

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Veronika Rybářová

**Ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem
sigmoidea po plánované laparoskopické resekci**

*Nursing care of patient with carcinoma sigmoidea
after the planned laparoscopic resection*

*Bakalářská práce
Případová studie*

Praha červen 2016

Autor práce:	Veronika Rybářová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Bakalářský studijní obor:	Všeobecná sestra
Vedoucí práce:	Mgr. Jana Holubová
Pracoviště vedoucího práce:	Ústav ošetrovatelství 3. LF UK v Praze
Odborný konzultant:	MUDr. Katarína Jasaňová
Pracoviště odborného konzultanta:	Nemocnice MOST Chirurgické oddělení
Předpokládaný termín obhajoby:	červen 2016

Prohlášení

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

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

V Černčicích dne 14. 05. 2016

Veronika Rybářová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce paní Mgr. Janě Holubové a odbornému konzultantovi MUDr. Kataríně Jasaňové za trpělivost a cenné rady při psaní bakalářské práce. Velký dík patří také panu J. M. za poskytnuté informace, bez nichž by tato práce nikdy nevznikla.

Obsah

ÚVOD.....	7
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	8
1.1 EPIDEMIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ.....	8
1.1.1 <i>Incidence, prevalence, mortalita</i>	8
1.2 ANATOMIE A PATOFYZIOLOGIE TLUSTÉHO STŘEVA	9
1.3 ETIOLOGIE NÁDORU TLUSTÉHO STŘEVA	10
1.3.1 <i>Rizikové faktory vzniku onemocnění</i>	10
1.4 SYMPTOMATOLOGIE.....	12
1.5 KLASIFIKACE NÁDORU	12
1.6 VYŠETŘOVACÍ METODY.....	14
1.6.1 <i>Endoskopické vyšetření</i>	14
1.6.2 <i>Sonografické vyšetření</i>	14
1.6.3 <i>Rentgenologické vyšetření</i>	15
1.7 LÉČBA NÁDORŮ.....	15
1.7.1 <i>Rozdělení léčby nádorů</i>	16
1.7.2 <i>Chirurgická léčba</i>	17
1.7.3 <i>Postup laparoskopické operace</i>	18
1.7.4 <i>Laparoskopické vs. klasické operace</i>	18
1.8 KOMPLIKACE.....	19
1.8.1 <i>Peroperační komplikace při laparoskopické operaci</i>	19
1.8.2 <i>Pooperační komplikace po laparoskopické operaci</i>	19
1.9 PROGNÓZA	20
1.9.1 <i>Dlouhodobé sledování</i>	20
2 KAZUISTIKA	21
2.1 ANAMNÉZA	21
2.1.1 <i>Lékařská anamnéza</i>	21
2.1.2 <i>Ošetrovatelská anamnéza</i>	23
2.2 PRŮBĚH HOSPITALIZACE OD 30. 8. – 7. 9. 2015	27
2.2.1 <i>Shrnutí hospitalizace</i>	45
2.3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	46

2.3.1	<i>Fáze ošetrovatelského procesu</i>	46
2.3.2	<i>Ošetrovatelská diagnostika</i>	47
2.4	VYBRANÉ OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY	48
2.4.1	<i>Bolest z důvodu operační rány</i>	48
2.4.1.1	Bolest	48
2.4.1.2	Charakteristické příznaky akutní bolesti a cíl ošetrovatelské péče	49
2.4.1.3	Ošetrovatelská intervence	50
2.4.1.4	Bolest u pacienta 1. pooperační den	51
2.4.2	<i>Riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu omezené pohybové aktivity</i>	54
2.4.2.1	Příprava pacienta před operací a po operaci	54
2.4.2.2	Farmakologická profylaxe žilní tromboembolické nemoci	55
2.4.2.3	Ošetrovatelská péče 1. pooperační den	56
2.4.3	<i>Strach</i>	58
2.4.3.1	Ošetrovatelská péče 1. pooperační den	59
2.5	DLOUHODOBÁ PÉČE	61
2.6	DISKUZE	63
	ZÁVĚR	69
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	71
	POUŽITÉ ZKRATKY	75
	PŘÍLOHY	80

Úvod

Tématem bakalářské práce je onemocnění tlustého střeva, konkrétně karcinom sigmoidea a ošetrovatelská péče o pacienta po laparoskopickém odstranění nádoru. Toto téma jsem si vybrala, protože nádory v oblasti kolorekta jsou jedny z nejčastějších v České republice.

V první části popisuji teoretická východiska. Výskyt onemocnění a význam epidemiologie v prevenci nádorů na tlustém střevě. Věnuji se rizikovým faktorům a vyšetřovacím metodám, které pomáhají k diagnostice onemocnění. Závěrem první části je léčba a to hlavně chirurgická. Popíši postup laparoskopické operace a porovnáám ji s operací klasickou.

Ve druhé části práce se budu věnovat pacientovi, který byl přijat k plánovanému operačnímu výkonu pro nádor v oblasti tlustého střeva. Popíši přípravu na tento výkon, odeberu ošetrovatelskou anamnézu a popíši každý den hospitalizace od přijetí až po propuštění do domácí péče. K odběru ošetrovatelské anamnézy využiji model podle Marjory Gordon, kde budu hodnotit funkční nebo disfunkční vzorec zdraví.

První den po operaci popíši vybrané ošetrovatelské problémy. Bolest, prevenci tromboembolické nemoci a strach.

Závěrem práce bude dlouhodobá péče, která obnáší pravidelné sledování a zabránění případným komplikacím.

Cílem mé práce je seznámení s onemocněním, léčbou a prognózou při diagnóze karcinomu sigmoidea. Při ošetrování pacienta je mým cílem co nejrychlejšího docílení soběstačnosti. Soběstačnost budu hodnotit podle Barthelové testu všedních činností.

Závěrem práce bude seznam literatury, ze které jsem čerpala informace.

1 Teoretická východiska

1.1 Epidemiologie onemocnění

Epidemiologie zhoubných nádorů hraje klíčovou roli při hodnocení léčebné péče, což dokládá i významně rostoucí počet mezinárodních projektů a publikací v této oblasti. Jsme schopni sledovat vývoj zátěže tohoto onemocnění a předpovídat jeho vývoj.

Populační data jsou základem:

- Optimalizace sítě diagnostických a klinických center zabývajících se onkologickou problematikou.
- Nejrozličnějších preventivních programů, včetně organizovaného screeningu nádorů.
- Identifikace slabých míst v časném záchytu těchto onemocnění.
- Hodnocení přežití onkologických pacientů a kvality onkologické péče obecně.

Význam epidemiologie zhoubných nádorů (ZN) neustále roste, a to i v důsledku narůstajícího počtu těchto onemocnění v ekonomicky vyspělých zemích světa. Česká republika patří ve výskytu onkologických onemocnění mezi nejzatíženější populaci na světě. Jako příklad zde uvedme karcinom tlustého střeva a konečníku, který patří k nejčastějším nádorovým onemocněním. (Krška, Hoskovec, Petruželka, 2014; s. 1)

Velmi závažnou skutečností v epidemiologii nádorů kolorekta v ČR je pozdní diagnostika. Tento fakt významně zhoršuje celkovou prognózu pacientů. Nepříznivá situace se navíc v čase nijak nelepší a ani poslední dostupná data z roku 2011 nenaznačují pozitivní trend.⁽¹⁾

1.1.1 Incidence, prevalence, mortalita

Základním zdrojem údajů pro populační hodnocení je Národní onkologický registr České republiky (NOR). Jde o unikátní databázi v evropském i celosvětovém měřítku, v níž jsou od roku 1977 zaznamenávány všechny novotvary zjištěné v české populaci.

V České republice je nově diagnostikováno 7800–8200 pacientů se zhoubným nádorem na tlustém střevě. Ve stejné době na tento nádor 3800–4200 pacientů zemře.

Jako standardní měřítko úspěšnosti léčby je používáno 5leté relativní přežití. U pacientů, kde je nemoc zachycena včas, dosahuje 5letého relativního přežití téměř 90 %, u metastatického onemocnění je to necelých 15 %. Uvedená čísla jednoznačně ukazují, jak je důležité nádorové onemocnění zachytit včas, kdy ještě existuje reálná šance na efektivní léčbu.⁽¹⁾

1.2 Anatomie a patofyziologie tlustého střeva

Tlusté střevo (*Intestinum crassum, colon*) je konečným, asi 1,5 metru dlouhým oddílem trávicí trubice. Caecum leží v pravé jámě kyčelní, je vakovitě rozšířené, dlouhé asi 6–8 cm. Zleva do něj ústí konečná část tenkého střeva. Na dolním konci odstupuje z céka červovitý přívěšek, appendix vermiformis, dlouhý průměrně 5–10 cm.

Na caecum navazuje colon ascendens, vzestupný tračník. Je dlouhý 12–16 cm a přirůstá k zadní straně břišní dutiny. Příčný tračník, colon transversum, měří 50–60 cm. Je zavěšen na peritoneálním závěsu. Slezinným ohbím přechází pak do sestupného tračníku. Colon descendens, sestupný tračník, jde podél levé stěny břišní do levé jámy kyčelní, kde pokračuje v esovitou kličku. Je dlouhý asi 22–30 cm. Esovitá klička, colon sigmoideum, je pohyblivá, měří asi 30–40 cm a má zhruba tvar písmene N. Svým konečným úsekem vstupuje do malé pánve, kde na ni navazuje konečník.

Konečník, rectum, je asi 12–15 cm dlouhý a leží těsně před křížovou kostí. Má dvě části. Nejprve se rozšiřuje do ampuly, která je dlouhá asi 10–12 cm, a pak se zužuje dolů do análního otvoru, canalis analis, který je dlouhý 2–4 cm.

Sliznice tlustého střeva je bledá, krytá jednovrstevným cylindrickým epitelem, bez klků a tvoří poloměsíčitě řasy. Tlusté střevo obsahuje i velké množství hlenových žláz, jejichž produkt chrání sliznici.

Cévní zásobení je zajištěno a. mesenterica superior (od céka až po pravou část colon transversum) a a. mesenterica inferior (od levé části colon transversum

k horní části rekta), konečník je zásobován z vnitřní kyčelní tepny a. iliaca interna. Žíly z tlustého střeva až po horní část konečníku odvádějí krev do v. portae.

Inervaci hladké svaloviny tlustého střeva zajišťují autonomní nervy. Parasympatická vlákna přivádí jednak n. vagus, a to od céka až k hranici mezi střední a levou třetinou colon transversum, zbylá část střeva je pak inervována ze sakrálního parasympatiku. (Lukáš, Žák, 2007; s. 42–44)

V tlustém střevě se vstřebává většina zbylé vody a obsah se zahušťuje. Nestrávené zbytky potravy, odloučené buňky střevního epitelu, žlučová barviva a bakteriální těla podléhají působením bakterií rozkladným pochodům. Uvolněné jednodušší látky většinou již nejsou vstřebány. Vznikající plyny jsou částečně vstřebávány, část může odcházet řitním otvorem. Obsah je peristaltickými pohyby posouván do rekta, jehož naplnění spouští defekační reflex. Průchod střevního obsahu tlustým střevem je velmi pomalý a normálně trvá 2–3 dny. (Lukáš, Žák, 2007; s. 66)

1.3 Etiologie nádoru tlustého střeva

„Zhoubné nádory vznikají v důsledku patologických změn v informaci, kterou nese DNA, a jejich vývoj je podmíněn hromaděním mutací. Konkrétních genů, které mohou být u nádorů mutovány a přispívat tak k procesu karcinogeneze, bylo nalezeno velké množství. Dokonce nádory stejného nebo velmi podobného histologického typu mohou být podmíněny mutacemi různých genů. V průběhu nádorové nemoci dochází stále ke genovým alteracím a evolucioním nových klonů s agresivnějším chováním.“ (Krška, Hoskovec, Petruželka, 2014; s. 19)

1.3.1 Rizikové faktory vzniku onemocnění

Příčina vzniku karcinomu tlustého střeva není přesně známa. Jsou stanoveny pouze rizikové faktory, které mohou vést k jeho vzniku. Mezi tyto faktory patří zejména zánětlivá onemocnění tlustého střeva, prekancerózy, jako např. dysplazie, polypy, adenomy, a dále pak nesprávné jídelní návyky. Určitou roli hraje také genetická zátěž, věk či pohlaví. Jen 7 % nádorů se vyskytuje u osob

pod 50 let věku a průměrně se toto onemocnění vyskytuje v 70 letech. Muži jsou postiženi více. (Janíková, Zeleníková, 2013; s. 166)

Zevní faktory v etiopatogenezi onemocnění

Mezi těmito faktory je nejdůležitější dieta. Bylo prokázáno, že strava bohatá na zeleninu má ochranný účinek, protože obsahuje látky s protinádorovým účinkem. Riziko vzniku nádoru zvyšuje konzumace červeného masa a výrobků z něj připravených, a to zřejmě z důvodu stimulace sekrece žlučových kyselin a karcinogenního nitrosaminu. Obezita, resp. vysoký BMI zvyšuje riziko vzniku nádorů až dvojnásobně. Tělesná aktivita je považována za ochranný faktor. Dalším rizikovým faktorem je alkohol. Předpokládá se, že kombinace kouření a konzumace alkoholu má synergický účinek. Časný začátek kouření zvyšuje riziko vzniku nádorů tlustého střeva.

Genetické/ vnitřní faktory v etiopatogenezi onemocnění

Hlavními geneticky podmíněnými faktory jsou střevní polypózy. Familiární adenomatózní polypóza (FAP) je způsobená mutací nebo ztrátou APC genu (adenomatous polyposis coli). Riziko vzniku karcinomu je prakticky stoprocentní. Projevem FAP jsou kancerózní adenomatózní polypy, kterých je velké množství a které se ve většině případů začínají objevovat již během puberty.

Atenuovaná FAP – je pro ni typický nižší počet polypů a pozdější počátek, zpravidla po čtyřicátém roce věku.

Hereditární non-polypózní kolorektální karcinom (HNPCC) souvisí se zárodečnou mutací genů. Klinická diagnóza je obtížná, protože manifestace HNPCC není zřetelná. Proto byla vypracována klinická kritéria umožňující screening mutace.

Hemartomatózní polypózní syndrom je vzácný. Patří sem Peutzův-Jeghersův syndrom a juvenilní polypóza kolon. Peutzův-Jeghersův syndrom vzniká na podkladě autozomálně - dominantní zárodečné mutace genu.

Nespecifické střevní záněty zvyšují riziko vzniku maligního nádoru tlustého střeva. Při idiopatické proktokolitidě míra rizika vzniku nádoru závisí na

manifestaci, rozsahu a trvání IPK. Rovněž Crohnova choroba zvyšuje riziko vzniku nádoru tlustého střeva. (Krška, Hoskovec, Petruželka, 2014; s. 541–542)

1.4 Symptomatologie

Za hlavní symptomy u nádorů tlustého střeva jsou považovány změny defekačního stereotypu, jako jsou průjem, který může vystřídat zácpa, viditelná příměs krve nebo hlenu v nebo na stolici, chudokrevnost, případně hmatný nádor. Přibližně u 15 až 20 % nemocných se nádor projeví rozvojem akutního stavu, nejčastěji obstrukcí tlustého střeva. Nejčastější příčinou obstrukce jsou nádory v oblasti sigmoidea. Manifestní krvácení bývá symptomem nádorů v levé polovině tračníku. Nejobvyklejším projevem nádorů v pravé polovině tlustého střeva je anemizace nebo hmatný tumor v pravé polovině břicha, nejčastěji v pravém podbřišku. (Krška, Hoskovec, Petruželka, 2014; s. 543)

Mezi další příznaky onemocnění tlustého střeva patří bolest, přelévání a kručení v břiše (borborygmy), nadýmání (meteorismus), flatulence, tenesmy, ileus.

V časném stádiu jsou karcinomy někdy i dlouho bez příznaků. Ale i u malých karcinomů lze zjistit pozitivitu testů zaměřených na mikroskopické krvácení do střeva. Krev ve stolici jí dává barvu od červené, přes mahagonovou k černé. (Šváb, 2000, s. 72)

1.5 Klasifikace nádoru

Všechny nádory na tlustém střevě postupně prorůstají střevní stěnou do okolních struktur a infiltrují lymfatické a krevní cévy. Nejdůležitějším prognostickým faktorem při hodnocení kolorektálního karcinomu je hloubka nádorové invaze v době diagnózy, označovaná jako stadium karcinomu. K jeho posouzení se nejčastěji používá Dukesova klasifikace, která vychází z histologického vyšetření karcinomu v resekovaném střevě (Tab. 1).

Základem pro stupně TNM (tumor, node, metastasis) klasifikaci jsou jednotlivé vrstvy stěny tlustého střeva a okolní tkáň: submukóza (T1), muscularis propria stěny střevní (T2), subserózní vazivově tuková tkáň nebo peritoneální

a mezokolická tuková tkáň (T3) a seróza nebo okolní orgány (T4). Hloubka invaze nádoru je v přímém vztahu k metastatickému poškození lymfatických uzlin a vzdálených orgánů. Nádorová infiltrace nádorových uzlin je označována písmenem N, vzdálené metastázy jsou pak označovány písmenem M.

Stadium I, II a III v TNM systému odpovídá rozsahu nádoru A, B a C původní Dukesovy klasifikace, stadium IV vyjadřuje diseminovaný (generalizovaný) karcinom. (Jablonská, a kol., 2000; s. 32–33)

Tab. 1: Dukesova klasifikace stadia kolorektálního karcinomu

Stadium karcinomu	Hloubka invaze
A	Sliznice
B1	Invaze do muscularis propria bez penetrace v celé tloušťce uzliny bez nádorové infiltrace
B2	Penetrace m. propria v celé tloušťce uzliny bez nádorové infiltrace
C1	Invaze do m. propria bez penetrace v celé tloušťce uzliny s nádorovou infiltrací
C2	Penetrace m. propria v celé tloušťce uzliny s nádorovou infiltrací
D	Vzdálené metastázy

(Jablonská, a kol., 2000; s. 32)

1.6 Vyšetřovací metody

Při vyšetření střev má veliký význam odběr anamnézy zkušeným lékařem, který již na základě pohovoru je schopen říci, o kterou skupinu onemocnění se jedná. V diagnostice má podstatný význam zkušenost a vzdělanost lékaře. Na jeho zkušenosti závisí další osud nemocného. Uvedené anamnestické vyšetření a vyšetření břicha pohledem, poklepem, pohmatem, poslechem a per rectum doplní lékař dle podezření o vyšetření laboratorní, endoskopické, sonografické a rentgenologické. Vyšetření, které nemocný podstoupí, nesmí být zbytečné, ale pro diagnózu účelné a přínosné. (Šváb, 2000, s. 11–12)

1.6.1 Endoskopické vyšetření

Anoskopie dovoluje vyšetření řitě.

Rektoskopie je vyšetření, které dovoluje nahlédnout na sliznici řitě a konečníku, někdy až do dolní části tlustého střeva. Lze tedy vyšetřit a prohlédnout střevo do vzdálenosti 15–30 cm.

Koloskopie se provádí přístrojem zvaný koloskop. Koloskop má silnější průměr, protože krom optických vláken má také kanálek pro zavedení i tenkých operačních nástrojů k odběru vzorků tkáně a odběru polypů. Koloskop slouží k vyšetření průsvitu tlustého střeva, především jeho sliznice. Vyšetření může být ztíženo anatomickým uložením střeva. Je třeba maximální spolupráce a klid, eventuálně kontrola zavedení přístroje pod kontrolou rentgenu tak, aby nedošlo k poranění tlustého střeva během vyšetření. Toto vyšetření je důležité k diagnostice karcinomu sigmoidea. (Šváb, 2000, s. 12–18)

1.6.2 Sonografické vyšetření

Sonografické vyšetření je zcela nebolestivé. Je neinvazivní a nevyžaduje žádnou speciální přípravu. Jedná se o vyšetření ultrazvukem, který se tvoří ve speciální sondě a je vysílán do hloubky těla. Sonda pak zaznamenává odražené ultrazvukové vlny a převádí je do počítače přístroje. Tam je pak tvořen obraz, který je promítán na obrazovku. Obraz lze i fotograficky snímat a uchovávat pro další srovnání v průběhu nemoci. Lze tak posoudit funkci a uložení orgánů

v břiše, patologické obrazy nádorů, tekutiny mezi střevními kličkami. Spolehlivost vyšetření je omezena velikostí a homogenitou sledovaného útvaru a plynatostí střevních kliček. (Šváb, 2000; s. 18–19)

1.6.3 Rentgenologické vyšetření

Prostý RTG snímek břicha je nebolestivý, vytýká se mu škodlivost X- paprsků pro organismus při opakovaném vyšetření. Vyšší plynná náplň střev může svědčit o poruše střevní průchodnosti.

Irigografické vyšetření tlustého střeva je vyšetřením tlustého střeva za použití nálevu kontrastní baryové suspenze cestou řitě a konečníku tak jako při irigačním vyprazdňování střeva. Náplň kontrastní látkou dovolí hodnotit tvar tlustého střeva. Při nejasném irigoskopickém nálezů je třeba indikovat vyšetření kolonoskopické.

Počítačová tomografie je moderní vyšetření, které může doplnit předešlá vyšetření a pomoci při pátrání po dceřiných nádorech, rozsahu prorůstání do okolí a hnisavých kapsách v břiše. Jde o rentgenologickou metodu, která používá nízké hladiny X- záření a obraz přiváděný ze zesilovače X- záření je zpracován počítačem. Na obrazovce a na snímku jsou pak zobrazovány příčné řezy tělem v určité výši, lékařem předem nastavené. Vyšetření počítačovou tomografií se k diagnostice karcinomu na tlustém střevě hojně využívá. (Šváb, 2000; s. 21–24)

1.7 Léčba nádorů

Léčba nádorových onemocnění je náročná a klade značné požadavky na nemocného i ošetřující personál. Nádorová onemocnění jsou značně nestejnorodou skupinou a pro každý typ nádoru existuje nejvhodnější postup léčby. Podle cíle, kterého léčbou nádoru dosahujeme, rozlišujeme léčbu:

- **Kurativní:** spočívá v odstranění celého nádoru, někdy i s mízními uzlinami s cílem úplně vyléčit nemocného.
- **Adjuvantní:** doplňuje nebo zvyšuje účinnost jiné základní metody. Adjuvantní chemoterapie navazuje na chirurgickou léčbu. Cílem této léčby je odstranění případných buněčných metastáz.

- **Neoadjuvantní:** kdy se podávají cytostatika před vlastní operací nádoru s cílem zmenšit lokálně pokročilý tumor a zničit případné mikrometastázy. Jde o to, aby se neoperabilní nádor stal operabilním.
- **Paliativní:** odstraňuje se většina nádorové masy a usnadňuje se účinek radioterapie nebo chemoterapie, nebo se provede paliativní operace- např. kolostomie s cílem prodloužit a zkvalitnit nemocnému život v době, kdy vyléčení není již reálné.
- **Podpůrná:** upravuje průvodní příznaky samotného nádorového onemocnění nebo léčby.

Při léčbě nádorů je odstranění nádorového ložiska radikální operací jedinou metodou, která umožní vyléčení. Ostatní metody jsou doplňkové po radikálním zákroku nebo paliativní. (Šafránková, Nejedlá, 2006; s. 179)

1.7.1 Rozdělení léčby nádorů

1) Chirurgická léčba

Radikální: znamená odstranění příčiny onemocnění. Provede se resekci části orgánu, nebo pokud je to anatomicky a funkčně možné, odstraní se celý orgán. Při existenci regionálních uzlových metastáz se uzliny odstraňují v jedné operační době i s primárním nádorem.

Paliativní výkon: znamená, že se neodstraní nádor, ale provede se výkon, který zmírní následky onemocnění a prodlouží nemocnému život.

2) Chemoterapie

Je léčba protinádorovými léky, které mají cytostatické účinky (zabraňují růstu a množení buněk). Chemoterapie se používá buď jako samostatná léčba, nebo společně s některou z ostatních uvedených metod.

Cytostatika se podávají perorálně nebo intravenózně, ale je možné podání i i.m., s.c., do dutiny, do arterie nebo lokálně přímo do nádoru. K dlouhodobé aplikaci se využívá kanylace v. subclavia nebo méně v. femoralis. Nejmodernější metodou je podkožní implantace do portu.

3) Radioterapie

Je léčba ionizujícím zářením, která je založena na citlivosti buněk k radioaktivnímu záření. Ozáření probíhá buď transkutánně (přes kůži), vnitrotělně (do tkáně nebo tělní dutiny se zavede radioaktivní izotop), nebo radioizotopem aplikovaným systémově intravenózně nebo perorálně.

4) Hormonální léčba

Používá se u nádorů, které jsou hormonálně závislé.

5) Imunologická léčba

Zde je cílem stimulovat lymfocyty a monocyty k vyšší aktivitě, a tím k rozpoznávání nádorových buněk a zajištění jejich destrukce. (Šafránková, Nejedlá, 2006; s. 179- 182)

1.7.2 Chirurgická léčba

Chirurgická, tzn. operační léčba je základní, nezastupitelnou a jedinou léčebnou metodou onkoterapie karcinomu tlustého střeva. To platí pro nádory, které lze společně s postiženým úsekem střeva operací odstranit včetně nádorového postižení v blízkých tkání, především v lymfatických uzlinách, a to včetně vzdálených metastáz nejčastěji v játrech nebo v plicích. Časté jsou i nádory, které lze odstranit endoskopickými metodami. Hlavním cílem operační léčby je odstranit veškerou nádorem postiženou tkáň, a to střevo s nádorem, uzliny ve směru lymfatického šíření, především v závěsu střeva, tzn. mezokolon, a chirurgicky odstranitelné metastázy. Protože nádory jsou ve střevě překážkou, která může vést až k neprůchodnosti, je dalším cílem operační léčby obnova nebo udržení střevní průchodnosti. Pouze operace, která vede k odstranění veškeré nádorové tkáně, se hodnotí jako kurativní. K tomuto hodnocení je třeba histopatologický nálezn včetně vyjádření, že resekční linie byly vedeny ve zdravé tkáni v bezpečné vzdálenosti od nádoru.

Nádory na tlustém střevě i konečníku se v současnosti operují konvenčně z laparotomie a laparoskopicky. Během posledních let se podařilo zjistit, že laparoskopicky vedené výkony lze provést se shodným onkologickým výsledkem jako při konvenční operaci. (Krška, Hoskovec, Petruželka, 2014; s. 545-547)

1.7.3 Postup laparoskopické operace

Operace se provádí na běžném operačním sále. Nemocný je v poloze na zádech s roztaženými dolními končetinami. Z incise nad pupkem je zavedena insuflační Veressova jehla k provedení kapnoperitonea na 12 torrů. Poté je zaveden 10mm port pro optiku a čtyři pracovní porty. Po zavedení optiky se zreviduje dutina břišní, kde se hledají případné metastázy a změny na jejích orgánech. Po lokalizaci tumoru je postup vždy podobný, a to identifikace léze, devaskularizace, zaklipování příslušných cévních svazků v oblasti kmenů, mobilizace a následně některý ze způsobů snesení preparátu a konstrukce anastomózy. K přerušení střeva operátor používá ENDO-stapler, který dvěma řadami svorek uzavře střevo a přeruší jej. (Obrázková příloha č. 2). Anastomózu konstruuje cirkulární staplerem zavedeným přes konečník. Při laparoskopické operaci je třeba počítat s tím, že v průběhu operace nakláníme nemocného do polohy, ve které nám nepřekáží ostatní útroby, především kličky tenkého střeva. Operace vyžaduje týmovou spolupráci. (Drahoňovský, 2000; s. 96)

1.7.4 Laparoskopické vs. klasické operace

Není vhodné stavět klasickou operaci a laparoskopickou operaci do protikladu. Laparoskopie je u některých operací výhodnější, klasická operace je pojistkou dokončení operace v případě problémů. Laparoskopická operace zmenšila svůj přístup do dutiny břišní na nejnutnější počet trokarových vpichů. Pracuje se malými nástroji a střevo se odsunují polohováním nemocného, ne hmožděním háky. Zkracuje se pooperační ochrnutí útroby, zmenšuje se riziko adhezí. Malé ranky méně bolí, mají menší riziko vzniku raných komplikací. Méně traumatizovaní nemocní potřebují menší množství analgetik. Doba hospitalizace a pooperační rekonvalescence bývá kratší. (Drahoňovský, 2000; s. 31)

1.8 Komplikace

1.8.1 Peroperační komplikace při laparoskopické operaci

Zdrojem problémů je většinou ztráta orientace. Jelikož se operuje v oblasti ilických cév a močovodu, může dojít k jejich poranění a ke krvácení po otevření cévy. Řešením je buď laparoskopické ošetření, nebo konverze a zastavení krvácení klasickou cestou, suturou poraněné cévy nebo suturou ureteru za asistence urologického lékaře. Čím zkušenější je chirurg, tím méně časté jsou komplikace. (Drahoňovský, 2000; s. 96)

1.8.2 Pooperační komplikace po laparoskopické operaci

Pooperační komplikace jsou stejné jako při klasické kolorektální chirurgii, co se týká anastomóz. Četnost jejich komplikací je závislá na technice spojení. Díky střevní přípravě, antibiotické profylaxi a pečlivosti při konstrukci jsou léze anastomózy výjimečné. Je však podstatně méně raných komplikací, hnisání a břišních kýl. Díky časnému obnovení činnosti trávicího ústrojí je možná časnější výživa. Tromboembolické příhody jsou výjimečné, jelikož se běžně používá jako prevence tromboembolické nemoci bandáž dolních končetin a miniheparinizace. (Drahoňovský, 2000; s. 96)

Mezi nejběžnější komplikace patří:

- Infekce operační rány.
- Krvácení.
- Retence moči.
- Infekce močových cest.
- Paralytický ileus.
- Nevolnost a zvracení.
- Ztuhnutí kloubů.
- Podchlazení.
- Neklid. (Richards a Edwards, 2004; s. 118)

1.9 Prognóza

Prognóza nemocných s karcinomem na tlustém střevu je závislá na stádiu onemocnění. To je dáno jednak mírou postižení střevní stěny, jednak přítomností nádoru v lymfatických uzlinách a konečně přítomností vzdálených metastáz, a to zejména v játrech a plicích.

Nemocní s nádorem omezeným na střevní stěnu bez postižení uzlin mají velmi dobré vyhlídky na úplné uzdravení. Pravděpodobnost jejich vyléčení se pohybuje mezi 65 % až 90 %. Při infiltraci regionálních lymfatických uzlin klesá šance na vyléčení na 45-50 % a nemocní se vzdálenými metastázemi mají jen nepatrnou naději na úplné uzdravení. (Lukáš, Žák, 2007; s. 265)

1.9.1 Dlouhodobé sledování

„Cílem dlouhodobého sledování je zachytit případnou recidivu nebo progresy v době, kdy lze očekávat kurativní terapeutickou intervenci. Sledování závisí na pečlivém sledování nemocného po ukončení chirurgické a adjuvantní terapie, až 80 % recidiv je diagnostikováno v průběhu prvních dvou let po ukončení léčby.

Sledování v 1. a v 2. roce sestává z klinického vyšetření a stanovení hladiny CEA, CA 19–9 každé 3 měsíce, v dalších 3 letech po 6 měsících, jednou ročně CT vyšetření hrudníku břicha a malé pánve po dobu prvních 3 let. Kolonoskopie se provádí 1 rok po operaci a pak každých 3–5 let.“ (Krška, Hoskovec, Petruželka, 2014; s. 550)

2 Kazuistika

Pacient, 68 let, je odeslán z onkochirurgické poradny k laparoskopické resekci sigmatu pro adenokarcinom v 19-21 cm, eventuálně konverzi na operaci klasickou. Pacient měl potíže a i strach o své zdraví, proto si vyžádal kolonoskopické vyšetření u svého obvodního lékaře, které prokázalo tumor sigmoidea.

2.1 Anamnéza

Anamnéza (z řeckého anamnesis – rozpomínání) je soubor všech údajů o zdravotním stavu nemocného od narození až do současné doby. Anamnestické údaje získává lékař od nemocného (anamnéza přímá), od příbuzných nebo od osob, které nemocného doprovázejí (anamnéza nepřímá). Při anamnéze navazuje lékař s nemocným první osobní vztah. Anamnéza umožňuje lékaři vytvořit si obraz o zdravotním stavu a obtížích nemocného a získat si jeho důvěru. Podmínkou pro úspěšné léčení nemocného je rozpoznání choroby, tj. stanovení správné diagnózy. (Chrobák, a kol., 2007; s. 17–18)

2.1.1 Lékařská anamnéza

Nynější onemocnění

Pacient přijat na doporučení obvodního lékaře k laparoskopické resekci sigmoidea pro tumor, eventuálně konverzi na klasickou operaci.

Osobní anamnéza

Hypertrofie prostaty, hyperurikemie, 2008 Stp. operaci plotny lumbální páteře pro kořenový syndrom S1, 2012 Stp. ASK levého kolene.

Farmakologická anamnéza

- Indap 1-0-0. (Antihypertenzní diuretikum)
- Purinol 100 1-0-0. (Antiuretikum)
- Finpros 5mg 0-1-0. (Inhibitor 5- alfa reduktázy)

- Tanyz ERAS 0,4 1-0-0. (Selektivní blokátor alpha 1A/1D adrenoreceptorů)
- Ibuprofen p. p. při bolestech kloubů. (Analgetikum, antipyretikum)

Alergie

Neudává.

Očkování proti tetanu

2005.

Abusus

Nekuřák, alkohol výjimečně.

Rodinná anamnéza

Matka inoperabilní karcinom střeva, otec ca plic.

Pracovní anamnéza

Důchodce. (Dříve elektrikář)

Sociální anamnéza

Bydlí s manželkou v panelovém domě.

Status praesens

Plně při vědomí, stav hydratace normální, obezita II. stupně.

Hlava poklepově nebolestivá, inervace n. VII normální, výstupy n. trigeminus nebolestivé, zornice izokorické, fotoreakce +, symetrické, skléry bílé, spojivky zarudlé.

Hrdlo klidné, čisté, jazyk plazí středem, uši a nos bez sekrece, šíje volná, amengiální, poklep nebolí, štítná žláza nezvětšena, lymfatické uzliny nezvětšeny. Pulsace a. karotis hmatné bilat.

Hrudník pevný, symetrický, nebolí. Dýchací pohyby symetrické, poklep plný jasný bilat., dýchání čisté sklípkové bilat., AS pravidelná, ozvy ohraničené, jasné.

Břicho nad niveau, obézní, volná drobná pupeční kýla s brankou pro špičku prstu, břicho měkké, prohmatné, palpačně nebolestivé, bez hmatné rezistence, játra a slezina nehmatná, bedra nebolestivá.

P. R. perianálně klidné marisky, normotonus svěračů, sliznice hladká, prostata elastická, zvětšená, nebolestivá, v dosahu prstu bez patologie.

Dolní končetiny bez otoků, bez varixů.

TK 135/75, TF 78, teplota: afebrilní, váha 106 kg, výška 172 cm. ⁽⁸⁾

2.1.2 Ošetřovatelská anamnéza

„Ošetřovatelská anamnéza není totožná s anamnézou lékařskou, i když se navzájem doplňují. Zjišťuje **informace z minulosti nemocného**, které jsou důležité pro sestavení individuálního plánu ošetřovatelské péče „šitého na míru“. Proto se otázky sestry nemohou zaměřit pouze na zjišťování současného stavu, ale sestra se potřebuje dozvědět, co je pro pacienta životní „normou“, aby plánovala přiměřenou péči. Tyto někdy zdánlivě nepodstatné informace umožňují vést nemocného systematicky k soběstačnosti a aktivní účasti na terapeutickém a léčebném procesu“. (Staňková, 1999; s. 17–18)

K odběru ošetřovatelské anamnézy jsem zvolila model Marjory Gordon: **Model funkčních vzorců zdraví**. Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce. Při kontaktu s pacientem sestra identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorec zdraví. Tyto vzorce jsou úseky chování jedince v určitém čase a reprezentují základní ošetřovatelské údaje. Základní strukturu modelu tvoří dvanáct oblastí. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být buď funkční, nebo dysfunkční. (Pavlíková, 2006; s. 99–100)

Ošetřovatelskou anamnézu jsem odebírala první pooperační den od 16:00 do 18:00 hodin na chirurgické jednotce intenzivní péče.

Vnímání zdraví – udržování zdraví

Pacient uvádí, že se cítí ke svému věku dobře, ale při delší chůzi ho pobolívají nohy. Podle potřeby na bolest užívá Ibalgin, který má doporučen od svého obvodního lékaře.

Kdysi byl pacient náruživý kuřák, po úmrtí otce na karcinom plic přestal kouřit. Byl to velký boj, ale zdraví bylo přednější a dnes je za to rád. Matka zemřela na karcinom tlustého střeva, a proto klade důraz i na prevenci. (Testy na okultní krvácení 1x za rok, pravidelné prohlídky u obvodního lékaře.)

Na podzim často trpí chřipkami. Letos uvažuje o tom, že se nechá očkovat. Po operačním výkonu udává slabost a únavu. Pohyb, který je limitován bolestí, provádí pouze na lůžku při polohování do úlevové polohy. Bolest, která je největší v pravém podbřišku, kde má vyvedený drén, udává na vizuální analogové škále VAS 5. Každý pohyb vyžaduje velké úsilí.

Chtěl by se pokusit dodržovat rady lékaře, aby mohl jít brzy domů a byl co nejdříve zdrav.

Výživa a metabolismus

Manželka ráda a dobře vaří. Pro pacienta je jídlo velice důležité, přináší mu radost. Od doby, co přestal kouřit, hodně přibral. Ač ví, že nadváha přináší mnoho komplikací (při váze 106 kg a výšce 172 cm má pacient obezitu II. stupně, BMI je 35,83), žádnou dietu nedodržuje. Je zvyklí jíst až 6x denně. Po obědě a večeři si dává sklenici piva. Denní příjem tekutin a to hlavně neperlivé ochucené vody je kolem 1,5 litru.

Pacient má umělý chrup již řadu let. Každé dva roky si chodí k zubnímu lékaři pro novou zubní protézu. Při jídle mu žádné problémy nedělá.

První den po operačním výkonu má pacient dietu OS (čajovou), preferuje sladký čaj (přes den pacient vypil 1000 ml čaje) a parenterální výživu. Nyní pacientovi kape G 10% 500 ml rychlostí 125 ml/ hod. Příjem tekutin je zaznamenáván do ošetrovatelské dokumentace. Udává, že je zvyklý doma hodně jíst a teď je překvapený, že na jídlo nemá chuť. Byl by rád, kdyby alespoň trochu svoji váhu zredukoval.

Vylučování

Pacient říká, že během večera je několikrát vzbuzen s pocitem na močení. Časté močení příkládá k onemocnění prostaty. Uvádí, že po každém vypitém hrnku pití musí na toaletu. Tento problém konzultoval s urologickým lékařem, který mu doporučil medikamentózní léčbu.

Stolici má pravidelnou. Na toaletě si rád čte, má rád soukromí a klid.

Pacient je po operačním výkonu na tlustém střevě. Nyní se čeká, až se obnoví peristaltika. Lékařem je informován, aby při odchodu plynů informoval ošetřovatelský personál.

Permanentní močový katétr (Tieman CH 14) se zaváděl před operačním výkonem na vyšetřovně oddělení. Pacient nepocituje žádné pálení, řezání ani nepříjemné pocity. Okolí cévky je čisté, bez známek infekce. Moč odtéká do sběrného sáčku, je čirá a v dostatečném množství. (Do 18.00 hod bylo množství 1530 ml.)

Na pokoji je teplo, jak uvádí, více se potí. Na oddělení JIP klimatizace není, ale pro potřebu je možnost využití stolního větráku.

Aktivita - cvičení

Občas hlídají dceři psa, se kterým musí chodit na procházky. Jako aktivitu bere drobné domácí práce, vaření, oblékání i večerní hygienu. Rád si hraje s vnoučaty. Na návštěvě u dcery pomáhá s pracemi na zahradě.

Od lékaře je informován, že pro prevenci tromboembolické nemoci je důležitý pohyb. Rehabilitační sestra během odpoledne edukovala pacienta o možnostech cviků na lůžku a to o plantární flexi a extenzi. Pacientovi je doporučena dechová rehabilitace. Každé tři hodiny nafukuje balónek a fouká brčkem do hrnku s vodou.

Pohyb je značně limitován z důvodu zavedení periferní žilní kanyly (v kubitě LHK), močové cévky a napojení na monitor. Uvádá, že na aktivnější pohyb se cítí ještě slabý. Dnes dopoledne se postavil za asistence rehabilitační sestry u lůžka. Pacient je informován, že bez dozoru se nesmí posadit, je zde riziko pádu. Hodnocení dle Conleyové 8 bodů, což je střední riziko.

Spánek – odpočinek

Pacient rád odpočívá u dobré kávy a u luštění křížovek. Občas si jde lehnout po obědě a to nejraději na gauč k televizoru. Večer chodívá spát po desáté hodině. Před spaním se snaží nepít žádné tekutiny, protože je často buzen nucením na močení. Ke spánku má rád chladné a tiché prostředí.

Pacient pospává v průběhu celého dne. Jak uvádí, cítí se slabý a unavený. Největším problémem je teplo, které nemá rád, proto spí přikryt jen kapnou.

Citlivost (vnímání) – poznávání

Paměť pacienta trápí hlavně ta krátkodobá. Veškeré poznámky má napsané na ledničce. Paměť trénuje luštěním křížovek a ovládním mobilního telefonu.

Brýle nosí na blízko i na dálku.

Pacienta nejvíce trápí bolest, která ho obtěžuje při každém pohybu. (Při pohybu VAS 5, v klidu VAS 2). Od lékaře má naordinován Dolsin 100 mg i. m. každých 6 hodin. 30 minut před aplikací s pacientem bolest hodnotíme a pak každou hodinu po aplikaci. Pravidelně provádíme polohování do úlevové polohy. Nejpříjemnější je poloha na zádech v polosedě se skrčenýma nohama v kolenou.

Brýle má pacient k dispozici na stolku u lůžka.

Sebepojetí – sebeúcta

Pacient se hodnotí jako vstřícný a pozorný ke své rodině a přátelům. Občas bývá netrpělivý a podrážděný, když hlídá vnoučata, manželka ho za to napomíná.

Hodně přibral na váze, a to když přestal kouřit. Dříve to řešil dietou, ale dnes už se tím nezabývá.

Pacient říká, že doma někdy mívá strach, že je on nebo někdo z jeho rodiny nemocný. Hodně mu pomáhá, když může vykonávat drobné domácí práce.

Při hospitalizaci se snaží být trpělivý. Cítí se méněcenný, jak říká je odkázán na pomoc druhých. Má strach, jak dopadne výsledek vyšetření. Pacienta jsem pozorně poslouchala. Byl rád, že o svém strachu může mluvit.

Role – vztahy

S manželkou bydlí v panelákovém bytě s výtahem. Od jeho 20 let je mu velkou oporou a rádcem.

Dnešní návštěva manželky byla pro pacienta velice pozitivní. Cítí v ní oporu a lásku.

Reprodukce a sexualita

S manželkou má dvě dcery a pět vnoučat. Na jiné téma jsem s pacientem nehovořila.

Stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance

Stresovým situacím se snaží vyhýbat. Největší stresor je nemoc, jak vlastní, tak v rodině. Pravidelně navštěvuje svého lékaře a za speciální vyšetření je ochoten si zaplatit. Stres se projevuje nadměrným pocením, bušením srdce a někdy i pocitem na omdlení.

Pacient je ve stresu, jak říká, více se potí a z každé vizity má strach. Má strach ze špatných informací, kterým se musí postavit sám a sám se s nimi poprat.

Víra - životní hodnoty

Pacient není věřící. Do kostela nechodí ani o Štědrý den.

Nyní důvěřuje ošetřujícímu lékaři.

2.2 Průběh hospitalizace od 30. 8. – 7. 9. 2015

1. den hospitalizace (v dokumentaci den 0)

Pacient byl přijat v neděli 30. 8. 2015 v 10:00 hod na standardní chirurgické oddělení k plánované laparoskopické operaci. Byl uložen na třílůžkový pokoj a informován o chodu oddělení. Dle ordinace lékaře jsem pacientovi odebrala krev a moč. (Krevní obraz, biochemické vyšetření, urea, kreatin, bilirubin, Na, K, Cl, ALT, glukóza, koagulace, moč+ sediment).

Po obědě chirurg informoval pacienta o průběhu operace, o tom, jak bude probíhat, jaké možné komplikace mohou nastat a jaká je pravděpodobná rekonvalescence po výkonu. Poznamenal, že kdyby měl nějaké dotazy, něco by potřeboval vysvětlit, aby se nebál obrátit na sloužící sestru. Poté lékař nechal pacienta podepsat informovaný souhlas s operačním výkonem.

V 13:00 bylo provedeno interní konsilium na interním oddělení, kam byl pacient za doprovodu sanitáře odeslán.

Odpoledne jsem edukovala pacienta o předoperační přípravě a odebrala ošetřovatelskou anamnézu dle formuláře (příloha č. 1).

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik:

1. Barthelové test základních všedních činností - 100 bodů - Nezávislý.
2. Hodnocení vědomí - 15 bodů - Plné vědomí.
3. Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové - 30 bodů - Bez rizika.
4. Hodnocení nutričního stavu - Bez nutnosti nutričního specialisty.
5. Zhodnocení rizika pádu dle Conleyové - 3 body - Bez rizika.

(tabulky v ošetřovatelské anamnéze, viz příloha č. 1)

Po odběru ošetřovatelské anamnézy jsem probrala jeho zvyky, obavy, co má rád, koníčky a zájmy.

Signalizační zařízení jsem položila k lůžku pacienta a informovala o jeho používání.

V 15:00 hod. přišel na oddělení anesteziologický lékař, který provedl předoperační vyšetření a informoval pacienta o druzích a vedení anestezie. Poté mu nechal podepsat informovaný souhlas s anestezií.

V 15:30 jsme začaly s přípravou k plánovanému operačnímu výkonu. Sanitář odvedl pacienta do koupelny, kde jsem provedla očistné klyzma. Po hodině jsme klyzma opakovali, voda byla stále hodně zbarvená s příměsí stolice. Třetí klyzma s odstupem další hodiny bylo již v pořádku, pouze lehce obarvená voda.

Sanitář na lůžku pacienta oholil od poloviny hrudníku do poloviny stehen, oholení jsem následně zkontrolovala a požádala pacienta, aby provedl celkovou koupel ve sprše.

Po uložení do lůžka jsem s pacientem hovořila o tom, že od pŕlnoci nesmí jíst, pít ani kouřit a všechny kompenzační pomůcky (hlavně zubní protézu), musí mít odložené. Cennosti, jako jsou šperky, nebo mobilní telefon je dobré uložit do trezoru na sesterně. Dále jsem pacientovi vysvětlila nutnost přiložení kompresních punčoch k prevenci TEN a nutnosti zavedení permanentní močové cévky, kterou mu zavede lékař ráno před operací.

Ve 20:00 hod. byl pacientovi večerní směnou aplikován dle ordinace lékaře Fraxiparine 0,4 ml s. c. (Fraxiparine je antitrombikum, antikoagulans, nízkomolekulární heparin).

Večer sestra zkontrolovala, zda je pacient dobře oholen, a znovu připomněla, aby od pŕlnoci nepil, nejedl a nekouřil.

2. den hospitalizace (v dokumentaci den 1), operační den

Pacient měl zlé sny, a jak udává, již od tří hodin nespal. Největší obavy má z bolesti, které přináší operační výkon a pak také z narkózy. Má strach, že se už neprobudí. Pacienta jsem se snažila povzbudit. Informovala jsem ho o lécích, které dostane na bolest a o léku, který mu předepsal anesteziologický lékař, a který mu bude aplikován 30 minut před plánovanou operací. (Dormicum 3 mg i.m.- lék patřící do skupiny benzodiazepinů)

Před sedmou hodinou provedl pacient celkovou hygienu ve sprše. Po uložení do lůžka jsem pacienta informovala, že musí 30 minut ležet a poté spolu přiložíme elastické kompresní punčochy k prevenci TEN. Mezi tím jsem zkontrolovala nejen čistotu pupku, ale také zda má odložené kompenzační pomůcky (hlavně zubní protézu). Dotazem jsem se ujistila, zda od pŕlnoci nejedl, nepil a nekouřil a nabídla uložení cenností do trezoru na sesterně a to hlavně mobilní telefon, který měl u sebe. Vše zaznamenáno do dokumentace. Po 30 min. byly pacientovi přiloženy elastické kompresní punčochy.

V 8:00 hodin je lékařem na vyšetřovně zaveden permanentní močový katetr (Tieman CH14). Po příchodu na pokoj je změřen krevní tlak (130/80

mmHg), puls (79' min) a zaveden periferní žilní katetr na předloktí levé horní končetiny.

Začátek operace byl plánován na devátou hodinu. Pacientovi půl hodiny před výkonem podáno Dormicum 3 mg i. m. (benzodiazepin) a chráněné koagulum, Amoksiklav 1,2 g (ATB) do 250 ml F 1/1 i. v., což je antibiotikum k zabezpečení prevence infekce podávané obvykle intravenózně zhruba 30- 60 minut před plánovanou operací. (Vyhnálek, a kol, 1997; s. 160)

V 8:40 hod si pro pacienta přišel sálový sanitář.

V 13:25 je přivezen pacient z dospávacího pokoje na oddělení JIP. Operace dle lékaře proběhla bez komplikací a odhadovaná ztráta krve je 250 ml. Pacient je při vědomí a komunikuje.

Po uložení na pokoj je pacient napojen na monitor, kde jsou sledovány fyziologické funkce a to každou hodinu. Drén, který má vyveden v pravém podbřišku, napojen na sterilní sběrný sáček. Pohledem jsem zkontrolovala operační rány (v pravém hypogastriu vyveden drén, v pravém mezogastriu rána asi 1 cm, v levém mezogastriu operační rána asi 10 cm a nad pupkem 1 cm), které má kryty sterilní náplastí Cospomore a nesáknou (obrázková příloha č. 3 a 4). Pacientovi kape F 1/1 500 ml rychlostí 125 kapek za hodinu. Místo zavedení periferního žilního katetru je přelepeno průhlednou fólií a je bez známek infekce. Permanentní močový katetr odvádí čirou moč, světle žluté barvy.

Dle ordinace lékaře je pacientovi aplikován v 14:00 hod. Dolsin 100 mg i. m. 30 minut před aplikací jsem hodnotila na analogové škále (VAS) bolest, pacient udává VAS 4. Bolest ustupuje po 30 minutách od aplikace Dolsinu (VAS 2). Každou hodinu je bolest hodnocena a výsledek je zaznamenáván do ošetrovatelské dokumentace.

Fyziologické funkce jsou měřeny každou hodinu a zaznamenávány do dokumentace. Hodnoty jsou fyziologické.

- TK 107/ 61–128/74 mmHg.
- P 78–86' min.
- Saturace 92–95 %.
- Teplota 36,8 °C.

V 17:00 hod. je pacientovi odebrán kontrolní KO.

V 18:00 hod. zjištěno, že PMK protéká. Lékař je informován, cévka je vyndána a konec poslán ve sterilní zkumavce na K + C vyšetření (výsledek negativní), pacient je lékařem na pokoji přecévkován (Tieman CH 16). Vše zaznamenáno do chorobopisu.

Dle ordinace lékaře je ve 20:00 hod. podán Dolsin 100 mg i. m., Controloc 1 amp. i. v. (ke snížení tvorby kyselin v žaludku) a Fraxiparin 0,4 ml s.c. Vše zaznamenáno do chorobopisu.

Pacient se cítí unavený. Je klidný, orientovaný a celý den pospává. Od 18:00 hod jsou FF měřeny každé 3 hodiny a TT dvakrát denně. Pacient je bez teploty (36,5 °C) a FF jsou v normě.

Dle ordinace lékaře je podávána parenterální výživa. Infuze kapou přes infuzní pumpu rychlostí 125 ml za hodinu.

- Příjem na JIP- 16:00 F 1/1 500 ml (isotonický roztok)
- 16:00- 20:00 G 10% 500 ml (hypertonický roztok)
- 20:00- 24:00 RF 500 ml (isotonický roztok)

Po celý den byl sledován příjem a výdej tekutin:

- Příjem i. v.: 3100ml.
- Příjem per os.: 200 ml sladkého čaje.
- Výdej 615 ml.⁽⁸⁾

Pacient edukován o možnostech úlevové polohy a to na boku nebo na zádech se skrčenýma nohama v kolenou. Nutností cvičení na lůžku k prevenci TEN (plantární flexe a extenze) a o možnosti příjmu sladkého čaje per os, který je nalitý v hrnku na stolku u lůžka. Pro případ potřeby je do lůžka pacienta dáno signalizační zařízení.

Operační rány, které jsou po výkonu na operačním sále kryty náplastí Cosmopore, jsou za asistence lékaře odkryty, zkontrolovány a opět překryty sterilní náplastí Cosmopore. Kolem drénu dán nastřížený mulový čtverec a přelepen průhlednou náplastí Omnifilm. Vše zaznamenáno do dokumentace.

Pacient se snaží spolupracovat. Bolest udává před aplikací Dolsinu VAS 5 a 30 minut po aplikaci VAS 2. Bolest je měřena každou hodinu. Nástup bolesti udává po 5 ti hodinách od aplikace Dolsinu. Hodnocení je pravidelně zaznamenáváno do ošetrovatelské dokumentace. Barthelové test základních

všedních činností 0 bodů, po operačním výkonu je vysoce závislí na pomoci ošetrovatelského personálu. Hodnocení rizika pádu dle Conleyové, 9 bodů, střední riziko. Pacient má na svém identifikačním náramku a na lůžku u jmenovky červené kolečko, které značí riziko pádu. K prevenci jsou dány postranice kolem lůžka a pacient je informován, že bez asistence zdravotnického personálu nesmí sám vstávat z lůžka. Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové je po operačním výkonu 22 bodů, možnost vzniku dekubitů, proto je nutné pravidelné polohování. Příjem tekutin per os je minimální (200 ml čaje).

3. den hospitalizace (v dokumentaci den 2), 1. pooperační den

Večerní směnou byla dle ordinace lékaře podávána parenterální výživa:

0:00 - 4:00 F1/1 500 ml rychlostí 125 ml za hodinu

4:00 - 8:00 G 10% 500 ml rychlostí 125 ml za hodinu.

Fyziologické funkce byly měřeny každé 3 hod., hodnoty průběžně zaznamenávány do dokumentace. Lék na bolest, Dolsin 100 mg i. m. aplikován ve 2:00 hod. Vše zaznamenáno do dokumentace.

V 7:00 hod. je proveden odběr venosní krve z kubity PHK:

- KO.

- Biochemické vyšetření - sérum, kreatin, urea, minerály, glykémie, bílkoviny.

Při ranní hygieně byl pacient odpojen od monitoru a parenterální výživy, zkontrolováno přiložení kompresních punčoch a následně na vozíku odvezen sanitářem do koupelny. Mezi tím jsem přestlala lůžko a vyvětrala pokoj. Po uložení zpět jsem pacienta napojila na monitor, parenterální výživu a změřila TT digitálním teploměrem po dobu 5 min. v podpažní jamce. Pacient je afebrilní (36,6 °C).

Před aplikací Dolsinu 100 mg i. m. jsem s pacientem hodnotila bolest na VAS škále. Po ranní hygieně uvádí VAS 5. V 8:00 hod. je lék aplikován a po 30 min. přichází úleva, VAS 2. Bolest je hodnocena každou hodinu a výsledek je zaznamenáván do ošetrovatelské dokumentace. Dále je aplikováno Ambrobene 1 amp. i. v. (expektoranc, mukolytikum) a infuze č. 3 (RF 500 ml) rychlostí 125 ml za hodinu.

Při napojení infuze udává pacient bolest v místě zavedení periferního žilního katetru. Infuze zastavena a kanyla vyndána. Místo přelepeno sterilní náplastí a přiložen chladný gelový obklad. Do kuby levé horní končetiny je zaveden periferní žilní katetr a napojena infuze č. 3. (RF 500 ml). Vše zaznamenáno do chorobopisu.

V 8:30 chodí na oddělení lékařská vizita. Během ní je sundáno sterilní krytí na operačních ranách, aby lékař mohl zhodnotit, jak se hojí. Rány kryty tekutým obvazem Novikov (bakteriostatický a fungistatický kožní roztok). Drén, který je vyveden v pravém podbřišku a napojen na sběrný sáček, je překryt sterilním nastříženým mulovým čtvercem a fixován náplastí ke kůži. Odpad z drénu je 5 ml. Sběrný sáček je měněn u ranní hygieny.

Pacientovi zkontrolováno předloktí LHK, kde byl zaveden periferní žilní katetr. Rána je bez otoku a zarudnutí. Jak pacient uvádí, ruka nebolí. Gelový chladný obklad již nepřiložen.

Pacientovi je doporučena dechová rehabilitace k prevenci TEN. Každé tři hodiny nafukoval balónek. Polohování provádí sám na lůžku dle instrukcí rehabilitační sestry (plantární flexe a extenze). Dnes se poprvé u lůžka za pomoci rehabilitační sestry postavil. Je zde ještě riziko pádu, dle Conleyové, 8 bodů, střední riziko. Z jedné strany lůžka ponechána postranice. Pacient byl upozorněn na riziko pádu a informován o nutnosti dohledu ošetrovatelského personálu při posazování a při postavování u lůžka.

U pacienta jsou prováděny pravidelné kontroly. Kontrola pravidelného cvičení na lůžku, správnosti provádění dechové rehabilitace, invazivní vstupy, operační rány, měření bolesti a každé 3 hodiny zaznamenávány fyziologické funkce. Hodnoty jsou fyziologické.

- TK 110-132/66-77 mmHg.
- P 73-78' min.
- Dech 12-16' min.
- Saturace 92-93%.

V 12:00 hodin jsem pacientovi podala dle ordinace lékaře infuzi č. 4. (F1/1 500 ml) rychlostí 125 ml za hod. Infuze rozepisuje lékař sloužící na oddělení, a to od 12:00 do 24:00 hod.

- Infuze č. 4.: F1/1 500 ml 12:00 – 16:00 hod.
- Infuze č. 5.: G 10% 500 ml 16:00 – 20:00 hod.
- Infuze č. 6.: RF 500 ml 20:00- 24:00 hod.⁽⁸⁾

Dle ordinace lékaře je ve 12:00 hod podána infuze č. 4 (F1/1 500 ml) rychlostí 125 ml za hod. Před 14:00 hodinou jsem hodnotila bolest, pacient udává VAS 5. Ve 14:00 hod aplikace Dolsinu 100 mg i. m., 30 min od aplikace léku bolest ustupuje (VAS 2). Každou hodinu je bolest hodnocena a zaznamenávaná do ošetrovatelské dokumentace. Nástup bolesti pacient udává po 5 ti hodinách.

V 15:00 hodin měl pacient návštěvu. Manželka přinesla čerstvé pečivo a oplatky. Rodinu jsem informovala, že pacient nesmí přijímat nic per os a potraviny jsem rodině vrátila. Lékař informován. Při dotazu na pacientův stav lékař rodinu informoval a kladl důraz, aby na návštěvy jídlo nenosili. Po odchodu návštěvy pacient usnul.

Infuze č. 5 (G 10% 500 ml) rychlostí 125 ml za hodinu podána v 16:00 hod. U pacienta jsem zkontrolovala pohledem operační rány, invazivní vstupy, správnost přiložení kompresních elastických punčoch a dotazem zhodnotila, jak pacient provádí rehabilitaci na lůžku. Jak uvádí, cítí se slabý a unavený, po každém cvičení si musí odpočinout. Při dechové rehabilitaci (foukání brčkem do hrnku s vodou, nafukování balónku) ho pobolívá podbříšek, který si musí rukou přidržovat.

U pacienta jsem odebrala ošetrovatelskou anamnézu podle modelu Marjory Gordonové a v 18:00 hod jsem se rozloučila. Večerní službě jsem předala veškeré informace.

Ve 20:00 hod je podán Fraxiparine 0,4 ml s. c., Controloc 1amp. i. v., Ambrobene 1 amp. i. v., Dolsin 100mg i. m. a infuze č. 6 (RF 500 ml) rychlostí 125 ml za hod. Večerní službou je zaznamenán příjem a výdej tekutin.

- Příjem i. v.: 3000 ml.
- Příjem per os.: 750 ml sladkého čaje a neperlivé vody.
- Výdej: 2400 ml.
- Odpad z drénu: 40 ml.⁽⁸⁾

Pacient v průběhu celého dne pospával. Barthelové test základních všedních činností je 20 bodů, pacient je stále vysoce závislý na ošetrovatelském

personálu. S pomocí provede napití, oblékání, koupání a osobní hygienu. Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové je 25 bodů, riziko stále přetrvává. Důležitá je prevence a to polohování, které provádí sám na lůžku, dostatečný příjem tekutin a kontrola rizikových míst (hýždě, lopatky nebo paty), a možnostech vypodložení. Hodnocení rizika pádu dle Conleyové, 7 bodů, střední riziko. Pacient je poučen, že se sám bez dozoru nemůže posadit ani postavit. Z jedné strany lůžka ponechány postranice a na pomocný stolek dáno signalizační zařízení.

4. den hospitalizace (v dokumentaci den 3), 2. pooperační den

Druhý den po operaci udává pacient, že se stále cítí slabí a unavený. Ranní hygiena je proto provedena u lůžka. Po uložení pacienta zpět na lůžko jsem zkontrolovala správnost přiložení kompresních punčoch a změřila TT v podpažní jamce PHK po dobu 5 minut. Pacient je afebrilní (36,6°C) a výsledek zaznamenala do dokumentace.

Před 8 hodinou jsem s pacientem hodnotila bolest. Před aplikací Dolsinu udává VAS 3. V 8:00 hod je podáno Ambrobene 1 amp. i. v., Dolsin 100 mg i. m. a napojena infuze č. 3 (RF 500 ml), rychlostí 125 ml za hod. Permanentní žilní katetr je přelepen transparentní fólií, která je čistá a bez známek infekce, proto není nutný každodenní převaz. PŽK se ponechává standardně 3 dny.

Při vizitě lékař zkontroloval operační rány, drén, břicho i dolní končetiny. Operační rány jsou klidné, bez známek zánětu. Břicho je na pohmat měkké, při poslechu nejde slyšet peristaltika, ale pacient informuje lékaře o odchodu plynů. Dolní končetiny jsou bez známek otoku a zánětu. Kompresní punčochy ponechány.

Ordinace lékaře

Monitorace fyziologických funkcí každé 3 hodiny

- TK: 122-140/76-78 mmHg.
- P: 77-86' min.
- Dech: 12-14' min.
- Saturace: 88-95 %.

Parenterální výživa

- 1) F1/1 500 ml 0:00–4:00 hod.
- 2) G10% 500 ml 4:00–8:00 hod.
- 3) RF 500 ml 8:00–12:00 hod.
- 4) F1/1 500 ml 12:00–16:00 hod.
- 5) G10% 500 ml 16:00–20:00 hod.
- 6) RF 500 ml 20:00–24:00 hod.⁽⁸⁾

Medikace

- Dolsin 100 mg s. c. á 6 hod- 2:00-8:00-14:00-20:00.
- Fraxiparine 0,4 ml s. c. 20:00 hod.
- Controloc 1 amp. i. v. 20:00 hod.
- Ambrobene 1 amp. i. v. 8:00- 20:00 hod.⁽⁸⁾

Dieta

- OS – čajová.

Příjem a výdej tekutin

- Příjem per os.: 1500 ml čaj a neperlivá voda.
- Příjem i. v.: 3000 ml.
- Výdej: 4000 ml.
- Odpad z drénu: 5 ml.⁽⁸⁾

Operační rány jsou kryty tekutým obvazem Novikov. Kolem drénu je nastřižený sterilní mulový čtverec, který je přelepen průhlednou náplastí Omnifilm a napojen na sběrný sáček. Pacient cvičí na lůžku, pravidelně provádí dechovou rehabilitaci nafukováním balónku. Odpoledne přichází za pacientem návštěva.

Celý den jsou plněny ordinace lékaře. Kontrolují se invazivní vstupy, operační rány a hodnotí FF. Odpoledne s rehabilitační sestrou chodil pacient po pokoji. Po uložení do lůžka, zjištěna nižší saturace O₂- 88%. Pacient uložen do

Fowlerovi polohy a podán kyslík rychlostí 3 l/min. Vše zaznamenáno do chorobopisu. Po 10 min. saturace 92%. Pacientovi se dýchá dobře, přívod kyslíku snížen na 2 l/min. Po hodině saturace 95%, kyslíkové brýle sundány.

Pravidelně je hodnocena bolest. Při chůzi udával VAS 5. Úlevou mu byla chůze v mírném předklonu, v lůžku VAS 2. Po aplikaci Dolsinu je pacient do 30 minut bez známek bolesti.

Mobilizace nemocného probíhá obvykle již v den operace. Nemocný si dlaní přidržuje ránu, přetočí se na operovanou stranu a současně spouští z lůžka DK. Po posazení zkontrolujeme, zda ploskami dosahuje na podlahu. Z důvodu prevence ortostatické hypotenze se ponechává nemocný chvíli sedět na lůžku. Po stabilizaci nemocného pomalu postavujeme. Když se pacient necítí na chůzi, posadíme ho zpět do lůžka. (Vytejšková, Sedlářová, Wirthová, Holubová, 2011; s. 94).

V den operace cvičil pacient pouze na lůžku, první den po výkonu se několikrát za den postavil za dozoru ošetrovatelského personálu u lůžka a druhý den po operaci již pacient zvládá za doprovodu sestry chůzi po pokoji.

Barthelové test základních všedních činností je 35 bodů, pacient je plně soběstačný pouze při pití, s pomocí se oblékne, vykoupe, provede osobní hygienu a s pomocí zvládne chůzi po rovině a přesun z lůžka na židli. Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové je 27 bodů, i když zde riziko dekubitů nehrozí, je správné riziková místa sledovat. Riziko pádu dle Conleyové, 7 bodů, střední riziko pádu. Je zde nutná asistence při přesunu z lůžka do křesla nebo při chůzi. Postranice z jedné strany ponechána. Pacient o všem informován. Po desáté hodině usíná.

5. den hospitalizace (v dokumentaci den 4) 3. pooperační den

Pacient udává, že celou noc pospával. Byl buzen večerními ordinacemi (aplikace Dolsinu 100 mg i. m. a výměnou infuze), ale toto vnímá jako součást léčby. Po celou dobu hospitalizace na JIP je sám na pokoji, po každé večerní návštěvě sestry opět usíná.

V 7:00 hod. je u pacienta proveden odběr krve na hladinu celkové bílkoviny. Hodnota bílkoviny nám ukazuje stav výživy organismu. Výsledek u

pacienta byl 59,6 (norma 65,0- 85,0 g/l), hladina bílkoviny v krvi je snižena a může svědčit o malnutrici. Hladinu albuminu je 36,8 (norma 35,0- 53,0 g/l). Celkovou koupel provedl pacient za asistence sanitáře ve sprše. Lůžko je čistě povlečeno a pokoj vyvětrán. Po uložení do lůžka jsou pacientovi nasazeny kompresní punčochy a změřena tělesná teplota digitálním teploměrem v podpažní jamce PHK po dobu 5 minut, výsledek 36,7 zaznamenala do teplotní tabulky a do dokumentace.

Před 8 hod. jsem hodnotila bolest. Pacient udává VAS 3. V 8:00 hod aplikován Dolsin 100 mg i. m., Ambrobene 1 amp. i. v. a podána infuze č. 3 (RF 500 ml) rychlostí 125 ml za hodinu. Vše zaznamenáno do dokumentace.

Při vizitě lékař pohledem zkontroloval operační rány a odpad z drénu. Při poslechu břicha zaznamenal minimálně slyšitelnou peristaltiku. Pacient informuje lékaře o odchodu plynů.

Operační rány jsou překryty tekutým obvazem Novikov a okolo drénu je sterilní mulový nastřižený čtverec fixovaný průhlednou náplastí Omnifilm ke kůži.

Monitorace fyziologických funkcí je každé tři hodiny.

- TK 111-136/61-89 mmHg,
- puls 70-85´min,
- saturace 92-94 %
- dech 12-14´min.

Po vizitě lékař upravil:

Parenterální výživa

- 1) F1/1 500 ml 0:00–4:00 hod. (rychlostí 125 ml/hod)
- 2) G10% 500 ml 4:00–8:00 hod. (rychlostí 125 ml/hod)
- 3) RF 500 ml 8:00–12:00 hod. (rychlostí 125 ml/hod)
- 4) RF 500 ml 12:00–18:00 hod. (rychlostí 83 ml/hod)
- 5) G 10% 500 ml 18:00–24:00 hod. (rychlostí 83 ml/hod)⁽⁸⁾

Medikace

- Ambrobene 1 amp. i. v- ex.

- Degan 1 amp i. v. 6:00-12:00-18:00 hod (antiemetikum, prokinetikum).
- Fraxiparine 0,4 ml s. c. ve 20:00 hod.
- Dolsin 100 mg s. c. podle potřeby maximálně 4x denně.⁽⁸⁾

Pacient má dietu OS (čajovou). Stále se čeká, až se obnoví peristaltika. Odpoledne za doprovodu rehabilitační sestry chodil pacient po chodbě. Jak sám udává, pohyb stále bolí, ale každý den je bolet mírnější.

Odpoledne přišla návštěva. Lékař přislíbil, že zítra bude pacient přeložen na standardní chirurgické oddělení, a když bude vše dobře probíhat, do týdne by mohl být propuštěn do domácí péče.

Pacient pravidelně cvičí na lůžku a provádí dechovou rehabilitaci.

V 14:00 hodin odmítá aplikaci Dolsinu 100 mg i. m., jelikož bolest je v klidu na lůžku snesitelná (VAS 2).

Večerní hygienu provádí u umyvadla na pokoji za asistence sestry. Aplikaci Dolsinu ve 20:00 hodin odmítá, jelikož necítí žádnou limitující bolest (VAS 2).

Příjem a výdej tekutin:

- Příjem per os.: 2000 ml čaj a neperlivá voda.
- Příjem i. v.: 2500 ml.
- Výdej: 3300 ml.
- Odpad z drénu: 5 ml.⁽⁸⁾

Barthelové test základních všedních činností je 45 bodů, střední závislost. Pacient se bez pomoci napije a oblékne. S pomocí provede osobní hygienu, koupání, použití WC, přesun z lůžka na židli a chůzi po rovině. Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové je 27 bodů, bez rizika. Hodnocení rizika pádu dle Conleyové, 5 bodů, což je střední riziko. Pacient informován, že sám bez dozoru ošetřovatelského personálu nesmí chodit. Postranice z jedné strany lůžka stále ponechány. Po desáté hodině usíná.

6. den hospitalizace (v dokumentaci den 5) 4. pooperační den

Pacient je čtvrtý den po operaci, udává, že se každým dnem cítí lépe. Ranní hygienu provedl za asistence sanitáře ve sprše na oddělení.

Po uložení zpět na lůžko jsem pacientovi nasadila kompresní punčochy a napojila infuzi č. 2 (G 10% 500 ml), rychlostí 83 ml za hodinu. Před 8 hod jsem hodnotila bolest, pacient udává VAS 2. Aplikaci Dolsinu 100 mg i. m. odmítá. Vše zaznamenáno do dokumentace.

Při vizitě je lékařem informován, že okolo 10 hod. bude přeložen na standartní chirurgické oddělení. Po vizitě je na vyšetřovně pacientovi vyndán břišní drén a místo desinfikováno a přelepeno sterilní náplastí Cosmopore. Zrušen PMK. Konec cévky je poslán ve sterilní zkumavce na K + C vyšetření. (Výsledek negativní). Lékařem je poučen, aby veškeré problémy s mikcí hlásil sestře.

V 9:00 hod jsem s pacientem sepsala ošetrovatelskou překládovou zprávu a před 10 hod byl pacient přeložen na standartní chirurgické oddělení, kam jsem ho doprovodila.

Přijímající lékař změnil ordinace:

Monitorace fyziologických funkcí

- TK, P, TT – 2x denně.

Parenterální medikace

- Zrušena.

Medikace

- Fraxiparine 0,4 ml s. c. 20:00 hod.
- Controloc 1amp. i. v - ex.
- Degan 1 amp. i. v - ex.

Dieta

Změněna z OS na dietu OCH. Dieta chirurgická (oběd: hovězí vývar a bramborová kaše, večeře: vanilkový pudink). Pacient udává, že má z jídla velkou radost. Jí po malých dávkách. Má strach, aby ho nebolelo břicho.

Chronická medikace

- Indap tbl 8:00 hod. (antihypertenzní diuretikum).
- Purinol 100 mg 8:00 hod. (antiuratum).
- Finpros 5 mg tbl. 8:00–14:00 hod. (inhibitor 5-alfa reduktázy).
- Tanyz Eras 0,4 tbl. 8:00 hod. (selektivní blokátor alpha 1A/1D adrenoreceptorů).
- Degan tbl. 7:00–12:00–17:00 hod. (antiemetikum, prokinetikum).
- Helicid 20 mg tbl. 1-0-0 (inhibitor protonové pumpy).
- Ibuprofen 400 mg p. p. při bolesti kloubů (analgetikum, antipyretikum).

Na oddělení byl pacientovi po vykapání infuze zrušen periferní žilní katetr. Místo přelepeno a přiložen studený gelový obklad. Pacient udává, že místo po vpichu kanyly nebolí. Po obědě byl pacient poprvé od zrušení PMK močit. Udává, že mikce probíhala bez problému.

Sundány kompresní punčochy. Pacient informován, že domů dostane Fraxiparine, který si bude muset aplikovat. Pacient udává, že s aplikací zkušenosti již má. Aplikovat Fraxiparine si bude sám pod vedením sestry ve večerní směně.

Při vyšetření břicha lékař kontroluje místo, kde byl zavedený drén. Po vyndání drénu je mírná serózní sekrece. Peristaltika obnovena. Operační rány jsou klidné. Není nutné je překrývat tekutým obinadlem. Při odběrech zjištěna vyšší hladina glykémie (6,1 mmol/l), zítra na lačno naordinován odběr kapilární krve na hladinu glykémie.

Pacient provádí sám dechovou rehabilitaci 3x denně. Potíže s dýcháním neudává, dýchá se mu dobře. Pohyb na lůžku provádí sám a sám chodí po pokoji. Za asistence sanitáře chodí do společenské místnosti na televizi.

Po celý den se pacient cítí dobře. Ve 20:00 hod. si pacient za asistence sestry aplikuje Fraxiparine 0,4 ml s. c. Aplikaci pacient zvládá bez problémů.

Příjem a výdej tekutin:

- Příjem per os.: 2000 ml čaj a neperlivá voda.
- Příjem i. v.: 1000 ml.
- Výdej: již neměřen.

Zhodnocení rizika pádu dle Conleyové, 4 body. Bez rizika pádu. Pacient má nový identifikační náramek, bez červeného kolečka, což značí, že riziko pádu zde nehrozí. Hodnocení rizika vzniku dekubitů je dle Nortonové 29 bodů, bez rizika dekubitů. Barthelové test základních všedních činností je 70 bodů, lehká závislost na ošetrovatelském personálu. Od operace pacient nebyl ještě na stoličce a nevyzkoušel chůzi do schodů.

Bolest pacient hodnotí v klidu VAS 1 a při pohybu VAS 2. Medikaci již na bolest neužívá. Pacient říká, že bolest ho nijak neomezuje

Po desáté hodině pacient usíná.

7. den hospitalizace (v dokumentaci den 6) 5. pooperační den

V noci spal pacient bez potíží. Ranní hygienu za asistence sanitáře provedl sám v koupelně. Pacient říká, že se cítí dobře a ráno byl poprvé od výkonu na stoličce. Peristaltika je plně obnovena.

Před ranní hygienou proveden odběr kapilární krve z prstu levé ruky na hladinu glykémie. Hodnota: 5,4 mmol/l.

Dieta OCH (chirurgická) a od zítřka dieta č. 1 (kašovitá). K snídani měl pacient suchary s čajem, na oběd kuřecí vývar, bramborovou kaši a k večeři čokoládový pudink.

Dle ordinace lékaře byly podávány léky. Kontrolovány byly operační rány a rána po drénu se překryla tekutým obinadlem Novikov. Rána je klidná a bez sekrece.

Fyziologické funkce, které jsou měřeny 2x denně jsou ve fyziologických hodnotách.

TT : 36,2 °C a 36,5 °C

TF: 72' a 72'

TK: 136/72 a 134/70

Pacient provádí dechovou rehabilitaci 2x denně a chodí sám po pokoji. Udává, že se cítí dobře. Odpoledne za pacientem přišla manželka s dcerou.

Ve 20:00 hod si pacient za asistence sestry aplikuje Fraxiparine 0,4 ml s. c.

Zhodnocení rizika pádu dle Conleyové, 3 body. Bez rizika pádu. Hodnocení rizika vzniku dekubitů je dle Nortonové 34 bodů, bez rizika dekubitů.

Barthelové test základních všedních činností je 95 bodů, s pomocí fyzioterapeuta zkoušel chůzi do schodů.

Pacient je bez známek bolesti. V klidu VAS 0 a při pohybu bolest minimální, VAS 1.

Pacient po desáté hodině usíná.

8. den hospitalizace (v dokumentaci den 7) 6. pooperační den

Pacient je šestý den po operaci. Břicho je nebolestivé a rány po operaci se dobře hojí. Lékař je se stavem pacienta spokojený. Plánuje, že zítra by mohl odejít domů. Rodina informována.

Pacient je soběstačný. Peristaltika je plně obnovena. Dnes má dietu č. 1 (kašovitou). K snídani dostal bílou kávu, med, máslo a veku, k obědu rajskou polévku a hovězí maso s kašovitou mrkví a dušenou rýží. Na večeři bylo mléko s piškoty.

Sloužící lékař zrušil pacientovi degan tbl.

Fyziologické funkce měřeny 1x denně a tělesná teplota 2x denně.

TT: 36,2 a 36,2

TF: 70'

TK: 138/ 71

Pacient říká, že se cítí dobře, ale sám si ještě netroufá na delší chůzi. Sám se pohybuje pouze po pokoji, do sprchy a na toaletu.

Ve 20:00 hod. si pacient sám za asistence sestry aplikoval fraxiparine 0,4 ml s. c.

Zhodnocení rizika pádu dle Conleyové, 3 body. Bez rizika pádu. Hodnocení rizika vzniku dekubitů je dle Nortonové 34 bodů, bez rizika dekubitů. Barthelové test základních všedních činností je 100 bodů, pacient je plně soběstačný.

Po desáté hodině usíná.

9. den hospitalizace (v dokumentaci den 8) 7. pooperační den

Sedmý den po laparoskopické operaci je naplánováno propuštění pacienta do domácí péče.

Rozhodnutí o propuštění pacienta je v kompetenci ošetřujícího lékaře. Lékař vypíše lékařskou zprávu, ve které shrne průběh léčby a vytvoří závěrečnou zprávu, kde jsou uvedeny výsledky vyšetření a důležité momenty hospitalizace. Pacient má nárok na odvoz z nemocnice sanitkou. (Vytejková, Sedlářová, Wirthová, Holubová, 2011; s. 48)

Důležitá je edukace pacienta. Pacient je edukován sestrou o pooperačním režimu (pohybovém, stravovacím, medikaci) a péči o operační ránu. Pacientovi je předána propouštěcí zpráva, se kterou se do tří dnů dostaví ke svému praktickému lékaři. Je informován, že v případě jakýchkoliv komplikací se dostaví na chirurgickou ambulanci.

- Pooperační pohybový režim: bez fyzické zátěže minimálně 6 týdnů. Krátké procházky za přítomnosti doprovodu.
- Péče o operační rány: sprchovat jen krátce, dlouze nenamáčet. Není nutno krytí. Při kontrole budou vyndány stehy.
- Dietní opatření: jíst málo a častěji. Nejíst nadýmavá jídla. Vyvarovat se alkoholu. Pít pouze neperlivé vody. Při potížích kontaktovat lékaře na chirurgické ambulanci.
- Užívání předepsaných léků: léky k chronické medikaci má pacient doma. Dávkování zůstalo stejné. Lékař předepsal recept na 2 balení Fraxiparine 0,4 ml. Nutno aplikovat ještě 10 dní po propuštění. Aplikaci Fraxiparine pacient zvládá.
- Další postup péče: Pacient se dostaví na kontrolu na komplement Ch A 15. 9. 2015 v 8:00 hod., kdy bude znám výsledek histologického vyšetření a určení dalšího postupu léčby. Při komplikacích návštěva chirurgické ambulance kdykoliv. (Janíková, Zeleníková, 2013; s. 176)

Rodina je edukována lékařem. Lékař upozornil manželku, že pacient by neměl nadýmavá jídla a nesmí se přejídat. Při propuštění váha 100 kg.

Po 11. hodině opouští pacient s rodinou oddělení a odchází domů.

2.2.1 Shrnutí hospitalizace

Tab. 2: Záznam hodnotících škál, invazivních vstupů a diety v průběhu hospitalizace.

DEN	Dieta	Invazivní vstupy	Pád dle Conleyové (body)	Dekubit dle Nortonové	Soběstačnost dle Barthelové
0.	OS	-	3	30 bodů	100 bodů
1.	OS	PMK, PŽK, drén	9	22 bodů	0 bodů
2.	OS	PMK, PŽK, drén	7	25 bodů	20 bodů
3.	OS	PMK, PŽK, drén	7	27 bodů	35 bodů
4.	OS	PMK, PŽK, drén	5	27 bodů	45 bodů
5.	OCH	-	4	29 bodů	70 bodů
6.	OCH	-	3	34 bodů	95 bodů
7.	Č. 1	-	3	34 bodů	100 bodů
8.	Č. 1	-	3	34 bodů	100 bodů

Pacient byl přijat na chirurgické oddělení. Byl plně soběstačný. V průběhu hospitalizace se stal zcela nesoběstačným. Bylo zde riziko dekubitů, pádu a vzniku infekce z důvodu invazivních vstupů.

Při propuštění je pacient plně soběstačný, bez známek bolesti. Rodina i pacient poučení o pooperačním režimu a možnosti navštívit lékaře.

2.3 Ošetrovatelský proces

„Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánované uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Uspokojování potřeb člověka se realizuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces je jednak myšlenkovým algoritmem sestry při plánování ošetrovatelských aktivit a jednak systémem kroků a postupů při ošetrování nemocného.“ (Trachtová, a kol., 2004; s. 9)

Sestry se zabývají člověkem jako celkem. Člověk je bytost s bio-psycho-sociálními a spirituálními potřebami. Je bytostí holistickou. Koncepce holismu aplikovaná na lidi a jejich zdraví zdůrazňuje skutečnost, že sestry musí brát na zřetel osobu jako celek v jejím bio-psycho-sociální a spirituální jednotě. Porucha jedné části celku vede zákonitě k poruše jiné části, popř. celého systému. (Trachtová, a kol., 2004; s. 9)

2.3.1 Fáze ošetrovatelského procesu

Zhodnocení pacienta

- Získávání informací.
- Určení aktuálních i možných problémů pacienta a jeho potřeb.
- Vymezení priorit ošetrování.
- Projednání stanovených potřeb a priorit s pacientem, pokud je to možné.

Plánování

- Stanovení cílů ošetrovatelské péče společně s pacientem.
- Rozhodování o tom, které ošetrovatelské výkony pacient potřebuje.
- S pacientem probrat plán ošetrovatelské péče.
- Seznámení ostatních pracovníků s ošetrovatelským plánem.

Realizace plánu

- Vykonávání ošetrovatelské péče podle schváleného plánu.

Hodnocení péče

- Porovnání pokroku a dosažených výsledků s plánovanými cíli.
- Nové zhodnocení pacienta a úprava plánu v případě, že nebylo dosaženo kýženého efektu. ⁽⁹⁾

2.3.2 Ošetrovatelská diagnostika

Ošetrovatelskou diagnózu stanoví sestra na základě vyhodnocení získaných informací. Ošetrovatelská diagnóza znamená verbalizaci pacientových potřeb a problémů, které může ovlivnit správně zvolená ošetrovatelská péče. Ošetrovatelská diagnóza je závěr provedený sestrou na základě pečlivého a systematického sběru informací o nemocném. Ošetrovatelská diagnóza zahrnuje pouze ty oblasti, které je sestra schopná a kompetentní ovlivnit.

Ošetrovatelská diagnóza nekopíruje lékařskou diagnózu. Lékařská diagnóza označuje nemoc či poruchu zdraví, ošetrovatelská diagnóza určuje, jak a do jaké míry nemoc zasahuje do života postiženého člověka, jak mění jeho soběstačnost, jaké problémy a trápení mu přináší. Cílem ošetrovatelské diagnózy je dosáhnout maximálního stupně psychické a fyzické pohody nemocného. (Staňková, 1999; s. 24–25)

2.4 Vybrané ošetrovatelské problémy

2.4.1 Bolest z důvodu operační rány

Před plánovaným operačním výkonem udával pacient největší obavu z bolesti, kterou sebou nese operační zákrok. I přes dostatek informací, které měl od lékaře a zdravotnického personálu, obavy a strach přetrvávají. Bolest nepříznivě ovlivňuje jak psychický, tak fyzický stav.

2.4.1.1 Bolest

Akutní bolest je nepříjemný smyslový a emoční prožitek, způsobený skutečným nebo možným poškozením tkání. Nástup je náhlý nebo pomalý, intenzita od mírné po závažnou, lze předvídat odeznění po době kratší než 6 měsíců. (Doenges a Moorhouse, 2001; s. 75)

Bolest vyvolaná chirurgickým zákrokem je akutní bolest vyvolaná operací. Stupeň bolesti po operaci závisí jak na vhodné předoperační přípravě, tak i na vhodné anestezii, způsobu operování a pooperačním režimu. Součástí předoperační přípravy je psychologická příprava pacienta a jeho pozitivní motivace po operaci. Důležitá je i dobře načasovaná premedikace před samotným operačním výkonem, která zbaví pacienta stresu způsobeného převozem na operační sál a úvodem do anestezie. Bezprostřední pooperační bolest ovlivňuje anesteziolog. Je nutné, aby anesteziolog s operátorem předvíдали pooperační bolest a snažili se ji s předstihem minimalizovat. (Janáčková, 2007; s. 124)

Před zahájením léčby je nutné, abychom bolest přesně posoudili. Bolest je subjektivní, proto ji mohou přesně měřit jen pacienti. Sestry by jim měly poskytnout jednoduché nástroje k hodnocení bolesti. (Richards a Edwards, 2004; s. 51)

Na oddělení chirurgie se bolest hodnotí na VAS škále. Číselné hodnoty jsou na speciálním pravítku od 0 (bez bolesti) do 10 (bolest nesnesitelná). Výsledek se zaznamenává každý den do ošetrovatelského záznamu.

Při posuzování bolesti je důležité naslouchat, co pacient o své bolesti říká. Po posouzení bolesti je nutné přistoupit k léčbě. Netišit bolest je z morálního

a etického hlediska nepřijatelné. Bolest může mít škodlivý dopad a může výrazně zpomalit uzdravení. Podcenění léčby bolesti může vést:

- ke snížení ventilace.
- špatnému odkašlávání.
- snížení pohyblivosti.
- zvýšené stresové reakci.
- ke stresu. (Richards a Edwards, 2004; s. 52)

2.4.1.2 Charakteristické příznaky akutní bolesti a cíl ošetrovatelské péče

Subjektivní

- Vyslovená stížnost.

Objektivní

- Obranné chování.
- Výraz bolesti v obličeji.
- Expresivní chování (neklid, pláč, naříkání, podrážděnost).
- Rozrušení (přecházení, opakování činnosti).
- Vegetativní reakce (pocení, krevní tlak, dýchání, změny pulzu).
- Koncentrace na vlastní osobu.
- Zúžení vjemů (porucha vnímání času, porucha myšlení). (Doenges a Moorhouse, 2001; s. 75)

Cíl ošetrovatelské péče

- Zmírnění a zvládnutí bolesti.
- Naučit pacienta, jak bolest zmírnit.
- Dodržovat farmakologický režim dle ordinace lékaře.
- Využít relaxačních technik a rozptýlení, a to dle individuální situace. (Doenges a Moorhouse, 2001; s. 75)

2.4.1.3 Ošetrovatelská intervence

Posouzení vyvolávajících a přidružených faktorů

- Důkladné posouzení bolesti (stupnice 0-10).
- Posouzení možných příčin bolesti jak patofyziologických, tak psychologických (např. operace, smutek, strach).
- Lokalizace chirurgického zákroku.
- Vnímavost pacienta, jeho chování a fyziologická odpověď.

Posouzení pacientovy reakce na bolest

- Posouzení bolesti opakovaně pokaždé, když se objeví.
- Akceptace pacientova líčení bolesti.
- Pozorování neverbálních projevů bolesti.
- Sledování fyziologických funkcí, které při akutní bolesti vykazují změny.

Pomoc při zmírňování bolesti

- Usilování s pacientem o prevenci bolesti.
- Pomocí stupnice od 0–10 určíme, nakolik je pacient schopný bolest akceptovat.
- Pobízíme ho k vyjádření pocitů souvisejících s bolestí.
- Klidné prostředí.
- Pohodlí.
- Relaxační cviky (např. dechové cvičení).
- Vyhledat způsob, jak se vyhnout bolesti, nebo ji omezit na co možná nejmenší míru (např. fixace operační rány při kašli).
- Podávání analgetik dle indikace.

Posílení zdraví

- Dostatečný odpočinek.
- Probrání způsobů, jak zmírnit bolest.

- Zprostředkování individuálního fyzického cvičení, ve kterém bude moci pokračovat pacient i v domácí péči.
- Prodiskutovat s blízkými nemocného, jak mohou pomoci (např. pečovat o domácnost v období po břišní operaci). (Doenges a Moorhouse, 2001; s. 75–77)

2.4.1.4 Bolest u pacienta 1. pooperační den

První den po operaci se pacient cítí slabý a unavený. Pravidelně hodnotíme bolest a výsledky jsou zaznamenávány do ošetrovatelské dokumentace.

Ošetrovatelská diagnóza: Akutní bolest z důvodu operačního zákroku.

Cíl ošetrovatelské péče: Zmírnění a zvládnutí bolesti.

Ošetrovatelské intervence:

- Zhodnocení bolesti: Bolest je hodnocena konkrétním dotazem. K měření se používá pravítka, kde je bolest znázorněna. (0- bez bolesti až 10- bolest nesnesitelná). Důležité je, aby pacient uměl bolest hodnotit, proto je nutná edukace o používání pravítka. Při polohování a cvičení na lůžku jsem bolest hodnotila subjektivně a to dle FF (v normě), výrazu v obličejí (výrazná mimika) a při zaujímání úlevové polohy (zvukové projevy).
- Lokalizace: místo operačních ran, nejvíce v pravém podbříšku.
- Intenzita: V klidu VAS 3, při zátěži (kašel, dechová rehabilitace, cvičení na lůžku, polohování) VAS 5.
- Kvalita: Při zátěži bolest křečovitá, v klidu bodavá.
- Časový průběh: Při námaze pacient udává křeče celého břicha, po ukončení námahy postupné odeznívání bolesti. Občas bolest při hlubokém nádechu a dechové rehabilitaci.
- Vyvolávající faktory: Bolest začíná pohybem.

Před plánovaným operačním výkonem jsem s pacientem hovořila, jestli má nějaké zkušenosti s bolestí a jak ji zvládá. Pacienta pobolívají DK a záda. Od obvodního lékaře má doporučeno užívání Ibalginu (nesteroidní antireumatikum, analgetikum). Bolest je signál, že není něco v pořádku. Teplé zábaly si dělá při bolestech zad a na bolavé nohy zaujímá úlevovou polohu (vypodložení DK).

Zkušenost s bolestí po operačním zákroku již má, a to po operaci páteře. Bolest snášel velice špatně a nerad na to vzpomíná. Nejvíce mu pomohly léky, které dostával a následná rehabilitace.

Hodnocení bolesti se provádí každý den a to před aplikací léku na bolest a dále pak každé 3 hod. od aplikace. Hodnoty se zaznamenávají do ošetřovatelské dokumentace. Pacient měl velký strach s bolestí, tak bylo určeno, že bolest budeme hodnotit každou hodinu. Pacient byl za to rád.

První den po plánované operaci jsem u pacienta pravidelně bolest hodnotila na analogové škále (VAS). K měření bolesti se používá pravítko, kde je bolest znázorněna stupnicí od 0 do 10. (0- žádná bolest, 10- nesnesitelná bolest). Pacienta jsem o používání pravítka edukovala před plánovaným výkonem.

Lékař pacientovi na bolest předepsal Dolsin 100 mg i. m. každých 6 hod. Intramuskulární injekcí se lék aplikuje hluboko do svalové tkáně. Absorpce a účinky i. m. léků závisí na konkrétním léku a na mnoha faktorech na straně pacienta. Léky, které jsou aplikovány i. m. mají rychlejší nástup účinku, než léky podávané perorálně. Často se objevuje bolest a podráždění v místě injekce. (Kolektiv autorů, 2006; s. 93)

Při podání Dolsinu i. m. jsem pravidelně střídala místo aplikace.

Před 8 hodinou jsem hodnotila bolest, pacient udává VAS 5. V 8:00 hod je aplikován Dolsin 100 mg i. m. a po 30 min. bolest ustupuje, pacient hodnotí VAS 2. Každou hodinu byla bolest měřena a výsledek zaznamenáván do ošetřovatelské dokumentace. Nástup bolesti je po 5 ti hodinách od aplikace Dolsinu. Pacient si stěžuje na bolest v klidu VAS 3 a při cvičení na lůžku a dechové rehabilitaci VAS 5. Lék na bolest je aplikován po 6 ti hod. Pacientovi jsem doporučila úlevovou polohu (na boku, na zádech se skrčenýma nohama).

Při subjektivním hodnocení bolesti měl pacient FF v normě, při pohybu výraznější mimiku v obličeji a více se potil. Při dechové rehabilitaci si rukou přidržoval pravý podbřišek, kde uváděl nejintenzivnější bolest.

V 14:00 hod bolest hodnocena před aplikací (VAS 5), 30 min. po aplikaci v klidu (VAS 2) a při pohybu (VAS 5). Po hodině bolest v klidu (VAS 1), při pohybu (VAS 3). Opět nástup bolesti po 5 ti hodinách od aplikace léku. Bolest

nastupuje pomalu a při pohybu se její intenzita zvyšuje. Bolest je ovlivňována i denní dobou (ranní hygiena, rehabilitace, vstávání u lůžka, vizita).

Pacientovi jsem se snažila zajistit tiché a klidné prostředí. Pravidelně jsem naslouchala jeho pocitům a pomáhala mu při polohování na lůžku. Vše jsem pravidelně zaznamenávala do dokumentace. V 18:00 hod. intenzitu bolesti hodnotila večerní směna. V průběhu večera bolest nehodnocena a to z důvodu pacientova odpočinku.

Tab. 3: Záznam bolesti

ČAS	30 min před aplikací	1 hod po aplikaci	2 hod po aplikaci	3 hod po aplikaci	4 hod po aplikaci	5 hod po aplikaci	6 hod po aplikaci
8:00							
V klidu:	VAS 3	VAS 1	VAS 1	VAS 1	VAS 1	VAS 2	VAS 3
Pohyb:	VAS 5	VAS 3	VAS 2	VAS 2	VAS 3	VAS 4	VAS 5
14:00							
V klidu:	VAS 3	VAS 1	VAS 1	VAS 1	VAS 2	VAS 2	VAS 3
Pohyb:	VAS 5	VAS3	VAS 3	VAS 3	VAS 4	VAS 4	VAS 5
20:00							
V klidu:	VAS 3	VAS 2	VAS 1	-----	-----	-----	-----
Pohyb:	VAS 5	VAS 4	VAS 3				
02:00							
V klidu:	-----	-----	-----	-----	-----	VAS 3	VAS 4
Pohyb:						VAS 5	VAS 5

Pacient hodnotil bolest na VAS škále č. 5. Z etického hlediska je přípustná bolest VAS 3. I přes to, že měl veliké bolesti, spolupracoval, snažil se před nástupem bolesti ležet na lůžku v klidu, necvičit a neprovádět dechovou rehabilitaci. Po každé aplikaci Dolsinu bolest ustupovala a poté pacient cvičil na lůžku, prováděl polohování a odpočíval. Před nástupem bolesti opět zaujímal úlevovou polohu a snažil se odpočívat.

2.4.2 Riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu omezené pohybové aktivity

Tromboembolická nemoc, zkr. TEN, je onemocnění charakterizované vznikem krevní sraženiny trombem. Nejčastěji vzniká v hlubokých žilách dolních končetin či pánve a jeho následným vniknutím do plic. Riziko TEN zvyšují stavy se zvýšenou krevní srážlivostí. Mezi rizikové faktory patří lidé s varixy, obézní, ležící, po břišních operacích, po porodu s hematologickými chorobami apod. ⁽²⁾

2.4.2.1 Příprava pacienta před operací a po operaci

Riziko TEN komplikací či plicní embolie se zvyšuje s délkou a rozsahem prováděného operačního výkonu. Vznik TEN nemoci je podporován rizikovými faktory (obezita, imobilita...). Antikoagulační terapie na jedné straně snižuje riziko vzniku TEN, ale na druhé straně zvyšuje riziko krvácení během operačního výkonu. Velmi důležitý je proto individuální přístup. Antikoagulační léčba, nejčastěji v podobě injekčně podávaného nízkomolekulárního heparinu, přikládání bandáží či kompresních punčoch, adekvátní hydratace a včasná mobilizace po operačním zákroku. (Janíková, Zeleníková, 2013; s. 28-29)

Laparoskopická operace je spojená s menším chirurgickým poraněním než u laparotomické operace. Aktivace koagulačního systému je srovnatelná nebo jen lehce menší. Laparoskopické výkony mohou trvat delší dobu než operace laparotomické. Pneumoperitoneum i obrácená Trendelenburgova poloha snižují žilní návrat z dolních končetin. (Malý, Kessler, Gumulec, Bulíková, Penka, Malý, Dulíček a kol., 2010; s. 75)

Před operací se hodnotí riziko vzniku TEN.

- 1) Nízké riziko vzniku TEN – Velký výkon, pod 40 let bez dalších rizik, malý výkon, 40-60 let bez dalších rizik.
- 2) Střední riziko vzniku TEN – Velký výkon, 40–60 let bez dalších rizik, malý výkon nad 60 let, malý výkon, 40–60 let a anamnéza HŽT (hluboká žilní trombóza, PE, nebo ženy užívající estrogény).
- 3) Vysoké riziko vzniku TEN: Velký výkon nad 60 let, 40–60 let malignita nebo anamnéza HŽT, PE, trombofilie.

Riziko zvyšuje infekční onemocnění, přítomnost varixů, celková imobilizace.

Malé výkony: jiné operace než abdominální trvající méně jak 45 min.

Velké výkony: každý nitrobřišní výkon a ostatní operace trvající déle než 45 minut. (Malý, Kessler, Gumulec, Buliková, Penka, Malý, Dulíček a kol., 2010; s. 67)

Pacient má vysoké riziko vzniku TEN, z důvodu velkého operačního výkonu, který dle lékaře bude trvat 2,5 až 3 hodiny, maligní onemocnění a obezitu II. stupně.

V pooperační době patří do preventivních opatření včasná mobilizace, aplikace antikoagulancií, přikládání kompresních punčoch, dechová rehabilitace, apod. Prevence by se měla odvíjet od stanovení rizika TEN. Nejzávažnější komplikací je plicní embolie. (Janíková, Zeleníková, 2013; s. 50)

2.4.2.2 Farmakologická profylaxe žilní tromboembolické nemoci

Nedílnou součástí profylaxe TEN jsou fyzikální metody. Důležitá je časná mobilizace nemocného po operacích, cvičení – dorzální a plantární flexe nohou po dobu alespoň jedné minuty každou hodinu u nemocných upoutaných na lůžko, elastické antitrombotické punčochy (komprese na nártu okolo 20 mm Hg). Farmakologické možnosti profylaxe tromboembolické nemoci se v posledních 10 letech výrazně rozšířily.

Nízkomolekulární hepariny (LMWH) se považují za přímá antikoagulantia. Jejich účinek je zprostředkován především vazbou na antitrombin (AT). Heparin má jako směs mukopolysacharidů různou afinitu k AT. Antitrombin se váže k heparinu pentasacharidovými sekvencemi. Biologická využitelnost heparinu je rovněž vázána na molekulární hmotnost heparinových řetězců a na jejich schopnost vázat se na endotelie a plazmatické bílkoviny. Plazmatická aktivita LMWH dovoluje při prevenci tromboembolické nemoci podávat nízkomolekulární heparin 1x denně podkožně.

LMWH má dobrý vliv i na léčbu plicní embolie (PE). Řada PE je klinicky němých. Je jisté, že část nemocných, kteří mají žilní trombózu, má i asymptomatickou TEN a tito nemocní jsou s úspěchem léčeni LMWH.

Léčba pomocí LMWH nevyžaduje v běžné klinické praxi laboratorní kontrolu účinnosti. Je při ní nutné kontrolovat trombocyty před léčbou a v jejím průběhu. Pokles trombocytů pod $100 \cdot 10^9/l$ může svědčit o imunopatologické heparinem indukované trombocytopenii. (Malý, Kessler, Gumulec, Buliková, Penka, Malý, Dulíček a kol., 2010; s. 19–27)

Den před operačním výkonem je naordinován lékářem Fraxiparine 0,4 ml k s. c. aplikaci. Po ranní hygieně zůstane pacient v lůžku a po 30 minutách se přiloží kompresní elastické punčochy. Pacient informován.

2.4.2.3 Ošetrovatelská péče 1. pooperační den

Úkolem všech opatření k zabránění vzniku TEN je zvýšení rychlosti toku krve v DK a v pánvi. Ten při normální tělesné aktivitě brání vzniku trombózy.

Mobilizace: pohyb, včasné vstávání, znamená chůzi kolem lůžka v první pooperační den.

Podpora svalové pumpy: masáž lýtka, cvičení na lůžku. Cviky je možné s pacientem nacvičit již před operačním výkonem.

- Podkolení jamky pevně přitlačit k podložce
- Kroužení chodidla, plantární flexe a extenze
- Střídavě dolní a horní končetiny natahovat a pokrčovat
- Střídavě natahovat a pokrčovat prsty u DK.

Elastická komprese: nahrazuje činnost lýtkového svalu, pokud nemocný není mobilizován. Zásadně je nutné přiložení kompresních punčoch nemocnému ve vodorovné poloze. (Trachtová, a kol., 2004; s. 49-50)

Ošetrovatelská péče TEN má preventivní charakter. Před ranní hygienou byl pacient odpojen od infuze a monitoru. Byla provedena kontrola správnosti přiložení kompresních punčoch a až poté byl pacient za asistence sanitáře přemístěn na vozík a odvezen do koupelny, kde provedl ranní hygienu. Po uložení zpět do lůžka je opět připojen na monitor, napojena infuze a kontrola správnosti přiložení kompresních punčoch, a to od konečků prstů až po třísla.

Pacient pravidelně cvičil na lůžku (každé tři hodiny), prováděl plantární flexi a extenzi, a střídavě natahoval a krčil DK. Dechovou rehabilitaci prováděl foukáním brčkem do hrnku s vodou nebo nafukováním balónku. Správnost a čas cvičení jsem pravidelně kontrolovala. Lékařem byl informován o nutnosti posazování na lůžku tak, aby měl svěšené DK, pokud se bude cítit dobře, s dohledem by měl zkoušet stání u lůžka. Během odpoledne rehabilitační sestra pacienta edukovala o správném nácviku při posazování a vstávání a poprvé se u lůžka s dohledem postavil. Před každým posazením jsem zkontrolovala správnost přiložení kompresních elastických punčoch.

V průběhu dne jsem pravidelně kontrolovala, zda pacient cvičí, provádí dechovou rehabilitaci a zaznamenávala příjem tekutin. Během dne pacient vypil 500ml sladkého čaje. Odpoledne a před koncem služby jsem provedla kontrolu DK a to pohledem, pohmatem a dotazem, zda DK nebolí. Prevence TEN probíhala bez komplikací.

Ve 20:00 hod. byl pacientovi dle ordinace lékaře aplikován Fraxiparine 0,4 ml. s. c.

Pacient spolupracuje, provádí dechovou rehabilitaci a cvičí s DK v lůžku. Prevence TEN probíhá bez komplikací. Vše jsem pravidelně zaznamenávala do ošetrovatelské dokumentace.

2.4.3 Strach

Pacient trpí úzkostnou představou, že má nádor. Na obvodního lékaře naléhal, že chce provést kolonoskopii k vyloučení nádoru na tlustém střevě. Strach a úzkost o své zdraví se u pacienta začala projevovat po úmrtí otce, který zemřel na karcinom plic, a matka na nádor na tlustém střevě. Kolonoskopie prokázala, že pacientovy obavy byly oprávněně, nádor na tlustém střevě opravdu měl.

Strach a úzkost jsou považovány za nelibé emocionální jevy negativního a pasivního charakteru, které doprovázejí nebezpečné, ohrožující situace. Spojují se také s nepříjemnými tělesnými pocity a projevy. Úzkost je typickou součástí symptomatologie neuróz i řady onemocnění psychotického charakteru. K nejčastějším úzkostným poruchám patří fobické poruchy, panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, obsedantně-kompulzivní porucha, disociační poruchy a somatomorfní poruchy. (Paulík, 2010; s. 55-56)

Důležité je stanovení problémů a cílů. Je potřeba odlišit problém od příznaků. Např. bušení srdce, pocit na zvracení, slabost nejsou problém, ale příznak, potíže. Problém je strach z onemocnění. Opět je potřeba problém konkretizovat. Strach z onemocnění neustále nutí nemocného chodit k lékařům. (Paulík, 2010; s. 70–72)

Lze říci, že v určité situaci prožíváme strach z něčeho konkrétního, a to ať už z předmětu, osoby nebo události. Strach vyvolává ale i pouhé očekávání, že budoucí situace může být nebezpečná. Někdy může být strach i užitečný, a to v případě, že nás chrání před zbytečným rizikem (např. přestat kouřit z obavy před následky). (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007; s. 49)

Způsob, jak jednat s nemocným, který prožívá strach a úzkost, není jednoduchý. Vždy záleží na profesionálním přístupu, chování a jednání nejen zdravotnických pracovníků, ale i blízké rodiny.

- Rozptýlení strachu a úzkosti – správná edukace, odpovídat na pacientovy otázky.
- Dobře vedený rozhovor – dáváme najevo zájem o jeho osobu.
- Vhodné zaměstnání snižuje strach – umožníme pacientovi sledovat televizi, poslouchat hudbu.

- Psychologie čekárny – znamená, že pacienta nenecháme dlouho čekat na vyšetření. Veškerá vyšetření a konsilia měl pacient stanovené na čas, který byl dodržen.
- Profesionální chování. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007; s. 51)

Když se vrátíme do historie, tak je možné vzpomenout na filosofa Platona, který napsal, že když léčíme oko, musíme věnovat pozornost celé hlavě. A věnujeme-li pozornost pouze hlavě a ne celému tělu, neděláme dobře. Stejně tak nedobře děláme, když léčíme tělo a nevěnujeme pozornost duši. Léčení jedné části by nikdy nemělo probíhat bez pozornosti věnované druhým částem. Platon kladl důraz na holistický pohled člověka. (Faleide, Lian, Faleide, 2010; s. 17)

2.4.3.1 Ošetřovatelská péče 1. pooperační den

Ošetřující lékař do diagnóz napsal, že pacient trpí karcinofobií. Tuto diagnózu však prokázanou od psychiatrického lékaře nemá. Jak pacient popisuje své pocity, trpí spíše strachem.

Při odběru ošetřovatelské anamnézy dle Marjory Gordon uváděl pacient, že žije v harmonickém vztahu se svojí manželkou. Po smrti otce na karcinom plic, se jeho matka trápila. Nového partnera si nenašla a žila jen pro děti a vnoučata. Těšila se na odchod do důchodu a na cestování s vnoučaty. Nemoc jí plány překazila a v 63 letech umírá na karcinom tlustého střeva. Tyto události vyvolávají dodnes u pacienta strach a úzkost z vlastní nemoci a ze ztráty blízkých. Manželka říká, že jí často zatěžuje chorobnými představami, že trpí nevléčitelnou nemocí. Každá myšlenka na nemoc pacientovi nahání hrůzu, bývá mu špatně až na omdlení. Při těchto myšlenkách chodí po bytě, hledá si práci, aby je zahnal. Pacient měl v mládí strach, že zemře jako otec na rakovinu plic, proto přestal kouřit. Tento strach byl užitečný. Pacient měl obavy, že bude mít stejné onemocnění jako matka, proto si nechal udělat kolonoskopické vyšetření, aby se strachu zbavil. Zpráva byla pro pacienta nepříznivá, strach přetrvává. Ke strachu z onemocnění z nádoru se přidal ještě strach z chirurgického výkonu.

Po operaci jsem s pacientem hodnotila bolest. Standardně se hodnotí každé 3 hodiny, ale pacient měl velký strach z bolesti a proto mě požádal, zda by bolest

nemohla být hodnocena každou hodinu. Vysvětlila jsem mu, že připomínat bolest každou hodinu není vhodné, ale jestli to pomůže překonat strach, požadavku vyhovím.

S odstupem času si uvědomuji, že se pacient hodně vyptával. Otázky míval připravené a cílené. Největší strach pro pacienta byla hrozba pooperační bolesti. Přes veškeré informace, které dostal od lékaře i ošetřovatelského personálu, strach přetrvával. V průběhu hospitalizace jsme se bolesti hodně věnovali. Každou hodinu intenzitu bolesti hodnotili. Pacient měl veliký strach, ale díky profesionálnímu chování lékařů, zdravotnického personálu a obrovské podpory ze strany rodiny byl strach minimalizován.

2.5 Dlouhodobá péče

Pacient byl při propuštění domů poučen, že do tří dnů se musí dostavit ke svému obvodnímu lékaři. Při odchodu z nemocnice toleruje kašovitou stravu a je mu doporučeno postupně přidávat ke stravování více potravin, které nezpůsobují nadýmání.

Kontrola byla naplánována na 15. 9. 2015 v 8:00 hod. na chirurgickém oddělení, komplement A. Při kontrole zjištěno, že pacient dobře toleruje potravu a daří se mu dobře. Rány po operačním výkonu jsou bez známek infekce. Pacientovi vyndány stehy.

Lékař pacienta informoval o výsledku histologie. Nádor byl úspěšně odstraněn a výsledky jsou příznivé. Vysvětlil mu důležitost chemoterapie.

S pacientem byla naplánována chemoterapie, a to 6 cyklů. Chemoterapie je léčba chemickými látkami. Bylo zjištěno, že po chirurgickém odstranění nádoru mohou v této oblasti vznikat tzv. mikrometastázy, které nejsou viditelné pouhým okem při rentgenovém vyšetření či při operaci. To je důvod, proč je pacientům nasazována chemoterapie. Chemoterapie podávaná po operaci má za cíl zničit zbylé nádorové buňky a tím zabránit návratu onemocnění.⁽³⁾

Chemoterapii domluvil lékař v nemocnici v místě bydliště na onkologickém oddělení, kam pacient bude docházet dle rozpisu.

Další kontrola proběhla 21. 9. 2015. Pacient měl za sebou první cyklus chemoterapie, udával, že se cítí dobře a léčbu dobře snáší. Žádné dietní omezení už nedodržuje, jen se vyhýbá jídlům, která způsobují nadýmání. Snaží se jíst častěji v menších dávkách.

Za tři měsíce se má pacient dostavit na kontrolu na chirurgické oddělení. Pokud bude vše v pořádku, na kontroly již docházet nemusí a zůstane v péči svého praktického lékaře.

V průběhu kontroly byly u pacienta prováděny odběry, a to KO+ dif., CRP a FW. Hodnoty byly ve fyziologické normě.

Dlouhodobá péče pro pacienta znamená, že bude pravidelně chodit na preventivní prohlídky a bude dodržovat správnou životosprávu. Důležitá je i dobrá psychická kondice.

Pacient udával, že chodí na pravidelné procházky a vykonává drobné domácí práce jako mytí nádobí, vysávání, zalévání květin a pravidelně odpočívá. Je bez dietního omezení, jen se snaží vyhýbat nadýmavým jídlům. Jí častěji a v menších porcích. Lékaře požádal, jestli může po obědě a po večeři sklenici piva. Lékařem mu pivo nezakázal.

2.6 Diskuze

Nádory na tlustém střevě představují v České republice jedny z nejčastějších karcinomů. V časopise *Postgraduální medicína* z roku 2014 je uváděno, že za rok 2011 bylo diagnostikováno 7800–8200 pacientů se zhoubným novotvarem tlustého střeva nebo konečníku. Ve stejné době na tento nádor zemřelo 3800–4200 pacientů. Je zde uvedeno, že role chirurgické léčby vždy byla a zůstává zcela zásadní a zcela rozhodující pro další vývoj tohoto onemocnění. Ani v dohledné budoucnosti se léčba kolorektálního karcinomu bez chirurgie neobejde.

Dlouhodobá budoucnost účinné léčby kolorektálních karcinomů pokročilejších stadií bude nepochybně nadále v kombinovaném přístupu. Předoperační radiochemoterapie karcinomu a pooperační chemoterapie.

Jak se v časopise uvádí, v závislosti na stádiích onemocnění a žádoucích změnách v jejich proporcích ve prospěch častějších nálezů se budou ještě více uplatňovat operace mini invazivního typu a modernější operační technika, tedy především operace laparoskopické a robotické. Z ryze onkologického hlediska není nijak rozhodující, zda byl nádor odstraněn operací klasickým otevřeným přístupem, laparoskopicky nebo pomocí operační robotické techniky. Bude-li však klasická operace otevřeným přístupem nadále ceněna jako dosud jen v tisícikorunách, laparoskopické výkony v desetitisících a robotické výkony ve stotisícových hodnotách, zůstanou nám rozhodovací dilemata spíše ekonomická.⁽⁹⁾

U pacienta byl nádor na tlustém střevě diagnostikován v počátečním stádiu. Díky tomu byla provedena včasná operace bez potřeby předoperační radiochemoterapie. Po operaci je k prevenci mikro metastáz chemoterapie vhodná. Pacient absolvoval 6 cyklů na onkologickém oddělení.

Pacient podstoupil laparoskopický výkon. Velkou výhodou je minimální porušení stěny břišní a rychlejší mobilizace po výkonu než při klasické laparotomii. Stránku finanční nemohu posoudit, ale rekonvalescence po laparoskopické operaci je mnohem kratší, než po operaci laparotomické.

V článku *colon resection* z roku 2015 se uvádí jako kontraindikace k laparoskopické operaci nitrobřišní srůsty nebo zjizvená tkáň z předešlých

břišních chirurgických zákroků. Jako u všech laparoskopických břišních operacích je nutné, aby pacient toleroval insuflaci, proto u pacientů s dýchacími obtížemi není laparoskopická operace indikována.⁽⁴⁾

V rámci předoperační přípravy je nutné interní a anesteziologické konsilium. Je na lékaři, aby před operací zvážil všechny výhody a nevýhody laparoskopické operace. Někdy bývá zvykem, že lékař provede laparoskopii a peroperačně se rozhodne, zda operaci laparoskopicky dokončí, nebo provede laparotomii.

Zajímavým tématem je prevence infekce močových cest spojená s katetrizací močového měchýře. V knize Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II z roku 2013 je uvedeno, že tyto infekce představují asi 30 % všech infekcí spojených se zdravotní péčí, a to na úseku akutní péče. Riziko výskytu infekce močových cest úměrně stoupá s délkou zavedení katétru. O odstranění PMK rozhoduje lékař. Po odstranění katétru poučíme pacienta o nutnosti sledovat močení a o případných nežádoucích pocitech v průběhu mikce. Pacient by se měl spontánně vymočit cca do 6 hodin od odstranění cévky. Pokud je indikováno mikrobiologické vyšetření katétru, odstříhneme po vytažení konec katétru sterilními nůžkami do sterilní zkumavky a zašleme do laboratoře. (Vytejková, Sedlářová, Wirthová, Otradovcová, Pavlíková, 2013; s. 137-139)

Pacientovi byl PMK zaveden lékařem na vyšetřovně. V průběhu hospitalizace byl 1 x přecévkován. Po odstranění katétru je konec cévky vždy poslán na K + C vyšetření (výsledek byl pokaždé negativní). Po odstranění močového katétru (odstraňuje sestra), je poučen o nutnosti sledovat močení a při komplikacích neprodleně informovat ošetrovatelský personál. První mikce proběhla po odstranění do 4 hodin, a jak pacient uváděl, bez komplikací.

V časopise Sestra z roku 2014 je článek o pooperační péči po laparoskopických výkonech. Je zde uvedeno, že mezi výhody laparoskopické chirurgie kolorekta patří: menší krevní ztráty, lepší vizualizace během operačního výkonu, menší výskyt pooperační bolesti, pooperačních komplikací typu infekce rány či dehiscence, kratší rekonvalescence, hospitalizace a rychlejší návrat k normálním aktivitám. Mezi nevýhody lze uvést, že se jedná o obtížnou chirurgii, chybí palpační vjem ruky, jiný pohled na anatomii břišní dutiny, omezení

možnosti ve výběru nástrojů, potenciální vznik závažných komplikací. Kontraindikací pro laparoskopické operace jsou: celkový stav pacienta, ileózní stav a nesouhlas pacienta. Nemocný je obecně po laparoskopické operaci méně ohrožen plicními a oběhovými komplikacemi. Kromě obecných komplikací se u střevních operací setkáváme s problémy pro ně specifickými. Pooperační časné komplikace tvoří časný ileózní stav, hemoperitoneum, hnisavé komplikace a jiné, které souvisejí s přidruženými chorobami. Mezi pooperační komplikace pozdní můžeme zmínit benigní stenózu v anastomóze, kýlu v jizvě po incizi nebo mini laparotomii.

Úkolem pooperační péče je pomoci pacientovi zotavit se z anestezie, udržet jeho tělesný systém, předcházet pooperačním komplikacím, zmírňovat pooperační bolest a nepohodu. Žádný monitor nemůže nahradit zkušenou sestru, která zajišťuje nepřetržité sledování a intenzivní péči po operaci.⁽⁵⁾

Doba laparoskopické operace se zkracuje díky častým laparoskopickým výkonům a zručnosti chirurga. Pacient byl na operačním sále operován 2,5 hodiny. Po operačním výkonu byla krevní ztráta odhadována na 250 ml. O veškerých komplikacích, které laparoskopická operace nese, byl pacient poučen lékařem a podepsal souhlas s operací. Rekonvalescence po laparoskopickém výkonu trvala 8 dní. Po 8 dnech byl pacient zcela soběstačný.

Prevence tromboembolické nemoci je v knize Ošetrovatelská péče v chirurgii popisována tak, že v pooperační době je důležitá včasná mobilizace, aplikace antikoagulancií, přikládání bandáží, dechová rehabilitace apod. Prevence by se měla odvíjet od stanovení rizika TEN. (Janíková, Zeleníková, 2013; s. 50). Pacient se po operaci postavil u lůžka za pomoci rehabilitační sestry a sanitáře první pooperační den, přiložení kompresních punčoch byla jako prevence TEN samozřejmostí. Fraxiparine se aplikoval každý den během hospitalizace. Při propuštění byl pacientovi fraxiparine předepsán lékařem. Během hospitalizace pacient na lůžku cvičil a prováděl pod dohledem dechovou rehabilitaci. Aplikaci fraxiparinu pacient zvládal.

Článek o prevenci a léčbě žilního tromboembolismu u nemocných s maligními nádory pochází z časopisu Remedia z roku 2014. Zde se píše, že u onkologických nemocných je riziko vzniku žilní trombózy 4-7x vyšší oproti

nemocným, kteří nádor nemají. Nejvyšší riziko TEN hrozí u pacientů s adenokarcinomy ovariálními, plicními, pankreatickými nebo střevními, také u nádorů žaludku, mozku, lymfomů a myelomů. Největší riziko vzniká postoperačně, v souvislosti s velkými resekčními výkony. Komplikace jsou postoperačně vyšší u starších nemocných, obézních, s případnými komplikacemi ve smyslu infekcí, oběhové nedostatečnosti nebo nutnosti prolongované hospitalizace. I některé chemoterapeutické léky výrazně disponují ke vzniku trombózy.

V perioperačním období je nutná farmakoprolaxe nízkomolekulárního heparinu. Doba podávání preventivní dávky nízkomolekulárního heparinu postoperačně není jednoznačně určena. Běžná doba medikace je 14 dní – do plné mobilizace a minimálně po dobu nutné hospitalizace, lépe však s jistým přesahem.⁽⁶⁾

Pacient měl fraxiparine naordinován den před plánovaným výkonem a nízkomolekulární heparin dostal i domů. Aplikaci Fraxiparine k prevenci TEN prováděl 19 dní.

V časopise Postgraduální medicína z roku 2013 je uváděno, že chirurgičtí pacienti mají zvýšené riziko TEN v závislosti na obezitě, věku, malignitě a prodělané TEN v anamnéze. V multicentrické studii STEP bylo zjištěno, že LMWH ve srovnání s kontrolami bez tromboprolaxe nesnižuje pouze pooperační incidenci fatální plicní embolie, ale také celkovou pooperační mortalitu. Je zde uváděno, že u laparoskopických operací je riziko TEN nízké. Bez profylaxe byla incidence hluboké žilní trombózy zjištěna ultrazvukem nebo venograficky 0-2 %. Při jakékoliv profylaxi je riziko TEN po laparoskopických výkonech menší než 1 %.⁽¹¹⁾

U pacienta jsme hodnotili riziko vzniku TEN. Jelikož byl pacient obézní, věk nad 60 let a byl naplánován veliký výkon, bylo zde velké riziko vzniku TEN. I přesto, že v časopise uvádí, že u laparoskopických operací je riziko TEN nízké, není možné prevenci podceňovat.

V časopise Urologické listy z roku 2007 je uváděno, že pooperační bolest je typickým příkladem akutní bolesti z patofyziologického i terapeutického

hlediska. Její intenzitu, kvalitu a trvání ovlivňuje řada faktorů týkajících se vlastní operace, ale i předoperační přípravy a zejména pooperační péče.

Pooperační bolest je modelovým případem akutní bolesti jak z patofyziologického, tak z terapeutického hlediska. Faktory ovlivňující pooperační bolest jsou: místo, typ, trvání operačního výkonu, rozsah incize, fyzický a psychický stav pacienta, předoperační psychologická a farmakologická příprava, typ anestezie, tišení bolesti před a po operaci, výskyt chirurgických komplikací a kvalita pooperační péče.

Tlumení bolesti musí nastoupit včas, pokud možno okamžitě. Léčbu bolesti je třeba zahájit před stanovením definitivní diagnózy.

Péči o pooperační bolesti lze svěřit ve velké míře sestřám. Klíčovou osobou je speciální sestra, která hodnotí akutní bolest na chirurgickém pracovišti. Kontroluje, zda jsou do dekurzů zaznamenávány vizuální analogové škály (VAS). Do léčby bolesti jsou angažovány službu mající sestry i chirurgové všech operačních oddělení. Bolest je každé 3 hodiny měřena a zaznamenávána sestrou daného oddělení a neměla by být větší než 3 (v 10 stupňové škále). Monitorování bolesti pomocí VAS je stejně důležité jako sledování TK, P a TT.⁽¹²⁾

Měření VAS u pacienta probíhalo před aplikací každé dávky analgetika a po aplikaci. Vše se zaznamenávalo do chorobopisu. Speciální sestru pro akutní bolest oddělení nemá, proto bolest hodnotila ošetřující sestra. Na oddělení byl kladen důraz na hodnocení, které se provádělo každou hodinu. Pacient byl poučen o používání měřicího pravítka. Lékař se pacienta na bolest pravidelně ptal.

Ve článku Challangas associated with the implementation of the nursing proces z roku 2015 je uváděno, že všichni studenti ve spojených státech amerických, kteří nastoupí do prvního ročníku ošetřovatelství, jsou školeni v ošetřovatelském procesu. Ošetřovatelský proces pomáhá vytvářet a plánovat efektivní ošetřovatelskou péči, která má za cíl zlepšit kvalitu péče o pacienty. Bylo prokázáno, že ošetřovatelský proces se v praxi potýká s mnoha problémy.⁽⁷⁾

Ošetřovatelský proces je pro praxi velice důležitý. Každé oddělení má vypracovaný svůj standart. Veškeré informace, které se od pacientů získají, jsou zaznamenávány do ošetřovatelské dokumentace. Při předávání služby, sestry v ošetřovatelském procesu pokračují. Důležitý je i přístup zdravotnického

personálu k ošetrovateľskému procesu a nalezání dostatečného času v pracovní době, což je někdy obtížné.

Závěr

V případové studii jsem se věnovala pacientovi, který podstoupil plánovaný laparoskopický výkon pro adenokarcinom sigmoidea.

V teoretické části jsem se věnovala četnosti výskytu nádorů na tlustém střevě a důležitosti epidemiologie. Zmínila jsem anatomii, patofyziologii tlustého střeva a vyšetřovací metody, které jsou důležité k diagnostice. Pacient podstoupil laparoskopickou operaci, proto jsem popsala postup a výhody, které tento výkon přinesl. Informace jsem čerpala z literatury.

V ošetrovatelské části jsem se věnovala ošetrovatelské anamnéze, kterou jsem odebírala první pooperační den podle modelu Marjory Gordonové: Model funkčních vzorců zdraví. Porovnála jsem pacientovi pocity a zvyklosti před hospitalizací a v době hospitalizace.

Tématem práce byli ošetrovatelské problémy. Konkrétně péče o nemocného s bolestí, riziko vzniku tromboembolické nemoci a psychologické strážce pacienta, jeho strachu z nemoci a pooperační bolesti.

Cílem mé práce bylo seznámení s nádorovým onemocněním tlustého střeva. Popsala jsem druhy léčby, prognózu při včasné i pozdní diagnóze. Důležitá byla chirurgická léčba, kterou pacient podstoupil. Popsala jsem postup laparoskopické operace a možné komplikace, které tento výkon přináší.

V ošetrovatelské části jsem si dala jako cíl docílit co nejrychleji pacientovi soběstačnosti, aby mohl být samostatný ve všech činnostech běžného života. Porovnála jsem jeho soběstačnost při příjmu, v průběhu hospitalizace a při propuštění do domácí péče. K hodnocení jsem použila Barthelové test základních všedních činností. První den po operaci byl pacient zcela nesoběstačný, každý den byl vidět pokrok a v době propuštění byl pacient zcela soběstačný. Důležité bylo i hodnocení bolesti, z které měl pacient největší strach. Již 3. pooperační den je bolest minimální a pacient udával, že léky nepotřebuje.

V dlouhodobé péči jsem se věnovala kontrolám, které probíhají po operaci v nemocnici a dále pak u obvodního lékaře. Pacient byl v péči onkologa, kde podstoupil sérii chemoterapií.

V závěru práce se věnuji diskuzi. Vyhledala jsem zajímavé články v knížkách, časopisech i na internetu a porovnála je s péčí, kterou měl pacient na chirurgickém oddělení během hospitalizace.

Seznam použité literatury

DOENGES, M., E. a M., F., MOORHOUSE. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2001, 568 s. ISBN: 80-247-0242-8.

DRAHOŇOVSKÝ, V. *Laparoskopie: přehled laparoskopických výkonů a základy předoperační přípravy a pooperační péče v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Galén, 2000, 103 s. ISBN 80-7262-060-6.

FALEIDE, A., O., LIAN, L., B a E., K., FALEIDE. *Vliv psychiky na zdraví soudobá psychosomatika*. Praha: Grada publishing, a. s., 2010, 240 s. ISBN 82-450-0127-9

CHROBÁK, L. a kol. *Propedeutika vnitřního lékařství: nové, zcela přepracované vydání doplněné testy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, 244 s. ISBN 978-80-247-1309-0.

JABLONSKÁ, M., a kol. *Kolorektální karcinom: časná diagnóza a prevence*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2000, 456+8 s. ISBN 80-7169-777-X.

JANÁČKOVÁ, L. *Bolest a její zvládnutí*. Praha: Portál, s.r.o., 2007, 191 s. ISBN: 978-80-7367-210-2.

JANÍKOVÁ, E. a R. ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada publishing, a. s., 2006, 356 s. ISBN 80-247-1720-4

KRŠKA, Z., HOSKOVEC, D., PETRUŽELKA, L, a kol. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014, 904 s. ISBN 978-80-247-4284-7.

LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. a kol. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.

MALÝ, P., KESSLER, P., GUMULEC, J., BULIKOVÁ, A., PENKA, M., MALÝ, R., DULÍČEK, P. a kol. *Trendy v profylaxi žilní tromboembolické nemoci*. Praha: Mladá fronta, a.s., 2010, 206 s. ISBN 978-80-204-2021-3.

PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.

PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 152 s. ISBN: 80-247-1211-3.

RICHARDS, A. a S. EDWARDS. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Vyd. 1., české. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004, 376 s. ISBN: 80-247-0932-5.

STAŇKOVÁ, M. *Jak provádět ošetrovatelský proces: České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999, 66 s. ISBN: 80-7013-283-3.

ŠAFRÁNKOVÁ, A. M. NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 216 s. ISBN: 80-247-1777-8

ŠVÁB, J. *Operace tlustého střeva*. Praha: TRITON, s.r.o., 2000, 120 s. ISBN 80-7254-122-6.

TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 2., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004, 186 s. ISBN: 80-7013-324-4.

VYHNÁLEK, F. a kol. *Chirurgie I pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium, spol. s.r.o., 1997, 189 s. ISBN 80-86073-07-6.

VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V. a J., HOLUBOVÁ. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, 256 s. ISBN: 978-80-247-3419-4.

VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., OTRADOVCOVÁ, I. a P., PAVLÍKOVÁ. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, 272+16 s. ISBN 978-80-247-3420-0.

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., a J., ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada publishing, a.s., 2007, 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Internetové zdroje

1. Epidemiologie nádorů tlustého střeva a konečníku v ČR. In: *Zdravi.e15.cz* [online]. 2014 [cit. 13-12-2015]. Dostupné z: <zdaravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/epidemiologie-nadoru-tlusteho-streva-v-cr-nova-data-narodniho-onkologickeho-registru-za-rok-2011-476639>.
2. *Lekarske.slovniky.cz. Tromboembolická nemoc* [online]. 2014 [cit. 15-12-2015]. Dostupné z: <<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/tromboembolicka-nemoc>>.
3. DERETIČ, D. Léčba nádoru tlustého střeva. In: *Medixa.org* [online]. 2012 [cit. 14-4-2015]. Dostupné z: <<http://cs.medixa.org/lecba/lecba-nadoru-tlusteho-streva>>.
4. STEIN, E., D.; Colon resection. [online]. 2015 [cit. 22-2-2016]. Dostupné z: <<http://emedicine.medscape.com/article/1891505-overview>>.
5. Pooperační péče po laparoskopických výkonech- Chirurgie ZDN. In: *Zdravi.e15.cz* [online]. 2014 [cit. 13-12-2015]. Dostupné z: <<http://zdaravi.e15.cz>>

zdravi.e.15.cz/clanek/sestra/pooperacni-pece-po-laparoskopickych-vykonech-283931>.

6. Karetová, D., Bultas, J., *Prevence a léčba žilního tromboembolismu u nemocných s maligními nádory*. In: časopis Remedie.cz [online]. 2014 [cit. 2. 4. 2016]. Dostupné z: <<http://www.remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2014/3-2014/Prevence-a-lecba-zilniho-tromboembolismu-u-nemocnych-s-malignimi-nadory/e-1AD-1Gb-1Gg.magarticle.aspx>>.
7. Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Tabrizi, F. J., Behshid, M., & Lotfi, M.; Challenges associated with the implementation of the nursing process: A systematic review. [online]. 2015 [cit. 22-2-2016]. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4525336/#sec1-2title>>.

Jiné zdroje

8. Chorobopis zdravotnického zařízení, kde byl pacient hospitalizovaný. Informovaný souhlas k nahlédnutí u autorky.
9. Postgraduální medicína - odborný časopis pro lékaře, časopis 7/2014. Zavoral, M., a kol. *Kolorektální karcinom*. ISSN 1212-4184.
10. LEMON 1: *Learning Material On Nursing. Soubor učebních textů pro sestry a porodní asistentky*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997, 184 s. ISBN: 80-7013-234-5
11. Postgraduální medicína- odborný časopis pro lékaře, časopis 2/2013. Musil, D., *Prevence tromboembolické nemoci, současné možnosti*. ISSN 1212-4184
12. Urologické listy, časopis 2/2007. Ševčík, P. a I., Kříkava. *Pooperční bolest*. ISSN 1214-2085

Použité zkratky

ALT	Alaninaminotransferáza (enzym zvýšený u hepatopatie)
AMP	Ampule
APC	Adenomatous polyposis coli
Apod	A podobně
AS	Akce srdeční
ASK	Artroskopie
AT	Antitrombin
ATB	Antibiotikum
BILAT	Bilaterální
BMI	Body mast index
Cl	Chlor
CM	Centimetr
CRP	C - reaktivní protein
CT	Počítačová tomografie
Č	Číslo
DIFF.	Diferenciál
DK	Dolní končetina
EKG	Elektrokardiogram
FAP	Familiární adenomatózní polypóza
FF	Fyziologické funkce
FW	Farhaeus a Westergren (sedimentace erytrocytů)

F1/1	Fyziologický roztok plný
G	Gram
G10%	10% glukóza
HNPCC	Hereditární non-polypózní kolorektální karcinom
HOD	Hodina
HŽT	Hluboká žilní trombóza
I.M.	Intramuskulární
IPK	Idiopatická proktokolitida
I.V.	Intravenózní
JIP	Jednotka intenzivní péče
K	Kalium
K+C	Kultivace + citlivost
KG	Kilogram
KO	Krevní obraz
LHK	Levá horní končetina
LMWH	Nízkomolekulární heparin
MG	Miligram
MIN	Minuta
ML	Mililitr
MM	Milimetr
MMHG	Milimetr rtuťového sloupce
MR	Magnetická rezonance

N	Nerv
Na	Sodík
NAPŘ.	Například
NEG	Negativní
NOR	Národní onkologický registr
OCH	Dieta chirurgická
OS	Dieta čajová
P	Puls
PH	Potenciál vodíku
PHK	Pravá horní končetina
PE	Plicní embolie
PMK	Permanentní močový katetr
P.O.	Perorální
POPŘ	Popřípadě
P.P.	Podle potřeby
P.R.	Per rektum
PŽK	Permanentní žilní katetr
RESP	Respektive
RF	Ringerův roztok
PR	Per rectum
S	Strana
S.C.	Subkutánní

SPO ₂	Saturace krve kyslíkem
STP.	Stav po
TAB	Tabulka
TBL	Tableta
TEN	Tromboembolická nemoc
TF	Tepová frekvence
TK	Tlak krevní
TNM	Tumor, node, metastasis
TZN	To znamená
V	Véna
VAS	Vizuální analogová škála
VS	Versus
ZN	Zhoubný nádor

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Ošetřovatelská anamnéza (Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK)

3. LF UK. Ústav ošetřovatelství. Praha. *Ošetřovatelská anamnéza* [online]. [cit. 2014-03-03]. Dostupná z: <http://vyuka-data.lf3.cuni.cz/CNSK007P2/-data.f3.cuni.cz/CNSK007P2/oseanamneza%203%20lf%2851384dbf5bbdb%29.pdf>.

Příloha č. 2, 3 a 4: Zdroj z archivu autorky.

Přílohy

Příloha č. 1

Ošetřovatelská anamnéza

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

Oddělení: CHIRURGICKÉ ODĚLENÍ NIP
Datum a čas odběru anamnézy: 19.10.2015 v 16:00 hod
Jméno (iniciály): M. J. Pohlaví: MUŽ Věk: 68 let
Datum přijetí: 30.9.2015
Stav: ŽENATÝ Povolání: DŮCHODCE
Rodina informována o hospitalizaci: ano ne
Diagnóza při přijetí (základní): KARCINOM SIGMOIDEA
Chronická onemocnění: HYPERTROFIE PROSTATY
HYPERURIKEMIE
Infekční onemocnění: NE ANO
Režimová opatření:
Léčba:
Operační výkon: LAPAROSKOPICKÁ RESEKCE Pooperační den: 1. poop. den
Farmakoterapie:
TRAXIPARINE 0,4 ml s.o. 20:00 hod
DOLISIN 100 mg 1.m. 2:00 - 8:00 - 14:00 - 20:00
CONTRALOC 1 amp. i.v. 20:00 hod
AMBRÓBENE 10 mp i.v. 8:00 - 20:00
Jiné léčebné metody:
Má nemocný informace o nemoci: ano ne částečně
Alergie: ano ne jaké:

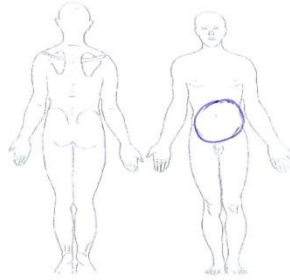
Fyziologické funkce: P: 76' TK: 115/65 D: 14' SpO2: 93% TT: 36,4°C

1) Vědomí

stav vědomí: při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC: 15 bodů
 Orientovaný Deorientovaný

2) Bolest

bolest : ano akutní chronická
 tupá bodavá křečovitá svalová jiná
 ne
lokalizace :



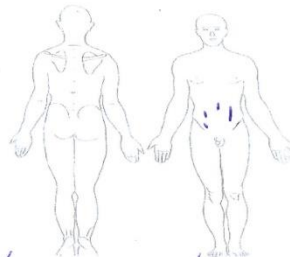
Intenzita : /---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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
 ne Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre: 25/5
lokalizace : - OPERAČNÍ RÁNY



Hodnocení rány: KLIDNÉ, BEZ ZNAMEN INFEKCE
Ošetření rány: DESINFEKCE, TETUŽ. OBVÁZ. NOVÝM DIV. STERILNÍM ČTVEREC

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba).....
PACIENT INFORMOVAN O SVEM ZDRAVOTNIM STAVU
Úrazy: ano ne jaké :

6) Výživa, metabolismus

Dieta: DS Nutriční skóre: VSECHNY ODPOVEDI V NE
Hmotnost: 106 kg Výška: 172 cm BMI: 35,83; OBEZITA II. stupně
Chuť k jídlu: ano ne
Potíže s přijímáním potravy: ano ne jaké:

7) Vyprazdňování

problémy s močením: ano pálení řezání retence inkontinence
 ne PHK
problémy se stolicí: ano průjem zácpa inkontinence
 ne
stolice pravidelná: ano ne
datum poslední stolice: 30.8.2015
Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev
Inkontinenční pomůcky
Toaletní křeslo
Močový katétr ANO počet dní zavedení: 2 den
Rektální odvodný systém:.....
Stomie.....

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: RHB NA LŮŽKU, DECHOVA' RHB
Barthel test: 10 bodů - VÝROCE ZAVRŠIL
Riziko pádu: ANO skóre: 8 bodů NE
Pohyblivost: chodící samostatně chodící s pomocí

ležící pohyblivý ležící nepohyblivý

pomůcky jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : 4-6 hod hodina usnutí : 22:00

poruchy spánku : ano ne jaké :

hypnotika : ano ne

návyky související se spánkem : CHLADNÉ PROSTŘEDÍ, TMA, TICHŮ

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem : ano ne jaké : KRÁTKOZRÁKOST, DALEKOZRÁKOST

potíže se sluchem : ano ne jaké :

porucha řeči : ano ne jaká :

kompensační pomůcky : ano ne jaké : BRÝLE

orientace : orientován

dezorientovaný místem časem osobou

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav : klidný rozrušený SMUTNÝ

Pocit strachu nebo úzkosti : ano ne BOLEST, VÝSLEDEK, OPELACE

Úroveň komunikace a spolupráce : dobrá obtížná

Plánování propuštění

Bydlí doma sám : ano ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění : RODINA - MANŽELKA

kontakt s rodinou : ano ne

12) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : SILIKONOVÝ Datum zavedení : 31.8.15

Permanentní močový katétr : ano ne

i.v. vstupy : ano periferní datum zavedení : 1.9.15 kde : KUBITA LHK

stav : BEZ ZNÁMEK INFEKCE

centrální datum zavedení : kde :

stav :

ne

Ústav ošetřovatelství, 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:.....

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

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

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

Zdroj: Staňková, M.: České 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 - 20 bodů
 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	Dobrý 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Nemí 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Čast. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

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

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně. *25 bodů*

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutritional Risk Screening

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

Hodnocení:

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

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

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

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu	
Anamnéza:	
<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)	3 body
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více	2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze	1 bod
<input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladi na lůžkové odd.	1 bod
<input type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém	1 bod
<input type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa)	1 bod
1 bod	
Vyšetření	
<input type="checkbox"/> Soběstačnost	
- úplná	0b
- částečná	2b
- nesoběstačnost	3b
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce	
- spolupracující	0b
- částečně	1b
- nespoupracující	2b
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)	
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závrate?	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 <i>=> 9 bodů</i>
14 – 19 bodů	Vysoké riziko

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

5. Hodnocení vědomí

Glasgow Coma Scale

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

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

Ošetřovatelské zhodnocení

⇒ RIZIKO VÝNIKU PADU - posranice @ jedné straně těla, nutnost asistence při vstupu a výstupu z postele, nutnost asistence při pohybu v poklopu, osobní péče na náramku pacienta ⇒ PACIENT INFORMOVAN
 ⇒ RIZIKO VÝNIKU DEHYDRACE - nutnost nahrazení množství vyloučené tekutiny, fixace vzhledu těla ⇒ PACIENT INFORMOVAN
 ⇒ KONTROLA INVAZIVNÍCH VSTUPŮ - medrenel, katele ⇒ Na @místo katele
 ⇒ PRAVIDELNÉ VĚŠENÍ FF+ katele ⇒ na katele na ruce @ dokumentaci
 ⇒ PŘÍJÍMÁNÍ LÉKŮ A POKYTOVNÍ VÝZVY - dle předpisu lékaře
 ⇒ PACIENT JIHOUDRACUJE

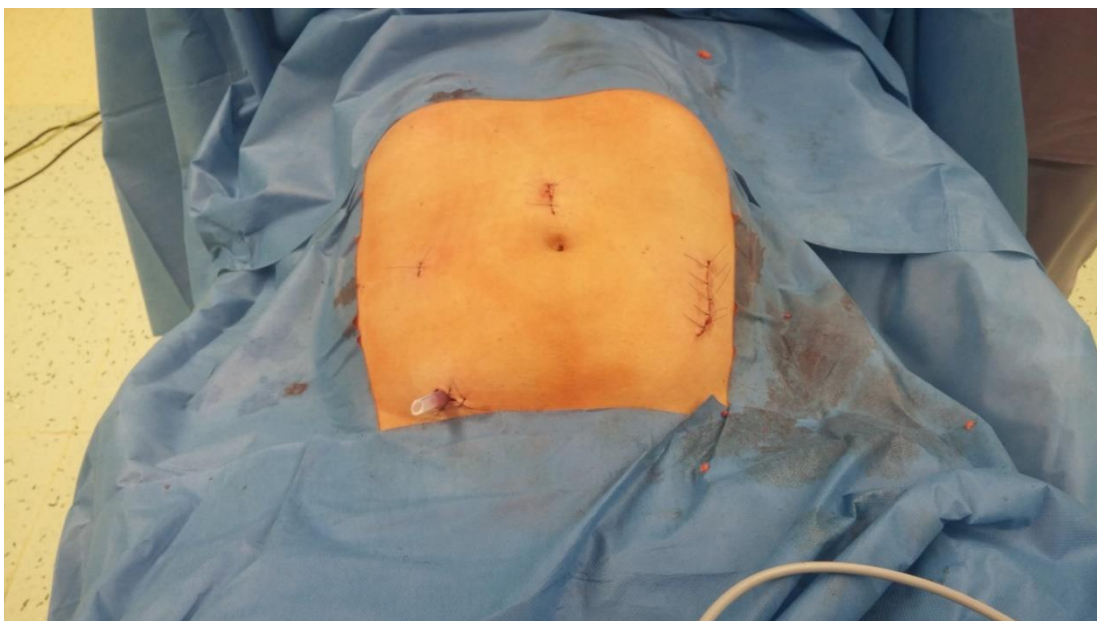
Příloha č. 2

Endo stapler



Příloha č. 3

Pacient po operačním výkonu. Umístění drénu a velikost incizí.



Příloha č. 4

Krytí operačních ran náplastí Cosmopore . Drén kryt mulovými čtverci.

