

Złoty standard w opiece nad pacjentem z wyłonią urostomią i nefrostomią

Kamila Brodowska

Coloplast®
Professional

Do zadań układu moczowego w organizmie człowieka należy przede wszystkim oczyszczanie organizmu z niepotrzebnych produktów przemiany materii wydalanych w formie moczu.

Układ moczowy złożony jest z: dwóch nerek (wielkość około 10 – 12 cm), moczowodów, pęcherza moczowego i cewki moczowej. Główna rolą nerek jest zachowanie w organizmie równowagi kwasowo-zasadowej, wydalanie produktów toksycznych takich jak: kreatynina i mocznik. Nerki przyczynią się również do utrzymania odpowiedniego ciśnienia krwi, regulują gospodarkę wodno-elektrolitową, biorą udział w tworzeniu erytropoetyny i syntezują witaminę D.

Zabiegi operacyjne, w których wyłania się urostomie, w tym również nefrostomie, są w dużym stopniu zabiegami leczniczymi uwarunkowanymi chorobą lub uszkodzeniem układu moczowego.

Urostomia jest to ogólne pojęcie połączenia dróg moczowych ze skórą w celu odprowadzenia moczu. Wytworzona przetoka może mieć formę przetoki moczowodowo-skórnej, pęcherzowo-skórnej, moczowodowo-jelitowo-skórnej, a także nerkowo-skórnej. Urostomia może mieć charakter czasowy lub „definitywny”.

Ze względu na możliwość utrzymania moczu przez pacjenta, urostomie możemy podzielić na: otwarte i kontynentne. Otwarte – to takie, które nie gwarantują utrzymania moczu, zaś kontynentne to te zapewniające utrzymanie moczu.

Możemy wyróżnić **kilka rodzajów urostomii**

- przetoka wytworzona metodą przezskórnego nakłucia nerki zwana nefrostomią lub nadłonowego nakłucia pęcherza zwana cystostomią,
- przetoka otwarta, która wyłaniania jest operacyjnie: pęcherzowo-skórna, moczowodowo-jelitowo-skórna, moczowodowo-skórna pojedyncza z zespoleniem moczowodów lub moczowodowo-skórna podwójna,
- przetoka kontynentna: cewkowo-skórna, pęcherzowo-jelitowo-skórna lub zastępczy zbiornik jelitowy.

Do głównych przyczyn wyłaniania urostomii należą: nowotwory, urazy, choroby pęcherza moczowego, wady wrodzone lub marskość pęcherza.

Cystostomia, czyli przetoka nadłonowa.

Wykonywana jest metodą operacyjną, która polega na wytworzeniu połączenia pomiędzy pęcherzem, a powłokami brzuszными. Jej celem jest odprowadzenie moczu na zewnątrz z pominięciem cewki moczowej. Założony podczas zabiegu cewnik wymaga regularnej wymiany.

Ureterocutaneostomia, czyli przetoka moczowodowo-skórna. Może być pojedyncza lub podwójna. Stomia powstaje na skutek odcięcia moczowodów od pęcherza, które następnie są wszczepiane w skórę powłok brzusznych.

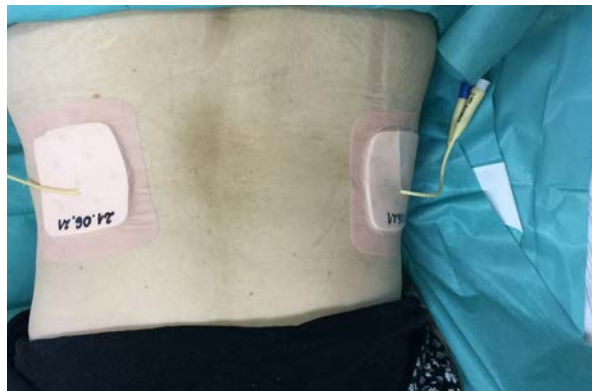
Nefrostomia, czyli przetoka nerkowo-skórna.

Wytworzona jest poprzez połączenia światła nerki z powierzchnią skóry pacjenta. Wyłonienie nefrostomii jest zabiegiem wykonywanym ze względów leczniczych, przede wszystkim w celu odprowadzenia zalegającego moczu w nerce lub w celu diagnostycznym, np. w przypadku wodonercza o niejasnej etiologii. Zabieg powinien być wykonywany w warunkach sali operacyjnej przy użyciu technik obrazowych: USG lub RTG. Zabieg przeprowadzany jest w znieczuleniu miejscowym. Pacjent powinien leżeć na boku lub na brzuchu – taki sposób pozwala na odstąpienie nakłuwanego narządu.

