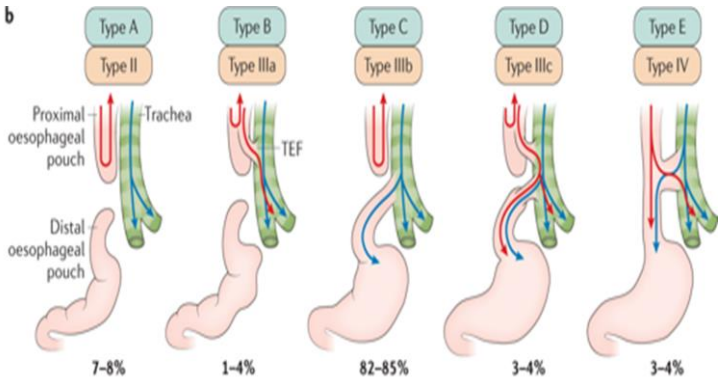
مدیریت راه هوایی در نوزادان با آترزی مری و فیستول تراشه به مری

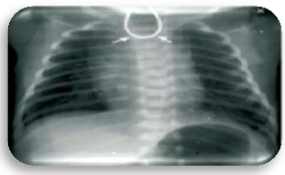
آترزی مری *(EA)* شایع ترین آنومالی مادرزادی مری است که شیوع آن ۱ در ۴۰۰۰ است. در بیش از ۹۰ درصد مواقع همراه با فیستول تراشه به مری *(TEF)* است. شایعترین فرم *EA/TEF* (تیپ C) است که ۹۰ درصد موارد را شامل می شود که قسمت فوقانی مری کور و دیستال مری از طریق یک فیستول با تراشه در ارتباط است که معمولا این ارتباط در قسمت خلفی و نزدیک به کارینا است. بیش از ۲۵ درصد از این نوزادان به آنومالی های دیگری نظیر *VACTER* نیز مبتلا هستند.
پیش آگهی این ناهنجاری عالی است.



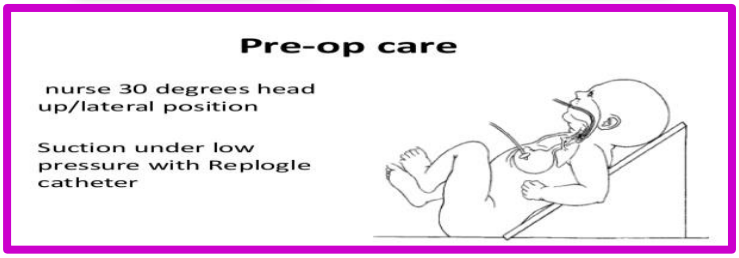
تظاهرات بالینی:
آترزی مری با یا بدون فیستول تراکئوازوفاژیال ممکن است قبل از تولد با حضور پلی هیدروآمینوس و حباب در معده در سونوگرافی تشخیص داده شود. در بدو تولد نیز وقتی کاتتر دهانی را نمی توان به داخل معده برد و یا زمانی که نوزاد در طی شیر خوردن دچار **سرفه** و **سیانوز** و حالت **خفگی** می شود احتمال وجود این ناهنجاری مطرح است. همچنین وجود آبریزش همراه با کف از دهان در این نوزادان *(Drooling)* یافته ی شایعی است.

ملاحظات پیش از عمل:
درمان های اولیه شامل حفظ یک راه هوایی مطمئن و اجتناب از آسپیراسیون ترشحات است.
نوزاد باید *NPO* شود. ساکشن مداوم ترشحات قسمت پروگزیمال مری مانع از آسپیراسیون می شود (سوند ریپلاگ ۱۰ فرنچ بصورت نازال یا دهانی با اندازه گیری مناسب در محل *Putch* فوقانی باید قرار گیرد و به دستگاه ساکشن مداوم وصل شود).
نوزاد باید در پوزیشن Head-up قرار گیرد تا از رگورژیتاسیون ترشحات معده از طریق فیستول پیشگیری شود.
همچنین انجام اکوکاردیوگرافی در نوزادان دارای آترزی مری به جهت بررسی قلبی از نظر آنومالی های همراه و تعیین محل قوس آئورت (بودن قوس آئورت در سمت راست در این نوزادان یافته ناشایعی نیست) حائز اهمیت است.

ملاحظات بیهوشی: لوله گذاری *Awake* همراه با تنفس *Spont* موجب کاهش ریسک اختلالات تنفسی و دیتانسیون معده که به علت تهویه با فشار مثبت است می شود..
روش القای بیهوشی: القای استنشاقی با تنفس خودبخودی از تجویز بیش از حد دارو جلوگیری می کند و استرس فیزیولوژیکی مرتبط با دستکاری راه های هوایی را کاهش می دهد.
نحوه جایگذاری لوله تراشه بسیار مهم است (۳ استراتژی):
۱- در رایج ترین روش، لوله گذاری در برونش راست انجام می شود و سپس لوله تا جایی که صداهای تنفسی هنگام تهویه در ریه ی چپ هم شنیده شود بالا کشیده می شود (هدف قرار گیری انتهای لوله تراشه بین فیستول و کارینا).
۲- اگر نوزاد گاستروستومی دارد انتهای لوله در ظرف آب قرار داده می شود و اگر حین تهویه حباب در آب دیده شود جای لوله باید تغییر کند. لوله باید چرخانده شود تا قسمت خلفی *bevel* (شیب انتهای لوله) فیستول را مسدود کند.
۳- در یکی از انواع فیستول تراکئوازوفاژیال، فیستول به کارینا خیلی نزدیک است. در این موارد لوله تراشه در برونش ریه سمت مقابل فیستول قرار داده شده و پس از بستن فیستول لوله تراشه به آرامی تا بالای کارینا کشیده می شود.
پس از اینتوباسیون مانیتور کردن تهویه برای اطمینان از کفایت اکسیژن رسانی و به حداقل رساندن فشار راه هوایی الزامی است. از مصرف شل کننده های عضلانی بطور کلی باید اجتناب شود و یا حداقل تا موقعی که گاستروستومی برای کم کردن فشار انجام شود به تعویق بیافتد.







طراحی:
سیده رضوانه موسوی (دانشجوی هوشبری ورودی ۹۵)
با نظارت:
آیدا صفائی فخر (عضو هیئت علمی گروه هوشبری دانشگاه علوم پزشکی قزوین)

References: NURSE ANESTHESIA, 2018
ANESTHESIA AND CO-EXISTING DISEASE, 2018