

Göğüs cerrahisi operasyonları 20. yüzyılda özellikle tüberküloz cerrahisi şeklinde iken günümüzde tek akciğer ventilasyon (TAV) yöntemlerinin gelişmesiyle şekil değiştirerek intratorasik maligniteler, bronşiektazi ve travma cerrahisinin yanında sıklıkla torakoskopik işlemler olarak karşımıza çıkmaktadır. Diğer cerrahi branşlardan farklı olarak göğüs cerrahisinde anestezide önem arz eden konular hastaya verilen lateral dekübit (LD) pozisyonuna ve cerrahi prosedür nedeniyle oluşan açık pnömotoraksa bağlı olarak meydana gelen fizyolojik değişiklikler ve TAV'dır.

HASTA POZİSYONU

Göğüs cerrahisi operasyonları genellikle sağ veya sol LD pozisyonunda yapılır. LD pozisyonu cerrahın toraks içi oluşumlara yönelik daha rahat manipülasyon yapmasına imkan tanır. LD pozisyonu esasen cerrahın işini kolaylaştırmaya yararken oluşturduğu ventilasyon/perfüzyon (V/P) dengesindeki değişiklikler nedeniyle anesteziyetlerin yükünü arttırmaktadır. LD pozisyonundaki uyanık, spontan solunumdaki hastada yerçekiminin etkisiyle pulmoner kan akımının çoğunluğu altta kalan akciğer kısmına gider. Ayrıca altta kalan diyafram kısmının kasılma hareketi batın içi organların da etkisiyle (altta kalan diyaframın yukarıya doğru daha fazla itilmesine yol açar) daha kuvvetli olur. Böylece spontan soluyan LD pozisyonundaki hastada altta kalan akciğer üstteki akciğere göre daha fazla ventilasyon ve perfüzyona sahiptir; bununla birlikte V/P dengesi korunmuştur. LD pozisyonundaki hastaya genel anestezi uygulandığında ise altta kalan akciğerde üstteki akciğere göre kan akımı yine fazladır. Genel anestezi her iki akciğerde de fonksiyonel rezidüel kapasiteyi azaltırken, batın içi organların altta kalan diyafram kısmına basısı ve mediastendeki organların da altta kalan akciğere yaslanması nedeniyle alttaki akciğerin ventilasyonu engelle-

Kaynaklar

1. Demiralp S. Toraks cerrahisi için anestezi. Tulunay M, Cuhruk H, çeviri editörleri. Lange Klinik Anesteziyoloji. 4. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2008. p.585-613.
2. Kayhan Z. Klinik anestezi. Genişletilmiş 3. Baskı. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2004. p.216-28.
3. Benumof JL. Separation of the two lungs (double-lumen tube and bronchial blocker intubation). In: Benumof JL (ed). Anesthesia for Thoracic Surgery. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1995.p.330-89.
4. Sazak H, Ulus F, Şahin Ş. Tek akciğer ventilasyonu. Anestezi Dergisi 2013; 21:1-10.
5. Campos JH, Massa FC, Kernstine KH. The incidence of right upper-lobe collapse when comparing a right-sided double-lumen tube versus a modified left double-lumen tube for left-sided thoracic surgery. Anesth Analg 2000; 90: 535-540.
6. Alkan M, Arslan M, Ünal Y. Toraks cerrahisinde anestezi. www.jcam.com.tr/files/KATD-2024.pdf.
7. Brodsky JB, Benumof JL, Ehrenwerth J. Depth of placement of left double-lumen endobronchial tubes. Anesth Analg 1991; 73:570-572.
8. Brodsky JB, Harry JM, Lemmens MD Tracheal width and left double-lumen tube size: a formula to estimate left- bronchial width. J Clin Anesth 2005; 17:267-270.
9. Banki F. Pulmonary assessment for general thoracic surgery. Surg Clin North Am 2010; 90:969-84.
10. Bernstein WK, Deshpande S. Preoperative evaluation for thoracic surgery. Seminars in Cardiothoracic and Vascular Anesthesia 2008; 12:109-21.
11. Benumof JL, Alfery DD. Anesthesia for thoracic surgery. In: Miller RD (ed). Anesthesia. 5th ed. Philadelphia: Churchill-Livingstone; 2000.p.1665-752.