

بسمه تعالی

فایل آموزشی بدو ورود ویژه پرستاران

واحد تغذیه مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی ۲۲ بهمن نیشابور

(بر اساس کتاب سیاست های اجرایی واحد تغذیه در بیمارستان های کشور)

گردآوری و تنظیم:

واحد تغذیه بالینی مرکز ۲۲ بهمن

تدوین: خرداد ماه ۱۴۰۳

بازنگری: خرداد ماه ۱۴۰۴

فهرست

- ۱.....واحد تغذیه بیمارستان ۲۲ بهمن
- ۱.....ارزیابی اولیه و تخصصی تغذیه
- ۳.....ضوابط ویزیت و مشاوره تغذیه
- ۳.....رژیم غذایی بیمار
- ۴.....لیست تجهیزات تغذیه‌ای بخش‌های بستری
- ۵.....فرم ارزیابی اولیه
- ۵.....تغذیه با Nasogastric Tube (N.G.T)
- ۵.....کارگذاری
- ۶.....تغذیه از طریق لوله معده‌ای
- ۶.....اقدامات پرستاری که قبل از گواژ باید رعایت نمود
- ۷.....اقدامات و مراقبت‌های پرستاری در حین گواژ
- ۹.....دستور العمل استاندارد بررسی باقیمانده معده ای (GRV) یا رزیدو
- ۱۲.....تغذیه وریدی

واحد تغذیه بیمارستان

این واحد شامل دو زیر مجموعه سلف و تغذیه بالینی می‌شود. مسئول سلف جناب آقای مهرآمیز می‌باشند. محل حضور ایشان طبقه پائین سلف سرویس می‌باشد. داخلی اتاق ۵۹۴-۵۹۵

کارشناسان تغذیه بالینی خانم هانیه میرزاحسینی، فائزه سادات حسینی و فاطمه دیباسرشت می‌باشند. محل حضور ایشان ساختمان عطار- طبقه همکف می‌باشد. داخلی اتاق ۴۴۰ و کد موبایل ایشان به ترتیب ۰۱۷** و ۰۱۱** و ۰۱۶** می‌باشد.

ارزیابی اولیه و تخصصی تغذیه

سنجش نیازهای تغذیه‌ای بیمار که با استفاده از فرم‌های ارزیابی اولیه (توسط پرستار) و تخصصی (توسط کارشناس تغذیه) انجام می‌شود.

ضوابط تغذیه‌ای بیمار در زمان پذیرش در بخش بستری بیمارستان

۱. ارزیابی اولیه بیماران بزرگسال، با استفاده از (فرم‌های ارزیابی اولیه تغذیه‌ای) باید فقط توسط پرستاران انجام شود.

۲. ارزیابی اولیه در بدو بستری در اورژانس، باید حداکثر طی ۶ ساعت پس از پذیرش، کامل گردد.

۳. ارزیابی اولیه در بدو بستری در بخش، باید در اسرع وقت و حداکثر طی ۲۴ ساعت پس از پذیرش، کامل گردد.

۴. کلیه سرپرستاران بخش‌ها باید در جلسات توجیهی تغذیه که توسط کارشناسان و مشاورین تغذیه بیمارستان تشکیل شده شرکت کرده و به اهمیت ارزیابی تغذیه‌ای بیماران، نحوه تکمیل فرم‌ها و اهمیت رژیم غذایی برای بیماران و لزوم پیگیری اجرای درست آن واقف باشند.

۵. نتیجه ارزیابی اولیه تغذیه‌ای، باید وضعیت بیمار را از لحاظ نیاز به ارجاع به مشاور تغذیه و دریافت مشاوره مشخص کند.

۶. در صورتی که طبق ارزیابی اولیه تغذیه‌ای، بیماری نیازمند دریافت مشاوره تغذیه تشخیص داده‌شود، مثلاً بیماری فرد حاد بوده یا وضعیت او وخیم ارزیابی شود (مانند ابتلا به یکی از این بیماری‌ها: دیابت

- کنترل نشده، فشار خون بالا و بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، سوختگی، سکته، نار سایی حاد کلیه، همودیالیز، سیروز کبدی، پیوند اعضا، زخم بستر، سوءتغذیه و سوءجذب، بیماری‌های نورولوژیک منجر به اختلال بلع، جراحی شکمی، پنومونی، بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD)، بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، ضربه به سر یا ناتوانی در تغذیه دهانی به هر دلیل) پرستار بیمار باید موارد را در فرم ارزیابی اولیه علامت زده و وضعیت ارجاع را مشخص کند.
۷. در مواردی که طبق نتایج ارزیابی اولیه و یا درخواست پزشک، بیمار نیاز به مشاوره تغذیه دارد، لازم است پرستار به مشاور تغذیه ترجیحاً از طریق درج در سیستم اطلاعات بیمارستان (HIS) و یا به نحو مقتضی دیگر اطلاع رسانی نماید.
۸. بیمارانی که به مشاور تغذیه ارجاع داده می‌شوند، حداکثر طی ۴۸ ساعت پس از ارجاع، باید مشاوره دریافت نمایند.
۹. مشاور تغذیه، پرستار و یا فرد دیگری از اعضای کادر درمانی که در جریان وضعیت تغذیه بیمار می‌باشد، باید به بیمار در انتخاب غذا و ارائه اطلاعات بیشتر کمک نماید.
۱۰. نوع و مقدار غذای مورد نیاز بیمارانی که رژیم غذایی درمانی دارند، مطابق با رژیم تنظیم شده توسط مشاور تغذیه است و در صورت تمایل بیمار به تغییر نوع یا مقدار غذا، باید هماهنگی لازم توسط پرستار با کارشناس تغذیه صورت گیرد.
۱۱. در صورت نیاز به کمک و همراهی برای مصرف غذا (مثلاً در بیمارانی که مشکل حرکتی دارند) طی هماهنگی با کادر پرستاری، باید خدمات لازم به این بیماران ارائه گردد.
۱۲. بیماران در کل مدت حضور در بیمارستان در صورت نبود محدودیت خاص پزشکی طبق نظر پزشک و کارشناس تغذیه، باید به انواع نوشیدنی‌های مجاز بر اساس امکانات بیمارستان دسترسی داشته باشند.
۱۳. در صورت نبود محدودیت بالینی و مطابق با نظر پزشک و کارشناس تغذیه، باید این امکان به بیماران داده شود که محل مصرف غذا و مایعات را در داخل یا خارج از تخت انتخاب نمایند.

ضوابط ویزیت و مشاوره تغذیه

۱. پرستار باید بخش غربالگری سوءتغذیه در فرم ارزیابی اولیه بیمار را برای کلیه بیماران در بدو بستری تکمیل نموده و در صورتی که طبق نتایج، بیمار نیازمند ویزیت و مشاوره تغذیه باشد، به مشاور تغذیه جهت مراجعه به بخش، ویزیت بیمار و انجام ارزیابی تخصصی تغذیه اطلاع رسانی نماید.
۲. پزشک با اولویت ۱۸ بیماری، درخواست مشاوره تغذیه را در برگ دستورات پزشک و برگ درخواست مشاوره درج نماید. این بیماری‌ها و شرایط که احتمال سوء تغذیه متوسط تا شدید در آنها بالاست عبارتند از (دیابت، فشار خون بالا و بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، سوختگی، سکته، نارسایی کلیه، همودیالیز، سیروز کبدی، پیوند اعضا، زخم بستر، سوء تغذیه و سوء جذب، بیماری‌های نورولوژیک منجر به اختلال بلع، جراحی شکمی، پنومونی، بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD) بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، ضربه به سر، ناتوانی در تغذیه دهانی به هر دلیل، تغذیه انترال/پرنترال)
۳. در هر نوبت کاری، فهرست بیمارانی که دارای درخواست مشاوره از سوی پزشک می‌باشند و یا به‌دنبال ارزیابی اولیه بیمار نیاز به ویزیت و مشاوره کارشناس تغذیه دارند، باید توسط پرستاران بخش‌های مختلف تهیه شده و در فرصت کافی به کارشناس تغذیه اعلام گردد.

رژیم غذایی بیمار

- مشخصات و نوع رژیم غذایی بیماران، باید توسط پرستار وارد Sheet Diet و یا HIS شده و مبنای سفارش غذا به تفکیک بیماران باشد.
- در خصوص مصرف ناکامل و یا عدم مصرف غذا توسط بیمار، پرستار مسئول بیمار، باید موارد را در گزارش پرستاری ثبت و در اسرع وقت به مشاور تغذیه اطلاع دهد. در صورت عدم تمایل بیمار به مصرف غذا در هر وعده غذایی، کارشناس تغذیه باید از طریق پرستار مسئول بیمار در جریان قرار گیرد تا برای غذای جدید بیمار تصمیم‌گیری مجدد نموده و بر ارائه آن نظارت نماید.
- آماده سازی گاوآذهای غیرمحلول تجاری، باید توسط پرستار آموزش دیده زیر نظر مشاور تغذیه و با رعایت نکات بهداشتی در یک محیط تمیز و ترجیحاً اتاق گاوآذ انجام شود.
- محلول‌های وریدی باید طبق دستور پزشک؛ توسط کارشناس تغذیه تنظیم، توسط داروساز بالینی آماده و توسط پرستار تزریق شود.

- روش تغذیه بیمار (PO یا NPO یا TPN و غیره) و محدودیت‌های تغذیه (در گاوژ یا تغذیه دهانی) باید توسط پزشک معالج تعیین گردد.

لیست تجهیزات تغذیه‌ای بخش‌های بستری

- یک عدد ترازوی سالم و استاندارد بزرگسال و اطفال (در بیمارستان‌های واجد بخش اطفال) به ازای هر ایستگاه پرستاری
- یک عدد قدسنج سالم و بزرگسال و اطفال (در بیمارستان‌های واجد بخش اطفال) به ازای هر ایستگاه پرستاری
- نمودار جهت اندازه‌گیری BMI بزرگسالان، جدول تعیین نمایه توده بدنی برای افراد بالای ۶۵ سال، جدول تعیین نمایه توده بدنی برای جانبازان، افراد نقص عضو و معلولین، جداول علمی تخمین قد و وزن به ازای هر ایستگاه پرستاری
- یخچال حداقل یک دستگاه به ازای هر اتاق
- لیوان یک بار مصرف کاغذی یا بلور سالم برای مصرف مایعات سرد و گرم به تعداد کافی
- دستگاه آبسرد کن/ آبگرم کن متناسب با تعداد تخت بستری یا استفاده از سیستم لوله کشی استاندارد آب جوش و آب سرد بین طبقات و بخش‌ها
- میز غذای تمیز و استاندارد بیمار با قابلیت تنظیم ارتفاع و چرخ مناسب

فرم ارزیابی اولیه

شایسته است تمامی سوالات به صورت دقیق و کامل تکمیل شوند.

فرم ارزیابی اولیه تغذیه‌ای بیماران بستری بزرگسال (غربالگری تغذیه‌ای) - ویژه پرستار

Inpatient Adults' Nutritional Screening Form

وزن:	قد:	نمایه توده بدنی بزرگسال (BMI):	زد اسکور نمایه توده بدنی (بیمار ۱۸-۱۲ سال):
<p>(۱) آیا در بیمار بزرگسال، BMI کمتر از ۲۰ است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> / آیا در بیمار ۱۸-۱۲ سال، زد اسکور نمایه توده بدنی کمتر از ۲- است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>(۲) آیا بیمار طی ۳ ماه گذشته کاهش وزن ناخواسته داشته است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>(۳) آیا بیمار طی هفته گذشته دچار بی اشتها یا کاهش دریافت غذا به هر دلیل شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>(۴) آیا بیماری فرد از نوع بیماری‌های ویژه (رجوع به راهنما) است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>نتیجه ارزیابی*: ویزیت و مشاوره تغذیه لازم است <input type="checkbox"/> ارزیابی وزن و شرایط بیمار توسط کارشناس تغذیه بعد از یک هفته لازم است <input type="checkbox"/></p> <p>*در صورتی که حتی یک «بله» در جدول علامت خورده باشد یا بیمار بیش از یک هفته در بیمارستان بستری باشد لازم است به اطلاع پزشک رسانده شده و با درخواست مشاوره، بیمار توسط کارشناس تغذیه مشاوره و ارزیابی تخصصی شود. در مادران باردار علاوه بر موارد فوق، وجود دیابت، پره اکلامپسی و اکلامپسی (فشار خون بالا) مورد تاکید است.</p>			

غربالگری سوء تغذیه

تغذیه با Nasogastric Tube (N.G.T)

یک تیوپ از جنس پلی اورتان یا سیلیکون است که به داخل معده فرستاده می‌شود. هدف از این اقدام، غذا دادن یا ساکشن محتویات معده می‌باشد.

کارگذاری:

- مددجو را در وضعیت تقریباً نشسته قرار دهید.
- جهت اندازه‌گیری مقداری از کاتتر که قرار است وارد شود، از نوک بینی تا لاله گوش و سپس تا پایین تر از جناغ سینه اندازه‌گیری شود.
- کاتتر را با یک محلول نرم کننده قابل حل در آب آغشته سازید (حتماً باید قابل حل در آب باشد تا اگر تصادفاً کاتتر وارد ریه شد، منجر به آسپیراسیون نگردد).
- زمانی که کاتتر به حلق بینی رسید، از بیمار بخواهید که سر خود را HyperExtent کند (به سمت عقب خم کند) زمانی که به حلق دهانی رسید، سر را به سمت جلو خم کند. بیمار را تشویق به قورت دادن کنید.
- اگر حالت تهوع داشت، حرکت کاتتر را کمی متوقف کنید و دوباره ادامه دهید.

