

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

Bakalářské studium ošetřovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

**Ošetřovatelská kazuistika u pacienta po operaci nádoru tlustého
střeva**

Nursing casuistry of the patient after cancer colon operation

2007/2008

Monika Samková

Vedoucí práce: PhDr. Helena Chloubová

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně. Všechny použité prameny jsem uvedla podle autorského zákona v seznamu použité literatury a zdrojů informací.

Datum: 6.5. 2008

.....

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat zejména mému pacientovi panu K., že byl ochotný se mnou spolupracovat, věnoval mi svůj čas a souhlasil s použitím informací v této práci.

Dále bych chtěla poděkovat zdravotnickému personálu na chirurgickém oddělení, který mi byl také velmi nápomocen při realizaci ošetrovatelského procesu.

A také hlavně vedoucí práce, PhDr. Heleně Chloubové za její trpělivost, cenné rady a čas, který mi věnovala.

Obsah

A. Úvod.....	5
B. Klinická část.....	7
B 1 Charakteristika onemocnění.....	7
B 2 Základní identifikační údaje.....	24
B 3 Lékařské dg., anamnézy a fyzikální vyšetření.....	25
B 3.1 Hlavní důvod hospitalizace.....	25
B 3.2 Lékařské dg.....	25
B 3.3 Lékařské anamnézy.....	25
B 3.4 Fyzikální vyšetření.....	27
B 4 Diagnostická vyšetření.....	28
B 5 Terapeutická péče.....	31
B 5.1 Předoperační péče.....	31
B 5.2 Chirurgická terapie.....	31
B 5.3 Pooperační péče.....	33
B 5.4 Oxygenoterapie.....	34
B 5.5 Farmakoterapie.....	34
B 5.6 Dietoterapie.....	35
B 5.7 Fyzioterapie.....	35
C. Ošetrovatelská část.....	36
C 1 Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu.....	36
C 1.1 Subjektivní náhled pacienta na hospitalizaci.....	36
C 1.2 Základní fyziologické potřeby.....	36
C 1.3 Psychosociální potřeby.....	42
C 2 Ošetrovatelské dg.....	46
C 3 Ošetrovatel.dg., cíle, plánování, realizace a hodnocení.....	48
C 4 Edukace.....	62
C 5 Ošetrovatelský závěr a prognóza.....	65
D. Seznam literatury a zdroje informací.....	66
E. Seznam příloh.....	68
F. Přílohy.....	69

A. Úvod

Pro zpracování mé závěrečné práce jsem si zvolila obor chirurgie. Proč právě toto oddělení? Odpověď je jednoduchá. V budoucnosti bych zde chtěla pracovat. Líbí se mi rychlost a akčnost tohoto oboru. Také si myslím, že výsledky terapie u pacientů můžeme pozorovat častokrát mnohem dříve než-li v jiných odvětvích medicíny. Samozřejmě s chirurgií souvisí i spousta specifických (zvýšená bariérová opatření, pooperační komplikace, spousta odborných výkonů,...), ale každý obor má prostě svá úskalí. Chirurgie mi tak nějak ze všech těch oborů, které jsem v rámci školní praxe poznala, přirostla nejvíce k srdci.

Další otázkou je, proč jsem si zvolila pacienta, o kterém bude tato práce. Jednak kvůli jeho základnímu onemocnění a dále také proto, že s tímto pacientem jsem ihned velmi snadno a bez problémů navázala kontakt. Nemocný byl také velmi milý a ochotný se mnou spolupracovat.

A poslední otázkou zůstává, proč jsem zvolila pacienta s nádorovým onemocněním střeva (konkrétně s tumorem slepého střeva - dg. C 18.0)?

Odpověď je zřejmá. Kolorektální karcinom je u nás jednou z nejčastějších nádorových dg., neboť představuje plných 13 - 14% všech onkologických onemocnění. V celoevropském srovnání jsme ve výskytu karcinomu kolorekta u mužů na prvním místě, u žen na místě druhém. Poměr mezi pohlavími je u výskytu kolorektálního karcinomu různý, u mužů je většinou vyšší než u žen. Ročně u nás bývá zjištěno téměř 3000 nádorů tračníku a 2600 nádorů konečníku. Během posledních dvaceti let stoupla incidence tohoto nádoru o 190 %, s převahou karcinomu rekta nad karcinomy tračníku. Úmrtnost v uvedeném období stoupala pozvolněji, zhruba o 135 %, což lze pokládat za úspěch včasnější diagnostiky a možná i účinnější léčby. Národní onkologický registr dělí tyto nádory podle lokalizace na karcinomy tračníku s kódem C 18, společně pak uvádí nádory rektosigmoideálního spojení C 19 a zvláště nádory vlastního konečníku C 20. Incidence je mimořádně vysoká, na druhé straně však zůstává v péči o nemocné s kolorektálním karcinomem celá řada rezerv. Celých 9 – 12 % případů není léčeno a je poprvé diagnostikováno až při úmrtí. Podobně 10 - 15% není histologicky verifikováno. Radikální operace je provedena pouze u 60%

nemocných, chemoterapii dostává jen asi čtvrtina pacientů. Pětileté přežití je u resekovaných nádorů tračníku přibližně 50%, u resekovaných karcinomů rektosigmoidea a rekta 40%. Absolutní počty nemocných s karcinomem kolorekta jsou nejvyšší ve věkové kategorii 65 - 75 let, v relativních hodnotách však incidence narůstá plynule s věkem až do nejvyššího věku. Nic méně první případy se objevují již po 20. roce.

(2, 9)

B. Klinická část

Kolorektální karcinom (KRK)

o Patogeneze

Nádor vychází z buněk střevní sliznice, která se trvale obměňuje. Intenzivní proliferace buněk je však za normálních okolností v rovnováze s jejich apoptózou. Porušení regulačních mechanismů má za následek postupnou změnu fenotypu buněk, která nakonec vyústí ve vznik novotvaru. Jedním z významných faktorů, který ovlivňuje mechanismus apoptózy, je protein APC, produkt stejnojmenného genu. Dysfunkce tohoto proteinu se projeví selháním apoptózy. Buňky dále přežívají a proliferují, aniž se dostanou do terminálně diferencovaného stavu. Tato porucha může být prvním stupněm kaskády dalších změn. Na mutaci genu navazují mutace dalších genů.

Z patogenetického hlediska lze rozeznávat několik typů kolorektálního karcinomu. Tzv. sporadické formy tvoří přes 80 % všech případů. Bezprostřední příčinu, která může iniciovat ztrátu funkce APC a způsobit tak výše zmíněnou kaskádu, neznáme. Za rizikové faktory se však považují chronická zánětlivá onemocnění, nedostatek vlákniny v potravě, nadměrný příjem tuků a glycidů, výskyt v rodině.

U karcinomů vznikajících na podkladě FAP jde o hereditární mutaci genu APC (jedné alely) a kombinaci získaného defektu alely druhé. Proces kancerogeneze je tedy usnadněn, což vysvětluje výskyt hereditární podmíněných kolorektálních karcinomů v nižších věkových kategoriích.

Na dědičném podkladě vzniká rovněž hereditární nepolypózní kolorektální karcinom.

(2, 3)

- **Etiologie**

- : 1. Genetické vlivy

- a.) Výskyt KRK v příbuzenstvu (20 % KRK).
 - b.) Vzácné vrozené syndromy (FAP).

- 2. Zevní vlivy

- a.) Strava - rizikové faktory nebyly doposud přesně definovány, handicapem je vyšší konzumace živočišných tuků a bílkovin, snížený obsah vlákniny.
 - b.) Nitrity, nitráty a PCR bifenyly a nedostatek selenu a kyseliny listové v potravě.
 - c.) Změna složení bakteriální střevní flory.

- 3. Prekancerózní stavy

- a.) Ulcerózní kolitida - riziko maligního zvratu 15 - 20 % po 25 letech trvání onemocnění.
 - b.) Crohnova choroba.
 - c.) Stav po léčbě KRK - může přetrvávat vyšší proliferační aktivita v buňkách sliznice střeva.
 - d.) Stav po kolektomii s ileorektální anastomózou pro FAP, nebo ulcerózní kolitidu riziko vzniku karcinomu v pahýlu rekta.

- **Dělení nádoru**

- : 1. Podle lokalizace

- a.) Rektosigmoideum 55 % KRK, do 15 cm od anokutánního přechodu mluvíme o nádorech rekta.
 - b.) Pravý tračník 20 % KRK.
 - c.) Příčný tračník 11 % KRK.
 - d.) Levý tračník 6 % KRK.
 - e.) 3 – 5 % je KRK multifokální

2.) Dle patologicko-anatomické formy

- a.) Exofytický nádor (roste do lumina).
- b.) Ulcerózní (plošné vředové léze).
- c.) Církulárně rostoucí a stenozující lumen.
- d.) Infiltrující, šíří se ve stěně, netvoří ulcerace, unikne pozornosti při endoskopickém vyšetření.

3.) Histologická klasifikace:

- a.) Adenokarcinom - většina nádorů.
- b.) Mucinozní karcinom.
- c.) Karcinom s buňkami pečetního prstenu.
- d.) Skvamózní.
- e.) Adenoskvamózní.
- f.) Smíšený typ.
- g.) Neuroendokrinní (karcinoid).
- h.) Neklasifikovatelný.

4.) Podle hloubky postižení stěny:

Používá se standardní klasifikace podle Dukese, modifikace dle Astlera-Collera pro bližší diferenciaci postižení střevní stěny a uzlin nádorem, doplněné o TNM klasifikaci.

(3)

Tabulka č. 1 Klasifikace nádorů tračniku podle Dukese v modifikaci Astler-Coller

A	postižení sliznice
B1	neporůstá muscularis propria
B2	porůstá muscularis propria
C1	porůstá muscularis propria bez pozitivity uzlin
C2	porůstá muscularis propria, uzliny pozitivní
Supina D	vzdálené metastázy

Tabulka č. 2 TNM klasifikace nádorů tračniku

1. Tumor	
Tx	primární nádor nelze posoudit
T0	nejsou známky primárního nádoru
Tis	ca in situ
T1	nádor postihuje submukozu
T2	postižena lamina muscularis propria
T3	nádor postihuje celou stěnu střeva
T4	šíří se do okolí střeva
2. Uzliny	
Nx	nelze posoudit
N0	nepostiženy
N1	pozitivní
N2	pozitivita 4 a více uzlin
N3	pozitivita uzlin podél cévních svazků
3. Vzdálené metastázy	
Mx	metastatické postižení nelze určit
M0	metastázy nepřítomny
M1	metastatické postižení vzdálených orgánů

5.) Podle šíření nádoru

- a.) Intramurální s prorůstáním do okolí.
- b.) Intraluminární.
- c.) Lymfatickou cestou, přes regionální uzliny.
- d.) Hematogenně.
- e.) Intraperitoneální implantace nádorových buněk (při operaci a manipulaci.

(3)

- **Klinický obraz**

Klinické příznaky se liší podle lokalizace nádoru.

- a.) Nádory pravého tračníku

- střevo prostorné a řídký střevní obsah => dlouho asymptomatické
- anémie, slabost, hubnutí, nevolnost, někdy již hmatný nádor

- b.) Nádory v oblasti colon descendens a v sigmatu

- tračník užší a formovaný střevní obsah => poruchy pasáže (obstipace střídaná průjmy)
- často kolikovitě bolesti břicha

- c.) Nádory rekta

- rektální syndrom, tj. tenezmy s následnou defekací krvavého hlenu nebo se zjevnou enteroragií
- mikroskopická enteroragie

V počátečním stádiu se KRK může projevit necharakteristickými obtížemi, jako je nadýmání, střídání průjmu a zácpy. U metastatického postižení jater bývají bolesti v pravém podžebří, horečky, pocení, nacházíme hmatná játra, event. ascites.

U pokročilého nádoru může dojít k perforaci střeva prorůstajícím nádorem s následnou difúzní peritonitidou. Při postupném prorůstání se postižená oblast střeva ohraničuje a vyvíjí se cirkumskriptní peritonitida se subfebriliemi a hmatným infiltrátem.

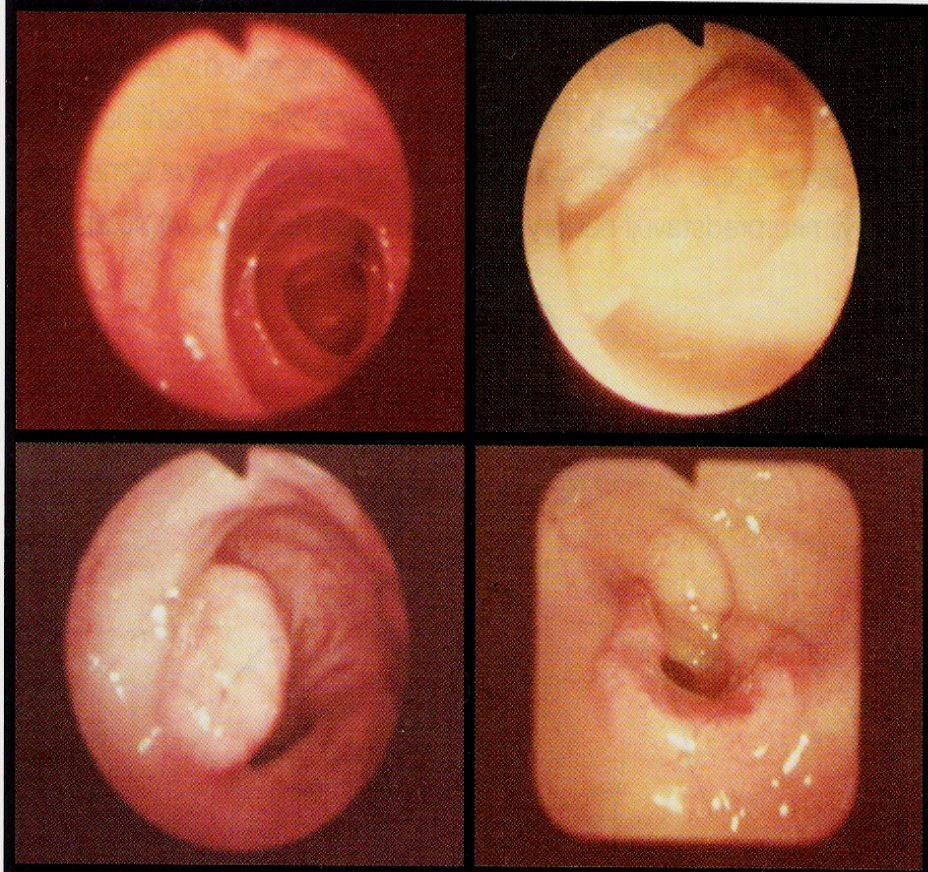
Další komplikací KRK může být rozvinutý ileus. U primárně pokročilého nádoru nebo druhotně po léčbě mohou vzniknout rektovaginální nebo

rektovezikální píštěle. Za komplikaci je nutno pokládat také obstrukci močovodu naléhajícím nádorem.

- **Diagnostika**

- 1.) Anamnéza (rodinný výskyt)
- 2.) Fyzikální vyšetření (neopomenout per rectum)
- 3.) RTG kontrastní vyšetření - irigografie
- 4.) Endoskopie (rektoskopie, koloskopie) s odběrem biopsie.
- 5.) UZ, CT k posouzení metastického postižení jater, retroperitonea.
- 6.) RTG plic – k vyloučení metastáz v plicích
- 7.) Gynekologické a urologické vyšetření (izotopová nefrografie)
k vyloučení prorůstání.
- 8.) Laboratorní vyšetření (nádorové markery - CEA, CA 19-9, TAG-72)

(2, 3)

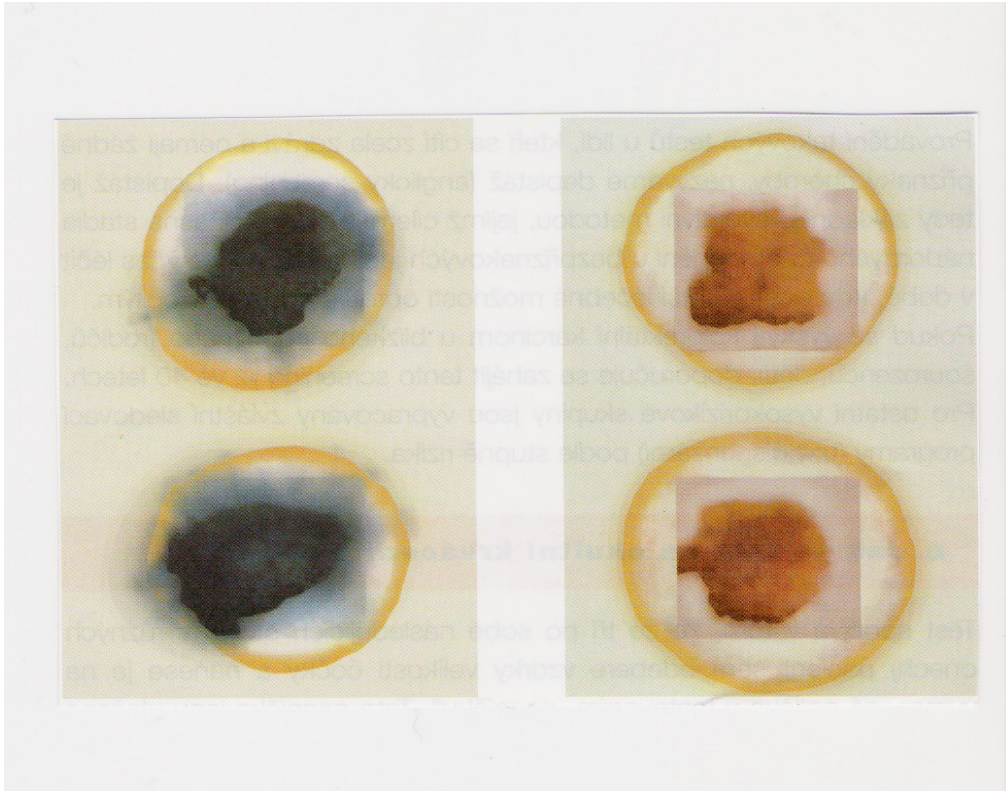


Nález při kolonoskopii.

Nahoře: vlevo - normální sliznice, vpravo - stopkatý polyp.

Dole: vlevo - přisedlý polyp, vpravo - rakovinný nádor se zúžením tlustého střeva.

(9 str. 7)



Test na okultní krvácení ve stolici:

Vlevo: pozitivní (modré zbarvení),

Vpravo: negativní (hnědé zbarvení).

(9 str.9)

- **Standardní předoperační péče**

Radikální chirurgický výkon pro nádor uložený hluboko v malé pánvi vyžaduje precizní posouzení kondice nemocného. Kardiopulmonální, renální a hematologický nález musí umožnit 3 - 5 hodinovou celkovou anestezii, ale také zaručit schopnost zvládnout pooperační rekonvalescenci a zhojení operačních ran a ploch. Při hodnocení celkové kondice je nutná kooperace chirurga s internistou a anesteziologem, kteří potřebují znát předpokládaný rozsah operačního výkonu a také eventuální možnosti jiné chirurgické léčby. Je třeba multidisciplinárně zvážit rozsah onemocnění s ohledem na kondici nemocného a vybrat optimální léčebný postup v pravém slova smyslu.

Jakmile chirurg zjistí, že je nemocný schopný podstoupit radikální nesečtní výkon, následuje samotná předoperační příprava nemocného k operaci. Ačkoliv více než 90 % nemocných neudává obtíže s pasáží rektum, je třeba se věnovat s maximální pečlivostí mechanické očištění tračníku. Není dobré spoléhat se na informaci, že nemocný byl při endoskopickém vyšetření dobře vyprázdněn. I u nemocných bez poruch pasáže je vhodné před operací upravit stravování. Ke zlepšení vyprázdnění nemocného je vhodná 2 - 3 denní tekutá strava, někdy kombinovaná s tekutými laxativy. Odpoledne před operací následuje výplach trávicího ústrojí, který doplňujeme nálevem večer a ráno před operací. Vzhledem k infekční povaze střevního obsahu jsou nemocní ohroženi septickými komplikacemi. Ve snaze snížit incidenci a závažnost těchto komplikací byly opakovaně zkoušeny předoperační medikace orálních antibiotik a jiných antiseptických preparátů. Objektivní zhodnocení přínosu orální profylaktické ATB medikace je však nemožné, neboť na konečné incidenci septických komplikací se podílí mnoho faktorů. Peroperační intravenózní ATB profylaxe je v současné době doporučována u všech nemocných. Většinou je ATB ordinováno ve třech dávkách: první při úvodu celkové anestezie, druhá pak po 2 h a třetí dávka za 6 h. U všech nemocných je také nutná prevence tromboembolie. V současné době je k dispozici několik nízkomolekulárních heparinů, které jsou aplikovány po celé rizikové období, nejméně po dobu 7 dní. První dávka je doporučena 2 - 4 h před operací. Samozřejmostí je komprese dolních končetin elastickými

podkolenkami. Močový katetr je za sterilních podmínek zaveden až v celkové anestezii, podobně jako kanylace centrální žíly.

(6)

- **Terapie**

Řídí se lokalizací nádoru a jeho rozsahem, respektive stádiem onemocnění. V léčbě se využívá všech léčebných modalit.

Chirurgické metody léčby jsou nejdůležitější a nacházejí uplatnění ve všech stádiích onemocnění. Výkon se liší podle umístění a rozsahu nádoru. Je-li nádor v tračníku (horní oddíly tlustého střeva), lze jej často odstranit bez nutnosti vytvořit umělý vývod. V dolní části tlustého střeva blízko konečníku se radikální operativní odstranění nádoru bez umělého vývodu obvykle neobejde. Ale i zde se dosahuje chirurgickými výkony v poslední době pozoruhodných výsledků. **Profylaktická chirurgie** je indikována u prekancerózních stavů, jako je např. FAP. **Kurativní chirurgie** je hlavní léčebnou metodou lokalizovaných stádií. Součástí radikální terapie je také odstranění mezokolických a pararektálních uzlin a jejich histologické vyšetření. U karcinomů I. a II. klinického stádia má radikální chirurgický výkon kurativní účinek, u vyšších stádií se doporučuje adjuvantní chemoterapie. **Paliativní chirurgie** je nezastupitelná v léčbě pokročilých a obturujících nádorů. Výkony, které se provádějí, můžeme rozdělit na tři skupiny

: **1. elektivní výkony** – (70 – 80 % pacientů). K nim se řadí: **a.)** pravostranná hemikolektomie s ileo-transverzoanastomózou. Provádí se např. při karcinomu na céku, vzestupném tračníku. **b.)** pravostranná hemikolektomie s ileodescendentanastomózou – při karcinomu hepatální flexury **c.)** segmentální resekce transversa s anastomózou end to end – při karcinomu příčného tračníku **d.)** levostranná hemikolektomie s transverso-sigmoideoanastomózou – při karcinomu sestupného tračníku **e.)** segmentální resekce esovité kličky a jejího závěsu – při karcinomu sigmoidea **f.)** při karcinomu rektosigmoideálního přechodu – resekce příslušné části sigmatu a rekta pod nádorem a provedení descendento-rektoanastomózy **g.)** při karcinomu rekta se výkony dělají podle jeho

lokalizace (horní, střední, dolní třetina) **2. neodkladné výkony** – provádějí se při perforaci, ileu, masivním krvácení – 20 % pacientů s KRK. **3. paliativní výkony** – u pokročilého nádorového onemocnění s generalizací

Radikální operační postup s sebou ale přináší riziko trvalých funkčních následků. I v nynější době nelze vyloučit možnost jak přechodné, tak trvalé kolostomie. Kolostomie je největším psychickým traumatem pro každého nemocného s diagnózou nádorového onemocnění konečnicku. Nutnost kolostomie je bohužel i nadále naší laickou veřejností spojována s infaustní prognózou onemocnění, nikoliv s lokalizací karcinomu a technickými možnostmi napojení tračnicku. Nejčastější indikací provedení střevního vývodu – stomie – jsou zhoubné nádory konečnicku. Další indikací, ať už trvalé či dočasné kolostomie, jsou akutní operace při nádorech, které uzavírají střevo a znemožňují průchod tráveniny či stolice. Takzvanou dvouhlavňovou stomii, to znamená vývod, který má dvě hlavně – jednu přívodnou a jednu odvodnou kličku, používají chirurgové u pacientů s nádory konečnicku nebo esovité kličky, které není možné definitivně odstranit. Existuje několik druhů stomií. Terminální ileostomie – jedná se o vyvedení terminálního ilea na břišní stěnu a provádí se nejčastěji po totální proktolektomii. Dvouhlavňová ileostomie – tento vývod může být buď trvalý nebo dočasný. Jako trvalý se provádí pouze jako paliativní výkon, nejčastěji u inoperabilních nádorů tračnicku. Terminální sigmoideostomie – provádí se po odstranění konečnicku. Dvouhlavňová sigmoideostomie – téměř vždy se jedná o definitivní paliativní výkon u inoperabilního nádoru rekta či rektasigmoidea.

Radioterapie nachází uplatnění především u nádorů konečnicku, a to zejména ve formě **předoperační radioterapie**. Lze použít standardní frakcionaci (s operací za 3 - 4 týdny) nebo akcelerovanou frakcionaci (s okamžitou operací ještě před rozvinutím postradiačních změn). **Pooperační radioterapie** se doporučuje u nádorů prorůstajících stěnou, při kontaminaci operačního pole nádorovými buňkami a při nejistotě o radikalitě operačního výkonu. **Paliativní radioterapie** u inoperabilních nádorů se dnes nepoužívá.

Chemoterapie je důležitou součástí komplexní léčby především jako *adjuvantní chemoterapie*, která se stala součástí léčebného standardu stadia III a částečně stadia II. Základním cytostatikem léčby je 5-fluoracil s leukovorinem. V *paliativní chemoterapii* pokročilých stádií je také základním cytostatikem 5-fluoracil. *Regionální chemoterapie* cestou a.hepatica se uplatní v léčbě neresekabilních metastatických ložisek v játrech. Chemoprevence má význam u osob se zvýšeným rizikem kolorektálního karcinomu, zejména u nemocných s FAP.

Imunoterapie je v podstatě experimentální metoda, která se uplatňuje nejčastěji v adjuvantní léčbě.

V klinickém zkoušení je také léčba *monoklonálními protilátkami*.

(2, 3)

- **Standardní pooperační péče**

Pacient po rozsáhlejších operacích střev bývá zpravidla 4 – 5 dní na JIP. Zde je připojen na monitor, který hodnotí jeho FF – TK, P, D, saturace O₂ a další jiné nastavené parametry. Pacient má zavedený CŽK, který se nejčastěji zavádí přes vena jugularis interna nebo vena subclavia. Jelikož pacient nejméně 2 - 3 dny nepřijímá žádnou výživu per os, slouží tento katétr k způsobu náhrady živin prostřednictvím infúzí, ale také k měření centrálního žilního tlaku, aplikaci léků, ...Důležité je při manipulaci s CŽK dodržovat podmínky asepsy. Pacient má zavedenou také NGS a PMK. Na obojí je napojen sběrný sáček s výpustí. U pacienta se sleduje bilance tekutin. Hodnotí se také bolest několikrát denně. Pacient dostává analgetika dle ordinace lékaře a event. se mohou využít jiné podpůrné prostředky k tlumení bolesti, např. led, ...Z další farmakoterapie pacient dostává ATB, která začal dostávat již před operací, dále pak ještě k prevenci TEN antikoagulancia, nejčastěji Heparin R 5000j. 2 – 3 denně se provádí inhalace a na podporu dýchání je pacientovi podáván kyslík dle jeho potřeby.

Důležitá je péče o operační ránu, sestra ji pravidelně kontroluje, její okolí, jestli nedochází k prosáknutí krytí, proces hojení. Dle ordinace

lékaře ji převazuje. Kontrolovat se musí také drény, které pacient má. Pokud jde o výživu pacient má naordinovanou dietu k postupnému zatěžování trávicího traktu (tekutá, šlem, kaše, d.č. 2). Za pacientem denně dochází fyzioterapeut a cvičí s ním dechová cvičení, trénuje nácvik odkašlávání a postupnou vertikalizaci.

- **Pooperační komplikace**

Dělíme je na časné (hrozí do 48 hodin a s postupujícím časem riziko jejich vzniku klesá) a pozdní a podle jednotlivých orgánových systémů.

- respirační komplikace

- **laryngotracheitida**: dochází k ní při podráždění sliznice hrtanu a průdušnice endotracheální kanylou užitou k intubaci, častěji po opakovaných pokusech při nesnadné intubaci a při nedostatečném naplnění těsníčního balonku. Projeví s zastřením hlasu až afonií, pálením, škrábáním a bolestmi v krku při dýchání, polykání a kašli.
- **atelaktáza**: jde o nevzdušnost určitého okrsku plicní tkáně (segmentu, laloku i plicního křídla) při obstrukci bronchu spazmem nebo častěji obsahem. Nejčastější příčinou je hromadění bronchiálního sekretu, zateklé krve, vzácněji aspirovaného žaludečního obsahu. Příznaky většinou odpovídají rozsahu z funkce vyřazené plicní tkáně, buď jen obrazem nevzdušného ložiska na skiagramu plic, nebo u větších atelaktáz se jeví klinickou symptomatologií s tachykardií, dušností, cyanosou, vykašláváním sputa,...
- **aspirace**: znamená vniknutí pevných nebo tekutých látek do dýchacích cest. Může k ní dojít při zvracení, na začátku nebo při skončení anestezie, při poruchách vědomí,... Klinicky se projeví buď akutní dechovou nedostatečností, nebo později chemickou tracheobronchitidou.

- **apnoe:** zástava dýchání může nastat v době odeznívání anestezie, obvykle do dvou hodin po operaci, při přetrvávání účinku myorelaxačních látek
- **pneumonie:** zánětlivé plicní komplikace jsou v pooperačním období většinou sekundární. Příznaky mohou být zvláště na začátku zastřeny příznaky pooperační nemoci.

◦ kardiální komplikace

Se zátěží, kterou představuje operační výkon a anestezie, se zdravé srdce většinou vyrovná. Výjimkou jsou operace provázené velkými krevními ztrátami, které nejsou dostatečně hrazeny. Pokles TK, zejména trvající déle a porucha v přívodu kyslíku v průběhu anestezie přispívají ke zvýšenému výskytu srdečních komplikací.

- **poruchy rytmu**
- **infarkt myokardu**

◦ tromboembolické komplikace

Předpokladem vzniku těchto komplikací je endovaskulární srážení krve.

- **tromboflebitida**
- **flebotrombóza**
- **embolie plicnice:** jde o jednu z nejzávažnějších pooperačních komplikací.

◦ anémie z náhlé krevní ztráty

Vzniká náhlou ztrátou velkého množství krve při masivním zevním nebo vnitřním krvácení. Krvácení při operaci, i když přesáhne množství 1 litru, nemusí být provázeno projevy šoku, protože celkový objem obíhající tekutiny je doplňován náhradními roztoky.

◦ poruchy tělesné teploty

- **hypertermie:** často vyšší TT signalizuje infekční komplikaci lokální, nebo spíše celkovou.
- **hypotermie:** se může objevit po velké krevní ztrátě.

◦ alergické komplikace: různými formami alergie trpí více než 10 % hospitalizovaných. Popsána byla alergická reakce na všechny léky užívané v premedikaci, na všechny transfúzní přípravky, antibiotika,...

◦ poruchy funkce močového měchýře

- **retence moči**: příčinou bývá zvýšený tonus sympatiku při a po operaci a snížená senzibilita stěny MM vlivem přetrvávajícího účinku anestetik a podaných analgetik.
- **záněty močových cest** – se často objevují v důsledku cévkování.

◦ poruchy funkce trávicího ústrojí

Funkční poruchy GIT jsou častým pooperačním jevem. Jsou důsledkem celkové postagresivní reakce organismu. Vyznačují se zvýšeným podrážděním sympatiku a zvýšením hladiny katecholaminů v krvi. Přejídná střevní paréza se zástavou odchodu plynů a stolice, zvracení v prvních 24 hodinách po operaci jsou poruchy, které nepovažujeme za komplikace. Mezi základní pooperační komplikace vycházející z trávicího ústrojí patří následující:

- **prudké ochrnutí žaludku**: akutní dilatace žaludku je paralytická neprůchodnost horního oddílu trávicí trubice, při které dochází ke značnému roztažení a přeplnění žaludku. Projevuje se celkovou nevolností, tlakem v nadbříšku, nucením na zvracení a posléze opakovaným zvracením velkého množství obsahu.
- **pooperační ileus**: zástava střevní peristaltiky je průvodním jevem každé laparotomie. Zastavení vede k hromadění plynného i tekutého obsahu s příznaky meteorismu a vzedmutím břicha.
- **škytavka**: vzniká při dráždění mozkového centra narkotiky.

- komplikace v operační ráně
 - **infekce v ráně**
 - **krvácení v operační ráně:** přichází většinou u nemocných s různými poruchami hemokoagulace nebo může být důsledkem nedostatečného stavění krvácení při operaci.
 - **dehiscence rány:** jsou ji ohroženy především rány laparotomické.

(3, 4)

- **Prognóza**

Prognóza nemocných s kolorektálním karcinomem závisí na klinickém stádiu, respektive na pokročilosti onemocnění v době prvního záchytu.

V mladém věku a u hereditárních forem však existuje vysoké riziko vytvoření dalších primárních nádorů ve zbytku kolon v dalších letech a prognóza je tak závislá na bedlivé dispenzarizaci a časných polypektomiích.

Obecně je prognóza u nádorů omezených na sliznici střešní stěny velmi příznivá. Kolorektální karcinom má jednu dobrou vlastnost: u čtyř nemocných z deseti se příznaky onemocnění objeví dříve než dojde k metastazování.

U karcinomů pronikajících do svaloviny a k seróze lze očekávat 30 % recidiv onemocnění, ať již lokálně, nebo ve formě vzdálených metastáz. Postižení regionálních uzlin metastázami prognózu dramaticky zhoršuje pod 30 - 40 % vyléčených po 5 letech.

Medián přežití nemocných s jaterními metastázami se pohybuje mezi 9 - 12 měsíci. Intenzivní chemoterapií, ať již regionální či systémovou lze medián přežití prodloužit na 18 - 24 měsíců. Pět let s jaterními metastázami přežívá jen asi 5 % nemocných. Podaří-li se však jaterní metastázy úspěšně resekovat, stoupá % 5 let přežívajících nad 30 %. Diseminace plicní, kostní či peritoneální znamená vždy infaustní průběh onemocnění končící letálně obvykle během 6 měsíců.

- **Prevence**

Tak jako u každého jiného onemocnění, tak i u KRK je velmi důležitá prevence, díky ní lze riziko vzniku nádoru snížit.

Zatímco tzv. primární prevence a částečně také sekundární je do značné míry záležitostí i občanů, terciární prevence je převážně v rukou zdravotníků.

U KRK má veliký význam screening. Spočívá v detekci klinicky nerozeznatelné choroby u velkého počtu populace, s cílem snížit morbiditu i mortalitu na sledované onemocnění. Hlavním přínosem screeningových testů je zlepšení prognózy onemocnění, možnost méně radikální a přitom účinnější léčby.

U KRK je hlavní screeningovou metodou vyšetření okultního krvácení ve třech po sobě následujících stolicích. K dispozici jsou různé komerčně připravené testy, např. Haemoccult test, Hemo Care test aj. Po mnoha rozsáhlých studiích ve světě lze dosavadní zkušenosti s tímto typem testu shrnout: KRK může být takto odhalen i u osob, které nemají žádné příznaky a nádor tímto testem zjištěný bývá spíše v počátečních stádiích a týká se KRK jakékoli lokalizace. Přítomnost krve se prokáže chemicky – stolice změní barvu. Několik dní před odběrem vzorku stolice se nesmějí jíst některé pokrmy a užívat některé léky. Pozitivita testu nemusí znamenat přítomnost karcinomu, ale např. polypu. V každém případě je při pozitivním testu nutné indikovat kolposkopické vyšetření. V současné době si může každý občan starší 50 let vyžádat u svého praktického lékaře bezplatně test každé dva roky.

Za rizikové skupiny vhodné k depistáži se doporučují nemocní se střevní polypózou, příbuzní nemocných s KRK, nemocní s nespecifickými střevními záněty.

(2)

B 2 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: K.Z.

Oslovení: pane K.

Věk: 62 let

Stav: ženatý

Vzdělání: vyučen

Dřívější povolání: kuchař

Povolání nyní: invalidní důchodce

Adresa: Praha

Národnost: ČR

Pojišťovna: 111

Vyznání: -

Kontaktní osoby: manželka – kontakt viz. dokumentace

Telefon: ano

Příjem k hospitalizaci: 26.3.08

Datum operace: 28.3.08

JIP: 28.3 - 1.4.08, 1.4. překlad na standardní oddělení

Datum mého ošetřování: 1.4. – 4.4.08

(11, 12)

B 3 Lékařské diagnózy, anamnézy a fyzikální vyšetření

B 3.1 Hlavní důvod hospitalizace

- Tu caeci

B 3.2 Ostatní lékařské diagnózy

- Mikrocytární anémie sekundární bez progrese
- Kombinovaná ventilační porucha s mírnou OPV a RVP
- DM II. typu na dietě
- ICHS
- Obezita těžkého stupně
- Hypertenze t.č. kompenzovaná

B 3.3 Anamnéza

Alergická anamnéza

- nikl, prach, pyly

Farmakologická anamnéza

- Cerucal tbl. 1-1-1 (antiemetikum)
- CYNT 0,3 tbl. 1-0-0 (antihypertenzivum)
- Gopten 2 cps.1-0-0 (antihypertenzivum)
- Furon 40 tbl. 1-1/2-0 (diuretikum)
- Verospiron 25 tbl. 1-0-1 (diuretikum šetřící draslík)

Sociální anamnéza

- ženatý
- bydlí s manželkou v pražském bytě 3+1
- má dvě děti
- je invalidní důchodce

Abusus

- nikotinismus - ano (od 20 let kouří půl krabičky denně)
- alkoholismus – 2 - 3 piva denně
- drogy – žádné jiné drogy ne kromě cigaret a alkoholu

Pracovní anamnéza

- dříve pracoval jako kuchař, teď je v invalidním důchodu

Rodinná anamnéza

- otec + 78 let na IM, matka + 86 let Ca plic
- syn má Astma bronchiale, dcera zdravá

Osobní anamnéza

- běžná dětská onemocnění
- st.p. Fr. C2 10/06
- st.p. Erysipelu PDK 11/07

(11, 12)

B 3.4 Fyzikální vyšetření

B 3.4.1 Nynější onemocnění

- pacient v 2/08 hospitalizován na interním oddělení, kde při kolonoskopickém vyšetření zjištěn histologicky verifikovaný tubulární adenokarcinom caeca.
- nyní proto pacient přijat k plánované pravostranné hemikolektomii.

B 3.4.2 Objektivní nález

- pacient při vědomí, orientován, spolupracuje, dušný, afebrilní, bez ikteru a cyanózy, obésní, 119 kg, stav hydratace normální.
- Hlava: bez zevních známek traumatu, na poklep nebolestivá, bulby ve středním postavení všemi směry volně pohyblivé, foto +, zornice izokorické.
- Krk: souměrný, omezená pohyblivost, anteflexe bolestivá, uzliny nezvětšené, štítnou žlázu nehmatám, karotidy tepou symetricky bez šelestu.
- Hrudník: souměrný, pevný, poklep nad plícemi jasný, akce srdeční pravidelná, prsa bez rezistence.
- Břicho: v niveau, dýchá celé, pohmatem měkké, prohmatné, nebolestivé, bez patolog. rezistence, aperitoneální, poklep dif.bubínkový, tappotment bilat. negativní,
- HK: bez traumatických změn
- DK: bez traumatických změn, varixů, otoků, bez známek TEN, pulzace do periferie symetrická
- Páteř: poklepově bolestivá
- Per rektum: vyš. palpačně nebolestivé, CD nevyklenut, bez hmatné rezistence, hypertrofická prostata,

(11, 12)

B 4 Diagnostika

Fyziologické funkce

FF	26.3. 08 – při příjmu	28.3.08 - operační den
Krevní tlak	135/80mmHg	140/80mmHg
Puls	76/min prav.	78/min prav.
Dech	16/min	18/min
Tělesná teplota	36,4°C	36,5°C
Vědomí	neporušené	neporušené

FF v dalších dnech viz.příloha č. 4

Tělesná výška	183 cm
Tělesná váha	119 kg
BMI	35,6 obezita

Laboratorní vyšetření

Biochemie

	Před operací 17.3.08	Poslední vyšetření 3.4. 08	Ref.meze
Glukóza	8,1 mmol/l	6,2 mmol/l	3,5-5,6
Urea	14,6 mmol/l	15,2 mmol/l	3,0-8,7
Kreatinin	109,0 umol/l	110,0 umol/l	60,0-115,0
Bilirubin	26,0 umol/l	17,9 umol/l	5,0-20,0
ALT	0,42 ukat/l	0,45 ukat/l	0,20-0,55
AST	0,48 ukat/l	0,80 ukat/l	0,20-0,55
GMT	0,53 ukat/l	0,61 ukat/l	0,10-0,70
Natrium	136 mmol/l	132 mmol/l	137-144
Kalium	4,5 mmol/l	3,2 mmol/l	3,6-4,9

Chloridy	96 mmol/l	93 mmol/l	98-107
Albumin	38,4 g/l	27,5 g/l	35-44,0
CRP	14,6	-	0,0-5,0
CEA	8,4	-	0,0-5,2
CA 19-9	44,8	-	0,0-39
CA 125	124,9	-	0,0-35,0

Hematologie

Krevní obraz	Před operací 17.3.08	Poslední vyšetření 3.4.08	Ref.meze
Erytrocyty	4,26 10⁹/ul	4,62 10⁹/ul	4,50-6,30
Hemoglobin	99 g/l	107g/l	140,00-180,00
Hematokrit	0,310 g/l	0,337 g/l	0,380-0,520
Střední obj. ery	72,0 fl	71,0 fl	82,0-92,0
MCH	23 pg	23 pg	27,0-33,0
Leukocyty	8,3 10 ⁹ /l	11,5 10⁹/l	4,0-10,0
Trombocyty	217 10 ⁹ /l	23 0 10 ⁹ /l	140-440

Sedimentace	Před operací 17.3.08	Poslední vyšetření 3.4. 08	Ref.meze
FW 1 hod	36 mm	34 mm	0-8
FW 2 hod	48 mm	48 mm	0-20

KS+Rh faktor	0 Rh -
---------------------	---------------

Koagulace

	Před operací	Poslední vyšetření	Ref.meze
Quick	16,8 s	15,5 s	9,8-14,0
Quick INR	1,38 %	1,33 %	0,9-1,2
APTT	39,7 sec	40,2 sec	26,0-40,0

Kontrola glykémie

datum	R	V
1.4.	4,6	5,1
2.4.	4,9	5,9
3.4.	5,8	5,9
4.4.	8,5	-

Další diagnostická vyšetření

Předoperační vyšetření:

- **28.2.08 CT břicha** – Závěr: vyšetření limitováno habitem pacienta. Tu proces tračnicku vpravo (baze) bez známek infiltrace okolí. Tekutina v okolí jater a sleziny. Zvětšené LU nad odstupem renálních cév vlevo a v obou inguinách. Difúzní jaterní léze. Atrofický pankreas s kalcifikací v těle. V.s. adenom pravé nadledviny. Cysta pravé ledviny. Zvětšená prostata s prostatolity. Ateroskleróza.
- **29.2.08 Kolonoskopické vyšetření** – Závěr: V.s. Tu céka – excize. Drobný polyp ve 35 cm od ánu snesen kleštěmi. Vnitřní hemeroidy.
- **3.3.08 Biopsie vyšetření** – bio céka, polyp 35 cm od ánu. Závěr: Tu céka - histologicky invazivně rostoucí středně diferencovaný tubulární adenokarcinom, který neprorůstá celou stěnou střevní, bez uzlinových metastáz.

- **RTG S+P** – susp.syté zastření nad pravou brániční kopulí – v.s. organizovaný výpotek, dilatace srdečního stínu.
- **EKG** – parox. Fis s vyrovnanou odpovědí komor bez známek akutní kardiální insuficience – t.č. SA pravidelná.

Závěr předoperačního interního vyšetření: vzhledem k přidruženým chorobám operační výkon s vyšším rizikem. Nutné kontroly G, prevence TEN.

(12)

B 5 Terapie

B 5.1 Předoperační péče 27.- 28.3.08

Speciální péče: v den před operací 27.3. 2008 oholeno operační pole (břicho), provedeno vyčištění pupku, podáno očistné klyzma.
S nemocným promluvil anesteziolog a ošetřující lékař.
Na noc dostal pacient 1 tbl. Diazepamu (anxiolytikum) 10 mg per os, v 21:00 Heparin (antikoagulans) 5000 j. s.c.
V den operace 28.3. 2008 1 tbl. Diazepamu 10 mg per os v 7:00, v 8:00 Augmentin (antibiotikum) 1,2g i.v., v 9:00 Heparin 5000j. s.c., provedeny BDK, zaveden PŽK, změřeny FF, kontrola G.

Premedikace: v 9:40 Morfin (analgetikum – anodynum)10 mg + Atropin (parasymptolytikum) 0,5 mg i.m.

B 5.2 Chirurgická terapie

Operační protokol:

Datum operace:28.3.2008

Délka operace: 02:45

Zač. operace: 10:00

Konec operace: 12:45

Urgentnost: plánovaná

Typ anesiesie: celková

Operační dg: Carcinoma caeci

Operační výkony: Hemicolectomia l.dx.,

Ileotransverzoanastomoza end to site,

Lymphadenectomia

Operační sesterská dokumentace:

Poloha pacienta: na zádech

Podložka: ano

tepelná

Oholení pacienta na sále: ne

Antiseptice: Gutasept G

Alergie na antiseptici: ne

Elektrokoagulace: ano

Stav kůže po výkonu:

Změny na kůži: ne

Odběry: ano

histologie (počet): 2x

Drény: ano

břišní drén: 1x + 1x

Popis operace:

Obézní pacient s vysokým operačním rizikem s prokázaným tumorem céka indikován k operaci. Střední laparotomie nad a pod pupek, dutina břišní s hojným výpotkem – odsáto cca 400 ml čirého výpotku, nma dně céka je hmatný plošný infiltrát, v místě po appendektomii bez známek karcinosy, tenké kličky bpn, žlučník bez litiasy, játra palpačně i UZ bez ložisek.

Protínáme gastrokolické lig. podél gastroepipl. arkády, uvolňujeme radix mesokolon od pankreatu, kaudálně k céku a mediálně termin. ileum. Obnažena v. mesent. sup. od které uvolněno mesokolon. Ligatura a protětí ramus dx. A et v. colicae med. Poté ligatura a protětí asi 5 cm terminálního ilea s mesenteriem. Postupujeme od mesenteria proximálně podél horních mesent. cév až k dolnímu

okraji pankreatu s exenterací a protětim ileokolických cév. Příčný tračník protínáme vlevo asi ve střední části, zčásti odstraňujeme velké omentum a pravou polovinu tračníku odstraňujeme s celým mesokolonem. Zakládáme ileotransverzální anastomozu end to site. Steh okrajů mesokolon a mesenteria. Pečlivá hemostáza, laváž a odsátí. Tygon drén pod játra a k anastomose. Po celou dobu operace je významná produkce serozního výpotku do dutiny břišní, krvácení je po každém kontaktu s tkáněmi – od revize retroperitonea proto upuštěno.

Sutura po anatomických vrstvách. Počet roušek a nástrojů souhlasí. Pravé polovině tračníku odebrány uzliny N3 na histologii . Krevní ztráta maximálně 200 ml.

Ze sálu:

Pacient převezen na JIP. Odtud 1.4.08 překlád na standardní oddělení.

(11, 12, 13)

B 5.3 Pooperační péče 1.4.-4.4.08

- Péče o operační ránu

: **1.4.08** - na sále zavedeny dva břišní Tygon drény, jeden drén dnes ex na JIPU, druhý zatím stále ponechán napravo od rány , napojen na sběrný sáček, sáček jsem dnes vyměnila poté co byl pacient převezen z JIPU a prohlédnut ošetřujícím lékařem, po výměně jsem okolí drénu i ránu vyčistila Gutaseptem a zakryla sterilními čtverci. Za celý den dnes drén odvedl 100 ml krvavého sekretu. Operační rána a její okolí je v klidu, bez známek komplikací. Drén je průchodný, pevně zafixován.

2.4.08 – po ranní vizitě jsem opět provedla převaz operační rány i drénu. K vydezinfikování jsem použila Gutasept a pak jsem na ránu nanasla Novicov. Už tedy nebylo potřeba sterilního krytí. U drénu jsem provedla výplach 1% Betadinou. Tygon drén je průchodný a za celý den odvedl 50 ml krvavého sekretu. Rána a ani její okolí nejeví známky komplikací, hojí se per primam.

3.4.08 – ránu jsem potřela Novicovem a okolí drénu zastříkla Gutaseptem. Provedla jsem výměnu sáčku. Drén je průchodný a za dnešek odvedl 50 ml krvavého sekretu. Operační rána bez známek komplikací.

4.4.08 – opět jsem potřela ránu Novicovem a drén zastříkla Gutaseptem. Na zítra plánováno vytažení drénu, je průchodný a dnes za ráno a dopoledne odvedl 50 ml krvavého sekretu. Rána i okolí v klidu.

- Péče o žilní vstupy

: **1.4.08** – na JIPU ráno ex CŽK, 3.den zavedený PŽK na PHK na hřbetu ruky, převaz ráno proveden na JIP

2.4.08 – sestra dnes provedla výměnu PŽK, nyní PŽK na LHK na předloktí. Katétr je funkční, okolí bez známek zánětu

3.4.08 – převázala jsem PŽK, k dezinfekci jsem použila Gutasept a poté sterilně zakryla. Místo vpichu a jeho okolí nejeví žádné známky infekce.

4.4.08 – PŽK dle ordinace lékaře ex.

- Péče o PMK

: zavedený 28.3.08, každý den kontrola, zda odvádí, vypouštění sběrného sáčku

4.4. 2008 PMK ex, pacient se spontánně vyprázdnil do dvou hodin po vytažení.

B 5.4 Oxygenoterapie 3.4. a 4.4. 08 – kyslíkové brýle 3x denně, event. častěji d.p., rychlost 6l/min

B 5.5 Farmakoterapie 1.4.- 4.4.08

1.) Infúzní terapie (pouze 1. a 2.4. 08)

: 2x Hartmanův roztok 500 ml/3hod. spádem do PŽK

1x Ringerův roztok 500 ml/3 hod. spádem do PŽK

2.) Injekční terapie

: s.c. do podbříšku Heparin R (antikoagulans) 5000j. v 9 – 17 - 01 h.

i.m. do hýždí Novalgin (analgetikum) 500 mg 4x denně d.p. á 6 hod (9 – 15 – 21 - 03h.)

i.v. do PŽK Augmentin (antibiotikum) 1,2g 8 – 16 – 24h.

3.) Per os terapie

: chronická medikace viz. str. 25

B 5.6. Dietoterapie 1.4.-4.4.08

- 1.4.08 – šlem – pacient dostal k obědu a k večeři šlemovou polévku, obě snědl
- 2.4.08 – dieta č.1 K (kašovitá) – na snídani dostal puding, k obědu pacient měl bramborovou kaši a k večeři nechtěl nic, neměl chuť k jídlu
- 3.4.08 – dieta č.1 K (kašovitá) – k snídani měl opět puding, k obědu hrachovou kaši a k večeři krupicovou kaši. Z každého jídla snědl ani ne polovinu, prý mu nechutná.
- 4.4.08 – dieta č. 2 (šetřící) – snídani nechtěl, k obědu dostal mleté maso s bramborovou kaší, snědl skoro celé.

B 5.7. Fyzioterapie 1.4.-4.4.08 – pohybový režim – 1.4.08 – 4.4.08 – CH

Přestože měl pacient od lékaře naordinován pohybový režim – chůze, většinu času trávil v lůžku.

Dle jeho slov je velmi unavený a jeho nohy by ho neunesly.

Rehabilitace u nemocného byla prováděna 2x denně a byla zaměřena zejména na prevenci TEN a postupnou vertikalizaci.

1.4.08 – dechová gymnastika, nácvik odkašlávání, držení operační rány při kašli, nácvik sedu a stoje

2.4.08 – kondiční cvičení na lůžku, izometrické cvičení na lůžku v sedě, dechová gymnastika, nácvik stoje a chůze, pacient se prošel po pokoji a kousek na chodbu s použitím chodítka

3.4.08 – dechová gymnastika, kondiční cvičení na lůžku, sed a protažení končetin. Nácvik chůze pacient odmítl.

4.4.08 – dechová gymnastika, izometrické cvičení, kondiční cvičení na lůžku v sedě, chůze po chodbě bez chodítka

(11, 12, 13, 14)

C. Ošetrovatelská část

C 1 Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu

Hodnocení jsem prováděla ve dnech 1.-2.4.2008

C.1.1 Subjektivní náhled pacienta na hospitalizaci

Pan K.Z. je za poslední dva roky již po čtvrté hospitalizován v nemocnici. Mezi tím byl také i kratší dobu v rehabilitačním centru kvůli fraktuře druhého krčního obratle, kterou utrpěl při nehodě osobního automobilu. Doufá, že tato hospitalizace je již poslední. Nemocnice obecně nemá rád. Z předešlých hospitalizací má pár negativních zkušeností. Zde mu vadí zejména přístup některých zdravotních pracovníků. Jsou prý odměření a chybí jim trocha lidskosti. Na druhou stranu uznává, že práce v nemocnici není jednoduchá a snaží se zaměstnance i pochopit. Chtěl by však co nejdříve domů, ale ví, že má za sebou velmi náročnou operaci a že to proto nebude ihned. Ví, že jeho onemocnění je vážné, proto zde vydrží. Zároveň se bojí, že v budoucnosti ho další hospitalizace stejně nemine.

C.1.2 Základní fyziologické potřeby

C.1.2.1 Potřeba dýchání

Před operací:

Pacient trpí již několik let kombinovanou ventilační poruchou a také má ICHS, proto se u něho často vyskytují stavy dušnosti. Dušnost je prý hlavně zátěžová. Když pohyb na chvíli zastaví dušnost se zmírní. Poslední dobou se tyto stavy vyskytují stále častěji. Už prý nedokáže pomalu vyjít ani schody. Je to pro něho velmi omezující. Z dalších příznaků se vyskytuje někdy také bolest na hrudi. To je často ve spojitosti právě s dušností. Občas po ránu ho trápí vlhký kašel. Odkašlává pak bílé hleny. Na odkašlávání nic neužívá. Rýma ho netrápí. Pouze na

jaře, jelikož má pylovou alergii. Tomu pak pomáhají nosní kapky. Pacient je kuřák. Kouří od 20 let. V průměru denně vykouří půl krabičky, ale někdy zvládne i celou. První cigaretu si zapálí ihned ráno při snídani ke kávě.

Po operaci :

V nemocnici se objevila dušnost i v klidu, proto lékař naordinoval podání kyslíku brýlemi rychlostí 6l/min. Pro lepší dýchání byl pacient uložen do mírně zvýšené polohy. Nemocný si stěžuje, že má nedostatek vzduchu. Nyní po operaci má problémy také s vykašláním, stále ho totiž pobolívá při každém pohybu operační rána. Každý den s ním odkašlávání cvičí fyzioterapeut. Znamky cyanózy nejeví, změny chování nepozorují. Dýchání je pravidelné, hlasité a hluboké. Frekvence se pohybuje v rozmezí 16 - 20 D/min.

C.1.2.2 Potřeba hydratace

Před operací:

Pacient vypije denně 2 - 3 litry tekutin. Nejraději má obyčejnou neperlivou vodu. Co nemůže jsou sladké šťávy, protože ho po nich pálí žába. Za den vypije tak 3 šálky kávy. Denně si dá také 2 - 3 piva.

Po operaci :

Pacient nemá žádné problémy s pitným režimem. Denně vypije alespoň 2 litry tekutin. Objektivně je pacient dostatečně hydratován. Kožní turgor je v normálu, sliznice nejsou oschlé, podpaží vlhké, moč světlé barvy. TK=130/80.

C.1.2.3 Potřeba výživy

Před operací:

Pacient se nikdy nestravoval zdravě. Pracoval jako kuchař, proto se hodně často přejídal. Miluje hlavně masitá jídla a omáčky. Ale říká, že není snad jídlo, které by mu nechutnalo. Pacient má obezitu těžkého stupně. Jeho BMI=35,6. Nikdy nestrávil žádnou dietu. Až teď poslední dva roky, kdy mu lékař naordinoval diabetickou dietu. Dietu prý ale moc nedodrzuje. Chybí mu prý pevná vůle. Při stravování pacient netrpěl žádnými potížemi. Zubní protézu nemá.

Po operaci:

V nemocnici má pacient naordinovanou dietu lékařem k postupnému zatěžování střeva. Na JIPU měl dietu nejprve nic per os a výživa byla hrazena infúzemi, později mohl přijímat tekutiny. Také měl zavedenou nasogastrickou sondu. Ta byla 4. den po operaci vyndána.

Nyní na oddělení měl nejdříve dietu šlemovou, poté kaši. Dietní režim dodržuje. Moc ale nejí, nemá prý vůbec hlad. Ví, že ho čeká velká změna v jeho stravování a že bude muset razantně změnit svoje výživové návyky. Na konzultaci za ním byla nutriční terapeutka a o celé věci s ním pohovořila. Dostal informační brožurku, co smí a co naopak nesmí. Ví, že bude muset jíst dost střídmě a hlavně, že spoustu jídel už nemůže. Uvědomuje si, že je to ale velmi důležité.

C.1.2.4 Potřeba vyprazdňování moče a stolice

Potřeba vyprazdňování moče:

Před operací:

Pacient udává problémy s močením v důsledku zbytnění prostaty. Trápí ho časté nucení na moč a velké úsilí při močení.

Po operaci:

Pacientovi byl v den operace 28.3. na sále zaveden PMK kvůli sledování bilance tekutin. Nyní se plánuje jeho vytažení. Moč je čirá, žluté barvy a bez příměsí. V průměru pacient denně vymočí 2500 ml.

Potřeba vyprazdňování stolice:

Před operací:

Pacient udává, že problémy s vyprazdňováním stolice nikdy neměl a ani v poslední době. Možná snad občas zácpa, ale nijak to neřešil a nevíšimal si toho, přišlo mu to zcela normální. Na stolici chodí tedy obden. Stolice prý snad normálního tvaru, barvy, spíš neví, nekoukal se.

Po operaci:

K vyprázdnění došlo 4. pooperační den bez použití podpůrných prostředků. Stolice není formovaná, spíše jen hlen hnědé barvy. K vyprázdnění menšího množství dochází několikrát denně. Stolice mírně zapáchá.

C.1.2.5 Potřeba spánku a odpočinku

Před operací:

V domácím prostředí pacient nemá problémy se spánkem, léky na spaní neužívá. Spí zhruba 7 - 8hod denně, chodí spát většinou kolem 23 - 24 hodiny a vstává kolem 7 - 8 hodiny. Poslední dobou se cítí velmi unavený a tak si často lehne tak na dvě hodiny i odpoledne po obědě. Dříve mu na únavu pomáhala káva, nyní už tomu tak není.

Po operaci :

Pacient má velké potíže se spánkem. Večer mu trvá dlouho než usne a pak se celou noc stejně neustále probouzí. Vadí mu nemocniční prostředí, také neustále musí přemýšlet nad svou budoucností. Je také před spaním zvyklý na čerstvý a chladnější vzduch, který mu v nemocnici chybí. Bez vyvětrání před spaním se mu špatně usíná. Občas ho také probouzí bolest operační rány. To si pak sestřám řekne o prášek na spaní a také o injekci na bolest. Ve spánku ho také omezují jeho potíže s dýcháním. Zejména při usínání, když pocítuje dušnost . Přes den se cítí nevyspalý a pospává.

C.1.2.6 Potřeba tepla a pohodlí

Před operací:

Pacient je otužilý. Doma má při spaní neustále pootevřené okno a to i v zimě. Bez čerstvého vzduchu by prý neusnul.

Po operaci:

V nemocnici mu vadí, že sestry málo větrají. Na pokoji je prý hrozný vzduch. Leží na čtyřlůžkovém pokoji u dveří. Jelikož je jeho soběstačnost docela omezená, v lůžku tráví většinu času. Postel mu vyhovuje, je prý akorát tvrdá. Jeho TT je v normálu v rozmezí kolem 36 stupňů.

C.1.2.7 Potřeba být bez bolesti

Před operací:

Před hospitalizací se občas vyskytly bolesti na hrudi spojené s dušností a nebo také bolesti v oblast krční páteře a to zejména při prudkých změnách počasí. Pokud ho někdy něco bolí, tak to zkusí zaspát a nebo když už to opravdu nemůže vydržet, tak si vezme nějaké analgetikum, třeba Ibalgin nebo Algifen. Bolest prý snáší docela dobře, nesmí však trvat příliš dlouho.

Po operaci :

Pacient udává bolest operační rány a jejího okolí. Bolest pociťuje zejména při změnách polohy a odkašlávání. Popisuje ji jako tlakovou. Objektivně ji lze také vidět v obličejí pacienta, je znatelná dle jeho grimas. Bolest se hodnotí čtyřikrát denně podle Melzackovy škály bolesti a je zaznamenávána do dokumentace. Pokud ji pacient hodnotí intenzivní a silnější, tak si zpravidla říká o analgetika. Od lékaře má rozepsaný Novalgin i.m.d.p. po 6 hod. Na ránu někdy také žádá obklad s ledem.

C.1.2.8 Potřeba osobní hygieny, stav kůže

Před operací:

Pacient neměl před hospitalizací žádné problémy v této oblasti. Udává, že obvykle se myje večer před spaním. Přednost dává raději sprše než koupeli. Je otužilý, proto se sprchuje poměrně studenou vodou. Vlasy si myje dle potřeby. Vlasy má krátké a uprostřed hlavy se mu již několik let vytváří menší pleš. Vousy má oholené. Holí se obden. Nehty má ostříhané. Vzhledem k DM je nutné věnovat větší péči kůži a to zejména dolním končetinám. O kůži se ale prý nějak zvlášť

nestará. Pouze si občas promaže krémem dolní končetiny, kde má sušší pokožku. Celkově budí dojem, že se o sebe stará, ale asi by bylo potřeba více.

Po operaci :

Nemocný se myje na lůžku s dopomocí personálu nebo se na sedačce bere do sprchy. Je příliš zesláblý a unavený sám by se nezvládl umýt. Moc se také nesnaží spolupracovat.

Stav kůže:

Žádné změny na kůži (hematomy, vyrážka,...) se nevyskytují. Kůže je bez otoků, s přiměřeným kožním turgorem. Barva kůže je v normě. Od 3. pooperačního dne je možné sprchovat operační ránu. Rána je asi 13 centimetrů dlouhá, je provedena střední laparotomií. Kousek od rány je vyvedený Tygonův drén. Převezvy se provádí každý den. Pacient má dále zavedený PŽK.

C.1.2.9 Potřeba tělesné a duševní aktivity

Před operací:

Pacient se nikdy moc nevěnoval žádnému sportu. Od té doby co mu však lékař pohrozil, že by se měl začít trochu hýbat, tak se snaží každý den jít alespoň na kratičkou procházku. Častokrát se ale musí zastavovat kvůli své dušnosti. Na jeho pohyb má také vliv úraz krční páteře, který utrpěl při autonehodě skoro před dvěma roky. Dělá mu například potíže se předklánět některé pohyby hlavou jsou pro něho také někdy velmi nepříjemné. K pohybu se dá také přičíst jeho práce na zahrádce na chatě, kde tráví od té doby, co je v invalidním důchodu převážně většinu času přes rok. Jinak rád luští křížovky a sleduje televizi.

Po operaci:

Za pacientem každý den dochází fyzioterapeutka. Pouze s ní vždy vstane a někdy se i projdou po chodbě. Již v první pooperační dny nemocný na JIP vstával. Nyní je ale pořád na lůžku. Tvrdí, že je příliš unavený a že ho nebudou poslouchat nohy, že se na nich neudrží. Dělá mu obtíže dostat se samotnému i do

polosedu či sedu na lůžku. Manželka a syn mu donesli křížovky i spoustu časopisů, ale ty nečte, spíš pospává.

C.1.2.10 Sexuální potřeby

Před + po operaci:

S manželkou má pacient hezký vztah. Více jsem s pacientem o tomto tématu však nehovořila, jelikož na pokoji nebylo dostatečné soukromí.

C. 1.3 Psychosociální potřeby

C.1.3.1. Existencionální potřeby

1. Zdraví

Před operací + po operaci:

Pacient si uvědomuje, že jeho zdraví je velmi porušené. Ví, že jeho onemocnění je vážné. Myslí si, že určitě alespoň z části má na tom podíl on sám. Jeho životospráva nebyla nikdy moc dobrá. Hodně se přejídal, jedl nezdravá jídla, sportu se také nikdy moc nevěnoval možná v mládí. Jeho špatným zlozvykem je ale hlavně kouření. Kouří už řadu let a přesto, že je velmi nemocen, nedokáže si život bez kouření představit. Od lékařů již mnohokrát slyšel, že by měl svůj život radikálně změnit, ale říká, že nemá dostatek pevné vůle. Kromě nynějšího onemocnění má i spoustu dalších, které do teď prý také nijak moc neřešil. Kvůli DM má od lékaře naordinovanou dietu, kterou ale stejně moc nedodržuje. Občas i zapomněl jít prý na kontrolu. Jeho přístup ke zdraví je velmi špatný. Nyní když ale dostal veškeré informace o své dg. a prognóze, se rozhodl, že se pokusí svůj život alespoň trochu pozměnit. Říká, že teprve až teď si uvědomil, jak je pro něho zdraví důležité.

2. Bezpečí a jistota

Před operací + po operaci:

Pacient se nyní cítí v nemocnici být poměrně v bezpečí. Chvíli mu trvalo než se zadaptoval, ale pak si řekl, že mu nic jiného nezbyvá a nějak hospitalizaci zvládne jako již kolikrát předtím. Nemocničnmu personálu se snaží důvěřovat, proto se necítí nijak ohrožen. Přesto mu ale všechen personál nevyhovuje a má určité výtky. Jinak všeobecně nemocnice rád nemá. Z některých pobytů v nemocnicích ho provází negativní zážitky, o kterých však nechce hovořit. Moc ani nehovoří o svém strachu. Svěřil se mi pouze, že se bojí toho, co bude dál, jaká ho čeká budoucnost a zda ho vůbec nějaká čeká. Doma má rodinné zázemí. Rodina je jeho velkou oporou a jistotou.

3. Soběstačnost

Před operací:

Pacient byl zcela soběstačný. Vše zvládal bez cizí pomoci. Jeho vnímání bylo zcela bez obtíží, vše chápal a všemu rozuměl. Ze smyslových funkcí je v popředí porucha sluchu. Pacient trpí nedoslýchavostí, proto je nutné na něj mluvit hlasitěji. Naslouchadlo nemá, ale z ostatních kompenzačních pomůcek používá brýle, jelikož špatně vidí na dálku.

Po operaci :

Pacient vyžaduje pomoc při základních denních aktivitách v důsledku omezené hybnosti. Nemocný se také nesnaží moc spolupracovat. V Barthelově testu dosáhl 65 bodů, což znamená lehká závislost, proto potřebuje pomoc.

4. Informace

Před operací + po operaci:

Pacient má dostatečné množství informací o svém zdravotním stavu. Informace o tom, co se děje v rodině má také.

C.1.3.2. Vztahové potřeby

1. Rodina

Před + po operaci:

Nemocný je po druhé ženatý. Má dvě děti. Z prvního manželství 37-letou dceru a z druhého 27-letého syna. S manželkou i dětmi má velmi dobré vztahy. Každý den za nim někdo z nich přijde do nemocnice na návštěvu.

2. Komunikace

Před + po operaci:

Pacient je při vědomí. Mluví plynule a zřetelně. Nosí brýle a trochu hůře slyší. Ověřila jsem si, že lépe slyší na pravé ucho. Sluchadlo však nemá. Je potřeba při komunikaci s ním mluvit nahlas, zřetelně a pomalu. Vždy k němu při hovoru stát čelem, aby nám viděl na obličej. Pacient má u sebe mobilní telefon prostřednictvím kterého udržuje kontakt se všemi svými známými, kteří za nim nemohou dorazit do nemocnice na návštěvu. Pokud jde o navazování kontaktu tak s tím má pacient potíže. K lidem je hodně nedůvěřivý, proto jen tak kontakt s nikým nenaváže. S pacienty tak velký problém nebyl, ale spíše s některými lidmi z personálu. Někdy se mu prostě stává, že si k někomu neumí najít cestu. Hodně dává na první dojem.

C.1.3.3. Sebepojetí a sebeúcta

Před operací + po operaci:

Pacient sám sebe hodnotí jako pesimistického člověka, který je velmi náladový a občas i velmi protivný. To je prý lepší se mu pak raději vyhýbat. Se svojí nemocí se snaží vyrovnat. Díky ní si uvědomil, že jsou daleko důležitější věci než jen to, co bude dnes k jídlu či co bude v televizi.

C.1.3.4. Seberealizace

Před + po operaci:

Pro pacienta je teď velmi důležité, aby se rychle uzdravil nebo alespoň aby mohl ještě nějakou dobu žít kvalitní život. Chce se věnovat hlavně své rodině, užít si vnoučata. Rodina je pro něj to nejcennější a právě nyní si uvědomuje, že ne vždy se ke všem choval zrovna nejlépe, jak měl. Přeje si, aby všichni z rodiny byli spokojeni.

C.1.3.5. Duchovní potřeby

Před + po operaci:

Pacient nevyznává žádnou náboženskou víru. Žádné náboženství však také ale neodsuzuje. Věří na osud. Co se má stát, to se stane a my to ničím nemůžeme ovlivnit. Podle něj nic není jen náhoda. Vše je předem dané. Z chování pacienta se spíše dá usuzovat na to, že je pohodlný a nemá dostatečnou vůli, proto raději vše převádí na osud.

C.1.3.6. Psychosociální hodnocení

Před + po operaci:

Pacient se mi jeví jako emociálně labilní, má problémy s ovládním. Někdy se rozčiluje aniž to někdo očekává. Přízpůsobení mu dělá potíže. Informace uchovává bez zkreslení. Orientuje se místem, časem i osobou.

(11, 12, 13, 14)

C. 2 Ošetrovatelské diagnózy

Jelikož jsem pacienta ošetřovala pouze v době po operaci, uvádím zde jen pooperační dg.

Pooperační dg. 1.4.-4.4.08.

Datum 1.4. 2008

1. **Akutní bolest** v důsledku operačního výkonu (laparotomie) projevující se verbalizací problému, zhoršenou pohyblivostí a bolestivým výrazem ve tváři.
2. **Poruchy dýchání** v důsledku operačního zákroku a přidružených onemocnění projevující se dušností, pocitem nedostatku vzduchu a potížemi s odkašláváním.
3. **Porušená integrita tkání** v důsledku laparotomie a invazivních vstupů (PŽK, drénů) s riziky komplikací (krvácení, infekce,..)
4. **Porucha spánku** v důsledku změny prostředí, obav z budoucnosti a bolestivosti operační rány projevující se probuzením se v noci, neschopností usnout, ospalostí a únavou přes den.
5. **Strach, úzkost** v důsledku závažné lékařské dg. (adenokarcinom caeca) projevující se obavami z budoucnosti, narušeným spánkem a uzavřeností vůči okolí.
6. **Trvalá změna příjmu potravy** v důsledku rozsáhlého operačního zákroku (pravostranná hemikolektomie a ileotransverzální anastomóza) projevující se postupným zatěžováním GIT.

Datum 2.4. 2008

7. **Změna defekace** v důsledku operačního zákroku projevující se odchodem hlenu.

8. **Narušená soběstačnost** v základních potřebách v důsledku operace, snížené pohyblivosti, zvýšené únavy a snížené motivaci projevující se nutností pomoci.
9. **Narušená schopnost komunikace** v důsledku zhoršené funkce sluchu projevující se nedoslýchavostí a špatným porozuměním.
10. **Změna močení** pro zavedený PMK z důvodu sledování bilance tekutin s riziky komplikací infekce.
11. **Riziko vzniku IMS** především pneumonie, TEN, dekubitů,.. v důsledku závažného pooperačního stavu, polymorbidity a klidového režimu.
12. **Nevhodná životospráva** pro nedostatek pevné vůle, osobnostní vlastnosti projevující se obesitou, nedostatkem pohybu, závislostí na alkoholu a nikotinu a polymorbiditou

(1, 11, 12, 13, 14)

C. 3 Ošetrovatelské dg, cíle, plánování, intervence a hodnocení

Akutní bolest v důsledku operačního výkonu (laparotomie) projevující se verbalizací problému, zhoršenou pohyblivostí a bolestivým výrazem ve tváři.

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient udává zmírnění bolesti při pohybu
- Pacient udává zmírnění bolesti v klidu
- Pacient spolupracuje při snižování bolesti
- Pacient rozumí příčinám bolesti

Ošetrovatelský plán:

- Navázat důvěryhodný vztah
- Edukovat o příčinách bolesti a paliativních faktorech
- Zjistit intenzitu bolesti a monitorovat ji a hodnotit
- Podávat léky dle ordinace lékaře
- Kontrolovat účinky léků a informovat o jejich účinnosti lékaře
- Redukovat faktory zvyšující bolest
- Snažit se odvést pozornost od bolesti a pozitivně nemocného motivovat
- Sledovat okolí rány a možné komplikace
- Ledovat ránu
- Pozorovat pacientovo chování
- Sledovat FF

Realizace:

S pacientem se mi podařilo navázat důvěryhodný vztah. Společně jsme si o jeho akutní bolesti promluvili. Vysvětlila jsem mu příčinu bolesti, účinky léků a také to, jak má bolest hodnotit. Bolest se u pacienta hodnotila 4x denně a dle jeho potřeby (pokud byla bolest intenzivní a silnější) mu byla aplikována analgetika, konkrétně Novalgin i.m. Lék většinou tak do hodiny zabral a pacient pocíťoval nižší intenzitu bolesti. Nemocného jsem se snažila motivovat a rozhovorem odvádět jeho pozornost od bolesti. Rána i její okolí se denně sledovalo. Někdy si

pacient také vyžádal led. Většinou tomu bylo na večer před spaním a nebo po rehabilitaci. Pravidelně byly monitorovány a zapisovány FF.

Hodnocení:

- Cíl splněn po podání analgetik má pacient zmírněnou bolest v klidu a při pohybu
- Příčinám bolesti rozumí a snaží se spolupracovat při snižování bolesti

Poruchy dýchání v důsledku operačního zákroku a přidružených

onemocnění projevující se dušností, pocitem nedostatku vzduchu a
potížemi s odkašláváním.

- Pacient dostatečně dýchá
- Pacient se naučí odkašlávat
- Pacient spolupracuje při dechovém kondičním cvičení

Ošetřovatelský plán:

- Pravidelně sledovat pacientovo dýchání
- Jakékoli změny hlásit lékaři
- Měřit FF a zapisovat je a hodnotit
- V případě potřeby podávat kyslík dle ordinace lékaře
- Zajistit zvýšenou polohu
- Zajistit dechovou gymnastiku s fyzioterapeutem
- Edukovat pacienta o správném dýchání
- Pozitivně stimulovat pacienta k nácviku odkašlávání
- Sledovat pacientovo chování a všimnout si nápadných změn
- V případě potřeby provádět odsávání sekretů z dýchacích cest

Realizace:

U pacienta jsem pravidelně sledovala jeho dýchání, FF, které jsem zapisovala do dokumentace a projevy chování pacienta. Pacient byl po většinu dne ve zvýšené poloze a i ve spánku měl stále trochu zvednuté lůžko. Poslední dva dny mé péče o pacienta se jeho dušnost zhoršila a to tak, že se objevila i v klidu na lůžku, proto

byl pacientovi podáván 3x denně kyslík kyslíkovými brýlemi rychlostí 6l/min. Každý den s nemocným rehabilitoval fyzioterapeut, společně nacvičovali odkašlávání a správnou techniku dýchání.

Hodnocení:

- Cíle splněny částečně
- Pacient dýchá dostatečně, ale pouze za občasné pomoci kyslíkových brýlí
- Snaží se spolupracovat při kondičním dechovém cvičení
- Naučil se odkašlávat

Porušená integrita tkání v důsledku laparotomie a

invazivních vstupů (PŽK, drénů) s riziky komplikací (krvácení, infekce,...)

Cíl ošetřovatelské péče:

- Pacient zná a rozumí důvodům invazivních vstupů
- Pacient je poučen o možných komplikacích
- Pacient chápe péči o operační ránu, PŽK, drény
- Rána se hojí per primam, bez komplikací

Ošetřovatelský plán:

- Pravidelně kontrolovat a hodnotit operační ránu a její okolí
- Pravidelně kontrolovat všechny invazivní vstupy a jejich okolí, jejich průchodnost
- Denně provádět převazy rány i PŽK a drénů
- Při převazech dodržovat pravidla asepsy
- Používat vhodný krycí materiál
- Sledovat FF
- Vysvětlit pacientovi význam péče o ránu a invazivní vstupy
- Informovat o důvodu zavedení PŽK, PMK a drénů
- Poučít o možných komplikacích

Realizace:

U pacienta se každý den při vizitě kontrolovala operační rána a poté se dle ordinace lékaře provedl převaz za aseptických podmínek. Rána se vydezinfikovala a pak zalepila krytím. Kontrolovali se také invazivní vstupy. PŽK se každý den převazoval a 1x za 3 dny byl vyměněn. Také se kontroloval a hodnotil obsah drénů. Obsah byl krvavý a denně drén odváděl v průměru tak 50ml, proto se plánovalo jeho vytažení. Pacientovi byly předány informace o významu vstupů, jejich převazech a i o výskytu možných komplikací.

Hodnocení:

- Cíle splněny
- Pacient zná důvody invazivních vstupů, má informace o možných komplikacích a o péči o ránu a vstupy a všemu rozumí.
- Rána se hojí bez komplikací per primam

Porucha spánku v důsledku změny prostředí, obav z budoucnosti a bolestivostí operační rány projevující se probuzením se v noci, neschopností usnout, ospalostí a únavou přes den.

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient se cítí vyspalý
- Pacient má kvalitní spánek
- Pacient je aktivní během dne a méně pospává
- Pacient udává postupné snižování únavy
- Pacient spí alespoň 6 hodin během noci

Ošetrovatelský plán:

- Zajistit pacientovi klidné prostředí na spánek
- Zajistit pacientovi lepší spánek
- Pohovořit s pacientem o jeho obavách, eventuálně zajistit rozhovor s ošetřujícím lékařem
- Podávat analgetika na zmírnění bolesti
- Naučit pacienta relaxačním technikám

- Vyvětrat pokoj před spaním a vhodně upravit lůžko
- Zajistit vhodnou teplotu na pokoji
- Kontrolovat, zda pacient jeví známky únavy
- Zeptat se pacienta, jak se mu spí
- Zajistit pacientovi denní aktivitu a motivovat ho k ní

Realizace:

S pacientem jsem mluvila o jeho obavách a snažila se je zmírnit. Pokud to bylo v mých možnostech, tak jsem mu zodpověděla otázky, na které se mně dotazoval. S pacientem mnohokrát pohovořil také ošetřující lékař. Pacienta zajímalo vždy zejména to, kdy už půjde domů. Pacient si většinou na noc říkal o analgetika. Sestru také vždy požádal o otevření okna, aby se pokoj mohl pořádně vyvětrat. Když usnul sestra okno zavřela, aby na pokoji nebyla zas příliš zima. Pacienta jsem pozorovala, jestli na něm uvidím známky nevyspalosti. Když seděl v lůžku a myslel si, že ho nikdo nepozoruje, tak na chvíli přivřel oči.

Vidět na něm byly kruhy pod očima a často také zýval. S pacientem jsem každé ráno hovořila o tom, jak se mu dnes spalo. Snažila jsem se ho také motivovat k aktivitě. Chodil za ním denně fyzioterapeut a rodina mu donesla spustu knížek a křížovek.

Hodnocení:

- Cíle splněny částečně
- Pacient se cítí částečně vyspalý, jeho spánek je kvalitnější, někdy spí i 6 hodin přes noc. Cítí se méně unavený.
- Přes den ale stále dost ospává a aktivitě se moc nevěnuje

Strach, úzkost v důsledku závažné lékařské dg. (adenokarcinom caeca) projevující se obavami z budoucnosti, narušeným spánkem a uzavřeností vůči okolí.

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient pocítuje menší strach a úzkost
- Pacient má dostatek informací o svém zdravotním stavu

- Pacient rozumí všem informacím
- Pacient má důvěru k personálu
- Pacient verbalizuje své pocity

Ošetrovatelský plán:

- Pohovořit s pacientem o jeho pocitech
- Naslouchat mu a empatizovat s ním
- Snažit se odvést pozornost někam jinam
- Umožnit kontakt s rodinou
- Zajistit klidné prostředí a dostatek času na rozhovor s nemocným
- Zajistit dostatek informací a jejich vysvětlení
- Konzultace s lékařem
- V případě potřeby domluvit konzultaci s psychologem
- Povzbudit a motivovat pacienta ke komunikaci
- Ověřit si, zda pacient všemu rozumí

Realizace:

S pacientem jsem si každý den povídala a při tom jsem se snažila mu zodpovědět jeho dotazy. Nemocného nejvíce zajímalo, kdy ho z nemocnice propustí. To s ním několikrát probíral ošetřující lékař. Z nemocného bylo poznat, že se bojí klást otázky ohledně své budoucnosti. Prý je lepší, když to nebude vědět, co ho čeká. Nechala jsem ho vyjádřit jeho pocity, snažila jsem se být empatická a bedlivě jsem mu naslouchala. Při rozhovoru jsem se zkoušela převést pozornost i na jiná témata a odpoutat ho tak alespoň na chvíli od jeho nemoci. Za nemocným pravidelně každý den dochází někdo z rodiny, nejvíce manželka. Za pacientem byla také dietní sestra, která ho edukovala o změně jeho stravování, které ho čeká.

Hodnocení:

- Cíl splněn
- Pacient pocítuje menší strach a úzkost
- Má dostatek informací a rozumí jim

- Snaží se verbalizovat své pocity

Trvalá změna příjmu potravy v důsledku rozsáhlého operačního

zákroku (pravostranná hemikolektomie a ileotransverzální anastomóza)

projevující se postupným zatěžováním GIT.

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient je edukován o trvalé změně příjmu potravy
- Pacient chápe informace, které dostal
- Pacient chápe nutnost změny stravování
- Pacient dodržuje dietní režim

Ošetrovatelský plán:

- Edukovat nemocného o dietním režimu
- Zajistit konzultaci s nutričním terapeutem a lékařem
- Zodpovědět veškeré dotazy pacienta
- Konzultovat změnu příjmu potravy s rodinou nemocného
- Zdůraznit význam dodržování změny stravování
- Ujistit se, že pacient rozumí
- Podporovat pacienta
- Podávat stravu dle dietního rozpisu
- Kontrolovat, zda pacient dietu dodržuje
- Sledovat jeho stav
- Měřit FF

Realizace:

Pacient v době na JIPU nepřijímal perorálně žádnou potravu, nyní na standardním odd. dochází k postupnému zatěžování trávicího ústrojí. Jídlo pacientovi nechutná. Vzhledem k jeho povolání a jeho osobnosti bude velký problém s dodržováním dietního režimu. Nemocný byl edukován od lékaře, sester a zejména nutričním terapeutem. Dostal brožuru pro pacienty po operaci střev. O změně jeho stravy byla poučena i jeho manželka. Obou dvou bylo zdůrazněno, jak je důležité dietní režim dodržovat do konce života. Během

hospitalizace byla pacientovi podávána dieta dle rozpisu, nejprve na JIPU nic per os, pak šlem, kaše, dieta č.1 a dieta č.2. Pacient dietu dodržoval.

Hodnocení:

- Cíle splněny
- Pacient byl edukován, má dostatek informací a všemu rozumí
- Dietu dodržuje
-

Změna defekace v důsledku operačního zákroku projevující se odchodem hleny.

Cíl ošetrovatelské péče:

- Obnovení střevní peristaltiky
- Pacient se spontánně vyprázdní
- Pacient je edukován o změně vyprazdňování

Ošetrovatelský plán:

- Sledovat vyprazdňování pacienta
- Každé vyprázdnění zapsat
- Zhodnotit stolici
- Edukovat pacienta o změnách ve vyprazdňování
- Zhodnotit úroveň v oblasti vyprazdňování

Realizace:

U pacienta docházelo k vyprazdňování několikrát denně, ale stolice nebyla typická, z pacienta odcházely pouze hleny hnědé barvy. Pouze poslední den mého ošetřování došlo k vyprázdnění již formovaná stolice menšího množství. Pacient se vyprazdňoval buď na lůžku a nebo byl s dopomocí dopraven na vozíku na WC. O změně ve vyprazdňování stolice mu byly poskytnuty veškeré informace od lékaře i sester.

Hodnocení:

- Cíle splněny
- Pacient se spontánně vyprázdnil
- Byl edukován

Narušená soběstačnost v základních potřebách v důsledku operace,

snížené pohyblivosti, zvýšené únavy a snížené motivaci projevující se
nutností pomoci.

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient spolupracuje v rámci svých možností
- Pacient má saturované potřeby
- Pacient je soběstačný v rámci svého zdravotního stavu
- Pacient nepociťuje nepohodlí

Ošetrovatelský plán:

- Motivovat pacienta ke spolupráci a k pohybu
- Motivovat k sebeděči
- Rozpoznat a uspokojit individuální potřeby nemocného, které nezvládne sám
- Zjistit stupeň soběstačnosti a pravidelně ji hodnotit
- Zajistit potřebné pomůcky k lůžku
- Zajistit rrb s fyzioterapeutem
- Signalizační zařízení k lůžku
- Aktivně pacienta podporovat v sebeděči

Realizace:

S pacientem jsem několikrát hovořila nejen já, ale i lékaři a sestry, že by bylo dobré kdyby se snažil více spolupracovat. Za pacientem denně docházel fyzioterapeut a cvičil s ním. Jeho soběstačnost tak byla neustále rozvíjena. U pacienta jsem provedla Barthelův test, v kterém dosáhl 65 bodů, což znamená stupeň lehké závislosti. Pacient vyžadoval dopomoc zejména v hygieně. Buď se myl s dopomocí na lůžku a nebo se odvezl do koupelny pod sprchu. Pacient byl

nejradši však na lůžku a ještě když ho někdo umyl. K lůžku měl zajištěné veškeré potřebné pomůcky i signalizační zařízení.

Hodnocení:

- Cíle splněny částečně
- Pacient má saturované potřeby
- Nesnaží se moc spolupracovat, proto není soběstačný v rámci svých možností

Narušená schopnost komunikace v důsledku zhoršené funkce sluchu projevující se nedoslýchavostí a špatným porozuměním.

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient rozumí a chápe, co mu říkáme
- Pacient nemá obavy z komunikace

Ošetrovatelský plán:

- Při komunikaci s pacientem mluvit jasně, zřetelně, nahlas a pomalu
- Při komunikaci stát před pacientem a zajistit, aby nám viděl do obličeje
- Pokud neporozumí znovu zopakovat a vysvětlit
- Mít trpělivost
- Zjistit na které ucho pacient slyší lépe
- Zajistit klidné prostředí
- Používat jiné než verbální techniky dorozumění
- Zjistit, zda pacient nepoužívá sluchadlo

Realizace:

Při komunikaci s pacientem jsem se vždy snažila mluvit jasně, zřetelně, pomalu a nahlas tak, aby mi rozuměl. Někdy mi nemocný přesto nerozuměl nebo mě neslyšel, proto jsem mu vše zopakovala znovu. Po každé jsem s nemocným měla trpělivost. Pacient se mi svěřil, že z počátku má s některými lidmi potíž v komunikaci, aby mu rozuměli, ale tady prý ne. Zjistila jsem také, že pacient

slyší lépe na pravé ucho, proto jsem se tedy snažila komunikovat s ním zejména z této strany. Sluchadlo pacient nepoužívá.

Hodnocení:

- Cíle splněny
- Pacient chápe a rozumí, co mu říkáme
- Je bez obav z komunikace

Změna močení pro zavedení PMK z důvodu sledování bilance tekutin
s riziky komplikací infekce.

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient zná důvody zavedení PMK
- Pacient nejeví známky infekce
- Pacient je seznámen s péčí o PMK

Ošetrovatelský plán:

- Edukace pacienta o PMK
- Kontrolovat průchodnost PMK
- Vypouštět dle potřeby sběrný sáček
- Dle ordinace lékaře provést výměnu PMK
- Kontrolovat okolí zavedení PMK
- Kontrolovat stav nemocného, zda nejeví známky infekce
- Měřit a hodnotit obsah sběrného sáčku
- Monitorovat FF a zapisovat je

Realizace:

Pacient byl již před operací poučen od lékaře o tom, že mu bude na sále zaveden PMK. Po operaci se pravidelně kontroluje průchodnost, okolí zavedení a také se vypouští sběrný sáček. Lékař výměnu katétru neordinoval. Naopak se plánuje vytažení. U nemocného se nevyskytly žádné známky infekce. Denně odvede PMK kolem 2500 ml. Moč má žlutou, čirou barvu a je bez příměsí.

Hodnocení:

- Pacient byl edukován o PMK
- Je bez známek infekce

Riziko vzniku IMS především pneumonie, TEN, dekubitů... v důsledku závažného pooperačního stavu, polymorbidity a klidového režimu.

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient bez projevů IMS
- Pacient edukován o IMS
- Pacient motivován k pohybu a k spolupráci

Ošetrovatelský plán:

- Motivovat pacienta k pohybu a spolupráci
- Zajistit rehabilitaci s fyzioterapeutem
- Pomáhat pacientovi v pohybu
- Pravidelně pečovat o pokožku pacienta a její porušenou integritu
- Pravidelně pomáhat měnit polohu pacientovi
- Dle potřeby podávat kyslík
- Udržovat pacienta v suchu
- Zajistit podpůrné pomůcky k pohybu
- Podávat léky proti TEN dle ordinace lékaře
- Zajistit dostatek tekutin
- Zajistit zvýšenou polohu pacienta
- Trénovat odkašlávání, event.podat mukolytika
- Dbát o vyváženou stravu
- Sledovat vyprazdňování
- Sledovat TK před i po zátěži

Realizace:

Za pacientem každý den docházel fyzioterapeut a cvičil s nemocným. Vždy se společně pokusili vstát a někdy se pacientovi podařilo i projít až na chodbu, samozřejmě s pomocí fyzioterapeuta a chodítka. Nemocný byl od všech

motivován k pohybu i spolupráci. Problém byl zejména ale v tom, že mu chyběla vůle. Pokožka pacienta nejevila žádné známky dekubitů, opruzenin. Vždy po umytí byla pečlivě osušena a nemocný sám nebo sestra ho namazala krémem. Pacient měl v lůžku antidekubitární matraci. Dle Northonovy stupnice dosáhl 24 bodů, což znamená riziko středního stupně. Nemocnému byly 2x denně podávány antikoagulantia (Heparin R). Byl většinu dne ve zvýšené poloze. Návěst odkašlávání s ním trénoval fyzioterapeut. Pro lepší dýchání dostával pacient kyslík. Mukolytika lékař nenaordinoval.

Hodnocení:

- Cíle splněny
- Pacient bez známek projevů IMS
- Pacient edukován o IMS
- Motivován ke spolupráci a k pohybu

Nevhodná životospráva pro nedostatek pevné vůle, osobnostní vlastnosti
projevující se obezitou, nedostatkem pohybu, závislostí na alkoholu a
nikotinu a polymorbiditou.

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient zná rizika vyplývající z nevhodného životosprávy
- Pacient chápe, jak správně žít
- Pacient chce zdravě žít

Ošetrovatelský plán:

- Zjistit přístup pacienta k životu
- Edukovat pacienta o správné životosprávě
- Informovat o rizicích spojených se špatnou životosprávou
- Motivovat a podpořit pacienta ke změně životosprávy
- Zajistit konzultaci s dietní sestrou, odborným lékařem
- Pohovořit s rodinou

Realizace:

Po několika rozhovorech s pacientem jsem se ujistila v tom, že jeho přístup k životu je velmi lehkomyšlný. Svým zdravím se nikdy moc nezabýval, vše bere moc lehkovážně. Bylo tedy velmi důležité mu několikrát zopakovat, jaká by měla být jeho životospráva a zvláště teď po tak náročné operaci a při velmi závažném onemocnění. Pacient absolvoval konzultaci s ošetřujícím lékařem i dietní sestrou. Všichni jsme se nemocného snažili motivovat a podporovat k jeho změně životosprávy. Mnoho informací dostala od lékaře i jeho manželka.

Hodnocení:

- Cíle splněny
- Pacient zná rizika vyplývající z nevhodného životního stylu
- Chápe, jak správně žít
- Chce zdravě žít

(1, 11, 12, 13, 14)

C. 4 Edukace

Pacient byl edukován po překladu na standardní oddělení z JIPU o chodu oddělení a o péči, která mu zde bude poskytována. Informace mu poskytla staniční sestra a pacientův ošetřující lékař.

Byly mu podány tyto informace:

- každý den za ním bude docházet fyzioterapeut zpravidla 2x denně a společně budou nacvičovat postupnou vertikalizaci
- je důležité, aby se pacient snažil cvičit i sám
- nutná je jeho spolupráce
- postupně bude docházet k pozvolnému zatěžování jeho trávicího ústrojí (nejprve tekutá výživa, pak kaše,...)
- důležité je sledovat jeho vyprazdňování (vzhled stolice, frekvence, event. obtíže s defekací)
- sledovat se také bude P+V tekutin k tomu má zavedený PMK a je důležité, aby zapisoval P tekutin
- postupně dle jeho stavu a ordinací lékaře mu budou odstraňovány invaze

Edukaci pacient zcela rozuměl.

Před propuštěním z nemocnice do domácího ošetřování by pacient měl být edukován o změně jeho životosprávy, zejména dietním režimu, který bude muset dodržovat již do konce života. Informace ohledně stravy mu již teď předala dietní sestra. K nemocnému se posadila a vše s ním důkladně probrala. Důležité je, aby pacient měl vyváženou stravu, díky které dosáhne udržení látkové a energetické rovnováhy, dobré tělesné i duševní výkonnosti a zvýší se tím také obranyschopnost proti nemocem. Z jídelníčku bude potřeba vyřadit ty potraviny, které způsobují zažívací obtíže nebo jejich množství snížit. Velký význam má technologická úprava. Při přípravě jídel používat vaření, dušení, pečení bez tuku pod poklicí, aby se netvořila kůrka. Vyvarovat by se pacient měl smažení, pečení na tuku. Jídlo podávat v klidném prostředí, raději v menších

porcích (5 – 6x denně), ani horké ani studené. Pro úpravu mikrobiální střevní rovnováhy může použít probiotika (Bifidobacterium bifidum, Lactobacillus casei,..), která chrání zažívací trakt, snižují hladinu cholesterolu, působí proti infekci a harmonizuje zažívání po antibiotické léčbě. Strava je přísně individuální – jednoznačné stanovisko při výběru jídel nelze určit. Pacient přijímá potraviny, které mu nepůsobí obtíže. K lepší orientaci v potravinách pacient dostal brožurku, kde je přesně uvedené, co nemocným po operaci střev dělá potíže a naopak které potraviny jsou bezproblémové. Pokud jde o tekutiny, tak nejlépe je pít čaj, minerálky bez kysličníku uhličitého a slabé ovocné šťávy ředěné vodou. Příjem alkoholu se řídí stavem nemocného, pití piva je rizikové z důvodu sycení kysličníkem uhličitým.

Pacient by měl být poučen také o tom, že v budoucnu bude muset absolvovat pravidelné kontroly u lékaře, vzhledem k riziku recidivy onemocnění a možných komplikací.

Pooperační sledování	Interval	Vyšetření
1. rok po operaci	1x za 6 měsíců	sono jater, koloskopie
	1x za 12 měsíců	RTG plic
	1x za 3 měsíce	nádor.markery CEA, CA 19-9
2. rok po operaci	1 x za 12 měsíců	sono jater, koloskopie
	1x za 12 měsíců	RTG plic
	1x za 3 měsíce	nádor.markery CEA, CA 19-9
3. rok po operaci	1x za 12 měsíců	sono jater, RTG plic
	1x za 2 – 3 roky	koloskopie
	1x za 3 měsíce	nádor.markery CEA, CA 19-9
další sledování	1x za 6 měsíců	nádor.markery CEA, CA 19-9
	1x za 12 měsíců	sono jater, RTG plic
	1x za 2 – 3 roky	koloskopie

Tyto informace mu poskytl ošetřující lékař. Nemocný byl tedy plně edukován a všemu bez problému rozuměl.

(7, 8, 11, 12)

C. 5 Ošetrovatelský závěr a prognóza

Pan K.Z. je velice zvláštní člověk. Umět s ním komunikovat a zejména získat si jeho důvěru vyžaduje určité umění. Říká, že jen tak kontakt s nikým nenaváže. V lidech je prý hodně vybíravý a hlavně tvrdohlavý. Když si na někoho vytvoří nějaký názor, už ho nerad mění. Většinou dává na první dojem. Proto i zde v nemocnici, pokud mu nějaký člověk nebyl sympatický od začátku, už se jeho názor nezměnil. Já jsem s ním naštěstí kontakt navázala ihned a bez jakýchkoliv problémů. Vždy jsme si spolu hezky pohovořili. Působil na mě jako velmi milý člověk.

Pooperační období probíhalo bez větších komplikací. Pacient byl afebrilní, sutura se hojí per primam. Jediné v čem byl velký problém, že pacient odmítal spolupracovat při jakémkoliv pohybu. Dle lékaře není žádný velký důvod, proč by nemohl chodit. Pacientovi se prý podle lékaře spíše líbí, že je obskakován personálem a všemi okolo. Když za nim přijde fyzioterapeut, tak se mu někdy podaří pacienta postavit a s pomocí chodítka nebo dokonce i bez něho se s pacientem projít. Myslím si, že pacientovi chybí dostatečná vůle a velkou roli hraje i jeho únava.

Pacient se velmi těší domů, i když ví, že hned to nebude. Pobyt v nemocnici už mu přijde, ale dlouhý. Pro své zdraví to však nějak vydrží. Strašně moc se těší na svá vnoučata.

Co se týče jeho zdravotního stavu, tak prognóza vzhledem k mnoha přidruženým chorobám je nejistá. Navíc průběh nádorového onemocnění nelze moc dopředu přesně odhadnout, je velmi variabilní. Příští týden by mělo u pacienta proběhnout onkologické konzilium a podle něj se pak rozhodne, jaká další terapie nemocného čeká. Pokud u nemocného nenastanou nějaká závažnější komplikace, mohl by být koncem příštího týdne propuštěn do domácího ošetřování, kde se o něho bude starat manželka. Důležité je, ale aby se začal více a samostatně pohybovat. Doma bude pak důležité, jak bude dodržovat veškerá doporučení a rady lékařů.

(11)

D Seznam literatury a zdroje informací

1. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*
Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 2001
ISBN 80 – 247 – 0242 – 8
2. KLENER, P. *Klinická onkologie*
Praha: Galén, 2002
ISBN 80-7262-151-3
3. FERKO, A., VOBOŘIL, Z., ŠMEJKAL, K., BEDRNA, J. *Chirurgie v kostce*
Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o.,
2002
ISBN 80-247-0230-4
4. ZEMAN, M. A KOLEKTIV. *Chirurgická propedeutika*
Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2000
ISBN 80-7169-705-2
5. STAŇKOVÁ M., *České ošetřovatelství 6*
Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi
Brno: NCO NZO, 2006
ISBN 80-7013-323-6
6. VYSLOUŽIL K., *Komplexní léčba nádorů rektu*
Praha: Grada Publishing, a.s., 2005
ISBN 80-247-0628-8
7. HOLUBEC L., SEN., A KOLEKTIV. *Kolorektální karcinom současné možnosti diagnostiky a léčby*
Praha: Grada Publishing, a.s., 2004
ISBN 80-247-0636-9
8. SKŘIČKA T., KOHOUT P., BALÍKOVÁ M., *Dieta u pacientů se střevními vývody a po operaci střev*
Praha: Forsapi, s.r.o., 2007
ISBN 978-80-903820-6-0

9. ZAVORAL M., *Rakovina Tlustého střeva*
Praha: VZP ČR, č. 12 odborné edice (2000)
10. dostupné na www: <http://www.lekarna.cz>
11. pacient – pozorování, rozhovor
12. dokumentace
13. zdravotnický personál
14. rodina – manželka, syn

E Seznam příloh

1. Příloha č. 1
Hodnocení rizika dekubitů dle stupnice Northonové
str. 69
2. Příloha č. 2
Barthelův test základních všedních činností ADL
str. 70
3. Příloha č. 3
Hodnocení rizika komplikací v dýchacích cestách
str. 72
4. Příloha č. 4
Tabulky FF
str. 73
5. Příloha č. 5
Záznam kontroly bolesti
str. 75
6. Příloha č. 6
Přehled podávaných léků
str. 76
7. Příloha č. 7
Seznam použitých zkratk
str. 78
8. Příloha č. 8
Vstupní ošetřovatelský záznam
9. Příloha č. 9
Plán ošetřovatelské péče

F Přílohy

Příloha č. 1

Hodnocení rizika dekubitů dle stupnice Northonové

Body	Schopnost spolupráce	Věk	Stav kůže	Zvláštní rizika	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	úplná	do 10 let	normální	žádné	dobrý	bdělý	chodící samostatný	úplná	kontin.
3	malá	do 30 let	suchá, šupinatá	↓imunity horečka DM	zhoršený	apatický	chodící s doprovodem	částeč.omez.	občas. inkont.
2	částečná	do 60 let	vlhká	obezita anemie	špatný	zmatený	sedící na lůžku, v křesle	velmi omez.	inkont. převážně moči
1	žádná	60 let +	alergie, porušená	on.cév kachexie Ca	velmi špatný	bezvědomí	ležící	žádná	inkont. moči stolice

(11, 12, 5)

Celkové bodové hodnocení: ...23 bodů...riziko vzniku dekubitů

Datum:...1.4. 2008...

Podpis...Samková...

Celkové bodové hodnocení: ...23 bodů...riziko vzniku dekubitů

Datum:...3.4. 2008...

Podpis:...Samková...

Příloha č. 2

Barthelův test základních všedních činností ADL

činnost	provedení činnosti	bodové skóre 1.4. 2008	bodové skóre 3.4. 2008
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10	10
	s pomocí	5	5
	neprovede	0	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10	10
	s pomocí	5	5
	neprovede	0	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10	10
	s pomocí	5	5
	neprovede	0	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	10	10
	neprovede	5	5
		0	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10	10
	občas inkontinentní	5	5
	inkontinentní	0	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10	10
	občas inkontinentní	5	5
	inkontinentní	0	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10	10
	s pomocí	5	5
	neprovede	0	0
8. přesun na lůžko- židle	samostatně bez pomoci	15	10
	s malou pomocí	10	5
	vydrží sedět	5	0
	neprovede	0	
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15	10
	s pomocí 50m	10	5
	na vozíku 50 m	5	0
	neprovede	0	
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10	10
	s pomocí	5	5
	neprovede	0	0

(11, 12, 5)

Celkové bodové hodnocení:...65 bodů...ADL 2 = lehká závislost

Datum:...1.4. 2008...

Podpis:...Samková...

Celkové bodové hodnocení:...65 bodů...ADL 2 = lehká závislost

Datum:...3.4. 2008...

Podpis:...Samková...

Příloha č. 3

Hodnocení rizika komplikací v dýchacích cestách

Kritéria	Počet bodů 0-3 1.4. 2008	Počet bodů 3.4. 2008
ochota spolupracovat	2	2
současné plicní onemocnění	3	3
prodělané plicní onemocnění	0	0
oslabení imunity	1	1
orotracheální manipulace	0	0
kuřák/pasivní kuřák	3	3
bolest	3	2
poruchy polykání	0	0
pohybové omezení	2	1
povolání ohrožující plíce	0	0
umělé dýchání	0	0
stav vědomí	0	0
hloubka dechu	1	2
léky tlumící dýchání	0	0
dechová frekvence	0	1

(11, 12, 5)

Celkové bodové hodnocení: ...15 bodů...ohrožen

Datum: ...1.4. 2008...

Podpis: ...Samková...

Celkové bodové hodnocení: ...15 bodů..ohrožen

Datum: ...3.4. 2008...

Podpis: ...Samková...

Příloha č. 4

Tabulky FF

1.4. 2008 – 4. pooperační den

Čas	TK	P	D
9:00	130/75	74/min.prav.	17/min.
12:00	130/70	77/min.prav.	19/min.
15:00	135/75	76/min.prav.	16/min.
19:00	140/75	79/min.prav.	16/min.

Čas	TT
6:00	36,4°C
17:00	36,7°C

2.4. 2008 – 5. pooperační den

Čas	TK	P	D
9:00	140/80	77/min.prav.	18/min.
12:00	135/80	78/min.prav.	16/min.
15:00	135/80	77/min.prav.	17/min.
19:00	135/75	75/min.prav	19/min.

Čas	TT
6:00	36,6°C
17:00	36,5°C

3.4. 2008 – 6. pooperační den

Čas	TK	P	D
9:00	140/80	77/min.prav.	16/min.
12:00	140/80	78/min.prav.	18/min.
15:00	135/80	74/min.prav.	21/min.

19:00	135/80	80/min.prav	20/min.
-------	--------	-------------	---------

Čas	TT
6:00	36,4°C
17:00	36,5° C

4.4. 2008 – 7. pooperační den

Čas	TK	P	D
9:00	135/80	77/min.prav.	17/min.
12:00	130/75	78/min.prav.	22/min.
19:00	135/75	76/min.prav.	22/min.

Čas	TT
6:00	36,8°C

(12)

Příloha č. 5
Záznam kontroly bolesti

Bolest se hodnotila každý den, zde uvádím pouze některá hodnocení

Melzackova škála bolesti /...../...../...../...../

mírná nepříjemná intenzivní krutá nesnesitelná

datum	čas	stupeň bolesti	lokaliz. bolesti	úlevový zákrok -jiné	název léku	dávka	čas podání
<u>1.4.2008</u>	10:00	intenziv.	operační rána	sáček s ledem	Novalgin	500 mg i.m.	10:15
	16:30	intenziv.	operační rána		Novalgin	500 mg i.m.	16:35
	20:00	nepříjemná	operační rána	sáček s ledem			
	24:00	intenziv.	okolí operační		Novalgin	500 mg i.m.	24:15
<u>3.4.2008</u>	9:00	nepříjemná	operační rána	sáček s ledem			
	11:45	intenziv.	operační rána	výměna ledu	Novalgin	500 mg i.m.	12:00
	13:00	mírná	Operační rána				

(11, 12, 5)

Příloha č. 6
Přehled podávaných léků

<u>Obchodní název</u>	<u>Generický název</u>	<u>Indikační skupina</u>	<u>Forma</u>	<u>Množství</u>	<u>Nežádoucí účinky</u>
<u>CYNT</u>	<u>Moxonidium</u>	<u>antihypertenzivum</u>	<u>tbl.</u>	<u>0,3 mg</u>	<u>bolest hlavy,</u> <u>soch v ústech,</u> <u>celková slabost,</u> <u>závratě</u>
<u>Cerucal</u>	<u>Metoclopramidi hydrochloridum</u>	<u>antiemetikum</u>	<u>tbl.</u>	<u>10 mg</u>	<u>únava, bolest</u> <u>hlavy, závratě,</u> <u>úzkost, průjmy</u>
<u>Gopten</u>	<u>Trandolaprilum</u>	<u>antihypertenzivum</u>	<u>cps.</u>	<u>2 mg</u>	<u>bolest hlavy,</u> <u>kašel, bušení</u> <u>srdce</u>
<u>Furon</u>	<u>Furosemidum</u>	<u>diuretikum</u>	<u>tbl.</u>	<u>40 mg</u>	<u>nevolnost,</u> <u>zvracení,</u> <u>průjem,</u> <u>oběhové</u> <u>poruchy</u>
<u>Verospiron</u>	<u>Spinolactonum</u>	<u>diuretikum šetřící draslík</u>	<u>tbl.</u>	<u>25 mg</u>	<u>nechutenství,</u> <u>nevolnost,</u> <u>zvracení,</u> <u>bolesti břicha</u>
<u>Diazepam</u>	<u>Diazepamum</u>	<u>anxiolytikum</u>	<u>tbl</u>	<u>10 mg</u>	<u>spavost, únava,</u> <u>porucha</u> <u>koordinace</u> <u>pohybů</u>
<u>Heparin F</u>	<u>Heparinum natrium</u>	<u>antikoagulans</u>	<u>inj.</u>	<u>5000 j.</u>	<u>krvácení,</u> <u>bolesti hlavy,</u> <u>bolesti kloubů</u>
<u>Novalgin</u>	<u>Metamizolum natrium</u>	<u>analgetikum</u>	<u>inj.</u>	<u>500 mg</u>	<u>svědění,</u> <u>zarudnutí,</u>

	<u>monohydricum</u>				<u>kopřivka,</u> <u>otoky,</u> <u>dyspnoe,git</u> <u>potíže</u>
<u>Morfin</u>	<u>Morphini</u> <u>hydrochloridum</u> <u>trihydricum</u>	<u>analgetikum -</u> <u>anodynum</u>	<u>inj.</u>	<u>10 mg</u>	<u>Útlum dýchání,</u> <u>nausea,</u> <u>zvracení,závratě</u>
<u>Atropin</u>	<u>Atropini sulfas</u>	<u>parasymptolytikum</u>	<u>inj</u>	<u>0,5 mg</u>	<u>útlum sekrece</u> <u>slinných žláz,</u> <u>mydriáza,</u> <u>tachykardie,</u> <u>fotofobie</u>
<u>Augmentin</u>	<u>Amoxicillinum</u> <u>trihydricum,</u> <u>kalii clavulanas</u>	<u>antibiotikum</u>	<u>inj.</u>	<u>1,2g</u>	<u>alergické</u> <u>reakce, GIT</u> <u>potíže</u>
<u>Hartmanův</u> <u>roztok</u>	Na, K, Cl, Ca, Mg, laktát		infúze	500 ml	
<u>Ringerův</u> <u>roztok</u>	Na, K, Cl, Ca		infúze	500 ml	

(10,12)

Příloha č. 7
Seznam použitých zkratek

- **APC** – adenomasus polyposis coli
- **ATB** – antibiotika
- **BDK** – bandáže dolních končetin
- **BMI** – index tělesné hmotnosti
- **Ca** – karcinom
- **CA 19-9** – sacharidový antigen 19-9
- **CD** – douglasův prostor
- **CEA** – karcinoembryonální antigen
- **CT** – počítačová tomografie
- **CŽK** –centrální žilní katétr
- **D** - dech
- **DG** – diagnóza
- **DM** – diabetes mellitus
- **FAP** – familiární adenomatozní polypova
- **FF** – fyziologické funkce
- **G** – glykémie
- **ICHS** – ischemická choroba srdeční
- **IM** – infarkt myokardu
- **IMS** – imobilizační syndrom
- **JIP** – jednotka intenzivní péče
- **KRK** – kolorektální karcinom
- **LU** –lumbální uzliny
- **MM** – močový měchýř
- **NGS** – nasogastrická sonda
- **OPV** – obstrukční porucha ventilační
- **P** - puls
- **PCR bifenyly** – polychromované
- **PDK** – pravá dolní končetina
- **PMK** – permanentní močový katétr

- **PŽK** - periferní žilní katétr
- **RTG** – rentgenové vyšetření
- **RVP** – restriční ventilační porucha
- **St.p.Fr. C2**- stav po zlomenině druhého krčního obratle
- **TEN** – tromboembolická nemoc
- **TK** – krevní tlak
- **TT** –tělesná teplota
- **Tu** – tumor
- **UZ** – ultrazvuk

