

Rola pielęgniarki w żywieniu najmłodszych pacjentów po wyłonieniu stomii jelitowej

Agnieszka Walo

Coloplast®
Professional

Pielęgniarka na oddziale chirurgii dziecięcej ma za zadanie przygotowanie pacjenta i jego rodziny do życia z chorobą. Po wyłonieniu stomii jelitowej nie tylko zmienia się sposób wydalania, ale również przyjmowania pokarmów. Choroby jelit często wiążą się ze stosowaniem odpowiedniej diety i to właśnie pielęgniarka, jako osoba najczęściej będąca przy pacjencie, pomaga mu wdrożyć nowe sposoby i nawyki żywieniowe.

Odżywianie pacjentów po wyłonieniu stomii jelitowej jest uzależnione od choroby podstawowej. Dodatkowo u najmniejszych pacjentów dietę warunkuje ich wiek. Noworodki i niemowlęta są głównie odżywiane mlekiem matki lub mieszankami mleka modyfikowanego, dostosowanego do ich potrzeb w danym miesiącu życia. W przypadku wystąpienia choroby układu pokarmowego, modyfikacje żywieniowe wymagają szczególnie przemyślanych decyzji.

Dietę dla pacjenta na oddziale ustalają lekarze we współpracy z dietetykiem, natomiast rolą pielęgniarki jest kontrolowanie pacjenta pod kątem spożywania posiłków i ich tolerancji, a także prowadzenie dobowego bilansu płynów i codzienna kontrola masy ciała pacjentów. Kluczowymi elementami w ustaleniu diety u dziecka po wyłonieniu stomii jelitowej, są: jego wiek, masa urodzeniowa, dojrzałość przewodu pokarmowego, jak również odcinek jelita na którym została wyłoniona stomia. Przetoka na jelicie cienkim, jest zdecydowanie bardziej kłopotliwa, zarówno w pielęgnacji (stolec jest płynny, „agresywny” i jest go znacznie więcej), jak również w dopasowaniu odpowiedniej diety.

Zadaniem pielęgniarki jest edukacja opiekunów dziecka także w zakresie jego obserwacji. Rodzic musi zwracać uwagę na:

- zachowanie dziecka – odwodnione będzie osłabione i apatyczne,

- ilość i konsystencję stolca – zalecane jest notowanie dziennych „utrat” (ilości) stolca i porównywanie ich z ilością przyjętych płynów. Zbyt duża ilość wydalanego stolca u małego dziecka może bardzo szybko doprowadzić do odwodnienia, a jest to sytuacja zagrażająca zdrowiu i życiu małego pacjenta
- przyrost masy ciała – zaleca się codzienną kontrolę wagi.



W przypadku wyłonienia kolostomii ustalenie diety jest prostsze, z racji funkcji fizjologicznej jelita cienkiego, zdecydowanie gęstszego stolca i jego mniejszych dziennych „utrat”.

W okresie pooperacyjnym maluchy najczęściej odżywiane są pozajelitowo (parenteralnie). Takie żywienie polega na dożylnym dostarczeniu składników takich jak: białko, węglowodany, tłuszcze, elektrolity, witaminy, pierwiastki śladowe oraz woda (z pominięciem jelit oraz krążenia wrotnego). Mieszanka składników odżywczych dla każdego pacjenta jest przygotowywana oddzielnie i z biegiem czasu jest modyfikowana w zależności od zapotrzebowania organizmu na dane składniki.



Dzieci odżywiane pozajelitowo co kilka dni mają pobierane badania kontrolne, sprawdzające poziom jonów, glukozy itp. i na podstawie wyników badań, lekarz modyfikuje skład mieszanki podawanej pacjentowi. Mieszanki odżywcze ze względu na swoją gęstość i osmolarność są podawane przez specjalne dostępy dożylne zakładane do żył głębokich (przeważnie podobojczykowej lub udowej). U dzieci, u których żywienie pozajelitowe ma trwać dłużej (np. w zespole krótkiego jelita lub zaburzeniach wchłaniania), zakłada się specjalny cewnik, który jest wszczepiany w znieczuleniu ogólnym. Jego „wylot” trafia do przedsionka serca, z którego składniki odżywcze wędrują po całym organizmie. Odżywiając chorego pozajelitowo należy rozłożyć podawanie mieszanki w czasie, gdyż za szybkie podanie preparatu mogłoby doprowadzić do zatorów lub poważnych zaburzeń metabolicznych, groźących nawet śmiercią pacjenta. U pacjentów z zaburzeniami wchłaniania, bez względu na wiek, w początkowym okresie po zabiegu żywienie pozajelitowe jest prowadzone 24 godziny na dobę. Z czasem może to ulec zmianie, na tzw. „żywienia nocne” (mieszanka jest podawana np. od godz. 20.00 do rana), aby pacjent mógł być aktywny w ciągu dnia.

Wraz z upływającymi dniami od zabiegu stosuje się częściowe karmienie pozajelitowe. Nadal jest podawana dożylna mieszanka, lecz jej ilość jest zredukowana w zależności od ilości pokarmu przyjętego doustnie bądź dojelitowo. Dietę zawsze ustala lekarz. Często jest to pokarm matki, a jeżeli go nie ma lub jeżeli zachodzi podejrzenie alergii lub zaburzeń wchłaniania

i trawienia, podawane są mieszanki mleczne typu Bebilon Pepti lub Bebilon Pepti MCT (są one najbezpieczniejsze przy chorobach jelit). Pierwsze porcje mleka są zawsze minimalne, zwykle jest to doustnie 2-5 ml. co trzy godziny lub przez sondę żołądkową. Dziecko jest obserwowane i w tym czasie zwraca się uwagę na tolerancję pokarmu oraz na ilość wydalanego stolca. Jeżeli zachodzi obawa, że podawany pokarm nie wchłania się, jest to częste w przypadku ileostomii u noworodków, aby przyzwyczaić przewód pokarmowy do podaży pokarmu i „nauczyć go” właściwego wchłaniania, mleko podawane jest przez zgłębnik żołądkowy we wlewie ciągłym (np. 1ml/godzinę przez 24 godziny na dobę). Powolna podaż pokarmu przez sondę żołądkową powoduje, że pokarm ten jest łatwiej wchłaniany i dziecko przybiera na wadze.

Jaka jest rola pielęgniarki w pierwszych dniach wprowadzania diety?

Oprócz wykonywania typowych czynności pielęgniarskich, takich jak: podłączanie mieszanek odżywczych, pielęgnacja wyłonionej stomii, zakładanie zgłębników do żołądka itp., pielęgniarka musi przygotować do życia z chorobą pacjenta oraz jego opiekunów. Musi zwrócić ich uwagę na: obserwację cewnika dożylnego, zapobieganie ciągnięcia go przez pacjenta – co w przypadku najmłodszych dzieci nie jest łatwe, ochronę przed zamoczeniem czy zabrudzeniem. W przypadku konieczności kontynuowania leczenia pozajelitowego, po wyjściu ze szpitala opiekunowie dziecka przechodzą specjalne szkolenie jak obsługiwać cewnik dożylny. Takie szkolenie przeprowadza pielęgniarka.

W momencie gdy mały pacjent może rozpocząć jedzenie doustne, pielęgniarka edukuje rodziców w tym zakresie. Pokazuje odpowiednią pozycję przy podawaniu pokarmu zarówno z piersi, jaki i z butelki. W razie konieczności uczy podawania pokarmu przez zgłąbnik żołądkowy. Jeżeli dziecko ma być karmione przez sondę żołądkowa w ciągłym wlewie, pielęgniarka uczy rodziców jak prawidłowo ustawiać pompę żywieniową. Najważniejszą rolą jest „oswojenie” opiekuna ze wszystkimi procedurami. Ważne jest zmniejszenie ograniczenia spowodowanego „podłączeniem” dziecka do wielu urządzeń. Ilość rurek, drenów, pomp infuzyjnych, nie może być przeszkodą, w jakże ważnym kontakcie matki z dzieckiem. Mobilizowanie opiekunów do działania – dla dobra dziecka – zawsze przynosi obopólne korzyści. Pomimo obawy, lęku i zmęczenia, rodzice słuchając rad doświadczonej pielęgniarki, w krótkim czasie oswiają się z chorobą dziecka i znacznie łatwiej przychodzi im opieka nad potomkiem. Otoczenie całościową opieką małego pacjenta, ale również chwalenie za wytrwałość jego rodziców to zadania dla pielęgniarki na oddziale chirurgii dziecięcej. Rodzic musi być świadomy, że od jego stanowczości, wytrwałości, pomysłowości (np. jak podejść do dziecka, jak go zająć aby zjadł niekoniecznie ulubiony posiłek) i poświęcenia zależy komfort życia jego dziecka z chorobą. Często zdarza się,

że przy zbyt wodnistym stolcu z ileostomią mama karmiąca piersią sama pije (niekoniecznie dobrą) marchwiankę, co ma znaczący wpływ na gęstość stolca i jego utraty



u dziecka (sprawdzone!). Kolejnym przykładem może być zakazanie matce karmiącej piersią jedzenia ulubionej czekolady, gdyż to wpływa na powstawanie zapań u malucha z kolostomią. Poświecenie rodziców przynosi korzyść w przyszłości a największą nagrodą jest radość z posiadania zdrowego, bądź przynajmniej oswojonego z chorobą dziecka.



Agnieszka Walo

Magister pielęgniarstwa, specjalista w zakresie pielęgniarstwa chirurgicznego oraz w opiece nad pacjentem ze stomią. Od ponad 20 lat pielęgniarka na oddziale chirurgii dziecięcej w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie.