Β6. ΛΟΓΟΣ ΑΝΤΙΛΟΓΟΣ: ΔΥΣΚΟΛΟΣ ΑΕΡΑΓΩΓΟΣ ΚΑΙ ΜΥΟΧΑΛΑΣΗ

Β6.Α. ΣΤΟ ΔΥΣΚΟΛΟ ΑΕΡΑΓΩΓΟ ΔΕΝ ΧΟΡΗΓΩ ΠΟΤΕ ΜΥΟΧΑΛΑΣΗ

ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΚΟΚΚΙΝΗΣ

Συντονιστής Διευθυντής Αναισθησιολογικού Τμήματος
Γ.Ν. Πατρών ''Ο Άγιος Ανδρέας''

Η χρήση μυοχαλαρωτικών φαρμάκων για να διευκολυνθεί η ενδοτραχειακή διασωλήνωση αποτελεί μια καθημερινή πρακτική τόσο κατά την περιεγχειρητική περίοδο όσο και στην αντιμετώπιση του επείγοντος αλλά και στη Μ.Ε.Θ..

Η ενδοτραχειακή διασωλήνωση χωρίς μυοχάλαση είναι επίσης μια τεχνική που έχει περιγραφεί στην αναισθησιολογική βιβλιογραφία, εδώ και πάρα πολλά χρόνια ανεξάρτητα αν χρησιμοποιείται σπάνια.

Κατά τη δεκαετία του ΄90 άρχισε να διαμορφώνεται η ανάγκη για συστηματοποιημένη και τεκμηριωμένη στρατηγική στην αντιμετώπιση του αεραγωγού και ιδιαίτερα του δύσκολου αεραγωγού. Ο λόγος ήταν η περιγραφή της σοβαρής νοσηρότητας και θνησιμότητας που οφείλετο στην ελλιπή ή αποτυχημένη διαχείριση του δύσκολου αεραγωγού, προβλεπόμενου ή απρόβλεπτου.

Οι πρώτες οδηγίες δημοσιεύθηκαν από την Αμερικανική Αναισθησιολογική Εταιρεία το 1993 και ακολούθησαν και άλλες όπως η DAS (DifficultAirwaySociety) το 2004 κ.λπ.

Έκτοτε έχουν γίνει αρκετές επικαιροποιήσεις αλλά σε όλες τις οδηγίες στον προβλεπόμενο δύσκολο αεραγωγό η κατεύθυνση είναι να πραγματοποιηθεί διασωλήνωση χωρίς μυοχάλαση.

Η τεχνική αυτή επιβάλλεται από την ανάγκη να διατηρηθεί η αναπνοή αλλά και τα αντανακλαστικά του ασθενούς.

Η διατήρηση της αναπνοής θα προστατεύσει τον ασθενή από υποξαιμία στην περίπτωση αδυναμίας διασωλήνωσης και αερισμού.

Η διατήρηση δε των αντανακλαστικών εξασφαλίζει μερική προστασία από εισρόφηση.

Η τεχνική αυτή ονομάζεται ''**ξυπνητή ενδοτραχειακή διασωλήνωση**'' (**awake endotracheal intubation**).

Εκτός από τους παραπάνω λόγους η ξυπνητή ενδοτραχειακή διασωλήνωση χωρίς μυοχάλαση εξασφαλίζει την διατήρηση του μυϊκού τόνου στις δομές του αεραγωγού. Ο μυϊκός τόνος διατηρεί τις δομές του αεραγωγού (βάση της γλώσσας, οπίσθιο φαρυγγικό τοίχωμα, λάρυγγας, επιγλωττίδα) ώστε να μη συμπέσουν δημιουργώντας μερική απόφραξη.

Οι ενδείξεις για ξυπνητή ενδοτραχειακή διασωλήνωση χωρίς μυοχάλαση είναι οι ακόλουθες:

1) Ιστορικό δύσκολης διασωλήνωσης
2) Αρθρίτιδες
3) Λοιμώξεις αεραγωγού

4) Όγκοι αεραγωγού
5) Τραύμα αεραγωγού
6) Συγγενείς παθήσεις
7) Ιατρογενείς παράγοντες

Απόλυτες αντενδείξεις είναι:
Άρνηση του ασθενούς

Σχετικές αντενδείξεις:
1) Απειρία του αναισθησιολόγου με την τεχνική της ξυπνητής ενδοτραχειακής διασωλήνωσης
2) Αλλεργία στα τοπικά αναισθητικά
3) Σοβαρή αιμορραγία του αεραγωγού

Σήμερα όταν ομιλούμε για ξυπνητή ενδοτραχειακή διασωλήνωση εννοούμε κυρίως την ινοπτική διασωλήνωση, αλλά υπάρχουν και εναλλακτικές τεχνικές όπως:
1) Διασωλήνωση με άμεση λαρυγγοσκόπηση
2) Παλίνδρομος διασωλήνωση
3) Τυφλή ρινοτραχειακή διασωλήνωση
4) Διασωλήνωση μέσω της λαρυγγικής μάσκας ‘’LMA® Fastrach™ ’’
5) Διασωλήνωση με χρήση video-λαρυγγοσκοπίου
Η βασική προϋπόθεση για επιτυχή ξυπνητή ενδοτραχειακή διασωλήνωση είναι η εμπειρία στην εφαρμογή τοπικής αναισθησίας στον αεραγωγό. Η γνώση αυτή αποτελεί και την αφετηρία για εξοικείωση και εφαρμογή της τεχνικής της ξυπνητής διασωλήνωσης στην καθημερινή αναισθησιολογική πρακτική.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1) Awake intubation, David Leslie BSc (Hons) MBBCh (Hons) FRCA Mark Stacey MB MChir FRCA ILTHE MSc (Med Ed)
2) Tracheal intubation without the use of neuromuscular blocking agents, A. W. Woods and S. Allam
3) A Retrospective Study of Success, Failure, and Time Needed to Perform Awake Intubation, Thomas T. Joseph, M.D., Ph.D., Jonathan S. Gal, M.D., Samuel DeMaria, Jr., M.D., Hung-Mo Lin, Ph.D., Adam I. Levine, M.D., Jaime B. Hyman, M.D.