【気管挿管の手順】

・胎便があり呼吸+心拍+皮膚色に問題がある(すべての処置の前にまず挿管)

・陽圧換気が十分な臨床状態の改善に寄与しない

・良好な胸部運動がない

・陽圧換気の必要が2、３分を超えて持続する場合

・極度の未熟性、横隔膜ヘルニア

・サーファクタントの投与

挿管前に十分な酸素化をしておく

挿管中もフリーフローの酸素は投与する

ブレード

No.1 満期産新生児用

No.0 早産児

No.00 超低出生体重児

できればカーブより直型

気管チューブ

φ2.5-4.0mmを用意しておく

カフ付きチューブは推奨されない

13-15cmの長さに切って死腔を少なくしておく

スタイレットは使用しないことの方が多い、先端が出ないように

吸引チューブ

口腔内吸引：10F以上

気管内吸引：5F、6F、8F→気管チューブの径を2倍する

できれば20秒以内に

右手で児の頭を安定させる

喉頭蓋谷にブレードの先端を入れ舌底部方向に持ち上げる

喉頭蓋をブレードで舌底部方向に持ち上げる(ブレードの柄の向いてる方向に)

ランドマーク：喉頭蓋谷、喉頭蓋、声門、声帯、食道

喉頭の圧迫も可能(右から)

迷走神経反射による徐脈、無呼吸に気をつける

声門が閉じている場合は開くのを待つ

喉頭痙攣発作を起こす可能性があるため閉じた声門には触れない

声帯が20秒以内に開かない場合はバッグ＆マスク

チューブ先端から上唇の赤唇縁＝6+BW[kg]

750g未満ならば6cm

頚部と下顎骨の先天奇形(Robbin症候群)では信頼できない

上唇の位置でマジックで印を付けておく

【胎便の吸引】

羊水混濁していて、筋緊張低下、呼吸抑制、心拍100以下の場合は挿管吸引が必要

挿管したら胎便吸引機に接続し、ゆっくり引き抜く(3-5秒以内)

ほとんどの胎便を回収する

乳児の心拍数が陽圧換気が必要なことを示す(<100)

までは必要に応じて挿管と吸引を繰り返す

胎便が回収されなくなったらすぐに蘇生蘇生再開

<気管チューブの位置確認と対処>

増加する心拍数と二酸化炭素の検出が第一次の確認法

カロリーメーター：黄色に変化する

カプノグラフ：2-3%以上

非常に低い心拍出量だと二酸化炭素は十分に呼出されず、偽陰性となる

呼吸音は両側の脇窩で聴取する

喉頭鏡を再挿入し、チューブが声門を通過しているか確認

Xpで鎖骨の高さよりわずかに下

胸部の左側を聴診しながら、超ゆっくりチューブを引き抜く