

Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową

(Care over patients with stoma)

I Lewandowska¹, J Kowalik¹, Z Kopański^{1,2}, A Skura-Madziąła¹, F Furmanik¹

Streszczenie - Autorzy umówili rodzaje stomii, scharakteryzowali powikłania mogące powstać po wyłonieniu stomii, zwrócili również uwagę na znaczenie opieki nad stomią zarówno w okresie śród- jak i pooperacyjnym.

Słowa kluczowe - stomia, opieka nad stomią, powikłania po założeniu stomii.

Abstract - The authors discuss the kinds of stoma and characterize the complications that may occur after the opening is made. They also focused on the significance of taking care of stoma during the period of operations and the one that follows.

Key words - stoma, stoma care, complications after the opening.

I. WSTĘP

Stomia to chirurgiczne wykonanie połączenia światła narządu rurowego jamy brzusznej (jelita lub moczowodu) z powierzchnią ciała, wynikające najczęściej z usunięcia części jelita cienkiego, grubego lub części układu moczowego [1]. W zależności od tego, jakiego narządu dotyczy zabieg, możemy mówić np. o:

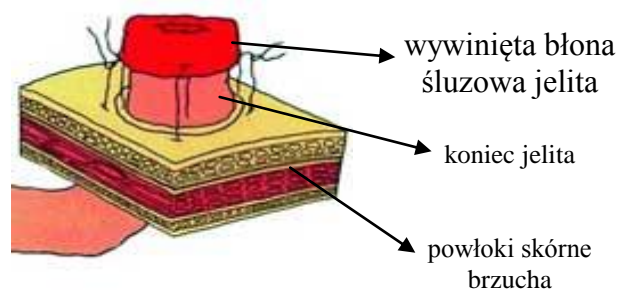
- Gastrostomii – przetoka żołądkowa,
- Urostomii – przetoka dróg moczowych,
- Ileostomii – przetoka jelita cienkiego,
- Kolostomii – przetoka jelita grubego [2].

Afiliacja:

1. Collegium Masoviense Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu (korespondencja; e-mail: zkopanski@o2.pl).
2. Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński.

II. CECHY STOMII

Zabiegi takie są często wykonywane w trybie nagłym [1]. Planowe wykonanie przetoki jest spowodowane najczęściej zaawansowanym procesem nowotworowym, wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego, chorobą Leśniewskiego - Crohna, powikłaniami choroby uchyłkowej okrężnicy czy polipowatością mnogą jelita grubego. W tych przypadkach często wykonuje się ileostomie, choć przetoki w innej części przewodu pokarmowego są również możliwe [1,2].



Ryc. 1. Schemat stomii [3]

Stomią określa się również sam proces funkcjonowania układu wydalniczego - funkcję wydalania treści jelitowej lub moczowej, po opisanym wyżej zabiegu. Inne, mniej popularne nazwy stomii to odbyt brzuszny, sztuczny odbyt, anus, przetoka. Samo pojęcie z języka greckiego oznacza otwór [4].

III. RODZAJE STOMII JELITOWYCH

W zależności od konstrukcji wyłonienia wyróżnia się stomie jednolufowe, w których ujście przewodu pokarmowego kończy się na powłokach jamy brzusznej, oraz dwulufowe (tzw. boczne), w których jeden otwór (lufa bliższa) jest końcowym odcinkiem jelita, a drugi otwór (lufa dalsza) jest naturalną drogą odbytu.

W zależności od trwałości wyłonienia stomii wyróżnia się stomie czasowe, dające możliwość przywrócenia ciągłości

przewodu pokarmowego w czasie następnej operacji i definitywne, czyli stałe.

Inny podział zależy od lokalizacji stomii. Wówczas wyróżniamy: kolostomię, ileostomię, urostomię. Kolostomia stanowi połączenie światła jelita grubego ze skórą. Stomia jest wówczas umiejscowiona najczęściej po lewej stronie. Kolostomia powstaje po usunięciu z powodu nowotworu odbytnicy albo podczas operacji Hartmanna, kiedy to dystalny odcinek jelita grubego nie zostaje odjęty tylko zamknięty, a jego górna część połączona z powierzchnią skóry brzucha. Prawdopodobne ukształtowanie stomii na jelicie grubym pozostawia ponad skórą na 1-1,5 cm część jelita [5].