- اگر حالت تهوع ادامه پیدا کرد، کاتتر را خارج کنید.
- صحت محل کاتتر را بررسی نمایید:
- استفاده از عکس رادیولوژی (معتبرترین روش)
- گوشی پزشکی را بر روی معده بیمار بگذارید و حدود ۱۰-۵ سی سی هوا را با سرنگ وارد کنید و به صدای آن گوش دهید. بعد از چک، هوا با سرنگ کشیده شود.
- کاتتر را با چسب بر روی بینی و گونه فیکس کنید.
- انتهای لوله را بالای سر بیمار قرار دهید

تغذیه از طریق لوله معده‌ای

یکی از این روش‌ها، تغذیه روده‌ای یا تغذیه با لوله می‌باشد. محلول‌های مورد استفاده در تغذیه با لوله شامل کربوهیدرات، پروتئین، چربی و ویتامین‌ها و املاح مورد نیاز می‌باشند که به صورت "دست نخورده"، "نیمه هیدرولیز شده" و "هیدرولیز کامل" وجود دارند و از طریق لوله وارد معده یا روده می‌شوند. محل قرارگیری لوله شامل: بینی-معده ای، بینی-روده ای، دهانی-معده ای، دهانی-روده ای، گاستروستومی و ژژنوستومی می‌باشند که نوع و روش تغذیه توسط تیم شامل پزشک، پرستار، کارشناس تغذیه و داروشناس مشخص می‌شود.

مطالعات مختلف حاکی از آن است که شروع هرچه سریع‌تر تغذیه لوله‌ای در بیمارانی که نمی‌توانند از راه دهان غذا دریافت کنند، بهبودی زودتر، کاهش مدت بستری در بیمارستان، کاهش عفونت و تأمین نیازهای تغذیه‌ای افزایش یافته بیمار را به دنبال دارد.

اقدامات پرستاری که قبل از گواژ باید رعایت نمود:

- اگر بیمار دارای لوله تراکتوستومی یا لوله تراشه است، از نداشتن ترشحات مطمئن شوید؛ در غیر این صورت ابتدا بیمار را ساکشن نموده و سپس عمل گواژ را انجام دهید .
- از قرار داشتن سوند معده در داخل معده اطمینان حاصل کنید به طوری که اگر با سرنگ ترشحات معده را بکشیم، محتویات معده به داخل سرنگ برگشت یابند .
- جهت چک رزیدو مطابق دستورالعمل پیوست عمل کنید.

- در بزرگسالان ۳۰ تا ۵۰ سی سی آب را داخل سرنگ ریخته و سرنگ را به صورت عمودی و به طرف بالا و مستقیم گرفته و قبل از اتمام آب داخل لوله، وعده غذایی بیمار را داخل سرنگ می‌ریزیم (دقت کنید که هوایی داخل لوله بیمار نشود)
- بعد از اتمام غذا در بزرگسالان ۳۰ تا ۵۰ سی سی آب را داخل سوند معده می‌ریزیم تا لوله معده شسته شود.
- زمان نگهداری لوله معده، تا زمان تغییر رنگ آن می‌باشد. (یا طبق پروتکل بیمارستان)
- دمای غذای بیمار همسان با دمای اتاق باشد و از دادن غذای سرد و داغ به بیمار خودداری کنید.
- فرمولا به اندازه نیاز بیمار تهیه و مصرف شود از نگه داری مقداری باقی مانده از فرمولای آماده در محیط خودداری کنید.
- در مورد کودکان و نوزادان، با توجه به نظر پزشک و طول کاتتر، میزان‌ها را تنظیم نمایید.
- درجه حرارت و حجم تغذیه، سرعت جریان و مصرف کامل مایعات، فاکتورهای مهمی هستند که در حین تغذیه لوله ای باید مورد توجه قرار گیرد.
- مدت گاوژ کردن بیمار باید حداقل ۱۵ دقیقه و هر ۳ ساعت یکبار باشد. (۷ نوبت در روز)
- اصول تغذیه‌ای شامل: مقدار و تعداد دفعات به طور صحیح، باید رعایت شود .
- پرستار باید دقیقاً سرعت درپپ را کنترل کرده و از تجویز سریع مایعات اجتناب کند.
- مواد تغذیه‌ای با استفاده از نیروی جاذبه در سطحی بالاتر از معده قرار داده شود.
- حجم کم غذا و مدت زمان طولانی برای تجویز، میزان بروز آسپیراسیون، نفخ شکم، تهوع و استفراغ و اسهال را کاهش می‌دهد.
- مدت گاوژ کردن بیمار باید حداقل ۱۵ دقیقه و هر ۳ ساعت یکبار باشد. (۷ نوبت در روز)

اقدامات و مراقبت‌های پرستاری در حین گاوژ :

- محل لوله، پوزیشن بیمار (سر حداقل ۴۵ درجه بالاتر) و سرعت جریان را بررسی کنید.
- توانایی بیمار برای تحمل فرمول غذایی را تعیین کنید. (به منظور تعیین میزان تحمل بیمار، احساس پری در معده و نفخ شکم، خارش، تهوع، استفراغ، اسهال و یبوست را بررسی کنید).

