

Zakładanie sondy nosowo-żołądkowej

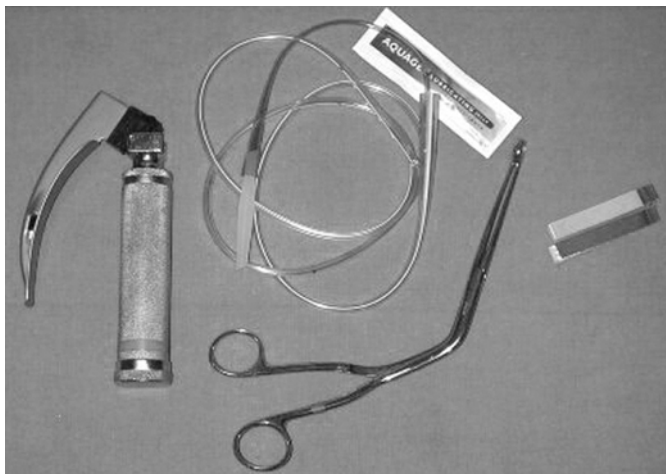
Jan Conacher

Tłumaczenie Anna Kunsdorf-Wnuk

Pomimo swej pozornej prostoty sonda nosowo-żołądkowa stwarza niebezpieczeństwo zaburzenia naturalnej obrony organizmu przed środowiskiem zewnętrznym, co nie powinno być lekceważone. Jej obecność stanowi ciężką próbę dla przytomnego pacjenta. Warto brać pod uwagę te przykre przeżycia chorego, zlecając założenie sondy nosowo-żołądkowej i korzystanie z niej przez dłuższy czas. Stosunek ryzyka do korzyści jest tu zrównoważony – sonda nosowo-żołądkowa jest czynnikiem drażniącym: może ona prowokować wymioty, lecz może też im zapobiegać, gdyż właściwie założona zaburza fizjologiczną funkcję zwieracza przełykowo-żołądkowego, czyniąc go niewydolnym. Wskazaniem do założenia sondy jest konieczność odbarczenia i drenażu żołądka, zwykle będące częścią leczenia niedrożności żołądkowo-jelitowej i niedrożności porażennej (ssanie i płukanie), oraz profilaktyka po zabiegu chirurgicznym. Może być ona używana do płukania żołądka i usuwania toksycznych składników lub prowadzenia żywienia enteralnego (np. w pewnych schorzeniach nerwowo-mięśniowych).

Wyposażenie

Sonda nosowo-żołądkowa jest zazwyczaj plastikową rurką o długości 85 cm. Nowoczesne sondy są udoskonalone albo przez wyposażenie pomagające utrzymać pozycję w odpowiedniej części żołądka, albo przez znaczniki, widoczne w promieniach rtg, a także przez zintegrowany, o podwójnym świetle system płuczący, pomocny w utrzymaniu drożności. W zakładaniu sondy pomocny



Rycina 26.1. Wyposażenie stosowane podczas zakładania sondy nosowo-żołądkowej: laryngoskop, sonda nosowo-żołądkowa, kleszczyki Magilla i papierek lakmusowy.

może być laryngoskop, kleszczyki Magilla, środek ułatwiający poślizg oraz papierek lakmusowy (niekoniecznie) (ryc. 26.1).

Technika zakładania sondy

Przytomnego pacjenta można poprosić o wykonanie ruchu połykania, gdy sonda znajdzie się w jamie ustno-gardłowej. Technikę zakładania sondy opisaną poniżej stosuje się u pacjentów nieprzytomnych, poddanych znieczuleniu ogólnemu i zaintubowanych. Przechowywanie sondy w lodówce, zmniejszając jej giętkość, ułatwia jej zakładanie.

- Odchyl delikatnie palcami do tyłu i do góry czubek nosa, eksponując nozdrza, i znajdź odpowiedni kierunek przejścia sondy.
- Końcówka dobrze nawilżonej sondy przechodzi równoległe do podniebienia twardego (nie w kierunku dogłowym wewnątrz nosa) i jest następnie przesuwana bez użycia siły do jamy ustno-gardłowej. Tu może być uwidoczniiona za pomocą laryngoskopu i uchwycona w szczęki kleszczyków Magilla prawą ręką operatora. Uniesienie do góry laryngoskopu eksponuje wejście do przełyku, położone do tyłu od wejścia do krtani.

- Sondę przesuwana się ruchem „ściśnij i popchnij”, wykonywanym kleszczykami. Bardziej prawdopodobne jest osiągnięcie właściwego kierunku, jeżeli szyja pacjenta jest raczej wyciągnięta niż utrzymana w pozycji intubacyjnej „wdechania porannego powietrza”, nadając przełykowi (a nie tchawicy) naturalną linię.
- Potwierdzeniem ułożenia sondy w żołądku jest aspiracja treści, czasem o żółciowym podbarwieniu, wykrycie w tej treści kwasu (przy użyciu papierka lakmusowego), a także wysłuchanie stetoskopem bulgoczących dźwięków w lewym nadbrzuszu, które pojawiają się po wstrzyknięciu do sondy powietrza. Ostateczne potwierdzenie, bardzo ważne przed użyciem sondy do żywienia, uzyskujemy radiologicznie.

Problemy

Należy się liczyć z trudnościami, pojawiającymi się z powodu „blokujących punktów w nosie”, i z uwidocznieniem sondy w jamie ustno-gardłowej u chorego z rurką intubacyjną w tchawicy; łatwo można spowodować krwawienie, wywołane urazem małżowin nosowych lub błony śluzowej nosa. Mały opór może być wyczuwalny na wysokości mięśnia pierścienno-gardłowego, lecz przejście dalej powinno być łatwe. Można stosować różne pomocne rozwiązania, aby pokonać napotykaną trudności.

- W czasie przygotowania do zabiegu chirurgicznego sonda nosowo-żołądkowa może być założona do górnej części przełyku podczas laryngoskopii bezpośredniej, przed zabezpieczeniem dróg oddechowych (unikana wtedy przeskody, jaką stanowi rurka intubacyjna, lecz sposób ten jest niebezpieczny u chorego z wysokim ryzykiem regurgitacji).
- Małą rurką intubacyjną (< 7 mm) przecina się skalpelem wzdłuż długiej osi, następnie wsuwa się ją przez nozdrze i dalej do przełyku, aby stworzyć tunel, przez który przeprowadza się sondę. Po jej założeniu rurka intubacyjna zostaje usunięta.
- Jeżeli manipulacja w obrębie gardła jest ograniczona, np. przez obecność dwuświatłowej rurki intubacyjnej, końcówka sondy może być wydobyta ręcznie lub za pomocą kleszczyków Magilla przez usta. Jest ona następnie przymocowywana do prowadnicy, którą stanowi większego rozmiaru sonda żołądkowa, i w tej kombinacji dostaje się w dół przełyku, po czym prowadnicę oddziela się od sondy i wyjmuje przez usta, a sondę przesuwana się dalej. Inną możliwością stanowi postępowanie odwrotne, gdy sondę wydobywa się przez usta (przy zakładaniu jej wstecznym przez chirurga, od strony żołądka), a na-

stępnie kieruje do jamy nosowo-gardłowej. Na szczęście takie uciążliwe sposoby rzadko są wskazane i stosowane.

Mocowanie sondy

Sonda nosowo-żołądkowa nie znajduje się oczywiście w pozycji umożliwiającej wygodne i trwałe umocowanie. Napięcie i otarcia, a w konsekwencji ból i maceracja skóry wokół nosa, są prawdopodobnie niezależne od systemu mocującego. Może być konieczne mocowanie w dwóch punktach – przy nosie i na czole lub z boku twarzy. Kiedy istnieje duże niebezpieczeństwo aspiracji treści żołądkowej u niespokojnego pacjenta, można rozważyć przysycie sondy do skóry. Metody mocowania przylepcem do grzbietu nosa są lubiane przez pielęgniarki, są też w handlu dostępne gotowe systemy mocujące, z odpowiednimi przylepcami i zapinkami.

Obsługa i utrzymanie sondy

- Rtg klatki piersiowej ostatecznie rozstrzyga, czy pozycja sondy jest prawidłowa i czy nie znajduje się ona w tchawicy; jest to zadziwiająco częste powikłanie i dotyczy zwłaszcza sondy małego kalibru.
- Okolicę wyjścia sondy z nosa powinno się regularnie obserwować i w razie potrzeby zmieniać opatrunki. Infekcja w tej okolicy musi być leczona miejscowo.
- Może być konieczne przepłukiwanie fizjologicznym roztworem NaCl, aby oczyścić sondę ze stałych cząstek lub treści kałowej. Konieczne jest także częste i regularne odsysanie w przypadku niedrożności żołądkowo-jelitowej, lecz powinno się unikać zbyt gorliwego odsysania. Cienka sonda ma ograniczoną zdolność drenowania dużego zbiornika, jakim jest żołądek; celem jest raczej dekompresja i redukcja objętości zalegającej treści niż jego całkowite opróżnienie. Nadmierne odsysanie może spowodować przykre objawy czkawki.
- W przypadku dławienia i kaszlu należy sprawdzić, czy sonda nie została zwymiotowana i przemieszczona w złym kierunku.
- Wyjęcie sondy może nastąpić po podjęciu czynności przez przewód pokarmowy, co jest sygnalizowane przez zmniejszenie objętości treści zalegającej w żołądku i powrót słyszalnej perystaltyki jelitowej. Warunkiem rezygnacji z sondy jest również pełny powrót świadomości i odruchów fizjologicznych, zwłaszcza kaszlowego i połykania.

Powikłania

Urazy podczas wprowadzania sondy nosowo-żołądkowej są częste, zwłaszcza gdy jej koniec jest niewłaściwie, zbyt dogłównie kierowany przy przechodzeniu przez nos, lub z powodu kruchości błony śluzowej jamy nosowo-gardłowej. Może też dojść do przebicia przetyku, a w konsekwencji do zapalenia śródpiersia.

Do powikłań należy też zaliczyć założenie sondy do tchawicy.

Inne możliwości

Pewną alternatywę do rozważenia stanowi wytworzenie gastrostomii, co jest bardziej komfortowe dla chorego, lecz i niepozbawione ryzyka. Przeszkórna jejunolub gastrostomia spełnia to samo zadanie co sonda w przypadku długotrwałego żywienia enteralnego.

Piśmiennictwo uzupełniające

- 1 Conacher ID. Another aid for the insertion of nasogastric tubes. *Anaesthesia*. 1985;40:1246–1247.