

Univerzita Karlova v Praze
3. lékařská fakulta
Ústav pro lékařskou etiku a ošetřovatelství

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE
Ošetřovatelská péče o nemocného s kolorektálním karcinomem
PŘÍPADOVÁ STUDIE

V Praze duben 2006

Kyzlíková Petra
Ošetřovatelství
Všeobecná sestra
Bakalářské studium

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci „ Ošetrovatelská péče o nemocného s kolorektálním karcinomem „ vypracovala samostatně a použila jsem pouze literaturu, kterou udávám v seznamu.

V Praze duben 2006

Podpis:

Poděkování

Děkuji za odborné vedení při vypracování bakalářské práce Mgr. Janě Holubové, MUDr. Davidu Jiravovi. Zároveň děkuji všem, kteří mi ochotně a všestranně pomáhali.

Obsah:

1. Úvod	6
2. Klinická část	7
2. 1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva	7
2. 2 Charakteristika onemocnění	8
2. 3 Epidemiologie	8
2. 4 Etiopatogeneze	9
2. 5 Klinické příznaky a komplikace	10
2. 6 Diagnostika	11
2. 7 Patofyziologie	13
2. 8 Terapie	15
2. 9 Prevence	23
2. 10 Prognóza	23
3. Základní údaje o nemocném	24
3. 1 Identifikační údaje	24
3. 2 Lékařská anamnéza	24
3. 3 Souhrn provedených vyšetření před přijetím	25
3. 4 Souhrn provedených diagnostických vyšetření	26
3. 5 Průběh hospitalizace	29
3. 6 Farmakoterapie	32
4. Ošetrovatelská část	35
4. 1 Charakteristika ošetrovatelského procesu	35
4. 2 Charakteristika modelu M. Gordonové	37
4. 3 Ošetrovatelská anamnéza	38
4. 4 Ošetrovatelské diagnózy 4. den hospitalizace	42
4. 5 Psychologie nemocného.....	49

4. 6 Edukace pacienta	51
4. 7 Prognóza	53
5. Závěr	54
Seznam použitých zkratk	55
Seznam použité literatury	57
Příloha	59

1. Úvod

Cíl práce

Cílem závěrečné bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocného M. J . s diagnózou „ kolorektální karcinom. „

V klinické části se zabývám anatomií, patofyziologií a klinickým obrazem kolorektálního karcinomu, jehož součástí je karcinom rekta. Dále charakterizují vyšetřovací metody používané v diagnostice, terapii, prognózu a v závěru této části se věnuji možné prevenci tohoto onemocnění.

V ošetrovatelské části používám hodnocení informací a sestavení ošetrovatelské anamnézy u nemocného model Funkčního zdraví Majory Gordonové. Při realizaci ošetrovatelské péče používám modelu ošetrovatelského procesu. Analýzou informací ze zdravotnické dokumentace, informací získaných od nemocného, jeho příbuzných, informací od ostatních členů zdravotnického týmu a vlastního pozorování jsem stanovila aktuální a potencionální ošetrovatelské problémy. K vyřešení jednotlivých problémů jsem stanovila plán ošetrovatelské péče. V textu dále popisují realizaci hodnocení účinnosti ošetrovatelských intervencí.

V závěru práce se věnuji prognóze onemocnění a zdravotnímu stavu popisovaného pacienta. Práci uzavírám seznamem zkratk, seznamem odborné literatury a přílohou.

2. Klinická část

2.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva

Tlusté střevo (*intestinum crassum*) je poslední část trávicí trubice. Jeho délka je asi 1,5 metru. Tlusté střevo má tyto části:

- **Ceakum** – slepé střevo, které je uloženo v pravé jámě kyčelní, z céka odstupuje tenká výchlípka – *appendix vermiformis*.
- **Colon** – je hlavní částí tlustého střeva, který se dělí dle svého průběhu na:
 - *colon ascendens* – vzestupný tračník, jde od slepého střeva k pravé straně vzhůru.
 - *colon transvezum* – příčný tračník, který vede napříč zprava do leva.
 - *colon descendens* – sestupný tračník, jdoucí po levé straně dutiny břišní.
 - *colon sigmoideum* – esovitá klička, což je úsek střeva esovitě zakřivený, jdoucí od konce sestupného tračníku do středu malé pánve, kde tračník pokračuje konečníkem
- **Rektum** – konečník, je poslední úsek střeva v malé pánvi, který probíhá před křížovou kostí a pokračuje análním kanálem do análního otvoru. (20)

Hlavní funkcí tlustého střeva je vstřebávání iontů a vody, skladování zbytků chymu, tvorba a vylučování formované stolice (defekace). Kromě toho se zde činností bakterií produkuje vitamín K. V kolon se netvoří trávicí šťáva, ale tak jako v ostatních částech trávicí trubice se zde produkuje velké množství vazkého hlenu, který ochraňuje stěnu tlustého střeva před poškozením a pomáhá tvořit formovanou stolici. Pohyby tlustého střeva se dělí na místní – mísící a celkové – peristaltické. Regulace pohybů je reflexní (například duodenokolický, nebo gastrokolický reflex – po rozpětí duodena nebo žaludku se reflexně zvýší peristaltika kolon), ale je také řízena

parasymptikem (zrychluje motilitu).Tlusté střevo je osídleno populací různých bakterií, které jsou schopné štěpit část rostlinné vlákniny. Činností bakterií vznikají vitamíny, především vitamín K, ale také thiamin a riboflavin. Trávenina se postupem tlustým střevem postupně zahušťuje resorpcí vody a iontů, formuje se ve stolici a prochází do rekta. Samovolnému odchodu stolice brání dva svěrače. Vnitřní svěrač je z hladké svaloviny a je vůlí neovlivnitelný. Zevní svěrač je z příčně pruhované svaloviny a je vůlí ovlivnitelný. Při defekačním reflexu svěrače ochabují a zapojují se břišní svaly a bránice, kontrakce se účastní i hrudní svaly. Denně se vyloučí 100 – 300 g stolice v závislosti na charakteru stravy. (30)

2. 2 Charakteristika onemocnění

Kolorektální karcinom je nejčastější nádorové onemocnění trávicí trubice, postihující konečník a tlusté střevo. Kolorektální karcinom patří mezi civilizační onemocnění. Česká republika se zařadila na první místo ve světových statistikách. (1)

Jeho incidence u nás se neustále zvyšuje. Je druhou nejčastější orgánovou lokalizací nádorového bujení u obou pohlaví. Kolorektální karcinom obvykle vzniká z adenomů, na které je nutno pohlížet jako na prekancerózu. V absolutních hodnotách jsou to téměř 3000 nových nádorů tlustého střeva a 2600 nádorů rekta ročně. Úmrtnost na tyto nádory je relativně vysoká. (4)

2 .3 Epidemiologie

Nádory tlustého střeva představují zhruba 8 % a nádory rekta více než 7 % nádorových úmrtí. (1)

Příčinou vysoké úmrtnosti je fakt, že polovina nádorů je zjištěna již v pokročilém stádiu. (3 , 2)

Ve většině případů se nádor tlustého střeva vyvíjí několik let, kdy se v drobném nádorku (polypu) tlustého střeva odehraje několik genových mutací. Tyto mutace vyvolávají agresivní chování nádoru, kdy nádor začne

prorůstá do stěny tlustého střeva. Ve chvíli, kdy se setká s krevními a lymfatickými cévami, je otevřená cesta ke vzniku metastáz. Z celkového počtu je nejčastější nádor z 50 % v oblasti konečníku. Nádor v oblasti sigmatu se vyskytuje z 20 % a z 15 % postihuje vzestupný tračník. Příčný a sestupný tračník je nádorem postižen shodně asi v 7 % případů. Kolorektální karcinom vzniká většinou na základě maligní transformace již vzniklého adenomu, vznik z normální sliznice je vzácný. (6, 7)

2. 4 Etiopatogeneze

Etiopatogeneze kolorektálního karcinomu není doposud plně objasněna, vznik je pravděpodobně multifaktoriální. Rizikové faktory pro vznik KRK lze rozdělit do dvou skupin: na endogenní faktory a exogenní faktory. (3)

Exogenní faktory

- vysoký obsah živočišných tuků a bílkovin a jejich vliv na přeměnu žlučových kyselin na kancerogeny
- nedostatek vlákniny ve stravě, který způsobuje zpomalení pasáže v tlustém střevě, a tím delší expozici stěny střeva na kancerogeny
- nedostatek vitamínů A, C, E
- nevhodná tepelná úprava stravy
- životní styl
- životní prostředí
- neopomenutelný vliv má konzumace alkoholu, kouření

Endogenní faktory

Endogenních faktorů, které se podílejí na vzniku KRK je několik

- dědičné faktory
- nespecifické střevní záněty mezi, které patří například idiopatická proktokolitída, Crohnova choroba

- osoby po kurativní resekci pro karcinom osoby po operaci prsu, ovaria, endometria

Nebezpečí maligního zvratu stoupá s velikostí adenomu a stupněm dysplazie.

Všechny výše uvedené skupiny osob označujeme jako skupiny s vysokým rizikem, pro něž jsou vypracovány dispenzární programy. Dispenzární péče je poskytována na speciálních gastroenterologických pracovištích.

2. 5 Klinické příznaky a komplikace

Příznaky tohoto onemocnění se liší podle lokalizace nádoru, což souvisí se strukturou a funkcí postiženého úseku střeva. V pravé části tračníku dochází k resorpci vody a elektrolytů, střevní obsah je tekutý, trávicí trubice má širší průměr. Zde není riziko obstrukce střeva nádorem, ale dochází zde snáze k resorpci toxických produktů nádoru. Nádor může být různé velikosti a často krvácí. Dominují hlavně celkové příznaky, kterými jsou hubnutí, neprospívání, únava, teploty, anémie. Ve střední části tračníku se objevují neurčité střevní potíže. Levá polovina tračníku má užší průměr s formovaným obsahem. Snadno může vzniknout obstrukce střeva, která se může projevit ileozním až subileozním stavem a poruchami motility střevní jako je například průjem, zácpa nebo kolika. Nejčastějším projevem je krvácení a změna ve vyprazdňování stolice. Nádory konečníku se zpravidla manifestují tzv. rektálním syndromem. Jsou zde tenezmy a defekace krvavého hlenu. Zhruba 70% nádorů je provázeno krvácením, které je u časných forem okultní (skryté). (6)

Mezi komplikace KRK patří obstrukce stenozyjícím nádorem, krvácení nebo perforace střeva. Tyto komplikace jsou indikací k operačnímu řešení. (9)

2. 6 Diagnostika

K určení diagnózy tohoto onemocnění přispívá anamnéza získaná od nemocného a vyšetření viz. níže uvedená. Počátek onemocnění bývá bezpříznakový. Změny ve vyprazdňování stolice, její frekvence, charakter, střídání zácpy a průjmu bývá známkou již pokročilého stádia. Převážná většina nádorů bývá doprovázena krvácením, u časných forem okultním. Nechutenství, bolesti, hubnutí a hmatná intraabdominální rezistence je rovněž známkou pokročilého nádoru. (9)

Při podezření na onemocnění tlustého střeva, a zvláště pak rakovinu, je nezbytné provést tato vyšetření

