

Univerzita Karlova v Praze

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Kateřina Špičková

**Ošetřovatelská péče o pacientku s hereditárním difúzním
karcinomem žaludku**

Nursing care of patient with hereditary diffuse gastric cancer

Bakalářská práce

V Praze: Červen 2015

Autor práce: **Kateřina Špičková**

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Bakalářský studijní obor: **Všeobecná sestra – kombinovaná forma**

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství, 3.LF UK v Praze**

Odborný konzultant: **MUDr. Lukáš Havlůj**

Pracoviště odborného konzultanta: **Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady**

Předpokládaný termín obhajoby: **Září 2015**

Prohlášení.

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

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

V Praze: 30.6.2015

Kateřina Špičková

Poděkování:

na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce paní PhDr. Marii Zvoníčkové a konzultantovi MUDr. Lukáši Havlůjovi za cenné rady a informace, které mi pomohly k sepsání bakalářské práce, za jejich čas, trpělivost a ochotu, kterou mi věnovali.

OBSAH:

1. ÚVOD	7
2. KLINICKÁ ČÁST	8
2.1. Epidemiologie onemocnění	8
2.2. Popis onemocnění	10
2.2.1. <i>Anatomie žaludku</i>	10
2.2.2. <i>Patofyziologie žaludku</i>	12
2.2.3. <i>Symptomatologie onemocnění</i>	15
2.2.4. <i>Vyšetřovací metody</i>	16
2.2.4.1. <i>Fyzikální vyšetření</i>	17
2.2.4.2. <i>Gastroskopie</i>	18
2.2.4.3. <i>Endoskopický ultrazvuk</i>	18
2.2.4.4. <i>Ultrazvuk</i>	18
2.2.4.5. <i>Biopsie</i>	19
2.2.4.6. <i>Počítačová tomografie</i>	19
2.2.4.7. <i>Magnetická rezonance</i>	19
2.2.4.8. <i>Počítačová emisní tomografie</i>	20
2.2.4.9. <i>Diagnostická laparoskopie</i>	20
2.2.4.10. <i>Laboratorní vyšetření</i>	21
2.2.5. <i>Terapie</i>	22
2.2.6. <i>Komplikace</i>	23
2.2.7. <i>Prognóza onemocnění</i>	24
3. KAZUISTIKA	25
3.1. Anamnéza	25
3.1.1. <i>Lékařská anamnéza</i>	25
3.1.2. <i>Ošetrovatelská anamnéza</i>	26
3.2. Průběh hospitalizace	30
3.3. Ošetrovatelské problémy	38
3.3.1. <i>Bolest</i>	38
3.3.2. <i>Psychika a vnímání nemoci</i>	44
3.3.3. <i>Sebepéče</i>	48

3.3.3.1. <i>Pohyb a riziko pádu</i>	48
3.3.3.2. <i>Jídlo a pití</i>	49
3.3.3.3. <i>Vyprazdňování</i>	50
3.3.3.4. <i>Riziko dekubitů</i>	52
3.4. Dlouhodobá péče	55
4. DISKUZE	56
5. ZÁVĚR – shrnutí práce	59
6. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
7. PŘÍLOHY	64

1. ÚVOD

Téma své bakalářské práce *Ošetrovatelská péče o pacientku s hereditárním difúzním karcinomem žaludku* jsem si vybrala, protože onemocnění tohoto typu je v České republice téměř raritou. S diagnózou karcinomu žaludku difúzního typu se ve své zdravotnické praxi nesetkáváme často a při sběru dat jsem zjistila, že většina zdravotníků a lékařů tento typ onemocnění nezná, tudíž sběr informací byl těžký, k tomuto konkrétnímu typu malignity v českém jazyce dostupná literatura a jiné zdroje téměř nejsou. Většinu zdrojů a studií jsem získávala ze zahraniční literatury, abych mohla vytvořit klinickou část mé práce.

Praktická část mé práce se zabývá čtyřicetidevítiletou pacientkou, která byla přijata na interní oddělení pro obstrukční ikterus. Udávala, že má asi dva roky bolesti páteře a přibližně půl roku dyspepsii. Měsíc před přijetím se měla dostavit na ultrazvukové vyšetření, ale bála se diagnózy, takže se na vyšetření nedostavila (její matka zemřela v 52 letech na rakovinu žaludku). Pacientka byla hospitalizována pod obrazem akutní pankreatitidy s předpokládanou obstrukcí žlučových cest. Později se její zdravotní stav zhoršoval a byla přeložena na oddělení ARO. Pacientka trpěla nauzeu, která se vyvinula v časté zvracení, kdy 2x během léčby vyzvrátila nasojejunální sondu. Onemocnění se však symptomy odchylovalo od původní diagnózy. Na základě toho pacientka absolvovala sérii vyšetření (viz. Vyšetřovací metody). Poslední vyšetření podstoupila 21. 7., jednalo se o endoskopické vyšetření s odběrem bioptického vzorku na histologické vyšetření, kde se prokázal nízko diferencovaný hereditární difúzní karcinom žaludku, který je poměrně vzácný. Pro pacientku už bohužel bylo pozdě a tři dny na to zemřela.

Pacientka dala ústní souhlas k použití a zpracování údajů z dokumentace k vypracování mé bakalářské práce.

2. KLINICKÁ ČÁST

2.1. Epidemiologie onemocnění

Karcinom žaludku tvoří v České republice 4% všech nádorových onemocnění u mužů a 2% u žen. Celková světová incidence je 760 000 onemocnění ročně. Karcinom žaludku je druhou nejčastější příčinou úmrtí na zhoubná onemocnění ve světě hned po karcinomu plic. Incidence rakoviny žaludku byla v ČR v roce 2004 19,7/100 000 a mortalita 13,5/100 000. Karcinom žaludku je prakticky jediným zhoubným nádorem, který v ČR zaznamenal pokles incidence v průběhu 30 let téměř o třetinu. Uvažuje se o snížení chronicity gastritid a eradikací *Helikobakterem pylori*. 90 – 95 % žaludečních karcinomů tvoří adenokarcinom vycházející z žaludeční mukózy, 4% jsou lymfomy, 3% hormonálně aktivní tumory a zhruba 2% tvoří nádory z buněk žaludeční stěny, tumory GIST. Podle makroskopického růstu dělíme nádory na polypózně rostoucí, ulcerující a infiltrativní. (1)

Etiologie karcinomu žaludku je multifaktoriální, hlavní roli hrají dietní návyky, infekční agens, předchozí resekce žaludku a genetické faktory. Genetickými faktory jsou především mutace. Ukazuje se, že pro onemocnění hereditárního karcinomu žaludku difúzního typu se jedná o mutaci CDH1. Ze sledovaných skupin, u kterých se předpokládá onemocnění tohoto typu je 30% mutací CDH1.

HDGC je dědičné onemocnění spojené s vyšším rizikem ca žaludku, průměrný věk výskytu je 38 let, současně se zvyšuje riziko lobulárního ca prsu a ca kolon.

Konkrétní počet rodin s HDGC je neznámý, celkový výskyt se liší v různých částech světa, v USA se odhaduje méně než 1% populace. Největší výskyt je v Číně, Japonsku a v dalších zemích jihovýchodní Asie, stejně tak ve střední a Jižní Americe. (2)

Nenašla jsem žádný zdroj, kterým by byl v ČR výskyt procentuálně určen.

Karcinom žaludku i přes klesající incidenci představuje celosvětový

problém. Představuje druhé nejčastější úmrtí na zhoubné onemocnění ve světě. Jde o onemocnění, které je v časných stádiích, kdy je plně kurativní, prakticky asymptomatické. Prognóza pozdějších stádií je špatná. Doposud nebyl připraven vhodný celoplošný screeningový program pro toto onemocnění. Screeningové studie se zaměřují převážně na rizikové populace a to na nemocné s chronickou atrofickou gastritidou, perniciózní anemií, na nemocné po resekčních výkonech na žaludku. V zemích s vysokou incidencí onemocnění není ani jedna sérologická metoda pro celoplošný screening dostatečně senzitivní ani specifická. (1)

2.2. POPIS ONEMOCNĚNÍ

2.2.1. Anatomie žaludku

Žaludek (gaster, ventriculus) je plochý vakovitý oddíl trávicí trubice, ležící v horní třetině břišní dutiny pod levou brániční klenbou. Žaludek je na přední ploše z větší části překrytý játry, pouze část jeho přední stěny naléhá přímo na břišní stěnu. Za žaludkem je štěrbina oddělující žaludek od levé ledviny a slinivky břišní.

Začíná vústěním jícnu, kardií. Na kardii navazuje vlastní tělo žaludku (corpus), které se doleva nahoru vyklenuje v klenbu (fornix). Dolů a doprava se žaludek zužuje v trubicovitý pylorus (vrátník). Podkladem stěny pyloru je silný kruhový sval - svěrač, který s přiléhající částí žaludku periodicky uzavírá průchod obsahu žaludku do dvanáctníku. Do duodena je trávenina vytlačována stahem svaloviny žaludku při současném ochabnutí pylorického svěrače. (14)

Na žaludku lze rozlišit dvě zakřivení - malou a velkou křivaturu. Na horní malé zakřivení žaludku (malou křivaturu) přechází peritoneální list, malá předstěra (malé omentum), jdoucí od spodní plochy jater a fixující žaludek.

Od velkého zakřivení žaludku před kličkami střeva volně visí velká předstěra (velké omentum). Předstěry mají fixační a ochranný význam. Velká předstěra se při dráždění (např. zánětem) slepuje a ohraničuje místa, kde dochází k chorobnému poškození stěny trávicí trubice nebo orgánů dutiny břišní. Opouzdření místa zánětu listy předstěry zabraňuje šíření infekce do další části břišní dutiny. (3)

Sliznice žaludku je složena v podélné řasy a na jejím povrchu ústí vývody četných trubicovitých žlázek. Tyto žlázy produkují ochranný hlen a žaludeční šťávu. Žaludeční sliznice má i určitou resorpční schopnost. V žaludku se vstřebává alkohol, některé léky a soli.

Potrava se v žaludku shromažďuje v hrubě rozmělněném stavu. Plnění žaludku je postupné - prázdný žaludek má stěny těsně k sobě přiložené. Polykaná sousta se vrství podél stěn a stěna žaludku se

postupně rozvíjí. Žaludek dospělého člověka tak pojme 1 až 2 litry rozmělněné potravy.

Zředěné a se žaludeční šťávou promíchané potravě se říká chymus, který je ze žaludku v malých dávkách protlačován do dvanáctníku. Potrava zůstává v žaludku různě dlouho. Tekutiny žaludkem pouze protékají, ale na tuky bohatá potrava opouští žaludek za 5 - 7 hodin a strava obsahující převážně cukry, již za 3 - 4 hodiny. (14)

Je-li stěna žaludku podrážděna nevhodnými látkami nebo je-li drážděna pobřišnice, případně stěna hltanu, dochází ke složitému reflexnímu ději, při kterém se peristaltika žaludku (a tenkého střeva) obrací. Obsah žaludku se pak vyprazdňuje do jícnu a do hltanu a pak dochází ke zvracení. Zvracení je obranný děj, při kterém je odstraněn nevhodný obsah žaludku.

Chemická funkce žaludku je umožněna mechanickou úpravou potravy a zajištěna produkcí žaludeční šťávy. Žaludeční šťáva je produkována žlázkami žaludeční sliznice. Její denní množství závisí na množství přijaté potravy, ale v průměru se tvoří asi 1,5 - 2 litry šťávy za 24 hodiny. Žaludeční šťáva je čirá, bezbarvá a silně kyselá tekutina. Obsahuje kyselinu chlorovodíkovou, pepsin, chymozin, žaludeční lipázu a mucin. (Více než 99% šťávy tvoří voda.)

Mucin povléká povrch žaludeční sliznice, kterou tak chrání před natrávením kyselinou chlorovodíkovou. Ve stěně žaludku se tvoří i zvláštní bílkovina, tzv. vnitřní faktor, který ve střevě umožňuje vstřebávání vitamínu B12. Ten je nezbytný pro tvorbu červeného krevního barviva obsaženého v červených krvinkách. Chybí-li vnitřní faktor, vzniká těžká chudokrevnost - onemocnění spojené s poruchou přenosu kyslíku mezi tkáněmi organismu. (4)

Reflexní tvorba žaludeční šťávy je navozena drážděním různých receptorů (čichového, chuťového apod.), od kterých přicházejí příslušné informace do centra uloženého v prodloužené míše. Z centra jsou nervové podněty odváděny do stěny žaludku. Reflexní fáze tvorby žaludeční šťávy trvá asi 1,5 - 2 hodiny. (5)

2.2.2. Patofyziologie žaludku

Mezi nejčastější onemocnění žaludku patří vředy a záněty žaludku, které vznikají na podkladě nerovnováhy agresivity žaludeční kyseliny (HCl) a protektivních – ochranných faktorů (hlen, pH krve apod.). Akutní forma zánětu je často spojena s kouřením, požíváním alkoholu, nadměrným užíváním Aspirinu a jiných léků, ozařováním žaludku, toxickými vlivy potravin, stresem a šokem. Morfologicky je charakterizována překrvením a edémem sliznice. Akutní erozivní gastritida se projevuje chyběním povrchových částí sliznice a krvácením. Peptický vřed žaludku je chronický ložiskový defekt sliznice zasahující do podslizničního vaziva.

Pylorostenóza je vrozené onemocnění žaludku. Projevuje se už u novorozence. Vyskytuje se u osm dětí z tisíce a častěji u chlapců, než u dívek. Pylorus je zúžen a svalovina žaludku před pylorem je hypertrofická. Projevuje se těžkým zvracením.

Karcinom žaludku je druhou nejčastější příčinou úmrtí. Vyskytuje se poměrně často v pyloru a jeho okolí a na malém zakřivení. Jeho vzniku předchází chronická gastritida s achlorhydrií a střevní metaplazií. Kromě ložiskového exofytického i endofytického růstu se u něho vyskytuje růst infiltrační s difúzním ztlušťováním žaludečních stěn a poruchami hybnosti. Mikroskopicky odpovídá adenokarcinomu. Může být dlouho bez klinických příznaků. Metastazuje hlavně do jater. (6)

Hereditární difúzní karcinom žaludku (HDGC) je dědičné onemocnění, které výrazně zvyšuje pravděpodobnost vzniku rakoviny žaludku. V této podobě, známé jako difúzní karcinom není znám žádný solidní nádor. Infiltruje do stěny žaludku a tím ji ztlušťuje.

Hereditární difúzní karcinom žaludku je autozomálně dominantně dědičný nádorový syndrom s vysokým celoživotním rizikem karcinomu žaludku difúzního typu, zvýšené je významně i riziko nádorů prsu, především lobulárního typu. Hereditární difúzní karcinom žaludku (HDGC) je charakterizován pozdní diagnózou a špatnou prognózou. Průměrný věk

manifestace HDGC je 38 let, s rozpětím 14-69 let. Odhadované celoživotní riziko rozvoje karcinomu žaludku do 80 let je u mužů 67% a u žen 83%. Mnoho rodin s HDGC má prokázanou germinální mutaci v genu pro E-cadherin (CDH1).

Tento typ rakoviny je velmi invazivní, tudíž je vysoce pravděpodobné, že bude metastazovat do jiných tkání, jako jsou játra, slinivka, kosti apod. HDGC je dědičný syndrom vedoucí k výskytu málo diferencovaného adenokarcinomu žaludku difúzního typu. Vznik karcinomu je podmíněný ztrátou E-cadherin proteinu vedoucí k růstu jednotlivých buněk, které prorůstají stěnou žaludku, ale netvoří solidní nádor. Postupně prorůstá žaludeční stěnu, aniž by změnil makroskopicky vzhled žaludeční sliznice, ta se postupně ztlušťuje a postupně se stane tuhou a nepohyblivou. Nejsou formované tumorózní masy na rozdíl od intestinálního typu. Za těchto podmínek je karcinom jen těžko odhalitelný. Symptomy difúzního karcinomu žaludku jsou v časných stádiích onemocnění nespecifické. Jakmile se objeví specifické příznaky, postižení jedinci jsou již v pokročilém stádiu onemocnění. Symptomy v pozdním stádiu onemocnění zahrnují bolest břicha, nauzeu, zvracení, polykací problémy, pocit plnosti po jídle, ztrátu chuti k jídlu, ztrátu na váze, v dalším průběhu mohou být hmatné tumorové masy. Změněné rakovinné buňky mají typický vzhled pečetního prstenu. To je způsobeno akumulací intracelulárního mucinu, která vede k odtlačení buněčného jádra na stranu.

Diagnostika je těžká, obvykle jde o podezření. V případě, že osoba nebo rodina odpovídá některým z uvedených kritérií, lze s jistotou hovořit o HDGC.

- 1) Nejméně dva případy karcinomu žaludku v rodině difúzního typu do 50 let věku
- 2) Nejméně tři případy karcinomu žaludku v různém věku, z nichž nejméně jeden je difúzního typu
- 3) Osoba s diagnostikovaným karcinomem žaludku difúzního typu před dosažením 45 let

- 4) Osoba s diagnostikovaným, jak karcinomem žaludku, tak i lobulárním karcinomem prsu
- 5) Osoba s diagnostikovaným karcinomem žaludku a dalšími členy rodiny s lobulárním ca prsu
- 6) Osoby s dg difúzního karcinomu žaludku a dalšími členy rodiny s adenokarcinomem tlustého střeva s nálezem buněk typu pečetního prstenu

Nicméně se ukazuje, že ze sledovaných skupin podezřelých na HDGC je jen 30% mutací CDH1. (7)

2.2.3. Symptomatologie onemocnění

Projevy počátečních stádií jsou většinou nevýrazné, nejsou pro nemocného znepokojivé, a proto nenutí nemocného k tomu, aby navštívil odbornou pomoc. V některých případech se může i stát, že příznaky podcení sám lékař. Je to nešťastné selhání, protože právě v tomto stádiu je šance na plné uzdravení veliká. Tomuto stádiu se říká časné. Jeho přechod k pozdnímu stádiu může trvat měsíce, ale i řadu let.

V době, kdy hovoříme o pozdním stádiu, už symptomy onemocnění nutí nemocného pomoc odborníka vyhledat. V té době se již objevují příznaky jako nechutenství až odpor k masu, těžkosti v nadbřišku, pocit plnosti, nevolnost, říhání, zápach z úst. Bolest v nadbřišku se obvykle zhorší po jídle. Snižuje se fyzická výkonnost, nemocný má pocit schvácenosti, dostavuje se úbytek na váze.

Pokud se rakovina žaludku vyskytuje v horní části kardiie, mívají pacienti problémy s polykáním, které je bolestivé a pacienti mají pocit váznutí sousta.

Někteří pacienti mohou mít obdobné potíže jako pacienti s žaludečními vředy a to bolest při lačnění a úlevu po jídle. (8)

Hereditární difúzní karcinom žaludku má tendence metastazovat do okolních orgánů, tím často dochází k chybné diagnostice a tak se snadno může primární onemocnění zaměnit za jiné. Symptomy se projevují podle postižení orgánů. Mohou se vyskytnout příznaky jako akutní pankreatitida, ikterus pro domnělou obstrukci žlučových cest, někdy se pacient dostaví k lékaři a stěžuje si na nesnesitelnou bolest zad. Nezřídka se objevuje ascites. (9)

Velmi nepříznivé pro diagnostiku je natrávená krev ve stolici, jedná se o velmi nespecifický příznak, který může napovídat na celou řadu jiných závažných onemocnění. (8)

2.2.4. Vyšetřovací metody

Než lékař indikuje vyšetření, zajímá se o zdravotní historii - anamnéza nemocného. Anamnéza se skládá z deseti položek, první je nynější onemocnění, s čím pacient přichází, jak dlouho příznaky trvají, zda-li je pacient schopen určit souvislost se zhoršením příznaků (denní doba, zátěž, strava apod.). Dále se lékař dotazuje na rodinnou anamnézu, onemocnění vyskytující se u přímých příbuzných (rodiče, prarodiče, děti), tato část hraje velkou roli právě při určování dědičných forem onemocnění. Důležitá je osobní anamnéza, jaké choroby nemocný doposud prodělal, neméně důležité jsou alergie, hlavně lékové, zároveň farmakologická anamnéza, následně pracovní anamnéza, neboť velká část onemocnění může souviset právě s podmínkami při výkonu zaměstnání. U žen se lékař dotazuje na gynekologickou anamnézu (menarche, porody a kolik, potraty), v neposlední řadě lékaře zajímá abúzus návykových látek (cigarety, alkohol, drogy), psychiatrická anamnéza, a samozřejmě je také důležitá sociální anamnéza, v jakých podmínkách nemocný žije, zda bude po propuštění z nemocnice o nemocného postaráno. Následně lékař provádí fyzikální vyšetření.

Zahraniční zdroj, ze kterého jsem čerpala uvádí při zjišťování onemocnění trávicího traktu všechny níže uvedené vyšetřovací metody. Proto v přehledu uvádím všechny, pro názornost.

V Evropě jsou nejdůležitějšími a klíčovými vyšetřovacími metodami GFS (gastroskopie), CT břicha, endoskopický ultrazvuk, který má význam při diagnostice difúzního karcinomu, spolu s biopsií. (4)

2.2.4.1. Fyzikální vyšetření

První vyšetřovací metodou je fyzikální vyšetření, které následuje po odběru anamnézy. Nemocný se vyšetřuje jednoduchými postupy, kde používáme pouze svůj zrak, hmat, sluch, případně čich. Takovému vyšetření se říká fyzikální.

Pacienta nejdříve vyšetřujeme pohledem (inspekce). Všímáme si zbarvení a kvality kůže (suchá, mastná, opocená), barvy sklér, spojivek, zbarvení rtů, kvality vlasů, nehtů, vyklenutí břicha, postavení hrudníku, postavení končetin, páteře, chůze, celkového habitu. U pacientky byl na první pohled patrný ikterus, vyklenuté napjaté břicho svědčící o ascitu.

Následně se vyšetřuje poslechem (auskultací). Provádí se při podezření na poruchy pasáže nebo cévní poruchy (např. aneuryzma aorty). Pacientka při příjmu měla zástavu pasáže.

Dalším vyšetřením je poklep (perkuse). Bolestivý poklep (Pléniesův příznak) značí dráždění pobřišnice nad zánětem, bubínkový – nad roztaženým střevem, pokleповé ztemnění se vyskytuje nad nádorem nebo zánětem.

Následně se provádí pohmat (palpace). Nejdříve se provádí palpáce povrchová, poté hluboká. Povrchovou palpací lze například zjistit svalové stažení při zánětu pobřišnice. Hlubokou palpací vyšetřujeme zejména bolestivost, hmatnou rezistenci a posuzujeme velikost, povrch a konzistenci parenchymatózních orgánů. Dále lze například posoudit případnou fixaci rezistence k okolí a diagnostikovat zevní kýlu. Vyšetřuje se v poloze na zádech, s pokrčenýma nohama. Je třeba dát pozor na záměnu s několikadenní stolicí.

Posledním vyšetřením je vyšetření konečníkem (per rectum). Vyšetření se provádí u pacienta ležícího na zádech, na levém boku s flektovanými končetinami, nebo v genukubitální poloze. Hodnotíme tonus análních svěračů a případnou bolestivost, náplň rekta, rektální sliznici, především přítomnost tumorózních útvarů, vyšetřuje se prostata, u žen děložní čípek, v závěru se hodnotí konzistence a barva stolice na rukavici (přítomnost hnisu či krve). (10)

2.2.4.2. Gastroskopie (GFS)

Gastroskopie je první volbou, jak vyšetřit pacienta. Vyšetření se indikuje tam, kde je podezření na onemocnění horní části trávicího traktu. Hlavně pokud jsou přítomny typické příznaky pro rakovinu žaludku. Umožňuje lékaři vidět sliznici jícnu, žaludku a duodena. Pokud je nález abnormální, provede se biopsie a vzorek se odešle na histologické vyšetření. U HDGC se však může sliznice žaludku zdát zdravá, záleží na zkušenosti lékaře, zda se rozhodne k odběru vzorku i za těchto podmínek. Sliznice u difúzního karcinomu žaludku totiž žádný abnormální nález nevykazuje, proto je těžko zjistitelný. (11)

2.2.4.3. Endoskopický ultrazvuk (EUS)

Další vyšetřovací metodou je endoskopický ultrazvuk. Ultrazvuk využívá zvukových vln k vytvoření obrazu orgánů, jako je například žaludek. Tato vyšetřovací metoda je k identifikaci difúzního karcinomu nejúčinnější. Umožňuje pohled na vrstvy žaludeční stěny, zvláště pro určení jak moc se rakovina stěnou rozšířila, stejně jako na nedaleké lymfatické uzliny a další útvary blízko žaludku. Užívá se i k navigaci pro odebrání biotického vzorku v místě výskytu karcinomu. (11)

2.2.4.4. Ultrazvuk (UZ)

Má pro význam diagnostiky karcinomu žaludku minimální význam. Je to dobře dostupná metoda, zachycuje pozdní stadia onemocnění při metastázách do jater. Využívá se hlavně k vyšetření orgánů břicha, jako ledviny a okolí, oblast malé pánve, cévní struktury břicha, krk, měkké tkáně, prsy a axily, scrotum, klouby, extrakraniální i periferní cévy.

Pacientka toto vyšetření podstoupila druhý den hospitalizace, kde nejasné ložisko hlavy pankreatu s četnou lymfadenopatií a dilatací žlučového kmene, které lékaře mylně vedlo k závěru, že se jedná o akutní pankreatitidu. (11)

2.2.4.5. Biopsie

Biopsie je odborný termín, který označuje odběr kousku tkáně ze živého organismu. Odebraná tkáň je potom zkoumána pod mikroskopem, aby mohlo být stanoveno, zda je nádorového charakteru a o jaký typ nádoru se jedná. V mnoha případech lze podle určitých kritérií také stanovit, v jak pokročilém stadiu již nádor je. Odběr může být proveden mnoha způsoby, klíšťkami při endoskopickém vyšetření, stěr štětečkem při bronchoskopii, dutou jehlou, která se zavádí pod UZ do hmoty nádoru a odebere se tenký váleček, používá se například u nádorů prsu. Kromě těchto drobných zákroků lze provést biopsii i při chirurgickém zákroku. (11)

2.2.4.6. Počítačová tomografie (CT)

Počítačová tomografie je zobrazovací metoda, která umožňuje za použití rentgenového záření zobrazit celé tělo v sérii řezů. Výpočetní tomografie zobrazuje měkké tkáně, ale lze zjistit jen takové patologické procesy, které se při prostém vyšetření nebo po podání kontrastní látky liší svou denzitou od okolí. Před vyšetřením je třeba aplikace kontrastní látky, která může být podána per os (1 až 2 litry), nebo intravenózně, napomáhá lepšímu zobrazení jednotlivých struktur.

Vyšetření ukazuje žaludek poměrně jasně a tak můžeme přesněji určit lokalitu výskytu nádoru, i cestu šíření metastáz do okolních orgánů. Pod CT lze vést i odběr bioptického vzorku.

Pacientka podstoupila vyšetření tohoto typu třetí den hospitalizace. Při vyšetření se ložisko v pankreatu ani nepotvrdilo, ani nevyloučilo, byla zjištěna volná tekutina v dutině břišní, výrazně zvětšené uzliny paraaortálně, dilatace žlučvodů, hypotonie dutého systému ledvin. (11)

2.2.4.7. Magnetická rezonance (MRI)

Využívá radiových vln a silných magnetů k zobrazení změn měkkých tkání. Může být použita kontrastní látka, ale neužívá se příliš často.

Obraz se získává působením magnetického pole a radiofrekvenčních pulsů na jádra atomů vodíku, která jsou součástí každé molekuly vody - H₂O - a voda je obsažena v menší či větší míře v každé tkáni lidského těla. (11)

Toto vyšetření má pacientka neabsolvovala, pouze se vyšetření zvažovalo, pokud by se jinou metodou nezjistila příčina onemocnění.

2.2.4.8. Pozitronová emisní tomografie (PET)

U této metody se radioaktivní látky (obvykle typu cukru, glukózy) vstříkují do žíly. Množství radioaktivity je velmi nízké a odchází z těla velmi rychle. Rakovinné buňky rostou rychleji než zdravé, tudíž spotřebují cukr rychleji než zdravé, v krátké době pohltnou radioaktivní materiál. Po hodině od podání radioaktivního materiálu se nemocný položí na stůl PET skeneru, kde leží zhruba 30 minut. Během té doby speciální kamera vytváří obraz oblasti radioaktivity v těle. Tato metoda je účinná pokud se nedaří lokalizovat oblast šíření rakoviny. Obraz však není tak podrobný jako u CT nebo MRI. Ale u některých typů rakoviny žaludku se tato metoda nedá použít, protože glukózu nepohlcnou. (11)

2.2.4.9. Diagnostická laparoskopie

Laparoskopie je vyšetřovací invazivní metoda, která se používá k prohlédnutí dutiny břišní. Laparoskopické výkony se označují jako metody minimálně invazivní chirurgie. Díky speciálnímu přístrojovému a nástrojovému vybavení je možné z jednoho nebo více vpichů, operovat v dutině břišní bez nutnosti jejího širokého otevření. Laparoskopie se provádí za účelem diagnostickým nebo léčebným. Výhodou je především minimální zátěž pacienta, výrazně menší pooperační bolest a pouze krátkodobá hospitalizace po výkonu a krátká pracovní neschopnost. Diagnostická laparoskopie se provádí nejčastěji při bolestech břicha nejasného původu, zejména při podezření na nádor žaludku. (11)

Pacientka diagnostickou laparoskopii podstoupila, při vyšetření nebylo nic zjištěno. Zavedl se samospádový drén, který jednorázově odvedl 3000 ml ascitické žlutozelené tekutiny.

2.2.4.10. Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření se při podezření na karcinom žaludku především zaměřuje na krevní obraz, hlavně červenou řadu. Zjišťuje se hladina železa a jeho vazebná kapacita, zaměřujeme se na mikrocytární anemii, která je způsobená právě nádorovým onemocněním. Sleduje se hematokrit, hemoglobin, zvláště střední objem ery. U karcinomu žaludku se dají předpokládat metastaze do okolních orgánů, proto je důležitý i jaterní screening.

Dále se zjišťují tumor markery, pro diagnózu se však využívají jako pomocné hodnoty. Určujícím parametrem je jejich zvýšená hodnota.

Mezi běžně užívané tumor markery patří CEA (karcinoembryonální antigen). Zvýšená hladina CEA je spojena s přítomností rakoviny tlustého střeva a rakoviny žaludku, ale můžeme ji najít i u rakoviny slinivky břišní, plic, štítné žlázy a prsu, ale mohou se vyskytovat i u pacientů s akutním a chronickým zánětem pankreatu, při cirhóze, u ulcerózní kolitidy a Crohnovy choroby.

AFP (alfa-fetoprotein) je bílkovina, která se ve velké koncentraci vyskytuje v organismu lidského plodu. AFP se také využívá jako tzv. tumor marker. Jeho koncentrace se zvyšuje u určitých nádorových onemocnění. Najdeme ji u rakoviny jater a u jaterních metastáz.

Tumor marker CA 19-9 je zvýšený u karcinomu pankreatu a žaludku. Sám o sobě však nemůže vést k diagnóze, nutné je potvrzení zobrazovacími metodami (UZ, CT).

Tumor marker CA 72-4 je při zvýšené koncentraci ukazatel především pro karcinom žaludku. Senzitivita záchytu onemocnění se zvyší v kombinaci s CEA nebo CA 19-9. (12,13)

2.2.5. Terapie

Ke stanovení rozsahu onemocnění jsou doporučena:

EUS k pátrání po makroskopickém tumoru

Vyšetření nosičů mutace CDH1

Při manifestovaném karcinomu je nutná péče víceoborového týmu, který se skládá z genetika, chirurga, gastroenterologa, patologa a dietetika. V ranném stádiu by byla možná resekce postiženého úseku s následnou chemoterapií a ozařováním. Postup záleží na rozsahu onemocnění. Často již operace nemá význam a následuje pouze paliativní léčba. Chirurgické řešení bez ohledu na postupu nemusí být v léčbě účinné. I přes to se, že jako jediná účinná preventivní léčba u nosičů mutace genu CDH1 pokládá totální profylaktická gastrektomie. U HDGC se totální gastrektomii doporučuje provést po 20 roce věku, nejpozději však ve věku 40 let, jestliže se potvrdí mutace CDH1 genu. Při projevu onemocnění je třeba provést totální gastrektomii jako odstranění exponovaného orgánu. Hovoříme o radikálním řešení. (8)

V případě pacientky s onemocněním HDGC, kdy již nádor prorostl téměř celým žaludkem a metastazoval do okolních orgánů, byla jediným řešením symptomatická léčba, odstranění symptomů onemocnění (nauzea, zvracení, bolest aj.)

2.2.6. Komplikace

Komplikací u hereditárního difúzního karcinomu žaludku je infiltrace do okolních orgánů. Diagnostika není jednoduchá, protože symptomy jsou zkreslené, často se indikuje léčba jiného onemocnění.

Všeobecně u karcinomů žaludku jsou hlavními komplikacemi krvácení, které je buď okultní, nebo se projeví jako melena. Může se vyskytnout pylorostenóza s následnou kachexií, může dojít k perforaci žaludku s následnou peritonitidou, píštěl mezi žaludkem a colon transversum. U hereditárního karcinomu žaludku se výše zmíněné téměř nevyskytují. Nemocný trpí pyrózou, nauzeou, zvracením, kde je hlavní komplikací minerálový rozvrat, anémie a nedostatečná nutrice. (5)

U pacientky, kterou jsem sledovala, byla závažnou komplikací anurie. Její vznik byl pravděpodobně způsoben podáním kontrastní látky před CT vyšetřením, ale stejně tak mohl být způsoben infiltrací metastáz do ledvin, či útlakem močovodů.

2.2.7. Prognóza onemocnění

Výsledky v léčení zhoubných nádorů a tedy i prognóza onemocnění závisí na řadě faktorů. Čím je nádor zjištěn dříve, tím je prognóza příznivější. Důležitý je histologický nálezn, diferencovaný karcinom má lepší prognózu než nediferencovaný a stejně tak se na prognóze podílí lokalizace nádoru.

Hereditární difúzní karcinom žaludku je málo diferencovaný adenokarcinom, u kterého je charakteristická ztráta E-cadherin proteinu vedoucí k růstu jednotlivých nádorových buněk, které infiltrují žaludeční stěnu, aniž by tvořily solidní nádor. Pod histologicky normálně vypadající sliznicí se postupně šíří stěnou žaludku, což vede k jejímu rozsáhlému ztluštění a rigiditě. V době, kdy se začnou projevovat příznaky onemocnění, jsou již zpravidla přítomné metastázy v okolních orgánech. Do té doby je rakovina symptomaticky nemá. Vzhledem k pozdní diagnostice onemocnění je prognóza špatná s vysokou mortalitou. (9)

U mé pacientky byl histologicky potvrzen hereditární difúzní karcinom žaludku a mutace genu CDH1. Na základě rodinné anamnézy podstoupili oba synové genetické vyšetření pro potvrzení či vyloučení stejné mutace a určení pravděpodobnosti onemocnění stejným typem rakoviny. V tomto případě lze plánovanou profylaktickou totální gastrektomií dosáhnout dobré prognózy a dobré kvality života.

3. KAZUISTIKA

Pro případovou studii jsem si vybrala pacientku P. B., nar. 1965 s hereditárním difúzním karcinomem žaludku.

3.1. ANAMNÉZA

3.1.1. Lékařská anamnéza

- NO: pacientka si stěžuje na bolesti břicha, které se, dle slov pacientky, posledních čtrnáct dní zhoršují, proto navštívila chirurgickou ambulanci, kde dg s největší pravděpodobností obstrukční ikterus, pnutí a bolest břicha a bolest zad, ty nesnesitelné, udává, že již týden nebyla na stolici, celkově se pacientka cítí unavená, před měsícem plánované UZ vyšetření, nedostavila se, měla obavy, co jí řeknou
- OA: doposud vážněji nestonala, jen běžné dětské nemoci, operace 0, porody 2 spontánní
- RA: matka + v 52ti letech na ca pravděpodobně žaludku, neví přesně, otec zdrav, bratr zdrav, synové zdraví
- AA: tetracyklin
- GA: menarche ve 12 letech
- FA: ojedinele Xanax
- PA: dříve pracovala jako administrativní pracovnice, poslední rok vykonávala příležitostné práce, především prodavačku v obchodě, nyní na ÚP, naposledy pracovala jako skladnice
- SA: rozvedená, žije s mladším synem, ve vlastním bytě
- PsychA: vystudovala SŠ ekonomickou, po rozvodu navštěvovala psychiatra, trpěla depresemi, nyní bez depresí
- Abúzus: poslední měsíc nekouří, alkohol příležitostně

3.1.2. Ošetřovatelská anamnéza

Anamnézu jsem odebírala od pacientky 11.7., patnáctý den hospitalizace, pacientka během odběru anamnézy dala ústní souhlas ke zpracování zdravotní dokumentace. Pro vypracování ošetřovatelské anamnézy jsem si vybrala model Marjory Gordonové, protože usnadňuje sběr informací důležitých pro plánování péče vzhledem ke zvyklostem nemocné.

Vnímání zdraví, aktivita k udržení zdraví

Pacientka uvedla, že před hospitalizací v nemocnici nikdy příliš nestonala. Před půl rokem začala mít problémy se zažíváním, často jí bolelo břicho a trpěla nauzeou. Dva roky zpět ji začaly bolet záda, bolest přetrvává. Zhoršila se bolest žaludku, od doby kdy je hospitalizovaná se cítí hodně unavená. Začala se bát špatné prognózy, bojí se, že bude mít stejnou nemoc jako její matka, proto před měsícem nešla na plánované ultrazvukové vyšetření. Vyčítá si, že tam asi měla jít, třeba by jí dnes bylo lépe. Pacientka udává, že se nyní cítí hodně nemocná. Stěžuje si na nauzeu a zvracení, bojí se jíst, aby nezvracela. Jiné obtíže neudává. Úraz neměla.

Měsíc nekouří, alkohol pije jen příležitostně. Kávu pije málo, tlačí ji po ní břicho. Nyní nesportuje, rekreačně sportovala v mládí.

Výživa a metabolismus

Nemocná udává, že se do nedávna stravovala normálně, nedržela žádnou dietu, ani neměla žádné stravovací omezení. V poslední době jí však nechutnalo maso a přestala jíst zeleninu, je pak nafouknutá. Nemá pravidelné stravovací návyky, jí, jak má čas. Stejně je to i s pitným režimem, někdy vypije dva litry tekutin a jindy sotva dva hrnky. Dříve preferovala sycené nápoje, hlavně Coca-Cola, nyní má raději vodu s citrónem, udává, že se jí nedělá tolik špatně.

13. den byla pacientce zavedena endoskopicky nazojejunální sonda s trofickou dávkou Nutrisonu. Pacientka ji však špatně snášela, následující den ji vyzvrátila.

Při příjmu měřila 161 cm, vážila 58 kg, BMI měla 22,4. Udává, že za posledního půl roku zaznamenala úbytek na váze asi 3 kg. Od nástupu do nemocnice ke dni odběru anamnézy pacientka ztratila na váze ještě dva kilogramy.

Vylučování

Pacientka udává, že poslední dobou měla s vyměšováním potíže. Někdy jde na stolicí až za týden. Projímadla neužívá, zkoušela je, ale vždy po nich zracela. Změnu konzistence nebo barvy neguje. Nyní pacientka spontánně nemočí, 8.7. jí byl zaveden permanentní močový katetr z důvodu oligurie po kontrastní látce před CT vyšetřením. Denní diuréza se pohybuje v rozmezí 110 – 380 ml/24 hod. Nadměrné pocení neguje.

Aktivita a cvičení

V poslední době se cítí slabá, udává, že nezvládala ani obsluhu domácnosti, hodně jí pomáhá syn. Nyní častěji sedí nebo leží. Volný čas tráví posloucháním hudby, s sebou v nemocnici má MP3 přehrávač. Knihy nyní nečte, pálí ji oči. Televize jí nezajímá, nekouká ani na zprávy. Momentálně nesportuje, dříve na sport neměla čas a teď jí nebaví.

Spánek a odpočinek

Pacientka udává, že doma spala bez obtíží, po přijetí do nemocnice se jí spalo hůře, nebylo jí dobře, bolel jí žaludek, byla neklidná z nejistoty svého onemocnění. Nyní je hodně unavená a spí častěji. Hypnotika neužívá.

