن پروعسر در بیمار
می‌باشد.

در بیمار مورد مطالعه با توجه به وزن بالا و
لوله‌گذاری مشکل تراشته، ابتدا تصمیم به
لوله‌گذاری تراشته در حالت بیدار شد تا ضمن
برقراری یک راه هوایی مؤثر با هدف برقراری
نفس خودبخودی در بیمار، خود بیمار پرنده به
تغییر وضعیت اقدام نماید تا بدینوسیله علاوه بر
حداقل رساندن تغییرات هموگلوبینیک از وارد آمدن
آسیب‌های احتمالی در حین تغییر وضعیت
جلوگیری کنیم.

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:
3. van Zundert A, Kucekowsi KM, Tijssen F,
et al. Direct laryngoscopy and endotracheal
intubation in the prone position following
4. Popat M. The airway. Anesthesia 2003; 58:
1166-71.
Laryngeal mask in prone position: pure
exhibitionism or a valid technique. Minerva
Anesthetic management of a patient in prone
position with drill bit penetrating the spinal
canal at c1-c2, using a laryngeal mask. Anesth
7. Ng A, Raitt DG, Smith G. Induction of
anesthesia and insertion of a laryngeal mask
airway in the prone position for minor
8. Fry WA. Techniques of topical anesthesia for

لارنگوسکوپی و لوله‌گذاری تراشته در بیماران با
چاقی مرضی همواره مشکل می‌باشد که به ارتباط
با افزایش توید عضلانی گردن و
بیشتر از ۳ سانتی‌متر با انتوپاسیون
مشکل همراه خواهد بود (۶). در کلاس ۲ قرار
می‌گرفت وی به لحاظ محدودیت در استنشاق
گردن و حجم بودن توید عضلانی گردن یک فیدل
نامناسب و دشوار جهت لارنگوسکوپی و
لوله‌گذاری تراشته را اهمیت بود.

با استفاده از میادین‌پمیانه‌ی داروی کاهنده
اضطراب و همچنین مخدر فتنانی به شکل تدریجی

Downloaded from ismj.ipums.ac.ir at 5:18 +0330 on Saturday January 30th 2021