

A. Ü. Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Kürsüsü

**GENEL ANESTEZİ ALTINDAKİ VE ŞUURSUZ HASTALARDA
NAZO-GASTRİK SONDA TATBİKATI
(BİR METOD)**

Dr. Refik Paykoç *

Dr. Birsen Akkartal **

Nazo-Gastrik sonda tatbikatının bilhassa genel cerrahide önemli bir yeri vardır. Genellikle sindirim kanalı üzerinde yapılan ameliyatlarda, ameliyat emniyetini sağlamak üzere hastaya nazo-gastrik sonda yutturulur ve hasta ameliyathaneye bu şekilde getirilir.

Lüzumlu bir tedbir olmakla beraber bu tatbikatın başlıca iki pratik mahruzu vardır. Bunlardan birincisi yutma işleminin hasta için gayet nafoş bir tecrübe olmasıdır. Sondanın uyandırdığı kusma refleksi dolayısıyla bazen hastalar bütün iyiniyetlerine rağmen sondayı yutamamaktadırlar. İkinci mahzur ise sonda mevcudiyeti dolayısıyla anestezi maskesinin hasta yüzüne tam olarak uydurulamamasıdır. Bunun sonucu olarakda hastanın oksijenlenmesi bozulur ve kritik vakalarda tehlikeli bir durum ortaya çıkabilir.

Bu mahzurları ortadan kaldırabilmek üzere sondanın genel anestezi yerleştikten sonra konulmasına çalışılmış ve bir çok metod denenmiştir. Bazen bu durum şuursuz hastalarda ve önceden tahmin edilemeyen bazı vakalarda bir mecburiyet şeklinde de ortaya çıkmaktadır.

Şuur yokluğu sebebiyle genel anestezi altındaki hastanın işbirliği mevzubahis olamaz. İntratrakeal tüp mevcudiyeti halinde ise tüpün ösefagus girişi üzerine yaptığı basınç dolayısıyla rutin metodların muvaffak olamayacağı da bir hakikattir.

* A. Ü. Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Kürsüsü Kürsü Doçenti.

** A. Ü. Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Kürsüsü Doçenti.

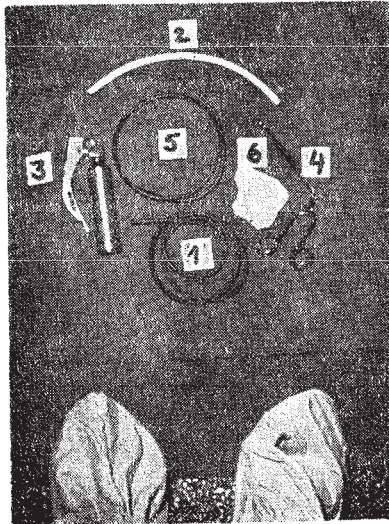
O halde kullanılacak metodun hastanın işbirliğini gerektirmiyen ve değişik şartlarda dahi travması az ve yüksek muvaffakiyet oranı sağlayan bir metod olması lüzumludur.

Biz, bildirilen bütün metodları (Levin (5), Steen (7), Conroy (3), Francis (4), Berger (1), Cohen (2)) tatbik ettik ve neticede bazılarının çok travmatik olduğu ve bazılarında ise muvaffakiyet oranının ileri derecede yetersiz olduğu kanısına vardık. Bu arada geliştirdiğimiz bir metodu pek çok uygulamadan sonra yeni bir metod olarak yayınlamak üzere iken yaptığımız daha etraflı bir literatür incelemesinde metodumuzun 1942 yılında Lundy (6) tarafından bildirilmiş olduğunu tesbit ettik. Ancak kanaatimize göre mevcut bütün metodlara üstün olması dolayısıyla bir defa hatırlatılmasının uygun olacağı düşüncesindeyiz.

MATERYEL VE METOD

Metod 1965 yılındanberi fakültemiz genel şirürji kliniklerinde ameliyat edilen hastalar üzerinde kullanılmıştır.

İdeal şartlarda lüzumlu malzeme Resim 1 de gösterilmiştir. Bunlar (1) Normal bir nazo-gastrik sonda (2) ortalama 35 cm. uzunluğunda tercihan 34 numara portex veya polietilen, balonsuz trakeal tüp, (3) Laringoskop (4)



Resim : 1

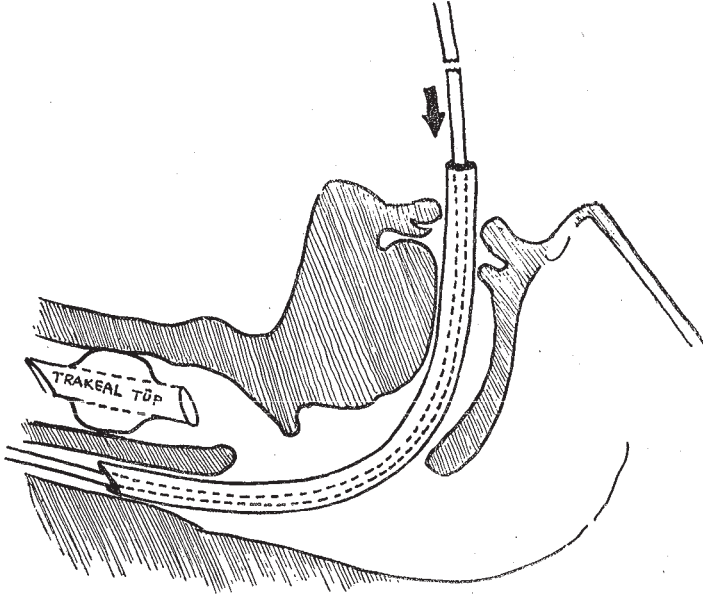
Uzun bir pens, (5) Ortalama nazo-gastrik sonda çapında ikinci bir sonda (kullanılmış infüzyon veya transfüzyon cihazının borusu da olabilir) ve (6) Vazelin veya buna benzer yağlı bir maddeden ibarettir.

İlk yapılacak iş mide sondasını yağladıktan sonra sondanın ucu tüpün ucuna kadar gelecek şekilde sondayı tüp içine sokmaktır. Tüpün ucu da yağlandıktan sonra içinde sonda bulunan tüpün ucu ağız tavanını ortalayacak şekilde (hasta sırtüstü yattığına göre) ösefagus girişinin bulunduğu yere doğru körleme olarak itilir. Bunu takiben yapılacak oldukça yavaş bir hamleyle (itmenin yavaş ve devamlı olması travmaya mani olma bakımından önemlidir) tüp ösefagusa girer. Tüpün ucu mukavemetle karşılaştığı taktirde hafifçe çekip pozisyon değiştirdikten sonra tekrar denemek lazımdır. Vakaların büyük bir kısmında tüpün daha ilk hamlede ösefagus'a sokulması kabildir. Trakeada tüp bulunduğu zaman tüpün ucunu trakeal tüpün altında kalacak şekilde yerleştirmeli ve trakeal tüpün ösefagus girişi üzerine yaptığı basıncı unutmamalıdır. Ösefagusa sokulan tüpün diğer ucu ağız dışında 3-5 cm. kalacak şekilde ayarlanmalıdır (Resim 2, Şema 1).



Resim : 2

Bundan sonra tüpün ağız dışında kalan kısmı tutulur ve diğer elle sonda mükerrer itme hareketleriyle mide içine sokulur. Sondanın mide içinde olup olmadığını anıyabilmek üzere bazı kriterler mevcuttur. Tabiatıyla bunlardan ilki sonradan mide muhtevasının gelmesidir. Eğer periton açıksa operatör sondanın midede olup olmadığını tesbit edebilir. Başka usulle, sondanın dışarıda kalan ucundan üflenirken mide bölgesi kulak veya steteskopla dinlenirse mideye havanın girdiği gayet belirli olarak duyulur.



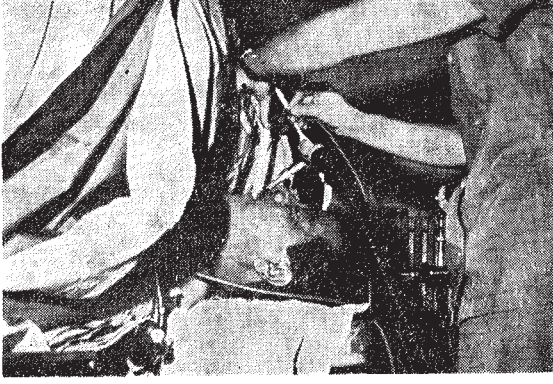
Şema : I

Gayet nadir olarak tüpün ösefagus yerine trakeaya girdiği de görülmüştür (trakeada tüp bulunsa dahi). Bu durumda itilen sonda bronşlara kadar inebilir. Böyle bir durumun mevcudiyeti, bildirilen usullerle sondanın midede olduğunun tesbit edilememesi ve daha önemlisi ekspirasyon esnasında veya solunum balonunun sıkılmasıyla sondanın ve tüpün ağız dışındaki ucundan hava gelmesidir. Eğer tüp trakeaya girmişse çekilir ve işlem tekrarlanır. Bu komplikasyonun görüldüğü bir vakada ne tüpün trakeaya ve ne de sondanın bronşlara sokulmasına bağlı travma veya enfeksiyon olmamıştır.

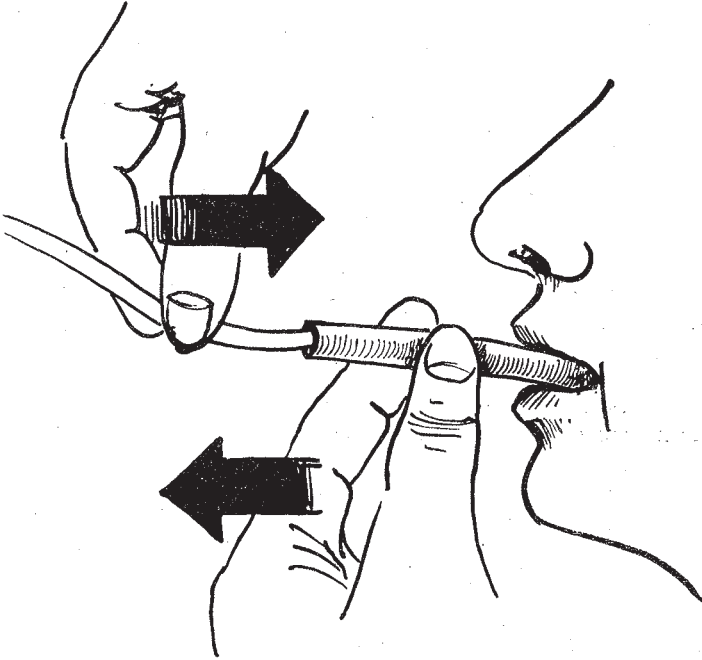
Operatör sondayı istediği şekilde yerleştirdikten sonra sonda yerinde bırakılmak şartıyla tüp çıkarılır. Sondanın tüple beraber çıkmamasını temin için takip edilecek yol bir taraftan tüpü çıkarırken bir taraftan da (mükerrer hareketlerle) sondayı itmektir (Resim 3, Şema 2). Eğer operatör mide içindeki sondanın ucunu tutarsa tüpün çıkarılması daha kolay olur.

İşlemin bu safhasında bazı pratik noktaları göz önünde bulundurmamak lüzumludur. Tüp çıkarıldıktan sonra sondanın itilmesi artık kabil değildir. Bu sebeple sonda istenildiği gibi yerleştirilmeden tüpü çıkarmamalıdır. Mide rezeksiyonlarında, sondanın anastomoz tamamlandıktan sonra konulması bir çok bakımdan avantajlıdır.

İşlem buraya kadar düzenli gittiği takdirde sondanın bir ucu midede diğer ucu ağızdan dışarı çıkmaktadır.



Resim : 3



Şema : II

İkinci sonda uygun burun deliğinden sokularak ağız boşluğu içine itilir ve ağız içindeki ucu laringoskop ve uzun pens yardımıyla ağız dışına çekilir. Pensle ikinci sondanın ucunu tutmağa çalışırken yanlışlıkla mide sondasının ağız içindeki kısmını ve bilhassa yumuşak dokuları yakalamamağa dikkat etmelidir. Bu sebeple iki sondanın ayrı renklerde olması tercih edilmelidir. Laringoskop bulunmadığı zaman bu işlemi parmak yardımıyla yapmak da kabildir.

İkinci sondanın ucu da ağız dışına alındığı zaman şöyle bir görünüm olur (Resim 4).



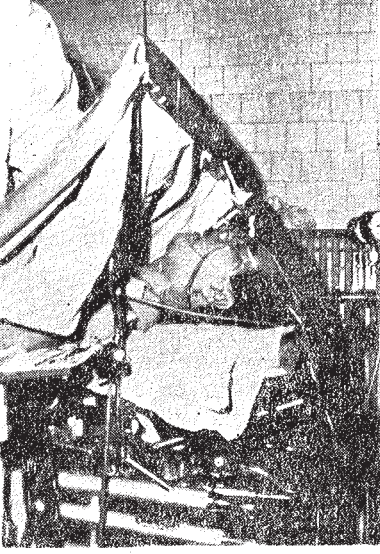
Resim : 4

Bu kademedan sonra yapılması gereken şey iki sondanın ağız dışındaki uçlarını birleştirerek (Resim 5) mide sondasını burun deliğinden dışarı atmaktır.

İkinci sondanın çekilmesi esnasında mide sondasını yerinden oynatmamak önemli bir noktadır. Bazen çekilme esnasında iki sondanın birleşim yerinin ayrıldığı vakidir. Bu durumda son kademenin tekrarlanması gerekir ki mide sondasının ucu ikinci sondanın ucu içine girecek şekilde birleştirilirse bu güçlüğü önlemek kabildir.

SONUÇ

İzahı uzun sürmekle beraber bütün işlem ortalama 3 dakika içinde tamamlanabilmektedir. Metodun en büyük avantajı, hasta-



Resim : 5



Resim : 6



Resim : 7

nın yapısı ve pozisyonu ne olursa olsun, her vakada muvaffak olması (ösefagus tümörleri nadir bir istisna sayılabilir) ve hiç bir önemli travmaya sebep olmamasıdır.

Bu sebeple 1965 yılındanberi preoperatif olarak hiç bir hastaya mide sondası yutturulmamakta ve gereken vakalarda anestezi altında iken konulmaktadır. Şimdiye kadar tatbik ettiğimiz bini aşkın vakanın hiç birisinde muvaffakiyetsizliğe uğramadık. Nadi-ren ikinci sonranın konulması veya mide sondasının burun dışına alınması esnasında çok hafif kanamalar olabilmektedir.

Aynı komplikasyonun nazo-faringeal aspirasyon esnasında da görüldüğü hatırlanırsa önemsiz bir komplikasyon olduğu anlaşılır. Aslında bu komplikasyonun görüldüğü vakalar burun kavitelerinde aşırı anatomik bozukluk bulunan vakalarda husule gelmektedir ki bu gibi vakaların sayısı da pek azdır.

ÖZET

Genel anestezi tatbikatı esnasında nazo-gastrik sonda konması güç bir işlemdir. İntratrakeal tüp mevcudiyeti ise kullanılan rutin metodların tatbikini hemen hemen imkânsız kılar. Buna mukabil komalı hastalarda ve bazen genel anestezi altındaki bir hastaya nazo-gastrik sonda konması bir mecburiyet halinde karşımıza çıkmaktadır.

Bu makalede değişik metodlar gözden geçirilmiş ve kanımıza göre en pratik ve en çok muvaffak olan metod teferruatlı bir şekilde anlatılmıştır.

SUMMARY

Nasogastric Catheter Application On Unconscious and Patients Under General Anesthesia. (Method)

Passing a nasogastric catheter while administering general anesthesia may be difficult. Presence of an intratracheal tube renders the procedure almost impossible when routine methods are employed.

For this reason several methods are tried for application of a nasogastric cathater on a comatose patient or to patients under general anesthesia, Some of them are still practiced and each method have advantages and disadvantages.

In this article the most practical and successful method is described in detail.

LİTERATÜR

- 1 — BERGER, H. and BERNER, L. : Correspondence to the editor. Anesthesiology. 18: 343, 1957.
- 2 — COHEN, . D D., FOX, R. M. : Nasogastric intubation in the anesthetized patient. Anest. - Analg. 42: 578, 1963.
- 3 — CONROY, W. A. : Insertion of gastric tubes in the unconscious patient. Anesthesiology. 4: 81, 1943.
- 4 — FRANCIS, L. : Current comment and case reports. Anesthesiology. 13: 229, 1952.
- 5 — LEVIN, A. L. : A new gastroduodenal cathater. JAMA, 76: 1007, 1921.
- 6 — LUNDY, J. S. : Clinical Anesthesia. Philadelphia, W. B. Saunders Company, p. 386, 1942.
- 7 — STEEN, T. R. : A method of passing Ryle's tubes in anesthetized patients. Brit. J. Anesth. 23: 234, 1951.

(Mecmuaya geldiği tarih : 10 Şubat 1970).