

NAJCZĘSTSZE PROBLEMY PIELĘGNACYJNE W OPIECE NAD PACJENTEM Z GASTROSTOMIĄ ODŻYWCZĄ – DOŚWIADCZENIA WŁASNE

The most frequent nursing problems while taking care
of a patient with nutritional gastrostomy tube
– personal experience



Dariusz Bazaliński^{1,2,3}, Beata Barańska^{1,4,5}

¹Szpital Specjalistyczny w Brzozowie, Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. B. Markiewicza

²NZOZ MED-DOM w Brzozowie

³Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

⁴Instytut Pielęgniarstwa, PWSZ im. Jana Grodka w Sanoku

⁵NZOZ „NUTRIMED Podkarpacie” w Rzeszowie

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2009; 3: 81–88

Adres do korespondencji:

Dariusz Bazaliński, Szpital Specjalistyczny w Brzozowie, Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. B. Markiewicza, ul. Bielawskiego 18, 36-200 Brzozów,
e-mail: darek.bazalinski@wp.pl

Streszczenie

Gastrostomia to rodzaj przetoki żołądkowo-skinnej wytworzonej głównie w celu dostarczenia substancji odżywczych bezpośrednio do żołądka. Uzasadnieniem takiego modelu odżywiania jest możliwość żywienia chorych w przypadkach chorób nowotworowych, neurologicznych czy urazów okolicy twarzoczaszki, w których spożywanie pokarmów drogą fizjologiczną przez usta staje się utrudnione bądź niemożliwe. Problemy pielęgnacyjne wynikające z konieczności utrzymania przetoki żywieniowej występują często i dotyczą praktycznie wszystkich pacjentów. Przestrzeganie zasad karmienia oraz właściwa pielęgnacja zgodna z praktyką pielęgniarstwa opartą na faktach (*evidence-based nursing* – EBN) minimalizują występowanie powikłań, które nie zawsze są związane ze stanem klinicznym pacjenta, ale często wynikają również z braku doświadczenia i niedostatecznej wiedzy zarówno opiekunów, jak i samych chorych żywionych przez przetokę żołądkową.

Słowa kluczowe: gastrostomia, opieka pielęgniarstwa, pielęgniarka, problemy pielęgnacyjne.

Wstęp

W 1849 r. Charles Sedillot pierwszy opisał bezpośredni dostęp dojelitowy wykonany operacyjnie, który miał na celu żywienie drogą przewodu pokarmowego pacjenta cierpiącego na dysfagię spowodowaną rakiem przełyku. Przeskórna endoskopowa gastrostomia (*percutaneous endoscopic gastrostomy* – PEG) została wykonana po raz pierwszy dopiero w 1979 r. w Cleveland

Summary

Gastrostomy tube is a type of stomach-skin artificial fistula created mainly to deliver nutrients directly to patient's stomach. This type of nutrition allows feeding patients with malignant diseases, neurologic disorders, injuries of facial skeleton area when physiological feeding through the mouth becomes very difficult or even impossible. Nursing problems due to the necessity of maintaining nutritional gastrostomy tube are frequently observed and concern almost all patients. Observing the rules of nutrition and adequate nursing care based on the Evidence Based Nursing (EBN) minimizes the number of complications, which may not be related not only to patient's clinical status, but often result from the lack of experience, insufficient knowledge of both carers and patients receiving nutrition through gastrostomy.

Key words: gastrostomy, nursing care, nurse, nursing problems.

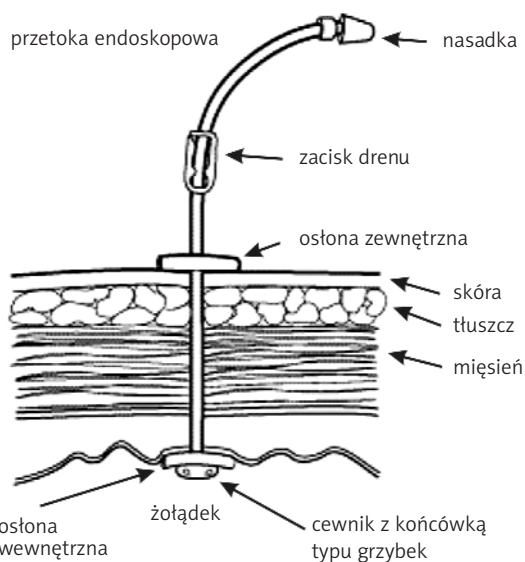
(Stany Zjednoczone) przez chirurga dziecięcego Michaela Guaderera, który, wraz z endoskopistą Jeffreyem Ponskym, poszukując nieinwazyjnych metod wytwarzania gastrostomii u małych dzieci, wykorzystał przydatność gastrofiberoskopu, zapewniając bezpośredni dostęp do światła przewodu pokarmowego bez konieczności wykonania laparotomii. Późniejsze modyfikacje zestawu stosowanego do PEG umożliwiły dostarczanie substancji odżywczych

zarówno do początkowego odcinka jelita czczego (*jejunostomy trough PEG – JET-PEG*), jak i bezpośrednie przezskórne wprowadzenie cewnika do jelita cienkiego (*direct percutaneous endoscopic jejunostomy – DPEJ*). Zastosowanie metody endoskopowej jest przede wszystkim bezpieczniejsze, tańsze, zajmuje mniej czasu oraz wiąże się ze znacznie mniejszym ryzykiem wystąpienia powikłań w porównaniu z gastrostomią klasyczną wykonywaną drogą laparotomii w znieczuleniu ogólnym. Obecnie PEG to powszechnie uznawana metoda leczenia chorych, u których żywienie doustne jest znacznie utrudnione bądź niemożliwe. Ocenia się, że w samych Stanach Zjednoczonych rocznie wykonuje się ponad 220 tys. PEG. Ze względu na duży – bo sięgający aż 99% – odsetek udanych zabiegów i mały odsetek powikłań

– wynoszący 1,3% – metoda ta jest obecnie bardzo popularna również w Polsce [1–3].

Gastrostomia to połączenie światła przewodu pokarmowego ze skórą poprzez wprowadzenie do żołądka przez powłoki brzuszne drenu o dużej średnicy (15–28 Cha/F), wykonanego z silikonu bądź poliuretanu (PUR), głównie w celu żywienia dojelitowego, w sporadycznych przypadkach w celu odbarczania treści żołądkowej [4–5].

Obecnie przetokę żywieniową wykonuje się coraz częściej metodą PEG (ryc. 1–2.). Zabieg klasyczny metodą Kadera lub Witzela przeprowadza się coraz rzadziej, tylko w określonych sytuacjach klinicznych, kiedy nie ma możliwości przejścia endoskopem przez zmieniony chorobowo przetyk (niebezpieczeństwo perforacji, niedrożność przetyku) [6].



Ryc. 1. Gastrostomia endoskopowa, schemat lokalizacji



Ryc. 2. Zestaw do przezskórnej endoskopowej gastrostomii

Wskazania do wykonania gastrostomii

Wskazaniem do wykonania gastrostomii są zaburzenia (dysfagia) lub brak możliwości połykania pokarmów (afagia). Gastrostomia poprawia warunki pielęgnacji chorego w porównaniu z sondą żołądkową, którą można zastosować w przypadku drożności przetyku. Przezskórna endoskopowa gastrostomia zmniejsza ryzyko wystąpienia zapalenia płuc spowodowanego zachłyśnięciem, zwłaszcza u pacjentów nieprzytomnych, nie powoduje dyskomfortu, stanów zapalnych oraz odleżyn w jamie nosowej i gardle, znacznie zmniejsza ryzyko przypadkowego usunięcia, a także jest łatwa w pielęgnacji. Gastrostomia w ujęciu czasowym może być okresowa (od 4 tyg. do kilku miesięcy) lub stała [4]. Właściwe użytkowanie zgłębnika PEG pozwala na korzystanie z niego przez 1–2 lata, po czym powinien on zostać wymieniony metodą endoskopową [3]. W przypadku konieczności usunięcia, zestaw ewakuuje się nie wcześniej niż po 10 dniach od założenia, kiedy prawidłowo wykształcił się kanał skórno-żołądkowy. Takie zabiegi przeprowadza się najczęściej u dzieci chorych na mukowiscydozę. Usuwanie i wymiana następują w warunkach szpitalnych – pacjenta wprowadza się najczęściej w stan krótkiej sedacji, zgłębnik obcina przy skórze, a wewnętrzną silikonową część z wstawką znajdującą się w żołądku usuwa się za pomocą endoskopu. Po usunięciu zakłada się gastrostomię typu „grzybek” (*G-tube*), przez otwór w skórze, lub PEG, w zależności od wskazań, znacznie rzadziej cewnik typu Foley, który nie jest przeznaczony do tego celu (ryc. 3.). Wymienialna *G-tube* pozwala na poprawę komfortu życia, m.in. uczestniczenie przez dzieci w zajęciach sportowych, upraszcza dbanie o codzienną higienę i samopielęgnację.

Szczegółowe wskazania do wykonania PEG obejmują:

- choroby nowotworowe, zwłaszcza guzy głowy, szyi, ślinianek, zaawansowany rak przetyku,
- choroby neurologiczne: niedokrwienne lub krwotoczne uszkodzenie mózgu, stwardnienie boczne zanikowe, zespoły otępienne,

- urazy głowy i/lub twarzoczaszki, oparzenia jamy ustnej, gardła i/lub przełyku,
- zaburzenia motoryki krtani i przełyku, mukowiscydozę, dziecięce porażenie mózgowe, wrodzoną niedrożność przełyku, inne wady anatomiczne lub schorzenia powodujące zaburzenia połykania (dysfagia, afagia) o niepomyślnym rokowaniu [20].

Przeciwwskazania do wykonania PEG obejmują:

- niemożność uzyskania przylegania przedniej ściany żołądka do powłok jamy brzusznej,
- płyn w jamie brzusznej (*ascites*),
- zwężenie, niedrożność przełyku uniemożliwiająca przejście endoskopu,
- rozległe resekcje żołądka, całkowitą resekcją żołądka,
- żylaki przełyku,
- guz żołądka,
- ostre zapalenie trzustki i/lub zapalenie otrzewnej [3, 7].

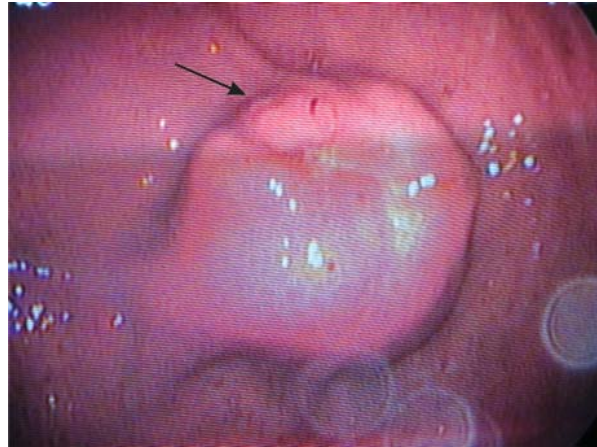
W nowoczesnym pielęgniarstwie określenie problemu i postawienie diagnozy pielęgniarstwa opiera się na możliwie jak najszybszym rozpoznaniu aktualnego stanu rzeczy czy też potrzeb wynikających ze stanu biopsychospołecznego pacjenta. Według Amerykańskiego Towarzystwa Pielęgniarek (ASA) diagnoza stanowi kliniczną ocenę reakcji człowieka na aktualne lub potencjalne problemy, które pielęgniarka powinna potrafić rozwiązać w oparciu o wiedzę, doświadczenie i wykształcenie [8–10]. W pielęgniarstwie klinicznym niejednokrotnie diagnoza pielęgniarstwa związana lub wynikająca z zaburzeń funkcjonowania poszczególnych układów lub narządów przenika się z diagnozą typowo medyczną, lekarską.

Najczęstsze problemy pielęgnacyjne w opiece nad chorym z gastrostomią odżywczą

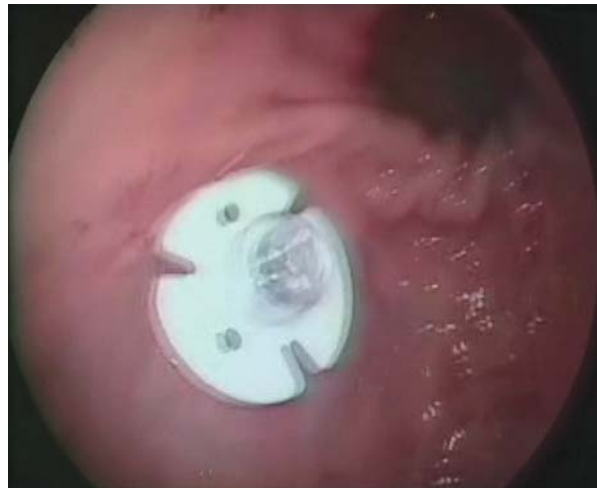
Wyciek treści żołądkowej i/lub żywieniowej w okolicy gastrostomii

Przyczyny:

Wyciek treści może mieć charakter złożony, spowodowany kilkoma nawarstwiającymi się przyczynami. Podrażnienie skóry w okolicy przetoki – objawiające się zaczerwienieniem i pieczeniem – pojawia się już po kilku godzinach od wycieku. Zapalenie skóry i owrzodzenie stanowią następstwo uszkodzenia ciągłości tkanek miękkich i wtórnej infekcji. Może pojawić się u pacjentów niedożywionych, jeżeli problem nie zostanie w porę rozwiązany. Wyciek jest bardzo często związany ze zmniejszeniem elastyczności skóry u chorych przewlekłe niedożywionych (*marasmus*, kacheksja), która nie obejmuje przewodu gastrostomii, i z infekcją okolicy ujścia przewodu. Powodem wycieku mogą być również: nieprawidłowa pozycja karmienia (leżąca, na lewym boku), zbyt duża ilość podanego jednorazowo pokarmu, podanie pokarmu w krótkim okresie czasu – „z bolusa” oraz zaleganie



Ryc. 3. Przyrośnięta do błony śluzowej przezskórna endoskopowa gastrostomia utrzymana zgodnie z zasadami przez 2 lata. Obraz endoskopowy u pacjenta nieprzytomnego po udarze mózgowym, GCS 8–10 pkt. Strzałka wskazuje na miejsce ujścia otworu stomijnego



Ryc. 4. Widok prawidłowej przezskórnej endoskopowej gastrostomii, obraz endoskopowy



Ryc. 5. Zastosowanie cewnika Foleya celem żywienia dojelitowego

treści pokarmowej w żołądku spowodowane osłabionym pasażem jelita. Stałe wydostawanie się treści żołądkowej może spowodować poszerzenie kanału i zakażenie tkanek miękkich, co skutkuje znacznym pogorszeniem jakości życia i powikłaniami chirurgicznymi.

Interwencje pielęgniarские:

- podaż pokarmu w pozycji semi-Fowlera lub Fowlera,
- czas podawania pokarmu nie mniej niż 5–10 min,
- kontrola zalegania treści w żołądku – metoda aspiracyjna w przypadku zalegania > 100 ml, wydłużenie przerw między podażą pokarmu w metodzie strzykawkowej,
- dostosowanie indywidualnie do pacjenta ilości podawanego pokarmu; jeżeli pacjent był wcześniej głodzony (wizualne cechy niedożywienia potwierdzone badaniami), w metodzie strzykawkowej ilość pokarmu nie powinna być większa niż 100–200 ml jednorazowo, w odstępach 2–3-godzinnych, w miarę upływu czasu ilość pokarmu podanego jednorazowo można zwiększyć do 500 ml, przy czym autorzy nie podają więcej niż 400 ml,
- edukacja rodziny i samego pacjenta na tematy związane z zasadami żywienia przez gastrostomię,
- o ile jest taka możliwość i potrzeba, zastosowanie żywienia metodą ciągłego wlewu w pompie lub w zestawie kroplowym,
- konsultacja z lekarzem w celu zmniejszenia wydzielania żołądkowego (inhibitory pompy protonowej lub inhibitory receptora H2, środki neutralizujące – zmniejszające drażniące działanie soku żołądkowego na skórę w okolicy przetoki),
- kontrola wypróżnień, badanie jamy brzusznej (wzdęcie, wodobrzusze, zaczopowanie kałem) – pacjenci, zwłaszcza leżący, z tendencjami do zaparć, mogą mieć objawy zalegania treści w żołądku, złego samopoczucia, dyskomfortu wynikającego z rzekomej niedrożności przewodu pokarmowego spowodowanej często zaleganiem mas kałowych,
- w przypadku intensywnego podciekania należy wycofać się ze stosowania gazika na skórę ze względu na dodatkowe uszkodzenie skóry spowodowane sokami żołądkowymi – zastosowanie innej metody opisanej w pkt. 2,
- sprawdzenie kompletności zestawu (dotyczy PEG) – płytka (grzybek) nie powinna być ani zbyt mocno napięta, ani zbyt luźna (ok. 2 mm różnicy),
- w uzasadnionych sytuacjach, w przypadku pojawienia się po raz pierwszy przeciekania w okolicy stomii można powstrzymać się od podawania pokarmu przez kilka lub kilkanaście godzin, podając niewielkie ilości płynów, tj. 100–200 ml, co 2–3 godz., tzw. przerwa wodna, po czym powrócić do karmienia, zaczynając od małych ilości pokarmu, tj. 50–100 ml jednorazowo, sprawdzając, czy następuje zaleganie bądź przeciekanie treści pokarmowej [11, 12].

Wystąpienie zmian troficznych na skórze wokół drenu

Przyczyny:

W wyniku przeciekania przez kanał gastrostomii treści pokarmowo-żołądkowej często (25–50%) dochodzi do zmian skórnych w okolicy przetoki (maceracja, podrażnienie, owrzodzenie).

Interwencje pielęgniarские:

- edukacja rodziny i samego pacjenta na tematy związane z zasadami żywienia przez gastrostomię,
- eliminowanie wycieku dzięki zastosowaniu metod opisanych w pkt 1,
- obserwacja skóry pod kątem zaczerwienienia, obrzęku,
- wykonywanie toalety skóry wodą i mydłem o pH 5,5, następnie osuszanie okolicy stomii,
- dezynfekcja rany środkiem antyseptycznym (np. Octanisept) celem niedopuszczenia do infekcji powyższych zmian,
- w uzasadnionych przypadkach nałożenie wokół drenu warstwy maści ochronnej (Linomag, Alantan, Argosulfan – dodatkowe działanie antyseptyczne),
- zastosowanie pasty stomijnej celem uszczelnienia okolicy gastrostomii i opatrunku ochronnego typu hydrokoloid lub błona półprzepuszczalna,
- kontrola i weryfikacja podjętych działań w przypadku braku skuteczności.

Możliwość aspiracji treści pokarmowej do dróg oddechowych

Przyczyny:

Aspiracja treści pokarmowej może być wynikiem: zbyt szybkiego podania pokarmu (metoda strzykawkowa), podania jednorazowo zbyt dużej ilości pokarmu, nieprawidłowej pozycji pacjenta podczas karmienia (pozycja leżąca), podrażnienia z różnych przyczyn nerwu błędnego bądź zwiększenia ciśnienia w jamie brzusznej (toaleta drzewa oskrzelowego u pacjentów z tracheostomią, uciśnięcie nadbrzusza podczas zabiegów pielęgnacyjnych) [22].

Interwencje pielęgniarские:

- przestrzeganie zasad żywienia,
- w przypadku aspiracji treści do dróg oddechowych jak najszybsze jej odessanie i ułożenie pacjenta w bezpiecznej pozycji,
- kontrola podstawowych parametrów,
- do 48. godz. kontrola wystąpienia objawów w kierunku niewydolności oddechowej (duszność, gorączka, spadek saturacji),
- u pacjentów leżących z tracheostomią – wykonywanie toalety drzewa oskrzelowego przed podażą pokarmu,
- zachowanie szczególnej uwagi w przypadku pacjentów nieprzytomnych, u których występuje duże ryzyko wystąpienia zachłyśnięcia i aspiracji.

Ostabilenie/brak tężnienia

Przyczyny:

Ostabilenie/brak tężnienia występuje głównie u chorych wyniszczonych z chorobą nowotworową, w przebiegu zespołu wyniszczenia (zespół anorektyczno-kachektyczny; *cancer anorexia-cachexia syndrome* – CACS), spowodowanego aktywacją ogólnoustrojowych procesów prozapalnych, które powodują takie zaburzenia metaboliczne, jak insulinooporność, wzmożona lipoliza, utrata masy mięśniowej i zwiększone wydzielanie białek ostrej fazy. Brak tężnienia może być również spowodowany stanami przygnębia, lęku, często depresji. W tych przypadkach ustępuje po udzieleniu odpowiedniej pomocy psychologicznej. Rzadko – ale również należy mieć to na uwadze – związany jest z zaparciem stolca. Najczęściej stosowany model leczenia obejmuje podaż glikokortykosteroidów (Encorton), które pobudzają apetyt i działają euforycznie, oraz syntetycznych progestagenów, działających toksycznie na komórki nowotworowe, zwłaszcza hormonozależne (Provera, Megace, Megalia), a także diet przemysłowych zawierających substancje immunomodulujące kwas eikozapentaenowy (EPA), dokozaheksaenowy (DHA), argininę, glutaminę i nukleotydy. Są one dobrze tolerowane i nie dają objawów ubocznych [13–15].

Interwencje pielęgniarские:

- rozmowa terapeutyczna z pacjentem oraz jego rodziną, dokładne zebranie wywiadu w celu ustalenia przyczyn ostabilenia, braku czy zmniejszonego tężnienia,
- oznaczenie stanu odżywienia za pomocą dostępnych metod (antropometryczne, biochemiczne),
- kontrola glikemii – aspekt metaboliczny,
- kontrola podstawowych parametrów,
- w przypadku potwierdzenia zaburzeń psychopatologicznych, konsultacja specjalistyczna psychologa, lekarza psychiatry,
- konsultacja z lekarzem w celu wdrożenia suplementacji żywieniowej (jeżeli pacjent nadmiernie katabolizuje bądź nie przyjmuje odpowiedniej ilości kalorii),
- należy mieć na uwadze, że pacjent żywiony enteralnie powinien być objęty opieką przez *TIME żywieniowy* składający się z pielęgniarki i lekarza mających kwalifikacje do leczenia żywieniowego,
- wdrożenie i zapoznanie rodziny z działaniem preparatów odżywczych, zasadami ich przechowywania i dawkowania,
- wdrożenie profilaktyki przeciwoleżynowej, gdy istnieje zwiększone ryzyko związane z wystąpieniem odleżyn,
- w przypadku zalecenia stosowania glikokortykosteroidów (Encorton, deksametason) ostona w postaci inhibitora pompy protonowej (mogą być trudności w podaniu przez gastrostomię – granulaty po wysypaniu z kapsułki).

Biegunka

Przyczyny:

Biegunkę definiuje się jako oddawanie minimum 3 razy na dobę stolca o luźnej konsystencji i objętości > 300 ml [13]. Biegunka spowodowana jest zbyt szybką podażą wysokoosmolarnej diety przemysłowej, zwłaszcza w początkowej fazie żywienia dojelitowego (metoda ciągłego wlewu), lub jest objawem infekcji. Biegunkę mogą również powodować zatrucia spowodowane nieswieżym pokarmem, składniki pokarmowe, których pacjent wcześniej nie tolerował (mleko, buraki ćwikłowe lub inne indywidualne uwarunkowania), albo przyjmowane leki. W praktyce rodziny pacjentów często myślą biegunkę z nietrzymaniem stolca związanym ze zwiększoną relaksacją zwieracza odbytu bądź jego porażeniem.

Interwencje pielęgniarские:

- zmniejszenie przepływu diety przemysłowej (zestaw kroplowy, pompa żywieniowa) – po konsultacji z lekarzem,
- rozcieńczenie preparatu roztworem 0,9-procentowego NaCl,
- zastosowanie leków zmniejszających pasaż jelita (Loperamid, opioidy) – po konsultacji z lekarzem,
- ochrona skóry okolicy krocza przed uszkodzeniami naskórka (dotyczy pacjentów leżących),
- przestrzeganie zasad przechowywania pokarmów (zwłaszcza produktów przemysłowych w lodówce nie dłużej niż 24 godz.),
- jeżeli jest taka możliwość, nawadnianie pacjenta drogą dożylną lub przez usta,
- wykluczenie możliwej infekcji: kontrola stolca pod względem obecności krwi, śluzu i ropy,
- wdrożenie odpowiednich procedur w przypadku potwierdzenia w stolcu cech patologicznych (krew, ropa, śluz) [17, 18].

Zaparcia

Przyczyny:

Zaparcie stolca definiuje się jako oddawanie stolca rzadziej niż co 2–3 dni. Występuje najczęściej u pacjentów leżących. Zaparcie może być spowodowane zmniejszoną, osłabioną perystaltyką jelitową i zaleganiem mas kałowych w końcowym odcinku jelita grubego, ale może być również wynikiem błędów żywieniowych spowodowanych nieodpowiednią podażą lub brakiem błonniaka w diecie. W praktyce występuje również u pacjentów będących na diecie przemysłowej, którzy otrzymują także dietę kuchenną, w związku z tym, że diety przemysłowe są dietami bezresztkowymi. W przypadku niezaburzonego pasażu przewodu pokarmowego pacjent może się wypróżniać rzadziej niż zwykle, średnio 1–2 razy na dzień, co nie będzie patologią.

Interwencje pielęgniarские:

- rozmowa z pacjentem i jego rodziną w celu dogłębnego poznania problemu – analiza diety, na jakiej obec-

nie jest pacjent, częstotści wypróżnień, weryfikacja leków, jakie przyjmuje (zaparcia często powodują opioidy, leki cholinolityczne, leki moczopędne),

- badanie fizykalne brzucha,
- kontrola rytmu wypróżnień, zwłaszcza u pacjentów leżących,
- zmiana trybu życia (o ile jest to możliwe), obejmująca aktywizację, pionizację pacjenta, ruch, ćwiczenia czynne,
- urozmaicenie diety w produkty bogate w błonnik, dieta bogatoresztkowa, łatwostrawna, zupy,
- zastosowanie łagodnych środków przeczyszczających (Lactuloza, Duphalac),
- zastosowanie czopków glicerynowych doodbytniczo,
- wykonanie lewatywy oczyszczającej,
- w uzasadnionych przypadkach – ręczne wydobycie stolca.

Możliwość wystąpienia zmian troficznych w jamie ustnej z powodu braku funkcji samooczyszczania

Przyczyny:

Pacjenci, zwłaszcza leżący, nieprzytomni, żywieni drogą przewodu pokarmowego, nie oczyszczają jamy ustnej, głównie języka, co powoduje zmianę zabarwienia języka na biało (rogowaciejący nabłonek) wynikającą z braku jego mechanicznego oczyszczania. Zmiany w obrębie jamy ustnej występują zarówno u pacjentów aktywnych fizycznie, jak i – w większym stopniu – u pacjentów leżących, często nieprzytomnych. U chorych z afagią, którzy odkrztuszają duże ilości śliny zalegającej w niedrożnym przetyku, pojawia się nieprzyjemny zapach z ust i związany z tym znaczny dyskomfort psychiczny.

Interwencje pielęgniarские:

- edukacja rodziny i pacjenta na temat metod oczyszczania jamy ustnej,
- kontrola samodzielnego wykonywania toalety jamy ustnej delikatną szczoteczką do zębów przez pacjentów przytomnych,
- przestrzeganie higieny, zapewnienie miski, ligniny do odkrztuszania wydzieliny,
- zalecanie mycia zębów, płukania jamy ustnej, stosowania preparatów ziołowych (np. Dentosep, szalwia, rumianek), które zapobiegają występowaniu zmian w tym odcinku przewodu pokarmowego,
- mechaniczne usuwanie zrogowaciałego nabłonka z zastosowaniem preparatów antyseptycznych (Aphtin, Borasol, Octanisept).

Zakażenie okolicy gastrostomii z wydzieliną ropną

Przyczyny:

Zakażenie okolicy kanału stomii występuje rzadko, zazwyczaj jako wczesne powikłanie w 2.–3. dobie od założenia PEG (15–25% pacjentów – obserwacje własne). Znacznie większe ryzyko dotyczy pacjentów niedożywio-

nych z klinicznymi cechami niedożywienia. Uwagę zwraca zaczerwieniona i obrzęknięta miejscowo skóra, z okolicy przetoki wydobywa się zielonkawa lub żółta wydzielina o nieprzyjemnym zapachu, może pojawić się również gorączka.

Interwencje pielęgniarские:

- obserwacja okolicy przetoki,
- konieczne wykonanie badań bakteriologicznych (wymaz z łoży) w porozumieniu z lekarzem prowadzącym,
- ewakuacja wydzieliny ropnej, przepłukanie łoży w okolicy przetoki środkiem o działaniu antyseptycznym,
- zmiana opatrunku raz dziennie ze środkiem o działaniu antyseptycznym (Octanisept, Argosulfan, inny w zależności od wskazań),
- prowadzenie leczenia antybiotykami – najczęściej ogólne, rzadziej miejscowe – decyduje lekarz prowadzący,
- może zaistnieć konieczność czasowego usunięcia gastrostomii z zastosowaniem tymczasowego cewnika w celu zapewnienia dostępu do żołądka oraz utrzymania kanału skórno-żołądkowego – decyduje lekarz prowadzący,
- w przypadku dodatkowego wycieknięcia treści pokarmowej zastosowanie metod opisywanych powyżej, w przypadku ewidentnej infekcji – ostrożne zastosowanie pasty stomijnej i hydrokoloidów w celu zabezpieczenia przetoki ze względu na większe ryzyko rozprzestrzeniania się infekcji (infekcja będzie rozprzestrzeniać się śródpowięziowo, w skrajnych przypadkach doprowadzając nawet do miejscowego zapalenia otrzewnej),
- zastosowanie alginianu wapnia (kaltostat, sorbalgon) w przypadku dużej łoży i obfitej wydzieliny.

Niedrożność gastrostomii

Przyczyny:

Niedrożność gastrostomii występuje stosunkowo rzadko, ale zwykle przysparza wielu kłopotów pielęgniarce i pacjentowi. Może być spowodowana różnymi przyczynami, np. podaniem niedokładnie zmiksowanego pokarmu [17]. Zdarza się znacznie częściej w przypadku mikrogastrostomii czy mikroejunostomii.

Interwencje pielęgniarские:

- w przypadku zestawów typu „mikro”, czyli o wąskim świetle, zawsze należy pamiętać o ich przepłukiwaniu (kilka razy na dobę ok. 10–20 ml 0,9-procentowego NaCl lub wodą destylowaną) i rozcieńczaniu wysokoosmolarniej diety – często zdarza się, że w świetle przewodu dochodzi do powstawania gęstych złożeń,
- próba płukania i aspiracji ciepłą wodą (PEG),
- próba udrożnienia cienkim mandrynem z sondy Flocare (zazwyczaj najlepsza metoda) – znikoma możliwość uszkodzenia ściany żołądka,
- edukacja rodziny na temat zasad prawidłowego żywienia dojelitowego,
- kontrola zmiksowanego pokarmu – czasami konieczność dodatkowego precedzania.

Mechaniczne uszkodzenie gastrostomii

Przyczyny:

Mechaniczne uszkodzenie gastrostomii następuje najczęściej przypadkowo w nocy, podczas snu. Szczególną troską należy otoczyć pacjentów neurologicznych, zwłaszcza demencyjnych, zdezorientowanych okresowo, pobudzonych psychoruchowo. Zestaw powinien zostać zabezpieczony w taki sposób, aby pacjent miał do niego utrudniony dostęp manualny. W uzasadnionych przypadkach należy wspólnie z lekarzem ustalić celowość farmakoterapii, a w sytuacjach szczególnych – ograniczoną ruchomość kończyn górnych. W przypadku uszkodzenia konieczne jest założenie nowego zestawu w warunkach szpitalnych (dotyczy PEG).

Interwencje pielęgniarские:

- edukacja rodziny, zwłaszcza pacjenta zdezorientowanego, pobudzonego psychoruchowo, na temat skutecznego zabezpieczenia przetoki, ułożenia pacjenta w nocy,
- ograniczenie ruchomości kończyn górnych pacjenta w taki sposób, aby nie doszło do uszkodzeń ciała czy niedokrwienia, w praktyce często na noc zakłada się specjalnie przygotowany rękaw jedną stroną przymocowany do łóżka – dobór metod zależy od pomysłowości pielęgniarki,
- farmakoterapia zawsze po konsultacji z lekarzem.

Możliwość powstania odmy podskórnej w okolicy gastrostomii

Przyczyny:

Odma podskórna to rzadkie powikłanie spowodowane dostawaniem się powietrza z zewnątrz do jamy brzusznej. Może być spowodowane stanem zapalnym lub ropniem tkanek miękkich w okolicy gastrostomii. Objawia się trzeszczeniem przy dotyku skóry w okolicy przetoki.

Interwencje pielęgniarские:

- obserwacja, badanie palpacyjne okolicy przetoki, szczególnie w przypadku infekcji, rany okolicy przetoki,
- wczesne wykrycie, konsultacja z lekarzem prowadzącym.

Odleżyna wokół gastrostomii

Przyczyny:

Odleżyna powstaje najczęściej w wyniku niedokrwienia skóry spowodowanego zbyt mocnym dociśnięciem płytki gastrostomii do skóry.

Interwencje pielęgniarские:

- kontrolowanie umocowania gastrostomii – sprawdzenie, czy płytka zewnętrzna nie wywiera zbyt dużego nacisku na skórę (prześwit między płytką a skórą powinien wynosić 2 mm i jest istotny w celu zapewnienia odpowiedniej pielęgnacji zmienionego miejsca),

- w przypadku wystąpienia rany – konieczne zastosowanie opatrunku, najlepiej specjalistycznego,
- oczyszczenie i zaopatrzenie rany zgodnie z założeniami systemu TIME.

Przerost śluzówki wokół gastrostomii

Przyczyny:

Wzrost tkanki ziarninowej w obrębie przetoki obserwuje się bardzo często. Problem ten dotyczy praktycznie 100% osób z gastrostomią. Rozwijająca się tkanka powoduje zwiększone wydzielanie śluzu, krwawienie i nieprzyjemny zapach. Chorzy często zgłaszają uczucie pieczenia i dyskomfort.

Interwencje pielęgniarские:

- obserwacja zmiany,
- zmiana opatrunku minimum raz dziennie (gazik między skórą a płytką) ze względu na wydzielanie śluzu, krwawienie,
- wysuszanie i stosowanie sudokremu na okolicę przetoki jest nieuzasadnione i mało skuteczne,
- poinformowanie pacjenta o konieczności zastosowania metody, która spowoduje zahamowanie wzrostu wybijanej tkanki ziarninowej,
- leczenie 10-procentowym azotanem srebra – punktowe, delikatne przyżeganie tkanki przez 3–4 dni 2 razy dziennie pozwala uzyskać dobry efekt na kilka miesięcy (autorzy nie polecają roztworu o większym stężeniu ze względu na możliwość przypadkowego uszkodzenia okolicznych tkanek),
- w uzasadnionych przypadkach – chirurgiczne usunięcie przerośniętej śluzówki – decyduje lekarz.

Brak akceptacji nowej sytuacji życiowej

Przyczyny:

Brak akceptacji nowej sytuacji życiowej objawia się wycofaniem i biernością. Pacjenci niechętnie wybiegają w przyszłość, zdecydowanie wolą zwracać się ku przeszłości, często wyidealizowanej. Snują wspomnienia, dokonując w ten sposób podświadomie bilansu życia lub szukając w przeszłości wzmocnienia przekonania o własnej wartości. Około 50% chorych onkologicznych przystosowuje się do nowej sytuacji, u pozostałych występują różnego typu zaburzenia psychiczne, przy czym najczęściej są to zaburzenia adaptacji. W leczeniu niezwykle ważna jest pomoc psychologiczna, uzupełniona w miarę potrzeby środkami farmakologicznymi. Osobami, które mogą świadczyć pomoc psychologiczną, są krewni, przyjaciele, a przede wszystkim personel medyczny [19].

Interwencje pielęgniarские:

- psychoterapia elementarna,
- motywowanie, zachęcanie pacjenta do działań na rzecz zdrowia,
- udostępnienie pomocy psychologicznej w przypadku braku efektów działań pielęgniarских.

Możliwość przyrośnięcia wewnętrznej części gastrostomii do śluzówki żołądka

Przyczyny:

Przyrośnięcie wewnętrznej części gastrostomii do śluzówki żołądka to bardzo rzadkie powikłanie, związane ze zbyt szczelnym przyleganiem wewnętrznej części gastrostomii do ściany żołądka. W przypadku potrzeby wymiany zestawu z powodu zużycia, konieczne jest jego chirurgiczne usunięcie (dotyczy to zazwyczaj PEG). Przyrośnięcie gastrostomii ma też pozytywną cechę – praktycznie eliminuje przeciekanie treści żołądkowo-jelitowej w okolicy przetoki (ryc. 3.).

Interwencje pielęgniarskie:

Działania pielęgniarskie powinny być ukierunkowane na zmniejszenie potencjalnego przyrośnięcia gastrostomii (PEG) poprzez:

- przynajmniej raz na tydzień rozebranie zewnętrznej części zestawu, wymycie części,
- wykonanie ruchu posuwistego gastrostomią na długość ok. 5–10 cm w głąb żołądka, po czym zabezpieczenie zestawu, tak aby odległość między zewnętrzną częścią gastrostomii (grzybkim) a skórą wynosiła ok. 2 mm,
- kontrolę napięcia zestawu,
- założenie suchego opatrunku między skórę a gastrostomię,
- przestrzeganie czasu wymiany zestawu zgodnie z zaleceniami producenta.

