

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetřovatelství**

Bakalářské studium ošetřovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

Ošetrovatelská kazuistika pacienta s karcinomem žaludku

Nursing case study of patient with gastric cancer

2007/2008

Pavla Hejmová

Vedoucí práce: PhDr. Hana Horová

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

V Praze, dne 29. dubna 2008

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce PhDr. Haně Horové za trpělivost, podnětné připomínky, návrhy a korekce mé bakalářské práce a čas, který mi věnovala.

Dále děkuji sestřám a lékařům interní kliniky za vynikající spolupráci a vrchní sestře, která mi pomohla při výběru pacienta.

Děkuji také svému klientovi, který byl ochoten svěřit se do mé péče a věnovat mi svůj čas, pozornost a důvěru.

Obsah

1 ÚVOD.....	5
2 KLINICKÁ ČÁST.....	6
2.1 Charakteristika onemocnění.....	6
2.2 Základní identifikační údaje.....	11
2.3 Lékařská anamnéza.....	11
2.4 Lékařské diagnózy.....	13
2.4.1 Hlavní důvod hospitalizace.....	13
2.4.2 Ostatní lékařské diagnózy.....	13
2.5 Diagnostické metody.....	14
2.5.1 Fyziologické funkce.....	14
2.5.2 Laboratorní vyšetření.....	14
2.5.3 Další diagnostická vyšetření.....	16
2.6 Terapeutická péče.....	18
2.7 Průběh hospitalizace.....	21
3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	22
3.1 Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu.....	22
3.1.1 Náhled pacienta na hospitalizaci.....	22
3.1.2 Základní fyziologické potřeby.....	22
3.1.3 Psychosociální potřeby.....	25
3.2 Ošetrovatelské diagnózy.....	27
3.3 Cíl, plán, realizace, hodnocení.....	28
3.4 Edukace.....	36
3.5 Závěr a ošetrovatelská prognóza.....	38
4 SEZNAM LITERATURY.....	39
5 SEZNAM ZKRATEK.....	40
6 SEZNAM PŘÍLOH.....	42

1 ÚVOD

Již rok pracuji na interní klinice fakultní nemocnice v Praze. Tento obor se mi zalíbil již v době, kdy jsem na interní klinice vykonávala ošetrovatelskou praxi.

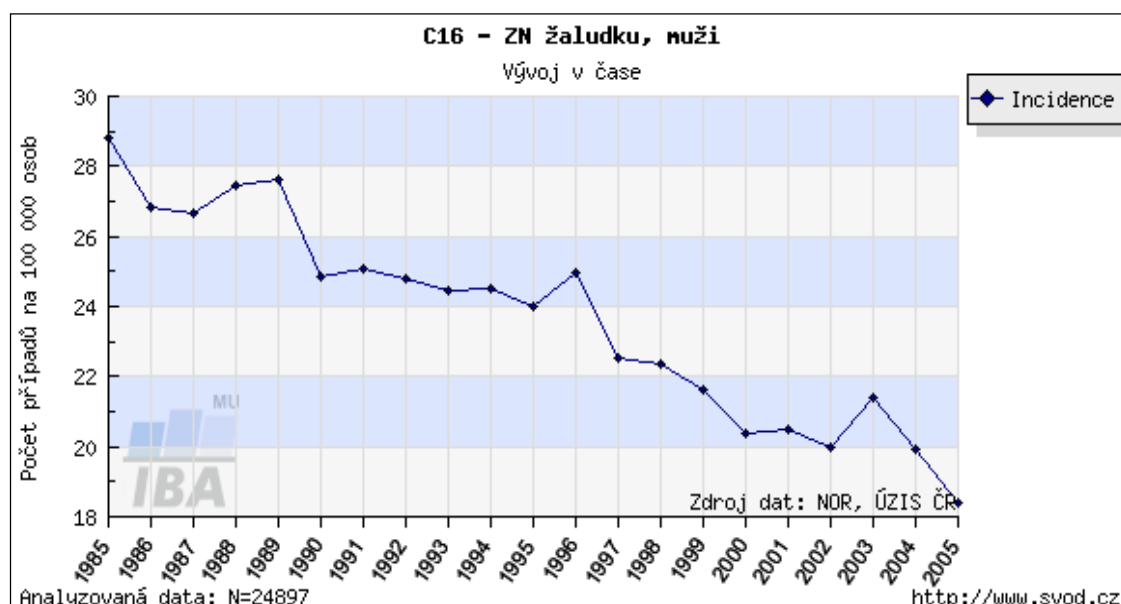
Když jsem v létě loňského roku nastoupila do práce, velmi mě překvapilo, že ošetřuji tolik pacientů s nádorovým onemocněním. Věděla jsem samozřejmě již před tím, že je to velký celosvětový problém. Když jsem ale měla možnost se o tyto pacienty starat, vyslechnout si jejich životní příběhy a společně bojovat proti tak velkému soupeři, kterým nádorové onemocnění bez pochyby je, donutilo mě to k zamyšlení. Práce v tomto oboru mi pomohla přehodnotit vlastní životní priority a cíle a velmi ovlivnila můj život.

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala 70letého pacienta s diagnózou karcinom žaludku, se kterým jsem již od počátku navázala velmi přátelský vztah a který mě zaujal svým životním příběhem. Pacient souhlasil a velmi ochotně mi poskytl všechny informace potřebné pro zpracování mé závěrečné práce.

2 KLINICKÁ ČÁST

2.1 Charakteristika onemocnění

Výskyt karcinomu žaludku se v České republice pohybuje okolo 18 nově vzniklých případů na 100 000 obyvatel, u žen je přibližně poloviční. Obecně výskyt karcinomu žaludku v poslední době ve vyspělých zemích klesá. Přesto však celosvětově patří karcinom žaludku mezi nejčastější malignity vůbec, ročně umírá na toto onemocnění asi 1 milion lidí. V incidenci jsou značné rozdíly: nejvyšší v Japonsku (80/100 000) a v Chile, nízká je v USA (7/100 000). Pokles incidence v České republice v posledních 20 letech znázorňuje následující graf. (3)



(2)

Etiologie a patogeneze

Příčiny vzniku rakoviny žaludku jsou stále málo objasněny. Je nepochybné, že rakovina žaludku nemá jedinou příčinu.

Mezi rizikové faktory patří špatné stravovací návyky - nedostatečná konzumace ovoce a zeleniny, nadbytek soli, přepalovaných tuků, uzené potraviny, kancerogenní látky obsažené v potravě, např. nitrosaminy obsažené v rybách, nadměrná konzumace alkoholu a kouření.

U části nemocných mají jistě význam genetické faktory. V průměru 2 - 3krát větší riziko onemocnět shodně mají příbuzní I. stupně nemocného s rakovinou žaludku. Jsou dokonce známy rodiny, kde se karcinom žaludku vyskytuje u řady příbuzných v několika generacích.

Za rizikový faktor se považuje také chronická gastritida na podkladě infekce *Helicobacter pylori*, která zvyšuje riziko karcinomu žaludku 3 - 6krát. Za závažnou se pokládá zejména infekce *H. pylori* trvající od časného mládí.

Jako *ochranné faktory* působí antioxidanty vitamin C a β - karoten. Z běžných složek potravy mají protektivní vlastnosti čerstvé ovoce a zelenina, mléko, mléčné produkty a vláknina. (3, 5)

Patologický nález a klasifikace

Nádor zpravidla vychází z bazálních hlenotvorných buněk, většinou ve spojení s chronickou atrofickou gastritidou s intestinální metaplazií. Nejběžnější je adenokarcinom vycházející ze žlázového epitelu. Při klasifikaci karcinomu žaludku se užívá několik hledisek: (5)

Hloubka invaze

Podle hloubky invaze, zjistitelné nejlépe mikroskopickým vyšetřením chirurgického resekátu rozeznáváme:

1. *Časný karcinom*, který postihuje sliznici a submukózu, neproniká do muscularis propria. Plošný rozsah ani přítomnost metastáz není rozhodující. Pětileté přežití je u tohoto karcinomu až u 95 % případů.
2. *Pokročilý karcinom* je takový nádor, který proniká do muscularis propria a hlouběji.

Hloubka invaze rozhoduje významným způsobem i o prognóze. U pokročilého karcinomu je prognóza podstatně horší.

