

Article of the month

Peri-intubation Cardiovascular Collapse During Emergency Airway Management.

Garcia et al. Pulm Ther (2025) 11: 569-585

Σχολιασμός: Χ. Μπαλακέρα

Πολλές διεθνείς εταιρείες διαχείρισης δύσκολου αεραγωγού και ανασκοπήσεις είχαν, κυρίως στο παρελθόν, ως αντικείμενο «τον δύσκολο αεραγωγό», όπως αυτός ορίζεται και «μεταμορφώνεται» λόγω παθολογίας, ανατομικά.

Η «περί την διασωλήνωση καρδιοαναπνευστική κατάρρευση» επηρεάζει περισσότερο από το 40% των βαρέως πασχόντων, με επακόλουθο τον διπλασιασμό της θνητότητας, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για αιμοδυναμική σταθεροποίηση, πριν την επείγουσα διαχείριση του αεραγωγού, κάτι το οποίο αναδεικνύει το συγκεκριμένο άρθρο.

Ο όρος δύσκολος αεραγωγός λόγω παθοφυσιολογίας - “physiologically difficult airway”(PDA)- περιγράφει ακριβώς την διαδικασία της επείγουσας διασωλήνωσης σε έναν βαρέως πάσχοντα ασθενή, ακόμη και εάν η διασωλήνωση, αυτή κάθε αυτή, είναι χωρίς δυσκολία (“straight forward”). Πρώτος, τον όρο αυτόν, τον χρησιμοποίησε ο Monsier, το 2015, με πρώτες κατευθυντήριες οδηγίες, αυτές από την DAS, το 2017. Ακολούθησαν και άλλες κατευθυντήριες οδηγίες, όπως αυτές από την Society of Airway Management, το 2020.

Σημαντική, αρχικά, είναι η αναγνώριση του PDA. Ασθενείς με υποξαιμία, υπόταση προ διασωλήνωσης (SBP<90mmHg), shock index (HR/SBP)>0.8, σοβαρή μεταβολική οξέωση, ανεπάρκεια δεξιάς κοιλίας, παθολογική παχυσαρκία και οι έγκυες γυναίκες, παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο κυκλοφορικής καταπληξίας και ανακοπής κατά την επείγουσα διασωλήνωση.

Κύρια σημεία στη διαχείριση του PDA είναι:

- Η τοποθέτηση του ασθενή σε ramped position σε συνδυασμό με τη sniffing position είναι από τις λίγες παρεμβάσεις που αποδεδειγμένα λειτουργούν ευεργετικά.
- Προοξυγόνωση.
Σε σοβαρή υποξαιμική αναπνευστική ανεπάρκεια ($PaO_2/FiO_2 < 200$) συστήνεται από την DAS μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός θετικής πίεσης (NIPPV).
Σε υποξαιμική αναπνευστική ανεπάρκεια με $PaO_2/FiO_2 = 200-300$ συστήνεται υψηλής ροής χορήγηση O_2 δια της ρινικής οδού (HFNO).

- Απνοϊκή οξυγόνωση και οξυγόνωση διάσωσης. Ο συνδυασμός NIPPV για προοξυγόνωση και HFNO για απνοϊκή οξυγόνωση έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τον αποκορεσμό στους βαρέως πάσχοντες κατά την επείγουσα διασωλήνωση
- Άσκηση κρικοειδικής πίεσης (+/-) .
- Ταχεία εισαγωγή στην αναισθησία (Rapid Sequence Induction).
Χορήγηση προϋπολογισμένης «κανονικής» δόσης αναισθητικών φαρμάκων, κατά προτίμηση αποφυγή της προποφόλης , αλλά και νευρομυικού αποκλειστή.
- Ιδιαίτερη σημασία έχει η επιτυχής διασωλήνωση κατά την πρώτη προσπάθεια στον βαρέως πάσχοντα.
- Σε ασθενείς με χαμηλό κίνδυνο εισρόφησης θα μπορούσαμε να εφαρμόσουμε αερισμό με μάσκα ή εισαγωγή λαρυγγικής μάσκας δεύτερης γενεάς μεταξύ εισαγωγής της αναισθησίας και λαρυγγοσκόπησης.
- Αιμοδυναμική σταθεροποίηση.
Η προφυλακτική χορήγηση υγρών προ της διασωλήνωσης δεν έχει αποδειχθεί να προσφέρει κάποιο όφελος. Απαιτείται η αναγνώριση των ασθενών που είναι “αποκρινόμενοι στα υγρά”.
Η αναγνώριση της ανεπάρκειας της Δεξιάς Κοιλίας είναι ουσιώδης.
Χορήγηση προφυλακτικά bolus δόσης αγγειοσύσπασης ή/και σε συνεχή έγχυση: Απαιτείται διενέργεια μεγαλύτερης έρευνας, για την επιλογή αγγειοσυσπαστικού εκλογής, κατάλληλης δόσης και χρόνου χορήγησης.
- Μη τεχνικές δεξιότητες (Non-technical skills).
Αξιοποίηση των δυνατοτήτων της ομάδας, η οποία θα πρέπει να περιλαμβάνει ένα μέλος που θα ασχοληθεί με τον αεραγωγό και ένα μέλος που θα ασχοληθεί με την καρδιοαγγειακή σταθεροποίηση του ασθενούς και την αποφυγή της κατέρρευσης, καθώς ο ασθενής θα μπει σε μηχανικό αερισμό θετικής πίεσης.

Συμπερασματικά, οι ειδικοί στη διαχείριση του αεραγωγού συμφωνούν πλέον ότι η επείγουσα διασωλήνωση είναι πολύ πιο σύνθετη διαδικασία από τη συνήθη διενέργεια διασωλήνωσης. Απαιτείται η μετάβαση από το μοντέλο «εστίαση μόνο στον αεραγωγό» στο μοντέλο «αιμοδυναμική σταθεροποίηση πριν την διασωλήνωση και ασφαλή μετάβαση στον αερισμό θετικών πιέσεων» με στόχο την μείωση της θνητότητας στην ΜΕΘ και στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.