



لوله تغذیه و شرایط شناخته شده برای آنها

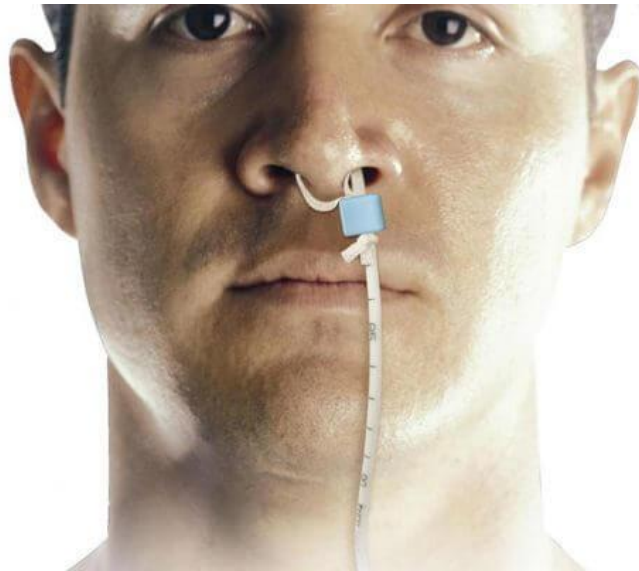
لوله تغذیه و شرایط شناخته شده برای آن‌ها

لوله تغذیه و شرایط شناخته شده برای آن‌ها چیست؟

هنگامی که برای بار اول وارد دنیای تغذیه با لوله شوید، احساس می‌کنید که یک زبان کاملاً جدید برای یادگیری وجود دارد. دانستن بیشتر در مورد انواع لوله‌ها و درک صحیح زبان واقعا به شما کمک می‌کند تا بهترین گزینه‌های مناسب برای کودک خود را پیدا کنید.

نکاتی برای دانستن:

فلاش: آب را به لوله‌های تغذیه، معمولاً با یک سرنگ، برای پاک کردن غذا، فرمول یا دارو، و جلوگیری از اشباع شدن آن، تزریق کنید. مقدار فلاش وابسته به طول لوله است، اما معمولاً بین ۱۰-۲۰ میلی‌لیتر (حدود نصف اونس) آب است.



تغذیه بولوس: نوعی تغذیه لوله‌ای است که مانند غذا داده می‌شود. به طور معمول، کمی بزرگتر و در مدت زمان کوتاه‌تر که معمولاً کمتر از ۳۰ دقیقه است. اغلب وقفه‌ای بین وعده‌ها وجود دارد. تغذیه بولوس را می‌توان با استفاده از سرنگ، کیسه‌های گرانشی یا پمپ تغذیه انجام داد. آن‌ها را می‌توان با استفاده از سرنگ یا پمپ هل داد تا با گرانش راحت‌تر جریان یابد.

تغذیه مداوم: نوعی تغذیه لوله‌ای است که به آرامی و در حین استفاده از یک پمپ تغذیه، هدایت می‌شود. این کار برای مدت زمان طولانی به طول می‌انجامد، مثلاً به مدت یک شب و یا ساعات‌های زیادی در طول روز.

لوله تغذیه و شرایط شناخته شده برای آنها

Vent / Venting: خروج هوا از معده با یک لوله تغذیه، معمولاً از طریق سرنگ باز ۶۰ میلی‌لیتر انجام می‌گیرد.

تحمل و عدم تحمل تغذیه: کودک چگونه به لوله تغذیه واکنش نشان می‌دهد؟ اگر کودک در طول و بعد از تغذیه خوشحال باشد، او تغذیه خوبی را تحمل می‌کند. اگر ناراحتی، سرفه، استفراغ یا تنگی نفس در طول یا بعد از غذا وجود داشته باشد، پس از آن عدم تحمل تغذیه‌ای وجود دارد.

تحرك / انسداد: تحرك این است که مواد غذایی و مایعات چگونه درون دستگاه گوارش حرکت می‌کنند. اگر یک مسئله تحرکی وجود داشته باشد، آن را به عنوان "دیسوتوریسم" نامگذاری می‌کنند، پس یعنی غذا درون دستگاه گوارش حرکت نمی‌کند. در هر نقطه از دستگاه گوارش، از مری به سمت معده، روده بزرگ و کوچک تحرك غذا می‌تواند دچار اختلال شود.

Stoma: این بخش، خود لوله تغذیه (برای مدل‌های **G**، **GJ** و **J**) است. این بخش باز است و لوله تغذیه را در خارج از بدن به داخل معده یا روده وصل می‌کند.

PEG: پگ معده (**PEG**) به‌طور خاص طول لوله **G** را که توسط آندوسکوپی قرار داده شده است توصیف می‌کند و برای گاستروستومی آندوسکوپی پوستی استفاده می‌شود. گاهی اوقات واژه **PEG** برای توصیف تمام لوله‌های **G** استفاده می‌شود.

چگونه لوله تغذیه درست و مناسب را انتخاب کنید؟

در این مقاله در مورد قرار دادن لوله‌های تغذیه و نحوه انتخاب یک لوله تغذیه مناسب برای هر بیمار بحث خواهیم کرد. این بررسی شامل بازبینی انواع لوله‌هایی است که در دسترس هستند، نشانه‌هایی برای لوله‌های وابسته به معده است، و با لوله‌های بعد از آن، گزینه‌های استفاده از یک لوله معده به همراه کاستن روده کوچک در برابر یک لوله که به طور مستقیم به روده کوچک متصل است. مدیریت لوله نیز مجدداً مورد بحث قرار خواهد گرفت.

انواع لوله تغذیه چیست؟

انتخاب لوله بخشی از آن است که آیا لوله در کوتاه مدت یا درازمدت مورد نیاز است. لوله‌های کوتاه مدت شامل لوله‌های بینی گوارشی (**NG**) و **Naso-jejunal (NJ)** هستند که از بینی عبور می‌کنند و یا در معده (**NG**) یا روده کوچک (**NJ**) پایان می‌یابند. لوله‌هایی که برای استفاده درازمدت بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرند عبارتند از لوله‌های گاستروستومی (**PEG**)، **G-tube**، لوله‌های دستگاه گوارش (لوله‌های **PEG-J** یا **G-J**) و لوله‌های **J-tube**، **jejunostomy (PEJ)**.

لوله تغذیه و شرایط شناخته شده برای آنها

لوله‌های بینی:

لوله‌های بینی به صورت غیر جراحی و موقت هستند. انتخاب بین (NG) nasogastric ، nasoduodenal (ND) و (NJ) nasojejunal بستگی دارد که آیا کودک شما می‌تواند تغذیه را در معده تحمل کند یا خیر. این لوله‌ها پس از چهار تا شش هفته باید از بین بروند تا از عوارض مانند سینوزیت یا شکستگی بافت داخل حفره بینی جلوگیری شود. لوله NG را می‌توان در کنار تخت قرار داد. با این حال، لوله NJ به طور معمول تحت هدایت آندوسکوپی قرار می‌گیرد زیرا لوله باید از خروجی معده و روده کوچک عبور کند. برای قرار دادن لوله NJ می‌توان از روش‌های مختلف استفاده کرد.

لوله‌های NG به بدن از طریق بینی وارد می‌شوند و از طریق مری به معده می‌رسند.

لوله‌های ND شبیه به لوله‌های NG هستند، اما آنها از طریق معده عبور می‌کنند و در بخش اول روده کوچک (دوازدهه) پایان می‌یابند.

لوله‌های NJ حتی بیشتر به بخش دوم روده کوچک (jejunum) گسترش می‌یابند. دور زدن معده می‌تواند برای افرادی که معده‌شان به صورت خالی خوب عمل نمی‌کند، استفراغ مزمن دارند یا افرادی که غذا را به داخل ریه‌ها وارد کرده یا به آن آسیب می‌رسانند مفید باشد.

