

مراقبت های پرستاری و اصول علمی در ساکشن راه هوایی

ساکشن تراشه، روشی برای تمیز کردن راه هوایی از ترشحات، در بیمارانی که به دلیل کاهش سطح هوشیاری و ضعف عضلات تنفسی قادر به انجام سرفه و تخلیه ترشحات خود نبوده و همچنین در بیمارانی که دارای راه هوایی مصنوعی مثل لوله تراشه و تراکئوستومی هستند می باشد. (در مورد اخیر توضیح به این صورت است که: وجود لوله تراشه به عنوان جسم خارجی موجب تحریک ترشح موکوسی شده و چون هنگام سرفه موثر بایستی منبره بسته شده تا با افزایش فشار داخل قفسه سینه ترشحات به خارج پرتاب شود. لذا این بیماران قادر به انجام سرفه موثر نبوده و نیازمند ساکشن هستند.

این پروسیجر بایستی به صورت استریل و استاندارد و توسط افراد باتجربه انجام شود تا موجب بروز عوارض برای بیمار و به تأخیر انداختن روند بهبودی بیماران نشود.

نکته قابل توجه دیگر اینکه ساکشن باید PRN باشد و به صورت یک کار روتین انجام نشود.

وسایل کار

سندساکشن (قطر آن یک دوم قطر داخلی لوله تراشه باشد) - دستکش استریل و یکبار مصرف - عینک محافظ - سرم نرمال سالین استریل جهت شستشو - سرنگ حاوی ۱۰ تا ۱۵ سی سی نرمال سالین استریل - آمبویگ - اکسیژن - منبع ساکشن.

سایز سندساکشن:

(۱) سایز ETT (mm) ۲- ۲ ×

(۲) سایز ETT (mm) ۱- ۲ ×

سایز کتتر	رنگ کتتر
۵	خاکستری
۶	سبز روشن
۸	آبی
۱۰	سیاه
۱۲	سفید
۱۴	سبز
۱۶	نارنجی
۱۸	قرمز
۲۰	زرد
۲۲	بنفش
۲۴	آبی روشن

روش کار

- ۱- پناهنده بیمار هشیار است مانند هر پروسیجر دیگری روش کار را برای وی شرح دهید.
- ۲- دست ها را بشویید، منبع ساکشن و تمامی وسایل مورد نیاز را آماده کنید. عینک بزنید.
- ۳- بیمار را هایپروتنیله کنید (اگر در زیر رسپیراتور می باشد تعداد ۳ تا ۶ تنفس با اکسیژن ۱۰۰٪ بدهید و یا با آمبویگ اکسیژن بدهید)
- ۴- دستکش استریل را در دست غالب کرده و با دست دیگر کاتتر ساکشن را به رابط وصل کنید.
- ۵- در حالی که ساکشن کلمپ می باشد آن را وارد لوله تراشه بیمار کنید و با زاویه دورانی ۳۶۰ درجه در حالی که کاتتر را خارج می کنید ساکشن را انجام دهید.
- ۶- مدت ساکشن نباید بیشتر از ۱۰ تا ۱۵ ثانیه باشد چون باعث هایپوکسمی و آریتمی می شود.

وتیله کنید ، ساکشن را ادامه دهید .

۸- پس از اتمام ، مجدداً بیمار را هایپر وتیله نمایید و در صورت لزوم مراحل بالا را تکرار نمایید.

۹- پس از اتمام و در فواصل کار سر کاتتر را با نرمال سالین استریل شستشو دهید .

۱۰- پس از ساکشن تراشه، با همان کاتتر، ساکشن دهان را انجام دهید. (در بیماری که لوله تراشه دارد و همواره کاف آن پر می باشد

اغلب ترشحات دهانی و حلقی تجمع پیدا می کنند و نیازمند ساکشن هستند) ساکشن دهان به روش تمیز انجام می شود و دهان از نظر

وجود هر نوع زخم و آسیبی بررسی می شود و در پایان کاتتر و دستکش را معدوم کنید.

عوارض ساکشن

* **هایپوکسمی** به علت جذب اکسیژن توسط کاتتر در حین عمل ساکشن کردن رخ میدهد که با هایپر وتیله کردن بیمار قبل و بعد از

پروسیجر عارضه به حداقل می رسد .

* **آریتمی** به علت تحریک واگ ضمن ساکشن کردن ، گاهی برادی کاردی و ارست قلبی رخ می دهد . شایع ترین آریتمی حین

ساکشن که ناشی از هایپوکسمی است تاکی کاردی و اکستراسیستول های بطنی است و متما بایستی حین ساکشن، بیمار مانیتورینگ

دقیق شود .

* **فونریزی** از راه هوایی در مواردی که فشار منفی ساکشن از ۱۲۰ میلی متر جیوه بیشتر باشد دیواره راه هوایی تروماتیزه شده و خونریزی

می کند که کنترل فشار منفی ساکشن اهمیت دارد.

میزان فشار دستگاه : نوزادان : ۸۰-۶۰ mmHg

کودک زیر ۲سال : ۱۰۰-۸۰ mmHg

کودکان بالای ۲سال : ۱۲۰-۱۰۰ mmHg

بزرگسالان : ۱۵۰-۱۰۰ mmHg

* **سپاسم برونش** در اثر تحریک دیواره راه هوایی با نوک کاتتر که بیش از اندازه وارد راه هوایی بیمار شده رخ می دهد . توجه نمایید که در

بالغین کاتتر نباید بیش از ۱۴۵ سانتی متر و در موارد تراکئوستومی ۲ تا ۳ سانتی متر وارد راه هوایی بیمار شود و چنانچه در حین ساکشن

کردن بیمار سرفه کرد ، بلافاصله کاتتر را خارج نمایید.

* عفونت اولین منبع عفونت ریه و تراشه بیمار، خود دهان بیمار است که در اثر عدم رعایت نکات کنترل عفونت یا تکنیک آسپتیک

رخ می دهد.

* **تلاکتریس** که به دلیل فشار زیاد ساکشن یا ساکشن طولانی مدت و یا استفاده از کاتتر فیلی بزرگ رخ می دهد اغلب وضعیت

آناتومی ریه به صورتی است که کاتتر وارد برونش راست می شود ، به همین جهت توصیه می شود موقع ساکشن برونش راست ،

سر و شانه ها به طرف چپ و موقع ساکشن برونش چپ سر و شانه ها به طرف راست پرفانده شود

نکته قابل توجه دیگر اینکه در مواردی که ترشحات رقیق و به آسانی خارج می شود نباید نرمال سالین داخل راه هوایی بیمار ریخت چون

موجب تحریک مفاصل و افزایش ترشحات می شود ، فقط در مواردی که ترشحات غلیظ و چسبناک هستند ، مجاز به ریختن ۱۰ تا ۱۵ سی سی

نرمال سالین استریل در داخل لوله تراشه هستیم چون ریختن حجم بیشتر موجب پوشاندن سطح آلئولول و کاهش تبادلات گازی میشود.

منبع : برونر ۲۰۰۹- intensive and critical care nursing(suctioning) 2009

مرکز آموزشی درمانی قطب الدین

ن - خانچی سوپروایزر آموزشی (پائیز ۱۳۸۸)