

Perkütan Endoskopik Gastrostomide Hasta Bakımı

İkbal ÇAVDAR

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul

Özet

Uzun süreli parenteral beslenme gereksinimi olan hastalarda oluşabilecek komplikasyonlardan korunmanın yanı sıra ekonomik açıdan getirdiği yük alternatif olarak enteral beslenmeyi gündeme getirmektedir. Günümüzde uzun süreli beslenmelerde popüler bir yöntem olan perkütan endoskopik gastrostomi (PEG), hastalara beslenme açısından büyük avantajlar sağlaması yanı sıra hemşirelik bakımının da önemini arttırmaktadır. PEG açılması sırasında hemşire tarafından hastanın vital bulguları, renk ve bilinç seviyesi, erken dönemde gelişebilecek belirti ve bulgular açısından 6 saat süreyle hastanın kan basıncı, nabız ve vücut ısı, PEG sonrası kanama, enfeksiyon, peritonit, perforasyon ve aspirasyon gibi majör komplikasyonlar açısından dikkatle izlenmelidir. PEG'li hastalarda hemşire deri irritasyonu ve tüpün çıkmasına karşı uyanık olmalıdır. Sindirim sisteminin deriyi irrite etmesi açısından tüp giriş bölgesinin deri bakımı önemlidir. Cilt, günlük olarak değerlendirilmeli, kuru ve temiz tutulmalıdır. Hasta ve aile üyelerine beslenme tüpünün bakımı, cilt bakımı, potansiyel komplikasyonlar ve beslenme yönetimi hakkında eğitim verilmelidir.

Anahtar sözcükler: Perkütan endoskopik gastrostomi, hasta bakımı, enteral beslenme

Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi 2004; 11(4): 174-177

Summary

Care of patient who have undergone percutaneous endoscopic gastrostomy

To prevent the complications of long-term parenteral nutrition and because of the cost-effectiveness of the parenteral nutrition, enteral nutrition becomes a practical alternative. Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) gets popular recently with patients in the need of long-term nutrition because of its benefits and the nursing care of PEG gets more important. The patient must be followed-up carefully by the nurse after the PEG operation for the complications like hemorrhage, infections, peritonitis, perforation and aspiration. For this reason the blood pressure, pulse rate and body temperature must be followed-up for a period of six hours. The nurse must be careful about the skin irritation and exertion of the PEG tube. The skin care of the tube insertion is important because of the irritation of the gastric fluid. The skin must be assessed everyday and must be hold clean and dry. Patients and families should be informed about skin care, tube care potential complications and nutrition management.

Key words: Percutaneous endoscopic gastrostomy, patient care, enteral nutrition

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery 2004; 11(4): 174-177

Giriş

Uzun süreli parenteral beslenme gereksinimi olan hastalarda oluşabilecek komplikasyonlardan korunmanın yanısıra ekonomik açıdan getirdiği yük alternatif olarak enteral beslenmeyi gündeme getirmektedir. Bu nedenle hastanın gastrointestinal yolu fonksiyonel olduğu sürece enteral beslenmenin tercih edilir bir yöntem olmaya devam edeceği vurgulanmaktadır.

Enteral beslenmenin parenteral beslenmeye göre;

- Metabolik olarak daha etkili olması,
- Mukozal atrofiyi önlemesi,
- Bakteriyal translokasyonu azaltması,
- Bağırsak florasını koruması,
- Multipl organ yetmezliğine karşı vücudu koruması,
- Daha güvenilir, daha kolay ve rahat olması, daha ekonomik olması gibi avantajlara sahip olduğuna literatürde yer verilmektedir.^{1,2}

Enteral beslenme amacıyla kullanılan nazogastrik tüpün daha uygulanabilir ve düşük düzeyde invaziv bir girişim olduğu öne sürülse de hastanın rahatı, konforu ve sosyal açıdan tüpü bir ay ya da daha fazla süre tolere edebilmesinde yaşanan güçlükler yeni arayışları gündeme getirmiştir.¹⁻⁴

Oral alımı mümkün olmayan, uzun süre ağızdan beslenemeyecek hastalarda mideye cerrahi olarak direkt bir ulaşım yolu açılması gerektiğinde;

- Anestezi ve laparotomi gerektirmemesi,
- Endoskopi olanağının bulunduğu her merkezde hızlı ve kolay uygulanabilir olması,
- Ekonomik olması,
- Aspirasyon riskinin nazogastrik tüp ile beslenmeye oranla düşük olması,
- Komplikasyon oranının düşük olması,
- Hasta yatağı başında yapılabilmesi nedeniyle günümüzde perkütan endoskopik gastrotomi (PEG) tercih edilir bir yöntem olarak kullanılmaktadır.

Özellikle PEG'in hasta yatağı başında yapılabilmesi özelliği yoğun bakımda yatan hastalar açısından büyük avantaj sağlamaktadır.^{2,4-10}

PEG genel anlamda, perkütan yöntem esasına dayanılarak mide içerisine bir endoskopun ilerletil-

mesi, itme ve çekme teknikleri kullanılarak PEG tüpünün yerleştirilmesi işlemidir. Gastrointestinal yolu tıkalı olmayan ve kanalı zarar görmeyen, endoskopun rahatlıkla geçebileceği boyutlarda özofagusu sahip olan hastalarda uygulanan PEG işlemi:

- Ciddi özofagus darlığı olan,
- Asit gelişen,
- Obesitesi olan,
- Abdominal cerrahi geçirmiş olan (özellikle parsiyel mide rezeksiyonu) hastalarda teknik zorluklar ve risklerin daha yüksek olabileceği göz ardı edilmemelidir.^{11,12}

Uzun süreli bir beslenme modeli olan PEG hastalara beslenme açısından büyük avantajlar sağlaması yanısıra hemşirelik bakımının da önemini artırmaktadır.^{2,11}

İşlem öncesi hasta hazırlığında;

- Aspirin, aspirin içeren ürünler, antienflamatuvar ilaçlar işlemden 1 hafta önce kesilmeli,
- Tüp ile beslenen hastalarda işlemden en az 8 saat önce gıda alımına son verilmeli,
- Beslenme aspirasyon riskini azaltmak için 24 saat öncesinden kesilmeli,
- İşlem öncesi direktif edilen antibiyotik uygulanmalı,
- Gerekirse abdominal bölge tüylerden arındırılmalıdır.^{8,11,13}

İşlem sırasında;

- Hastanın genel durumu izlenmeli,
- Cilt rengi ve bilinç durumu kaydedilmeli,
- Ağız boşluğunda biriken sekresyon aspire edilmelidir.¹¹

PEG açıldıktan sonra;

- Erken dönemde gelişebilecek belirti ve bulgular açısından (perforasyon, kanama) 6 saat süreyle hastanın kan basıncı, nabız ve vücut ısı izlenmeli,
- PEG komplikasyonları açısından (aspirasyon, PEG tüpünün çıkması, bağırsak perforasyonu, gastrokolik fistül, peritonit, sepsisemi, tüpün giriş bölgesinde sızıntı, yara enfeksiyonu, abdominal enfeksiyon, diyare) hasta gözlenmeli,
- PEG bölgesi şişme, kızarıklık, drenaj ve hassasiyet açısından değerlendirilmelidir.^{13,14}

PEG'de Beslenme

- İşlemin lokal anestezi ile yapıldığı doğrulanarak beslenmeye 1-2 saat sonra başlanmalıdır,
- Beslenme öncesi bağırsak sesleri dinlenmelidir,
- Her beslenmeden ve ilaç verilmesinden önce tüpün yerinde olup olmadığı ve açıklığı kontrol edilmelidir,
- Beslenmeye başlamadan önce hemşire tarafından gastrik içerik aspire edilmeli ve miktarı ölçülmelidir (volüm 200 ml'den fazla ise ve intolerasyon bulguları varsa gelecek beslenme 1 saat ertelenir),
- Hastanın klinik durumu uygunsa beslenme öncesi yiyeceği koklaması, tadını alması, çiğnemesi sağlanmalı ve tükürmesi öğütlenmelidir. Bu işlemin yapılması tükürük ve gastrik sekresyonu uyarır ve oral alım haz duygusunu sağlar,
- Beslenme volümü ya da hızı kusma veya diyare gibi küçük yan etkileri elimine etmek için 24-48 saatte kademeli olarak arttırılmalıdır,
- Beslenme sonrası tüp su ile yıkanmalıdır,
- Hasta beslenme pompası ile besleniyorsa 24 saatte bir pump seti değiştirilmelidir,
- Beslenme torbasının üzerine bir etiketle tarih ve saati yazılmalıdır,
- Aspirasyonu önlemek için yatak başı 30-45°C yükseltilmeli ya da hasta oturtulmalıdır,
- Aspirasyon, diyare, abdominal distansiyon, konstipasyon, hiperglisemi gibi komplikasyonlar düzenli aralıklarla tanılanmalıdır,
- Beslenme sonrası 1-2 saat süre ile yatakbaşı yüksek tutulmalıdır,
- Sıvı formülü ilaçlar tercih edilmeli, yoğun likit ilaçlar dilüe edilmelidir,
- Tablet kullanımı gerekli ise ilaç iyice ezilip toz haline getirilmelidir,
- Hasta haftada 1 kez ya da günlük olarak tartılmalıdır,
- Aldığı-çıkarıldığı doğru bir şekilde sürdürülmelidir,
- Rutin olarak kan şekeri takibi yapılmalıdır.^{3,7,9,11,15,16}

Beslenme formülü

- Beslenme için daha çok ticari formüller tercih edilmelidir,

- Beslenme formülü diyare ve gastrointestinal şikayet olasılığını azaltmak için oda ya da vücut ısısında olmalıdır,
- Açılan ve dolapta olmayan yada 8 saatten daha fazla infüzyon şeklinde verilecek olan formüller kontaminasyonu önlemek için atılmalıdır,
- Beslenme formüllerine ilaç katılmamalıdır.^{9,11}

Cilt Bakımı

- İşlem sonrası ilk 24 saat herhangi bir uygulamada bulunulmamalı,
- Gerekğinde bölge temizliği distile su ile yapılmalı,
- Eksternal disk her kullanımdan sonra sabun ve su ile temizlenmeli, disk 360°C çevrilerek eksüda birikimi ve cilt irritasyonu önlenmeye çalışılmalıdır,
- Bölge kuru ve temiz ise pansuman yapılmamalı,
- Bölge iyileştiğinde günlük olarak ılık sabunlu su ile temizlenmeli,
- Beslenme tüpü civarındaki cilt günlük kızarıklık, hassasiyet, akıntı ve irritasyon açısından değerlendirilmeli,
- Cilt irritasyonunu önlemek ve cildi korumak için bir pomat (Zinc oxide, Baseline) ya da cilt bariyeri (Karaya, Stomahesive) sürülebilir,
- Bölge iyileşmişse banyo ve duşa izin verilmelidir.^{8,11}

PEG'li bir hastanın bedeninde bir beslenme tüpünün varlığı, beden imajındaki değişikliğin endişe, kızgınlık ve tiksinti duygularını yaşamasına neden olabileceğinden ve yaygın libido kaybının gözlenebileceğinden söz edilmektedir.³ Hasta bakımında sorumluluk alan aile üyelerinin ciddi anlamda stres deneyimledikleri ve bu yöndeki psikolojik desteğin hasta ve yakınları açısından önemi bildirilmektedir. Bu noktadan hareketle hemşire, hasta ve aile üyelerini; üst gastrointestinal sistem endoskopisi, PEG tüpünün bakımı, cilt bakımı, PEG tüpü ile beslenme, beslenme formülleri olası komplikasyonlar hakkında bilgilendirmeli, sorularını yanıtlamalı ve varsa yazılı materyal vermeli-dir.^{2,3,11}

Kaynaklar

1. Bassem YS, Jeffrey MM, Jeffrey LP. Percutaneous endoscopic gastrostomy. Lightdale CJ, editor. Gastrointestinal endoscopy, Philadelphia: WB Saunders Company, 1998; 551-63.
2. Çavdar İ, Aksoy G. Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG)'de hemşirelik yaklaşımı. *Ostomi* 2000; 2: 14-5.
3. Holmes S. Percutaneous endoscopic gastrostomy: a review. *Nursing Times* 1996; 92: 17.
4. Tekant Y. Perkütan endoskopik gastrostomi. *Hipokrat* 1998; 69.
5. Piskac P, Leypold J, Hnizdil L, Dvorak M, Piskacova I. Patient with percutaneous endoscopic gastrostomy. *Bratisl Lek Listy* 2003; 104: 51-3.
6. Arman D. Hastane kökenli pnmoni. *Hastane Enfeksiyonları Dergisi* 1998; 2: 81-2.
7. Long B, Phipps W, Cassmeyer VL. Medical-surgical nursing: a nursing process approach. 4th ed. St Louis: Mosby-Year Book, 1993; 927.
8. Monahan FD, Drake T, Neighbors M. Nursing care of adults. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1994; 882-3.
9. Lewis SM, Heitkemper M, Dirksen SR. Medical-surgical nursing. 6th ed. St. Louis: Mosby, 2004; 983-6.
10. http://www.medicinet.com/percutaneous_endoscopic_gastrostomy/article.htm, 18.1.1998, 12.4.2004-06-05.
11. Öztekin D. Perkutanöz endoskopik gastrostomi gerçekleştirilen hastada hemşirenin rolü. *Ostomi* 2005; 2.
12. Cotton PB, Williams CB. Practical gastrointestinal endoscopy. 4. ed. London: Black-Well Science Ltd, 1996; 100-2.
13. <http://www.somersetmedicalcenter.com/1986.cfm>, Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG), june 2001,12.05.2004-06-05.
14. Health for life: Percutaneous endoscopic gastrostomy tube, the Ohio State University Medical Center, <http://dev-web3.vip.ohio.state.edu/patedu.htm>.
15. Scott-Conner Carol EH. The gages manual fundamentals of Springer, 1993; 462-3.
16. Özbaş A. Evde hasta beslenmesi, evde bakım hemşireliği eğitim programı. İstanbul, 2001; 75-6.
17. Lewis SM, Heitkemper M, Dirksen SR. Medical Surgical nursing assesment and management of clinical problems. 5th ed. St. Louis: Mosby, 2000; 1057-8.