

ارزش تشخیصی سونوگرافی در تائید لوله گذاری داخل تراشه در اورژانس

مقدمه:

انتوباسیون تراشه و حفظ راه هوایی از اساسی‌ترین اقدامات در مدیریت بیماران بد حال در بخش اورژانس می‌باشند و بایستی تمامی پزشکان با آن آشنائی داشته باشند. بعد از انجام اینتوباسیون بایستی پزشک انتوبه کننده از محل قرار گیری صحیح لوله تراشه در نای اطمینان حاصل کند و گرنه در صورت انتوباسیون مری بیمار ممکن است به علت هیپوکسی دچار عوارض جدی و حتی مرگ گردد. سونوگرافی در بالین بیمار می‌تواند درتائید قرارگیری صحیح لوله تراشه به کار رود.

مواد و روش کار:

۷۵ بیمار که نیازمند انتوباسیون بودند و سن بالای 18 سال داشتند وارد مطالعه شدند.

یک رزیدنت طب اورژانس در لحظه اینتوباسیون سونوگرافی تراشه برای ارزیابی جایگذاری صحیح لوله تراشه انجام داد.

عبور لوله (Snow Storm Sign) و باز شدن زاویه بین تارهای صوتی (Bullet Sign) بررسی شده و پس از آن حرکات لغزشی (lung-Sliding) هر دو ریه و حرکت دیافراگم برای تائید لوله گذاری و تهویه ریه‌ها ارزیابی گردید.

یافته‌ها:

۷۵ بیمار وارد مطالعه شدند. متوسط سن بیماران ۶۱/۱۲ بود. ۴۷ بیمار (۶۲/۷ درصد) مرد و ۲۸ بیمار (۳۷/۳ درصد) زن بودند. علت اینتوباسیون در ۲۲ مورد (۲۹/۳ درصد) افت سطح هوشیاری ایست قلبی تنفسی در ۲۲ بیمار (۲۹/۳ درصد) دیسترس تنفسی در

۹ بیمار (۱۲ درصد) شوک در ۱۰ بیمار (۳/۱۳ درصد) و در یک مورد تشنج بود. علامت طوفان برف در ۷۲ بیمار (۹۶ درصد) دیده شد. باز شدن فاصله بین تارهای صوتی در ۲۴ مورد (۳۲ درصد) مشاهده گردید. حرکات لغزشی ریه در ۶۳ بیمار (۸۴ درصد) به صورت دو طرفه و در ۷ بیمار (۳/۹ درصد) به صورت یک طرفه دیده شد و در ۵ بیمار (۷/۶ درصد) حرکات لغزشی ریه دیده نشد.

نتیجه گیری:

سونوگرافی ریه و تراشه در دیپارتمان اورژانس می‌تواند روش سریع برای تایید اینتوباسیون صحیح داخل تراشه باشد.

کلید واژه‌ها:

اینتوباسیون، سونوگرافی، کاپنوگرافی، طب اورژانس