|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **გადახედვა:** ყოველწლიურად  **ნომერი:** ZIC-NURSE-SOP- N 00-018  **დასახელება:**ნოზოგასტრალური ინტუბაცია და კვება  **დამტკიცებულია:** 10/11/ 2020წ.  **გადაიხედა:** 10/04/2024წ.  **ავტორი:** ლ.ჯანაშვილი | **„დამტკიცებულია“**  **ზუგდიდის ინფექციური საავადმყოფოს**  **კლინიკის გენერალური დირექტორის მიერ ბრძანებით N** |

**ნაზოგასტრალური ინტუბაცია და კვება**

სტანდარტული ოპერაციული პროცედურა

1. **მიზანი**
   1. კუჭის შიგთავსის დრენირება;
   2. კუჭის დეკომპრესია;
   3. კუჭის შიგთავსის აღება ანალიზზე;
   4. მედიკამენტების ადმინისტრაცია (შეყვანა);
   5. ინტოქსიკაციის დროს კუჭის ლავაჟი (გამორეცხვა);
   6. ტრავმის დროს ღებინების და ასპირაციის პრევენცია;
   7. ენტერალური კვება.
2. **სრული უკუჩვენება**
   1. სახის მძიმე ტრავმა, შეათანხმეთ ექიმთან შესაძლებელია მოხდეს ინტრაკრანიალური ინტუბაცია

2.2 ნაზალური ობსტრუქცია ან ახლო წარსულში გადატანილი ქირურგიული ჩარევა ცხვირზე.

1. **ნაწილობრივი უკუჩვენება**
   * + კოაგულოპათიები;
     + საყლაპავის ვარიკოზი.
2. **გართულება**
   * + ასპირაცია;
     + ღებინების გამოწვევა;
     + ენდოტრაქეალური ინტუბაცია;
     + პნევმოთორაქსი;
     + ინტრაკრანიალური ინტუბაცია;
     + ალერგიული რეაქცია (გამოკითხეთ პაციენტი, ხომ არ არის ალერგიული ლიდოკაინზე).
3. **აღჭურვილობა**



* არასტერილური ხელთათმანი;
* დამცავი სათვალე;
* ნაზო ან ორო გასტრალური მილი;
* ჟანეს შპრიცი 50 მლ;
* ლიდოკაინიანი ლუბრიკანტი;
* ლეიკოპლასტირი;
* სასანაციო აპარატი, იანკაუერიანი სასანაციო ზონდი;
* სტეტოსკოპი;
* ჭიქა წყლით;
* თირკმლისებრი თასი;
* შპადელი;
* ლიდოკაინის სპრეი (შეათანხმეთ ექიმთან).

1. **პროცედურა**
   1. მოახდინეთ პაციენტის იდენტიფიკაცია, გადაამოწმეთ ექიმის დანიშნულება ნაზოგასტრალურ ინტუბაციაზე;
   2. მოიტანეთ აღჭურვილობა;
   3. დაიბანეთ ხელი (იხ.ხელის დაბანის წესი);
   4. ჩაიცვით არასტერილური ხელთათმანი;
   5. თუ ეს შესაძლებელია, აუხსენით პაციენტს ან მის თავმდგმურს პროცედურის მიზანი და არსი. უთხარით, რომ ექნება უსიამოვნო შეგრძნება;
   6. თუ ეს შესაძლებელია წამოაჯინეთ პაციენტი;
   7. შეამოწმეთ ნესტოები დეფორმაციაზე და ობსტრუქციაზე:
   8. ჩადგმამდე მოახდინეთ მილის ჩადგმის სიღრმის გაზომვა;
   9. საინტუბაციო მანძილი იზომება შემდეგნაირად:

* კუჭისმხრივი ბოლო მოათავსეთ პაციენტის ცხვირის წვერთან და გადაზომეთ მილზე მანძილი ყურის ბიბილომდე, მასთან მიტანით;
* მონიშნეთ მანძილი მილზე (თითებით), ამ წერტილიდან კვლავ გადავზომეთ მანძილი ყურის ბიბილოდან მახვილისებრ მორჩამდე, დააფიქსირეთ მიღებული ნიშნული თითებით და მონიშნეთ ლეიკოპლასტირით.
  1. გაპოხეთ ლიდოკაინიანი გელით ზონდი 4-5 სმ, შეასხურეთ ლიდოკაინის სპრეი ნესტოში;
  2. დაიწყეთ ზონდის შეყვანა სწრაფი მოძრაობით;
  3. სთხოვეთ პაციენტს დაიწყოს ყლაპვა. შეგიძლიათ მიაწოდოთ ჭიქა წყლით და საწრუპით;
  4. მწოლიარე პაციენტის შემთხვევაში იგი უნდა იწვეს ზურგზე.