یک رویکرد مستلزم قرار دادن یک لوله NG و سپس قرار دادن یک آندوسکوپ همراه با یک دستگاه فورسپس یا لانه است. دکتر از فورسپس‌ها برای درک و بررسی لوله استفاده می‌کند و آن را با آندوسکوپ به روده کوچک هدایت می‌کند. یک رویکرد دیگر این است که یک سیم راهنمای را به روده کوچک از طریق یک کانال در آندوسکوپ قرار دهید. سیم باقی می‌ماند در حالی که آندوسکوپ خارج می‌شود، یک لوله بر روی سیم منتقل می‌شود، و سپس سیم در حالی که لوله در محل قرار می‌گیرد، برداشته می‌شود. یک روش نهایی این است که آندوسکوپ را به روده کوچک انتقال داده و یک لوله NJ کالیبر ۳ میلی متری را از طریق کانال آندوسکوپ به روده کوچک منتقل کند. سپس دکتر به تدریج مسیر لوله را به روده کوچک ادامه می‌دهد، چون آندوسکوپ خارج می‌شود، و تنها لوله را در محل قرار می‌دهد.

شما ممکن است بدانید که چگونه یک لوله تغذیه که داخل بینی از طریق آندوسکوپی قرار می‌گیرد می‌تواند از طریق بینی بیرون رود. هنگامی که لوله تغذیه در محل قرار دارد، پزشک لوله را از دهان تا بینی با یک دستگاه خاص انتقال می‌دهد. گاهی اوقات محدوده اطفال، که بسیار کوچک است، به یک جایگزین اجازه می‌دهد. این دامنه کمی ضخیمتر

لوله تغذیه و شرایط شناخته شده برای آن‌ها

از اسپاگتی است و پزشک میتواند آن را به جای گذراندن دهان به عنوان یک آزمون عادی آندوسکوپی بگذارد. به این ترتیب، لوله را می‌توان به سمت راست در داخل بینی قرار داد.

لوله‌های معده (G-tubes)

شایع‌ترین نوع لوله تغذیه، لوله گاستروستومی (G) است. لوله‌های G به وسیله جراحی از طریق دیواره شکمی به داخل معده قرار می‌گیرند.

تعدادی از انواع G-tubes وجود دارد. هر نوع لوله G را می‌توان در ابتدا قرار داد. اغلب این جراح یا متخصص گوارش است که اولین نوع G-tube را تعیین می‌کند. این‌ها برخی از رایج‌ترین انواع G-tubes هستند که ممکن است با آن‌ها مواجه شوید.

- PEG و لوله‌های طولانی: این‌ها لوله‌های یک تکه هستند که در محل یا با یک بالون نگهدارنده یا با سپر نگهداشته می‌شوند. آن‌ها اغلب به عنوان G-tube اولیه برای ۸-۱۲ هفته پس از جراحی استفاده می‌شوند.
- لوله‌ها یا دکمه‌های کم مشخصات: این لوله‌ها یک لوله طولانی را که به طور دائم در خارج از معده قرار می‌گیرد ندارد. در عوض، آن‌ها یک لوله دارند که ست گسترش نامیده می‌شود که برای تغذیه و یا دارو تجویز می‌شود و سپس هنگامی که استفاده نمی‌شود قطع می‌شود. هنگامی که یک ست گسترش به دکمه متصل نیست، در برابر بدن نسبتاً صاف است. دو نوع وجود دارد:
- دکمه‌های بالونی: این‌ها توسط یک بالون آب پر شده در جای خود نگهداری می‌شوند. این‌ها رایج‌ترین لوله‌های G در کودکان است. آن‌ها را می‌توان در خانه تعویض کرد.
- دکمه‌های غیر بالونی: دکمه‌های غیر بالون به راحتی از دکمه‌های بالون خارج می‌شوند. دکمه‌های غیر بالون را نمی‌توان در خانه تعویض کرد. تعویض آن‌ها در مطب دکتر و یا در بیمارستان انجام می‌شود، گاهی اوقات با آرامش و یا درد موضعی دردسرساز می‌شوند.

لوله‌های GJ :

هنگامی که شما نیاز به عبور از معده برای تغذیه دارید بایستی از لوله Gastro-jejunal (GJ) استفاده کنید. لوله‌های GJ در معده درست مانند G-tubes قرار می‌گیرند، اما در داخل معده نیز یک لوله نازک و بلند وجود دارد که به قسمت Jejunal (J) روده کوچک متصل می‌شود. اکثریت قریب به اتفاق بچه‌هایی که لوله‌های GJ مصرف

لوله تغذیه و شرایط شناخته شده برای آنها

می‌کنند با G-tubes شروع می‌کنند؛ استفاده اولیه GJ-tube نادرست است. اکثر لوله‌های GJ دارای پورت‌های جداگانه برای دسترسی به هر دو معده (پورت G) و روده کوچک (پورت J) هستند. هر چند بعضی از لوله‌ها، اغلب به نام لوله‌های Transjejunal (TJ)، اجازه دسترسی به روده کوچک را می‌دهند. لوله‌های GJ هر دو به عنوان دکمه یا لوله‌های طولانی در دسترس هستند.

لوله‌های J :

گاهی اوقات لازم است به صورت مجزا یک لوله J که دارای محل اتصال مستقیم به روده است قرار گیرد. این لوله برای تغذیه اولیه کودک رایج نیست.

قرار دادن یک لوله

لوله‌ها را می‌توان به روش‌های مختلفی قرار داد. آنها می‌توانند توسط یک جراح توسط جراحی قرار داده شوند؛ تحت اشعه ایکس توسط یک رادیولوژیست مداخله؛ یا در طی یک روش آندوسکوپی توسط متخصص گوارش.

این مقاله به مطالعه و بررسی بر روی لوله‌های آندوسکوپی می‌پردازد. آندوسکوپ یک قطعه از تجهیزات است که دارای یک لوله طولانی با نور و دوربین در نوک آن است. دوربین تصاویر را بر روی یک صفحه نمایش تصویری می‌کند. در حالی که بیمار تحت آرامش قرار می‌گیرد، دکتر آندوسکوپ را از طریق دهان، گلو به داخل دستگاه روده فوقانی منتقل می‌کند. این اجازه می‌دهد تا دکتر در داخل مری، معده و روده کوچک را ببیند و لوله را به راحتی به داخل روده منتقل کند.

لوله‌های بلندمدت

لوله‌های تغذیه درازمدت می‌توانند تا زمانی که مورد نیاز هستند، باقی بمانند. این لوله‌ها را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد: لوله‌های پیش از دریچه و پس از دریچه معده. دریچه معده، خروجی معده را به روده کوچک متصل می‌کند. لوله پیش از دریچه به لوله‌ای که به داخل معده متصل می‌شود اشاره می‌کند و لوله پس از دریچه از طریق معده به روده کوچک گسترش می‌یابد. دو نوع لوله‌های پس از دریچه وجود دارد که عبارتند از لوله گوارش ججیونوستومی و لوله ججیونوستومی.

لوله تغذیه و شرایط شناخته شده برای آن‌ها

لوله گاستروستومی

لوله گاستروستومی لوله‌ای است که از طریق دیواره شکم به داخل معده می‌رود. اغلب لوله گاستروستومی به وسیله یک متخصص گوارش به صورت اندوسکوپی قرار می‌گیرد. لوله‌ای که در این روش قرار داده می‌شود، گاستروستومی اندوسکوپی پوستی یا PEG، نامیده می‌شود. برای قرار دادن یک لوله PEG، دکتر اندوسکوپ را از گلو تا معده بیمار وارد می‌کند. هنگامی که اندوسکوپ در معده است، نور آن را می‌توان بر روی سطح شکم بیمار مشاهده کرد. پس از آن دکتر در حالی که به تصویری که از داخل معده نمایش داده می‌شود توسط اندوسکوپ نگاه می‌کند، به آن نقطه فشار می‌آورد. اگر او می‌تواند ببیند که دیواره معده با این حرکت فشرده می‌شود، پزشک می‌داند که این جایی است که لوله باید قرار گیرد.

هنگامی که این بخش شناسایی می‌شود، دکتر پوست را استریل می‌کند، دارو تزریق می‌کند و یک برش کوچک (۱ سانتی متر) ایجاد می‌کند. لوله سپس از طریق معده و خارج دیواره شکمی کشیده می‌شود. این لوله در داخل به وسیله یک تقویت کننده پلاستیکی یا یک تقویت کننده بالون آب پر شده و در خارج از طریق یک دیسک پلاستیکی که روی سطح شکم قرار می‌گیرد، نگهداری می‌شود.

لوله گوارش ججونیستومی

یک لوله گوارش ججونیستومی به یک لوله گاستروستومی با یک پسوند که به روده کوچک وارد می‌شود اشاره می‌کند. هنگامی که به صورت *endoscopically* قرار می‌گیرد، آن را یک لوله J-PEG یا یک JET-PEG می‌نامند، که برای "گسترش jejunal" از طریق "PEG" نامیده می‌شود J-PEG. با قرار دادن یک لوله PEG استاندارد (همانطور که در بالا توضیح داده شد) ایجاد می‌شود و سپس قرار دادن یک لوله کالیبر کوچکتر از طریق PEG انجام می‌شود. پس از آن یک وسیله از طریق یک کانال در اندوسکوپ پیشرفت می‌کند و پزشک از آن برای بررسی لوله داخلی استفاده می‌کند و آن را به کمک اندوسکوپ تا روده کوچک حمل می‌کند. سپس دکتر لوله داخلی را آزاد می‌کند و اندوسکوپ را بیرون می‌کشد و لوله را در جای خود قرار می‌دهد.

لوله ججونیستومی

لوله J یک لوله است که به طور مستقیم به انتهای روده وارد می‌شود، که بخشی از روده کوچک است. روش اندوسکوپی برای قرار دادن آن شبیه به یک مورد برای لوله PEG است. تنها تفاوت این است که پزشک با استفاده از اندوسکوپ طولانی‌تر وارد روده کوچک می‌شود. هنگامی که اندوسکوپ در روده کوچک است، پزشک یک بار دیگر

لوله تغذیه و شرایط شناخته شده برای آنها

به دنبال نور بر روی سطح دیواره شکم می‌گردد و هنگامی که در آن نقطه از خارج قرار می‌گیرد، به سمت دیواره روده کوچک نگاه میکند. دکتر پوست را تمیز و خیس می‌کند، برش را انجام می‌دهد و لوله را از طریق آن عبور می‌دهد.

هنگامی که از یک لوله پس از درپچه‌ای استفاده می‌کنید

لوله‌ای که پس از درپچه‌ای باشد، باید در نظر گرفته شود، زیرا متصل قرار دادن لوله به طور مستقیم به معده به دلیل جراحی قبلی وجود دارد؛ یا هنگامی که تخلیه آرام معده وجود داشته باشد، به علت مسدود شدن مکانیکی خروجی معده یا تحرک معده است. نمونه‌هایی از جراحی‌هایی که قرار دادن لوله ترمیمی بعد از درپچه را ترجیح می‌دهند یا لازم است قبل از حذف بخشی یا تمام معده (گاستروکتومی) یا عمل جراحی مربوط به حذف بخش مری و قرار دادن محل معده (مری و مجاری معده با کشیدن معده) در قفسه سینه باشد. در این شرایط، PEG را نمی‌توان قرار داد، زیرا معده خیلی کوچک است، یا در حفره قفسه سینه نشسته است، نه شکم.

بیماران مبتلا به تخلیه آرام معده به علت نقص حرکتی ("gastroparesis") نیز باید برای لوله‌های پس از درپچه‌ای مورد توجه قرار بگیرند، زیرا آنها نمی‌توانند تزریق خوراک را به معده بدون نیاز به ناراحتی، رفلکس یا ساییدگی اولیه تحمل کنند. به طور مشابه، اگر خروجی معده تنگ و یا به‌طور مکانیکی مسدود شود، تغذیه در روده بیش از معده ضروری است.

یک لوله J می‌تواند از تنفس لوله تغذیه در بیمارانی که تأخیر در تخلیه معده دارند، جلوگیری کند. مهم‌تر از همه، لوله‌های J از بیمار در برابر تنفس‌های ترشحات دهانی محافظت نمی‌کند. این فرم تنفس در سالمندان و بیماران با مکانیسم فروخوردن ضعیف یا اختلال در وضعیت ذهنی رایج است.

PEG-J یا JET-PEG در مقایسه با PEJ

تصمیم به استفاده از یک لوله گاستروستومی با لوله کشی کوچک (PEG-J) یا (JET-PEG) در برابر لوله‌ای که به طور مستقیم به روده کوچک وارد می‌شود (PEJ) یا ججونوتومی جراحی) بر عوامل مختلفی استوار است. اولین نکته این است که آیا بیمار دارای یک لوله PEG است. بعضی از بیماران مبتلا و دارای لوله‌های PEG پس از این واقعیت کشف می‌کنند که نمی‌توانند تحرکات را در معده تحمل کنند و در نتیجه به لوله‌های پس از درپچه‌ای نیاز دارند. در چنین افرادی ممکن است PEG را به PEG-J تبدیل کنند و از قرار دادن یک لوله تغذیه کاملاً جدید در محل جایگزین روی دیواره شکم جلوگیری کنند (هم‌چنین نیاز به یک برش جدید)

لوله تغذیه و شرایط شناخته شده برای آن‌ها

ملاحظه دوم این است که آیا بیمار نیاز به یک لوله تغذیه هم در معده و هم در روده کوچک دارد؟ این سناریو برای بیماران مبتلا به بیماری‌های شدید معده است که نیاز به یک لوله در معده برای تخلیه مایع معده که می‌تواند باعث ایجاد استفراغ و لوله‌ای در روده کوچک برای تحویل غذا شود. در چنین بیماری، سیستم‌های J-PEG که به طور خاص طراحی شده‌اند و در قسمت معده لوله باز هستند، و باز شدن دوم در بخش کوچکی از لوله می‌تواند برای استفاده در این عملکرد دوگانه استفاده شود. در عوض، این بیماران می‌توانند توسط دو لوله جداگانه، PEG و PEJ مورد تحمل قرار گیرند.

عوامل دیگر که باید در هنگام تصمیم‌گیری بین J-PEG و PEJ مورد توجه قرار گیرند، سهولت قرار دادن و میزان مرگ و میر ناشی از آن هستند. لوله‌های J-PEG می‌توانند به جای قرار دادن و نگهداری چالش‌برانگیز باشند، زیرا گسترش‌دهنده روده کوچک می‌تواند به دلیل کالیبراسیون کوچک آن به داخل معده بازگردد و یا مسدود شود. با توجه به این مشکلات، روش‌های تکراری برای تغییر یا جایگزینی لوله‌های فرعی معمول هستند.

در یک مطالعه، مقایسه مداخله مجدد J-PEG و PEJ در طی شش ماه، ۵۶ درصد از بیماران مبتلا به J-PEG مجدداً مداخله را در مقایسه با ۱۳٫۵ درصد بیماران مبتلا به PEJ انجام دادند. بر اساس این اعداد، به نظر می‌رسد که PEJ مستقیم‌ترین انتخاب است. گفته می‌شود گاهی اوقات مشکل در پیدا کردن یک متخصص گوارش است که در جای‌گذاری PEJ بی‌تجربه است. اگر چه استفاده از لوله PEJ از اواسط دهه ۱۹۹۰ آغاز شده است و اصول جابجایی همانند PEG است، همه متخصصان گوارش به راحتی این روش را انجام نمی‌دهند. در چنین مواردی، بیمار ممکن است به متخصص جای‌گذاری جگونوستومی مراجعه کند.

اختلال در لوله

گاهی اوقات یک لوله تغذیه می‌تواند از بین برود. این اتفاق می‌تواند زمانی رخ دهد که یک لوله کششی در لوله وجود داشته باشد یا اگر نگهدارنده لوله تغذیه در داخل معده یا روده توسط یک بالون مایع پر شده است که تخریب شده است. هنگامی که یک لوله تغذیه سقوط می‌کند، عکس‌العمل بعدی بستگی به طول لوله دارد.

اگر لوله تغذیه برای چهار یا چند هفته قرار داشته باشد، احتمالاً بین بافت معده و دیواره شکم، یک اثر و اتصال بالغ وجود دارد. این به این معنی است که معده (در محل لوله تغذیه) به دیواره شکم داخلی چسبیده است و حتی اگر لوله تغذیه برداشته شود، چسبیده باقی می‌ماند. این چسبیدن باعث بستن سوراخ معده می‌شود و به جلوگیری از نشت مواد معده از داخل حفره شکم کمک می‌کند. هم‌چنین باعث می‌شود در معده یک محل ثابت ایجاد شود بنابراین یک لوله تغذیه جدید می‌تواند به راحتی جای‌گذاری شود. در این حالت، جایگزینی لوله باید در اسرع وقت انجام شود، زیرا باز شدگی در معده یا روده کوچک می‌تواند در عرض بیست و چهار ساعت از انقباض لوله متوقف شود.

لوله تغذیه و شرایط شناخته شده برای آنها

اغلب سوند فولی به عنوان یک لوله جایگزین در اتاق اورژانس (ER) هنگامی که یک دستگاه جایگزینی استاندارد در دسترس نیست استفاده می‌شود. لوله فولی را می‌توان برای تغذیه (یا زه کشی) استفاده کرد تا جایگزینی PEG استاندارد قرار گیرد. تأیید موضع لوله به وسیله اشعه ایکس هنگامی که لوله جایگزین تعویض می‌شود، توصیه می‌شود.

ما همیشه مطمئن می‌شویم که بیمار یک دستگاه جایگزین را در خانه دارد تا اگر لوله خارج شود، بتواند دستگاه جدید را به مطب یا ER بیاورد تا دوباره وارد شود. همچنین بیماران را به گزینه‌ای برای یادگیری نحوه جایگزینی لوله‌ها پیشنهاد می‌دهیم، هر چند که بسیاری از آنها نگران هستند و ترجیح می‌دهند دوباره به مطب برگردند. لوله را با سپر بالون داخلی هر چهار ماهه جایگزین می‌کنیم، زیرا توانایی بالون در طول زمان کاهش می‌یابد.

اگر لوله PEG در مدت کمتر از ۴ هفته قرار داشته باشد و معده به دیواره شکم نچسبد، وقتی که لوله خارج شود، معده از دیواره سقوط می‌کند، و حفره در معده باز می‌شود. سوراخ ایجاد شده بیمار را در معرض خطر نشت در حفره شکم و عفونت مرتبط قرار می‌دهد. علاوه بر این، اگر معده به دیواره نچسبیده باشد، یک لوله جدید نمی‌تواند با خیال راحت از طریق شکاف شکم عبور و به معده منتقل شود. این نتیجه می‌تواند در نوک لوله نشسته در حفره شکمی به جای معده، مشخص شود. در عوض بیمار باید در بیمارستان بستری شود، از آنتی بیوتیک شروع کند و عوارض عفونی را مشاهده کند. استفاده از جراحی گاهی لازم است.

این اصول برای جداسازی لوله‌های g، لوله PEG، لوله PEJ و PEG-J استفاده می‌شود. یکی دیگر از عواملی که باید در رابطه با PEG-J مورد توجه قرار گیرد، جایگزینی زود هنگام روده کوچک است که می‌تواند به صورت اندوسکوپی یا تحت هدایت اشعه ایکس انجام شود.

دستگاه‌های کم مشخصات

اگر یک بیمار نیاز به PEG یا PEJ درازمدت داشته باشد، زمانی که زمان برای جایگزینی اولین لوله باشد، ممکن است یک نامزد برای یک دستگاه کم مشخصات (دکمه گاستروستومی) باشد. برخلاف استاندارد لوله‌های G یا J دستگاه کم مشخصات بر روی سطح پوست قرار می‌گیرد. کاربرد در طول تغذیه لوله تکمیلی را به دستگاه کم مشخصات متصل می‌کند. این دستگاه شامل یک لوله کوتاه (۱ تا ۵ سانتیمتر) با یک بادکنک قابل باد کردن یا یک بالش قارچی در یک طرف (در داخل معده یا روده) و یک پورت تغذیه محدود در انتهای دیگر است.

اگرچه دستگاه کم مشخصات اغلب مطلوب‌تر است، معمولاً به عنوان لوله اولیه در بزرگسالان قرار نمی‌گیرد. در عوض، یک لوله استاندارد قرار می‌گیرد. این دو تا سه ماه بعد (بعد از اینکه دستگاه به بلوغ رسید) برداشته شده و با یک دستگاه کم مشخصات جایگزین می‌شود. این روش ترجیح داده می‌شود زیرا تخمین فاصله بین معده بیمار و خارج از

لوله تغذیه و شرایط شناخته شده برای آن‌ها

دیواره شکم دشوار است. با داشتن لوله استاندارد در محل، ابتدا ما می‌توانیم این اندازه‌گیری را انجام دهیم و لوله‌ای کم‌مشخصات با اندازه مناسب را سفارش دهیم. اندازه مناسب مهم است زیرا اگر لوله خیلی تنگ باشد می‌تواند یک زخم در معده ایجاد کند که منجر به جدا شدن لوله می‌شود و اگر لوله بیش از حد شل است می‌تواند محتویات معده نشت و به سطح پوست راه پیدا کند.

خلاصه

لوله‌های تغذیه را می‌توان به صورت جراحی، آندوسکوپی یا رادیوگرافی قرار داد. در اکثر بیمارستان‌ها، رویکرد آندوسکوپی اولین انتخاب است، زیرا آن حداقل آسیب‌رسانی ایجاد شده و در دسترس است.

هنگامی که یک لوله تغذیه از طریق پوست آندوسکوپی قرار می‌گیرد، آن به نام آندوسکوپی-گاستروستومی (PEG)، یجونوستومی (PEJ) یا گاستروژنوستومی (PEG-J) یا (JET-PEG) نامیده می‌شود.

لوله‌های قبل از دریچه در معده ختم می‌شوند در حالی که لوله‌های پس از دریچه در روده کوچک خاتمه می‌یابند. لوله‌های پس از دریچه زمانی استفاده می‌شود که جراحی قبلی معده مانع قرار دادن یک لوله گاستروستومی می‌شود، و زمانی که یک بیمار قادر به تحمل لوله تغذیه داخل معده به علت تخلیه معده نیست.

انتخاب PEJ در مقابل PEG-J بستگی به عوامل مختلفی دارد، از قبیل حضور یک PEG از پیش موجود، به یک لوله تغذیه واحد برای تخلیه معده و تغذیه روده، و تخصص موجود برای لوله تعیین سطح نیاز است.

هنگامی که یک لوله تغذیه مجزا برای تغذیه در روده کوچک مورد نیاز است، PEJ اغلب ترجیح داده می‌شود چون لوله تغذیه روده کوچک PEG-J تمایل دارد دوباره به معده برسد یا مسدود شود.

دستگاه‌های کم‌مشخصات باید به عنوان یک لوله تغذیه جایگزین در بیمارانی که نیاز به دسترسی درازمدت درونی دارند، استفاده شود.

اگر یک لوله تغذیه تخلیه شود، بیمار باید به مراقبت‌های پزشکی فوری مراجعه کند. یک لوله بلند مدت می‌تواند به راحتی در بستر جایگزین شود، اما این باید در اسرع وقت انجام شود تا از بسته شدن دستگاه جلوگیری شود. یک لوله تغذیه جدید (کمتر از چهار هفته) نمی‌تواند در کنار بستر جایگزین شود و اختلال می‌تواند به عوارض جدی تر منجر شود.

لوله تغذیه و شرایط شناخته شده برای آنها