Vnímání a poznávání

Pacientka neudává žádné omezení, slyší dobře, brýle nenosí, ani na čtení. Změnu paměti nepozoruje. Má pocit nejistoty a obavy spojené se svým onemocněním. Pacientce byl lékařem vysvětlen její zdravotní stav a následná léčba, symptomy spojené s onemocněním, pacientka všemu rozumí, ale obav se nezbavila. Stále se bojí jíst, aby nezvracela.

Bolesti v okamžiku sběru anamnézy udává, na škále od 1 do 10, na stupni 3. V dokumentaci je uvedeno, že bolest při VAS 3 a více, se podají analgetika. Udává, že jí přibližně dva roky bolí záda a půl roku žaludek. Po aplikaci analgetik úleva nepřichází, zřejmě po dlouhodobé bolesti je vnímání bolesti zkreslené.

Sebekoncepce a sebeúcta

Pacientka se cítí unavená, nic jí nebaví. Bolesti zad ji vyčerpávají. V osobním životě není příliš šťastná. Udává, že poslední dobou se jí nic nedařilo, objevily se zase deprese. Chtěla by jít domů, prostředí nemocnice ji děsí, vybavuje si vzpomínky na matku, když umírala. Plány do budoucna si nedělá.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka má dva syny. Staršímu synovi je 25 let a bydlí s přítelkyní, domů jezdí občas, prý hodně pracuje a nemá moc času, nyní je na dovolené v Chorvatsku s otcem a přítelkyní. Mladšímu synovi je 17 let a bydlí s matkou v panelákovém bytě. O bývalém manželovi nechtěla mluvit, nemají prý hezký vztah. Hezký vztah má s otcem, hlavně po matčině smrti se hodně semkli. Pacientka udává, že má hodně kamarádek, a tak se necítí tak opuštěná.

Sexualita

Rozhovor na toto téma pacientka odmítla.

Stres a zátěžové situace

Nejhůře poslední dobou snášela ztrátu zaměstnání. Před nástupem do nemocnice byla zaevidována na Úřadu práce. Syn studuje a ona mu nemůže koupit, co by chtěla. Spolehnout se však může na svého otce, je jí velkou oporou. Udává, že poslední dobou špatně snáší změny, bojí se budoucnosti. Pobyt v nemocnici ji vyčerpává.

Víra a přesvědčení

Pacientka je ateistka, ale věří na osud.

3.2. Průběh hospitalizace

Hospitalizace od 26.6. do 7.7. je opisem z dokumentace, od 8.7 jsem se podílela na péči o nemocnou a s jejím souhlasem jsem si vedla záznamy o jejím zdravotním stavu chronologicky, jak níže uvádím.

26.6. byla pacientka přijata na interní oddělení, 27.6. Pacientka byla odeslána na gastroenterologii na vyšetření ERCP, pro nepřehledný terén (otok duodena) nebylo možné identifikovat Vaterskou papilu, 28.6. byla pacientka odeslána na UZ vyšetření, kde bylo nalezeno ložisko v hlavě pankreatu s četnou lymfadenopatií a dilatací žlučového kmene, 29.6. CT s kontrastní látkou, kde se ložisko pankreatu nepotvrdilo, ani nevyloučilo, prokázala se volná tekutina v dutině břišní. 30.6. náhlé renální selhání, pravděpodobně v důsledku podání kontrastní látky, nasazen Furosemid, 1.7. rychlá progresse renálního selhání, dle UZ přetrvává obraz dilatovaného systému ledvin bez patrné překážky, v následujících dnech u pacientky přetrvávaly bolesti břicha, nauzea, k večeru zvracení, ikterus neustupoval, dále progredovalo renální selhání, které končilo 5.7. oligurií, proto pacientka přeložena na oddělení ARO, kde zaveden dialyzační katetr do vena jugularis sin, následně zahájen první cyklus CRRT (použitou metodou CVVHD - kontinuální venózní hemofiltrace umožňuje konvektivní odstraňování odpadních produktů, velkých a středních molekul, udržování elektrolytické a acidobazické rovnováhy a odstraňování nadbytečných tekutin), provedeno laboratorní vyšetření – dominuje progresivní renální selhání, pokles transamináz a obstrukčních enzymů, elevace amyláz, anemie, CRP nízké, bez septické kliniky, tendence k hypertenzi, ascites, hydroops žlučníku, zajištěny FF (monitorace: EKG, TF, IAP, CVP, spO2, DF, TT, hodinová diuréza, neurologické fce á hodinu, vodní bilance á 6 hodin), zaveden CŽK, PAK – astrup á 6 hodin, kontrol krevních plynů, 6.7. byl zaveden PMK z důvodu sledování bilance tekutin.

8.7. - 12. den hospitalizace

ukončen první cyklus CRRT

pacientka se necítí dobře, udává bolesti břicha a zad, při aspekcii je břicho vzedmuté, kůže je napjatá a suchá, v oblasti samoobsluhy je pacientka zcela nezávislá, v důsledku bolestí nyní VAS 7, se pacientce zavedl hrudní tunelizovaný epidurální katetr k aplikaci analgezie, dle laboratorních výsledků přetrvává elevace obstrukčních enzymů a bilirubínu, elevace amyláz

pacientka má zatím předepsanou dietu OS, po každém příjmu per os nauzea a zvracení, proto lékař uvažuje o endoskopickém zavedení NJS

Medikace: Epi směs: Marcaine 0,5% 20 ml + Sufenta 20 µg + FR 76 ml, nyní kontinuálně 3 ml/hod, rychlost je závislá na VAS a TK, ordinuje lékař Furosemid 10mg/hod, Helicid 40 mg á 12 hod, Ondansetron 2 ml á 6 hod, Plasmalyte 1000 ml 150 ml/hod, KCl 7,45% do 50 ml FR dle hodnoty, udržované rozmezí 4-5 mmol/l, MgSO₄ 20% kontrola při CVVHD dle magnezémie

Denní diuréza: 210 ml tmavé moče, ultrafiltrát 800 ml

Bilance tekutin: + 850 ml

9.7. – 13. den hospitalizace

endoskopické zavedení NJS, z níž vysoké odpady, nasazena enterální nutriční trofická dávka - Nutrison,

pacientka si stěžuje na dyskomfort při zavedené NJS, udává, že ji sonda tlačí v nose, dále udává nauzeu, ale zatím nezvrací, makroskopicky je viditelný zvětšující se ascites, kůže na břiše je napjatá a suchá, je třeba věnovat větší pozornost péči o pokožku, pacientka dnes nevstávala, cítila se unavená

medikace nezměněna

Denní diuréza: 280 ml tmavé moče

Bilance tekutin: - 150 ml

11.7. – 15. den hospitalizace

dnes zahájen druhý cyklus CRRT,
včera pacientka vyvrátila NJS, proto byla NJS zrušena, místo výživy nazojejunální sondou byla zavedena parenterální výživa – Kabiven 1957 ml(+ Vitalipid 1 amp + Addamel 1 amp + Soluvit 1 amp)/48 hod
Celkově se pacientka necítí dobře, během dialýzy rehabilituje na lůžku
Denní diuréza: 230 ml tmavé moče, ultrafiltrát 1320 ml
Bilance tekutin: - 720 ml

14.7. - 18. den hospitalizace

dnes ukončen druhý cyklus CRRT,
na 12 hodinu plánované CT břicha, od 10 hodin pacientka popíjela kontrastní látku
Pacientka se dnes cítí hodně unavená, vertikalizace jen na krátkou chvíli, sedne si, stoupne, ujde jen pár kroků a chce si lehnout,
parenterální výživa trvá, dieta: sipping tekutin dle chuti,
po 12 hodinách se měří intraabdominální tlak (vztlak 20 cm, měření otevřeným systémem přes močový katetr), sledují se FF, u pacientky stále hypertenze,
ve 14 hodin po CT vyšetření výrazné zhoršení stavu, nejdříve nauzea, později zvracení
Medikace: Helicid 40 mg a 12 hod i.v., Novalgin 1 g ve 100 ml FR i.v. při VAs nad 3, max. 3x denně, Fraxiparin multi 0,6 ml á 24 hod, na noc Neurol 0,5 mg tbl., Furosemid 20 mg bolusem, poté v dávce 10 ml/hod, epi směs 5 ml/hod, Ebrantil 7ml/hod, Kabiven 1957 ml/48 hod
Výsledky CT: patologická stěna žaludku, zvětšené nadledvinky, lymfadenopatie spíše v regresi, uzliny nejsou přístupné k punkci, ascites, ledviny bez významného městnání, tekutina v oment burze a v okolí kaudy pankreatu by svědčila spíše k proběhlé atace akutní pankreatitidy, ledviny se sytí méně než obvykle – intersticiální proces nejasného origa – zřejmě postkontrastní stav
Denní diuréza: 320 ml tmavé moče, ultrafiltrát 1420 ml

Bilance tekutin: + 605 ml

15.7. – 19. den hospitalizace

břišní stěna vyklenutá, pokožka na břiše značně napjatá, pacientka je neklidná, rozbolavělá, zvrací, celkový stav se zhoršil, objevují se otoky nohou, pacientka udává bodavou bolest v tříslech a v zádech, nepříjemnou pachut' v ústech, dnes nevydrží sedět, chůzi odmítá, ztrácí o vše zájem, hlasité zvuky ji viditelně ruší, odmítá i poslech oblíbené hudby z MP3 přehrávače, s pokročilejší hodinou se cítí hůře a hůře, byly nabízeny kostky ledu, při pocitovém horku ke svlažení rtů, chladný obklad na čelo, pár lžic jogurtu k odstranění nepříjemné pachuti v ústech, TT 36,6°, primárně se u pacientky tlumí bolest, snaha o úlevové polohy, otáčení na bok je pro pacientku nepříjemné, bolestivé, proto se volí spíše podkládání,

Medikace: změna pouze u epi směsi navýšení dávky z 5 na 10 ml/hod, Neurol 0,5 mg se již nepodává, jinak vše zůstává stejné

Denní diuréza: 140 ml tmavé moče

Bilance tekutin: + 1026 ml

16.7. – 20. den hospitalizace

pacientka v noci moc nespala, nyní pospává, při probuzení se cítí lépe, dopoledne rtg hrudníku na lůžku, zde viditelný oboustranný fluidotorax s atelektázou přilehlého parenchymu, rozšíření horního mediastina – zřejmá dynamika, kolem 11 hodiny si pacientka začala stěžovat na zimu, byla jí přidána druhá přikrývka, později se střídalo horko se zimou, stále se věnuje zvláštní péče pokožce, břicho a nohy se promazávají mastným krémem a záda kafrovou mastí, na doporučení lékaře rlb jen na lůžku, ve 12 hodin zahájen třetí cyklus CRRT, o hodinu později TT 38,2°, proveden odběr krve, podán Novalgin 1 g ve 100 FR, do jedné hodiny pokles teploty na 37,5°, v 15 hodin opět zvýšení teploty na 38,5°, snížil se ohřev v dialyzačním přístroji na 36,8°, z důvodu pravděpodobné katetrové sepse

byla indikace ke změně vpichu invazivních vstupů, CŽK z vena jugularis dx do vena subclavia dx, PAK z arteria radialis dx do arteria radialis sin, výměna PMK

medikace beze změny

Denní diuréza: 110 ml tmavé moče, ultrafiltrát 1160 ml

bilance tekutin: - 729 ml

17.7. – 21. den hospitalizace

v ranních hodinách nutnost změny místa vpichu dialyzačního katetru, dialýza byla na 6 hodin přerušena, nový katetr byl zaveden do vena femoralis dx, pacientka stále febrilie, nasazena aplikace chladu za pomoci speciální přikrývky, která udržuje stálou teplotu 36°, dopoledne pacientka odvezena na sál, kde provedena diagnostická laparoskopie, během zákroku odsáto 3000 ml žlutozelené ascitické tekutiny, byl zaveden břišní drén, zároveň zavedena NJS, odpoledne TT pod 38°, v 17 hodin reoperace z důvodu poranění jater při dg laparoskopii, při návratu ze sálu byly podány 3 ery masy, břišní drén 2 hodiny po operaci odvedl 500 ml, za následujících 24 hodin odvedl 1100 ml ascitické tekutiny, pacientka hodinu po návratu ze sálu ponechána na UPV, poté kontaktní bez dechové alterace, extubována, potřeba noradrenalinu klesá, diuréza se neobnovila, znovu napojení na CVVHD

Medikace: Noradrenalin 10 mg v 50 ml FR 5ml/hod, po extubaci zrušen, aplikace Kabivenu přerušena, ostatní medikace zůstává stejná

Denní diuréza: 130 ml tmavé moče, ultrafiltrát 1320 ml

Bilance tekutin: - 1511 ml

18.7. – 22. den hospitalizace

dnes ráno pacientka klidná, bolest udává 3, do NJS se aplikuje Nutrison, po další dávce zvracení, podání další dávky pozastaveno, poté NJS zrušena, pacientka ji vyzvrátila, vzorek z drénu poslán na vyšetření, i když se u pacientky denně střídají návštěvy, cítí se pacientka odpoledne

osamělá a bez nálady, vyžaduje stále pozornost zdravotnického personálu, k večeru je hodně plačtivá a depresivní, jakoukoliv snahu o rozhovor o sobě, nebo rodině odmítá, na vše odpovídá jednoslovně, nebo krátkou větou, cítí se unavená, udává pocit stísněnosti z té spousty přístrojů, ale rhb neodmítla

Medikace beze změny

Denní diuréza: 280 ml tmavé moče, ultrafiltrát 2260 ml

Bilance tekutin: - 206 ml

19.7. – 23. den hospitalizace

dnes tachykardie, febrilie 38,1°,

U pacientky se střídají nálady, avšak depresivní stavy převládají, pokusy o rozptýlení jsou marné, odmítá vše nabízené, nemá na nic náladu, povídat si nechce

Udává, že jí všechno bolí a proto nemůže ani spát

Medikace: podán bolus krystaloidu – 250 ml Isolyte, transfuze 250 ml, ostatní medikace zůstává

Denní diuréza: 385 ml tmavé moče, ultrafiltrát 1900 ml

Bilance tekutin: +1329 ml

20.7.- 24. den hospitalizace

včera tachykardie, febrilie 38,1°, podán Perfalgan a bolusově Isolyte 250 ml, dnes zavedení NGS, escalace antibiotické terapie pro vzestup zánětlivých markerů, stále febrilie,

dnes CT s kontrastní látkou výše krajiny žaludku: jednoznačná patologie sliznice nenalezena, zesílená stěna pyloru a možná submukozní léze na ventrální stěně v dolní polovině těla žaludku, zvětšení pseudocysty v pankreatu

Medikace: Clindamycin 600 mg á 6 hod, Piperacilin/Tazobactam 4,5 g á 6 hod, Perfalgan á 6 hod při TT vyšší než 38°, ostatní medikace nezměněna

Denní diuréza: 320 ml tmavé moče, ultrafiltrát 3210 ml

Bilance tekutin: + 779 ml

21.7. – 25. den hospitalizace

pacientka se necítí dobře, udává, že je jí hůře než jindy předtím,

V 11 hod byla odvezena na sál, předtím zaintubována na pokoji, je plánovaná gastroskopie a jejunoskopie s odběrem biologického materiálu – biopsie

K sedaci použit Propofol + Sufentanil, po návratu pacientka udržována v umělém spánku na UPV

Medikace: Noradrenalin 10 mg do 50FR rychlost aplikace 1,5 ml/hod, HMR 40 do 20 mlFR dle gly, Furosemid 60mg do 60FR nyní se nepodává, KCl 7,45% do 50 ml rychlost aplikace 1 ml/hod, MgSO₄ 20% do 50 ml rychlost aplikace 0,5 ml/hod, fosfáty 8,7% do 50 ml rychlost aplikace 3 ml/hod, epi směs rychlost aplikace 10 ml/hod ve 100 ml, Ondansetron 8 mg á 8 hod, Seropram 20 ug á 24 hod, Novalgin 1 g ve 100 ml 3x denně dle VAS, Helicid 40 mg á 24 hod, Perfalgan při vyšší TT nad 38°, Fraxiparin 0,6 ml á 24 hod, Piperacilin/Tazobactam 4,5g á 6hod , Clindamycin 600mg á 6 hod,

Denní diuréza: 270 ml tmavé moče, ultrafiltrát 1280 ml

Bilance tekutin: + 834 ml

22.7. – 26. den hospitalizace

Pac v dočasné sedaci do vyjasnění výsledku z histologie, TT 39,1°, nyní hodnota Kalia 5,4 při překročení přes 6 bude nasazena dialýza, nasazena paliativní léčba, na dnešek bylo objednáno vyšetření MR žaludku, duodena a pankreatu, ale vzhledem k předčasným výsledkům z endoskopie, zrušeno,

endoskopie žaludku a duodena s nálezem vysoké suspekce na ca žaludku, odebrané vzorky submukózy odeslány na histologii,

pacientka vykazuje známky postupně se rozvíjející sepse,

Medikace: nyní Clindamycin á 12 hod, Piperacilin/Tazobactam á 6 hod,

přidám Midazolam 50 mg, mění se rychlost aplikace Noradrenalinu a analgosedace, ostatní beze změny

Denní diuréza: 390 ml tmavé moče

Bilance tekutin: + 244 ml

Poslední dny života jsem se s nemocnou neviděla. 23.7. byly k dispozici výsledky histologického vyšetření: nízko diferencovaný hereditární adenokarcinom žaludku difúzního typu, následující den pacientka zemřela.

3.3. Ošetrovatelské problémy

Součástí péče o nemocného je diagnostikování ošetrovatelských problémů, jejich předcházení a sestavení cílů k jejich řešení. Jako ošetrovatelské problémy jsem vybrala bolest, psychiku a vnímání nemoci a poruchu sebepéče v oblastech základních potřeb. U onkologicky nemocných pacientů je bolest klíčovým problémem, u mé pacientky byla významným problémem měnící se psychika a vnímání nemoci.

3.3.1. Bolest

Bolest je nepříjemný pocit, který je nesdělitelný. Má fyzickou a citovou část. Upozorňuje nás na patologické procesy probíhající v našem těle. Bolest nemusí být jen fyzická, ale i psychická, například jako důsledek nadměrného stresu, napětí či úzkosti. Předem je tedy nutné určit, co bolest způsobuje, aby bylo možné nasadit nejúčinnější prostředek na její zmírnění. (16)

„Bolest je nepříjemný smyslový a emocionální zážitek spojený s aktuálním nebo potenciálním poškozením nebo se jako takový popisuje. Bolest je vždy subjektivní“ (17. s.8).

Fyziologie bolesti

Bolest způsobuje podráždění periferních nervových vláken, která jsou citlivá na bolest. Jejich množství v těle je různé. Vznik bolesti je zapříčiněn biochemickou reakcí na základě podráždění nervových vláken. Z postižené tkáně je vzruch veden aferentními senzitivními vlákny do thalamu, následně do ústředí (mozková kůra), zde dojde ke zpracování podnětu a eferentními vlákny se vyšle odpověď mozku k místu postižení a my si uvědomíme bolest. Nocireceptor – receptor bolesti, lze stimulovat přímo poškozením receptorové buňky. Lze ji stimulovat nepřímo uvolněním chemických látek, např. bradykininem. Ten se naváže na receptory bolesti a aktivuje receptory. Bradykinin spouští produkci histaminu, který dále zvýší permeabilitu kapilárních stěn, do tkání pronikají leukocyty a tekutina a tím vzniká zánětlivá reakce. Tkáň je začervenalá a

oteklá.

Bolest nemusí vznikat jen podrážděním stimulů bolesti. Může se objevit i tehdy, jestliže informace o bolesti jsou přeneseny přes spinální míchu do mozku, který jednotlivé stimuly třídí. (16)

Fáze bolesti:

Transdukce – poranění způsobí vyplavení prostaglandinů a mediátorů imunitní reakce. Podráždí se nociceptory a rozpohybují se impulzy bolesti z periferie do spinální míchy.

Transmise – impulz bolesti jde z periferního nervového vlákna do míchy, přes prodlouženou míchu a thalamus do mozkové kůry.

Percepce – impulz bolesti jde do mozkového kmene, thalamu a kůry, nemocný vnímá bolest.

Modulace – descendentní systém, když neurony v mozkovém kmeni odešlou signál zpět do spinální míchy za pomoci neurotransmiterů serotoninu a norepinefrinu. Poté se vrátí zpět do buněk a jsou uloženy jako zásoba pro následné uvolnění. Impulz jde z míchy do periferie a dojde k motorické reakci. Modulace bolesti v hypothalamu má časovou závislost a rytmicitu, tzv. hypothalamický pacemaker, který řídí serotonin.

Faktory ovlivňující vnímání bolesti

Stejné poškození vnímají různí lidé různě. Někdo bude trpět velkou bolestí a jinému postačí běžná analgetika. Je nutná znalost faktorů ovlivňujících toleranci bolesti, senzitivity jedince, typ osobnosti, typ nervové soustavy, aktuální stav psychiky, prostředí, okolnosti, denní dobu, věk, pohlaví, etnickou příslušnost. (16)

V případě mnou sledované pacientky faktorem bolesti nebyl pouze fyzický faktor, ale hlavně psychický. Pacientka si uvědomovala riziko svého onemocnění, velkou roli sehrála vzpomínka na umírající matku. Prožívání

bolesti během dne bylo nižší intenzity, nežli v nočních hodinách. Za nemocnou docházela rodina, která se ji snažila rozptýlit, nemocná poslouchala na MP3 přehrávači svou oblíbenou muziku. V noci se cítila osamělá, často přivolávala zdravotnický personál, vyžadovala větší pozornost. Vyšší bolestivost byla také spojená s jídlem a následnou nauzeou a vomitem. Pak také s pohybem, bylo třeba pacientku polohovat. Výrazně se na bolesti podílela délka pobytu v nemocnici. Čím déle byla pacientka hospitalizovaná, tím bylo její prožívání bolesti intenzivnější. Je však důležité brát v úvahu i závažnost onemocnění.

Typy bolestí

Podle místa vzniku:

- Somatická – vychází z kůže, povrchová somatická, kde je podnětem pohybový aparát, hluboká somatická, kde je podnětem vazivová tkáň
- Viscerální (útrobní) – vychází z orgánů v dutině břišní a hrudní, podílí se na ní spasmus hladkého svalstva (nedostatečné prokrvení, zánět aj.)
- Neurogenní – podráždění nervových vláken a drah, jedná se o vystřelující bolest (neuralgie trigeminu)
- Myofasciální – propagace bolesti je jinde, než zdroj bolesti
- Analgie – vnímání bolesti ovlivňují okolnosti, za kterých bolest vzniká (vrcholový sport, válka)
- Procedurální – vznik při instrumentálních výkonech (aplikace injekcí, cévkování, punktování, ošetřování kožních defektů), krátkodobá, ale intenzivní bolest.

Z hlediska průběhu:

- Akutní – trvá omezenou dobu a rychle odezní, přítomné fyziologické změny (hypertenze, prohloubené dýchání), je přesně lokalizovatelná.
- Chronická – trvalá a stále se opakující, způsobuje změnu životního

stylu, počátek bolesti se těžko určuje

- Rekurentní – fáze mezi akutní a chronickou, zdroje bývají z horní části těla, mění se v čase, psychosomatická

Následky působení bolesti

Bolest mění způsob života nemocného, postupně se z ní stává samostatné onemocnění. U nemocného se mění sebepojetí, trpí pocity méněcennosti, nedůvěřuje vlastním silám. Mění se sociální vnímání, nemocný se může stát agresivnějším, nebo se izoluje. Bolest se projeví i v existenční oblasti nemocného, zhoršuje se kvalita života, může dojít ke ztrátě zaměstnání.

Bolest je ošetrovatelskou diagnózou právě proto, že je problémem nemocného a tím vzniká fyziologická potřeba každého jedince – být bez bolesti. K hodnocení bolesti je nutné získání anamnézy bolesti. Při jejím získávání je nutné vnímat pacientovy verbální a nonverbální projevy (20).

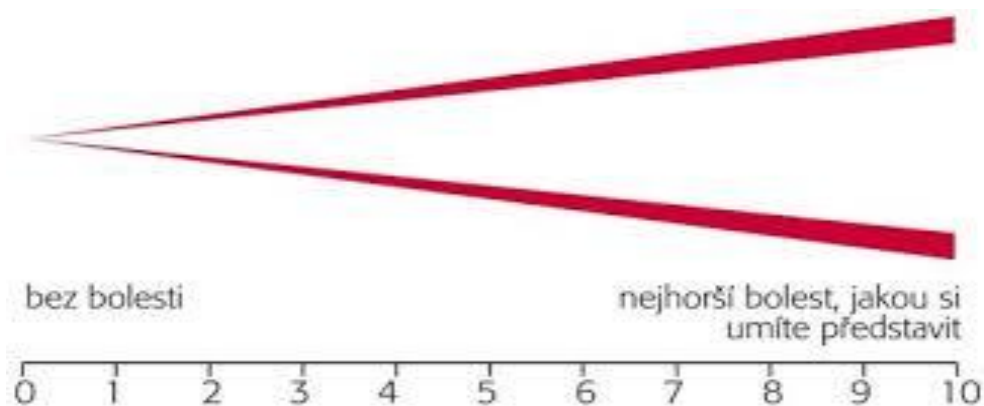
Anamnéza bolesti

Nutné je určení lokality a intenzity, kvality a typu bolesti. Ptáme se na faktory, které bolest vyvolávají.

Hodnocení intenzity bolesti je závislé na jejím vnímání pacientem. K hodnocení užíváme škály (stupnice).

- Kategoriální analogové stupnice – určení pomocí pravítka s posuvným jezdcem
- Vizualní analogová stupnice – škála od 0 do 10, kde 0 je bez bolesti a 10 je maximální možná bolest (obr. 1)
- Dotazník globální kvality bolesti
- Stupnice grafických symbolů – škála nakreslených dětských obličejů (obr. 2)
- RAMSEY – škála k monitorování intenzity bolesti u nemocných na UPV, monitoruje se útlum farmak

Obr. 1:



Vizuální analogová škála, zdroj: www.dama.cz

Obr. 2



Stupnice grafických symbolů, zdroj: terapie.as4u.cz

Bolest mění hodnoty fyziologických funkcí nemocného, je proto na místě spolu s hodnocením bolesti zaznamenávat i hodnoty TK, P a D.

Léčba bolesti

Bolest a léčba jsou komplexním problémem. Nejdříve se zjišťuje příčina bolesti a následně se zahájí léčba. Bolest se u hospitalizovaných pacientů hodnotí minimálně jedenkrát denně, vše se zaznamená do dokumentace.

Při akutní bolesti se využívá farmakoterapie, perorálně,

transdermálně, rektálně. Používají se analgetika s rychlým nástupem, je však nutné správné dávkování a sledování případných vedlejších účinků.

Při léčbě chronické bolesti spolupracují anesteziolog, neurolog, psychiatr, rehabilitační lékař, psycholog. Léky se podávají dle časového plánu, předchází se tak rozvoji bolesti, léky jsou opioidní i neopioindní analgetika v kombinaci s adjuvantní terapií.

U léčby nádorové bolesti záleží na adaptaci pacienta na onkologické onemocnění. Samostatná analgeze může být neúčinná, nutností je komplexní paliativní přístup. (20)

Mnou sledované pacientce byl po přeložení na oddělení ARO aplikován Dolsin 50mg v šestihodinových intervalech, avšak s malým efektem. Proto se lékaři rozhodli pro zavedení tunelizovaného hrudního katetru (dne 8.7.), kontinuální analgezi. Směs pro podání léku na bolest byla kombinace Mesocainu a Sufenty. Podnět ke zrychlení dávky dávala sestra podle projevů bolesti sledovaných u nemocné. Doplňující analgezií byl 1 g Novalginu ve 100 ml fyziologického roztoku, aplikovaný do centrálního žilního katetru dle VAS. Dle dokumentace se aplikoval jestliže nemocná udávala VAS 3 a více. Většinou nemocná udávala na stupnici VAS 3, ale dle grimas bylo jasné, že bolest je mnohem intenzivnější. Pacientka při příjmu do nemocnice udávala, že již dva roky ji bolí záda a půl roku břicho. Dá se předpokládat, že nemocná na bolest určité intenzity byla zvyklá, proto je dost pravděpodobné, že nyní při pravidelném podávání analgetik nevnímala intenzitu bolesti v takovém rozsahu, jako jiný nemocný bez předchozího prožívání intenzivnějších bolestí. Později se Novalgin podával podle přesného časového rozpisu po osmi hodinách, protože bolesti zad se již prolínaly se silnými bolestmi břicha, třísel a žaludku. Důležitá byla i snaha o nalezení úlevové polohy, zpočátku byla účinná, využívaly se různě velké a plněné polštáře a podkládaly se střídavě různé části těla, později nemocná již jakýkoliv pohyb odmítala, protože jí nepřinášel benefit. V konečné fázi onemocnění, při důvodném podezření na karcinom žaludku se nemocná aplikovala analgosedace. I přes kontinuální podávání analgetik nemocná pociťovala značný

dyskomfort a bolest žaludku. Proto byla uvedena do umělého spánku.

3.3.2. Psychika a vnímání nemoci

Každému pacientovi nádorové onemocnění změní život. S potíženími tělesnými přichází i problémy psychické. Objeví se strach, pocit bezvýchodnosti, deprese. Problémy se vyskytují i v sociálních sférách, v rodině, v zaměstnání, při běžných aktivitách. Často je důležitá i pomoc psychologa, nejen pro nemocného, ale i pro jeho rodinu. V tomto období má obrovský význam podpora duchovní: prostá účast, naslouchání, doprovod, povzbuzení. (8)

U nemocné hned od začátku byl zřejmý obrovský strach z nemoci. Po zkušenostech s matčíným onemocněním se zřejmě u nemocné rozvinula onkofobie. To byl zřejmě i důvod, proč nepřišla na plánované UZ vyšetření, obávala se výsledku. Během pobytu v nemocnici jí začalo docházet, že už se domů asi nevrátí a postupně se uzavírala do sebe a odmítala rodinu a blízké.

Biopsychosociální pojetí nemoci

Nemoc je soubor příznaků, které se projevují u jedince. Nemoc probíhá v makrosociálních podmínkách (úroveň zdravotnictví) a mikrosociálních podmínkách (interakce lékař pacient a jeho rodina).

Biologické pojetí se vyvinulo v minulém století, s rozvojem přírodovědeckého poznání, objevem mikroorganismů, jako příčiny infekčních onemocnění. Jedinec je chápán jako biologický komplikovaný systém, jehož porucha se musí eliminovat jako vadný podsystém. Pacient na vzniku nemoci nenesl žádnou vinu, příčiny byly biologického charakteru. Tento model značně podcenil psychické a sociální vlivy.

Psychoanalytické pojetí vzniklo v prvních desetiletích dvacátého století, pevně se zakotvilo pomocí rozvoje hlubinné psychologie.

Napomáhá k pochopení neurotických a psychosomatických onemocnění. Zde diagnóza nemá valný význam, každá porucha je originální jev symbolického významu. Při léčbě se analyzuje psychika z hlediska nevědomých, infantilních a projekčních tendencí, psychotraumata se projevují příznaky psychickými i tělesnými.

Sociologické pojetí nemoci vzniklo v polovině dvacátého století. Vychází z předpokladu, že nemoc je jev sociální a určuje chování jedince ve společnosti. Nepopírá biologické příčiny onemocnění, ale zdůrazňuje, že jde i o jev sociální, nemoc přináší do společnosti jisté škatulkování (psychopat, neurotik apod.)

Nemoc je biopsychosociální reakcí člověka na škodlivé podněty a má procesuální charakter. Tento proces zahrnuje stadium latence či stadium premorbidních projevů, v němž už jde o patický stav, který si však pacient neuvědomuje, protože schopnost jeho tělesné a duševní adaptace není doposud narušena. (18)

Stádia průběhu onemocnění

V prodromálním stádiu nemoci se projevují nespecifické symptomy jako je úzkost, únava, rozmrzelost a neklid.

Při manifestaci nemoci se objevují příznaky typické pro dané onemocnění.

Stadium nespecifických symptomů onemocnění je charakterizováno postupným odezníváním typických příznaků a syndromů a návratem projevů obecnějších příznaků nemoci (apatie, poruchy spánku aj.)

Na konec přichází stadium rekonvalescence, kdy se pacient zotavuje ze své nemoci.

Porovnání psychické situace u pacientky ve zdraví a v nemoci

K porovnání psychické situace jsem použila oblasti stanovené

Křivohlavým. Srovnání vnímání zdraví a nemoci je již v době, kdy se pacientčin stav nevyvíjel dobře. Odpovídá období 22. dne hospitalizace, kdy pacientka začínala být hodně uzavřená, z mého pohledu byla již smířená. Zřejmě už cítila, že se uzdravení nedočká

Ve stavu zdraví	V době nemoci
Aktivita: aktivně zvládá úkony běžné denní sebeobsluhy	Pasivita: nyní přenesení běžných úkonů na zdravotnický personál, omezení činností z důvodu hospitalizace
Nezávislost: zdravý člověk si dělá, co chce, není závislý na pomoci druhé osoby	Závislost: nemocná je závislá na druhé osobě, musí se podřizovat léčebnému režimu a omezení spojené s pohybovým režimem oddělení
Sebedůvěra: zdravý člověk podává v denních činnostech výkon dle svého nejlepšího svědomí a vědomí a tím si udržuje značnou sebedůvěru a kladné sebehodnocení	Sebedůvěra: nemocná nyní nezvládá úkony, které zvládala před tím, činnost éžuje bolest a únava. Polohování omezuje některé úkony samoobsluhy, tím se snižuje sebehodnocení a sebevědomí.
Životní rytmus: zdravý člověk má zažitý životní rytmus, díky kterému zvládá různé činnosti. Má ho zažitý a cítí se v něm dobře.	Životní rytmus: nemocná je nucená k výraznému zpomalení životního rytmu nemocí. Není zvyklá na rytmus, který je jí předkládán v nemocnici.
Sociální interakce: zdravý žije v okruhu své rodiny, přátel, známých, kolegů v práci.	Sociální interakce: nemocná je nyní od svého sociálního prostředí izolovaná, kontakt se známými lidmi je značně omezen.

<p>Životní prostředí: zdravý člověk se pohybuje v dobře známém prostředí domova, práce, společnosti</p>	<p>Životní prostředí: nemocná je v neznámém, cizím prostředí, vše je nové, ne tak běžné, jako doma</p>
<p>Zájmy: zdravý člověk má stabilizovaný rozsah svých zájmů, není omezen v jejich výběru a realizaci</p>	<p>Zájmy: okruh zájmů nemocné se v době nemoci zužuje, především s ohledem na zdravotní stav a s tím související změny. Z počátku nemocná poslouchala MP3 přehrávač s oblíbenou hudbou, později se z důvodu malé variability poslouchání hudby omrzelo, četbu nepreferovala.</p>
<p>Zvládání problémů: ve zdraví člověk zvládá problémy snáz, které mu život staví do cesty, umí reagovat na otázky, které jsou mu kladeny</p>	<p>Zvládání problémů: nemocná má problém rozumět svému fyzickému a psychickému stavu, často neví, co se s ní děje a proč, kdy symptomy odezní, jaká bude následná léčba, bojí se neznámého</p>
<p>Emoce: u zdravého člověka převládají kladné emoce, radost a štěstí ze smysluplného života, má určitou míru životní jistoty a naděje do budoucna</p>	<p>Emoce: v nemoci převládají negativní emoce jako strach a obavy, bolest, nejistota. U nemocné nejistota převládala, vzhledem k rodinné anamnéze, postupně se stávala apatickou a rozmrzelou.</p>
<p>Časový prostor: zdravý člověk žije v poměrně široké časové dimenzi, uvědomuje si minulost, přítomnost a má představu o budoucnosti (19)</p>	<p>Časový prostor: nemocná nyní žije jen přítomností, v průběhu hospitalizace odmítá vzpomínat na dění minulé, budoucnost vidí nejistě, problematicky, nereálně</p>

3.3.3. Sebepečce

„Sebepečce je chápána jako lidská, regulatorní funkce, kterou pro sebe osoba vědomě vykonává nebo pro sebe nechá vykonávat (dependentní péče), aby zajistila a udržela určitý stav materiálních věcí a podmínek k zachování života“. (22, s. 25)

3.3.3.1. Pohyb a riziko pádu

Prevence pádu vychází z předpokladu, že jsou rizikové faktory, které mohou vést k příčině pádu. Každý pád nemusí být vážný, a ne všechny rizikové faktory jsou ovlivnitelné. Cílem jsou taková účinná preventivní opatření, která riziko pádu minimalizují.

Zvýšená náchylnost k pádům je důsledkem nejen chorob pohybového aparátu, ale i vestibulárního systému, zraku, či nervové soustavy, onemocnění srdce, DM s neuropatií, malnutrice, bloky krční páteře se závratí a poruchou stability, podílí se na něm i některé léky. Důvodem pádu můžou být překážky v cestě nemocného, špatné osvětlení, kluzká podlaha, špatná obuv, chybění protiskluzových pomůcek ve vaně či sprše, negativní vliv může mít i počasí. (20)

Pohyb a prevence pádu u mnou sledované pacientky:

Pacientka se v začátcích hospitalizace pohybovala bez obtíží, ale vždy v doprovodu ošetrovatelského personálu. K chůzi nebylo zapotřebí žádných kompenzačních pomůcek, riziko pádu bylo u pacientky malé. Při odběru anamnézy (11.7.) již u nemocné vznikalo střední riziko pádu, hodnoceno dle Conleyové, 6 bodů (viz. Příloha). Postupem času, se zhoršujícím se zdravotním stavem a podávanými léky (zejména analgetika do epidurálního katetru), se riziko pádu nadále zvyšovalo. Pacientka postupně přestávala chodit. Nejdříve s fyzioterapeutkou vstávala, udělala pár kroků ke křeslu, kde chvíli poseděla a pak šla zpět, pak už si jen sedala na lůžku a nakonec se již nezvedla vůbec. Bylo nutné zajistit lůžko

postranicemi, edukovat nemocnou o používání signalizačního zařízení, dát věci denní potřeby na dosah k nemocné. Prováděla se rehabilitace na lůžku, pacientka se každé dvě hodiny polohovala. Zvýšené riziko pádu v posledních dnech života vznikalo při hygieně, kdy se pacientka napojená na UPV a uvedená do umělého spánku přetáčela na lůžku bez osobní zpětné vazby. Zde byla potřeba zvýšené pozornosti ošetřujícího personálu. Během pobytu v nemocnici u nemocné k žádnému pádu nedošlo.

3.3.3.2. Jídlo a pití

Za deficit sebezpečí při jídle se pokládá zhoršená schopnost se najíst, případně dojíst celou porci jídla. Na jejím vzniku se podílí celá řada faktorů:

- Snížená nebo nedostatečná motivace
- Bolest či nepohodlí
- Úzkost
- Percepční či kognitivní poruchy
- Vyčerpanost a únava
- Neuromuskulární poškození
- Muskuloskeletární poškození
- Poruchy motility
- Porucha mobility
- aktuální deficit – zhoršení stavu, zvracení. (20)

Vývoj deficitu u mnou sledované pacientky:

V dokumentaci bylo uvedeno, že tělesné proporce pacientky při příjmu byly 58 kg a 161 cm, BMI 22,4. Zpočátku problém se sebeobsluhou při jídle nebyl, pacientka se dokázala posadit a bez problémů se najíst. Jedla velmi malé porce a dlouho přežvykovala. Avšak s rychle se rozvíjejícím onemocněním, kde hlavním problémem byla nauzea a později i zvracení se stravování zhoršovalo. Pacientka pociťovala nechuť k jídlu a

únavu. Později si pacientka již odmítala sednout, takže samotná konzumace jídla byla nepohodlná, sousta ulpívala v krku a vyvolávala nauzeu. Nakonec přestala jíst úplně.

14.7. (osmnáctý den hospitalizace) se pacientka naposledy vážila, její schopnost stát na váze se vytrácela, v ten den její aktuální váha byla 55 kg, což byl váhový úbytek 3 kg. Tělesné proporce napovídaly, že by váhový úbytek byl i vyšší, kdyby nebylo objemného ascitu.

Problém s nauzeou a zvracením se řešil podáváním antiemetik, doplňováním tekutin intravenózně. Pacientka preferovala ovocné šťávy, které jí zpočátku přinášely úlevu, později je odmítala. Lékařem byla naordinována tekutá strava, sipping. Pacientka měla na výběr několik příchutí nutridrinků, které z počátku popíjela bez větších potíží. Postupně i Nutridrinky odmítala. Jediný příjem ústy byly kostky ledu, které dle jejích slov příjemně chladily a nevyvolávaly nauzeu.

V době, kdy pacientka zcela odmítala jakoukoliv potravu ústy, byla pacientka převedena na parenterální výživu. Aplikoval se Kabiven 1957 ml/24 hod, s výživovými doplňky (Vitalipid, Soluvit, Addamel). Této terapii předcházely dva pokusy o enterální výživu nasojejunální sondou, podáváním Nutrisonu v malých dávkách, ale pokaždé pacientka nasojejunální sondu vyzvrátila. Po druhém pokusu se již lékaři k této terapii nevrátili.

3.3.3.3. Vyprazdňování

Kontinence moče

Mezi základní pojmy týkající se vylučování moče patří diuréza. Množství moče se u dospělého pohybuje v rozmezí 1500 – 2000 ml za den. Změny ve vylučovaném množství mohou být způsobené množstvím přijatých tekutin, ale i akutním či chronickým onemocněním. (20)

Aktuální problém u mnou sledované pacientky byla oligúrie, která postupně přešla do anúrie, pravděpodobně způsobená aplikací kontrastní látky na CT vyšetření. V době kdy jsem se účastnila péče o nemocnou se

její diuréza pohybovala v rozmezí od 110 do 390 ml za 24 hodin (viz. kapitola 3.2.). Moč byla tmavá se sedimentem sedlým na dně sáčku. V odvodné hadičce bylo viditelné, že je moč jinak nezkalená. Pacientce byly podávány diuretika (Furosemid 60 mg) se vzestupnou rychlostí, počáteční rychlost byla 2 ml za hodinu, cílová rychlost 10 ml za hodinu. Funkci ledvin se však nepodařilo obnovit. Pro sledování bilance tekutin bylo nutné zavedení permanentního močového katetru, který vždy přináší nemocnému vysoký dyskomfort a riziko infekce močových cest. V době, kdy jsem byla přítomna, byl již katetr zaveden.

Principem bilance tekutin je sledování přesného množství přijatých a vyloučených tekutin. Na oddělení ARO se provádí hodinová bilance tekutin. Do přijatých tekutin se zahrnují, krom vypitých tekutin, i infuzní roztoky, do výdeje tekutin se samozřejmě zahrnuje, krom moče, také množství tekutin při zvracení, množství tekutin v drénu.

Aktuální vodní bilance a množství moče během hospitalizace jsou uvedeny v části „Průběh hospitalizace“.

Při péči o permanentní močový katetr byl největší důraz kladen na hygienu genitálu a katetru jako prevenci infekce. Pravidelně se odebíraly vzorky sterilní moče na bakteriologické vyšetření. Jedenkrát byl močový katetr vyměněn při podezření na katetrovou sepsi.

Kontinence stolice

Pravidelné vyprazdňování tlustého střeva patří mezi základní potřeby člověka a přispívá ke zdraví člověka. Nepravidelnost vyprazdňování vede ke zdravotním komplikacím. Defekace je ovlivněna řadou faktorů, jako je strava bohatá na vlákninu, dostatek tekutin, pohyb a změna polohy, psychika, změna prostředí. (20)

Pacientka, kterou jsem sledovala, měla spíše problémy s obstipací. Před nástupem do nemocnice se snažila o užívání projímadel, ale ty vyvolávaly nauzeu a tak je přestala užívat. Během pobytu v nemocnici se odchod stolice nepodařilo upravit. Z počátku, kdy pacientka byla schopná chůze, se snažila o pohyb a přirozené rozpohybování střev. Později byla

snaha o polohování a cviky na lůžku. Sezení na toaletní židli odmítala. Ke konci onemocnění se situace změnila a pacientka začala trpět průjemem. Protože již nezvládala ovládat svěrač, byly jí doporučeny plenkové kalhotky, se kterými souhlasila. V případě, kde se nemocným z důvodu inkontinence dávají plenkové kalhotky, je třeba dbát na častou výměnu, hygienu, správné ošetření pokožky, jako prevence proti opruzení a zapařeninám pokožky, které mohou vyústit až v otevřené kožní defekty.

Pacientce po celou dobu pobytu v nemocnici nebyla podávána žádná projímadla, ani se neaplikovalo klyzma.

3.3.3.4. Riziko dekubitů

Dekubitus (proleženina, prosezenina, tlaková léze, vřed) je oblast buněčného poškození způsobená poruchou mikrocirkulace a z ní vyplývající hypoxie vyvolaná tlakem. Příčiny vzniku dekubitů je tlak v predilekčních místech (místa, kde jsou kosti blízko kožního povrchu a jsou málo izolovány vrstvou podkožního tuku a svalstva, (viz obr. 3,4 a 5). Riziko vzniku dekubitů se v nemocničních zařízeních nejčastěji hodnotí škálou dle Nortonové. Nebezpečí vzniká, pokud je součet bodů 25 a méně. Při hodnocení se přihlíží k tomu, je-li pacient schopen spolupráce, jaký je jeho věk, stav pokožky, další nemoci, aktuální tělesný stav, stav vědomí, aktivita, pohyblivost a vyskytuje-li se inkontinence. Na vzniku dekubitů se podílí spousta faktorů:

- Tření při posouvání pacienta
- Střížná síla, kombinace tření a tlaku (vedení do Fowlerovy polohy, tření a tlak v křížové oblasti)
- Vlhkost (inkontinence, pocení, sekrece z drenáží aj.)
- Imobilita
- Poruchy CNS
- Věk

škály neměla riziko dekubitů. Byla pohyblivá, schopná při pocitu tlaku měnit polohu, dle potřeby. Pokročilostí onemocnění se riziko vzniku dekubitů zvyšovalo. Pacientka se postupně stávala nepohyblivou, nebo jen omezeně, vzhledem k nechutenství a častému vomitu docházelo k úbytku hmotnosti, zvýšeně se potila, později trpěla inkontinencí stolice, v době katetrové sepse měla zvýšenou tělesnou teplotu. Bylo nutné dodržování kvalitní hygienické péče, promazávání pokožky, zvláště zad kafrovou masť, časté polohování nemocné, zajištění parenterální výživy a dobré hydratace. Za nemocnou pravidelně docházela fyzioterapeutka, která se snažila o zachování mobility. Později vstávání a chůze kolem lůžka byla velkou únavností nemocné znemožněna, proto se rehabilitační cvičení omezilo na cvičení na lůžku. Díky dobré péči ošetřovatelského týmu se dekubity u nemocné za celou dobu hospitalizace nevyskytly.

3.4. Dlouhodobá péče

Dlouhodobá péče o pacienta se špatnou prognózou je zaměřena hlavně na paliativní péči. Světová zdravotnická organizace definuje paliativní péči jako: „*aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadní důležitost má léčba bolesti a ostatních tělesných symptomů, stejně jako mírnění psychických, sociálních a duchovních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života pro pacienty a jejich rodiny*“. (SZO 1986) Při péči o pacienta se špatnou prognózou onemocnění je z hlediska dlouhodobé péče třeba se zaměřit na zlepšení komfortu a potlačení symptomů onemocnění. Hlavním cílem péče je zmírnění bolesti, snížení frekvence nauzey a zvracení a snaha o udržení nutrice, udržení schopnosti sebeděže a sebeobsluhy po co nejdelší dobu. Důležitá je psychika nemocného, neomezovat dobu návštěv a podporovat spolupráci rodiny s ošetrovatelským týmem.

Nejtěžší disciplínou je komunikace s nemocným. Zdravotník vede s nemocným otevřenou a empatickou komunikaci, neměl by odmítat hovor o nepříjemných tématech, pokud o nich nemocný chce hovořit (následky onemocnění, otázky smrti), důležitá je snaha zajištění duchovní péče u věřících pacientů. (21)

4. DISKUZE

V roce 1999 proběhl seminář, kterého se zúčastnila vědecká populace z řad genetiků, gastroenterologů, chirurgů, onkologů, patologů a molekulárních patologů. Na konsensu bylo jednoznačně rozhodnuto, že rodiny, ve kterých se vyskytují zárodečné linie E-cadherin (CDH1 mutace) musí být sledovány, evidovány, zdokumentovány. Bylo třeba definovat kritéria pro určení rizikových skupin a vést o výskytu záznamy pro další výzkum. Ke svolání konsensu vedlo vědce zjištění, že se v rodinách se zárodečnou linií E-cadherinu vyskytuje karcinom žaludku difúzního typu, který je časně obtížně zjištělný a s vysokou mortalitou. Oproti rakovině žaludku, která vzniká jako důsledek špatných stravovacích návyků a vlivem působení *H. pylori*, jejíž incidence klesá, je hereditární difúzní karcinom žaludku na vzestupu, s největším výskytem v Japonsku a Jižní Americe. Nejčastější výskyt je u obou pohlaví do 50 let věku. Skupina vědců definovala pro syndrom HDGC klinickou strategii, která obsahuje genetické testování a poradenství pro postižené rodiny. U zkoumané skupiny lidí bylo navíc zjištěno, že rodiny s mutací CDH1 nejsou ohroženi jen karcinomem žaludku difúzního typu, ale je zde zvýšené riziko výskytu karcinomu prsu lobulárního typu a v neposlední řadě i výskyt karcinomu tlustého střeva.

Na základě nových poznatků se sešli zástupci sedmi zemí (Velká Británie, Německo, USA, Japonsko, Itálie, Kanada, Portugalsko) a zformulovaly návrhy k řešení čtyř klíčových témat:

1. Přezkoumání vzniku karcinomu u subjektů, které patří do rodiny zdokumentované zárodečné linie E-cadherinu
2. Přesná kritéria pro vymezení nádorového syndromu HDGC, která doposud nebyla popsána
3. Pokyny pro testování a poradenství HDGC
4. Navržení strategie klinického řešení v rodinách s vysokou penetrací autosomálně dominantní predispozice HDGC, včetně screeningu eventuální profylaktické gastrektomie

Pro určení rizikových skupin byla stanovena tato klinická kritéria:

- 1) Nejméně dva případy karcinomu žaludku v rodině difúzního typu do 50 let věku
- 2) Nejméně tři případy karcinomu žaludku v různém věku, z nichž nejméně jeden je difúzního typu
- 3) Osoba s diagnostikovaným karcinomem žaludku difúzního typu před dosažením 45 let
- 4) Osoba s diagnostikovaným, jak karcinomem žaludku, tak i lobulárním karcinomem prsu
- 5) Osoba s diagnostikovaným karcinomem žaludku a dalšími členy rodiny s lobulárním ca prsu
- 6) Osoby s diagnostikou difúzního karcinomu žaludku a dalšími členy rodiny s adenokarcinomem tlustého střeva s nálezem buněk typu pečetního prstenu. (15)

Během následujících 11 let probíhal intenzivní výzkum v oblasti výskytu HDGC. Ukázalo se, že ve 25% rodinách splňujících klinická kritéria je až 80% celoživotního rizika vzniku hereditárního typu rakoviny.

V roce 2010 byl svolán nový seminář, kde bylo nutné aktualizovat pokyny v oblasti genetiky a poradenství stanovené v roce 1999. Navrhl se směr pro budoucí výzkum. Apelovalo se na zrušení omezení při určování rizikových skupin dříve podmíněných stanovenými kritérii (6 klinických kritérii) a provádění histopatologického vyšetření i u potvrzeného jednoho případu v rodině před dosaženým 40. rokem věku. Vzhledem k rychlému pokroku genetických diagnostických prostředků, endoskopických postupů a zvyšujícího se využívání diagnostické laparoskopie byla diskuse zaměřena na čtyři hlavní témata:

1. Genetické poradenství a testování
2. Endoskopické sledování žaludku a celoplošný screening rakoviny žaludku
3. Preventivní gastrektomie
4. Patologické zpracování a diagnostika vzorků

Z toho je patrné, že genetické poradenství je nezbytnou součástí při hodnocení a řízení HDGC. Zvláště, když věková hranice sledovaných se každým rokem snižuje.

Světový výzkum se hrozbou syndromu HDGC zabývá a snaží se najít řešení, které by předešlo zbytečným úmrtím lidí v produktivním věku. (9)

5. ZÁVĚR - shrnutí práce

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala kazuistiku hereditárního difúzního karcinomu žaludku, protože jsem chtěla poukázat na zákeřnost tohoto onemocnění. Pacientka, která dříve nestonala, byla přijata na interní oddělení pro bolest zad a bolesti břicha. Lékaři diagnostikovali akutní pankreatitidu pro domnělou obstrukci žlučových cest. ERCP vyšetření se pro nepřehledný terén nezdařilo, po kontrastní látce podané k CT vyšetření pacientka přestávala močit, byla nutná dialýza. Lékaři se snažili běžně užívanými vyšetřeními zjistit, proč se zdravotní stav pacientky každým dnem zhoršuje. Více než-li onemocnění pankreatu se nabízelo onemocnění žaludku, zvláště s přihlédnutím k rodinné anamnéze, kde matka a teta pacientky zemřely na karcinom žaludku. Gastroskopie však žádnou patologii sliznice žaludku neprokázala, stejně tak se nic neprokázalo diagnostickou laparoskopií, i přesto, že 14.7. na UZ byla zřejmá zesílená stěna žaludku. Nakonec se lékaři rozhodli pro gastroskopii s odběrem bioptického vzorku. Histologie prokázala nízko diferencovaný hereditární karcinom žaludku difúzního typu. Pacientce zbývaly už jen dva dny života. O skutečném onemocnění se už nedozvěděla, protože ještě před odběrem bioptického vzorku byla uvedena do umělého spánku, ze kterého už se neprobala.

