



Das kleine Stomahandbuch

Für Pflegekräfte



Inhalt

5	1. Wissenswertes zum Thema Stomatherapie
6	2. Terminologie
6	2.1 Allgemeines
6	2.2 Die verschiedenen Darmstomata
7	3. Darmstomata im Porträt
7	3.1 Das doppelläufige Stoma
7	3.1.1 Das doppelläufige Ileostoma
8	3.1.2 Das doppelläufige Kolostoma
9	3.2 Das endständige Stoma
10	3.2.1 Das endständige Ileostoma
10	3.2.2 Das endständige Kolostoma
11	3.3 Der Dünndarmausgang – das Ileostoma
12	3.4 Der Dickdarmausgang – das Kolostoma
14	3.5 Der Ausgang vom Kolon Transversum – das Transversostoma
15	3.6 Das Hartmann-Kolostoma
16	4. Stomatherapie
16	4.1 Die präoperative Vorbereitung
17	5. Stomapflege
17	5.1 Die Versorgungssysteme
17	5.1.1 Das einteilige System
17	5.1.2 Das zweiteilige System
18	5.1.3 Der integrierte Filter
19	5.1.4 Der geeignete Beutel
20	5.1.5 Der Ausstreifbeutel
21	5.1.6 Der geeignete Hautschutz
22	5.1.7 Die Hautreinigung
25	5.2 Das Anpassen der Versorgung
26	5.3 Der Versorgungswechsel Schritt für Schritt
31	5.4 Pflegefehler
32	6. Was tun, wenn...? Erste mögliche Maßnahmen in der Stomaversorgung
32	6.1 Ursachenforschung
32	6.2 Mögliche Maßnahmen
33	7. Arzneimittelinnahme bei Stomapatienten
35	8. Fallbeispiele
35	8.1 Reiterversorgung
36	8.2 Nahtdehiszenz
38	8.3 Mangelnde Anpassung der Stomaversorgung
38	8.4 Parastomale Hautreaktion
39	8.5 Parastomale Mykose
40	8.6 Parastomale Wundfläche nach Abszessspaltung
41	8.7 Infizierte parastomale Fadenstichkanäle
42	8.8 Versorgung eines Stomas neben einer sezernierenden Drainageeinstichstelle
44	8.9 Versorgung eines Stomas nahe einer sezernierenden Nahtdehiszenz
45	8.10 Versorgung zweier Fisteln oder sezernierender Drainageeinstichstellen mit einem Beutel
46	8.11 Stomaaanlagen in der Nähe zur Laparatomienäht
47	9. Notizen



1. Wissenswertes zum Thema Stomatherapie

Stomatherapie

Die Stomatherapie ist ein spezielles Gebiet der Krankenpflege. Es umfasst die individuelle, ganzheitliche Pflege und Rehabilitation von Patienten mit Stoma, Inkontinenzleiden, Fisteln und sekundär heilenden Wunden.

StomatherapeutInnen

StomatherapeutInnen sind examinierte Krankenschwestern, Kinderkrankenschwestern oder Altenpflegekräfte mit einer mindestens dreimonatigen Weiterbildung in Stomapflege und Inkontinenzversorgung.

Entstehung des Pflegefachgebiets Stomatherapie

1958 erkannte der amerikanische Chirurg Dr. Robert Turnbull (Cleveland Clinic) die Notwendigkeit einer speziellen Betreuung von Stomapatienten. Zusammen mit Norma Gill, die selbst Stomatragerin war, bot er seinen Patienten erstmals eine Stomaberatungsstelle an und ermöglichte seinen Patienten wertvollen Erfahrungsaustausch mit Norma Gill. Die gute Resonanz auf ihre Arbeit veranlasste sie dazu, Seminare in Stomaversorgung und -beratung anzubieten, um das erlangte Wissen weiterzugeben. Sowohl Betroffene als auch Pflegekräfte besuchten damals diese Seminare oder gastierten bei Norma Gill.

1961 gründeten Dr. Turnbull und Norma Gill die weltweit erste Weiterbildungsstätte für StomatherapeutInnen, die »Robert B. Turnbull School of Enterostomal Therapy Nursing« an der Cleveland Clinic Foundation. Die Kursteilnehmer kamen aus dem In- und Ausland. Mittlerweile gibt es in vielen Ländern Weiterbildungsstätten für das Pflegefachgebiet »Enterostomatherapie«.

Als erste deutsche Krankenschwester wurde Anneliese Eidner 1976 von der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen zur Stomatherapeutenausbildung nach Cleveland geschickt.

Fachverbände für StomatherapeutInnen

Es gibt folgende Verbände von StomatherapeutInnen:

- › die KSB Kontinenz-Stoma-Beratung Österreich (www.kontinenz-stoma.at),
- › den europäischen Verband ECET Sektion Deutschland e. V. (www.ecet.de) und
- › den internationalen Verband WCET World Council of Enterostomaltherapists (www.wcetn.org).

Fachbücher zum Thema

In der deutschsprachigen Literatur werden folgende Fachbücher zum Thema Stomapflege angeboten:

Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma Praxis und Beratung – stationär und ambulant
Gabriele Gruber
Verlag Springer 2017
ISBN 978-3-662-48428-9

Stoma- und Kontinenzberatung
Gerlinde Wiesinger und Elisabeth Stoll-Salzer
Verlag Thieme 2012
ISBN-13: 978-3131389725

Richtig positioniert

Werner Droste, Brigitte Sachsenmeier und Anja Tork
Verlag spectra 2014
ISBN-13: 978-3981601497

Fachzeitschriften zum Thema

MAGSI – Magazin Stoma + Inkontinenz
herausgegeben vom DVET e. V.

Journal of the WCET

herausgegeben vom WCET international

ILCO-Selbsthilfegruppe (www.ilco.at)

Ileostomie-Kolostomie-Urostomie-Vereinigung
Selbsthilfegruppe für Stomaträger in Österreich

2. Terminologie

2.1 Allgemeines

Stoma (Mehrzahl: Stomata)

Die Übersetzung für das griechische Wort »Stoma« lautet: »Mund, Öffnung«; gemeint ist die künstlich geschaffene Verbindung zwischen einem Hohlorgan und der Haut. In der Medizin kennen wir verschiedene Stomaanlagen, solche vom Magen (Gastrostomie), von der Luftröhre (Tracheostomie), vom Darm (s. 2.2) usw.

Anus praeter

Der Begriff ist aus dem Lateinischen und heißt »vor-geschalteter Anus«. Dieser Begriff sagt aus, dass es sich um einen künstlichen Anus am Bauch handelt.

Beide Begriffe werden in der Stomapflege verwendet. Will man klar aussagen, aus welchem Darmabschnitt der Anus ausgeleitet ist, verwendet man eher den Begriff »Stoma« mit dem entsprechenden Vorsatz (s. 2.2).

Parastomal

»Para« bedeutet neben. Die parastomale Haut ist zum Beispiel die stomaumgebende Haut.

2.2 Die verschiedenen Darmstomata

Dünndarm

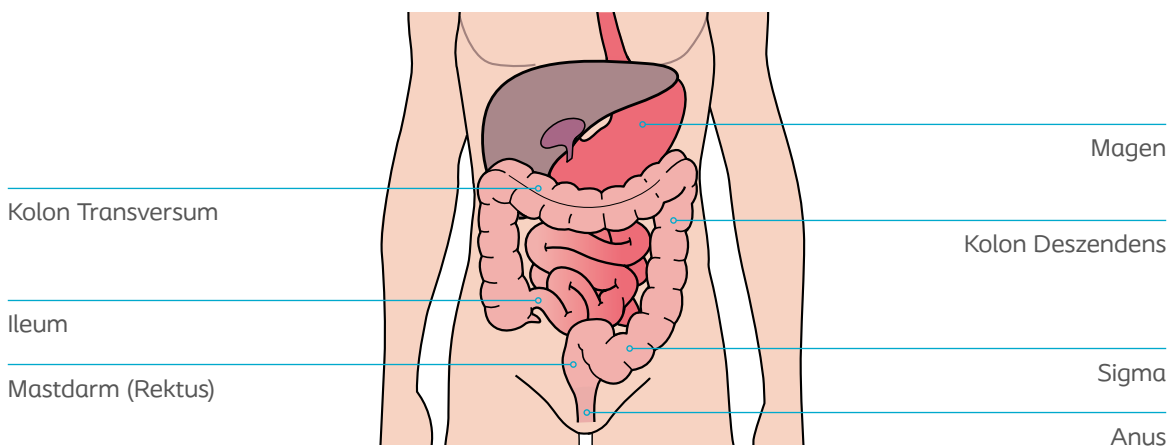
Ileostoma = Dünndarmstoma; das Ileum (das Ende des Dünndarms) ist als Stoma ausgeleitet

Dickdarm

Kolostoma = Dickdarmstoma; das Kolon (der Dickdarm) ist als Stoma ausgeleitet

Hier unterscheidet man verschiedene Dickdarmabschnitte, die ausgeleitet wurden:

- › Transversostoma = Dickdarmstoma vom quer verlaufenden Dickdarm (Kolon Transversum)
- › Deszendostoma = Dickdarmstoma vom absteigenden Dickdarm (Kolon Deszendens)
- › Sigmoidostoma = Dickdarmstoma vom S-Darm (Sigma)



3. Darmstomata im Porträt

3.1 Das doppelläufige Stoma

Das Adjektiv doppelläufig sagt aus, dass eine Darmschlinge vor die Bauchhaut gezogen und eröffnet wurde. Beim doppelläufigen Stoma sind zwei Darmöffnungen vorhanden:

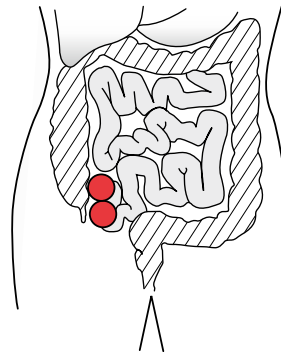
1. Ende des zuführenden Darmabschnitts
2. Beginn des abführenden Darmabschnitts

Die Darmpassage ist durch das Stoma unterbrochen, der folgende Darmabschnitt ist dadurch entlastet. Kleine Mengen Stuhl mit Schleimbeimengungen können sich trotzdem über den natürlichen After entleeren. Ein anales Druckgefühl wie zum Stuhlgang ist normal und dem Drang sollte durch einen Toilettengang auch nachgegeben werden.

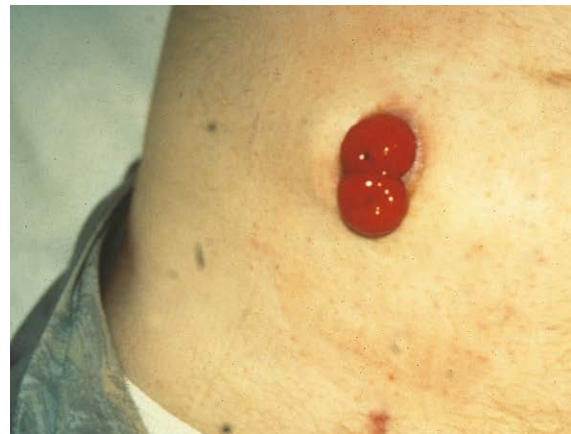
Die doppelläufige Anlage erfolgt mit einem Steg, der unter der eröffneten Darmschlinge liegt und das Zurückgleiten der Schlinge in den Bauchraum verhindert. Der Steg und die Fäden – falls kein resorbierbares Nahtmaterial verwendet wurde – werden nach 10 bis 14 Tagen postoperativ entfernt.

Ein doppelläufiges Stoma ist oft nur ein vorübergehendes Stoma. Durch eine Rückverlagerung wird die Passage wiederhergestellt und der stillgelegte Darmabschnitt dadurch wieder aktiviert.

3.1.1 Das doppelläufige Ileostoma

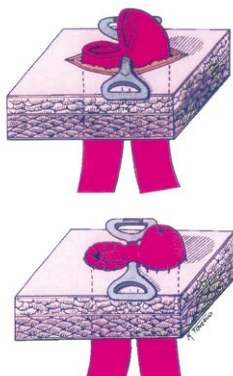


 Darm entlastet, noch vorhanden

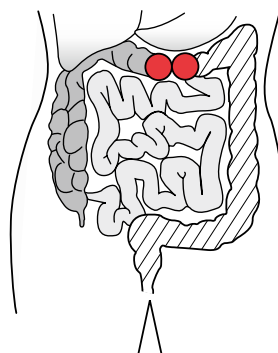


Doppelläufiges Ileostoma

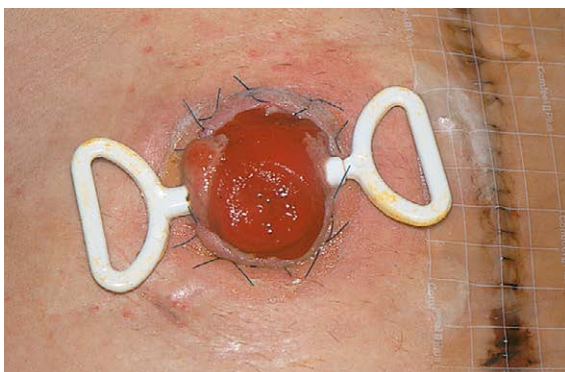
Operationstechnik



3.1.2 Das doppelläufige Kolostoma



 Darm entlastet,
noch vorhanden



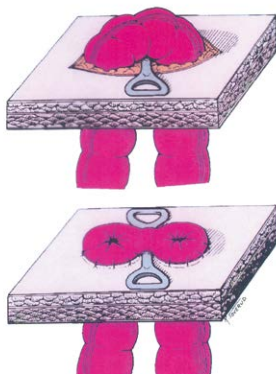
Postoperatives doppelläufiges Ileostoma mit Steg und Fäden



Doppelläufiges Kolostoma

Beim doppelläufigen Ileostoma wird die Stuhl ausscheidende Darmöffnung schlotförmig über Hautniveau eingenäht, um die Stomaversorgung zu vereinfachen. Ebenso werden Hautprobleme vermieden, die durch den Kontakt der aggressiven Ausscheidung mit der Haut entstehen können. Der abführende Schenkel wird auf Hautniveau angenäht.

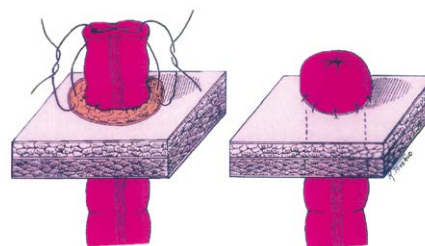
Operationstechnik



Postoperatives doppelläufiges Kolostoma mit Steg und Fäden

Beim doppelläufigen Kolostoma werden beide Darmöffnungen knapp über Hautniveau eingenäht.

3.2 Das endständige Stoma

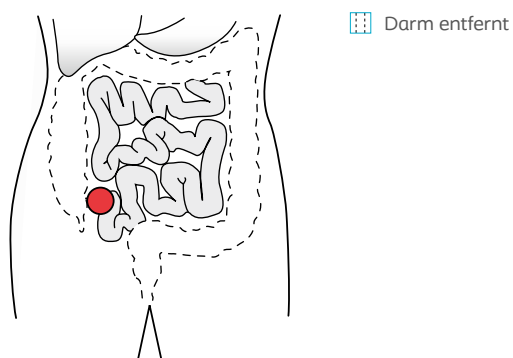


Endständig bedeutet, dass das Stoma aus nur einer Darmöffnung besteht. Es bildet das Ende des aktiven Verdauungstrakts.

Die Anlage erfolgt ohne Steg. Wenn kein resorbierbares Nahtmaterial verwendet wurde, werden die Fäden nach 10 bis 14 Tagen postoperativ gezogen.

Ein endständiges Stoma ist meist auch ein dauerhaftes Stoma, das nicht mehr zurückverlagert wird.

3.2.1 Das endständige Ileostoma



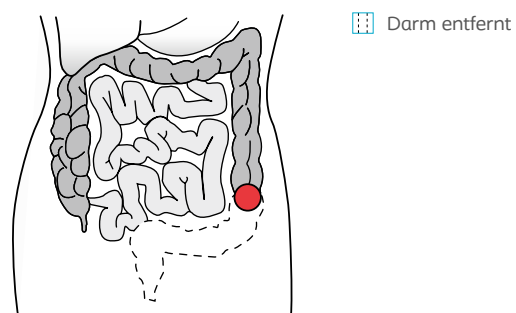
Operationstechnik

Beim endständigen Ileostoma wird der Darm schlotförmig über Hautniveau eingenäht, um die Stomaversorgung zu vereinfachen und Hautproblemen, die durch den Kontakt der aggressiven Ileostoma-Ausscheidung mit der Haut entstehen können, vorzubeugen.



Endständiges, schlotförmiges Ileostoma

3.2.2 Das endständige Kolostoma



Operationstechnik

Beim endständigen Kolostoma wird der Darm knapp über Hautniveau eingenäht.



Endständiges Kolostoma

3.3 Der Dünndarmausgang – das Ileostoma

Indikation

Die häufigsten Indikationen für endständige Ileostomien sind die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa) oder die familiäre Polyposis, die eine komplette Entfernung des Dickdarms notwendig machen können. Die häufigste Indikation für eine doppelläufige Ileostomie ist der Anastomosenschutz bei Kolon- oder Rektumresektionen. Sie wird auch angelegt, wenn tiefer liegende Darmabschnitte durch inoperable Tumore für Stuhl nicht mehr passierbar sind.

Platzierung

Vor jeder geplanten Operation sollte vom Chirurgen und/oder der Stomatherapeutin die Stomaplatzierung gemeinsam mit dem Patienten festgelegt und markiert werden. Ein Ileostoma wird meist im rechten Unterbauch angelegt.

Wichtig

Das Stoma sollte in einem ca. 10 × 10 cm großen, glatten Hautareal platziert werden, das fern von Rippenbogen oder Hüftknochen sowie fern von Narben und Hautfalten liegt, innerhalb des Verlaufs des Rektusmuskels ist und für den Patienten im Sitzen und Stehen gut sichtbar ist. Zudem muss der Bundesverlauf der Kleidung beachtet werden.

Anlageart

Schlotförmig über Hautniveau (2–3 cm), s. 3.2.1, Seite 10

Ausscheidung

Beginn am 1. bzw. 2. Post-OP-Tag

› Konsistenz und Menge

Postoperativ flüssig: 1000–3000 ml/Tag. Gefahr der Dehydratation, daher unbedingt darauf achten, dass ausreichend Flüssigkeit zugeführt wird. Nach ca. 8 bis 10 Wochen breiige Konsistenz: 400–600 ml/Tag.

› Ausscheidungsdauer

Kaum ausscheidungsfreie Zeit

› Eigenschaft

Sehr aggressiv zur Haut, da hoher Gehalt an Gallensäure. Die Versorgung muss daher sorgfältigst angepasst werden, um die Haut vor Kontakt mit der Ausscheidung zu schützen.

Ernährung

Wichtig ist eine ausreichende Flüssigkeits- und Kochsalzzufuhr (2–3 Liter Flüssigkeit und 6,9 g Kochsalz pro Tag) und das Vermeiden von faserreicher, fettreicher, ballaststoffreicher und körnerreicher Kost (Pilze, Paprika, Ananas, Spargel, Nüsse, Orangen u. ä.).* Die Abendmahlzeit sollte nicht zu spät eingenommen werden, um nächtliche Entleerungen zu vermeiden und damit einen ruhigen Schlaf zu ermöglichen.

Häufige Probleme sind Stomablockaden durch unverdaute Nahrungsbestandteile und Nahrungsmittelunverträglichkeiten.

* Die Angaben stammen aus: Ernährungstipps für Ileostomaträger. Herausgegeben vom DVET.

Langzeitprobleme

Ileostomieträger neigen zur Gallenstein- und Nierensteinbildung. Durch den Gallensäureverlust ist eine Fettaufnahmestörung möglich. Die Folge wäre ein Mangel an den fettlöslichen Vitaminen A, D, E und K. Außerdem sind Vitamin-B12- und Folsäuremangel möglich.

Versorgungstipps

- › Bei einer Ileostomie empfiehlt es sich, einen Hautschutz speziell für aggressive und flüssige Ausscheidungen wie z. B. den Coloplast Hautschutz SenSura® Mio zu verwenden.
- › Der geplante Versorgungswechsel sollte unbedingt vor einer Mahlzeit durchgeführt werden.
- › Für hohe Ausscheidungsmengen gibt es spezielle Drainagebeutel wie den Assura® oder SenSura® Tagdrainagebeutel oder Assura® Nachtdrainagebeutel von Coloplast.

Verweis

Wenn es bei der Einnahme von Arzneimitteln evtl. zu Problemen kommt, können Sie im Kapitel Arzneimittel-einnahme, s. 7, Seite 33 darüber Informationen einholen.

3.4 Der Dickdarmausgang – das Kolostoma (Deszendostoma, Sigmoidostoma)

Indikation

Die häufigste Indikation hierfür ist das tief sitzende Rektumkarzinom oder andere Tumore im kleinen Becken.

Platzierung

Vor jeder geplanten Operation sollte vom Chirurgen und/oder der Stomatherapeutin die Stomaplazierung gemeinsam mit dem Patienten festgelegt und markiert werden. Ein Kolostoma wird meistens im linken Unterbauch angelegt.

Wichtig

Das Stoma sollte in einem ca. 10 × 10 cm großen, glatten Hautareal platziert werden, das fern von Rippenbogen oder Hüftknochen sowie fern von Narben und Hautfalten liegt, innerhalb des Verlaufs des Rektusmuskels ist und für den Patienten im Sitzen und Stehen gut sichtbar ist. Zudem muss der Bundverlauf der Kleidung beachtet werden.

Anlageart

Knapp über Hautniveau (0,5 cm), s. 3.2.2, Seite 10

Ausscheidung

Beginn zwischen dem 4. und 6. Post-OP-Tag

› Konsistenz und Menge

Anfangs flüssig bis breiig mit ca. 400 – 600 ml/Tag, später normale Stuhlkonsistenz und -menge, wie vor der Erkrankung zu erwarten.

› Ausscheidungsdauer

Hauptentleerung in der Regel nach dem Essen, dann ausscheidungsfreie Zeit möglich. Ein individueller Entleerungsrhythmus wie vor der Erkrankung kann sich wieder einstellen.

Ernährung

Ballaststoffreich; blähende Speisen einschränken, jedoch keine spezielle Diät nötig; ausgewogene, gesunde Kost und ausreichende Flüssigkeitszufuhr

Problem

Bei dauerhaften Stomaanlagen treten immer wieder Stomabrüche (Hernien) auf. Begünstigende Faktoren sind Bindegewebsschwäche und schweres Heben (über 10 kg).

Besonderheit

Nur bei einem Deszendostoma bzw. Sigmoidostoma ist eine Irrigation sinnvoll und effektiv.



Kolostomieirrigation



Hernie



Stomakappen zur Abdeckung des Stomas nach der Irrigation

3.5 Der Ausgang vom Kolon Transversum – das Transversostoma

Indikation

Häufigste Indikation für ein Transversostoma ist ein inoperabler Tumor im tiefer gelegenen Darmabschnitt. Es dient auch als Anastomosenschutz bei Kolon- oder Rektumresektionen.

Platzierung

Vor jeder geplanten Operation sollte vom Chirurgen und/oder der Stomatherapeutin die Stomaplatzierung gemeinsam mit dem Patienten festgelegt und markiert werden. Ein Transversostoma wird meist im rechten Oberbauch angelegt.

Wichtig

Das Stoma sollte in einem ca. 10 × 10 cm großen, glatten Hautareal platziert werden, das fern vom Rippenbogen sowie fern von Narben und Hautfalten liegt, innerhalb des Verlaufs des Rektusmuskels ist und für den Patienten im Sitzen und Stehen gut sichtbar ist. Zudem muss der Bundverlauf der Kleidung beachtet werden.

Anlageart

Knapp über Hautniveau (0,5 cm), s. 3.2.2, Seite 10

Ausscheidung

Beginn zwischen dem 3. und 5. Post-OP-Tag

› Konsistenz

Flüssig bis breiig

Ernährung

Ballaststoffreich; blähende Speisen einschränken, jedoch keine spezielle Diät nötig; ausgewogene, gesunde Kost und ausreichende Flüssigkeitszufuhr

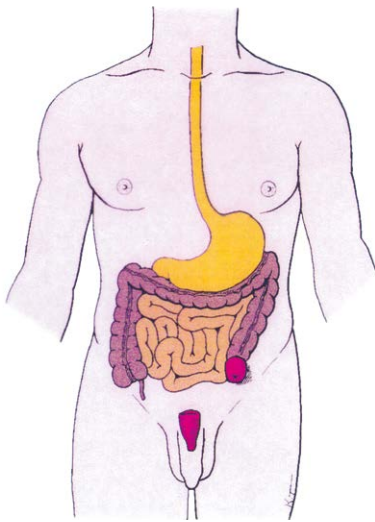
Problem

Bei Stomata des Kolon Transversum tritt häufig das Problem eines Stomavorfalls (Prolaps) auf. Diese Komplikation kann sich jedoch auch bei jeder anderen Stomaaanlage ausbilden.



Prolaps

3.6 Das Hartmann-Kolostoma



Das Hartmann-Stoma ist eine Sonderform des endständigen Kolostomas. Es unterscheidet sich vom normalen endständigen Kolostoma darin, dass es zwar das Ende des aktiven Verdauungstraktes bildet, aber kein Stoma für immer sein muss. Es kann wieder zurückverlagert werden.

Beim Anlegen des Hartmann-Stomas wird der tiefer liegende Darmabschnitt nicht entfernt, sondern blind verschlossen (Hartmann-Stumpf). Bei einer Rückverlagerung kann der Darmabschnitt, aus dem das Stoma geformt wurde, mit dem verschlossenen Stumpf wieder zusammengeknüpft werden (Hartmann-Wiederanschluss).

Indikation

Perforationen oder Tumorerkrankungen des Kolon Sigmoidium

Platzierung

Vor jeder geplanten Operation sollte die Stomalage gemeinsam mit dem Patienten festgelegt und markiert werden. Das Hartmann-Stoma wird jedoch meistens in Notfallsituationen angelegt, eine präoperative Markierung erfolgt nur in seltenen Fällen. Die Platzierung ist jedoch gleich zum Kolostoma im linken Unterbauch.

Anlageart

Endständig knapp über Hautniveau (0,5 cm)

Ausscheidung

Beginn zwischen dem 4. und 6. Post-OP-Tag

› Konsistenz und Menge

Anfangs flüssig bis breiig (400 – 600 ml), später normale Stuhlkonsistenz wie vor der Erkrankung zu erwarten

› Ausscheidungsdauer

Hauptentleerung in der Regel nach dem Essen, dann ausscheidungsfreie Zeit möglich. Ein individueller Entleerungsrhythmus wie vor der Erkrankung kann sich wieder einstellen.

Ernährung

Ballaststoffreich; blähende Speisen einschränken, jedoch keine spezielle Diät nötig; ausgewogene, gesunde Kost und ausreichende Flüssigkeitszufuhr

4. Stomatherapie

4.1 Die präoperative Vorbereitung

Informationsgespräch

Viele Menschen können sich ein Leben mit einem künstlichen Darmausgang nicht vorstellen. Ein umfassendes Gespräch mit dem Patienten und ggf. seiner Familie kann Vorurteile und Ängste abbauen. Der Patient kann sich vor dem Eingriff über die modernen Versorgungsartikel informieren, über den Ablauf der postoperativen Schulung und Betreuung, er kann über seine Sorgen sprechen und Vertrauen aufbauen.



Stomaratgeber können auch zur präoperativen Information genutzt werden.

Stomamarkierung

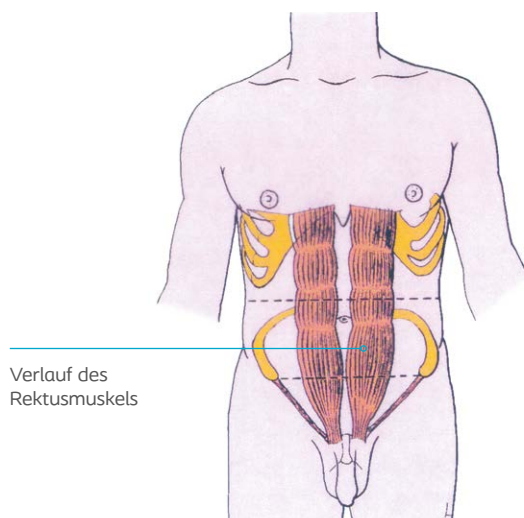
Das Ziel der präoperativen Markierung ist

- › die Auswahl eines glatten Hautareals für eine spätere problemfreie Stomaversorgung.
- › eine für den Patienten gut einsehbare Positionierung des Stomas, damit er es später selbstständig pflegen kann.
- › eine geeignete Stomaplatzierung, so dass der Patient durch die Anlage in seiner Kleidung möglichst wenig eingeschränkt wird.

Die Stomamarkierung sollte von einer Stomatherapeutin, einer erfahrenen, eingewiesenen Pflegekraft und/oder dem operierenden Chirurgen vorgenommen werden.



Stomamarkierung in glattem Hautareal, fern von Falten, Narben und Bundverlauf



Verlauf des Rektusmuskels



Positionswahl mit einer Originalplatte, wie sie auch später getragen werden soll

5. Stomapflege

5.1 Die Versorgungssysteme



SenSura® Mio Basisplatten

5.1.1 Das einteilige System

Beutel und Hautschutzplatte sind fest miteinander verbunden. Die ganze Versorgung kann nur als Einheit entfernt werden.

Vorteil der einteiligen Versorgung ist, dass sie nah am Körper anliegt, unter Kleidung kaum aufträgt und sehr flexibel ist.

Die reguläre Tragezeit beträgt je nach Ausscheidung, Beutelgröße, Modell und individuellen Bedürfnissen

- › geschlossene Beutel mit integriertem Filter
6 bis 12 Stunden
- › Ausstreifbeutel mit integriertem Filter
12 bis 24 Stunden (zum Filter s. 5.1.3)

5.1.2 Das zweiteilige System

Der Beutel wird auf einer Basisplatte mit einem Verschluss oder einer Klebekopplung befestigt. Der Beutel kann von der Platte getrennt und separat gewechselt werden, die Basisplatte verbleibt dabei auf der Haut.

Da die Basisplatte eine Tragezeit von 2 bis 3 Tagen hat, muss sie nicht so häufig gewechselt werden und ist dadurch hautschonender.

Die Tragezeit des Beutels beträgt auch hier je nach Ausscheidung, Beutelgröße, Modell und individuellen Bedürfnissen

- › geschlossene Beutel mit integriertem Filter
6 bis 12 Stunden
- › Ausstreifbeutel mit integriertem Filter
12 bis 24 Stunden (zum Filter s. 5.1.3)



SenSura® Mio einteilige Ileostomieversorgung (offen) und Kolostomieversorgung (geschlossen)

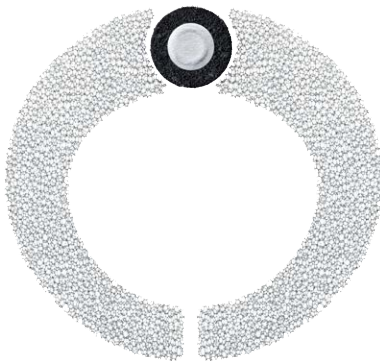


SenSura® Mio zweiteilige Kolostomieversorgung (geschlossen) und Ileostomieversorgung (offen)

5.1.3 Der integrierte Filter

Allgemein

Die Filter an den Beuteln funktionieren je nach Modell zwischen 6 und 24 Stunden. Ist der Filter erschöpft, kann es zu Geruchsentwicklung aus dem Filter kommen. Außerdem kann Luft nicht mehr durch den Filter entweichen und der Beutel bläht sich auf. In diesem Fall sollte man den Beutel unabhängig vom Füllzustand erneuern!



Aktivkohlefilter mit vorgeschaltetem Ringfilter in allen SenSura® Mio Kolo- und Ileostomiebeuteln



Filterabdeckung

Tipps

› Vakuumbildung im Stomabeutel

Fällt der Stuhl nicht in den Beutel, sondern bleibt im oberen Teil des Beutels hängen, oder klebt der Beutel am Stoma, hat sich ein Vakuum im Beutel gebildet.

In diesem Fall sollte man den Beutel erneuern und den Filter vor dem Tragen von außen mit den in der Regel beiliegenden Filterabdeckungen zu kleben. Dadurch wird der Filter deaktiviert. Bei Einsetzen von Blähungen kann der Filter durch Abziehen der Abdeckung dann wieder aktiviert werden. Tritt dieses Problem häufiger auf, kann man alternativ Beutel mit einem schwächeren Filter oder ohne Filter verwenden.

› Leckage aus dem Filter

Bei sehr feuchten Ausscheidungen versagen Filter, die nicht vor Feuchtigkeit geschützt sind, und es kommt zu Flüssigkeitsaustritt durch die Folienperforation am Filter. In diesem Fall sollte man Beutel mit feuchtigkeitsgeschützten Filtern verwenden.

5.1.4 Der geeignete Beutel

In der postoperativen Phase

Zur postoperativen Ausscheidungsbeobachtung verwendet man immer transparente Beutel wie z. B. den SenSura® Mio Post-OP-Beutel mit integriertem Fenster von Coloplast (Tragezeit ca. 3 Tage).



Coloplast SenSura® Mio Post-OP-Beutel

Bei Abführmaßnahmen (Klyisma) über das Stoma

Soll über das Stoma abgeführt werden, kann man gut einen Post-OP-Beutel mit integriertem Fenster und einen einzelnen Stomakonus zur Verabreichung des Klysmas einsetzen.



Coloplast SenSura® Mio Tagdrainage

Bei sehr hoher, flüssiger Ausscheidungsmenge

- › Transparenten Post-OP-Beutel und Ablaufbeutel anschließen
- › Zweiteiliges Drainagebeutelsystem verwenden wie z. B. die SenSura® Mio Tagdrainage von Coloplast.

Tipp

Bei Gabe von oralen Abführlösungen (vor Koloskopie, vor OP) ebenfalls zweiteilige SenSura® Mio Tagdrainage verwenden.

Nach dem Klinikaufenthalt

- › Bei flüssigem Stuhl
1 bis zu 2 Ausstreifbeutel mit feuchtigkeitsgeschütztem Filter pro Tag
- › Bei breiigem Stuhl
1 bis zu 4 geschlossene Beutel mit Filter pro Tag
- › Bei eingedicktem, normalem Stuhl
1 bis zu 3 geschlossene Beutel mit Filter pro Tag

Wird ein zweiteiliges System verwendet, so sollte die Basisplatte (je nach individuellen Bedürfnissen) alle 2 – 3 Tage gewechselt werden. Aufgrund von aggressiver oder sehr dünnflüssiger Ausscheidung kann es zu höheren Wechselintervallen kommen.

Coloplast bietet hautfarbene, transparente oder gemusterte Beutel, die je nach Wunsch verwendet werden können.

Duschen, Baden, Schwimmen

Mit modernen Stomabeuteln ist es überhaupt kein Problem zu duschen, zu baden oder zu schwimmen. Das Wasser perlt vom Beuteltvlies ab, jedoch muss der Filter an der Außenseite mit Klebeplättchen zugeklebt werden. Beim Duschen kann die Versorgung auch abgenommen werden. Beim Baden kann ein normaler Beutel oder eine Stomakappe getragen werden, beim Schwimmen empfiehlt sich eine Miniversorgung.



Coloplast Assura® einteilige Stomakappe



Coloplast SenSura® Mio Ausstreifbeutel Auslass

Ausstreifbeutel mit separater Klammer

Ausstreifbeutel, die mit einer separaten Plastikklammer verschlossen werden, können vor dem Entleeren am Auslasshals umgestülpt werden. Dies erleichtert die Reinigung des Halses und führt zu geringerer Verschmutzung der Finger. Die Klammer wird für mehrere Beutel verwendet und kann bei Bedarf mit Wasser gereinigt werden.

5.1.5 Der Ausstreifbeutel

Ausstreifbeutel werden vor allem bei den eher flüssigeren Ausscheidungen der Ileostomie eingesetzt. Man sollte sie nicht zu voll werden lassen. Die Füllhöhe sollte den Rastring keinesfalls übersteigen. Ist der Beutel zu einem Drittel gefüllt, sollte er spätestens geleert werden. Wie oft der Patient den Beutel am Tag leert, ist unterschiedlich. Die Ausscheidungs- menge, die persönliche Toleranzgrenze für das Gewicht und die Dicke des Beutels, die Beutelgröße und das Umfeld sind dabei entscheidende Faktoren.

Ausstreifbeutel mit Klett- oder Druckverschluss

Bei Ausstreifbeuteln mit Klett- oder Druckverschluss wird der Auslasshals zum Verschließen nach oben gefaltet und mit den jeweiligen Verschlüssen fixiert. Zum Entleeren wird der Auslasshals entfaltet und zu einer Rinne geformt. So können die Ausscheidungen ganz gezielt entleert werden.



Coloplast Assura® Comfort Ausstreifbeutel

Bei beiden Typen wird der Auslass nach dem Entleeren gründlich mit Zellstoff/Toilettenpapier gereinigt, bevor er wieder verschlossen wird.



Entleerung des Ausstreifbeutels

Ebenmäßige Körperprofile

Für diese Körperprofile werden in der Regel Produkte mit planem Hautschutz eingesetzt.



Plane Coloplast Basisplatte SenSura® Mio

Nach außen gewölbte Körperprofile

Für nach außen gewölbte Stomaumgebungen, wie z. B. bei adipösen Patienten oder bei Patienten mit Hernien eignet sich ein konkaver Hautschutz besonders gut, da dieser zu weniger Faltenbildung neigt.



Coloplast Basisplatte SenSura® Mio Konkav

5.1.6 Der geeignete Hautschutz

Hautschutzvarianten

Jeder Anwender hat einen individuellen Körper und damit andere Herausforderungen bei der Versorgung seines Stomas. Übergeordnet lassen sich aber drei Körperprofile definieren, die unter Berücksichtigung der Stomaposition maßgeblichen Einfluss auf die Wahl der richtigen Versorgung haben.

Nach innen gewölbte Körperprofile

Bei Körpern mit retrahierten Stomata oder Stomata mit zusätzlichem Unterstützungsbedarf gibt es unterschiedlich stark konvex geformte Produkte.



Coloplast Basisplatte SenSura® Mio Konvex

Hautschutzmaterialien

Moderne Hautschutzmaterialien werden aus vielen unterschiedlichen Rohmaterialien hergestellt, die einem im Alltag ständig begegnen. Hierbei wird zwischen hydrophilen (Wasser liebend) und hydrophoben (Wasser abweisend) Komponenten unterschieden.

Die hydrophilen Polymere (Hydrokolloide) sind für die Flüssigkeitsaufnahme verantwortlich, während die hydrophoben Polymere für die leichte Entfernbarkeit sorgen und die Erosionsbeständigkeit eines Hautschutzes beeinflussen.

Das Mischungsverhältnis dieser beiden Bestandteile entscheidet über die Wirksamkeit eines Hautschutzes hinsichtlich Haftungsvermögen und Feuchtigkeitsaufnahme.

Die SenSura® Mio Produkte von Coloplast haben einen besonders elastischen Hautschutz, der aus zwei Schichten besteht.

Die dunkle, untere Schicht des SenSura® Hautschutzes hat eine aufsaugende Funktion. Ihre feuchtigkeitsabsorbierenden Partikel sind größer als bei der oberen Schicht und sorgen so für eine besonders gute Aufnahme der überschüssigen Feuchtigkeit.

Die obere Schicht des SenSura® Hautschutzes dient der Sicherheit der unteren Schicht und der Haut. Die feuchtigkeitsabsorbierenden Partikel sind kleiner als bei der unteren Schicht, um diese optimal vor der Auswaschung durch die Ausscheidungen des Stomas zu schützen.



Der SenSura® Mio 2-Schicht-Hautschutz ist besonders elastisch

5.1.7 Die Hautreinigung

Grundsätzlich ist die sorgfältige Reinigung des Stomas und der stomaumgebenden Haut ein außerordentlich wichtiger Aspekt, da gerade die parastomalen Hautpartien ständig mit Körperausscheidungen und Haftversorgungen in Kontakt kommen.

Zur Reinigung des Stomas und der parastomalen Haut ist der Einsatz von Leitungswasser ausreichend. Desinfektionsmittel, Wasserstoff oder Wundbenzin sind hier fehl am Platz. Sie zerstören den Säureschutzmantel der Haut und trocknen sie aus. Auch der Einsatz von physiologischer Kochsalzlösung oder ähnlichen Lösungen ist bei normaler Leitungswasserqualität unnötig. Beim Einsatz von normaler Seife sollte ein pH-neutrales, nicht rückfettendes, mildes Produkt gewählt werden.

Darüber hinaus gibt es viele weitere Zubehörprodukte, die dem Patienten eine bessere Anpassung seiner Versorgung an den Körper ermöglichen oder seine parastomale Haut schützen und pflegen. Nachfolgend werden die wichtigsten Kategorien vorgestellt.

Die Stomapaste

Die Stomapaste besteht aus weichem Adhäsivmaterial, es gibt Versionen mit und ohne Alkohol. Sie wird zum Ausgleichen von Unebenheiten verwendet und zum zusätzlichen Abdichten um das Stoma herum. Sie verbindet sich mit dem Hautschutz und benötigt eine gewisse Zeit, bis sie ausgehärtet ist und sich wieder rückstandsfrei von der Haut entfernen lässt. Deshalb eignet sie sich eher für die zweiteilige Versorgung, bei der die Basisplatte länger auf der Haut verbleibt.

Anwendung

Die Stomapaste wird direkt auf die Haut oder auf den Hautschutz an den Stellen aufgetragen, an denen ausgeglichen oder zusätzlich abgedichtet werden muss.



Brava® Alkoholfreie Paste

Die Hautschutzringe

Die Hautschutzringe sind eine gute Alternative zur Stomapaste. Durch ihre Ringform lässt sich das Hautschutzmaterial schnell in die gewünschte Form bringen. Der Einsatzbereich ist analog zur Paste.

Anwendung

Die Hautschutzringe können genau wie die Stomapaste entweder direkt auf die Haut oder den Hautschutz aufgebracht werden. Zuvor können sie bei Bedarf in die richtige Form modelliert werden.



Die Brava® Hautschutzringe Plus sind in vielen Größen erhältlich

Das Hautschuttspray

Das Hautschuttspray bildet eine elastische Schicht auf der Haut, die sie vor Reizungen durch Körperausscheidungen oder Stomaversorgungen schützt. Außerdem wird die Haftung der Versorgung bei

fettiger Haut verstärkt. Diese Schutzschicht lässt keine Ausscheidungen oder andere aggressive Substanzen in die Haut eindringen, ermöglicht aber dennoch die Atmung der Haut. Beim Ablösen der Versorgung und der Reinigung der Haut wird der Schutzfilm wieder mitabgelöst.

Anwendung

Der Hautschutz wird nach der Hautreinigung auf die parastomale Haut aufgetragen. Er benötigt einige Sekunden zum Antrocknen, dann kann die Versorgung aufgebracht werden.

Für unterwegs und für den Klinikbereich sind von Coloplast einzeln verpackte Hautschutttücher erhältlich.

Die Hautschutzcreme

Die Hautschutzcreme versorgt die parastomale Haut mit Nährstoffen. Sie schützt die Haut vor Austrocknung und macht sie geschmeidig, ohne zu fetten. Sie dient also der Pflege der parastomalen Haut. Mit einem pH-Wert von 5,5 trägt sie zur Erhaltung des natürlichen Säureschutzmantels der Haut bei. Es ist möglich, dass nach dem Einsatz der Schutzcreme die Haftung der Stomaversorgung vermindert ist.

Anwendung

Die Schutzcreme sollte auf die gereinigte Haut nur dünn aufgetragen und gut einmassiert werden.



Brava® Schutzcreme

Die Hautreinigungstücher

Die Hautreinigungstücher ersetzen Wasser und Seife. Sie reinigen die parastomale Haut wirksam und schonend. Die Brava® Hautreinigungstücher von Coloplast enthalten ProVitamin B5 und eignen sich daher ideal für die Anwendung auf empfindlicher und geröteter Haut.

Anwendung

Die Brava® Hautreinigungstücher sind gebrauchsfertig und können direkt zur Reinigung der parastomalen Haut eingesetzt werden.



Brava® Hautreinigungstücher

Der Pflasterentferner

Zur Entfernung von Hautschutzmaterialien, d. h. zur Unterstützung beim Ablösen der Versorgung oder der Entfernung von Kleberückständen bietet sich der Einsatz eines Pflasterentferners an. Der alkoholfreie Brava® Pflasterentferner hilft dabei die Versorgung und Kleberückstände schonend zu entfernen. Die mechanische Reizung der Haut wird dadurch reduziert und die Haut entlastet. Der Pflasterentferner trocknet sekundenschnell, so dass die nachfolgende Versorgung schnell und problemlos haftet.

Anwendung

Bei der Anwendung des Pflasterentferners wird die Flüssigkeit mittels Sprays oder Tuch von oben zwischen Hautschutz und Haut aufgetragen. Langsam wird der Hautschutz nun von oben nach unten abgelöst und bei Bedarf weiterer Pflasterentferner aufgetragen bis die Versorgung komplett entfernt wurde.

Für unterwegs und für spezielle Klinikbereiche (z. B. Isolation) sind einzeln abgepackte Brava® Pflasterentferner-Tücher erhältlich.



Brava® Pflasterentferner

5.2 Das Anpassen der Versorgung

Die Lochgröße

Die folgenden Angaben gelten sowohl für einteilige als auch für zweiteilige Versorgungen.

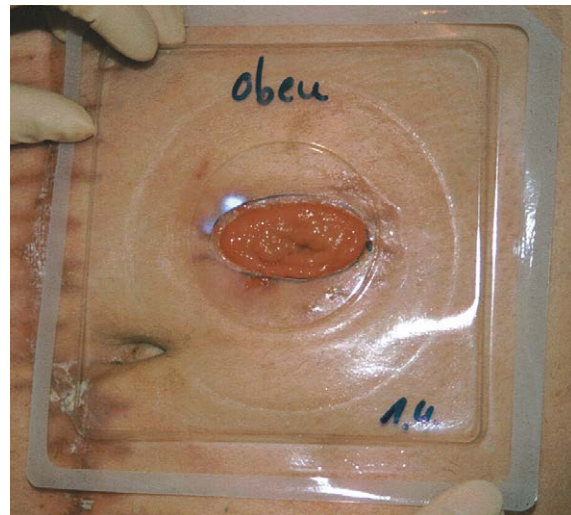
Die Öffnung des Hautschutzes muss das Stoma dicht umschließen, so dass keine freie Haut um das Stoma herum zu sehen ist. Eine genaue Bestimmung des Stomadurchmessers ist die wichtigste Maßnahme, um parastomalen Hautentzündungen vorzubeugen. Ist die Lochgröße des Hautschutzes größer als der Stomadurchmesser, kommt es durch den Kontakt von Stuhlgang mit der ungeschützten Haut zu Reizungen, Entzündungen oder bei besonders aggressiven Ausscheidungen sogar zu nässenden, schmerzhaften Mazerationen.

Ist das Stoma rund, kann mittels der in den Packungen beiliegenden Lochkarten der Durchmesser bestimmt werden. Vorgeschnittene Versorgungen stehen in verschiedenen Größen als einteiliges und zweiteiliges System zur Verfügung.



Lochkarten sind bei runden Stomata sehr praktisch

Bei ovalen Stomata muss eine individuelle Folien-schablone angefertigt und die Versorgung selbst zurechtgeschnitten werden.



Eine individuelle Schablone aus Folie

Nicht vergessen

Nach der Entfernung des Nahtmaterials am Stoma (Fäden und/oder Steg) schrumpft das Stoma bis zu 40 % in den darauffolgenden 6 Wochen. Regelmäßiges Kontrollieren der Größe und ggf. Neuanpassen der Versorgung sind in dieser Zeit unbedingt notwendig (s. dazu auch Fallbeispiel Seite 8).

5.3 Der Versorgungswechsel Schritt für Schritt

Auch diese Angaben gelten wieder für einteilige und zweiteilige Versorgungen.

1. Bevor man mit dem Versorgungswechsel beginnt, sollte man sich zuerst alle Utensilien, die benötigt werden (können), bereitlegen:

- › Vlieskompressen
- › Entsorgungsbeutel
- › Evtl. Pflasterlöser
- › Evtl. Rasierer
- › Evtl. Nagelschere, Stift, Folie oder Lochkarte
- › Ein Paar unsterile Handschuhe
- › Neue Versorgung (zum Ausschneiden oder vorgeschritten, falls Stomadurchmesser bekannt)
- › Wäscheschutz
- › Evtl. Tischspiegel oder Handspiegel



Material für den Versorgungswechsel

2. Bei pflegebedürftigen Patienten wird der Versorgungswechsel liegend im Bett durchgeführt. Falls der Patient bei der Stomapflege zuschauen möchte, kann man ihm einen Handspiegel anbieten. Soll der Patient die Selbstversorgung erlernen, empfiehlt es sich, den Versorgungswechsel stehend am Waschbecken durchzuführen und den Patienten in die einzelnen Arbeitsschritte soweit wie möglich zu integrieren. Einige Patienten benötigen einen Tisch

spiegel, um das Stoma komplett sehen und pflegen zu können. Patienten, die postoperativ noch nicht so lange stehen können, lassen sich auch im (Halb-) Sitzen versorgen. Hierbei ist es jedoch besonders wichtig, auf ein faltenfreies Aufkleben der Versorgung zu achten.

3. Sorgen Sie für eine störungsfreie, diskrete Atmosphäre z.B. durch das Aufstellen eines Sichtschutzes oder das gemeinsame Aufsuchen des Bads/Behinderten-WCs auf der Station. Auch ein Stomapatient möchte seine Intimsphäre gewahrt haben. Das Stoma ist nun der Anus, die Pflege des Stomas einem Toilettengang gleich. Zeigen Sie keinen Widerwillen im Umgang mit dem Stoma. Der Patient wird es Ihnen unter Umständen sonst gleich tun und das Stoma ungern pflegen und es schlechter akzeptieren.

4. Falls der Patient einen Ausstreifbeutel trägt, sollte dieser als Erstes entleert werden.

5. Der sitzende oder stehende Patient sollte sich eine Saugunterlage oder ein Handtuch zum Schutz der Kleidung in den Hosenbund schlagen. Beim liegenden Patienten sollte für einen ausreichenden Bettenschutz gesorgt werden.

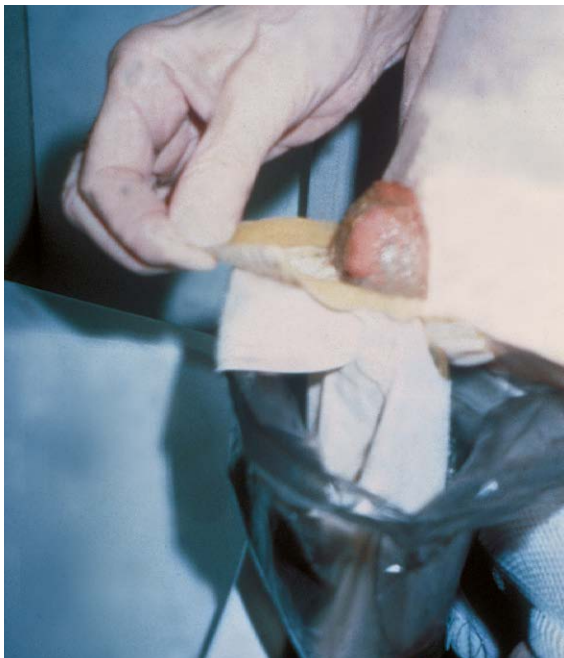


Saugunterlage für den Versorgungswechsel

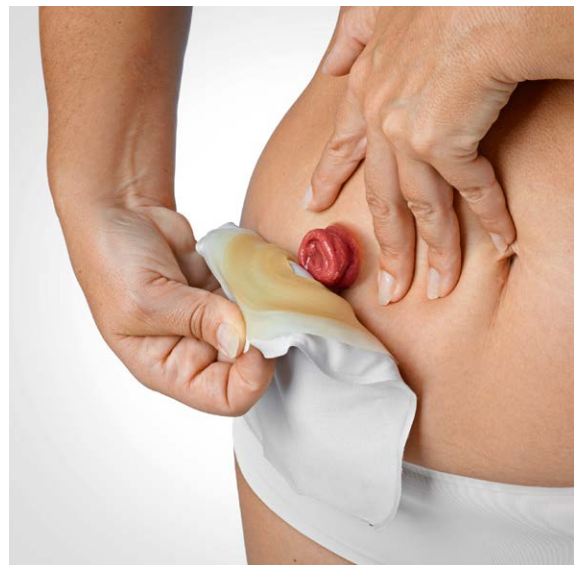
6. Sie sollten gleich zu Beginn mit dem Patienten klären, wer (Sie oder Patient) welche Arbeitsschritte durchführt. (Beispiel: Der Patient reinigt sein Stoma schon selber, das Abmessen und Ausschneiden der Versorgung übernehmen noch Sie.)

7. Ziehen Sie nun langsam die alte Versorgung von oben nach unten ab. Halten Sie dabei mit einer Hand den Hautschutz und drücken Sie mit der anderen Hand die Haut vom Hautschutz weg.

Falls die Versorgung sehr stark haftet und das Ablösen für den Patienten schmerzhaft ist, kann man durch Einsatz eines Pflasterentferners (s. 5.1.7, Seite 24) die mechanische Reizung und damit die Schmerzen deutlich reduzieren.



Einklemmen des Entsorgungsbeutels in den Bund und Entfernung der Versorgung am Waschbecken stehend



Entfernen einer einteiligen Versorgung

8. Werfen Sie einen Blick auf die Rückseite des alten Hautschutzes. Ist der Hautschutz mit Stuhl verschmutzt, war die alte Versorgung unterlaufen, die neue Versorgung muss besser abgedichtet werden.



Entfernen der Basisplatte

Ist der Hautschutz um das Loch herum stark aufgeweicht, war der Wechselintervall zu lang und es war höchste Zeit für einen Versorgungswechsel. Ist der Hautschutz um das Loch herum erschöpft, kommt es nicht gleich zur Undichtigkeit, jedoch kann es zu unnötigen zirkulären Hautreizungen führen.



Erschöpfter Hautschutz an der Öffnung der getragenen Basisplatte

9. Geben Sie dann die alte Versorgung in den Entsorgungsbeutel.

10. Zur Reinigung der Stomaumgebung sind Wasser und eine milde, nicht rückfettende, pH-neutrale Seife ausreichend. Damit die Seife nicht auf der Haut verbleibt, muss sie anschließend mit Wasser abgewaschen werden. Bei der Reinigung der Stomaumgebung sollte immer zum Stoma hin gewischt werden. Saugfähige, weiche Vlieskompressen oder Einmalwaschlappen sind empfehlenswert, da sie nicht fuseln und bei Kontakt mit der Schleimhaut keine oberflächlichen Blutungen verursachen.

Anstelle von Wasser und Seife gibt es auch spezielle Reinigungslotionen, wie z. B. die Reinigungs lotion von Coloplast. Für Reisen eignen sich die mit dieser Lotion getränkten, einzeln verpackten Feuchttücher.



Stomareinigung mit feuchten Kompressen

11. Falls nötig rasieren Sie den Haftungsbereich um das Stoma. Hierbei legt man eine Komresse auf das Stoma und rasiert mit einem Einmalrasierer vom Stoma weg.

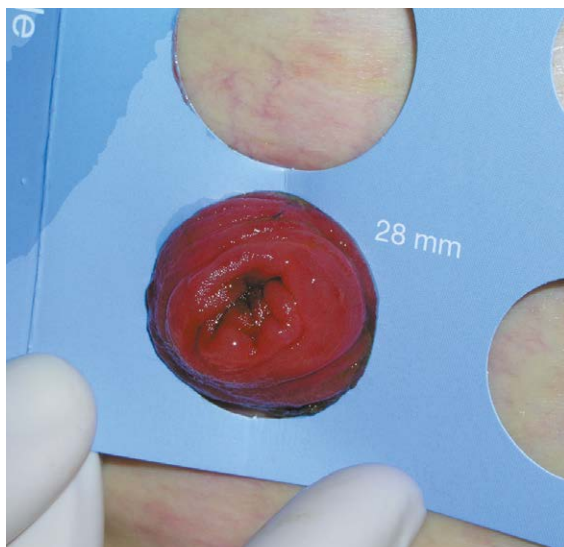


Rasur der parastomalen Haut

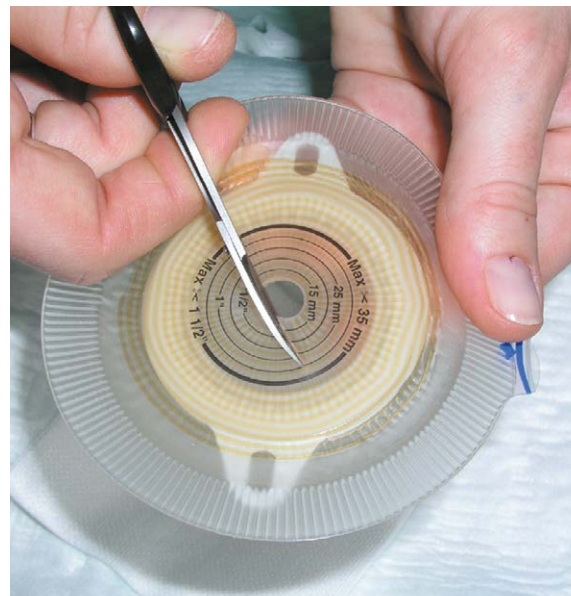
12. Trocknen Sie die parastomale Haut ab.
Auf feuchter oder fettiger Haut kann es Probleme mit der Haftung der Versorgung geben.
Den Darm braucht man nicht abzutrocknen.

13. Entsorgen Sie die benutzten Kompressen in den Entsorgungsbeutel.

14. Messen Sie ggfs. die Größe des Stomas nach und schneiden Sie, falls Sie dies nicht schon zu Beginn getan haben, mittels einer Folien-Schablone die Versorgung passend zurecht.



Die Stomagröße kann mit einer Messschablone ermittelt werden



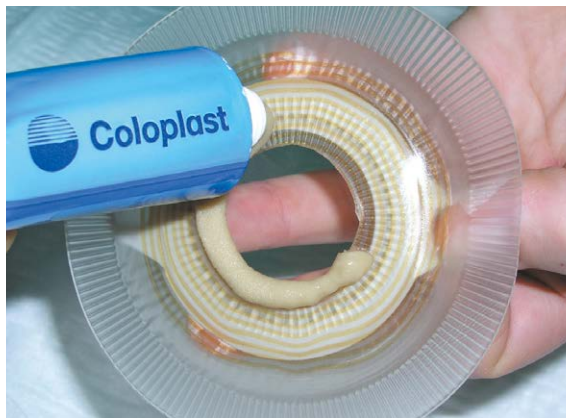
Die Basisplatte wird entsprechend der gemessenen Stomagröße ausgeschnitten



Den Schnitttrand mit dem Finger abfahren

15. Werfen Sie einen Blick auf die Haut und die Schleimhaut. Bemerken Sie irgendwelche Veränderungen an der Schleimhaut, muss dies dem Arzt gemeldet werden. Bei reizlosem, intaktem parastomalen Hautzustand ist die Versorgung optimal und bedarf keiner Änderung.

16. Falls Sie Stomapaste verwenden, können Sie diese entweder auf die Rückseite der Platte oder direkt um das Stoma auf die Haut aufbringen.

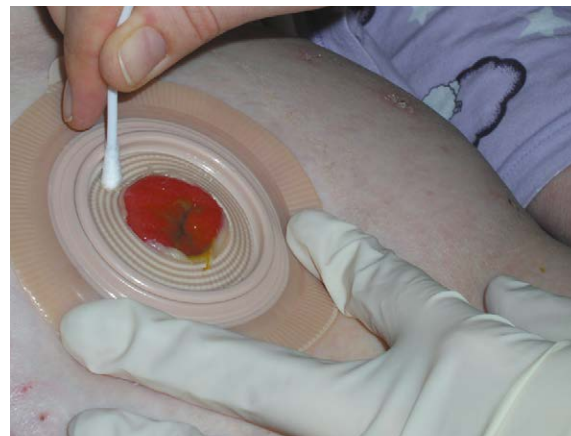


Zusätzlicher Einsatz von Paste zur Feinabdichtung



Die Paste drückt sich beim Aufkleben der Platte in die kleinen Zwischenräume zwischen Haut und Schleimhaut

17. Kleben Sie die Versorgung faltenfrei auf. Beim Aufkleben eines undurchsichtigen Einteilers wird der Hautschutz am Unterrand des Stomas angesetzt und dann aufgeklebt. Um die Haftung zu verbessern, kann der Hautschutz nach dem Aufkleben noch etwas mit der Hand angewärmt werden.



Mittels eines Wattestäbchens kann die Platte nahe am Stoma nochmals gezielt angedrückt werden

18. Knoten Sie den Entsorgungsbeutel zu und geben Sie ihn in den Restmüll.

19. Lüften Sie den Raum.

20. Machen Sie mit dem lernenden Patienten eine positive »Manöverkritik«, soweit er einzelne Arbeitsschritte durchgeführt hat.

21. Dokumentieren Sie in den Unterlagen:

- › Verwendetes System und ggf. Zubehör
- › Durchmesser des Stomas
- › Parastomaler Hautzustand
- › Schleimhautzustand
- › Ausscheidungskonsistenz
- › Schulungsstufe des Patienten

Beispiel einer Dokumentation in den Unterlagen

Stomaart	endständige Ileostomie
Stomagröße	28 mm Durchmesser
Nahtmaterial	noch vorhanden
Schleimhaut	vital
Ausscheidung	bräunlich, flüssig
Parastomale Haut	reizlos und intakt
Versorgung	Zweiteiliges System in RR Größe 40, Basisplatte SenSura® Mio konvex, lichtgrauer SenSura® Mio Beutel in der Größe »maxi«
Feinabdichtung	Brava® Alkoholfreie Paste
Hautpflege	prophylaktisch Brava® Hautschutz-Spray
Nächster Plattenwechsel	in 3 Tagen, individuelle Schablone bzw. Messkarte am Bett
Nächster Beutelwechsel	morgen
Eigenaktivität der Patientin	keine, Spiegel angeboten: abgelehnt
Information der Patientin	Stomaratgeber zum Lesen am Bett gelassen

Bei folgenden Beobachtungen bezüglich der Stomaschleimhaut muss der Arzt informiert werden

- › Starke Schwellung
- › Verfärbung als Zeichen einer Minderdurchblutung oder Nekrose
- › Blutung
- › Wucherung
- › Polyp
- › Schleimhautvorfall

5.4 Pflegefehler

Beim Ablösen und bei der Reinigung

Verwenden Sie kein Desinfektionsmittel zum Ablösen der Versorgung oder gar zur Reinigung. Beim Ablösen helfen spezielle Pflasterlöser.

Bei der Hautpflege

Verwenden Sie kein Öl, Ölbad oder rückfettende Seife, keinen Pflegeschäum oder Cremes, die Fett enthalten.

Beim Hautschutz

Verwenden Sie keine Produkte, die Alkohol enthalten, wenn die Haut nicht intakt ist. Alkoholhaltig ist zum Beispiel die Coloplast Stomapaste.

Anstelle der Rasur

In der Stomaumgebung sollte keine Enthaarungscreme eingesetzt werden.

6. Was tun, wenn ...?

Erste mögliche Maßnahmen in der Stomaversorgung

6.1 Ursachenforschung

Bei Dichtigkeits- und Haftungsproblemen sollte man nach der Ursache forschen:

- › War die Haut vor dem Aufkleben der Versorgung fettfrei und trocken?
- › Wurde der Pflasterlöser, der zum Ablösen der alten Versorgung verwendet wurde, gut abgewaschen?
- › Wurde die Versorgung nach dem Aufkleben auf den Bauch noch etwas mit der Hand angewärmt?
- › Liegt das Stoma in einer Falte oder ist es eingezogen (retrahiert)? Dann sollte ein konvexes System in Erwägung gezogen werden.
- › Wie lange liegt der letzte Versorgungswechsel zurück? War die Tragezeit überschritten?

Zur Verbesserung der Abdichtung eignen sich die modellierbaren Hautschutzringe, Modellierstreifen oder Stomapaste (s. 5.1.6, Seite 22/23).

Bei zirkulären Hautentzündungen sollte als Erstes die Lochgröße der Versorgung kontrolliert werden. Ein Stoma nimmt bis zu 6 Wochen nach der Entfernung des Nahtmaterials in seinem Durchmesser noch ab.

6.2 Mögliche Maßnahmen

Bei kleinen nässenden Hautdefekten gibt es verschiedene Möglichkeiten, Abhilfe zu schaffen:

- › Einen Hydrokolloidverband (z. B. Comfeel® Plus von Coloplast) unter die Stomaversorgung kleben.
- › Keinen Hautschutzfilm verwenden, der Alkohol enthält.
- › Keinen Pflasterlöser verwenden.
- › Zum Abdichten keine alkoholhaltige Paste, sondern Modellierstreifen verwenden.

Bei trockener Hautrötung über die gesamte Klebefläche können unterschiedliche Hilfsmittel eingesetzt werden:

- › Als Erstes ein Hautschutzspray einsetzen (s. 5.1.6) und/oder
- › eine Hautschutzcreme einsetzen (s. 5.1.6) und/oder
- › ein Stück Hautschutzplatte (Brava® Hautschutzplatte) unter die Versorgung kleben.

Welche Maßnahme Erfolg bringt, ist von Fall zu Fall verschieden und muss ausprobiert werden.

7. Arzneimittelannahme bei Stomapatienten

Nach der oralen Einnahme von Medikamenten kann es vorkommen, dass bei Stomapatienten unverdaute Tabletten, Bestandteile von Tabletten oder anderen Arzneiformen im Stomabeutel sichtbar werden.

Dies ist insbesondere bei Patienten mit Ileostomaanlage der Fall, da hier die Darmpassage teilweise deutlich eingeschränkt ist und nicht ausreicht, um eine vollständige Resorption zu garantieren. Auch bei Patienten mit Stoma-Neuanlage ist eher mit Resorptionsproblemen zu rechnen.

Die Resorption von oral eingenommenen Medikamenten erfolgt größtenteils im Dünndarm. Ist die Dünndarmpassage aufgrund einer Stomaanlage verkürzt, kann es zu Problemen kommen.

Entscheidend sind dabei die Länge des noch vorhandenen Darmabschnittes und das Freisetzungverhalten des Medikamentes.

Voraussetzung für die Aufnahme des Arzneistoffs über den Magen-Darm-Trakt ist, dass der Arzneistoff in gelöster Form vorliegt. Werden Arzneimittel in flüssiger Form eingenommen (beispielsweise Tropfen/Saft), kann der Arzneistoff bereits in frühen Abschnitten des Magen-Darm-Traktes resorbiert werden. Muss die Arzneiform zunächst zerfallen, so kann auch die Aufnahme des Arzneistoffs erst später erfolgen. Insbesondere Arzneiformen mit modifizierter Freisetzung (beispielsweise Arzneiformen mit magensaftresistentem Überzug oder Retard-Arzneimittel) sind daher als kritisch einzustufen und sollten, wenn möglich, gegen eine weniger kritische Arzneiform ausgetauscht werden. Zur Umstellung eines Medikamentes sollten Sie mit dem Arzt und mit der Apotheke Rücksprache halten.

Jedes Medikament ist anders!

Schnell freisetzende Medikamente:

unkritisch – Arzneistoff liegt (schnell) in löslicher Form vor

- › Tropfen, Saft, Suspension, Brausetabletten, Pulver/Granulat
- › Bukkaltabletten, Schmelztabletten, Sublingualtabletten, Zerbeißkapseln

Normal freisetzende Medikamente:

möglicherweise kritisch – Arzneistoff zunächst ungelöst

- › Film-/Tabletten, Kapseln, Dragees

Medikamente mit veränderter Arzneistoff-freisetzung:

Wirkung nicht gesichert – verzögerte Freigabe des Arzneistoffs

- › Tabletten/Kapseln mit magensaftresistentem Überzug
- › Weichkapseln
- › Retardpräparate (Retardtabletten/-kapseln/-granulat)
- › unverdauliche Arzneiformen (Matrixtabletten/-kapseln)

Retardpräparate sind dazu gemacht, den Arzneistoff über einen längeren Zeitraum gleichmäßig freizugeben, dazu verweilen sie über längere Zeit im Darm. Häufig kommt es vor, dass Bestandteile der Retardformulierung im Beutel sichtbar werden. Die Wirkung des Medikamentes ist daher oftmals verkürzt. In einem solchen Fall sollte der Arzt über eine Umstellung der Arzneiform sowie eine Dosisanpassung und die Anpassung des Einnahmetermins entscheiden.

Bei unverdaulichen Arzneiformen ist der Arzneistoff in eine Matrix eingebettet. Nach der Freisetzung des Arzneistoffes können die unverdaulichen Bestandteile der Matrix im Stomabeutel sichtbar werden. Die Wirksamkeit des Arzneimittels kann dennoch vollständig, oder nur teilweise gegeben sein. Bei Unsicherheiten sollte der Arzt über eine Umstellung der Arzneiform entscheiden.

Häufige Abkürzungen für Retardpräparate:

- › ret, retard (retardiert/verzögert)
- › prolong, long (pro-, longiert/verzögert)
- › mups (multi unit pellet system)
- › PP (push pull)
- › ZOK (Zero Order Kinetik)
- › NK (Nullte Kinetik)
- › SR (slow release)
- › SL (schnell langsam)

Bezeichnung unverdaulicher Arzneiformen:

- › Duriles (Gerüstmatrix)
- › OROS (Osmotic Release Oral System)
- › OCAS (Oral Controlled Absorption System)

Was kann ich tun, wenn eine Tablette oder Kapsel unverdaut im Stomabeutel sichtbar wird?

- › Wissen Sie, um welche Tablette es sich handelt?
- › Kann die gewünschte Wirkung überprüft werden (beispielsweise Blutdruckmessung, Blutzucker-Bestimmung)?
- › Besteht das Problem schon länger? Gibt es akut eine bestimmte Ursache für die verkürzte Darmpassage? Sind motilitätshemmende Maßnahmen erforderlich?
- › Ist der behandelnde Arzt informiert?
- › Muss die Medikation umgestellt werden? Ist ein Austausch der Arzneiform möglich? Benötigen Sie Unterstützung seitens der Apotheke?



Unverdaute Tablette im Ileostomabeutel:
Durch die verkürzte Darmpassage kann es bei Stomapatienten zu Resorptionsdefiziten kommen.

Wichtig

Stomaträger sollten für Arzneistoffresorptionsprobleme sensibilisiert werden. Sollten Arzneimittelbestandteile im Stomabeutel sichtbar werden, oder die Medikamente nicht mehr ausreichend zur Wirkung kommen, sind Maßnahmen zur Optimierung der Arzneimitteltherapie zu ergreifen. Welche Maßnahmen ergriffen werden können, ist individuell zu entscheiden und sollte im Austausch zwischen Stomatherapeut, Arzt und Apotheker besprochen werden.

8. Versorgungsbeispiele

Bei den nachfolgend aufgeführten Beispielen zur Versorgung problematischer Stomata handelt es sich meistens um konkrete Fälle aus der Praxis. Die hier vorgeschlagenen Lösungen zeigen, dass jeder Fall individuell behandelt werden muss.

8.1 Reiterversorgung

Bei den doppelläufigen Stomaanlagen verläuft postoperativ ein so genannter »Steg« oder »Reiter« unter dem Stoma. Dieser Steg/Reiter erschwert die postoperative Stomaversorgung.

Auch hier gilt, dass die Versorgung exakt auf den Durchmesser des Stomas angepasst werden muss. Es darf keine Haut unbedeckt bleiben.

Sitzt der Reiter spannungsfrei (Abb. 1), kann die Haftfläche der Versorgung unter den Reiter geklebt werden. Besonders leicht fällt dies beim Assura® Post-OP-Beutel mit Fenster.

Als Alternative zum einteiligen Post-OP Beutel mit Fenster eignet sich bei der Versorgung eines Stomas mit Steg das 2-teilige Easiflex® System ohne Rast-ring von Coloplast (Abb. 2) in Kombination mit transparenten Filterbeuteln. So kann beispielsweise im Falle einer frühzeitigen Entlassung aus der Klinik der Patient wie üblich die Beutel mit Filter bedarfsgerecht erneuern, ohne dabei durch Manipulation am Steg das Stoma zu gefährden. Der Basisplattenwechsel sollte jedoch auch mit diesem System bei liegendem Steg von einer erfahrenen Pflegekraft durchgeführt werden.

Sitzt der Reiter unter Spannung, wird er ein- oder beidseitig mit Stomapaste abgedeckt und die Stomaversorgung darüber geklebt. Vorsicht ist dann beim Ablösen der Versorgung geboten. Der Reiter darf nicht mit dem Beutel abgerissen werden!

Tipp

Bei der postoperativen Stomaversorgung sind allgemein Systeme, die längere Zeit auf der Haut verbleiben können, von Vorteil. Dies sind zweiteilige Systeme oder beispielsweise die Assura® Post-OP-Beutel mit Fenster von Coloplast.

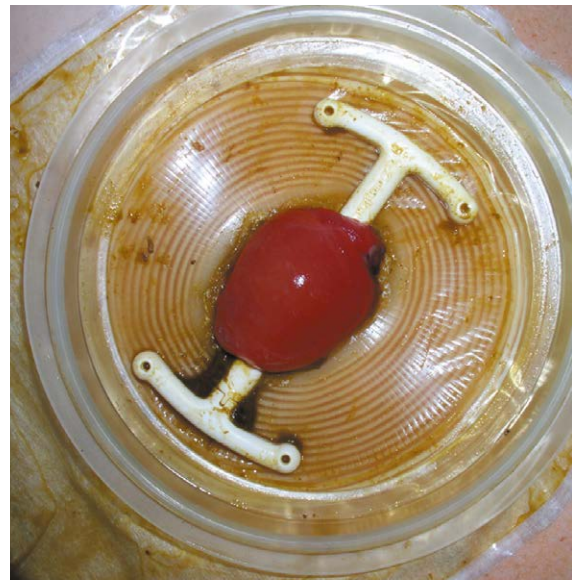


Abb. 1: Stomareiter mit Assura® Post-OP-Versorgung

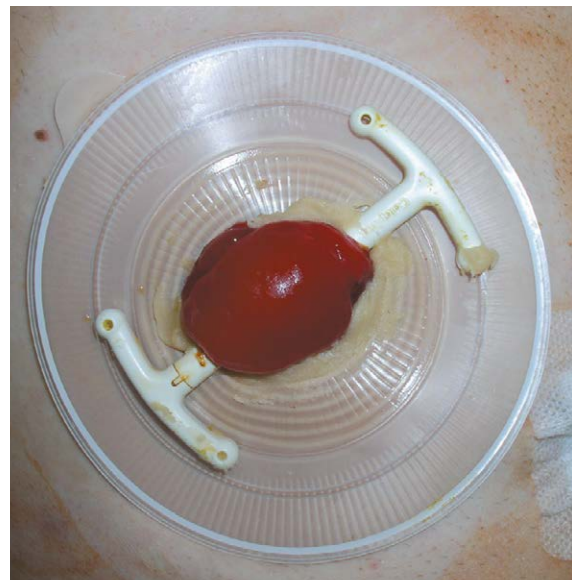


Abb. 2: Stomareiter mit Klebeversorgung Easiflex® von Coloplast

8.2 Nahtdehiszenz

Bei diesem Patienten zeigte sich eine Nahtdehiszenz an der Stomanaut. Zeichen für eine Fistel oder Infektion lagen nicht vor. Die Dehiszenz wurde gespült und mit Puder (von Coloplast) aufgefüllt. Der Puder bindet u. a. das Wundsekret, das die Haftung einer Stomaversorgung reduziert hätte. Nach dem Auffüllen wurde die Wunde mit einem transparenten Hydrokolloidverband von Coloplast (Comfeel® Plus Transparenter Wundverband) abgedeckt. Der Verband wurde mit Coloplast Stomapaste abgedichtet und darauf die Stomaversorgung aufgebracht.

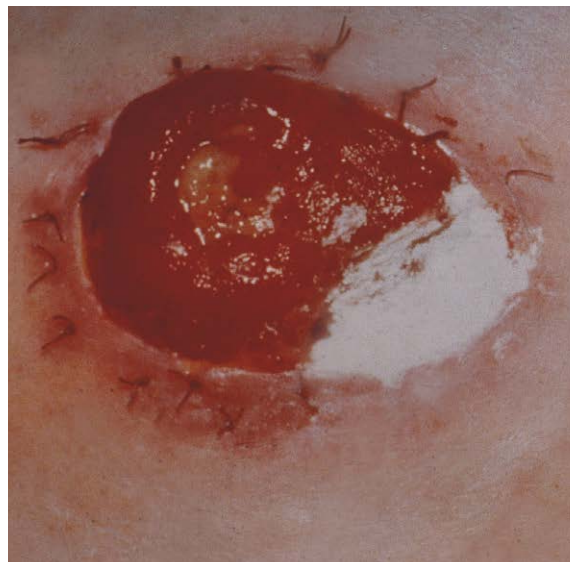
Die Stomaversorgung wurde zuvor nur auf den Durchmesser des Stomas zurechtgeschnitten, die Nahtdehiszenz wurde komplett überklebt. Diese Versorgung konnte bis zu 2 Tagen auf dem Stoma belassen werden. Nach 5 Tagen zeigte sich eine deutliche Verkleinerung der Wunde. Auf den Puder kann verzichtet werden, sobald die Dehiszenz bis zum Hautniveau hochgranuliert ist. Dann reicht bis zur vollständigen Abheilung der Comfeel® Plus Flexible Wundverband aus.



Notwendiges Zubehör zur Versorgung



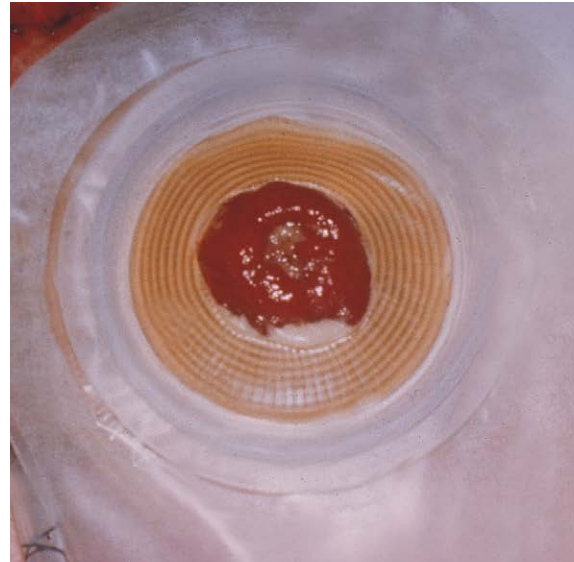
Kolostomieversorgung mit Nahtdehiszenz



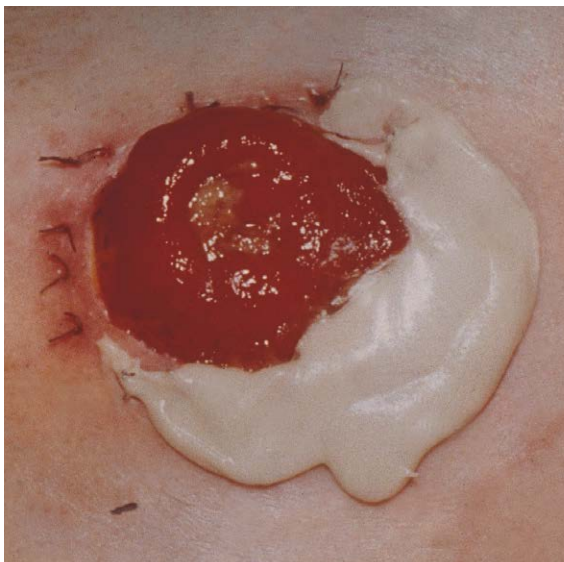
Auffüllen des Wundgrundes mit Puder



Abdeckung des Wundgrundes mit Comfeel® Plus Transparenter Wundverband



Versorgung mit Assura® Post-OP-Beutel mit Fenster



Abdichtung mit Coloplast Stomapaste über Puder und Wundverband



Wundheilungsverlauf nach 8 Tagen

8.3 Mangelnde Anpassung der Stomaversorgung

Dieser Patient mit einer doppelläufigen Ileostomie hat nach der Entlassung aus der Klinik am 10. Post-OP-Tag seinen Stomadurchmesser nicht mehr kontrolliert bzw. von einer Fachkraft kontrollieren lassen.

Er kam zu uns wegen Schmerzen und Brennen am Stoma. Die Lochgröße der Versorgung war nach Abschwellen des Stomas deutlich zu groß und der aggressive Dünndarmstuhl, der über die ungeschützte Haut um das Stoma floss, hat diese Hautentzündung verursacht. Nach Anpassung der Versorgung (Lochgröße) gingen die Entzündung und die Schmerzen deutlich zurück.

Memo

Stomadurchmesser und Lochgröße der Versorgung postoperativ bis zu 6 Wochen kontrollieren



Hautentzündung bei zu großer Lochgröße der Stomaversorgung

8.4 Parastomale Hautreaktion

Hautrötungen im parastomalen Bereich können verschiedene Ursachen und Ausprägungen haben. Eine leichte Rötung nach Ablösen der haftenden Stomaversorgung kann möglich sein, wird aber meistens zügig wieder abklingen. Auch andere mechanische Reizungen wie z. B. festes Rubbeln bei der Reinigung können vorübergehende Rötungen hervorrufen.



Rötung durch mechanische Reizung der parastomalen Haut

Geringe Hautrötung unmittelbar nach Ablösen der Versorgung klingt schnell wieder ab. Besonders der trockene Hauttyp neigt zu solchen Reaktionen. Eine Hautschutzcreme kann helfen.

Bleibende Rötungen sollten jedoch sorgsam beobachtet werden. Sie können die Vorstufe zu einer Unverträglichkeitsreaktion (Allergie) sein. Bei solchen Reaktionen ist es notwendig, alle Materialien, die mit der geröteten Haut in Kontakt gekommen sind, als Ursache in Betracht zu ziehen (Paste, Filme, Reinigungs-lotionen, Platten etc.).

8.5 Parastomale Mykose

Eine scharf begrenzte, flächige Rötung, wie in diesem Beispiel, spricht für eine allergische Hautreaktion. In diesen Fällen wurden mit einer zusätzlichen Brava® Hautschutzplatte von Coloplast gute Erfahrungen gemacht. Bei anhaltenden Rötungen sollte ein Arzt/eine Ärztin zu Rate gezogen werden.



Hautirritation

Einzelne punktuelle Hautrötungen mit Pusteln sind nicht immer allergischer Natur, sondern können – wie in diesem Fall – Zeichen für einen Hautpilz (Mykose) am Stoma sein. Diese Problematik tritt häufig in den Sommermonaten bei stark schwitzenden Patienten, bei Patienten mit schlechter Körperhygiene oder bei abwehrgeschwächten Patienten auf.

Man behandelt diesen Pilzbefall mit wasserlöslichen antimykotischen Lösungen. Pilzcremes und -salben können nicht eingesetzt werden, weil die Stomavversorgung sonst nicht mehr haftet. Für die Dauer der Behandlung empfiehlt es sich, eine Versorgung zu wählen, die täglich erneuert wird (Einteiler), um das Antimykotikum täglich einsetzen zu können.



Parastomale Mykose

8.6 Parastomale Wundfläche nach Abszessspaltung

Diese Patientin stellte sich mit dem Befund eines parastomalen Abszesses bei uns vor (s. Abb. S. 37, links). Der Chirurg eröffnete lokal den Abszess und entlastete ihn. Diese parastomale Wunde konnte aufgrund ihrer Nähe zum Stoma jedoch nicht offen gelassen oder separat verbunden werden.

Wir spülten die Wunde mit Ringerlösung und legten ein kleines Stück einer Calciumalginatkompressen ein. Dann wurde die Wunde mit dem antibakteriellen Wundverband von Coloplast abgeklebt. Auf diesen Verband wurde die reguläre Stomaversorgung geklebt. Der Wechsel dieser Versorgung fand zunächst 1 × täglich, später 2-tägig statt. Es lief zu keiner Zeit Stuhl aus dem Stoma in die Wunde.

Bei einer Nachkontrolle zeigten sich dann saubere Wundverhältnisse und eine gute Granulation der ehemaligen Abszessstelle. Anzeichen für eine Infektion der Wunde lagen nicht mehr vor, so dass von einem Wundverband von Coloplast auf den normalen hydrokolloiden Wundverband Comfeel® Plus umgestellt wurde. Das Calciumalginat zum Auffüllen der Wunde war auch nicht mehr notwendig.



Situation nach chirurgischer Spaltung des parastomalen Abszesses



13 Tage später: saubere Wundverhältnisse und gute Granulation

8.7 Infizierte parastomale Fadenstichkanäle

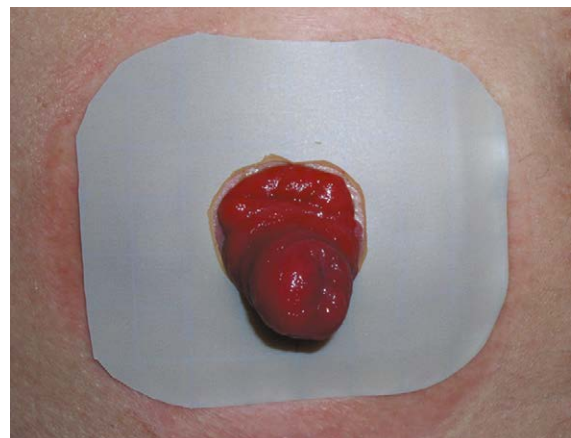
Bei diesem Patienten hatten sich parastomal Fadenstichkanäle entzündet. Das doppeläufige Ileostoma war optimal über Hautniveau angelegt, die restliche parastomale Haut war entzündungsfrei, das Stoma förderte gut. Wir haben in den antibakteriellen Wundverband von Coloplast ein für das Stoma passendes Loch geschnitten, den Verband aufgeklebt und darauf die reguläre plane Coloplast Assura® Basisplatte Extra mit einem Ileostomiebeutel. Dieses Aufeinanderschichten von Verband und Versorgung wird »Sandwichtechnik« genannt. Auch in diesem Fall konnte nach wenigen Tagen von einem antibakteriellen Wundverband auf einen hydrokolloiden Comfeel® Verband von Coloplast umgestiegen werden, die Stichkanalentzündungen heilten zügig ab.

Tipp

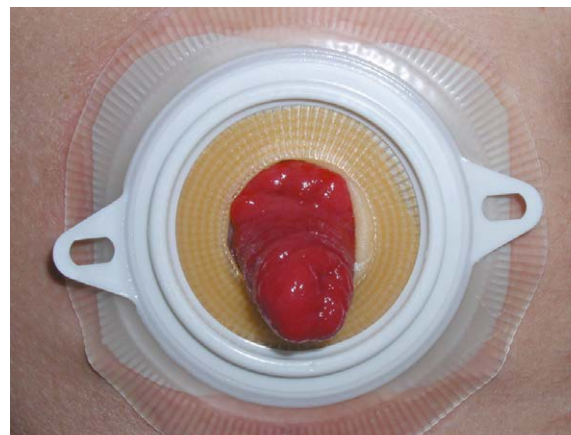
Falls die Stomaplatte nicht auf dem Hydrokolloidverband haftet, wischen Sie die Oberfläche des Verbands mit Schutzfilm ab und kleben die Stomaplatte auf den noch feuchten Film.



Infizierte parastomale Fadenstichkanäle



Therapie mit antibakteriellem Wundverband von Coloplast



Sandwichtechnik: Assura® Basisplatte auf antibakteriellem Wundverband von Coloplast

8.8 Versorgung eines Stomas neben einer sezernierenden Drainageeinstichstelle

Bei diesem Patienten lag postoperativ sehr nahe zum Stoma eine Drainage. Als diese Drainage gezogen wurde, entleerte sich soviel Sekret über die Einstichstelle, dass eine Versorgung mit einem Drainagebeutel sinnvoll wurde, da trockene Kompressen ständig durchnässt waren (s. 5.1.4, Seite 19). Nun stellte sich das Problem, dass die Haftfläche des Drainagebeutels mit der Haftfläche der Stomaplatte überlappte, was zu keiner sicheren Haftung führte. Wir lösten das Problem dadurch, dass wir die Haftplatten nicht mittig zurechtschnitten, sondern dezentral: Der Drainagebeutel wurde am Rand bis zur grauen Markierung gekürzt. Das Loch für die Einstichstelle wurde am äußersten linken Rand geschnitten. Das Startloch in der Mitte der Haftfläche wurde mit dem Schnittrest zugeklebt, so dass beim Aufkleben die Haut komplett geschützt war. Dementsprechend wurde bei der Stomaplatte das Loch für das Stoma am äußersten rechten Rand geschnitten. Mit dieser Schnitttechnik überlappten die beiden Haftflächen nicht mehr, die Versorgungen konnten bei Bedarf einzeln erneuert werden, die sichere Haftung war gewährleistet.

Tipp

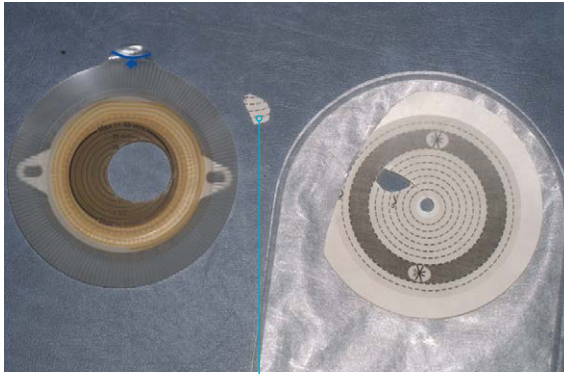
Die Technik des dezentralen Ausschneidens der Haftplatte kommt auch bei Stomata in Betracht, die nahe an offenen Wunden liegen. Jede ausschneidbare Versorgung gibt den möglichen Schnittbereich der Haftfläche an. Innerhalb dieses Schnittbereiches kann passend zur jeweiligen Situation ein Loch geschnitten werden.



Nässende Drainage-Einstichstelle

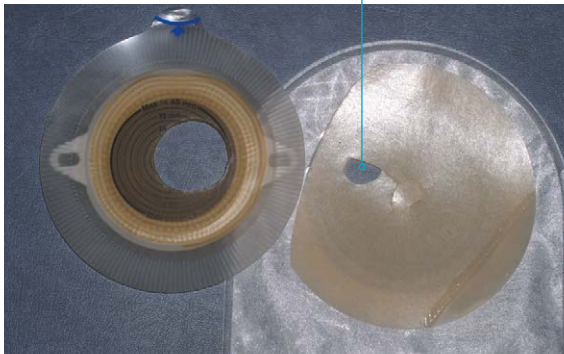
Der Drainagebeutel darf bis zum grauen Bereich beschnitten werden.

Das Loch für das Stoma wird nicht mittig geschnitten.



Schnittreste aufheben

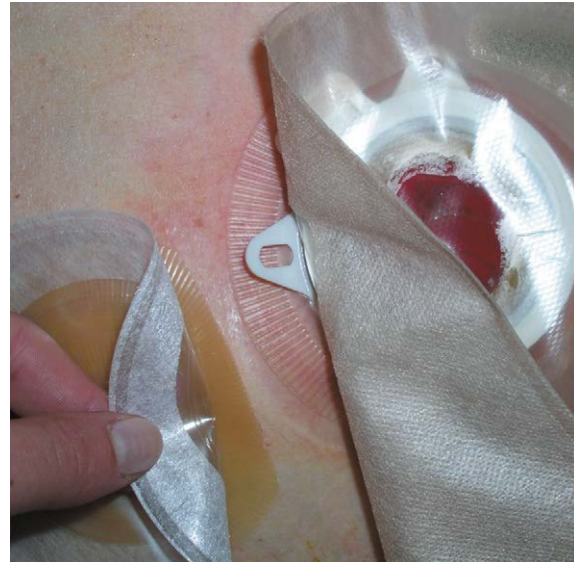
zum Verschluss des Startlochs



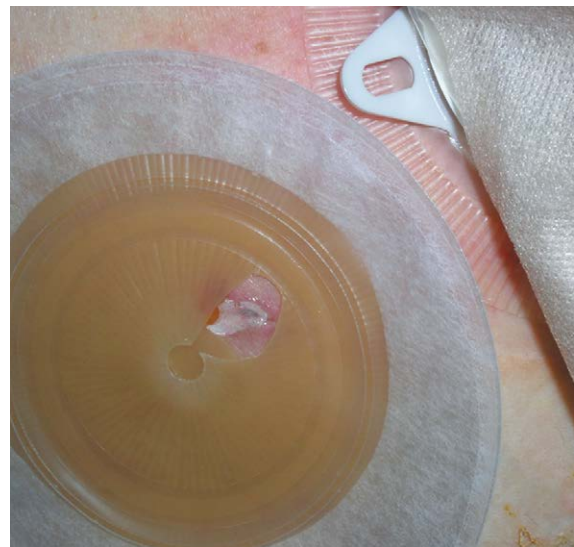
Lösung für zwei nahe beieinander liegende Beutelversorgungen



Drainageeinstichstelle



Haftbereich des Drainagebeutels auf das Minimale gekürzt



Haftflächen haften nicht übereinander

8.9 Versorgung eines Stomas nahe einer sezernierenden Nahtdehiszens

Bei dieser Patientin trat postoperativ eine Fistel in der Bauchnaht auf. Das endständige Ileostoma im rechten Unterbauch förderte viel flüssigen Stuhl, was ein häufiges Entleeren des Beutels notwendig machte. Die Patientin war jedoch noch zu schwach, um den Beutel selbst auszuleeren. Die Fistel in der Bauchnaht förderte so viel Sekret, dass eine Beutelversorgung sinnvoll war. Zudem traten erste enzymatische Hautreizungen um die Fistel herum auf.

Wir wählten keine normale Basisplatte für die Versorgung des Ileostomas, da die Haftfläche sehr nah an die Bauchwunde gereicht hätte, sondern die Coloplast Assura® Kinderbasisplatte (ausschneidbar bis 35 mm) mit dem Rastring 40 mm und dem Plattdurchmesser von 83 mm. Hierauf befestigten wir den Assura® Tagdrainagebeutel mit 40 mm Rast-ring. Dieser Beutel weist ein größeres Volumen auf und kann zur Nacht an einen Ablaufbeutel am Bett angeschlossen werden. Dies stellte eine deutliche Erleichterung für die Pflegekräfte dar, da sie den Beutel nicht mehr so häufig ausleeren mussten und die Patientin mehr Nachtruhe hatte. Alternativ wäre auch eine Versorgung mit dem Assura® Nachtdrainagebeutel möglich gewesen. Die Bauchnahtfistel wurde mit einem Modellierstreifen umrandet und mit einem Drainagebeutel versorgt. Auch dieser Beutel hätte bei Bedarf an einen weiteren Beutel angeschlossen werden können. Die Hautirritation wurde einmalig mit dem Schutzfilm von Coloplast behandelt. Sie ging jedoch primär deshalb in zwei Tagen zurück, weil durch die Versorgung der Fistel mit einem Drainagebeutel der Kontakt des Sekretes mit der Haut verhindert wurde und sich die Haut dadurch schnell erholen konnte. Beide Versorgungsmöglichkeiten konnten nach Bedarf separat erneuert werden.



Ileostoma und Nahtdehiszens



Einsatz der Kinderbasisplatte am Ileostoma zum Platzgewinn für zwei separate Versorgungsmöglichkeiten

8.10 Versorgung zweier Fisteln oder sezernierender Drainageeinstichstellen mit einem Beutel

Ein Patient hat zwei dicht nebeneinander liegende Fisteln oder – wie in Beispiel 8.8 – nach Entfernung einer Drainage stark sezernierende Drainageeinstichstellen, die mit einem haftenden Drainagebeutel versorgt werden sollen.

Auch in diesem Fall kann innerhalb des vorgegebenen möglichen Schnittbereichs der Haftfläche geschnitten werden, ohne das Startloch zu nutzen. Auch hier sollte das Startloch vor dem Aufkleben mit Schnittresten zugeklebt werden, um die Haut zu schützen.



Nebeneinanderliegende Stoma- und Fistelversorgung



Schnittreste



zum Verschluss des Startlochs

8.11 Stomaanlagen in der Nähe zur Laparatomienaht

Bei diesem Patienten wurde die Position des Stomas nicht präoperativ markiert. Man sieht deutlich die Nähe des Stomas zur Bauchnaht. Die Stomaversorgung reicht mit ihrer Haftfläche über die Bauchnaht.

In diesem Fall wurde die Haftfläche seitlich geschmälert, was bewirkte, dass sich die Platte an dieser Stelle immer wieder abhob. Die Haftfläche war zu gering.

In solchen Fällen ist wieder ein dezentrales Ausschneiden im Haftbereich wie im Fallbeispiel 8.8 möglich. Sobald die Fäden der Bauchnaht entfernt sind, kann die Platte regulär geschnitten und über die Narbe geklebt werden.

Tipp

Fälle wie dieser lassen sich durch eine präoperative Stomamarkierung weitgehend vermeiden.



Stoma nahe an Bauchnaht



Haftfläche geht über die Naht hinaus und musste geschmälert werden

9. Notizen

Coloplast entwickelt Produkte und Serviceleistungen, die das Leben von Menschen mit sehr persönlichen medizinischen Bedürfnissen erleichtern. In enger Zusammenarbeit mit Fachkräften und Anwendern finden wir gemeinsam neue Wege für eine bessere Versorgung.

Wir vertreiben hochwertige Produkte für die Stoma-, Kontinenz- und Wundversorgung sowie für die Hautpflege und die Urologie. Wir sind ein weltweit operierendes Unternehmen mit mehr als 12.000 Mitarbeitern.