

Założenie rurki dotchawiczej

Maria Kózka

Intubacja dotchawicza to najskuteczniejszy i najpewniejszy sposób trwałego zapewnienia drożności dróg oddechowych.

Może być wykonana przez: jamę ustą (intubacja ustno-tchawicza) i nos (intubacja nosowo-tchawicza), częściej jest wykonywana intubacja drogą przez usta pod kontrolą wzroku z użyciem laryngoskopu.

Cel:

- przywrócenie pełnej drożności dróg oddechowych;
- umożliwienie prowadzenia sztucznej wentylacji (kontrolowanej lub wspomaganiej);
- zapobieganie aspiracji treści żołądkowej;
- umożliwienie odsysania wydzieliny z tchawicy i oskrzeli.

Przygotowanie sprzętu:

- źródło tlenu;
- aparat Ambu z maską twarzową;
- ssak i cewniki do odsysania wydzieliny;
- laryngoskop z łyżką prostą (Macintosh – z łopatkami dużą, średnią, małą) i zakrzywioną (Millera) z uprzednio sprawdzonym oświetleniem;
- rurki ustno-tchawicze lub nosowo-tchawicze w różnych rozmiarach – dużym, średnim, małym, najlepiej z mankietem niskociśnieniowym (dla mężczyzn rozmiar 9, dla kobiet – 8);
- elastyczna prowadnica;
- strzykawka do wypełnienia mankieta uszczelniającego;
- kleszczyki Magilla do ułatwienia wprowadzenia rurki dotchawiczej między struny głosowe;
- narzędzie zaciskowe;
- przyklepiec do umocowania rurki;
- nożyczki;

- żel do powlekania rurki z zewnątrz (np. Xylocaine, 1% Scandicain);
- rozpylacz z roztworem 4% lignokainy do znieczulenia powierzchniowego;
- strzykawka z lekiem zwiotczającym;
- rękawiczki;
- rurka ustno-gardłowa lub rozpórka przeciwwgryzowa;
- słuchawki lekarskie.

Wykonanie zabiegu – technika przez usta, w dwie osoby:

• pielęgniarka po przygotowaniu zestawu do intubacji układa chorego płasko na wznak z głowę lekko uniesioną na małej poduszce o 8–10 cm ponad poziom podłoża („pozycja Jacksona ulepszone”). Uniesienie głowy pozwala na wyrównanie osi tchawicy i osi gardła;

• podaje choremu lek znieczulający w dawce zleconej przez lekarza;

• lekarz po założeniu na twarz maski wentyluje chorego czystym tlenem, używając worka Ambu;

• pielęgniarka podaje lekarzowi do lewej ręki laryngoskop;

• lekarz palcami prawej ręki otwiera usta chorego, asekurując zęby górne i dźwiał przed kontaktem z łopatką laryngoskopu;

• lekarz wprowadza laryngoskop po krzyżiźnie języka przez prawy kącik ust, odsuwając język w lewo, oliwka laryngoskopu powinna znajdować się w dołku językowo-nagłośniowym (pomiędzy nasadą języka i nagłośnią), następnie lekkie uniesienie do góry laryngoskopu uwidoczni wejście do krtani;

• pielęgniarka podaje lekarzowi sprawdzoną i zwilżoną żelem rurkę intubacyjną;

• lekarz wprowadza rurkę przez prawy kącik ust, gdy rurka znajduje się we właściwej pozycji, pielęgniarka uszczelnia mankiet rurki;

• jedna z osób ocenia prawidłowe położenie rurki:

1) bezpośrednio osłuchanie wylotu rurki (jeśli chory jest w bezdechu, uciska się lekko klatkę piersiową, słuchając równocześnie, czy z rurki wydobywa się powietrze);

2) osłuchując szczyty płuc po obu stronach;

• pielęgniarka przygotowuje plaster i mocuje rurkę do szczęki i policzka chorego;

• ponownie należy skontrolować położenie rurki;

• pielęgniarka podaje lekarzowi do założenia rurkę ustno-gardłową w celu zabezpieczenia rurki dotchawiczej przed przygryzieniem;

• pielęgniarka podłącza choremu pulsoksymetr;

• przygotowuje chorego do wykonania zdjęcia radiologicznego przyłóżkowe-go;

Wykonanie zabiegu – technika przez nos, w dwie osoby:

• ułożenie chorego jak do intubacji przez usta;

• pielęgniarka podaje lekarzowi sprawdzoną rurkę nosowo-gardłową, która zostaje wsunięta przez dno jamy nosowej do jamy ustno-gardłowej;

• następnie wprowadza się rurkę do tchawicy, tak jak przy intubacji przez usta, w razie potrzeby pomagając sobie kleszczykami Magilla;

- po umieszczeniu rurki w tchawicy pielęgniarka uszczelnia mankiet;
- ocenia prawidłowe położenie rurki jak wyżej.

Uwaga! Pielęgniarka – specjalistka z pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w sytuacji zagrożenia życia jest uprawniona do samodzielnego wykonania intubacji dotchawiczej.

BIBLIOGRAFIA

1. Meuret G.H., Lollgen H. (tłumaczył: Müller P.): *Podstawy reanimacji*. Medycyna Praktyczna, Kraków 1993.
2. Schuster H.P., Pop T., Weilemann L.S.: *Kompendium intensywnej opieki medycznej łącznie z zatruciami*. PZWL, Warszawa 1994.
3. Sych M.: *Resuscytacja. Teoria i praktyka żywienia*. PZWL, Warszawa 1995.