

Posebnosti uvajanja in hranjenja po želodčni sondi pri starostniku

UDK 613.2–032–053.9:611.33

TUBE FEEDING TECHNIQUES USED IN AGED PATIENTS. ABSTRACT – *The author describes special techniques and skills required in inserting and keeping in place a nasogastric tube in older patients who need tube feeding. Instructions are given for checking on the correct position of the inserted tube. A special form is added for an intake/output record kept by a nurse for all fluids given to a tube-fed patient.*

IZVLEČEK – *Opisane so posebnosti praktičnega uvajanja in hranjenja po nazogastrični sondi pri starostniku. Navedeni so preizkusi, s katerimi ugotovimo, če je sonda pravilno uvedena. Dodan je obrazec, na katerega medicinske sestre beležijo količino tekočine, ki jo bolnik zaužije in izloči.*

Tekom 15-letnega dela pri starostnikih na oddelku za intenzivno terapijo in nego Univerzitetnega inštituta za gerontologijo – Interne klinike Trnovo sem pri uvajanju in hranjenju po želodčni sondi nabrala veliko izkušenj. Zadnja leta se veliko več odločamo za tovrstni način hranjenja, saj nam izkušnje kažejo, da tako bolniki hitreje okrevajo. Naši bolniki imajo različne vzroke, ki onemogočajo normalno prehranjevanje. V ospredju je aterosklerotična demenca, ki je pogosto združena s slabim socialnim stanjem bolnika.

1. Uvajanje želodčne sonde

a) Pripomočki:

- želodčna sonda z zamaškom (različne dolžine, debeline ali kvalitete)
- xylocain žele ali spray
- rokavice (za enkratno uporabo)
- 2 ledvički
- staničevina za zavarovanje bolnika
- zaščita za medicinsko sestro
- jodove palčke
- mikropore ali levkoplaster
- kozarec vode
- brizgalka
- baterija ali laringoskop
- fonendoskop
- loparčki.

b) Izvedba

Poseg opravljata dve medicinski sestri. Bolnika skušata pridobiti k sodelovanju, vendar je to pri naših bolnikih največkrat nemogoče.

Sondo uvajamo skozi nosno votlino, če pa to ni mogoče, pa skozi ustno votlino. Predhodno moramo odstraniti zobno protezo. Bolnik se sam, oziroma ga mi posedemo v postelji čim bolj pokonci. Najbolje je, če se bolnik usede na rob postelje. Glavo naj ima nagnjeno naprej, na prsni koš.

Koliko in kako debelo sondo bomo uvedli, je odvisno od bolnikove konstitucije in velikosti. Navadno je dolžina sonde numerirana. Če ni, jo zmerimo in označimo sami.

S xylocain želejem navlaženo sondo z orokovičeno roko uvedemo skozi nosno votlino. Bolniku damo popiti malo čaja in ko napravi požirek, potisnemo sondo v požiralnik. Prehod iz grla v požiralnik nam dela največ težav. Pomagamo si tudi z laringoskopom oziroma z izbiro sonde (trše, mehkejše). Nekatere sonde so premehe in se vsakokrat zvijejo v ustni votlini. Bolnik nam lahko pomaga s požiranjem. Če tega ne zmore, jo sami potisnemo v želodec.

Kako se prepričamo, da je sonda pravilno uvedena? Možnosti so naslednje:

- a) **aspiracija želodčne vsebine** – to je zelo zanesljiv način, toda z aspiracijo pogosto ne dobimo ničesar;
- b) **vpih 5 do 10 ccm zraka** – s fonendoskopom poslušamo šum vpihanega zraka nad želodcem; včasih to tudi tipamo, še zlasti pri zelo suhih bolnikih;
- c) **konec sonde potopimo v kozarec vode** – če nastajajo mehurčki, je sonda v sapniku;
- d) **bolnikov izgled in dihanje** – če je pri bolniku motena zavest, je to nezanesljiv preizkus;
- e) **rentgenska kontrola** – sonda mora biti radiopačna.

Sondo pritrdimo z mikroporom ali levkoplastom ob nosnicah in na čelu. Pazimo, da sonda preveč ne pritiska na sluznico ali vleče nosnico postrani. Če ima bolnik sondo dalj časa in ni mogoča uvedba v drugo nosnico, lahko pride do dekubitusa. Rano sterilno previjamo in razbremenimo prizadeto nosnico.

Sama uvedba želodčne sonde je enostaven in obenem zahteven in odgovoren poseg.

2. Hranjenje po želodčni sondi

a) *Pripomočki:*

- *sistem za hranjenje*
- *lij*
- *brizgalka za hranjenje*
- *stojalo*
- *košarica*
- *tekoča hrana v sterilnih steklenicah.*

b) *Izvedba*

Hranjenje po želodčni sondi predpiše zdravnik. Določi dieto glede na bolnikovo bolezen: koliko je potrebne energije na kg telesne teže, kakšen je volumen in število obrokov. Pogosto je potrebna še parenteralna terapija zaradi uravnavanja elektrolitskega in acido-bazičnega ravnovesja.

Na našem inštitutu dovajamo sondno hrano po kapalnem sistemu, in sicer s prilagojenim sistemom za infuzijo. Hrano dobimo iz naše kuhinje v sterilnih steklenicah, ki so zaprte s sterilnim zamaškom. Za vsak obrok hrane obvezno zamenjamo kapalni sistem. Po končanem obroku sondo obvezno speremo s čajem in jo zamašimo. Da bolniku ne bi dovedli v želodec preveč zraka, s hrano najprej napolnimo kapalni sistem.

Hrana mora imeti 37 °C. V začetku naj posamezni obrok teče 20–30 minut, kasneje tudi manj (5–10 minut).

Bolnik, ki je hranjen na ta način, še zlasti, če je nemiren, potrebuje stalni nadzor. Če bi si bolnik med hranjenjem sam odstranil sondo, bi lahko prišlo do aspiracije hrane. Posledica je lahko aspiracijska pljučnica, ki je velikokrat tudi usodna. Pomagamo si s pomirjevali; če so kontraindicirana, moramo bolnika imobilizirati.

Na posebnem obrazcu oziroma v posebni rubriki na temperaturnem listu za intenzivni oddelek vodimo točno evidenco vse prejete tekočine in hrane (glej obrazec na strani 406).

Merimo diurezo in vso drugo izločeno tekočino. Če je bolnik inkontinenten, mu uvedemo stalni urinski kateter. Izračunamo dnevno bilanco zaužite in izločene tekočine. Zdravnik po potrebi dnevno prilagaja režim prehrane po sondi.

Prve dni opažamo driske in bruhanje (faza adaptacije) kot posledico preobremenitve prebavil po večdnevem stradanju. Tej nevšečnosti se izognemo, če pričnemo z manjšimi obroki (30–50 ml), manjše energijske gostote (v kJ/ml). Bolniku lahko ponudimo obrok hrane v časovnem razmiku 1–3 ure. Kasneje so driske redke, ker se bolnik privadi na tekočo hrano.

Bolnika skušamo čimpreje hraniti še poleg sonde in preiti v hranjenje skozi usta (per os). Prav ta prehod pa zahteva od medicinske sestre in bolnika veliko truda in požrtvovalnosti. Pogosto se vloženi trud bogato obrastuje s tem, da bolnik prime za žlico.

Želodčno sondo menjavamo na tri dni. Tretji dan zvečer sondo po zadnjem obroku odstranimo, zjutraj pa jo uvedemo v drugo nosnico. Vsakič predhodno skušamo s hranjenjem po žlici.

Zdravila ne smemo mešati s hrano, temveč jih zdrobljena v čaju damo posebej.

Želodčna sonda nam velikokrat omogoča tudi rentgenski pregled želodca, zlasti pri bolnikih, ki zaradi slabega splošnega stanja te preiskave ne bi mogli izvesti.

Hranjenje po želodčni sondi je zelo učinkovit in zahteven način zdravljenja. Celotni zdravstveni tim, zlasti medicinska sestra, potrebuje veliko strokovnega znanja, spretnosti in izkušenj.

Na našem inštitutu se medicinska sestra srečuje z bolniki v akutni fazi kroničnih bolezni; ti se šele privajajo na tekočo hrano. Faza prilagajanja po večdnevem postu lahko traja nekaj dni ali celo dva tedna in več. V tem času se lahko pojavlja bruhanje ali driska, zato za hranjenje uspešno uporabljamo kapalni sistem, ki omogoča dovajanje hrane po kapljicah. Seveda je čas, ki ga potrebuje medicinska sestra za nego takega bolnika, daljši:

- priprava sistema na steklenico s hrano in odstranitev zraka iz kapalnega sistema (približno 2–3 minute),

- nadzorovanje bolnika med hranjenjem (20–30 minut),
- spiranje sonde in dajanje zdravil ter ponovna pritrditev sonde (približno 5 minut)

● dodatna nega bolnika, ki ima drisko ali bruha (po potrebi).

Skupaj porabimo približno 40 minut za en obrok hrane.

Medicinska sestra, ki neguje starostnika v domu ostarelih občanov, obravnava bolnika, ki je že navajen na tekočo hrano, zato se lahko odloči za dajanje sondne hrane s pomočjo brizgalk ali lija. Takšno dajanje traja 5–10 minut za en obrok in je cenejše. Torej je čas, ki ga porabimo za nego takšnega bolnika, krajši:

- vlivanje hrane v lij ali aspiracija hrane v brizgalko (približno 1 minuto),
- nadzorovanje bolnika med hranjenjem (5–10 minut),
- spiranje sonde, dajanje zdravil in ponovna pritrditev sonde (približno 5 minut).

Skupaj porabimo približno 15 minut za en obrok hrane.

Glede na način obravnave bolnika načrtujemo zdravstveno nego in število medicinskih sester.

Medicinske sestre na inštitutu smo pripravljene posredovati svoje praktične izkušnje. Takšno usposabljanje medicinskih sester teče pri nas že več let.

Literatura:

1. Greenler DN. An atlas of nursing techniques. St. Louis: The C. V. Mosby Company, 1971: 173–83.
2. Owens-Burrell L. Intensive nursing care. St. Louis: The C. V. Mosby Company, 1973: 187.
3. Varl B. Notranje bolezni. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1981: 108–11.

OTROK SAMSKE MATERE (2)

Potrebno je, da otrok čimprej dojame položaj v celoti. Kot majhen še ne more dojeti pravih razlogov za svoje rojstvo – nesreča, svobodna odločitev – toda očeta mu je treba predstaviti v resnični podobi.

Če je mati polna očitkov na njegov rovaš in otroku vbija v glavo, da je bil oče zloben ali slab, ker ga je zapustil, ali da je »tako, kot da bi bil mrtev«, bo to za lep čas popačilo otrokov odnos do moških nasploh.

Majhen otrok bo bolj ali manj zavestno pogrešal moškega ob sebi. Predvsem deček, star šest ali sedem let, potrebuje navzočnost moškega pri svojih igrah in različnih dejavnostih. Učitelj, ki ga ima otrok rad, trener ali telovadni učitelj lahko v veliki meri ublaži pomanjkanje očeta. Treba je storiti vse, da mu pomagata sodelovati pri skupinskih športih, igri po skupinah in izletih. Otrok pa pogosto najde srečo zlasti takrat, ko mati vendarle ustvari družino.

Dr. Juliën Cohen-Solal: Spoznajte svojega otroka. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1984, str. 562.

TISTI, KI NISO TRPELI, NE VEDO NIČ; NE POZNAJO NITI DOBREGA NITI ZLA, NE POZNAJO LJUDI, NE POZNAJO SEBE.

Fenelon