

Żywnienie DOJELITOWE



fol. www.innagine.com

Dorota Bożejwicz

Koordynator oddziału opieki całodobowej w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Toruniu

Co najmniej 30% pacjentów przyjmowanych do zakładów opieki zdrowotnej jest niedożywionych, wynika z najnowszego badania przeprowadzonego przez Polskie Towarzystwo Żywnienia Pozajelitowego i Dojelitowego. Niedozżywnienie to występuje u chorych hospitalizowanych leczonych najczęściej z powodu innej choroby. W rzeczywistości niedo-

żywnienie to dodatkowa choroba, wymagająca leczenia.

W opinii ekspertów niedożywnienie jest bardzo poważnym problemem terapeutycznym. Stan odżywienia pacjenta jest tak samo ważnym elementem skutecznego leczenia jak podawanie odpowiednich leków. Niedożywnienie jest bowiem tak silnym czynnikiem ryzyka wystąpienia powikłań i śmiertelności jak niewydolność na-

rządu, np. nerek czy wątroby, w których celowość leczenia nikt nie wątpi. Problem z niedożywieniem polega na tym, że się go po prostu nie zauważa. Niedożywnienie pogarsza rokowanie pacjenta, gdyż organizm osłabiony brakiem substancji odżywczych słabiej reaguje na leki. Znacznie gorsze jest także gojenie ran i mniej skuteczna rehabilitacja. Pogorszenie odporności powoduje wzrost powikłań septycznych.

ŻYWIENIE ENTERALNE

Żywnienie enteralne, czyli drogą przewodu pokarmowego, powinno być zastosowane wszędzie tam, gdzie jest to możliwe. Jeżeli zostaną wyczerpane wszystkie możliwości karmienia w ten sposób, ostatecznym rozwiązaniem jest żywienie pozajelitowe (drogą dożylną). Warunkiem powodzenia żywienia enteralnego jest zachowana drożność i perystaltyka przewodu pokarmowego poniżej podania pokarmu.

Istnieje kilka dróg podawania żywienia:

- » doustna
- » doprzęfkowa
- » dożołądkowa
- » dodwunastnicza przez zgłębnik
- » dojelitowa

SPOSOBY WPROWADZANIA ZGŁĘBNIKA:

- » przez nos lub usta
- » oesophagostomia (chirurgicznie wytworzona przetoka odżywcza wprowadzająca zgłębnik do przełyku)
- » gastrostomia (chirurgicznie lub endoskopowo wytworzona przetoka odżywcza wprowadzająca zgłębnik do żołądka)
- » duodenostomia i jejunostomia (chirurgicznie lub endoskopowo wytworzona przetoka odżywcza wprowadzająca zgłębnik do dwunastnicy lub jelita czczego).

Ważne jest, aby wprowadzane zgłębniki były z odpowiedniego tworzywa. Najbardziej wskazane są zgłębniki wykonane z silikonu. Nie powodują one odczynów zapalnych, nie są sztywne, przez co nie uszkadzają ściany przewodu pokarmowego.

WAŻNE WSKAZÓWKI DO DOBORU DROGI PODAWANIA

Ustalenie wskazań, wybór odpowiedniej diety i metody podawania oraz założenie przetoki odżywczej należą do lekarza. Jednak całodziennym nadzorem nad

podawaniem diety, pielęgnacją zgłębnika, wymianą pojemników z dietą, zapobieganiem powikłaniom i wczesnym wykrywaniem niepokojących objawów, zajmują się pielęgniarki.

GASTROSTOMIA – PEG

Gastrostomia - PEG to przetoka między żołądkiem a powłokami brzuszными. Wykonuje się ją w przypadku zamknięcia światła przełyku lub gdy żywienie dożołądkowe trzeba kontynuować przez dłuż-

Zdjęcie pochodzi z archiwum Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Toruniu.



szy czas (wskazaniem do wyprowadzenia gastrostomii jest utrzymywanie karmienia przez zagłębik powyżej 21 dni).

Wskazaniami do wykonania zabiegu wyłonienia gastrostomii są:

- » choroby nowotworowe jamy ustnej, gardła, przełyku
- » urazy części twarzoczaszki
- » udary mózgu
- » choroby jelita cienkiego i grubego

- » rozległe oparzenia
- » zaburzenia połykania u ludzi starych

Przeciwwskazaniami do wykonania zabiegu gastrostomii są:

- » niedrożność przełyku
- » wodobrzusze
- » stan po resekcji żołądka (nowotwór żołądka)
- » niezagojone, ropiejące rany skóry brzucha
- » zaburzenia krzepnięcia

Przezskórna endoskopowa gastrostomia, polegająca na wprowadzeniu cewnika do światła żołądka za pomocą endoskopu, ma wiele zalet:

- » nie wymaga znieczulenia ogólnego
- » można ją wykonać w standardowo wyposażonym gabinecie endoskopowym
- » karmienie pacjenta można zacząć na drugi dzień po jej założeniu
- » wymiana cewnika jest możliwa pod kontrolą endoskopu
- » jest to zabieg małoinwazyjny
- » w niektórych przypadkach jest to jedyna metoda odżywiania

STOSOWANIE DIETY U PACJENTÓW ZAKŁADU PIELĘGNACYJNEGO W TORUNIU

Program żywienia dietą przemysłową został rozpoczęty w styczniu 2009 roku. Na podstawie stanu somatycznego pacjentów, sposobu ich karmienia i stanu odżywienia do programu zostało zakwalifikowanych 13 pacjentów w różnych stanach chorobowych (w stanie wegetatywnym, ze stwardnieniem rozsianym, z współistniejącą cukrzycą, po zawale mięśnia sercowego). Pacjenci wytypowani charakteryzowali się niedoborami elektrolitowymi, ogólnym złym stanem odżywienia, niską masą ciała, niedoborami w morfologii krwi.

Przed rozpoczęciem odżywiania pacjentów dietą przemysłową, został pobrany materiał (krew, mocz) na badania – morfologia, jonogram (potas, sód, chlorki, wapń, magnez), trójglicerydy, cholesterol, mocznik, kreatynina, Aspat, Alat, GGTP, wskaźnik protrąbinowy, bilirubina, żelazo, białko, albuminy, mocz na badanie ogólne.

Wszyscy pacjenci zostali zważeni w celu ustalenia wyjściowej masy ciała, każdemu z nich został założony dobowy bilans płynów, a u pacjentów z cukrzycą wdrożo-



no profil glikemii. Na podstawie zebranych pomiarów i badań dobrano odpowiedni rodzaj diety, ustalono ilość oraz sposób jej podawania.

Możliwości podawania diety:

- » w formie wlewu grawitacyjnego (ustala się wtedy indywidualny przepływ diety i czas podawania dla każdego pacjenta)
- » za pomocą pompy żywieniowej
- » w formie bolusa

Na wykresie przedstawiono sposób podawania diety pacjentom zakładu.

W przypadku każdego pacjenta starano się z czasem przejść na podawanie w bolusach, gdyż jest to najbardziej fizjologiczna metoda podawania pożywienia. Nie wszyscy pacjenci tolerują jednak taką podaż pokarmu.

Jeżeli zaś chodzi o przepływ diety u naszych pacjentów, to jest on następujący:

1. przez pompę - 300 ml przez godzinę, 5 x na dobę = 1500 ml diety przemysłowej,
2. we wlewie grawitacyjnym - 1500 ml przez 12 godzin,
3. w bolusie - jednorazowa porcja to 300 ml o godz. 9⁰⁰, 12⁰⁰, 16⁰⁰, 19⁰⁰, 22⁰⁰.

U jednego pacjenta wprowadzono większą ilość podawanej diety i dodatkowo podawano porcje o godzinie 5⁰⁰ i 24⁰⁰ w ilości 250 ml.

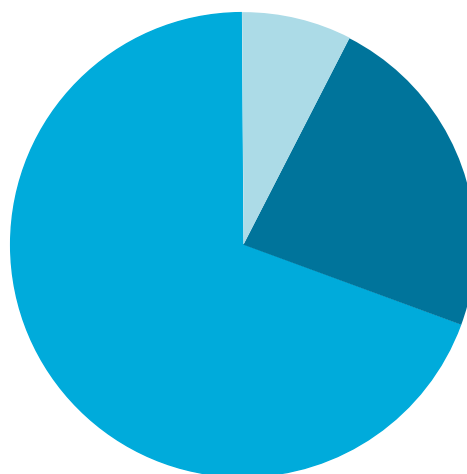
Każdy z pacjentów ma indywidualnie dobrane dietę ze względu na swój stan zdrowia. Mając szeroki wybór diet, można dobrać odpowiednią dla pacjentów z cukrzycą, z odleżynami, ze zwiększonym zapotrzebowaniem kalorycznym.

W celu pełnego monitoringu skutków stosowania diety przemysłowej założono naszym pacjentom karty obserwacji wypełniane raz na kwartał.

Na podstawie kart obserwacji uzyskano dane dotyczące wzrostu masy ciała u poszczególnych pacjentów, częstotliwości występowania infekcji, postępu w leczeniu odleżyn (2 pacjentów miało odleżyny IV stopnia) oraz informacji ważnych z punktu widzenia pielęgniarstwa. Po podsumowaniu rocznym można stwierdzić, jak wiele zyskali pacjenci karmieni dietą przemysłową.

Wszyscy pacjenci przybrali na masie ciała średnio 10 kg. Pacjentka z SM, u której żadne inne modyfikacje diety nie przynosiły

siły efektu, w ciągu roku stosowania diety przemysłowej zwiększyła swoją masę ciała z 39 kg do 56 kg. Dało to również efekt wzrostu siły mięśniowej u chorej, dzięki czemu można pacjentkę ponownie wysadzać na wózek i nie jest skazana na przebywanie w łóżku. U dwóch pacjentów z zespołem SIADH wyrównały się zaburzenia elektrolitowe. U jednego z chorych nastąpił wzrost hemoglobiny bez stosowania innego leczenia farmakologicznego. W ciągu całego roku nie za-



pacjenci odżywiani formą bolusa

pacjenci odżywiani formą pompy

pacjenci z wlewem grawitacyjnym

notowano wystąpienia infekcji dróg oddechowych i moczowych (są to najczęstsze powikłania długotrwałego unieruchomienia), w związku z tym nie była wobec chorych prowadzona antybiotykoterapia. Wcześniej infekcje zdarzały się notorycznie, średnio 3 razy do roku u każdego z nich. Zaobserwowano zyski w postaci lepszego stanu somatycznego pacjentów. Odleżyny zaczęły się goić w szybkim tempie i w efekcie pozostał już tylko jeden pacjent z niewielką odleżyną II stopnia. U pacjentki z cukrzycą, będącej na diecie przeznaczonej dla takich osób, zmniejszyły się poziomy cukru i zmniejszono dawki podawanej insuliny. Ponadto, wartości glikemii uległy wyrównaniu i są na stałym poziomie. U trojga pacjentów występowały ulewania. Od momentu stosowania diety przemysłowej nie pojawiały się tego typu dolegliwości. Korzyści stosowania diety przemysłowej są znaczne, dlatego namawiam wszystkich do korzystania z tej formy żywienia. ■