

Rehabilitacja po leczeniu chirurgicznym jelita grubego

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 bowiem realne zagrożenie dla jego zdrowia i życia (odsetek osób po operacji, które przeżywają dłużej niż 5 lat, nie przekracza 25 %), z drugiej dotyka sfery życia wyjątkowo intymnej i wstydlivej jaką jest wydalanie. Jedną z najczęstszych metod leczenia z wyboru w leczeniu raka jelita grubego jest zabieg operacyjny. Przygotowanie psychofizyczne chorego do operacji z powodu nowotworu jelita grubego z pewnością determinuje liczbę i skalę problemów pielęgnacyjnych występujących u pacjenta po operacji, jednak tematem niniejszego opracowania jest ze względu na obszerność zagadnienia jedynie opieka pooperacyjna. Rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych chorego stanowi podstawę i warunek stworzenia prawidłowego planu opieki nad pacjentem. Pielęgniarka powinna umieć formułować a następnie, dobierając odpowiednie metody, rozwiązywać problemy pielęgnacyjne powstające w toku onkologicznej terapii, związane z zabiegiem operacyjnym, jak i tzw. leczeniem skojarzonym, uzupełniającym (chemioterapia, radioterapia przed i pooperacyjna, radiochemioterapia i in.). Praktyka pielęgniarstwa chirurgicznego i onkologicznego ze względu na złożoność problemów występujących u chorych operowanych z powodu nowotworów okrężnicy i odbytnicy wskazuje na konieczność:

1. Standaryzacji opieki pielęgniarskiej

a/ próba standaryzacji opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po operacji raka jelita grubego podjęta przez E. Laskę na łamach Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Angiologicznego 2/2008;

b/ model opieki wg Dolnośląskiego Centrum Onkologii – ocena stopnia przygotowania pacjentów z wylonioną przetoką jelitową do samopielęgnacji, w oparciu o wypracowany własny model opieki – Onkologia Polska 2006;

2. Funkcjonowania specjalistycznych poradni stomijnych, zapewniających pacjentowi ciągłość kompleksowej opieki i porad, świadczonych przez lekarza i odpowiednio przygotowaną do tego celu pielęgniarkę.

Powierzenie obowiązku opieki nad pacjentem z wylonioną przetoką brzuszną wyspecjalizowanej pielęgniarsce stomijnej stanowi bardzo dobre rozwiązanie, jednak nie jest pozbawione pewnego ryzyka. U części pozostałych pielęgniarek skutkować może bowiem obniżeniem wiedzy i umiejętności z zakresu pielęgnacji stomii. W konsekwencji jakość opieki nad tym samym pacjentem może być realizowana przez poszczególne pielęgniarki, na bardzo różnym poziomie, przynosząc pacjentowi niepotrzebnie zamiast poczucia bezpieczeństwa psychofizyczną destabilizację. Być może symptomem takiego właśnie zjawiska jest obserwowane czasem opóźnianie wykonywania zabiegu zmiany worka i pielęgnacji stomii przez niektóre pielęgniarki odcinkowe, które wolą oczekiwać na przybycie pielęgniarki stomijnej. Problem w tym, że pielęgniarka stomijna dostępna jest tylko w dni powszednie, w systemie jednozmianowym i ma pod opieką równocześnie wielu pacjentów, zarówno szpitalnych jak i ambulatoryjnych. Bez wątplenia stwierdzić możemy, że umiejętność właściwej pielęgnacji i zaopatrzenia stomii, a także prowadzenia w tym zakresie edukacji pacjenta oraz jego rodziny należy do zakresu obowiązków każdej pielęgniarki. Pacjent natomiast ma prawo oczekiwać bezzwłocznej pomocy w sytuacjach tego wymagających (np. przepełnienie worka, przeciekanie, odklejenie, oderwanie worka). Chory z wyprowadzoną przetoką brzuszną nie powinien przy tym odczuwać, że dla kogoś z personelu pielęgniarskiego czynność zmiany worka stanowi problem – czy to braku wiedzy, czy umiejętności, czy niestety niechęci... Nigdy też pacjent nie powinien być świadkiem dyskusji personelu „kto ma iść zmienić worek”, a tym bardziej komentarzy np. na temat towarzyszących temu „okropnych zapachów”... Oczywiście jest, że jeśli pacjent (i jego rodzina – w razie takiej potrzeby i za jego zgodą) ma nauczyć się zmiany worka i pielęgnacji stomii, a co za tym idzie także „oswoić się” ze stomią i „umieć z nią żyć”, to musi otaczać go personel niezwykle kompetentny i ze wszech miar taktowny. Aby zapobiec niepożądanym zjawiskom uchybień w opiece nad pacjentem z wylonioną przetoką jelitową w planach szkoleń dla pielęgniarek uwzględnić powinniśmy:

1. Doskonalenie zawodowe pielęgniarek oddziałów chirurgii ogólnej i onkologicznej w zakresie metod rozwiązywania problemów pielęgnacyjnych pacjentów po operacji nowotworów jelita grubego, ze szczególnym uwrażliwieniem na specyfikę opieki nad pacjentami z wylonionym odbytem brzuszny.

2. Kształtowanie właściwych, profesjonalnych postaw pielęgniarskich wobec chorych ze stomią, które nacechowane troską, cierpliwością, akceptacją pomogą przezwyciężyć pacjentom opory w zaakceptowaniu pooperacyjnych zmian swojego ciała oraz pokonać trudności w przystosowaniu się do jego nowego funkcjonowania.

Dużo więcej czasu, uwagi i szczególnej troski wymagają w tym względzie pacjenci starsi, niepełni, niepokodzeni psychicznie ze zmianą swojej życiowej sytuacji oraz pacjenci ze stomią powikłaną (tzw. trudną). O wiele większe trudności w przystosowaniu do nowej sytuacji wg badań wykazują także osoby ponownie hospitalizowane oraz reperowane np. z powodu komplikacji pooperacyjnych bądź nawrotów choroby.

Liczbę i skalę problemów pooperacyjnych u pacjenta po operacji raka jelita grubego determinuje bezpośrednio:

1. Wiek biologiczny pacjenta;

2. Stan biopsychospołeczny w chwili przyjęcia na oddział chirurgiczny (np. istnienie tzw. obciążeń, „choroby towarzyszące”, internistyczne, niezwiązane z ch. nowotworową np. choroby układu krążenia)

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

3. Umieszczenie i zaawansowanie nowotworu:

4. Rodzaj, metoda i wynik zastosowanej operacji:

a) radykalność onkologiczna

- operacja o znamionach radykalności np. resekcja guza z fragmentem jelita w granicach zdrowych tkanek oraz dokonanie połączenia dwóch końców jelita;
- operacja paliatywna np. wyprowadzenie przetoki zewnętrznej powyżej tzw. nieoperacyjnej zmiany, która zwęża lub zamyka światło jelita;

b) metoda operacyjna np.

- resekcja przednia, bez wyłaniania stomii - zachowuje zwieracze, ale obciążona jest np. ryzykiem rozejścia się zespolenia czy też ryzykiem zespołu resekcji przedniej - ZRP
- resekcja brzuszno-kroczoowa i brzuszno-krzyżowa obejmuje wycięcie odbytnicy oraz odbytu ze zwieraczami, co powoduje konieczność wyłonienia stomii na stałe.

c) rodzaj wprowadzonej stomii

Obowiązują tutaj różne kryteria podziału stomii:

- kryterium czasowe: stomia czasowa lub definitywna,
- ze względu na poziom jelita, na którym została wykonana stomia: ileostomia – na jelicie krętym, kolostomia – na jelicie grubym,
- ze względu na budowę stomii – liczba tzw. luf: stomia końcowa – tzw. jednolufowa, boczna
- – tzw. dułufowa czyli pętlowa.

d) w konsekwencji tego stopień zaistniałego „okaleczenia”:

e) znaczenie prawidłowego umiejscowienia i wykonania stomii wg zasad Turnbulla i

Weakleya (*good stoma*) a konsekwencje odejścia od tych zasad np.:

- złe umiejscowienie w wyniku niewyznaczenia stomii przed operacją albo wyznaczenia jej w złym miejscu albo niezastosowania się operatora do wyznaczonego miejsca:
- stomia w miejscu niewidocznym dla pacjenta
- stomia w fałdzie skórny
- złe wykonanie
- stomia płaska lub wklęsła
- stomia źle ukrwiona

Problemy pielęgnacyjne wczesnego okresu pooperacyjnego

wynikają najczęściej z powikłań:

- ze strony układu krążenia (m.in. zatrzymanie krążenia, wstrząsy anafilaktyczne, krwotoki, zakrzepy, zatory),
- oddechowego,
- moczowego,
- zakażeń ran pooperacyjnych
- podrażnień i infekcji skóry wokół stomii
- depresji pooperacyjnej.

PROBLEM: Ból rany pooperacyjnej

Ból pooperacyjny jest głównym czynnikiem decydującym o jakości życia pacjenta po operacji. Dlatego właśnie stałe i systematyczne znoszenie dolegliwości bólowych ma niebagatelne znaczenie dla procesu rehabilitacji i samopoczucia chorego. Nieumiejętne jego zwalczanie lub bagatelizowanie przez

personel medyczny powoduje m.in.:

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

PROBLEM: Nudności i wymioty

Objaw nudności i wymiotów u chorego po operacji może mieć bardzo różne podłoże.

Najczęściej występuje jako reakcja organizmu po lekach zastosowanych podczas anestezji, ale może też mieć całkiem innego podłoże i być symptomem poważnych komplikacji np. niedrożności jelit.

Problem nudności i wymioty obserwujemy m.in.

- po zastosowaniu opioidów
- jako reakcja odruchowa na ból trzewny
- jako skutek radioterapii
- po zastosowaniu cytostatyków
- zatrucia pokarmowe

Pojawienie się nudności i wymiotów powodować może

- zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej
- zmęczenie chorego
- dyskomfort w jamie ustnej

Stwarza ponadto zagrożenie zachłyśnięciem albo rozejściem się rany pooperacyjnej.

PROBLEM: PZZ – zagrożenie powikłaniami zakrzepowo –zatorowymi

Wzrasta wraz z wiekiem pacjenta, pogłębione jest przez długotrwałe unieruchomienie, radioterapię przedoperacyjną, chemioterapię, otyłość - wskaźnik BMI – *body mass index*,

żywienie pozajelitowe, rozsiew nowotworu, zakażenia bakteryjne i in. Ryzyko wystąpienia PZZ wzrasta w przypadku nowotworu 4–6-krotnie. Szczególne znaczenie ma leczenie operacyjne, gdyż często wiąże się z unieruchomieniem, długotrwałym znieczuleniem ogólnym z dodatnim ciśnieniem wentylacyjnym (zwolnienie przepływu krwi), pooperacyjną utratą krwi i odwodnieniem, infekcją i żywieniem dożylnym.

W porównaniu z chorymi operowanymi z innych przyczyn, ryzyko PZZ u pacjentów onkologicznych jest wyższe 3–5 razy i wynosi ok. 29%.

PROBLEM: Ograniczenie aktywności fizycznej

Związane z: długotrwałym zabiegiem, żywieniem pozajelitowym, zanemizowaniem, osłabieniem, 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 niekorzystny wpływ na stan psychiczny pacjenta, zaburzenie procesów trawienia (brak żucia, bodźców smaku, zapachu), wysuszenie i zmiany patologiczne śluzówki jamy ustnej, nalot na języku, niesmak, przykry zapach oddechu i inne.

Może dojść do powstania pleśniawek lub zapalenia błony śluzowej jamy ustnej, co sprawia choremu dodatkowy ból i pogarsza jego stan.

PROBLEM: Powikłania żywienia pozajelitowego

Ryzyko: zmian patologicznych błony śluzowej, w wyniku unieruchomienia powikłania ukł. oddechowego, ryzyko odleżyn, zaburzeń metabolicznych (hiperkalcemia, hiperglikemia), powikłania infekcyjne np. zakażenia wklucia obwodowego lub centralnego i inne.

PROBLEM: Podrażnienie skóry po naświetlaniach

Problem podrażnionej skóry po naświetlaniach związany jest z uczuciem miejscowego bólu i świądu, z możliwością wystąpienia otarć,

odparzeń, zakażonych, trudnogojących ran i odleżyn. **PROBLEM:** Lęk przed rozsiewem choroby nowotworowej i śmiercią

Od 1998 r. umieralność z powodu nowotworów złośliwych jelita grubego wśród mężczyzn jest drugą nowotworową przyczyną zgonów. Brak prewencji wtórnej na masową skalę przyczynia się do wzrostu liczby zachorowań i zgonów na ten nowotwór. Niestety, w Polsce w ok. 60–70 proc. rozpoznaje się i leczy raka jelita grubego w III i IV stopniu zaawansowania, dlatego tylko poniżej 20 proc. chorych na szansę na trwałe wyleczenie.

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

Rak jelita grubego w Polsce jest często źle diagnozowany i źle leczony (opinie m.in. prof. Nowackiego, prof. Pawlickiego) Lęk chorego manifestuje się m.in.: brakiem zaufania, dopytywaniem się, podpytywaniem pielęgniarek i pacjentów, niepokojem ruchowym, agresją, przygnębieniem i in. Poglębia go: złe doświadczenia w poprzednich kontaktach z personelem medycznym, szpitalny chaos, rutyna, pośpiech, prowadzeniem rozmów na korytarzu, niefortunne słownictwo, nieodpowiedni ton, brak uspokajających sygnałów pozawerbalnych i inne.

Działania i czynności pielęgniarstwa w ramach zapobiegania powikłaniom pooperacyjnym:

- a/ profilaktyka zakrzepowo-zatorowa: metody mechaniczne, farmakoterapia, wczesne uruchamianie, edukacja pacjenta;
- b/ zapobieganie powikłaniom ze strony układu oddechowego z uwagi na przecięcie powłok brzusznych podczas operacji, należy przestawić pacjenta na tor oddychania piersiowy, asekurując miejsce w którym nastąpiło ciecie chirurgiczne nauka efektywnego kaszlu i odkrztuszania (przytrzymywanie rany pooperacyjnej)
- oklepywanie, masaż vibracyjny
- c/ zapobieganie nudnościom i wymiotom
- d/ zapobieganie zakażeniom rany pooperacyjnej e/ żywienie w okresie pooperacyjnym
 - pozajelitowe (możliwość powikłań metabolicznych, zatorowych, septycznych)
 - obserwacja drenów
 - obserwacja cewników
 - obserwacja sondy przełykowo-żołądkowej
 - dojelitowe
 - doustne – rozszerzanie diety – ocena stopnia tolerancji przewodu pokarmowego pacjenta na wprowadzanie odżywienia droga fizjologiczną
- f/ obserwacja powrotu perystaltyki jelit po operacji
- g/ zapobieganie powstaniu przepukliny okołostomijnej h/ ocena żywotności i funkcjonowania stomii
- i/ pielęgnacja stomii j/ irygacja stomii
- k/ nauka czynności higieniczno-pielęgnacyjnych l/ zapobieganie zaparciom – siemię lnu, Psyllium m/ nasiodówki
- n/ zapewnienie komfortu psychofizycznego
 - opieka przeciwbólowa
 - zmiany ułożenia
 - stosowania udogodnień (np. wałek pod nogami)
 - wczesne uruchamianie
 - zapobieganie odparzeniom i odleżynom
 - zapewnienie kontaktu z lekarzem, pielęgniarką stomijną, psychologiem,
 - zapewnienie spokoju
 - zapewnienie kontaktu z rodziną

Problemy pielęgnacyjne związane z występowaniem późnych powikłań

pooperacyjnych m.in.

