

Stomapflege

Abschlussarbeit für die Weiterbildung
Kontinenz- und StomaberaterIn

DGKS Eva Ulrike Zöchbauer und DGKP Klaus Eberle

STOMAPFLEGE

**Skriptum für den Unterricht an Krankenpflegeschulen in der
Pflege für Chirurgie (2. Jahrgang)**

Abschlussarbeit

Zur Erlangung des Diploms,
Weiterbildung Kontinenz- und Stomaberatung

am
Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe Innsbruck

Beurteiler:
Frau Roswitha Mailänder, Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege
Frau Elisabeth Stoll, DGKS (Stomatherapeutin, Univers. Klinik Innsbruck)

vorgelegt von

Eva Ulrike Zöchbauer
und
Klaus Eberle

Innsbruck, im Januar 2002

Inhaltsverzeichnis	Seite
Vorwort und Dankesworte	4
1. Einleitung	5
2. Lernziele in der Krankenpflegeschule	6
3. Definition	7
4. Anatomie und Physiologie	8
4.1. Darm	8
4.1.1. Dünndarm	8
4.1.2. Blinddarm	9
4.1.3. Dickdarm	9
4.1.4. Mastdarm	10
4.1.5. After	10
4.2. Harnwege	10
4.2.1. Niere	11
4.2.2. Harnleiter	11
4.2.3. Harnblase	11
4.2.4. Harnröhre	12
5. Pathologie	13
5.1. Dünndarm	13
5.2. Dickdarm	13
5.3. Harnwege	14
6. Diagnostik	15
6.1. Darmerkrankungen	15
6.2. Urologische Erkrankungen	15

7. Arten der Stomata	16
7.1. Ileostomie	16
7.2. Colostomie	17
7.3. Urostomien	17
7.3.1. Nephrostomie	17
7.3.2. Suprapubische Harnableitung	18
7.3.3. Cutane Ureterostomie	18
7.3.4. Ileum – Conduit	18
7.3.5. Colon – Conduit	18
7.3.6. Mainz Pouch	18
8. Präoperative Betreuung	19
8.1. Erstgespräch	19
8.2. Stomamarkierung	20
9. Postoperative Betreuung	20
9.1. Lebensgewohnheiten	21
9.1.1. Ernährung	21
9.1.2. Beruf	21
9.1.3. Sport	22
9.1.4. Reisen	22
9.2. Lernphase zur Selbstversorgung	22
9.3. Versorgungssysteme	23
9.3.1. Arten	23
9.3.2. Auswahl	24
9.3.3. Anforderungen	24
9.4. Versorgungstechnik	24
9.4.1. Materialvorbereitung	25
9.4.2. Entfernung	25
9.4.3. Reinigung	26
9.4.4. Anlegen eines neuen Systems	26
9.4.5. Entsorgung und Dokumentation	26

9.5.	Der „schlaue“ Patient	27
10.	Irrigation	28
11.	Urostoma	30
12.	Komplikationen	31
12.1.	medizinische Komplikationen	32
12.1.1.	Prolaps	32
12.1.2.	Hernie	32
12.1.3.	Retraktion	32
12.1.4.	Stenose	33
12.1.5.	Polypen, Rezidive, Narben, Fisteln	33
12.2.	pflegerische Komplikationen	33
12.2.1.	Dermatitis	35
12.2.2.	Follikulitis	36
12.2.3.	Mycoseninfektion	36
12.2.4.	Pseudoepitheliomatosis	37
12.2.5.	Allergie	37
13.	Pflegeplan	38
14.	Persönliche Stellungnahme	41
15.	Literaturverzeichnis	42
16.	Anhang – Folien zum Unterricht	

Vorwort

An dieser Stelle bedanken wir uns bei allen Personen, die uns bei der Erstellung unserer Abschlussarbeit behilflich waren.

Unserer besonderer Dank gilt Frau DGKS Roswitha Mailänder und Frau DGKS Elisabeth Stoll für die Begleitung und Beratung während unserer Arbeit.

Ein Dankeschön unseren Pflegedirektorinnen DGKS Stefanie Zobl, A.ö.BKH Reutte, und DGKS Christine Köckeis, A.ö.KH Scheibbs, für die Ermöglichung der Weiterbildung.

Unser Dank gilt auch all jenen Freunden, Bekannten und Kollegen, die uns in unserem Vorhaben, diesen Kurs zu besuchen unterstützt haben; besonders all jenen, die uns ohne ihr Wissen behilflich waren.

1. Einleitung

Da wir in unseren Häusern an den Krankenpflegeschulen je 4 Unterrichtseinheiten vortragen dürfen, hat unsere Arbeit folgende Ziele:

- Wir möchten für den **2. Jahrgang** ein Skriptum erstellen.
- Die Arbeit soll als übersichtliches Nachschlagewerk auf den Stationen aufliegen.
- Wir wollen mit diesem Skriptum einen Leitfaden für Schüler, Praxisanleiter und Pflegepersonal der Stationen bieten, um eine einheitliche Pflege leichter zu erreichen.

In unserer Arbeit wurde der Einfachheit halber die männliche Form der Patientenanrede gewählt.

2. Lernziele

- Die Schüler können die Termini Stoma und Anus praeter naturalis übersetzen und beschreiben.
- Die Schüler können die anatomischen und physiologischen Grundlagen der verschiedenen Ausscheidungsorgane beschreiben.
- Die Schüler können die pathologischen Ursachen zur Anlage der einzelnen Stomata beschreiben.
- Die Schüler können im Vorfeld einer Stomaanlage die diagnostischen Maßnahmen aufzählen und diese beschreiben.
- Die Schüler können die präoperativen Pflegemaßnahmen beschreiben.
- Die Schüler können die verschiedenen Arten der Uro- und Enterostomata beschreiben.
- Die Schüler können die allgemeine Pflege der Stomata beschreiben.
- Die Schüler können die verschiedenen Materialien und Hilfsmittel zur Stomaversorgung beschreiben.
- Die Schüler erkennen Stomakomplikationen und können diese beschreiben.
- Die Schüler erkennen, wie die Ankündigung über die Anlage eines künstlichen Ausganges auf die Psyche eines Patienten und deren Angehörigen wirkt.
- Die Schüler können einen individuellen Pflegeplan erstellen.

3. Definition

Stoma

Ist die Ausleitung eines Hohlorganes an die Körperoberfläche.

Das griechische Wort **STOMA** ist zu übersetzen mit **MUND** oder **ÖFFNUNG**.
Sinngemäß besser bezeichnet man es als den künstlich angelegten Ausgang des Darm oder der Harnwege.

Anus praeter naturalis (lateinisch) besagt einen künstlichen Darmausgang gegen die Natur. Dieser Terminus ist veraltet und sollte nicht mehr gebraucht werden.

4. Anatomie und Physiologie

4.1. Darm

Die für die Stomapflege wichtigen Darmabschnitte liegen unterhalb des Zwölffingerdarms (Duodenum).

Sie gliedern in Dünndarm (Ileum), Blinddarm (Coecum), Dickdarm (Colon), Mastdarm (Rektum) und After (Anus).

4.1.1. Dünndarm

Der Dünndarm beginnt im linken Oberbauch bei der Flexura duodenojejunalis und endet an der Ileozökalklappe. Er ist etwa 3 m lang. Man unterscheidet anatomisch zwischen **Jejunum** (obere 2/5) und dem **Ileum** (untere 3/5).

Die hauptsächliche Blutversorgung geschieht über die Ateria mesenterica superior. Der venöse Abfluss erfolgt über die Vena mesenterica superior zur Pfortader.

Über die intakte Schleimhaut, sie gewinnt durch Zotten an Oberflächengröße, werden die mit Hilfe des Magensaftes, der Galle und des Pankreassaftes aufgearbeiteten Nahrungsbestandteile (Fette, Eiweiß und Zucker) resorbiert. Auch die Aufnahme von Phosphor, Eisen, Folsäure und Vitamin B1 erfolgt über die Dünndarmschleimhaut. Für die Resorption ist ein langer Kontakt mit der Schleimhaut notwendig, was durch Pendelbewegungen und langsame Peristaltik gewährleistet wird.

Die Resorption der meisten Nahrungsbestandteile findet in den proximalen Abschnitten des Dünndarms statt. Das Vitamin B12 und Gallensalze werden nur im terminalen Ileum resorbiert.

4.1.2. Blinddarm

Der Blinddarm liegt hinter der Ileocoecalklappe und gehört schon zum Dickdarm. Am unteren Pol des Blinddarms findet man als Anhangsgebilde den Wurmfortsatz (Appendix). Die durchschnittliche Länge der Appendix beträgt etwa 7,5 cm. Normalerweise liegt das Coecum mit der Appendix im rechten Unterbauch. Die Appendix kann dabei ins kleine Becken herabhängen.

4.1.3. Dickdarm

Das Colon liegt im Bauchraum, das Rektum befindet sich im Becken außerhalb der Bauchhöhle. Es beginnt an der Ileocoecalklappe und endet am Anus. Seine Länge beträgt etwa 1,5 m. Man unterscheidet anatomisch zwischen **Colon ascendens** (aufsteigendes Colon), **Colon transversum** (querverlaufendes Colon), **Colon descendens** (absteigendes Colon), **Colon sigmoideum** (S – förmiges Colon) und **Rectum** (Enddarm).

Die hauptsächliche Blutversorgung geschieht im oberen Abschnitt über die Ateria mesenterica superior und im unteren Abschnitt über die Ateria mesenterica inferior. Der venöse Abfluss verläuft über die Vena mesenterica superior und über die Vena mesenterica inferior.

Die Hauptaufgabe des Dickdarms besteht in der Eindickung des verbleibenden Speisebreies, dies geschieht durch Wasserentzug. Seine Schleimhautoberfläche ist daher nicht durch Zotten vergrößert. Lediglich Schleimdrüsen sind noch vorhanden um dem Kot Schleim beizumengen, so dass seine Gleitfähigkeit erhöht wird. Auch ohne Nahrungszufuhr entsteht aus Schleim und abgeschilferten Darmzellen „Stuhl“.

4.1.4. Mastdarm

Der Mastdarm beginnt nach dem S - förmigen Colon (Sigma) und endet mit dem Anus. Die Blutversorgung erfolgt über die Ateria rectalis superior die aus der Ateria mesenterica inferior entspringt.

Der Mastdarm hat Speicheraufgaben, ähnlich wie der Magen. Er verwahrt den Kot, damit dieser nicht ständig in kleinen Mengen, sondern im allgemeinen nur einmal täglich abgesetzt werden muss. Die Meldung an unser Gehirn geschieht über Dehnungsrezeptoren.

4.1.5. After

Der Anus ist der unterste Abschnitt des Mastdarms. Er besteht aus den beiden Muskeln: Muskulus sphincter ani internus und Muskulus sphincter ani externus. Der Muskulus sphinkter ani externus ist unserem Willen unterworfen.

Damit der Verschluss gasdicht wird, ist die Schleimhaut mit Adergeflecht unterpolstert, dies wird auch als sensibles Anoderm bezeichnet.

4.2. Harnwege

Die für die Stomapflege wichtigen Harnwege gliedern sich in Niere (Ren), Harnleiter (Ureter), Harnblase (Vesica urinaria) und Harnröhre (Urethra).

4.2.1. Niere

Die Niere ist ein paarweise angelegtes Organ. Ihre Länge beträgt etwa 10 bis 12 cm und ihre Breite etwa 5 bis 6 cm. Die Blutversorgung geschieht über die Ateria renalis, der venöse Abfluss über die Vena renalis.

Ihre Hauptaufgabe liegt im regeln des Wasser- und Elektrolythaushaltes. Sie halten das Säure – Basen – Gleichgewicht des Körpers aufrecht und scheiden die beim Eiweißabbau entstandenen stickstoffhaltigen Substanzen aus. Außerdem haben die Nieren exkretorische und inkretorische Funktionen. Im Nierenbecken bildet sich die Verbindung der Niere zum Harnleiter.

4.2.2. Harnleiter

Die Harnleiter sind etwa 30 cm lange muskelstarke Röhren. Durch peristaltische Wellen befördern sie den Harn vom Nierenbecken in die Harnblase. Ein Antirefluxmechanismus verhindert den Rückfluss des Harns in die Niere.

4.2.3. Harnblase

Die Harnblase ist ein muskulöses Hohlorgan (Detrusor). In ihr wird der Harn gespeichert, bis zu 1200 ml. Eine normale Miktionsmenge beträgt allerdings 250 bis 400 ml. Die Entleerung erfolgt willkürlich, jedoch in einem komplexen Zusammenspiel zwischen Detrusor, Nervenbahnen, Beckenbodenmuskulatur und Sphinkter.

4.2.4. Harnröhre

Der Ausführungsgang der Harnblase ist die Harnröhre. Sie ist bei der Frau etwa 3 bis 5 cm, beim Mann etwa 20 bis 25 cm lang.

(Lippert 1989)

5. Pathologie

Die hier beschriebenen pathologischen Veränderungen beziehen sich nur auf eine eventuelle erforderliche Stomaanlage. Sie kann notwendig sein, muss aber nicht, dies hängt auch vom jeweiligen Chirurgen ab, wie dieser entscheidet. Sehr oft werden zur entlastenden Abheilung Stomata angelegt (Anastomosenschutz).

5.1. Dünndarm

- Interstinale Fisteln
- Mesenterialtumore
- Ileus * mechanisch oder paralytisch
- Tumore des Dünndarms * benignen - Karzinome
* malignen - Adenome, Lipome, Neuroiome
- Entzündungen der Darmwand * Morbus Crohn
- Fistelbildung * Peritonitis
- Verletzungen * Pfählung

5.2. Dickdarm

- Entzündliche Erkrankungen * Divertikulitis
* Morbus Crohn
* Colitis ulcerosa
- Nichtmaligne neoplastische Erkrankungen
* Polypen
* Adenome (Neubildung des Drüsengewebes)
* Familiäre Adenomatosis = Polyposis
(autosomale dominanterbliche Erkrankung)

- Maligne neoplastische Erkrankungen * Kolorektales Karzinom
- Durchblutungsstörungen * Verschlüsse der Dickdarmarterien
- Verletzungen * Pfählung,
selten Geburtstrauma (Dammriss)
- Fistelbildungen * Peritonitis
- Stuhlinkontinenz * sehr seltenen,
bei großem Leidensdruck

5.3. Harnwege

- Tumore
- Fisteln
- Stenosen
- Verletzungen
- Stauungen: Hydronephrose
- Anomalie
- neurogene Störungen beziehungsweise Erkrankungen

