UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA
ÚSTAV TEORIE A PRAXE OŠETŘOVATELSTVÍ

Závěrečná bakalářská práce

OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA NEMOCNÉHO S DIAGNÓZOU TUMOR TESTIS

Květen 2006

Jméno: Dita BECKOVÁ
Bakalářské studium ošetřovatelství
Kombinovaná forma

Vedoucí práce: PhDr Hana HOROVÁ

OBSAH

I. Úvod 2

II. Klinická část 2

1. TUMOR TESTIS 2

2. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM 7

2.1 Osobní údaje 7

2.2 Lékařská anamnéza 7

2.3 Lékařské diagnózy 9

2.4 Diagnosticko-terapeutická péče 10

2.4.1 Fyziologické funkce 10

2.4.2 Laboratorní výsledky 11

2.4.3 Další výkony a vyšetření 12

2.4.4 Farmakoterapie 13

2.4.5 Transfuzní terapie 17

2.4.6 Dietoterapie 18

2.4.7 Pohybový režim 18

2.4.8 Průběh hospitalizace 18

2.5 Subjektivní vnímání nemoci a hospitalizace 19

2.6 Hodnocení sestry 19

III. Ošetřovatelská anamnéza 20

1. BIOLOGICKÉ POTŘEBY 20

2. PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY 23

IV. Ošetřovatelské diagnózy 25

1. CÍL, PLÁN, REALIZACE A HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE 27.9.2005 25

2. CÍL, PLÁN, REALIZACE A HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE 29.9.2005 30

3. CÍL, PLÁN, REALIZACE A HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE 12.10.2005 34

V. Závěr a ošetřovatelská prognóza 41

VI. Použité zdroje 44

Přílohy

I. ÚVOD

Pracuji na jednotce intenzivní onkologické péče jedenáct let – od roku 1995. Naše pracoviště je specializované na léčbu testikulárních nádorů procesem vysokodávkované chemoterapie s následnou autologní transplantací krvetvorných buněk. Pacienti se k nám přicházejí léčit z celé České republiky. Ke zpracování kazuistiky jsem si vybrala případ mladého muže ve stadiu rané dospělosti s diagnózou tumor testi l.dx. pro zajímavý průběh a překvapující zvrat po propuštění a také proto, že ošetřovatelská péče byla náročná a za dobu pobytu jsme si já i celý ošetřovatelský tým vytvořily s Tomášem i jeho rodiči úzký vztah. Obětavá, intenzivní a láskyplná péče Tomášovy rodiny byla obdivuhodná a po událostech léčby dcery na karcinom štítné žlázy a nyní onkologické léčby syna vyžadovala velkou dávku osobní statečnosti, síly a sebeovládání. Tomáš byl na našem pracovišti hospitalizován od 27.9. do 18.10.2005, v transplantačním programu to je -7. až + 13. den, kdy záporné hodnoty se počítají směrem k nule a jsou to dny před převodem kmenových buněk, 0 je den převodu kmenových buněk a kladné dny vzestupnou řadou po převodu kmenových buněk.

I po transplantaci jsem sledovala další vývoj Tomášova stavu.

II. KLINICKÁ ČÁST

1. TUMOR TESTIS

Testikulární nádory (TN) jsou skupinou zhoubných nádorů vyvíjejících se ve varleti. Většina primárních nádorů varlat vychází z bujení zárodečných buněk varlete a tvoří skupinu **germinálních** tumorů (GT) . Vzácně mají jiný tkáňový původ (histogenezi) - z intersticiálních buněk, z gonádového stromatu, lymfomy, sarkomy. Všechny GT je nutné považovat a klasifikovat jako nádory maligní.

Nádory varlat tvoří statisticky 1 % všech zhoubných nádorů u mužů převážně mladé až střední generace s maximem výskytu mezi dvaceti až čtyřiceti lety. V tomto věkovém období jsou však nejčastějším nádorovým onemocněním mužů.

Je to onemocnění s výrazným rasovým, geografickým a věkovým výskytem.
Z dlouhodobých studií vyplývá, že 90 % všech testikulárních nádorů na světě se nachází u

rasy bílé, 6,6 % u rasy černé a zbytek připadá na ostatní rasové skupiny. Největší procento se jich diagnostikuje v severských státech Evropy, především v Dánsku. V českých zemích se počet těchto onemocnění za posledních 15 až 20 let více než zdvojnásobil. Příznivou tendencí je současné snížení úmrtnosti.

Etiologie

Příčiny vzniku testikulárních nádorů nejsou známé. Existují však rizikové faktory, které se dávají do souvislosti s jejich vznikem. K nejdůležitějším patří kryptorchismus. Zvýšené riziko vzniku zhoubných nádorů varlat existuje i po úpravě kryptorchismu a to i pro druhostranné, normálně sestouplé varle. Dalšími významnými determinantami vzniku onemocnění jsou genetické faktory, a to především rodinné nakupení, bilateralita, odchylky somatosexuálního vývoje. Vliv hormonálních vlivů je patrně nepřímý. Ostatní rizikové faktory nebyly spolehlivě ověřeny, jako například prodělaná orchitida nebo skrotální trauma, které spíše upozorní na přítomnost nádoru. (1, 2)

Germinální nádory varlat

Germinální nádory dělíme do dvou skupin.

Seminomy, které jsou častější, vycházejí z částečně diferencovaných buněk semenných kanálků - ze spermatogonií a spermatocytů. Rostou relativně pomalu, šíří se především lymfatickou, méně krevní cestou. Jsou vysoce radiosenzitivní, zejména klasický seminom neboli **typický** seminom, jehož výskyt je nejčastější – 85 %. Asi 10 % výskyt je zaznamenán u **anaplastického** seminomu, který je daleko agresivnější a časně metastázuje. **Spermatocytární** seminom se chová relativně benigně, jeho výskyt činí 5 %. Rovněž prognosticky příznivý je vzácný **trofoblastický** seminom.

Druhou skupinu tvoří ***neseminomy***, přesněji germinální nádory neseminového typu (GNNST), jejichž zdrojem maligního bujení je totipotentní zárodečná buňka, která může být buď přímo transformovaná - jedná se o **embryonální karcinom**, nebo se může částečně diferencovat v trofoblastické elementy – **choriokarcinom, karcinom ze žloutkového váčku**, popřípadě v somatické buňky endo, ekto či mezodermu – **teratom/teratokarcinom**, který je nejčastější v dětském věku. GNNST rostou rychle, časně metastázují, převážně krevní cestou. Vyskytují se i smíšené formy, které jsou častější.

Buněčné klony GNNST produkují různé placentární a onkofetální proteiny, kterými jsou lidský *choriový gonadotropin* (β-HCG) produkovaný choriokarcinomem,

α_1-fetoprotein (AFP) typický pro embryonální karcinom a karcinom ze žloutkového váčku, *karcinoembryonální antigen* (CEA). (1, 2)

Klinický obraz

Nejčastějším příznakem je většinou nebolestivé zvětšení varlete nebo rezistence ve varleti. Může se též projevit změnou konzistence varlete, především ztvrdnutím. Pozdním příznakem je pak tupá bolest v dolní partii břicha, bolest třísel či zad. Též může dojít k pocitu napětí, citlivosti prsních žláz nebo gynekomastii. (1, 2)

Diagnostika a staging

Stanovení diagnózy se opírá o fyzikální vyšetření a o vyšetření pomocná. Vyšetření pohledem a pohmatem zaměřujeme na oblast skrota a třísel, mezogastria, hrudníku a oblast supraklavikulárních a cervikálních uzlin.
Zobrazovací metody zahrnují především ultrasonografii, která se používá k diagnostice retroperitoneálního postižení. K odhalení plicních metastáz je důležitý zadopřední a boční skiagram. Významnou diagnostickou roli, včetně monitorování léčby, představuje počítačová tomografie (CT). Další metodou je pozitronová emisní tomografie (PET), která především umožní odlišení fibrotických změn od biologicky aktivního tumorózního procesu. Nepostradatelnou součástí diagnostického procesu je vyšetření nádorových markerů. Mezi nejvýznamnější se řadí HCG, AFP a LDH. Stanovení markerů má význam diagnostický v rámci stagingu i pro monitorování nemoci a řízení a odhad úspěšnosti léčby. Zásadní pro léčebnou strategii je určení přesné histologické diagnózy. Neméně důležité je vyhodnocení stupně pokročilosti onemocnění neboli staging, který se zpravidla upřesní po operaci v klasifikaci TNM. **T** vyjadřuje rozsah primárního nádoru , **N** zasažení regionálních mízních uzlin a **M** vzdálené metastázy. Jednotlivá stádia TNM jsou uvedena v tabulce. (1, 2)

Rozsah primárního nádoru (T)

Tx	Primární tumor nemůže být posouzen
T0	Histologicky patrná jizva nebo nejsou známky přítomnosti primárního tumoru
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor omezen na varle a nadvarle bez vaskulární/lymfatické invaze
T2	Tumor je omezen na varle a nadvarle s vaskulární/lymfatickou invazí
T3	Tumor dosahuje do semenného provazce s nebo bez vaskulární/lymfatické invaze
T4	Tumor vrůstá do skrota s nebo bez vaskulární/lymfatické invaze

Regionální lymfatické uzliny (N)

Nx	Regionální lymfatické uzliny nemohou být posouzeny
N0	V regionálních lymfatických uzlinách nebyly zjištěny metastázy
N1	Metastáza v uzlině, její průměr je do 2cm a 5 či méně pozitivních uzlin maximálně do 2cm
N2	Metastáza je v uzlině, průměr je větší než 2cm, ale menší než 5cm nebo více než 5 pozitivních uzlin
N3	Metastázy v lymfatické uzlině větší než 5cm

Vzdálené metastázy (M)

Mx	Přítomnost vzdálených metastáz nemůže být posouzena
M0	Bez vzdálených metastáz
M1	Vzdálené metastázy

Určení stadia a histologického typu nádoru umožní stanovit léčebnou strategii, která je odlišná u čistých seminomů a pro GNNST. (1, 2)

Terapie

Léčba seminomů závisí na stádiu onemocnění, zahrnuje chirurgickou léčbu, tedy vysokou ingvinální orchiektomii, která je primárním zákrokem u všech stádií onemocnění. V I. stadiu se doporučuje po orchiektomii pouze observace nebo pooperační radioterapie. Její plnohodnotnou alternativou je adjuvantní chemoterapie s platinovými deriváty. Ve druhém stadiu se za nejúčinnější metodu považuje chemoterapie v režimu BEP – bleomycin, etopozid cisplatina. Stádium III je doménou kombinované chemoterapie režimu 1. a 2. řady, například BEP a VEIP – vinblastin, cisplatina, ifosfamid + mesna, nebo režimů 3. řady. Radioterapie má omezený význam.

I v léčbě neseminomů je základním výkonem orchiektomie, další postup se liší podle klinického stadia. Ve stadiu I se považuje za nejúčinnější adjuvantní chemoterapie nebo se doporučí jen sledování či retroperitoneální lymfadenektomie (RPLND). Ve druhém stádiu se kombinuje RPLND s chemoterapií ve 3-4 sériích režimu BEP, po ní se z 90 % dosáhne kompletní remise. I ve třetím stadiu je základní léčbou chemoterapie.

Při standardní léčbě se přibližně 80 % nemocných dostane do dlouhodobé kompletní remise. Zbylých 20 % podstupuje záchrannou léčbu chemoterapií II. řady. U rezistentních TGN se doporučují režimy obsahující taxany, které mohou navodit až 70 % remisi. V indikovaných případech lze též podat vysokodávkovanou chemoterapii s následnou autologní transplantací progenitorových hemopoetických buněk. Tato léčba může navodit remisi ještě u čtvrtiny nemocných. (1, 2)

Prevence

Primární prevence tohoto onemocnění v pravém slova smyslu neexistuje. Jediným účinným prostředkem včasného odhalení choroby je samovyšetřování. Sekundární prevence se zaměřuje na vytipování rizikových skupin a časný záchyt TGN. Nejjednodušší metodou včasného záchytu je samovyšetřování chlapců ihned po pubertě 1 x za měsíc. Testikulární nádory mají v onkologii dospělých zvláštní postavení. Jsou to první nádorové choroby, které bylo možné vyléčit. Během posledních 20-25 let došlo ke značnému zvratu v léčebných možnostech a výsledcích. Z nádoru kdysi velmi nepříznivého se stalo onemocnění vyléčitelné. (1, 2)

Ošetřovatelská péče

Ošetřovatelská péče o pacienty s tumorem testis všeobecně spočívá především v navázání důvěryhodného vztahu, psychické podpoře v průběhu vyrovnávání se s diagnózou, navození pocitu bezpečí a jistoty, ponechání naděje. Péče je zaměřená nejen na pacienta samotného, ale i jeho rodinu či blízké. Pacienti tráví v nemocnici mnoho času, proto je kladen důraz na zajištění spokojeného, důstojného a plnohodnotného způsobu života v průběhu hospitalizace a je důležité eliminovat negativní vlivy prostředí na minimum. Základním předpokladem je dodržování a respektování práv pacientů.

U pacientů podstupujících chemoterapii je základem ošetřovatelské péče podávání chemoterapie, sledování a předcházení nežádoucím účinkům léčby, zajištění dostatečné a kvalitní nutriční podpory ve spolupráci s nutričním terapeutem, lékařem a pacientem.

Pacienti podstupující vysokodávkovanou chemoterapii vyžadují zvláštní hygienické podmínky provozu oddělení a procesu léčby, které spočívají především v přípravě a udržování sterilního boxu, podávání nízkobakteriální stravy, dodržování vysokého stupně bariérové ošetřovatelské péče. Další péče se skládá z intenzivní monitorace vitálních funkcí, antibiotické terapie, monitorace a úpravy vnitřního prostředí včetně substituce krevními přípravky a deriváty do nastoupání krevních elementů.

U pacientů v terminálním stadiu je prioritou komplexní ošetřovatelské péče zajistit psychickou i tělesnou bezbolestnost, důstojnost a zabránit sociální izolaci. Saturace ostatních biopsychosociálních potřeb je poskytnuta individuálně podle potřeby pacienta. Součástí ošetřovatelské péče na onkologii je též péče o zemřelého a jeho rodinu.

2. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM

Mladý muž, Tomáš M., byl přijat dne 27.9.2005 na jednotku intenzivní onkologické péče (JIOP) k plánované vysokodávkované chemoterapii s podporou autologních kmenových buněk pro tumor testis l. dx. Před touto hospitalizací absolvoval orchiektomii v krajské nemocnici a čtyři cykly chemoterapie BEP s následnou mobilizací a sběrem pluripotentních kmenových periferních hemopoetických buněk (PBPC) na našem pracovišti.

2.1 OSOBNÍ ÚDAJE

Jméno:	Tomáš M.
Oslovení:	Tomáš – tykání
Rok narození:	1987, 18 let
Pojišťovna:	207
Bydliště:	mimopražské
Vzdělání:	základní
Povolání:	student SOU
Stav:	svobodný
Národnost:	česká

2.2 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA

18-ti letý nemocný s TU testis l. dx pT1N2M1/PUL/S2 /HCG 7471, AFP 136,64/ s mnohočetným meta postižením plic, po orchiektomii l.dx. v 5/05, absolvoval 4 cykly chemoterapie BEP s následnou mobilizací PBPC (8. – 12.9. 2005) se sběrem PBPC ve dnech 12. a 13.9.2005. Nasbíral ze 2 ferez celkem 14,4 x 10^6/kg WBC. Vzhledem k rozsahu postižení plánován k vysokodávkované chemoterapii s následnou autologní transplantací krvetvorných buněk 5. cyklem v I. linii. Pacient s plánovaným léčebným postupem souhlasí.

K vysokodávkované chemoterapii plánován fix 27.9.2005 + kanylace, HD-CT (**HIGH-DOSE-CHEMOTHERAPY**) ZAHÁJÍ DNE 29.9.2005. (8)

Z vyšetření před hospitalizací:

CT CNS	bez meta
CT břicha	bez meta a bez retroperitoneálního postižení

CT hrudníku	okrouhlé ložisko o průměru 3 cm v S 2, o průměru 2 cm v S 3 a 2,2 cm v S 6 vpravo. Levé plicní křídlo je bez ložiskového nálezu. Mediastinální a hilové mízní uzliny nezvětšeny. Závěr: Tři ložiska v pravém plicním křídle jsou velmi suspektní metastázy.
Markery	AFP, LH po 3. cyklu v normě, HCG po 3. cyklu 1207 IU/l
VDN	transparence přiměřená
Oční vyšetření	v normě
ORL + stomatologie	fokální infekce vyloučeny
GFR	poměr funkcí je v neprospěch menší ledviny vpravo 37:67 % , celková GF je 1,73 ml/s tj. 104 ml/min
Spirometrie	vyhovující
ECHO	vyšetření v normě, EF 60 %
Scinti skeletu	bez meta
HLA typizace	A 1,31; B 35,50 Cw 4; DRB1 01,04
Virologie	negativní

Pacient přichází k HD CT CARBOPEC. Vzhledem k normálním hodnotám GFR a Normálním hodnotám EF podáváme plný protokol ve složení Carboplatina 1600 mg/m^2 tj. 3000mg (4x750 mg), Vepesid 1800 mg/m^2 tj. 3420 mg (4x850 mg) a CFA 6400 mg/m^2 tj. 12 160 mg (4x3000 mg).

RA:	sestra v r. 1998 léčena na karcinom štítné žlázy, nyní má 16 let dědeček z otcovy strany leukémie
PA:	student – nástrojář, končí školu
SA:	bydlí s rodiči a sestrou v rodinném domku
AA:	alergie neudává, nekouří, alkohol příležitostně, drogy zkoušel marihuanu jen jednou

OA:

dřívější onemocnění: - vážněji nestonal, jen běžné dětské nemoci

- poprvé v létě roku 2004 si všiml zvětšování pravého varlete, nebolelo, nedělalo mu to žádné problémy. Věděl, že to není normální, ale lékaře nenavštívil. Od začátku r. 2005 bolesti v zádech, pro které opakovaně vyšetřován OL i ortopedem, absolvoval i RHB, bez efektu. Zhubnul kvůli nechutenství. Nakonec diagnostikován tumor pravého varlete. Operován na urologickém oddělení krajské nemocnice.

- inguinální orchiektomie l. dx. 10/5/ 2005
- st. p. 4 cyklech chemoterapie BEP 5-8/ 2005
- st. p. mobilizaci a sběru PBPC 9/ 2005

NO: přijat k vysokodávkované chemoterapii CARBOPEC 5. cyklem s následnou autologní transplantací krvetvorných buněk, dle CT 3 ložiska v pravém plicním křídle velikosti 3 cm, 2 cm a 2,2 cm.

Subjektivně: Cítí se docela dobře, bolesti nemá, dechové potíže neudává, afebrilní, bez obtíží, váha stacionární, močení bez obtíží, stolice pravidelná bez příměsi, mírná anxieta.

Objektivní nález: Orientovaný, spolupracuje, klidově eupnoe, bez ikteru a cyanosy, výživa a hydratace přiměřená, kůže čistá bez modřin, erozí či jiných patologií.

Hlava:	orientační neurologický nález v normě, zornice izokorické, skléry bílé, spojivky prokrveny, jazyk vlhký, hrdlo klidné, tonsily nezvětšené.
Krk:	uzliny a štítná žláza nehmatná.
Hrudník:	symetrický, poklep plný, jasný, dýchání bilaterální s ojedinělým vrzotem. Akce srdeční pravidelná, ozvy srdeční bez šelestu. Mammy a axily bez rezistence.
Břicho:	měkké, prohmatné, nebolestivé, bez rezistence, hepar v oblouku, slezina nenaráží, tapotement negativní.
Dolní končetiny:	bez otoků, bez známek zánětu.
Per rectum:	v dosahu prstu bez hmatné rezistence.
Lokální nález:	stav po pravostranné inguinální orchiektomii, jizva zhojena, klidná, pevná, bez sekrece, levé skrotum prázdné. Vlevo varle elastické, nezvětšené, bez rezistence. Zevní genitál bpn.

TK 110/70	P 88/min	TT 36,4°C	Výška 183 cm
Váha 70kg	Povrch 1,9m^2	BMI 20,9	

(8)

2.3 LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY

- Tu testis l. dx. » C 62.9 ; pT1 N2 M1 /PUL/ S2/ HCG 7471, AFP 136,64
- Stav po orchiektomii 5/05

- ▶ Bioptický nález » embryonální Ca, místy náznak diferenciace i do struktur yol sac, neprorůstá do nadvarlete ani semenného provazce
- ▶ Sekundární anemie po chemoterapii na substituci Erytropoetinem (8)

2.4 DIAGNOSTICKO-TERAPEUTICKÁ PÉČE

Denně:
- ▶ TK, P, TT, pH moči, P+V / á 6 hod
- ▶ hmotnost 2xD v 6^{00} a 18^{00}
- ▶ monitorace EKG kontinuálně
- ▶ SpO_2 á 6 hod
- ▶ CVP 1xD

Úterý, středa, pátek, sobota, neděle
- ▶ denní odběry » KO, biochemie - AST, ALT, bilirubin, kreatinin, urea, Ca, K, Cl, Na, glykémie, CRP

Pondělí + čtvrtek
- ▶ velké odběry » denní + kyselina močová, osmolalita, celková bílkovina, albumin, GMT, cystatin C
- ▶ M + S, kreatininová clearens, moč na kultivaci
- ▶ velká koagulace v pondělí, Quick + aPTT ve čtvrtek
- ▶ výtěry. krk, nos, stolice, centrální žilní kanyla

Hemokultura při teplotě nad 38°C.

Režim sterilní (8)

2.4.1 Fyziologické funkce

27.9.2005	TK	P	CVP	TT	pH moči	stolice	váha	příjem v ml			výdej
								i.v.	per os	celkem	
9^{00}	126/82	88	nemčřeno	36,7	5	+	70kg	0	300	300	200
12^{00}	110/70	86		36,6	5			0	1200	1200	800
18^{00}	115/78	84		36,8	5		71kg	0	750	750	500
24^{00}	112/75	84		36,4	5			0	0	0	150
CELKEM ZA 12 hodin								0	2250	2250	1650
29.9.2005											
6^{00}	125/72	72	7	36,5	7	0	70kg	2270	500	2770	1500
12^{00}	136/80	76		36,7	7			1680	500	2180	1500
18^{00}	136/75	88		36,7	7	0	72kg	680	400	1080	750
24^{00}	121/76	86		36,2	7			580	100	680	250
CELKEM ZA 12 hodin								5210	1500	6710	4000

12.10.2005	TK	P	CVP	TT	pH moči	stolice	váha	příjem v ml			výdej
								i.v.	per os	celkem	
6^{00}	115/65	85	8	37,1	neměřeno	+	68kg	800	600	1400	1000
12^{00}	107/60	115		38,5				1000	500	1500	1000
18^{00}	113/61	105		37,6		+ kašovitá	68kg	600	500	1100	800
24^{00}	136/72	87		36,5				400	150	550	250
CELKEM ZA 12 hodin								2800	1750	4550	3050

EKG: rytmus sinusový, pravidelný, při teplotě sinusová tachykardie. Po stabilizaci febrilií frekvence v normě.

Vědomí: orientován místem, osobou i časem v průběhu celé hospitalizace. Pouze při aplikaci antiemetik lehce somnolentní.

Bolest:

27.9.2005																							
hodina	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Intenzita bolesti						0						0	3	1				0						0
29.9.2005																								
Intenzita bolesti						0						0						0						0
12.10.2005																								
Intenzita bolesti						0		3	2	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0					0

2.4.2 Laboratorní výsledky

Naměřené	Minimální hodnoty		Maximální hodnoty		Hodnoty při dimisi		Norma	jednotka
leukocyty	0,1	↓↓	4,7	v normě	8,5	v normě	3,9-10	$x10^9$
erytrocyty	2,81	↓	4,5	v normě	3,62	↓	4,0-5,9	$x10^{12}$/l
hemoglobin	83	↓↓	118	↓	106	↓	135-172	g/l
hematokrit	0,24	↓	0,39	↓	0,31	↓	0,42-0,50	l/l
trombocyty	14	↓↓	310	v normě	45	↓	150-400	$x10^9$/l
Na	132	↓	142	v normě	138	v normě	138-148	mmol/l
K	3,3	↓	4,5	v normě	4,1	v normě	3,8-5,3	mmol/l
Cl	96	v normě	112	↑	110	↑	97-108	mmol/l
Ca	1,95	↓	2,42	v normě	2,32	v normě	2,2-2,6	mmol/l
kreatinin	60	v normě	88	v normě	72	v normě	45-95	µmol/l
urea	2,7	v normě	13	↑	11	↑	2,5-7,4	mmol/l
bilirubin	6	v normě	10	v normě	9	v normě	5-20	µmol/l
AST	0,13	v normě	5,84	↑	0,43	v normě	0,1-0,7	µkat/l
ALT	0,19	↓	5,9	↑	0,48	v normě	0,2-0,6	µkat/l
GMT	0,79	↓	2,96	↑	1,75	↑	0,10-1,35	µkat/l
glykémie	4,1	v normě	7,8	↑	5,7	v normě	3,9-6,4	mmol/l
CRP	3	v normě	>280	↑↑	25	↑	0-5	mg/l
albumin	34	↓	40	v normě	39,4	↓	40-53	g/l
S-osmolalita	283	v normě	295	v normě	290	v normě	275-300	mmol/kg
cystatin-C	0,97	v normě	1,35	↑	1,16	↑	0,55-1,15	mg/l
INR	1,02	v normě	1,29	↑	1,16	v normě	0,9-1,2	INR
APTT	35	v normě	48,2	↑	40	v normě	25-40	s

(8)

Výsledky kultivací

z 29.9.2005
Krk - běžná flóra HCD
Nos - Staphylococcus koaguláza negativní, po pomnožení Staphylococcus aureus
Stolice - Escherichia coli
Moč - slizniční flóra 10 na 3ml

ze 3.10.2005
Kanyla - negativní
Krk - negativní, po pomnožení Staphylococcus aureus a běžná flóra HCD
Nos - negativní, po pomnožení Staphylococcus koaguláza negativní a Staphylococcus aureus
Stolice - Escherichia coli
Moč - Staphylococcus koaguláza negativní 10 na 5ml

z 6.10.2005
Stolice - Staphylococcus koaguláza negativní, Enterobacter species
Ostatní stejné jako předchozí odběry

z 10.10.2005
Stolice - Enterococcus species, Enterobacter species
Moč, krk, nos, kanyla - negativní

z 11.,12.,13./10
Hemokultura - aeroby i anaeroby negativní
Kanyla - negativní, po pomnožení Staphylococcus koaguláza negativní

ze 17.10.2005
Kanyla, stolice, moč, krk – negativní
Nos – Staphylococcus koaguláza negativní (8)

2.4.3 Další výkony a vyšetření

► Provedena kanylace vena subclavia l. dx. Zavedena kanyla Permeath Gancath dvoucestná tunelizovaná na první vpich Seldingerovou metodou v analgosedaci a s následným překrytím ATB – Cefazolyn 1g i.v.

► **RTG S+P** po kanylaci – bez známek pneumotoraxu. (8)

Plánovaná vyšetření

Po propuštění kompletní restaging:

» velké odběry včetně nádorových markerů

» sono břicha

» CT – břicha, hrudníku, mozku (8)

2.4.4 Farmakoterapie

♦ **Léky per os:**

Název léku	Generický název	Dávkování	Léková skupina	Nežádoucí účinky
Alopurinol tbl	allopurinolum	1-1-1 27.9 –12.10.	antiuratikum	bolest hlavy, nevolnost
Quamatel tbl 20mg	famotinidum	1-0-1 27.9.-12.10.	antagonista H_2-receptorů	bolest hlavy, nauzea, zvracení, bradykardie, kožní alergie
Centrum tbl	vitamíny, minerály, stopové prvky	1-0-0 27.9.-12.10.	doplněk stravy	nevolnost
Ludiomil 25mg tbl	maprotilini hydrochloridum	1-0-1 27.9.-12.10.	antidepresivum II.generace	závratě, únava, nauzea
Agapurin ret tbl	pentoxifyllinum	1-0-1 27.9.-12.10.	periferní vazodilatans, blokátor cytokinů	snížení TK, závratě, nevolnost
Ciprinol 500mg tbl	ciprofloxacinum	1-0-1 jen 4.10.	širokospektré chinolonové chemoterapeutikum	nauzea, zvracení, průjem, alergie
Herpesin 200mg tbl	aciklovirum	1-0-1 4. – 12.10.	antivirotikum	nauzea, zvracení, ↑jaterních transamináz
Diflucan 100mg cps	fluconazolum	1-0-1 4. – 12.10.	antimykotikum	nauzea, bolest břicha
Imodium sol por 2mg	loperamidi hydrochloridum	1-1-1 při průjmu	antidiaroikum	sucho v ústech
Hylak forte gtt		3 x 20gtt od +10. dne	střevní eubiotikum	nejsou uváděny
Paralen 500mg tbl	paracetamolum	při TT>37,5°C	antipyretikum, analgetikum	trombocytopenie, poškození jater
Alkalit gra	acidum citricum 28.9.-3.10.	1 lžíce při pH moči ↓7	přípravek alkalizující moč	nejsou uváděny

(5, 8)

♦ **Vysokodávkovaná chemoterapie i.v. denně od 29.9. do 2.10.2005 (den – 6. až – 3.)**

8^{45}-9^{00} Kytril 3 mg ⇒ granisetronum, antiemetikum, zácpa,bolest hlavy +

Dexona 8 mg ⇒ dexamethasonum, glukokortikoid, porušení glukózové tolerance, DM, osteoporóza, hypertenze, psychické změny, peptické ulcerace, infekce, Cushingův sy, suprese kůry nadledvin +

FR 1/1 100ml ⇒ natrii chloridi infusio, kristaloidní roztok, při běžném dávkování nejsou uváděny.

9^{00}-11^{00} Carboplatina 750mg ⇒ carboplatinum, cytostatikum, hematologická toxicita, nauzea, zvracení +

5%G 1000ml ⇒ glucosi infusio, roztok glukózy k nitrožilní aplikaci, při obvyklém dávkování nejsou uváděny

11^{00}-11^{05} Dexona 4mg +

Phenergan 1/2amp ⇒ promethazini hydrochloridum, antihistaminikum se sedativním a antiemetickým účinkem, ospalost, únava, sucho v ústech, extrapyramidový sy +

FR1/1 100ml

11^{05}-12^{00} Etoposid 450mg ⇒ etoposidum, cytostatikum – inhibice replikace a transkripce, útlum krvetvorby, nauzea, zvracení, průjmy +

FR 1/1 500ml

12^{00}-12^{05} Mesna 800mg ⇒ mesnum, antidotum, nauzea, zvracení, průjem +

FR 1/1 20ml bolus

12^{05}-13^{00} Cyklofosfamid 3000mg ⇒ cyclophosphamidum, alkylační cytostatatikum – denaturace DNA a inhibice její funkce, nechutenství, nauzea, zvracení, alopecie +

5%G 500ml

16^{00}-16^{05} Dexona 4mg + Phenergan ½ amp + FR 1/1 100ml

16^{05}-17^{00} Etoposid 400mg + FR 1/1 500ml

18^{00}-18^{10} Mesna 800mg + FR 1/1 20ml bolus

20^{30}-20^{45} Kytril 3mg + Dexona 8mg + FR 1/1 100ml

24^{00}-00^{05} Mesna 800mg + FR 1/1 20ml bolus

06^{00}-06^{05} Mesna 800mg + FR 1/1 20ml bolus

Mesna 800mg i.v. po 6 hodinách pokračuje do 4.10. do -1.D v 6^{00} naposledy. (5, 8)

♦ **Infuzní terapie AIO (all-in-one)**

Denně až do exkanylace CŽK kontinuálně na 24 hodin, pravidelně upravováno podle laboratorních výsledků a klinického stavu.

FR 1/1 1000ml +

5 % G 1000ml nebo **10 % G + 10j HMR** ⇒ humulin R, krátkodobě působící inzulín, proteohormon, hypoglykémie, alergie, rezistence na inzulín +

Neonutrin 10 % 500ml ⇒ infuzní roztok aminokyselin, třesavka, zvýšená teplota, tachykardie, podáván od 4.10 do 17.10. +

Intralipid 20 % 500ml ⇒ tuková emulze pro parenterální výživu, ↑ TT, zimnice,

cyanóza, nauzea, bolesti, 6. – 16.10.

KCl 7,5% 60 až 120ml dle laboratoře ⇒ kalii chloridum, infuzní roztok chloridu draselného k náhradě ztrát K^+, GIT obtíže, hyperkalémie +

NaCl 10% 20 až 50ml dle laboratoře ⇒ natrium chlorátům, infuzní roztok chloridu sodného, při obvyklém dávkování nejsou vedlejší účinky uváděny +

Ca gluconicum 10% 40 až 140ml dle laboratoře ⇒ kalcium, sůl vápníku – k doplnění jeho nedostatku, pocit tepla po aplikaci, srdeční arytmie +

$MgSO_4$ 20% 10ml ⇒ magnesium, myorelaxans + k úpravě hypomagnesémie, svalová slabost, vasodilatace, ↓TK +

$NaHCO_3$ 8,4% 160ml ⇒ natrii hydrogenocarbonas, roztok k úpravě acidózy, hypokalémie, posun pH, dráždí endotel periferních žil. Podáváno během HD – CT od 29.9. do 3.10. +

Tramal 100mg 2amp ⇒ tramadoli hydrochloridum, analgetikum vazbou na opiodní receptory, nauzea, zvracení, závratě, riziko návyku +

Novalgin 2amp ⇒ metamizolum natricum, neopioidní analgetikum, antirevmatikum, antipyretikum, nauzea, zvracení, alergie +

Cimetidin 2amp ⇒ cimetidinum, antagonista H2-receptorů, bolest hlavy, myalgie, průjem +

Syntostigmin 2amp⇒ neostigminum, inhibitor acetylcholinesterázy, GIT obtíže, ↑ střevní peristaltika (5, 8)

♦ **Infuse mimo vak**

250 FR 1/1 + Thioctacid 1amp ⇒ acidum thioctacidum, hepatoprotektivum, alergie. 1xD na 30min dle JT (5.-8.10.)

Flebogama 15g i.v. ⇒ immunoglobulinum humanum, lidský imunoglobulin, alergie. 3. den po převodu (8.10. plánovaně) + 11. a 14.10. neplánovaně

Heparin 7 000j = 1,4ml + FR 1/1 50ml perfusorem kontinuálně na 24 hodin. ⇒ heparinum, antikolagulancium, krvácení. Denně úprava dle klinického stavu, hladiny trombocytů a koagulačního statusu (7000j 29.9. - 7.10. + 16. - 18.10.; 4000j 8. + 11. + 14. + 15. 10.; 5000j 9. + 10. + 12. + 13.10.)

100 FR 1/1 + Hydrokortizon 100mg ⇒ hydrocortisonum, kortikosteroid + Novalgin 1amp i.v. ⇒ při febrilii nad 38°C (5, 8)

♦ **Léky i.v. – bolus**

Furosemid 5-20mg intermitentně dle P+V nebo dle TK ⇒ furosemidum, diuretikum Henleho kličky, poruchy elektrolytové rovnováhy, hypovolémie s hypotenzí

Eprex 40.000 IU ⇒ epoetinum α, růstový faktor pro červené krvinky – glykoprotein, ↑hodnoty trombocytů, edém, alergie + 5 % G 10ml před a po aplikaci v Po + Čt

Neupogen 480 μg + 5 % G 10ml před a po aplikaci, 1xD od 11.10. do nástupu leukocytů na $1,5x10^9/l$ (do 15.10.) ⇒ filgrastimum, hemopoetický růstový faktor pro granulocytové kolonie, horečka, pocení, bolesti kosterního svalstva

Torecan 1amp při nevolnosti ⇒ thiethylperazinum, antiemetikum, neuroleptikum, extrapyramidové příznaky

Prothazin 1amp 3xD při perzistující nevolnosti ⇒ promethazini hydrochloridum, antihistaminikum s antiemetickým a sedativním účinkem, ospalost, sucho v ústech, extrapyramidový sy, ↑ nebo ↓ TK

Algifen 1amp při bolestech ⇒ metamizolum natricum, spasmoanalgetikum, nevolnost, Alergie (5, 8)

♦ **Převod PBPC 5.10.2005**

$8^{30} - 8^{45}$	Manitol 20% 50ml i.v. ⇒ mannitoli infusio, osmoticky účinný alkohol
8^{46}	Hydrocortison 300mg i.v.
$8^{46} - 9^{00}$	FR 1/1 100ml + Kytril 3mg + Apaurin 1amp + Tavegyl 1 amp ⇒ clemastinum, sedativní antihistaminikum, ospalost, únava, sucho v ústech + Ca gluc. 10 % 10ml
$9^{00} - 10^{00}$	převod PBPC přes rampu + prokapávat FR 1/1 750 ml

***k lůžku*:**

Adrenalin 1:1000 1amp do 10ml FR 1/1 ⇒ epinephrinum, neselektivní α a β sympatomimetikum, úzkost, třes, ischémie myokardu, krvácení do CNS

Ca glukonicum 1amp ve stříkačce

Hydrocortison 500mg ve stříkačce

Apaurin 1amp ve stříkačce

Převodní hadička + rampa + infusní set + stříkačky 50ml (5, 8)

♦ **Antibiotika i.v.**

Cefazolyn 1 g i.v. jednorázově při kanylaci ⇒ cefazolinum, cefalosporinové baktericidní antibiotikum I. generace, alergie

Maxipim 2g i.v. ve 100ml FR 1/1 kapat 30min á 8hod $6^{00} - 14^{00} - 22^{00}$ ⇒ cefepimum, cefalosporinové baktericidní antibiotikum IV. generace, průjem, alergie
5. – 12.10. ve 14^{00} ex

Vancocin 0,5g i.v. ve 100ml FR 1/1 kapat 60 min á 12hod $6^{30} - 18^{30}$ ⇒ vancomycinum, glykopeptidové baktericidní antibiotikum, nefrotoxicita, nauzea, alergie
5.10., 6. - 17.10. zvýšen na 1g

Metronidazol 0,5g i.v. ve 100ml FR 1/1 kapat 30min á 8 hod $5^{30} - 13^{30} - 21^{30}$ ⇒ metronidazolum, baktericidní chemoterapeutikum, GIT obtíže, alergie, tmavá moč
10. – 17.10.

Tienam 1g i.v. ve 100ml FR 1/1 kapat 30min á 8 hod $6^{00} - 14^{00} - 22^{00}$ ⇒ imipenemum, β-laktamové antibiotikum, alergie, nauzea, zvracení, ↑jaterních transamináz
12. – 17.10.

Diflucan 200mg i.v. inf. á 12 hod. 1.den, od 2.dne á 24 hod. ⇒ fluconazolum, antimykotikum, nauzea, průjem, ↑jaterních transamináz.
12. – 17.10.

Sumamed 500mg inf. 1xdenně kape 30 min. v 16^{00} ⇒ azithromycinum, makrolidové antibiotikum, ojediněle nauzea, průjem, alergie
12. – 17.10.

Herpesin 250mg i.v. ve 100ml FR 1/1 á 8hod. $7^{00} - 15^{00} - 23^{00}$
13. – 17.10. (5, 8)

2.4.5 Transfuzní terapie

EM ozářená podávaná přes deleukotizační filtr – při hematokritu pod 0,30 l/l a hemoglobinu pod 100 g/l
8., 9.,13.10.

TK separátor ozářen a podáván přes deleukotizační filtr – při trombocytech pod 30 x 10^9/l a projevech krvácení
8., 9., 11.,12., 14., 15., 17.10.

ČZP 8., 10., 11.10.

Flebogama 15g i.v. 8., 11., 14.10. (8)

2.4.6 Dietoterapie

Vzhledem k předpokládané a postupující imunosupresi při HD-CT z útlumu hemopoézy kostní dřeně a následné leukopenie, bylo nutné podávat nízkobakteriální stravu a to ještě před zahájení HD-CT. Tento proces je zabezpečen specifickými postupy v přípravě, podávání a výběru stravy. Strava je z centrální kuchyně dopravovována ve zvláštním samostatném boxu. Na oddělení se servíruje v kuchyňce na sterilní nádobí a upravuje se v mikrovlnné troubě. Personál manipulující se stravou používá ochranné hygienické pomůcky – empír, ústenku, rukavice omyté steriliem. Z potravin je vyloučeno vše, co obsahuje houby, mák, ořechy, čokoládu pro nebezpečí přítomnosti plísně, dále potraviny s živou kulturou, například plísňové sýry, jogurty, kysané zelí. Zelenina se podává pouze vařená a ovoce s odstranitelnou slupkou. Veškerá strava musí být tepelně upravená. V průběhu hospitalizace je použit režim VÝBĚRU DIETY ve spolupráci s dietní terapeutkou a dále výběrem z vlastních prostředků pacienta podle jeho přání.

Hydratační režim per os je saturován dle klinického stavu a přání klienta. Podáváme čaje černé nebo ovocné v uzavřených termoskách. Klient může pít ovocné šťávy, minerálky, vody, vše v malém (250ml) balení, aby nezůstávalo volně stát na pokoji a nedošlo k pomnožení mikroorganismů. Nejsou vhodné nápoje s bublinkami.

2.4.7 Pohybový režim

Během HD-CT až do nastoupání leukocytů se klient pohybuje pouze ve sterilním boxu. Je to pokoj s vlastním sociálním zařízením, televizí, rádiem, jídelním stolem, křeslem a polohovací postelí. V rámci prevence kontaminace boxu a klienta si provádí péči o lůžko a desinfekci povrchů klient sám. Je to i vhodná lehká kondiční RHB a zaměstnání. Pouze v případě zhoršení zdravotního stavu saturuje tyto potřeby sestra.

2.4.8 Průběh hospitalizace

18-ti letý nemocný s Tu testi l. dx. pT1N2M1/PUL/S2 /HCG 7471, AFP 136,64/ s mnohočetným meta postižením plic, po orchiektomii l. dx. V 5/05, absolvoval 4 cykly chemoterapie BEP s následnou mobilizací PBPC 9/05. Nasbíral ze 2 ferez celkem 14,4 x 10^6/kg CD 34bb a 4,9 x 10^8/kg WBC. Vzhledem k rozsahu postižení plánován k vysokodávkované chemoterapii s následnou autologní transplantací krvetvorných buněk 5. cyklem v I. linii. Na JIOP přijat 27.9.2005, absolvoval vysokodávkovanou chemoterapii CARBOPEC ve složení Carboplatiny 3000mg, Vepesid 3400mg a CFA 12 000mg od 29.9. do 2.10.2005 s převodem krvetvorných buněk – 4 vaky dne 6.10.2005. Pro febrilie na ATB

dvojkombinaci Maxipimem a Vankomycinem, nabrána hemokultura. Pokračuje vzestup hodnot CRP a opět febrilie + 5. den, znovu nabrána hemokultura a přidán Metronidazol, + 6. den pro vzestup hodnot CRP a febrilni stav měněna na doporučení ATB centra antibiotika, místo Maxipimu nasazen Tienam. V ATB terapii pokračoval až do + 12. dne, kdy byla provedena exkanylace CŽK. Ode dne 0 pro pancytopenii na substituční terapii erymasou, plasmou a trombokoncentráty. Pro mukositidu a bolestivost dutiny ústní převeden Diflucan a Herpesin na i. v. podání a aplikována analgetika podle potřeby. V průběhu hospitalize symptomatická a podpůrná terapie podle stavu a potřeby. Po celou dobu hospitalizace dieta - výběr, od 4. do 17.10. podávána také parenterální výživa do vaku (Neonutrin 10 %, 10 % G, od 6.10. Intralipid) a sipping (Nutridrink). Při elevaci jaterních transamináz byl podáván Thioctacid. K podpoře hematopoézy aplikován Eprex i.v. 2 x týdně a Neupogen i.v. od 13. do 15.10. 1 x D. Od + 9. dne postupný pokles CRP. ATB i.v. vysazena a převedena na per os + 12. den. Domů propuštěn po normalizaci krevního obrazu a bez známek infektu 18.10.2005 + 13. den po převodu PBPC.

2.5 SUBJEKTIVNÍ VNÍMÁNÍ NEMOCI A HOSPITALIZACE NEMOCNÝM

Tomáš přichází do nemocnice s obavami z průběhu léčby. I přes opakovanou edukaci před hospitalizací chce stále slyšet pravděpodobný průběh a plán léčby, jakým způsobem bude co probíhat. Neví, jak to všechno zvládne, jestli mu nebude špatně. Předchozí chemoterapii zvládal dobře, bez nevolnosti. „Na sestřičky se těší a paní doktorka je dobrá". O existenci tohoto onemocnění neměl dříve vůbec tušení, ale zvětšování varlete si všiml. Styděl se o tom někomu říct. Myslel, že to patří k dozrávání muže a nějakou dobu to vnímal jako přednost, ale před vrstevníky to skrýval. Věří, že jakmile zvládne tuto léčbu, bude vše v pořádku a příští rok si dodělá školu. Má rád letadla, tak to „zkusí na pilota". Rodiče jsou plně informováni o jeho zdravotním stavu a na všechny hospitalizace a vyšetření ho doprovázejí. Pečlivě a úzkostně o něj pečují.

2.6 HODNOCENÍ SESTRY

Má poměrně velkou vazbu na maminku, která mu ve všem pomáhá a pečuje o něj. I předchozí hospitalizace prožíval úzkostně a saturoval si nepřítomnost maminky vazbou na ošetřující personál, kdy se stavěl do role malého dítěte. Významu nemoci nevěnuje velkou váhu a spíše ji popírá a vytěsňuje. Má velké plány do budoucna. Chce si dodělat maturitu a najít si dobře placené zaměstnání a být bohatý. I přes onemocnění, které mění životní hierarchii hodnot pacientů, se zdá být nezralý a dětinský. Vytváří si závislost na druhých

osobách, na které přenáší svoji zodpovědnost a rozhodování. Náladu má poměrně veselou, vtipkuje. Dobře spolupracuje a plní povinnosti, i když někdy s menší latencí. Bolesti nemá. Je plně soběstačný a pohyblivý. Dýchá spontánně a bez problémů. Je při vědomí, orientován osobou, místem a časem. Doma spí bez problémů, chodí spát později.
V nemocnici také nemá problémy se spánkem. Močí sám bez potíží. Stolice doma pravidelná, každé ráno, formovaná. V nemocnici při chemoterapii mívá zácpu. Smyslové bariéry nemá. Alergie neudává. Kůže bez eflorescencí. Alopecie.

III. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

1. BIOLOGICKÉ POTŘEBY

♦ DÝCHÁNÍ

Problémy s dýcháním neuvádí. Pocit nedostatku vzduchu, zadýchávání nebo dušnost neguje. Doma je zvyklý na vlhčí vzduch, bydlí na horách v rodinném domě.
V nemocnici je vzduch suchý, má zde sucho v ústech a někdy ho škrábe v krku.
V posledním roce bez infektu dýchacích cest. Nekouří.
Dýchá spontánně, bez slyšitelných fenoménů, pravidelně, DF 16´, hrudník se zvedá symetricky, SpO_2 98 %.

♦ BOLEST

V současné době je bez bolesti. Má nalepený Durogesic 25μg/h, který mu maminka vyměnila 26.9. ve 12 hodin. Další výměna je za 72 hod. tedy 29.9. ve 12 hodin. Durogesic užívá kvůli bolesti zad, které byly mezi 4 až 5 VAS. Jiná analgetika neužívá. Před operací užíval na bolesti zad velké množství Ibalginu, který mu z počátku pomáhal, ale postupně se bolesti zvyšovaly. Také chodil na RHB, ale to mu moc nepomáhalo. Pociťoval krátkodobou úlevu při teplé koupeli. Ulevilo se mu až po chemoterapii a nasazení Durogesicu, jehož dávky se od 1. chemoterapie po titraci efektivní hladiny postupně snižují. Psychické příznaky bolesti nepozoruji.

♦ STRAVA

Výživa přiměřená, váha 70kg, výška 183 cm, BMI 20,9. Spíše astenický typ. Před a po operaci zhubl asi 10kg ze 72 na 62kg. Postupně ale deficit vyrovnává. Nemá zvláštní jídelní návyky ani speciální dietu, chutná mu vše, co máma uvaří. Radost si udělá různými

pochutinami – brambůrky, čokoláda, ale má rád i ovoce. Moc nemusí čerstvou zeleninu. Potravinovou i lékovou alergii neguje. Minulé hospitalizace zvládal docela dobře, spíše mu první dva až tři dny vyhovovala studená strava. Měl někdy lehký pocit „žaludku na vodě". Dělala mu dobře studená kola. Přinesl si s sebou do nemocnice nějaké trvanlivé potraviny, které chce konzumovat během hospitalizace. Uložil je do svého košíčku v lednici. Problémy v dutině ústní neuvádí ani potíže s polykáním nebo bolest v krku. Zubní protézu nemá. Jazyk je růžový a vlhký.

♦ HYDRATACE

Stav hydratace je přiměřený. Kožní turgor je dobrý, sliznice vlhké a růžové. Pije dostatečně, během dne asi dva litry někdy i více. Má rád ovocné čaje slazené medem, ale při chemoterapii mu kyselé nedělá dobře. Dává přednost čaji černému nebo bylinkovému, který si přinesl do nemocnice. Také mu dělá dobře při nevolnosti studená kola. Dále si s sebou přinesl zásobu balené dobré vody a „ovocných pitíček" v malém balení. Alkohol pije příležitostně na diskotéce nebo při rodinných oslavách. Dává přednost pivu. Nemá rád chlorovanou vodu.

♦ SPÁNEK A ODPOČINEK

Problémy se spánkem neguje. Chodí spát později, kolem půlnoci a ráno si rád přispí. Spí kolem devíti až deseti hodin. Usíná při poslechu walkmana. Ráno se budí odpočatý. Je typ sova. Mívá noční poty. Přinesl si s sebou malý polštářek, na který je zvyklý a bez kterého by se mu špatně spalo. V průběhu dne se někdy cítí unavený. Občas si zdřímne po obědě nebo odpoledne. Asi tak na jednu až dvě hodiny. Odpočívá sledováním TV, DVD, hrou na PC nebo četbou časopisu. Udává menší výdrž při tělesné zátěži. Nejvíce mu vadí, že nevydrží na diskotéce, tak tam raději nechodí.

♦ HYGIENICKÁ PÉČE

Péči o vlastní hygienu zvládá sám. Je čistý, upravený. Dbá o svůj zevnějšek. Rád používá „voňavou kosmetiku". Alopecia medikamentosa po chemoterapii mu nedělá problémy „je to docela pohodlné". Kůže bez eflorescencí. Jizva po orchiektomii je klidná, zhojena p.p. Nehty měkčí, okousané. Stydí se za svůj zlozvyk. Má s sebou vlastní hygienické potřeby, včetně ručníků a pyžam v dostatečném počtu, kvůli vyprání a resterilizace.

♦ VYPRAZDŇOVÁNÍ MOČI

Problémy s močením nemá. Moč je čirá, bez zápachu, světle žlutá.

♦ VYPRAZDŇOVÁNÍ STOLICE

Doma mívá stolici každý den ráno zpravidla po snídani. Uvádí, že stolice je formovaná a hnědá bez příměsí. Naposledy byl na stolici dnes doma. Před operací trpěl na zácpu a bolesti břicha. Při předchozí hospitalizaci i během chemoterapie měl zpočátku stolici pravidelnou, ale od třetího dne trpěl na zácpu. Dostával „čípky a sirup na vyprázdnění", ale moc mu to nepomáhalo. Úprava nastala až po dvou dnech doma.

♦ TĚLESNÁ A PSYCHICKÁ AKTIVITA

Dříve jezdil na kole a lyžoval. V současné době je brzy z fyzické zátěže unavený a spíše polehává. Chodí s mámou k dědovi procházkou, bydlí asi 1,5 km od jejich domova. Někdy taky zajde do města na aeroklubové letiště, rád se dívá na letadla. Také rád čte časopis Letectví. V současné době přerušil školu. Byl v posledním ročníku, ale do školy „nedělá nic". Baví se hrami na PC, poslechem hudby, kouká na TV a DVD, luští sudoku. Doma pomáhat nemusí, „to je určitá výhoda, ale brzy skončí", o vše se stará maminka. Do nemocnice si přinesl všechny uvedené věci pro krácení času. Má také mobilní telefon, kterým komunikuje se svými blízkými.

♦ TEPLO A POHODLÍ

Nemá moc rád přehřáté místnosti. V nemocničním boxu nesmí větrat otevřeným oknem, což pociťuje jako handicap. Má rád přívod čerstvého vzduchu. Je zde centrální klimatizace a dá se dohodnout nastavení nižší teploty a stáhnout topení. To odmítá, protože mu potom táhne na hlavu, což je při alopecii nepříjemné. Proto nosí krátké trenýrky, tričko s krátkým rukávem a šátek na hlavě.

Lůžko vnímá jako pohodlné, vyhovuje mu i antidekubitární podložka, která je mu při dlouhodobém pobytu na lůžku příjemná. Elektronické ovládání postele zvládá bez problémů. I signalizační zařízení umí používat. Trochu se obává, jak bude zvládat stlaní postele a úklid boxu, a zároveň si z toho dělá legraci.

Přinesl si z domova spoustu fotografií, které jsme společně rozmístili na dlaždice stěn a dveře pokoje. Také si přinesl plyšová zvířátka pro štěstí.

♦ SEXUALITA

Chlubí se, že na něj holky „letěly". Rok měl přítelkyni, ta se s ním ale těsně před současným nástupem do nemocnice rozešla, našla si jiného. „Nejhorší je, že ten kluk ji jen využívá, dobře ho znám". Z rozchodu je smutný, rád by jí „pomohl". Pořád si ale telefonují a jsou v kontaktu. Při předchozích chemoterapiích, kdy spolu ještě chodili, jezdila Tomáše navštěvovat do nemocnice.

2. PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY

♦ JISTOTA A BEZPEČÍ

V nemocnici se Tomáš cítí dobře, bez problémů se orientuje v provozu i prostředí na JIOP. Sestřičky jsou hodné, zná je křestním jménem a má k nim důvěru. Nejvíc se těší na Zuzanku, ta mu masíruje nohy a dělá s ním legraci na lechtivá témata. S rodiči si několikrát denně (i v noci) telefonuje a jezdí ho navštěvovat o víkendu. Tráví s ním celý den v sobotu i v neděli, někdy i v pátek. Cesty jsou ale drahé, tak spí v autě.

Je přesvědčen, že se mu dostává nejvyšší možná dostupná odborná péče a že po skončení HD-CT bude vše v pořádku a vrátí se do školy. Onemocnění nepřikládá velkou váhu, cítí se přece dobře, ale kouká vystrašeně a čeká přitakání. Někdy projevuje známky nejistoty, která se vztahuje na průběh HD-CT. Má strach z kanylace, nedokáže si představit, jak to bude probíhat.

♦ SOBĚSTAČNOST

Tomáš byl v průběhu předchozích hospitalizací i nyní plně soběstačný a nezávislý. Doma se o domácnost, nákupy i vaření stará maminka společně s tátou. Snaží se Tomášovi maximálně ulehčit a spoustu aktivit přebírají za něj. Působí to na mě, že mu až brání v samostatnosti. Od stanovení diagnózy nemá domácí povinnosti. Po propuštění z nemocnice se o něj budou starat rodiče.

♦ KOMUNIKACE

Tomáš si velmi rád povídá, je sdílný i v osobních záležitostech. Informace určené jeho osobě chápe bez obtíží. Při první hospitalizaci byl vystrašený a roztěkaný. Nyní zvládá vše bez problémů.

♦ INFORMACE

O typu a závažnosti onemocněni je Tomáš citlivě informován. Zároveň je ujištěn o pozitivních výsledcích léčby, kterou podstupuje. Pacientovi je ponechána naděje a perspektiva do budoucna. O průběhu HD-CT byl plně a podrobně informován při poslední hospitalizaci a to v ústní i písemné formě. Přesto se opakovaně dotazuje, co a jakým způsobem ho čeká. Působí nejistě a vystrašeně. Současně byli o průběhu hospitalizace edukováni rodiče Tomáše. Také jsou plně informováni o zdravotním stavu svého syna.

♦ RODINA A SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ

Tomáš žije s maminkou, tatínkem a sestrou v rodinném domě. O sestře příliš nehovoří. V rodině mají hezké mezilidské vztahy. Maminka o Tomáše úzkostně pečuje. Tomáš často navštěvuje dědečka, kterého má rád. Také k němu chodí kamarádi a jeho bývalá dívka, ale méně než před nemocí, protože je opakovaně mimo domov kvůli léčbě. Častější kontakt s vrstevníky mu chybí.

♦ DUCHOVNÍ POTŘEBY

Tomáš je nevěřící. V žebříčku životních hodnot nejvýše řadí zdraví, rodiče, přátele a peníze.

♦ POTŘEBA LÁSKY A SOUNÁLEŽITOSTI

Tomáš má kolem sebe milující rodiče a má je také rád. Nejvíce se může spolehnout na maminku, která se o něj bude starat i po propuštění. Je smutný z rozchodu s Luckou. Ale možná se k němu vrátí, až pozná, jaký je její nový přítel. Přátele má, ale kontakt s nimi je méně intenzivní, což ho trochu trápí. „Ale až bude po všem, tak to bude zase stejné jako před tím". Po domově je mu smutno.

♦ AFILIAČNÍ A SELF POTŘEBY

Tomáš hledá sám sebe, svoji roli v životě. Trpí ztrátou partnerky, chce ji pomoct, ale vlastně sám sobě. Má vysoké, téměř až naivní plány do života. Chce být pilotem, aby měl hodně peněz a byl váženou osobou. Proto čte časopis Letectví. Ve škole nemá prospěch příliš uspokojivý. Uvědomuje si, že vzdělání je důležité a bude na tom pracovat. V některých situacích projevuje při rozhodování závislost na okolí. Někdy působí vyplašeně, někdy sebevědomě.

IV. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

1. den pobytu, -8. den HD-CT programu, 27.9.2005

» Strach, úzkost z důvodu ohrožení pocitu jistoty a bezpečí před kanylací CŽK a z průběhu HD-CT

» Akutní bolest z důvodu kanylace

» Riziko vzniku komplikací z důvodu nežádoucích účinků chemoterapie

3. den pobytu, -6. den HD-CT programu, 29.9.2005

» Nevolnost z důvodu emetogenních účinků chemoterapie

» Riziko vzniku infekce z důvodu očekávané leukopenie a z důvodu invazivního vstupu – CŽK

» Riziko vzniku obstipace z důvodu chemoterapie, změny režimu a pohyblivosti

16. den pobytu, +7. den HD-CT programu, 12.10.2005

» Infekce z důvodu leukopenie

» Riziko krvácení z důvodu trombocytopenie

» Poškození anatomické bariéry sliznice dutiny ústní z důvodu nežádoucích účinků chemoterapie

» Průjem z důvodu nežádoucích účinků chemoterapie

1. CÍL, PLÁN, REALIZACE A HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE 27.9.2005

♦ STRACH, ÚZKOST Z DŮVODU OHROŽENÍ POCITU JISTOTY A BEZPEČÍ PŘED KANYLACÍ CŽK A Z PRŮBĚHU HD-CT

Ošetřovatelský cíl:

» Tomáš verbalizuje a identifikuje zdroj strachu a úzkosti

» Používá efektivní způsoby zvládání strachu

» Nemá somatické projevy stresu

» Pociťuje úlevu a menší napětí

» Má dostatek informací

Ošetřovatelský plán péče:

» Navození důvěryhodného vztahu

» Povzbuzování k verbalizaci strachu

» Saturace nedostatku informací

» Nácvik psychoterapeutických metod zvládání strachu

» Monitorace FF

» Hodnocení psychického stavu

Realizace:

S Tomášem jsem seděla a hovořila v klidu na pokoji, kde jsme byli sami, ničím nerušeni. V průběhu komunikace jsem s ním udržovala oční i taktilní kontakt. Projevila jsem pochopení pro jeho obavy před výkonem, také bych byla nervózní. Tomáš už sice zkušenost s kanylací měl z minulé hospitalizace, ale jednalo se o jednocestnou sběrovou kanylu. Nyní mu budou zavádět dvoucestnou tunelizovanou do podkličkové žíly. Bojí se, že to bude bolet a nedovede si představit, jak bude výkon probíhat.

Popisuji mu průběh výkonu. Začínám samotným transportem na IKEMové pracoviště, kde bude výkon prováděn, až po RTG plic a návrat na JIOP, aby si vizualizoval postupný proces a snížil napětí z nepříjemných představ. Dále hovoříme o samotném výkonu, kdy bude nejvíce nepříjemné píchnutí pro znecitlivění místa zavedení kanyly. S tím už má zkušenost a ví, že to není tak hrozné. Dále by nemělo nic bolet a už je potřeba jen trochu trpělivosti. Protažení kanyly podkožím se nemusí obávat, protože dané místo bude umrtvené – jako u zubaře. Upozorňuji na výhodu, kdy mu kanyla nebude překážet na krku jako minule a nebude ho omezovat v pohybu hlavy. Bude to pro něj pohodlnější. Ujišťuji ho, že kdyby mu bylo cokoliv nepříjemné, může to říct lékaři nebo sestře při výkonu a oni ho budou vhodným způsobem intervenovat.

Nakonec společně nacvičujeme první pomoc zvládnutí stresové situace - hluboký nádech a chvilkové zadržení dechu a hluboký výdech. Tento proces opakovat třikrát. V případě potřeby jsem kdykoli k dispozici. Slíbil, že mi po návratu řekne, jak to probíhalo.

O průběhu HD-CT je vzhledem k velkému množství informací průběžně a opakovaně informován. Je povzbuzován k aktivitám předcházení a řešení problémů a je mu poskytnut prostor k naslouchání i komunikaci.

Hodnocení ošetřovatelské péče:

Tomáš odjížděl na kanylaci s pocitem úlevy a úsměvem na tváři. Ujistila jsme ho, že mu držím palce, aby to dobře zvládl, a to ho potěšilo. Vzal si s sebou sloníčka pro štěstí. Před odjezdem měl tlak i puls normální, dlaně suché. K dechovému cvičení měl z počátku nedůvěru, ale byl sám překvapen jeho účinkem. Průběh výkonu si dokázal představit a věděl, co ho čeká. Po návratu byl hrdina, jak to všechno báječně zvládl.

Svoji úzkost z průběhu a rizik HD-CT chápe realisticky. Verbální i fyzický kontakt s ošetřujícím personálem vnímá pozitivně a velmi mu pomáhá redukovat stres. Občas se

mírná úzkost vyskytla, ale podařila se prostřednictvím citlivé komplexní a koordinované péče snížit a zvládnout.

♦ AKUTNÍ BOLEST Z DŮVODU KANYLACE CŽK

Ošetřovatelský cíl:

» Do jedné hodiny bude bez bolesti

» Umí zhodnotit intenzitu bolesti dle VAS od 1 do 10

» Chápe příčiny vzniku bolesti a spolupracuje v procesu být bez bolesti

Dlouhodobý cíl: Pacient bez bolesti

Plán ošetřovatelské péče:

» Pravidelná monitorace bolesti denně á 6hod

» Akceptace bolesti tak, jak ji pacient popisuje, projevení účasti a pomoci

» Zhodnocení intenzity, charakteru, lokality bolesti

» Podání analgetik podle ordinace lékaře v intervalech před odezněním účinku analgezie

» Doporučení úlevové polohy a psychoterapie bolesti

» Monitorace účinku analgoterapie

» Monitorace FF

» Edukace o příčinách bolesti a účincích léků

Realizace:

Tomáše jsem ujistila, že jeho bolest určitě dáme do pořádku, a při komunikaci jsem ho držela za ruku. Ruce měl teplé a suché. Vysvětlila jsem mu, že bolest po kanylaci CŽK není neobvyklá. Je v přímé souvislosti s invazivním chirurgickým zákrokem. Vysvětlila jsem mu systém VAS a po té ohodnotil intenzitu bolesti číslem 2 až 3. TK a P měl v normě, dechové problémy neguje. Bolest lokalizoval na oblast kanylačního pole a to pouze intermitentně při pohybu. Bolest popisuje jako řezavou. Doporučila jsem Tomášovi elevaci hrudníku napolohováním lůžka, aby se mu oblast centrálního vstupu nepřekrvovala, a dále jsem doporučila klidový režim v průběhu dnešního dne. Časem si na kanylu zvykne a sžije se s ní, do té doby můžeme podávat podle ordinace lékaře Ibalgin. Lék zná, má s ním dobré zkušenosti. S navrženým plánem souhlasí. Za hodinu jsem přítomnost bolesti zkontrolovala. Dohodli jsme se, že si v případě potřeby řekne o další tabletu. Určitě si ji vezme na noc, aby se dobře vyspal. Zbytek dnešního dne bude koukat na TV. Edukovala jsem Tomáše o možných komplikacích CŽK a aby mě v případě zhoršení bolesti či zhoršeného dýchání nebo krvácení v oblasti vpichu ihned informoval.

Každý den jsem společně s měřením fyziologických funkcí monitorovala i bolest po šesti hodinách.

Hodnocení ošetřovatelské péče:

Hodnocení bolesti dle VAS pochopil bez problémů i příčiny vzniku bolesti. Za hodinu po spolknutí Ibalginu potvrzuje velké zlepšení. V klidu bolest nemá žádnou, při pohybu „to ještě trošku táhne, ale minimálně". „ Dá se to bez problémů vydržet". Během odpoledne již bolest neudával a druhý den analgetika nepotřeboval vůbec.

Dlouhodobý cíl:

V průběhu hospitalizace byla monitorace bolesti zmapována tak, že počínající symptomy bolesti byly okamžitě řešeny a byla saturovaná potřeba být bez bolesti. Domů byl Tomáš propuštěn bez bolesti.

- RIZIKO VZNIKU KOMPLIKACÍ Z DŮVODU NEŽÁDOUCÍCH ÚČINKŮ CHEMOTERAPIE – OBECNĚ

Ošetřovatelský cíl:

» Tomáš zná příčinu vzniku komplikací a umí je vyjmenovat
» Včasná diagnostika vedlejších účinků chemoterapie
» Minimalizace intenzity nežádoucích účinků chemoterapie
» Tomáš aktivně spolupracuje na režimu při HD-CT

Dlouhodobý cíl:

» Tomáš bez komplikací způsobenými chemoterapií

Plán ošetřovatelské péče:

» Edukace + zpětná vazba
» Monitorace FF, vnitřního prostředí, odběry biologického materiálu
» Bariérová ošetřovatelská péče (BOP)
» Sterilní režim, boxový systém
» Podávání léků, infuzí
» Substituční léčba do regenerace organismu

Realizace:

Tomáš byl již před první chemoterapií seznámen s tím, že tato léčba nepůsobí selektivně na vybrané buňky, ale postihuje více či méně celý organismus. Že tomu neumíme úplně zabránit, ale existují opatření, která toto riziko snižují. Při ysokodávkované chemoterapii je největší riziko komplikací spojené s útlumem krvetvorby (anemie, leukopenie, trombocytopenie). Poučila jsem ho o funkci jednotlivých krevních elementů a

jak se projevuje jejich nedostatek – únava, pocit nedostatku vzduchu, vznik infekce s horečkami, zimnicí, třesavkou a krvácivé projevy. Destičky a červené krvinky budeme v průběhu hospitalizace substituovat, ale na bílé krvinky musíme počkat do přihojení PBPC a nástupu granulopoezy. To je nejrizikovější období pro vznik infekce, která ho nejvíce ohrožuje. Proto musí dodržovat řadu hygienických opatření, se kterými je Tomáš seznámen a které budeme neustále opakovat až do zažití si návyku. Dále hovoříme o gastrointestinálních komplikacích. Mezi nejčastěji se vyskytující patří nechutenství, nevolnost, zvracení, zácpa – průjem, mukositida. O vlivu na reprodukční orgány Tomáš ví, ještě před zahájením léčby na onkologii si nechal provést kryoprezervaci. Také ho edukuji o nefrotoxicitě a nutnosti dostatečné hydratace a monitorace pH moči s dočasnou úpravou acidobazické rovnováhy Alkalitem, aby nedocházelo k poškození ledvin metabolity chemoterapie. Provádíme zácvik monitorace FF, P+V, měření pH moči. Dále mu sděluji, že následkem neurotoxicity může mít problémy se sluchem nebo se může vyskytnout brnění prstů na dolních či horních končetinách.

Pro snížení rizika vzniku infekce bude Tomáš na sterilním boxu. Do boxu má personál omezený přístup a bude probíhat celý proces preventivních opatření od přípravy stravy, péče o lůžko, tělesnou hygienu až po monitoraci nežádoucích účinků chemoterapie - FF, vnitřní prostředí, každodenní odběry, stav kůže, stav vědomí... (jednotlivá vybraná specializovaná péče je podrobně popsaná dále).

Z důvodu velkého množství informací se nejvíce soustředíme na nácvik monitorace fyziologických funkcí, měření pH moči a měření příjmu a výdeje, a také na hygienická opatření, která musí dodržovat od samého počátku hospitalizace.

Hodnocení:

Informací je opravdu mnoho a týkají se všech oblastí potřeb člověka, proto se probírají kontinuálně v průběhu celé hospitalizace a i před ní. Základní údaje dostal Tomáš před hospitalizací i v písemné podobě. Tomáš vše chápe a aktivně spolupracuje. Podílí se na procesu prevence a snižování nežádoucích účinků HD-CT. Pokud si je něčím nejistý nebo neví, sám projevuje zájem o informace. Uvědomuje si rizika spojená s léčbou a umí základní vyjmenovat. Monitoraci FF, měření pH moči, P+V zvládá bez problémů, dodává mu to pocit důležitosti a seberealizace.

Dlouhodobý cíl:

V průběhu HD-CT se vyskytly očekávané komplikace (útlum hemopoézy, infekce, gastrointestinální toxicita, hepatoxicita), které se podařily postupně zvládnout a Tomáš byl propuštěn do domácí péče bez akutních následků chemoterapie.

2. CÍL, PLÁN, REALIZACE A HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE 29.9.20005

♦ NEVOLNOST Z DŮVODU EMETOGENNÍCH ÚČINKŮ CHEMOTERAPIE

Ošetřovatelský cíl:

» Tomáš zná příčiny nevolnosti při chemoterapii

» Zná mechanizmy ke snížení či zabránění nevolnosti

» Bude bez nauzey a emese

» Nejeví známky dehydratace a nedostatku příjmu potravy

Střednědobý cíl:

» Zvládá mechanizmy proti nevolnosti

Plán ošetřovatelské péče:

» Edukace o nežádoucích účincích chemoterapie a jejich prevence

» Monitorace FF, P+V, symptomů nevolnosti

» Nácvik psychoterapeutických metod + odvádění pozornosti

» Podávání antiemetik

Realizace:

Tomovi jsem vysvětlila způsob přímého účinku chemoterapie na receptory nevolnosti a zvracení v CNS, které je způsobeno vlivem uvolňování látek z GIT či přímo z CNS. Zároveň jsem ozřejmila působení antiemetik na tyto receptory. Probrali jsme soubor opatření a postupů, které snižují nevolnost a zvracení. Komunikace probíhala na základě dosavadních zkušeností, kognitivních a mentálních schopností Tomáše. Zdůraznila jsem význam včasné intervence kvůli možnosti rychlého vytvoření psychogenního reflexního původu nevolnosti a zvracení. Vysvětlovala jsme mu to na příkladu Pavlovových psů, což ho pobavilo.

Doporučila jsem mu jíst menší porce vícekrát denně, dobře jídlo rozžvýkat, jíst pomalu. Při výběru diety dávat přednost studeným jídlům, vyhýbat se smaženým, tučným, kyselým a aromatickým potravinám. Také není vhodné si vybírat obzvláště oblíbená jídla, aby se mu neznechutila. K pití je vhodná ledová kola a nekyselé nápoje, a to častěji a po troškách. Po jídle odpočívat nějaký čas v křesle nebo v poloze s vyvýšeným trupem na lůžku. Není vhodné si ihned lehnout a provádět prudké změny polohy. Společně jsme opět procvičovali dechovou psychoterapeutickou techniku a odvádění pozornosti.

Denně jsem ve spolupráci s Tomášem monitorovala po šesti hodinách P+V, hmotnost a hydrataci. Dále jsem podávala intravenózně antiemetika podle rozpisu lékaře. S Tomášem jsme se dohodli, že při počínající nevolnosti mě bude ihned informovat a nenechá nevolnost prohloubit.

Hodnocení ošetřovatelské péče:

Tomáš byl dostatečně parenterálně i perorálně hydratován. Jedl bez problémů a s chutí. Počínající nevolnost byla hned v počátku zvládnuta dobrým harmonogramem sledu antiemetik a psychoterapeutickými metodami, které si postupně začínal osvojovat. Fyziologické funkce byly v normě. Tomáš měl pocit, že o něj máme zájem a staráme se o jeho pohodlí, což mu dělalo dobře na duši. Velkou část HD-CT programu prospal. Původně si myslel, že to bude daleko hůře snášet.

- RIZIKO INFEKCE Z DŮVODU OČEKÁVANÉ LEUKOPENIE A Z DŮVODU INVAZIVNÍHO VSTUPU – CŽK

Ošetřovatelský cíl:

» Tomáš chápe příčiny vzniku infekce a význam rizika
» Aktivně se účastní procesu preventivních opatření
» Nemá symptomy infekce
» Tomáš zná rizika CŽK a ví, jak reagovat při jejich výskytu

Plán ošetřovatelské péče:

» Edukace o významu leukocytů v obranyschopnosti organismu
» Edukace o příčinách a projevech infekce
» Edukace a nácvik preventivních opatření
» Vytvoření sterilního prostředí na boxu, zajištění pomůcek, podávání nízkobakteriální stravy, používání sterilního ložního i osobního prádla nemocným
» Odběr biologického materiálu na kultivaci a CRP podle rozpisu
» Monitorace TT, TK, P
» Minimalizace vstupu ošetřujícího personálu do boxu, BOP
» Péče o CŽK

Realizace:

Tomášovi jsem vysvětlila, že po chemoterapii dojde k poklesu bílých krvinek na velmi nízkou hodnotu. Protože hlavní funkcí leukocytů je ochrana proti infekci, nebude mít tuto přirozenou obranu organismem v dostatečné míře zajištěnou. Původce nákazy pak nemá srovnatelného protivníka a může se velmi rychle množit a způsobit velmi vážný stav.

Je tedy potřeba tělu nějakým způsobem pomoci. Pomoc spočívá v dodržování souboru určitých opatření, která toto riziko vzniku infekce minimalizují.

Tomáš byl již před hospitalizací seznámen s vysokým rizikem infekce vzhledem k poklesu leukocytů a souborem preventivních postupů. Kvůli velkému množství informací byly Tomášovi i jeho rodičům sděleny verbálně i v písemné podobě. Z důvodu projeveného zájmu znovu probíráme jednotlivé situace krok za krokem. Z domova si přinesl dostatečné množství ručníků i osobního prádla, které denně pereme v pračce na JIOP a dále posíláme do centrální sterilizace. Ostatní termolabilní věci (noviny, knihy, videokazety) dáváme do par 3% Persterilu. Vstup personálu do boxu minimalizujeme, vcházíme pouze ve sterilním empíru, ústence a rukavicích omytých ve Steriliu. Je to povinnost celého zdravotnického týmu. Z tohoto důvodu si Tomáš pečuje o lůžko a desinfekci povrchů sám. Desinfekci provádí 0,5 % roztokem Persterilu v ochranných pracovních pomůckách – rukavice, rouška. O pravidlech práce s desinfekčními prostředky je poučen. Při pobytu v koupelně zapíná na pokoji germicidní zářič. Lůžko převléká každý den ráno a dále dle potřeby a používá sterilní prádlo pro lůžkoviny i osobní potřebu.

Osobní hygienu provádí 2xD a používá nedráždící kosmetiku, určenou pro kojence. Potřebu vyprazdňování vykonává v rukavicích a po skončení si pečlivě provede hygienickou očistu a desinfekci rukou. Dále je poučen o důkladné péči o dutinu ústní. Spočívá v čištění zubů po každém jídle a v provádění výplachů připraveným roztokem s jodisolem, peroxidem a aquou v předepsaném poměru.

Po zácviku a osvojení zásad odběru biologického materiálu si také provádí 2 x týdně výtěry z krku, nosu a stolice, a odběr středního proudu moče na kultivaci. Výtěr z kanyly provádí sestra při převazu CŽK. Centrální kanylu převazuji každý den za aseptických podmínek. Používám Inadine a fóliové krytí – Tegaderm, nebo mulové krytí Curapor steril. Tomáš má dostatek informací ohledně komplikací spojené s CŽK. Ví, že musí dávat pozor, aby nedošlo k rozpojení infúzního systému hadiček, které jsou dlouhé tak, aby se mohl volně pohybovat po pokoji. Také je poučen, jak reagovat, kdyby k rozpojení došlo. Umí postup popsat i provést. Riziko rozpojení je sníženo závitovým systémem spojů. Denně odebíráme Tomášovi krev na CRP.

Podávám nízkobakteriální stravu, dostatečně tepelně upravenou a ošetřenou v mikrovlnné troubě. Zbytky jídla z boxu ihned odnáším. S Tomem opakovaně probíráme, které potraviny smí a které ne, a společně vybíráme stravu.

Od -1. dne tedy od 7. dne pobytu dostává z preventivních důvodů, pro riziko pomnožení potencionálních patogenních komensálů, podle ordinace lékaře perorální ATB, antimykotika a virostatika. Pravidelně sleduji výsledky kultivací.

Hodnocení ošetřovatelské péče:

Tomáš velmi dobře chápe příčiny vzniku infekce a rizika s ní spojená. S úzkostnou důkladností se podílí na preventivním procesu a zvýšených hygienických opatřeních. Péče o lůžko zvládá z počátku trošku nemotorně, ale po opakovaném povzbuzování a pochvalách za každou dobře zvládnutou drobnost, se postupně zlepšuje. Desinfekci povrchů zvládá s perfektní dokonalostí. Ostatní hygienický a stravovací režim dodržuje a bez problémů spolupracuje. I přes všechna prováděná opatření dochází u Tomáše k rozvoji a projevům infekce.

- RIZIKO VZNIKU OBSTIPACE Z DŮVODU CHEMOTERAPIE, ZMĚNY REŽIMU A POHYBLIVOSTI

Ošetřovatelský cíl:

» Tomáš zná příčinu vzniku obstipace

» Tomáš aktivně předchází vzniku obstipace

» Tomáš má stolici normální konzistence 1x D

Ošetřovatelský plán:

» Edukace o příčinách vzniku obstipace a preventivních opatřeních

» Nácvik abdominálního dýchání

» Monitorace vyprazdňování

» Farmakoterapie

Realizace:

Tomáš je v domácích podmínkách zvyklý chodit na stolici každý den ráno. V nemocnici při chemoterapii trpí od 2. dne zácpou, která se upraví až doma. Vysvětluji Tomášovi, že je to způsobeno více faktory. Jednak se jedná o nežádoucí účinek chemoterapie, která působí neurotoxicky a zpomaluje střevní peristaltiku. Může dojít až k její úplné zástavě, kdy mu nebudou odcházet plyny ani stolice, bude ho bolet břicho a nebude mu dobře. Při HD-CT se toto riziko ještě potencuje nedostatečným tělesným pohybem, způsobeným pobytem na boxu. Také změna prostředí může podpořit vznik zácpy. Je proto velmi důležité udělat vše pro prevenci tohoto stavu.

Doporučuji Tomášovi dostatek tekutin, spíše ovocné nápoje než černý čaj, který staví. Dostatek vlákniny, ovoce (kompoty) a zeleniny ve stravě, samozřejmě vždy po poradě s dietní a primární sestrou pro omezené dietní možnosti.

Také Tomovi vysvětluji význam pohybu a posilování břišního svalstva na střevní peristaltiku. Doporučuji mu, aby se snažil v průběhu dne chodit po pokoji, cvičit na lůžku i vedle něj podle svých možností. Také provádíme nácvik abdominálního dýchání, které může provádět několikrát denně.

Stolici monitoruji každý den. Tomáš je také informován o možnostech farmakologické terapie při neúspěchu současných opatření. Od 3. do 6. dne pobytu (-6. až -3. den HD-CT programu) byla Tomášovi podávána Laktulóza 2 lžíce 3xD a od 7. do 10. dne pobytu (-2. až +1. den HD-CT programu) Syntostigmin 2amp do vaku.

Hodnocení ošetřovatelské péče:

Tomáš dobře rozumí a chápe význam pravidelné stolice a riziko zácpy při chemoterapii. Snaží se dodržovat stravovací režim, ale pohybová aktivita je omezená pro spavost při chemoterapii, z důvodu tlumivého účinku antiemetické přípravy.

První dva dny byla stolice podle jeho zvyku, ale od 3. dne pobytu v nemocnici (-6. den HD-CT programu) trpěl zácpou až do 8. dne (-1. den HD-CT programu), kdy byl poprvé po pěti dnech na stolici. Další den byla stolice normální, formovaná a dále až do konce pobytu průjmovitá.

3. CÍL, PLÁN, REALIZACE A HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE 12.10.2005

♦ INFEKCE Z DŮVODU LEUKOPENIE

Ošetřovatelský cíl:

» Tomáš chápe příčinu vzniku infekce a využívá preventivní opatření

» Tomáš zná symptomy infekce

» Předcházení a včasné rozpoznání počínající sepse

» Normotermie

» Tomáš nemá symptomy infektu

střednědobý cíl:

» Být bez infektu

Ošetřovatelský plán:

» Edukace o příčinách infekce a jejich symptomech + zpětná vazba

» BOP, sterilní režim

» Monitorace TT, TK, P, EKG

» Výtěry na kultivaci, CRP, hemokultura

» Podávání antipyretik, fyzikální snižování TT

» Podávání ATB, antimykotik a virostatik

» Aplikace růstových faktorů

Realizace:

S Tomášem jsem opět pohovořila o příčinách vzniku infekce a procesu její prevence. Vše chápe a dodržuje, je z toho sám nešťastný, že to nepomáhá. Je poučen o příznacích infektu (zvýšená teplota, teplá kůže, zimnice, třesavka, únava), umí je vyjmenovat a při zhoršení stavu mě bude okamžitě informovat. Podílí se na monitoraci vitálních funkcí.

Během dne se vyskytla TT 38,5°C se zimnicí a třesavkou. Nabrala jsem krev na hemokulturu na aeroby i anaeroby 2x za sebou s třicetiminutovým odstupem z CŽK. Vzorek okamžitě odesílám do laboratoře. Dále jsem podala infuzi s Hydrocortisonem a Novalginem podle rozpisu a informuji lékaře. Změřila jsem fyziologické funkce, kde byla zvýšená srdeční frekvence na 115´. Kontinuálně monitorované EKG ukazovalo sinusovou tachykardii. Do lůžka jsem Tomášovi dala termofor s teplou vodou kvůli zimnici s třesavkou a přikryla ještě jednou dekou. Po celou dobu až do stabilizace TT jsem byla u něj na boxu a hovořila s ním. Snažila jsem se vyjádřit psychickou podporu, že to vládneme a že se mu uleví hned, jak infuze začne působit. Po konzultaci s ATB centrem změnila a přidala lékařka ATB i.v. a převedla antimykotika, která jsem podávala podle rozpisu v dokumentaci, z orálního podání na i.v. Po poklesu teploty byl Tomáš celý zpocený. Zajistila jsem výměnu ložního prádla a on se převlékl do suchého pyžama. Na sprchu se necítil, dohodli jsme se, že hygienickou péči provede až si odpočine. Tělesnou teplotu si bude měřit každou hodinu nebo i dříve při podezření na její zvýšení. Při vzestupu teploty podávám antipyretika.

Soustavně byly kontrolovány výsledky kultivací a konzultovány s ATB centrem, monitorovány FF a hodnoty CRP. Ostatní odběry biologického materiálu na kultivaci jsem prováděla podle protokolu. Hydratace je zabezpečena i.v. přívodem tekutin i vlastním pitím pacienta. Celý zdravotnický tým dodržuje zásady BOP.

Od +6. dne HD-CT programu denně aplikuji růstový faktor – Neupogen do CŽK pro stimulaci granulopoezy až do nástupu leukocytů na hodnotu $1,5x10^9/l$. Na podporu humorální imunity podávám v průběhu hospitalizace Flebogamu i.v. podle ordinace lékaře.

Hodnocení ošetřovatelské péče:

I přes důkladnou BOP a pečlivě dodržované preventivní hygienické postupy ze strany pacienta se vyskytly septické příznaky, doprovázející infekci při leukopenii. Tomáš všemu dobře rozumí a chápe, ale je z toho rozmrzelý. Nedaří se tak, jak by si představoval. Zkušenost s teplotami během HD-CT už má z předchozího dne, kdy měl také febrilii. I některé dny zpátky měl subfebrilie, kdy mu byly také přidány ATB. Předchozí den + 6. den byla podána Flebogama, jejíž aplikace byla opakována ještě za dva dny tedy + 9. den po převodu PBPC.

Předběžný výsledek hemokultury z předešlého dne byl negativní. Během večera se ještě jednou vyskytla subfebrilie, která zareagovala na podaná antipyretika. ATB i.v. byla podávána až do +12 dne, kdy byla provedena exkanylace a ATB převedena na orální formu. +8. den HD-CT programu stoupla hladina leukocytů z 0,1 na $0,2x10^9/l$, + 10.den HD-CT programu byla jejich hodnota $2,1x10^9/l$ a byla ukončena aplikace Neupogenu. Domů byl Tomáš propuštěn bez klinických i laboratorních známek infektu.

♦ RIZIKO KRVÁCENÍ Z DŮVODU TROMBOCYTOPENIE

Ošetřovatelský cíl:

» Tomáš zná rizika a sleduje příznaky trombocytopenie

» Tomáš ví, co dělat v případě krvácení

» Tomáš nemá známky krvácení

Plán ošetřovatelské péče:

» Edukace o rizicích a příznacích trombocytopenie + zpětná vazba

» Získání informovaného souhlasu k podání TK separátoru

» Monitorace FF, KO, koagulačních faktorů a známek krvácivých projevů

» Edukace o možných transfuzních komplikacích

» Ozáření a podání TK separátoru

» Úprava miniheparinizace

Realizace:

Tomáš má již s nízkým počtem trombocytů bohaté zkušenosti z předcházejících dnů. Ví, jaká rizika jsou s jejich nedostatkem spojena, a sám volně hovoří o tom, jak se může trombocytopenie projevit. Nezbývá mi než ho pochválit, jak to hezky zná. Sice dnes

krvácivé projevy nemá, ale laboratorně má velmi nízkou hodnotu destiček. Informuji ho tedy, že dnes dostane jeden vak trombocytů ze separátoru vykapat. Doporučuji mu klidový režim, aby dával pozor, aby se neuhodil nebo neškrábl, vyhýbal se smrkání. Pokud bude mít potřebu vyprázdnit dutinu nosní, aby volil variantu šetrného vytření kapesníkem. Při stolici netlačil a neprováděl aktivity zvyšující tlak. S podáním trombocytů souhlasí a spolupracuje na monitoraci FF – TK, P, TT. Před vlastním podáním separátoru zkontroluji zda byla TU ozářena. Separátor máme na JIOP od předešlého dne uložený na třepačce při teplotě 22°C. Zkontroluji identifikační údaje (krevní skupinu, číslo konzervy, druh krevního přípravku, datum exspirace, celistvost vaku a barvu přípravku) na TU a záznamu transfusní stanice, vyplním potřebnou dokumentaci, připravím deleukotizační set na TU a samotnou aplikaci trombocytů provede lékařka. Před vlastním podáním se zkouška krevní skupiny neprovádí. Před aplikací jsem Tomáše poučila o možných komplikacích – bolest zad, břicha, svíravý pocit na hrudníku, pocit nedostatku vzduchu, úzkost, pocit na omdlení, bušení srdce, svědění – pálení či zčervenání kůže, zimnice, třesavka. Zdůraznila jsem, že kdyby se mu cokoliv nezdálo, aby nečekal, jestli se to zhorší nebo zlepší, a ihned zazvonil. Zvoneček má v dosahu ruky. Po dokapání TU jsem ji ukončila, změřila FF a zapsala do dokumentace.

Denně se nabírala krev na KO a cíleně sledovaly krvácivé projevy. Také se upravovalo množství kontinuálně podávaného Heparinu. Veškeré léky i odběry byly prováděny prostřednictvím CŽK s vyloučením poškození integrity kožního krytu.

Hodnocení ošetřovatelské péče:

Tomáš chápal vztah nízkého počtu destiček a krvácivých projevů, které uměl vyjmenovat – „červený ťupky na těle, poteče mi krev z nosu, modřiny, oranžová moč". S transfuzí destiček souhlasil, podílel se na procesu monitorace FF. Transfuze proběhla bez komplikací. Během celé hospitalizace se neprojevily krvácivé příznaky.

Substituci trombocytů jsme prováděli opakovaně podle laboratorních hodnot trombocytů při poklesu pod $30x10^9/l$. Na JIOP máme vždy uskladněný TK separátor na třepačce, který nám ještě před distribucí ozáří transfusní stanice, pro případ akutní potřeby pacienta v HD-CT režimu.

♦ POŠKOZENÍ ANATOMICKÉ BARIÉRY SLIZNICE DUTINY ÚSTNÍ Z DŮVODU NEŽÁDOUCÍCH ÚČINKŮ CHEMOTERAPIE

Ošetřovatelský cíl:

» Tomáš zná příčinu narušení celistvosti sliznice

» Tomáš nepociťuje bolest dutiny ústní

» Tomáš neubývá na váze a nemá známky dehydratace

» Dostatečná vlhkost dutiny ústní

» Normální tělesná teplota

» Tomáš ovládá správný postup při ošetřování dutiny ústní

střednědobý cíl:

» Navrácení integrity sliznice dutiny ústní

Plán ošetřovatelské péče:

» Monitorace stupně mukositidi dle WHO

» Monitorace a léčba bolesti DÚ

» Zajistit dostatečný příjem tekutin a výživy

» Zvlhčování a hygiena dutiny ústní

» Podávání antimykotik dle ordinace lékaře

» Konzultace s dietní sestrou a lékařem

» Vyloučení dráždění sliznice

» Edukace Tomáše o příčinách vzniku mukositidi a péči o dutinu ústní

» Monitorace stavu výživy, hydratace a symptomů infekce

Realizace:

Podle kritérií toxicity pro mukositidu dle WHO jsem ohodnotila Tomášův stav sliznice dutiny ústní 2. stupněm. Jsou přítomny bolestivé ulcerace v dutině ústní, přijímání potravy není omezeno. Vznik problémů datuje na 9.10. tedy den + 4 po převodu PBPC, kdy také došlo k poklesu leukocytů na $0,1x10^9/l$. Tento stav trvá s mírnou progresí 3 dny. V dutině ústní Tomáše bolí intermitentně, pouze při kousání tuhé stravy. Pokud se bolest vyskytuje, hodnotí ji číslem 3. Z důvodů bolesti dutiny ústní a po konzultaci s lékařem jsem zvýšila Durogesic z 25 na 50μ/hod. Také jsem Tomášovi doporučila vyplachovat dutinu ústní před jídlem Kouzelnou vodou, která kromě Dexamethazonu obsahuje poměrné množství Mesocainu. Díky němu dojde ke znecitlivění sliznice a bude se moci lépe najíst. Dále jsme opět probrali zásady hygienické péče o dutinu ústní a chrup. Výplachy roztokem s Jodisolem provádí po každém jídle, i když to má „hnusnou chuť"! Jsme dohodnuti, že pokud mu daný postup nebude proti bolesti pomáhat, bude mě o tom informovat a učiníme

další opatření. Při každém kontaktu s Tomášem jsem se ptala na bolesti a popisoval stav jako „lepší", i když obtíže při kousání a polykání úplně nevymizely. Další analgetika během dne odmítal.

Hydratován byl Tomáš po celou dobu hospitalizace dostatečně. Jednak se, i přes obtíže, aktivně staral o příjem tekutin přirozeným způsobem, jednak mu kontinuálně 24 hodin denně kapal i.v. vak s tekutinami. Pravidelně jsme monitorovali P+V po šesti hodinách, který byl buď vyrovnaný nebo pozitivní bilance na stranu zavodnění. V tomto případě dostal Tomáš Furosemid i.v.

Během HD-CT až do dnešního dne zhubl Tomáš 3 kg. K normální stravě dostával ještě výživu parenterálně all in one, kterou dobře toleroval. Dále po dohodě s lékařem a dietní sestrou jsem Tomášovi nabídla sipping Nutridrinku 2xD. Vybral si vanilkový a karamelový. Stravu jsme vybrali společně podle možností tak, aby byla nedráždivá. Dal přednost kašovité formě. Vzhledem k tomu, že byl schopný normálně pít a stav hydratace byl přiměřený, měl i sliznice dostatečně vlhké. Podle ordinace lékaře dostával antimykotika per os a po potížích s polykáním byla forma podání převedena na venózní formu.

Hodnocení ošetřovatelské péče:

Stav výživy a hydratace byl po celou dobu hospitalizace uspokojivý. Zhubl sice během dvanácti dnů 3kg, ale se zlepšujícím se stavem se váha stabilizovala a domů byl propuštěn s úbytkem 1 kg.

Mukositida se ještě zhoršila v průběhu dvou dnů na stupeň 3, kdy nemohl přijímat stravu ústy, jen pil čaj. V tu dobu popíjel Nutridrink během dne s obtížemi. Byla mu podávána kompletní strava parenterálně včetně léků. Při bolesti byla aplikována analgetika do CŽK. Fyziologické funkce byly stabilizované. Příčinu vzniku těchto komplikací Tomáš chápal a péči o dutinu ústní pečlivě dodržoval.

Hodnoty CRP stále stoupaly, proto byla po konsultaci s ATB centrem změněna antibiotika a podávaná dle ordinace lékaře. S postupným vzestupem počtu leukocytů se upravoval i stav dutiny ústní.

♦ PRŮJEM Z DŮVODU NEŽÁDOUCÍCH ÚČINKŮ CHEMOTERAPIE

Ošetřovatelský cíl:

» Tomáš zná příčiny vzniku průjmu

» Tomáš je dostatečně hydratován

» Tomáš nemá bolesti břicha, podrážděnou kůži v okolí konečníku

Střednědobý cíl:

» Tomáš má normální formovanou stolici

Dlouhodobý cíl:

» Tomáš má obnovenou střevní mikroflóru

Plán ošetřovatelské péče:

» Edukace o příčinách průjmu, hydrataci, hygienické péči

» Monitorace stavu hydratace, FF, bolesti břicha, stolice

» Odběry stolice na kultivaci

» Dietoterapie

» Farmakoterapie

Realizace:

Management vyprazdňování stolice: první dva dny hospitalizace měl Tomáš frekvenci i konzistenci stolice normální. Od 3. do 7. dne trpěl zácpou, pět dnů nebyl na stolici. 8. a 9. den byla stolice normální, 10. den hospitalizace tedy + 1. den HD-CT programu (6.10.) se objevila první kašovitá stolice. Ta byla dvakrát denně do + 5. dne (10.10). Od +6. dne (11.10.) má stolici vodnatou, světlou, žlutou bez příměsi a zápachu, třikrát denně v malém množství. Někdy jen „ vlhké prdy".

Vysvětluji Tomášovi, že se jedná o nežádoucí působení chemoterapie i nízkého počtu bílých krvinek, v jejichž důsledku dochází k poškození anatomické bariéry sliznic. Povzbuzuji ho k trpělivosti a dostatečné hygienické péči. Stěžuje si na pálení konečníku, proto mu doporučuji pastu Pythiol, se kterou máme výborné zkušenosti. Také zdůrazňuji, že potřebu i aplikaci pasty musí vykonávat v rukavicích a po té si musí pečlivě umýt ruce a vetřít Sterilium. Stydí se, že má někdy problém stihnout doběhnout na WC. Ubezpečuji ho, že se nic neděje. Chápu, že je to pro něj nepříjemné, ale to se může stát každému. Dám mu na pokoj více osobního prádla, aby si ho mohl měnit podle potřeby. Vložku do slip odmítá, zkusí kousek buničité vaty. Hovořím s Tomášem o dostatečném příjmu a vhodné volbě tekutin. Doporučuji černý čaj. Dietu vybíráme společně, volí kašovitou pro mukositidu. Výběr je do jisté míry omezen, proto ještě popíjí Nutridrink a také se kompletní strava podává parenterálně. Sliznice má vlhké, kožní turgor normální, bolesti břicha neguje. Fyziologické funkce jsou v pořádku, ale stav je komplikován výskytem febrilie, při které má sinusovou tachykardii. Odběr stolice na kultivaci provádí podle harmonogramu, z 10.10. je vykultivován Enterobacter species a Enterococcus species. Podávám ATB i.v. podle citlivosti a rozpisu lékaře. Také dostává antidiarorika p.os. – Imodium sol. 2mg 3xD. Denně provádím odběry krve a podle výsledků se upravuje složení přísad minerálů a živin

ve vaku, který kape kontinuálně 24 hodin. Po celou dobu ošetřovatelské péče dodržuji zásady BOP.

Hodnocení ošetřovatelské péče:

Tomáš bez problémů chápe příčiny vzniku a trvání průjmů. Je až neuvěřitelně trpělivý v překonávání obtíží, které se kumulují. Hygienický proces má zažitý a automatický, nepotřebuje další intervence. Pálení perianální oblasti se podařilo zklidnit aplikací Pythiolu po každé stolici. Tomáš si to moc pochvaloval. I přes to, že se stav během dne komplikoval febriliemi a mukositidou, byl Tomáš dostatečně hydratován. Výživa je přiměřená, za celou dobu hospitalize zhubl 3kg, ale postupně 2kg zase nabral. Bohužel průjem přetrvával až do + 10. dne HD-CT programu, kdy došlo k nástupu leukocytů a také postupné úpravě stolice. V den nástupu bílých krvinek se také začal podávat Hylak pro obnovení střevní mikroflóry. Při propuštění měl Tomáš stolici kašovitou 1xD.

V. ZÁVĚR A OŠETŘOVATELSKÁ PROGNÓZA

S Tomášem jsem během své péče navázala dobrý vztah. Byl vybudován na důvěře, respektu, empatii a pozitivní zkušenosti z předchozích hospitalizací. Po celou dobu léčby byl velice důsledný, precizní a spolehlivý ve vykonávání postupů a opatření souvisejících s procesem HD-CT. Všechny přicházející komplikace zvládal s překvapujícím pochopením a trpělivostí. Velkou oporou při izolaci na boxu mu byli jeho rodiče, kteří za ním jezdili každý víkend. Informovala jsem je, že existuje možnost ubytování v naší nemocnici. Tato služba byla pro ně finančně přijatelná a v autě už byla zima, s radostí tedy tuto nabídku využili. Nebyli na tom finančně nejlépe, ale byli velice bohatí svojí láskou, kterou dávali Tomovi hojně najevo. Také za Tomášem dojížděl každý den dědeček, který byl v důchodu. Koupil si průkazku na vlak a trávil s Tomem celé dny, když nemohli přijet rodiče.

Vysokodávkovanou chemoterapii zvládl Tomáš ke svému údivu bez zvracení, pouze s mírným pocitem žaludku na vodě. Spíše průběh chemoterapie prospal. Anemii a trombocytopenii jsme korigovali substituční terapií transfuzních přípravků bez komplikací. Velmi rizikové bylo období leukopenie, které bylo komplikováno protrahovanou infekcí s febriliemi, průjmy, mukositidou. Infekce se podařila postupně zvládnout terapií kombinovanými ATB, antivirotiky a antimykotiky. Kromě dvou dnů, kdy se cítil velmi vyčerpaný, byl Tomáš plně soběstačný a základní denní aktivity zvládal bez problémů.

Aktivně a vstřícně spolupracoval na ošetřovatelském procesu, což mu dávalo dostatečný pocit autonomie a sebeuspokojení.

Hydratace byla po celou dobu léčby dostatečná. Příjem potravy byl zkomplikován mukositidou, kdy nemohl dva dny jíst a průjmem, který omezoval výběr stravy. Dieta se upravovala podle možnosti a výběru Tomáše, včetně sippingu. Výživa mu byla také podávána parenterálně tak, aby pokryla jeho potřeby. Domů odchází Tomáš s úbytkem 1kg, bez problémů s kousáním a polykáním stravy a bez známek mukositidy. Byl mu také snížen Durogesic na 25μg/h, který si doma vymění za 72 hodin. Den před propuštěním mu byla vytažena CŽK bez komplikací.

Domů je propuštěn ve stabilizovaném stavu, s normalizací krevního obrazu, bez klinických i laboratorních známek infektu, dostatečně hydratován, s hmotností 69kg, dobrou chutí k jídlu a uspokojivou fyzickou kondicí. Velmi se těší. Je mu doporučen šetřící režim s postupným zvyšováním fyzické zátěže. Po dobu dvou týdnů nepobývat v prostředí s kumulací lidí, nebýt v kontaktu s nakažlivým onemocněním, zvýšená hygienická péče. Se spánkem během pobytu problémy neměl. Spal celou noc a pospával i přes den. Po probuzení se cítil odpočatý, ale brzy se unavil.

Doma se o něj budou starat rodiče. Po dobu, kdy budou v práci, bude mít u sebe dědečka. Všichni se na něj velmi těší. Do nemocnice si pro něj přijedou rodiče autem. Už od sedmi hodin ráno má vše sbaleno a je nedočkavý. Je informován o termínu kontroly a následné péči. Je mu předán rozpis léků a vydány léky na tři dny. V případě komplikací ihned kontaktovat naše pracoviště, telefonní číslo má. Při loučení projevuje vděčnost a velký dík za všechno se slzami v očích.

Po týdnu volá vyděšená maminka, že se Tomáš zbláznil. V noci jí říkal, že už nemusí do školy, že je milionář. Vymýšlí si nereálné příběhy a soutěže. Doporučen převoz na JIOP, kde hospitalizován. Na CT a MR bez patologického nálezu. Stav progreduje z agresivity do kvalitativní poruchy vědomí – soporózní, necílená reakce na algický podnět, tonické křeče šíjových svalů s fixací očních bulbů vpravo, střídavě hypotenze s hypertenzí. Pacient na antiedematózní terapii a Apaurinu předán na neurologickou JIP s v.s. toxická encefalopatie a aseptická meningitida po vysokodávkované chemoterapii. Po navrácení vědomí byl Tomáš opět přeložen na naše oddělení. Rodina trávila s Tomášem v nemocnici maximální množství času a aktivně se podílela na RHB. Vrátila se k němu i jeho slečna, což přijal s pocitem štěstí. Po stabilizaci stavu propuštěn do domácí péče. S odstupem času se na CT prokazuje metastatické postižení CNS. Následná chemoterapie není indikovaná.

V prosinci, za dva měsíce po vysokodávkované chemoterapii, v noci a v klidu Tomáš umírá v péči své rodiny.

Nabízí se otázka, proč musel Tomášův stav, i přes veškerou možnou dostupnou diagnostiku a léčbu, skončit tak tragicky. Stud a nevědomost hrály při téměř ročním trvání problému proti němu. V naší republice se diagnostikuje více než třetina TGN ve stadiu pokročilých retroperitoneálních uzlinových metastáz nebo ve stádiu hematogenní diseminace. Na tomto jevu se podílí nízká úroveň zdravotní výchovy, neznalost vlastních anatomických poměrů a nepatřičný stud. (1)

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. KLENER, P. *Klinická onkologie.* Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-151-3.

2. KLENER, P. *Protinádorová chemoterapie.* Praha. Galén, 1996. ISBN 80-85824-36-1.

3. PACOVSKÝ, V. *Klinická propedeutika.* Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-943-X.

4. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetřovatelství.* Praha: 1997. ISBN 80-7184-243-5.

5. SUCHOPÁR, J. a kol. *Remedia kompendium.* Praha: Panax, 1997. ISBN 80-902126-3-8.

6. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu.* Brno: IDVPZ, 1999.

7. VORLÍČKOVÁ, H.; HRUBÁ, M.; BENEŠ, M. *Chemoterapie a ošetřovatelské diagnózy.* Brno: Masarykův onkologický ústav, 2002.

8. ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE – chorobopis pacienta na JIOP

PŘÍLOHA Č. 1

Stupeň mukositidy dle WHO

datum	0. Není přítomna	1. Nepohoda a pobolívání v dutině ústní. Zarudlé sliznice	2. Bolestivé ulcerace, přijímání potravy není omezeno	3. Defekty v dutině ústní, není možné přijímat tuhou stravu pouze tekutiny	4. Není možné přijímat ani tuhou, ani tekutou stravu
27.9.	✓				
29.9.	✓				
9.9.		✓			
10.9.		✓			
11.9			✓		
12.10.			✓		
13.10.				✓	
14.10				✓	
15.10.			✓		
16.10			✓		
17.10.		✓			
18.10.	✓				

Rozšířená stupnice Nortonové

27.9.2005

	4	3	2	1	hodnocení
Schopnost spolupráce	úplná	malá	částečná	žádná	4
Věk	do 10 let	do 30 let	do 60 let	nad 60 let	3
Stav kůže	normální	suchá, šupinatá	vlhká	alergie, porušená	4
Zvláštní rizika	žádné	snížení imunity, horečka, DM	sklerosis multiplex, obezita, anemie	onemocnění cév, kachexie, karcinom	1
Fyzický stav	dobrý	zhoršený	špatný	velmi špatný	4
Stav vědomí	bdělý	apatický	zmatený	bezvědomí	4
Aktivita	chodící, samostatný	chodící s doprovodem	sedící na lůžku, v křesle	ležící	4
Pohyblivost	úplná	částečně omezená	velmi omezená	žádná	4
inkontinence	kontinentní	občasná inkontinence	inkontinence převážně moče	inkontinence moči a stolice	4
CELKEM					32
Riziko vzniku dekubitu	bez rizika (↑ 26 bodů)	nízké (25-24 bodů)	střední (23-19 bodů)	vysoké (18-14 bodů)	velmi vysoké (13-9 bodů)

PŘÍLOHA Č. 2

Hodnocení rizika vzniku komplikací v dýchacích cestách 27.9.2005

Kritéria	počet bodů 0-3		
	27.9.	29.9.	12.10.
Ochota spolupracovat	0	0	0
Současné plicní onemocnění	0	0	0
Prodělané plicní onemocnění	0	0	0
Porucha imunity	1	1	3
Orotracheální manipulace	0	0	0
Kuřák/pasivní kuřák	0	0	0
Bolest	0	0	3
Porucha polykání	0	0	2
Omezení pohybu	0	0	0
Povolání ohrožující plíce	0	0	0
Inkubační narkóza/respirátor	0	0	0
Stav vědomí	0	1	0
Hloubka dechu	0	0	0
Dechová frekvence	0	0	0
Léky tlumící dýchání	1	1	1
CELKEM	**2**	**3**	**9**

0-6 bodů žádné riziko ohrožení	7-15 bodů ohrožen	15-45 bodů vysoce ohrožen

Ústav teorie a praxe ošetřovatelství, 1. lékařská fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Vstupní ošetřovatelský záznam

(materiál k nácviku ošetřovatelského procesu)

Jméno a příjmení *(vyplň iniciály)*: TOMÁŠ M.

Oslovení: TOMÁŠ – TYKÁNÍ
Pojišťovna: 204
Rodné číslo *(nevyplňuj)*: 1986
Povolání: STUDENT
Věk: 18 LET
Vzdělání: ZÁKLADNÍ
Vyznání: BEZ VYZNÁNÍ
Národnost: ČESKÁ
Adresa: MIMOPRAŽSKÝ
Telefon: XXXXXXXXX
Osoba, kterou lze kontaktovat: RODIČE

Datum přijetí: 27. 9. 2005
Hlavní důvod přijetí: K VYSOKODÁVKOVANÉ CHEMOTERAPII

Lékařská diagnóza:

1. TUMOR TESTIS l. dx. C62.9 pT1N2M1/PUL/S2/
2. HCG 7471; AFP 136,64
3. STAV PO ORCHIEKTOMII 5/05
4. BIOPSIE: EMBRYONÁLNÍ Ca MÍSTY NÁZNAK DIFERENCIACE DO YOL SAC STRUKTUR

Jak je nemocný informován o své diagnóze? LÉKAŘEM, PRAVDIVĚ – CITLIVĚ

Osobní anamnéza: DŘÍVE – VÁŽNĚ NESTONAL; BĚŽNÉ DĚTSKÉ NEMOCI. V LÉTĚ r. 2004 ZVĚTŠOVÁN VARLETE, LÉKAŘE NAVŠTÍVIL AŽ 5/2005 KDY OPEROVÁN, NO – PŘIJAT K HD-CT CARBOPER 6. CYKLEM S NÁSLEDNOU TRANSPLANTACÍ KRVETVORNÝCH BUNĚK

Rodinná anamnéza: SESTRA V 7 LETECH LÉČENA PRO Ca ŠTÍTNÉ ŽLÁZY, DĚDA Z OTCOVY STRANY LEUKEMIE

Vyšetření: CT HRUDNÍKU – TŘI LOŽISKA O PRŮMĚRU 3 cm + S2; 2 cm + S3; 2,2 cm + S6 V PRAVO
OSTATNÍ PŘEDTRANSPLANTAČNÍ VYŠETŘENÍ V NORMĚ

Terapie: CHEMOTERAPIE, ANTIEMETIKA, SYMPTOMATICKÁ A SUBSTITUČNÍ TERAPIE: ATB, ANTIMYKOTIKA, VIROSTATIKA, TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVKY, ANTIKOLASULANCIA, ANALGETIKA, PARENTERÁNÍ VÝŽIVA

Nemocný má u sebe tyto léky: ŽÁDNÉ

Je poučen, že je nemá brát ano ☑ ne DOSTÁVÁ OD SESTER
jak je má brát ano ne

Obecná rizika *(zatrhni, je-li u nemocného v anamnéze)*

nikotinismus		~~ne~~	ano	pokud ano, kolik denně.....
alkoholismus		~~ne~~	ano	
drogy		ne	~~ano~~	pokud ano, jaké a jak dlouho MARIHUANA 1x TÝDNE
alergie :	jídlo	~~ne~~	ano	pokud ano, které.....
	léky	~~ne~~	ano	pokud ano, které.....
	jiné	~~ne~~	ano	pokud ano, na co.....

dekubity *(změř)* 32 BODŮ - BEZ RIZIKA
pneumonie *(změř)* 2 BODY - ŽÁDNÉ RIZIKO OHROŽENÍ

Důležité informace o stavu nemocného: V DOBRÉM FYZICKÉM STAVU
MÍRNÁ ANXIETA

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři) ? NA CHEMOTERAPII, ABY BYLO VŠE V POŘÁDKU
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc ? NEVÍM
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života ? Pokud ano, jak ? ~~ne~~ NECHODÍM DO ŠKOLY, JSEM ČASTO V NEMOCNICI
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane ? PROBĚHNE VYSOKODÁVKOVANÁ CHEMOTERAPIE, PAK DOBŘE
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici ? BUDE TO DLOUHÝ
6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici? 3 TÝDNY
7. Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu ? ANO, ALE VŠECHNY SI NEPAMATUJU
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)*

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 / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného ?
  ano ne
  pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím
  ano ne
  pokud ano, upřesněte PŘED. ÚPRAVAMI A 1. CHEMOTERAPII BOLESTI ŽÁD
  jak dlouho ? 4 MĚSÍCE
- Na čem je vaše bolest závislá ? BOLELO POŘÁD
- Co jste dělal pro úlevu bolestí (obtíží) ? BALÍM, RHB, TEPLÉ KOUPELE
- Kde pociťujete bolest? TEDY NIKDE
- Pokud budete mít u nás bolesti/potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění ? DÁT MI LÉKY PROTI BOLESTI

Objektivní hodnocení sestry : BEZ BOLESTI
Pocit pohodlí (lůžko, teplo) DOBRÝ, LŮŽKO VYHOVUJÍCÍ. VADÍ MU, ŽE NEMŮŽE VĚTRAT, JE ZVYKLÝ NA VĚTŠÍ VLHKOST.
Charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte):
BOLEST NEUDÁVÁ

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.....
  Jak jste je zvládal ?
- Máte nyní potíže s dýcháním ? ano ne
  pokud ano, co by vám pomohlo ?.....
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů ?
  ano ne nevím
  pokud ano, zvládnete to ?.....
- Kouříte ? ano ne
  pokud ano, kolik ?.....

Objektivní hodnocení sestry: *dušnost, frekvence, pravidelnost rýma, kašel, sputum atd.*
DÝCHÁNÍ PRAVIDELNÉ, 16 DECHŮ/MIN, HRUDNÍK SYMETRICKÝ, SpO2 98%, BEZ PŘÍZNAKŮ INFEKTU DC.

3. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám ? ano ne
- Potřebujete pomoc při mytí ? ano ne
- Potřebujete pomoc při čištění zubů ? ano ne

- Potřebujete pomoc při koupání či sprchování? ano ne
- Kdy se obvykle koupete/sprchujete ? ráno
odpoledne
večer
kdykoliv

Objektivní hodnocení sestry: *soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.*
SOBĚSTAČNÝ, UPRAVENÝ, DBÁ O SVŮJ ZEVNĚJŠEK, OKOUSANÉ NEHTY - STYDÍ SE ZA NĚ.

4. Kůže

- Pozorujete změny na kůži ? ano ne
- Máte obvykle kůži suchou mastnou normální
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť ? OBLIČEJ - ČISTÍCÍ KOSMETIKA NA AKNÉ
- Svědí vás kůže ? ano ne

Objektivní hodnocení sestry: *celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy, atd.*
KŮŽE ČISTÁ, BEZ EFLORESCENCÍ, JIZVA PO ORCHIEKTOMII V PRAVO ZHOJENA P.P.

5. Strava / dutina ústní

a) Jak vypadá váš chrup ? dobrý vadný
- Máte zubní protézu ? norní dolní 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 ? ano ne

b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou
vyšší (o kolik ?).....
nižší (o kolik ?).....

c) Změnila se vaše váha v poslední době ? ano ne
pokud ano, o kolik kg jste zhubnul 10 kg PŘED OPERACÍ přibral 5 kg PO OPERACI

d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu ? ano ne
- Co obvykle jíte ? VŠECHNO
- Je něco, co nejíte ? ano ne
  pokud ano, co a proč ? MOC NEMUSÍM ZELENINY
- Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován ? ano ne
  pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice ?
  pokud ano, upřesněte NE, ALE PŘED OPERACÍ NECHUTENSTVÍ
  Co by mohlo váš problém vyřešit ?
- Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu ?
  ano ne
  pokud ano, očekáváte, že ji budete schopen dodržovat?

Objektivní hodnocení sestry: *stav výživy, enterální výživa-dieta, parenterální výživa, soběstačnost atd.* VÝŽIVA PŘIMĚŘENÁ, VÁHA 70 kg, BMI 20,9
DIETA - VÝBĚR, ASTENICKÝ

6. Příjem tekutin

- Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl ?
  zvýšil snížil (nezměnil)
- Co rád pijete ? (vodu) mléko (ovocné šťávy)
  kávu (čaj) nealkoholické nápoje
- Co nepijete rád ? CHLOROVANOU VODU
- Kolik tekutin denně vypijete ? 2 l
- Máte k dispozici dostatek tekutin ? (ano) ne

Objektivní hodnocení sestry: *projevy dehydratace*
SLIZNICE VLHKÉ, KOŽNÍ TURGOR DOBRÝ, DOBŘE HYDRATOVÁN

7. Vyprazdňování střeva

- Jak často chodíte obvykle na stolici ? 1 X D
- Máte obvykle (normální stolici)
  zácpu
  průjem
- Kdy se obvykle vyprazdňujete ? RÁNO
- Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil ? ano (ne)
  pokud ano, co to je ?.....
- Berete si projímadlo ? nikdy
  (příležitostně PŘI CHEMOTERAPII)
  často
  pravidelně
- Máte nyní problémy se stolicí ? ano (ne)
  pokud ano, jak by se daly řešit ?.....

Objektivní hodnocení sestry: STOLICE PRAVIDELNÁ, FOUKOVANÁ, HNĚDÁ, BEZ PATOLOGICKÉ PŘÍMĚSI. PŘI PŘEDCHOZÍ CHEMOTERAPII OD 2. DNE ZÁCPA BEZ EFEKTU NA LAXANTIVA. ÚPRAVA STOLICE AŽ DOMA. RIZIKO ZÁCPY ČI PRŮJMU PŘI CHEMOTERAPII A PŘI LEUKOPENII.

8. Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice ?
  ano (ne)
  pokud ano, upřesněte .....
  Jak jste je zvládal ?.....
- Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici ?.....
  .....
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice ?
  ano (ne)
  pokud ano, myslíte, že to zvládnete ?

Objektivní hodnocení sestry: MOČÍ DOSTATEČNĚ, MOČ ČLUNÁ AŽ SVĚTLE ŽLUTÁ, BEZ OTOKŮ DK A HK.

9. Lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí ? ano (ne)
  pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím ? ano (ne)
  pokud ano, upřesněte.....
- Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil ?
  ano (ne)
  pokud ano, upřesněte.....
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění ?
  ano (ne) nevím
  pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete ?

Objektivní hodnocení sestry: NEMÁ LOKOMOTORICKÉ POTÍŽE

10. Smyslové funkce

- Máte potíže se zrakem ? ano (ne)
  pokud ano, upřesněte
- Nosíte brýle ? ano (ne)
  Pokud ano, máte s nimi nějaké problémy?
- Slyšíte dobře ? (ano) ne
  pokud ne, užíváte naslouchadlo ? ano ne
  jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl ?.....

Objektivní hodnocení sestry: BEZ PATOLOGICKÉHO NÁLEZU

11. Fyzická a psychická aktivita

Chodíte do zaměstnání ? Pokud ano, co děláte ? NE, PŘERUŠIL JSEM ŠKOLU
Máte potíže pohybovat se v domácnosti ? ano (ne)
Máte doporučeno nějaké cvičení ? ano (ne)
pokud ano, upřesněte.....
Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici ? (ano) ne
Co děláte rád ve volném čase ? KOUKÁM NA TV, DVD, POSLOUCHÁM HUDBU
Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici?
LUŠTĚNÍ HUDBY, ČTENÍ ČASOPISŮ
Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění ? DÁT MI NA POKOJ VIDEO

Objektivní hodnocení sestry: FYZICKÁ AKTIVITA PŘIMĚŘENÁ, PSYCHICKÉ ANXIÓZNÍ, OBÁVÁ SE KANYLACE ŽÍL A PRŮBĚHU HD-ČT.

12. Odpočinek / spánek

- Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? 8 - 10 HOD.
- Máte doma potíže se spánkem ano (ne)
  pokud ano, upřesněte.....
- Kolik hodin obvykle spíte? 8-10 HOD. V NOCI, 1 HOD. PŘES DEN
- Usínáte obvykle těžko ? ano ~~ne~~
- Budíte se příliš brzy ? ano ~~ne~~
  pokud ano, upřesněte.....ÚNAVA.....
- Co podle vás způsobuje vaše potíže ?.....ÚNAVA.....
- Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát ?..ŠÁLEK POLŠTÁŘEK
- Berete doma léky na spaní ? ano (ne)
  pokud ano, které.....
- Zdřímnete si i během dne ? Jak často a jak dlouho ?..ANO 1 HODINU

Objektivní hodnocení sestry: PŘÍ BEZ PROBLÉMŮ V NOCI I BĚHEM DNE, V NOCI SE NEBUDÍ, USÍNÁ DOBŘE, PROBOUZÍ SE ODPOČATÝ, ALE BĚHEM DNE UNAVÁ

Únava, denní a noční spánek apod.

13. Sexualita

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

- Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu ?
  (ano) ne
  pokud ano, upřesněte. ROZEŠLA SE LEHKOU PŘÍTELKYNĚ, ALE NE KVŮLI NEMOCI, NAŠLA SI JINÉ
- Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život?
  ano ne
  pokud ano, upřesněte. MÁM SE KE MNĚ VRÁTIT, AŽ POZNÁ JAKÝ JE JEJÍ NOVÝ PŘÍTEL

- *pacient o sexualitě nechce hovořit*
- *otázky nebyly položeny*

14. Psychologické hodnocení *(podtrhni charakteristiku)*

- emocionalita	stabilní		(spíše stabilní	labilní
- autoregulace	(dobře se ovládá		nůře se ovládá	
- adaptabilita	(přizpůsobivý		nepřizpůsobivý	
- příjem a uchování informací:				
	(bez zkreslení		zkresleně (neúplně)	
- orientace	(orientován		dezorientován	
(časem, osobou, místem)				
- celkové ladění	~~úzkostlivý~~	smutný	rozzlobený	
	sklíčený	apatický		

15. Rodina/sociální situace

- S kým doma žijete ? S RODIČI A MLADŠÍ SESTROU
- Kdo je pro vás nejdůležitější (nejbližší) člověk ? MÁMA
- Komu mohou být poskytnuty informace o vašem zdravotním stavu? RODIČŮM, DĚDOVI
- Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu ? STOJÍ TO SPOUŠTU PENĚZ, RODIČE ZA MNOU JEZDÍ DO NEMOCNICE
- Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat ? ANO
- Je na vás někdo závislý ? NE
- Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit ? DOBŘE
- Kdo se o vás může postarat ? RODIČE

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovnici...)
BYDLÍ MIMO PRAHU V RODINNÉM DOMĚ S RODIČI, NAVŠTĚVUJE DĚDU, KTERÝ BYDLÍ 1,5 KM OD NICH, PŘÁTELÉ HO NAVŠTĚVUJÍ, ALE MÉNĚ - CHYBÍ MU ČASTĚJŠÍ KONTAKT S NIMI I S PŘÍTELKYNÍ.

Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetřovatelské péči ZAJÍMÁ SE, JAK BUDE KOMUNIKOVAT S NAVŠTĚVOU NA STERILNÍM BOXU.

Souhrnné hodnocení

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetřovatelskou péči

TOMÁŠ JE VE FYZICKY DOBRÉM STAVU, BEZ POTŘEBY INTERVENCÍ V BIOLOGICKÝCH POTŘEBÁCH.
MÁ OBAVY Z KANYLACE CŽK A PRŮBĚHU HD-CT. NEDOVEDE SI TO DOSTATEČNĚ PŘEDSTAVIT - NUTNÉ KONTINUÁLNÍ PODÁVÁNÍ INFORMACÍ A SATURACE POTŘEBY JISTOTY A BEZPEČÍ.
VZHLEDEM K HD-CT A OČEKÁVANÉMU ÚTLUMU KRVETVORBY - - VYSOKÉ RIZIKO INFEKCE A NEŽÁDOUCÍCH ÚČINKŮ CHEMOTERAPIE.
OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE SMĚŘOVAT K BOP, PŘEDCHÁZENÍ A LÉČENÍ INFEKCE A NEŽÁDOUCÍCH ÚČINKŮ CHEMOTERAPIE, PSYCHICKÉ PODPOŘE.

Č. 1

Plán ošetřovatelské péče

BECKOVÁ Dita, OŠETŘOVATELSTVÍ - LS, 4. ROČNÍK

datum	**Ošetřovatelské diagnózy** *aktuální a potenciální ošetřovatelské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti*	**Cíle ošetřovatelské péče** *časově vymezené a měřitelné cíle*	**Plánované ošetřovatelské aktivity** *činnosti sester zajišťující dosažení cílů*	**Hodnocení poskytnuté péče**		
				efekt *(ve vztahu k cílům)*	Datum	podpis primární sestry
24/9	STRACH, ÚZKOST Z DŮVODU OHROŽENÍ POCITU JISTOTY A BEZPEČÍ PŘED KANYLACÍ ŽÍL A Z PRŮBĚHU HD-CT	- TOMÁŠ VERBALIZUJE A IDENTIFIKUJE ZDROJ STRACHU - POUŽÍVÁ EFEKTIVNÍ ZPŮSOBY ZVLÁDÁNÍ STRACHU - NEMÁ SOMATICKÉ PROJEVY STRACHU - POCITUJE ÚLEVU A HLUBŠÍ DÝCHÁNÍ - MÁ DOSTATEK INFORMACÍ	- NAVOZENÍ DŮVĚRYHODNÉHO VZTAHU - POUŽITÍ ZKLIDŇUJÍCÍ K VERBALIZACI STRACHU - JAKÝKOLI NEDOSTATEK INFORMACÍ - NÁCVIK PSYCHOTERAPEUTICKÝCH METOD ZVLÁDÁNÍ STRACHU - MONITORACE FF - HODNOCENÍ PSYCHICKÉHO STAVU	CÍL SPLNĚN: TOMÁŠ V POKLIDU LEŽÍ, FF NORMÁLNÍ, MÁ DOSTATEK INFORMACÍ, KTERÉ CHÁPE REALISTICKY. ÚZKOST ZVLÁDÁ PROSTŘEDNICTVÍM EDUKACE, ROZHOVORU, PSYCHOTERAPEUTICKÝCH METOD	24/9	Beck 1
24/9	AKUTNÍ BOLEST Z DŮVODU KANYLACE ŽÍL	- DO JEDNÉ HODINY BUDE BEZ BOLESTI - UMÍ ZHODNOTIT INTENZITU BOLESTI DLE VAS - CHÁPE PŘÍČINU VZNIKU BOLESTI A SPOLUPRACUJE V PRŮBĚHU BYT BEZ BOLESTI DLOUHODOBÝ CÍL: TOMÁŠ BEZ BOLESTI	- PRAVIDELNÁ MONITORACE BOLESTI DENNĚ 6 HOD. - ALGEPTACE BOLESTI TAK, JAK JI PACIENT POPISUJE, PROVEDENÍ LÉČBY A DOTAZ - ZHODNOCENÍ INTENZITY, CHARAKTERU, LOKALITY BOLESTI - PODÁNÍ ANALGETIK PODLE ORDINACE LÉKAŘE V INTERVALECH PŘED ODEZNĚNÍM ÚČINKU ANALGEZIE - DOPORUČENÍ ÚLEVOVÉ POLOHY A PSYCHOTERAPIE BOLESTI - MONITORACE ÚČINKU ANALGETICKÉ LÉČBY - MONITORACE FF - EDUKACE O PŘÍČINÁCH BOLESTI A MOŽNÉ LÉČBĚ	ZHODNOTIT BOLEST PODLE VAH, POCHOPIL ODBORNÉ INFORMACE, ZA HODINU PO PODÁNÍ ANALGINU V KLIDU BEZ BOLESTI, PŘI POHYBU „TÁHNE" BĚHEM CELÉ DOBY BEZ BOLESTI	24/9	Beck 1
				DLOUHODOBÝ CÍL SPLNĚN; POCHOPENÍ SYMPTOMŮ BOLESTI A OBJEVENÍ ÚČINNÉHO ŘEŠENÍ	18/10	Beck 1
24/9	RIZIKO VZNIKU KOMPLIKACÍ Z DŮVODU NEŽÁDOUCÍCH ÚČINKŮ CHEMOTERAPIE - ONKOLOGICKÁ	- TOMÁŠ ZNÁ PŘÍČINU VZNIKU KOMPLIKACÍ A UMÍ JE VYJMENOVAT - VEDENÁ DIAGNOSTIKA VEDLEJŠÍCH ÚČINKŮ CHEMOTERAPIE - MINIMALIZACE INTENZITY NEŽÁDOUCÍCH ÚČINKŮ CHEMOTERAPIE - TOMÁŠ AKTIVNĚ SPOLUPRACUJE NA REŽIMU PŘI HD-CT DLOUHODOBÝ CÍL: - TOMÁŠ BEZ KOMPLIKACÍ ZPŮSOBENÝCH CHEMOTERAPIÍ	- EDUKACE + ZPĚTNÁ VAZBA - MONITORACE FF, VNITŘNÍHO PROSTŘEDÍ, ODBĚRŮ BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU - BCP - STERILNÍ REŽIM, OCHRANNÝ HYGIENA - PODÁVÁNÍ LÉČIV, INFUZÍ - SUBSTITUČNÍ LÉČBA DO LEUKOPENIE ONKOLOGICKÁ	- TOMÁŠ VÍ, JAK ROZUMÍ A POČÍTÁ SI NA DIAGNOSTICE A PŘEDCHÁZENÍ NEŽÁDOUCÍCH ÚČINKŮ CHEMOTERAPIE, NEVOLNOST PŘI CHEMOTERAPII ZVLÁDÁ DOMA I V NEMOCNICI, V DALŠÍM PRŮBĚHU BEZ NEVOLNOSTI. V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE SE VYSKYTLY NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY CHEMOTERAPIE, KTERÉ POSTUPNĚ ZVLÁDÁMY. DOMŮ PROPUŠTĚN BEZ AKUTNÍCH VEDLEJŠÍCH ÚČINKŮ CHEMOTERAPIE.	29/9 29/9 18/10	Beck 1 Beck 1 Beck 1
29/9	NEVOLNOST Z DŮVODU EMETOGENNÍCH ÚČINKŮ CHEMOTERAPIE	- TOMÁŠ ZNÁ PŘÍČINY NEVOLNOSTI PŘI CHEMOTERAPII - ZNÁ NEFARMAKOLOGICKÉ ZPŮSOBY ÚLEVY ČI ZMÍRNĚNÍ NEVOLNOSTI - BUDE BEZ NAUZEY A EMEZE - NEJEVÍ ZNÁMKY DEHYDRATACE A NEDOSTATKU PŘÍJMU POTRAVY ITŘEDNĚDOBÝ CÍL: - ZVLÁDÁ MECHANISMY PROTI NEVOLNOSTI	- EDUKACE O NEŽÁDOUCÍCH ÚČINCÍCH CHEMOTERAPIE A JEJICH PŘEVENCE - MONITORACE FF, P+V, SYMPTOMŮ NEVOLNOSTI - NÁCVIK PSYCHOTERAPEUTICKÝCH METOD + ODVÁDĚNÍ POZORNOSTI - PODÁVÁNÍ ANTIEMETIK	- CHÁPE A ZNÁ PŘÍČINY NEVOLNOSTI A AKTIVNĚ SPOLUPRACUJE NA JEJICH PŘEDCHÁZENÍ. JE DOSTATEČNĚ HYDRATOVÁN. MÁ DOBŘE ZNÁMÉ ÚLEVOVÉ A JÍ DOSTATEČNĚ. JE BEZ NEVOLNOSTI. ZVLÁDÁ MECHANISMY PROTI NEVOLNOSTI, AKTIVNĚ JE POUŽÍVÁ	29/9	Beck 1

Č. 2

Plán ošetřovatelské péče

BĚŽKOVÁ Anna, OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA - 68 let, 4. LOŽ. ODD.

Datum	Ošetřovatelské diagnózy *aktuální a potenciální ošetřovatelské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti*	Cíle ošetřovatelské péče *časově vymezené a měřitelné cíle*	Plánované ošetřovatelské aktivity *činnosti sester zajišťující dosažení cílů*	Hodnocení poskytnuté péče efekt *(ve vztahu k cílům)*	Datum	podpis primární sestry
29/9	RIZIKO VZNIKU INFEKCE Z DŮVODU PŘECHÁZENÉ LEUKOPENIE A Z DŮVODU INVAZIVNÍHO VSTUPU - CVK	- TOMÁŠ CHÁPE PŘÍČINY VZNIKU INFEKCE A VÝZNAM RIZIKA - AKTIVNĚ SE ZAPOJUJE DO PREVENTIVNÍCH OPATŘENÍ - NEMÁ SYMPTOMY INFEKCE - TOMÁŠ ZNÁ RIZIKA CVK A VÍ, JAK REAGOVAT PŘI JEJICH VZNIKU	- EDUKACE OHLEDNĚ VÝZNAMU LEUKOCYTŮ V OBRANNÝCH MECHANISMECH - EDUKACE O PŘÍČINÁCH A PROJEVECH INFEKCE, EDUKACE A NÁCVIK PREVENTIVNÍCH OPATŘENÍ - VYTVOŘENÍ STERILNÍHO PROSTŘEDÍ NA BOXU, ZAJIŠTĚNÍ POMŮCEK, PROVÁDĚNÍ NÍZKOBAKTERIÁLNÍ STRAVY, POUŽÍVÁNÍ STERILNÍHO LOŽNÍHO I OSOBNÍHO PRÁDLA NEMOCNÝM - ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU NA KULTIVACI A CRP PODLE LOKALIZACE - MONITORACE TT, TK, P - HYGIENICKÁ ÚSTNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE DO BOXU - BOP - PÉČE O CVK	TOMÁŠ CHÁPE RIZIKA, PŘÍČINY INFEKCE A AKTIVNĚ SE PODÍLÍ NA PREVENCI. SE ŽÁDNÝMI INFEKTY, OKOLÍ, CVK JE KLIDNÉ, NEJEVÍ ZNÁMKY INFEKCE	29/9	Duch 1
				3 DNY FEBRILIE A HYPOTENZE, NUTNÁ INTERVENCE K BOJI PROTI INFEKCI	12/10	Duch 1
29/9	RIZIKO VZNIKU OBSTIPACE Z DŮVODU CHEMOTERAPIE, ZMĚNY REŽIMU A POHYBLIVOSTI	- TOMÁŠ ZNÁ PŘÍČINY OBSTIPACE - TOMÁŠ AKTIVNĚ PŘEDCHÁZÍ VZNIKU OBSTIPACE - TOMÁŠ MÁ STOLICI NORMÁLNÍ KONZISTENCE 1x D	- EDUKACE O PŘÍČINÁCH VZNIKU OBSTIPACE A PREVENTIVNÍCH OPATŘENÍCH - NÁCVIK ABDOMINÁLNÍHO DÝCHÁNÍ - MONITORACE VYPRÁZDŇOVÁNÍ STOLICE - FARMAKOTERAPIE - DOSTATEK TEKUTIN	TOMÁŠ ROZUMÍ A UMÍ POPSAT VÝZNAM, RIZIKO, OPATŘENÍ PROTI ZÁCPĚ. DODRŽUJE STRAVOVÁNÍ I PITNÝ REŽIM, POHYBLIVOST AKTIVITA MĚLÉ PRO SPRÁVNOST PŘI ANTIEMETICE PODPORE. DNES BEZ STOLICE, POKRAČUJE TV INTERVENCÍCH	29/9	Duch 1
				5 DNÍ ZÁCPA, STOLICE AŽ 4/10 OD 6/10 PRŮJEM	12/10	Duch 1
				PŘI PROPUŠTĚNÍ STOLICE 1x D KAŠOVITÁ	18/10	Duch 1
12/10	INFEKCE Z DŮVODU LEUKOPENIE	- TOMÁŠ CHÁPE PŘÍČINY VZNIKU INFEKCE - TOMÁŠ ZNÁ SYMPTOMY INFEKCE - PŘEDCHÁZENÍ A VČASNÉ ZAPOJENÍ SESTŘE - NORMOTERMIE - TOMÁŠ NEMÁ SYMPTOMY INFEKCE ITRE DNE DO BÝ C/L - BÝT BEZ INFEKCE	- EDUKACE O PŘÍČINÁCH INFEKCE A JEJICH SYMPTOMECH + ZDRAVOTNÍ VÝCHOVA - BOP, STERILNÍ REŽIM - MONITORACE TK, P, TT, EKG - VÝTĚRY NA KULTIVACI, CRP, HEMOKULTURA - PODÁVÁNÍ ANTIPYRETIK, FYZIKÁLNÍ ÚT TT - PODÁVÁNÍ ATB, ANTIMYKOTIK, VIROSTATIK - APLIKACE RŮSTOVÝCH FAKTORŮ (NEUPOGEN)	TOMÁŠ CHÁPE VÝZNAM INFEKCE, SPOLUPRACUJE NA PODÍLECH PREVENTIVNÍCH OPATŘENÍCH, 3 DNY FEBRILIE, NÁSTUP PO PODÁNÍ FARMAK, SYMPTOMY INFEKTU ZVLÁDNUTY. POKRAČUJE V INTERVENCÍCH, DO NEGATIVNÍCH VÝSLEDKŮ KULTIVACÍ A DO NORMOTERMIE.	12/10	Duch 1
				BEZ KLINICKÝCH A LABORATORNÍCH ZNÁMEK INFEKCE	18/10	Duch 1

Č. 3

Plán ošetřovatelské péče

BECKOVÁ Dita; OŠETŘOVATELSTVÍ – LS, 4. ROČNÍK

datum	Ošetřovatelské diagnózy *aktuální a potenciální ošetřovatelské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti*	Cíle ošetřovatelské péče *časově vymezené a měřitelné cíle*	Plánované ošetřovatelské aktivity *činnosti sester zajišťující dosažení cílů*	Hodnocení poskytnuté péče efekt *(ve vztahu k cílům)*	Datum	podpis primární sestry
12/10	RIZIKO KRVÁCENÍ Z DUODENÁLNÍ TROMBOCYTOPENIE	- TOHA MÁ ZNÁ RIZIKA A SLEDUJE PŘÍZNAKY TROMBOCYTOPENIE - TOHA VÍ, CO DĚLAT V PŘÍPADĚ KRVÁCENÍ - TOHA NEMÁ ZNÁMKY KRVÁCENÍ	- EDUKACE O RIZIKOVÝCH A PŘÍZNAKOVÝCH TROMBOCYTOPENIE + ZÁPĚTNÁ VAZBA - ZÍSKÁNÍ INFORMOVANÉHO SOUHLASU K PODÁNÍ TK – SEPARÁTORU - MONITORACE FF, KO, KOAGULAČNÍCH FAKTORŮ A ZNÁMEK KRVÁCIVÝCH PROJEVŮ - EDUKACE O MOŽNÝCH TRANSFUZNÍCH KOMPLIKACÍCH - OZÁŘENÍ A PODÁNÍ TK – SEPARÁTORU - APLIKACE HINI HEPARINU ŽÁLE	- TOHA DOCENĚNÉ VÝZNAM RIZIKA; AKTIVNĚ SLEDUJE KRVÁCIVÉ PROJEVY; UMÍ VYMENOVAT PŘÍZNAKY A VÍ, JAK REAGOVAT PŘI JEJICH VÝSKYTU. VÍ, ŽE BEZ ZNÁMEK KRVÁCENÍ AŽ DO NÁSTUPÁNÍ TROMBOCYTŮ	12/10 11/12	Beck 1 Beck 1
12/10	POŠKOZENÍ ANATOMICKÉ BARIÉRY SLIZNICE DUTINY ÚSTNÍ Z DŮVODU NEŽÁDOUCÍCH ÚČINKŮ CHEMOTERAPIE	- TOHA MÁ ZNÁ PŘÍČINU NARUŠENÍ CELISTVOSTI SLIZNICE - TOHA NEPOCITUJE BOLEST DÚ - TOHA NEUBÝVÁ NA VÁZE A NEMÁ ZNÁMKY DEHYDRATACE - DOSTATEČNÁ VLHKOST DÚ - NORMÁLNÍ TĚLESNÁ TEPLOTA - TOHA UMÍ SPRÁVNÝ POSTUP PŘI OŠETŘOVÁNÍ DÚ STŘEDNĚDOBÝ CÍL: - NAVRÁCENÍ INTEGRITY SLIZNICE DÚ	- MONITORACE STUPNĚ MUKOZITIDY DLE UKO - MONITORACE A LÉČBA BOLESTI DÚ - ZAJISTIT DOSTATEČNÝ PŘÍJEM TEKUTIN A VÝŽIVY - ZVLHČOVÁNÍ A HYGIENA DÚ - PODÁVÁNÍ ANTIMYKOTIK DLE ORDINACE LÉKAŘE - KONZULTACE S DIETNÍ SESTROU A LÉKAŘEM - VYLOUČENÍ DRÁŽDĚNÍ SLIZNICE - EDUKACE TOHA ČE O PŘÍČINÁCH VZNIKU MUKOZITIDY A PÉČI O DÚ - MONITORACE STAVU VÝŽIVY, HYDRATACE A ZÁNĚTOVÉ INFEKCE	STAV VÝŽIVY A HYDRATACE UPOKOJIVÝ; BOLEST DÚ PŘI JÍDLE MINIMÁLNÍ – NEBRÁNÍ V JÍDLE. ZOUŽITÍ A POUŽÍVÁ OPAKOVANÉ KE SNÍŽENÍ BOLESTI A VYLOUČENÍ DRÁŽDĚNÍ DÚ. HYGIENA DÚ JE DOBRÁ. MUKOZITIDA I. STUPNĚ 2. POKRAČOVAT V INTERVENCÍCH DO ZAHOJENÍ SLIZNICE. DALŠÍ 2 DNY MUKOZITIDA I. STUPNĚ 3, BOLESTI DÚ; NEVÍ. PODÁVANÁ PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA + SIPPING DOSTATEČNÁ – POKLES O 1 kg VÁHY; HYDRATACE DOSTATEČNÁ. S NÁSTUPEM GRANULOPENIE HOVĚZÍ: DÚ. DOMÍ PROPUŠTĚNO BEZ BOLESTÍ DÚ A ZNÁMEK MUKOZITIDY.	12/10 12/10	Beck 1 Beck 1
12/10	PŘÍJEM Z DŮVODU NEŽÁDOUCÍCH ÚČINKŮ CHEMOTERAPIE	- TOHA ZNÁ PŘÍČINY VZNIKU OBSTIPACE - TOHA JE DOSTATEČNĚ HYDRATOVÁNA - TOHA NEMÁ BOLESTI BŘICHA; PODÁVÁNÍ OPIOIDŮ VOLÍ KONZERVÁCI STŘEDNĚDOBÝ CÍL: - TOHA MÁ NORMÁLNÍ FORMOVANOU STOLICI DLOUHODOBÝ CÍL: - TOHA MÁ OBNOVENOU STŘEVNÍ MIKROFLÓRU	- EDUKACE O PŘÍČINÁCH PŘÍJMU, HYDRATACE, HYGIENĚ ÚSTNÍ PÉČE - MONITORACE STAVU HYDRATACE, FF, BOLESTI BŘICHA, STOLICE - PODÁVÁNÍ STOLICE NA KONZERVACI - DIETOTERAPIE - FARMAKOTERAPIE	PŘÍČINY VZNIKU PŘÍJMU CHAPE, PIJE DOSTATEČNĚ; BOLESTI BŘICHA NEPOCIT. PERIANÁLNÍ OBLAST BEZ PODRÁŽDĚNÍ PO APLIKACI PYTHNOLU POKRAČOVAT V INTERVENCÍCH DO NORMALIZACE STOLICE. ÚPRAVA STOLICE 17.10. PŘI DIMISI V DOBRÉM STAVU + TERAPIE HYLAKEMIX.	12/10 12/10	Beck 1 Beck 1