

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA S STOMO

Darinka Klemenc, Lea Zver, Alenka Krist, Marija Smolič

UDK/UDC 616.348-089.86-083+616.344-089.86-038

PROCESS OF NURSING WITH OSTOMY PATIENTS

DESKRIPTORJI: *stoma; zdravstvena nega*

DESCRIPTORS: *ostomy; nursing care*

IZVLEČEK – Življenje s stomo je huda telesna in duševna obremenitev. Bolnika že pred operacijo poučimo o negovanju stome in o pripomočkih, ki jih bo potreboval, in ga po operaciji skušamo rehabilitirati, tako da je po odhodu iz bolnišnice sam sposoben skrbeti za svojo stomo. Kadar je potrebna nega na domu, le-to prilagodimo bolniku in razmeram, v katerih živi: vseskozi ga spodbujamo k čimvečji samostojnosti. Stome pri otrocih so v večini primerov začasne, nege učimo predvsem starše.

ABSTRACT – Life with ostomy presents a great physical and psychological strain. The patient is instructed before the operation on how to care for his ostomy, and which appliances he/she should use; after the operation, rehabilitation process is stressed, to achieve as much independence as possible before discharge. When home-nursing is required, it has to be adapted to each individual patient and his circumstances; the stress is again on independence. An ostomy in a child is in most cases only temporary, and parents are instructed on how to care for it.

Uvod

Življenje s stomo je huda duševna in telesna obremenitev. Bolnika že pred operacijo seznanimo z negovanjem stome, s pripomočki, ki jih bo potreboval, in ga po operaciji postopoma skušamo rehabilitirati, tako da je ob odhodu iz bolnišnice praviloma sam sposoben skrbeti za nego svoje stome. Z bolnikom skušamo obdržati stik tudi po odhodu domov, saj bolniki potrebujejo poleg pripomočkov tudi psihično pomoč, tako pa tudi pravočasno odkrijemo morebitne zaplete.

Darinka Klemenc, višja medicinska sestra, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Univerzitetna urološka klinika, Zaloška 7, 61000 Ljubljana

Lea Zver, višja medicinska sestra, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška gastroenterološka klinika, Zaloška 7, 61000 Ljubljana

Alenka Krist, višja medicinska sestra, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Pediatrični oddelek kirurških strok, Zaloška 7, 61000 Ljubljana

Marija Smolič, višja medicinska sestra, Zdravstveni dom Ljubljana-Šiška, Patronažna služba, Derčeva 5, 61000 Ljubljana

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA Z UROSTOMO

Urostoma se v nekaterih podrobnostih razlikuje od ostalih stom:

- urin nenehno izteka,
- po velikosti je manjša (posebno ureterokutanostoma), je bližja ileostomi, stoma je tudi urinska fistula,
- možnost izbire lokacije je večja; običajno je na desni strani abdomna, lahko upoštevamo, ali je bolnik desničar ali levičar – posebno pri suhi stomi, kjer se bolnik intermitentno samokatetrizira,

- vzorce jemljemo neposredno iz stome (sterilno),

- po zahtevnosti nege je med kolo in ileo stomo, bližje ileostomi.

Priprava bolnika na operacijo je psihična in kondicijska.

Kondicijska (telesna) priprava na operacijo:

- bolnik opravi rutinske preiskave (krvi, urina, EKG z anestezijskim pregledom, rentgensko slikanje pljuč in srca).

- običajno so potrebne tudi nekatere specialne preiskave (rentgenski prikaz urotakta, izotopne, endoskopske preiskave),

- poskušamo izboljšati bolnikovo telesno kondicijo; dodajamo infuzijske raztopine, elektrolite, transfuzije krvi in krvnih derivatov, skrbimo za kalorično in vitaminsko bogato hrano, po potrebi zdravnik predpiše antibiotik – glede na izvid urinokulture,

- pomembna je predoperativna priprava črevesja (čiščenje s solucijo Golytely in morebitna antibiotična priprava),

- pred operacijo obvezno »umerimo stomo« po vseh principih o pravilni legi stome (stran od brazgotin, kostnih štrlin, nevusov, v predelu rektalnih mišic, običajno na desni strani, v vseh treh položajih: stoje, sede, leže.)

Čiščenje s solucijo Golytely traja samo en dan, ni naporno za bolnika, črevo je po mnenju operaterjev dobro pripravljeno za operacijo. Na naši kliniki smo po tej metodi čistili 12 bolnikov, vsi so čiščenje dobro prenašali, brez bruhanja, bolečin, krčev, v 4–6 urah je bilo črevo praktično čisto.

Postopek čiščenja Na dan pred operacijo zjutraj bolnik lahko pije (bistro tekočino), nato dobi dopoldne klizmo (kamilično 500 ml), zatem pa v 2–3 urah popije 3–4 litre solucije Golytely. V primeru navzee bi lahko dali antiemetika, vendar pri nas do sedaj to ni bilo potrebno. Potem lahko bolnik še ves dan do 24. ure pije bistro tekočino (čaj, kamilice, vodo).

Sledi operacija, kjer je za samo nego važna kirurško dobro oblikovana stoma, ki je sicer zadnji, a za bolnika najpomembnejši del dolge operacije.

Nega bolnika po operaciji:

- neposredno po prihodu na oddelek,

- nega in učenje do odhoda domov (sodelujejo svojci),

- vzdrževanje stika po odhodu iz bolnišnice.

Nega bolnika neposredno po operaciji Takoj, ko pripeljemo bolnika na oddelek (v sobo za intenzivno nego), kontroliramo vitalne funkcije, skrbimo za ravnovesje tekočin in elektrolitov, kontroliramo krvno sliko in opazujemo operativno rano (krvavitev), drenažo (količina in barva) in stomo.

Opazovanje stome: bolnik pride iz operacijske dvorane z že nameščeno podlogo in vrečko. Pomembna je barva stome; praviloma je rožnata, lahko pa počrni, kar pomeni, da je nekrotizirala. V začetku je stoma edematozna, kasneje pa se skrči, dokončno šele po 6–8 tednih. V stomo sta vložena 1–2 ureterna drena (splinta, drenažni cevki). Za razliko od ostalih stom se izločanje urina začne takoj. Ureterna drena ostaneta vstavljena 10–12 dni. Vsebina v vrečki je sestavljena iz urina, pomešanega s sluzjo, lahko je prve dni rožnata, ne sme pa biti krvava. Če je takšna, o tem obvestimo zdravnika. Pozorni moramo biti tudi na krvavitev ob stomi.

Nega in učenje do odhoda domov Princip nege urostome je enak kot za vse ostale stome: obdržati čisto, suho, zdravo kožo. Posebnost je ta, da stoma iztisne vsakih nekaj sekund nekaj kapljic urina, ki ga moramo prestreči v vrečko. Zaradi stalnega mokrenja priporočamo pomoč bolnikovega svojca (vsaj v začetku), menjavo podloge in vrečke zjutraj, ko je izločanje urina najmanjše; preko noči pa svetujemo drenažo prek urostomske vrečke v urinsko vrečko, ki visi ob postelji. V začetku priporočamo enodelni sistem (podloga in vrečka sta spojeni v enem kosu), ker dvodelni sistem (podloga in vrečka sta spojeni s plastičnim obročem na pritisk) povzroča pri svežih operirancih bolečine. Rešiti moramo problem operativne rane in stome, ki sta včasih precej skupaj. Običajno namestimo kožno podlogo kar čez šive.

Bolnika učimo nege stome postopoma; začnemo že prve dni po operaciji in vse do odhoda domov, ko naj bi znal praviloma že sam zamenjati podlogo in vrečko. Princip nege naj bo čim preprostejši: topla voda, blago (otroško) milo, rahlo namilimo, splaknemo, osušimo. Lahko svetujemo sušenje s fenom ali blago sončenje. Bolniku odsvetujemo uporabo bencina, alkohola in podobno. Izbira kozmetike je individualna, poznal pa naj bi več vrst pripomočkov, da bi lažje izbral sebi najprimernejše. Urostomsko vrečko bolnik prazni na 2–4 ure, odvisno od količine urina v vrečki (ne več kot dve tretjini), podlogo in vrečko običajno menjamo na 5–7 dni.

Suha stoma pomeni velik napredek

- odpadejo vsi problemi z nego kože in nabavo pripomočkov,
- bolnik si izpušča urin po principu intermitentne čiste samokatetrizacije (nesterilno, a čisto občasno puščanje urina),
- prednosti: je suh, sproščen, ne rabi drugih pripomočkov; edini pripomoček je čist kateter, ki ga lahko uporabi večkrat,
- edina priprava: umivanje rok in stome pred katetrizacijo,
- nega peristomalne kože (blaga krema), če je potrebna,
- minimalna suha zaščita stome (gaza),
- nevarnost: pri nepravilni kateterizaciji lahko pride do predrtja črevesja, krvavitve, infekcije.

Zapleti stome so spremembe na koži, stenoze, krvavitve, fistule, parastomalna hernija, prolaps, neprimerna nega stome in karcinom.

Spremembe na koži lahko nastanejo zaradi neprimerne oblike stome, neprimerne lokacije, neustreznih pripomočkov, alergičnih reakcij na lepilo, podlogo, alkalne reakcije urina, jemanja antibiotikov.

Peristomalni dermatitis je najpogostejši zaplet na koži, ki se začne z rdečico in vnetjem, ter se nadaljuje v ulceracijo in brazgotino. Prvo pravilo: osušiti kožo!

Običajno pomaga samo aplikacija kožne podloge, posebno če je bolnik sicer ne uporablja. Izboljšanje je v nekaj dneh prav dramatično. Če so vzrok glivice, potresemo pod podlogo tanko plast nistatina v prašku, pomaga tudi kortizonsko pršilo. Preskušeno domače zdravilo so obkladki raztopine kisa in vode v razmerju 1 : 3. Morda pomaga pogostejša menjava pripomočkov, uporaba nočne drenaže, blago sončenje. Problem predstavlja vzdrževanje kislosti urina (pH 6,5 ali manj). Včasih poskušamo zakisliti urin s peroralno terapijo (na primer z aspirinom), pomaga tudi vzdrževanje kislosti v vrečki (aspirin ali posebne kapljice, ki preprečujejo neprijeten vonj).

Stenoze so najpogostejše v ravni kože, nastanejo zaradi brazgotin v okolici stome, slabe prekrvavljenosti stome, neprimernih pripomočkov (premajhna odprtina na podlogi). Pogostejše so pri otrocih. Diagnozo stenoze postavimo z inspekcijo, kalibracijo in merjenjem zastanka urina (več kot 10 ml pomeni stenozo). Konservativno zdravimo s korekcijo pripomočkov, dilatiranjem stome – pri otrocih to opravijo starši; če ne pomaga, je potrebna kirurška intervencija.

Krvavitve Manjše krvavitve ob robovih stome niso nič posebnega, zlasti če nastanejo ob menjavi pripomočkov. Pri vseh večjih pa se moramo posvetovati z zdravnikom, posebno če kri priteka iz notranjosti stome.

Prolaps, fistule, parastomalna hernija in karcinom zahtevajo kirurško pomoč, ker je nega kože okrog stome onemogočena. V nekaterih primerih je treba stomo celo prestaviti; prolaps, hernija, kožne gube, spremembe v trebušnem maščevju (bolnik se zredi ali shujša), dermatitis – vse to predstavlja nepremostljivo oviro za normalno nego, zato mora kirurg stomo prestaviti višje, nižje ali celo na drugo stran trebuha.

Zaradi velike psihične in telesne obremenitve bolnika pred in po operaciji in dokaj zahtevne nege stome je priporočljivo, naj bi bolnika ves čas hospitalizacije spremljala ista medicinska sestra, po možnosti stomaterapevtka. Bolniku se v zvezi z njegovo boleznijo poraja kup vprašanj, na katera naj bi dobil pravilne odgovore. Zanima ga predvsem vse v zvezi z osebno higieno. Svetujemo mu, da se lahko kopa oziroma tušira (priporočamo tuširanje) z nameščeno vrečko ali brez nje. Običajno se pacienti tuširajo, ko jim vrečka spusti. Bolnik se lahko ukvarja s športom (hodi v hribe, kolesari, smuča), praviloma naj bi ostal na istem delovnem mestu, če ni fizično prenaporno, lahko vozi avto (prilagodi naj si varnostni pas) in potuje. Priporočamo mu, naj ima v zalogi vedno dovolj vrečk in podlog, za vsak primer naj ima en komplet vedno s seboj. Skratka: bolnik naj živi čimbolj normalno življenje, pije naj zadosti tekočin. Ženske s stomo lahko tudi zanosijo in rodijo, če to dopušča njihova diagnoza. Posebno vprašanje predstavlja problem potence pri moškem in prav je, da se pogovori z zdravnikom tudi o tem.

Pri nas je kakih 100 bolnikov z urostomo. V tujini obstajajo klubi, kjer se bolniki srečujejo med seboj in s svojimi terapevti in si izmenjujejo izkušnje in se seznanjajo z novostmi. Imajo tudi svoja glasila. Pri nas se bolniki po odpustu iz bolnišnice pogosto obračajo na nas predvsem zato, ker prav tako ali še bolj kot nego stome potrebujejo psihološko pomoč. Ti bolniki so upravičeno zaskrbljeni. Mnogi zelo težko sprejemajo spremembo na svojem telesu, hkrati pa so v negotovosti, kako jih bo sprejela njihova družina in okolica, da ne govorimo o težavah z nabavo pripomočkov.