6. Diagnostik

6.1. Darmerkrankungen

- Anamnese
 - ▶ Inspektion
 - ▶ Palpation
 - ▶ Auskultation
 - ▶ Perkussion
- Vitalwerte
 - ▶ Bewusstseinslage, Puls, RR, Temperatur
- Stuhlverhalten
 - ▶ Häufigkeit, Farbe, Geruch, Konsistenz, Beimengungen
- Labor
 - ▶ BB, Chemie, Entzündungsparameter, BSG, Gerinnung, Tumormarker, Haemocult, ev. Harn
- Radiologisch
 - ▶ Abd. Röntgen, Abd. leer im Stehen (ev. im Liegen), Kontrastmittelröntgen (Passagehindernis, Fisteln)
 - ▶ Sonographie
 - ▶ Computertomographie
- Endoskopie
 - ▶ Prokto-, Rekto-, Coloskopie
- Histologie
 - ▶ Probeentnahme

6.2. Urologische Erkrankungen

- Anamnese
 - ▲ Inspektion
 - ▲ Palpation
 - ▲ Auskultation
 - ▲ Perkussion
- Vitalwerte
 - ▲ Bewusstseinslage, Puls, RR, Temperatur
- Radiologisch
 - ▲ Abd. Röntgen, Urogramm
 - ▲ Sonographie
 - ▲ Computertomographie
- Labor
 - ▲ BB, Chemie, Entzündungsparameter, BSG, Gerinnung, Tumormarker, Harnstix, Hygieneharn
- Endoskopisch
 - ▲ Zystoskopie
- Histologie
 - ▲ Probeentnahme

7. Arten von Stomata

Wie schon erwähnt, sollte der Begriff „Anus praeter naturalis“ aus dem medizinischen Wortschatz gestrichen werden. Er ist ein Sammelbegriff und sagt über die Lage des Stomas nichts aus. Gesellschaftlich ist dieser Begriff auch nicht mehr vertretbar.

Besser ist es das Wort „Ostomie“ (Öffnung) zu verwenden, es beschreibt die anatomische Lage.

7.1. Ileostomie

Die Ileostomie ist eine Öffnung und Stuhlableitung des Dünndarms. Sie wird durch Umstülpen des auf knapp 5 cm skelettiertem Ileumendes 2 - 3 cm erhaben (prominent) angelegt. Die Länge muss etwas großzügiger bemessen werden, um eventuellen späteren Schrumpfung Rechnung zu tragen. Die Lage ist meist im rechte Unterbauch. Durch die geringe Fähigkeit der Flüssigkeitsresorption des Dünndarms hat ein Ileostomieträger meist flüssigen bis breiigen Stuhl. Die Ileostomie kann doppelläufig oder endständig angelegt werden.

Doppelläufige Ileostomie

Die Stuhlpassage wird durch die doppelläufige Ileostomie unterbrochen. Dabei wird eine Darmschlinge über das Hautniveau gelegt. Diese wird durch einen „Reiter“ über der Bauchdecke gehalten. Die Reiter sind heute meist Plastikstäbchen. Sodann kommt es zur Eröffnung der Schleimhaut, diese wird umgestülpt und mit der Haut vernäht. Wir erhalten somit zwei Darmöffnungen, eine zuführende und eine abführende Darmschlinge. Diese Anlage eines Stomas kann durch eine Operation wieder verschlossen werden.

Endständige Ileostomie

Die Bezeichnung endständig heißt, dass ein Ende des Darmes nach außen geleitet wird. Bei dieser Art eines Stomas erhalten wir nur eine Darmöffnung. Die Anlage erfolgt durch die oben beschriebenen Umstülpung der Schleimhaut und das Einnähen in die Haut. Die Anlage hat **unbedingt prominent**, (über Hautniveau) zu sein.

7.2. Colostomie

Eine Colostomie wird notwendig, wenn tiefer gelegene Darmabschnitte nicht durchgängig sind, sowie zum Schutz von Anastomosen. Die Anlage kann wieder endständig oder doppeläufig erfolgen (ähnlich einer Ileostomie). Auf die fingerförmige Umstülpung der Schleimhaut kann verzichtet werden, jedoch ist eine Anlage über Hautniveau anzustreben.

Die anatomische Bezeichnung der Colostomie gibt Aufschluss über die Anlage im Verlauf des Dickdarms (beispielsweise: die Sigmacolostomie).

(Karavias 1994)

7.3. Urostomien

7.3.1. Nephrostomie

Bei der Nephrostomie handelt es sich um eine künstliche Harnableitung aus dem Nierenbecken. Entweder durch operatives Anlegen einer Fistel durch das Nierenparenchym mittels Katheter oder durch perkutane Punktionsfistelung unter Ultraschall- oder Röntgenkontrolle.

7.3.2. Suprapubische Harnableitung

Darunter versteht man eine Harnableitung aus der Blase. Sie erfolgt mittels suprapubischer Punktion der Harnblase und Einlegen eines Katheters.

7.3.3. Cutane Ureterostomie

Ein oder beide Harnleiter werden über oder in das Hautniveau gelegt. Am besten liegt die Ureterostomie im rechten oder linken Unterbauch.

7.3.4. Ileum – Conduit

Bei dieser Operation werden beide Harnleiter in ein ausgeschaltetes Dünndarmsegment implantiert, dessen Ende 1 bis 1,5 cm über Hautniveau gelegt wird (=prominent). Es dient als Verbindungsstück zwischen Ureter und Haut. Das Ileum – Conduit wird meist im rechten Unterbauch angelegt.

7.3.5. Colon – Conduit

Hierbei werden die Harnleiter in ein ausgeschaltetes Colonsegment implantiert. Da die Harnleiter mit Antirefluxschutz eingepflanzt werden, kommt es zu weniger aufsteigenden Harnwegsinfektionen. Diese Operation ist allerdings komplizierter als die des Ileum – Conduits. Das Colon – Conduit wird meist im linken Abdomenbereich angelegt.

7.3.6. Mainz - Pouch

Der Mainz – Pouch ist eine kontinente Urostomie. Aus einer Dünndarmschlinge und dem Coecum wird ein Pouch gebildet und mit einem Ventilmechanismus ausgestattet. Die Ableitung erfolgt meist über den Bauchnabel oder knapp über der Schamhaargrenze. Die Entleerung erfolgt mittels Katheter. Als Infektionsschutz wird ein kleiner Verband oder eine Stomakappe angelegt.

(Zelder 1993)

8. Präoperative Betreuung

Im Hinblick auf eine umfassende Rehabilitation sind die Aufgaben der Pflegekraft vielseitig, viel Geschick und Zeit sind erforderlich um die spätere Akzeptanz des Stomas zu erreichen. Der Patient sollte eine Vertrauensperson wählen, die ihm zur Seite stehen kann, meist ist dies der Partner. In die präoperative Aufklärung und Vorbereitung sollte diese Person miteinbezogen werden. Das Stoma hat Auswirkungen auf die ganze Familie. Der Erfolg der Rehabilitation steht und fällt oft mit dem Partner.

8.1. Erstgespräch

Dieses erste Gespräch ist auch ein gegenseitiges kennen lernen zwischen betreuender Pflegekraft, Patienten und Angehörigen. Die Pflegefachkraft muss sich über den Wissensstand des Patienten informieren, da er oftmals bei der ärztlichen Aufklärung und Operationsbesprechung nicht alles versteht. Folgende Faktoren sind zu berücksichtigen. Das Gespräch muss:

- einführend und glaubwürdig sein,
- der Situation und Grunderkrankung angepasst sein,
- in der Sprache des Patienten stattfinden,
- seiner Intelligenz und seinem Alter entsprechend geführt werden.

