

ATITUDINEA NOASTRĂ ÎN ANESTEZIA ȘI REANIMAREA INTRAOPERATORIE PE MARGINEA A 100 DE COMISUROTMII

Z. Păpai, E. Kesztenbaum, T. Maros, W. Coman — Kund

În secția de chirurgie cardiacă a Clinicii chirurgicale din Tg.-Mureș, între anii 1957—1962 s-au efectuat 100 de comisurotomii pentru stenoze mitrale. În cele ce urmează vom expune pe scurt experiența câștigată în cursul acestor intervenții chirurgicale. Insistăm asupra problemelor legate de anestezia și reanimarea intraoperatorie a acestor bolnavi.

Experiența noastră ne îndreptățește să recomandăm în perioada preoperatorie repaus complet la pat, timp de 3—8 săptămâni. Nu sîntem de acord cu părerile care susțin că aceste intervenții trebuie efectuate cît mai degrabă, deoarece o spitalizare îndelungată ar fi în detrimentul bolnavului, afectîndu-i psihicul în mod negativ. Acest rîstimp are o importanță capitală pentru bolnavi, deoarece mărește șansele intervenției chirurgicale, favorizînd acumularea forței energetice a cordului.

Este adevărat că bolnavii cardiaci sînt extrem de sensibili din punct de vedere psihic, dar acest inconvenient poate fi ușor înlăturat, dacă în cursul pregătirii preoperatorii se va pune un accent convenit pe psiho-profilaxie și pe sedație. Medicul va discuta zilnic cu bolnavul, îi va da unele lămuriri menite să aibă un efect liniștitor și va căuta să-i cîștige cît mai profund încrederea.

Este un fapt știut că reactivitatea bolnavilor față de drogurile narcotice, gaze și alte medicamente administrate, diferă de la individ la individ, fapt care ne-a impus o prudență deosebită în cursul intervențiilor chirurgicale pe organul central al circulației — cordul.

Tratamentul sedativ și ataractic administrat preoperator în doze corespunzătoare scade excitabilitatea sistemului nervos central și vegetativ. Recent în afară de drogurile întrebunțate în mod sistematic (valenal, bromsevenal, luminal, fenergan) administrăm și tranchilizante (carbaxin, meprobramat, andaxin) care au dat rezultate satisfăcătoare.

Tot în perioada preoperatorie căutăm să acționăm prin toate mijloacele terapeutice (digitală, trifosfaden, diuretice, vitamine etc.) pentru întărirea stării generale a bolnavilor, înlăturarea tulburărilor de repolarizare și mărirea capitalului energetic al miocardului. În caz de antecedente reumatice am instituit un tratament adecvat, iar intervenția chirurgicală am executat-o numai după 6 luni, în urma ultimului puseu acut. Dacă bolnavul a beneficiat în prealabil de un tratament cortizonic, intercalăm în perioada de premedicație, preoperator timp de 2 zile cortizono-terapie pe care o continuăm și postoperator timp de 3 zile, asociînd-o unei antibioterapii cu spectru larg.

Ziua intervenției nu o comunicăm bolnavului, deoarece acest factor emotiv produce uneori foarte ușor adevărate „furtuni” psihice, care pe căi reflexogene pot provoca cele mai diverse forme de tulburări.

30% din bolnavii noștri au fost operați fără medicație preoperatorie. La aceștia, în mod obligator am administrat intraoperator droguri deconectante cardiace de tip pronestil — sparteină, atropină sau hidergină, în vederea scăderii excitabilității miocardice și apărării ei față de reflexele nocive inevitabile din cursul operației. La ceilalți 70% din bolnavi am administrat cu 2 ore înainte de intervenție o premedicație oarecum potențializatoare: atropină, hidergină, mialgin (mecodin, dolantin, dilauden) — sparteină — fenergan și vitaminele C, B₁, B₆ la care am adăugat în 2 cazuri tofranil, în 3 cazuri nozinan și în 5 cazuri gerovital. Tofranilul și nozinanul nu

au corespuns așteptărilor, ele au sporit excitabilitatea cordului însă gerovitalul împreună cu combinația de mai sus a dat rezultate satisfăcătoare. Rezultatele au fost concludente în sensul că în aceste cazuri nici în perioada manevrelor puternice pe cord, nu am întâlnit tulburări de ritm.

Narcoticele de bază au fost în 95% tiopental, baitinal sau evipan și în 5% steroizii s-au administrat la patul bolnavului în doze variind de la caz la caz. Din barbiturice, am administrat intravenos 300—400 miligrame, iar din steroizi (presuren) 400—600 miligrame. Această cantitate este îndestulătoare pentru a asigura o liniște perfectă în timpul transportului, așezării pe masa de operație, introducerii perfuziei etc. În cazuri grave dispneizante, oxigenul este administrat și în noaptea premergătoare intervenției prin sondă endonazală, iar în timpul transportului în sală, oxigenarea o efectuăm cu mască, dintr-un balon adecvat. Pe masa de operație efectuăm respirație, asistată de mască, administrând oxigen pur.

Inducția o continuăm cu 100—200 mg-barbituric sau steroid prin tubul de perfuzie a soluției de glucoză 5% + 10 unități insulină, urmată de injecțarea precaută a curarizantului care poate fi D-tubocurarină 7—15 mgr sau miorelaxină 30—50 mgr. În clipa instalării stopului respirator, fără o anestezie locală prealabilă întubăm bolnavul cu o canulă de dimensiuni potrivite și după fixarea ei trecem la narcoza în circuit închis care se execută cu amestec de eter + oxigen sau protoxid de azot cu oxigen. Majoritatea cazurilor noastre (80%) au fost narcotizate cu amestec de eter, oxigen fără complicații speciale intra- sau postoperatorie. Fluotanul nu l-am întrebuințat din cauza efectului său hipotonizant.

În tot timpul operației asigurăm o transluzie de singe în mod lent controlând în permanență tensiunea arterială. Singele administrat (izogrup, izo-Rh) nu întrece cantitatea de 300—500 ml numai în cazuri excepționale.

Salvele extrasistolice care pot apărea în momentul pericardiotomiei pot fi înlăturate prin introducerea unei soluții de novocaină 1% în sacul pericardic.

Dacă tulburările de ritm și de frecvență persistă, ele pot fi înlăturate prin injectarea unor droguri ganglioplegice: hidergin, sparteină, pronestil, xilină, hexametoniu în cantități infime. Etapa cea mai critică a actului operator o constituie însă, comisurotomia. În cursul manevrelor am avut ocazia să observăm instalarea bradicardiilor care pot duce la sincope. În aceste cazuri oprirea manevrelor și ieșirea cu degetul în atriu, administrarea de atropină pe cale intravenoasă, eventual de calciu clorat local precum și respirația controlată cu oxigen pur au readus totdeauna ritmul normal.

Experiența noastră arată că sincoapa se instalează mai frecvent când bradicardia este precedată de o tahicardie alarmantă. În cazurile când se remarcă acest fenomen, trebuie să se pună un accent deosebit pe manevrele chirurgicale cât mai chibzuite și menajante.

În cursul celor 100 de comisurotomii nu am înregistrat nici un caz de fibrilație ventriculară. Socotim că acest fapt se datorește unei pregătiri preoperatorii judicioase, conduitei prudente ce se adoptă în cursul narcozei și unei tehnici chirurgicale subtile.

Înainte de refacerea plăgii obișnuim să infiltrăm peretele toracic cu o soluție de novocaină 1% (max. 50 ml) pentru a modera suferințele bolnavului și a înlesni dilatarea plămînilui de partea operată. Pe masa de operație efectuăm o aspirație puternică a cavității toracice prin tubul de dren respectiv, pentru asigurarea destinderii plămînilui colabat care este umflat în același timp și prin sonda endotraheală.

La sfârșitul intervenției așteptăm revenirea reflexelor sau apariția semnelor de trezire a bolnavului și numai după o oxigenare abundentă și o aspirație riguroasă detubăm bolnavul. După detubare observăm cu conștiințiozitate bolnavul și la cel mai ușor semn de cianozare reîncepem o oxigenare masivă.

În lumina faptelor trecute în revistă mai sus, considerăm că rezultatele intervențiilor noastre pe cord sînt satisfăcătoare, și credem că și în viitor vom uza de această tehnică ce pare a fi cea mai eficientă.

Concluzii

La comisurotomii întrebuițăm totdeauna anestezie generală prin intubație intratraheală. În premedicație administrăm droguri tranchilizante și deconectante cardiace. Pentru inducție, injectăm barbiturice sau steroizi. Recomandăm o oxigenare abundentă. Utilizând acest fel de narcoză și manevre chirurgicale menajante, în cursul a 100 de comisurotomii nu am întâlnit nici o fibrilație ventriculară.

Sosit la redacție : 18 iunie 1962.