



PM-A4-244-01

- دستگاه ساکشن متحرک یا دیواری همراه با تیوپ ساکشن
- نرمال سالین شستشو و یا آب استریل
- ظرف استریل یکبار مصرف
- دستکش استریل، عینک، ماسک محافظ و گان
- در صورت لزوم
- سرنگ حاوی ۱۰-۵ سی سی نرمال سالین
- اکسیژن
- آمبویگ

نکات مورد توجه:

۱. ساکشن بالینی براساس ضرورت بیمار انجام شود. از ساکشن غیر ضروری باید اجتناب شود، زیرا موجب تحریک و زخمی شدن مخاط مجاری تنفسی می شود.
۲. این پروسیجر باید به صورت استریل انجام شود.
۳. میزان فشار دستگاه ساکشن در بیمارانی بزرگسال ۱۱۰-۹۰، کودکان ۷۰-۹۰ و نوزادان ۵۰-۷۰ بار می باشد.

نحوه انجام:

- وسایل را آماده کنید.
- در صورتی که بیمار هوشیار است پروسیجر را برای وی توضیح دهید.
- دست ها شسته شوند.

ساکشن:

ساکشن به معنی وارد کردن یک لوله باریک به منظور تخلیه ترشحات در راه هوایی بیمارانی است که خود به تنهایی قادر به خروج خلط و ترشحات نمی باشند.

هدف:

خارج کردن ترشحات و تحریک سرفه است.

چه بیمارانی نیازمند ساکشن هستند؟

۱. بیمارانی که به دلیل ناتوانی جسمی و پیری قادر به خروج ترشحات از مجاری تنفسی نمی باشند.
۲. بیمارانی که دارای تراکتوستومی هستند. (وجود یک منفذ مصنوعی روی دیواره قدامی تراشه که ممکن است موقت یا دائم باشد).

نشانه های نیاز به ساکشن کردن:

- صدای قلقل در حین تنفس
- بی قراری
- صدای اضافه تنفس
- تغییر رنگ پوست

تجهیزات مورد نیاز:

- کاتتر ساکشن (قطر آن ۱/۲ قطر داخلی لوله تراشه باشد). که رنگ سبز و سفید آن بیشترین کارایی را دارد.



دانشگاه علوم پزشکی شیراز
بیمارستان حضرت علی اصغر (ع)

اصول صحیح ساکشن کردن (آموزش به بیمار)

تهیه کننده: سمیرا احدی

کارشناس پرستاری

سال ۱۳۹۷

ویرایش اول پاییز ۹۸



PM-A4-244-01

۲. آریتمی: به علت تحریک واگ خون ساکشن کردن گاهی برای کاردیا و ارست قلبی رخ می دهد.
۳. خونریزی از راه هوایی: در مواردی که فشار منفی ساکشن از ۱۲۰ میلی متر جیوه بیشتر باشد، دیواره هوایی آسیب دیده و خونریزی می کند.
۴. اسپاسم برونش: در اثر تحریک دیواره راه هوایی با نوک کاتتر کهبیش از اندازه وارد راه هوایی بیمار شده رخ می دهد.
۵. عفونت: اولین منبع عفونت ریه و تراشه بیمار، خود دهان بیمار است. پس کاتتر تراشه را وارد دهان و بینی بیمار نکنید و برعکس.
۶. آتالاکتازیس (بسته شدن لوبول های ریوی): به دلیل فشار زیاد ساکشن یا ساکشن طولانی مدت و یا استفاده از کاتتر خیلی بزرگ رخ میدهد. توجه کنید ساکشن کردن غیر ضروری احتمال عفونت را بالا میبرد و باعث آسیب دستگاه تنفس می شود.

منابع: مراقبت ویژه ICU مارینو ۲۰۱۸

۲. مراقبت های ویژه برونر ۲۰۱۸

تایید کننده: دکتر وحید خالو - متخصص بیهوشی
و فوق تخصص مراقبتهای ویژه

- برای ساکشن کردن دهان و بینی بیمار باید به این نکته توجه کنیم که تمامی کاتتر را وارد دهان بیمار نکنیم و میزان مکش دستگاه را کم کنیم؛ زیرا ساکشن دهان موجب تحریک شدن بیش از حد بیمار و حالت تهوع و در ساکشن بینی باعث پارگی مویرگ ها و نهایتاً خونریزی می شود.
- مدت زمان ساکشن بیش از ۱۵ ثانیه نباشد؛ زیرا بیمار دچار کاهش اکسیژن می شود.
- بعد از پایان ساکشن مجدد بیمار را هایپرونتیله می کنیم.
- در صورت لزوم مراحل را تکرار می کنیم . (در صورت نیاز به ساکشن مجدد، فاصله هر بار مکش ۲۰ الی ۳۰ ثانیه باشد و حداکثر ۲ بار در دقیقه است).
- در پایان کار لوله ساکشن را شسته و کاتتر، دستکش و محلول نرمال سالین دور انداخته شود.

عوارض ساکشن:

۱. هایپوکسمی: به علت جذب اکسیژن توسط کاتتر در حین عمل ساکشن کردن رخ می دهد که با هایپرونتیله بیمار قبل و بعد از پروسیجر عارضه به حداقل می رسد.



- بیمار را در وضعیت مناسب قرار دهید. بهترین پوزیشن برای بیمار هوشیار؛ قرار دادن سر در زاویه ۴۵ درجه یا نیمه نشسته و در بیمار غیر هوشیار؛ خوابیده به پشت و سر یک طرف می باشد.
- انجام فیزیوتراپی (قبل و حین انجام ساکشن با زدن ضرباتی با کف دست در قسمت پشت کمر و قسمت فضاهای بین دنده ای از پایین دنده ها به طرف کتف)
- تشویق کردن بیمار هوشیار به سرفه
- دادن اکسیژن قبل و حین ساکشن ضروری است. (منظور اکسیژن بین ۲ تا ۴ لیتر)
- دستگاه ساکشن را روشن کنید.
- دستکش استریل را در دست غالب کرده و با دست دیگر کاتتر ساکشن را به رابط وصل کنید.
- انتهای لوله ساکشن باید با یک گاز استریل گرفته شود تا دست فرد آلوده نشود. سر سوند نلاتون بهتر است با نرمال سالین مرطوب شود.
- درحالی که ساکشن کلمپ است آن را وارد لوله تراشه کنید (حدود ۲۰ تا ۳۰ سانتی متر وارد تراشه کنید.)، سپس کلمپ را باز نموده و به صورت دورانی کاتتر را خارج کنید.