Der Patient hat Angst vor dem Verlust der Selbständigkeit, Attraktivität und Spontanität, vor Schamgefühl, Einsamkeit, Verlassenheit und Ausweglosigkeit. Oft kommt zur Diagnose „Krebs“ auch noch diese „Erniedrigung“ dazu. Es muss ehrlich über alles gesprochen werden, die Situation und Diagnose nicht verharmlosend. Der Patient muss spüren, dass wir seine Betroffenheit teilen, aber er muss auch unsere Entschlossenheit erkennen, dass es nur diesen Weg gibt und dieser mit Hilfe und Selbsthilfe gangbar ist. Umso mehr bei dieser Zusammenkunft gesagt und geklärt wird, desto leichter fällt der postoperative Verlauf.

Anschauungsmaterialien (Bilder, Versorgungssysteme,...) können sehr hilfreich sein, jedoch sollte nicht alles bis ins Detail gezeigt werden. Der Patient kann nicht alles aufnehmen und zuordnen, wäre unter Umständen sogar überfordert. Ausschlaggebend für die spätere einwandfreie Funktion ist die **exakte Planung der Stomaposition**. Jede Entscheidung die während der Operation getroffen wird, ist mit erheblichen pflegerischen Schwierigkeiten verbunden, da es meist zu einer Fehlposition der Anlage kommt.

(Kretschmer 1975)

8.2. Stomamarkierung

Die Stomamarkierung wird auch als *das Anzeichnen* bezeichnet und erfolgt im Rahmen dieses Informationsgespräches. Die optimale Position für ein Stoma ist:

- innerhalb des Muskulus rectus abdominis
- eine glatte Fläche von 10 mal 10 cm,
 - in stehender, sitzender und liegender Körperlage
 - fern von der chirurgischen Schnittführung bei der Operation
 - eventuell vorhandener Bestrahlungsfelder
 - Falten, alten Narben und knöchernen Vorsprüngen
- keine Behinderung für Rock- oder Hosenbund
- an einer, für den Betroffenen, gut einsehbaren Stelle.

Intraoperativ verlassen wir uns auf den Chirurgen. Das ideale Stoma ist am richtigen Platz, möglichst rund, intracutan eingenäht und über Hautniveau angelegt.

(Feil - Peter 1993)

9. Postoperative Betreuung

Postoperativ ist der Pflegeprozess sehr umfangreich:

- Psychische Betreuung von Patienten und Angehörigen, auch durch Fachkräfte.

- Die Anleitung des Patienten und des Angehörigen in der Stoma - Versorgungstechnik bis zur Selbständigkeit.
- Kontrolle von Wundheilung, Stomaschleimhaut, Ausscheidung und der peristomalen Haut.

Alles in allem, die sorgfältige, aber konsequente Vorbereitung auf die Entlassung. Danach werden in der weiterführenden Betreuung Unklarheiten, Unsicherheiten und verschiedene Probleme aufgearbeitet. Diese betreffen sehr oft:

9.1. Lebensgewohnheiten

9.1.1. Ernährung

Je nach Grunderkrankung gibt es nur Richtlinien, keine spezielle Diät. Alles was vor der Operation vertragen wurde, ist auch jetzt bekömmlich, was vorher gebläht hat, wird auch jetzt blähen. Eine radikale Kostumstellung geht oft mit mehr Störungen als Nutzen einher. Die ausgewogene Mischkost, regelmäßige Mahlzeiten und eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr sind anzustreben. Eine Diät verleitet den Betroffenen oft, seinem Stoma zu viel Aufmerksamkeit zu schenken, es über zu bewerten. Allerdings ist beim Ileostoma wegen des Flüssigkeitsverlustes und beim Urostoma wegen der Gefahr der Steinbildung auf eine erhöhte Trinkmenge zu achten, diese sollte nicht unter 1500 ml sein.

9.1.2. Beruf

Im Allgemeinen ist keine Frühpensionierung oder ein Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess erforderlich. Es sollte jedoch darauf geachtet werden, dass keine schwere körperliche Tätigkeit mehr verrichtet werden kann (Gefahr der Hernie, Prolaps). Meistens findet sich aber im Betrieb ein geeigneter, "leichterer" Aufgabenbereich.

9.1.3. Sport

Körperliche Aktivität ist weiterhin möglich – auf Kampf- und Kraftsportarten soll aber verzichtet werden, also auf extreme Belastung der Bauchdeckenmuskulatur, wegen Verletzungs- und Herniengefahr.

9.1.4. Reisen

Das Stoma stellt kein Hindernis dar. Bei Flugreisen sollte das Versorgungsmaterial ins Handgepäck, damit es bei einem möglichen Kofferverlust keine unerwarteten Schwierigkeiten gibt. Weiters sollen die Klebeflächen nicht der extremen Hitze ausgesetzt werden. Durch die Klima- und Kostveränderung besteht die Gefahr von Diarrhoe oder Obstipation. Für diese Fälle ist Materialvorsorge zu treffen.

9.2. Lernphase zur Selbstversorgung

Der Patient muss schrittweise so früh wie möglich den Umgang mit dem Stoma erlernen; dieses erfolgt rücksichtsvoll, aber bestimmt. Er darf gar nicht auf die Idee kommen, es könnte jemand die Versorgungsarbeit übernehmen – mit solch` einem Gedanken wird er sein Stoma nicht akzeptieren, verfällt in Abhängigkeit und Resignation die einer raschen Rehabilitation im Wege steht. Je normaler sich das Pflegepersonal dem Patienten gegenüber verhält, desto rascher erfolgt die Akzeptanz für sein neues Körperbild. Oftmalig hilft dem Betroffenen der Vergleich: „Mundschleimhaut und Darmschleimhaut ist das Selbe.“ So bekommt er das Gefühl, dass das Stoma ein Teil von ihm ist; eben nichts Fremdes, Abstoßendes oder Ekelerregendes.

Die Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgt erst dann, wenn der Stomaträger mit seiner Versorgung vertraut ist, oder wenn die Voraussetzungen für eine optimale, selbständige häusliche Pflege gegeben sind. Ist der Patient körperlich und/oder geistig nicht in der Lage sich selbst zu versorgen, muss rechtzeitig jemand gefunden werden, der seine Betreuung übernimmt oder zumindest unterstützend wirken kann. Dies können Angehörige, Nachbarn, Bekannte oder der Sozialdienst sein.

(Winkler 1983)

Wir können zwischen zwei Gruppen von Patienten unterscheiden:

- Jene, die von Anfang an bereit sind mitzuarbeiten; sie müssen oftmals sogar gebremst werden. Sie beantworten alle Fragen mit **JA**, sie geben an, alles zu verstehen, obwohl nicht alles klar ist, sie wechseln zu oft, zu rasch und zu unsauber.
- Und die Patienten mit der sogenannten „Vogel – Strauß - Symptomatik“; die alles abschieben wollen und es ablehnen, ihren „Bauch“ auch nur anzusehen. Bei diesen Patienten ist sanfte Konsequenz und einheitliches Vorgehen vonseiten der Pflegepersonen sehr, sehr wichtig.

9.3. Versorgungssysteme

Wo und wie ist sie zu besorgen? Was tun, wenn ein anderes System gewünscht wird, es nicht mehr passt oder hält? Derartige Probleme werden meist ambulant oder bei den Treffen der Selbsthilfegruppe gelöst.

Dem Patienten und Angehörigen muss vermittelt werden, dass ein Stoma keine Krankheit, nichts ansteckendes und keine Wunde ist !

9.3.1. Arten

Es gibt zwei Gruppen von Systemen.

EINTEILER sind Beutel mit integriertem Hautschutz, die einen kompletten Wechsel mindestens einmal täglich erfordern und die sehr flexibel sind. Zu verwenden bei regelmäßiger Stuhlfrequenz, starker Körperbehaarung und bei sehr mobilen Selbstversorgern.

