

NEGA UROLOŠKEGA BOLNIKA PRI IZPELJAVI SEČA IN OSKRBA KATETROV

Darinka Klemenc

Izpeljavo seča delimo na notranjo (rekonstrukcije) in zunanjo.

Zunanja izpeljava seča:

- katetri: nefrostoma
 cistostoma
 stalni kateter
 intermitentna čista samokateterizacija
- izpeljava na kožo: mokra stoma
 suha stoma
 pripomočki za inkontinenco

KATETRI

Nefrostoma je umetna odprtina z vloženim nefrostomskim katetrom, ki v ledvenem predelu vstopa v ledvico oziroma v ledvični meh. Vstavimo jo operativno ali na rentgenskem inštitutu pod UZ. Lahko je začasna (razbremenilna) ali trajna (paliativna). Nega bolnika z nefrostomo ni hudo zahtevna: okolico sterilno pokrijemo z gazo, redno prevezujemo, občasno očistimo z aseptičnimi sredstvi. Kateter je prišit s šivom. Bolnika opozorimo, naj bo previden, daga ne izpulji. Pazimo na prehodnost (lahko pride do anurije!). Po zdravnikovem navodilu ga lahko prebrizgamo s sterilno fiziološko raztopino, po predhodnem antibiogramu dodamo še antibiotik. Urin iz nefrostome odteka v zbiralno urinsko vrečko (zaprt sistem!). Bolnika z nefrostomo zunaj bolnišnice le redko srečamo, z začasno ali trajno nefrostomo je odpuščenih le okrog 10 % vseh bolnikov, ki imajo nefrostomo.

Cistostoma je umetna odprtina z vloženim cistostomskim katetrom, ki vstopa v sečni mehur v predelu nad sramno kostjo. Naredimo jo iz več razlogov. Kateter menjavamo na 2 do 3 tedne. Nega je podobna kot pri nefrostomi, prav tako pa je tudi cistostoma lahko začasna ali pa tudi trajna (kar je redko). Nekatere bolnice so po operativnih posegih (npr. stresna inkontinenca) odpuščene s cistostomo začasno v domačo oskrbo. Poučimo jih o merjenju diureze (spontane in zastanka, izmerjenega po cistostomi). Ko se le-ta obrne v prid spontane mikcije, cistostomo odstranimo. Okolica cistostome naj bo prav tako sterilno prekrita, konec cistostomskega katetra pa zaprt s posebnim zamaškom.

Stalni kateter je najpogostejša oblika zunanje izpeljave seča. Kate-terizacija je zelo star poseg, sega celo 2000 do 3000 let nazaj v zgo-dovino v čas pred n.št. Leto 1934 pomeni prelomnico; takrat je dr. F. Foley izumil prototip današnjega katetra. Prvotno je služil kot poo-perativni prostatični kateter za hemostazo. Kmalu pa so ugotovili, da je balonček tudi drugače odličen pripomoček za fiksacijo katetra, in tako je iz intermitentne kateterizacije kateter z balonom pomenil kon-tinentno drenažo urina iz mehurja.

Izbira katetra je zelo važna. Pri tem je treba upoštevati naslednje:

- a) kako dolgo bo bolnik kateter potreboval
 - kratek čas - do 7 dni
 - srednje dolgo - do enega meseca
 - dolgo časa - več kot 1 mesec
- b) izgled urina
 - pri čistem urinu - kateter Ch 12 - 14
 - pri motnem urinu - Ch 16 - 18
 - pri krvavem, s koagulii - Ch 18 - 24
- c) izbira materiala: vsak izdelovalec katetra prisega na svoj recept, vsi pa se trudijo doseči čim bolj idealno kombinacijo materialov (lateks, elastomer, silikon...)
- d) konico: katetri imajo mnogokrat imena po avtorjih konic (Tiemann, Roberts, Whistle idr.). Predolga ali prekratka konica (to je raz-dalja med balonom in koncem katetra) lahko povzroča težave.
- d) odprtine: luknjice na katetru naj bodo ravno pravšnje; premajhne onemogočajo odplavljanje koagulov, koščkov sluznice ali gostejšje-ga urina, prevelike pa preveč materiala in zamašijo lumen katetra.
- f) balon: pri polnjenju balona moramo biti posebno pazljivi: s 30 in več ml tekočine napolnimo balon izključno za pomoč pri hemostazi. Za rutinsko drenažo napolnimo balon le s 5 - 10 ml aque redestilata-te. Tekočina za polnjenje mora biti sterilna. (Ne uporabljajmo vo-de iz pipe, slanih raztopin - fiziološka raztopina povzroča tvor-bo kristalov v balonu, tako da imamo lahko težave pri odstranje-vanju katetra, prav tako balona ne polnimo z zrakom, ker je pre-lahek.)
- g) velikost: (dolžino, debelino) katetra upoštevamo pri spolu bolni-ka. Pri ženski nikdar ne uporabljamo moških katetrov (možnost poš-kodbe). Velikost katetra izražamo z zunanjim premerom, imenovanim po francoskem izdelovalcu inštrumentov Charriere-u (1 CH = 1/3 mm). Za običajno kateterizacijo, pri čistem urinu, zadošča velikost CH 12 - 14. Katetre, ki so večji od 20 Ch, za običajno drenažo se-ča le redko uporabljamo.
- h) Lumen katetra je prav tako pomemben faktor; lahko je okrogel, pol-okrogel, mesečast. Najbolje odteka seč po katetru z okroglim lum-nom, saj so notranje stene najbolj gladke.

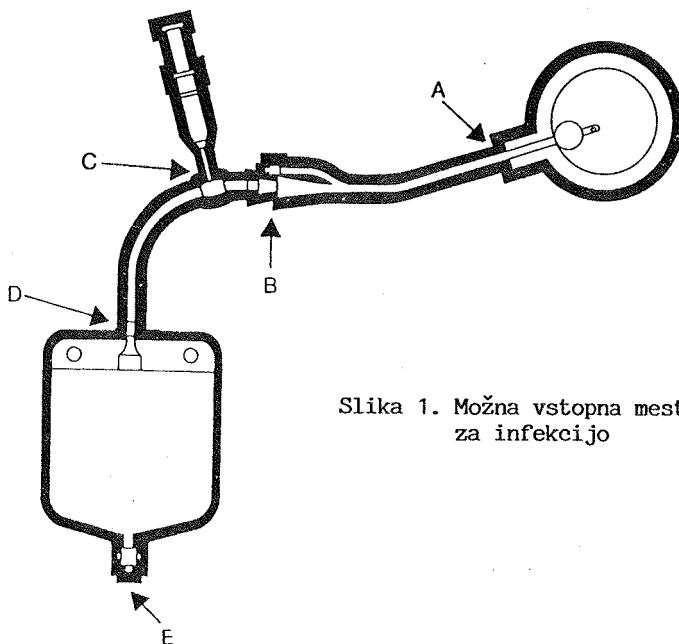
Vstavev katetra je na naši kliniki pri moških izključno v pristojnosti zdravnika urologa, pri ženskah pa to opravljajo medicinske sestre. Enako velja to za menjavo katetra. Praviloma pa naj bi vsak zdravnik splošne prakse znal vstaviti in zamenjati kateter svojemu bolniku, le v izjemnih primerih naj bi bolnika poslal k specialistu (krvavitev, zamašitev, bolečine).

Kateterizacija je sterilni poseg (razen izjem), kjer se držimo vseh pravil sterilnosti. Med bolniki, ki so sprejeti v bolnišnico, je 10 - 12 % takih, ki jih je treba kateterizirati; smrtnost zaradi povzročene infekcije je 2 %.

Nega bolnika z urinskim katetrom

a) Vzdrževanje higiene

Pravila nege so enaka kot pri intimni negi. Kateter in okolico umivamo s toplo vodo in blagim milom. Priporočajo umivanje na 3 - 4 ure in po vsaki defekaciji. Voda je lahko prekuhana (kamilice), lahko pa uporabljamo tudi raztopino blagega aseptičnega sredstva. S to raztopino lahko tudi izperemo kateter, če se zamaši. Pri negi ne smemo pozabiti, da je umivanje rok pred posegom in po njem najvažnejši ukrep za preprečevanje infekcije (velja za osebje in bolnika). Medicinskemu osebju priporočamo uporabo rokavic za enkratno uporabo, ki jih za vsakega bolnika zamenjamo. Isto velja pri praznjenju urinskih vrečk. Poudarjamo pomembnost zaprtega drenažnega sistema, kjer se lahko izognemo potencialni možnosti infekcije preko vstopnih poti, ker praznimo seč skozi iztok na dnu urinske vrečke. (slika 1)



Slika 1. Možna vstopna mesta za infekcijo

b) Skrb za dobro drenažo

Bolniku priporočamo pitje zadostnih količin tekočine, lahko mu damo tudi infuzijo. Opazujemo barvo, vonj, bistrrost urina. Po potrebi mehur tudi izpiramo ali pa priključimo perfuzijo, tj. stalno drenažo izpiralne tekočine skozi mehur (uporabljamo perfuzijski kateter).

c) Občasna kontrola urina z bakteriološko preiskavo in po potrebi ustrezna antibiotična terapija.

d) Menjava katetra

Navaden stalni kateter menjujemo vsake 14 dni - 3 tedne, silikonskega pa na 6 tednov. Zadnje čase je vedno več zagovornikov teorije, da naj bi kateter menjavali le po potrebi, to se pravi, samo tedaj, če se zamaši ali če ne deluje tako, kot bi moral. Kateter pomeni tujek v telesu in bolnika temu primerno negujemo (spazmolitika, izpiranje, uro-antiseptika).

Bolnika in svojce poučimo, da kateter doma predstavlja določeno tveganje za bolnika, zato naj ga pustijo pri miru. Poučimo jih o ravnanju z njim in o negi, poudarjamo prednost zaprtega sistema. Zamaške za katetre nekateri dovolijo, drugi ne. Ravnanje z njimi je nerodno za starejšega človeka, urin ne more stlno odtekati iz mehurja, zato je dosti boljše namestiti urinsko vrečko; ponoči je to tako in tako nujno.

Kateterizacijo uvrščamo med agresivne posege v človekovo telo, zato naj bi se odločali zanjo po dobrem premisleku.

Intermitentna čista samokateterizacija - IČS je občasna čista kateterizacija, ki jo opravlja bolnik sam (redkeje svojci) v določenih časovnih presledkih. Za razliko od običajne kateterizacije to ni sterilen poseg, upoštevamo le pravila asepse. IČS je potrebna bolnikom, ki ne morejo spontano prazniti ali popolnoma izprazniti mehurja. Indikacij zanjo je precej. V zadnjem času tako praznimo tudi nadomestne sečnike ("pouch-e"), ki so narejeni iz črevesja; to so tako imenovane suhe ali kontinentne stome. Od vseh pripomočkov in načinov pomoči inkontinentnemu bolniku omogoča IČS še najbolj normalno življenje. Morda je presenetljivo dejstvo, da v kolikor upoštevamo osnovna higienska merila (opisana spodaj) in mehur izpraznimo v celoti v 2-6 urnih časovnih presledkih, infekcije urotrakta niso preveč pogoste in hude.

To so 15-letne izkušnje uporabe te metode, na naši kliniki pa smo začeli učiti IČS pred približno 5 leti. Občasno ali trajno se kateterizira okrog 100 bolnikov. Bolnika učimo IČS postopoma, čeprav niso redki ambulantni primeri, ko bolniki osvojijo tehniko posega že po prvi ali drugi kateterizaciji. Praviloma se z bolnikom najprej pogovori zdravnik, nato pa ga prepusti medicinski sestri. Po naših izkušnjah je najbolje, da bolniku najprej ponudimo pismena navodila; ko jih prečita, se z njim o tem pogovorimo. Izberemo primeren prostor in pripravimo vse potrebne pripomočke (kateter, ledvičko, žele, pri ženskah ogledalo). Začnemo z umivanjem rok in spolovil. Sprva bolnik med posegom le opazuje ravnanje medicinske sestre, pri drugem poskusu pa že sam sodeluje. Kateter, ki je sicer za enkratno uporabo, bolnik ob učenju lahko uporabi večkrat. Po vsaki kateterizaciji naj ga spere pod tekočo vodo, osuši in ponovno shrani v vrečko, kjer je bil doslej.

Zamenja ga približno po enem tednu, razen če postane moten ali se umaže (blato, menstruacija).

Pri izbiri bolnikov za IČS upoštevamo več faktorjev:

- motivacija (bolniku pojasnimo, da bo suh, brez neprijetnega vonja, brez predlog, da poseg ni boleč)
- psihomotorne karakteristike (bolnikova sposobnost, da dojame smisel posega in sprejme odgovornost, ki mu jo nalagamo; poznati mora možne komplikacije)
- socialne razmere (primeren prostor, higienski nivo)
- motorične sposobnosti (možnost, da doseže predel uretre z obema rokama, to pa je težavno pri paraplegikih, distrofikih in starih ljudeh, zaradi omejitve gibanja, tremorja, slabega vida itd.)
- otroci potrebujejo pomoč staršev.

Sam postopek IČS je enak kot pri običajni kateterizaciji; velik poudarek dajemo umivanju rok tako pred posegom kot po njem. Bolnika poučimo, da mora o spremembah v barvi, bistrosti in količini urina, pa tudi o morebitni krvavitvi takoj obvestiti zdravnika.

Stalni kateter je le ena od rešitev problema inkontinence, ki pa sploh ni najlažja. Zanj se ne odločamo prehitro, posebno ne pri bolnikih, kjer bi še lahko uporabljali druge pripomočke. Daleč primernejša je IČS, poznamo pa tudi še druge pripomočke za nego, ki pa so drugačni za moške kot za ženske. Ženske nimajo razen različnih podlog dosti izbire. Nekateri izdelovalci teh pripomočkov se zadnje čase zelo trudijo in nudijo že prav kvalitetne vložke, ki vpijejo precejšnje količine urina, bolnica pa ima občutek, da je suha. Nekaj več izbire je za moške: od starejših, penis klem, ki jih v zadnjem času opuščamo zaradi komplikacij, do urinalov iz gume, nekakšnih gumijastih "predpasnikov", ki so pritrjeni okrog pasu z elastiko, urin pa odteka preko zbiralnika v zbiralno vrečko, pritrjeno na nogo. Mnogo boljši so "urinal kondomi", ki za marsikoga predstavljajo edino primerno rešitev inkontinence. Ravnanje z njimi je dokaj enostavno, upoštevati moramo le priložena navodila. Nekateri od njih so opremljeni celo že z aplikatorjem, druge pa pritrdimo z lepilnim trakom. Tudi tu prosti konec "urinal kondoma" priključimo na zbiralno vrečko, ki visi ob stegnu.

ZUNANJA IZPELJAVA URINA NA KOŽO

Mokra stoma - urostoma

Življenje s stomo (stoma - grš. pomeni usta ali odprtino) predstavlja hudo fizično in psihično obremenitev. V prvih trenutkih soočanja z diagnozo in z usodnim kirurškim posegom bolniku neizmerno veliko pomeni pravičen in razumevaajoč odnos tako zdravnika kot tudi medicinske sestre (po možnosti stomaterapevta), ki bo bolnika spremljala ves čas hospitalizacije in ostala z njim v stiku še po odhodu domov.

Priprava na operacijo poteka po določenem vrstnem redu; izjemno pomembna je psihična priprava, ki je nikakor ne smemo opustiti. Poleg rutinskih in specialnih preiskav posvečamo posebno pozornost čiščenju črevesja (golytely sol.) in "umerjenju" stome, tj. določitvi najprimernejšega mesta zanj, po vseh obstoječih kriterijih.

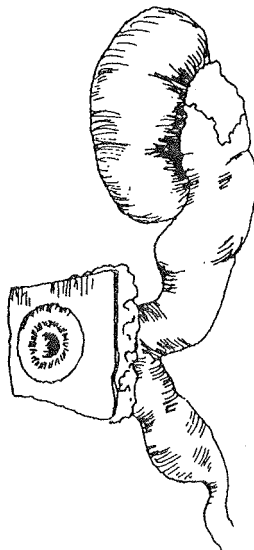
Vrste stom:

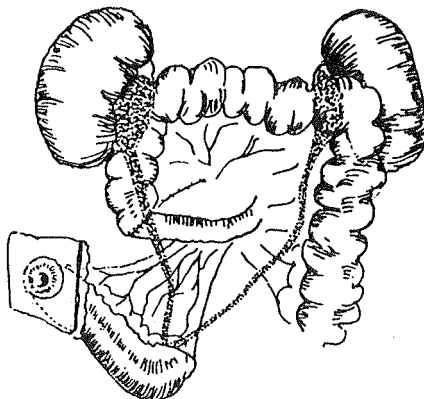
- a) ureterokutanostoma - izpeljavo ureterjev na kožo opuščamo, razen v izjemnih primerih (paliativno), ker pri tem postopku pogosto pride do komplikacij, predvsem do stenoze (slika 2).
- b) Brickerjev mehur (conduit) je najpogostejša tovrstna oblika derivacije (slika 3).
- c) Mokra stoma je tudi urinska fistula, kar pomeni, da fistulo negujemo po vseh principih nege stome.

Urostoma se v nekaterih podrobnostih razlikuje od ostalih (črevesnih) stom:

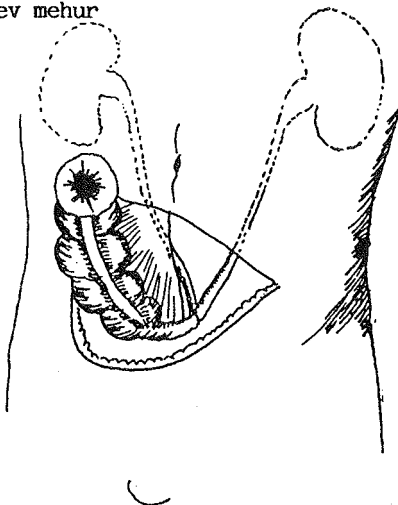
- Urin stalno izteka, saj stoma praviloma iztisne vsakih nekaj sekund po nekaj kapljic urina.
- Po velikosti je ta stoma manjša (posebno ureterokutanostoma). Mokra stoma naj bo nad nivojem kože, seč naj bi se izlival v vrečko tako, da bi bilo med kožo in sečem čim manj stika.
- Po stopnji zahtevnosti je nega te stome med kolostomo in ileostomo.
- Imamo večjo možnost izbire lokacije (običajno je na desni strani trebuha, lahko pa tudi na levi).
- Vzorce urina jemljemo neposredno iz stome - sterilno, s katetrom, ne iz vrečke.

Slika 2: Ureterokutanostomija





Slika 3. Brickerjev mehur



Kriteriji za določitev mesta stome:

- Mesto stome mora bolnik dobro videti in doseči z rokami.
- Umerimo jo v vseh možnih položajih (leže, stoje, sede, v priklonu, nagnjen postrani).
- Izogibamo se brazgotin, nevusov, kostnih štrlin, gub na trebuhu; potrebujemo 10 x 10 cm gladke površine.
- Stoma naj bo v predelu rektalnih mišic (rektusov), ker je trebušna stena tu najtrdnjša.
- Upoštevamo tudi to, ali je bolnik desničar ali levičar, izogibamo se predelu okrog pasu (krilo, hlače).

- Bolnik naj z nami sodeluje.
- Izbrano mesto označimo pred odhodom v operacijsko dvorano z vodo-odpornim svinčnikom (slika 4).

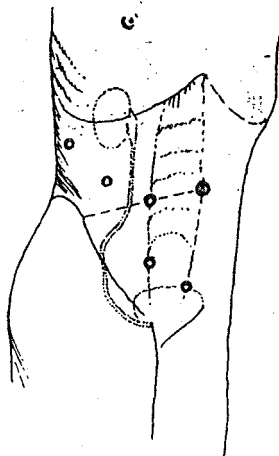
Stoma dobi dokončno obliko in velikost 6 - 8 tednov po operaciji, ko je bolnik običajno že doma. V kooperativnem obdobju učimo bolnika nege stome postopoma. V začetku nas bolnik le opazuje, nato mu ob vsaki menjavi pripomočkov nevsiljivo razlagamo postopek, tako da mora ob odpustu praviloma sam znati oskrbeti svojo stomo. Svojce prosimo za sodelovanje pri otrocih in pri starejših, sicer pa le, če se bolnik s tem strinja. Bolniku skušamo omogočiti tudi srečanje z enim od bolnikov, ki stomo že ima in se je že dobro rehabilitiral.

Princip nege, ki velja za vse vrste stom, je, da skušamo ohraniti čisto, suho in zdravo kožo okrog stome. Posebna značilnost urostome je stalno iztekanje urina, zato je včasih težko ujeti pravi trenutek, ko lahko v "suhi fazi" opravimo vso potrebno nego, zato vsaj na začetku priporočamo, da je ob postopku prisoten eden od svojcev. Bolniku svetujemo, naj uredi stomo, če je mogoče, zjutraj, ko je količina urina najmanjša.

Postopek oskrbe stome naj bo čim bolj preprost:

- previdno odstranimo staro podlogo in vrečko (če ni že prej odpadla),
- mesto namilimo z blagim milom in dobro izperemo (nikoli ne uporabljamo bencina, etra ali alkohola, lahko samo specialna čistila),
- osušimo z rahlim brisanjem (lahko si pomagamo s fenom, poleti priporočamo blago sončenje),
- medtem izrežemo (ali bolje imamo že pripravljeno) na kožni podlogi odprtino, ki naj se čim lepše prilega stomi, in jo pritisnemo na osušeno kožo,

Slika 4: Mesta uroloških stom



- za boljšo tesnitev lahko okrog stome, predno nalepimo podlogo, iztisnemo eno od specialnih past (Comfeel, Combihesive, Karaya),
- pritisnemo ustrezno vrečko,
- vse delamo zelo previdno.

V začetnem času priporočamo enodelni sistem podloge in vrečke, ker je aplikacija manj boleča; vrečka in podloga sta namreč že spojeni v enem kosu ali pa ju zlepimo med postopkom. Kasneje bolniki radi uporabljajo dvodelni sistem, tj. sistem, kjer sta podloga in vrečka spojeni s plastičnim obročkom in se ju da razstaviti. Ta sistem je zelo prikladen; vrečko lahko po želji operemo in ponovno uporabimo, lahko jo celo dezodoriramo s posebnimi kapljicami proti smradu. Ponoči priporočamo drenažo preko urostomske urinske vrečke v navadno, ki visi ob postelji (zaprt sistem). Urostomsko vrečko bolnik prazni na 2 - 4 ure, odvisno od diureze. Napolnjena naj bo največ do treh četrtin - zaradi teže. Posebnost urostomske vrečke je antirefluksna valvula. Komplet podloge in vrečke zdrži različno dolgo, od 2 - 14 dni. Priporočamo pitje zadostnih količin tekočine (ca. 2 litra). Bolnika poučimo tudi o možnih komplikacijah: dermatitis, glivice, krvavitve, stenoze, tvorba kristalov okrog stome, hernia ipd. Pomagamo mu z nasveti in ga opozorimo, kdaj naj išče zdravniško pomoč.

Naš cilj je čim bolj rehabilitirati bolnika in ga ponovno vključiti v življenje, kakršno je živel pred operacijo (služba, šport, potovanja). Ne nazadnje smo se dolžni z njim pogovoriti tudi o morebitnih seksualnih problemih. Ob odpustu bolnika seznanimo z možnostjo nabave pripomočkov, ki so vsi po vrsti iz uvoza in hudo dragi. (V zadnjem času imajo bolniki urejeno dokaj dobro oskrbo preko trgovine "Sanolabor" v Ljubljani, Cigaletova 9, v Lekarni Levstikov trg v Ljubljani in v večjih lekarnah po vsej Sloveniji. Bolnike seznanimo tudi z možnostjo vključitve v društvo "ILCO", to je mednarodno združenje bolnikov s kolo-, ileo- in urostomo.

Društvo ima sedež v Mariboru, vanj je vključenih približno 200 članov. Bolniki se srečujejo na rednih zborih, družabnih in strokovnih srečanjih, izdajajo tudi svoje glasilo. Društvo ima več sekcij po Sloveniji. Tudi medicinske sestre, ki se ukvarjamo z nego teh bolnikov, imamo že 4 leta svojo strokovno sekcijo, ki deluje v okviru Društva medicinskih sester Slovenije - Sekcijo za nego stom. Prav tako organiziramo dvakrat letno strokovna srečanja, skušamo spremljati novosti na tem področju, organizirale smo tudi 14-dnevni tečaj stomaterapije 1990 leta in 3-tedenski tečaj v letu 1991. Smo tik pred izpeljavo svetovno priznane šole za stomaterapevte.

Osnovni cilj vseh je pomagati bolnikom s stomo, nuditi jim varnost in občutek, da niso prepuščeni sami sebi in svoji stiski.

Suha stoma

predstavlja v primerjavi z mokro stomo velik napredek in neprimerno kvalitetnejši način življenja (slika 5)

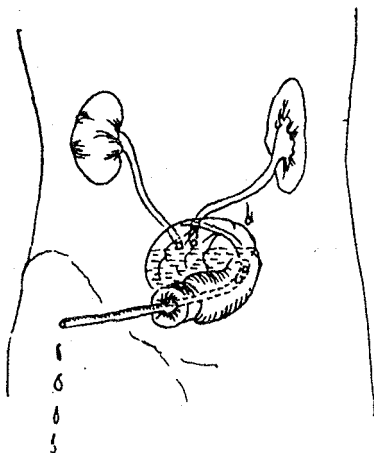
Prednosti suhe stome:

- odpadejo vsi problemi z nego kože in z nabavo dragih pripomočkov,
- bolnik si izpušča urin po principu intermitentne čiste samokateterizacije,
- edini pripomoček je čist kateter, ki ga lahko večkrat uporabi,
- edino opravilo je umivanje rok in okolice stome pred kateterizacijo,
- okolico stome lahko namažemo z blago kremo ali pa jo samo prekrijemo z gazo, ker stoma vedno malo "rosi" (sluz),
- priporočljivo je nošenje izkaznice, kjer so vpisana navodila, kako, kje in v kakšnih časovnih razmakih si mora prazniti novi mehur (pouch), telefonska številka bolnišnice in ime zdravnika, ki ga je operiral.

Bolniku razložimo, da bo novi mehur stalno proizvajal nekaj sluzi, saj je narejen iz črevesja, zato naj pije veliko tekočine. Za zmanjšanje tvorbe sluzi priporočamo uživanje brusnic ali brusničnega soka. Nekatere bolnike celo naučimo občasnega izpiranja novega mehurja, če je sluzi le preveč in je kateterizacija onemogočena. Prav je, da bi to znala narediti tudi zdravnik splošne prakse in patronažna sestra.

Razmišljamo, da bi tudi bolnike s suho stomo vključili v društvo "ILCO", ker jih je še premalo (okrog 20), da bi imeli svoje združenje.

Slika 5: Suha stoma



POVZETEK

Kdorkoli je kdaj nudil pomoč inkontinentnemu bolniku ali imel celo sam težave z inkontinenco, ne bo podcenjeval občutkov neudobja in težav, ki jih le - ta prinaša s seboj: stalna mokrota, neprijeten vonj, denarni izdatki za pripomočke, neskončni kupi umazanega perila ter zaradi mokrote prekinjeno spanje. Še hujši so psihični problemi: strah pred smradom, pred odhodom od doma, izguba samozavesti in prezir okolice zaradi socialne nesprijemljivosti inkontinence.

Potreba po tem, da z inkontinentnim bolnikom ravnamo z občutkom, je torej očitna. Med posameznimi bolniki so velike razlike v reakcijah, zato jih obravnavamo individualno. Vzroki za težave so različni, spreminja se motivacija bolnikov in njihova pripravljenost po sodelovanju; živijo tudi v različnih socialno ekonomskih razmerah. Vsi pa imajo nekaj skupnega: radi bi se te nadloge znebili.

Njihove težave skušamo reševati na več načinov:

- z izpeljavo urina po stalnem katetru,
- učimo jih intermitentne čiste samokateterizacije,
- svetujemo jim uporabo drugih pripomočkov (podloge, urinali)
- z izpeljavo urina preko mokre ali suhe stome.