




- *À l'inspection* La personne est-elle consciente? Fait-elle un quelconque effort pour inspirer? Son thorax se gonfle-t-il de façon symétrique? Utilise-t-elle ses muscles respiratoires accessoires? La couleur de sa peau est-elle normale? Présente-t-elle des signes évidents de déformation ou d'obstruction (à cause d'un traumatisme, de débris d'aliments, d'une dent ou de vomissements)? La trachée se trouve-t-elle dans l'axe médian?
- *À la palpation* Les deux côtés du thorax se soulèvent-ils de façon égale à l'inspiration? Y a-t-il des zones douloureuses, une fracture ou un emphysème sous-cutané (crépitation)?
- *À l'auscultation* Peut-on entendre les mouvements de l'air, un stridor (bruit inspiratoire) ou des sibilants? Les bruits pulmonaires sont-ils perceptibles dans les deux poumons et dans tous les lobes?

Dès qu'elle décèle une obstruction, l'infirmière doit prendre des mesures d'urgence (encadré 27-6 ■). Pour plus de détails, voir au chapitre 24  et, au chapitre 18 , les «Directives de prise en charge d'un corps étranger obstruant les voies aériennes».

INTUBATION ENDOTRACHÉALE

L'intubation endotrachéale consiste à introduire un conduit souple, appelé tube endotrachéal (ou sonde endotrachéale), par la bouche ou le nez jusque dans la trachée (figure 27-5 ■). On y recourt en cas de détresse respiratoire impossible à traiter par des moyens plus simples. C'est l'intervention de choix pour les soins d'urgence. On l'utilise quand la personne est incapable d'assurer elle-même le passage de l'air dans ses voies respiratoires (par exemple en cas de coma ou d'obstruction des voies respiratoires supérieures) ou quand elle a besoin d'une ventilation assistée. De plus, l'intubation endotrachéale permet d'aspirer les sécrétions de l'arbre bronchique.

Habituellement, on introduit le tube endotrachéal à l'aide d'un laryngoscope. Cette intervention est pratiquée par un médecin, une infirmière ou un inhalothérapeute spécialement formé. (Pour plus de détails, voir, au chapitre 18 , les «Consignes pour la mise en place d'une sonde dans les voies oropharyngées».) Une fois que le tube se trouve dans la trachée, on gonfle le manchon qui l'entoure pour l'empêcher de bouger, prévenir les fuites d'air vers l'extérieur et réduire les risques ultérieurs d'inhalation.

L'infirmière doit être consciente du fait que la pression du manchon sur les parois de la trachée peut entraîner des complications. Elle doit vérifier cette pression à l'aide d'un manomètre anéroïde calibré, toutes les 8 à 12 heures, afin de la maintenir entre 20 et 25 mm Hg. Une pression trop élevée peut provoquer des saignements de la trachée, l'ischémie ou une nécrose due à une irrigation sanguine insuffisante, alors qu'une pression trop faible peut accroître le risque de pneumonie par inhalation. Il n'est pas recommandé de dégonfler systématiquement le manchon, en raison du risque accru d'inhalation d'un corps étranger et d'hypoxie. On dégonfle le manchon juste avant le retrait du tube endotrachéal (St. John, 1999b).

On aspire les sécrétions trachéobronchiques par le tube endotrachéal. Que la personne respire spontanément ou à l'aide d'un respirateur, on doit toujours administrer de l'oxygène

réchauffé et humidifié. Le tube ne doit pas rester en place pendant plus de trois semaines, après quoi il faut envisager une **trachéotomie** pour diminuer l'irritation et la lésion de la paroi trachéale, réduire le risque de paralysie des cordes vocales (découlant de la lésion du nerf laryngien) et alléger le travail ventilatoire. Les soins et traitements infirmiers à prodiguer aux personnes porteuses d'un tube endotrachéal sont présentés dans l'encadré 27-7 ■.

Le tube endotrachéal et la canule trachéale ont plusieurs inconvénients. Tout d'abord, ils gênent la personne. De plus, ils inhibent le réflexe tussigène, car ils empêchent la fermeture de la glotte. Les sécrétions ont tendance à s'épaissir, car l'air n'est plus réchauffé et humidifié lors de son passage dans les voies supérieures. Étant soumis à un repos forcé et gêné dans ses mouvements par le tube ou la canule, le réflexe palatin (qui comprend les réflexes glottique, pharyngé et laryngé) est également inhibé, ce qui expose la personne à un risque accru d'inhalation d'un corps étranger. Enfin, le tube ou la canule peuvent entraîner une ulcération et le rétrécissement du larynx ou de la trachée. En outre, ils empêchent la personne de parler et de communiquer ses besoins.

Le retrait prématuré ou involontaire du tube peut entraîner des complications graves, voire mettre la vie de la personne en danger. C'est un problème qu'on rencontre fréquemment dans les unités de soins intensifs, qui peut survenir du fait de la personne ou au cours des soins et traitements infirmiers. L'infirmière doit expliquer à la personne et à sa famille pour quelles raisons on utilise un tube endotrachéal et quels sont les dangers associés à son retrait. Elle doit aussi évaluer la personne initialement, puis à intervalles réguliers. Il faut prendre des mesures pour que la personne tolère mieux le tube endotrachéal, par exemple lui administrer des analgésiques opioïdes et des sédatifs.

ALERTE CLINIQUE

Le retrait involontaire du tube endotrachéal peut entraîner un œdème pharyngé, l'hypoxémie, la bradycardie, l'hypotension et même la mort. Il faut donc prendre des mesures pour que le tube ne soit pas retiré involontairement ou prématurément.

Pour empêcher que la personne retire le tube, on peut recourir aux stratégies suivantes : expliquer à la personne et aux membres de sa famille les raisons de l'intubation, distraire la personne par des interactions directes avec l'infirmière ou la famille ou par un autre moyen, tel que la télévision, et maintenir les mesures qui favorisent le bien-être. En dernier recours, on peut attacher les poignets de la personne, en respectant les règles en vigueur dans l'établissement de soins.

Des études ont montré que la meilleure façon d'empêcher la personne d'enlever le tube est de lui retenir les poignets dans un dispositif de contention doux (Happ, 2000). Toutefois, il faut toujours faire preuve de jugement et prendre des précautions avant de recourir à cette mesure. Si la personne ne peut pas atteindre le tube endotrachéal, il n'est pas nécessaire de lui attacher les poignets. Il en va de même si la personne est vigilante, orientée, en mesure de suivre les instructions et si elle coopère suffisamment, de sorte qu'il est peu probable qu'elle retire le tube endotrachéal.