Makroskopická hlediska

I. Makroskopická klasifikace podle Borrmanna, používající se obvykle v endoskopických popisech:

typ polypózní

typ ulceriformní

typ ulcerózně - infiltrující

typ difúzně - infiltrující, kde infiltrace je omezena jen na určitý úsek nebo nádor infiltruje celý žaludek

II. Podle lokalizace postihuje tumor:

pylorus a antrum (55 %)

tělo žaludku (20 %)

fornix (14 %)

kardii (11 %)

Mikroskopická hlediska

I. Podle vyzrálosti struktur:

1. Nádory diferencované (mají více nebo méně diferencované žlázoové struktury):

a) tubulární

b) papilární

2. Nádory nediferencované (nemají zachovalé žlázoové struktury):

a) anaplastické

b) z prsténčitých buněk

Častější jsou nádory diferencované (cca 60 %), jejich prognóza je lepší.

II. Podle mikroskopické skladby

Klasifikace podle Lauréna:

a) Intestinální typ (55 %) se vyvíjí nejčastěji na podkladě atrofické gastritidy s intestinální metaplazií a vyskytuje se ve vyšším věku. U tohoto typu mají významný vliv faktory zevního prostředí (dietní vlivy, *H. pylori*). Má lepší prognózu.

b) Difúzní typ (35 %) vzniká často bez předchozí gastritidy, vyskytuje se u mladších jedinců, má horší prognózu. Na jeho vzniku se spolupodílejí hlavně genetické změny.

Při stagingu tumoru se používá TNM klasifikace, která vychází z hloubky invaze (T), postižení lymfatických uzlin (N) a přítomnosti vzdálených metastáz (M).

(5)

Klinický obraz

Zhoubné nádory žaludku nemají charakteristickou symptomatologii. První projevy jsou tak málo naléhavé a znepokojující, že nevedou k časnému vyšetření. U vysokého procenta nemocných jsou první symptomy již projevem pokročilého karcinomu. Nemocní si stěžují na postupně se rozvíjející váhový úbytek, pocit plnosti a tíhy v nadbřišku, občasnou nauzeu, slabost a únavnost. U menšího procenta nemocných mohou být příznaky typicky vředové. Je přítomna bolest nalačno, tiší se jídlom nebo antacidy. Bývá tomu tak při ulceriformním nádoru v antru při zachovalé aciditě. Dysfagie bývá prvním příznakem karcinomu kardiie. U nevelkého procenta je prvním projevem krvácení ve formě meleny nebo hematemeze.

Při fyzikálním vyšetření bývá nález na břiše normální, hmatná rezistence bývá u

pokročilých procesů. Nepříznivým znamením je metastaticky zvětšená uzlina nad levým klíčkem (Virchowova uzlina). Pátráme po metastaticky zvětšených játrech, po známkách anémie. Ikterus a ascites jsou projevy generalizace procesu. Vzácné jsou perimaleolární edémy z hypoproteinémie jako první nebo časný projev onemocnění (Hayemova forma). (3, 5)

Diagnostika

Nejdůležitějším vyšetřením je gastroskopie. Je indikována při sebemenším podezření na nádor. Tomuto vyšetření jsou přístupny též drobné léze (časná forma rakoviny), ale především umožňuje odběr vzorků na biopsii. Diagnostická spolehlivost biopsie stoupá s počtem odebraných vzorků (6 vzorků představuje přibližně 90 % jistotu). Biopsie selže při submukózním šíření nádoru, zde spíše uspěje endoskopická ultrasonografie.

Hloubku invaze s velkou spolehlivostí může zobrazit endoskopická USG, která postihne rovněž přilehlé lymfatické uzliny. Klasická USG břicha má význam v tom, že může prokázat metastázy v játrech, popřípadě vztah karcinomu žaludku k pankreatu a okolním strukturám. Pro vlastní diagnostiku intragastrického procesu tato vyšetření nemají význam.

Výpočetní tomografie (CT) je metodou doplňující předchozí zobrazovací metody. Je vhodnou metodou k odhalení jaterních metastáz a k posouzení velikosti vzdálenějších lymfatických uzlin.

RTG žaludku nemá v diagnostice karcinomu žaludku velký význam, dáváme přednost endoskopickým metodám.

Laboratorní nálezy mohou být cenným upozorněním na závažnost situace, diagnózu však nevylučují. Zjišťujeme zrychlenou sedimentaci erytrocytů, sekundární nebo sideropenickou anémii, hypoalbuminémii a pozitivní okultní krvácení (až v 80 % případů). Je možno očekávat pozitivitu nádorových markerů CEA, CA 19-9 a CA 72-4.

(3)

Diferenciální diagnóza

Nejdůležitější je odlišení od benigního peptického vředu a benigního polypu, dále sarkomu žaludku a maligního lymfomu, který může být makroskopicky neodlišitelný od karcinomu. Ve všech těchto případech je nutné histologické vyšetření.

(3, 5)

Terapie

Operační léčba jako jediná dává naději na úplné vyléčení a je ji třeba uskutečnit co nejdříve. Obvyklá je subtotální resekce žaludku, méně často se provádí totální gastrektomie. Vhodnost chirurgické léčby je třeba zvážit i u případů pokročilých (vzdálené metastázy, peritoneální rozsev). Resekce nádoru může zabránit obstrukci nebo krvácení a může příznivě ovlivnit kvalitu života. U inoperabilních tumorů obturujících pylorus je indikována odlehčující gastroenteroanastomóza, pokud má naději zlepšit kvalitu života nemocného.

Radioterapie se v léčbě karcinomu žaludku uplatňuje jen okrajově. Připadá v úvahu pouze jako paliace, a to zevním ozářením v dávkách 40 - 45 Gy.

Chemoterapie se v současné době používá především k paliaci pokročilých forem onemocnění. (3)

Prognóza

Prognóza karcinomu žaludku není příliš příznivá. V průměru je 5leté přežití menší než 20 %. Nemocní s pokročilou rakovinou, kteří neabsolvovali chirurgickou léčbu nebo chemoterapii, mají šanci přežít sotva delší než 6 měsíců, s karcinomatózou peritonea jen několik týdnů. (5)

Prevence

Primární prevence spočívá v eliminaci či omezení látek v potravě, které pokládáme za škodlivé. Jsou to zbytečné chemické přísady v potravinách, uzeniny, nadměrná konzumace alkoholu a kouření.

Sekundární prevence znamená odstranění prekancerózních stavů. Prakticky to znamená polypektomicky odstranit všechny polypózní léze. Zejména se to týká adenomů. Ostatní léze, které odstranit nelze, je třeba alespoň kontrolovat. (5)

2.2 Základní identifikační údaje

Jméno a příjmení: J. L.

Oslovení: pan L.

Věk: 70 let

Stav: ženatý

Vzdělání: vyučen

Povolání: řemeslník, dělník ve slévárně, nyní ve starobním důchodu

Adresa: viz lékařská dokumentace

Národnost: česká

Pojišťovna: VZP

Kontaktní osoba: manželka A.

Příjem k hospitalizaci: 31. 3. 2008

Hlavní důvod přijetí: zlepšení nutričního stavu před plánovaným výkonem

Dny mého ošetřování: 31. 3. 2008, 1., 2., 3., 4. 4. 2008

(11, 12, 13)

2.3 Lékařská anamnéza

Osobní anamnéza

V dětství prodělal pacient běžné dětské nemoci. Vážněji nestonal, DM 0, IM 0, CMP 0, v roce 1992 byl operován laparotomicky pro CHE. Již dva roky se léčí s arteriální hypertenzí.

Před rokem o Velikonocích začal pan L. pociťovat návaly horka a objevily se vysoké horečky kolem 40 °C několikrát denně. Po několika dnech, když horečky neustupovaly, se pan L. rozhodl jet do nemocnice. Zde mu byla provedena různá vyšetření - RTG, SONO, kolonoskopie a také gastrokopie, kde byl objeven žaludeční vřed a polyp. Histologické vyšetření bylo pozitivní - adenokarcinom. Za 3 týdny poté šel pan L. na operaci. Byla provedena totální gastrektomie a esofagojejunoanastomóza. Chemoterapii pan L. neabsolvoval. Onkolog rozhodl, že to není nutné. Pan L. chodil pouze 1krát měsíčně na kontroly k primářce interní kliniky. Od operace pan L. udává problémy s příjmem potravy.

Pan L. nebyl s péčí v nemocnici spokojen, proto se rozhodl vyhledat jiného lékaře. Od února 2008 je pan L. v péči dietologa fakultní nemocnice. Při sonografickém vyšetření byl zjištěn nález na peritoneu a ascites.

Nynější onemocnění

Pacient přichází po konzultaci s dietologem fakultní nemocnice na příjem pro zlepšení nutričního stavu. Je plánováno zavedení chemoterapie.

Farmakologická anamnéza

Pacient užívá Piramil 1,25 mg 1-0-0 a Cerucal 10mg 1- 1- 1

Alergická anamnéza

Pacient neuvádí žádné alergie.

Sociální anamnéza

Pan L. žije s manželkou v panelovém bytě v Praze 10. Jeho sestra a dvě děti - dcera Alena a syn Petr žijí také v Praze a často se navštěvují. Největší radost dělají panu L. vnoučata. Nejstarší David, který letos bude maturovat, a osmiletá Verunka a čtyřletá Markétka.

Rodinná anamnéza

Matka zemřela ve věku 86 let na rakovinu ženských pohlavních orgánů. O otci nemá pan L. žádné zprávy. Neví, zda je ještě živ, protože od mládí žil jen s matkou, s otcem se nestýkal. Sestra i děti pana L. jsou zdraví.

Pracovní anamnéza

Pan L. je nyní ve starobním důchodu. Zaměstnání od svého mládí velmi střídal. Pracoval nejprve jako řemeslník na stavbě. Po několika letech začal pracovat jako dělník ve slévárně kovu. Zde pracoval asi 15 let. Jeho poslední zaměstnání bylo v továrně na výrobu barev, kde pracoval s mnoha druhy různých chemikálií.

Abúzus

Pacient již 30 let nekouří. Do svých čtyřiceti let byl ale silný kuřák, kouřil 60 cigaret denně. Alkohol pije pan L. nyní jen příležitostně, dříve pil téměř pravidelně pivo i tvrdý alkohol. Říká, že to souviselo s jeho zaměstnáním dělníka ve slévárně. Studené pivo bylo pro něj nezbytné a velmi osvěžující. Drogy pan L. nikdy neužíval.

Objektivní nález

Orientovaný, spolupracuje, kachektický, bez ikteru a cyanózy, bez fatické poruchy, normální turgor kůže, eupnoe. Hlava: palpačně nebolestivá; oční motorika normální, pupily izokorické, skléry bílé, jazyk vlhký, nepovleklý, plazí ve střední čáře, hrdlo klidné. Krk: souměrný, tep karotid bez šelestů, náplň žil přiměřená, uzliny nehmatné, štítná žláza nezvětšená. Hrudník: dýchání čisté, sklípkové; poklep plný, jasný; ozvy srdeční 2, ohraničené. Břicho: v niveau, peristaltika +, měkké, prohmatné, nebolestivé, rezistence 0, poklep bubínkový; játra a slezina nezvětšeny; tapottement 0 oboustranně. DK: bez otoků, pulzy hmatné do periferie, trofické změny 0, bez známek zánětu. (11, 12)

2.4 Lékařské diagnózy

2.4.1 Hlavní důvod hospitalizace

- Zlepšení nutričního stavu před plánovaným výkonem
- Opakované hypoglykémie

2.4.2 Ostatní lékařské diagnózy

- Pooperační porucha trávicího ústrojí
- Neurčená malnutrice
- Esenciální hypertenze
- Ascites

(12)

2.5 Diagnostické metody

2.5.1 Fyziologické funkce

FF	31.3.2008	1.4.2008	2.4.2008	3.4.2008	4.4.2008
TK	100/60	120/80	110/80	100/70	100/70
TF	65/min	70/min	68/min	76/min	82/min
D	16/min	16/min	20/min	18/min	18/min
TT ráno	36,4 °C	36,3 °C	36,5 °C	36,9 °C	36,5 °C
TT v 11 hod.	neměřeno	neměřeno	neměřeno	neměřeno	38,3 °C
TT ve 12hod.	neměřeno	neměřeno	neměřeno	neměřeno	37,3 °C
TT večer	36,8°C	36,2°C	36,6°C	36,6°C	36,8°C

Tělesné míry	31.3.2008	1.4.2008	2.4.2008	3.4.2008	4.4.2008	
					před punkcí/ po punkci	
Tělesná váha	59 kg	59 kg	60 kg	61 kg	61 kg	58 cm
Obvod břicha	neměřen	101 cm	102 cm	102 cm	103 cm	90 cm
Tělesná výška	170 cm	170 cm	170 cm	170 cm	170 cm	170 cm
BMI	20,4	20,4	20,7	21,1	21,1	20,0

(10, 12, 15)

2.5.2 Laboratorní vyšetření

Krevní obraz + diff.

Vyšetřovaný parametr	1. 4. 2008	3. 4. 2008	Referenční hodnoty
Erytrocyty	4,22	4,18	4,00... 5,90 x 10 ¹² /l
Leukocyty	8,1	8,3	3,9... 10,0 x 10 ⁹ /l
Hemoglobin	126,0	131,0	135,0... 172,0 g/l
Hematokrit	0,374	0,380	0,420... 0,500

Vyšetřovaný parametr	1. 4. 2008	3. 4. 2008	Referenční hodnoty
Hb koncentrace	0,34	0,35	0,30... 0,37
Destičky	386	374	150... 400 x 10 ⁹ /l
Objem destiček	7,4	8,2	7,8... 11,0 fl
Neutro seg.	0,80	0,77	0,40... 0,70
Neutro tyče	0,00	0,00	0,00... 0,05
Eozinofily	0,02	0,02	0,01... 0,05
Bazofily	0,00	0,00	0,00... 0,01
Monocyty	0,08	0,07	0,01... 0,10
Lymfocyty	0,10	0,12	0,20... 0,40

FW: 20/ 50

S- Biochemie

Vyšetřovaný parametr	1. 4. 2008	3. 4. 2008	Referenční hodnoty
Urea	2,6	2,5	2,7... 8,5 mmol/l
Kreatinin	39	38	60...115 umol/l
Albumin	26	27,2	35,0... 44,0 g/l
AST	0,44	0,40	0,20... 0,60 ukat/l
ALT	0,16	0,22	0,20... 0,65 ukat/l
Bilirubin	8	11	5...20 umol/l
ALP	1,0	1,4	0,7... 2,6 ukat/l
GMT	0,27	0,20	0,10... 0,70 ukat/l
Na	138	135	137... 144 mmol/l
K	3,0	3,5	3,6... 4,9 mmol/l
Cl	96	98	97... 108 mmol/l
CRP	8,1	9,3	0,0... 5,0 mg/l

Koagulace

Vyšetřovaný parametr	1. 4. 2008	3. 4. 2008	Referenční hodnoty
Qt s	13,7	13,5	9,8... 14 s
Quick. test INR	1,06	1,02	0,90... 1,20 INR
Quick. test %	92,0	98,0	75,0... 120,0 %
APTT	34,4	32,8	26,0... 40,0 s

Moč+ sediment

Vyšetřovaný parametr	1. 4. 2008	3. 4. 2008	Referenční hodnoty
Urobilinogen	2	3	0...0 arb. j.
ostatní v normě			

Glykémie během hospitalizace (norma: 4,2 – 6,2)

Čas	31.3.2008	1.4.2008	2.4.2008	3.4.2008	4.4.2008
Ráno		2,2	3,3	2,8	4,6
Poledne	při příjmu 1,7	2,6	5,6	3,6	4,3
Večer	12,2	3,1	4,5	4,2	3,7

(12)

2.5.3 Další diagnostická vyšetření

1. 4. 2008

- **SONO břicha** - zjištěno střední množství ascitu. V játrech dvě ložiska charakteru hemangiomu. Susp. karcinomatóza peritonea.

2. 4. 2008

- **Gastroskopie + zavedení NJ sondy** - stav po totální gastrektomii a esofagojejunoanastomóze. Těžká refluxní esofagitida. Zavedena NJ sonda bez komplikací. Dop.: Prokinetika 5 - 7x denně, do sondy Nutrison Standard v dávce doplňkové k jídlu - dávka dle snášenlivosti (od 20ml/hod.).

4. 4. 2008

- **Břišní punkce** - vypuštěno 5 litrů tekutiny s červeně zkaleným nádechem. Vzorek odeslán na biochemii, cytologii.
- **3x hemokultury** - při záchvatu zimnice a třesavky po punkci ascitu. Výsledek negativní. (12, 14)

2.6 Terapeutická péče

31. 3. 2008

Farmakoterapie

per os: Verospiron tbl. 25mg 0-0-1 *

Cerucal tbl. 10mg 1- 1- 1

infúze: 500ml 10% G + 10ml 7,5 % KCl ve 14⁰⁰ hod.

500ml 10% G + 20ml 7,5 % KCl ve 18⁰⁰ hod.

Dietoterapie

Pacient měl po celou dobu hospitalizace dietu č. 1 – kašovitou, ke které dostával denně dva Nutridrinky k popíjení. Třetí den hospitalizace byla zavedena enterální výživa přes NJ sondu v doplňkové dávce k jídlu.

Pohybový režim

Pohyb dle aktuálního zdravotního stavu (v rámci lůžka a WC). Pacient první den hospitalizace převážně odpočíval a pospával, cítil se slabý v důsledku hypoglykemií.

1. 4. 2008

Farmakoterapie

per os: Piramil tbl. 1,25mg 1- 0- 0

Verospiron tbl. 25mg 1- 0- 1

Cerucal tbl. 10mg 1- 1- 1

infúze: tento den žádná infúzní terapie

Pohybový režim

Pohyb dle aktuálního zdravotního stavu. Pacient se cítil lépe, četl a luštil křížovky. Odpoledne trávil s manželkou v denní místnosti pacientů.

* seznam léků včetně indikačních skupin a vedlejších účinků uveden v příloze č. 1.

2. 4. 2008

Farmakoterapie

per os: Piramil tbl. 1,25mg 1- 0- 0

Verospiron tbl. 25mg 1- 0- 1

Helicid cps. 20mg 0- 0- 2

Cerucal tbl. 10mg 1- 1- 1

infúze: 500ml 10% G + 40ml 7,5% KCl v 8^o hod.

500ml 10% G ve 12^o hod.

enterální výživa: Nutrison Standard kontinuálně přes pumpu do NJ sondy rychlostí 10ml/hodinu dle snášenlivosti.

Pohybový režim

Pohyb dle aktuálního zdravotního stavu. Po zavedení NJ sondy se pacient cítil unavený, odpočíval na lůžku.

3. 4. 2008

Farmakoterapie

per os: Piramil tbl. 1,25mg ½- 0- 0

Verospiron tbl. 25mg 1- 0- 1

Helicid cps. 20mg 1- 1- 2

Cerucal tbl. 10mg 1- 1- 1

infúze: tento den žádná infúzní terapie

enterální výživa: Nutrison Standard do NJ sondy kontinuálně rychlostí 15ml/hodinu.

Pohybový režim

Pohyb dle aktuálního zdravotního stavu. Pacient se cítil lépe, dobře se vyspal. Během dne si četl svou oblíbenou knihu, odpoledne trávil čas s manželkou.

4. 4. 2008

Farmakoterapie

per os: Verospiron tbl. 25mg 1- 0- 1

Helicid cps. 20mg 1- 1- 2

Cerucal tbl. 10mg 1- 1- 1

s.c.: Mesocain 1% lokální anestetikum před břišní punkcí

i.v.: Novalgin 1 amp. v 11^o hod.

infúze: 1000ml F1/1 v 9^o hod.

500ml 10% G + 20ml 7,5% KCl ve 12^o hod.

500ml 10% G + 40ml 7,5% KCl v 17^o hod.

enterální výživa: Nutrison Standard do NJ sondy kontinuálně rychlostí 15ml/hodinu.

Pohybový režim

Pohyb dle aktuálního zdravotního stavu. Pacientovi byla v dopoledních hodinách provedena punkce ascitu. Po ní se objevila horečka, třesavka a zimnice. Pacient ležel na lůžku přikrytý pod třemi přikrývkami. Po aplikaci Novalginu začaly obtíže do půl hodiny ustupovat. Odpoledne se již pacient cítil dobře. Byl bez teploty a po punkci ascitu pocíťoval úlevu. Kolem 15. hodiny přišla pana L. navštívit manželka.

(9, 10, 11, 12, 16)

2.7 Průběh hospitalizace

Pacient po totální gastrektomii a esofagojejunoanastomóze byl přijat pro opakované hypoglykémie a zavedení enterální výživy.

Pro opakované hypoglykémie byla zavedena infúzní terapie 10 % glukózy a během tří dnů se podařilo dosáhnout fyziologických hodnot glykémie.

Třetí den hospitalizace byla zavedena NJ sonda pod gastrokopickou kontrolou a podáván Nutrison Standard kontinuálně přes pumpu v počáteční dávce 10 ml/ hodinu. Tuto dávku pacient snášel dobře. Při snaze zvýšit dávku aspoň na 20 ml/ hodinu začal pan L. pociťovat napětí v epigastriu, pocity plnosti a pumpa musela být minimálně na půl hodiny pozastavena. Byla tedy panu L. ponechána počáteční dávka 10 ml/ hodinu, která byla dobře snášena i v průběhu noci.

Čtvrtý den hospitalizace již pacient dobře toleroval dávku 15 ml/ hodinu. Pumpa byla přerušována jen v období jídla, kdy pacient netoleroval příjem stravy ústy i enterální výživu současně.

Pátý den hospitalizace byla pro doplňující se ascites provedena punkce při současné infúzní terapii. Bylo vypuštěno 5 l tekutiny s lehce červeným nádechem. Asi půl hodiny po ukončení punkce se objevily horečky (38,3°C), zimnice a třesavka. Byly nabrány tři hemokultury a podána 1 ampule Novalginu i.v. při současné infúzní terapii. Během půl hodiny horečka ustupovala, třesavka a zimnice odezněly. Odpoledne již pacient afebrilní, bez subjektivních obtíží. Pokračování v kontinuální enterální výživě Nutrisonem a infúzní terapii. (12, 14)

3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

3.1 Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu

3.1.1 Náhled pacienta na hospitalizaci

Pacient má náhled na svoji nemoc. Říká, že velký podíl na jeho nemoci měla jistě „nesprávná životospráva.“ Nemoc velmi ovlivnila pacientův způsob života. Musel omezit aktivní trávení volného času a změnit stravovací návyky.

Pacient přišel do nemocnice pro zavedení enterální výživy a odhaduje, že zde stráví asi týden. Má dostatek informací o nemocničním a léčebném režimu.

(11, 13)

3.1.2 Základní fyziologické potřeby

Dýchání

Pacient v dětství neprodělal žádná závažná onemocnění, která by měla vliv na jeho dýchání. Přiznává ale, že od svých 18 let je silný kuřák. Kouřil v průměru 60 cigaret denně. S kouřením definitivně přestal ve čtyřiceti letech po dlouhém přemlouvání své manželky.

První obtíže s dýcháním začaly u pana L. asi před půl rokem, kdy se mu po operaci žaludku začal tvořit ascites. Obtíže popisuje jako tlak v nadbříšku. Z počátku nebyly nijak závažné. Pan L. chodil jednou měsíčně na kontroly k primářce interní kliniky, kde mu byla ambulantně provedena punkce ascitu a obtíže odezněly.

Od počátku roku 2008 se stav pana L. začal zhoršovat. Ascites se tvořil stále ve větším množství. Pacient nebyl s péčí v nemocnici spokojen, proto se rozhodl vyhledat jiného lékaře. Od února 2008 je pacient v péči internistů fakultní nemocnice. Chodil pravidelně na konzultace, kde mu byla ambulantně jednou týdně provedena punkce.

V den přijetí neudává pacient potíže s dýcháním. Poslední punkce ascitu mu byla provedena před třemi dny. Říká, že první pocity tlaku se objevují pátý až šestý den a po punkci se mu vždy výrazně uleví.

Pacient při rozhovoru dýchá klidně, frekvence dechu je 16/ minutu. Pacient nemá známky cyanózy, je bez kašle a rýmy.

Hydratace

Pan L. uvádí, že s příjmem tekutin nemá problémy. Doma vypije bez problémů 2 - 2,5 l tekutin denně. Nejraději pije ovocný čaj nebo minerální vodu bez bublinek. Rád

si dá také překapávanou kávu. Každý den vypije dva Nutridrinky, aby zvýšil energetický příjem. Naopak velmi špatně snáší ovocné šťávy a mléko, což se asi 15 minut po napití projevuje vracením žlutých šťáv až do úst, popřípadě zvracením.

Při příjmu je pacient dostatečně hydratovaný, nejsou patrné známky dehydratace. Má k dispozici dostatek tekutin.

Výživa

Pan L. se musel naprosto přizpůsobit svému pooperačnímu stavu. Stravuje se každou hodinu a půl, v noci po třech hodinách. Strava musí být kašovitá nebo dokonale rozmixovaná. I přes toto zpracování si ale pan L. nemůže dopřát vše, na co by měl chuť.

Bez problémů dobře snáší čistý vývar, některé polévky - např. česnekovou a bramborovou, dále kuřecí nebo krůtí maso (dokonale rozmixované) s bramborovou kaší, ryby. Dobře mu dělají také pudinky, jogurty, piškoty a ovocné pyré. Velmi rád má jahodové, borůvkové nebo meruňkové pyré.

Z jídel, která zatím netoleruje vůbec, uvádí pečivo jakéhokoliv druhu, ovoce, zeleninu, rýži a tučné maso.

Tato radikální změna ve stravování se výrazně promítla také na hmotnosti pacienta. Od svých čtyřiceti let si pan L. udržoval stálou váhu kolem 85 kg. Po operaci žaludku začal výrazně ubývat na váze. První týden po operaci zhubl 5 kg, za další 2 týdny dalších asi 14 kg a stále hubne.

V nemocnici neudává pacient výraznější problémy s příjmem potravy, než kterými trpěl doma. Váží 59 kg, měří 170 cm. BMI je 20,4 – tj. normální hmotnost. Tato hodnota ale není objektivní v důsledku narůstajícího ascitu.

Při příjmu jsem s pacientem vyplnila screeningový dotazník malnutrice (viz příloha č. 2). Pacient dosáhl 8 bodů, což znamená malnutrice ohrožující život a nutnost speciální nutriční léčky. Malnutrice byla též patrná z laboratorních výsledků.

Chrup pana L. je kompletní, sanovaný.

Vyprazdňování moče

Pan L. říká, že doma nemá žádné potíže s vyprazdňováním moče. Občas chodí močit v noci. Na urologii se dosud neléčil.

V nemocnici pacient také neuvádí žádné obtíže s močením. Moč je čirá, světle žluté barvy, bez zjevných patologií.

Vyprazdňování stolice

Pan L. se doma vyprazdňuje jedenkrát za dva až tři dny. Na stolicí chodí doma pravidelně, žádné problémy neuvádí. Naposledy byl na stolicí 30. 3. 2008. Projímadla neužívá.

V nemocnici také neuvádí pan L. žádné výraznější obtíže, než doma. Břicho má měkké, plyny odcházejí.

Spánek a odpočinek

Doma pan L. spí průměrně sedm hodin denně. Tolik mu prý k pocitu vyspání a odpočinku bohatě stačí. Asi třikrát během noci se probouzí kvůli hladu. Na tento stav si již od operace zvykl a nijak ho prý neomezuje v kvalitním spánku. Ráno se probouzí odpočatý.

V den přijetí pacient odpočívá na lůžku, protože se cítí slabý a unavený.

Teplo a pohodlí

Pan L. má rád spíše teplejší prostředí. Z ročních období má nejraději jaro a léto, kdy jezdí často s manželkou na chatu nedaleko Prahy.

Kůže pacienta je teplá. Jeho lůžko je pohodlné a čisté. Pacient leží na třílůžkovém pokoji na prvním lůžku u dveří. Je rád, že má v blízkosti sprchu a toalety.

Bolest

Pan L. nepociťoval doma ani po přijetí do nemocnice žádnou bolest.

Tělesná hygiena

Pan L. je zcela soběstačný při provádění hygieny. Sprchuje se dvakrát denně, ráno a večer. Na závěr sprchování se otužuje studenou vodou. Říká, že takto byl otužován již jako dítě a je na to zvyklý po celý život. Cítí se potom jako znovuzrozený.

V nemocnici je pacient také zcela soběstačný při provádění hygieny. Nevyžaduje dopomoc při sprchování.

První den hospitalizace jsem s pacientem provedla Barthelův test základních všedních činností (viz příloha č. 2). Pacient dosáhl 90 bodů, což je lehká závislost. Delší chůzi po rovině nebo po schodech by pacient zvládl s dopomocí sestry pro možné riziko pádu (viz příloha č. 3).

Pacient má suchou kůži, kterou si pravidelně dle potřeby natírá mastným krémem. V pravém hypochondriu má 5 cm dlouhou bledou jizvu po laparotomické

CHE a relativně čerstvou deseticentimetrovou jizvu po horní střední laparotomii pro operaci žaludku. Na předloktí levé ruky má pacient zaveden PŽK, který nejeví známky infekce.

Sexuální potřeby

Pan L. žije již 42 let se svou ženou, která pro něho velmi znamená. Říká, že ji má stále stejně rád jako před čtyřiceti lety. Jejich vztah je velmi harmonický a pan L. se domnívá, že od doby, kdy onemocněl, je stále pevnější.

Tělesná a duševní aktivita

Pan L. je nyní ve starobním důchodu. Od mládí vystřídal několik zaměstnání. Dlouhá léta pracoval jako dělník ve slévárně kovu. Tato práce ho velmi bavila. Říká, že ne každý má to štěstí, aby pro něho práce byla koníčkem. On prý takové štěstí měl.

V posledních letech trávil volný čas nejraději se svou ženou a vnoučaty. Velmi často prý jezdí na chatu nedaleko Prahy, kde si oba dva nejvíce odpočinou. Dokud to bylo jen trochu možné, tak prý samozřejmě aktivně. Rádi jezdili na kole nebo chodili na dlouhé procházky do lesa. Od té doby, co pan L. onemocněl, již tyto výlety museli omezit, ale stále se na chatu velmi rádi vrací. Pan L. je mimo jiné také vášnivý kuchař, rád čte a hraje šachy.

V den přijetí pacient odpočívá na lůžku. Cítil se slabý a unavený v důsledku nízkých hladin glykémie.

Pacient vidí i slyší dobře, kontakt byl navázán bez problémů. Brýle na čtení používá jen občas, když se cítí unavený. Má je i svou oblíbenou knihu k dispozici.

(4, 6, 10, 11, 13)

3.1.3 Psychosociální potřeby

Bezpečí a jistota

Pro pana L. je nejdůležitější osobou manželka, která mu vždy byla a je největší oporou. Pacient je plně informován o svém zdravotním stavu. Po své negativní zkušenosti z předešlé nemocnice je nyní rád, že se dostal do péče internistů fakultní nemocnice. Říká, že je s péčí ve fakultní nemocnici velmi spokojen.

Pan L. je po sociální i ekonomické stránce zabezpečen, pobírá starobní důchod. Žije se svou manželkou v panelovém domě v Praze 10.

Potřeba lásky a sounáležitosti

Pana L. chodí každý den navštěvovat manželka, se kterou má prý velmi harmonický vztah. Tuto skutečnost mohu také sama potvrdit, protože jsem měla příležitost manželku pana L. osobně poznat. Oba dva se již velmi těší, až bude pan L. propuštěn domů.

S pacientem jsem od počátku navázala velmi přátelský vztah.

Sebeúcta a sebepojetí

Pan L. je v životě velký optimista a má pozitivní náhled na život. Tvrdí o sobě, že má velmi rád lidi a dobrou náladu. Naopak rád nemá, když se někdo neustále mračí nebo si pořád na něco ztěžuje.

Pan L. na mě působil velmi klidným, vyrovnaným a přátelským dojmem.

Seberealizace

Pacient je nyní ve starobním důchodu. V současné době se nejvíce realizuje jako vášnivý kuchař a velkou část svého volného času věnuje výchově vnoučat.

Duchovní potřeby

Pacient není věřící a více nechtěl o tomto tématu hovořit.

Psychosociální hodnocení

Pan L. je přátelský a vstřícný vůči zdravotnímu personálu. Po emocionální stránce je spíše stabilní, přizpůsobivý a dobře se ovládá. Má optimistický náhled na svůj život i zdravotní stav. Říká, že je velmi spokojený, má báječnou manželku a velkou rodinu kolem sebe.

Pacient je po finanční i sociální stránce zabezpečen, nebylo nutné kontaktovat sociální pracovníci.

(10, 11)

3.2 Ošetrovatelské diagnózy

31. 3. 2008

- Slabost a únava vzhledem k základnímu onemocnění a opakovaným hypoglykemiím projevující se částečnou závislostí na druhé osobě a nejistotou při pohybu.
- Porucha výživy v důsledku základního onemocnění projevující se nauzeou, regurgitací kyselých šťáv do úst, úbytkem hmotnosti, slabostí a patologickými laboratorními hodnotami.
- Riziko vzniku komplikací hypoglykémie v důsledku základního onemocnění a opakovaných hypoglykemií.
- Riziko pádu v důsledku onemocnění a medikace projevující se nutností dohledu sestry při základních denních činnostech.
- Riziko vzniku infekce v důsledku zavedení periferního žilního katétru.

2. 4. 2008

- Strach v souvislosti se zavedením NJ sondy projevující se uzavřeností a verbalizací pocitů.

3. 4. 2008

- Tlak v epigastriu v důsledku narůstajícího ascitu.

4. 4. 2008

- Snížení objemu tělesných tekutin z důvodu punkce ascitu projevující se hypotenzí, horečkou a třesavkou.

(1, 8, 10, 11, 12)

3.3 Cíl, plán, realizace, hodnocení

31. 3. 2008

Slabost a únava vzhledem k základnímu onemocnění a opakovaným hypoglykemiím projevující se částečnou závislostí na druhé osobě a nejistotou při pohybu.

Cíl krátkodobý

- Zvýšení hladiny glykémie alespoň o 3 mmol/l do jedné hodiny.
- Pacient nepociťuje slabost a únavu v důsledku hypoglykémie do 6 hodin.

Cíl dlouhodobý

- Pacient má fyziologické hodnoty glykémie do tří dnů.

Plán

- Podejte léky dle ordinace lékaře.
- Pravidelně sledujte hodnoty glykémie, FF, těl. hmotnost, projevy hypoglykémie a hyperglykémie.
- Zjistěte úroveň znalostí o příznacích hypo / hyperglykémie a komplikacích.
- Zjistěte stupeň poruchy soběstačnosti a rozsah rizika pádu.
- Udržujte zvýšený dohled nad pacientem.
- Při změně pacientova stavu okamžitě informujte lékaře.

Realizace

Při přijetí byl pacient opocený, cítil se velmi slabý a unavený. Na ambulanci mu byla naměřena glykémie 1,7 mmol/l. Pacient vypil sklenici sladkého čaje a byl převezen na oddělení, kde jsem si ho již převzala do své péče. Po uložení pacienta na lůžko jsem mu zavedla PŽK na levé předloktí a dle ordinace lékaře podala 10% glukózu + 10ml 7,5 % KCl. Během půl hodiny se pacientův stav zlepšil. Za hodinu jsem naměřila glykémii 6,2 mmol/l. Po vykapání 10% glukózy asi v 16 hodin byla naměřena glykémie 12,2 mmol/l.

Když se pacient cítil lépe, promluvila jsem si s ním o příznacích hypoglykémie a hyperglykémie. Jeho znalosti byly rozsáhlé. Pacient přiznal, že tyto stavy mívá často a že se je již naučil rozpoznávat. Problém prý byl v tom, že když jel do nemocnice na příjem, zapomněl si vzít s sebou svačinu. Neodhadl, že cesta bude trvat tak dlouho.

Při příjmu jsem s pacientem vyplnila Barthelův test základních všedních činností (viz příloha č. 3) a zjistila riziko pádu (viz příloha č. 4). Podle hodnocení je pacient lehce závislý s rizikem vzniku pádu. Proto jsem pacienta při základních všedních činnostech častěji kontrolovala, aby se zabránilo možnému pádu.

Ráno a v poledne jsem pravidelně sledovala hodnoty glykémie. Večerní glykémii sledovala sestra, které jsem v odpoledních hodinách pacienta předala. Po infúzní terapii a zavedení kontinuální enterální výživy měl pacient již třetí den hospitalizace fyziologické hodnoty glykémie.

Hodnocení

Cíl splněn. Pacient během několika hodin již nepocíťoval slabost a únavu. Třetí den hospitalizace byly naměřeny fyziologické hodnoty glykémie.

(1, 6, 8, 10, 11, 12, 13)

Porucha výživy v důsledku základního onemocnění projevující se nauzeou, regurgitací kyselých šťáv do úst, úbytkem hmotnosti, slabostí a patologickými laboratorními hodnotami.

Cíl krátkodobý

- Pacient má dostatek informací o enterální výživě a chápe nutnost jejího podávání.
- Pacient bude mít během hospitalizace pravidelný příjem potravy.

Cíl dlouhodobý

- Normalizace laboratorních hodnot.
- Pacient dosáhne uspokojivého nutričního stavu.

Plán

- Zjistěte stupeň rizika malnutrice.
- Promluvte si s pacientem o jeho problému s příjmem potravy.
- Zajistěte konzultaci s lékařem a dietní sestrou.
- Zajistěte možnost zvolení jídelníčku dle vlastního výběru.
- Pravidelně sledujte laboratorní hodnoty, FF, tělesnou hmotnost.
- Podávejte léky přesně dle ordinace lékaře.

- Dbejte na podávání stravy v příjemném prostředí, na estetický vzhled pokrmů.
- Sledujte množství snědeného jídla.
- Poskytněte pacientovi dostatek informací o enterální výživě.
- Vysvětlíte pacientovi manipulaci s enterální pumpou.
- Naučte pacienta pečovat o nasojejunální sondu.

Realizace

S pacientem jsem po přijetí vyplnila základní nutriční screening pro zjištění stupně rizika malnutrice (viz příloha č. 2) a promluvila jsem si s ním o jeho problému s příjmem potravy. Protože je pro pana L. tolerance některých jídel velmi omezená, zajistila jsem mu konzultaci s dietní sestrou. Společně s ní si pacient sestavil jídelní lístek, který byl pro něho přijatelný. Při podávání stravy jsem dbala o to, aby jídla byla podávána v příjemném prostředí a esteticky upravena. Podávala jsem léky přesně dle ordinace lékaře. Pravidelně jsem sledovala hodnoty glykémie, množství snědeného jídla a hmotnost pacienta.

Po zavedení NJ sondy jsem pacientovi připomněla, jak se o sondu starat a ukázala jsem mu manipulaci s enterální pumpou. Pacient již NJ sondu několikrát měl, takže se o výživu od počátku staral kompletně sám.

Hodnocení

Krátkodobé cíle byly splněny. Pacient má dostatek znalostí a dovedností týkající se enterální výživy. Během hospitalizace se stravoval v pravidelných intervalech a již třetí den pobytu měl fyziologické hodnoty glykémie.

Dlouhodobé cíle jsou přetrvávajícím problémem, který není možné za tak krátkou dobu vyřešit. Tělesná hmotnost pacienta také není zcela objektivní v důsledku neustále se tvořícího ascitu. Vyžaduje dlouhodobé sledování. Lékaři se ale domnívají, že pokud bude pacient dobře tolerovat enterální výživu v dávce alespoň 80 ml/hodinu, lze očekávat váhový přírůstek a zlepšení nutričního stavu pacienta.

(1, 4, 8, 10, 11, 12, 16)

Riziko vzniku komplikací hypoglykémie v důsledku základního onemocnění a opakovaných hypoglykemií.

Cíl

- Pacient má fyziologické hodnoty glykémie do tří dnů.
- Pacient spolupracuje při sebesledování a včas alarmuje případné projevy komplikací.

Plán

- Zjistěte rozsah znalostí o příznacích hypo/hyperglykémie a komplikacích.
- Sledujte laboratorní hodnoty glykémie, FF, těl. hmotnost, popřípadě projevy hypoglykémie a hyperglykémie.
- Léky podávejte přesně dle ordinace lékaře.
- Dbejte na správné podávání stravy, kontrolujte množství snědeného jídla.
- Udržujte častý kontakt s pacientem.
- Spolupracujte s lékařem.

Realizace

Zjistila jsem rozsah pacientových znalostí o příznacích hypo a hyperglykémie. Znalosti, které pacient prokázal, byly rozsáhlé. Ráno a v poledne jsem pravidelně sledovala hodnoty glykémie. Večerní glykémii sledovala sestra, které jsem pacienta předala. Každý den jsem sledovala množství jídla, které pacient snědl, FF a hmotnost pacienta. Udržovala jsem častý kontakt s pacientem a ptala se po příznacích hypoglykémie. Pravidelně jsem informovala lékaře o hodnotách glykémie a celkovém stavu pacienta.

Hodnocení

Cíl splněn. Třetí den hospitalizace byly naměřeny fyziologické hodnoty glykémie. Pacient zná projevy hypo i hyperglykémie a chápe nutnost zvýšené sebekontroly. (1, 10, 11, 12)

Riziko pádu v důsledku onemocnění a medikace projevující se nutností dohledu sestry při základních denních činnostech.

Cíl

- Během hospitalizace nedojde k pádu.

Plán

- Zjistěte rozsah rizika pádu.
- Poučte nemocného o nebezpečí pádu, úrazu.
- Upravte vhodně okolí lůžka a zajisti pomůcky k dosahu pacienta.
- Zajistěte k ruce signalizační zařízení.
- Zajistěte doprovod.
- Udržujte zvýšený dohled nad pacientem.

Realizace

Zjistila jsem rozsah rizika pádu (viz příloha č. 4). Pacient dosáhl 3 bodů, je tedy ohrožen pádem. Proto jsem pacienta poučila o rizicích pádu a zajistila mu pomůcky i signalizační zařízení k dosahu. Udržovala jsem zvýšený dohled nad pacientem a zajistila mu doprovod v prvních dnech hospitalizace, kdy se ještě cítil slabý.