- Fyzikální vyšetření pohledem, pohmatem, poklepem a především per rektum, což je manuální vyšetření konečníku na dosažitelnou vzdálenost 8- 10 cm.
- Rektoskopie – jedná se o vyšetření sliznice konečníku. Provádí se v poloze kolenoprsní nebo gynekologické. K vyšetření se používá rigidní, neohebný endoskop, nejlépe po předchozí přípravě Yalem, klyzmatem.
- Kolonoskopie – patří mezi endoskopická vyšetření sliznice tlustého střeva po celé jeho délce. Provádí se pomocí flexibilního endoskopu. K vyšetření je nezbytné nemocného předem připravit, a to vyprázdněním klyzmaty a změnou dietního režimu (dva dny před vyšetřením jen tekutiny). Před tímto vyšetřením je důležité mít k dispozici vyšetření na krevní srážlivost (Quick, APTT), hlavně když se předpokládá, že se bude provádět během vyšetření polypektomie. Endoskopické vyšetření tlustého střeva a rekta umožňuje stanovit rozsah patologických změn ve střevě s možností získat ze vzorku část tkáně k histologickému vyšetření nebo odstranění nádoru (polypektomie). (29)

- Rentgenologické vyšetření tlustého stěva – metodou první volby je endoskopické vyšetření, nicméně rentgenologické vyšetření má také svůj význam a může pomoci vyšetřit nemocné, u kterých endoskopii provést nelze. (15)
- Irigoskopie – jedná se o rentgenové vyšetření tračníku a konečníku pomocí nálevu kontrastní látky do konečníku. Stejně tak jako u endoskopie má mít nemocný dostatečně vyprázdněné střevo, čehož lze dosáhnout opakovanými klyzmaty, podáním projímadel a dietou. Základní změny, které se při tomto vyšetření prokazují, jsou změny na střevní sliznici a zúžení průsvitu. (29)
- Ultrasonografie – je velmi známé a užívané vyšetření. Umožňuje určit lokalizaci nádoru a jeho velikost. Ovšem neodliší zda se jedná o malignitu nebo zánětlivý infiltrát.
- Laboratorní vyšetření – jedná se o pomocná nebo předoperační vyšetření, která jsou nespecifická pro jednoznačné stanovení diagnózy. Zjišťujeme hodnotu krevního obrazu a zde hodnotu erytrocytů a hemoglobinu. Sledujeme hodnotu jaterních funkčních testů (součástí základního vyšetření pacienta je biochemické vyšetření). Stanovuje se specifický marker CEA (karcinoembryonální antigen), který se také používá ke sledování úspěšnosti léčby.
- Doplnujícím vyšetřením je CT břicha a malé pánve, které nám podá informaci o případném metastatickém postižení lymfatických uzlin a lokálního šíření nádoru. Při podezření na postižení skeletu se provádí scintigrafie skeletu. (6)

Ke zpřesnění diagnózy slouží řada vyšetřovacích metod. Současná medicína má však k dispozici prostředky, které umožňují odhalit toto onemocnění v časném stádiu, a to i u pacientů, kteří žádné příznaky nemají. Nejznámější je screeningové vyšetření stolice na okultní krvácení. Toto

vyšetření je prováděno v rámci onkologické prohlídky u obvodního lékaře. Pro pacienty, kteří dosáhli 50 let je toto vyšetření plně hrazeno pojišťovnou. Toto vyšetření zjistí i minimální přítomnost krve ve stolici.

2.7 Patofyziologie

Kolorektální karcinom je typický solidní nádor zažívacího traktu, který se šíří lokálně lymfaticky a hematogenně. Lokální šíření se děje plošně, stěnou střeva a jejími vrstvami, včetně prorůstání mimo střevo do přilehlých tkání a orgánů, výjimečně formou implantačních metastáz v úsecích distálně od nádoru. Lymfatické šíření spočívá v nádorovém postižení spádových uzlin nebo nádorovém postižení lymfatických cév (nádorová lymfangiopatie). Hematogenní šíření vyplývá ze zanesení uvolněných životaschopných nádorových buněk krevním proudem do dalších orgánů, především do jater a plic, důsledkem je vznik vzdálených metastáz. Karcinom se může šířit jinými formami - angioinvasí, neuroinvasí, vytvářením shluků nádorových buněk ("budding"), pokročilý karcinom zakládáním metastáz po peritoneu a v orgánech břišní dutiny.

Makroskopicky mohou KRK růst

- exofiticky – intraluminálně, které jsou typické v pravé polovině tračníku, mají sklon k polyypovitému růstu a mohou tvořit objemné útvary.
- endofiticky – ulcerózně nebo difúzně infiltrující, převažují v levé části tračníku, nádor roste po obvodu stěny a často vedou ke stenóze.

(21)

Mikroskopické (histologické) vyšetření zjišťuje

- biologickou povahu chorobného ložiska
- patologický staging nádoru
- prognostické ukazatele

Dle mikroskopického vyšetření jde v naprosté většině o adenokarcinom, což je nádor ze žláзовého epitelu.

Adenokarcinom je maligní epitelový nádor, který se ve střevě vyznačuje infiltrací přes slizniční svalovinu do podsliznice a dále.

Hlenotvorný karcinom je typický tvorbou hleny a je vysoce maligní. Karcinom pečetního prstenu je karcinom z prstenčitých buněk, je vzácný a též vysoce maligní. (29)

Klasifikace kolorektálního karcinomu

V okamžiku, kdy je stanovena diagnóza nádorového onemocnění je potřeba určit celkový rozsah postižení. Nejčastěji užívaný klasifikační systém TNM.

Pokročilost nádoru je hodnocena

- stupněm prorůstání střevní stěnou
- postižením regionálních lymfatických uzlin
- přítomností nádorových metastáz

Staging – stanovení rozsahu šíření nádoru. Podává informace o prognóze onemocnění, speciálně pak o možnostech metastazování, což je hlavní faktor ovlivňující přežití.

Mezinárodně uznávaná klasifikace TNM vychází jednak z patologických kritérií resektátu (p), jednak z klinických kritérií (T – nádor, N – lymfatické uzliny, M – vzdálené metastázy) a kritérií resekabilnosti (R0 – nádor odstraněný kompletně, R1 – ponechané mikroskopické zbytky, R2 – ponechaný makroskopický zbytek).

T₁ / p T₁ - nádor jen v mukose a v submukose

T₂ / p T₂ - nádor je v celé stěně

T_{3a} / p T_{3a} - nádor prorůstá střešní stěnou

T_{3b} / p T_{3b} - jako nádor T_{3a}, ale vytváří píštěle

T₄ / p T₄ - nádor vrůstá do okolí

N₁ / p N₁ - metastázy v 1 - 3 regionálních lymfatických uzlinách

N₂ / p N₂ - metastázy ve 4 a více regionálních uzlinách

M₀ / p M₀ - žádné vzdálené metastázy

M₁ / p M₁ - prokázané vzdálené metastázy

M_x / p N_x - bez vyjádření se vzdálených metastáz(8)

Často též užívaná je Dukesova klasifikace KRK

- A: tumor je ohraničen na střešní stěnu
- B: tumor zasahuje nebo proniká seróznou
- C: 1) tumor pozitivní perikolické uzliny
2) tumor pozitivní perivaskulární uzliny
- D: vzdálené metastázy

2. 8 Terapie

Základní jedinou kurativní metodou je radikální chirurgický výkon. Při kurativních výkonech je odstraněna veškerá nádorová tkáň. Zároveň se provádí i regionální lymfadenektomie.

Indikace k chirurgické léčbě

K chirurgické léčbě jsou indikováni všichni nemocní s kolorektálními nádory, u nichž lze dle předoperačních nálezů očekávat:

- radikální (kurativní) výkon odstraňující veškerou nádorovou tkáň (stav R0)

- výkon paliativní, neumožňující odstranit veškerou nádorovou tkáň, ale:
 - a. vytvářející podmínky k další operační či multimodální léčbě, nebo
 - b. k obnově nebo udržení střevní průchodnosti, ošetření jiného akutního stavu nebo
 - c. k obnově nebo zachování kvality a délky života.

Dle naléhavosti je elektivní operace indikována u nemocných s nádorem bez známek akutního stavu. Akutní operace je indikována při akutním stavu způsobeným nádorem například při obstrukci, perforaci nebo krvácení provázeném oběhovou nestabilitou.

Cílem akutní operace je na prvním místě bezpečné ošetření akutního stavu. Odstranění nádoru je dle naléhavosti další v pořadí, tzn. závisle na podmínkách během akutní operace nebo při operaci ve druhé době. Operace je indikována ve všech stádiích kolorektálních nádorů (I - IV).

Výjimky: k operaci nejsou indikovány T1 nádory (N0M0 - St.I) odstranitelné endoskopicky (s histologickým potvrzením úplnosti odstranění, bez průkazu invaze do lamina submukosa, bez nálezu postižení hlubších vrstev střevní stěny, bez postižení uzlin a bez vzdálených metastáz při vyšetření zobrazovacími metodami - US, CT, MRI).

Další indikace

K operaci jsou indikovány nádory všech stádií, u nichž je operace jedinou možností ověření nejistého nebo jiným vyšetřením neověřitelného nálezu. K operaci nejsou indikováni nemocní s kolorektálními nádory, u nichž nelze očekávat radikální nebo paliativní výkon podle podmínky uvedené v bodech a, b, c.

Kontraindikace chirurgické léčby

Hlavními kontraindikacemi jsou generalizace nádorového postižení a celkový stav nemocného, znemožňující operační léčbu.

Chirurgická léčba je kontraindikována u nemocných s nádory, u nichž nelze se znalostí nálezů předoperačních vyšetření očekávat ani radikální výkon, ani paliativní výkon, který by umožnil obnovit nebo udržet střevní průchodnost nebo zachovat kvalitu a délku života. Akutní stav je absolutní indikací k operaci. Akutní operace vyplývají z vitální indikace, kontraindikací je operačně neřešitelný nález, potvrzený předchozí operací nebo aktuálním vyšetřením.

Rizika

Vedle obecných a specifických komplikací kolorektálních operací je hlavním rizikem selhání vitálních funkcí na podkladě perioperační zátěže rozsáhlého výkonu a poruchy hojení, na které mají vliv zejména anémie, hypoproteinémie a chronické a akutní metabolické poruchy.

Možnosti konzervativního postupu

Konzervativní postup v léčbě kolorektálních nádorů je v současnosti oprávněný pouze jako léčba symptomatická. Žádná forma chemoterapie nebo radioterapie bez operace nestačí v současnosti k odstranění kolorektálního karcinomu. Stentáž ev. rekanalizace obturujících nádorů (pomocí laseru, kryodestrukce atd.) se provádí jako dočasné opatření do operace nebo do potvrzení, že nádor je operačně neodstranitelný.

Příprava k operaci

Vyloučení příjmu ústy 6 hodin před operací, při kratším odstupu nebo v akutním stavu, zejména při obstrukci se zavádí NSG sonda. Úprava vnitřního prostředí a krevního obrazu (Hb 10,0 g%). Mechanická příprava střeva je doporučena a vhodná. Provádí se den před operací. V akutním stavu bez mechanické přípravy. (Alternativa: očistné klyzma například při obstrukci, je vhodné).

K vyprázdnění tlustého střeva se nejčastěji používají tyto laxantiva

- Fortrans – osmoticky působící laxans, je to přípravek ve formě prášku, který se používá k vyprázdnění tlustého střeva při přípravě pacienta na endoskopické vyšetření nebo chirurgický výkon na tlustém střevě pro úplné vyprázdnění je nutno podat 3 – 4 litry roztoku. Fortrans se podává per os zpravidla den před výkonem. (13)
- Yal – roztok používaný pro vyčištění tlustého střeva a konečníku. Pro vyprázdnění střev a jejich pročištění se podávají 1 – 2 dávky v podobě malého klyzmatu 20 – 30 minut před vyšetřením. (14)

Profylaxe TEN je nezbytná podává se nízkomolekulární heparin v profylaktické dávce od večera před operací, v akutní situaci okamžitě po stanovení indikace k operaci.

Krevní transfuze: vyšetření skupiny, HL systému a protilátek pro případ transfúze během operace. Úprava KO před operací, v akutní situaci před/a během operace.

ATB profylaxe: je doporučena. Intravenózní aplikace antibiotik.

Operační výkon

Chirurgický standard radikální léčby kolorektálního karcinomu vyžaduje radikální odstranění úseku střeva s nádorem a odstranění závěsu střeva (mezokola, mezorekta) s lymfatickým a cévním zásobením. Zvláštní postup může být na místě při operaci metastazujícího nádoru nebo v akutním stavu při ošetření obstrukce nebo perforace tlustého střeva způsobených nádorem.

Operační fáze: laparotomie, systematické ohledání dutiny břišní, potvrzení nálezu nebo nálezů, mobilizace postiženého úseku střeva a mezokola, odstranění - resekce - postiženého úseku a mezokola. Založení anastomózy (nebo stomie), uzávěr defektu mezi okraji závěsu střeva, kontrola hemostázy, (založení drénu/ů), (založení epicystostomie, ev. katetrizace

močového měchýře), (kontrola polohy NSG nebo nutriční sondy), urovnání útrobu, kontrola počtu materiálu, uzávěr stěny břišní. Operační přístup musí umožnit dobrý přehled a manipulaci v břišní dutině. Vyšetření dutiny břišní sestává z povšechného vyšetření břicha zejména s pátráním po metastázách, po ascitu, adhezích, z vyšetření nádoru na střevě, posouzení jeho lokalizace, vztahu k okolním strukturám, fixaci a resekabilitě nádoru, z vyšetření závěsu postiženého úseku s pátráním po postižených lymfatických uzlinách, a z vyšetření jater a retroperitonea. Operační technika má zabránit peroperační diseminaci životaschopných buněk nádorů ("no-touch technique", izolace nádoru rouškami, fóliemi), kontaminaci obsahem střeva a krvácení. Cílem radikální operace je odstranění veškeré nádorové tkáně a dosažení R0 stavu. Rozsah operace a principy jsou shodné při laparotomickém i laparoskopickém přístupu.

Resekční výkony dle lokalizace

Nádor tlustého střeva

- **nádory céka, vzestupného tračníku** - základním výkonem je pravostranná hemikolektomie. Proximální resekční linie na terminálním ileu, distální za jaterním ohbím tračníku. Rekonstrukce kontinuity střeva - termino-terminální ileotransversoanastomóza.
- **nádory jaterního ohbí nebo pravé poloviny příčného tračníku** - rozšířená pravostranná hemikolektomie.
- **nádory příčného tračníku** - základní výkon - resekce příčného tračníku. Proximální resekční linie v jaterním ohbí tračníku, distální ve slezinném ohbí, odstranění mezokola včetně vasa mediokolica.
- **nádory slezinného ohbí tračníku a proximálního úseku sestupného tračníku** - levostranná hemikolektomie. Proximální resekční linie na příčném tračníku, distální na přechodu sestupného tračníku a esovité kličky. Odstranění mezokola v rozsahu distálně od vasa colica media na proximální straně, za a. colica sinistra na straně distální, mediálně ke kmeni arteria mesenterica inferior. Rekonstrukce kontinuity termino-terminální kolokolická anastomóza.

- **nádory sestupného tračníku a proximálního úseku esovité kličky tračníku** - základní výkon resekce esovité kličky (a sestupného tračníku).
- **nádory středního a distálního úseku esovité kličky tračníku** - resekce esovité kličky v rozsahu od přechodu sestupného tračníku na orální straně po přechod esovité kličky a konečníku na straně aborální.
- **duplicitní synchronní a asynchronní nádory tlustého střeva, familiární adenomatózní polypóza** - základním výkonem je subtotální kolektomie, s odstraněním celého tlustého střeva a ponecháním konečníku a obnovou střevní kontinuity ileorektální anastomózou. Při současném postižení konečníku je základním výkonem proktokolektomie. Distální resekční linie dosahuje aborálního okraje konečníku. Obnova střevní kontinuity spočívá v založení ileálního rezervoáru a ileo-pouch-anální anastomóze (IPAA) Při současném postižení anorekta nebo při nedostatečnosti svěračového komplexu je základním výkonem panproktokolektomie. Rozsah výkonu se rozšíří o odstranění anorekta. Výkon končí založením ileostomie. Provedením subtotální kolektomie se nezvyší onkologická radikalita výkonu, ale odstranění se duplicitní nádor nebo se omezí riziko vzniku dalšího nádoru v ponechané části kolorekta.

Zvláštní pozornost při uvedených výkonech je třeba věnovat vzdálenosti resekční linie od nádoru (nejméně 5 cm pod nádorem na tračníku, nejméně 2 cm pod nádorem na konečníku proti směru lymfatického proudu), nejméně 10 cm nad nádorem po směru lymfatického proudu u nádorů tlustého střeva i konečníku, a úplnosti odstranění mezokola nebo mezorekta a odstranění prokazatelně postižených uzlin. Z hlediska blízkých struktur je třeba se vyhnout zejména poranění močovodů, retroperitoneálního úseku dvanáctníku při výkonech v pravé polovině tlustého střeva, poranění sleziny a ocasu slinivky při výkonech v jeho levé polovině, poranění močovodů a poranění nervů hypogastrického plexu při operacích konečníku.

Anastomózy a sutury střeva - lze založit šitím rukou nebo mechanicky staplerem. Základním typem anastomózy ve všech úsecích kolorekta je

termino-terminální anastomóza. Anastomóza má být založena na viditelně zdravých a dobře prokrvených okrajích střeva, bez napětí, po dokončení bez zúžení průsvitu střeva. Standartní metodou je anastomóza ve dvou vrstvách další vrstvy sutury nejsou přijatelné. S rozvojem šicích materiálů se stále více uplatňuje anastomóza v jedné vrstvě. K šití anastomóz ručně se užívají vstřebatelné materiály. Mechanické anastomózy pomocí endoluminálního stapleru jsou výhodné zejména při operacích konečníku, především v jeho střední a distální třetině. Rukou šité anastomózy jsou základní anastomotickou technikou ve všech úsecích tlustého střeva, případně proximální třetiny konečníku. Mechanické anastomózy jsou indikovány po výkonech na konečníku.

Stomie, by-passy - slouží k obnově nebo udržení průchodnosti střeva při neodstranitelném nádoru, nebo k odvrácení proudu stolice z postiženého nebo ošetřeného úseku střeva. Definitivní (trvalá) stomie má být založena co nejdálěji - transversostomie, sigmoideostomie. Přejížděná stomie má umožnit bezpečné zhojení anastomózy a umožnit snadné ošetřování. Dle operačního nálezu se provádějí buď ileostomie či kolostomie. Bypassy jsou indikovány jako funkční obchvat neodstranitelného nádoru v nitrobřišních úsecích tlustého střeva. Po založení stomie musí být nemocný v závěru operace ošetřen stomickým systémem. Při plánovaném založení stomie musí být zahájena stomická péče před operací. Péče o stomii je nedílnou součástí pooperační a následné péče, zajišťuje ji lékař a stoma sestra.

Nedílnou součástí léčby zhoubných nádorů je léčba konzervativní, kam patří radioterapie, chemoterapie, imunoterapie a též neopomenutelná je psychologická péče o nemocného. Léčba nádorových onemocnění je léčbou komplexní.

Radioterapie

Radioterapie má v komplexní léčbě kolorektálních karcinomů své místo, především ve formě zevního ozáření. Ozařování se uplatní jako

předoperační radioterapie u nádorů rekta z důvodu zmenšení objemu a usnadnění operační techniky. (16)

Chemoterapie

Chemoterapie používá speciálních látek (cytostatik), které svým účinkem mají zničit nádorovou buňku.

Kurativní chemoterapie se používá v léčení nebo vyléčení klinicky evidentního stádia nemoci.

Paliativní chemoterapie není k vyléčení, ale k pozastavení nádorového procesu. Léčba má zkvalitnit nemocnému život.

Adjuvantní chemoterapii podstupuje pacient po chirurgickém odstranění nádorových ložisek.

Regionální chemoterapie využívá cytostatik cestou intraarteriální a intraparietální, dutinovou. (8)

Imunoterapie

Cílem imunoterapie nádorů je obnovení porušení protinádorové imunity nebo posílení nedostatečně rozvinuté imunitní reakce. Tato metoda je stále ve stádiu zkoumání

Následná péče

Velmi důležitou péčí po operaci je dispenzarizace a pravidelné vyšetřování. Cílem pravidelných dispenzárních kontrol je včasné zjištění progresu a také zda se ve střevě neobjevuje další adenom a případně další karcinom. (17) V prvním roce po operaci se má sledovat hladina CEA v krvi. Sonografií nebo CT vyšetřením se zjišťují případně metastázy. Nutné je též sledovat hladiny KO. Hlavním cílem a účelem sledování je časná detekce recidiv a odhalení metastáz.

2. 9 Prevence

Nádory tlustého střeva a konečníku představují pro obyvatele ČR významnou hrozbu. Je důležité, aby se každý zamyslel nad svým životním stylem, na způsobu stravování a podobně. Je důležité snížit celkové množství tuků v potravě, omezit konzumaci uzenin, smaženého a pečeného masa, snížit konzumaci alkoholu. (18)

Naopak je důležité zařadit do stravy celozrnné pečivo, zeleninu, ovoce, ryby, drůbež, mléčné výrobky. Sekundární prevence spočívá ve vytipování ohrožených jedinců nebo jejich rodin, jejich pravidelné sledování, včasné rozpoznání onemocnění. Předsudky o nevléčitelnosti nádorového onemocnění patří v mnoha případech minulosti a u nádorového onemocnění tlustého střeva a konečníku to platí dvojnásob. (18)

Terciální prevence zahrnuje pravidelné dispenzární sledování nemocných po operaci pro kolorektální karcinom. (17)

2. 10 Prognóza

Prognóza u KRK je relativně příznivá. Nejdůležitějším prognostickým faktorem při hodnocení KRK je hloubka nádorové invaze v době zjištění diagnózy. K posouzení se nejčastěji používá Dukesova nebo TNM klasifikace. Prognóza kolorektálních nádorů vyjádřena pětiletým přežitím závisí na stádiu choroby a možnosti chirurgického řešení. Nejčastější příčinou smrti jsou lokální recidivy, vzdálené metastázy a generalizace nádoru.

3. Základní údaje o nemocném

3.1 Základní identifikace nemocného

Jméno a příjmení: M. J

Pohlaví: muž

Věk: 80. let

Datum přijetí: 3. 1. 2006

Diagnóza: Adenocarcinoma colonis transversi, T3, N0, M0
Hypertenze
Hyperplasia prostatae

3.2 Lékařská anamnéza

RA - matka zemřela v 91 letech, na co si už nevzpomíná

- otec zemřel v 76 letech na CMP

- má dva sourozence , bratra a sestru, nijak vážně nikdy nemocní nebyly

OA - pan M. J vážně nikdy nestonal, v dětství prodělal běžné choroby, žádný vážný úraz neprodělal. První vážnější onemocnění měl v únoru 2004, kdy mu byl zjištěn nádor na tlustém střevě. V březnu 2004 pan M. J podstoupil operaci na chirurgickém oddělení v Roudnici n / L . Poté následovala chemoterapie. Pro hyperplasii pravidelně sledován u Dr. Lisce v Roudnici n / L.

AA - negativní

FA - pacient pravidelně užívá tyto léky: Lozap 50 mg 1 – 0 – 1

Agen 5 mg	1 – 0 – 0
Verospiron	0 – ½ - 0
Furon	½ - 0 - 0
ANP 100 mg	0 – 1 – 0
Digoxin 0,125	1 – 0 - 0

NA - pan M. J. nekouří, alkohol pije příležitostně v malé míře.

SPA - pan M. J. bydlí se svou manželkou v panelovém domě s výtahem v Roudnici nad Labem. Mají syna, který je často navštěvuje, největší radostí jsou pro něj vnoučata. Ve volném čase sleduje televizi, luští křížovky ovšem nejraději tráví svůj čas se svou manželkou na zahrádce, kterou mají nedaleko od svého bydliště. Pan M. J. je v důchodu již 20 let a je spokojen.

NO - pan M. J. přichází k plánovanému operačnímu výkonu , resekci Tu transversa – recidiva. Cítí se dobře, žádné obtíže neudává.

Status preasens: Pacient při vědomí, kontakt dobrý, orientovaný, spolupracuje, eupnoe, kůže čistá bez exantému, bez známek ikteru a cyanosy. Hlava pokleповě nebolestivá, zornice izokorické, skléry bílé, uši a nos bez výtoku, hrdlo klidné, tonzily bez povlaků, LU nezvětšené. Náplň krčních žil nezvětšená. Dýchání je čisté sklípkové, bez vedlejších fenoménů, akce srdeční pravidelná, 2 ozvy ohraničené. Břicho měkké, palpačně nebolestivé, v epigastriu hmatná rezistence cca 4 x 4 cm, hepar a lien nezvětšeny. Dolní končetiny bez otoků, přiměřený nález, bez varixů.

3. 3 Souhrn provedených vyšetření před přijetím:

Březen 2004:

CT břicha – vyšetření provedeno po perorálním přípravě kontrastní látkou i po iv aplikaci Telebrix 300.

Závěr:

Cirkulární infiltrace stěny transversa, v pravé polovině při hepatálnímh obbí v délce cca 3 cm. Játra nezvětšeny, v levém laloku pod bránicí cystické ložisko 26 mm. intrahepatické žlučovody nerozšířeny, pankreat, nadledviny nezvětšeny. Bez patologických LU, skelet bez průkazných metastáz. Hyperplasia prostaty. V březnu 2004 byl pacient poprvé operován pro adenokarcinom transverza. Histologicky byl zjištěn květákovitý až miskovitý nádor 5 x 5 cm. Poté následovala v cyklech chemoterapie na onkologickém oddělení v Ústí nad Labem. Od této doby pravidelně dochází na pravidelné dispenzární prohlídky k Dr. Murárové. Při poslední kontrole 16. 11. 2005 podstoupil pacient sonografické vyšetření jater.

Závěr:

Játra bez sekundárních ložisek s drobnou cystou. Ohraničený útvar při průběhu příčného tračníku – v. s. recidiva základního onemocnění, nutné kolonoskopické vyšetření.

Kolonoskopie 5. 12. 2005 stp. resekci transversa se známkami recidivy tumoru. Histologicky zjištěn adenom s dysplastickými změnami. Znamky invazivního růstu s jistotou prokázány nebyly.

Závěr: recidiva tumoru.

Se souhlasem pacienta odeslán k operačnímu výkonu na chirurgické oddělení v Roudnici n / L.

III. 4 Souhrn provedených diagnostických vyšetření v nemocnici

U pacienta byla provedena tato vyšetření

RTG S + P - provedeno první den hospitalizace.

Závěr: srdce i plíce velikostně v normě, bez zjevných zánětlivých změn.

Interní předoperační vyšetření a EKG provedeno druhý den hospitalizace.

Závěr: recidiva tumoru transverza, pacient oběhově stabilní. Doporučení,

Digoxin ex, jinak léčba vyhovuje, k výkonu v celkové anestézii je pacient z interního hlediska schopen.

CT břicha provedeno druhý den hospitalizace, vyšetření provedeno po perorální přípravě kontrastní látkou i po i. v. aplikaci Telebrix 300. **Závěr:** solidní útvar, vycházející z dorsolaterální stěny transversa, prakticky v původním místě předchozího tumoru – nejspíše tedy lokální recidiva. Játra a skelet bez ložiskových změn meta charakteru, 2 cystická ložiska v játrech, která jsou beze změn od min. vyšetření. Lymfatické uzliny v dutině břišní, retroperitoneu a tříslích nezvětšeny. Hypertrofie prostaty – bez podstatných změn od minulého vyšetření.

Laboratorní vyšetření bylo provedeno první a poslední den hospitalizace. Mimo tyto dny bylo prováděno každý den biochemické vyšetření. První den hospitalizace bylo provedena FW, biochemické vyšetření krve, chemické vyšetření moči, hematologie a krevní obraz. Druhý den určena krevní skupina a Rh faktor.

Hodnoty vyšetření z 3. 1. 2006

<i>vyšetření</i>	<i>výsledek</i>	<i>referenční mez</i>
APTT kontrola	29,5 s	25 - 40
APTT pacient	23,500	25,0 – 40,0
Quikův test	11,300 s	11,0 – 15,0
Quikův test kontrola	12,2 s	11,0 – 15,0
Quikův test INR	0,198 INR	0,800 – 1,200
AST	0,300 ukat/l	0,20 – 0,70
ALT	0,260 ukat/l	0,15 – 0,73
Bilirubín celkový	10,600 umol/l	5,0 – 17,0
Bilirubín přímý	1,900 umol/l	0,0 – 5,1

Celková bílkovina	70,000 g/l	62,0 – 85,0
CRP	17,700 mg/l	0,0 – 10,0
Glukoza	8,100 mmol/l	3,30 – 6,10
GMT	0,53 ukat/l	0,00 – 0,92
HBsAG	negat.	
HCT – Hematokrit	0,359	0,290 – 0,440
HGB – Hemoglobin	118,0 g/l	128 – 168
Chloridy	102,0 mmol/l	96 - 106
Cholesterol	5,180 mmol/l	3,50 – 5,20
Kalium	4,190 mmol/l	3,80 – 5,30
Natrium	137,0 mmol/l	134 - 145
Moč – ph	5 jedn.	
Moč – bílkovina	0 kval.	
Moč – glukoza	0 kval.	
Moč – ketolátky	0 kval.	
Moč – bilirubin	0 kval.	
Moč – krev	0 kval.	
Moč – nitrity	0 kval.	
Močovina	5,960 mmol/	2,80 – 8,00
WBD – leukocyty	11,500 10 ⁶ g l	3.900 – 9.500 +
RBC – erytrocyty	4.040 10 ¹²	
MCV – střed. objem ery.	88,90 fl	81,00 – 102,00
MCH	29,200 pg	26,00 – 32,00
MCHC	329,00 g/l	320,0 – 360,00
PLT – trombocyty	138,00 10 ⁹ g/l	140.00 / 440.00 -
4. 1 2006		
Vyšetření krevní skupiny	A 1 Rh pozitivní	
Screening protilátek	negat.	
CEA	5,500 ug/l	0,00 – 5,00 +
CA 19 – 9	24,300 U/ml	0,00 – 33,00
CA 15 – 3	6,870 U/ ml	0,00 – 51,00

Během hospitalizace se průběžně prováděla laboratorní vyšetření, jejíž výsledky byly v normě. Nejčastěji se objevovaly rozdíly ve vyšetření CRP, jehož hladina se zvyšovala z důvodu pooperační komplikace, kdy vznikl zánět v operační ráně. Po léčbě ATB, hladina CRP pozvolna klesala. Žádné závažné odchylky v laboratorních vyšetření zaznamenány nebyly. Po operaci byl resekát odeslán na histologické vyšetření. **Závěr:** makroskopicky zjištěn rozsáhlý tumor o průměru 5 – 6 cm, který prostupuje celou střešní stěnou. Histologicky zastižená mízní uzlina s aktivací retikula, nádorová tkáň zjištěna nebyla.

III. 5 Hospitalizace a její průběh

První den hospitalizace

Pan M. J přijat 3. 1. 2006 na chirurgické oddělení k plánovanému operačnímu výkonu. Přijat byl v dopoledních hodinách, byl umístěn na trojlůžkový pokoj, seznámen se spolupacienty i s chodem oddělení. Pacient je snaživý, soběstačný a velmi dobře spolupracuje. Při příjmu TK 140 / 80 P 82, Tt 36,2 C⁰, váha 82 kg, výška 175 cm, dieta 3, racionální. Provedeno RTG S + P. Mezi 16 – 18 hodinou podán Fortrans + 2 litry tekutin. Ve 20. hodin podán čaj a kontrastní látka Telebrix z důvodu přípravy na CT vyšetření.

Druhý den hospitalizace

Ranní hygienu si pacient provedl sám, byla zavedena flexila do LHK, poté šel pacient na CT vyšetření. Ráno aplikovány léky dle ordinace lékaře. Během dne provedeno interní předoperační vyšetření. Anesteziologické konzilium provedeno v odpoledních hodinách. Dle ordinace lékaře na noc podat Diazepam 10 mg per os, též byla stanovena premedikace k operačnímu výkonu. Přes den pacient odpočívá, v 16 hodin opět podán Fortrans, který slouží k vyprázdnění střeva. Dieta na tento den tekutá.

Třetí den hospitalizace, 0 pooperační den

Ráno pacient provedl hygienu. Byly aplikovány léky dle ordinace lékaře. Tento den vysazen Digoxin 0,125. V dopoledních hodinách probíhala příprava pacienta k operaci, byl zaveden permanentní močový katetr, v tento okamžik je velmi důležitá komunikace a minimalizace strachu. Ve 13 hodin pacient premedikován 50 mg Dolsinem im. a odeslán na operační sál. Z operačního sálu přivezen kolem 16 hodiny. Pacient uložen na JIP. Pacient při vědomí, probuzený, oběhově stabilní. Pacientovi byly podány infuzní roztoky a monitorovala se křivka EKG. Je nutné sledovat TK+P+ saturaci O₂, nejprve po 30 minutách, poté dle lékaře po 1 hodině, též sledujeme bilanci tekutin. Všechny sledované parametry byly v normě. Rána sterilně kryta, neprosakující. K tlumení bolesti naordinován Dipidolor 1 amp. im. první dávka aplikována ve 20 hodin.

Čtvrtý den hospitalizace, 1 pooperační den

Pacientovi jsou podávány antibiotika, všechny léky dle ordinace lékaře, sleduje se TK + P + saturace O₂, příjem a výdej tekutin. Flexila z LHK zrušena, zavedena nová na PHK. Všechny sledované parametry opět v normě. Mobilita z důvodu operační rány je omezena, ranní hygiena provedena na lůžku, s dopomocí sestry, jinak se cítí dobře, rána je klidná při námaze pobolívá. Pacient je optimistický a velmi ochotně spolupracuje. Dieta pro tento den je čajová.

Pátý den hospitalizace, 2 pooperační den

Pacient se cítí dobře, žádné obtíže nemá. Nadále mu jsou podávány ATB a všechny léky dle ordinace lékaře, sledují se fyziologické funkce. PMK dnes ex, střevní pasáž se začíná obnovovat. Proveden převaz rány, rána je klidná. Ranní hygienu pacient provedl sám, s dohledem sestry. Sledují se stejné parametry jako předchozí den.

Šestý den hospitalizace, 3 pooperační den

Pacient se cítí dobře, přes den odpočívá. Dieta pro tento den je tekutá. Rána je sterilně krytá. Medikace zůstává stejná. Ve 22 hodin flexila zrušena, zavedená nová do LHK.

Sedmý den hospitalizace, 4 pooperační den

Pacient přeložen na standardní chirurgické oddělení. Pan M. J byl sám v koupelně, rána sterilně kryta, okolí rány mírně zarudlé. Na ránu se přikládá led. Dnes měl pacient poprvé k snídani piškoty a bílou kávu. Medikace stejná, dnes ATB ex. Subjektivně se cítí dobře, diureza je v normě, plyny odcházejí, ale na stolici nebyl.

Osmý den hospitalizace, 5 pooperační den

Subjektivně se cítí dobře. Rána pobolívá při námaze, stupeň bolesti udává č. 2, bolest je snesitelná. Dopoledne naměřena TT 38,2 °C, po podání Paralenu TT klesla. Provedl se převaz rány, výplach peroxydem, zavedení longet s Braunolem, rána je v několika místech zarudlá. Jsou zde zjevné známky pooperační komplikace.

Devátý den hospitalizace, 6 pooperační den

Pacient se cítí celkem dobře. Rána převázána, sterilně kryta, je zde patrná mírná sekrece z rány. Dieta pro tento den je kašovitá.

Desátý den hospitalizace, 7 pooperační den

Pacient se subjektivně cítí dobře. Objektivně je afebrilní, oběhově kompenzovaný. Proveden převaz rány, výplach peroxydem, sterilní krytí. Dle lékaře dnes longety ex. Zarudnutí okolo rány zjevně ustupuje. Sekrece z rány je zkaleně serozní.

Jedenáctý den hospitalizace, 8 pooperační den

Medikace zůstává stále stejná. Dieta pro tento den je mletá. Pacient se cítí dobře, je afebrilní, oběhově kompenzovaný. Proveden převaz rány, zarudnutí rány nadále ustupuje, sekrece se zmenšuje. Proveden výplach peroxidem, rána sterilně kryta a byla odstraněna polovina stehů.

Čtrnáctý den hospitalizace, 11 pooperační den

Dieta mletá, pacient se cítí subjektivně celkem dobře. Bolest udává č. 2 při námaze. Proveden převaz rány, byla odstraněna druhá polovina stehů. Rána sterilně kryta.

Patnáctý den hospitalizace, 12 pooperační den

Dieta opět mletá. Na zítřek plánovaná demise. Proveden převaz rány, rána je klidná, na ránu aplikován Novikov.

Pacient se cítí dobře, je optimistický, vstřícný a podle jeho slov spokojený.

Šestnáctý den hospitalizace

Pacient propuštěn do domácího ošetření.

3. 6 Farmakoterapie

V průběhu hospitalizace byly podávány tyto léky:

Fraxipaine

Aplikační forma: injekční

IS: antitrombotikum, antikoagulans

Indikace: profylaxe TEN, léčba hlubokých žilních trombóz

NÚ: krvácení mikroskopické nebo manifestální – hlavně při dlouhodobém užívání.

Délka užívání: začátek – den před operací až do 6 pooperačního dne.

Quamatel

Aplikační forma: inj. roztok,

IS: antiulcerozum, antagonist H₂ – receptorů

Indikace: léčba a prevence peptického vředu, prevence stresového vředu a prevence refluxní nemoci jícnu, snížení kyselosti žaludečního obsahu.

NÚ: lék je celkem dobře snášen, ojediněle se může vyskytnout průjem, nevolnost, únava.

Délka užívání: po celou dobu hospitalizace

Digoxin 0,125 mg

Aplikační forma: tbl

IS: kardiotonikum

Indikace: myokardiální selhávání u hypertrofických a dilatovaných srdcí, při chronickém tlakovém a objemovém přetížení ICHS

NÚ: při předávkování se mohou objevit bolesti hlavy, nespavost, nauzea, arytmie, poruchy vidění, zvracení

Délka užívání: pan M. J ho užíval po celou dobu hospitalizace

Agen 5 mg

Aplikační forma: tbl

IS: antihypertenzivum, vasodilatans

Indikace je indikován k léčbě hypertenze

NÚ: bolesti hlavy, zvýšená únava, nauzea, návaly, palpitace, závratě. Mezi méně časté NÚ patří alopecie, porušení střevní motility, bolesti kloubů, dušnost

Délka užívání: pan M. J ho užíval po celou dobu hospitalizace

Lozap 50 mg

Aplikační forma: tbl

IS: antihypertenzivum

Indikace: lék je určen k léčbě hypertenze

NÚ: tento lék je celkem dobře snášen. Nežádoucí účinky bývají mírné a přechodné, známé nežádoucí účinky mohou být závratě a hypotenze

Paralen 500 mg

Aplikační forma: tbl

IS: antipyretikum, analgetikum

Indikace: horečka, bolesti hlavy, kloubů, svalů

NÚ: při překročení terapeutické dávky – alergické kožní reakce

Délka užívání: dle potřeby při TT nad 38 °C , podán 5 pooperační den

Diazepam 10 mg

Aplikační forma: tbl

IS: anxiolitikum

Indikace: neurozy, stavy úzkosti, používá se k premedikaci před chirurgickými zákroky

NÚ: obstipace, kožní reakce, bolest hlavy

Délka užívání: lék byl podán jednorázově večer den před operací

Dipidolor

Aplikační forma: injekční

IS: analgetikum, anodynum

Indikace: při akutních bolestech nezvladnutelných jinými léčivými, zejména pooperační bolesti

NÚ: nauzea, zvracení, závratě, svědění, mírný dechový útlum

Délka užívání: pacientovi byl naordinován od 0 pooperačního dne, dle pacientovi potřeby byl aplikován v prvních dnech po operaci.

Amoksiklav 1,2 g i.v.

Aplikační forma: injekční

IS: antibiotikum, širokospektré penicilíny

Indikace: je indikován k běžným bakteriálním infekcím, včetně infekcí horních a dolních cest dýchacích, urogenitálních infekcí, pooperačních infekcí a podobně.

NÚ: průjem, zažívací poruchy, nauzea, kandidóza, občas se vyskytne i kopřivka, vzácně může dojít až k anafylaktické reakci z přecitlivělosti.

Délka užívání: aplikován v den operace. Aplikován 5 dní.

Dolsin 50 mg i. m

Aplikační forma: inj.

IS: analgetikum, anodynum

Indikován v rámci premedikace před operačním výkonem.

NÚ: pozor na dechový útlum

Infuzní terapie:

Infuzní terapie byla aplikována k doplnění vody, elektrolytů a ke krytí energetických potřeb

Hartmanův roztok 1 / 1 1000 ml á 6 h.

Glukóza 5 % 1000 ml á 6 h

Délka aplikace: Glukóza podávána v délce 4 dnů po operaci.

Hartmanův roztok podávám 5 dnů.

Během hospitalizace jsem nezpozorovala žádné nežádoucí účinky podávaných léčiv.

4. Ošetrovatelská část

4.1 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je základním kamenem vyspělého ošetrovatelství. Zásadně ovlivňuje kvalitu péče a přivádí sestru od techniky zpátky k pomoci nemocnému člověku a jeho rodině. Ošetrovatelský proces se především odráží v aktivních činnostech sestry, k nimž se sama iniciativně rozhodne na základě hlubšího poznání nemocného. Ošetrovatelský proces tedy potřebuje aktivní ošetrovatelskou péči. Je to kontinuální, cyklický, nikdy nekončící vztah mezi sestrou a pacientem. (27)

Je zde patrné nové pojetí člověka jako bytosti holistické, zdůrazňuje provázanost a interakci složky somatické, psychické a sociální. Člověk začíná být chápán jako individualita, která má své jedinečné postoje, názory, potřeby a vlastnosti. Ošetrovatelský proces je systematická, racionální metoda plánované a poskytnuté ošetrovatelské péče, založené na 5 komponentách.

- zhodnocení nemocného – sběr informací

- stanovení ošetrovatelské diagnózy

- plánování ošetrovatelské péče

- realizace navržených opatření

- zhodnocení efektu poskytnuté péče (31)

1 Fáze - zhodnocení nemocného

Zhodnocení nemocného je prvním krokem ošetrovatelského procesu. Sestra zde získává všechny potřebné informace o nemocném. Je zde nutná profesionální všímavost a komunikační dovednosti sestry. Hodnocení nemocného v této fázi má dvě části:

- ošetrovatelskou anamnézu
- zhodnocení současného zdravotního stavu a na ní postavené individuální péče

Nejprve však sestra zjišťuje informace, které jsou důležité pro stanovení ošetrovatelské diagnózy:

- identifikační údaje – jméno, věk – které jí umožní navázat osobní kontakt s nemocným
- současný zdravotní stav
- anamnestické údaje – z oblasti zdravotní, psychologické a sociální.

2 Fáze - ošetrovatelská diagnóza

Ošetrovatelská diagnóza je výsledkem zpracování informací o nemocném. Cílem této fáze je najít, co pacienta trápí, čím je ohrožen a stanovit významnost těchto problémů pro ošetrovatelskou péči z hlediska sestry i pacienta. Pořadí naléhavosti pokud možno stanovuje nemocný.

3 Fáze - ošetrovatelský plán

Ošetrovatelský plán zahrnuje stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče. Cíle i jejich způsoby dosažení je vhodné konzultovat s nemocným a jeho rodinou. Krátkodobé cíle se týkají bezprostředně následujícího období – hodiny, dny. Dlouhodobý cíl se zaměřuje na řešení problémů až ke konci hospitalizace.

4 Fáze – realizace

Realizace ošetrovatelského plánu znamená zajišťování navržených ošetrovatelských činností, které sestry provádějí pro nemocného s nemocným za účelem dosažení cílů. Plán se může přehodnocovat a upravovat podle momentální situace.

5 Fáze - hodnocení účinnosti poskytované ošetrovatelské péče

Hodnocení nám poskytuje odpověď, za plánovitě poskytovaná péče byla skutečně úspěšná, a jestli bylo dosaženo stanoveného cíle. Hodnocení provádí sestra, ale i pacient. (27 ,28)

4. 2 Koncepční model ošetrovatelství

Pro zpracování mé práce jsem vybrala koncepční model podle Marjory Gordonové. Jedná se o tzv. model Funkčního zdraví. Model vznikl v USA v 80. letech 20. století. Jeho autorkou je profesorka ošetrovatelství z Boston College v Massachusetts paní Marjory Gordonová. Model vychází z hodnocení kvality zdraví jedince z hlediska funkčního stavu jeho organismu. Základní strukturu tvoří dvanáct oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu. Mezi odborníky na ošetrovatelskou teorii v mezinárodním kontextu existuje názor, že tento model je z hlediska holistické filosofie nejkompaktnější pojetí člověka v ošetrovatelství, které bylo vytvořeno. (23)

Zdravotní stav člověka může být funkční nebo dysfunkční.

Funkční typ zdraví je odvozen z interakce člověka a prostředí. Zdravotní stav člověka je vyjádřením bio - psycho - sociální integrace. Funkční typy zdraví jsou ovlivněny biologickými, vývojovými a sociálními faktory.

Pro dysfunkční typ zdraví je typické, že sestra sestaví ošetrovatelské diagnózy podle priorit a sestaví plán ošetrovatelské péče nejen u konkrétních chronických stavů, ale i relativně zdravých jedinců, kdy v případě neposkytnuté adekvátní ošetrovatelské péče dojde k závažnému narušení zdraví a vzniku choroby. (22)

Gordonová hodnotí Funkční zdraví dle následujících kritérií

- vnímání zdraví
- výživa a metabolismus
- vylučování
- aktivita a cvičení
- spánek a odpočinek
- vnímání a poznávání
- sebepojetí a sebeúcta
- plnění rolí, mezilidské vztahy
- sexualita a reprodukční schopnost
- stres, zátěžové situace a jejich zvládnutí, tolerance
- víra, přesvědčení, životní hodnoty
- jiné (24)

4. 3 Ošetrovatelská anamnéza

Základní vstupní informace byly zjištěny do 24 hodin od přijetí . Jedná se o plánovanou hospitalizaci, pan M. J zde byl již jednou hospitalizován v březnu 2004, ze stejného důvodu jako nyní. Pacient je seznámen s chodem oddělení. Tento rozhovor proběhl v soukromí na pokoji, kdy tam nebyli přítomni spolupacienti. Panu M. J jsem se nejprve představila a zeptala jsem se ho, zda souhlasí abych s ním provedla rozhovor o nemoci a jeho problémech. Nejprve jsem s nemocným vyplnila ošetrovatelský záznam a poté jsem se dotazovala na všechny důležité, doplňující informace. Pacient byl velmi ochotný, spolupracoval, ochotně odpovídal na mé dotazy.

Vnímání zdraví

Pacient si svého zdraví velmi cení, snaží se dodržovat rady a doporučení lékařů. I nyní se cítí celkem zdrav, žádné bolesti ani jiné obtíže nepocítuje. Chodí na pravidelné dispenzární kontroly. Při poslední sonografické kontrole jater byl zjištěn ohraničený útvar na příčném tračníku. Z tohoto důvodu byl odeslán na kolonoskopické vyšetření, kde bylo po histologickém vyšetření vzorku řečeno, že se jedná o recidivu tumoru transverza. Hospitalizaci pacient bere jako nutný pobyt, který vyřeší jeho onemocnění. Strach z operačního výkonu nepopírá, ale snaží se to zvládnout. Za léčbu je pan M. J vděčný, říká, že i kdyby se plně neuzdravil postačí mu prodloužení života, i za to bude vděčný. Podle jeho slov mají lékaři i zdravotní sestry jeho plnou důvěru. Odloučení od rodiny si moc nepřipouští, každý den ho navštěvuje jeho manželka, která je s ním po celou dobu návštěvních hodin, což pacienta velmi povzbuzuje.

Výživa a metabolismus

Pacient se snaží jíst pravidelně v menších porcích, ale častěji. Jí všechno, ale přiměřeně, snaží se dodržovat zdravou výživu. Má nejraději kuřecí maso, ryby, ale občas si dá i vepřové. Do svého jídelníčku se snaží zařadit celozrnné pečivo, mléčné výrobky, ale především dostatek ovoce a zeleniny. Za poslední dva roky zhubl 5 kg, ale cítí se dobře, chuť k jídlu má. Doma žádnou zvláštní dietu nedodržuje.

V nemocnici dodržuje dietu z důvodu operačního výkonu, dle jeho slov mu problém nedělá. Pan M. J má horní i dolní zubní protézu.

Denně vypije asi dva šálky rozpustné kávy, po dobrém obědě si i občas vypije jedno pivo. Denně vypije přibližně 1500 ml tekutin, převážně pije neperlivé minerální vody a čaj.

Rány se panu M. J hojily vždy dobře. Provádí se denně převaz rány, která je klidná, neprojevující známky zánětu. Kůže je čistá, dostatečně hydratovaná, žádnou alergii pacient neudává.

Vylučování

Doma se pacient vyprazdňuje bez obtíží, pravidelně. Na stolicí doma chodí jednou za den, poslední stolice v nemocnici byla den před operačním výkonem. Po operačním výkonu byl pacient poprvé na stolicí 4 den. Vyprazdňování moče je doma bez obtíží. V nemocnici v den operace zaveden permanentní močový katetr, stále pociťuje nucení na močení. Sleduje se bilance tekutin. Denní diureza je v normě, moč je čirá, bez příměsí.

Aktivita a cvičení

Pacient se cítí unavený, má méně energie než dříve, ale nemoci to nepřičítá, říká, že je to spíše stáří. Volný čas doma tráví luštěním křížovek, četbou, nejraději ovšem je, když může být na zahrádce, tam se cítí nejspokojenější. Aktivitu si udržuje procházkami a lehkou prací na již zmíněné zahrádce. Pacient je doma plně soběstačný.

I v nemocnici je pacient plně soběstačný, pouze po dobu 2 dnů po operačním výkonu mu pomáhá ošetřující personál, především v osobní hygieně. Pacient se s dopomocí posadí i postaví, s dopomocí se sám umyje, sám se nají a napije.

Spánek, odpočinek

Doma se spánkem problémy nemá, spí průměrně 6 až 8 hodin. Nikdy neužíval žádné léky na spaní. Večer před spánkem je zvyklý si na chvíli otevřít okno.

Zde v nemocnici má spánek přerušovaný, z důvodu bolesti operační rány. Ví, že je to také změnou prostředí, říká, že ho ruší nemocniční provoz. Po ránu bývá unavený, přes den odpočívá a pospává.

Vnímání a poznávání

Pan M. J užívá brýle na blízko i na dálku. Jiné kompenzační pomůcky neužívá. Sluch má dobrý. Paměť, jak sám říká má dobrou. Rád čte a luští křížovky.

Současné problematice kolem hospitalizace rozumí, plně si ji uvědomuje a o povaze svého onemocnění je plně informován. Pacient je plně orientovaný v čase, místě i prostoru.

Sebepojetí a sebeúcta

Pan M. J sám sebe vnímá jako optimistu. Tvrdí o sobě, že bere věci takové, jaké jsou. Jizva po operaci mu problém nedělá. Říká, že situaci chce zvládnout podle svých možností.

Podle mého názoru neodpovídá pacientův kalendářní věk věku biologickému. I přes závažné onemocnění na mne působí mladším dojmem. Je vždy upravený, komunikuje a velmi ochotně spolupracuje. Po operačním výkonu provádí ranní hygienu s dopomocí na lůžku.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacient bydlí v panelovém domě se svou ženou. Syn žije samostatně se svou rodinou, ale pravidelně se navštěvují. Rodinu popisuje jako šťastnou a maximálně podporující. Problémy s navázáním společenských vztahů nemá. Svůj volný čas tráví nejraději se svou ženou na jejich zahrádce. Říká, že vždy měl a má velmi spokojený a šťastný život.

Sexualita, reprodukční schopnost

Vzhledem k věku jsem se na oblast sexuálního života neptala.

Stres, zátěžové situace a jejich zvládnutí

Stres a různé problémy patří podle pacienta k životu. Bere životní situace takové jaké jsou, vždy se prý najde nějaké řešení. Při řešení závažných problémů nachází oporu u své ženy.

Podle vlastního pozorování se domnívám, že pacient strach má, což je přirozené a pochopitelné, při takto vážném onemocnění. Na druhé straně je, ale vidět jeho velká snaha a vůle se uzdravit.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pan M. J je věřící, ale do kostela nechodí. Nejvíce si cení zdraví. Po propuštění by se rád vrátil do svého normálního života i když si je vědom, toho, že bude léčba pokračovat. Vzhledem k věku občas přemýšlí nad smrtí, je s ní smířený, chtěl by zemřít bez bolesti. Pesimistické myšlenky, ale nemá, prostě bere smrt jako součást života.

Jiné

Pan M. J na mne působí velmi optimisticky, je příjemný, rád si povídá. Má svůj vlastní názor na sebe i na svět. Velmi se snaží přizpůsobit nově vzniklé situaci.

4. 4 Ošetrovatelské diagnózy

Analýzou všech dostupných informací, které jsem získala vlastním pozorováním, rozhovorem s nemocným, z lékařské dokumentace, jsem stanovila akutní a potenciální ošetrovatelské diagnózy a seřadila jsem je dle stupně důležitosti pro nemocného, s přihlédnutím k medicínským prioritám.

Ošetrovatelské diagnózy stanovené k prvnému dni po operaci

- Akutní bolest z důvodu operačního výkonu
- Porucha soběstačnosti v oblasti hygieny z důvodu operační rány
- Porucha spánku z důvodu bolesti, rušení nočním provozem oddělení
- Porucha kožní integrity z důvodu operační rány s rizikem vzniku infekce
- Strach z důvodu závažného onemocnění
- Potencionální riziko vzniku infekce v operační ráně z důvodu porušené integrity kůže
- Potenciální riziko vzniku močové infekce z důvodu zavedení PMK
- Potenciální riziko vzniku infekce z důvodu zavedení kanyly do periferního oběhu

Ošetrovatelská diagnóza č. 1

Akutní bolest z důvodu operačního výkonu

Cíl: Pacient chápe příčinu vzniku bolesti

Bolest je zmírněna do 30 minut po podání analgetika

Bolest je odstraněna do propuštění

Plán: - akceptuj a uznej bolest tak, jak ji vnímá pacient

- zjisti lokalizaci bolesti, její charakter, intenzitu

- vysvětli pacientovi příčinu bolesti

- zhodnoť intenzitu bolesti dle nabídnuté stupnice

- zhodnoť vliv bolesti na pacientův spánek

- dle ordinace lékaře podávej analgetika

- sleduj účinek podávaných léků

- informuj pacienta o správné technice vstávání z lůžka

Realizace: Vysvětlila jsem pacientovi příčinu bolesti. Nabídla jsem pacientovi stupnici od 0 – 5, pro posouzení intenzity bolesti. Pacient udával stupeň bolesti č. 2. Pacientovi byl aplikován Dipidolor 1 amp. im večer před spánkem dle ordinace lékaře, přes den pacient analgetika odmítá. Po aplikaci byly sledovány účinky a případné nežádoucí reakce. Po aplikaci Dipidoloru pacient pociťoval úlevu od bolesti, udal stupeň bolesti č. 1. Pacienta jsem informovala o správné technice vstávání z lůžka.

Hodnocení: Pacient říkal, že je bolest snesitelná, mírná, proto přes den analgetika odmítá.

Večer pociťoval mírné zhoršení bolesti, proto byl aplikován dle ordinace lékaře Dipidolor 1 amp. im, dle jeho slov cítil zmírnění bolesti. Pacient pochopil příčinu bolesti, ovládal správnou techniku vstávání z lůžka.

V závěru hospitalizace pacient neměl žádné bolesti. Rána vykazovala tendence hojení.

Ošetrovatelská diagnóza č. 2

Porucha soběstačnosti v oblasti hygieny z důvodu operační rány

Cíl: Pacient ovládá základní požadavky na hygienickou péči

Dosahuje maximální míry soběstačnosti a je seznámen se všemi možnostmi pomoci

Má pocit pohodlí a spokojenosti

Plán: - zajisti a připrav všechny potřebné pomůcky k hygieně k lůžku

- zjistí schopnost provádění jednotlivých úkonů v hygienické péči
- pomáhej pacientovi při jednotlivých úkonech
- maximálně pacienta podporuj v samostatnosti

Realizace: Zajistila jsem k lůžku všechny potřebné pomůcky k hygieně. Pacient byl sám schopen provést hygienu dutiny ústní, horních končetin, v další oblastech jsem hygienu provedla já. Provedla jsem masáž zad. Dle možností jsem maximálně pacienta podporovala v jeho samostatnosti.

Hodnocení: Pacient provedl ranní hygienu částečně sám, částečně s dopomocí sestry. Dle jeho slov má pocit pohodlí. Vyjadřuje uspokojení bez ohledu na omezení.

Ošetrovatelská diagnóza. č. 3

Porucha spánku z důvodu bolesti, rušení nočním provozem oddělení

Cíl: Pacient spí v noci nepřerušovaně alespoň 6 hodin, jsou odstraněny nebo alespoň zmírněny rušivé faktory
Pacient se cítí po ránu odpočatý
Pacient spí přes den maximálně 1 – 1,5 hodiny

Plán: - zjistí příčinu nespavosti
- udržuj klidné a tiché prostředí
- podávej léky dle ordinace lékaře
- umožni pacientovi před spaním činnosti, na které je zvyklý
- informuj pacienta o rovnováze mezi aktivitou a odpočinkem během dne

Realizace: Nemocný má problém se spánkem z důvodu bolesti a hluku během noci, je rušen nočním provozem oddělení. Večer dle ordinace lékaře byl nemocnému aplikován Dipidolor 1 amp. im. S maximálním úsilím jsem se snažila zajistit klidné tiché prostředí. Pravidelně se u pacienta větrá, hlavně večer před spánkem. Během dne je pacient vybízen k aktivitě.

Hodnocení: Všechna opatření způsobila, že pacient spal v noci bez přerušení 4 hodiny. Před spánkem byl aplikován Dipidolor 1 amp im. Pacient se cítil po ránu odpočínutý, konstatoval zlepšení svého spánku, také si plně uvědomoval, že nelze úplně eliminovat rušivé faktory. Během dne si hodně četl, po obědě usnul asi na hodinu.

Ošetrovatelská diagnóza č. 4

Porucha kožní integrity z důvodu operační rány s rizikem vzniku infekce, zavedení kanyly do periferního oběhu

Cíl: Operační rána je klidná, bez zánětlivých projevů

Kůže a sliznice je bez projevů zčervenání a dráždění

Plán: - pravidelně sleduj okolí rány

- okolí rány udržuj v suchu a v čistotě
- pravidelně dle ordinace lékaře a dle potřeby ránu převazuj
- dodržuj zásady asepse při ošetřování

- pravidelně kontroluj barvu kůže a sliznice v okolí vstupu
- kontroluj funkčnost i.v. vstupu
- dodržuj zásady asepse při ošetřování.

Realizace: Pacientovi se kontrolovalo okolí operační rány minimálně jednou za den. Rána byla klidná bez sekrece, převaz byl prováděn aseptickým způsobem dle ordinace lékaře, minimálně jednou za den.

Pravidelně při každé intravenózní aplikaci jsem sledovala okolí i. v. vstupu. Pacienta jsem se dotazovala na bolestivost, sledovala jsem plnění jejich funkce. Po 72 hodinách nebo dle potřeby se kanyla měnila. Ošetřování bylo prováděno aseptickým způsobem.

Hodnocení: Operační rána se denně kontrolovala, převazovala se dle ordinace lékaře. Při převazu byly dodržovány zásady asepse. I přes veškeré úsilí, zbránit vzniku infekce se 4. pooperační den objevily známky zánětu v operační ráně.

V době propuštění rána vykazovala tendence hojení, byla bez sekrece a bez zarudnutí.

Místo kanylace bylo nebolestivé, klidné, nejevilo známky zánětu. Byla kontrolována funkce i. v. vstupu. Kanyla se pravidelně po 72 hodinách měnila. Při ošetřování byly dodržovány zásady asepse.

Ošetřovatelská diagnóza. č. 5

Strach z důvodu závažného onemocnění

Cíl: Pacient se orientuje v dané problematice

Pacient si uvědomuje příčinu strachu, má dostatek informací o svém onemocnění

Plán: - sleduj verbální i neverbální projevy pacienta

- mluv s pacientem jasně, pomalu, zřetelně
- podej pacientovi dostatek informací

Realizace: Při rozhovoru pacient strach nepopíral, uvědomoval si, že je to přirozené při takto vážném onemocnění, sledovala jsem jeho verbální i neverbální projevy. Často jsem s pacientem komunikovala, snažila jsem se mu podat dostatek informací, které byly v mé kompetenci. Snažila jsem se odvést pozornost od onemocnění dotazováním na rodinu, vnoučata.

Hodnocení: Pacient má dostatek informací, jak ze strany lékaře, tak i sestry. Jelikož je jeho prognóza příznivá, obavy se zmírnily.

Ošetřovatelská diagnóza. č. 6

Potencionální riziko vzniku infekce v operační ráně z důvodu porušené integrity kůže

Cíl: Pacient nemá známky zánětu v operační ráně

Plán: - sleduj okolí rány

- postupuj asepticky při převazech

- převaz prováděj dle potřeby
- pravidelně měř TT

Realizace: Okolí rány bylo pravidelně kontrolováno. Převaz byl proveden aseptickým způsobem, byly použity pouze sterilní obvazové materiály. Převaz byl prováděn denně dle ordinace lékaře, okolí rány bylo klidné. Sledoval se celkový stav pacienta, 3 x denně byla měřena TT.

Hodnocení: Převaz rány byl prováděn dle ordinace lékaře. Při převazech se postupovalo asepticky. Pravidelně se měřila TT, 4 pooperační den byla naměřena TT 38,2 °C, objevily se známky pooperační komplikace.

Ošetřovatelská diagnóza. č. 7

Potenciální riziko vzniku močové infekce z důvodu zavedení PMK

Cíl: V době, kdy má pacient zaveden PMK nemá známky zánětu močových cest

Plán: - důsledně dodržuj hygienické zásady péče o genitál

- kontroluj ústí močové trubice
- kontroluj správnou funkci močového katetru
- sleduj denní diurezu, příměsí v moči

Realizace: Hygiena byla prováděna každý den, při ranní hygieně kontrolováno ústí močové trubice. Funkce katetru se denně kontrolovala. Sleduje se diureza, množství moče, charakter, příměsí v moči.

Hodnocení: Nevznikly žádné komplikace, Moč je čirá, bez příměsí. Ústí močové trubice nejeví známky zánětu.

Ošetrovatelská. diagnóza. č. 8

Potenciální riziko vzniku infekce z důvodu zavedení kanyly do periferního oběhu

Cíl: Okolí místa vpichu je klidné, bez známek zánětu

Nitrožilní aplikace je nebolestivá

Plán: - pravidelně kontroluj místo vpichu

- při práci dodržuj zásady asepsy

- dotazuj se na bolestivost při i. v. aplikaci

Realizace: Místa vpichu jsou pravidelně, několikrát denně kontrolována. Při ošetření postupujeme asepticky. Stejně zásady jsou dodržovány i při aplikaci infuzních roztoků. Při každé aplikaci či výměně infuzní láhve se ptám na bolestivé pocity.

Hodnocení: Místo vpichu je klidné bez zarudnutí. Aplikace do žíly pacientovi nezpůsobuje bolest.

5. 5 Psychologie nemocného

Psychický stav pacienta v průběhu nemoci

Každé onemocnění působí na člověka více či méně nepříznivě a ovlivňuje jeho chování a reakce, emoční projevy, eventuelně i některé rysy osobnosti. Pokud pacient zjistí, že se jeho zdravotní stav mění, horší, objeví se u něj obavy o své zdraví, obavy o to, co by tím, že bude nemocen mohlo být postiženo. Velmi časté jsou i obavy, že to bude bolet, že to bude nepříjemné, a v některých případech jsou to i obavy nejtěžší a to obavy o svůj vlastní život. Takové reakce jsou naprosto normální, přirozené. Má – li

někdo obavy, projevují se navenek různým způsobem. Může se měnit způsob chování i způsob jednání s ostatními lidmi. Obavy lze pozorovat i na celé řadě tzv. vegetativních činností. Může se to projevovat například změnou dýchání, projevující se častými vzdechy, změnou tepové frekvence a podobně. Někdy se zvyšuje i počet tzv. nervózních pohybových projevů, například klepání nohou, časté mnutí rukou a podobně. (18)

Americká lékařka Elizabeth Kübler – Rossová upozornila ve svých publikacích na určité zákonitosti, s kterými lze počítat u pacientů se závažným onemocněním. Popsala pět základních fází, jimiž většina pacientů prochází. Těmito fázemi jsou:

Šok

Tato fáze je doprovázena bouřlivými emocemi (strach, hněv, pláč). Popírání je druhá fáze v níž se člověk brání traumatizující skutečnosti popíráním. Popírání může mít různou formu, pacient se například může svěřit do péče jiného lékaře, může žádat o opakování vyšetření a podobně. Deprese je třetí fází a je popisována jako stadium zatrpklosti, smutku, u některých pacientů s projevy strach, hněvu. Pacient neustále myslí na to, co se mu stalo. Uvědomění své nemoci je prvním krokem ke zvládnutí situace. Pokud si pacient situaci neuvědomí, nemůže se s ní vyrovnat. Oddalování je fází smlouvání. Vyrovnání, pokud si pacient uvědomí, jak to s ním je, postaví se před problém, který musí řešit.

Smíření

Po vyrovnání se s nemocí, se může pacient dostat do fáze, které se říká smíření. Při správném vedení nemocného nejde o rezignaci, ale o aktivní smíření s ukončením života. Toto je obecný model psychického života pacienta se závažným onemocněním. (2)

Všechny fáze se nemusí objevit u každého pacienta a naopak některé fáze se mohou opakovaně vracet.

Psychologická problematika u pacienta M. J

Diagnostika nádorového onemocnění je pro člověka vždy velmi šokující. Pan M. J byl s povahou onemocnění, s plánovaným výkonem seznámen již před hospitalizací v době vyšetřování. Žádná psychologická pomoc pacientovi nabídnuta nebyla. Žádné nepřiměřené projevy strachu jsem u pacienta nepozorovala. Pan M. J má velkou podporu rodiny, která je pro něj nejdůležitější. S problematikou jeho onemocnění a průběhem léčby byl pan M. J pravidelně informován ošetřujícím lékařem. Stav nemocného má podle lékařů dobrou prognózu. Po operaci pacient podstoupí onkologickou léčbu, s čímž je také seznámen poněvadž, před dvěmi lety prodělal stejné onemocnění.