Ileostomia stanowi połączenie światła jelita cienkiego ze skórą i znajduje się najczęściej po prawej stronie. Zabieg wykonywany jest przy okazji całkowitego wycięcia jelita grubego lub podczas resekcji okrężnicy. Wyłonienie ileostomii pozostawia wypukły na 2,3-3 cm. fragment jelita [4,5,6].

Urostomia stanowi przetokę moczowo-skórną stanowiącą połączenie światła moczowodów ze skórą bezpośrednio lub poprzez wyizolowany odcinek jelita cienkiego. Ma to na celu zapewnienie swobodnego przepływu moczu [7]. Niestety wydalanie moczu odbywa się w sposób niekontrolowany, co często stanowi dla chorych dyskomfort i problemy higieniczne [5].

Ileostomia oraz kolostomia różnią się od siebie budową, funkcjonowaniem oraz częstością i rodzajem występujących powikłań.

Ileostomia jest najczęściej wytwarzana w końcowym odcinku jelita cienkiego. Powodem operacji zakończonej wyłonieniem ileostomii jest przeważnie wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Leśniowskiego - Crohna lub polipowatość rodzinna. Ten rodzaj przetoki ciągle wydziela niewielkie ilości zawsze płynnej treści jelitowej, która jest bardzo drażniąca w stosunku do skóry. Uszkadza ona skórę z powodu dużej zawartości kwasów żółciowych oraz soku trzustkowego. Z tego powodu ileostomia zmusza pacjenta do stałego i bardzo starannego (szczelnego) jej zabezpieczenia najwyższej jakości sprzętem stomijnym. Posiadanie ileostomii wiąże się z ryzykiem łatwego odwodnienia organizmu. Powodem tego jest fakt, że treść jelitowa w ogóle nie dostaje się do jelita grubego, w którym odbywa się wchłanianie wody i soli mineralnych. Płynny stolec wydostaje się z jelita cienkiego na wewnątrz - do worka stomijnego [8-11].

Kolostomia jest wytwarzana na jelicie grubym. Powodem operacji jest przeważnie nowotwór jelita grubego lub odbytu, nieswoiste zapalenie jelita grubego, urazy brzucha, niedokrwienie jelit, niedrożność jelit lub potrzeba wykonanego zespolenia jelitowego. Kolostomia jest znacznie łatwiejsza w pielęgnacji niż ileostomia. Chorzy posiadający ileostomię lub kolostomię nie muszą stosować specjalnej diety. Powinni oni prowadzić normalny, zdrowy, tryb życia

oraz normalną aktywność zawodową, fizyczną i seksualną. Dla kobiet nie ma istotnych przeciwwskazań do zachodzenia w ciążę. Omawiając rodzaje i właściwości fizjologiczne przetok jelitowych, należy podkreślić, że najczęściej są one wykonywane planowo (w trakcie planowego zabiegu operacyjnego). Zdarzają się jednak również czasami przetoki nie planowane, czyli tzw. samoistne („dzikie”). Powstają one najczęściej w wyniku doznanych wcześniej urazów jamy brzusznej, zakażeń ropnych jamy otrzewnej oraz niektórych chorób jelit (choroba Leśniowskiego - Crohna, promienica, nowotwór lub wrzodziejące zapalenie jelita grubego) [10-13].

IV. POWIKŁANIA WYŁONIENIA STOMII JELITOWYCH

Istnieje wiele możliwych powikłań pooperacyjnych wyłonienia stomii. Szczególnie jest to możliwe po zabiegach wykonywanych w trybie pilnym, kiedy pacjent nie jest dostatecznie przygotowany. Do czynników sprzyjających powstawaniu powikłań należą [8,9]: wiek i stan ogólny pacjenta, zła dieta, słabe przygotowanie psychiczne, niski poziom intelektualny pacjenta, niechęć do nauki samopielęgnacji i pielęgnacji stomii, choroby współistniejące, wsparcie lub jego brak ze strony otoczenia.

