



PORADNIK DLA PACJENTÓW ŻYWIONYCH DOJELITOWO

1. Co to jest żywienie dojelitowe?
2. W jaki sposób można zostać pacjentem poradni żywieniowej?
3. Zasady obsługi sztucznych dostępow założonych do przewodu pokarmowego:
 - PEG
 - Zgłębnik nosowo-żołądkowy / nosowo-jelitowy
 - Jejunostomia
4. Zasady i metody podaży diet przemysłowych.

ŻYWIENIE DOJELITOWE to forma leczenia żywieniowego, które polega na podawaniu substancji odżywczych takich jak: białko, węglowodany, tłuszcze oraz wody, elektrolitów, pierwiastków śladowych do przewodu pokarmowego z pominięciem drogi doustnej. Pacjentowi z zaburzonym lub brakiem odruchu połknięcia oraz z założonym sztucznym dostępem do przewodu pokarmowego, takim jak:

- gastrostomia/PEG,
- zgłębnik nosowo-żołądkowy, nosowo-jelitowy
- jejunostomia

Żywienie dojelitowe w warunkach domowych prowadzone jest przez Poradnię Żywieniową, działającą poprzez wielodyscyplinarny zespół żywieniowy, w skład którego wchodzi lekarze, pielęgniarki, dietetycy, psychologowie.

Kwalifikacja do domowego żywienia dojelitowego odbywa się na podstawie skierowania do poradni żywieniowej, wystawionego przez lekarza POZ lub innego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Kwalifikacja pacjenta może odbyć się podczas hospitalizacji szpitalnej, wizyty w poradni lub w domu pacjenta.

Świadczenie w całości refundowane jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) i obejmuje:

- kwalifikację pacjenta
- ustalenie planu leczenia

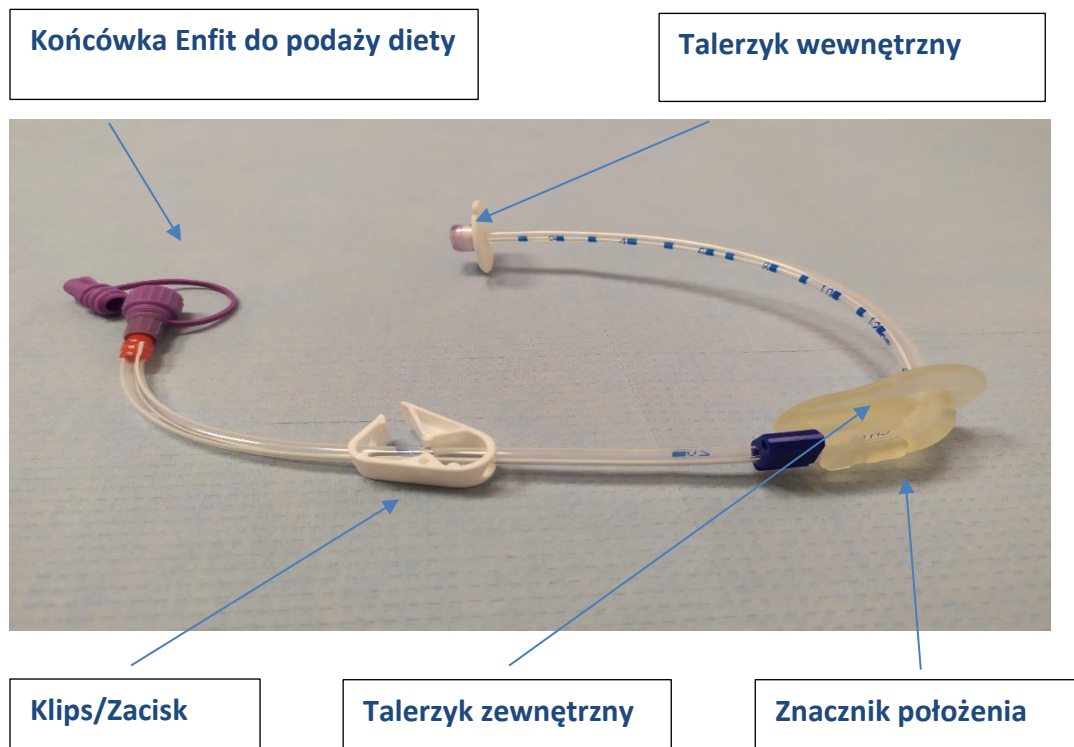


- opiekę nad dostępem do przewodu pokarmowego, jego wytworzenie oraz wymianę
- szkolenie pacjenta/opiekuna
- dostarczanie diet, sprzętu
- wykonywanie badań

Opieka/pielęgnacja pacjenta z założonym sztucznym dostępem:

PEG - przezskórna endoskopowa gastrostomia, dostęp wytwarzany w warunkach bloku operacyjnego. Czas potrzebny do wygojenia kanału to okres około 7-14 dni.

W tym czasie należy do pielęgnacji miejsca wytworzenia dostępu używać środków do dezynfekcji skóry i błon śluzowych zalecanych przez ośrodek sprawujący leczenie żywieniowe. Następnie po wygojeniu stosować wodę z mydłem

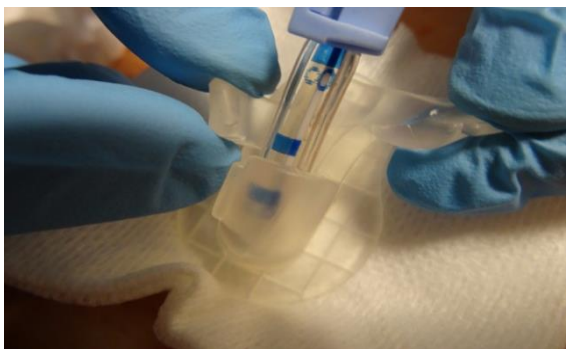


Zmianę opatrunku należy wykonywać codziennie

1. Pozostaw zacisk zabezpieczający, który ułatwia kontrolę prawidłowego położenia PEG-a



2. Umyj dokładnie ręce, poluzuj i podciągnij zewnętrzny dysk mocujący



3. Usuń obecny opatrunek, sprawdź stan skóry w okolicy PEG-a pod kątem obecności: zaczerwienienia, wycieku, obrzęku, krwawienia

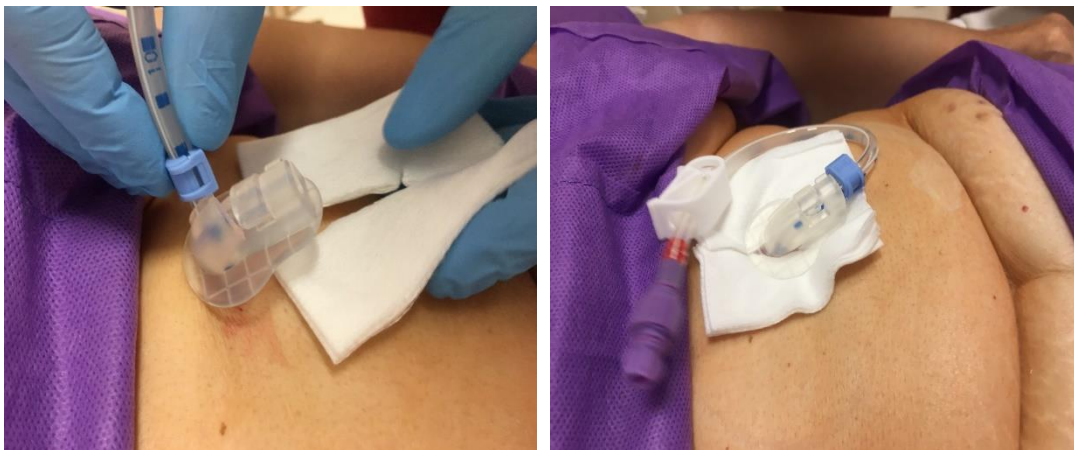
Umyj okolice stomii odżywczej wodą z mydłem, dokładnie osusz skórę i zewnętrzny dysk (płytkę silikonową)



4. Wsuń dren do środka żołądka (na głębokość około 1-2 cm) i wykonaj obrót drenem o 180°, a następnie podciągnij dren do poprzedniej pozycji, co zapobiega przyrośnięciu talerzyka wewnętrznego do ściany żołądka



5. Załóż 2 kompresy przecięte w „Y” załóż i zsuń zewnętrzny dysk mocujący na około 2 mm od skóry



UWAGA ! Pamiętaj o:

- codziennej rotacji, obracaniu drenem PEG-a
(Po założeniu PEG-a od 3 doby należy wprowadzić codziennie rotację drenu o 180°, następnie po upływie 7 doby należy dodatkowo wsuwać i podciągać dren, co zapobiega przyrośnięciu talerzyka do ściany żołądka)
- zachowaniu suchego środowiska pomiędzy skórą, a talerzykiem zewnętrznym
- odpowiednim dociśnięciu talerzyka zewnętrznego

Opieka nad pacjentem z założonym zgłębnikiem nosowo-żołądkowym

1. Wybór zgłębnika

Do prowadzenia leczenia żywieniowego preferowane są zgłębniki silikonowe i /lub poliuretanowe, które są miękkie, atraumatyczne, zmniejszają częstość występowania odleżyn błony śluzowej.

Mogą być utrzymywane przez okres 4-6 tygodni. Grubość to 8-12 Fr, nie zaleca się stosowania grubszych zgłębników, mając na uwadze wygodę pacjenta.

2. Należy przestrzegać czasu utrzymania zgłębnika

3. Poprawne umocowanie zgłębnika, najlepiej w dwóch miejscach (nos, policzek) co zmniejsza ryzyko przypadkowego wysunięcia lub usunięcia zgłębnika

4. Codziennej kontroli położenia

5. Należy pamiętać o codziennej toalecie jamy ustnej i nosowej

6. Utrzymanie drożności zgłębnika poprzez każdorazowe przepłukiwanie przed i po jego użyciu

7. Do przepłukiwania/ utrzymania drożności zgłębnika można stosować:

- wodę przegotowaną,
- wodę mineralną niegazowaną,

Minimalna objętość płynu do przepłukania zgłębnika to 30-50 ml, **w przypadku dzieci zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego**

Kiedy należy przepłukać zgłębnik:

- przed i po podaniu diety
- przed i po podaniu leku
- po każdej przerwie i/lub wstrzymaniu podaży diety

8. Wybór metody podaży diety, według zaleceń lekarza

- bolus podaż strzykawką
- wlew grawitacyjny przy użyciu zestawu
- podaż przez pompę enteralną



Opieka nad pacjentem z założonym zgłębnikiem nosowo-jelitowym

1. Wybór zgłębnika

Do prowadzenia leczenia żywieniowego preferowane są zgłębniki silikonowe i /lub poliuretanowe, są miękkie, atraumatyczne nie powodują odleżyn błony śluzowej.

Mogą być utrzymywane przez okres 6 tygodni. Grubość to 8-12 Fr, nie zaleca się stosowania grubszych zgłębników, mając na uwadze wygodę pacjenta.

2. Przestrzeganie czasu utrzymania zgłębnika

3. Poprawne umocowanie zgłębnika, najlepiej w dwóch miejscach (nos, policzek) co zmniejsza ryzyko przypadkowego wysunięcia lub usunięcia zgłębnika

4. Codziennej kontroli położenia

5. Należy pamiętać o codziennej toalecie jamy ustnej i nosowej

6. Utrzymanie drożności zgłębnika poprzez każdorazowe przepłukiwanie przed i po jego użyciu

7. Do przepłukiwania/ utrzymania drożności zgłębnika można stosować tylko płyny jałowe, czyli 0,9% NaCl, 5% Glukozy lub Sterofundinu

Kiedy należy przepłukać zgłębnik:

- przed i po podaniu diety
- przed i po podaniu leku
- po każdej przerwie i/lub wstrzymaniu podaży diety

8. Wybór metody podaży diety, według potrzeb pacjenta

- wlew grawitacyjny przy użyciu zestawu
- podaż przez pompę enteralną



Opieka nad pacjentem z założoną mikro/jejunostomią

Jejunostomia to dostęp założony bezpośrednio do jelita cienkiego, wymagający szczególnej opieki z zachowaniem zasad aseptyki.

Utrzymanie jejunostomi w odpowiednim położeniu w jelicie wymaga założenia szwów mocujących na powłokach brzusznych. Usunięcie szwów może skutkować przypadkowym usunięciem dostępu.

1. Kontrola położenia dostępu i jego umocowania
2. Przestrzeganie zasad aseptyki
3. Odpowiedni dobór diety, według zlecenia lekarza
4. Zapobieganie niedrożności przez przepłukiwanie przed i po każdorazowym użyciu dostępu
5. Odpowiednie nawodnienie pacjenta, podaż płynów jałowych 0,9% NaCl, Sterofundin, 5% Glukoza zleconych przez lekarza prowadzącego, płyny podawane jednocześnie z dietą
9. Wybór metody podaży diety:
 - wlew grawitacyjny przy użyciu zestawu
 - podaż przez pompę enteralną – jest to najbardziej optymalna metoda



Przygotowanie pacjenta do podaży diety, podstawowe zasady

- Pozycja półsiedząca lub siedząca, górna część ciała uniesiona pod kątem 30-45 stopni
- Kontrola położenia i umocowania zgłębnika/gastrostomii
- Przepłukiwanie gastrostomii/PEG/zgłębnika przed i po karmieniu 30-50 ml wody mineralnej lub przegotowanej
- Po nakarmieniu unikać pozycji leżącej na lewym boku, dotyczy pacjentów z założonym PEG-iem, może powodować przeciek treści pokarmowej na zewnątrz
- Przerwy między kolejnymi karmieniami zgodnie z zaleceniami lekarza
- Zalecana jest przerwa nocna około 6-8 godz.
- W przypadku pacjentów nieprzytomnych należy pamiętać o higienie jamy ustnej

Metody podaży diety

Do żołądka:

- Bolus – zalecana objętość diety to 200-300ml porcja jednorazowa podawana w czasie 10-20 min

W przypadku złej tolerancji diety podawanej bolusem można zastosować:

- Wlew grawitacyjny lub zastosować podaż przez pompę enteralną z prędkością wlewu 40-150 ml/h

Do dwunastnicy:

- Wlew grawitacyjny lub zastosować podaż przez pompę enteralną z prędkością wlewu 25-120 ml/h

Do jelita:

Wlew grawitacyjny lub zastosować podaż przez pompę enteralną z prędkością wlewu 25-120 ml/h

Metodę i prędkość podaży ustala lekarz.



Przechowywanie diet i sprzętu

Zamknięte opakowania diet oraz sprzęt powinny być przechowywane w temperaturze pokojowej (między 5°C a 25°C).

Diety po otwarciu należy zużyć w ciągu 24 godzin.

Nie należy diet i sprzętu przechowywać blisko grzejników, kominków, pieców.

Zimą, gdy temperatura spada poniżej 0°C, nie przechowywać diet i sprzętu w garażach lub innych nieogrzewanych pomieszczeniach.

Dieta przemysłowa a dieta kuchenna różnice

Diety przemysłowe:

Stały, ściśle określony skład podany na opakowaniu, pozwala na prowadzenie kontrolowanego żywienia dostosowanego do zapotrzebowania pacjenta.

Nie zawiera składników potencjalnie nietolerowanych przez chorego jak np.: gluten, laktoza i cholesterol.

Możliwość korygowania zaburzeń metabolicznych spowodowanych chorobą.

Konsystencja diet nie powoduje ich zatkania, może być podawana przez cienkie zgłębniki.

Przygotowanie do podania nie jest czasochłonne.

Dostępność i możliwość wyboru diet pozwala na zastosowanie ich w leczeniu różnych chorób jak np. cukrzyca.

Diety kuchenne miksowane:

Skład trudny w ocenie zapotrzebowania. Zawierają składniki potencjalnie nietolerowane przez chorego jak np.: gluten, laktoza i cholesterol.

Konsystencja powoduje zatykanie dostępów, wymagają zakładania zgłębników o dużej średnicy, która jest niedogodna dla pacjenta.

Pracochłonne i czasochłonne przygotowanie. Nie nadają się do podaży we wlewie.