**დაიმახსოვრეთ:**

* თუ შეამჩნევთ ცვლილებებს პაციენტის რესპირატორულ სტატუსში, ზონდი დაიხვევა პირის ღრუში ან პაციენტს აუტყდება ხველა, სასწრაფოდ ამოიღეთ ზონდი
* თუ შეგხვდათ დაბრკოლება, ნუ გამოიყენებთ ძალას, მოახდინეთ ზონდის როტაცია და ნაზად გააგრძელეთ შეყვანა

6.14 შეიყვანეთ ზონდი დანიშნულ ზომამდე;

6.15 შეამოწმეთ ჩადგმის სისწორე;

6.16 მოახდინეთ ზონდის ასპირაცია ჟანეს შპრიცით, რათა მიიღოთ კუჭის წვენი. გაავსეთ ჟანეს შპრიცი 40-50 მლ ჰაერით და შეიყვანეთ ნაზოგასტრალურ მილში, იმავდროულად მოახდინეთ კუჭის აუსკულტაცია, უნდა გაიგოთ “ბუყბუყის” ხმა;

6.18 დააფიქსირეთ ზონდი ლეიკოპლასტირის საშუალებით ისე, რომ არ მოხდეს ნესტოზე ძლიერი ზეწოლა (რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ნაწოლი).

6.19 დანიშნულების ფურცელში დააფიქსირეთ მანიპულაციის დრო და თარიღი შემსრულებლის ხელმოწერა.

1. **ნაზოგასტრალური ზონდით კვება - პროცედურის თანმიმდევრობა:**
   1. გადაამოწმეთ პაციენტის ვინაობა (გვარი, სახელი, დაბადების თარიღი, ისტორიის #);
   2. შეამოწმეთ ექიმის დანიშნულება, განსაზღვრეთ საკვების საჭირო რაოდენობა და სადღეღამისო კალორაჟი;
   3. მოიტანეთ საჭირო აღჭურვილობა და მოათავსეთ საპროცედურო მაგიდაზე;
   4. განსაზღვრეთ საკვები საშუალების სახეობა, მოამზადეთ აღნიშნული რაოდენობა:

* შეიძლება იყოს მზა პროდუქტი და არ საჭიროებდეს დამზადებას: შეამოწმეთ გამოშვების თარიღი და კოსისტენცია.
* უნდა ინახებოდეს ცივი წესით, მიღებამდე საკვები შეათბეთ ოთახის ტემპერატურამდე;
* ფხვნილის შემთხვევაში საჭირო რაოდენობა დაამზადეთ ინსტრუქციის მიხედვით, შეგიძლიათ მზა პროდუქტი არ შეინახოთ 4-8 სთ-ზე მეტი დროით;
  1. გონზე მყოფ პაციენტს ან მის თავმდგმურს აუხსენით პროცედურა და მისი საჭიროება;
  2. მიიღეთ ინფორმირებული თანხმობა;
  3. დაიფარეთ ერთჯერადი ქუდი, გაიკეთეთ ერთჯერადი ნიღაბი (იხ.ინდივიდუალური დამცავი საშუალებების გამოყენების პროტოკოლი);
  4. დაიბანეთ ხელი ჰიგიენური წესით (იხ. ხელების დაბანის პროტოკოლი);
  5. ჩაიცვით არასტერილური ხელთათმანი (იხ.ხელთათმანების გამოყენების პროტოკოლი);
  6. მოამზადეთ პაციენტი: საწოლში პოზიცია - თავი 30-45 გრადუსით ზემოთ;
  7. მართვით სუნთქვაზე მყოფი პაციენტის შემთხვევაში, შეამოწმეთ საინტუბაციო მილის მანჟეტი (შესაძლოა მანჟეტის არასაკმარისად გაბერვის გამო მივიღოთ კვებისმიერი ასპირაცია);
  8. შეამოწმეთ ნ.გ.ზ.-ის ლოკალიზაცია:
* კუჭიდან სეკრეტის ასპირაციით:
* მოარგეთ საირიგაციო შპრიცი ნ.გ.ზ.-ის ბოლოს;
* ნელი მოძრაობით ამოქაჩეთ კუჭის შიგთავსი;
* განსაზღვრეთ მიღებული მასის რაოდენობა და დააფიქსირეთ შესაბამის ფორმაში;
* ჰაერის შეყვანით ნ.გ.ზ.- ში:
* შეავსეთ საირიგაციო შპრიცი ჰაერით , მოარგეთ ნ.გ.ზ.-ს
* შეიყვანეთ ჰაერი კუჭში და სტეტოსკოპით მოისმინეთ კუჭის ლოკალიზაციაზე ბუყბუყი
* ნელი მოძრაობით ამოქაჩეთ ჰაერი უკან, დაიწყეთ საკვების ადმინისტრირება

7.13 შეაფასეთ პაციენტი, შეამოწმეთ ნაწლავთა პერისტალტიკა აუსკულტაციით (ნორმაში, ნაწლავთა ხმიანობა 1 წუთში 5-34-მდე).

**კვების ტიპები: ხანგრძლივი ადმინისტრირება ან ბოლუსად შეყვანა პორციული წესით:**

**კვების ბეგისა და სისტემის გამოყენებით კვების მიწოდების თანმიმდევრობა ხანგრძლივი ადმინისტრირების დროს:**

* კვების ბეგი და სისტემა შეავსეთ საჭირო რაოდენობის საკვებით (დროებით ჩამკეტით მოახდინეთ სისტემის ჩაკეტვა);
* მოარგეთ სისტემა კვების აპარატს;
* განსაზღვრეთ კვების ადმინისტრირების სიჩქარე - მლ/სთ;
* მოარგეთ შევსებული სისტემა ნ.გ.ზ. -ს;
* კვების აპარატის ციფერბლატზე აკრიფეთ სასურველი რაოდენობა მლ/სთ-ში სიჩქარით;
* გახსენით ზონდი რათა უზრუნველყოთ სასურველი რაოდენობის ადმინისტრირება;
* საკვები მასის ჩამოცლის შემდეგ ჩაასხით ბეგში 50-60მლ წყალი ზონდის რეცხვის განხორციელებისათვის;
* საკვები ბეგში არ უნდა გაჩერდეს 4 საათზე მეტი დროით, თუ არ დაამატებთ ახალ პორციას მაშინ 8 სთ;
* შეამოწმეთ ლოკალიზაცია და ჩარეცხეთ მილი ყოველ 8 სთ-ში ერთხელ, ზონდის ყოველი მორიგი შემოწმების შემდეგ, მედიკამენტის შეყვანამდე და შეყვანის შემდეგ, ბოლუსით შპრიცით კვების ადმინისტრირებამდე და ადმინისტრირების შემდეგ;

**საირიგაციო შპრიცის გამოყენებით კვების ბოლუსად მიწოდების თანმიმდევრობა:**

* ჩაკეტეთ ზონდი;
* მოარგეთ საირიგაციო შპრიცი საკვები საშუალებით და გახსენით ზონდი;
* შეიყვანეთ საჭირო რაოდენობა საკვები და ჩარეცხეთ ზონდი 50-60მლ წყლით;
* ჩაკეტეთ ზონდი 2სთ-ის განმავლობაში;
* მომდევნო საბოლუსო დოზის შეყვანამდე 30წთ-ით ადრე გახსენით ზონდი და შეამოწმეთ შიგთავსი;
* შემოწმების დროს მიღებული შიგთავსის იმდენივე ან ნახევარი რაოდენობა (მაგ: მიღებული 400მლ და ნარჩენი 3სთ-ის შემდეგ უკან ამოღებული რაოდენობა 300მლ) მიუთითებს კვების არაადექვატურ გადასვლაზე კუჭიდან;
* განსაზღვრეთ ზონდის რეცხვის დროს მიღებული წყლის რაოდენობა და დააფიქსირეთ შესაბამის ფორმაში;
* აწარმოეთ პირის ღრუს ჰიგიენა (იხ. პირის ღრუს მოვლის პროტოკოლი);
* საწოლში პაციენტის პოზიცია: თავი 30-45°-ით ზევით დააყოვნეთ 15-20 წთ-ით, ფილტვებში საკვებით ასპირაციის პრევენციისათვის;
* მიალაგეთ საპროცედურო არე და სამედიცინო ნარჩენები მოათავსეთ შესაბამის კონტეინერში (იხ. სამედიცინო ნარჩენების უტილიზაციის პროტოკოლი);
* მოიხსენით ხელთათმანი, ნიღაბი და ქუდი (იხ. ინდივიდუალური დამცავი საშუალებების გამოყენების პროტოკოლი);
* დაიბანეთ ხელები ჰიგიენური წესით (იხ.ხელების დაბანის პროტოკოლი);
* გააფორმეთ შესაბამისი დოკუმენტაცია:
* პაციენტის გვარი, სახელი, ასაკი;
* დიაგნოზი;
* კვების სახეობა;
* 24სთ--ის საჭირო კალორაჟი (ექიმის დანიშნულების მიხედვით);
* კუჭის შიგთავსის შემოწმების დროს ნარჩენი მოცულობის რაოდენობა;
* ადმინისტრირებული საკვების რაოდენობა;
* შექმნილი სირთულეები და გატარებული ღონისძიებები;
* პასუხისმგებელი პირის ხელმოწერა;
* აცნობეთ ზემდგომ პერსონალს პროცედურის დროს შექმნილი ნებისმიერი სირთულის შესახებ.

**წყარო:**

* Fundamental of Nursing Procedure Manual7tht edition
* http://www.aach.org/AACN/practiceAlert.nsf/Files/ORAL%20CARE/$file/Oral%20Care%20in%20the%20
* Critically%20Ill%208-2006.pdf
* American Association of Critical-care Nurses, Practice Alert, Oral care in the critically ill, accessed December 24, 2007
* Procedures in Critical Care - C. William Hanson, 3 th MD.
* Clinical Protocol, John Dempsey Hospital - Department of nursing. last update

<https://www.myamericannurse.com/enteral-feeding-indications-complications-and-nursing-care/>

* **Nursing Skills -Procedures** - <https://pdfroom.com/books/mosbys-pocket-guide-to-nursing-skills-procedures/jE1d40bNdOb>
* INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES GUIDELINES ON ADVANCED PRACTICE NURSING 2020 –

<https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf>