

PEDİATRİK HAVAYOLU YÖNETİMİ

Hatice Feray ARI¹

► GİRİŞ

Bir doktorun hasta karşısında görevlerinden belki de en önemlisi havayolu yönetimidir. Pediatrik hasta grubunda oksijen rezervinin yetersiz olması nedeniyle hipoksi anında müdahale için çok daha kısa bir zaman bulunur. Havayolu açıklığının sağlanması hayati önem taşıdığından pediatri uzmanlarının en iyi bilmesi gereken konudur. Eğer yeterli bilgi ve deneyim mevcut ise hastanın oksijenizasyonun sağlanması için sorunun çözümü kolaylıkla sağlanabilecektir.

Pediatrik havayolunun yönetiminde; havayolu anatomisi iyi bilinmeli, ön değerlendirmesi yapılmalı, klinik bilgi detaylı bilinmelidir. Yönetimin içeriğinde; havayolu açıklığı sağlandıktan sonra izlemi, bakımı, sekresyonların aspirasyonu, entübasyon ve ekstübasyon, zor havayolu yönetimi de yer alır.

► PEDİATRİK HAVAYOLU ANATOMİSİ

Temel olarak; nazal ve oral kavite, farinks, larinks, epiglottis ve vokal kordlar üst havayolu; trakea,

bronşlar, bronşoller ve alveoller alt havayoludur. Üst havayolu vokal kordlardan itibaren alt havayolu ile devam eder.

Çocuklarda havayolu anatomik ve klinik olarak erişkinlerden farklıdır. Oral kavitede dil, erişkinlerden farklı olarak daha geniş yer kaplar ve trakea yüksek yerleşimlidir. Trakea infantta C1, 0-7 yaş aralığında C3-C4, erişkinde C4-C5 servikal vertebra seviyesindedir. Bu nedenle glottik açıklığın anteriorda yüksek olması nedeniyle lariksin rahat görülemediği özellikle infant yaş grubu hastalarda düz bıçak ile entübasyon tercih edilmelidir. Yine posterior farinkste dilin fazla yer kaplaması ve oksiputun sivri olmaması nedeniyle supin pozisyonunda havayolu fleksiyonda kalabilir. Hafif koklama pozisyonunda havayolu açıklığı sağlanmalıdır. Geniş oksiput bulunan küçük infantlarda ise omuzlar altına havlu koyularak uygun havayolu açıklığı sağlanabilir. Entübasyon ihtiyacı olan iki yaş altı infantlarda eğik (Macintosh) bıçak yerine düz (Miller) bıçak kullanılması önerilmektedir. Krikoid kıkırdak da çok daha dardır. Bu nedenle krikoid halkadan geçebilecek boyutta hastaya uygun tüp çapı seçilmeli,

¹ Uzm. Dr., Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Kliniği, dr.hferayyavas@gmail.com

► KAYNAKLAR

1. Fuhrman BP, Zimmermann JJ, Clark RSB, Relvas M, Rotta AT, Thompson AE, Tobias JD. *Pediatric Critical Care*. 2016;3(45):1280-1905.
2. Nichols D, Shaffner D, Rogers MC. Roger's Textbook of Pediatric Intensive Care. 4th Edition 2015.
3. Black AE, Flynn P, Smith HL, Thomas ML, Wilkinson KA, Wilkinson T. Development of a guideline for the management of the unanticipated difficult airway in pediatric practice. *Pediatric Anesthesia*. 2015;25(34):6-62.
4. Walker RW, Ellwood J. The management of difficult intubation in children. *Pediatric Anaesthesia*. 2009;19:77-87.
5. Randhawa MS, Revaiah VC, Jayashree M. American Heart Association Pediatric Advanced Life Support Update 2020-“More Breaths, Less Fluids, and a Focus on Recovery”. *Indian Pediatrics*. 2021;58:273-278.
6. Topjian AA, Tia RT, Atkins D, et al. Part 4: Pediatric Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*. 2020;142:469-523.