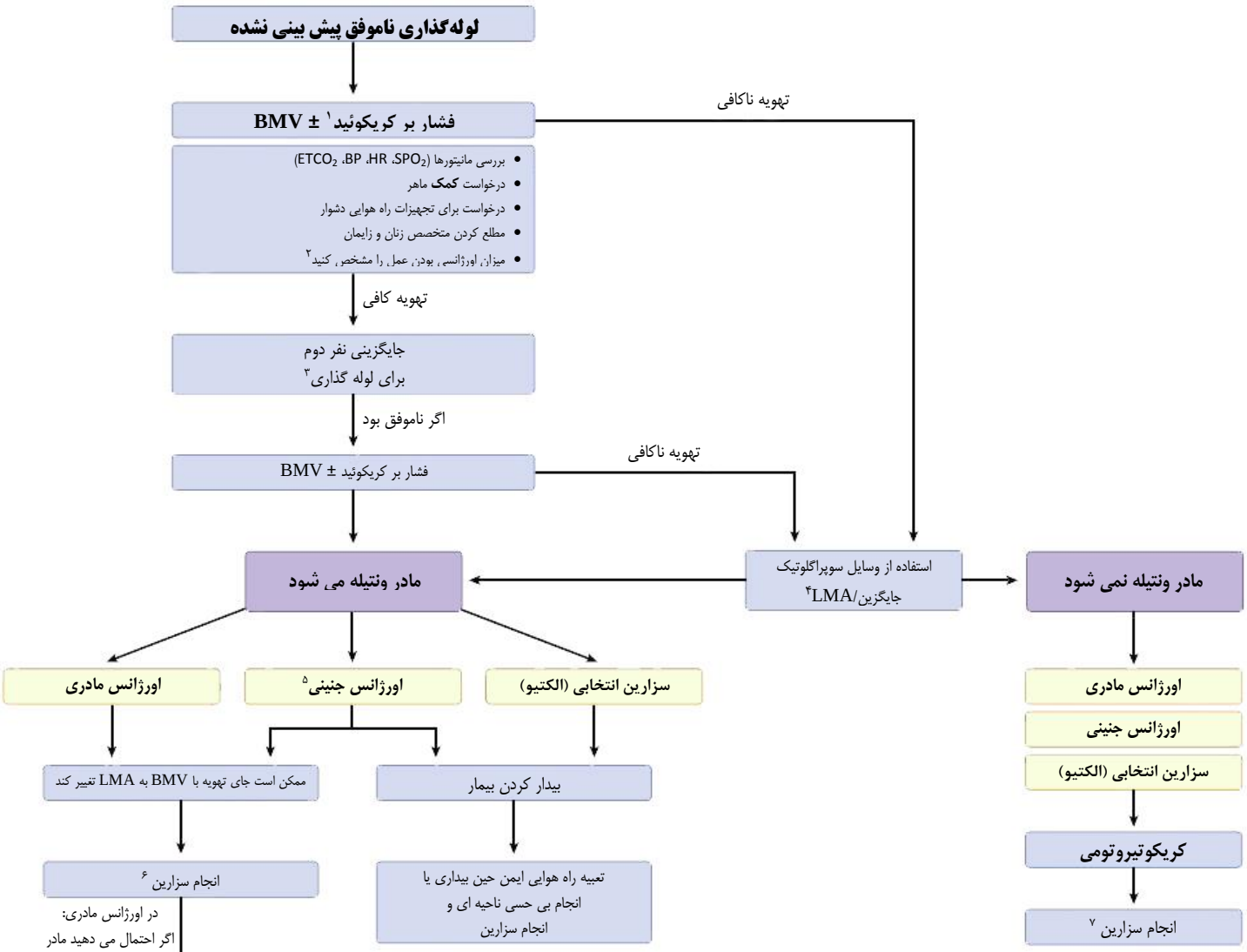
الگوریتم مدیریت راه هوایی دشوار پیش بینی نشده جهت بیهوشی عمومی برای زایمان سزارین



۱. اگر احساس می شود که **فشار بر روی غضروف کریکوئید** در مشاهده حنجره و یا در تهویه با استفاده از بگ و ماسک (BMV) یا LMA اختلال ایجاد می کند، باید فشار از روی غضروف کریکوئید برداشته شود.

۲. تمامی بیماران، از جمله بیماران **نیمه *اورژانسی***، جهت تصمیمات بعدی مدیریت راه هوایی، به دو دسته **اورژانسی یا انتخابی (الکتیو)** طبقه-بندی شوند.

۳. گروه Canadian Airway Focus (۱۹۹۸) **تنها ۲ تلاش** برای لوله‌گذاری در بیمار باردار را **توصیه می‌کند (در حالیکه** در سایر الگوریتم-ها، **۳ یا ۴ تلاش** توصیه شده است). اگرچه، اگر راه هوایی آسیب ندیده، اکسیژن‌رسانی به خوبی حفظ شده و احتمال موفقیت در تلاش سوم وجود دارد، ممکن است تلاش سوم قابل قبول باشد. لازم به ذکر است، هرگونه **تلاش پی در پی** باید پس از بهینه‌سازی موقعیت سر انجام شود، و از تکنیک‌ها / تجهیزات **مختلف** (بوژی، LMA، گلایدسکوپ، لوله‌گذاری فیبروپتیک و غیره) برای **هر یک** از تلاش‌های پی در پی باید استفاده شود.

۴. **اگر BMV اولیه ناکافی است؛ اما تهویه با استفاده از LMA (کلاسیک یا پروسیل) یا سایر وسایل جایگزین سوپراگلوتیک کافی است**، ممکن است در صورت اورژانسی بودن شرایط سزارین انجام شود؛ **یا اگر** مادر در معرض خطر بیشتری برای آسپیراسیون است و/ یا سزارین دشوار پیش بینی می شود، فقط اقدام دوم یا سوم را برای لوله‌گذاری توصیه می شود.

۵. در صورت **اورژانسی بودن وضعیت جنین** و شرایطی که در آن می‌توان مادر را ونتیله کرد، ***دو گزینه*** وجود دارد: در گزینه اول، سزارین ممکن است به خاطر جنین با راه هوایی محافظت نشده انجام شود یا در گزینه دوم اگر مادر در معرض خطر بالاتری از حد معمول برای آسپیراسیون، افت سچوریشن یا شکست های بعدی (وعده‌های غذایی بزرگ اخیر، چاق مرضی، مجاری هوایی که بطور قابل توجهی در تلاش‌های لوله گذاری ناموفق و ... آسیب دیده‌اند) قرار دارد، یکی از راه ها انتخاب می شود مانند بیدار کردن مادر و اقدام به بیهوشی منطقه‌ای یا بیدار کردن مادر و تعبیه راه هوایی ایمن در حالت بیداری. اقدام دومی ممکن است به وضوح جنین را در معرض خطر جدی قرار دهد؛ اما، از اصل "مادر در اولویت است " پیروی می‌کند.

۶. ***جزئیات مدیریت بیهوشی*** باید با در نظر گرفتن عمل و ترجیح پزشک و هرگونه مسائل مربوط به بیمار یا زنان، منحصر به فرد برای هر مورد، در اختیار پزشک متخصص بیهوشی باشد: (۱) دوزهای اضافی سوکسینیل کولین یا بازگشت به تهویه خود به خودی، (۲) انتخاب داروهای بیهوشی نگهدارنده، و (۳) تغییر انتخابی به LMA یا سایر وسایل سوپراگلوتیک حتی اگر BMV آسان و مؤثر باشد.

۷. **در ۳ موقعیت که تهویه قابل انجام نیست، سزارین در** اورژانس‌های مادر و جنین باید بلافاصله پس از تعبیه راه هوایی ترنس‌تراکئال انجام

طراحی و ترجمه:

نازنین طاهرخانی (دانشجوی هوشبری دانشگاه علوم پزشکی قزوین)

با نظارت:

آیدا صفائی فخر (عضو هیات علمی گروه هوشبری دانشگاه علوم پزشکی قزوین)

Reference:

تصویر ۶۲,۴ الگوریتم مدیریت راه هوایی دشوار غیرقابل پیش‌بینی در بیماران باردار.

BMV, Bag-mask ventilation; *BP*, blood pressure; *CS*, cesarean section; *$ETCO_2$*, end-tidal carbon dioxide; *HR*, heart rate; *LMA*, laryngeal mask airway; *SpO_2*, oxygen saturation. (Redrawn from Balki M, Cooke M, Dunington S, et al. Unanticipated difficult airway in obstetric patients: development of a new algorithm for formative assessment in high-fidelity simulation. *Anesthesiology*. 2012;117:883–897, with permission.)