- (BUN) و پروتئین و سرم هموگلوبین، هماتوکریت و واکنش‌های کلینیکی را براساس یافته‌های آزمایشگاهی چک کنید.
- علائم دهیدراسیون (خشکی غشاءهای مخاطی، تشنگی، کاهش برون‌ده ادراری) را مورد مشاهده قرار دهید.
- سرنگ غذا را پس از استفاده بشویید و در صورت تغییر رنگ عوض کنید .
- روزانه بیمار را وزن نمایید .
- اقدامات و مراقبت‌های پرستاری از بیماران دارای سوند معده:
- در صورتی که از سوند بینی – معده ای برای برداشتن فشار از روی معده استفاده شده باشد، معمولاً آن را به یک ساکشن متناوب با فشار کم متصل می‌کنند .
- اگر از آن برای گذارسازی استفاده شده باشد، در فواصل غذایی انتهای آن مسدود می‌شود.
- قبل از دادن هرگونه دارو یا مایع، از قرار داشتن محل مناسب لوله باید اطمینان حاصل نمود.
- در صورت خروج تصادفی لوله بینی – معده ای بعد از اعمال جراحی مری یا معده، جایگزینی مجدد آن توسط پزشک انجام شود.
- باید مقدار تمام مایعات دریافتی، غذاها و مایع شستشو به دقت ثبت شوند.
- مقدار، رنگ و نوع تمام ترشحات باید هر ۸ ساعت یک بار بررسی و ثبت شوند.
- رعایت دقیق و منظم بهداشت دهان و بینی، بخش مهمی از مراقبت از بیمار به شمار می‌رود.
- از اپلیکاتورهای مرطوب می‌توان برای تمیز کردن بینی استفاده کرد و به دنبال آن، استفاده از نرم کننده قابل حل در آب ضروری است.
- دهان شویه مکرر باعث راحتی بیمار می‌شود.
- در صورت خشکی شدید مخاط بینی و حلق استفاده از دستگاه بخور، مفید واقع می‌شود.
- چسب روی بینی روزانه تعویض شود و بینی از نظر تحریک پوستی مورد بررسی قرار گیرد.
- در صورت مجاز بودن، جویدن آدامس یا مکیدن آب نبات هم می‌تواند در رفع خشکی مؤثر باشد.

کاوژ به دو صورت انجام می‌شود :

۱- تغذیه مداوم : سرعت تجویز مداوم ۱۰۰ تا ۱۵۰ میلی لیتر در ساعت است.

۲- تغذیه متناوب: سرعت تجویز نوع متناوب ۳۵۰ میلی لیتر در ۱۰ دقیقه می‌باشد. هر دو سرعت، بدون ایجاد کرامپ شکمی و اسهال، تعادل مثبت نیتروژن و افزایش وزن را تأمین می‌کنند.

دستور العمل استاندارد بررسی باقیمانده معده ای (GRV) یا رزیدو

گردآوری و آماده سازی: دکتر سید مصطفی عربی، استادیار گروه علوم تغذیه دانشکده علوم پزشکی نیشابور و عضو هیئت رئیسه انجمن تغذیه خراسان رضوی

هدف: بررسی تحمل تغذیه انترال و کاهش ریسک آسپیراسیون

نکات اختصاصی: افزایش باقیمانده معده ای ممکن است در افزایش ریسک آسپیراسیون موثر باشد. اما، آسپیراسیون می‌تواند بدون وجود رزیدو بالا نیز ایجاد شود. به همین دلیل رزیدو به صورت قطعی نمی‌تواند پیشگویی کننده آسپیراسیون باشد. بر اساس مطالعات انجام شده، رزیدو بالا بیشتر پیشگویی کننده استفراغ و ریفلاکس است تا آسپیراسیون. بنابراین ارزیابی فیزیکی و بالینی بیمار به اندازه بررسی رزیدو در بیماران اهمیت دارد و نباید نادیده گرفته شود.

تعریف واژگان:

رزیدو معده ای : (GRV) به میزان مایعات و محتویات داخل معده گفته می‌شود .

تغذیه انترال پیوسته: به نحوه تغذیه بیمار از طریق لوله به صورت پیوسته با پمپ یا نیروی جاذبه گفته می‌شود که فرمولا به صورت قطره ای و پیوسته و بدون دخالت شخص مستقیماً به معده یا روده بیمار وارد می‌شود. تغذیه انترال بولوس یا توده ای: به تغذیه ای که با حجم بالا از طریق سرنگ چهار تا هشت نوبت به بیمار داده می‌شود و که حداقل در طی ۱۵ تا ۳۰ دقیقه این کار باید انجام شود(در تمامی بیمارستان های کشور نحوه تغذیه اکثر بیماران به این صورت است).

زمان بندی چک رزیدو: رزیدو را قبل از هر بار تغذیه بولوس بررسی کنید . برای بیمارانی که به حجم هدف رسیده اند (به عنوان مثال ۲۰۰ میلی لیتر هر ۳ ساعت) و تحمل تغذیه انترال را دارند ، بررسی رزیدو در غیاب علائم عدم تحمل فیزیکی و بالینی و در صورتی که بیمار بسیار بدحال نباشد، ضروری نیست .

تجهیزات لازم برای چک رزیدو :

- سرنگ ۶۰ میلی لیتری
- ظرف استوانه ای یا بشر که به صورت مدرج باشد
- آب
- دستکش

نکته مهم: در تمامی دستورالعمل های بین المللی منتشر شده برای چک رزیدو توصیه به استفاده از بگ نمی شود، زیر فشار منفی مداوم و قوی که توسط بگ اعمال می شود، ممکن است منجر به برگشت صفرا و ترشحات روده ای از دئودنوم به فضای معده شده و حجم رزیدو را بیش از مقدار واقعی گزارش خواهد کرد. همچنین تماس مکرر مخاط معده با نمک های صفراوی ممکن است در اختلال عملکرد نقش داشته باشد .

روش انجام چک رزیدو	
روش انجام نکات مهم	
1- دستور پزشک معالج را بررسی کنید	دستور پزشک برای بررسی رزیدو هر بیمار به صورت فردی باید تعیین شود.
2- زاویه زیر سر بیمار در حالت 45-60 درجه قرار دهید (برحسب تحمل) و بهتر است بیمار را به سمت لترال راست پوزیشن دهید .	در بیمارانی که دچار آسیب نخاعی یا مغزی هستند و پوزیشن دادن به خود شخص امکان پذیر نیست، توصیه به تغییر زاویه خود تخت می شود در صورتی که برای بیمار کنتراندیکاسیون نداشته باشد (Reverse Trendelenburg at 30-45°)
	در بیماران دارای فمورال لاین زاویه سر می تواند تا 30 درجه افزایش یابد .
3- دستکش پوشیده شود	
4- سرنگ به لوله NGT وصل شود و شروع به لاواژ کرد محتویات معده کنید	روزانه از یک سرنگ 60 میلی لیتری جدید استفاده کنید
5- محتویات معده ای که داخل سرنگ کشیده می شود را داخل ظرف مدرج تخلیه کنید .	این کار را تا زمانی تکرار کنید که محتویات داخل معده تخلیه شود و دیگر برگشت نداشته باشد .
6- لوله NGT را با 30 میلی لیتر آب شستشو دهید	
7- حجم داخل ظرف را مشخص کنید و در <u>شیت گزارش</u> پرستاری ثبت کنید .	

<p>حجم برگشت داده شده را با مقدار آب در شیت بیمار ثبت کنید .</p>	<p>8- اگر رزیبدو کمتر از 200 میلی لیتر بود، تمام محتویات را دوباره برای بیمار گواژ کنید و با 30 میلی لیتر آب لوله NGT را شستشو دهید. به تغذیه انترال خود طبق دستور ادامه دهید و هر 6 ساعت رزیبدو را چک کنید .</p>
<p>علائم بالینی عدم تحمل :</p> <ul style="list-style-type: none"> • اتساع دیواره شکم • احساس ناراحتی بیمار هوشیار یا ناراحتی بیمار به دنبال لمس • نفخ یا احساس پری در بیماران • تهوع یا استفراغ 	<p>9- اگر رزیبدو بین 200 تا 500 میلی لیتر بود، مقدار 200 میلی لیتر محتویات معده را دوباره گواژ کنید و با 30 میلی لیتر آب لوله را شستشو دهید و علائم بالینی و فیزیکی بیمار را به دقت بررسی و ثبت کنید. در صورتی که هر یک از علائم عدم تحمل در معاینه بالینی مشاهده شد تا یک ساعت هیچگونه فرمولا یا آب یا دارو به بیمار ندهید .</p>
<p>در صورتی که رزیبدو بیمار کمتر از 500 میلی لیتر باشد در صورتی که هیچ علائم بالینی هم نداشته باشد، تغذیه انترال نباید متوقف شود. شروع/توقف بیش از حد و بررسی مکرر رزیبدو می تواند شانس ایلتوس را افزایش دهد</p>	<p>9/1- بعد از یک ساعت باز هم رزیبدو بیمار چک شود و اگر بیشتر از 200 میلی لیتر بود، به پزشک معالج جهت شروع دارو های پروکینتیک نظیر متوکلوپرامید یا اریترومايسين اطلاع داده شود. در زمان مقرر به عنوان مثال هر 3 ساعت با آخرین حجمی که بیمار تحمل داشت تغذیه مجدد انجام شود. قند خون بیمار باید بررسی شده و به علائم بالینی دقیق توجه شود.</p>
<p>در صورتی که رزیبدو به طور مکرر بیشتر از 500 میلی لیتر بود و با شروع دارو های پروکینتیک، کنترل قند خون و کاهش دارو های سدیتیو بر طرف نشد، تغذیه از طریق لوله NGT متوقف شود و در صورت صالح دید پزشک معالج مشورت به متخصص تغذیه داده شود.</p>	<p>10- در صورتی که رزیبدو بیش از 500 میلی لیتر باشد، تا حجم 200 میلی لیتر محتویات معده بیمار را مجدد گواژ کنید و سپس لوله NGT را با 30 میلی لیتر آب شستشو دهید و علائم بالینی بیمار را به دقت بررسی کنید. داروهای سدیتیو را بررسی کنید و برای کاهش دوز آن با پزشک مشورت کنید. تغذیه انترال را متوقف کنید و برای بیمار با مشورت پزشک دارو های پروکینتیک را شروع کنید. در صورتی که امکان پذیر است تغذیه بیمار را از بولوس به تغذیه انترال پیوسته تبدیل کنید .</p>
<p>ریسک فاکتور های که در بروز آسپیراسیون نقش دارند :</p> <ul style="list-style-type: none"> • GCS پایین در بیماران • اختلال رفلکس سرفه و gag • تخلیه نامناسب معده • افزایش رزیبدو معده 	<p>11- زاویه زیر سر بیمار را در 30 تا 45 درجه نگه دارید مگر اینکه برای بیمار کنتراندیکاسیون وجود داشته باشد یا به علت خاصی به وضعیت Supine قرار داده شود وگرنه تا گواژ نوبت بعد بیمار در همین زاویه بماند .</p>

<ul style="list-style-type: none"> • هر 8 ساعت وضعیت جابجایی لوله NGT را بررسی کنید، لوله می تواند در داخل دستگاه گوارش جا به جا شود. 	<ul style="list-style-type: none"> • قرار دادن بیمار به صورت فلت یا supine • عدم بهداشت کافی حفره دهان • تهوع، ریفلاکس یا برگشت محتویات از بینی یا کنار لب ها
--	--

تغذیه وریدی

در تغذیه وریدی، تغذیه بیمار به جای خوردن، هضم و جذب از طریق دستگاه گوارش به صورت مستقیم از طریق سیستم گردش خون می باشد.

برخلاف سرم های روتین، محلول های مخصوص تغذیه وریدی شامل تمام مواد مغذی ضروری مانند کربوهیدرات (به فرم دکستروز)، پروتئین (به فرم آمینواسید) و چربی ها، الکترولیت ها (شامل سدیم، پتاسیم، کلسیم، فسفر و منیزیم)، ویتامین ها، املاح ناچیز (مانند کروم، مس، سلنیوم، منگنز و زینک) و آب است.

تغذیه وریدی باید برای بیمارانی استفاده شود که قادر به تأمین نیازهای خود از طریق خوراکی یا روده ای نیستند.

تصمیم گیری برای شروع تغذیه وریدی بستگی به دو فاکتور زیر دارد:

۱. وضعیت تغذیه بیمار ۲. مدت زمانی که بیمار نتوانسته انرژی و پروتئین مورد نیاز خود را از طریق خوراکی یا روده ای تامین کند.

بنابراین اگر بیمار حداقل دو شاخص سو تغذیه را داشته باشد تغذیه وریدی باید به محض اینکه دستگاه گوارش ناکارآمد شد برای بیمار شروع شود. این شاخص ها شامل:

(۱) از دست دادن بخشی از چربی بدن و عضلات طبق معاینات بالینی و کاهش وزن (عضلات و چربی) به صورت شدید:

- بیشتر از پنج درصد در ماه
- بیشتر از ۷.۵ درصد در ۳ ماه
- بیشتر از ۱۰ درصد در ۶ ماه

۲) دریافت ناکافی انرژی و پروتئین (کمتر از ۵۰٪) در یک هفته و یا کمتر از ۷۵٪ نیاز در طول یک ماه یا بیشتر

اگر بیمار دچار سوء تغذیه نبوده و یا اخیراً کاهش وزن نداشته است و همچنین مدت زمان قبل از بستری دریافت غذایی کافی داشته است و اکنون بنا به عدم دریافت کافی از طریق خوراکی و روده ای در معرض سوء تغذیه قرار دارد، می‌توانید تغذیه وریدی را تا هفت روز به تعویق بیندازید.

نکته: برای هر بیمار با هر وضعیتی در صورت عدم دریافت کافی دهانی یا روده‌ای پس از ۱۴ روز حتماً تغذیه وریدی باید آغاز شود.

به صورت کلی:

در صورتیکه بیمار سوء تغذیه داشته باشد و به صورت دهانی یا روده ای دریافت کافی غذایی نداشته باشد، بلافاصله تغذیه وریدی باید شروع شود.

اگر بیمار سوء تغذیه نداشت میتوان شروع تغذیه وریدی را ۷ روز و حداکثر تا ۱۴ روز به تعویق انداخت.

تغذیه وریدی کمکی

در شرایطی که بیمار، تغذیه دهانی یا روده داشته باشد اما به مقدار مورد نیاز بدن در مدت زمان هفت روز نرسیده باشد شرایطی مانند، سوء جذب و استفراغ میتوان از تغذیه وریدی کمکی به منظور پیشگیری از سوء تغذیه استفاده کرد زمانی که بیمار بعد از گذشت ۷ تا ۱۰ روز به کمتر از ۶۰ درصد نیاز روزانه خود رسیده باشد قابل اجراست.

تغذیه وریدی محیطی یا مرکزی تغذیه وریدی به عنوان مداخله، دو روش اصلی تحت عنوان تغذیه وریدی محیطی و مرکزی cpn همچنین به صورت tpn هم استفاده می‌شود.

تفاوت عمده CPN و PPN

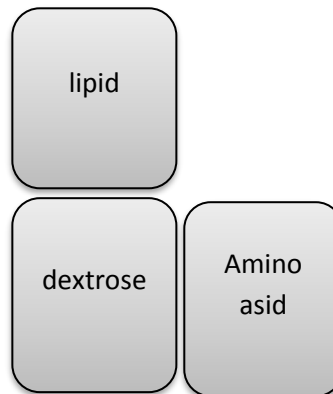
در vascular access device هست که برای رساندن غذا به بدن استفاده می‌شود در PPN از عروق محیطی استفاده می‌شود.

که کاتتر معمولاً در ساعد یا پشت دست کار گذاشته می‌شود در CPN از عروق مرکزی استفاده می‌شود

که کاتتر معمولا در ورید ژگولار داخلی یا ساب کلاوین کار گذاشته می‌شود و در نهایت وارد ورید اجوف فوقانی می‌شود در PPN بیمار مستعد فلبيت و خون ریزی هست و کاتتر به راحتی جدا می‌شود و مانگاری کمی دارد و برای مدت زمان کوتاه توصیه می‌شود اگر بیمار نیاز به تغذیه وریدی طولانی مدت دارد حتما باید CPN شود در نهایت، در PPN احتمال ماندگاری، رسیدن به کالری هدف پایین و احتمال افزایش حجم مایعات وجود دارد بنابراین CPN در مواقع بیشتری قابل استفاده بوده، ماندگارتر هست و مقادیر مورد نیاز بدن را نسبت به حجم بهتر تامین میکند و می‌تواند تا ۱۰۰٪ نیاز بیمار را تامین کند.

وضعیت نصب سرم ها

همانطور که در شکل شماتیک زیر، پک اینترالیپید بالاتر از دکستروز قرار گرفته است، هنگام تزریق هم به همین صورت رعایت شود.



منابع :

1-Cresci, G. (2015). Nutrition Support for the Critically Ill Patient: A Guide to Practice. 2 nd edition. Boca Raton, FL/US. CRC Press.

2-Mueller, C. (2017). The ASPEN Adult Nutrition Support Core Curriculum. 3 rd edition. US. American Society of Parenteral & Enteral Nutrition.

3-Journal of Parenteral and Enteral Nutrition , DOI: 10.1177/0148607108330314 (2009); pp 33 (122), (Originally published online January 26, 2009; JPEN J Parenter Enteral Nutrition), Norma A. Metheny, Charles Mueller, Sandra Robbins, Jacqueline Wessel and the A.S.P.E.N. Board of Directors; Robin Bankhead, Joseph Boullata, Susan Brantley, Mark Corkins, Peggi Guenter, Joseph Krenitsky, Beth Lyman, A.S.P.E.N. Enteral Nutrition Practice Recommendations , Retrieved March 26, 2013 from website: <http://pen.sagepub.com>.

4- HEALTH & SAFETY: ASPIRATION PREVENTION “Management of Gastric Residuals” , (2013). Bureau of Quality Improvement Services,

Outreach Services of Indiana. Retrieved March 19, 2014 from website http://www.in.gov/fssa/files/aspiration_prevention_8.pdf.