

9.6

Pielęgowanie pacjenta z przetoką

Krystyna Jewsiejczyk

9.6.1

Pielęgowanie pacjenta z przetoką jelitową (stomią)

Mimo postępu chirurgii jelita grubego i stosowania nowoczesnych technik operacyjnych wyłonienie sztucznego odbytu dla niektórych pacjentów staje się zabiegiem ratującym życie.

W profesjonalnej opiece nad pacjentem ze stomią pielęgniarka realizuje wiele funkcji (patrz rozdz. 3) i zadań w celu przyspieszenia adaptacji pacjenta do nowej sytuacji zdrowotnej. Pierwszy ważny etap dla pacjenta rozpoczyna się z chwilą wyrażenia zgody na wyłonienie sztucznego odbytu. W tym okresie pielęgniarka udziela pacjentowi i jego rodzinie wsparcia psychicznego, rad i wskazówek. Wpływa na jego sferę poznawczą, informacyjną i motywacyjną. Ułatwia tym samym rozwiązywanie problemów pacjenta, powstałych w związku ze zmianą obrazu własnego ciała, innego niż dotychczas miejsca wydalania stolca i (lub) moczu. Rozpoczyna proces uczenia pacjenta samopielęgnacji stomii, jako nieodzownego elementu utrzymania aktywności życia zawodowego, rodzinnego i społecznego.

Dotychczasowe doświadczenia i stały wzrost liczby pacjentów ze stomią potwierdzają konieczność organizowania wszechstronnej, interdyscyplinarnej opieki nad tą grupą pacjentów. Pielęgniarki mogą zdobywać kwalifikacje w zakresie pielęgnacji stomii różnych rodzajów. Firmy produkujące sprzęt do pielęgnacji stomii konstruują programy i organizują kursy, które mają na celu rozwijać wiedzę, umiejętności i opiekę nad pacjentem ze stomią. Pielęgniarki po ukończeniu programu akademii predysponowane są do objęcia opieką pacjentów nowo operowanych przebywają-

cych w szpitalu. W poradniach pracują wykwalifikowane pielęgniarki stomijne. Stowarzyszenia stomijne powstają w wielu miastach i zrzeszają pielęgniarki, lekarzy, psychologów oraz pacjentów ze stomią. Celem stowarzyszeń jest pomoc profesjonalna ludziom ze stomią oraz działalność edukacyjna i wydawnicza.

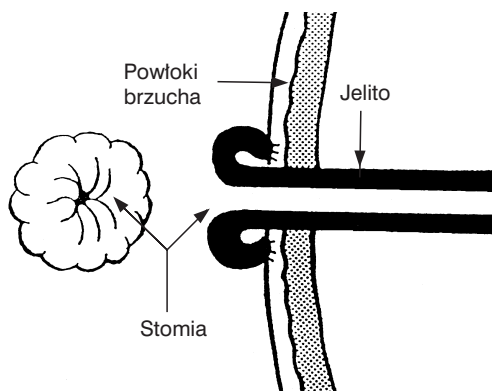
W literaturze znajdują się pozycje poświęcone standardom pielęgnowania chorego ze sztucznym odbytem brzuszным, w którym określone są kryteria osiągnięcia wysokiego poziomu jakości pielęgnowania (Kózka, 1997). Poniżej przedstawiono podstawowe informacje dotyczące pielęgnowania pacjentów ze stomią, które powinna znać każda pielęgniarka.

9.6.1.1 Rodzaje stomii

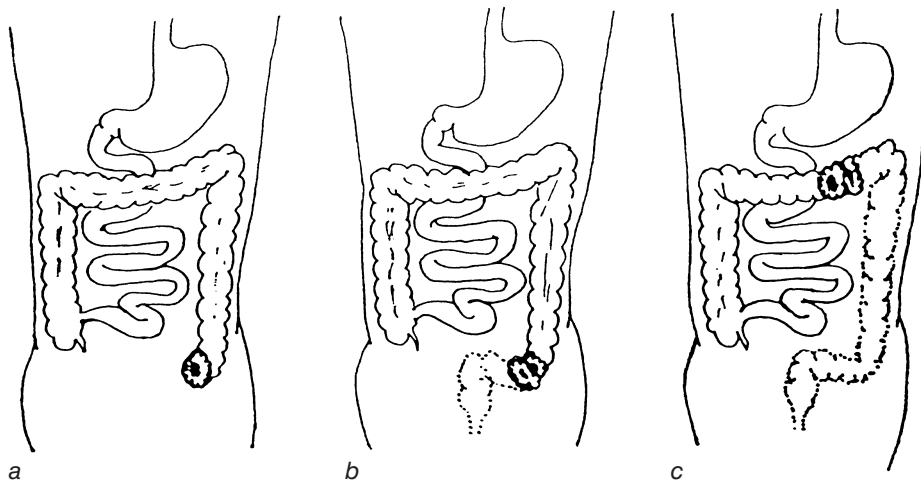
Prawidłowe wykonanie i umiejscowienie stomii stanowi jeden z najistotniejszych czynników warunkujących jej właściwe funkcjonowanie i pozwala na szybki powrót pacjenta do środowiska rodzinnego. Decyduje także o jakości jego życia. Znaczący wpływ na rehabilitację pacjentów mają działania podjęte już w okresie przedoperacyjnym. Są to następujące działania:

- przygotowanie psychiczne pacjenta do operacji i faktu wyłonienia stomii,
- rozpoczęcie procesu edukacji pacjenta i jego rodziny, w tym przekazanie wiedzy na temat funkcjonowania stomii, zapewnienie odpowiedniego sprzętu stomijnego,
- zaplanowanie pielęgnowania, w tym opieki psychoterapeutycznej po zabiegu operacyjnym,
- umożliwienie kontaktów z pacjentami, którzy przebyli zabieg wytworzenia stomii i prowadzą aktywne życie,
- umożliwienie kontaktu ze stowarzyszeniem stomijnym.

W zależności od przyjętego kryterium podziału rozróżnia się różne rodzaje stomii (**stomia oznacza otwór, a także przetokę** — ryc. 9.36):



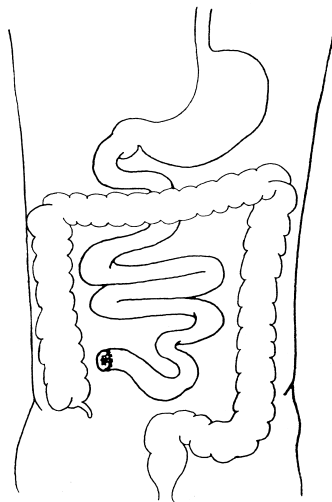
Ryc. 9.36. Schemat stomii, czyli tzw. „odbytu brzuszного”.



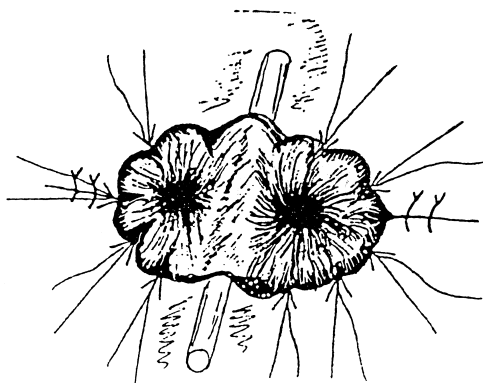
Ryc. 9.37. Przykłady stomii wytworzonej na jelicie grubym (schemat): *a* — przetoka okrężnicy esowatej po brzuszno-kroczowym odjęciu odbytnicy (jednolufowa); *b* — przetoka na okrężnicy esowatej dwulufowa; *c* — *transversotomia*, czyli przetoka na okrężnicy poprzecznej (dwulufowa).

- **Kolostomię** wykonuje się: w obrębie okrężnicy zstępującej lub esowatej — po stronie lewej okrężnicy poprzecznej w pobliżu linii pośrodkowej; w obrębie okrężnicy wstępującej — po prawej stronie brzucha. Konsystencja wypróżnień zależy od tego, w jakiej odległości od naturalnego odbytu umiejscowiona jest stomia. Jeżeli:
 - stomia jest po stronie lewej — konsystencja stolca bardziej stała,
 - stomia jest po stronie prawej — konsystencja stolca bardziej płynna.
- **Stomia odbarczająca**, pętlowa, dwulufowa (ryc. 9.37). Jest to rodzaj tymczasowego rozwiązania, które polega na nacięciu powłok brzusznych i wyciągnięciu pętli jelita i nacięcia go, wskutek czego powstają dwa otwory — dwie stomie. Jedna jest zakończeniem początkowej części jelita i służy do wydalenia stolca. Druga stanowi ujście tymczasowo nieczynnej, końcowej części jelita i wydalany jest przez nią tylko śluz. Tego typu tymczasowe zespolenie wykonuje się po to, aby jelito wygoiło się przed ponownym zespoleniem.
 - A. Kryterium czasu: **stomia czasowa** lub **definitywna**.
 - B. Poziom jelita, na którym wykonano przetokę:
 - **ileostomia** — stomia na jelicie krętym (ryc. 9.38),
 - **kolostomia** — stomia na jelicie grubym.
 - C. Sposób zakończenia stomii — stomia jednolufowa, stomia dwulufowa (ryc. 9.39).

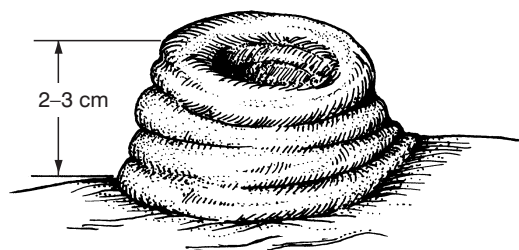
Ileostomię jednolufową jako definitywną wykonuje się w czasie operacji całkowitego wycięcia jelita grubego. Czasową **ileostomię jednolufową** wykonuje się podczas resekcji okrężnicy, jeżeli zespolenie krętniczno-odbytnicze zaplanowane jest w drugim etapie. Jedną z zasad metody chirurgicznej polega na wywniesieniu i podszyciu do skóry wylonionego jelita krętego w kształcie 2–3 cm stożka, który kieruje płynną treść jelita bezpośrednio do zbiornika na kał, chroniąc skórę przed uszkodzeniem (ryc. 9.40).



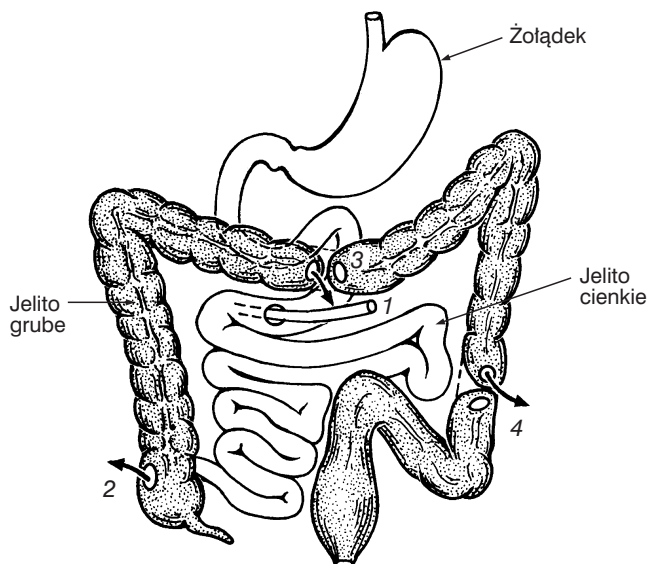
Ryc. 9.38. Przetoka z końcowego odcinka jelita krętego — ileostomia (schemat).



Ryc. 9.39. Stomia dwulufowa.



Ryc. 9.40. Wysokość stożka w stomii.



Ryc. 9.41. Miejsce wyłonienia stomii: 1 — przetoka na jelicie czczym, 2 — przetoka kątnicza, 3 — sztuczny odbyt założony na okrężnicy poprzecznej, 4 — sztuczny odbyt założony na okrężnicy esowatej.

Ileostomię dwulufową czasową wykonuje się w celu odbarczenia zespolenia krętniczno-odbytowego lub krętniczno-odbytniczego.

Umiejscowienie stomii zilustrowano na ryc. 9.41.

Zalety kolostomii dwulufowej w stosunku do klasycznej jednolufowej:

- mały rozmiar,
- łatwość pielęgnacji (brak przykrego zapachu),
- łatwość zamknięcia,
- mała liczba powikłań.

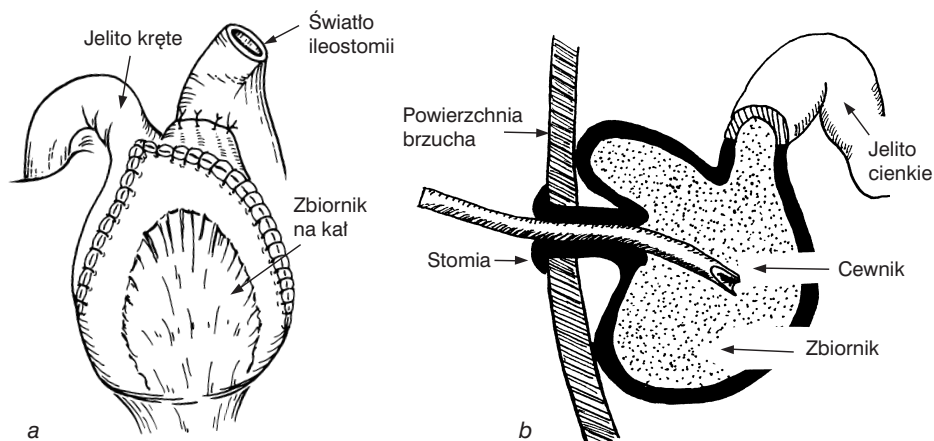
Nowe metody

Podstawową wadą tradycyjnych metod wykonywania stomii jest niekontrolowane oddawanie stolca. Wymusiło to konieczność opracowania takich technik operacyjnych, które pozwoliłyby kontrolować wypróżnienia. Należą do nich m.in.:

- ileostomia Kocka,
- odbyt brzuszny wg Moreiry,
- kolostomia z zastosowaniem systemu magnetycznego,
- mioplastyczny odbyt brzuszny wg Schmidta.

Ileostomia Kocka

Jest to rodzaj stomii, przy której można kontrolować wypróżnianie. Wewnątrz brzucha konstruuje się zbiornik z jelita cienkiego (ryc. 9.42). W zbiorniku tym gromadzi się stolec do momentu, aż zostanie odprowadzony przez cewnik, który wsuwa się do zbiornika przez stomię. Ujście worka zamyka zastawka działająca w jed-



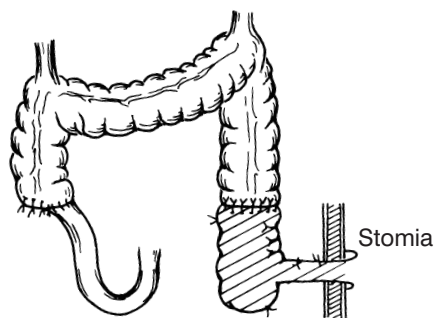
Ryc. 9.42. *a* — wewnątrztrzewnowy zbiornik na kał w ileostomii Kocka, *b* — zbiornik Kocka w przekroju.

ną stronę, dlatego zawartość worka nie wypływa na zewnątrz samoczynnie. Takie rozwiązanie pozwala uniknąć noszenia worków. Nie jest ono polecane dla osób, które cierpią na chorobę Leśniowskiego-Crohna, ponieważ nawrót choroby może zaatakować zbiornik. Zdarzają się również komplikacje związane z takim zbiornikiem, np. obsunięcie zastawki. Zbiornik Kocka może być dobrym rozwiązaniem dla osób, które mają problemy skórne związane z noszeniem worków.

Okresowe opróżnianie zbiornika wymaga od chorego cierpliwości i staranności. Z tych względów uznaje się, że ileostomię Kocka należy wytwarzać jedynie u tych chorych, którzy mimo upływu jednego roku nie mogą przystosować się do tradycyjnej ileostomii, nie są zbyt otyli, wykazują się odpowiednią motywacją i są dobrze przygotowani do samoopieki.

Odbyt brzuszny według Moreiry

Rolę zbiornika na kał spełnia kątnica, a jednokierunkowego wentyla zabezpieczającego przed niekontrolowanym wydalaniem stolca — zastawka krętniczko-kątnicza (Bauchina) (ryc. 9.43). Chory opróżnia okresowo zbiornik metodą irygacji.



Ryc. 9.43. Schemat wytworzenia brzusznego odbytu wg Moreiry.

Kolostomia z zastosowaniem systemu magnetycznego

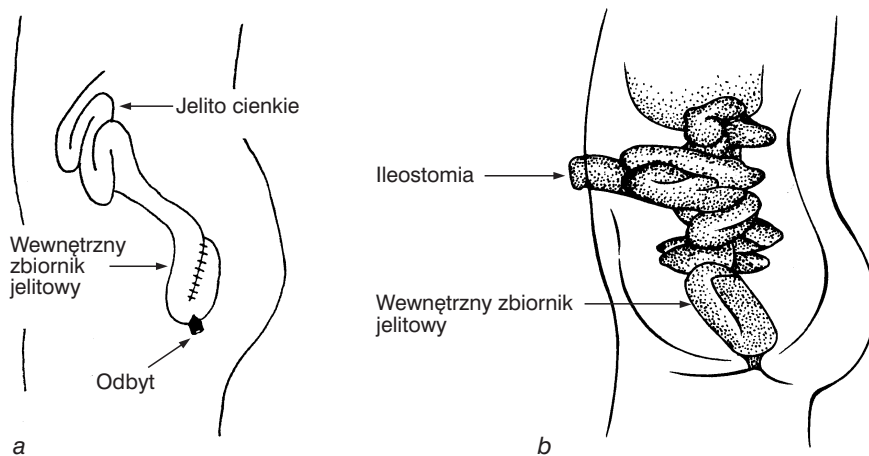
Okrągły otwór stomijny w lewym dole biodrowym wytwarza się podobnie jak przy wykonywaniu tradycyjnego brzusznego odbytu po odjęciu odbytnicy. Pierścień magnetyczny umieszcza się w przestrzeni pomiędzy powięzią podskórną a rozciągniętym mięśniem. Pierścień można wprowadzić przez światło otworu stomijnego lub przez przekrój rany laparotomijnej. Pierścień mocuje się w głębi rany szwami wchłanialnymi łączącymi powięź podskórną z rozciągniętym mięśniem. Przez światło pierścienia wyprowadza się ponad poziom skóry kikut okrężnicy, z którego formuje się jak najbardziej płaską kolostomię.

Mioplastyczny odbyt brzuszny według Schmidta

W tej metodzie końcowy, tworzący stomię, odcinek okrężnicy otacza się cylindrem okrężnicy pobranym z preparatu operacyjnego, a pozbawionym uprzednio błony śluzowej i tkanki tłuszczowej. Ten mięśniowo-surowiczy cylinder tworzy zastępczy zwieracz, który ma zapobiegać niekontrolowanemu oddawaniu stolca.

Obecnie uważa się, że zawsze należy rozpoczynać od wykonywania tradycyjnej ileostomii i kolostomii, a nowe metody stosować jako zabieg wtórny wówczas, gdy chory nie może przystosować się do życia w warunkach niekontrolowanych wypróżnień lub nie potrafi zapewnić sobie kontroli nad oddawaniem stolca za pomocą irygacji. Nie dotyczy to mioplastycznego odbytu Schmidta, który może być wykonany wyłącznie w czasie operacji pierwotnej.

Wewnętrzny zbiornik jelitowy, zwany zespoleniem jelitowym, konstruuje się z fragmentu (około 20 cm) jelita cienkiego i zespala z odbytnicą, a stolec wydalany jest przez odbyt (ryc. 9.44). Wewnętrzny zbiornik jelitowy stosuje się u osób, u których funkcjonują prawidłowo zwieracze odbytu. Jednocześnie wyłania się na jakiś



Ryc. 9.44. Wewnętrzny zbiornik jelitowy: *a* — schemat, *b* — po wykonaniu wewnętrznego zbiornika jelitowego (j-pouch) pacjent tymczasowo przez kilka miesięcy (3–6) ma ileostomię.

czas stomię odbarczającą. Operacja jest kilkietapowa, z uwagi na konieczność wygojenia się zbiornika. Zbiornik funkcjonuje jak nowa odbytnica i małe jelito grube. Wypróżnienie odbywa się w zwykły sposób, tylko częściej.

W pielęgnowaniu pacjenta, u którego zastosowano nowe techniki operacyjne, należy uwzględnić:

- istotę funkcjonowania ileostomii i kolostomii,
- przestrzeganie zasad i techniki irygacyjnej w stomii Kocka, Moreiry,
- zabezpieczenie otworu stomii w sztucznym odbycie mioplastycznym lub z pierścieniem magnetycznym,
- konieczność obserwacji w kierunku powikłań stomii,
- wdrożenie programu edukacji pacjenta w zakresie samopielęgnowania i samoobserwacji funkcjonowania stomii i przewodu pokarmowego,
- konieczność zmiany trybu życia, przestrzeganie higieny osobistej, właściwe odżywianie.

9.6.1.2

Zasady pielęgnowania pacjenta ze stomią

Naczelną **zasadą jest pielęgnowanie skóry**, aby nie dopuścić do stanu zapalnego. Do powikłań dermatologicznych należy:

- zapalenie skóry spowodowane drażnieniem treścią jelitową,
- zapalenie skóry kontaktowe wywołane uczuleniem na plastry, kleje i inne składniki sprzętu stomijnego,
- zakażenie powyższych zmian zapalnych bakteriami lub grzybami.

Zapalenie skóry w otoczeniu otworu stomijnego może przebiegać z nadżerkami i owrzodzeniami i utrudnia zastosowanie sprzętu stomijnego. Jest przyczyną cierpienia pacjenta i wpływa negatywnie na rehabilitację.

Zmiany zapalne dotyczą najczęściej skóry wokół ileostomii, która jest drażniona przez czynne enzymy trawienne. Zdarzają się przy kolostomiach, lecz są łatwiejsze do pielęgnacji i szybko się cofają. Ważne jest, aby podczas biegunek zapewnić szczególną pielęgnację skóry wokół stomii i podejmować skuteczne działania profilaktyczne.

Podrażnienia i stany zapalne skóry wokół stomii powstają także z powodów:

- urazów, skaleczeń podczas niedelikatnej zmiany worka,
- drażnienia przez czynne enzymy trawienne (ileostomia),
- podrażnienia chemicznego z moczu, stolca i sprzętu stomijnego (spoiwo, przylepiec),
- alergii na sprzęt,
- infekcji grzybiczej, bakteryjnej, wirusowej,
- oparzeń spowodowanych gorącym powietrzem (w przypadku stosowania suszarki do osuszania skóry wokół stomii),
- owrzodzenia spowodowane chorobą Leśniowskiego-Crohna i innymi.

Do **profilaktyki** powikłań skórnych wokół stomii należy:

- prawidłowe uformowanie stomii (krótka stomia zwiększa problemy skórne, przylepiec ma większy kontakt z wilgocia),
- stosowanie dobrej jakości sprzętu stomijnego,
- przestrzeganie zasad pielęgnacji i higieny skóry.

W zapobieganiu kontaktowemu zapaleniu skóry stosuje się wysokiej jakości sprzęt z dopasowanym otworem w plastrze, aby treść jelitowa nie wyciekała na skórę — wykluczenie czynnika wywołującego uczulenie.

Przed zastosowaniem środków ochronno-gojących zawsze należy skórę wokół stomii dokładnie umyć wodą z mydłem o neutralnym odczynie, aby nie niszczyć powłoki ochronnej skóry.

Na stan higieny skóry ma wpływ jakość stosowanego sprzętu stomijnego oraz przestrzeganie zasad zawartych w instrukcji zakładania woreczków stomijnych.

Dobór sprzętu stomijnego

Sprzęt stomijny powinien spełniać warunki:

- skutecznie chronić skórę wokół stomii, zabezpieczać przed podrażnieniem i oparzeniami skóry,
- być szczelny dla treści jelitowej i gazów,
- sprzyjać aktywności fizycznej, życiowej,
- zapewniać bezpieczeństwo i komfort.

Do różnych rodzajów stomii zalecane są worki:

- kolostomijne, woreczki zamknięte z filtrem lub bez filtra,
- ileostomijne woreczki otwarte,
- urostomijne woreczki dla przetoki moczowej.

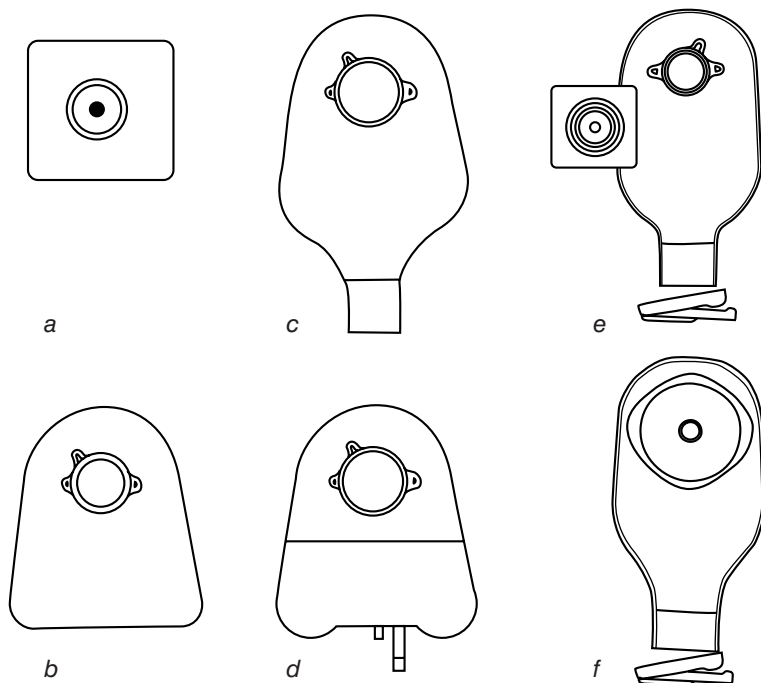
Stosuje się dwa rodzaje sprzętu stomijnego:

- dwuczęściowy, składający się z płytki i woreczka; płytka utrzymuje się przy skórze (przyklejona), woreczki zmienia się w razie potrzeby (ryc. 9.45),
- jednoczęściowy — woreczek z przymocowanym na stałe przylepcem (ryc. 9.46). Wymiana woreczka polega na odklejeniu zbiornika i przyklejeniu nowego woreczka.

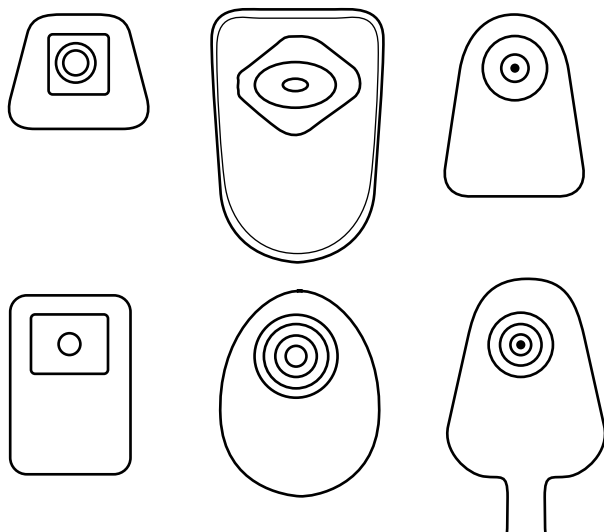
Sprzęt stomijny produkują różne firmy. Są to woreczki jedno- i dwuczęściowe, dla kolostomii — woreczki zamknięte z filtrem, dla ileostomii woreczki otwarte, dla stomii moczowej woreczki urostomijne.

Systemy stomijne zawierają płytki samoprzylepne, które pełnią funkcję mocującą woreczek do skóry oraz funkcję ochronną dla skóry i mają właściwości gojące. Pojemniki kolostomijne mają tę zaletę, że są wykonywane z miękkiej folii i mikroporowatego przylepca i są wyposażone w filtr pochłaniający nieprzyjemne zapachy. Pojemniki kolostomijne produkowane są w różnych rozmiarach i mają tzw. koszulki, które izolują pojemnik od skóry.

Pojemniki ileostomijne mają zapinkę umożliwiającą opróżnienie zawartości bez odklejania pojemnika.



Ryc. 9.45. Systemy dwuczęściowe woreczków stomijnych. System składa się z przylegającej do ciała płytki, do której przymocowuje się woreczek: *a* — płytka do woreczka kolostomijnego, *b* — płytka do woreczka ileostomijnego. Płytki zaopatrzone są w zatrzaskiwany pierścień, do którego wciska się: *c* — woreczek kolostomijny, *d* — woreczek odpuszczany ileostomijny. Na ryc. *e*, *f* — woreczki sztucznego odbytu.



Ryc. 9.46. Sprzęt stomijny jednoczęściowy (różne kształty woreczków). Woreczki są zaopatrzone w pole klejowe (część przylepna) bezpośrednio przylegające do skóry.

Doradzając pacjentowi wybór odpowiedniego sprzętu i przystępując do uczenia pielęgnacji stomii pamiętajmy o zapoznaniu się z instrukcją zaopatrzenia stomii. Instrukcje zawierają zasady, których bezwzględnie należy przestrzegać — tylko wówczas stosowany sprzęt spełni swój cel. Szczegółowe informacje zawarte są w procedurach zmiany woreczka stomijnego.

Kryteria wyboru sprzętu:

- bezpieczeństwo,
- komfort — łagodność dla skóry,
- czas noszenia,
- łatwość obsługi,
- dyskrecja.

Bezpieczeństwo powinna zapewnić dobra jakość przylepca (woreczek nie może odklejać się od skóry) oraz całkowita szczelność worka (niedopuszczalny jest wyciek zawartości woreczka).

Komfort oznacza, że przylepiec woreczka podczas zdejmowania nie powoduje bólu i nie pozostawia resztek kleju na skórze. Przylepiec łagodny dla skóry pochłania wilgoć, co przedłuża czas utrzymania woreczka.

Czas noszenia woreczków jest sprawą indywidualną i zależy od reakcji skóry na przylepiec woreczka, a także od potrzeby pacjenta. Woreczki jednoczęściowe z filtrem zmienia się 2–3 razy na dobę. W systemach dwuczęściowych samą płytkę zmieniamy co kilka dni, woreczki natomiast 2–3 razy na dobę.

Łatwość obsługi (zdejmowanie i zakładanie woreczka) to kryterium bardzo ważne dla pacjentów szczególnie w okresie tuż po operacji i tych, którzy mają małe zdolności manualne. Dopasowywanie rozmiarów woreczka do rozmiarów stomii zapewnić mogą systemy jednoczęściowe pozwalające na przycięcie otworu (bądź może być już przycięty fabrycznie).

Dyskrecję zapewnia system: w jednoczęściowym skuteczny filtr wykonany z bezszelestnej folii. W dwuczęściowych systemach woreczki nie powinny być widoczne przez ubranie, a połączenie płytki z woreczkiem nie powinno przepuszczać zapachów.

Produkowane są coraz lepsze jakościowo synergetyczne systemy stomijne składające się ze specjalnego materiału hydrokoloidowego, mającego właściwości gojące skórę wokół stomii, zawierające nowoczesny filtr i wkłady dezodorujące, które zapobiegają powstawaniu przykrych zapachów.

Jeżeli pacjent ma problemy z opanowaniem techniki zakładania sprzętu stomijnego jednoczęściowego lub dwuczęściowego pielęgniarka wykonuje w szpitalu lub później w poradni stomijnej pokaz jego zakładania, często w obecności rodziny pacjenta. Obecność rodziny jest bardzo ważna, gdyż nie zawsze chory może sobie poradzić ze wszystkimi etapami przygotowania i wymiany sprzętu stomijnego. Bardzo pomocne jest np. wcześniejsze wycinanie otworów w przylepcu dla osób starszych lub o mniejszych zdolnościach manualnych.

W doborze sprzętu pomaga choremu pielęgniarka, która dobiera sprzęt stomijny najbardziej odpowiedni dla pacjenta. Jednak to pacjent ostatecznie sam decyduje, jakiego sprzętu będzie używał.

Ogólne zasady pielęgnacji przetoki brzusznej:

- przed przystąpieniem do wymiany woreczka upewnienie się co do zasad stosowania sprzętu stomijnego zawartych w instrukcjach,
- mycie skóry wokół stomii miękką gąbką zwilżoną wodą i mydłem niedrażniającym skóry,
- stosowanie sprzętu stomijnego najwyższej jakości i ekologicznego,
- stosowanie woreczków stomijnych z filtrami w celu zneutralizowania przykrej woni zawartości woreczka (Polopiryna S — 1 tabletka, węgiel medyczny — 1 tabletka; tabletki wkłada się do czystego woreczka); w zestawach sprzętu stomijnego znajdują się zapachowe neutralizatory,
- zakładanie do otworu stomii małego gazika z paskiem wazeliny (tłumi, wycisza odchodzenie gazów); długość gazika ok. 20 cm; ok. 10 cm wkłada się do stomii, a pozostałe 10 cm gazy pozostaje w woreczku,
- wykonywanie irygacji stomii (patrz procedura wykonywania irygacji) w celu oczyszczania jelita z mas kałowych.

Rady dla pacjentów ze stomią:

- Jeżeli skóra jest wysuszona, zastosuj emulsje nawilżające, które szybko się wchłaniają i nie wpływają negatywnie na przylepność. Przyklejaj woreczki tylko na suchą skórę.
- Przytrzymaj woreczek do 1 min, aby klej się rozgrzał.
- Ściśle dopasuj otwór w płytce. Używaj szablonów. Wielkość stomii zmienia się kilka tygodni po operacji, także w przypadku spadku masy ciała.
- Opróżniaj woreczki, gdy wypełnią się do $\frac{1}{2}$ pojemnika. Nigdy nie dopuść do przepełnienia. Może nastąpić nieszczelność i przeciekanie. Dokładnie wyrównaj fałdy skórne wokół stomii przed założeniem woreczka, wówczas nie dojdzie do przeciekania.
- Użyj pasty uszczelniającej lub pierścienia.
- Dbaj o skórę; jeżeli skóra jest podrażniona, woreczki nie będą prawidłowo przylegać.
- Przyklejaj woreczek pionowo, jeżeli zmienisz kąt, może dojść do przeciekania.
- Woreczki zmieniaj w zależności od potrzeb. Płytki sprzętu dwuczęściowego mogą pozostać na skórze około tygodnia, a jednoczęściowego do trzech dni. Zdarza się, że woreczki należy zmieniać codziennie lub kilka razy dziennie.
- Jeżeli woreczek jest długo noszony, płytka może się zużyć. Zatem należy zmieniać częściej.
- Nigdy nie zakładaj minikapów do ileostomii, gdyż otworami na gazy może wyciekać treść jelitowa.
- Jeżeli masz ileostomię, nie stosuj irygacji. Możesz przyjmować środki cieniujące doustnie — nigdy do ileostomii.
- Nie przyjmuj środków przeczyszczających. Jeżeli jesteś przygotowywany do operacji, wystarczy wstrzymać się od posiłków i picia w przeddzień operacji. Należy stosować alimentację dożylną, aby zapobiec odwodnieniu w dzień przed operacją.

- Nie pozwalaj radiologom wprowadzać papki barytowej do kolostomii przez rurkę doodbytniczą. Po wprowadzeniu do jelita kontrast będzie wydalany przez stomię tak jak stolec. Celem usunięcia resztek kontrastu należy wykonać irygację.
- Wychodząc z domu zawsze pamiętaj o zapasowych woreczkach.
- W miejscach publicznych nie zmieniaj woreczków, jeżeli jadłeś cebulę, czosnek lub inne potrawy dające nieprzyjemny zapach.
- Sprzęt stomijny przechowuj w suchym pomieszczeniu w temperaturze pokojowej. Wilgoć powoduje złą przylepność płytki.
- W trakcie kupna sprzętu pamiętaj o sprawdzeniu daty przydatności do użycia.

Pielęgnacja rany krocza (po operacji usunięcia odbytnicy i odbytu)

Pacjentowi zaleca się:

- Siadanie na miękkiej poduszce. Nie poleca się siadania na poduszce w kształcie koła ratunkowego z uwagi na możliwość napięcia tkanki skórnej (tak zwane naprężenia), co powoduje ból i spowalnia gojenie rany.
- Utrzymywanie okolic odbytu w czystości.
- Stosowanie nasiadówek. Są kojące i stymulują krążenie. Przyspieszają gojenie rany.
- Stosowanie nagrzewania rany specjalną lampą.
- Odczucia fantomowe występują do roku od operacji i sprawiają wrażenie parcia na stolec. W trakcie takiego odczucia pacjent może skorzystać z toalety, upewniając się, że to tylko odczucia.

Niektóre problemy pacjentów ze zbiornikiem jelitowym

Adaptacja zbiornika trwa do 12 miesięcy i polega na powiększeniu pojemności pojemnika. Pacjenci ze zbiornikiem wypróżniają się 5–6 razy dziennie i 1–2 razy w nocy. W przypadku wydłużenia czasu na oddanie stolca do 1 h od momentu parcia, stolec bardziej przypomina biegunkę. Zbiornik w kształcie „J” utrzymuje $\frac{1}{2}$ pojemności odbytu. W tym czasie liczba wypróżnień spada do 4–6, a stolec jest gęstszy. Zachęca się pacjentów, aby nie odpowiadali na każdą potrzebę opróżnienia zbiornika. Celem jest zwiększenie pojemności pojemnika i tym samym zmniejszenie wyjść do toalety.

Wyciekanie przez odbyt następuje szczególnie w nocy, podczas snu lub podczas wysiłku. Wskazane są wówczas ćwiczenia wzmacniające mięśnie zwieracza odbytu.

Ćwiczenia zwieracza odbytu:

Po wykonaniu pomiaru siły mięśniowej ćwiczenia można rozpocząć przed operacją i wznowić po około trzech tygodniach po operacji wytworzenia zbiornika jelitowego. Ćwiczenia polegają na napinaniu i rozluźnianiu mięśni zwieracza odbytu.

Przykład ćwiczenia:

- ściśnij mięśnie, tak jak przy próbie powstrzymania się od wypróżnienia,
- trzymaj napięte i licz do 10,
- następnie rozluźnij mięśnie i znów licz do 10,
- całość ćwiczeń powtórz 10 razy.

Ćwiczenia należy wykonywać o różnych porach dnia w pozycji stojącej, siedzącej, leżącej oraz podczas przysiadów.

W przypadku wyciekania:

- Należy nosić podkładki ochronne, mogą to być zwykłe wkładki higieniczne.

- Gdy odczyn stolca jest zasadowy, dochodzi do odparzeń i podrażnień skóry i błony śluzowej okolic odbytu i świądu. Szczególnie należy dbać o higienę odbytu, myć ciepłą wodą z mydłami, emulsjami czy myjącymi żelami o neutralnym odczynie (pH 7,5). Można zastosować maści: eucerynę, cynkową lub kremy ochronne stosowane dla niemowląt.
- Rozróżnianie, czy uczucie parcia jest powodowane stolcem czy gazami będzie zawsze trudne i ryzykowne, skorzystaj wówczas z toalety. Niektórzy pacjenci stosują leki hamujące wypróżnienie, ale w przypadku zbiornika jelitowego działanie ich jest znikome.

Pielęgniarka jest odpowiedzialna za nauczanie pacjenta bądź jego rodziny pielęgnacji stomii. W tym celu posługuje się pakietami dydaktycznymi, stosując właściwe formy i metody pracy — patrz Ciechaniewicz: „Działania pedagogiczne w pracy pielęgniarki”. W: Pielęgniarstwo (red. K. Zahradniczek), 2004.

Życie rodzinne i zawodowe

Wytworzenie stomii nie powinno wpłynąć negatywnie na życie pacjenta w rodzinie, naukę i pracę. Pacjent po okresie rekonwalescencji może powrócić do wykonywania swojego zawodu. Wyjątek stanowi ciężka praca fizyczna bądź praca wymagająca stałego pochylania się, a w przypadku ileostomii przeciwwskazaniem jest praca w wysokiej temperaturze.

W życiu codziennym pacjent może ubierać się według przyjętych zwyczajów, może stosować prysznic i kąpać się. W przypadku ileostomii i urostomii, gdy płynny stolec i mocz wydalone są bez przerwy, można brać prysznic i kąpiel w sprężeniu stomijnym bez obawy o odklejenie się woreczka. Pacjent ze stomią nie powinien rezygnować z życia towarzyskiego, nadal może chodzić do kina, teatru czy na koncerty, odwiedzać znajomych, przyjaciół.

Stomia nie powinna wpłynąć na zaniechanie rekreacji i uprawianie sportów. Zalecane są jazdy na rowerze, piesze rajdy, pływanie, jazda na łyżwach, nartach itp., jeżeli tylko sprawiają pacjentowi przyjemność. Wykluczyć należy sporty takie, jak: judo, karate, boks, które wymagają ogromnego wysiłku fizycznego. Wskazane są ćwiczenia wzmacniające mięśnie brzucha w codziennym planie dnia pacjenta.

Celem stosowania gimnastyki jest przede wszystkim:

- zwiększenie wydolności oddechowej i układu krążenia,
- ogólne dotlenienie organizmu,
- łagodzenie stresów i napięć emocjonalnych,
- zapobieganie wielu powikłaniom: otyłości, nadciśnieniu tętniczemu,
- zwiększenie przemiany metabolicznej, tym samym kształtowanie zgrabnej sylwetki.

Rekreacja i relaksacja wpływają korzystnie na układ nerwowy pacjenta i ogólne funkcjonowanie organizmu.

Seks, życie rodzinne i zawodowe

Rehabilitacja pacjentów po wyłonieniu stomii powinna uwzględnić życie seksualne. Wielu pacjentów nie odczuwa tego problemu, życie seksualne jest dla nich nadal satysfakcjonujące. Największy wpływ ma stomia na życie seksualne w wymiarze psychicznym. Dotyczy to głównie zmiany wyobrażenia o swoim ciele,

o swoim wizerunku po operacji. Zaakceptowanie swojego wyglądu wymaga czasu i niejednokrotnie specjalistycznej pomocy psychologicznej, która polega na doprowadzeniu do zmian w myśleniu, postrzeganiu, emocjach i zachowaniu. Zależy w dużej mierze od uczucia i kultury partnera.

U niektórych mężczyzn po operacji w okolicy krocza mogło dojść do przecięcia nerwów i mogą wystąpić problemy z erekcją. Po rehabilitacji trudność tego rodzaju ustępuje. Trwałe trudności z erekcją występują po radykalnych operacjach z powodu nowotworu. Istnieją możliwości przywrócenia zdolności erekcyjnej przez iniekcje do przestrzeni międzyjamowej, co daje rozszerzenie naczyń krwionośnych i natychmiastową erekcję, bądź implanty prąciowe, które wszczepia się chirurgicznie. Zastosowanie metody zależy od stanu pacjenta i wskazań chirurgiczno-seksuologicznych.

U kobiet operacja stomijna nie wpływa na zdolności seksualne, zapłodnienie ani ciążę. Głównym problemem jest bolesność podczas współżycia seksualnego. Wynika to z braku odbytnicy, która amortyzuje pochwę podczas stosunku, ze zwężenia, zbliźnowacenia pochwy po radykalnym usunięciu pęcherza (urostomia). Przecięcie nerwów podczas operacji ma też wpływ na wilgotność pochwy. Pierwsze próby seksualne po operacji stomijnej uzależnione są od wygojenia ran i rekonwalescencji. Zawsze należy zmienić woreczek przed sytuacją intymną. Można zamaskować stomię specjalnymi majteczkami, szarfą bądź jeszcze inną pomysłową rzecz. Cięża zmienia kształt i rozmiar stomii. Wówczas należy stosować inne rozmiary systemu zaopatrzenia stomijnego. Jeżeli pacjentka nie czuje się w pełni sił psychofizycznych, nie powinna podejmować prób seksualnych, bowiem mogą one być niesatysfakcjonujące.

Pacjenci, którzy lubią podróżować, mogą to czynić nadal. Wszelka aktywność będzie sprzyjała zdrowiu pacjenta tylko wówczas, gdy pacjent wykształci po mistrzowsku umiejętność pielęgnacji stomii. Przed podróżą pacjenci powinni pamiętać o zabraniu zapasu sprzętu stomijnego. Przed wyjazdem do krajów o odmiennych tradycjach żywieniowych wskazane jest, aby skonsultowali się z lekarzem w sprawie swojej diety. Pacjenci z ileostomią zawsze muszą mieć leki przeciwbiegunkowe w podręcznych apteczkach.

Odżywianie pacjenta ze stomią

Po operacji pacjenci powinni nauczyć się, jakie produkty stwarzają problemy w funkcjonowaniu zbiornika wewnętrznego. Pamiętać należy o tych produktach, które przed operacją powodowały gazy, biegunkę czy zaparcia. Te same produkty będą stwarzały kłopoty w funkcjonowaniu przewodu pokarmowego po operacji. Wskazane jest zacząć od diety małaresztkowej i stopniowo dietę rozszerzać:

- Stosować racjonalne żywienie, posiłki spożywać regularnie, bez stresu, dokładnie przeżuwać. Dietę zaplanować.
- Nowe produkty wprowadzać stopniowo i oceniać na nie reakcję przewodu pokarmowego.
- Nigdy nie rezygnować z posiłków, zwiększa to ilość gazów w przewodzie pokarmowym.
- Zaleca się pić małe ilości płynów między posiłkami, zamiast picia większej ilości napojów jednorazowo.
- W przypadku biegunki spożywać produkty zawierające sód i potas.

- Można spożywać: banany, ziemniaki, mięso, drób, ryby, soki owocowe rozcieńczone, pomarańcze. U niektórych pacjentów soki i pomarańcze są gazotwórcze.
- Posługiwać się poradnikiem dietetycznym, który wraz z praktycznymi radami przekazuje pacjentowi pielęgniarka stomijna.

Dieta powinna zawierać wystarczającą ilość witamin i składników mineralnych, potrawy nie powinny być tłuste i słodkie. Zaleca się pacjentom jeść powoli i żuć pokarm dokładnie, posiłki spożywać trzy razy dziennie, zawsze o tej samej porze dnia. Stosowanie tych zasad żywieniowych wpływa na lepsze trawienie i zmniejsza ilość gazów w jelitach.

U chorych z ileostomią należy dietę wzbogadzać w potas, sól i płyny, ponieważ wchłanianie płynów jest upośledzone ze względu na skrócenie jelita grubego.

Wskazane jest przyjmowanie płynów w ilości 0,5–2 l dziennie. Około połowę przyjmowanych płynów pacjent powinien wypijać poza posiłkami. W przypadku biegunek i przetoki moczowej podaż płynów powinna być większa. Jeżeli pacjent pali papierosy, powinien wiedzieć, że palenie na czczo zwiększa możliwość wystąpienia biegunki. W przypadku gdy pacjent przyjmuje leki, powinien upewnić się, czy nie wpłyną na funkcjonowanie stomii. Leki steroidowe i hormonalne zmniejszają przylepność skóry. W razie spożywania produktów zawierających dużo witaminy C mogą pojawić się podrażnienia skóry w okolicy otworu.

Poniższe produkty mogą powodować określone reakcje ze strony organizmu. *Nieprzyjemny zapach* stolca powodują: jaja i jego przetwory, sery pleśniowe, szparagi, cebula, czosnek, nadmiar mięsa. Przykrą woń stolca niwelują: pietruszka, szpinak, zielona sałata, jogurt i borówki. Do produktów, które powodują *zaparcia*, należą: czekolada, płatki kokosowe, gotowane mleko, podsuszony biały ser.

Działanie przeczyszczające mają produkty: figi, soki owocowe, surowe owoce i jarzyny, suszone śliwki, fasola, surowe mleko, zsiadłe mleko. Produkty *uzupełniające potas* w organizmie: banany, herbata, morele, kiełki pszenicy, preparaty drożdży. *Zwiększoną ilość gazów oraz ich głośne oddawanie* powodują: napoje gazowane, fasola, świeże owoce, świeży chleb, piwo, kalerepa, groch, kapusta.

Ustalając swoją dietę pacjenci powinni mieć niezbędną wiedzę na temat wpływu niektórych pokarmów na funkcjonowanie stomii. Zaleca się pacjentowi ustalenie planu diety i obserwowanie, jak reaguje przewód pokarmowy i stomia na określoną potrawę. Tym samym, pacjent sam ustali rodzaj produktów najlepiej tolerowanych i sporządzi dietę najbardziej dla siebie odpowiednią.

Częstymi dolegliwościami u pacjentów ze stomią są biegunki, zaparcia oraz głośne oddawanie gazów o nieprzyjemnym zapachu.

Jeżeli wystąpi biegunka, należy:

- pić dużo płynów (biegunka grozi odwodnieniem) — wskazana gorzka herbata, napar z mięty, napar z owoców czarnych jagód, napar z rumianku,
- można zastosować jednodniową głodówkę lub spożywać kleik ryżowy z marchewką,
- powoli wprowadzać produkty, takie jak sucharki, ryż z jabłkiem,
- spożywać kaszkę mannę na wodzie, mięso chude gotowane, gotowane ziemniaki purée, marchewkę gotowaną, soki owocowe rozcieńczone; dużo witaminy C zawiera sok żurawinowy.

Jeżeli wystąpią zaparcia, należy:

- stosować dietę bogatą w błonnik,
- spożywać ciemne pieczywo, najlepiej pełnoziarniste, płatki owsiane, surowe warzywa, jabłka, śliwki świeże i suszone, sok z kiszonej kapusty, surówki z kapusty kiszonej z oliwą, dużo surówek warzywnych,
- spożywać przetwory mleczne, kefir, jogurty, maślanke,
- korzystnie wpływa na perystaltykę jelit: szklanka wody mineralnej lub przygotowanej na czczo, szklanka przegotowanej wody z łyżką miodu na czczo.

Jeżeli mimo doboru diety pacjent odczuwa zaburzenia żołądkowo-jelitowe, powinien zgłosić się do lekarza. W standardach pielęgnowania pacjenta ze stomią autorstwa M. Kózki uwzględnione są działania pielęgniarki w aspekcie wyposażenia pacjenta w wiedzę z zakresu żywienia. Pielęgniarka przedstawia choremu pisemne zalecenia dietetyczne, wyjaśnia rodzaj i znaczenie diety w przypadku biegunk i zaparć, wskazuje i objaśnia zalecenia dietetyczne. Pielęgniarka uczy pacjenta samoobserwacji i samokontroli reakcji organizmu (przewodu pokarmowego) na nowe produkty w żywieniu. Powyższe działania pozwalają wyposażyć pacjenta w wiedzę i umiejętności z zakresu diety, a także umożliwiają zrozumienie przez pacjenta zależności pomiędzy odżywianiem a optymalnym funkcjonowaniem ze stomią.

9.6.1.3

Powikłania stomii jelitowej

W pielęgnowaniu pacjenta ze stomią istotne jest, aby pielęgniarka umiała szybko zdiagnozować powikłania stomii. W standardzie pielęgnowania chorego ze sztucznym odbytem (patrz Kózka, 1997) zawarte są kryteria umiejętności pielęgniarki w ocenianiu powikłań stomii podczas pielęgnowania przetoki. Pielęgniarka ma za zadanie uczyć pacjenta obserwacji funkcjonowania stomii i oceniać stan, zwracając uwagę na kolor, kształt i wielkość stomii. **Wśród powikłań stomii znajdują się powikłania chirurgiczne, dermatologiczne, psychosocjalne, seksualne i metaboliczne.**

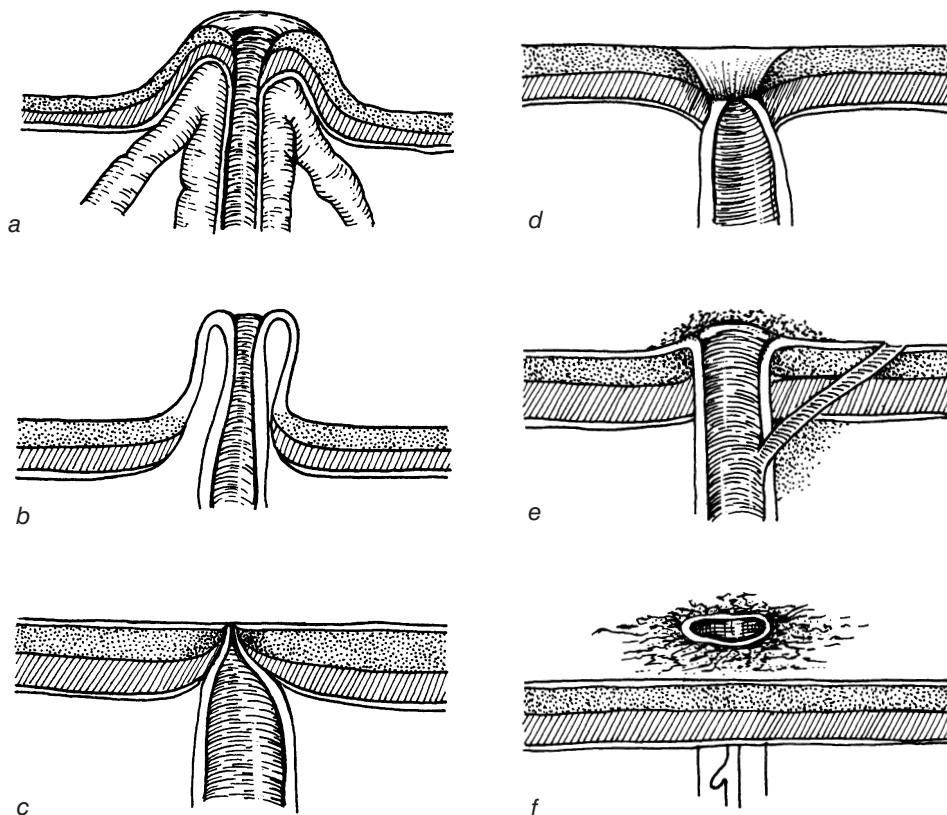
Do najczęstszych powikłań chirurgicznych wczesnych należą:

- obrzęk, martwica,
- wciągnięcie,
- ostra niedrożność jelit,
- krwawienie,
- zakażenie jamy stomijnej z przetoką jelitową.

Obrzęk stomii w pierwszym okresie po operacji jest zjawiskiem zwykłym. Ustępuje po kilkunastu dniach.

Martwica jest zwykle następstwem błędu technicznego podczas wykonywania zabiegu operacyjnego. Jeżeli dotyczy brzeżnego rąbka błony śluzowej, może ulec wygojeniu, ale prowadzi do bliznowatego zwężenia lub wciągnięcia odbytu.

Wciągnięcie odbytu brzuszego powoduje lejkowaty odbyt, u dołu znacznie zwężony. Może spowodować oderwanie brzuszego odbytu; towarzyszą temu wzdęcia brzucha, kaszel, wymioty.



Ryc. 9.47. Najczęściej występujące powikłania stomii: *a* — przepuklina wokół stomii, *b* — wypadanie, *c* — zwężenie odbytu brzuszego, *d* — wciągnięcie, *e* — ropienie z przetoką, *f* — stany zapalne skóry.

Uwięźnięcie pętli jelita cienkiego wywołuje objawy **ostrej niedrożności jelit**.

Niewielkie **krwawienie z błony śluzowej** tamuje się metodą koagulacji lub podwiązania krwawiącego naczynia.

Zakażenie rany stomijnej z przetoką jelitową leczy się chirurgicznie.

Do powikłań późnych stomii należy przepuklina wokół stomii, wypadanie, zwężenie, wciągnięcie, przetoka, stany zapalne.

Przepuklina (ryc. 9.47*a*) wokół stomii. Przyczyną powstania przepukliny może być zbyt duży otwór stomijny powłok, niewydolność szwów powięziowych lub ropne zakażenie rany stomijnej. Niewielkie przepukliny nie sprawiają większych dolegliwości i nie utrudniają stosowania sprzętu stomijnego. Większe przepukliny leczy się operacyjnie.

Wypadanie (ryc. 9.47*b*) polega na wyłonieniu i wynicowaniu odbytu brzuszego. Wypada najczęściej brzuszny odbyt jednolufowy wytworzony w obrębie okrężnicy esowatej. Przyczyną wypadania jest nadmiar jelita tworzącego stomię i niedostateczne przytwierdzenie jego kreski do ściany jamy brzusznej. Zbyt duży otwór stomijny może przyczyniać się do wypadania stomii. Wypadanie leczy się operacyjnie.

Zwężenie odbytu brzuszego należy do częstych powikłań (ryc. 9.47c). Jest wynikiem błędu technicznego lub przebytych ropnych stanów zapalnych wokół stomii. Prawidłowa kolostomia pozwala na swobodne wprowadzenie do światła jelita małego palca ręki. Umiarkowane zwężenie może być korzystne dla kontrolowanego oddawania stolca. Zwężenie do średnicy ołówka wymaga operacji naprawczej. Może dojść do niedrożności jelit.

Wciągnięcie późne wymaga leczenia operacyjnego (ryc. 9.47d). W wyniku ropnego zakażenia powłok wokół stomii dochodzi do powstania przewlekłej przetoki (ryc. 9.47e). Ten rodzaj powikłania leczy się operacyjnie. Polega ono na podciągnięciu kikuta jelita na wyższy poziom.

Do powikłań w **funkcjonowaniu wewnętrznego zbiornika jelitowego** zaliczyć należy:

- Zapalenie zbiornika (*puchitis*), które leczy się antybiotykami. Objawami zapalenia zbiornika są:
 - skurcze,
 - gazy,
 - biegunka,
 - czasami krwawy śluz.
- Zaparcia jelita cienkiego powodowane dysfunkcją jelita cienkiego.
- Inne, takie jak zrosty pooperacyjne, zwężenie zespoleniowe (zwężenie wylotu odbytniczego).

Do około roku po operacji może wystąpić zapalenie zbiornika (*puchitis*). Niektórzy pacjenci miewają zapalenie także w późniejszych latach. Zapalenie zbiornika ileanalnego objawia się: biegunką, zaparciami, odczuciem skurczy, możliwe jest wydzielanie śluzu podbarwionego krwią. U niektórych pacjentów mogą wytworzyć się zrosty, które będą powodować zwężenie pętli jelita. Wówczas może dojść do zahamowania pasażu jelita. Wśród innych powikłań zdarzyć się może wewnętrzny wyciek ze zbiornika, przetoki, infekcje w obrębie miednicy, przerwanie zespolenia. U mężczyzn wytworzyć się mogą czasowe lub trwałe zaburzenia seksualne. Zaleca się pacjentom coroczne kontrole zbiornika, celem wykonania biopsji w kierunku komórek atypowych.

Z powodu możliwości wystąpienia powikłań zaleca się pacjentom kontrolę co pół roku w poradni stomijnej.

Do powikłań występujących u pacjentów ze stomią należą też powikłania psychosocjalne i seksualne. Są to trudne problemy, które mimo stosowanej psychoterapii profesjonalnej nie zawsze mogą być rozwiązane. Istnieje grupa pacjentów, którzy powyżej 1 roku po operacji przejawiają zachowanie depresyjne.

Duży procent pacjentów z wyłonią stomią nie pracuje zawodowo. Dokonują wyboru przejścia na rentę chorobową. U mężczyzn po operacji powstają zaburzenia seksualne w zakresie wzwodu i wytrysku. W tym zakresie pacjenci powinni być leczeni przez psychoseksuologa. Pielęgniarka posiadająca wiedzę w zakresie wpływu stomii na funkcjonowanie rodzinne, zawodowe i społeczne doradza i uczy pacjenta zachowań ułatwiających jego adaptację w środowisku, może pomóc pacjentowi w rozwiązywaniu jego indywidualnych problemów.