

Оротрахеальна інтубація

Показання:

Забезпечити прохідність дихальних шляхів у пацієнтів без свідомості, з зупинкою дихання (апное).

Протипоказання:

Пацієнти, що реагують на подразники, із збереженим блювотним рефлексом.

Застереження:

- блювота чи проникнення чужорідного тіла в дихальні шляхи;
- підвищений внутрішньошлунковий тиск.

Зауваження:

Пам'ятайте, що у вас всього дві спроби. Кожна спроба повинна тривати стільки часу, на скільки ви можете затримати своє власне дихання виконуючи процедуру введення.

Підготовка до введення:

1. Підготуйте необхідне обладнання:
 - a. Індивідуальне захисне спорядження
 - b. Оро- та назофарингіальні повітроводи, а також обладнання для складної роботи з дихальними шляхами у випадку неможливості введення ендотрахеальної трубки
 - c. Ендотрахеальну трубку
 - d. Шприц 10 мл
 - e. Відсмоктувач з твердим та м'яким дренажним катетером
 - f. Апарат маска-мішок
 - g. Буж
 - h. Стетоскоп
 - i. Кисень
 - j. Шийний комір
 - k. Пластир чи бинт для фіксації трубки
2. Прийміть необхідні міри, щоб захистити себе від біологічного матеріалу пацієнта.

Введення:

1. Прислухайте звуки дихання одночасно з проведенням короткотривалої преоксигенації за допомогою дихального мішка, щоб отримати орієнтир для порівняння із звуками дихання після введення ендотрахеальної трубки;
2. Правильне положення голови – один із найважливіших моментів проведення інтубації. Не забирайте подушку. Правильне положення голови це - позиція «вдихання свіжого повітря» (шия трохи зігнута, голова максимально розігнута в атланта-потиличному суглобі). Підкладіть подушку під шию і голову, але НЕ під плечі. Це дозволить максимально відкрити просвіт дихальних шляхів.
3. Тримавши лівою рукою рукоятку ларингоскопа (розмір 3 для жінок, 4 для чоловіків), введіть його клинок у правий кут ротової порожнини. Повільно просовуйте клинок у напрямку задньої стінки глотки, відсунувши тіло язика у лівий бік рота, поки не побачите складку шкіри/хрящ. Це надгортанник, він прикриває гортань під час акту ковтання.
4. Коли кінчик клинка ларингоскопу досягне ямки між коренем язика і основою надгортанника, яка називається валекула, підніміть рукоятку ларингоскопу вгору і вперед. Так ви піднімете надгортанник і відкриєте доступ до голосової щілини. Вона виглядатиме як отвір, з обох сторін якого розміщені дві білі голосові зв'язки, які формують трикутник.
5. Під час цієї маніпуляції не використовуйте зуби як опору для ларингоскопа.
6. За голосовими зв'язками знаходиться затемнена впадина, трахея, часто можна побачити і трахеальні кільця. Іноді неможливо візуалізувати голосову щілину; причиною цього може бути неправильне положення голови (поміняйте його) чи анатомічні особливості. Для покращення видимості, асистент може натискати на гортань, зміщуючи її в потрібному вам напрямку (зовнішнє зміщення гортані). Якщо це не допомагає вам візуалізувати голосову щілину, то провести інтубацію буде складно. Якщо у вас є хоча б часткова видимість, ви можете проштовхнути еластичний буж для складної інтубації трахеї між голосовими зв'язками і по бужу ввести ендотрахеальну трубку в трахею.

Якщо ви не можете візуалізувати голосову щілину, можна спробувати сліпу інтубацію (але не спричиніть травм повітряних шляхів повторними спробами). Памятайте, у вас всього є дві спроби.

7. Введіть ендотрахеальну трубку в ротову порожнину і далі просуньте її між голосовими зв'язками. Перестаньте вводити трубку як тільки манжета пройшла крізь голосові зв'язки. Роздуйте манжету за допомогою шприца.

8. Тримавши трубку однією рукою, вийміть провідник. Не відпускайте трубку поки не зафіксуєте її.

9. Манжета надувається поки не зупиниться потік повітря навколо неї; не більше і не менше. Занадто високий тиск в манжеті може викликати некроз слизової оболонки трахеї (зупинивши циркуляцію крові і спричинити стриктуру трахеї).

10. Прослухайте звуки в районі епігастрію. Якщо ви чуєте булькотіння - це свідчить, що ви потрапили в стравохід. У вас є два варіанти: а) обережно відведіть ендотрахеальну трубку в лівий кут ротової порожнини і нахиліть її, щоб полегшити пост- і преоксигенацію, а потім введіть ще одну трубку; б) або витягніть трубку і після реоксигенації здійсніть свою другу і останню спробу.

11. Правильне введення ендотрахеальної трубки підтверджується наявністю однакових звуків дихання з обох боків грудної клітки та вимірювання вмісту CO₂ в кінці видиху. Переконайтеся, що ви не ввели трубку занадто глибоко. Чоловікові середньої статури трубку рідко вводять глибше, ніж на 23 см., жінці – 21 см.

12. Обережно відсуньте трубку до кутика рота.

13. Можете використати орофарингіальний повітровід як прикусний блок.

14. Зазначте положення трубки на рівні зубів.

15. Трубку можна зафіксувати різними способами (використання пластиру стає все поширенішим). Єдине, що має значення, це – щоб вона міцно трималася і не опустилася нижче по трахеї чи не вийшла назовні. При використанні пластиру для фіксації, краще закріпити трубку на

верхній щелепі, оскільки, на відміну від нижньої, вона не рухається вгору-вниз.

16. Одягніть шийний комір для запобігання зміщення трубки.

17. Перевіряйте розміщення трубки при кожному переміщенні пацієнта, щоб переконатися, що вона залишається там, де була закріпленою.