

* نحوه خارج ساختن راه هوایی مصنوعی *

خارج ساختن لوله تراشه :

خارج کردن لوله تراشه جهت تعویض یا اکستوبه کردن دائمی بیمار صورت می‌گیرد. قبل از بیرون آوردن لوله تراشه باید فاکتورهای زیر مورد بررسی قرار گیرد:

۱_ سطح هوشیاری، سالم بودن رفلکس‌های محافظتی نظیر رفلکس سرفه، بسته شدن اپی‌گلوت و رفلکس gag

۲_ توانایی بیمار در خروج ارادی ترشحات

۳_ کارایی تنفس‌های ارادی بیمار که در پارامترهای زیر انعکاس دارد:

$\% \text{O}_2\text{Sat} > 95$, Minute volume $\sim 10 \text{ ml/min}$, Respiratory Rate $< 30\text{-}35/\text{min}$

PH: $7.35\text{-}7.45$, Paco₂ : $35\text{-}45 \text{ mmhg}$

۴_ عدم حضور دیس ریتمی‌های قلبی

روش: بیمار باید جهت تسهیل حرکات قفسه سینه، کاهش فشار بر روی دیافراگم، تسهیل سرفه، و به حداقل رساندن خطر استفراغ و آسپیراسیون، در پوزیشن نیمه نشسته قرار گیرد. سپس لوله تراشه و مجاری تنفسی به دقت ساکشن گردد. همچنین ترشحات بالای کاف، دهان و حلق باید قبل از تخلیه کاف ساکشن گردد.

توسط آمبویگ متصل به اکسیژن، چند تنفس عمیق به بیمار داده می‌شود. تنفس با فشار مثبت ایجاد شده توسط آمبویگ، موجب اتساع ریه بیمار بعد از خارج کردن لوله می‌گردد. به بیمار گفته می‌شود که یک نفس عمیق بکشد و لوله تراشه در حالیکه کاف آن خالی شده است در انتهای بازدم خارج می‌گردد. این عمل موجب به حداقل رساندن تروما به نای در ضمن خروج لوله می‌گردد. در صورتیکه بیمار قادر به همکاری نباشد، باید یک تنفس با فشار مثبت توسط آمبویگ داده شود و در هنگام بازدم لوله خارج گردد.

یکی از مزایای خروج لوله در هنگام بازدم، این است که ترشحات باقیمانده در پشت کاف، در محل خود باقی مانده، همراه با کاف بالا می‌آیند و به داخل اوروفارنکس می‌ریزند. بنابراین شانس آسپیراسیون کاهش می‌یابد.

پس از خارج کردن لوله از بیمار خواسته می‌شود که سرفه کند و کمی حرف بزند تا صحت این عملکردها مورد ارزیابی سریع قرار گیرد. اکسیژن مرطوب با ماسک برای بیمار گذاشته می‌شود. باید بیمار را از نظر افزایش صداهای ریه یا صدادارشدن تنفس که نشانه اسپاسم یا ادم حنجره است تحت نظر قرار داد. وسایل اینتوبیشن

مجدد در دسترس باشد. ریت تنفس، استفاده از عضلات کمکی تنفس و آزمایش ABG تا مدتی تحت کنترل قرار گیرد.

خارج ساختن لوله تراکئوستومی:

بطور کلی دو روش برای خارج ساختن لوله تراکئوستومی وجود دارد: روش تخلیه سریع و روش تخلیه تدریجی در صورت استفاده از روش تخلیه سریع، بعد از اطمینان از ثابت بودن وضعیت بیمار، لوله تراکئوستومی سریعاً خارج شده، بیمار از راه هوایی طبیعی خود جهت تنفس و تخلیه ترشحات استفاده می‌کند. در روش تدریجی به مرور لوله تراکئوستومی با سایز کوچکتر آن جابجا می‌شود. به این ترتیب استوما به تدریج بسته می‌شود و بیمار به سمت استفاده مجدد از راه هوایی طبیعی سوق داده می‌شود. پرستار نیز می‌تواند به خوبی پاسخ بیمار را قبل از خارج ساختن کامل لوله مورد بررسی قرار دهد. پس از خارج ساختن لوله، روی ناحیه استوما باید توسط پانسمان خشک پوشیده شود، در صورت وجود لیک هوا از استوما، ممکن است روی آن را توسط یک گاز پترولیوم پوشانده، سپس پانسمان خشک، نمایند. پانسمان باید دو بار در روز تعویض شده، محل استوما از بظر علائم ترمیم بافتی و عوارض مختلف مورد بررسی قرار گیرد.

سمیه پور قدرت

کارشناس پرستاری