

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

Bakalářské studium ošetrovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO TOTÁLNÍ
GASTREKTOMII NA JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE**

**NURSE CARE OF THE PATIENT AFTER TOTAL
GASTRECTOMY IN THE INTENSIVE CARE UNIT**

2007 / 2008

Jana Vislocká

Vedoucí práce: PhDr. Helena Chloubová

PROHLÁŠENÍ

Čestně prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

PRAHA 2008

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí práce PhDr. Heleně Chloubové za trpělivost, podnětné připomínky, návrhy a korekce mé závěrečné práce a čas, který mi věnovala.

Dále děkuji pracovnímu týmu 3. chirurgické kliniky - JIP za spolupráci při realizaci ošetrovatelského procesu a komplexním řešení problémů.

Děkuji také svému klientovi, který byl svěřen do mé péče a ochotně mi věnoval svůj čas, pozornost, důvěru a souhlasil s použitím informací v této práci.

PRAHA 2008

OBSAH

ÚVOD.....	6
KLINICKÁ ČÁST	
1 KARCINOM ŽALUDKU	7
1.1 ETIOLOGIE	7
1.2 KLINICKÝ OBRAZ	8
1.3 DIAGNOSTIKA.....	8
1.4 TERAPIE	9
1.5 STANDARTNÍ POOPERAČNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA PO TOTÁLNÍ GASTREKTOMII PRO CA ŽALUDKU	11
1.6 PROGNÓZA.....	13
1.7 EDUKACE	13
2 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE.....	15
3 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZA	16
4 DIAGNOSTICKO – TERAPEUTICKÁ PÉČE	17
4.1 FYZIOLOGICKÉ FUNKCE	17
4.2 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ	19
4.3 OSTATNÍ VYŠETŘENÍ	20
4.4 CHIRURGICKÁ TERAPIE	21
4.5 OXYGENOTERAPIE.....	23
4.6 FARMAKOTERAPIE	23
4.7 DIETOTERAPIE.....	25
4.8 FYZIOTERAPIE	25
5 STRUČNÝ PRŮBĚH HOSPITALIZACE	26

OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

6	OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A SOUČASNÝ STAV PACIENTA dne 17. 11. 2007	27
6.1	ZÁKLADNÍ SOMATICKÉ POTŘEBY	27
6.2	PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY EXISTENCIÁLNÍ.....	31
6.3	PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY	33
	AFILIATIVNÍ – SOCIÁLNÍ.....	33
7	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	35
8	OŠETŘOVATELSKÉ CÍLE A PLÁNY, JEJICH REALIZACE A HODNOCENÍ.....	37
8.1	AKUTNÍ BOLEST.....	37
8.2	PRŮCHODNOST DÝCHACÍCH CEST ZHORŠENA	39
8.3	HYPOTERMIE.....	40
8.4	POŠKOZENÁ INTEGRITA TKÁNÍ	41
8.5	ZMĚNA VÝŽIVY.....	43
8.6	ZMĚNA MOČENÍ.....	44
8.7	PORUCHA SPÁNKU.....	46
8.8	OMEZENÁ SEBEPÉČE.....	47
8.9	STRACH.....	48
9	OŠETŘOVATELSKÝ ZÁVĚR A PROGNÓZA.....	50
10	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	51
11	SEZNAM PŘÍLOH	51
	PŘÍLOHA.....	52

ÚVOD

Jsem součástí ošetřovatelského týmu 3. chirurgické kliniky – jednotky intenzivní péče (JIP) již od roku 2000. V průběhu tohoto času jsem se zde setkala s nejrůznějšími lékařskými diagnózami a operačními výkony. Nejčastější nemoc, která přivádí klienty na tuto kliniku, je rakovina různých systémů lidského těla. Pro závěrečnou práci jsem si vybrala pana K. J., který zde byl přijatý k plánovanému operačnímu výkonu pro adenokarcinom žaludku.

Karcinom žaludku je prakticky jediným zhoubným nádorem, který vykazuje ve dvacetiletém srovnání v České republice významný pokles incidence. Ze 3275 nových případů v roce 1975 poklesl jeho výskyt na 2219 v roce 1996, tedy o jednu třetinu. Důvody nejsou zcela jasné, nesporně však souvisejí s civilizačními zásahy do životního stylu (vyšší podíl čerstvé stravy, konzervace mrazem, kvalitnější vodní zdroje), možná i se snížením chronicity gastritid medikamentózní léčbou eradikující *Helicobacter pylori*, případně jinými, dosud nepoznanými faktory prostředí. Incidence karcinomu žaludku tak sleduje v našich podmínkách zcela opačný trend než kolorektální karcinom, jehož výskyt dramaticky narůstá. Za stejné dvacetileté období poklesla úmrtnost na karcinom žaludku ze 4238 na 1853 zemřelých, tedy na méně než polovinu. Roční výskyt i mortalita karcinomu žaludku je o čtvrtinu vyšší u mužů než u žen. Relativní incidence karcinomu žaludku narůstá plynule s věkem do pozdního senia, první případy lze však zaznamenat již od 25. roku života. V absolutních hodnotách je nejvíce případů zjišťováno u obou pohlaví ve věkové kategorii 70 - 74 let. (5)

KLINICKÁ ČÁST

1 KARCINOM ŽALUDKU

Karcinom žaludku vzniká maligní přeměnou žaludeční sliznice. Nádor postupně invaduje stěnou žaludku, šíří se do okolí přímým prorůstáním a zároveň metastazuje do lymfatických uzlin, jater, plic a dalších orgánů. Nezřídka způsobí peritoneální karcinózu dutiny břišní. Karcinom žaludku může růst endofyticky, ulcerovat v žaludeční stěně, scirhoticky svrašťovat žaludek nebo difúzně infiltrovat žaludek v celém rozsahu.

Skoro všechny zhoubné nádory (asi 95 %) jsou adenokarcinomy (vycházejí z buněk žlázek stěny žaludku a jejich vývodů). Vzácně to mohou být maligní lymfomy (z mízních uzlin), ale i benigní (nezhoubné) adenomatózní polypy. (5; 6)

1.1 ETIOLOGIE

Rakovinu žaludku jsou schopny vyvolat některé kancerogeny obsažené v potravě (nitrosaminy, polycyklické uhlovodíky, alfatoxin), nedostatečný přísun vitamínu A a C ve stravě, převaha cukrů a škrobů s malým obsahem tuků a bílkovin a také kouření.

Genetické faktory mají také u části případů svůj význam. Nebyla tu zjištěna jediná dominující alterace v genetické výbavě, předpokládá se tudíž souhrn mnohočetných abnormalit. Je znám výslovně familiární výskyt v některých rodinách. Nositelé krevní skupiny A mají asi o 20 % vyšší pravděpodobnost onemocnět rakovinou difúzního typu než nositelé jiných krevních skupin.

V posledních letech zaujímá významné místo v úvahách o vzniku karcinomu žaludku *Helicobacter pylori*. Z epidemiologických studií vyplývá vyšší incidence karcinomu žaludku v těch populacích, kde je vyšší incidence helikobakterové infekce.

Predisponující změny:

- Atrofická gastritida s achlorhydrií, u níž se karcinom žaludku vyskytuje 4krát častěji.
- Perniciózní anémie, u které je výskyt karcinomu žaludku 18krát vyšší.
- Stav po resekci žaludku pro jeho vředovou chorobu. Karcinomy zde vznikají v odstupu 15 let a jsou častější u žen. (1, str. 466; 2, str. 215)

1.2 KLINICKÝ OBRAZ

Klinické příznaky karcinomu žaludku jsou většinou, hlavně v počátcích, málo specifické. Nejčastěji jde o abdominální dyskomfort, pocit tlaku až bolesti v epigastriu, vyskytuje se také odpor k masu, říhání a zápach z úst. Výraznější algické příznaky provázejí již pokročilejší, často inoperabilní nádorový proces. U 80 % nemocných karcinomem žaludku dochází k úbytku váhy, nechutenství je přítomno u dvou třetin pacientů, méně než polovina si stěžuje na poruchy pasáže a epizodické nebo i časté zvracení, které znamenají poruchu pasáže žaludkem. Poměrně malá část nemocných se prezentuje melenou, i když okultní krvácení je nesporně přítomno mnohem častěji.

(5)

1.3 DIAGNOSTIKA

Primární diagnostika nádorů žaludku je především endoskopická s histologickou verifikací endoskopicky odebrané biopsie. Předcházet může celkové fyzikální vyšetření s ultrazvukovým vyšetřením břicha, krevního obrazu, biochemického vyšetření krve včetně nádorových markerů (CEA, CA 19-9, CA 72-4) .

V časném, jinak bezpříznakovém stádiu onemocnění lze karcinom diagnostikovat prakticky pouze endoskopickým vyšetřením.

Stanovení diagnózy pokročilého karcinomu žaludku je jednodušší pomocí RTG vyšetření nebo endoskopie s biopsií. Mnoho nemocných (80 - 90 %) přichází k lékaři až v tomto stádiu onemocnění. Asi u tří čtvrtin takovýchto pacientů již není možné provést kurativní resekční výkon.

Před operačním řešením karcinomu žaludku se provádějí ještě vyšetření jater (pomocí ultrasonografie či CT) ke zjištění případných metastáz či infiltrace nádoru do okolí, RTG vyšetření hrudníku k odhalení eventuálních vzdálených metastáz. Nádor se většinou šíří do okolí prorůstáním do okolní tkáně a do sousedních orgánů – slinivky břišní, tlustého střeva a jater. Může dojít k postižení pobřišnice a tvorbě metastáz. K dalšímu šíření nádoru dochází cestou lymfatických cév, třeba i do supraklavikulární uzliny, většinou vlevo (tzv. Virchowova uzlina) a cestou krevních cév do kostí, kůže, vaječnicků (Krukenbergův karcinom). Někdy se metastázy do vaječnicků projeví dříve než karcinom žaludku.

Je-li diagnóza jistá, s operací se dlouho nečeká, protože se při ní ověří rozsah nádoru, postižení blízkých lymfatických uzlin, případně sousedních orgánů, ale současně se posoudí možnost, jak nejlépe chirurgicky situaci vyřešit.

(4, str. 274; 5)

1.4 TERAPIE

CHIRURGICKÁ TERAPIE

Jedinou rozhodující léčbou je včasná, dostatečně radikální operace. Chirurgický výkon spočívá v odstranění nádoru, nejčastěji resekci žaludku nebo totální gastrektomií se současným odstraněním co největšího množství regionálních lymfatických uzlin.

Radikální, kurativní resekční výkon je možný u nemocných v I. a II. stádiu onemocnění (nádor je lokalizován pouze ve sliznici žaludku či neprorůstá přes serózu stěny žaludku a regionální lymfatické uzliny nejsou postižené metastázami).

Radikalita je pojímána za různých situací a různými chirurgickými školami různě od prostého odstranění žaludku s omentem, přes gastrektomii se splenektomií až po gastrektomii se systematickou lymfadenektomií všech perigastrických uzlin.

Subtotální gastrektomie je možná, je-li nádor lokalizován až v antru či je-li jeho proximální hranice alespoň 6 cm pod kardií tak, aby mohl být zachován aspoň třicentimetrový okraj zdravé tkáně v resekátu.

Rekonstrukci traktu po gastrektomii lze provést celou řadou různých způsobů, nejužívanější je rekonstrukce exkludovanou kličkou jejunu typu Y podle Rouxe. Nádory

v oblasti kardie nutno řešit gastroesofagektomií s esofagojejunoanastomozou supradiaphragmaticky v hrudníku.

Kontraindikací resekcí výkonů jsou předoperačně zjištěné mnohočetné metastázy v obou lalocích jaterních, metastázy v jiných, vzdálených orgánech či celkový těžký stav nemocného. (4, str. 274; 5)

PALIATIVNÍ CHIRURGICKÁ TERAPIE

Více než dvě třetiny nemocných s karcinomem žaludku však přicházejí s onemocněním ve stadiu III. a IV. (nádor již infiltruje okolní struktury, nebo jsou přítomné metastázy v regionálních lymfatických uzlinách, či dokonce vzdálené metastázy). Je-li to technicky možné, lze v těchto případech provést paliativní resekcí výkon s ponecháním části nádoru či postižených lymfatických uzlin, který prodlužuje dobu a kvalitu přežívání.

K paliativním chirurgickým výkonům, které mají být voleny individuálně pro zachování přirozené pasáže, patří paliativní resekce II. typu, případně pouze gastroenteroanastomoz. Porucha pasáže při inoperabilním nádoru či recidivě obturující žaludek si někdy vynutí řešení výživnou jejunostomií. (4, str. 274; 5)

ADJUVANTNÍ CHEMOTERAPIE

Adjuvantní léčbou v širším smyslu slova rozumíme takovou léčbu, která doplňuje nebo zvyšuje účinnost jiné základní léčebné metody. Cílem adjuvantní chemoterapie, navazující na chirurgickou léčbu, je likvidovat tzv. zbytkovou nádorovou populaci.

Zkušenosti ukázali, že v mnoha případech je adjuvantní chemoterapie málo účinná a navíc přináší rizika nežádoucích účinků, jež jsou pak neúměrně jejímu malému efektu. Nejistá je účinnost adjuvantní léčby i u karcinomu žaludku a pooperační chemoterapie nejsou standardně doporučovány. (1, str. 39; 5)

NEADJUVANTNÍ CHEMOTERAPIE

Neadjuvantní chemoterapií rozumíme podání cytostické léčby před chirurgickým výkonem. Zmenšení nádoru způsobené chemoterapií může usnadnit operabilitu nádoru,

průnik cytostatika je snazší pro intaktní cévní zásobení a celkový stav nemocného je lepší, což zaručuje i lepší toleranci léčby.

V poslední době je některými zahraničními pracovišti propagována předoperační konkomitantní chemoradioterapie kombinující kontinuální podávání 5-fluorouracilu se zevním ozářením dávkou 45 Gy. Při tomto režimu se daří ve vysokém procentu snížit stadium onemocnění a zlepšit podmínky pro resekci nádoru. (1, str. 39; 5)

RADIOTERAPIE

Radioterapie se v léčbě karcinomu žaludku uplatňuje jen okrajově. Příklad v úvahu pouze jako paliativní terapie a to v dávkách zevního ozáření 40-45 Gy. Je prováděna technikou dvou protilehlých polí, případně po iniciální dávce pozměněné na tři nebo čtyři tvarovaná pole. Limitující pro zvýšení dávky v této oblasti jsou ledviny, klíčky tenkého střeva, játra a mícha.

Pooperační radioterapie nejsou standardně doporučovány. (5)

1.5 STANDARTNÍ POOPERAČNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA PO TOTÁLNÍ GASTREKTOMII PRO CA ŽALUDKU

Komplexní pooperační ošetrovatelskou péčí o pacienta po totální gastrektomii pro karcinom žaludku zabezpečuje sestra na JIP ve spolupráci s pomocným zdravotnickým personálem.

Pacient po této operaci nesmí minimálně sedm dní nic přijímat per os. Je na úplné parenterální výživě. Má **centrální žilní katetr (CŽK)**, tj. venózní katetr zavedený do velké žíly. Indikace k jeho zavedení jsou: potřeba dlouhodobé parenterální výživy, nepřístupné a nedostatečné kvalitní periferní žíly, aplikace léků, monitorování centrálního žilního tlaku atd. CŽK se zavádí častěji do horní duté žíly (vena subclavia, vena jugularis interna), méně frekventovaná je punkce dolní duté žíly (vena femoralis). Pro ošetřování a manipulaci s ním platí přísné dodržování zásad asepse. Pacient je většinou po příjezdu ze sálu zajištěn i **periferním žilním katetrem**. Ten je možné po RTG kontrole správnosti zavedení CŽK odstranit.

Pacient po velkém operačním výkonu má standartně zavedený **epidurální katetr** (EPD) ke kontinuální epidurální analgesii. Katetr je zavedený do epidurálního prostoru a dle potřeb pacienta je jím vpravována analgetická směs (Marcaine 0,5% 20 ml, Sufenta forte 2 ml v 100 ml FR, rychlost 5–10 ml/hod). Sestra monitoruje bolest pacienta a dle jeho potřeb upravuje rychlost analgesie. Sestra sleduje místo vpichu katetru (zarudnutí, sekrece), ošetřuje ho za přísného dodržování zásad asepse a monitoruje možné vedlejší účinky (hypotenze, necitlivost dolních končetin, bolest hlavy).

Pacient má zavedenou **nasogastrickou silikonovou sondu** (NGS) do místa ezofagojejunoanastomózy na 24 hod za účelem kontroly krvácení v místě anastomózy. Sestra sleduje funkčnost sondy (polohu, průchodnost), odpad (množství, charakter), kůži a sliznici kolem (zarudnutí, dekubitus). Dle ordinace lékaře sestra provádí proplach sondy sterilní vodou. Na sondu je napojený sběrný sáček s výpustí.

Pacient má zavedený silikonový **drén** do břišní dutiny, jehož účelem je odstranit patologický obsah (nahromaděnou tekutinu nebo vzduch) z břišní dutiny. Drén je napojen na sběrný sáček s výpustí. Sestra průběžně sleduje polohu a průchodnost drénu, charakter a množství odváděného obsahu. Změřené množství zaznamenává pravidelně do dokumentace a sleduje vitální funkce.

U pacienta je sledována bilance tekutin. Pro přesné a plynulé sledování diurézy má pacient zavedený **permanентní močový katetr** (PMK). Při manipulaci s permanentní cévkou je třeba dodržovat pravidla asepse, pečovat o hygienu cévky a omezit pohyby katétru v močové trubici. Důležitá je bezpečná fixace cévky, aby nedocházelo k tahu za cévku nebo k jejímu vytažení. Je nutné sledovat průchodnost cévky a měnit ji dle instrukcí výrobce (silikonovou – po 30 dnech, latexovou – po 7 dnech). Sběrný sáček je umístěn zásadně v poloze nižší než je močový měchýř pacienta. Uzavřený systém, s filtrem, měníme za 7 – 14 dní (dle výrobce a ordinace lékaře). Polootevřený systém, bez filtru (sběrný sáček s výpustí), měníme po 24 hodinách. Sestra sleduje množství a barvu odcházející moče.

Péče o **operační ránu**. U pacienta po totální gastrektomii je to horní střední laparotomie. Sestra sleduje okolí rány, přítomnost (resp. nepřítomnost) sekrece z ní (hnis, krev), proces hojení rány, případnou dehiscenci. Operační ránu ošetřujeme dle ordinace lékaře.

Při převazu je důležité dbát na chirurgickou asepsi. Ránu čistíme tahem ze shora dolů, začínáme uprostřed a pokračujeme směrem ven. Nebo čistíme tahem směrem ven od incize na jednu stranu a potom směrem ven na druhou stranu. Rána se čistí směrem od nejméně po nejvíce znečištěnou oblast a kryjeme ji sterilním obvazem.

U pacienta zajistíme **oxygenoterapii**, tedy podání zvlhčeného kyslíku maskou nebo kyslíkovými brýlemi rychlostí 2 – 6 l O₂/min. Sestra sleduje hodnoty saturace kyslíkem a dechovou frekvenci.

V den operace jsou **fyziologické funkce** TK, P, D, SaO₂ sledované a dokumentované á 1 hod.

Za účelem podpory čistoty, vytvoření příjemného prostředí, osvěžení, udržování kůže v dobrém stavu a prevence vzniku komplikací, provádíme **hygienickou péči** celého těla 2krát denně nebo podle potřeby. Protože pacient nesmí nic přijímat ústy, dbáme o sliznici dutiny ústní, která za těchto podmínek ztrácí svou samočisticí schopnost. Pacient provádí hygienu dutiny ústní ráno a večer a v průběhu celého dne ji doplňuje ošetřováním tampónky se stopanginem nebo borglycerinem.

1.6 PROGNOZA

Výsledky chirurgické léčby karcinomu žaludku nejsou uspokojivé. Podílí se na tom jednak pozdní diagnostika nádorového onemocnění pro velmi nespecifické časně příznaky, jednak samotná povaha žaludečních karcinomů, které reagují velmi zřídka na adjuvantní chemoterapii. Pětileté přežívání po resekčních výkonech pro karcinom se pohybuje kolem 20 %.

(4)

1.7 EDUKACE

16. 11. – 17. 11.

Pacient je po operaci obeznámen s průběhem pooperační péče a režimem na JIP. Je mu vysvětleno, že:

- nemůže sedm dní přijímat nic per os, a pak bude postupně zatěžován stravou (čaj, bujón, kaše, šetřící dieta)

- má klid na lůžku, ale může se na něm volně aktivně pohybovat dle svých možností,
- s ním bude 2krát denně aktivně i pasivně cvičit fyzioterapeut, který ho naučí dechové cvičení a cvičení na lůžku jako prevence TEN,
- je důležité cvičit i sám, ne jen pod odborným vedením,
- bude postupně, dle jeho možností vertikalizován,
- je nutné pravidelně mikronebulizovat z důvodu uvolnění hlenů a následného vykašlání a vyplivnutí,
- postupně dle stavu a ordinace lékaře mu budou odstraňovány invaze.

Pacient zná důvody a postupy ošetrovatelských intervencí a správně spolupracuje s personálem.

Pacient by měl být před odchodem z nemocnice poučen o dlouhodobých důsledcích, které vyplývají z léčby a které mohou podstatně změnit jeho život; např. o tom jak časté budou kontroly po ukončení léčby; o možných vyhlídkách dalšího pracovního uplatnění. Je nutné mu ujasnit i další, méně složité otázky – úprava denního režimu, stravy, životního stylu apod. Tyto informace jsou pacientovi poskytnuty na standardním oddělení sestrou a lékařem.

Všichni nemocní po léčbě karcinomu žaludku musejí být dispenzarizováni jak pro riziko recidivy nádoru, tak i z hlediska potíží a komplikací indukovaných léčbou onkologem, chirurgem nebo gastroenterologem. Po radikální operaci jsou vhodné tříměsíční intervaly kontrol s gastrofibroskopií dvakrát ročně během prvních dvou let a sonografií nebo CT jater jednou ročně. V dalších třech letech pak postačí kontroly dvakrát ročně a obě specifická vyšetření jednou ročně.

Diagnóza karcinomu žaludku je indikací k pracovní neschopnosti, která mnohdy přechází v trvalou.

U nemocných po úplném nebo částečném odstranění žaludku se mohou dostavit potíže 15 - 20 minut po jídle. U mnoha z nich po určité době vymizí, ale asi u 5% stále přetrvávají. Jedná se o potíže jako je pocit plnosti, křeče v břiše, nevolnost, zvracení, sklon k průjmům, pocení, třes nebo slabost apod. U některých nemocných se objevují příznaky asi 1,5 - 2 hodiny po jídle. Jsou to hlad, neklid, pocení, třes nebo slabost.

U většiny nemocných časem z části nebo úplně potíže vymizí. Pacient je proto obeznámen s obecnými doporučeními (dodržovat hlavně v prvních měsících po operaci), které potraviny jsou pro něho vhodné, jak si má jídlo připravovat apod.

2 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: K. J.

Oslovení: pan

Rok narození: 1939

Věk: 68 let, rodné číslo 39----/---

Stav: rozvedený

Vyznání: římsko-katolické

Vzdělání: středoškolské

Povolání: důchodce

Národnost: česká

Pojišťovna: 111 VZP

Adresa:

Telefon:

Osoba, kterou lze kontaktovat: družka M. E., bytem dtto

Datum přijetí: 12. 11. 2007

Hlavní důvod přijetí: plánovaná operace pro Ca antra žaludku - Gastrectomie
16. 11. 2007

V tomto plánu ošetrovatelské péče jsou zahrnuté první 4 dny po operaci pana K. J. (16. 11. - den operace až 19. 11.), v průběhu kterých jsem ho ošetřovala na JIP.

(7; 9)

3 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZA

Pan K. J. byl přijat na 3. chirurgickou kliniku FN Motol k plánované operaci pro adenokarcinom žaludku.

OA: Hypertenze - na terapii od 1985, po redukci hmotnosti nevyžaduje terapii, léčba vysazena

Diabetes mellitus II. typu - na perorálních antidiabetikách (PAD) a dietě

Dna – na terapii

Katarakta – plánovaná operace v lednu 2008

Hepatitis A v dětství

St. p. appendektomii (APPE) v dětství; operaci prostaty pro hyperplasiu;
circumcisi pro fimosu při chronické hnisavé balanitidě (10. 2007)

RA: neví

SA: pacient je v důchodu, žije s družkou, dříve pracoval jako vedoucí provozovny Jednota, později obsluha čerpadla aj.

AA: neguje

FA: Glucophage XR tbl. 1 – 0 – 0 Metformin / antidiabetikum / p.o.

Aktiferin cps. 0 – 1 – 0 Ferrosi sulfas / antianemikum / p.o.

Helicid 20 mg cps. 1 – 0 – 0 Omeprazol / antiulcerózum / p.o.

Milurit 100 mg tbl. 1 – 0 – 0 Allopurinolum / antiuratum / p.o.

NO: Pacient přichází z domova k plánované operaci po doporučení a domluvě s interním oddělením nemocnice Jilemnice, kde byl hospitalizován od 18. 10. 2007 do 31. 10. 2007. Muž byl přijat na interní oddělení k vyšetření pro hubnutí (od srpna, kdy začaly zažívací potíže a nechutenství, zhubl 13 kg), anémii a vysokou FW (68 / 100). Krátce před přijetím byl hospitalizován na urologickém oddělení ve Dvoře Králové, kde byla provedena circumcise pro hnisavou balanitidu, přeléčen Zinnatem. Na interním oddělení provedena gastrokopie se zjištěním tumorosní infiltrace žaludku s poruchou evakuace, histologicky se jedná o adenokarcinom difusního typu. Dle CT jde o postižení antra a pyloru žaludku s pylorostenosou a dilatací žaludku bez známek generalizace (nebyla zjištěna lymfadenopatie či metastatické postižení v dutině břišní).

Laboratorně zjištěná mírná mikrocytární anémie, tumorové markery jsou negativní.
Přes přítomnou poruchu evakuace žaludku není dosud per os příjem omezen.

LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY:

Adenocarcinom difusního typu se stenosou antra a pyloru

Diabetes mellitus II. typu dosud na PAD

Esenciální hypertenze

Dna

Katarakta

OPERAČNÍ DIAGNÓZA: Ca antra žaludku

OPERAČNÍ VÝKON: Gastrectomia totalis, omentectomy, drain

(7; 8; 10)

4 DIAGNOSTICKO – TERAPEUTICKÁ PÉČE

4.1 FYZIOLOGICKÉ FUNKCE

Při příjmu 12. 11. 2007

Vědomí: Glasgow coma scale (GCS) 15 – plné vědomí

Fyziologické funkce: TK 155 / 95

P 89' pravidelný

TT 36,2 °C

Výška: 182 cm

Váha: 90 kg

BMI: 27,2

V den operace 16. 11. 2007Po příjezdu na JIP TK, P, D, SaO₂ sledované á 1 hod, TT sledovaná á 6 hod.

ČAS	TK	P	SaO ₂	TT
13:15	159 / 63	54'	89 %	35,2°C
14	169 / 84	52'	100 %	
15	177 / 88	61'	100 %	
16	170 / 82	58'	99 %	37 °C
17	162 / 77	55'	100 %	
18	161 / 74	58'	99 %	
19	154 / 70	60'	98 %	
20	138 / 64	62'	100 %	
21	120 / 65	70'	99 %	
22	127 / 67	69'	98 %	36,2 °C
23	130 / 69	65'	100 %	
24	125 / 69	68'	100 %	

17. 11. – 19. 11. 2007

Následně FF monitorovány 4 x denně.

DATUM	ČAS	TK	P	SaO ₂	TT
17. 11. 2007	5	121 / 64	71'	97 % s O ₂	36,6 °C
	11	110 / 69	70'	90 % bez O ₂	37,1 °C
	16	134 / 73	71'	98 % s O ₂	37,1 °C
	22	127 / 70	73'	97 % s O ₂	36,2 °C
18. 11. 2007	5	129 / 71	72'	97 % s O ₂	36,8 °C
	11	133 / 65	68'	92 % bez O ₂	36,5 °C
	16	123 / 73	67'	93 % bez O ₂	36,6 °C
	22	130 / 68	64'	98 % s O ₂	36,9 °C
19. 11. 2007	5	129 / 71	70'	99 % s O ₂	36,3 °C
	11	135 / 69	73'	94 % bez O ₂	36 °C
	16	134 / 71	62'	96 % bez O ₂	36,2 °C
	22	137 / 68	70'	95 % bez O ₂	37 °C

4.2 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Krevní obraz

DATUM	17. 11.	18. 11.	19. 11.	NORMA
Erytrocyty	3,88	4,01	3,94	4,50 – 6,30 x 10 ¹² /l
Hemoglobin	9,9	10	10,1	14,0 – 18,0 g/dl
Hematokrit	0,303	0,311	0,307	0,380 – 0,520
Trombocyty	673	649	631	140 – 440 x 10 ⁹ /l
Leukocyty	8,6	8,4	8,4	4,0 – 10,0 x 10 ⁹ /l

Koagulace 17. 11. 2007

APTT	29,8 s	
APTT N	30,2 s	
QUICK	13,3 s	
QUICK N	13 s	
QUICK %	95 %	
INR	1,03	norma 0,80 – 1,20

Biochemické vyšetření

DATUM	17. 11.	18. 11.	19. 11.	NORMA
Na	143	140	142	137 – 144 mmol/l
K	4,9	5,4	5,5	3,9 – 5,3 mmol/l
Cl	108	112	109	98 – 107 mmol/l
ALP	0,96			0,88 – 2,35 ukat/l
AST	0,37			0,16 – 0,63 ukat/l
ALT	0,25			0,10 – 0,63 ukat/l
GMT	0,15			0,15 – 0,92 ukat/l
Urea	2,9			2,9 – 8,2 mmol/l
Kreatinin	92			71 – 115 umol/l
Celková bílkovina	48,5	49,8	52,6	62 – 77 g/l
C reaktivní protein	99,3	134,9	117,3	0 – 6,5 mg/l

Glykemický profil (pacient je diabetik II. typu – na PAD a dietě)

DATUM	13. 11.	16. 11.	17. 11.	18. 11.	19. 11.	NORMA
Ráno	6,8		4,8	4,9	5,0	4,6 – 6,4 mmol/l
Poledne	6,7		8,8	8,0	7,9	
Večer	7,3	12,2	8,2	7,1	8,3	
Noc			8,5	7,5	8,0	

(9)

4.3 OSTATNÍ VYŠETŘENÍ

Pacient sebou přinesl :

- interní předoperační vyšetření, RTG snímky srdce a plic – v normě
- popis gastrokopie – rozsáhlá tumorosní infiltrace celého žaludečního antra a pyloru; těžká motorická insuficience žaludku; chromodiagnosticky přítomná kyselina v žaludku
- výsledek histologie – vzorek žaludečního antra: částky antrální sliznice v okraji infiltrované adenokarcinomem difusního typu
- popis USG břicha – hepatomegalie; výrazné zesílení stěny žaludku v oblasti antra a pyloru
- popis a CT snímky břicha – tumor žaludku lokalizovaný v oblasti antra a pyloru, ztlustěná stěna působí pylorostenózu s dilatací žaludku; dobře ohraničený vůči okolním orgánům, bez zřetelné lymfadenopatie či meta postižení v dutině břišní; mírná hepatomegalie; chronické nefropatické změny oboustranně

V průběhu hospitalizace:

- interní kontrola – profylaxe – v normě
- anesteziologické konzilium – premedikace podaná na oddělení

15. 11. 07 22:00

Hypnogen 10 mg per os na noc / Zolpidemi tetras / tbl. / hypnotikum

Fraxiparin 0,6 ml s.c. / Nadroparinum calcicum / inj.sol. / antitrombotikum,
antikoagulans

16. 11. 07 6:00

Dithiaden 2 mg p.o. / Bisulepini hydrochloridum / tbl. / antihistaminikum

- RTG srdce a plic – kontrola zavedení CŽK – bez patologického nálezu

(7; 9)

4.4 CHIRURGICKÁ TERAPIE

Operační protokol – příloha 1

Operační rána

Pacient indikován k operaci pro adenocarcinom žaludku. Dle operačního protokolu byla provedená v klidné celkové anestezii horní střední laparotomie. Rána krytá na operačním sále suchým sterilním obvazem. Po příjezdu pacienta ze sálu na JIP obvaz prosakuje mírně a není nutná jeho výměna. Druhý den po operaci proveden převaz rány u ranní vizity. Operační rána byla klidná, bez zarudnutí a sekrece. Za přísných aseptických podmínek byla očištěna peroxidem vodíku od staré zaschlé krve, následně dezinfikována Cuttasept sprejem a krytá samolepícím absorpčním krytím Mepore. Tímto způsobem byla rána ošetřována minimálně 1krát denně u ranní vizity a za přítomnosti lékaře 16. 11. – 19. 11.

Drén

Pacient má zavedený silikonový drén do břišní dutiny (z operačního protokolu nelze zjistit jeho přesnou polohu), který je napojen na sběrný sáček s výpustí. Sestra ošetřuje okolí drénu, monitoruje kůži a její případné zarudnutí, sleduje funkčnost drénu (polohu, průchodnost) a odpad z drénu (množství, charakter). Změřené množství zaznamenává pravidelně do dokumentace. Kůže kolem drénu je klidná, bez zarudnutí. Podle potřeby je ošetřována za dodržení asespse dezinfekcí Cuttasept sprej a krytá nastříženým samolepícím absorpčním krytím Mepore.

Odpad z drénu: 16. 11. 300 ml serosní tekutiny 18. 11. 200 ml serosní tekutiny
17. 11. 500 ml serosní tekutiny 19. 11. 100 ml serosní tekutiny.

Sonda

Pacient má zavedenou nasogastrickou (NGS) silikonovou sondu do místa ezofagojejunoanastomózy. Sestra sleduje funkčnost sondy (polohu, průchodnost), odpad (množství, charakter), kůži a sliznici kolem (zarudnutí, dekubitus). Změřené množství zaznamenává do dokumentace. Dle ordinace lékaře byla sonda propláchnuta sterilní vodou až první den po operaci u ranní vizity a v poledne vytažena. Kůže a sliznice bez patologických změn.

Odpad ze sondy: 16. 11. 0 ml

17. 11. do 13 hod 0 ml, pak EX.

Invazivní vstupy

Pacient má zavedený trojcestný **centrální žilní katetr** (CŽK) do vena subclavia dextra. CŽK je ošetřován za přísného dodržování zásad asepse dezinfekcí Cuttasept sprej, antiseptickým nepřilnavým obvazem s jódem Inadine a kryt prodyšným, transparentním samolepícím filmem Mefilm. Kůže kolem CŽK je klidná, bez zarudnutí.

Periferní žilní katetr (PŽK) zavedený do vena basilica sinistra je v den operace kryt Mefilmem a první den po operaci vytažen. PŽK by nebyl využíván, protože pacient má zavedený funkční CŽK a představoval by možnou bránu vstupu pro infekci.

Pro přesné a plynulé sledování diurézy má pacient zavedený **permanentní močový katetr** (PMK) č. 16. Při manipulaci s permanentní cévkou je třeba dodržovat pravidla asepse, pečovat o hygienu cévky a omezit pohyby katétru v močové trubici. Důležitá je bezpečná fixace cévky, aby nedocházelo k tahu za cévku nebo k jejímu vytažení. Na PMK je napojen sběrný sáček s výpustí, který dle zvyklostí oddělení bude vyměněn po 7 dnech, v případě přítomnosti patologických příměsí podle potřeby. Sestra průběžně sleduje charakter a množství odváděné moče a průchodnost PMK. Množství odvedené moče zaznamenává pravidelně do dokumentace.

Výdej moče PMK: 16. 11. 2900 ml slámově žlutá, čirá

17. 11. 2250 ml slámově žlutá, čirá

18. 11. 3500 ml slámově žlutá, čirá

19. 11. 3700 ml slámově žlutá, čirá.

Pacient má zavedený i **epidurální katetr** (EPD) ke kontinuální epidurální analgesii. Sestra sleduje místo vpichu katetru (zarudnutí, sekrece), ošetřuje ho za přísného dodržování zásad asepse dezinfekcí Cuttasept sprej a kryje samolepicím absorpčním krytím Mepore. Tímto způsobem je EPD převazován minimálně 1krát denně u ranní vizity.

4.5. OXYGENOTERAPIE

Pacientovi je podáván zvlhčený kyslík kyslíkovými brýlemi rychlostí 3 l/min.

4.6. FARMAKOTERAPIE

Infúzní terapie do CŽK

Glukóza 10%	Infundabilium		16. 11. v 17:00
Kabiven 1920 ml	Vyvážená parenterální výživa	rychlost 130 ml/hod	17. – 19. 11.
Ringerův roztok	Elektrolytový roztok, izotonický roztok	rychlost 100–150 ml/hod	16. – 19. 11.

Léky podané intravenózně do CŽK 16. 11. – 19. 11. 2007

OBCHODNÍ NÁZEV	GENERICKÝ NÁZEV	FORMA	DÁVKOVÁNÍ	INDIKAČNÍ SKUPINA
Augmentin	Amoxicillinum	inj. pvl. sol	3 x 1,2 g 6 – 14 – 22	antibiotikum
Metronidazol	Metronidazolium	inf. sol.	3x500 mg 6 – 14 – 22	chemoterapeutikum
KCl 7,45 %	Kalii chloridum	inf. cnc. sol	80 ml/24hod	kaliový přípravek

Ambrobene	Ambroxoli hydrochloridum	inj. sol.	3 x 15 mg	expektorans, mukolytikum
Furosemid	Furosemidum	inj. sol.	3 x 5–10 mg, dle bilance tekutin	diuretikum, anti-hypertenzivum
Torecan	Thiethylperazinum	inj. sol.	6,5 mg při zvracení	antiemetikum

Inzulinoterapie podaná do CŽK intravenózně

Humulin R	Insulinum humanum	12 mj	inj. sol	antidiabetikum	16. 11. v 17:00
Humulin R	50 mj + HAES 10% 50 ml rychlost 1–7 ml/hod, dle glykémie				17. – 19. 11.

Léky podané intramuskulárně 16. 11. – 19. 11. 2007

Dolmina	Diclofenacum natricum	inj. sol.	75 mg p.p. max. 2 x denně	antirevmatikum, antiflogistikum, analgetikum
---------	-----------------------	-----------	---------------------------	--

Epidurální analgesie 16. 11. – 19. 11. 2007

Marcaine 0,5% 20 ml	Bipuvacaini hydrochloridum	inj. sol.	rychlost 5–10 ml/hod,	lokální anestetikum
Sufenta forte 2 ml	Sufentanili dihydrogenocitras	inj. sol	dle bolesti	opioidní anestetikum

Léky podané subkutánně 16. 11. – 19. 11. 2007

Fraxiparine	Nadroparinum calcicum	inj. sol	2 x 0,6 ml 10 – 22 hod	antitrombotikum, antikoagulans
-------------	-----------------------	----------	---------------------------	--------------------------------

Léky podané do dýchacích cest formou inhalace

Ambrobene	Ambroxoli hydrochloridum	sol.	3 x 3 ml	expektorans, mukolytikum	17. – 19. 11.
-----------	-----------------------------	------	----------	-----------------------------	---------------

(3; 9)

4.7 DIETOTERAPIE

Pacient má dietní omezení, proto je mu před operací podávána dieta č. 9 diabetická. Od poslední hospitalizace na interním oddělení je poučen o nutnosti jíst častěji v menších porcích a o dostatečném příjmu tekutin. Od půlnoci před operací je nalačno. Po operaci na JIP dieta nic per os (NPO), výživa je hrazena plně parenterálně do CŽK po dobu 7 dní. 17. 11. – 19. 11. dostává pacient Kabiven 1920 ml (vyvážená totální parenterální výživa na 24 hod) rychlostí 130 ml/hod. Pro doplnění tekutin je podáván kontinuálně Ringerův roztok rychlostí 100–150 ml/hod.

Pacient má zavedenou NGS na 24 hod za účelem kontroly krvácení v místě ezofagojejunoanastomózy, nikoliv za účelem výživy. (7; 9)

4.8 FYZIOTERAPIE

17. 11. – 19. 11.

Fyzioterapie u pacienta probíhá pod odborným dohledem fyzioterapeuta 2 x denně (dopoledne, odpoledne) a v průběhu dne je dle možností pacienta doplňována jeho samostatným cvičením nebo cvičením pod dohledem ošetřující sestry.

Fyzioterapie probíhá od 1. dne po operaci. Fyzoterapeut dopoledne zahájil pasivní a aktivní fyzioterapii na lůžku. Pacient je edukován o nácviku intenzivní dechové rehabilitace (maximální expirium), o správné fixaci operační rány při kašli, expektoraci a vstávání z lůžka, procvičuje hrudní a brániční dýchání. Pacienta jsme poučili o příčinách zvýšené bronchiální sekrece, nutnosti sputum vykašlat, léčebném režimu a možných komplikacích při nespolupráci. Pacient je ve Fowlerově poloze a je mu aplikován zvlhčený kyslík kyslíkovými brýlemi. Pro lehčí odkašlávání je mu 3 x denně aplikována inhalace s Ambrobene (expektorans, mukolytikum).

K prevenci tromboembolie pacient aktivně cvičí s dolními končetinami (střídá dorzální a plantární flexi chodidla, krčí a narovnává kolena, střídavě zvedá vystřené končetiny a pokládá je na povrch postele). Po cvičení na lůžku je pacient vertikalizován, tj. pacient si postupně sedá, vstává z lůžka 1. den po operaci, stojí a chodí na místě u lůžka 2. den po operaci, chodí po oddělení 4. den po operaci. Tento proces vertikalizace je přizpůsoben individuálním možnostem pacienta.

Pacient se aktivně účastní fyzioterapie. V průběhu dnů pozorují, že pan K. J. sám procvičuje cviky s dolními končetinami, pod dohledem si sedá a vstává z lůžka. V rámci rehabilitace je aktivně zapojován do ranní a večerní hygieny.

(8; 9; 11)

5 STRUČNÝ PRŮBĚH HOSPITALIZACE

Pan K. J. byl přijat na 3. chirurgickou kliniku 12. 11. 2007 k plánovanému operačnímu výkonu pro adenokarcinom žaludku. 16. 11. 2007 o 13:15 byl klient přivezen na JIP z operačního sálu. Operace (gastrectomia totalis, omentectomy) proběhla bez komplikací, pooperační průběh klidný. Invaze průběžně a podle potřeby odstraňovány, pacient postupně vertikalizován a zatížen stravou, kterou dobře toleruje. Pan K. J. byl propuštěn v celkově dobrém stavu do domácího ošetření 11. pooperační den.

(7; 8; 9; 13)

OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

6 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A SOUČASNÝ STAV PACIENTA dne 17. 11. 2007

SUBJEKTIVNÍ NÁHLED PACIENTA NA NEMOC A HOSPITALIZACI A OBJEKTIVNÍ HODNOCENÍ SESTROU

6.1 ZÁKLADNÍ SOMATICKÉ POTŘEBY

Dýchání

Před operací: Pacient verbalizuje, že před operací se při chůzi zadýchával, v klidu byl bez dušnosti. Nekouří, kouřit přestal před 5 lety.

Po operaci: 1. pooperační den pacient dýchá spontánně. Dýchání je klidné, pravidelné s frekvencí 18 dechů za minutu. SaO₂ s kyslíkem je 95 – 100 %, bez kyslíku 90 – 92 % (viz str. 18). Pacientovi je standardně aplikován zvlhčený kyslík 3 litry za minutu pomocí kyslíkových brýlí. Oxygenoterapii toleruje dobře. Při kašli přítomné přídatné auskultační fenomény (chropy) v horních cestách dýchacích. Pacienta jsem poučila o příčinách zvýšené bronchiální sekrece (anestezie, kouření), nutnosti sputum vykašlat, léčebném režimu a možných komplikacích při nespolupráci. Pro lehčí odkašlání a vykašlávání sputa je pacientovi podávána inhalace s Ambrobene 3krát denně. V tento den pacient poprvé procvičuje brániční dýchání, efektivní kašel, vydechování proti odporu, polohovou drenáž a odkašlávání s fyzioterapeutem a dle jeho instrukcí se řídí po zbytek hospitalizace. Pacient ve Fowlerově poloze, vykašlané hleny vyplivuje. Epidurální analgesie je funkční a dostatečná (rychlost 10 ml/hod), pacient hodnotí bolest na škále bolesti od 0 do 5 pod číslem 1 (mírná), závislá na pohybu a kašli, analgesie mu vyhovuje a bolest ho ve fyzioterapii neomezuje. (7; 8)

Hydratace

Před operací: Pacient denně doma vypije asi 1500 ml tekutin. Preferuje vodu, čaj, kávu, příležitostně pivo.

Po operaci: Pacient má sedm dní dietu NPO, je na plné parenterální výživě do CŽK (Kabiven 1920 ml/24hod, R 1/1 2500 ml/24hod). Jeho denní příjem tekutin je přibližně 4500 ml. Kožní turgor v normě, sliznice dutiny ústní je růžová, bez patologického povlaku, jazyk je suchý, mírný bílý povlak. Protože pacient nesmí nic přijímat ústy, dbáme o hygienu dutiny ústní. Pacient provádí hygienu dutiny ústní ráno a večer a v průběhu celého dne ji doplňuje ošetřováním tampónky se stopanginem nebo borglycerinem. (7; 8; 9)

Výživa

Před operací: Pacient dodržuje diabetickou dietu 7 let. Od srpna 2007, kdy začaly zažívací obtíže (pocit'oval bolesti v břiše tlakového charakteru a pocit stálé plnosti) a nechutenství, zhubl 13 kg. V průběhu poslední hospitalizace na interním oddělení, kdy mu byl diagnostikován karcinom žaludku, byl poučen o tom, že má jíst často a malé porce.

Po operaci: Pacient má sedm dní dietu NPO, je na plné parenterální výživě do CŽK (Kabiven 1920 ml/24hod 1400 Kcal). Má zavedenou NGS na 24 hod za účelem kontroly krvácení v místě ezofagojejunoanastomózy, ne za účelem výživy. Dle ordinace lékaře byla sonda propláchnuta sterilní vodou první den po operaci u ranní vizity a v poledne vytažena. Odpad ze sondy: 16. 11. 0 ml

17. 11. do 13 hod 0 ml, pak EX.

Pacient nemá snímatelnou zubní protézu, chrup v dobrém stavu. Sliznice dutiny ústní je růžová, bez patologického povlaku. Jazyk je suchý, mírný bílý povlak. BMI 27,2 – nadváha, nutriční skóre 7 – nutné vyšetření nutriční sestrou (příloha 4).

(7; 8; 9)

Vyprazdňování stolice

Před operací: Pacient uvádí, že doma chodí na stolicí každý den, většinou dopoledne. Má obvykle normální formovanou stolicí, nepoužívá žádné projímadlo. I v době zažívacích obtíží stolice formovaná, průjem neměl. Stolicí měl naposledy 15. 11. po podání laxativ při předoperační přípravě.

Po operaci: Po operaci se pacient zatím nevyprázdnil, střevní peristaltika zatím neobnovena.

Nemocný po úplném odstranění žaludku může mít sklon k průjmům. Proto předpokládáme tyto obtíže s vyprazdňováním u pacienta do budoucna. (7; 8; 9)

Vyprazdňování moče

Před operací: Pacient doma s močením problémy neměl, je po operaci prostaty pro hyperplasií.

Po operaci: Na operačním sále zaveden PMK č.16, odvádí žlutou moč bez patologických příměsí. Subjektivní potíže pacient necítí. Výdej moče je sledován průběžně, měřen a zapsán do dokumentace á 24 hod (16. 11. – 2900 ml, slámově žlutá, čirá). (7; 8; 9)

Spánek a odpočinek

Před operací: Pacient doma v noci spí asi 7 – 8 hodin bez přerušení. Po obědě si někdy lehne na půl hodinky. Problémy s usínáním a spánkem nemá. Nebere léky na spaní a nemá žádné návyky, které by mu pomáhaly lépe usnout a spát.

Po operaci: Pacient se po operaci cítí unavený, náš rozhovor jsme několikrát přerušili pro ospalost, únavu a potřebu spánku. V noci se moc nevyspal, vadí mu prostředí (světlo, pípaní infúzních pump, monitorů, každou hodinu se mu na ruce nafukovala manžeta na měření TK). Hned po operaci (16. 11.) byl hodně bolestivý a epidurální analgezie byla na noc doplněná injekcí s analgetikem. Pacient usnul až kolem půlnoci. (7; 8; 12)

Teplo a pohodlí

Před operací: Pacient doma netrpěl nějakým fyzickým, psychickým nepohodlím nebo nedostatkem tepla.

Po operaci: Z dokumentace a od sestry z noční služby se dovídám, že pacient hned po operaci (16. 11.) pociťoval chlad po celém těle, měl třesavku, chladnou kůži a cyanózu nehtových lůžek, TT 35,2 °C. Pro zajištění pohodlí a tepla měl elektrickou vyhřívací přikrývku a deku. Po 3 hod měl pacient 37 °C, kůže byla na dotek teplá a bez cyanózy. Pacient bez třesavky.

17. 11. TT 36,6 °C, pacient nemá pocit chladu ani horka. Lůžko mu vyhovuje, je polohovatelné s možností ovládní elektronickým ovladačem. Pacient verbalizuje spokojenost. (7; 8; 9; 12)

Bolest

Před operací: Pacient verbalizuje, že před operací (od srpna) pociťoval bolesti v břiše tlakového charakteru a pocit stálé plnosti. Pro úlevu obtíží nedělal nic. Myslel, že obtíže odezní samy.

Po operaci: Z dokumentace a od sestry z noční služby se dovídám, že pacient bezprostředně po operaci (16. 11.) pociťoval ostrou bolest v oblasti operační rány (břícho – horní střední laparotomie). Hodnotil ji na škále bolesti od 0 do 5 pod číslem 4 (velmi silná). Bolest byla závislá na pohybu a kašli, kdy byla pozorována i změna výrazu obličeje a sténání. Pacientovi byla napojena kontinuální epidurální analgesie (EPD) rychlost 10 ml/hod. Ve 22:00 mu byla podána injekce s analgetikem (Dolmina).

17. 11. pacient hodnotí bolest na VAS bolesti od 0 do 5 pod číslem 1 (mírná), závislá na pohybu a kašli, analgesie mu vyhovuje (EPD rychlost 10 ml/hod) a bolest ho neomezuje (příloha 4, 5). (7; 8; 9; 12)

Osobní hygiena a stav kůže

Před operací: Pacient verbalizuje, že před operací neměl žádné problémy se soběstačností. Obvykle se sprchuje 3 x týdně večer.

Po operaci: Vzhledem k rozsahu operačního výkonu, četným invazím (CŽK, PŽK, PMK, EPD, drén, kontinuální monitoring EKG) a stavu pacienta, je pacient

částečně závislý na sestře při osobní hygieně (podání umyvadla s vodou, omytí zad atd.). Všechny potřebné věci a pomůcky má pacient v dosahu na nočním stolku, který je mobilní a upravitelný dle potřeb pacienta.

Integrita kůže pacienta je narušena operační ránou a zavedenými invazemi. V těchto místech je potenciální riziko vzniku infekce, zatím bez známek zánětu. Přítomna jizva po APPE v dětství.

Z objektivního hlediska vypadá pacient čistě a upraveně. Kůže je bledě růžové barvy, bez patologických otoků, efflorescencí, hematomů, opruzenin a dekubitů. Mírně zarudlá v sakrální oblasti. Turgor kůže normální. Vlasy a nehty čisté, upravené.

Barthelův test ADL – celkové skóre 45, závislost středního stupně – nutná pomoc sestry. Norton skóre 16 (příloha 4). (7; 8)

Sexuální potřeby

Pacient nepovažuje za potřebné o tom mluvit. Myslí, že tyto informace nejsou důležité pro průběh jeho hospitalizace. (7)

Tělesná a duševní aktivita

Před operací: Pacient je v důchodu. Pracoval jako vedoucí provozovny Jednota, později obsluha čerpadla aj. Potíže pohybovat se v domácnosti nemá. Rád pracuje kolem domu, na zahrádce, sleduje televizi, rad čte.

Po operaci: Pacient spí a odpočívá na lůžku. (7; 8)

6.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY EXISTENCIÁLNÍ

Bezpečí a jistota

Před operací: Pacient je rozvedený a bydlí s družkou v rodinném domku se zahradou. Má dceru, která bydlí sama v Praze, kde pracuje jako zdravotní sestra. Vztahy v rodině jsou kladné.

Po operaci: Pacient se necítí v nemocnici dobře. Pocit bezpečí a jistoty mu dodává skutečnost, že v téhle nemocnici pracuje i jeho dcera. Má obavy z budoucnosti (pooperační průběh, komplikace, návrat nemoci). (7)

Zdraví

Před operací: Pacient byl o povaze onemocnění plně informován na interním oddělení nemocnice Jilemnice, kde byl hospitalizován v říjnu 2007. Z počátku měl negativní postoj k navrhované onkologické či chirurgické léčbě, vše přehodnotil po poradě s rodinou a měl zájem o další terapii.

Po operaci: Pacient je rád, že už má po operaci a že dal na rady rodiny. Čeká na operátéra, aby mu řekl, jak dopadla operace a jakým směrem se bude další terapie ubírat. Doufá, že vše bude v pořádku. (7)

Soběstačnost

Před operací: Pacient byl před hospitalizací plně soběstačný, používá dioptrické brýle na čtení.

Po operaci: Vzhledem k rozsahu operačního výkonu a četným invazím (CŽK, PŽK, PMK, EPD, drén, kontinuální monitoring EKG), je pacient částečně závislý na sestře při osobní hygieně (podání umyvadla s vodou, omytí zad atd.). Všechny potřebné věci a pomůcky má pacient v dosahu na nočním stolku, který je mobilní a upravitelný dle potřeb pacienta. Pacient se aktivně pohybuje na lůžku dle vlastních možností.

Riziko pádu – celkové skóre 2 – je ohrožen rizikem pádu (příloha 4). (7)

Sociální a ekonomické jistoty

Před operací: Pacient je rozvedený a bydlí s družkou v rodinném domku se zahradou. Má dceru, která bydlí sama v Praze, kde pracuje jako zdravotní sestra. Vztahy v rodině jsou kladné. Dobré vztahy má i se sousedy. Sociální výpomoc nepotřebuje. Ekonomická situace je v rodině dobrá.

Po operaci: Pan K. J. očekává, že po propuštění do domácího léčení se mu bude dařit dobře a nebude se to radikálně odlišovat od dosavadního života. Nemyslí, že by nemoc a operace ovlivnily jeho sociální a ekonomické jistoty. (7)

Adaptace na prostředí a nemoc

Před operací: Pacient byl poslední dobou hospitalizován často z různých důvodů a tak adaptace na nemocniční prostředí mu neděla potíže. Problémem byla adaptace na novou nemoc (Ca žaludku). Zpočátku reagoval negativně a odmítal navrhovanou léčbu. Až s odstupem času a po poradě s rodinou přehodnotil svůj negativní názor a rozhodl se léčit.

Po operaci: Pacient je rád, že už má po operaci a že dal na rady rodiny. S nemocí ještě není úplně sžitý, ale bude se snažit ji přizpůsobit (úprava denního režimu, stravy, životního stylu apod.). (7)

6.3 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY

AFILIATIVNÍ – SOCIÁLNÍ

Potřeba lásky

Pan K. J. je rozvedený už 10 let. Momentálně bydlí s družkou pátým rokem a potřebu lásky má plně saturovanou jí a dcerou. Jak sám tvrdí, jsou pro něho nejdůležitější na světě. S bývalou manželkou se rozešli ve zlém, proto nejsou ve vzájemném kontaktu. Nemyslí si, že by operace a nemoc tuto potřebu nějak ovlivnily. (7)

Potřeba sounáležitosti

Pan K. J. si je plně vědom a jist, že je nezbytnou součástí rodiny, kterou miluje. Také má svůj okruh přátel, který ho podpořil už v průběhu předchozích hospitalizací. Je rád, že patří k někomu s kým si dobře rozumí a doufá, že se po návratu z nemocnice nic nezmění. (7)

Sebeúcta a sebepojetí

Pacient nelituje ničeho co v životě prožil, co udělal a jak se choval. Má svoje životní hodnoty a priority a podle nich se řídí. Po tolika letech života si sám sebe váží a nemyslí, že by jeho hodnota „člověka“ po této operaci byla nějak oslabená. Přeje si, aby i nadále byl potřebný pro svoji rodinu a přátele, ve chvílích štěstí i smutku.

(7)

Seberealizace

Pan K. J. bydlí v domě se zahradou. Stále přichází s novými a novými nápady, jak ji vylepšit, co zasadit, co postavit. Je si vědom, že po návratu domů by si měl zahradu víc rekreačně užívat a polevit ve fyzické práci na ní.

(7)

Duchovní potřeby

Pacient je římsko-katolického vyznání, ale spirituální služby nevyžaduje. (7)

Psychosociální hodnocení

Pacient je orientován časem, osobou i místem. Přijímá informace bez zkreslení a rozumí jim. Je emocionálně stabilní, dobře se ovládá a je přizpůsobivý. Otevřeně komunikuje s okolím. Na první informace o povaze nemoci reagoval negativně a až po poradě s rodinou přehodnotil svůj postoj k navrhované onkologické a chirurgické léčbě.

(7; 8)

7 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Akutní bolest ve vztahu k operačnímu výkonu, pohybu, kašli projevující se verbalizováním bolesti, změněným výrazem obličeje a sténáním. /16. 11./

Průchodnost dýchacích cest zhoršená ve vztahu k vedlejším účinkům anestezie a kuřácké anamnéze, projevující se zvýšenou bronchiální sekrecí, přídatnými auskultačními fenomény (chropy) a produktivním kašlem. /16. 11./

Hypotermie ve vztahu k operačnímu zákroku (působení chladného prostředí, obnažené vnitřnosti) projevující se snížením TT 35,2°C, chvěním, chladnou kůží a cyanózou nehtových lůžek. /16. 11./

Poškozená integrita tkání po operaci (totální gastrectomie) vzhledem k zavedeným invazím (CŽK, PŽK, EPD, PMK, NGS, drén) a operační ráně spojená s rizikem vzniku komplikací (krvácení, infekce, disbalance elektrolytů). / 16. 11. /

Změna výživy po operaci (totální gastrectomie) vzhledem k pooperační dietě nic per os prvních sedm dní a zavedené NGS projevující se nutností plné parenterální výživy. /16. 11./

Změna močení vzhledem k zavedenému PMK ke sledování diurézy v pooperačním období spojená s rizikem vzniku komplikací (infekce, obstrukce). /16. 11. /

Porucha spánku vzhledem k pooperační bolesti a změně prostředí (hluk, světlo, pachy) projevující se častým buzením v noci, únavou a pospáváním přes den. /17. 11./

Omezená schopnost dodržování hygienických návyků ve vztahu k operačnímu výkonu a zavedeným invazím projevující se neschopností zaujmout vhodnou polohu při hygieně a neschopnosti provádět samostatně hygienu. / 17. 11. /

Strach z důvodu nejasné budoucnosti projevující se verbalizací obav a neklidem pacienta. /17. 11./

8 OŠETŘOVATELSKÉ CÍLE A PLÁNY, JEJICH REALIZACE A HODNOCENÍ

8.1 AKUTNÍ BOLEST

Akutní bolest ve vztahu k operačnímu výkonu, pohybu, kašli projevující se verbalizováním bolesti, změněným výrazem obličeje a sténáním. /16. 11./

CÍL:

- Pacient zná příčiny bolesti a aktivně spolupracuje při eliminaci bolesti.
- Pacient využívá úlevové techniky.
- Pacient verbalizuje negativní pocity a potřebu analgetik.
- Pacient akceptuje předepsanou dávku analgetik.
- Bolest se pohybuje v rozmezí 0–1 na stupnici bolesti 0–5 do 30 minut po podání analgetik .
- Pacient má FF přiměřené věku, pohlaví a zdravotnímu stavu.

PLÁN:

- Sestra naváže důvěryhodný vztah s pacientem.
- Sestra monitoruje bolest – charakter, lokalizaci, stupeň, trvání, vyvolávající nebo bolest zhoršující faktory.
- Sestra si všímá anatomického průběhu operačního řezu – vertikální řezy jsou bolestivější než řezy příčné nebo obloukovité.
- Sestra monitoruje reakce pacienta na bolest – chování, FF.
- Sestra akceptuje výrazy, kterými pacient svou bolest popisuje.
- Sestra zajistí pacientovi pohodlí.
- Sestra upozorní pacienta na možnost dechových cvičení, úlevové polohy, kompresi operační rány, aplikaci studeného obkladu.
- Sestra aplikuje naordinovaná analgetika dle rozpisu (viz str. 24, příloha 5).

- Sestra sleduje průchodnost EPD a aplikaci analgetik.

REALIZACE /16. 11. – 19. 11./:

S pacientem jsme se navzájem představili a postupem času jsme se seznamovali. Hned na začátku jsem ho upozornila, že jsem tady pro něj a že se na mě může obrátit s každým problémem. Zeptala jsem se ho, jak vnímá bolest, zda mu vyhovuje intenzita EPD a forma analgetik, která má naordinována. Vyslechla jsem jeho popis bolesti a sledovala jeho neverbální reakce při pohybu, dotyku, fyzioterapii a hygieně po celý den. Také jsem sledovala, zda se na lůžku pohybuje aktivně nebo jen pasivně leží, zda má zájem o okolí. Upravovala jsem rychlost EPD podle potřeb pacienta a upozornila jej na možnost, že v případě potřeby mu můžeme aplikovat analgetika do svalu. Pacient byl také poučen o kompresi rány při kašli a úlevové poloze. Sledovala jsem místo vpichu EPD katetru (zarudnutí, sekrece), ošetřovala ho za přísného dodržování zásad asepse a monitorovala i možné vedlejší účinky (hypotenze, necitlivost dolních končetin, bolest hlavy). Průběžně jsem sledovala FF a 4 x denně je zapisovala do dokumentace.

Datum, čas, lokalizaci, VAS, intervence viz příloha 5 – sledování bolesti.

HODNOCENÍ /16. 11. – 19. 11./:

S pacientem jsme si vytvořili dobrý vztah, založený na vzájemné důvěře. Pacient otevřeně mluvil o své bolesti a neostýchal se na mě obrátit s žádným problémem. Pacient popisoval bolest bezprostředně po operaci (16. 11.) jako ostrou bolest v oblasti operační rány (břícho – horní střední laparotomie). Hodnotil ji na škále bolesti od 0 do 5 pod číslem 4 (velmi silná). Bolest byla závislá na pohybu a kašli, kdy byla pozorována i změna výrazu obličeje a sténání. Pacientovi byla napojená kontinuální epidurální analgesie (EPD) rychlost 10 ml/hod. Ve 22:00 mu byla podána injekce s analgetikem (Dolmina). Bolest se zmírnila. 17. 11. – 19. 11. pacient hodnotí bolest na VAS bolesti od 0 do 5 pod číslem 0 – 2, závislá na pohybu a kašli, analgesie mu vyhovuje (EPD). I když mírnou bolest pociťuje, nevnímá, že by ho omezovala. Pacient sám využívá kompresi operační rány při kašli a hledá úlevové polohy. Sledování bolesti viz příloha 5. FF v normě viz str. 18.

8.2 PRŮCHODNOST DÝCHACÍCH CEST ZHORŠENA

Průchodnost dýchacích cest zhoršená ve vztahu k vedlejším účinkům anestezie a kuřácké anamnéze, projevující se zvýšenou bronchiální sekrecí, přídatnými auskultačními fenomény (chropy) a produktivním kašlem. /16. 11./

CÍL:

- Pacient má obnovenou průchodnost dýchacích cest.
- Pacient zná příčiny zvýšené bronchiální sekrece.
- Pacient je informován o léčebném režimu.
- Pacient je upozorněn na možné komplikace a poučen, jak jim předcházet.
- Pacient si osvojil návyky vedoucí k lepší a stabilní průchodnosti dýchacích cest.
- Pacient správně spolupracuje s personálem od 1. dne po operaci.
- Pacient je schopný efektivně vykašlávat sekret od 1. dne po operaci.
- Pacient má FF přiměřené věku, pohlaví a zdravotnímu stavu.

PLÁN:

- Sestra monitoruje FF.
- Sestra dbá na správnou polohu hlavy ve střední linii a zdviženou hlavovou část lůžka.
- Sestra zajistí cvičení pacienta s fyzioterapeutem.
- Sestra monitoruje příjem tekutin.
- Sestra dle potřeby zvlhčuje vzduch (nebulizátor), zajišťuje inhalaci expektorancií.
- Sestra poučí pacienta, že vykašlané sputum je třeba vyplivovat a nepolykat.
- Sestra monitoruje charakter kašle a sputa.
- Sestra zabezpečí odběr biologického materiálu na kulturační vyšetření.
- Sestra zajistí výsledky kultivace.
- Sestra podává naordinované léky (analgetika, expektorancia, bronchodilatancia).

REALIZACE /16. 11. – 19. 11./:

Pacienta jsem poučila o příčinách zvýšené bronchiální sekrece (anestezie, kouření), nutnosti sputum vykašlat, léčebném režimu (dechová rehabilitace) a možných komplikacích (zápal plic) při nespoupráci. Pro lehčí odkašlání a vykašlávání sputa je pacientovi podávána inhalace s Ambrobene 3krát denně. Pacient procvičuje brániční dýchání, efektivní kašel, vydechování proti odporu, polohovou drenáž a odkašlávání s fyzioterapeutem a dle jeho instrukcí se řídí po zbytek hospitalizace. Pod odborným dohledem fyzioterapeuta cvičí 2 x denně. Pacient ve Fowlerově poloze, vykašlané hleny vyplivuje. Pacientovi je aplikován zvlhčený kyslík 3 litry za minutu pomocí kyslíkových brýlí. 18. 11. ráno jsem odebrala vzorek sputa a odeslala ho k mikrobiologickému vyšetření.

HODNOCENÍ /16. 11. – 19. 11./:

Pacient zná léčebný režim, aktivně při něm spolupracuje, zná jeho důvody a rizika. Aktivně spolupracuje s fyzioterapeutem, cvičení provádí i sám několikrát v průběhu dne, vykašlané sputum vyplivuje. Pacient dýchá spontánně. Dýchání je klidné, čisté, pravidelné s frekvencí 18 dechů za minutu. SaO₂ s kyslíkem je 95 – 100 %, bez kyslíku 90 – 92 % (viz str. 18). Oxygenoterapii toleruje dobře.

8.3 HYPOTERMIE

Hypotermie ve vztahu k operačnímu zákroku (působení chladného prostředí, obnažené vnitřnosti) projevující se snížením TT 35,2°C, chvěním, chladnou kůží a cyanózou nehtových lůžek. /16. 11./

CÍL:

- Pacient má TT v normě (36–37 °C) do 4 hod.
- Pacient má teplou kůži bez cyanózy do 4 hod.
- Pacient nemá třesavku do 4 hod.

PLÁN:

- Sestra zabalí pacienta do teplých přikrývek.
- Sestra zabrání průvanu v místnosti.
- Sestra monitoruje FF.
- Sestra monitoruje zahřívání – nesmí probíhat rychleji než 1–2 °C za hodinu.
- Sestra podle potřeby použije zahřívací přikrývku.

REALIZACE /16. 11./:

TT je monitorována á 30 min. Pacient má teplou i elektrickou vyhřívací přikrývku.

HODNOCENÍ /16. 11./:

Cíl splněn. TT pacienta po 3 hod 37 °C, kůže je na dotek teplá a bez cyanózy. Pacient bez třesavky. Subjektivně se cítí lépe.

8.4 POŠKOZENÁ INTEGRITA TKÁNÍ

Poškozená integrita tkání po operaci (totální gastrectomie) vzhledem k zavedeným invazím (CŽK, PŽK, EPD, PMK, NGS, drén) a operační ráně spojená s rizikem vzniku komplikací (krvácení, infekce, disbalance elektrolytů). / 16. 11. /

CÍL:

- Pacient nemá příznaky komplikací (infekce, krvácení, disbalance elektrolytů).
- Pacient se nenakazil nozokomialní nákazou v průběhu hospitalizace.
- Pacient má zhojenou ránu per primam do konce hospitalizace.
- Pacient spolupracuje při kontrole rány, invazivních vstupů a drénu.
- Pacient má FF přiměřené věku, pohlaví a zdravotnímu stavu.

PLÁN:

- Sestra si myje ruce před/po každém přímém kontaktu s pacientem.
- Sestra používá chirurgickou asepsi.
- Sestra vykonává zákroky na snížení počtu mikroorganismů v prostředí – časté převazy.
- Sestra používá sterilní nástroje, přístroje a pomůcky.
- Sestra několikrát denně ošetřuje ústní dutinu pacienta.
- Sestra realizuje assesment kůže se zaměřením na místa vstupů invazí, sliznic a rány (otok, zarudnutí, sekrece, teplota).
- Sestra hodnotí množství a obsah sekrece z drénu.
- Sestra monitoruje FF.
- Sestra zabezpečí odběr biologického materiálu na kultivační vyšetření.
- Sestra zabezpečí výsledky kultivace.
- Sestra podává naordinované léky.

REALIZACE / 16. 11. – 19. 11. /:

Převazy a assesment kůže jsem realizovala každý den u ranní vizity a podle potřeby. Sledovala jsem okolí rány a místa vstupů invazí, přítomnost / nepřítomnost sekrece z nich (hnis, krev), proces hojení rány. Při převazu všech invazí jsem dbala na chirurgickou asepsi. Ránu jsem čistila tahem ze shora dolů, začínala uprostřed a pokračovala směrem ven. Rána, EPD – Cuttasept spray – desinfekce, Mepore – samolepící absorpční krytí; CŽK – Cuttasept spray, Inadine – antiseptický nepřilnavý obvaz s jódem, Mefilm – prodyšný, transparentní samolepící film; PŽK – Cuttasept spray, Mefilm; drén – nastřižený Mefilm. FF jsem monitorovala 4 x denně (viz str. 18).

Za účelem udržení čistoty, vytvoření příjemného prostředí, osvěžení, udržování kůže v dobrém stavu a prevence vzniku komplikací, jsme s pacientem prováděli hygienickou péči celého těla 2krát denně nebo podle potřeby. Protože pacient nesmí nic přijímat ústy, dbáme o hygienu dutiny ústní, která za těchto podmínek ztrácí svou samočisticí schopnost. Pacient provádí hygienu dutiny ústní ráno a večer

a v průběhu celého dne ji doplňuje ošetřováním tampónky se stopanginem nebo borglycerinem.

Podala jsem antibiotikum – Augmentin 3 x 1,2 g, chemoterapeutikum Metronidazol 3 x 500 mg. 18. 11. ráno jsem odebrala vzorek sputa a odeslala ho k mikrobiologickému vyšetření.

HODNOCENÍ /16. 11. – 19. 11./:

Po tuto dobu hospitalizace nedošlo u pacienta k žádným projevům infekce a jiných komplikací. Okolí rány a místa vstupů invazí jsou klidné bez zarudnutí a sekrece. Pacient aktivně spolupracuje při kontrole a převazu rány, invazivních vstupů a drénu. Jeho FF jsou přiměřené (viz str. 18). Operační rána se hojí per primam intentionem. Odpad z drénu a sondy přiměřený (viz str. 21).

8.5 ZMĚNA VÝŽIVY

Změna výživy po operaci (totální gastrectomie) vzhledem k pooperační dietě nic per os prvních sedm dní a zavedené NGS projevující se nutností plné parenterální výživy. /16. 11./

CÍL:

- Pacient nebude mít úbytek na váze v průběhu hospitalizace.
- Pacient má dostatečný energetický příjem parenterální výživou.
- Pacient toleruje plnou parenterální výživu.
- Pacient zná důvody pooperační diety.

PLÁN:

- Sestra zjistí od pacienta jeho stravovací návyky.
- Sestra posoudí současnou hmotnost, věk, tělesnou stavbu a sílu pacienta.
- Sestra, lékař vysvětlí pacientovi důvody pooperační diety, zavedení NGS.
- Sestra kontroluje průchodnost NGS a odpad z ní.
- Sestra dbá o hygienu dutiny ústní.

REALIZACE / 16. 11. – 19. 11. /:

S pacientem jsem mluvila o jeho stravovacích návycích před hospitalizací a provedla jsem kontrolu současného stavu výživy. BMI 27,2 – nadváha (viz příloha 4). Já i lékař jsme mu připomněli, s čím byl obeznámen už před operací, že po dobu 7 dní nesmí nic jíst a pít a že jeho výživa bude plně hrazena parenterálně do CŽK (Kabiven 1920 ml/24hod). 19. 11. jsem pacienta zvažila.

Pacient má zavedenou NGS na 24 hod za účelem kontroly krvácení v místě ezofagojejunoanastomózy, ne za účelem výživy. Dle ordinace lékaře jsem sondu první den po operaci propláchla sterilní vodou u ranní vizity a v poledne ji vytáhla. Odpad ze sondy: 16. 11. 0 ml

17. 11. do 13 hod 0 ml, pak EX.

HODNOCENÍ /16. 11. – 19. 11. /:

Pacient zná důvody pooperační diety a nutnosti plné parenterální výživy. Toleruje ji dobře. Nemá pocit hladu a žízně, Kabiven mu energeticky vyhovuje. Jeho váha je 90 kg, stejná jako při příjmu pacienta.

8.6 ZMĚNA MOČENÍ

Změna močení vzhledem k zavedenému PMK ke sledování diurézy v pooperačním období spojená s rizikem vzniku komplikací (infekce, obstrukce). /16. 11. /

CÍL:

- Pacient zná důvod zavedení PMK.
- Pacient nemá příznaky komplikací (infekce, obstrukce).
- Pacient má FF přiměřené věku, pohlaví a zdravotnímu stavu.
- Pacient zná techniky k prevenci močové infekce.
- Po vytažení PMK má pacient obnovený normální způsob vylučování moče.

PLÁN:

- Sestra vysvětlí pacientovi důvod zavedení PMK.
- Sestra sleduje množství a charakter moče a případné příměsi.
- Sestra vysvětlí pacientovi význam udržování čistoty kolem zavedeného PMK.
- Sestra dbá o správnou fixaci PMK a polohu sběrného sáčku.
- Sestra zaznamená výdej moče do dokumentace.

REALIZACE / 16. 11. – 19. 11. /:

Pacientovi jsem vysvětlila důvod PMK (bilance tekutin) a že při manipulaci s ní je třeba dodržovat pravidla asepse a pečovat o její hygienu. Sledovala jsem průchodnost cévky a umístění sběrného sáčku (poloha nižší než je močový měchýř pacienta). Také jsem sledovala množství, barvu, charakter a příměsi odcházející moče a zaznamenala to do dokumentace. Vysvětlila jsem mu hygienickou péči o okolí PMK a pozorovala správnost provedení.

HODNOCENÍ /16. 11. – 19. 11./:

Pacient pochopil nutnost zavedení PMK. Neměl s ním pocit omezeného pohybu. Subjektivní potíže nepocítuje. Pečlivě dodržuje hygienická opatření k prevenci infekce.

Výdej moče PMK:

16. 11.	2900 ml	slámově žlutá, čirá
17. 11.	2250 ml	slámově žlutá, čirá
18. 11.	3500 ml	slámově žlutá, čirá
19. 11.	3700 ml	slámově žlutá, čirá.

8.7 PORUCHA SPÁNKU

Porucha spánku vzhledem k pooperační bolesti a změně prostředí (hluk, světlo, pachy) projevující se častým buzením v noci, únavou a pospáváním přes den. /17. 11./

CÍL:

- Pacient se postupně adaptuje na nové prostředí.
- Pacient spí kvalitním spánkem.
- Pacient necítí únavu a ospalost.

PLÁN:

- Sestra zjistí, co podle názoru pacienta způsobuje poruchu spánku a co ji zmírňuje.
- Sestra zjistí spánkové návyky pacienta před hospitalizací.
- Sestra akceptuje opravdovost pacientových stížností na únavu.
- Sestra plánuje péči tak, aby nemocný měl dostatek času k nerušenému odpočinku.
- Sestra podává analgetika před usnutím.
- Sestra zvyšuje tělesnou zátěž během dne.
- Sestra udržuje tiché a klidné prostředí.

REALIZACE / 17. 11. – 19. 11. /:

V rozhovoru s pacientem jsem zjistila, co způsobuje jeho nespavost na JIP a jeho spánkové návyky. Sledovala jsem ho přes den, zda nespí ve dne a noční služba monitorovala jeho spánek v noci. Na základě zjištěných informací jsem doporučila noční službě ztlumit světlo, hlasitost alarmů v rámci možností a vyvětrat před spaním. Přes den jsem pacienta povzbuzovala k aktivnímu cvičení, čtení apod.

HODNOCENÍ /17. 11. – 19. 11./:

Pacient doma v noci spí asi 7 – 8 hodin bez přerušení. Po obědě si někdy lehne na půl hodinky. Problémy s usínáním a spánkem tedy doma neměl. Nebral léky na spaní a nemá žádné návyky, které by mu pomáhaly lépe usnout a spát. Pacient se po operaci

cítí unavený a ospalý. V noci se moc nevyspal, vadí mu prostředí (světlo, pípaní infúzních pump, monitorů, pach – pacient vedle má stomii). 1. noc po operaci (16. 11.) byl hodně bolestivý a epidurální analgezie byla na noc doplněná injekcí s analgetikem. Pacient usnul až kolem půlnoci. Další noci, po vytvoření příjemného prostředí v rámci možností JIP, se daří pacientovi usnout kolem 23hod a v noci se budí jednou maximálně dvakrát. Pacient se už necítí tak unavený a ospalý přes den.

8.8 OMEZENÁ SEBEPÉČE

Omezená schopnost dodržování hygienických návyků ve vztahu k operačnímu výkonu a zavedeným invazím projevující se neschopností zaujmout vhodnou polohu při hygieně a neschopnosti provádět samostatně hygienu. / 17. 11. /

CÍL:

- Pacient je maximálně soběstačný v provádění hygieny dle svých možností do konce hospitalizace na JIP.
- Pacient má neporušenou, růžovou, hladkou, teplou a hydratovanou kůži.
- Pacient má neporušenou, růžovou, hladkou a vlhkou sliznici ústní dutiny.
- Pacient nemá povlak na zubech.
- Pacient má čisté vlasy.
- Pacient má čisté a suché obvazy.
- Pacient zvládá základní hygienu na / u lůžka sám 3. den

PLÁN:

- Sestra vytvoří podmínky pro vykonávání osobní hygieny na/u lůžka, které podpoří soběstačnost pacienta.
- Sestra provádí jednotlivé úkony hygieny, které pacient nezvládá sám.
- Sestra nabádá pacienta k aktivní spolupráci.
- Sestra dopřeje nemocnému dostatek času.
- Sestra postupně přenechává jednotlivé činnosti osobní hygieny na pacientovi.
- Sestra zajistí každý den a podle potřeby čisté osobní a ložní prádlo.

REALIZACE / 17. 11. – 19. 11. /:

Osobní hygienu celého těla pacient realizoval s pomocí sestry 2 x denně (ráno a večer). Noční stolek s věcmi a umyvadlem s vodou jsem upravila tak, aby na něj pacient pohodlně dosáhl. Pacienta jsem zajistila proti pádu. Pacient používá kosmetiku řady Menalind (pěna, olej, pasta) a mentolovou mast na záda. Postupně si u mytí sedá na lůžku, později se spuštěnými nohama a 3. den stojí u lůžka.

Protože pacient nesmí nic přijímat ústy, informuji ho, že dutina ústní za těchto okolností ztrácí svou samočisticí schopnost. Pacient provádí hygienu dutiny ústní ráno a večer a v průběhu celého dne ji doplňuje ošetřováním tampónky se stopanginem nebo borglycerinem.

HODNOCENÍ / 17. 11. – 19. 11. /:

Pacient je upravený a čistý. Kůže je růžová, hydratovaná, neporušená. Sliznice dutiny ústní jsou vlhké, nemá povlak na zubech, má čisté vlasy, čisté a suché obvazy. Pacient aktivně spolupracuje a 3. den realizuje hygienu sám ve stoje u lůžka.

8.9 STRACH

Strach z důvodu nejasné budoucnosti projevující se verbalizací obav a neklidem pacienta. /17. 11./

CÍL:

- Pacient má dostatek informací o své nemoci, terapii a prognóze.
- Pacient otevřeně mluví o svých obavách.
- Pacient překoná strach z budoucnosti.

PLÁN:

- Sestra naváže důvěryhodný vztah s pacientem.
- Sestra dá pacientovi najevo, že chápe jeho obavy a strach.
- Sestra a lékař poskytnou pacientovi dostatek informací o nemoci, terapii a prognóze.

- Sestra pacienta vhodně motivuje a povzbuzuje.
- Sestra věnuje pacientovi dostatek času.
- Sestra pozorně naslouchá a reaguje na potřeby pacienta.
- Sestra nechá pacientovi prostor pro vyjádření negativních pocitů.
- Sestra umožní návštěvy rodině a přátelům.

REALIZACE / 17. 11. – 19. 11. /:

Po vzájemném poznání se mi pacient začal svěřovat, že má strach a obavy z budoucnosti. Projevila jsem pochopení s jeho obavami, jak se bude dále vyvíjet jeho nemoc a terapie. Požádala jsem lékaře, aby s pacientem o tomto promluvil a poskytl mu odpovědi na otázky, které jsem mu nedokázala sama zodpovědět. Upozornila jsem ho, že nemáme pevně stanovenou návštěvní dobu a že ho může rodina a přátelé navštívit kdykoli, dále též že pro komunikaci s rodinou může používat mobilní telefon.

HODNOCENÍ / 17. 11. – 19. 11. /:

Po rozhovoru pacienta s lékařem se obavy a strach K. J. úplně nevytratili, ale pozorovala jsem, že je klidnější. Byl rád, že ho může kdykoli navštívit rodina, a že může neomezeně používat mobilní telefon a být tak v kontaktu s osobami, které jsou pro něho důležité.

9 OŠETŘOVATELSKÝ ZÁVĚR A PROGNÓZA

S panem K. J. jsem během hospitalizace navázala dobrý kontakt. Pacient měl maximální snahu ve všem aktivně pomáhat a spolupracovat. Byl otevřený všemu. Působil jako emocionálně stabilní a adaptabilní osobnost. Informace o svém zdravotním stavu přijímal bez zkreslení a s porozuměním, i když na první informace o povaze nemoci reagoval negativně a až po poradě s rodinou přehodnotil svůj postoj k navrhované léčbě, aktivně se o ně zajímal.

Z chirurgického a lékařského hlediska byl jeho stav stabilizovaný, uspokojivý, s dobrou prognózou pooperačního stavu. Operační rána zhojená per primam intentionem.

Pan K. J. byl 21. 11. v 10:00 hodin přeložen na standardní lůžkové oddělení ve velmi dobrém fyzickém a psychickém stavu bez drénu, NGS a PŽK.

10 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. KLENER, P. *Vnitřní lékařství*, 2. doplněné vydání., Praha: nakladatelství Galen a Karolinum, 2001. ISBN 80-7262-101-7.
2. SOUČEK, M. *Vnitřní lékařství pro stomatology*, 1. Vydání., Praha: nakladatelství Grada, 2005. ISBN 80-247-1367-5.
3. ŠVIHOVEC, J. *Pharmindex kompendium*, 1. vydání., Praha: nakladatelství MediMedia, 1995. ISBN 80-901781-2-X.
4. ZEMAN, M. *Speciální chirurgie*, 1. vydání., Praha: nakladatelství Galen a Karolinum, 2001. ISBN 80-7262-093-2.
5. ŽALOUĐÍK, Jan. *Www.cls.cz* [online]. 2001 [cit. 2007-12-15]. Dostupný z WWW: <www.cls.cz/dokumenty2/postupy/r103.rtf>.
6. Liga proti rakovině Praha. *Www.lpr.cz* [online]. 2002 [cit. 2007-12-15]. Dostupný z WWW: <www.lpr.cz/down/publikace/zaludek.doc>.
7. Pacient – rozhovor
8. Pacient – pozorování
9. Dokumentace – dekurz, chorobopis
10. Rodina
11. Fyzioterapeut
12. Sestra – noční služba
13. Lékař

11 SEZNAM PŘÍLOH

1. Operační protokol
2. Vstupní ošetřovatelský záznam a plán ošetřovatelské péče
3. Ošetřovatelská anamnéza
4. Soubor hodnotících škál a testů
5. Sledování bolesti
6. Edukační záznam

PŘÍLOHA