

PATIENTENINFORMATION

der

Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU)

und des

Berufsverbandes Deutscher Urologen (BDU)

über

**Katheterpflege und
Stomaversorgung**

Katheterpflege und Stomaversorgung

1. Katheterpflege

Für die Ableitung des Urins aus der Harnblase stehen der **Harnröhrenblasenkatheter** (transurethraler Dauerkatheter - DK) und der **Bauchdeckenblasenkatheter** (suprapubische Blasenkatheeter - SBK) zur Verfügung.



Abb 1.: Harnröhrenblasenkatheter (DK): Ballon aufgeblockt; (hält DK in der Blase)

Wer benötigt eine Harnableitung ?

Patienten mit einer akuten oder chronischen Blasenentleerungsstörung (z.B. Prostatavergrößerung, Unfall) sowie zur Erleichterung der postoperativen Pflege oder zur Überwachung der Urinproduktion schwer kranker Patienten.

Welche Komplikationsmöglichkeiten gibt es?

Beide Methoden haben Risiken und Komplikationsmöglichkeiten. Auch bei korrekter Katheteranlagetechnik, Verwendung eines geschlossenen Harnableitungssystems und trotz sorgfältiger pflegerischer Maßnahmen lassen sich **Harnwegsinfektionen** sicher nicht vermeiden. Die Wahrscheinlichkeit des Neuauftretens von Bakterien im Urin steigt proportional mit der Liegedauer des Katheters. Sie liegt bei durch die Harnröhre katheterisierten Patienten zwischen 3 und 10 % pro Liegetag des Katheters, nach 30 Tagen sind bei der Mehrheit der Patienten Bakterien im Urin nachzuweisen. Mit jedem Katheterwechsel sollte deshalb erneut der Grund zur Fortführung der Katheterdrainage überprüft werden.

In welchen Abständen sollte ein Blasenkatheeter gewechselt werden ?

Die Liegedauer eines Blasenverweilkatheters hängt von den Materialeigenschaften des Katheters und anderen Faktoren wie Urinausscheidung, Infektion, Verkrustungsneigung und Verschmutzung ab. Es werden für den **DK** bis zu 3 Wochen (Silikon) und für den **SBK** (Katheterstärke ≤ 12 Charrière) 4 bis 8 Wochen angegeben. Dennoch sollten Blasenverweilkatheter heute nicht mehr routinemäßig in festen Zeitabständen gewechselt

werden, sondern bei Bedarf nach individuellen Gesichtspunkten, da die Länge der Wechselintervalle patientenabhängigen Schwankungen unterliegt. Ein Katheter muß nicht gewechselt werden, solange ein freier Urinabfluss und klarer Urin gewährleistet sind, keine lokalen oder systemischen Infektionen vorliegen und Patienten beschwerdefrei ist.

Was muß der Patient bei der Katheterpflege beachten?

Im Rahmen der täglichen Hygiene sollte der äußere Katheteranteil vorsichtig mit Wasser und Seife oder Wasserstoff-Superoxid (3%) gereinigt werden, die Dammregion mit Wasser und Seife.

Vor und nach jeder Manipulation am Katheter oder Drainagesystem sollte eine Händedesinfektion erfolgen. Geschlossene Harnableitungssysteme mit Ablassvorrichtung dienen der Minderung von aufsteigenden Infektionen. Eine Tropfkammer und ein Klappenventil verhindern dabei den Urinrückfluß aus dem Auffangbeutel. Auch bei der Verwendung von solchen Systemen sollte der Urinauffangbeutel immer unterhalb des Blasenniveaus befestigt werden, um den Harnabfluss zu sichern.

Wann sollte der Arzt aufgesucht werden?

- TRÜBER, ÜBELRIECHENDER URIN
- FIEBER ODER GRIPPEÄHNLICHE SYMPTOME
- FLANKENSCHMERZEN / UNTERBAUCHSCHMERZEN
- MANGELHAFTER ODER FEHLENDER URINABFLUß

Was kann getan werden beim Auftreten von Komplikationen bzw. zu deren Vermeidung?

Für jede Art der Katheterdrainage gilt, daß deren frühestmögliche Entfernung der Vermeidung von Komplikationen dient.

Die **Harnverdünnung** (innere Spülung→spezifisches Gewicht $\leq 1,015\text{g/cm}^3$) durch Steigerung der täglichen Trinkmenge auf 2 bis 3 Liter pro Tag kann beim Verweilkatheter durch den resultierenden Spüleffekt zu einer Verminderung der Keime und der Verkrustungen führen.

Regelmäßige Blasenspülungen von außen sollten nur in Ausnahmefällen durchgeführt werden. Sie begünstigen die Entstehung von Harnwegsinfektionen, eine Keimreduktion bei vorhandener Infektion kann hierdurch keineswegs erzielt werden. Auch Verkrustungen lassen

sich so nicht vermeiden. Lediglich bei Auftreten einer symptomatischen Pilzinfektion kann das Einbringen pilzabtötender Substanzen in die Harnblase angezeigt sein. Das Ansäuern eines beim Harnwegsinfekt meist alkalischen Harns mit L-Methionin (Acimethin) auf einen pH-Wert von 5,8 bis 6,2 schränkt das Auftreten von Katheterverkrustungen ein.

Antibiotika sollen beim Dauerkatheterpatienten nur eingesetzt werden, wenn eine symptomatische Harnwegsinfektion vorliegt. In Ausnahmefällen, z.B. bevorstehende Operation, Herzklappenersatz oder bei Risikopatienten mit medikamentös oder durch Krankheit geschwächtem Immunsystem ist eine gezielte antibiotische Therapie gerechtfertigt.

2. Urostomaversorgung (Urinableitung auf der Haut)

Zwei Methoden der Harnableitung sind die **Ureter-Haut-Fistel** und das **Conduit**.

Sie besitzen eine Gemeinsamkeit: der Urin wird über die Harnleiter direkt oder über ein zwischengeschaltetes Darmsegment an die Körperoberfläche geleitet und dort in einem Beutel aufgefangen. Die Stelle, an welcher der Urin aus der Bauchdecke ausgeleitet wird, nennt man **Stoma**. Diese Verfahren werden als Blasenersatz mit Kontinenzverlust bezeichnet, d.h. der Urinabgang kann nicht mehr willkürlich kontrolliert werden.

Prinzip und Pflege der Ureter-Haut-Fistel

Bei der Anlage einer **Ureter-Haut-Fistel (Uretero-Cutaneostomie)** werden die Harnleiter von der Blase abgetrennt und im Unterbauch in einer Harnleiter-Haut-Mündung (Stoma) ausgeführt. Damit die äußere Haut diese kleinen Stomaöffnungen nicht verschließt, ist eine dauerhafte Schienung des Harnleiters mit einer Hohlschiene unvermeidlich. Dieser Schlauch fixiert sich selbst im Nierenbecken mit seinem aufgerollten Ende (Pigtail), er muß allerdings alle 6-8 Wochen durch den Urologen gewechselt werden. Probleme dieser Methode der Harnableitung sind: Krankheitserreger können von der äußeren Haut an der Schiene entlang zum Nierenbecken aufsteigen. Wiederkehrende Infekte können die Nierenfunktion beeinträchtigen. In der Regel fördert die Schiene einen Teil des Urins, die Restmenge fließt neben dem Schlauch im Harnleiter nach unten und tritt an dessen Mündungsstelle aus. Hier muß - zum Schutz der Haut um das Stoma herum - eine Urostomieversorgung getragen werden. Bei jedem Versorgungswechsel ist der Konus der Schiene durch die Öffnung der Hautschutzplatte zu ziehen. Beim Entfernen der Platte besteht die Gefahr einer Verschiebung der Schiene.

Prinzip und Pflege des Conduits

Das **Conduit** besteht aus einem 12-15 cm langen Darmsegment. Es wird aus dem Darmverlauf ausgeschaltet und mit einem Ende im Unterbauch als Stoma ausgeleitet. Hierfür geeignet ist das Ileum - der letzte Dünndarmabschnitt vor Beginn des Dickdarmes im rechten Unterbauch (**Ileum-Conduit**) – und der Dickdarm (**Kolon-Conduit**). Das Conduit ist ausschließlich für den Harnabfluß angelegt (Abb. 2). Der relativ große Durchmesser des Darmes und die hohe Proliferationsrate der Darmschleimhaut verhindern, dass die Haut über das Stoma wächst und es verschliesst. Das Einlegen von Harnleiterschienen ist nicht nötig.

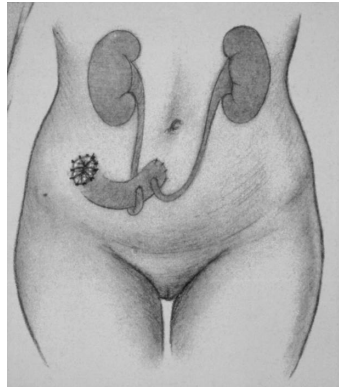


Abb 2.: Conduit

Ein wichtiger Aspekt bei der **Versorgung eines Conduits** ist der Schutz der Urostomie vor Besiedlung mit Krankheitserregern; Probleme verursachen vor allem Fäkalkeime, die der Patient aus der eigenen Analregion per Schmierinfektion überträgt.

Die gründliche Reinigung der Hände vor den Versorgungswechseln sowie die Beachtung einiger Regeln hinsichtlich der Behandlung der um das Stoma herum befindlichen Haut sind in diesem Zusammenhang unverzichtbar.

Die Durchführung des Versorgungswechsels ist vor der ersten Flüssigkeitsaufnahme am Morgen sinnvoll, weil dann ein etwas geringerer Harnfluß erwartet werden kann.

Pflegeschema:

Bei Verwendung eines zweiteiligen Systems	<ul style="list-style-type: none">- z.B. jeweils Mo-Mi-Fr/ Sa Wechsel der Klebeplatte- täglicher Wechsel des Beutels- z.B. jeweils montags Wechsel des Nachtbeutels- z.B. jeweils montags gegebenenfalls Rasur der Haut um das Stoma herum bei Männern
--	---

**Bei Verwendung eines
einteiligen Systems**

- täglicher Wechsel des Versorgungssystems

Der Hautbezirk um das Stoma wird nach dem Entfernen der alten Versorgung nur mit Wasser und Kompressen gereinigt, danach das neue System aufgebracht. Die Verwendung einer gewölbten Versorgung mit Hautschutzpaste und das Tragen eines Gürtels schaffen ein höheres Maß an Abdichtung. Häufig wird die Frage diskutiert, wie lange eine Hautschutzplatte die Haut unmittelbar um das Stoma herum ausreichend gegen den Kontakt mit Urin abdeckt. Hier sollten 2-3 Tage als Maximum angenommen werden. Entzündungen der Haut mit nachfolgender Vernarbung können zur Stoma-Verengung führen. In schweren Fällen kann eine Neuanlage des Stomas notwendig werden. Über Nacht sorgt die Verbindung mit einem Nachtbeutel dafür, dass der Urostomiebeutel in horizontaler Körperhaltung leer bleibt.

Baden sollte der Stomaträger zur Vermeidung von Keimverschleppungen über das Badewasser nur mit kompletter Versorgung - diese wird anschließend gewechselt. Duschen ist ohne Einschränkung möglich.

Sollten Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte an

den Urologen Ihres Vertrauens, oder suchen Sie sich einen Urologen in Ihrer unmittelbaren Nachbarschaft über : www.urologenportal.de