

عصبی - عروقی ، ادم ریه در اثر اتساع مجدد ریه - عفونت در محل تخلیه پلور ، پنومونی و آمپیم - همچنین ممکن است مشکلات تکنیکی همچون انسداد متناوب مسیر لوله در اثر لخته خون ، چرک یا قرارگیری لوله در محل نادرست روی دهد که هر یک از این موارد به تخلیه غیرموثر منجر خواهند شد.

مراقبتهای مربوطه به Chest Tube

- ۱- برای گذاشتن لوله سینه در قسمت قدامی قفسه ، بیماربایستی در وضعیت طاق باز و در صورت امکان سر و تنه ۳۰ تا ۴۰ درجه بالاتر از سطح افق قرارگیرد
- ۲- جهت گذاشتن لوله سینه در خط آگزیلاری بایستی بیمار به پهروی طرف مخالف منحرف شود و دست طرف مورد نظر پشت یا بالای سر قرارگیرد.
- ۳- بعد از تعبیه بایستی رادیوگرافی رخ و نیمرخ قفسه سینه گرفته و موقعیت لوله و پاسخ به درمان بررسی شود
- ۴- در مواردی که زمان اجازه می دهد، کل فرآیند را به بیمار یا همراه او توضیح دهید و از ایشان رضایت نامه کتبی اخذ کنید
- ۵- در شرایطی که تعبیه لوله سینه به صورت اورژانسی ضرورت پیدا می کند، ممکن است نتوانیم از بیمار رضایت نامه بگیریم
- ۶- صحت کار توراکوستومی بایستی مرتب کنترل شود.
- ۷- در حالت پنوموتوراکس تشکیل حباب در داخل محفظه و در حالت هموتوراکس تجمع مایع در داخل محفظه نمایانگر صحت دستگاه و لوله می باشد رابط ها و محل ورود لوله ها به بطری و chest tube باید کاملاً محکم باشد تا هوا نشت نکند.
- ۸- رابط لوله باید حداقل ۲ سانتی متر زیر آب باشد

کنتراندیکاسیون توراکوستومی

تمامی موارد بالا منع نسبی دارند - درمان با داروهای ضدانعقادی یا وجود اختلالات انعقادی خونریزی دهنده - پنوموتوراکس کوچک بدون علامت و غیر پیشرونده - شک به پارگی دیافراگم

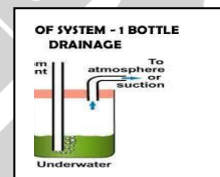
محل کارگذاری لوله سینه

پنوموتوراکس: دومین فضای بین دنده ای

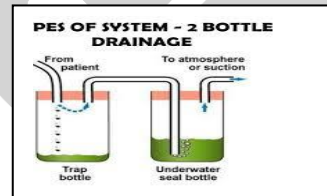
هموتوراکس: چهارمین تا ششمین فضای بین دنده ای

انواع سیستم یا دستگاه تخلیه :

سیستم یک بطری



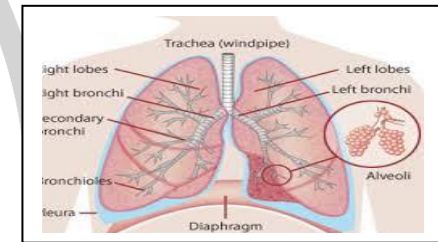
سیستم دو بطری



عوارض تعبیه chest tube

خونریزی و هموتوراکس ناشی از پارگی شریان بین دنده ای - سوراخ شدگی عناصر احشایی (ریه، قلب، دیافراگم یا اعضای داخل شکم). - سوراخ شدن ساختمان های عروقی عمده مانند آئورت و عروق ساب کلونین - نورالژی بین دنده ای در اثر ترومای وارد شده به دسته های

پرده جنب (pleura) ریه ها و قفسه سینه بوسیله یک غشاء سروزی بنام جنب پوشیده می شوند پلور از دو لایه تشکیل شده است :
لایه جدار (parietal pleura) - لایه احشایی (visceral pleura)
بین این دو لایه فضای بالقوه ای وجود دارد که حاوی ۳-۵ سی سی مایع پلور می باشد.



چست تیوب (Tube Thoracostomy)

برقرار کردن ارتباط بین داخل توراکس (فضای جنب) با محیط خارج به کمک لوله.

توراکوستومی به سه طریق ممکن است انجام شود:

به وسیله لوله پلاستیکی (Chest tube) - لوله فلزی (Trocár) - سر سوزن یا آنژیوکت (Needle)

اندیکاسیون گذاشتن لوله سینه

پنوموتوراکس (تجمع هوا در فضای جنب)
هموتوراکس (تجمع خون در فضای جنب) - افیوژن پلور (تجمع انواع دیگر مایع در فضای جنب) - آمپیم (تجمع چرک در فضای جنب) - شیلوتوراکس (تجمع لنف ناشی از مجرای توراسیک)



CHEST TUBE

و مراقبت های پس از آن

تهیه کننده	خ.م. غزالی - کارشناس پرستاری
تأیید کننده علمی	خانم دکتر ماندانا مکی - فوق تخصص مراقبت های ویژه
ناظر کیفی	آقای ع. فرمانی سوپروایزر آموزشی آقای م. بیات سوپروایزر آموزش سلامت
شماره سند	W-PE-026-R02
ویرایش سوم	اردیبهشت 1404
منبع	آموزش مهارت های بالینی برای دانشجویان پزشکی (لوله ها، درن ها و مسیرهای عروقی) ، دکتر محمود حسین زاده ملکی

برای بیمار توضیح دهید که دارو درمانی از قبل به کاهش درد در او کمک خواهد کرد.

هنگام خارج کردن لوله Chest tube از بیمار می خواهیم مانور والسالوا انجام دهد (ضمن بازدم قوی جلوت را ببند) Chest tube را کلامپ نموده و سریعاً بیرون کشیده شود.

در صورتیکه برش جلدی بیش از یک سانتی متر باشد، بایستی نخ دور لوله باز و همزمان با خروج لوله گره زده شود.

گاز ساده را روی گاز وازلینه قرارداده و همزمان آن را روی محل ورود لوله به قفسه سینه بگذارید.

با نوار چسب گاز را روی محل به خوبی ثابت و محکم کنید رادیوگرافی قفسه انجام شود

علائم و نشانه های تنفسی با دقت بررسی شوند.

ظرفیت اشباع اکسیژن را با پالس اکسی متری کنترل کنید.

پس از ۷۲ ساعت پانسمان را باز کرده و پیگیریهای معمول به عمل آید



در صورت تمایل جهت استفاده از خدمات مشاوره تخصصی،

سوختگی و ترمیمی از روش های زیر استفاده نمایید.

۱- ایمیل: amiralmomeninbh@sums.ac.ir

۲- سایت:

amiralmomeninhospital.sums.ac.ir

۳- سامانه پیامک بیمارستان: ۰۹۹۱۲۰۶۴۳۲۷

۹- خصوصیات و میزان ترشحات اندازه گیری، ثبت شود و علامت گذاری شود در صورت کف کردن داخل بطری می توان الکال داخل بطری ریخت تا کف نکند.

۱۰- مایع داخل بطری و بطری باید استریل باشد.

۱۱- باید مراقب انسداد و لخته شدن آن بود. در صورت عدم حرکت مایع حین تنفس و سرفه نشان دهنده انسداد است که بایستی برطرف شود.

۱۲- حین راه رفتن، جابجایی باید chest tube را با پنس clamp نمود.

۱۳- چسب های chest tube باید به صورت دو شاخه زده شود و بصورت عرضی در امتداد دنده ها زده شود.

۱۴- بیمار را باید وادار نمائیم که وضعیت خود را راست و صحیح نگه دارد و بازو و شانه خود را حرکت دهد تا contracture ایجاد نشود.

۱۵- اگر میزان ترشحات لوله سینه بیشتر از ۱۵۰ cc/h شد باید به پزشک اطلاع داده شود.

زمان مناسب برای خارج کردن لوله سینه

زمان مناسب برای خارج کردن لوله سینه بهبود در وضعیت تنفسی طولانی نبودن تنفس وعدم سختی انجام آن (شنیده شدن صداهای تنفسی و بالا آمدن قرینه قفسه سینه ریت تنفس کمتر از ۲۴ تا در دقیقه)

مراقبت و نحوه خارج کردن لوله سینه

رعایت نکات استریل (پوشیدن دستکش، شستشوی محل با بتادین) بیمار در وضعیت نیمه نشسته قرار گیرد و پانسمان و بخیه دور لوله باز شود.