

PROGRAM EDUKACJI ZDROWOTNEJ

„Zasady opieki nad pacjentem
po całkowitym usunięciu pęcherza moczowego
z wytworzeniem przetoki urostomijnej”

Oddział Urologiczny

Puszczykowo, styczeń 2018 r.

Osoba odpowiedzialna:
Pielęgniarka oddziałowa
Mirosława Dymek

TEMAT: Zasady opieki nad pacjentem po całkowitym usunięciu pęcherza moczowego w z wytworzeniem przetoki urostomijnej

CEL DYDAKTYCZNY:

1. Przygotowanie pacjenta do samoopieki w domu
2. Nauka obsługi sprzętu urostomijnego
3. Wyjaśnienie sposobu zaopatrywania w sprzęt urostomijny
4. Zapobieganie poczuciu przez pacjenta izolacji i osamotnienia

METODA DYDAKTYCZNA: pogadanka, pokaz, ćwiczenia

ŚRODKI DYDAKTYCZNE: broszury, ulotki, poradniki dla pacjentów, specjalistyczna prasa

PROWADZĄCY: pielęgniarki oddziału urologicznego

UCZESTNICY: pacjenci po operacji cystectomii radykalnej

MIEJSCE: oddział urologiczny

1. Co to za zabieg ?

Cystektomia jest to radykalne usunięcie pęcherza moczowego. Pacjenci poddawani cystektomi radykalnej wymagają równocześnie rekonstrukcji drogi odpływu moczu. Czyni to tę operację jedną z najtrudniejszych w urologii.

2. Wskazania do zabiegu

Wskazaniem do zabiegu jest:

- rak pęcherza moczowego naciekający śluzówkę
- rak powierzchniowy o wysokim stopniu agresji
- nawrotowy rak oporny na leczenie wlewkami
- rozległe brodaczkowate guzy pęcherza moczowego

3. Objawy

Najczęstszymi objawami są powtarzające się większe lub mniejsze krwawienia z pęcherza moczowego oraz bóle podbrzusza i brzucha.

4. Cystektomia u mężczyzn i u kobiet – różnice

Cystektomia radykalna u mężczyzn obejmuje usunięcie pęcherza moczowego oraz gruczołu krokowego wraz z pęcherzykami nasiennymi.

U kobiet natomiast usuwa się pęcherz moczowy wraz z cewką moczową, macicą, przydatkami oraz przednią ścianą pochwy.

Zarówno u mężczyzn jak i u kobiet usuwane są regionalne węzły chłonne.

5. Rodzaje zabiegów

Zabieg może być wykonany kilkoma metodami

- zastępczy pęcherz jelitowy
- wstawka jelitowa (metoda Brickera)
- wyłonienie i wszczepienie moczowodów w skórę.
-

Wybór metody jest uzależniony od wielu czynników. Między innymi od stopnia zaawansowania choroby, wieku pacjenta, wagi ciała, sprawności ruchowej pacjenta, warunków bytowych. Każdy chory musi być poinformowany, że decyzję ostateczną podejmuje się śródoperacyjnie, dlatego każdy powinien mieć oznaczone miejsce ewentualnych wszczepów.

Wszczepienie moczowodów w skórę jest mniej obciążające pacjenta gdyż nie ma konieczności przerwania ciągłości jelit, zespalania ich, a przez to nie ma powikłań.

Jedynym powikłaniem może być zwężenie wszczepionych moczowodów dlatego zostawia się w nich cienkie cewniki wymieniane co kilka tygodni.

Natomiast zastępczy pęcherz jelitowy jest tzw. "zbiornikiem trzymającym moczu" i jedynym sposobem zachowania „normalnego” zewnętrznego wyglądu ciała czyli bez jakichkolwiek przetok i przyklejanych zewnętrznych płytek urostomijnych.

6. Zakładanie- przyklejanie płytek urostomijnych

Każdy pacjent już przed zabiegiem jest poinformowany i ma pokazany sprzęt jaki być może będzie musiał nosić po zabiegu całkowitego usunięcia pęcherza moczowego. Już na tym etapie może go obejrzeć, dotknąć czy nawet przyłożyć do miejsca ewentualnego wyłonienia.

Natomiast kilka dni przed wypisaniem go do domu otrzymuje zestaw broszur, płytek i materiałów potrzebnych do założenia płytki. Wraz z osobą bliską, która zazwyczaj będzie się nim opiekowała i pomagała w wymianie płytek urostomijnych zostaje nauczony „krok po kroku” jak postępować z taką płytką aby trzymała się dobrze ciała i nie uwierała.

Edukowani są również jak należy pielęgnować samą przetokę aby nie doprowadzić do powikłań takich jak np. zakażenie układu moczowego.

7. Dieta

Jeżeli pacjent miał wszczepione w skórę moczowody to po zakończeniu leczenia szpitalnego właściwie może wrócić do normalnej diety sprzed zabiegu.

Natomiast jeśli miał zrobiony zastępczy pęcherz jelitowy musi co najmniej do 4 – 6 miesięcy przestrzegać diety lekkostrawnej. Nie wolno mu jeść pokarmów wzdymających.

Dieta jest konieczna ponieważ potrzeba czasu do całkowitego wygojenia się zespolenia jelitowego wytworzonego podczas zabiegu.

8. Powrót do normalnego życia

Pacjent po zakończeniu leczenia szpitalnego i rekonwalescencji może powrócić prawie do normalnego życia. Wykluczona jest tylko praca fizyczna połączona z dźwiganiem.

Posiadanie przetoki i przyklejonej płytki urostomijnej nie dyskwalifikuje z aktywności fizycznej.

Można latać samolotem, chodzić po górach, a nawet pływać bez obawy, że zaraz płytka odpadnie.

9. Kontakt z oddziałem

W przypadku jakichkolwiek wątpliwości, problemów czy też pytań związanych z pielęgnacją lub zakładaniem płytki urostomijnej każdy pacjent ma możliwość kontaktu z personelem oddziału.

Może zgłosić się osobiście, telefonicznie lub poprzez osoby bliskie. Każda z pielęgniarek pracujących w oddziale potrafi udzielić fachowej pomocy i rzetelnej informacji.

Pacjent zostaje również poinformowany o zaopatrzeniu w sprzęt urostomijny jaki mu przysługuje. Otrzymuje wniosek do NFZ na przydział sprzętu. Informuje się pacjenta lub bliską osobę, gdzie należy złożyć taki wniosek i kto ma wystawiać następne.

Zawsze informuje się pacjenta, że ma możliwość wyboru zaopatrzenia z różnych firm. Dostaje broszury i kontakty do przedstawicieli firm dostępnych na polskim rynku. Każdy pacjent ma prawo wybrać sobie sprzęt, który mu najbardziej odpowiada.

10. Podsumowanie

Jeżeli zabieg został przeprowadzony w odpowiednim czasie to pacjent ma duże szanse na długie przeżycie nie rezygnując z dotychczasowej aktywności. Duże znaczenie ma odpowiednie wsparcie ze strony najbliższych. Osobie z urostomią należy zapewnić pełną akceptację, poczucie bezpieczeństwa i zrozumienia. Nie należy okazywać zbytnej nadopiekuńczości gdyż musi się poczuć osobą pełnowartościową i potrzebną najbliższym.