

Problemy pielęgnacyjne pacjentów po leczeniu chirurgicznym nowotworów jelita grubego

Zachorowanie na nowotwór jelita grubego wiąże się z olbrzymim szokiem zarówno dla organizmu, jak i psychiki człowieka. Z jednej strony stanowi realne zagrożenie dla zdrowia i życia (odsetek osób po operacji, które przeżywają dłużej niż 5 lat, nie przekracza 25%), z drugiej dotyka sfery życia wyjątkowo intymnej, jaką jest wydalanie. Jedną z najczęstszych metod leczenia jest zabieg operacyjny. Przygotowanie psychofizyczne chorego do operacji determinuje liczbę i skalę problemów pielęgnacyjnych występujących po operacji. Tematem niniejszego opracowania jest opieka pooperacyjna.

Rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych chorego stanowi podstawę stworzenia prawidłowego planu opieki. Pielęgniarka powinna umieć formułować problemy oraz dobierać odpowiednie metody ich rozwiązywania, zarówno związane z zabiegiem operacyjnym, jak i leczeniem skojarzonym (chemioterapia, radioterapia przed- i pooperacyjna, radiochemioterapia).

1. Standaryzacji opieki pielęgniarstwa

- Próba standaryzacji opieki pielęgniarstwa nad pacjentem po operacji raka jelita grubego, podjęta przez E. Laskę na łamach Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Angiologicznego 2/2008.
- Model opieki wg Dolnośląskiego Centrum Onkologii – ocena stopnia przygotowania pacjentów z wyłonią przetoką jelitową do samopielęgnacji, w oparciu o wypracowany model opieki – Onkologia Polska 2006.

2. Funkcjonowanie specjalistycznych poradni stomijnych

Specjalistyczne poradnie stomijne zapewniają pacjentowi ciągłość kompleksowej opieki i porad, świadczonych przez lekarza i odpowiednio przygotowaną pielęgniarkę. Powierzenie obowiązku opieki nad pacjentem z wyłonią przetoką brzuszną pielęgniarce stomijnej jest korzystne, jednak może powodować obniżenie umiejętności innych pielęgniarek w zakresie pielęgnacji stomii. W efekcie jakość opieki może być zróżnicowana, co prowadzi do destabilizacji psychofizycznej pacjenta.

Pielęgniarka stomijna najczęściej pracuje w dni powszednie w systemie jednozmianowym i ma pod opieką wielu pacjentów. Umiejętność właściwej pielęgnacji stomii, zaopatrzenia oraz prowadzenia edukacji pacjenta i rodziny powinna należeć do zakresu obowiązków

każdej pielęgniarki. Pacjent ma prawo do bezzwłocznej pomocy w sytuacjach wymagających interwencji (przepełnienie worka, przeciekanie, odklejanie), a personel powinien wykazywać takt i profesjonalizm.

Aby zapobiec uchybieniem w opiece nad pacjentem ze stomią, w planach szkoleń dla pielęgniarek uwzględnić powinniśmy:

- doskonalenie zawodowe pielęgniarek oddziałów chirurgii ogólnej i onkologicznej w zakresie metod rozwiązywania problemów pielęgnacyjnych pacjentów po operacji nowotworów jelita grubego, ze szczególnym uwrażliwieniem na opiekę nad pacjentami ze stomią,
- kształtowanie właściwych, profesjonalnych postaw pielęgniarских wobec chorych ze stomią – troska, cierpliwość i akceptacja pomagają pacjentom zaakceptować pooperacyjne zmiany ciała.

Czynniki zwiększające skalę problemów pooperacyjnych

Dużo więcej czasu i szczególnej troski wymagają pacjenci starsi, niepełni, niepokrewnieni psychicznie ze zmianą swojej sytuacji życiowej oraz pacjenci ze stomią powikłaną. Trudności większe wykazują także osoby ponownie hospitalizowane lub reoperowane z powodu komplikacji.

1. Wiek biologiczny pacjenta

2. Stan biopsychospołeczny w chwili przyjęcia

- ryzyko dyskwalifikacji do zabiegu,
- ryzyko nasilenia dolegliwości,
- ryzyko upośledzenia gojenia (np. cukrzyca),
- ryzyko upośledzenia rehabilitacji (np. otyłość, niepełnosprawność, depresja).

