

ΟΞΕΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΩΡΑΚΟΤΟΜΗ- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ ΑΕΡΙΣΜΟΥ: ΜΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

ΠΑΠΑΣΤΕΡΓΙΟΥ Κ.¹, ΚΑΡΑΝΤΣΙΡΗ Μ.², ΛΑΒΔΑΝΙΤΗ Μ.³

¹ ΜΕΘ, ΑΝΘ «Θεαγένειο», Θεσσαλονίκη, ² ΤΕ Νοσηλεύτρια, ³ Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια αποτελεί μια παθολογική κατάσταση κατά την οποία ο οργανισμός αδυνατεί να επιτελέσει ικανοποιητικά την ανταλλαγή αερίων. Οι θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις διαθέτουν υψηλό ρίσκο μετεγχειρητικών αναπνευστικών επιπλοκών, ειδικά στους ασθενείς που διαθέτουν παράγοντες κινδύνου (όπως ΧΑΠ) που σχετίζονται με την αναισθησία. Ο μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός με μάσκα NIV αποτελεί μια μέθοδο παρέμβασης στην αναπνοή του ασθενή υποστηρίζοντάς την μηχανικά.

Σκοπός: Περιγραφή περιστατικού με την εμφάνιση οξείας μετεγχειρητικής αναπνευστικής ανεπάρκειας που υποβλήθηκε σε θωρακοτομή και η χρήση μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού.

Μέθοδος Ανασκόπησης: Μελέτη περίπτωσης σε άρρεν 77 ετών ασθενή, που υποβλήθηκε σε Δεξιά οπισθοπλάγια Θωρακοτομή σε μεγάλο νοσοκομείο της Βόρειας Ελλάδας.

	pH	pO ₂ (mmHg)	pCO ₂ (mmHg)	SO ₂ (%)	Respiratory Rate
Simple O ₂ mask	7.274	66.2	58.6	89.3	22/min
2 hr. NIV	7.250	78.6	53.0	93.1	14/min
4 hrs. NIV	7.353	73.1	54.4	93.5	17/min
Simple O ₂ mask 6 hrs. after NIV	7.446	78.9	45.1	96.1	11/min

Αποτελέσματα: Άρρεν ασθενής 77 ετών, με αδενοκαρκίνωμα δεξιού άνω πνεύμονα, προσήλθε το Νοέμβριο του 2020 για χειρουργική επέμβαση. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε Δεξιά οπισθοπλάγια Θωρακοτομή, Σφηνοειδής εκτομή Δεξιού άνω λοβού, και βιοψίες λεμφαδένων μεσοθωρακίου. Ως ειδικά προβλήματα διέθετε Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια, Αρτηριακή Υπέρταση, Ηπατίτιδα C και πρώην καπνιστής προ 30ετίας. Το Forced Vital Capacity (FCV) 2.02 – 65% και Forced Expiratory Volume (FEV1) 1.90-81%. Δεν υπήρξαν διεγχειρητικές επιπλοκές και η αποδιασωλήνωση πραγματοποιήθηκε στην αίθουσα ανάνηψης, ενώ μετέπειτα έγινε διακομιδή στη ΜΕΘ. Στις πρώτες 6 ώρες νοσηλείας στη ΜΕΘ παρουσιάστηκαν συμπτώματα αναπνευστικής δυσχέρειας με SpO₂ >85%, εμφάνιση δύσπνοιας και ταχύπνοιας, ενώ διέθετε καλό επίπεδο συνείδησης και επικοινωνίας. Η δυσχέρεια αντιμετωπίστηκε με την τοποθέτηση μάσκας NIV και την τακτική παρακολούθηση του SpO₂ και την μείωση της ταχύπνοιας. Η νοσηλευτική φροντίδα συνίσταται στην έγκαιρη αναγνώριση της ταχύπνοιας, δύσπνοιας, εφίδρωσης και μειωμένου SpO₂, ώστε να εφαρμοστεί έγκαιρα η μάσκα NIV και στην τακτική παρακολούθηση των ζωτικών σημείων ωριαία.

Συμπεράσματα: Η οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια είναι απειλητική για τον ασθενή. Ο μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός βελτιώνει την αποδοτικότητα του πνεύμονα στην ανταλλαγή αερίων σε μικρό χρονικό διάστημα και πρέπει να εφαρμόζεται για την καλύτερη έκβαση του ασθενή.