

لوله های PEG در بیماران نیازمند به تغذیه طولانی مدت مورد استفاده قرار می گیرد. این لوله را معمولاً می توان در بیمارانی که از تسهیلات وسیع مراقبتی استفاده می نمایند مشاهده نمود. اینکه بیماری حاد چگونه بسرعت برطرف می گردد، مهم نیست بلکه خطر سوء تغذیه یا عوارض جدی ناشی از جابجایی مستقیم لوله PEG از اهمیت خاصی برخوردار است.

در این مقاله، نحوه قرارگیری لوله PEG، فیکس کردن و بازبودن مجرای آن و همچنین توصیه های لازم در مورد مراقبت از آن و چگونگی مشکلات رایج تغذیه ای مورد بحث و بررسی قرار می گیرد.

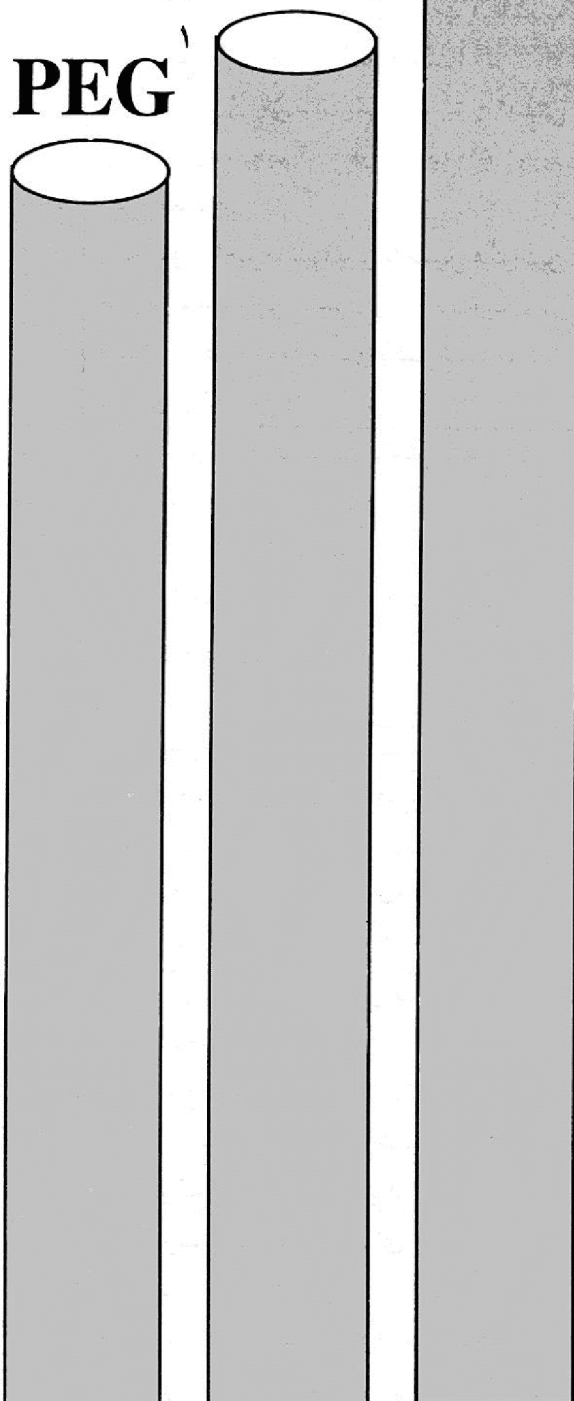
بررسی محل و جاگذاری PEG:

لوله PEG یک لوله تغذیه ای سیلیکونی است که از طریق دهان و مری و بوسیله آندوسکوپ در داخل معده بیمار قرار داده می شود، سر دیگر لوله از طریق سوراخی بین معده و دیواره شکم خارج می گردد.

لوله توسط یک رابط^۲ به مخاط معده و توسط یک صفحه به فاصله^۱ اینچ از سطح پوست شکم قرار می گیرد. این فضا به بیمار امکان می دهد که بدون آسیب به مخاط معده و کشیدگی رابط در داخل معده حرکت نماید. از طرفی این فاصله از عفونتهای قارچی و نکرóz فشاری ناشی از خیس یا مرطوب شدن پوست زیر دیسک خارجی جلوگیری می نماید.

برای اطمینان از قرار گرفتن صحیح لوله، طول لوله را از سطح پوست تا انتهای آن (انتهای لوله به یک آداپتور وصل می شود) اندازه بگیرید، معمولاً روی لوله ها مدرج بوده و درجه بندی آن بر اساس واحد سانتیمتر می باشد و این اندازه را با اندازه گیری اولیه که بلافاصله پس از قرار گرفتن لوله انجام شده است

کنترل لوله های



مترجم:
صدیقه پاریاب

دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری داخلی و جراحی
مری دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

1- Percutaneous endoscopic gastrostomy.

2- bumper.

مقایسه کنید، چنانچه این اندازه کمتر از میزان اولیه باشد نشان دهنده حرکت و جابجایی لوله به داخل و بیشتر از حد اولیه، بیانگر خروج لوله از محل اصلی می باشد. این مراقبت حداقل در هر شیفت پس از هر وعده غذایی و تجویز دارو انجام می گیرد. بهتر است در دو هفته اول، بیماران حداقل روزی دو بار و سپس یکبار در روز کنترل شوند. در صورت جابجایی دیسک و یا لوله در ۱۴ روز اول سریعاً به پزشک اطلاع داده شود ولی نباید اقدام به جایگذاری مجدد لوله نمود. با این حال اگر در طول ۱۴ روز به طرف داخل حرکت نماید می توانید به این ترتیب عمل کنید:

همانطوری که لوله را همسطح پوست به طور محکم نگه داشته اید دیسک را به سمت بالا حرکت دهید. مجدداً لوله را حدود یک اینچ به طرف داخل وارد نمایید، به نحویکه مطمئن شوید آزادانه حرکت می کند، اگر انجام این عمل امکان پذیر نباشد به پزشک اطلاع دهید، در این حالت ممکن است رابط وارد مخاط معده شده باشد، مجدداً لوله را به سمت خارج حرکت داده تا زمانیکه احساس نمائید لوله در مقابل کشش حاصله، مقاومت جزئی دارد. این حالت نشان می دهد که رابط به مخاط گوارشی اتصال یافته است. توجه نمائید هر گاه طول لوله افزایش یابد، جابجایی به طرف خارج صورت گرفته است در این صورت، لوله باید توسط پزشک مجدداً جایگذاری گردد.

حرکت و تغییر مکان لوله PEG می تواند منجر به انسداد پیلور یا نشت محتویات معده به داخل حفره پریتون به دنبال سوراخ شدگی مخاط گردد، در صورت وجود تهوع یا استفراغ در بیمار به انسداد پیلور مشکوک شوید، همچنین علائم و نشانه های پریتونیت را در نظر داشته باشید (تب، درد و سفتی شکم). دو هفته پس از جایگذاری لوله، خطر نشت به داخل پریتون کاهش می یابد که به دلیل بسته شدن ارتباط معده با پریتون می باشد.

ارزیابی تمامیت سیستم:

ریفلاکس ممکن است نشانه عدم تشکیل مجرا باشد. در صورت وجود آن، باید مراقب بروز علائم تحریک خارجی باشید مانند درماتیت شیمیایی، خیس شدن پوست یا عفونت قارچی که منجر به سلولیت می شود. در بیماران با ضعف سیستم ایمنی، التیام به کندی صورت می گیرد. در بررسی بازبودن مجرا، باید به علائم عفونت که شامل قرمزی، گرمی، درد، تورم، اندوراسیون و آگزودا می باشد توجه گردد. در صورت وجود آگزودا، به نوع، رنگ و خصوصیت آن دقت شود. آگزودای خونی نشانه فشار رابط به مخاط معده و خونریزی از مخاط معده می باشد.

اتساع سیستم را بررسی نمائید، اگر پوست به اطراف لوله نچسبیده باشد این علامت می تواند به دلیل تأخیر در بهبودی ناحیه یا عفونت باشد که در هر صورت بیمار را در معرض خطر ریفلاکس قرار می دهد. در صورت مشاهده اتساع سیستم به پزشک اطلاع داده و یافته های خود را ثبت نمائید.

دو پروتکل برای مراقبت از محل ورود لوله:

در موارد جدید جایگذاری لوله PEG، محل آن باید در ۴۸ ساعت اول با پانسمان پوشیده شود، پس از آن روزانه پانسمان تعویض شده و محل مورد نظر تمیز می گردد.

نحوه مراقبت از پوست محل ورود PEG بستگی به طول مدت قرارگیری لوله دارد، اگر طول مدت قرارگیری لوله از ۱۴ روز کمتر باشد از پراکسیدیدروژن برای از بین بردن باکتریهای سطح پوست و برداشتن پوسته اطراف و زیر دیسک استفاده نمائید. سپس محل را با نرمال سالین شستشو داده مراقب باشید که دیسک جابجا نشود و بعد پانسمان استریل را در محل قرار دهید.

وضعیت نشسته قرار دهید. صداهای تنفسی را بررسی کرده و در صورت نیاز ساکشن نمائید و به پزشک اطلاع دهید.

برای کاهش خطر آسپراسیون، قبل از دادن غذا و یا دارو، سر تخت را به اندازه ۴۵ تا ۶۰ درجه بالا برده و تا یکساعت پس از انجام عمل به همان حالت باقی گذارید. غلیظ بودن غذا و یا جرم گرفتن لوله ممکن است سبب بسته شدن لوله PEG گردد که برای پیشگیری از این حالت، قبل و بعد از هر وعده غذایی ۵۰ تا ۲۵ میلی لیتر آب را با فشار براساس نیروی ثقل وارد لوله نمائید. در صورت راحت بودن معده بیمار، غذا دادن را برای یکساعت متوقف ساخته و برای سهولت در هضم سعی نمائید مقدار کمتری از مواد غذایی توسط بیمار مصرف گردد. اگر بیمار بیش از یکبار دچار استفراغ شود به پزشک اطلاع دهید، این حالت ممکن است دلیل بر تنگی، تحریک، آلرژی یا انسداد باشد. علیرغم اینکه قرار گرفتن لوله همراه با بروز یکسری عوارض در بیمار می باشد اما با بررسی دقیق و مراقبت صحیح از ناحیه و تغذیه کافی می توان به بیمار کمک نمود تا دچار عوارض نشده و در طول مدت بستری در بیمارستان مشکل خاصی نداشته باشد.

منبع:

Ricciardi, E. and brown, o. "managing PEG Tubes."
AJN. october 1994.PP:29-31

اگر ریفلاکس وجود داشته باشد برای حفاظت پوست از پمادهای ضد رطوبت استفاده نمائید. در مورد لوله هایی که ۱۴ روز و یا بیشتر در محل قرار دارند از تکنیک تمیز استفاده شود بدون اینکه دیسک را جابجا کنید، با آب و صابون اطراف و زیر دیسک را شستشو داده و بدقت خشک نمائید. به منظور جلوگیری از چسبندگی و زخمی شدن پوست، دیسک را روزی یکبار با زاویه ۹۰ درجه بچرخانید. پس از ترمیم محل ورود لوله، مجبور به استفاده از پانسمان نیستید (محیط گرم و مرطوب برای رشد قارچها بسیار مناسب است). در هر شیفت، وضعیت پوست را بررسی کرده و در پرونده بیمار ثبت نمائید.

جلوگیری از مشکلات تغذیه ای:

قسمت خارجی لوله PEG به یک آداپتور تغذیه ای متصل است، لوله غذا را در داخل این آداپتور وارد نمائید. قبل از وارد نمودن غذا یا دارو به داخل لوله، باید از محکم بودن اتصال میان لوله غذا و آداپتور اطمینان داشته باشید. در دو حالت ممکن است بنا به دلایلی مشکلاتی ایجاد گردد. برای مثال آداپتور ممکن است کشیده و یا مسدود گردد و یا لوله غذا بیش از حد بزرگ باشد. در صورت جداشدگی لوله غذا و آداپتور، غذا بر روی لباس یا ملحفه بیمار می ریزد. این حالت بیمار را در معرض خطر قرار داده و اگر به نشت محتویات لوله غذا توجهی نشود می تواند منجر به تحریک پوست اطراف لوله گردد.

برای پیشگیری از بروز این حالت، اغلب اندازه گیری و تناسب بین آداپتور و لوله تغذیه لازم می باشد. آداپتور را روزانه با نرمال سالین تمیز نموده و سپس خشک نمائید.

اگر بیمارتان آروغ می زند ممکن است احساس خفگی و یا مشکل تنفسی داشته باشد، باید مشکوک به ریفلاکس گاستروازوفازیال و آسپراسیون شوید. در این حالت تغذیه را متوقف کرده و بیمار را در