Urolog pod kontrolą USG nakłuwa układ kielichowo-miedniczkowy nerki specjalną igłą, a następnie wprowadza dren, który zostaje przyszyty do skóry w miejscu jego wyjścia na skórze, dzięki czemu zostaje ustabilizowany. Nefrostomia może być jednostronna lub obustronna. Ten rodzaj przetoki również wymaga okresowej wymiany cewnika.

Wskazaniami do wykonania nefrostomii są:

- nowotwór naciekający moczowód, m.in. nowotwór pęcherza moczowego, nowotwór szyjki macicy, nowotwór jajnika, nowotwór prostaty, nowotwór jelita grubego i odbytnicy,
- kamień w miedniczce nerkowej lub moczowodzie,
- zwężenia moczowodów po napromienianiu narządów miednicy mniejszej,
- pozapalne lub pogruźlicze zwężenia moczowodów,
- pourazowe i pooperacyjne uszkodzenia moczowodów.



Ureteroileocutaneostomia, czyli przetoka moczowodowo-jelitowo-skinna.

Wytworzenia tej stomii dokonuje się metodą Brickera, głównie po prawej stronie jamy brzusznej, w połowie lub jednej trzeciej odległości między pępkiem, a kolcem biodrowym przednim górnym. Do wytworzenia wstawki jelitowej korzysta się z fragmentu jelita krętego.

Ciągłość przewodu pokarmowego jest przywracana przez wykonanie zespolenia krętniczko-krętniczego. Wydzielony fragment jelita (**pętla Brickera**) układany jest poniżej zespolenia jelitowego, część bliższa pętli jest zespalana na głucho, a proksymalna – wyprowadzana na skórę, wywijana i przyszywana. Moczowody są zespalane z pętlą jelita. W trakcie zabiegu z miedniczki nerkowej wyprowadza się poza jamę brzuszną, przez wytworzoną stomię, specjalny cewnik „pig tail”, który ma za zadanie nie tylko szynowanie moczowodu, ale też profilaktykę rozejścia zespolenia. Czas utrzymania cewnika to 5-6 dni. Aktualnie jest to najpopularniejszy sposób nadpęcherzowego odprowadzenia moczu. W przypadku osób z urostomią ogromne znaczenie ma indywidualne podejście do chorego, a także planowanie i realizowanie opieki przy uwzględnieniu potrzeb biopsychospołecznych.

Model opieki nad pacjentem urostomijnym w tym nefrostomijnym składa się z trzech różnych etapów: przedoperacyjnego,

śródooperacyjnego i pooperacyjnego. Okres przedoperacyjny polega głównie na rozmowie z lekarzem i pielęgniarką. W tym czasie powinno rozwiać się wszelkie wątpliwości, co do słuszności zabiegu. W tym okresie ważne jest wyjaśnienie celu, a także metody zabiegu, wytłumaczenie niezrozumiałych terminów, omówienie zabiegu i metod znieczulenia, ustalenie przygotowania do zabiegu (np. pola operacyjnego) oraz planu pooperacyjnego. Okres przedoperacyjny jest to również czas, w którym wyznacza się miejsce wyłonienia stomii.

Zakażenia miejsca operowanego stanowią 22% ogółu wszystkich infekcji szpitalnych i występują u 38% pacjentów chirurgicznych. Główną przyczyną zakażeń jest endogenna (własna) flora bakteryjna. Niestety zakażenie miejsca operowanego zwiększa ryzyko zgonu, a także przedłuża pobyt w szpitalu. **Kąpiel lub prysznic z zastosowaniem środka antyseptycznego wskazane są zazwyczaj 6–12 godzin przed zabiegiem oraz rano w dniu zabiegu.**

Według zaleceń **Center for Disease Control i Association of Operating Room Nurses** nie należy usuwać owłosienia z pola operacyjnego, chyba że owłosienie może utrudnić przeprowadzenie operacji. W takim wypadku golenie powinno odbyć się bezpośrednio przed zabiegiem. Preferowaną obecnie metodą usuwania owłosienia w obrębie pola operacyjnego jest strzyżenie za pomocą strzygarek chirurgicznych na 1-2 godziny przed planowanym zabiegiem. Nie zaleca się natomiast golenia w polu operacyjnym, gdyż sprzyja to mikrourazom skóry i wtórnym jej infekcjom, a w przypadku stosowania środków do depilacji, potencjalną reakcją uczuleniową. Okres śródooperacyjny dotyczy znieczulenia, monitorowania parametrów życiowych, a w razie konieczności likwidowania zaburzeń wodno-elektrolitowych.

