

BAKI NOKTASINDA HAVAYOLU ACİL USG

13

Dr. Afşin Emre KAYIPMAZ

Başkent Üniversitesi Acil Tıp AD

Teknik: Hastanın başı ekstansiyonda, boynu fleksiyonda olacak şekilde supin pozisyonda olması en idealidir. “Koklama Pozisyonu” olarak da nitelendirilen bu pozisyonun daha rahat sağlanması için oksipital bölgenin altına yastık benzeri bir destekleyici koymak yararlıdır. ⁽¹⁾

Hava yolu görüntülemesi için yüksek frekanslı problar tercih edilmeli; Yzeysel yapılar için 7.5 MHz düz prob, daha derin yapılar içinse 5 MHz eğri prob kullanılmalıdır. ⁽²⁾ Trakea değerlendirmesi için non-vasküler ayar kullanılabilir. Plevral kaymanın görüntülenmesindeyse vasküler ayar tercih edilebilir. ⁽³⁾

Trakea görüntülemesi için;

**Prob transvers pozisyonda; Laringeal çıkıntının hemen altına yerleştirilmelidir.*

**Tiroid bezinin isthmusu, trakeanın anterolateralinde yerleşik olup trakea görüntülemesi için iyi bir başlangıç noktasıdır.*

**Suprasternal çentik seviyesine kadar hipokoik trakeal halkalar ters U harfi şeklinde gözlenebilir.*

**Prob parasagittal pozisyonda; Trakeal halkalar boncuk dizisi gibi görülür.*

**Trakea görüntülemesi entübasyon esnasında veya sonrasında yapılabilir.*

Plevral aralığın değerlendirilmesi parietal ve visseral plevra yapraklarının kaburgaların posteriorunda görüntülenmesi esasına dayanır.⁽³⁾

Şüpheli Özefagus Entübasyonu:

Endotrakeal tüpün özefagusa yerleştirilmesi trakeanın arkasında ikinci bir lümenin ortaya çıkmasına sebep olur. Bu çift lümen bulgusu tüpün yanlış yerde olduğunun göstergesidir. Bunun yanı sıra plevral kayma hareketinin olmaması indirekt olarak tüpün yerinin yanlış olduğunu gösterir.

**Bilateral olarak 3. ve 4. interkostal aralıktan gözlenen plevral kayma hareketi, trakeadaki tüpün her iki akciğeri eşit olarak havalandırdığının bir bulgusu olarak gösterilmiştir.⁽⁷⁾*

Şüpheli Bronş Ana Gövdesi Entübasyonu: Bronş ana gövdesinin entübasyonu çoğu olguda sağ tarafta olup, entübe edilen tarafın karşısında plevral kayma hareketinin olmamasıyla karakterizedir.

**Bronş ana gövdesinin entübasyonu ile pnömotoraks karışabilir. Tüp 2 cm geriye çekilip, uzunluğunun ağız kenarında 20-22 cm'de olduğundan emin olunduktan sonra tekrarlanan ultrasonda halen tek taraflı plevral kayma bulgusu yoksa pnömotoraks lehine düşünülmelidir.*

Kaynaklar

1. Parmar S, Mehta H, Shah N, Parikh S, Solanki K. Ultrasound: A novel tool for airway imaging. J Emerg Trauma Shock. 2014;7:155.
2. Kundra P, Mishra SK, Ramesh A. Ultrasound of the airway. Indian J Anaesth. 2011;55:456-62.
3. Appendix The Core Content of Clinical Ultrasonography Fellowship Training. American College of Emergency Physicians. Available from: <http://www.acep.org/workarea/downloadasset.aspx?id=95794>
4. Singh M, Chin KJ, Chan VWS, Wong DT, Prasad G a, Yu E. Use of sonography for airway assessment: an observational study. J Ultrasound Med. 2010;29:79-85.
5. Ma G, Davis DP, Schmitt J, Vilke GM, Chan TC, Hayden SR. The Sensitivity and Specificity of Transcricothyroid Ultrasonography to Confirm Endotracheal Tube Placement in a Cadaver Model. J Emerg Med. 2007;32:405-7.
6. Kim EJ, Kim SY, Kim WO, Kim H, Kil HK. Ultrasound measurement of subglottic diameter and an empirical formula for proper endotracheal tube fitting in children. Acta Anaesthesiol Scand. 2013;57:1124-30.
7. Chun R, Kirkpatrick AW, Sirois M, Sargasyan E, Melton S, Hamilton DR, et al. Where's the tube? Evaluation of hand-held ultrasound in confirming endotracheal tube placement. Prehospital disaster Med Off J Natl Assoc EMS Physicians World Assoc Emerg Disaster Med Assoc with Acute Care Found. 2004;19:366-9.