3. Umiejscowienie i zaawansowanie nowotworu

4. Rodzaj, metoda i wynik zastosowanej operacji

a) Radykalność onkologiczna

- operacja radykalna – resekcja guza z fragmentem jelita w granicach zdrowych tkanek oraz zespolenie końców jelita,
- operacja paliatywna – wyprowadzenie przetoki zewnętrznej ponad zmianą zamykającą światło jelita.

b) Metoda operacyjna

- resekcja przednia bez wyłaniania stomii – zachowanie zwieraczy, ale z ryzykiem rozejścia się zespolenia i zespołu resekcji przedniej (ZRP),
- resekcja brzuszno-kroczeniowa i brzuszno-krzyżowa – obejmuje usunięcie odbytnicy i zwieraczy, co powoduje konieczność wyłonienia stomii na stałe.

c) Rodzaj wyprowadzonej stomii

Stomie dzieli się według różnych kryteriów:

- kryterium czasowe: stomia czasowa lub definitywna,
- ze względu na poziom jelita: ileostomia – na jelicie krętym, kolostomia – na jelicie grubym,
- ze względu na budowę stomii – liczba luf: stomia końcowa (jednolufowa) lub boczna,
- pętlowa (tzw. dwu-lufowa).

d) Stopień zaistniałego okaleczenia**e) Znaczenie prawidłowego umiejscowienia i wykonania stomii**

Zasady Turnbulla i Weakleya (ang. "good stoma") są istotne, a odejścia od nich prowadzą do komplikacji, takich jak:

- złe umiejscowienie w wyniku niewyznaczenia stomii przed operacją lub jej wyznaczenia w złym miejscu,
- stomia w miejscu niewidocznym dla pacjenta,
- stomia w fałdzie skórny,
- złe wykonanie,
- stomia płaska lub wklęsła,
- stomia źle ukrwiona.

Problemy pielęgnacyjne wczesnego okresu pooperacyjnego

Wczesne powikłania wynikają najczęściej z zaburzeń w różnych układach:

- układ krążenia (np. zatrzymanie krążenia, wstrząsy, krwotoki, zakrzepy, zatory),
- układ oddechowy,
- układ moczowy,

- zakażenia ran pooperacyjnych,
- podrażnienia i infekcje skóry wokół stomii,
- depresja pooperacyjna.

PROBLEM: Ból rany pooperacyjnej

Ból pooperacyjny jest głównym czynnikiem decydującym o jakości życia pacjenta po operacji. Stałe i systematyczne znoszenie dolegliwości bólowych ma istotne znaczenie dla procesu rehabilitacji i samopoczucia chorego. Nieumiejętne jego zwalczanie lub bagatelizowanie powoduje m.in.:

- obniżenie progu bólowego,
- wyczerpanie chorego fizyczne i emocjonalne,
- utratę zaufania do terapeutów i terapii,
- ograniczenie ruchu i opóźnienie procesu rehabilitacji.

W praktyce korzystne jest stosowanie analgezji multimodalnej (np. połączenie opioidów, NLPZ, technik regionalnych), co zmniejsza ból i przyspiesza rehabilitację.

PROBLEM: Nudności i wymioty

Nudności i wymioty po operacji mogą mieć różne podłoże. Najczęściej są reakcją organizmu na leki stosowane podczas anestezji, ale mogą także być objawem poważnych komplikacji, np. niedrożności jelit. Nudności i wymioty obserwujemy m.in.:

- po zastosowaniu opioidów,
- jako reakcja odruchowa na ból trzewny,
- jako skutek radioterapii,
- po zastosowaniu cytostatyków,
- przy zatruciach pokarmowych.

Nudności i wymioty mogą powodować zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej, zmęczenie chorego, dyskomfort w jamie ustnej oraz zwiększać ryzyko zachłyśnięcia albo rozejścia rany pooperacyjnej.

PROBLEM: PZZ - zagrożenie powikłaniami zakrzepowo-zatorowymi

Ryzyko PZZ wzrasta z wiekiem pacjenta i jest pogłębione przez długotrwałe unieruchomienie, radioterapię przedoperacyjną, chemioterapię, otyłość (BMI), żywienie pozajelitowe, rozsiew nowotworu oraz zakażenia. Ryzyko wystąpienia PZZ w nowotworach jest zwiększone (w zależności od źródeł stosuje się różne wskaźniki ryzyka). Leczenie operacyjne dodatkowo zwiększa ryzyko z powodu unieruchomienia,

długotrwałego znieczulenia ogólnego, utraty krwi i odwodnienia oraz konieczności żywienia dożylnego. Wczesna mobilizacja zmniejsza to ryzyko.

PROBLEM: Ograniczenie aktywności fizycznej

Ograniczenie aktywności związane jest z długotrwałym zabiegiem, żywieniem pozajelitowym, osłabieniem i apatią. Wywołuje:

- dyskomfort psychofizyczny,
- ryzyko odleżyn,
- ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych,
- ryzyko powikłań ze strony układu oddechowego (duszność, sinica, kaszel, zaleganie wydzieliny, utrudnione odkrztuszanie).

PROBLEM: Brak możliwości przyjmowania posiłków drogą doustną

Brak przyjmowania pokarmów doustnie wpływa niekorzystnie na stan psychiczny pacjenta oraz zaburza procesy trawienia (brak żucia, bodźców smaku i zapachu). Może prowadzić do wysuszenia i zmian patologicznych śluzówki jamy ustnej, nalotu na języku, niesmaku oraz przykrego zapachu oddechu. Może także pojawić się pleśniawka lub zapalenie błony śluzowej jamy ustnej, co dodatkowo powoduje ból i pogarsza stan pacjenta.

PROBLEM: Powikłania żywienia pozajelitowego

Ryzyko powikłań obejmuje zmiany patologiczne błony śluzowej, powikłania układu oddechowego związane z unieruchomieniem, ryzyko odleżyn, zaburzenia metaboliczne (np. hiperkalcemia, hiperglikemia) oraz powikłania infekcyjne związane z dostępem naczyniowym (zakażenia wkłucia obwodowego lub centralnego).

PROBLEM: Podrażnienie skóry po naświetlaniach

Podrażnienie skóry po radioterapii wiąże się z miejscowym bólem i swędem, możliwością otarć, odparzeń, zakażonych, trudnogojących ran i odleżyn. Wymaga specjalistycznej pielęgnacji oraz działań prewencyjnych skóry.

PROBLEM: Lęk przed rozsiewem choroby nowotworowej i śmiercią

Od 1998 r. umieralność z powodu nowotworów złośliwych jelita grubego wśród mężczyzn jest drugą przyczyną zgonów nowotworowych. Brak masowej prewencji wtórnej przyczynia się do wzrostu liczby rozpoznań w zaawansowanym stadium. W Polsce w około 60-70% rozpoznaje się raka jelita grubego w III i IV stopniu zaawansowania, co zmniejsza

szanse na trwałe wyleczenie.

PROBLEM: Lęk przed stanieniem się bezwolnym obiektem działań medycznych oraz przed brakiem ich profesjonalizmu

Lęk chorego manifestuje się brakiem zaufania, dociekliwością wobec personelu, niepokojem ruchowym, agresją, przygnębieniem. Pogłębia go złe doświadczenie w kontaktach z personelem, szpitalny chaos, pośpiech, rozmowy na korytarzu, niefortunne słownictwo i brak uspokajających sygnałów pozawerbalnych.

Działania i czynności pielęgniarские w ramach zapobiegania powikłaniom pooperacyjnym

- profilaktyka zakrzepowo-zatorowa: metody mechaniczne, farmakoterapia, wczesne uruchamianie (mobilizacja), edukacja pacjenta;
- zapobieganie powikłaniom ze strony układu oddechowego: nauka toru oddechowego piersiowego, asekuracja rany przy kaszlu, nauka efektywnego kaszlu i odkrztuszania (przytrzymywanie rany), oklepywanie, masaż wibracyjny;
- zapobieganie nudnościom i wymiotom;
- zapobieganie zakażeniom rany pooperacyjnej;
- żywienie w okresie pooperacyjnym.

Opcje żywienia

- pozajelitowe (z możliwością powikłań metabolicznych, zatorowych i septycznych),
- obserwacja drenów,
- obserwacja cewników,
- obserwacja sondy przełykowo-żołądkowej,
- dojelitowe,
- doustne – rozszerzanie diety i ocena tolerancji przewodu pokarmowego.
- obserwacja powrotu perystaltyki jelit po operacji,
- zapobieganie powstaniu przepukliny okołostomijnej,
- ocena żywotności i funkcjonowania stomii,
- pielęgnacja stomii,
- irygacja stomii,
- nauka czynności higieniczno-pielęgnacyjnych,
- zapobieganie zaparciom – np. siemię lniane, psyllium,
- nasiadówki,
- zapewnienie komfortu psychofizycznego (opieka przeciwbólowa, zmiany ułożenia,

- stosowanie udogodnień, wczesne uruchamianie),
- zapobieganie odparzeniom i odleżynom,
- zapewnienie kontaktu z lekarzem, pielęgniarką stomijną, psychologiem,
- zapewnienie spokoju i kontaktu z rodziną.

Problemy pielęgnacyjne związane z występowaniem późnych powikłań pooperacyjnych

PROBLEM: Zagrożenie wystąpieniem zespołu resekcji przedniej (ZRP)

ZRP polega na niekontrolowanym wydalaniu stolca i gazów. Zachowanie zwieraczy to nie wszystko; ważne jest zachowanie prawidłowych funkcji anorektalnych, czyli zdolności kontroli defekacji i utrzymywania gazów. Po niskich zespoleniach często występują problemy funkcjonalne znacznie obniżające komfort życia. Napromienianie przed- i pooperacyjne może nasilić te objawy.

PROBLEM: Powikłania dotyczące stomii

- martwica stomii,
- przepuklina okołostomijna,
- wypadnięcie stomii,
- zwężenie stomii,
- przetoka (np. pochwowo-odbytnicza),
- niedrożność jelit i inne.

PROBLEM: Zaburzenia funkcji seksualnych

- zmiany organiczne, np. zaburzenia opróżniania pęcherza, zaburzenia erekcji,
- przy resekcji dystalnej części odbytnicy istnieje ryzyko uszkodzenia nerwów miednicznych.

Problemy pielęgnacyjne związane z okresem rehabilitacji po zabiegu

PROBLEM: Brak wiedzy i umiejętności dotyczących zmiany worka i

pielęgnacji skóry wokół stomii

Pacjent ze stomią początkowo czuje się zagubiony i bezradny. Obawy dotyczące samodzielnej zmiany worka, utrzymania higieny i codziennego funkcjonowania są powszechne. Skuteczna edukacja i praktyczne treningi w warunkach szpitalnych zwiększają samodzielność pacjenta po wypisie.

PROBLEM: Lęk przed powrotem do aktywności zawodowej

Pacjenci często ograniczają aktywność zawodową i społeczną z obawy przed zauważalnością stomii i możliwym odrzuceniem przez otoczenie.

PROBLEM: Lęk przed powrotem do życia rodzinnego i intymnego

- przyczyny emocjonalne i psychiczne,
- obawy przed wznowieniem życia seksualnego po operacji, lęk przed brakiem akceptacji ze strony partnera,
- anorgazmia – niezdolność do osiągnięcia orgazmu mimo podniecenia i akceptacji partnera.

Rola i zadania rehabilitacji biopsychospołecznej pacjenta po operacji nowotworu jelita grubego

Rehabilitacja obejmuje:

- prowadzenie rehabilitacji fizycznej jako kontynuacja rehabilitacji przedoperacyjnej (wczesna mobilizacja, ćwiczenia oddechowe i wzmacniające),
- rehabilitacja psychospołeczna – zapewnienie kontaktu z psychologiem i pracownikiem socjalnym,
- rehabilitacja seksualna – w razie potrzeby kontakt z urologiem i seksuologiem,
- wskazywanie i organizowanie grup wsparcia: rodzina, przyjaciele, stowarzyszenia (np. POL-ILKO),
- rola wychowawczo-edukacyjna pielęgniarki: wydanie pacjentowi pisemnych zaleceń pielęgnacyjnych oraz ich omówienie,
- wyposażenie pacjenta w specjalistyczne poradniki i materiały edukacyjne,
- wpływ na zmianę stylu i trybu życia pacjenta,
- żywienie w domu (ewentualna zmiana diety i nawyków żywieniowych),
- przygotowanie do samoopieki (np. model Dolnośląskiego Centrum Onkologii),
- zaopatrzenie stomii – wyposażenie w sprzęt stomijny,
- nauka samodzielnej zmiany worka – chory powinien opuszczać oddział po uzyskaniu

samodzielności w tej czynności, jeśli to możliwe,

- szczególna troska o osoby niepełnosprawne, starsze, niedowidzące, ponownie przyjmowane do szpitala, reoperowane lub w złym stanie psychicznym,
- nauka podawania heparyny drobnocząsteczkowej (kontynuacja profilaktyki przeciwzakrzepowej),
- udzielenie informacji dotyczących systemu badań kontrolnych i kalendarza badań,
- zapewnienie ciągłości opieki i specjalistycznego poradnictwa.

Maciej Krajewski

Wielkopolskie Centrum Onkologii

Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej I