



**UNIVERZITA KARLOVA
V PRAZE**



3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav pro lékařskou etiku a ošetřovatelství

Ošetřovatelská péče o nemocného se stomií

Nursing care of the patient with stoma

případová studie

bakalářská práce

Praha, červen 2008

Jana Heřmanová

bakalářský studijní program: Ošetřovatelství
studijní obor: Všeobecná sestra

Autor práce:	Jana Heřmanová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Bakalářský studijní obor:	Všeobecná sestra
Vedoucí práce:	Mgr. Renata Vytejšková
Pracoviště vedoucího práce:	Ústav ošetrovatelství 3. LF KU v Praze
Odborný konzultant:	MUDr. Miloš Voleman
Pracoviště odborného konzultanta:	chirurgická klinika Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Datum a rok obhajoby:	2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 5. května 2008

Jana Heřmanová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Renatě Vytejškové za připomínky, návrhy a čas, který mi věnovala. Dále děkuji MUDr. Miloši Volemanovi za připomínky, odborné vedení trpělivost a čas, který mi věnoval. Také bych chtěla poděkovat své rodině za podporu a trpělivost při mém studiu.

Obsah

ÚVOD	6
1. TEORETICKÁ ČÁST	7
1.1. Anatomie a fyziologie tlustého střeva	7
1.2. Střevní neprůchodnost	9
1.3. Onkologie	10
1.4. Nádory tlustého střeva a rekta	11
1.4.1. Kolorektální karcinom	12
1.5. Vyšetřovací metody u nádorů tlustého střeva a rekta	16
1.6. Léčba nádorů tlustého střeva a rekta	20
1.6.1 Chirurgická léčba	21
1.6.2 Stomie	22
1.6.3 Onkologická léčba	26
1.7. Prognoza	28
1.8. Základní údaje o nemocném	29
1.9. Vyšetření pacienta	31
1.10. Hospitalizace klienta	34
1.11. Farmakoterapie	38
2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	43
2.1. Ošetrovatelský proces	43
2.2. Model Marjory Gordonové	45
2.3. Ošetrovatelská anamnéza	46
2.4. Ošetrovatelské diagnózy	53
2.5. Dlouhodobý plán péče	62
2.6. Psychologická problematika	62
2.7. Prognoza	65
2.8. Edukace	65
ZÁVĚR	70
SHRNUTÍ	71
SEZNAM ZKRATEK	72
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	74
PŘÍLOHY	76

ÚVOD

Cílem bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o klienta V. J. (64 let), který byl hospitalizován ve fakultní nemocnici na chirurgické klinice s diagnózou „subileózní stav pro stenozyující tumor rekta“ s následnou operací a vývodem kolostomie.

Důvodem k výběru tohoto tématu, je stále se zvyšující počet pacientů s touto diagnózou. Proto jsem se rozhodla problematiku této nemoci lépe poznat jak z teoretické části, tak i z problematiky ošetrovatelské péče, kde je mým cílem více přiblížit problematiku stomie.

V teoretické části případové studie se zabývám anatomií a fyziologií tlustého střeva, střevní neprůchodností, obecnou onkologií, nádory tlustého střeva a rekta, kolorektálním karcinomem, moderními vyšetřovacími metodami a léčbou nádorů. Samostatná kapitola je věnována stomii. Dále se zabývám onkologickou léčbou a na závěr teoretické části se věnuji prognóze nádoru rekta a tlustého střeva.

V práci uvádím základní informace o nemocném získané z lékařské anamnézy. Vyšetření pacienta, jak v před nemocniční péči, tak i v průběhu hospitalizace. Následně se věnuji průběhu hospitalizace pacienta a farmakoterapii.

Postupuji metodou ošetrovatelského procesu a využívám ošetrovatelského modelu Funkčního zdraví dle Marjory Gordonové. Z dostupných informací získaných z lékařské dokumentace, z rozhovoru s pacientem a informací získaných vlastním pozorováním, jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy k 4. dni hospitalizace, 1. dni po operaci. Diagnózy jsem seřadila dle pacientových priorit. Následně jsme vypracovala plán péče. Dále popisují realizaci a vyhodnocení ošetrovatelských intervencí. Samostatná kapitola je věnována psychologické problematice a péči o stomii v rámci edukace.

Práci uzavírá seznam zkratk, seznam použité literatury a přílohy.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1. Anatomie a fyziologie tlustého střeva

Intestinum crassum – tlusté střevo je poslední částí trávicí trubice. Jeho délka se odhaduje kolem 1,2 – 1,4 m a šířka mezi 5 – 8 cm. Začíná v pravé jámě kyčelní a má několik částí:

- *Caecum* – **slepé střevo**, je nejobjemnější částí tlustého střeva. Je uloženo v pravém hypogastriu, zleva do něj ústí konečná část tenkého střeva. Na dolním konci odstupuje *apendix vermiformis* – **červovitý přívěsek** o délce 5 – 10 cm.
- *Colon* – hlavní část tlustého střeva, který se dělí na tyto části:
 - *Colon ascendens* – **vzestupný tračník**, vede vzhůru po pravé straně dutiny břišní, přičemž i se svým závěsem (*mesocolon ascendens*) je ve většině případů fixovaný k zadní stěně peritoneální dutiny, (tzv. pravé srůstové pole) až pod jaterní ohbí kde přechází v
 - *Colon transversum* – **příčný tračník**, který kříží břišní dutinu zprava doleva až ke slezině. Transversum je v dutině břišní uloženo volně i se svým závěsem (*mesocolon transversum*). Slezinným ohbím přechází v
 - *Colon descendens* – **sestupný tračník**, který vede levou stranou břišní dutiny až do levé jámy kyčelní. Je i se svým závěsem (*mesocolon descendens*) fixován k zadní stěně břišní (tzv. levé srůstové pole). Dále pokračuje v
 - *Colon sigmoideum* – **esovitou kličku**, která bývá obvykle i s *mesocolon sigmoideum* uložena v dutině břišní volně. Vstupuje do malé pánve a zde na ni navazuje poslední část
- *Rectum* – **konečník**. Je to poslední úsek střeva, dlouhý 12 – 15 cm. Probíhá pod křížovou kostí, je uložený extraperitoneálně, v pánvi se rozšiřuje do ampuly a dolů se zužuje do análního kanálu. Sliznice ampuly je složena do tří příčných řas. Největší je *Kohlrauschova*, ta je na pravé straně a je vzdálena asi 7 cm od řitního otvoru. Konec análního kanálu má

dva svěrače. Vnitřní, z hladké svaloviny, je vůlí neovlivnitelný. Zevní je příčně pruhovaný – *musculus sphincter ani externus* – a je vůlí ovladatelný. Epitel sliznice rektu obsahuje jednovrstevný cylindrický epitel a má schopnost vstřebávat (využívá se tak při aplikaci čípků a klyzmatu). (3)

Stěna tlustého střeva se skládá ze sliznice, podslizničního vaziva, svaloviny a na povrchu je peritoneum. Sliznice je bledá a neobsahuje klky, ale tvoří poloměsíčitě řasy. Obsahuje velké množství hlenových žláz jejichž hlavní funkcí je ochrana sliznice. Svalovina má dvě vrstvy – cirkulární a podélnou. Při smrštění cirkulární svaloviny vznikají *haustra*, která postupují od slepého střeva ke konečníku a posunují střevní obsah. Dodávají tlustému střevu charakteristický vzhled střídavých výdutí a zaškrcení. *Haustra* jsou projevem funkce svaloviny. Zesílením podélné svaloviny vznikají podélné pruhy - *tenie* - vedoucí přes celé tlusté střevo. Regulace pohybů tlustého střeva je reflexní děj (duodenokolický, gastrokolický – rozepětí doudena a následně se zvýší peristaltika), ale je také řízena parasympatikem. (3)

Tlusté střevo je zásobeno *a. mesenterica superior*, která se dále větví na *a. ileocolica*, *a. colica dextra*, *a. colica media* a *a. mesenterica inferior* (která se dělí na *a. colica sinistra* a *aa. sigmoideales*). V oblasti slezinného ohbí tračnicku se větve *a. colica media* a *a. colica sinistra* spojují a vytvářejí tzv. *anastomosis magna Halleri*. Existence této anastomosis je důležitá pro možnosti resekcčních výkonů na levé polovině tlustého střeva. Ke konečníku přichází větve *a. iliaca interna*. Z tlustého střeva až po horní část konečníku je krev odváděna do *v. portae*. Z dolních partií konečníku do dolní duté žíly. Lymfa je ze střeva odváděna do uzlin při stěně střeva a dále podél krevních cév do uzlin paraaortálních. Lymfatické zásobení je důležité pro možné šíření nádoru touto cestou, což je třeba brát v úvahu při operačním řešení nádorů tlustého střeva. (3)

Vstřebávání vody, iontů, skladování zbytků chymu (tekutý obsah z tenkého střeva) a defekace (tvorba a vylučování stolice) jsou hlavními funkcemi tlustého střeva. K dalším patří tvorba vitamínu K, který vzniká činností střevních bakterií. V tlustém střevě dochází ke kvasným a hnilobným procesům. Působí zde

mikroorganismy, jež jsou stálou součástí střevního obsahu. Denně přijde do tračnicku až 1500 ml tráveniny. Trávenina se prostupem tlustým stěvem postupně zahušťuje resorpcí vody a iontů a formuje se v tuhou stolici, která při určitém množství vyvolá defekaci. Ve střevě vznikají i střevní plyny složené z CO₂, vodíku, metanu, sirovodíku. Stolice v rektu při tlaku 2,5 - 5,5 kPa na konečník vyvolá pocit vyprázdnění. Denně se vyloučí 100 – 300 g stolice v závislosti na charakteru potravy. (15)

1.2. Střevní neprůchodnost

Střevní neprůchodnost je akutní, život ohrožující stav, který je stále vyznačován vysokou úmrtností. Je to náhlá příhoda břišní. Řešení vyžaduje rychlé stanovení diagnózy s okamžitým zahájením léčby, která je zpravidla operační. Ileus se manifestuje jako zástava střevní pasáže.

Dle příčin se střevní neprůchodnost dělí na **mechanický, funkční a cévní ileus**. Nejčastější formou mechanického ileu je *obstrukční ileus*. Nejčastější příčinou ileu na tenkém střevě jsou srůsty, neprůchodnost tračnicku je nejčastěji způsobena nádorem. Nádorové stenózy jsou příčinami uzávěru lumen střeva vycházející z jeho stěny.

Strangulace je závažnou formou mechanického ileu. Vyznačuje se poruchou prokrvení střeva z útlaku mesenterálních cév. Strangulace je absolutní indikace k neodkladnému chirurgickému řešení.

Funkční ileus je vyvolán poruchou motility střeva, kde chybí mechanická překážka, která by bránila průchodu střevního obsahu. Dělí se na *paralytický* a *spastický*. *Paralytický* je způsoben obrnou střevní motility. Tento stav se vyskytuje při závažných nitrobřišních onemocněních (akutní peritonitida, pankreatitida) a také jako následný stav po nitrobřišních operacích. Poruchu střevní motility můžou navodit i některé medikamenty jako jsou neuroleptika či opiáty. Při *spastickém* ileu dochází k spastické paréze střevní svaloviny jako např. při otravě olovem.

Cévní ileus je způsoben primární poruchou krevního zásobení střeva – ve velké většině případů na základě embolie či trombózy *a.mesenterica superior*. Tento typ ileu je zatížen vysokou mortalitou (více jak 90%). (9)

Základními příznaky střevní neprůchodnosti jsou zástava odchodu plynů a stolice, zvracení, vzednutí břicha a kolikovitá bolest, která se vyskytuje na počátku obstrukčního ileu. Na počátku strangulačního ileu je krutá neztížitelná bolest.

Důležité je rozpoznat při diagnostice v první řadě příznaky strangulace, kdy je porucha cévního zásobení a tím přímo ohrožena jeho vitalita. Dále je důležité určit výšku překážky a zjistit příčinu ileu, je-li funkční nebo obstrukční. Další vyšetření respektuje postup akutně nemocného s NPB. Zahrnují se sem anamnestické údaje, objektivní vyšetření, interní vyšetření, vyšetření zobrazovacími metodami, laboratorní vyšetření.

K léčbě střevní neprůchodnosti se řadí jak léčba chirurgická tak i léčba konzervativní. Obecně platí pravidlo, že konzervativně se postupuje v případech funkčního ileu, v případech ostatních je řešení chirurgické. (7)

1.3. Onkologie

Nádor je charakterizován nekontrolovatelným růstem části buněčné populace na úkor organismu. Toto nekontrolovatelné bujení zpravidla končí zánikem buněčné populace i zánikem organismu. Důvodem toho růstu je narušení mechanismů kontroly normálního růstu, proliferace, diferenciace. Všechny buňky, které jsou schopné dělení mohou přejít v nádorovou buňku. (12, 19) Podstatou je narušení genetické informace. Mezi karcinogenní faktory řadíme :

- Faktory zevního prostředí : těžké kovy, ionizující záření, UV záření
- Faktory vnitřního prostředí : dědičné dispozice,

1.4. Nádory tlustého střeva a rekta

Česká republika je zemí se světově nejvyšším výskytem nádorů tlustého střeva a konečníku.

Benigní nádory tlustého střeva:

- Mezenchymové – lipomy, neurofibromy, leiomyomy jsou v této lokalizaci vzácné
- Epiteliální adenomy, se vyskytují ve velké většině ve formě polypů. Nejčastěji se vyskytují v rectu a sigmoideu. Rizikem zde je častá maligní degenerace, toto riziko s velikostí polypu stoupá.
 - Vilosní, tubulovilosní a tubulární adenomy – mohou dosahovat i velkých rozměrů. Často přecházejí ve zhoubné nádory
 - Hyperplastické polypy – vznikají drážděním sliznice. Nezvrhávají se na zhoubné nádory
 - Zánětlivé polypy – provázejí střevní záněty. Tvoří je ostrůvky zánětlivé hyperplastické sliznice
 - Polypóza – vyskytuje se nejen v tlustém střevě ale i v rektu.
 - Familiární adenomatózní polypoza je autozomálně dědičné onemocnění. Jedná se o tubulární adenomy, které se zvrhávají v karcinom. Pravděpodobnost zvrhnutí některého polypu na karcinom je 100 %
 - Gardnerův syndrom – jedná se o difuzní adenomatozu, která je provázena výskytem mezenchymálních nádorů
 - Turcottův syndrom – jde o kombinaci polypózy nádorů CNS (6)

Benigní nádory rekta:

- Jsou vzácné, nejčastěji se vyskytují adenomy, lymfangiomy, hemangiomy

Maligní nádory tlustého střeva:

- Adenokarcinom – jednoznačně nejčastější maligní nádor tlustého střeva. Vyskytuje se v různých formách (tubulární, hlenotvorný, atd.)
- Mezenchymální nádory a lymfomy jsou raritní

Maligní nádory rekta:

- nejvíce zastoupen adenokarcinom
- k méně častým patří sarkom, maligní lymfom, maligní melanom (7, 12)

1.4.1. Kolorektální karcinom

Kolorektální karcinom je maligní nádor vycházející z buněk sliznice tlustého střeva. Řadí se mezi nejčastější zhoubný nádor střeva a je nejčastější malignitou trávicího traktu vůbec. Jedná se o nádor ze žláзовého epitelu, patří tedy mezi tzv. adenokarcinomy. Lokalizace tohoto karcinomu je nejčastější

- v rektu – 60%,
- v sigmoideu – 20%,
- cekum + colon ascendens – 10%,
- ostatní lokalizace – 10%.

Jeho incidence se u nás neustále zvyšuje. Každoročně onemocní v ČR cca 80 mužů a téměř 60 žen na 100 000 obyvatel. Řadí se mezi druhou nejčastější orgánovou lokalizací nádorového bujení u obou pohlaví. Postihuje především věkové skupiny nad 50 let, ale v posledních letech se vyskytuje i kolem 30 let. Epidemiologické studie ukazují, že příímí příbuzní nemocných mají 3 – 4 krát vyšší pravděpodobnost onemocnění kolorektálním karcinomem. (6)

Rizikové faktory

- Vysoká konzumace masa zejména červeného, konzumace konzervovaného masa (uzeniny), kuchyňská příprava s využitím vysokých teplot (grilování, smažení)
- Nadváha a nízká pohybová aktivita
- Kouření
- Vysoká konzumace alkoholických nápojů
- Nedostatek vlákniny ve stravě což má za následek zpomalení střevní pasáže

Nepomíjitelný vliv má také

- Dědičnost
- Věk
- Pacienti po operaci pro karcinom prsu, prostaty, endometria, ...
- Nespecifické střevní záněty – Crohnova choroba (11)

Většina kolorektálních karcinomů vzniká ve střevě z adenomových polypů. Mohou být stopkaté nebo přisedlé a při dostatečném vyprázdnění střeva jsou velmi dobře viditelné při kolonoskopickém vyšetření. Dle histologie se adenomy dělí na tubulární, tubulovilózní a vilózní. Dle stupně dysplazie se dělí na adenomy s nízkou, střední a těžkou dysplazií. Hlavním kritériem pro posouzení rizika přeměny adenomu v karcinom je velikost polypu, histologická struktura a stupeň dysplazie. Riziko přeměny adenomu v karcinom je odhadováno na 2,5 % po 5 letech, 8 % po 10 letech a 24 % po 20 letech od vzniku adenomu.

Klinický obraz je v časných stádiích mizivý a právě proto tak závažný a přitom je v časných stádiích velmi dobře léčitelný. Klinické příznaky se vyskytují většinou až u pokročilých nádorů. Závisí zde na lokalizaci nádoru v tlustém střevě a na typu expanze – endofytický, exofytický. (6)

U nádoru pravé části tračníku nedochází k obstrukci střeva, jelikož je zde tekutý obsah a trubice má širší průměr. Převahu zde mají příznaky jako je hubnutí, anémie, neprospívání. Chronické ztráty krve mohou dosahovat až 6 ml denně. Proto může být prvním příznakem náhodně zjištěná sideropenická mikrocytární

anemie. Nádory střední části tračníku se projevují nespecifickými střevními potížemi. V levé polovině tračníku může dojít k obstrukci střeva, která se může projevit ileozním nebo subileozním stavem. To je známkou již značně pokročilého karcinomu. Dochází k poruše střevní motility (zácpa, průjem). Příznaky jsou změny rytmu ve vyprazdňování, nucení na stolicí, tlaky, nadýmání. Velmi častým projevem je krvácení, které je často okultní. (11)

V rektu a rektosigmatu může tumor penetrovat do močového měchýře s následnou hematurií či smíšením stolice s močí. I pokročilý, generalizovaný karcinom, nemusí mít zjevnou symptomatologii. Pacienta přivedou k lékaři nespecifické příznaky onemocnění s váhovým úbytkem, kachektizací, nechutenstvím, anémií, celkovou slabostí.

Ke komplikacím kolorektálního karcinomu patří obstrukce stenozyjícím nádorem, perforace střeva, krvácení. Tyto stavy jsou indikací k chirurgickému řešení.

Obstrukce

Dochází k zástavě odchodu plynů a stolice, pacienti zvrací, mají kolikovitou bolest a může se rozvinout až šokový stav. Léčba tohoto stavu je chirurgická, směřuje k odstranění nádoru. Pokud odstranění není možné, pak je chirurgicky zprůchodněna trávicí trubice a obnovena střevní pasáž. (7)

Perforace

Projeví se peritonitidou. Pacient má stálou bolest, peristaltika je minimální až vymizelá, pacient má tachykardii a tachypnoii. Rozvíjí se šokový stav. Léčba je chirurgická, směřuje k odstranění nádoru, nutná je toaleta a drenáž břišní dutiny. (7)

Krvácení

Obvykle bývá nevelké, ale opakované. Způsobuje chronickou anemizaci. Masivní krvácení může vzniknout prorůstáním nádorů k cévám, ale je celkem vzácné. Masivní krvácení si žádá chirurgické řešení. (7)

Metastazování kolorektálního karcinomu je :

- *Lymfogenně* – charakteristické postižením spádových uzlin a lymfatických cév
- epikolické, parakolické a paraaortální
- *Hematogenně* – šíření probíhá vyplavením životaschopných nádorových buněk krevním proudem do dalších orgánů – játra, plíce
- *Per continuitatem* – prorůstání do okolí
- *Implantační metastázy* – karcinoma peritonea (7)

Makroskopicky mohou kolorektální karcinomy růst

- *Endofiticky* – ulcerózně, převažují v levé části tračníku, nádor roste po obvodu stěny a často vede ke stenoze
- *Exofiticky* – intraluminálně, jsou typické v pravé polovině a mají sklon k polypovitému růstu. Mohou tvořit objemné útvary. (6)

Klasifikace kolorektálního karcinomu

Pokud je stanovena diagnóza, je nutné určit celkový rozsah postižení. Nejčastěji užívaný systém je kvalifikační systém TNM.

Pokročilost nádoru je stanovena dle stupně prorůstání střevní stěnou, dle postižení regionálních lymfatických uzlin a přítomností nádorových metastáz.

Staging je metoda vedoucí ke zjištění rozsahu šíření nádoru. Informuje o prognóze, o možnostech metastazování, což je hlavní faktor, který ovlivňuje přežití.

Klasifikace TNM je mezinárodně uznávaná. Vychází z patologických kritérií resekátu (p), z klinických kritérií (nádor-T, lymfatické uzliny-N, metastázy-M), z kritérií resekabilnosti (R0- kompletně odstranitelný, R1- ponechané mikroskopické zbytky, R2- ponechaný makroskopický zbytek).

T1 / p T1 - nádor jen v mukose a v submukose

T2 / p T2 - nádor je v celé stěně

T3a / p T3a - nádor prorůstá střevní stěnou

T3b / p T3b - jako nádor T3a, ale vytváří píštěle

T4 / p T4 - nádor vrůstá do okolí

N1 / p N1 - metastázy v 1 - 3 regionálních lymfatických uzlinách

N2 / p N2 - metastázy ve 4 a více regionálních uzlinách

M0 / p M0 - žádné vzdálené metastázy

M1 / p M1 - prokázané vzdálené metastázy

Mx / p Nx - bez vyjádření se vzdálených metastáz (6)

Dukesova klasifikace (v současnosti se již nepoužívá)

A: tumor je ohraničen střevní stěnou

B: tumor zasahuje nebo proniká serózou

C: 1) tumor pozitivní perikolické uzliny

2) tumor pozitivní perivaskulární uzliny

D: vzdálené metastázy

1.5. Vyšetřovací metody u nádorů tlustého střeva a rekta

Základem jsou **anamnestické údaje** získané od pacienta. Velmi důležité jsou informace ohledně vyprazdňování: jeho charakter, příměsí, frekvence, střídání průjmu se zácpou, výskyt krvácení, změny hmotnosti, nechutenství, bolesti apod. .

Následně je nezbytné provést ostatní vyšetření:

1. **fyzikální vyšetření** – pohled, poklep, pohmat, samozřejmě také vyšetření per rektum (dosažitelná vzdálenost kolem 8 – 10 cm)

2. **kolonoskopie** – jednoznačně nejprůkaznější vyšetřovací metoda. Jedná se o vyšetření tlustého střeva pomocí flexibilního endoskopu. Vyšetření se provádí za diagnostickým (tumor) nebo léčebným (zástava krvácení) účelem. Toto vyšetření umožňuje stanovit rozsah patologických změn ve střevě s možností získat ze vzorku část tkáně k histologickému vyšetření. Příprava na vyšetření spočívá v důkladné přípravě střeva – jeho vyprázdnění v podobě klyzmat, podávání projímadel, změna dietního režimu (dva dny před vyšetřením tekutá strava a den před vyšetřením pouze tekutiny) a lačnosti. Před tímto vyšetřením je důležité mít k dispozici vyšetření na krevní srážlivost (Quick, APTT), hlavně když se předpokládá, že se bude provádět během vyšetření polypektomie. Vyšetření se provádí na levém boku, kdy se zavádí endoskop přes konečník a pomocí optiky se prohlíží jednotlivé úseky tlustého střeva. Někdy se před vyšetřením podává premedikace nebo je možné provést vyšetření v celkové anestézii. Po vyšetření, které trvá zhruba 30 – 45 min., by měl být pacient v klidu na lůžku, kontrolují se fyziologické funkce. Pacient je 6 hodin lačný. Po vyšetření se přechází přes tekutou stravu na normální jakou měl pacient před vyšetřením. Pacienta je nutné upozornit na nucení na stolici a nadýmání, které se může po vyšetření objevit. Samozřejmě je důkladně pacienta informovat předem o vyšetření a nedílnou součástí je i jeho souhlas s výkonem.
3. **rektoskopie** – je to vyšetření sliznice konečníku. Jeho účel může být diagnostický nebo terapeutický. Provádí se v poloze gynekologické. Vyšetření se provádí neohebným, rigidním rektoskopem. Pacienta musíme předem informovat. Příprava se týká i vyprázdnění konečníku. V tomto případě postačí malé očistné klyzma nebo Yal – roztok určený k aplikaci do konečníku. Po skončení vyšetření není nutné další opatření. (23)

4. **irigoskopie** – rentgenové vyšetření tračnicku a konečnicku za pomoci nálevu baria per rektum. Podmínkou je též vyprázdnění střeva (klyzmaty, projímadly, změnou dietního opatření a lačnosti). Vyšetření se provádí na rentgenologickém pracovišti. Zde se sondou aplikuje roztok baria do konečnicku a poté se pod rentgenovou kontrolou sleduje průchod kontrastní látky. Při vyšetření se prokazují změny na střevní sliznici a zúžení průsvitu. (23)
5. **sigmoideoskopie** – vyšetření sigmoidea a konečnicku za pomocí flexibilního endoskopu. Tato metoda se používá k identifikaci příčiny průjmu, zácpy, bolesti břicha. Využívá se ke zjištění časných známek rakoviny tračnicku a konečnicku. Příprava před vyšetřením spočívá ve vyprázdnění tračnicku. Nejčastěji se dodržuje 24 hodin před vyšetřením tekutá dieta. 12 hodin předem se pijí pouze čisté tekutiny. Před vyšetřením se ještě podává klyzma. (23)
6. **ultrasonografie** - principem je zachycení a grafické znázornění ultrazvukových rozdílů vyplývajících z rozdílné hustoty vyšetřovaných tkání. Vyšetření je neinvazivní, nebolestivé, rychlé, dostupné a nezatěžuje pacienta žádnou přípravou, zářením. Nejčastěji se využívá dvourozměrná ultrasonografie. Pro vyšetření primárního nádoru má však relativně malý význam. Výjimkou je endoskopická sonografie pro stanovení hloubky invaze nádoru do stěny střevní u nádorů rekta. (23)
7. **výpočetní tomografie (CT)** - umožňuje zobrazení anatomických struktur v různých vrstvách, znázorní orgán v řezu. Jeho hlavní význam tkví hlavně ve stanovení případných metastas – játra, plíce. Pro vlastní vyšetření střeva je méně významné. Význam tohoto vyšetření se ale mění s příchodem nových CT přístrojů s vysokým rozlišením.
8. **magnetická rezonance** – digitální vyšetřovací metoda, která nepracuje s radioaktivním zářením – využívá kombinace silného magnetického pole, radiových vln a počítačového zpracování k

vytváření průřezových obrazů tělesných struktur. Nejlépe nám zobrazuje rozsah infiltrace. Kontraindikací jsou pacienti s kardiostimulátorem a pacienti kteří mají v těle nějaký kovový materiál. Výjimku tvoří titan. Vyšetření trvá cca 45 min. a pacient musí po celou dobu ležet. Po výkonu není nutné žádné zvláštní opatření. Toto vyšetření nám podá informace o případném metastatickém postižení lymfatických uzlin a o šíření nádoru – má význam hlavně při určení případné infiltrace v malé pánvi při karcinomu rekta.

9. **vyšetření na okultní krvácení** – vyšetření je prováděno v rámci onkologické prohlídky u obvodního lékaře. Pro pacienty starší 50 let je toto vyšetření plně hrazené pojišťovnou. Vyšetření nám zjistí i minimální přítomnost krve. Před vyšetřením se drží speciální dieta. Ze stravy je nutno vyloučit železo (špenát, listová zelenina, banány). Vyloučí se i preparáty obsahující železo jako vitamín C a salicyláty. Tato dieta se dodržuje 3 dny před vyšetřením. Čtvrtý den se odebere stolice na speciální testovací set. Kontraindikací pro vyšetření je menstruace, krvácení z dásní, průjmy. To by mohlo výsledky z vyšetření negativně zkreslit. Výhodou je snadná dostupnost, nevýhodou vysoké procento falešně negativních výsledků.
10. **laboratorní vyšetření** – význam má při stanovení nádorových markerů. Nádorové markery jsou polypeptidy - prvky, které se nacházejí ve zvýšeném množství v krevním séru či v nádoru samotném. Tyto markery bývají pomocnými ukazateli a využívají se jako vodítko v některých klinických situacích. Dalo by se říci, že každý typ onkologických markerů, je specifický pro určitý typ nádoru. Pro kolorektální karcinom jsou důležité markery CEA a Ca 19-9. Stanovení hodnoty markerů není zásadní pro stanovení diagnózy, ale používá se pro sledování úspěšnosti terapie a případného včasného odhalení recidivy nádoru. (19)

1.6. Léčba nádorů tlustého střeva a rekta

Základem léčby kolorektálního karcinomu je resekce postiženého úseku střeva společně s příslušnou lymfatickou drenáží. Zhruba u 75 % pacientů lze provést radikální chirurgický výkon, po kterém budou pacienti bez známek původního nádoru. Tento výkon je indikován u pacientů bez ohledu na stádium choroby a tedy i u pacientů se vzdálenými metastázami. U pacientů ve stadiu metastáz je důvodem k radikálnímu výkonu předejít komplikacím – zejména rozvoji ileózního stavu či masivnímu krvácení. Pacienti s přidruženými chorobami znemožňující chirurgický výkon jsou indikováni pro některou z paliativních technik.

Pooperační chemoterapie je indikována individuálně. Obecně lze říci, že je indikována u mladších nemocných, u kterých jsou známky šíření nádoru (positivní nález nádoru v uzlinách, či známky hematogenního šíření). Paliativní chemoterapie je někdy indikována i ve stadiu vzdálených metastáz, ne jako kurativní, ale za cílem prodloužit a zlepšit kvalitu života nemocného.

U karcinomu rekta se zpravidla využívá předoperačního ozáření nádoru. Důvodem je zmenšení rozsahu nádoru, zlepšení jeho operability. Tím se zvyšuje šance pacienta na celkové uzdravení.

Paliativní léčba u karcinomu rekta přichází v úvahu u pacientů neschopných nebo odmítajících chirurgický výkon. Principem je rekanalizace lumen střeva, zachování střevní pasáže u obliterujícího tumoru a snížení krevních ztrát u krvácejících nádorů. Používá se laserová rekanalizace, argon plazma koagulace, implantace expandibilního stentu.

Prognóza je závislá na stádiu nádoru, které je dáno postižením střevní stěny, přítomností nádoru v lymfatických uzlinách a i přítomností vzdálených metastáz. Pokud má pacient postiženou pouze stěnu střeva bez postižení uzlin, jsou jeho vyhlídky na uzdravení celkem dobré. Pravděpodobnost vyléčení se odhaduje mezi 65 – 90 %. Jsou-li infiltrovány lymfatické uzliny šance se snižují na 45 – 50 %. Celkové 5ti-leté přežití pacientů s kolorektálním karcinomem se pohybuje přibližně kolem 50 %. (11)

1.6.1 Chirurgická léčba

1) Radikální – nádor je kompletně odstraněn

Resekční výkony, kde se zachovává kontinuita střeva

- *hemikolektomie* – odstraní se postižená část s resekci přilehlého omenta a odstranění lymfatických uzlin a cév
 - *Pravostranná hemikolektomie* – resekce konečné části terminálního ilea společně s pravou polovinou tračníku. Tento výkon se provádí u tumoru coeka, ascendens
 - *Levostranná hemikolektomie* – resekce levé poloviny tračníku lienární flexura, descendens, orální sigmoideum
- *Resekce transversa* – pro tumory transverza (oboustranná lymfatická drenáž) jsou relativně vzácné
- *Rozšířené hemikolektomie* – pravostranná či levostranná s resekci transversa – obvykle pro nádory v ohbích tračníku
- *Resekce sigmoidea* - tumory sigmatu, nádor je v esovité kličce nebo na části konečníku
- *Subtotální kolektomie* – odstranění celého tlustého střeva s ponecháním rekta a založením ileo- rekto anastomozy. Používá se v případech nádorové duplicity, nebo v případech akutních operací pro nádor na levé polovině tlustého střeva a pokročilý ileus
- *Nízká resekce rekta s anastomozou end to end* - tumory horního rekta - zachování svěrače - resekční linie ve zdravé tkáni minimálně 2 cm pod tumor

Resekční výkony bez zachování kontinuity

- *Amputace rekta* – (operace dle Milese) - odstranění celého rekta s tumorem se založením trvalé terminální kolostomie. Je indikováno pro nízko uložené nádory rekta
- *Hartmanova resekce* - odstranění přechodu sigmoidea a rekta se slepým uzávěrem pahýlu rekta a vytvoření terminální

sigmoideostomie s možností rekonstrukce ve druhé době. Používá se hlavně při akutních operacích kdy je přítomen ileus

- *Totální kolektomie* – odstranění celého tlustého střeva a konečníku s ileostomií či ileálním pouchem. Pro nádory se tato operace užívá výhradně pro řešení familiární polyadenomatosy

2) Paliativní výkony

- *Krátké resekce*
- *Anastomozy*
- *Stomie (7)*

1.6.2 Stomie

Slovo stomie pochází z řečtiny a v překladu znamená ústa, v přeneseném smyslu pak vyústění nebo vývod. I když jsou v dnešní době velké pokroky v pomůckách a stomické sestry jsou také více „známější“, přesto se v populaci setkáme se strachem a velkými obavami nejen nemocných, ale i jejich rodin. Jelikož se však se stomií setkáváme stále častěji je této problematice věnována celá kapitola.

Stomii dělíme podle způsobu, jakým je založena na nástěnnou, axiální - dvouhlavňovou, terminální – jednohlavňovou.

- Nástěnná – kromě konečníku a rektosigmoideálního přechodu může být založena kdekoli. Střevo se fixuje stehem k otvoru, který je připraven ve stěně břišní a otevíráme je, případně do něj zavádíme drén. Příkladem je cékostomie. V dnešní době se však téměř nepoužívá
- Axiální – stomie se vyvádí před stěnu břišní v ní připraveným otvorem volnou kličku střevní. Rozlišujeme zde odvodnou a přivodnou kličku. Tento typ stomie se zakládá na transversu, na esovitě kličce či terminálním ileu. Střevo se fixuje ke kůži, v mesenteriu se podvlékne pod kličku jezdec, který chrání stomii před zanořením. Ponechává se tam dokud se stomie nezahojí. Axiální stomie je dočasné opatření k zabezpečení derivace střevního obsahu. Používá se jako urgentní opatření při řešení

střevní neprůchodnosti. Nebo jako definitivní řešení u neodstranitelných nádorů

- Terminální – zde se před stěnu břišní vyvádí klička, která již nepokračuje. Tato stomie nám slouží jako definitivní řešení u amputací konečníku. Může se také používat jako urgentní resekce bez obnovení kontinuity - v tomto případě se jedná o rekonstrukční výkon

Stomie se také dělí podle toho, který úsek střeva je vyveden. V léčbě kolorektálního karcinomu užíváme ileostomie, transvesostomie a sigmoideostomie.

Indikace

Stomie se zakládá u plánovaných operacích pro karcinom rekta pokud je provedena amputace. Také se zavádí takzvaná pojistná stomie nad ohroženou anastomozou u nízkých resekcí karcinomu konečníku. Další je založení stomie nad neřešitelným, neodstranitelným karcinomem konečníku. Kolostomie není optimální řešení u neodstranitelného nádoru kolon. Zde se spíše doporučuje bypassová operace, která nemění kvalitu života pacienta. Je-li nádor odstranitelný je lépe provést paliativní resekci a anastomozou.

U urgentních stavů, kdy je indikována střevní neprůchodnost, je stomie indikována jako dočasné řešení pouze když okolnosti nedovolují provést primární resekci s anastomozou. V tomto případě se stomie vyvádí nad neodstranitelným nádorem.

Činnost stomie spočívá v odvádění střevního obsahu navenek. Vzhled střevního obsahu závisí na místě vývodu stomie. Čím blíže je konečníku tím je střevní obsah tužší a obsahuje i méně plynu. Je-li stomie na sigmatu odchází stolice „normálního“ charakteru. Řídkou, kašovitou stolicí odvádí transversostomie, její obsah je kolem 400 ml / 24 hodin.

Stomie se zakládá tak, aby nebyla pod tahem. K fixaci střevní kličky se používá synteticky vstřebatelný materiál. Catgut se používá k fixaci ke kůži, aby se předešlo nežádoucím stehovým píštělím. Velkou výhodou je zakreslení stomie před operací. Stomie se zakládá jako součást laparotomické operace, cíleně

z kruhové incize břišní stěny, nebo laparoskopicky, tento postup omezuje vznik komplikací v podobě infekce a také nám zkracuje dobu hospitalizace. (8)

Při ošetřování stomie mají pacienti na výběr několik firem, které se zabývají touto problematikou a proto si mohou vybrat, která firma a které pomůcky jim nejvíce vyhovují. V dnešní době se na trhu vyskytuje firma Dansac, Squibb Coloplast nebo Braun.

Všichni mají stejný základ a to je vrstva speciálního materiálu, který je velice dobře přilnavý, nedráždí pokožku, dobře se uchycuje i na iritovanou pokožku a podporuje její hojení. Pacienti mají k dispozici jak jednodílní tak dvoudílný systém.

Jednodílný systém se skládá z přilnavé podložky a sáčku, který je nutný při každém naplnění vyměnit (doporučuje se kolem 1/3). U ileostomie se používají sáčky výpustné.

Dvoudílný systém se skládá z adhezivní vrstvy na jedné straně a na druhé je přírubový kroužek na který se nasazuje příslušný sáček.

Na trhu se vyskytují i sáčky s pachovými filtry z aktivního uhlí. Také se používají ochranné pasty, ochranné filmy, absorpční gely, tablety – používají se k zahuštění stolice, a mnoho dalších pomůcek. Sortiment je hrazen zdravotní pojišťovnou. Pokud je vše bez komplikací dokáže pacient zvládnout veškeré denní činnosti, zaměstnání, sportovní aktivity i plavání. (11)

Komplikace chirurgické léčby kolorektálního karcinomu

Rané pooperační komplikace

- Hematom
- Serom
- Absces
- Nitrobřišní absces
- Ileozní stav
- Rozpad operační rány

Pozdní komplikace

- Poruchy vyprazdňování

- Kýla
- Porucha mikce
- Recidiva nádoru
- Pozdní metastázy

Komplikace stomíí

Mezi časné komplikace se řadí

- **Flegmóna**
- **Absces v podkoží**
- **Infekt** – zde je nejlepší prevence antibiotická profylaxe a šetrně provedený výkon
- **Nekróza střevní kličky** – příčinou bývá založení stomie pod tahem. Většinou zůstává přívodná klička fixována na fascii a nekroze podlehne pouze část střevní kličky, která je před stěnou břišní

Mezi pozdní komplikace patří

- **Stenoza** – bývá obvykle důsledkem předchozí časné komplikace (nekróza kličky, infekt), nejčastěji se vykytuje v oblasti kůže a podkoží, léčí se pomocí dilatace. Zde je důležitá edukace pacienta o pravidelném „roztahování“ buď dilatátorem nebo i prstem. Při jejím neúspěchu je nutný chirurgický zásah
- **Dráždění kůže** – příčinou bývá zatékání střevního obsahu, který je vůči pokožce agresivní, pod podložku. Další příčinou může být nepřesný průměr podložky, nebo její častá výměna ale i nedostatečná hygiena či nešetrné ošetřování. Prvními projevy je zčervenání kůže v okolí, puchýře až mokvající defekty. K léčbě se používají speciální pasty, obklady
- **Prolaps** – obvykle k tomu dochází na přívodné kličce axiální stomie. Pokud prolabuje odvodná klička nad nádorem u paliativní axiální stomie, bývá nejčastější příčinou rychlý růst tumoru v dutině břišní. Zvětšuje se při kašli a tělesné námaze

- **Krvácení** – malé krvácení bývá způsobeno drobnými trhlkami v důsledku mechanického dráždění. Zde je nutné opatrně postupovat při omývání stomie. Výplach střeva, který bývá také z jedné z příčin, se provádí pomocí konického nástavce
- **Parastomiální hernie** – je to komplikace vyskytující se po terminální stomii po amputaci konečníku. Jako příčina se uvádí nedokonalá fixace kličky k pobřišnici. Chirurgická korekce je poměrně obtížná a často nezbyvá než založit novou stomii (8)

1.6.3 Onkologická léčba

Nedílnou součástí je dispenzární péče. Tu provádí chirurgové se spoluprací s onkologickým oddělením. Onkologické oddělení sleduje pacienta po dobu 60 měsíců. Do 1 měsíce by měl být pacient zkontrolován u chirurga ohledně hojení rány, funkčního stavu střeva, kontrola stomie, mikce. V prvním roce po operaci se sleduje hladina CEA v krvi. Kontrolní kolonoskopie záleží na lokalizaci primárního nádoru a provedeném výkonu (obvykle se provádí 6-12 měsíců po operaci). Cílem je včasné zachycení progresu, časná detekce recidiv a odhalení metastáz.

Léčba nádoru zahrnuje i onkologickou léčbu, která zahrnuje radioterapii a chemoterapii. Chemoterapie je charakterizována aplikacemi protinádorových léků. Tyto léky jsou produktem chemické analýzy a mají cytostatické účinky (neselektivní potenciál zabíjet buňky – cytotoxický účinek). Cílem je zasáhnout a poškodit genetickou informaci nádorové buňky obsažené v DNA. Svým působením ničí nejen nádorem poškozené buňky, ale i buňky zdravé, které se nacházejí ve fázi dělení. Chemoterapie se používá buď samostatně nebo s kombinací s cílenou léčbou, ve spojení s léčbou chirurgickou nebo radioterapií.

Dělení chemoterapie:

- *Kurativní chemoterapie* – používá se k léčení klinicky evidentního stádia nemoci

- *Neoadjuvantní chemoterapie*
- *Konkomitantní chemoterapie*
- *Adjuvantní chemoterapie* – tuto chemoterapii podstupuje pacient po chirurgickém odstranění nádorového ložiska
- *Paliativní chemoterapie* – nevede k vyléčení, pouze pozastavuje nádorový proces. Tato léčba má za cíl zkvalitnit život pacienta

Cytostatické léky dělíme

- *Protinádorová ATB* – jejich účinek je charakterizován poškozením nukleové kyseliny (Bleomycin)
- *Alkylační látky* – blokují syntézu nukleových kyselin a také dělení buněk. Tato forma se používá u většiny onkologicky nemocných (Alkeran)
- *Antimetabolity* – jejich účinek je blokace enzymů účastnících se proteosyntézy. Velmi často se používají u leukémie
- *Alkaloidy* – tyto zamezují dělení buněk, bohužel poškozují periferní nervy

Podávání cytostatik

- *Perorálně* – je to jedna z nejpříjemnějších forem. Tato forma není vhodná u onemocnění GIT, u zvracení a nevolnosti
- *Intravenózní aplikace* – podává se formou jednorázové injekce nebo infuze. I.v. cytostatikum smí aplikovat pouze lékař nebo pověřená, či vyškolená sestra
- *Intramuskulární, subkutánní podání* – je to méně častý způsob podání
- *Intracavitární* – jedná se o aplikaci do přirozených dutin, jako je například děloha, tuto aplikaci provádí výhradně lékař
- *Intraarteriální aplikace* – lék se podává do artérie, která zásobuje nádor
- *Lokální podání* – je to výjimečná forma podání cytostatik

Nežádoucí účinky chemoterapie vznikají nepravidelně, nemusí se vůbec objevit, nebo se vyskytují v různé intenzitě od běžně zvladatelných až po situace vyžadující medikamentózní léčbu. Dají se rozdělit na bezprostřední, časně, pozdní a vzdálené. K nejčastějším projevům patří nauzea, zvracení, únava a vysílení, padání vlasů a vousů, snížení počtu krvinek a krevních destiček, průjem, zvýšení teploty až horečka, afty v ústech. (19)

Radioterapie

Jedná se o terapie ionizujícím zářením. V buňkách, které projdou ozářením, dojde k biochemickým změnám, které vedou k zástavě dělení a následně ke smrti buňky. Tyto změny postihují veškeré buňky a tedy i ty zdravé.

Tato metoda vychází z předpokladu, že nádorová buňka, která je méně diferenciovaná je více citlivější na záření. Cílem ozařování je zničit nádorové buňky, zmírnění obtíží pacienta a předejít metastázám.

Ozáření má ovšem taky nežádoucí účinky. Ty se projevují jako kožní erytém, poškození sliznic. Radiační syndrom, který se vyskytuje celkem často se projevuje nespavostí, únavou, zvracením, bolestmi hlavy, kolapsovými stavy, průjmy. Také se vyskytuje leukopenie a trombopenie jako důsledek útlumu kostní dřeně.(19)

1.7. Prognoza

Pro ČR je karcinom tlustého střeva a konečníku stále větší hrozbou. Proto nedílnou součástí je prevence. Zde je nejdůležitější snížit množství tuků přijímaných v potravě, zamyslet se nad svým životním stylem a hlavně stravovacími návyky. Důležitá je také dispenzarizace rizikových pacientů a rodin.

Prognóza je relativně příznivá u včas zachycených nádorů. Velice důležitý faktor tu ovšem hraje stupeň nádorové invaze v době zjištění. Závisí to ovšem na stádiu nemoci a na možnosti chirurgické léčby. Zatímco u nádorů zachycených ve stadiu T1 je úspěšnost léčby vyšší než 90 %, ve stadiu vzdálených metastas nedosahuje pětileté přežití 20 %.

1.8. Základní údaje o nemocném

Identifikační údaje

Jméno: V. J.
Pohlaví: muž
Věk: 1944 (64 let)
Národnost: česká
Zaměstnání: důchodce, malíř pokojů
Datum přijetí: 11.2.2008
Důvod přijetí: akutní stav
Diagnóza: subileosní stav při stenosující tumoru rekta
Hypertenze (od roku 1995)

Anamnéza

RA : otec zemřel v 70ti letech na cévní mozkovou příhodu
matka zemřela v 82letech na akutní infarkt myokardu
pacient má dceru (44 let) a syna (39 let), obě děti jsou zdravý
pacient žádné sourozence nemá

OA : Pacient v dětství prodělal běžné dětské nemoci, nepodstoupil žádné operace, neměl také žádné vážnější úrazy. Od roku 1995 se léčí na hypertenzi.

Alkohol pije pouze příležitostně. Od 20ti let kouří zhruba 20 cigaret denně.

FA : Lipanthyl 100 mg 0 - 0 - 1
Vasocardin 50 mg ½ - 0 - ½
Anopyrin 100 mg 0 - 1 - 0

AA : negativní

SPA : Pacient žije se svou manželkou v rodinném domku na okraji Prahy. Oba jsou již v důchodu. (Pan V. J. necelé 3 roky). Celý svůj život pracoval jako malíř pokojů a nyní občas vypomůže svému synovi, který pracuje jako malíř pokojů na živnostenský list. S celou rodinou jsou v blízkém kontaktu a často se navštěvují. Svůj volný čas tráví na zahrádce, luštěním křížovek a s manželkou chodí často na procházky.

NO : Asi 2 roky si pacient stěžuje na obtíže se stolicí. Časté průjmy, které jsou střídané se zácpou. Kolonoskopické vyšetření bylo provedeno v den příjmu s výše uvedeným nálezem. Histologie odebrána. Nyní stolice průjmovitá až vodová. Pacient udává bolesti břicha. Přijat pro známky ileu tračnicku. Kompletně poučen.

Status praesens

Pacient při vědomí, orientován, spolupracuje, bez alterace celkového stavu, eupnoický, bez oktetu a cyanózy, bledý.

TK - 110/70 mmHg

P - 80/min

TT - 36,5 °C

Hmotnost - 76 kg

Výška - 172 cm

Hlava : na poklep nebolestivá, bulby ve středním postavení, všemi směry volně pohyblivé, zornice izokorické

Krk : souměrný, všemi směry volně pohyblivý, anteflexe nebolestivá, štítná žláza nezvětšena

Hrudník : souměrný, pevný, poklep nad plícemi plný jasný, dýchání čisté

sklípkové, akce srdeční pravidelná, ozvy srdeční ohraničené, prsa bez rezistence

Břicho : nad úrovní hrudníku, dýchá, meteorické, palpačně mírně bolestivé, bez hmatné rezistence
údaje týkající se prohmatnosti, bolestivosti, peritoneální známky a zda bylo vyšetřeno poslechově bohužel v dokumentaci chybí

Per rektum : vyšetření palpačně nebolestivé, nad prostatou začíná plošný vřed, který se táhne až k dosahu prstu, zadní stěna v dosahu prstu bez jasného postižení, na prstu zbytek řídké stolice

Závěr : Tu rekta
Incipientní ileus tračníku
(24)

1.9. Vyšetření pacienta

Před hospitalizací :

4. 2. 2008

**Gastroenterologické vyšetření
sonografie epigastria**

Závěr : obraz svraštělého žlučníku, mírně zvětšená prostata jinak normální nález

Výrazně zesílená stěna rekta – infiltrace?

Doporučení : sigmoideoskopie bez přípravy

Sigmoideoskopie bez přípravy

Závěr : v. s. tumorozní infiltrace, nutná kolonoskopie po přípravě a vysazení Anopyrinu

Doporučení : Anopyrin vysadit a kontrolní kolonoskopie za týden

11. 2. 2008

kolonoskopie

Závěr : infiltrace se zúžením v 10 – 15 cm, vyšetření hrubě orientační, histologie odebrána, přesnost není jistá

Dg závěr : infiltrace se stenózou rekta nejspíše Tu etiologie nyní s poruchou pasáže

Doporučení : pacienta předávám na chirurgické oddělení

V průběhu hospitalizace :

11. 2. 2008

Laboratoř :

<u>Biochemie</u>	nález	norma
Kreatinin	73 umol/l	71 - 133
Urea	8,6 mmol/l	2,83 – 8,35
AST	0,33 ukat /l	0,20 – 0,70
ALT	0,15 ukat/l	0,15 – 0,73
Bil	9,0 umol/l	5,0 – 17,0
ALP	1,00 ukat/l	do 2,29
GMT	0,32 ukat/l	0,00 – 0,92
Na	137 mmol/l	134 - 145
K	2,3 mmol/l	3,8 – 5,3
Cl	101 mmol/l	96 - 106
pAMS	0,20 ukat/l	0,50 – 1,83
pCRP	15,98 mg/l	0,0 - 10

<u>krevní obraz</u>	nález	norma
WBC (leukocyty)	17,5 10 ⁹ /l	3,9 – 9,5
RBC (erytrocyty)	5,37 10 ¹² /l	4,5 – 6,3
Hb (hemoglobin)	104 g/l	128 - 168
Hct (hematokrit)	0,302	0,290 – 0,440
MCV (střed. objem ery)	89,4 fl	81 - 102
PLT (trombocyty)	433 10 ⁹ /l	140 - 440

<u>Srážlivost</u>	nález	norma
APTT	22,00	24 - 40
QUICK	12,300 s	11 - 15
INR	0,199	0,800 – 1,200

<u>Markery</u>	nález	norma
CEA	5,350 ug/l	0,000
CA 19 – 9	22,430 U/ml	0,000
CA 15 – 3	4,780 U/ml	0,000

12. 2. 2008

Skiografie hrudníku

Závěr : bez ložiskových změn

Sonografie břicha

Závěr : nehomogenní ložisko dorsálně od močového měchýře – Tu ložisko rekta?

Rozšířené colon ascendent, volnou tekutinu v břišní dutině neprokazují

Interní předoperační vyšetření

Závěr : EKG bez výrazných změn, P- 86/ min, TK- 135/75, operačního výkonu

v CA schopen se zvýšeným rizikem

13. 2. 2008

Výsledek histologie

Závěr : papilární hlenotvorný adenokarcinom

(24)

1.10. Hospitalizace klienta

1.den hospitalizace

Pacient byl přijat v odpoledních hodinách na standardní oddělení chirurgické kliniky jako akutní příjem. Pan V. J. byl uložen na čtyř lůžkový pokoj, seznámili jsme ho s chodem oddělení a s léčebným opatřením, které bylo naordinováno od lékaře.

Při příjmu :

TK- 110/70 mmHg

P- 80/min

TT- 36,5 °C

Hm- 76 kg

Výška- 172 cm

Dieta- NPO

Byla zavedena periferní žilní kanyla na PHK. Následně bylo podáno dle ordinace :

F 1/1 1000 ml

H 1/1 500ml + 30ml KCL 7,45 %
G10 % 500ml + 30ml KCL 7,45 %
Quamatel 20mg i.v. 2 x D po 12 hod.
Heparin ret. 5000j. s.c. 3 x D

Pacientovi bylo natočeno EKG. Bylo mu podáno šetrné klyzma, po kterém se pacient vyprázdnil a pociťoval úlevu. Pacient byl kontrolován lékařem oddělení, který rozhodl o následujícím postupu – příprava pacienta k operačnímu výkonu na 13. 2. Pacient byl o výkonu informován. Souhlasil.

Pacient byl po celou dobu orientovaný, spolupracoval.

2. den hospitalizace

Hygienu pacient provedl na pokoji za dohledu sestry. Pacient byl odeslán na RTG a sonografii břicha. Bylo provedeno interní a anesteziologické předoperační vyšetření. Pacient měl dietu – čaj. Pacient byl řádně poučen o přípravě k operačnímu výkonu. Byly zodpovězeny veškeré dotazy. Provedla se perorální příprava střeva před operací - podáním fosfátového projímadla (jeden v 6hod. ráno, druhý v 17hod odpoledne) na vyprázdnění před výkonem. Večer bylo podáno klyzma (jedná se o standardní postup oddělení). U pacienta zjištěna hypokalemie, prováděna parenterální suplementace. Byla odebrána krev na krevní skupinu a na nakřížení dle požadavku anesteziologa. Aplikovali se infuze dle rozpisu.

KS A 1 Rh negativní

3x G10% 500ml
F1/1 500ml + 30ml KCL 7,45%
H1/1 500ml + 30ml KCL 7,45%

Anesteziologické předoperační vyšetření :

Závěr : Pacient schopen výkonu v CA.

Premedikace : na noc

Diazepam 5 mg p.o.

Heparin ret.5000 j. s.c. 21:00hod
V 7:00 hod Diazepam 5 mg p.o.
Vasocardin ½ tbl.

½ hodiny před výkonem Morphin 10 mg i.m.
Atropin 0,5 mg i.m.

Poznámka : BDK, KS 500/500/

Ve večerních hodinách byl naposledy kontrolován mineralogram :

K- 4,2 mmol/l

Pacient byl edukován (s přihlédnutím k stavu pacienta) stomickou sestrou o nejnnutnějších informacích týkající se stomie. (viz příloha č.1)

3. den hospitalizace, 0. operační den

Ráno byla provedena celková hygiena ve sprše. Pacient vyžadoval jen dohled sestry. V 9:00 byl pacient premedikován dle ordinace, provedena bandáž dolních končetin a odvezen na operační sál. Ze sálu byl pacient přivezen ve 12:00.

Operační výkon : „revisio cavi abdominalis, sigmoideostomia axialis“ (24)

Pacient byl probuzený, při vědomí, orientovaný. Fyziologické funkce byly měřeny v pravidelných intervalech po dobu 2 hodin a zapisovány do dokumentace. Pacient měl ze sálu zavedený permanentní močový katétr a nasogastrickou sondu, naordinován infuzní režim. K tlumení bolesti byl naordinován Dipidolor 1amp i.m. nejdříve v 17:00.

dále: Heparin ret. 5000j. s.c. 3 x D

Quamatel 1amp i.v. po 12 hod

ATB – Zinecef 750 mg i.v. po 8 hod

Metronidazol 500 mg i.v. po 8 hod

U pacienta byl sledován příjem a výdej tekutin po 24 hodinách. Operační rána byla klidná, nekrvácela. Stomie byla mírně edematózní. Aplikována byla jednodílná stomická souprava s průhledným sáčkem pro lepší kontrolu stomie a vytékajícího obsahu.

4. den hospitalizace, 1. pooperační den

Pacientovi byly podávány léky dle ordinace – infuze, ATB, léky i.v., analgetika. Sledovala se bilance tekutin. Operační rána byla klidná, bez zarudnutí, byla převázaná, sterilně kryta. Jezdec, který je pod stomií byl také sterilně kryt. Otok v okolí stomie mírně ustoupil. Pacient již odpoledne chodil sám po pokoji. Nasogastrická sonda byla v odpoledních hodinách „uzavřena“. Pacient začíná popíjet čaj. Byla provedena rekanylace PŽK . Byly podávány léky proti bolesti.

5. den hospitalizace, 2. pooperační den

Pacient se cítil dobře, ale byl stále unavený a většinu dne odpočíval a pospával. Na bolest si stěžoval převážně po ránu a v odpoledních hodinách. Aplikovali se léky proti bolesti. Pokračovalo se v ordinacích dle lékaře. Byla nasazena chronická medikace s vysazením Anopyrinu. Hygiena byla provedena ve sprše za mírné asistence sestry. Nasogastrická sonda byla v odpoledních hodinách odstraněna. Dieta - čaj. Operační rána byla klidná, bez sekrece a zarudnutí, rána byla sterilně převázaná. Stomie byla vitální, bez krvácení, okolí klidné. O stomii pečovala stomická sestra. Bilance tekutin sledována za 24 hodin. Byla provedena kontrola mineralogramu, krevního obrazu. Výsledky byly v normě.

6. den hospitalizace, 3. pooperační den

Hygiena byla provedena u umyvadla na pokoji. Pacient se cítil lépe. Dieta - tekutá. PMK byl odstraněn. Pacient chodil sám na toaletu. Bilance tekutin se již nesledovala. Operační rána byla klidná, sterilně kryta. Jezdec byl také sterilně kryt. Stomie byla vitální, začínaly odcházet plyny. Medikace zůstala stejná.

7. den hospitalizace, 4. pooperační den

Hygiena provedena samostatně pacientem u umyvadla. Dieta dnes kašovitá. Rána klidná, bez známek infekce. Jezdec byl sterilně kryt. Stomie odváděla plyny. Péči o stomii prováděla stomická sestra. Pacient asistoval.

V odpoledních hodinách udával pacient zvýšené bolesti břicha. Při kontrole doktorem bylo břicho nafouklé. Dle ordinace lékaře byl aplikován Syntostigmin 1amp. i.m., dále byl rozepsán 2 x D. Také byl naordinován a podán Cerucal 1amp. i.v., rozepsán byl 2 x D. Pacient pocítil úlevu, začala odcházet hnědá tekutina ze stomie a plyny.

8. den hospitalizace, 5. pooperační den

Byla podána poslední dávka ATB. Pacient měl naordinovány léky proti bolesti – Dipidolor, dále Syntostigmin 1amp. 2x D, Cerucal 1amp. 2x D, Quamatel 1amp. 2x D, chronickou medikaci s vysazením Anopyrinu, kterou si pacient bral sám. Dieta byla 1/5. Operační rána byla klidná, bez nutnosti sterilního krytí. Stomie byla vitální a odváděla hnědou tekutinu.

11. den hospitalizace, 8. pooperační den

Dieta číslo 5. Dnes byl doktorem vyndán jezdec. Stomie byla plně funkční. Střevní obsah, který odvádí se začínal zahušťovat. Byla vyndána polovina stehů. Pacient se o stomii začínal starat sám pouze za dohledu sestry.

13. den hospitalizace, 10. pooperační den

Pacientovi byla vyndána druhá polovina stehů. Stomie funkční. Odváděla již zahuštěný střevní obsah.

14. den hospitalizace, 11. pooperační den

Byla provedena poslední laboratorní kontrola. Výsledky byly v pořádku. Pacient byl propuštěn do domácí péče s naplánovanou kontrolou za 3 dny. O stomii se stará sám.

1.11. Farmakoterapie

V průběhu hospitalizace byly pacientovi podávány tato léky:

Atropin 0,5 mg

aplikace : injekčně (i.m.)

indikační skupina : parasimpatikolytikum

účinná látka : atropiny sulfans

indikace : premedikace před celkovou anestezií

nežádoucí účinek : v terapeutických dávkách útlum sekrece slinných žláz, mydriáza, retence moče, bolesti hlavy. Ve vyšších dávkách hypertermie vyvolaná bloádou pocení, zmatenost až ztráta vědomí

užívání : aplikace jednorázově v rámci premedikace

Cerucal 10 mg

aplikace : injekčně (i.v.)

indikační skupina : antiemetikum, prokinetikum

účinná látka : metoclopramidi hydrochloridum monohydricum

indikace : porucha motility horní části trávicího traktu, nauzea, vomitus

nežádoucí účinek : únava, bolest hlavy, neklid průjem, ojediněle mimovolné křečovitě pohyby

užívání : 2 x D od 7. dne hospitalizace po celou dobu hospitalizace, nejprve i.v., později p.o.

Diazepam 5 mg

aplikace : per os

indikační skupina : anxiolitikum, sedativum

účinná látka : diazepamum

indikace : k premedikaci před chirurgickým výkonem, stavy úzkosti

nežádoucí účinek : bývá dobře snášen, ojediněle bolest hlavy

užívání : večer před operací a ráno v den operace

Dipidolor 15 mg

aplikace : injekčně (i.m.)

indikační skupina : analgetikum, anodynum

účinná látka : piritramidum

indikace : akutní bolest zejména v pooperačním období

nežádoucí účinek : nauzea, zvracení, svědění, mírný dechový útlum

užívání : předepsán byl od 0 operačního dne v 6 hodinových intervalech do pátého dne po operaci

Heparin ret. 5000j.

aplikace : injekčně (s.c.)

indikační skupina : antikoagulanc

účinná látka : heparinum natricum

indikace : profylaxe TEN

nežádoucí účinek : mikroskopické a i manifestní krvácení, mohou se objevit bolesti hlavy, nevolnost, zvracení, bolesti kloubů, zvýšený krevní tlak

užívání : od prvního dne hospitalizace, po celou dobu pobytu v nemocnici

infuzní terapie

aplikace : k doplnění elektrolytové rovnováhy, ke krytí energetických potřeb

Fyziologický roztok 1/1 500 ml

Hartmanův roztok 1/1 500 ml

Glukóza 10% 500 ml

užívání : infuze byly podávány v předoperační přípravě a v prvních dnech po operaci

Lipanthyl 100 mg

aplikace : p.o.

indikační skupina: hypolipidemikum

účinná látka : fenofibratum

indikace : hypercholesterolemie, izolovaná hypertrygliceridemie

nežádoucí účinek : vyskytují jen zřídka a to - žaludeční potíže, kožní vyrážka, svědění, únava, závrať nebo bolest hlavy

užívání : jedna tableta večer v rámci chronické medikace

Metronidazol 500 mg

aplikace : injekčně (i.v.)

indikační skupina : chemoterapeutikum

účinná látka : metronidazolium

indikace : anaerobní infekce v intraabdominální a pánevní oblasti, profylaxe před chirurgickými výkony v dutině břišní

nežádoucí účinek : přípravek bývá dobře snášen

užívání : od 0. operačního dne po dobu pěti dnů po operaci v 8 hodinových intervalech

Morphin 10 mg

aplikace : injekčně (i.m.)

indikační skupina : analgetikum, anodynum

účinná látka : morphini hydrochloridum trihydricum

indikace : premedikace před anestezií, silná akutní bolest, v pooperačním období

nežádoucí účinek : nejčastěji nevolnost, zvracení, zácpa, útlum dechu, ospalost, nízký krevní tlak, závratě, snížení nebo zvýšení srdeční frekvence, bušení na srdci

užívání : aplikace jednorázově v rámci premedikace

Novalgin 1 gm

aplikace : injekčně (i.m.)

indikační skupina : analgetikum, antipyretikum

účinná látka : metamizolum natrium monohydricum

indikace : silné bolesti při poraněních, nádorové bolesti

nežádoucí účinek : bývá dobře snášen velmi vzácně anafylakticko-anafylaktoidní reakce

užívání : předepsán lékařem od 1. pooperačního dne po celou dobu hospitalizace, aplikován dle potřeby pacienta s dodržáním nejméně 4 hodinových intervalech

Quamatel 20 mg

aplikace : injekčně (i.v.), per os

indikační skupina : antagonist H₂ – receptorů, antiulcerozum

účinná látka : famotidinum

indikace : prevence a léčba peptického vředu, snížení kyselosti žaludečního obsahu, prevence refluxní nemoci jícnu, prevence stresového vředu
nežádoucí účinek : ojediněle průjem, nevolnost. Lék je ovšem velmi dobře snášen
užívání : 2 x D po celou dobu hospitalizace, nejprve injekčně, později p.o.

Syntostigmin 0,5 mg

aplikace : injekčně (i.m.)

indikační skupina : parasymptomimetikum

účinná látka : neostigmini metylsulfans

indikace : útlum střevní peristaltiky, atonie močového měchýře

nežádoucí účinek : nadměrná sekrece slin, mióza, zvýšená peristaltika až křeče v zažívací soustavě, průjem, zvracení, tachykardie a hypertenze

užívání : naordinován od 4. pooperačního dne, 2 x D po dobu dvou dnů

Vasocardin 50 mg

aplikace : p.o.

indikační skupina : antihypertenzivum, selektivní beta-blokátor

účinná látka : metoprololi tartras

indikace : mírná a středně těžká esenciální hypertenze

nežádoucí účinek : přípravek je obvykle dobře snášen, mohou se však objevit

zažívací obtíže, bolesti hlavy, slabost, nespavost, pomalá tepová frekvence, nízký krevní tlak

užívání : půl tablety ráno a večer v rámci chronické medikace

Zinacef 750 mg

aplikace : injekčně (i.v.)

indikační skupina : širokospektré ATB z II. generace cefalosporinů

účinná látka : cefuroximum natrium

indikace : profylaxe u chirurgických zákroků se zvýšeným rizikem infekce

nežádoucí účinek : přípravek je obvykle dobře snášen.

užívání : od 0. operačního dne po dobu pěti dnů po operaci v 8 hodinových intervalech (20)

2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

V úvodu ošetřovatelské části se věnuji ošetřovatelskému procesu. Jeho charakteristice a významu. Ke své práci jsem si zvolila model Funkčních vzorců zdraví od Marjory Gordonové. O pacienta jsme se starala od třetího dne hospitalizace až do propuštění. Ošetřovatelskou anamnézu a ošetřovatelské diagnózy jsem vypracovala 4. den hospitalizace, 1. pooperační den.

2.1. Ošetřovatelský proces

Termín *ošetřovatelský proces* byl zaveden v 50. letech a byl všeobecně přijat jako základ ošetřovatelské péče. Nyní je součástí koncepce všech učebních osnov i právní definice ošetřování ve většině států. Ošetřovatelský proces je účinnou metodou usnadňující klinické rozhodování a řešení problematických situací. (4)

Ošetřovatelský proces ovlivňuje kvalitu ošetřovatelské péče a pomáhá sestře pomoci pacientovi a jeho rodině. Je to metodický rámec pro realizaci cílů. Odráží se v aktivních činnostech sestry, k nimž se sama iniciativně rozhodne na základě hlubšího poznání nemocného. (10)

Jedná se o kontinuální, systematický přístup k ošetřování nemocného. Je to způsob řešení praktických situací vycházející z interakce mezi pacientem a sestrou. Zahrnuje se sem i interakce mezi dalšími osobami, jako je rodina, jiný zdravotnický personál. (18)

Ošetřovatelský proces vyžaduje naučit se

- 1) systematicky shromažďovat údaje o pacientovi a jeho problémech (rozhovor, pozorování, testování)
- 2) rozpoznat problém (problémy identifikované sestrou, problémy pociťované pacientem)
- 3) plánovat (krátkodobé a dlouhodobé cíle, vhodná opatření pro jejich dosažení, dohoda s nemocným o jejich naléhavosti provedení)
- 4) realizovat

- 5) hodnotit (objektivní změření účinku péče, zhodnocení komfortu pacienta)
(4, 18)

Každá fáze je samostatná ale k ošetrovatelské péči se musí přistupovat jako k celku. Každý jednotlivý krok je závislý na ostatních. Jednotlivé fáze se prolínají a ve spirále opakují. (17)

Ošetrovatelský proces vede ke zvyšování kvality a efektivity při ošetrování pacienta. Také zvyšuje profesní pravomoc a tvořivost sester. Přináší pocit pracovní spokojenosti a seberealizace.

přínos pro nemocného :

- péče je ordinována a řízená sestrou
- péče odpovídá potřebám nemocného
- péče je systematická
- vyvolává aktivitu nemocného a jeho rodiny
- udržuje (zvyšuje) soběstačnost nemocného

přínos pro sestru :

- zvyšuje kompetenci a odpovědnost
- zvyšuje samostatnost práce sestry
- vyvolává pozitivní zpětnou vazbu
- zlepšuje sebereflexi a seberealizaci

(17)

Součástí ošetrovatelského procesu je i dokumentace. Jedná se o systematické zaznamenávání péče plánované a poskytnuté konkrétnímu pacientovi. Ošetrovatelská dokumentace je vedena u každého pacienta samostatně. Základními složkami je ošetrovatelský záznam, plán ošetrovatelské péče a dle jednotlivých pracovišť další dokumenty jako edukační záznam, ošetrování ran, hodnocení bolesti, apod. .

2.2. Model Marjory Gordonové

Ošetrovatelský model Funkčních vzorců zdraví od Marjory Gordonové jsme si zvolila pro jeho přehlednost a systematičnost. Také ústavní dokumentace nemocnice částečně z modelu Gordonové vychází.

Tento model vznikl v 80. letech 20. století v USA. Vychází z vyhodnocení kvality zdraví z hlediska funkčního stavu organismu konkrétního jedince. Základem je dvanáct oblastí, kdy každá představuje funkční a nebo dysfunkční součást zdravotního stavu.

Tento model se považuje z holistického hlediska za nejkomplexnější pojetí člověka, které kdy bylo v ošetrovatelství vytvořeno. (21)

Funkční typ je ovlivněn biologickými, vývojovými, kulturními a sociálními faktory. Je odvozen z interakce člověka a prostředí.

Dysfunkční vzorec je projevem akutního onemocnění, je znakem potenciálního problému. Zde stanoví sestra ošetrovatelské diagnózy dle priorit a sestaví následně plán ošetrovatelské péče. (13)

12 funkčních vzorů

- **Vnímání zdraví – udržování zdraví:** způsob jakým se jedinec stará o své zdraví a jak ho vnímá
- **Výživa – metabolismus:** způsob přijímání potravy a tekutin k metabolismu
- **Vylučování:** střev, močového měchýře, kůže
- **Aktivita – cvičení:** jak udržuje tělesnou kondici, aktivity denního života, volný čas, rekreace
- **Spánek, odpočinek:** spánek, relaxace
- **Citlivost, vnímání – poznání:** schopnost poznávat, orientovat se pamatovat, rozhodování, vnímání bolesti
- **Sebepojetí – sebeúcta:** jak vnímá sám sebe, jakou má o sobě představu
- **Role – vztahy:** přijetí a plnění životních rolí, úroveň interpersonálních vztahů
- **Reprodukce – sexualita**

- **Stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance:** jak zvládá a jak toleruje stres
- **Víra – životní hodnoty:** cíle, přesvědčení
- **Jiné (13)**

2.3. Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelská anamnéza byla sepsaná 4. den hospitalizace, 1. pooperační den. K sepsání anamnézy jsem využila školní dokumentace (příloha č. 2). Ze získaných informací jsme stanovila ošetřovatelské diagnózy s plánem péče na 24 hodin.

Ošetřovatelský záznam :

Jméno: V. J.
 Věk: 64 let
 Povolání: důchodce (malíř pokojů)
 Adresa: vesnice v okolí Prahy
 Kontaktní osoba: manželka
 Telefon: XXX XX XX XX
 Datum přijetí: 11. 2. 2008
 Důvod přijetí: akutní stav

Fyzikální vyšetření :

TK – 135 / 75 mmHg
 P – 76 / min
 TT – 36,8 °C
 Hmotnost – 76 kg
 Výška – 172 cm

Vnímání zdraví, udržování zdraví

Pan V. J. nikdy vážněji nestonal. V dětství prodělal běžná dětská onemocnění. Již od roku 1995 se léčí na hypertenzi. Léky užívá pravidelně. Pacient nikdy výrazněji nesportoval a ani nedodržel „nějaký životní styl“. Od 20ti let kouří (= 44let). Přestat kouřit se pokoušel jednou, ale znova začal. Pacient uvádí, že chodí na pravidelné procházky společně s manželkou, která je také v důchodu.

Teprve před dvěma lety se objevily první problémy s vylučováním ale nijak tomu nepřikládal váhu. V poslední době však došlo ke zhoršení – pacient zhubl, měl bolesti břicha, zhoršené vyprazdňování. Proto navštívil lékaře. Nyní je celou situací „zaskočen“. Uvědomuje si, že „to měl řešit dříve“. V nemocnici byl hospitalizován pouze jednou při záchytu hypertenze. Pobyt v nemocnici vnímá jako nutnost, která mu snad pomůže. Zatím si nedovede představit jak to bude dál. Pacient uvádí strach z následné onkologické terapie. Jak to bude snášet, jestli mu to vše pomůže.

Výživa, metabolismus

Pacient se snažil doma jíst pravidelně. Jí vše. Omezit se snaží pouze tučná jídla. Občas zařadí do jídelníčku i celozrnné pečivo, ale jen výjimečně. Chut' k jídlu má pacient stále. Doma žádné dietní omezení nedodržel. Dle jeho slov má po dobrém obědě rád skleničku vychlazeného piva. Také rád holduje kvalitnímu vínu. Nemá zubní protézu. V posledních třech měsících zhubl 8 kg.

Nyní má hmotnost 76kg a výšku 172cm. BMI index – 22 (hmotnost – kg / výška v m²). Pacientovi byl proveden nutriční screening, zde se hodnotí věk, ztráta hmotnosti, BMI, projevy nemoci – bolest břicha, průjem, faktor stresu – chirurgický výkon a příjem jídla za poslední 3 týdny (příloha č. 3). Výsledná hodnota č. 5 vedla k tomu, že se kontaktoval nutriční terapeut, který sepsal pacientovi výběrovou dietu s přihlédnutím k pooperačnímu zatěžování trávicího traktu a dietě při stomii.

V nemocnici dodržoval dietu z důvodu přípravy k operačnímu řešení. Při příjmu byla dieta nic per os, v odpoledních hodinách již mohl čaj. Pacientovi bylo vysvětleno postupné zatěžování trávicího traktu v pooperačním období.

Nyní má pacient dietu – NPO, večer již mohl čaj. Tekutiny byly hrazeny parenterální cestou: 3x G 10 %, F 1/1 500 ml, H 1/1 500 ml.

Pacientovi byla sledována tři dny po operaci bilance tekutin:

1. den (operační den) za 24 hodin byl příjem 3100 ml a výdej 2800 ml.
2. den (1. pooperační) za 24 hodin byl příjem 2950 ml a výdej 2700 ml.
3. den (2. pooperační) za 24 hodin byl příjem 2500 ml a výdej 2300 ml.

Z operačního sálu měl pacient zaveden NGS, která byla druhý pooperační den odstraněna. V prvních dvou dnech po operaci byl pacient častěji vybízen k aktivnímu příjmu tekutin. Pacient sám vypil 1. pooperační den 450 ml tekutin. 2. pooperační den vypil 1000 ml tekutin.

Operační rána byla bez sekrece, bez zarudnutí. Hojila se bez komplikací, byla pravidelně sterilně převazována až do pátého pooperačního dne, kdy již nemusela být kryta. K ošetření se používala dezinfekce Cutasept F a sterilní tampony. Operační rána byla kryta pomocí sterilních čtverců 10 x 10 cm. K fixaci byla používána hypoalergenní náplast.

U pacienta byl proveden screening rizika vzniku dekubitu dle Nortonové (příloha č. 4) s výslednou hodnotou 26. Stav pokožky pacienta byl normální. Nejevil známky dehydratace – suchost, snížený kožní turgor.

Pacient byl edukován o dietě v rámci stomie (viz kapitola Edukace)

Vylučování

Již asi 2 roky pozoruje změny ve vyprazdňování. Mívá spíše průjem, někdy i několikrát denně a pak opět zácpu. Dle vyjádření tomu nepřikládal váhu. Spíše si myslel, že je to jídlem. Poslední dobou ovšem došlo ke zhoršení obtíží a proto navštívil lékaře. Problémy s močením neudává.

V průběhu prvních tří pooperačních dní byla pacientovi sledována bilance tekutin. Na operačním sále byl zaveden PMK, který byl 3. pooperační den

odstraněn. Močový sáček byl měněn dle potřeby, nejméně však po 12 hodinách. Po odstranění PMK chodil pacient sám na toaletu, prvně močil za 5 hodin po vyndání katétru. Pacient neudává žádné obtíže při močení. Při sledování bilance byla moč čirá, bez příměsí.

Pacientovi byla vyvedena stomie, která již 3. pooperační den začíná pomalu odvádět nejprve plyny, později řídkou tekutinu, která se postupně formuje do tuhé stolice. Stomie je plně funkční. Zhojila se bez komplikací. O péči o stomii byl pacient edukován (viz kapitola Edukace). Z konečníku pacientovi odcházela hlen s příměsí stolice třetí den po operaci.

Aktivita, cvičení

Doma chodí pacient na procházky. Také se věnuje zahrádce. Rád luští křížovky. Nikdy výrazně necvičil. Dle slov pacienta „Jsem se dost nalítal v práci“. Poslední dobou se však cítil unavený.

Pacientovi byl proveden Barthelův test základních všedních činností (příloha č. 5). Byl proveden screening rizika pádu, kde se hodnotí pooperační období, problém s pohyblivostí, užívání léků – hypnotik, zrakový problém, apod. (příloha č. 6).

V nemocnici převážně odpočíval. V předoperačním období byl pacient soběstačný ve všech svých činnostech. V prvních třech dnech po operaci vyžaduje dohled sestry převážně v oblasti hygieny, doprovodu na toaletu, vstávání z lůžka.

V den operace byl pacient edukován o vstávání z lůžka. O významu časné mobility z důvodu zmírnění rizika TEN. Pacient měl první dva dny po operaci BDK. Pacient prvně vstal z lůžka 1. pooperační den za asistence sestry. První čtyři dny po operaci byl více spavý a unavený než je zvyklý. Příkladá to operaci a diagnóze. Pohyb ovlivňoval bolest pouze první pooperační den, kdy „při změně polohy nebo vstávání je bolest výraznější“. Pomáhají analgetika a přidržení rány při vstávání nebo při změně polohy.

Ve volném čase v nemocnici pacient čte, luští křížovky nebo si povídá se svými spolu pacienty na pokoji. Každý den měl návštěvu z rodiny a také chodili kamarádi.

Spánek, odpočinek

Problémy se spánkem neuvádí. Doma žádné léky na spaní neužíval. Ráno se probouzí již kolem 6:00 hodiny. Denně spává kolem 6 – 7 hodin.

V nemocnici má spánek mírně narušený. Prý nemůže dlouho usnout, pak je buzen na ATB, nebo ho „něco vyruší“. Uvádí, že první dva dny hospitalizace moc nespál z důvodu změny prostředí a hospitalizace. V pooperačním období (4 dny po operaci) spí více, je unavený a spavý. Ve spánku nejprve rušila pacienta i stomie (budil se z toho důvodu „že má něco na břiše“). Při propuštění se pacient těšil na domácí prostředí a svou postel.

Vnímání, poznání

Pacient je po celou dobu hospitalizace orientován časem, místem i prostorem. Z kompenzačních pomůcek používá pouze brýle na čtení. Sluch má v pořádku. Pacient je plně informován o svém zdravotním stavu. Plně si uvědomuje problematiku svého onemocnění. Po dobu hospitalizace byl pacient schopen spolupráce.

Bolest pacient udával již při příjmu. Úlevu mu přineslo až vyprázdnění po klyzmatu a infuze. Nyní udává bolest v oblasti operační rány zejména při vstávání a ve večerních hodinách. Pacient má naordinovaná analgetika Dipidolor 1 amp i.m. v časových intervalech po šesti hodinách. Novalgin 1amp. i.m. dle potřeby. Podána mu byla ráno před hygienou a vstáváním z lůžka (v 7:15hodin), dále v 15:00 hodin a v 21:00 hodin. Pacientovi byla měřena škála bolesti nejméně 3x denně pomocí vizuální analogové škály. Pacient udával bolest číslo 4 ráno. Odpoledne (15:00 hod) číslo 3. Večer (21:00 hod) číslo 4. Bolest byla hodnocena jak před podáním tak i po podání analgetika. Po podání analgetik uvedl pacient číslo 2. Vše bylo zapsané do dokumentace. Analgetika byla podávána do 6. pooperačního dne. Poté pacient odmítal.

Sebepojetí, sebeúcta

Pacient se považuje za optimistu (tak i působí) a za „proškoleného životem“. Je hrdý na to jakou má rodinu. Důvodem hospitalizace byl zaskočen,

ale prý se s tím vyrovná a je rád, že se může na cokoli zeptat. Tvrdí o sobě, že je bojovník a že se s tím popere.

Zatím si nedovede představit jak ho stomie ovlivní, prý se zpočátku bude bát někam jít, že to všichni hned poznají. Uvědomuje si, že již nebude (alespoň z počátku) moci pomáhat synovi v práci. Bojí se aby péči o stomii zvládl.

Pacient působil vzhledem k diagnóze silným dojmem. O stomii při propuštění pečuje sám.

Role, vztahy

Pacient žije společně s manželkou v rodinném domku, má dceru a syna. Tři vnoučata. Na svoji rodinu je hrdý. Po celou dobu hospitalizace ho rodina navštěvuje. Podle vyjádření pacienta mu dává velkou sílu, aby se vyrovnal s nemocí.

Volný čas tráví s manželkou, procházkami a na zahrádce. Občas chodí vypomáhat synovi v podnikání. Už to má jen jako koníčka. Také má spoustu kamarádů, kteří ho také několikrát navštívili.

Na pokoji si s spolu pacienty rozumí. Někdy vedou dlouhé hovory.

Při propuštění ocenil profesionální přístup sester, které se mu velmi pěkně věnovaly.

Reprodukce, sexualita

Toto téma bylo pro pacienta velmi osobní. Dále jsem to nerozváděla.

Stres, zátěžové situace

Pacient uvádí „v dnešní době se mu člověk nevyhne“. Problémové situace vždy mají nějaké řešení, jen musí člověk zachovat jasnou hlavu. Velkou oporu má pacient v manželce. Dle jeho slov „co mě neporazí, to mě posílí“.

Na pacientovi jsem pozorovala obavy, nejistotu v péči o stomii, ale později se pacient naučil starat se o stomii samostatně a počáteční obavy se zmírnily. Také několikrát konzultoval s lékařem další postup. Vzhledem k diagnóze je to pochopitelné.

Vždy když pacienta navštívila rodina tak pookřál a měl lepší náladu.

Víra, životní hodnoty

Pacient je věřící, ale do kostela pravidelně nechodí. Nejvíce se těší, jak si po propuštění z nemocnice bude dále užívat důchodu a „klidu rodinného krbu“.

Důležité je pro něho zdraví jak své, tak celé rodiny.

Jiné

Invazivní vstupy:

Nasogastrická sonda: *zavedena* - na operačním sále

ošetření – pravidelné kontroly po 4 hodinách přes den, v noci při aplikaci ATB. Pravidelně polohována. Každý den převázána. První pooperační den byla v odpoledních hodinách „uzavřena“

odstranění – druhý pooperační den. Dekubitus, který v místě zavedení hrozil nevznikl

Permanентní močový katétr: *zaveden* – na operačním sále

ošetření – zvýšená hygiena v dané oblasti, výměna močového sáčku minimálně 2x denně, kontrola odvádějící moče, aseptická manipulace

odstranění – třetí pooperační den bez známek infekce

Periferní žilní kanyla: *zavedena* – při příjmu na PHK dále 4. a 7. den

hospitalizace

ošetření - aseptické převazy, kontrola zavedení kanyly, sledování známek infekce

odstranění - 4. den hospitalizace bylo z důvodu zavedení již čtvrtého dne změněno místo zavedení na LHK. Tato kanyla byla 7. den hospitalizace vyměněna za novou, která se desátý den

hospitalizace odstranila. Za celou dobu hospitalizace se neprojeví známky infekce.

2.4. Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila 4. den hospitalizace, 1. pooperační den. Sestavila jsem je z dostupných informací získaných jak z dokumentace, tak z rozhovoru s pacientem a vlastním pozorováním. Diagnózy jsou rozděleny na aktuální a potencionální. Uspořádané jsou dle priorit pacienta. Ošetrovatelský plán jsme si stanovila na 24 hodin.

aktuální :

- bolest z důvodu operační rány
- snížená soběstačnost v oblasti hygieny a chůze z důvodu pooperačního období
- porucha kožní integrity z důvodu operace
- porucha spánku z důvodu změny prostředí a celkového stavu pacienta
- strach z následné onkologické terapie
- nedostatek informací v oblasti péče o stomii
- změna ve výživě z důvodu zavedení NGS, pooperačního období a základního onemocnění
- změna ve vyprazdňování z důvodu vyvedení stomie

potencionální:

- riziko pádu z důvodu pooperačního období
- riziko TEN z důvodu pooperačního stavu
- riziko vzniku pooperačních komplikací
- riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK
- riziko vzniku dekubitu v oblasti zavedení NGS
- riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PMK

1. Bolest z důvodu operační rány

Cíl: - pacientovi se bolest zmírní do 1,5 hod. od podání analgetik

- z analogové škály bolesti č. 4 bude mít pacient č.2
- pacient chápe příčinu bolesti

Plán: - vysvětlit příčinu bolesti

- zhodnotit stupeň bolesti dle škály stupnice používané na oddělení
- zjistit lokalizaci, charakter bolesti
- doporučit úlevovou polohu
- projevit empatii, přijmout bolest pacienta
- podat léky dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinek
- zajistit klid na pokoji

Realizace: Pacientovi jsem vysvětlila příčinu bolesti. Podle nabídnuté škály

hodnocení bolesti (0 – 10), která byla pacientovi nabídnuta minimálně třikrát denně, uvedl pacient číslo 4 v ranních hodinách před vstáváním a hygienou, dále č. 3 v odpoledních hodinách a škálu č. 4 ve večerních hodinách. Doporučila jsem úlevovou polohu na boku s pokrčenými dolními končetinami a vstávání přes bok. Byla mu podána analgetika dle ordinace lékaře. Po podání analgetik byl sledován jejich účinek. Zajistila jsem klid na pokoji.

Hodnocení: Pacient akceptuje příčinu bolesti. Po podání analgetik bolest výrazně ustoupila (za 1 hodinu) na č. 2. U podaného léku se neprojevíly žádné nežádoucí účinky. Pacient ocenil klid na pokoji.

2. snížená soběstačnost v oblasti hygieny a chůze z důvodu pooperačního období

Cíl: - pacient chápe důvod snížené soběstačnosti

- hygiena je zajištěna
- ovládá prvky vstávání z lůžka, přesun do křesla

Plán: - zjistit míru soběstačnosti

- vysvětlit pacientovi důvod snížené soběstačnosti
- zajistit veškeré pomůcky k hygieně
- pomoci dle potřeby

- informovat a naučit techniku vstávání z lůžka
- zajistit dostatek prostoru při chůzi
- spolupracovat s fyzioterapeutem

Realizace : Pacientovi jsem ráno společně s fyzioterapeutem vysvětlila postup při vstávání z lůžka. Vysvětlila jsem pacientovi důvod snížené soběstačnosti (pooperační období). Pacientovi jsme dopomohla při hygieně přípravou pomůcek a umytím hůře dostupných míst (záda, dolní končetiny). Při chůzi jsem pacienta doprovázela nejprve po pokoji, poté po chodbě.

Hodnocení : Pacient si je vědom důvodu snížené soběstačnosti. Hygiena je zajištěna. Ranní hygienu provedl s dopomocí sestry. Pacient zvládá postup vstávání z lůžka. Dohled při chůzi vyžadoval pouze do odpoledních hodin. Pak byl v chůzi plně soběstačný.

3. porucha kožní integrity z důvodu operace

Cíl : - operační rána je klidná, bez známek infekce

- rána se zhojí per primam

Plán: - pravidelné aseptické převazy dle ordinace lékaře

- pravidelná kontrola rány a jejího okolí
- udržovat ránu i čistotě a suchu
- informovat pacienta o prvních známkách infekce
- podávat ATB dle rozpisu lékaře

Realizace: Operační rána byla pravidelně převazována dle ordinace lékaře. K dezinfekci se používá Cutasept F a sterilní tampony. Rána byla kryta pomocí sterilních čtverců 10 x 10 cm, které byly fixovány k pokožce antialergenní náplastí. Každý den byla minimálně jednou kontrolována. Pacient byl informován o počátečních známkách infekce (zarudnutí, sekrece, bolestivost, zvýšená citlivost, zvýšená teplota, ...). ATB byla podávána dle rozpisu lékaře.

Hodnocení: Rána se hojila bez komplikací. Nejeví známky infekce. Hojí se per primam. Již 5. pooperační den je pouze odezinfikovaná.

4. Porucha spánku z důvodu změny prostředí a pooperačního stavu

Cíl: - pacient zná příčinu špatného spánku

- pacient se cítí odpočatý
- pacient spí nepřetržitě 6 hodin denně

Plán: - zjistit průměrnou dobu spánku pacienta

- zjistit důvod poruchy spánku rozhovorem
- aplikovat analgetika dle ordinace lékaře
- zjistit příčinu poruchy spánku
- zajistit klid na pokoji, před spaním vyvětrat a upravit lůžko
- sledovat kvalitu spánku pacienta

Realizace: S pacientem jsme si promluvila o důvodu narušeného spánku a domluvili jsme se, že před spaním vyvětrám. Pacientovi bylo též upraveno lůžko a podány analgetika. V průběhu noci byla sledována kvalita spánku. Bohužel byl pacient v noci buzen kvůli ATB.

Hodnocení: Pacient spal v noci nepřetržitě jenom 3 hodiny. Byl buzen v 01:00hod. kvůli ATB. Poté usnul již jen na 4 hodiny. Ale spánek byl nekvalitní. Pacient pospává přes den.

5. Strach z následné onkologické terapie

Cíl: - pacient chápe význam a nutnost onkologické terapie

- obavy jsou zmírněny
- pacient má dostatek informací

Plán: - zajistit pacientovi konzultaci s lékařem

- sledovat verbální i neverbální projevy pacienta, projev empatie
- zajistit častý kontakt s rodinou
- zodpovědět veškeré dotazy pacienta
- promluvit si s pacientem o všem co ho trápí

Realizace: Pacientovi jsem zajistila několik konzultací s lékařem. Byla mu vysvětlena nutnost onkologické léčby a následná radikální operace. Byly zodpovězeny veškeré dotazy. Rodina pacienta navštěvovala každý den. Snažila jsme se projevem empatie a s poukázáním na

rodinu pomoci pacientovi, že na to není sám a že se má na koho obrátit.

Hodnocení: Pacientovi velice pomohly konzultace s lékařem. Ví co se bude dál dít. Také častý kontakt s rodinou pacientovi hodně pomohl. Pacient si uvědomuje nutnost onkologické terapie. Veškeré pacientovi dotazy byly zodpovězeny. Pacient byl při odchodu klidný a připraven na další postup ve své léčbě.

6. nedostatek informací v oblasti péče o stomii

Cíl: - pacient pomáhá sestře při ošetřování stomie

- pacient je při propuštění v péči o stomii plně soběstačný
- pacient má dostatek informací

Plán: - vysvětlit co péče o stomii obnáší

- seznámit pacienta se všemi pomůckami, které s ošetřováním stomie souvisí
- vyzvat pacienta k asistenci při ošetřování
- nechat pacienta, aby si péči zkusil sám pod dohledem
- při edukaci a ošetřování zapojit i rodinné příslušníky
- na pacienta nespěchat, vše několikrát opakovat
- nechat dostatečný prostor pro dotazy

Realizace: Pacientovi jsem v klidu a v soukromí vysvětlila s pomocí stomické sestry co péče o stomii zahrnuje a jaké pomůcky jsou k dispozici. Byl s nimi konkrétně seznámen. První pooperační den se stomický sáček nevyměňoval.

Hodnocení: Pacient byl plně obeznámen s problematikou péče o stomii s přihlédnutím k brzkému pooperačnímu období. Informace byly poskytovány po celou dobu hospitalizace. (viz kapitola Edukace)

7. změna v příjmu výživy z důvodu zavedení NGS a pooperačního období

Cíl: - pacient chápe nutnost zavedení NGS

- pacient je edukován o zatížení trávicího traktu
- pacient má zajištěn dostatečný přísun energie a tekutin
- v místě zavedení nevznikne dekubit

- Plán:*
- vysvětlit důvod zavedení NGS
 - informovat o postupu při zatěžování trávicího traktu
 - kontrolovat místo zavedení NGS, vyměnit sáček dle potřeby nejméně 2x denně
 - zajistit dostatek výživy v podobě infuzní aplikace

Realizace: Pacientovi byl od lékaře vysvětlen důvod zavedení NGS, také byl informován o postupném zatížení trávicího traktu dietou (čaj, tekutá, kaše, 1/5, 5). Nutriční terapeut vysvětlil pacientovi co diety obnáší. Místo zavedení jsem kontrolovala po 4 hodinách. Sáček byl měněn po 12 hodinách. V 17:00 hod. byla NGS „uzavřena“. Pacient popíjí čaj. Během dne byly pacientovi podávány infuze dle rozpisu lékaře.

Hodnocení: Pacient chápe nutnost zavedení NGS, během kontrolování NGS nebyly zjištěny známky komplikací v podobě dekubitu. Pacient má dostatek tekutin i energie.

8. změna ve vyprazdňování z důvodu vyvedení stomie

- Cíl:*
- pacient je plně informován o významu a nutnosti vývodu
 - vyprazdňování stomií probíhá bez komplikací

- Plán:*
- zajistit konzultaci s lékařem
 - zodpovědět veškeré dotazy
 - kontrolovat funkčnost stomie, její vzhled, okolí
 - projev empatie
 - sledovat vyprázdnění z konečníku

Realizace: Pacient měl konzultaci s lékařem ohledně stomie. Také stomická sestra pacientovi zodpověděla pacientovi dotazy. Stomie byla několikrát denně kontrolována (3x denně). Konečník byl dle potřeby ošetřován Menalindovou pěnou a krémem.

Hodnocení: Pacient je plně informován o významu a nutnosti stomie. Všemmu rozumí a chápe. Stomie začala odvádět nejprve plyny později (třetí den po operaci řídký obsah, který se zahušťoval). Z konečníku odcházel hlen s příměsí stolice třetí den po operaci.

9. riziko pádu z důvodu pooperačního období

Cíl: - pacient bude bez pádu

Plán: - zjistit rizikovost pádu pacienta

- zajisti pomůcky nutné k prevenci pádu
- zajistit dostatek prostoru
- informovat pacienta o signalizačním zařízení
- informovat pacienta o riziku pádu a rizikových faktorech

Realizace: Pacientovi jsme vysvětlila riziko pádu a rizikové faktory jako je mokrá podlaha, nedostatečně nasazené pantofle, překážky v cestě – stolek. Pacientovi jsem ukázala kde má signalizační zařízení a jak se používá. První pooperační den vstával pacient pouze pod dohledem sestry.

Hodnocení: Pád nevznikl.

10. potencionální riziko vzniku TEN z důvodu pooperačního stavu

Cíl: - pacient nejeví známky TEN

Plán: - informovat pacienta

- aplikovat léky dle ordinace lékaře
- sledovat nežádoucí účinky léku
- sledovat příznaky TEN
- zajistit rehabilitaci
- časně mobilizovat pacienta dle jeho stavu
- kontrolovat BDK

Realizace: Pacienta jsme informovala o nutnosti časně mobilizace, o významu aplikace léků (Heparin ret. 5000j. s.c.). Podávala jsem léky dle ordinace lékaře a sledovala jejich účinek. Pacientovi jsem kontrolovala BDK. Sledovala jsme příznaky TEN.

Hodnocení: Pacient již první pooperační den vstával z lůžka. Pacient nejeví známky TEN

11. potencionální riziko vzniku pooperačních komplikací

Cíl: - pacient nejeví známky pooperačních komplikací

Plán: - kontrolovat operační ránu, stomii

- sledovat fyziologické funkce
- informovat pacienta
- podávat léky dle ordinace lékaře
- sledovat účinek podaných léků
- při zacházení s operační ránou a stomií postupovat asepticky
- hlásit lékaři jakékoli změny

Realizace: Celkový stav pacienta byl několikrát denně kontrolován. Sledovala se operační rána i stomie. Podávala jsme léky dle ordinace lékaře a sledovala jejich účinek. Sledovaly se fyziologické funkce – TK, TT, P. Pacient byl edukován možných komplikacích (viz teoretická část).

Hodnocení: U pacienta se neprojevyly žádné pooperační komplikace. Pacient je kardiopulmonálně kompenzován.

12. potencionální riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK

Cíl: - pacient nemá známky infekce v místě zavedení PŽK

Plán: - vhodně zvolit místo vpichu

- pravidelně a asepticky místo vpichu převazovat
- pravidelně kontrolovat funkčnost PŽK, kontrolovat okolí místa vpichu
- informovat pacienta o známkách infekce
- výměna místa vpichu dle potřeby, nejpozději po 72 hodinách

Realizace: Při každé aplikaci léku do i.v. vstupu jsem postupovala asepticky a vždy jsem sledovala její okolí. Několikrát za den jsem se ptala na první známky infekce, o kterých byl pacient edukován (zarudnutí, bolestivost, otok). Vzhledem k zavedení již čtvrtý den bylo změněno místo vpichu. Vše bylo zapsáno do dokumentace.

Hodnocení: známky infekce PŽK se neprojevyly.

13. riziko vzniku dekubitu v oblasti zavedení NGS

Cíl: - pacient nemá slizniční dekubit v oblasti zavedení NGS

Plán: - pravidelná kontrola místa zavedení NGS v čtyř hodinových intervalech

- informovat pacienta

- pravidelné polohování NGS
- zvýšená hygienická péče v oblasti zavedení NGS

Realizace: Pacienta jsme informovala o počátečních známkách dekubitu - bolestivost, otok. Místo zavedení jsme kontrolovala přes den v čtyř hodinových intervalech v noci v rámci aplikace ATB. Při každé kontrole byla NGS polohována. Hygiena byla prováděna pomocí štětiček a mulu dvakrát denně.

Hodnocení: Dekubitus nevznikl. NGS byla 2. pooperační den odstraněna.

14. riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PMK

Cíl: - pacient chápe nutnost zavedení PMK

- pacient nejeví známky infekce močových cest

Plán: - vysvětlit pacientovi nutnost zavedení PMK

- sledovat známky infekce
- informovat pacienta o počátečních známkách infekce
- sledovat barvu, množství a příměsi moče, výměna sáčku dle potřeby nejméně po 12 hodinách
- zajistit výměnu katétru dle potřeby, nejpozději dle standardu oddělení po 21 dnech
- zacházet asepticky při každé manipulaci s PMK
- zvýšená hygiena v oblasti zavedení katétru

Realizace: Pacientovi jsme vysvětlila nutnost zavedení (pooperační období a kvůli přesnosti bilance tekutin). Vysvětlila jsme pacientovi známky infekce – pálení, bolestivost. Sledovala jsme barvu, příměsi a množství moče. Vše bylo zapisováno do dokumentace. Močový sáček byl měněn po 12 hodinách. Hygiena v intimní oblasti byla prováděna dvakrát denně.

Hodnocení: Pacient plně chápe nutnost zavedení katétru. Infekce nevznikla.

Močový katétr byl vyndán třetí pooperační den.

2.5. Dlouhodobý plán péče

Pacient byl přijímán jako akutní příjem a jeho hospitalizace trvala 14 dní.

Poslední 3 dny hospitalizace neudával pacient žádnou bolest, která by ho omezovala v běžných činnostech. Do domácího prostředí byl propuštěn bez bolestí.

Soběstačnost, která byla v prvních pooperačních dnech snížena se postupně navrátila ke stavu před příchodem do nemocnice. Pacient byl soběstačný ve všech potřebných denních činnostech. Nevyžadoval žádnou pomoc. V případě potřeby mu je nablízku jeho manželka.

Spánek, který byl bohužel u pacienta stále narušován (změna prostředí, noční buzení na ATB) doháněl pacient spaním přes den. Při propuštění pacient uvedl že se těší na domácí prostředí a svou postel. Manželka byla edukována o potřebě pacienta spát alespoň 6 hodin v kuse.

Pacient dostal v průběhu celé hospitalizace dostatek informací ohledně dalšího postupu – nutnosti radioterapie a následná radikální operace. V domácí léčbě se pacientovi bude věnovat rodina a pomáhat mu v těžkém období léčení.

V době propuštění z nemocnice byl pacient plně soběstačný v péči o stomii, byla mu přidělena stomická sestra, na kterou se může obrátit. Pacient odchází se dvoudílným systémem od firmy Dansac. Také mu byly předány potřebné pomůcky k ošetřování v dostatečném množství.

Pacient dodržoval dietní omezení spojené s vyvedenou stomií. Během hospitalizace byl edukován nutričním terapeutem.

2.6. Psychologická problematika

Každé onemocnění, které je provázeno hospitalizací v nemocnici je pro člověka velkým zásahem. Najednou se ocitá ve zcela neznámém prostředí. Na pokoji je s neznámými lidmi. Lékaři i sestry útočí s různými otázkami. A do toho ještě bolest z příznaků nemoci. Pacient najednou přijímá určitou roli, která mu byla do této chvíle neznámá. Pacient se stává závislým, je bezmocný. Je narušeno pacientovu soukromý, jeho samostatnost. Mění se zaběhlé stereotypy. Je

pochopitelné, že tento stav provází obavy, strach, nervozita, spousta otázek, na které se bojí optat.

Akutní příjem pacienta do nemocnice je o to složitější, je nečekaný. Pacient má jen malou chvíli se na to připravit. Informovat rodinu a zajistit, aby mu byly přivezeny věci, které bude potřebovat. Všechno se odehrává velice rychle a od pacienta se očekává spolupráce.

Proto bychom měli všechny tyto aspekty mít na mysli. Pacientovi by mělo být vše řádně vysvětleno. Neměli bychom na něj spěchat, aby si vše mohl srovnat. Měl by i zde, u akutního příjmu, který vyžaduje okamžité řešení, mít dostatek prostoru na otázky a samozřejmě by měl dostat adekvátní odpověď. Pacient by neměl vycítit nervozitu a spěch u ošetřujícího personálu ale klid a profesionalitu. Tím se sám může uklidnit a získat důvěru v personál.

Nádorové onemocnění je pro pacienta velmi zatěžující. Vyrovnání se s nemocí. Následná onkologická terapie s různými problémy. Vyrovnat se s vším co přijde. Je to velký zásah do již zaděhlého života a vyžaduje to nemalou sílu a odhodlání od pacienta.

Elizabeth Kübler–Rossová, americká lékařka, zformulovala charakteristiku prožívání nemoci do obecných, typických stádií. Její kniha *Rozhovory s umírajícími*, ve které hovořila s pěti sty nevléčitelně nemocnými, se stala světovým bestsellerem. Popsala 5 základních fází, jimiž většina pacientů prochází.

1. **fáze šoku** – pacient se ptá **proč?** Bojí se bolesti, délky choroby,
- většinou trvá krátkou dobu a přechází ve
2. **fáze popření** – pacient se brání skutečnosti
3. **fáze vyjednávání** – smlouvá se životem a smrtí, dát vše za zdraví a uzdravení
4. **fáze deprese** – pocity velkých ztrát, projevy smutku
5. **fáze akceptace** - není deprimován, měl dostatek času zvládnout svou diagnózu, necítí zlost, zájmy nemocného se zužují, přeje si být sám, nutné je zde myslet na rodinu, která někdy strádá více jak pacient (5)

Psychosociální problematika pacienta

Pan V. J. byl přijat jako akutní hospitalizace z důvodu zhoršení stavu. Hospitalizace byla nečekaná a pacient byl celou situací „překvapen“. S problematikou onemocnění a průběhem léčby byl seznámen ošetřujícím lékařem již při příjmu. Znova byl s problematikou seznámen lékařem na oddělení.

Jak sám o sobě pacient řekl - je bojovník. To se projevilo i během hospitalizace. Pacient vzhledem k celkovému stavu působil klidně. Jeho dotazy týkající se léčby a všech postupů, jak před operací tak i po ní byly zodpovězeny. Pacient si uvědomoval nutnost dalšího postupu. Velmi mě překvapilo, jak se pacient s celou situací vyrovnal. Sám to pacient hodnotil „moc mi pomáhá rodina a to, že budu mrzutý a propadnu depresi mi nepomůže tak na to nemyslím a беру to tak jak to je“. Zároveň pacient doufal v dobrou prognózu. Pacient se také svěřil, že ho několikrát napadla možnost karcinomu, ale tuto variantu si nepřipustil.

O stomii se naučil starat samostatně. Hlavně aby mu to pomohlo a nevyskytly se komplikace. Nejprve říkal, „že neví jak dlouho mu bude trvat než si na to zvykne“. Jeho obavy také směřovaly k manželce. Jak se s tím vyrovná ona. Velmi pacientovi pomohl přístup rodiny a hlavně manželky. Podle jeho slov se díky její reakci necítí takový „jiný“. Pacient začal o stomii pomalu sám pečovat 4. pooperační den.

První dva dny hospitalizace se dalo u pacienta pozorovat 1. stádium od *Elizabeth Kübler-Rossová* – šok. Pacient byl překvapen celou situací. Ale v pooperačním období, kdy šlo vše bez komplikací, se pacient cítil čím dál lépe. Zpočátku se bál výsledku operace a je rád, že je vše v pořádku. Pacient se velmi dobře (až překvapivě) vypořádal se svou diagnózou. Vzhledem k dalšímu postupu, který nebude jednoduchý, nedal na sobě nic znát a působil klidným dojmem. Po několika konzultacích se stomickou sestrou a prostudování informačních materiálů se necítil již tak cizí. Přiznal, že má obavy z následné onkologické léčby, ale nepoddá se tomu a bude bojovat. Velkou měrou přispěla rodina, která ho vždy optimisticky naladila a podpořila.

Pacient si uvědomuje, že již nebude moci pomáhat synovi v zaměstnání. Ale stejně se na něj bude chodit dívat, když mu to jeho stav dovolí. Těší se na domácí prostředí.

2.7. Prognoza

Z medicínského pohledu je prognóza pacienta nejistá. Je závislá na průběhu a postupu radioterapie. Po ní by měla následovat radikální operace. Pacient byl o celém postupu informován a souhlasí.

Z ošetrovatelského hlediska je prognóza dobrá. Pacient je při propuštění soběstačný. Zatím chce bojovat a velkou oporou mu je také jeho rodina, která byla po celou dobu nablízku.

2.8. Edukace

Edukace, nebo-li výchova umožňuje zvýšit péči pacienta o vlastní zdravotní stav. Samotná edukace má několik vlastních fází, které by se měly pro zkvalitnění péče dodržovat.

- Pacientovi se vysvětlí konkrétní problém metodou pacientovi srozuměnou a ověříme si, zda tomu pacient porozuměl
- V průběhu edukace sledujeme projevy pacienta, jeho emocionální reakci na sdělené diagnózy
- Pacientovi se vysvětlí léčebný plán, postup, režimová opatření
- Na závěr si ověříme, zda tomu pacient skutečně porozuměl.

Vhodnou metodou je položení otázek, na které nám pacient odpoví.

Samotnou edukací nejen zvyšujeme soběstačnost pacienta a aktivně ho zapojujeme do činnosti, ale také dáváme najevo své vědomosti a vyjadřujeme zájem o pacienta.

Pacient byl v době hospitalizace edukován o veškerém průběhu léčby nejen lékaři ale i ošetřujícím personálem. Také mu byla vysvětlena následná

radioterapie a radikální řešení dané problematiky s přihlédnutím k výsledku onkologické léčby.

Ohledně péče o stomii byl pacient edukován stomickou sestrou. Edukace probíhaly v průběhu celé hospitalizace a vždy byl zohledněn aktuální stav pacienta. Pacient sám projevil zájem o ošetřování stomie. Edukace probíhala formou rozhovoru a názorného předvedení pomůcek. Stomickou sestrou byl pacient edukován v soukromí.

Pomůcky

Jejich úloha spočívá v zachytávání stolice, poskytují ochranu a diskrétnost. Jedny z prvních kvalitních pomůcek začala vyrábět firma Squibb – Convatec. Od roku 1987 jsou celosvětově používané.

Jednodílný systém

Stomická souprava na jejíž zadní straně je podložka s nalepovací vrstvou. Lepící část je hydrokoloidní, nezpůsobuje alergické reakce a také chrání citlivé okolí stomie. Sáčky jsou vyráběny s předstříženým otvorem 19 – 50 mm s možností vystřihnouti velikosti dle potřeby až do průměru 64 mm. Sáčky se vyrábějí průhledné, béžové, vypouštěcí, uzavřené. Uhlíkové filtry obsažené v jednodílných soupravách mají za úkol odstranit nepříjemný pach plynů a zabraňují nafouknutí. Výměna je dle potřeby. U citlivé pokožky může častá výměna sáčku způsobit komplikace.

Dvoudílný systém

Skládá se z podložky a sáčku, které jsou spojeny přírubovým kroužkem. Podložka může zůstat na těle až několik dní (3-5dní). Což je přínosné nejen pro okolí stomie. Ohebný kroužek zajišťuje flexibilitu při pohyby. Sáčky jsou také průhledné, béžové, vypouštěcí, uzavřené.

Kolostomické sáčky mají na zadní straně netkanou textílii, která zajišťuje diskrétnost při používání a při kontaktu s kůží je jemná. (14)

Doplňky

Slouží k čištění stomie a také k prodloužení funkčnosti pomůcek

Ochranná pasta: používá se před nalepením podložky. Složení je obdobné želatinové vrstvě podložky. Pasta je lepivá a vyrovnává kožní záhyby

Adhezivní pasta: zabraňuje zatékání, zvyšuje přilnavost podložky, chrání pokožku, vyrovnává kožní nerovnosti. Aplikuje se po nalepení podložky.

Zásypový pudr: ke zklidnění pokožky pod podložkou, pouze v malé vrstvě

Odstraňovač náplastí: k pohodlnému sejmutí podložky a chrání pokožku (14)

Ochranný film: jednorázově balené ubrousky k vytvoření ochranného filmu mezi pokožkou a podložkou. Pro lepší přídržnost podložky.

Přídržný pásek: využívá se při zvýšené fyzické námaze, použití u dvoudílného systému

Pohlcovač zápachu: napomáhá neutralizaci zápachu a používá se jak do sáčku tak i do vzduchu nebo na prádlo

Vkládací kroužky: využívají se u zapadlých stomií, kroužek se vmáčkne do přírubového kroužku. Zde je důležité vhodně zvolit velikost

Ochranná destička: používá se k vyrovnání tělesných nerovností, aplikuje se na pokožku a přes ní se přikládá stomická souprava.

Irigační soustava: umožňuje kolostomikům získat kontrolu nad vyprazdňováním střeva.

Zátka: je to diskretní pomůcka pro situace, kde není vhodné použít sáček. Má plochý tvar a je podobná náplastí. Používají ji pacienti s pravidelnou stolicí. (1)

Pomůcky předepisuje obvodní lékař a také stomická sestra maximálně na 3 měsíce. Všechny pomůcky jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Některé pomůcky musí schválit revizní lékař.

Postup při ošetřování

Připravíme si veškeré potřebné pomůcky (stomickou soupravu, šablonu pro změření stomie, gázu, kosmetické prostředky, zrcadlo, rukavice, nůžky, sáček na použité pomůcky). Pacientovi vysvětlíme celý postup. Pacient si zvolí vhodnou polohu. Pomocí odstraňovače sejmem sáček. Stomii omyjeme. Nepoužíváme oleje, ani pokožku zbytečně nevysušujeme. Ideální je použití speciálních roztoků např. Stomický roztok Coloplast. Použitím šablony změříme průměr stomie,

vystříhneme otvor v podložce o 10 mm větší (nesmí bránit prokrvení ani způsobit podráždění pokožky odcházející stolice). Stomie musí být před nalepením suchá a čistá - toho docílíme pomocí kosmetických přípravků. Okolí stomie musí být bez ochlupení. Z podložky odstraníme folii a opatrně přiložíme. Pro lepší uchycení ji můžeme předem zahřát v dlaních. Po nalepení sáček pár minut držíme. U dvoudílného systému nejprve spojíme dolní části soupravy a přitlačujeme kroužek od dolního okraje. Při mírném tahu za sáček nám drží po celé stěně. Uklidíme pomůcky a vše zapíšeme do dokumentace (příloha č. 7).

Při ošetřování je vhodné vytvořit si u pacienta stomický koutek se všemi potřebnými pomůckami a doporučíme vytvoření takového místa i v domácím prostředí. Zde bude mít pacient soukromí a klid na výměnu sáčku. (7, 14)

Výživa

Založení stomie mění i zaběhlý jídelníček. Nejprve je výživa parenterální a postupně se zatěžuje trávicí trakt. Vhodnou volbou potravin se může ovlivnit činnost střeva. Volbou je nenadýmavá a méně tučná strava. Pacientovi jsme doporučili vytvořit si stereotyp vyprazdňování. Důležitá je zde pravidelnost stravy s dostatečným příjmem tekutin (1,5 – 2 litry). Malý přívod tekutin zvyšuje riziko vzniku zácpy. Informovali jsme pacienta o účincích různých potravin.

Nadýmavé potraviny - čerstvé pečivo, vejce, pivo, luštěniny, rozhovor při jídle, šumivé nápoje

Proti nadýmání – brusinky, jogurt

Projímavé potraviny - luštěniny, káva, alkohol, ryby, houby, švestky, mléko, kyselé zelí, kapusta, sladký mošt, fíky, čerstvé ovoce

Proti průjmu – brambory, rýže, bílý chléb, čokoláda, svažené mléko, banány, vařená řepa, ovesné vločky

Zápach podporují – vejce, cibule, květák, ryby, česnek, uzené maso, sýr, chřest

Zápach tlumí – jogurt, petržel, brusinky, špenát, zelený salát, borůvky (16)

Problémy se stomií

Průjem: může být způsoben žaludeční nevolností, léky, potravou. Zde je nutné více pít, aby se nahradily ztracené tekutiny. Nedoporučují se kořeněná jídla a džusy. Při průjmu je vhodné použít vypouštěcí sáčky.

Zácpa: způsobují ji potraviny jako jsou pomeranče, houby, oříšky. Zde je důležitý dostatečný přísun tekutin. Různá pohybová aktivita – procházky. Doporučuje se dostatek zeleniny.

Většinou se může jíst stejná potrava jako před operací, ale je vždy vhodné vyzkoušet individuální snášenlivost. Stravu je vhodné rozdělit na 5 - 6 jídel denně. Měla by se hlídat rovnováha mezi přijatou energií ze stravy a energií spotřebovanou při činnosti organismu. Nejjednodušeji to změříme pomocí hmotnosti. Užívání preparátů, které jsou volně prodejné je vždy vhodné konzultovat s lékařem. (1)

Život s vývodem

Délka rekonvalescence po operaci je individuální. Pacienti se vrací k běžným činnostem. Není důvod, aby byl pacient straněn od společnosti. Samozřejmě to chce čas. Záleží na tom, aby měl pacient zase svou sebedůvěru.

Stomie nebrání v provádění sportu, různých koníčků (doporučováno je plavání, jóga, turistika). Vhodné je, ale vyvarovat se sportům, kde hrozí poranění stomie (bojové sporty). Nedoporučují se sporty se zvýšeným zatěžováním břišní stěny, zdvihání těžkých předmětů.

Pacient může též normálně cestovat, je ale třeba mít s sebou dostatečné množství pomůcek a mít je neustále u sebe, aby nedošlo k jejich ztrátě. Lepší je vzít více než méně. (14)

Důležité je i postavení partnera ke stomii. Stud a rozpačitost je na místě, ale život může jít přirozeně jako před vývodem.

Pacienta jsme také informovali o možnosti předplatného časopisu pro stomiky – *Radim*, o působení různých klubů – *ILCO*, působení *Ligy proti rakovině Na Pleši*. Možnosti zdarma kontaktovat *StomaLinku Convatec*. (16)

ZÁVĚR

Pro spolupráci, při vypracování této práce jsem si zvolila 64 letého pacienta, který byl přijat jako akutní příjem s následnou operací a vývodem stomie. Pacienta přivedly zhoršující se obtíže s vyprazdňováním a bolesti břicha.

O pacienta jsem se starala od třetího dne hospitalizace až do jeho propuštění. Péče o pacienta mi byla velkým přínosem nejen z hlediska ošetřování stomie a celkového přístupu k takto nemocným pacientům.

Pacient byl vzhledem ke své diagnóze velmi optimistický. Po celou dobu se mnou spolupracoval. Jevil zájem o problematiku svého onemocnění. Péči o stomii se brzy naučil zvládat sám, bez nutného dohledu. Při propuštění byl z ošetřovatelského hlediska v pořádku.

Nezapomenutelnou úlohu zde hrála i rodina, která měla pro pacienta velký význam a byla velkou oporou a dávala sílu pacientovi jít dál.

SHRNUTÍ

Cílem práce bylo přiblížení problematiky nádorového onemocnění kolorektálním karcinomem a více se seznámit s problematikou ošetřování stomie.

V teoretické části, kde jsou uvedeny informace týkající se onemocnění, jsem se snažila přiblížit tuto problematiku z medicínského pohledu.

V ošetrovatelské části jsem se pomocí modelu podle Marjory Gordonové, pokusila nastínit problematiku péče o takto nemocného pacienta. Stanovené diagnózy k 1. pooperačnímu dni jsem vypracovala pomocí informací získaných nejen od pacienta, ale i z dokumentace, dále od ostatního personálu a vlastním pozorováním a sestavila jsme je dle priorit pacienta. K vyplnění ošetrovatelských cílů jsem se snažila maximálně přiblížit. Velmi důležitá byla i spolupráce pacienta a jeho rodiny, která byla již od počátku velkým přínosem při vypracovávání této práce.

Díky této případové studii jsem získala rozsáhlejší vědomosti týkající se daného onemocnění. Zdokonalila jsme si péči o stomii.

Předkládaná případová studie má 77 stran. 7 předkládaných příloh.

SEZNAM ZKRATEK

°C – stupeň celzia

2x D – dvakrát denně

AA – alergologická anamnéza

amp. - ampule

APTT – aktivovaný parciální tromboplastinový čas

ATB – antibiotika

BDK – bandáž dolních končetin

BMI – body mass index

CA – celková anestezie

CEA – karcinoembryonální antigen

CO₂ – oxid uhličitý

DNA – deoxyribonukleová kyselina

EKG – elektrokardiografie

FA – farmakologická anamnéza

g – gram

g/l – gram na litr

GIT – gastrointestinální trakt

i.m. – intramuskulárně

i.v. – intravenosně

inj. - injekce

INR – protrombinový čas

kPa – kilo Paskal

KS – krevní skupina

LHK – levá horní končetina

mg - miligram

min - minuta

mmHg – milimetr rtuťového sloupce

mmol/l – milimol na litr

NO – nynější onemocnění

NPO – nic per os

OA – osobní anamnéza

p.o. – per os
PHK – pravá horní končetina
PMK – permanentní močový katétr
PŽK – periferní žilní kanyla
RA – rodinná anamnéza
RTG – rentgenové vyšetření
s.c. – subkutánní
SPA – sociálně pracovní anamnéza
Tbl. – tableta
TEN – tromboembolická nemoc
TK – krevní tlak
TT – tělesná teplota
Tu – tumor
ug/l – mikrogram na litr

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Alterna Coloplast : ŽIVOT SE STOMIÍ, květen 2004 – příručka pro stomiky
2. Čechová V., Neklanová A., Rozsypalová M.: SPECIÁLNÍ PSYCHOLOGIE , Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně 1999, ISBN 80-7013-243-4
3. Čihák R. : ANATOMIE 2, Praha 2002 ISBN 80-247-0143-3
4. Doenges M. E., Moorhouse M. F.: KAPESNÍ PRŮVODCE ZDRAVOTNÍ SESTRY, Česká asociace sester, Grada 2001, ISBN 80-247-0242-8
5. Elisabeth Kübler- Rossová: ROZHOVORY S UMÍRAJÍCÍMI : HaH Jinočany 1992
6. Ferko, Z. Vobořil, K. Smejkal, J. Bedrna: CHIRURGIE V KOSTCE, Praha 2002,
7. Hoch J. ., Leffler J. : SPECIÁLNÍ CHIRURGIE, Maxdorf 2001, ISBN 80-85912-44-9
8. <http://www.chirweb.cz/index.php?action=article&id=674>, (online 19.2.2008, 18:36) Horák L., STOMIE V LÉČBĚ KOLORECTÁLNÍ RAKOVINY
9. <http://www.internimediceina.cz/artkey/int-200502-0003.php> (online 20.2.2008, 10:39) Jech. Z. a kolektiv, DIAGNOSTIKA A LÉČBA ILEÓZNÍHO STAVU
10. Jarošová D. : TEORIE MODERNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ, ISV nakladatelství 2000, ISBN 80-85866-55-2
11. Lukáš K.: GASTROENTEROLOGIE A HEPATOLOGIE PRO ZDRAVOTNÍ SESTRY , Grada 2005, ISBN 80-247-1283-0
12. Mačák J. : PATOLOGIE, Grada 2004, ISBN 80-247-0785-3
13. Pavlíková S. :MODELÝ OŠETŘOVATELSTVÍ V KOSTCE, MPH, Grada 2006, ISBN 80-247-12111-3
14. příručka stomika Dansac

15. Rokyta R. a kolektiv: FYZIOLOGIE, ISV Praha2000, ISBN 80-85866-45-5
16. Skala E.: STOMIE, Liga proti rakovině Praha – brožura pro stomiky
17. Staňková M.: JAK ZAVÉST OŠ. PROCES DOPRAXE, České ošetřovatelství 3, Brno 1999, ISBN 80-7013-282-5
18. Staňková M.: ZÁKLADY TEORIE OŠETŘOVATELSTVÍ, Karolinum Praha 1996, ISBN 80-7184-243-5
19. Šafránková A., Nejedlá M. : INTERNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ II, Grada 2006, ISBN 80-247-1777-8
20. Štěpanovská H. a kolektiv: BREVÍŘ 2007, Medical tribune Praha 2007, ISBN 978-80-903708-7-6
21. Trachtová E. a kolektiv: POTŘEBY NEMOCNÉHO V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU, Brno 2005, ISBN 80-7013-324-4
22. Vomela J. : CHIRURGIE PRO SESTRY 1. ČÁST, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně 1998, ISBN 80-7013-262-0
23. Vyhnálek F. a kolektiv: CHIRURGIE II., Informatorium1997, ISBN 80-86073-13-0
24. zdravotnická dokumentace fakultní nemocnice

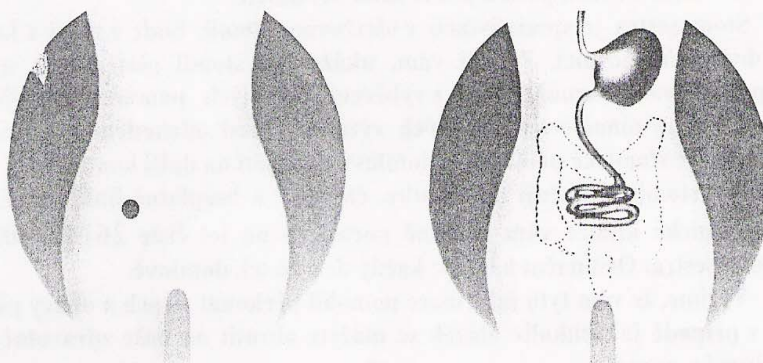
PŘÍLOHY

Příloha č.1

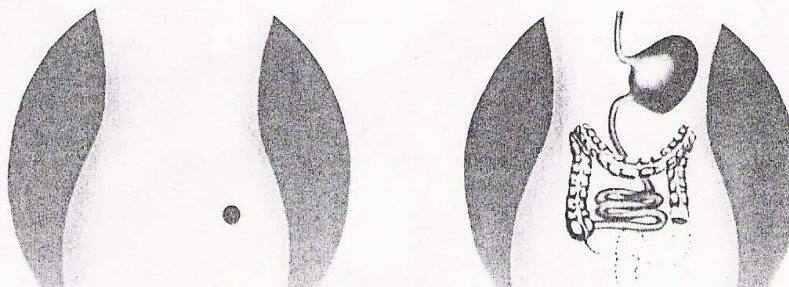
Vážený kliente, proděláte operaci, během níž vám bude dočasně nebo trvale založena stomie?

Tak přijměte několik informací: „Stomie“ pochází z řečtiny a znamená vyústění dutého orgánu. Může se jednat o tenké střevo – ILEOSTOMIE, tlusté střevo – KOLOSTOMIE nebo vyústění močových cest – UROSTOMIE. Všechny tři druhy stomií mají společnou vlastnost – nejsou ovladatelné vůlí. Proto je nutné trvale používat stomické pomůcky. Těchto pomůcek je k dispozici velký výběr a všechny základní jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami.

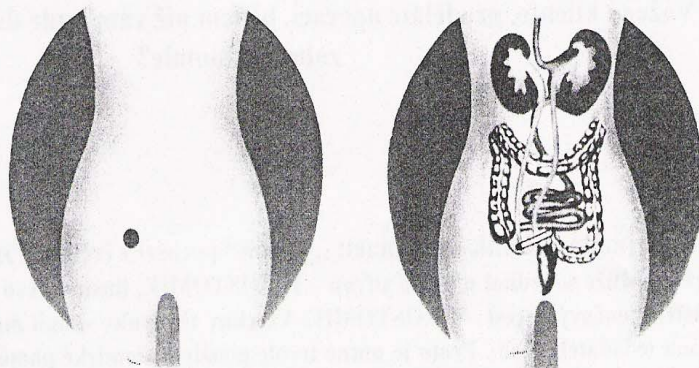
ILEOSTOMIE - je vývod tenkého střeva, obvykle se zakládá na konečné části tenkého střeva. Její obsah odchází nepřetržitě, je řídký a tudíž působí v okolí vývodu agresivněji. Uložení je vpravo na stěně břišní. Je trvalým řešením při odstranění poškozeného tlustého střeva. Dočasně se provádí pro odlehčení tlustého střeva, např. při léčbě zánětu.



KOLOSTOMIE - je vývod tlustého střeva, zakládá se buď na příčném tračniku tzv. *Transverzostomie*, nebo na esovitě kličce tzv. *Sigmoideostomie*. Uložení je vlevo na stěně břišní. Většinou se zakládá jako důsledek onemocnění sestupné části tlustého střeva nebo konečníku.



UROSTOMIE - zakládá se, jeli nutno vyřadit nebo odstranit močový měchýř.



Kompletní péči o stomika můžeme rozdělit na předoperační, pooperační a následnou péči. Po operaci vám stomasestra poradí při výběru nejvhodnějších stomických pomůcek, naučí vás, jak nalepit podložku, vyměnit sáček, jak pečovat o kůži kolem stomie. Vzhledem k tomu, že se budete učit mnoha novým věcem, musíte mít trpělivost a počítat s určitými počátečními těžkostmi.

Brzy se celý postup naučíte a zvládnete jej. Pro většinu lidí je těžká představa, že budou žít se stomickým sáčkem. Po určité době se však přesvědčí, že mohou žít stejně aktivním životem jako před operací. Díky diskrétním stomickým pomůckám nebudou lidé ve vašem okolí o stomii vědět, pokud jim to sami neřeknete.

Stomasestra je specialistkou v ošetřování stomii, bude s vámi v kontaktu po celou dobu pobytu v nemocnici. Poradí vám, ukáže jak stomii ošetřovat a naučí vás jak zacházet s pomůckami. Pomůže vám s výběrem vhodných pomůcek, kterých je na našem trhu nepřeborné množství od různých výrobců. Před odchodem z nemocnice vám stomasestra předepíše stomické pomůcky a domluví se s vámi na další kontrole.

Pro stomiky existují také kluby, časopisy a bezplatné linky např. 800 100 416. Na naší chirurgické klinice vám ochotně poradíme na tel čísle 261082602, kde taky pracuje i stomasestra. Ordinační hodiny: každý den po tel. domluvě.

Věříme, že vám tyto informace pomohli překonat strach a obavy před plánovanou operací a v případě jakýchkoliv otázek se můžete obrátit na naše zdravotní sestry, které vám rádi odpoví a poradí.

Fakultní ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelský záznam

.....
 INITIALY NEM. V. J.

Věk..... 64 let Povolání..... DŮCHODCE, MALÍŘ, POKOJÍ
 Vyznání..... bez vyznání Národnost..... česká
 Adresa..... nevyplňovat
 Telefon..... XXX XXX XXX
 Osoba, kterou lze kontaktovat..... Manželka
 Oslovení..... pan V.

Datum přijetí..... 11. 2. 2008
 Hlavní důvod přijetí..... subileomní stav pro demenzi tu která
 Datum a kam propuštěn..... 25. 2. 2008 domácí ošetřování

I. lékařská diagnóza:
 1. subileomní stav pro demenzi tu která
 2. hypertenze
 3.
 4.

Jak je nemocný informován o své diagnóze? plně informován
 Osobní anamnéza..... v dětském věku otřaské nemoci, operace - E,
 na srdeční úraz - E, od r. 1995 se léčí na hypertenzi
 A. Chobot - při léčení krevní 30. u garub. plnění
 Rodinná anamnéza..... otec umřel na CMP v 40. letech, matka na AITM

Vyšetření..... přidáním vyšetření - RTG, laboratorní,
 S.O.U., imunitní, anesteziologické

Terapie..... Při příjmu imunitní terapie
 13. 2. operace

Důležité informace o stavu nemocného:..... Pacient je dnes 1. den po
 operaci

Alergie : jídlo ne ano pokud ano, které
 léky ne ano pokud ano, které
 jiné ne ano pokud ano, na co

Nemocný má u sebe tyto léky: ^{100mg} Lipan[®] 100, ^{50mg} Vasocardin, ^{100mg} Anopyrin
Je poučen, že je nemá brát ano ne
jak je má brát ano ne

Psychický stav (vědomí, orientace, neklid, nálada) *Pacient je při vědomí, orientovaný a spolupracuje*

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci) *Bydlí s matkou a nevlastním otcem. Kontakt má sociální pracovníci nem. služby.*

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? *Zhoršil stav - bolesti břicha, zhoršení problému s vyprazdňováním*
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? *neví, asi nějakým stylem*
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? *žalim si nedovedu představit jak to mám říct*
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane? *že již nebude mít bolesti, zjistí se co se stalo*
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici? *je to smutná ale nemůžu nic dělat*
6. Jak dlouho tu podle vás budete? *nedokážu odhadnout*
žalim jak se bude cítit
7. S kým doma žijete? Je na vás někdo závislý? *žije s matkou a brátr*
8. Kdo je pro vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? *celá rodina*
9. Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? *jsou zaošaceni*
10. Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat? *ano, příbuzní*
matka, nevlastní otec a brátra
11. Co děláte rád ve volném čase? *hraní karty, volba obce*
12. Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? *dobře, až dobře*

II. Specifické základní potřeby

1. Pohodlí, odpočinek, spánek

a) Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného?

ano ne

pokud ano, upřesněte *operacím na ruce*

- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím?

ano ne

pokud ano, upřesněte *občasné bolesti břicha*
jak dlouho? *asi 3 měsíce*

- Na čem je vaše bolest závislá? *nebojíme se jíst*

- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíže)? *kelci, občas NSA*

- Došlo po naší léčbě k úlevě?

úplně částečně ne

- Pokud budete mít u nás bolesti/potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění? *- analgetika*

Hodnocení sestry: Pacient udává bolesti v oblasti operacím-
hořiny. Pomáhají analgetika, ulevovač, polohování.
V domácnosti bylo bolení volivější a hlouběji o něm.

b) Odpočinek / spánek

- Máte nějaké potíže se spánkem nebo odpočinkem od té doby, co jste přišel do nemocnice?

ano ne
pokud ano, upřesněte *často a dlouho*

- Měl jste potíže i doma? *ne*

- Usínáte obvykle těžko? ano ne

- Budíte se příliš brzy? ano ne

pokud ano, upřesněte

- Co podle vás způsobuje vaše potíže? *amimna prostředků*

- Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát? *ne*

- Berete doma léky na spaní? ano ne

pokud ano, které

- Zdrámnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? *o nemoci u amimna*

Hodnocení sestry: *jak často není*
během hospitalizace ho ruší nocím-
budem kvůli ATB, amimna
prostředků. - úprava lůžka, analgetika

2. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám?

ano ne

- Potřebujete pomoc při mytí?

ano ne

- Potřebujete pomoc při čištění zubů?

ano ne

- Máte obvykle kůži suchou

mastnou

normální

o dopomoci

- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť? *neobtěžuje*
- Potřebujete pomoc při koupání? ano ne
- Kdy se obvykle koupete? ráno -odpoledne- večer - je to jedno

Hodnocení sestry:

Pacient má minimální náročnost v oblasti hygieny a důvodů pro nem. období. Popomoc sestry při hygieně.

3. Bezpečí

a) lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí? ano ne
pokud ano, upřesněte... *nejedná po operaci*
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím? ano ne
pokud ano, upřesněte..... /
- Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil? ano ne
pokud ano, upřesněte..... /
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění? ano ne nevím
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete? /

b) zrak

- Máte nějaké potíže se zrakem? ano ne
pokud ano, upřesněte..... /
- Nosíte brýle? ano ne
Pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? *popomoc sestry*

c) sluch

- Slyšíte dobře? ano ne
pokud ne, užíváte naslouchadlo? ano ne
jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?

Hodnocení sestry:

je ale zřetelný problém s důvodů pro nem. období. nutný dohled a ústřední sestry při volání a chůzi.

4. Strava / dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup? dobrý vadný
- Máte zubní protézu? horní dolní žádnou
- Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže? ano ne
pokud ano, upřesněte..... /
- Máte rozbolavělá ústa? ano ne
pokud ano, ruší vás to při jídle? /

- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou vyšší (o kolik?)..... / nižší (o kolik?) *0,2g*.....

- c) Změnila se vaše váha v poslední době? ano ne
pokud ano, o kolik kg jste zhubnul... *3 kg* přibral...
c) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? ano ne
- Co obvykle jíte? *ji vše*
- Je něco, co nejíte? ano ne
pokud ano, co a proč?
- Máte zvláštní dietu? ano ne
pokud ano, jakou? *nytm poodpovídám*
- Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován?
pokud ano, upřesněte... *ne*
- Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice?
pokud ano, upřesněte... *ne*
- Co by mohlo váš problém vyřešit? /
- Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu?
pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat? *ano* ano ne

*je pro něj důležitá, takže musí být dobrá, bude jí
Hodnocení sestry: Pacient uznání příjmu v posledních 3 měsících.
Pacient je v jídle velmi spokojený.*

5. Tekutiny

- Změnil jste příjem tekutin, od té doby, co jste onemocněl?
zvýšil snížil nezměnil
- Co rád pijete? vodu mléko ovocné šťávy
 kávu čaj nealkoholické nápoje
- Co nepijete rád? *čaj*
- Kolik tekutin denně vypijete? *1500 ml*
- Máte k dispozici dostatek tekutin? ano ne

Hodnocení sestry: Riziko dehydrace nízké. Pacient má dostatek tekutin v podobě infuze i per. os.

6. Vyprazdňování

a) střeva

- Máte obvykle normální stolici? zácpu *občas* průjem
- Jak často chodíte obvykle na toaletu? *1x nebo 14x*
- Kdy se obvykle vyprazdňujete? *po jídle, i večer*
- Berete si projímadlo? pravidelně často
 příležitostně nikdy
- Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil? ano ne
pokud ano, co to je?
- Máte nyní problémy se stolicí? ano ne
poopnuším - slow

pokud ano, jak by se daly řešit ?.....

b) močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice ?
ano ne
- pokud ano, upřesněte
Jak jste je zvládal ?
- Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici ?
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice ?
ano ne
- pokud ano, myslíte, že to zvládnete ?

Hodnocení sestry: *Problémy s močením nevaží, ne sálů
anulován PPK; Nym má P. vyvolání s sémie.*

7. Dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním ?
ano ne
- pokud ano, upřesněte
- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice ?
ano ne
- pokud ano, upřesněte
- Jak jste je zvládal ?
- Máte nyní potíže s dýcháním ?
ano ne
- pokud ano, co by vám pomohlo ?
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů ?
ano ne nevím
- pokud ano, zvládnete to ?
- Kouříte ?
ano ne
- pokud ano, kolik ?

Hodnocení sestry: *Pacient udává problémy s dýcháním
je bez obtíží.*

8. Kůže

- pozorujete změny na kůži ?
ano ne
- Svědí vás kůže ?
ano ne

Hodnocení sestry: *Kůže je bez a mím; nejsou žádné ky
směrného hořícího sežerou.
P moř porušení integritu kůže a olivodu operace.*

9. Aktivita / cvičení / záliby

Chodíte do zaměstnání? Pokud ano, co děláte? *dišchodce*

Máte potíže pohybovat se v domácnosti? ano ne

Máte doporučeno nějaké cvičení? ano ne
pokud ano, upřesněte.....

Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici? ano ne

Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici?
čítka, radio

Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění? *neum, vše má*

Hodnocení sestry: *je dišchodce. Nymi při vázání spolupracoval*

10. Sexualita (otázky závisí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem pohlavním životě?

ano ne

pokud ano, upřesněte.....

- Očekáváte, že se váš pohlavní život změní po odchodu z nemocnice?

ano ne

pokud ano, upřesněte.....

Hodnocení sestry: *Toto téma bylo pro pacienta velmi osam. Navrhovala jsem to.*

III. Různé

- Jakou školu jste ukončil? *světlem zdravotní*

- Očekáváte, že se po odchodu z nemocnice změní vaše role manžela (manželky), otce (matky), nebo jiné sociální vztahy?

ano ne

pokud ano, upřesněte..... *buďte pokračovat čas dle si*

- Jak velká je vaše rodina? *členů - myslím si*

- S kým společně žijete? *a maminka*

- Kdo se o vás může postarat? *maminka, děti*

- V jakém bytě žijete? *u rodičů v domku*

- Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu? ano ne

- Máte dostatek informací o nemocničním režimu? ano ne

- Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici?
neum

- Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči?

Hodnocení sestry: *Pacient má velkou strach v noci. Každý den má má uslechn. Velmi aktivní je maminka.*

IV. Jak sestra nemocného souhrnně vidí:

1. Pacient je:

osnadno odpovídá

odpovídá váhavě

neptá se

mlčenlivý

ohovorný

spolupracuje

úzkostlivý

vyděšený

nejistý

nedůvěřivý

rozzlobený

smutný

rychle chápe

pomalů chápe

nechápvavý

aktivní

přizpůsobivý

nepřizpůsobivý

psychicky stabilní

psychicky labilní

dobře se ovládá

špatně se ovládá











2. Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči.....

Pacient je dšus talen po operaci. Byla mu
vyvedena stomie.




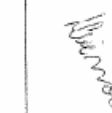

Pacient má anamnézu NGS, PŽK, PLYK.

Pacientovi je sledována bilance tekutin.

Plán a hodnocení ošetrovateľskej péče

Dat.	Pořadí potřeb (ošetř. diagnózy)	Cíle (kritériodobé, dlouhodobé)	Plán ošett. péče	Efekt poskytnuté péče	Dat.	Podpis sestry
M/12	Pobytok a ošetrovateľská opyka "Horný"	<ul style="list-style-type: none"> - bezpečnosť a zdravie pacienta - vzťahy s rodinou a komunitou - vzťahy s ostatnými členmi tímu 	<ul style="list-style-type: none"> - vyhodnotiť potreby pacienta - vyhodnotiť potreby rodiny - vyhodnotiť potreby ostatných členov tímu - vyhodnotiť potreby pacienta - vyhodnotiť potreby rodiny - vyhodnotiť potreby ostatných členov tímu 	<ul style="list-style-type: none"> - pacient spokojný s poskytovanou péčou - pacient spokojný s poskytovanou péčou - pacient spokojný s poskytovanou péčou 	M/12	
M/12	Ošetrovateľská opyka "Horný"	<ul style="list-style-type: none"> - vzťahy s rodinou a komunitou - vzťahy s ostatnými členmi tímu 	<ul style="list-style-type: none"> - vyhodnotiť potreby pacienta - vyhodnotiť potreby rodiny - vyhodnotiť potreby ostatných členov tímu 	<ul style="list-style-type: none"> - pacient spokojný s poskytovanou péčou - pacient spokojný s poskytovanou péčou 	M/12	
M/12	Ošetrovateľská opyka "Horný"	<ul style="list-style-type: none"> - vzťahy s rodinou a komunitou - vzťahy s ostatnými členmi tímu 	<ul style="list-style-type: none"> - vyhodnotiť potreby pacienta - vyhodnotiť potreby rodiny - vyhodnotiť potreby ostatných členov tímu 	<ul style="list-style-type: none"> - pacient spokojný s poskytovanou péčou - pacient spokojný s poskytovanou péčou 	M/12	
M/12	Ošetrovateľská opyka "Horný"	<ul style="list-style-type: none"> - vzťahy s rodinou a komunitou - vzťahy s ostatnými členmi tímu 	<ul style="list-style-type: none"> - vyhodnotiť potreby pacienta - vyhodnotiť potreby rodiny - vyhodnotiť potreby ostatných členov tímu 	<ul style="list-style-type: none"> - pacient spokojný s poskytovanou péčou - pacient spokojný s poskytovanou péčou 	M/12	
M/12	Ošetrovateľská opyka "Horný"	<ul style="list-style-type: none"> - vzťahy s rodinou a komunitou - vzťahy s ostatnými členmi tímu 	<ul style="list-style-type: none"> - vyhodnotiť potreby pacienta - vyhodnotiť potreby rodiny - vyhodnotiť potreby ostatných členov tímu 	<ul style="list-style-type: none"> - pacient spokojný s poskytovanou péčou - pacient spokojný s poskytovanou péčou 	M/12	
M/12	Ošetrovateľská opyka "Horný"	<ul style="list-style-type: none"> - vzťahy s rodinou a komunitou - vzťahy s ostatnými členmi tímu 	<ul style="list-style-type: none"> - vyhodnotiť potreby pacienta - vyhodnotiť potreby rodiny - vyhodnotiť potreby ostatných členov tímu 	<ul style="list-style-type: none"> - pacient spokojný s poskytovanou péčou - pacient spokojný s poskytovanou péčou 	M/12	
M/12	Ošetrovateľská opyka "Horný"	<ul style="list-style-type: none"> - vzťahy s rodinou a komunitou - vzťahy s ostatnými členmi tímu 	<ul style="list-style-type: none"> - vyhodnotiť potreby pacienta - vyhodnotiť potreby rodiny - vyhodnotiť potreby ostatných členov tímu 	<ul style="list-style-type: none"> - pacient spokojný s poskytovanou péčou - pacient spokojný s poskytovanou péčou 	M/12	
M/12	Ošetrovateľská opyka "Horný"	<ul style="list-style-type: none"> - vzťahy s rodinou a komunitou - vzťahy s ostatnými členmi tímu 	<ul style="list-style-type: none"> - vyhodnotiť potreby pacienta - vyhodnotiť potreby rodiny - vyhodnotiť potreby ostatných členov tímu 	<ul style="list-style-type: none"> - pacient spokojný s poskytovanou péčou - pacient spokojný s poskytovanou péčou 	M/12	
M/12	Ošetrovateľská opyka "Horný"	<ul style="list-style-type: none"> - vzťahy s rodinou a komunitou - vzťahy s ostatnými členmi tímu 	<ul style="list-style-type: none"> - vyhodnotiť potreby pacienta - vyhodnotiť potreby rodiny - vyhodnotiť potreby ostatných členov tímu 	<ul style="list-style-type: none"> - pacient spokojný s poskytovanou péčou - pacient spokojný s poskytovanou péčou 	M/12	
M/12	Ošetrovateľská opyka "Horný"	<ul style="list-style-type: none"> - vzťahy s rodinou a komunitou - vzťahy s ostatnými členmi tímu 	<ul style="list-style-type: none"> - vyhodnotiť potreby pacienta - vyhodnotiť potreby rodiny - vyhodnotiť potreby ostatných členov tímu 	<ul style="list-style-type: none"> - pacient spokojný s poskytovanou péčou - pacient spokojný s poskytovanou péčou 	M/12	

Plán a hodnotění ošetrovatelské péče

Dat.	Pořadí potřeb (čísť diagnóz)	Cíl (Anafkocobéductobé)	Plán ošetrpé	Efekt poskytnuté péče	Dat.	Podpis sestry
11/12	Kritická potřeba ovládnout požeráček mlsk pro obědi -	Pacient bude bez potíží	<ul style="list-style-type: none"> - vyjádřit své zájmy a potíže - vyjádřit poruchy při požití - 11 - ovládnout požeráček - informovat o zdravotním stavu - informovat o režimových požadavcích 	Pacient rozumí významu TEO	11/12	
11/12	Potřeba ovládnout vst. a TEO ovládnout požeráček a plavky	Pacient využije možnosti TEO	<ul style="list-style-type: none"> - informovat pacienta - vyjádřit jeho zájmy a potíže - ovládnout požeráček - ovládnout vst. a plavky - informovat o zdravotním stavu - informovat o režimových požadavcích 	Pacient využije možnosti TEO a plavky	11/12	
11/12	Ovládnout vst. a plavky, požeráček a TEO	Pacient využije možnosti požeráček a plavky	<ul style="list-style-type: none"> - informovat pacienta - vyjádřit jeho zájmy a potíže - ovládnout vst. a plavky - ovládnout požeráček - informovat o zdravotním stavu - informovat o režimových požadavcích 	Pacient využije možnosti požeráček a plavky	11/12	
11/12	Potřeba ovládnout vst. a plavky a TEO	Pacient ovládnout vst. a plavky	<ul style="list-style-type: none"> - informovat pacienta - vyjádřit jeho zájmy a potíže - ovládnout vst. a plavky - informovat o zdravotním stavu - informovat o režimových požadavcích 	Pacient ovládnout vst. a plavky	11/12	
11/12	Potřeba ovládnout vst. a plavky a TEO	Pacient ovládnout vst. a plavky	<ul style="list-style-type: none"> - informovat pacienta - vyjádřit jeho zájmy a potíže - ovládnout vst. a plavky - informovat o zdravotním stavu - informovat o režimových požadavcích 	Pacient ovládnout vst. a plavky	11/12	

Příloha č. 3

Nutriční screening

Základní nutriční screening (dle Nottinghamského dotazníku)								
<ul style="list-style-type: none"> • Nelze-li pacienta změřit - 2 body (v takovém případě nevyplňovat označené oblasti *) • Nelze-li od pacienta získat informace - 3 body (v takovém případě nevyplňovat označené oblasti *) 	Věk	BMI*	Ztráta* hmotnosti	Jídlo za* poslední 3 týdny	Projevy nemoci	Faktor stresu		
		◦ do 65 let	◦ 20 - 35	◦ žádná	◦ beze změn množství	◦ žádné	◦ žádný	0
		◦ nad 65 let	◦ 18 - 20 ◦ nad 35	◦ více než 3 kg / 3 měsíce	◦ poloviční porce	◦ bolesti břicha ◦ nechuti- tenství	◦ střední (chronické onemocnění, DM, menší chirurgický výkon, nekomplikovaný chirurgický výkon)	1
			◦ pod 18	◦ 3 - 6 kg / 3 měsíce ◦ volné šatstvo	◦ jí občas ◦ nejí	◦ zvracení ◦ průjem nad 6x za den	◦ vysoký (akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP / ARO)	2
		◦ nad 70 let		◦ více než 6 kg / 3 měsíce				3
	0	0	3	0	1	1	Celkem 5	
Riziko malnutrice	bez nutnosti intervence (0 - 3 bodů)		nutné vyšetření nutričním terapeutem, speciální dieta (4 - 7 bodů)		malnutrice ohrožující život / průběh choroby, bezpodmínečně nutná nutriční lčba (8 bodů a více)			

Příloha č.4

Stupnice Nortonová, riziko vzniku dekubitu

Bodů	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění dle odpov. stupně	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	úplná ✓	< 10	normální ✓	žádné	dobrý	dobrý ✓	chodí	úplná ✓	není ✓
3	malá	< 30	alergie	diabetes, teplota, kachexie	zhoršený ✓	apatický	s doprovodem ✓	částečně omezená	občas
2	částečná	< 60	vlhká	anémie, ucpávání tepen, obezita,	špatný	zmatený	seďačka	velmi omezená	převážně moč
1	žádná	> 60 ✓	suchá	<u>karcinom</u>	velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moč + stolice

Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

24

Příloha č. 5

Barthelův test základních všedních činností (ADL)

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedenní napítí	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

40

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

0 – 40 bodů vysoce závislý
 45 – 60 bodů závislost středního stupně
 65 – 95 bodů lehká závislost
 100 bodů nezávislý

Příloha č. 6

Screening rizika pádu

Rizikové faktory pro vznik pádu	
<input type="checkbox"/>	věk 70 let a více
<input type="checkbox"/>	pád v anamnéze
<input checked="" type="checkbox"/>	pooperační období (prvních 24 hodin)
<input type="checkbox"/>	závratě
<input type="checkbox"/>	epilepsie
<input type="checkbox"/>	zrakový / sluchový problém
<input type="checkbox"/>	inkontinence
<input type="checkbox"/>	hypotenze
<input checked="" type="checkbox"/>	problém s pohyblivostí
<input type="checkbox"/>	dezorientace
<input type="checkbox"/>	užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepresiva, antihypertensiva, laxantia)
Celkem	
* bez rizika (0 - 1 bodů)	riziko vzniku pádu (2 - 11 bodů)
* zaškrtněte možnosti	

Příloha č. 7

Péče o stomii



Péče o kolostomii v domácím prostředí

dansac 

Aplikace dvoudílného kolostomického uzavřeného sáčku

Budete potřebovat:

- a) Odpadkový sáček
- b) Měkkou gázu nebo jinou měkkou textilii k omytí/osušení
- c) Teplou vodu k omytí
- d) Nový sáček a podložku
- e) Nůžky k vystřížení otvoru podložky (v případě nutnosti)
- f) Doplnkový sortiment, který lze eventuelně použít

Před započatím výměny sáčku je důležité připravit a mít při ruce všechny potřebné pomůcky.



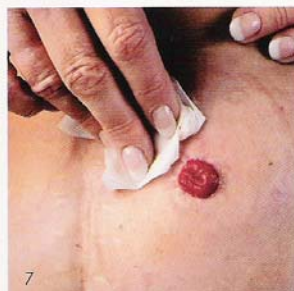
1 Nejprve odstraňte použitý sáček.



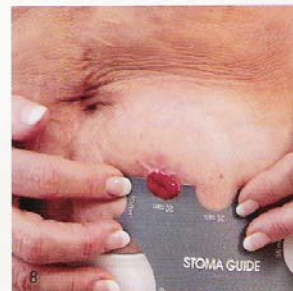
2 Odstrihněte dno sáčku, obsah vyprázdněte a spláchněte.



6 Důkladně očistěte vývod a okolí stomie.



7 Osušte čistou gázou. Před nasazením nového sáčku je důležité, aby kůže v okolí Vaší stomie byla dokonale suchá.



8 V případě potřeby změřte velikost Vaší stomie pomocí měřicí šablony.



12 Podložku přitlačte směrem od středu stomie k okrajům a pokračujte v okolí stomie dokud si nejste jisti, že podložka bezpečně drží.



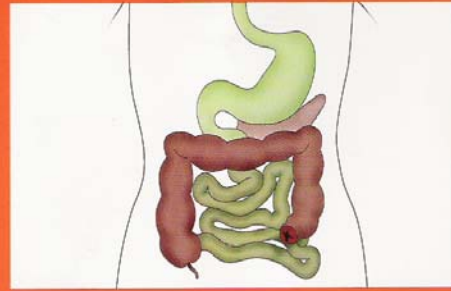
13 Připevněte sáček na podložku.



14 Zkontrolujte prsty spojení po celém obvodu a ujistěte se, že sáček je bezpečně připevněn k podložce.

Kolostomie

Kolostomie je chirurgicky vytvořený vývod na tlustém střevě. Střevo je vyvedeno skrze břišní stěnu a přišito ke kůži. Objem a složení výměšků je v jednotlivých případech odlišné a závisí na umístění stomie na střevě. Stomie je červená a vlhká a vzhledem ke skutečnosti, že zde nejsou nervová zakončení, není citlivá.



3
Tahem jedné ruky napněte kůži na břiše a opatrně odstraňte podložku.



4
Použitý sáček i podložku vložte do malého odpadkového sáčku, který před vyhozením do odpadkového koše zavažte.



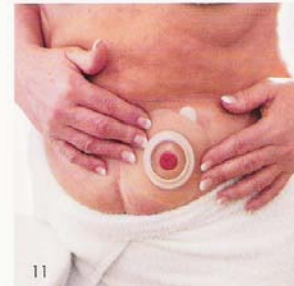
5
Navlhčete jemnou měkkou gázu nebo jinou měkkou textilii ve vlažné vodě.



9
Pokud je Vaše stomie nerovná či oválná, přizpůsobte otvor do požadované velikosti malými, ostrými nůžkami nebo použijte koneček prstu k vyrovnání otvoru. Zapamatujte si, je důležité, aby velikost otvoru odpovídala Vaší stomii, aniž byste použili tlak. Tím předejdete podráždění v okolí stomie.



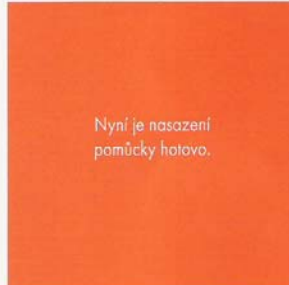
10
Před aplikací odstraňte ochrannou krycí folii z lepicí části podložky.



11
Umístěte otvor lepicí plochy podložky nad stomii a přiložte, použijte mírný tlak.



15
Ještě jednou se ujistěte, že prstence sáčku a podložky jsou bezpečně spojeny.



Nyní je nasazení pomůcky hotovo.



16



Objem Vaší stomie je bezprostředně po operaci a během následujících týdnů větší v důsledku otoku, který zvolna ustupuje. Je proto důležité měřit často průměr stomie. Ke každému balení je přiložena šablona pro měření Vaší stomie. Zkuste si vytvořit pravidelný zvyk pro kontrolu velikosti stomie šablonou pokaždé, když otevřete nové balení sáčků.



Zajistěte, aby podložka odpovídala co nejpřesněji Vaší stomii

Nejlépe zajistíte maximální ochranu pokožky v okolí Vaší stomie tak, že přizpůsobíte otvor lepicí plochy co nejpřesněji Vaší stomii. Lepicí plocha musí přiléhat k Vaší stomii bez použití tlaku či podráždění povrchu stomie samotné.



Dodatečná ochrana pro citlivou pokožku

Pokud je třeba dodatečné péče o pokožku v okolí Vaší stomie a pod lepicí plochou tak, aby pokožka zůstala pružná, použijte tělový krém.

Naneste tenkou vrstvu okolo stomie, vyčkejte pár minut než se krém vsřebá, a poté umístěte lepicí plochu.



Lepší přilnavost

Pokud je pokožka v okolí Vaší stomie nerovná či zjizvená, je dobré lepicí plochu zahřát teplem Vaší ruky či pod oblečením na pokožce, viz obrázek. Tím docílíte větší poddajnosti lepicí plochy před nasazením, což umožní lepicí ploše přizpůsobit se snadněji záhybům na kůži a tím minimalizovat možné podtékání.



Co s použitými sáčky

Při vyhazování použitých sáčků je dobré přeložit lepicí plochu v polovině a splepením zajistit uzavření otvoru sáčku před vyhozením do odpadkového koše.

www.pribram.cz

1011314-020 10/04 © Dansac A/S

HOLLISTER s.r.o.
www.dansac-hollister.cz
Bezplatná linka: 800 100 083

dansac 
Dedicated to Stoma Care