Ze zahraniční literatury je viditelné, že riziko onemocnění hereditárním karcinomem žaludku narůstá, zatímco incidence onemocnění karcinomem žaludku způsobené jinými faktory klesá (H.pylori, kouření, špatná životospráva aj.). Rychlá reakce ošetřujícího lékaře, kdy kontaktoval genetika ohledně vyšetření synů a bratra nemocné na případnou mutaci genu CDH1, byla proto na místě. Zvláště, když u staršího syna a bratra nemocné se mutace genu potvrdila. Zda oba podstoupili profylaktickou gastrektomii, nebo jsou pouze sledováni, jsem se už nedozvěděla.

U nemocné, která byla již v terminálním stádiu již kurativní léčba neměla smysl, ošetřující tým se zaměřil na úlevu od symptomů

onemocnění. Krom analgetik byla snaha o úlevové polohy, které se stále se zhoršujícím stavem, přestávaly být pro pacientku příjemné. Častým promazáváním se udržovala pokožka vláčná a zároveň se jemným masírováním prokrvovaly končetiny, které postupně otékaly. 21. 7. (tři dny před smrtí) se ošetřující lékař rozhodl, vzhledem ke stále se zhoršujícímu stavu, že bude lépe pacientku uvést do umělého spánku. Díky vstřícnému a pozornému přístupu ošetřujícího personálu se podařilo zmírnit utrpení umírající pacientky.

Jsem ráda, že jsem mohla být součástí zdravotnického týmu, který o pacientku pečoval na konci jejího života.

6. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. STEFANOVÁ, Magdalena. Epidemiologie, screening, současná diagnostika a staging karcinomu žaludku. *Bulletin HPB*. 2008, roč. 16, č. 1-2, s. 23-24. ISSN: 1210-6755.
2. BROOKS-WILSON, A R. Germline E-cadherin mutations in hereditary diffuse gastric cancer: assessment of 42 new families and review of genetic screening criteria. *Journal of Medical Genetics* [online]. 2004, 41(7): 508-517 [cit. 2015-06-30]. DOI: 10.1136/jmg.2004.018275. ISSN 1468-6244. Dostupné z: <http://jmg.bmj.com/cgi/doi/10.1136/jmg.2004.018275>
3. FIALA, P.; VALENTA, J.; EBERLOVÁ, L.; *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*. 2. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2008. 173 s. ISBN 978-80-246-1491-5
4. VAŇÁSEK, T. et al.; *Gastroenterologie*. 1. Vyd. Praha: Galén, 2010. 247 s. ISBN 978-80-7262-692-2
5. KLENER, P. et al.; Vnitřní lékařství Svaze IV., *Gastroenterologie*. 1. Vyd. Praha: Galén, 2002. 262 s. ISBN 80-7262-139-4.
6. STŘÍTESKÝ, J.; HALBERSTADT, P.; *Patologie*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1995. 80 s. ISBN 80-85526-47-6
7. PUCHMAJEROVÁ, A. et al. Hereditární difuzní karcinom žaludku. *Klinická onkologie*, Brno: Česká lékařská společnost J.E. Purkyně, 2012, roč. 25, Supplement 1, s. 30-33. ISSN: 0862-495X
8. TOMÁŠEK, Jiří. Diagnózy: O karcinomu žaludku. *Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně: Klinická onkologie* [online]. Brno: Linkos, 2007, 2014-08-04 [cit. 2015-06-30]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/nadory-travici-trubice-jicen-zaludek-tenke-strevo-tluste-strevo-konecnik-rit-c15-21/o-karcinomu-zaludku/>
9. FITZGERALD, R. C., et al. Hereditary diffuse gastric cancer: updated consensus guidelines for clinical management and directions for future research. *Journal of Medical Genetics* [online]. 2010, 47(7): 436-444 [cit. 2015-06-30]. DOI: 10.1136/jmg.2009.074237. ISSN 0022-2593. Dostupné z: <http://jmg.bmj.com/cgi/doi/10.1136/jmg.2009.074237>

10. NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 + 16 s. ISBN 80-247-1150-8
11. ROSEN, G. et. al. Stomach cancer: How is stomach cancer diagnosed? *American cancer society*, Inc. [online]. Donate, 2014, 2015-05-20 [cit. 2015-06-30]. Dostupné z: <http://www.cancer.org/cancer/stomachcancer/detailedguide/stomach-cancer-diagnosis>
12. ŠTEFÁNEK, Jiří. *Vyšetření: Medicína, nemoci, studium na 1.LF UK* [online]. 1. vydání. Praha, 2011, 2015-06-29 [cit. 2015-06-30]. Dostupné z: <http://www.stefajir.cz>
13. ŠIMŠA, Jaromír. Novinky v onkologii: Chirurgická léčba karcinomu žaludku. *Zdraví E15: Postgraduální medicína* [online]. 2015, 2015-03-18, 15(2): 12-16 [cit. 2015-06-30]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/chirurgicka-lecba-karcinomu-zaludku-478290>
14. ROKYTA, R. et al.; *Somatologie*. 1. Vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., 2009. 260 s. ISBN 978-80-7857-454-3
15. CALDAS, CARNEIRO, LYNCH, et al. Familial gastric cancer: Overview and guidelines for management. *Journal of Medical Genetics* [online]. 1999, 2014-04-24, 36(12): 873–880 [cit. 2015-06-30]. ISSN 1734270. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1734270/>
16. MIKŠOVÁ, Z.; FROŇKOVÁ, M.; HERNOVÁ, R. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
17. MASÁR, O. *Liečba bolesti pri malígnych ochoreniach*. 1. vyd. Bratislava: Charis spol. s r. o., 2000. 77 s. ISBN 80-88743-36-2.
18. MLČÁK, Z.; *Psychologie zdraví a nemoci*. 2. vyd. Ostrava: filosofická fakulta Ostravské univerzity, 2011. 84 s. ISBN 978-80-7368-951-3.
19. KŘIVOHLAVÝ, J.; *Psychologie nemoci*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
20. JIRKOVSKÝ, D. Et al.; *Ošetrovateľské postupy a intervence*. 1. vyd. Praha: FN v Motole, 2012. 411 s. ISBN 978-80-87347-13-3

21. VORLÍČEK, J. et al.; *Klinická onkologie pro sestry*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
22. BEKEL, G., HALMO, R. *Teorie deficitu sebepéče: soubor textů*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, 60 s. Sborník (Univerzita Palackého v Olomouci). ISBN 80-244-0794-9.

7. PŘÍLOHY

Ošetrovatelská anamnéza

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

Oddělení: ARO, OBLASTNÍ NEMOCNICE PŘÍBRAM

Datum a čas odběru anamnézy: 11.7.2014, 10³⁰

Jméno (iniciály): P. B. Pohlaví: F Věk: 49 let

Datum přijetí: 24.6. na interní odd., 5.7. přeláze na ARO

Stav: ROZVEDENA Povolání: NEZAMĚSTNANÁ

Rodina informována o hospitalizaci: ano ne

Diagnóza při přijetí (základní): K 85,1 bilobková akutní pneumonie

Chronická onemocnění: žádná

Infekční onemocnění: NE ANO

Režimová opatření:

Léčba:

Operační výkon: Pooperační den:

Farmakoterapie: op. deněle XANAX

Jiné léčebné metody:

Má nemocný informace o nemoci: ano ne částečně

Alergie: ano ne jaké: TTC

Fyziologické funkce: P: 83 TK: 121/73 D: 21 SpO2: 93 TT: 36,6°

1) Vědomí

stav vědomí: při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC: 15

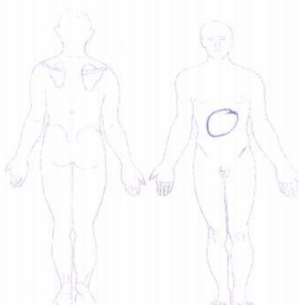
Orientovaný Dezorientovaný

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

2) Bolest

bolest : ano akutní chronická
 tupá bodavá křečovitá svalová jiná
 ne

lokalizace :



Intenzita : /-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

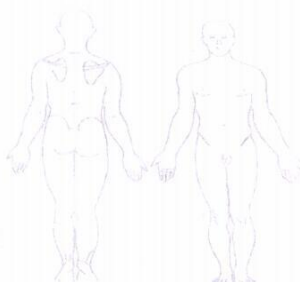
3) Dýchání

potíže s dýcháním : ano ne
dušnost : ano klidová námahová noční
 ne
Kuřák : ano ne Kašel : ano ne

4) Stav kůže

změny na kůži : ano ekzém otoky dekubity jiné suchá, olupování
 ne Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre: 29

lokalizace :



Hodnocení rány:.....
Ošetření rány:.....

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba) *dyspepsie již půl roku a cca 2 roky obtěžující bolest zad, může narušit nauzea a vomitus*

Úrazy: ano ne jaké:

6) Výživa, metabolismus

Dieta: *nycting* Nutriční skóre: *9*

Hmotnost: *57 kg* Výška: *161* BMI: *22*

Chuť k jídlu: ano ne

Potíže s přijímáním potravy: ano ne jaké: *po každém proužku nauzea*

Užívá doplňky výživy: ano ne jaké:

Enterální výživa Parenterální výživa

Denní množství tekutin: *cca 300 ml* Druh tekutin: *voda*

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ano ne o kolik: *asi 3 kg*

Umělý chrup: ano ne horní dolní

Potíže s chrupem: ano ne

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:

Způsob vyprazdňování: *podložní misa/močová láhev*

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

*M*očový katétr počet dní zavedení: *5*

Rektální odvodný systém:

Stomie:

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: *klidový*

Barthel test: *10 bodů - kvantita středního stupně*

Riziko pádu: ANO skóre: *5 bodů - střední riziko* NE

Pohyblivost: chodící samostatně chodící s pomocí

ležící pohyblivý ležící nepohyblivý

pomůcky jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : *ani* hodina usnutí : *není*
poruchy spánku : ano ne jaké : *často se budí*
hypnotika : ano ne
návyky související se spánkem : *není*

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem: ano ne jaké :
potíže se sluchem: ano ne jaké :
porucha řeči: ano ne jaká :
kompenzační pomůcky: ano ne jaké :

orientace : orientován
 dezorientovaný místem časem osobou

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav: klidný rozrušený
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 : *ani, rtec*
kontakt s rodinou : ano ne

12) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : Datum zavedení:

Permanентní močový katétr : ano ne

i.v. vstupy : ano periferní datum zavedení: kde:

Stav :

centrální datum zavedení: *5.7.* kde: *1. jug. sk.*

stav : *pro sn. infúze*

ne

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

Sonda : ano ne jaká : datum zavedení :

Stomie : ano ne jaká: stav :

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: *diabýzací katétr, v jug. v. n.*

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

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

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

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

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

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	Nepř 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršen 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 měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

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 rádece 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 checked="" type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladu na lůžkové odd.	1 bod
<input type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém	1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa)	1 bod
Vyšetření	
<input type="checkbox"/> Soběstačnost	
<input type="checkbox"/> - úplná	0b
<input checked="" type="checkbox"/> - částečná	2b
<input type="checkbox"/> - nesoběstačnost	3b
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce	
<input checked="" type="checkbox"/> - spolupracující	0b
<input type="checkbox"/> - částečně	1b
<input type="checkbox"/> - nespolečující	2b
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)	
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závraťe?	ANO 3 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:	
0-4 body	Bez rizika
5 - 13 bodů	Střední riziko
14 - 19 bodů	Vysoké riziko

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

Hodnocení nutričního stavu

Jméno pacienta: P. B.
 Datum: 12. 7.
 Test provedl: PÍČKOVÁ

Nejdříve proveďte screening, dále postupujte dle jeho výsledku

Screening:

A. Jíte méně v posledních 3 měsících?

(například pro menší chuť k jídlu, zažívací potíže, potíže s kousáním či polykáním)

0 - ano, výrazně méně

1 - ano, trochu méně

2 - ne, jím pořád stejně

B. Zhubnul jste v posledních měsících? O kolik kilogramů?

0 - více než o 3 kg

1 - nevím

2 - úbytek mezi 1-3 kg

3 - žádný úbytek na váze

C. Stav hybnosti

0 - upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík

1 - schopen vstát, ale většinu dne tráví na lůžku či vozíku

2 - samostatně se pohybuje

D. Prodělal jste v posledních 3 měsících nějaké akutní onemocnění nebo výrazný stres?

0 - ano

1 - ne

E. Neuropsychologický stav pacienta

0 - deprese nebo těžká demence

1 - mírná a střední demence (pacient je schopen komunikovat, může být dezorientovaný, ale není agresivní či neklidný, v noci převážně spí)

2 - bez těchto problémů

F. BMI – Body Mass Index

0 - BMI méně než 19

1 - BMI 19 až méně než 21

2 - BMI 21 až méně než 23

3 - BMI 23 či vyšší

9

Výsledek screeningu (maximální počet bodů 14)

12 bodů a více - PACIENT NENÍ OHROŽEN MALNUTRICÍ (není třeba pokračovat ve vyšetření)

11 bodů a méně - RIZIKO MALNUTRICE – (pokračujte ve vyšetření)

Doplňující vyšetření

G. Žije samostatně v domácím prostředí (není nikde dlouhodobě umístěn či hospitalizován)

0 - ne

1 - ano

H. Užívá více než tři druhy léků denně (dlouhodobá medikace)

0 - ano

1 - ne

I. Dekubity či jiné výrazné kožní defekty

0 - ano

1 - ne

J. Kolik plnohodnotných jídel sní pacient za den?

0 - jedno

1 - dvě

2 - tři