

« تغذیه کامل وریدی »

هنگامی کاربرد دارد که نمیتوان نیازهای لازم جهت رشد طبیعی کودک را از طریق دستگاه گوارش تامین نمود.

◀ به طور کلی ابتدا TPN را از طریق ورید محیطی انجام میدهند و هنگامی که دستیابی به ورید محیطی امکان نداشت از ورید مرکزی استفاده میشود.

◀ بیمارانی که به TPN طولانی مدت نیاز دارند از ابتدا TPN از طریق ورید مرکزی استفاده میشود. TPN محیطی بر مبنای محلول دکستروز ۱۰ تا ۱۲.۵ درصد همراه با محلول اسیدهای آمینه ۵ تا ۱۰ درصد استوار است.

نکته: به علت عدم مصرف انرژی جهت اثر گرمایی غذا خوردن در محاسبه مقدار انرژی لازم برای روش داخل وریدی، تقریباً ۱۰٪ کمتر از روش گوارشی در نظر گرفته میشود.

◀ تفاوت TPN مرکزی با TPN محیطی عمدتاً در غلظت دکستروز است که معمولاً در مرکزی حداکثر ۲۰٪ و در محیطی ۱۰ - ۱۲.۵٪ میباشد.

◀ ارزیابی آزمایشگاهی پیش از شروع TPN و هفته ای یکبار در طی انفوزیون انجام میشود که شامل اندازه گیری قند خون، BUN، کراتینین، کلسیم، فسفر، منیزیم، بیلروبین، آلومین، آنزیم های کبدی و تری گلیسیریدها میباشد.

نکته: تجویز طولانی مدت تغذیه وریدی یا غیر خوراکی برای شیرخواران کم سن و سال ممکن است منجر به تاخیر تکامل رفتاری گردد. علت آن تا حدی ناشی از آن است که شیرخوار الگوهای تکامل غذا خوردن از راه دهان را طی

می‌کند. ارضاء حس مکیدن توسط پستانک ممکن است از این عارضه جلوگیری کند.

« اقدامات پرستاری از کودک تحت درمان با TPN »

- ❖ برای اطمینان محلول TPN به وسیله یک پمپ انفوزیون به بیمار داده شود.
- ❖ هنگامی که بیمار مایعات TPN را دریافت میکند پرستار باید I/O را به طور دقیق ثبت نماید.
- ❖ توزین روزانه کودک عامل مفیدی برای ارزیابی افزایش وزن است.
- ❖ هنگامی که محلول TPN حاوی الکترولیت‌ها است افزایش یا کاهش الکترولیت‌ها کنترل شود.
- ❖ ادرار از نظر گلوکز و وزن مخصوص کنترل شود چون تغذیه مداوم گلوکز غلیظ باعث دیورز اسموتیک و گلوکزوری میشود.
- ❖ علائم حساسیت کودک نسبت به پروتئین به وسیله پرستار بررسی شود.
(سردرد، تهوع و استفراغ و نیز درد شکمی)

را حله رعیتی

کارشناس پرستاری