W okresie pooperacyjnym pielęgniarki sprawujące opiekę nad pacjentem z wyłonioną urostomią i nefrostomią powinny zwrócić szczególną uwagę na:

- ranę pooperacyjną oraz utrzymanie jej higieny (ocena szczelności szwów oraz ilości i jakości i zapachu wydzieliny rany). Opatrunek na ranie powinien być zmieniany w miarę potrzeby, a drenaży wyprowadzone z powłok brzusznych zmieniane w przypadku zapełnienia się butelek na wydzieliny z rany,
- ocenę miejsca wyłonienia nefrostomii

- w kierunku stanu zapalnego,
- kontrolę drenażu (próżnia, bez próżni – w zależności od miejsca położenia drenu). Obserwacja wydzieliny z rany pooperacyjnej (ilości jakości, zapachu),
- kontrolę diurezy (kolor, ilość, zapach), czas uruchomienia perystaltyki jelitowej w przypadku wyłonienia urostomii metodą Brickera. Doustne żywienie włącza się po około 48 godzinach, ale warunkiem jest powrót perystaltyki,
- leczenie bólu, ponieważ ważna jest regularna podaż środków przeciwbólowych, aby utrzymać stały poziom analgezji, dając choremu pełen komfort psychofizyczny. Nie należy dopuszczać do nasilenia się dolegliwości bólowych, które mogą być trudne do opanowania,
- wygodne i bezpieczne ułożenie chorego, szczególnie w pierwszych godzinach po zabiegu operacyjnym należy ułożyć pacjenta w pozycji półwysokiej, co poprawi wentylację, zmniejszy napięcie powłok brzusznych (działanie przeciwbólowe) oraz zapobiegnie zachłyśnięciu się przy ewentualnych wymiotach,
- zapewnienie spokoju i ciszy, odpowiedniej temperatury otoczenia (nie dopuszczenie, ani do wychłodzenia, ani do przegrzania pacjenta), czystej pościeli zawsze wtedy, gdy zostanie zanieczyszczona, czy przepełniona,
- wykonywanie zleceń lekarskich zgodnie z kartą zleceń lekarskich: płynno- i farmakoterapię, tlenoterapię, pobieranie krwi do badań laboratoryjnych,
- rzetelne i czytelne prowadzenie dokumentacji medycznej,
- aktywne reagowanie na zgłaszane dolegliwości i prośby pacjenta,
- wczesną aktywizację pacjenta – zmiana pozycji ciała w łóżku, sadzanie, prowadzenie ćwiczeń oddechowych wraz z oklepywaniem klatki piersiowej, wykonywanie inhalacji i pomoc w odkrztuszaniu wydzieliny z drzewa oskrzelowego (w razie potrzeby),
- pomoc przy wszelkich zabiegach higienicznych lub ich wykonywanie w zależności od stopnia sprawności ruchowej, stanu ogólnego i samopoczucia chorego.

Do wczesnych powikłań pooperacyjnych zabiegu wyłonienia urostomii zaliczyć możemy: niedrożność porażenną, niedrożność mechaniczną, przetokę jelitową, przetokę moczową, zaburzenia wodno-elektrolitowe.

Późne powikłania to: przepuklina okołostomijna, zwężenie stomii w miejscu jej zespolenia ze skórą, martwica wstawki jelitowej, wypadanie stomii, jej wydłużenie, zwężenie zespolenia moczowodowo-jelitowego. Do powikłań można również zaliczyć zapalne zmiany skórne na składniki sprzętu stomijnego lub środków pielęgnacyjnych.

W kolejnych dobach to właśnie pielęgniarka zabiegowa/stomijna udziela pacjentowi instruktażu dotyczącego zmiany opatrunków, zaopatrzenia urostomii/nefrostomii. Przekazuje „wyprawkę stomijną” oraz wszelkie dostępne na oddziale materiały o stomii. Prawidłowe i skuteczne zaopatrzenie urostomii/nefrostomii jest podstawową częścią procesu pielęgnacji, nie tylko w warunkach oddziału szpitalnego czy przychodni stomijnej, ale także w warunkach domowych.

W instruktażu należy uwzględnić istotne informacje o aktywności fizycznej, diecie, podaży płynów i refundacji sprzętu przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Urostomia powinna być zaopatrzona w odpowiedni oraz **dobry jakościowo sprzęt stomijny**. To właśnie nasza wiedza i umiejętności muszą stworzyć pacjentom możliwie jak najlepsze warunki powrotu do normalnego życia po zabiegu. Biorąc pod uwagę rozległość zabiegu, rodzaj wyłonionej stomii i jej umiejscowienie musimy przekazać pacjentom istotne informacje, które pozwolą im na samodzielną pielęgnację, a także własny dobór sprzętu stomijnego. Możemy również poinformować pacjenta o istniejących programach opieki

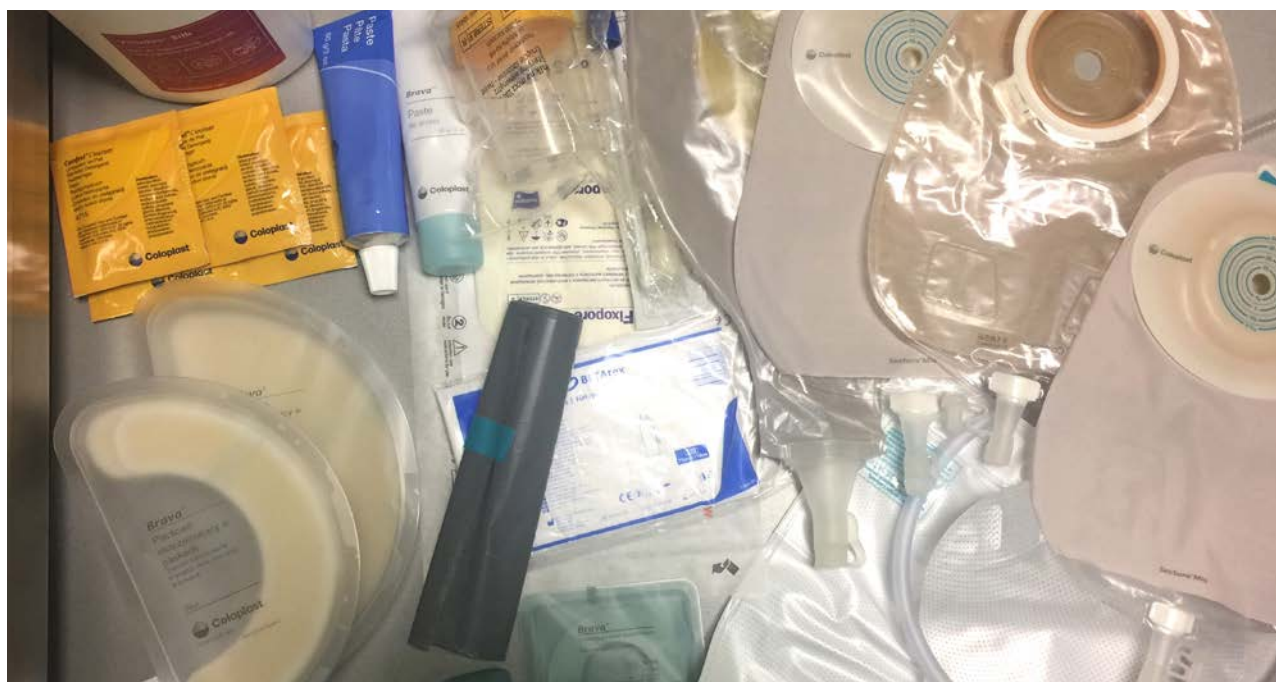
proponowanych przez firmy produkujące zaopatrzenie stomijne.

Podstawowe informacje, jakie powinien uzyskać pacjent na temat urostomii:

Prawidłowo wyłoniona urostomia powinna mieć okrągły kształt, być różowoczerwona, lekko wilgotna i wystawać nieco ponad skórę brzucha. Urostomia w pierwszych dniach wydalac będzie mocz z dodatkiem śluzu, który produkuje wstawka jelitowa. Skóra wokół stomii powinna wyglądać tak, jak reszta powłok brzusznych tj. nie posiadać cech zapalnych.

Ryzyko pojawienia się powikłań skórnych w dużej mierze może zostać zminimalizowane, jeżeli pacjent, a także jego rodzina będą stopniowo włączani w czynności pielęgnacyjne stomii oraz zostaną przedstawione podstawowe zasady zaopatrzenia stomii.

Skóra jest naszą barierą ochronną przed szkodliwymi czynnikami zewnętrznymi. To w niej znajdują się receptory bólu, czucia i temperatury. Powikłania stomijne, w tym szczególnie uszkodzenia skóry, wiążą się głównie z odczuwaniem przez pacjenta dolegliwości takich jak: pieczenie, świąd czy ból. Przerwana ciągłość skóry zwiększa dodatkowo podatność na czynniki zewnętrzne, a w szczególności na ryzyko zakażenia, dlatego tak ważna jest edukacja pacjenta (dbałość o właściwe postępowanie przy zaopatrywaniu stomii, czy pielęgnacji okolicy wokół stomii np. stosowanie odpowiednich produktów). Stomia nie boli (nie jest unerwiona), w związku z czym pielęgnacja jest bezbolesna.



Należy pamiętać, że śluz produkowany przez wstawkę jelitową, a także moczu nie są obojętne i powodują podrażnienia skóry, dlatego tak ważny jest dobrze dobrany sprzęt stomijny oraz stosowanie środków ochronnych (zmywacza, chusteczek nasączonych środkiem ochronnym, czy kremu ochronnego). Skóra przed przyklejeniem jednoczęściowego worka urostomijnego lub płytki w systemie dwuczęściowym powinna zostać oczyszczona z widocznych zanieczyszczeń np. zalegającego śluzu oraz umyta np. wodą z mydłem, a następnie dobrze osuszona i zabezpieczona np. preparatem ochronnym. Worki urostomijne powinny zmieniać się w godzinach porannych, gdy stomia jest najmniej „aktywna”. Otwór w płytce hydrokoloidowej przylepca stomijnego powinien mieć odpowiednią wielkość tj. nie powinien być ani za duży ani za mały (około 1-2 mm większy niż wielkość wyprowadzonej na skórę śluzówki stomii). W przypadku stomii wyłonionych w fałdzie lub w pobliżu rany pooperacyjnej zalecane jest stosowanie pierścieni uszczelniających. W razie potrzeby do wyrównania powierzchni wokół stomii możemy zastosować np. pastę w paskach lub pastę bez alkoholu, co dodatkowo uchroni pacjenta przed nieprzyjemnym pieczeniem w przypadku ubytków naskórka wokół stomii.

Podstawowe informacje, jakie powinien uzyskać pacjent na temat nefrostomii:

W przypadku nefrostomii definitywnej, cewnik wymaga wymiany w zależności od tego, z jakiego materiału jest wykonany np. cewniki silikonowe wymienia się co 3 miesiące, a lateksowe co 4 tygodnie.

Pacjenci z jedno lub obustronną nefrostomią muszą prowadzić oszczędny tryb życia i niestety poddać się pewnym ograniczeniom ze względu na obecność drenu w okolicy lędźwiowej. Aktywność ruchowa bardzo często musi być ograniczona, by nie dopuścić do przemieszczenia cewnika.

Niezmiernie ważna jest pielęgnacja drenu wyprowadzającego i otaczającej go skóry. Po zabiegu pacjent uczy się, jak wymieniać worki, zakładać opatrunek i zabezpieczać dren w miejscu jego podszycia do skóry tak, aby uniknąć przeniesienia na cewnik bakterii oraz by nie doszło do zmian skórnych.

Dużo częściej poleca się pacjentom zaopatrywanie nefrostomii jałowym opatrunkiem, który powinno się zmieniać codziennie, maksymalnie co 2 dzień. Podczas zmiany opatrunków chory powinien

postępować zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki.

W przypadku podciekania moczu, należy polecić pacjentowi np. sprzęt jednoczęściowy do zaopatrzenia urostomii i częstą zmianę opatrunków. Dużym plusem jest fakt, iż cewniki mają małą średnicę, więc nie ma potrzeby powiększania otworów w płytce hydrokoloidowej. Worki jednoczęściowe są elastyczne i bardzo łatwo dopasowują się do kształtu ciała, posiadają „kranik” i z łatwością odprowadzają mocz. Ich zaletą jest także fakt, że są kompatybilne z workami do dobowej zbiórki moczu, co jest dużym plusem podczas snu. Wyłoniąca nefrostomia nie może pod żadnym pozorem zostać zamknięta np. korkiem.

U urostomików i nefrostomików istotna wydaje się być szeroko rozumiana profilaktyka niefarmakologiczna zakażeń układu moczowego oraz edukacja pacjentów i ich opiekunów, w zakresie wdrożenia właściwych nawyków higienicznych, systematycznego obserwowania i kontrolowania wydalanego moczu, oceny miejsca wyłoniętej urostomii, czy nefrostomii, regularnych zmian opatrunków w okolicy wyłoniętej nefrostomii. Są to niezbędne wskazówki, które mogą uchronić chorego przed niechcianymi powikłaniami.

Warte rekomendacji wydaje się:

- Stosowanie preparatów z żurawiny – sok z żurawiny, często zalecany jest w profilaktyce zakażeń układu moczowego ponieważ obniża pH moczu.
- Stosowanie probiotyków wpływających na florę bakteryjną przewodu pokarmowego, ponieważ stosowane zarówno wybiórczo, jak i w skojarzeniu z antybiotykiem, są skuteczne w profilaktyce zakażeń układu moczowego co jest potwierdzone badaniami klinicznymi.
- Stosowanie witaminy C, ponieważ wykazuje ona znaczące działanie zakwaszające, choć wpływa na tworzenie się złogów szczawianu wapnia, co może ograniczać jej kliniczne zastosowanie w prewencji zakażenia układu moczowego.
- Poznanie przez pacjenta podstawowych zasad aseptyki i antyseptyki w przypadku samodzielnej zmiany opatrunków.
- Spożywanie klarownych płynów (min. 2,5 l/ dobę), co ma na celu zwiększenie produkcji moczu i ułatwienie ewakuacji ewentualnych skrzepów krwi z nerki w przypadku wyłonięcia nefrostomii. Zwiększona ilość płynów zmniejsza też prawdopodobieństwo

odkładania się kamienia na powierzchni cewnika nefrostomijnego.

- Wymiana worka do zbiórki moczu niezależnie od wyłonionej stomii 1 raz na dobę oraz dbanie o to, aby nie doprowadzić do przepełnienia worka. Opróżniać wtedy, gdy jest on zapętniony maksymalnie do 2/3 objętości.
- Dbanie o regularne wypróżnienia, spożywanie lekkostrawnych pokarmów bogatych w dużą ilość błonnika, unikanie spożywania alkoholu, kawy, mleka, owoców cytrusowych oraz ostrych przypraw w celu odciążenia układu moczowego. Ograniczenie pokarmów działających drażniąco na układ moczowy, takich jak: alkohol, napoje gazowane, kofeina czy ostre przyprawy.
- Niedopuszczalne jest szarpanie za nefrostomię, naciąganie oraz zaginanie, ponieważ te czynności mogą prowadzić do wypadnięcia drenu lub jego niedrożności. Podjęcie trudu wszelkich działań profilaktycznych ze strony pacjenta, a także jego rodziny przyniesie wymierne korzyści i nie doprowadzi w wyniku zaniedbań do powikłań ze strony układu moczowego.



Kamila Brodowska

Zawodowo pielęgniarka od ponad 9 lat. Od 2013 roku związana z SP ZOZ Opolskim Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu – Oddział Onkologii Ginekologicznej a od 2018 roku współpracuje również z SP ZOZ MSWiA w Opolu – Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, jako pielęgniarka anestezjologiczna. W roku 2011 ukończyła Państwową Wyższą Szkołę Zawodową w Nysie. W 2013 roku ukończyła szkolenie podyplomowe w Centrum Kształcenia Podyplomowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego dla koordynatorów transplantacyjnych. Finalistka III etapu Ogólnopolskiego Konkursu „Pielęgniarka Roku 2014”. W 2017 roku uzyskała tytuł magistra pielęgniarstwa na Wydziale Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. W 2021 roku uzyskała tytuł pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. Obecnie jest w trakcie specjalizacji chirurgicznej. Zajmuje się pacjentami z wyłonioną stomią, pracując jako pielęgniarka w Programie Opieki Pooperacyjnej.