

**Univerzita Karlova v Praze**

# **Bakalářská práce**

**2006**

**Adéla Kořínková**

**Univerzita Karlova v Praze**

**III. lékařská fakulta**

**Studijní program: Ošetřovatelství**

**Studijní obor: Všeobecná sestra**

**Ošetřování pacienta s diagnózou  
PSEUDOMYXOM PERITONEA  
(Nursing care of the patient  
with pseudomyxom peritonea)**

*Autor: ADÉLA KOŘÍNKOVÁ*

*Vedoucí práce: PhDr. MARIE ZVONÍČKOVÁ*

**Praha 2006**



Zvláštní poděkování patří za odbornou pomoc a konzultace

PhDr. Marii Zvoníčkové a MUDr. Ladislavu Novákovi.

# **Prohlášení**

Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma

„Ošetřování pacienta s diagnózou PSEUDOMYXOM PERITONEA  
(Nursing care of the patient with pseudomyxom peritonea)”

jsem vypracovala samostatně. Použitou literaturu a podkladové materiály uvádím  
v přiloženém seznamu literatury.

V Praze dne 15. května 2006

# Obsah

<b>1. Úvod</b> .....	<b>1 -</b>
<b>2. Anatomie</b> .....	<b>2 -</b>
<b>2.1. Obecná stavba trávicí trubice a žláz trávicího systému</b> .....	<b>2 -</b>
<b>2.2. Pobřišnice - peritoneum</b> .....	<b>3 -</b>
2.2.1. Dutina pobřišnicová - cavitas peritonealis .....	3 -
2.2.2. Závěsy pobřišnice .....	3 -
2.2.3. Recessus peritonei .....	4 -
<b>2.3. Etiologie a patogeneze nádorového procesu</b> .....	<b>4 -</b>
2.3.1. Etapy postupné maligní transformace .....	4 -
2.3.2. Patologie nádorů .....	5 -
<b>2.4. Pseudomyxom peritonea (PMP)</b> .....	<b>5 -</b>
2.4.1. Diseminovaná peritoneální adenomucinóza (DPAM).....	6 -
2.4.2. Peritoneální mucinózní karcinomatóza (PMKA) .....	6 -
<b>2.5. Léčba</b> .....	<b>6 -</b>
<b>3. Lékařské záznamy pacienta</b> .....	<b>7 -</b>
<b>3.1. Základní údaje</b> .....	<b>7 -</b>
<b>3.2. Průběh hospitalizace</b> .....	<b>8 -</b>
<b>3.3. Stav pacienta k 9. lednu 2006</b> .....	<b>9 -</b>
3.3.1. Operační nález .....	9 -
3.3.2. Výsledky jednotlivých vyšetření .....	9 -
3.3.3. Současná medikamentózní léčba ke dni 9. 1. 2006 .....	11 -
<b>4. Ošetřovatelská část</b> .....	<b>13 -</b>
<b>4.1. Obecný popis ošetřovatelského procesu</b> .....	<b>13 -</b>
<b>4.2. Charakteristika „Modelu fungujícího zdraví“ M. Gord. ..</b>	<b>13 -</b>
<b>4.3. Hodnocení dle Marjore Gordonové</b> .....	<b>14 -</b>
4.3.1. Vnímání zdraví .....	14 -
4.3.2. Výživa a metabolismus.....	14 -
4.3.3. Vylučování.....	15 -
4.3.4. Tělesná aktivita.....	16 -
4.3.5. Spánek a odpočinek .....	17 -
4.3.6. Vnímání, poznávání.....	17 -
4.3.7. Sebepojetí, sebeúcta.....	18 -
4.3.8. Role a mezilidské vztahy .....	18 -
4.3.9. Sexualita .....	18 -
4.3.10. Stres a zátěžové situace .....	18 -
4.3.11. Víra .....	19 -
<b>4.4. Psychologická část</b> .....	<b>19 -</b>
4.4.1. Komunikace s onkologicky nemocným .....	20 -
4.4.2. Čím prochází psychika .....	20 -
4.4.3. Zvládání nemoci dle Kübler - Rossové .....	21 -
<b>4.5. Edukace pacienta</b> .....	<b>22 -</b>
4.5.1. Vedlejší účinky opioidů.....	22 -
4.5.2. Význam správné výživy .....	24 -
4.5.3. Relaxační techniky .....	25 -
<b>4.6. Edukace rodiny</b> .....	<b>25 -</b>
4.6.1. Význam správné výživy .....	25 -
4.6.2. Pokyny pro správné vaření .....	26 -

<b>4.7.</b>	<b>Seznam diagnóz.....</b>	<b>- 27 -</b>
4.7.1.	Aktuální diagnózy.....	- 28 -
4.7.2.	Psychické problémy.....	- 34 -
4.7.3.	Potenciální diagnózy.....	- 36 -
<b>5.</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>- 42 -</b>
<b>6.</b>	<b>Literatura.....</b>	<b>- 43 -</b>
<b>7.</b>	<b>Přílohy .....</b>	<b>- 44 -</b>

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1: Osobní údaje.....	- 7 -
Tabulka 2: Údaje při přijetí pacienta .....	- 7 -
Tabulka 3: Výsledky vyšetření krve ze dne 4.1.2006.....	- 10 -
Tabulka 4: Výsledky vyšetření krve ze dne 8.1.2006.....	- 10 -

## 1. Úvod

Ošetřování pacienta s diagnózou pseudomyxom peritonea je velmi složitým procesem, který je ovlivněn především tím, že toto onemocnění se vyskytuje pouze ojediněle a proto je velmi obtížné určit správné metody a procesy, které by se při tomto daném typu onemocnění měly použít.

Tato bakalářská práce má za cíl přiblížit a uvést přehled postupů a metod ošetrovatelského procesu, které lze při tomto onemocnění využít s ohledem na aktuální stav daného pacienta. Přiblížením anatomické struktury orgánů, které jsou tímto onemocněním zasaženy, je dán i základ pro správnou volbu ošetrovatelských metod. Na konkrétním pacientovi je popsán průběh onemocnění, postup operací k odstranění onemocnění a dle norem ošetrovatelské péče je také popsán jeho aktuální zdravotní stav, jehož nedílnou součástí je i psychický stav pacienta, který je vzhledem k závažnému onemocnění vystaven velkému psychickému tlaku, jelikož toto onemocnění ohrožuje jeho samotnou existenci.

S ošetrovatelským procesem úzce souvisí i s ohledem na daný typ onemocnění edukace pacienta, i jeho rodiny, v oblastech samotného onemocnění, účinku léků a volby správné výživy s ohledem na dané onemocnění.

Toto vše, co bylo popsáno výše, má za cíl jedno jediné: zajistit pacientovi co nejlepší péči a prostředí pro boj s tak závažnou nemocí.



## 2. Anatomie<sup>1</sup>

### 2.1. Obecná stavba trávicí trubice a žláz trávicího systému

Úkolem trávicí soustavy je příjem a zpracování potravy, které se skládá z trávení, vstřebávání, využitelných látek a vyloučení nestrávených a nestravitelných zbytků z těla.

Trávicí soustavu tvoří:

- trávicí trubice:
  - dutina ústní - cavitas oris
  - hltan - pharynx
  - jícen - oesophagus
  - žaludek - ventriculus
  - tenké střevo - intestinum tenue
    - dvanáctník - duodenum
    - lačník - jejunum
    - kyčelník - ileum
  - tlusté střevo - intestinum crasum
    - slepé střevo - caecum
    - tračník - colon
      - colon ascendens
      - colon transversum
      - colon descendens
      - colon sigmoideum
    - konečník - rectum
- žlázy:
  - slinné žlázy - glandulae salivariae
  - játra - hepar
  - vývodné cesty žlučové - ductus choledochus

---

<sup>1</sup> Grim, M., Druga, R.: Základy anatomie, str. 10 a násl.

## 2.2. Pobřišnice - peritoneum<sup>2</sup>

Pobřišnice je tenká seriózní blána, která je složená ze dvou listů. Pobřišnice vystýlá peritoneální dutinu - peritoneum parietale. Pobřišnice také kryje orgány, které leží uvnitř peritoneální dutiny - peritoneum viscerale. Obě části peritonea spojují peritoneální duplikatury - mezenteria. Jsou na nich zavěšeny intraperitoneální orgány a cestou mezenterii k orgánům přicházejí cévy a nervy.

Peritoneální dutina - cavitas peritonealis je štěrbinovitý prostor mezi parietálním a viscerálním peritoneem. Uložené orgány jsou obaleny peritoneem a zavěšeny na mezenteriiích. Tyto orgány jsou orgány intraperitoneální, k nim patří: žaludek, horní část duodena, tenké střevo, appendix vermiformis, colon transversum, colon sigmoideum, játra a slezina.

### 2.2.1. Dutina pobřišnicová - cavitas peritonealis

Pobřišnicová dutina je štěrbinovitý prostor mezi peritoneem, které pokrývá stěny břišní a peritoneum orgánů a orgánových závěsů. U muže je dutina uzavřená, u ženy souvisí prostřednictvím dutých pohlavních orgánů (vejcovod, děloha, pochva) se zevním prostředím. Dutina je rozdělena příčně probíhajícím úponem mesocolon transversum na dva různě velké oddíly. Nad úponem mesocolon transversum leží menší pars supramesocolica a pod ním leží větší pars inframesocolica.

### 2.2.2. Závěsy pobřišnice

Závěsy peritonea jsou tvořeny:

- malá předstěna - omentum minus  
Odstupuje od curvatura minor a směřuje k porta hepatis jako ligamentum hepatogastricum. Pravá část omentu minus jde od porta hepatis k pars superior duodeni jako ligamentum omentalis.
- velká předstěna - omentum majus  
Odstupuje od curvatura major, klade se před příčný tračník (srůstá s ním) a pokračuje kaudálním směrem a odděluje střevní kličky od

---

<sup>2</sup> Obrázek peritonea v příloze 1

přední stěny břišní. Předstěna, která prochází mezi žaludkem a příčným tračníkem je označována jako ligamentum gastrocolicum.

- Mezentorium

Závěsnou řasou kliček jejunu a ilea je mezenterium. K zadní stěně břišní se připojuje jako radix mezenterii.

- Příčný mesocolon - tračník transversum

Odstupuje od příčného tračníku. Upíná se na zadní stěnu břišní na spojnici obou ledvin.

### 2.2.3. Recessus peritonei

Recessus peritonei se nachází v oblasti přesunů interperitoneálních orgánů, jejich peritoneálních řas a sekundárních srůstů. V některých částech peritoneální dutiny jsou kapsy - recessus peritonei. Tyto kapsy se mohou stát kýlními brankami u vnitřních kýl - hernie internae. Z klinického hlediska jsou některé z nich významné:

- Největší je bursa omentalis
- Recessus duodinales

Nachází se pod úponem mesocolon transversum.

## 2.3. Etiologie a patogeneze nádorového procesu<sup>3</sup>

Nádorové onemocnění lze charakterizovat jako nekontrolovatelný růst buněk o autonomní povaze buněčné proliferace spojený s poruchou kontrolních mechanismů a s alterací buněčné diference. Nekontrolovatelný růst vede ke zvětšení takto postižené tkáně, která může stlačovat okolní struktury, nebo k postupné invazi do okolních struktur a k metastazování.

### 2.3.1. Etapy postupné maligní transformace

Zahájení maligního procesu se nazývá - *iniciace*. Tento proces nastává účinkem zevních či vnitřních faktorů. Dojde ke genetické poruše, ta může nastat bez funkčních důsledků řadu let.

---

<sup>3</sup> Pavel Klener: Klinická onkologie, str. 39

Další vývoj se nazývá - *promoce*, při kterém se objevují poruchy diferenciací a v klinickém obraze se nachází *karcinoma in situ*.

Následující vývoj se nazývá - *konverze či transformace*. V této fázi buňky ztrácejí schopnost odpovědi na regulační mechanismy, dochází k lokálnímu růstu nádoru - *progrese* a posléze k šíření nádoru mimo prvotní ložisko - *metastazování*.

### 2.3.2. Patologie nádorů

Vznik nádorového onemocnění lze sledovat a posuzovat především na základě morfologických změn. Morfologicky se projeví množstvím diferencovaných buněk v dané tkáni. Proces nazýváme *hyperplazie*. Jiným typem kontrolovaného abnormálního růstu je *metaplazie*. Metaplazie je náhrada jednoho typu zralé tkáně jiným typem zralé tkáně.

## 2.4. Pseudomyxom peritonea (PMP)<sup>4</sup>

Pseudomyxom peritonea je klinický syndrom, při kterém vznikají v peritoneální dutině hojné, vazké, hlenovité hmoty, jednak volně, jednak adheřují k viscerálnímu či peritoneálnímu peritoneu nitrobřišních orgánů. Jde-li o ženu, potom je téměř vždy přítomen oboustranný, méně častěji jednostranný, mucinózní ovariální tumor.

Jde-li o muže, mikroskopie apendixu je pestrá a vyvíjí se od pouhé dilatace hlenovými hmotami, přes direkci stěny až po rupturu s provalením hlenu na peritoneum. Někdy apendix v objemných hlenových masách nelze již identifikovat. Jindy má apendix naopak naprosto normální vzhled a mucinózní adenomatózní tumor odhalí až mikroskopie.

Mikroskopicky se v peritoneálních hlenových masách nacházejí volně rozptýlené minimální útržky či shluky buněk mucinózního epitelu.

U pseudomyxomu peritonea se rozlišují dva základní biologicky naprosto rozdílné subtypy.

---

<sup>4</sup> Kinkor Z., Michal M: Česká gynekologie, str. 67 - 72

### **2.4.1. Diseminovaná peritoneální adenomucinóza (DPAM)**

Je podstatně častější s velmi dobrou prognózou.

### **2.4.2. Peritoneální mucinózní karcinomatóza (PMKA)**

Je vlastně extrémně vzácná forma infaustní karcinózy peritonea.

Klíčová role patologa spočívá v přesném a správné posouzení cytologických vlastností epitelu PMP, které jsou významné prognosticky, ale lze z nich usuzovat i na histopatogenezi onemocnění v konkrétním případě. Zjistilo se totiž, že případy probíhající DPAM, mají prakticky vždy původ v benigním mucinózním tumoru apendixu a naopak podkladem k nepříznivé PMKA je typicky karcinom v GIT - především v tlustém střevě včetně apendixu.

Dnes již není pochyb o tom, že syndrom PMP vychází z primární mucinózní léze trávicího ústrojí (typicky apendixu) a že převážná většina případů, byť doprovázená značnou morbiditou, má velmi dobrou prognózu.

U zřejmé apendikální léze nevzniká PMP čistě mechanisticky - nepochybně existuje růstová autonomie a určitý orgánově specifický metastatický potenciál. Pokud jde o PADM, má následovat apendektomie, kde se téměř vždy při extenzivním vyšetření nalezneme adenomatózní mucinózní tumor. Obráceně, vždy při nálezmu mucinózní léze apendixu u ženy bez reprodukčních nároků, se doporučuje provést oboustrannou ovariectomii.

Hlen PMP je shodný s tzv. MUC 2 hlenem pohárkových buněk střevní sliznice a míra jeho produkce a exprese nádorovými elementy je regulována pouze epigeneticky a nesouvisí s mutací příslušného genu. Lze tedy říci, že způsob tvorby a sekrece MUC 2 hlenu je shodný u normální i nádorové buňky.

## **2.5. Léčba**

Vzhledem k porovnání agresivity a pokročilosti nádorového bujení jsou nutné i opakované lelaparotomie. Při nich zjišťujeme postižení jednotlivých orgánů dutiny břišní. V případě možnosti jsou nutné buď resekční nebo bypasové operace. Součástí léčby jsou i prováděny během operace hypertermní laváže cytostatiky při teplotě 42°C.

### 3. Lékařské záznamy pacienta

Setkání s pacientem proběhlo na jednotce intenzivní péče ve Fakultní nemocnici Na Bulovce. Pacient byl pozorován po tři dny.

#### 3.1. Základní údaje

1. Jméno	K. M.
2. Pohlaví	muž
3. Rok narození	1972
4. Den přijetí	4.1.2006
5. Zaměstnání	invalidní důchodce
6. Nejbližší příbuzní	otec, matka
7. Národnost	česká

Tabulka 1: Osobní údaje

1. Váha	87 kg
2. Výška	178 cm
3. Tlak krve	140/90 mm/Hg
4. Tepová frekvence	76 za min
5. Dechy	15 za min

Tabulka 2: Údaje při přijetí pacienta

#### Diagnóza:

Pseudomyxom peritonea

Již dvakrát provedena revize s laváží v červnu 2004 a v březnu 2005.

#### Důvod přijetí pacienta:

Hypertermní laváž. Vzhledem k progresivnímu procesu nutné relaparotomie k posouzení agresivity nádoru a z toho vyplývající chirurgické léčby (resekce, cytostatiky atd.).

#### Osobní anamnéza pacienta:

Stav po operaci apendixu, operace sítnice v roce 2003

Abusus: nekouří, nepije

Alergie: neguje

#### Stav pacienta při přijetí:

Bez poruchy vědomí, orientován, bez dušnosti.

### 3.2. Průběh hospitalizace

Po operaci byly pacientovi monitorovány fyziologické funkce (krevní tlak, puls, teplota, tělesná hmotnost, bilance tekutin a centrální žilní tlak). Nemocný je subfebrilní, slabá peristaltika už byla přítomna, odchod plynů zatím nebyl, stolice zatím také nebyla. Pacientův pohyb není omezen, chodí s rehabilitační pracovníci a cvičí, pokud netrpí nauzeou. Celkový stav se postupně zlepšuje. Pacient dělá pokroky a těší se domů.

V roce 2003 byl hospitalizován pro operaci slepého střeva. Při operaci se našly útvary. Po různých vyšetřeních mu bylo sděleno, že se jedná o tumor. Dále pokračovala systémová chemoterapie v Krajské nemocnici Liberec. Nebyl mu nabídnut žádný jiný způsob řešení zdravotních problémů, proto se rozhodl navštívit i jiné nemocnice. Mezi nimi byla i Fakultní nemocnice Na Bulovce. Ve Fakultní nemocnici Na Bulovce prodělal v červnu 2004 první operaci. Další operace následovala v březnu 2005. Mezi operacemi se mu dle vlastních slov vedlo po fyzické stránce docela dobře. Pacient se stal závislým na své rodině.

V lednu 2006 byl pacient přijat k laváži. Pacient tuto operaci již prodělal a proto věděl, co ho čeká.

Dietní sestra poučila pacienta, jakou dietu bude dodržovat po propuštění do domácího ošetřování. Jedno odpoledne si dietní sestra sedla i s rodinou pacienta (především s maminkou) a prodiskutovala s nimi vhodnost jídel z hlediska přípravy s ohledem na zdravotní stav pacienta.

Pacientovi byla podávána analgetická terapie. V rámci aplikace těchto léků byl zároveň poučen o nežádoucích účincích opioidů. Bolest byla tlumena Dolsinem a náplastí Durogesig. Dle slov pacienta, je tato bolest snesitelná, jen nauzea působila pacientovi určité obtíže.

Pacient během hospitalizace v nemocnici neubýval na váze. Váha byla konstantní (87 kg), dokonce se objevila i chuť k jídlu.

### **3.3. Stav pacienta k 9. lednu 2006**

V tento den uběhlo od operace pacienta pět dní.

#### **3.3.1. Operační nález**

Operace se prováděla v celkové anestézii. Pacient byl po operaci umístěn na jednotku intenzivní péče.

Opakovaný pokus o zvládnutí generalizovaného pseudomyxomu peritonea inoperabilní. Stenóza ileo cecaloní chlopně.

V dutině břišní se vyskytují střevní kličky ve srůstech, jsou fixovány k nástěnnému peritoneu. Celkový rozsah je menší než při minulé operaci, ani se nevyskytuje ascites. Postižení tuhým tumorózním procesem především na stěně žaludku. Do tumorózního procesu vtaženo colon transversum, které se daří uvolnit. Odstranění žaludku není vůbec možné. Výrazná stenóza v oblasti colon sigmoideum, kterou se také daří postupně uvolnit od okolí tak, že není třeba resekce. Horší situace je v oblasti ileocécální chlopně, kde tumor téměř uzavírá vstup ilea do coeca. Asi ½ ilea je přirostlé tumorem do stěny břišní. Nádor je od střeva ostře oddělen, bez poškození. Pak hypertermní laváž 20mg Mitromycinu. Umístění drénů do dutiny břišní k pooperačnímu výplachu.

#### **3.3.2. Výsledky jednotlivých vyšetření**

##### **3.3.2.1. Rektoskopie ze dne 1.11.2005 (předoperační vyšetření)**

Nelze pro velké množství stolice. Subjektivně se cítí dobře, někdy tlaky v žaludku. Pasáž funguje v normě. Rezistence není hmatána. Na přední stěně se vyklenuje extraluminálně nebolestivá rezistence.

##### **3.3.2.2. Onkologické konzilium ze dne 4.1.2006 (předoperační vyšetření)**

Průběh onemocnění je typický. Rozsáhlý tumor pomalu progreduje. V periodách je přínosná laváž, která bude při každé další operaci obtížnější. Další laváž je považována za nezbytnou. Onemocnění nelze považovat za rezistentní na dosud aplikovanou terapii.



**3.3.2.3. Vyšetření krve ze dne 4.1.2006 (předoperační vyšetření)**

<b>Leu</b>	14,8 * 10 <sup>9</sup> /l	norma 4 - 10 * 10 <sup>9</sup> /l
<b>Ery</b>	4,32 * 10 <sup>12</sup> /l	norma 4,5 - 6,3 * 10 <sup>12</sup> /l
<b>Hemoglobin</b>	126 g/l	norma 140 - 180 g/l
<b>Hematokrit</b>	0,385 l/l	norma 0,38 - 0,52 l/l
<b>Trombocyty</b>	365 * 10 <sup>9</sup> /l	norma 140 - 400 * 10 <sup>9</sup> /l

Tabulka 3: Výsledky vyšetření krve ze dne 4.1.2006

**3.3.2.4. Vyšetření krve ze dne 8.1.2006 (pooperační vyšetření)**

<b>Na</b>	138,4 mmol/l	norma 132 - 149 mmol/l
<b>K</b>	3,96 mmol/l	norma 3,8 - 5,5 mmol/l
<b>Cl</b>	104 mmol/l	norma 97 - 108 mmol/l
<b>Osmolalita</b>	294 mosm/kg	norma 275 - 295 mosm/kg
<b>Urea</b>	2,28 mmol/l	norma 2 - 7,5 mmol/l
<b>Krea</b>	73 mmol/l	norma 35 - 110 mmol/l

Tabulka 4: Výsledky vyšetření krve ze dne 8.1.2006

**3.3.2.5. Dřívější hospitalizace 11.3.2005 – 1.4.2005****3.3.2.5.1. Onkologické konzilium - 14.3.2005**

Doporučena dispenzarizace při další progresy s hypertermní laváží.

**3.3.2.5.2. Operace - 15.3.2005**

Revize abdominalis, hypertermní laváž Mitromycinem

**3.3.2.5.3. Histologie ze dne 28.3.2005**

Recidiva pseudomyxomu peritonea, průběh hospitalizace komplikován přechodným subileózním stavem po operaci. Pacient je postupně zatížen stravou. Stravu dobře toleruje, propuštěn v dobrém stavu. Hojení per primam.

### **3.3.3. Současná medikamentózní léčba ke dni 9. 1. 2006**

#### **3.3.3.1. Torecan - inj.**

Indikační skupina: antiemetikum  
Indikace: prevence nauzey, zvracení a závratí  
Nežádoucí účinky: pokles funkcí centrální nervové soustavy, komatózní stavy, významná hypotenze. Použití u dětí mladších 15 let je rovněž kontraindikováno.  
Podání léku: podání proběhlo při potřebě

#### **3.3.3.2. Tiapridal - inj.**

Indikační skupina: antipsychotika, neuroleptika  
Indikace: léčba chronické bolesti  
Nežádoucí účinky: ospalost, pocit suchosti v ústech, točení hlavy

#### **3.3.3.3. Dolsin - inj.**

Indikační skupina: opioid, analgetikum, anodynum  
Indikace: tlumení středně silných až silných bolestí  
Nežádoucí účinky: závratě, nauzea, zvracení, sucho v ústech, útlum dýchacího centra, retence moče, psychické změny, zvýšený intrakraniální tlak  
Podání léku: lék se podával před vznikem bolesti – každé 4 hodiny

#### **3.3.3.4. Durogesig - náplast 50 mg**

Indikační skupina: transdermálně účinkující opioid (výměna po 3 dnech ve stejném období dne), analgetikum  
Indikace: tlumení chronické bolesti provázející nádorová onemocnění  
Nežádoucí účinky: hypoventilace, nauzea, zvracení, somnolence, obstipace, zmatenost, bolesti hlavy, halucinace

#### **3.3.3.5. Glukóza 5 % - 500 ml**

Indikace: krytí energetických i hydratačních potřeb organismu

**3.3.3.6. Fyziologický roztok 1/1 - 500 ml**

Indikace: krytí hydratačních potřeb organismu a úbytku natria

**3.3.3.7. Clinomel 2000ml N4 - 550<sup>5</sup>**

Indikační skupina: infundabilium

Indikace: parenterální výživa pacientů, u nichž je perorální nebo enterální výživa vyloučená, nedostatečná či kontraindikovaná

Nežádoucí účinky: možné nežádoucí účinky jsou následkem nesprávného použití přípravku, např. podání příliš vysokých dávek

---

<sup>5</sup> Podrobný popis léku lze nalézt v příloze 3 až 5

## **4. Ošetrovateľská časť**

### **4.1. Obecný popis ošetrovateľského procesu**

Ošetrovateľský proces je racionálna, systematická a plánovaná metóda.

Skláda sa z päť častí:

- posouzení nemocného
- stanovení ošetrovateľskej diagnózy
- naplánování ošetrovateľskej péče
- realizace
- zhodnocení poskytnuté péče

### **4.2. Charakteristika „Modelu fungujúciho zdraví“ Marjory Gordonové**

Model je z hľadiska filozofie najkomplexnejší pojetí človeka. Tento model sa uplatňuje na jednej strane pri výuce študentů, na druhej strane má i hojnú zastúpenie v praxi. Dle tohoto modelu môže sestra zhodnotiť zdravotný stav jak zdravého tak nemocného človeka. Zdravotný stav môže byť funkčný alebo dysfunkčný. Pri použití tohoto modelu dokáže sestra stanoviť potenciálnu i aktuálnu diagnózu a zároveň dokáže efektívne naplánovať a realizovať péču<sup>6</sup>.

Základnú štruktúru tohoto modelu tvorí celkom dvanásť oblastí, z nichž každá predstavuje funkčný alebo dysfunkčný súčast zdravotného stavu človeka.

1. Vnímání zdravotního stavu
2. Výživa a metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita, cvičení
5. Odpočinek a spánek
6. Vnímání poznání
7. Sebeúcta, sebekoncepce

---

<sup>6</sup> Definice dle Mastiliakové z knihy Potřeby nemocného v ošetrovatelství, str. 17

8. Plnění rolí a mezilidské vztahy
9. Sexualita a reprodukční schopnost
10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance
11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty
12. Jiné<sup>7</sup>

### **4.3. Hodnocení dle Marjore Gordonové**

#### **4.3.1. Vnímání zdraví**

Pacient se cítil před nástupem onemocnění (2003) silný a zdravý. Nemoc změnila jeho život radikálním způsobem. Dříve pracoval, měl své kamarády, přítelkyni a zaměstnání. Nyní trpí pocitem bezvýznamnosti a neužitečnosti. Bojí se dokonce o svůj život.

Domácnost sdílí s dvěma nejbližšími lidmi, s rodiči. Rodiče jsou z jeho stavu také nešťastní, neví jak se k synovi mají chovat, ale sám pacient říká, že se snaží. Velice tuto pomoc oceňuje, protože vlastně nikoho jiného blízkého nemá. Před rodiči se prý snaží předstírat, že je vše skoro v pořádku. Rodiče mohou a rádi syna v nemocnici navštěvují.

Pacient očekává, že až přijde domů, bude soběstačný. Z předchozí hospitalizace už ví, že v prvním období bude potřebovat pomoc rodičů. Je přesvědčen, že postupem času bude schopný se o sebe sám postarat. Dokonce má možnost spolupracovat s finančním úřadem jako účetní. Tuto práci již několikrát rád přijal a mohl si tak přivydělat. Navíc, jak sám říká, „nesedí jen na zadku u televize a neužirá se černými myšlenkami“.

Pro pacienta je sice omezující být v nemocnici, ale je rád, poněvadž období, které následuje po hospitalizaci, je výrazně lepší. Nemocný se rád v nemocničním prostředí zabaví knihou, televizí, poslechem hudby a povídáním s hezkými sestřičkami, které mu mimochodem, dle slov pacienta, velmi usnadňují život.

#### **4.3.2. Výživa a metabolismus**

Pacient má zavedenu nasogastrickou sondu. Nasogastrickou sondou pacient zatím nepřijímá žádnou potravu, má ji na spád. Odpady ze sondy (během

---

<sup>7</sup> Trachtová, E.: Potřeby nemocného v ošetrovatelství. str. 170

sledování) nebyly žádné. Sondu měl zavedenou již několikrát, a tak mu prý nedělá žádné velké obtíže, jen občas trpí bolestmi v krku. Váhu si drží pořád stejnou (87 kg), dokonce se mu zdá, že před nástupem do nemocnice něco málo přibral, ale neví s jistotou kolik.

Říká, že není žádné jídlo, které doma nejí, jí prostě vše, co je mu naservírováno. Jak sám říká „má velmi rád maso, knedlíky a samá nezdravá jídla“, „zato zelenině moc nedá, tu prý nemusí“. Doma žádnou zvláštní dietu nedodržuje. Než byl pacient přijat do nemocnice, byla součástí předoperační přípravy kašovitá strava.

Ví, že po propuštění z nemocnice bude muset jíst dva měsíce kaše (prevence ileózního stavu). „Lze to vydržet“, maminka mu v tomto období hodně pomůže, zná to již od minula. Po dvou měsících bude moci začít jíst normálně.

Rád pije k jídlu pivo, ale během dne pije i minerálky a čaj. Snaží se vypít alespoň dva litry tekutin denně.

Pátý den po operaci měl pacient povoleno přijmout per os 2 - 3 sklenky tekutiny denně.

Do trojcestného centrálního katétru pacientovi 24 hodin kapal infuzní roztok Clinomel v množství 2000 ml.

Pacient má chrup v pořádku, nemá zubní protézu.

### 4.3.3. Vylučování

Pacient měl první den ještě zaveden permanentní Folleyův katétr. Druhý den po operaci byl katétr zrušen. Pacient byl schopen močit sám. Měl u postele připravenou močovou láhev, která sloužila i jako sběrná nádoba. Příjem a výdej byl sledován jednou za šest hodin.

Pacient přijal za 24 hodin:

Infuzními roztoky	
fyziologický roztok	500ml
glukóza 5%	500ml
Clinomel N4 - 550	2000ml
Per os	750ml
Příjem laváží	50ml
Celkový příjem	3800ml

Pacientův výdej se měřil jednou za šest hodin.

Pacient vydal:

6 - 18 hodin	2500ml
18 - 6 hodin	1000ml
Celkový výdej	<u>3500 ml</u>

Vyprazdňování stolice je horší, vzhledem k příjmu potravy. Nyní stolice není pátý den. Pacient ví, že až začne přijímat ústy alespoň nějakou potravu, vyprazdňování selepší.

Doma po propuštění větší problémy se stolicí nemá. Vyprazdňovací návyky má pacient dobré, na stolicí chodí každý den po snídani. Dle svého soudu, má doma dostatek vlákniny i tekutin. Jiné problémy nemá.

#### 4.3.4. Tělesná aktivita

Pacient byl na jednotce intenzivní péče napojen na monitor, měřil se po třech hodinách a fyziologické funkce měl stabilní (tlak krve 125/80, puls 74 za min, tělesná teplota 36,5°C, dech 15 za min).

Pacient byl před diagnostikováním onemocnění velice aktivní, hrál s kamarády, pro sebe i trochu závodně, fotbal za klub FK Jiřetín. Měli docela úspěchy, pacienta mrzí, že už nemůže sportovat. Je na něm vidět, že se mu nechce o tématu příliš mluvit. Nakonec se sám rozpovídá a vzpomíná si na období, kdy hrál ještě i hokej. Fotbaloví kamarádi mu někteří zůstali i do dneška. Bohužel ne všichni. Když se dostane domů a stav je už trochu lepší, vezmou ho sebou na svůj zápas a pak posedí. Pro pacienta je to ohromnou podporou.

V nemocnici pacient pravidelně třikrát denně chodí procházkou kolem oddělení jednotky intenzivní péče, což je asi 50 metrů. Pravidelně přichází fyzioterapeut a pomáhá mu s chůzí. Za začátku - hned po operaci - to šlo „ztuha“, ale už je to mnohem lepší. Po operaci cvičil pouze na lůžku dolní a horní končetiny, pak postupně, s pomocí, mohl do sedu, následovala hygiena na lůžku. Pak stoj a následovaly první kroky. Nyní zvládne požadovanou trasu dokonce několikrát a má z toho upřímnou radost. Na pacientovi je vidět, že z každého pokroku v oblasti pohybu má velikou radost. Proto jsme trénovali i spolu. Pacient si trochu stěžoval na bolesti zad, myslí si, „že je to od ležení“.

### **4.3.5. Spánek a odpočinek**

V oblasti spánku pacient cítí problémy. Na jednotce intenzivní péče je pro něj mnoho rušivých elementů a špatně se mu usíná. Na můj dotaz, zda spí i přes den, odpověděl kladně. V noci prospí v nemocnici jen pět hodin. Pacient cítí, že v nemocnici má problémy se spánkem větší. Navíc pacienta každé tři hodiny, i v noci, budí manžeta, která měří tlak krve. Pacient je zvyklý usínat s hudbou a má k dispozici rádio.

Doma takovéto problémy se spánkem nemá a ani si nemusí brát žádné léky na spaní.

Je zvyklý chodit spát okolo 23 hodiny. Občas se mu doma stane, tak 1krát za měsíc, že leží a přemýšlí co bude dál. Ráno se ale probudí a vše je lepší.

### **4.3.6. Vnímání, poznávání**

Pacient slyší dobře. Brýle nosí na čtení a má je i v nemocnici. Nemá pocit, že by se mu nějak výrazně horšil zrak. Je orientován, spolupracuje a adekvátně odpovídá. Pacient je dobře přizpůsobivý, i když ho nemocnice nepochybně omezuje. Má pocit, že informací od lékařů a sester má dost. Trochu se bojí jakou prognózu a další průběh bude mít jeho nemoc.

Vyjádření nemocného, jak choroba přišla:

V roce 2003 byl hospitalizován pro operaci slepého střeva. Při operaci se našly útvary. Po různém vyšetřování mu bylo sděleno, že se jedná o tumor. Dále pokračovala systémová chemoterapie v Krajské nemocnici Liberec. Nebyl mu nabídnut žádný jiný způsob řešení, proto se rozhodl navštívit i jiné nemocnice. Mezi nimi byla i Fakultní nemocnice Na Bulovce. V červnu 2004 prodělal ve Fakultní nemocnici Na Bulovce první operaci, další následovala v březnu 2005. Mezi operacemi se mu dle vlastních slov vedlo po fyzické stránce docela dobře. Bohužel se nemohl vrátit do práce a přišel o ni. Ztratil některé přátele. Po propuštění domů se věnuje internetu, dokonce doučuje matematiku, hraje pasivně fotbal a má možnost práce účetního. Očekává, že do 3 až 5 let dojde k úplnému vyléčení.



#### **4.3.7. Sebepojetí, sebeúcta**

Pacient je velice inteligentní, je až obdivuhodné, jak se pere s takto zákeřnou nemocí. Má strach, i když ho jako chlap neukazuje. Sám se cítí v prostředí nemocnice zranitelný. Má trochu „výhodu“, že už byl hospitalizován několikrát a ví jaký bude další postup. Snaží se rodiče uklidnit, nechce být pořád na obtíž. Pracuje, aby se neužíral negativními myšlenkami. Mrzí ho, že nemá dívku.

#### **4.3.8. Role a mezilidské vztahy**

Bydlí s rodiči v činžovním domě 3+1 v malém městě. Rád by se osamostatnil, bohužel mu to jeho nynější stav nedovoluje. Myslí si, že přijde doba, kdy to bude možné.

Před rokem 2003, než byla diagnostikována nemoc, pracoval v soukromé firmě a budoval si docela slibnou kariéru. Byla možnost i profesního růstu. V témže roce 2003 musel firmu opustit. Propuštění bral velmi těžce. Sám si myslí, že byl workholik, na dovolenou nikdy neměl čas, pořád ho bylo potřeba. Bez něho by firma nemohla fungovat. Kruté bylo zjištění, že to jde i bez něho. Má touhu se jednou vrátit a ukázat jim, jaký je bojovník. Rád jedná a pracuje s lidmi, tento kontakt mu doma chybí.

Až to půjde, rád by pracoval kdekoliv, ale přednost dává ekonomické oblasti.

#### **4.3.9. Sexualita**

Nepokládala jsem za úplně vhodné, vzhledem k pacientově pobytu na jednotce intenzivní péče, vyptávat se nějak více na sexualitu.

Pacient mluvil o své dívce, která ho opustila skoro ve stejnou dobu, když se dověděl diagnózu. Velice ho to ranilo. Po propuštění domů nežije společenským životem, až na výjimečná setkání s přáteli. Je 24 hodin s maminkou.

#### **4.3.10. Stres a zátěžové situace**

Stresem trpí a samozřejmě se i bojí před každou operací. Stresem a depresemi trpěl po sdělení diagnózy. S tímto stresem mu pomohl

psycholog. Pak ho, dle vlastních slov, „sebral“ rozchod. Dále velice špatně nesl propuštění ze zaměstnání. Se stresem se snaží vypořádat sám, v takových situacích mu doma pomohou kamarádi, kteří ho vezmou na fotbal. Je jim za to vděčný, nebere to jako samozřejmost. Rád by se nějak odvděčil, prý něco vymyslí. Po každé, když přijde z nemocnice, se u něj doma sejdou a povídají si o novinkách, které se staly, když nebyl doma. Je rád když si z něj dělají legraci. Ze začátku také nevěděli, jak se k němu mají chovat, prý vše vyřešil rozhovor.

#### **4.3.11. Víra**

Pacient je křtěný. Do kostela moc často nechodí, spíše jen o vánocích. Když se dověděl diagnózu, tak ale do kostela zašel. Sám si myslí, že v něco věří, ale není si jistý v co vlastně.

Pacient se při tomto tématu několikrát zamyslel. Na konci rozhovoru mi sdělil, že vlastně věří a že už ví v co, jsou to prý rodiče a pak sám v sebe.

Sám říká, že má strach, že by jednou byl úplně sám, to si neumí představit.

Věří, že bude žít.

### **4.4. Psychologická část**

Pan K.M. patřil k lidem, kteří svými problémy málokdy obtěžovali své bezprostřední okolí. Před diagnostikou onemocnění neměl pan K.M. větší problémy. Vedl aktivní život, měl mnoho přátel a přítelkyni. Zaměstnán byl u soukromé firmy, kde si budoval slibnou kariéru. Pan K.M. ve svém volném čase hrál fotbal. Pacient byl obdivován pro svůj aktivní a optimistický přístup k životu.

Odhalení onemocnění bylo pro celou rodinu šokem. Pacient trpěl stresem a depresi. S tímto stavem mu pomohl psycholog, uvědomil si, že je potřeba užívat si každíčkou chvíličku, kterou stráví na tomto světě. S psychologem si rád povídal nejen o onemocnění, ale i o běžném životě.

Při hodnocení psychického stavu se pacient nacházel ve fázi smlouvání. Když pacient procházel předchozími stadii, nebyla jsem přítomna a proto nevím, jak je prožíval. Při nynější hospitalizaci (leden 2006) pacient rozhodně nebyl smutný ani depresivní.

#### **4.4.1. Komunikace s onkologicky nemocným<sup>8</sup>**

Onkologicky nemocní procházejí od okamžiku konstatování onkologické diagnózy závažným psychickým obdobím, které významně ovlivňuje průběh nemoci. Onkologické onemocnění zasahuje základní životní stereotypy a vyžaduje stálou adaptaci na změny. Mění se celý způsob psychického prožívání a citový život nemocného člověka. Maligní onemocnění charakterizují bolest, obavy, nejistota, úzkost a strach. Nemocní prožívají krizové stavy chaoticky a panicky, mají sklon k uzavřenosti. Výraznější je sklon k depresi, pocitům beznaděje a neschopnosti vyjádřit své případné nesouhlasné postoje.

Velmi důležité je mít na paměti, že léčení nelze omezit na biologickou stránku lidské bytosti.

#### **4.4.2. Čím prochází psychika<sup>9</sup>**

##### **Akutní stadium**

Akutní stadium následuje ihned po zjištění nemoci. Je charakterizováno především obavami, bolestí a strachem ze smrti. Ohrožení života je hlavní charakteristikou tohoto stadia. V tomto období je nutné nastolit dobrou a otevřenou komunikaci. To co nemocný potřebuje, nejsou jen odpovědi na diagnózu, ale spíše jej zajímá, jak moc je ohrožena jeho existence.

##### **Subakutní stadium**

Subakutní stadium je charakterizováno strachem z recidivy, fyzickým poškozením, mnohdy změněným vzhledem, společenskou izolací, depresí, pocity odcizení. Při návštěvě je zapotřebí pomáhat pacientovi překonávat tyto obtíže a posilovat jeho sebedůvěru.

---

<sup>8</sup> Klérová, J.: Komunikace s onkologicky nemocným v jednotlivých fázích nemoci. Sestra, 9, 1999, č. 2, str. 27

<sup>9</sup> Klérová, J.: Komunikace s onkologicky nemocným v jednotlivých fázích nemoci. Sestra, 9, 1999, č. 2, str. 27

### **Chronické stadium**

Chronické stadium je stadium takzvaného vyléčení. Charakteristické je uvolnění po intenzivní léčbě. Onkologický pacient se však nikdy nezbaví strachu z recidivy. Začíná nový život - život s diagnózou. V tomto stadiu je zapotřebí především dlouhodobá psychologická a fyzická rehabilitace včetně pravidelných návštěv lékaře.

#### **4.4.3. Zvládání nemoci dle Kübler - Rossové<sup>10</sup>**

Stadia jsou seřazena do pěti období:

1. Období negace
2. Období agrese
3. Období smlouvání
4. Období deprese
5. Období smíření

##### **4.4.3.1. Období negace**

Období negace je obdobím šoku a popírání. Jde o nejranější období. Nemocný po sdělení diagnózy svou nemoc popírá.

##### **4.4.3.2. Období agrese**

Období agrese je období hněvu a vzpoury. Nemocný se s diagnózou vyrovnává zlobným až agresivním jednáním. Toto jednání uplatňuje vůči svým příbuzným, ale mnohem častěji vůči zdravotnickému personálu.

##### **4.4.3.3. Období smlouvání**

Období smlouvání je období, kdy nemocný vyjednává. Pacient je ochoten zaplatit cokoliv, hledá léčitele a zázračné léky. Činí také velké sliby. V tomto období se snažíme o trpělivost.

---

<sup>10</sup> Trachtová, E.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu

#### **4.4.3.4. Období deprese**

Období deprese je obdobím smutku. Pacient je traumatizován ztrátou životní perspektivy, ztrátou sociálních rolí, převrácením dosavadních hodnot. Nemocný má strach.

#### **4.4.3.5. Období smíření**

Nemocný pochopí infaustní diagnózu. Jedinec skončil svůj boj, je čas na pokoru, vyrovnání se a loučení. V této fázi stačí prostá mlčenlivost a lidská přítomnost a držení za ruku.

### **4.5. Edukace pacienta**

Edukace pacienta se rovná činnosti, která informuje a zapojuje pacienta do péče o vlastní osobu. Sestra svým přístupem vyjadřuje zájem, starostlivost a respekt k osobnosti pacienta, ale není to jen tato činnost. Dává mu pocit bezpečí, důvěry ve vlastní schopnosti, naději a snižuje pocit nejistoty a strachu.

Edukace je součástí ošetrovatelského plánu.

Při jeho realizaci byl pacient poučen v následujících oblastech.

#### **4.5.1. Vedlejší účinky opioidů<sup>11</sup>**

Morfín a látky příbuzné ovlivňují svým působením centrální nervovou soustavu. Ovlivňují, jak reakci na bolest, tak i její vnímání. Mini analgezie této látky působí mírnou euforii a mírnou sedací. Navíc svým působením na centrální nervovou soustavu inhibují dechové centrum, potlačují kašel a způsobují mitózu. Dále mohou snižovat tonus a motilitu žaludku a střev a tím způsobí obstipaci.

Údaje z mnoha zemí ukazují, že opioidy v léčbě nádorových onemocnění jsou velmi často poddávkovány. Mezi laickou veřejností, ale i mezi lékaři, panuje obava z rozvoje lékové závislosti.

---

<sup>11</sup> Effler, J.: Opioidy při léčbě bolesti, Sestra, 10, 2000, č. 1, str. 20

#### **4.5.1.1. Toxické příznaky**

Toxické příznaky jsou vystupňováním některých účinků opioidů. Asi nejzávažnějšími jsou: útlum dechového centra, nauzea, zvracení a obstipace.

Při dlouhodobém podávání, při aplikaci delší jak tři týdny, dochází k projevům tolerance, fyzické a psychické závislosti.

#### **4.5.1.2. Tolerance**

Tolerance je pravidelné podávání látky, která vede k postupné ztrátě jejího původního účinku a proto je nutné dávku zvyšovat.

#### **4.5.1.3. Fyzická závislost**

Fyzická závislost se projeví rozvojem abstinčních příznaků při přerušení dávky léku. Abstinční syndrom se projeví slzením, hypertermií, mydriázou, zvracením, průjmem a pocitem celkově špatného stavu.

#### **4.5.1.4. Psychická závislost**

Psychickou závislost vyvolávají opioidy. Součástí psychické závislosti jsou pocity euforie a lepšího zvládnutí stresových situací. Z těchto důvodů je psychická snaha pokračovat v jejich aplikaci. Společným antidotem všech opioidů je Naloxon. Působí tím, že je schopen vytěsnit většinu opioidních látek z jejich vazebných míst.

U léčby nádorové bolesti je zvládnutí vlastní bolesti na prvním místě!

#### **4.5.1.5. Bolest**

Je průvodním jevem nádorového onemocnění. Bolest v souvislosti s nádorovým onemocněním lze léčit primárně – odstraněním nebo zmenšením nádoru, nebo sekundárně – pouze zmírněním pocitu bolesti bez ovlivnění nádoru samotného.

##### **Dělení bolesti:**

- mírná – nemocný má bolestivý výraz, ale na komunikaci je schopen se dobře soustředit
- střední, obtěžující bolest – bolestný výraz zůstává i při komunikaci s lékařem a sestrou.

- nesnesitelná bolest – nepřítomný bolestný výraz, pacient není schopen se na hovor soustředit.

#### **4.5.2. Význam správné výživy<sup>12</sup>**

Nádorové onemocnění vede velmi často k většímu váhovému úbytku. Důsledkem kachexie je svalová slabost, náchylnost k pneumoniím, infekcím močových cest, dekubitům, trombózám a ke zpomalení hojení ran. Při tumorózní kachexii hubnutí na účet tuku a svaloviny, ztrátu chuti k jídlu, atrofii svalstva.

#### **Zásada správné výživy v prevenci a léčbě nádorových onemocnění<sup>13</sup>:**

Pacient by měl omezit:

- tučná masa, tučné mléčné výrobky, sádlo
- cukr, vejce, koření
- spotřebu uzených a smažených jídel

Co by v jídelníčku nemělo chybět:

- čerstvá zelenina a ovoce, brambory
- celozrnné výrobky
- luštěniny
- dostatečný pitný režim
- vitamíny – B6, C, E
- stopové prvky – selen, železo, měď

Nutnost zbavit se zlovyků:

- nekouřit
- nepít alkoholické nápoje
- nebrat drogy

---

<sup>12</sup> Šachlová, M., Holcapfová, I.: Výživa onkologických pacientů, Sestra, 9, 1999, č. 6, str. 7

<sup>13</sup> Viz. příloha 6 až 9

### 4.5.3. Relaxační techniky

Pro zlepšení psychické kondice jsou vhodné relaxační techniky.

Některé ukázky relaxačních technik:

Nejdříve se naučíme správně dýchat. Používáme tzv. břišní dýchání. Dýcháme pomalu a hluboce, až se zvedá břišní stěna, nádech je nosem a výdech je ústy. Na tento typ dýchání, který zvyšuje kapacitu plic, přejdeme vždy, když zjistíme, že náš dech je rychlý a krátký např. při bolesti, strachu a nauze.

#### Dechové cvičení:

- Pohodlně si sedneme nebo lehneme, uvolníme se a odeženeme všechny stresující myšlenky
- Pomalu se zhluboka nadechneme nosem – počítáme v duchu do osmi až desítky tak, aby nedošlo k pocitu napětí a úsilí
- Na vrcholu nádechu zadržíme dech a zase v duchu počítáme
- Pak následuje pomalý výdech opět s vnitřním počítáním

Po celou dobu tohoto cvičení myslíme pouze na dýchání!

## 4.6. Edukace rodiny

Edukace rodiny je stejně důležitá jako edukace pacienta. Na tuto oblast by se měl klást velký důraz. Vždyť, kdo se bude po propuštění starat o pacienta - jeho rodina. Informace by rodina měla získat už během hospitalizace člena rodiny, pak už je mnohem obtížnější nějaké informace získat.

### 4.6.1. Význam správné výživy

Obecně našemu zdraví prospívá:

- pestrá a vyvážená strava
- omezený příjem živočišných tuků
- dostatek zeleniny a ovoce
- dostatečný příjem tekutin
- omezené množství sladkostí



- omezení solení
- přednost bílým a libovým masům
- omezení spotřeby uzenin
- zjemnění jídel rostlinnými oleji
- konzumace různých druhů ořechů
- dostatečný přísun mléčných výrobků
- dostatečný přísun vlákniny - obilné výrobky
- konzumace brambor, rýže, luštěnin
- vitamíny, minerály

#### **4.6.2. Pokyny pro správné vaření**

- vyhneme se máslovým jíškám
- zahušťujeme moukou, škrobovou močkou, bramborem
- nahradíme část masa rostlinnými produkty - luštěniny, sója
- omezíme maštění
- dostatek zeleninových salátů
- moučníky nahradíme ovocem
- k mazání chleba využijeme pomazánkové máslo nebo nízkotučné sýry

## 4.7. Seznam diagnóz<sup>14</sup>

<b>Aktuální diagnózy</b>	<b>viz. 4.7.1</b>
akutní bolest z důvodu operačního zákroku	viz. 4.7.1.1
změna ve způsobu výživy (podání do centrálního žilního katétru) z důvodu operačního zákroku	viz. 4.7.1.2
změna pohybové aktivity z důvodu zavedených invazivních vstupů, pooperačního stavu, stavu slabosti a únavy	viz. 4.7.1.3
<b>Psychické problémy</b>	<b>viz. 4.7.2</b>
pocit závislosti z důvodu odkázání na své okolí	viz. 4.7.2.1
<b>Potenciální diagnózy</b>	<b>viz. 4.7.3</b>
riziko vzniku infekce z důvodu invazivních vstupů	viz. 4.7.3.1
riziko vzniku disbalance tělesných tekutin	viz. 4.7.3.2

---

<sup>14</sup> V příloze 10 uvedeno názorné zkrácené vyplnění „Plánu a hodnocení ošetrovatelské péče.“ Úplný podrobný popis jednotlivých diagnóz je uveden v následujících bodech.

## 4.7.1. Aktuální diagnózy

### 4.7.1.1. Akutní bolest z důvodu operačního zákroku

#### Cíl:

- zmírnění bolesti
- snaha o dosažení stavu, kdy pacient mluví o své bolesti
- pacient zvládne rehabilitaci - chůze
- pacient zvládá aktivity denního života

#### Plán péče:

- edukovat pacienta o bolesti a také o účincích opioidů
- podávat léky tlumící bolest pravidelně a zaznamenávat vše do dokumentace
- vysledovat, za jaký časový úsek začnou léky tišící bolest účinkovat
- sledovat nežádoucí účinky léčiv
- sledovat vedlejší účinky léčiv
- pravidelně zaznamenávat intenzitu bolesti
- informovat lékaře o pacientově bolesti

#### Realizace:

Pátý den po operaci byl pacient edukován o nežádoucích účincích opioidů. Pro pacienta je důležité, aby netrpěl bolestí. Bolest se zapisovala do dokumentace. Byla ovlivňována tak, aby během rehabilitace pacient žádnou bolest necítil. Pacientovi byl podáván: Torecan při potřebě, Dolsin po 4 hodinách a náplast Durogesic, která se vyměňovala po 3 dnech.

Pacient spolupracoval, společně jsme bolest hodnotili dle pravítka měřícího bolest<sup>15</sup>, kde nula představovala stav bez bolesti, desítka znázorňovala nesnesitelnou bolest.

Pacient byl seznámen s pomocnou psychologickou metodou autogenního tréninku a aktivně ji využíval.

Pacient zvládal všechny denní aktivity na jednotce intenzivní péče (hygiena, rehabilitace) velmi dobře.

---

<sup>15</sup> Ukázka pravítka měřícího bolest uvedena v příloze 2.

**Hodnocení:**

Pacient necítí bolest, ordinované léky jsou podávány ve stanovených intervalech.

Pacient je přes den spavější, ale zvládne třikrát denně rehabilitaci a je postupně zapojen do aktivit denního života.

Pacient umí užívat metody autogenního tréninku, které mu pomáhají.

#### **4.7.1.2. Změna ve způsobu výživy (podání do centrálního žilního katétru) z důvodu operačního zákroku**

##### **Cíl:**

- příjem per os 750 ml tekutiny (čaje) bez nauzey a zvracení
- pacient výrazně neubývá na váze - pod 5 kg

##### **Plán péče:**

- seznámit pacienta a rodinu s důvodem příjmu potravy do centrálního žilního katétru
- seznámit rodinu a pacienta, proč má zavedenu nasogastrickou sondu
- kontrolovat umístění sondy a pečovat o sondu
- dodržovat dávkování všech infuzních přípravků
- monitorovat příjem per os - 3 hrnečky
- měřit pravidelně příjem a výdej tekutin
- sledovat tolerance příjmu per os
- vysvětlit pacientovi i jeho rodině další pokroky v oblasti výživy
- pečovat o dutinu ústní

##### **Realizace:**

Pacient i rodina byli informováni o důvodech zavedení trojcestného centrálního žilního katétru. Centrální žilní katétr byl zaveden po operaci do pravé subclavie. Pacientovi byl podáván do centrálního žilního katétru Clinomel 2000 ml N4 - 550, který kapal přes lineární dávkovač 24 hodin rychlostí 80 ml za hodinu.

Jedenkrát za den se pacientovi měřil centrální žilní tlak. Centrální žilní tlak se měřil přes přístroj „intra flow“. Po kalibraci se kontinuálně měřil centrální žilní tlak. Pacientovy hodnoty centrálního žilního tlaku se pohybovaly v rozmezí 5 - 6 mmHg. Každý třetí den se prováděly mikrobiologické stěry z okolí vyústění a přímo z trojcestného centrálního katétru. V mé přítomnosti (5 dnů po operaci) nebyly přítomny ve stěru žádné patogeny.

Průchodnost katétru byla zajišťována prokapáváním přes „intra flow“ 5000 jednotkami Heparinu v 500 ml fyziologického roztoku.

Edukace a informovanost byla u pacienta jednodušší, protože už stejnou operaci jednou prodělal.

Pacientovi byla po operaci zavedena nasogastrická sonda. V mé přítomnosti (3 dny) nepřijímal nasogastrickou sondou stravu, sondu měl pátý den po operaci na spád. Ve sběrném sáčku nebyl žádný odpad.

Pravidelně každé ráno se sledovala sliznice nosu, která byla beze změn a při potřebě se prováděl převaz nasogastrické sondy.

Pacient přijímal per os tři hrníčky (750 ml), toto množství dobře snášel.

Pacientovi se měřil příjem a výdej tekutin za 24 hodin. Příjem infuzí, per os a břišní laváží byl 3800 ml a výdej za 24 hodin byl 3500 ml.

Rady v oblasti následné výživy jsou v části práce, která se nazývá „Edukace pacienta“ (4.5). U pacienta se sledoval odchod plynů a případné odpady ze sondy, které nebyly.

Pacient si prováděl hygienu dutiny ústní sám i když pevnou stravu ústy prozatím nepřijímal.

#### **Hodnocení:**

Pacient dobře snášel tekutiny podané per os, její množství bylo 750 ml.

Pacient netrpěl nauzeou, nezvracel a ani výrazně neubýval na váze. Cíl se podařilo splnit.

#### **4.7.1.3. Změna pohybové aktivity z důvodu zavedených invazivních vstupů, pooperačního stavu, slabosti a únavy**

##### **Cíl:**

- zvyšovat náročnost pohybové aktivity - pacient je schopen 3krát denně ujít 50 metrů

##### **Plán péče:**

- seznámit pacienta s rehabilitačním režimem
- zajistit pacientovu bezpečnost při rehabilitaci i pobytu na lůžku - postranice, zvonek, močová láhev k ruce
- snažit se využívat momenty, kdy pacient neudává bolest
- snažit se předejít vzniku komplikací v souvislosti s nedostatečnou pohybovou aktivitou

##### **Realizace:**

Pacient ví, že 3krát denně přijde rehabilitační pracovník a půjdou se společně projít okolo sesterny (asi 50 m). Pacient měl vždy vhodné oblečení pro chůzi - ponožky, boty. Před rehabilitací se pacientovi měří tlak v leže, v sedě a ve stoje (pohyboval se kolem 125/70).

Důležité bylo, aby při vstávání z lůžka a při chůzi byla přítomná druhá osoba, která by zabránila eventuálnímu pádu. Pacient se musel odpojit od monitoru i od infuzní terapie. Pacient zvládnul při jedné procházce 50 metrů. Při chůzi se s pacientem komunikovalo a sledovaly se případné stavy slabosti. Rehabilitační procházku pacient využil k návštěvě umyvadla, kde se mohl opláchnout.

V oblasti rehabilitace je upřednostňován stav pacienta - pokud pacient pociťuje nauzeu, nebo má bolesti, tak se nerehabilituje.

Pacientovo lůžko je na noc vybaveno oběma postranicemi, na den to není nutné, nechává se pouze jedna. Pacient se cítí jistější, když postranici má. U lůžka má k dispozici také močovou láhev, která slouží i jako sběrná nádoba. Při posazování je pacientovi velice nápomocná „hrazdička". Pacient má také k dispozici zvonek.

Pacient byl velmi rád, že nemusí jen ležet na lůžku. Chce brzy opustit nemocnici, tak se velmi snaží.

Pokud pacient rehabilitoval, byl nabádán také k aktivnímu odkáslávání hlenů z dýchacích cest.

Pacient má celý den stahovací punčochy - bandáže, které se sundávají pouze na noc. Slouží jako prevence tromembolické nemoci.

**Hodnocení:**

Pacient 5. den po operaci zvládal postupně větší náročnost cvičení, došel 50 metrů, dokázal déle cvičit na lůžku a měl i chuť cvičit. Bolest před cvičením ani během cvičení nepocíťoval. Cíle bylo dosaženo.



## 4.7.2. Psychické problémy

### 4.7.2.1. Pocit závislosti z důvodu odkázání na své okolí

#### Cíl:

- snížit pocit závislosti, verbalizace pocitů závislosti
- zachovat aktivní přístup pacienta - je schopen se umýt sám, dopomoc pouze při mytí nohou a zad

#### Plán péče:

- spolupracovat s rodinou
- seznámit pacienta s dalším postupem v oblasti léčby
- podporovat pacienta, v, pro něj, důležitých aktivitách (čtení, poslech hudby, televize)
- dát pacientovi pocit, že si kdykoliv může s kýmkoliv popovídat (sestra, lékař)
- pomáhat pacientovi v oblasti hygieny - pomůcky k dispozici
- pomoci při rehabilitaci - opora
- umožnit co možná nejvíce návštěvy rodiny a blízkých osob (popř. i mimo návštěvní hodiny)

#### Realizace:

Lékař pacientovi a jeho rodině vysvětlil postupy další léčby a prognózu onemocnění. Pacienta velmi zajímalo, kdy bude moci být propuštěn do domácího ošetřování.

Sestra pacienta pozitivně motivovala - chválila ho za každý pokrok. Pacient je schopný a proto si provádí hygienu sám na lůžku. Hygiena se provádí ráno, což pacientovi vyhovuje více než večer. Pomůcky k mytí (umyvadla, mýdlo, ručníky, žínky) má pacient k dispozici (na židli) v blízkosti lůžka. Pacient potřebuje dopomoc pouze při mytí končetin a zad. Žáda i končetiny se po umytí důkladně promazávají kafrovou masťou.

Využívají se období, kdy se pacient cítí dobře a nepocituje bolest ani nauzeu. Sestra respektuje pacienta, jeho přání a rozhodnutí.

Pacient má k dispozici rádio a sluchátka, které poslouchá každý večer.

Pacient si velmi rád čte, knihy mu vozí z domova rodina a kamarádi.

Televizi má pacient také k dispozici. Je se sestrou domluven, že když se chce dívat, řekne jí a ona mu televizi přinese.

Pacient si rád povídal. Byl vždy velice rád, když někdo navštívil pokoj a zastavil se u něj a prohodil s ním pár slov. Rád si pacient povídal o sportu a o politice. Byl velice rád i když si mohl popovídat s lékařem.

Rodina se snaží, za synem jezdí každý den, občas s sebou vezmou i nějakého pacientova kamaráda. Což je pro pacienta velmi motivující a je za to velice rád. Tyto návštěvy mu vždy velmi zvednou náladu a hlavně ho přivedou na jiné myšlenky. Po návštěvě je pacient pozitivně naladěný a má dobrou náladu.

Pacient každý den 3krát rehabilituje s rehabilitačním pracovníkem a rád se projde i se sestřičkou mimo návštěvy rehabilitačního pracovníka. Když přijde rodina nebo přátelé můžou se s pacientem projít i sami.

Rodina se každý den domlouvá, kdy má přijet den příští. Domluva byla, že mohou přijet i v šest hodin večer, protože nejsou místní. Rodina čas dodržovala a pacient byl spokojen.

#### **Hodnocení:**

Pacient a rodina je informována o diagnostických a terapeutických postupech. Pacient si rád povídal a to nejen o nemoci, rád se nechal rozptýlit.

Je schopen se umýt sám, pomoc potřebuje pouze při mytí končetin, zad a také při promazávání.

### 4.7.3. Potenciální diagnózy

#### 4.7.3.1. Riziko vzniku infekce z důvodu invazivních vstupů

##### Cíl:

- fyziologické funkce jsou v normě

##### 4.7.3.1.1. Zavedená centrální žilní kanyla

##### Plán péče:

- při převazu centrálního žilního katétru dodržovat aseptické postupy
- monitorovat místa vpichu a známky zánětu
- místo vpichu kontrolovat každé ráno, kdy se provádí i převaz
- kontrolovat průchodnost katétru
- pravidelně monitorovat a zapisovat fyziologické funkce do dokumentace

##### Realizace:

Ke každodennímu rannímu převazu centrálního žilního katétru používám sterilních pomůcek a postupuji přísně asepticky!

Velmi opatrně se sundává krytí centrální žilní kanyly (adhezivní fólie). Použiji sterilní rukavice. Provedu stěr na mikrobiologické vyšetření. Na mikrobiologický odběr se používá smotek na špejly, který je již připraven s živnou půdou v zatavené fólii. Okolí katétru dále ošetřím sterilním čtvercem navlhčeným v dezinfekci. Místo vpichu kryji adhezivní fólií, která je velmi výhodná pro sledování místa vpichu. Okolí místa vpichu se monitoruje a pečlivě se zaznamenávají případné změny do dokumentace (5. den po operaci se žádné změny nevyskytovaly). Místo vpichu je suché, klidné a barva kůže je nezměněná. Průchodnost katétru je zajišťována 5000 jednotkami Heparinu naředěných v 500 ml fyziologického roztoku. Pacientovi byl podáván Clinomel N4 - 550 v množství 2000 ml, 500 ml 5% glukózy a 500 ml fyziologického roztoku.

Fyziologické funkce (tlak krve, puls, dech a centrální žilní tlak) se monitorovaly každých 6 hodin a teplota se měřila třikrát denně. Teplota byla 36,5°C, tlak krve byl 125/75, tepová frekvence byla 74 tepů za minutu,

dechová frekvence 15 dechů za minutu a hodnota centrálního žilního tlaku byla mezi 5 - 6 mmHg.

**Hodnocení:**

Pacient je bez známek zánětu. Okolí katétru má nezměněnou barvu, kůže je suchá a klidná. Fyziologické funkce jsou v normě.

#### 4.7.3.1.2. Břišní drenáž

##### Cíl:

- tělesná teplota je v normě

##### Plán péče:

- užívat uzavřený drenážní systém
- kontrolovat průchodnost katétru
- při převazu postupovat přísně asepticky
- fixovat katétru tak, aby se zabránilo vytažení nebo vytržení katétru
- kontrolovat odpad z drénu
- edukovat pacienta

##### Realizace:

Pacient má zavedenu v hypogastriu břišní drenáž, která je napojena na uzavřený systém. Pacientovi byla prováděna třetí den po operaci laváž. Laváž se prováděla 20 mg Mitromycinu rozpuštěným v 1000 ml fyziologického roztoku. Roztok se aplikoval do drenážního systému vlašný. Další laváž se měla provádět šestý den po operaci. Laváž byla na spád. Pečlivě se monitoroval odpad z drénů a zapisoval se do dokumentace. Obsah sáčku byl 950 ml. U obsahu z drénů se hodnotí množství a barva.

Každý den se kontroluje kůže v oblasti zavedení katétrů. Také se provádí každý den převaz, sterilními pomůckami za aseptických podmínek. Převaz se prováděl každý den ráno. Sterilní krytí se sundávalo před vizitou a ponechávalo se volně na ráně dokud si ránu neprohlédl lékař. Když břicho zkontroloval lékař, provedl se převaz. Převaz se prováděl za použití sterilních rukavic, provedla se dezinfekce místa vyústění břišních drénů a pak se přikládaly sterilní čtverce. Sterilní čtverce bylo potřeba nastříhnout, i toto se provádělo sterilními nůžkami. Když byly drény zakryté čtverci vše se lepilo náplastí omni - fix.

Pacient byl poučen, že pokud se mu začne hůře dýchat a bude mít pocit, že se mu zvětšuje břicho, zavolá hned sestru. Mohlo by dojít k ucpání katétru a tím pádem k neodtékání tekutiny. Důkladně se hodnotilo množství tekutiny v sáčku. V případě špatného, popř. žádného odtoku tekutiny skrz katétru, by se prováděl proplach katétru vlašným fyziologickým roztokem,

ale za mé přítomnosti se katétr neucpával. Při ucpaní by bylo nutné ihned kontaktovat lékaře.

Pacient nemusel ležet v žádné zvláštní poloze. Poloha mohla být jakákoliv.

**Hodnocení:**

Pacient má normální hodnoty tělesné teploty - 36,5°C. Břišní drenáž je plně funkční, odpad je 950 ml. Odpad z drénů je odváděn do uzavřeného systému. Pečlivě se zapisuje do dokumentace množství, barva. Pacient ví, proč má zavedenu drenáž.

### 4.7.3.2. Riziko vzniku disbalance tělesných tekutin

#### Cíl:

- zabránit poklesu tělesných tekutin
- pacient má normální hodnoty fyziologických funkcí

#### Plán péče:

- monitorovat příjem a výdej tekutin
- pravidelně (dvakrát denně) kontrolovat na horní končetině (předloktí) kožní turgor
- pečovat o dutinu ústní
- podávat umělou výživu a náhradní roztoky do centrálního žilného katétru dle pokynů lékaře
- dát pacientovi k dispozici tekutiny per os a poučit ho jaké množství může přijmout (2 - 3 hrníčky za 24 hodin)
- monitorovat fyziologické funkce

#### Realizace:

Pacient měl po operaci zaveden permanentní močový katétr, který se čtvrtý den po operaci vyndal. Pacient měl k dispozici u postele močovou láhev, do které močil. Močová láhev sloužila také jako sběrná nádoba, každých šest hodin se měřilo množství moče.

U pacienta se pravidelně a přesně zapisovalo množství přijaté i vyloučené tekutiny a odpad z drénů.

Pacient má k dispozici hrníček s čajem a je poučen, že zatím může přijmout pouze dva až tři hrnečky denně. Pokud bude pacient množství tekutiny per os tolerovat, příjem se zvýší.

Příjem tekutin za 24 hodin:

Infuzními roztoky	
fyziologický roztok	500ml
glukóza 5%	500ml
clinomel N4 - 550	2000ml
Per os	750ml
Příjem laváží	50ml
Celkový příjem	<u>3800ml</u>

Výdej tekutin za 24 hodin:

Pacient vydal:

6 - 18 hodin	2500ml
18 - 6 hodin	1000ml
Celkový výdej	<u>3500 ml</u>

Pacient si stěžoval na občasné bolesti v krku, setra mu vysvětlila, že je to proto, že má zavedenu nasogastrickou sondu. Proto má pacient k ruce smotky navlhčené boraxglycerínem, které si sám používá. Rty ošetřuje pacient balzámem.

Hodnoty fyziologických funkcí se pohybovaly - teplota 36,5°C, tlak krve 125/75, tepová frekvence 74 tepů za min a centrální žilní tlak se pohyboval mezi 5 - 6 mmHg.

Orientačně se pacientovi měřil kožní turgor dvakrát denně na předloktí.

**Hodnocení:**

Pacient nejví známky deficitu tekutin. Kožní turgor je v normě. Bilance tekutin je vyrovnaná. Hodnoty fyziologických funkcí byly v normě.



## **5. Závěr**

Tato bakalářská práce uvádí podrobný popis ošetrovatelského procesu u pacienta s diagnózou pseudomyxom peritonea. Jelikož se jedná o vážné onemocnění, které se vyskytuje pouze ojediněle, není nikde do detailu popsán teoretický postup ošetrovatelského procesu u tohoto typu onemocnění. Proto je nutno vždy ošetrovatelský proces řídit podle aktuálního stavu daného pacienta a mít vždy na zřeteli, že cílem ošetrovatelské procesu je maximálně kvalitní zajištění péče o pacienta, tak aby mu byl usnadněno žití s tak závažným onemocněním a pokud možno, bylo tím přispěno k celkovému vyléčení pacienta.

## 6. Literatura

- Čihák, R.:Anatomie 2, Praha, ISBN 08-060-88, Avicenum 1988
- Doenges, M.,Moorhouse, M.:Kapesní průvodce zdravotní sestry, Praha, ISBN 80-247-0242-8, Grada 2001
- Effler, J.: Opioidy při léčbě bolesti, Sestra, 10, 2000, č. 1, str. 20
- Grim, M., Druga, R.: Základy anatomie, Praha, ISBN 80-7262-302-8, Galén 2005
- Hořínková, E.: Podpůrná péče v onkologii, Sestra, 9, 1999, č. 5, str. 17
- Klener, P., a kolektiv.: Klinická onkologie, Praha, ISBN 80-7262-151-3, Galén 2002
- Klérová, J.: Komunikace s onkologicky nemocným v jednotlivých fázích nemoci, Sestra, 9, 1999, č. 2, str. 27
- Klinkor, Z.,Michal M.: Syndrom pseudomyxomu peritonea, Česká gynekologie, 70, 2005, č. 1, str. 67 - 72
- Košťálová, J.: Tišení bolesti u pacientů v terminálním stadiu, Sestra, 10, 2000, č. 8, str. 3 - 4
- Rážová, J.: SOS obezita, leták Projekt zdraví Liberecka, KHS Liberec 2001
- Rážová, J.: Výživa při léčbě a prevenci nádorových onemocnění, leták Projekt zdraví Liberecka, KHS Liberec 2002
- Smékal, V.: Psychologie osobnosti, Brno, ISBN 80-85947-80-3, Barrister a Principál 2002
- Šachlová, M., Holcapřová, I.: Výživa onkologických pacientů, Sestra, 9, 1999, č. 6, str. 7
- Trachtová, E.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, Brno, ISBN 80-7013-327-4, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví 2001

## 7. Přílohy

### Seznam příloh

Příloha 1 Peritoneum

Příloha 2 Mapa bolesti

Příloha 3 Příbalový leták medikamentu Clinomel<sup>TM</sup> N4-550 - strana 1 a 2

Příloha 4 Příbalový leták medikamentu Clinomel<sup>TM</sup> N4-550 - strana 3 a 4

Příloha 5 Příbalový leták medikamentu Clinomel<sup>TM</sup> N4-550 - strana 5

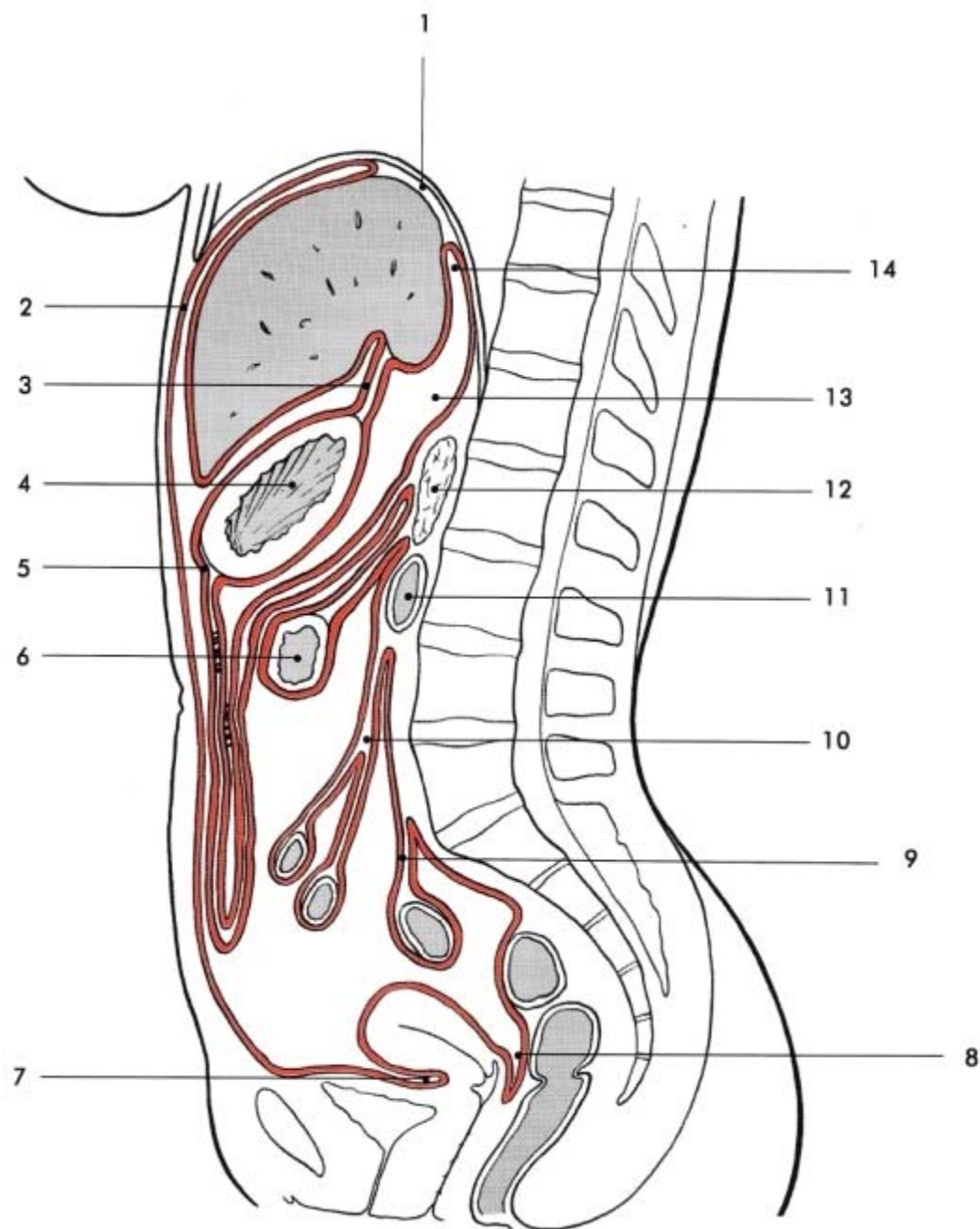
Příloha 6 „SOS obezita“ strana 1

Příloha 7 „SOS obezita“ strana 2

Příloha 8 „Výživa při léčbě a prevenci nádorových onemocnění“ strana 1

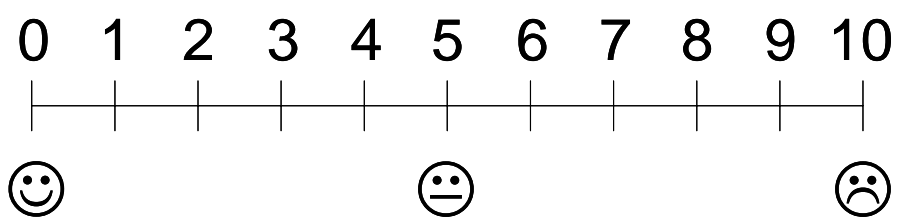
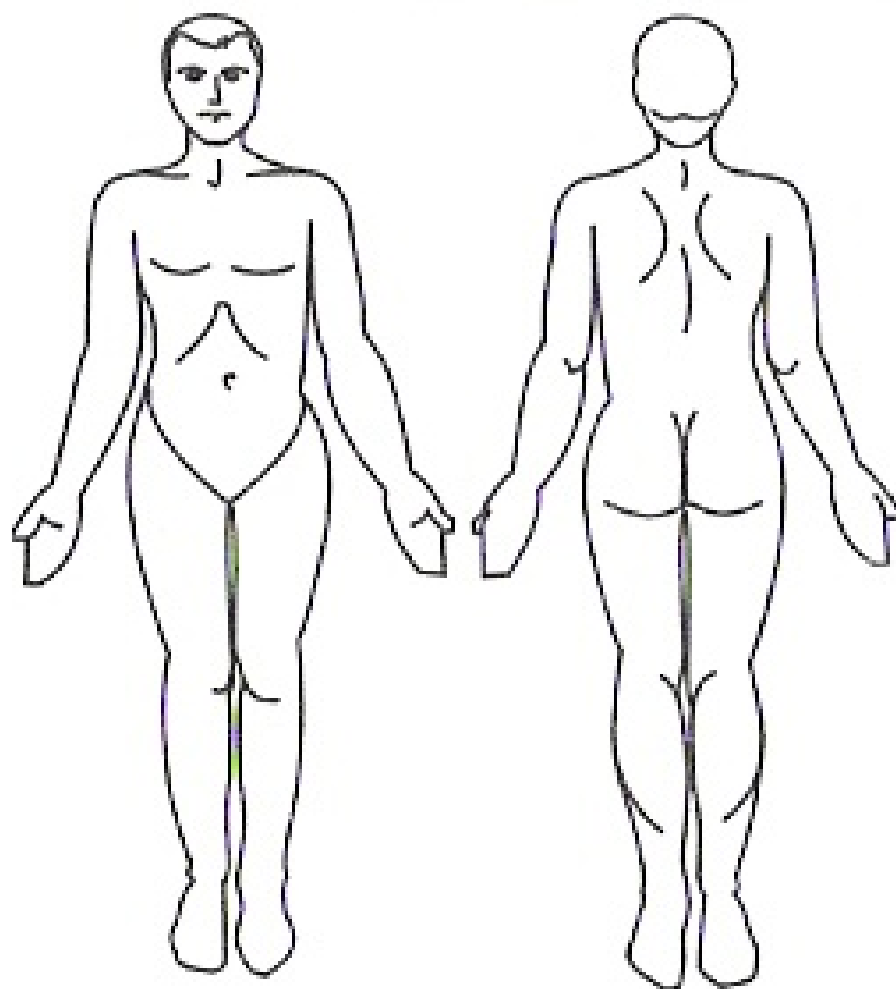
Příloha 9 „Výživa při léčbě a prevenci nádorových onemocnění“ strana 2

Příloha 10 Plán a hodnocení ošetrovatelské péče



**Obrázek 1: Peritoneum**

**Zdroj: Klinkor, Z., Michal M.: Syndrom pseudomyxomu peritonea,  
Česká gynekologie, 70, 2005, č. 1, str. 67**



Obrázek 2: Mapa bolesti

Složení 2 l balení přípravku Clinomel™ N4-550:

	komora s emulzí lipidů 10%	komora s 5,5% roztokem aminokyselin + elektrolyty	komora s 20% roztokem glukózy + hydratovaným chloridem vápenatým
<b>účinné látky:</b>			
• oleum sojæ purificatum	40,00 g		
• L-alaninum		9,11 g	
• L-argininum		5,06 g	
• glycinum		4,54 g	
• L-histidinum		2,11 g	
• L-isoleucinum		2,64 g	
• L-leucinum		3,22 g	
• L-lysinum		2,55 g	
ve formě lysini hydrochloridum		(3,19 g)	
• L-methioninum		1,76 g	
• L-phenylalaninum		2,46 g	
• L-prolinum		2,99 g	
• L-serinum		2,20 g	
• L-threoninum		1,85 g	
• L-tryptophanum		0,79 g	
• L-tyrosinum		0,18 g	
• L-valinum		2,55 g	
natrii acetatis trihydricus		3,45 g	
kalii hydrogenophosphas		4,18 g	
natrii chloridum		1,79 g	
magnesii chloridum hexahydricum		0,82 g	
glucosum			160,00 g
ve formě glucosum monohydricum			(176,00 g)
calcii chloridum dihydricum			0,53 g
<b>ostatní látky:</b>			
phospholipida ex ovo fract.	4,80 g		
glycerolum	10,00 g		
natrii oleas	0,12 g		
natrii hydroxidum, qs	pH		
acidum aceticum 99%, qs		pH	
acidum hydrochloricum 35%, qs			pH
aqua pro injectione, qs	400 ml	800 ml	800 ml

Obrázek 3: Příbalový leták Clinomel™ N4-550 - strana 1

Smícháním obsahu všech komor dostaneme toto složení výsledné tříšložkové směsi:

v jednom vaku	2,5 litru	2 litry	1,5 litru	1 litr
nitrogenium	9,1 g	7,3 g	5,5 g	3,6 g
aminoacida	55 g	44 g	33 g	22 g
celk. energie	1570 kcal	1255 kcal	940 kcal	630 kcal
energie, bez proteinů	1350 kcal	1080 kcal	810 kcal	540 kcal
energie, glucosum	800 kcal	640 kcal	480 kcal	320 kcal
energie, lipidy	550 kcal	440 kcal	330 kcal	220 kcal
natrium	70 mmol	56 mmol	42 mmol	28 mmol
kalium	60 mmol	48 mmol	36 mmol	24 mmol
magnesium	5 mmol	4 mmol	3 mmol	2 mmol
calcium	4,5 mmol	3,6 mmol	2,7 mmol	1,8 mmol
phosphas	30 mmol	24 mmol	18 mmol	12 mmol
acetatis	100 mmol	80 mmol	60 mmol	40 mmol
chloridum	80 mmol	64 mmol	48 mmol	32 mmol
pH	6	6	6	6
osmolarita	840 mOsm/l	840 mOsm/l	840 mOsm/l	840 mOsm/l

#### INDIKAČNÍ SKUPINA

Infundabilium.

#### CHARAKTERISTIKA

Přípravek Clinomel™ obsahuje emulzi lipidů, roztok aminokyselin s elektrolyty a roztok glukózy s kalcium v trojdílném plastovém vaku.

Komory jsou od sebe odděleny těsnícími švy. Stisknutím komor těsně před podáním dojde k protržení těsnících švů a smíchání obsahu všech tří komor.

Roztok aminokyselin k injekčnímu podání obsahuje 15 L-aminokyselin (8 esenciálních aminokyselin), které jsou nutné pro syntézu proteinů.

Profil zastoupených aminokyselin:

- esenciální aminokyseliny/ celkové aminokyseliny = 40,5%
- dusík obsažený v esenciálních aminokyselinách/ celkový dusík = 2,5
- aminokyseliny s rozvětveným řetězcem/ celkové aminokyseliny = 19%

#### FARMAKOKINETICKÉ ÚDAJE

Distribuce, metabolismus a vylučování aminokyselin, elektrolytů, glukózy a lipidů obsažených v přípravku Clinomel™ probíhá stejným způsobem jako v případě jednotlivých i.v. roztoků aminokyselin, glukózy a elektrolytů a jako v případě i.v. emulze lipidů.

#### INDIKACE

Pro parenterální výživu pacientů, u nichž je perorální nebo enterální výživa vyloučená, nedostatečná či kontraindikovaná (např. ileózní stav, krvácení do gastrointestinálního traktu, toxické megakolon, těžké slizniční léze).

Čtyři různá složení přípravku lišící se kalorickým obsahem a obsahem dusíku umožňují splnění nutričních potřeb pacientů závislých na parenterální výživě.

Clinomel™ se používá samotný nebo v kombinaci se stopovými prvky a vitamíny tam, kde je to zapotřebí.

#### KONTRAINDIKACE

- známá přecitlivělost na některou z látek obsažených v přípravku (např. vaječnou bílkovinu)
- abnormálně vysoké hladiny elektrolytů v séru
- selhání ledvin, není-li léčeno dialýzou
- těžké jaterní onemocnění
- vrozené poruchy metabolismu aminokyselin

Obrázek 4: Příbalový leták medikamentu Clinomel™ N4-550 - strana 2

- metabolická acidóza, hyperlaktacidémie, dekompenzovaný diabetes, hyperosmolární koma
- nedostatečnost nadledvin
- obecné kontraindikace infúzní léčby, jako např. plicní edém, hyperhydratace a dekompenzovaná srdeční insuficience
- těžké poruchy metabolismu lipidů, např. těžká sepse, tuková embolie
- akutní fáze infarktu myokardu nebo cévní mozkové příhody, oběhový šok
- těžké poruchy hemokoagulace

#### NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY

Případné nežádoucí účinky jsou následkem nesprávného použití přípravku, např. podání příliš vysokých dávek nebo příliš vysoké rychlosti infúze (viz Upozornění).

Vzhledem k tomu, že přípravek Clinomel™ obsahuje emulzi lipidů, může při jeho podávání vzácně dojít k výskytu akutních reakcí jako je hypertermie, pocení, svalový třes, bolesti hlavy, dušnost. V takovém případě musí být podávání infúze zastaveno.

Při dlouhodobé parenterální výživě (6 - 8 týdnů či déle) bylo popsáno dočasné zvýšení hladin alkalické fosfatázy, transamináz a bilirubinu. Po snížení velikosti dávek se tyto parametry zpravidla vrací na svou normální hodnotu. Velmi vzácně se vyskytla hepatomegalie a ikterus.

Ve velmi vzácných případech byla u dětí popsána trombocytopenie.

#### INTERAKCE

Neuvádí se.

#### DÁVKOVÁNÍ

Zvolené dávkování závisí na metabolických potřebách, výdeji energie a klinickém stavu pacienta.

##### • Dusík

U dospělých se potřeba dusíku pohybuje od 0,16 g dusíku/kg/den (1 g aminokyselin/kg/den) do 0,35 g dusíku/kg/den (2 g aminokyselin/kg/den).

U dětí se potřeba dusíku pohybuje od 0,35 g dusíku/kg/den (2 g aminokyselin/kg/den) do 0,45 g dusíku/kg/den (3 g aminokyselin/kg/den).

##### • Energie

Energetická potřeba se pohybuje od 25 kcal/kg/den do 40 kcal/kg/den v závislosti na nutričním stavu pacienta a míře katabolismu.

##### • Rychlost podávání infúze

Doporučená rychlost infúze: 1,2 ml/kg.těl.hm/h

Maximální rychlost infúze:

3 ml/kg těl.hm./h (ekvivalentní 0,06 g aminokyselin, 0,24 g glukózy a 0,06 g tuků /kg těl.hm./h), t.j. 210 ml/h pacientovi hmotnosti 70 kg.

Dospělí:

Maximální denní dávka: 40 ml/kg těl.hm. (ekvivalentní 0,88 g aminokyselin, 3,2 g glukózy a 0,8 g tuků /kg těl.hm.), t.j. 2800 ml pacientovi hmotnosti 70 kg.

Děti:

U dětí je třeba přizpůsobit dávkování věku, stavu výživy a typu onemocnění.

#### ZPŮSOB PODÁVÁNÍ

Intravenózní infúze do periferní nebo centrální žíly.

##### Návod k užití:

###### a. Otevření

Přebal roztrhněte

Přesvědčte se, zda jsou vak a těsnící švy neporušené.

Přípravek použijte pouze tehdy, je-li obsah komor s roztoky glukózy a aminokyselin čirý a obal je neporušený.

Obrázek 5: Příbalový leták medikamentu Clinomel™ N4-550 - strana 3

##### b. Smíchání roztoků a emulze

Ověřte pokojovou teplotu přípravku

Vak pevně uchopte oběma rukama

Vak stiskněte nebo zkrutíte shora dolů (od závěsného konce). Vnitřní těsnící švy se aktivují. Pokračujte v kroucení, dokud se těsnící švy neotevřou, alespoň do poloviny délky.

Promíchejte tak, že vak alespoň třikrát obrátíte a zkontrolujete vizuálně homogenitu a barvu směsi

##### c. Příprava k podání

Vak zavěste.

Sejměte ochranný kryt z aplikačního otvoru.

Pevně zapíchněte hrot aplikačního setu do aplikačního otvoru.

Chraňte před přímým slunečním světlem

##### d. Přidávání aditiv k přípravku Clinomel™

Varování: Podobně jako u všech parenterálních roztoků mohou být aditiva (vitaminy, elektrolyty, stopové prvky, léčiva) inkompatibilní. V případě doplňování aditiv je třeba kompatibilitu před podáním pacientovi ověřit nebo žádat informace u výrobce.

Aditiva je třeba přidávat za aseptických podmínek po smíchání obsahu jednotlivých komor.

Aditiva lze přidávat injekčním otvorem pomocí jehly:

- Připravte injekční otvor .
- Propíchněte injekční otvor a vstříkněte aditivum.
- Aditiva smíchejte s přípravkem

Přípravek podávejte až po protržení těsnících švů nejméně do poloviny délky a po promíchání obsahu tří komor.

Pouze pro jednorázové použití. Částečně spotřebované vaky neuchovávejte a veškeré zařízení po použití zlikvidujte. Částečně spotřebované vaky znovu nenapojujte.

Vaky nepropojujte do série. Případná přítomnost zbytků vzduchu v prvním vaku by mohla způsobit vzduchovou embolií.

#### UPOZORNĚNÍ

U dětí může být zapotřebí doplnění energie, aminokyselin, elektrolytů nebo tekutin při léčbě Clinomelem™ tak, aby byly pokryty specifické potřeby výživy u dětí.

Na počátku každé intravenózní infúze je vždy nutné pečlivě sledovat klinický stav pacienta. Při výskytu jakýchkoliv neobvyklých příznaků je třeba infúzi ihned zastavit. Vzhledem k vyššímu riziku infekce při podávání přípravků do centrální žíly je třeba dodržovat přísné zásady aseptiky, aby nedošlo ke kontaminaci během zavádění katetru nebo manipulace s ním.

Hypertonické roztoky mohou při podávání do periferní žíly vyvolat venózní iritaci. Výběr centrální nebo periferní žíly závisí na konečné osmolaritě směsi. Obecně uznávaný limit pro infúzi do periferní žíly je asi 800 mOsm/l, závisí však na věku a celkovém stavu pacienta a charakteru periferní žíly.

Jako u všech infúzních roztoků jsou jakékoli příznaky anafylaktické reakce (horečka, kožní projevy, dyspnoe) důvodem k okamžitému přerušení infúze.

Během parenterální výživy je nutné sledování laboratorních parametrů. Četnost a specifitu těchto vyšetření je třeba přizpůsobit celkovému stavu pacienta.

Pravidelně je nutno měřit hladinu glukózy, sérových elektrolytů, urey, kreatininu a kyseliny močové, sledovat bilanci tekutin, proteinurii, acidobazickou rovnováhu, jaterní testy včetně vyšetření alkalické fosfatázy a bilirubinu a krevní obraz včetně vyšetření krvácivosti a srážlivosti. Objevi-li se hyperglykémie, je třeba upravit rychlost infúze nebo podat inzulin.

Je zapotřebí monitorovat hladinu triacylglycerolů v séru a jejich clearance. V případě podezření na poruchu metabolismu tuků (např. onemocnění jater nebo ledvin, pankreatitidu, sepsi) je nutné provést vyšetření denně. Sérová koncentrace triacylglycerolů by neměla během infúze překročit 3 mmol/l. Další infúzi lze zahájit jen tehdy, pokud jsou hladiny triacylglycerolů v séru opět v mezích normy.

Před zahájením parenterální výživy je třeba upravit těžké ztráty tekutin, elektrolytový a metabolický rozvrst. Při parenterální výživě je nutné u pacientů pečlivě sledovat potřebu elektrolytů a popřípadě je vhodné doplňovat.

Během dlouhodobé parenterální výživy je třeba doplňovat vitamíny a stopové prvky.

Obrázek 6: Příbalový leták medikamentu Clinomel™ N4-550 - strana 4

Opatrnosti je zapotřebí při podávání Clinomelu™ pacientům se zvýšenou osmolaritou séra, těžkým poškozením jater, diabetem, srdečním selháním, plicní nebo ledvinovou dysfunkcí, těžkou anémií nebo tam, kde hrozí nebezpečí tukové embolie (vzhledem k přítomnosti emulze lipidů).

Bezpečnost použití přípravku Clinomel™ v období těhotenství a laktace nebyla zjišťována ve specifických studiích. Při předepisování přípravku Clinomel™ těhotným nebo kojícím ženám je třeba zvážit riziko podání vzhledem k přínosu.

#### Předávkování:

Při nesprávném podávání přípravku (dávkování a rychlost) je možno pozorovat příznaky hypervolémie a acidózy. Nadměrná infúze glukózy může mít za následek hyperglykémii, glykosurii a hyperosmolární syndrom. Příliš rychlá infúze aminokyselin může způsobit nauzeu, zvracení a svalový třes. V těchto případech podávání infúze ihned ukončete.

V případě předávkování tuky (neobvyklý vzestup hladiny triacylglycerolů během infúze), které může vyvolat celkové reakce (obecné příznaky jako horečka, hemodynamická nestabilita, zvracení, bolesti, abnormální funkce jater, hepato- nebo splenomegalie, poruchy hemostázy, hyperlipidémie, hypersenzitivita) je třeba infúzi zastavit nebo, je-li to nutné, pokračovat v podávání snížené dávky.

V některých závažných případech může být nutné provést hemodialýzu, hemofiltraci nebo hemodiafiltraci.

#### **UCHOVÁVÁNÍ**

24 měsíců v přebalu při teplotě do +25°C, chránit před mrazem.

Po protřetí těsnících švů byla prokázána stabilita přípravku 7 dní při teplotě 5°C a následně 48 hodin při pokojové teplotě.

Za skladování přípravku Clinomel™, k němuž byla přidána aditiva, nese zodpovědnost uživatel, při běžných podmínkách by nemělo být delší než 24 h při 5°C, pokud nebyla aditiva přidávána za kontrolovaných a validovaných aseptických podmínek.

Z mikrobiologického hlediska by měl být přípravek použit ihned po přidání aditiv.

Zajistěte pokojovou teplotu přípravku před podáním.

#### **VAROVÁNÍ**

Přípravek nesmí být používán po uplynutí doby použitelnosti vyznačené na obalu.

#### **BALENÍ**

Přípravek je dodáván ve velikostech balení: 2 x 2,5 litru, 4 x 2 litry, 4 x 1,5 litru a 6 x 1 litr.

#### **DATUM POSLEDNÍ REVIZE**

30.4.2002



### Rady na cestu k úspěchu:

- ❖ Stanovte si reálný cíl
- ❖ Uvědomte si motivaci k redukčnímu režimu
- ❖ Vyvarujte se nevědomého, automatického požívání potravy
- ❖ Jezte pomalu, sousta řádně rozžvýkejte
- ❖ Vhodná je častější frekvence jídla
- ❖ Pokuste se vyhýbat restauracím rychlého stravování
- ❖ Zbytečně se nepřejídejte
- ❖ Udělejte si plán, jak překonávat rizikové situace, např. oslavy
- ❖ Berte větší ohled na sebe než na hostitele, nenechte se nutit do jídla
- ❖ Soustředte se na svoje úspěchy a ne nedostatky. Nelitujte se
- ❖ Nakupujte nasycení a jen to, co je nutné
- ❖ Velmi důležitá je i podpora vaší rodiny
- ❖ Přestaňte vyjadřovat svoji lidskou hodnotu v kilogramech tělesné váhy

Pravidelnost ve stravě i pohybu sebou automaticky přináší zlepšení kondice fyzické i duševní. Po určité době vám všechny tyto činnosti budou připadat zcela přirozené a stanou se součástí vašeho zdravého životního stylu.



Potravinová pyramida aneb  
„Průvodce zdravým stravováním“

Potřebujete poradit?

**PORADNA PODPORY ZDRAVÍ**

TELEFONICKÉ OBJEDNÁVKY: 048/52 53 111

KRAJSKÁ HYGIENICKÁ STANICE  
HUSOVA 66, LIBEREC

# S O S OBEZITA S O S

Vaše tělo je součástí Vaší osobnosti, průvodcem na celý život a osobním průkazem, který nelze zfalšovat, jen udržovat v dobrém stavu.



NÁRODNÍ PROGRAM ZDRAVÍ ČR 2001

Vydal: KHS Liberec  
Tisk: Geoprint Liberec

## OBEZITA

Problém obezity v naší populaci v současné době značně narůstá. 16 % mužů a 20 % žen je v České republice obézních a každý druhý člověk má nadváhu. Obezitu nelze vnímat jen jako zmnožení tuku v těle, ale spíše jako chronické onemocnění, spojené s řadou jiných poruch. Jde o významný rizikový faktor, který se podílí na vzniku a rozvoji závažných somatických nemocí:

- ♦ Cukrovka (diabetes mellitus) 2. typu
- ♦ Vysoký krevní tlak
- ♦ Srdečně cévní onemocnění
- ♦ Artróza velkých kloubů
- ♦ Psychické poruchy a deprese
- ♦ Onemocnění žlučníku

## JE TO TAKÉ MŮJ PROBLÉM?

K určení závažnosti nadváhy či obezity se používá tzv. index tělesné hmotnosti = BMI (Body mass index)

$$\text{BMI} = \frac{\text{Hmotnost (kg)}}{\text{Výška (m}^2\text{)}}$$

Klasifikace:

BMI = do 19	– podváha
BMI = 19–25	– normální hmotnost
BMI = 25–30	– nadváha
BMI = nad 30	– obezita

Obezita se také určuje na základě měření obvodu boků a pasu – riziko:

obvod pasu – muži > 95 cm
obvod pasu – ženy > 85 cm

## CO JE PŘÍČINOU?

- ♦ **Nepoměr mezi příjmem a výdejem energie**  
nadměrný příjem tuků, nedostatek pohybové aktivity

- ♦ **Genetické predispozice**  
pokud jsou oba rodiče obézní, pravděpodobnost stejného problému u jejich potomka je 80%
- ♦ **Hormonální vlivy**
- ♦ **Metabolické vlivy**  
energetické nároky organismu určuje jeho tělesná hmotnost, pohlaví a stupeň fyzické aktivity. Přesto existují různé, převážně geneticky kódované faktory, které energetickou rovnováhu ovlivňují
- ♦ **Léky**  
některé léky mohou zvyšovat chuť k jídlu a přispívat k rozvoji nadváhy
- ♦ **Psychogenní faktory a jídelní zvyklosti**  
tělesná hmotnost jedince závisí značnou měrou na jeho stravovacích zvyklostech

## JAK SE OBEZITA LÉČÍ?

5 základních variant léčby obezity

- ♦ dieta
- ♦ pohyb
- ♦ behaviorální terapie
- ♦ farmakologická léčba
- ♦ chirurgický zákrok

Cílem léčby je nejen dosažení reálné tělesné hmotnosti a její dlouhodobé udržení, ale také změna stravovacích návyků a zařazení fyzické aktivity do běžného života.

### Zásady zdravého hubnutí:

- ♦ Příjem jednotlivých živin v poměru:

Tuky	do 30 %
Bílkoviny	cca 15 %
Sacharidy	55 %
- ♦ Při používání tuků dávat přednost rostlinným (nenasyceným) před živočišnými – to znamená omezit tučná masa a tučné mléčné výrobky

- ❖ Zvýšit příjem celozrnných obilovin, tmavého pečiva, těstovin, rýže
- ❖ Zvýšit konzumaci vlákniny, která je obsažená v celozrnných obilovinách, zelenině, luštěninách a ovoci
- ❖ Polovina přijímaných bílkovin by měla být živočišného (maso, mléko, vejce) a polovina rostlinného původu (luštěniny, sója, houby)
- ❖ Jíst pestře, střídme a pravidelně
- ❖ Dostatečný příjem tekutin. Nejméně 2 litry neslazených tekutin denně. Káva ani alkohol se do denního příjmu tekutin nepočítá
- ❖ Omezení konzumace alkoholických nápojů

### Zařazení fyzické aktivity do života

- ❖ Zvýšením spotřeby energie přispívá pohybová aktivita k navození či prohloubení negativní energetické bilance a tím i k úspěchu redukčního režimu
- ❖ Význam cvičení při redukčním režimu spočívá i v tom, že podporuje tvorbu aktivní tělesné hmoty, a tudíž brání neodpovídající redukci svalové hmoty při nízkoenergetické dietě
- ❖ Váhový pokles sám o sobě nemusí spolehlivě informovat o úspěšnosti redukčního programu, úspěšnost spočívá v redukci tukové tkáně
- ❖ Fyzická aktivita příznivě ovlivňuje psychiku. Pozitivní vliv cvičení na psychiku je umocňován zlepšením fyzické zdatnosti a pohybových dovedností

Potíže ze strany zažívacího traktu patří mezi nejčastější vedlejší efekty chemoterapie i radioterapie. Nežádoucí efekty se mohou projevit na jakékoli části zažívacího traktu, od dutiny ústní až po tlusté střevo a konečník.

• **Citlivost a bolestivost dutiny ústní a hrdla**

Sliznice dutiny ústní a hrdla může být podrážděná při chemoterapii i při ozařování této oblasti. Vhodná je ne podráždivá strava, málo solená, nekořeněná, měkce upravená. Doporučována je mletá a mixovaná strava. Vhodné jsou jogurty, koktejly, kaše. Po každém jídle je třeba dbát na hygienu dutiny ústní, dobrý efekt mají výplachy dutiny ústní odvarem šalvěje. Je nutné časté zvlhčování sliznic doušky tekutiny.

• **Bolesti jícnu při polykání**

Polykací obtíže, které někdy doprovází ozařování hrudníku, jsou způsobeny rovněž podrážděním sliznice. Strava má být opět málo solená, nekořeněná, mletá či mixovaná.

• **Nevolnost a zvracení**

Tyto obtíže vyvolává zejména chemoterapie, ale mohou se objevit i při ozařování na oblast dutiny břišní. Je vhodné jíst často po malých množstvích. V současné době jsou k dispozici účinné léky proti zvracení a je tedy třeba konzultovat obtíže s ošetřujícím lékařem.

• **Nadýmání**

Vynechejte ve své stravě nadýmavé potraviny - zelí, hrách, čočka, fazole, květák. Jablka je vhodné oloupat. Z citrusů je lépe konzumovat pouze šťávu.

• **Průjem**

Při průjmu je velmi důležitý dostatečný přísuv tekutin. Při průjmech po chemoterapii pomáhá konzumace jogurtů s živými bakteriemi. Nejde o průjmy infekční či průjmy vyvolané dietní chybou. Nasazení vhodných léků je třeba konzultovat s ošetřujícím lékařem.

• **Jaterní funkce**

V průběhu chemoterapie se doporučuje dodržovat lehkou jaterní dietu, vyloučit zcela alkohol, výrazně omezit tuky, dbát na dostatečný přísuv bílkovin a vitamínů.

• **Správná výživa zmírňuje i jiné obtíže, které se týkají trávicího traktu:**

Dietní pokrmy bez koření zmírňují močové obtíže. Dostatek vitamínů je nutný pro regeneraci všech tkání, včetně krvevotvorby.

Při zjištění chudokrevnosti budete poučeni o nutnosti zvýšení příjmu potravin s vysokým obsahem železa.

• **V průběhu onkologické léčby není váhový úbytek žádoucí.**

• **Při nedostatečném přísuvu výživy pro trávicí obtíže doporučujeme pít výživných koktejlů. Tyto přípravky s vyváženým složením bílkovin tuků, cukrů, vitamínů i stopových prvků jsou k dostání v lékárnách. Je možno si vybrat z různých ochucení. Tyto výživné koktejly je vhodné popíjet mezi jednotlivými jídly.**

**Vhodným složením stravy můžeme tyto vedlejší projevy zmírnit. Závažnější potíže vyžadují podpurnou léčbu a je nutné konzultovat je s ošetřujícím lékařem.**



# VÝŽIVA PŘI LÉČBĚ A PREVENCI NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ

Národní program zdraví ČR 2002

Vydal: KHS Liberec 2002

ve spolupráci s Onkocentrem nemocnice Liberec  
recenze: MUDr. Jarmila Rážová

tisk: Geoprint Liberec 2002

Obrázek 10: leták „Výživa při léčbě a prevenci nádorových onemocnění“ - strana 1

Zdroj: Rážová, J.: Výživa při léčbě a prevenci nádorových onemocnění, leták Projekt zdraví Liberecká, KHS Liberec 2002

## VÝŽIVA V PREVENCI NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ

Pravidelná konzumace nadměrného množství potravin s nepříznivým složením – nadbytečné množství živočišných tuků a bílkovin, potraviny průmyslově rafinované, nedostatečné zastoupení ochranných faktorů zeleniny a ovoce zvyšují dispoziční ke vzniku a rozvoji nádorového bujení.

- Nadbytečné množství živočišných tuků je spojováno nejen s vyšším výskytem nádorů trávicího traktu, zejména nádory tlustého střeva a konečníku, ale i nádory prsu.
- Základním principem je regulace přívodu energie /hlídání tělesné hmotnosti/.

## ZÁSADOU BY MĚLO BYT JÍST STŘÍDMĚ, PESTROU STRAVU.

- **Snažte se omezit:**
  - tučná masa, tučné mléčné výrobky, sádlo
  - cukr, vejce, koření
  - spotřebu uzených a smažených jídel
- **Co by v jídelníčku nemělo chybět:**
  - čerstvá zelenina a ovoce, brambory
  - celozrnné výrobky
  - luštěniny
  - dostatečný pitný režim (2l/den)
- Dále je třeba dbát na dostatečný příjem ochranných faktorů, tak zvaných **antioxidantů**:
  - **betakaroten**: mrkev, rajčata, listová zelenina, játra, rybí tuk
  - **vitamín B6**: obiloviny, játra, kvasnice

- **vitamín C**: citrusy, černý rybíz, paprika, kiwi, čerstvé i kysané zelí, brambory
- **vitamín E**: olej, obilné klíčky, hrášek, kukuřice, celozrnná mouka, ovesné vločky
- **další ochranné látky** / flavonoidy, resveratrol/: květák, brokolice, zelí, kapusta, luštěniny, česnek, cibule, pažitka, křen, hroznové víno, borůvky, maliny, jahody, ořechy, zelený čaj
- **stopové prvky**:
  - selen** - luštěniny, vejce
  - železo** - maso, zejména játra, špenát, listová zelenina, luštěniny
  - měď** - ryby, maso

## ŽÁDNÁ ZDRAVÁ VÝŽIVA NEBUDE ÚČINNÁ, JESTLIŽE SE NEZBAVÍTE SVÝCH ZLOZVYKŮ!

- **Nekuřte!**

Kouření zvyšuje riziko nejen nádorů horních cest dýchacích a plic, ale i dalších orgánů, například močového měchýře a u žen nádorů čípku děložního.
- **Omezte konzumaci alkoholických nápojů!**

Nadměrná spotřeba alkoholu zvyšuje riziko vzniku nádorů jícnu a horních cest dýchacích. Statisticky je prokázán vyšší výskyt nádorů tlustého střeva v zemích s vysokou spotřebou piva.
- **Vyvarujte se drog!**

Drogy výrazně snižují obranyschopnost organismu a tak usnadňují rozvoj nádorového bujení v lidském těle.
- **Dodržování zásad zdravé výživy snižuje riziko vzniku nádorového onemocnění a posiluje obranyschopnost organismu. Stejně zásady platí i v prevenci kardiovaskulárních onemocnění.**

## ZDRAVÁ PESTRÁ VÝŽIVA MÁ VÝZNAM PRO KAŽDÉHO Z NÁS

### DOPORUČENÍ VHDNÉ VÝŽIVY V PRŮBĚHU ONKOLOGICKÉ LÉČBY

Onkologická léčba, ať již chemoterapie či radioterapie, má i své vedlejší nežádoucí účinky. Jak je můžeme stravou v průběhu léčby ovlivnit?

- Při onkologické léčbě platí obecné zásady zdravé výživy.
- Vhodné je omezit až vynechat tmavá masa a dávat přednost masu bílému – kuře, králík, krůta, ryby.
- Nutný je dostatečný přívod vitamínů:
  - **při chemoterapii**:
    - vitamín B6 - podporuje krvetvorbu
    - vitamín C, A - podporuje regeneraci sliznic
  - **při ozařování**:
    - vitamín A+E - podporují regeneraci pokožky
    - vitamín C - podporuje regeneraci sliznic

Pokud není možné pravidelně konzumovat dostatek ovoce a zeleniny, např. z důvodu nevolnosti, jsou vhodné vitamínové preparáty. Přípravek konzultujte s ošetřujícím lékařem.
- Pitný režim: dostatečný přívod tekutin 2-3l denně je další obecnou zásadou při onkologické léčbě. Zvýšený přívod tekutin je nutný při podávání určitých cytostatických léků, které se vylučují ledvinami. Na toto budete upozorněni svým ošetřujícím lékařem.
- Je vhodné jíst vícekrát denně – 5krát až 6krát, po malých porcích.

Obrázek 11: leták „Výživa při léčbě a prevenci nádorových onemocnění“ - strana 2

Zdroj: Rážová, J.: Výživa při léčbě a prevenci nádorových onemocnění, leták Projekt zdraví Liberecka, KHS Liberec 2002