

Şiddetli solunum sıkıntısının yönetimi, hipoksemi ve ARDS

WHO önerileri

Şiddetli vakaları tanımla, şiddetli solunum sıkıntısı, yüksek akış hızlarında uygulandığında bile sadece oksijenle yeterince tedavi edilemeyebilir.

Rezervuar torbalı bir yüz maskesi yoluyla yüksek oksijen akışları (10 ila 15 L / dak) iletildiğinde ve oksijen konsantrasyonu (FiO₂) yüksek olduğunda (0.60 ila 0.95 arasında) dahi; hastaların hipoksemi ve artmış intrapulmoner şant nedeni ile halen artmış solunum iş yükü devam edebilir. Artık daha yeni burun kanül arayüzleri kullanarak 50-60 L / dk akış hızları sağlayan daha yüksek akış oksijen sistemleri vardır. Küçük çalışmalar, geleneksel yüz maskelerine kıyasla solunum sıkıntısı ve oksijenasyonda iyileşme olduğunu göstermiştir, ancak bu yeni maskeler yaygın olarak mevcut değildir ve etkinliklerini anlamak için daha fazla klinik araştırmaya ihtiyaç vardır.

Mümkün olan her yerde ve personel eğitildiğinde, yüksek akışlı oksijen tedavisine rağmen devam eden solunum sıkıntısı veya hipoksemi artışı olan hastalarda erken mekanik ventilasyon yapılmalıdır.

Kaynak sınırlı ortamlarda, mekanik ventilasyon tipi, non-invaziv ventilasyonun (NIV) (bir maske ile ventilasyon desteğinin uygulanması) kullanılabilirliği veya bir endotrakeal tüp ya da trakeostomi yoluyla uygulanan invaziv mekanik ventilasyonun kullanılabilirliği deneyime göre belirlenecektir.

Eğitim yeterli ise, immünoşüpresyon mevcutsa veya bilinç bozukluğu ya da kardiyovasküler yetmezliğin eşlik etmediği hafif ARDS vakalarında NIV'i düşünün.

NIV, sıkı oturan bir maske aracılığıyla iki seviyeli pozitif hava yolu basıncı verilmesidir. Kronik obstrüktif pulmoner hastalığın şiddetli alevlenmeleri olan veya kardiyojenik pulmoner ödemli olan hastalarda endotrakeal entübasyon ihtiyacını azaltır. Bununla birlikte, immünoşüpresyon da mevcut olmadıkça, şiddetli pnömoni veya ARDS hastalarında kullanımını teşvik etmek için yeterli kanıt yoktur. Hafif ARDS'li olan hastalarda, yeterli deneyim ve bilgi varsa NIV denemesi için düşünülebilir.

!! NIV denenirse, hastayı yoğun bakım ünitesinde yakından izleyin; NIV başarısız olursa, endotrakeal entübasyonu geciktirmeyin.

Ekipman mevcutsa ve personel eğitilmişse, invaziv mekanik ventilasyon sağlamak için endotrakeal entübasyon ile devam edin.

ARDS'li hastalar, özellikle obez veya hamile olanlar, entübasyon sırasında hızlı bir şekilde desatüre olabilirler. Hastaları % 100 FiO₂ ile, 5 dakika süreyle bir torba valf maskesi veya NIV ile önceden oksijenlendirin ve ardından hızlı entübasyon ile devam edin.

ARDS hastaları için akciğer koruyucu ventilasyon stratejisi (LPV) kullanın

ARDS hastalarının heterojen bir popülasyonunda mortaliteyi azaltmak için, düşük hacimli, düşük basınçlı bir havalandırma stratejisi / protokolünün uygulanması gerekir. 6 ml / kg (öngörülen vücut ağırlığı) tidal hacim, plato hava yolu basıncı (P_{plat}) ≤ 30 cm H₂O, SpO₂% 88-93 veya PaO₂ 55-80 mm Hg (7.3-10.6 kPa) hedeflenir.

-LPV hedeflerine ulaşmak için, tolere edilebilen hiperkapniye izin verin.

-Hedef SpO2'ye ulaşmak için hipoksemi seviyesine göre yeterli PEEP kullanın.

-Çift tetikleme, yaygın bir asenkron formudur, inspiratuar akışı arttırarak, inspiratuar süreyi uzatarak, trakeayı aspire ederek, ventilatör tüpünden suyu boşaltarak ve devre kaçaklarını ortadan kaldırarak düzeltilebilir.

- Tidal hacmi kontrol edemiyorsanız derin sedasyon seçeneği göz önünde bulundurulmalıdır.

- Hastayı ventilatörden ayırmaktan kaçının. Bağlantı kopması PEEP kaybına ve akciğer kollapsına neden olur. Hava yolu aspirasyonu için devre içi kateterleri kullanın, bağlantı kesilmesi gerektiğinde tüpü kelepçeleysin ve hasta transportunu en aza indirin.

Şiddetli ARDS'si olan hastalarda, özellikle LPV hedeflerine ulaşamıyorsa, yardımcı terapötikleri erken düşünün

-İlk 48 saat boyunca nöromüsküler blokaj uygulanması, sağkalım artışı ve ventilatörden bağımsız gün sayısında artış ile ilişkilendirilmiştir.

- Hastayı yüzüstü (prone) pozisyona getirmek oksijenlenmeyi ve sağkalımı artırır ancak hastayı güvenli bir şekilde çevirmeye özen gösterilmelidir.

- Recruitment manevrası ve yüksek PEEP sağlamak oksijenlenmeyi arttırır ve diğer tedavilere olan ihtiyacı azaltır.

Mekanik ventilasyon süresini kısaltmak için şokta olmayan ARDS hastaları için konservativ (koruyucu) bir sıvı yönetimi stratejisi kullanın.

Kaynak:

https://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/InterimGuidance_ClinicalManagement_NovelCoronavirus_11Feb13u.pdf