

Retentionskontroll vid enteral nutrition via nasogastrisk sond

Gäller för: Region Kronoberg

Retentionskontroller och åtgärder utifrån dessa innebär ofta att minskad mängd sondnäring tillförs och därför bör alla åtgärder bedömas i relation till kliniska besvär/symptom.

Retention ska endast göras på nasogastrisk (ventrikel) sond, dvs inte på PEG eller sond som ligger i tunntarm. Patienter som äter och har sondmat som komplement behöver inte kontrolleras med avseende på retention.

Grundregel är att retention alltid ges tillbaka utom vid kliniska tecken till retention.

Kliniska tecken till retention

- Kraftigt illamående
- Kvälningar, utspänd buk
- Obehag/smärta från buken
- Kräkningar eller sondmat i munnen
- Aspiration av sondmat i aspirationskanalen på tub/track

Utförande

Använd retentionskontrollaggregat. Dessa används framförallt under de första 72 timmarna efter uppstart med sondmat. Hållbarhetstid på aggregaten är 24 timmar. Alternativt: Använd sondspruta och aspirera från sonden.

Retention <500 ml

Om retentionskontrollen är under 500 ml – ge tillbaka retentionen och fortsatt som ordinerat, ny kontroll efter 4 timmar.

När nutritionen pågått med retentioner under 500ml i 72 timmar kan retentionskontrollerna upphöra.

Om patienten får kliniska besvär påbörjas förnyade retentionskontroller.

Retention >500 ml

Om retentionskontrollen är över 500 ml gör följande:

1. Ge tillbaka retentionen. Om det är möjligt - lägg patienten i höger sidoläge i minst 30 minuter.
2. Kontrollera om retentionen efter 2 timmar.
3. Om det fortfarande är över 500 ml stäng av sondmaten.
4. Kontrollera varannan timme och starta sondmaten när retentionen är under 500 ml.
5. Värdera insatta prokinetiska läkemedel eller behov av sådana
6. Om ihållande retention > 500 ml. Överväg gastropares och använd nutritionssond som läggs i tarmen.
7. Fundera över läkemedel och förhållanden som bidrar till motilitetsstörningar ex. opioider, alfa2-receptoragonister, katekolaminer, elektrolytrubbningar (hypo-kalemi/hypo-magnesiemi) samt övervätskning.
8. Det finns en dygnsvariabilitet i ventrikeltömningen, men upprepade retentioner >250 ml är en markör för nedsatt tömning.
9. Vid ileus använd TPN.

Exempel på prokinetiska läkemedel:

- Primperan (5 mg/ml) 2 ml x 3 iv
- Naloxonehydroklorid (1 mg/ml) 3 ml x 3 ps
- Inf Abboticin 250 mg x 3 iv

RETENTIONEN SKALL ALLTID GES TILLBAKA UTOM VID KLINISKA TECKEN TILL RETENTION.

Vid kliniska tecken till retention

1. Stäng av sondmaten, kontrollera retentionen och släng bort den.
2. Notera mängden på övervakningskurvan.
3. Lämna sonden öppen och nedhängande.
4. Avvakta 4 timmar.

Giltig fr.o.m: 2020-08-24

Giltig t.o.m: 2023-08-19

Identifierare: 89937

Retentionskontroll vid enteral nutrition via nasogastrisk sond



Efter 4 timmar:

- Om patienten mår bra starta sondmaten på nytt med 20 ml/h. Ny retentionskontroll efter 4 timmar.

Om patienten inte mår bra avvakta med sondmat ytterligare 4 timmar och upprepa kontrollen.

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare