

# PIELĘGNOWANIE CHOREGO Z UROSTOMIĄ

## Nursing care of patient with urostomy



**Krystyna Pikor**

Oddział Urologii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2008; 1: 21–25

Adres do korespondencji:

**Krystyna Pikor**, Oddział Urologii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Fryderyka Chopina, ul. Chopina 2, 35-055 Rzeszów

### Streszczenie

Urostomia to rodzaj przetoki moczowo-skinnej, wykonanej w obrębie układu moczowego. Celem wytworzenia przetoki moczowo-skinnej jest odprowadzenie moczu poprzez połączenie nerki, moczowodu lub pęcherza moczowego ze skórą bezpośrednio lub przy użyciu wstawki jelitowej. Sposób odprowadzenia moczu zależy od zasadniczej jednostki chorobowej, stopnia zaawansowania choroby nowotworowej, stopnia upośledzenia czynności wydzielniczej nerek, stopnia uszkodzenia górnych dróg moczowych oraz stanu psychicznego i wieku pacjenta.

Celem artykułu jest przedstawienie zasad pielęgnacji chorego z urostomią.

**Słowa kluczowe:** urostomia, pielęgnacja, sprzęt urostomijny.

### Summary

Urostomy is a kind of urinary-skin fistula. The aim of the procedure is the possibility of urine flow by connecting the kidney, ureter or bladder with the skin directly or with use of the bowel. The way of urine flow depends on the disease, stage of neoplasm, stage of renal insufficiency, psychological state of patient and age of patient.

The aim of the article was to show the rules of care of patients with urostomy.

**Key words:** urostomy, nursing care, urostomy equipment.

### Rodzaje urostomii

*Ureteroileocutaneostomia* to operacja rekonstrukcyjna dróg moczowych z użyciem jelita jako wstawki. Została rozpowszechniona przez Brickera w 1950 r. i jest obecnie jedną z najczęściej stosowanych metod operacyjnych nadpęcherzowego odprowadzenia moczu. Polega na operacyjnym wyizolowaniu odcinka jelita, wszyciu do niego moczowodów i wyłonieniu przetoki na skórze powłok brzusznych (ryc. 1., 2.).

Jest to rodzaj stomii zbliżony do przetok kałowych, gdyż na skórze pacjenta znajduje się wywinęty odcinek jelita (cienkiego lub grubego). Wyłoniona w ten sposób stomia nie ma zakończeń nerwów czuciowych, co pozwala na swobodne jej dotykanie i późniejszą pielęgnację [1–4].

*Cystostomia* polega na wprowadzeniu cewnika do pęcherza moczowego drogą operacyjną lub przy użyciu zestawu punkcyjnego. Przetokę pęcherzowo-skinną wykonuje się w przypadku: urazów w obrębie miednicy, zwężeń cewki oraz innych schorzeń uniemożliwiających wprowadzenie cewnika przez cewkę moczową do pęcherza.

*Ureterocutaneostomia* polega na operacyjnym odcięciu moczowodu (jednego lub dwóch) od pęcherza i wszyciu go w skórę powłok brzusznych. W zależności od stopnia zaawansowania procesu chorobowego za-



**Ryc. 1.** Urostomia Brickera

bieg wykonuje się z pozostawieniem lub całkowitym usunięciem pęcherza moczowego. Często postępujący proces chorobowy zmusza do pozostawienia cewników w przetokach moczowodowo-skrzynych (ryc. 3.), co wiąże się z ob-



Ryc. 2. Urostomia Bricker



Ryc. 3. Ureterocutaneostomia obustronna, w przypadku tego pacjenta również kolostomia



Ryc. 4. Nefrostomia

niżonym komfortem życia po zabiegu, trudniejszym okresem rehabilitacji oraz systematyczną wymianą cewników.

Nefrostomia polega na odprowadzeniu moczu bezpośrednio z nerki przez wprowadzony do niej cewnik drogą operacyjną lub przy użyciu zestawu punkcyjnego (ryc. 4.). Nefrostomia najczęściej jest wykonywana w przypadku niedrożności moczowodu z zastojem moczu w nerce. Przetoka nerkowo-skrzynna wymaga okresowej wymiany cewnika [2, 3].

### Czynniki wpływające na jakość życia pacjenta z urostomią

Przekazanie pacjentowi wyczerpującej wiedzy o pielęgnacji i zaopatrywaniu urostomii zgodnie z zasadami pielęgnowania odbywa się już w okresie przedoperacyjnym. Rozmowa z lekarzem lub pielęgniarką stomijną powinna rozwiązać wszelkie wątpliwości i ułatwić pacjentowi zrozumienie istoty proponowanego zabiegu. Postępując się materiałami edukacyjnymi i informacyjnymi na temat urostomii (ryc. 5.), należy stworzyć choremu warunki do nauki podstawowych zasad pielęgnacji skóry i wymiany sprzętu urostomijnego. Pozwoli to na osiągnięcie możliwie największej samodzielności przed opuszczeniem szpitala. W przypadku pacjentów po urazach kręgosłupa i rdzenia kręgowego oraz osób starszych o ograniczonej sprawności fizycznej zachodzi potrzeba zaangażowania rodziny lub opiekunów w naukę pielęgnacji i edukację z zakresu sprzętu stomijnego.

Na jakość życia po wykonaniu urostomii mają wpływ:

- 1. Prawidłowe umiejscowienie stomii** – najczęściej jest to prawa strona brzucha, tuż poniżej pępka lub po obydwu jego stronach. Miejsce stomii powinno być określone przed operacją przez lekarza i/lub pielęgniarkę stomijną. Wyznaczając ujście stomii, należy wziąć pod uwagę, by było ono widoczne i dostępne dla pa-



Ryc. 5. Materiały informacyjne

pacjenta w samodzielnej pielęgnacji i ułatwiało dopasowanie sprzętu stomijnego.

Istnieje kilka zasad określających prawidłowe umiejscowienie stomii. Zalicza się do nich: wyznaczenie miejsca przyszłej stomii u chorego w pozycji stojącej, siedzącej i leżącej, wyłonienie jej w mięśniu prostym brzucha, widoczność i umiejscowienie w zasięgu rąk pacjenta (zwłaszcza u osób otyłych). Stomia powinna być oddalona o ok. 4 cm od rany pooperacyjnej, nie powinna się znajdować w pobliżu nierówności i uwypukleń (kolców biodrowych, blizn pooperacyjnych, fałdów skórnych, przeszczepów skóry, zmian popromiennych).

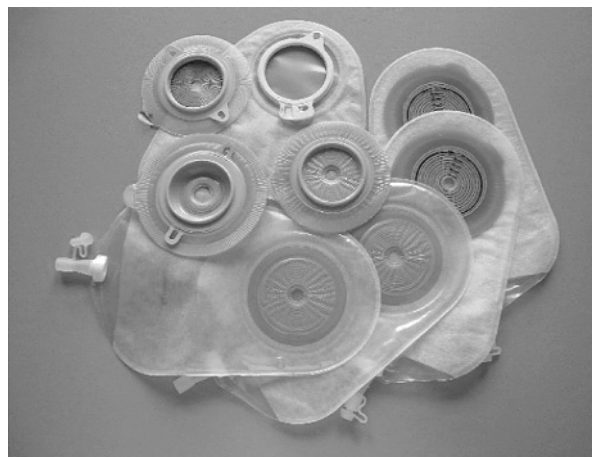
**2. Prawidłowe wykonanie urostomii**, które wiąże się z nowoczesną wiedzą medyczną i ze staranną techniką chirurgiczną. Dobre wykonanie stomii stwarza warunki do jej prawidłowego gojenia się oraz zabezpiecza chorego przed wystąpieniem problemów w samodzielnej pielęgnacji.

**3. Prawidłowe funkcjonowanie urostomii**, które jest uzależnione od kilku czynników: stanu ogólnego pacjenta, odpowiedniej diety (podaży płynów – ok. 2 l dziennie), przestrzegania podstawowych zasad starannej pielęgnacji, przestrzegania terminu wymiany cewników (w cystostomii, ureterocutaneostomii, nefrostomii), pomocy rodziny w opanowaniu techniki zakładania i wymiany sprzętu stomijnego pacjentom w starszym wieku lub niepełnosprawnym.

**4. Prawidłowo dobrany sprzęt urostomijny** – urostomia powinna być zaopatrzona w odpowiedni, indywidualnie dobrany sprzęt stomijny (ryc. 6.–8.). Dobór ten jest bardzo ważny w rehabilitacji pacjenta po zabiegu. Sprzęt powinien zapewnić choremu maksymalne poczucie bezpieczeństwa oraz stworzyć warunki do powrotu do normalnego życia rodzinnego, społecznego, towarzyskiego czy zawodowego. Prawidłowo dobrany sprzęt stomijny pozwala na prowadzenie aktywnego trybu życia i sprawia, że chory podczas podejmowania codziennych obowiązków zapomina się o fakcie posiadania stomii [4–6].

Cechy dobrego sprzętu urostomijnego:

- szczelność,
- łatwość i prostota obsługi,
- łatwość opróżniania zawartości,
- odpowiednia pojemność,
- niepowodowanie podrażnień skóry,
- estetyczność i dyskretność,
- dopasowanie anatomiczne,
- natychmiastowa przylepność do skóry,
- przylepiec odporny na mycie,
- elastyczny system łączenia z workiem urostomijnym,
- pozostaje płaski z zawartością,
- pokrycie flizeliną przyjazną dla skóry,
- dyskretność – możliwe ukrycie kurka,
- brak odgłosów pluskania,
- szczególny kształt i budowa,
- łatwe połączenie z workiem do zbiórki moczu [7].



Ryc. 6.–8. Sprzęt urostomijny

Dobierając sprzęt dla pacjenta, należy znaleźć odpowiedź na następujące pytania:

- Z jakim rodzajem i wielkością przetoki moczowej mamy do czynienia?
- Gdzie jest umiejscowiona przetoka?
- Z jaką wrażliwością skóry spotykamy się u pacjenta?
- Jaki tryb życia prowadzi pacjent?
- Czy chory może liczyć na pomoc rodziny?

## Pielęgnacja urostomii

Dbłość o skórę, która jest narażona na kontakt z moczem i śluzem jelitowym w przypadku przetoki moczowo-jelitowo-skrónej, należy do istotnych działań pielęgnacyjnych. Dlatego, aby uniknąć podrażnień i zmian skórnych, bardzo ważne jest utrzymanie skóry wokół stomii w idealnej czystości. Przy każdej zmianie woreczka – płytki należy umyć skórę wokół stomii wodą z dodatkiem mydła o pH zbliżonym do pH skóry, następnie dokładnie ją osuszyć. Stosowanie środków pielęgnacyjnych sprawia, że skóra w trudnej początkowej fazie istnienia stomii szybciej przystosowuje się do ciągłego odklejania i przyklejania przylepca. Przed przyklejeniem nowej płytki należy upewnić się, że skóra jest czysta, osuszona i nie tłusta. Zapewnia to dobre przyleganie przylepca do skóry, a dzięki temu dłuższe utrzymanie płytki na skórze. Jeżeli blisko stomii powierzchnia skóry nie jest gładka (blizny pooperacyjne, bruzdy), zaleca się użyć pasty uszczelniającej, wypełnić nierówności na skórze lub założyć pierścień uszczelniający, a następnie przykleić odpowiednio przycięty przylepiec. Takie postępowanie zapobiegnie zaciekowi moczu pod płytkę, a tym samym sprawi, że pacjent poczuje się bezpieczniej i pewniej [8].

Ważną rolę w prawidłowym funkcjonowaniu stomii odgrywa nauka oceny stomii: kolor, kształt, wielkość, a także rozpoznanie ewentualnych powikłań – krwawienia, zmian skórnych, wciągnięcia, zwężenia, przepukliny, wypadania stomii [5]. We właściwej rehabilitacji duże znaczenie ma profilaktyka niektórych powikłań: unikanie wysiłku fizycznego, wykonywanie ćwiczeń wzmacniających mięśnie brzucha, zachowanie higieny, właściwa pielęgnacja i wymiana sprzętu stomijnego oraz dieta [9].

W wyniku nieodpowiedniej samopielęgnacji może dochodzić do uszkodzenia skóry wokół stomii na skutek:

- urazów powstających przy niedelikatnym usuwaniu sprzętu (otarcia, zadrapania),
- niedostatecznej lub nadmiernej higieny skóry,

- stosowania agresywnych środków myjących (spirytus, benzyna i inne niszczące naturalną wilgotność skóry),
- niewłaściwego usuwania owłosienia [10].

Specjalne środki stosowane do pielęgnacji stomii (ryc. 9., 10.):

- zmywacz w płynie lub w postaci nasączonych chusteczek do oczyszczania skóry wokół stomii,
- pasta uszczelniająca, pierścień uszczelniający,
- krem do skóry,
- płyn ochronny, tzw. druga skóra,
- płytka ochronna,
- płytka do stomii wklęsłej,
- neutralizator zapachu.

Według Rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie zasad zaopatrywania w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych osobom z urostomią przysługuje bezpłatny, w 100% refundowany przez NFZ, sprzęt stomijny. Sprzęt urostomijny wraz ze środkami do pielęgnacji jest refundowany na podstawie wystawionego wniosku zaopatrzenia w środki pomocnicze, obecnie w limicie miesięcznym wynoszącym 480 złotych.

## Wskazówki dla pacjentów po wytonieniu urostomii

- Zapewnić podaż płynów w ilości przynajmniej 2 l na dobę, ponieważ zagęszczony mocz zwiększa ryzyko powstania kamieni moczowych, decyduje też o drożności cewników.
- Ograniczyć spożycie szczawianów (zielonych warzyw), które predysponują do powstawania kamieni moczowych.
- Kontrolować podaż wapnia w diecie – nadmiar zwiększa ryzyko powstania kamieni, niedobór może być powodem powstania osteoporozy.



Ryc. 9–10. Środki do pielęgnacji stomii

- Ograniczyć ilość spożywanego czerwonego mięsa, zwłaszcza przy podniesionym poziomie kwasu moczowego – ryzyko powstania kamicy nerkowej.
- Ograniczyć ilość soli ze względu na ryzyko rozwoju choroby nadciśnieniowej, zwłaszcza u osób starszych.
- Kontrolować zabarwienie i wygląd moczu z uwzględnieniem spożywanych pokarmów, które naturalnie zabarwiają mocz, np. buraczki, preparaty żelaza, leki (Ginjal na niebiesko, witaminy z grupy B na żółto), zbyt mała ilość wypijanych płynów – mocz ciemny i zagęszczony.
- Ograniczyć spożywanie pokarmów zasadowych (białe mięso, białko jaj), można spożywać alkohol w małych ilościach.
- Stosować urozmaiconą dietę, co zmniejsza ryzyko powstania kamicy moczowej i gwarantuje optymalny odczyn moczu.
- Przestrzegać ogólnych zasad zdrowego żywienia.
- Przestrzegać zasad szczególnej higieny w pielęgnacji przetoki z uwagi na kontakt moczu i śluzu jelitowego ze skórą, stosować dostępne środki ułatwiające właściwą pielęgnację (zmywacza, nasączonych chusteczek, kremu ochronnego, drugiej skóry).
- Wyrobić nawyk systematycznego usuwania owłosienia wokół stomii z zachowaniem szczególnej ostrożności przed skaleczeniem skóry.
- Mocz na badania kontrolne pobierać zawsze z nowo założonego woreczka lub bezpośrednio z cewnika.
- Zgodnie ze zleconymi wizytami kontrolnymi przeprowadzać okresowe badanie moczu, badania laboratoryjne oraz USG.
- Chory powinien zawsze zabierać ze sobą zestaw zapasowy (sprzęt stomijny i środki pielęgnacyjne oraz worki na mocz i odpadki).
- W przypadku wklęsłych urostomii, fałdów skórnych czy blizn pooperacyjnych stosować środki ułatwiające przyleganie przylepca do skóry (pastę uszczelniającą, pierścień uszczelniający, płytkę ochronną, dodatkowy pasek podtrzymujący, płytkę podtrzymującą), zdecydowanie poprawia to bezpieczeństwo chorego przed *podciekaniem* sprzętu i wydłuża czas jego noszenia.
- Przeprowadzać okresową wymianę cewników w przypadku nefrostomii, cystostomii, ureterocutaneostomii lub natychmiastową, gdy dojdzie do ich niedrożności.
- Prowadzić bilans płynów w celu oceny prawidłowego funkcjonowania urostomii i pracy nerek.
- Przyjmować leki odkażające drogi moczowe.
- Być w stałym kontakcie z pielęgniarką stomijną i lekarzem prowadzącym [2, 6, 11–13].

### Piśmiennictwo

1. Burch J. Exploring the conditions leading to stoma – forming surgery. Br J Nurs 2005; 14: 94-8.
2. Black PK. Holistic Stoma Care. Bailliere Tindall, London 2000.
3. Rutkowski A. Opieka stomijna. Nowa Medycyna 1999; 6: 51-3.
4. Erwin-Toth. Caring for a stoma is more than skin deep. Nursing 2001; 31: 36-41.

5. Cierzniaowska K, Szewczyk MT, Cwajda J i wsp. Wybrane procedury w opiece okołoperacyjnej nad chorym ze stomią. Przew Lek 2005; 2: 87-92.
6. Dobruch J. Pielęgnacja urostomii (przetoki moczowo-skrónej). Przegl Urol 2003; 1.
7. Burch J, Sica J. Urostomy products: an update of recent developments. Br J Community Nurs 2004; 9: 482-6.
8. Black P. Practical stoma care. Nurs Stand 2000; 14: 47-56.
9. Cierzniaowska K, Szewczyk MT, Stodolska A i wsp. Proces rehabilitacji chorych ze stomią. Nowiny Lekarskie 2005; 74: 222-5.
10. Jawień A, Banaszkiwicz Z, Cierzniaowska K i wsp. Zapobieganie powikłaniom skórny wokół ileostomii poprzez edukację. Ann Acad Med Byd-gostiensis 2004; 18: 25-8.
11. Jasik B. Urostomia – przetoka moczowo-skróna (część III). Nasza Troska 2004; (3) 14: 4-6
12. Kouba E, Sands M, Lentz A, et al. Incidence and risk factors of stomal complications in patients undergoing cystectomy with ileal conduit urinary diversion for bladder cancer. J Urol 2007; 178 (3 Pt 1): 950-4.
13. Pontieri-Lewis V. Basics of ostomy care. Medsurg Nurs 2006; 15: 199-202.