

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: ošetřovatelství

Studijní obor: ošetřovatelství

Identifikace studijního oboru: 5341R003

Šárka Hroudová

**Ošetřovatelský proces u pacienta s kolorektálním
karcinomem**

Nursing process for patient with carcinoma colorectal

Bakalářská závěrečná práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr Helena Chloubová

Praha, 18.5. 2009

Prohlášení

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

.....

Hroudová Šárka

V Praze dne 18.5. 2009

Poděkování

Děkuji tímto paní PhDr. Heleně Chloubové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad, které mi byly velkým přínosem. Dále bych chtěla poděkovat vrchní sestře, staniční sestře a lékařům na chirurgickém oddělení. Nemalé děkuji patří klientovi, panu G., který ochotně spolupracoval a poskytl mi informace o svém zdravotním stavu.

V Praze dne 18.5. 2009

Obsah:

| | |
|---|-----------|
| Úvod..... | 5 |
| A.Klinická část..... | 6 |
| 1. Charakteristika onemocnění..... | 6 |
| 2. Identifikační údaje..... | 21 |
| 3. Lékařská anamnéza a diagnózy..... | 21 |
| 3.1. Lékařská anamnéza..... | 21 |
| 3.2. Lékařské diagnózy..... | 24 |
| 4. Diagnostická péče..... | 25 |
| 4.1. Fyziologické funkce..... | 25 |
| 4.2. Laboratorní vyšetření..... | 26 |
| 4.3. Další diagnostická vyšetření..... | 28 |
| 5. Terapeutická péče..... | 29 |
| 5.1. Chirurgická terapie..... | 29 |
| 5.2. Farmakoterapie..... | 31 |
| 5.3. Fyzioterapie..... | 33 |
| 5.4. Dietoterapie..... | 34 |
| 6. Stručný průběh hospitalizace..... | 35 |
| B.Ošetřovatelská část..... | 36 |
| 1. Ošetřovatelská anamnéza a současný stav pacienta..... | 36 |
| 1.1. Subjektivní náhled na nemoc a hosp., hodnocení sestry..... | 36 |
| 1.2. Základní fyziologické potřeby..... | 37 |
| 1.3. Psychosociální potřeby..... | 42 |
| 2. Ošetřovatelské diagnózy..... | 47 |
| 3. Oše. cíle, plány, realizace, hodnocení..... | 49 |
| 4. Edukace..... | 61 |
| 5. Ošetřovatelský závěr a prognóza..... | 63 |
| C. 1.Zdroje informací..... | 65 |
| 2.Seznam použité literatury..... | 65 |
| 3.Seznam použitých zkratk..... | 67 |

Přílohy

A. ÚVOD

Závěrečnou bakalářskou práci jsem zpracovávala na chirurgické oddělení. Rozhodla jsem se proto, že mě zaujala ošetrovatelská praxe právě na tomto oddělení.

Vybrala jsem si 70. letého klienta, který byl plánovaně přijat pro resekci rektosigmatu s vyvedením kolostomie. Hlavní diagnózou je karcinoma coli sigmoidei ad vesica urinaria increscens. Klient měl problémy s vyprazdňováním stolice již od poloviny minulého roku. Nicméně z důvodu strachu z diagnózy přišel až začátkem letošního roku. Po mnoha vyšetřeních se tato závažná diagnóza potvrdila.

Klient s touto diagnózou mě velice zaujal, protože diagnóza kolorektální karcinom je jedno z nejčastějších nádorových onemocnění v České republice, i ve světě. Hlavním důvodem pro výběr tohoto klienta byl ale i osobní motiv. Bohužel tato zákeřná nemoc zasáhla i v mé rodině. Myslím si, že k této problematice mám blízko. Chápu klienta jak se cítí, a vím, že žít s touto nemocí je velice těžké nejen pro něj, ale i pro jeho rodinu. Doufám, že panu G. pomohu nejen v péči o základní tělesné potřeby, ale i po stránce psychické. Pokusím se mu předat veškeré zkušenosti a odborné vědomosti, které jsem získala nejen studiem na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze, ale i osobně a pomohu mu se s touto nemocí smířit a zároveň bojovat s ní. Pokud semnou bude spolupracovat a uvidím nějaké změny, pak jsem splnila cíl této práce.

A. KLINICKÁ ČÁST

KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM:

1. Charakteristika onemocnění:

1.1. Epidemiologie:

Kolorektální karcinom (KR.CA) je civilizační onemocnění. V roce 1989 dosáhla incidence nových onemocnění v ČR 53,8 na 100 000 obyvatel, čímž se ČR zařadila na 1. místo v celosvětových statistikách. Incidence má stoupající tendenci, roce 1997 byla 73,5 na 100 000 obyvatel, v roce 2001 již 88,7 na 100 000 obyvatel mužů a 62,6 na 100 000 žen. KR. CA je 2. nejčastější malignitou v ČR – graf. 3. a 4. viz příloha č.3. U mužů je na 2. místě za nádory průdušek a plic. U žen za nádory prsu. Ve světě je to 3. nejčastější nádorové onemocnění a v EU je na 2. místě – graf.1. a 2. viz příloha č.3.

Dle lokalizace KR-Ca se až 60% nachází v rektu, 15 – 20% v sigmoideu, 10% v céku a colon ascendens a 10 – 15% ve zbylém tračníku.

Největší výskyt je ve věku nad 70 let. Závažný je rostoucí počet nádorů diagnostikovaných pozdě.¹

1.2. Etiologie:

Karcinom tlustého střeva je v 80 % charakterizován sporadickým výskytem, bez jakékoliv genetické alterace. Důležitým rizikovým faktorem je věk – 90 % případů se vyskytuje po 50. roce věku.

¹ PAFKO P.: *Základy speciální chirurgie 1. vydání*, Praha: Galen, 2008 ISBN 978-80-246-1451-9 str. 91

Vliv stravy

Výsledky klinických a epidemiologických studií ukazují na zvýšené riziko vzniku těchto nádorů při stravě s vysokým obsahem živočišných tuků, červeného masa a s nízkým obsahem fermentabilní vlákniny (Obsahuje rostlinné lignany, které se mění na skupinu lidských lignanů bakteriálním působením v tlustém střevě. Zatím neznámým mechanismem působí projektivně proti karcinomu), snížený příjem kalcia (Ovlivňuje proliferaci střevních epitelových buněk místně a i absorpcí do krevního řečiště)², konzumace alkoholických nápojů- hlavně piva. Naopak mezi protektivními faktory se objevuje nejen strava s vyšším obsahem vlákniny, ale také tělesný pohyb, příjem dostatečného množství vápníku, vitamínu D, kyseliny listové, metioninu, selenu, betakarotenu a vitamínu C. Zvýšení rizika stravovacích návyků je způsobeno přítomnými genetickými poruchami. Existuje také přímá vazba mezi vzestupem tělesné váhy a vznikem nádorů tlustého střeva.

Predisponujícími faktory vzniku karcinomu tlustého střeva jsou i ulcerózní kolitida, Crohnova kolitida, schistosomální kolitida, expozice radiací, kolorektální polypy a chirurgicky založená ureterokolostomie. Spekulace jsou nad rizikem po cholecystektomii a výskytem papilomavirusu (HPV).³

Genetické vlivy

Syndrom familiární polyptyky tlustého střeva (FAP)

Nádor vychází z buněk střevní sliznice. Za normálních okolností je intenzivní proliferace buněk v rovnováze s jejich apoptózou. Proces apoptózy významně ovlivňuje protein APC, který je produktem stejnojmenného genu. U FAP jde o hereditární mutaci genu APC (jedné alely) a kombinaci získaného defektu druhé alely. Riziko vzniku karcinomu je u těchto jedinců téměř 100%. Dalšími syndromy s mnohočetnou polypózou jsou Gardnerův syndrom, Turkottův syndrom, Peutzův- Jeghersův syndrom a familiární juvenilní polypóza.

² WAY LAWRENCE W. A KOL.: *Současná chirurgická diagnostika a léčba 2.díl*, Praha: Grada Publishing, 1998 ISBN 80-7169-397-9 str. 819 - 820

³ WAY LAWRENCE W. A KOL.: *Současná chirurgická diagnostika a léčba 2.díl*, Praha: Grada Publishing, 1998 ISBN 80-7169-397-9 str. 819 - 820

Hereditární nepolypózní karcinom (Lynchův syndrom)

Toto onemocnění je sdruženo hlavně s defekty genů, které reparují DNA. Lynchův syndrom I je charakterizován familiárním výskytem KR-CA bez přítomnosti polypů. Lynchův syndrom II je charakterizován navíc výskytem maligních nádorů v jiných lokalizacích.

Familiární výskyt karcinomů tlustého střeva

Z výsledků epidemiologických studií vyplývá, že příímí příbuzní nemocných v první a druhé linii mají 3x až 4x vyšší riziko onemocnění KR-CA ve srovnání s ostatní populací. Důležité jsou preventivní a screeningové programy.⁴

1.3. Šíření kolorektálního karcinomu:

1.Přímé prorůstání:

Karcinom roste cirkulárně a může střevo obkroužit úplně, než je diagnostikován. Především v levé polovině tračníku, která má menší průměr než polovina pravá. Trvá asi 1 rok, než nádor obkrouží $\frac{3}{4}$ obvodu střeva. Podélné submukózní šíření se děje invazí intramurální lymfatické síti, ale zřídka přesáhne 2 cm od okraje nádoru, s výjimkou případů, kdy jsou současně postižené lymfatické uzliny. Tak jak se nádor šíří radiálně, penetruje vnější vrstvy stěny střevní a může prorůst do sousedních struktur: do jater, velké křivky žaludku, do duodena, tenkého střeva, slinivky, sleziny, močového měchýře, pochvy, do ledvin, močovodů, do břišní stěny. Karcinom rekta může prorůst do stěny pochvy, močového měchýře, prostaty, křížové kosti, podél levátorů. Subakutní perforace se zánětlivou fixací střeva k okolním orgánům bývá běžným vyšetřením nerozeznatelná od vlastní tumorózní invaze.

2.Hematogenní metastázy:

Nádor může pronikat do žil střeva a cestou vena portae v játrech vytvářet metastázy. Diseminace nádorů cestou lumbálních vertebrálních žil končí v plicích a jinde. Rektální karcinom se šíří cestou hypogastrických žil. Metastázy do vaječnicků jsou většinou hematogenní a naleznou se až u 4% žen

⁴ **BEDNAŘÍK O. MUDr.:** *Diagnostika a léčba nádorů tlustého střeva a konečníku*, <http://www.internimedica.cz/artkey/int-200804-0006.php> , datum použití: 1. 5. 2009

s KR-Ca. Žilní invaze se vyskytuje v 15-50% případů, i když ne vždy se vytvoří vzdálené metastázy. Chirurgové se snaží omezit hematogenní metastazování během operace minimalizováním manipulace s nádorem.

3. Regionální lymfatické metastázy:

Toto je nejčastější forma šíření nádoru. Důležitým mechanismem je podélné šíření extramulárními lymfatickými cestami. Nádor konečníku metastazuje radiálně podél lymfatických cév k boční stěně pánve, kde mohou být postiženy obturátorové uzliny. Regionální uzliny nemusí být nutně postiženy v řadě za sebou.

4. Intraperitoneální metastáze:

Jestliže primární tumor pronikne serózou střeva a tumorózní buňky se dostanou volně do peritoneální dutiny, pak svým „usazením“ vytvoří místní implantaci nebo generalizovanou karcinomatózu. Velká metastatická infiltrace v pánevním Douglasově prostoru je palpačně dobře zjistitelná (Blumerův příznak).

5. Intraluminální metastázy:

Sloupnuté maligní buňky z povrchu nádoru mohou být dále transportovány spolu se stolicí. Distální implantace na intaktní sliznici se vyskytne zřídka, jestli vůbec, ale živé buňky se mohou zachytit především v místě anastomózy nebo staplerové linie během operace.⁵

1.4. Klinické příznaky:

Adenokarcinom tlustého střeva a rekta má střední doubling time (čas potřebný k tomu, aby se nádor v objemu zdvojnásobil) asi 130 dní. Předpokládá se, že asi 5 let - ale často 10 až 15 let – roste nádor bezpříznakově předtím, než dosáhne rozměrů, které se projeví symptomaticky. Během této asymptomatické fáze bývá diagnóza stanovena pouze náhodným vyšetřením.

Symptomatologie pacientů s KR-CA závisí na anatomickém uložení léze, na typu a rozsahu tumoru a na komplikacích, včetně perforace, obstrukce a krvácení. Viditelná systémová manifestace, jako kachexie, signalizuje pokročilost onemocnění. Průměrná doba mezi objevením se symptomů a

⁵ WAYLAWRENCE W. A KOL.: *Současná chirurgická diagnostika a léčba 2.díl*, Praha: Grada Publishing, 1998 ISBN 80-7169-397-9 str. 820 - 821

definitivní terapií je 7 – 9měsíců. Za toto zdržení jsou zodpovědni jak nemocní, tak lékaři.

Pravé kolon:

Má velké rozměry a tenké roztažitelné stěny, stolice je tekutá, vzhledem k těmto skutečnostem může karcinom, ještě před tím než je diagnostikován, dorůst značných rozměrů. Pacienti si ztěžují na únavnost a slabost, které způsobuje těžká anémie. Nevysvětlitelná mikrocytární hypochromní anémie má vždy vést k úvaze o karcinomu vzestupného tračníku. Nebývá masivní krvácení do stolice, ale okultní krvácení lze zachytit velmi často. Pacient si obvykle na nejistý diskomfort v pravé polovině břicha, který se dostaví často po jídle a může být mylně považován za onemocnění žlučníku nebo gastroduodena. Změna defekačního stereotypu není charakteristická pro karcinom pravé poloviny kolon, a rovněž obstrukce je málo častá. Asi u 10% nemocných se jako první známka projeví pacientem či lékařem palpovatelná rezistence.

Levé kolon:

Má menší průměr než pravé a stolice je polotuhá. Nádory levé poloviny kolon postupně uzavírají střevní lumen, což způsobí změnu defekačního stereotypu, kde se střídá obstipace se zvyšující se četností defekací (nikoli pravé vodové průjmy). Částečná nebo kompletní obstipace může být prvním příznakem choroby. Krvácení je časté a zřídka kdy masivní. Stolice může být potažená nebo promísená se světlou či tmavou krví a hlenem, často s ní odcházejí a malá krevní koagula.

Rektum:

Nejčastějším příznakem je odchod červené krve spolu se stolicí (hemetogeneze). Krvácení je obvykle trvalé, může být lehké nebo (vzácně) masivní. Krev může nebo nemusí být smíšená se stolicí nebo hlenem. Rozpoznání zdroje krvácení na základě barvy a typu krvácení není možné. *Kdykoliv se objeví krvácení z konečníku u lidí středního či vyššího věku, i když jsou přítomny hemoroidy, musí být vyloučena možnost koexistujícího karcinomu.* Mohou být přítomny tenezmy (bolestivá nekompletní evakuace rekta).⁶

⁶ WAYLAWRENCE W. A KOL.: *Současná chirurgická diagnostika a léčba 2.díl*, Praha: Grada Publishing, 1998 ISBN 80-7169-397-9 str. 821 - 822

1.5. Diagnostika:

1.5.1. Anamnéza, fyzikální vyšetření:

Základem diagnostiky je podrobná anamnéza klienta a fyzikální vyšetření, důležité k určení rozsahu místního onemocnění, ke zjištění vzdálených metastáz a k nalezení chorob jiných orgánů, které mohou ovlivnit léčbu. Velmi pozorně je třeba vyšetřit supraklavikulární oblast vzhledem k možnosti metastatických uzlin. Vyšetření břicha může odhalit infiltrát, zvětšená játra, ascites nebo zvýraznění žilní kresby při portální hypertenzi. Je-li palpovatelná rezistence, je nutné vyšetřit její rozsah a umístění, a rovněž fixaci k okolí. Dále vyšetření per rektum, pochvou a rektovaginální.

1.5.2. Laboratorní hodnoty:

Je nutné provést rozbor moči a stanovit množství leukocytů a hemoglobinu v krvi. Je třeba vyšetřit hladinu sérových bílkovin, kalcia, bilirubínu, alkalické fosfatázy a kreatininu. Dále Karcinoembryonální antigen (CEA) je glykoprotein nalezený v buněčných membránách mnoha tkání, včetně karcinomatózních tkání tlustého střeva a rekta. Slouží pouze ke sledování pacientů s prokázaným nádorovým onemocněním v průběhu léčby a při kontrolách po léčbě. Intravenózně mohou být podány radioaktivně značené monoklonální protilátky namířené proti tumor-associated antigenům. U těchto nemocných může předoperačně detekovat tumor gamma-scintiscan (radioimunoscintigrafie). Pomocí ruční detekční sondy lze i během operace pátrat po radioaktivně označených nádorech, které by jinak unikly pozornosti. Tento postup nazvaný „radioimmunoguided surgery“ je stále ve stádiu výzkumu.

Vyšetření stolice na okultní krvácení. Test je založen na průkazu tetracyklické struktury hemu, zbarvení vzniká pseudoperoxidázovou reakcí.

Vyšetření má velmi nízkou senzitivitu, takže test lze chápat jen jako orientační. Negativní výsledek nelze přeceňovat.

1.5.3. Rentgenologická vyšetření:

Rutinní vyšetření je rtg hrudníku. Z diagnostického hlediska je nejdůležitější radiodiagnostickou metodou irigografie, přestože karcinom je stále častěji diagnostikován kolposkopicky, a kontrastní rtg vyšetření pak

není v těchto případech nutné. Při zjišťování karcinomu rekta se provádí palpce nebo sigmoidoskopie.

CT vyšetření není nezbytné u nemocných s karcinomem tlustého střeva, ale velmi pomůže k odhalení extramurálního růstu rektálních nádorů. Pro tento účel je ještě přesnější vyšetření MR. Endorektální ultrasonografie poskytuje velmi přesně informace o hloubce penetrace do stěny, nebo skrze stěnu v případech karcinomu rekta. Odhalí též přítomnost zvětšených pararektálních lymfatických uzlin, ale současnosti ještě nedokáže rozlišit mezi reaktivním zvětšením uzlin a karcinomatózním postižením.

1.5.4. Endoskopické vyšetřovací metody:

Proktosigmoideoskopie - 50-60% KR-Ca je v dosahu 60 cm flexibilního sigmoidoskopu. Pouze 30-40% je dosažitelných s pomocí 30 cm flexibilního sigmoidoskopu, a ještě méně (asi 20%) lze vidět pomocí rigidního rektoskopu. Z nádoru má být vzat vzorek k histologickému vyšetření. Koloskopie. Má-li se provést kurativní léčba, je nezbytná endoskopie celého tlustého střeva. Dává se přednost předoperační koloskopii, pokud tomu však nebrání obtulující karcinom nebo jiné skutečnosti. Dnes se pacient s krvácením z konečníku stále častěji podrobuje okamžité totální koloskopii, při které je nalezen karcinom, ihned provedena biopsie, synchronní léze jsou vyloučeny (nebo léčeny), operace je naplánována bez potřeby irigografie. Je-li jako první vyšetření provedena irigografie, doporučuje se přesto i koloskopie k potvrzení neoplastického procesu, ale důležitější je zjistit přítomnost synchronních polypů nebo karcinomů.⁷

1.6. Morfologie:

Asi v 85 % případů vznikají kolorektální karcinomy ze střevních polypů. V 90 % se jedná o tubulární adenokarcinom, v 8 % o hlenotvorný adenokarcinom a ve 2 % o karcinom z prstenčitých buněk. Vzácné jsou solidní, adenoskvamózní a dlaždicobuněčné karcinomy. Zcela výjimečně se

⁷ WAYLAWRENCE W. A KOL.:*Současná chirurgická diagnostika a léčba 2.díl*, Praha: Grada Publishing, 1998 ISBN 80-7169-397-9 str.822 - 823

vyskytují karcinoidy, sarkomy a nehodgkinské maligní lymfomy. Z hlediska prognostického je důležité stanovení histologického gradingu.⁸

1.7. Diferenciální diagnóza:

Po objevení se GIT symptomů u nemocných s karcinomem kolon a rekta se učíní nesprávná diagnóza až ve 25% případů. Symptomy mohou být nesprávně přičítány onemocnění horní části GIT., zvláště pak žlučnickovým konkrementům nebo peptickému vředu. Není-li vyšetřena stolice na okultní krvácení, může být chronická anémie přičítána primárnímu hematologickému onemocnění. Akutní bolesti pravé poloviny břicha způsobené karcinomem mohou simulovat apendicitidu.

Nejvíce se chybuje, jsou-li klinické známky příčiny benignímu onemocnění a pacienti jsou dokonce i operováni pro benigní anorektální léze, zatímco přítomnost karcinomu ustává nepoznána. Může být obtížné odlišení karcinomu od divertikulární choroby, a v těchto případech pomůže koloskopie. Ostatní choroby tlustého střeva včetně ulcerózní kolitidy, Crohnovy kolitidy, ischemické kolitidy, amébiázy lze obvykle diagnostikovat pomocí sigmoidoskopie, koloskopie a irigografie. Symptomy mohou být přičítány dráždivému tračníku až po vyloučení přítomnosti neoplázie.⁹

1.7. Léčba:

1.7.1. CHIRURGICKÁ:

A. Karcinom tlustého střeva:

Po přípravě střeva spočívá léčba v široké chirurgické resekci tumorózní léze a příslušného regionálního lymfatického aparátu. Primární nádor se má resekovat i v případech vzdálených metastáz, neboť jde o prevenci obstrukce či krvácení, a tato paliace může sloužit po dlouhou dobu.

Explorace dutiny břišní slouží k posouzení resekability nádorů a k pátrání po dalších primárních karcinomech střeva, vzdálených metastázách a

⁸ **BEDNAŘÍK O. MUDr.:** *Diagnostika a léčba nádorů tlustého střeva a konečníku*, <http://www.internimedica.cz/artkey/int-200804-0006.php>, datum použití: 1. 5. 2009

⁹ **WAY LAWRENCE W. A KOL.:** *Současná chirurgická diagnostika a léčba 2.díl*, Praha: Grada Publishing, 1998 ISBN 80-7169-397-9 str.823 - 824

přidružených břišních nemocech. Je třeba dát pozor na to, aby při palpaci nebyl nádor roznesen po dutině břišní.

B. Karcinom rekta:

Výběr operace pro karcinom rekta závisí na výšce jeho uložení nad řitním otvorem, na jeho konfiguraci (polyploidní nebo infiltrativní), na jeho velikost, stupni diferenciaci, a dále na habitu a hmotnosti pacienta a jeho všeobecné kondici. Předoperační staging stanovený digitálním rektálním vyšetřením, CT, MR, endorektální ultrasonografií nebo kombinací těchto metod pomáhá stanovit léčbu přesně „na míru“ daného pacienta. Zachování análních sfinkterů a vyhnutí se kolostomii je velmi žádoucí, je-li to možné.

Základní chirurgické postupy při nádorech konečníku jsou:

1. Abdominoperineální resekce rekta.

Distální sigmoideum, rektosigmoideum, rektum a anus jsou odstraněny kombinovaným abdominálním a perineálním přístupem. V těchto případech je nutné založit permanentní terminální sigmoidostomii. Tuto operaci neprovádíme, je-li přítomen difuzní nádorový rozsev nebo fixace tumoru ke kostem pánve.

2. Nízká přední resekce rekta.

Tato operace se provádí z abdominálního přístupu a považuje se za kurativní výkon volby za předpokladu, že lze resekovat alespoň 2 cm pod dolní úroveň nádoru.

3. Místní excize.

Ve velmi přísně vybrané skupině nemocných s malým, dobře diferencovaným, pohyblivým polyploidním nádorem lze provést lokální diskovitou resekci rekta s tumorem jako definitivní léčbu bez odstranění lymfatických uzlin.

4. Elektrokoagulace.

Je vhodný pro velké léze pod peritoneálním dnem pánevním u vysoce rizikových nemocných. Postup vyžaduje celkovou anestézii a děje se v několika sezeních.

5. Fotokoagulace laserem.

Pro odstranění drobných nádorů nebo destruování pokročilé tumorózní léze. Tato metoda je speciálně užitečná při léčbě obturujících rektálních karcinomů. Možná je i kombinace s chirurgickým postupem nebo radioterapií.

6. Paliativní operace.

V případě obtulujícího rektálního karcinomu, který může být resekován, se zakládá kolostomie. U vysoce rizikových pacientů se vzácně provádí Hartmannova operace.

7. Radiační terapie.

Intrakavitální, externí nebo implantační techniky se používají samostatně nebo v kombinaci s chirurgickou excizí malých rektálních karcinomů. V některých případech tumorózní léze reagují tak dobře, že se lze bez radikální chirurgické léčby obejít. Předoperační megavoltážní ozáření, často kombinované s chemoterapií, která zvyšuje radiační efekt, může zmenšit rektální karcinom, usmrtit maligní buňky v regionálním lymfatickém aparátu a zabránit místní recidivě. Vnější radiační terapie se široce užívá u nemocných, kde tumorózní léze jsou fixovány a zdají se být neresekabilní. Po radiaci lze některé z těchto nádorů odstranit. Intraoperační radiační léčba se ukazuje být silnou metodou pro místní pánevní recidivy.

1.7.2. Adjuvantní léčba:

Měla by být uplatňována různá strategie při léčbě karcinomu tlustého střeva a při léčbě karcinomu rekta. Pacienti s lézemi I. Stádia v obou kategoriích nepotřebují adjuvantní léčbu. Pacienti s karcinomem konečníku II. a III. stádia mají méně místních recidiv a přežívají déle, kombinuje-li se pooperační chemoterapie s radiační léčbou. U karcinomu kolon II. stadia nelze doporučit žádnou adjuvantní léčbu a nemocní mají být zařazeni do klinických studií. Taktéž nemocní se střevním karcinomem III. stádia mají být zařazeni do klinických studií, avšak není-li to možné, lze akceptovat orálního podávání levamizolu s intravenózním fluorouracilem.¹⁰

¹⁰ WAYLAWRENCE W. A KOL.: *Současná chirurgická diagnostika a léčba 2.díl*, Praha: Grada Publishing, 1998 ISBN 80-7169-397-9 str.824 - 826

1.8. STOMIE:

- a)terminální- konečné 1 kmen
- b)axiální- (dvojhlavňová) – přívodné a odvodné raménko stomie
- c)katéťrová- střevo přes dutinu břišní pomocí zavedeného katétru do jeho lumina

tenké střevo- katedrová jejunostomie – enterální výživa nemocného (po resekci jícnu, gastrektomie)

ileostomie- projektivní – po subtotální hemicolektomii
- totální – po totální kolektomii

tlusté střevo- sigmoideostomie (dvojhlavňová) u ileózních stavů, terminálních stavů – u amputace recta,
- transverzostomie (dvouhlavňová)- u akutních ileózních stavů při obstrukci levého tračníku

Typy konstrukce kolostomie:

- A) koncová
- B) dvouhlavňová
- C) nástěnná



Stomie, by-passy slouží k obnově nebo udržení průchodnosti střeva při neodstranitelném nádoru, nebo k odvrácení proudu stolice z postiženého nebo ošetřeného úseku střeva. Definitivní (trvalá) stomie má být založena co

nejdistálněji - transversostomie, sigmoideostomie. Přejídná stomie (protektivní, derivační stomie) má umožnit snadné ošetřování a zrušení. V současnosti mají v této indikaci přednost ileostomie před kolostomiemi. Bypassy jsou indikovány jako funkční obchvat neodstranitelného nádoru v nitrobřišních úsecích tlustého střeva - při nádoru v pravé polovině tračníku formou ileo-kolické anastomózy, v levé polovině tračníku formou anastomózy kolokolické.

Po založení stomie musí být nemocný v závěru operace ošetřen stomickým systémem. Při plánovaném založení stomie musí být zahájena stomická péče před operací. Péče o stomii je nedílnou součástí pooperační a následné péče, zajišťuje ji lékař a stomická sestra (péče o stomii viz příloha č.10).¹¹

1.9. Léčba komplikací:

A. Obstrukce:

Obturující karcinom pravé nebo levé poloviny tračníku se u nemocných v dobrém stádiu léčí okamžitou resekcí.

B. Perforace:

Doporučuje se agresivní přístup k perforaci nádoru tlustého střeva, ale anastomóza bývá obvykle odložena. Proximální konec se exteriorizuje jako kolostomie (nebo ileostomie), distální konec se exteriorizuje nebo slepě uzavře. Anastomóza střevní se provede sekundárně, až pominou zánětlivá postižení tkáně.

C. Přímé šíření nádorů:

Jestliže karcinom střeva se rozšíří do okolí a postihl vícera, jako tenké střevo, slezinu, dělohu, močový měchýř, odstraní se tyto orgány celé nebo částečně, a to jen blok spolu s resekovaným tlustým střevem.¹²

¹¹ HOCH, J., *Návrh standardu chirurgické léčby kolorektálního karcinomu*, <http://www.hpb.cz/index.php?pId=05-2-07>, datum použití: 1.5.2009

¹² WAY LAWRENCE W. A KOL.: *Současná chirurgická diagnostika a léčba 2.díl*, Praha: Grada Publishing, 1998 ISBN 80-7169-397-9 str.826

1.10. Prognóza:

Výsledky chirurgické léčby jsou lepší u karcinomu tlustého střeva než při karcinomu rekta, u něhož pak nález tumoru pod peritoneálním dnem pánevním má horší prognózu než karcinom ve vyšších úsecích rekta. Přesto je stádium nemoci nejdůležitějším faktorem při přežívání nemocných po chirurgických resekcích. Bylo vymyšleno mnoho stagingových systémů, počínaje Dukesovou klasifikací před 60 lety. Žádná z klasifikací v současnosti úplně nevyhovuje, ale v USA byl široce přijat systém TNM - tabulka viz příloha. Klinické údaje jsou užity při kategorizaci M, a jak klinické, tak patologické informace zastupuje klasifikace T a N. Průměrné pětileté přežívání nemocných s KR-CA je při užívání Dukesovy klasifikace následující: stádium A – 80%, stádium B – 60%, stádium C – 30%, stádium D – 5%.

Přibližně 10% nádorových lézí je v době operace již neresekabilní a dalších 20% pacientů má již metastázy v játrech nebo vzdálené metastázy. Proto kurativní operace je možná pouze asi u 70% nemocných. Operační mortalita je 2 – 6%. Přežívání nemocných, kteří podstoupili kurativní resekci, lze očekávat asi 55%, průměrně (všechna stádia) přežívá asi 35% nemocných. Diagnózu nepříznivě ovlivňují komplikace, histologické nálezy – stupeň diferenciace nádoru, přítomnost koloidní složky, intravaskulární propagace nádorových buněk nebo přítomnost maligních buněk perineurálním prostorem. Po kurativní resekci KR-CA musí zůstat pacient pod stálou kontrolou. Důvodem je včasné rozpoznání recidivy, metastáz nebo metachromních lézí. Program sledování se liší dle lokalizace původního nádoru, typu operace a stádia nemoci. Hladiny CEA v séru u nemocných ve stádiu II. nebo III. je třeba sledovat v intervalech 1 až 2 měsíců stolicí na OK vyšetřovat každých 12 měsíců. Koloskopie se má provést 1 rok po operaci a jestliže při kompletním vyšetření nenajdeme neoplázii, můžeme interval vyšetření prodloužit na 2 až 3 roky. Je-li odhalena recidiva nebo metastatické postižení, pacient má být vyšetřen vzhledem k potenciální možnosti chirurgické resekce příslušné léze. Tato je zvláště pravděpodobná v případech jaterních či plicních metastáz a bývá možné i lokální odstranění recidivy (např. pánevní) v kombinaci s intraoperační radioterapií. Je-li podezření na recidivu karcinomu ze zvyšujících se hladin CEA a příslušným vyšetřením nelze lézi

nelézt, je indikována „sekond-look“ laparotomie. Význam tohoto přístupu na přežívání nemocných není jistý, ale resekabilní karcinom lze nalézt u 30 – 60% pacientů.¹³

1.11. Dispenzarizace:

Dispenzární programy KR-Ca se používají u vysokorizikových skupin tohoto onemocnění viz výše. KR-CA těchto jedinců činí přibližně 20 % celkového počtu a náplň dispenzárních programů se liší podle stupně rizika. Návrh dispenzárních programů vysokorizikových skupin KR-Ca vychází z českého doporučení publikovaného v roce 1999 a dvou verzí těchto programů publikovaných Americkou gastroenterologickou asociací v roce 1997 a 2003. Dosavadní dispenzární program doporučoval pro všechny osoby této skupiny stejný postup: test na okultní krvácení ve stolici od 40 let věku, u osob s nízkým rizikem posunut o 10 let déle. Zařazení do dispenzárního programu bylo zvlášť zdůrazňováno u jedinců, v jejichž rodinách se vyskytl KR-CA ve věku méně než 55 let nebo adenom pod 60 let věku.¹⁴

1.12. Předoperační péče:

Vyloučení příjmu ústy 6 hodin před operací, při kratším odstupu nebo v akutním stavu, zejména při obstrukci NG sonda. Úprava vnitřního prostředí a krevního obrazu (Hb 10,0 g%). Oholení břicha v rozsahu prsní bradavky - polovina stehen, je-li plánována operace z perineálního přístupu, oholení kolem řitě, perinea a hyždí. Mechanická příprava střeva - doporučená a vhodná. Provedení - den před operací. V akutním stavu - bez mechanické přípravy (Alternativa: očistné klyzma při obstrukci, vhodné). *Profylaxe TEN*: nezbytná - nízkomolekulární heparin v profylaktické dávce od večera před operací, v akutní situaci okamžitě po stanovení indikace k operaci.

¹³ WAY LAWRENCE W. A KOL.: *Současná chirurgická diagnostika a léčba 2.díl*, Praha: Grada Publishing, 1998 ISBN 80-7169-397-9 str. 826 - 827

¹⁴ FRIČ P, ZAVORAL M.: *Dispenzární programy vysokorizikových skupin kolorektálního karcinomu (KR - CA)*
<http://www.hpb.cz/index.php?pId=05-2-05>, Datum použití: 1.5.2009

Krevní transfuze: vyšetření skupiny, HL systému a protilátek pro případ TRF během operace. Úprava KO před operací, v akutní situaci před/a během operace. *ATB profylaxe*: doporučena. Intravenózní aplikace antibiotika 2 hodiny před zahájením operace, další dávka při operaci delší než 3 hodiny. 3 dávky antibiotika nejsou v profylaxi účinnější než 1 dávka. Výběr antibiotika: doporučena kombinace cefalosporinu a imidazolu, nebo gentamycinu a imidazolu, nebo monoprofylaxe augmentinem; přihlédnout k bakteriologické situaci pracoviště a regionu.

1.13. Pooperační péče:

Monitorace vitálních funkcí nejméně 24 hodin po operaci, bilance tekutin, do obnovy střevní pasáže denně biochemické a hematologické laboratorní vyšetření, zajištění dokonalé analgezie. Sledování odvodu z drenů. Nasogastrická sonda - fakultativně, nezbytná při operaci pro obstrukci, nezbytná při rozvoji pooperační gastroplegie. Realimentace, nutrice. Elektivní kolorektální operace má být provedena po optimalizaci nutričního stavu (laboratorní ověření - celková bílkovina, albumin). U všech operovaných je indikována parenterální výživa počínaje prvním pooperačním dnem, s cílem dosažení nebo udržení optimálního stavu nutrice. Enterální výživa chemicky definovanou stravou je možná rovněž od prvního pooperačního dne. Kontraindikací je těžká porucha střevní pasáže a gastroplegie. Postupnou zátěž běžnou dietou lze zahájit po obnově střevní pasáže, zpravidla 4.-5. den po operaci. Dechová rehabilitace a vertikalizace jsou indikovány od 1. pooperačního dne. Dechovou rehabilitaci nelze v žádném případě odkládat, vertikalizace může být podmíněna vedením, resp. odezníváním anestezie, zejména epidurální. Profylaktická aplikace antibiotik ve vztahu k elektivní střevní operaci - po intraperitoneálních výkonech s otevřením střevního lumen nejvýše 24 hodin po operaci, po extraperitoneálních výkonech nejvýše 48 hodin po operaci.¹⁵

¹⁵ HOCH, J., *Návrh standardu chirurgické léčby kolorektálního karcinomu*, <http://www.hpb.cz/index.php?pld=05-2-07>, datum použití: 1.5.2009

2. Identifikační údaje

Jméno, příjmení: J. G.

Oslovení: Pan. G.

Věk: 70 let

Rodné číslo: 390000/0000

Stav: ženatý

Vzdělání: střední odborné učiliště – obor truhlář

Povolání: starobní důchodce, dříve truhlář

Adresa: Praha

Telefon: má

Národnost: česká

Pojišťovna: VZP (111)

Vyznání: věřící- římsko-katolické

Kontaktní osoba: manželka Julie- mobil

Hlavní důvod přijetí:

Plánovaná resekce rectosigmatu pro tumor v 19 cm a infiltrací do vesika urinaria.

Datum hospitalizace: 1.4. 2009 10:00 hod.

Datum operace: 2.4. 2009

Doba ošetrovatelské péče: 6.4., 7.4., 8.4. 2008

(1a, 2, 3)

3. Lékařská anamnéza a diagnózy

3. 1. Lékařská anamnéza

3. 1. 1. Alergologická anamnéza

Neguje

3. 1. 2. Epidemiologická anamnéza

Neguje

3. 1. 3. Farmakologická anamnéza

| Název léku | Generický název | Forma | Dávkování | Skupina |
|----------------------------|-------------------|-------|-----------|--|
| Apo- metoprolol 50mg | Antihypertenzivum | Tbl. | 1/2-0-1/2 | Metoprololi tatra |
| Amprilan 5mg | Antihypertenzivum | Tbl. | 1-0-0 | Ramiprilum |
| Godasal 100mg | Antikoagulancia | Tbl. | 1-0-0 | Kys. Acetylsalicylová |
| Metformin 850mg | p.o. diabetikum | Tbl. | 1-0-1 | Metforminihydrochloridu m |
| Metformin 500mg | p.o. diabetikum | Tbl. | 0-0-1 | Metforminihydrochloridu m |
| Amaryl 3mg | p.o. antibiotikum | Tbl. | 1-0-0 | Glimepiridum |
| Sortis 40mg | Hypolipidemikum | Tbl. | 1-0-0 | Atorvastatinum calcicum trihydrikum |
| KCl | Káliový přípravek | Tbl. | 1-0-0 | Kalií chloridum |
| Apo – ome 20mg | antiulcerozum | Tbl. | 1-0-0 | Omeprazol ¹⁶ |

3. 1. 4. Sociální anamnéza

Klient je ženatý, má manželku. Nemají žádné děti. Bydlí spolu s manželkou v panelákovém bytě 2+1 ve 2. patře, s výtahem. Klient má 3 sourozence, které pravidelně navštěvuje. Jedna sestra a bratr žijí v Praze, druhá sestra žije na vesnici. Manželka i sourozenci se o zdravotní stav klienta zajímají.

3. 1. 5. Pracovní anamnéza

Nyní je ve starobním důchodu. Dříve pracoval jako truhlář. Toto povolání vykonával celý život. Moc se mu to líbilo. Ve starobním důchodu se mu také líbí. Prý má zase spoustu času na své koníčky. Jen kdyby byl prý zdravý.

¹⁶KOCINOVÁ S, ŠTĚRBÁKOVÁ Z, ERBANOVA Š.: *Přehled nejužívanějších léčiv*, Praha: Informatorium, 2007 ISBN 978-80-7333-059-0

3. 1. 6. Abusus

Nekouří – exkuřák. od 18.let - do roku 1999 (10-15 cigaret za den)

Alkohol – příležitostně – pivo 2-3x týdně, tvrdý alkohol nepije

Drogy ani jiné návykové látky neužívá.

3. 1. 7. Rodinná anamnéza

Otec zemřel v 69 letech na CMP. Matka zemřela v 69 letech, jako důsledek CMP. Bratr 52 let – zdrav. 1. sestra 66 let – Ca prsu, jinak zdravá. 2. sestra 74 let – zdravá. 3. sestra 66 let – náhlá smrt.

(1a, 3)

3. 1. 8. Osobní anamnéza

Choroby: Běžná dětská onemocnění, hypertensis arteritis, ICHS, st. po implantaci koronárního stentu (19.2.2009), st. po IM, DM II. typu na PAD, hypertensio dyslipidémie, hernia umbilicalis, st. po APPE (1994), st. po operaci fraktury mandibuly

Úrazy: Pád s následnou frakturou mandibuly - 1995

Operace: St. po APPE – 1994

St. po operaci fraktury mandibuly

St. po implantaci koronárního stentu

Alergie: neguje

Embolie: 0, CHOPN: 0, TBC: 0, Hepat.: 0, TEN: 0

3. 1. 9. Nynější onemocnění

Klient sledován od léta 2008 pro dlouhodobé a přetrvávající obtíže signalizující dg. Z důvodu osobní anamnézy a v rámci předoperační přípravy provedená operace s implantací koronárního stentu (19.2.2009). Po tomto výkonu klient užívá Plavix po dobu jednoho měsíce. Poté je možná plánovaná operace (resekce rektosigmatu). V rámci předoperační přípravy provedena irrigoskopie, irrigografie, CT břicha a malé pánve, kolonoskopie, biopsie tkáně rektosigmatu. (Výsledky vyšetření, viz další dg.vyš.)

Stav při přijetí: klient plně při vědomí, spolupracuje, bez alterace celkového stavu, eupnoický, bez ikteru a cyanózy. Stav výživy a hydratace přiměřený.

Hlava: Bez zevních známek traumatu, na poklep nebolestivá, bulby ve středním postavení, všemi směry volně pohyblivé, zornice izokorické

Krk: Souměrný, všemi směry volně pohyblivý, anteflexe nebolestivá

Hrudník: Souměrný, pevný, poklep nad plícemi plný, jasný, dýchání čisté, sklípkové

Břicho: V niveau, dýchá celé, pohmatem měkké, nebolestivé, bez patol. rezistence, aperitoneální, poklep dif. bubínkový, tapottement bilet. neg., jizvy na břicho klidné.

HK: bez traumatických změn

DK: bez traum. změn, bez varixů, otoků, zn. TEN, pulzace do periferie symetrická

Pánev: pevná, palpačně nebolestivá

Páteř: poklepově nebolestivá

Per rektum: bez hmatné rezistence, na rukavici hnědá stolice

(2,3)

3. 2. Lékařské diagnózy

3.2.1. Lékařská diagnóza při přijetí

- Plánovaná resekce rektosigmatu s vyvedením kolostomie pro karcinom v 19 cm coli sigmoidei ad vesica urinaria increscens.

3.2.2. Vedlejší lékařské diagnózy

- Esenciální (primární) hypertenze
- Jiné formy chronické ICHS
- DM II. typu – na PAD
- Hernia umbilicalis

(3)

4. Diagnostická péče

4. 1. Fyziologické funkce

1.4. – Příjem

| | <u>Tlak</u> | <u>Puls</u> | <u>Dechová frekvence</u> | <u>Teplota</u> °C | <u>Vědomí</u> |
|------------------|-------------|-------------|------------------------------|----------------------|-----------------------------------|
| 10 ⁰⁰ | 125/80 | 74´ | 18 | 36,7 | Plně při vědomí, orientován |
| 16 ⁰⁰ | 130/75 | 76´ | 17 | 36,6 | |
| 22 ⁰⁰ | 130/80 | 80´ | 15 | 36,5 | |

6.4. – 8.4.

| | <u>Tlak</u> | <u>Puls</u> | <u>Dechová frekvence</u> | <u>Teplota</u> °C | <u>Vědomí</u> |
|----------|-------------|-------------|------------------------------|----------------------|--------------------------------------|
| 6.4.9:00 | 140/65 | 84´ | 16 | 36,4 | Plně při vědomí, orientován |
| 15:00 | 130/70 | 78´ | | 36,7 | |
| 7.4.9:00 | 145/80 | 86´ | 18 | 36,7 | |
| 15:00 | 140/75 | 86´ | | 36,8 | |
| 8.4.9:00 | 135/75 | 86´ | 19 | 36,6 | |
| 15:00 | 140/80 | 82´ | | 36,8 | |

| | |
|--------------|-----------------|
| | Při příjmu 1.4. |
| Váha | 75 kg |
| Výška | 168 cm |

| | |
|------------|-------------|
| BMI | 26,5- norma |
|------------|-------------|

4. 2. Laboratorní vyšetření

4. 2. 1. Biochemie 1.4. 2009 - příjem

| Název | Naměřená hodnota | Hodnocení | Referenční hodnoty |
|----------------------------|------------------|----------------|--------------------|
| Minerály | | | |
| Chloridy | 106 mmol/l | Norm. | 97- 108 mmol/l |
| Na | 140 mmol/l | Norm. | 133- 149 mmol/l |
| K | 4,5 mmol/l | Norm. | 3,8- 5, 5 mmol/l |
| Hořčík | 0,89 mmol/l | Norm. | 97 – 100 mmol/l |
| Dusíkaté metabolity | | | |
| Urea | 7,1 mmol/l | Norm. | 1,7- 8,3 mmol/l |
| Kreatinin | 81 mmol/l | Norm. | 35- 100 mmol/l |
| Kyselina močová | 349 umol/l | Norm. | 120- 360 umol/l |
| Jaterní testy | | | |
| Bilirubin | 8 umol/l | Norm. | 0- 20 umol/l |
| AST | 0, 27 ukat/l | Zvýšené | 0- 0, 5 ukat/l |
| ALT | 0, 18 ukat/l | Norm. | 0- 0, 55 ukat/l |
| ALP | 1,8 ukat/l | Norm. | 0, 5- 2 ukat/l |
| Diabeticky profil | | | |
| 1.4. – příjem | 6,0 mmol/l | Norm. | 4,2 – 6, 0mmol/l |
| 6.4. | 5,7 mmol/l | Norm. | 4,2 – 6, 0mmol/l |
| 7.4. | 5,5 mmol/l | Norm. | 4,2 – 6, 0mmol/l |
| 8.4. | 6,0 mmol/l | Norm. | 4,2 – 6, 0mmol/l |

4. 2. 2. Hematologie 1. 4. 2009 - příjem

| Název | Naměřená hodnota | Hodnocení | Referenční hodnoty |
|--------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------|
| Erytrocyty | 4,52 x 10 ⁻¹² l | Norm. | 3, 90- 5, 60 x 10 ⁻¹² l |
| Leukocyty | 12,7 x 10 ⁻⁹ l | Zvýšené | 4, 0- 10, 0 x 10 ⁻⁹ l |
| Hemoglobin | 79 g/l | Snížené | 115, 0- 160, 0 g/l |
| Hematokrit | 0, 278 l/l | Snížené | 0, 370- 0, 460 l/l |
| Trombocyty | 252 x 10 ⁻⁹ l | Norm. | 140- 440 x 10 ⁻⁹ l |
| Hb Ery | 20 g/l | Snížené | 27- 33 g/l |
| Hb koncentrace | 0, 280 g/l | Snížené | 0, 320- 0, 360 g/l |
| Diferenciál | | | |
| Neurofily | 66,2 % | Norm. | 47 – 70 % |
| Eozinofily | 2.1 % | Norm. | 0,7% |
| Basofily | 0.8 % | Norm. | 0,2 % |
| Lymfocyty | 26.4 % | Norm. | 20 – 45 % |
| Monocyty | 4.5 % | Norm. | 2 – 10 % |

| Koagulační vyšetření | | | |
|-----------------------------|--------|--------------|-------------|
| Quick | 1,05 l | Norm. | 0,80 – 1,2 |
| APTT | 34,8 s | Norm. | 25,9 – 40,0 |

(3)

4. 2. 3. Biochemie moči (moč + sediment) 1.4. 2009 - příjem

Moč chemicky

| Název | Nález |
|--------------|-------------|
| Ph | 5, 5 |
| Krev | Neg. |
| Bílkovina | Neg. |
| Glukosa | Neg. |
| Ketolátky | Neg. |
| Nitráty | Neg. |
| Bilirubin | Neg. |
| Urobilinogen | Neg. |
| Leukocyty | Neg. |

Močový sediment

| Název | Nález |
|---------------|--------------|
| Hlen | Norm. |
| Leukocyty | 2,0 |
| Ploché epitel | 2,0 |
| Erytrocyty | 1,0 |

-kontrolní odběry jsou plánované na 9. 4. 2009

4. 3. Další diagnostická vyšetření

- **Kardiologické vyšetření** – 27.1.2009 – vyšetřitelnost omezená. Levá komora není dilatovaná, její syst. Fce. Není významně snižena, EF nad 45%, LS lehce dilatovaná, Mitrální insuficience cca 2/5, perikard bez výpotku

- **EKG** – 1.4.2009 – sinusový rytmus 8/min., převodní intervaly v normě, nesp. depolarizační změny na spodině stěny, quadrigeminicky vázaná, kom. extrasystolie

- **RTG S+P** – 1.4. 2009 – negativní nález

- **Irrigoskopie a irrigografie** – vyš. ve 2. kontrastu po i.v. apl.1 amp. Buscopanu. Ampula rekta se dobře rozvíjí, má hladké kontraktury. V obl. aborální části sigmatu se nachází nepravidelný stenotický úsek délky asi cca 14 cm, kaudálně s podmiňovanými okraji. V nejvíce zúženém úseku má průměr 14 mm. K.I. velice pomalu prochází tímto úsekem, pro výraznou bolestivost pac. vyš. ukončen. Závěr: tumorozní stenoza v aborální části sigmatu.

-**CT břicha a malé pánve**-nativní i postkontrastní vyš. – 26.1. 2009

Závěr: nerovnoměrně zesílená stěna recta až sigmoidea v délce cca 15 cm, zužující se lumen v nejužším místě na cca 5 mm odpovídá indikující dg. TU recta. Infiltrace tuku mezi c. sigmoidea a moč. Měch. Pupeční kýla. Drobná cysta levé ledviny, tuková atrofie pankreatu, atheroscleroza.

-**Kolonoskopie** – 13.1. 2009 – přístrojem pronikáme jen do rectosigmatu, kde v hloubce cca 19 cm za anem je tumorozní stenoza mal. Vzhledu, nepropustná pro přístroj

-Histologie – biopsie z recta Mikropopis: invazivní středně a hůře dif. Ca z části tubulární , z části naznačené papilární, takže jeho vznik z vilozního adenomu je vysoce pravděpodobné. Odebraná při kolonoskopii.

-Skiografie hrudníku a břicha – 19.2.2009 – normální nález

(3)

5. Terapeutická péče

5. 1. Chirurgická terapie

5.1.1. Operace

2.4. 2009 operace – V celkové anestezii byla provedena dolní střední laparotomie. Vykonaná paliativní axiální sigmoideostomie. V pravém podbřišku vytažené sigma a fixováno k fascii. Dále byla provedená plastika umbilici. - průběh operace viz příloha – operační protokol. Ze sálu byl klient dovezen na jednotku intenzivní péče, kde pobýval 4 dny a poté byl převezen na standartní oddělení.

(3)

5.1.2. Péče o operační rány

6.4. – rána klidná, bez známek infekce, ošetřená Jodisolem spray a ponechaná volně

- stomie: o ošetření pečuje zatím stoma sestra. 2x za den se sundává sáček, aby se odstranila stolice a stomie se ošetřila. Stomie se očistí čistící pěnou, opláchně se vlažnou vodou, osuší, a okolí stomie se ošetří adhezivní pastou. Nalepí se nový jednodílný, uzavřený sáček. Stomie je klidná, bez erozí, odvádí stolici v řídké konzistenci.

7.4. – rána klidná, bez známek infekce – ošetřená – viz výše.

- stomie klidná, bez potíží, odvádí stolici v řídké konzistenci. Ošetřená stoma sestrou – viz výše. Edukace klienta o samostatné péči o stomii.

8.4. – rána klidná, bez známek infekce – ošetřená – viz výše.

- stomie klidná, bez potíží, odvádí stolici v již trochu hustější konzistenci než předešlé dny. Ošetřená stoma sestrou – viz výše. Edukace klienta o samostatné péči o stomii.

Na 10.4. je plánované vyndání stehů. Edukace klienta a rodiny v péči o stomii je plánované i nadále.

5.1.3 Centrální žilní katétr

CŽK – zaveden 2.4. 2009 na operačním sále. Zaveden do vena jugularis interna dextra.

6.4. – bez známek infekce, plně funkční a průchodný

- provedený převaz (odlepení, dezinfekce, čtverec Inadine, sterilní krytí)

7.4. – bez známek infekce, plně funkční a průchodný

- provedený převaz (odlepení, dezinfekce, čtverec Inadine, sterilní krytí)

8.4. – CŽK –ex. Klient je schopen přijímat dostatek tekutin per os.

5.1.4. Permanentní močový katétr

PMK – zaveden 2.4. 2009 na operačním sále, číslo katetru – 16, uzavřený systém, odvod moče do močového sáčku.

6.4. – PMK – 5.den, plně funkční

- odvod moče – 2000 ml

7.4. – PMK – 6.den – ex

- klient navštěvuje WC na chodbě, na noc má u lůžka močovou láhev

5.1.5. Epidurální katétr

Epidurální katétr zaveden před operací 2.4. 2009 – zaváděli z odd. ARA z důvodu podávání analgezie po operaci přes epi. katétr.

Žádné léky v průběhu mého ošetřování nebyly do epi. katetru aplikovány.

8.4. – voláno ARO, aby epi.katetr vyndali. – dnes ex. (2,3)

5.2. Farmakoterapie

5.2.1. Infuzní terapie

Infuzní terapie byla aplikovaná do CŽK vpravo do vena jugularis spádově, rychlostí cca 2hodiny.

| | | | | |
|----------|------------------|-------|----------------------|--------------------|
| 6.4.2009 | FR | 500ml | Začátek 9:00hod. | Konec 11:10hod. |
| 6.4.2009 | Hartmanův roztok | 500ml | Začátek 11:30hod. | Konec 13:30hod. |
| 6.4.2009 | Hartmanův roztok | 500ml | Začátek 14:30hod. | Konec 16:30hod. |

| | | | | |
|----------|------------------|-------|----------------------|--------------------|
| 7.4.2009 | FR | 500ml | Začátek 9:00hod. | Konec 11:00hod. |
| 7.4.2009 | Hartmanův roztok | 500ml | Začátek 11:30hod. | Konec 13:30hod. |
| 7.4.2009 | Hartmanův roztok | 500ml | Začátek 14:30hod. | Konec 14:30hod. |

8.4. – pro dostatečný perorální příjem tekutin infuzní terapie zrušená, CŽK byl odstraněn.

(3,5)

5.2.2. Injekční farmakoterapie

a) Intramuskulární farmakoterapie

Léky aplikované i.m. jsou podávány dle potřeby klienta (dle bolesti)

Škála bolesti byla hodnocená 4x/D – viz příloha

Klient měl dle potřeby naordinované tyto léky: (kdy, v kolik hodin a kým byly aplikovány viz níže).

| | | | | |
|-----------|------------------------|------|--------|--------------|
| Dipidolor | Analgetikum, anodám | i.m. | 1 amp. | Piritramidum |
|-----------|------------------------|------|--------|--------------|

dle hodnocení bolesti a potřeb klienta - 9:00 – 15:00 – 21:00 – 23:00 hod

| | | | | |
|----------|-------------|------|--------|--|
| Novalgin | Analgetikum | i.m. | 1 amp. | Metamizolum natriicum monohydricum ¹⁷ |
|----------|-------------|------|--------|--|

dle potřeby max. 3x/D

6.4. 2009 – 15:00 hod. apl. Dipidolor 1 amp. i.m. – apl. sestra v denní službě
- 21:00 hod. apl. Novalgin 1 amp. i.m. – apl. noční sestra

7.4. 2009 – 15:00 hod. apl. Dipidolor 1 amp. i.m. – apl. sestra v denní službě
- 21:00 hod. apl. Novalgin 1 amp. i.m. – apl. noční sestra

8.4. 2009 – Dipidolor dnes vysazen. Klient si dle potřeby může říct o
Novalgin 1 amp. i.m.

- v 10:00 hod. apl. 1 amp. Novalgin i.m. – apl. sestra v denní službě
- 21:00 hod. apl. Novalgin 1 amp. i.m. – apl. noční sestra

(3,5)

d) Subkutánní farmakoterapie

| | | | | | |
|-------------------|---|-------------------|------------------------------|---|---|
| 6.4.2009 21:00 | - | Fragmin 5000j. | s.c. apl. do podbřišku | Nízkomolekulární heparin,antikoagulans | Dalteparinum natriicum |
| 7.4.2009 21:00 | - | Fragmin 5000j. | s.c. apl. do podbřišku | Nízkomolekulární heparin,antikoagulans | Dalteparinum natriicum |
| 8.4.2009 21:00 | - | Fragmin 5000j. | s.c. apl. do podbřišku | Nízkomolekulární heparin,antikoagulans | Dalteparinum natriicum ¹⁸ |

Fragmin 5000 j. aplikovala noční sestra.

(2, 3, 5)

^{17 18} KOCINOVÁ S, ŠTĚRBÁKOVÁ Z, ERBANOVA Š.: *Přehled nejužívanějších léčiv*, Praha: Informatorium, 2007 ISBN 978-80-7333-059-0

5.2.3. Perorální farmakoterapie

Chronická medikace byla podávána v průběhu celé hospitalizace dle rozpisu každý den. Léky podávaly sestry ve službě.

| Název léku | Generický název | Forma | Dávkování | Skupina |
|----------------------------|-------------------|-------|-----------|------------------------------------|
| Apo- metoprolol 50mg | Antihypertenzivum | Tbl. | 1/2-0-1/2 | Metoprololi tartras |
| Amprilan 5mg | Antihypertenzivum | Tbl. | 1-0-0 | Ramiprilum |
| Godasal 100mg | Antikoagulancia | Tbl. | 1-0-0 | Kys. Acetylsalicylová |
| Metformin 850mg | p.o. diabetikum | Tbl. | 1-0-1 | Metforminihydrochloridum |
| Metformin 500mg | p.o. diabetikum | Tbl. | 0-0-1 | Metforminihydrochloridum |
| Amaryl 3mg | p.o. antibiotikum | Tbl. | 1-0-0 | Glimepiridum |
| Sortis 40mg | Hypolipidemikum | Tbl. | 1-0-0 | Atorvastatinum calcium trihydrikum |
| KCl | Káliový přípravek | Tbl. | 1-0-0 | Kalií chloridum |
| Apo – ome 20mg | Antiulcerozum | Tbl. | 1-0-0 | Omeprazol ¹⁹ |

5. 3. Fyzioterapie

Klient měl po operaci klidový režim. Byl uložen do lůžka v poloze na zádech s mírně podloženou hlavou. U klienta není nutné polohování. Sám zaujímá polohu, která je mu příjemná.

Poté měl klient od lékaře naordinovanou fyzioterapii. Plán cvičení vypracovala fyzioterapeutka. Cvičení probíhalo 2x denně. Jednou dopoledne, jednou odpoledne v různých hodinách. Cvičení trvalo přibližně 30 minut s tím, že byl klient poučen, jak má v průběhu dne cvičit sám. Poučení provedla fyzioterapeutka.

¹⁹ KOCINOVÁ S, ŠTĚRBÁKOVÁ Z, ERBANOVA Š.: *Přehled nejužívanějších léčiv*, Praha: Informatorium, 2007 ISBN 978-80-7333-059-0

6.4. – lůžko – kondiční cvičení

- izometrické cvičení

- dechová gymnastika

- vertikalizace – sed – stoj – chůze po pokoji

Klient byl celé dopoledne v lůžku, měnil aktivně polohy. Odpoledne chodil sám po pokoji.

7.4. - lůžko – kondiční cvičení

- izometrické cvičení

- dechová gymnastika

- vertikalizace – sed – stoj – chůze po odd.

Klient byl dopoledne v lůžku, měnil aktivně polohy, mezi 1. a 2. aplikací infuze byl na WC mimo pokoj. Odpoledne chodil po pokoji a po oddělení.

8.4. - lůžko – kondiční cvičení

- izometrické cvičení

- dechová gymnastika

- vertikalizace – chůze po odd.

Klient v průběhu celého dne chodil po pokoji, po oddělení.

5.4. Dietoterapie

6.4. – Kašovitá strava, normální příjem tekutin

7.4. – dieta 9/5 – bezezbytková diabetická dieta pro stomiky

- edukace o dietě a veškeré informace viz příloha

8.4. – dieta 9/5 – bezezbytková diabetická dieta pro stomiky

(2, 3)

6. Stručný průběh hospitalizace

Klient byl plánovaně přijat na chirurgické oddělení 1.4. 2009. Na 2.4. 2009 byla plánovaná operace (resekce rektosigmatu pro karcinom). Ještě ten den byla zahájena předoperační příprava. Klient byl o všem informován, souhlasil a spolupracoval. Na noc dostal Diazepam.

2.4. – operační den. Klient provedl ranní hygienu, proběhla veškerá předoperační příprava, premedikace a odjel na sál. Na sále mu byl zaveden CŽK, PMK, epidurální katétr pro kontinuální podávání analgetik. Ze sálu byl odvezen na JIP. Hodně zvracel, měl vertigo. Pro bolest byly aplikovány kontinuálně analgetika do epi.katetru 4ml/hod., infuzní terapie, medikace dle rozpisu, injekční léky, péče o kolostomii, kontrola stavu.

4.4. – byl přeložen z JIPu na standartní oddělení. Měl naordinované kontinuální analgetika dle potřeby 4ml/hod. Dále analgetika i.m. dle potřeby klienta, infuzní terapie, medikace dle rozpisu lékaře, péče o kolostomii, invazivní vstupy a kontrola celkového stavu.

6.-7.4. – Od 6.4. jsem se do péče o klienta zapojila já. Klient se celkově zlepšoval, bolesti ustupovaly. 7.4. byl vysazen Dipidolor a nadále byl ponechán Novalgin dle potřeby. S fyzioterapeutkou cvičili na lůžku, nacvičovali sed, stoj, chůzi. Od 6.4. již chodil po odd. S dietní sestrou konzultovali novou dietu, která je určená pro diabetiky a stomiky. PMK byl vyndán 7.4. Péči o kolostomii vykonává stoma sestra. Od 6.4. klienta učí, jak si o kolostomii bude pečovat. Je plánovaná edukace i rodiny.

8.4. – Klientův stav se stále zlepšuje. Dnes vyndán epidurální katétr, CŽK. Klient je poučen o možnostech tlumení bolesti předepsanými analgetiky per os. S fyzioterapeutkou cvičil, dietu dodržoval.

(1a,2,3)

B.OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

1. Ošetřovatelská anamnéza a současný stav - 6. – 7. 4. (1a,1b,3,5)

1. 1. Subjektivní náhled klienta na nemoc a hospitalizaci, hodnocení sestry

Subjektivní náhled klienta:

Klient nikdy vážně nestonal. V létě minulého roku začal mít problémy s vyprazdňováním stolice. Pocity nucení na stolici, střídání průjmu a zácpy, tenká stolice. Dlouho nikam nešel, bál se. Po vánocích se rozhodl jít k lékaři, kde mu diagnostikovali nemoc. Klient byl na tomto odd. hospitalizován v roce 1995 pro frakturu mandibuly. S oddělením je seznámen a je zde spokojený v rámci možností. Když tu musí být, tak se prý nedá nic dělat. K personálu se chová trochu nedůvěřivě. Spolubydlící v pokoji mu vyhovuje. Je plně seznámen se svojí diagnózou. Toto onemocnění a především kolostomie ho velice trápí. Zatím neví, jak s tím bude žít.

Hodnocení sestry:

Klient je při vědomí, orientován prostorem, osobou. Má náhled na své onemocnění a to spíše negativní. Neví, jak s kolostomií bude žít a péči o ni oddaluje. Snaží se být silný a nedává najevo své pocity. Přitom je to velice citlivý pán, kterého toto onemocnění vážně trápí a chce se o tom bavit. Bohužel jen málo komu se svěří. Je informován o svém zdravotním stavu a je si vědom, co to obnáší. Zde na oddělení je plánováno doléčení operační rány a edukace v oblasti kolostomie. Asi do týdně by mohl být propuštěný do péče onkologů, kteří rozhodnou co dále.

1. 2. Základní fyziologické potřeby

(1a, 1b, 2, 3, 5)

1. 2. 1. Dýchání

Před hospitalizací:

Klient neměl výrazné obtíže s dýcháním, pouze při větší námaze (chůze do schodů) se zadýchá. Klient má hypertenzi a je po implantaci koronárního stentu (19.2.2009). Jedná se o kardiální dušnost. Od 18. let kouřil 10 – 15 cigaret denně. Od roku 1999 již nekouří. Cigarety mu neschází.

Na oddělení:

Klient nemá potíže s dýcháním. Každý den se sleduje frekvence dechu. Průměrná hodnota je 17D/min. Kašlem klient netrpí.

1. 2. 2. Hydratace

Před hospitalizací:

Klient pije doma denně asi 1,5 – 2 litry tekutin. Záleží na počasí a podle fyzické námahy. V horku nebo při práci vypije i 3 litry vody. Snaží se dodržovat pitný režim. Nejčastěji a nejraději pije perlivé vody bez příchutě, má rád i čaje různého druhu (ovocné, černé, zelené). Denně vypije maximálně 2 kávy. Alkohol pije příležitostně, pivo pije asi tak 2-3 do týdne.

Na oddělení:

Klient měl naordinovanou infuzní terapii 1,5 litru v infuzích. Přesto v průběhu dne se snažit alespoň jeden litr vypít per os. Vzhledem k provedené kolostomii mu dietní sestra vysvětlila, které tekutiny jsou vhodné a které nevhodné (viz příloha o dietě). Na stolečku měl pořád plnou skleničku čaje nebo minerálky, kterou nechal trochu vyprchat. Rodina mu přinesla džus.

Objektivní náhled: klient je dostatečně hydratovaný. Je vidět, že pitný režim se snaží dodržovat i doma. Je na to zvyklý. Nemá známky dehydratace, DK bez otoků, kožní turgor v normě.

1. 2. 3. Výživa

Před hospitalizací:

Klient doma neměl problémy s výživou. Přiznal se, že by měl dodržovat diabetickou dietu, ale pořád jí nedodržuje. Týká se to porušování skladby stravy. Občas si dá, co by neměl. Pravidelnost stravy se snaží dodržovat, jí asi tak 5 – 6x denně. Má dobrou chuť k jídlu. Nejraději má jihočeskou kuchyni (řízek, knedlo-zelo-vepřo, omáčky). Má velice rád polévky. Jeho žena mu je vaří doma každý den. Do jídelníčku zařazuje i zeleninu, ovoce, luštěniny, ryby. Sladká jídla moc nemá rád.

Na oddělení:

Po operaci měl kašovitou dietu, která se mu 5. den po operaci změnila na dietu č. 9/5. Je to speciálně upravená dieta pro diabetiky a stomiky (S omezením zbytků a pro diabetiky). V nemocnici mu jídla moc nechutnají. Prý to nemá žádnou chuť. Rodina mu přinesla spoustu ovoce a laskomin. Dietní sestra to s ním probrala a asi $\frac{3}{4}$ věcí mu vyloučila. Klient je normální váhy, jeho BMI je 26,5 což je v normě.

Dutina ústní – sliznice vlhké bez patologického nálezu, má horní a dolní zubní protézu, kterou si každý večer čistí a ukládá na noc do speciálního kelímku s vodou. Ráno si protézu nandává.

Objektivní náhled: Klient má velkou chuť k jídlu. I přes nařízení dietní sestry si myslím, že klient dietu dodržovat nebude. Důležitá bude edukace rodinných příslušníků.

1. 2. 4. Vyprazdňování stolice a moče

1) defekace:

Klient měl před hospitalizací velké problémy se stolicí, které přetrvávají od léta minulého roku. Měl časté nutkání na stolicí, meteorismus, střídání zácpy a průjmu, tenká stužkovitá stolice. Chodil na stolicí nepravidelně. Příměsí krve ani hlenu neudává. Zápach stolice bez zvláštních charakteristik. Občas měl svědění a nepříjemný pocit v oblasti konečníku. Svědění a nepříjemné pocity jsou způsobené častou a řídkou stolicí, která dráždí pokožku v oblasti konečníku. Klient to řešil zvýšenou péčí v oblasti hygieny.

Při operaci mu byla vyvedená kolostomie v oblasti sigmoidea. Kolostomie je plně funkční, bez obtíží (zarudnutí, puchýře, svědění, pálení, bolest). Stolice je v řídké konzistenci, hnědé barvy, normálního zápachu odváděná několikrát za den. Od 8.4. se začala stolice mírně zahušťovat a formovat. Klient trpí meteorismem.

Objektivní náhled: Klient se momentálně nemůže smířit, že má kolostomii. Bylo mu vysvětleno, co to obnáší (meteorismus je častý, z konečníku je možné, že bude odcházet hlen). Klient není zatím schopen o kolostomii pečovat. Pečuje o ni stoma sestra, která za klientem dochází 2x denně. Klient je v tomto případě pohodlný a péči o kolostomii oddaluje. Bude zde důležitá edukace nejen klienta, ale i rodinných příslušníků.

1) močení:

Klient udává, že neměl před hospitalizací problémy s vyprazdňováním moče. Problémy s prostatou nemá.

Objektivní hodnocení: Klient uvedl, že doma chodí jednou až dvakrát přes noc na WC. Důvodem by mohl být strach z diagnózy, porucha prostaty.

Před operací mu byl zaveden PMK. Byl plně funkční. 5. Den po operaci byl močový katétr vyndán. Klient si chodil na toaletu na chodbu. Na noc mu sestřička dala močovou láhev pro případ velkého nutkání a bolestí v podbřišku.

1. 2. 5. Spánek a odpočinek

Před hospitalizací:

Klient měl problémy se spánkem i doma. Často se v noci probouzí, převaluje se. Minimálně 2x za noc chodí na WC. (možné důvody probouzení viz výše). Klient odpočívá i přes den. Po obědě chodí tak na $\frac{3}{4}$ hodiny ležet. Prý ale nespí, jen odpočívá. Má rád na spaní spíše chladné prostředí. Léky na spaní doma neužívá. Přes den se cítí občas unaven, což by mohlo souviset i s diagnózou.

Na oddělení:

Klient spí v nemocnici velice špatně. Má prý bolesti a vadí mu invazivní vstupy, které ho prý pořád někde tlačí. Teplota v pokoji mu vyhovuje. Nevyhovující je prý lůžko a matrace, na které spí. Je to nepohodlné. Léky na spaní neužívá. Kolem 20:00 hod. klient udává bolest č.4 – 5. Ve 21:00 si říká o analgetika. Noční sestra aplikuje 1 amp. Novalginu i.m. Úleva od bolesti (č.2-3.) přichází po hodině.

1. 2. 6. Teplota a pohodlí

Před hospitalizací:

Klient bydlí ve 2. patře panelového bytu 2+1 s výtahem. Má raději chladnější prostředí. Doma si udržuje teplotu v pokoji kolem 20 °C. Doma má jednoduchou matraci-spíše tvrdou, která je pro něj pohodlná. Byt mají vybavený prý útulně. Není bezbariérový. V bytě mají koberce a v kuchyni lino. Koupelnu mají malou, vybavenou vanou a umyvadlem. Žádné rekonstrukce neplánují. Cítí se takto dobře.

Na oddělení:

Je uložen na dvojlůžkovém pokoji u okna. Uložení lůžka mu prý vyhovuje. Vlastní lůžko je nevyhovující. Teplota v pokoji mu vyhovuje. Jelikož je pěkné počasí, mají na pokoji celý den otevřené okno.

5. 2. 7. Bolest

Před hospitalizací:

Klient před hospitalizací výraznými bolestmi netrpěl. Občas ho bolí záda, koleno, hlava. Doma to řeší užíváním léků na bolest (Ibalgin). Max. 1x/týdně.

Na oddělení:

Na oddělení má klient akutní bolesti tupého charakteru, především v oblasti břicha, kde je operační rána a vyvedená kolostomie. Dále klienta bolí záda. Prý z nedostatku pohybu a špatné polohy v posteli. Klient má naordinovaná analgetika dle potřeby. Hodnocení bolesti je prováděno 4x za den (viz příloha). V průměru má klient stupeň bolesti 4-5. O analgetika si říká max.1-2x za den.

5. 2. 8. Tělesná hygiena a stav kůže

Před hospitalizací:

Klient je doma zcela soběstačný. Koupe se asi tak 1-2x týdně, jinak se sprchuje prý každý den. Většinou večer. Voda mu vyhovuje vlažná. Má horní i dolní zubní protézu, o kterou se stará sám každý den. Klient nosí vousy.

Na oddělení:

Klient se oplachoval po operaci u umyvadla. Od 7. 4. začal chodit do sprchy. Potřeboval mírnou pomoc (doprovod do koupelny, umyl se sám). O zubní protézy se stará sám. V průběhu hospitalizace se holil asi jen jednou. Vousy působí neupraveným dojmem. Nehty má ostříhané a upravené. 8.4. se před konziliem vykoupal, oholil, učesal, vzal si čisté pyžamo.

Stav kůže:

Před operací měl klient kůži normální. Ani suchou ani mastnou. Bez známek cyanózy. Integrita kůže neporušená. Jizvu má v oblasti břicha, prý od nějakého úrazu.

Po operaci se stav kůže změnil. Na operačním sále byl zaveden CŽK vpravo do vena juguláris - bez známek infekce, bez zarudnutí, otoku. Dále byl na operačním sále do páteře zaveden epidurální katétr- bez komplikací. Operační rána- zhruba 16 cm po dolní střední laparotomii. Rána klidná. Vlevo v dolním segmentu břicha byla vyvedená kolostomie – bez komplikací. Klient zatím není schopen se o kolostomii sám postarat. Stará se o ni stoma sestra a vede edukaci o její péči. Riziko vzniku dekubitů a možnost rizika vzniku dle Nortonové viz příloha.

Objektivní náhled: Klient nemá z domova dostatečné hygienické návyky. Do sprchy jsme ho museli přemlouvat. O kolostomii klient zatím vůbec nepečuje. Řekla bych, že je velice pohodlný. A péči oddaluje. Cílem edukace je, aby klient uměl sám o kolostomii pečovat po propuštění domů. Na klienta se nesmí tlačit. Stoma sestra s klientem zachází opatrně a učí ho vše pomalu, aby si vše dostatečně osvojil. Bude důležitá edukace i rodinných příslušníků.

1. 2. 9. Tělesná a duševní aktivita

Před hospitalizací:

Klient je v důchodu. Dříve pracoval jako truhlář. Žádné aktivity neprovádí. Občas jdou s manželkou na procházku nebo na nákup. Často navštěvuje svoje sourozence. Rád čte, kouká na televizi (sleduje dokumenty, kriminálky, zprávy), poslouchá rádio (dechovky).

Na oddělení:

Klient tráví veškerý čas ve svém pokoji na lůžku, kouká z okna, nebo sedí na židli u stolku na pokoji. S fyzioterapeutkou začínají od 7.4. více chodit. Tělesná kondice klienta je uspokojivá. Snaží se spolupracovat s fyzioterapeutkou a cvičí i mimo, dle jejích rad. Na stolku měl noviny, knihu. Rád si povídá se svým spolupacientem.

1. 2. 10. Sexuální potřeby

70. letý klient, ženatý, žije s manželkou. Nemá žádné děti. Otázky v oblasti sexuality nebyly položeny.

1. 3. Psychosociální potřeby

(1a, 1b, 2, 3, 4, 5)

1.3.1. Existenciální:

1. 3. 1.1. Bezpečí a jistota

Před hospitalizací:

Klient se doma cítí bezpečně. Má velkou oporu ve své manželce a sourozencích. Bydlí spolu s manželkou panelákovém bytě 2+1 s výtahem. V bytě a ve svém okolí se cítí dobře.

Na oddělení:

Klient má přiměřené obavy z hospitalizace, očekává zlepšení, ale hlavně alespoň částečně vyřešený zdravotní stav, vzhledem k závažné diagnóze. Nečeká úplné vyléčení. Je si nyní hodně nejistý, jak bude léčba pokračovat a zda bude účinná. Velice ho trápí kolostomie. Neví, jak s tím bude žít a jestli o ní bude dobře pečovat. Na oddělení se cítí dobře v rámci možností. Doma je prý doma. Spolubydlící i pokoj mu vyhovuje. Při příjmu byl seznámen s chodem odd., režimem, kde se co nachází, jak přivolá pomoc.

Rodina za ním chodí každý den. Střídají se mezi sebou. Zajímají se o jeho zdravotní stav a jsou mu oporou.

1. 3.1. 2. Zdraví

Před hospitalizací:

Klient se již delší dobu necítí zdrav. Od léta, kdy na sobě začal pozorovat jisté problémy se necítí dobře. Nikdy nebyl vážně nemocný nebo alespoň tomu nepřikládal takovou váhu. V roce 1999 přestal kouřit kvůli onemocnění srdce. Je rád, že alespoň něco pro sebe udělal. Myslí si, že nežije nějak nezdravě nebo tak, co by tuto chorobu způsobilo. Diabetik je již několik desítek let, tato choroba ho moc netrápí. Chodí pravidelně na kontroly do diabetologické poradny. Nyní je na PAD a nemá s tím problémy.

Na oddělení:

Po operaci se klient cítí ještě hůř. Ví, že až se rána zahojí, bude mu lépe. O stomii věděl, ale nemohl se s tím smířit již před operací. Myslí se, že život se stomií bude hrozný, náročný a změní mu to celý život. Nyní se smiřuje s diagnózou.

1.3.1.3. Soběstačnost

Před hospitalizací:

Klient byl před hospitalizací zcela soběstačný. V domácnosti mu hodně pomáhá jeho manželka.

Na oddělení:

Po operaci si byl klient v péči o sebe nejistý. Potřeboval pomoc v osobní hygieně (měl závratě, bolest operační rány), polohování. Každým dnem byl mnohem lepší a potreboval méně pomoci. Nesoběstačný je v péči o kolostomii. Byla přivolaná stoma sestra, která o kolostomii pečuje. Každý den mu ošetření ukazuje, přinesla mu spoustu letáků, možnosti pomůcek, podává mu veškeré informace. Do edukace se zapojí i rodinný příslušníci.

Objektivní náhled: Klient se mi zdá trochu pohodlný, jak v hygieně, tak v péči o stomii. Je si v péči zatím nejistý a necítí se na to, aby si ji sám ošetřoval. Myslím si, že se to časem naučí sám. Potřebuje jen dostatek času, podporu a pochopení. Bartelův test viz příloha.

1.3.2. Afiliační – sociální

(1a, 1b , 3 ,5)

1.3.2.1. Potřeba lásky a sounáležitosti

Před operaci:

Klient má se svojí manželkou hezký vztah. Jsou manželé mnoho let. Nikdy neměli děti. (z důvodu dg. a těžkého období nebyly položeny otázky na toto téma). Má mnoho sourozenců, se kterými se pravidelně navštěvuje.

Po operaci, na odd.:

Klient má návštěvy každý den. Střídá se u něho manželka, sourozenci a také prý za ním byli kamarádi. Rodina má velký zájem o jeho zdravotní stav. Má u sebe mobilní telefon, tak předpokládám, že si s někým telefonuje.

1. 3. 2. 2. Sebeúcta, sebepojetí

Z pohledu personálu působí klient na první pohled nepřátelským dojmem. Alespoň ve vztahu k personálu. Spolupracuje, ale nedůvěřuje všem. Z pohledu svého spolubydlicího je klient velice přátelský, komunikativní. To lze i vydedukovat z toho, že má mnoho návštěv a přátel. Sebepojetí klienta je nyní narušené. Považuje se za jiného člověka, protože má kolostomii. Bojí se, aby ho přátelé nepřestali navštěvovat z důvodu handicapu a dyskonfortu.

Objektivní náhled: Z mého pohledu je toho na klienta najednou moc. Myslím si, že je pan G. správný chlap, kterého jen tak někdo neopustí. Do budoucna se s tím smíří a bude žít úplně normálním životem.

1. 3. 2.3. Seberealizace

Klient tráví svůj volný většinou ve svém bytě. Sleduje televizi, poslouchá rádio, luští křížovky, čte knihy, odpočívá. Navštěvují se se sourozenci. Spolu s manželkou si žijí hezky. Nic než zdraví jim prý neschází.

1. 3. 2.4. Duchovní potřeby

Klient velice nerad chodí na hřbitov. Je věřící, ale do kostela nechodí.

1. 3. 3. Psychosociální hodnocení

Klienta jsem přebírala do své péče s tím, že je to člověk uzavřený, nerad o sobě a svých problémech mluví. Spolupracuje v rámci možností. Klient je při vědomí, orientován v čase, místě, osobě. Podle mého názoru to tak není. S klientem jsem navázala důvěryhodný vztah poměrně rychle. Je to introvert a opravdu se jen tak s něčím nesvěří. Pokud ale zjistí, že může někomu důvěřovat a ta dotyčná osoba má o něj zájem, má na něj dostatek času a chce mu pomoci, je komunikativní a zcela otevřený. Myslím si, že je přizpůsobivý, dobře se ovládá, spolupracuje. Při tázání, zda o něm můžu napsat svojí práci neodmítal, naopak byl docela rád. Na svůj zdravotní stav má spíše negativní náhled. Často se na svůj zdravotní stav ptá. Má přirozený strach ze své budoucnosti.

Adaptace a reakce na nemoc:

Každý jedinec může situaci nemoci vnímat jako náročnou a ohrožující, a má proto i nárok na nejrůznější změny v prožívání a chování. Ne každý je schopen reagovat adaptivně, tzn. přiměřenými formami chování, které vedou k přizpůsobení se nově vzniklé situaci a efektivnímu způsobu řešení nově vzniklé situace. Někteří jedinci se můžou špatně a dlouhodobě adaptovat. Tomu říkáme maladaptivní reakce.

Klient má velice závažnou diagnózu, se kterou se nemůže smířit. Pokusím se nastínit, jak se cítí, projevuje svoje pocity, a jak se chová v této velice těžké a náročné situaci.

Vývojově nejstarší jsou 2 základní techniky: agrese a únik. U pana G. jsem pozorovala jednu z forem verbální agrese. Jedná se o *racionalizaci*. Při otázce, proč nešel k lékaři, když začaly nějaké obtíže, odpověděl: „Myslel jsem si, že to bude dobré, že je to nějaká střešní chřipka“. „Příznaky nebyly tak hrozné, ono to vlastně začalo až teď, bylo mi dobře“. „Neměl jsem čas“. V tomto případě je zcela jasné, že se bál navštívit lékaře a hledal rozumné vysvětlení, aby ho všichni pochopili a nedávali mu vinu pro pozdní příchod.

Dále jsem u klienta pozorovala jednu z forem úniku. Jedná se o *disimulaci*. Klient své pocity sice vyjadřuje, nicméně někdy lze při běžném rozhovoru ze slov klienta vycítit, že něco sice říká, ale chce mi vlastně úplně

něco jiného sdělit. „Dnes se necítím dobře, to bude asi tím počasím“. Myslím si, že mi klient chtěl spíše říct, že se cítí posmutnělý, bojí se a potřebuje si s někým popovídat. Při otázce, zda ho něco bolí, kde, jaké intenzity a zda nechce analgetika, odpoví: „Trochu ano, oblast břicha, ale to je normální po operaci“. Klient nechtěl obtěžovat, bál se říct o analgetika, raději to popře, ale zároveň tím naznačuje, že ho to opravdu bolí.^{20,21}

Fáze vyrovnání se s ohrožující nemocí:

Dle americké lékařky Kúbler – Rossové je pět fází vyrovnání se s nemocí. *Negace – agrese – smlouvání – deprese – smíření*. Krátce bych se zmínila o fázích, ve kterých se klient právě nachází. Při přebírání do ošetrovatelské péče bych řekla, že se klient nacházel mezi 3. a 4. fází (*smlouvání – deprese*). Klient se nemohl smířit s diagnózou. Neustále se ptá na svůj zdravotní stav a hledá řešení. Dále má strach, jak bude dále žít. Myslím si, že v průběhu mého ošetřování došlo k lehké změně. Klient pomalu přechází do fáze *smíření*. Byl veselejší, začal se zapojovat do péče o kolostomii, smířoval se s tím, jakou má nemoc, a že léčba bude dlouhodobá. Na úplné závěry je v tuto chvíli brzo. Chce to trpělivost, laskavost a čas. Klient je na dobré cestě se smířením se s diagnózou a kolostomií.^{22,23}

²⁰ KOLEKTIV AUTORŮ: *Základy ošetřování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005 ISBN 31-8005-418-9 str. 18 - 21

²¹ MELLANOVÁ A.: *Psychologie v ošetrovatelství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989 ISBN 17-398-89 Str. 31 - 40

²² KUBLER-ROSS, E.: *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Praha: EM Relax, 1995 ISBN 3180-95-4152, str. 14-17

²³ KUBLER-ROSS, E.: *Hovory s umírajícími*. Nové Město nad Metují: Signum Unitatis, 1992 ISBN 80-85439-042

2. Ošetřovatelské diagnózy

(1a,1b,2,3,4,5)

1. Porucha existenciálních potřeb, především zdraví, pro závažnou onkologickou diagnózu s následkem kolostomie, projevující se strachem z nejasné budoucnosti a prognózy.
2. Porucha integrity kůže z důvodu operační rány, provedené kolostomie dále vstupu centrálního žilního katétru, epidurálního katétru, periferního močového katétru s rizikem komplikací zdravotního stavu jako je infekce.
3. Porucha vyprazdňování stolice z důvodu vyvedení kolostomie projevující se dyskonfortem, řídkou stolicí, nepravidelným vyprazdňováním, meteorismem.
4. Porucha sebepojetí v důsledku porušeného obrazu těla s přítomností kolostomie dále ze ztráty důstojnosti a ztráty kontroly nad vyprazdňováním střev a náhle vzniklých dopadů – závažná onkologická diagnóza, projevující se verbalizací změn ve vnímání sebe sama, strachem z odmítnutí či reakce druhých, pocity méněcennosti, pasivitou v péči o kolostomii.
5. Akutní bolest v oblasti břicha z důvodu operačního výkonu projevující se verbalizací bolesti, změnou výrazu tváře, poruchou spánku.
6. Nesoběstačnost v péči o kolostomii z důvodu maladaptivní reakce – nepřijetí a stáří projevující se nezájmem a zanedbáváním kolostomie a možným vznikem komplikací jako jsou eroze, opruzeniny, bolestivost, nefunkčnost kolostomie.

7. Porušená společenská interakce vzhledem ke strachu z trapné situace v důsledku zhoršené kontroly nad vyprazdňováním střev a únikem plynů projevující se verbalizací, možnost omezení účasti ve společnosti a kontaktu s kamarády.
8. Porucha spánku z důvodu akutní bolesti, strachu z budoucnosti, dyskonfortu pro zavedený invazivní vstupy projevující se ospalostí, denní únavou a změnou nálad.
9. Změna výživy v souvislosti s operací- provedení kolostomie a onemocněním diabetes mellitus II. typu, projevující se omezením některých potravin a nápojů, změnou životního stylu.

3. Ošetrovatelské cíle, plány, realizace, hodnocení

3. 1.

Diagnóza:

Porucha existenciálních potřeb, především zdraví, pro závažnou onkologickou diagnózu s následkem kolostomie, projevující se strachem z nejasné budoucnosti a prognózy.

Cíle:

- Klient nemá strach z budoucnosti
- Klient má dostatek informací o svém zdravotním stavu
- Klient se cítí více v pohodě

Plán:

- Navázat důvěryhodný vztah
- Sledovat změny nálad a naslouchat
- Umožnit abreakce a ventilaci negativních pocitů
- Dostatečně klienta informovat o současném zdravotním stavu, ale i následné péči
- Odpoutat klientovu pozornost od nemoci
- Doporučit klientovi více koníčků a věcí které má rád
- V případě neúčinnosti zavolat psychologa

Realizace:

- Sledovala jsem změny nálad a naslouchala jsem mu. Nechala jsem ho více mluvit o svých pocitech. Doporučila jsem mu, aby se ptal lékaře na věci, které mu jsou nejasné ohledně zdravotního stavu. Vysvětlila jsem mu, že obavy z budoucnosti jsou pochopitelné, a kdyby to nezvládal, je možné zavolat psychologa. Doporučila jsem klientovi, aby se více zaměřil na koníčky, které má rád.

Hodnocení:

- Zpočátku byl klient velice negativistický. Situaci nezvládal, bál se, že brzy umře. Mluvil s lékařem, který mu zodpověděl veškeré otázky a plánovali další postup léčby. Klient byl rád, že se může někomu svěřit. V této době je na definitivní prognózu brzy, pochopil, že to chce čas, sílu a hlavně to nevzdávat. Myslím si, že obavy z budoucnosti se zlepšily. Dokazuje to, že před onkologickým konziliem se oholil, učesal, vzal si čisté pyžamo a měl klidný výraz tváře.

3. 2.**Diagnóza:**

Porucha integrity kůže z důvodu operační rány, provedené kolostomie dále vstupu centrálního žilního katétru, epidurálního katétru, periferního močového katétru s rizikem komplikací zdravotního stavu jako je infekce.

Cíle:

- U klienta nevznikne komplikace – infekce
- Klient je vhodně motivován bude sám kontrolovat ránu a stehy
- Klient bude aktivně spolupracovat se stoma sestrou v péči o kolostomii

Plán:

- aseptické a šetrné převazování ran, volba vhodného materiálu
- pravidelná kontrola pooperační rány, místa vstupu, centrálního žilního katétru, permanentního močového katétru, epidurálního katétru
- sledování FF a vědomí
- edukace klienta o možných komplikacích
- klient bude dostatečně vertikalizován pro podporu cirkulace a hojení rány

- individuální přístup stoma sestry v edukaci klienta v postupné o kolostomii
- vést rozhovor a dát možnost ventilace negativních pocitů a dotazování

Realizace:

- Klientovi byl každý den prováděn převaz operační rány a všech invazivních vstupů. Klient byl edukován o možných komplikacích. Sledovali jsme každý den FF. Každý den cvičil s fyzioterapeutkou. PMK byl vyndán 7.4. CŽK byl pro nepotřebnost vyndán 8.4. Epidurální katétr byl vyndán 8.4. Stoma sestra pečovala o klienta 2x denně a postupně se snažila, aby si klient techniku výměny sáčku a další péče o kolostomii plně osvojil.

Hodnocení:

- U klienta nedošlo k infekci operační rány, rána byla klidná a dobře se hojící. Invazivní vstupy byly bez komplikací. Stoma sestra klienta edukovala v oblasti péče o kolostomii. Klient je zatím v péči o kolostomii nejistý. Myslím si, že než bude klient propuštěn domu, bude v této oblasti jistější.

3. 3.

Diagnóza:

Porucha vyprazdňování stolice z důvodu vyvedení kolostomie projevující se dyskomfortem, řídkou stolicí, nepravidelným vyprazdňováním, meteorismem.

Cíle:

- Klient se postupně adaptuje na svou kolostomii
- Klient pociťuje zlepšení ve vyprazdňování stolice
- Klient nemá meteorismus
- Klient pociťuje vyšší komfort při vyprazdňování stolice

Plán:

- navázat důvěryhodný vztah
- postupně umožnit klientovi se adaptovat na svou kolostomii
- doporučit klientovi vhodné pomůcky, odpachovače, lepení, správnou aplikaci
- řešit meteorismus
- sledovat vyprazdňování, konzistenci, barvu, zápach stolice

Realizace:

- S klientem jsem navázala důvěryhodný vztah, doporučila jsem klientovi vhodné pomůcky (sáčky jednodílné, dvoudílné, uzavřené, otevřené – dle potřeby), různé odpachovače, správné podlepování sáčků, využití různých triků zabraňující podtékání stolice (pásky přes stomii s otvorem, podlepení lepenkou), správnou aplikaci za použití zrcátka, různé polohy. Dále jsem klientovi navrhla místo (koupelnu-místo pokoje) pro výměnu sáčku. Je mimo spolupacienty na pokoji a místnost je lépe vyvětratelná. Klientovi jsem pomáhala s péčí o kolostomii a postupně jsem ho připravovala na sebepéči a adaptaci na svou kolostomii postupným přiblížením až manipulací s ní. Konzultovala jsem s lékařem naordinování léků proti plynatosti a klientovi jsem ukázala trik jak dostat vzduch ze zavzdušněného sáčku.

Hodnocení:

- 6. – 7. 4. byla stolice hodně řídká, od 8. 4. se začala stolice zahušťovat a trochu formovat. Klient velice děkoval za pomoc a doporučení. Moc mu to pomohlo. Vyřešili jsme problém s plynatostí i bez léků. Problémy s vyprazdňováním se částečně zlepšily.

3. 4.

Diagnóza:

Porucha sebezpečení v důsledku porušeného obrazu těla s přítomností kolostomie dále ze ztráty důstojnosti a ztráty kontroly nad vyprazdňováním střev a náhle vzniklých dopadů – závažná onkologická diagnóza, projevující se verbalizací změn ve vnímání sebe sama, strachem z odmítnutí či reakce druhých, pocity méněcennosti, pasivitou v péči o kolostomii.

Cíle:

- Klient má důvěru ve zdravotním personálu
- Klient verbalizuje negativní pocity a maladaptivní chování je minimalizované
- Klient je dostatečně informován o zdravotním stavu a chápe tělesnou změnu
- Klient pociťuje zmírnění úzkosti a je adaptován na narušený obraz těla
- Klient má dostatek informací o kolostomii a možnosti plnohodnotného života

Plán:

- Navázat důvěryhodný vztah
- vést časté hovory a dávat možnost dotazů a ventilaci negativních projevů a abreakcí
- Poskytnout klientovi dostatek informací o zdravotním stavu
- Poskytnout dostatek informací o kolostomii, zavolat stoma sestru, vypracovat edukační plán pro klienta i rodinu a poskytnout informace pro lepší komfort
- Spojit se s manželkou a pomoci přijmout tělesnou změnu jejího manžela.

Realizace:

- S klientem jsem navázala důvěryhodný vztah, hodně jsme na toto téma mluvili. Stoma sestra chodila za klientem 2x denně a poskytla mu veškeré informace. Klientovi jsem poskytla edukační plakát o plnohodnotném životě kolostomika. Klientovi byly podány informace o zdravotním stavu. Stoma sestra se spojila s manželkou klienta a naplánovala schůzku a edukaci v péči o kolostomii.

Hodnocení:

- Klient je po několika rozhovorech klidnější a spokojenější. Myslím si, že se po čase adaptuje a smíří s tím, že má kolostomii. Za poskytnuté informace a plakát moc děkoval, moc ho to prý potěšilo. Manželka také spolupracuje. Stoma sestra s ní naplánovala edukaci a před propuštěním z nemocnice se zrealizuje.

3. 5.**Diagnóza:**

Akutní bolest v oblasti břicha z důvodu operačního výkonu projevující se verbalizací bolesti, změnou výrazu tváře, poruchou spánku.

Cíle:

- Klient má důvěru v ošetřujícím personálu
- Klient bude mít zmírněnou bolest alespoň o 2 stupně a bude aktivně spolupracovat v její kontrole
- Klient bude znát možnosti zvládnání bolesti (analgetická terapie, úlevová poloha, správné dýchání, ledování rány)
- Klient udává zvýšení pocitu celkové pohody a odpočatosti
- Klient méně ospává přes den.
- Klient si sám kontroluje operační ránu a je aktivní v přístupu zmírňování bolesti

Plán:

- navázat důvěryhodný vztah
- klient je edukován o příčinách bolesti, možnostech zvládnání bolesti farmakologicky (analgetika) i nefarmakologicky (úlevová poloha)
- monitorovat bolest v celé šíři až 4x za den, sledovat změnu bolesti
- pozorně naslouchat a reagovat na jeho potřeby
- podávat léky na bolest dle ordinace lékaře
- zajistit na noc analgetickou terapii
- před spaním vyvětrat pokoj, upravit polohu a úprava lůžka, poučit o možnosti autosugesce

Realizace:

- S klientem jsem navázala důvěryhodný vztah. Sledujeme a hodnotíme stupeň bolesti 4x za den, podáváme analgetika dle ordinace lékaře a snažíme se zmírnit bolest i nefarmakologicky (změna polohy, masáž zad). Noční sestře jsem předala inf. o noční nespavosti a zajištění spokojenosti klienta před spaním (rituály naučené z domova). Klientovi jsem doporučila, aby před spaním myslel na něco hezkého, pozitivního, z minulosti.

Hodnocení:

- Klient měl každým dnem mého ošetřování bolesti mírnější.
6.4. měl bolesti stupně 5 – 6. 8.4. měl bolesti 2-3 stupně.
Aktivně spolupracoval při monitorování bolesti. Při dotazu řekl stupeň bolesti, o analgetika si říkal sám, dle potřeby. Doporučili jsme mu polohu na zádech vystřídat s polohou na boku. Noční nespavost se v průběhu mého ošetřování mírně zlepšila. Klientovi nevyhovovala matrace, je z ní polámaný. Na noc byly aplikovány analgetika. Bolest v noci byla mírnější.

3.6.

Diagnóza:

Nesoběstačnost v péči o kolostomii z důvodu maladaptivní reakce – nepřijetí a stáří, projevující se nezájmem a zanedbáváním kolostomie a možným vznikem komplikací jako jsou eroze, opruzeniny, bolestivost, nefunkčnost kolostomie.

Cíle:

- Klient je schopen sám pečovat o kolostomii
- Klient je plně edukován v péči o kolostomii
- Klient je bez komplikací
- Klient je dostatečně informován o možných komplikacích a možnostech péče o kolostomii.
- Klient je v případě vzniku komplikací informován, kde vyhledá pomoc

Plán:

- Zavolat stoma sestru a připravit edukaci jak pro klienta, tak pro rodinné příslušníky
- Podporovat sebevědomí klienta a pozitivně stimulovat
- Poskytnou veškeré informace o pomůckách jejich funkce, působení, aplikace, objednání, informace o limitech kolostomika.
- Informovat klienta o komplikacích a jejich léčbě.

Realizace:

- Sestra za klientem pravidelně docházela. Byly mu poskytnuté veškeré informace, informační letáky. Byl informován o komplikacích a její léčbě. Stoma sestra dala klientovi na sebe kontakt a vysvětlila mu, že v případě jakéhokoliv problému jí má kontaktovat. Klienta jsme za každý správný postup chválili, abychom ho motivovali k další spolupráci. Snažili jsme se mu zvyšovat sebevědomí (je to přirozené) a přesvědčovat ho, že mu to

jde dobře a vše určitě zvládne. Nemusí spěchat, má ještě čas si vše osvojit.

Hodnocení:

- Stoma sestra začala s edukací a nácvikem. Klient prozatím není schopen se o kolostomii sám postarat. Chce to velkou trpělivost a nespěchat. Do propuštění je dostatek času, aby si vše osvojil. Je naplánovaná edukace i rodinných příslušníků. Stoma sestra si již naplánovala schůzku s manželkou. Klient je dostatečně informován a má poskytnuto spoustu materiálů. Má být asi do týdne propuštěn domů. Myslím si, že za týdne bude schopen se sám o kolostomii postarat.

3. 7.

Diagnóza:

Společenská interakce porušená vzhledem ke strachu z trapné situace v důsledku zhoršené kontroly nad vyprazdňováním střev a únikem plynů projevující se verbalizací, možnost omezení účasti ve společnosti a kontaktu s kamarády.

Cíle:

- Klient nepociťuje pocity méněcennosti
- Klient se nestraní společnosti
- Klient nemá strach ze vzniklé situace
- Klient má dostatečný komfort

Plán:

- Navázat s klientem důvěryhodný vztah
- Vysvětlit mu, že kolostomie není důvod, aby nechodil do společnosti
- Zajistit dostatečný komfort
- Poskytnout dostatek informací o kolostomii

Realizace:

- S klientem jsem navázala důvěryhodný vztah. Vysvětlila jsem mu, že se kolostomií žije mnoho lidí úplně normálním životem. Doporučila jsem mu přihlásit se do klubu stomiků. Dostatečný komfort viz. realizace 7. Dg.

Hodnocení:

- U klienta bude nějaký čas trvat, než si na to zvykne. Což je pochopitelné. Z počátku byl hodně pesimistický. Poslední den mého ošetřování mi řekl: „snad ono to nějak půjde“. To je věta, která vypovídá o tom, že se klient začíná adaptovat.

3. 8.**Diagnóza:**

Porucha spánku z důvodu akutní bolesti, strachu z budoucnosti, dyskonfortu pro zavedené invazivní vstupy projevující se ospalostí, denní únavou a změnou nálad.

Cíle:

- Klient udává zvýšený pocit celkové pohody a odpočatosti
- Klient méně ospává přes den
- Klient zná nutnost invazivních vstupů a ví jak s nimi manipulovat
- Klient je aktivizovaný v průběhu dne

Plán:

- Zjistit návyky a rituály naučené již z domova
- Vyptat se na okolnosti, které ruší spánek, a jak často se vyskytují
- Zmírnění příčinu poruchy spánku
- Před spaním provětrat pokoj, dát pozor, aby pacient nenastydl, dbát na úpravu lůžka
- zajistit na noc analgetickou terapii
- aktivovat klienta v průběhu dne
- Doporučení před spaním autosugesci a pozitivní vzpomínky

Realizace:

- S klientem jsem probrala poruchy spánku. Vysvětlila jsem mu nutnost invazivních vstupů. Řekla jsem mu, že se s CŽK, epi. katétrem, PMK může pohybovat bez omezení. V noci může zaujímat jakoukoliv polohu. Byla podávána analgezie dle potřeby klienta. Doporučila jsem konzultaci s lékařem, aby doporučil vhodné léky, které by umožnily kvalitní spánek. V průběhu dne klient několikrát větral. Před spaním mu bylo upraveno lůžko. V průběhu dne byl aktivizován, pobízen k hydrataci. Informovala jsem o nekvalitním spánku sestru i lékaře. Klientovi jsem doporučila před spaním myslet na něco hezkého, pozitivního, vzpomínky, které ho těší.

Hodnocení:

- Kvalita spánku se i přes mé úsilí nezlepšila. S lékařem se prý domluví ohledně léků na spaní. V průběhu mého ošetřování nebyly naordinovány žádné léky na spaní.

3. 9.**Diagnóza:**

Změna výživy v souvislosti s operací, provedení kolostomie a onemocněním diabetes mellitus II. typu, projevující se omezením některých potravin a nápojů, změnou životního stylu.

Cíle:

- Klient dodržuje změněnou dietu
- Klient je informován o důvodu změny dietního režimu
- Klient je dostatečně informován o změně dietního režimu
- Klient a manželka je dostatečně informován o důsledcích nedodržování dietního režimu

Plán:

- Kontaktovat dietní sestru
- Sestavit edukační plán
- Poskytnout dostatek informací klientovi i rodině o změně, důsledcích nedodržování diabetické diety pro stomiky
- Kontrolovat klienta v dodržování diety a motivovat ho

Realizace:

- Dietní sestra mu poskytla veškeré informace o dietě (co je to za dietu, proč jí má naordinovanou, jak často jíst, jaká jídla a tekutiny jsou vhodná a nevhodná, příklady jídelníčku...), vysvětlila mu nutnost změny a důsledky nedodržování diety. Kontrolovala jsem klienta ve stravování a sledovala jsem potraviny, které mu přináší návštěva. Veškeré informace o dietě je přiloženo v příloze č.11.

Hodnocení:

- Klient a rodina je dostatečně poučená o dietě. Chápe změnu dietního režimu a snaží se jí dodržovat. Nevhodné potraviny vrací zpět rodině, aby je odnesla. ²⁴

²⁴DOENGES, M. F.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2001 ISBN 80-247-0242-8

4.Edukace

Klient byl při příjmu na oddělení seznámen s chodem odd., režimem, místy vstupu (koupelna, WC, pracovna sester, jídelna, vyšetřovna, převazovna), signalizace, vypínač světla, manipulace s lůžkem, pomocná zařízení a možnosti uložení cenností do trezoru. Dále byl klient edukován o chronické medikaci – vysvětlení léků, dávkování, nežádoucí účinky viz příloha.

Před operací lékař vysvětlil průběh operace, komplikace, ráno osobní hygiena, anděl, bandáž DK, sundání veškerých šperků, vyndat zubní protézy, premedikace, zavedení PMK, CŽK, EPI katétru. Dále klienta poučil o klidovém režimu po operaci. Klient může aktivně zaujímat polohu, která mu vyhovuje. Doporučená poloha je na zádech s mírně podloženou hlavou a poloha na pravém boku. Na levé straně je vyvedena kolostomie, a proto se poloha na levém boku zpočátku nedoporučuje. Klientovi byla vysvětlena důležitost pooperační fyzioterapie.

Po operaci měl klient naordinovanou fyzioterapii. Fyzioterapeutka mu vysvětlila průběh a nutnost cvičení, sestavila plán, který má klient dodržovat. Klientovi jsem doporučila, aby se po propuštění více šetřil a nepřemáhal svoje síly. Vysvětlila jsem mu, že bude nějakou dobu trvat, než se on, ale i tělo adaptuje na tělesnou změnu. Není vhodné vykonávat těžké a namáhavé práce do vyčerpání sil. Mohlo by to způsobit komplikace, jako jsou změny vyprazdňování, bolest v oblasti břicha, potíže spojené s aplikací kolostomických pomůcek.

Dále jsem se zabývala edukací klienta o změně dietního režimu. Klientovi byla naordinovaná diabetická dieta pro stomiky. Dietní sestra přinesla klientovi vypracovaný informační leták s touto dietou viz příloha č.11, a s tím jsme dále pracovali. Vysvětlila jsem nutnost změny diety, proč jsou některé potraviny a tekutiny nevhodné, a které naopak vhodné, a proč. Je důležité, aby klient jedl pravidelně 5-6x za den menší porce. Na závěr jsme klientovi doporučili sestavu denních jídel na celý týden, aby si udělal představu a měl se podle čeho řídit. Tato edukace je velice důležitá i pro manželku klienta. Dietní sestra si smluvila s manželkou schůzku.

V průběhu hospitalizace jsem spolu se stoma sestrou edukovala klienta a rodinu v péči o kolostomii. Podrobný průběh edukace viz příloha č.10. Tato edukace probíhala individuálně, dle potřeb klienta. Cílem této edukace bylo, aby před propuštěním do domácí péče, byl schopen především on, ale i jeho rodina pečovat o kolostomii a adaptoval se na tělesnou změnu. Byly mu vysvětleny komplikace spojené s kolostomií, řešení komplikací a možnosti vyhledání pomoci a rad.

(2, 3)

5. Ošetrovatelský závěr a prognóza

70 letý pan G. byl plánovaně hospitalizován pro resekci rektosigmatu s vyvedením kolostomie. Klient začal pociťovat prvotní problémy s vyprazdňováním stolice v létě minulého roku. Kvůli strachu nešel k lékaři hned a odložil to až po novém roce. Po mnoha vyšetřeních byl diagnostikován rektosigmoideální karcinom. Klient v průběhu hospitalizace spolupracuje, je orientovaný v čase, místě, osobou. Operační rána se hojí dobře, bez komplikací. Kolostomie je plně funkční. Bolesti, které každým dnem ustupují, se zvládají analgetickou terapií. Invazivní vstupy byly v průběhu mého ošetřování odstraněny bez infekce.

Klient je nesoběstačný v péči o kolostomii. Stoma sestra zahájila edukaci klienta i rodinných příslušníků. Myslím si, že do konce hospitalizace veškerou péči o kolostomii bude zvládat sám. V rámci sebekpěče je klient soběstačný a je schopen se doma o sebe postarat. V případě nutnosti je mu k dispozici jeho žena, která je mu velkou oporou.

Z hlediska psychického se mi klient zdá velice citlivý, negativistický vůči dg. a budoucnosti. Těžko se smíruje s diagnózou a vyvedením kolostomie. Delší dobu trvá, než si k někomu vytvoří důvěru, přesto se snažil spolupracovat a k personálu se choval vždy s úctou a chválil je.

Klientovi jsem vyprávěla, že i já mám bohaté zkušenosti s touto nemocí, že tato nemoc zasáhla mojí babičku, a proto vím, jak se cítí a budu se mu snažit pomoci. Právě proto si myslím, že jsem s klientem navázala důvěryhodný vztah poměrně rychle a on se mi začal svěřovat se svými problémy, strachem a obavami. Dále jsem se snažila odvrátit pozornost od jeho nemoci, povídáním o něčem příjemném o jeho zálibách. Myslím si, že klient byl rád, že jsem si ho vybrala pro tuto práci. Děkoval mi, že jsem mu moc pomohla, zpříjemňovala mu pobyt v nemocnici a předala jsem mu své zkušenosti.

Prognóza:

Klient je již 8 dní po operaci. Cítí se lépe. Na 10.4. je plánované vyndání stehů. Pokud bude klient schopen se sám postarat o kolostomii, bude propuštěn domů a do péče onkologů. V posledním onkologickém vyšetření se objevila drobná infiltrace do močového měchýře, proto je plánované nové vyšetření a zahájení radioterapie, popřípadě chemoterapie.

Sebereflexe:

Péče o tohoto klienta bylo pro mě velkým přínosem. Podařilo se mi během krátké doby navázat důvěryhodný vztah. Klient byl velice komunikativní, otevřený a upřímný. Díky této zkušenosti jsem se naučila, jak pečovat o klienty s takovou těžkou diagnózou, komunikovat s nimi a pochopit, jak je to pro ně těžké.

C. ZDROJE INFORMACÍ

1. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ARCHALOUSOVÁ, A.: *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*, Ráby: Nukleus HK, 2003
ISBN 80-86225-33-X

2. DOENGES M. E. A KOL.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, Praha: Grada Publishing, 2001
ISBN 80-247-0242-8

3. KLENER, P. et. al.: *Vnitřní lékařství, 3. přepracované a doplněné vydání, 2. Svazek*,
Praha: Karolinum, Galen, 2006, ISBN 80 – 246 – 1253 - 4

4. KOCINOVÁ S, ŠTĚRBÁKOVÁ Z, ERBANOVA Š.: *Přehled nejužívanějších léčiv*,
Praha: Informatorium, 2007 ISBN 978-80-7333-059-0

5. KOLEKTIV AUTORŮ: *Chirurgická propedeutika 1.díl*: Praha: Avicenum, 1993
ISBN 80-85623-45-5

6. KOLEKTIV AUTORŮ: *Základy ošetřování nemocných*, Praha: Karolinum, 2005
ISBN 31-8005-418-9

7. KUBLER-ROSS, E.: *Hovory s umírajícími*, Nové město nad Metují: Signum Unitatis, 1992
ISBN 80-85439-042

8. KUBLER-ROSS, E.: *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Praha: EM Relax, 1995 ISBN 3180-95-4152

9. MELLANOVÁ A.: *Psychologie v ošetrovatelství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989
ISBN 17- 398-89

10. PAFKO P.: *Základy speciální chirurgie 1. vydání*, Praha: Galen, 2008
ISBN 978-80-246-1451-9

11. STAŇKOVÁ M.,: *České ošetrovatelství 6, Hodnotící a měřící techniky v oše. praxi*,
Brno: NCO NZO, 2006 ISBN 80-7013-323-6

12. TRACHTOVÁ E. A KOL.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno: IDV PZ, 1999
ISBN 80-7013-285-X

13. WAY LAWRENCE W. A KOL.: *Současná chirurgická diagnostika a léčba 2.díl*,
Praha: Grada Publishing, 1998 ISBN 80-7169-397-9

14. ZEMAN M.: *Speciální chirurgie, 2 vydání*, Praha: Galen, 2004 ISBN 80-7262-093-2

Internetové zdroje:

BEDNAŘIK O. MUDr.: *Diagnostika a léčba nádorů tlustého střeva a konečníku,*
<http://www.internimedcina.cz/artkey/int-200804-0006.php> ,
datum použití: 1. 5. 2009

BEDNAŘIK O. MUDr.: *Diagnostika a léčba nádorů tlustého střeva a konečníku,*
<http://www.internimedcina.cz/artkey/int-200804-0006.php> ,
datum použití: 1. 5. 2009

ČELKO A.M., *Epidemiologie, trendy incidence a mortality kolorektálního karcinomu,*
www.hpb.cz/index.php?pId=05-2-03,
datum použití: 1.5. 2009

FRIČ P, ZAVORAL M.: *Dispensární programy vysokorizikových skupin kolorektálního karcinomu (KR - CA)*
<http://www.hpb.cz/index.php?pId=05-2-05>,
Datum použití: 1.5.2009

HOCH, J., *Návrh standardu chirurgické léčby kolorektálního karcinomu,*
<http://www.hpb.cz/index.php?pId=05-2-07>,
datum použití: 1.5.2009

2. DALŠÍ ZDROJE INFORMACÍ

1. Klient- 1a – rozhovor
- 1b - pozorování
2. Zdravotnický personál
3. Dokumentace
4. Rodinní příslušníci

3. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

- **TK**- tlak krevní
- **P**- puls
- **TT**- tělesná teplota
- **D**- dech
- **FF**- fyziologické funkce
- **RTG**- rentgenologické vyšetření
- **BMI**- Body-mass-index
- **RHB**- rehabilitace
- **DKK**- dolní končetiny
- **HKK**-horní končetiny
- **TBL**- tablety
- **AMP** – ampule
- **I.M.** – intramuskulárně
- **S.C.** – subkutánně
- **I.V.** – intravenózně
- **MIN**- minuta
- **NEG**- negativní
- **CŽK** – centrální žilní katetr
- **PMK** – permanentní močový katetr
- **KR-CA** – Kolorektální karcinom
- **FR** – fyziologický roztok
- **PAD** – perorální antidiabetika
- **IM** – infarkt myokardu
- **ICHS** – ischemická choroba srdeční
- **TEN** – tromboembolická nemoc
- **OK**– okultní krvácení

PŘÍLOHY:

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č.1 Vstupní ošetřovatelský záznam**
- Příloha č.2 Plán ošetřovatelské péče**
- Příloha č.3 Grafy incidence kolorektálního karcinomu**
- Příloha č.4 Klasifikace nádorů**
- Příloha č.5 Operační protokol**
- Příloha č.6 Chronická farmakoterapie-indikace, složení, než. účinky**
- Příloha č.7 Hodnocení bolesti**
- Příloha č.8 Soběstačnost: Barthelův test zákl. všedních činností ADL**
- Příloha č.9 Riziko vzniku dekubitů**
- Příloha č.10 Edukace klienta – plnohodnotný život stomika**
- Příloha č.11 Změna dietního režimu – dieta bezzbytková pro diabetiky**
- Příloha č.12 Prohlášení zájemce o nahlédnutí**
- Příloha č.13 Evidence výpůjček**

VSTUPNÍ OŠETŘOVATELSKÝ ZÁZNAM

Jméno a příjmení: J. G.

Oslovení: pan. G.

Pojišťovna: 111 (VZP)

Rodné číslo: 390320/0000

Povolání: Dělnice

Věk: 70

Vzdělání: Střední odborné

Vyznání: Písmo - katolické

Národnost: ČR

Adresa: Praha 4

Osoba, kterou lze kontaktovat: Mandělka Julie - mobil

Datum přijetí: 1.4.2009 10:00 hod.

Hlavní důvod přijetí: PLÁNOVANÁ RESEKCE DECTOSIGMATU PRO TUMOR V 19 CM

Lékařská diagnóza:

- ZN - COLON SIGMOIDUM
- ESENCIÁLNÍ (PRIM.) HYPERTENZE
- JINÉ FORMY CHRON. ICHS
- DM II. TYPU - NA PAD

Jak je nemocný informován o své diagnóze?

JE PUNĚ INFORMOVÁN O SVÉ DG; TH;

Osobní anamnéza: BĚŽNÉ DĚTSKÉ DV; HYPERTENZE, ICHS, ST. PO IMPLANTACI KOROBNÍHO STENTU (ST. PO IM, DM II TYPU NA PAD, HERNIA UMBILICALIS, ST. DO APPE, ST. PO OP. FR. MANDIBULY

Rodinná anamnéza: OTEC T 69 LĚTECH NA CHP
MATEK T 69 - II. DŮSL. EHT
BRATR 52 - ZDRAV, 1. ŽENA 66 LĚT - CA PĚSU, 2. S. - 74 LET ZDRAV
3. S. - 66 LET - VÁHLA SMRT

Vyšetření: • KARDIOLOGICKÉ NŠ.
• EKG
• DT, O + P
• IRRIGOSKOPIE A IRRIGOGRAFIE
• ET BĚHA A MALÉ PÁNVE
• KOLONOSKOPIE
• HISTOLOGIE + BIOPSIE
• SKIAGRAFIE HRUDNÍKU + BĚHA

Terapie: FARMAKOTERAPIE - CHRONICKÁ P. O.
- INFUZE - FR. HARTMANOV. O
- I. H. - ANALGETIKA
- S. C. - NAST. KOLAGELACI
- CHIR. TH. - PÉČE O RAKU
- ČĚR
- PMK
- EP. CAT.
- STOMIE

Nemocný má u sebe tyto léky: 

Je poučen, jak je má brát? JE POUČEN O MEDIKACI, LÉKY ZODPÁVAJÍ SESTRY

Obecná rizika:

| | | | | |
|--------------|-------|----|-----|------------------------------------|
| nikotismus | | ne | ano | pokud ano, kolik denně: |
| alkoholismus | | ne | ano | POUZE PŘELEŽITOSTNĚ - 1-2 PIVA / D |
| drogy | | ne | ano | pokud ano, jaké a jak dlouho: |
| alergie | jídlo | ne | ano | pokud ano, které: |
| | léky | ne | ano | pokud ano, které: |
| | jiné | ne | ano | pokud ano, na co: |

dekubity NE
pneumonie NE

Důležité informace o stavu nemocného: KLIENT JE MÁLO DŮVĚŘIVÝ, PŘÍSTUP
KLIDNÝ, ROZUŽENÝ, ŽE DNAT POMAU.....

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? PRO PŘETRAVAVAJÍCÍ OBŤIŽE S VYPRÁZDNĚNÝM
VÁMÍM STOLICE.....
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? NEVÍM.....
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? ANO, ZMĚNILA CELÝ
MŮJ ŽIVOT. DATIM NEVÍM, JAK S TÍM BUDU ŽÍT.....
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane? BUDU PO OPERACI.....
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici? TĚŽKĚ, ALE NESTĚŽUJI SI.....
6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici? MYSLIM AŠT TAK TYDEN.....
7. Máte dostatek informací a vašem léčebném režimu? ANO.....
8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu? ANO.....
9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici? Upřesněte:
NE.....

Stupeň soběstačnosti (je-li porušena, změřte stupeň poruchy):

1. OŠ. PEN - LEHKÁ. JEDNODUCHÁ PŘI PAMĚTI. SPRÁVĚ. JINAK V ZÁMČI HÝBĚNÝ
SOBĚSTAČNÝ. NESOBĚSTAČNOST V DĚLI O STOLICI.....

Komunikace:

- | | | | |
|-------------------|--------------|------------|--------------|
| • stav vědomí | při vědomí | somnolence | kóma |
| • kontakt navázán | rychle | s obtížemi | nenavázán |
| • komunikace | bez problémů | bariéry | nekomunikuje |

- spolupráce snaha spolupracovat nedůvěřivost odmítá spolupráci

HODNOCENÍ NEMOCNÉHO

1. Bolest a nepohodlí

- ✓ Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného? ano *ne*
pokud ano, upřesněte: BOLESTI PO OPERACI
- ✓ Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím do nemocnice?
pokud ano, upřesněte: POB. UHPB, STOLICE, METEORISMUS, BOL. BŘICHA ano *ne*
jak dlouho? PŮL ROKY
- ✓ Na čem je vaše bolest závislá? NA POLOZE, STRAVĚ
- ✓ Co jste dělal pro úlevu bolestí (obtíží)? ÚLEVOVÁ POLOHA, ANALGETIKA
- ✓ Kde pociťujete bolest? V OBL. BŘICHA
- ✓ Pokud budete mít u nás bolesti/obtíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění?....
ANO, PODAT ANALGETIKA

Objektivní hodnocení sestry:

pocit pohodlí (lůžko, teplo): KUJET SE ČITÍ V POLOZE DOBŘE. ČASTO
VĚTRÁ, NEVYKOUKJE NA MATRACE - JE TUPÁ, NEFOTEMNÁ

charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte): TUPÁ - OBL. BŘICHA - 9/4-5

2. Dýchání

- ✓ Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním? *ano* ne
pokud ano, upřesněte:
- ✓ Měl jste potíže před příchodem do nemocnice? *ano* ne
pokud ano, upřesněte:
- ✓ Máte nyní potíže s dýcháním? *ano* ne
pokud ano, co by vám pomohlo?
- ✓ Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? *nevím* *ano* ne
pokud ano, zvládnete to?
- ✓ Kouříte? *ano* ne
pokud ano, kolik?

Objektivní hodnocení sestry:

dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.: KUJET NA FYZIOLOGICKÉ
DÝCHÁNÍ - FR - 18 D./MIN. NEJÍ PASTYDU, NEKŮCHA, NEHÁ RYMU

3. Osobní péče

- ✓ Můžete si všechno udělat sám? ano ne
- ✓ Potřebujete pomoc při mytí? ano částečně ne
- ✓ Potřebujete pomoc při čištění zubů? ano ne
- ✓ Potřebujete pomoc při koupání či sprchování? ano částečně ne
- ✓ Kdy se obvykle koupete nebo sprchujete? RÁNO

Objektivní hodnocení sestry:

soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.: KLIENT POTŘEBUJE MALOU DOPOMOC, NE
SPRŠE, NESOP V PĚČI O STOMI, MÁ PLNOUOUS - NEUPRAVENÝ

4. Kůže

- ✓ Pozorujete změny na kůži? ano ne
- ✓ Máte obvyklou kůži? suchou mastnou normální
- ✓ Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť?
..... NIČE - POUZE DRŽAS, KŘEM NA DRUČE
- ✓ Svědí vás kůže? ano ne

Objektivní hodnocení sestry:

celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy atd.: KLIENT MÁ NORMATU
PLET, BEZE ZMĚN. NYNÍ OP. RANA - KLIDNÁ HOZÍ SE DOBRĚ. STOMIE -
PLNĚ FUNKČNÍ.

5. Strava a dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup?
- Máte zubní protézu? dobry dolní horní vadný žádnou
 - Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže? ano ne
pokud ano, upřesněte
 - Máte rozbolavělá ústa? ano ne
pokud ano, ruší vás to při jídle?
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou vyšší (o kolik) nižší
(o kolik)
- c) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? ano ne
pokud ano, o kolik kg jste zhubnul/přibral: NIC, DEN ZPOČÁTKU JSEM JEDL MĚNĚ
- d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? ano ne
- Co obvykle jíte? VŠE
 - Je něco co nejíte? Proč? JIM VŠE
 - Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován? ano ne
pokud ano, upřesněte: DIABETICKÁ
 - Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice?
 - pokud ano, upřesněte: NE
 - co by mohlo problém vyřešit? NE
 - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? ANO
 - pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat? ANĀ ANO

Objektivní hodnocení sestry

stav výživy, enterální výživa, dieta, parenterální výživa, soběstačnost: KLIENT V PĚČI
O VÝŽIVU SOBĚSTAČNÝ, MÁ DIETU BEZE ZBYTKOVOU PRO DIABETIKY

6. Příjem tekutin

- ✓ Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl?
zvýšil snížil **nezměnil**
- ✓ Co rád pijete? ČAJE, MINERÁLNÍ, ŠTĀVY, ŽELÉ
- ✓ Co nepijete rád? MLÉKO, NEMUSÍM ČASTO
- ✓ Kolik tekutin denně vypijete? 1,5 - 2L / D
- ✓ Máte k dispozici dostatek tekutin? **ano** ne

Objektivní hodnocení sestry:

projevy dehydratace: KLIENT JE V HYDRATACI SOBĚSTAČNÝ, VYPÍJE ASI
TAK 2L / D. NEJEVI ŽN. DEHYDRATACE

7. Vyprazdňování stolice

- ✓ Jak často chodíte obvykle na stolicí? 2-3x / D
- ✓ Máte obvykle normální stolice
zácpu
průjem
- ✓ Kdy se obvykle vyprazdňujete? PO RÁD
- ✓ Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil?
- ✓ Berete si projímadlo? **nikdy** příležitostně často pravidelně
- ✓ Máte nyní problémy se stolicí? **ano** ne
pokud ano, jak by se daly vyřešit: STOLICE - NEPRÁVIDELNOST, HETEROGENNOST

Objektivní hodnocení sestry:

konzistence, barva, frekvence, příměsi atd.: KLIENT MÁ STOLICI VYPŘ. NĚKOLIKRÁT
ZA DEN. ŘÍDKÁ KONZISTENCE, HNĚDÉ BARVY

8. Vyprazdňování moči

- ✓ Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? **ano** ne
pokud ano, upřesněte: POUZE OBČAS - INKONTINENCE (VELICE MÁLO)
jak jste je zvládal? NIJAK - VÝMĚNA PRADEL
- ✓ Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici? PPK
- ✓ Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? **ano** ne
pokud ano, myslíte, že to zvládnete? ASI JAKO PŘEDTÍM ZVLÁDNUL

Objektivní hodnocení sestry:

diuréza, barva atd.: KLIENT MÁ DOK - FUNKČNÍ, ODVAŘÍ, MOČ NORMÁLNÍ
BARVY - 1500 ml / D - 2000 ml / D

12. Odpočinek a spánek

- ✓ Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? 7 h.
- ✓ Máte doma potíže se spánkem? ano ne
pokud ano, upřesněte: ČASTO SE PROBOUZÍM
- ✓ Kolik hodin obvykle spíte? 5 - 6 h.
- ✓ Usínáte obvykle těžko? ano NĚKDY ne
- ✓ Budíte se příliš brzo? ano NĚKDY ne
pokud ano, upřesněte:
- ✓ Co podle vás způsobuje vaše potíže? STARŠÍ
- ✓ Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát? UVĚTRAT POKOJ, ÚPRAVA POKOJE
- ✓ Berete doma léky na spánek? ano ne
pokud ano, které:
- ✓ Zdřímnete se i během dne? Jak často a jak dlouho? KAŽDÝ DEN - 1 hodina

Objektivní hodnocení sestry:

únava, denní a noční spánek apod.: KLIENT PŘES DEN HODNĚ ODPOČÍVÁ
JE UNAVENÝ V NOCI NESPÍ

13. Sexualita

(otázky závisejí na tom, zda pacient považuje potřebné o tom mluvit)

- ✓ Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu? ano ne
pokud ano, upřesněte:
- ✓ Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život? ano ne
pokud ano, upřesněte:

- pacient o sexualitě nechce hovořit

- otázky nebyly položeny z důvodu vysokého věku nemocného

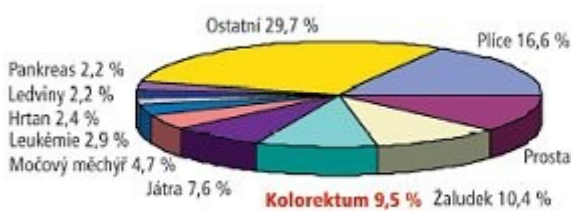
- 11 -

PSYCHICKÉHO STAVU KLIENTA - POVAŽUJI TO ZA NEVHODNÉ A NEDŮLEŽITÉ

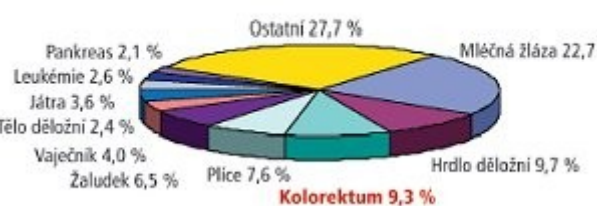
14. Psychologické hodnocení

- **emocionalita** stabilní labilní
- **autoregulace** dobře se ovládá hůře se ovládá
- **adaptabilita** přizpůsobivý nepřizpůsobivý JAK NA CO
- **příjem a uchování informací** bez zkreslení zkresleně (neúplně)

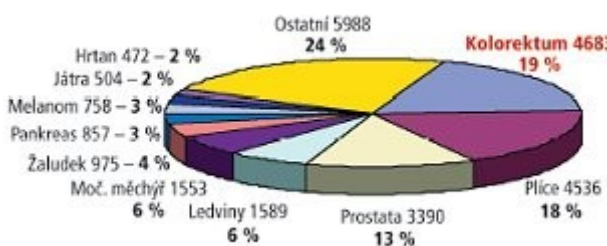
Příloha č.3 Grafy incidence kolorektálního karcinomu



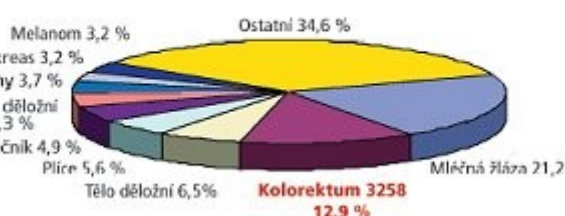
Graf. 1. - Nové zhoubné novotvary dle četnosti, svět 2002, muži



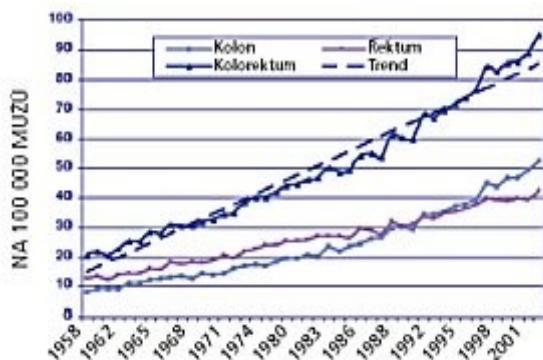
Graf. 2. - Nové zhoubné novotvary dle četnosti, svět 2002, ženy



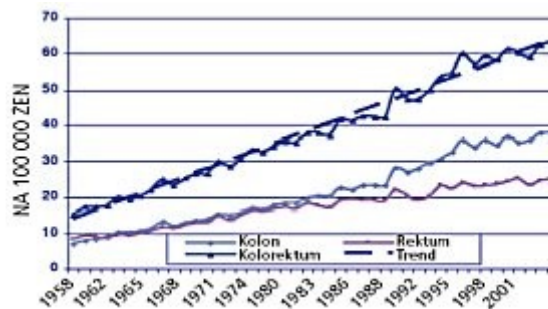
Graf. 3. - Nové zhoubné novotvary dle četnosti, ČR 2002, muži



Graf. 4. - Nové zhoubné novotvary dle četnosti, ČR 2002, ženy



Graf. 4. - Incidence karcinomu kolon a rekta 1959 - 2002, ČR, Muži



Graf. 5. - Incidence karcinomu kolon a rekta 1959 - 2002, ČR Ženy²⁵

1 ČELKO A.M., *Epidemiologie, trendy incidence a mortality kolorektálního karcinomu*, www.hpb.cz/index.php?pld=05-2-03, datum použití: 1.5. 2009

Příloha č.4 Klasifikace nádorů

| Primární tumor (T) | | | | |
|--|-------------|-------|----|--------------|
| TX - primární tumor nemůže být posouzen | | | | |
| T0 - primární tumor nenalezen | | | | |
| Tis - karcinom in situ | | | | |
| T1 - tumor proniká do submukozy | | | | |
| T2 - tumor proniká do muskularis propria | | | | |
| T3 - tumor proniká skrze m. propria do subserozy nebo do neperitonealizované perikol. či perirek. tk. | | | | |
| T4 - tumor proniká viscerálním peritoneem nebo přímo do okolí orgánů a struktur | | | | |
| Regionální lymfatické uzliny (N) | | | | |
| NX - regionální lymf. Uzliny nemohou být posouzeny | | | | |
| N0 - bez metastáz v regionálních uzlinách | | | | |
| N1 - 1-3 metastázy v perikolických nebo perirektálních lymf. Uzlinách | | | | |
| N2 - metastázy ve 4 a více perikolických nebo perirektálních uzlinách | | | | |
| N3 - metastázy v uzlinách podél cévních struktur | | | | |
| Vzdálené metastázy (M) | | | | |
| MX - přítomnost vzdálených metastáz nemůže být posouzena | | | | |
| M0 - vzdálené metastázy nejsou přítomné | | | | |
| M1 - vzdálené metastázy jsou přítomné | | | | |
| Staging | | | | |
| stupeň 0 | Tis | N0 | M0 | Dukes |
| stupeň I | T1 | N0 | M0 | A |
| | T2 | N0 | M0 | A |
| stupeň II | T3 | N0 | M0 | B |
| | T4 | N0 | M0 | B |
| stupeň III | jakýkoliv T | | | |
| | | N1 | M0 | C |
| | jakýkoliv T | | | |
| | | N2.N3 | M0 | C |
| stupeň IV | jakýkoliv T | | | |
| | jakékoliv N | N | M1 | |

Podle Beahrs, O. H. et al: *Manual for Staging of Cancer*, 3rd ed. Lippincott, 1988.²⁶

²⁶ WAY LAWRENCE W. A KOL.: *Současná chirurgická diagnostika a léčba 2.díl*, Praha: Grada Publishing, 1998 ISBN 80-7169-397-9

PŘÍLOHA č. 5 OPERAČNÍ PROTOKOL

DATUM ZAHÁJENÍ: 2. 4. 2009 - 9:10 Hod.

DATUM UKONČENÍ: 2. 4. 2009 - 10:20 HODIN

DOBA TRVÁNÍ: 1:10 HODIN

URGENTNOST OPERACE: PLÁNOVANÁ

REOPERACE: NE

TYP ANESTÉZIE: CELKOVÁ

OSOBY: 1x operatér, 2x asistent, 1x asistent/obsluha, 1x anesteziolog, 1x instrumentářka

OPERAČNÍ DG.:

- Carcinoma coli sigmoidei ad vesica urinaria increscens
- Hernia umbilicalis

OPERAČNÍ VÝKONY:

- Revisio cavi abdominalis
- Sigmoidostomia axialis
- Plastica umbilici
- Sonographia peroperativa

PRŮBĚH: Pac. s karcinomem sigmatu a suspekci na infiltraci moč. měch. indikován odloženě (stentáž koronárních arterií) k oper. revizi.

V celkové anestezii dolní střední laparotomie protažená nad pupek, kde akutní kýla s obsahem omenta. Uvolnění kýly, resekce vaku. Dut. Břišní bez výpotku, tenké kličky, peritoneum, játra bez zn. generalizace, na sigmatu velký tumor, který infiltruje moč. měchýř od vrcholu a zasahuje do oblasti trigona až k prostatě. Tlusté střevo bpn. Peroperační sono jater bez ložisek. Radikální operace by vyžadovala resekci střeva oblok s cystektomií, pac. není t.č. na výkon připraven. Rozhodnuto o provedení paliativní axiální sigmoidostomie a dále dle možností pac. směřovat k event. radikálnímu výkonu v druhé době. V pravém podbřišku vytínáme kůži a podkoží, otvor ve fascii a peritoneu. Vytaženo sigma, fixováno k fascii.

Nástroje a sušení dle hlášení instrum. souhlasí. Sutura břišní stěny po anat. vrstvách, opak. proplachy H₂O₂. Ke kůži vyšitá dvouhlavňová stomie – bez komplikací. ATB min 3 dny.

PŘÍLOHA č.6

FARMAKOTERAPIE – Indikace, složení, nežádoucí účinky, základní informace:

Apo-metoprolol 50mg:

Skupina: Antihypertenzivum – beta - sympatolytika

Indikace: Lék užívaný při léčbě hypertenze

Generický název: Metoprololi tataras

Nežádoucí účinky: mohou vyvolat bronchospasmus, hypoglykémii, zhoršení ICHDKK,

Základní informace: Pozor při řízení motorových vozidel

Amprilan 5mg:

Skupina: Antihypertenzivum – inhibitory enzymu konvertujícího angiotenzin

Indikace: Lék užívaný při léčbě hypertenze

Generický název: Ramiprilum

Nežádoucí účinky: mohou vyvolat halucinace, svalovou únavu, závratě, kožní vyrážky, poruchu spánku.

Základní informace: Pozor při řízení motorových vozidel, kontrolovat TK, úprava životosprávy (méně solí, slunění, nekouřit, nepít alkohol)

Godasal 100mg:

Skupina: Antiagregancia, antikoagulancia

Indikace: Léčivo, které zabraňuje agregaci (shlukování) k. destiček i tvorbě trombů.

Generický název: Kys. Acetylsalicylová

Nežádoucí účinky: žaludeční vředy, krvácivost, alergie

Základní informace: Podávat po jídle.

Metformin 850mg:

Skupina: p.o. diabetikum - biguanidy

Indikace: Léky užívané při léčbě diabetu, snížení glukogeneze v játrech a absorpce sacharidů ze střev.

Generický název: Metforminihydrochloridum

Nežádoucí účinky: nausea, zvracení, kožní vyrážky, laktátová acidoza

Základní informace: Správná životospráva, pravidelnost podání a s jídlem, nepít alkohol

Amaryl 3mg:

Skupina: p.o. diabetikum – derivát sulfonylmočoviny

Indikace: Léky užívané při léčbě diabetu, stimulace uvolňování inzulínu z granulí beta buněk Langerhanzových ostrůvků pankreatu

Generický název: Glimepiridum

Nežádoucí účinky: Hypoglykémie, nausea, zvracení, kožní vyrážky

Základní informace: Správná životospráva, pravidelnost podání před jídlem, nepít alkohol.

Sortis 40mg:

Skupina: Hypolipidemikum

Indikace: Léčiva užívaná při zvýšené hladině lipidů a cholesterolu, stavů s počínajícími známkami aterosklerózy

Generický název: Atorvastatinum calcicum trihydrikum

Nežádoucí účinky: Bolest svalů

Základní informace: Užívat po jídle či s jídlem, přesné dávkování, nepít alkohol.

KCl:

Skupina: Káliový přípravek

Indikace: Léčiva užívaná většinou k substituci

Generický název: Calium chloratum

Nežádoucí účinky: GIT potíže, přecitlivělost, návaly, zčervenání v obličeji

Apo – ome 20mg:

Skupina: Antiulcerozum

Indikace: Léčiva užívaná při žaludeční a duodenální vředové chorobě

Generický název: Omeprazolium

Nežádoucí účinky: Bolest hlavy, neústa, průjem, plynatost

Základní informace: Vyloučit škodlivé vlivy, úprava stravy, pravidelné a časté jídlo.

Dipidolor:

Skupina: Analgetikum, anodyum

Indikace: Léčiva užívaná při tlumení bolesti

Generický název: Piritramidum

Nežádoucí účinky: Vředová choroba, krvácení do GIT,

Základní informace: Podléhá zákonu, nepít alkohol, neužívat dlouhodobě, sledovat stolici

Novalgin:

Skupina: Analgetikum s obsahem metamizolu

Indikace: Léčiva užívaná při tlumení bolesti

Generický název: Metamizolum natricum monohydricum

Nežádoucí účinky: Vředová choroba, krvácení do GIT,

Základní informace: Podléhá zákonu, nepít alkohol, neužívat dlouhodobě, sledovat stolici

Fragmin:

Skupina: Antikoagulancia – nízkomolekulární heparin

Indikace: Léčiva ovlivňující srážení krve, zabraňující tvorbě a nárůstu trombů

Generický název: Dalteparinum natricum

Nežádoucí účinky: pravidelný odběr QUICK, projevy krvácení, pouze s.c.

Základní informace: Podléhá zákonu, nepít alkohol, neužívat dlouhodobě, sledovat stolici²⁷

Zpracovala: Šárka Hroudová

²⁷ (Kociánová S., Š. Z. : *Přehled nejužívanějších léčiv*. Praha: Informatorium, 2007 ISBN 978-80-7333-059-0).

Jméno a příjmení: pan G

R.Č. : 70 let

Datum hodnocení: 6.4. 2009

Hodnocení:

Odkud: Bolest v oblasti břicha, kde se nachází operační rána a vyústění kolostomie.

Provokující faktory: Větší námaha, třeba při otáčení, v pokusu o sed.

Paliativní faktory: Úlevová poloha, nejlépe na zádech se zvýšením horní poloviny těla asi o 20-30 stupňů

Kvalita: Jedná se o tupou bolest

Radiace bolesti: Do oblasti celého břicha

Síla: Různá intenzita v průběhu dne, v průměru stupeň č. 5

Spánek: ruší to i spánek

Snášenlivost: Klient snáší bolest dobře, má docela vysoká práh bolesti. Nijak zvlášť si na bolest nestěžuje, nemá výrazné změny nálad.

Terapie: Doporučená analgetická terapie – aplikace i.m. injekcí viz níže.

Trvání: Bolest je kolísavá. Nejvíce pociťuje bolest okolo 15:00 hod a kolem 21:00 hod. Trvání a intenzita je různá.

Utrpení: Žádné výrazné

Vztah k bolesti: Pozitivní

Zkušenost s bolestí: Nijak zvláštní

Hodnotící techniky:

- ❖ Verbální škály – stupnice od 0 – 10 přičemž 0=žádná bolest, 10=nesnesitelná bolest
- ❖ Dotazník hodnocení bolest z oše. hlediska – viz výše
- ❖ Neverbální škály – paralingvistické projevy (stesky, sýkání)
-mimika – změna výrazu tváře (zamračení, rýhy na čele, pohyby ústních koutků)

Provedla: 6. 4. Šárka Hroudová

Jméno a příjmení: pan G

R.Č. : 70 let

Datum hodnocení: 7.4. 2009

Hodnocení:

Odkud: Bolest v oblasti břicha, kde se nachází operační rána a vyústění kolostomie.

Provokující faktory: Větší námaha, třeba při otáčení, v pokusu o sed.

Paliativní faktory: Úlevová poloha, nejlépe na zádech se zvýšením horní poloviny těla asi o 20-30 stupňů

Kvalita: Jedná se o tupou bolest

Radiace bolesti: Do oblasti celého břicha

Síla: Různá intenzita v průběhu dne, v průměru stupeň č. 3 - 4

Spánek: ruší to i spánek

Snášlivost: Klient snáší bolest dobře, má docela vysoká práh bolesti. Nijak zvlášť si na bolest nestěžuje, nemá výrazné změny nálad.

Terapie: Doporučená analgetická terapie – aplikace i.m. injekcí viz níže.

Trvání: Bolest je kolísavá. Nejvíce pociťuje bolest okolo 15:00 hod a kolem 21:00 hod. Trvání a intenzita je různá.

Utrpení: Žádné výrazné

Vztah k bolesti: Pozitivní

Zkušenost s bolestí: Nijak zvláštní

Hodnotící techniky:

- ❖ Verbální škály – stupnice od 0 – 10 přičemž 0=žádná bolest, 10=nesnesitelná bolest
- ❖ Dotazník hodnocení bolesti z oše. hlediska – viz výše
- ❖ Neverbální škály – paralingvistické projevy (stesky, sýkání)
-mimika – změna výrazu tváře (zamračení, rýhy na čele, pohyby ústních koutků)

Provedla: 7.4. Šárka Hroudová

Jméno a příjmení: pan G

R.Č. : 70 let

Datum hodnocení: 8.4. 2009

Hodnocení:

Odkud: Bolest v oblasti břicha, kde se nachází operační rána a vyústění kolostomie.

Provokující faktory: Větší námaha, třeba při otáčení, v pokusu o sed.

Paliativní faktory: Úlevová poloha, nejlépe na zádech se zvýšením horní poloviny těla asi o 20-30 stupňů, poloha na boku P i L.

Kvalita: Jedná se o tupou bolest

Radiace bolesti: Do oblasti celého břicha

Síla: Různá intenzita v průběhu dne, v průměru stupeň č. 2 – 3.

Spánek: ruší to i spánek

Snášlivost: Klient snáší bolest dobře, má docela vysoká práh bolesti. Nijak zvlášť si na bolest nestěžuje, nemá výrazné změny nálad.

Terapie: Doporučená analgetická terapie – aplikace i.m. injekcí viz níže.

Trvání: Bolest je kolísavá. Nejvíce pociťuje bolest okolo 9:00 hod a kolem 21:00 hod. Trvání a intenzita je různá.

Utrpení: Žádné výrazné

Vztah k bolesti: Pozitivní

Zkušenost s bolestí: Nijak zvláštní

Hodnotící techniky:

- ❖ Verbální škály – stupnice od 0 – 10 přičemž 0=žádná bolest, 10=nesnesitelná bolest
- ❖ Dotazník hodnocení bolest z oše. hlediska – viz výše
- ❖ Neverbální škály – paralingvistické projevy (stesky, sýkání)
-mimika – změna výrazu tváře (zamračení, rýhy na čele, pohyby ústních koutků)

Provedla: 8.4. Šárka Hroudová

| Datum | Čas | Stupeň bolesti | Lokalizace | Provedená opatření | Čas kontroly | Stupeň bolesti |
|-------|------------------|----------------|------------|---|------------------|----------------|
| 6.4. | 9 ⁰⁰ | 4 | Břicho | Analgetika odmítá | | |
| | 15 ⁰⁰ | 6 | Břicho | Dipidolor 1 amp. i.m.aplikovala denní sestra | 15 ³⁰ | 4 |
| | 21 ⁰⁰ | 6 | Břicho | Novalgin 1 amp.i.m. apl.noční sestra | 23 ⁰⁰ | 4 |
| | 23 ⁰⁰ | 4 | Břicho | Analgetika odmítá | 3 ³⁰ | 4 |
| 7.4. | 9 ⁰⁰ | 4 | Břicho | Analgetika odmítá | | |
| | 15 ⁰⁰ | 5 | Břicho | Dipidolor 1 amp. i.m. | 16 ⁰⁰ | 3 |
| | 21 ⁰⁰ | 4 | Břicho | Novalgin 1 amp. i.m. | 23 ⁰⁰ | 2 |
| | 23 ⁰⁰ | 2 | Břicho | Analgetika odmítá | 3 ³⁰ | 2 |
| 8.4. | 9 ⁰⁰ | 4 | Břicho | Novalgin 1 amp. i.m. | 10 ³⁰ | 2 |
| | 15 ⁰⁰ | 2 | Břicho | Analgetika odmítá | | |
| | 21 ⁰⁰ | 3 | Břicho | Novalgin 1 amp. i.m. | 23 ⁰⁰ | 2 |
| | 23 ⁰⁰ | 2 | Břicho | Analgetika odmítá | | |

PŘÍLOHA č.8

Soběstačnost: Barthelův test základních všedních činností ADL

| Činnost | Provedení činnosti | Bodové skóre | |
|-------------------------|--------------------------|--------------|-------------|
| | | 1.4. | 6.4. |
| 1. najedení, napití | samostatně bez pomoci | <u>10</u> | <u>10</u> |
| | s pomoci | 5 | 5 |
| | neprovede | 0 | 0 |
| 2. oblékání | samostatně bez pomoci | <u>10</u> | <u>10</u> |
| | s pomoci | 5 | 5 |
| | neprovede | 0 | 0 |
| 3. koupání | samostatně bez pomoci | <u>5</u> | 5 |
| | s pomoci | 0 | <u>0</u> |
| | neprovede | 0 | 0 |
| 4. osobní hygiena | samostatně nebo s pomoci | <u>5</u> | <u>5</u> |
| | neprovede | 0 | 0 |
| 5. kontinence moči | plně kontinentní | <u>10</u> | <u>10</u> |
| | občas inkontinentní | 5 | 5 |
| | inkontinentní | 0 | 0 |
| 6. kontinence stolice | plně kontinentní | <u>10</u> | 10 |
| | občas inkontinentní | 5 | 5 |
| | inkontinentní | 0 | <u>0</u> |
| 7. použití WC | samostatně bez pomoci | <u>10</u> | <u>10</u> |
| | s pomoci | 5 | 5 |
| | neprovede | 0 | 0 |
| 8. přesun lůžko – židle | samostatně bez pomoci | <u>15</u> | <u>15</u> |
| | s malou pomoci | 10 | 10 |
| | vydrží sedět | 5 | 5 |
| | neprovede | 0 | 0 |
| 9. chůze po rovině | samostatně nad 50 m | <u>15</u> | 15 |
| | s pomoci 50 m | 10 | <u>10</u> |
| | na vozíku 50 m | 5 | 5 |
| | neprovede | 0 | 0 |
| 10. chůze po schodech | samostatně bez pomoci | <u>10</u> | 10 |
| | s pomoci | 5 | <u>5</u> |
| | neprovede | 0 | 0 |
| CELKEM | | 100 b | 75 b |

0 – 40 bodů

vysoce závislý

45 – 60 bodů

závislost středního stupně

65 – 95 bodů

lehká závislost - 6.4.2009 – Provedla: Šárka Hroudová

100 bodů

nezávislost - 1.4.2009 – při příjmu – Provedla: Denní sestra

PŘÍLOHA č.9

RIZIKO VZNIKU DEKUBITŮ

| Riziko vzniku dekubitů: (dle Nortonové) vzniká při 25 bodech a méně | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|-------|----------|--------------|----------|--------------|----------|--------------|----------|-------------|----------|------------------|----------|-----------------|----------|--------------|----------|
| Schopnost spolupráce | | Věk | | Stav Pokožky | | Další nemoci | | Tělesný stav | | Stav vědomí | | Pohyblivost | | Inkontinence | | Aktivita | |
| úplná | 4 | do 10 | 4 | normál-ní | 4 | žádné | 4 | dobrý | 4 | Dobrý | 4 | úplná | 4 | není | 4 | chodí | 4 |
| malá | 3 | do 30 | 3 | Alergie | 3 | | 3 | horší | 3 | apatie | 3 | částečně omezená | 3 | občas | 3 | s doprovodem | 3 |
| částečná | 2 | do 60 | 2 | vlhká | 2 | | 2 | špatný | 2 | Zmatený | 2 | velmi omezená | 2 | převážně močová | 2 | sedačka | 2 |
| žádná | 1 | 60+ | 1 | suchá | 1 | | 1 | velmi špatný | 1 | Bezvědomí | 1 | žádná | 1 | stolice i moč | 1 | leží | 1 |
| Dne: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- Při příjmu 1.4.2009 – 28 bodů – klient je bez rizika
- Provedla: Denní sestra

| Riziko vzniku dekubitů: (dle Nortonové) vzniká při 25 bodech a méně | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|-------|----------|--------------|----------|--------------|----------|--------------|----------|-------------|----------|------------------|----------|-----------------|----------|--------------|----------|
| Schopnost spolupráce | | Věk | | Stav Pokožky | | Další nemoci | | Tělesný stav | | Stav vědomí | | Pohyblivost | | Inkontinence | | Aktivita | |
| úplná | 4 | do 10 | 4 | normál-ní | 4 | žádné | 4 | dobrý | 4 | Dobrý | 4 | úplná | 4 | není | 4 | chodí | 4 |
| malá | 3 | do 30 | 3 | Alergie | 3 | | 3 | horší | 3 | apatie | 3 | částečně omezená | 3 | občas | 3 | s doprovodem | 3 |
| částečná | 2 | do 60 | 2 | vlhká | 2 | | 2 | špatný | 2 | Zmatený | 2 | velmi omezená | 2 | převážně močová | 2 | sedačka | 2 |
| žádná | 1 | 60+ | 1 | suchá | 1 | | 1 | velmi špatný | 1 | Bezvědomí | 1 | žádná | 1 | stolice i moč | 1 | leží | 1 |
| Dne: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- 6.4. 2009 – 24 bodů – klient je mírně rizikový pro vznik dekubitů.
- Provedla: Šárka Hroudová

PŘÍLOHA č. 10

EDUKACE KLIANTA V PÉČI O KOLOSTOMII:

Cíl edukace:

Hlavním cílem této edukace je poučení klienta v péči o kolostomii, správná péče o kolostomii, tak aby nevznikly komplikace jako jsou: zarudnutí, otok, eroze, puchýře, bolest, porucha funkce. Dále je nutné klienta poučit o pomůckách, jejich správné aplikaci, možnosti výběru a limitech kolostomika. Klient má možnost stát se členem kolostomiků, kde najde také spoustu cenných rad. V neposlední řadě je velice důležité, aby věděl, na koho se má obrátit v případě potíží.

1.Fáze: pomůcky

Klienta jsme spolu se stoma sestrou začali edukovat od 6.4. Stoma sestra přinesla klientovi na výběr z několika sáčků (od velikostí, barev, tvarů, funkcí, materiálů). Dále mu věnovala taštičku, kde měl veškeré potřebné věci k výměně sáčků a to: nůžky, měřítko, sáčky na odpad, fixu, blok na zápisky. Poslední pomůcky byly určené k lepší aplikaci (pasty nebo sáčky pro lepší odlepení), k léčbě puchýřů a erozí (adhezivní pasty, léčivé krémy, doporučení dětského zásypu, Hypermanganu nebo Genciálové violeti), k lepšímu přilnutí a pak následnému podtékání (sáčky s lepivým účinkem, lepící proužky, pasty), pomůcky proti zápachu (spray, voňavé proužky, odpachovače). Pro zlepšení komfortu jsme doporučili zátky na kolostomie, pásy přes kolostomie pro upevnění).

2.Fáze: postup výměny sáčků

Po vysvětlení veškerých pomůcek následovala výměna sáčku. Pro klienta byli zatím nevhodnější sáčky uzavřené, jednodílného systému (kvůli častější výměně, častějšímu nácviku, ale také sledování kolostomie). Výměna se konala na dvojlůžkovém pokoji při pootevřeném okně. Klientovi byl vysvětlen podrobně a pomalu postup výměny s tím, že se mohl na cokoliv ptát a otázky byly zodpovězeny.

3.Fáze: komplikace a jejich odstranění

Mezi komplikace patří: zarudnutí, puchýře, eroze, bolest – léčba spočívá v aplikaci již výše popsanych léčivech. Krvácení – většinou je to způsobené neopatrnou péčí. Podtékání – aplikace lepivých past, proužků..., popř. doporučení: po aplikaci sáčku, přitisknout dlaněmi sáček a lehce mačkat a zahřívát proti tlaku břicha. Zápach se odstraní nebo zmírní po aplikaci odpachovačů.

4.Fáze: administrativa

Klienta jsme poučil,i jak se pomůcky objednávají (přes praktickou lékařku, nebo stoma centra). Informace o limitech kolostomika hrazené zdravotní pojišťovnou. Zařazení klienta do klubu kolostomiků (přiložená poštovní i internetová adresa). Stoma sestra dala na sebe kontakt, aby ji mohl klient kdykoliv kontaktovat.

5.Fáze: informační materiál

Klientovi jsme dali spoustu informačních letáků a příruček se všemi instrukcemi, informacemi. Já jsem mu věnovala svůj vytvořený *edukační plakát* na téma *plnohodnotný život kolostomika*, který jsem vypracovala v rámci studia předmětu *edukace klienta*. Jsou tam veškeré informace o zlepšení života, možnostech zapojení do klubu stomiků, kontakty, typy na lázně a výlety.

6.Fáze: domácí péče

Klientovi jsme doporučili, aby si doma vytvořil svoje jedno místo, kde bude vykonávat výměnu sáčku a péči o kolostomii, měl vždy dostatek pomůcek pro výměnu, odpadních sáčků, utěrek na jedno použití, nadosah vlašnou vodu. Dále jsme doporučili různé způsoby jak zabránit zápachu (aroma do zásuvek, odpachovače).

7.Fáze: dotazy klienta, připomínky, reakce

Zodpověděli jsme všechny dotazy a sledovali jsme, jak klient reaguje a jak zvládá péči. Z počátku klient pouze poslouchal, moc se nedotazoval a k výměně se moc neměl. Od 8.4. se klient začal do péče velice zapojovat. Dotazoval se.

Edukovala: stoma sestra, Šárka Hroudová

Zápis provedla: Šárka Hroudová



Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou

Videňská 800, 140 59 Praha 4

Oddělení klinické výživy

☉telefon: 420-261083607

☉telefon + fax: 420-261083608

E-mail: okv2@ftn.cz

Informace o dietách pro pacienty

Dieta č. 5 s omezením zbytků (pro diabetiky)

Doporučení jsou uzpůsobené většině pacientů, ale je třeba individuálně upravit při konzultaci s odborníkem na výživu.

Indikace:

Tato dieta je určena pacientům po akutních průjemových stavech, při chronických průjemových onemocněních všeho druhu, pokud nevyžadují zvláštní dietu.

Při syndromu dráždivého tlustého střeva v období průjmů, při funkčních průjmech, chronických enteritidách, průjmech po léčbě, při malabsorpčních stavech, které si nežadají zvláštní dietu.

Dále u ulcerosní colitidy, Crohnově nemoci a ve stavu dekompenzace.

Podává se také na určitou dobu po resekci střev.

Charakteristika diety:

Dieta je po stránce biologické i energetické plnohodnotná.

Strava je pestrá, lehce stravitelná, má mírně snížený obsah tuků.

Zvláštní pozornost u této diety musíme věnovat snížení nestravitelných látek, hlavně rostlinné vlákniny, která dráždí střevo k rychlejší peristaltice (proto je v dietě užší výběr ovoce a zeleniny).

Vitamín C často doplňujeme medikamentózně.

Omezení dráždivého koření a přepalovaných tuků má šetřit zánětlivě změněnou sliznici střev chemicky.

Mléko podáváme dle individuální snášenlivosti, u některých pacientů může spolupůsobit při vzniku průjmů.

Technologická úprava stravy:

K technologické úpravě používáme horkovzdušnou troubu, mikrovlnou troubu, gril, teflonové nádoby, folii k přípravě bez tuku,lobal.

Používáme vaření, dušení, dušení v páře, pečení.

Vše musí být do měkka upravené, mechanicky šetřící (bez tuhých kůrek, slupek, zrníček).

Šetřící technologická úprava má pomáhat k lepší stravitelnosti všech pokrmů.

Maso opékáme na sucho a čerstvý tuk přidáváme až do hotových pokrmů.

Pokrmy zahušťujeme na sucho opraženou moukou, bešamelem nebo záklehtkou (moukou rozmíchanou ve vodě), Solamylem, brambory.

Brambory podáváme lisované nebo jako bramborovou kaši.

Nejsou vhodné příliš sladké a tučné moučníky.

Jíst méně, ale častěji. Ideální je stravu rozdělit do 5 – 6 denních dávek.

Výběr potravin a pokrmů

Polévky

Používáme vývary z libových druhů mas či z povolené mladá čerstvé zeleniny.

Zeleninu a brambory nastroháme na jemném struhadle nebo prolisujeme.

Do hotové polévky přidáváme tuk.

Jako zavažky používáme rýži, těstoviny, kapání, strouhání, mlhovinu, svítek, sedlinu.

Je vhodné zařadit polévky šlemové (vločková, rýžová).

Maso a uzeniny:

Používáme libové druhy.

Vepřové – dušené, pečené (šašliky, karbanátky, sekaná), náky

Hovězí – dušené plátky, závin, závitky, pomazánky

Telecí – vařené, dušené, pečené, zadělávané, s nádivkou, rizoto, grilované (pouze na soli a povoleném koření), holoubě, králík, krůta

Ryby – sladkovodní i mořské (netučné druhy) pečené, dušené, grilované

Vnitřnosti – játra dušená, mozeček s vejci (obsahují hodně cholesterolu !)

Uzeniny – libová šunka, drůbeží – šunka a salám, dietní salám, šunkový salám, Debrecínská a Kladenská pečeně, párky dietní a drůbeží.

Příkrmy:

Brambory lisované, bramborová kaše, rýže, těstoviny, krupicové noky, knedlíky s kypřícím práškem, vídeňské, v ubrousku, hrnkové / z dvojité dávky: 1/4 hrnku hrubé mouky, 1/4 hrnku mléka, sůl, 1 žloutek, 2 – 3 housky na kostky, z 1 bílku snít – to je na dva hrnky vymazané máslem, vařit 30 minut o doby varu. Kynuté knedlíky nejsou vhodné!

Mléko a mléčné výrobky:

Mléko se většinou jako samostatný pokrm špatně snáší, proto ho dáváme dle individuální snášenlivosti.

Vhodnější jsou zakysané mléčné výrobky (kefir, acido, biokys), sýry (Žervé, Lučina, Lipno, Pribina, Imperiál, 30% Eidam, tavené sýry), nízkotučný tvaroh, jogurt (pouze s povolenými kousky ovoce, bez cereálií – obilí, otruby, ovesné vločky, musli).

Omáčky:

Něpodáváme příliš často. Vhodné jsou bešamelová, citrónová, rajská, masová, dietní svičková, játrová.

Tuky:

Používáme pouze čerstvý tuk.

Do hotových pokrmů přidáváme až na závěr technologické úpravy.

Vhodné jsou – máslo, rostlinné tuky (Rama, Alfa, Flora, Perla) a oleje (olivový, slunečnicový).

Ovoce:

Zralá oloupaná strouhaná jablka, banány.

Jinak podáváme ovocné šťávy, džusy, ovocné přesnídávky, pyré z jablečného, meruňkového a broskvového kompotu.

Ovocné šťávy se též přidávají do krémů a rosolů zahuštěných bramborovou moukou.

Zelenina:

Používáme mladou nenadýmavou zeleninu.

Mrkev dušenou, lisovanou, dušený špenát, salát mrkvový, hlávkový, z čekanky – používáme zálivku s citronovou šťávou.

Zelenina do polévky (mrkev, celer, petržel) nejemno nakrájená a prolisovaná nebo nastrouhaná na jemném struhadle.

Bezmasá jídla:

Pečivo a chléb podáváme z bílé mouky a starší.

Z bezmasých jídel jsou vhodné rizoto, nudle s tvarohem, zapečené těstoviny.

Koření:

Používáme petrželovou a celerovou nat', pažitku, petrželku, kopr, mletý kmín, majoránku, bazalku, rozmarýn, saturajku (chuťově napodobí pepř), sladkou mletou papriku, bobkový list, citrónovou šťávu, vývar z hub, kmínu.

Cibulí dáváme pouze zesklivatět, vyvařit, vydušit.

Nápoje:

Neměly by být příliš horké ani příliš studené.

Podáváme čaj ruský, šípkový, bylinný, zelený, ovocný, stolní vody bez CO₂, minerální vody (necháme vyprchat CO₂).

Mléko podáváme dle individuální snášenlivosti. Je vhodné jako doplněk bílé obilné kávy nebo kakaa (ředěné 1:1) a k přípravě pokrmů. Vhodná je i instantní káva.

Nevhodné potraviny

1. **Masa** : tučná, smažená, nákládaná a uzená, zvěřina, kachna, husa, škvarky, slanina, tlačěnka, jitrnice, jelítka, klobásy, pikantní konzervy, kyselé ryby, očka, kaviár.
Vyloučit tučné a pikantní uzeniny (všechny druhy kromě povolených).
2. **Zelenina**: nadýmavá – zelí, kapusta, květák, kedlubny, okurky, papriky, houby, dýně, cuketa, ředkvičky, kyselé zelí, okurky, čalamády, lečo, naložená v oleji a octě. Brambory vcelku, smažené, fritované.
3. **Ovoce**: nadýmavé a tvrdé syrové (kromě povolených druhů) s tuhými slupkami a zrníčky – angrešt, rybíz, maliny, ostružiny, brusinky, borůvky, jahody, datle fíky, hrušky, meloun, třešně, višně, švestky, rebarbora.
4. **Luštěniny**: hrách, čočka, fazole.

Kroupy, otruby (nepodávají se v žádné úpravě!)

5. **Pečivo**: čerstvý chléb a pečivo, celozrnný, slunečnicový, česnekový, tmavý. Moučníky z kynutých (čerstvých), listových a lineckých těst.
6. **Koření**: všechny druhy kromě povoleného – dráždivé a ostré, Masox, hořčice, Worcester, sójová omáčka, instantní polévky, majonézy, česnek, cibule (pouze vyvařit, vydusit, zesklovatět).
7. **Mléko a mléčné výrobky**: mléko jako samostatný nápoj většina nemocných špatně snáší. Tučné mléko, smetanu, šlehačku.
Plesnivé a zrající sýry (Hermelín, Olomoucké tvarůžky, Niva, Parmazán)
Jogurty smetanové, s kousky ovoce, které má pecičky – jahody, maliny, atd., s cereáliemi (müsli, obilím, otrubami)
8. **Nápoje**: alkohol, černá káva, nápoje sycené CO₂, příliš horké a příliš chladné nápoje.
9. **Ořechy**, mák, mandle, burské ořechy, chipsy, semínka sezamová apod.

Příklad jídelního lístku:

1. den

S: Čaj šípkový. 2 rohlíky. Máslo. Šunka.

Př: Šlehaný tvaroh s pažitkou.

O: Polévka mrkvová lisovaná.

Vepřová pečeně. Dušený špenát. Brambory lisované.

Sv: Zralý banán

V: Zapečené těstoviny se sýrem. Přesnídávka ovocná.

2. den

S: Obilná káva. 2 rohlíky. Máslo. Šunka.

Př: Jablkové pyré.

O: Polévka hovězí s těstovinou.

Rybí filé v alobalu. Bramborová kaše.

Sv: Suchary. Čaj.

V: Kuře pečené. Dušená rýže. Hlávkový salát.

© Něm+Štej 03/03

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

V Praze dne 18. 5. 2009

jméno a příjmení zájemce