Hodnocení

Cíl splněn, během hospitalizace pacient neupadl.

(1, 6, 8, 10, 11)

Riziko vzniku infekce v důsledku zavedení periferního žilního katétru.

Cíl

- Pacient nebude ohrožen infekcí.

Plán

- Informujte pacienta o možnosti vzniku infekce.
- Sledujte známky zánětu a průchodnost PŽK při každé manipulaci.
- Převazy provádějte dle potřeby na aseptických podmínkách.
- Dbejte na řádnou hygienu rukou.

Realizace

Informovala jsem pacienta o možnosti vzniku infekce v souvislosti se zavedením PŽK. Sledovala jsem známky zánětu a průchodnost PŽK při každé manipulaci. Převezky jsem prováděla asepticky dle potřeby, minimálně 1x denně. Z důvodu neprůchodnosti byl PŽK třetí den hospitalizace přepíchnut na předloktí pravé ruky.

Hodnocení

Cíl splněn, infekce v místě zavedení PŽK nevznikla.

(1, 10, 11)

2.4.2008

Strach v souvislosti se zavedením NJ sondy projevující se uzavřeností a verbalizací pocitů.

Cíl

- Pacient má dostatek informací o zavedení NJ sondy a chápe nutnost aplikace enterální výživy.
- Pocit strachu je minimální.

Plán

- Vyslechněte pacientovy starosti a pocity spojené se zavedením NJ sondy.
- Postarejte se, aby byl pacient dostatečně informován.
- Pacienta psychicky podporujte při každém kontaktu.
- Zajistěte konzultaci s lékařem.
- Vytvořte podmínky pro častý kontakt s rodinou.

Realizace

Pacient se velmi obával zavedení NJ sondy. Říká, že sice od operace měl zavedenou sondu již třikrát, ale poslední zavádění bylo velmi nepříjemné až bolestivé. Proto jsem vyslechla všechny pacientovy pocity a snažila se ho psychicky podpořit a uklidnit. Pacient byl dostatečně informován lékařem o průběhu zákroku, což snížilo jeho obavy na minimum. Po zavedení NJ sondy byl mile překvapen, že zákrok nebyl tolik nepříjemný.

Hodnocení

Cíl splněn. Pacient byl dostatečně informován a udává zmírnění strachu.

(1, 10, 11, 14)

3. 4. 2008

Tlak v epigastriu v důsledku narůstajícího ascitu.

Cíl

- Pacient udává zmírnění tlaku v epigastriu do 2 dnů.

Plán

- Promluvte si s pacientem o jeho problému s dýcháním.
- Zjistěte délku trvání pacientových obtíží, co pomáhá.
- Informujte lékaře o pacientově problému s dýcháním.
- Sledujte FF, obvod břicha a ptejte se po subjektivních pocitech nemocného.
- Informujte nemocného o úlevové poloze, poskytněte psychickou podporu.
- Asistujte lékaři při terapeutických činnostech.

Realizace

Promluvila jsem si s pacientem o jeho problému s dýcháním. Pacient říká, že těmito obtížemi trpí asi tři měsíce a objevují se stále častěji, nyní již pátý až šestý den po předchozí břišní punkci. Informovala jsem tedy lékaře o pacientových pocitech. Pravidelně jsem pacientovi měřila obvod břicha, ptala se po jeho subjektivních pocitech a snažila jsem se ho psychicky podpořit. Pátý den hospitalizace jsem asistovala lékaři při břišní punkci a pacientovi se výrazně ulevilo.

Hodnocení

Cíl splněn. Po punkci ascitu udává pacient zmírnění tlaku v nadbříšku.

(10, 11, 12, 14)

4.4.2008

Snížení objemu tělesných tekutin z důvodu punkce ascitu projevující se hypotenzí, horečkou a třesavkou.

Cíl krátkodobý

- Snížení tělesné teploty pacienta do 1 hodiny.
- Fyziologické hodnoty tělesné teploty do 6 hodin.
- Dosažení hemodynamické stability do 12 hodin.

Plán

- Informujte lékaře o změně stavu pacienta.
- Sledujte FF, provádějte pravidelná měření.
- Podejte léky dle ordinace lékaře.
- Spolupracujte s lékařem.
- Zajistěte pacientovi více přikrývek dle potřeby.
- Udržujte neustálý kontakt s pacientem.

Realizace

Asi půl hodiny po ukončení břišní punkce se u pacienta objevila horečka (38,3 °C), zimnice a třesavka. Ihned jsem informovala lékaře o tomto stavu. Lékař naordinoval léky na snížení tělesné teploty a infúzní terapii. Pravidelně jsem sledovala FF pacienta. Přinesla jsem pacientovi náhradní přikrývky a neustále jsem s ním udržovala slovní kontakt. Po půl hodině začala horečka ustupovat, zimnice a třesavka odezněly. Pacient se již v odpoledních hodinách cítil dobře, byl bez teploty.

Hodnocení

Cíle splněny. Pacient měl po dvou hodinách tělesnou teplotu v normě. Po doplnění objemu tekutin infúzní terapií měl pacient ve večerních hodinách fyziologické hodnoty krevního tlaku.

(10, 11, 12)

3.4 Edukace

Edukace pacienta a jeho rodiny je nezbytnou součástí ošetrovatelské péče. Během posledních let se výrazně změnila role pacienta. Z pasivního příjemce zdravotní péče se stává naopak aktivní účastník v péči o vlastní zdraví. Dobře informovaný pacient se stává rovnocenným partnerem, u kterého lze předpokládat větší zájem o vlastní zdraví a ochotu ke spolupráci s celým zdravotnickým týmem. Edukace také velmi příznivě ovlivňuje psychický stav pacienta a jeho celkovou adaptaci na neznámé prostředí. Proto je tak důležité věnovat pacientovi dostatek času a vše mu náležitě vysvětlit. Edukační plán u mého pacienta jsem rozdělila do několika okruhů:

- seznámení s oddělením
- terapie a diagnostická vyšetření
- enterální výživa a péče o nasojejunální sondu

Seznámení s oddělením

Pacientovi jsem ukázala, jak funguje signalizační zařízení, kde nalezne sprchy, toalety a pracovnu sester, dále společenskou místnost s knihovnou a televizí, informační nástěnky, kde si může přečíst například jídelní lístek, práva pacientů atd.

Terapie a diagnostická vyšetření

Pacientovi jsem vždy pravidelně vysvětlovala, co ho v nejbližší době bude čekat. Upozornila jsem ho na rizika související se zavedením periferní kanyly a zdůraznila příznaky komplikací, které může sám sledovat.

Velmi jsem se zaměřila na pacientův strach před zaváděním nasojejunální sondy, protože pacient již měl nepříjemnou zkušenost z jiné nemocnice. Vyslechla jsem si jeho pocity a zajistila konzultaci s dietologem, který pacientovi průběh zákroku podrobně vysvětlil. Pacient byl velmi rád, že měl možnost promluvit si s lékařem ještě před zákrokem. Velmi to zmírnilo jeho obavy.

Enterální výživa a péče o nasojejunální sondu

Při edukaci o enterální výživě jsem vycházela z toho, že pacient již nasojejunální sondu několikrát zavedenou měl a nějaké znalosti tedy má. Proto jsem nejprve pacienta požádala, aby mi ve stručnosti něco o enterální výživě řekl, abych si mohla udělat představu jak podrobně je již informován. Pacient velmi předčil má očekávání. Znalosti a dovednosti, které předvedl, byly velmi rozsáhlé. Od počátku se o nasojejunální sondu

staral kompletně sám.

Přesto jsem se snažila poskytnout pacientovi alespoň pro zajímavost nějaké další informace o enterální výživě a dietním systému vůbec. Vypůjčila jsem si několik knih od dietologa fakultní nemocnice, kde si pacient mohl přečíst další zajímavé informace a novinky o enterální výživě. Manželce pana L. jsem od dietní sestry obstarala informační materiály o speciální výživě po operacích žaludku. Zde si mohla mimo jiné přečíst zajímavé recepty, způsoby přípravy pokrmů, přehled různých druhů Nutridrinků a ostatního sortimentu enterální výživy, které jsou právě na trhu k dispozici.

(4, 12, 16)

3.5 Závěr a ošetrovatelská prognóza

Pan L. byl 31 .3. 2008 přijat na interní kliniku pro zavedení enterální výživy z důvodu malnutrice a generalizace základního onemocnění. Před rokem podstoupil operaci žaludku, při které byla provedena totální gastrektomie s esofagojejunoanastomozou. Od té doby pacient udává problémy s příjmem potravy.

Pacient měl při příjmu velmi nízké hladiny glykémie, cítil se slabý a unavený. Během tří dnů se podařilo pomocí infúzní terapie a pravidelné výživy upravit hladiny glykémie do fyziologických hodnot.

Třetí den hospitalizace byla pacientovi zavedena NJ sonda a podán Nutrison Standard počáteční rychlostí 10 ml/ hodinu přes enterální pumpu. V průběhu mého ošetřování pacient toleroval dávku maximálně 15 ml/ hodinu. Vyšší dávky mu způsobovaly tlak v epigastriu a nauzeu.

Pátý den hospitalizace byla provedena břišní punkce z důvodu neustále se tvořícího ascitu. Po punkci se u pacienta objevily horečky, třesavka a zimnice. Tyto obtíže po farmakologické terapii během jedné hodiny zcela ustoupily a pacient se cítil velmi dobře, což se odrazilo i na jeho psychickém stavu.

Pacient na mě od počátku působil velmi přátelským dojmem, byl velmi vstřícný a otevřený. Aktivně spolupracoval s celým zdravotnickým týmem.

Prognóza pacienta není příznivá v důsledku sekundárních metastatických ložisek na játrech a peritoneu. Z tohoto důvodu je nezbytné zajistit pacientovi dostatečnou výživu pro udržení přiměřeného nutričního stavu. Pokud bude pacient dobře tolerovat enterální výživu, bude se moci brzy vrátit domů ke své rodině. Společně s ní bude mnohem silnější proti tak velkému soupeři, se kterým již delší dobu bojuje.

Pacient byl osmý den hospitalizace propuštěn do domácího ošetřování, kde bude pokračovat v aplikaci enterální výživy v individuální dávce dle snášenlivosti. Následná péče není nutná pro plnou soběstačnost pacienta a harmonicky fungující rodinu.

(10, 12, 14, 15)

4 SEZNAM LITERATURY

1. DOENGES, M.E., MOORHOUSE, M.F.: *Kapesní průvodce pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0242
2. DUŠEK, L., MUŽÍK, J., KUBÁSEK, M., KOPTÍKOVÁ, J., ŽALOUDÍK, J. Český národní webový portál epidemiologie nádorů. Masarykova univerzita, [2005], 29. 4.2008 [cit. 2008–5-01]. Dostupný z WWW: <http://www.svod.cz>. Verze 7.0 [2007], ISSN 1802-8861
3. KLENER, P.: *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-431-8
4. KOHOUT, P., KOTRLÍKOVÁ, E.: *Základy klinické výživy*. Praha: Agentura KRIGL, 2005. ISBN 80-86912-08-6
5. MAŘATKA, Z.: *Gastroenterologie*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-561-2
6. STAŇKOVÁ, M.: *České ošetřovatelství 6*. 2.vydání. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-323-6
7. STAŇKOVÁ, M.: *Základy teorie ošetřovatelství*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-243-5
8. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M.: *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1148-6
9. MediMedia information, spol. s. r. o: Pharmaindex Brevir. ISBN 80-86336-06-9

Další zdroje informací:

10. Pacient – pozorování
11. Pacient – rozhovor
12. Chorobopis pacienta
13. Vstupní ošetřovatelský záznam
14. Ošetřující lékař, dietolog
15. Sestra
16. Dietní sestra

5 SEZNAM ZKRATEK

ALP	alkalická fosfatáza
ALT	alaninaminotransferáza
Amp.	ampule
AST	aspartátaminotransferáza
BMI	index tělesné hmotnosti (body mass index)
CA 19 - 9	nádorový marker
CA 72 - 4	nádorový marker
CEA	karcinoembryonální antigen
CT	počítačová tomografie (computerized tomography)
CMP	cévní mozková příhoda
D	dech
Diff.	diferenciální
DM	diabetes mellitus
FF	fyzilogické funkce
fl	femtolitr
FW	Fahraeusova - Westergrenova sedimentace erytrocytů
F1/1	fyzilogický roztok
G	glukóza
Gy	gray
Hb	hemoglobin
H. pylori	Helicobacter pylori
CHE	cholecystektomie
INR	mezinárodní normalizovaný poměr
IM	infarkt myokardu
i.v.	intravenózní
KCl	Kalium chloratum
mg	miligram
min.	minimálně
např.	například
NJ	nasojejunální
PŽK	periferní žilní katetr
RTG	rentgen
SONO	sonografie

TF	tepová frekvence
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
USG	ultrasonografie
vyš.	vyšetření
VZP	všeobecná zdravotní pojišťovna

6 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1

Seznam léčiv

Obchodní název léku	Generický název léku	Indikační skupina	Vedlejší účinky
Cerucal	Metoclopramidi hydrochloridum	Prokinetikum, antiemetikum	Únava, bolesti hlavy, závratě, průjmy, deprese
Fyziologický roztok	Natrii chloratum	Doplnění tekutin, iontů	Hypervolémie, zánětlivá reakce v místě podání
Glukóza 10%	Glukosum monohydricum	Doplnění tekutin, cukrů	Hyperglykémie, glykosurie, hypervolémie
Helicid	Omeprazolum natricum	Antiulcerózum	Bolest hlavy, břicha, průjem, zácpa, nespavost, zvracení
Kalium chloratum	Kalii chloridum	Minerální látky	Hyperkalémie, únavnost, parestézie končetin, svalová slabost, arytmie
Mesocain 1%	Trimecaini hydrochloridum	Lokální anestetikum	Kožní vyrážka, neklid, spavost, bradykardie
Novalgin	Metamizolum natricum monohydricum	Analgetikum, antipyretikum	Kopřivka, otoky, dušnost, zarudnutí v obličeji, hypotenze
Piramil	Ramiprilum	Antihypertenzivum	Slabost, závratě, suchý kašel, kopřivka, zčervenání kůže,
Verospiron	Spiroinolactonum	Diuretikum šetřící draslík, antihypertenzivum	Nechutenství, zvracení, průjmy, bolesti hlavy, kožní vyrážky, kopřivka, spavost,

Příloha č. 2

Screeningový dotazník malnutrice

Základní nutriční screening

(zpracováno s použitím Nottinghamského dotazníku)

Hmotnost: 59 kg	Výška: 170 cm	BMI: 20,4
Nelze-li pacienta změřit a zvážit		2
Nelze-li od pacienta získat informace		3
(v takovém případě nevyplňujeme body B, C, D)		
A Věk	do 65 let	0
	nad 65 let	<u>1</u>
B BMI:	20- 35	0
	18- 20, nad 35	<u>1</u>
	pod 18	2
C Ztráta hmotnosti	žádná	0
	více než 3 kg/ 3 měsíce nebo volné šatstvo	1
	více než 6 kg/ 3 měsíce	<u>2</u>
D Jídlo za poslední 3 týdny	beze změn v množství	0
	poloviční porce	<u>1</u>
	jí občas nebo nejí	2
E Projevy nemoci	žádné	0
	bolesti břicha, nechutenství	1
	zvracení, průjem nad 6/den	<u>2</u>
F Faktor stresu	žádný	0
	střední	<u>1</u>
	vysoký	2

(**Střední faktor stresu** - chronické onemocnění, diabetes mellitus, menší a nekomplikovaný chirurgický výkon)

(**Vysoký faktor stresu** - akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP či ARO)

Index: (A + B + C + D + E + F)

0 - 3 0 BEZ RIZIKA (bez nutnosti zvláštní intervence)

4 - 7 + RIZIKO VZNIKU MALNUTRICE (nutné vyšetření nutr. terapeutem, speciální dieta)

8 - 11 ! MALNUTRICE (malnutrice ohrožující život či průběh choroby, bezpodmínečně nutná speciální nutriční léčba)

(4)

Vypočtené skóre: 8 bodů

Příloha č. 3

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

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

Celkem: 90 bodů

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

0 - 46 bodů vysoce závislý
45 - 60 bodů závislost středního stupně
65 - 95 bodů lehká závislost
96 - 100 bodů nezávislý

(7)

Příloha č. 4

Rizikové faktory pro vznik pádu

1. věk 70 let a více

2. pád v anamnéze

3. pooperační období (prvních 24 hodin)

4. závratě

5. epilepsie

6. zrakový / sluchový problém

7. inkontinence

8. hypotenze

9. problém s pohyblivostí

10. dezorientace

11. užívání léků

(diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, antidepresiva, antihypertenziva, laxantia)

Celkem: 3 body

Hodnocení:

- bez rizika: **0 - 1 bodů**
- riziko vzniku pádu: **2 - 11 bodů**