

DESPRE UNELE ACCIDENTE ALE ANESTEZIEI GENERALE INTRATRAHEALE

Zoltán Csizér, Attila Kelemen

Începînd din anul 1952 în Clinica chirurgicală din Tg.-Mureș la un număr de 17.814 intervenții, s-au efectuat 2.835 (13,6%) anestezii generale față de 13.888 (78%) anestezii loco-regionale și 1.191 (6,5%) anestezii rahidiene. Cele mai multe anestezii generale în număr de 2.200 (77,02%) s-au efectuat cu sistemul cel mai simplu, cel deschis, cu masca Schimmenbusch, iar aparatul Ombredanne s-a folosit în 150 de cazuri. (5,4%). Un procent de 70% din anesteziile generale s-au efectuat la persoane sub vîrsta de 15 ani în majoritate urgențe.

Anestezia generală în intubație endotraheală am aplicat-o numai din anul 1957, cînd am reușit să punem la punct serviciul nostru de anestezie și reanimare, paralel cu dezvoltarea anestezilogiei moderne din țară și mai ales sub influența succeselor obținute în clinicile din capitală. De la această dată pînă la 1 aprilie 1959 am efectuat în total 380 de narcoze prin intubație intra-traheală*.

Azi nu mai putem concepe intervenții pe torace deschis (cord, mediastii, esofag, plămîn) sau operații toraco-abdominale (esofag, diafragm, stomac, suprarenală), nici intervenții șocante, la orice vîrstă și orice leziune, fără acest fel de anestezie. Am efectuat intubații de la vîrsta de 2 luni pînă la vîrsta de 76 de ani.

Gușa sufocantă sau gușa intratoracică, tinctomiile, gastrectomiile totale, intervențiile pe căile biliare sau cele pe rect și pe coloana vertebrală, le executăm în mod curent tot prin intubație.

Introducerea pe scară largă a acestei anestezii a însemnat o cotitură radicală, atît în ceea ce privește indicațiile cît și rezultatele obținute. Avantajele acestui fel de anestezie s-au dovedit a fi atît de evidente, încît astăzi narcoza prin intubație se preconizează în majoritatea intervențiilor abdominale, mai ales în acelea unde ne așteptăm la dificultăți tehnice, la o eventuală schimbare a diagnosticului pe masa de operație, la lărgirea intervenției etc.

* La data apariției acestei referat avem peste 500 narcoze efectuate prin intubație.

În asemenea cazuri numărul anesteziilor endotraheale este limitat numai din cauze obiective, cum ar fi numărul insuficient al aparatelor, tuburilor de oxigen, reductoarelor etc. și de numărul redus al anesteziștilor versași.

Totuși riscul anesteziilor intratraheale nu trebuie subapreciat nici atunci când se efectuează de anesteziști cu o bogată experiență și după o lungă serie de succese.

Accidentele pot proveni din cele mai felurite cauze și pe neașteptate, punând în pericol viața bolnavului.

În experiența noastră, din cele 380 de intubații, 362 (95,2%) au decurs în mod normal, iar 18 (4,8%) cu diferite accidente. Dintre acestea din urmă, în 14 cazuri (3,8%, din totalul intubațiilor), accidentele au fost reversibile, iar 3 cazuri (aprox. 1% din totalul intervențiilor) au fost ireversibile.

Începem cu analiza acestor 3 cazuri, când bolnavii au decedat pe masa de operație, deoarece considerăm că prezentarea insucceselor și a experienței proprii, nu poate fi decât folositoare. 2 din aceste cazuri (0,5%) au provenit din greșeli evidente, comise în aplicarea metodei, iar al treilea (0,2%) se datorează deficiențelor aparaturii.

Primul caz (obs. nr. 73). S-a întâmplat în perioada când nu dispuneam de o experiență suficientă pentru a face față cazurilor complicate. În afară de aceasta, am făcut imprudența ca, fiind chemați în provincie, să luăm asupra noastră răspunderea unei anestezii grele, la un bolnav insuficient studiat, având la dispoziție o aparatură primitivă, mai mult improvizată, într-un anturaj nou, necunoscut. Bolnavul suferea de un empiem pleural nebacilar închistat, de 10 ani, cu evidente tare organice. După 60 de minute de intervenție, destul de șocantă, tubul, slab fixat în trahee scapă. În timpul reintubației dificile survine o sincopă cardiorespiratorie fatală.

Al doilea caz de accident mortal datează tot din această perioadă. Este vorba de o bolnavă suferind de stenoză mitrală faza III, cu indicația la limită. După 20 de minute, bolnava începe să prezinte semnele unei hipercapnii, se cianozează, respirația devine din ce în ce mai dificilă, accentuându-se progresiv. Intervenția este rapidă și se execută în condiții perfecte. Se oxigenează din plin. Totuși, la închiderea toracei, bolnava sucombă, prezentând semne de anoxemie. Pe masa de operație nu am putut clarifica motivul decesului, însă la autopsie (prot. nr. 549/1958) se descoperă în arborele bronșic un depozit subțire de substanță albicioasă. Analiza biochimică ce s-a executat relevă că este vorba de var sodat. Ne-am întrebat care poate fi explicația prezenței acestui var în arborele bronșic. Ulterior, cercetind aparatul Draeger, ne-am convins că aspirația de var sodat e posibilă în caz de umplere defectuoasă a canistrei. Acest incident a contribuit, fără îndoială, la anoxemia survenită.

Al doilea caz de accident mortal datează tot din această perioadă. Este vorba (obs. nr. 167) suferind de tumoare sufocantă a mediastinului anterior (reticulosarcom).

După 30 de minute, când chirurgul termină sternotomia longitudinală, respirația bolnavului devine din ce în ce mai dificilă. La aspirația endobronșică apare o secreție viscoasă tot mai abundentă. Sonda fiind de calibrul redus și cudadă din cauza compresiunii traheale produsă de tumoare, secrețiile nu au putut fi aspirate și bolnavul sucombă cu semne de insuficiență respiratorie.

Celelalte 14 accidente s-au rezolvat favorabil. Anoxemii cu cianoză au fost observate în 2,3% din totalul intubațiilor, datorându-se de cele mai multe ori unor defecțiuni banale ale aparatului, care, neobservate la început, au pus în pericol viața bolnavului. Relatarea unor defecțiuni banale de felul acestora pare a fi lipsită de importanță. Totuși ele, intervenind destul de des, trebuie luate în considerare. Fiecare tip de aparat pentru narcoză prezintă calități, dar și deficiențe pe care e bine să le cunoaștem.

Astfel, într-un caz ce tubul de cauciuc ce aduce oxigenul din recipient s-a deconectat fără ca acest defect să fie observat la începutul intervenției.

Într-un alt caz, valva de închidere de jos a picurătorului de eter a aparatului Draeger a fost uitată închisă, fapt ce nu s-a observat decât mai târziu

cind am deschis-o. Eterul acumulat deasupra ei s-a revărsat brusc în circuit și a cauzat supradozaj.

În alte serii de observații, accidentele survenite în timpul anesteziei au fost strîns legate de cele din plaga operatorie, provenind astfel mai degrabă din deficiențele de reanimare decît din narcoză. Reanimarea fiind însă inseparabilă de narcoză, trebuie să le amintim aici, cu atît mai mult cu cît, în majoritatea cazurilor, ambele servicii sînt nu numai dirijate, ci și executate de aceeași persoană.

Astfel, în timpul unei gastrectomii pe cale pur abdominală, chirurgul, pentru a avea un acces mai larg rezecă apendicele xifoid și denudează fără să observe cele două pleure. În minutul 45, după ce bolnavul a fost într-o stare perfectă, apare o respirație îngreunată cu semne de cianoză. Situația devine din ce în ce mai alarmantă, pînă cînd se descoperă un pneumotorax cu ventil bilateral, produs de cîte o mică fisură pe ambele pleure. Dezumflarea bilaterală și continuă cu aparatul de pneumotorax readuce totul la normal.

O altă serie de accidente au survenit din cauza studiului preoperator insuficient al bolnavului, ceea ce a produs așa-numitele surprize în timpul narcozei.

Bolnava B. F. în vîrstă de 14 ani se internează cu bronșieclazia întregului plămînt sting, urmînd să i se facă o pneumonectomie. La început expectorația e de peste 200 ml în 24 de ore; prin tratament endobronșic susținut, această cantitate se reduce pînă la 5—10 ml pe zi. Toluși, în timpul inducției și la prima încercare de intubație, traheea se inundă cu o cantitate masivă de secreție purulentă. Din fericire inducția fiind prea superficială permite ca bolnava să expectoreze prin accese de tuse mai mult de 100 gr secreție purulentă. Presupunem că în momentul intubației, datorită acceselor de țuse, s-a deschis un nou focar de retenție. Logic ar fi fost ca în urma acestui accident să amînăm intervenția. Observînd însă că printr-o poziție declivă forțată și o bronhoaspirație puternică reușim cu ajutorul sondei Nelaton să evacuem complet secrețiile, optăm pentru continuarea intervenției programate. Făcînd intubația și efectuînd aspirații dese în poziție declivă, reușim să menținem căile respiratorii libere și să executăm pneumonectomia în bune condiții.

În alte cazuri obstacolele survenite în căile respiratorii, spasmele laringiene din timpul intubației, dopurile de mucus din timpul narcozei și introducerea prea profundă a sondei într-o bronșie principală au cauzat momente grave pentru bolnav și palpitate pentru anestezist și chirurg, dar odată cu acumularea unei experiențe cît mai bogate aceste dificultăți au putut fi înlăturate din ce în ce mai ușor.

Trebuie să insistăm asupra faptului că cea mai mică superficialitate, ușurință sau subestimare a pericolelor poate avea consecințe tragice.

Din modesta noastră experiență ne permitem să tragem cîteva învățăminte care, firește, necesită o verificare continuă.

1. Dacă în operațiile abdominale și mediastinale anterioare se produce în mod accidental o fisură pleurală unilaterală sau bilaterală și aceasta nu se poate închide imediat și ermetic, anestezistul trebuie să ceară deschiderea largă a pleurelor legate, deoarece numai astfel se va putea înlătura pneumotoraxul cu ventil de suprapresiune.

2. Anestezistul trebuie să urmărească cu o deosebită atenție nu numai aportul prea mic, ci și aportul prea masiv de sînge, precum și ritmul prea rapid al transfuziei.

3. În cazul unor secreții bronșice peste limita admisă, atunci cînd am epuizat toate șansele tratamentului conservator și indicația operatorie este absolută, vom putea încerca o evacuare a secrețiilor chiar pe masa de operație, imediat înaintea intubației. Reușind prin diferite manevre mecanice (poziție declivă, bronho-aspirație, expectorație voită) să eliberăm arborele bronșic, obținem un răgaz pentru evitarea inundației pînă la clamparea intraoperatorie

a bronșiei. Aceste manevre constituie o siguranță în plus pe lângă alte procedee de evitare a inundației (blocaj al bronșiei bolnave etc.).

4. În organizarea și continua dezvoltare a asistenței de reanimare și anestezie, e indicat ca în serviciile de chirurgie cu mare rulaj de bolnavi să se țină seama de următoarele: a) pe lângă pregătirea continuă a cât mai multor cadre de anesteziologi și reanimatori, este neapărată nevoie de un responsabil permanent în această problemă; b) anestezistul trebuie să cunoască și să studieze în prealabil fiecare bolnav ce urmează a fi supus operației; de asemenea el trebuie să cunoască bine alți aparatura, cât și posibilitățile sale obiective și subiective; c) colaborarea dintre chirurg și anestezist va fi rodnică numai cînd fiecare dintre ei cunoaște pe baza propriei sale experiențe posibilitățile, riscurile și limitele specialității celuilalt: chirurgul pe cele ale anestezistului, și anestezistul pe cele ale chirurgului.

Sosit la redacție: 6 iulie 1959.

НАШИ ОПЫТЫ ПРИ ИНТРАТРАХЕАЛЬНОМ НАРКОЗЕ

Чизер Золтан, Келемен Атила

Автор сообщает о 380 своих общих хирургических вмешательствах, произведенных под интратрахеальным наркозом за 1957—1958 годы.

Обращают внимание на самые частые осложнения при интратрахеальном наркозе, дают указания по предупреждению и устранению этого, а также в отношении анестезии и организации реанимационной помощи.

QUELQUES OBSERVATIONS CONCERNANT L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

Z. Csizér, A. Kelemen

On présente des observations à propos de 380 anesthésies intratrachéales exécutées entre 1957—1959 dans le cadre de la chirurgie générale. Les auteurs rélevont la possibilité des accidents et des complications immédiates, en formulant des indications pour qu'on puisse les prévenir et combattre. On souligne les avantages et les limites de l'anesthésie intratrachéale dans le cadre de la chirurgie générale et on propose quelques suggestions en ce qui concerne la réorganisation des services d'anesthésie-réanimation.