

BAROTRAUMA E SHKAKTUAR NGA DHËNIA E OKSIGJENIT TË LIRË

HEKTOR SULA, MAJLINDA DERVISHI*

Summary

BAROTRAUMA FROM INNAPROPRIATE OXYGEN ADMINISTRATION

A case of pulmonary barotrauma is described as a post-anaesthetic complication, during the treatment of an intubated patient with O_2 from the Flow-meter. This kind a complication works as the obstruction of the tracheal tube from the O_2 releasing tube.

Subcutaneous emphysema was the suggestive sign to investigate for a possible PNX.

Pneumotoraksi i përcaktuar si prania e ajrit në kavitetin pleural mund të shkaktohet nga kalimi i ajrit nëpërmjet murit të kafazit të kraharorit, diafragmës, mediastinit ose nga mushkëria – nëpërmjet pleures viscerales.

Pneumotoraksi (PNX) mund të jetë: traumatik, iatrogjen ose spontan. Përsa i përket formave iatrogjene që janë shkaktarët më të shpeshtë të PNX në përgjithësi, ato mund të jenë: të qëllimshme (për arsye diagnostikoterapeutike), të paevitueshme (si në rastin e përdorimit të ageve të biopsisë së mushkërive) dhe komplikacionet, që janë kategoria më e shpeshtë (1). Në literaturë është përshkruar PNX iatrogjen pas procedurave të tilla si: thorakocenteza, biopsia e mëlçisë, perikardiocenteza, bllokada e nervave interkostale, bllokada e ganglionit stellat, biopsia perkutane apo transbronkiale e mushkërive, përpjekjet për kanjulinim e v.v. subklavia ose jugularis interna, si dhe procedura kirurgjikale të tilla si: trakeostomia (në bazën e qafës) apo procedurat endoskopike në ezofagun trakeal (3,6,7).

Përsa i përket komplikacioneve të ventilacionit mekanik, që kanë në bazë barotraumën, ato janë cituar në 10-20% bile deri në 30% të rasteve tek fëmijët (2) të shprehura në format e emfizemës intersticiale, të mushkërive, pneumomediastinit, pneumoperikardit, pneumoperitoneumit dhe retropneumoperitoneumit, PNX i tensionuar dhe emboli ajrore venoze e arteriale.

Barotrauma e ka zanafillën në mbidistendimin e alveolave nga presioni apo vëllimi i shtuar ose nga të dy këto faktorë së bashku që çojnë më pas në penetrimin e ajrit në mënyrë centripetale ndërmjet tubave bronkovaskulare për në mediastin dhe sipër për në indet subkutane të qafës. Zakonisht kjo pasohet nga zhvillimi i PNX dhe shpërndarja e ajrit nëpërmjet planeve fasciale

për në indet subkutane të qafës, kokës, gjoksit dhe pjesët e tjera të trupit.

Në menduam të përshkruajmë një rast PNX iatrogjen, që nuk bën pjesë në ato të cituar më lart. Kemi hasur raste të përafërta të raportuara në literaturën e huaj (4,5), ndërsa në literaturën tonë të konsultuar nuk kemi takuar të tilla.

Rasti : A.R., vjeç 70, shtruar në Klinikën e kirurgjisë së përgjithshme me nr. karte klinike 38870, me diagnozë : Ca. caput pancreasi. Në anamnezë, ekzaminimin objektiv dhe në radioskopinë e toraksit preoperative nuk kishte ndonjë problem të veçantë. Po ashtu dhe ekzaminimet e tjera klinike, biokimike dhe gazometria ishin në normë. Operacioni i bërë më dt. 1/3/1996 konsistoi në : cholecystectomi, choledoco-duodeno anastomozë latero-laterale. Pacienti u mbajt nën anestezi të përgjithshme me O_2 + fluotan 1% analgjezike dhe miorelaksante. Pas interventit pacienti u mbajt në dhomën e zgjimit me respiracion të asistuar në CMV assist dhe pas 1 ore me zgjimin e pacientit dhe rikthimin e tonusit të muskulaturës, ai u shkëput nga aparati dhe u la me tub endotrakeal nr.7.5, duke i shtuar oksigjen të lirë 6 lit/minutë nëpërmjet një tubi që bashkonte floëmetrin me hyrjen e tubit endotrakeal (fig.nr.1). 20-30 sekonda pas këtij manipulimi u vu re që pacientit ju shtua vështirësia në frymëmarrje dhe u përgjum. Menjëherë u bë shkëputja e tubave dhe u vu re që tubi i O_2 kishte rrëshqitur brenda tubit endotrakeal, duke e bllokuar atë dhe duke mos lejuar ekspirimin e ajrit. Ajri doli nga tubi me presion dhe njëkohësisht u vu re edemë e lehtë e qafës me krepitacione të indeve të buta rreth saj. Nuk pati alternime të gjendjes së hemodinamikës, në auskultim kishte dobësim të

Dorëzuar në Redaksi në 25 Maj 1996, miratuar për botim më 17 Janar 1997.

Nga Shërbimi i Reaminacionit i Qendrës Spitalore Universitare.(H.S., M.D.)

Adresa për letërkëmbim: H. Sula Shërbimi i Reaminacionit i Qendrës Spitalore Universitare i Tiranës.

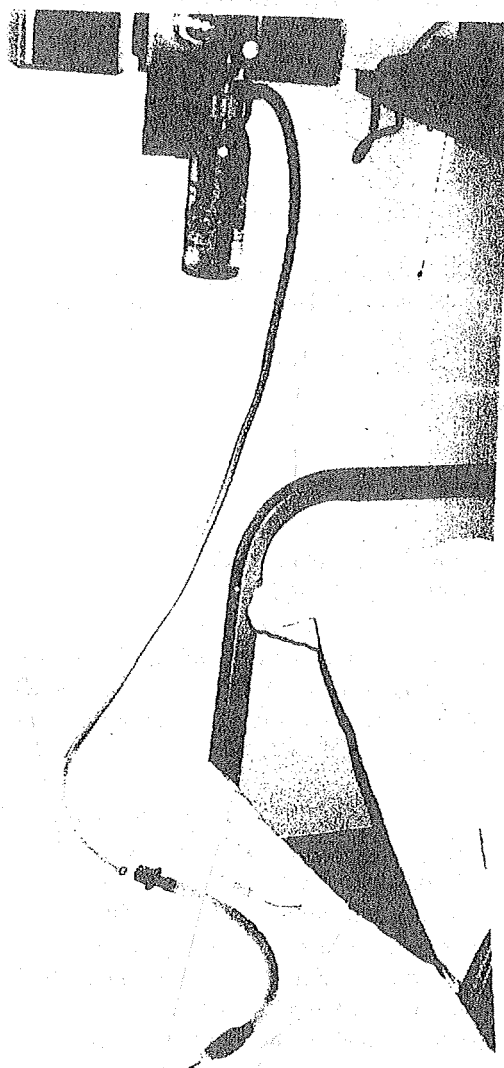


Figura nr. 1

BIBLIOGRAFIA

1. Glen Lillington RESPIRATORY CARE Lippincott 1984, 321
2. Kirby R, Smith R, Desautels D. Mechanical Ventilation. Në RESPIRATORY CARE Lippincott 1984, 574
3. Moore DC, Bridenbaugh LD. Pneumothorax; Its incidence following interx ostale block. JAMA 182; 1005, 1962.
4. Cohen Y, Laker M. Tension PPNX from innapropriate oxygen administration. HAREFUAH 124 (9) MAY 2 1993, 549 – 551.
5. Grime PD, Malins TJ. Hazard warning. A case of postoperative barotrauma. Bbritish J of Oral Maxillofacial Surgery 1991,29 :183.
6. Credle WF, Smiddy JF, Elliott RC; Complications of fiberoptoo bronchoscopy. Am . Rev, Respir. Dis. 1974; 109, 67.
7. Richer J. : Central venous cannulation. Radiologic determination of catheter positions and immediate intrathoracic complications. Acta Anaesthesiol. Scand. 1977, 21:45.

respiracionit në hemitoraksin e majtë. U punktua me shiringë ky hemitoraks, nga ku doli ajër me presion pozitiv. Dreni torakal në hemitoraksin e njëjtë i vendosur në sistemin nën ujë nxori ajër të bollshëm. Radiografia e toraksit e konfirmoi diagnozën. Pas drenazhit u ul emfizema subkutane, gjendja e përgjithshme e pacientit ishte e mirë, ndërgjegja u qartësua dhe gazometria në kufijë normalë. Pacienti u ekstubua pas 1 ore ndërsa dreni torakal u hoq pas 72 orësh dhe pulmoni ishte hapur plotësisht.

Si përfundim mund të themi se edhe procedura të tilla normalisht të parrezikshme, si dhënia e oksigjenit të lirë, mund të çojnë deri në komplikacione të tilla si PNX, prandaj ato duhen kryer me kujdes dhe me tuba – kateterë të posaçëm (pajisje T-bashkuese) dhe mund të kihet parasysh një komplikacion i tillë në pacientë të intubuar.

Nga ana tjetër, shfaqja e emfiemës subkutane mbetet një shenjë sugjeruese për të thelluar investigimin e shpejtë për të zbuluar një komplikacion të tillë si PNX (2).