Univerzita Karlova v Praze 2. lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství

Bakalářský studijní program Ošetřovatelství

obor Všeobecná sestra

Ošetřovatelský proces u nemocného s nádorem střev

Bakalářská práce

Autor práce : Pavlína Kopřivová

Vedoucí práce : Mgr. Hana Nikodemová

Rok zpracování : 2008

Prohlášení autora:

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracoval/a samostatně a veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil/a, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně UK 2. LF.

V Praze dne 15.03.2008 Pavlína Kopřivová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Haně Nikodemové, staniční sestře Aleně Šmrhové a MUDr. Alexandrovi Pazdrovi za jejich vstřícnost a odborné vedení mé bakalářské práce.

Abstrakt

V mé bakalářské práci je zpracován klasický ošetřovatelský proces, který se zabývá v poslední době velice aktuálním tématem - nemocný s nádorem střev.

V úvodu práce je zmiňován důvod kvůli kterému bylo vybráno téma „kolorektální karcinom“, jeho aktuálnost a číselné srovnání jeho incidence a mortality v porovnání s jinými státy.

Teoretická část se zabývá především anatomií a fyziologií tlustého střeva, samotným onemocněním, jeho diagnostikou a léčbou. Dále se v této části uvádí základní informace o nemocném, průběh jeho hospitalizace a použitá terapie.

Praktická část se zabývá samotným ošetřovatelským procesem, jsou zde zpracovány ošetřovatelské anamnézy a diagnózy, které byly vypracovány dle subjektivních a objektivních poznatků získaných během péče o nemocného.

V závěru práce je provedeno shrnutí celkového průběhu hospitalizace a pacientova další prognóza.

Abstract

In my bachelor’s paper, the classic nursing process is elaborated; its theme that is particularly topical currently is a patient with intestinal tumour.

The reason why the theme “colorectal carcinoma” was chosen is described in the preamble: it is mainly the current high frequency of this diagnosis. The numerical comparison if its incidence and mortality in the Czech Republic and worldwide are described here.

The theoretical part deals mainly with anatomy and physiology of large intestine, factual disease, its diagnostics and therapy. Basic information related to the patient, course of his hospitalization, and the used therapy are also described here.

The practical part deals with the actual nursing process; case history of illness and diagnosis that was elaborated on the basis of subjective and objective information gained during the patient’s treatment are described in this part.

The closing part summarises the overall hospitalisation course and future prognosis of the patient.

OBSAH

1 ÚVOD ..... - 6 -

2 TEORETICKÁ ČÁST ..... - 8 -

2.1 ANATOMIE TLUSTÉHO STŘEVA ..... - 8 -

2.2 FYZIOLOGIE TLUSTÉHO STŘEVA ..... - 9 -

2.3 ONEMOCNĚNÍ TLUSTÉHO STŘEVA ..... - 11 -

2.4 VYŠETŘOVACÍ METODY ..... - 14 -

2.5 LÉČBA KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU ..... - 15 -

2.6 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM ..... - 19 -

2.7 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA ..... - 19 -

2.8 PRŮBĚH HOSPITALIZACE ..... - 20 -

2.9 PŘEHLED VYŠETŘOVACÍCH METOD ..... - 22 -

2.10 PŘEHLED TERAPIE ..... - 23 -

3 PRAKTICKÁ ČÁST ..... - 27 -

3.1 ODBĚR OŠETŘOVATELSKÉ ANAMNÉZY PŘI PŘIJETÍ PACIENTA ..... - 27 -

3.2 OŠETŘOVATELSKÉ ANAMNÉZA ..... - 28 -

3.3 PŘEHLED OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ ..... - 32 -

3.4 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE ..... - 34 -

4 EDUKACE ..... - 49 -

5 ZÁVĚR A PROGNÓZA ..... - 50 -

6 LITERATURA ..... - 51 -

7 PŘÍLOHY ..... - 53 -

1 ÚVOD

Pro zpracování své bakalářské práce jsem si vybrala ošetřovatelský proces u nemocného s nádorem střev. Toto téma jsem si vybrala nejen z důvodu, že se s touto diagnózou setkávám při každodenní praxi, ale také proto, že Česká republika patří mezi země, kde se rakovina tlustého střeva a konečníku, odborným názvem kolorektální karcinom, vyskytuje mimořádně často (Příloha č.:1). Kolorektální karcinom (KRK) je nejčastějším zhoubným nádorem trávicího ústrojí. Po nádoru plic a mléčné žlázy, je třetím nejčastějším zhoubným novotvarem na světě vůbec. V České republice zaujímá první místo u mužů a druhé místo u žen, u nichž je na prvním místě karcinom prsu.

KRK je civilizační onemocnění. Jeho celosvětová incidence je rozdílná v závislosti na vyspělosti země. Z dosavadních studií jednoznačně vyplývá výrazně vyšší výskyt tohoto onemocnění ve vyspělých státech. Incidence tohoto onemocnění se u nás od roku 1960 trvale zvyšuje. Do roku 1989 se zvýšil počet nových onemocnění téměř třikrát a počet úmrtí více než dvakrát. Úmrtnost na tyto nádory je relativně vysoká. Nádory tlustého střeva představují zhruba 8% a nádory rekta více než 7% všech nádorových úmrtí. V absolutních číslech to tedy znamená, že průměrně ročně v ČR nově onemocní KRK kolem 8000 osob a přes 5000 lidí ročně zemře.

Příčinou vysoké úmrtnosti je skutečnost, že prakticky polovina nádorů je zjištěna až v pokročilém stadiu. Dle statistických průzkumů v roce 1989 dosáhla incidence nových onemocnění v tehdejším Československu 53,8 na 100 000 obyvatel, čímž se naše republika zařadila na první místo v celosvětových statistikách. V roce 1997 byla celková incidence nových onemocnění 73,5 na 100 000 obyvatel. Poslední dostupné údaje jsou z roku 2005, kdy incidence u mužů dosáhla 95 na 100 000 obyvatel, což je 4746 nově vzniklých případů za rok. U žen ve stejném období dosáhlo incidence 61,7 na 100 000 obyvatel, což znamená 3236 nově vzniklých případů za rok. Celkově v roce 2005 přibilo 7982 nových případů KRK, to je přibližně 160 na 100 000 obyvatel.

KRK postihuje především věkovou skupinu nad 50 let, s mírnou převahou mužů. Problém tohoto onemocnění je v tom, že nebývá rozpoznáno včas a pacientovi je poskytnuta léčba až ve chvíli, kdy se u něj vyskytnou metastázy. Zhruba u 40 - 50%

nemocných, lze předpokládat rozvoj jaterních metastáz, z nichž přibližně 25 % má metastázy v době stanovení diagnózy primárního nádoru. Včasná diagnóza je proto velmi důležitá. Pacienti, u kterých byl nádor zjištěn v prvním stadiu, mají naději na přežití přes 80 % z operovaných osob.

Proto je u tohoto onemocnění nesmírně důležitá edukace již v ranném věku a prevence především u nejvíce postižené skupiny, tedy u obyvatelstva nad 50 let. V České republice tuto složku zdravotnictví zajišťují praktičtí lékaři, kteří povinně od roku 2001 provádějí screening KRK. Tento screening spočívá v tom, že každé 2 roky provádějí test okultního krvácení u obyvatel starších 50 let. Podle mého názoru by tyto testy měly být prováděny rozhodně častěji. Pokud se prevence v ČR nezvýší, udržíme si pravděpodobně ještě nějakou dobu svoje prvenství.

Pro svou práci jsem si vybrala pacienta, který je vzorovým příkladem nedostatečné edukace, prevence a zanedbání prvních příznaků onemocnění. Díky tomu bylo jeho onemocnění provázeno mnoha komplikacemi a nejen kvalita jeho života, ale i celé jeho rodiny, byla výrazně snížena na mnohem delší dobu, než by byla pravděpodobně při včasné diagnostice a následné léčbě.

(19, 20, 21)

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Anatomie tlustého střeva

Tlusté střevo je asi 1,2 až 1,5 metru dlouhé o průsvitu 4 až 8 centimetrů. V pravé jámě kyčelní začíná vakovitým úsekem slepého střeva (intestinum caecum), ze kterého vybíhá drobný červovitý přívěsek (appendix vermiformis). Dále tlusté střevo plynule pokračuje při pravém okraji břišní dutiny jako vzestupný tračník (colon ascendens), pod játry se ohýbá (flexura coli dextra) a přechází do příčného tračníku (colon transversum). Příčný tračník se v blízkosti sleziny opět ohýbá (flexura coli sinistra) a jako sestupný tračník (colon descendens) jde do levé kyčelní jámy. Z kyčelní jámy pokračuje esovitou kličkou (colon sigmoideum) do konečníku (rectum).

Stěna tlustého střeva je složena z hladké dvouvrstvé svaloviny (tunica muscularis), podslizničního vaziva (tela submucosa) a ze sliznice tlustého střeva (tunica mucosa).

Svalovina tlustého střeva je poměrně slabá a je tvořena z vnitřní cirkulární (stratum circulare) a zevní podélné vrstvy (stratum longitudinale). Podélná svalovina střevní stěny má tři ztluštění - taeniae (taeniae coli), každé v šíři asi 1 centimetr, které jsou rozloženy po celém obvodu střeva. Nejvýraznější je tenia libera, která je volně přístupná a dobře viditelná, dalším pruhem je tenia mesocolica, která na příčném tračníku tvoří úpon (mesocolon) se zadní stěnou pobřišnice, posledním pruhem je tenia omentalis, která na příčném tračníku spojuje střevo s velkou předstěnou (omentum majus). Cirkulární svalovina vytváří vypukliny – haustra, což jsou pravidelné vyklenutí střevní stěny mezi teniemi. Jednotlivá vyklenutí odpovídají poloměsíčitým řasám (plicae semilunares), které jsou uloženy uvnitř střevní sliznice.

Střední vrstvou stěny tlustého střeva je podslizniční vazivo, které je převážně kolagenní a obsahuje cévy a nervy.

Vnitřní vrstvu tvoří stěny sliznice, ta se skládá z jednovrstevného cylindrického epitelu s množstvím pohárkových buněk produkujících hlen a je složena do poloměsíčitých řas, neobsahujících střevní klky.

Konečník je posledním oddílem tlustého střeva. Rozšiřuje se do rektální ampuly, která přechází do análního kanálu (canalis analis), procházejícího pánevním dnem (diaphragma pelvis) a vyúsťuje zevně řitním otvorem (anus). V místě průchodu řitního kanálu svalovým dnem je cirkulární vrstva svaloviny zesílená a tvoří vnitřní anální svěrač (musculus sphincter ani internus). Kolem análního otvoru je kruhový zevní svěrač (musculus sphincter ani externus), který je ovládán vůlí. Do stěny konečníku se upíná i další sval, zdvihač konečníku (musculus levator ani), jehož souhyb s oběma svěrači zajišťuje pohyb konečníku při vyprazdňování stolice.

Tepenné zásobení tlustého střeva je zajišťováno z a. mesenterica superior a inferior. A. mesenterica superior probíhá mesenteriem do pravé jámy kyčelní, kde se větví na a. ileocolica pro začátek tlustého střeva, a. colica dextra pro vzestupný tračník a pro pravou část příčného tračníku a a. colica media. Zbytek tračníku a colon sigmoideum jsou zásobeny z a. mezenterica inferior, z které odstupují a. colica sinistra a aa. sigmoidae.

Žíly svým průběhem odpovídají tepnám. Žilní krev z GITu odtéká do vény portae, která vzniká za hlavou pankreatu soutokem v. mesenterica superior a v. lienalis.

Lymfa odtékající ze střeva je drénována do lymfatických cév mesenteriálních závěsů a inervace je realizována sympatickými a parasympatickými nervy.

(1, 4, 5, 6, 12, 14)

2.2 Fyziologie tlustého střeva

Funkcí trávicího traktu je obecně příjem potravy, její mechanické a chemické zpracování, vstřebávání živin a odstraňování nestravitelných zbytků. Trávicí trakt zajišťuje posun přijaté potravy, vyměšování trávicích šťáv obsahujících enzymy pro štěpení potravy na látky schopné resorpce, které jsou nezbytné pro organismus (voda, minerály, vitamíny, živiny) a na látky nevstřebatelné, které vylučuje.

Střevo (intestinum) dělíme na tenké a tlusté střevo. Tenké střevo (intestinum tenue) je nejdelším úsekem trávicí trubice, spojující pylorus žaludku s tlustým střevem. Tenké střevo se dělí na dvanáctník (duodenum), kde působí trávicí enzymy a kde dochází i k tvorbě mnoha hormonů trávicího ústrojí, dále pak na lačník (jejunum) a kyčelník (ileum). Díky přítomnosti mnoha enzymů a hormonů v tenkém střevě kde probíhá největší část trávení a vstřebávání jednoduchých složek rozštěpené potravy.

Tlusté střevo (intestinum crassum) je konečným úsekem trávicí trubice, jeho hlavní funkcí je přeměnit tekutinu z tenkého střeva, zvanou chymus, na stolici. V době, kdy se strávená potrava dostane do tlustého střeva, jsou již živiny nezbytné pro tělo absorbovány. Tlusté střevo se tedy na trávení potravy nepodílí. Jeho sliznici netvoří žádné řasy ani klky a nejsou do něj vylučovány žádné enzymy. Převažujícím sekretem je hlen, který se vytváří přímo v sliznici tlustého střeva v Lieberkühnových žlázkách a chrání její buňky před působením enzymů, které spolu s chymem přestupují z ilea do tlustého střeva. Dále také sliznici očišťuje, zvlhčuje, formuje stolici a zajišťuje její snadnější průchod. Oproti živinám v tenkém střevu, jsou zde aktivně vstřebávány sodíkové a částečně i chloridové ionty, vitamíny a spolu s nimi přestupuje sliznicí i voda. V tlustém střevě mohou být rovněž resorbovány ionty vápníku, hořčíku, aminokyseliny, kyselina mléčná, žlučové kyseliny a jednoduché mastné kyseliny. Vylučovány jsou naopak ionty bikarbonátové, vodíkové a ionty draslíku.

Významnou součástí obsahu tlustého střeva jsou bakterie. K bakteriálnímu osídlení dochází záhy po narození, v závislosti na druhu přijímané potravy. Bakterie neboli mikroflóra tlustého střeva se významně podílí na tvorbě stolice a dělíme je na bakterie hnilobné a kvasné. Bakterie hnilobné způsobují hnití bílkovinných zbytků, které prošly do tlustého střeva. Při hnití bílkovin vznikají některé jedovaté látky jako amoniak, sulfan a různé fenoly. Část těchto jedů se sliznicí střeva vstřebává do oběhu a následně musí být zneškodněna v játrech. Bakterie kvasné vyvolávají kvašení celulózy, při čemž vznikají plyny jako methan, oxid uhličitý a vodík. Hromadění plynů podporuje pohyb tlustého střeva a napomáhá vyprazdňování stolice. Kvasné bakterie tvoří i menší množství vitamínů E, K a některé vitamíny skupiny B, není ale prokázáno, zda se vstřebávají do krve a je-li tedy možné jejich využití v organismu. Ve střevním traktu žijí

biliony těchto bakterií a pokud se nerozšíří do ostatních částí těla jsou neškodné. Živí se nestrávenou vlákninou ve stolici, tím napomáhají redukovat množství vytvářené stolice a tvoří zhruba třetinu vylučované stolice.

(1, 5, 12, 14)

2.3 Onemocnění tlustého střeva

Onemocnění tlustého střeva, můžeme rozdělit do čtyř základních skupin: náhlé příhody břišní, ischemické změny, zánětlivá onemocnění, nádory střev.

Náhlé příhody břišní jsou nečekaná onemocnění, která začínají z plného zdraví. Jejich rychlý průběh vyžaduje obvykle rychlý chirurgický zásah. Mezi nejběžnější patří akutní apendicitida, ileus, peritonitidy, perforace střev, uskřinuté kýly atd.

Ischemické změny střev jsou nejzávažnější při uzávěru některé z tepen jako jsou například a. mesenterica superior a inferior. Kvůli tomuto uzávěru vzniká ischemická nekróza celé střevní stěny s vážnými následky jako je ileus nebo peritonitida. Nejčastější příčinou bývá ateroskleróza, embolie nebo stlačení tkáně s arteriálními a venózními větvemi při uskřinuté kýle. Dále může nastat snížení perfuze při šoku s poruchou průchodnosti. Ischémie má za následek nekrózu sliznice a podslizniční vrstvy střevní stěny, se vznikem vředů a těžkých bakteriálních zánětů, až perforace stěny.

Zánětlivá onemocnění mají mnoho příčin vzniku. Mezi nejrozšířenější a to zvláště v zemích se špatnou hygienickou úrovní, patří tzv. střevní infekce. Mezi nejznámější patří onemocnění vyvolané salmonelami, schigelami, vibriem cholery, patogenními kmeny Escherichia coli, stafylokoky, některými viry, amébami a jinými bakteriemi, eventuelně jejich toxiny. Nejčastějšími jsou bakteriální enteritidy, enterokolitidy, stafylokokové enterotoxikózy, břišní tyfus, paratyfy, dyzenterie, cholera, amébové dyzenterie a různé otravy z potravin způsobené bakteriálním toxiny. Všechna se projevují hlavně prudkým průběhem, průjmy, zvracením, křečemi a horečkami. Mohou probíhat i formou lehkých katarálních zánětů, edémem sliznice, až po těžké ulcerózní záněty.

Mezi akutní záněty střev patří již zmiňovaná akutní apendicitida. Její akutní forma s bolestmi v pravém podbřišku, nauzeou, zvracením, subfebrilií a leukocytózou je jako náhlá příhoda břišní důvodem k apendektomii. Zpravidla se rozvíjí ulceroflegmonózní apendicitida s nebezpečím postižení cév. Trombotický uzávěr cév je příčinou nekrózy apendixu, ten se sekundárně infikuje a progreduje k apendicitidě gangrenózní. Zde dochází poměrně často k perforaci, ke vzniku peritonitidy, až k letálnímu konci.

Mezi chronické nespecifické záněty patří ulcerózní kolitida a Crohnova nemoc. Ulcerózní kolitida je hnisavě hemoragický, až vředovitý zánět sliznice tlustého střeva, hlavně rekta, který probíhá kontinuálně na určitých úsecích střeva. Má kolísavý průběh a projevuje se především bolestivým nutkáním na stolici. Stolice může být i 20krát denně a to s příměsí hlenu, hnisu a v těžších případech i s krví. Crohnova choroba se v mnohém podobá ulcerózní kolitidě, má také kolísavý průběh s průjmy a bolestmi břicha. Postihuje však jakýkoliv úsek střevní stěny diskontinuálně, nejčastěji však terminální úsek ilea. Vředy jsou hluboké a zánět často postihuje celou tloušťku střevní stěny s častým vznikem píštělí mezi kličkami i mezi střevem a kůží.

Nádory střev obecně dělíme, jako všechny ostatní nádory, na benigní a na maligní.

Benigní nádory tlustého střeva se vyskytují nejčastěji ve formě polypů a nebo adenomů. Bývají přisedlé nebo stopkaté s povrchem hladkým nebo členitým a od velikosti několika milimetrů až po několik centimetrů. Vyskytují se buď ojediněle nebo mnohočetně, ve formě polypózy. Polypy jako takové nemusí během života působit žádné obtíže. Obtíže začínají v momentě, kdy polyp začne krvácet nebo jestliže je větších rozměrů. V tomto případě může působit poruchy pasáže, střídání zácpy s průjmy. Některé polypy se mohou maligně zvrhnout, proto i přístup k jejich léčbě je stejný jako u maligních nádorů. Mnohočetné polypy, tedy polypózy, celého tlustého střeva jsou často podmíněny dědičně. Jde o autosomálně dominantně dědičné onemocnění tzv. familiární polypóza, která je označována jako prekanceróza. Proto toto onemocnění vyžaduje preventivní radikální chirurgické řešení (totální kolektomie).

Maligní nádory tlustého střeva jsou velice časté, v české populaci jsou dokonce hned na druhém místě za karcinomem plic v četnosti všech maligních nádorů. Nejčastější výskyt bývá v sestupné části tračníku, esovité kličce a rektu, tedy v tzv. rektosigmoideu, proto se též nazývá kolorektální karcinom (dále KRK).

Kolorektální karcinom v začátku onemocnění nemívá výrazné příznaky. Někdy se střídají průjmy se zácpou a kolikovité bolesti břicha. Nejčastějším prvním příznakem je krvácení z konečníku. Toto krvácení může být buď klinicky manifestní, většinou se stolicí (hlavně u nádorů v levé polovině střeva, od levé poloviny transverza až po sigma), nebo okultní. To se projeví především anemií v krevním obraze (hlavně u nádorů v pravé polovině střeva, od slepého střeva po pravou polovinu transverza). Postupně, úměrně s růstem nádoru se vyvíjí chronický subileus až ileus. Příznaky se stupňují, pacient začne trpět nechutenstvím, slabostí a úbytkem na váze, až kachexií. Histologicky se jedná o adenokarcinom, který se nejčastěji šíří střevní stěnou, po obvodu střeva, po jeho délce, skrze stěnu a dále do okolí. KRK má makroskopicky dvě základní formy, polypózní, květákovitě rostoucí do střevního lumen a vředovitou, infiltrující stěnu střeva. Prognóza závisí na hloubce pronikání střevní stěnou a je proto daleko horší u vředovité formy, naopak u polypózní formy je prognóza poměrně dobrá. Další formou šíření jsou metastázy, které vznikají šířením lymfatickou cestou do regionálních uzlin, při čemž uzlinové postižení bývá často rozhodující pro rozsah operace. Další možností metastazování je šíření krevní cestou, horní a dolní mezenterickou žilou do portální žíly a do jater, později také do plic. Poslední formou šíření jsou implantační metastázy. Buňky se odlupují z povrchu nádoru a prorůstají - li přes serózu, mohou se uchytit na peritoneu.

Poslední dobou se také ukazuje, že se na výskytu KRK podílí významně stravovací návyky. Jeho vznik podporuje zvláště strava chudá na rostlinnou vlákninu, proto je důležité do jídelníčku zařadit hodně zeleniny, ovoce, celozrnných obilnin a kysaných mléčných výrobků, které omezují hnilobné procesy ve střevě.

(1, 2, 5, 10, 11, 13, 15, 19, 20, 21, 26)

2.4 Vyšetřovací metody

Jednou z nejzákladnějších vyšetřovacích metod je test na okultní krvácení ve stolici. Tento test je nebolestivý a může si ho každý provést sám. Pokud se člověk vyskytuje v rizikové věkové hranici, kolem 50 let, měl by si tento test vyžádat u svého praktického lékaře a to i když je bez příznaků. Pokud však trpí některým z příznaků KRK, měl by se obrátit na svého praktického lékaře v jakémkoliv věku. Ten by měl zajistit kompletní vyšetření.

Pacienta před každým vyšetřením musíme řádně poučit a během vyšetřování, pokud je to možné, ho průběžně informovat. Tím zajistíme lepší spolupráci pacienta a snadnější průběh vyšetření.

Vyšetření per rektum patří mezi základní lékařské vyšetření u mnoha onemocnění. Nejprve lékař prohlédne krajinu kolem konečníku, aby vyloučil přítomnost zevních hemeroidů, fisury a kolem řitních afekcí. Následně provádí indagaci, neboli vyšetření konečníku prstem. Při normálním nálezu je u mužů hmatná prostata a žen děložní čípek. Nádory do vzdálenosti 10 cm lze tímto způsobem nahmatat. Po vytažení sleduje vzhled stolice, zda v ní nejsou přítomny nějaké příměsi, především krev.

Endoskopická vyšetření patří při podezření na KRK mezi nejčastější a hlavně nejpřesnější vyšetření, liší se pouze rozsahem vyšetřovaného úseku a použitím vyšetřovacích endoskopů. Endoskopické vyšetření umožňuje lékaři nejen důkladné prohlédnutí vyšetřovaného orgánu, ale i případný odběr vzorků na histologické vyšetření, které mu potvrdí zda se jedná o benigní či maligní útvar. Výsledky histologického vyšetření bývají v průměry hotovy do čtrnácti dnů a dle těchto výsledků navazuje další léčba. U všech těchto vyšetření platí, že pacient musí být před vyšetřením důkladně vyprázdněn. Rozsah vyprázdnění záleží vždy na druhu vyšetření a na zvyklostech jednotlivých pracovišť.

Rektoskopie je endoskopická vyšetřovací metoda pomocí které může lékař prohlédnout distální úsek střeva v rozsahu 25 – 30 cm od análního otvoru za použití rigidního tubusu s optikou.

Koloskopie je endoskopické vyšetření tlustého střeva při kterém pomocí flexibilního tubusu s optikou, zavedeného konečníkem, lékař prohlíží vyprázdněné tlusté střevo.

Irigografie je kontrastní rentgenové vyšetření tlustého střeva při kterém se do vyprázdněného střeva konečníkem pomocí nálevu vpravuje kontrastní látka. Podle změny reliéfu sliznice tlustého střeva a podle případného defektu v kontrastní náplni usuzuje rentgenolog na patologický proces.

Mezi další, běžná zobrazovací vyšetření, patří počítačová tomografie (CT), Roentgenové vyšetření (RTG) (nativní snímek břicha, RTG srdce a plic), sonografické vyšetření (UZ) a nukleární magnetická rezonance (NMR). Dále sem patří standardní laboratorní vyšetření jako je krevní obraz, koagulace, biochemické vyšetření krve, moče a dalšího biologického materiálu.

(5, 11, 15, 24, 25, 26)

2.5 Léčba kolorektálního karcinomu

Nejúčinnější léčbou je chirurgické řešení. Operace na tlustém střevu je velice náročná, proto se na ni musí nemocný připravit nejen celkově, ale i místně. Celkově to znamená kompletní předoperační příprava pacienta (laboratorní vyšetření, zobrazovací metody, interní vyšetření) a úprava vnitřního prostředí, především bílkovinné a minerální rovnováhy. Místní příprava spočívá v podávání projímadel (Fortrans, Magnesium) a mikroklyzmatu. Příprava nemocného vždy záleží na zvyklosti pracoviště, ale jednotlivé postupy se od sebe příliš neliší. Dle rozsahu onemocnění dělíme chirurgické zákroky na radikální (kurativní) a na paliativní.

Cílem radikálního zákroku je odstranit dostatečně velký úsek střeva s nádorem, včetně spádové oblasti lymfatických uzlin a cév. Vlastní typ operačního výkonu a jeho výsledek je pak závislý na umístění a rozsahu onemocnění. Snahou je vždy, pokud je to možné, napojit po resekci resekované konce trávicí trubice k sobě a obnovit přirozenou střevní pasáž. Spojení resekovaných konců se provádí několika způsoby, koncem ke konci (end to end), koncem ke straně (end to side) a nebo stranou ke straně (side to side).

Mezi standardní radikální výkon patří hemikolektomie. Hemikolektomie je resekce levé či pravé poloviny tlustého střeva a zbylé konce se napojují opět k sobě. Pravostranná hemikolektomie je (Příloha č.:2 – Obr. 1a), kdy se resekuje konečný úsek tenkého střeva, slepé střevo, vzestupný tračník, jaterní ohbí až k pravé polovině příčného tračníku. V případě že je nádor v levé polovině, provádí se levostranná hemikolektomie (Příloha č.:2 – Obr. 3a), při které se resekuje levá polovina transverza, slezinné ohbí, sestupný tračník až k esovité kličce. V případě výskytu nádoru v oblasti sigmoidea lze provést pouze samostatná resekce sigmoidea (Příloha č.: 1 – Obr.3b). Při postižení více úseků (např. cékum a flexura lienalis) se provádí subtotální kolektomie (Příloha č.:2 - Obr. 2b).

Mezi radikální operace řadíme také amputaci rekta. Tyto operace se dělí ještě dle umístění nádoru. Pokud je nádor do pěti centimetrů od svěračů, není je možné zachovat. Pokud je výše, lze resekovat rektum anastomózou s ponecháním sphinkterů. V případě, že musí být rektum odstraněno, je zbylé tlusté střevo vyvedeno břišní stěnou jako kolostomie. Jde tedy o radikální výkon a nemocný po něm zůstává natrvalo stomikem (stomie viz paliativní operace).

Výsledky radikálních výkonů bývají poměrně dobré a i se stomií přežívají pacienti několik let. Povinností lékaře je vždy před operací nemocného edukovat o přibližném průběhu operace a o eventuelní možnosti vývodu. Po operaci je taktéž lékař povinen nemocného edukovat o provedeném výkonu a následné pooperační péči.

Paliativní operace se provádějí u nádorů lokálně neoperabilních, při prorůstání do okolních tkání nebo při generalizaci nádoru, tedy při přítomnosti metastáz. V těchto případech se provádí výkon, který zajistí průchod střevní pasáže, bez ohledu na radikalitu zákroku. Jedním z těchto výkonů jsou paliativní resekce s anastomózou, druhým jsou stomie a bypassové operace (přemostění).

Bypassová operace je zákrok při kterém se napojí střevní kličky a obejde se nádor tak, aby byla zajištěna průchodnost pasáže. Vlastní nádor se ponechá bez chirurgického zákroku, proto je tento zákrok pouze život prodlužující, ne léčebný.

Dalším chirurgickým řešením nádorového onemocnění jsou kolostomie. Kolostomie je vyústění tlustého střeva břišní stěnou, jsou dočasné i trvalé a existuje

několik způsobů jejich provedení. Její indikace jsou akutní neprůchodnost tračníku a konečníku při poranění tlustého střeva, při píštělích mezi tlustým střevem a sousedními orgány, při stenózách nádorového i nenádorového původu, pojistné kolostomie nad anastomózou tlustého střeva nebo jako součást při amputaci rekta. Kolostomie se mohou provádět paliativně při nemožnosti založit anastomózu, radikálně při amputaci rekta nebo jako první etapa radikální operace (tzv. Hartmanova resekce). Hartmanova resekce je tedy dvoudobá. Provádí se u akutních komplikací jako jsou perforace střeva, rozsáhle zánětlivé změny při ileu i u některých nádorů. V první době dojde pouze k založení stomie se slepým uzávěrem dolní části střeva a po zaléčení primárních komplikací nebo po onkologické léčbě se provádí druhá fáze, zpětné napojení obou konců střeva a zanoření stomie.

Dělení kolostomií dle způsobu jejich provedení.

a) *nástěnná kolostomie* – patří historicky k nejstarším (Littré 1710, Pillore 1776) odvádí střevní obsah jen z části a provádí se přímým všitím střevní stěny do kůže; zakládá se nejčastěji v céku (cékostomie), někdy ale i na transverzu (transverzostomie) nebo na sigmatu (sigmoideostomie), k dočasnému částečnému odvádění střevního obsahu

b) *axiální (dvouhlavňová) kolostomie* (K. Maydl 1888) – tlusté střevo se vyvede před břišní stěnu v celém obvodu, podloží se drénem a po přihojení k břišní stěně se klička protne v celém rozsahu, takže vzniknou dvě ústí – přívodné a odvodné; zakládá se v těch místech tračníku, kde je možné vytáhnout střevo před břišní stěnu v rozsahu celého obvodu, tj. nejčastěji na sigmoideu nebo na transverzu; kolostomie se otvírá buď hned po založení nebo po dvou až třech dnech, když se střevo bezpečně slepilo s ranou

c) *terminální (jednohlavňová) kolostomie* – provádí se nejčastěji při amputaci rekta, zbylá část esovité kličky se vyvede na břišní stěnu; otvírá se buď hned v celém průsvitu nebo postupně – nejdříve jen pro plyny a později i pro stolici

Ošetřovatelská péče o kolostomii je velice důležitá. Pacient, kterému byla kolostomie založena, by neměl být propuštěn do domácího léčení dříve, než se o stomii bude schopen sám nebo eventuelně někdo z jeho rodiny, postarat. V dnešní době existují specializované sestry tzv. stomasestry, které zajišťují kompletní edukaci nemocného. Edukace se týká především používání a výběru vhodných pomůcek, hygienické péče stomie a vhodné stravy pro stomiky. Dále by měl být nemocný poučen o možnostech a druzích komplikací a jak se v případě jejich vzniku zachovat. Mezi nejčastější komplikace patří zúžení stomie, které je následkem úzkého založení nebo zánětu kolem stomie. Léčí se dilatacemi digitálními nebo instrumentálními, popřípadě i operativně. Další komplikací je zapadání stomie, kdy u dvouhlavňové stomie střevní obsah přechází do odvodné kličky. Zde je nutná její rekonstrukce. Prolaps střeva nebo parastomální kýla, které jsou nejčastěji u terminální stomie, mohou být doprovázeny krvácením nebo sekrecí hlenu. Nestačí-li repozice, je nutná resekce dané části střeva.

U pacientů se stomií je také velice důležitá psychická podpora, je velice důležité nemocnému vysvětlit, že i se stomií může vést plně aktivní život a vykonávat dále své zaměstnání a koníčky. V dnešní době také existuje mnoho sdružení a klubů zaměřených na stomiky, které lidem s touto problematikou velice pomáhají. Proto stomasestra musí pacientovi poskytnout veškeré informace o těchto sdruženích, aby měl pacient možnost sdílet své zážitky, zkušenosti a problémy s ostatními nemocnými s touto problematikou.

Mezi další léčebná modalita KRK patří onkologická léčba. Onkologická léčba se dělí na dva hlavní léčebné postupy, radioterapii, která se u onemocnění KRK používá spíše jen jako paliativní a chemoterapii, které se užívá ve vhodných případech jako doplňující léčba. Používá se téměř vždy u mladých lidí, při podezření na počínající rozsev, při malých nebo ojedinělých metastázách, u pokročilých stádiích nemají moc velký efekt.

O prognóze KRK rozhoduje histologický typ nádoru, rozsah postižení střevní stěny a lymfatických uzlin a vzdálené metastázy (TNM klasifikace). Příznivou prognózu mají nádory omezené pouze na střevní stěnu, bez postižení uzlin, je však nutná trvalá dispenzarizace.

(1, 5, 7, 11, 16, 18, 22, 23)

2.6 Základní údaje o nemocném

Jméno a příjmení:	M. A.
Pohlaví:	muž
Věk:	51 let
Bydliště:	Praha 5
Povolání:	úředník na Ministerstvu pro místní rozvoj
TK:	150/80 mmHg
Puls:	134 pravidelný
Výška:	172 cm
Váha:	88 kg při druhé hospitalizaci 75kg

2.7 Lékařská anamnéza

*Osobní anamnéza***:** Prodělal běžné dětské nemoci, jinak nikdy vážněji nestonal. Pouze v roce 76´ po úraze prodělal operaci pravého menisku.

*Rodinná anamnéza***:** Matka neví, otec je živ a zdráv, sestra zdráva, jedna dcera taktéž zdráva.

*Pracovní anamnéza***:** Pracuje jako úředník na Ministerstvu pro místní rozvoj. Tuto práci začal dělat teprve minulý týden a také z tohoto důvodu odkládal návštěvu lékaře, aby nestonal hned první týden v nové práci.

*Sociální anamnéza***:** Žije společně s manželkou, v bytě na Praze 5. Mezi jeho koníčky patří tenis, který hraje minimálně jednou až dvakrát týdně a rybaření.

*Alergická anamnéza***:** Žádné alergie neudává.

*Farmakologická anamnéza***:** Dosud žádné léky neužíval, pouze občas nějaké tablety na bolest a na zklidnění žaludku.

*Abusus***:** Před šesti lety přestal kouřit. Dříve kouřil přibližně 20 cigaret denně po dobu 25 let. Alkohol užívá pouze příležitostně a drogy nikdy neužíval.

*Nynější onemocnění***:** Pacient M. A. byl akutně přijat 28. 01. 2007 na 3. chirurgickou kliniku fakultní nemocnice v Motole s podezřením na subileózní stav. Při příjmu pacient udává bolesti v oblasti břicha, které již trvají přibližně týden. Z počátku byly bolesti křečovitého charakteru, které po několika dnech střídmé diety ustaly.

Opětovně se bolesti objevily večer před přijetím, poté, co se na oslavě více najedl a požil malé množství alkoholu. Nyní je bolest trvalá, převážně na levé polovině břicha, špatně se mu dýchá a je febrilní.

2.8 Průběh hospitalizace

Při přijetí byl pacient řádně vyšetřen lékařem, dále mu byl proveden odběr biologického materiálu (krevní obraz, koagulace, biochemické vyšetření krve a moč chemicky + sediment), elektrokardiogram (EKG) a RTG snímek břicha, kde byly patrné mírné známky ileu. Dle těchto výsledků, po vyprázdnění pacienta, byla doporučena k dovyšetření kolonoskopie nebo rektoskopie. Dále byl pacient seznámen a podepsal tzv. „Informovaný souhlas pacienta“, kde souhlasí s léčebnými postupy a operačními výkony. Vzhledem k předpokládané revizi dutiny břišní pro ileus, byl pacient taktéž plně informován o možnosti střevního vývodu (stomii). Dále uvedl členy rodiny, kterým personál může podávat informace o jeho zdravotním stavu.

Po přijetí nemocného na oddělení byly pacientovi naordinovány intravenózně antibiotika, infúze, zavedena nasogastrická sonda (NGS) a opakovaně aplikováno mikroklyzma, po kterých bylo vyprázdnění pouze minimální. Po podání analgetik se pacientovi mírně ulevilo. Další den se pacient cítil subjektivně stejně, břicho bylo stále vzedmuté, bolestivé, byl febrilní a na kontrolních snímcích bylo patrné mírné zhoršení. Proto byl nemocný indikován k akutnímu operativnímu řešení. Před operací bylo ještě provedeno předoperační interní vyšetření a pacient byl odvezen na operační sál.

Na operačním sále byla panu M. A. pro karcinom sigmoidea a rozsáhlý zánět části tenkého a téměř celého tlustého střeva provedena resekce od terminálního úseku ilea až po rektosigmoideum. U pacienta byla provedena tzv. Hartmanova resekce postiženého úseku střeva a z důvodu rozsáhlého zánětu v dutině břišní, byla založena dočasná sigmoideostomie.

Po operaci byl pacient převezen na septickou část jednotky intenzivní péče (JIP), kde jsem o něj pečovala téměř po celou dobu hospitalizace na JIPu. Po operaci byl pacient stabilizovaný, jeho fyziologické funkce byly v normě a subjektivně, až na mírné bolesti, se cítil dobře. Objektivně taktéž nevykazoval žádné obtíže. Rána byla klidná,

z obou stran byla zevně fixována deskovými Ventrofily, na pravé straně měl sigmoideostomii a z každé strany měl spádový drén. Odpady z drénů byly přiměřené, spíše serózního charakteru až mírně zkalené. Dále měl pacient po operaci zaveden centrální žilní katétr (CŽK), permanentní močový katétr (PMK) a byla mu ponechána NGS. Při výkonu u pacienta došlo k menší ztrátě krve, proto byly pacientovi na JIPu podány dvě mražené plazmy (MP), dále měl naordinovaný klid na lůžku, nic per os, infuze, antibiotika, analgetika a antikoagulační terapie.

Další dny se začal pooperační průběh komplikovat, odpady z drénů začaly být značné, spíše zkaleného charakteru a laparotomií začal prosakovat obsah tenkého střeva. Proto byla po sedmi dnech od první operace indikována revize dutiny břišní, při které byla nalezena perforace tenkého střeva a četné srůsty. Pacientovi byla provedena resekce postiženého úseku tenkého střeva a konce byly spojeny anastomózou (end to end). Kvůli značnému rozepětí střevních kliček byla pacientovi ponechána laparostomie, která byla kryta folií a na ni byl následně napojen vakuový systém (VAC – Příloha č.:3). Ten zajišťoval odsávání veškerého odpadu z rány a měl urychlit stahování a postupné srůstání rány.

Další průběh byl však opět komplikovaný, u nemocného se spontánně neobnovila pasáž a jevil známky subileózního stavu. Po třech dnech od poslední revize opět laparostomií vytékal obsah tenkého střeva a proto byl pacient indikován k dalšímu výkonu. Při výkonu byla pacientovi provedena další resekce perforovaného úseku tenkého střeva, dále mu byla zavedena Müller-Abotova sonda a provedena laváž dutiny břišní. Po výkonu byl pacient v ohrožení života a z důvodu akutní plicní nedostatečnosti přeložen na ARO.

Na ARU (08.02. - 28.02.) byla pacientovi založena tracheostomie a byl udržován na umělé plicní ventilaci, rána byla ponechána jako laparostomie a stále byl napojen VAC. Pacient strávil na ARU celkem dvacet dní, poté byl ve stabilizovaném stavu opět přeložen na JIP 3. chirurgické kliniky.

Při překladu na JIP byl pacient celkově stabilizovaný, při vědomí a spontánně dýchal. Rána na břiše byla stále ponechána jako laparostomie s vakuovým systémem, dále měl pacient sigmoideostomii, CŽK, PMK a nově měl zavedenou enterální sondu.

Další průběh hospitalizace byl již bez větších komplikací, pasáž byla obnovena bez obtíží, stomie odváděla a rána se začínala postupně stahovat a hojit. Převazy byly ze začátku prováděny na operačním sále v celkové anestézii a prováděla se postupná resutura rány. Pacient začínal postupně s rehabilitací a z enterální výživy byl postupně převáděn na tekutou, kašovitou a poté na bezezbytkovou stravu. Při posledním výkonu na sále byl pacientovi zaveden Redonův drén a byla provedena úplná sutura rány. V tomto stavu byl pacient ponechán ještě několik dní na JIPu a následně přeložen na standardní lůžkové oddělení 3. chirurgie.

Zde byl pacient ještě několik dní, pokračoval v rehabilitaci a stomická sestra ho učila, jak správně pečovat o stomii. Dne 29.03. 2007 byl pacient M. A. propuštěn do domácího léčení. Při propuštění byl poučen o rehabilitaci, péči o stomii, dietě, o užívání léků a o kontrole na naší ambulanci. Dále byle poučen o zajišťovací onkologické léčbě, která bude probíhat dle doporučení onkologie, kam byl odeslán. Pacientovi byla pro lepší rekonvalescenci doporučena lázeňská léčba a předběžně byl nemocnému určen datum další hospitalizace, při které mu bude zanořena stomie.

Po úplném zhojení, rehabilitaci a lázeňské léčbě, byl pacient M. A. dne 21. 09. 2007 opět přijet na 3. chirurgickou kliniku v Motole, k rekonstrukci střeva a k zanoření stomie. Po výkonu byl pacient přeložen na JIP, pooperační průběh byl přiměřený, bez větších komplikací. Po obnovení pasáže byl pacient zatížen stravou a přeložen zpět na standardní lůžkové oddělení. Dne 11. 10. 2007 byl pacient propuštěn do domácího léčení. Při propuštění byl poučen o klidovém režimu, dietě, péči o ránu a o kontrole na naší ambulanci.

2.9 Přehled vyšetřovacích metod

Ze zobrazovacích metod byli pacientovi opakovaně prováděny RTG snímky srdce a plic, většinou přímo na lůžku a dále pak bylo opakovaně prováděno CT břicha. Z laboratorních vyšetření byl opakovaně prováděn Astrup, kompletní laboratorní vyšetření krve (krevní obraz, koagulace a biochemické vyšetření) a dále se biochemicky vyšetřovaly obsahy z drénů a moč bakteriologicky a chemicky + sediment.

Přehled laboratorních vyšetření krve v první den přijetí a následně ve dnech operací, kdy byl pacient hospitalizovaný na 3. chirurgické klinice v Motole.

	28.01.	29.01.	05.02.	08.02.	06.03.	21.03.	25.09.	normy
Leukocyty	17.7	18.9	14.3	11.6	9.6	7.0	10.9	4.0-10.0
Erytrocyty	4.71	4.35	4.03	3.30	3.46	3.91	4.94	4.50-6.30
Hemoglobin	15.1	14.1	12.7	10.4	10.7	11.9	15.5	14.0-18.0
Hematokryt	0.44	0.41	0.37	0.31	0.31	0.36	0.450	0.38-0.52
Trombocyty	294	308	428	384	365	326	170	140-440
APTT	32.60	31.40	29.20					
APTTN	33.10	32.70	32.00					
QUICK	17.10	14.70	16.00					
QUICKN	11.90	11.90	11.90					
	28.01.	29.01.	05.02.	08.02.	06.03.	21.03.	25.09.	normy
QUICK%	51	65	56					80-120%
INR	1.57	1.30	1.45					0.80-1.20
Na	144	145	141	146	137	140	141	137-146
K	3.7	4.0	4.4	4.7	3.9	4.9	4.3	3.8-5.0
Cl	103	101	102	101	101	98	104	97-108
Glukóza	6.4	6.5	5.8	5.3	5.9		6.8	3.3-5.8
ALP	1.68	1.50	0.73	0.90		1.59		0.66-2.20
AST	0.40	0.32	0.63	0.55		0.35		0.16-0.72
ALT	0.95	0.69	0.61	0.52		0.52		0.17-0.78
GMT	1.28	0.96	0.79	0.59				0.14-0.84
Amylasa	0.55	0.57		1.18		1.19		0.30-2.28
Pank.Amyl	0.27	0.30						0.00-1.92
BILI-celk	14.6	14.9	27.3	16.3	10.8	5.4	17.7	2.0-17.0
Kys. močová		257				275		200-420
Urea	8.1	8.3	2.9	5.7	6.1	7.9	4.6	2.8-8.0
Kreatinin	93	78	76	93	62	73	69	44-115
CB	73.8	70.6	52.3	58.0	80.2	73.8	62.0	65.0-85.0
CRP	462.1	459.8	105.0	224.6	18.9	42.9	76.2	0.0-6.5

2.10 Přehled terapie

Léky užívané v průběhu první hospitalizace.

Infuze:

GLUKÓZA 10% - Indikační skupina (IS) : Infundabilium, Indikace (I) : parenterální výživa

HAES 10% - IS: Infundabilium, I: parenterální výživa

NEONUTRIN 5% - IS: Infundabilium, I: parenterální výživa

RINGER – IS: Infundabilium izotonický, obsahuje ionty Na, Cl, K a Ca I: parenterální výživa

VOLUVEN 6% - IS: Infundabilium, I: parenterální výživa

Výživa :

OLICLINOMEL č.7 – IS: Infundabilium, emulze pro infuzi, tříkomorový vak obsahující tukovou emulzi, roztok aminokyselin s elektrolyty I: kompletní parenterální výživa na 24 hodin

PEPTISORB – enterální výživa do enterální sondy

Intravenózní medikace:

ALBUMIN 20% - IS : Krevní derivát. I : Doplnění albuminu při snížené hladině v plazmě, šok, ztráta plazmy nebo albuminu při operacích, při popáleninách, při ascitu, jaterní selhání, nefrotický syndrom.

AMBROBENE – IS: Expektorans, mukolytikum. I: Akutní a chronická bronchitida, bronchiální astma, bronchiektázie, pneumonie, plicní TBC, laryngitida, sinusitida, mukoviscidóza.

DEGAN – IS: Prokinetikum, antiemetikum. I: Při nauzee, zvracení, jako symptomatikum při pocitu plnosti a nevolnosti, refluxní ezofagitis, pyróza.

FUROSEMID – IS: Diuretikum, antihypertenzivum. I: Plicní nebo mozkový edém, ascites při jaterním cirhóze nebo při srdečním selhání, snížená funkce ledvin.

HELICID – IS: Antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy. I: Peptický vřed všech lokalizací, refluxní ezofagitida a symptomatická refluxní choroba jícnu, prevence gastroduodenálních vředů a erozí při užívání nesteroidních antirevmatik.

KCL 7,5% - IS: Kaliový přípravek. I: Prevence a léčba hypokalemie.

MgSO4 10% - IS: Myorelaxans, homeostatikum. I: Při křečích a sklonech k nim, tetanus, preeklampsie, spazmofilní neuropatie, hypomagnezemie.

MULTIBIONTA – IS: Multivitamínový přípravek. I: Substituce vitamínů v rámci úplné parenterální výživy.

NaCl 7,45% - IS: Varium, roztok chloridu sodného. I: K přípravě roztoků a suspenzí, nosný roztok pro další léčiva.

NOVALGIN – IS: Analgetikum, antipyretikum. I: Akutní silné bolesti při poraněních,operacích, kolikách, tumorech, vysoké teploty.

RANITAL 50mg – IS: Antiulcerózum, antagonista H2-receptorů. I: Peptický vřed ve všech lokalizacích, akutní stresový vřed, refluxní ezofagitis, hemoragická gastropatie.

SYNTOPHYLIN – IS: Bronchodilatans, antiastmatikum. I: Prevence nebo terapie bronchiálního astmatu, léčba reverzibilní obstrukce dýchacích cest v souvislosti s chron. Bronchitidou a emfyzémem plic, chron. Respirační insuficience.

TRACUTIL – IS: Soli a ionty pro parenterální aplikaci. I: Součást intravenózní výživy, zdroj stopových prvků.

Analgetika:

DOLMINA – IS: Antirevmatikum, antiflogistikum, analgetikum. I: Zánětlivá a degenerativní revmatická onemocnění, při léčbě zánětlivých a bolestivých stavů v gynekologii, chirurgii, traumatologii, stomatochirurgii.

DOLSIN – IS: Analgetikum – anodyum. I: Bolesti při maligních tumorech, po těžkých úrazech, IM, asthma cardiale, plicní edém, plicní embolie, premedikace před celkovou anestezií.

DORMICUM – IS: Hypnotikum benzodiazep. řady s velmi krátkým účinkem. I: Sedace před zákrokem, premedikace před celkovou anestezií, dlouhodobá sedace u pacientů v intenzivní péči.

MORPHIN – IS: Analgetikum – anodyum. I: Bolesti při maligních tumorech, po těžkých úrazech, IM, asthma cardiale, plicní edém, plicní embolie, premedikace před celkovou anestezií.

SUFENTA – IS: Analgetikum – anodyum, opoidní anestetikum. I: Před úvodem do anestezie, sedace v intenzivní péči, epidurální podání pro pooperační analgezii.

Per os:

BETALOC ZOK 25mg – IS: Antihypertenzivum, beta1-sympatolytikum. I: Léčba hypertenze, anginy pectoris, tachyarytmií, udržovací léčba po IM, při poruchách palpitace.

CITALEC 10mg – IS: Antidepresivum. I: Léčba depresivního onemocnění, panické úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy.

HELICID 20mg

HYPNOGEN 10mg – IS: Hypnotikum, sedativum. I: Nespavost.

TRALGIT 100mg – IS: Analgetikum – anodyum. I: Akutní a chronické střední až silné bolesti různého původu.

ATB:

AMOKSIKLAV 1,2g – IS: ATB, kombinace amoxicilinu a kalvulanátu. I: Léčba bakteriálních infekcí vyvolaných citlivými mikroorganismy, peritonitis, pooperační infekce, nitrobřišní hnisavé procesy.

METRONIDAZOL 500mg – IS: Chemoterapeutikum. I: Anaerobní infekce, septikémie, bakteriémie, peritonitis, pánevní abscesy, pleurální sepse a pooperační ranné infekce.

SULPERAZON 2g – IS: Cefalosporinové ATB 3. generace s inhibitorem beta laktamázy. I: Léčba infekcí vyvolaných citlivými mikroorganismy, infekce horních a dolních cest dýchacích, močové infekce, nitrobřišní infekce včetně peritonitis.

TAZOCIN 4,5g – IS: Beta-laktamové ATB. I: Infekce dolních cest dýchacích, močové infekce, infekce intraabdominální, sepse.

Antikoagulační terapie:

FRAXIPARINE 0,4ml – IS: Antitrombotikum, antikoagulans. I: Profylaxe tromboembolické nemoci ve všeobecné chirurgii, léčba trombózy hlubokých žil.

(8)

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Odběr ošetřovatelské anamnézy při přijetí pacienta

Orientace a vědomí: plně při vědomí, orientovaný
Chápe myšlenky a otázky: ano
Komunikace, způsob vyjadřování: v normě; *hlas (výška) a způsob řeči*: v normě
Úroveň slovní zásoby: bohatá
Celkový vzhled, úprava zevnějšku, hygiena: upraven, pečuje o sebe
Krevní tlak: 150/80 mmHg, mírná hypertenze z důvodu bolesti
Puls: rychlost 134 /min, pravidelný, tachykardie z důvodu bolesti
Dýchání: pravidelné f 25/min, prohloubené, bez zvukových fenoménů, mírná hyperventilace z důvodu bolesti
Tělesná teplota: 38,1 °C, hypertermie z důvodu základního onemocnění
Bolest: bolest v hypogastriu, trvalého charakteru
Dutina ústní a nos: bez defektů, sliznice vlhké, bez zarudnutí
Zuby: zubní náhradu nemá, chrup v dobrém stavu
Sluch: slyší dobře
Zrak: používá brýle na čtení
Stav výživy: výška 172 cm, váha 88kg, BMI 29,7 (Příloha č.:4)
Stav kůže: bez kožních defektů, normální barvy s přiměřeným až mírně sníženým turgorem
Riziko dekubitů: dle stupnice Nortonové 18 bodů (Příloha č.:4)
Dieta: nedrží žádnou dietu, při přijetí nic per os

3.2 Ošetřovatelské anamnéza

Při zpracování informací o pacientovi M. A. vycházím z ošetřovatelského modelu fungujícího zdraví Majory Gordonové. Následující informace jsem získala rozhovorem a objektivním pozorováním v průběhu celé hospitalizace pacienta.

1. Vnímání zdraví – udržování zdraví

Pacient kromě běžných dětských nemocí vážněji nestonal, až na operaci menisků v 76´ roce, kdy se zranil při fotbale. Nyní je zaměstnán na Ministerstvu pro místní rozvoj, kde tráví celý den v kanceláři a proto se ve volném čase snaží žít aktivně. V létě dvakrát a v zimě jednou týdně chodí hrát tenis, dále se pak ve volném čase věnuje rybaření, procházkám a výletům s manželkou. Veškeré preventivní prohlídky absolvuje pravidelně a dosud neměl žádné větší zdravotní obtíže. I když podotýká, že se zažíváním občas problémy měl, ale vždycky poměrně rychle odezněly a tak jim nepřikládal žádný větší význam. Nyní byly jeho obtíže trvalejšího charakteru s poměrně silnou a stále se zhoršující bolestí (VAS – vizuální analogová stupnice – Příloha č.:4), z tohoto důvodu se rozhodl akutně navštívit urgentní příjem nemocných ve FN Motol, ze kterého byl odeslán na ambulanci 3. chirurgické kliniky. Během hospitalizace, kterou doprovázelo mnoho komplikací se cítil velice vyčerpaný a to fyzicky i psychicky a chvílemi přestával věřit, „že to dobře dopadne“. Před odchodem domů se jeho fyzická i psychická kondice velice zlepšila a byl si plně vědom nutnosti změny životního stylu, oproti tomu na který byl doposud zvyklý. Nyní je pacient už po druhé operaci, několik týdnů doma a začíná se pomalu vracet ke svému dřívějšímu způsobu života.

2. *Výživa a metabolismus*

Pacient měří 178 centimetrů a váží 88 kilogramů, dle BMI indexu (Příloha č.:4) tedy trpí mírnou nadváhou. Pacient si je své nadváhy vědom a snaží se jíst méně tučná jídla a pravidelně sportovat, aby se alespoň na této váze udržel a dále nepřibíral. Během několika posledních let je jeho váha téměř beze změny. Snaží se dodržovat pitný režim alespoň 1,5 litru denně, ale občas s tím má problémy. Od přijetí do nemocnice má pacient parenterální výživu, má tedy dietu nic per os, proto nemůžeme jeho stravovací

návyky a pitný režim nijak zkontrolovat. Stav kůže a její turgor je normální, nejeví žádné známky dlouhodobé nedostatečné hydratace. Téměř po celou dobu hospitalizace měl parenterální a enterální výživu, po trvalém zlepšení stavu a obnovení střevní pasáže se postupně začal zatěžovat stravou. Při propuštění měl bezezbytkovou dietu, kterou bude muset v určité formě dodržovat celý život. Během první hospitalizace pacient zhubl asi 15 kilogramů, při přijetí k druhé hospitalizaci vážil 75 kilogramů a po druhé operaci zůstala jeho hmotnost beze změn.

3. *Vylučování*

Doma netrpěl žádnými problémy s vyprazdňováním, močil bez obtíží a stolice byla pravidelná. Po první operaci byl pacientovi zaveden PMK, v průběhu hospitalizace byl katétr odstraněn, ale pacient se nemohl vymočit, proto byl opětovně zaveden a ponechán téměř po celou dobu snížené pohyblivosti pacienta. Po tom co začal být pacient více soběstačný a pohyblivý byl katétr odstraněn. Pouze zpočátku trpěl menšími úniky moči, což je po dlouhodobém zavedení PMK běžné. Během několika dní se tento stav upravil a močení bylo bez obtíží. S vyprazdňováním stolice během hospitalizace měl pacient velké problémy, protože po operacích se dlouho nedařilo obnovit střevní pasáž. Po obnovení pasáže se pacient musel naučit pečovat o stomii a zacházet se stomickými pomůckami. V tomto ohledu mu byla nápomocna specializovaná stomická sestra a na několik týdnů byla pacientovi zajištěna odborná domácí péče, zaměřená právě na péči o stomii. Pacient neměl s péčí o stomii větší obtíže a po jejím zpětném zanoření má pravidelnou stolici bez obtíží.

4. *Aktivita a cvičení*

Před onemocněním byl pacient zcela soběstačný, aktivně se věnoval tenisu, rybaření, turistice a mnoha dalším aktivitám. V běžném životě před hospitalizací bylo jeho ADL – activity daily living (Barthelův test základních všedních činností – Příloha č.:4) 100 bodů, tedy zcela nezávislý. V průběhu hospitalizace jeho ADL kolísalo od 100 až k 0 bodům. Postupně se však jeho ADL dostalo opět k normálu a po druhé operaci má opět 100 bodů, tedy opět zela nezávislý.

5. Spánek a odpočinek

Před onemocněním neměl pacient žádné obtíže se spánkem ani s usínáním, spíše naopak, spí velice rád a téměř vždy se po probuzení cítí odpočatý. Během hospitalizace byl jeho spánek a odpočinek rušen bolestmi, teplotou a z důvodu rány na břiše vynucenou polohou na zádech, normálně spí raději na boku. Po prvním propuštění do domácího léčení, byl jeho spánek stále nekvalitní a často se budil z obavy aby se nenaplnil a nevylil stomický sáček, tyto obavy za několik dní ustaly a jeho spánek a odpočinek byl opět kvalitní.

6. Vnímání, poznávání

V průběhu hospitalizace, na našem oddělení, byl pacient při vědomí a jeho vnímání ani pozorování se oproti fyziologickému stavu nezměnilo. Pouze si vzpomíná, že na ARU po probuzení z umělé plicní ventilace, byl dezorientovaný místem a časem. Manželku, dceru, příbuzné a některé členy personálu bez problémů poznával a komunikoval s nimi. Jeho GSC - Glasgow Coma Scale (Příloha č.:4) bylo před i po přijetím z ARA 15 bodů, tedy plné vědomí, pouze na ARU při navození umělého spánku bylo GSC 3 body, tedy hluboké bezvědomí. Sem patří i vnímání bolesti, pacient trpěl bolestmi od prvních příznaků onemocnění, po celou dobu hospitalizace byly pacientovi aplikovány analgetika a opiáty. V průběhu hospitalizace se bolesti měnily, dle VAS 0 – 10 bodů (vizuální analogové stupnice) se bolesti pohybovaly v celé škále stupnice. Před propuštěním a následně v domácím ošetření byly bolesti minimální nebo žádné.

7. *Sebepojetí a sebeúcta, vnímání sebe sama*

Pacient, i přes nynější diskomfort způsobený nemocí, působí vyrovnaně a sebevědomě, je spokojen s tím co dělá, co má a jak žije. Dá se tedy říct, že je sám se sebou spokojený. Nyní během hospitalizace se změnilo hlavně jeho fyzické a psychické vnímání sama sebe. Po opakovaných operacích si byl vědom změny svého tělesného vzhledu, věřil, že se otevřená rána na břiše brzy zhojí, ale nedovedl si zcela představit, jak bude žít se stomií. Obával se nejen toho, že se nebude schopen o ni starat, ale především měl obavy z běžného života. V tomto ohledu mu velice pomáhala jeho

rodina, především manželka. Pacient se nakonec se vším statečně vypořádal a nyní po druhé operaci kdy už má pouze jizvy na břiše, se cítí opět lépe a z recese říká, „že vypadá jako kdyby ho roztrhalo divoké prase."

8. Role, mezilidské vztahy

Pacient bydlí se svou druhou manželkou, se kterou je osm let. Bydlí spolu v bytě v Praze 5 a říká, že jsou spolu šťastni. Z prvního manželství má jednu již dospělou dceru, se kterou se běžně vídá a která s jeho novou ženou vychází velice dobře. Asi týden před hospitalizací nastoupil do nové práce, kde byl celkem spokojen, od zaměstnavatele byl ujištěn že o své místo z důvodu dlouhodobé nemoci nepřijde a protože jsou všichni jeho blízcí výdělečně činní, netrápil se nedostatkem financí po dobu neschopnosti. V nemocnici ho navštěvovala celá jeho rodina a i mnoho jeho známých.

9. Sexualita, reprodukční období

Se svým sexuálním životem neměl nikdy žádné problémy, z prvního manželství má jednu dceru a v druhém manželství, je po sexuální stránce vše v naprostém pořádku. Trochu se obával sexuálního života po propuštění z nemocnice, jeho obavy byly opět spojené převážně se stomií. Doposud neprodělal žádné onemocnění a ani operaci urogenitálního traktu.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance

Po celou dobu hospitalizace, se až na pár okamžiků se stresem a zátěží způsobenou hospitalizací a operací vyrovnával poměrně dobře. Velkým pomocníkem ve zvládání této náročné situace byla jeho manželka.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacient M. A. je nevěřící. Je přesvědčen, že nějaká vyšší moc existuje, ale jaká se prý asi nikdy nedozví. Jeho životní hodnoty zvláště v průběhu hospitalizace, by se dle mého názoru daly obecně shrnou do téměř přesné podoby Maslowa trojúhelníku hierarchie potřeb.

(17)

3.3 Přehled ošetřovatelských diagnóz

Ošetřovatelské diagnózy jsou řazeny sestupně, dle naléhavosti z pohledu zdravotnického personálu. Vzhledem k délce a rozsahu hospitalizace, jsem si pro stanovení diagnóz vybrala období tří dnů po jedné z operací v průběhu první hospitalizace, tedy od 05. 02. (kdy byla pacientovi provedená opakovaná revize dutiny břišní, s rozrušením adhesí, resekcí části tenkého střeva a ponechání rány v podobě laparostomie) do 07. 02. 2007.

1. AKUTNÍ BOLEST – z důvodu základního onemocnění a v důsledku chirurgického zákroku, projevující se bolestivou mimikou obličeje a pacient si na bolest verbálně stěžuje
2. PORUŠENÁ KOŽNÍ INTEGRITA – v důsledku chirurgického zákroku, projevující se kožními změnami v oblasti břicha
3. RIZIKO INFEKCE – z důvodu invazivních vstupů a v důsledku operační rány a komplikací onemocnění, projevující se zvýšenou tělesnou teplotou a zvýšenými hodnotami laboratorních výsledků
4. HYPERTERMIE – z důvodu infekce a v důsledku základního onemocnění, chirurgického zákroku a komplikací, projevující se zvýšenou tělesnou teplotou a tachykardií
5. RIZIKO NEVYVÁŽENÉHO OBJEMU TĚLESNÝCH TEKUTIN – z důvodu horečky a počínajícího septického stavu pacienta, projevující se nepoměrem v příjmu a výdeji tekutin
6. RIZIKO VZNIKU DEKUBITŮ – z důvodu omezeného pohybu z důvodu pooperačního stavu, projevující se zarudlou kůži v sakrální oblasti a na loktech
7. RIZIKO VZNIKU TEN – z důvodu operačního výkonu a snížené pohyblivosti, projevující se nutností používání TEN pomůcek a podáváním antikoagulancií
8. RIZIKO PÁDU – z důvodu snížené pohyblivosti, projevující se nesoběstačností při pohybu
9. NAUZEA – z důvodu základního onemocnění a podání anestetik, projevující se nucením na zvracení, bledostí a tachykardií

10. PORUŠENÝ SPÁNEK – v důsledku chirurgického zákroku a bolesti, projevující se nespavostí, únavou a vyčerpaností
11. SITUAČNĚ SNÍŽENÁ SEBEÚCTA – z důvodu porušeného obrazu těla (stomie, operační rána, svalový úbytek...), projevující se nízkým sebehodnocení a obavami z budoucí kvality života
12. PÉČE O SEBE SAMA NEDOSTATEČNÁ – z důvodu pooperačního stavu, zavedených invazí, projevující se neschopností plně samostatně vykonávat běžné denní činnosti (pohyb, hygiena...)
13. STRACH – z důvodu základního onemocnění a dlouhé hospitalizace, projevující se úzkostí a neklidem
14. ÚNAVA – z důvodu opakujících se operačních výkonů a poruchy spánku, projevující se sníženou výkonností a unaveností

(3, 9)

3.4 Plán ošetřovatelské péče

1. **AKUTNÍ BOLEST** – z důvodu základního onemocnění a v důsledku chirurgického zákroku, projevující se bolestivou mimikou obličeje a pacient si na bolest verbálně stěžuje

Cíle ošetřovatelské péče

- zmírnění bolesti na únosnou mez
- dodržovat předepsaný farmakologický režim
- verbální i neverbální doklady úlevy

Plán péče

- informovat pacienta o možnosti podávání analgetik a o sledování bolesti
- aktivně se pacienta ptát na bolest
- správně posoudit a zaznamenávat bolest, její vývoj, lokalizaci, intenzitu a reakci na podaná analgetika
- pomoci pacientovi nalézt vhodnou úlevovou polohu a naučit ho jak ji správně zaujmout
- informovat lékaře o vývoji bolesti a o reakci na podávaná analgetika

Realizace

Pacient po příjezdu ze sálu popisoval poměrně intenzivní bolest, mezi stupni 7 a 8, dle stupnice VAS 0 - 10 (Příloha č.:4). Tento tělesný diskomfort se projevoval i na hodnotách fyziologických funkcí, po příjezdu ze sálu měl pacient tlak 179/108 a puls okolo 120/min. Dle ordinace lékaře jsem pacientovi aplikovala Dolsin 100mg i.m.. Před aplikací byl pacient informován o podání analgetik, o způsobu jejich podání, o časových intervalech ve kterých mu mohou být podávány a o možných nežádoucích účincích. Zároveň jsem ho požádala, aby mě o jakýchkoliv zmiňovaných nežádoucích příznacích ihned informoval. Po přibližně třiceti minutách byla bolest stále dosti intenzivní, proto jsem aplikovala ještě Dolminu 1 amp. i.m., po které už během následující půl hodiny bolest ustoupila na snesitelnou mez, stupeň 2 až 3. Po snížení intenzity bolesti se stabilizovaly i fyziologické funkce tlak 149/66 a puls 80/min. Během dalších dvou dnů

jsem analgetika aplikovala v pravidelných časových intervalech a dle potřeby a intenzity bolesti. Pravidelně jsem zaznamenávala intenzitu bolesti i reakce na podaná analgetika do ošetřovatelské dokumentace, dle analogové stupnice VAS a informovala jsem lékaře o vývoji bolesti.

Hodnocení

Pacient dobře spolupracoval a aktivně si sám říkal o analgetika. Jeho bolesti byly přiměřené jeho stavu a jejich intenzita nerušila spánek ani odpočinek

2. **PORUŠENÁ KOŽNÍ INTEGRITA** – v důsledku chirurgického zákroku, projevující se kožními změnami v oblasti břicha

Cíle ošetřovatelské péče

- co nejlepší zhojení operační rány per secundam, vzhledem k laparostomii a rozsahu rány hojení per primam již není možné

Plán péče

- sledovat ránu a její okolí
- ránu (laparostomii) převazovat asepticky dle předepsaných léčebných postupů, s užitím pomůcek dle ordinace lékaře (VAC systém) nebo pomůcek doporučených školenou sestrou v oboru hojení ran
- řádně pečovat o drény a sigmoideostomii, sledovat jejich okolí a odpady

Realizace

Po operaci byla rána překryta sterilními rouškami a folii. Vhledem k tomu, že krytí dobře drželo a nebyly přítomny žádné známky sekrece, ponechalo se toto krytí až do druhého, tedy prvního pooperačního, dne. První pooperační den se vzhledem k velikosti laparostomie a známek sekrece, zvolilo pro rychlejší hojení rány použití tzv. VAC systému. Převaz prováděl lékař za, mojí asistence, asepticky dle předepsaných léčebných postupů. Poté jsem ránu pravidelně sledovala. Díky použití VAC systému není potřeba dělat převazy často, většinou se převaz dělá až v případě, kdy dojde k poškození krycí folie nebo většinou jednou za tři dny, záleží na ordinaci lékaře. Dále

jsem pravidelně sledovala tlak ve VAC systému a odpady z rány, jejich množství a charakter.

Hodnocení

VAC systém ránu dobře čistil a stahoval, převazy byly prováděny většinou jednou za tři dny, proto během dalších dvou pooperačních dnů nebyly prováděny žádné převazy. Ránu jsem pouze sledovala, byla klidná, odpady byly přiměřené a VAC sytém fungoval bez problémů.

Léčení této rány bylo dlouhodobého charakteru, až po několika týdnech se rána vyčistila do takové míry, že ji bylo možné sešít v celkové narkóze.

3. **RIZIKO INFEKCE** – z důvodu invazivních vstupů a v důsledku základního onemocnění, projevující se zvýšenou tělesnou teplotou a patologickými laboratorními výsledky

Cíle ošetřovatelské péče

- najít způsoby, jak zhojit již vzniklou infekci a předcházet dalšímu jejímu vývoji
- předcházet vzniku nové infekce nebo snížit riziko jejího vzniku
- usilovat o včasné zhojení ran a včasné odstranění nebo výměnu invazivních vstupů a dalších možných zdrojů infekce
- pochopení rizikových faktorů, ze kterých může infekce vzniknout (operační rána, CŽK, PMK, drény)

Plán péče

- pravidelně sledovat ránu, všechny invazivní vstupy a jejích okolí
- převazy rány a invazivních vstupů za přísně aseptických podmínek, s užitím pomůcek dle ordinace lékaře nebo pomůcek doporučených školenou sestrou v oboru hojení ran
- edukovat pacienta o rizikových faktorech a nutné prevenci infekce
- sledovat subjektivní i objektivní příznaky infekce

- při vývoji infekce informovat lékaře a podat medikaci dle ordinace lékaře, dále dle ordinace provést odběr biologického materiálu na potřebná vyšetření

Realizace

Pacient jevil známky infekce již při přijetí k hospitalizaci. Po operaci byly známky infekce patrné pouze v ráně, která byla oproti dřívějšímu stavu mnohem klidnější a začínala se hojit. Ostatní invazivní vstupy byly bez jakýchkoliv známek infekce. Denně jsem prováděla, dle ordinace lékaře, odběry krve (zánětlivé markery – leukocyty, CRP a při TT hemokulturu) a moče (chemicky + sediment), vše jsem zaznamenávala do dokumentace a informovala lékaře o stavu laboratorních výsledků a jejich vývoji. Ránu jsem pravidelně sledovala a převazovala vis dg: porušená kožní integrita. Dále jsem asepticky převazovala a pečlivě sledovala všechny invazivní vstupy, místo zavedení, jejich okolí, jejich funkčnost a kontrolovala množství a charakter tekutiny v drénech a moč. Veškeré změny jsem zaznamenávala do dokumentace a informovala lékaře

Hodnocení

Pacient jevil známky infekce již od prvního dne přijetí k hospitalizaci. V průběhu hospitalizace mu všechny zánětlivé markery vzrostly na několikanásobek oproti normálním hodnotám. Pacientovi byly prováděny různé druhy vyšetření, díky kterým bylo možno upravovat léčbu, kterou po celou dobu snášel velice dobře. Dlouhodobě užíval různá antibiotika dle výsledků bakteriologie, známky infekce postupně mizely, až byla infekce vyléčena úplně a všechny zánětlivé markery byly opět v normě.

4. **HYPERTERMIE** – z důvodu infekce a v důsledku základního onemocnění a chirurgického zákroku, projevující se zvýšenou tělesnou teplotou a tachykardií

Cíle ošetřovatelské péče

- pravidelně sledovat tělesnou teplotu
- udržet tělesnou teplotu v normě

Plán péče

- pravidelně a přesně měřit teplotu, minimálně 4krát denně a hodnoty zaznamenávat do dokumentace
- dle ordinace lékaře podávat léky na snížení tělesné teploty
- zajistit dostatečný příjem tekutin
- zajistit optimální teplotu prostředí
- dle potřeby vyměnit ložní prádlo

Realizace

Při příjezdu ze sálu měl pacient teplotu normální, spíše až mírnou hypotermii 35,9°C, což bylo dáno chladným prostředím na operačním sále. Během několika hodin mu tělesná teplota a další fyziologické funkce začaly stoupat. Teplotu měl až 38,4°C, puls kolem 120/min a dechů okolo 25/min. Informovala jsem lékaře, který předepsal antipyretika při teplotě vyšší než 38,0°C. Proto jsem pacientovi podala Novalgin 1 amp. i.v. dle ordinace lékaře a průběžně kontrolovala tělesnou teplotu. Zhruba po čtyřiceti minutách tělesná teplota klesla na 37,3°C a i ostatní funkce se stabilizovaly, puls 80/min a dech 18/min. Po podání antipyretik se pacient hodně zpotil, proto jsem mu vyměnila ložní prádlo a vlhkou žínkou provedla rychlou hygienu. Teplotu jsem dále pravidelně kontrolovala a vše řádně zaznamenávala do dokumentace. V dalších dvou dnech měl pacient teplotu maximálně do 38,0°C, proto jsem již antipyretika nepodávala. Navíc pacient dostával Dolminu i.m. proti bolesti, která rovněž snižuje tělesnou teplotu. Po celou dobu měl pacient zajištěn dostatečný příjem tekutin díky infuzní terapii.

Hodnocení

Pacient na podané léky dobře reagoval a teplota se mu rychle snížila. Další dva dny měl teplotu už jen zvýšenou.

Zvýšená teplota u pacienta přetrvávala téměř po celou dobu hospitalizace. Byla jedním z příznaků infekce, která vznikla již v začátku základního onemocnění. Proto také pacient dlouhodobě užíval různá antibiotika, dle výsledků bakteriologie.

5. **RIZIKO NEVYVÁŽENÉHO OBJEMU TĚLESNÝCH TEKUTIN** – z důvodu horečky a počínajícího septického stavu pacienta, projevující se nepoměrem v příjmu a výdeji tekutin

Cíle ošetřovatelské péče

- přiměřená hydratace, poměr mezi příjmem a výdejem tekutin
- přiměřený stav kůže a sliznic, normální kožní turgor

Plán péče

- zajistit dostatečný příjem v infuzní terapii, pacient má dietu nic per os
- přesně měřit příjem a výdej tekutin
- sledovat nejen množství, ale i barvu, zápach, příměsi a specifickou váhu moči
- sledovat stav kůže a její turgor, dle potřeby kůži promazávat
- sledovat a pečovat o sliznice, hlavně dutiny ústní a nosní

Realizace

Při příjezdu ze sálu pacientovi „kapal“ Ringerů roztok, po kontrole kolik dostal tekutin na sále a jaké měl ztráty, lékař upravil další příjem tekutin. Infuze jsem podávala společně s dalšími léky dle ordinace lékaře a předepsanou rychlostí. Další dva dny jsem pacientovi podávala veškeré ordinace intra venózně, výživu - Oliclinomel, infuze - Ringerův roztok a veškeré medikace dle ordinace lékaře. Pravidelně jsem sledovala příjem a výdej tekutin, aby nedošlo k dehydrataci nebo přetížení oběhu z nadměrné hydratace. Do výdeje jsem zahrnula nejen množství moče, ale i odpady z drénů a v úvahu jsem také brala ztráty při febriliích. Bilance byla téměř vyvážená. Dále jsem také pravidelně kontrolovala CŽK a PMK, zda jsou plně funkční. Kůže byla pružná, bez známek dehydratace a po každé hygieně jsem pacienta namazala tělovým mlékem. Sliznice byly vlhké, k péči o dutinu ústní jsem používala speciální zvlčené „citrónové štětičky“ a rty promazávala mastí Calcium pantothenicum. Sliznici dutiny nosní jsem kontrolovala zda nejeví známky popraskání a krvácení, vzhledem k dlouhodobému podávání kyslíku kyslíkovými brýlemi. Dle potřeby jsem ji promazávala mastí a pravidelně jsem doplňovala sterilní vodu na zvlčení podávaného kyslíku. Vše jsem řádně zaznamenávala do dokumentace a informovala lékaře.

Hodnocení

Pacientovy bilance tekutin byly vyvážené a pacient nejevil žádné známky dehydratace ani přetížení tekutinami, fyziologické funkce byly v normě a dýchání bylo čisté, sklípkové, bez fenoménů. Kůže i sliznice byly fyziologické

6. **RIZIKO VZNIKU DEKUBITŮ** – z důvodu omezeného pohybu z důvodu pooperačního stavu, projevující se zarudlou kůži v sakrální oblasti a na loktech

Cíle ošetřovatelské péče

- zabránit vniku dekubitů a svalových kontraktur

Plán péče

- vhledem pacientově omezené pohyblivosti častěji sledovat a vypodkládat místa dispozičně nejčastěji postižená dekubity
- zvýšit hygienickou péči o kůži na rizikových místech
- snažit se alespoň minimálně aktivizovat pacienta
- zajistit pacientovi pravidelnou rehabilitaci a fyzioterapeutickým pracovníkem
- vše pravidelně zaznamenávat do dokumentace, o případných změnách informovat lékaře
- pravidelně provádět Norton skóre a hodnotit aktivitu pacienta ADL

Realizace

Po operaci měl pacient přísný klid na lůžku, zaujímal polohu na zádech, ve které zůstal až do druhého, tedy prvního pooperačního dne. Pouze večer z důvodu značného propocení, jsem u pacienta provedla menší hygienu a výměnu ložního prádla. Při této příležitosti, vzhledem k tomu, že byl pacient ležící již delší dobu, jsem zkontrolovala a promazala Menalindovou pastou sakrální oblast, lokty a paty a celá záda jsem promazala Francovou mastí. Další dva pooperační dny za pacientem dvakrát denně docházela rehabilitační sestra a pacient v rámci svých možností alespoň trochu cvičil. Vzhledem k rozsahu laparostomie se pacient nemohl příliš pohybovat a proto jsem věnovala zvýšenou pozornost hlavně sakrální oblasti, zádům, lopatkám, temeni hlavy, loktům a patám. Těmto místům jsem věnovala nejen zvýšenou hygienickou péči, ale i

zvýšenou péči o kůži s použitím různých mastí, antidekubitárních kruhů, podložních klínů, koleček apod. Vše jsem řádně zaznamenávala do dokumentace a o všem informovala lékaře.

Hodnocení

U pacienta nedošlo ke vzniku dekubitů, pouze z dlouhodobějšího ležení v poloze na zadech, měl mírně zarudlá záda a sakrum, ale bez známek hlubší kožního poškození.

7. **RIZIKO VZNIKU TEN** – z důvodu operačního výkonu a snížené pohyblivosti, projevující se nutností používání TEN pomůcek a podáváním antikoagulancií

Cíle ošetřovatelské péče

- zabránit vzniku tromboebolické nemoci

Plán péče

- zajistit TEN pomůcky
- podávat antikoagulancia dle ordinace lékaře
- provádět včasnou mobilizaci pacienta
- sledovat barvu, teplotu a čití DK
- edukovat pacienta o TEN, o nutnosti její prevence a o možných příznacích vzniku

Realizace

Pacient měl již dlouhou dobu před touto operací nasazené „elastické punčochy“ a byl mu dvakrát denně v pravidelných časových intervalech aplikován Fraxiparine 0,4 ml s. c.. Pacient byl už tedy několikrát edukován průběhu hospitalizace o TEN, její prevenci, rizicích a projevech, proto jsem pacientovi vše pouze zběžně zopakovala a ten všemu rozuměl. Další dva pooperační dny už pacient začal s rehabilitací a tedy částečnou mobilizací. DK jsem kontrolovala při každé hygieně, pacient si pouze stěžoval, že ho kůže pod „elastickými punčochami“ svědí a že ho punčochy občas škrtí. Proto jsem DK po každé hygieně důkladně promazala a častěji je kontrolovala. Vše jsem řádně zaznamenávala do dokumentace.

Hodnocení

Pacient nejevil žádné známky TEN, kůže, barva i čití DK bylo v pořádku. Pouze po dlouhodobé aplikaci antikoagulancií měl pacient drobné hematomy v oblasti pupku, což je při dlouhodobé aplikaci běžné.

8. **RIZIKO PÁDU** – z důvodu snížené pohyblivosti, projevující se nesoběstačností při pohybu

Cíle ošetřovatelské péče

- zabránit případnému pádu a zranění pacienta

Plán péče

- edukovat pacient a vyplnit s ním do ošetřovatelské dokumentace riziko pádu
- zajistit pacientovi dobrou dostupnost signalizačního zařízení, aby mohl přivolat sestru
- v případě nutnosti zajistit pacienta postranicemi nebo dalšími pomůckami
- upozornit pacienta na možnost vedlejších účinků některých léků, které by se mohly projevovat malátností, zmatenostní nebo slabostí

Realizace

Formulář „Riziko pádu“ (Příloha č.:4) měl pacient vyplněn ze standardního oddělení, proto jsem pouze zkontrolovala, zda se jeho hodnoty nezměnily. Stále měl 3 body, což je hodnota kdy je pacient ohrožen pádem. V operační den i oba dva další pooperační dny byl pacient ležící, klidný, bez jakýchkoliv známek zmatenosti, proto jsem nepoužila žádných speciálních pomůcek k zajištění bezpečnosti pacienta. Pouze měl z obou stran zvednuté postranice. Postranice byly v rozsahu od hlavy po břicho a to především z důvodu, že je pacient používal jako pomůcku při pohybu na lůžku a měl na nich elektronické ovládání jednotlivých částí lůžka. Signalizační zařízení měl po celou dobu v dosahu a veškerou medikaci snášel dobře, bez vedlejších účinků. Vše jsem řádně zaznamenávala do dokumentace .

Hodnocení

Přestože byl pacient ohrožen rizikem pádu, zajištění jeho bezpečnosti v průběhu hospitalizace bylo dostatečné a nedošlo k žádnému pádu ani jinému zranění pacienta.

9. **NAUZEA** – z důvodu základního onemocnění a podání anestetik, projevující se nucením na zvracení, bledostí a tachykardií

Cíle ošetřovatelské péče

- pacient nepociťuje nevolnost a nemá nucení na zvracení

Plán péče

- zajistit pacientovi na dosah pomůcky pro případ zvracení
- dle ordinace lékaře podávat prokinetika a antiemetika a sledovat účinky podané medikace
- dle potřeby a domluvy s lékařem eventuelně zavést žaludeční sondu
- nic per os

Realizace

Pacient si po příjezdu ze sálu stěžoval na silnou nevolnost a nutkání na zvracení. Připravila jsem mu na stolek emitní misku a buničinu pro případ že by opravdu zvracel. Dle ordinace má pouze infuzní terapii, tedy nic per os. Dále dle ordinace dostal v infuzích dostal Degan a Helicid i. v., po několika hodinách nevolnost začala ustupovat a tak se od zavedení NGS ustoupilo. Nevolnost byla zřejmě pouze následkem podané narkózy. Vše jsem zaznamenala do dokumentace a o dalším vývoji jsem informovala lékaře.

Hodnocení

Pacient nezvracel, pouze pociťoval nevolnost, která po podání medikace a odeznění anestézie úplně ustoupila.

10. **PORUŠENÝ SPÁNEK** – v důsledku chirurgického zákroku a bolesti, projevující se nespavostí, únavou a vyčerpaností

Cíle ošetřovatelské péče

- pacient bude v noci klidně spát a ráno se bude cítit odpočatý

Plán péče

- před spaním dle stupně bolesti a ordinace lékaře podat analgetika
- před spaním dle potřeby vyvětrat místnost
- upravit lůžko do vhodné polohy pro spaní, dle žádosti pacienta a možnosti polohování
- zorganizovat práci ve prospěch pacienta nebudit ho před šestou hodinou ranní

Realizace

Pacientův spánek byl rušen poměrně silnou bolestí. Proto dostal před spaním v deset hodin analgetika dle ordinace lékaře. První noc po operaci se bolestí znovu vzbudil okolo jedné hodiny ranní, kdy mu byly podány další analgetika. Další dvě noci taktéž dostal analgetika v deset hodin večer a o další injekci si řekl až kolem čtvrté hodiny ranní. Vzhledem k rozsahu rány pacient musel ležet převážně na zádech, naštěstí sám udával, že i doma spí buď na zádech nebo na boku, takže mu tato poloha vyhovovala. Díky centrální klimatizaci byl vzduch stále o stejné teplotě, která pacientovi vyhovovala a snažili jsme se na oddělení zajistit dostatečný noční klid.

Hodnocení

Pacient na analgetika reagoval poměrně dobře a díky tomu byl i jeho spánek kvalitní a ráno se cítil odpočatý. Poloha na zádech pacientovi nevadila a i klimatizované prostředí snášel dobře.

11. **SITUAČNĚ SNÍŽENÁ SEBEÚCTA** – z důvodu porušeného obrazu těla (stomie, operační rána, svalový úbytek...), projevující se nízkým sebehodnocení a obavami z budoucí kvality života

Cíle ošetřovatelské péče

- zlepšit pacientovo vnímání sebe sama a docílit vyššího sebehodnocení

Plán péče

- vysvětlit pacientovi, že tyto změny nejsou trvalé, ale pouze dočasné pouze po dobu nezbytně nutnou
- psychická podpora pacienta
- dle potřeby zajistit pacientovi pohovor s odborníkem
- edukovat nejen pacient, ale i jeho rodinu tomto dočasném stavu
- psychická podpora rodiny

Realizace

V operační den pacient vzhledem k únavě a bolestem žádnými pocity snížené sebeúcty netrpěl. Tyto pocity se dostavily až další den ráno, kdy se převazovala laprostomie a stomie na břiše. Pacient měl pocit znetvoření a odpornosti svého těla. Měl obavu, že tento stav bude trvalý a že už nebude moci žít normálním aktivní životem jako dosud. Největší obavy měl ze ztráty zaměstnání a sexuální života se svou ženou. Pacient byl důsledně edukován o dalším způsobu léčby, o pravděpodobném vývoji a pravidelně ujišťován že tento stav je opravdu pouze dočasný. Důkladně byla taktéž edukována jeho rodina, nejen o stavu pacienta, ale i nutnosti psychické podpory.

Hodnocení

Pacient po důkladné a stále opakované edukaci začal věřit, že tento stav bude opravdu pouze dočasný. Velkou roli zde sehrála především jeho manželka a příbuzní, kteří ho velice podporovali.

12. **PÉČE O SEBE SAMA NEDOSTATEČNÁ** – z důvodu pooperačního stavu, zavedených invazí, projevující se neschopností plně samostatně vykonávat běžné denní činnosti (pohyb, hygiena...)

Cíle ošetřovatelské péče

- kompenzace deficitu sebepéče po dobu hospitalizace
- před ukončením hospitalizace plná soběstačnost

Plán péče

- zjistit rozsah sebepéče
- použít veškeré dostupné kompenzační pomůcky
- psychická podpora pacienta

Realizace

Denně jsem zjišťovala stav sebepéče a soběstačnosti, vše zaznamenávala do dokumentace a konzultovala s dalším odborným personále. V operační den byl pacient vzhledem k únavě a bolestem plně odkázán na moji péči, v tento den jsem hygienu neprováděla, pouze jsem pacienta edukovala o možnostech a způsobech použití kompenzačních pomůcek. První pooperační den jsem u pacient vzhledem k jeho omezené pohyblivosti prováděla hygienu v leže na lůžku. Druhý pooperační den si již pacient zvládnul sednout s nohama dolů a hygienu prováděl sám v sedě za mojí asistence. Mým úkolem bylo vždy připravit veškeré potřebné pomůcky, jejich dostupnost a soukromí pacienta. K zajištění soukromí jsem použila plentu a žaluzie. Denně jsem měnila ložní prádlo a podle potřeby asistovala při výkonech sebepéče, které sám nezvládal.

Hodnocení

Za první tři pooperační dny se pacientova soběstačnost zlepšila pouze minimálně, při většině úkonů stále potřeboval pomoc sestry.

13. **STRACH** – z důvodu základního onemocnění a dlouhé hospitalizace, projevující se úzkostí a neklidem

Cíle ošetřovatelské péče

- zmírnit nebo zcela odstranit všechny příčiny strachu a obav pacienta

Plán péče

- zjistit příčinu strachu
- intenzivní komunikace o problému
- emaptie, trpělivost personálu
- aktivní spolupráce s rodinou
- v případě zhoršování této diagnózy, konzultace nebo pomoc odborníka

Realizace

První a druhý pooperační den pacient projevoval známky strachu a obav. Rozhovorem jsem zjistila, že hlavní příčinou strachu, je strach z budoucnosti. Pacient měl obavy z toho co bude, až ho propustí z nemocnice, bál se ztráty zaměstnání, sociální izolace a především neschopnosti zajistit rodinu, jak byl doposud zvyklý. Strach a obavy byly úzce spojeny s jeho nízkým sebevědomím. Proto i zde byl podobný postup jako u dg.: situačně snížená sebeúcta. I zde k odstranění strachu vedla, dobrá komunikace, edukace, empatie a velká podpora rodiny.

Hodnocení

Jak už bylo uvedeno pacient měl velkou oporu v rodině, což bylo nesmírně důležité pro jeho celkovou psychickou pohodu po celou dobu hospitalizace. Během prvních tří pooperačních dnů u pacienta strach a obavy přetrvávaly, ale jejich intenzita značně klesla.

14. **ÚNAVA** – z důvodu opakujících se operačních výkonů a poruchy spánku, projevující se sníženou výkonností a unaveností

Cíle ošetřovatelské péče

- zmírnit pacientovu únavu, aby byl schopen lepší sebepéče a soběstačnosti

Plán péče

- zajistit kvalitní a dostatečný spánek a odpočinek
- zmírnit psychické problémy pacienta
- tišit pacientovu bolest
- zajistit asistenci při úkonech, které pacient není schopen vykonávat sám

Realizace

V operační den byl pacient velice unavený, v důsledku délky operačního výkonu a jeho náročnosti. Proto bylo nezbytné pacientovi zajistit dobrý spánek a odpočinek. Hlavní předpokladem dobrého spánku bylo odstranění poměrně intenzivní bolesti, proto jsem pacientovi aplikovala analgetika ihned po příjezdu na pokoj. Po půl hodině, kdy bolest stále přetrvávala, jsem aplikovala ještě jednu injekci a pak už pacient dostával analgetika v pravidelných časových intervalech a dle potřeby a intenzity bolesti. Pravidelně jsem zaznamenávala intenzitu bolesti i reakce na podaná analgetika do ošetřovatelské dokumentace, dle analogové stupnice VAS, a informovala jsem lékaře o vývoji bolesti. Dalším velice důležitým faktorem bylo zmírnění psychických problémů pacienta, kterých jsme dosáhly vhodnou komunikací edukací a především za pomoci jeho rodiny. Při všech potřebných úkonech, které pacient nebyl schopen zvládnout sám, jsem mu asistovala nebo je prováděla zcela sama za jeho pasivní účasti.

Hodnocení

Díky odstranění nebo zmírnění všech uvedených rizikových faktorů, byl pacient v přiměřené bio-psycho-sociální pohodě a schopen odpočinku a kvalitního spánku.

4 EDUKACE

Při přijetí byl pacient seznámen s chodem oddělení, právy pacientů, ošetřujícím personálem a předpokládaným průběhem terapie. Již na ambulanci pacient podepsal veškeré informované souhlasy s hospitalizaci a uvedl osoby, kterým je možno sdělovat informace o jeho zdravotním stavu.

Při propuštění pacienta do domácího léčení, po první hospitalizaci, byl on i jeho manželka důkladně poučeni o dietě, péči o stomii, možných komplikacích, rehabilitaci a pravidelných kontrolách.

U diety byl pacient poučen, že nyní v období mezi operacemi bude muset přísně dodržovat šetřící bezezbytkovou dietu, která je velice důležitá po lepší a rychlejší zhojení střeva. Dostal domů přibližný návod co je při této dietě doporučeno jíst a co je naopak úplně zakázáno nebo se nedoporučuje jíst často a ve velkém množství.

Ohledně péče o stomii byl edukován on i jeho manželka již v průběhu hospitalizace. Veškerou tuto edukaci zajišťovala specializovaná stomická sestra a před odchodem domů, se byl pacient schopen o stomii starat zcela sám. Na několik prvních týdnů mu však byla zajištěna pravidelná specializovaná domácí péče, kdy k němu domů dvakrát v týdnu docházela sestra domácí péče. Ta kontrolovala zda pacient péči o stomii provádí správně a v případě potřeby se na ni mohl kdykoliv obrátit.

S rehabilitací byl pacient taktéž seznámen již v průběhu hospitalizace, kdy za ním pravidelně docházela pracovnice fyzioterapie a učila ho různým cvikům a korigovala stupeň jeho fyzické zátěže.

Co se týká vzniku možných komplikací byl pacient poučen ošetřujícím lékařem a seznámen, že při výskytu jakékoliv komplikace se má okamžitě dostavit na kontrolu na naši ambulanci. Ohledně komplikací ze stany stomie byl poučen stomickou sestrou.

Pacient i jeho manželka, která se o něj v domácí péči starala, všemu porozuměli a všechna doporučení striktně dodržovali.

Při propuštění po druhé hospitalizaci byla edukace téměř stejná, jen s tím rozdílem, že pacient neměl stomii a dieta musela být přísně dodržována jen několik týdnů po operaci.

5 ZÁVĚR A PROGNÓZA

O pacienta M. A. jsem se pečovala velkou část jeho pobytu na jednotce intenzivní péče, v průběhu hospitalizace prodělal několik operací a strávil i několik dnů na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Po téměř dvou měsíční hospitalizaci byl propuštěn do domácí péče, s tím, že po zlepšení fyzického stavu a zajišťovací onkologické léčbě, bude opět přijat k zanoření stomie. Další hospitalizace již probíhala standardně a do domácí péče byl propuštěn, z lékařského hlediska, zdráv.

V průběhu první hospitalizace se mezi pacientem, jeho rodinou a personálem navázali velice dobré vztahy. Pacient měl k personálu důvěru, plně spolupracoval a i přes veškeré komplikace v průběhu hospitalizace, byl s péčí a léčbou velice spokojen. Po propuštění do domácího léčení se o pacienta starala manželka, oba tedy byli při propuštění poučeni o dalším postupu léčby, dodržování všech léčebných postupů a možných komplikacích.

Pacient pravidelně docházel na kontroly do naší ambulance a při každé příležitosti nás na JIPu navštívil. Při prvních návštěvách vypadal ještě poměrně dost unaveně a stěžoval si, že ho zatím každá sebemenší činnost vyčerpává a že má stále problémy s péčí o stomii. Postupem času bylo vidět, že už se cítí mnohem lépe a udával, že zvládá sám vše co potřebuje a i se stomií se už naučil zacházet. Při poslední návštěvě u nás na JIPu vypadal velice dobře a chlubil se, že po lékařské stránce i z hlediska jeho fyzické zdatnosti je vše v pořádku a proto nyní odjíždí na čtrnáct dní do lázní a poté nastoupí k plánované hospitalizaci a k poslední operaci, tedy k zanoření stomie. Při druhé hospitalizaci u nás byl pouze několik dní, ale stále za námi docházel na návštěvy ze standardního oddělení a při každé další ambulantní kontrole se za námi vždy zajde podívat.

Nyní už je to několik měsíců od poslední operace a pacient se začíná znovu vracet do zcela normálního života. Začal opět chodit do práce, pomalu začíná i s lehčí fyzickou zátěží a cítí se zcela zdráv. Po lékařské stránce je pacient zcela vyléčen a proto je jeho prognóza velice dobrá, bude muset pouze celoživotně dodržovat mírná dietní opatření a chodit na pravidelné kontroly.

6 LITERATURA

1. Balaš, V., et al., Speciální chirurgie 2, Avicenum, Praha, 1985, vzhledem ke stáří publikace bez ISBN
2. Bártová, J., Patologie pro bakaláře, Karolinum, Praha, 2004, ISBN 80-246-0794-8
3. Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2. přeprac. vyd. Grada Publishing, spol.s.r.o, Praha, 2001, ISBN 80-247-0242-8
4. Feneis, H., Anatomický obrázkový slovník, Avicenum, Praha, 1981, vzhledem ke stáří publikace bez ISBN
5. Hrabovský, J., et al., Chirurgie pro SZŠ, Eurolex Bohemia a. s., Praha, 2006, ISBN 80-86861-49-X
6. Hulín, I., Somatologie, Avicenum, Praha, 1984, vzhledem ke stáří publikace bez ISBN
7. Jech, Z., Benďáková, A., Komplexní péče o nemocného se stomií – skripta pro vzdělávací kurs pro stomasestry, ConvaTec academy, Praha, 2007
8. kolektiv bez daného autora, Pharmindex Brevíř, MediMedia Information spol. s. r. o., Praha, 2002, ISBN 80-86336-04-2
9. Marečková, J., Ošetřovatelské diagnózy v nanda doménách, Grada Publishing, a. s., Praha, 2006, ISBN 80-247-1399-3
10. Pafko, P., et al., Cause mortis v chirurgii, Galen, Praha, 2005, ISBN 80-7262-300-1
11. Pafko, P., et al., Náhlé příhody břišní, Grada Publishing a. s., Praha, 2006, ISBN 80-247-0981-3
12. Smith, T., et al., Lidské tělo, Fortuna Print, Praha, 1996, ISBN 80-85873-55-9
13. Stříteský, J., Halberstadt, P., Patologie pro SZŠ 2. díl, Scientia Medice, Praha, 1995, ISBN 80-85526-47-6
14. Trojan, S., et al., Lékařská fyziologie, Grada, Praha, 2003, ISBN 80-247-0512-5
15. Víšek, V., Vnitřní lékařství pro SZŠ 1. díl, Scientia Medica, Praha, 1995, ISBN 80-85526-87-5

Internetové odkazy:

16. http://stomik.webz.cz/stomik/stranka0.html
17. http://vnl.xf.cz/ose/ose-gordonova.php
18. http://www.cls.cz/dokumenty2/os/t180.rtf
19. http://www.cls.cz/dokumenty2/postupy/r067.rtf
20. http://www.cls.cz/dokumenty2/postupy/r068.rtf
21. http://www.google.com/search?q=kolorekt%E1ln%ED+karcinom&num=100&sitesearch=www.uzis.cz%2F
22. http://www.ilco.cz/CoJeStoma.html
23. http://www.linkos.cz/kongresy/abstrakta.php?typ=5&hledat=a&k=Kolorekt%e1ln%ed%20karcinom&a=2005%20XXIX.%20Brn%ecnsk%e9%20onkologick%e9%20dny%20a%20XIX.%20Konference%20pro%20sestry%20a%20laboranty
24. http://www.ordinace.cz/clanek/hemeroidy-rektoskopie/
25. http://www.ordinace.cz/clanek/kolonoskopie/
26. http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/Prevence/Cteniprozdravi/Rakovina_tlusteho_streva

7 PŘÍLOHY

Příloha č.: 1 – Pořadí ČR v incidenci a mortalitě podle standardizovaných měr.

Příloha č.: 2 - Typy prováděných resekcí tlustého střeva.

Příloha č.: 3 - Ukázka vakuového systému (VAC) hojení ran v praxi.

Příloha č.: 4 – Pomocné měřící techniky a grafy.

Příloha č.: 5 – Vstupní ošetřovatelská anamnéza.

Příloha č.: 6 – Ošetřovatelská překladová zpráva.

Příloha č.: 1 – Uvedené informace pocházejí ze studie v roce 2002, u KRK tyto výsledky platí stále.

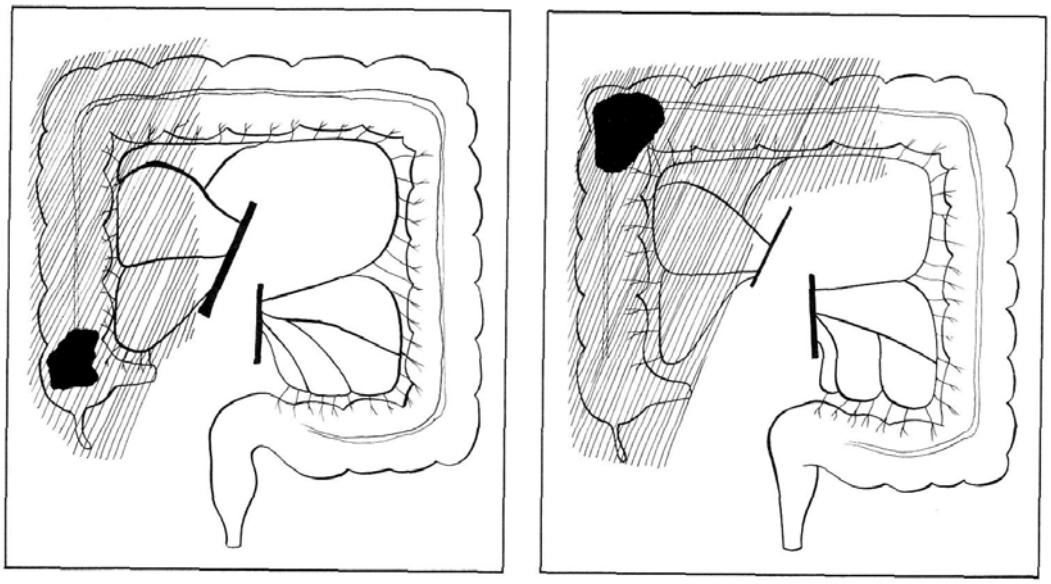
Pořadí ČR v incidenci a mortalitě podle standardizovaných měr (srovnání s 196 zeměmi)

	Incidence		Mortalita	
	muži	ženy	muži	ženy
Kolorektum	1.	11.	2.	4.
Žaludek	74.	78.	76.	79.
Játra	88.	112.	89.	98.
Slinivka břišní	6.	4.	4.	7.
Plíce	9.	31.	8.	24.
Prsa	-	36.	-	37.
Hrdlo děložní	x	119.	x	135.
Tělo děložní	x	4.	x	17.
Vaječníky	x	4.	x	9.
Prostata	49.	x	59.	x
Ledviny	1.	1.	1.	1.
Močový měchýř	24.	16.	42.	34.
Mozek a nervový systém	46.	21.	17.	6.
Všechny novotvary bez dg. C44	11.	18.	4.	10.

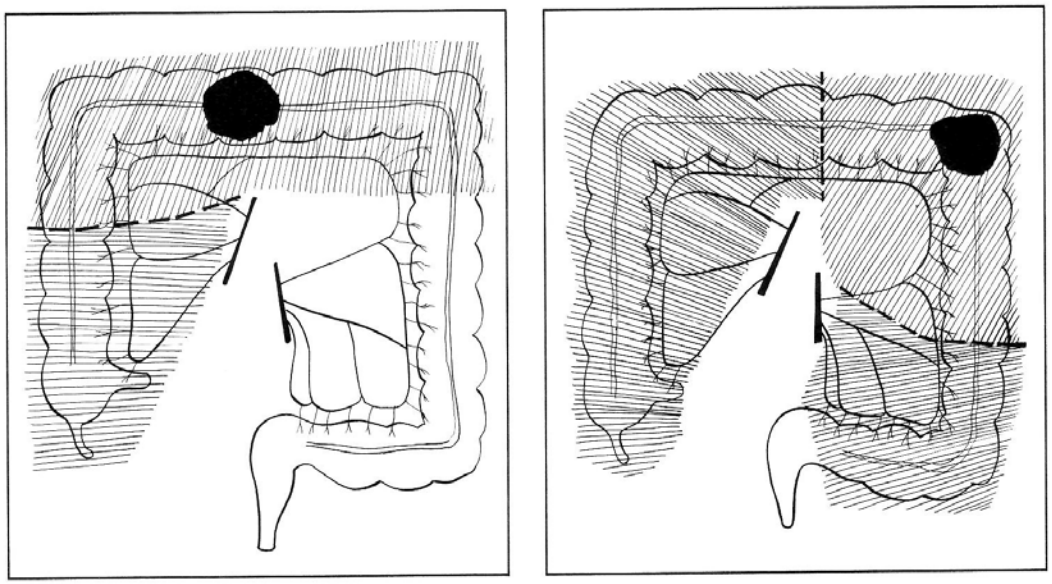
Zdroj: Globocan 2002

Příloha č.: 2 – Typy prováděných resekcí.

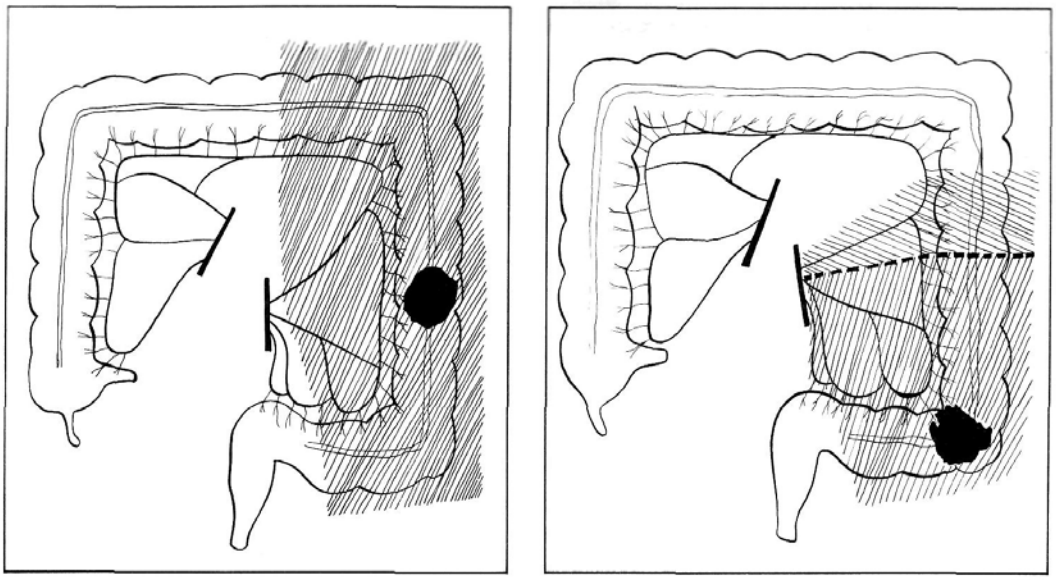
Obr. 1a - Pravostranná hemikolektomie. 1b - Rozšířená pravostranná hemikolektomie.



Obr. 2a - Rozšířená pravostranná hemikolektomie, včetně resekce transverza, až po slezinné ohbí. 2b - subtotální kolektomie.



Obr. 3a - Levostranná hemikolektomie. 3b - resekce sigmoidea.



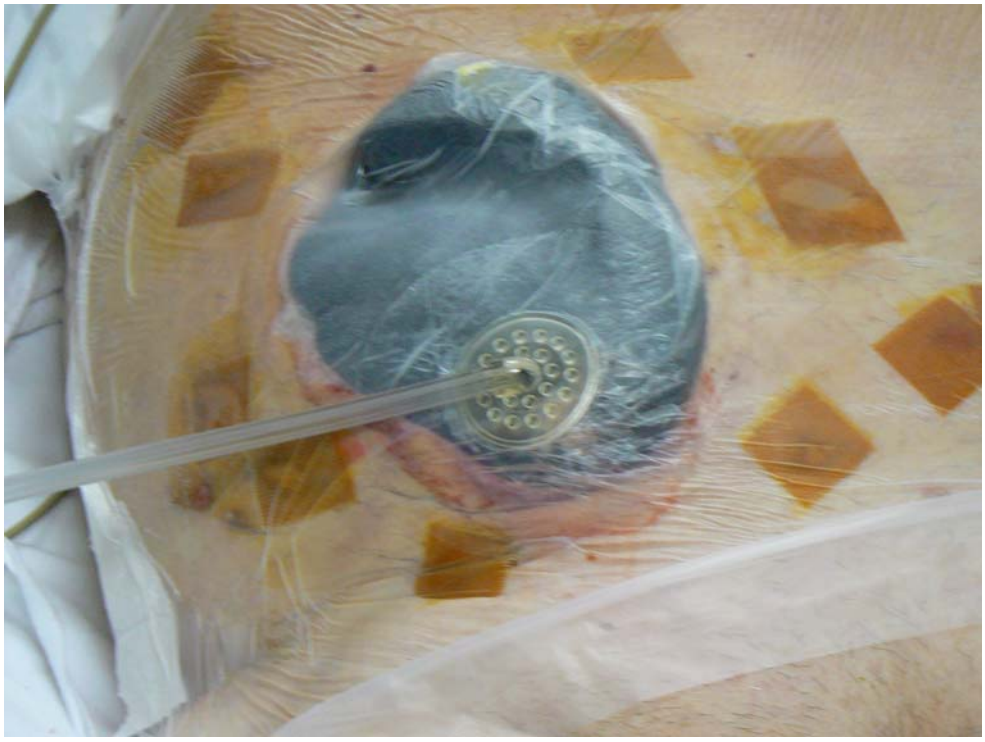
Příloha č.: 3 - Ukázka vakuového systému (VAC) hojení ran v praxi.

Břišní laparostomie s výhřezem slepených vzedmutých kliček a omenta.

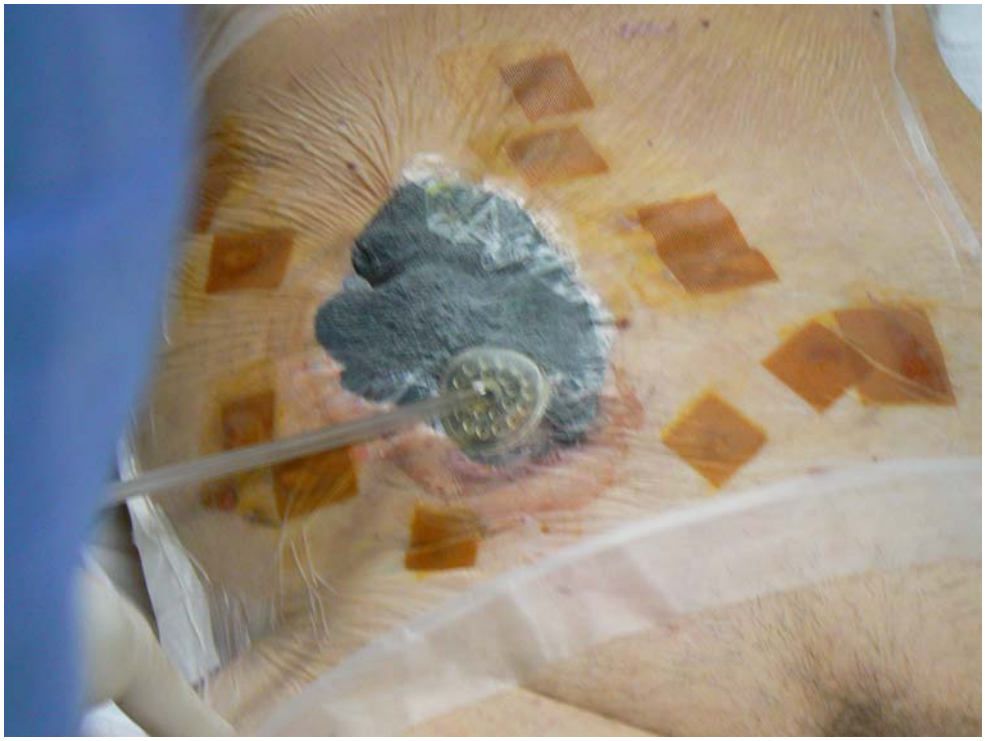
Polopropustná folie se speciální houbou – používaná jako výplň rány.

Vložení přesně vystřižené folie a houby do rány.

Překrytí celé rány folii, s již vystřiženou perforací ve středu houby.



Umístění odvodného drénu, pomocí kterého vytváříme potřebný podtlak.



Již vytvořený podtlak, díky kterému dochází k čištění a postupnému stahování rány.

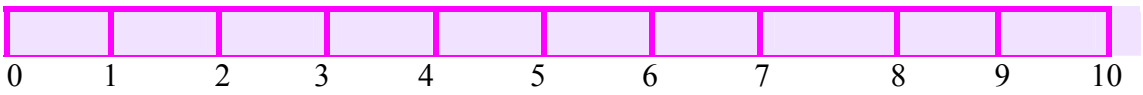
Přístroj který vytváří a udržuje nastavený podtlak a který zároveň sbírá odsátou tekutinu.

Příloha č.: 4 – Pomocné měřící techniky a grafy.

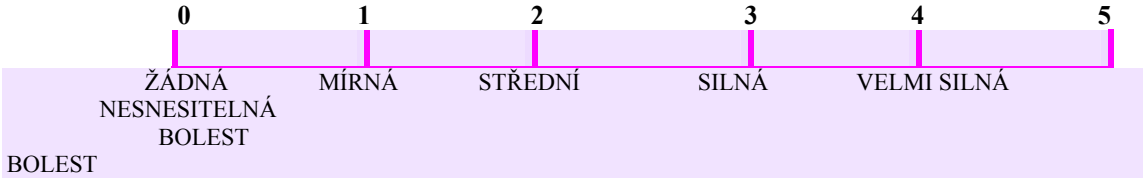
VAS

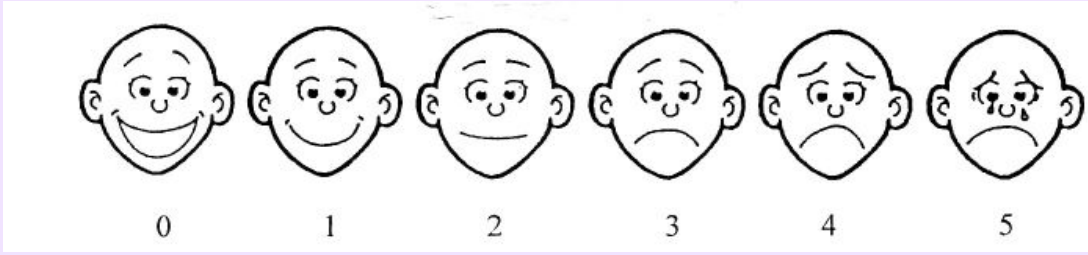
VIZUÁLNÍ ANALOGOVÁ STUPNICE BOLESTI

→ SMĚR ZVYŠOVÁNÍ INTENZITY BOLESTI



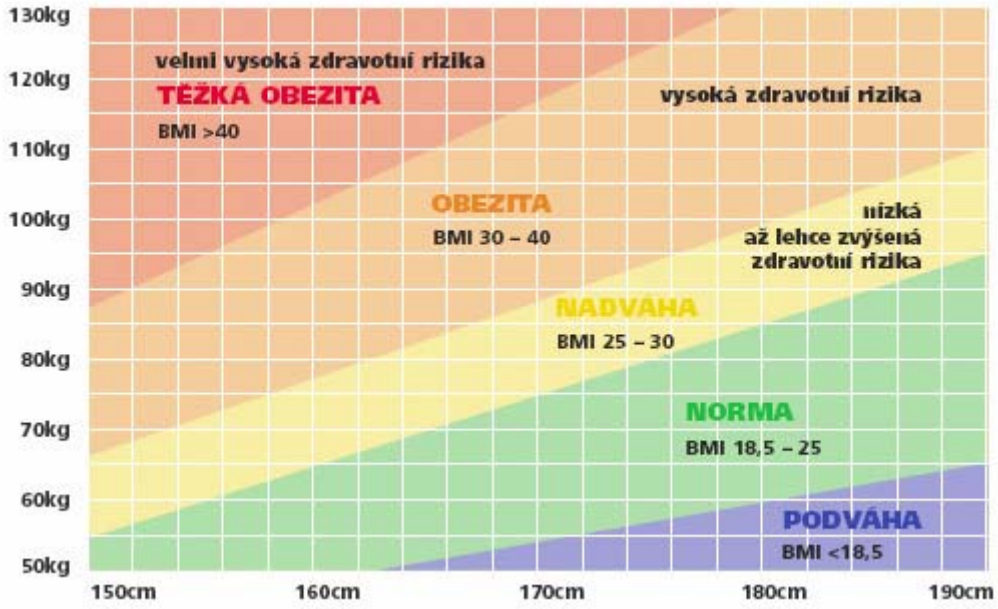
GRAFICKÁ ŠKÁLA – FACES SCALES (FS) 3-6 LET





BMI index

BODY MASS INDEX – POMĚR VÁHY A VÝŠKY



BARTHELŮV TEST - ADL

HODNOCENÍ STUPNĚ ZÁVISLOSTI V ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTECH

NAJEDENÍ, NAPITÍ	SAMOSTATNĚ	10	**POUŽITÍ WC**	SAMOSTATNĚ	10
	S POMOCÍ	5		S POMOCÍ	5
	NEPROVEDE	0		NEPROVEDE	0
OBLÉKÁNÍ	SAMOSTATNĚ	10	**PŘESUN LŮŽKO - ŽIDLE**	SAMOSTATNĚ	15
	S POMOCÍ	5		S MALOU POMOCÍ	10
	NEPROVEDE	0		VYDRŽÍ SEDĚT	5
KOUPÁNÍ	SAMOSTATNĚ NEBO S POMOCÍ	5		NEPROVEDE	0
	NEPROVEDE	0	**CHŮZE PO ROVINĚ**	SAMOSTATNĚ NAD 50m	15
OSOBNÍ HYGIENA	SAMOSTATNĚ NEBO S POMOCÍ	5		S POMOCÍ 50m	10
	NEPROVEDE	0		NA VOZÍKU 50m	5
KONTINENCE MOČI	PLNĚ KONTINENTNÍ	10		NEPROVEDE	0
	OBČAS INKONTINENTNÍ	5	**CHŮZE PO SCHODECH**	SAMOSTATNĚ	10
	TRVALE INKONTINENTNÍ	0		S POMOCÍ	5
KONTINENCE STOLICE	PLNĚ KONTINENTNÍ	10		NEPROVEDE	0
	OBČAS INKONTINENTNÍ	5	**CELKOVÉ SKÓRE**	**100**	NEZÁVISLÝ
	TRVALE INKONTINENTNÍ	0		**65-95**	LEHKÁ ZÁVISLOST
				45-60	ZÁVISLOST STŘEDNÍHO STUPNĚ
				0-40	VYSOCE ZÁVISLÝ

TABULKA K HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU

Pohyb	**Neomezený**	0	***SMYSLOVÉ PORUCHY***	***Žádné***	0
	Používá pomůcky	2		***Vizuální, smyslové, Smyslový deficit***	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1	**MENTÁLNÍ STATUS**	***Orientován***	0
	Neschopen přesunu	1		***Občasná noční dezorientace***	1
Vyprazdňování	***Nevyžaduje pomoc***	0		***Dřívější dezorientace/demence***	1
	Nykturie / inkontinence	1	**VĚK**	***18 - 75***	0
	Vyžaduje pomoc	1		***75 a vyšší***	1
Medikace	***Neužívá rizikové léky***	0	**PÁDY ANAMNÉZE**		1
	Užívá následující léky: ■ ***Diuretika*** ■ ***Antiepileptika*** ■ ***Antiparkinsonika*** ■ ***Antihypertenziva*** ■ ***Psychotropní látky*** ■ ***Benzodiazepiny***	1	**CELKOVÉ SKÓRE:**	**Skóre 2 a vyšší** = pacient je ohrožen rizikem pádu – zajistěte prevenci podle metodického pokynu „Riziko pádu“	

NORTON SCORE

ČÍM MÉNĚ BODŮ, TÍM VYŠŠÍ RIZIKO VZNIKU DEKUBITU

Fyzický stav		**vědomí**		**aktivita**		**pohyblivost**		**inkontinence**	
Dobrý	4	Dobrý	4	Chodí	4	Úplná	4	Není	4
Zhoršený	3	Apatický	3	S doprovodem	3	Částečně omezená	3	Občas	3
Špatný	2	Zmatený	2	Sedačka	2	Velmi omezená	2	Moč	2
Velmi špatný	1	Bezvědomí	1	Leží	1	Žádná	1	Moč + stolice	1

GLASGOW COMA SCALE

HODNOCENÍ STAVU VĚDOMÍ

Otvírání očí GSC - Glasgow Coma Scale		Spontánní Na slovní výzvu Na bolestivý podnět Nereaguje	**4** **3** **2** **1**	Reakce zornic ++ = rychle + = pomalu - = nereaguje **C** = oči zavřeny (otok)
Nejlepší motorická odpověď	na slovní výzvu na bolestivý podnět	Adekvátní Lokalizuje bolest Úhyb Flexe na bolest Extenze na bolest Bez odpovědi	**6** **5** **4** **3** **2** **1**	**CELKOVÉ SKÓRE:** **15** plné vědomí **nad 13** žádná nebo lehká porucha **8 – 13** porucha vědomí **pod 8** bezvědomí **3** hluboké bezvědomí
Nejlepší slovní odpověď	Plně orientovaný, konverzuje Dezorientován, konverzuje Neadekvátní výrazy a slova Nesrozumitelné zvuky Bez odpovědi		**5** **4** **3** **2** **1**	**DÍTĚ DO DVOU LET** usmívá se, naslouchá, sleduje pláč - utišitelný vytrvalý pláč - přechodně utišitelný pláč - neutišitelný, agitovanost, neklid nereaguje