PROBLEM: zagrożenie wystąpieniem zespołu ZRP ZRP – zespół resekcji przedniej

Polega na niekontrolowaniu wydalania stolca i gazów

- zachowanie zwieraczy to nie wszystko, ważne jest zachowanie prawidłowych funkcji anorektalnych, czyli zdolności kontroli defekacji, utrzymywania gazów

Przy dokonaniu operacji resekcji przedniej a zwłaszcza przedniej niskiej (niskie zespolenie okrężnicy – odbytnicze czy odbytowe) występują często problemy funkcjonalne znacznie obniżające komfort i jakość życia pacjenta.

Napromienianie przed i pooperacyjne może nasilić te objawy.

PROBLEM: wystąpienie powikłań dotyczących stomii

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

PROBLEM: Zaburzenia funkcji seksualnych

- zmiany organiczne - m.in. zaburzenia opróżniania pęcherza moczowego, zaburzenia erekcji
- przy resekcji dystalnej części odbytnicy pojawia się ryzyko naruszenia nerwów podbrzuszných.

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, bezradny, zrozpaczony swoim okaleczeniem, tym, „co go spotkało...”. Jest pełen obaw, że nie poradzi sobie samemu z czynnościami związanymi ze zmianą worka na stomii, z zachowaniem należytej higieny, szczególnie po wyjściu ze szpitala, a jego życie stanie się udręką dla niego samego i jego rodziny...

PROBLEM: Lęk przed powrotem do aktywności zawodowej.

Chorych paraliżuje często lęk, często ograniczają sami swoją aktywność fizyczną, zawodową, społeczną. Izolują siebie samych w obawiając się, że posiadanie przez nich stomii będzie widoczne i „wyczuwalne” dla otoczenia, co stanie się powodem odrzucenia ich i społecznego wykluczenia.

PROBLEM: Lęk przed powrotem do życia rodzinnego, intymnego

- przyczyny emocjonalne, psychiczne
- obawy przed wznowieniem życia seksualnego po operacji, lęk przed brakiem akceptacji, odrzuceniem ze strony partnera, partnerki;
- anorgazmia – (*anorgazmia* - niezdolność do osiągnięcia orgazmu w czasie stosunku mimo istniejącego podniecenia i akceptacji partnera).

ROLA i ZADANIA**Rehabilitacji biopsychospołecznej pacjenta po operacji nowotworu jelita grubego:**

- prowadzenie rehabilitacji fizycznej jako kontynuacja rehabilitacji przedoperacyjnej
- rehabilitacja psychospołeczna (zapewnienie kontaktu z psychologiem i pracownikiem socjalnym)
- rehabilitacja seksualna (w razie potrzeby umożliwienie kontaktu z urologiem i seksuologiem)
- wskazywanie i organizowanie grup wsparcia: rodzina, przyjaciele, członkowie stowarzyszenia POL-ILKO
- rola wychowawczo edukacyjna pielęgniarstwa:
- wydanie pacjentowi (na piśmie) zaleceń pielęgnacyjnych oraz ich omówienie
- wyposażenie pacjenta w specjalistyczne poradniki
- wpływ na zmianę stylu, trybu życia pacjenta;
- żywienie w domu (ew. zmiana diety i nawyków żywieniowych)
- przygotowanie do samoopieki (model Dolnośląskiego Centrum Onkologii)
- zaopatrzenie stomii – wyposażenie w sprzęt stomijny
- nauka samodzielnej zmiany worka - chory powinien opuszczać oddział dopiero po uzyskaniu samodzielności w zmianie worka stomijnego, choć nie zawsze jest to możliwe
- objęcie szczególną troską osób: niepełnosprawnych, starszych, niedowidzących, ponownie przyjmowanych do szpitala, reoperowanych, będących w złym stanie psychicznym itp.
- nauka podawania heparyny drobnocząsteczkowej (kontynuacja profilaktyki p. zakrzepowej)
- udzielenie informacji dotyczących systemu badań kontrolnych, kalendarz badań kontrolnych
- zapewnienie ciągłości opieki, specjalistycznego poradnictwa.

Maciej Krajewski

Wielkopolskie Centrum Onkologii

Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej I