



**FRESENIUS
KABI**

Fresenius Kabi AG

61346 Bad Homburg

Germany

Tel. +49 (0) 61 72 / 686-0

www.fresenius-kabi.com



CE0123

STERILE EO



REF 7755645

de - Freka® FKJ-Set CH/FR 9, ENFit.

zur postoperativen, enteralen Ernährung über eine Feinnadel-Katheter-Jejunostomie. **Nur zur enteralen Anwendung.**

en - Freka® FCJ Set FR 9, ENFit.

for post-operative enteral nutrition using a fine needle/catheter jejunostomy. **For enteral use only.**

fr - Freka® FKJ Set CH/FR 9, ENFit.

pour alimentation entérale postopératoire au moyen d'une jejunostomie avec cathéter à aiguille fine. **Uniquement par voie entérale.**

bg - Комплект Freka® FCJ FR 9 ENFit.

за следоперативно ентерално хранене чрез тънкоиглова/катетърна йеюностомия. **Само за ентерално приложение.**

cs - Sada Freka® FCJ FR 9, ENFit.

pro pooperační enterální výživu pomocí jemné jehlové/katetrové jejunostomie. **Pouze pro enterální použití.**

da - Freka® FKJ Set FR 9, ENFit.

til postoperativ, enteral ernæring via en finnål-kateter-jejunostomi. **Kun til enteral anvendelse.**

el - Σετ Freka® FCJ FR 9, ENFit.

Για μετεχειρηρτική εντερική αίσθηση με καθετήρα νηστιδοστομίας λεπτής βελόνης. **Μόνο για εντερική χορήγηση.**

es - Freka® FCJ Set CH/FR 9, ENFit.

para la alimentación enteral post-operatoria después de realizar la yeyu nostomía con catéter de aguja fina. **Solo para uso enteral.**

fi - Freka® FKJ Set FR 9, ENFit.

leikkauksen jälkeiseen, enteraaliseen ruokintaan menetelmänä ohutneulaisella katetrilla suoritettava jejunostomia. **Ainoastaan enteraaliseen ravitsemukseen.**

hr - Komplet Freka® FCJ FR 9, ENFit.

za enteralnu prehranu nakon operacije putem jejunostomije pomoću tanke igle/katetera. **Samo za enteralnu upotrebu.**

hu - Freka® FCJ Set FR 9, ENFit.

posztoperatív enterális táplálásra finom-tűs/katéteres jejunosztomia használatával. **Csak enterális alkalmazásra.**

is - Freka® FCJ-sett FR 9, ENFit.

fyrir næringargjöf í meltingarveg að aðgerð lokinni með finni nál/ásgarnarlaufunarhollegg. **Aðeins til notkunar í meltingarvegi.**

it - Freka® FCJ Set CH/FR 9, ENFit.

per l'alimentazione enterale post-operatoria tramite digiunostomia con catetere ad ago fine. **Esclusivamente per uso enterale.**

nl - Freka® FCJ-set FR 9, ENFit.

voor postoperatieve, enterale voeding via jejunostomie met een katheter met een fijne naald. **Alleen voor enteraal gebruik.**

no - Freka® FCJ-sett FR 9, ENFit.

for postoperativ enteral ernæring ved bruk av jejunostomi med fin nål / kateter. **Kun for enteral bruk.**

pl - Zestaw Freka® FCJ FR 9, ENFit.

do pozabiegowego żywienia dojelitowego przez jejunostomię cienkoigłową/z zastosowaniem cewnika. **Wyłącznie do zastosowania dojelitowego.**

pt - Freka® FCJ Set CH/FR 9, ENFit.

para a nutrição entérica pós-operatória através de uma jejunostomia por cateter de agulha fina. **Apenas para uso entérico.**

ro - Set Freka® FCJ FR 9, ENFit.

pentru nutriție enterală postoperatorie, utilizând jejunostomia cu ac fin/kateter. **Doar pentru utilizare enterală.**

ru - Комплект для TKE Freka® CH 9, ENFit.

для послеоперационного энтерального питания посредством тонкоигольной катетерной еюностомии (TKE) использования. **Только для энтерального использования.**

sk - Súprava Freka® FCJ Set FR 9, ENFit.

na pooperačnú enterálnu výživu prostredníctvom jejunostómie s jemnou ihlou/katétrom. **Len na enterálne použitie.**

sl - Sistem Freka® FCJ FR 9, ENFit.

za pooperaativno enteralno hranjenje z uporabo jejunostome s tanko iglo/katetrom. **Samo za enteralno uporabo.**

sv - Freka® FCJ Set FR 9, ENFit.

För postoperativ enteral nutrition med jejunostomi med en tunn nål/kateter. **Endast för enteral användning.**

tr - Freka® FCJ Seti FR 9, ENFit.

ince iğneli/kateter jejunostomisi kullanılan post-operatif enteral beslenme için **Sadece enteral kullanımlı için.**

de - Gebrauchsinformation
en - Instruction for use
fr - Mode d'emploi
bg - Инструкции за употреба
cs - Návod k Použití
da - Brugsanvisning

el - Οδηγίες Χρήσης
es - Instrucciones de uso
fi - Käyttöohje
hr - Upute za uporabu
hu - Használati Utasítás
is - Notkunarleiðbeiningar

it - Istruzioni per l'uso
nl - Gebruiksaanwijzing
no - Bruksanvisning
pl - Instrukcja obsługi
pt - Instruções de utilização
ro - Instrucțiunile de Utilizare

ru - Инструкция по применению
sk - Návod na použitie
sl - Upute za uporabu
sv - Bruksanvisning
tr - Uygulama kullanmak için

de - Freka® FKJ-Set CH/FR 9, ENFit.	Abbildungen siehe Innenseite	7-8
en - Freka® FCJ Set FR 9, ENFit.	Pictures - see inside	8-9
fr - Freka® FKJ Set CH/FR 9, ENFit.	Illustrations : voir page intérieure	9-11
bg - Комплект Freka® FCJ FR 9 ENFit.	За илюстрации вж. вътре	11-12
cs - Sada Freka® FCJ FR 9, ENFit.	Obrázky – viz uvnitř	12-13
da - Freka® FKJ Set FR 9, ENFit.	Billeder – se indeni	13-15
el - Σετ Freka® FCJ FR 9, ENFit.	Εικόνες – βλ. εντός	15-16
es - Freka® FCJ Set CH/FR 9, ENFit.	Imágenes: ver el interior	16-18
fi - Freka® FKJ Set FR 9, ENFit.	Kuvat – katso sisäpuoli	18-19
hr - Komplet Freka® FCJ FR 9, ENFit.	Slike – pogledajte unutrašnjost	19-20
hu - Freka® FCJ Set FR 9, ENFit.	A képek belül találhatók.	21-22
is - Freka® FCJ-sett FR 9, ENFit.	Myndir – sjá innihald	22-23
it - Freka® FCJ Set CH/FR 9, ENFit.	Immagini vedere all'interno	23-25
nl - Freka® FCJ-set FR 9, ENFit.	Afbeeldingen – zie binnenin	25-26
no - Freka® FCJ-sett FR 9, ENFit.	Bilder – se inni	26-28
pl - Zestaw Freka® FCJ FR 9, ENFit.	Ilustracje wewnątrz.	28-29
pt - Freka® FCJ Set CH/FR 9, ENFit.	Imagens – ver no interior	29-30
ro - Set Freka® FCJ FR 9, ENFit.	Imagini – a se vedea interiorul	31-32
ru - Комплект для TKE Freka® CH 9, ENFit.	Иллюстрации (см. внутри)	32-33
sk - Súprava Freka® FCJ Set FR 9, ENFit.	Obrázky sú vo vnútri.	34-35
sl - Sistem Freka® FCJ FR 9, ENFit.	Za slike glejte dokument	35-36
sv - Freka® FCJ Set FR 9, ENFit.	Bilder – se insidan	36-37
tr - Freka® FCJ Seti FR 9, ENFit.	Resimler – içine bakın	38-39



de - Dieses Produkt ist zur einmaligen Verwendung bestimmt. Eine Wiederverwendung stellt ein potentielles Patientenrisiko oder eine Infektionsgefahr für den Anwender dar. Eine Kontamination des Produktes kann zu einer Verletzung, Krankheit oder Tod des Patienten führen. Eine Aufbereitung kann die Integrität des Medizinproduktes beeinträchtigen. / **en** - This product is for single use only. Reuse creates a potential risk of patient or user infection. Contamination of the device may lead to injury, illness or death of the patient. Reprocessing may compromise the structural integrity of the device. / **fr** - Ce produit est à usage unique. Une réutilisation de celui-ci crée un risque d'infection pour le patient ou pour l'utilisateur. La contamination de ce produit peut engendrer des blessures, maladies, voire la mort du patient. Une réutilisation peut compromettre l'intégrité du produit. / **bg** - Този продукт е предназначен само за еднократна употреба. Повторната му употреба може да породи риск от инфекция. Замяряването на продукта може да доведе до нараняване, заболяване или смърт на пациента. Предварителна обработка може да повлияе на целостта на медицинското устройство. / **cs** - Tento produkt je určen k jednorázovému použití. Opätovné použití produktu predstavuje potenciální riziko pro pacienta, případně hrozí nebezpečí náhly uživatele. Kontaminace produktu by mohla vést k poranění, onemocnění nebo smrti pacienta. Příprava může mít vliv na integritu daného lékařského produktu. / **da** - Dette produkt er beregnet til engangsbrug. Genanvendelse indebærer en potentiel risiko for patienten eller infektionsfare for brugeren. Hvis produktet er kontamineret, kan det medføre personskaade, sygdom eller død for patienten. Oparbejdning kan begrænse medicinalproduktets integritet. / **el** - Αυτό το προϊόν προορίζεται μόνο για μία χρήση. Τυχόν επανόληψη χρήσης μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τον ασθενή ή να δημιουργήσει κίνδυνο μόλυνσης του χειριστή. Εάν το προϊόν περιέχει ακαθαρσίες, υπάρχει κίνδυνος τραυματισμού, ασθένειας ή θανάτου του ασθενή. Η επεξεργασία μπορεί να επηρεάσει την ακεραιότητα του φαρμακευτικού προϊόντος. / **es** - Este producto es de usar y tirar. Su reutilización supone un riesgo para los pacientes o un peligro de infección para el usuario. La contaminación del producto puede causar lesiones, enfermedades o incluso la muerte del paciente. Su manipulación puede limitar la integridad del producto médico. / **fi** - Tuote on kertakäyttöinen. Uudelleenkäyttö voi vaarantaa potilaan turvallisuuden tai aiheuttaa käyttäjälle infektiota. Tuotteen kontaminaatio voi johtaa potilaan vammaan, sairastumiseen tai kuolemaan. Puhdistaminen voi heikentää lääkinällisen tuotteen rakennetta. / **hr** - Ovaj proizvod namijenjen je za jednokratnu upotrebu. Ponovno korištenje proizvoda predstavlja potencijalni rizik za pacijenta ili opasnost od infekcije za korisnika. Kontaminacija proizvoda može dovesti do ozljeđivanja, bolesti ili smrti pacijenta. Čišćenje proizvoda može naškoditi ispravnosti medicinskog proizvoda. / **hu** - A termék egysezeri használatra szánták. Ismételt felhasználása a páciens számára kockázatos, a termék alkalmas személy számára pedig fertőzésveszélyt jelenthet. A termék kontaminációja a páciens sérülését, megbetegedését vagy halálát okozhatja. A termék előkészítése az orvostechnikai eszköz épségét hátrányosan befolyásolhatja. / **is** - Þessi vara er einnota. Endurtekin notkun felur í sér hugsanlega hættu fyrir sjúklinginn eða sýkingarhættu fyrir notandann. Öreinkun vörunnar getur leitt til meiðsla, sjúkdóma eða dauða sjúklingsins. Endurvinnsla getur spilt eiginleikum þessarar lækningavöru. / **it** - Il presente prodotto è esclusivamente monouso. Un suo eventuale riutilizzo può compromettere la salute del paziente o esporre a rischio di infezione l'operatore. La contaminazione del dispositivo può portare a lesioni, malattie o morte del paziente. L'eventuale rigenerazione può compromettere l'integrità del dispositivo medico. / **nl** - Dit product is bestemd voor eenmalig gebruik. Hergebruik vormt een mogelijk risico voor de patiënt of levert infectiegevaar op voor de gebruiker. Infectie kan leiden tot letsels, ziekte of dood van de patiënt. Bewerking van het product kan de integriteit ervan negatief beïnvloeden. / **no** - Dette produktet er ment for engangsbruk. Gjennbruk medfører en potensiell risiko for pasienten eller en infeksjonsrisiko for brukeren. Kontaminering av produktet kan føre til skade eller sykdom hos pasienten eller også død. Behandling kan redusere medisinalproduktets integritet. / **pl** - Produkt jednorazowego użytku. W przypadku powtórzonego użycia może wystąpić zagrożenie dla pacjenta lub ryzyko zakażenia personelu. W następstwie skażenia produktu może dojść do uszczerbku na zdrowiu, choroby lub zgonu pacjenta. Przeróbki produktu medycznego mogą powodować utratę jego integralności. / **pt** - Este produto é para uma única utilização. Qualquer reutilização representa um risco potencial para o doente ou perigo de infecção para o utilizador. A contaminação do produto pode causar ferimentos, doenças ou a morte do doente. A reutilização pode pôr em causa a integridade deste dispositivo médico. / **ro** - Acest produs este de unică folosință. Reutilizarea sa reprezintă un risc potențial pentru pacient sau un pericol de infectare pentru utilizator. Contaminarea produsului poate produce lezarea, îmbolnăvirea sau moartea pacientului. Reprocesarea poate compromite integritatea structurală a dispozitivului medical. / **ru** - Этот продукт предназначен для одnorазового использования. Повторное использование представляет потенциальный риск для пациента или опасность инфицирования. Бактериальное загрязнение продукта может привести к ухудшению самочувствия, болезни или смерти пациента. Предварительная подготовка может негативно повлиять на чистоту медицинского продукта. / **sk** - Tento výrobok je určený na jedno použitie. Jeho opätovné použitie predstavuje možné riziko pre pacienta a tiež nebezpečenstvo infekcie pre používateľa. Kontaminácia výrobku môže mať za následok poranenie, ochorenie alebo smrť pacienta. Úprava medicínskeho výrobku môže ovplyvniť jeho konštrukčnú integritu. / **sl** - Izdelek je namenjen enkratni uporabi. Ponovna uporaba predstavlja tveganje za bolnika oz. nevarnost okužbe za uporabnika. Posledice kontaminacije izdelka so lahko poškodba, bolezen ali smrt bolnika. Priprava medicinskega pripomočka lahko povzroči, da le-ta ni več neporečen. / **sv** - Denna produkt är endast avsedd för engangsbruk. Om produkten återanvänds innebär det en potentiell risk för patienten eller infektionsrisk för användaren. Om produkten kontamineras kan det leda till att patienten skadas, insjuknar eller dör. Bearbetning av den medicintekniska produkten kan försämra produktens integritet. / **tr** - Bu ürün tek kullanımlıktır. Yeniden kullanılması, kullanıcının güvenliğini tehdit edebilir. Ürünün kontamine olması hastanın yaralanmasına, hastalanmasına veya ölümüne yol açabilir. Yeniden işleme ürünün güvenliğini tehdit edebilir.

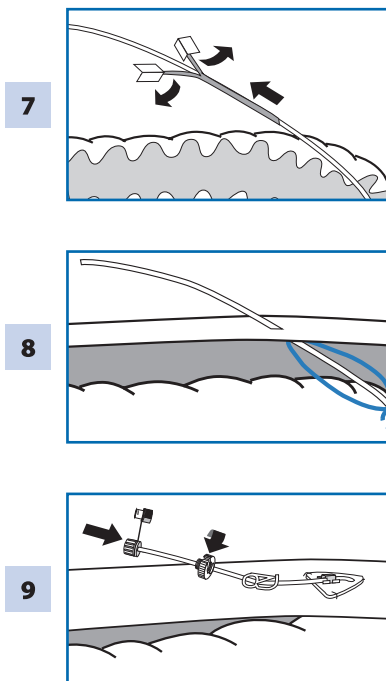
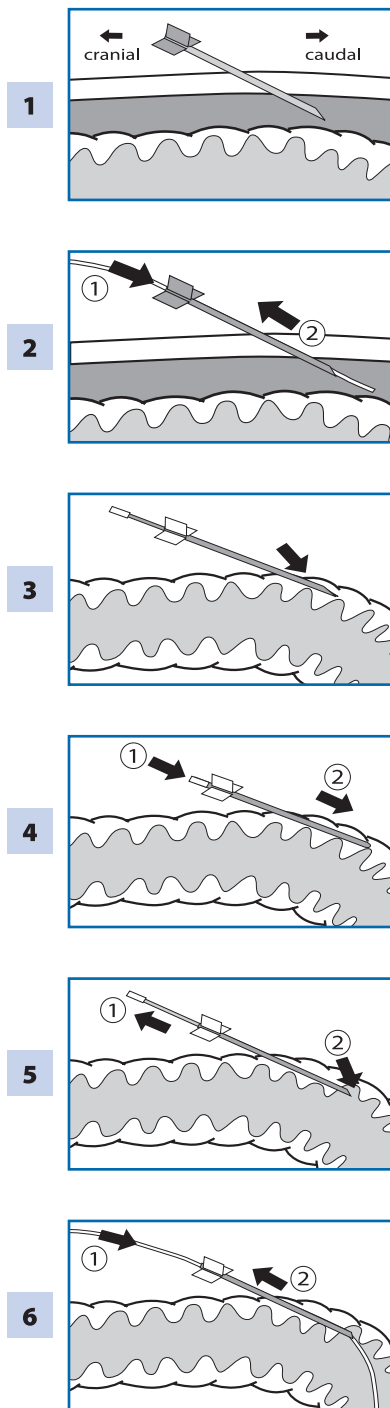


de - Nicht verwenden bei beschädigter Verpackung! / **en** - Do not use if package is damaged! / **fr** - Ne pas utiliser si l'emballage est détérioré! / **bg** - Да не се използва, ако опаковката е повредена. / **cs** - Nepoužívat je-li obal poškozen. / **da** - Må ikke anvendes, hvis pakningen er skadet! / **el** - Να μην χρησιμοποιηθεί εάν είναι ακεραία η συσκευασία! / **es** - ¡No utilizar si el envase está deteriorado! / **fi** - Ei saa käyttää, jos pakkaus on vahingoittunut! / **hr** - Ne upotrebljavati ako je pakiranje oštećeno! / **hu** - Ne használni, ha a csomagolás sérült. / **is** - Notist ekki ef umbúður er skemmdar. / **it** - Non utilizzare se la confezione è danneggiata! / **nl** - Niet gebruiken wanneer de verpakking beschadigd is! / **no** - Må ikke anvendes hvis pakningen er skadet! / **pl** - Nie stosować, jeśli opakowanie jest uszkodzone. / **pt** - Não utilizar se a embalagem estiver danificada! / **ro** - A nu se utiliza dacă ambalajul este deteriorat. / **ru** - Не использовать, если упаковка повреждена. / **sk** - Nepoužívať, ak je obal poškodený. / **sl** - Ne uporabljajte, če je ovojnina poškodovana! / **sv** - Får ej användas om förpackningen är skadad! / **tr** - Ambalaj hasarlıysa kullanmayın.

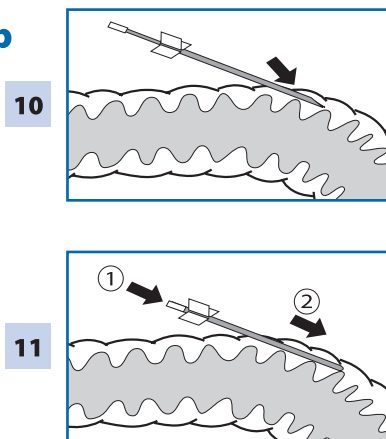


de - Schlauchlänge / **en** - tube length / **fr** - longueur du tube / **bg** - дължина на тръбата / **cs** - délka hadičky / **da** - slangelængde / **el** - μήκος σωλήνα / **es** - longitud del tubo / **fi** - putken pituus / **hr** - duljina crijeva / **hu** - csőhossz / **is** - lengd slöngu / **it** - lunghezza tubo / **nl** - slanglengte / **no** - Rørlengde / **pl** - długość rurki / **pt** - comprimento do tubo / **ro** - lungime tub / **ru** - длина трубки / **sk** - dĺžka hadičky / **sl** - dolžina cevke / **sv** - slanglängd / **tr** - tüp uzunluğu

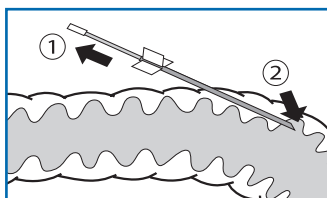
3a



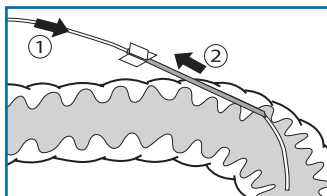
3b



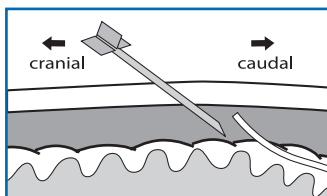
12



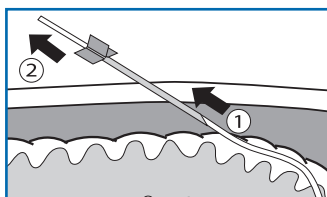
13



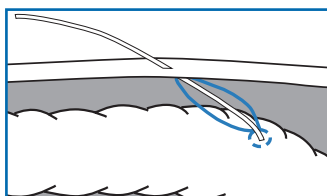
14



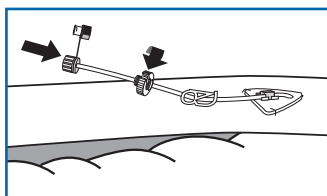
15



16

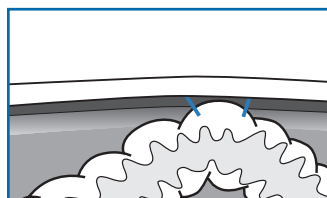


17

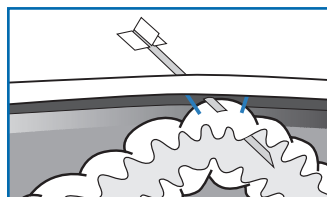


3c

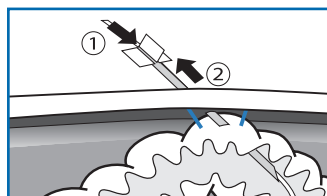
18



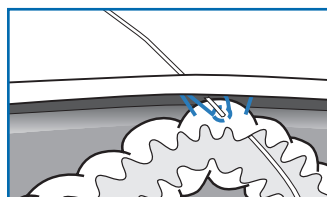
19



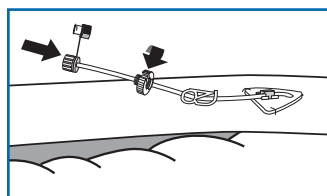
20



21



22



Bestandteile

(1 x 1 Stück)

- Lange Kanüle (weißer Griff) mit stumpfem Stahlmandrin zur Katheterisierung des Jejunums
- Kurze Kanüle (blauer Griff) zur Punktion der Bauchdecke
- Freka® Polyurethansonde
- CH 9, 75 cm lang
 - mit distaler Öffnung
 - Innendurchmesser 1,9 mm
 - Außendurchmesser 2,9 mm
 - mit Röntgenkontraststreifen und
 - Längenmarkierungen
- Freka® ENFIT-Ansatz für FKJ, bestehend aus:
 - Fixierschraube
 - ENFIT-Anschluss
- Freka® Halteplatte aus Silikonkautschuk
 - mit Schlauchklemme zur Fixierung
 - mit 2 kleinen Löchern zum Annähen an der Bauchdecke
- Freka® Schlauchklemme

Inhalt

1. Anwendungsgebiete
2. Kontraindikationen
3. Anwendungshinweise
4. Hinweise zur Versorgung der Punktionsstelle
5. Hinweise zur Sondenflege
6. Hinweise zur Arzneimittelapplikation
7. Hinweise zur Sondenernährung
8. Dauer der Anwendung
9. Hinweise zum Entfernen der Sonde
10. Bestellinformationen

1. Anwendungsgebiete

- Frühe postoperative intrajejunale Langzeiternährung nach
- Laparotomie oder
 - Laparoskopie.

2. Kontraindikationen

Absolute Kontraindikationen

- Distale gastrointestinale Obstruktion
- Darmatonie
- Peritonitis
- Blutgerinnungsstörungen
- Sepsis

Relative Kontraindikationen

- Immunsuppression
- Strahlenenteritis
- Pankreatitis
- Morbus Crohn (Risiko der Fistelbildung)
- Aszites
- Peritonealkarzinose

3. Anwendungshinweise

- Nach Abschluss des operativen Eingriffs die optimale Eintrittsstelle der Sonde in den Darm und den Punkt für die transkutane Eintrittsstelle der Sonde in der linken Oberbauchseite wählen.

1) Laparotomie mit Splittkanüle

- Mit der blauen Kanüle die Bauchdecke von kranial nach kaudal schräg durchstechen (Abb. 1).
- Die Sonde wird von außen nach innen durch die Splittkanüle in den Bauchraum geführt.
- Dann die Splittkanüle zurückziehen (Abb. 2).
- Antimesenterial in die Darmwand in der Nähe des Treitz-Bands einstechen (die Sondenspitze sollte von der Flexura duodenojejunalis entfernt liegen).
- Hierzu die Jejunalschlinge anspannen und mit der weißen Kanüle bei zurückgezogenem Mandrin schräg bis in die Submucosa punktieren (Abb. 3).
- Nach Verschieben des stumpfen Mandrins ca. 5-10 cm zwischen den Darmwandschichten tunneln (Abb. 4).
- Den Mandrin entfernen und mit der Kanüle in das Darmlumen einstechen (Abb. 5).

- Die Sonde durch die Kanüle in das Darmlumen einschieben und unter digitaler Kontrolle so weit vorschieben, bis sie ca. 30 cm im Lumen liegt (Abb. 6).
- Die Splittkanüle über die Sonde zurückziehen und nach dem Splitten entfernen (Abb. 7).
- Mit auflösbaren Tabaksbeutelnähten, die zunächst als eingestülpte Nähte um die Einstichstelle geknotet werden und mit gleicher Nadel am parietalen Peritoneum als Anheftung dienen, die Eintrittsstelle der Sonde in die Darmwand abdichten sowie die Darmschlinge am parietalen Peritoneum befestigen (Abb. 8).
- Zusätzlich sollte der Darm einige Zentimeter oberhalb und unterhalb der Sondendurchtrittsstelle am Peritoneum angenäht werden, um einer Dislokation durch Rotation des Darms vorzubeugen.
- Die Sonde in die Führung der Halteplatte einlegen und mittels Klemmvorrichtung fixieren.
- Durch Annähen der Halteplatte auf der Bauchdecke ca. 1-2 cm neben der Eintrittsstelle die Sondenlage sichern (Abb. 9).
- Nach Anbringen der Schlauchklemme zunächst die Fixierschraube über die Sonde schieben.
- Anschließend den Metallstift des ENFIT-Anschlusses weitmöglichst in den Sondenschlauch stecken und mit der Fixierschraube sichern (Abb. 9).
- Die Schraubhilfe (äußerer gerillter Ring) nach unten abziehen und entfernen.

WICHTIGER HINWEIS

Die korrekte Sondenlage muss röntgenologisch überprüft werden.

2) Laparotomie ohne Splittkanüle

- Antimesenterial in die Darmwand in der Nähe des Treitz-Bands einstechen (die Sondenspitze sollte von der Flexura duodenojejunalis entfernt liegen).
- Hierzu die Jejunalschlinge anspannen und mit der weißen Kanüle bei zurückgezogenem Mandrin schräg bis in die Submucosa punktieren (Abb. 10).
- Nach Verschieben des stumpfen Mandrins ca. 5-10 cm zwischen den Darmwandschichten tunneln (Abb. 11).
- Den Mandrin entfernen und mit der Kanüle ins Darmlumen einstechen (Abb. 12).
- Die Sonde durch die Kanüle in das Darmlumen einschieben und unter digitaler Kontrolle so weit vorschieben, bis sie ca. 30 cm im Lumen liegt (Abb. 13).
- Die Kanüle über die Sonde zurückziehen und entfernen.
- Mit der blauen Kanüle die Bauchdecke von kranial nach kaudal schräg durchstechen (Abb. 14).
- Die Sonde vorsichtig an der scharfkantigen Kanülenspitze vorbei von innen nach außen durch die Kanüle führen (Abb. 15).
- Die Kanüle zurückziehen und entfernen.
- Mit auflösbaren Tabaksbeutelnähten, die zunächst als eingestülpte Nähte um die Einstichstelle geknotet werden und mit gleicher Nadel am parietalen Peritoneum als Anheftung dienen, die Eintrittsstelle der Sonde in die Darmwand abdichten sowie die Darmschlinge am parietalen Peritoneum befestigen (Abb. 16).
- Zusätzlich sollte der Darm einige Zentimeter oberhalb und unterhalb der Sondendurchtrittsstelle am Peritoneum angenäht werden, um einer Dislokation durch Rotation des Darms vorzubeugen.
- Die Sonde in die Führung der Halteplatte einlegen und mittels Klemmvorrichtung fixieren.
- Durch Annähen der Halteplatte auf der Bauchdecke ca. 1-2 cm neben der Eintrittsstelle die Sondenlage sichern (Abb. 17).
- Nach Anbringen der Schlauchklemme zunächst die Fixierschraube über die Sonde schieben.
- Anschließend den Metallstift des ENFIT-Anschlusses weitmöglichst in den Sondenschlauch stecken und mit der Fixierschraube sichern (Abb. 17).
- Die Schraubhilfe (äußerer gerillter Ring) nach unten abziehen und entfernen.

WICHTIGER HINWEIS

Die korrekte Sondenlage muss röntgenologisch überprüft werden.

3) Laparoskopie

- Die Darmschlinge an der Bauchdecke an 2 Stellen fixieren

(Abb. 18).

- Die Bauchdecke mit der längeren (weißen) Kanüle punktieren (Abb. 19).
- Dann den Darm punktieren.
- Die Sonde durch die Kanüle ca. 30 cm vorschieben.
- Dann die Kanüle zurückziehen (Abb. 20).
- Die Darmschlinge mit auflösbaren Tabaksbeutelnähten an der Bauchdecke fixieren, bis die Sonde nicht mehr sichtbar ist (Abb. 21).
- Die Sonde in die Führung der Halteplatte einlegen und mittels Klemmvorrichtung fixieren.
- Durch Annähen der Halteplatte auf der Bauchdecke (ca. 1-2 cm neben der Eintrittsstelle) die Sondenlage sichern (Abb. 22).
- Nach Anbringen der Schlauchklemme zunächst die Fixierschraube über die Sonde schieben.
- Anschließend den Metallstift des ENFIT-Anschlusses weitmöglichst in den Sondenschlauch stecken und mit der Fixierschraube sichern (Abb. 22).
- Die Schraubhilfe (äußerer gerillter Ring) nach unten abziehen und entfernen.

WICHTIGER HINWEIS

Die korrekte Sondenlage muss röntgenologisch überprüft werden.

4. Hinweise zur Versorgung der Punktionsstelle

- Mit einem Watteträger und Desinfektionsmittel die Punktionsstelle unter der Halteplatte säubern und gut trocknen, ohne die Halteplatte zu entfernen.
- Empfehlenswert ist eine Längenmarkierung der Sondenaustrittsstelle, um eine Dislokation frühzeitig zu erkennen.
- Punktionsstelle mit Komresse und Pflaster abdecken.

Die Punktionsstelle sollte in der ersten Woche nach Anlage mindestens 1 x täglich ärztlich kontrolliert werden.

WICHTIGER HINWEIS

Die Fäden der Halteplatte dürfen nicht entfernt werden, da die Sonde dann nicht mehr fixiert ist.

5. Hinweise zur Sondenflege

WICHTIGER HINWEIS

Die Sonde darf im Stoma nicht mobilisiert werden. Die Gefahr des Einwachsens besteht bei einer FKJ nicht.

Die Ernährungssonde muss vor und nach jeder Nahrungapplikation mindestens einmal täglich mit 20 ml lauwarmem Wasser durchgespült werden.

WICHTIGER HINWEIS

- *Ist die Sonde verstopft, darf sie unter keinen Umständen unter hohem Druck (kleinvolumige ENFIT Spritze, z. B. 2 oder 5 ml) oder mit einem Mandrin wieder durchgängig gemacht werden. Anderenfalls besteht die Gefahr einer Perforation des Sondenschlauches.*
- *Säurehaltige Flüssigkeiten, insbesondere Früchtees oder Obstsafts, werden nicht empfohlen. In Verbindung mit der Sondenernährung können diese ein Ausfließen von Nahrungsbestandteilen bewirken, was zum Verstopfen der Sonde führen kann.*

6. Hinweise zur Arzneimittelapplikation

Arzneimittel sollten möglichst in gelöster Form über den Zuspitzort am Überlebenssystem verabreicht werden. Zu bevorzugen sind flüssige Medikamente (als Tropfen oder Saft). Sollten Tabletten und Kapseln verabreicht werden, müssen diese zuvor sehr fein zermörsert und in Wasser aufgelöst werden – sofern die Wirkung des Medikaments dadurch nicht eingeschränkt wird.

Im Zweifelsfall sollte der behandelnde Arzt oder Apotheker konsultiert werden.

WICHTIGER HINWEIS

Die Sonde muss vor und nach jeder Medikamentengabe

mit 20 ml Wasser, vorzugsweise über eine 20 ml ENFit Spritze, gespült werden. Arzneimittel dürfen auf keinen Fall mit der Nahrung gemischt verabreicht werden.

7. Hinweise zur Sondenernährung

Mit der Nahrungsspeisung in den Dünndarm kann aus technischer Sicht sofort nach Anlage der Feinnadel-Katheter-Jejunostomie begonnen werden. In jedem Fall sollte die Nahrung anfangs einschleichend dosiert werden. Für die vorzugsweise anzuwendende pumpengesteuerte kontinuierliche Sondenernährung sind grundsätzlich die für diesen Zweck im Handel erhältlichen enteralen Ernährungspumpen einzusetzen.

WICHTIGER HINWEIS

Auf keinen Fall eine Infusionspumpe verwenden, die für die parenterale Applikation konzipiert ist (Verwechslungsgefahr).

8. Dauer der Anwendung

Im bisherigen Einsatz wurden mehrmonatige komplikationsfreie Liegezeiten der Sonde dokumentiert.

9. Hinweise zum Entfernen der Sonde

- Fixierfäden an der Halteplatte entfernen
- Sonde vorsichtig herausziehen
- Pflasterverband anlegen
- 12-stündige Nahrungskarenz einhalten.

In der Regel kann das Freka® FKJ-Set entfernt werden, ohne dass eine jejunokutane Fistel zurückbleibt.

10. Bestellinformationen

Freka® FCJ-Set CH 9, ENFit	
Stück	Artikel Nr.
1 x 1	7755645

Spritze für enterale Ernährung Freka® Connect ENFit/ProNeo		
Produktbezeichnung	Einheit	Artikelnr.
20ml	100 x 1	9000785

Spritze für enterale Ernährung Freka® Connect ENFit/ProNeo		
Produktbezeichnung	Einheit	Artikelnr.
20ml (medium box)	30 x 1	90007855
20ml (small box)	10 x 1	9000785XS
60ml	50 x 1	9000786
60ml (medium box)	30 x 1	90007865
60ml (small box)	10 x 1	9000786XS
100ml	30 x 1	9000787
100ml (small box)	10 x 1	9000787XS

Components

(1 x 1 piece)

- long cannula (white grip) with blunt steel mandrin for catheterisation of the jejunum
- short cannula (blue grip) for puncturing the abdominal wall
- Freka® polyurethane tube
 - FR 9, length 75 cm
 - with distal opening
 - internal diameter 1.9 mm
 - external diameter 2.9 mm
 - with radio-opaque strip and
 - length markings
- Freka® ENFit Connector for FCJ consisting of:
 - fixation screw
 - ENFit connector
- Freka® fixation plate made of silicone rubber
 - with tube clamp for fixation
 - with 2 small holes for sewing onto the abdominal wall
- Freka® tube clamp

Table of contents

1. Applications
2. Contraindications
3. Information for use
4. Aftercare instruction for the puncture site
5. Care instructions of the Feeding Tube
6. Application of medicine
7. Application of nutrition
8. Duration of use
9. Removing the Feeding Tube
10. Order information

1. Applications

Early post-operative long-term intrajejunal feeding after

- Laparotomy or
- Laparoscopy.

2. Contraindications

Absolute contraindications

- Distal GI tract obstruction
- Intestinal atony
- Peritonitis
- Blood clotting disorders
- Sepsis

Relative contraindications

- Immune suppression
- Radiation enteritis
- Pancreatitis
- Crohn's disease (risk of fistulation)
- Ascites
- Peritoneal carcinoma

3. Information for use

- After concluding the operation, select the ideal point of entry for the tube into the intestine and the transcutaneous point of entry for the tube in the upper left side of the abdomen.

1) Laparotomy

- with splitting cannula
- penetrate the abdominal wall diagonally with the blue cannula from cranially to caudally. (Fig. 1).
- The tube is guided into the gastric cavity from the outside inwards through the split cannula.
- Then withdraw the split cannula (Fig. 2).
- Puncture in the opposite direction of mesentery into the wall of the intestine beyond the ligament of treitz (the tip of the tube should be remote from the duodenojejunal flexure).
- Stretch the jejunal loop and puncture diagonally into the submucosa, use the white cannula with the withdrawn mandrin (Fig. 3).
- After extending the blunt mandrin, tunneling approx. 5-10 cm between the layers of the intestinal wall (Fig. 4).
- Remove the mandrin and use the cannula to puncture the lumen of the intestine (Fig. 5).
- Push the tube forwards through the cannula into the lumen of the intestine and slide forwards until it is approx. 30 cm into the lumen, with digital control (Fig. 6).
- Withdraw the split cannula through the tube and remove after splitting (Fig. 7).
- Using dissolvable purse-string sutures, which are first knotted around the puncture point as invaginated sutures and which serve as a temporary fastening at the parietal peritoneum with the same needle, seal off the entry point of the tube into the intestinal wall and attach the intestinal loop to the parietal peritoneum (Fig. 8).
- The intestine should also be sutured to the peritoneum a few centimetres above and below the point of entry of the tube in order to prevent dislocation due to rotation of the intestine.
- Insert the tube into the guidance of the fixation plate and fix it with the clamp.
- Secure the position of the tube by tacking the fixing plate on the abdominal wall about 1-2 cm from the entry point

(Fig. 9).

- After attaching the tube clamp, first push the fixing screw over the tube.
- Then push the metal pin of the ENFit connection as far as possible into the tube and secure it with the fixing screw (Fig. 9).
- Pull down the screw aid (external grooved ring) and remove it.

IMPORTANT NOTE

The correct position of the tube must be checked by X-ray.

2) Laparotomy without splitting cannula

- Puncture in the opposite direction of the mesentery into the wall of the intestine beyond the ligament of treitz (the tip of the tube should be remote from the duodenojejunal flexure).
- Stretch the jejunal loop and puncture diagonally into the submucosa, use the white cannula with the withdrawn mandrin (Fig. 10).
- After extending the blunt mandrin, tunneling approx. 5-10 cm between the layers of the intestinal wall (Fig. 11).
- Remove the mandrin and use the cannula to puncture the lumen of the intestine (Fig. 12).
- Push the tube forwards through the cannula into the lumen of the intestine and slide forwards until it is approx. 30cm into the lumen, with digital control (Fig. 13).
- Withdraw the cannula over the tube and remove it.
- Penetrate through the abdominal wall diagonally with the blue cannula from cranially to caudally (Fig. 14).
- Carefully guide the tube from the inside outwards through the cannula, past the sharp-edged tip of the cannula (Fig. 15).
- Withdraw the cannula and remove.
- Using dissolvable purse-string sutures, which are first knotted around the puncture point as invaginated sutures and which serve as a temporary fastening at the parietal peritoneum with the same needle, seal off the entry point of the tube into the intestinal wall and attach the intestinal loop to the parietal peritoneum (Fig. 16).
- The intestine should also be sutured to the peritoneum a few centimetres above and below the point of entry of the probe in order to prevent dislocation due to rotation of the intestine.
- Insert the tube into the guidance of the fixation plate and fix it with the clamp.
- Secure the position of the tube by tacking the fixing plate on the abdominal wall about 1-2 cm from the entry point (Fig. 17).
- After attaching the quick-release clamp, first push the fixing screw over the tube.

- Then push the metal pin of the ENFit connection as far as possible into the tube and secure with the fixing screw (Fig. 17).
- Pull down the screw aid (external grooved ring) and remove it.

IMPORTANT NOTE

The correct position of the tube must be checked by X-ray.

3) Laparoscopy

- Fix the intestinal loop to the abdominal wall at two places (Fig. 18).
- Puncture the abdominal wall with the longer (white) cannula (Fig. 19).
- Then puncture the intestine.
- Push the tube forward through the cannula approx. 30 cm.
- Withdraw the cannula (Fig. 20).
- Attach the intestinal loop to the abdominal wall with dissolvable purse-string sutures until the tube is no longer visible (Fig. 21).
- Insert the tube into the guidance of the fixation plate and fix it with the clamp.
- Secure the position of the tube by tacking the fixing plate on the abdominal wall, (1-2 cm from the entry point) (Fig. 22).
- After attaching the tube clamp, first push the fixing screw over the tube.
- Then push the metal pin of the ENFit connection as far as possible into the tube and secure with the fixing screw (Fig. 22).
- Pull down the screw aid (external grooved ring) and remove it.

IMPORTANT NOTE

The correct position of the tube must be checked by X-ray.

4. Aftercare instruction for the puncture site

- Use an applicator and a disinfectant to clean the puncture site underneath the fixation plate and dry well without removing the fixation plate.
- It is recommended to mark the length of the tube at the exit point to identify dislocation at an early stage.
- Cover the puncture site with a compress and plaster.

In the first week after insertion the puncture site should be checked by a physician daily.

IMPORTANT NOTE

The threads of the fixing plate must not be removed or the tube will not be fixed in place.

5. Care instructions for the Feeding Tube**IMPORTANT NOTE**

The tube must not be mobilized in the stoma. The risk of embedding does not exist with the FCJ.

The tube must be carefully flushed with 20 ml of water before and after each administration of nutrition, preferably using a 20 ml ENFit syringe.

IMPORTANT NOTE

If the tube blocks, the lumen of the tube should be under no circumstances cleared by force small-volume ENFit syringe, e.g. 2,5 or 5 ml) or by a guide wire. Otherwise there is a risk of perforating the tube.

Do not use fluids containing acids, particularly fruit teas or fruit juices, in conjunction with tube feed as they can cause coagulation which may clog the tube.

6. Application of medicines

Medication should preferably be administered via the ENFit connector of the feeding tube or the medication port of the giving set in dissolved form. Preference should be given to liquid medication (drops or syrup). If tablets and capsules are to be administered, they must be crushed very fine and dissolved in water, provided that the effect of the medication will not change.

If in case of any doubt, consult the physician in charge or a pharmacist.

IMPORTANT NOTE

The tube must be flushed before and after each administration of medication using 20 ml lukewarm water preferably with a 20 ml ENFit syringe. Medication should be administered separately and not mixed with nutrition.

7. Application of nutrition

It is possible in technical terms to immediately start the administration of nutrition to the small intestine after the fine-needle catheter jejunostomy. In any case, the dosage of the nutrition should be increased gradually. Commercially available enteral feeding pumps should be used for the recommended pump-controlled continuous tube feeding.

IMPORTANT NOTE

Under no circumstances should an infusion pump designed for parenteral application be used (risk of confusion).

8. Duration of use

In the past, the jejunal tube has been recorded as having been in place for several months without complications.

9. Removing the Feeding Tube

- Remove the fixing threads of the fixing plate
- Remove tube carefully
- Apply plaster dressing
- Observe a 12-hour fasting period.

The Freka® FCJ can usually be removed without a jejunocutaneous fistula being left behind.

10. Order information

Freka® FCJ-Set CH 9, ENFit	
piece	Art. no.
1 x 1	7755645

Syringe for enteral feeding Freka® Connect ENFit/ProNeo		
Product name	units	Article no.
20ml	100 x 1	9000785
20ml (medium box)	30 x 1	9000785S
20ml (small box)	10 x 1	9000785XS
60ml	50 x 1	9000786
60ml (medium box)	30 x 1	9000786S
60ml (small box)	10 x 1	9000786XS
100ml	30 x 1	9000787
100ml (small box)	10 x 1	9000787XS

Éléments**(1 x 1 pièce)**

- canule longue (poignée blanche) avec un mandrin en acier à pointe mousse pour la cathétérisation du jéjunum
- canule courte (embout bleu) pour la ponction de la paroi abdominale
- Sonde polyuréthane Freka®
 - FR 9, longueur 75 cm
 - avec extrémité distale
 - diamètre interne 1,9 mm
 - diamètre externe 2,9 mm
 - avec ligne radio-opaque et
 - graduations imprimées
- Raccord Freka® ENFit pour FCJ composé des éléments suivants :
 - vis de fixation
 - raccord ENFit
- plaquette de fixation Freka® en caoutchouc de silicone
 - avec clamp pour la fixation de la sonde et
 - deux petits orifices pour la suture sur la paroi abdominale
- clamp pour la sonde Freka®

Table des matières

1. Applications
2. Contre-indications
3. Informations d'utilisation
4. Instructions pour le post-traitement du site de ponction
5. Instructions d'entretien de la sonde d'alimentation
6. Administration de médicaments
7. Alimentation par sonde
8. Durée d'utilisation
9. Retrait de la sonde d'alimentation
10. Informations pour la commande

1. Applications

Alimentation intrajéjunale post-opératoire précoce de longue durée après les procédures suivantes :

- Laparotomie
- Laparoscopie

2. Contre-indications**Contre-indications absolues**

- Obstruction des voies gastro-intestinales distales
- Atonie intestinale
- Péritonite
- Troubles de la coagulation sanguine
- Septicémie

Contre-indications relatives

- Immunosuppression
- Entérite radique
- Pancréatite
- Maladie de Crohn (risque de formation de fistules)
- Ascite
- Carcinome péritonéal

3. Informations d'utilisation

- À l'issue de l'intervention, choisissez l'emplacement idéal pour insérer la sonde dans l'intestin et pour la pénétration transcutanée de la sonde sur le côté supérieur gauche de l'abdomen.

1) Laparotomie avec rupture de la canule

- Avec la canule bleue, pénétrez dans la paroi abdominale en diagonale, de la partie crânienne à l'extrémité caudale (Fig. 1).
- Introduisez la sonde dans la cavité gastrique en la guidant avec la canule fendue.
- Retirez ensuite la canule fendue (Fig. 2).
- Percer la paroi intestinale en face du mésentère après le ligament de Treitz. L'extrémité de la sonde doit être éloignée de l'angle duodéno-jéjunal.
- Tendez l'anse jéjunale et effectuez une ponction en diagonale dans la sous-muqueuse à l'aide de la canule blanche sans le mandrin (Fig. 3).
- Après avoir fait avancer le mandrin à pointe mousse, formez un tunnel d'environ 5 à 10 cm entre les couches de la paroi intestinale (Fig. 4).
- Retirez le mandrin et, à l'aide de la canule, pénétrez dans la lumière de l'intestin (Fig. 5).
- À l'aide d'un dispositif de contrôle numérique, poussez et faites glisser la sonde à travers la canule jusqu'à ce qu'elle se trouve à environ 30 cm dans la lumière de l'intestin (Fig. 6).
- Sectionnez la canule fendue et retirez-la délicatement de la sonde (Fig. 7).
- Scellez le point d'entrée de la sonde dans la paroi intestinale et attachez l'anse intestinale au péritoine pariétal. Pour ce faire, réalisez des sutures en bourse à l'aide d'un fil résorbable, tout d'abord cousu pour former un rebord autour du point de pénétration et fixé temporairement, à l'aide de la même aiguille, au péritoine pariétal (Fig. 8).
- Il convient également de suturer l'intestin au péritoine quelques centimètres au-dessus et en-dessous du point d'entrée de la sonde afin d'éviter qu'elle se déplace en raison d'une rotation de l'intestin.
- Insérez la sonde dans le guidage de la plaquette de fixation et attachez-la avec le clamp.
- Sécurisez la position de la sonde en suturant la plaquette sur la paroi abdominale à environ 1 ou 2 cm du point d'entrée (Fig. 9).
- Une fois le clamp en place, glissez tout d'abord la vis de fixation autour de la sonde.
- Puis, poussez la pointe métallique du raccord ENFit aussi loin que possible dans la sonde et fixez-la à l'aide de la vis (Fig. 9).
- Faites glisser l'auxiliaire de vissage (anneau externe cranté) vers le bas pour le retirer.

ATTENTION !

Vérifiez aux rayons X que la sonde est positionnée correctement.

2) Laparotomie sans rupture de la canule

- Percer la paroi intestinale en face du mésentère après le ligament de Treitz. L'extrémité de la sonde doit être éloignée de l'angle duodéno-jéjunal.
- Tendez l'anse jéjunale et effectuez une ponction en diagonale dans la sous-muqueuse à l'aide de la canule blanche sans le mandrin (Fig. 10).
- Après avoir fait avancer le mandrin à pointe mousse, formez un tunnel d'environ 5 à 10 cm entre les couches de la paroi intestinale (Fig. 11).
- Retirez le mandrin et, à l'aide de la canule, pénétrez dans la lumière de l'intestin (Fig. 12).
- À l'aide d'un dispositif de contrôle numérique, poussez et faites glisser la sonde à travers la canule jusqu'à ce qu'elle se trouve à environ 30 cm dans la lumière de l'intestin (Fig. 13).
- Faites glisser délicatement la canule sur la sonde et retirez-la.
- Avec la canule bleue, pénétrez dans la paroi abdominale en diagonale, de la partie crânienne à l'extrémité caudale (Fig. 14).
- Guidez délicatement la sonde vers la canule jusqu'à ce qu'elle se trouve à proximité de l'extrémité pointue de la canule (Fig. 15).
- Faites glisser délicatement la canule et retirez-la.
- Scellez le point d'entrée de la sonde dans la paroi intestinale et attachez l'anse intestinale au péritoine pariétal. Pour ce faire, réalisez des sutures en bourse à l'aide d'un fil résorbable, tout d'abord cousu pour former un rebord autour du point de pénétration et fixé temporairement, à l'aide de la même aiguille, au péritoine pariétal (Fig. 16).

- Il convient également de suturer l'intestin au péritoine quelques centimètres au-dessus et en-dessous du point d'entrée de la sonde afin d'éviter qu'elle se déplace en raison d'une rotation de l'intestin.
- Insérez la sonde dans le guidage de la plaquette de fixation et attachez-la avec le clamp.
- Sécurisez la position de la sonde en suturant la plaquette sur la paroi abdominale à environ 1 ou 2 cm du point d'entrée (Fig. 17).
- Une fois le clamp à desserrage rapide en place, glissez tout d'abord la vis de fixation autour de la sonde.
- Puis, poussez la pointe métallique du raccord ENFit aussi loin que possible dans la sonde et fixez-la à l'aide de la vis (Fig. 17).
- Faites glisser l'auxiliaire de vissage (anneau externe cranté) vers le bas pour le retirer.

ATTENTION !

Vérifiez aux rayons X que la sonde est positionnée correctement.

3) Laparoscopie

- Fixez l'anse intestinale à la paroi abdominale en deux points (Fig. 18).
- Pénétrez dans la paroi abdominale à l'aide de la canule longue blanche (Fig. 19).
- Pénétrez ensuite dans l'intestin.
- Poussez et faites glisser la sonde à travers la canule sur environ 30 cm.
- Retirez la canule (Fig. 20).
- Fixez l'anse intestinale à la paroi abdominale en réalisant des sutures en bourse à l'aide d'un fil résorbable. La sonde ne doit plus être visible (Fig. 21).
- Insérez la sonde dans le guidage de la plaquette de fixation et attachez-la avec le clamp.
- Sécurisez la position de la sonde en suturant la plaquette sur la paroi abdominale à environ 1 ou 2 cm du point d'entrée (Fig. 22).
- Une fois le clamp en place, glissez tout d'abord la vis de fixation autour de la sonde.
- Puis, poussez la pointe métallique du raccord ENFit aussi loin que possible dans la sonde et fixez-la à l'aide de la vis (Fig. 22).
- Faites glisser l'auxiliaire de vissage (anneau externe cranté) vers le bas pour le retirer.

ATTENTION !

Vérifiez aux rayons X que la sonde est positionnée correctement.

4. Instructions pour le post-traitement du site de ponction

- Appliquez un désinfectant pour nettoyer le site de ponction au niveau de la plaquette de fixation et séchez correctement sans retirer cette dernière.
- Il est recommandé de marquer la longueur de la sonde au niveau de son point de sortie pour repérer à tout moment une éventuelle dislocation.
- Couvrez le site de ponction avec une compresse et un sparadrap.

Au cours de la première semaine suivant l'insertion de la sonde, un médecin doit contrôler le site de ponction tous les jours.

ATTENTION !

Ne retirez en aucun cas les fils retenant la plaquette de fixation. La sonde risquerait de ne pas rester en place.

5. Instructions d'entretien de la sonde d'alimentation**ATTENTION !**

La sonde ne doit pas être mobile dans la stomie. Le risque d'inclusion est inexistant avec le kit FKJ.

La sonde doit être soigneusement rincée avec 20 ml d'eau avant et après chaque administration de nourriture, en utilisant de préférence une seringue ENFit de 20 ml.

ATTENTION !

- Si la sonde se bouche, vous ne devez en aucun cas essayer de la déboucher par la force, que ce soit à l'aide d'une seringue ENFit de petit volume (de 2,5 ou 5 ml par exemple) ou d'un fil-guide. Vous risqueriez de la percer.
- N'utilisez pas de liquides contenant des acides avec la sonde, notamment des thés aux fruits ou des jus de fruits, car ils peuvent causer une floculation et boucher la sonde.

6. Administration de médicaments

Il est recommandé d'administrer des médicaments sous forme dissoute par le raccord ENFit de la sonde ou l'orifice prévu à cet effet du kit de perfusion. Il est préférable d'utiliser des médicaments liquides (sirop ou gouttes). S'il est nécessaire d'administrer des comprimés ou des capsules, il faut les broyer le plus finement possible et les dissoudre dans l'eau au préalable, à condition que cela n'aitère par leur effet.

En cas de doute, consultez le médecin responsable ou un pharmacien.

ATTENTION !

La sonde doit être rincée avec soin avec 20 ml d'eau tiède, avant et après chaque administration de médicaments et de préférence avec une seringue ENFit de 20 ml. Les médicaments ne doivent en aucun cas être administrés en même temps que les nutriments.

7. Alimentation par sonde

Il est techniquement possible de débiter l'alimentation dans l'intestin grêle immédiatement après la jéjunostomie avec cathéter à aiguille fine.

Peu importe la situation, la dose de nutriments doit être augmentée progressivement. Pour l'alimentation par sonde assurée en continu par une pompe, il faut utiliser des pompes pour alimentation entérale disponibles sur le marché.

ATTENTION !

N'utilisez jamais une pompe à perfusion conçue pour une administration parentérale (risque de confusion).

8. Durée d'utilisation

Il a été établi et démontré que la sonde jéjunale est restée en place pendant plusieurs mois sans complication.

9. Retrait de la sonde d'alimentation

- Retirez les fils de la plaquette de fixation.
- Retirez la sonde délicatement.
- Couvrez avec un sparadrap.
- Le patient doit observer un jeûne de 12 heures.

En règle générale, il est possible d'enlever le set Freka® FKJ sans risque de formation d'une fistule sur la surface du jéjunum.

10. Informations pour la commande

Kit Freka® – FKJ FR 9 ENFit	
unité	Référence
1 x 1	7755645

Seringue de nutrition entérale Freka® Connect ENFit/ProNeo		
Nom du produit	unités	Référence
20ml	100 x 1	9000785
20ml (medium box)	30 x 1	90007855
20ml (small box)	10 x 1	9000785XS
60ml	50 x 1	9000786

Seringue de nutrition entérale Freka® Connect ENFit/ProNeo		
Nom du produit	unités	Référence
60ml (medium box)	30 x 1	9000786S
60ml (small box)	10 x 1	9000786XS
100ml	30 x 1	9000787
100ml (small box)	10 x 1	9000787XS

Freka FCJ FR 9, ENFit

bg

Компоненти

(1 x 1 брой)

- дълга канюла (бяла ръкохватка) с тъл стоманен мандрен за катетеризиране на йеонума
- къса канюла (синя ръкохватка) за пунктиране на коремната стена
- Freka® полиуретенова сонда
 - FR 9, дължина 75 cm
 - с дистален отвор
 - вътрешен диаметър 1,9 mm
 - външен диаметър 2,9 mm
 - с рентгеноконтрастна лента и маркировка на дължина
- Freka® ENFit конектор за FCJ, състоящ се от:
 - крепежен винт
 - ENFit съединение
- Freka® крепежна пластина, изработена от силиконов каучук
 - със скоба за фиксиране на сондата
 - с 2 малки отвора за зашиване към коремната стена
- Freka® скоба за сонда

Съдържание

- Приложения
- Противопоказания
- Информация за употреба
- Указания за последващи грижи за мястото на пункция
- Указания за грижи за сондата за хранене
- Въвеждане на медикаменти
- Въвеждане на хранителни вещества
- Продължителност на употреба
- Изваждане на сондата
- Информация за поръчка

1. Приложения

Ранно следоперативно продължително интра йеонално хранене след

- лапаротомия или
- лапароскопия.

2. Противопоказания

Абсолютни противопоказания

- Дистална обструкция на храносмилателния тракт
- Чревна атония
- Перитонит
- Нарушения на кръвосъсирването
- Сепсис

Относителни противопоказания

- Имуна супресия
- Радиационен ентерит
- Панкреатит
- Болест на Крон (опасност от образуване на фистула)
- Асцит
- Карцином на перитонеума

3. Информация за употреба

- След приключване на операцията, изберете идеалната точка за въвеждане на сондата в червото, както и транскутанната точка за въвеждане на

сондата въру горната лява част на корема.

1) Лапаротомия с отделяща се канюла

- Прободете коремната стена диагонално със синята канюла в посока от краниално към каудално. (Фиг. 1).
- Сондата се насочва в стомашната кухина от вън навътре през отделящата се канюла.
- Изтеглете след това отделящата се канюла (Фиг. 2).
- Пунктирайте в обратна на мезентериума посока стената на червото на лигамента на Трейц (върхът на сондата трябва да се отдалечава от дуодено-йеоналната флексура).
- Изгънете йеоналната бримка и пунктирайте диагонално в субмукозата, като използвате бялата канюла с изваден мандрен (Фиг. 3).
- След разширяване с тълния мандрен, направете тунел с дължина около 5-10 cm между слоевете на чревната стена (Фиг. 4).
- Отстранете мандрена и използвайте канюлата, за да пунктирате лумена на червото (Фиг. 5).
- Избутайте сондата напред през канюлата в лумена на червото и я плъзнете напред, докато проникне на приблизително 30 cm в лумена, като се контролира с пръст (Фиг. 6).
- Изтеглете отделящата се канюла по сондата и я отстранете, след като се разчлени (Фиг. 7).
- С кесиев шев, като използвате резорбиращи се конци, които първо се поставят и завързват около мястото на пункция като инвагинирани шевовете и които служат за временно затваряне на парietалния перитонеум и със същата игла изолирайте мястото на въвеждане на сондата в чревната стена и закрепете чревната бримка за парietалния перитонеум (Фиг. 8).
- Червото трябва да бъде зашито към перитонеума на няколко сантиметра над и под мястото на въвеждане на сондата с цел предотвратяване на разместване поради ротация на червото.
- Въведете сондата във водича на крепежната пластина и я фиксирайте със скобата.
- Фиксирайте позицията на тръбата, като поставите крепежната пластина върху коремната стена на около 1-2 cm от точката на въвеждане (Фиг. 9).
- След поставяне на скобата на сондата първо прекарайте фиксиращия винт върху сондата.
- Избутайте металния шип на ENFit съединението максимално навътре в сондата и го застопорете с крепежния винт (Фиг. 9).
- Свалете резбования спомагателен елемент (външен жлебован пръстен) и го отстранете.

ВАЖНА ЗАБЕЛЕЖКА

Правилното положение на сондата трябва да бъде проверено посредством рентгеново изследване.

2) Лапаротомия без отделяща се канюла

- Пунктирайте в обратна на мезентериума посока стената на червото над лигамента на Трейц (върхът на сондата трябва да се отдалечава от дуодено-йеоналната флексура).
- Изгънете йеоналната бримка и пунктирайте диагонално в субмукозата, като използвате бялата канюла с изваден мандрен (Фиг. 10).
- След разширяване с тълния мандрен, направете тунел с дължина около 5-10 cm между слоевете на чревната стена (Фиг. 11).
- Отстранете мандрена и използвайте канюлата, за да пунктирате лумена на червото (Фиг. 12).
- Избутайте сондата напред през канюлата в лумена

на червото и я плъзнете напред, докато проникне на приблизително 30 cm в лумена, като се контролира с пръст (Фиг. 13).

- Изтеглете канюлата по сондата и я отстранете.
- Прободете от край до край коремната стена диагонално със синята канюла в посока от краниално към каудално (Фиг. 14).
- Внимателно прекарайте сондата от вътре навън през канюлата, отвъд заострения ръб на върха на канюлата (Фиг. 15).
- Изтеглете канюлата и я отстранете.
- С кесиев шев, като използвате резорбиращи се конци, които първо се поставят и завързват около мястото на пункция като инвагинирани шевовете и които служат за временно затваряне на парietалния перитонеум и със същата игла, изолирайте мястото на въвеждане на сондата в чревната стена и закрепете чревната бримка за парietалния перитонеум (Фиг. 16).
- Червото трябва също така да бъде зашито към перитонеума на няколко сантиметра над и под мястото на въвеждане на сондата с цел предотвратяване на разместване поради ротация на червото.
- Въведете сондата във водича на крепежната пластина и я фиксирайте със скобата.
- Фиксирайте позицията на сондата, като поставите крепежната пластина върху коремната стена на около 1-2 cm от точката на въвеждане (Фиг. 17).
- След закрепване на скобата с бързо освобождаване, първо прекарайте фиксиращия винт върху сондата.
- След това избутайте металния шип на ENFit съединението максимално навътре в сондата и го застопорете с крепежния винт (Фиг. 17).
- Свалете резбования спомагателен елемент (външен жлебован пръстен) и го отстранете.

ВАЖНА ЗАБЕЛЕЖКА

Правилното положение на сондата трябва да бъде проверено посредством рентгеново изследване.

3) Лапароскопия

- Фиксирайте чревната бримка към коремната стена на две места (Фиг. 18).
- Пунктирайте коремната стена с по-дългата (бяла) канюла (Фиг. 19).
- След това пунктирайте червото.
- Избутайте сондата напред през канюлата приблизително 30 cm.
- Изтеглете канюлата (Фиг. 20).
- Закрепете чревната бримка към коремната стена с кесиев шев, като използвате резорбиращи се конци, докато тръбата вече не се вижда (Фиг. 21).
- Въведете сондата във водича на крепежната пластина и я фиксирайте със скобата.
- Фиксирайте позицията на тръбата, като поставите крепежната пластина върху коремната стена (1-2 cm от точката на въвеждане). (Фиг. 22).
- След поставяне на скобата на сондата първо прекарайте фиксиращия винт върху сондата.
- След това избутайте металния шип на ENFit съединението максимално навътре в сондата и го застопорете с крепежния винт (Фиг. 22).
- Свалете резбования спомагателен елемент (външен жлебован пръстен) и го отстранете.

ВАЖНА ЗАБЕЛЕЖКА

Правилното положение на сондата трябва да бъде проверено посредством рентгеново изследване.

4. Указания за последващи грижи за мястото на пункция

- Използвайте апликатор и дезинфектант, за да почистите мястото на пункция под крепежната пластина, и подсушете добре, без да отстранявате крепежната пластина.
- Препоръчва се дължината на сондата да бъде отбелязана с марка при мястото на излизане, за да се идентифицира дислокация на ранен етап.
- Покрийте мястото на пункция с марля и лейкопласт.

Мястото на пункция трябва да се проверява от лекар ежедневно през първата седмица след поставяне на сондата.

ВАЖНА ЗАБЕЛЕЖКА

Конците на крепежната плака не трябва да се свалят, като в противен случай сондата няма да бъде фиксирана на място.

5. Указания за грижи за сондата за хранене

ВАЖНА ЗАБЕЛЕЖКА

Сондата не трябва да се движи в стомата. Рискът от захвациане не съществува при FCJ.

Сондата трябва да се промива внимателно с 20 ml вода преди и след всяко въвеждане на хранителни вещества за предпочитане чрез използване на 20 ml спринцовка ENFit.

ВАЖНА ЗАБЕЛЕЖКА

- Ако сондата се запуши, луменът на сондата при никакви обстоятелства не трябва да се почиства със сила (малка спринцовка ENFit, напр. 2,5 или 5 ml) или с водач.
- В противен случай съществува опасност от пробиване на сондата.
- Не използвайте течности, съдържащи киселини, особено плодови чайове или сокове заедно със сондово хранене, тъй като те могат да предизвикат коагулация, което да запуши сондата.

6. Въвеждане на медикаменти

Медикаменти трябва да се въвеждат през ENFit конектора на сондата за хранене или отвора за медикаменти на набора за вливане в разтворена форма. Трябва да се отдаде приоритет на течните медикаменти (под формата на капки или сироп). Ако трябва да се приемат таблетки и капсули, те трябва да се смачкат много фино и да се разтворят във вода, при условие че това няма да промени ефекта от медикамента.

Ако имате съмнения, консултирайте се със завеждащия лекар или с фармацевт.

ВАЖНА ЗАБЕЛЕЖКА

Сондата трябва да се промива с 20 ml хладка вода преди и след всяко въвеждане на медикаменти, за предпочитане с помощта на 20 ml спринцовка ENFit. Медикаментите трябва да се въвеждат отделно и да не се смесват с храна.

7. Въвеждане на хранителни вещества

В техническо отношение е възможно незабавно да започнете въвеждането на хранителни вещества през тънното черво след тънкоиглова категърна илеюностомия. При всички случаи дозата на хранителните вещества трябва да се увеличава постепенно. За препоръчителното непрекъснато хранене през сонда, контролирано от помпа, трябва да се използват предлаганите на пазара помпи за ентéralно хранене.

ВАЖНА ЗАБЕЛЕЖКА

При никакви обстоятелства не трябва да се използва инфузионна помпа, предназначена за парентерално въвеждане (опасност от обръкване).

8. Продължителност на употреба

В миналото са регистрирани случаи на престой на поставената на място илеюнална сонда няколко месеца без усложнения.

9. Изваждане на сондата за хранене

- Сваляте фиксиращите конци на крепежната плака
- Извадете внимателно сондата
- Поставете превръзка с лейкопласт
- Спазете 12-часов период на глад

Freka® FCJ обикновено може да бъде отстранена, без да остане илеюно-кожна фистула.

10. Информация за поръчка

Freka®-FCJ Set FR 9, ENFit	
единици	Артикул №
1 x 1	7755645

Спринцовка за ентéralно хранене Freka® Connect ENFit/ProNeo		
Наименование на продукта	единици	Артикул №
20ml	100 x 1	9000785
20ml (medium box)	30 x 1	9000785S
20ml (small box)	10 x 1	9000785XS
60ml	50 x 1	9000786
60ml (medium box)	30 x 1	9000786S
60ml (small box)	10 x 1	9000786XS
100ml	30 x 1	9000787
100ml (small box)	10 x 1	9000787XS

Součásti

(1 x 1 kus)

- dlouhá kanyla (bílá uchopovací část) s tupým kovovým mandrénem pro katetrizaci jejunu,
- krátká kanyla (modrá uchopovací část) pro punkci břišní stěny,
- polyuretanová sonda Freka®
 - FR 9, délka 75 cm
 - s distální otvorem
 - vnitřní průměr 1,9 mm
 - vnější průměr 2,9 mm
 - s rentgenkontrastním proužkem a
 - značením délky
- konektor Freka® ENFit pro FCJ skládající se z následujících položek:
 - fixační šroub
 - konektor ENFit
- fixační destička Freka® vyrobená ze silikonové gumy
 - s fixační svorkou pro sondu
 - s 2 malými otvory pro přístři k břišní stěně
- svorka na sondu Freka®

Obsah

1. Použití
2. Kontraindikace
3. Informace k použití
4. Pokyny k péči o místo vpichu
5. Pokyny k péči o výživovou sondu
6. Podávání léčiv

7. Podávání výživy
8. Délka použití
9. Vymytí výživové sondy
10. Informace pro objednávání

1. Použití

Časná pooperační dlouhodobá intrajejunální výživa po

- laparotomií nebo
- laparoskopii.

2. Kontraindikace

Absolutní kontraindikace

- obstrukce distální části zažívacího traktu,
- střevní atonie,
- peritonitida,
- poruchy srážlivosti,
- sepsy.

Relativní kontraindikace

- imunosuprese,
- postadiální enteritida,
- pankreatitida,
- Crohnova choroba (riziko vzniku píštěli),
- ascites,
- karcinom peritonea.

3. Informace k použití

- Po dokončení operace vyberte ideální místo zavedení

sondy do stěva a perkutánní místo zavedení sondy v levém epigastriu.

1) Laparotomie s rozdělovací kanylou

- Pronikněte šikmo přes břišní stěnu modrou kanylou kraniokaudálním směrem. (obr. 1).
- Sondu nasměrujte do žaludku z vnějšku dovnitř pomocí rozdělovací kanyly.
- Následně rozdělovací kanylu vytáhněte (obr. 2).
- Proveďte vpich proti směru růstu mesenteria do stěvních stěn za Treitzovým vazem (brot sondy by měl být vzdálen od duodenojejunální flexury).
- Natáhněte kliku jejunu a proveďte šikmý vpich do submukózy. Použijte bílou kanylu s vytáženým mandrénem (obr. 3).
- Po prodloužení tupého mandrénu proveďte tunelizaci přibližně 5–10 cm mezi vrstvami stěvních stěn (obr. 4).
- Vyměňte mandrén a pomocí kanyly proveďte punkci lumen stěva (obr. 5).
- Zatlačte sondu přes kanylu do lumen stěva a zasuňte pod pohmatovou kontrolou tak dlouho, dokud sonda nebude ležet přibližně 30 cm v lumen stěva (obr. 6).
- Vytáhněte rozdělovací kanylu přes sondu a po rozdělení ji vyměňte (obr. 7).
- Použijte vstřebatelný steh a proveďte nejdivě šití kolem místa vpichu zanořovacím stehem, který bude sloužit jako dočasné upevnění na parietálním peritoneu, a poté stejnou jehlou uzavřete místo vstupu sondy do stěvních stěn a přistři stěvní klikku k parietálnímu peritoneu (obr. 8).
- Rovněž je nutné přistři stěvo k peritoneu několik

centimetrů nad a pod místem vstupu sondy pro zabránění uvolnění sondy při rotaci střeva.

- Vložte sondu do vývodu na fixační destičce a upevněte svorkou.
- Zajištěte polohu sondy přichycením fixační destičky k břišní stěně přibližně 1–2 cm od místa vstupu (obr. 9).
- Po připojení svorky na sondu nejdříve zatlačte fixační šroub přes sondu.
- Poté zatlačte kovový výstupek na spojení ENFit co nejdelší do sondy a zajištěte jej fixačním šroubem (obr. 9).
- Zatlačte pomocný šroub (vnější prstenec s drážkou) směrem dolů a vyjměte jej.

DŮLEŽITÁ POZNÁMKA

Správnou polohu sondy je nutné ověřit pomocí rentgenu.

2) Laparotomie bez rozdělovací kanyly

- Proveďte vpich proti směru růstu mesenteria do střešní stěny za Treitzovým vazem (hrot sondy by měl být vzdálen od duodenojejunální flexury).
- Natahnete kličku jejunum a provedete šikmý vpich do subkutánu. Použijte bilou kanylu s vytáženým mandrémem. (obr. 10).
- Po prodloužení tupého mandrénu provedte tunelizaci přibližně 5–10 cm mezi vrstvami střešní stěny (obr. 11).
- Vyjměte mandrén a pomocí kanyly proveďte punkci lumen střeva (obr. 12).
- Zatlačte sondu přes kanylu do lumen střeva a zasuňte pod pohmatovou kontrolou tak dlouho, dokud sonda nebude ležet přibližně 30 cm v lumen střeva. (obr. 13).
- Vytáhněte kanylu přes sondu a vyjměte ji.
- Pronikněte šikmo přes břišní stěnu modrou kanylou kraniokaudálním směrem (obr. 14).
- Opatrně nasměrujte sondu zevnitř ven přes kanylu až za ostrý konec kanyly (obr. 15).
- Vytáhněte kanylu a vyjměte ji.
- Použijte vstřebatelný stěh a proveďte nejdříve šití kolem místa vpichu zanořovacím stěhem, který bude sloužit jako dočasné upevnění na parietálním peritoneu, a poté stejnou jehlu uzavřete místo vstupu sondy do střešní stěny a přišijte střešní kličku k parietálnímu peritoneu (obr. 16).
- Rovněž je nutné přišít střevo k peritoneu několik centimetrů nad a pod místem vstupu sondy pro zabránění uvolnění sondy při rotaci střeva.
- Vložte sondu do vývodu na fixační destičce a upevněte svorkou.
- Zajištěte polohu sondy přichycením fixační destičky k břišní stěně přibližně 1–2 cm od místa vstupu (obr. 17).
- Po připojení rychloupínací svorky nejdříve zatlačte fixační šroub přes sondu.
- Poté zatlačte kovový výstupek na spojení ENFit co nejdelší do sondy a zajištěte jej fixačním šroubem (obr. 17).
- Zatlačte pomocný šroub (vnější prstenec s drážkou) směrem dolů a vyjměte jej.

DŮLEŽITÁ POZNÁMKA

Správnou polohu sondy je nutné ověřit pomocí rentgenu.

3) Laparoskopie

- Zafixujte střešní smyčku k břišní stěně na dvou místech (obr. 18).
- Proveďte vpich přes břišní stěnu pomocí děří (bílé) kanyly (obr. 19).
- Následně proveďte punkci střeva.
- Zatlačte sondu vpravo přes kanylu přibližně 30 cm.
- Vytáhněte kanylu (obr. 20).
- Upevněte střešní kličku k břišní stěně vstřebatelným stěhem tak, aby sonda nebyla viditelná (obr. 21).
- Vložte sondu do vývodu na fixační destičce a upevněte

svorkou.

- Zajištěte polohu sondy přichycením fixační destičky k břišní stěně (1–2 cm od místa vstupu). (obr. 22).
- Po připojení svorky na sondu nejdříve zatlačte fixační šroub přes sondu.
- Poté zatlačte kovový výstupek konektoru ENFit co nejdelší do sondy a zajištěte jej fixačním šroubem (obr. 22).
- Zatlačte pomocný šroub (vnější prstenec s drážkou) směrem dolů a vyjměte jej.

DŮLEŽITÁ POZNÁMKA

Správnou polohu sondy je nutné ověřit pomocí rentgenu.

4. Pokyny k péči o místo vpichu

- Pomocí aplikátoru a dezinfekčního roztoku očistěte místo vpichu pod fixační destičkou a dobře místo osušte bez odstranění fixační destičky.
- Doporučuje se označit délku sondy na sondě dělkou místo výstupu sondy pro časnou identifikaci vysunutí sondy.
- Zakryjte místo vpichu kompresí a náplastí.

V prvním týdnu po zavedení je nutné, aby místo vpichu bylo denně kontrolováno lékařem.

DŮLEŽITÁ POZNÁMKA

Stěhy na fixační destičce se nesmí odstraňovat, jinak nebude sonda fixována na místo.

5. Pokyny k péči o výživovou sondu

DŮLEŽITÁ POZNÁMKA

Sonda se nesmí ve stomatu pohybovat. U FCJ neexistuje riziko jejího zachycení.

Před a po každém podávání výživy je nutné sondu opatrně propláchnout 20 ml vody, ideálně pomocí stříkačky ENFit o objemu 20 ml.

DŮLEŽITÁ POZNÁMKA

- *Pokud se sonda ucpe, za žádných okolností se lumen sondy nesmí zpřechodňovat silou (nízkooobjemová stříkačka ENFit, např. 2,5 nebo 5 ml) nebo pomocí vodičového drátu. V takovém případě existuje riziko perforace sondy.*
- *Nepoužívejte tekutiny obsahující kyseliny, zejména ne zvláděte pak ovocné čaje nebo džusy. Ve spojení s výživou by mohlo dojít ke sražení, což by mohlo sondu ucpat.*

6. Podávání léčiv

Léčiva je ideální vhodnou sondou ideálně podávat v rozpuštěné formě přes konektor ENFit výživové sondy nebo přes port pro léčiva na aplikačním setu. Upřednostňujte tekuté formy léčiv (ve formě kapek nebo sirupu). Je-li nutné podávání tablet nebo kapslí, je nutné je předem rozdrtit na velmi jemno a rozpusťte ve vodě. Toto platí pro situace, kdy tato příprava neovlivní účinek léčiva.

V případě pochybnosti se obraťte na ošetřujícího lékaře nebo lékárníka.

DŮLEŽITÁ POZNÁMKA

Před a po každém podávání léčiv je nutné sondu

propláchnout 20 ml vlažné vody pomocí stříkačky ENFit o objemu 20 ml. Jednotlivá léčiva je nutné podávat odděleně a nemíchat s výživou.

7. Podávání výživy

Technicky je možné zahájit podávání výživy do tenkého střeva ihned po provedení tenkojehlové katérové jejunostomie. V každém případě je nutné dávky výživy zvyšovat postupně. Doporučená kontinuální výživa podávaná přes pumpu musí být vždy prováděna pomocí komerčně dostupných pump pro enterální výživu.

DŮLEŽITÁ POZNÁMKA

Za žádných okolností se nesmí používat infuzní pumpa určená pro parenterální aplikaci léčiv (riziko záměny přípravků).

8. Délka použití

V minulosti bylo uváděno, že jejunální sonda může být ponechána na místě několik měsíců bez výskytu komplikací.

9. Vyjmutí výživové sondy

- Odstraňte fixační stěhy z fixační destičky.
- Opatrně vyjměte sondu.
- Nalepte krytí.
- Sledujte pacienta po dobu 12 hodin lžáčení.

Sonda Freka® FCJ je možné obvykle vyjmout bez vzniku jejunokutánní píštěle.

10. Informace pro objednávku

Sada Freka®- FCJ FR 9, ENFit	
jednotky	Č. Položky
1 x 1	7755645

Stříkačka pro enterální výživu Freka® Connect ENFit/ProNeo		
Název produktu	jednotky	Č. Položky
20ml	100 x 1	9000785
20ml (medium box)	30 x 1	9000785S
20ml (small box)	10 x 1	9000785XS
60ml	50 x 1	9000786
60ml (medium box)	30 x 1	9000786S
60ml (small box)	10 x 1	9000786XS
100ml	30 x 1	9000787
100ml (small box)	10 x 1	9000787XS

Freka FCJ FR 9, ENFit

Komponenter

(1 x 1 stk.)

- 1 ang kanyle (hvidt greb) med skarp stålmandrin til kate-terisering af jejunum
- kort kanyle (blåt greb) til punktion af bugvæggen
- Freka™-polyuretansonde
 - FR 9, længde 75 cm
 - med distal åbning

- indvendig diameter 1,9 mm
- udvendig diameter 2,9 mm
- med røntgenkontraststrimmel og afstandsmarkeringer
- Freka® ENFit-forbinder til FKJ består af:
 - fikseringskrue
 - ENFit-konnektor
- Freka® fikseringsplade af silikonegummi
 - med klemme til fastgørelse af sonden

- med 2 små huller til fastsyning i bugvæggen
- Freka™-sondeklemme

Indholdsfortegnelse

1. Anvendelsesområde
2. Kontraindikationer
3. Information om brug
4. Instruktion om pleje af punkturstedet

5. Instruktion om pleje af sonden
6. Anvendelse af medicin
7. Anvendelse af ernæring
8. Varighed af brug
9. Fjernelse af sonden
10. Bestillingsinformation

1. Anvendelsesområde

Tidlig postoperativ længerevarende intrajejunal ernæring efter

- Laparotomi eller
- Laparoskopi.

2. Kontraindikationer

Absolute kontraindikationer

- Distal obstruktion i mave-tarmkanalen
- Intestinal atoni
- Peritonitis
- Blodkoaguleringsforstyrrelser
- Sepsis

Relative kontraindikationer

- Immunsuppression
- Stråleenteritis
- Pancreatitis
- Crohns sygdom (risiko for fisteldannelse)
- Ascites
- Peritonealkarcinose

3. Information om brug

- Efter afslutning af det operative indgreb vælges det optimale punktionssted for sonden i tarmen og stedet for det transkutane punktionssted for sonden i den øverste venstre bugside.

1) Laparotomi med splitting af kanylen

- Bugvæggen punkteres skråt med den blå kanyle i retningen kranialt til caudalt. (Fig. 1).
- Sonden føres udefra ind i bughulen gennem splitkanylen. Derpå trækkes splitkanylen tilbage (fig. 2).
- Der stikkes antimesenterielt ind i tarmvæggen i nærheden af det treitzske bånd (sondespidsen skal lægges langt fra duodenojejunalbøjningen).
- Udvid jejunumslyngen, og stik diagonalt ind i submucosa, brug den hvide kanyle med den tilbagetrukkne mandrin (fig. 3).
- Efter fremføring af den stumpe mandrin tunneleres ca. 5-10 cm mellem lagene i tyndtarmsvæggen (fig. 4).
- Mandrinen fjernes, og ved hjælp af kanylen punkteres tyndtarmslumen (fig. 5).
- Skub sonden fremad gennem kanylen ind i tyndtarmslumen, og lad den glide fremad, indtil den er ca. 30 cm inde i lumen, med digital kontrol (fig. 6).
- Træk splitkanylen tilbage gennem sonden, og fjern den efter splitting (fig. 7).
- Ved hjælp af tobakspungsting, der knyttes sammen ved punktionsstedet som indkrængede sting, og som tjener til befæstigelse til den parietale peritoneum med samme nål, aftættes punktionsstedet for sonden i tarmvæggen, og tarmslyngen befæstiges til den parietale peritoneum (fig. 8).
- Yderligere skal tarmen syes fast til peritoneum et par cm ovenfor og nedenfor punktionsstedet, for at forhindre en dislokation ved drejning af tarmen.
- Sonden lægges ind i foringen på fikseringspladen og fikseres ved hjælp af klemmen.
- Ved fastsytning af fikseringspladen til bugvæggen sikres sondepositionen ca. 1-2 cm ved siden af punktionsstedet (fig. 9).
- Efter anbringelse af sondeklemmen skubbes fikseringskruen først over sonden.
- Skub derefter ENFit-forbindelsens metalpind så langt som muligt ind i sonden, og fastgør den med fikseringskruen (fig. 9).
- Træk skruenhjælpen ned (udvendig rillet ring), og fjern den.

VIGTIG HENVISNING!

Sondens korrekte position skal kontrolleres røntgenologisk.

2) Laparotomi uden splitting af kanylen

- Der stikkes antimesenterielt ind i tarmvæggen i nærheden af det treitzske bånd (sondespidsen skal lægges langt fra duodenojejunalbøjningen).
- Udvid jejunumslyngen, og stik diagonalt ind i submucosa, brug den hvide kanyle med den tilbagetrukkne mandrin. (Fig. 10).
- Efter fremføring af den stumpe mandrin tunneleres ca. 5-10 cm mellem lagene i tyndtarmsvæggen (fig. 11).
- Mandrinen fjernes, og ved hjælp af kanylen punkteres tyndtarmslumen (fig. 12).
- Skub sonden fremad gennem kanylen ind i tyndtarmslumen, og lad den glide fremad, indtil den er ca. 30 cm inde i lumen, med digital kontrol. (Fig. 13).
- Træk kanylen tilbage over sonden, og fjern den.
- Bugvæggen punkteres skråt med den blå kanyle i retningen kranialt til caudalt (fig. 14).
- Sonden fremføres forsigtigt indefra og ud gennem kanylen, forbi kanylens skarpkantede spids (fig. 15).
- Træk kanylen tilbage, og fjern den.
- Ved hjælp af tobakspungsting, der knyttes sammen ved punktionsstedet som indkrængede sting, og som tjener til befæstigelse til den parietale peritoneum med samme nål, aftættes punktionsstedet for sonden i tarmvæggen, og tarmslyngen befæstiges til den parietale peritoneum (fig. 16).
- Yderligere skal tarmen syes fast til peritoneum et par cm ovenfor og nedenfor punktionsstedet, for at forhindre en dislokation ved drejning af tarmen.
- Sonden lægges ind i foringen på fikseringspladen og fikseres ved hjælp af klemmen.
- Ved fastsytning af fikseringspladen til bugvæggen sikres sondepositionen ca. 1-2 cm ved siden af punktionsstedet (fig. 17).
- Efter anbringelse af hurtigudløsclepsen skubbes fikseringskruen først over sonden.
- Skub derefter ENFit-forbindelsens metalpind så langt som muligt ind i sonden, og fastgør den med fikseringskruen (fig. 17).
- Træk skruenhjælpen ned (udvendig rillet ring), og fjern den.

VIGTIG HENVISNING!

Sondens korrekte position skal kontrolleres røntgenologisk.

3) Laparoskopi

- Fastgør tarmslyngen til bugvæggen to steder (fig. 18).
- Punkter bugvæggen med den længste (hvide) kanyle (fig. 19).
- Punkter derefter tyndtarmen.
- Skub sonden ca. 30 cm fremad gennem kanylen.
- Træk kanylen tilbage (fig. 20).
- Fastgør tarmslyngen til bugvæggen med tobakspungsting, indtil sonden ikke længere er synlig (fig. 21).
- Sonden lægges ind i foringen på fikseringspladen og fikseres ved hjælp af klemmen.
- Ved fastsytning af fikseringspladen til bugvæggen sikres sondepositionen (1-2 cm ved siden af punktionsstedet). (Fig. 22).
- Efter anbringelse af sondeklemmen skubbes fikseringskruen først over sonden.
- Skub derefter ENFit-forbindelsens metalpind så langt som muligt ind i sonden, og fastgør den med fikseringskruen (fig. 22).
- Træk skruenhjælpen ned (udvendig rillet ring), og fjern den.

VIGTIG HENVISNING!

Sondens korrekte position skal kontrolleres røntgenologisk.

4. Instruktion om pleje af punkturet

- Anvend en applikator og et desinfektionsmiddel til at rengøre punkturet efter hver fikseringsplade, og tør godt uden at fjerne fikseringspladen.

- Det anbefales at markere sondens længde ved indgangsstedet for at identificere dislokation tidligt.

- Dæk punkturet med kompres og plaster.

I den første uge efter insertionen bør punkturet kontrolleres af en læge mindst en gang dagligt.

VIGTIG HENVISNING!

Fikseringspladens tråde må ikke fjernes, da sonden ellers ikke vil blive holdt på plads.

5. Instruktion om pleje af sonden

VIGTIG HENVISNING!

Sonden må ikke mobiliseres i stomaen. Der er ikke risiko for fastgroning med FKJ.

Sonden skal skylles grundigt med 20 ml vand før og efter hver indgift af næring, fortrinvis ved hjælp af en 20 ml ENFit-sprøjte.

VIGTIG HENVISNING!

- Hvis sonden bliver blokeret, må sondens lumen under ingen omstændigheder ryddes med magt (en lille ENFit-sprøjte, f.eks. 2,5 eller 5 ml) eller med en guidewire, da sonden ellers kan blive perforeret.
- Brug ikke væsker, der indeholder syrer, især frugtjuice eller frugtjuice, sammen med sondeernæring, da de kan forårsage sammenklumpning, så sonden bliver tilstoppet.

6. Anvendelse af medicin

Medicin bør om muligt indgives i opløst form via ENFit-konnektoren på ernæringssonden eller medicinporten på indgiftssættet. Det bør foretrækkes at give flydende medicin (i form af dråber eller mikstur). Hvis der skal administreres tabletter eller kapsler, skal de knuses meget fint og opløses i vand, forudsat at medicinens virkning ikke ændres.

Hvis du er i tvivl, skal du rådføre dig med den ansvarlige læge eller en farmaceut.

VIGTIG HENVISNING!

Sonden skal skylles igennem før og efter hver indgivelse af medicin ved brug af 20 ml lukket vand og helst med en 20 ml ENFit-sprøjte. Medicin skal indgives separat og må ikke blandes med ernæring.

7. Anvendelse af ernæring

Teknik set er det muligt at starte administration af sondeernæring i tyndtarmen umiddelbart efter kateterjejunostomi med finnål.

Under alle omstændigheder skal doseringen af ernæringen øges gradvist. De enterale ernæringspumper, der fås på markedet, skal anvendes til den anbefalede pumpestyrede kontinuerlige sondeernæring.

VIGTIG HENVISNING!

En infusionspumpe til parental brug må under ingen omstændigheder anvendes (risiko for sammenblanding).

8. Varighed af brug

Under den hidtidige anvendelse er en komplikationsfri anvendelse af jejunalsonden over flere måneder dokumenteret.

9. Fjernelse af ernæringssonden

- Fjern fikseringsstrådene til fikseringspladen.
- Fjern forsigtigt sonden.
- Påsæt en plasterforbinding.
- Patienten skal efterfølgende faste i 12 timer.

Freka® FKJ'en kan normalt fjernes uden at der forbliver en jejunokutan fistel.

10. Bestillingssinformation

Freka® - FKJ-sæt FR 9, ENFit	
enheder.	Art.-nr.:
1 x 1	7755645

Sprøjte til sondeernæring Freka® Connect ENFit/ProNeo		
Produktnavn	enheder	Varenr.
20ml	100 x 1	9000785
20ml (medium box)	30 x 1	90007855

Sprøjte til sondeernæring Freka® Connect ENFit/ProNeo		
Produktnavn	enheder	Varenr.
20ml (small box)	10 x 1	9000785XS
60ml	50 x 1	9000786
60ml (medium box)	30 x 1	90007865
60ml (small box)	10 x 1	9000786XS
100ml	30 x 1	9000787
100ml (small box)	10 x 1	9000787XS

Εξαρτήματα

(1 x 1 τεμάχιο)

- Μακρία διαχωριζόμενη βελόνη (λευκή λαβή) με αμβλύ χαλβόνο οδηγό για τον καθετηριασμό της νήστιδας
- Κοντή διαχωριζόμενη βελόνη (μπλε λαβή), για την παρακέντηση του κοιλιακού τοιχώματος
 - Συλίκας πολυουρεθάνης Freka®
 - FR 9, μήκος 75 cm
 - με περιφερικό άνοιγμα
 - εσωτερική διάμετρος 1,9 mm
 - εξωτερική διάμετρος 2,9 mm
 - με ακτινοσκοπική λωρίδα και
 - σημάνσεις απόστασης
- Σύνδεσμος Freka® ENFit για σετ FKJ που αποτελείται από:
 - κοιλία καθήλωσης
 - σύνδεση ENFit
- Πλάκα καθήλωσης Freka® από καυστούς αλκάνης
 - με σφιγκτήρα σωλήνα για καθήλωση
 - με 2 μικρές οπές για συρραφή πάνω στο κοιλιακό τοίχωμα
- Σφιγκτήρας σωλήνα Freka®

Πίνακας περιεχομένων

- Τομές εφαρμογής
- Αντενδείξεις
- Πληροφορίες χρήσης
- Οδηγίες περιποίησης του σημείου παρακέντησης
- Οδηγίες για τη φροντίδα του σωλήνα οίσισης
- Χορήγηση φαρμάκων
- Χορήγηση τροφής
- Διάρκεια χρήσης
- Απομάκρυνση του σωλήνα οίσισης
- Πληροφορίες παραγγελίας

1. Τομές εφαρμογής

Πρώιμη μετεγχειρητική μακροχρόνια ενδονηστιδική οίσιση μετά από

- λαπαροτομία ή
- λαπαροσκόπηση.

2. Αντενδείξεις

Απόλυτες αντενδείξεις

- Απόφραξη στην άνω μείρα της γαστρεντερικής οδού
- Εντερική ατονία
- Περιτονίτιδα
- Διαρραχές της πήξης του αίματος
- Σήψη

Σχετικές αντενδείξεις

- Ανοσοκαταστολή
- Εντερίτιδα λόγω ακτινοβολίας
- Παγκρεατίτιδα
- Νόσος του Crohn (κίνδυνος σχηματισμού συρρίγγου)
- Ακίτης
- Περιτοναϊκή καρκινωμάτωση

3. Πληροφορίες χρήσης

- Αφού ολοκληρωθεί η χειρουργική επέμβαση, επιλέξτε το ιδανικό σημείο για την εισαγωγή του σωλήνα στο έντερο και το διαδερμικό σημείο εισαγωγής του σωλήνα στο επάνω αριστερό τμήμα της κοιλιακής χώρας.

1) Λαπαροτομία με διαχωρισμό της βελόνης

- Παρακέντηστε διαγωνίως το κοιλιακό τοίχωμα με την μπλε βελόνη, κατά κranιακή προς ουραία κατεύθυνση. (Εικ. 1).
- Ο ωλήνας καθοδηγείται προς τη γαστρική κοιλότητα από τα έξω προς τα μέσα, διαμέσου της διαχωριζόμενης βελόνης.
- Κατόπιν απομακρύνετε τη διαχωριζόμενη βελόνη (Εικ. 2).
- Παρακέντηστε προς την αντίθετη κατεύθυνση από το μεσεντέριο, στο τοίχωμα του εντέρου πέρα από το σύνδεσμο του Treitz (το άκρο του σωλήνα πρέπει να βρίσκεται μακριά από τη νηστίδοδυοδεκαδακτυλική καμψη).
- Ευθείαστε τη νηστίδική έλικα και παρακέντηστε τη διαγωνίως μέχρι τον υποβλεννογόνο, χρησιμοποιώντας τη λευκή βελόνη με αποσυρμένο οδηγό (Εικ. 3).
- Αφού προεκτείνετε τον αμβλύ οδηγό, διανοίξετε σήραγγα μήκους 5-10 cm μεταξύ των στοιβάδων του εντερικού τοιχώματος (Εικ. 4).
- Απομακρύνετε τον οδηγό και χρησιμοποιήστε τη βελόνη για να παρακέντησετε τον αυλό του εντέρου (Εικ. 5).
- Ωθήστε το σωλήνα προς τα εμπρός διαμέσου της βελόνης μέσα στον αυλό του εντέρου και πιέστε τον προς τα εμπρός μέχρι να βρεθεί μέσα στον αυλό ένα τμήμα μήκους 30 cm περίπου, ενώ ελέγχετε με τα δάκτυλα (Εικ. 6).
- Αποσύρετε τη διαχωριζόμενη βελόνη διαμέσου του σωλήνα και απομακρύνετε τη αφού τη διαχωρίσετε (Εικ. 7).
- Χρησιμοποιώντας ραφή περιπάρασης και διασπώμενα ράμματα, τα οποία θα δέσετε πρώτα σε κόμπους γύρω από το σημείο της παρακέντησης ως εγκλωπιωμένα ράμματα και τα οποία θα χρησιμοποιούν για την προσωρινή στερέωση στο τοιχωματικό περτόναιο με την ίδια βελόνα, σφραγίστε το σημείο εισαγωγής του σωλήνα στο εντερικό τοίχωμα και στερεώστε την εντερική έλικα στο τοιχωματικό περτόναιο (Εικ. 8).
- Το έντερο θα πρέπει επίσης να συρραφεί στο περτόναιο λίγα εκατοστά πάνω και κάτω από το σημείο εισαγωγής του σωλήνα, προκειμένου να αποφευχθεί η μετατόπιση του λόγω συστολής του εντέρου.
- Εισάγετε το σωλήνα στον οδηγό της πλάκας καθήλωσης και στερεώστε τον με το σφιγκτήρα.
- Σταθεροποιήστε τη θέση του σωλήνα, συρράφοντας την πλάκα καθήλωσης πάνω στο κοιλιακό τοίχωμα, σε απόσταση 1-2 cm περίπου από το σημείο εισαγωγής (Εικ. 9).
- Αφού προσαρτήσετε το σφιγκτήρα του σωλήνα, πιέστε αρχικά τον καλή καθήλωσης πάνω από το σωλήνα.
- Κατόπιν, ωθήστε τη μεταλλική ακίδα της σύνδεσης ENFit όσο το δυνατόν βαθύτερα μέσα στο σωλήνα και στερεώστε την με τον καλή καθήλωσης (Εικ. 9).
- Τραβήξτε προς τα κάτω το βοηθητικό στοιχείο του καλή (εξωτερικός αλκακωτός δακτύλιος) και απομακρυνέτε το.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΥΠΟΔΕΙΞΗ

Η σωστή θέση του σωλήνα πρέπει να ελεγχθεί ακτινολογικά.

2) Λαπαροτομία χωρίς διαχωρισμό της βελόνης

- Παρακέντηστε προς την αντίθετη κατεύθυνση από το μεσεντέριο, στο τοίχωμα του εντέρου πέρα από το σύνδεσμο του Treitz (το άκρο του σωλήνα πρέπει να βρίσκεται μακριά από τη νηστίδοδυοδεκαδακτυλική καμψη).
- Ευθείαστε τη νηστίδική έλικα και παρακέντηστε τη διαγωνίως μέχρι τον υποβλεννογόνο, χρησιμοποιώντας τη λευκή βελόνη με αποσυρμένο οδηγό (Εικ. 10).
- Αφού προεκτείνετε τον αμβλύ οδηγό, διανοίξετε σήραγγα μήκους 5-10 cm μεταξύ των στοιβάδων του εντερικού τοιχώματος (Εικ. 11).
- Απομακρύνετε τον οδηγό και χρησιμοποιήστε τη βελόνη για να παρακέντησετε τον αυλό του εντέρου (Εικ. 12).
- Ωθήστε το σωλήνα προς τα εμπρός διαμέσου της βελόνης μέσα στον αυλό του εντέρου και πιέστε τον προς τα εμπρός μέχρι να βρεθεί μέσα στον αυλό ένα τμήμα μήκους 30 cm περίπου, ενώ ελέγχετε με τα δάκτυλα (Εικ. 13).
- Αποσύρετε τη βελόνη πάνω από το σωλήνα και απομακρυνέτε τη.
- Διατρήστε διαγωνίως το κοιλιακό τοίχωμα με την μπλε βελόνη, κατά κranιακή προς ουραία κατεύθυνση (Εικ. 14).
- Καθοδηγήστε προσεκτικά το σωλήνα από τα μέσα προς τα έξω, διαμέσου της βελόνης, μέχρι να περάσει το αχιμφο άκρο της βελόνης (Εικ. 15).
- Αποσύρετε τη βελόνη και απομακρυνέτε την.
- Χρησιμοποιώντας ραφή περιπάρασης και διασπώμενα ράμματα, τα οποία θα δέσετε πρώτα σε κόμπους γύρω από το σημείο της παρακέντησης ως εγκλωπιωμένα ράμματα και τα οποία θα χρησιμοποιούν για την προσωρινή στερέωση στο τοιχωματικό περτόναιο με την ίδια βελόνα, σφραγίστε το σημείο εισαγωγής του σωλήνα στο εντερικό τοίχωμα και στερεώστε την εντερική έλικα στο τοιχωματικό περτόναιο (Εικ. 16).
- Το έντερο θα πρέπει επίσης να συρραφεί στο περτόναιο λίγα εκατοστά πάνω και κάτω από το σημείο εισαγωγής της μήλης, προκειμένου να αποφευχθεί η μετατόπιση της λόγω συστολής του εντέρου.
- Εισάγετε το σωλήνα στον οδηγό της πλάκας καθήλωσης και στερεώστε τον με το σφιγκτήρα.
- Σταθεροποιήστε τη θέση του σωλήνα, συρράφοντας την πλάκα καθήλωσης πάνω στο κοιλιακό τοίχωμα, σε απόσταση 1-2 cm περίπου από το σημείο εισαγωγής (Εικ. 17).
- Αφού προσαρτήσετε το σφιγκτήρα ταχείας αποδέμευσης, πιέστε αρχικά τον καλή καθήλωσης πάνω από το σωλήνα.
- Κατόπιν, ωθήστε τη μεταλλική ακίδα της σύνδεσης ENFit όσο το δυνατόν βαθύτερα μέσα στο σωλήνα και στερεώστε την με τον καλή καθήλωσης (Εικ. 17).
- Τραβήξτε προς τα κάτω το βοηθητικό στοιχείο του καλή (εξωτερικός αλκακωτός δακτύλιος) και απομακρυνέτε το.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΥΠΟΔΕΙΞΗ

Η σωστή θέση του σωλήνα πρέπει να ελεγχθεί ακτινολογικά.

3) Διαποσκόπηση

- Καθλώστε την εντερική έλικα πάνω στο κοιλιακό τοίχωμα, σε δύο θέσεις (Εικ. 18).
- Παρακέντηστε το κοιλιακό τοίχωμα με τη βελόνη μεγάλου μήκους (λευκή) (Εικ. 19).
- Κατόπιν παρακέντηστε το έντερο.
- Ωθήστε το σωλήνα προς τα εμπρός, διαμέσου της βελόνης, κατά 30 cm περίπου.
- Αποσύρετε τη βελόνη (Εικ. 20).
- Στερεώστε την εντερική έλικα πάνω στο κοιλιακό τοίχωμα με διαποσάσιμα ράμματα σε ραφή περιπαρησής μέχρις ότου ο σωλήνας να μην είναι ορατός (Εικ. 21).
- Εισαγάγετε το σωλήνα στον οδηγό της πλάκας καθήλωσης και στερεώστε τον με το σφιγκτήρα.
- Σταθεροποιήστε τη θέση του σωλήνα, συρράφοντας την πλάκα καθήλωσης πάνω στο κοιλιακό τοίχωμα (σε απόσταση 1-2 cm από το σημείο εισαγωγής) (Εικ. 22).
- Αφού προσαρτηστεί το σφιγκτήρα του σωλήνα, πιέστε αρχικά τον κοιλία καθήλωσης πάνω από το σωλήνα.
- Κατόπιν, ωθήστε τη μεταλλική ακίδα της σύνδεσης ENFit όσο το δυνατό βαθύτερα μέσα στο σωλήνα και στερεώστε την με τον κοιλία καθήλωσης (Εικ. 22).
- Τραβήξτε προς τα κάτω το βοηθητικό στοιχείο του κοιλία (εξωτερικός αυλακωτός δακτύλιος) και απομακρύνετε το.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΥΠΟΔΕΙΞΗ

Η σωστή θέση του σωλήνα πρέπει να ελεγχθεί ακτινολογικά.

4. Οδηγίες παραποίησης του σημείου παρακέντησης

- Χρησιμοποιήστε μπιτονέτα και απολυμαντικό για να καθαρίσετε το σημείο της παρακέντησης κάτω από την πλάκα καθήλωσης και στεγνώστε καλά χωρίς να απομακρύνετε την πλάκα καθήλωσης.
- Συνιστάται να εσημάνετε το μήκος του σωλήνα στο σημείο εξόδου ώστε να διαπιστωθεί αμέσως τυχόν μετατόπιση.
- Καλύψτε το σημείο της παρακέντησης με επίθεμα και λευκολάστη.

Κατά την πρώτη εβδομάδα μετά την εισαγωγή, το σημείο της παρακέντησης θα πρέπει να ελέγχεται καθημερινά από ιατρό.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΥΠΟΔΕΙΞΗ

Τα ράμματα της πλάκας καθήλωσης δεν πρέπει να αφαιρεθούν, διαφορετικά ο σωλήνας δεν θα είναι στερεωμένος στη θέση του.

5. Οδηγίες για τη φροντίδα του σωλήνα οίτισης**ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΥΠΟΔΕΙΞΗ**

Ο σωλήνας δεν πρέπει να κινείται μέσα στη στομία. Με το σπ FCI δεν υπάρχει κίνδυνος παγίδευσης.

Ο σωλήνας πρέπει να εκπλένεται προσεκτικά πριν και μετά από κάθε χορήγηση τροφής με 20 ml χλιαρού νερού και χρησιμοποιώντας μια σύριγγα ENFit των 20 ml.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΥΠΟΔΕΙΞΗ

- Αν ο σωλήνας αποφραχθεί, ο αυλός του σωλήνα δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να εκκαθαριστεί με χρήση υψηλής πίεσης (σύριγγα ENFit μικρού όγκου, π.χ. 2,5 ή 5 ml) ή με χρήση οδηγού σύρματος. Διαφορετικά υπάρχει κίνδυνος διάτρησης του σωλήνα.*
- Μην χρησιμοποιείτε όξινα υγρά, ιδίως αφεψήματα από φρούτα ή χυμούς φρούτων. Σε συνδυασμό με τη σίτιση μέσω σωλήνα, μπορεί να προκαλέσουν πρήξη ή αποτέλεσμα την απόφραξη του σωλήνα.*

6. Χορήγηση φαρμάκων

Τα φάρμακα πρέπει να χορηγούνται μέσω του συνδέσμου ENFit του σωλήνα οίτισης κατά προτίμηση ή μέσω της θύρας φαρμάκων του σπ σε διαλυμένη μορφή. Θα πρέπει να προτιμούνται τα υγρά φάρμακα (σε μορφή σταντών ή χυμού). Αν χορηγηθούν δισκία ή καψούλες, θα πρέπει πρώτα να αλεστούν πολύ καλά σε γουδί και κατόπιν να διαλυθούν σε νερό, εφόσον αυτό δεν επηρεάζει τη δραστηριότητα του φαρμάκου.

Αν έχετε οποιαδήποτε αμφιβολία, συμβουλευτείτε τον επιβλέποντα ιατρό ή φαρμακοποιό.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΥΠΟΔΕΙΞΗ

Ο σωλήνας οίτισης πρέπει να εκπλένεται με 20 ml χλιαρού νερού πριν και μετά από κάθε χορήγηση φαρμάκου, κατά προτίμηση με σύριγγα ENLock των 20 ml. Τα φάρμακα θα πρέπει να χορηγούνται χωριστά και όχι αναμεμιγμένα με τροφή.

7. Χορήγηση τροφής

Από τεχνικής άποψης, είναι δυνατόν να ξεκινήσει αμέσως η χορήγηση οίτισης στο λεπτό έντερο μετά από νηστείοσυσμα με λεπτή βελόνη και σωλήνα.

. Σε κάθε περίπτωση, η δοσολογία της τροφής πρέπει να αυξάνεται σταδιακά. Οι αντλίες εντερικής οίτισης που κυκλοφορούν στο εμπόριο πρέπει να χρησιμοποιούνται για τη συνιστώμενη, συνεχή και ελεγχόμενη με αντλία οίτιση μέσω σωλήνα

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΥΠΟΔΕΙΞΗ

Δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να χρησιμοποιηθεί

αντλία έγχυσης σχεδιασμένη για παρεντερική χρήση (υπάρχει κίνδυνος σύγχυσης).

8. Διάρκεια χρήσης

Έχουν καταγραφεί στο παρελθόν περιπτώσεις στις οποίες ο νηστιδικός σωλήνας παρέμεινε στη θέση του επί αρκετούς μήνες χωρίς καμία επιπλοκή.

9. Απομάκρυνση του σωλήνα οίτισης

- Απομακρύνετε τα ράμματα καθήλωσης της πλάκας καθήλωσης
- Απομακρύνετε προσεκτικά τον σωλήνα
- Τοποθετήστε αυτοκόλλητο επίδεσμο
- Τηρήστε νηστεία επί 12 ώρες.

Το σπ Freka® FKJ συνήθως απομακρύνεται χωρίς να παραμείνει νησιδοερατικό σύριγγα.

10. Πληροφορίες παραγγελίας

Σπ Freka® FKJ - FR 9, ENFit	
μονάδες	Αρ. Είδους
1 x 1	7755645

Σύριγγα για εντερική οίτιση Freka® Connect ENFit/ProNeo		
Όνομα προϊόντος	μονάδες	Αρ. Είδους
20ml	100 x 1	9000785
20ml (medium box)	30 x 1	9000785S
20ml (small box)	10 x 1	9000785XS
60ml	50 x 1	9000786
60ml (medium box)	30 x 1	9000786S
60ml (small box)	10 x 1	9000786XS
100ml	30 x 1	9000787
100ml (small box)	10 x 1	9000787XS

Componentes**(1 unidad)**

- cánula larga (mango blanco) con mandril de acero de punta roma para la cateterización del yeyuno
- cánula corta (mango azul) para la punción de la pared abdominal
- Freka® sonda de poliuretano
 - CH/FR 9, longitud 75 cm
 - con orificio distal
 - diámetro interno 1,9 mm
 - diámetro externo 2,9 mm
 - con franja radio-opaca y
 - marcas de distancia
- Freka® Conector ENFit para FCJ formado por:
 - tornillo de fijación
 - conector ENFit
- Freka® placa de fijación de caucho sílica
 - con pinza de cierre de la sonda para fijación
 - con 2 pequeños orificios para suturar sobre la pared abdominal
- Freka® pinza de cierre de la sonda

Índice

- Campos de aplicación
- Contraindicaciones
- Información de uso
- Instrucciones para el cuidado del lugar de punción
- Instrucciones para el cuidado de la sonda de alimentación
- Administración de medicamentos
- Administración de alimentación
- Duración del uso
- Retirada de la sonda de alimentación
- Información de pedido

1. Campos de aplicación

Alimentación postoperatoria precoz intrayeyunal a largo plazo tras

- Laparotomía o
- Laparoscopia

2. Contraindicaciones**Contraindicaciones absolutas**

- Obstrucción del tracto gastrointestinal distal
- Atonía intestinal
- Peritonitis
- Trastornos de la coagulación de la sangre
- Sepsis

Contraindicaciones relativas

- Inmunosupresión
- Enteritis por radiación
- Pancreatitis
- Enfermedad de Crohn (riesgo de formación de fistulas)
- Ascitis
- Carcinoma peritoneal

3. Información de uso

- Después de la intervención quirúrgica, seleccionar, en el lado superior izquierdo del abdomen, el punto óptimo de entrada de la sonda en el intestino y el punto para la entrada transcutánea de la sonda.

1) Laparatomía con cánula de fragmentación

- Con la cánula azul atraviesa la pared abdominal en diagonal desde la posición craneal a caudal. (Fig. 1).
- La sonda se introduce en la cavidad gástrica desde fuera hacia dentro a través de la cánula fragmentable.
- Después, retirar la cánula (Fig. 2).
- Puncionar la pared intestinal en dirección opuesta al mesenterio pasando el ligamento de Treitz (la punta de la sonda debe encontrarse lejos del ángulo duodenoyeyunal).
- Estirar el asa del yeyuno y puncionar en diagonal mediante la cánula blanca con el mandril retirado, hasta la submucosa (Fig. 3).
- Tras empujar hacia adelante el mandril de punta roma, introducirlo aprox. 5-10 cm entre las capas de la pared intestinal (Fig. 4).
- Quitar el mandril y puncionar con la cánula en el lumen del intestino (Fig. 5).
- Empujar la sonda hacia delante, a través de la cánula, en el lumen del intestino y deslizarla, con control digital, hasta que esté unos 30 cm dentro del lumen (Fig. 6).
- Retirar la cánula fragmentable por la sonda y quitarla tras romperla (Fig. 7).
- Con suturas en bolsa de tabaco absorbibles, que primero se anudan como suturas invaginadas alrededor del punto de punción y que, con la misma aguja, sirven como fijación al peritoneo parietal, cerrar herméticamente el punto de entrada de la sonda en la pared intestinal y fijar las asas intestinales al peritoneo parietal (Fig. 8).
- También deberá suturarse el intestino algunos centímetros por encima y por debajo del punto de paso de la sonda en el peritoneo a fin de prevenir una dislocación por la rotación del intestino.
- Colocar la sonda en la guía de la placa de sujeción y fijarla mediante la pinza de cierre.
- Asegurar la posición de la sonda, suturando la placa de sujeción sobre la pared abdominal aproximadamente a 1-2 cm del punto de entrada (Fig. 9).
- Tras colocar la pinza de cierre de la sonda, empujar primero el tornillo de fijación sobre la sonda.
- A continuación, empujar la daviya de metal de la conexión ENFit tanto como sea posible en la sonda y asegurarla con el tornillo de fijación (Fig. 9).
- Bajar el tornillo auxiliar (anillo externo con ranuras) y retirarlo.

¡MUY IMPORTANTE!

La posición correcta de la sonda se debe comprobar radiológicamente.

2) Laparatomía sin cánula de fragmentación

- Puncionar la pared intestinal en dirección opuesta al mesenterio pasando el ligamento de Treitz (la punta de la sonda debe encontrarse lejos del ángulo duodenoyeyunal).
- Estirar el asa del yeyuno y puncionar en diagonal mediante la cánula blanca con el mandril retirado, hasta la submucosa. (Fig. 10).
- Tras empujar hacia adelante el mandril de punta roma, introducirlo aprox. 5-10 cm entre las capas de la pared intestinal (Fig. 11).
- Quitar el mandril y puncionar con la cánula en el lumen del intestino (Fig. 12).
- Empujar la sonda hacia delante, a través de la cánula, en el lumen del intestino y deslizarla, con control digital, hasta que esté unos 30 cm dentro del lumen. (Fig. 13).
- Retirar la cánula por la sonda y quitarla.
- Con la cánula azul atraviesa la pared abdominal en diagonal desde la posición craneal a caudal (Fig. 14).
- Hacer pasar la sonda con cuidado desde dentro hacia fuera a través de la cánula pasando el extremo afilado de la cánula (Fig. 15).
- Retirar la cánula y quitarla.
- Con suturas en bolsa de tabaco absorbibles, que primero se anudan como suturas invaginadas alrededor del punto de punción y que con la misma aguja sirven como fijación al peritoneo parietal, cerrar herméticamente el punto de entrada de la sonda en la pared intestinal y fijar las asas intestinales al peritoneo parietal (Fig. 16).
- También deberá suturarse el intestino algunos centímetros por encima y por debajo del punto de paso de la sonda en el peritoneo a fin de prevenir una dislocación por

la rotación del intestino.

- Colocar la sonda en la guía de la placa de sujeción y fijarla mediante la pinza de cierre.
- Asegurar la posición de la sonda, suturando la placa de sujeción sobre la pared abdominal aproximadamente a 1-2 cm del punto de entrada (Fig. 17).
- Tras colocar la pinza de cierre de liberación rápida de la sonda, empujar primero el tornillo de fijación sobre la sonda.
- A continuación, empujar la daviya de metal de la conexión ENFit tanto como sea posible en la sonda y asegurarla con el tornillo de fijación (Fig. 17).
- Bajar el tornillo auxiliar (anillo externo con ranuras) y retirarlo.

¡MUY IMPORTANTE!

La posición correcta de la sonda se debe comprobar radiológicamente.

3) Laparoscopia

- Fijar en 2 puntos las asas intestinales a la pared abdominal (Fig. 18).
- Puncionar la pared abdominal con la cánula más larga (blanca) (Fig. 19).
- Puncionar el intestino.
- Empujar la sonda hacia delante unos 30 cm a través de la cánula.
- Retirar la cánula (Fig. 20).
- Fijar las asas intestinales con suturas en bolsa de tabaco absorbibles a la pared abdominal hasta que la sonda deje de verse (Fig. 21).
- Colocar la sonda en la guía de la placa de sujeción y fijarla mediante la pinza de cierre.
- Asegurar la posición de la sonda, suturando la placa de sujeción sobre la pared abdominal (1-2 cm del punto de entrada). (Fig. 22).
- Tras colocar la pinza de cierre de la sonda, empujar primero el tornillo de fijación sobre la sonda.
- A continuación, empujar la daviya de metal de la conexión ENFit tanto como sea posible en la sonda y asegurarla con el tornillo de fijación (Fig. 22).
- Bajar el tornillo auxiliar (anillo externo con ranuras) y retirarlo.

¡MUY IMPORTANTE!

La posición correcta de la sonda se debe comprobar radiológicamente.

4. Instrucciones para el cuidado del lugar de punción

- Usar un aplicador y un desinfectante para limpiar el punto de punción debajo de la placa de fijación y secar cuidadosamente sin quitar la placa de sujeción.

- Se recomienda marcar la longitud de la sonda en el punto de salida para identificar un desplazamiento en una etapa inicial.

- Cubrir el punto de punción con una compresa y esparadrapo.

Durante la semana posterior a la inserción, un médico debe revisar el punto de punción una vez al día.

¡MUY IMPORTANTE!

Las suturas de la placa de sujeción no deben eliminarse si la sonda no se fijó en su lugar.

5. Instrucciones para el cuidado de la sonda de alimentación**¡MUY IMPORTANTE!**

La sonda no debe movilizarse en el estoma. El riesgo de incrustación no existe con la FCI.

La sonda debe enjuagarse cuidadosamente con 20 ml de agua antes y después de cada administración de alimentos, preferiblemente por medio de una jeringa ENFit de 20 ml.

¡MUY IMPORTANTE!

- *Si la sonda se obstruye, en ningún caso debe desatascarse el lumen de la sonda inyectando líquido a presión elevada (con una jeringa ENFit de pequeño volumen, como 2,5 o 5 ml) o mediante un mandril. En caso contrario existe el riesgo de perforación de la sonda.*

tascarse el lumen de la sonda inyectando líquido a presión elevada (con una jeringa ENFit de pequeño volumen, como 2,5 o 5 ml) o mediante un mandril. En caso contrario existe el riesgo de perforación de la sonda.

- *No deben administrarse líquidos ácidos, particularmente zumos o infusiones de frutas, junto con la alimentación por sonda porque pueden provocar una coagulación que bloquee la sonda.*

6. Administración de medicamentos

Los medicamentos se deberán administrar preferiblemente disueltos a través del conector ENFit de la sonda de alimentación o del puerto para medicamentos del set de administración. Es preferible la administración de medicamentos líquidos (gotas o jarabes). Si deben administrarse comprimidos o cápsulas, estos deben triturarse muy finos y disolverse en agua, siempre que ello no afecte al efecto del medicamento.

En caso de duda deberá consultarse con el médico o con el farmacéutico.

¡MUY IMPORTANTE!

La sonda debe enjuagarse antes y después de la administración de la medicación usando 20 ml de agua tibia, preferiblemente con una jeringa ENFit de 20 ml. Los medicamentos deben administrarse por separado y no deben mezclarse con alimentos.

7. Administración de alimentación

Desde el punto de vista técnico es posible iniciar inmediatamente la administración de alimentos al intestino delgado después de realizar la yeyunostomía con catéter de aguja fina.

En cualquier caso, la dosis de la alimentación debe aumentarse de forma gradual. La alimentación continua por sonda, controlada mediante bomba, recomendada deberá realizarse usando las bombas para nutrición enteral comercializadas.

¡MUY IMPORTANTE!

Nunca debe usarse una bomba de infusión, diseñada para aplicación parenteral (riesgo de confusión).

8. Duración del uso

En el pasado, se ha informado de unos tiempos de permanencia de la sonda yeyunal de varios meses sin complicaciones.

9. Retirada de la sonda de alimentación

- Retirar los hilos de fijación de la placa de fijación
- Retirar la sonda cuidadosamente
- Colocar un vendaje con esparadrapo
- Permanecer durante 12 horas en ayunas

Normalmente se puede retirar el Freka® FCJ sin que quede una fistula yeyunocutánea.

10. Información de pedido

ka®-Set FCJ FR 9, ENFit	
unidades	N.º artículo
1 x 1	7755645

Jeringa para alimentación enteral		
Freka® Connect ENFit/ProNeo		
Nombre de producto	unidades	N.º artículo
20ml	100 x 1	9000785
20ml (medium box)	30 x 1	9000785S
20ml (small box)	10 x 1	9000785XS
60ml	50 x 1	9000786
60ml (medium box)	30 x 1	9000786S
60ml (small box)	10 x 1	9000786XS

Jeringa para alimentación enteral		
Freka® Connect ENFit/ProNeo		
Nombre de producto	unidades	N.º artículo
100ml	30 x 1	9000787
100ml (small box)	10 x 1	9000787XS

Osat

(1 x 1 kpl)

- pitkä kanyyli (valkoinen kahva), jossa on tylopä teräs-mandriini tyhjiösuolen katetointiin
- lyhyt kanyyli (sininen kahva) vatsanpöteitten punktioimiseen
- Freka®-polyuretaaniputki
 - FR 9, pituus 75 cm
 - distaalilaukko
 - sisähalkaisija 1,9 mm
 - ulkohalkaisija 2,9 mm
 - röntgenpositiivinen liiska
 - pituusmerkinnät
- Freka® ENFit -liitin ohutneulaisella katetrilla tehtävää jejunostomiaa varten; liitin sisältää:
 - kiinnitysruihin
 - ENFit-liittimen
- Freka®-kiinnityslevyn, joka on valmistettu silikoniku-mista
 - jossa on letkupuristin kiinnitystä varten
 - ja kaksi pientä reikää vatsanpöteisiin ompelua varten
- Freka®-letkupuristin

Sisällys

- Käyttökohteet
- Vasta-aiheet
- Käyttöohjeet
- Punktiokohdan jälkiohoito-ohjeet
- Ravinnonantoletkun hoito-ohjeet
- Lääkityksen antaminen
- Ravinnon antaminen
- Käytön kesto
- Ravinnonantoletkun poistaminen
- Tilastiedot

1. Käyttökohteet

Varhainen leikkauksen jälkeinen pitkäkestoinen intrajejunaalinen ravinnonanto seuraavien jälkeen:

- laparotomia
- laparoskopia.

2. Vasta-aiheet

Ehdottomat vasta-aiheet

- distaalinen ruoansulatuskanavan tukos
- suoliston velttoisuus
- peritoniitti
- verenhytymishäiriöt
- sepsis

Suhteelliset vasta-aiheet

- immuunipuutos
- säteily aiheuttama suolitulehdus
- haamatulehdus
- Crohnin tauti (fistelimuodostuksen vaara)
- askites
- peritoneaalinen karsinoma

3. Käyttöohjeet

- Leikkauksen jälkeen on valittava sopiva kohta letkun viemiseen suoleen ja letkun transkutaanisen sisään-tulokohta vatsan vasemmasta ylänurkasta.

1) Laparotomia halkaistulla kanyyllä

- Penetroi vatsanpöte diagonaalisesti sinisellä kanyyllä kraniaalisesta kaudaaliseseen suuntaan. (kuva 1)
- Ohjaa letku mahalaaukkuonteloon ulkopuolelta sisään-päin halkaistun kanyylin läpi.
- Vedä sitten halkaistua kanyyliä taakse (kuva 2).
- Punktioi antimesenteriaalisesti suolen seinämään Treit-zin ligamentin ohi (letkun kärjen pitäisi olla kaukana pohjukais-tyhjiäsuolimutkasta).
- Venytä tyhjiäsuolimukkaa ja punktioi diagonaalisesti il-makalvonaaliskerokseen käyttämällä valkoista kanyyliä, jossa on taakse vedetty mandriini (kuva 3).
- Kun olet ojentanut tylopä mandriinin, tunneloi noin 5–10 cm suolenseinämän kerrosten välissä (kuva 4).
- Poista mandriini ja punktioi kanyylin avulla suolen luu-men (kuva 5).
- Työnä letkua eteenpäin kanyylin läpi suolen luumeniin ja liu'uta sitä eteenpäin, kunnes se on noin 30 cm luume-nin sisällä. Tarkista digitaalisesti (kuva 6).
- Vedä halkaistua kanyyliä taakse letkun läpi ja poista se hal-kaisemisen jälkeen (kuva 7).
- Sulje letkun sisään-tulokohta samalla neulalla suolen seinämään resorboituvilla tupakkapussioimpeleillä, jotka ensin sidotaan punktiokohdan ympärille tupeutuneina ompeleina ja jotka toimivat väliaikaisena kiinnityksenä parietaaliseen peritoneumiin (kuva 8).
- Suoli on ommeltava peritoneumiin myös muutamaa senttimetriä letkun sisään-tulokohdan ylä- ja alapuolelta, jotta sisään-tulokohta ei siirry paikoltaan suolen kierty-misen takia.
- Työnä letku kiinnityslevyn ohjaimeen ja kiinnitä se puristimella.
- Kiinnitä letku paikolleen kiinnittämällä kiinnityslevy nastoilla vatsanpöteeseen noin 1–2 cm:n päähän sis-ään-tulokohdasta (kuva 9).
- Letkupuristimen kiinnittämisen jälkeen paina ensin kiin-nitysruihin letkun päälle.
- Paina sitten ENFit-liittimen metallinasta mahdollisim-man pitkälle letkuun ja kiinnitä se kiinnitysruihin (kuva 9).
- Vedä ruuvipidin (ulkoinen urallinen rengas) alas ja poista se.

TÄRKEÄ HUOMAUTUS

Letkun oikea sijainti on tarkistettava röntgenkuvauk-sella.

2) Laparotomia ilman halkaistua kanyyliä

- Punktioi antimesenteriaalisesti suolen seinämään Treit-zin ligamentin ohi (letkun kärjen pitäisi olla kaukana pohjukais-tyhjiäsuolimutkasta).
- Venytä tyhjiäsuolimukkaa ja punktioi diagonaalisesti il-makalvonaaliskerokseen käyttämällä valkoista kanyyliä, jossa on taakse vedetty mandriini (kuva 10).
- Kun olet ojentanut tylopä mandriinin, tunneloi noin 5–10 cm suolenseinämän kerrosten välissä (kuva 11).
- Poista mandriini ja punktioi kanyylin avulla suolen luu-men (kuva 12).

- Työnä letkua eteenpäin kanyylin läpi suolen luumeniin ja liu'uta sitä eteenpäin, kunnes se on noin 30 cm luume-nin sisällä. Tarkista digitaalisesti (kuva 13.)
- Vedä halkaistua kanyyliä letkun päälle ja poista se.
- Penetroi vatsanpöte diagonaalisesti sinisellä kanyyllä kraniaalisesta kaudaaliseseen suuntaan (kuva 14).
- Ohjaa letku varovasti sisäpuolelta ulospäin kanyylin läpi, kanyylin teräväreunaisen kärjen ohi (kuva 15).
- Vedä kanyyli pois ja poista se.
- Sulje letkun sisään-tulokohta samalla neulalla suolen seinämään resorboituvilla tupakkapussioimpeleillä, jotka ensin sidotaan punktiokohdan ympärille tupeutuneina ompeleina ja jotka toimivat väliaikaisena kiinnityksenä parietaaliseen peritoneumiin, ja kiinnitä suolisilmukka parietaaliseen peritoneumiin (kuva 16).
- Suoli on ommeltava peritoneumiin myös muutamaa senttimetriä anturin sisään-tulokohdan ylä- ja alapuo-lelta, jotta sisään-tulokohta ei siirry paikoltaan suolen kierty-misen takia.
- Työnä letku kiinnityslevyn ohjaimeen ja kiinnitä se puristimella.
- Kiinnitä letku paikolleen kiinnittämällä kiinnityslevy nastoilla vatsanpöteeseen noin 1–2 cm:n päähän sis-ään-tulokohdasta (kuva 17).
- Pikaläpöntäpuristimen kiinnittämisen jälkeen paina ensin kiinnitysruihin letkun päälle.
- Paina sitten ENFit-liittimen metallinasta mahdollisim-man pitkälle letkuun ja kiinnitä se kiinnitysruihin (kuva 17).
- Vedä ruuvipidin (ulkoinen urallinen rengas) alas ja poista se.

TÄRKEÄ HUOMAUTUS

Letkun oikea sijainti on tarkistettava röntgenkuvauk-sella.

3) Laparoskopia

- Kiinnitä suolisilmukka vatsanpöteeseen kahdesta pai-kasta (kuva 18).
- Punktioi vatsanpöte pidemmällä (valkoisella) kanyyllä (kuva 19).
- Punktioi sitten suoli.
- Paina letkua eteenpäin kanyylin läpi noin 30 cm.
- Vedä kanyyliä taakse (kuva 20).
- Kiinnitä suolisilmukka vatsanpöteisiin resorboituvilla tupakkapussioimpeleillä, kunnes letku ei enää näy (kuva 21).
- Työnä letku kiinnityslevyn ohjaimeen ja kiinnitä se puristimella.
- Kiinnitä letku paikolleen kiinnittämällä kiinnityslevy nastoilla vatsanpöteeseen (1–2 cm:n päähän sis-ään-tulokohdasta) (kuva 22)
- Letkupuristimen kiinnittämisen jälkeen paina ensin kiin-nitysruihin letkun päälle.
- Paina sitten ENFit-liittimen metallinasta mahdollisim-man pitkälle letkuun ja kiinnitä se kiinnitysruihin (kuva 22).
- Vedä ruuvipidin (ulkoinen urallinen rengas) alas ja poista se.

TÄRKEÄ HUOMAUTUS

Letkun oikea sijainti on tarkistettava röntgenkuvauk-sella.

4. Punktiokohdan jälkihoito-ohjeet

- Puhdista punktiokohta kiinnityslevyn alapuolelta käyttämällä applikaattoria ja desinfiointiainetta ja kuivaa hyvin poistamatta kiinnityslevyä.
- On suositeltavaa merkitä letkun pituus ulostulokohdassa, jotta letkun siirtyminen voidaan tunnistaa varhaisessa vaiheessa.
- Peitä punktiokohta puurstusiteellä ja sidoksilla.

Ensimmäisen viikon ajan asetuksesta lääkärin on tarkistettava punktiokohta päivittäin.

TÄRKEÄ HUOMAUTUS

Kiinnityslevyn kiertettä ei saa poistaa tai letku ei kiinnity paikoilleen.

5. Ravinnonantoletkun hoito-ohjeet

TÄRKEÄ HUOMAUTUS

Letkua ei saa liikutella aukossa. Uppoamisen vaaraa ei ole olemassa ohutneulaisella kanyylillä tehdyn jejunostomian kohdalla.

Letku on huuhdeltava huolellisesti 20 ml:lla vettä ennen jokaista ravinnonantokertaa sekä jokaisen kerran jälkeen mielellään 20 ml:n ENFit-ruiskulla. ENFit

TÄRKEÄ HUOMAUTUS

- ENFit Jos letku tukkeutuu, sen luumenia ei saa missään olosuhteissa tyhjentää voimalla (pienikokoisella ENFit-ruiskulla, esim. 2,5 tai 5 ml:n ruiskulla) tai ohjainlangalla. Muuten on olemassa vaara, että letku puhkeaa.
- Happoja sisältäviä nesteitä, erityisesti hedelmiä tai hedelmämehuja, ei saa käyttää letkuruokinnan yhteydessä, koska ne voivat aiheuttaa hyytymistä ja tukkia letkun.

6. Lääkityksen antaminen

Lääkkeitä on annettava mielellään ravinnonantoletkun ENFit-liittimen tai antosarjan läikeportin kautta tuotetuissa muodossa. Nestemäisiä lääkkeitä on suosittava (pisaroina tai

siirappina jne.). Jos potilaalle on annettava tabletteja ja kapseleita, ne on etukäteen murskattava erittäin hienoksi ja liuotettava veteen – kunhan tämä ei vaikuta lääkkeen tehoon.

Jos sinulla on epäilyksiä, kysy vastuulääkäriltä tai farmaseutilta.

TÄRKEÄ HUOMAUTUS

Letku on huuhdeltava ennen jokaista lääkkeiden antokertaa sekä jokaisen kerran jälkeen 20 ml:lla happea vettä mielellään 20 ml:n ENFit-ruiskulla. Lääkkeet on annettava erikseen eikä niitä saa sekoittaa ravintoon.

7. Ravinnon antaminen

Teknisesti on mahdollista aloittaa ravinnon antaminen ohutsuoleen heti ohutneulaisella katetrilla tehdyn jejunostomian jälkeen. Joka tapauksessa ravinnonantoa on lisättävä vähitellen. Yleisesti saatavilla olevia enteraalisia syöttöpumppeja on käytettävä suositellussa pumpulla ohjatussa letkuruokinnassa.

TÄRKEÄ HUOMAUTUS

Missään tapauksessa ei saa käyttää parenteraaliseen käyttöön suunniteltua infuusiopumppua (sekaantumisvaara).

8. Käytön kesto

Tyhjäsuletetun on ilmoitettu olleen paikoillaan useita kuukausia ilman komplikaatioita.

9. Ravinnonantoletkun poistaminen

- Poista kiinnityslevyn kiinnityskierteet.
- Poista letku varovasti.
- Aseta sidos.
- Noudata 12 tunnin paastojaksoa.

Ohutneulaisella katetrilla tehty Freka®-jejunostomia voidaan yleensä poistaa ilman, että paikalle jää jejunokutaanista fisteliä.

10. Tilastiedot

Freka® FCJ -sarja FR 9, ENFit	
kpl	Nimikeno:
1 x 1	7755645

Ruisku enteraaliseen ravinnonantoon Freka® Connect ENFit/ProNeo		
Tuotenimi	yksikköä	Tuotenro
20ml	100 x 1	9000785
20ml (medium box)	30 x 1	9000785XS
20ml (small box)	10 x 1	9000785XS
60ml	50 x 1	9000786
60ml (medium box)	30 x 1	9000786XS
60ml (small box)	10 x 1	9000786XS
100ml	30 x 1	9000787
100ml (small box)	10 x 1	9000787XS

Komponente

(kom. 1 x 1)

- duga kanila (bijeli držak) s tupom čeličnom vodilicom za kateterizaciju taštog crijeva
- kratka kanila (plavi držak) za punkciju abdominalne stijenke
- poliuretanska cijev Freka®
 - FR 9, duljina 75 cm
 - s distalnim otvorom
 - unutarnji promjer 1,9 mm
 - vanjski promjer 2,9 mm
 - s neprozirnom trakom i
 - oznakama duljine
- Priključak Freka® ENFit za FCJ sadrži sljedeće komponente
 - prčvrсни vijak
 - vezu ENFit
- Prčvrсна pločica Freka® od silikonske gume
 - s cijevnom stezaljkom za pričvršćenje
 - s 2 mala otvora za šivanje na abdominalnu stijenku
- Cijevna stezaljka Freka®

Sadržaj

- Primjene
- Kontraindikacije
- Upute za upotrebu

- Upute za njegu mjesta punkcije
- Upute za održavanje cijevnice za hranjenje
- Primjena lijevokva
- Primjena hranjenja
- Trajanje upotrebe
- Uklanjanje cijevnice za hranjenje
- Informacije o naručivanju

1. Primjene

Rano postoperativno dugoročno intrajejunalno hranjenje nakon

- laparotomije ili
- laparoskopije.

2. Kontraindikacije

Apsolutne kontraindikacije

- opstrukcija distalnog GI trakta
- intestinalna atonija
- peritonitis
- poremećaji uslijed zgrušavanja krvi
- sepsa

Relativne kontraindikacije

- imunosupresija
- radijacijski enteritis
- pankreatitis

- Crohnova bolest (opasnost od fistulacije)
- ascites
- peritonealni karcinom

3. Upute za upotrebu

- Nakon operativnog zahvata odoberite idealno mjesto ulaska cijevi u crijeva i transkutanu točku ulaska cijevi u gornjoj lijevoj strani abdomena.

1) Laparotomija s kanilom za razdvajanje

- Plavom kanilom udite u abdominalnu stijenku dijagonalno, kranijalno-kaudalno. (sl. 1).
- Cijev se uvodi u gastričku suplinu izvana prema unutra kroz kanilu za razdvajanje.
- Zatim izvucite kanilu za razdvajanje (sl. 2).
- Punkcija u suprotnom smjeru od mezenterija u stijenku crijeva preko Treitzovog ligamenta (vrh cijevi trebao bi biti udaljen od duodenojejunalnog fleksure).
- Razvucite jejunalnu petlju i punktirajte dijagonalno u submukozu; pritom koristite bijelu kanilu s uvučenom vodilicom (sl. 3).
- Nakon proširenja tupe vodilice tunelirajte oko 5-10 cm između slojeva stijenki crijeva (sl. 4).
- Uklonite vodilicu i kanilom punktirajte lumen crijeva (sl. 5).
- Uz digitalnu kontrolu potisnite cijev kroz kanilu u lumen crijeva i gurajte naprijed dok ne ude u lumen oko 30 cm (sl. 6).

- Povucite kanilu za razdvajanje kroz cijev i uklonite je nakon razdvajanja (sl. 7).
- Rastopivim koncem i šavovima "duhanske vreće", koji se najprije vezuju oko točke punkcije kao invaginirani šavovi i služe kao privremeno pričvršćenje na parijetalni peritoneum istom iglom, zatvorite ulaznu točku cijevi u stijenku crijeva te pričvrstite petlju crijeva na parijetalni peritoneum (sl. 8).
- Crijeva bi se trebala pritići i na peritoneum nekoliko centimetara iznad i ispod ulazne točke cijevi kako bi se spriječilo pomicanje uslijed rotacije crijeva.
- Umetnite cijev u vodilicu pričvršne pločice i osigurajte je stezaljkom.
- Osigurajte položaj cijevi pričvršćivanjem pločice na abdominalnu stijenku oko 1-2 cm od ulazne točke (sl. 9).
- Nakon pričvršćivanja stezaljke cijevi najprije potisnite pričvrni vijak preko cijevi.
- Zatim gurnite metalnu iglicu priključka ENFit što dublje u cijev i pričvrstite je pričvrnim vijkom (sl. 9).
- Povucite vanjski prsten vijka s utorom prema dolje i uklonite ga.

VAŽNA NAPOMENA

Ispravan položaj cijevi mora se provjeriti rendgenskim snimanjem.

2) Laparotomija bez kanile za razdvajanje

- Punkcija je suprotnom smjeru od mezenterije u stijenku crijeva preko Treitzovog ligamenta (vrh cijevi trebao bi biti udaljen od duodenogejunalne fleksure).
- Razvucite jejunalnu petlju i punktirajte dijagonalno u submukozu; pritom koristite bijelu kanilu s uvučenom vodilicom (sl. 10).
- Nakon proširenja tupe vodilice tunelirajte oko 5-10 cm između slojeva stijenki crijeva (sl. 11).
- Uklonite vodilicu i kanilom punktirajte lumen crijeva (sl. 12).
- Uz digitalnu kontrolu potisnite cijev kroz kanilu u lumen crijeva i gurajte naprijed dok ne uđe u lumen oko 30 cm (sl. 13).
- Povucite kanilu preko cijevi i uklonite je.
- Plavom kanilom uđite kroz abdominalnu stijenku dijagonalno, kranijalno-kaudalno (sl. 14).
- Pažljivo vodite cijev iznutra prema van kroz kanilu, mimo oštrog vrha kanile (sl. 15).
- Povucite kanilu i uklonite je.
- Rastopivim koncem i šavovima "duhanske vreće", koji se najprije vezuju oko točke punkcije kao invaginirani šavovi i služe kao privremeno pričvršćenje na parijetalni peritoneum istom iglom, zatvorite ulaznu točku cijevi u stijenku crijeva te pričvrstite petlju crijeva na parijetalni peritoneum (sl. 16).
- Crijeva bi se trebala pritići i na peritoneum nekoliko centimetara iznad i ispod ulazne točke sonde kako bi se spriječilo pomicanje uslijed rotacije crijeva.
- Umetnite cijev u vodilicu pričvršne pločice i osigurajte je stezaljkom.
- Osigurajte položaj cijevi pričvršćivanjem pločice na abdominalnu stijenku oko 1-2 cm od ulazne točke (sl. 17).
- Nakon pričvršćivanja stezaljke za brzo pričvršćivanje najprije potisnite pričvrni vijak preko cijevi.
- Zatim gurnite metalnu iglicu priključka ENFit što dublje u cijev i osigurajte pričvrnim vijkom (sl. 17).
- Povucite vanjski prsten vijka s utorom prema dolje i uklonite ga.

VAŽNA NAPOMENA

Ispravan položaj cijevi mora se provjeriti rendgenskim snimanjem.

3) Laparoskopija

- Pričvrstite petlju crijeva na abdominalnu stijenku na dva mjesta (sl. 18).
- Punktirajte abdominalnu stijenku dužjom (bijelom) kanilom (sl. 19).
- Zatim punktirajte crijevo.
- Potisnite cijev kroz kanilu oko 30 cm.
- Izvucite kanilu (sl. 20).
- Prišijte petlju crijeva na abdominalnu stijenku rastopivim koncem i šavovima "duhanske vreće" tako da cijev ne bude

vidljiva (sl. 21).

- Umetnite cijev u vodilicu pričvršne pločice i osigurajte je stezaljkom.
- Osigurajte položaj cijevi pričvršćivanjem pločice na abdominalnu stijenku (1-2 cm od ulazne točke) (sl. 22).
- Nakon pričvršćivanja stezaljke cijevi najprije potisnite pričvrni vijak preko cijevi.
- Zatim gurnite metalnu iglicu priključka ENFit što dublje u cijev i osigurajte pričvrnim vijkom (sl. 22).
- Povucite vanjski prsten vijka s utorom prema dolje i uklonite ga.

VAŽNA NAPOMENA

Ispravan položaj cijevi mora se provjeriti rendgenskim snimanjem.

4. Upute za njegu mjesta punkcije

- Aplikatorom i sredstvom za dezinfekciju očistite mjesto punkcije ispod pričvršne pločice i dobro osušite bez uklanjanja pločice
- Preporučuje se označavanje duljine cijevi na izlaznoj točki kako bi se prepoznalo pomicanje već u ranoj fazi.
- Pokrijte mjesto punkcije kompresom i flasterom.

Tijekom prvog tjedna nakon uvođenja liječnik mora svakodnevno provjeravati mjesto punkcije.

VAŽNA NAPOMENA

Šavovi pričvršne pločice ne smiju se uklanjati kako se cijev ne bi pomicala.

5. Upute za održavanje cjevčice za hranjenje

VAŽNA NAPOMENA

Cijev se ne smije pomicati u stomi. Kod FCJ-a ne postoji opasnost od strastanja.

Cijev se mora pomno isprati s 20 ml vode prije i nakon svakog unošenja hrane, po mogućnosti pomoću štrcaljke ENFit od 20 ml.

VAŽNA NAPOMENA

- *Ako se cijev začepi, lumen cijevi ne smije se ni u kojem slučaju raščičavati silom (štrcaljom ENFit malog volumena, npr. 2,5 ili 5 ml) ili žicom vodilicom. U suprotnom postoji opasnost od bušenja cijevi.*
- *U kombinaciji s cjevčicom za hranjenje ne koristite tekućine koje sadrže kiseline, osobito voćne čajeve ili voćne sokove, jer mogu uzrokovati koagulaciju koja može začepiti cijev.*

6. Primjena lijekova

Preporučuje se da se lijekovi putem priključka ENFit cjevčice za lijekove ili priključka za lijekove kompleta za hranjenje daju u otopljenom obliku. Prednost bi trebali imati tekući lijekovi (kapi ili sirup). Ako je potrebno dati tablete ili kapsule, moraju se smrviti na sitno i otopiti u vodi, pod uvjetom da to ne utječe na učinak lijeka.

U slučaju bilo kakve dvojbe, obratite se zaduženom liječniku ili ljekarniku.

VAŽNA NAPOMENA

Cijev se mora isprati prije i nakon svakog unošenja lijeka pomoću 20 ml mlake vode, po mogućnosti putem štrcaljke ENFit od 20 ml. Lijekovi se moraju davati odvojeno i ne smiju se miješati s hranom.

7. Primjena hranjenja

Nakon jejunostomije tankim katetrom tehnički je moguće odmah započeti davanje hrane u tanko crijevo. Doziranje hrane u svakom je slučaju potrebno postupno povećavati. Za preporučeno kontinuirano hranjenje pomoću cijevi i pumpice potrebno je koristiti pumpice za enteralno hranjenje dostupne u slobodnoj prodaji.

VAŽNA NAPOMENA

Ni pod kojim uvjetima ne smije se koristiti infuzijska pumpica namijenjena parenteralnoj primjeni (opasnost od miješanja).

8. Trajanje upotrebe

U prošlosti je bilježno korištenje jejunalne cijevi u trajanju od nekoliko mjesec bez komplikacija.

9. Uklanjanje cjevčice za hranjenje

- Uklonite šavove kojima je fiksirana pričvršna pločica
- Pažljivo uklonite cijev
- Stavite flaster
- 12 sati nemojte jesti.

FCJ Freka® obično se može ukloniti bez zadržavanja jejunokutane fistule.

10. Informacije o naručivanju

FCJ komplet Freka® FR 9, ENFit	
jedinice	Br. Artikla
1 x 1	7755645

Štrcaljka za enteralnu prehranu Freka® Connect ENFit/ProNeo		
Naziv proizvoda	jedinice	Br. Artikla
20ml	100 x 1	9000785
20ml (medium box)	30 x 1	9000785S
20ml (small box)	10 x 1	9000785XS
60ml	50 x 1	9000786
60ml (medium box)	30 x 1	9000786S
60ml (small box)	10 x 1	9000786XS
100ml	30 x 1	9000787
100ml (small box)	10 x 1	9000787XS

Tartozékok

(1 x 1 darab)

- hosszú kanül (fehér fogantyú) tompa acél mandrin az éhbél katéterezéséhez
- rövid kanül (kék fogantyú) a hasfal punkciójához
- Freka® poliuretán cső
 - FR 9, 75 cm hosszú
 - disztális nyílással
 - belső átmérője 1,9 mm
 - külső átmérője 2,9 mm
 - sugárfogó szalaggal és hosszjelölésekkel
- Freka® ENFIT Connector FCJ-hez, mely a következőket tartalmazza:
 - rögzítőcsavar
 - ENFIT csatlakozó
- szilikongumból készült Freka® rögzítőlemez
 - rögzítésre szolgáló csőszorítóval
 - 2 kis nyílással a hasfalra történő varráshoz
- Freka® csőszorító

Tartalomjegyzék

1. Alkalmazás
2. Ellenjavallatok
3. Használati útmutató
4. A punkció helyének utókezelése
5. A táplálósó gondozása
6. Gyógyszerek beadása
7. Szondatáplálás
8. Az alkalmazás időtartama
9. A táplálósó eltávolítása
10. Rendelési tájékoztató

1. Alkalmazás

Korai posztoperatív hosszú távú intrajejunális táplálás

- laparotomia vagy
- laparoscopia után.

2. Ellenjavallatok

Abszolút ellenjavallatok

- Disztális gasztrointesztinális elzáródás
- Bél atónia
- Hashártygyulladás
- Véralvadási zavar
- Szepszis

Relatív ellenjavallatok

- Immunsupresszió
- Sugárzás okozta bélgyulladás
- Pancreatitis
- Crohn-betegség (súlyos kialakulásának kockázata)
- Ascites (hasúri folyadékgyülem)
- Hashártya-carcinoma

3. Használati útmutató

- A műtét elvégzését követően válassza ki azt a legmegfelelőbb pontot, ahol a cső belép a bélbe, és azt a transzkután pontot, ahol a cső belép a has bal felső részébe.

1) Laparotomia osztott kanüllel

- Szúrja át a hasfalat átöns a kék kanüllel cranio-caudalis irányban (1. ábra).
- A csövet az osztott kanül vezetői a gyomorürege kívülről befelé.
- Ezután húzza ki az osztott kanült (2. ábra).
- A mesenteriumtól az ellenkező irányban szúrja át a bél falát a Treitz-szalag mögött (a cső hegye a nyombél és az éhbél átmenetétől [flexura duodenojejunalis] essen távolabb).
- Nyújtsa ki a jejunális hurkot, és átöns szúrjon bele a submucosába a fehér kanüllel, melynek mandrinja vissza van húzva (3. ábra).
- Tolja ki a tompa mandrint, és bújtsa át kb. 5–10 cm hosszan a bélfallal rétegei között (4. ábra).
- Húzza ki a mandrint, és a kanüllel szúrja át a bél lumenét

(5. ábra).

- Tolja előre a csövet a kanülon keresztül a bél lumenébe, és csúsztassa előre, amíg kb. 30 cm mélyen be nem hatol a lumenbe, digitális kontroll mellett (6. ábra).
- Húzza ki az osztott kanült a csövön keresztül, és az osztás után távolítsa el (7. ábra)
- Felszívódó purse-string varrat alkalmazásával, amelyet először a punkciós hely körül kell megkötöni betüremkedő varratként, és amely a parietális hashártya átmeneti rögzítésére szolgál ugyanazzal a tüvel, zárja le a cső belfalba történő belépési pontját, és erősítse a bélhurkot a parietális hashártyához (8. ábra).
- A bél szintén legyen a hashártyához varrva a cső belépésének helye alatt és fölött néhány centiméterrel, a bél rotációja miatt bekövetkező elmozdulás megelőzésére.
- Helyezze be a csövet a rögzítőlemez vezetőjébe, és rögzítse a szorítóval.
- Rögzítse a cső helyzetét úgy, hogy a rögzítőlemez hozzátűzi a hasfalhoz körülbelül 1–2 cm-re a belépési ponttól (9. ábra).
- Miután felhelyezte a csőszorítót, először nyomja a rögzítőcsavart a csőre.
- Az ENFIT-csatlakozó fémszegét tolja be amilyen mélyen csak lehet a csőbe, és rögzítse a rögzítőcsavarral (9. ábra).
- Húzza le a csavarozó segédeszközt (külső barázdált gyűrű) és távolítsa el.

FONTOS MEGJEGYZÉS

A cső megfelelő elhelyezkedését röntgennel ellenőrizni kell!

2) Laparotomia osztott kanül nélkül

- A mesenteriumtól az ellenkező irányban szúrja át a bél falát a Treitz-szalag mögött (a cső hegye a nyombél és az éhbél átmenetétől [flexura duodenojejunalis] essen távolabb).
- Nyújtsa ki a jejunális hurkot, és átöns szúrjon bele a submucosába a fehér kanüllel, melynek mandrinja vissza van húzva (10. ábra).
- Tolja ki a tompa mandrint, és bújtsa át kb. 5–10 cm hosszan a bélfallal rétegei között (11. ábra).
- Húzza ki a mandrint, és a kanüllel szúrja át a bél lumenét (12. ábra).
- Tolja előre a csövet a kanülon keresztül a bél lumenébe, és csúsztassa előre, amíg kb. 30 cm mélyen be nem hatol a lumenbe, digitális kontroll mellett (13. ábra).
- Húzza ki a kanült a cső felett, és távolítsa el.
- Szúrja át a hasfalat átöns a kék kanüllel a cranio-caudalis irányban (14. ábra).
- Óvatosan vezesse át a csövet belülről kifelé a kanülon, túl a kanül éles hegyén (15. ábra).
- Húzza ki a kanült és távolítsa el.
- Felszívódó purse-string varrat alkalmazásával, amelyet először a punkciós hely körül kell megkötöni betüremkedő varratként, és amely a parietális hashártya átmeneti rögzítésére szolgál ugyanazzal a tüvel, zárja le a cső belfalba történő belépési pontját, és erősítse a bélhurkot a parietális hashártyához (16. ábra).
- A bél szintén legyen a hashártyához varrva a szonda belépésének helye alatt és fölött néhány centiméterrel, a bél rotációja miatt bekövetkező elmozdulás megelőzésére.
- Helyezze be a csövet a rögzítőlemez vezetőjébe, és rögzítse a szorítóval.
- Rögzítse a cső helyzetét úgy, hogy a rögzítőlemez hozzátűzi a hasfalhoz körülbelül 1–2 cm-re a belépési ponttól (17. ábra).
- Miután felhelyezte a gyorskiosztó szorítót, először nyomja a rögzítőcsavart a csőre.
- Ezután az ENFIT-csatlakozó fémszegét tolja be amilyen mélyen csak lehet a csőbe, és rögzítse a rögzítőcsavarral (17. ábra).
- Húzza le a csavarozó segédeszközt (külső barázdált gyűrű) és távolítsa el.

FONTOS MEGJEGYZÉS

A cső megfelelő elhelyezkedését röntgennel ellenőrizni kell!

3) Laparoscopia

- Erősítse a bélhurkot a hasfalhoz két helyen (18. ábra).
- Szúrja át a hasfalat a hosszabb (fehér) kanüllel (19. ábra).
- Szúrja át a belet.

- Tolja előre a csövet a kanülon keresztül kb. 30 cm mélyen.
- Húzza ki a kanült (20. ábra).
- Rögzítse a bél hurkot a hasfalhoz felszívódó purse-string varrattal, amíg a csövet már nem lehet látni (21. ábra).
- Helyezze be a csövet a rögzítőlemez vezetőjébe, és rögzítse a szorítóval.
- Rögzítse a cső helyzetét úgy, hogy a rögzítőlemez hozzátűzi a hasfalhoz (1–2 cm-re a belépési ponttól) (22. ábra).
- Miután felhelyezte a csőszorítót, először nyomja a rögzítőcsavart a csőre.
- Az ENFIT-csatlakozó fémszegét tolja be amilyen mélyen csak lehet a csőbe, és rögzítse a rögzítőcsavarral (22. ábra).
- Húzza le a csavarozó segédeszközt (külső barázdált gyűrű) és távolítsa el.

FONTOS MEGJEGYZÉS

A cső megfelelő elhelyezkedését röntgennel ellenőrizni kell!

4. A punkció helyének utókezelése

- Egy applikátor és fertőtlenítőszer segítségével tisztítsa le a punkciós helyet a rögzítőlemez alatt, és jól szárítsa meg anélkül, hogy a rögzítőlemez eltávolítana.

- Javasoljuk, hogy a cső kilépési pontját a hosszmetrével jelölésen jelölje be, hogy az elmozdulás korán észrevehető legyen.

- A punkciós helyet fedje le nyomókötéssel és sebtapaszal.

A behelyezést követően egy héten át a punkciós helyet naponta ellenőriznie kell egy orvosnak.

FONTOS MEGJEGYZÉS

A rögzítőlemez szálait nem szabad eltávolítani, vagy a cső nem lesz a helyén rögzítve.

5. A táplálósó gondozása

FONTOS MEGJEGYZÉS

A csövet nem szabad elmozdítani a sztomában. Az FCJ esetében a benövés veszélye nem áll fenn.

A táplálósócsövet minden ételmiszer-adagolás előtt és után át kell öblíteni naponta legalább egyszer, 20 ml langyos víz felhasználásával, 20 ml-es ENFIT-fecskendővel 20 ml-es

FONTOS MEGJEGYZÉS

- **Ha a cső elzáródik, azt semmi esetben sem szabad magas nyomás (kis volumenű ENFIT-fecskendő, pl. 2,5 vagy 5 ml) vagy mandrin segítségével szabadon tenni. Ilyenkor ugyanis a táplálósó perforálódhat.**
- **Savtartalmú folyadékok, különösen a gyümölcsalapú teák és gyümölcslevek adása nem javasolt. Ezek csövön keresztül történő táplálás során koagulációt okozhatnak, ami a cső elzáródásához vezethet.**

6. Gyógyszerek beadása

Gyógyszer csak abban az esetben alkalmazható, ha az feholdott formában, a táplálósó ENFIT-csatlakozóján vagy a gyógyszeradagolón keresztül adható. Előnyben kell részesíteni a folyékony gyógyszereket (cepp vagy szirup formájában). Ha tabletta vagy kapszula beadása szükséges, azokat moszában nagyon finomra össze kell törni, és vízben fel kell oldani – feltéve, hogy ez a gyógyszer hatását nem csökkenti.

Ha kétsége van, kérdezze meg az illetékes orvost vagy egy gyógyszerészt.

FONTOS MEGJEGYZÉS

A csövet minden gyógyszeradagolás előtt és után át kell öblíteni 20 ml langyos víz felhasználásával, lehetőleg egy 20 ml-es ENFIT-fecskendő segítségével. A gyógyszert külön kell beadni, és az étellel nem szabad összekeverni.

7. Szondatáplálás

Technikai értelemben lehetséges a táplálék vékonybélbe történő adásának azonnali megkezdése a finom-tű katéteres jejunostomiát követően.

A táplálékot minden esetben kezdetben fokozatosan kell bevezetni. A pumpával kontrollált folyamatos szondatáplálást, melyet előnyben kell részesíteni, minden esetben ilyen célra szolgáló, kereskedelmi forgalomban lévő enterális tápláló pumpa segítségével kell elvégezni.

FONTOS MEGJEGYZÉS

Semmilyen esetben sem használható parenterális alkalmazásra tervezett infúziós pumpa (összetévesztés veszélye miatt).

8. Az alkalmazás időtartama

Feljegyezték, hogy a jejunális cső több hónapon keresztül komplikáció nélkül a helyén maradt.

9. A táplálócső eltávolítása

- Távolítsa el a rögzítőlemez rögzítőszálait.
- Óvatosan távolítsa el a csövet.
- Alkalmazzon ragtapaszos kötést.
- A beteg tartson 12 óras koplálási periódust.

A Freka® FCJ általában jejunocutan fistula visszamaradása

nélkül eltávolítható.

10. Rendelési tájékoztató

Freka®-FCJ készlet, FR 9, ENFit	
egység	Cikkszám
1 x 1	7755645

Fecskendő enterális tápláláshoz Freka® Connect ENFit/ProNeo		
Terméknév	egység	Cikkszám
20ml	100 x 1	9000785
20ml (medium box)	30 x 1	9000785S
20ml (small box)	10 x 1	9000785XS
60ml	50 x 1	9000786
60ml (medium box)	30 x 1	9000786S
60ml (small box)	10 x 1	9000786XS
100ml	30 x 1	9000787
100ml (small box)	10 x 1	9000787XS

is

Ihltur

(1 x 1 stykki)

- lång hólnál (hvítt handfang) með bitlausum stálvír fyrir uppsetningu hollegss í ásgörn
- stutt hólnál (blátt handfang) fyrir ástungu í kviðveg
- Freka® pýluretanslaga
 - FR 9, lengd 75 cm
 - með fjarlægju opi
 - innra þvermál 1,9 mm
 - ytra þvermál 2,9 mm
 - með geislaþéttri ræmu og
 - lengdarmerkingum
- Freka® ENFit-tengi fyrir FCJ með:
 - Festiskrúfu
 - ENFit-tengi
- Freka® festingarplötu úr sílikongúmmí
 - með klemmu fyrir slöngu til festingar
 - með tveimur líflum götum til að sauma við kviðvegginn
- Freka® klemma fyrir slöngu

Efnisyfirlit

- Notkun
- Frábendingar
- Notkunarupplýsingar
- Leiðbeiningar um eftirmeðhöndlun á stungustað
- Umhirduleiðbeiningar fyrir næringarslöngu
- Lyfjagjöf
- Næringargjöf
- Notkunartími
- Næringarslaga fjarlægð
- Pöntunarupplýsingar

1. Notkun

Langtímanæringarmeðferð í ásgörn fljótt eftir aðgerð

- Kviðarholsofnun eða
- kviðarholsspeguln.

2. Frábendingar

Algerar frábendingar

- Fjarlæg teppa í meltingarvegi
- Spennuleysi í þörmum
- Skínubólga
- Blöðstorknarsjúkdómur
- Blöðsýking

Afstæðar frábendingar

- Önæmisþæling
- Garnabólga vegna geislunar
- Brisbólga
- Crohns-sjúkdómur (hætta á fistilmyndun)
- Skimholsvöki
- Krabbamein í lífhimnu

3. Notkunarupplýsingar

- Að aðgerð lokinni skal velja hentugan íkomustað fyrir slönguna inn í þarmana og íkomustað fyrir slönguna gegnum húð, vinstra megin á ofanverðum kviðnum.

1) Kviðarholsofnun með deilihólnál (e. splitting — cannula)

- Farið með bláu hólnálina skáhallt í gegnum kviðvegginn frá kúpu til dauslægjar áttar (e. from cranially to caudally). (mynd 1).
- Slöngunni er stýrt inn í magahólið utan frá og inn á við í gegnum deilihólnálina.
- Dragið svo deilihólnálina til baka (mynd 2).
- Stingið inn í þarmavegginn í gagnstæða átt við garnahengi fyrir ofan líðband Treitz (endur slöngunnar á að vera fjarlægur frá skeifu- og ásgarnarbeygjinni).
- Teygið ásgarnarykkjuna og stingið skáhallt í slímbeður, notið hvítu hólnálina með afturdregna vörum (mynd 3).
- Eftir að bitlaus virinn hefur verið framlengdur skal bora hann u.p.b. 5–10 cm á milli laga þarmaveggjarins (mynd 4).
- Fjarlægjið virinn og notið hólnálina til að stinga í þarmahólið (mynd 5).
- Ytið slöngunni áfram í gegnum hólnálina inn í þarmahólið og rennið henni áfram þar til hún er komin u.p.b. 30 cm inn í holið, stýrið þessu stafrænt (mynd 6).
- Dragið deilihólnálina til baka í gegnum slönguna og fjarlægjið eftir deilingu (mynd 7).
- Notið upplesanlegan buddusaum (e. purse-string sutures) sem eru fyrst hnyttir kringum stungustaðinn eins og innhverfingarisaumar (e. invaginated sutures) og gefa tímabundna festingu á lífhimnuveggnum, notið sömu nálf til að loka íkomustað slöngunnar í þarmaveggnum og tengið þarmalykkjuna við lífhimnuvegginn (mynd 8).
- Einnig skal sauma þarmana við lífhimnuna nokkrum sentimetrum fyrir ofan og neðan íkomustað slöngunnar til að koma í veg fyrir aflögun vegna þarmasnúnings.
- Setjið slönguna í stýringu festingarplötunnar og festið hana með klemmuni.
- Festið stöðu slöngunnar með því að sauma festingarplö-

tuna lauslega við kviðvegginn u.p.b. 1–2 cm frá íkomustaðnum (mynd 9).

- Eftir að klemma slöngunnar hefur verið sett á skal byrja á að yta festiskrúfunni yfir slönguna.
- Ytið svo malþinnna ENFit-tengissins eins langt inn í slönguna og hægt er og festið hann með festiskrúfunni (mynd 9).
- Togið hjálparkæði fyrir skrífuna niður (utanálgjandi hringur með raufum) og fjarlægjið það.

MIKILVEG ATHUGASEMD

Kanna verður rétta staðsetningu slöngunnar með röntgenmynd.

2) Kviðarholsofnun án deilihólnálar (e. splitting — cannula)

- Stingið inn í þarmavegginn í gagnstæða átt við garnahengi fyrir ofan líðband Treitz (endur slöngunnar á að vera fjarlægur frá skeifu- og ásgarnarbeygjinni).
- Teygið ásgarnarykkjuna og stingið skáhallt í slímbeður, notið hvítu hólnálina með afturdregna vörum (mynd 10).
- Eftir að bitlaus virinn hefur verið framlengdur skal bora hann u.p.b. 5–10 cm á milli laga þarmaveggjarins (mynd 11).
- Fjarlægjið virinn og notið hólnálina til að stinga í þarmahólið (mynd 12).
- Ytið slöngunni áfram í gegnum hólnálina inn í þarmahólið og rennið henni áfram þar til hún er komin u.p.b. 30 cm inn í holið, stýrið þessu stafrænt (mynd 13).
- Dragið hólnálina til baka fyrir ofan slönguna og fjarlægjið hana.
- Farið með bláu hólnálina skáhallt í gegnum kviðvegginn frá kúpu til dauslægjar áttar (e. from cranially to caudally) (mynd 14).
- Stýrið slöngunni varlega innan frá og út í gegnum hólnálina, framhjá odhðvössum enda hólnálarinnar (mynd 15).
- Dragið hólnálina til baka og fjarlægjið hana.
- Notið upplesanlegan buddusaum (e. purse-string sutures) sem eru fyrst hnyttir kringum stungustaðinn eins og innhverfingarisaumar (e. invaginated sutures) og gefa tímabundna festingu á lífhimnuveggnum, notið sömu nálf til að loka íkomustað slöngunnar í þarmaveggnum og tengið þarmalykkjuna við lífhimnuvegginn (mynd 16).
- Einnig skal sauma þarmana við lífhimnuna nokkrum sentimetrum fyrir ofan og neðan íkomustað kannans til að koma í veg fyrir aflögun vegna þarmasnúnings.
- Setjið slönguna í stýringu festingarplötunnar og festið hana með klemmuni.
- Festið stöðu slöngunnar með því að sauma festingarplö-

tuna lauslega við kviðvegginn u.p.b. 1–2 cm frá íkomu-

- staðnum (mynd 17).
- Eftir að flyttilosunaríðemma slöngunnar hefur verið sett á skal byrja á að yta festiskrúfunni yfir slönguna.
 - Ytjö svo málpinna ENFit-tengisins eins langt inn í slönguna og hægt er og festið hann með festiskrúfunni (mynd 17).
 - Togið hjálpartækið fyrir skrúfuna niður (utanáliggjandi hringur með rauðum) og fjarlægjið það.

MIKILVÆG ATHUGASEMD

Kanna verður rétta staðsetningu slöngunnar með röntgennmynd.

3)– Kvíðarholsspeglun

- Festið þarmalykkjuna við kvíðvegginn á tveimur stöðum (mynd 18).
- Stingið í kvíðvegginn með lengri holnálíni (hvít) (mynd 19).
- Stingið svo í þarmana.
- Ytjö slöngunni áfram í gegnum holnálina u.þ.b. 30 cm.
- Dragið holnálina til baka (mynd 20).
- Festið þarmalykkjuna við kvíðvegginn með uppleysanlegum buddusaum (e. purse-string sutures) þar til slangan sest ekki lengur (mynd 21).
- Setjið slönguna í styringu festingarplötunnar og festið hana með klemmunni.
- Festið stöðu slöngunnar með því að sauma festingarplötuna lauslega við kvíðvegginn (1–2 cm frá íkomustaðnum) (mynd 22).
- Eftir að klemma slöngunnar hefur verið sett á skal byrja á að yta festiskrúfunni yfir slönguna.
- Ytjö svo málpinna ENFit-tengisins eins langt inn í slönguna og hægt er og festið hann með festiskrúfunni (mynd 22).
- Togið hjálpartækið fyrir skrúfuna niður (utanáliggjandi hringur með rauðum) og fjarlægjið það.

MIKILVÆG ATHUGASEMD

Kanna verður rétta staðsetningu slöngunnar með röntgennmynd.

4. Leiðbeiningar um eftir-meðhöndlun á stungustað

- Notið áhald og sótthreinsiefni til að hreinsa stungustaðinn undir festingarplötunni og þurrkið vel án þess að fjarlægja festingarplötuna.
- Mælt er með því að merkja lengd slöngunnar á staðnum þar sem hún kemur út til að hægt sé að bera snemma kennsl á aflögun.
- Hyljið stungustaðinn með grípuþöf og plástir.

Læknir ætti að skoða stungustaðinn daglega fyrstu vikuna eftir ísetningu.

MIKILVÆG ATHUGASEMD

Ekki má fjarlægja þræði festingarplötunnar annars festist slangan ekki á sínum stað.

5. Umhíróleiðbeiningar fyrir

Componenti

(1 x 1 pezzo)

- ago-cannula lungo (impugnatura bianca) con mandrino smussato in acciaio per il cateterismo del digiuno
- ago-cannula corto (impugnatura blu) per la perforazione della parete addominale
- Freka® sonda in poliuretano
 - CH/FR 9, lunghezza 75 cm
 - con foro terminale
 - diametro interno 2,9 mm
 - diametro esterno 2,9 mm
 - con strisce radiopache e
 - tacche di lunghezza
- connettore ENFit Freka® per sonda FKJ composto da:
 - vite di fissaggio
 - connettore ENFit

næringarslöngu

MIKILVÆG ATHUGASEMD

Slangan má ekki hreyfast í stómanu. Hættan á innfellingu er ekki fyrir hendi með FCJ.

Naðsynlegt er að skola slönguna vandlega með 20 ml af vatni, fyrir og eftir hverja næringargjöf, helst með 20 ml ENFit sprautu.

MIKILVÆG ATHUGASEMD

• Ef slangan stíflast má undir engum kringumstæðum hreinsa hana með afli með ENFit sprautu fyrir lítið magn, t.d. 2,5 eða 5 ml) eða stýrivið. Annars er hættan á að gat komi á slönguna.

- Notið ekki vökva sem innihalda syður, einkum ávaxtate eða ávaxtasafa, samhliða næringargjöf í gegnum slöngu þar sem þeir geta valdið storknun sem kann að stífla slönguna.

6. Lyfjagjöf

Lyf á helst að gefa í gegnum ENFit-tengi næringarslöngunnar eða lyfjafbrunn gjafasettsins á uppleystu formi. Lyf á vökvaformi skulu vera í forgangi (dropar eða saft).). Ef ætlunin er að gefa töflur og hylki verður að mylja þau mjög vel og leysa upp í vatni, með þeim fyrirvara að verkun lyfsins breytist ekki.

Leitið ráða hjá meðferðarlækninum eða lyfjafræðingi ef vafi leikur á.

MIKILVÆG ATHUGASEMD

Naðsynlegt er að skola slönguna fyrir og eftir hverja lyfjagjöf með 20 ml af valgu vatni, helst með 20 ml ENFit sprautu. Gefa skal lyf sér og ekki blanda þeim við næringu.

7. Næringargjöf

Tæknilega séð er hægt að hefja næringargjöf í smáþarma um leið og ásgarnarraufun með finni nál er lokið.

Í öllum tilfellum ætti að auka næringarskammtasmám saman. Nota skal næringardætur fyrir meðferð í metlingarveg sem fást á almennum markaði fyrir ráðlagða samfellda næringarmeðferð í gegnum slöngu með dælstýringu

MIKILVÆG ATHUGASEMD

Ekki má nota innrennisslæðu sem er hönnuð fyrir notkun framhjá metlingarvegi undir neinum kringumstæðum (hætta á ruglingi).

8. Notkunartími

Fyrir skráningar benda til þess að ásgarnarslangan hafi verið í notkun í nokkra mánuði án fylgikvilla.

9. Næringarslanga fjarlægð

- piastra di fissaggio Freka® in gomma silfonica
 - con clamp per il fissaggio della sonda
 - con due piccoli fori per la cucitura alla parete addominale
- clamp Freka®

Sommario

- 1. Impiego
- 2. Controindicazioni
- 3. Informazioni per l'uso
- 4. Istruzioni per la medicazione del punto di perforazione
- 5. Istruzioni per la manutenzione della sonda
- 6. Applicazione di farmaci
- 7. Applicazione per la nutrizione
- 8. Durata dell'utilizzo
- 9. Rimozione della sonda di nutrizione
- 10. Informazioni per l'ordinazione

- Fjarlægjið festiþræðina á festingarplötunni
- Fjarlægjið slönguna vandlega
- Setjið á plástursumbúðir
- Fylgið 12 klukkustunda föstutímabili.

Yfirleitt er hægt að fjarlægja Freka® FCJ án þess að ásgarnarhúðstíll sé skilinn eftir.

10. Pöntunarupplýsingar

Freka®- FCJ sett FR 9, ENFit	
einingar	Vörunúmer
1 x 1	7755645

Sprautu til næringarinntöku Freka® Connect ENFit/ProNeo		
Vöruheiti	einingar	Vörunúmer
20ml	100 x 1	9000785
20ml (medium box)	30 x 1	90007855
20ml (small box)	10 x 1	9000785XS
60ml	50 x 1	9000786
60ml (medium box)	30 x 1	90007865
60ml (small box)	10 x 1	9000786XS
100ml	30 x 1	9000787
100ml (small box)	10 x 1	9000787XS

1. Impiego

Nutrizione intradigunale precoce post-operatoria a lungo termine in seguito a:

- Laparotomia o
- Laparoscopia.

2. Controindicazioni

Controindicazioni assolute

- Ostruzione del tratto GI in posizione distale
- Atonia intestinale
- Peritonite
- Disturbi della coagulazione
- Sepsì

Controindicazioni relative

- Immunosoppressione

- Enterite da radiazioni
- Pancreatite
- Morbo di Crohn (rischio di formazione di fistole)
- Ascite
- Carcinoma peritoneale

3. Informazioni per l'uso

- Nella fase finale dell'intervento chirurgico, scegliere sul lato sinistro della parte superiore dell'addome il punto di inserimento transcutaneo della sonda e il punto ottimale di inserimento nell'intestino.

1) Laparotomia con ago-cannula a frattura

- Penetrare obliquamente con l'ago-cannula blu la parete addominale in senso craniale-caudale (fig. 1).
- Inserire attraverso l'ago-cannula a frattura la sonda nell'addome dall'esterno verso l'interno.
- Quindi ritrarre l'ago-cannula a frattura (fig. 2).
- Perforare la parete intestinale in senso antimesenterale, oltre il legamento di Treitz (la punta della sonda va posizionata distalmente rispetto alla flessura duodenodigunale).
- A tal fine tendere la relativa ansa digiunale e perforare con l'ago-cannula bianco, a mandrino retractor, obliquamente fino alla sottomucosa (fig. 3).
- Dopo aver spinto in avanti il mandrino, guidare l'ago-cannula per 5-10 cm attraverso gli strati della parete intestinale (fig. 4).
- Sfilare il mandrino e perforare il lume intestinale con la punta dell'ago-cannula (fig. 5).
- Inserire la sonda attraverso l'ago-cannula sino a che venga a trovarsi all'interno del lume per 30 cm (fig. 6). Controllare la posizione della sonda tastando la parete intestinale.
- Ritirare l'ago-cannula a frattura lungo la sonda ed estrarlo dopo la rottura (fig. 7).
- La chiusura del punto di inserimento della sonda nella parete intestinale, nonché il fissaggio dell'ansa intestinale al peritoneo parietale, vengono eseguiti con fili di sutura a borsa riassorbibili, che dapprima vengono annodati attorno al punto di perforazione come fili a introversione e poi, con lo stesso ago, servono per il fissaggio temporaneo al peritoneo parietale (fig. 8).
- Inoltre l'intestino dovrebbe essere fissato con alcuni punti al peritoneo alcuni centimetri al di sopra e al di sotto del punto di inserimento della sonda, al fine di evitare una eventuale dislocazione dovuta alla rotazione dell'intestino stesso.
- Inserire la sonda nella guida della piastra di fissaggio e bloccarla per mezzo della clamp.
- Assicurare la posizione della sonda cucendo la piastra di fissaggio sulla parete addominale ca. 1-2 cm accanto al punto di inserimento (fig. 9).
- Dopo aver fissato la clamp spingere la vite di fissaggio sulla sonda.
- Infine innestare il perno metallico dell'adattatore di fissaggio ENFit il più profondamente possibile nella sonda e assicurarla con la vite di fissaggio (fig. 9).
- Sfilare verso il basso l'anello esterno scanalato e rimuoverlo.

NOTA IMPORTANTE

Il corretto posizionamento della sonda deve essere verificato radiologicamente.

2) Laparotomia senza ago-cannula a frattura

- Perforare la parete intestinale in senso antimesenterale, oltre il legamento di Treitz (la punta della sonda va posizionata distalmente rispetto alla flessura duodenodigunale).
- A tal fine tendere la relativa ansa digiunale e perforare con l'ago-cannula bianco, a mandrino retractor, obliquamente fino alla sottomucosa (fig. 10).
- Dopo aver spinto in avanti il mandrino, guidare l'ago-cannula per 5-10 cm attraverso gli strati della parete intestinale (fig. 11).
- Sfilare il mandrino e perforare il lume intestinale con la punta dell'ago-cannula (fig. 12).
- Inserire la sonda attraverso l'ago-cannula sino a che venga a trovarsi all'interno del lume per 30 cm (fig. 13). Controllare la posizione della sonda tastando la parete

intestinale.

- Ritirare l'ago-cannula lungo la sonda ed estrarlo.
- Penetrare obliquamente con l'ago-cannula blu la parete addominale in senso craniale-caudale (fig. 14).
- Inserire la sonda attraverso l'ago-cannula facendola oltrepassare la punta affilata dello stesso (fig. 15).
- Ritirare l'ago-cannula ed estrarlo.
- La chiusura del punto di inserimento della sonda nella parete intestinale, nonché il fissaggio dell'ansa intestinale al peritoneo parietale, vengono eseguiti con fili di sutura a borsa riassorbibili, che dapprima vengono annodati attorno al punto di perforazione come fili a introversione e poi, con lo stesso ago, servono per il fissaggio temporaneo al peritoneo parietale (fig. 16).
- Inoltre l'intestino dovrebbe essere fissato con alcuni punti al peritoneo alcuni centimetri al di sopra e al di sotto del punto di inserimento della sonda, al fine di evitare una eventuale dislocazione dovuta alla rotazione dell'intestino stesso.
- Inserire la sonda nella guida della piastra di fissaggio e bloccarla per mezzo della clamp.
- Assicurare la posizione della sonda cucendo la piastra di fissaggio sulla parete addominale ca. 1-2 cm accanto al punto di inserimento (fig. 17).
- Dopo aver fissato la clamp a sgancio rapido spingere la vite di fissaggio sulla sonda.
- Infine innestare il perno metallico dell'adattatore di fissaggio ENFit il più profondamente possibile nella sonda e assicurarla con la vite di fissaggio (fig. 17).
- Sfilare verso il basso l'anello esterno scanalato e rimuoverlo.

NOTA IMPORTANTE

Il corretto posizionamento della sonda deve essere verificato radiologicamente.

3) Laparoscopia

- Fissare su due punti l'ansa intestinale alla parete addominale (fig. 18).
- Perforare la parete addominale con l'ago-cannula più lungo (bianco) (fig. 19).
- Quindi perforare l'intestino.
- Spingere la sonda per ca. 30 cm attraverso l'ago-cannula.
- Ritirare l'ago-cannula (fig. 20).
- Fissare l'ansa intestinale con suture a borsa riassorbibili alla parete addominale sino a che la sonda non sia più visibile (fig. 21).
- Inserire la sonda nella guida della piastra di fissaggio e bloccarla per mezzo della clamp.
- Assicurare la posizione della sonda cucendo la piastra di fissaggio sulla parete addominale ca. 1-2 cm accanto al punto di inserimento (fig. 22).
- Dopo aver fissato la clamp spingere la vite di fissaggio sulla sonda.
- Infine innestare il perno metallico dell'adattatore di fissaggio ENFit il più profondamente possibile nella sonda e assicurarla con la vite di fissaggio (fig. 22).
- Sfilare verso il basso l'anello esterno scanalato e rimuoverlo.

NOTA IMPORTANTE

Il corretto posizionamento della sonda deve essere verificato radiologicamente.

4. Istruzioni per la medicazione del punto di perforazione

- Pulire accuratamente con un batuffolo di cotone imbevuto di disinfettante ed asciugare bene il punto di perforazione al di sotto della piastra di fissaggio, senza rimuoverla.
- Si consiglia di contrassegnare la lunghezza della sonda in corrispondenza del punto di uscita, al fine di riconoscere tempestivamente un'eventuale dislocazione.
- Medicare il punto di perforazione con una compressa di garza sterile e cerotti.

Nella prima settimana successiva all'inserimento il punto di perforazione deve essere controllato dal medico una volta al giorno.

NOTA IMPORTANTE

I punti utilizzati per la piastra di fissaggio non vanno assolutamente rimossi, onde evitare la dislocazione della sonda.

5. Istruzioni per la manutenzione della sonda di nutrizione

NOTA IMPORTANTE

Non mobilizzare la sonda nello stomaco. Con una sonda FKJ non sussiste il pericolo che la sonda si incarni.

La sonda va risciacquata prima e dopo ogni seduta alimentare con 20 ml di acqua tiepida; si raccomanda l'uso di una siringa ENFit da 20 ml.

NOTA IMPORTANTE

- In caso di ostruzione la sonda non va sturata in nessun caso applicando pressioni elevate (siringa ENFit a volume ridotto, ad es. da 2,5 o 5 ml) oppure mediante un filo guida. In caso contrario sussiste il rischio di perforare la sonda.
- Non utilizzare liquidi contenenti acidi, in particolare infusi alla frutta o succhi di frutta, in concomitanza con la nutrizione per sonda poiché possono causare coagulazione che può ostruire la sonda.

6. Applicazione di farmaci

I farmaci vanno somministrati preferibilmente in forma dissolta attraverso il connettore ENFit sulla porta dell'apporto set. Sono da preferire farmaci in forma liquida (gocce o sciroppi). La somministrazione di compresse o capsule è possibile se esse vengono prima sminuzzate finemente in un mortaio e sciolte in acqua (nella misura in cui ciò non ne limiti l'efficacia).

In caso di dubbi, consultare il medico responsabile o un farmacista.

NOTA IMPORTANTE

La sonda va risciacquata prima e dopo ogni somministrazione di farmaci con 20 ml di acqua tiepida preferibilmente utilizzando una siringa ENFit da 20 ml. I farmaci non vanno somministrati in nessun caso contemporaneamente agli alimenti.

7. Applicazione per la nutrizione

Dal punto di vista tecnico la nutrizione intradiagonale può essere iniziata immediatamente dopo l'esecuzione della digiunostomia mediante catetere ad ago sottile.

In ogni caso all'inizio la dose di alimenti dovrebbe essere aumentata gradualmente. Per la nutrizione con sonda, preferibilmente continua, devono essere impiegate sempre e solo le pompe per nutrizione enterale disponibili in commercio per tale scopo.

NOTA IMPORTANTE

Non va usata in nessun caso una pompa per infusione progettata per l'applicazione parenterale (rischio di confusione).

8. Durata dell'utilizzo

In passato sono stati documentati periodi di utilizzo della sonda digiunale di diversi mesi senza l'insorgere di complicazioni.

9. Rimozione della sonda di nutrizione

- Eliminare i punti utilizzati nella piastra di fissaggio
- Estrarre con cura la sonda
- Applicare la medicazione
- Lasciare il paziente a digiuno per 12 ore.

Generalmente la sonda FKJ Freka® può essere rimossa senza che rimanga alcuna fistola cutanea digiunale.

10. Informazioni per l'ordinazione

Set FKJ Freka® CH/FR 9, ENFit	
unità	Numero articolo
1 x 1	7755645

Siringa per alimentazione enterale Freka® Connect ENFit/ProNeo		
Nome prodotto	unità	Numero articolo
20ml	100 x 1	9000785
20ml (medium box)	30 x 1	9000785S
20ml (small box)	10 x 1	9000785XS
60ml	50 x 1	9000786
60ml (medium box)	30 x 1	9000786S
60ml (small box)	10 x 1	9000786XS

Siringa per alimentazione enterale Freka® Connect ENFit/ProNeo		
Nome prodotto	unità	Numero articolo
100ml	30 x 1	9000787
100ml (small box)	10 x 1	9000787XS

Onderdelen

(1 x 1 stuk)

- lange canule (witte greep) met botte stalen mandrijn voor katheterisatie van de nuchtere darm
- korte canule (blauwe greep) voor punctie van de buikwand
- Freka®-buis van polyurethaan
 - FR 9, lengte 75 cm
 - met distale opening
 - binnendiameter 1,9 mm
 - buitendiameter 2,9 mm
 - met radiopake strook en
 - lengtemarkeringen
- Freka® ENFit-connector voor FKJ bestaande uit:
 - bevestigingsschroef
 - ENFit-verbinding
- Freka® bevestigingsplaat van siliconenrubber
 - met slangklep voor bevestiging
 - met 2 kleine gaten voor hechting aan de buikwand
- Freka®-slangklep

Inhoudsopgave

1. Toepassingen
2. Contra-indicaties
3. Informatie voor gebruik
4. Nazorginstructie voor de punctieplaats
5. Verzorgingsinstructies voor de slang
6. Toediening van geneesmiddelen
7. Toediening van sondevoeding
8. Duur van gebruik
9. Verwijderen van de voedingssonde
10. Bestelinformatie

1. Toepassingen

Vroegtijdige postoperatieve intrajejunale voeding voor lange termijn na

- laparotomie of
- laparoscopie.

2. Contra-indicaties

Absolute contra-indicaties

- Distale obstructie van het maag-darmkanaal
- Intestinale atonie
- Peritonitis
- Bloedstollingsstoornissen
- Sepsis

Relatieve contra-indicaties

- Immunosuppressie
- Bestralingsenteritis
- Pancreatitis
- Ziekte van Crohn (risico van fistelvorming)
- Ascites
- Peritoneaal carcinoom

3. Informatie voor gebruik

- Na voltooiing van de operatie selecteert u het ideale ingangspunt voor de slang in de darm en het transcutane ingangspunt voor de slang in de linkerbovenkant van de buik.

1) Laparotomie met splitcanule

- Penetreer de buikwand in diagonale richting met de blauwe canule, van craniaal naar caudaal (fig. 1).
- De slang wordt via de splitcanule van buitenaf in de maagholte geleid.
- Trek de splitcanule vervolgens terug (fig. 2).
- Prik in de tegenoverliggende richting van het mesenterium in de darmwand, voorbij het ligament van Treitz (de punt van de slang moet ver van de duodenojejunale verbinding af liggen).
- Rek de jejunale lus en prik in diagonale richting in de submucosa; gebruik de witte canule met de teruggetrokken mandrijn (fig. 3).
- Na het uitrekken van de botte mandrijn ongeveer 5-10 cm tussen de lagen van de darmwand leiden (fig. 4).
- Verwijder de mandrijn en gebruik de canule om het darmlumen door te prikken (fig. 5).
- Duw de slang door de canule naar voren in het darmlumen en schuif naar voren tot de slang onder digitale controle ongeveer 30 cm in het lumen is ingebracht (fig. 6).
- Trek de splitcanule door de slang terug en verwijder deze na het splitsen (fig. 7).
- Dicht het ingangspunt van de slang in de darmwand af met oplosbare tabakzakhechtingen, die eerst rond de punctieplaats worden vastgeknoopt als geïnagineerde hechtingen en die dienen als tijdelijke bevestiging aan het peritoneum parietale met dezelfde naald, en bevestig de darmlus aan het peritoneum parietale (fig. 8).
- De darm moet enkele centimeters boven en onder het ingangspunt van de slang aan het peritoneum worden vastgezet om losraking door draaiing van de darm te voorkomen.
- Breng de slang in de leiding van de bevestigingsplaat in en zet deze vast met de klem.
- Bevestig de slang door de bevestigingsplaat ongeveer 1-2 cm van het ingangspunt aan de buikwand vast te zetten (fig. 9).
- Nadat de slangklep is vastgezet, duwt u eerst de bevestigingsschroef over de slang.
- Vervolgens drukt u de metalen pin van de ENFit-connector zo ver mogelijk in de slang en zet u deze vast met de bevestigingsschroef (fig. 9).
- Trek het schroefhulpmiddel (ring met groeven aan de buitenkant) omlaag en verwijder deze.

BELANGRIJKE OPMERKING!

Er moet met behulp van röntgenstraling worden gecontroleerd of de positie van de slang juist is.

2) Laparotomie zonder splitcanule

- Prik in de tegenoverliggende richting van het mesenterium in de darmwand, voorbij het ligament van Treitz (de punt van de slang moet ver van de duodenojejunale

verbinding af liggen).

- Rek de jejunale lus en prik in diagonale richting in de submucosa; gebruik de witte canule met de teruggetrokken mandrijn (fig. 10).
- Na het uitrekken van de botte mandrijn ongeveer 5-10 cm tussen de lagen van de darmwand leiden (fig. 11).
- Verwijder de mandrijn en gebruik de canule om het darmlumen door te prikken (fig. 12).
- Duw de slang door de canule naar voren in het darmlumen en schuif naar voren tot de slang onder controle met de vingers ongeveer 30 cm in het lumen is ingebracht (fig. 13).
- Trek de canule over de slang terug en verwijder deze.
- Penetreer de buikwand in diagonale richting met de blauwe canule, van craniaal naar caudaal (fig. 14).
- Leid de slang voorzichtig van binnen naar buiten door de canule, voorbij de scherp gerande punt van de canule (fig. 15).
- Trek de canule terug en verwijder deze.
- Dicht het ingangspunt van de slang in de darmwand af met oplosbare tabakzakhechtingen, die eerst rond de punctieplaats worden vastgeknoopt als geïnagineerde hechtingen en die dienen als tijdelijke bevestiging aan het peritoneum parietale met dezelfde naald, en bevestig de darmlus aan het peritoneum parietale (fig. 16).
- De darm moet enkele centimeters boven en onder het ingangspunt van de sonde aan het peritoneum worden vastgezet om losraking door draaiing van de darm te voorkomen.
- Breng de slang in de leiding van de bevestigingsplaat in en zet deze vast met de klem.
- Bevestig de slang door de bevestigingsplaat ongeveer 1-2 cm van het ingangspunt aan de buikwand vast te zetten (fig. 17).
- Nadat de Quick-Release-klem is vastgezet, duwt u eerst de bevestigingsschroef over de slang.
- Vervolgens duwt u de metalen pin van de ENFit-connector zo ver mogelijk in de slang en zet u deze vast met de bevestigingsschroef (fig. 17).
- Trek het schroefhulpmiddel (ring met groeven aan de buitenkant) omlaag en verwijder deze.

BELANGRIJKE OPMERKING!

Er moet met behulp van röntgenstraling worden gecontroleerd of de positie van de slang juist is.

3) Laparoscopie

- Bevestig de darmlus op twee plaatsen aan de buikwand (fig. 18).
- Prik in de buikwand met de langere (witte) canule (fig. 19).
- Prik vervolgens in de darm.
- Duw de slang ongeveer 30 cm naar voren door de canule.
- Trek de canule terug (fig. 20).
- Bevestig de darmlus met oplosbare tabakzakhechtingen aan de buikwand, tot de slang niet meer te zien is (fig. 21).
- Breng de slang in de leiding van de bevestigingsplaat in en zet deze vast met de klem.
- Bevestig de slang door de bevestigingsplaat aan de

- buikwand vast te zetten (1–2 cm van het ingangspunt). (fig. 22).
- Nadat de slang/lem is vastgezet, duwt u eerst de bevestigingsschroef over de slang.
- Vervolgens duwt u de metalen pin van de ENFit-connector zo ver mogelijk in de slang en zet u deze vast met de bevestigingsschroef (fig. 22).
- Trek het schroefhulpmiddel (ring met groeven aan de buitenkant) omlaag en verwijder deze.

BELANGRIJKE OPMERKING!

Er moet met behulp van röntgenstraling worden gecontroleerd of de positie van de slang juist is.

4. Nazorginstructie voor de punctieplaats

- Gebruik een applicator en desinfectiemiddel om de punctieplaats onder de bevestigingsplaat te reinigen en droog de plaats goed zonder de bevestigingsplaat te verwijderen.
- Het verdient aanbeveling de lente van de slang aan het eindpunt te markeren, zodat een losraking in een vroeg stadium kan worden opgemerkt.
- Dek de punctieplaats af met een kompres en pleister.

Tijdens de eerste week na plaatsing moet de punctieplaats dagelijks door een arts gecontroleerd worden.

BELANGRIJKE OPMERKING!

De draden van de bevestigingsplaat mogen niet worden verwijderd; anders blijft de slang namelijk niet op zijn plaats.

5. Verzorgingsinstructies voor de slang**BELANGRIJKE OPMERKING!**

De slang mag niet in het stoma worden bewogen. Er bestaat bij de FKJ geen risico op vastgroeiing ingroeiing.

De slang moet voor en na elke toediening van voeding zorgvuldig met 20 ml lauw water worden gespoeld, bij voorkeur met een 20 ml ENFit-spuut

BELANGRIJKE OPMERKING!

- *Als de slang geblokkeerd raakt, mag de lumen van de slang in geen enkel geval onder hoge druk worden leeggemaakt (ENFit-spuut met klein volume, bijvoorbeeld 2,5 of 5 ml) of met een geleidedraad. Anders is er sprake van risico van perforatie van de slang.*

- *Gebruik geen zuurhoudende vloeistoffen, met name vruchten thee of vruchtensap, in combinatie met sondevoeding kunnen deze stolling veroorzaken, waardoor de slang verstopt kan raken.*

6. Toediening van geneesmiddelen

Geneesmiddelen dienen bij voorkeur in opgeloste vorm via de ENFit-connector van de voedings slang of de medicatiepoort van de gebruikte set toegediend te worden. Vloeibare geneesmiddelen (druppels of stroop) verdienen de voorkeur. Als er tabletten en capsules moeten worden toegediend, moeten deze van tevoren zeer fijn worden gemalen en in water worden opgelost (als dit geen afbreuk doet aan het effect van het geneesmiddel).

Raadpleeg in elk geval van twijfel de dienstdoend arts of een apotheker.

BELANGRIJKE OPMERKING!

De voedings slang moet voor en na elke toediening van geneesmiddelen met 20 ml lauw water gespoeld worden, bij voorkeur met een ENFit-spuut van 20 ml. Geneesmiddelen moeten afzonderlijk worden toegediend en dienen niet met voeding te worden gecombineerd.

7. Toediening van sondevoeding

Het is technisch gezien mogelijk om de toediening van voedsel aan de dunne darm onmiddellijk na de jejunostomie met dunne-naaldkatheter te starten.

In alle gevallen moet de dosering van de voeding geleidelijk worden verhoogd. In de handel verkrijgbare enterale voedingspompen moeten worden gebruikt voor de aanbevolen pompgestuurde doorlopende sondevoeding.

BELANGRIJKE OPMERKING!

Er mag in geen enkel geval een infusiepomp voor parenterale toepassing worden gebruikt (risico van verwarring).

8. Duur van gebruik

Er zijn in het verleden gevallen geregistreerd waarbij de jejunale slang meerdere maanden zonder complicaties op zijn plaats is gebleven.

9. Verwijderen van de voedings-sonde

- Verwijder de bevestigingsdraden van de bevestigingsplaat
- Verwijder de slang voorzichtig

- Breng pleisters aan
- Neem een vastperiode van 12 uur in acht.

De Freka® FKJ kan doorgaans worden verwijderd zonder dat er een jejunocutane fistel achterblijft.

10. Bestelinformatie

Freka®-FKJ Set FR 9, ENFit	
eenheden	Artikelnr
1 x 1	7755645

Spuut voor sondevoeding Freka® Connect ENFit/ProNeo		
Productnaam	eenheden	Artikelnr.
20ml	100 x 1	9000785
20ml (medium box)	30 x 1	9000785S
20ml (small box)	10 x 1	9000785XS
60ml	50 x 1	9000786
60ml (medium box)	30 x 1	9000786S
60ml (small box)	10 x 1	9000786XS
100ml	30 x 1	9000787
100ml (small box)	10 x 1	9000787XS

Komponenter

(1 x 1 stk.)

- lang sprøyte (hvit grep) med stump stålmandreng for kateterisering av jejunum
- kort sprøyte (blått grep) for punksjon av abdominalvegg
- Freka® polyuretanslange
 - FR 9, lengde 75 cm
 - med distal åpning
 - intern diameter på 1,9 mm
 - ekstern diameter på 2,9 mm
 - med røntgentett strimmel og
 - lengdemarkeringer
- Freka® ENFit-kobling for FCJ består av:
 - festeskruer
 - ENFit-kobling
- Freka® fikseringsplate laget av silikongummi
 - med slanglemme som fiksering
 - med 2 små hull som skal sys på abdominalveggen
- Freka®-slangeklemme

Innhold

- 1. Bruk
- 2. Kontraindikasjoner
- 3. Informasjon om bruk
- 4. Etterbehandlingsanvisning for punksjonsstedet
- 5. Instruksjoner for stell av ernæringslangen
- 6. Tilførsel av medisin
- 7. Tilførsel av ernæring
- 8. Bruksvarighet
- 9. Fjerning av ernæringslangen
- 10. Bestillingsinformasjon

1. Bruk

Tidlig postoperativ, langsiktig intrajejunalt tilførsel av ernæring etter

- laparotomi eller
- laparoskopi.

2. Kontraindikasjoner**Absolutte kontraindikasjoner**

- Obstruksjon i distal Gi-kanal
- Intestinal atoni
- Peritonitt
- Blodkoaguleringsforstyrrelser
- Sepsis

Relative kontraindikasjoner

- Immunsuppresjon
- Strålingsenteritt
- Pankreatitt
- Crohns sykdom (fare for dannelse av fistel)
- Ascites
- Peritoneal karsinom

3. Informasjon om bruk

- Etter at operasjonen er fullført, velges det ideelle adgangspunktet for slangen inn i tarmen, og det transkutan adgangspunktet for slangen inn i den øvre venstre side av abdomen.

1) Laparotomi med sprøyte som deler seg

- Penetrer abdominalveggen diagonalt med den blå sprøyten fra kranialt til kaudalt. (figur 1).
- Slangen føres inn i det gastriske hulrommet fra utsiden og innover gjennom den delte sprøyten.
- Trekk deretter den delte sprøyten ut (figur 2).
- Punkter i motsatt retning av mesenterium inn i tarmveggen forbi det treitzke ligament (tuppen til slangen skal være langt fra den duodenojejunale fleksur).
- Strekk den jejunale løkken, og punkter diagonalt inn i submukosa. Bruk den hvite sprøyten med tilbaketrøkket mandreng (figur 3).
- Etter å ha strukket ut den stumpe mandrengen skal det lages en tunnel på ca. 5–10 cm mellom lagene i tarmveggen (figur 4).
- Fjern mandrengen, og bruk sprøyten til å punktere lumenet i tarmen (figur 5).
- Trykk slangen fremover gjennom sprøyten og inn i lumenet i tarmen, og skyv fremover til den er ca. 30 cm inn i lumenet, med digital kontroll (figur 6).
- Trekk den delte sprøyten gjennom slangen, og fjern den etter deling (figur 7).
- Bruk oppløselige tobakkspungsuturer som først er knyttet rundt punktionspunktet som invaginerte suturer, og som tjener som et midlertidig feste ved den parietale bukhinnen, med den samme nålen, til å forsegle adgangspunktet til slangen inn i tarmveggen, og fest tarmløkken til den parietale bukhinnen (figur 8).
- Tarmen skal også sys til bukhinnen noen centimeter over og under adgangspunktet til slangen for å forhindre dislokasjon på grunn av at tarmen roterer.
- Sett slangen inn i sporet på fikseringsplaten, og fest den med klemmen.
- Fest slangens posisjon ved å stifte fikseringsplaten til abdominalveggen ca. 1–2 cm fra adgangspunktet (figur 9).
- Etter å ha festet slangeklemmen, må du først trykke festeskrue over slangen.
- Trykk deretter metallpinnen til ENFit-koblingen så langt inn i slangen som mulig, og fest den med festeskruen (figur 9).
- Trekk skruestøtten ned (ekstern ring med spor), og fjern den.

VIKTIG MERKNAD

Det må kontrolleres at slangen har riktig plassering, med røntgen.

2) Laparotomi uten sprøyte som deler seg

- Punkter i motsatt retning av mesenterium inn i tarmveggen forbi det treitzke ligament (tuppen til slangen skal være langt fra den duodenojejunale fleksur).
- Strekk den jejunale løkken, og punkter diagonalt inn i submukosa. Bruk den hvite sprøyten med tilbaketrøkket mandreng (figur 10).
- Etter å ha strukket ut den stumpe mandrengen skal det lages en tunnel på ca. 5–10 cm mellom lagene i tarmveggen (figur 11).
- Fjern mandrengen, og bruk sprøyten til å punktere lumenet i tarmen (figur 12).
- Trykk slangen fremover gjennom sprøyten og inn i lumenet i tarmen, og skyv fremover til den er ca. 30 cm inn i lumenet, med digital kontroll (figur 13).
- Trekk sprøyten tilbake over slangen, og fjern den.
- Penetrer gjennom abdominalveggen diagonalt med den blå sprøyten fra kranialt til kaudalt (figur 14).
- For slangen forsiktig fra innsiden og utover gjennom sprøyten, forbi den skarpe spissen på sprøyten (figur 15).
- Trekk sprøyten tilbake, og fjern den.
- Bruk oppløselige tobakkspungsuturer som først er knyttet rundt punktionspunktet som invaginerte suturer, og som tjener som et midlertidig feste ved den parietale bukhinnen, med den samme nålen, til å forsegle adgangspunktet til slangen inn i tarmveggen, og fest tarmløkken til den parietale bukhinnen (figur 16).
- Tarmen skal også sys til bukhinnen noen centimeter over og under adgangspunktet til sonden for å forhindre dislokasjon på grunn av at tarmen roterer.
- Sett slangen inn i sporet på fikseringsplaten, og fest den med klemmen.
- Fest slangens posisjon ved å stifte fikseringsplaten til abdominalveggen ca. 1–2 cm fra adgangspunktet (figur 17).

- Etter å ha festet hurtigutløsningsklemmen, må du først trykke festeskrue over slangen.
- Trykk deretter metallpinnen til ENFit-koblingen så langt inn i slangen som mulig, og fest den med festeskruen (figur 17).
- Trekk skruestøtten ned (ekstern ring med spor), og fjern den.

VIKTIG MERKNAD

Det må kontrolleres at slangen har riktig plassering, med røntgen.

3) Laparotomi

- Fest tarmløkken til abdominalveggen på to steder (figur 18).
- Punkter abdominalveggen med den lengre (hvite) sprøyten (figur 19).
- Punkter deretter tarmen.
- Trykk slangen fremover gjennom sprøyten ca. 30 cm.
- Trekk sprøyten ut (figur 20).
- Fest tarmløkken til abdominalveggen med oppløselige tobakkspungsuturer til slangen ikke lenger er synlig (figur 21).
- Sett slangen inn i sporet på fikseringsplaten, og fest den med klemmen.
- Fest slangens posisjon ved å stifte fikseringsplaten til abdominalveggen (1–2 cm fra adgangspunktet) (figur 22).
- Etter å ha festet slangeklemmen, må du først trykke festeskrue over slangen.
- Trykk deretter metallpinnen til ENFit-koblingen så langt inn i slangen som mulig, og fest den med festeskruen (figur 22).
- Trekk skruestøtten ned (ekstern ring med spor), og fjern den.

VIKTIG MERKNAD

Det må kontrolleres at slangen har riktig plassering, med røntgen.

4. Etterbehandlingsanvisning for punktionsstedet

- Bruk en applikator og et desinfeksjonsmiddel til å rengjøre punktionsstedet under fikseringsplaten, og tørk godt uten å fjerne fikseringsplaten.
- Det anbefales å merke av lengden på slangen ved utgangspunktet for å identifisere dislokasjon på et tidlig stadium.
- Dekk punktionsstedet med en kompress og et plaster.

I den første uken etter innsettning skal punktionsstedet kontrolleres daglig av en lege.

VIKTIG MERKNAD

Gjengene på fikseringsplaten må ikke fjernes, ellers vil ikke slangen sitte på plass.

5. Instruksjoner for stell av ernæringsslangen**VIKTIG MERKNAD**

Slangen må ikke settes i bevegelse i stomien. Det er ingen fare for fastsetting med FCJ.

Slangen må spyles grundig med 20 ml vann før og etter hver administrasjon av ernæring, fortrinnsvis med en ENFit-sprøyte på 20 ml.

VIKTIG MERKNAD

- Hvis slangen blir blokkert, må slangens lumen under ingen omstendigheter renses ved bruk av kraft med en ENFit-sprøyte med lavt volum (f.eks. 2,5 eller 5 ml) eller av en foringswire. Ellers er det fare for å perforere slangen.
- Ikke bruk syreholdige væsker, spesielt frukttreer eller fruktsaft, i forbindelse med mating med slange da de kan forårsake agglomerasjon, noe som kan tette slangen.

6. Tilførsel av medisiner

Legemidler bør helst administreres via ENFit-koblingen på ernæringsslangen eller legemiddeldporten på administrasjonssettet i oppløst form. Legemidler i flytende form bør prefereres (dråper eller sirup). Hvis det skal administreres tabletter eller kapsler, må de knuses veldig fint og løses opp i vann, forutsatt at effekten av legemidlet ikke endres.

Hvis du er i tvil, må du rådføre deg med behandlende lege eller en farmasøyt.

VIKTIG MERKNAD

Slangen må spyles før og etter hver legemiddeladministrasjon ved hjelp av 20 ml lukket vann, fortrinnsvis med en ENFit-sprøyte på 20 ml. Legemiddel skal administreres separat og ikke blandes med ernæring.

7. Tilførsel av ernæring

Det er teknisk sett mulig å starte administrasjon av ernæring til tynntarmen umiddelbart etter kateterjejunostomien med fin nål.

Uansett bør dosen av ernæringen økes gradvis. For den pumpestrykke kontinuerlige slangernæringen finnes det enterale ernæringspumper for dette formålet i faghandelen

VIKTIG MERKNAD

Under ingen omstendigheter skal en infusjonspumpe utformet for parenteral bruk, brukes (fare for forveksling).

8. Bruksvarighet

Det er tidligere dokumentert at den jejunale slangen har vært på plass i flere måneder uten komplikasjoner.

9. Fjerning av ernæringsslangen

- Fjern festegjengene på fikseringsplaten
- Fjern slangen forsiktig
- Påfør plasterforbinding
- Overhold en fasteperiode på 12 timer.

Freka® FCJ kan som regel fjernes uten at det etterlates en jejunokutan fistel.

10. Bestillingsinformasjon

Freka®-FCJ-sett FR 9, ENFit	
enheter	Artikkelnr.
1 x 1	7755645

Sprøyte for enteral ernæring Freka® Connect ENFit/ProNeo		
Produktnavn	enheter	Artikkelnr.
20ml	100 x 1	9000785
20ml (medium box)	30 x 1	9000785S
20ml (small box)	10 x 1	9000785XS
60ml	100 x 1	9000786
60ml (medium box)	30 x 1	9000786S
60ml (small box)	10 x 1	9000786XS
100ml	30 x 1	9000787
100ml (small box)	10 x 1	9000787XS

Skład zestawu

(1 x 1 szt.)

- Kaniula długa (z białym uchwytem) z tępyim stalowym mandrynem do cewnikowania jelita czczego.
- Kaniula krótka (z niebieskim uchwytem) do nakłuwania ściany jamy brzusznej.
- Złębnek poliuretanowy Freka®:
 - FR 9, długość 75 cm,
 - z otworem dystalnym,
 - średnica wewnętrzna: 1,9 mm,
 - średnica zewnętrzna: 2,9 mm,
 - pasek nieprzepuszczalny dla promieniowania rentgenowskiego,
 - znaczki długości.
- Złacz Freka® ENFit do zabiegu cienkoigłowej jejunostomii z zastosowaniem cewnika (ang. fine-needle catheter jejunostomy, FCI), w którego skład wchodzi:
 - śruba mocująca,
 - złacz ENFit.
- Płytki mocujące Freka® wykonane z kauczuku silikonowego:
 - z zaciskiem do mocowania złębnika,
 - z 2 małymi otworami służącymi do przyszycia do ściany jamy brzusznej.
- Zacisk Freka® do złębnika.

Spis treści

1. Wskazania
2. Przeciwwskazania
3. Informacje dotyczące stosowania produktu
4. Instrukcje dotyczące pielęgnacji miejsca nakłucia po zabiegu
5. Instrukcje dotyczące pielęgnacji złębnika
6. Podawanie leków
7. Podawanie pokarmu
8. Czas użytkowania
9. Wyjmowanie złębnika
10. Informacje o zamówieniach

1. Wskazania

Długoterminowe wyizolowanie jelita czczego rozpoczynane wcześniej po zabiegu:

- laparotomii,
- laparoskopii.

2. Przeciwwskazania

Przeciwwskazania bezwzględne:

- niedrożność dystalnej części przewodu pokarmowego,
- atonia jelitowa,
- zapalenie otrzewnej,
- zaburzenia krzepliwości krwi,
- posocznica.

Przeciwwskazania względne:

- immunosupresja,
- popromienne zapalenie jelit,
- zapalenie trzustki,
- choroba Leśniowskiego-Crohna (ryzyko powstania przetoki),
- wodobrzusze,
- rak otrzewnej.

3. Informacje dotyczące stosowania produktu

- Po zakończeniu zabiegu operacyjnego wybrać idealny punkt wprowadzenia złębnika do jelita oraz punkt przeprowadzenia złębnika przez skórę w lewym górnym kwadrancie jamy brzusznej.

1) Laparotomia z zastosowaniem kaniuli rozszczepialnej

- Za pomocą niebieskiej kaniuli przekłuć ukośnie ścianę jamy brzusznej w kierunku kraino-kaudalnym (ryc. 1).
- Wprowadzić złębnek do jamy brzusznej od zewnątrz do wnętrza przez kaniulę rozszczepialną.
- Następnie wyciągnąć kaniulę rozszczepialną (ryc. 2).
- Wykonać nakłucie ściany jelita po stronie przeciwkro-

wej za wiadłem Treitza (koniec złębnika powinien być oddalony od zgięcia dwunastniczo-czczego).

- Naciągnąć петлę jelita czczego i wykonać nakłucie ukośnie do warstwy podśluzówkowej za pomocą białej kaniuli z wycofanym mandrynem (ryc. 3).
- Po wprowadzeniu tępego mandrynu utworzyć tunel o długości ok. 5–10 cm pomiędzy warstwami ściany jelita (ryc. 4).
- Wyjąć mandryn i za pomocą kaniuli wykonać wkłucie do światła jelita (ryc. 5).
- Wprowadzić złębnek przez kaniulę do światła jelita i przesunąć go do przodu aż do wprowadzenia ok. 30 cm złębnika do światła jelita, kontrolując cały ten etap za pomocą systemu cyfrowego (ryc. 6).
- Wycofać kaniulę rozszczepialną przez złębnek i po jej rozszczepieniu całkowicie ją wyjąć (ryc. 7).
- Za pomocą rozpuszczalnych szwów kapciuchowych, które najpierw są związane wokół punktu wkłucia w celu zagłobienia i pełnią rolę tymczasowego mocowania w otwartej ściennej, przy użyciu tej samej igły zamknąć miejsce wprowadzenia złębnika do ściany jelita i przymocować петлę jelita do otwartej ściennej (ryc. 8).
- Jelito powinno też zostać zamocowane szwami do otwartej kłka centymetrów nad miejscem wprowadzenia złębnika i poniżej tego miejsca, tak aby zapobiec przemieszczeniu wskutek rotacji jelita.
- Wprowadzić złębnek do prowadnika w płytce mocującej i przymocować go zaciskiem.
- Zabezpieczyć pozycję złębnika, przyszywając płytkę mocującą do ściany jamy brzusznej w odległości ok. 1–2 cm od punktu wprowadzania złębnika (ryc. 9).
- Po przymocowaniu zacisku złębnika najpierw nałożyć śrubę mocującą na złębnek.
- Następnie wprowadzić metalowy wtyk łącznika ENFit możliwie najdalej do złębnika i zabezpieczyć go śrubą mocującą (ryc. 9).
- Zsunąć zewnętrzny karbowany pierścień ze śruby i usunąć go.

WAŻNA UWAGA

Konieczne należy radiologicznie sprawdzić właściwą pozycję złębnika.

2) Laparotomia bez stosowania kaniuli rozszczepialnej

- Wykonać nakłucie ściany jelita po stronie przeciwkroowej za wiadłem Treitza (koniec złębnika powinien być oddalony od zgięcia dwunastniczo-czczego).
- Naciągnąć петлę jelita czczego i wykonać nakłucie ukośnie do warstwy podśluzówkowej za pomocą białej kaniuli z wycofanym mandrynem (ryc. 10).
- Po wprowadzeniu tępego mandrynu utworzyć tunel o długości ok. 5–10 cm pomiędzy warstwami ściany jelita (ryc. 11).
- Wyjąć mandryn i za pomocą kaniuli wykonać wkłucie do światła jelita (ryc. 12).
- Wprowadzić złębnek przez kaniulę do światła jelita i przesunąć go do przodu aż do wprowadzenia ok. 30 cm złębnika do światła jelita, kontrolując cały ten etap za pomocą systemu cyfrowego (ryc. 13).
- Wycofać kaniulę przez złębnek i wyjąć ją.
- Za pomocą niebieskiej kaniuli przekłuć ukośnie ścianę jamy brzusznej w kierunku kraino-kaudalnym (ryc. 14).
- Ostrożnie prowadzić złębnek od wnętrza na zewnątrz przez kaniulę, uważając na jej ostre zakończenie (ryc. 15).
- Wycofać kaniulę i usunąć ją.
- Za pomocą rozpuszczalnych szwów kapciuchowych, które najpierw są związane wokół punktu wkłucia w celu zagłobienia i pełnią rolę tymczasowego mocowania w otwartej ściennej, przy użyciu tej samej igły zamknąć miejsce wprowadzenia złębnika do ściany jelita i przymocować петлę jelita do otwartej ściennej (ryc. 16).
- Jelito powinno też zostać zamocowane szwami do otwartej kłka centymetrów nad miejscem wprowadzenia złębnika i poniżej tego miejsca, tak aby zapobiec przemieszczeniu wskutek rotacji jelita.
- Wprowadzić złębnek do prowadnika w płytce mocującej i przymocować go zaciskiem.
- Zabezpieczyć pozycję złębnika, przyszywając płytkę mocującą do ściany jamy brzusznej w odległości ok. 1–2 cm od punktu wprowadzania złębnika (ryc. 17).
- Po przymocowaniu zacisku szybkorozciągnętego najpierw nałożyć śrubę mocującą na złębnek.

- Następnie wprowadzić metalowy wtyk łącznika ENFit możliwie najdalej do złębnika i zabezpieczyć go śrubą mocującą (ryc. 17).
- Zsunąć zewnętrzny karbowany pierścień ze śruby i usunąć go.

WAŻNA UWAGA

Konieczne należy radiologicznie sprawdzić właściwą pozycję złębnika.

3) Laparotomia

- Przymocować петлę jelita do ściany jamy brzusznej dwóch miejscach (ryc. 18).
- Wykonać nakłucie ściany jamy brzusznej za pomocą dłuższej (białej) kaniuli (ryc. 19).
- Następnie nakłuć jelito.
- Wprowadzić ok. 30 cm złębnika przez kaniulę.
- Wyciągnąć kaniulę (ryc. 20).
- Za pomocą rozpuszczalnych szwów kapciuchowych przymocować петлę jelita do ściany jamy brzusznej, aż złębnek przestanie być widoczny (ryc. 21).
- Wprowadzić złębnek do prowadnika w płytce mocującej i przymocować go zaciskiem.
- Zabezpieczyć pozycję złębnika, przyszywając płytkę mocującą do ściany jamy brzusznej w odległości 1–2 cm od punktu wprowadzania złębnika (ryc. 22).
- Po przymocowaniu zacisku złębnika najpierw nałożyć śrubę mocującą na złębnek.
- Następnie wprowadzić metalowy wtyk łącznika ENFit możliwie najdalej do złębnika i zabezpieczyć go śrubą mocującą (ryc. 22).
- Zsunąć zewnętrzny karbowany pierścień ze śruby i usunąć go.

WAŻNA UWAGA

Konieczne należy radiologicznie sprawdzić właściwą pozycję złębnika.

4. Instrukcje dotyczące pielęgnacji miejsca nakłucia po zabiegu

- Za pomocą aplikatora i środka dezynfekującego oczyścić miejsce nakłucia poniżej płytki mocującej i dobrze osuszyć bez zdejmowania płytki.
- Zaleca się oznaczenie długości w punkcie wyjścia złębnika za pomocą znaczka długości, aby móc wcześniej rozpoznawać przemieszczenie.
- Przykryć miejsce nakłucia opatrunkiem i plasterami.

W pierwszym tygodniu po wprowadzeniu złębnika lekarz powinien codziennie kontrolować miejsce nakłucia.

WAŻNA UWAGA

Nie wolno usuwać szwów z płytki mocującej — w przeciwnym razie złębnek nie będzie zamocowany we właściwej pozycji.

5. Instrukcje dotyczące pielęgnacji złębnika

WAŻNA UWAGA

Nie wolno przemieszczać złębnika w przetoce. W przypadku cewnika FCI nie ma ryzyka wrośnięcia.

Złębnek musi zostać dokładnie przepłukany 20 ml wody przed każdym podaniem leku i po jego podaniu, najlepiej za pomocą strzykawki ENFit o pojemności 20 ml.

WAŻNA UWAGA

- **W przypadku niedrożności złębnika pod żadnym pozorem nie należy przepłukiwać go światłą pod wysokim ciśnieniem (za pomocą strzykawki ENFit o małej objętości, np. 2,5 ml lub 5 ml) ani udrażniać za pomocą prowadnika. W przeciwnym razie może dojść do przedziurawienia złębnika.**
- **Przez złębnek nie wolno podawać razem z pokarmem żadnych kwaśnych płynów, zwłaszcza owocowych herbat i soków, gdyż w kontakcie z pokarmem płynny te mogą powodować jego ścinanie,**

a w konsekwencji zatkanie zgłębnika.

6. Podawanie leków

Leki powinny być podawane w postaci rozpuszczonej przez łącznik ENFit zgłębnika lub port do podawania leków zestawu do podawania pokarmu. Preferuje się podawanie leków w postaci płynnej (krople lub syrop). Jeżeli istnieje konieczność podawania tabletek lub kapsułek, konieczne należy je wcześniej bardzo drobno rozkruszyć i rozpuścić w wodzie, o ile nie zmieni to działania leku.

W razie jakichkolwiek wątpliwości należy skonsultować się z lekarzem prowadzącym lub farmaceutą.

WAŻNA UWAGA

Przed każdym podaniem leku i po jego wykonaniu zgłębnik musi zostać przepłukany za pomocą 20 ml letniej wody, najlepiej z użyciem strzykawki ENFit o pojemności 20 ml. Lek należy podawać osobno i nie wolno ich mieszać z pokarmem.

7. Podawanie pokarmów

Technicznie możliwe jest rozpoczęcie podawania substancji pokarmowych do jelita cienkiego bezpośrednio po zabiegu cienkoigłowej jejunostomii z zastosowaniem cewnika. W każdym wypadku należy stopniowo zwiększać jednorazową porcję podawanego przez zgłębnik pokarmu. Do podawania pokarmu zalecaną metodą ciągłego żywienia kontrolowanego za pomocą pompy należy stosować dostępne na rynku pompy do żywienia dojelitowego.

WAŻNA UWAGA

W żadnym wypadku nie wolno stosować pomp infuzyjnych przeznaczonych do stosowania pozajelitowego (istnieje ryzyko pomyłki).

8. Czas użytkowania

W przeszłości zgłaszano przypadki, gdy zgłębnik do jelita czczego był założony przez kilka miesięcy bez powikłań.

9. Wyjmowanie zgłębnika

- Usunąć nici, którymi przyszyto płytkę mocującą.
- Ostrożnie wyciągnąć zgłębnik.
- Założyć opatrunek z pląstrem.
- Zachować 12-godzinny okres głodówki.

Zgłębnik Freka® FCJ można zazwyczaj wyjąć bez pozostawienia przetoki między jelitem czczym a skórą.

10. Informacje o zamówieniach

Zestaw Freka® FCJ FR 9, ENFit	
jednostki	Nr produktu.
1 x 1	7755645

Strzykawka do żywienia enteralnego Freka® Connect ENFit/ProNeo		
Nazwa produktu	jednostki	Nr produktu.
20ml	100 x 1	9000785
20ml (medium box)	30 x 1	9000785S
20ml (small box)	10 x 1	9000785XS
60ml	50 x 1	9000786
60ml (medium box)	30 x 1	9000786S
60ml (small box)	10 x 1	9000786XS
100ml	30 x 1	9000787
100ml (small box)	10 x 1	9000787XS

Componentes

(1 x 1 unidade)

- Cånula longa (punho branco) com mandril de aço de ponta romba para a cateterização do jejuno
- Cånula curta (punho azul) para a punção da parede abdominal
- Freka® Sonda de poliuretano
 - CH 9, 75 cm de comprimento
 - com orifício distal
 - 1,9 mm de diâmetro interno
 - 2,9 mm de diâmetro externo
 - com bandas de contraste radiológico e marcas de distância
- Freka® Conector ENFit para FCJ constituído por:
 - parafuso de fixação
 - conector ENFit
- Freka® Placa de fixação de borracha de silicone com
 - braçadeira de tubo para fixação
 - 2 pequenos orifícios para sutura na parede abdominal
- Freka® Braçadeira de tubo

Índice

1. Indicações
2. Contra-indicações
3. Informações de utilização
4. Cuidados posteriores a ter com o local de punção
5. Cuidados a ter com a sonda de nutrição

6. Administração de medicamentos
7. Administração de nutrição
8. Duração da utilização
9. Remoção da sonda de nutrição
10. Informação para a encomenda

1. Indicações

Nutrição intrajejunal pós-operatória precoce de longa duração após

- laparotomia ou
- laparoscopia.

2. Contra-indicações

Contra-indicações absolutas

- Obstrução intestinal distal
- Atonia intestinal
- Peritonite
- Distúrbios de coagulação
- Sepsis

Contra-indicações relativas

- Imunosupressão
- Enterite por radiação
- Pancreatite
- Doença de Crohn (risco de formação de fistulas)
- Ascite
- Carcinoma peritoneal

3. Informações de utilização

- Após a intervenção cirúrgica, seleccionar o ponto ideal de entrada da sonda no intestino e o ponto para a entrada transcutânea da sonda no lado superior esquerdo do abdómen.

1) Laparotomia com fragmentação da cånula

- Com a cånula azul, atravessar a parede abdominal na diagonal, da parte cranial para a parte caudal. (Fig. 1).
- A sonda é introduzida na cavidade gástrica de fora para dentro, através da cånula fragmentável.
- Em seguida, puxar a cånula fragmentável para trás (Fig. 2).
- Fazer uma punção antimesentérica na parede intestinal para lá do ligamento de Treitz (a extremidade da sonda deve ser colocada distalmente da flexura duodeno-jejunal).
- Estender a ansa do jejuno e punccionar na diagonal com a cånula branca, com o mandril retirado, até à submucosa (Fig. 3).
- Depois de fazer avançar o mandril de ponta romba, introduzir aproximadamente 5-10 cm entre as camadas da parede intestinal (Fig. 4).
- Retirar o mandril e utilizar a cånula para punccionar o lúmen do intestino (Fig. 5).
- Com controlo digital, empurrar a sonda através da cånula até ao lúmen do intestino e fazer deslizar até estar aproximadamente 30 cm no lúmen (Fig. 6).
- Puxar a cånula fraccionável para trás através da sonda e

- retirá-la depois de fragmentada (Fig. 7).
- Tornar impermeável o ponto de penetração da sonda na parede intestinal e fixar a ansa intestinal ao peritônio parietal. Esta operação é feita com fios reabsorvíveis que são cosidos primeiramente para formarem um rebordo à volta do ponto de penetração, servindo, com a mesma agulha, de fixação temporária ao peritônio parietal (Fig. 8).
- Além disso, é conveniente fixar o intestino ao peritônio alguns centímetros acima e abaixo do local de penetração da sonda, para evitar uma eventual deslocação por rotação do intestino.
- Colocar a sonda na guia da placa de fixação e fixá-la com a braçadeira.
- Suturando a placa de fixação na parede abdominal a cerca de 1-2 cm do ponto de entrada, fixar a posição da sonda (Fig. 9).
- Depois de fixar a braçadeira de tubo, deslizar em primeiro lugar o parafuso de fixação sobre a sonda.
- Em seguida, empurrar o pino de metal do conector ENFit o mais possível para dentro da sonda e fixá-lo com o parafuso de fixação (Fig. 9).
- Baixar o parafuso auxiliar (anilha ranhurada exterior) e retirá-lo.

NOTA IMPORTANTE

Verificar radiologicamente a posição correcta da sonda.

2) Laparotomia sem fragmentação da cânula

- Fazer uma punção antimesentérica na parede intestinal para lá do ligamento de Treitz (a extremidade da sonda deve ser colocada distalmente da flexura duodeno-jejunal).
- Estender a ansa do jejuno e punccionar na diagonal com a cânula branca, com o mandril retirado, até à submucosa. (Fig. 10).
- Depois de fazer avançar o mandril de ponta romba, introduzir aproximadamente 5-10 cm entre as camadas da parede intestinal (Fig. 11).
- Retirar o mandril e utilizar a cânula para punccionar o lúmen do intestino (Fig. 12).
- Com controlo digital, empurrar a sonda através da cânula até ao lúmen do intestino e fazer deslizar até estar aproximadamente 30 cm no lúmen. (Fig. 13).
- Puxar a cânula para trás sobre a sonda e retirá-la.
- Com a cânula azul, atravessar a parede abdominal na diagonal, da parte cranial para a parte caudal (Fig. 14).
- Fazer passar a sonda de dentro para fora através da cânula, dando especial atenção à extremidade afiada da cânula (Fig. 15).
- Puxar a cânula para trás e retirá-la.
- Tornar impermeável o ponto de penetração da sonda na parede intestinal e fixar a ansa intestinal ao peritônio parietal. Esta operação é feita com fios reabsorvíveis que são cosidos primeiramente para formarem um rebordo à volta do ponto de penetração, servindo, com a mesma agulha, de fixação temporária ao peritônio parietal (Fig. 16).
- Além disso, é conveniente fixar o intestino ao peritônio alguns centímetros acima e abaixo do local de penetração da sonda, para evitar uma eventual deslocação por rotação do intestino.
- Colocar a sonda na guia da placa de fixação e fixá-la com a braçadeira.
- Suturando a placa de fixação na parede abdominal a cerca de 1-2 cm do ponto de entrada, fixar a posição da sonda (Fig. 17).
- Depois de fixar a braçadeira de abertura fácil, deslizar em primeiro lugar o parafuso de fixação sobre a sonda.
- Em seguida, empurrar o pino de metal do conector ENFit o mais possível para dentro da sonda e fixá-lo com o parafuso de fixação (Fig. 17).
- Baixar o parafuso auxiliar (anilha ranhurada exterior) e retirá-lo.

NOTA IMPORTANTE

Verificar radiologicamente a posição correcta da sonda.

3) Laparoscopia

- Fixar a ansa intestinal à parede abdominal em dois pontos (Fig. 18).
- Punccionar a parede abdominal com a cânula mais longa (branca) (Fig. 19).
- Em seguida, punccionar o intestino.

- Empurrar a sonda dentro da cânula até cerca de 30 cm.
- Puxar a cânula para trás (Fig. 20).
- Puxar a ansa intestinal à parede abdominal com fio reabsorvível até que a sonda deixe de ficar visível (Fig. 21).
- Colocar a sonda na guia da placa de fixação e fixá-la com a braçadeira.
- Suturando a placa de fixação na parede abdominal (1-2 cm do ponto de entrada), fixar a posição da sonda. (Fig. 22).
- Depois de fixar a braçadeira de tubo, deslizar em primeiro lugar o parafuso de fixação sobre a sonda.
- Em seguida, empurrar o pino de metal do conector ENFit o mais possível para dentro da sonda e fixá-lo com o parafuso de fixação (Fig. 22).
- Baixar o parafuso auxiliar (anilha ranhurada exterior) e retirá-lo.

NOTA IMPORTANTE

Verificar radiologicamente a posição correcta da sonda.

4. Cuidados posteriores a ter com o local de punção

- Usar um aplicador e um desinfectante para limpar o local de punção por baixo da placa de fixação e secar bem sem retirar a placa de fixação.
- Recomenda-se a marcação do comprimento do tubo no ponto de saída da sonda para detectar qualquer deslocamento em qualquer fase inicial.
- Cobrir o local de punção com uma compressa e pensos.

Na primeira semana após a inserção, o local de punção deverá ser verificado diariamente por um médico.

NOTA IMPORTANTE

Os fios da placa de fixação não devem ser removidos ou a sonda não ficará fixa no lugar.

5. Cuidados a ter com a sonda de nutrição

NOTA IMPORTANTE

A sonda não deve ser movida no estoma. Não existe o risco de aderência com a FKJ.

A sonda deverá ser irrigada, antes e depois de cada administração de alimentos, com 20 ml de água tépida, preferencialmente utilizando uma seringa ENFit de 20 ml.

NOTA IMPORTANTE

- Em caso de obstrução da sonda, não se deve, em circunstância alguma, desobstruir a sonda utilizando força (seringa ENFit de pouco volume, por ex., 2,5 ou 5 ml), nem utilizando um fio-guia. Poderá haver o risco de perfuração da sonda.
- Não deverão ser usados líquidos ácidos, especialmente sumos ou chás de frutas. Em associação com a nutrição por sonda, poderão provocar coagulação, bloqueando a sonda.

6. Administração de medicamentos

Os medicamentos devem ser administrados em forma dissolvida através do dispositivo de ligação ENFit da sonda de nutrição ou porta de medicação do sistema de transfusão. Deve ser dada preferência a medicação líquida (em gotas ou sumo). Se tiverem de ser administrados comprimidos ou cápsulas, devem ser muito bem moídos com um pilão antes da administração e dissolvidos em água — desde que isto não prejudique o efeito da medicação.

Em caso de dúvida, consulte o seu médico ou farmacêutico.

NOTA IMPORTANTE

A sonda deverá ser irrigada, antes e depois de cada administração de medicamentos, com 20 ml de água tépida, de preferência utilizando uma seringa ENFit de 20 ml. Os medicamentos devem ser administrados separadamente e nunca misturados com os alimentos..

7. Administração de nutrição

É tecnicamente possível iniciar imediatamente a administração de nutrição no intestino delgado depois da jejunostomia com cateter de agulha fina. Em qualquer dos casos, a dosagem da nutrição deve ser aumentada gradualmente. Devem utilizar-se as bombas de nutrição entérica disponíveis no mercado para a nutrição por sonda contínua e controlada por bomba.

NOTA IMPORTANTE

Não utilizar, em circunstância alguma, uma bomba de perfusão concebida para administração parentérica (perigo de equívoco).

8. Duração da utilização

Até agora, têm sido registados períodos de permanência da sonda jejunal de vários meses sem complicações.

9. Remoção da sonda de nutrição

- Remover os fios de fixação da placa de fixação
- Remover a sonda com cuidado
- Aplicar um emplastro
- Respeitar um período de jejum de 12 horas.

Normalmente, o conjunto FKJ Freka® pode ser retirado sem deixar fistula jejunocutânea.

10. Informação para a encomenda

Freka®- Conjunto FKJ CH 9, ENFit	
unidades	N.º do artigo
1 x 1	7755645

Seringa para nutrição entérica Freka® Connect ENFit/ProNeo		
Nome do produto	unidades	N.º do artigo
20ml	100 x 1	9000785
20ml (medium box)	30 x 1	9000785S
20ml (small box)	10 x 1	9000785XS
60ml	50 x 1	9000786
60ml (medium box)	30 x 1	9000786S
60ml (small box)	10 x 1	9000786XS
100ml	30 x 1	9000787
100ml (small box)	10 x 1	9000787XS

Componente

(1 x 1 buc)

- canulă lungă (măner alb) cu stilet cu cap bont din oțel pentru cateterizarea jejunului
- canulă scurtă (măner albastru) pentru perforarea pereții abdominale
- Sondă din poliuretano Freka®
 - FR 9, lungime 75 cm
 - cu orificiu distal
 - diametru intern 1,9 mm
 - diametru extern 2,9 mm
 - cu bandă radioopacă și
 - marcare de lungime
- Conector Freka® ENFit pentru FCJ, compus din:
 - șurub de fixare
 - conector ENFit
- Placă de fixare Freka® din cauciuc siliconic
 - cu clemă pentru fixarea sondei
 - cu 2 orificii mici pentru prindere pe perețele abdominale
- Clemă pentru sondă Freka®

Cuprins

1. Utilizări
2. Contraindicații
3. Informații privind utilizarea
4. Instrucțiuni privind îngrijirea ulterioară a locului de puncție
5. Instrucțiuni privind întreținerea sondei
6. Administrarea medicamentelor
7. Administrarea alimentației
8. Durata utilizării
9. Îndepărtarea sondei
10. Informații privind plasarea comezilor

1. Utilizări

Nutriție intrajeunală pe termen lung în perioada imediat postoperatorie, după

- laparotomie sau
- laparoscopia.

2. Contraindicații

Contraindicații absolute

- Obstrucția tractului gastro-intestinal distal
- Atonie intestinală
- Peritonită
- Tulburări de coagulare a sângelui
- Sepsis

Contraindicații relative

- Supresie imună
- Enterită de iradiere
- Pancreatită
- Boala Crohn (risc de fistule)
- Ascită
- Carcinom peritoneal

3. Informații privind utilizarea

- După terminarea operației, selecția punctului ideal pentru introducerea sondei în intestin și punctul transcutan pentru introducerea sondei în partea stângă sus a abdomenului.

1) Laparotomie cu canulă divizată

- Penetrați perețele abdominale pe diagonală cu canula albastră, de la polul cranial către cel caudal. (Fig. 1).
- Soda este ghidată în cavitatea gastrică din exterior către interior, prin canula divizată.
- Apoi, canula divizată trebuie retrasă (Fig. 2).
- Puncționați în direcția opusă mezenterului în perețele intestinului, dincolo de ligamentul lui Treitz (vârful sondei trebuie să fie la distanță de flexura duodeno-jejunală).
- Întindeți ansa jejunală și puncționați pe diagonală în submucoasă, folosind canula albă cu stiletul retras (Fig. 3).

- După extinderea stiletului cu cap bont, creați un tunel de aproximativ 5-10 cm între straturile peretelui intestinal (Fig. 4).
- Scoateți stiletul și folosiți canula pentru a penetra cavitatea intestinală (Fig. 5).
- Avansați sonda prin canulă în cavitatea intestinală și glisați-o înainte până când va fi introdusă cel puțin 30 cm în aceasta, prin control digital (Fig. 6).
- Retrageți canula divizată prin sondă și scoateți-o după despicare (Fig. 7).
- Închideți punctul de introducere a sondei în perețele intestinului prin sutură în bursă cu fire rezorabile, care sunt mai întâi înodate în jurul locului de puncție ca suturi inversate și care servesc pentru strângerea temporară a peritoneului parietal cu același ac, apoi atașați ansa intestinală la peritoneul parietal (Fig. 8).
- Este necesară, de asemenea, suturarea intestinului de peritoneu la câțiva centimetri deasupra și sub punctul de introducere a sondei, pentru a preveni deplasarea în urma rotirii intestinului.
- Introduceți sonda în ghidajul plăcii de fixare și fixați-o cu clemă.
- Fixați poziția sondei prin atașarea plăcii de fixare pe perețele abdominale, la cca. 1-2 cm de la punctul de introducere (Fig. 9).
- După atașarea cemei pentru sondă, împingeți șurubul de fixare peste sondă.
- Apoi, împingeți pinul din metal al conectorului ENFit cât se poate de mult în sondă și fixați-l cu șurubul de fixare (Fig. 9).
- Trageți în jos accesoriul pentru înșurubare (inel exterior canalat) și scoateți-l.

NOTĂ IMPORTANTĂ

Poziția corectă a sondei trebuie verificată radiologic.

2) Laparotomie fără canulă divizată

- Puncționați în direcția opusă mezenterului în perețele intestinului, dincolo de ligamentul lui Treitz (vârful sondei trebuie să fie la distanță de flexura duodeno-jejunală).
- Întindeți ansa jejunală și puncționați pe diagonală în submucoasă, folosind canula albă cu stiletul retras (Fig. 10).
- După extinderea stiletului cu cap bont, creați un tunel de aproximativ 5-10 cm între straturile peretelui intestinal (Fig. 11).
- Scoateți stiletul și folosiți canula pentru a penetra cavitatea intestinală (Fig. 12).
- Avansați sonda prin canulă în cavitatea intestinală și glisați-o înainte până când va fi introdusă cel puțin 30 cm în aceasta, prin control digital (Fig. 13).
- Retrageți canula peste sondă și scoateți-o.
- Penetrați perețele abdominale pe diagonală cu canula albastră, de la polul cranial către cel caudal (Fig. 14).
- Ghidați cu atenție sonda prin canulă, din interior spre exterior, peste vârful cu muchie ascuțită al canulei (Fig. 15).
- Retrageți canula și scoateți-o.
- Închideți punctul de introducere a sondei în perețele intestinului prin sutură în bursă cu fire rezorabile, care sunt mai întâi înodate în jurul locului de puncție ca suturi inversate și care servesc pentru strângerea temporară a peritoneului parietal cu același ac, apoi atașați ansa intestinală la peritoneul parietal (Fig. 16).
- Este necesară, de asemenea, suturarea intestinului de peritoneu la câțiva centimetri deasupra și sub punctul de introducere a sondei, pentru a preveni deplasarea în urma rotirii intestinului.
- Introduceți sonda în ghidajul plăcii de fixare și fixați-o cu clemă.
- Fixați poziția sondei prin atașarea plăcii de fixare pe perețele abdominale, la cca. 1-2 cm de la punctul de introducere (Fig. 17).
- După atașarea cemei cu decuplare rapidă, împingeți șurubul de fixare peste sondă.
- Apoi, împingeți pinul din metal al conectorului ENFit cât se poate de mult în sondă și fixați-l cu șurubul de fixare (Fig. 17).
- Trageți în jos accesoriul pentru înșurubare (inel exterior canalat) și scoateți-l.

NOTĂ IMPORTANTĂ

Poziția corectă a sondei trebuie verificată radiologic.

3) Laparoscopia

- Atașați ansa intestinală la peretele abdominal în două locuri (Fig. 18).
- Perforați perețele abdominale cu canula mai lungă (albă) (Fig. 19).
- Apoi, perforați intestinul.
- Avansați sonda prin canulă aproximativ 30 cm.
- Retrageți canula (Fig. 20).
- Atașați ansa intestinală la peretele abdominal prin sutură în bursă cu fire rezorabile, până când sonda nu mai este vizibilă (Fig. 21).
- Introduceți sonda în ghidajul plăcii de fixare și fixați-o cu clemă.
- Fixați poziția sondei prin atașarea plăcii de fixare pe perețele abdominale (la 1-2 cm de la punctul de introducere). (Fig. 22).
- După atașarea cemei pentru sondă, împingeți șurubul de fixare peste sondă.
- Apoi, împingeți pinul din metal al conectorului ENFit cât se poate de mult în sondă și fixați-l cu șurubul de fixare (Fig. 22).
- Trageți în jos accesoriul pentru înșurubare (inel exterior canalat) și scoateți-l.

NOTĂ IMPORTANTĂ

Poziția corectă a sondei trebuie verificată radiologic.

4. Instrucțiuni privind îngrijirea ulterioară a locului de puncție

- Folosiți un aplicator și un dezinfectant pentru a curăța locul de puncție sub placa de fixare și uscați bine fără a îndepărta placa de fixare.
- Se recomandă marcarea lungimii sondei la punctul de ieșire, pentru a identifica deplasările din timp.
- Acoperiți locul de puncție cu o compresă și cu plasturi.

În prima săptămână după inserție, locul de puncție trebuie verificat zilnic de către un medic.

NOTĂ IMPORTANTĂ

Firele plăcii de fixare nu trebuie îndepărtate, altfel sonda nu va fi fixată la locul său.

5. Instrucțiuni privind întreținerea sondei

NOTĂ IMPORTANTĂ

Sonda nu trebuie mobilizată în stomă. Cu FCJ nu există riscul de încarnare.

Sonda trebuie ținută cu atenție cu 20 ml de apă înainte și după fiecare administrare a alimentației, preferabil cu ajutorul unei seringi ENFit de 20 ml.

NOTĂ IMPORTANTĂ

- Dacă sonda se blochează, nu desfundați niciodată lumenul sondei folosindu cu forță (seringă ENFit de volum mic, de exemplu, 2,5 sau 5 ml) sau cu un fir de ghidaj. În caz contrar, există riscul de perforare a sondei.
- Nu utilizați împreună cu alimentația administrată prin sondă lichide conținând acizi, în special ceaiuri pe bază de fructe sau suc de fructe, deoarece acestea pot cauza coagularea alimentelor și, în consecință, colmatarea sondei.

6. Administrarea medicamentelor

Este preferabil să administrați medicamentele prin conectorul ENFit al sondei sau prin portul pentru medicamente al setului de administrare, în formă dizolvată. Sunt de preferat medicamentele lichide (sub formă de picături sau sirop). Dacă este necesară administrarea unor comprimate sau capsule, acestea trebuie strivite foarte fin și dizolvate în apă, atunci când acest lucru nu afectează efectul medicamentului. Dacă aveți orice fel de nelămuriri, consultați medicul responsabil sau un farmacist.

NOTĂ IMPORTANTĂ
Sonda gastrică trebuie dată înainte și după fiecare administrare a medicamentelor, cu apă caldă, preferabil cu ajutorul unei seringi ENFit de 20 ml. Medicatia trebuie administrată separat, nu amestecată cu alimentația.

7. Administrarea alimentației

Din punct de vedere tehnic, este posibil să se înceapă administrarea alimentelor în intestinul subțire imediat după jejunostomia cu cateter cu ac fin. În orice caz, doza de alimentație trebuie crescută gradat/treptat. Pentru alimentația continuă prin sondă controlată prin pompă (care reprezintă metoda recomandată/preferată), folosiți întotdeauna pompe de alimentație enterală disponibile în comerț pentru acest scop.

NOTĂ IMPORTANTĂ
Indiferent de situație, nu se va folosi o pompă de infuzie pentru nutriție parenterală (risc de confuzie).

8. Durata utilizării

Din utilizările de până în prezent s-au documentat perioade de menținere a sondei jejunale timp de mai multe luni fără complicații.

9. Îndepărtarea sondei

- Îndepărtați firele de fixare ale plăcii de fixare
 - Scoateți sonda cu atenție
 - Aplicați un plasture
 - Respectați o perioadă de 12 ore fără alimentație.
- Setul FCI Freka® poate fi scos de obicei fără a lăsa o fistulă jejunocutanată.

10. Informații privind plasarea comenzilor

Set Freka®- FCI FR 9, ENFit	
unități	Nr. Articol
1 x 1	7755645

Seringă pentru nutriție enterală Freka® Connect ENFit/ProNeo		
Denumire produs	unități	Nr. Articol
20ml	100 x 1	9000785
20ml (medium box)	30 x 1	9000785S
20ml (small box)	10 x 1	9000785XS
60ml	50 x 1	9000786
60ml (medium box)	30 x 1	9000786S
60ml (small box)	10 x 1	9000786XS
100ml	30 x 1	9000787
100ml (small box)	10 x 1	9000787XS

Компоненты

(1 x 1 шт.)

- Длинная канюля (белая рукоятка) с тупоконечным стальным мандреном для катеризации тонкой кишки.
- Короткая канюля (синяя рукоятка) для пункции брюшной стенки.
- Freka® зонд из полиуретана
 - CH 9, длина 75 см,
 - с дистальным отверстием,
 - внутренний диаметр 1,9 мм,
 - внешний диаметр 2,9 мм,
 - с рентгеноконтрастной полосой и отметками длины.
- Freka® ENFit насадка для ТКЕ, которая включает:
 - фиксирующий винт,
 - насадку ENFit,
- Freka® опорную пластину из силиконового каучука,
 - с зажимом зонда для фиксации,
 - с небольшими отверстиями для вшивания в брюшную стенку.
- Freka® зажим зонда

Содержание

1. Показания к применению
2. Противопоказания
3. Информация о применении
4. Инструкция по последующему уходу за местом пункции
5. Инструкции по уходу за питающим зондом
6. Введение лекарственных препаратов
7. Введение питания
8. Продолжительность применения
9. Извлечение питающего зонда
10. Информация для оформления заказа

1. Показания к применению

Раннее послеоперационное длительное внутрикишечное питание после

- лапаротомии или
- лапароскопии.

2. Противопоказания

Абсолютные противопоказания

- Абсолютная непроходимость желудочно-кишечного тракта.

- Кишечная атония.
- Перитонит
- Нарушение свертываемости крови.
- Сепсис

Относительные противопоказания

- Подавление иммунитета.
- Лучевой энтерит.
- Панкреатит.
- Болезнь Крона (риск образования fistул).
- Асцит.
- Перитонеальная карцинома.

3. Информация о применении

- После завершения операции выберите идеальное место для ввода зонда в кишечник и место для ввода зонда на поверхности кожи в верхней левой части живота.

1) Лапаротомия с разделяющей канюлей

- Пенетрируйте брюшную стенку по диагонали с помощью синей канюли от краниальной к каудальной стороне (рис. 1).
- Зонд направляется в полость желудка от крайней внутренней стороны через разделяющую канюлю.
- Затем следует извлечь разделяющую канюлю (рис. 2).
- Сделайте пункцию в стенке кишечника в противоположном направлении от брюжейки за пределами связки Трейца (кончик зонда должен быть отдален от дуоденоюеанального изгиба).
- Растяните еюнальную петлю и сделайте пункцию по диагонали в подслизистую оболочку; используйте белую канюлю с отведенным мандреном (рис. 3).
- После вытягивания тупоконечного мандрена проложите туннель приблизительно на 5–10 см между слоями стенки кишечника (рис. 4).
- Извлеките мандрен и используйте канюлю для пункции просвета кишечника (рис. 5).
- Вытолкните зонд вперед через канюлю в просвет кишечника и продвиньте дальше примерно на 30 см в просвет под цифровым управлением (рис. 6).
- Осторожно проведите зонд от внешнего слоя внутренней поверхности через канюлю за острокромчатый кончик канюли (рис. 15).
- Используя рассасывающиеся кисетные швы, которые вначале стягиваются узлом вокруг места пункции как инвагинационные швы и которые служат для временного крепления на пристеночной брюшине с помощью одной и той же иглы, закройте место ввода зонда в стенку кишечника и прикрепите кишечную петлю к пристеночной брюшине (рис. 8).

- Кишечник должен быть также пришит к брюшине несколькими сантиметрами выше и ниже точки ввода зонда, чтобы предотвратить смещение вследствие поворота кишечника.
- Введите зонд в направляющую опорную пластину и зафиксируйте ее зажимом.
- Закрепите положение зонда, присоединив опорную пластину к брюшной стенке на расстоянии 1–2 см от места ввода (рис. 9).
- После присоединения зажима зонда сначала протолкните фиксирующий винт через зонд.
- Затем протолкните металлический штырь насадки ENFit как можно дальше в зонд и закрепите ее фиксирующим винтом (рис. 9).
- Демонтируйте вспомогательное средство винта (внешнее желобчатое кольцо) и извлеките его.

ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ

Правильное положение зонда необходимо проверить с помощью рентгенологического метода.

2) Лапаротомия без разделяющей канюли

- Сделайте пункцию в стенке кишечника в противоположном направлении от брюжейки за пределами связки Трейца (кончик зонда должен быть вдалеке от дуоденоюеанального изгиба).
- Растяните еюнальную петлю и сделайте пункцию по диагонали в подслизистую оболочку; используйте белую канюлю с отведенным мандреном (рис. 10).
- После вытягивания тупоконечного мандрена проложите туннель приблизительно на 5–10 см между слоями стенки кишечника (рис. 11).
- Извлеките мандрен и используйте канюлю для пункции просвета кишечника (рис. 12).
- Вытолкните зонд вперед через канюлю в просвет кишечника и продвиньте вперед примерно на 30 см в просвет под цифровым управлением (рис. 13).
- Ответьте канюлю через зонд и извлеките ее.
- Пенетрируйте брюшную стенку по диагонали с помощью синей канюли от краниальной к каудальной стороне (рис. 14).
- Осторожно проведите зонд от внешнего слоя внутренней поверхности через канюлю за острокромчатый кончик канюли (рис. 15).
- Ответьте канюлю и извлеките ее.
- Используя рассасывающиеся кисетные швы, которые вначале стягиваются узлом вокруг места пункции как инвагинационные швы и которые служат для временного крепления на пристеночной брюшине с помощью одной и той же иглы, закройте место ввода зонда в стенку кишечника и прикрепите кишечную

- петлю к пристеночной брюшине (рис. 16).
- Кишечник должен быть также пришит к брюшине несколькими сантиметрами выше и ниже точки ввода зонда, чтобы предотвратить смещение вследствие поворота кишечника.
 - Введите зонд в направляющую опорной пластины и зафиксируйте ее зажимом.
 - Закрепите положение зонда, присоединив опорную пластину к брюшной стенке на расстоянии 1–2 см от места ввода (рис. 17).
 - После присоединения быстросъемного зажима сначала протолкните фиксирующий винт через зонд.
 - Затем протолкните металлический штырь насадки ENFit как можно дальше в зонд и закрепите фиксирующим винтом (рис. 17).
 - Демонтируйте вспомогательное средство винта (внешнее желобчатое кольцо) и извлеките его.

ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ

Правильное положение зонда необходимо проверять с помощью рентгенологического метода.

3) Лапароскопия

- Прикрепите кишечную петлю к брюшной стенке в двух местах (рис. 18).
- Выполните пункцию брюшной стенки длинной (белой) канюлей (рис. 19).
- Затем выполните пункцию кишечника.
- Протолкните зонд вперед через канюлю приблизительно на 30 см.
- Извлеките канюлю (рис. 20).
- Прикрепите кишечную петлю к брюшной стенке с помощью рассасывающихся кисетных швов, чтобы зонд был не виден (рис. 21).
- Введите зонд в направляющую опорной пластины и зафиксируйте ее зажимом.
- Закрепите положение зонда, присоединив опорную пластину к брюшной стенке (1–2 см от места ввода) (рис. 22).
- После присоединения зажима зонда сначала протолкните фиксирующий винт через зонд.
- Затем протолкните металлический штырь насадки ENFit как можно дальше в зонд и закрепите фиксирующим винтом (рис. 22).
- Демонтируйте вспомогательное средство винта (внешнее желобчатое кольцо) и извлеките его.

ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ

Правильное положение зонда необходимо проверять с помощью рентгенологического метода.

4. Инструкция по последующему уходу за местом пункции

- Используйте аппликатор и дезинфицирующее средство для очистки места пункции под опорной пластиной и тщательно высушите без удаления опорной пластины.
- Рекомендуется отметить длину зонда в точке его ввода для определения смещения на ранней стадии.
- Закройте место пункции мягкой повязкой и пластырем.

В течение первой недели после введения зонда место пункции по крайней мере ежедневно должен осматривать врач.

ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ

Нити опорной пластины не должны удаляться, иначе зонд не будет зафиксирован на месте.

5. Инструкция по уходу за питающим зондом

ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ

Зонд не должен свободно перемещаться в стоме. При проведении тонкоигльной катетерной еностомии (ТКЕ) риск врастания исключен.

Зонд следует тщательно промывать до и после каждого введения пищи с использованием 20 мл воды, предпочтительно с помощью шприца ENFit емкостью 20 мл.

ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ

- В случае закупоривания зонда ни при каких обстоятельствах не допускается его очистка под давлением (с помощью шприцов ENFit малого объема, например 2,5 или 5 мл) или с помощью мандрена. В противном случае возможна перфорация зонда.*
- Не рекомендуется введение кислотообразующих жидкостей, в частности, фруктовых чаев и соков, при использовании питающего зонда, поскольку они могут вызвать свертывание, приводящее к закупориванию зонда.*

6. Введение лекарственных препаратов

Лекарственные препараты желательно вводить через насадку ENFit питающего зонда или через порт для лекарств на системе введения, в растворенном виде. Предпочтение следует отдавать лекарственным препаратам в жидкой форме (капли или сироп). Если назначены таблетки и капсулы, их следует предварительно очень тщательно измельчить и растворить в воде в том случае, если данная процедура не изменит эффект лечения.

В случае любых сомнений проконсультируйтесь с лечащим врачом или фармацевтом.

ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ

До и после каждого введения лекарственных препаратов необходимо тщательно промывать зонд, используя 20 мл теплой воды, предпочтительно с помощью шприца ENFit объемом 20 мл. Лекарства следует вводить по отдельности и не смешивать с питанием.

7. Введение питания

Чисто технически, сразу после проведения тонкоигльной катетерной еностомии можно начать ввод пищи в тонкий кишечник.

Во всех случаях количество питания следует увеличивать плавно. При непрерывном питании через зонд с помощью насоса (рекомендуемый метод) следует всегда применять специальные энтеральные питающие насосы, доступные в продаже.

ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ

Ни в коем случае не следует использовать инфузионный насос, предназначенный для парентерального применения (опасность неправильного подсоединения).

8. Продолжительность применения

В прошлом было отмечено, что еюнальный зонд может оставаться на месте в течение нескольких месяцев, не вызывая осложнений.

9. Извлечение питающего зонда

- Удалите нити, закрепляющие опорную пластину.
- Осторожно извлеките зонд.
- Наложите повязку, закрепив ее пластырем.
- Выдержите 12-часовой период воздержания от принятия пищи.

Как правило, Freka® TKE можно извлечь без образования фистулы тонкой кишки.

10. Информация для оформления заказа

Freka® TKE-Cet CH 9, ENFit	
единицы	Номер
1 x 1	7755645

Шприц для энтерального питания Freka® Connect ENFit/ProNeo		
Наименование изделия	единицы	Номер публикации
20ml	100 x 1	9000785
20ml (medium box)	30 x 1	9000785S
20ml (small box)	10 x 1	9000785XS
60ml	50 x 1	9000786
60ml (medium box)	30 x 1	9000786S
60ml (small box)	10 x 1	9000786XS
100ml	30 x 1	9000787
100ml (small box)	10 x 1	9000787XS

Súčasti

(1 x 1 kus)

- dlhá kanyla (s bielym dráždom) s tupým oceľovým mandrénom na katetrizáciu ľahčika
- krátká kanyla (s modrým dráždom) na punkciu brušnej steny
- polyuretánová sonda Freka®
 - FR 9, dĺžka 75 cm
 - s distálnym otvorom
 - vnútorný priemer 1,9 mm
 - vonkajší priemer 2,9 mm
 - obsahuje röntgenokонтрастný prúžok a označenia dĺžky
- konektor Freka® ENFit pre súpravu FCI obsahujúci nasledujúce časti:
 - fixačná skrutka
 - konektor ENFit
- fixačná dosička Freka® vyrobená zo silikónovej gumy
 - so svorkou na fixáciu sondy
 - s 2 malými otvormi na prísatie k brušnej stene
- sondová svorka Freka®

Obsah

1. Aplikácie
2. Kontraindikácie
3. Informácie o použití
4. Pokyny na následnú starostlivosť o miesto punkcie
5. Pokyny na starostlivosť o výživovú sondu
6. Podávanie liekov
7. Podávanie výživy
8. Doba používania
9. Odstránenie výživovej sondy
10. Informácie o objednávaní

1. Aplikácie

Skoré pooperačné dlhodobé intrajeunálne podávanie výživy po

- laparotómii alebo
- laparoskopii.

2. Kontraindikácie

Absolútne kontraindikácie

- obštrukcia distálnej časti tráviaceho traktu
- črevná atónia
- peritonitída
- poruchy zrážanlivosti krvi
- sepsa

Relatívne kontraindikácie

- imunosupresia
- radiačná enteritída
- pankreatitída
- Crohnova choroba (riziko vzniku fistúl)
- ascites (brušná vodnatnosť)
- peritoneálny karcinóm

3. Informácie o použití

- Po dokončení operácie vyberte ideálne miesto zavedenia sondy do čreva a transkutánne miesto vstupu sondy v ľavej hornej časti brucha.

1) Laparotómia s rozdeľovacou kanylou

- Preniknite modrou kanylou diagonálne cez brušnú stenu v kraniokaudálnom smere (obr. 1).
- Sonda sa navádza do žalúdka zvonku smerom dovnútra cez rozdeľovaciu kanylu.
- Potom rozdeľovaciu kanylu vytiahnite (obr. 2).
- Vykrajte punkciu črevnej steny za Treitzovým väzom proti smeru rastu mezenteria (tak, aby bola špička sondy distálne od duodenojejunálnej flexúry).
- Natiahnite jejunálnu sľučku a vykonajte diagonálnu punkciu submukózy. Použite bielu kanylu s vytiahnutým mandrénom (obr. 3).
- Po vysunutí tupého mandrénu vykonajte tunelovanie približne 5 až 10 cm medzi vrstvami črevnej steny (obr. 4).
- Vyberte mandrén a pomocou kanyly vykonajte punkciu

črevného kanála (obr. 5).

- Zatláčajte sondu cez kanylu do črevného kanála a zasúvajte ju dovtedy, kým sonda nebude ležať približne 30 cm v črevnom kanáli, čo kontrolujete digitálnym meradlom (obr. 6).
- Vytiahnite rozdeľovaciu kanylu cez sondu a po rozdelení ju vyberte (obr. 7).
- Pomocou vstrebatelných tabatierkových stehov, ktoré sa šíja rovnakou ihlou najskôr okolo miesta punkcie ako invaginácie stehy na dočasnú fixáciu k parietálnemu peritoneu, uzavrite miesto vstupu sondy do črevnej steny a prísťe črevnú sľučku k parietálnemu peritoneu (obr. 8).
- Rovnako je nutné prísť črevo k peritoneu niekoľko centimetrov nad a pod miestom vstupu sondy, aby sa zabránilo dislokácii sondy pri rotácii čreva.
- Zasuňte sondu do vodiaceho otvoru vo fixačnej dosičke a zafixujte ju svorkou.
- Zaisťte polohu sondy prichytením fixačnej dosičky k brušnej stene približne 1 až 2 cm od miesta vstupu (obr. 9).
- Po pripojení sondovej svorky najskôr nasuňte na sondu fixačnú skrutku.
- Potom zatláčajte kovový kolík konektora ENFit čo najďalej do sondy a zaisťte ho fixačnou skrutkou (obr. 9).
- Potiahnite skrutkovaciu pomôcku (vonkajší drážkovaný prstenec) smerom nadol a odstráňte ju.

DÔLEŽITÁ POZNÁMKA

Správna poloha sondy sa musí skontrolovať pomocou röntgenu.

2) Laparotómia bez rozdeľovacej kanyly

- Vykrajte punkciu črevnej steny za Treitzovým väzom proti smeru rastu mezenteria (tak, aby bola špička sondy distálne od duodenojejunálnej flexúry).
- Natiahnite jejunálnu sľučku a vykonajte diagonálnu punkciu submukózy. Použite bielu kanylu s vytiahnutým mandrénom (obr. 10).
- Po vysunutí tupého mandrénu vykonajte tunelovanie približne 5 až 10 cm medzi vrstvami črevnej steny (obr. 11).
- Vyberte mandrén a pomocou kanyly vykonajte punkciu črevného kanála (obr. 12).
- Zatláčajte sondu cez kanylu do črevného kanála a zasúvajte ju dovtedy, kým sonda nebude ležať približne 30 cm v črevnom kanáli, čo kontrolujete digitálnym meradlom (obr. 13).
- Vytiahnite kanylu cez sondu a vyberte ju.
- Preniknite modrou kanylou diagonálne cez brušnú stenu v kraniokaudálnom smere (obr. 14).
- Opatrne zavádzajte sondu cez kanylu zvnútra smerom von až za ostrú špičku kanyly (obr. 15).
- Vytiahnite kanylu a vyberte ju.
- Pomocou vstrebatelných tabatierkových stehov, ktoré sa šíja rovnakou ihlou najskôr okolo miesta punkcie ako invaginácie stehy na dočasnú fixáciu k parietálnemu peritoneu, uzavrite miesto vstupu sondy do črevnej steny a prísťe črevnú sľučku k parietálnemu peritoneu (obr. 16).
- Rovnako je nutné prísť črevo k peritoneu niekoľko centimetrov nad a pod miestom vstupu sondy, aby sa zabránilo dislokácii sondy pri rotácii čreva.
- Zasuňte sondu do vodiaceho otvoru vo fixačnej dosičke a zafixujte ju svorkou.
- Zaisťte polohu sondy prichytením fixačnej dosičky k brušnej stene približne 1 až 2 cm od miesta vstupu (obr. 17).
- Po pripojení rýchloupínanej svorky najskôr nasuňte na sondu fixačnú skrutku.
- Potom zatláčajte kovový kolík konektora ENFit čo najďalej do sondy a zaisťte ho fixačnou skrutkou (obr. 17).
- Potiahnite skrutkovaciu pomôcku (vonkajší drážkovaný prstenec) smerom nadol a odstráňte ju.

DÔLEŽITÁ POZNÁMKA

Správna poloha sondy sa musí skontrolovať pomocou röntgenu.

3) Laparoskopia

- Zafixujte črevnú sľučku k brušnej stene na dvoch miestach (obr. 18).
- Vykrajte punkciu brušnej steny pomocou dlhšej (bielej) kanyly (obr. 19).

- Potom vykonajte punkciu čreva.
- Zatláčajte sondu smerom dopredu cez kanylu o približne 30 cm.
- Vytiahnite kanylu (obr. 20).
- Pripievajte črevnú sľučku k brušnej stene vstrebatelným tabatierkovým stehom tak, aby sonda nebola viditeľná (obr. 21).
- Zasuňte sondu do vodiaceho otvoru vo fixačnej dosičke a zafixujte ju svorkou.
- Zaisťte polohu sondy prichytením fixačnej dosičky k brušnej stene 1 až 2 cm od miesta vstupu (obr. 22).
- Po pripojení sondovej svorky najskôr nasuňte na sondu fixačnú skrutku.
- Potom zatláčajte kovový kolík konektora ENFit čo najďalej do sondy a zaisťte ho fixačnou skrutkou (obr. 22).
- Potiahnite skrutkovaciu pomôcku (vonkajší drážkovaný prstenec) smerom nadol a odstráňte ju.

DÔLEŽITÁ POZNÁMKA

Správna poloha sondy sa musí skontrolovať pomocou röntgenu.

4. Pokyny na následnú starostlivosť o miesto punkcie

- Pomocou aplikátora a dezinfekčného roztoku očistite miesto punkcie pod fixačnou dosičkou a dobre ho osušte bez odstránenia fixačnej dosičky.
- Odporúča sa označiť dĺžku sondy v mieste výstupu, aby sa umožnila včasná identifikácia dislokácie sondy.
- Prekryte miesto punkcie tlakovým obväzom a náplastou.

V prvom týždni po zavedení je nutné, aby miesto punkcie denne kontroloval lekár.

DÔLEŽITÁ POZNÁMKA

Stehy na fixačnej dosičke sa nesmú odstraňovať, inak nebude sonda fixovaná na mieste.

5. Pokyny na starostlivosť o výživovú sondu

DÔLEŽITÁ POZNÁMKA

Sonda nesmie byť v stómii pohyblivá. V prípade súpravy FCI neexistuje riziko obrastania okolitým tkanivom.

Pred a po každom podávaní výživy je nutné sondu starostlivo prepláchnuť 20 ml vody, ideálne pomocou striekačky ENFit s objemom 20 ml.

DÔLEŽITÁ POZNÁMKA

- *Ak sa sonda upchá, kanál sondy sa za ziadnych okolností nesmie spriechodňovať silou (striekačkou ENFit s malým objemom, napr. 2,5 alebo 5 ml) ani pomocou vodiaceho drôtu. Inak existuje riziko perforácie sondy.*
- *Cez výživovú sondu nepodávajte žiadne kyslé tekutiny, najmä nie ovocné čaje a ovocné džúsy, pretože by mohli spôsobiť koaguláciu s následným upchatím sondy.*

6. Podávanie liekov

Lieky sa majú podávať podľa možnosti v rozpustenej forme cez konektor ENFit výživovej sondy alebo port na podávanie liekov na aplikácie súpravy. Uprednostňuje sa tekutá forma liekov (vo forme kvapiek alebo sirupu). Ak je nutné podávanie tabliet alebo kapsúl, je nutné ich vopred veľmi jemne rozdrviť a rozpustiť vo vode. To platí v prípade, ak to neovplyvní účinok lieku.

Ak máte akékoľvek pochybnosti, obráťte sa na ošetrojúceho lekára alebo lekárnika.

DÔLEŽITÁ POZNÁMKA

Pred a po každom podávaní liekov je nutné sondu prepláchnuť 20 ml vlažnej vody, podľa možnosti pomocou striekačky ENFit s objemom 20 ml. Jednotlivé lieky treba podávať oddelene a nemiesť ich s výživou.

7. Podávanie výživy

Technicky je možné začať podávanie výživy do tenkého čreva ihneď po vykonaní jejunosómie pomocou tenkoohlavého katétra.

V každom prípade treba zvyšovať dávky výživy postupne. V prípade kontinuálneho podávania výživy prostredníctvom pumpy, čo je odporúčaný spôsob podávania, treba používať bežne dostupné pumpy na enterálne podávanie výživy.

DÔLEŽITÁ POZNÁMKA

Za žiadnych okolností sa nesmie používať infúzna pumpa určená na parenterálne podávanie (existuje riziko omylu).

8. Doba používania

Z doterajších záznamov vyplýva, že jejunálna sonda sa môže ponechať zavedenú niekoľko mesiacov bez výskytu komplikácií.

9. Odstránenie výživovej sondy

- Odstráňte fixačné stehy z fixačnej doštičky.
- Opatrne vyberte sondu.
- Aplikujte krycí obväz s náplastou.
- Pacient sa musí po dobu 12 hodín postíť.

Sondu Freka® FCJ možno zvyčajne vytiahnuť bez spôsobenia jejunokutánnej fistuly.

10. Informácie o objednávaní

Súprava Freka® FCJ Set FR 9, ENFit	
jednotky	Č. Položky
1 x 1	7755645

Striekačka pre enterálnu výživu Freka® Connect ENFit/ProNeo		
Názov produktu	jednotky	Č. Položky
20ml	100 x 1	9000785
20ml (medium box)	30 x 1	9000785S
20ml (small box)	10 x 1	9000785XS
60ml	50 x 1	9000786
60ml (medium box)	30 x 1	9000786S
60ml (small box)	10 x 1	9000786XS
100ml	30 x 1	9000787
100ml (small box)	10 x 1	9000787XS

Freka FCJ FR 9, ENFit

sl

Komponente

(1 x 1 kos)

- dlhá kanila (beľ prijem) s topo jedleno sondo za kate-
terizáciu jejunuma
- krátka kanila (modrí prijem) za predíranje trebušne
stene
- poliuretanska cevka Freka®
 - FR 9, dolžina 75 cm
 - z odprtno na distálnom koncu
 - notranjí premer 1,9 mm
 - zunanjí premer 2,9 mm
 - s trakom, neprepustním za rentgenske žarke, in
oznakami dolžine
- príkľuček Freka® ENFit za FCJ, sestavljen iz:
 - fiksacijskega vijaka
 - príkľučka ENFit
- fiksacijska ploščka Freka®, narejena iz silikonske gume
 - s sponko za cevko za fiksacijo
 - z 2 luknjicama za prísitie na trebušno steno
- sponka za cevko Freka®

Kazalo vsebine

1. Področja uporabe
2. Kontraindikácie
3. Informácie za uporabo
4. Navodila za nadaljnjo oskrbu vboďnega mesta
5. Navodila za oskrbu cevke za hranjenje
6. Dovájanje zdravil
7. Dovájanje hrane
8. Trajanje uporabe
9. Odstránenie cevke za hranjenje
10. Informácie o naročanju

1. Področja uporabe

Zgodnje pooperatívno dolgotrajno intrajeunálne hranjenje po

- laparotomiji ali
- laparoskopiji.

2. Kontraindikácie

Absolutne kontraindikácie

- Obštrukcia distálneho dela prebavil
- Intestinálna atonija

- Peritonitis
- Motnje strjevanja krvi
- Sepsa

Relatívne kontraindikácie

- Imunosupresija
- Radiacijski enteritis
- Pankreatitis
- Crohnova bolezen (nevartnost fistulácie)
- Ascites
- Rak trebušne mreie

3. Informácie za uporabo

Po koncu operácie izberite ideálno mesto vstopa cevke v prebavila in transkutano mesto vstopa za cevko na zgornji levi strani trebuha.

1) Laparotomija z razcepljeno kanilo

- Z modro kanilo diagonálno predrite trebušno steno, s kranialne proti kavalni strani. (sl. 1).
- Cevko uvedite v želodčno votlinu od zunan navznoter prek razcepljene kanile.
- Razcepljeno kanilo nato uvlečite (sl. 2).
- Prebodite steno prebavil v nasprotno smer mezenterija prek Treitzvega ligamenta (konica cevke mora biti oddaljena od duodenajeunálnega zavoja).
- Raztegnite jejunálno zanko in prebodite diagonálno v podsluznicu, uporabite belo kanilo z uvlečeno sondo (sl. 3).
- Ko je topa sonda iztegnjena, tunelizirajte približno 5–10 cm med plasti intestinalne stene (sl. 4).
- Odstránite sondo in uporabite kanilo, da prebodete lumen prebavil (sl. 5).
- Cevko potisnite naprej skozi kanilo v lumen prebavil in jo z digitalnim nadzorom drsajte naprej, dokler ne sega približno 30 cm v lumen (sl. 6).
- Uvlečite razcepljeno kanilo skozi cevko in jo po razcepljvi odstránite (sl. 7).
- S topnimi obodnimi šívi, ki jih najprej zasíjete okrog mesta vboda z ugreznjenimi šívi in ki se uporabljajo kot začasna pritrditev na parietálnej peritonej z isto iglo, zaprite vstopno mesto cevke v intestinalno steno in pritrdite intestinalno zanko na parietálnej peritonej (sl. 8).
- Tudi prebavila morajo biti prísita na peritonej nekaj centimetrov nad in pod mestom vstopa cevke, da se prepreči premikanje zaradi obračanja prebavil.
- Cevko vstavite v vodilo fiksacijske ploščice in jo pritrdite

s sponko.

- Položaj cevke učvrstite tako, da pripnete fiksacijsko ploščico na trebušno steno približno 1–2 cm od vstopnega mesta (sl. 9).
- Po pritrditvi sponke za cevko najprej potisnite fiksacijski vijak prek cevke.
- Nato potisnite kovinski zatíč príkľučka ENFit v cevko tako daleč, kot gre, in ga pričvrstite s fiksacijskim vijakom (sl. 9).
- Pripomoček za vijak (zunanji obroček z utorom) povlečite navzdol in ga odstranite.

POMEMBNA OPOMBA

Pravilen položaj cevke je treba preveriti z rentgenskim slikanjem.

2) Laparotomija brez razcepljene kanile

- Prebodite steno prebavil v nasprotno smer mezenterija prek Treitzvega ligamenta (konica cevke mora biti oddaljena od duodenajeunálnega zavoja).
- Raztegnite jejunálno zanko in prebodite diagonálno v podsluznicu, uporabite belo kanilo z uvlečeno sondo (sl. 10).
- Ko je topa sonda iztegnjena, tunelizirajte približno 5–10 cm med plasti intestinalne stene (sl. 11).
- Odstránite sondo in uporabite kanilo, da prebodete lumen prebavil (sl. 12).
- Cevko potisnite naprej skozi kanilo v lumen prebavil in jo z digitalnim nadzorom drsajte naprej, dokler ne sega približno 30 cm v lumen (sl. 13).
- Uvlečite kanilo prek cevke in jo odstranite.
- Z modro kanilo diagonálno predrite trebušno steno, s kranialne proti kavalni strani (sl. 14).
- Cevko previdno uvedite skozi kanilo od znotraj navzven, mimo ostre konice kanile (sl. 15).
- Uvlečite kanilo in jo odstranite.
- S topnimi obodnimi šívi, ki jih najprej zasíjete okrog mesta vboda z ugreznjenimi šívi in ki se uporabljajo kot začasna pritrditev na parietálnej peritonej z isto iglo, zaprite vstopno mesto cevke v intestinalno steno in pritrdite intestinalno zanko na parietálnej peritonej (sl. 16).
- Tudi prebavila morajo biti prísita na peritonej nekaj centimetrov nad in pod mestom vstopa sonde, da se prepreči premikanje zaradi obračanja prebavil.
- Cevko vstavite v vodilo fiksacijske ploščice in jo pritrdite s sponko.
- Položaj cevke učvrstite tako, da pripnete fiksacijsko ploščico na trebušno steno približno 1–2 cm od vstopne-

- ga mesta (sl. 17).
- Po pritrditvi sponke za hitro odpenjanje najprej potisnite fiksacijski vijak prek cevke.
- Nato potisnite kovinski zatič priključka ENFit v cevko tako daleč, kot gre, in ga pričvrstite s fiksacijskim vijakom (sl. 17).
- Pripomoček za vijak (zunanji obroček z utorom) povlecite navzdol in ga odstranite.

POMEMBNA OPOMBA

Pravilen položaj cevke je treba preveriti z rentgenskim slikanjem.

3) Laparoskopija

- Intestinalno zanko na dveh mestih pritrdite na trebušno steno (sl. 18).
- Predrite trebušno steno z daljšo (belo) kanilo (sl. 19).
- Nato predrite prebavila.
- Cevko potisnite naprej skozi kanilo približno 30 cm.
- Kanilo uvlecite (sl. 20).
- Pritrdite intestinalno zanko na trebušno steno s topnimi obodnimi šivi, dokler cevka ni več vidna (sl. 21).
- Cevko vstavite v vodilo fiksacijske ploščice in jo pritrdite s sponko.
- Položaj cevke učvrstite tako, da pripnete fiksacijsko ploščico na trebušno steno (1–2 cm od vstopnega mesta) (sl. 22).
- Po pritrditvi sponke za cevko najprej potisnite fiksacijski vijak prek cevke.
- Nato potisnite kovinski zatič priključka ENFit v cevko tako daleč, kot gre, in ga pričvrstite s fiksacijskim vijakom (sl. 22).
- Pripomoček za vijak (zunanji obroček z utorom) povlecite navzdol in ga odstranite.

POMEMBNA OPOMBA

Pravilen položaj cevke je treba preveriti z rentgenskim slikanjem.

4. Navodila za nadaljnjo oskrbo vboodnega mesta

- Z uporabo aplikatorja in razkužila očistite vboodno mesto pod fiksacijsko ploščico in dobro posušite, ne da bi fiksacijsko ploščico odstranili.
- Priporočamo, da označite dolžino cevke na mestu izhoda, tako da žv v zgodnji fazi ugotovite, ali je prišlo do premikanja.
- Prekrijte vboodno mesto s kompreso in obližem.

V prvem tednu po vstavitvi mora zdravnik vsakodnevno pregledovati vboodno mesto.

POMEMBNA OPOMBA

Vrvic fiksacijske ploščice ne smete odstraniti, sicer cevka ne bo pritrjena na svoje mesto.

5. Navodila za oskrbo cevke za hranjenje

POMEMBNA OPOMBA

Cevka se v stomi ne sme premikati. Tveganje za vraščanje pri FCJ ne obstaja.

Pred vsakim dovajanjem hrane in po njem morate cevko skrbno izprati z 20 ml vode, najbolje z 20-ml brizgalko ENFit.

POMEMBNA OPOMBA

- Če se cevka zamaši, lumna cevke v nobenem primeru ne smete očistiti s silo, z majhno brizgalko ENFit (npr. 2,5 ali 5 ml) ali z vodilno žico. Drugače bi namreč lahko predrli cevko.
- V povezavi s hranjenjem prek cevke ne uporabljajte tekočin, ki vsebujejo kisline, zlasti sadnih čajev ali sadnih sokov, saj lahko povzročijo koagulacijo, zaradi katere se cevka zamaši.

6. Dovajanje zdravil

Zdravila je najbolje dovajati v raztopljeni obliki prek priključka ENFit cevke za hranjenje ali prek odprtine za zdravila infuzijskega kompleta. Prednost naj imajo zdravila v tekoči obliki (kapljice ali sirup). Če je treba dovajati tablete ali kapsule, jih je treba zdrobiti na drobne delce in raztopiti v vodi, pod pogojem, da se učinek zdravila pri tem ne spremeni.

Če ste v dvomu, se posvetujte z odgovornim zdravnikom ali farmacevtom.

POMEMBNA OPOMBA

Pred vsakim dovajanjem hrane in po njem morate cevko skrbno izprati z 20 mllačne vode, najbolje z 20-ml brizgalko ENFit. Zdravila dajate ločeno in ne skupaj s hrano.

7. Dovajanje hrane

Tehnično je mogoče začeti hrano dovajati v tanko črevo takoj po jejunostomiji s tankoigelnim katetrom.

V vsakem primeru je treba odmerek hrane povečevati postopoma. Za priporočeno, s črpalko krmiljeno neprekinjeno hranjenje prek cevke, uporabljajte komercialno razpoložljive črpalke za enteralno hranjenje.

POMEMBNA OPOMBA

V nobenem primeru ne smete uporabljati infuzijskih črpalk, ki so namenjene za parenteralni vnos (nevarnost zamenjave)!

8. Trajanje uporabe

V preteklosti so zabeležili, da je jejunalna cevka ostala na svojem mestu tudi več mesecev brez kakršnih koli zapletov.

9. Odstranitev cevke za hranjenje

- Odstranite fiksacijske vrvice fiksacijske ploščice
- Previdno odstranite cevko.
- Namestite obliž.
- Upoštevajte 12-urno obdobje brez hrane.

Cevko Freka® FCJ običajno lahko odstranite, ne da bi za njo ostala jejunokutana fistula.

10. Informacije o naročanju

Sistem Freka®-FCJ FR 9, ENFit	
enote	Št. izdelka:
1 x 1	7755645

brizgalka za dovajanje hrane po sondi Freka® Connect ENFit/ProNeo		
Ime izdelka	enote	Št. izdelka:
20ml	100 x 1	9000785
20ml (medium box)	30 x 1	9000785S
20ml (small box)	10 x 1	9000785XS
60ml	50 x 1	9000786
60ml (medium box)	30 x 1	9000786S
60ml (small box)	10 x 1	9000786XS
100ml	30 x 1	9000787
100ml (small box)	10 x 1	9000787XS

Komponenter

(1 x 1 st)

- lång kanyl (vitt grepp) med trubbig ställedare för punktering av jejunum
- kort kanyl (blått grepp) för punktering av bukväggen
- Freka® polyuretansond
 - FR 9, längd 75 cm
 - med distal öppning
 - innerdiameter 1,9 mm
 - ytterdiameter 2,9 mm
 - med röntgentät tråd
 - avståndsmarkeringar
- Freka® ENFit-koppling till FCJ bestående av:
 - fixeringskrav
 - ENFit-koppling
- Freka® fixeringsplatta av silikonmumi
 - med slangklämma för fixering
 - med två små hål för suturering av bukväggen
- Freka® slangklämma

Innehållsförteckning

- Användningsområde
- Kontraindikationer
- Information om användning
- Instruktioner om skötsel av punktionsstället
- Instruktioner för skötsel av sonden
- Användning av läkemedel
- Användning av näring
- Varaktighet för användning
- Avlägsna sonden
- Beställningsinformation

1. Användningsområde

Tidig postoperativ intrajejunalt näringsstöd efter

- laparotomi eller
- laparoskopi

2. Kontraindikationer

Absoluta kontraindikationer

- Distal obstruktion i magtarmkanalen
- Tunntarmsotoni
- Peritonit
- Koagulationsstörningar
- Sepsis

Relativa kontraindikationer

- Immunsuppression
- Strålningssenterit
- Pankreatit
- Morbus Crohn (risk för fistelbildning)
- Ascites
- Peritoneal carcinomatos

3. Information om användning

- Efter ingreppet ska det bästa stället väljas för införandet av sonden i tarmen och det punktionsstället i övre vänstra bukhålan där sonden ska passera genom bukväggen.

1) Laparotomi med kanyeldelning

- Stick den blå kanylen snett genom bukväggen, i kranial-kaudal riktning (fig. 1).
- Sonden förs utifrån genom den delade kanylen in i buk-
hålan.
- Därefter dras den delade kanylen tillbaka (fig. 2).
- Punktera tarmväggen i motsatt riktning mot mecenteriet
nedanför Treitz ligament (sondspetsen ska läggas distalt
mot duodenojejunal flexure).
- Sträck tunntarmslyngan och punktera med den vita
kanylen diagonalt in till submukosan. Ledaren ska vara
tillbakadragen (fig. 3).
- Skjut in den trubbiga ledaren och tunneler cirka 5–10
cm mellan lagren i tarmväggen (fig. 4).
- Avlägsna ledaren och punktera tarmen med kanylen
(fig. 5).
- Skjut in sonden genom kanylen tills cirka 30 cm av den
befinner sig i tarmlumen, med digital kontroll (fig. 6).
- Dra tillbaka kanylen genom sonden och avlägsna kanylen
genom att dela den (fig. 7).
- Absorbera sutur knys först runt punktionsstället som
tobakspungsuturer för att ge ett temporärt fäste mot
peritoneum. Med samma nål dras sondens ingångshål i
tarmväggen ihop och tarmlyngan fästs mot peritoneum
(fig. 8).
- Tarmen bör också sutureras mot peritoneum några cen-
timeter ovanför och nedanför sondens ingångshål. Detta
för att undvika dislokation vid tarmrörelser.
- För in sonden i spåret på fixeringsplattan och förslut med
klämman.
- Fixera sondens läge genom att suturera fixeringsplattan
på bukväggen cirka 1–2 cm från ingångsstället (fig. 9).
- Efter att klämman har satts på plats ska fixeringsskraven
skjutas över sonden.
- Skjut in ENFit-kopplings metallnål så långt som möjligt
i sonden och säkra sedan med fixeringsskraven (fig. 9).
- Dra ned skruvfattningen (den lösa skårade ringen) och
ta bort denna.

OBSERVERA!

Rätt läge på sonden ska kontrolleras med röntgen.

2) Laparotomi utan kanyeldelning

- Punktera tarmväggen i motsatt riktning mot mecenteriet
nedanför Treitz ligament (sondspetsen ska läggas distalt
mot duodenojejunal flexure).
- Sträck tunntarmslyngan och punktera med den vita
kanylen diagonalt in till submukosan. Ledaren ska vara
tillbakadragen (fig. 10).
- Skjut in den trubbiga ledaren och tunneler cirka 5–10
cm mellan lagren i tarmväggen (fig. 11).
- Avlägsna ledaren och punktera tarmen med kanylen
(fig. 12).
- Skjut in sonden genom kanylen tills cirka 30 cm av den
befinner sig i tarmlumen, med digital kontroll (fig. 13).
- Dra tillbaka kanylen över sonden och avlägsna den.
- Stick den blå kanylen snett genom bukväggen, i kranial-
kaudal riktning (fig. 14).
- För försiktigt sonden inifrån och ut genom kanylen förbi
den vassa kanylspetsen (fig. 15).
- Dra tillbaka kanylen och avlägsna den.
- Absorbera sutur knys först runt punktionsstället som
tobakspungsuturer för att ge ett temporärt fäste mot
peritoneum. Med samma nål dras sondens ingångshål i
tarmväggen ihop och tarmlyngan fästs mot peritoneum
(fig. 16).
- Tarmen bör också sutureras mot peritoneum några cen-
timeter ovanför och nedanför sondens ingångshål. Detta
för att undvika dislokation vid tarmrörelser.
- För in sonden i spåret på fixeringsplattan och förslut med
klämman.
- Fixera sondens läge genom att suturera fixeringsplattan
på bukväggen cirka 1–2 cm från ingångsstället (fig. 17).
- Efter att klämman har satts på plats ska fixeringsskraven
skjutas över sonden.
- Skjut in ENFit-kopplings metallnål så långt som möjligt
i sonden och säkra sedan med fixeringsskraven (fig. 17).
- Dra ned skruvfattningen (den lösa skårade ringen) och
ta bort denna.

OBSERVERA!

Rätt läge på sonden ska kontrolleras med röntgen.

3) Laparotomi

- Fäst tarmlyngan vid bukväggen på två ställen (fig. 18).
- Punktera bukväggen med den längre (vita) kanylen (fig. 19).
- Punktera sedan tarmen.
- Skjut sonden framåt genom kanylen cirka 30 cm.
- Dra ut kanylen (fig. 20).
- Fäst tarmlyngan mot bukväggen med absorberbara
tobakspungsuturer tills sonden inte längre är synlig
(fig. 21).
- För in sonden i spåret på fixeringsplattan och förslut med
klämman.
- Fixera sondens läge genom att suturera fixeringsplattan
på bukväggen (1–2 cm från ingångsstället) (fig. 22).
- Efter att klämman har satts på plats ska fixeringsskraven
skjutas över sonden.
- Skjut in ENFit-kopplings metallnål så långt som möjligt
i sonden och säkra sedan med fixeringsskraven (fig. 22).
- Dra ned skruvfattningen (den lösa skårade ringen) och
ta bort denna.

OBSERVERA!

Rätt läge på sonden ska kontrolleras med röntgen.

4. Instruktioner för skötsel av punktionsstället

- Använd en applikator och desinfektionsmedel för att ren-
göra punktionsstället under fixeringsplattan. Torka noga
utan att avlägsna fixeringsplattan.
- Det rekommenderas att sondens längd markeras vid ut-
gången för att identifiera en tidig dislokation.
- Täck punktionsstället med kompress.

Under den första veckan efter isättning ska ingångsstället
kontrolleras av läkare minst en gång per dag.

OBSERVERA!

*Fixeringsplattans tråd ska inte avlägsnas. Då kan sonden
inte fixeras.*

5. Instruktioner för skötsel av sonden**OBSERVERA!**

*Sonden får inte röra sig i stomen. Det föreligger ingen
risk att den bäddas in med FCJ.*

Sonden måste spolas noga med 20 ml vatten före och efter
varje näringstillförsel, helst med användning av dn 20 ml
ENFit spruta.

OBSERVERA!

- Om sonden blockerar får den under inga omstän-
digheter rensas med kraft (tågvolym ENFit-spruta,
t.ex. 2.5 eller 5 ml) eller med ledare. I annat fall
finns det risk för perforering av sondslangen.*
- Använd inte vätskor som innehåller syra, speciellt
inte fruktköter eller fruktjuicer vid sondmatningen
eftersom dessa kan leda till koagulering som kan
täppa till slang.*

6. Användning av läkemedel

Läkemedel ska helst administreras via ENFit-kopplingen
i sondslangen eller läkemedelsporten på matningssetet
i upplöst form. Helst ska flytande läkemedel användas
(droppar eller sirap). Om tabletter och kapslar ska
administreras måste de krossas mycket fint och lösas i vatten,
förutsatt att läkemedlets verkan inte ändras.

Om någon osäkerhet uppstår, kontakta ansvarig läkare eller
farmaceut.

OBSERVERA!

*Sonden ska spolas igenom före och efter varje medi-
cintillförsel med 20 ml vatten, lämpligen med en 20 ml
ENFit-spruta. Läkemedel ska administreras separat och
inte blandas med näring.*

7. Användning av näring

Tekniskt sett är det möjligt att påbörja näringstillförseln
direkt.

Under alla omständigheter ska doseringen av näringen ökas
gradvis. Kommerciellt tillgängliga enterala matningspumpar
ska användas för rekommenderad pumpkontrollerad
kontinuerlig sondmätning.

OBSERVERA!

*Använd under inga omständigheter en infusionspump
avsedd för parenteral tillförsel (risk för förvärdning).*

8. Varaktighet för användning

Enligt klinisk erfarenhet kan jejunaltomier vara på plats i
flera månader utan komplikationer.

9. Avlägsna sonden

- Ta bort fixeringsplattans tråd
- Avlägsna sonden försiktigt
- Applcera ett förband
- Iaktta 12 timmars fasta

Freka® FCJ kan vanligtvis avlägsnas utan att en jejunokutan
fistel bildas.

10. Beställningsinformation

Freka®-FCJ Set FR 9, ENFit		
enheter	Artikelnr	
1 x 1	7755645	

Spruta för enteral användning Freka® Connect ENFit/ProNeo		
Produktnamn	enheter	Artikelnr.
20ml	100 x 1	9000785
20ml (medium box)	30 x 1	9000785XS
20ml (small box)	10 x 1	9000785XS
60ml	50 x 1	9000786
60ml (medium box)	30 x 1	9000786XS
60ml (small box)	10 x 1	9000786XS
100ml	30 x 1	9000787
100ml (small box)	10 x 1	9000787XS

İçindekiler

(1 x 1 adet)

- jejunumun kateterizasyonu için kör çelik mandrinli uzun kanül (beyaz kavrama saplı)
- abdominal duvarı delmek için kısa kanül (mavi kavrama saplı)
- Freka® poliüretan tüp
 - FR 9, 75 cm uzunluğunda
 - yanıl girişi
 - 1,9 mm iç çapa sahip
 - 2,9 mm dış çapa sahip
 - radyo opak strip ve
 - uzunluk işaretli
- FCI için Freka® ENFit Konektörü şunlardan oluşur:
 - tespit vidası
 - ENFit konektörü
- Silikon kauçuktan yapılmış Freka® tespit plakası
 - sabitleme için boru kelepçeli
 - abdominal duvara dikmek için 2 küçük delikli
- Freka® tüp kelepçesi

İçindekiler tablosu

- 1. Uygulamalar
- 2. Kontrendikasyonlar
- 3. Kullanım talimatları
- 4. Delme bölgesinin iyileşme sonrası bakım talimatı
- 5. Besleme Tüpü bakım talimatları
- 6. İlaç uygulaması
- 7. Besleme uygulaması
- 8. Kullanım süresi
- 9. Besleme Tüpünün Çıkarılması
- 10. Sipariş bilgisi

1. Uygulamalar

Şu uygulamalardan sonra erken ameliyat sonrası uzun süreli intrajejunal besleme:

- Laparotomi veya
- Laparoskopi.

2. Kontrendikasyonlar

Mutlak kontrendikasyonlar

- Distal GJ yolunun tıkanması
- İntestinal atoni
- Peritonit
- Kan pıhtılaşma bozuklukları
- Sepsis

Görece kontrendikasyonlar

- İmmün baskınlama
- Radyasyon enteriti
- Pankreatit
- Crohn hastalığı (fistülasyon riski)
- Asit
- Peritoneal karsinom

3. Kullanım talimatları

- Operasyonu bitirdikten sonra, tüpün bağırsağa gireceği ideal giriş noktasını ve abdomenin sol üst kısmında tüp için transkutanöz giriş noktasını seçin.

1) Laparotomi ayırma kanülüyle

- Kraniyalden kaudale çaprazlamasına mavi kanülle abdominal duvarın içine girin. (Şekil 1).
- Tüp ayırma kanülü yoluyla dışardan içe doğru gastrik boşluğa yönlendirilir.
- Daha sonra ayırma kanülü geri çekilir (Şekil 2).
- Treitz ligamentinin ötesinde bağırsak duvarına mezenterin karşı yönünde delik açın (tüpün ucu duodenojejunal bükümden uzakta olmalıdır).
- Jejunal ansı gerin ve submukozaya ulaşana kadar çaprazlamasına delin, geri çekilmiş mandrin ile beyaz kanül kullanın (Şekil 3).
- Kör mandrini uzattıktan sonra, intestinal duvarın katmanları arasında yaklaşık 5-10 cm'lik bir tünel açın (Şekil 4).
- Mandrini çıkarın ve bağırsağın lümenini delmek için kanülü kullanın (Şekil 5).

- Tüpü kanülün içinden ileri doğru bağırsağın lümenine ittirin ve dijital kumanda ile lümenin yaklaşık 30 cm içine girene kadar ileri kaydırın (Şekil 6).
- Ayırma kanülünü tüpün içinden geri çekin ve ayırma işleminden sonra çıkarın (Şekil 7).
- İlk olarak içe doğru bükülmüş sütürler olarak delme noktasının etrafına bağlanan ve aynı iğneyle pariyetal peritonda geçici bir bağlama görevi gören çözünür kese ağzı sütürlerini kullanarak, tüpün intestinal duvara giriş noktasını kapatın ve intestinal ansı pariyetal peritona tutturun (Şekil 8).
- Bağırsak, bağırsağın dönüşü nedeniyle dislokasyonu önlemek üzere, peritona tüpün giriş noktasının birkaç santimetre üstünden ve altından sütürlenmelidir.
- Tüpü tespit plakasının kılavuzuna takın ve kelepçe ile sabitleyin.
- Tespit plakasını giriş noktasından yaklaşık 1-2 cm mesafede abdominal duvara tutturarak tüpün konumunu sabitleyin (Şekil 9).
- Tüp kelepçesini taktıktan sonra, öncelikle tespit vidasını tüpün üzerinden ittirin.
- Daha sonra ENFit konektörünün metal pimini intestinal tüpe mümkün olduğu kadar ileri gidecek şekilde sokun ve tespit vidası ile sabitleyin (Şekil 9).
- Vida yardımcısını (dış oluklu halka) aşağı çekin ve çıkarın.

ÖNEMLİ NOT

Tüpün doğru konumda olduğu röntgen vasıtasıyla kontrol edilmelidir.

2) Laparotomi ayırma kanülü olmadan

- Treitz ligamentinin ilerisinde bağırsak duvarına mezenterin karşı yönünde delik açın (tüpün ucu duodenojejunal bükümden uzakta olmalıdır).
- Jejunal ansı gerin ve submukozaya ulaşana kadar çaprazlamasına delin, geri çekilmiş mandrin ile beyaz kanül kullanın (Şekil 10).
- Kör mandrini uzattıktan sonra, intestinal duvarın katmanları arasında yaklaşık 5-10 cm'lik bir tünel açın (Şekil 11).
- Mandrini çıkarın ve bağırsağın lümenini delmek için kanülü kullanın (Şekil 12).
- Tüpü kanülün içinden ileri doğru bağırsağın lümenine ittirin ve dijital kumanda ile lümenin yaklaşık 30 cm içine girene kadar ileri kaydırın (Şekil 13).
- Kanülü tüpten geri çekin ve çıkarın.
- Kraniyalden kaudale çaprazlamasına mavi kanülle abdominal duvarın içine girin (Şekil 14).
- Tüp kanül yoluyla, kanülün keskin kenarlı ucunun yanından geçecek şekilde, içerden dışarıya doğru dikkatlice yönlendirilir (Şekil 15).
- Kanülü geri çekin ve çıkarın.
- İlk olarak içe doğru bükülmüş sütürler olarak delme noktasının etrafına bağlanan ve aynı iğneyle pariyetal peritonda geçici bir bağlama görevi gören çözünür kese ağzı sütürlerini kullanarak, tüpün intestinal duvara giriş noktasını kapatın ve intestinal ansı pariyetal peritona tutturun (Şekil 16).
- Bağırsak, bağırsağın dönüşüne bağlı dislokasyonu önlemek üzere, peritona sonanın giriş noktasının birkaç santimetre üstünden ve altından sütürlenmelidir.
- Tüpü tespit plakasının kılavuzuna takın ve kelepçe ile sabitleyin.
- Tespit plakasını giriş noktasından yaklaşık 1-2 cm mesafede abdominal duvara tutturarak tüpün konumunu sabitleyin (Şekil 17).
- Hızlı serbest bırakma kelepçesini taktıktan sonra, öncelikle tespit vidasını tüpün üzerinden ittirin.
- Daha sonra ENFit konektörünün metal pimini intestinal tüpe mümkün olduğu kadar ileri gidecek şekilde sokun ve tespit vidası ile sabitleyin (Şekil 17).
- Vida yardımcısını (dış oluklu halka) aşağı çekin ve çıkarın.

ÖNEMLİ NOT

Tüpün doğru konumda olduğu röntgen vasıtasıyla kontrol edilmelidir.

3) Laparoskopi

- İntestinal ansı iki yerden abdominal duvara sabitleyin (Şekil 18).
- Abdominal duvarı daha uzun (beyaz) kanül ile delin (Şekil 19).

- Daha sonra bağırsağı delin.
- Tüpü kanül içinden yaklaşık 30 cm kadar ileri ittirin.
- Kanülü geri çekin (Şekil 20).
- İntestinal ansı, çözünür kese ağzı sütürlerle tüp artığı görünümüne kadar abdominal duvara tutturun (Şekil 21).
- Tüpü tespit plakasının kılavuzuna takın ve kelepçe ile sabitleyin.
- Tespit plakasını (giriş noktasından 1-2 cm mesafede) abdominal duvara tutturarak tüpün konumunu sabitleyin (Şekil 22).
- Tüp kelepçesini taktıktan sonra, öncelikle tespit vidasını tüpün üzerinden ittirin.
- Daha sonra ENFit konektörünün metal pimini intestinal tüpe mümkün olduğu kadar ileri gidecek şekilde sokun ve tespit vidası ile sabitleyin (Şekil 22).
- Vida yardımcısını (dış oluklu halka) aşağı çekin ve çıkarın.

ÖNEMLİ NOT

Tüpün doğru konumda olduğu röntgen vasıtasıyla kontrol edilmelidir.

4. Delme bölgesinin iyileşme sonrası bakım talimatı

- Bir aplikatör ve dezenfektan kullanarak tespit plakasının altındaki delme bölgesini temizleyin ve tespit plakasını çıkarmadan iyice kurutun.
- Dislokasyonu erken evrede belirlemek için tüpün çıkış noktasındaki uzunluğunun işaretlenmesi tavsiye edilir.
- Delme bölgesini bir kompres ve bant ile kapatın.

Takılmanın sonraki ilk hafta, delme bölgesi bir doktor tarafından günlük olarak kontrol edilmelidir.

ÖNEMLİ NOT

Tespit plakasının dışıeri çıkarılmamalıdır, aksi halde tüp yerine sabitlenmez.

5. Besleme Tüpü Bakım Talimatları

ÖNEMLİ NOT

Tüp stomada hareket ettirilmemelidir. Gömülme riski, FCI ile söz konusu değildir.

Tüp, her bir besleme uygulaması öncesi ve sonrasında 20 ml ENFit enjektörü kullanılarak 20 ml su ile yıkanmalıdır.

ÖNEMLİ NOT

- Tüp tıkanırsa, tüpün lümeni hiçbir şekilde zorla (küçük hacimli ENFit enjektör, örn. 2,5 veya 5 ml) veya bir kılavuz tel kullanılarak açılmaya çalışılmamalıdır. Aksi halde, tüpün delinmesi tehlikesi doğar.
- Tüple besleme yapılırken asit içeren sıvıları, özellikle de meyve suları veya meyve suları kullanmayın, zira bunun sonucunda tüpün tıkanmasına neden olacak şekilde pıhtılaşma meydana gelebilir.

6. İlaçların uygulanması

İlaçlar terchen besleme tüpünün ENFit konektörü yoluyla verme setinin ilaç ağzından çözünmüş biçimde uygulanmalıdır. Öncelikle ilacın sıvı formda (damla ya da şurup) verilmesi tercih edilmelidir.) Tabletler ve kapsüller uygulanacaksa, ilacın etkisinin değişmemesi koşuluyla, ezilerek çok ince parçacıklar haline getirilmeli ve suya çözülürmelidir.

Herhangi bir şişpe durumunda, görevli doktora veya eczacıya danışın.

ÖNEMLİ NOT

Tüp, her bir ilaç uygulaması öncesi ve sonrasında terchen 20 ml ENFit enjektörü kullanılarak 20 ml ılık su ile yıkanmalıdır. İlaç ayrıca verilmesi ve gıdalara karıştırılmamalıdır.

7. Besleme uygulaması

Teknik ağıdan, ince bağırsağa besleme uygulaması ince iğneli kateter jejunostomisinden sonra derhal başlatılabilir. Her durumda, besleme dozu kademeli olarak artırılmalıdır. Tavsiye edilen pompa kontrollü sürekli tüple besleme için, piyasada bulunabilen enteral besleme pompaları kullanılmalıdır.

ÖNEMLİ NOT

Hiçbir koşulda, parenteral uygulama için tasarlanmış bir perfüzyon pompası kullanılmamalıdır (karşıklık riski).

8. Kullanım süresi

Geçmişte, jejunal tüpün komplikasyona yol açmadan aylarca yerinde kaldığına dair kayıtlar mevcuttur.

9. Besleme Tüpünün Çıkarılması

- Tespit plakasının tespit dişlerini çıkarın
- Tüpü dikkatle çıkarın.
- Bant giydirme uygulayın
- 12 saatlik bir açık periyodunu gözlemleyin.

Freka® FCJ genellikle jejunokutanöz fistül geride bırakmadan çıkarılabilir.

10. Sipariş bilgisi

Freka®- FCJ Seti FR 9, ENFit	
birim	Öge no.
1 x 1	7755645

Enteral besleme enjektörü		
Freka® Connect ENFit/ProNeo		
Ürün adı	birim	Öge no.
20ml	100 x 1	9000785
20ml (medium box)	30 x 1	9000785S
20ml (small box)	10 x 1	9000785XS
60ml	50 x 1	9000786
60ml (medium box)	30 x 1	9000786S
60ml (small box)	10 x 1	9000786XS
100ml	30 x 1	9000787
100ml (small box)	10 x 1	9000787XS

