

لوله گذاری دستگاه گوارش

لوله گذاری دستگاه گوارش عبارت است از وارد کردن یک لوله ی قابل ارتجاع به داخل معده ، دوازدهه یا ژژنوم . این لوله ها ممکن است از طریق دهان ، بینی یا دیواره شکم (گاستروستومی ، ژژونوستومی) وارد شوند. برحسب کاربرد، طول لوله ممکن است کوتاه، متوسط یا بلند بوده ، و از نظر قطره نیز متفاوت باشند. لوله های بینی - معده ای کوتاه هستند، لوله های بینی دوازدهه ای دارای اندازه ای متوسط و لوله های بینی روده ای بلند هستند هدف از لوله گذاری دستگاه گوارش عبارت است از :

- برداشتن فشار از روی معده با خارج کردن گاز و مایع - وارد کردن داروها و غذاها
- شستشوی معده با آب یا سایر مایعات و خارج کردن سموم و یا سایر مواد مضر خورده شده
- تشخیص اختلالات مربوط به معده و روده ها - ایجاد فشار روی ناحیه ی خونریزی دهنده
- خارج کردن محتویات معده به منظور آزمایش و تجزیه آنها

انواع لوله ها : انواع مختلفی از لوله ها برای برداشتن فشار ، آسپیراسیون و لاواژ مورد استفاده قرار می گیرند. سوندهای دهانی - معده ای نوعی سوند با سوراخ های بزرگ و دهانه خروجی پهن هستند که به منظور خارج کردن محتویات معده در بخش های اورژانس و مراقبت ویژه به کار می روند . سوند بینی - معده ای ، نوعی لوله کوتاه است که اغلب قبل یا در خلال جراحی مری یا معده از طریق بینی به داخل معده وارد می شود . از این لوله ها ممکن است برای تغذیه و یا برداشتن فشار از روی دستگاه گوارش فوقانی (تخلیه ی گاز و ترشحات) استفاده شود.

سوند Sengstaken - Blakemore نوعی سوند بینی معده ای است که در درمان خونریزی از واریس های مری به کار می رود. از انواع سوندهای مختلف برای دادن دارو و غذا استفاده می شود. این سوندها از مواد مختلفی ساخته شده اند (لاستیک ، پلی یورتان ، سیلیکون) و از نظر طول ، اندازه ، هدف از استفاده و محل جاگذاری در دستگاه گوارش ، با یکدیگر متفاوت هستند.

با استفاده از سرنگ ، یا وسیله ی قطره ریز یا پمپ الکتریکی ، انواع محلول ها به داخل این لوله وارد می شوند .

قبل از لوله گذاری ، پرستار باید هدف از لوله گذاری را برای بیمار توضیح دهد. ارایه ی این اطلاعات باعث جلب همکاری بیمار و افزایش سطح تحمل او برای این روش نامطبوع می شود. به فعالیت های بیمار در حین لوله گذاری نیز باید اشاره شود. از جمله آن که وی ناچار است از راه دهان تنفس بکند و این که لوله گذاری موجب بروز حالت تهوع و عرق زدن خواهد شد البته تا زمانی که لوله از محل تحریک رفلکس عرق زدن عبور می کند.

وارد کردن لوله

قبل از وارد کردن لوله ، باید مشخص شود که تا چه حدی از لوله لازم است به معده یا روده کوچک وارد شود. سپس در محل مناسب و طول دلخواه علامت گذاری می شود. برای مشخص کردن طول مناسب لوله ، باید فاصله ای بین نوک بینی تا نوک نرمة ی گوش و سپس از آن جا تا زائیده ی خنجری مشخص شود، سپس برای قرار گیری لوله در معده ۱۵ سانتی متر و برای قرار گیری لوله در روده ی کوچک نیز ۲۰ تا ۲۵ سانتی متر یا بیش تر به طول اندازه گیری شده افزوده می شود.

در هنگام وارد کردن لوله ، بیمار معمولاً در وضعیت نشسته قرار داده می شود ، در حالی که حوله ای بر روی سینه او پهن شده است. دستمال کاغذی باید در دسترس بیمار قرار گیرد. فراهم کردن خلوت بیمار و تدارک نور کافی ضروری است. سوراخ بینی باید تمیز باشد. پزشک ممکن است با اسپری کردن تتراکائین یا بنزوکائین به ناحیه ی دهانی حلقی باعث بی حسی مجرای بینی و مهار رفلکس عرق زدن شود. این عمل باعث قابل تحمل تر کردن روش می شود.

به منظور ساده تر کردن ورود لوله ، لازم است آن را با ماده ای قابل حل در آب لغزنده سازد ، مگر آن که لوله دارای پوششی مخصوص به نام هیدرومر باشد که با مرطوب شدن لغزنده خواهد شد . بیمار باید در وضعیت کاملاً نشسته قرار گیرد.

پرستار باید در حین انجام روش دستکش به دست داشته باشد. سوراخ های بینی باید از نظر وجود هرگونه انسداد بررسی شود و سوراخ بینی بازتر برای وارد کردن لوله مورد استفاده قرار می گیرد. نوک بینی بیمار به طرف بالا و عقب کشیده شده و لوله وارد می شود . با رسیدن لوله به ناحیه ی بینی - حلقی ، از بیمار خواسته می شود که سر خود را کمی پایین نگه داشته و با جلوتر رفتن لوله شروع به فرو دادن آن نماید. ممکن است به کمک نی آشامیدنی به بیمار جرعه های آب داده شود تا لوله راحت تر به جلو رانده شود. ناحیه ی دهانی حلقی باید مرتباً مشاهده گردد، زیرا احتمال جمع شدن لوله داخل حلق یا دهان وجود دارد.

اطمینان از قرار گیری لوله در جای مناسب

برای حفظ ایمنی بیمار ، لازم است از قرار گیری لوله در محل مورد نظر اطمینان حاصل شود، زیرا ممکن است لوله به طور تصادفی در ریه (بیشتر در برونش راست) قرار گیرد، به خصوص در بیماران پرخطر ، ازجمله آنهایی که دچار کاهش سطح هوشیاری و گیجی هستند . یا فاقد رفلکس های سرفه و عق زدن هستند. وجود لوله داخل نایی یا خارج کردن اخیر آن ، خطر ورود لوله به ریه را افزایش می دهد، لذا برای اطمینان خاطر ، عکس برداری با اشعه ایکس انجام می شود، اما با این وجود هر بار که مایع یا دارویی قرار است به بیمار داده شود و یا در هنگام تعویض ظرف حاوی تغذیه ی مداوم ، باید از محل قرار گیری مناسب لوله مطمئن شد. به این منظور ترکیبی از روش های زیر توصیه شده است.

اندازه گیری طول لوله : بعد از وارد کردن لوله ، بخش بیرون مانده ی آن اندازه گیری شده و طول آن ثبت می شود. سپس طول لوله بیرون مانده در هر نوبت کاری اندازه گیری شده و با طول اولیه ی لوله مقایسه می شود. افزایش در طول لوله ای بیرون مانده ممکن است دلیل بر جابه جایی لوله باشد. کاهش در طول لوله بیرون مانده ممکن است دلیل بر فرورفتن بیش تر لوله باشد و لوله از معده به داخل روده کوچک وارد شده باشد.

پایش و رفع عوارض احتمالی : بیماران دارای سوند بینی معده ای یا سوند بینی روده ای مستعد ابتلا به مشکلات مختلفی شامل کاهش حجم مایعات بدن ، عوارض ریوی و تحریک های ناشی از وجود لوله می باشند . این عوارض احتمالی نیازمند بررسی دقیق و مداوم هستند.

نشانه های کاهش حجم مایعات بدن شامل پوست و مخاط خشک، کاهش برون ده ادراری ، لتارژی و افزایش تعداد ضربان قلب می باشند. برای بررسی حجم مایعات بدن اندازه گیری و ثبت دقیق مایعات ورودی و خروجی بدن ضروری است .

تحریک غشاهای مخاطی یکی از عوارض شایع در لوله گذاری دستگاه گوارش است . مخاط سوراخ های بینی مخاط دهان ، مری و نای مستعد تحریک و نکروز هستند. محل های در معرض دید لازم است به طور مرتب مورد مشاهده قرار گیرند و از دریافت مایعات کافی توسط بیمار مطمئن بود.

خارج کردن لوله : قبل از خارج کردن لوله ، پرستار ممکن است از ۲۴ ساعت قبل آن را به طور متناوب کلمپ نماید تا از عدم بروز تهوع ، استفراغ یا نفخ اطمینان حاصل کند. قبل از خارج کردن ، ابتدا لوله با ۱۰ میلی لیتر آب یا سرم فیزیولوژی شسته می شود تا ضمن پاک شدن مسیر لوله ، از دور بودن آن از مخاط معده نیز مطمئن گردید.