



BÖLÜM 6.1

ZOR HAVA YOLU YÖNETİMİ

Fatih BALCI¹

GİRİŞ

Bir anestezi uzmanı tarafından hava yolu açıklığının sağlanması ve idamesi çok önemli ve temel sorumluluktur. Beyinde geri dönüşsüz hasar, gecikmiş havayolu açıklığı sağlanmasının kaçınılmaz sonudur. Bu durum ölümlerle bile sonuçlanabilmektedir. Hastanın hayati fonksiyonlarını sürdürebilmek hava yolu açıklığı sağlanmadan imkansızdır.

Tecrübeli ve eğitilmiş anestezi uzmanı tarafından yüz maskesiyle hastayı havalandırmada zorluk yaşanması, trakeal entübasyonda güçlük veya her ikisinin beraber olması durumuna zor hava yolu tanımı kullanılmaktadır (1).

Trakeal entübasyonda 3 veya daha fazla başarısız girişim, birden fazla kişi tarafından başarısız uygulama ve trakeal entübasyonda stile gibi yardımcı ekipmanlara ihtiyaç duyulması zor trakeal entübasyon olarak adlandırılır (2).

Zor hava yolu tanımlanması amacı ile çeşitli algoritmalar düzenlenmiştir. Hava yolu yönetimi

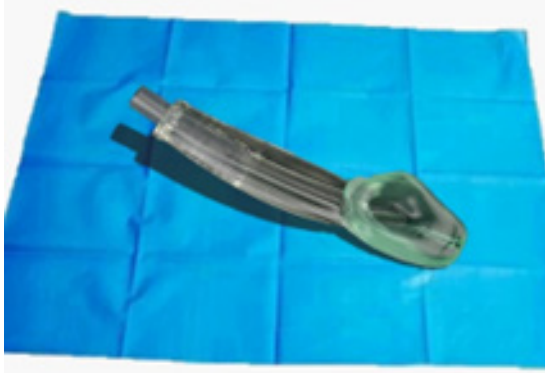
zorluğu oldukça değişkendir ve birçok faktöre bağlı olabilir. Bu faktörler; hasta özellikleri, tıbbi ve cerrahi öykü, hava yolu muayenesi, hava yolu yönetiminin gerekli olduğu klinik müdahale çeşitliliği (planlanan cerrahi uygulamanın niteliği) ve hastanın mevcut durumu ve yaşamsal belirtileri olarak özetlenebilir (3).

Uygun eğitim ve deneyim düzeyine sahip olan anestezi uzmanları tarafından zor entübasyon ihtimali önceden belirlenerek, uygun şart ve ekipmanlar sağlanması zor hava yolu yönetiminde başarı şansımızı artırır.

Amerikan Anesteziyoloji Derneği ve Zor Hava Yolu Derneği gibi kuruluşlar tarafından zor hava yolunu yönetmeye yönelik algoritmalar özetlenmiştir. Bu algoritmalar zor entübasyon yönetiminde yönlendirici olur. 2015 yılında Difficult Airway Society tarafından da yetişkinlerde zor hava yolu yönetimi yayınlanmıştır (4) (Resim I-II-III).

¹ Uzm. Dr., Kayseri Şehir Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD., fabalix1@gmail.com

- c) **I-gel:** termoplastik, vücut ısısı ile genişleyen yapıda kafsız olup Laringeal ve faringeal yapılara bası yapmadan yerleştirilebilir. Mide aspirasyonuna izin veren ayrı bir lümenine sahiptir. Çocuklarda da kullanılabilir (Resim XI).



Resim XI. I-gel

Flexible Laringoskop: Zor entübasyonlarda kullanılan ucu kıvrılabilen Macintosh laringoskop çeşididir. Ucundaki kıvrılabilen parçası sayesinde vokal kordlar daha iyi görülebilir (Resim XII)



Resim XII. Flexible Laringoskop

KAYNAKLAR

1. Apfelbaum JL, Hagberg CA, Caplan RA, et al. Practice guidelines for management of the difficult airway: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology* 2013;118:251-70 doi: 10. 1097/ALN. 0b013e31827773b2
2. Law JA, Broemling N, Cooper RM, et al. The difficult airway with recommendations for management -Part 1- Difficult tracheal intubation encountered in an unconscious/induced patient. *Can J Anesth* 2013;60:1089-118.
3. Huitink JM, Bouwman RA. The myth of the difficult airway: airway management revisited. *Anaesthesia*. 2015 Mar;70 (3):244-9
4. Difficult Airway Society (2015) Mart 2022 https://das.uk.com/guidelines/das_intubation_guidelines
5. Hayashida K, Matsumoto S, Kitano M, Sasaki J. Predictive value of quick surgical airway assessment for trauma (qSAT) score for identifying trauma patients requiring surgical airway in emergency room. *BMC Emerg Med*. 2018 Nov 29;18 (1):48.
6. Mendonca C, Tourville CC, Jefferson H, et al. V. Fiberoptic-guided tracheal intubation through i-gel and LMA Protector**TM supraglottic airway devices- a randomized comparison. *Anaesthesia*. 2019 Feb;74 (2):203-210.
7. Ahmad I, Onwochei DN, Muldoon S, et al. Airway management research: a systematic review. *Anaesthesia*. 2019 Feb;74 (2):225-236.
8. Toker K. (2016) Zor Havayolu Yüksel Keçik (Ed.) Temel Anestezi (s. 949-957) Ankara: Güneş Tıp Kitapevi
9. Sunder R A, Haile D T, Farrell P T, Sharma A. Pediatric airway management: current practices and future directions. *Paediatr Anaesth*. 2012;22 (10):1008-1015.
10. Andruszkiewicz P, Dec M, Kanski A, Becler R. Awake fiberoptic intubation. *Anesteziol Intens Ter* 2010; 42: 218-21
11. Ovassapian A. The flexible bronchoscope. A tool for anesthesiologists. *Clin Chest Med* 2001; 22: 281-99.
12. Scheller MS, Zornow MH, Saidman LJ. Tracheal intubation without the use of muscle relaxants: a technique using propofol and varying doses of alfentanil. *Anesth Analg* 1992; 75: 788-93.
13. Bailly A, Lascarrou JB, Le TA, et al. McGRATH MAC videolaryngoscope versus Macintosh laryngoscope for orotracheal intubation in intensive care patients: the randomised multicentre MACMAN trial study protocol. *BMJ Open* 2015;5:e009855.
14. Janz DR, Semler MW, Lentz RJ, et al. Randomized Trial of Video Laryngoscopy for Endotracheal Intubation of Critically Ill Adults. *Crit Care Med* 2016;44:1980-7.
15. Butterworth J, Mackey D, Wasnick J (2021) Morgan & Mikhail Klinik Anesteziyoloji, 6. baskı içinde (s307-341) (Prof. Dr. F. Handan Cuhruk Çev. Ed.)Ankara:Güneş Tıp Kitapevi