Snažila jsem se poznat osobnost pacienta tím, že jsem ho neustále pozorovala, sledovala jeho reakce, chtěla jsem porozumět tomu co, který projev znamená. Při rozhovoru na mne působil celkem klidně, občas se i usmál. Pan M. J je velmi ochotný, komunikativní, není konfliktní a umí se přizpůsobit.

Během své praxe v nemocnici jsem se setkala s mnoha pacienty, kteří měli nádorové onemocnění. Je důležité vědět, že je opravdu nutné hledět na každého pacienta individuálně, reakce na onemocnění jsou opravdu u každého pacienta různé. I přesto, že pan M. J zná své onemocnění, působil na mne velmi klidně, celkem vyrovnaně. Je to až s podivem, jak pan M. J přijal své onemocnění. Podle jeho slov strach samozřejmě má, ale nepřipouští si ho, bere opravdu život takový jaký je. S onemocněním je podle slov pacienta opravdu smířen, plně důvěřuje lékařům. Pacient říkal, že si uvědomuje, že léčba nemusí být úspěšná, ale je vděčný za každý den života. Velký vliv na takovémto přijetí nemoci má skutečnost, že pan M. J. prodělal v podstatě stejné onemocnění před dvěmi lety. Hlavním dominujícím motivem pro uzdravení je jeho rodina.

4. 6 Edukace

Sestra nemocného edukuje v celém průběhu ošetřování, v předoperační době a v pooperační době. Používá různé techniky například rozhovor, instruktáž aj. Při edukaci musí úzce spolupracovat s ostatními členy ošetřovatelského týmu a s rodinnými příslušníky. Edukace pacienta není jen činností, která ho

zapojuje do péče o vlastní osobu. Sestra svým přístupem vyjadřuje zájem, starostlivost a respekt k jeho osobnosti. Dává mu pocit bezpečí, důvěry ve vlastní schopnosti a snižuje pocit nejistoty a strachu.

Základní kroky při edukaci

- seznámit se s nemocným, představit se mu, získat o nemocném co nejvíce informací
 - aktivně ho zapojovat do ošetřování
 - poskytnout nemocnému všechny dostupné informace
 - zodpovídat nemocnému jeho dotazy, vybízet ho k dotazování
- Je velmi důležité vytvořit si partnerský vztah mezi nemocným a sestrou.

Edukace pacienta a rodiny

Pacienta jsem se snažila edukovat před operací i po operaci, hovořili jsme o problematice onemocnění. Ptala jsem se ho, zda bych mu mohla s něčím pomoci, poradit, zda bych mohla pro něj něco udělat. Pan M. J říká, že využívá zkušeností, které získal při stejném onemocnění v roce 2004. Pacient ví, že ho čeká následná léčba v Ústí n / L , zná i komplikace s ní spojené. Pacient je velmi trpělivý a ochotně spolupracuje.

Edukace o potenciálním riziku vzniku KRK, rizikových faktorech a možnostech prevence

V souvislosti s diagnózou KRK u pacienta jsem též v rámci svých kompetencí informovala rodinu o možném výskytu onemocnění. Rodina byla upozorněna na riziko vzniku onemocnění, zvláště pak u příbuzných, syna pana M. J . Byly informováni o možných preventivních prohlídkách, byly podány informace o obecných zásadách prevence, vyšetření per rektum, test Hemokult, endoskopické vyšetření u osob nad 40 let a podobně. Příslušníci rodiny byly informováni o správném životním stylu a stravovacích návycích. Rodina byla informována o nepříznivém vlivu kouření a nadměrné konzumaci alkoholu. Byla též dostatečně informována o predispozici k onemocnění a významu preventivní a sekundární prevence.

Dietní opatření pro nemocné po operaci tlustého střeva

Nemocní po operaci tlustého střeva by měli především v krátké době po operaci dodržovat určitá dietní opatření, která jsou důležitá i v době onkologické léčby. Pan M. J chápe důvod dietního omezení po operaci. Strava by měla obsahovat vitamíny, vlákninu, bílkoviny, uhlovodany, méně tuků a minerálních látek. Jídelníček by měl být pestrý, bohatý, nemocný by se měl naučit jíst v malých porcích 6 x denně. (4)

4. 7 Prognóza

Z medicínského hlediska je prognóza tohoto pacienta dobrá, jelikož při operaci byl odstraněn celý tumor a nebyly poškozeny místní uzliny ani nebyly nalezeny vzdálené metastázy. Pan M. J souhlasí s navrženou onkologickou léčbou. Pacient podstoupí chemoterapii a bude trvale sledován na onkologicko – chirurgické ambulanci, kde bude podstupovat kontrolní vyšetření.

Z ošetrovatelského hlediska je situace podobná. Nemocný je fyzicky soběstačný a má velké odhodlání s nemocí bojovat. Bydlí se svou manželkou, která se o něho bude starat. Podporou a zároveň motivací pro uzdravení je jeho rodina.

5. Závěr

Součástí komplexní péče o nemocné s KRK je ošetrovatelská péče, která zahrnuje kromě somatické stránky i oblast psychosociální a edukační. Role sestry v této oblasti je nezastupitelná.

V klinické části jsem charakterizovala patofyziologický a klinický obraz onemocnění, vyšetřovací metody, terapii i prevenci. V ošetrovatelské části jsem použila metodu ošetrovatelského procesu a použila jsem model Funkčního zdraví Marjory Gordonové k hodnocení potřebných informací. Pomocí údajů, které jsem získala z několika zdrojů – od pacienta, ze zdravotní dokumentace, od ostatních členů ošetrovatelského týmu a vlastním pozorováním jsem stanovila aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy, které jsem sestavila spolu s pacientem dle jeho potřeb. Určila jsem podrobný plán ošetrovatelských intervencí jejich realizaci a výsledky. Poslední částí práce je seznam zkratk, přehled literatury a přílohy.

Byla jsem velmi ráda, že jsem pana M. J mohla ošetrovat. Opět jsem se přesvědčila, že člověk není stár věkem, ale duší. I přes svůj věk byl pan M. J plný síly, odhodlání a optimismu.

Seznam zkratek

AA	.....alergická anamnéza
amp.	.....ampule
ATB	.....antibiotika
°C	.....celsiův stupeň
CEA	.....karcinoembryonální antigen
CRP	.....cereaktivní protein
cm	.....centimetr
CT	.....počítačová tomografie
FA	.....farmakologická anamnéza
FW	.....sedimentace
g	.....gram
g / l	.....gram na litr
i. m .	.....intramuskulárně, do svalu
IS	.....indikační skupina
i.v.	.....intravenózní aplikace, do žíly
JIP	.....jednotka intenzivní péče
KO	.....krevní obraz
KRK	.....kolorektální karcinom
KS	.....krevní skupina
LHK	.....levá horní končetina
mg	.....miligram
mmol / l	.....milimol na litr
NO	.....nynější onemocnění
NSG	.....nasogastrická sonda
NÚ	.....nežádoucí účinky
OA	..... osobní anamnéza
OK	..... okultní krvácení
PMK	..... permanentní močový katetr

RTG S + P ... rentgen srdce, plíce
SPAsociálně pracovní anamnéza
Tbl tableta
TEN tromboembolická nemoc
TK krevní tlak
TNM nádor,lymfatické uzliny, vzdálené metastázy
TT tělesná teplota
INR protrombinový čas
EKG elektrografie
PHK pravá horní končetina
O₂ kyslík
OP ošetřovatelský proces
USultrasonografie

Seznam použité literatury

- 1) Staňková, M., : Základy teorie ošetrovatelství, Univerzita Karlova, Praha 1996
- 2) Dienstbier, Z., Skala, E., : Nádorová diagnostika pro lékaře v praxi, Grada, Praha, 1995
- 3) Zavoral, M., Ladmanová, P., Epidemiologie. Postgraduální medicína, 1999
- 4) Skříčka, T., : pokus o chirurgický standard. Postgraduální medicína, 1999
- 5) Čermák, J., Grulich, R., : Kolorektální karcinom, ZDN / LL, 2003, č. 20 str. 12 – 15
- 6) Bauer, J., : Obecná a speciální onkologie, Anomal, Praha, 1993
- 7) Kolektiv autorů: Manuál prevence v lékařské praxi, VII. Doporučené preventivní postupy v primární péči, Státní zdravotní ústav, Praha, 1999
- 8) Jablonská, M., : Kolorektální karcinom. Grada publishing, Praha 2000
- 9) Hoch, J., a kol. : Speciální chirurgie, Maxdorf, Praha, 2001
- 10) Rozsypalová, M., Staňková, M., : Ošetrovatelství 1 / 2, Praha, 1999 str. 146
- 11) Bauer, a kol. : Obecná a speciální onkologie. Anomal, 1993
- 12) Lawrence, E., a kol. : Současná chirurgická diagnostika a léčba. 2. díl, Grada publishing, Praha, 1998
- 13) Remedia compendium : III. vydání, Panax, Praha, 1999
- 14) Švikovec, J. a kol. : Pharmindex Bravíř. Medi – Media, Informatorium, Praha, 2001
- 15) f,file: //A :/ NewPage1 bestanden/ kolorektal – karc.htm.
- 16) Klener, P.,:Protinádorová chemoterapie, Galén, Praha, 1996
- 17) Hoch, J., : Jak nemocného sledovat. Postgraduální medicína, 1999, č. 2 , str. 89 – 91

- 18) Zavoral, M., Frič, P., : Sekundární prevence. Postgraduální medicína, 1999, č. 2, str. 104 – 105
- 19) Mandys, V., : Prognostické faktory. Postgraduální medicína, 199, č. 2, str. 81 – 82
- 20) Čihák, R., Anatomie 2. Avicenum, Praha, 1988
- 21) Holubec, L., a kol. : Kolorektální karcinom – současné nemoci, diagnostika a léčba, Grada publishing, 2004
- 22) Mastiliáková, D., : Úvod do ošetrovatelství I. Karolinum, Praha, 2003
- 23) Trachtová, E. a kol. : Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu. IDVPZ, Brno, 1999
- 24) Vašátková, I., a kol. : Ošetrovatelská dokumentace, IDVPZ, Brno, 2001
- 25) Křivohlavý, J.,: Vážně nemocný mezi nána, Avicenum, Praha, 1989
- 26) Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M., : Speciální psychologie, IDVPZ, Brno, 2001
- 27) Lemon, I, Učební texty pro sestry a porodní asistentky WHO, Copenhagen, 1996
- 28) Neuvirt, j., Fiferová, G., : Ošetrovatelství II, Informatorium, Praha, 1998
- 29) Vyhnánek, F., a kol. : Chirurgie II pro střední zdravotnické školy, Informatorium, Praha, 1997
- 30) Rokyta, R., a kol. : Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech, ISV, Praha, 2000
- 31) Staňková, M. : Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe, Brno, IDVPZ, 2002
- 32) <http://www.hpb.cz/cz/cas/05-2/index.html>

Příloha

Ošetřovatelský záznam