Péče o pacienty se stomií

Radomíra Fierlová

Chirurgická klinika A, Fakultní nemocnice Ostrava

Stomie pro pacienta neznamena pouze změnu stavu, ale i změnu tělesného vzhledu, funkce a psychiky. Úspěšnost léčby pacienta se stomií nezáleží na jedné osobě, ale na spolupráci celého týmu lékařů i sester. Cílem stomické sestry je ulehčit návrat do běžného života správnou edukací, výběrem vhodné stomické pomůcky a podporou psychiky spolu ve spolupráci s rodinou.

Klíčová slova: stomická sestra, stomické systémy, stomie, edukace, preskripce.

Care of ostomy patients

For a patient, an ostomy means not only a change in their condition, but also a change in their physical appearance, function, and psyche. The treatment success in a patient with an ostomy does not depend on a single person, but on the collaboration of a whole team of doctors and nurses. An ostomy nurse's goal is to facilitate the return to normal life by providing appropriate education, choosing the right ostomy supplies, and offering emotional support in close cooperation with the family.

Key words: ostomy nurse, ostomy systems, ostomy, education, prescription.

Úvod

Stomie je umělé vyústění jakéhokoliv dutého orgánu na povrch těla. **Dělí se podle lokalizace,** respektive podle orgánu, který je vyveden:

- tracheostomie (vyústění průdušnice – trachey)
- ezofagostomie (vyústění jícnu – slinné píštěle)
- gastrostomie (vyústění žaludku)
- ileostomie, jejunostomie (vyústění tenkého střeva)
- cékostomie, ascendentostomie, transversostomie, descendentostomie, sigmoideostomie (vyústění tlustého střeva)
- urostomie (vyústění močových)

Druhy stomií dle časového trvání dělíme na trvalé a dočasné.

Druhy stomií dle účelu dělíme na derivační a výživné.

Druhy stomií dle konstrukce dělíme na nástěnnou, jednohlavňovou (terminální), dvouhlavňovou (axiální).

K nejčastějším indikacím založení stomií patří u dospělých:

- prekancerózy a nádorová onemocnění kolorekta,
- divertikulitidy,
- idiopatické střevní záněty (IBD) – Crohnova choroba, Ulcerózní kolitida
- familiární adenomatózní polypóza
- akutní ischemie střeva
- píštěle
- anorektální inkontinence
- poranění anorektální oblasti (střeva)

U dětí jsou příčiny jiné, zejména zde patří:

- rozštěpy páteře (Spina bifida)
- nevyvinutý konečník (atrémie anu)
- zánět střev (enterokolitida)
- úrazy
- nekrotické kolitidy

Po diagnostice a ve spolupráci s praktickými lékaři a oborovými specialisty začíná pacientovi i týmu zainteresovaných odborníků velmi náročný proces.

Člověk se stomií prochází velkou životní změnou jak v oblasti sociální, tak změnou fy-

zického vzhledu. Jeho návrat zpět do života záleží na mnoha faktorech.

Cílem zdravotníků je doprovázet takto diagnostikovaného pacienta po celou dobu léčby a následně mu umožnit a snažit se ulehčit návrat zpět do běžného života.

Předoperační péče

Předoperační péče dlouhodobá začíná již v odborné ambulanci, kde je pacientovi sdělena diagnóza a je informován o postupu léčby. V odborné ambulanci mu jsou vydány tzv. „informované souhlasy“ k seznámení se s výkonem, anestezí a podání krevních derivátů. Doma se vyplňují požadované nácionálně, a pokud pacient s léčbou souhlasí, podepíše je. Ve spolupráci s odbornou ambulancí a praktickým lékařem se zajišťují patřičná předoperační vyšetření. Sem se řadí např. rektoskopie k vyšetření konečníku do 20–25 cm, koloskopie sloužící k určení místa tumoru, odběr vzorku na cytologii či histologii, event. označení místa tetovází.

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

Radomíra Fierlová, radomira.fierlova@fno.cz

Chirurgická klinika A, Fakultní nemocnice Ostrava, 17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava-Poruba

Cit. zkr: Med. praxi 2018; 15(5): 291–294

Článek přijat redakcí: 9. 4. 2018

Článek přijat k publikaci: 5. 9. 2018

Dle indikace lékaře se provádí sonografické vyšetření pomocí ultrazvuku, CT nebo PET CT (pozitronová emisní tomografie v kombinaci s počítačovou tomografií), sloužící ke zjištění metastáz v těle, odběry onkomarkerů CAE, CA-19 a předoperační odběry biochemie, koagulace, hematologie, zajišťuje se RTG plic a natočení EKG s interním zhodnocením k výkonu a provedením anesteziologického konzilia, které navrhne pro pacienta vhodnou premedikaci (p.o. či i.m. podání) a vhodnou anestezii.

S těmito náležitostmi je pacient přijat na chirurgii k plánovanému operačnímu výkonu.

V rámci přípravy se klade velký důraz na výběr vhodného místa k založení stomie. Dle ordinace operátora stomická sestra provede zakreslení na těle pacienta. Je důležité napolohování pacienta (sed, leh, úklon, předklon atd.). Sníží se riziko pooperačních komplikací, které by pacientovi mohly v dalším životě či aktivitách činit problémy (např. s přilnavostí stomické pomůcky). Cílem je zachování komfortu pacienta v běžném životě, aniž by mu samotná stomie ztěžovala denní režim.

Akutní stavy se operují ihned, a to pouze se základní možnou diagnostikou z vitální indikace, bez zakreslení stomie, která v ileózním stavu, kdy má pacient břicho vzedmuté, nemá smysl.

Předoperační péče bezprostřední začíná již den před operací, kdy je pacient převáděn na tekutou stravu a začíná proces vyprazdňování. Čím a v jakém množství rozhoduje operátor dle zvyklostí, poněvadž v některých případech se příprava střeva liší. Dle určení operátora může být forma přípravků k vyprázdnění per orální (ústí). Nebo per rektální (podáním vyprazdňovacího roztoku do konečníku).

V některých případech pacient podstupuje operační výkon i bez přípravy střeva.

Od půlnoci pacient lační a nekouří. Podle nových trendů lékaři umožňují ještě 4 hodiny před anestézií pít cca 200 ml čiré tekutiny. Dále přichází příprava operačního pole oholením, event. před laparoskopickým výkonem vložit tampón s dezinfekčním roztokem do umytého pupku a přelepení. Proveďte se prevence TEN (miniheparinizace dle ordinace lékaře), na dolní končetiny natáhneme protiembolické punčochy nebo vymotáme elastickým obvazem vysokou stehenní bandáž. Dle zvyklostí pracoviště se přes zajištění invazivní vstup periferní či centrální aplikuje infuzní terapie a event. profylaxe antibiotiky. Na zavlání ze sálu se podá předepsaná premedikace a na další po-

kyn se pacient převáží na operační sál, kde je po ověření „Bezpečnostního procesu“ (kontrola iniciálů dotazem a kontrolou identifikačního náramku na ruce) předán operačnímu týmu.

Po vyšíti stomie se aplikuje přímo na operačním sále průhledný stomický sáček s výpustí a pacient se překládá na pracoviště ORIM (IPCHO) nebo JIP.

Pooperační péče

Pooperační péče začíná ihned po převzetí pacienta na specializovaném pracovišti, kde se monitorují vitální funkce a je zahájena péče o NGS, invazní vstupy (břišní či kapilární drény, PMK, CŽK či PVK), provedou se krevní odběry a zároveň je sledována vitalita střevní sliznice, charakter a množství odpadu. Pokud se v následujících hodinách neobjeví velké odpady z NGS a objevují se známky vitality střev odchodem plynů (stomický sáček se nafukuje a odchází tzv. masová voda) může se sonda vytáhnout a pacient je postupně zatěžován tekutinami.

Po stabilizaci celkového stavu se pacient překládá na standardní oddělení chirurgické kliniky, kde pooperační péče pokračuje.

Podává se parenterální výživa, včetně podání intravenózních antibiotik. Jakmile se ve stomickém sáčku objeví řídká vodnatá stolice, což je cca do 4. pooperačního dne, je zatížen pacient tekutou bezsezbytkovou dietou č. 0/5. Po zahuštění stolice pozvolna přechází na dietu bezsezbytkovou mletou č. 5b a pak plnou bezsezbytkovou č. 5. A poté přichází na řadu intenzivní spolupráce se sestrou specialistou, „stomickou sestrou“. Úkolem je zajistit řádnou informovanost a edukaci pacienta či rodinného příslušníka v péči o stomii v několika stěžejních oblastech, jako je např. hygiena a péče o kůži, stravovací návyky a celková výživa, oblékání, fyzická zátěž, sex apod. Důraz je kladen na nácvik výměny stomické pomůcky, při níž se snažíme o zachování intimity našeho klienta. Nutností je zvolit vhodný jímací systém, od kterého pacient očekává bezpečnost, komfort, diskretnost a jednoduchou manipulaci a v dnešní době i dostupnost. Je velmi důležitá spolupráce s nejbližší rodinou, která zajistí pomoc nejen v ošetřování stomie, ale i psychickou podporu, která pozitivně ovlivňuje rekonvalescenci pacienta.

Stomické pomůcky jsou v současné době dostupné v základních variantách, a to jednoduché, dvoudílné a adhezivní. K volbě máme na trhu systémy pro kolostomiky, ileostomiky a urostomiky.

Posthospitalizační péče

Propuštěním stomika z nemocnice cca do 10. pooperačního dne péče nekončí. Pokud to pacientův stav nedovolí nebo rodina nemá možnost zajistit návrat do domácího prostředí, je nutností zajistit péči následnou, a to např. LDN, domovy pro seniory, hospicovou péči apod. Osvědčené jsou spolupráce s agenturami domácí péče či mobilním hospicem.

Stomický pacient je po propuštění nadále dispenzarizován ve specializované ambulanci (koloproktologii, či po dobu onkologické léčby na onkologii), kde se sleduje jeho stav s odstupem léčby či během ní. Provádí se pravidelné hematologické kontroly, sonografické či CT vyšetření, kontrolní koloskopie apod. Sledování stomickou sestrou probíhá ve stomické poradně, kde je pravidelně kontrolován stav peristomální kůže, sliznice střeva a provádí se vyšetření per stomiam. Řeší se zde možné komplikace se stomií a předepisuje se preskripce až na 3 měsíce. Pomůcky je možno předepisovat pouze ambulantním pacientům nebo pacientům umístěným v zařízeních sociální péče. Ve zdravotnických zařízeních (nemocnice, LDN, ...) jsou tyto pomůcky povinni pro pacienta zajistit.

Stomické pomůcky

Rozdíly mezi sáčky

Na našem trhu máme k dispozici jednoduchý a dvoudílný systém.

Kolostomik (vývod tlustého střeva) používá sáčky uzavřené z důvodů tužší, formované stolice. Výměna 1–2x denně. Ojedinele se stává, že kolostomik užívá sáčky s výpustí, a to z důvodu řídké stolice.

Ileostomik (vývod tenkého střeva) užívá sáčky s výpustí z důvodů opakovaných řídkých stolic, několikrát za den sáček vypouští. Výměna sáčku 1x denně, podložky každý 3. den.

Urostomik (vývod močovýchodů) užívá sáčky s úzkou výpustí se zabudovanou membránou, sloužící k zabránění zpětného návratu moči při změně polohy pacienta, a tím k zabránění infekce ledvin, vstoupnou cestou s napojením na sběrný systém. Výměna sáčku u jednodílného systému 1x denně, u dvoudílného, podložky každý 3. den.

Preskripce stomických pomůcek

Stomické pomůcky má v kompetenci předepisovat praktický nebo odborný lékař – chirurg, urolog, onkolog, internista gastroenterolog.

Tab. 1. Limity stomických sáčků

	Podložky počet kusů za měsíc	Sáčky dvoudílný systém počet kusů za měsíc	Sáčky jednodílný systém počet kusů za měsíc
Kolostomik	10	60	60
Ileostomik	15	30	30
Urostomik	15	30	30

Tab. 2. Limity stomického příslušenství

Druh	Limit	Podmínka
Prostředky stomické ochranné	max. 1 000 Kč/měsíc	bez schválení RL (revizního lékaře)
Prostředky stomické čisticí	max. 350 Kč/měsíc	bez schválení RL
Prostředky stomické deodorační	max. 350 Kč/měsíc	se schválením RL
Příslušenství vyplňovací	10% úhrada bez limitu	bez schválení RL
Prostředky zahušťovací	max. 360 Kč/měsíc	bez schválení RL (pouze ileostomici)
Odstraňovače stom. podložek	max. 300 Kč/měsíc	bez schválení RL
Pásky a přídržné prostředky	max. 600 Kč, 2 ks/rok	se schválením RL
Irigační sety k výplachu stomie	max. 2 800 Kč/rok	2 ks se schválením RL
Irigační příslušenství	100% úhrada	se schválením RL

Stomické pomůcky a příslušenství se předepisují jednotlivě na formulář „Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku“.

Na základě poukazů obdrží stomici pomůcky ve specializovaných výdejních, zdravotnických potřebách, lékárnách nebo systémem bezplatných zásilkových služeb, které firmy dodávající stomické pomůcky na náš trh zajišťují.

Limity sáčků a příslušenství k ošetření stomie se řídí platnou metodikou číselníku VZP podskupina 03 (tabulky 1, 2).

Dostupnost stomických pomůcek

Pacienti pomůcky obdrží na základě plně vyplněného poukazu na ortopedickou pomůcku ve zdravotnických potřebách, lékárnách, firemních výdejních nebo pomocí zásilkových služeb.

Na náš trh jsou dodávány stomické pomůcky zahraničních firem (Coloplast, ConvaTec, BBraun, Eakin, Welland, Hartmann (Dansac), Distrimed, Sabrix).

Co dělat, dostane-li praktický lékař do péče pacienta se stomií

Je důležité spočítat si, kolik pacient-stomik stojí ročně – cca 70 tis./ročně dle druhu pomůcek (s tím vám rádi pomohou stomické sestry). Dále vyřadit stomika z běžné kapitační platby a zařadit ho do skupiny se zvýšeným limitem a informovat příslušnou pojišťovnu o navýšení limitu. Předpis stomických pomůcek je možno provádět na 3 měsíce. 1x ročně by měla být kontrola stomickou sestrou v poradně, jinak při podezření na nějakou komplikaci, kterou praktický lékař řešit nedokáže.

Komplikace stomií a jejich řešení

Časné – vznikající bezprostředně po operaci za dobu trvání hospitalizace.

Pozdní – vznikající po několika měsících či letech.

Macerace kůže – je nejčastější komplikací, se kterou se setkává dřív nebo později každý stomik. Vzniká působením agresivního střevního obsahu, který se dostane pod lepicí plochu stomické pomůcky. *Příčinou* vzniku bývá nejčastěji nevhodně zvolená nebo špatně vystřižená stomická pomůcka, nerovný terén v okolí střevního vývodu, nadměrné pocení nebo nedodržení doporučeného postupu ošetření střevního vývodu stomickou pomůckou.

Řešením je vhodná stomická pomůcka doplněná příslušenstvím k ochraně kůže a vystřihování vhodné velikosti stomického systému (obrázek 1).

Alergické reakce či dermatitidy – jsou reakce těla na některou složku obsaženou v adhezivu stomického systému (obrázek 2). Řešením je v první řadě změna stomického systému a zvolení vhodného kosmetického příslušenství k ošetření stomie. Nedojde-li k ústupu potíží, je na místě spolupráce s dermatologem.

Nekróza – důvodem je ischemie střevní sliznice. Důležité je, zda se jedná pouze o povrchovou nekrózu, která se nechá volně odloučit a stomie se zhojí, nebo se jedná o nekrózu cirkulární, tzn. po celém obvodu střevní sliznice, a jde do hloubky. Zjistíme to vyšetřením per stomiam. Jedná-li se o nekrózu cirkulární, je třeba stomii reoperovat. Hrozí nebezpečí uvolnění nekrotického střeva a únik stolice do dutiny břišní s následným možným rozvojem peritonitidy (obrázek 3).

Obr. 1. Macerace

Obr. 2. Alergická reakce

Obr. 3. Nekróza

Obr. 4. Parastomální abscesy

Obr. 5. Prorůstání tumoru

Obr. 6. Retrakce

Obr. 7. Prolaps

Obr. 8. Stenóza

Obr. 9. Polyp na sliznici

Parastomální absces – je dutina vyplněná sekretem, způsobeným místním zánětem. Může dojít až k uvolnění stehů v okolí stomie (obrázek 4).

Obr. 10. Hypergranulace

Obr. 11. Parastomální kýla

Prorůstání tumoru – je méně častá komplikace vznikající nejčastěji ve finálním stadiu. V tomto případě se jedná pouze o důstojné ošetřování umírajícího (obrázek 5).

Retrakce (vtažení) – vzniká nejčastěji je-li stomie konstruována pod tahem z důvodů krátkého střeva, srůstá v dutině břišní nebo je-li pacient obézní a je vysoké měkké podkoží.

Řešením je vhodná konvexní pomůcka s použitím vyrovnávacích prostředků past či kroužků (obrázek 6).

Prolaps (výhřez) – dojde k vysunutí střevní kličky přes stomii nad povrch břišní stěny. Častěji vzniká u ileo- nebo transversostomie. Důvodem je nesprávně vyšitá stomie, oslabená břišní stěna, zvýšený tlak v břiše (kašel, pooperačně neklidný nemocný), zvýšení hmotnosti nebo vytlačování volné střevní sliznice parastomální kýlou. Tento stav je pro pacienta nekomfortní a špatně se aplikují stomické pomůcky. U těch dvojdiálních může dojít při nasazování sáčků k poškození střevní sliznice přicvaknutím mezi přírubový kroužek. Střevo nebolí, protože nemá nervy, ale je to velmi prokrvený orgán a u pacientů užívajících léky k ředění krve to může být problém. V tomto případě je nejvhodnějším řešením reoperace (obrázek 7).

Stenóza (zúžení) – vzniká nejčastěji po sekundárním hojení v pooperačním období. Tento stav je nutno včas diagnostikovat a provádět dilatace. Pokud víme, že se pacient hojí již v nemocnici sekundárně, doporučíme mu při výměně stomického systému provádět krouživým pohybem dilataci střeva prstem preventivně. Pokud tento stav zjistíme např. u převzatého pacienta z terénu, při jeho kontrole je nutné včas jednat. Začínáme dilatovat kovovými Hegarovými dilatátory a postupně rozevírat a udržovat stomii průchodnou, jinak hrozí ileózní stav s nutností akutní reoperace. Vyšetřením per stomiam je nutné zjistit, zda se jedná o stenózu cirkulární po obvodu střeva a jak daleko, či pouze o stenózu kůže (obrázek 8).

Granulomy či polypy – vznikají po dlouho neodstraněných stezích nevstřebatelného šicího materiálu, kde se kůže brání nárůstem granulomů. Objevují-li se v okolí polypy, jedná se o reakci těla např. při mechanickém dráždění nevhodně vystřižené podložky stomického systému. Pokud zjistíme tento stav včas a výrůstky jsou malé, je velmi účinným řešením poleptávání Lapisem (argentini nitrici 30 %). Pokud jsou velké, provádí se chirurgická exstirpace, protože způsobují netěsnost stomického systému s drážděním a krvácivými projevy s následkem podtékání s narušenou kožní integritou (obrázek 9).

Hypergranulace – zrychlená hojivost kožního krytu, který přerůstá přes střevní sliznici a postupně ji uzavírá. Ve většině případů je řešení pouze chirurgické (obrázek 10).

Parastomální kýla – se objevuje u cca 60 % stomických pacientů. Je způsobena nízkou flexibilitou břišní stěny a má na ni vliv několik faktorů: velký váhový nárůst, nedodržení zákazu nadměrných fyzických aktivit s namáhanou břišní stěnou, může vznikat i v době nemoci vlivem urputného kašle apod. Malé kýly se neoperují, pouze se fixují do kýlních pasů. Velké se operují plánovaně, pokud pacientovi činí potíže s vyprazdňováním stolice, omezují ho v pohybu nebo bolí. Pacient je ohrožen vznikem NPB (obrázek 11).

Pořízená fotodokumentace pochází z vlastních zdrojů a může být použita k výukovým a prezentačním účelům se souhlasem pacientů.

LITERATURA

1. Vokurka M, Huga J a kol. Velký lékařský slovník. 3. vyd. Brno: Maxdorf 2003.

2. Otrádková I, Kubátová L a kol. Komplexní péče o pacienta se stomií. Praha: Galén 2006.

3. Zachová V a kol. Stomie. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010.