Powikłania związane z wyłonieniem stomii można podzielić na ogólnoustrojowe oraz miejscowe. Powikłania ogólnoustrojowe obejmują:

Psychosocjalne - związane najczęściej z brakiem akceptacji swojego ciała po operacji [14]. Ważną rolę odgrywa tutaj sytuacja rodzinna, dotychczasowa aktywność zawodowa i wiek chorego. Wyłonienie stomii powoduje często również pogorszenie się sytuacji materialnej (przerwa w pracy, konieczność zmiany zawodu, przejście na rentę chorobową, koszty związane

z samą chorobą i rekonwalescencją) [12].

- Metaboliczne - wyniszczenie organizmu chorobą i leczeniem, zaburzenia związane ze skróceniem przewodu pokarmowego (szczególnie przy wyłonionej ileostomii).
- Seksualne – mają podłoże psychiczne (brak poczucia atrakcyjności, strach przed odrzuceniem) oraz fizyczne (uszkodzenie nerwów podczas operacji, zaburzenia ukrwienia).

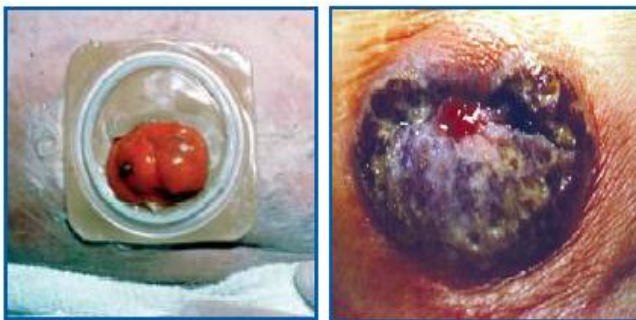
Powikłania miejscowe obejmują:

- Powikłania chirurgiczne wczesne [1,7,15]: obrzęk stomii, niedokrwienie stomii, martwica stomii, krwawienie z błony śluzowej stomii, wciągnięcie lub wypadanie stomii, zakażenie rany stomijnej, przetoka okołostomijna, brak zrostu skórno-śluzówkowego;

- Powikłania chirurgiczne późne [15]: zwężenie stomii, przepuklina okołostomijna, wciągnięcie lub wypadanie stomii, wznowa procesu chorobowego w stomii, wszczepy śluzówki w linii szwów, przewlekła przetoka okołostomijna, skręcenie jelita w pobliżu stomii;
- Powikłania dermatologiczne – najczęściej spotykane: Złe umiejscowienie stomii uniemożliwiające lub utrudniające dokładne jej zaopatrzenie, Reakcje alergiczne na sprzęt stomijny, Niedostateczna higiena i błędy w pielęgnacji stomii.



Ryc. 2 Prawidłowa stomia [16]



Ryc. 3 Wybrane powikłania miejscowe stomii - chirurgiczne wczesne (obrzęk stomii, martwica stomii, wypadanie stomii dwulufowej)[16]



Ryc. 4 Wybrane powikłania miejscowe stomii - chirurgiczne późne (zwężenie stomii, przepuklina okołostomijna, wznowa procesu chorobowego z jednoczesnym jej wciągnięciem)[16]

Zmiany skórne nieleczone i nieprawidłowo pielęgnowane prowadzą w konsekwencji do zakażeń bakteryjnych i grzybiczych oraz powstawania nadżerek, przetok skórnych [8]. Większości z nich można uniknąć poprzez nienaganną technikę operacyjną prawidłowe przygotowanie psychiczne i fizyczne pacjenta oraz jego edukację na każdym etapie leczenia i rehabilitacji. Zmiany skórne mogą pojawić się w krótkim czasie po operacji lub dopiero kilka lat po wyłonieniu stomii. Są one najczęstszym typem powikłań i występują u wielu pacjentów ze stomią.

Do podstawowych zmian skórnych należą:

- Maceracja- skóra wokół stomii bieleje i marszczy się w skutek nadmiaru wilgoci. Prawdopodobną przyczyną jest przylepiec, który uniemożliwia lub ogranicza parowanie wilgoci. Należy delikatnie osuszyć skórę przed założeniem przylepca.
- Odparzenia- podrażniony obszar skóry wokół stomii ma rozmiar przylepca. Skóra jest podrażniona, piecze, występuje świąd. Prawdopodobne przyczyny to otarcie, niewłaściwa technika usuwania przylepca lub zbyt energiczne oczyszczanie skóry. W zależności od przyczyny należy zmniejszyć ryzyko otarcia skóry przez stosowanie filtrów ochronnych lub zmienić stosowany sprzęt na inny.
- Uszkodzenia mechaniczne (rumień) otarcia odpowiadające wymiarom przylepca, na początku zaczerwienienie, później otarcie naskórka. Prawdopodobne przyczyny to niewłaściwa technika usuwania przylepca lub zbyt energiczne osuszanie skóry. Należy zmniejszyć ryzyko otarcia skóry przez stosowanie filtrów ochronnych lub zmienić stosowany sprzęt na inny.
- Otarcia- otwór w płytce jest większy od średnicy stomii, co powoduje uszkodzenie skóry. Skóra jest zaczerwieniona i pozbawiona naskórka. Często występują również inne zmiany skórne. Prawdopodobne przyczyny to pęknięcie przylepca, zbyt „silny” przylepiec, zbyt energiczne oczyszczanie skóry, problemy

techniczne ze sprzętem. Należy ostrożnie zmieniać worki, rzadziej zmieniać przylepiec.

- Rumień przechodzący w ranę - od zaczerwienienia skóry, aż do otwartych ran. Prawdopodobne przyczyny to uszkodzenie spowodowane działaniem enzymów, moczu i innych wydaliny, zbyt mocno przylegający przylepiec, stosowanie drażniących płynów do pielęgnacji skóry. Należy unikać kontaktu skóry z agresywną treścią jelitową i moczem.
- Zakażenie grzybicze, drożdżakowe i bakteryjne- małe krosty i czerwone punkty wokół stomii. Prawdopodobne przyczyny to wyciek, otarcia, uszkodzenie chemiczne, niedostateczna higiena. Należy stosować środki grzybo- i bakterioobójcze oraz przylepce hydrokolidowe, które zmniejszają ryzyko infekcji i tempo namnażania się bakterii.
- Alergia - zaczerwienienie przechodzące w wypełnione płynem pęcherzyki utrzymujące się przez 10- 14 dni; w późniejszym stadium- złuszczenie. Prawdopodobne przyczyny to reakcja alergiczna wywołana przez alergen zawarty w materiałach, z których wykonano sprzęt. Należy określić przyczynę alergii i usunąć czynnik alergizujący.

A. *Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową opieka nad chorym z tzw. sztucznym odbytem brzuszny obejmuje trzy okresy [15]:*

- przedoperacyjny (okres diagnozowania chorego i przygotowania go do zabiegu operacyjnego),
- śródoperacyjny (wyłonienie sztucznego odbytu i zaopatrzenie na stole operacyjnym w sprzęt stomijny),
- pooperacyjny (przygotowanie chorego do samoopieki).

Opieka w okresie przedoperacyjnym obejmuje [15]:

- Udzielenie choremu wsparcia emocjonalnego i merytorycznego, które powinno być poprzedzone: oceną wiedzy i doświadczenia pacjenta, poznaniem jego obaw i wątpliwości, ustaleniem wspólnie z chorym planu opieki, wyjaśnieniem celu i zasad przygotowania przewodu pokarmowego do zabiegu operacyjnego, przekazaniem materiałów informacyjnych na temat pielęgnacji i zaopatrzenia stomii oraz nauczaniem chorego wykonywania ćwiczeń oddechowych, izometrycznych i odkasływania (zmniejszenie ryzyka powikłań w okresie pooperacyjnym, tj. choroby zakrzepowo-zatorowej, zapalenia płuc).
- Wykonanie badań, wyrównanie zaburzeń wodno-elektrolitowych lub żywieniowych.
- Wyznaczenie miejsc do wyłonienia stomii.
- Oczyszczenie przewodu pokarmowego z mas kałowych według przyjętego schematu w danym szpitalu.

- Ocena stanu psychicznego chorego z uwzględnieniem reakcji na fakt wyłonienia stomii.
- Ocena możliwego udziału rodziny w pielęgnacji chorego w okresie pooperacyjnym,
- Omówienie z chorym zmian anatomicznych i fizjologicznych będących następstwem planowanej operacji,
- Przedstawienie techniki, wyglądu i czynności stomii,
- Omówienie możliwych powikłań pooperacyjnych i powikłań stomii,
- Przedstawienie pacjentowi zmian w sferach jakości życia związanych z wytworzeniem stomii, takich jak wygląd ciała, samoocena, stan zdrowia, życie seksualne, aktywność zawodowa, aktywność społeczna i naukowa, model rozrywki i wypoczynku [14],
- Przedstawienie sposobu odżywiania się po wytworzeniu stomii,
- Dostarczenie pacjentowi materiałów informacyjnych na temat pielęgnacji i zaopatrzenia stomii,
- Nauczanie pacjenta przed operacją ćwiczeń oddechowych, izometrycznych, odkasływania, co znacząco zmniejsza ryzyko pooperacyjnych powikłań zakrzepowo-zatorowych i oddechowych,

Opieka śródoperacyjna obejmuje [13,15]:

- Wprowadzenie chorego w znieczulenie;
- Wyłonienie stomii;
- Bezpieczne przeprowadzenie zabiegu operacyjnego (monitorowanie parametrów życiowych, wyrównanie wodno-elektrolitowe);
- Zaopatrzenie chorego w sprzęt stomijny na stole operacyjnym (założenie płytki akordeonowej z ruchomym pierścieniem zmniejszającej dolegliwości bólowe chorego podczas zakładania worka stomijnego, zastosowanie przezroczystego worka umożliwiającego ocenę stomii w okresie pooperacyjnym).

Opieka pooperacyjnej obejmuje [5]:

- Zapewnienie bezpiecznego przebiegu okresu pooperacyjnego lub wczesne rozpoznanie możliwych powikłań: ocena wydolności układu oddechowego, krążenia (monitorowanie parametrów życiowych), kontrola diurezy, kontrola opatrunku i drenażu, ocena stanu nawodnienia, ocena żywotności stomii (kolor, wielkość, wydzielina).
- Walka z bólem (podawanie leków przeciwbólowych, ułożenie zmniejszające napięcie mięśni brzusznych).
- Adaptacje chorego do stomii, która obejmuje: ocenę reakcji na stomie, wspieranie i zachęcanie do: patrzenia na stomie, dotykania stomii, obserwacji przy zaopatrzeniu stomii, ukazywanie i wzmacnianie pozy-

tywnych stron chorego i życia ze stomią, pomoc w odciążeniu.

- Przygotowanie chorego do samoopieki obejmuje [16, 17]:
 - Ocenę jego możliwości w zakresie sprawowania samoopieki z uwzględnieniem: wieku, zainteresowania swoim stanem zdrowia, sprawności zmysłów (słuch, wzrok), nastawienia do stomii, chęci współpracy z zespołem lekarsko-pielęgniarskim, zasobu wiedzy i umiejętności, zaufania do lekarza i pielęgniarki, stanu somatycznego i psychicznego.
 - Ustalenie planu opieki z uwzględnieniem: możliwości psychofizycznych chorego, zasad nauczania, kontroli i oceny.
 - Uzupełnienie wiedzy chorego w zakresie: oceny funkcjonowania stomii (kolor, kształt, wielkość) i możliwych kłopotów (krwawienia, biegunka, zaparcia), doboru sprzętu, zasad refundacji sprzętu, zasad w codziennym funkcjonowaniu ze stomią (dieta, samokontrola, kontrola lekarska), możliwości uzyskania pomocy (poradnie, grupy wsparcia).
 - Opanowanie umiejętności chorego w zakresie: pielęgnacji stomii, dobór i zmiana sprzętu, samokontroli funkcjonowania przewodu pokarmowego, oceny stomii (kolor, wielkość, wydzielina), wykonywania ćwiczeń wzmacniających mięśnie brzucha, irygacji (u osób z kolostomią).

Nauczycielami i edukatorami, którzy pomogą skorzystać pacjentowi z modelu opieki są [8,15]:

- Chirurg, który wykonał stomię,
- Doświadczony psycholog kliniczny,
- Pielęgniarka, najlepiej stomijna, posiadająca certyfikat lub licencję,
- Dietetyk z licencją,
- Wolontariusze stomijni Pol-Ilko, najlepiej osoby posiadające stomię i dobrze do niej zaadaptowani.

Wszyscy wyżej wymienieni powinni znać elementy modelu opieki nad pacjentem ze stomią.

V. PIŚMIENNICTWO

- [1] AJCC Cancer Staging Handbook. 7th Edition. Chicago; Springer-Verlag, 2010:173–206.
- [2] Bielecki K, Szczepkowski M. Prawidłowe wykonanie i umiejscowienie stomii jako problem chirurgiczny. *Pol Prz Chir* 1998; 61:941-55.
- [3] Szczepkowski M. Dobra stomia. *Post Nauk Med* 2006; 5: 240-250.
- [4] Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Stomijnych. Co to jest stomia? <http://www.ptps.pl>, stan na dn. 10.12.2011 r.
- [5] Noszczyk W (red.). *O chirurgii polskiej końca XX wieku*. Warszawa; Fundacja Polski Prz Chir, 2001.
- [6] Szczepkowski M. Stomia jelitowa – wyzwanie nie tylko dla chirurga. *Prok Lek Rodz* 2004; 4:57-69.
- [7] Wojciechowski A. Stoma-serwis. *Prz Urol* 2004; 2 (24): 24-29.
- [8] Cierzniałkowska K, Szewczyk M, Cwajda J *i wsp.* Wybrane procedury w opiece okołoperacyjnej nad chorym ze stomią. *Przew Lek* 2005; 2:87-92.
- [9] Cierzniałkowska K *i wsp.* Zmiany skórne wokół stomii – profilaktyka i postępowanie. *Proktologia* 2005; Suplement. 1:48-49.
- [10] Cwajda J, Szewczyk M, Cierzniałkowska K *i wsp.* Edukacja jako element procesu adaptacji chorych ze stomią jelitową. *Piel Pol* 2005; 1/19:109-114.
- [11] Pikor K. Pielęgnowanie chorego z urostomią. *Piel Chir Angiol* 2008; 1:21-25.
- [12] Kózka M. Operacja – stomia – depresja?, *Troska* 2002; 3(10):11-12
- [13] Oleksiak K. Ocena jakości życia pacjentów ze stomią jelitową. Legnica; Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy, 2008.
- [14] Fryc-Martyńska J. Psychologiczne następstwa wytworzenia odbytu brzuszno oraz znaczenie sposobu informowania chorych i ich rodzin. *Pol Tyg Lek* 1998; 20: 469-471.
- [15] Bielecki K, Klukowski K. Dobra stomia. Materiały z kursu specjalistycznego dla pielęgniarek stomijnych: Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową. Warszawa 2005.
- [16] Medyński J. Powikłania stomii jelitowych http://stomia.pl/download/porady_chirurga_03_powiklania.pdf
- [17] Głuszek S. Adaptacja chorego ze stomią do nowej sytuacji zdrowotnej. *Proktologia* 2003; 3: 37-40.