

به نام خدا



# مراقبت پرستاری در اورژانس های ENT

شهربانو اخلاق نجات  
کارشناس ارشد مراقبت های ویژه



## تراکئوستومی

- تراکئوستومی مدخل ایجاد شده توسط برش جراحی در قسمت دیواره قدامی تراشه برای ایجاد استوما می باشد.
- هدف از تراکئوستومی بای پس انسداد راه هوایی فوقانی، فراهم سازی و برقراری تهویه کمکی و تسهیل خروجی ترشحات راه هوایی می باشد.
- در زمان جراحی برای بازنگهداشتن راه هوایی لوله تراکئوستومی جایگذاری می شود. (زمانیکه امکان اینتوباسیون جهت بیهوشی جنرال وجود نداشته باشد: توده حنجره...)
- جایگذاری تراکئوستومی یا به شکل راه حل موقت یا به عنوان یک معیار مراقبت طولانی مدت می باشد.
- تراکئوستومی بر حسب نیاز بیمار ممکن است دائم یا موقت باشد

## موارد کاربرد تراکتوستومی :

- ۱- صدمه به حنجره در اثر تروما
- ۲- اختلالات دائمی راه هوایی فوقانی نظیر سرطان حنجره
- ۳- نیاز به تهویه مکانیکی دراز مدت
- ۴- انسداد راههای هوایی فوقانی
- ۵- تخلیه ترشحات حجیم از راههای تنفسی و پاک سازی موثرتر ترشحات
- ۶- پیشگیری از آسیب‌رسان ترشحات دهان و معده به راههای هوایی



در بیمارانی که تراکئوستومی شده اند مکانیسم سرفه ضعیف است. این بیماران برای دفع ترشحات دستگاه تنفس دچار مشکل هستند و نیاز به ساکشن دارند. زمانی باید بیمار را ساکشن کنید که صدای غیر طبیعی در ریه ها شنیده شود یا اینکه شما ترشحات را مشاهده نمایید.

توجه داشته باشید که ساکشن کردن غیر ضروری علاوه بر آنکه خطر عفونت را بالا میبرد باعث آسیب به مخاط راه هوایی بیمار میشود. قبل از انجام ساکشن حتماً از دستگاه بخور و فیزیوتراپی قفسه سینه استفاده کنید. این کار باعث رقیق تر شدن و کنده شدن ترشحات از مسیر راه هوایی میشود و عمل ساکشن کردن به طور موثرتری انجام میپذیرد. قبل از انجام عملیات با بیمار صحبت کنید و بگویید امکان دارد حین ساکشن کردن احساس ناخوشایندی داشته باشد. او را به آرامش دعوت کنید سپس دست خود را بشوید و ماسک بزنید.

۳-۵ دقیقه به بیمار اکسیژن با 100% بدهید این کار باعث میشود بیمار حین ساکشن کردن دچار کمبود اکسیژن نشود



# نکات مهم جهت انجام ساکشن:

- بکاربردن تکنیک استریل
- سایز مناسب نلاتون جهت ساکشن (کمتر از 1/2 قطر داخلی لوله تراک)
- تنظیم دور دستگاه: 80-100mmHg در اطفال
- 100-120mmHg در بزرگسالان
- سوند نلاتون ۱۰ تا ۱۵ سانتی متر وارد لوله تراکئوستومی کرده و با یک چرخش ۳۶۰ درجه به آرامی خارج نمایید.
- زمان ساکشن بیش از ۱۵ ثانیه نباشد.
- میزان N/S مورد نیاز در هر دوره ساکشن بزرگسالان 5CC-3، کودکان و نوجوانان
- 1-3CC و نوزادان 0.5CC و در فواصل سوند نلاتون با سرم استریل شستشو شود.
- در بین هر بار ساکشن کردن به بیمار ۳-۵ دقیقه اکسیژن با غلظت 100 درصد داده شود.



توجه :

سردی بیش از حد هوا یا خشک بودن هوای محیط می تواند سبب آزرده گی بیمار شود.  
هر گونه تغییر در وضعیت تنفس بیمار نیاز به اقدام فوری دارد و **در صورت وجود**  
**دیسترس تنفسی ، هیپوکسی ، تحریک پذیری ، تاکی پنه ، استفاده از**  
**عضلات فرعی تنفسی و کاهش اشباع اکسیژنی و شک به انسداد ،**  
**بلافاصله راه هوایی را ساکنش کرده و در صورت هوشیاری از بیمار می**  
**خواهیم سرفه و تنفس عمیق انجام دهد .**

فیزیوتراپی تنفسی شامل درناژ پوسچرال، ماساژ پشت، ایجاد لرزش و کوبش و سرفه ،  
کمک به تخلیه ترشحات و انبساط بافت ریه کرده و توانایی استفاده از ماهیچه های تنفسی  
را افزایش می دهد و سبب پیشگیری از آتلکتازی و کاهش عفونت می شود و باید روزانه  
چندین بار انجام شود.

پرستار باید مراقب نشانه ها و علائم اولیه عفونت بعد از عمل باشد و **در صورت بروز**  
**تب، تاکیکاردی ، افزایش ترشح چرکی ، بوی بد ترشحات، حساسیت و**  
**قرمزی** به پزشک معالج اطلاع دهد.

پوست اطراف تراکتوستومی باید توسط نرمال سالین از ترشحات پاک و توسط پانسمان  
خشک پوشانده شود.



# . ساکشن

- . دفعات ساکشن
- ساکشن را فقط در مواقع لزوم به کار گیرید و از زمان بندی مشخص پرهیزید.
- اهمیت و دلیل:
- در واقع عامل تعیین کننده جهت نیاز به ساکشن نتیجه ارزیابی وضعیت تنفسی بیمار، قوام ترشحات راه هوایی و توانایی بیمار در سرفه کردن و خروج ترشحات است. ساکشن بالقوه پروسیدر عارضه زایی است و میتواند منجر به هایپوکسی، اسپاسم برونش، آریتمی، خونریزی، عفونت یا آسیب شود. پس تنها زمانی باید بیمار را ساکشن کرد که از نظر بالینی نیاز به انجام ساکشن محرز شود و این تنها با بررسی و معاینه ما حاصل می شود.



## نکته:

- کنترل منظم کاف لوله تراک هر 4 ساعت...
- پر و خالی نمودن منظم کاف (برقراری پرفیوژن بافتی)
- پرهیز از اتساع بیش از حد کاف (خطر نکروز لوله تراشه و ایجاد فیستول تراشه)
- همه بیمارانیکه راه هوایی مصنوعی دارند (لوله تراک یا، لوله تراشه...) سمع ریه مرتباً انجام گردد.
- پس از تعبیه لوله تراک برای بیمار کودک حتماً CHEST X RAY گرفته شود.

## مراقبت پرستاری در بیماران بادیسترس شدید تنفسی:

- بررسی تنفس خودبخودی
- ارزیابی عملکرد ریه (ABC)
- A: اطمینان از باز بودن راه هوایی (خارج کردن دندان مصنوعی) دادن پوزیشن مناسب (HEAD TILT)
- B: بررسی اکسیژیناسیون بافتی (پالس اکسی متری)
- اصلاح پوزیشن (SEMI SITTING)
- C: بررسی همودینامیک: برقراری IV LINE



## علائم خطر در ارزیابی راه هوایی:

- استریدور، تنگی نفس، تغییر صدا، هماتوم پیشرونده گردن، استفاده از عضلات فرعی تنفس، ساچوریشن خون شریانی کمتر از 90 درصد، سیانوز،

### • رترکشن supraexternal notch

- این بیماران کاندید تراکئوستومی هستند که موارد ذیل باید آماده باشد:

- تجهیزات اکسیژن تراپی

- پالس اکسی متری

- آماده سازی بیمار جهت عمل تراکئوستومی (هماهنگی با اتاق عمل)

آمادگی های لازم:

- آماده سازی ست اینتوباسیون
- آماده سازی ست تراکئوستومی
- آمادگی اعضاء تیم CPR
- برقراری IV LINE..برقراری kvo ser N/S
- تزریق دگزامتازون ،هیدروکورتیزون طبق دستور
- تهیه لوله تراک باسایز مناسب

● **نکته:** در بیماریکه لوله تراک دارد در صورت خارج شدن  
اتفاقی لوله تراکیا با یک اسپکلوم ظریف بینی دهانه استوما  
باز نگه داشته شود تا رسیدن سایر اعضاء تیم..



## ترومای حنجره:

- بررسی هماتوم گردن (در لمس تورم یا توده حاوی خون)
- توجه به آمفیژم گردن (احساس حباب در زیر پوست)
- معاینه کریپیتاسیون حنجره در لمس (احساس شکستگی و خرد شدن غضروف)
- درد شدید قدام گردن
- الویت 30 درجه سر
- از حرکت گردن حتی الامکان برای جلوگیری از جابجایی غضروف آسیب دیده پرهیز شود. گردن فیکس باشد.

# عقوننت های شدید راه هوایی فوقانی

- خطرناک ترین آبسه های پارافارنکس و رتروفارنکس و پیری تانسیلر می باشد.
- رعایت کردن موارد ABC (بازنگهداشتن راه هوایی)
- آماده سازی ست اینتوبه....
- بیمار تحت نظر و آنتی بیوتیک تراپی طبق تجویز
- در شک به اپی گلو تیت اطفال از معاینه داخل دهان با ابسلانگ بدلیل خطر ایجاد اسپاسم و پیشگیری از آذینه شدن بیمار پرهیز شود.
- و تجویز بخور سرد و مرطوب برای کاهش التهاب لوزه موثر می باشد.



● الویت 30 درجه سر

● در صورت خطر خونریزی پوزیشن لترال والویت سر برای  
پرهیز از آسیبیراسیون ترشحات

● در همه موارد فوق

● درخواست کمک

● اطلاع به سوپروایزر کشیک

● اطلاع به رزیدنت ارشد

## عفونت باکتریایی

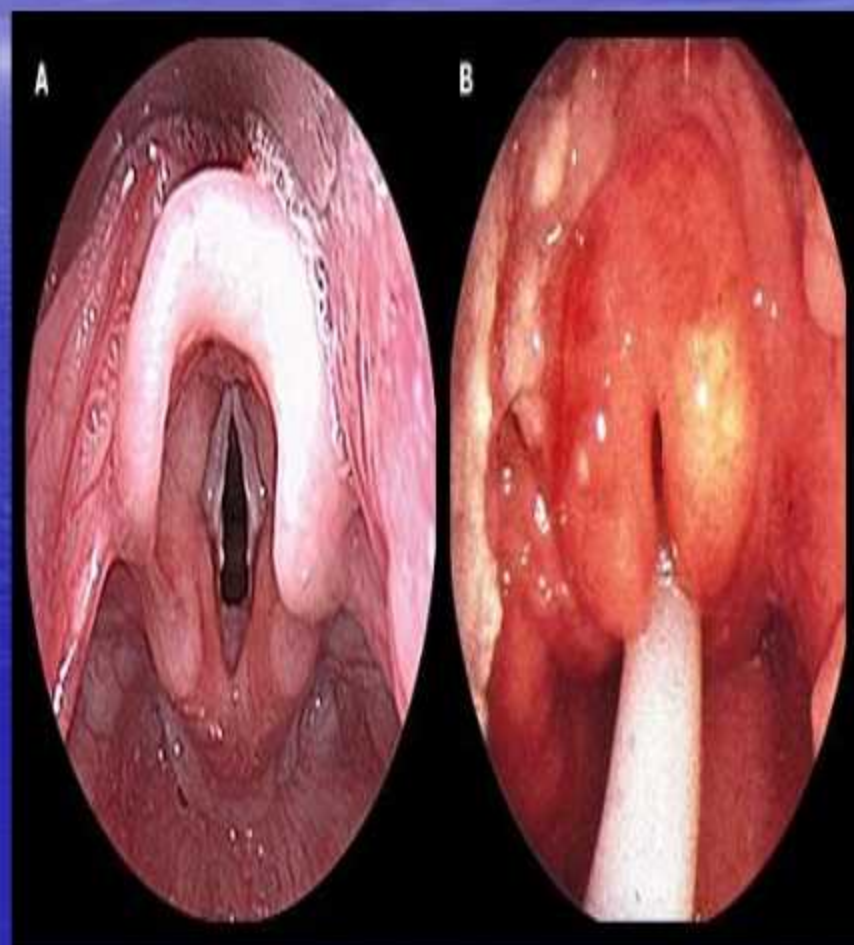
## اپی گلو تیت:

● عامل بیماریزا: هموفیلوس

آنفلوانزا تیپ B

● علایم: صدا یا گریه خفه و گرفته می شود. (در خروسك (Croup) صدا یا گریه خشن تر است.)

● در اپی گلو تیت سرفه در حد کم است. (در (Croup) سرفه زیاد تر) گلو درد، تب، خشونت صدا، آبریزش از دهان به علت مشکل در بلع بزاق، مشکل تنفسی فزاینده دم پر سرو صدا، جیغ مانند و با فرکانس بالا بنفش شدن پوست و بستر ناخن ها





# آنژین لودویک:



● آنژین لودویگ یک سلولیت با انتشار سریع در فضاهاي زیر فکي و زیر زباني بصورت دو طرفه و زیر چانه اي مي باشد. عامل آن **استرپتوکوکهاي هموليتک** هستند.

● علائم: **بصورت دهان باز، زبان متورم، تریسموس، اشکال در بلع و دیسفاژی و دیسفونی اضطراب شدید بیمار.**

● درمان و مراقبتها: اورژانس و سریعا درمان آغاز گردد.

● تاخیر در درمان: **انسداد راه هوایی، عفونت غلاف کاروتید و میدیاستینیت**

● رادیوگرافی لترال گردن در اسرع وقت انجام گردد (باریک شدن راه هوایی، ادم بافت نرم و آمفیژم مشاهده میگردد)

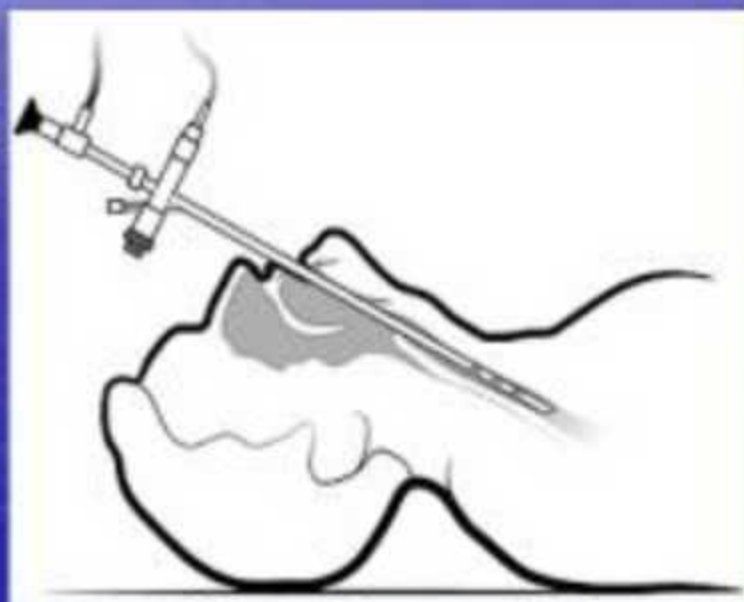
● سی تی اسکن کلید تشخیصی می باشد

● درمان: اصلاح وضعیت راه هوایی، آنتی بیوتیک وسیع الطیف وریدی و درناژ تخلیه آبسه

● رعایت بهداشت دهان و دندان ها می تواند پیشگیری کننده باشد .



## مراقبت‌های پرستاری در برونکوسکوپی



# جسم خارجی در راه هوایی اطفال

- بررسی وضعیت تنفس
- اطمینان از باز بودن راه هوایی
- آماده کردن گوشی پزشکی برای شنیدن صدای تنفسی
- اطلاع به رادیولوژی و هماهنگی برای Chest x Ray
- هماهنگی با اتاق عمل جهت پذیرش بیمار در اسرع وقت (جهت عمل برونکوسکوپی)



# برونکوسکوپى

- برونکوسکوپى پروسیجری جهت مشاهده راههای هوایی شامل تراشه برونش ها و در صورت وجود جسم خارجی جهت خروج آن استفاده می شود .  
در صورتیکه تنها مشاهده راههای هوایی مد نظر باشد از لوله های نرم و قابل انعطاف استفاده می شود . (فیبراپتیک) در این حالت میتوان نمونه برداری نیز انجام داد . برای خارج کردن جسم خارجی از لوله محکم و غیر قابل انعطاف استفاده میگردد .
- اکثر برونکوسکپی در اطفال برای خارج کردن جسم خارجی بوده .
- بیشترین شیوع ( آسپیراسیون جسم خارجی) در گروه سنی 1 تا 3 سال می باشد . که به دلیل زیر بوده
- 1 - نداشتن دندان برای نرم کردن غذا
- 2 - نداشتن تطابق کامل در مکانیسم بلع غذا
- 3 - بسته شدن یا بالا آمدن حنجره در هنگام بلع بطور کامل صورت نمی گیرد .



## مداخلات قبل از عمل برونکوسکوپی:

- توصیف پروسیجر برای بیمار و همراهان (از نظر مخاطرات)
- تکمیل فرم رضایت آگاهانه
- NPO بودن بیمار برای کاهش خطر آسپیراسیون
- خارج سازی پروتز؛ دندان مصنوعی و...
- اجرای دستورات دارویی: آتروپین ...
- جهت کاهش استرس و نگرانی بیمار توضیح مختصری از اقدامات درمانی توسط پرستار اتاق عمل



## مداخلات بعد از عمل برونکوسکوپي:

- پایش تنفسی بیمار و کنترل علائم هیپوکسی، تاکیکاردی، دیس ریتمی، هموپتزی و دیس پنه
- هرگونه شرایط غیر عادی سریعاً گزارش گردد.
- ● پوزیشن بیمار هوشیار به حالت نیمه نشسته باشد.
- بیمار غیر هوشیار پوزیشن لترال قرار داده می شود برای جلوگیری از آسپیراسیون ترشحات.
- پرهیز از مصرف مواد غذایی تا زمان برگشت کامل رفلکس سرفه
- (بدلیل مختل بودن رفلکس حنجره و بلع ناشی از مصرف سداتیووبی حسی لوکال)
- شروع برنامه غذایی با مقداری کمی مایعات..

## مداخلات بعد از عمل برونکوسکوپی:

- از قرقره های دهانی برای تسکین درد بیمار تا زمانی که رفلکس بلع بیمار برنگشته است اجتناب شود.
- به بیمار توصیه کنید که ترشحات حلق را تخلیه نماید.
- گرفتگی صدا یا گلو درد عارضه موقتی برونکوسکوپی بوده که کم کم برطرف می شود.



# اپیستاکسی شدید با علائم تاکیکاردی و رنگ پریدگی

- برقراری 2 خط وریدی مناسب
- رعایت ABC
- آماده بودن آماده نمودن ساکشن، هدلایت، کوتر
- آماده نمودن هدلایت مناسب جهت معاینه بیمار
- آماده نمودن شیرینگ، آماده نمودن مش آغشته به تتراسایکلین جهت تامپون گذاری قدامی یا خلفی
- پوزیشن بیمار سر قائم متمایل به جلو برای پرهیز از آسپیراسیون
- در بیمار با کاهش سطح هوشیاری پوزیشن لترال
- گرفتن نمونه خون (اطلاع به آزمایشگاه برای رزرو خون)
- انفوزیون وریدی سرم نرمال سالین

● اندازه گیری علائم حیاتی، BP بررسی نبض (تعداد، پر، ضعیف، نخی شکل

● بررسی سابقه قلبی عروقی بیمار

● چک Hb بیمار

● گرفتن شرح حال دقیق از بیمار (از نظر مقدار و مدت زمان خونریزی)

● بررسی سوابق دارویی بیمار (مصرف آنتی کوآگولانت...)

● استفاده از ICE BAG (گذاشتن کیسه یخ روی پیشانی)

● آماده نمودن سرم نرمال سالین سرد

● اطلاع به سوپروایزر

● آماده نمودن واحد آندوسکوپی (تهیه آندوسکوپ مناسب 0 یا 30 درجه



## پارگی وسیع سروصورت:

- اخذ رضایت از بیمار و همراه جهت سوچور
- گرفتن عکس چهره بارضایت بیمار (جهت بررسی قبل و بعد درمان)
- در صورت تروما به سرو OK نروسرجری گرفته شود.
- آسیب به مجرای بزاقی (توضیح به بیمار به اینکه احتمال آسیب به عصب وجود دارد)
- آگاهی دادن به بیمار در مورد احتمال بروز نکر و زدر بافت سوچور شده.
- معاینه مجدد

## جسم خارجی بینی

- پزشکان و پرسنل اورژانس مکرراً والدینی را می‌بینند که برای بیرون آوردن جسم خارجی از بینی کودکشان به بخش اورژانس مراجعه می‌کنند. از نظر آماری، جسم خارجی در بینی راست تقریباً 2 برابر بینی چپ است که علت آن، راست دست بودن اکثر کودکان است.
- هر چند که جسم خارجی بینی بیشتر در کودکان 2 تا 5 ساله دیده می‌شود، اما گاهی این رخداد در بزرگسالان نیز دیده می‌شود. این امر بویژه در مورد بزرگسالان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی و بیماری‌های روانی صدق می‌کند.



- در مقایسه با جسم خارجی در گوش، جسم خارجی در بینی دیرتر علائم خود را نشان می‌دهد و از آنجا که ممکن است این جسم در داخل حفره بینی، در لابه‌لای شاخک‌های بینی گیر کرده باشد، ممکن است در معاینه بالینی به راحتی قابل رویت نباشد.

- **علائم هشدار دهنده از جسم خارجی در بینی کودکان**

- خروج ترشحات چرکی و بدبو از بینی

- گریه مکرر و همزمان دست زدن به بینی توسط کودک، اشکال در تنفس، مسدود شدن یکطرفه سوراخ بینی، خونریزی گاه به گاه از یک سوراخ بینی، خرخر کردن از علائم هشدار دهنده شایع وجود جسم خارجی در بینی کودکان است.

## معاینه بینی:

- آماده نمودن هدایت مناسب
- اسپکلوم بینی با سایز مناسب
- آماده بودن ساکشن
- تهیه پنس مناسب (لوپ) برای خروج جسم خارجی
- قرار دادن یک گاز جلوی دهان بیمار برای  
پرهیز از آسپیراسیون جسم خارجی
- در صورتیکه جسم خارجی باطری باشد (شستشو با یک  
لیتر سرم)
- پیگیری مجدد
- حفظ آرامش مددجو (کودک)



## عوارض جراحی تیروئید:

- خونریزی پس از عمل
- هماتوم فشارنده راه هوایی
- هیپوکلسیمی
- اختلال در عملکرد عصب رکورنت لارنژیال (راجعہ حنجرہ) 0.2 تا 1 درصد

## نکته:

- کنترل مداوم درن ها و پانسمان بیمار از نظر میزان خونریزی
- توجه به علائم هماتوم (شیوع: 3 درصد)
- زمان خطر هماتوم 2 تا 4 ساعت اولیه بعد عمل
- با افزایش اندازه هماتوم ادم و دیسترس تنفسی عارض می شود .
- پانسمان فشاری می تواند عامل تاخیر در تشخیص هماتوم باشد.
- همه هماتومها باید اکپسلور و تخلیه شوند.



## مراقبت های پرستاری:

- وجود ست جنرال، بیستوری بربالین بیمار (برای بازکردن سوچور در اسرع وقت و برداشتن فشار از راه هوایی)
- در زمان شک به هماتوم اطلاع سریع به رزیدنت ارشد
- هماهنگی با اتاق عمل
- انتقال سریع بیمار به اتاق عمل

- بیماران که بعد از تیروئیدکتومی دچار هیپوکلسمی می شوند در ابتدا بدون علامت هستند ولی علایم بالینی در مراحل بعد بروز می کنند.

- **علایم هیپوکلسمی:**

- اسپاسم کارپوپدال
- تتانوس
- لارنگو اسپاسم
- پarestزی دور دهان
- تغییرات در وضعیت هوشیاری
- تشنج
- طولانی شدن QT و ایست قلبی



## علامت شوستوک و تروسو نیز در نتیجه هیپوکاسیمی ایجاد میشود

- علامت شوستوک: انقباضات صورتی به علت درگیری عصب فاشیال در ناحیه پری اوریکولر
- علامت تروسو: اسپاسم دست بدنال پر کردن کاف فشار سنج
- تجویز کلسیم گلوکونات طبق دستور و مانیتورینگ قلبی در زمان تجویز برای این بیماران ضروری می باشد.



A lush Japanese garden scene featuring a calm pond. In the foreground, a small grassy island with a curved stone edge holds a large, rounded green bush. Pink cherry blossoms are in bloom in the bottom left corner. Across the pond, a traditional wooden bridge with railings spans the water. The background is filled with dense green trees and a large, gnarled tree on the right. A large bush of pink flowers is on the right bank. The text 'خسته نباشید' is written in white Persian script across the middle of the pond.

خسته نباشید