

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

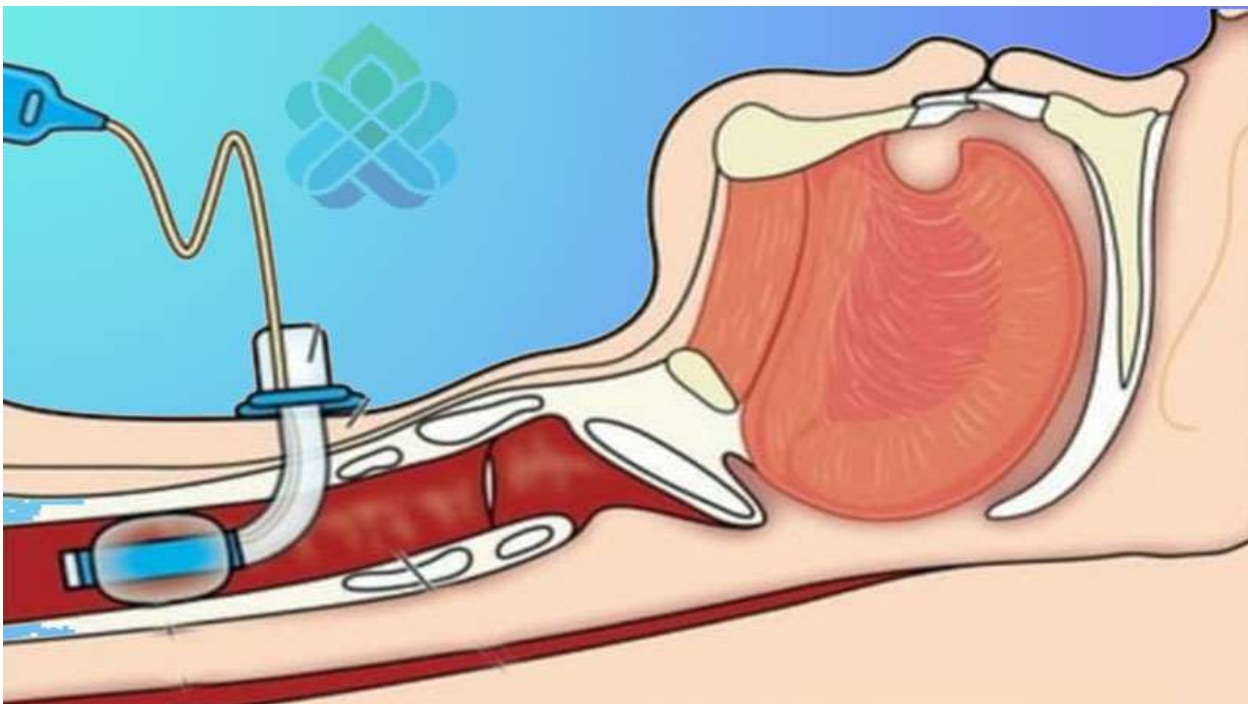
جزوه آموزشی

# تراکئوستومی

استاد هومن رضایی

- اندیکاسیون های تراکتوستومی:

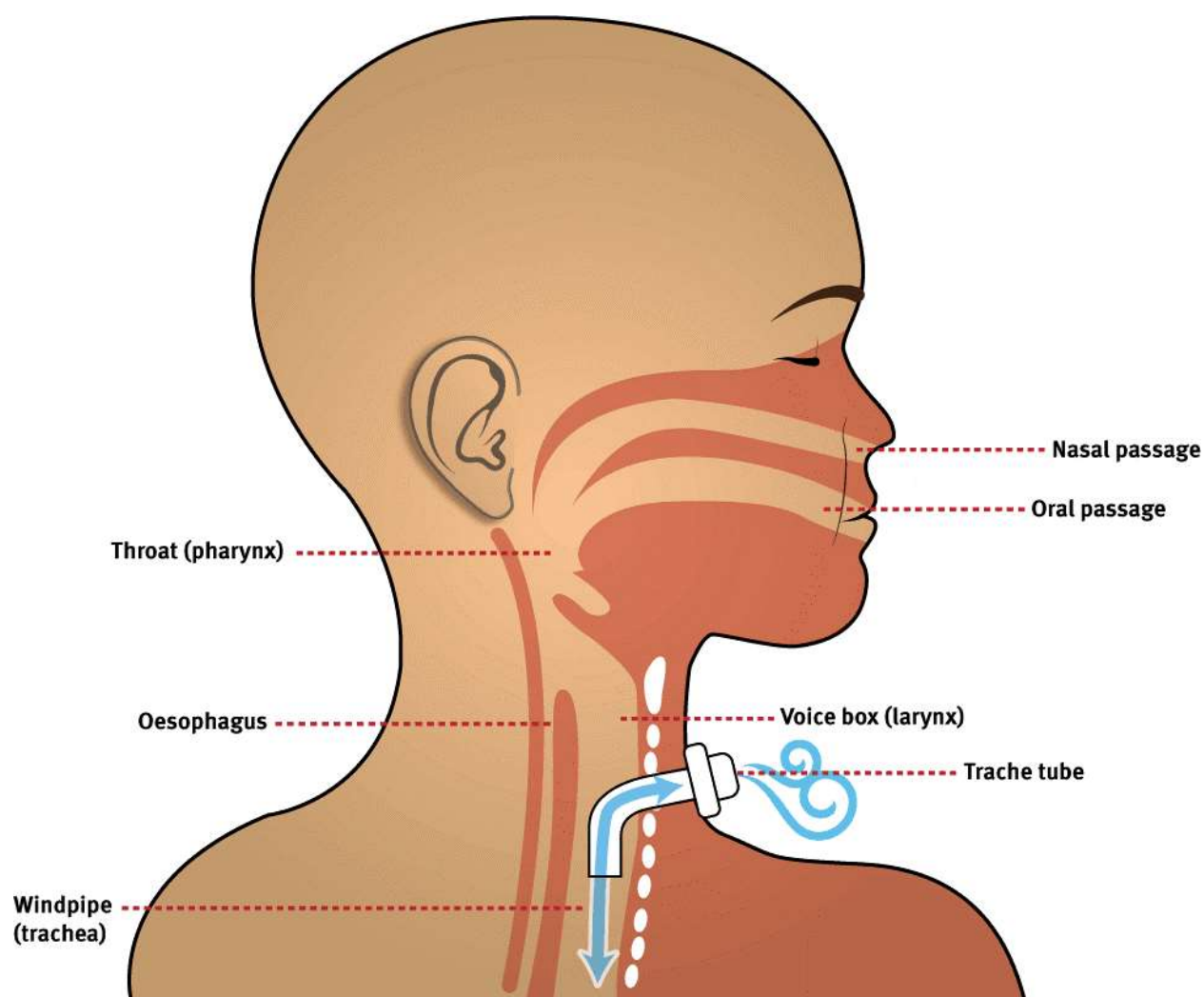
۱. انسداد راه هوایی فوقانی (آسیب شدید فک، صورت یا گردن) و عدم توانایی لوله گذاری تراشه از راه دهان یا بینی ← تراکتوستومی اورژانس در اتاق عمل
۲. نیاز به تهویه مکانیکی طولانی مدت (در صورتی که انتظار می رود بیمار برای بیش از ۷ - ۱۰ روز نیاز به ونتیلاتور داشته باشد)
۳. نیاز به جراحی وسیع فک و صورت و دسترسی به راه هوایی مطمئن برای طولانی مدت.
۴. محافظت ناکافی از راه هوایی (به دلیل کاهش رفلکس های محافظ راه هوایی در بیماران آسیب مغزی) یا تخلیه ناکافی ترشحات راه های هوایی.



- افراد ذی صلاح برای انجام تراکتوستومی:

- گروه جراحی عمومی و دیگر گروه های جراحی منوط به گذراندن روتیشن جراحی عمومی و گذراندن آموزش عملی انجام تراکتوستومی (در صورت انجام تراکتوستومی توسط گروه دیگری به جز جراحی عمومی حتماً بیمار فردای عمل، با گروه جراحی عمومی جهت بررسی مناسب بودن تراکتوستومی کانسالت شود).
- تمامی بیمارانی که با تراکتوستومی مرخص می شوند باید در روز ترخیص از بخش مورد تعویض تراکتوستومی قرار گیرند و با تراکتوستومی جدید مرخص شوند (مگر بیمارانی که تراک دوجداره دارند).

- همچنین تراک بیمارانی که تعویض بخش (از ICU به Post ICU یا بخش) انجام می دهند، باید بعد از تعویض بخش توسط سرویس جراحی مورد ارزیابی قرار گیرد و در صورت نیاز لوله تعویض شود.
- Cuff تراکئوستومی: در تمامی بیماران هوشیاری که ریسک آسپیراسیون ندارند و مورد تهویه مکانیکی نیستند، باید کاف تراک خالی باشد (فقط در بیماران با هوشیاری پائین یا مشکل در رفلکس gag باید کاف تراک پر باشد)
- با توجه به عدم کانالیزه شدن مسیر تراکئوستومی در ۷ - ۵ روز اول بعد از عمل (مخصوصاً در ۳ روز اول) جابجایی بیماران و انجام پروسیجرهای بیماران باید با دقت تمام صورت گیرد و در حین جابجایی از تراک بیمار مراقبت شود تا خارج نشود. (در صورت خروج تراک در این زمان حتماً جهت جاگذاری مجدد از نخ های Stay استفاده شود و به صورت blind تراک گذاری انجام نشود)



برخورد با بیمار تراکئوستومی که دچار افت Sat O<sub>2</sub> یا تنگی تنفس می شود:

۱. اطلاع به پزشک بخش، مسئول بخش، سرویس جراحی عمومی (رزیدنت سینیور جراحی)
۲. بررسی ونتیلاسیون (بررسی دستگاه ونتیلاتور و ونتیلاسیون بیمار با ambo bag)
۳. در صورتیکه ونتیلاسیون مشکلی نداشت، بررسی تراک از نظر جابجایی و ساکشن تراک و بررسی از نظر گرفتگی

(در صورتی که تراک ساکشن نمی شد و گرفتگی داشت ابتدا کاف تراک خالی می شود. در صورتیکه ادامه مشکل، تراکئوستومی بیمار، خارج می شود (تراک های دوجداره فقط قسمت داخلی) و ابتدا بیمار با ماسک ونتیله می شود و سپس راه هوایی مطمئن مجدد برای بیمار برقرار می شود (در صورت امکان اینتوباسیون از راه دهان و در صورت عدم امکان تراکئوستومی مجدد))