ZWEITEILER sind Basisplatten mit Rastring und dazugehörenden Beutel, wobei die Platte bis zu drei Tagen belassen werden kann und der Beutel nach Bedarf gewechselt wird. Diese Art der Versorgung ist durch den Rastring und die etwas dickere Basisplatte weniger flexibel. Verwendet wird ein Zweiteiler von Ileostomieträgern, zur Abheilung von Hautirritationen und eventuell bei Betroffenen die durch Angehörige gepflegt werden.

9.3.2. Auswahl

Nun, welches System ausgewählt wird, ist individuell abhängig von vier Faktoren:

- Anatomische Lage des Stomas
- Konsistenz der Ausscheidung
- Beschaffenheit der peristomalen Haut
- persönliche Wünsche des Betroffenen

9.3.3. Anforderungen

Folgende Anforderungen werden an die Versorgung gestellt:

- absolute Dichte (Geruch und Flüssigkeit)
- hautfreundlich und selbsthaftend
- flexibel und bequem (soll Bewegungsfreiheit erlauben)
- geräuscharm, diskret und ästhetisch unauffällig
- einfach in der Handhabung, individuell abgestimmt
- problemlos zu beschaffen sein.

9.4. Versorgungstechnik

Wird die Stomaversorgung am Operationstisch angelegt, erfolgt der erste Wechsel meist am 3. postoperativen Tag. Hierbei dürfen nicht alle Einzelheiten und Details besprochen werden, um den Betroffenen nicht unnötig zu verwirren.

Schrittweise erfährt der Patient alles was er wissen muss. Die Pflegeperson darf ihr Ziel nicht aus den Augen verlieren, dass der Betroffene bis zur Entlassung Sicherheit in der Selbstversorgung bekommen muss. Ruhiges, überlegtes und fachkundiges Handeln ist nötig. Die Pflegekraft soll sich Zeit nehmen, Geduld haben und nicht gestört werden (Telefon).

Auf die Intimsphäre muss geachtet werden – eventuell Mitpatienten bitten, das Zimmer zu verlassen; die Räumlichkeit soll ruhig (kein Telefon, keine Glocke), ohne Zugluft, jedoch mit Lüftungsmöglichkeit sein.

Um dem Stomaträger die Angst und Scheu zu nehmen, muss ihm alles erklärt werden, benötigte Materialien und der Arbeitsplatz sind vorzubereiten.

Die fünf Punkte eines Wechselvorganges:

- Vorbereitung aller Pflegeutensilien
- Entfernung der alten Versorgung
- Reinigung
- Anlegen von dem neuen System
- Entsorgung und Dokumentation

9.4.1. Materialvorbereitung

neues System (Beutel beziehungsweise Platte)

Schablone (öfters erneuern; zu groß – Irritation;

zu klein – Unterwanderung u. Irritation)

Wasserfester Fettstift

Gebogene Schere

Küchenrolle

Körperwarmes Wasser und eventuell nicht rückfettende Seife

Einmalrasierer

Abfallbeutel

9.4.2. Entfernung

Das alte System wird mit zwei Händen, langsam, abgelöst um ein „Stripping“ zu verhindern. Die Pflegeperson darf weder die Nase rümpfen, noch die Stirn runzeln. Sie muss sich so normal wie möglich verhalten. Redewendungen wie: „Stuhlgang auf normalen Wege riecht auch nicht nach Veilchen“ oder „Ist wie beim Babywickeln“ helfen dem Patienten oft über die erste Hemmschwelle und über das Problem der Geruchsbelästigung hinweg. Sobald der Betroffene mobil genug ist, kann der Systemwechsel im Bad durchgeführt werden. Dann hat er nicht das Gefühl die Mitpatienten zu belästigen und sein Selbstwertgefühl und seine Selbstsicherheit gewinnen an Größe.

9.4.3. Reinigung

Diese erfolgt mit klarem, warmem Wasser. Zirkulär wird von außen nach innen, mit jeweils einem Stück der Küchenrolle gewischt. Auch die Schleimhaut soll gereinigt werden, wobei kleine Blutungen normal und mit Zahnfleischbluten vergleichbar sind. Später ist ein Voll- oder Duschbad auch ohne System möglich. Auf Körperlotion im Klebebereich muss verzichtet werden. Anschließend ist eine eventuelle notwendige Rasur mittels Einmalrasierer (ohne Rasierschaum) vorzunehmen. Absolut kontraindiziert in der Stomapflege sind:

Wundbenzin, Wasserstoff, Äther, Alkohol, rückfettende Seifen, Pflegeschaum oder ähnliches. Diese Materialien trocknen die Haut aus, beziehungsweise bei rückfettenden Pflegemitteln kleben die Beutel nicht mehr optimal.

9.4.4. Anlegen des neuen Systems

Nach durchgeführter Größenkontrolle der Schablone wird die neue Versorgung vorbereitet. Die Hautschutzplatte wird zugeschnitten und aufgeklebt, (Einteiler mittels „Trick mit dem Knick“). Bei „Problem – Stomata“ sind eventuell zusätzliche Maßnahmen wie Hautschutzfilm oder –pasten, konvexe Systeme oder ähnliches nötig. Siehe Kapitel Komplikationen.

9.4.5. Entsorgung und Dokumentation

Bei jedem Wechsel werden die anfallenden Materialien in einem Müllsack gesammelt. Dieser kommt verschlossen zum Restmüll.

Die Dokumentation ist vor allem im klinischen Bereich unumgänglich.

Vermerkt werden muss:

- der Zustand der peristomalen Haut,
- die Schleimhautbeschaffenheit,
- Konsistenz, Farbe und Menge der Ausscheidung,
- welche Versorgung verwendet wurde,
- wie weit der Patient angelernt ist oder wie weit er bereits mithilft.

(Arbeitskreis 2000)

9.5. Der „schlaue“ Patient

Dem Patienten darf seine „Arbeit“ nicht abgenommen werden, obwohl der Systemwechsel durch die Pflegekraft viel schneller gehen würde. Mit schlaun Aussagen wie: „Ich kann`s eh, aber Sie können es schneller“, versuchen es Betroffene immer wieder, das Pflegepersonal zu überreden.

Misserfolge sind einzuplanen. Deshalb muss der Betroffene die Selbstversorgung noch im Krankenhaus durchführen, hier werden kleine Pannen besser toleriert. Wenn die erst zu Hause passieren, bricht oft eine Welt zusammen.

Auch die vom Patienten gewählte Vertrauensperson muss früh genug angeleitet werden.

Zu Hause haben es „Reinlichkeitsfanatiker“ oft schwieriger, da sie ständig glauben: es ist undicht, es stinkt, es ist voll,... so kommt es oftmals zu unnötig engen Wechselintervallen. Unkonventionelle, eher zur Unordnung neigende Personen scheinen geringere Probleme zu haben. Äußerlichkeiten spielen bei ihnen kaum eine Rolle, sie schenken dem Stoma meist keine übertriebene Aufmerksamkeit.

10. Irrigation

Die Irrigation ist ein natürlicher Reiz des Darmes mit warmen Wasser und anschließende Stuhlentleerung. Der Zweck ist, dass die Dehnungsrezeptoren aktiviert und eine vermehrte Peristaltik ausgelöst wird. Dadurch erreicht man eine Kontinenz für ca. 48 Stunden. In dieser stuhlfreien Zeit ist eine kleinere Versorgung oder das Tragen von Stomakappen möglich.

Eine Irrigation wird auch als Operations- oder Untersuchungsvorbereitung durchgeführt. Vorausgesetzt der Chirurg erteilt schriftliche Erlaubnis, kann ca. 8 Wochen postoperativ mit der Schulung zur Irrigation begonnen werden. Guter körperlicher und geistiger Allgemeinzustand, sowie ein stabiler Kreislauf des Betroffenen sind ein Muss, außerdem ist einzuplanen dass man ca. 1 Stunde Zeit benötigt! Es ist nur Stomaträgern mit einer endständigen Sigmacolostomie möglich. Auch muss der Betroffene in der Lage sein sich selbst zu versorgen und er sollte eher zur Obstipation als zur Diarrhoe neigen.

Das Irrigationsset besteht aus:

- einem Spülbehälter mit cirka 2000 ml Fassungsvermögen
- dem Konus
- einer Basisplatte und Entleerungsbeutel (-schlauch).

Im zuführenden Schlauch ist ein Einlaufregler integriert. Aus physiologischen Gründen soll die Irrigation am Morgen gemacht werden. Nach Aufklärung des Betroffenen und Vorbereitung aller Materialien kann damit begonnen werden. Zu Beginn wird das Stoma ausgetastet, um zu sehen wie der Darm verläuft, sodass der Konus richtig angesetzt werden kann. Das Anbringen des Systems erfolgt wie bei einem Zweiteiler, das Beutelende kann gleich in die Toilette hängen.

Mit insgesamt 1,5 Liter Wasser wird langsam, je nach Befinden gespült. 500 ml verwendet man zum Anspülen (mehrmals pausieren und eventuelle Entleerung zulassen), anschließend lässt man die restliche Wassermenge einlaufen.

Die Hauptentleerung kann man am WC abwarten, dann wird der Entleerungsschlauch mittels Klemme verschlossen und die Restentleerung abgewartet.

Inzwischen kann die übliche Morgentoilette, das Blumengießen oder das Lesen der Morgenzeitung erledigt werden. Wenn der Darm leer ist, die Spülversorgung abnehmen und die Stomakappe anbringen.

Ist es dem Patienten nicht mehr möglich zu irrigieren (zusätzliche Krankheit oder Verschlechterung des Allgemeinzustandes), kann jederzeit aufgehört werden und die Stuhlentleerung erfolgt wieder spontan.

Kontraindikationen für die Irrigation sind :

- Prolaps, Hernie, Stenosen,
- Bestrahlung,
- Durchfall,
- reduzierter Allgemeinzustand,
- Herz – Kreislauf – Instabilität.

11. Urostoma

Hier unterscheiden wir zwischen kontinentem und inkontinentem, also zwischen trockenem und nassem Stoma.

Das **kontinente Urostoma** ist ein operativ angelegter Pouch der mittels Katheterismus entleert wird; macht pflegerisch meist keine Probleme und bedarf auch keiner aufwendigen Versorgung.

Das **nasse Urostoma** wird auch als Ileum - Conduit bezeichnet. Die Harnleiter münden hier in ein Dünndarmstück (ca. 10 cm), das prominent angelegt, und wie eine Ileostomie, meist im rechten Oberbauch nach außen geleitet wird.

Versorgungstechnisch ist zu beachten, dass die Ausscheidung flüssig ist! Es stehen auch hier Ein- und Zweiteiler mit speziellen Beuteln zur Verfügung; diese müssen einen Rücklaufstopp haben und ein Auslassventil, wo für die Nachtstunden ein ableitendes System angeschlossen werden kann.

Pflegerisch muss bei Beiden auf den optimalen Hautschutz geachtet werden. Hierzu gibt es im Handel verschiedenste Hautschutzprodukte; diese müssen allerdings bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Vom Handling, beim Systemwechsel, ist kaum Unterschied zu einem Darmstoma. Vor allem beim Ileostoma ist es sehr ähnlich, da auch hier fast ständig Ausscheidung heraustransportiert wird. Der Wechsel muss gut vorbereitet erfolgen, damit er rasch von sich gehen kann. Wenn möglich in liegender Position. Vom Zeitpunkt her ist der Morgen ratsam, da der Stomaträger in der Früh keine Ausscheidung hat.

12. Komplikationen

Die meisten werden verursacht durch Anlagefehler, oft aufgrund einer Notoperation oder einer palliativ erforderlichen Operation.

Weitere Ursachen können sein:

- intraoperativ unzureichende Fixation des Darmes,
- Wundheilungsstörungen,
- Bauchwandschwäche,
- übermäßige Gewichtsab- oder zunahme.

Im Zuge eines fortgeschrittenen Krebsleidens kommt jetzt zusätzlich das Versorgungsproblem dazu. Soziale Isolation, Resignation und Hoffnungslosigkeit sind praktisch vorprogrammiert. Meist wird eine Stomatransposition und Stomaneuanlage wegen

- eines reduzierten Allgemeinzustandes,
- einer schlechten Prognose oder
- einem erhöhten Risiko durch die Grunderkrankung nicht durchgeführt.

Wir unterscheiden grob zwischen **medizinischen und pflegerischen** Komplikationen. Bei den medizinischen legt der Arzt die nötige Therapie fest. Probleme von Seiten des Darmes wie Obstipation bis Ileus oder Diarrhoe sind meist ernährungsbedingt.

Als erste Maßnahme gilt: **Information ist die beste Prophylaxe!**

Ansonsten müssen schriftliche, ärztliche Anordnungen befolgt beziehungsweise durchgeführt werden.

12.1. Medizinische Komplikationen

12.1.1. Prolaps

Tägliche Schwankungen der Stomagröße hängen von der peristaltischen Aktivität ab und sind nicht mit einem Prolaps zu verwechseln. Doppelläufige Colostomien prolapieren eher und wenn, dann immer der aborale Schenkel.

Beim einem großen chronischen Prolaps besteht die Gefahr der Schleimhautstauung, Blutung und Mazeration. Selten besteht Inkarzerationsgefahr.

Ein geringgradiger Prolaps wird meist konservativ, mittels Prolapsplatte versorgt. Bei Größeren ist eine operative Sanierung nötig.

12.1.2. Hernie

Die Hernie ist eine der häufigsten Komplikationen bei Stomaträgern, wobei sich ein Teil der Bauchwand vorwölbt. Mittels vom Bandagisten angepasstem Mieder werden kleinere Hernien oder inoperable Patienten (schlechter Allgemeinzustand) versorgt. Meist wird aber eine Neueinpflanzung des Stomas vorgenommen, auch um die Rezidivneigung so gering wie möglich zu halten.

12.1.3. Retraktion

Darunter versteht man das trichterförmige Einsinken des Stomas unter Hautniveau. In versorgungstechnischer Hinsicht gehört die Retraktion zu den schwierigsten Problemen, da es den Betroffenen selten gelingt den Hauttrichter ausreichend zu schützen. Folge ist eine chronische Hautläsion, Mazeration und erhöhte Stenoseneigung durch den Abheilungsvorgang. Gelingt es nicht durch spezielle Versorgungssysteme den Trichter entzündungsfrei zu halten, muss eine chirurgische Korrektur durchgeführt werden.

12.1.4. Stenose

Von einer Stenose spricht man, wenn das Stoma für den kleinen Finger nicht mehr durchgängig ist, dies gilt nicht bei Urostomien. Häufig ist eine Stenose mit einer Retraktion kombiniert. Absolute Stenosen sind immer eine Operationsindikation. Zu Beginn wird eine konservative Therapie mittels Bougierstifte oder –katheter versucht. Diese ist mit viel Vorsicht durchzuführen, da Perforationsgefahr besteht.

12.1.5. Polypen, Rezidive, Narben, Falten, Fisteln, Nekrosen

Dies sind Komplikationen, die bei den regelmäßigen ärztlichen Kontrollterminen beobachtet und einer, wenn nötig, sofortigen Therapie zugeführt werden.

12.2. Pflegerische Komplikationen

Treten Probleme von Seiten der Haut auf, ist meist unser pflegerisches Fachwissen gefragt. Um pflegerische Störungen ausfindig zu machen ist es nötig die Stomaumgebung **UND** die Versorgung anzusehen, und einige gezielte Fragen zu stellen. Bei solch` einem Gespräch darf man jedoch nicht als überlegener Fachmann fungieren, da man durch Einschüchterung und Verunsicherung die gewünschten Auskünfte nicht erhalten wird.

Fragen über Nahrungsmittelzufuhr (wie oft, wie viel, was wird gegessen)

Flüssigkeitszufuhr

Aktivitäten, Arbeiten und Sport,... sind zu stellen.

Kontaktiert uns ein Stomaträger mit einem Problem, finden wir meistens das Bild einer ständig bleibenden Rötung vor, also eine Hautirritation. Eine vorübergehende Rötung bei der Pflege oder beim Wechsel der Versorgung ist kaum von Bedeutung, aber *die bleibende Rötung*, mit typischen feuchtem Glanz, die bedarf einer intensiven Pflege als Therapie!

Verursacht werden kann so eine Rötung durch eine hohe mechanische Beanspruchung der Haut, bei zu häufigem Wechsel. Dies kommt bei Durchfall, bei einer Ileostomie, wenn es durch Falten, Narben oder Retraktion zur Undichtheit des Systems kommt, oder durch falsche Versorgung und/oder Pflegeartikel zustande. Eine weitere Ursache ist der ständige Kontakt mit den aggressiven Ausscheidungen bei mangelhafter Reinigung, unpassender Ausschnittgröße oder bei zu seltenem Wechsel.

Ursachen für Komplikationen, die eine vermehrte pflegerische Aufmerksamkeit fordern:

- ☞ Die **mangelhafte Pflege** durch ungenügende Reinigung beim Wechsel, falsche Pflegemittel, zu seltener Wechsel oder auch wenn nicht rasiert wird.
- ☞ **Unzureichende Stomaversorgung**, bei einem zu großem oder zu kleinem Ausschnitt des Systems oder durch Nichteinhalten der Wechselfrequenz.
- ☞ **Peristomale Veränderungen** bei starker Gewichtsveränderung, bei sehr starker Transpiration bei Arbeit, Sport; oder infolge einer allgemeinen Komplikation wie Retraktion, Hernie oder ähnliches.
- ☞ **Störungen durch die Nahrungszufuhr.** Manche Betroffene haben durch bestimmte Nahrungsmittel eine aggressivere Ausscheidung, Durchfall oder Blähungen und eine damit verbundene unangenehme Flatulenzentwicklung.
- ☞ Seltener verursacht **eine Allergie** eine Hautirritation. Unverträglichkeiten auf die Klebefläche, den Hautschutz, den Beutel oder auf Pflegemittel können auftreten. Bei einer bereits bekannten Allergie auf Pflaster, Kunst- od. Klebstoffen sollte präoperativ ein Allergietest mit den verschiedensten Produkten gemacht werden. Ratsam ist, diesen nicht am Abdomen durchzuführen, da evtl. Reaktionen im Operationsgebiet eine Operation undurchführbar machen könnten. Empfehlenswert wäre die Innenseite der Oberschenkel, da bei Reaktionen auch die Rückenlage zum Problem werden kann.

Als erste Pflegemaßnahme ist immer die Beseitigung der Ursache. Meist resultiert daraus eine Evaluierung des Versorgungssystems, passend für das jeweilige Problem. Es muss eine dichte, flüssigkeitsaufnehmende Langzeitversorgung für 2 – 3 Tage angelegt werden. Hierzu verwenden wir:

- einen Hautschutzfilm und eine Varihesivplatte,
- ein zweiteiliges System,
- Paste oder Modellierstreifen zum Ausgleichen und Abdichten,
- einen Gürtel zum Abdrücken des Systems.

Diese Versorgung ist, wenn möglich, nach der Entleerung oder morgens anzulegen. Es wäre auch von Vorteil, wenn die Haut etwas abtrocknen könnte. Im stationären Bereich ist dies aus hygienischen Gründen etwas schwieriger als im häuslichen Bereich. Zu Hause kann man eine Pause im Liegestuhl und schattigen Garten machen.

Die häufigsten Hautirritationen, ihre Erscheinungsbilder und Behandlung:

Die Dermatitis

Die Follikulitis

Die Candidainfektion

Die pseudoepitheliale Hyperplasie

Die Pseudoepitheliomatosis

12.2.1. Dermatitis

Als Dermatitis wird die Entzündung der peristomalen Haut dann benannt, wenn die Rötung mit Brennen und Juckreiz einhergeht, und durch ständige Rekontamination mit der Darmausscheidung nicht ohne optimale Versorgung zur Abheilung gebracht werden kann. In Folge einer narbigen Abheilung ist sogar eine Stenose möglich. Als „Wundversorgung“ gilt wieder: die Evaluierung der Schablone, Puder, Hautschutzfilm und –paste, zweiteiliges System und zumeist ein Gürtel für mehrer Tage. Der Heilungsprozess geht meist rasch voran, wenn kein Kontakt mit dem Darminhalt gegeben ist und die Haut geschützt wird.

12.2.2. Follikulitis

Die Follikulitis entsteht durch eine mechanische Reizung der Haarbälge und zeigt sich als punktuelle Pusteln. Regelmäßiges rasieren verhindert ein einwachsen der Haare in die, meist mikroporöse, Klebefläche. Beim schmerzhaften Abnehmen der Platte werden die Haare epiliiert und bei der anschließenden Reinigung kommt es zur Kontamination der verletzten Haut mit der Ausscheidung und in Folge zu einer Entzündung. Der Heilungserfolg zeigt sich rasch, innerhalb von 1 – 2 Tagen, mittels optimaler Versorgung. (Reinigung, Rasur, Hautschutzfilm und -platte, Zweiteiler – für 2 Tage).

12.2.3. Mycoseninfektion

Eine Pilzinfektion hervorgerufen durch saprophytäre und parasitäre Sprosspilze der Haut und Schleimhaut bei bestimmten Dispositionen. Diese sind zum Beispiel: Diabetes mellitus, Abwehrschwäche, anhaltende Antibiotikagaben oder bei bestehender Hautirritationen. Auf der Schleimhaut zeigen sich gelblich, weißliche Belege und auf der parastomalen Haut einzelne Pappeln und Erosionen, verbunden mit Juckreiz und Brennen. Die diagnostische Abklärung erfolgt durch einen Abstrich. Als Therapie werden die einzelnen Stellen, mit ärztlich verordneten, antimycotischen Puder, Spray oder Lösungen behandelt. Die verwendeten Hautschutzplatten entziehen dem Pilz die Feuchtigkeit.

