

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Yuliya Sedeshova

Ošetřovatelská péče o pacienta s vředovým onemocněním žaludku s komplikovaným pooperačním průběhem

*Nursing care of a patient with gastric ulcer with
complicated postoperative period*

Bakalářská práce

Praha, květen 2015

Autor práce: Yuliya Sedeshova

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF**

Konzultant: **as. MUDr. David Jirava**

Pracoviště konzultanta: **Chirurgická klinika FNKV, Praha**

Termín obhajoby: 23. června, 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK – jsou totožné.

V Praze dne 20. května, 2015

Yuliya Sedeshova

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu as. MUDr. Davidu Jiravovi za ochotu, toleranci a odborné připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

Velké poděkování patří také staniční sestře JIP Bc. Ivaně Šturmové za podnětné rady v oblasti ošetrovatelství a vzor dobré sestry.

Mé zvláštní poděkování patří PhDr. Marii Zvoníčkové za vynikající pedagogické vedení, trpělivost, shovívavost a laskavý přístup. Její hluboké vědomosti a cenné rady mi pomohly zaměřit se na podstatu problému a inspirovaly mě při vypracovávání bakalářské práce.

Rodině a blízkým životním přátelům bych chtěla poděkovat za jejich morální podporu po dobu mých studií.

Abstrakt

Vředová choroba gastroduodena patří ke kategorii civilizačních chorob a její incidence je poměrně vysoká. Terapie bývá většinou konzervativní a dobře řešitelná, ale může se stát, že se léčba zkomplikuje. Tato bakalářská práce byla zpracována formou případové studie. Případová studie se týká pacienta se závažnými pooperačními komplikacemi a zdůrazňuje důležitost precizní ošetrovatelské péče. Popisuje 65letého polymorbidního pacienta, který podstoupil plánovaný operační výkon pro stenózu GEA. Po resekci žaludku typu BII se léčba zkomplikovala dehiscencí laparotomie a gastroenteroanastomózy. Kvalitní ošetrovatelská péče na JIPu, vycházející z holistického pojetí nemocného člověka, zabránila vzniku nových komplikací a vedla k vyléčení nemocného. Hlavním zjištěním je, že význam ošetrovatelské péče spočívá v tom, aby se ke komplikacím po operačním zákroku nepřidaly komplikace z dlouhodobého pobytu na lůžku.

Klíčová slova: gastroenteroanastomóza, význam ošetrovatelské péče, precizní, pooperační komplikace, imobilizační syndrom.

Abstract

Gastric ulcer disease belongs to the category of lifestyle diseases and its incidence is quite high. With conservative therapy it is usually easily resolved but treatment can be complicated. This bachelor thesis takes the form of a case study. The case study describes a patient with serious post-surgical complications and emphasizes the importance of precise nursing care. This thesis describes a 65 years old polymorbid patient who had elective surgery for GEA stenosis. The type BII gastric resection was complicated by dehiscence laparotomy and gastroenteroanastomosis. High quality nursing care in the ICU based on the holistic concept helped prevent the emergence of new complications and led to an uncomplicated recovery. The main finding is that nursing care is important in preventing complications related to being bed – ridden after an operation.

Keywords: gastroenteroanastomosis, importance of nursing care, precise, postoperative complications, immobilization syndrome.

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 TEORETICKÁ ČÁST	11
1.1 Epidemiologie onemocnění	11
1.2 Anatomie a fyziologie žaludku.....	12
1.2.1 Anatomie	12
1.2.2 Fyziologie	13
1.3 Vředová choroba gastroduodena	13
1.3.1 Klinický obraz a diagnostika	14
1.3.2 Komplikace a jejich diagnostika	14
1.3.3 Chirurgická terapie vředové choroby	15
1.3.4 Komplikace po operacích vředové choroby	16
1.3.4.1 Časně komplikace	16
1.3.4.2 Pozdní komplikace	17
1.3.5 Prognóza	18
2 KAZUISTIKA	19
2.1 Anamnéza	19
2.1.1 Lékařská anamnéza	19
2.1.2 Ošetřovatelská anamnéza	21
2.2 Průběh hospitalizace.....	25
2.3 Ošetřovatelské problémy	28
2.3.1 Riziko infekce v místě invazivních vstupů a riziko celkové infekce z důvodu operační rány a reoperace	28
2.3.1.1 Centrální žilní katétr	29
2.3.1.1.1 Kontrola místa zavedení CŽK.....	29
2.3.1.1.2 Sledování tělesné teploty a ATB léčba	30
2.3.1.1.3 Permanentní močový katétr	32
2.3.1.1.4 Výživná jejunostomie	33
2.3.1.1.5 Drén břišní trubicový.....	34
2.3.1.1.6 Drén břišní Redonův	35

2.3.1.7 <i>Operační rána po laparotomii</i>	35
2.3.2 Riziko pádu.....	35
2.3.3 Riziko vzniku dekubitů z důvodu dlouhodobé imobilizace a kachexie	37
2.3.3.1 <i>Zvládnání dlouhodobé imobilizace</i>	38
2.3.3.2 <i>Zvládnání kachexie</i>	39
2.3.3.2.1 <i>Rizika enterální a parenterální výživy</i>	42
2.3.4 Bolest z důvodu operačního výkonu	42
2.3.4.1 <i>Zvládnání spánku</i>	45
2.3.5 Riziko TEN z důvodu dlouhodobé imobilizace	46
2.3.6 Riziko bronchopneumonie z důvodu dlouhodobé imobilizace a CHOPN v anamnéze	48
2.3.7 Psychosociální problematika	51
2.4 Dlouhodobá péče	53
3 DISKUZE.....	54
4 ZÁVĚR.....	60
Seznam použité literatury.....	61
Seznam použitých zkratk.....	65
Seznam příloh	66

Motto

„Sami víme, že to, co děláme, je kapkou do moře. Ale kdyby tahle kapka v moři nebyla, chyběla by tam.“

Matka Tereza

ÚVOD

Čas mění nejenom mravy a normy, ale i nemoci lidí. Kdysi byly hlavními příčinami nemocí úrazy a infekce. Po uplynutí století se v nynější uspěchané době na počtu onemocnění a předčasné úmrtnosti ve značné míře podílí civilizační choroby. Civilizační nemoci jsou celosvětovým problémem a jejich incidence neustále stoupá. Vředová choroba gastroduodena patří k této kategorii chorob, její výskyt je poměrně častý (v literatuře se uvádí až 10 % populace).

A priori každý z nás může být ohrožen, což je varovným příznakem, a proto je důležité zabývat se problematikou tohoto onemocnění a to i z ošetrovatelského hlediska. Cílem mé bakalářské práce bylo zpracování případové studie ošetrovatelské péče o pacienta s vředovým onemocněním žaludku s komplikovaným pooperačním průběhem na jednotce intenzivní péče.

V době praxe na JIP jsem potkala 65letého pana J. B., který se pro mě stal zajímavým jako člověk i jako pacient. Byl to typický pacient jednotky intenzivní péče, u něhož byl navíc pooperační průběh zkomplikován. Můžeme říct, že se pacientovi vředová choroba od jejího objevu až do popsaného okamžiku třikrát zkomplikovala, a řešení těchto komplikací: stenóza pyloru (2013), stenóza anastomózy (2014), dehiscence laparotomie a gastrojejunální anastomózy (2014), bylo vždy operační. K tomu měl pacient ještě přidružená onemocnění, což se také projevilo na průběhu hospitalizace a celkovém stavu. Díky ošetřování tohoto pacienta jsem si uvědomila problematiku JIP a význam poctivé ošetrovatelské péče potřebné ke zvládnutí tak závažného onemocnění.

Práce je rozdělena na dvě části: teoretickou a empirickou. V teoretické části jsou popsány epidemiologie a patofyziologie onemocnění, dále vyšetřovací metody, symptomatologie, terapie, komplikace vředové choroby a jejich diagnostika, komplikace po resekčních výkonech na žaludku a prognóza.

Empirická část je zpracovaná formou případové studie, kde jsem se důkladně zabývala průběhem onemocnění z ošetrovatelského hlediska. Nejprve jsem popsala informace z lékařské dokumentace, jako je lékařská anamnéza a průběh onemocnění. Dále jsem se podrobně věnovala ošetrovatelské anamnéze podle modelu M. Gordonové a z toho vyplývajícím ošetrovatelským problémům.

V diskuzi jsem shrnula zásadní poznatky českého a zahraničního ošetrovatelství, zabývající se komplexní ošetrovatelskou péčí, která vychází z holistického pojetí člověka. V závěrečné části uvádím seznam použité literatury, seznam zkratk a přílohy.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Epidemiologie onemocnění

„Vředová nemoc postihuje přibližně 10 % populace. Roční prevalence v západních zemích je udávána v rozmezí 1, 0 – 2, 5 % u mužů ve věku 25 – 60 let. U žen je prevalence přibližně stejná, dle některých pramenů mírně nižší. Výskyt vředové nemoci je různý v závislosti na geografické oblasti. Velice nízký výskyt vředové nemoci je uváděn u Eskymáků, naopak vysoký výskyt byl zaznamenán v Asii a v Africe“ (4, s. 17).“ V Evropě jsou duodenální vředy častější než žaludeční, ale například v Japonsku jsou oba typy zhruba stejně časté. Incidence a prevalence vředové choroby v Evropě v posledních desetiletích trvale klesá. (17, s. 42)

Odhaduje se, že v české populaci je bakterií *Helicobacter pylori* osídleno 50 – 60 % populace (17). V současné době však klesá počet osob s vředovou nemocí podmíněnou přítomností infekce Hp a v etiologii slizničních lézí žaludku převládají léky, především nesteroidní antiflogistika. (3)

Pro vředovou chorobu byl typický sezónní výskyt na jaře a na podzim, tato pravidelnost výskytu však byla ovlivněna eradikací *Helicobacter pylori*. Peptický vřed se také častěji objevuje u pacientů s krevní skupinou 0, což je pravděpodobně dáno jejich sníženou odolností vůči patogenním kmenům Hp.

Vředy se častěji objevují u pacientů, pro jejichž profese jsou příznačné stresové situace, ve vyšších věkových skupinách přibývá pacientů, u nichž jsou vředy zapříčiněny užíváním nesteroidních antirevmatik, častěji se vředy objevují u kuřáků. (16)

1.2 Anatomie a fyziologie žaludku

1.2.1 Anatomie

Žaludek (gaster, ventrikulus) je vakovitý orgán velmi proměnlivého tvaru (záleží na náplni, poloze těla, konstituci, věku apod.), nejčastěji má tvar písmene J, tzv. žaludek hákovitý. Maximální délka je 25 cm a šířka 15 cm. Jeho kapacita se blíží 2000 ml, ale u novorozence je to pouhých 35 ml, u šestiměsíčního dítěte 80 ml. Jeho vnitřní plocha (600 – 900 cm) je zvětšena řasami na 3000 cm. (31)

Žaludek leží v levé brániční klenbě a lze na něm rozlišit přední a zadní stěnu, *paries anterior a paries posterior*. Přední stěnou se dotýká jater, bránice a břišní stěny, zezadu najdeme ledvinu, nadledvinu, slezinu, slinivku břišní. Místa, kde přechází přední stěna do zadní, se nazývají žaludeční ohbí.

Žaludek dělíme na *fundus gastricus*, tělo žaludku (*corpus gastricum*) a pylorickou část (*parspylorica*). *Fundus gastricus* je slepě končící vrchol žaludku uložený v levé klenbě brániční. Bývá naplněn spolykaným vzduchem. Na jeho boční pravé straně do žaludku vstupuje jícen. Toto místo se označuje jako kardiie (*cardiagastici*). Fundus pokračuje plynule do těla žaludku. Tělo žaludku přechází zářezem (*incisuraangularis*) do pylorické části a končí vrátníkem (*pylorus*), kde přechází do duodena. (25) Sliznice žaludku je červená a od světlejší sliznice jícnu ji odděluje ostrá klikatá čára – gastroezofageální junkce. Svalovina žaludku je hladká, má tři vrstvy. Zevní vrstvu žaludku tvoří peritoneum.

„Tepny odstupují z větví *truncuscoeliacusa* probíhají podél žaludečních ohbí, žíly ústí do *v. portae*, mízní cévy odvádějí lymfu do uzlin kolem *truncuscoeliacus*. Parasympatickou inervaci obstarává *n. vagus* (zvyšuje peristaltiku a sekreci), sympatickou inervaci splanchnické nervy (účinek je opačný, ale zvyšují kontrakce *m. sphincter pylori*). V autonomních nervech jsou obsažena také senzitivní vlákna, která vedou pocity tlaku, chladu, tepla a bolesti.“ (18, s. 40)

1.2.2 Fyziologie

Žaludek plní **mechanickou** funkci, která spočívá ve skladování, rozmělnění potravy a jejím vyprazdňování do duodena, a **chemickou**, která tkví v jejím částečném natrávení. Žaludeční žlázy produkují denně 1,5 – 2 litry žaludeční šťávy, která obsahuje:

- Kyselinu chlorovodíkovou (HCl) – způsobuje nabobtnání vaziva ve tkáni, chrání vitamíny B a C před natrávením, ničí spolknuté bakterie, kvasinky a plísně a aktivuje pepsin, enzym rozkládající bílkoviny, a vnitřní faktor zodpovědný za vstřebávání vitamínu B12. Při chronických zánětech nebo nádorech žaludku může vnitřní faktor v žaludeční šťávě chybět, což se projevuje těžkou chudokrevností. Tyto látky jsou produkovány krcími buňkami.
- Mucin – vytváří na sliznici žaludku asi 1 mm silnou vrstvičku ochranného filmu, který ji chrání před účinkem HCl, je produkován vedlejšími buňkami
- Pepsin - enzym trávicí bílkoviny, na jeho produkci se podílí hlavní buňky
- Gastrin, který reguluje sekreci žaludeční šťávy, je produkován G-buňkami.

Histamin, který je přítomen ve sliznici žaludku, velmi účinně zvyšuje především sekreci HCl. (31)

1.3 Vředová choroba gastroduodena

„Vředová choroba je specifické lidské onemocnění vedoucí k defektu sliznice peptickou korozi epitelu.“ (8, s. 82) Nezbytnou podmínkou pro vznik vředu je přítomnost kyseliny chlorovodíkové, která přeměňuje pepsinogen na pepsin. Pro vznik peptického vředu je rozhodující nerovnováha mezi agresivními a projektivními faktory. *Agresivní* faktory jsou *Helicobacter pylori*, který je přítomen u většiny nemocných s vředovou chorobou, léky (kyselina acetylsalicylová, kortikosteroidy, nesteroidní antiflogistika, cytostatika), kouření, alkohol, káva, některá koření, porucha mikrocirkulace (stresové vředy), žlučové kyseliny, lysolecitin (uplatňují se při duodenogastrickém refluxu) a HCl (kyselina chlorovodíková). K *projektivním* faktorům patří normální složení a množství žaludečního hlenu, sekrece hydrogenuhličitanů (neutralizují kyselou žaludeční šťávu), zásaditost slin, pankreatické šťávy, alkalický vliv potravy, regenerační schopnost buněk, endogenní prostaglandiny.

1.3.1 Klinický obraz a diagnostika

Vředová choroba duodena je charakterizována bolestí v epigastriu ve střední čáře nebo napravo od ní, bolest se objevuje nalačno, ustupuje po požití jídla a po antacidech. *Vředová choroba žaludku* má méně charakteristické příznaky: dominuje bolest, ale její vazba na příjem potravy není tak těsná. (27) Diagnostika vředové choroby žaludku a duodena zahrnuje:

- **Anamnézu.** Význam mají informace o životním stylu pacienta, o způsobu a pravidelnosti jeho stravování a hydratace, velmi důležité jsou informace týkající se charakteru, intenzity, lokalizace a vyzařování bolesti, včetně časových údajů.
- **Fyzikální vyšetření.** Důležité je vyšetření per rectum k vyloučení krvácení.
- **Diagnostické testy ke zjištění přítomnosti infekce *Helikobakter pylori*:** rychlý ureázový test, histologické vyšetření, kultivace, dechová zkouška a vyšetření stolice.
- **Ultrazvuk** může vyloučit jiné příčiny a RTG břicha vestoje ukáže proužek plynu pod bránicí při perforaci vředu. CT vyšetření má největší význam u komplikací jako je perforace a penetrace do okolních tkání a orgánů. RTG vyšetření s kontrastní látkou je důležité při stenóze a perforaci.
- **Endoskopické vyšetření (ezofagogastroduodenoskopie)** je základním a nezbytným vyšetřením k posouzení povahy vředové léze a její správné léčby.

1.3.2 Komplikace a jejich diagnostika

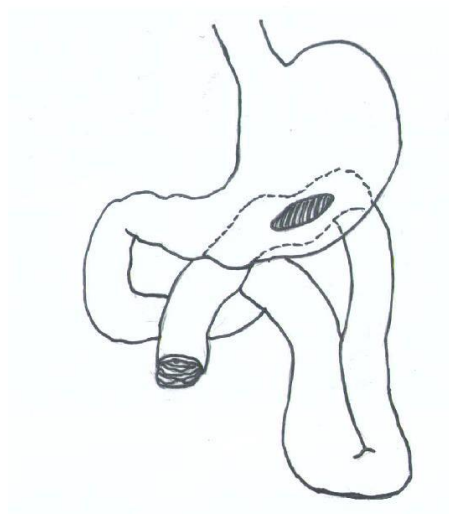
Komplikace vředové choroby jsou závažné a často také ohrožují pacienta na životě.

- **Perforace** se projevuje únikem žaludečního obsahu do peritoneální dutiny.
- **Penetrace** vzniká při pronikání vředu do sousedních orgánů, nejčastěji do pankreatu. *Diagnostika:* z typické anamnézy a klinického nálezu. Na nativním RTG břicha a sonografii se ukazuje přítomnost volného vzduchu.
- **Krvácení** se projevuje hematemézí, melénou, hypotenzí a anémií. *Diagnostika:* anamnéza, urgentní endoskopie.
- **Při stenóze** má nemocný příznaky poruchy evakuace žaludku, má bolesti v epigastriu, nauzeu, opakovaně zvrací nestrávený obsah, častý je úbytek tělesné

hmotnosti. *Diagnostika:* RTG pasáž kontrastní látkou a endoskopie (je důležitá k odlišení od maligní stenózy). „Léčba je v 75 procentech chirurgická, rozhodnutí o typu operace záleží na rozsahu ulcerózních změn. Nejčastěji se provádí resekce žaludku I. typu, dalším možným řešením je vagotomie s antrektomií kombinovaná s rekonstrukcí dle BII, vagotomie s pyloroplastikou, gastroduodenostomií dle Jaboulaye nebo gastroenteroanastomózou.“(27)

„Gastroenteroanastomóza je spojení žaludku s první kličkou jejuny a provádí se pro jinak neřešitelnou překážku v oblasti pyloru. Častěji se zakládá zadní gastroenteroanastomóza podle Hackera – GEA posteriori.“ (8, s. 77)

Obrázek 1 – Zadní gastroenteroanastomóza podle Hackera



J. Hoch, Speciální chirurgie, modifikováno autorkou. Pacient prodělal tuto operaci v dubnu 2013.

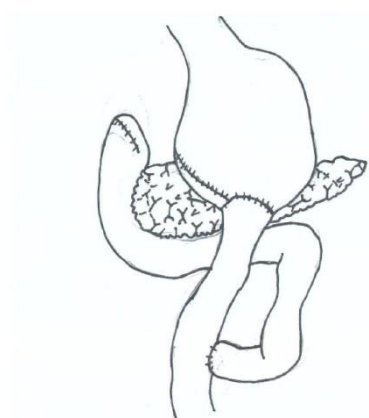
1.3.3 Chirurgická terapie vředové choroby

V poslední době klesla indikace chirurgické léčby vředové choroby díky moderní léčbě, zavedení nových diagnostických a endoskopických metod. Operačně se řeší pouze závažné komplikace tohoto onemocnění.

Typ chirurgického výkonu závisí na mnoha faktorech, například na typu a pokročilosti vředové choroby, stavu nemocného, možnostech pooperační péče, na zkušenostech operátora a na zvyklostech pracoviště. Nejčastěji používanými výkony jsou resekce žaludku I. typu (Billroth I, tj. obnovení kontinuity trávicí trubice

ce gastroduodenoanastomózou koncem ke konci), resekce II. typu (Billroth II – gastrojejunoanastomóza koncem ke straně se slepým uzávěrem duodena), eventuálně s obnovením kontinuity podle Rouxe na exkludovanou jejunální kličku, proximální selektivní vagotomie, trunkální vagotomie s pyloroplastikou, s gastroenteroanastomózou nebo s antrektomií, či lokální ošetření komplikací ve formě sutury perforovaného vředu laparoskopickou nebo laparotomickou cestou nebo opich krvácejícího vředu. (42)

Obrázek 2 – Resekce žaludku – Y – anastomóza podle Rouxe



J. Hoch, Speciální chirurgie, modifikováno autorkou. Pacient prodělal tuto operaci 13. 6. 2014.

1.3.4 Komplikace po operacích vředové choroby

Komplikace vředové choroby mohou být poměrně závažné až život ohrožující a kromě „klasické“ medikamentózní léčby častěji vyžadují endoskopické nebo chirurgické zákroky.

1.3.4.1 Časné komplikace

Po resekci žaludku I. a II. typu vznikají ihned při hospitalizaci nemocného a v brzkém pooperačním období.

- a) **Dehiscenci anastomózy** – může způsobit technická chyba při rekonstrukci anastomózy (*primární dehiscence*), nejčastěji v místě horního rohu anastomózy. Projeví se peritoneálními příznaky a horečkou už v prvních dvou až třech dnech po operaci. Podezření na dehiscenci anastomózy může potvrdit sono-

grafie. Při podání barviva (roztok metylénové modři) žaludeční sondou se sekret z drénu zabarví modře. *Sekundární dehiscence* může vzniknout v důsledku ischemické nekrózy duodena (zřídka žaludku), při poruše krevního zásobení, zejména tehdy, pokud je anastomóza namáhaná tahem. Projeví se peritoneálními příznaky, zvýšením teploty, případně zvracením až 3. – 6. den po operaci. Po podání barviva žaludeční sondou se barvivo objeví v sekretu. (2)

- b) Stenóza anastomózy** – může být přechodná (příčinou je edém nebo hematoma v anastomóze) nebo organická (zapříčiňuje ji technická chyba nebo nevhodná indikace resekce BI).
- c) Pooperační intra – aextraluminární krvácení** je vzácné.
- d) Pooperační pankreatitida** – je obávanou hemoragicko-nekrotickou komplikací po operaci žaludku a může být smrtelná. Je způsobena podrážděním pankreatu při resekci.
- e) Syndrom přívodné kličky** (vzniká městnáním v přívodné kličce, která je dlouhá nebo částečně stlačená, příznakem je bolest v epigastriu po jídle, nauzea a zvracení) a odvodné kličky (způsoben uzávěrem odvodné kličky, projevuje se zvracením hned po jídle a křečovitými bolestmi břicha).
- f) Inkarcerace jejuna do mesocolontransversum** je téměř vždy způsobena technickou chybou a projevuje se příznaky vysokého strangulačního ilea.
- g) Obstrukční ikterus** může být způsoben poraněním a ligaturou d. choledochus při komplikované preparaci v oblasti lig. hepatoduodenale.
- h) Poranění okolních orgánů a struktur.**

1.3.4.2 Pozdní komplikace

Po resekci žaludku vznikají s odstupem dnů a týdnů po propuštění pacienta.

- a) Časný dumping syndrom** (tzv. syndrom žaludeční inkontinence) je způsoben rychlým přechodem tráveniny z žaludku do tenkého střeva. Projevuje se 10 – 30 minut po jídle a je charakterizován tachykardií, dušností, hypotenzí, bolestmi břicha, extrémní únavou a ospalostí.
- b) Pozdní dumping syndrom** je hypoglykemický stav, který bývá způsoben rychlým vyprazdňováním nestravitelných cukrů z pahýlu žaludku. Zhruba 1 – 3 hodiny po jídle vznikají pocity slabosti, pocení, pocity hladu, závratě a třes.

- c) **Syndrom přírodní kličky a syndrom odvodné kličky** jsou způsobeny stejnými příčinami jako výše popsané akutní stavy, ale obtíže se projeví až po delší době od operačního výkonu.
- d) **Peptický vřed v anastomóze či v odvodné kličce jejunu** – příčinou vzniku může být chybné provedení chirurgického výkonu, hypersekrece v pahýlu žaludku (způsobená Zollingerov – Ellisonovým syndromem, hyperkalcémií, endokrinními poruchami) a ulcerogenní léky (salicyláty, kortikosteroidy, indometacin apod.). (2, 8, 27, 42)
- e) **Malabsorpce a anémie** - peptický vřed a žaludeční operace jsou často spojeny s malnutricí. Lata uvádí anémii jako poměrně častou komplikací. (17, s. 47)
Chybění vnitřního faktoru způsobuje deficit vitamínu B12, je nutná substituce.

Velikost proteinových zásob organismu a intenzita jejich odbourávání jsou významné faktory, které určují dlouhodobý výsledek léčby po úrazu či operaci. Malnutrice je příčinou zhoršeného hojení, zvýšeného rizika komplikací a je spojena s imunosupresí, která se častěji komplikuje infekcemi, především pooperačním zápallem plic. (7)

1.3.5 Prognóza

V dnešní době prognóza vředové choroby žaludku a duodena je ve většině případů příznivá. Na tom se podílí významný pokrok v konzervativní léčbě tohoto onemocnění a nové diagnostické metody. Předpokladem ale je, že nemocný bude dodržovat doporučená léčebná režimová opatření. Mnohdy obtíže spontánně se ustávají i bez léčby. Chirurgická léčba žaludečních vředů se provádí zcela výjimečně, a to v případech komplikací.

2 KAZUISTIKA

2.1 Anamnéza

2.1.1 Lékařská anamnéza

Anamnestické údaje byly odebrány ze zdravotní dokumentace.

Pacient: pan J. B.

Věk: 65

Pohlaví: M

Kontaktní osoba: syn

Adresa: Praha

Osobní anamnéza: Vředová choroba duodena – st. p. ulcerogenní postbulbární stenóze duodena provedena gastroenteroanastomóza (4/2013).

ICHS – nemoc 2 tepen 3/2013, bez intervence.

Hyperplazie prostaty

Atrofie pankreatu

Cysta ledviny

Divertikulóza sigmatu

Arteriální hypertenze na terapii

Osteoporóza

Ischemická choroba dolních končetin

Močení spíš méně. Stolice spíš zácpa. Krvácení v anamnéze: nemá. Glaukom: nemá.

Operace: st. p.. ulcerogenní postbulbární stenóze duodena provedena gastroenteroanastomóza (4/2013).

Úrazy: 0

Farmakologická anamnéza: Vasdokardin 50 mg 1/2–0–1/2, Helicid 20 mg 1-0-1, Degan 10mg 1-0-1, Atoris 10 mg 0-0-1, Fraxiparine 0,4 ml, Oliclinomel N9 2000ml+1 amp. Carnevit.

Abusus: Alkohol: abstinent půl roku – dříve 2- 3 malá piva. Kouření: 15 cigaret denně od 20ti let, celkem kouří 33 let. Návykové látky: 0. Analgetika: 0

Pracovní anamnéza: vrátný na 3. LF

Sociální anamnéza: žije se synem a vnučkou

Rodinná anamnéza: neví

Alergie: nejuje

Objektivní: TK: 110/70. 130/85 na odd. P: 110/min., 70/min. TT: 36,5 C. DF: 14/min.

Výška: 180 cm

Hmotnost: 55 kg

BMI: 17

Povrch těla: 1, 703

Celkový stav: afebrilní, kachexie, při vědomí, orientovaný v čase, prostoru a osobou, dušný při námaze, anemický, slabý, bez ikteru a cyanózy. Hydratace snižená.

Hlava: jazyk plazí ve střední čáře, suchý. Bulby volně pohyblivé všemi směry, bez nystagmu, zornice izokorické, okrouhlé. Bělma bez ikteru. Spojivky anemické. Levým okem prý vůbec nevidí, pravým rozmazaně.

Krk: bpn.

Hrudník: symetrický, dýchání bilaterální, sklípkové, čisté, bez vedlejších fenoménů. Srdce velikosti do mkč, obě ozvy ohraničené, bez šelestu.

Břicho: pod niveau, měkké, volně prohmatné, aperitoneální, peristaltika +. Jizva po horní střední laparotomii klidná, bez dehiscence. Bez hmatné rezistence.

Končetiny: bez otoků, bez známek zánětu. Bez známek HŽT.

Páteř: nebol.

Nynější onemocnění (důvod hospitalizace): příjem k plánované operaci – revize dutiny břišní, stenóza v oblasti GEA.

Onko-team – Z DG, meléna při VCHGD, dle fibrogastroskopie vřed v pyloru až k začátku duodena, st. p. operaci stenózu vředovou, gastroenteroanastomóza side to side, a nyní v místě anastomózy opět stenóza.

Závěr: ad operační řešení překladem přes chirurgickou ambulanci po domluvě interní a chirurgické kliniky.

Diagnóza při přijetí:

K264 Dvanáctníkový vřed chronický nebo neurčení s krvácením

2.1.2 Ošetřovatelská anamnéza

„Holismus je filosofií moderního ošetřovatelství, které chápe člověka jako bio – psycho – socio – spirituální bytost. Odborníci na ošetřovatelskou teorii označují model Marjory Gordon za nejkompexnější pojetí člověka z hlediska holistické filozofie. Neoddělitelnou součástí holistického ošetřovatelství je ošetřovatelský proces.“ (28, s. 15, 102)

Ošetřovatelskou anamnézu jsem odebírala 2. 7. 2014 – 21. den hospitalizace. Anamnézu jsem sbírala do formuláře Ústavu ošetřovatelství 3. LF, který vychází z modelu Marjory Gordonové.

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Subjektivně: Pacient v posledním roce několikrát prodělal rýmu, ale v porovnání s celkovým zdravotním stavem nachlazení vůbec nepovažuje za nějaké onemocnění. Současnou zdravotní úroveň hodnotí vcelku špatně. Za poslední jeden a čtvrt roku prodělal 3 operace GIT (komplikace vředové choroby). K tomu pacient trpí nemocí ledvin, osteoporózou, hypertenzí, má problémy s prostatou a je kachektický. Vlivem medikace bývá unavený. Z ordinací ho nejvíc obtěžují inhalace, které občas může odmítnout. Doma užívá chronickou medikaci, snaží se dodržovat doporučení obvodního lékaře a dietní omezení. Je abstinent už půl roku, dříve pil 2-3 malá piva denně. Pacient je dlouholetý kuřák, kouří asi 15 cigaret denně už 45 let. Největším přáním je brzké propuštění z nemocnice. Druhým velkým přáním pacienta je překlad z JIP na oddělení, aby si mohl vykouřit cigaretu, což neustále opakuje. Pokyny lékařů se celkem snaží dodržovat.

Objektivně: Pacient se necítí dobře. Při rozhovoru se sestrou hovoří otevřeně, ochotně, ale je velmi, velmi unavený. Také je vidět, že nemožnost kouřit má negativní dopad na pocit a náladu pacienta.

Výživa, metabolismus

Subjektivně: Pacient v poslední době uvádí úbytek hmotnosti o cca 5 kg. Před hospitalizací konzumoval 5 – 6x denně menší množství jídla, není vybíravý, z tekutin preferuje vodu. V současné době pacient chuť na jídlo nemá, pije cca 150 – 200 ml z povolených 300 ml a to v případě nabízení personálem. Umělý

chrup má, ale kvůli špatné kompatibilitě jej během hospitalizace de facto vyhodil. Po propuštění plánuje navštívit svého ortodonta, už tam dlouho nebyl.

Objektivně: Hmotnost: 55 kg, výška: 180 cm, BMI: 17,0 (podvýživa). Kožní turgor je snížen, kůže je suchá, pacient je kachektický. Dnes je 6. den po operaci kvůli dehiscenci anastomózy, ordinovaná dieta OS – čajová, maximálně 300 ml denně. Pacientovi byla zavedena jejunální výživná sonda, do ní dostává enterální výživu kontinuálně. Parenterální výživu dostává do CŽK. Na stupnici Nortonové dosaženo 21 bodů, což znamená riziko vzniku dekubitů.

Vylučování

Subjektivně: Před operací močení spíše méně, stolice spíše zácpa. Projímadla pacient neužíval.

Objektivně: Pacient má 19. den Folleyův katétr (16 CH), zavedený při operačním výkonu. PMK je funkční, odvádí čirou moč žluté barvy. Stolice je nepravidelná, naposledy byla před operací (26.6.). Pocení přiměřené, bez oděru.

Aktivita, cvičení

Subjektivně: Pacient nemá pocit dostatečné síly a životní energie, spíše naopak. V běžném životě se aktivně žádnému sportu nevěnoval. Dříve však měl jako bývalý profesionální řidič rád dlouhé služební cesty po Evropě a bývalém Sovětském svazu. Nyní je v důchodu, doma věnuje čas své vnučce, rád si s ní hraje a chodí na procházky. V nemocnici pravidelně čte noviny a rád telefonuje.

Objektivně: Pacient je ležící, pohyblivý. Ordinovaný pohybový režim: klid na lůžku. Při provedení ranní hygieny si samostatně vyčistí zuby, umyje si obličej a genitál. Při výměně ložního prádla je schopen být s oporou zhruba dvě minuty vertikalizován. Za pacientem denně dochází rehabilitační sestra. Jako prevence TEN má ordinovaný Fraxiparine 0,4 s. c. 1x denně.

Barthel test = 50 bodů (závislost středního stupně).

Riziko pádu (dle Conleyové upraveno Juráskovou) = 11 bodů (střední riziko).

Spánek, odpočinek

Subjektivně: Pacient se po probuzení necítí odpočatý a svěží. Noční děsy nemá. Hypnotika neužívá. Budí se v noci kvůli podání medikace a občas bolestí. Jako

návyk související se spánkem pacient uvádí šálek kávy těsně před spánkem (což nevádí usínání).

Objektivně: Usíná kolem 00.30, po podání medikace ve 24.00. Pak dostane ATB ve 2.00 hodiny, takže se zase probudí. Celkem má pacient maximálně 3-4 hodiny nepřerušeno spánku. Vždy spí nějakou dobu přes den.

Vnímání, poznávání

Subjektivně: Žádné potíže se sluchem pacient nemá. Uvádí, že při hospitalizaci (5/2014) viděl několik dní jako přes hadr. Potom se zrak vrátil do původního stavu. Pacient má brýle na čtení a na dálku, vyhovují mu. Oční kontrola byla naposledy loni, jinak oční konzilia na začátku hospitalizace. Za poslední dva roky udává lehké zhoršení paměti ve smyslu zapamatování nových věcí.

Bolest dle VAS=3.

Objektivně: Pacient je plně orientovaný místem, časem a osobou. Vyjadřuje se jasně, oční kontakt i pozornost udrží bez problémů. To ale platí omezený časový úsek, cca 10 – 15 min, potom se pacient unaví. Pacient byl poučen o svém zdravotním stavu.

Glasgow Coma Scale =15 bodů (pacient je při plném vědomí).

Sebekoncepce, sebeúcta

Subjektivně: Pacient se cítí unavený, slabý. V životě spoléhá na sebe, v náročnějších situacích se poradí se synem. I když je laděn spíše pesimisticky, nemá strach prolongace hospitalizace. Nemocného zlobí, že není schopen překonat únavu, že nemá možnost kouřit, je nešťastný z velkého množství invazivních vstupů a katetrů. Své vnučce pacient nedovolil návštěvy v nemocnici, rozhodně nechce, aby ho viděla v takovém fyzickém stavu.

Objektivně: Sám kontakt nenavazuje, ale ochotně spolupracuje a odpovídá na dotazy. Občas je dost ironický, což je celkem pochopitelné.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Subjektivně: Se synem a milovanou devítiletou vnučkou žije v třípokojovém bytě. Je rozvedený, kvůli bývalé manželce přišel o byt a tento fakt nemocného dlouhodobě zlobí. Pacient je v důchodu. Pocit osamělosti nemá, podporuje ho

rodina. Říká, že je dobře, že je vnučka v Chorvatsku a že ho nevidí v takovém stavu.

Objektivně: Necítí se izolovaný od rodiny a okolí. Když mluví o vnučce, jeho tvář září láskou.

Sexualita, reprodukční schopnost

Subjektivně: Pacient ví, že má delší dobu zvětšenou prostatu, ale potíže mu to nedělá.

Objektivně: Počítám, že s ohledem na věk a stav pacienta by nebylo vhodné ptát se na sexualitu. Proto jsem otázky z této oblasti nekladla.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Subjektivně: Jako největší změny v životě v posledních dvou letech uvádí několik operací a absenci alkoholu. Prožívá stres, který souvisí s jeho nemocí. Pacient neočekával, že bude mít komplikovaný pooperační průběh a že bude reoperován. Stres prohlubuje nemožnost kouřit. Kontakt se synem a časté telefonování kamarádovi pomáhá snížit napětí.

Objektivně: Pacient nyní prožívá napětí, ale i přesto má smysl pro humor a dobrou ironii. Léky ke snížení stresu neužívá.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Subjektivně: Pacient je ateista, věří na osud. Je zvyklý spoléhat se jenom na sebe a svou rodinu. Občas optimista, občas pesimista, nemá rád lidskou hloupost.

Objektivně: Největší zázemí má v rodině.

Jiné

Pacient zatím nemá žádné problémy, které by považoval za důležité sdělit.

2.2 Průběh hospitalizace

3/2013 – Pacient byl přijat na II. interní kliniku pro akcentaci atak zvracení a celkovou slabost. Provedeno vyšetření UZ, CT, gastroskopie. Stanovená diagnóza: deformace pyloru po zhojeném vředu – chronická pylorostenóza, gastrektazie, iontový rozvrat, dehydratace, malnutrice. ICHS, st. p. proběhlé akutní ischemii posterolaterálně bez poruchy funkce LK, st. p. elektivní koronarografii, konzerv. th.

4/2013 – Pacient přeložen na chirurgickou kliniku, kde byl operován. Pro ulcerogenní postbulbární stenózu duodena byla provedena gastroenteroanastomóza (GEA retrocolica posterior cum enteroenteroanastomosis).

5/2014 – Pacient byl přijat na II. interní kliniku kvůli průjmu černavé barvy a poruše vízu ve smyslu rozmazaného vidění. Gastroskopická kongestivní gastropatie, větší stagnační jezírko. Zaslepená oblast vývodné části žaludku – pylorus či bulbos s vředem. Gastroenteroanastomóza neprostopná pro přístroj. Zahájena PPI, provedena kontrolní gastroskopie s biopsií, kde byly nalezeny histologicky chronické, mírně aktivní zánětlivé změny duodenální sliznice s mírnou hyperplazií Brunnerových žlázek, *Helicobacter pylori* nebyl ve vyšetřených vzorcích s jistotou prokázán. Na CT břicha objemná gastrektazie. Nález prezentován na ONKO – teamu, doporučen chirurgický postup. Laboratorně opakované hypergastrinemie. Proveden Osteoscan k vyloučení gastrinomu, výsledek vyšetření nepřesvědčivý. Kvůli nejednoznačným výsledkům stran gastrinomu konzultována primářka S. z VFN, která považuje výsledky jako ne zcela typické pro gastrinom a doporučuje operační řešení stenózy s perioperačním ohledáním pankreatu.

6/2014 – Pacient přeložen na chirurgickou kliniku k plánované operaci – revize dutiny břišní, stenóza v oblasti GEA. Diagnóza při přijetí: K264 Dvanáctníkový vřed chronický nebo neurčení s krvácením.

13. 6. 2014 – Operován, provedena resekce žaludku BII s gastroenteroanastomózou sec Roux ETE, cholecystektomie. Závěr biopsie: resekát distální části žaludku, s obrazem chronické fokálně aktivní gastritis, bez nádorových struktur a bez zastižených slizničních defektů. Bezprostřední pooperační průběh přiměřený.

14. 6. 2014 – Na RTG susp. plicní infarkt lobárně vlevo, elevace CRP, nasazena ATB, malá oběhová podpora. Elevace troponinu, nasazena antiagregace.

27. 6. 2014 – (13. poop. den) Vzestup bolesti břicha, při zvracení rozpad operační rány s výtokem obsahu GIT. *Reoperován pro dehiscenci laparotomie a gastro-jejunální anastomózy, provedena sutura defektu anastomózy a založena výživná jejunostomie.* Na jejunální kličku za původní anastomózou dle Roux zavedena jejunální výživná sonda, tunelizována a fixována v břišní stěně.

2. 7. 2014 – Den odběru anamnézy – pacientovi odebrána krev na KO, minerály, CRP a glykémie. Naordinován klidový režim na lůžku, každé tři hodiny sledujeme fyziologické funkce a bilanci tekutin. Dieta OS čajová, maximálně do 300 ml/den. Pacient dostává kontinuálně do enterální sondy Nutrison 40 ml/hod, v noci G5% 10 ml hod. Parenterální výživa: Smofkabiven 2000ml+ Soluvit 1 amp + Vitalipid 1 amp + Addamel 1ampna 18 hod. ATB: Ciprofloxacin 400 mg, Metronidazol 500 mg. Při bolesti dle VAS nad 2 dostává pacient Novalgín. Detailní popis medikace viz níže.

7. 7. 2014 – Pacient přeložen na standardní oddělení. Další průběh přiměřený, rehabilitace, obnova pasáže, drény a výživná sonda ex, hojení klidné, metalická sutura pevná. Dimise ve stabilním stavu.

16. 7. 2014 – Pacient byl propuštěn domů. Byl doporučen šetrící režim a další péče u praktického lékaře.

2.2.1 Laboratorní hodnoty

Níže prezentované tabulky byly převzaty ze zdravotnické dokumentace pacienta.

Tabulka 1 - Rozbor krve 24. 06. 2014

Natrium	* 135	136-145 mmol/l
Kalium	! 6.29	3.80-5.40 mmol/l
Chloridy	102	98-107 mmol/l
Troponin T hs (high sensitive)	! 102	< 14 ng/l

Tabulka 2 - Krevní obraz 26. 06. 2014

WBC	8.2	4.0-10.8 x10 ⁹ /l
RBC	! 2.89	4.2-5.90 x10 ¹² /l
HGB	*83	140-180 g/l
HCT	*0.25	0.400-0.520 l
MCV	86,9	80.0-98.0 fl
MCH	28.7	27.0-34.0 pg
MCHC	331	320-360 g/l
RDW	*16.0	11.0-14.5 %
PLT	! 905	135-400 x10 ⁹ /l
MPV	9.9	8.0-12.0 fl
PDW	11,1	10.0-18.0 fl
Plateletcrit	*0.89	0.12-0.36 %

Tabulka 3 - Koagulace 26. 06. 2014

Quickův test	14.8	11.0-15.0
Quick kontrola	13.0	11.0-15.0
Q-INR	1.18	0.80-1.20
APTT test	*39.3	28.0-38.0
APTT kontrola	33.7	28.0-38.0
APTT/R	1.17	0.80-1.20

Tabulka 4 – Biochemie 26. 06. 2014

S-Natrium	*133	136-145 mmol/l
S-Kalium	4.70	3.8-5.40 mmol/l
S-Chloridy	101	98-107 mmol/l
S-Kalcium	*1.98	2.00-2.75 mmol/l
S-Anorg. Fosfáty	0.97	0.65-1.61 mmol/l
S-Magnesium	0.77	0.70-1.00 mmol/l
S-Urea	4.73	2.80-8.00 mmol/l
S-Kreatinin enzymově	76	63-104 μmol/l
S-Glukóza	4.33	3.60-5.59 mmol/l
S-Celkový bilirubin	2.5	<21.0 μmol/l
S-ALT	0.41	<0.73 μkat/l
S-AST	0.31	<0.67 μkat/l
S-Alkalická fosfatáza	1.50	0.66-2.20 μkat/l
S-Gamaglutamyltransferáza	0.34	<1.77 μkat/l
S-Celková bílkovina	*49.2	65.0-85.0 g/l
S-Albumin	*21.2	35.0-53.0 g/l
S- C- reaktivní protein	! 114.9	<5.0 mg/l

*výsledek mimo referenční meze, ! varovná hodnota výsledku, !! kritická hodnota výsledku

2.3 Ošetrovatelské problémy

Na základě analýzy ošetrovatelské anamnézy, fyzikálního vyšetření a použití hodnotících škál jsem stanovila níže popsané ošetrovatelské problémy. Informace pro ošetrovatelskou anamnézu jsem sbírala od pacienta, ze zdravotnické dokumentace, od zdravotníků a vlastním pozorováním.

2.3.1 Riziko infekce v místě invazivních vstupů a riziko celkové infekce z důvodu operační rány a reoperace

Nozokomiální infekce představují pro hospitalizované pacienty stále vážný problém a považují se za nežádoucí komplikace zdravotní péče. Mezi rizikové faktory vzniku nemocničních infekcí u nemocných v intenzivní péči patří přítomnost endogenní flóry, nemocniční a patientské faktory a vznik rezistence na antibiotika. To se týká nemocničních faktorů, nemocnice představují rezervoáry mikroorganismů různého stupně patogenity, k tomu díky vysoké koncentraci nemocných na jednotkách intenzivní péče riziko značně stoupá. Z patientských faktorů jsou nejzávažnější chronická onemocnění, operační zákroky, vysoký věk a poruchy kožní integrity. (32)

Nozokomiální infekce přináší další komplikace a mohou způsobit kaskádu dalších negativních důsledků. Riziko infekce lze výrazně snížit preventivními opatřeními, velký význam v nich hraje precizní ošetrovatelská péče.

V okamžiku odběru anamnézy (2. 7.2014) měl pacient tyto invazivní vstupy a rány:

1. Centrální žilní katétr – 15. den zavedení
2. Permanentní močový katétr – 20. den zavedení
3. Výživná jejunostomie – 6. den zavedení
4. Drén břišní trubicový – 6. den zavedení
5. Drén břišní Redonův – 6. den zavedení
6. Operační rána po laparotomii – 6. pooperační den po reoperaci

Důležitým úkolem je sledovat celkový stav pacienta a myslet na možnost sepse, k jejímž příznakům patří horečka, třesavka, pocení, porucha vědomí, pozi-

tivní hemokultivace. U pacienta jsem se zaměřila na včasné odhalení příznaků infekce a na monitorování lokálních a celkových příznaků infekce.

2.3.1.1 Centrální žilní katétr

Zaveden 18. 6. 2014 na JIP, dnes je 2. 7. 2014 – 15. den zavedení.

Lokalizace: věnasubclavia I. dx.

Indikace: zajištění dlouhodobého žilního vstupu s možností aplikace vysokých objemů tekutin a aplikace parenterální výživy.

Plán ošetrovatelské péče: - kontrola místa zavedení CŽK

- ATB terapie
- kontrola tělesné teploty

2.3.1.1.1 Kontrola místa zavedení CŽK

2. 3. 2014 – 16. den zavedení. Dnes jsem provedla převaz centrálního žilního katétru. Převaz CŽK se musí provést vždy za aseptických podmínek. Zhodnotila jsem místo zavedení CŽK a pátrala po typických známkách lokálního zánětu - dolor, calor, rubor, tumor a functio laesa. Pak jsem dezinfikovala okolí vpichu Cutaseptem F, mechanicky očistila sterilní štětičkou, znovu dezinfikovala a po zaschnutí (cca 60 sekund) dala transparentní krytí. Při použití folie Tegaderm + Pad Film Dressing wick Non AdherentPad je doporučeno převázat 1x za 72 hodin nebo dle potřeby (znečištění, prosáknutí). Na krytí jsem zaznamenala datum převazu. Filtr Claveform konektor (Mediofm) se měnil dle doporučení výrobce 1x za 7 dnů. Infuzní set se měnil 1x za 24 hodin.

Důležité je minimalizovat pohyb kanyly, posun v kožním tunelu, rozpojování systému, chránit konce CŽK, nenechávat je volně. Po aplikaci vždy propláchnout FR 1/1 metodou „push – pause“ (metoda přerušovaného proplachu – turbulence usnadňuje proplach).

3. 7. 2014 – 17. den zavedení – na teplotní špičce kolem poledne byly sestrou odebrány vzorky krve na hemokulturu.

4. 7. 2014 – 18. den zavedení – lékař rozhodl odstranit centrální žilní katétr jako možný zdroj zvýšených teplot. Odstranění CŽK bylo provedeno lékařem za ase-

tických podmínek, sestra asistovala. Distální konec CŽK byl odeslán na mikrobiologické vyšetření (sterilní nůžky, sterilní zkumavka). Po odstranění katétru musí být vždy místo vpichu sterilně kryto a mírně komprimováno (20 minut). Po výkonu byl pacientovi doporučen klid na lůžku. Bylo potřeba sledovat možné prosáknutí krytí. Týž den byl lékařem za přísně aseptických podmínek zaveden centrální žilní katétr do véna subclavia sinistra. Sestra připravila sterilní stolek a asistovala lékaři při oblékání sterilních ochranných pomůcek, dezinfekci místa vpichu, podávání lokální anestezie, během výkonu sledovala stav pacienta a udržovala s ním slovní kontakt. Po výkonu přikryla sestra místo vpichu sterilními čtverci a fixovala náplastí (po zavedení je vhodné krýt sterilním čtvercem, protože vpich často krvácí a vyžaduje četnější převazy). Po 24 hodinách nahradila čtverce speciální krycí folií. Výsledky odběru krve na hemokulturu z 3. 7. 2014 – negativní.

V následujících dnech byly převazy prováděny denně za aseptických podmínek. CŽK byl odstraněn lékařem na standardním lůžkovém oddělení (12. den po zavedení) z důvodu dimise pacienta.

2.3.1.2 Sledování tělesné teploty a ATB léčba

Víme, že zvýšená tělesná teplota je celkovým příznakem infekce. U tohoto pacienta bylo sledování tělesné teploty důležitou složkou ošetrovatelské péče. Dle ordinace lékaře se teplota měřila každých 6 hodin digitálním teploměrem.

5. den po reoperaci (den odebrání anamnézy) dostával pacient tato antibiotika:

Ciprofloxacin 400 mg/12 h i. v. 14 – 02

Metronidazol 500 mg/8 h i. v. 16 – 24 – 08

Ciprofloxacin Kabi 400 mg/200 ml infuzní roztok

IS: antibiotikum patřící do skupiny fluorochinolinů

NU: pocit nevolnosti, průjem, zvracení, bolest kloubů, přechodně zvýšené množství některých látek v krvi (transaminázy), ztráta chuti k jídlu, plísňové superinfekce.

Metronidazol 500 mg infuzní roztok

IS: chemoterapeutikum, imidazolový derivát. Není účinný proti aerobním bakteriím, houbám nebo virům.

NU: nejčastější nežádoucí účinky jsou nauzea, zvracení, bolesti břicha, kovová pachut' a průjem.

Pacient začal mít subfebrilie 5. den po operaci, intermitentní fibrilace 12. den po operaci a celou dobu po reoperaci. V případech horečky neznámého původu se v první řadě myslí na tři základní zdroje infekce: plicní infekci, infekci močových cest, katérovou infekci. Proto bylo pacientovi 7. den po reoperaci provedeno RTG plic – beze změn, CT břicha – bez průkazu abscesového ložiska. Také byla odebrána moč z cévky na bakteriologické vyšetření - negativní. Na teplotní špičce 38,5 byla odebrána krev na hemokultivaci. Za 24 hodin oznámila laboratoř předpokládané negativní výsledky, za 48 hodin byla zjištěna citlivost k ATB. Pokud dojde k negativním výsledkům a příčinu horečky nelze určit, vždy se odstraní močový katétr a CŽK, přitom je nutné odeslat konec CŽK na kultivaci (sterilní nůžky, sterilní zkumavka).

Za přísně aseptických podmínek byl zaveden CŽK do v. subclavia sinistra (7. den po reoperaci). Pro intermitentní febrilie s elevací leukocytů byla po dohodě s ATB centrem nařízena změna ATB. Ciprofloxacin a Metronidazol – ex, pacientovi byl ordinován Meronem 2g/8 hod i. v. 16 – 24 – 08.

Meronem 1 g, prášek pro injekční/infuzní roztok

IS: karbapenemová antibiotika. Účinkuje tak, že zabíjí bakterie, které mohou způsobovat závažné infekce.

NU: bolest břicha, nauzea, zvracení, průjem, bolest hlavy, kožní vyrážka, svědění kůže, bolest a zánět, zvýšení počtu krevních destiček v krvi, změny krevních testů.

Meronem byl podáván 10 dnů. Po výše uvedených intervencích teploty během dvou dnů klesly a následující dobu až do dimise byl pacient afebrilní. Riziko infekce představuje velmi rozsáhlý ošetrovatelský problém. Infekce se může vyskytnout po jakémkoliv typu operace u jakéhokoliv pacienta, a následky mohou být naprosto katastrofální. Výskyt se dá snížit, velký důraz by měl být kladen na prevenci. Všechny invaze zvyšují riziko infekce. U pacienta v kombinaci s těmito faktory: malnutrice, věk, velký chirurgický zákrok, reoperace, snížená imunita; riziko značně stoupl. Ale díky precizní ošetrovatelské péči a dobré týmové spo-

lupráci (kvalitní hlášení apod.) se podařilo předejít vzniku infekce u takto oslabeného pacienta.

2.3.1.3 Permanentní močový katétr

Zaveden 13. 6. 2014 na operačním sále, dnes je 2. 7. 2014 – 20. den po zavedení.

Indikace zavedení: peri - a pooperační péče, sledování hodinové diurézy.

Typ katétru: Foleyův katétr, Tiemann latex (silikonized), 16 Ch/r, 5/10 ml.

Plán ošetrovatelské péče: - kontrola místa zavedení PMK (okolí, průchodnost cévky)
- sledování barvy, množství, příměsí v moči
- bilance tekutin

Při ranní hygieně jsem každý den prováděla kontrolu stavu uretry a jejího okolí. Močovou cévku jsem vždy pečlivě umývala, zkontrolovala její průchodnost a zajistili, aby byla pod nohou pacienta (pod kolenem). Nezbytné je umístění sběrného sáčku pod úroveň močového měchýře, pak nedochází ke stagnaci moči. Pokaždé se pacienta dotazovala na subjektivní pocity v okolí uretry. Při rozpojování a opětovném napojování sběrného systému jsem dodržovala zásady asepse, dezinfikovat konce PMK a močového sáčku. Dále jsem dbala na zavěšení sáčku u lůžka – neměl by ležet na podlaze. Močový sáček jsem měnila 1x denně, na nový sáček jsem napsala fixem datum výměny. Kontrolovala barvu, množství a příměsí (krev, hlen) v moči. Byla sledována bilance tekutin, diuréza za 12 hodin, příjem/výdej za 24 hodin, proveden pečlivý záznam do dokumentace.

2. 7. 2014 – je PMK funkční, odvádí čistou moč, množství moči za 12 hodin bylo 800 ml, za 24 hodin 1730 ml.

Příjem celkem: 4000 ml (enterální výživa 850 ml, parenterální výživa 2000 ml, infuze 1000 ml, per os 150 ml)

Výdej celkem: 2120 (moč 1760, Redonův drén 310, břišní drén 50 ml).

Pacient provedl hygienu genitálu sám, žádné nepříjemné pocity v okolí uretry neuvedl. Během následujících dvou dnů neměl pacient s cévkou problémy.

3. 7. 2014 - 21. den – byl na základě ordinace lékaře odstraněn permanentní močový katétr. Příčinou byly intermitentní febrilie neznámého původu. Před odstra-

něním katétru byl odebrán vzorek moči na bakteriologické vyšetření. Výsledky byly negativní. Je nutné pamatovat na to, že by se měl pacient vymočit do cca 6 hodin od odstranění cévky (pacient se vymočil za 4 hod, množství 150 ml).

Další dny byla sledována bilance tekutin po 24 hodinách, diuréza po 12 hodinách. Do konce hospitalizace se u pacienta žádné objektivní ani subjektivní potíže spojené s močením nevyskytovaly.

2.3.1.4 Výživná jejunostomie

Dnes (2. 7. 2014) – 6. den zavedení výživné jejunostomie.

Lokalizace: pravé mezogastrium.

13. 6. 2014 – zavedena nazojejunální sonda a nazogastrická sonda.

27. 6. 2014 – pacient reoperován pro dehiscenci laparotomie a gastrojejunální anastomózy, byla provedena sutura defektu anastomózy a založena výživná jejunostomie. Výživa do jejunostomie byla podávána kontinuálně, speciálním setem, který se měnil 1x denně. Převaz se prováděl asepticky, každý den ráno po vizitě. Sestry se ptaly pacienta na nepříjemné pocity v okolí invaze.

2. 7. 2014 – zjištěna lehká hyperemie místa vstupu sondy, jinak bez známek infekce. Ošetřila jsem dezinfekcí okolí vpichu Cutaseptem F, očistila sterilním čtvercem a ještě jednou odezinfikovala. Po zaschnutí překryla sterilním čtvercem a fixovala náplastí. V ošetrovatelské dokumentaci jsem provedla záznam o existenci lehké hyperemie místa vstupu a věnovala zvýšenou pozornost tomuto zjištění (riziko infekce).

5. 7. 2014 – při převazu jsem žádné změny nekonstatovala. V následující době to bylo na stejné úrovni.

15. 7. 2014 – byla na základě ordinace lékaře na standardním lůžkovém oddělení jejunální sonda odstraněna. Postup byl stejný jako při odstranění drénu. Za aseptických podmínek odstranila sestra krytí, dezinfikovala místo zavedení, zaštípla sondu peánem, odstříhla steh (potřeba dávat pozor na steh, který uzavírá ránu). Potom požádala pacienta, aby na několik sekund zadržel dech a rázným a opatr-

ným pohybem odstranila jejunostomii. Na místo invaze dala sterilní krytí a následně zkontrolovala sekreci ze stopy po sondě. Příští kontrola a ošetření už proběhla na poliklinice.

2.3.1.5 Drén břišní trubicový

2. 7. 2014 – 6. den zavedení. Drén umístěný v malé pánvi (levé hypogastrium). Na konci gumové hadice byl připojen sběrný sáček, který se měnil 1x za 24 hodin. Převaz byl prováděn každý den za aseptických podmínek. Zhodnotil se stav vstupu a okolí. Pak následovala dezinfekce okolí a očista sterilním tampónkem, opět dezinfekce Cutaseptem F, po zaschnutí, krytí sterilním čtvercem a fixace náplastí. Při dnešním převazu nebyly přítomny žádné příznaky infekce. Množství sekretu za 24 hodin bylo 50 ml sanquinolentního charakteru. Tento fakt byl započítán do bilance tekutin.

3. 7. 2014 – 7. den zavedení – lékařem ordinováno zkrácení drénu. Postup byl stejný jako při převazu a opět za aseptických podmínek. Požádala jsem pacienta, aby na několik sekund zadržel dech, sterilními nůžkami odstříhla drén cca 5 cm nad úroveň kůže, zajistila drén sterilním špendlíkem proti zapadnutí do dutiny břišní. Pak se drén vyvedl do obvazu a bylo zapotřebí kontrolovat možné prosáknutí, které by znamenalo riziko infekce.

4. 7. 2014 – 8. den zavedení – obvaz byl mírně prosáklý, okolí klidné, převaz proběhl podle standardních postupů. Znamky infekce se v okolí nevyskytovaly.

5. 7. 2014 – 9. den zavedení – převaz – obvaz byl slabě prosáklý, okolí klidné.

6. 7. 2014 - 10. den zavedení – lékařem indikováno odstranění drénu. Za aseptických podmínek bylo sejmuto krytí, desinfikováno místo zavedení, zašití drén peánem, odstříhnutí steh (pozor na steh, který uzavírá ránu). Pacient byl požádán, aby na několik sekund zadržel dech, a rázným a opatrným pohybem byl drén odstraněn.

7. 7. 2014 – 11. den zavedení – bylo místo invaze při převazu klidné, bez známek infekce. Další den byl dle ordinace lékaře odstraněn steh. Rána se překryla sterilními čtverci a následující den ponechala jen volně.

2.3.1.6 Drén břišní Redonův

2. 7. 2014 – 6. den zavedení. Drén vložený do podjaterní krajiny. Typ – graduovaná plastová nádoba s podtlakem. Převaz byl prováděn denně za přísně aseptických podmínek. Proběhlo zhodnocení okolí invaze pro včasné odhalení známek infekce a dezinfekce okolí kruhovým pohybem od místa drenáže směrem ven. Po zaschnutí dezinfekce následovalo sterilní překrytí. Sledovala se funkčnost podtlaku, průchodnost drénu, množství a charakter sekretu (krvavý, serózní, sanquinolentní). Nezbytně důležité je, aby nebyl drén zalomen či uzavřen svorkami. V 5. den – odvedeno 160 ml sanquinolentního sekretu za 12 hodin.

3. 7. 2014 – 6. den zavedení – 130 ml sanquinolentního sekretu za 12 hodin, okolí je klidné.

8. 7. 2014 – 11. den zavedení – mírná produkce z drénu – 110 ml s biliární příměsí.

11. 7. 2014 – 14. den zavedení – již bez odpadu v drénu.

13. 7. 2014 – 16. den zavedení – na standardním oddělení bylo lékařem indikováno odstranění drénu. Výkon provedla sestra podle standardních postupů za aseptických podmínek.

2.3.1.7 Operační rána po laparotomii

Rána byla převazována denně, za aseptických podmínek.

Převaz 2. 7. 2014 – 5. den po reoperaci (den odebrání anamnézy). Zhodnotila jsem stav rány – rána a okolí klidné, bez známek infekce, bez exsudátu, hojení per primam. Rána byla zpevněna speciálním krytím Ventrofil. Ošetřila jsem ránu Betadinou a dala jsem sterilní krytí.

Díky precizní ošetrovatelské péči neměl pacient do dimise příznaky infekce v ráně. Byl propuštěn domů s následnou kontrolou rány na chirurgické ambulanci.

2.3.2 Riziko pádu

Pád ve zdravotnickém zařízení ohrožuje pacienta na zdraví (event. i na životě), proto je nutné toto riziko snížit na minimum. Podle nemocničního standardu je pacientům hospitalizovaným na JIP automaticky přiděleno riziko pádu. Sestry toto přehodnocují jednou týdně a při každé změně stavu. U pacienta jsem

hodnotila riziko pádu dle Conleyové (upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS) (viz. Příloha 1). Výsledek 11 bodů – střední riziko pádu - znamená, že pacient musí mít zřetelné označení červeným kolečkem na identifikačním náramku, na štítku pacienta u rozpisu pacientů a na zdravotnické dokumentaci.

Po posouzení rizika pádu jsem se zaměřila na minimalizaci rizika pádu. To znamená, že je nutné dbát určitých opatření. Informovanost pacienta o rizikových faktorech je nedílnou součástí prevence pádu. Pacient byl poučen o zákazu samostatného vstávání, o vertikalizaci a hygieně s dopomocí. Také mu byl poskytnut informační leták s poučením pacienta o riziku pádu o možnostech pádu a nutnosti dodržovat režimová opatření, která vedou ke snížení tohoto rizika. Nejprve jsem zajistila funkční signalizační zařízení na dosah pacienta a zjistila, jestli byl informován o způsobu použití. Pacient všemu rozuměl. Toto zařízení ale nepoužíval, preferoval osobní kontakt s personálem. Bylo zajištěno noční osvětlení pro lepší orientaci pacienta (i když se nepohybuje po pokoji, možná si bude chtít něco vzít ze stolku – telefon, časopis apod.) Pravidelně jsem kontrolovala situaci nahlédnutím do pokoje. Uložila jsem jeho osobní věci a pomůcky tak, aby pro něj byly snadno dosažitelné.

Větší pozornost jsem směřovala na mobilní telefon – pacient často telefonuje a má tendenci zapomínat umístění telefonu. Pacient měl několik invazivních vstupů – dávala jsem pozor na vzájemné propletení (močový sáček, drény). Při provádění ranní hygieny vstával pacient s pomocí sestry na cca 3 – 5 minut z postele, aby si mohl umýt genitál. V tu chvíli hrozilo riziko pádu v souvislosti s katétrou a invazivními vstupy. Velmi důležité jsou postranice. Ty jsem využívala jen z pravé strany, z levé strany to pacient odmítal. Důvodem byl pocit omezení a diskomfortu. Riziko pádu stoupalo, ale vzhledem k respektu autonomie pacienta a opakovaným prosbám z jeho strany jsem levou postranicí nezvedala. Ještě jednou jsem ale pacienta poučila o riziku pádu kvůli nezvednuté postranicí a se zvýšenou frekvencí jsem kontrolovala jeho polohu v lůžku, zvláště v noci.

Pacient byl přeložen na standardní oddělení s rizikem pádu 7, při dimisi 4. Při propouštění byli pacient a jeho syn poučeni o režimových opatřeních, která riziko pádu snižují (vhodná obuv, popřípadě ponožky s protiskluzovou podrážkou, noční osvětlení).

2.3.3 Riziko vzniku dekubitů z důvodu dlouhodobé imobilizace a kachexie

Dekubity představují významný ošetřovatelský problém, přičemž zásadní úlohu hraje jejich prevence. Kapounová uvádí, že podle statistických informací se ve zdravotnickém zařízení připouští výskyt dekubitů ve 4 až 7 %. (12, s. 125)

Dekubity patří mezi ukazatele kvality poskytované péče. Je to vážný problém jak pro zdravotníka, tak pro pacienta. Výskyt této komplikace je často přičítán selhání ošetřovatelské péče. Riziko dekubitů se hodnotí při přijetí na JIP a přehodnocuje se minimálně jednou týdně a vždy při změně stavu, je nutné udělat zápis do zdravotnické dokumentace. Péče o dekubitus a polohování pacientů se provádí stejně u všech pacientů bez rozdílu věku.

Nejprve jsem zhodnotila riziko vzniku dekubitů u pacienta, použila jsem rozšířenou stupnici dle Nortonové. Výsledek by 121 bodů, což znamenalo nebezpečí vzniku dekubitů. „Při hodnocení se sestra nespolehá pouze na škálu, musí používat i vlastní klinický úsudek.“ (39, s. 77)

Pacient měl riziko vzniku dekubitů již od prvního dne hospitalizace. Jeho identifikační náramek, štítek pacienta u rozpisu pacienta a lůžko bylo označené zeleným kolečkem. U pacienta jsem se zaměřila na včasné odhalení známek porušení kožní integrity na predilekčních místech. Vzhledem k tomu, že v tomto případě byly dlouhodobá imobilizace a kachexie těmi nejzávažnějšími důvody, které mohly vyvolat vznik dekubitu, ošetřovatelskou péči jsem směřovala na tyto oblasti.

2.3.3.1 Zvládání dlouhodobé imobilizace

Dnes **2. 7. 2014 – 19. den po operaci a 5. den po reoperaci**. Do dnešního dne hospitalizace byl pacient upoután na lůžku. Tento fakt vyžaduje od sestry preventivní opatření a precizní ošetrovatelskou péči. Každý den jsem proto kontrolovala při ranní hygieně predilekční místa, abych si mohla včas všimnout případné změny. Kůži nad kožními výčnělky jsem nemasírovala, pouze lehoučce poklepávala prsty. Vhodné bylo použití francovkového masážního krému, ale pacient tuto možnost vždy a definitivně odmítal. Důvodem byla jeho nesnášenlivost specifické vůně francovky. Ptala jsem se na bolest v těchto místech. S pacientem byla potřeba manipulovat maximálně šetrně, aby se snížila možnost poranění kůže při přesunu. Při ranní hygieně jsem dávala pozor na teplotu vody. Používala jsem jemnou měkkou žínku, aby se minimalizovala třecí síla. Také jsem se snažila aktivizovat pacienta ke spolupráci, aby si umyl aspoň obličej a genitál. Nemocný ochotně spolupracoval. Dbala jsem i na péči o dutinu ústní. Pacient si ústa vyplachoval směsí Stopangin+borglycerin 1:5 dvakrát denně. Velkou pozornost jsem věnovala tomu, aby se lůžko udrželo čisté, suché, dbala jsem na vyrovnaní lůžkoviny. Pamatovala jsem na to, že tlak a vlhkost mohou během krátké doby vyvolat vznik dekubitu. Ložní prádlo se měnilo každý den (při propocení či znečištění ihned).

Polohování pacienta je nedílnou součástí ošetrovatelské péče v rámci prevence vzniku dekubitů. S pomocí kolegyně jsme pacienta polohovaly každé 2 až 3 hodiny (v noci se pacient polohuje každé 4 hodiny). Musí se dávat pozor na množství invazivních vstupů a operační ránu. Při změně polohy je nezbytné kontrolovat predilekční místa, ptát se na subjektivní pocity pacienta (nepříjemné pocity neguje). Poloha má být pohodlná a nebolestivá. Používaly se polohovací pomůcky – polohovací polštář, antidekubitní podložka pod patu, nákrčník. Vypodložila jsem predilekční místa, zvedla jsem paty a oddělila je od lůžka tak, aby nedošlo k jejich otlaku. Zajistím bezpečí pacienta alespoň zvednutím postranic u lůžka. Také jsem kontrolovala, aby hrazdička byla na dosah ruky. V noci se pacient polohuje každé 4 hodiny. Denně za pacientem dochází fyzioterapeutka.

4. 7. 2014 – dnes měl pacient febrilie. Běžná kontrola predilekčních míst při provádění ranní hygieny – bez varovných známek. S pomocí sestry byl pacient vertikalizován na zhruba 3 minuty, genitál a hýždě si už dokázal umýt samostatně. Je nutně pamatovat, že při náhlé vertikalizaci hrozí pacientovi ortostatický kolaps. Potom si pacient celý den četl časopisy a požádal o zvednutí hlavové části postele. V takové poloze je sakrální část automaticky vystavena vyššímu tlaku. Proto byla pacientovi vysvětlena rizika vzniku dekubitů v této poloze a tím pádem i důvod, proč nezvedat hlavovou část postele na víc než 2 hodiny. Febrilie je rizikový faktor, proto jsme pacienta častěji polohovali (každé 1,5 – 2 hodiny) a měnili ložní a osobní prádlo za suché.

V okamžiku překlada pacienta na standardní oddělení se známky proleženin neprojeví. Riziko vzniku dekubitů se snížilo, ale pořád zůstává. Při provádění ranní hygieny pacient spolupracoval, vestoje si umýval obličej a intimní části těla, každý den byl na několik minut vertikalizován. Na oddělení za pacientem pravidelně docházela fyzioterapeutka, pacient postupně začal chodit na WC, po pokoji, po chodbě. Pacient byl propuštěn domů s neporušenou kůží a bez dekubitů.

2.3.3.2 Zvládání kachexie

Kachexie je pro pacienta ohrožující ve všech směrech, zvláště stoupá riziko vzniku dekubitů. Výzkumy prokazují, že nutriční stav pacienta (endogenní faktor) a adekvátní nutriční podpora (exogenní faktor) hrají klíčovou roli v hojení dekubitů (43). U pacientů trpících malnutricí se značně zvyšuje riziko vzniku proleženin hned z několika důvodů. V důsledku ztráty tělesné váhy a úbytku podkožního tuku více vystupují kostní výčnělky. V místech styku s pevnou podložkou se zvyšuje působení tlaku na kůži a podkoží. Dalším mechanismem dochází k otoku tkáně, což vede ke sníženému prokrvení v postižené oblasti. Úbytek svalů má za následek omezenou pohyblivost nemocného. Jedinec setrvává po dlouhou dobu v jedné poloze, protože sám není schopen svou pozici měnit vůbec nebo jen s obtížemi. Porucha výživy a hydratace způsobuje velký počet komplikací, kterými se prodlužuje doba hospitalizace. (11)

Havel uvádí, že velikost proteinových zásob a intenzita jejich odbourávání jsou významné faktory určující dlouhodobý výsledek léčby po operaci. (7) Na základě nynější diagnózy a zhodnocení nutričního stavu byl zavolán nutriční specialista ke konzultaci.

BMI: 17,0 – podvýživa

Dieta: OS, čajová, do 300 ml/den

Enterální výživa: do jejunální sondy Nutrison Peptisorb 40 ml/hod, 1000 ml/den, v noci G5% 10 ml/hod

IS: oligomerní výživa u poruch digesce. Dietní potravina pro zvláštní lékařské účely. Nutričně kompletní sondová výživa na bázi peptidů, připravená k přímé spotřebě, se sníženým obsahem tuků, bez vlákniny. Před použitím je nutné zkontrolovat neporušenost obalu a dobře protřepat. Do přípravku se nesmí přidávat léčiva. Výživu podávat při pokojové teplotě. S balením manipulovat asepticky, doba zavěšení trvat maximálně 24 hodin po otevření.

Parenterální výživa: SmofKabiven 1970 ml i. v. + Soluvit 1 amp. + Vitalipid 1 amp. + Addamel 1 amp. Na 18 hod

SmofKabiven

IS: infuzní emulze, all-in-one, parenterální výživa. Přípravek obsahuje aminokyseliny, glukózu, lipidy a elektrolyty v tříkomorovém vakovém systému.

NU: tachykardie, dyspnoe, nechutenství, nauzea, zvracení, zvýšené hladiny jaterních enzymů, mírné zvýšení tělesné teploty (často), zimnice, závratě, bolest hlavy, reakce z přecitlivělosti.

Soluvit N

IS: doplněk intravenózní výživy k pokrytí denní potřeby vitamínů rozpustných ve vodě

NU: u pacientů s hypersenzitivitou na některou ze složek přípravku (například na thiamin nebo methylparaben) se mohou vyskytnout alergické reakce.

Vitalipid

IS: indikován k pokrytí denní potřeby v tucích rozpustných vitamínů A, D₂, E, K₁ parenterální výživou.

NU: nebyly zaznamenány žádné nežádoucí účinky v souvislosti s těmito přípravky.

Addamel N

IS: doplněk parenterální výživy, k pokrytí základních a mírně zvýšených požadavků na stopové prvky. (35)

NU: nebyly uvedeny žádné nežádoucí účinky. Při podávání infúze roztoku glukózy s Addamelem N byla pozorována povrchová tromboflebitida, nelze však jednoznačně určit, zda je za tuto reakci zodpovědná infúze stopových prvků či nikoli. K základním opatřením při podávání parenterální výživy patří kontrola pulsu, krevního tlaku, tělesné teploty, frekvence dechu a bilance tekutin. Pacient byl umístěn na JIP, proto se standardně měří, TK, P, dech a saturace O₂ každé 3 hodiny, příjem a výdej po 24 hodinách, teplota každých 6 hodin. V tomto případě byl pacient plně živen enterální a parenterální cestou. Několikrát denně mu byl nabízen čaj nebo voda. Maximální množství dle ordinace bylo 300 ml, pacient však pil 200 – 250 ml. Péče o dutinu ústní spočívala v mechanické očištění glycerinovými tyčinkami a propláchnutí vodou. Umělý chrup měl pacient v zásuvce, ale nepoužíval ho z důvodu špatné kompatibility a dokonce ho během hospitalizace vyhodil.

11. 7. 2015 dostal pacient dle ordinace Nutridrink 200 ml / 24 hod

12. 7. 2015 si pacient stěžoval, že mu enterální výživa nedělá dobře, byl velmi sklíčený. Dle ordinace lékaře jsme v 9.00 sondu propláchli 5%G a podávání Nutrisonu dočasně zastavili.

13. 7. 2015 začal pacient po přeložení na standardní oddělení dostávat enterální výživu, nepříjemné pocity z toho neměl. Byla ordinována dieta 1A pooperační A.

14. 7. 2015 byla ordinována dieta 1B pooperační.

15. 7. 2015 byla jejunální sonda lékařem odstraněna. Byla ordinována dieta 2 šetřící.

16. 7. 2015 (den propouštění) dostával pacient dietu 2 šetřící a sipping - Nutridrink 200 ml. Byla mu doporučena návštěva praktického lékaře kvůli další léčbě.

2.3.3.2.1 Rizika enterální a parenterální výživy

Hlavním rizikem parenterální výživy je zvýšené nebezpečí infekčních komplikací. Velkou část rizika představují katérové infekce a změna buněčné složky imunity vlivem hyperglykémie. (7, s. 35) K možným komplikacím patří také poruchy plicních a jaterních funkcí, cholestáza, jaterní steatóza, nedostatek esenciálních mastných kyselin, hypofosfatémie, elektrolytové poruchy, nedostatek vitaminů a stopových prvků. (13)

Mezi rizika enterální výživy patří komplikace nazogastrické, nazojejunální či stomické sondy, aspirace výživy, respirační insuficience vlivem střevní distenze, průjem a malnutrice vlivem nedostatečné utilizace výživy. (7)

2.3.4 Bolest z důvodu operačního výkonu

„Být bez bolesti je nejčastější potřebou nemocných.“ (10, s. 87) „Pro ošetřující sestru je bolest pacienta jedním z mnoha ošetrovatelských problémů. Avšak pro samotného pacienta je v tu chvíli bolest jediným a hlavním problémem. Neřešená bolest má negativní vliv na vykonávání dalších činností pacienta, psychickou pohodu, ovlivňuje pooperační rehabilitaci a dokonce uzdravení.“ (14, s. 27) „Sestra plní v kontinuálním sledování a tlumení bolesti nezastupitelnou úlohu.“ (5, s. 9)

U pacienta jsem se zaměřila na zmírnění vzniklé bolesti aspoň na hodnotu 2 dle VAS. Tlumení bolesti zmírní negativní subjektivní pocity, pacienta uklidní, dá mu možnost odpočinku, a tím se předpokládá, že pacient bude nepřerušovaně spát alespoň 3 – 4 hodiny. Vždy je nutné pamatovat na to, že bolest je zcela subjektivní a emocionální záležitost. Nemůžeme vědět, jakou bolest pacient ve skutečnosti cítí, proto nesmíme bolest bagatelizovat. Na JIP je potřeba ptát se pacienta na bolest každou hodinu a při provádění výkonů si všímat i neverbálních projevů (například grimasa, hledání úlevové polohy). Kromě toho je za 30 minut po aplikaci analgetik nutné zjistit, jestli bolest polevila, jak by ji pacient popsal a provést záznam do dokumentace. Taková strategie je velice důležitá – pomáhá sledovat účinnost léčby a v případě nedostatečného utlumení sestra kontaktuje lékaře, který může změnit dávkování nebo lék. Tím pádem vyžaduje zvládnutí bolesti dobrou organizaci týmové spolupráce.

Ordinovaná analgetika na 2. 7. 2014:

Novalgin 1g do 100 ml FR i. v. na 30 minut při bolesti nad hodnotu 2 dle VAS, minimální interval 6 hodin, maximálně 4x denně

Dipidolor 15 mg s. c. 14-20-02-/-08

Novalgin injekce 2ml/1g

IS: analgetikum, antipyretikum, spasmolytikum

NU: vzácně se mohou vyskytnout poruchy krve a lymfatického systému, imunitního systému, poruchy ledvin a močových cest

Dipidolor 2ml/15mg

IS: analgetikum, opioid

NU: stupor, vertigo, somnolence, bolest hlavy, hypotenze, nauzea, zvracení, říhání, sinavost, hyperhidróza, zvýšení frekvence srdeční akce, snížení krevního tlaku, snížení frekvence dýchání.

Při odběru ošetřovatelské anamnézy 2. 7. 2014 udával pacient míru bolesti dle VAS jako 3, charakterizoval ji jako tupou, obtěžující, lokalizovanou v oblasti břicha s epicentrem v oblasti operační rány, s dobou trvání kolem hodiny od začátku. Intenzita VAS=3 znamená, že podám předepsané analgetikum, abych pacientovi zmírnila bolest alespoň na 2. Aplikovala jsem Novalgin 1g do 100 FR (i. v. přes lineární dávkovač rychlostí 67 kap/min). Za půlhodiny jsem se zeptala, jestli bolest ustoupila a jak by ji pacient ohodnotil. Podání analgetika přispělo k tomu, že výsledkem byla hodnota VAS 1 a pacient se snažil aktivně spolupracovat při polohování. Polohování bylo provedeno šetrně, aby nebylo dalším zdrojem pacientovy bolesti. K tišení bolesti u pacienta také přispívalo dechové cvičení (prohloubené dýchání, kdy výdech je dvakrát delší než nádech). Probíhalo dvakrát denně a během dne jsme pacienta povzbuzovali.

Pacient je dlouholetý kuřák s CHOPN, často pokašlává, a to ho bolí. Bylo mu řečeno, že bolest jde minimalizovat kompresí operační rány při odkašlávání. Večer tohoto dne pacient udával bolest VAS=4-5 a nebyl klidný, hledal úlevovou polohu. Vzhledem k celkovému stavu a po tak rozsáhlé operaci to pro něj bohužel bylo těžkým úkolem. Byl aplikován Novalgin a bolest se zmírnila na hodnotu

VAS = 2. Pacientovi jsme pomohli zaujmout zvýšenou Fowlerovu polohu a v klidu už mohl číst časopis.

4. 7. 2014 – 7. den po reoperaci. V 8.00 pacient ohodnotil intenzitu bolesti jako 4, dostal injekci Dipidoloru s. c., bolest ustoupila na 1 – 2. Dostatečná úleva od bolesti pomohla pacientovi spolupracovat při ranní hygieně (mohl se postavit na několik minut, při pohybech lehká komprese operační rány), při rehabilitaci s fyzioterapeutkou, při polohování a odkašlávání. V 11.30 už byl unavený a udával intenzitu bolesti 3, byla podána infúze Novalginu. Je potřeba uvést, že v tuto dobu pacient dostával Dipidolor 4x denně a Novalgin 4x denně, po aplikaci bolest ustoupila, ale za 2,5-3 hodiny se zase vracela. Při podávání opioidů byly sledovány nejčastější nežádoucí účinky: zácpa, nevolnost, zvracení, sucho v ústech, celkový útlum, ospalost.

6. 7. 2014 – 9. den po reoperaci. Dnes odpoledne pacient hodnotil bolest jako 1 a poprvé odmítl aplikaci Novalginu (Dipidolor podáváme nezávisle na intenzitě bolesti). Měl dobrou náladu, povídal si. Večer bolest stoupla a byla podána infúze Novalginu.

7. 7. 2014 – 10. den po reoperaci byl pacient přeložen na standardní oddělení. Bolest tento den udával jako 2, večer stoupla na 3. Na oddělení dostal 3x Dipidolor s. c. a při bolesti nad VAS=2 byla aplikována analgetika. Bolest postupně klesala, stoupala občas při mobilizaci a večer. Pacient často udával, že bolest nemá, nebo že pociťuje bolest 1 – 2 dle VAS.

13. 7. 2015 – 16. den po reoperaci byl pacientovi po přeložení na standardní oddělení vysazen Dipidolor. Při bolesti nad VAS=2 mu byl aplikován Novalgin 1g do 100ml FR na 30 minut. Maximální interval dle ordinace lékaře byl 6 hodin, to znamená 4x za 24 hodin, ale pacient většinou neměl bolesti horší než druhého stupně a běžně mu byla aplikována analgetika jednou až dvakrát denně. Při dimisi ohodnotil pacient bolest jako 0-1 a byl poučen o šetřícím režimu a návštěvě praktického lékaře.

2.3.4.1 Zvládání spánku

Pacient si zvykl usínat kolem 0.00 – 0.30, hodnotil spánek od půlnoci do 2.00 jako povrchový, často se probouzel, míval různé myšlenky a občas ho trápila slabá tupá bolest v místě operačního výkonu. Věděl ale, že ve dvě hodiny po půlnoci dostane Dipidolor a následně bude většinou nepřerušovaně spát do 5.00 až 6.00, kdy na oddělení začíná aktivní provoz. Aby mohly být zajištěny co nejlepší podmínky pro spánek takto trpícímu člověku, musíme zajistit vyvětrání pokoje, pomoci zaujmout vhodnou polohu, aplikovat analgetika a sledovat jejich účinek. Nesmíme zapomenout ani na vlídné slovo a empatické chování.

Odpoledne byl na pokoji relativní klid a pacient usnul na zhruba 50-60 min. „Je důležité všimnout si souvislostí, za kterých bolest vzniká, co proti ní pomáhá a co ji zhoršuje.“ (5, s. 9) Dostatečná úleva od bolesti snižuje riziko pooperačních komplikací, podporuje psychickou pohodu, zotavování a dokonce zrychluje uzdravení. Pacient se zmírněnou bolestí se nebojí účinně odkašlávat, nevyhýbá se dechovým cvičením, hluboce dýchá a tím pádem riziko vzniku bronchopneumonie značně klesá. Spolupracuje při polohování a provádění hygieny, což napomáhá předejít vzniku dekubitů. Utlumení bolesti podporuje časnou mobilizaci, pacient efektivněji spolupracuje s fyzioterapeutkou, což přispívá k prevenci TEN a prevenci vzniku močové infekce a konkrementů. Pacient si také může v klidu číst, odpočívat a přes noc alespoň několik hodin nepřerušovaně spát. Vzhledem k tomu, že pacient je hypertonik, bylo důležité dostatečným zmírněním bolesti zabránit nežádoucím účinkům – aktivaci sympatiku a následně ischemii a infarktu myokardu. Dostatečná úleva od bolesti podporuje fyzické a psychické zotavování a role sestry je zde naprosto nezastupitelná. Právě ona je člověk, na kterého se pacient obrací v první řadě a od kterého se očekává kvalitní a bezpečná pomoc v jeho utrpení.

2.3.5 Riziko TEN z důvodu dlouhodobé imobilizace

Výskyt hluboké žilní trombózy a následné plicní embolie je vážnou komplikací v pooperačním období. Na prevenci vzniku tohoto onemocnění se podílí celý zdravotnický tým, a úloha sestry je zde velice důležitá. U pacienta jsem se zaměřila na včasné odhalení příznaků TEN:

- horečka
- bolest v lýtku
- otok lýtku (pro srovnání se páskovou mírou měří obvod lýtek na obou dolních končetinách)
- teplota končetiny (postižené lýtko se může jevit jako bledší a studenější, došlo-li k ucpání žíly, anebo teplejší, jde-li o zánět žíly povrchové)
- bolest na hrudi a/nebo ztížené dýchání. (39)

Pacient byl ohrožen rizikem vzniku TEN, jelikož měl několik rizikových faktorů současně: deficit proteinu C, kardiovaskulární onemocnění, CHOPN, centrální žilní katétr, kouření. Nejzávažnějšími riziky byly stav po větší operaci břicha a dlouhodobá imobilizace na lůžku. O prevenci tromboembolické nemoci byl pacient poučen již před operací, ale vysvětlila jsem mu tuto problematiku ještě jednou. Při odběru anamnézy a vyšetření jsem příznaky TEN nepozorovala.

Denně před provedením ranní hygieny jsem sundala bandáže. Zhodnotila stav pokožky a prokrvení končetin. Nezapomněla se pacienta zeptat na subjektivní pocity: bolest DKK, citlivost, pocit napětí nebo mravenčení. Po provedení ranní hygieny jsem nechala jeho končetiny 1,5 – 2 hodiny uvolněné. Upozornila jsem pacienta, aby dolní končetiny nekřížil (podporuje se tak venostáza). Mezitím jsem dohlížela, aby provedl cviky DKK, což mělo zlepšit průtok krve v hlubokém žilním systému. Vyzvala jsem pacienta, aby několikrát pokrčil a natáhnul nohu v kotníku, zpevnil a uvolnil svaly dolní končetiny, a na závěr se několikrát zhluboka nadechnul, a na závěr zvednul dolní končetiny do úhlu 15 stupňů. Tyto cviky je standardně potřeba provádět 2x denně. Během dne jsem pacienta k cvičení musela pobízet.

Po uplynutí 1,5 – 2 hodin jsem dolní končetiny zabandážovala do úrovně třísel. V tento okamžik má být končetina ve vodorovné poloze a ohnuta v kotníku. Důležité je bandážovat tak, aby největší tlak byl v kotníku a směrem nahoru se zmírňoval. Ptáme se nemocného, zda ho bandáže příliš netlačí. Pacient neměl rád bandážování, ale neodmítal ho. Proto bylo vhodné opakovat mu každý den rizika vzniku tromboembolické nemoci a význam provedených opatření.

Pacient měl ordinovanou rehabilitaci: RHB III (to znamená, že si může stoupnout a chodit u lůžka). Chůzi u lůžka ještě pacient bohužel nezvládal (2. 7. 2014). Denně kolem 11.00 přichází fyzioterapeutka, která se zaměřuje na nácvik odkašlávání, posazování přes bok, cviky s dolními končetiny. Jako antikoagulační léčba je ordinovaný Fraxiparine 0,4 s. c. v 20 hod/24 hod.

Fraxiparine 0,4 ml

IS: antikoagulans, antitrombotikum

NU: malé krevní výrony v místě vpichu, reakce v místě vpichu, kalcinóza v místě vpichu, zvýšení transamináz. (35)

Důležitou složkou v prevenci TEN je dostatečná hydratace. V tomto případě byl ale pacient zcela na enterální a parenterální výživě, per os může přijímat maximálně 300 ml čaje denně.

Během dne je nutné ptát se pacienta na subjektivní pocity a zároveň sledovat objektivní příznaky. Tvorba trombu probíhá bez jakýchkoli příznaků. Avšak okamžik, ve kterém už došlo k hluboké žilní trombóze, sedá odhalit pečlivým pozorováním. Včasné odhalení předpokládá včasné zahájení léčby. Včasné odhalení příznaků plicní embolie může být dokonce otázkou života. Během hospitalizace na JIP se pacient podílel na opatřeních vztahujících se k prevenci TEN, dostával Fraxiparine.

13. 7. 2014 po přeložení na standardní oddělení až do propuštění dostával pacient Fraxiparine 0,4 s. c. Bandážování na oddělení se neprovádělo, ale pacient pokračoval ve cvičení.

16. 7. 2014 byl při propouštění poučen o opatřeních v prevenci TEN. Antikoagulační léčba Fraxiparinem pokračovala, další informace pacient dostane od obvodního lékaře.

2.3.6 Riziko bronchopneumonie z důvodu dlouhodobé imobilizace a CHOPN v anamnéze

Bronchopneumonie patří k nejčastějším pooperačním komplikacím a její výskyt značně zhoršuje prognózu a oddaluje rekonvalescenci. Proto se toto riziko nesmí podceňovat a prevence začíná již v předoperační periodě. To znamená, že na začátku hospitalizace pacientovi vysvětlíme rizikové faktory vzniku bronchopneumonie, související preventivní opatření, provedeme nácvik hlubokého dýchání a odkašlávání, taktně upozorníme na špatné následky kouření.

V případě „mého“ pacienta riziko bronchopneumonie značně zvyšovaly tyto faktory: dlouhodobá imobilizace, vyšší věk, velký chirurgický zákrok v dutině břišní, malnutrice, CHOPN v anamnéze, dlouholeté kouření, kardiální nemoci a enterální výživa. U pacienta jsem se zaměřila na včasné odhalení příznaků bronchopneumonie: zvýšené teploty, kašel s expektorací, tachykardie, tachypnoe. Z toho vycházela potřeba monitorování fyziologických funkcí a pozorování nemocného. Kromě toho se pacienta ptala na subjektivní pocity (bolest na hrudi, dušnost apod.). Pacient dostával enterální a parenterální cestou ordinované množství, dostatek tekutin je velmi důležitý. Per os pil hrnek čaje/vody denně.

2. 7. 2014 V okamžik odběru ošetřovatelské anamnézy pacient neměl příznaky bronchopneumonie, ale stěžoval si na občasnou dušnost při vertikalizaci (občas při cvičení) a občas na bolest při hlubokém nadechování a odkašlávání. Právě bolest často překážela efektivní expektoraci a tím se také zvyšovalo riziko vzniku bronchopneumonie. Pro zmírnění bolesti a ochranu operační rány před poškozením byla potřeba pacienta naučit nácvik snazšího odkašlávání. Požádala jsem pacienta, aby nejprve několikrát mírně zakašlal, pak přiložil dlaň ruky na operační ránu a mírně stlačil. Potom aby se nadechnul, na několik vteřin zadržel dech a pak dvakrát zhluboka zakašlal. Odkašlané sputum jsem zhodnotila a zaznamenala

do dokumentace. Dnes nemocný odkašlal malé množství (asi 5 – 7 ml) hlenového sputa.

Velký význam v prevenci této komplikace měla dechová cvičení, která pacient prováděl přes den samostatně, 2x s pomocí sestry a 1x s fyzioterapeutkou. Aby opravdu cvičil, musel ošetrovatelský personál mu to neustále připomínat. Tento den to byly tři týdny, co byl pacient hospitalizován. Během této doby byl dvakrát operován, byl velmi slabý a unavený, povzbuzovaly jsme ho a podporovaly vlídným slovem. Před prováděním dechového cvičení jsem vyvětrala pokoj, připravila emitní misku na odkašlávání, ústní vodu k vypláchnutí úst, odstranili polštář. Bylo nutné dbát na správnou techniku dechových cvičení, cvičení jsme opakovali 7x. Pacient se rychle unavil, proto bylo důležité zachovat trpělivost a vkládat pauzy.

Aplikujeme dle ordinace lékaře:

Ambrobene 1 amp/8 hod i. v. v 16-24-08

Nebulizace:

Ambrobene 2 ml + Atrovent 2 ml + FR 2 ml / 6 hod. v 14-20-02-08

Ambrobene 7,5 g/ ml

IS: expektorancia a mukolytika

NU: vzácně pálení žáhy, nechutenství, příležitostně nevolnost, zvracení.

Atrovent 0,025% / 20 ml

IS: bronchodilatancia, antiastmatika

NU: bolesti hlavy, podráždění v krku, kašel, sucho v ústech, poruchy gastrointestinální motility (včetně zácpy, průjmu a zvracení), nevolnost a závratě.

Vysvětlila jsem pacientovi význam nebulizace, pomohla jsem mu zaujmout Fowlerovu polohu, do ruky jsem dala buničitou vatu. Připomenula jsem pacientovi, aby 30 minut po inhalaci nepil čaj ani vodu. Tuto medikaci podala jsem rychlostí 5 l/min, celková doba je kolem 15 minut. Také pacientovi jsem vysvětlila význam polohování a časně mobilizace v prevenci bronchopneumonie. Nemocný souhlasil a ochotně spolupracoval. Ohledně kouření měl však svůj za-

kořeněný postoj. Souhlasil s tím, že to škodí. Řekl, že zná rizika kouření, ale přesto se velice těší na překlad na standardní oddělení, aby si konečně mohl zakouřit.

4. 7. 2014 – Pacient se ochotně podílel na dechových cvičeních a polohování. Odpoledne ale odmítl nebulizaci z důvodu únavy pramenící z ošetrovatelských zákroků. Dnes odkašlal menší množství hlenového sputa. Během následujícího týdne pacient 4x odmítal nebulizaci i přesto, že mu lékař opakovaně vysvětlil význam tohoto zákroku. Důvodem odmítnutí dalšího katétru na tělo byl diskomfort, který díky množství katétrů prožíval. Sestra tedy udělala záznam v dokumentaci a nahlásila to lékaři. Pokud nastane situace, kdy sklíčený pacient odmítá nebulizaci a přitom má vysoké riziko bronchopneumonie, musíme věnovat velkou pozornost ostatním preventivním opatřením a neustále opakovat nemocnému nutnost tohoto zákroku. K tomu je nutně vysvětlit, proč potřebuje přesně tuto ordinaci, povzbuzovat ho a trpělivě vést k uzdravení.

13. 7. 2014 – Byla nebulizace po překladech na standardní oddělení vysazena. Dechová cvičení pacient prováděl sám několikrát denně, ale sestra mu to musela připomínat a kontrolovat ho. Pacient pokračoval v rehabilitaci, do které patřila i dechová cvičení.

16. 7. 2014 – Byl pacient bez známek bronchopneumonie propuštěn domů. Bylo mu doporučeno pokračovat v dechových cvičeních a také mu byl taktně vysvětlen negativní vliv kouření na jeho celkový zdravotní stav. Bylo mu tak umožněno samostatně se rozhodnout ve prospěch vlastního zdraví.

2.3.7 Psychosociální problematika

Jednáním s tebou se já sám stávám tím, kým jsem.

(An Dich werde ich Ich)

V. E. Frankl

Jedním z charakteristických rysů moderního ošetrovatelství je holistický přístup k člověku. To znamená, že chápeme lidskou bytost jako celek, ve vzájemném prolínání tělesných, duchovních, emocionálních a sociálních dimenzí. Proto volíme v současné době komplexní bio-psycho-sociální přístup k pacientovi. Už Sokrates mluvil o tom, že „neexistuje taková nemoc těla, která by nesouvisela s duší“. „Faktory psychické a somatické jsou v tak úzkých vztazích, že celá velká skupina onemocnění je nazývána psychosomatickými.“ (22, s. 22) Hlavními příznaky této skupiny jsou často chronické projevy a vznikají dlouhodobým nadměrným působením stresu. Mastiliaková zdůrazňuje, že somatická nerovnováha vytváří psychickou nerovnováhu a psychická nerovnováha vytváří somatickou. (21, s. 10)

Všeobecně je známo, že vředová choroba gastroduodena je také psychosomatickým onemocněním. V určité míře můžeme říct, že na toto onemocnění má psychologická složka dvojnásobný vliv: jako příčina a jako důsledek. Skutečnost, že pacient je hospitalizovaný na JIP po operaci a reoperaci, u něj vyvolává enormní psychickou zátěž. O takového pacienta pečují celý multidisciplinární tým, ale právě sestra stráví nejvíc času u lůžka. Proto správný psychologický přístup, dostatek empatie a trpělivost jsou nejdůležitějšími složkami kvalitní ošetrovatelské péče.

Prožívání nemoci

Pacient prožíval rozhořčení, občas až zlost. Byl rozmrzelý, velkým zklamáním pro něj byla neočekávaná reoperace. Loni si po operaci a zavedení gastroenteroanastomózy myslel, že ho žaludek nebude trápit alespoň několik let, ale letos opět podstoupil velký operační výkon – resekci žaludku. Říkal, že i to se dalo přežít, ale s komplikací a následnou reoperací se už těžko vyrovná. Napláno-

val si, že zanedlouho po operaci odejde domů, ale komplikovaný pooperační průběh to nedovolil. Občas působil dojmem, že hledá viníka, ale nemůže ho najít.

Cítil se velmi unavený, náladu měl labilní, periody rozmrzení a pesimismu se střídaly s obdobím, kdy si ochotně povídal, usmíval se, často byl ale ironický. Jeho podporou byl syn a devítiletá vnučka. Syn pacienta navštěvoval téměř každý den. Vnučce ale i přes své strádání návštěvy zakázal, v žádném případě nechtěl, aby ho viděla v takovém stavu.

Reakce na pobyt v nemocnici

Pacient si zvykl mít život pod kontrolou, většinou to tak bylo. Pobyt v nemocnici bral jako velký negativní zásah do svého života. Rozčiloval se, občas odmítal inhalace. Obrovským problémem byla pro pacienta nemožnost kouřit. Nad tímto omezením bědoval každý den. Těšil se na standardní oddělení, aby si konečně mohl zakouřit. Se zdravotníky většinou spolupracoval, snažil se být vlídný, ale občas se to nevedlo.

Zhodnocení komunikace

Pacient byl orientovaný, při vědomí, verbální a neverbální komunikace se shodovala. I přes časté změny nálad se s pacientem dobře spolupracovalo, snažil být se vstřícný, důležité ale bylo najít vhodný okamžik. O nemoci většinou hovořil pouze na základě dotazů. Občasná sprostá slova byla nejpřesnějším nástrojem při vyjadřování emocí. Za nimi však skrýval své utrpení.

Motivace k léčbě

K léčbě byl motivován, velmi se chtěl vrátit domů. Pacient bydlí se synem a vnučkou. Syn je stále v práci, takže se pacient stará o vnučku a samozřejmě se znepokojoval, zda v tom bude schopný pokračovat. Rád by se vrátil ke svému životnímu stylu před hospitalizací, proto se spolupodílí na léčbě. Dle Zacharové pro zdravotníky by se měl psychologický přístup k nemocnému stát základem celého diagnosticko-terapeutického procesu a komplexní ošetrovatelské péče. (41, s. 172)

2.4 Dlouhodobá péče

Po překladu na standardní oddělení byla ošetrovatelská péče zaměřena na zlepšení nutričních parametrů, prevenci vzniku infekce, rehabilitaci a péči o psychiku pacienta. Při propouštění pacient neměl bolesti, operační rána (zpevněná stehy Ventrofil) byla čistá, bez známek infekce. Také byl informován o prognóze onemocnění a souvisejících opatřeních. Pacient odcházel do péče syna, se kterým bydlí. Velmi se těšil na návrat do domácího prostředí a hlavně na setkání s vnučkou, která je hlavní náplní jeho života. Při dimisi pacienta byla vydána propouštěcí zpráva. Zahrnovala doporučení do tří dnů navštívit obvodního lékaře, gastroenterologickou ambulanci, podstoupit odběry krve na krevní obraz a biochemii. Četnost a náplň prohlídek určuje lékař. Pacient s takovouto diagnózou podléhá dispenzarizaci. Za předpokladu, že se nemocný bude léčit a přísně dodržovat doporučená režimová opatření, je prognóza celkem dobrá.

3 DISKUZE

V prostudované literatuře nebyl popsán žádný případ, který by se týkal ošetrovatelské péče o pacienta s vředovým onemocněním žaludku a komplikovaným pooperačním průběhem. Obrátila jsem se proto na paní staniční sestru JIP2 Chirurgické kliniky FNKV Bc. I. Šturmovou. Na tomto oddělení jsem pečovala o pacienta s problémem, kterému se věnuji ve své bakalářské práci. Řekla mi, že během svého třicetiletého působení v sesterském povolání zažila hodně takových případů, i když výskyt popsané komplikace tak častý není. Komplikace po resekci žaludku přinášely pacientům další utrpení a enormní nápor na psychiku pacienta. Úlohou sestry bylo poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči a to z holistického pohledu.

Velkou roli ve zlepšení průběhu pooperačního období hraje kvalita předoperační a perioperační péče. Na JIP o pacienta pečuje multidisciplinární tým, poskytuje mu komplexní léčebnou a ošetrovatelskou péči. A priori se předpokládá, že tato péče bude kvalitní a bezpečná. Pekara uvádí, že problematika bezpečnosti intenzivní péče je zařazena do sekce ošetrovatelství, protože právě v intenzivní péči sehrává svou největší úlohu nelékařský personál. (29) Jednou z dimenzí kvality péče je výskyt nemocničních infekcí, na kterých se také ve velké míře podílí ošetrovatelský personál.

Všech 25% nozokomiálních nákaz je zastoupeno výhradně na resuscitačních odděleních a jednotkách intenzivní péče, kde je jejich výskyt pět až desetkrát vyšší než na standardních odděleních. (20) Podle Hartmann – Rico statistiky jsou JIP ze samotné podstaty těchto oddělení rizikovější: infekce se v místě chirurgického výkonu vyvine u čtvrtiny pacientů a 70 % z nich získá rezistenci k antibiotikům. Důsledky jsou pro pacienty velmi nepříznivé – až 40 % úmrtí na JIP nějak souvisí s infekcí. (6) Nemocniční nákazy nejčastěji postihují dýchací cesty, močový trakt, místa invazivních vstupů a rány.

Vincent Jean – Louis popsal čtyři základní skupiny predisponujících faktorů: snížení odolnosti následkem základního onemocnění, při akutním průběhu nemoci, po invazivním zákroku a po dalších zákrocích. (38) Pokusila jsem se ana-

lyzovat riziko vzniku nozokomiální nákazy konkrétně u popsaného pacienta a došla jsem k závěru, že bylo dost vysoké. Rizikové faktory vzniku infekce byly dosti rozmanité: vyšší věk, malnutrice, CHOPN v anamnéze, kouření, rozsáhlý výkon v dutině břišní a následná reoperace, centrální žilní katétr, operační drény, jejunostomie, permanentní močový katétr, imobilizace na lůžku, enterální a parenterální výživa, léčba ATB. Každý faktor už sám o sobě více či méně ohrožoval pacienta a byl schopen podpořit vznik nozokomiální infekce.

Nozokomiální pneumonie je vůbec nejrozšířenější nemocniční infekcí na pracovištích intenzivní péče a její incidence se pohybuje kolem 25 %. V některých případech pak vede k sepsi a rozvoji multiorgánové dysfunkce s vysokou mortalitou. (29)

Infekce močových cest je druhou nejčtetnější nemocniční infekcí, vzniká u většiny pacientů s močovým katétre zavedeným déle než pět dní a riziko infekce narůstá o pět procent každý další den. (34, 12) Kapounová udává, že 80 % nozokomiálních infekcí močových cest je způsobeno právě zavedením PMK. (12, s. 303) Dle autorky na některých odděleních se PMK mění až na základě pozitivního bakteriologického nálezu. Při tom je nutná perfektní spolupráce s mikrobiologickým oddělením a standardní postup náběru biologického materiálu na bakteriologické vyšetření třikrát týdně. (12, s. 95) Na chirurgické JIP se podle standardu močový katétr mění 21. den (pokud se neobjeví žádné komplikace).

Infekce v místě zavedení CŽK představuje významný problém. Podání parenterální výživy značně zvyšuje riziko vzniku nozokomiální nákazy, vliv má také délka zavedení katétru a častá manipulace s ním. Pokud se u pacienta na JIP objeví zvýšená teplota, první se pomýšlí na CŽK jako na zdroj infekce.

Výše popsané predisponující faktory, které se u pacienta objevily, také značně zvyšovaly riziko vzniku infekčních komplikací a vyžadovaly velkou pozornost od všech členů multidisciplinárního týmu a především od ošetřující sestry. V případě selhání v nějakém úseku ošetrovatelské péče by byly následky pro tak oslabeného a rizikového pacienta fatální. Je známo, že prevence hraje klíčovou úlohu ve snižování výskytu nozokomiálních infekcí na JIP. Sestry dodržovaly

hygienu rukou, nenosily šperky a hodinky. Efektivní týmová spolupráce a hlavně precizní ošetrovatelská péče přispěly k tomu, že se u pacienta infekce neobjevila.

Riziko pádu je jedním z indikátorů kvality ošetrovatelské péče a zároveň nejčastější hlášenou mimořádnou událostí. Následkem pádu mohou být až fatální zranění, prodloužená doba hospitalizace a také negativní psychologické důsledky. Svobodová odkazuje na disertaci Juráskové, kde se při analýze pádů a následných zranění v podmínkách českého zdravotnictví zjistilo, že k pádu dochází u 1,17 % hospitalizovaných pacientů a v 46,92 % jsou spojeny se zraněním. (33, s. 24) V ČR existuje několik škál hodnocení rizika pádu a to dle různých autorů a zvyklostí nemocnic (Jurásková, Morse, ÚVN), ČAS doporučuje použití dle Conleyové upravené Juráskovou 2006. Avšak nejznámějšími faktory jsou věk a polymorbidita. Nezastupitelnou roli v problematice pádů hraje prevence. Hudáková a kol. zdůrazňuje, že cílem prevence je co nejvíce snížit riziko pádu, ale současně neomezit nadměrně mobilitu a soběstačnost pacienta. Úkolem sestry je eliminovat, resp. omezit faktory přispívající k závislosti a jejich vliv na minimální míru. (9, s. 30)

A priori všichni pacienti na JIP jsou riziková. I když podle škál ohodnotíme riziko pádu jako vysoké, de facto je nízké. Logicky to vyplývá ze specifík jednotky intenzivní péče a organizace práce (pacienti jsou monitorováni, nachází se v bezprostřední blízkosti sesterny apod.) Paradoxní je, že riziko pádu je vyšší na standardním oddělení, ačkoli podle hodnotících škál riziko pádu buď není, nebo je jen malé.

„Riziko vzniku dekubitů je také jedním z indikátorů kvality ošetrovatelské péče. Jsou vážným problémem a zároveň zbytečnou komplikací pro pacienta.“ (1, s. 30) Odborníci odhadují výskyt nemocných s dekubity v nemocničních a sociálních ústavech na 2 – 28 %. Záleží na charakteristice oddělení a struktuře pacientů. Nejvíce ohroženi jsou pacienti na JIP, geriatrických odděleních, interně, neurologii a ortopedii. (15) „Efektivní prevencí je možné dekubitům předcházet až v 95 % případů.“ (26, s. 48) Toto dost vysoké číslo je ukazatelem toho, jak nesmírně důležitou roli hraje prevence.

Pacient byl ohrožen rizikem vzniku dekubitů a z několika faktorů se na tom nejvíce podílela kachexie. Výživa nemocného má velmi důležitý vliv na prevenci vzniku proleženin, hojení ran a rekonvalescenci. Těšínský uvádí, že malnutrice představuje u hospitalizovaných nemocných nezávislou rizikovou proměnou morbidit a mortality. (36, s. 35) Malnutrice je spojena s imunosupresí, která se častěji komplikuje infekcemi, především pooperačním zápallem plic. (7, s. 35) Logicky vyplývá, že malnutrice pacienta byla dost závažným rizikovým faktorem. Stouplo riziko vzniku dekubitů, výskytu nozokomiálních infekcí, špatného hojení operační rány a dehiscence gastroenteroanastomózy. Poskytnutá lékařská a ošetrovatelská péče však byla na tak vysoké úrovni, že se komplikacím dalo zabránit.

Ačkoli celková péče o pacienta vyžaduje multidisciplinární přístup, praktická preventivní opatření ohledně dekubitů spadají do oblasti nezávislých činností, což znamená velkou zodpovědnost nelékařských zdravotnických pracovníků, obzvláště všeobecné sestry. Právě sestra je ten „zodpovědný zástupce“ v rámci prevence vzniku dekubitů. Nemůže zaručit stoprocentní absenci proleženin během hospitalizace, ale je toho schopná v 95 %. Z toho vyplývá, že můžeme a musíme poskytnout tak kvalitní ošetrovatelskou péči, aby se maximálně snížilo riziko vzniku dekubitů. Mikula zdůrazňuje, že i když v současné době existují skvělé antidekubitní prostředky, nejdůležitější roli vždy hraje sestra, která musí mít vynikající znalosti a také pozitivní přístup k problematice. (23, s. 65) Jinými slovy, správná prevence dekubitů vyžaduje určité znalosti a dovednosti sestry a je velmi důležitou složkou ošetrovatelské práce.

Mírnění bolesti zaujímá v poskytování komplexní ošetrovatelské péče nezastupitelné místo. Dnes víme, že chronické bolesti mohou vést až ke změně osobnosti nemocného. (5) Právě sestra na JIP je člověkem, který je pacientovi vždy při ruce a na kterého pacient spoléhá. Dostatek času a empatie ze strany sestry přispěje k vytvoření důvěry, možnosti pozorně vyslechnout a posoudit subjektivní pocity pacienta, a tím pádem ke správnému hodnocení bolesti. Pacient s dostatečnou úlevou od bolesti se mnohem lépe spolupodílí na léčbě a provedení ošetrovatelské péče (nebrání polohování, lépe dýchá, spí apod.). Dá se říct, že bolest ovlivňuje všechny aspekty, které se týkají hospitalizovaného pacienta. V

popsaném případě přispělo společné usilování týmu k tomu, že pacient netrpěl nesnesitelnými bolestmi, spolupracoval při provádění základní hygienické péče a rehabilitace a dokonce na konci hospitalizace odmítal analgetika.

TEN je tiché onemocnění, probíhající mnohdy skrytě. (24) Prevalence žilní TEN v chirurgii je vysoká, protože většina hospitalizovaných pacientů má rizikové faktory hluboké žilní trombózy, které se velmi často kombinují. (30) TEN lze ale velmi dobře předcházet. Proto má v prevenci tromboembolické nemoci velký význam zhodnocení individuálních rizik TEN u konkrétního pacienta a následná profylaxe. (24) U popsaného pacienta riziko TEN kromě ostatních faktorů značně zvyšovala malnutrice a reoperace. V pooperačním období se sestra spolupodílí na snížení rizika TEN pozorným sledováním subjektivních a objektivních projevů pacienta, časnou mobilizací, rehabilitací, bandážováním, aplikací antikoagulancií. Riziko tromboembolické nemoci přetrvává obvykle déle, než je doba hospitalizace, proto je velice důležité informovat pacienta o možnosti takové komplikace, o symptomech a opatřeních v případě výskytu.

„Bronchopneumonie je nejčastější infekcí v intenzivní medicíně, incidence nozokomiální bronchopneumonie se pohybuje mezi 21 – 26 %.“ (12, s. 95) Trachtová uvádí, že 80 % všech úmrtí ve starším věku je v důsledku pneumonie. (37, s. 123) Pacient měl vysoké riziko bronchopneumonie a na tom se podílelo mnoho okolností: dlouhodobý pobyt na lůžku, malnutrice, podání umělé výživy, CHOPN v anamnéze, časté odmítání nebulizace, dlouholeté kouření. Ale v důsledku správné identifikace rizikových faktorů, znalostí příznaků výskytu komplikací, důkladného pozorování stavu pacientů a kvalitního provedení preventivních opatření se podařilo předejít vzniku této závažné komplikace.

Těžké onemocnění s komplikovaným pooperačním průběhem představuje pro člověka velkou životní zátěž, ve své nemoci mnoho ztrácí a málo získává. Trachtová zdůrazňuje, že pacienti na JIP čelí velkému náporu na psychiku a musí se přizpůsobit nové situaci. Výskyt psychologických poruch je u těchto pacientů odhadován na 14 – 72 %, z toho jsou nejčastěji přítomny úzkost, deprese a delirium. (40, s. 56) Zde do popředí vystupuje umění správné komunikace s pacientem a jeho rodinou jako ukazatel profesionality ošetřující sestry.

Imobilizační syndrom a jeho následky výrazně ovlivňují kvalitu života pacienta. Jistě je možné říct, že v jeho prevenci je role sestry naprosto nezastupitelná. Dehydratace, malnutrice, dekubity, infekce, zácpa, flebitidy, neklid, připoutání atd. jsou projevy imobilizačního syndromu, a tedy chybějící či neposkytnuté péče. A proto je možné usoudit, že chybějící péče ohrožuje důstojnost pacienta. Mezi tím její zachování patří k základním lidským potřebám. V *Nursing Ethics* je zdůrazněno, že důstojnost je základním konceptem ošetrovatelské péče. Péče bez důstojnosti může nepříznivě ovlivnit rekonvalescenci pacientů, protože zachování důstojné péče podporuje emocionální komfort, což zrychluje rekonvalescenci. Sestry jsou zodpovědné za podporu lidské důstojnosti prostřednictvím jejich interakce s pacienty a ostatními členy týmu. Musí si uvědomit, že respekt je důležitá lidská vlastnost, kterou mohou prokázat tím, že jsou citlivé k potřebám pacientů. Respektování pacientů znamená umožnit jim samostatně se rozhodovat, zahrnuje empatii, kvalitní péči, autonomii, poskytování informací, uznává individualitu, důstojnost a potřeby. (19)

Na JIP je důležité věnovat se zdánlivě obyčejným věcem: pečovat o psychiku pacienta, předcházet vzniku infekce v místě invazivních vstupů a operační rány, dekubitům, TEN, plicním komplikacím, pádům, sledovat a mírnit bolest. V pooperačním období hraje důkladná ošetrovatelská péče naprosto nezastupitelnou roli, minimalizuje riziko vzniku komplikací, přispívá k rychlejšímu uzdravení a naopak může anulovat výsledky špičkově provedené operace, výrazně se podílet na mortalitě a morbiditě. Proto je třeba poukázat na to, že precizní ošetrovatelská péče u rizikového pacienta s komplikovaným pooperačním průběhem má dvojnásobný význam.

4 ZÁVĚR

Tato práce popisuje pacienta se závažnými pooperačními komplikacemi a zdůrazňuje důležitost precizní ošetrovatelské péče. Význam ošetrovatelské péče spočívá v tom, aby se ke komplikacím po operačním zákroku nepřidaly komplikace z dlouhodobého pobytu na lůžku. V takovém případě by mohlo dojít k fatálním následkům.

Zásluhou dobré spolupráce multidisciplinárního týmu na JIP bylo, že se pacient postupně zlepšil a 34. den hospitalizace byl propuštěn domů. Díky ošetřování pacienta s vředovým onemocněním žaludku a komplikovaným pooperačním průběhem jsem si uvědomila náročnost problematiky intenzivní péče a význam poctivé ošetrovatelské péče pro zvládnutí tak závažného onemocnění.

Seznam použité literatury

1. CSISKO, Matej. Prevence dekubitů v ošetrovatelské praxi. *Sestra*. 2014, **24** (4), 30-32. ISSN 1210-0404.
2. ČERNÝ, Ján. *Špeciálna chirurgia 1: chirurgia tráviacej rúry*. 2. vyd. Ilustrace Stanislav Černý. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1996. Dérerova zbierka. ISBN 80-888-2426-5.
3. DÍTĚ, Petr. *Vnitřní lékařství: učebnice pro lékařské fakulty*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-496-6.
4. DÍTĚ, Petr a Miloš RŮŽIČKA. *Vředová nemoc žaludku a duodena*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. Repetitorium, Sv. 2. ISBN 80-726-2079-7.
5. HANOUSKOVÁ, Jana a Václava OTCOVÁ. Sledování, vzdělávání a ošetrovatelský výzkum bolesti v ÚVN Praha. *Florenc*. 2013, **9**(10), 9-12. ISSN 1801-464X.
6. HARTMANN – RICO. *Ošetrování ran: Portál pro lékaře a zdravotníky* [online]. HARTMANN – RICO a. s. 6. 3. 2012[cit. 2015-05-08]. Dostupné z: <http://www.lecbarany.cz/clanky/infekce-v-chirurgii>
7. HAVEL, Eduard. Zásady nutriční péče v chirurgii a traumatologii. *Zdravotnictví a medicína*. 1/2015, 35-36. ISSN 2336-2987
8. HOCH, Jiří a Jan LEFFLER. *Speciální chirurgie: učebnice pro lékařské fakulty*. 1. vyd. 2001. ISBN 80-859-1244-9.
9. HUDÁKOVÁ, Anna et al. Prevence pádů a disability. *Sestra*. 2014, **24**(5), 30-32. ISSN 1210-0404.
10. CHLOUBOVÁ, Helena. Bolest. In: *Základy ošetrování nemocných*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0845-6.
11. Jak proleženinám předcházet? *Výživa v nemoci* [online]. 2012 [cit. 2015-05-11]. Dostupné z: <http://www.vyzivavnemoci.cz/prevence-prolezenin/>
12. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
13. KELLER, Ulrich, Rémy MEIER a Sibylle BERTOLI. *Klinická výživa*. 1. vyd. Praha: Scientiamedica, 1993. ISBN 80-85526-08-5.
14. KELNAROVÁ, Lenka. Bolest a její léčba. *Florenc*. 2014, **10**(12), 26-27. ISSN 1801-464X.

15. KEPRTOVÁ, Ivana. Dekubitus – chyba v ošetřování. *Sestra*. 2007, **17**(5), 48-49. ISSN 1210-0404.
16. KOHOUT, Pavel. Gantroenterologické minimum: Vředová choroba žaludku a dvanáctníku. In: *Nakladatelství Gasset* [online]. [cit. 2015-04-19]. Dostupné z: <http://www.gasset.cz/cz/index.php?page=suplementy>
17. LATA, Jan, Jan BUREŠ a Tomáš VAŇÁSEK. *Gastroenterologie*. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-807-2626-922.
18. LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1787-6.
19. LIN, Yea-Pyng., Roger WATSON a Yun-Fang TSAI. Dignity in care in the clinical setting: A narrative review. *Nursing Ethics* [online]. 2013, **20**(2), 168-177 [cit. 2015-05-09]. DOI: 10.1177/0969733012458609. ISSN 0969-7330. Dostupné z: <http://nej.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0969733012458609>.
20. MAĎAR, Rastislav, Renata PODSTATOVÁ a Jarmila ŘEHOŘOVÁ. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1673-9.
21. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. ISBN 978-80-7013-457-3.
22. MELLANOVÁ, Alena. Psychologická problematika adaptace na nemoc. In: *Základy ošetřování nemocných*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0845-6
23. MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. *Prevence dekubitů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2043-2.
24. MUSIL, Dalibor. Rizika a prevence tromboembolické choroby. *Medicína pro praxi*. [online]. 2009, **6**(2), 61-65 [cit. 2015-05-09]. ISSN 1214-8687. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/magno/med/2009/mn2.php>
25. NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA. *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-612-0.
26. ONDRIOVÁ, Iveta a FERTALOVÁ, Terézia. Dekubity jako indikátor kvality péče. *Sestra*. 2013, **23**(1), 48-51. ISSN 1210-0404.

27. PAFKO, Pavel. *Základy speciální chirurgie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-402-7
28. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3
29. PEKARA, Jaroslav a Igor SATINSKÝ. Je intenzivní péče bezpečná? *Florenc*. 2012, **8**(11), 19-22. ISSN 1801-464X.
30. Prevence žilní trombózy a plicní embolizace v chirurgii, v cévní chirurgii a v urologické chirurgii: doporučení pro klinickou praxi. *Spolek pro trombózu a hemostázu* [online]. 09. 05. 2015 [cit. 2015-05-09]. Dostupné z:<http://www.thrombosis.cz/index.html>
31. ROKYTA, Richard a František ŠŤASTNÝ. *Struktura a funkce lidského těla*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900-1302-3.
32. SAS, Igor. Nozokomiální infekce a infekce multirezistentními organismy v podmínkách intenzivní péče. *Postgraduální medicína*. 2010, **12**(9), 1079-1087. ISSN 1212-4184
33. SVOBODOVÁ, Dita. Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v letech 2011-2012. *Florenc*. 2013, **9**(6), 23-32. ISSN 1801-464X.
34. ŠRÁMOVÁ, Helena et al.. Prevalenční studie nozokomiálních infekcí v České republice v r. 2009 na odděleních ARO a JIP s invazivní umělou plicní ventilací. *SZÚ*. [online]. [cit. 2015-05-08]. Dostupné z:<http://www.szu.cz/publikace/zpravy-epidemiologie-a-mikrobiologie/zpravy-em-12-prosinec-2009>
35. *SÚKL: Databáze léků* [online]. SÚKL: 2010 [cit. 2015-05-16]. Dostupné z:<http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>
36. TĚŠÝNSKÝ, Pavel. Výživa kritický nemocných. *Zdravotnictví a medicína*. 2/2015, 35-39. ISSN 2336-2987.
37. TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela FOJTOVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Po-třeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-324-4.
38. VINCENT, Jean-Louis. Nosokomialinfections in adult intensit-care units. *The Lancet*. 2003, **361**(9374), 2068-77. ISSN 0140-6736.

39. WORKMAN, Barbara A a Clare L BENNETT. *Klíčové dovednosti sester*. Přeložila M. ZVONÍČKOVÁ. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1714-x.
40. ZACHAROVÁ, Eva. Psychosociální přístup k pacientům na JIP. *Sestra*. 2012, **22**(11), 56-57. ISSN 1210-0404.
41. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.
42. ZEMAN, Miroslav. *Speciální chirurgie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-726-2260-9 07-2624-027.
43. ŽŮČKOVÁ, Kateřina. Prevence vzniku dekubitu na jednotce intenzivní péče. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2008, **4**(7), 4-6. ISSN 1801-1349.

Seznam použitých zkratk

ATB – antibiotika

amp. - ampule

bpn - bez patologického nálezu

BI – resekci žaludku 1. typu dle Biliotha

BII - resekci žaludku 2. typu dle Biliotha

event. - eventuálně

FNKV - Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

FR – fyziologický roztok

GEA – gastroenteroanastomóza

CT – computertomography, počítačová tomografie

CŽK – centrální žilní katétr

č. – číslo

GIT – gastrointestinální ústrojí, trávicí trakt

HCl- kyselina chlorovodíková, *latinsky*acidumhydrogenchloridum

Hp - Helicobacter pylori

ICHS – ischemická choroba srdeční

konz. th. – konzervativní terapie

l – litr

LK – levá končetina

ml – mililitr

PMK – permanentní močový katétr

P – pils (tep)

RTG – rentgen

stp. - stav po

susp. – suspektní

TK – krevní tlak

UZ – ultrazvuk

VFN - Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Seznam příloh

Příloha 1 – Ošetřovatelská anamnéza

Příloha 2 – Informovaný souhlas nemocného s použitím informací pro účely zpracování bakalářské práce

Příloha 1 – Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelská anamnéza

(Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

Oddělení: JIP 2
Datum a čas odběru anamnézy: 2. 7. 2014
Jméno (iniciály): J. B. Pohlaví: M Věk: 65

Datum přijetí: 12. 6. 2014

Stav: ROZVEDENÝ Povolání: ŘIDIČ, VRATNÝ NA 3. LF, TED V DŮCHODU

Rodina informována o hospitalizaci: ano ne

Diagnóza při přijetí (základní):

Chronická onemocnění: VŘEDOVÁ CHOROBA GASTRODUODENA, ST. P. ULCEREM POSTBULBARNÍ STENOZOU PROVEDENÁ GASTROENTEROANASTOMOZA (4/2013); ICHS - 9. ENDE 2 TĚDEN 3/2013, BEZ INTERVENCE. HYPERPLAZIE PROSTATY, ATROFIE PANKREASU, CYSTA LEDVINY, DIVERTIKULOZA SIGMATU, ARTERIÁLNÍ HYPERTENZE NA TERAPII, OSTEOPOROZA, ICH DĚČ.

Infekční onemocnění: NE ANO
Režimová opatření:

Léčba:

Operační výkon: Pooperační den:
Farmakoterapie: CIPROFLOXACIN 400mg / 12h i.v. 14-02. METRONIDAZOL 500mg / 8h i.v. 16-24-02. NOVALGIN 1g. do 1000 ml FR i.v. NA 30MIN PŘI BOLESTI NAD VAS 2, MIN INTERVAL 6 hod. MAX 4x denně. DIPIDOLOR 15mg s.c. 14-20-02/03. FRAXIPARINE 0,4 s.c. V 20h / 24h. AMBROBENE 1 amp / 8h i.v. 16-18-08. NEBULIZACE: AMBROBENE 2ml + BRONVENT 2ml + FR 2ml / 6h. 14-20-02-08. HELICID 40mg + 100 ml FR / 8h i.v. 16-20-08. BETALOC AMP. 5mg PŘI TAENYKARDII NA 150 i.v. BOLUS

Jiné léčebné metody:

Má nemocný informace o nemoci: ano ne částečně

Alergie: ano ne jaké:

Fyziologické funkce: P: 103 TK: 145/75 D: 18 SpO2: 97 TT: 37,0

1) Vědomí

stav vědomí: při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC: 15
 Orientovaný Dezorientovaný

5) Vnímání zdraví

ZA POSLEDNÍM PRÁDELEM 3 OPERACE NA GIT. CELKOVÁ ÚROVEŇ ZDRAVÍ (NEMOCNOST, VLEKLÁ CHOROBA) POLYMORBIDNÍ PACIENT, OPAROVANÉ HOSPITALIZOVANÝ Z DŮVODU KOMPLIKACÍ VŘEDOVÉ CHOROBY. ČIT SE VELMI UMAVEMÝ. DOMA VĚVA CHRONICKOU MEDIKACÍ, SNAŽÍ SE DOKRÉVAT DOPORUČENÍ LÉDARĚ

Úrazy: ano ne jaké:

6) Vživa, metabolismus

Dieta: OS ČAJOVÁ DO 300ML Nutriční skóre: 4x ANO (POTŘEBUJE NUTRIČNÍHO TERAPEUTA)

Hmotnost: 55 DEAME Výška: 180 BMI: 17

Chuť k jídlu: ano ne

Potíže s přijímáním potravy: ano ne jaké: ST.P. REZERVA ŽALUDKU B.II. S ANASTOMOZOU

Užívá doplňky výživy: ano ne jaké: VIZ ENTER. APARENT. VŽIVA

Enterální výživa: NUTRISON 40M/14, 1000ML/den PARENTERÁLNÍ VŽIVA:

Denní množství tekutin: MAX. 300ML Druh tekutin: VODA

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ano ne o kolik: 5 KG

Umělý chrup: ano ne horní dolní, VYKODIL Z DŮVODU

Potíže s chrupem: ano ne SPÁTNE KOMPATIBILITY.

7) Vyprazdňování

problémy s močením: ano pálení řezání retence inkontinence ne

problémy se stolicí: ano průjem zácpa inkontinence ne

stolice pravidelná: ano ne

datum poslední stolice: 26.6.2014

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení: 20. den

Rektální odvodný systém:

Stomie:

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: KLID NA LŮŽKU, STJ VEDIE LŮŽKA DLE ZDR. STAVU

Barthel test: 50 (ZÁVISLOST STŘEDNÍHO STÁPĚ)

Riziko pádu: ANO skóre 11 (STŘEDNÍ RIZIKO) NE

Pohyblivost: chodící samostatně chodící s pomocí

ležící pohyblivý

ležící nepohyblivý

pomůcky

jaké:

NE STOJE VYDRŽÍ 2-3 MINUTY

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku: 3-4

hodina usnutí: KOLEM 00.30

poruchy spánku: ano ne

jaké: SPÁNEK MŮŽE BYT PŘERUŠEN KŮČÍ BOLESTÍ NEBO MUSLENKAM, NEBO POKYTOVÉ MEDIKACE

hypnotika: ano ne

návyky související se spánkem:

OBČAS KAVA PŘED SPÁNKEM

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem: ano ne

jaké: KRATKODOBÁ KŮČÍ (LEVÉ OKO)

potíže se sluchem: ano ne

jaké:

porucha řeči: ano ne

jaká:

kompensační pomůcky: ano ne

jaké: BRÝLE NA ČTENÍ A NA DALŠÍ

orientace: orientován

dezorientován

místem

časem

osobou

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav: klidný rozrušený

OBČAS JE ROZČILENÝ

Pocit strachu nebo úzkosti: ano ne

Úroveň komunikace a spolupráce: dobrá obtížná

Plánování propuštění

Bydlí doma sám: ano ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění: SYN

kontakt s rodinou: ano ne

Pocit osamělosti: NEMÁ, DOPORUČE HO RODINA, BYDLÍ SE SYMEM A VNUČKOU

12) Invazivní vstupy

Drény: ano ne

1. BRÝSK TRUBICOVÝ
2. BRÝSK - REDOVÝ

Datum zavedení: (27.6.2014) - 6. den
(28.6.2014) - 8. den

Permanентní močový katétr: ano ne

č. 16, 20. den zavedení

i.v. vstupy: ano periferní

datum zavedení: kde:

Stav:

datum zavedení: 18.6.2014 kde: V. SOBCLAVIA I. dx

stav: OKOLÍ RUDNÉ, BEZ ZÁMĚRU

FUNKČNÍ ZÁMĚRU

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

Sonda : ano ne jaká : datum zavedení : 27.6.2014
 Stomie : ano ne jaká : VŮZIVNÁ jejunostomie stav : FUNKČNÍ
 Endotracheální kanyla : ano ne č.ETR : datum zavedení :
 Tracheotomie : ano ne č.: od kdy:
 Arteriální katétr : ano ne
 Epidurální katétr: ano ne
 Jiné invazivní vstupy:

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

1. Barthelové test základních všedních činností (ADL - activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najezení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4.osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
5.kontinence moči	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
6.kontinence stolice	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
7.použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
9.chůze po rovině	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Zdroj: Staňková,M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno.IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech: 50
 0-40 bodů: vysoce závislý
 45-60 bodů: závislost středního stupně
 65-95 bodů: lehce závislý
 100 bodů: nezávislý

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobry 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně. 21

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu	
Anamnéza:	
<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)	3 body
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více	2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze	1 bod
<input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překlada na lůžkové odd.	1 bod
<input type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém	1 bod
<input type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa)	1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> 1 bod	
Vyšetření	
<input type="checkbox"/> Soběstačnost	
- úplná	0b
- částečná	2b
- nesoběstačnost	3b
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce	
- spolupracující	0b
- částečně	1b
- nespoupracující	2b
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)	
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě?	ANO 0 body
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?	ANO 1 bod
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout?	ANO 1 bod
Celkem: 11	
0-4 body	Bez rizika
5-13 bodů	Střední riziko
14-19 bodů	Vysoké riziko

5. Hodnocení vědomí

Glasgow Coma Scale

Hodnocený parametr	Reakce	Body
Otevření očí	spontánně otevřené	4
	na slovní výzvu	3
	na bolestivý podnět	2
	oči neotevře	1
Slovní odpověď	přiléhavá	5
	zmatená	4
	jednotlivá slova	3
	hlásky, sténání	2
	neodpovídá	1
Motorická reakce	pohyb podle výzvy	6
	na bolestivý podnět účelný pohyb	5
	na bolestivý podnět obranný pohyb	4
	na bolestivý podnět jen flexe	3
	na bolestivý podnět jen extenze	2
	na bolestivý podnět nereaguje	1
Hodnocení:	15 bodů - pacient při plném vědomí 3 body - pacient v hlubokém bezvědomí	15

Zdroj: NEUWIRTH, J. Sledování a hodnocení fyziologických funkcí. In: KOLEKTIV AUTORŮ Základy ošetrování nemocných. Praha: Karolínium, 2005, s. 46-56. ISBN 80-246-0845-6.

Ošetrovatelské zhodnocení:

POLYORBIDNÍ PACIENT 3. den po reoperaci z důvodu dehiscence LAPAROTOMIE. MA' Bolest v oblasti břicha a operaci rány, vzhled dle VAS = 3. MA' ZAVEDENÍ PMK (2. den), CH = 16, PLNĚ FUNKČNÍ, ODVAŽÍ ČIDLO MOC. OPERACI RÁNA BEZ NERÁVNĚK ZÁHEM, HOJÍ SE PER PRIMÁM, PROVEDEN PŘEVÁŽĚ S BETADINOU, KŮŽE NA KONČETINÁCH JE SUCHÁ, POŘEŠUJE PROMĚNIT OČETEM. PACIENT ČÁSTEČNĚ SOBĚSTÁBNÝ, PŘI HYGIENĚ SI UMÝJE GENITÁL NA LŽERU; PŘI VÝMĚNĚ PRÁDLA S PŮMOCÍ SE POSTAVÍ ECA 3 MINUTY VEDLE LŽERKY S OPOROU KOMUNIKUJE, SPOCUDNĚJE, UPOZORNĚJE, ŽE BUDE ODÍMAT INHALACE (DLE SVÝCH POŽADAVKŮ). ZAVEDENÁ VÝŽIVA JE UNOSTOMIE FUNKČNÍ (6. den ZAVEDENÍ) BRISNÍ TRUBICOVÝ DREN (6. den ZAVĚN), OKOLÍ BEZ ZNÁMĚK ZÁNĚTU, FUNKČNÍ. REDONOVÝ DREN (6. den ZAVEDENÍ), OKOLÍ BEZ ZNÁMĚK ZÁNĚTU, FUNKČNÍ. BILANCE TEKUTIN. MA' RIZIKO VZNIKU DEKUBITŮ - PRAVIDELNĚ SE DOBÍHÁJE, JE POTŘEBA PŘI PŮMOCI NA ČTVRŮ DKK.

Příloha 2 – Informovaný souhlas nemocného s použitím informací pro účely zpracování bakalářské práce

**Informovaný souhlas
nemocného s použitím informací pro účely zpracování bakalářské
práce studenta/ky 3.LF UK,
obor všeobecná sestra**

Pan/paní..... *J. Sedlářová*

souhlasí

- s provedením anamnézy¹ studentem/kou 3.LF UK – bakalářského oboru všeobecná sestra

Julie Sedlářová *2. ročník*

jméno a příjmení studenta/ky, ročník studia

- s použitím bakalářské práce pro výukové účely (při použití výsledků vyšetření se nikde nebude uvádět jméno a příjmení nemocného)
- s pořízením fotodokumentace klinických projevů onemocnění pro další potřeby výuky (při použití fotodokumentace se nikde nebude uvádět jméno a příjmení nemocného)

Získané informace budou použity pouze k výukovým účelům a nikterak nenaruší diagnosticko-terapeutický proces nemocného během hospitalizace.

v *PRÁZE* dne *17. 2024*

Podpis pacienta

Podpis studenta/ky

¹ Anamnézou se rozumí, rozhovor studenta s nemocným s cílem získat informace o zdravotním stavu nemocného, rodinné, sociální a pracovní situaci nemocného.