



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3.LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

**Ošetrovatelská péče o nemocného
s dg. kolorektální karcinom**

*Nursing care of the patient with colon and
rectal cancer*

případová studie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha, únor 2009

Tomáš Komínek

Autor práce:

Tomáš Komínek

Bakalářský studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Bakalářský studijní obor:

Zdravotní vědy

Vedoucí práce:

Mgr. Renata Vytejková

Pracoviště vedoucího práce:

UK v Praze, 3. lékařská fakulta,
Ústav ošetřovatelství

Odborný konzultant:

Doc. MUDr. Rodomil Kostka

Pracoviště odborného konzultanta: FN Královské Vinohrady v Praze

Klinika chirurgie

Termín obhajoby:

duben 2009

Prohlášení

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

V Praze dne 20.února 2008

Tomáš Komínek

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval panu doc. MUDr. Rodomilovi Kostkovi CSc. a paní Mgr. Renatě Vytejškové za cenné, odborné rady a připomínky při zpracování této práce.

1. ÚVOD	5
2. KLINICKÁ ČÁST.....	6
2.1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE TLUSTÉHO STŘEVA	6
2.1.1 Stěna tlustého střeva.....	8
2.1.2 Úseky tlustého střeva.....	9
2.2 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM	11
2.2.1 Etiopatogeneze	11
2.2.2 Klinické projevy	13
2.2.3 Diagnostika.....	14
2.2.4 Klasifikace nádorů.....	17
2.2.5 Terapie.....	18
2.3 ZÁKLADNÍ INFORMACE O NEMOCNÉM.....	23
2.3.1 Lékařská anamnéza a diagnóza	23
2.3.2 Průběh hospitalizace.....	24
2.3.3 Farmakoterapie	26
2.3.4 Prognóza.....	30
3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	31
3.1 CHARAKTERISTIKA OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU	31
3.2 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL MARJORY GORDONOVÉ	34
3.2.1 Marjory Gordonová.....	34
3.2.2 Charakteristika „Modelu funkčního zdraví“	34
3.3 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA.....	38
3.3 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	43
3.4 DLOUHODOBÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	58
3.5 PSYCHO - SOCIÁLNÍ STRÁNKA.....	59
3.6 EDUKACE.....	62
4. ZÁVĚR.....	65
5. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	66
6. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67
7. PŘÍLOHY	70

1. ÚVOD

Téma problematiky kolorektálního karcinomu jsem si vybral z několika důvodů. Jedná se o nádorové onemocnění, kterému lze zásadním způsobem předejít prevencí. Dalším důvodem je to, že pracuji na jednotce intenzivní péče kliniky transplantační chirurgie v IKEM, kde jsou hospitalizováni pacienti po chirurgických výkonech na gastrointestinálním traktu. V dnešní době si stále více lidí uvědomuje, že zdraví není samozřejmostí, ale výsledkem trvalého snažení. Je nutné zamyslet se nad životním stylem a zvyklostmi každého z nás. Nejdostupnějším prostředkem ochrany zdraví je primární prevence, ta je ovšem mnoha lidmi podceňována. Pokud má být pohled na onemocnění co nejširší, je nutné se jim zabývat z několika pohledů a využít poznatků z více oborů a především je umět dokázat kombinovat. Mým cílem je holistický přístup k nemocnému a vnímání jej, jako bytosti se svými biologickými, sociálními a spirituálními potřebami. Brát ohled na jeho pocity a nehodnotit pouze jeho fyzický stav.

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie o 38letém pacientovi s diagnózou kolorektálního karcinomu. V klinické části se věnuji anatomii a fyziologii tlustého střeva, faktorům ovlivňujících vznik karcinomu, klinickému obrazu onemocnění, diagnostice a terapii. Popisuji průběh pacientovi hospitalizace. V ošetrovatelské části charakterizuji ošetrovatelský proces a jeho jednotlivé části. Sběrem ošetrovatelské anamnézy, stanovením ošetrovatelských diagnóz a následným plánem péče. Popisuji spolupráci s nemocným. V této práci se také věnuji psychologické problematice onemocnění a edukaci nemocného. Závěrečnou část práce uzavírá seznam použité literatury a přílohy práce

2. KLINICKÁ ČÁST

2.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva

Tlusté střevo (intestinum crassum) je poslední část trávicí trubice, která přijímá z tenkého střeva kašovité až tekuté obsah, z něhož již byly v tenkém střevě vstřebány živiny. V tlustém střevu je z tohoto obsahu postupně vstřebávána voda s elektrolyty a obsah je formován ve stolici, která je poté z konečného úseku střeva odstraněna análním otvorem. Na dekompozici střevního obsahu se v tlustém střevu účastní i kvasné a hnilobné procesy, působené mikroorganismy, které jsou stále součástí střevního obsahu.

V tlustém střevu se netvoří trávicí šťáva, ale tak jako v ostatních částech trávicí trubice se zde produkuje množství vazkého hlenu, který ochraňuje stěnu tlustého střeva před poškozením a pomáhá tvořit formovanou stolici. Stejně jako v celém trávicím systému se pohyby tlustého střeva dělí na místní (mísící) a celkové (peristaltické). Regulace pohybů je reflexní (např. duodenokolický, nebo gastrokolický reflex – po rozepětí duodena nebo žaludku se reflexně zvýší peristaltika tlustého střeva), ale je také řízena parasymptikem (zrychluje motilitu).

Tlusté střevo je osídleno populací různých bakterií, které jsou schopné štěpit část rostlinné vlákniny. Činností bakterií vznikají vitamíny, především K, ale také thiamin (B1) a riboflavin (B2). Kromě toho zde vznikají také střevní plyny složené z CO₂, vodíku, sirovodíku a metanu.

Střevní obsah se při prostupu tlustým střevem postupně zahušťuje resorbí vody a iontů, postupně se formuje ve stolici a prochází do rekta. Tlak 2,5 až 5,5 kPa vyvolává pocit nucení na stolici a po zvýšení tlaku na 5,5 až 6,5 kPa (což odpovídá hodnotě 50 torrů) vzniká defekační reflex. Samovolnému odchodu stolice brání dva svěrače (sfinktery): vřlí neovlivnitelný vnitřní svěrač z hladké svaloviny a vřlí ovlivnitelný zevní svěrač z příčněpruhované svaloviny. Při defekačním reflexu oba svěrače ochabují a zapojují se břišní svaly a bránice (zvětšuje se břišní lis), kontrakce se účastní i hrudní svaly při

nádechu a zavřené hlasivkové štěrbině. Denně se vyloučí 100–300 g stolice, množství je závislé na charakteru přijímané stravy (Rokyta, 2000).

Tlusté střevo je úsek dlouhý 1,3–1,7 m, široký od 7,5 cm asi do 4 cm, ve kterém za sebou následují tyto části:

- 1. caecum** (intestinum caecum), **střevo slepé** – nejširší část, která je uložena v pravé jámě kyčelní, s ileocekálním vústěním na levém boku slepého střeva. Na slěpě zakončený dolní konec caeca je připojen červovitý výběžek (appendix vermiformis).
- 2. colon, tračník** – je tou hlavní částí tlustého střeva, jehož součástí jsou;
colon ascendens, tračník vzestupný – který jde od slepého střeva po pravé straně břišní dutiny vzhůru pod játra;
colon transversum, tračník příčný – jde napříč zprava nalevo pod játry
a žaludkem až ke slezině;
colon descendens, tračník sestupný – jde po levé straně břišní dutiny od sleziny dolů, k okraji malé pánve až do levé jámy kyčelní;
colon sigmoideum, esovitá klička – jedná se o esovitě zakřivený úsek střeva jdoucí od konce sestupného tračníku až do středu malé pánve, odkud tračník dále pokračuje konečníkem;
- 3. rectum, konečník** – je poslední úsek střeva v malé pánvi, který vyúsťuje navenek řitním otvorem zvaným **anus**.

Tlusté střevo je charakteristické svým větším průsvitem, šedavou barvou, utvářením povrchu a charakterem své sliznice. **Taeniae coli** jsou tři bělavé podélné pruhy o šířce 8–10 mm na povrchu tlustého střeva; jedná se o ztluštění podélné svaloviny, jinak tenké, která jdou souvisle podél celého tlustého střeva. Těnie se označují podle polohy na příčném tračníku:

taenia mesocolica – nachází se vzadu, v místě kde je střevo připojeno na pobřišnicový závěs – mesocolontransversum;

taenia omentalis – nachází se vpředu nahoře, v místě, kde přes colon přechází a s ním srůstá omentum majus;

taenia libera – nachází se vpředu dole a je volně přístupná.

Všechny tři tenie se sbíhají na apendix a tvoří tam společně souvislou podélnou vrstvu svaloviny. Na přechodu esovité kličky a konečníku se všechny tři taenie rozšiřují v souvislý plášť podélné svaloviny na konečníku. Díky tahu taenií může dojít k nakrčení střeva a tím ke vzniku zevně vyklenutých míst zvaných haustra, mezi nimiž se zevnitř nachází patrné poloměsíčné řasy (Čihák, 2002).

Tepny přivádějící krev k tlustému střevu odstupují z a. mesenterica superior a a. mesenterica inferior, pro rektum je to ještě větev z a. iliaca interna. Žilní krev odtéká přes v. mesenterica superior a v. mesenterica inferior do v. portae.

2.1.1 Stěna tlustého střeva

Stěna tlustého střeva se skládá ze čtyř vrstev, které jsou charakteristické pro trávicí trubici.

Sliznice tlustého střeva je žlutavá, bledá, nenese klky; je pokryta jednovrstevnatým cylindrickým epitelem a obsahuje velké množství žláz. V epitelu sliznice a žláz tlustého střeva se vyskytuje více druhů buněk (enterocyty – obsahují protilátky IgA, které chrání sliznici proti působení mikroorganismů střevní flóry, pohárkové buňky – nacházející se v celém tlustém střevě, produkují hlen, M-buňky – nacházejí se v místech lymfatických uzlíků, největší množství jich je v apendixu, chomáčkové buňky – jsou jednotlivě roztroušené mezi normálními enterocyty).

Podslizniční vazivo tlustého střeva je řídké a obsahuje cévní a nervovou pletěň, zasahují do něj ze sliznice shluky lymfocytů.

Svalovina tlustého střeva má vnitřní cirkulární vrstvu a zevní longitudinální vrstvu, která je velmi tenká, mohutnější je jen v místech téníí, kde je zahuštěná.

Serosa tlustého střeva je peritoneální povlak, stejného charakteru jako na střevě tenkém.

2.1.2 Úseky tlustého střeva

Caecum – slepé střevo vytváří vak v pravé jámě kyčelní, je 6–8 cm dlouhé a asi 6–7,5 cm široké. Svým slepým koncem není dozadu přirostlé a nemá tam ani peritoneální závěs. V případě, že není přirostlé ani k zadní břišní stěně a má zachovanou část mesenteria, jde o persistenci stavu z vývoje a caecum je pohyblivé, volné – caecum liberum. V těchto případech caecum leží blízko pod játry. Ostium ileocaecale je vústění ilea do slepého střeva, ketré je na slizniční straně upravené jako valva ileocaecalis. Chlopeň dovoluje obvykle průtok jen jedním směrem, z ilea do caeka a brání tím zpětnému toku obsahu. K zpětnému průtoku dochází například při ileu.

Appendix vermiformis – červovitý výběžek je 5–10 cm dlouhý, jako tužka tlustý slepý výběžek caeka. Je připojen peritoneální duplikaturou tzv. mesoappendixem. Stěna apendixu má podobnou stvabu, jako stěna tlustého střeva. Sliznice, stejně jako podslizniční vazivo jsou prostoupeny lymfatickou tkání se zárodečnými centry - připomínají tudíž tonsilu. Svalovina má souvislý plášť podélných snopců, odkud se na caecum rozbíhají tři tenie. Celý apendix povléká serosa, pod tímto povlakem je areolární subserózní vazivo.

Colon ascendens – tračník vzestupný navazuje na caecum a na pravé straně dutiny břišní směřuje kraniálně pod játra. Je dlouhé asi 12–16 cm a užší než caecum. Flexura coli dextra_ je přechod vzestupného tračníku v tračník příčný, pod játry.

Colon transversum – tračník příčný je dlouhý asi 50–60 cm, což je asi dvojnásobek příčného rozměru břišní dutiny. Díky své délce visí prohnutý v girlandu různého tvaru, který je závislý na náplni colon a náplni kliček

jejunoilea, s nímž je ve styku. Příčný tračník přechází v tračník sestupný v místě zvaném flexura coli sinistra (levé ohbí colon). Tato flexura je uložena pod slezinou, výše než flexura coli dextra. Je také ostřejší a naléhá na dolní polovinu levé ledviny. Příčný tračník se stýká kraniálně s játry a žlučníkem, se s přední stěnou břišní, dorsálně s duodenem a pankreatem. a postupně se ještě zužuje. Sestupuje kaudálně při levém okraji břišní dutiny, v délce 22–30 cm, od flexura coli sinistra do levé jámy kyčelní, kde plynule přechází v colon sigmoideum (Čihák, 2002).

Colon sigmoideum – esovitá klička přechází od konce colon descendens z levé jámy kyčelní přes okraj malé pánve před kost křížovou, kde v úrovni obratlů S2 a S3 přechází v konečník. Je dlouhá asi 30–40 cm a tvoří nejúžší oddíl tlustého střeva o průměru kolem 4 cm.

Rectum – **konečník** je poslední úsek střeva nacházející se v malé pánvi. Je dlouhý asi 12-16 cm, bez náplně široký asi 4 cm. Anus (řít') je otvor, kterým konečník ústí navenek je lemován kůží, která je více pigmentovaná, činností svěracích svalů stažená a přitom složená v několik radiárních řas, které se vyrovnávají v průběhu defekace. Rectum má dvě hlavní části; jsou to: ampulla recti je kraniální a širší částí rekta, je dlouhá asi 10–12 cm, v rozsahu flexura sacralis; perineální flexurou přechází do druhého úseku – canalis analis, který je dlouhý 2,5–3,8 cm, je užší a od ampulární části se liší podélnou orientací slizničních řas. Sliznice rekta má stejnou barvu a vzhled jako sliznice v colon. Má typické slizniční řasy a další útvary. Zona haemorrhoidalis je pás sliznice, podložený cévní pletení (plexus venosus rectalis) a zesílenou cirkulární hladkou svalovinou, která tvoří m. sphincter ani internus – vnitřní řitní svěrač. Z venčí jej obemyká m. sphincter ani externus – jedná se o svěrač z příčně pruhované svaloviny. Za normálních okolností se tato zóna uplatňuje málo. Za patologických okolností při přeplnění žil vystupuje. Náplň žil zvyšuje sliznici a přispívá k těsnosti análního uzávěru (Čihák, 2002).

2.2 Kolorektální karcinom

Většina nádorů kolorekta jsou adenokarcinomy, neboli maligní nádory vycházející ze žláz sliznice tlustého střeva. Téměř všechny nádory kolorekta vznikají z adenomových polypů, které se zařazují mezi nezhoubné (benigní). Jejich klasifikace vychází z mikroskopického uspořádání nádorového epitelu a z lokalizace. V tlustém střevě se nejčastěji vyskytuje exofytický růst adenomu a jeho stopkatá nebo přisedlá forma, která nenáchylnější k malignímu zvratu. Dochází k infiltraci stěny střeva.

V České Republice tvoří kolorektální karcinom 12,1% všech nádorů u mužů a 13,7% všech nádorů u žen. Což představuje po karcinomu plic u mužů a karcinomu prsu u žen druhý nejčastěji se vyskytující zhoubný nádor. Zatímco Asie a Afrika vykazuje značný pokles tohoto onemocnění v USA a zemích západní Evropy se incidence příliš nemění, v zemích střední a jihovýchodní Evropy incidence dramaticky narůstá. Konkrétně v ČR je kolorektální karcinom nejčastěji se vyskytujícím nádorovým onemocněním u mužů produktivního věku a pátým nejčastěji se vyskytujícím u žen. Incidence narůstá s věkem, nejvyšší výskyt je v pozdním věku nad 70 let (Holubec, 2004).

2.2.1 Etiopatogeneze

Faktory, které ovlivňují vznik kolorektálního karcinomu lze rozlišit na zevní (ovlivnitelné) a vnitřní (neovlivnitelné).

Zevní faktory

Kouření a alkohol ovlivňují vznik nejen kolorektálního karcinomu, ale výrazně se podílí i na vzniku bronchogenního karcinomu a dalších zhoubných nádorů. Je popsána souvislost nadměrného pití alkoholu (především piva) a vzniku kolorektálního karcinomu.

Výživa je jedním z vysoce rizikových faktorů pro vznik nádorového onemocnění. Za hlavní ochranný faktor je považována vláknina, která je obsažena především v ovoci a zelenině. Mechanismus jejího účinku spočívá ve zvětšení objemu stolice. Jako riziková je považována strava chudá na karoten, riboflavin, kyselinu askorbovou, vápník a kyselinu listovou. Vyšší incidence je spojena se spotřebou tuků a to především omega-6 polynenasycených mastných kyselin, kdežto preventivní efekt je spojen s konzumací omega-3 polynenasycených mastných kyselin. Sliznice tlustého střeva s proliferací epitelu, čímž zvyšuje riziko onemocnění kolorektálním karcinomem. Při smažení masa vznikající heterocyklické aminy jsou dalším rizikovým faktorem, stejně jako nadměrné požívání konzervovaného (uzeného) masa.

Vnitřní faktory

Věk hraje také významnou roli při vzniku kolorektálního karcinomu. Až 90% nemocných je starších 50 ti let.

Rodinná anamnéza je jedním z nejdůležitějších faktorů a výskyt některých onemocnění výrazně ovlivňuje vznik karcinomu střev.

Familiární adenomatózní polypóza

Autozomálně dominantní onemocnění charakteristické nadměrnou tvorbou polypů (více než sto polypů), které mají vysokou tendenci k progresi do adenokarcinomu již před 40. rokem života. Pokud nedojde k včasnému odstranění polypů, téměř u všech postižených progredují v adenokarcinom. Gen odpovědný za adenomatózní polypózu kolorekta je lokalizován na pátém chromozomu.

Hereditární nepolypózní kolorektální karcinom

Gen odpovídající za toto onemocnění se nachází na druhém chromozomu a je odpovědný za mutaci reparačního aparátu, který je specializovaný na opravu chyb replikace DNA. Dochází tak k nezvratným změnám, které mají za následek vznik karcinomu. Existují dvě formy tohoto onemocnění Lynchův syndrom I – charakterizovaný rodinným výskytem časně vznikajícího kolorektálního karcinomu bez přítomnosti polypů. Lynchův syndrom II – krom

časně vznikajícího kolorektálního karcinomu bez přítomnosti polypů je charakteristický i vznikem maligních nádorů v jiné lokalizaci (močový měchýř, endometrium, slinivka břišní, žaludek, játra...).

Crohnova choroba, ulcerózní kolitida

Jedná se o idiopatické střevní záněty, čím déle onemocnění trvá tím je větší riziko vzniku kolorektálního karcinomu. Závisí také na délce postiženého střeva. U ulcerózní kolitidy je riziko malignizace po 20 letech trvání nemoci zhruba 20 %, u Crohnovy choroby je riziko sice o něco menší, ale rozdíl není statisticky signifikantní.

2.2.2 Klinické projevy

V časných stádiích kolorektálního karcinomu je klinická symptomatologie velmi nejasná. Postupná diferenciací adenomu v adenokarcinom je dlouhodobý proces, trvající i více než deset let. První klinické příznaky se objevují až u pokročilých nádorů kolorekta. Příznaky jsou závislé od lokalizace nádoru a typu jeho expanze (intraluminální nebo extraluminální).

Je-li karcinom umístěn v oblasti pravého tračníku jeho klinika je dlouhodobě asymptomatická. Objevují se neurčité příznaky jako je únava, slabost a bolest v pravé polovině břicha. Později se vyskytují příznaky spojené s chronickými ztrátami krve, které mohou dosáhnout až 6 ml denně. Jako následek takového krvácení se často vyskytuje sideropenická mikrocytární anemie. Obstrukce střeva patří k pozdním příznakům, protože pravým tračníkem protéká tekutá stolice a střevo má dostatečně velký průsvit.

Je-li karcinom umístěn v tračníku levém, dochází k poruchám pasáže projevujících se jako střídavý průjem a zácpa. Je pozměněna i frekvence defekace a stolice má stužkovitý tvar. Bývají přítomny kolikovitě bolesti břicha, enteroragie a dyspeptický syndrom, který se projevuje nadýmáním a tlaky v břiše. Hmatná rezistence v místě tumoru bývá přítomna v pokročilém stádiu. Při neprůchodnosti střeva vzniká často mechanický ileus.

Při karcinomu rektosigmatu jsou typické tenezmy, pocit neúplného vyprázdnění střeva a především enteroragie, kdy je krev jasně červená.

2.2.3 Diagnostika

Cílem všech vyšetřovacích metod je včas zachytit výskyt polypů a následně kolorektálního karcinomu. Určit velikost a šíření patologického ložiska do okolních tkání. Základem pro stanovení diagnózy je anamnéza. Důležité jsou cílené otázky na zjištění výskytu onemocnění v rodině, stravovací návyky a užívání návykových látek (nikotin, alkohol).

Základní biochemické parametry

Z klasických laboratorních vyšetření se vždy provádí biochemické vyšetření krve a moči. Pozitivní bývá zpravidla a ž v pozdních stádiích onemocnění. Bývá urychlena sedimentace erytrocytů, vysoké CRP, zvýšená koncentrace mukoproteinů, zmnožení alfa-globulínů, popřípadě známky sekundární anémie. Všechny tyto parametry mají pouze význam vyhledávací, nerozhodují však o diagnóze (Holubec, 2004).

Nádorové markery

Jedná se o látky produkované maligními buňkami nebo organizmem, jako odpověď na nádorové bujení. V krvi cirkulují humorální nádorové markery, zatímco celulární nádorové markery se nacházejí v cytozolu nádorové buňky. Ideální nádorový marker je produkován pouze u maligních onemocnění, je orgánově specifický, vyskytuje se ve vysokých koncentracích v biologických tekutinách, koreluje s velikostí nádoru, stádiem onemocnění, s prognózou, s účinností terapie. U nádorů konečníku a tlustého střeva je hlavním markerem *karcinoembryonální antigen (CEA)*. Jako marker druhé volby se doporučuje *CA 19-9*. Dalšími sledovanými markery u kolorektálního karcinomu jsou *CA 242*, *CA 195*, *TPA*, *TPS* (Holubec, 2004). Hodnoty CEA

korelují se stadiem choroby, jeho hladina se sleduje i po operačním výkonu a její pokles značí úspěšnost léčby. Fyziologicky se vyskytuje u plodu a to především v 22. týdnu.

Fyzikální vyšetření

Základním fyzikálním vyšetřením je pohled (inspekce), poklep (perkuse), pohmat (palpace) a poslech (auskultace). Za nejdůležitější vyšetření je považováno vyšetření per rektum. To se provádí v několika polohách, v leže, na boku, s flektovanými končetinami. Šetrné vyšetření předpokládá uvolnění břišní stěny.

Irigografie

Jedná se o rentgenové kontrastní vyšetření. Před samotným vyšetřením je nutné řádné vyprázdnění střev pomocí klyzmatu. Rektálně se zavádí kontrastní látka (barium) a provede se rentgenové snímkování. Pokud se současně insuluje vzduch, jedná se o dvoukontrastní irigografii. Pacient se snímkuje v různých polohách tak, že vždy nejvýše uložená část tlustého střeva obsahuje plyn a zde se vytvoří povrchový „film“ baria, který umožní i zobrazení velmi drobných lézí.

Kolonoskopie

Nejpřesnější vyšetření tlustého střeva, kdy se vpraví flexibilní endoskop až k terminálnímu ileu. První zmínky o vyšetřování střeva pochází z období okolo roku 1800, kdy se používala spekula, neboli zrcadla. Do roku 1970 se používaly rigidní endoskopy. Velký pokrok nastal s vynálezem firmy Olympus, která uvedla na trh přístroj, který se svojí hlavicí uměl pohybovat do čtyř stran. Před vyšetřením je nutné řádné vyprázdnění střeva. Tři dny před zákrokem se omezí zbytková dieta. Nutné je vynechat ze stravy ovoce s drobnými semínky (kiwi, rybíz, hroznové víno) a také vynechat substituci

železa. K přípravě se používají isoosmolární preparáty, které nevyvolají střevní ani plazmatickou nerovnováhu. Ředí se třemi až čtyřmi litry vody a je nutné je popíjet rychlostí asi 1 litr za hodinu. Před tímto plánovaným vyšetřením by měl být nemocný laboratorně vyšetřený (krevní obraz, Quickův test a aPTT). Těsně před zákrokem je aplikován midazolam. Vyšetření může být diagnostického rázu, ale také terapeutické pro odstranění polypu vysokofrekvenčním proudem (Lukáš, 2005).

Transabdominální ultrasonografie

Má pouze orientační charakter, lze zobrazit pouze rozsáhlé infiltrativní změny stěny tlustého střeva. Přínosná je pro staging choroby, především pro průkaz metastáz v játrech či mízních uzlinách. Na endorektální ultrasonografii je nutné použít speciální endorektální sondu.

Počítačová tomografie

Lze zobrazit tračník až po rektosigmoideum, jako tubulární útvar. Zobrazí se jeho stěna, okolní orgány a zvětšené mízní uzliny. Na začátku CT vyšetření je aplikována intravenózně kontrastní látka. Dojde k zobrazení větších cév. Při podání kontrastní látky per os se zobrazí náplň tenkých kliček.

Magnetická rezonance

Má své velmi omezené místo pouze v diagnostice nádorů rekta. Před vyšetřením je nutné vyprázdnění konečníku eventuelně vyšších oddílů tračníku. Rektum se zobrazí, jako tubulární koncentricky vrstvený útvar, který je obklopený tukem. Používá se hlavně po operacích rekta pro rozlišení jizvy od recidivy nádorového procesu.

Screening

Slovo screening pochází z angličtiny a v překladu znamená „vyhledávat“. Pomocí této metody se v populaci vyhledávají jedinci, kteří mají zvýšené riziko onemocnět určitou chorobou. Programy se zaměřením na sekundární prevenci představují největší boj proti stále se zvyšující incidenci onemocnění. Do programu masového screeningu se řadí *vyšetření stolice na okultní krvácení*. Základní princip je založen na občasném krvácení adenomů, nebo adenokarcinomů. Krev ve stolici je detekována pomocí guajakové pryskyřice, která ji v důsledku pseudoperoxidázové aktivity hemoglobinu, obsaženého ve stolici změni z bezbarvé na modrou. Vyšetřují se tři po sobě jdoucí stolice po dvou vzorcích z každé stolice. Tři dny před testem se nedoporučuje jíst některou stravu (červené maso, syrové maso, melouny, ananas, ředkvičky). Doporučuje se jíst zbytkovou stravu, omezit konzumaci vitamínu C, léků s obsahem železa, nesteroidních antirevmatik, acetylsalicylivou kyselinu – zejména v kombinaci s alkoholem. Před testem nesmí dojít ke krvácení z nosu, extrakci zubu. Nevyšetřuje se těsně po a během menstruace. Tímto vyšetřením by měl projít každý člověk po 50. roce života a opakovat ho jednou za 2 roky. Pokud má o test zájem člověk mladší 50 ti let musí si vyšetření zaplatit, cena je přibližně 100 korun. Pozitivní test neznamena automaticky přítomnost rakovinového bujení. Aby byla diagnóza upřesněna následuje kolonoskopické vyšetření.

2.2.4 Klasifikace nádorů

Při diagnostice karcinomů se hodnotí tři základní parametry – typing, staging a grading. Typingem se rozumí histologické zařazení, tedy určení tkáně, ze které nádor vyrůstá. Může se jednat o adenokarcinom, karcinom z prstencových buněk, skvamózní karcinom a adenoskvamózní karcinom. Staging znamená, jaké velikosti nádor dosáhl a zda-li se rozšiřuje do okolních tkání. K tomuto určení se užívá mezinárodní klasifikace, která se označuje jako

TNM (**T** = tumor, **N** = nodus, **M** = metastázy).

Šíření nádorů se děje dvěma způsoby a to spojitě, kdy nádor prorůstá do okolí a nespojitě, kdy k šíření dochází metastazováním. Spojité šíření se dále dělí na povrchové, které je zpočátku omezené pouze na vrstvu, ve které nádor vznikl. Tento typ nádorové masy se u kolorektálního karcinomu vyskytuje velmi často. Benigní adenom se šíří po sliznici a poté se maligně zvrhne a výrazně stoupá riziko jeho invaze do hlubší vrstvy střev.

Nádorové buňky mohou také infiltrativně vrústat do štěrbin ve tkáních a růst podél nervů (perineurální šíření). Dalším druhem spojitého šíření je angioinvaze. Metastazování je nejspolehlivější znak maligně probíhajícího procesu v organismu. Dojde ke ztrátě adherence buněk a ty jsou unášeny krevním řečištěm do dalších orgánů a tkání těla. Na vzdálených místech dochází ke vzniku dceřinných ložisek z primárního nádoru. Sekundární ložiska kolorektálního karcinomu se objevují v játrech, kam se dostávají hematogenní cestou. Žíly ze střev odvádí krev do veny portae, jsou játra nejčastěji zasaženým orgánem. Dále se krevní cestou metastázy dostávají do plic, kostí a mozku. Metastázy kolorektálního karcinomu se mohou šířit i lymfogeně a porogenně (Mačák, Mačáková, 2004).

2.2.5 Terapie

Léčba kolorektálního karcinomu zahrnuje chirurgické a konzervativní postupy. Operace se indikuje i při výskytu vzdálených metastáz, provádí se jako prevence obstrukce střeva. Chirurgický výkon spočívá v široké resekci postiženého střeva s příslušnými uzlinami v mezokolon. Jakákoliv léčba může být zahájena teprve po důkladném stagingu. Pokud má být léčba kompletní, musí být doplněna o chemoterapii, či radioterapii.

Radikální operace

Cílem těchto operací je odstranění maligního nádoru i s částí přilehlé zdravé tkáně a spádových a spádových lymfatických uzlin. Mezi radikální výkony prováděné na tlustém střevě se řadí:

Pravostranná hemikolektomie a rozšířená pravostranná hemikolektomie

Výkon, který se provádí při karcinomu na céku, vzestupném tračniku, hepatické flexuře a na pravé části kolon. Pravý tračník se odstraňuje s lymfatickou drenáží v povodí a. ileocolica, a. colica dextra a pravé větve colica media. U rozšířené hemikolektomie se odstraňuje i část levé větve střední kolické arterie. Pro vyloučení nehmotných metastáz v játrech je vhodné použít pooperační ultrasonografii jater.

Resekce transversa

Provádí se při tumoru lokalizovaném na transversu. Resekuje se hepatická i ileální flexura včetně transversa spolu s a. colica media.

Levostranná hemikolektomie a rozšířená levostranná hemikolektomie

Indikuje se při nádoru na ileální flexuře nebo na sestupném tračniku. Rozšířená levostranná hemikolektomie se provádí u tumoru na horní části esovité kličky.

Resekce sigmatu

Provádí se při nádorech uložených na esovité kličce

Hartmannova resekce

Tento typ operace se používá v oblasti rektosigmatu. Po odstranění nádoru se slepě uzavírá aborální část střeva a orální úsek se vyvede jako terminální kolostomie.

Abdominoperineální amputace rektu dle Milese

Provádí se při karcinomu rektu v dolní a střední třetině. Na předem označené místo vlevo se vyvádí proximální konec esovité kličky, jako koncovou kolostomii. Poté se preparuje rektum s tumorem. Operace se dá provádět dvěma operačními týmy.

Nízká přední resekce rektu

Anastomóza se umísťuje pod Douglasovou řasou extraperitoneálně. I v tomto případě je vhodné provést pooperační ultrasonografii jater. Resekuje se rektum a ponechávají se svěrače.

Totální kolektomie

Operační výkon, při kterém se odstraní tlusté střevo.

Paliativní operace

Neodstarňují vlastní podstatu nemoci. Jejich následkem je zmírnění obtíží, cílem je obnovit pasáž pomocí by-passu či střevního vývodu

Kolostomie

Obecně je kolostomie vyústění dutého orgánu navenek. Nemusí se jednat pouze o tlusté střevo (močový měchýř, žaludek, tenké střevo).

Kolostomie je malý otvor kruhového tvaru, červené barvy o velikosti 2 – 5 cm. Její povrch je neustále vlhký a lesklý. Ze stomie odchází kontinuálně plyny a stolice. Není citlivá na bolest, jelikož se ve sliznici nenacházejí nervová zakončení.

Axilární (dvouhlavňová) stomie – při tomto výkonu se břišní stěnou protáhne celá střevní klička. Po otevření střeva má stomie dva konce – přivodný (proximální) a odvodný (distální). Může se zakládat na terminálním ileu, transverzu a sigmoideu. Její využití může být dočasné, v případě že došlo k ileu. Jako definitivní řešení se používá u inoperabilních nádorů, nebo nemožnosti radikálního výkonu.

Terminální jednohlavňová stomie – provádí se při amputaci rekta.

Nástěnná stomie – tento typ stomie se nakládá nejčastěji v oblasti céka. Bývá většinou dočasná a odlehčuje střevo nad uzávěrem, který je později odstraněn, nebo odvádí střevní obsah. Tento typ stomie se využívá velmi málo, jelikož derivace stolice není dostatečná.

Další dělení stomií je možné podle místa jejich založení. Rozlišujeme tedy *cékostomii* (umístěna v pravém podbříšku), *transverzostomii* (v pravo či vlevo pod pupkem) a *sigmoideostomii* (levá dolní část břicha).

Chemoterapie

Ačkoliv u zhruba 75% pacientů s kolorektálním karcinomem se podaří radikální resekce tumoru, polovina nemocných stále umírá na vzdálené metastázy. Účinek cytostatik spočívá v zabránění růstu a množení buněk. Bohužel dochází také k poškození zdravých buněk a to především kostní tkáň. Aby se co nejvíce zvýšila účinnost léčby, léky se kombinují, tak aby zasahovaly do různých fází buněčného růstu. Chemoterapii je nutné podávat v cyklech, podle přesně stanoveného časového programu. Indikací pro užití chemoterapie je II. – III. Stádium onemocnění, vysoká předoperační hodnota CEA, ileózní stav a perforace nádoru. V terapii kolorektálního karcinomu se používají nejčastěji následující cytostatika:

5-fluorouracil – ten je používán od roku 1957, v organismu se rychle metabolizuje v játrech, 20% se vylučuje do moči, poločas je 10-25 minut. Lze jej aplikovat intraperitoneálně, intraarteriálně do arteria hepatica při léčení jaterních metastáz.

Irinotecan (Campto) – je inhibitorem topoizomerázy I. Lék se vylučuje ledvinami, vylučování je třífázové s poločasy 12 minut, 2,5 hodiny a 14,2 hodiny. Má inhibiční účinky na cholinesterázu, které vysvětlují jeho nežádoucí účinky, jako je myelotoxicita a průjemy.

Raltitrexed (Tomudex) – je novým cytostatikem v léčbě pokročilého kolorektálního karcinomu. Je inhibitorem thymidilázy. V České republice je registrován pro monoterapii pokročilého kolorektálního karcinomu.

Oxaliplatin (Eloxatin) - je ve vodě rozpustný platinový komplex, který je aktivní u řady nádorů s vlastní či získanou rezistencí k ostatním platinovým derivátům. I tento preparát má mnoho nežádoucích účinků jako je neutropenie IV. stupně, faryngolaryngeální dysestezie spojená s chladem a funkční senzorycká neuropatie.

Capecitabin (Xeloda) – jedná se o orální formu fluoropyrimidinu. Je primárně metabolizován v játrech. Při užívání capecitabinu dochází ke klinicky nevýznamnému zvýšení hodnot sérového bilirubinu.

Radioterapie

Radioterapie se využívá u nádorů postihujících rektosigmoideum a rektum. Jedná se o lokální léčbu pomocí ionizujícího záření. Jejím nasazení již nebrání jako u nádorů kolon kličky tenkého střeva. Radioterapie se používá jako samostatná, kombinovaná s chemoterapií jako konkomitantní léčba. Předoperační radioterapie snížila počet lokálních recidiv u nemocných ve stadiu II a III.

Předoperační radiochemoterapie – užívá se ozáření pánve dávkou 50 Gy vysokoenergetickým svazkem brzdného či gama záření spolu s aplikací 5-FU v kontinuálních malých denních dávkách.

Pooperační radiochemoterapie – u pooperační metody je vždy k dispozici pooperační nález a definitivní histologie, proto lze lépe diagnostikovat rizikové nemocné. Léčba je rozdělena do dvou částí. V první se použije radiochemoterapie pro snížení rizika lokoregionální recidivy, poté následuje adjuvantní chemoterapie pro snížení počtu vzdálených recidiv.

2.3 Základní informace o nemocném

2.3.1 Lékařská anamnéza a diagnóza

Pacient narozen 24. 7. 1970 byl přijat na oddělení transplantační chirurgie dne 15. 12. 2008.

Anamnéza

OA: vážněji nestonal, prodělal běžné dětské nemoci, operace a úrazy neguje

RA: otec se léčí pro esenciální hypertenzi a chronickou fibrilaci

síní, matka zdráva, sourozence nemá

FA: žádné léky pravidelně neužívá

AA: neguje

PSA: pracuje jako bankovní úředník, žije ve společné domácnosti s přítelkyní

ABUSUS: nekuřák, abstinent, pije pravidelně černou kávu

NO: pacient přijat k plánovanému operačnímu výkonu na kliniku transplantační chirurgie v Praze v IKEM pro tumor rektosigmatu. Laboratoř v normě. Pacient o hospitalizaci poučen a s operací souhlasí.

Stav při přijetí

Výška: 176 cm

Váha: 80 kg

TK: 145/80

Dech: 18'

TT: 36,8°C

BMI: 27

Celkově orientovaný, spolupracuje, bez ikteru a cyaonózy.

Hlava a krk: fyziologický nález.

Hrudník: symetrický, dýchání čisté a sklípkovité, bez vedlejších fenoménů.

Akce srdeční: pravidelná, ozvy ohraničené, poklep plný, jasný.

Břicho: měkké, dobře prohmatné, bez rezistencí, bez známek peritoneálního dráždění, tapot.bilaterálně negativní, genitál v normě

Per rectum: tonus svěrače fyziologický, v dosahu prstu hmatná rezistence, Douglas bez vyklenutí, ampula bez dispenze, na rukavici hnědá stolice bez viditelných patologických příměsí.

DK: bez otoků, bez varixů, pulzace hmatné AF, AP, ADP, ATP

Základní diagnóza při přijetí

Tumor rektosigmoidea, 7 – 10 cm od anu

2.3.2 Průběh hospitalizace

Předoperační péče

Pacient byl přijat na standartní oddělení kliniky transplantační chirurgie. Výsledky krevních odběrů (KO, biochemie, glykémie) byly v normě. Přivolaný anesteziolog shledal pacienta schopného celkové anestezie. Pacient byl poučen a souhlasil s operací a s ní spojenou sigmoideostomií. Stomická sestra společně s chirurgem určila optimální místo pro naložení stomie. Pacientovi byla zaveden centrální žilní katetr do vena suclavia dx a permanentní 16 Fr močový katetr. Bylo naordinováno klyzma Yalem per rectum. Na noc byl naordinován Diazepam 10 mg tbl. V den operace byl aplikován Clexane 0,4 ml s.c. dle ordinace a zabandážovány obě dolní končetiny, jako prevence tromboembolické nemoci. K remedikaci byla použita kombinace Dolsin 100 mg a Atropin 0,8 mg i.v. Profylakticky byla aplikována infuze 100 ml fyziologického roztoku s Unasynem 1,5 g i.v.

Operace – abdominoperineální amputace rekta dle Milese

Přístup do břišní dutiny byl dolní střední laparotomií prodlouženou nad pupek. Dutina břišní je volná, játra jsou bez zjevných metastáz. Uzliny nebyly paraaortálně hmatné. Po vysokém podvazu horního rektálního svazku byl přerušen sestupný tračník a dále postupné uvolňování sigmatu a rekta včetně totální excize mezorekta. Mezorektum bylo přerušeno 5 centimetrů pod tumorem, střevo bylo přerušeno 10 cm nad tumorem, na distální konec přerušeno střevo naložena gumová rukavice fixovaná silonovým podvazem a poté střevo vloženo do malé pánve. Následně založena terminální sigmoideostomie. Ve druhé fázi následuje cirkulární řez okolo análního otvoru, dále postupná preparace rekta až k uvolněné části střeva. Poté odstranění rekta, založení drénu, kontrola hemostázy a postupná sutura perinea po anatomických vrstvách. V abdominální fázi rovněž kontrola hemostázy, založení drénu do Douglasova prostoru, kontrola roušek a nástrojů, uzávěr dutiny břišní po anatomických vrstvách.

Pooperační péče

Pacient byl z operačního sálu převezen na kliniku anesteziologie a resuscitace kardiopulmonálně stabilní. Zde byl do osmi hodin po operačním výkonu extubován a převeden na inhalační kyslíkovou terapii. Operační rána byla klidná, mírně prosáklá. Stomie odváděla tekutý obsah s příměsí krve. Na oddělení anestezie a resuscitace byl nemocný monitorován (TK, TF, EKG), byla sledována jeho diuréza a aplikovány léky dle ordinace lékaře. První pooperační dny převzaly péči o hygienu, stomii a pohodlí pacienta plně sestry. Od třetího dne probíhaly pokusy o zapojení pacienta do sebeběče. Pravidelně za ním docházel fyzioterapeut.

Čtvrtý den byl pacient přeložen na oddělení jednotky intenzivní péče transplantační chirurgie, kde byl hospitalizovaný celkem 5 dní, během celé hospitalizace se nevyskytly žádné závažné komplikace. Za největší pacientův problém se dá označit jeho špatný psychický stav, zapříčiněný terminální

sigmoideostomií. Rána byla klidná bez známek infekce. Před přeložením na standardní lůžkové oddělení kliniky transplantační chirurgie byl odstraněn permanentní močový katetr a centrální žilní katetr.

Devátý pooperační den došlo k překladi na lůžkové oddělení a zároveň k odstranění poloviny stehů. Desátý den došlo k odstranění druhé poloviny stehů. Z lůžkového oddělení byl pacient patnáctý pooperační den propuštěn do domácího léčení a zařazen do onkologické terapie s pravidelnými kontrolami na chirurgické, onkologické a stomické ambulanci.

2.3.3 Farmakoterapie

V následující kapitole se zmíním o všech lécích a jejich charakteristice, které byly pacientovi během celé hospitalizace aplikovány dle ordinace lékaře.

Clexane 0,4 ml inj. sol.

Účinná látka: Enoxaparinum natricum 100 mg v 1 ml injekčního roztoku

Indikační skupina: Antitrombotikum, antikoagulans

Indikace: Profylaxe trombembolické nemoci, léčba hluboké žilní trombózy, prevence tvorby trombů v mimotělním oběhu při dialýze.

Kontraindikace: Přecitlivělost na enoxoparin, krvácivé stavy (s výjimkou DIC, která není způsobena léčbou heparinem), trombocytopenie po enoxoparinu v anamnéze, aktivní peptický vřed nebo jiné organické poškození s rizikem krvácení, akutní infekční endokarditida, hemoragická cévní mozková příhoda.

Diazepam 10 mg tbl.

Účinná látka: Diszepamum 10 mg v jedné tableti

Indikační skupina: Anxiolytikum

Indikace: Úzkost, napětí, panický strach, fobie, obsese, emoční tenze a neklid u neuróz, psychosomatických onemocnění a psychoneuróz

Kontraindikace: Myasthenia gravis, glaukom s uzavřeným úhlem, intoxikace alkoholem, barbituráty a jinými tlumivě působícími látkami, těžší poškození jater a ledvin, 1. Trimestr těhotenství, kojení.

Dolsin inj. sol.

Účinná látka: Pethidini hydrochloridum 50 mg v 1 ml injekčního roztoku.

Indikační skupina: Analgetikum, anodynum

Indikace: Bolest při maligních tumorech, po těžkých úrazech, infarkt myokardu, asthma cardiale, plicní edém, plicní embolie, poruchy porodní činnosti, premedikace před celkovou anestezií.

Kontraindikace: útlum dechového centra, úrazy hlavy, léčba inhibitory MAO, otravy křečovými jedy, těžké onemocnění jater, porfyrie.

Ganaton por. tbl. flm.

Účinná látka: Itopridi hydrochloridum 50 mg v jedné potahované tabletě.

Indikační skupina: Digestivum, prokinetikum

Indikace: funkční gastropatie dysmotilního typu (chabý žaludek), reflexní choroba, diabetická gastroparéza, zpomalená evakuace žaludku (doložená např. scintigraficky)

Kontraindikace: Přecitlivělost na složky přípravku, gastrointestinální krvácení,, mechanická obstrukce, nebo perforace GIT. Podání dětem, těhotenství, kojení.

KCl 7,45% inf. sol

Účinná látka: Kalii chloridum 7,45 mg v 1 ml koncentrovaného roztoku

Indikační skupina: Kaliový přípravek

Indikace: Prevence a léčba hypokalemie spojené s hypochloremickou alkalózou, ztráta draslíku způsobené zvracením na podkladě neurotoxického syndromu při podávání diuretik

Kontraindikace: hyperkalemie, nadměrná destrukce tkání (traumata, popáleniny), akutní dehydratace, metabolická acidóza, současná léčba kalium šetřícími diuretiky.

Novalgín por. tbl. flm.

Účinná látka: Metamizolum natriicum monohydricum 500 mg v 1 potahované tabletě

Indikační skupina: Analgetikum, antipyretikum

Indikace: Akutní silné bolesti při poraněních, operacích, kolikách, tumorech; bolesti a vysoké teploty, kde jsou kontraindikována jiná antipyretika.

Kontraindikace: Přecitlivělost na složky přípravku a na jiné pyrazolony, akutní jaterní porfyrie, porucha funkce kostní dřeně, defekt glukózo-6-fosfát dehydrogenázy, 1. a 3. trimestr těhotenství, kojení. Tablety nejsou určeny dětem.

Quamatel 20 mg por. tbl.

Účinná látka: famotidinum 20 mg v jedné potahované tabletě

Indikační skupina: Antiulcerózum, antagonist H₂ – receptorů

Indikace: Peptický vřed ve všech lokalizacích, refluxní ezofagitis, syndrom kardioezofageální iritace bez průkazu refluxní ezofagitidy, Zollingerův – Ellisonův syndrom.

Kontraindikace: Přecitlivělost na složky přípravku, těhotenství a kojení, podání dětem do 6 let.

Seropram 20 mg por. tbl. flm.

Účinná látka: Citaloprami hydrobromidum 24,98 mg (odp. Citalopramum 20mg) v 1 potahované tabletě

Indikační skupina: Antidepresivum

Indikace: Léčba depresivního onemocnění, prevence relapsu a rekurence onemocnění. Léčba panické úzkostné poruchy s nebo bez agorafobie. Léčba obsedantně kompulzivní poruchy.

Kontraindikace: Přecitlivělost na složky přípravku. Současná léčba inhibitory MAO a 14 dní po jejím ukončení (kromě selegilinu do dávky 10 mg denně).

Sufenta i.v. inj. sol.

Účinná látka: Sufentanili dihydrogenocitras 7,5 ug (odp. Sufentanilum 5ug) v 1 ml injekčního roztoku

Indikační skupina: Analgetikum anodynum, ovoidní anestetikum

Indikace: Intravenózní podání, jako analgetická komponenta pro úvod a vedení anestezie. Analgosedace v intenzivní péči ve vyšších dávkách pro velké chirurgické a kardiochirurgické výkony. Epidurální podání pro pooperační analgezií a jako analgetický doplněk během porodu.

Kontraindikace: Přecitlivělost na složky přípravku. Nedoporučuje se i.v. podání během porodu vzhledem k možnosti útlumu dechového centra novorozence.

Unasyn inj. plv. sol.

Účinná látka: Sulbactamum natricum 547 mg (odp. Sulbactamum 500 mg), Ampicillinum natricum 1,06 g (odp. Ampicillinum 1 g) v prášku pro přípravu injekčního roztoku v 1 lahvičce.

Indikační skupina: Širokospektré penicilinové antibiotikum s ireverzibilním inhibitorem nejdůležitějších betalaktamáz, které se vyskytují u penicilinrezistentních mikroorganismů.

Indikace: Běžné bakteriální infekce vyvolané citlivými mikroorganismy, a to především infekce horních dýchacích cest (sinusitid, otitis media, tonsilitis), dolních dýchacích cest (pneumonia, bronchitis), nitrobřišní infekce (peritonitis, cholecystitis), infekce kostí, kloubů, kůže a měkkých částí, gynekologické infekce, záněty močových cest, pyelonefritis. Lze podávat též perioperačně ke

snížení výskytu pooperačních ranných infekcí. Profylakticky se může užít také k omezení pooperační sepse před ukončením těhotenství, dále při srdečních operacích, náhradách kloubů a výkonech v oblasti ledvin.

Kontraindikace: Přecitlivělost na peniciliny a cefalosporiny, alergie v anamnéze, těhotenství, sekundární infekce při infekční mononukleóze.

2.3.4 Prognóza

Dle histologického vyšetření se u pacienta jedná se o středně diferencovaný tubulární adenokarcinom tlustého střeva, prorůstající do submukózy, který byl odstraněn celý. V tukové tkáni byla nalezena karcinomatózní lymfangiopatie a známky perineurální propagace karcinomu. Známky šíření na vlastní serózu nebyla nalezena. Cíleně byly vyšetřeny chirurgické okraje resekátu, které jsou rovněž bez známek nádorového postižení. V 15 vyšetřených uzlinách je nespecifická lymfadenopatie a ve 3 z nich jsou metastázy téhož tumoru. Díky tomuto nálezu a věku pacienta je dlouhodobá prognóza z medicínského hlediska velmi nejistá.

Vzhledem k výsledku histologického vyšetření je v dalším postupu léčby indikována adjuvantní cytostatická léčba. Založení stomie je trvalé. Pacient bude pravidelně docházet na onkologickou ambulanci.

V pooperačním období dal pacient souhlas k zařazení do „*Genetické studie onemocnění tlustého střeva*“ (příloha č.1). Jedná se o studii probíhající v IKEM ve spolupráci s Všeobecnou fakultní nemocnicí (Onkologickou klinikou a 1. LFUK). Jde o výskyt přirozených variací v genech enzymů metabolismu cizorodých látek a opravy DNA u onemocnění tlustého střeva a konečníku v české populaci. Rovněž se studuje vliv těchto variací na expresi RNA. Používá se část vzorků krve, nemocné a zdravé tkáně, pro izolaci DNA a RNA a její následnou analýzu. Tato studie není spojena s žádným rizikem, jedná se pouze o rutinní odběr žilní krve u pacienta a kontrolních osob, případně vzorku tkáně během operace.

3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

Pro ošetřovatelskou část bakalářské práce byla zvolena metoda ošetřovatelského procesu. K její realizaci jsem si vybral 38letého pacienta s lékařskou diagnózou kolorektální karcinom, který podstoupil operační výkon periabdominální amputaci rekta dle Milese s vyšitím terminální sigmoideostomie.

Ošetřovatelská anamnéza vychází z modelu Marjory Gordonové - „Model fungujícího zdraví“. Od pacienta byla odebrána 20.12.2008 (pátý den hospitalizace), kdy byl pacient přijat na jednotku intenzivní péče. Tentýž den byly stanoveny ošetřovatelské diagnózy a plán ošetřovatelské péče na 12 hodin. Efekt vykonaných ošetřovatelských intervencí byl hodnocen na konci denní směny 20.12.2008 v 19:00 hodin.

3.1 Charakteristika ošetřovatelského procesu

Základ moderního ošetřovatelství je položen na realizaci ošetřovatelského procesu, což je vlastně plánování a průběžná realizace ošetřovatelských činností a vzájemně na sebe navazujících kroků při ošetřování pacienta. U každého nemocného je zcela individuální vzhledem k diagnóze a odlišným potřebám. Aktivizuje zdravotní sestru v oblasti vyhledávání potřeb nemocného, které nejsou optimálně splněny a prostřednictvím jeho postupů pomáhá předcházet nenaplnění potřeb, které by mohlo nastat v průběhu hospitalizace. Ošetřovatelský proces se skládá z několika fází, které na sebe vzájemně navazují. Žádnou z jeho složek nelze vynechat, protože jedna vychází z druhé.

Fáze ošetrovatelského procesu

1. Zhodnocení nemocného
2. Stanovení ošetrovatelských diagnóz
3. Plánování ošetrovatelské péče
4. Realizace plánu
5. Zhodnocení poskytnuté péče

Fáze 1 – Zhodnocení nemocného

„Kdo je můj pacient?“

Před samotným seznámením se pacientem, musí sestra znát základní identifikační údaje o něm. Jaké je jeho jméno, příjmení a věk. Sestra by měla znát zdravotní stav a popřípadě jeho diagnózu, pokud je známa. Sestra informace zjišťuje při osobním kontaktu s nemocným. Zdrojem poznávání by měla být kombinace několika metod, jako je pozorování, rozhovor s nemocným a jeho rodinou. Odborné informace se dozvídá z dokumentace, od lékařů a jiných zdravotnických pracovníků. Cílem této fáze je mít přehled o potřebách nemocného.

Fáze 2 – Stanovení ošetrovatelských diagnóz

„Co trápí mého pacienta“

Ošetrovatelskou diagnózou se rozumí identifikace potřeb nemocného, které jsou již chorobou narušené – aktuální ošetrovatelské diagnózy. Nebo potřeby, které by se v průběhu hospitalizace mohly narušit – potenciaální ošetrovatelské diagnózy. Sestra tyto diagnózy stanovuje společně s nemocným. Součástí této fáze je také určení priorit, které sestra hodnotí jednak ze svého profesionálního hlediska a také z hlediska pacienta. Cílem je sestavit hierarchii potřeb dle jejich naléhavosti. Stanovení diagnóz se může během hospitalizace měnit podle momentální situace.

Fáze 3 – Plánování ošetrovatelské péče

„Co mohu pro svého pacienta udělat?“

V této fázi sestra s pacientem společně určuje cíle, kterých chtějí dosáhnout. Cíle lze stanovit:

1. krátkodobé – týkající se bezprostředně následujícího období (hodiny, dny)
2. dlouhodobé – vztahují se na delší časový úsek (propuštění, domácí ošetřování)

Fáze 4 – Realizace plánu

Jedná se o fázi konkrétního vykonávání naplánovaných postupů. Jde o vlastní ošetrovatelskou péči, kterou vykonávají jednotliví členové zdravotnického týmu ve prospěch pacienta.

Fáze 5 – Hodnocení poskytnuté péče

„Pomohl jsem svému pacientovi?“

V poslední fázi sestra zjišťuje, zda-li poskytnutá péče byla efektivní a bylo-li dosaženo stanovených cílů. I tento fáze se pacient musí účastnit aby vyjádřil svoje pocity (Trachtová, 2002).

3.2 Ošetřovatelský model Marjory Gordonové - „Model fungujícího zdraví“

3.2.1 Marjory Gordonová

Narodila se v Clevelandu ve státě Ohio. Ošetřovatelství studovala na Mount Sinai Hospital School of Nursing. Bakalářské a magisterské vzdělání získala na Hunter College of the City University v New Yorku. Disertační práci z oblasti dignostiky obhájila na Boston College. Gordonová je profesorkou a koordinátorkou ošetřovatelství dospělých na Boston college, Chestnut Hill ve státě Masseurhsets. Je prezidentkou North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) a členkou Americké ošetřovatelské akademie (Farkašová et al., 2006).

3.2.2 Charakteristika „Modelu funkčního zdraví“

Tento model vznikl v 80. letech minulého století. Model se zakládá na holistickém vnímání jedince, jenž má biologické, psychické, sociální, kulturní, behaviorální, kognitivní a spirituální potřeby. Gordonová ve svém modelu vychází z toho, že všichni jedinci mají společné určité typy chování, které souvisí s jejich zdravím, kvalitou života, s rozvojem jejich schopností a dosažením lidského potenciálu. Popis a hodnocení typů zdraví umožňuje sestře rozpoznat funkční a dysfunkční chování. Typ je definován, jako úsek chování v určitém čase. Pro dysfunkční typ zdraví je charakteristické, že sestra stanoví ošetřovatelské diagnózy podle priorit a vytvoří adekvátní plán ošetřovatelské péče nejen u konkrétních chorobných stavů, ale i relativně zdravých jednotlivců, kdy v případě neposkytnutí adekvátní ošetřovatelské péče dojde k závažnému narušení zdraví a vzniku choroby.

V modelu fungujícího zdraví je první část ošetřovatelského procesu (tj. sběr informací) založená na 12 funkčních typech zdraví. Ty reprezentují okruh

základních ošetřovatelských údajů. Ošetřovatelská anamnéza obsahuje subjektivní údaje získané rozhovorem s pacientem a objektivní údaje získané pozorováním a vyšetřením. Gordonová každý typ definuje a od této definice je odvozena ošetřovatelská anamnéza. Otázky, fyzikální vyšetření a pozorování jsou určeny ke screeningu. Naznačuje-li informace výskyt nějakého problému nebo dysfunkce, jsou nutné další otázky, pozorování i vyšetření. Otázky položené pacientovi by měly být stručné, jejich způsob kladení a vedení rozhovoru by měl být individuální. Musí se přizpůsobit pacientovi a dané situaci (Farkašová et al., 2006). Tento model se dá aplikovat u zdravého i nemocného člověka.

Charakteristika jednotlivých oblastí modelu

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Tato oblast popisuje vnímání zdraví a pohody pacientem, jakož i způsob, jakým se o vlastní zdraví stará. Zahrnuje individuální zdravotní stav, jeho důležitost ve vztahu k současným aktivitám a plánům do budoucna. Zabývá se celkovou úrovní péče o zdraví, dodržování fyzických a mentálních preventivních zdravotních činností, lékařských a ošetřovatelských nařízení i další péče.

2. Výživa a metabolismus

Tato oblast popisuje způsob příjmu stravy a tekutin vzhledem k metabolické potřebě, obsahuje individuální stravovací návyky, časové rozdělení stravování, typ a kvalitu jídla, preferování určitého druhu jídel, jakož i používání výživových a vitamínových náhrad.

Zahrnuje také informace o poškození kůže, o schopnosti hojení, o kvalitě kůže, vlasů, nehtů, sliznic, zubů, o tělesné teplotě, hmotnosti a výšce.

3. Vylučování

Tato oblast zahrnuje informace o způsobu vylučování tlustého střeva, močového měchýře a kůže. Zahrnuje informace o individuálně vnímané

pravidelnosti vyprazdňování, používání obvyklého postupu při vyprazdňování, používání projímadel. Zabývá se také potížemi a poruchami při vyprazdňování, tvarem, kvantitou a kvalitou exkretů.

4. Aktivita cvičení

V této oblasti se popisuje aktivita, cvičení a trávení volného času a odpočinku. Zahrnuje základní denní životní aktivity (sebeběče, soběstačnost), které vyžadují vynaložení energie a úsilí, jako je hygiena, vaření, nakupování, stravování, práce, udržování domácnosti atd. Zahrnuje údaje o typu, kvalitě a kvantitě cvičení, včetně sportování, které jsou typické pro jednotlivce. Patří sem i způsob trávení volného času a činnosti, které v něm jednotlivec vykonává.

5. Spánek, odpočinek

Tato oblast popisuje spánek, odpočinek a relaxaci v průběhu 24 hodin. Údaje se týkají vnímání kvality a množství spánku, odpočinku a dostatku energie. Zabývá se také způsoby navození spánku, usínání, přerušováním doby spánku, obvyklými činnostmi před spaním, eventuálně užíváním medikamentů na spaní.

6. Vnímání, poznávání

Popisuje způsob smyslového vnímání a poznávání. Patří zde přiměřenost smyslového vnímání, jako je sluch, zrak, čich, chuť, dotek a používání kompenzačních pomůcek. Zabývá se také úrovní vědomí a mentálních funkcí, zahrnuje i vnímání bolesti, způsoby jejího tlumení, jakož i poznávací schopnosti (řeč, paměť, myšlení, schopnost rozhodovat se,...).

7. Sebekoncepce, sebeúcta

Popisuje emocionální stav a vnímání sebe sama, obsahuje individuální názor na sebe, vnímání svých schopností, zálib, celkového vzhledu, vlastní identity, celkového pocitu vlastní hodnoty, celkový způsob emocionální

reakce. Zabývá se také nonverbálními projevy, jako je držení těla, způsob pohybu, oční kontakt, hlas a způsob řeči.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Zabývá se způsobem přijetí a plnění životních rolí a úrovní mezilidských vztahů. Obsahuje vnímání hlavních rolí v běžných životních situacích, spokojenost nebo nespokojenost s rodinnými, pracovními a sociálními vztahy a zodpovědností, která z nich vychází.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Informace popisují typ reprodukce a sexuality, spokojenost, změny v sexualitě nebo sexuálních vztazích a v reprodukci. U žen se zabývá premenstruálním, menstruálním cyklem, porody, potraty a postmenopauzou a problémy s tím souvisejícími.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

V této oblasti se uvádí nejdůležitější životní změny v posledních dvou letech. Popisuje celkový způsob tolerance a zvládnání stresových situací. Zahrnuje individuální rezervy či kapacitu schopnosti ve zvládnání narušování vlastní integrity, způsoby zvládnání stresu, podpora rodiny a jiných podpůrných systémů. Uvádí také vnímání vlastních schopností řídit a zvládat běžné situace.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Popisuje individuální vnímání životních hodnot, cílů či přesvědčení včetně duchovních, které řídí výběr a rozhodování. Zahrnuje informace o tom, co člověk v životě vnímá za důležité, jakož i o konfliktech v oblasti hodnot, náboženského přesvědčení, nebo očekávání v souvislosti se zdravím. (Trachtová, 2006, Farkašová et al., 2006)

12. Jiné

3.3 Ošetřovatelská anamnéza

Základní informace o nemocném:

Iniciály: V.M.

Rok narození: 1970

Pohlaví: muž

Datum přijetí: 15.12.2008

Váha: 80 kg

Výška: 176 cm

BMI: 26

Dieta: 0

Bilance: na dnešní den plánovaná vyrovnaná bilance

Odpad ze stomie: při příjmu cca 30 ml zelenohnědého střevního obsahu

Alergie: neudává

Riziko vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové (příloha č.3): 26 – k dnešnímu dni riziko není

Hodnocení sebepéče a soběstačnosti dle Gordonové (příloha č.4)

- schopnost najít se: 0 (pacient má dietu č. 0)
- schopnost umýt se: 2
- schopnost vykoupat se: 2
- schopnost obléci se: 1
- schopnost dojít si na toaletu: vzhledem k zavedenému PMK a sigmoidostomii nehodnoceno
- schopnost pohybovat se v lůžku: 0
- schopnost udržovat domácnost: při přijetí na JIP nehodnoceno
- schopnost nakoupit si: při přijetí na JIP nehodnoceno
- schopnost uvařit si: při přijetí na JIP nehodnoceno

Invazivní vstupy: CŽK do vena subclavia dextra kanylována 16.12.2008

PMK 16 Fr zavedena 16.12.2008

NJS 8 Fr zavedena 18.12.2008

Základní vyšetření sestrou

Dýchání je pravidelné o frekvenci 12 dechů za minutu

Pulz je pravidelný na periférii dobře hmatný o frekvenci 75 tepů za minutu.

Krevní tlak naměřený při přijetí byl 130/70 Torr.

Tělesná teplota 36,4°C.

Saturace O₂ 98 %

Pacient měří 176 cm a váží 77 kg

Pacient je nekuřák, abstinent a vypije tři černé kávy denně.

Neužívá trvale žádné léky.

Kůže při přijetí na oddělení jednotky intenzivní péče nejeví známky viditelného poškození. Vlasy a nehty má upravené.

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pacient prodělal běžná dětské nemoci. Nikdy neprodělal žádná závažná onemocnění ani úrazy.

Před třemi měsíci si pacient, jak uvádí, poprvé všiml přítomnosti čerstvé krve ve stolici. Navštívil svého praktického lékaře, kterým byl odeslán na chirurgickou ambulanci. Po provedeném koloskopickém a následně histologickém vyšetření byl u pacienta diagnostikován karcinom rekta. Dne 15. 12. 2008 se dostavil k plánovému výkonu na kliniku transplantační chirurgie IKEM. Dne 16. 12. 2008 byla provedena plánovaná operace, po které byl pacient hospitalizován na pooperačním oddělení. Dnes 20.12.2008 v 8:00 byl pacient přeložen z pooperačního oddělení na oddělení jednotky intenzivní péče po amputaci rekta a naložení terminální sigmoideostomie. Pacient je seznámen s důvodem své hospitalizace, je plně informován o svém zdravotním stavu. Informace mu byly poskytnuty ošetřujícím lékařem a ošetřujícími sestrami.

Pacient uvedl, že si nikdy nedovedl představit, že by mohl takto vážně onemocnět, svou nemoc vnímá jako nespravedlnost vůči svojí osobě.

V dřívější době neměl problémy s dodržováním lékařských a ošetřovatelských doporučení.

2. Výživa a metabolismus

Před operací nedodržel žádná speciální dietní opatření, jedl pravidelně racionální stravu. V pooperačním období byla zahájena totální parenterální výživa all in one (Kabiven 1900 kJ, Soluvit 1 ampule, Addamel 1 ampule, MgSO₄ 20% 20ml na 24 hodin) s postupnou realimentací na enterální výživu pomocí nazojejunální sondy (Novasource 40 ml za hodinu kontinuálně). Tekutiny je schopný přijímat sám, popíjí čaj. Na pocit žízně si nestěžuje, sliznice má vlhké a kožní turgor je přiměřený. Stav chrupu je dobrý, zubní náhrady nemá. Dle dokumentace má pacient vyrovnanou tekutinovou bilanci.

3. Vylučování

Před operací problémy s močením neměl. Z důvodu pooperačního stavu a nutnosti měření příjmu a výdeje má zavedený permanentní močový katétr velikosti 16 Fr. Barva moči je jantarová bez viditelných patologických příměsí.

Před operací měl nepravidelnou stolici s příměsí krve. Projímadla doma neužíval. V pooperačním období zatím vzhledem k jen omezenému enterálnímu příjmu výživy se kolostomií vyprazdňuje pouze vodnatý až kašovitý střevní obsah do průsvitného jednodílného uzavřeného sběrného sáčku. Průsvitný sáček je nutný z důvodu kontroly stomie a odcházejícího střevního obsahu. Pocení je fyziologické.

4. Aktivita, cvičení

Před operací pacient pravidelně sportoval (hrál tenis, fotbal, jezdil na kole a plaval). Sportovní aktivitu vyvíjel alespoň dvakrát týdně.

K dnešnímu dni je omezena pacientova pohyblivost vzhledem k provedenému operačnímu výkonu. Pacient se zatím pouze posazuje na lůžku, provádí dechovou rehabilitaci s pomocí rehabilitační sestry. Uvádí, že k hygienické péči potřebuje pomoc sestry. Jelikož se v domácím prostředí sprchoval dvakrát denně, nyní je jeho komfort narušen z důvodu nutnosti hygienické péče na lůžku za dopomoci druhé osoby.

Při příjmu nemá žádný dekubitus. Operační rány jsou sterilně překryty. Na stomii je stomický, průhledný sáček.

5. Spánek, odpočinek

Pacient uvádí, že doma spal pravidelně minimálně 8 hodin denně. Spal celou noc bez probuzení. Ráno se cítil odpočinitý. Od operace uvádí nemocný nespavost, v noci se často budí a ráno se cítí unavený. Myslí si, že jeho současné potíže souvisejí se změnou prostředí. Již dříve měl při změně prostředí se spánkem obtíže.

6. Vnímání, poznávání

Vědomí je jasné, pacient je plně orientován místem, časem a osobou. Řeč nemocného je plynulá, hlas přiměřený. Sluch je dobrý. Pacient je krátkozraký, používá dioptrické brýle.

Nemocný udává bolestivost v místě operační rány na břicho (VAS 4). Bolest vyjadřuje verbálně, hledáním úlevové polohy a úzkostnou náladou. Bolestivost se stupňuje při pohybu v lůžku, a tím pádem také při rehabilitaci. Bolest pacient popisuje jako tupou a ohraničenou, lokalizovanou v oblasti operační rány na břicho.

Své poznávací schopnosti hodnotí jako dobré, problémy s pamětí nemá, rozhoduje se snadno.

7. Sebekoncepce, sebeúcta

Pacient uvádí, že se před operací považoval za vyrovnaného člověka, ale od zjištění své diagnózy se cítí bezmocný a méněcenný. Vyhýbá se očnímu kontaktu. Má strach, že nebude moci vést plnohodnotný život, jako dosud. Trpí obavami z toho, jak bude přijat svým okolím, především partnerkou. Uvádí, že se cítí stomií znetvořený a vyhýbá se jakékoli komunikaci o ní. Zatím se nedokáže smířit se svým handicapem.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacient žije 3 roky ve společné domácnosti s přítelkyní. Děti zatím nemají. Dle svých slov má dostatek přátel, ale nepřeje si, aby jej v nemocnici navštěvovali. O problémech v rodinném soužití se nezmiňuje. Na pooperačním oddělení pacienta navštěvovali jeho rodiče i přítelkyně.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Na otázky ze sexuální oblasti pacient odmítá odpovídat.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

V posledních dvou letech neprodělal žádné výrazné životní změny, které by ho stresovali. Před operačním zákrokem zvládal nemocný stresové situace dobře většinou s dopomocí partnerky. Jako obranné mechanismy proti stresu využíval sportovní aktivity, poslech hudby a kontakt s přáteli. Jako největší stres ve svém životě popisuje probíhající léčbu. Cítí se nevyrovnaný a nesoběstačný, méněcenný. Má pocit, že ztrácí kontrolu nad svým životem, což je pro něj velmi stresující.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacient není členem žádné církve ani sekty, nemá žádné náboženské vyznání, ale necítí se být ateistou.

Před operací považoval za prioritu svoje zaměstnání a kariéru. V současné době pozměnil své životní hodnoty a za nejdůležitější považuje svoje zdraví.

12. Jiné

Pacienta jsem se zeptal, jestli by chtěl sdělit něco jiného, důležitého pro ošetrovatelskou péči, než bylo zahrnuto v cílených dotazech. Tuto možnost odmítl.

3.3 Stanovení ošetrovatelských diagnóz

Po důkladném anamnestickém rozhovoru s pacientem, po zhodnocení informací získaných od jednotlivých členů zdravotnického týmu a z prostudované zdravotnické dokumentace jsem se zaměřil na ošetrovatelské problémy a jejich příčiny, které se u pacienta vyskytují, nebo by se potencionálně vyskytnout mohly. Jejich identifikací byly ke čtvrtému pooperačnímu (den příjmu na jednotku intenzivní péče) dni stanoveny následující ošetrovatelské diagnózy.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

1. Akutní bolest v souvislosti s operační ránou, projevující se verbálními projevy, hledáním úlevové polohy a úzkostnou náladou
2. Porucha soběstačnosti v provádění denních aktivit v souvislosti s pooperačním stavem, projevující se deficitem sebepéče v oblasti hygieny a péče o stomii
3. Porucha spánku v souvislosti se změnou prostředí, projevující se častým buzením a nedostatkem energie k denním aktivitám
4. Porucha přijetí vzhledu vlastního těla v souvislosti s provedenou sigmoideostomií, projevující se vyjadřovanými pocity méněcennosti
5. Strach z budoucnosti v souvislosti se závažnou prognózou onemocnění, projevující se verbalizovanými obavami
6. Změna ve vyprazdňování stolice v souvislosti s provedenou sigmoideostomií, projevující se odchodem tekutého až kašovitého střevního obsahu do stomického sáčku

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

7. Riziko vzniku infekce v souvislosti s operačními ránami a invazivními vstupy

8. Potencionální poškození kůže v souvislosti s odcházejícím střečním obasahem ze stomie
9. Potencionální porucha výživy v souvislosti s pooperačním stavem pacienta
10. Potencionální riziko TEN v souvislosti s pooperačním stavem

1. Akutní bolest v souvislosti s operační ránou, projevující se verbálními projevy, hledáním úlevové polohy a úzkostnou náladou

Cíl:

- u pacienta dojde k odstranění nebo alespoň zmírnění bolesti
- pacient zná způsoby přinášející úlevu od bolesti a umí je využít
- pacient udává na vizuální analogové škále maximálně stupeň 1 - 2

Plán péče:

- pravidelné (á 1h) hodnocení bolesti z hlediska její lokalizace, druhu, intenzity, stupně (VAS), i vyvolávajících a bolest zhoršujících faktorů
- pozorování pacientových reakcí na bolest, včetně toho jak bolest ovlivňuje projevy jeho chování a hodnoty jeho fyziologických funkcí
- pozorování projevů neverbální komunikace (držení těla, výraz jeho tváře, vynucování úlevové polohy)
- aplikace analgetik dle ordinace lékaře a aktuálních potřeb pacienta a sledování jejich žádoucích i nežádoucích účinků
- edukace pacienta o úlevové poloze a předcházení bolesti jednoduchými opatřeními (komprese operační rány při pohybu nebo kašli)
- edukace o relaxačních a dechových cvičeních

Realizace:

V 8:00 byl pacient přeložen z anesteziologicko-resuscitačního oddělení na oddělení jednotky intenzivní péče transplantační chirurgie. Z anamnézy bylo zjištěno, že pacient trpí bolestí v oblasti operační rány. Zhodnotil jsem, že se jedná o bolest tupou a ohraničenou v okolí operační rány. Pacient uvedl VAS

4-5. Pacient má úzkostnou náladu a komunikuje minimálně, pouze na cílené dotazy. Jeho neverbální komunikace se projevuje bolestivou grimasou v obličeji. Jeho fyziologické funkce jsou v mezích normy. Pomohl jsem pacientovi zaujmout úlevovou polohu na zádech s pokrčenými dolními končetinami. Aplikoval jsem ordinovanou medikaci (Novalgin 1 ampule ve 100 ml fyziologického roztoku i.v.) do centrálního žilního katétru. V 8:30 jsem opět zhodnotil bolest, kdy pacient již nebyl ve vynucené úlevové poloze a udává VAS 1. Teprve v 9:00 bylo možno dokončit anamnestický rozhovor.

V 10:00 byl pacient edukován o opatřeních ke snížení bolesti při pohybu v lůžku a fyzioterapii. Pacientovi jsem také vysvětlil, relaxační metodu pro zmírnění bolesti pomocí prohloubeného dýchání. Bolest byla nadále hodnocena každou hodinu pomocí VAS, kdy hodnota nepřevyšovala stupeň 2. Ve 13:00 si pacient opět stěžuje na bolestivost stejného charakteru (VAS 4) i přes využití metody prohloubeného dýchání a úlevové polohy, po konzultaci s lékařem je opět aplikován Novalgin stejným způsobem, jako v ranních hodinách. K úlevě dochází po 15 minutách. Až do devatenácté hodiny pacient udává VAS 1 až 2.

Během denní služby jsem nepozoroval žádné nežádoucí účinky podaného analgetika.

Hodnocení poskytnuté péče:

Cílů ošetrovatelské péče bylo dosaženo. Intervence ošetrovatelské péče (aplikace analgetika, úlevová poloha, prohloubené dýchání) byly efektivní. Ošetrovatelská diagnóza k 19:00 zůstává i nadále aktuální diagnózou, vzhledem k zdravotnímu stavu pacienta.

2. Porucha soběstačnosti v provádění denních aktivit v souvislosti s pooperačním stavem, projevující se deficitem sebepěče v oblasti hygieny a péče o stomii

Cíl:

- pacient je nápomocný v oblasti hygieny
- pacientovi bude zajištěna kvalitní hygienická péče
- pacient je částečně soběstačný v péči o stomii
- spolupráce s rodinou při péči o stomii

Plán péče:

- zjištění do jaké míry potřebuje pacient dopomoc od zdravotnického personálu při hygienické péči
- docílení toho, aby se pacient aktivně účastnil hygienické péče
- snažit se o minimalizování pocitu studu při prováděné toaletě, zajistit pacientovi intimitu
- dbát o dodržování rehabilitačního programu jako prostředku ke zvyšování soběstačnosti
- využití podpůrných pomůcek a úprava prostředí ke zvýšení soběstačnosti pacienta (optimální výška lůžka a toaletního stolku s umyvadlem)
- spolupráce se stomickou sestrou v nácviku sebepěče o stomii
- zapojení rodiny do nácviku v péči o stomii
- provádění pravidelného vyhodnocování návratu sebepěče a zdůrazňování úspěchů, kterých se podařilo pacientovi dosáhnout

Realizace:

V 15:00 navštívila pacienta stomická sestra a provedla základní ošetření stomie s edukací pacienta. Během ošetřování stomie se nemocný nezapojil do péče o stomii, vyhýbal se pohledu na stomii. V 16:45 jsem se pacientem dohodl na provedení hygienické péče, zjistil jsem v jakých oblastech potřebuje pomoc a v 17:00 jsem upravil pacientovi lůžko a toaletní stůl, přinesl toaletní

pomůcky a následně dopomohl s hygienou (omytí zad a dolních končetin). Pacienta jsem během hygieny motivoval k co největší samostatnosti a oceňoval jeho aktivitu. Snažil jsem se co nejméně odhalovat jeho intimní místa a k lůžku mu převezl zástěnu.

Hodnocení

Pacient v péči o stomii neprojevil žádnou aktivitu. Porucha soběstačnosti v péči o stomii stále trvá. Cíl ošetrovatelské péče nebylo možno splnit vzhledem k psychickému rozpoložení pacienta.

V oblasti hygieny byl pacient aktivní, vyžadoval pomoc pouze u hůře dostupných částí těla. Cíl péče byl splněn pouze částečně.

Ošetrovatelská diagnóza zůstává aktuální do dalšího dne.

3. Porucha spánku v souvislosti se změnou prostředí, projevující se častým buzením a nedostatkem energie k denním aktivitám

Cíl:

- pacient usne do jedné hodiny po uložení ke spánku
- pacient bude spát alespoň šest hodin bez probuzení
- pacient se bude cítit po probuzení odpočatý a připravený k denním aktivitám

Plán péče:

- informovat se o pravidelných domácích návycích pacienta, týkajících se usínání a spánku
- veškerou léčebně ošetrovatelskou péči rozvrhnout tak, aby co nejméně narušovala odpočinek a obzvláště noční spánek pacienta
- zajistit pacientovi vhodné prostředí ke spánku (minimalizovat rušivé faktory, především hluk a světlo)
- aktivizovat pacienta během dne, omezit spánek během dne

- provádět u pacienta úkony, které usnadňují spánek (masáž zad před spaním, úprava lůžka)
- aplikovat před spánkem analgetika dle ordinace lékaře

Realizace:

Během celého dne jsem se snažil pacienta co nejvíce aktivizovat a omezit denní spánek na minimum. Informace o poruše spánku byly předány sestře na noční směně.

Hodnocení:

Vzhledem k tomu, že k hodnocení plánu došlo v 19:00 lze dosažení cíle oš. péče hodnotit až další den. Během dne byla vykonávána pouze intervence týkající se aktivizace pacienta.

4. Porucha přijetí vzhledu vlastního těla v souvislosti s provedenou sigmoideostomií projevující se vyjadřovanými pocity méněcennosti

Cíl:

- docílení toho, aby se pacient s daným postižením smířil a považoval se za plnohodnotného člena společnosti
- pacient správně používá základní kompenzační (stomické) pomůcky

Plán péče:

- zjištění psychického a tělesného dopadu nemoci na emoční stav pacienta, pozorovat emotivní projevy
- vytvoření vztahu důvěry mezi mnou a pacientem
- chovat se k pacientovi, jako k plnohodnotné lidské bytosti
- dbát na to, aby si pacient svému handicapu postupně přivykal, neodmítal se na kolostomii podívat, dotknout se jí a postupně ji sám ošetřovat (spolupráce se stomasestrou)
- zvyšovat v pacientovi pocit sebedůvěry

- snažit se o to, aby si pacient i jeho blízcí vzájemně sdělili své pocity, zdůraznit členům rodiny, aby postiženého přijímali normálně a nelitovali jej
- umožnit nemocnému návštěvu klinického psychologa
- dát pacientovi a příbuzným kontakt na kluby stomiků a stomalinky

Realizace:

Již během anamnestického rozhovoru jsem se snažil navodit atmosféru vzájemné důvěry a respektu k pacientovi a jeho potřebám. Věnoval nemocnému dostatek času, dal jsem mu prostor na kladení otázek o jeho zdravotním stavu, i když toho pacient moc nevyužil. Snažil jsem se mu odpovídat na jeho dotazy a v rámci svých kompetencí mu poskytnout co nejvíce informací.

Zjistil jsem, že nemocný prožívá své postižení velmi těžce, adaptace na nový stav bude komplikovaná. Ve spolupráci se stomasestrou jsem se snažil pacienta zapojit do ošetřování stomie. Pacient vnímal naši snahu negativně. Jelikož v době ošetřování stomie byli na návštěvě rodiče nemocného, chtěli jsme je edukovat a zapojit do ošetřování stomie. Rodiče se vyjádřili k edukaci pozitivně. Pacient však naši aktivitu odmítl. Stomasestra se domluvila s rodiči na jejich návštěvě ve stomaambulanci, kde jim poskytne všechny potřebné informace.

Pacientovi byl nabídnut kontakt s klinickým psychologem, který přijal. Psycholog se dostaví zítra v dopoledních hodinách.

Kontakty na stomické kluby obdržela zatím pouze rodina.

Hodnocení:

Cílů nemohlo být během 12 hodin dosaženo, neboť řešení stanovené ošetřovatelské diagnózy je dlouhodobějšího charakteru. Je nutná spolupráce celého multidisciplinárního týmu (oš. lékař, oš. sestry, stomasestra, nutriční terapeutka, fyzioterapeut) a v neposlední řadě také pacientových blízkých. Ošetřovatelská diagnóza je stále aktuální.

5. Strach z budoucnosti v souvislosti se závažnou prognózou onemocnění, projevující se verbalizovanými obavami

Cíl:

- pacient chápe, co je strach a naučí se rozeznávat pozitivní obavy od negativních
- pacient dokáže verbálně projevit své obavy
- u pacienta dojde k odstranění, nebo alespoň zmírnění strachu

Plán péče:

- zhodnocení pacientových pocitů a zjištění do jaké míry ho strach ovládá
- všímání si verbálních a neverbálních projevů strachu
- pozorné vyslechnutí pacienta, dát mu dostatek prostoru k vyjádření obav a možnosti kladení otázek
- uvést konkrétní případ pacienta se stejným postižením a jeho návratu do aktivního života
- spolupracovat se stomasestrou

Realizace:

Již během anamnestického rozhovoru, při kterém nemocný stroze odpovídal na kladené otázky, jsem z pacienta vycítil, že má velké obavy z budoucnosti, návratu do běžného života. Obává se selhání ve své partnerské roli. Během komunikace se vyhýbá očnímu kontaktu. Vysvětlil jsem pacientovi, že strach je přirozený obranný reflex, se kterým se každý vyrovnává individuálně. Pacientovi jsem nabídnul, že pokud bude mít zájem může si se mnou kdykoliv promluvit. Dostatek relevantních a neskreslených informací od zdravotnického personálu může strach výrazně zmírnit. Pro zmírnění obav, jsem příkladem uvedl příběh obdobně starého pacienta, který se navrátil k plnohodnotnému životu, jaký vedl před operací.

Hodnocení:

Vzhledem k psychickému stavu nemocného, omezené komunikaci z jeho strany nemohlo být cílů ošetřovatelské péče dosaženo. Jak již bylo uvedeno u předchozí ošetřovatelské diagnózy, je nutná budoucí kooperace celého multidisciplinárního týmu k řešení této diagnózy. Ošetřovatelská diagnóza je stále aktuální.

6. Změna ve vyprazdňování stolice v souvislosti s provedenou sigmoideostomií, projevující se odchodem tekutého až kašovitého střevního obsahu do stomického sáčku

Cíl:

- pacient se podílí na péči o stomii
- u pacienta je navozen a udržen pokud možno co neoptimálnější způsob jeho vyprazdňování
- u pacienta dochází k vyprazdňování střevního obsahu do stomického sáčku

Plán péče:

- pozorování charakteru odcházejícího střevního obsahu ze stomie (jeho barvy, konzistence, množství, zápachu i četosti jeho odchodu)
- edukovat o tom, že postupná realimentace na pevnou stravu povede k formování stolice a k jejímu odchodu v určitých časových intervalech
- kontrolovat těsnost přilnutí stomického sáčku
- zajistit pacientovi maximální možné soukromí při výměně stomického sáčku

Realizace:

Po celou dobu směny jsem pozoroval obsah stomického sáčku. Hodnotil barvu, množství a patologické příměsi střevního obsahu. Střevní obsah byl tekutý až kašovitý, hnědozelené barvy, bez příměsi krve. K odchodu střevního obsahu dochází samovolně do stomického sáčku. Za 12 hodin je

celkové množství střevního obsahu 200 ml. Těsnost stomického sáčku, nebyla porušena.

Během dne byl nemocný edukován o postupném přechodu na tuhou stravu a s tím související úpravou frekvence vyprazdňování a konzistence stolice. Při návštěvě stomické sestry bylo zachováno maximální možné soukromí (zástěna) pacienta při výměně stomického sáčku.

Hodnocení:

Vzhledem k naordinované dietě (tekutá), nemůže být zatím dosaženo pravidelného vyprazdňování formované stolice. Diagnóza zůstává i nadále aktuální.

7. Potencionální poškození kůže v souvislosti s odcházejícím střevním obsahem ze stomie

Cíl:

- u pacienta nedojde k porušení kožní integrity v okolí vyšité stomie
- pacient chápe nutnost péče o okolí kolostomie, aby nedošlo k poškození kůže

Plán péče:

- pozorování změn barvy kůže, tkáňové skladby i kožního turgoru v oblasti stomie
- kontrola hojení stomie, kontrola vitality stomie, známek infekce
- udržování okolí stomie v čistotě a v suchu, používání stomických pomůcek tak, aby nedocházelo k zatékání sekretu pod adhezivní podložku
- spolupráce se stomickou sestrou při edukaci pacienta v ošetřování stomie

Realizace:

Při ošetrovatelském fyzikálním vyšetření byla zhodnocena kůže a společně s ní i stomie. Ta je růžová, dobře prokrvená bez viditelných známek infekce a dehiscence. Stomasestra během první návštěvy pacienta na jednotce intenzivní péče stomii důkladně ošetřila a poprvé na ni přiložila tvarovatelnou adhezivní podložku, která svým charakterem brání zatékání sekretu na kůži v oblasti stomie. Jak již bylo zmíněno, stomická sestra se pokusila o edukaci nemocného.

Hodnocení:

Prvního cíle bylo dosaženo, druhý cíl vzhledem k již zmiňovanému psychickému stavu splněn být nemohl. K poškození kůže nedošlo, diagnóza je stále potencionální.

8. Potencionální riziko infekce v souvislosti s operačními ranami a invazivními vstupy

Cíl:

- u pacienta nedojde ke vzniku infekce operačních ran, rány se budou hojit per primam
- u pacienta nedojde ke vzniku infekce v souvislosti s invazivními vstupy (CŽK, PMK)

Plán péče:

- hodnocení všech faktorů, které mohou vést k rozvoji infekce
- věnovat pozornost místním projevům infekce (oblast operačních ran, jejich hojení, případná sekrece z ran), pravidelně hodnotit okolí invazivních vstupů
- sledovat vývoj celkových projevů infekce (horečka, třesavka, zvýšené pocení)

- zdůraznění nutnosti dodržování hygienických požadavků personálu i pacienta, což je prvořadým požadavkem při boji proti nosokomiální infekci
- udržování invazivních vstupů ve sterilním stavu, pravidelné sterilní převazy CŽK
- sledovat potencionální příznaky uroinfekce

Realizace:

Během převazu stomie stomickou sestrou jsem asepticky převázal i operační rány, které jsem zhodnotil, jako klidné, bez sekrece, hojící se per primam. K desinfekci operačních ran jsem použil Betadine roztok, poté jsem rány překryl sterilními mulovými čtverci a přelepil sterilní náplastí. V průběhu denní služby jsem sledoval známky případné celkové infekce. Jako prevence nosokomiální infekce byl dodržován bariérový ošetrovatelský režim.

Během hygienické péče jsem jako prevenci ascendentní močové infekce ošetřil okolí močové cévky desinfekčním roztokem Skinsept Musosa.

Po provedené hygienické péči jsem asepticky ošetřil okolí centrálního žilního katetru. Opět jsem použil tampony navlhčené roztokem Betadine, po expozici desinfekčního roztoku jsem na místo vstupu CŽK sterilně přiložil Inadine obvaz a místo překryl sterilní transparentní náplastí.

Hodnocení:

Při ošetřování operačních ran nebyla zjištěna žádná ze známek infekce, rány se hojí per primam.

Ani okolí CŽK nejeví žádné známky lokální infekce. U pacienta nebyly pozorovány projevy uroinfekce ani celkové infekce.

Ošetrovatelské cíle byly splněny. Vzhledem k neukončenému hojení ran a stále přítomnosti invazivních vstupů je ošetrovatelská diagnóza i nadále platná.

9. Potencionální porucha výživy v souvislosti s pooperačním stavem pacienta

Cíl:

- u pacienta nedojde k poruše výživy a bude mu zajištěn dostatečný kalorický příjem
- pacient zná význam příznivých účinků sippingu

Plán péče:

- u pacienta bude pravidelně (každý den) hodnocena tělesná hmotnost a svalová síla
- u pacienta bude sledován celkový denní příjem výživy (enterální, parenterální, per os) vzhledem k energetickým nárokům (spolupráce s nutričním terapeutem)
- pacientovi je zajištěno dostatečné množství výživových doplňků (Nutridrink, Novasourse)
- edukace pacienta ve spolupráci s nutričním terapeutem o příznivých účincích sippingu
- seznámit pacienta s příchutěmi výživových doplňků a umožnit mu, aby si vybral jemu nejchutnější
- zajistit optimální teplotu výživových doplňků (zajistit dostatečné množství)
- dbát o dodržování zvýšené péče o dutinu ústní

Realizace:

Při příjmu byl pacient zvážen (77kg – což je o tři kilogramy méně než v den příjmu do zdravotnického zařízení). Svalová síla je přiměřená. Pacient si nestěžuje na pocity hladu. U pacienta byla v průběhu dvanácti hodin hodnocena tekutinová bilance, která je vyrovnaná. Dle ordinace kontinuálně podávána parenterální a enterální výživa. Dnes lékařem naordinován sipping třikrát denně.

V odpoledních hodinách pacienta navštívil nutriční terapeut, zhodnotil energetický příjem vzhledem k aktuálním energetickým požadavkům jako optimální. Společně jsme pacienta edukovali o významu sippingu a umožnili mu vyzkoušet různé příchuti. Pacient si vybral výživový doplněk s jogurtovou příchutí o optimální teplotě.

Společně s odpolední toaletou si pacient vyčistil dutinu ústní zubním kartáčkem a zubní pastou. Během celého dne měl v dosahu ústní vodu, pro případné vyplachování dutiny ústní.

Hodnocení:

Během dne byl dodržen naordinovaný dietní režim. Pacient si nestěžuje na pocity hladu. Příjem výživy je prozatím optimální k energetickým nárokům pacienta. Edukace o významu sippingu proběhla úspěšně a nemocný vypil dva Nutridrinky.

Cíle ošetrovatelské péče byly splněny. Vzhledem k zdravotnímu stavu pacienta stále existuje riziko poruchy výživy, proto diagnóza i nadále trvá.

10. Potencionální riziko TEN v souvislosti s pooperačním stavem

Cíl:

- u pacienta nedojde k projevům TEN

Plán péče:

- u pacienta bude kontrolována funkčnost bandáží dolních končetin, popřípadě budou elastická obinadla vyměněna za elastické punčochy
- pacient bude poučen o významu aplikace naordinovaného Fraxiparinu
- pacientovi bude aplikován Fraxiparin v dávce dle ordinace lékaře
- bude pravidelně kontrolováno prokrvení dolních končetin

Realizace:

Nemocnému byly po příjmu na jednotku intenzivní péče a po sběru anamnestických informací odstraněny bandáže, promazány dolní končetiny

a následně nasazeny elastické punčochy. Po odstranění bandáží, byly končetiny dobře prokrvené, teplé, pulz na periférii hmatný. Pacient byl poučen o nutnosti nosit elastické punčochy a zároveň byl nemocnému vysvětlen význam aplikace lékařem naordinovaného Fraxiparinu.

Hodnocení:

Během denní služby nedošlo k pozorování žádných projevů TEN. Nemocný toleroval elastické punčochy. Cílů ošetrovatelské péče bylo splněno, diagnóza však vzhledem k zdravotnímu stavu zůstává i nadále potencionální. Je nutné i nadále pokračovat v prevenci TEN.

3.4 Dlouhodobá ošetrovatelská péče

Vzhledem k tomu, že převážnou část ošetrovatelských diagnóz se během pobytu na jednotce intenzivní péče podařilo splnit jen částečně, nebo vůbec, zůstaly aktuálními i během překlady na standardní oddělení kliniky transplantační chirurgie, ke kterému došlo osmý pooperační den, kdy nemocný postupně přecházel na pevnou racionální stravu za spolupráce nutričního terapeuta, který se nemocnému snažil vycházet maximálně vstříc s výběrem jídla. Před překladem byl pacient dekanýlován (došlo k odstranění CŽK, PMK a NJS). V den překlady na standardní oddělení již neudával žádné bolesti a došlo i ke zlepšení jeho přístupu při ošetřování stomie. I tak však jeho psychický stav nelze označit za dobrý. I nadále využívá možnosti komunikace s klinickým psychologem. Během pobytu na standardním oddělení nedošlo k žádným závažným komplikacím. Obě rány se hojily dle plánu per primam a rovněž sigmoideostomie nejevila známky ischemie ani nekrózy. Okolí sigmoideostomie bylo po celou dobu hospitalizace klidné. U nemocného se neprojevíly žádné známky alergie na kolostomickou podložku ani jiný materiál spojený s péčí o stomii. Pravidelně za ním docházela stomická sestra, která pokračovala v edukaci nemocného. Třináctý pooperační den, byl pacient plně soběstačný v péči o sigmoideostomie a proto došlo k plánované dimisi.

I nadále pacient navštěvuje chirurgickou i stomickou ambulanci, momentálně je po prodělané chemoterapii. Jeho psychický stav není podle jeho slov ideální, ale určitě je lepší, než v prvních týdnech po operaci. Uvědomuje si, že bez jeho spolupráce nemůže být dosavadní terapie stoprocentní.

3.5 Psycho - sociální stránka

Uslyší-li člověk z úst lékaře onkologickou diagnózu, lze říct, že to otřese základy jeho života. Od tohoto okamžiku ho nemoc provádí na každém kroku. Nemocný se musí naučit s nemocí žít a smířit se s ní. Každý člověk prochází určitými fázemi poté, co se o své nemoci dozví

Elizabeth Kübler – Rossová rozdělila tyto fáze na:

1. *Negace* – nemocný, který se nachází v této fázi je v psychickém šoku a popírá skutečnost, že by trpěl závažným onemocněním. Nechce věřit tomu, že nemoc postihla právě jeho a často zpochybňuje správnost klinických vyšetření. Často se straní společnosti. V této fázi je nejdůležitější získat důvěru nemocného.
2. *Agrese* – v této fázi je nemocný plný negativních emocí, které jen těžko ovládá. Klade si otázku: „Proč právě já?“ Svou zlost projevuje vůči svému okolí. Často i vůči svým blízkým lidem, plně si však uvědomuje, že oni za jeho zdravotní stav nemohou. Je důležité vědět, že i tato fáze je fází přechodnou. Jeho negativním emocím by měl být ponechán volný průchod.
3. *Smlouvání* – během této životní fáze nemocný zvažuje, jak naplnit zbývající čas. Hledá informace o nových lécích a léčebných metodách, které by mu mohly pomoci.
4. *Deprese* – nemocný si uvědomuje vážnost svého zdravotního stavu a ztrátu svojí vitality. Největší pomocí je trpělivé naslouchání jeho obavám.
5. *Smíření* – tato fáze je fází závěrečnou, člověk přijímá svoji diagnózu. Snaží se urovnat svůj dosavadní život a přijmout roli nemocného.

Každý pacient reaguje odlišně, ale v podstatě velmi podobně. Jednotlivé fáze nemusí jít za sebou, tak jak bylo popsáno. Některá může být úplně vynechána (Kübler-Rossová, 1992). Pokud bude zdravotnický tým vědět, ve které fázi se pacient nachází, dojde k lepšímu porozumění a především spolupráci. Pochopení a empatie ovlivňuje komunikaci a získání pacienta ke

spolupráci na jeho léčbě. Stomie zpočátku mění vnímání sebe sama a okolního světa, proto je nutný klidný a vyrovnaný přístup k pacientovi. Pacient má velkou oporu ve své rodině a svojí přítelkyni.

Prožívání nemoci a reakce na hospitalizaci

Pacient žil se strachem z nemoci od doby, kdy poprvé slyšel svoji diagnózu. Během prvních projevů nemoci vyhledal lékařskou pomoc. Nemyslel si ale, že má rakovinu, podle jeho slov žil přeci celkem zdravě. Nekouřil, nepil alkoholické nápoje a snažil se dodržovat zásady zdravé výživy. Po vyslovení diagnózy po koloskopickém vyšetření byl úzkostný, své obavy prožíval většinou vnitřně a nesvěřoval se s nimi. Měl obavy, že přestane být pro svoji přítelkyni atraktivní. Nedokázal si představit, že bude mít vývod a stále věřil, že se po operaci probudí a bude vypadat jako dříve. Stomii si začal uvědomovat hned první pooperační den, neuměl si představit, že bude moci nadále žít plnohodnotný život, jako před operací. Byl plačtivý a téměř nekomunikoval. Byl seznámen, že se jedná o stomii trvalou, se kterou se bude muset naučit žít.

Zhodnocení komunikace

Pacient nebyl komunikativní, k čemuž jsem dospěl při snaze navázat s ním rozhovor na jakékoliv téma. Většinou odpovídal jednoslovně, nebo holými větami. Zprvu nedokázal mluvit o svých pocitech ani se svými blízkými. Stejně chudá byla i jeho nonverbální komunikace. Dá se říci, že pacient patří mezi lidi, kterým trvá déle, než se vyrovnají se stresovou situací a sní spojenou zátěží, kterou takováto operace zcela jistě je.

Zvládání stresu

Podle slov příbuzných pacient nikdy před operací neprodělal tak velkou stresovou zátěž, jako nyní. Oba rodiče jsou zdraví a prarodiče zemřeli, když byl malé dítě. Má stálou práci s pravidelným finančním příjmem. Psychofarmaka nikdy neužíval. Prvním větším stresem pro něj byl nález krve

ve stolici a dalším ještě větším, vyslovení diagnózy s následným vyšetřím trvalé stomie. Uzavřel se do sebe a omezil komunikaci.

Motivace k léčbě

V pooperačním období byla pro pacienta největší motivací rodina a přítelkyně, kvůli které si přál být co nejdříve ve stejné kondici, jako před operací. Podle slov jeho rodičů si přeje vzít přítelkyni za ženu a mít s ní potomky.

Sociální stránka

Nemocný žije v Praze ve svém bytě se svojí přítelkyní. I jeho rodiče žijí v Praze, proto jej chodí pravidelně každý den navštěvovat, mají spolu velmi blízký vztah. Pacient má podle slov rodičů poměrně hodně přátel, ty však momentálně odmítá vidět.

3.6 Edukace

Edukace pacienta s kolorektálním karcinomem musí začít již před samotnou operací, kdy mu má být vysvětlen důvod operace a založení stomie. V tomto případě sigmoideostomie. Po operačním výkonu se jednou z nejdůležitějších osob v ošetrovatelském procesu stává stomasestra, která za pacientem pravidelně dochází a postupně ho učí zvládat jeho novou roli. Žádné setkání se stomasestrou se nikdy neodehrává podle stejného schématu, protože každý člověk je individuum a každá stomie má svoje specifika. Sestra musí dokázat využít své znalosti z oblasti psychologie, ošetrovatelství a komunikace. Musí svůj výklad přizpůsobit aktuálním potřebám nemocného. Cílem edukace by mělo být nejen získání pacienta, ale pokud souhlasí, tak i jeho rodiny ke spolupráci při ošetřování stomie.

Edukace probíhá formou rozhovoru či diskuze. Jako dobrá pomůcka se osvědčily letáky, které nabízejí jednotlivé firmy zabývající se pomůckami pro stomiky. Základem pro úspěšnou edukaci musí být vytvoření dobrého vztahu mezi pacientem a sestrou. Sestra musí respektovat individualitu nemocného a zajistit mu dostatečné soukromí během edukace.

Péče o kolostomii (sigmoideostomii)

Stomasestra pacientovi vysvětlila výhody a nevýhody jednodílného a dvoudílného systému.

Jednodílný systém jsou stomické sáčky, na jejichž zadní straně je podložka s nalepovací vrstvou a otvorem uprostřed. Tato část se po přizpůsobení velikosti stomie lepí na pokožku. Moderní hydrokoloidní hmota na podložce je šetrná vůči pokožce. Nezpůsobuje alergické reakce a během používání poskytuje ochranu pro citlivou pokožku v okolí stomie. Plastický sáček je pokryt z jedné nebo z obou stran netkanou textilií, která zajistí diskretnost při nošení a při kontaktu s kůží. Součástí uzavřených sáčků jsou aktivní uhlíkové filtry, které odstraní nepříjemný pach plynů a zároveň zabráňují nafouknutí sáčku. Jednodílný systém se doporučuje měnit dle potřeby, minimálně však jednou až dvakrát denně. *Dvoudílný systém* se skládá

ze dvou částí a to z nalepovací podložky a sáčku. Podložka s plovoucím kroužkem umožňuje nasazení sáčku. Ohebný proužek zajišťuje flexibilitu při ohýbání, předklonu a kleku. Tím je zajištěno, že sáček se od podložky neuvolní. Hydrokoloidní hypoalergenní hmota umožňuje ponechat podložku na těle 3-5 dní. Tím je pokožka v okolí stomie chráněna proti agresivnímu působení stolice.

Stomická sestra dále pacienta informuje o doplňkovém sortimentu jako je adhezivní pasta pomáhající vyrovnání kožních nerovností, jizev a záhybů v okolí stomie. Tělová voda umožňující dokonalé očištění pokožky. A pro pacienta velmi důležitý pohlcovač pachu. Pacienta je také nutné poučit o likvidaci použitých pomůcek, především sáčků, které je zapotřebí před vyhozením do odpadkového koše zabalit do igelitového sáčku a opatřit uzlem.

Strava

Pacient od devátého pooperačního dne přijímá bezsezbytkovou stravu (dieta č. 5). Účelem této diety je konzumace takových potravin, aby následně do stolice odcházelo co nejméně zbytků, které by střevo nutily ke zvýšené peristaltice. Pacient byl poučen o potravinách, které jsou pro něj vhodné v tomto období. Doporučeny mu byly polévky, libové maso, bešamelové omáčky, kompotované ovoce, brambory, těstoviny, rýže a tvaroh. Naopak potraviny, kterým by se měl vyhýbat jsou veškerá tučná jídla, celozrnné pečivo, luštěniny, kynuté pečivo, syrová zelenina a ovoce, kořeněná jídla. Tyto potraviny totiž způsobují nadměrné nadýmání a zatěžují trávicí trakt. Tuto bezsezbytkovou dietu by měl nemocný dodržovat přibližně šest týdnů po operaci. Jídlo by mělo být rozděleno na 5-6 menších porcí denně. Stejně jako pacient byla poučena i rodina o vhodných a nevhodných potravinách, dle tohoto poučení nosila pacientovi do nemocnice během hospitalizace vhodná jídla.

Důležitý je také pitný režim. Za nevhodné tekutiny pro stomiky se považují sycené vody kysličníkem uhličitým, protože nadýmají. K ideálním nápojům patří pramenitá voda, ovocné mošty, zeleninové šťávy. Denní množství tekutin by nemělo být nižší, jak 1,5 l s ohledem na fyzickou aktivitu.

Pít je vhodné po malém množství v průběhu celého dne. Pokud má stomik řídkou stolice je vhodnější pít hlavně při jídle (Příručka stomika, Dansac, 2007).

Život stomika

Edukace v této oblasti by se měla týkat především osobního s polečenského života nemocného a jeho opětovného začlenění. Založení kolostomie není důvodem k odchodu do invalidního důchodu u pracujících lidí. Je ovšem nutné zvážit zda-li je současné zaměstnání pro stomika vhodné. Nemocný si také musí uvědomit, že první dva měsíce po operaci je nutné považovat za období klidu. Jisté potíže může stomie působit při výběru oblečení. Mužům je vhodné doporučit namísto použití opasku šle.

Pacientovi byl nabídnut kontakt na klub stomiků, což prozatím odmítl. Jeho rozhodnutí bylo plně respektováno. Tyto kluby zakládají lidé, kteří mají stejné onemocnění. Účelem těchto skupin není jen pořádání společných akcí (zájezdy, semináře) ale především se snaží psychicky podpořit jednotlivé členy klubu.

4. ZÁVĚR

Závěrem této bakalářské práce bych se chtěl zmínit především o pacientovi, kterého se celá tato práce týká. Pan V. M. byl silně ovlivněn svojí nemocí. Celou dobu před operací žil ve strachu z potvrzení diagnózy, která mu byla sdělena. Vzhledem k tomu, že si byl vědom rizika plynoucího z neléčení nemoci, podstoupil plánovaný operační výkon s vyšíáním terminální sigmoideostomie. S tímto pacientem jsem se setkal čtvrtý den po operaci, kdy nebyl příliš sdílný a prožíval pocity strachu a beznaděje. Z jeho rozhovoru bylo evidentní, že cítí svou nemoc jako nespravedlnost. Proč zrovna on musel onemocnět. Největší obavy měl, že nebude moci nadále plnohodnotně prožívat svůj další život a plnit své role.

V klinické části jsem se věnoval anatomii a fyziologii tlustého střeva, klinickým projevům, diagnostice a terapii kolorektálního karcinomu.

V ošetrovatelské části jsem se zabýval charakteristikou ošetrovatelského procesu. Podstatnou část tvoří ošetrovatelská anamnéza dle „Modelu funkčního zdraví“ Marjory Gordonové, stanovení ošetrovatelských diagnóz, jejich intervencí a cílů. Většiny cílů, které jsem během ošetrovatelského procesu stanovil, nebylo dosaženo. Ošetrovatelské diagnózy, které byly u pacienta stanoveny vyžadují dlouhodobé provádění ošetrovatelských intervencí, kooperaci celého zdravotnického týmu a především pak samotného pacienta.

Seznámení s tímto pacientem mě donutilo přemýšlet o tom, že kolorektální karcinom se nevyhýbá ani lidem v produktivním věku. A že tak neustále připomínaná prevence a změna životního stylu jsou opodstatněné. Je známo, že člověk v mnoha případech nemůže ovlivnit svůj zdravotní stav, existují však onemocnění, na kterých se člověk z velké míry podílí sám, mezi taková patří i kolorektální karcinom. Pacient v době naší spolupráce byl teprve na začátku cesty, na jejímž konci může být návrat do běžného života. Doufám, že svůj „boj“ s nemocí vyhraje a sigmoideostomii přijme jako součást svého těla a naučí se s ní plnohodnotně žít.

5. Seznam použitých zkratek

- a. – arterie
- AA – alergická anamnéza
- ADP – artéria dorsalis pedis
- AF – artéria femoralis
- AP – artéria poplitea
- ATP – artéria tialis posteriori
- aPTT – aktivovaný parciální tromboplastinový test
- BMI – Body mass index
- CA 19-9 – nádorový marker
- CEA - karcinoembryonální antigen
- CO₂ – oxid uhličitý
- CT - computed tomography
- DK – dolní končetiny
- EKG – elektrokardiografie
- FR – fyziologický roztok
- i.v. – intravenózně
- JIP – jednotka intenzivní péče
- MgSO₄ – síran hořečnatý
- NJS – nazojejunální sonda
- NMR – nukleární magnetická rezonance
- PMK – permanentní močový katetr
- PSA – pracovně sociální anamnéza
- TK – tlak krve
- TT – tělesná teplota
- TEN – trombembolická nemoc
- TNM – tumor, nodus, metastáza

6. Seznam použité literatury

1. Antonová M.: Jak lidé vnímají stomika, *Sestra*, 2005, roč. 15, č. 6, s 18, ISSN 1210-0404.
2. Bendřáková A.: Význam následné péče o stomické pacienty, *Sestra*, 2005, roč. 15, č. 6, s. 20, ISSN 1210-0404.
3. Bertoli S., Keller U., Meier R.: *Klinická výživa*, Scientia medica, Praha 1993, 236 s., ISBN 80-85526-08-5.
4. Čihák R.: *Anatomie 2*, Grada Publishing, Praha 2002, 488 s., ISBN 80-247-0143-X.
5. Di Cara V.: Kontinuální sledování akutní bolesti sestrou, *Sestra*, 2005, roč. 15, č. 6, s. 26-28, ISSN 1210-0404.
6. Dientsbier Z., Skala E.: *Nádorová diagnostika pro lékaře v praxi*, Grada Publishing, Praha 1995, 184., ISBN 80-7169-152-6.
7. Dostálová O.: *Jak vzdorovat rakovině*, Grada Avicenum, Praha 1993, 207 s., ISBN 80-7169-040-6.
8. Farkašová D. a kol.: *Ošetrovatelství – teorie*, Vydavatelství Osveta, Martin 2006, 210., ISBN 80-8063-182-4.
9. Ferko A., Zbořil Z., Šmejkal K., Bedrna j.: *Chirurgie v kostce*, Grada Publishing, Praha 2002, 236 s., ISBN 80-247-0230-4.
10. Glazarová A.: Péče o pacienta po resekci sigmoidea s komplikovaným průběhem, *Sestra mimořádná příloha 5/07*, 2007, roč. 17, č. 5, s 11-12, ISSN 1210-0404.
11. Holubec L. a kol.: *Kolorektální karcinom*, Grada Publishing, Praha 2004, 194 s., ISBN 80-247-0636-9.
12. Hugo J., Vokurka M.: *Praktický slovník medicíny*, Madorf, Praha 2000, 490 s., ISBN 80-85912-38-4.
13. Chovancová Z., Vašková J.: *Diagnóza nádor a co dál...* Grada Publishing, Havlíčkův Brod 1998, 104 s., ISBN 80-7169-668-4.
14. Jablonská M.: *Kolorektální karcinom časná diagnóza a prevence*, Grada Publishing, Praha 2000, 454 s., ISBN 80-7169-777-X.

15. Jedličková B.: Porucha integrity kůže v okolí stomického vývodu, Sestra, 2005, roč. 15, č. 6, s. 22, ISSN 1210-0404.
16. Klevetová D.: Stomie stále strašákem?, Sestra, 2005, roč. 15, č. 6, s 16, ISSN 1210-0404.
17. Kreml P.: Možnosti spolupráce lékařů, stomasester a klubů stomiků, Sestra mimořádná příloha 5/07, 2007, roč. 17, č. 5, s 4-5, ISSN 1210-0404.
18. Křenková D.: Domácí péče o nemocné se stomií, Sestra, 2007, roč. 17, č. 10, s. 35, ISSN 1210-0404.
19. Křivohlavý J.: Psychologie zdraví, Portál, Praha 2003, 279 s., ISBN 80-7178-774-4.
20. Kubíková N.: Péče o nemocné se stomiemi, Sestra, 2000, roč. 10, č. 8, s. 10-12, ISSN 1210-0404.
21. Kubler – Rossová E.: Hovory s umírajícími, Signum unitatis, Praha 1992, ISBN 80-85439-04-2.
22. Lukáš K. a kol.: Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry, Grada Publishing, Praha 2004, 348 s., ISBN 80-201-0080-6.
23. Mačák J., Mačáková J.: Patologie, Grada Publishing, Praha 2004, 348 s., ISBN 80-247-0785-3.
24. Marečková J.: Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách, Grada Publishing, Praha 2006, 246 s., ISBN 80-247-1399-3.
25. Nejedlá M., Šafránková A.: Interní ošetrovatelství I, Grada Publishing, Praha 2006, 280 s., ISBN 80-247-1148-6.
26. Otradovcová I.: Ošetrování stomií pomocí tvarovatelné podložky C2S, Sestra, 2007, roč. 17, č. 10, s. 34, ISSN 1210-0404
27. Otradovcová I.: Komplikace u pacientů se stomií, Sestra, 2005, roč. 15, č. 6, s 13-15, ISSN 1210-0404
28. Pavlíková S.: Modely ošetrovatelství v kostce, Grada Publishing, Praha 2006, 150 s., ISBN 80-247-1211-3.
29. Příručka stomika, Dansac, 2008
30. Rokyta R.: Fyziologie, ISV, Praha 2000, 359 s., ISBN 80-85866-45-5.

31. Tancibudková L.: Péče o pacienta s kolostomií v domácí zdravotní péči, Sestra mimořádná příloha 5/07, 2007, roč. 17, č. 5, s. 13, ISSN 1210-0404.
32. Tellerová O.: Abeceda péče o stomii, Sestra, 2007, roč. 17, č. 10, s. 34, ISSN 1210-0404.
33. Trachtová E., Fojtová G., Mastiliaková D.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, NCO NZO, Brno 2006, 200s., ISBN 80-7013-324-4.
34. Valenta J.: Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství, Karolinum, Praha 2005, 122 s., ISBN 80-246-0644-5.
35. Všetíček J.: Stenóza a retrakce stomie, Sestra, 2007, roč. 17, č. 10, s. 36, ISSN 1210-0404.
36. Vučková J.: Ošetrovatelství III, Fortuna, Praha 1996, 150 s., ISBN 80-7168-367-1.

7. Přílohy

Příloha č. 1: Genetická studie onemocnění tlustého střeva

Příloha č. 2: Ošetrovatelská dokumentace

Příloha č. 3: Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové

Příloha č. 4: Hodnocení sebeděže a soběstačnosti dle Gordonové

Příloha č. 1:

Genetická studie onemocnění tlustého střeva

INFORMACE PRO PACIENTY

GENETICKÁ STUDIE ONEMOCNĚNÍ TLUSTÉHO STŘEVA

MUDr. Jan Novotný, PhD.

Všeobecná fakultní nemocnice, Onkologická klinika a 1LFUK, U nemocnice 2, 128 08, Praha 2,
tel.: 224 966 767, e-mail: onkologie@seznam.cz

Rádi bychom Vás požádali o účast ve studii výskytu přirozených variací v genech enzymů metabolismu cizorodých látek a opravy DNA u onemocnění tlustého střeva.

Zavazujeme se přísně zachovat Vaši anonymitu.

Cíl studie.

Cílem studie je zjistit četnost výskytu přirozených variací v genech metabolismu cizorodých látek a opravy DNA, které mohou souviset se vznikem a rozvojem různých forem onemocnění tlustého střeva a konečniku v české populaci. Rovněž chceme studovat vliv těchto variací na expresi RNA.

Ačkoliv jsou tyto přirozené variace v genech pravděpodobně v naší populaci relativně vzácné, jejich výzkum dává naději, že bude možno u postižených jedinců a jejich příbuzných zkvalitnit a zpřesnit diagnostiku uvedených onemocnění. Studium přirozených variací v genech DNA reparace může přispět v konečném důsledku ke zlepšení terapeutického režimu.

Postup.

Zařazení do genetické studie závisí na Vašem souhlasu. Ten umožní použít část vzorků krve, nemocné a zdravé tkáně, odebraných Vám v rámci ostatních klinických vyšetření, pro izolaci DNA a RNA a její následnou analýzu. V té bude analyzován výskyt mutací v genech *CYP, NQO, EPHX, GST, SOD, MPO, XP, XRCC, OGG, APC, CHEK2, MYH* a *NBS*. Výsledky analýz budou spolu s údaji o Vaší anamnéze a průběhu choroby statisticky zpracovány. Studie bude provedena v laboratořích Akademie Věd ČR, Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Státního zdravotního ústavu v Praze ve spolupráci s klinickými pracovníky (chirurg, patolog, onkolog). Provedení studie je podmíněno souhlasem etické komise ústavu navrhovatele (AV ČR).

Má tato studie zdravotní rizika?

Tato studie není spojena s žádným rizikem. Jedná se pouze o rutinní odběr vzorku žilní krve u pacientů a kontrolních osob, a případně tkáně při operaci v rámci ostatních klinických vyšetření pacientů.

Má tato studie pro pacienta nějaký přínos?

Studie slouží pro základní výzkum a tudíž pro ověření výsledků bude třeba provést velké množství analýz, publikovat nález v odborné literatuře a podrobit jej posouzení mezinárodní vědeckou veřejností.

Rozhodnutí o účasti v genetické studii nemá vliv na poskytovanou zdravotní péči.

Jsou výsledky studie důvěrné?

Výsledky této studie jsou zcela důvěrné. Váš ošetřující lékař předá, s Vaším souhlasem, biologický materiál a informace, týkající se průběhu a léčby Vašeho onemocnění, MUDr. Janu Novotnému, PhD, který je odpovědný za sběr vzorků a dat. Údaje o identitě pacienta nebudou k dispozici pracovištím analyzujícím DNA a RNA. Veškeré osobní informace zůstanou přísně důvěrné a nebudou nikdy zveřejněny.

Je možné odstoupit v průběhu studie?

Vaše účast na této studii je dobrovolná. V případě, že po svolení k účasti a podpisu informovaného souhlasu změníte názor, bude toto Vaše rozhodnutí plně respektováno. Váš lékař má rovněž právo Vás ze studie vyřadit.

Velice si Vaši účasti na našem výzkumu vážíme a děkujeme Vám. Jedině touto cestou je možné pokročit v poznání příčin vzniku onemocnění tlustého střeva a konečniku.

SOUHLAS S GENETICKÝM VYŠETŘENÍM

GENETICKÁ STUDIE ONEMOCNĚNÍ TLUSTÉHO STŘEVA A KONEČNÍKU

MUDr. Jan Novotný, PhD.

Všeobecná fakultní nemocnice, Onkologická klinika a I LFUK, U nemocnice 2, 128 08, Praha 2,
tel.: 224 966 767, e-mail: onkologie@seznam.cz

Číslo pacienta: Jméno pacienta:

MUDr. mi jasně vysvětlil(a) podstatu mé účasti ve studii. Mohl(a) jsem klást otázky. Byla mi poskytnuta kopie informací pro pacienty účastnící se studie.

Pacient (*jméno pacienta hůlkovým písmem*) tímto potvrzuje, že souhlasí s provedením analýzy zmíněných genů a použitím klinických dat s cílem umožnit predikci vývoje nemoci a účinku léčby za předpokladu zachování přísné anonymity pacienta. Je si vědom(a), že ze studie může kdykoliv odstoupit.

Podpis pacienta: Datum:

Jméno lékaře:

Podpis lékaře: Datum:

Jméno: **Příjmení:**

Rodné číslo: **Bydliště (okres):**

Etnická skupina:

Věk v době diagnózy (jen u nemocných s nádorovým onemocněním nebo střevními záněty):

Rodinný výskyt nádorových onemocnění:

<i>kdo onemocněl:</i>			<i>v jakém věku onemocněl:</i>	<i>jakým nádorem:</i>
otec	NE	ANO	ve věku:	nádorem:
matka	NE	ANO	ve věku:	nádorem:
otec otce	NE	ANO	ve věku:	nádorem:
otec matky	NE	ANO	ve věku:	nádorem:
matka otce	NE	ANO	ve věku:	nádorem:
matka matky	NE	ANO	ve věku:	nádorem:
sestra	NE	ANO	ve věku:	nádorem:
bratr	NE	ANO	ve věku:	nádorem:
dcera	NE	ANO	ve věku:	nádorem:
syn	NE	ANO	ve věku:	nádorem:
.....	NE	ANO	ve věku:	nádorem:
.....	NE	ANO	ve věku:	nádorem:
.....	NE	ANO	ve věku:	nádorem:
.....	NE	ANO	ve věku:	nádorem:

u příbuzných druhého stupně (strýc, teta, bratranec, sestřenice, neteř, ..) prosím uveďte, zda se jedná o příbuzné z otcovi či matčiny strany)

Kouření: NE ANO Pokud odpovíte ano:

OD (věk v letech): DO (věk v letech):(pokud stále kouříte, kolonku „DO“ nevyplňujte)
 POČET CIGARET / DEN:

Pokud jste kouřil(a) ve více obdobích, označte prosím i druhé období:

OD (věk v letech): DO (věk v letech):(pokud stále kouříte, kolonku „DO“ nevyplňujte)
 POČET CIGARET / DEN:

Kouříte převážně cigarety s filtrem?	NE	ANO
Kouříte převážně cigarety bez filtru?	NE	ANO
Kouříte pravidelně fajfku nebo doutník?	NE	ANO
Pobýváte pravidelně v zakouřené místnosti?	NE	ANO

Anamnestické údaje od osob vyšetřovaných na přítomnost genů potenciálně zvyšujících riziko vzniku nádorů tlustého střeva a konečníku. Verze 3

Léky: Užíváte pravidelně nějaké léky? NE ANO Pokud odpovíte ano, jaké?:

uvádíme nejčastější příklady:

na bolest či chronické záněty: Asacol, Aulin, Brufen, Celebrex, Diclofenac, Ibuprofen, Indren, Indobene, Ketoprofen, Ketonal, Mesulid, Movalis, Naproxen, Piroxicam, Rewodina, Salofalk, Surgam, Vioxx, ...

na vysoký tlak: Agem, Amicloton, Betaloc, Cynt, Indap, Lokrem, Moduretic, Norvasc, Prestarium, Tritace, Vasocardin, ...

psychiatrické léky: Amitriptilin, Aurorix, Cipram, Citalec, Citalopram, Clozapine, Deprex, Dogmatil, Efectin, Fluoxetin, Ludiomil, Melipramin, Plegomazin, Prothiaden, Prozac, Risperdal, Seropram, Seroquel, Sulpirid, Tiapridal, Tisercin, Zelodox, Zoleptil, Zoloft, Zyprexa, ...

.....	OD (věk v letech):	DO (věk v letech):
.....	OD (věk v letech):	DO (věk v letech):
.....	OD (věk v letech):	DO (věk v letech):
.....	OD (věk v letech):	DO (věk v letech):
.....	OD (věk v letech):	DO (věk v letech):

U žen: HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE: NE ANO

Pokud odpovíte ano:

OD (věk v letech): DO (věk v letech): (pokud tablety stále užíváte, kolonku nevyplňujte)

OD (věk v letech): DO (věk v letech): (pokud tablety stále užíváte, kolonku nevyplňujte)

HORMONÁLNÍ LÉČBA PŘECHODU: NE ANO

Pokud odpovíte ano:

OD (věk v letech): DO (věk v letech): (pokud léčba trvá, kolonku nevyplňujte)

OD (věk v letech): DO (věk v letech): (pokud léčba trvá, kolonku nevyplňujte)

(pokud jste užívala tyto léky ve více obdobích, označte prosím i další období)

MENSTRUAČNÍ AKTIVITA: OD (věk v letech):

DO (věk v letech):kolonku „DO“ nevyplňujte,
pokud měsíčky trvají

ZÁNĚTY PRSU? Vlevo: ANO NE Vpravo: ANO NE

Věk při narození prvního dítěte?

Byl Vám již někdy proveden odběr vzorku z prsu? NE ANO Pokud ano:

Kolikrát?

Anamnestické údaje od osob vyšetřovaných na přítomnost genů potenciálně zvyšujících riziko vzniku nádorů tlustého střeva a konečníku. Verze 3

Děkujeme Vám za Váš čas strávený při vyplňování tohoto dotazníku.

Za řešitelský kolektiv

As. MUDr. Jan Novotný, PhD.
Onkologická klinika VFN a 1. LF UK
U nemocnice 2, Praha 2
128 08

Anamnestické údaje od osob vyšetřovaných na přítomnost genů potenciálně zvyšujících riziko vzniku nádorů tlustého střeva a konečníku. Verze 3

Příloha č. 2:

Ošetrovatelská dokumentace

Souhlasím s tím, aby byla použita ošetrovatelská dokumentace oddělení jednotky intenzivní péče kliniky transplantační chirurgie IKEM do bakalářské práce pana Tomáše Komínka.

KLINIKA TRANSPLANTAČNÍ CHIRURGIE
Institut klinické a experimentální medicíny
Sekretariát tel.: 261 364 105
140 21 Praha 4-Křc, Vidohská 1958/6
Přednosta: Prof. MUDr. M. Adamo, CSc.



Monika Šindelářová

Vrchní sestra KTCH

V Praze dne 19.2.2009

Ošetrovateľská anamnéza



Ist. č.

Příjmení:
 Jméno:

Ra:

Oddělení: **TCHE**

Datum přijetí: **06. 12. 09** Čas: **8:00**

Opakované přijetí: ano ne
 Souhlas k podávání informací, komu: **rodice**

Tel. č.:

Ošacení: bez omezení
 při vědomí ztluměný
 bez vědomí nelze navázat

Vědomí: bez omezení
 ztluměný
 nelze navázat

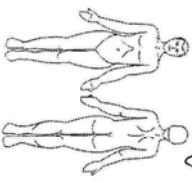
Kontakt: spolupracuje
 ne spolupracuje
 klidný rozrušený
 orientovaný znatelný

Psychický stav: spolupracuje
 ne spolupracuje
 klidný rozrušený
 orientovaný znatelný

Soběstačnost/pohyblivost: při chůzi
 ne soběstačný
 při dlektání při hygieně **DOMHOUC**
 při jíde při jiné

Bolest: ano ne

Intenzita: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Charakter (jak to bolí):
 tupá
 bodavá
 křecovitá
 svravá
 neuragická
 neuvěřit
 neuvěřit

obolí o rann

Výživa / hydratace / seřazení NT

BMI: **26** URČENÍ NUTRIČNÍHO STAVU:

A. Změnil nemocný svoji hmotnost, aniž by se o to pokoušel?
 ano o kolik: kg ne

B. Ji v současné době méně nebo více, tři nebo čtyřikrát denně?
 křivé více nechtulství **NVV**

D. Dodržoval nemocný před hospitalizací dietní režim?
 ano jaký:
 ne

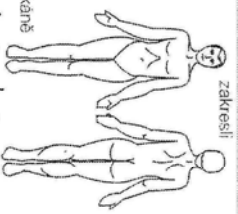
Doporučení NT: nutriční edukace
 nutriční sledování nutriční sledování

Podpis NT: ano ne

Vyprazdňování: pálení vezání retence inkontinence
 problém se stolicí ano ne **VTOMIE**
 zácpa průjem inkontinence stomie

Vyznamný handicap: poruchy se zrakem blyže **tláčky** berle **AVIL**
 problémy se sluchem zubní protéza protéza
 problémy s řečí naslouchátko vozík
 amputace jiné

Kůže: zranění na kůži otoky jiné rány dekubity



Slupeň: 1. zčervenání 2. tvorba puchýřků 3. hluboké poškození kůže a tkáně 4. dekubis na kosti - nekroza
Bež deubity

Spanek: narušeny ano ne

Dýchání: potize ano ne jaké:
 dušnost klidová nádechová noční oyanova kašel

Potřeba edukace: ano ne téma viz Edukační záznam

Riziko pádu: ano ne

Plánování propuštění: ano ne

Bydli doma sám/a: ano ne

Je v péči: domácí péči domov důchodců pečovatelské služby

Kdo se bude starat o nemocného po propuštění: rodina domácí péče následná oš. péče
 domov důchodců pečovatelská služba
 kontakt se soc. sestrou: ano ne

Slupeň soc. kontaktu: bez kontaktu málo kontaktu na radu/ málo kontaktu/ vlastního popudu soc. kont/ nestálý/ soc. kont/ stálý/ soc. kont/ stálý/ Praktický lékař:

2. Byla jsem seznámena s Donáčním Tědem a Právy pacienta. Podpis: Datum:

Anamnézu odebrala: **20. 12. 09**
Tomáš Kominek
Šimoněk

Ošetrovateľský plán

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Ošetrovateľský cieľ	Ošetrovateľský plán	Podpis	Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Ošetrovateľský cieľ	Ošetrovateľský plán	Podpis
č. dg. 1	<p>X <u>úzkosť, strach z dôvodu:</u> nedostatočné informovanosti o ochorevaní bolesti sociálna izolácia změny prostredia vysaťovní neznalost aplikácie inzulinu operačného výkonu</p>	<p>nemocný si uvědomuje príčinu choroby zohľadní realné danosti situácie je informovaný o ochorevaní a ošetrovateľskom pláne</p>	<p>informujú nemocného o výkone operácie zajistia opotrebenie a liečbu zajistia prostredie k sebaopäť sledujú bolesť</p>	<p>Tomáš Komínek 20. 12. ukončil/w</p>	č. dg. 12	<p>X <u>porucha spánku z dôvodu:</u> úzkostlivého stresu zmeny prostredia změny moštredia</p>	<p>nemocný ztráti príčinu poruchy spánku zlepšuje kvalitu spánku</p>	<p>sledujú spánok zajistia úpravu lôžka a vyvetráženie aplikujú ordinovanú hypnotika, sedatíva sledujú účinnosť zajistia nočný kľid</p>	<p>Tomáš Komínek 20. 12. ukončil/w</p>
č. dg. 3	<p>X <u>bolesť z dôvodu:</u> ischemia myokardu nádorového onemocnění operačného výkonu zranění, fraktury poranění měkkých tkání kontuze, komoce mozkové vertebrogenních</p>	<p>nemocný chápe príčinu bolesti udáva zmiernenú bolesť neudáva pocit bolesti</p>	<p>bolesť diagnostikujú bolesť zajistia liečbu, dých, tvrdni sústavy bolesť sledujú účinnosť ordinovaných analgetik zajistia kľid na pokoji informujú o účinnosti prevencie bolesti (komprese rány pri otláčení, vstávaní, zmiernenie polohy)</p>	<p>Tomáš Komínek 20. 12. ukončil/w</p>	č. dg. 14	<p>X <u>porucha deficit sebaopěče v oblasti vyprazdňování, hygieny, z dôvodu:</u> poruchy vedomí operačného stavu bolesti</p>	<p>nemocný je sociálne izolovaný externí pomoci</p>	<p>informujú o možnosti sebaopěče zajistia 2x denné hygienickou péči, pečú o DU, masáž kůže sledujú stav přijímajú tekutiny, krmění, sledujú vyprazdňování tlustého stávu, močového měchýře po vyprazdňování zajistia hygienu rukou, genitálií aktivně zapojují nemocného, rodinu</p>	<p>Tomáš Komínek 20. 12. ukončil/w</p>
č. dg. 4	<p>X <u>imobilizační syndrom z důvodu:</u> bolesti obmedzená pohyblivost nové svalového poškození poruchy vedomí somatické, duševní poruchy</p>	<p>nemocný má podporu kľid zachovanou pohyblivost nemá otvorenú bolesť aktivně se podílí na sebaopěči</p>	<p>zohľadní stupeň rizika imobilizačného syndromu zajistia RHB provádějí ošetrovateľskou RHB, poklepejí masáž provádějí cvičenie sebaopěče, zajistia polohování, vášnu mobilizáciu, aktivizáciu zajistia poručky k prevencii kontraktúr zajistia masáž, diaľhování, polohování dle pokynů fyzioterapeuta</p>	<p>Tomáš Komínek 20. 12. ukončil/w</p>	č. dg. 16	<p>X <u>porucha vedomí z důvodu:</u> operáčního výkonu poruchy ošivního zasoření mozku kontuze mozkové klatě ischemie myokardu</p>	<p>nemocný je informovaný nověno léčb-ném režimu informacím nagodí zřetěmy má fyziologické hodnoty</p>	<p>informujú o možnosti RHB a ošivní DK zajistia silevacii DK sledujú príznaky TEN 2x denné sledujú funkciu bledáže, sledujú barvu, teplotu DK zajistia hygienu DK informujú nemocného o lóžbatém režimu sledujú FF, vědomí, dřený, močení, zvraceni sledujú operacii ránu sledujú P-V křetnutí křid vo vřadobné poloze dč hod.</p>	<p>Tomáš Komínek 20. 12. ukončil/w</p>
č. dg. 5	<p>X <u>neúspěšná rehabilitace z důvodu:</u> somatické, duševní poruchy</p>	<p>nemocný je informovaný o možnosti sebaopěče zajistia RHB provádějí cvičenie sebaopěče, zajistia polohování, vášnu mobilizáciu, aktivizáciu zajistia poručky k prevencii kontraktúr zajistia masáž, diaľhování, polohování dle pokynů fyzioterapeuta</p>	<p>zjistí rizikové faktory přispívající k retenci tekutin sledují funkční stav sledují P, V, teplotu sledují otoky, stav kůže a sliznic zajistia edukacii diětní sestrou o diětním opatření, omezení soli zajistia časnou mobilizáciu</p>	<p>Tomáš Komínek 20. 12. ukončil/w</p>	č. dg. 17	<p>X <u>hypertermie z důvodu:</u> záření, dehydratace tělesné aktivity metabolismu reakce na anestozii</p>	<p>nemocný má stabilizovaný objem tekutin, P, V, teplotu sledují funkční stav kůže a sliznic zajistia edukacii diětní sestrou o diětním opatření, omezení soli zajistia časnou mobilizáciu</p>	<p>informujú o možnosti RHB a ošivní DK zajistia silevacii DK sledujú příznaky TEN 2x denné sledují funkciu bledáže, sledují barvu, teplotu DK zajistia hygienu DK informujú nemocného o lóžbatém režimu sledují FF, vědomí, dřený, močení, zvraceni sledují operacii ránu sledují P-V křetnutí křid vo vřadobné poloze dč hod.</p>	<p>Tomáš Komínek 20. 12. ukončil/w</p>

<p>metriky z důvodu: hyperhypotermie poruchy CNS poruchy výživy oslabení chemických mechanických látek imobility operační rány</p> <p>neponášenou, dostatečné prokrvení, hydratovanou kůži nepocítuje bolest</p> <p>stanovila/ukončila/ 20.12</p>	<p>stanovila/ukončila/ 20.12</p> <p>stanovila/ukončila/ 20.12</p>	<p>č. dg. 18</p>	<p>agresivita z důvodu: onemocnění CNS tumor mozku psychosociálních – nesoběstačnost, bezmocnost reakce na léky, intoxikace alkoholem, drogami pooper. výkonu</p> <p>pacient si uvědomuje důvody svého jednání zvládně své chování sám pacient nekládá neslýšlivé, nepropadá okolí, nedrobnuje sám sebe</p> <p>stanovila/ukončila/ 20.12</p>	<p>stanovila/ukončila/ 20.12</p>
<p>metriky z důvodu: porucha výživy z důvodu: nauzei, sníženého P. potravy, mechanické příčiny pooperačního stavu oslabení polykacího reflexu, obmyšlení svalů, mechanické překážky</p> <p>pacient má zajištěnou výživu je schopen P. potravy, je hydratován doleje k optimálnímu zvýšení hmotnosti</p> <p>stanovila/ukončila/ 20.12</p>	<p>stanovila/ukončila/ 20.12</p>	<p>č. dg. 8</p>	<p>zmařenost z důvodu: demence, věk nad 60 let, Aizh, choroby dlouhodobého vlivu alkoholu vlivu léčebné medikace, lék interakce oper. výkonu silné bolesti</p> <p>pacient se orientuje v místě, čase, prostoru pacient je soběstačný ochrana před poskozením sebe a okolí</p> <p>stanovila/ukončila/ 20.12</p>	<p>stanovila/ukončila/ 20.12</p>
<p>metriky z důvodu: porucha vyprazdňování močového měchýře z důvodu: nervové poruchy obstrukce hypertrofie prostaty traumatuma defektu psychické alterace</p> <p>pacient neplní záchop přijímá meotonus inkontinence operátní výkon</p> <p>stanovila/ukončila/ 20.12</p>	<p>stanovila/ukončila/ 20.12</p>	<p>č. dg. 9</p>	<p>dušnost z důvodu: úzkost bolest zvýšené únavy mechanické příčiny funkce jsou v normě</p> <p>pacient dýchá sportátně není cyanotický oxygenace ostnatí plícní funkce jsou v normě</p> <p>stanovila/ukončila/ 20.12</p>	<p>stanovila/ukončila/ 20.12</p>
<p>metriky z důvodu: PR hypoglykémie, hyperglykémie z důvodu: tělesné aktivity ↓ příjmu potravy porušení léčebného režimu</p> <p>pacient je informován o dietním režimu, aplikaci inzulinu uvědomuje si odpovědnost za do- držování režimu zná energetické hodnoty potravin</p> <p>stanovila/ukončila/ 20.12</p>	<p>stanovila/ukončila/ 20.12</p>	<p>č. dg. 10</p>	<p>smutek z důvodu: obava z nemoci za ztráty a omezení nákloných fyzikálních funkcí obava z převratné změny životního stylu ztráty části těla – amputace</p> <p>pacient verbalizuje příčiny svého stavu pacient spolupracuje a uctívá se na léčebném procesu pacienta vede k soběstačnosti</p> <p>stanovila/ukončila/ 20.12</p>	<p>stanovila/ukončila/ 20.12</p>
<p>metriky z důvodu: PR ↓ objemu tělesných tekutin z důvodu: aktivních ztrát (zvracení, kvácení z op. rány, drenu, diuretik, popálenin, hypertermie) selhání regulačních mechanismů pooperačního stavu</p> <p>pacient má sblížený objem tekutin zná účinky podávaných léků vedlejší účinky ovlivňující hydrataci</p> <p>stanovila/ukončila/ 20.12</p>	<p>stanovila/ukončila/ 20.12</p>	<p>č. dg. 11</p>	<p>zmařenost z důvodu: demence, věk nad 60 let, Aizh, choroby dlouhodobého vlivu alkoholu vlivu léčebné medikace, lék interakce oper. výkonu silné bolesti</p> <p>pacient se orientuje v místě, čase, prostoru pacient je soběstačný ochrana před poskozením sebe a okolí</p> <p>stanovila/ukončila/ 20.12</p>	<p>stanovila/ukončila/ 20.12</p>

Zkratky: PR - potencionální riziko, IVK - I.V. kanyla, CZK - centrální žilní katetr, PMK - permanentní močový katetr, DÚ - důvoda úslin, FF - fyziologické funkce, DC - dýchací cesty, CNS - centrální nervový systém, P-V - příjím - výdej, TT - tělesná teplota, DK - dolní končetiny, TEN - tromboembolická nemoc, RHB - rehabilitace

Po

Hodnocení ošetrovatelské péče

Datum	čas	Denní služba	Noční služba
20. 4. 2008	<p>1^o pac. přeložen & KARI na TAGE, oběhové náběhy. Orientovaný, spolupracuje ani psych. vstev není ideální hmotná péče: 1. dinnová: 12, 14, 15, 21 2. dinnová: 1, 2, 3, 6, 7, 14, 15, 21</p>		

TORBA KONTAKT

Příloha č. 3:

Riziko vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové

- bodové skóre se sčítá
- riziko vzniku dekubitů je při součtu bodů 25 a méně

<i>Schopnost spolupráce</i>	úplná	částečně omezená	velmi omezená	žádná
<i>Věk</i>	< 10	< 30	< 60	>60
<i>Stav pokožky</i>	normální	alergická	vlhká	suchá
<i>Přidružené onemocnění</i>	žádné	DM, TT anemie, kachexie	trombóza, obezita	karcinom
<i>Fyzický stav</i>	dobrý	zhoršený	špatný	velmi špatný
<i>Stav vědomí</i>	bdělý	apatický	zmatený	bezvědomí
<i>Aktivita</i>	chodí	s doprov.	sedačka	leží
<i>Mobilita</i>	úplná	částečně omezená	velmi omezená	žádná
<i>Inkontinence</i>	není	občasná	převážně moč	moč, stolice
<i>Bodové skóre</i>	4	3	2	1

(Trachtová, Fojtová, Mastiliaková, 2006)

Příloha č. 4:

Hodnocení sebepéče a soběstačnosti dle Gordonové

- schopnost najít se
- schopnost umýt se
- schopnost vykoupat se
- schopnost obléci se
- schopnost dojít si na toaletu
- schopnost pohybovat se v lůžku
- schopnost udržovat domácnost
- schopnost nakoupit si
- schopnost uvařit si

!!! bodové skóre se nesčítá !!!

Provedení činností	Bodové skóre
Nezávislý, soběstačný nemocný.	0
Potřebuje minimální pomoc, používá sám zařízení, sám zvládne 75% činností.	1
Potřebuje menší pomoc, dohled, radu. Sám zvládne 50% činností.	2
Potřebuje velkou pomoc (od druhé osoby, od přístroje), sám zvládne méně než 25% činností.	3
Zcela závislý na pomoci druhých. Potřebuje úplný dohled.	4
Absolutní deficit sebepéče, žádná aktivní účast. Potřebuje úplnou pomoc, nebo je neschopen pomáhat	5

(Trachtová, Fojtová, Mastiliaková, 2006)