12.2.4. Hyperplasie

Die pseudoepitheliale Hyperplasie oder Waschfrauenhändehaut entsteht bei ständig feuchter Stomaumgebung. Die Haut ist aufgequollen und zeigt am Übergang zwischen Haut und Schleimhaut weiße Belege. Evaluierung der Schablone und der Wechselrhythmen ist nötig. Die Versorgung muss auf Dichtheit geprüft werden und Unebenheiten sind auszugleichen. Unbehandelt kommt es meist zur Irritation, Mazeration und unter Umständen können bei narbiger Abheilung sogar Warzen entstehen. Als Therapie wird wieder eine Langzeitversorgung angelegt und mittels Gürtel Druck auf die Stomaumgebung ausgeübt.

12.2.5. Pseudoepitheliomatosis

Als Pseudoepitheliomatosis bezeichnet man das überschießende Granulationsgewebe, das (wie Hyperplasien) durch Druck zu einer Rückbildung gebracht werden kann. Ohne Behandlung kann es zu einer Umbildung von Granulationsgewebe in Narbengewebe zur Folge haben und im schlimmsten Fall zu einer Stenose führen.

12.2.6. Allergie

Selten führen Allergien zu Hautirritationen. Typisch zeigt sich dann eine „matrizenartige Nachzeichnung“ der Klebefläche oder des Beutels. Überempfindlichkeiten sind relativ leicht zu beseitigen. Sorgfältige Pflege und Abheilung wie bei einer beginnenden Dermatitis sind Erstmaßnahmen. Zusätzlich ist ein Produktwechsel vorzunehmen. Bei starker Transpiration sind Beutel mit Fließ oder ein Baumwollüberzug zu empfehlen.

Der Stomaträger ist gesund,

wenn auch behindert.

Unser Ziel ist die rasche

Wiedereingliederung eines Betroffenen

in sein früheres soziales Umfeld.

13. Pflegeplan

Problem: Psychische Belastung, da das Stoma Körperfunktionen betrifft, über die man nicht spricht oder die nicht gesellschaftsfähig sind.

Ziel: Der Betroffene lernt mit seiner neuen Situation umzugehen.

Maßnahmen: Unterstützung beim natürlichen Umgang mit der neuen Situation durch das Pflegepersonal; Stomatherapeuten einschalten.

Problem: mechanische Hautreizung

Ziel: intakte Haut

Maßnahmen: zu große Ringgröße vermeiden
Reinigungsrichtung von außen nach innen
vorsichtiges Entfernen von Klebeflächen
keine aggressiven Lösungsmittel verwenden
Zweiteiler bei Ileostoma verwenden

Problem: Hautreizung mit Mazeration (z.B.: aggressive Ausscheidung)

Ziel: intakte Haut

Maßnahmen: Haut beim Beutelwechsel gut trocknen
Zitrusfrüchte, scharfe Speisen und Gewürze vermeiden

Problem: Allergie auf die Beutelfolie oder die Klebefläche der Platte

Ziel: Vermeidung von Juckreiz, Rötung, Ausschlägen und Entzündungen

Maßnahmen: bei Veränderungen Rücksprache mit dem Arzt halten
Beutel mit Vliesüberzug verwenden
Produktwechsel
keine Enthaarungscreme verwenden, sondern Haare mittels Einmalrasierer entfernen

Problem: Geruchsbildung

Ziel: Verringerung der Geruchsbildung

Maßnahmen: geruchshemmende Lebensmittel bevorzugen
täglicher Wechsel des Beutels (Beutel mit Filter)

Problem: Pilzinfektion (Diagnosestellung durch Abstrich)

Ziel: Vermeidung von Infektionen

Maßnahmen: sachgemäße Reinigung
richtige Ringgröße
antimykotische Seifen, Puder, Tinkturen od. Spray verwenden
Zweiteilige Versorgung für mehrere Tage
vitaminreiche Kost

Problem: Prolaps

Ziel: Komplikationen vermeiden

Maßnahmen: Beutelversorgung nur im Liegen (entspannt) wechseln

Problem: Stenose

Ziel: Stomafunktion aufrechterhalten

Maßnahmen: vorsichtiges bougieren der Öffnung mit dem eingefetteten kleinen
Finger nach Rücksprache mit dem Arzt
angepasste Ringgröße

Problem: Retraktion

Ziel: Hautirritationen vermeiden

Stuhlabgang in den Beutel ist gewährleistet

Maßnahmen: flexible, konvexe Systeme verwenden

Hautschutzpaste, Modellierstreifen oder -ringe verwenden

Problem: Hernie

Ziel: Vermeidung der operativen Versorgung
Stuhlabgang in den Beutel ist gewährleistet

Maßnahmen: keine schweren Lasten heben
Mieder verwenden

Problem: ernährungsbedingte Blähungen, Gerüche, Durchfälle

Ziel: Betroffener ist über die Wirkung bestimmter Lebensmittel informiert

Maßnahmen: Betroffenen informieren
Ernährungsplan erstellen
Betroffener muss die Wirkung der LM auf seine Verdauung selbst
herausfinden
zusätzlich Ballaststoffe verabreichen

Problem: Gefahr des Flüssigkeitsverlustes durch Diarrhoe

Ziel: ausgeglichener Flüssigkeitshaushalt

Maßnahmen: vermehrte Flüssigkeitszufuhr
„stopfende“ Nahrungsmittel bevorzugen
Vit. B12 - haltige und kaliumreiche Kost
Medikamente laut ärztlicher Anordnung

(Internet)

13. Persönliche Stellungnahme

Diese Arbeit, in einem so großen Rahmen, hat für uns sehr viel Zeit und Engagement bedeutet. Besonders unsere örtliche Trennung war mit manchen Hindernissen verbunden. Für uns hat dieser Teil der Ausbildung auch sehr viel an Allgemeinbildung mit sich gebracht.

Wir konnten und wollten im Skriptum nicht auf alles bis ins Detail eingehen, nicht Antwort auf alle evtl. auftretende Fragen geben, da das „Frage und Antwortspiel“ den Unterricht interessanter gestalten kann. Außerdem werden im Unterricht Diapositive, Overhead – Folien (siehe Anhang) gezeigt und praktische Übungen der Stomaversorgung gemacht.

Um auf alle Punkte genau eingehen zu können, wäre es nötig ein Buch mit mehreren hundert Seiten zu verfassen.

Bestätigt wurden wir darin, dass es sehr wertvoll ist mit Menschen zu arbeiten, sich um sie zu kümmern, besonders um jene, die intensive Hilfe benötigen.

Es lohnt sich im Pflegeberuf tätig zu sein.

14. Literaturnachweis

1. Arbeitskreis für Kontinenz- und Stomaberatung KH Lainz, MA 47, AKH Wien in Zusammenarbeit mit den Verband österreichischer Stomatherapeuten (2000). **Stoma Qualitätsmindeststandards**. Wien, 2. überarbeitete Auflage
2. Feil, H. (1991). **Stomapflege Enterostomatherapie**. Hannover: Schlütersche
3. Feil - Peter, H. (1993). **Stomatherapie**. Hannover: Schlütersche
4. **Internetadresse:**
<http://www.meine-pflege.de/Pflegestandard/Anuspraeter.htm>
5. Karavias, Th. und Mischo - Kelling, M. (1994). **Chirurgie und Pflege**. New York – Stuttgart: Schattauer
6. Kretschmer, K. (1975). **Der künstliche Darmausgang Ostomien des Darmes**. Stuttgart: Georg Thieme
7. Lippert, H. (1989). **Anatomie Text und Atlas**. München: Urban und Schwarzenberger
8. Winkler, R. (1983). Stomatherapie, **Atlas und Leitfaden für intestinale Stomata**. Stuttgart: Georg Thieme
9. Zelder, O. (1993). **Lehrbuch der Chirurgie für Krankenpflege**. Stuttgart: Enke