

Case Report

Life threatening upper airway obstruction with a large mucus plaque in unconscious patients; a case report

Mohammad Esmail Hejazi, Zahra Navarbafe Mohammadi*, Yasin Hejaz

Tuberculosis and Respiratory Disease Research Center; School of Medicine; Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
*Corresponding author; E-mail: z.navarbafe@yahoo.com

Received: 25 February 2016 Accepted: 25 May 2016 First Published online: 29 April 2018
Med J Tabriz Uni Med Sciences Health Services. 2018 June-July; 40(2):106-109

Abstract

A 40 year old female was admitted to the respiratory intensive care unit of Imam Reza hospital in Tabriz, Iran for progressive loss of consciousness and respiratory distress and needed intubation to protect her airway. During intubation, a large mucus plaque came out of her trachea that partially obstructed her airway. In this article, the role of nursing care in critically ill patient to protect airway is clarified.

Keywords: Airway, Mucus Plaque, Respiratory Distress, Airway Obstruction, Intensive Care

How to cite this article: Hejazi M, Navarbafe Mohammadi Z, Hejaz Y. [Life threatening upper airway obstruction with a large mucus plaque in unconscious patients; a case report]. Med J Tabriz Uni Med Sciences Health Services. 2018 June-July;40(2):106-109. Persian.

گزارش موردی

انسداد تهديد کننده حیات راه هوایی فوقانی با یک پلاک موکوسی بزرگ در یک بیمار غیر هوشیار؛
یک گزارش موردی

محمد اسماعیل حجازی، زهرا نوارباف محمدی*، یاسین حجازی

مرکز تحقیقات سل و بیماری های ریوی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

* نویسنده مسئول: ایمیل: z.navarbf@yahoo.com

دریافت: ۱۳۹۴/۱۲/۶ پذیرش: ۱۳۹۵/۳/۵ انتشار برخط: ۱۳۹۷/۲/۹

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز. خرداد و تیر ۱۳۹۷؛ ۴۰(۲):۱۰۶-۱۰۹

چکیده

یک خانم ۴۰ ساله با کاهش هوشیاری پیشرونده و دیسترس تنفسی در بخش مراقبت های ویژه ریوی بیمارستان امام رضا (ع) تبریز بستری گردید و طی بستری جهت حفظ راه هوایی نیازمند لوله گذاری داخل تراشه گردید. در طول عمل لوله گذاری یک پلاک موکوسی بزرگ که باعث انسداد نسبی تراشه شده بود، از تراشه وی خارج گردید. در مقاله حاضر، نقش مراقبت های پرستاری در حفظ راه هوایی در بیماران بحرانی مورد بررسی قرار گرفته است.

کلید واژه ها: راه هوایی، پلاک موکوسی، دیسترس تنفسی، انسداد راه هوایی، مراقبت های ویژه

نحوه استناد به این مقاله: حجازی م، نوارباف محمدی ز، حجازی ی. انسداد تهديد کننده حیات راه هوایی فوقانی با یک پلاک موکوسی بزرگ در یک بیمار غیر هوشیار؛ یک گزارش موردی. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز. ۱۳۹۷؛ ۴۰(۲):۱۰۶-۱۰۹

حق تألیف برای مؤلفان محفوظ است.

این مقاله با دسترسی آزاد توسط دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز تحت مجوز کرییتیو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

معرفی بیمار

در تراشه قرار داشت. بعد از خارج کردن پلاک موکوسی تنفس بیمار راحت تر گردید و استریدور بیمار قطع شد. با اینکه بیمار به دلیل عدم هوشیاری تحت لوله گذاری قرار گرفت، ولی خارج کردن پلاک موکوسی باعث تسهیل پروسه لوله گذاری و همراهی آن با ترومای احتمالی کمتر گردید و خطر عفونت را نیز به طور قابل توجهی کاهش داد.



شکل ۱



شکل ۲

تمامی بررسی های انجام شده برای بیمار غیر از بیوپسی غدد لنفاوی نرمال بود. در بیوپسی غدد لنفاوی لنفوم بدخیم لنفوسیت های T گزارش گردید. به دلیل شرایط بحرانی بیمار و نارسایی چند ارگانی، انجام شیمی درمانی استاندارد مقدور نبود و بیمار تحت درمان با دگزامتازون وریدی قرار گرفت ولی متأسفانه به دلیل نارسایی چند ارگانی و شرایط بحرانی، به درمان های فوق پاسخ نداد و فوت نمود.

بحث

مراقبت راه هوایی یک اولویت مهم در بیماران بحرانی می باشد و توانایی تأمین یک راه هوایی مطمئن در موقعیت های

یک خانم ۴۰ ساله با کاهش پیشرونده سطح هوشیاری و دیسترس تنفسی در بخش مراقبت های ویژه روی بیمارستان امام رضا (ع) تبریز بستری گردید. علایم وی از یک ماه قبل با بزرگ شدن غدد لنفاوی در گردن، زیربغل و کشاله ران شروع شده بود. در ابتدا بیمار تحت درمان آنتی بیوتیکی قرار گرفت ولی تغییری در ساینز غدد لنفاوی حاصل نشد. ۲ هفته بعد بیمار تبار گردید و سطح هوشیاری وی به تدریج کاهش یافت و از حالت خواب آلودگی در روزهای اول به حد استوپور و کمای خفیف در روز بستری در ICU رسید.

در بدو مراجعه به اورژانس بیمار تبار بود و کاهش سطح هوشیاری به همراه لنفادنوپاتی منتشر در تمامی نواحی قابل لمس داشت. علایم حیاتی وی به غیر از تب ۳۹ درجه سانتیگراد نرمال بود و در سایر معاینات یافته غیرطبیعی نداشت. در یافته های آزمایشگاهی مقادیر بالای کراتینین، لاکتات دهیدروژناز، کلسیم و فسفر قابل توجه بود. جهت رد کردن مننگوآنسفالیت پونکسیون مایع مغزی- نخاعی انجام گردید که صرفاً مقدار پروتئین در آن بالا بود. در سی تی اسکن قفسه سینه لنفادنوپاتی های مدیاستینال، پاراهیلار و پاراتراکئال رویت گردید. بیمار جهت بررسی لنفوم بستری بخش انکولوژی گردید و در روز دوم بستری به دلیل شرایط بحرانی و دیسترس تنفسی به بخش مراقبت های ویژه ریوی انتقال یافت.

به دلیل پروتئین بالای مایع مغزی- نخاعی، آسیکلوویر وریدی جهت پوشش مننگوآنسفالیت هرپسی احتمالی شروع شد؛ الکتروفورز پروتئین های سرم و ادرار جهت رد کردن دیسکرازی- های پلاسماسل ارسال گردید و مشاوره جراحی جهت بیوپسی غدد لنفاوی انجام شد.

در روز اول بستری در بخش مراقبت های ویژه به دلیل عدم هوشیاری کامل و ناتوانی بیمار در حفظ راه هوایی خود، تصمیم جهت لوله گذاری داخل تراشه گرفته شد. در حین لوله گذاری، مشاهده گردید که راه هوایی بیمار به طور نسبی توسط ترشحات راه هوایی مسدود شده است. تلاش برای ساکشن ترشحات ناموفق بود و بعد از تلاش فراوان یک توده "+" شکل توسط فورسپس بیرون کشیده شد که باعث انسداد نسبی تراشه و شنیده شدن استریدور شده بود. در نگاه اول توده شبیه یک جسم خارجی به نظر می رسید ولی در بررسی دقیق تر مشخص گردید که یک پلاک بزرگ موکوسی راه هوایی فوقانی می باشد که در اثر ناتوانی بیمار در تخلیه ترشحات راه هوایی و مراقبت نامناسب متراکم شده و باعث انسداد راه هوایی گشته است. همان طور که در شکل ۱ و ۲ نشان داده ده است، پلاک موکوسی به طول و عرض ۷ سانتی متر و ضخامت ۱ سانتی متر و به شکل "+" بوده است که قسمت فوقانی آن در نازوفارنکس و قسمت تحتانی آن

است. پرستاران مراقبت های ویژه باید از نظر ساکشن نمودن مؤثر ترشحات راه هوایی در زمان لازم و تشخیص زمان لازم برای این کار آموزش کافی دیده باشند زیرا شرایط بسیار زیادی وجود دارد که باعث می شود بیمار بحرانی قادر به اداره راه هوایی خود نباشد. از طرف دیگر ساکشن نمودن مکرر می تواند باعث آسیب راه هوایی و افزایش خطر آسپیراسیون و عفونت شود.

نحوه قرار گیری بیمار از شرایط مهم دیگر جهت کاهش خطر آسپیراسیون می باشد. در اغلب بیمارانی که قادر به اداره راه هوایی خود نیستند، بالا بردن سر و تنه در حد ۳۰ تا ۴۵ درجه در کاهش خطر آسپیراسیون مؤثر می باشد. علاوه بر این بیمار بحرانی نباید از راه دهان تغذیه نماید مگر اینکه کاملاً هوشیار بوده و رفلکس بلع نرمال داشته باشد و در حالت نشسته یا نیمه نشسته قرار بگیرد. در نهایت تصمیم گیری در زمان مناسب جهت لوله گذاری داخل تراشه برای بیماری که قادر به حفظ راه هوایی خود نمی باشد، مهم ترین گام در مراقبت از راه هوایی است.

مختلف بالینی و بیماران مختلف از مهارت های الزامی برای پزشکان مراقبت های ویژه است (۲۱). به دلیل پیشرفت های حاصل شده در آموزش و تکنولوژی، مراقبت راه هوایی در شرایط اتاق جراحی با عوارض بسیار کمتری همراه است. این یافته ها با مراقبت راه هوایی در شرایط اورژانس در ICU به طور کامل در تضاد می باشد. میزان عوارض در محیط ICU به دلیل وجود بیماری های همراه و میزان محدود رزرو فیزیولوژیک بیماران و ناتوانی در ارزیابی کامل آناتومی راه هوایی قبل از انجام اقدامات لازم در بیشتر بیماران، بسیار بالاتر می باشد. علاوه بر این برخی از داروهای به کار رفته در حین عملیات لوله گذاری داخل تراشه در شرایط عادی، در بیماران بحرانی کتتراندیکه می باشد و همین موضوع شرایط لوله گذاری را سخت تر می کند (۳).

نتیجه گیری

مراقبت راه هوایی از اجزای مهم مراقبت در بیماران بحرانی می باشد و مراقبت های پرستاری از بخش های مهم این موضوع

References

1. Robert E, John RN, Jill Feldman Malen. Contemporary issues in adult tracheostomy management. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 2004; **16**(3): 413-430. doi: 10.1016/j.ccell.2004.04.002
2. Reynolds SF, Heffner J. Airway Management of the Critically Ill Patient: Rapid-Sequence Intubation. *Chest* 2005; **127**(4): 1397-1412. doi: 10.1378/chest.127.4.1397
3. Walz M, Zayaruzny M, Heard S. Airway management in critical illness. *Chest* 2007; **131**(2): 608-620. doi: 10.1378/chest.06-2120