Vsakemu bolniku, ki je sicer redno naročen na kontrolo, povemo, da se lahko vedno obrne na medicinsko sestro ali zdravnika, če bo imel težave s stomo. S tem jim omogočamo gotovost in občutek, da niso prepuščeni sami sebi. Razmišljamo tudi o bolj organizirani obliki pomoči, posvetovalnici in društvu bolnikov s stomo.

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA Z ABDOMINALNO STOMO

Uvod

Ideja, da bi odprli črevo in stolico izpeljali skozi to odprtino, se je pojavila že v starem veku, vendar le na področju veterine. V 18. stoletju pa so kirurgi na tem področju že dosegali uspehe. V stari literaturi je malo govora o sami negi stome, v večini primerov opisujejo le klistir črevesja. Danes je stomaterapija specialna veja nege bolnikov.

Nega bolnika

Zaradi številnih možnosti oskrbe stom in dognanj o duševnih in telesnih problemih bolnikov s stomo, se je v negi bolnika razvila specialna veja – stomaterapija. Le-ta si je zastavila za cilj telesno, duševno in socialno rehabilitacijo bolnika s stomo. Oskrbo bolnika delimo na tri obdobja, in sicer na:

- predoperativno,
- pooperativno
- in ambulantno obdobje.

V predoperativnem obdobju stomaterapevt bolnika in svojce psihično pripravi na operacijo oziroma posledice operacije – na stomo, mu omogoči, če to želi, srečanje z nekom, ki že ima stomo, ga seznanj s pripomočki za nego stome in glede na operacijo, ki je predvidena, določi lego stome.

Označitev stome je najna za lažjo oskrbo po operaciji. Pri tem upoštevamo naslednje: stoma je v področju mišice rectus abdominis, kjer je trebušna stena najtrdnjša, označujemo v ležečem, sedečem in stoječem položaju, da se izognemo gubam na trebuhu, izogibamo se gubam, bradavicam, nevusom, brazgotinam, stoma naj bo v levem ali desnem, zgornjem ali spodnjem kvadrantu, mesto naj bo bolniku dobro vidno, upoštevati moramo pas krila ali hlač, stoma naj bo na gladki površini, ki meri 10 × 10 cm, bolnik naj pri označevanju sodeluje.

Če upoštevamo vse omenjeno, dobimo idealno mesto (položaj) stome, ki ga označimo s svinčnikom, ki je odporen proti vodi. Za idealno stomo ni dovolj, da je na pravem mestu, ampak mora tudi sama izpolnjevati nekatere pogoje: če se le dà, naj bo okrogla, ker imajo nekatere podloge in vrečke že okroglo odprtino, kolostoma naj bi bila 2–3 mm nad kožo, ileostoma pa naj bi bila približno 3 cm nad kožo. To je za nego pomembno, saj tako pade stolica naravnost v vrečko in ne zateka pod podlogo.

Tako je podloga dlje uporabna, kar zmanjša draženje kože.

Stoma dokončno obliko in velikost dobi približno osem tednov po operaciji. V tem času izgine tudi edem okoli stome. V pooperativnem obdobju odpravljamo morebitne zaplete, skrbimo za bolnika in mu dajemo napotke o negi stome, izbiri začasnih in stalnih oziroma dokončnih pripomočkov za nego in bolnika in svojce poučimo o oskrbi stome; še posebej pomembno je, da na posebnosti opozorimo

medicinske sestre, ki bolnika negujejo v bolnišnici, patronažne medicinske sestre in zdravnika, ki bodo bolnika spremljali po odpustu (zdravstveni dom).

Osnove nege stome

Oskrba stome se prične že v operacijski sobi, kjer namestimo prvo podlogo in vrečko. Vrečka naj bo presojna, da stomo lahko opazujemo. Vrečko prilepimo postrani, da jo tako lažje praznimo. Po operaciji set zamenjamo, pozneje ga menjamo po potrebi.

Nega kože okrog stome Nego pričnemo s temeljitim čiščenjem kože okrog stome. Čistimo vedno le z vodo in milom. Etra, bencina, razkužil, olj in krem ne uporabljamo, ker porušijo normalen pH kože. Izsušena ali mastna koža ovirata lepljenje podloge ali vrečke na kožo. Za čiščenje priporočamo mehke materiale, na primer gazo ali mehak toaletni papir. Čistimo vedno od zunaj proti sredini – se pravi proti stomi – ravno obratno od čiščenja sterilnih ran. Predno naneseimo vrečko, kožo osušimo. Pri močnem potenju ali iritirani vlažni koži si pomagamo s fenom. Ko bolnik shodi, obrnemo vrečko navzdol, da jo bolnik lažje prazni.

Odstranitev dlak Dlake v okolici stome obrijemo, ker močna poraščenost zmanjša lepljivost vrečke, pri menjavanju vrečke ali podloge pa izpuljene dlake povzročijo folikulitis.

Določanje pravilne odprtine na podlagi ali vrečki Rob odprtine na podlogi ali vrečki mora objemati stomo, da kožo zaščitimo pred izločki. Za okroglo oblikovane stome so na voljo šablone, za ovalne pa sami naredimo šablono iz papirja, po kateri izrezujemo primerno odprtino v podlogi ali vrečki.

Občutljivost na različne materiale Pri izbiri pripomočkov za oskrbo je odločujoča občutljivost kože, saj vsaka koža različno reagira na sestavine podlog in lepila vrečk. Zato naredimo preprost kožni test. Bolniku nalepimo na notranjo stran roke koščke različnih podlog oziroma vrečk in po 24 urah ugotovimo reakcijo kože ter se tako odločimo za najprimernejšo podlogo oziroma vrečko.

Izbira pripomočkov za oskrbo Pri izbiri ravnamo po željah in možnostih bolnika ter vrsti stome. Dober komplet za oskrbo je tisti, ki bolniku pri negi ne povzroča težav, tako da ga bolnik brez večjih težav uporablja. Izjema so seveda težki bolniki, ki že tako ali tako potrebujejo pomoč zdravstvenega osebja oziroma svojcev. Komplet mora biti zanesljiv, nezapleten in udoben, da prizadetega v običajnem življenju ne ovira in da se kljub temu lahko še vedno ukvarja recimo s športom in se lahko normalno giba v družbi.

Oskrba različnih vrst stome

Ileostoma Bolnik z ileostomo ima tekočo ali kašasto stolicco. Dnevna količina stolice je 300–700 ml. Ileostoma začne delovati 2–3 dni po operaciji. Pri ileostomi uporabljamo vrečko na izpust, da nam omogoča večkratno praznjenje brez odstranjevanja. Stolica je dokaj agresivna in vsebuje številne fermente, ki v stiku s kožo povzročajo vnetja. Zato mora biti okolna koža še zlasti dobro zaščitena. Za zaščito uporabljamo podlogo in vrečko na izpust. Po operaciji preventivno varujemo kožo pred gljivicami s nistatinom v prašku. Gljivice se v vlažnem okolju, ki je posledica nezadostne nege, hitro razvijajo. Ta zaplet zdravimo s sušenjem kože in praškom nistatin. Bolnik z ileostomo mora zaužiti zadostne količine tekočine, ker je brez

debelega črevesa, ki sicer vsrkava tekočino in elektrolite. Velik del zaužite tekočine se izloči skozi ileostomo. Koža okoli stome se pogosto vname, kar je posledica nezadostne nege. V tem primeru kožo dobro očistimo, osušimo s fenom in zaščitimo s podlogo. Na enak način oskrbimo tudi fistule. Kožo tedaj vedno zaščitimo s podlogo, ki ima istočasno tudi zdravilni učinek. Če je le mogoče, tudi pri fistulah nalepimo na podlogo vrečko, da lahko izmerimo količino izločka.

Kolostoma je stoma na debelem črevesu. Možna je na več delih kolona, najpogostejša pa je sigmokolostoma. Blato iz sigmokolostome je podobno normalni stolici. Ker je blato že formirano, ga je težko odstraniti iz vrečke na izpust, zato je bolj higiensko, če uporabljamo v tem primeru zaprto vrečko, ki jo kasneje odvržemo. Takoj po operaciji je tudi pri kolostomi blato tekoče, zato takrat uporabljamo vrečko na izpust in šele pozneje zaprto vrečko. Problem pri kolostomiji je napihovanje vrečke zaradi plinov. Ena izmed rešitev je, da ima vrečka filter, skozi katerega plini uhajajo, vendar brez smradu. Druga rešitev pa je, da naredimo v vrečko majhno luknjico, ki jo seveda po izpraznitvi plinov prelepimo. Za razliko od ileostome, kjer se blato ves čas izloča, je stolica pri kolostomi 1–2 krat na dan.

Irigacija Zadnje čase bolnikom s (kolostomo) sigmostomo predlagamo irigacijo, se pravi izpiranje črevesa skozi stomo, s katerim dosežemo izpraznenje črevesa, ki mu sledi 24 do 48 ur mirovanja. Bolniki, ki irigirajo, ne potrebujejo vrečke, postanejo zelo samozavestni, kar ugodno vpliva na njihovo življenje, ki je tako zelo podobno življenju preden so dobili stomo. Pogoji za irigacijo so naslednji: trajna sigmostoma, črevo poteka od stome v ravni liniji (ne tvori pentlje), bolnik ne sme imeti kake srčne okvare, fizično in duševno mora biti sposoben irigacijo izvesti. Irigacija je kontraindicirana pri parastomalni kili, stenozii stome in prolapsu.

Irigacijo lahko izvajamo najprej štiri tedne po operaciji; to je kajpak odvisno od telesnega počutja bolnika.

Set za irigacijo sestavljajo rezervoar z vodo, cevka in konus na koncu cevke, pas za fiksiranje vrečke in vrečka za enkratno uporabo. Nikoli ne irigiramo s črevesno cevko ali čim podobnim, ker to lahko povzroči rupturo črevesja.

Izvedba irigacije: vrečko za enkratno uporabo pritrdimo s pasom in jo izpraznimo v straniščno školjko. Vrečko za vodo oziroma irigator napolnimo s približno 1500 ml vode oziroma 15–18 ml/kg telesne teže. Voda naj bo ogreta na telesno temperaturo. Vrečko obesimo v višini ramen. Konus vložimo skozi zgornjo odprtino vrečke v stomo in spustimo vodo. Črevo se začne kmalu izpraznjevati. Ko voda izteče, še nekaj časa počakamo, nato konus odstranimo, vrečko zvijemo, zapremo in tako pustimo 1 uro. V tem času lahko bolnik opravlja vsakodnevna opravila. Vrečko nato odstranimo, stomo in okolico umijemo ter pokrijemo z gazo ali mini vrečko. Pomembno je, da bolnik irigira vedno ob istem času, ponavadi zjutraj. Irigacija je tako končana, kar pomeni, da bolnik nadaljnjih 24 oziroma 48 ur nima stolice, to pa je zanj velikega pomena.

V Združenih državah Amerike ta postopek uporablja 80% bolnikov s kolostomo; v Evropi 6–8%, pri nas pa 1%. Vzrok za to je gotovo neobveščenost in pa trenutno še vedno prisotni problemi s preskrbo setov za irigacijo in ostalega materiala, a tudi tu se stanje izboljšuje. Bolniki dobijo že nekaj različnih vrst podlog in vrečk na recept, vendar se trudimo, da bi to ponudbo še izboljšali. Ves trud stomaterapevta, ki bolnika v bolnišnici psihično pripravi na operacijo, ga nato

nauči negovanja stome in ga nekako prepriča, da bo doma lahko živel normalno kot prej, se ukvarjal s športom, hodil v službo in se družil, je zaman, če bolnik po prihodu domov naleti na težave s preskrbo pripomočkov, ki so zanj nujni. Ko bolnik zapusti bolnišnico, se skrb zanj nadaljuje v ambulantni obliki. Naša naloga je, da nadzorujemo bolnike v ambulanti za ostomate, tako odkrivamo zaplete, bolnike seznanjamo z novostmi in, kar je najpomembnejše, da smo jim vselej, kadar nas potrebujejo, na voljo.

ZDRAVSTVENA NEGA STOM V PEDIATRIJI

Pri otrocih negujemo cekostome; ileostome, gastrostome, urostome, stome na vratu (pri atreziji ezofagusa). Stome so običajno narejene kot vmesna stopnja pri zdravljenju prirojenih napak in so zato najbolj pogosto le začasne. Na leto jih je pri nas približno dvajset.

Ker so otroci majhni, so tudi stome majhnih dimenzij, tako da originalnih podlog z obročem ne moremo uporabljati. Če imamo podlogo z obročem, potem z njo uporabimo odgovarjajočo vrečko. Kadar izrežemo v podlogo odprtino za stomo, predstavlja problem vrečka, ker le-teh ni na našem niti na tujem tržišču. Najboljša je za zdaj urinska vrečka, ki se nalepi na podlogo. Vrečka nima odprtine za praznenje, zato jo moramo vedno znova odlepljati. S tem seveda skrajšujemo življenjsko dobo podloge, ki jo moramo zato pogosteje menjati.

Priprave bolnika in staršev na operacijo žal največkrat ni. Vzrok je najpogosteje ta, da se kirurg odloči za stomo le, če med samo operacijo ugotovi, da poseg ne more biti dokončan. Sama stoma tudi ni predhodno označena in zato ponavadi ni na primernem mestu. Res je tudi, da je površina otroškega trebuščka majhna in da primerno ravno površino težko najdemo.

Po operaciji materi vse razložimo in jo naučimo nege otroka. Materi razložimo, zakaj je otrok dobil stomo, kakšna je nega in kakšne so možnosti za nabavo materiala. Tolažilno in veliko bolj razveseljivo dejstvo je, da stoma pri otroku ni stalna, temveč le začasna. Dojenček se ne srečuje s problemom, kako se s stomo vključiti v okolje. Težave imajo otroci, ki hodijo v vrtec, ker s stomo kljub vsemu ne morejo živeti neopazno. Šolarjev s stomo imamo malo, ker je bila na srečo večina stom zaprtih pred vstopom v šolo.

Po zaprtju stome moramo otroke naučiti odvajanja po naravni poti, ker se pač tega kot dojenčki niso naučili.

Ko mati nekajkrat vidi medicinsko sestro, kako namešča podlogo in kako neguje stomo, poskusi še sama in nato kmalu prevzame stomo v popolno oskrbo, čeprav otrok še ni odpuščen domov.

Ker je namen podloge glede na njeno sestavo predvsem zaščita kože, jo pogosto uporabimo za zaščito kože s fistulami. Kadar podloge zaradi oblike telesa ni mogoče namestiti, lahko uporabimo tudi mazila z enako sestavo. Podloga je zelo uporabna. Če kljub dobri negi nastanejo preležanine, kožo najprej dobro očistimo in nanjo prilepimo podlogo, ki ostane na mestu vsaj en teden. Uspehi zdravljenja so po naših izkušnjah odlični.

Podlogo zaradi njene vsestranske uporabnosti veliko uporabljamo in jo priporočamo.

NEGA BOLNIKA S STOMO NA DOMU

Večina bolnikov si po prvem pretresu v bolnišnici kar dobro opomore. Počutijo se varne, saj imajo ob sebi zdravstvene delavce, ki jim negujejo stomo in jih učijo samostojnega negovanja. Ko pa se vrnejo v domače okolje, nastopi veliko težja in daljša psihična kriza. Pred njimi se nenadoma pojavi cela vrsta nerešljivih problemov. Iz nekaterih bolnišnic pridejo bolniki domov še vedno premalo poučeni. Velikokrat pa se zgodi, da tisto, česar se naučijo, v veliki meri pozabijo oziroma pomešajo. Toliko novosti hkrati oziroma v tako kratkem času je za laika res kar velik zalogaj.

Nekateri bolniki se v domačem okolju zaprejo vase in skrivajo svojo drugačnost, kot da je nekaj grdega, nesprejemljivega za druge. Drugi spet odklanjajo stomo in pričakujejo od svojcev, da jih bodo negovali. Svojci se vse prevečkrat res umaknejo v ozadje, včasih pa so prepričani, da se bolnik res ne more sam negovati, zato vso skrb za nego prevzamejo nase. Slednje največkrat izvira iz prepričanja, da stoma pomeni začetek umiranja.

Bolj ali manj pa se pri vseh bolnikih zatakne, ko jim poide tista skromna zaloga pripomočkov, ki so jo dobili v bolnišnici. Stopijo do svojega zdravnika, ki jim napiše recept za samolepilne vrečke, a brez navedbe imena in velikosti. V lekarni jim dajo vrečke, kakršne pač imajo na zalogi, češ da so tako ali tako vse enake, le različni proizvajalci jih izdelujejo.

Tisti, ki učimo in negujemo take bolnike, dobro vemo, da ni tako. Vsaka koža se drugače odziva na obremenitev, ki jo predstavlja vsakodnevno menjavanje samolepilnih vrečk. Lepila so različno močna. Ena vrsta vrečk lahko kožo iritira, druga pa premalo drži. Takoj po operaciji se okolna koža drugače »vede« kot pa potem doma. Tudi ustaljen bolnikov način življenja v domačem okolju in domača prehrana lahko vplivata na zdržljivost vrečk. Zato ni nujno, da bo način negovanja, ki ga je bolnik uporabljal v bolnišnici, tudi doma najboljši. Zato z bolnikom vedno preskusimo različne vrste materialov in se nato odločimo za tisti način negovanja, ki mu najbolj ustreza.

Kljub skrbni izbiri pa poznam le malo bolnikov, ki se lahko dan za dnem uspešno negujejo samo s samolepilnimi vrečkami. Prekršek pri hrani, duševni pretresi in podobno lahko izzovejo drisko, ki večkrat pripelje do vnetja okolne kože. Zato naj ima vsak bolnik na zalogi nekaj kožnih podlog in krem, s katerimi si bo zaščitil kožo, dokler driska ne mine. To velja za »nizkoležeče« stome, za sigmoidno in descendentno stomo.

Pri cekostomah, ascendentnih kolostomah in ileostomah, kjer je blato obilno, tekoče in jedko, so kožne podloge nujne. To so lahko gladke kožne podloge, na katere nalepimo samolepilno vrečko na izpust s sponko, ali pa kožne podloge z vdelanim nastavkom in pripadajočo zbiralno vrečko. Zraven sodi še adhezivna pasta.

Med zapleti, ki nastanejo po odpustu bolnika iz bolnišnice, je najpogostejši prolaps črevesa, stenoza stome, parastomalna kila in sprememba lege stome.

Pri prolapsu črevesa uporabljajo bolniki razmeroma velike vrečke z veliko lepljivo površino. Nega take stome je izredno zapletena, saj nas pri lepljenju vrečke ovira črevo. Zato bolniki najpogosteje uporabljajo kožno podlogo, na katero lepijo vrečko na izliv s sponko. Tako jim vrečke ni treba menjavati vsak dan.

Tudi pri parastomalni kili so priporočljive vrečke in kožne podloge z veliko lepljivo površino, ki zaobjamejo čimvečji del kile. V nasprotnem primeru se kožna podloga ali vrečka ob stomi zelo rada izboči in blato začne zatekati pod lepljivo površino, ali pa vrečka popusti ob robovih.

Pri stenozni stome skušamo preprečiti popolno neprehodnost z vsakodnevnim širjenjem stome. Na roko si nataknemo rokavico, prst namažemo z mastno kremo in narahlo s polkrožnimi gibi uvedemo prst v stomo.

Stoma lahko iz najrazličnejših vzrokov spremeni svojo lego (pogosta vnetja zaradi neprimerne nege, brazgotine tik ob stomi, zvečanje telesne teže...). V takem primeru nam adhezivna pasta služi kot »izravnalna masa«, ki zapolni vse vdrtine, zaradi katerih bi kožna podloga sicer hitro odstopila.

V zadnjem času odpuščajo iz bolnišnic vedno več težkih bolnikov s fistulami ali z odprtimi gnojnimi ranami z obilno sekrecijo. Pri fistulah si najlaže pomagamo z namestitvijo kožne podloge in zbiralne vrečke na izliv s sponko.

Pri gnojni rani pa s kožno podlogo oblepimo kožo okrog rane in rano oskrbujemo po znanih pravilih. Tako bolniku prihranimo nanašanje neštetihi zaščitnih krem, ki jih izločki kaj hitro odplaknejo, okolno kožo pa ohranimo neprizadeto.

Kožne podloge lahko s pridom uporabljamo tudi pri negi preležanin in varikoznih razjed na nogah.

Pri negi bolnika na domu se medicinske sestre srečujemo tudi z rakavimi bolniki po citostatski in obsevalni terapiji. Stranski učinek te terapije so pogosto hude driske, ki lahko zelo poškodujejo analne gube. Mazila, ki jih taki bolniki običajno uporabljajo, včasih ne zadostujejo, oziroma le kratkotrajno ublažijo bolečine. V takšnih primerih imamo dobre izkušnje s kremami Orabase, Stomahe-sive ali Comfeel.

LITERATURA

1. Feil H. Stomapflege. Hannover: Schlütersche, 1984.
2. Kretschmer K. Der künstliche Darmausgang. Stuttgart: Georg Thieme, 1975.
3. Schneider W. Stoma-Versongung durch Irrigation. Wiesbaden: Deutsche Abbott, 1983.

TUDI OTROCI SO »PASIVNI KADILCI«

Malokateri starši bi bili veseli, če bi svojega deset ali enajstletnega otroka zalotili s cigareto v ustih. A če recimo kadi oče, je otrok deležen tolikšnega odmerka nikotina, kot če bi pokadil 30 cigaret na leto. Če je kadilka mati – ta je ponavadi otroku bliže – otrok dobi toliko nikotina, kot če bi pokadili 50 cigaret na leto. Če kadita oba starša, je to tako, kot če bi otrok sam pokadil 80 cigaret v enem letu. Študija sedmih strokovnjakov – psihologov, biokemikov in vzgojiteljev – objavljena v British Medical Journal, je pokazala, da »takšna nepotrebna obremenitev, če traja vse otroštvo, nedvomno resno ogrozi otrokovo zdravje«.

World Health, januar, februar 1986