W krajach, gdzie metoda PEG stała się bardzo popularna, m.in. w Polsce, stworzono zespoły żywieniowe – w skład których wchodzi lekarz i pielęgniarka – mające na celu merytoryczny nadzór nad pacjentem żywionym zarówno drogą przewodu pokarmowego, jak i pozajelitowo. Zajmują się one ustaleniem zapotrzebowania kalorycznego i rodzaju preparatu żywieniowego, minimalizacją i wczesnym wykrywaniem powikłań związanych z utrzymaniem gastrostomii, jejunostomii, edukacją rodzin i opiekunów na temat zasad żywienia [21-22]. Zakłady opieki zdrowotnej, będące jednostkami służby zdrowia, oferują pomoc każdej osobie wymagającej odżywiania drogą do przewodu pokarmowego (zgłębniki/sondy, przetoki odżywcze – gastrostomia lub jejunostomia) i drogą dożylną (pozajelitową). **Całość procesu leczniczego jest bezpłatna, gdyż ZOZ-y (publiczne i niepubliczne) działają w oparciu o kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia.** Świadczą opiekę medyczną chorym, którzy nie mogą odżywiać się doustnie (np. zaburzenia połykania z przyczyn neurologicznych i nowotworowych), z chorobami zapalnymi jelit, chorym po zabiegach operacyjnych w obrębie jamy brzusznej, szczególnie po wycięciu jelita cienkiego, z niedrożnością wielopoziomą lub popromiennym zapaleniem jelit.

Podsumowanie

Pielęgniarka (pielęgniarski) w opiece nad chorym z gastrostomią zapewnia możliwie najwyższą jakość opieki całościowej i bezpośredniej związanej z gastrostomią. Uczestniczy w wychowywaniu i umacnianiu zachowań prozdrowotnych, profilaktyce, rehabilitacji, a także w przygotowaniu psychicznym rodziny na odejście osoby bliskiej [18]. W opiece nad pacjentem z gastrostomią w środowisku domowym najważniejsza jest edukacja, prowadzona w sposób zrozumiały, ciągły i dostępny dla pacjenta oraz rodziny sprawującej nad nim opiekę nieprofesjonalną. Wszystkie bowiem zasady i wskazówki, jakich rodzina i sam pacjent zostaną nauczeni oraz ich przestrzeganie i stosowanie w codziennej pielęgnacji zmniejszają możliwość występowania powikłań ogólnoustrojowych i miejscowych związanych nie tylko z zastosowaniem odżywiania dojelitowego przez gastrostomię, ale także spowodowanych unieruchomieniem, niedożywieniem czy progresją choroby.

Piśmiennictwo

1. Kąkol D, Pertkiewicz J. Przeszkórna gastrostomia endoskopowa. *Medycyna Praktyczna. Chirurgia* 2004; 6: 63-8.
2. Berger WL. There's more to a PEG than just putting one in. *Endoskopy* 2002; 34: 1004-6.
3. Schattner M. Enteral nutritional support of the patient with cancer. *Route and role. J Clin Gastroenterol* 2003; 36: 297-302.
4. *Chirurgia*. Rowiński W (red.). Urban & Partner, Wrocław 2003.
5. *Chirurgia dziecięca*. Poradowska W (red.). PZWL, Warszawa 1992.
6. Czarnecka M, Malińska W. *Instrumentarium i przebieg zabiegów w chirurgii, ginekologii i urologii*. Adi, Łódź 1998.
7. *Flocare® PEG SET. Instrukcja użytkownika*. Nutricia, Warszawa 2005.
8. Szewczyk MT. Diagnostyka pielęgniarska. *Przew Lek* 2006; 1: 86-9.
9. Carpenito LJ. *Nursing Diagnosis. Application to clinical practice*. Lippincott, Philadelphia 1989.
10. Lewis LW, Timby BK. *Fundamental skills and concepts in patients care*. Lippincott, Philadelphia 1988.
11. Bazaliński D, Barańska B. Opieka nad pacjentem z gastrostomią odżywcza. *Medycyna Rodzinna* 2006; 2: 22-31.
12. Barańska B, Bazaliński D. Zasady żywienia pacjentów z gastrostomią odżywcza. *Zdrowie Publiczne* 2007; 1: 68-73.
13. Hebanowski M, De Walden-Gatuszko K, Żylicz Z. *Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
14. Krajnik M, Rogiewicz M (red.). *Opieka paliatywna*. Akademia Medyczna, Bydgoszcz 1998.
15. Szawłowski AW. *Alimentacja w chorobach nowotworowych*. *Nowotwory* 1997; 47: 97.
16. De Walden-Gatuszko K, Kartacz A. *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
17. Kachaniuk J, Kachaniuk H, Bazaliński D. Zadania pielęgniarki wobec pacjenta żywionego enteralnie. W: *Pielęgniarstwo integralną częścią opieki geriatrycznej*. Kachaniuk H (red.). Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, Nowy Sącz 2007.
18. Barańska B. Opieka nad pacjentem z gastrostomią odżywcza. W: *Pielęgniarska opieka nad osobami starszymi*. Kachaniuk H (red.). Raabe, Warszawa 2008; 26-40.
19. Szewczyk MT, Jawień A, Cwajda J i wsp. Metody opracowania ran. *Zakażenia* 2005; 5: 82-7.
20. Cwajda J, Szewczyk MT. Rola pielęgniarki w stosowaniu antyseptyków na ranę przewlekłą. *Piel Chir Angiol* 2007; 2: 77-80.
21. Blacher RS. Some psychological problems seen in surgery. *J Am Coll Surg* 2003; 196: 301-5.
22. Axelrod D, Kazmerski K, Iyer K. Pediatric enteral nutrition. *J Parenteral Enteral Nutr* 2006; 30: 521-6.