

ANELÄK Sondmatningsrutiner på IVA

Målsättning

- Att ge patienterna så mycket sondnäring de behöver och tål så tidigt / säkert som möjligt. Starta tidigt, om kontraindikationer saknas, även om tarm ljud inte hörs.
- Enteral nutrition ges inte till medvetandesänkt eller sederad patient som ventileras non-invasivt.
- Stoppa sondtillförsel ca 3 timmar före planerad extubation/dekanylering.

Tillbehör / Sondnäring

Sond:	Starta med ventrikelsond och byt till nutritionssond 8-10 Fr när matning 50 ml/t fungerar.
Tider:	06.00 – 06.00
Sondnäring:	Isosource Protein Novasource GI Control – vid diarréer, behandlingstid 5-7 dygn innan utvärdering
Spruttyp/storlek:	Sondspruta, 60 ml till retentionskontroll/munvård och sköljning efter läkemedels-administration. Sprutan spolas med rent vatten efter varje användning. Byts 1 gång/dygn 20 ml luer-spruta för läkemedelsadministration, ny spruta vid varje användning.

Genomförande

Aseptisk hantering:	Basal handhygien
Patientläge:	30 – 45° höjd huvudända
Sondnedsättning:	Mät ut hur långt sonden skall nedföras (processus xifoideus – nästipp – örsnibb) och lägg till 10-15 cm när näringssond används. Önskvärt är också att måttangivelse anges för hur långt sonden är nedsatt och att en markering görs på sonden vid näsöppningen med permanent tuschpenna.
Sondmatningspump:	Används alltid vid kontinuerlig tillförsel.



- Aggregatbyten:** En gång/dygn, vid första påsbytet efter 06.00 och vid avbruten tillförsel mer än 6 timmar.
- Matningshastighet:** Starthastighet i normalfallet 10 ml/timme, eventuellt mer hos bukfrisk, stabil patient (läkare ordinerar). Om varje 6 timmars retentionskontroll är mindre än 100 ml så ökas timhastigheten med 10 ml tills ordinerat kalorimål uppnåtts.
- Retentionskontroll:** Görs var 6:e timma
Aspirera manuellt med 60 ml:s spruta tills inget mer kan aspireras. Töm sprutan vid behov och fortsätt. Innehållet i den sista sprutan kan sprutas tillbaka, övrig retention kastas. Avsluta när 200 ml aspirerats. Dokumentera den aspirerade mängden på "Observationsbladet" under "Ventrikel" tillsammans med uppskattning av kaloriförlusten.
Vid **mindre än 100 ml**:s utbyte – öka matningshastigheten/timme med 10ml.
Vid **100 – 200 ml**:s utbyte – bibehåll oförändrad matningshastighet/timme.
Vid **över 200 ml**:s utbyte – stäng sonden & gör **uppehåll i 6 timmar** följt av en **ny retentionskontroll**. Om denna är max 200 ml starta med den senast inställda matningshastigheten.
Är ventrikelretentionen över 200 ml – fortsatt tarmvila och invänta läkarbeslut.
Om patienten "ulkar" eller uppvisar andra **symtom på överfull magsäck** avbryt tillförseln och koppla sonden till påse. Gör ny aspirationskontroll.
I samband med retentionskontrollerna görs en översiktlig kaloriberäkning & tillförseln av annan **pågående näringstillförsel justeras** (TPN mer...mindre?) mot det ordinerade kalorimålet. När patienten är fullnutrierad & den kliniska situationen är stabil utförs retentionskontroll 1 gång/dygn, kl 06.00.



TARM- och VENTRIKELFUNKTION

- Motilitets-
befrämj-
ande:** **Inj Primperan 10 mg x 3 iv.** – Ges rutinmässigt från **dag 1**, reducera vid njursvikt.
Inf Erytromycin 100 – 200 mg x 3 x I iv – I andra hand, undviks av mikrobiologiska skäl.

Om näringstillförseln till magsäcken trots allt inte fungerar kan jejunumkateter, nedlagd med röntgens hjälp, övervägas.
- Tarm-
regler-
ande:** **Movikol 1 påse x 1** - Ges rutinmässigt från **dag 2**. Öka till x 3 vb.
Katrinplomondryck 100 ml x 1-2 - Övervägs när pat är fullnutrierad enteralt.
Mixt. Laktulos 15-30 ml x 2-3 - Övervägs från dag 3 om ovan inte fungerar.
- Laxantia:** **Drp. Cilaxoral 10-15 st x 1.** - Ges rutinmässigt från **dag 2**.
Klyx 120 ml x 1-2 - Övervägs från dag 3
Inj Relistor 0,4-0.6 ml x 1 (-4) sc. – Vid förstoppning orsakat av Morfin, ½ dos vid njursvik
- Pro-
biotika:** Semper magdroppar (BioGaia) 5 drp/dygn - övervägs vid diarré, ges ej vid pancreatit eller till uttalat instabil patient.
- Ulcus-
profylax
till patient
med sond-
tillförsel:** **T/inj Nexium 20/40 mg x 1 iv** till riskpatienter (koagulationsrubbade och blödningsbenägna, uremiker, skallskadade och patienter som står på kortison/NSAID eller tidigare haft ulcus/står på syrahämmare). Se särskilt Dokument "[Ulcusprofylax](#)".
Tablett ska ges istället för injektion så snart detta är möjligt.

Ansvarsfördelning

Läkare ordinerar:

- start av sondnäring och starthastighet
- typ av sondnäring
- läkemedels- och substitutionsterapi enligt ovan
- kalorimål.

Sjuksköterskor sköter:

- kontroller
- ändrar matningshastighet enligt schema
- reducerar ev TPN eller sondmat så att det ordinerade kalorimålet uppnås