Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetřovatelství

Bakalářské studium ošetřovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

Ošetřovatelská kazuistika u pacienta s karcinomem jícnu

Nursing care of the patient with carcinoma oesophagus

2006/2007 **Lucie Hrubá**

Vedoucí práce: PhDr. Helena Chloubová

OBSAH:

A. Úvod.....3
B. Klinická část.....4
C. Ošetřovatelská část.....9
1. Identifikační údaje.....9
2. Lékařská anamnéza a diagnóza.....9
3. Diagnostika.....10
3.1 Fyziologické funkce.....10
3.2 Předoperační vyšetření.....10
3.2.1 Laboratorní vyšetření.....11
3.2.2 Ostatní vyšetřovací metody.....12
3.3 Pooperační vyšetření.....13
3.3.1 Laboratorní vyšetření.....13
3.3.2 Ostatní vyšetřovací metody.....15
4. Chirurgická terapie.....15
4.1 Premedikace a operační výkon.....15
4.2 Sledování fyziologických funkcí.....16
4.3 Sledování operačního pole 17
4.4 Sledování funkce drénu.....18
4.5 Ostatní invazivní vstupy.....18
4.5.1 Centrální žilní katetr.....18
4.5.2 Permanentní močový katetr.....18
4.5.3 Epidurální katetr.....18
4.6 Sledování funkce nasogastrické sondy.....19
4.7 Bilance tekutin.....19
4.8 Oxygenoterapie a nebulizace.....19
4.9 Léčebná poloha.....19
5. Farmakoterapie.....20
5.1Infuzní terapie a parenterální výživa.....20
5.2 Epidurální terpie.....20
5.3 Transfuze.....21
5.4 Injekční terapie.....21
6. Dietoterapie.....22

7. Fyzioterapie.....22
8. Náhled pacienta na hospitalizaci.....23
9. Ošetřovatelská anamnéza a současný stav.....23
9.1 Fyziologické potřeby 23
9.2 Psychosociální potřeby.....28
9.3 Zhodnocení.....29
10. Ošetřovatelské diagnózy.....30
11. Ošetřovatelské cíle, plány, realizace a jejich zhodnocení.....31
12. Ošetřovatelský závěr a prognóza.....40
13. Sebereflexe.....40
14. Seznam zkratek.....41
15. Zdroj informací a použité literatury.....42

Přílohy:

Příloha č. 1: Operační protokol
Příloha č. 2: Záznam hodnocení bolesti dle Institutu Gustave Roussy
Příloha č. 3: Barthelův test
Příloha č. 4: Riziko vzniku komplikací v dýchacích cestách
Příloha č. 5: Vstupní ošetřovatelský záznam

ÚVOD

Karcinom jícnu se vyskytuje třikrát častěji u mužů, než – li u žen. Nejčastěji se vyskytují mezi 50. a 70. rokem věku. Největší incidence je v Číně, Jižní Americe, Indii, Japonsku a v černošské populace USA. Etiologie není známá. Mezi exogenní podporující faktory patří alkohol, nikotin, horká strava a kancerogeny ve stravě např. nitrosaminy. Prekancerózou jsou striktury jícnu po poleptání, slizniční atrofie, jícnová membrána v krčním jícnu s dysfagií a sideropenická anemie. Častěji se nádory vyskytují i u achalázie.

Pacienta jsme vybrala na základě doporučení staniční sestry oddělení, kde jsem vykonávala svou ošetřovatelskou praxi. Pacient byl po rozsáhlé a náročné operaci. To mělo samozřejmě vliv jak na náročnost ošetřovatelské péče, tak na rekonvalescenci nemocného. Chtěla jsem navázat s pacientem bližší kontakt a pozorovat rychlost jeho zotavování. Vzhledem k náročnosti ošetřovatelské péče pro mě mělo ošetřování význam i praktický.

B. KLINICKÁ ČÁST

Karcinom jícnu

Patogeneze a klasifikace

Mezi exogenní podporující faktory patří alkohol, nikotin, horká strava a kancerogeny ve stravě např. nitrosaminy. Prekancerózou jsou striktury jícnu po poleptání, slizniční atrofie, jícnová membrána v krčním jícnu s dysfagií a sideropenická anemie. Častěji se nádory vyskytují i u achalázie. V našich podmínkách se dále uplatňuje chronická ezofagitida spojená s intestinální metaplazií tzv. Barrettův jícen. Podle anatomické lokalizace rozeznáváme nádory krčního (cervikálního), horního, hrudního a abdominálního úseku jícnu. Dělení má význam pro indikaci ke konzervativní nebo chirurgické léčbě. Léčba bývá ovlivněna právě lokalizací nádoru. Nádory horního jícnu prorůstají do průdušnice nebo bronchů, nádory středního úseku k aortě a do perikardu a bránice popř. s hrudními obratli jsou u nádorů distálního úseku.

Dle histologie mezi nejčastější nádory patří spinocelulární karcinom, který tvoří 80 – 95 % nádorů jícnu a druhým nejčastějším jsou adenokarcinomy (5 – 10%). Tyto nádory se vyskytují zejména v terminálním jícnu a gastroezofageálním přechodu. Zpočátku roste nádor polypoidně, poté cirkulárně zužuje jícen a dalším charakteristickým znakem je podélná submukózní tumorózní infiltrace jícnu. Tumory prorůstají často do okolí a metastazují do regionálních uzlin – paraezofageálních a infradiafragmatických. Vzdáleně metastazují do jater, plic, kostí a mozku. Často bývá obtížné rozlišit adenokarcinom distálního jícnu od karcinomu kardie. Kritériem přesné klasifikace adenokarcinomu gastroezofageálního přechodu je určení centra tumoru, tedy v místě předpokládaného počátku zhoubného bujení.

Klinický obraz

Nejčastěji se u nemocných setkáváme s dysfagií, úbytkem tělesné hmotnosti a bolestí za sternem. Dysfagie je pozdním příznakem, v tomto případě bývají postiženy již dvě třetiny obvodu jícnu. Dysfagii popisujeme odstupňovaně od obtížného polykání tuhé stravy, kašovité až po tekutou. Komplikacemi, které tyto nádory vyvolávají jsou ezofagotracheální či ezofagobronchiální píštěle a perforace jícnu s následnou mediastinitidou. Komplikace vznikají při progresi onemocnění, při endoskopickém vyšetření nebo při zavedení stentu u dysfagicky nemocných.

Diagnostika

V časné diagnostice se uplatňuje pouze endoskopie. To by znamenalo pravidelné preventivní vyšetřování rizikových skupin např. mužů, kuřáků, alkoholiků nad 50 let, což je v praxi prozatím nemožné. Stanovení kvalitativní diagnózy umožňuje posouzení slizničních změn a odběr materiálu na histologické vyšetření. Pokročilost nádoru a rozsah a délku stenózy stanoví rentgenologické vyšetření tzv. pasáž jícnem. Spolehlivá vyšetření jsou také považována endosonografie, magnetická resonance či počítačová tomografie, jimiž lze posoudit vztah nádoru k okolí – útlak či prorůstání a postižení regionálních uzlin. Pro stanovení léčebného postupu je taktéž nutné vyloučit přítomnost metastáz zejména v játrech a plicích. K diagnostice lze využít i sérového markeru CEA.

Terapie

Terapie karcinomu jícnu závisí na lokální pokročilosti nádoru.

Chirurgická léčba

Chirurgická léčba je základem. Dá se využít u všech stádií onemocnění. U raných stádií karcinomu jícnu je možnost provedení endoskopickou mukosektomii (odstranění nádoru s okolní zdravou tkání a submukózou). Bohaté zkušenosti s tímto výkonem mají v Japonsku, vzhledem k diagnostice včasných stádií nádorů. U nás je včasná diagnostika spíše výjimkou, proto dostatečné zkušenosti s metodou dosud chybí.

Kompletní resekce jícnu (totální ezofagektomie) se provádí u stádia I (T1, N0, M0) a II (T2-3, N0-1, M0). Jícen se nahrazuje žaludkem popř. střevem. Pooperační mortalita se po resekcích jícnu činí 5 – 15%. Lokální recidivy jsou způsobeny zejména šířením nádoru lymfatickými cévami mediastina. Pro odhad prognózy onemocnění po operaci a pro plánování případné zajišťovací léčby je nutné mikroskopické ověření resekční hranice a lymfatických uzlin. Pětileté přežití po ezofagektomii pro karcinom je uváděno mezi 10 až 20%.

Mezi další chirurgické patří subtotální ezofagektomie s resekcí subkardiální částí žaludku, která se využívá u nádorů na nitrohrudním jícnu. Operační zákroky s resekcí i náhradou jícnu jsou náročnými operacemi. Proto, pokud by byla pro pacienta operační zátěž neúnosná, provádí se výkon dvoudobě. V první fázi se provádí ezofagektomie a je doplněna krční ezofagostomií a gastrostomií a v druhé fázi, většinou po několika týdnech, se provádí náhrada jícnu s rekonstrukcí pasáže. U karcinomu jícnu obvykle volíme k náhradě jícnu částečně tubulizovaný žaludek. V případě, že není k náhradě vhodný, volíme k rekonstrukci pasáže jako náhradu tlusté střevo.

Paliativní léčba

Kompletní resekce jícnu je nejlepší paliativní léčbou dysfagie a afagie, protože i při další progresi onemocnění zůstává 50% nemocných bez dysfagických potíží. V případě inoperabilního karcinomu je indikováno zavedení endoprotézy či pleteného kovového stentu. Stent se zavádí pod endoskopickou nebo rentgenovou kontrolou bez nutnosti anestezie. Stent roztlačuje nádorovou stenózu a poté se do ní zaklíní. Pokud nelze zavést stent při těžké dysfagii řešíme tento stav gastrostomií. Méně zatěžující metodou pro pacienty je dilatace nádorových stenóz, ta má jen omezené možnosti a krátkodobý efekt. Po několika sezeních lze dosáhnout laserové rekanalizace. Pro restenózy je nutné je nutné výkon opakovat. Po redilataci je možné endoskopicky zavést plastikový tubus. Při nedokonalém zaklesnutí se vyskytuje problém redislokace.

Radioterapie

Cílem předoperační aktinoterapie je zlepšení operability nádoru a jsou používány nižší dávky. Pooperační aktinoterapie likviduje reziduální nádorové buňky. U inoperabiolních nádorů se využívá aktinoterapie ke zmenšení tumotózní masy a zlepšení dysfagie. V aktinoterapii se používá metada intraluminálního ozáření, vhodná pro nádory rostoucí do lumen. Výhoda této metody spočívá v aplikaci vysoké dávky záření bez poškození okolní tkáně. Při léčebném záměru jsou doporučeny dávky 60 – 70 Gy. Radioterapii lze využít i po zavedení stentu.

Chemoterapie

U jícnových nádorů méně účinná než u jiných, přesto je užitečnou metodou. Při adjuvantním podání má chemoterapie zaručit prodloužení bezpříznakového období. V neoadjuvantním podání může chemoterapie usnadnit operabilitu nádoru. Nejméně účinnou je paliativní chemoterapie u pokročilých nádorů. Částečná léčebná odpověď se udává u 20% nemocných a má pouze krátkodobí účinek, maximálně několikaměsíční.

Prognóza

Je nutno přihlédnout k věku, celkovému stavu nemocného a jeho dalším onemocněním. Podle těchto okolností je nutné sestavit léčebný plán. Nejlepší prognózu mají diferencované spinocelulární karcinomy na rozdíl od těch orálně umístěných nádorů, které prorůstají do okolních struktur. Nejdůležitějším prognostickým faktorem je samozřejmě rozsah a pokročilost onemocnění. U nemocných se zjištěným nádorem jícnu, lze operovat jen

40 – 60%. Z toho radikálně 80%. Operační letalita je vzhledem k náročnosti operace 5 – 10% a přežití pěti let nepřesahuje 15 – 20%. Důvodem je vysoký stupeň šíření nádoru již v časných stádiích onemocnění. Pokročilé nádory charakterizujeme jako onemocnění systémové, současnými prostředky nevyléčitelné. Aktivním přístupem odstraňujícím dysfagii či afagii, lze pacientovi velmi zkvalitnit a zpříjemnit život, kdy nemocní trpí zejména podvýživou.

Ošetřovatelská péče

V ošetřovatelské péči je kladen důraz zejména na pooperační péči. Bezprostřední pooperační péče je zaměřena na monitorování vitálních funkcí a sledování stavu nemocného zdravotní sestrou. Fyziologické funkce zpočátku monitorujeme v krátkých časových intervalech většinou po 15 až 30 minutách. Postupně jak se stabilizují funkce i stav nemocného se prodlužují i časové intervaly. Dalším aspektem, který je nutno sledovat je odvod drénů. Pokračující odvod drénů více než 200 ml/hod. je známkou vážného a život ohrožujícího krvácení. Pokud nemá pacient zaveden močový katetr měl by se samovolně vymočit do 6 až 8 hodin po operaci. V případě, že nemocný močovou cévku má, sledujeme její funkčnost, vzhled moče popř. obtíže s ní spojené. V neposlední řadě monitorujeme také bolest, která je s pooperačním obdobím bezpochyby spojená. Tu je nutno vhodným způsobem tlumit. V tomto případě podáváme analgetika dle ordinace lékaře. Ale naší kompetencí a jistě nezbytnou ošetřovatelskou intervencí je psychická podpora nemocného a edukace o možných příčinách bolesti.

Vzhledem k náročnému operačnímu zákroku na jícnu a žaludku je nezbytné, aby pacienti drželi týdenní čajovou dietu. Ta odlehčí jejich zažívacímu systému a umožní hojení vnitřní operační rány. V tomto ohledu je nutné pacienty dostatečně edukovat již v předoperačním období. Pacienty informujeme také o nutnosti opatrného popíjení čaje po doušcích. Příjem živin, který je nemocnému odepřen enterálně, je nahrazován parenterální cestou zejména vaky all in one. I vzhledem k tomu, že nemocní nepřijímají výživu enterálně, musíme sledovat návrat peristaltiky. V tomto případě se zaměříme na odchod plynů.

U nemocných, kteří nejsou indikováni k operačnímu zákroku postupujeme dle aktuálního stavu a jejich potřeb. Za těchto okolností sledujeme stav výživy nemocných kvůli dysfagiím či afagiím, kterých nejsou pacienti s touto diagnózou ušetřeni. V neposlední řadě samozřejmě zajišťujeme psychickou podporu nejen samotnému pacientovi, ale také jeho nejbližším.

Hypertenze esenciální

Arteriální hypertenze je nečastějším kardiovaskulárním onemocněním. Primární nebo také esenciální hypertenze je onemocnění vyznačující se zvýšením krevního tlaku dosud neznámé etiologie. Hypertenze má vývojová stádia a závažné zdravotní důsledky např. postižení orgánů (srdce, ledviny, mozek). Až 25% všech úmrtí nad 40 let je způsobena přímo nebo nepřímo hypertenzí. Vznik arteriální hypertenze podmiňují dědičné faktory, vysoký přísun soli potravou, nadměrný stres a zvýšená reaktivita cév na některé podněty. Hypertenzí je zatíženo zejména levé srdce, kdy se zbytňuje levá komora a na cévách očního pozadí dochází k hypertonickým změnám. Při léčbě hypertenze je důležité dodržovat životosprávu. Vyhýbat se stresu, dostatečně odpočívat, přiměřeně sportovat a racionálně jíst. Účinným prostředkem k léčbě hypertenze jsou antihypertenziva, která je často nutné kombinovat.

Hypertrofie prostaty

Nejčastější příčinou městnání moče u mužů. Zbytnění prostaty postihuje více než polovinu mužů nad 60 let. Onemocnění je způsobeno zbytněním středního laloku prostaty , který je uložen těsně pod začátkem uretry. Porucha vzniká v důsledku hormonální dysbalance. Projevuje se častým nucením na močení, zejména v noci, slabým proudem moče, močovým reziduem s postupným zbytňováním jeho svaloviny a nakonec úplnou retencí moče. Mírnější formy lze léčit medikamentózně, ale při výraznějších potížích nebo retenci je nutno zavést permanentní močový katetr. Konečným řešením je operace. Prostatu lze odstranit endoskopickou cestou, ale při velkém objemu prostaty se přistupuje k operaci otevřenou cestou. Pokud nelze překážku ve výjimečných situacích odstranit, je řešením epicystostomie.

Stručný průběh hospitalizace

Pan V. pro polykací potíže navštívil praktického lékaře. Jím byl odeslán do gastroenterologické poradny, kde lékař určil diagnózu. Následně od 5. 3. do 14. 3. 2007 byl pan V. hospitalizován v mimopražské nemocnici pro dovyšetření a zajištění předoperačního vyšetření.

Dne 29.3. 2007 přijat na chirurgické odd. fakultní nemocnice. 2. 4. 2007 byl pan V. operován a poté přeložen na jednotku intenzivní péče. Operační výkon proběhl bez komplikací. Stav pacienta se vyvíjel příznivě. (6, 7, 11, 12)

C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

1. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: pan V. M.

Oslovení: pan V.

Rodné číslo: 340605/0000

Věk: 73 let

Vyznání: bez vyznání

Adresa: Pelhřimov

Osoba, kterou lze kontaktovat: syn – mobilní telefon

Pojišťovna: 111

Povolání: důchodce, dříve řidič

Vzdělání: vyučen

Národnost: česká

Telefon: pevná linka

Datum přijetí: 29.3. 2007

Hlavní důvod přijetí: léčebný – plánovaný výkon pro karcinom distálního jícnu a kardie.

Operační výkon 2. 4. 2007: resectio cardiae, oesophagogastroanastomosis intrathoricalis.

Pana V. jsem ošetřovala ve dnech 2. 4. až 5. 4. 2007.

2. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZA

Lékařská diagnóza:

Karcinom distálního jícnu a kardie

Hypertenze esenciální

Hypertrofie prostaty

OA: V dětství prodělal běžná dětská onemocnění. Nyní je léčen pro esenciální hypertenzi. Je v péči urologa pro zbytnění prostaty.

RA: Manželka + v r. 2006 pro AIM. Syn a dcera zdrávi.

AA: Alergii pacient neguje.

FA: Pacient chronicky užívá tuto medikaci:

- **Lusopress** tbl. (Nitrendipinum) – vazodilatans, antihypertenzivum 0-0-1

Nežádoucí účinky: bolesti hlavy, pocit horka, otoky kotníků, nevolnost, průjem, palpitace, závratě, slabost, kožní vyrážka.

- **Ramil 2,5 mg** tbl. (Ramiprilum) – antihypertenzivum, ACE inhibitor 0-0-1

Nežádoucí účinky: důsledek náhlého snížení tlaku (točení hlavy, nevolnost, závratě, slabost), suchý kašel, kožní reakce, poruchy zažívání, změny krevního obrazu.

- **Zoxon 4 mg** tbl. (Doxazosini mesilas) – vazodilatans, antihypertenzivum 1-0-0

Nežádoucí účinky: závratě, bolesti hlavy, únavnost, celková slabost, otoky končetin, zažívací obtíže, alergická reakce.

Nynější onemocnění: Pacient přijat k plánovanému výkonu s verifikovaným ca. dist. jícnu a kardie, polyká kašovitou stravu.

ABUSUS: Pacient je nekuřák. Příležitostně vypije 1 až 2 piva.

3. DIAGNOSTIKA

3.1 FYZIOLOGICKÉ FUNKCE

Funkce byly měřeny při příjmu 29.3. 2007.:
Dech: neměřen
Krevní tlak: 156/71
Puls: 70/min., pravidelný
Tělesná teplota: 36,4
Vědomí: při vědomí, orientován
Výška: 167 cm
Váha: 57 kg
BMI: 20,4

3.2 PŘEDOPERAČNÍ VYŠETŘENÍ

Předoperační vyšetření bylo provedeno na interním oddělení mimopražské nemocnice z důvodu komplikovaného dojíždění. Zde byl pacient hospitalizován od 5. 3. do 14. 3. 2007.

3.2.1 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

BIOCHEMICKÉ VYŠETŘENÍ

- **Krev**

6. 3. 2007

	hodnota	rozmezí
Glukóza	5 mmol/l	3,88-5,55 mmo/l
Močovina	7,5 mmol/l	1,66-8,30 mmol/l
Kreatinin	**73,7 µmol/l**	**74,0-120,3 µmol/l**
Kys. močová	204,3 µmol/l	do 410 µmol/l
ALT	0,35 µkat/l	do 0,73 µkat/l
AST	0,3 µkat/l	do 0,66 µkat/l
GMT	0,28 µkat/l	do 1,68 µkat/l
Triglyceridy	0,6 g/l	do 1,50 g/l
LDL cholesterol	1,73 mmo/l	do 3,88 mmo/l
HDL cholesterol	2,01 mmol/l	nad 1,29 mmol/l
Cholesterol	4,02 mmol/l	do 5,2 mmol/l
Bilirubin	28 µmol/l	do 17 µmol/l
Natrium	140 mmol/l	134-150 mmol/l
Kalium	4,2 mmol/l	3,60-5,40 mmo/l
Chloridy	103 mmol/l	97,0-109 mmol/l
Bílkovina	66 g/l	66-887 g/l

- **Moč**

6. 3. 2007

	hodnoty	rozmezí
pH moč	7	4-8
Glukóza moč	neg.	0
Leukocyty	11 – 20	0
Bílkovina moč	neg.	0
Bilirubin moč	neg.	0

HEMATOLOGICKÉ A HEMOKOAGULAČNÍ VYŠETŘENÍ

- **Krev**

6. 3. 2007

	hodnoty	rozmezí
Leukocyty	5,6 * 10^9/l	4,0-9,0 * 10^9/l
Hemoglobin	151 g/l	140-180 g/l
Trombocyty	162 * 10^9/l	150-350 * 10^9/l
Erytrocyty	5,15 * 10^{12}/l	4,5-5,9 * 10^{12}/l
Hematokrit	44,7%	42-52 %
INR	1,04	0,8 – 1,2
Krevní skupina	0 Rh negat.	

3.2.2 OSTATNÍ VYŠETŘOVACÍ METODY

5. 3. 2007. – Echokardiografie

Nezvětšená levá komora, hypertrofie svaloviny, není porucha regionální kinetiky. Diastolická dysfunkce II. stupně. Kombinovaná aortální vada při sklerotickém postižení chlopní. Dobrá funkce pravé komory. Není hydroperikard.

6. 3. 2007. – CT plic, mediastina, břicha, retroperitonea a malé pánve

Velmi suspektní tumorová infiltrace distálního jícnu až ke kardii. Dvě zvětšené uzliny v zadním mediastinu a jedna hraniční uzlina v pravém hilu a jedna v epigastriu. Cysty jater. Ojedinělé korové cysty ledvin.

9. 3. 2007. – EKG

Bez čerstvých ischemických změn.

9. 3. 2007. – Spirometrie

Minimální obstrukce v periferních bronších.

12. 3. 2007. – Pasáž jícnem

Tumorózní stenóza distálního jícnu s městnáním kontrastní látky prestenoticky.

12. 3. 2007. – UZ břicha

Cysty jater. Korová cysta levé ledviny. Zvětšená prostata.

12. 3. 2007. – UZ extrakraniálních tepen

Neprokazuje hemodynamicky a klinicky významné zúžení lumen vyšetřených tepen.

13. 3. 2007. – Selektivní koronarografie

V povodí obou věnčitých tepen nevýznamné stenozy . Aortální chlopeň je kalcifikovaná.

3.3 POOPERAČNÍ VYŠETŘENÍ

3.3.1 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

BIOCHEMICKÉ VYŠETŘENÍ

- **Krev**

3. 4. 2007

	hodnota	rozmezí
Glukóza	5,9 mmol/l	4,6-6,4 mmo/l
Močovina	4,7 mmol/l	2,9-8,2 mmol/l
Kreatinin	74 µmol/l	71,0-115 µmol/l
Amyláza	**11,25 µkat/l**	**0,4-2,51 µkat/l**
ALP	**0,74 µkat/l**	**0,88-2,35 µkat/l**
ALT	0,26 µkat/l	0,10-0,63 µkat/l
AST	0,36 µkat/l	0,16 0,63 µkat/l
GMT	**0,11 µkat/l**	**0,15-0,92 µkat/l**
CRP	**61,1 mg/l**	**0,0-6,5 mg/l**
Bilirubin	16 µmol/l	3,0-19,0 µmol/l
Natrium	137 mmol/l	137-144 mmol/l
Kalium	3,9 mmol/l	3,9-5,3 mmo/l
Chloridy	107 mmol/l	98,0-107 mmol/l
bílkovina	**34,5 g/l**	**62-77 g/l**

4. 4. 2007

	hodnota	rozmezí
Glukóza	**4,5 mmol/l**	**4,6-6,4 mmo/l**
Kreatinin	73 μmol/l	71,0-115 μmol/l
Močovina	8,1 mmo/l	2,9-8,2 mmo/l
CRP	**102 mg/l**	**0,0-6,5 mg/l**
Albuminy	**24,9 g/l**	**32-36 g/l**
Bilirubin	11,3 μmol/l	3,0-19 μmol/l
Natrium	140 mmol/l	137-144 mmol/l
Kalium	**3,7 mmol/l**	**3,9-5,3 mmo/l**
Chloridy	**109 mmol/l**	**98,0-107 mmol/l**

5. 4. 2007

	hodnoty	rozmezí
CRP	**99,1 mg/l**	**0,0-6,5 mg/l**

HEMATOLOGICKÉ A HEMOKOAGULAČNÍ VYŠETŘENÍ

- **Krev**

3. 4. 2007

	hodnoty	rozmezí
Leukocyty	6,3 * 10^9/l	4,0-9,0 * 10^9/l
Hemoglobin	**118 g/l**	**140-180 g/l**
Trombocyty	**135 * 10^9/l**	**150-350 * 10^9/l**
Erytrocyty	**3,95 * 10^{12}/l**	**4,5-5,9 * 10^{12}/l**
hematokrit	**35,3 %**	**42 – 52 %**
INR	**1,67**	**0,8 – 1,2**
APTT	**33,3 s**	**35 -55 s**

4. 4. 2007

	hodnoty	rozmezí
Leukocyty	6,8 * 10^9/l	4,0-9,0 * 10^9/l
Hemoglobin	**105 g/l**	**140-180 g/l**
Trombocyty	**129 * 10^9/l**	**150-350 * 10^9/l**
Erytrocyty	**3,52 * 10^{12}/l**	**4,5-5,9 * 10^{12}/l**
Hematokrit	**31,5 %**	**42-52 %**

3.3.2 OSTATNÍ VYŠETŘOVACÍ METODY

2. 4. 2007. – RTG hrudníku u lůžka

Pravá plíce rozvinuta, vzdušná, bez ložiskových změn, dren doprava. Vlevo nad basí subpulmonálně pneumothorax šíře 25 mm, hypoventilační změny basálně. Srdce širší doleva. NGS. CŽK zprava do horní duté žíly.

3. 4. 2007 – EKG

Mírné hypoxické změny. Bez známek zatížení komor.

4. CHIRURGICKÁ TERAPIE

4.1 PREMEDIKACE A OPERAČNÍ VÝKON

- **Premedikace**

1. 4. 2007 večer:

- **s. c.**

Clexan 0,4 ml s.c. (Exaparinum) – antitrombotikum 0-0-1

Nežádoucí účinky: krvácení, trombocytopenie, lokální reakce (hematom, podráždění), alergická reakce.

- **per os**

Hypnogen tbl. (Zolpidemi tartras) - hypnotikum 0-0-1

*Nežádoucí účinky:*ospalost, únava během dne, svalová slabost, malátnost, bolest hlavy.

Dále byla podána chronická medikace, která je zmíněna ve farmakologické anamnéze.

2. 4. 2007 ráno:

- **per os**

Oxazepam tbl. (Oxazepamum) - anxiolytikum 1-0-0

*Nežádoucí účinky:*ospalost, závratě, nadměrný útlum, zpomalení reakcí, bolesti hlavy, dvojité vidění, deprese, euforie, snížená aktivita, zažívací potíže, kožní vyrážka.

Dále dle dekurzu provedena bandáž dolních končetin pomocí kompresivních punčoch. Oholení operačního pole.

- **Operační výkon**

Operační výkon resectio cardiae et oesophagogastroanastomosis intrathoracalis byl proveden 2. 4. 2007 v celkové anestezii. Výkon trval 2 hodiny 40 minut od 8:41 do 11:21. Vpravo je zaveden hrudní drén do pleurální dutiny. Celý výkon proběhl bez komplikací.

4.2 SLEDOVÁNÍ FYZIOLOGICKÝCH FUNKCÍ

- **Stav vědomí –** pacient přivezen ze sálu ve 12:15. Pan V. byl při vědomí, vědomí bdělé.

2. 4./hod	**P**	**TK**	**Sat. O_2**	**DF**	**DV**(dech.výdej)	**TT**
12:15	76'	100/60	100%	20'	150	-
13:00	63'	103/59	99%	20'	150	-
14:00	70'	118/51	100%	20'	-	36,0ºC
15:00	75'	118/56	100%	22'	150	-
16:00	63'	123/63	100%	25'	150	-
17:00	67'	119/60	99%	18'	-	-
18:00	66'	119/58	99%	17'	-	-
19:00	73'	118/54	100%	29'	150	37,4ºC
20:00	70'	120/55	100%	25'	-	-
21:00	69'	107/53	100%	8'	200	-
22:00	90'	99/51	99%	14'	400	-

23:00	71'	95/50	99%	15'	-	-
24:00	68'	98/48	99%	16'	-	-

Datum/hod	**P**	**TK**	**Sat. O_2**	**DF**	**DV**	**TT**
3. 4./11:00	79'	144/62	100%	22'	300	36,8ºC
3. 4./22:00	107'	148/66	96%	-	200	-
4. 4./11:00	76'	124/60	97%	23'	-	36,9ºC
4. 4./22:00	75'	128/65	96%	-	-	-
5. 4./11:00	71'	153/71	95%	20'	-	37,4ºC
5. 4./22:00	89'	155/66	95%	-	-	-

4.3 SLEDOVÁNÍ OPERAČNÍHO POLE

Pacient měl dvě operační rány. Horní střední laparotomii a vpravo thorakotomii. Dále rána na pravé straně hrudníku pro zavedení hrudního drénu.

OPERAČNÍ RÁNY:

- **Horní střední laparotomie** byla dlouhá cca 15cm a byla zašita 20 až 25 stehy.

0. den po operaci se rána nepřevazovala. Neprosakovala.

1. – 3. den po operaci byla rána denně převazována. Byla klidná, bez sekrece či zarudnutí, hojení per prímam.

- **Thorakotomie vpravo** byla dlouhá cca 13 cm s 20 stehy.

0. den po operaci se rána převazovala z důvodu prosakování. Jinak byla rána klidná bez zarudnutí. Okolí rány nemaceruje.

1. den po operaci se také rána převazovala dvakrát z důvodu prosakování. Rána byla klidná, čistá a bez zarudnutí. Okolí rány nezmacerovalo.

2. – 3. den po operaci byla rána již bez prosakování, čistá, klidná, bez zarudnutí, hojení per prímam. Okolí rány taktéž klidné.

- **Vstup pro drén** na pravé straně hrudníku.

0. den po operaci se rána převazovala z důvodu prosakování v okolí drénu. Rána klidná bez zarudnutí, okolí nemaceruje.

1. den po operaci se rána převazovala třikrát z důvodu prosakování. Rána byla klidná.

2. den po operaci byla rána převazována dvakrát pro prosakování.

3. den po operaci rána převázána dvakrát. Okolí rány klidné, bez macerace.

4.4 SLEDOVÁNÍ FUNKCE DRÉNU

Hrudní drén byl pacientovi zaveden během operace 2. 4. 2007. Byl zapojen na aktivní sání. Drén řádně odváděl po celou dobu mého ošetřování pacienta, převážně serosangvinolentní tekutinu.

Datum	2. 4.	3. 4.	4. 4.	5. 4.
Odvod	620 ml	400ml	330 ml	160 ml

4.5 SLEDOVÁNÍ OSTATNÍCH INVAZIVNÍCH VSTUPŮ

4.5.1 CENTRÁLNÍ ŽILNÍ KATETR

Dvojcestný centrální žilní katetr umístěn na pravé straně krku. Katetr byl zaveden 2. 4. 2007 do vena jugularis dextra. Denně se asepticky převazoval. Katetr podložen Inadine a dále sterilně kryt transparentní fólií. Okolí vstupu katetru bylo klidné a čisté, bez zarudnutí.

4.5.2 PERMANENTNÍ MOČOVÝ KATETR

Permanentní močový katetr byl zaveden taktéž 2. 4. 2007. Katetr po celou dobu mého ošetřování pana V. odváděl čirou moč. Pacientovi katetr nečinil žádné potíže.

4.5.3 EPIDURÁLNÍ KATETR

Epidurální katetr byl zaveden 2. 4. 2007 do Th_{6-7}. Okolí vstupu katetru bylo klidné, bez patologických známek. Vstup se denně převazoval a denně se měnil filtr.

4.6 PÉČE O NASOGASTRICKOU SONDU

NGS zavedena 2. 4. 2007. NGS je denně přelepována. 3krát denně je proplachována a odvádí. 2. 4. a 3. 4. odvádí tmavě zbarvenou krev a v následujících dnech lehce hlenovou tekutinu s příměsí žaludečních šťáv.

4.7 OXYGENOTERAPIE A NEBULIZACE

2. 4. – 5. 4. 2007

Kyslíková terapie: kyslíkovými brýlemi, množství 5l, kontinuálně

Nebulizace: 2 ml Ambrobene + 3 ml fyziologický roztok, 3krát denně

Ambrobene roztok (Ambroxili hydrochloridum) – expektorans, mukolytikum
Nežádoucí účinky: kožní vyrážky, pocit na zvracení, zvracení.

4.8 SLEDOVÁNÍ BILANCE TEKUTIN

Tabulka sledování bilance tekutin od 2. 4. do 5. 4. 2007:

datum	p.o.	parent.	sonda	moč	drén	bilance
2. 4.	0	+7500	-50	-2050	-620	+4780 ml
3. 4.	+150	+5980	-30	-2550	-400	+3150 ml
4. 4.	+300	+5100	0	-1500	-330	+3570 ml
5. 4.	+300	+5100	0	-2500	-160	+2740 ml

4.9 LÉČEBNÁ POLOHA

Pan V. byl ze sálu přivezen ve vodorovné poloze. Posléze byl pacient v mírně zvýšené poloze. 0. den po operaci v ní nadále setrval. Následující den po operaci tedy 3. 4. se pacient při ranní hygieně posadil na lůžku s nohama dole. Pacientovi to činilo lehké obtíže. S panem V. jsme zároveň nacvičili posazování přes bok, aby nedocházelo k nadměrnému namáhání a bolestivosti operačních ran při pohybu. Totéž pak zopakoval s fyzioterapeutkou při rehabilitaci. Pacient byl schopen být v lůžku v polosedě. 2.den po operaci se pan V. s pomocí fyzioterapeutky postavil vedle lůžka a byl schopen již několik minut sedět na židli mimo lůžko. 3. den po operaci pacient opět rehabilitoval pod dozorem fyzioterapeutky. Fyzioterapii však fyzicky zvládal lépe.

5. FARMAKOTERAPIE

Od 2. 4. 2007. vysazena chronická terapie z důvodu operačního výkonu.

5.1 INFUZNÍ TERAPIE A PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA

Níže uvedené roztoky byly podány do centrálního žilního katetru předepsanaou rychlostí přes infuzní pumpu. Výjimku tvořil Haes 10%, který byl podán do centrálního žilního katetru, ale spádově.

2. 4.- 5. 4. 2007

- **Ringer 1000 ml** – kapat rychlostí 100 ml/hod. od 9^{00}, i. v.

Nežádoucí účinky: podání většího množství může vést k hyperchlorémii.

2. 4. 2007

- **Haes 10%** (Hydroxyethylamylum) 500 ml i. v.– 2krát, infundabilium

Nežádoucí účinky: anafylaktický šok, kožní reakce, poruchy srážlivosti.

3. 4.- 5. 4. 2007

- **All in one: Clinomel č.7**, 2 l – kapat rychlostí 150 ml/hod od 9^{00}, i. v. (parenterální výživa)

Nežádoucí účinky: hypertermie, svalový třes, pocení, dušnost, hepatomegalie, ikterus.

4. 4.- 5. 4. 2007

- **KCl 4,75%** (Kalium chloratum) i. v. 30 ml do vaku All in one

Nežádoucí účinky: nadměrný přívod může vést k hyperkalémii – symptomy: parestézie končetin, svalová slabost, arytmie, zástava oběhu.

5.2 EPIDURÁLNÍ TERAPIE

Níže uvedená epidurální směs byla podávána do epidurálního katetru. Kapala kontinuálně 24 hod. denně přes infuzní pumpu. Rychlost se měnila dle aktuálního stavu a potřeby pacienta (viz tabulka).

Tabulka s uvedeným množstvím podané směsi.

Datum	2. 4.	3. 4.	4. 4.	5. 4.
Rychlost	3 ml/hod.	7 ml/hod.	9 ml/hod.	9 ml/hod.

2. 4.- 5. 4. 2007

FR 100ml + Marcaine 5% 20ml + Sufenta F 2 amp., i. t.

- **Fyziologický roztok** (Infuzio natrii chlorati isotonica)

Nežádoucí účinky: hypervolemie, hypernatremie, hyperchloremie.

- **Marcaine 0,5%** i.t. (Bupivacaini hydrochloridum) - lokální anestetikum s dlouhodobým účinkem pro intrathekální podání, ke svodné anestezii

Nežádoucí účinky: komorová arytmie, náhlý kardiovaskulární kolaps, alergická reakce.

- **Sufenta F 1 amp.** - 50ug i.t. (Sufentanili dihydrogenocitras) - analgetikum-anodynum, opioidní anestetikum

Nežádoucí účinky: vyrážka, svědění, pomalé dýchání, zpomalená srdeční činnost, hypotenze, svalová ztuhlost nebo záškuby

5.3 TRANSFUZE

Následující přípravky byly podány do centrálního žilního katetru spádem.

3. 4. 2007

- **Mražená plazma** i. v. – 2 transfuzní jednotky

4. 4. 2007

- **Albumin 20%** (Seroalbuminum humanum) 100 ml, i. v. – 2krát, krevní derivát

Nežádoucí účinky: nevolnost, kožní vyrážka, horečka, anafylaktický šok.

5.4 INJEKČNÍ TERAPIE

- **i. v. podání**

2. 4.- 5. 4. 2007

- **Ranital 50 mg** i.v. (Ranitidini hydrochloridum) - antiulcerózum 6^{00} - 14^{00}- 22^{00}

Nežádoucí účinky: hepatitida, změny krevního obrazu, při přecitlivělosti (horečka, bronchospazmus, hypotenze, anafylaktický šok), bradykardie, asystolie, kožní vyrážky.

- **i. m. podání**

3. 4. 2007

- **Dolmina 25mg** i.m. (Diclofenacum natricum)–analgetikum, antiflogistikum, antirevmatikum 22^{00}

Nežádoucí účinky: gastrointestinální obtíže, ospalost, kožní vyrážka, lokální reakce, hematurie, zastřené vidění.

- **s. c. podání**

2. 4.- 5. 4. 2007

- **Clexan 0,4 ml** s.c. (Exaparinum) – antitrombotikum 22^{00}

Nežádoucí účinky: krvácení, trombocytopenie, lokální reakce (hematom, podráždění), alergická reakce.

6. DIETOTERAPIE

Pan V. chronicky nedodržuje žádnou dietu s omezením. Přijímá racionální stravu. Po operaci pacient nesmí přijímat tuhou stravu per os. Pacient byl poučen o nutnosti dodržování týdenního půstu.

den operace - nic per os
1. den – 250 ml čaje po lžičkách
2. a 3. den – čaj volně

7. FYZIOTERAPIE

0. den po operaci pacient ležel v lůžku a spal. Měl mírně zvýšenou polohu. Pan V. se byl 1. den po operaci schopen posadit na lůžku s nohama dole při ranní hygieně. Pacientovi to činilo lehké obtíže. Totéž pak zopakoval s fyzioterapeutkou při rehabilitaci. 2.den po operaci se pan V. s pomocí fyzioterapeutky postavil vedle lůžka. 3. den po operaci se pacientův stav nezměnil, opět rehabilitoval pod dozorem fyzioterapeutky.

Fyzioterapeutka zajišťovala také dechovou rehabilitaci. Fyzioterapeutka docházela dvakrát denně v dopoledních a odpoledních hodinách.

8. NÁHLED PACIENTA NA SVOU NEMOC A HOSPITALIZACI

Pacient udává, že v únoru začal mít potíže s polykáním nejprve tuhé stravy a s odstupem několika týdnů i s polykáním kašovité stravy. Nakonec mohl jíst pouze bujóny či pít tekutiny, což ho dovedlo k praktickému lékaři. Jím byl odeslán do gastroenterologické poradny, kde lékař určil diagnózu. Dále byl pan V. hospitalizován v mimopražské nemocnici pro dovyšetření a zajištění předoperačního vyšetření. Dne 29.3. 2007. přijat na chirurgické odd. fakultní nemocnice.

Panu V. prý změnila nemoc způsob života ve smyslu změny stravování. Pacient očekává, že operace tento problém vyřeší. Je poučen o nutnosti operace i hospitalizace, a proto snáší celý léčebný proces celkem klidně. I vzhledem ke svým očekáváním. Pan V. udává, že má dostatek informací o léčebném režimu s ohledem na svůj zdravotní stav.

Pan V. souhlasil s operačním výkonem. Pacient mi dal také souhlas ke zpracování ošetřovatelské kazuistiky. Byl poučen, že nikde nebudou uvedeny údaje, které by ho mohly identifikovat.

9.OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A SOUČASNÝ STAV

Dne 2.4. 2007 byl pacient operován a přeložen na chirurgický JIP, kde jsem u něho do 5.4. 2007 zajišťovala ošetřovatelskou péči. V současné době je při vědomí, komunikuje, je orientovaný.

9.1 FYZIOLOGICKÉ POTŘEBY

1) BOLEST

Ošetřovatelská anamnéza:

Pan V. cca měsíc před hospitalizací začal pociťovat bolest při polykání tuhé stravy. Tento stav řešil návštěvou svého praktického lékaře. Pacient udává, že jinou chronickou bolestí netrpí.

Současný stav:

Pan V. pociťuje bolest v místě operačních ran tzn. na břiše a vpravo na hrudníku a v místě výstupu hrudního drénu. Charakter bolesti pacient popisoval jako tupou. Bolest je závislá na pohybu nemocného. To se projevilo při ranní hygieně, kdy byl pan V. nucen se posadit. Pacient bolest lokalizoval do místa výstupu drénu a operačních ran. Pacient byl poučen, že musí vstávat přes bok, aby se zmírnila bolestivost při pohybu. V klidové poloze,

tedy v lůžku v mírně zvýšené poloze, bolesti opět ustoupily a nebylo nutné zvyšovat dávku analgetika.

Bolest pacientovi rušila i noční spánek, tato situace byla řešena podáním většího množství epidurální směsi. Posléze pacient neměl se spánkem potíže.

Největší bolesti dosahují stupně 4-5 na desetistupňové vizuální analogové škále. Bolest reaguje dobře na analgetika a záhy ustupuje. Pacientovi bolest nebrání v rekonvalescenci.

2) DÝCHÁNÍ

Ošetřovatelská anamnéza:

Pan V. před onemocněním ani před hospitalizací neměl potíže s dýcháním. Pacient je nekuřák.

Současný stav:

Panu V. je vzhledem k pooperačnímu stavu a operačnímu výkonu v hrudní dutině podáván kyslíkovými brýlemi kyslík. Dále má naordinovánu 3krát denně nebulizaci s mukolytikem pro snazší vykašlávání hlenu. Na pravé straně hrudníku má zaveden hrudní drén. Drén je zapojen na aktivní sání a odvádí serosangvinolentní tekutinu. Pravá plíce je dle vyšetření lékařem a RTG snímku rozvinutá a vzdušná. Dušnost se nevyskytuje. Pacient dýchá pravidelně, má eupnoi a občas tachypnoi. Saturace kyslíkem je 99%.

3. 4. 2007 jsem u pana V. hodnotila riziko komplikací v dýchacích cestách. Pacient dosáhl 9 bodů (ohrožení). 5. 4. pacient u téhož testu získal 2 body (žádné ohrožení).

3) HYDRATACE

Ošetřovatelská anamnéza:

Pacient udává, že běžně před onemocněním vypil 2 litry tekutin. Nejčastěji ovocného slazeného čaje či vody s příchutí. Do pitného režimu počítal i hrnek kávy k snídani. Pacient uvádí, že velmi zřídka vypije 1 až 2 piva. Pacientův příjem tekutin se snížil při výskytu potíží s polykáním.

Současný stav:

Pan V. po operaci nesmí nic per os a v následujících sedmi dnech smí popíjet čaj po malých doušcích vzhledem k operačnímu zákroku na zažívacím traktu. Dostatečná hydratace je zajišťována infuzní terapií. Pacientovi nechutná hořký čaj, proto je mu velmi málo přislazován. Pacient v operační den nepřijímal nic per os. Následující den vypil 150 ml po

doškách v průběhu celého dne. 2. a 3. pooperační den se příjem zvýšil na 300ml per os. Pan V. nevykazuje žádné známky dehydratace. Pan V. nemá otoky na dolních končetinách.

4) VÝŽIVA

Ošetřovatelská anamnéza:

Pacient v předchorobí prý jedl vše. Neměl s výživou potíže, dyspeptické potíže popírá. Vážil prý 64 kg. S výskytem polykacích obtíží přestal přijímat tuhou stravu a konzumoval nejprve kašovitou stravu a poté pouze instantní polévky. Pacient zhubnul o 6 kg. Při příjmu tedy vážil 57kg a měřil 167 cm. BMI činí 20,4 (v normě). Chuť k jídlu se panu V. nezměnila. Pan V. již nemá vlastní chrup. Používá horní i dolní zubní protézu, která mu nečiní žádné potíže. Je zvyklý o ni i denně pečovat.

Současný stav:

Pacient po operaci nesmí přijímat nic per os. 1. den po operaci, již smí vypít cca 2 dcl čaje a v následujících sedmi dnech smí pít pouze tekutiny. Nesmí požívat žádnou stravu vzhledem k výkonu na zažívacím traktu. Výživa je zajišťována parenterálně. Pacient má od 2.4. zavedenu nasogastrickou sondu, která je 3krát denně proplachována a je odsáván žaludeční obsah. Nasogastrická sonda odvádí tmavě zbarvenou krev a v následujících dnech lehce hlenovou tekutinu s příměsí žaludečních šťáv. Pan V. příliš hlad nepociťuje, ale těší se na normální stravu.

5) VYPRAZDŇOVÁNÍ MOČE

Ošetřovatelská anamnéza:

Pan V. udává, že s močením neměl potíže. Přesto v anamnéze uvedenu diagnózu hypertrofie prostaty. Dle dokumentace je v péči urologa.

Současný stav:

Pacient má zaveden permanentní močový katetr, který odvádí světle žlutou moč bez příměsi. Pacient neudává žádné potíže, které by prokazovaly známky infekce. Diuréza je v normě.

6) VYPRAZDŇOVÁNÍ STOLICE

Ošetřovatelská anamnéza:

Pan V. udává, že se doma vyprazdňoval denně, než-li se změnily jeho stravovací návyky vlivem onemocnění. Poté se vyprazdňoval nepravidelně. Prý měl normální stolici a nikdy neužíval projímadlo.

Současný stav:

Pacient se nyní nevyprazdňuje, protože nepřijímá žádnou potravu per os.

7) HYGIENICKÁ PÉČE A STAV KŮŽE

Ošetřovatelská anamnéza:

Pacient před hospitalizací neměl žádné potíže s hygienou. Byl zvyklý mýt se denně vždy večer. Pan V. udává, že kůži nevěnuje velkou péči. Pacient se holí dle potřeby jednou až dvakrát týdně. Kožní problémy neudává.

Současný stav:

Pacient není schopen vzhledem k pooperačnímu stavu sám bez pomoci vykonat hygienu. Pacient je schopen si umýt obličej a vykonat péči o dutinu ústní. Následující dny je pacient schopen vykonat hygienu vsedě sám při poskytnutí potřebných pomůcek. Pacient je upravený, čistý. Kůži má lehce sušší. Oholení pro tuto chvíli odmítá. Pan V. leží na klasické matraci.

Celistvost kůže je porušena dvěma operačními ránami na břiše (horní střední laparotomie), na hrudníku (thorakotomie vpravo ve 4. mezižebří) a dále je vpravo otevřená rána pro vstup hrudního drénu. Dále je integrita porušena na pravé straně krku, kde je zaveden centrální žilní katetr. Všechny kožní vstupy jsou pravidelně asepticky převazovány. Rány jsou klidné, bez komplikací. Jiné jizvy, hematomy či vyrážku jsem nezpozorovala.

2. 4. 2007 (0. operační den) hodnotila skóre ADL, kdy pacient dosáhl 10 bodů (vysoká závislost. 5. 4. pan V. dosáhl 45 bodů (závislost středního stupně).

8) SPÁNEK A ODPOČINEK

Ošetřovatelská anamnéza:

Pan V. udává, že denně spí 8 hodin. To mu k pocitu vyspání stačí. Doma prý potíže se spánkem nemá. Žádná hypnotika neužívá. Během dne také nepospává. Popřípadě si odpočine při čtení nejčastěji novin.

Současný stav:

Pacient pospává během dne, cítí se trochu unavený. Pacient to přikládá pooperačnímu stavu. Pacient měl 0. a 1. pooperační den nekvalitní spánek, protože ho probudila tupá bolest. Ta velmi rychle zareagovala na analgetickou léčbu. Pacient spal v mírně zvýšené poloze. Tato poloha prý panu V. pro spánek vyhovovala. V následujících dnech spal již bez potíží. Únava posléze ustupovala.

9) FYZICKÁ A PSYCHICKÁ AKTIVITA

Ošetřovatelská anamnéza:

Pacient se před onemocněním vzhledem k věku cítil fyzicky dobře. Pan V. je důchodce žijící v rodinném domě. Mezi jeho oblíbené aktivity patří péče o zahrádku, dále chová slepice. Jinak prý občas čte a večer sleduje televizi.

Současný stav:

Nyní se pacient cítí trochu unaven, proto pospává v průběhu celého dne. 4. 4. mu neteř přinesla noviny na čtení. Pan V. sice při čtení neudrží příliš dlouho pozornost, ale nemá již takovou potřebu přes den pospávat.

Pacient není samostatně fyzicky aktivní. Pacient po operaci ležel v mírně zvýšené poloze. Poté byl schopen také být v lůžku v polosedě. 3. 4. při ranní hygieně bylo s pacientem nacvičeno vstávání přes bok. Fyzioterapeutka docházela dvakrát denně. V rámci fyzioterapie byla prováděna fyzioterapeutkou dechová rehabilitace. Pan V. byl postupně vertikalizován. Fyzioterapii pan V. fyzicky zvládal den ode dne lépe. Únava postupně ustupovala. Pacient při fyzioterapii spolupracoval.

10) SMYSLOVÉ A LOKOMOTORICKÉ FUNKCE

Ošetřovatelská anamnéza:

Pan V. používá brýle na čtení, jiné smyslové potíže prý nemá. S chůzi či pohybem také potíže neměl. S orientací a pohybem v prostoru neudává.

Současný stav:

Pacient objektivně slyší dobře, brýle má uloženy v blízkosti v případě potřeby. Pan V. je vzhledem k pooperačnímu období ležící popř. sedící s dobře postupující rehabilitací.

11) PARTNERSKÝ ŽIVOT A RODINNÁ SITUACE

Ošetřovatelská anamnéza:

Pacient je již rok vdovec. Žije sám v rodinném domě. Dcera bydlí nedaleko cca 3 km od otce, ve vedlejší vesnici. Dcera většinou i s vnoučaty ho navštěvují každý víkend. Prý mají dobré vztahy, ale více se na toto téma pacient nerozpovídá.

Současný stav:

Pacienta může v nemocnici navštívit neteř, která popřípadě zajistí i něco na čtení pro pana V. Po návratu domů mu může v případě potřeby pomoci dcera.

Otázky týkající se intimního života nebyly položeny.

9.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY

1) BEZPEČÍ A JISTOTA

Pan V. před rokem ovdověl. Na svou manželku byl velmi zvyklý a nyní mu chybí. V případě nutnosti nějaké potřeby se o něho může postarat dcera. Ta bydlí nedaleko od pacientova bydliště. Dcera ho i s vnoučaty podle pana V. chodí o víkendu navštěvovat.

Pan V. si byl vědom závažnosti diagnózy, která mu byla lékařem sdělena. Byl dostatečně informován i o svém léčebném režimu. Svůj životní styl pacient nepovažoval za rizikový, ale pokud to bude nezbytně nutné je ochoten ho změnit.

Pan V. vnímal závažnost svého onemocnění a také ho z toho důvodu zužoval strach. To jsem řešila rozhovorem, kdy ventiloval své obavy. Pan V. měl obavy o své zdraví a také zda bude soběstačný. S pacientem jsme situaci rozebrali a po rozhovoru se mu ulevilo.

Pan V. chápal nutnost hospitalizace a operačního výkonu, a proto mu léčebný režim nečinil obzvláště velké obtíže, ani dodržování týdenní hladovky. Pacient byl dobře informován. Tento stav během mého ošetřování dobře snášel. Pacient se vzhledem k rozsáhlosti operačního výkonu zotavoval celkem rychle. Samozřejmě se těšil až bude moci jít domů a starat o svůj dům.

Pacient byl před hospitalizací soběstačný. Staral se dům, zahradu a slepice. S péči o domácnost mu občas pomohla dcera. Nyní má obavy, aby vše zvládnul sám.

Sociální jistota je zabezpečena domem, ve kterém žil s manželkou. Nyní v něm žije sám. Na drobnější údržbu domu prý zatím stačí sám.

Finanční jistota je zajištěna starobním důchodem.

2) LÁSKA A SOUNÁLEŽITOST

Tuto potřebu zajišťovala manželka. Nyní ji alespoň částečně zajišťuje dcera s vnoučaty popř. syn s vnoučaty. Vzhledem k vzdálenosti pana V. děti v nemocnici nenavštěvují, ale navštěvuje ho neteř. Ta zajistí vše potřebné. Pan V. o nikoho nepečuje. Ale chová slepice, které musí denně obstarat.

Pan V. nemá komunikační problémy. Kontakt jsem s ním navázala rychle, bez potíží. Pokud není vyzván k rozhovoru nebo dotázán, nemá pacient přílišnou potřebu povídat. Pan V. je přátelský. Pacient nemá mobilní telefon. Komunikuje se svou neteří, která ho v nemocnici navštěvuje. V případě nutnosti má pacient i zdravotnický personál telefonický kontakt na syna. Pan V. nemá potíže s komunikací s personálem ani se spolupacienty.

Pacient zná svůj zdravotní stav a chce o něm být informován. Nemá pocit, že by měl nedostatek informací. Informace z okolního světa získává i z rozhovorů s neteří, zdravotnickými pracovníky a z novin.

S pacientem jsem navázala důvěryhodný a přátelský vztah. Neměli jsme problémy s komunikací a pacient mě v případě potřeby oslovil.

3) SEBEPOJETÍ A SEBEREALIZACE

Pan V. je nyní ve starobním důchodu. Dříve pracoval jako řidič z povolání. Pacient udává, že nejprve jezdil velkým autem (kamion) a později začal jezdit s osobním. Toto zaměstnání ho bavilo a uspokojovalo.

Nyní udržuje svůj dům v pořádku, pečuje o přilehlou zahrádku a chová slepice. Prý ho to udržuje stále v kondici. Tato činnost ho baví, prý má stále co dělat.

Nemoc panu V. nezměnila pohled na sám sebe. Prý bude dělat vše pro to, aby se uzdravil. Pacient je ochoten změnit výživu tak, aby se nezhoršil jeho zdravotní stav. Prozatím neví, jak situaci bude zvládat, ale dcera je ochotna mu prý pomoci.

4) POTŘEBY DUCHOVNÍ

Pacient je bez vyznání a dále nemá potřebu k tomuto tématu něco dodávat.

9.3 ZHODNOCENÍ

Pan V. je spíše introvertní povahy. Pacient byl ochotný klidný, dobře naladěný a dobře spolupracuje se zdravotnickým personálem. Pan V. byl emocionálně stabilní. Bez ostychu odpovídal na mnou položené otázky, ale více se většinou o žádné více nerozpovídal.

10. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:

1) Akutní bolest v oblasti břicha z důvodu operačního zákroku projevující bolestivými grimasami, změnami fyziologických funkcí a omezeným dýcháním.

2) Strach o své zdraví a soběstačnost z důvodu závažné diagnózy projevující se ustaraností a napětím při rozhovoru.

3) Porucha kožní integrity na břiše, hrudníku a krku z důvodu operace a zavedení CŽK s rizikem vzniku komplikací krvácení, infekce a nefunkčnosti CŽK.

4) Omezená pohyblivost v důsledku operačního zákroku a zavedením hrudního drénu projevující se omezeným dýcháním a nedostatečnou sebepéčí.

5) Změna ve výživě z důvodu operačního zákroku na zažívacím traktu se zavedením nasogastrické sondy a nepřijímáním stravy per os.

6) Únava z důvodu pooperačního stavu projevující se pospáváním a nezájmem.

7) Riziko vzniku zácpy z důvodu operace na zažívacím traktu a nepřijímáním potravy per os.

11. OŠETŘOVATELSKÉ CÍLE, PLÁNY, REALIZACE A JEJICH ZHODNOCENÍ

1) Akutní bolest v oblasti břicha z důvodu operačního zákroku projevující bolestivými grimasami, změnami fyziologických funkcí a omezeným dýcháním.

CÍL:

Zmírnění bolesti a pacient cítí úlevu od bolesti do hodiny od podání analgetika.

Zajistit spolupráci pacienta na kontrole a snižování bolesti.

PLÁN:

Změření intenzity bolesti na vizuální analogové škále.

Monitorovat a hodnotit bolesti a informovat lékaře.

Kontrolovat bolestivost ran, drénů a katetrů.

Navázat s pacientem důvěryhodný vztah.

Objasnit pacientovi příčinu bolesti.

Sledovat hodnoty fyziologických funkcí.

Opatrná manipulace při převazech či manipulaci s drény.

Pomoci pacientovi zajistit úlevovou polohu.

Zajistit pohodlí v lůžku.

Podání analgetik dle ordinace lékaře.

REALIZACE:

2.4. - pacient v odpoledních hodinách neudává akutní bolest. Bolest by hodnotil stupněm 1 na vizuální analogové škále 0-10. Panu V. je podávána kontinuálně epidurální analgézie. Směs kape rychlostí 3ml/hod. V půlnoci je aplikace epidurální směsi zrychlena na 7ml/hod. a bolest je hodnocena stupněm 4. Pan V. neměl zvýšeny fyziologické funkce vlivem bolesti. Bolest se po zvýšení množství analgetik zmírnila. Nadále měl pacient klidný spánek.

3. 4. je směs podávána kontinuálně rychlostí 7 ml/hod. Při ranní hygieně pacient udává zvýšení bolesti v operačních ránách a v místě výstupu hrudního drénu. Pacient měl vlivem bolesti omezené dýchání. Pacienta jsem poučila, že musí vstávat vždy přes bok, aby se zmírnila bolestivost při pohybu. Tuto bolest nebylo nutné řešit větším podáním analgetik. Pacient po ranní hygieně ležel v mírně zvýšené poloze, dýchal klidně a pravidelně. Bolest následně sama ustoupila. V průběhu dne pan V. neudává zvětšení bolesti. Ve 22 hodin pacient udává zvýšení bolesti, hodnocena stupněm 4-5. U pacienta došlo ke zvýšení pulsu na

107tepů/minutu. Aplikace epidurální směsi zvýšena na 9 ml/hod a dále je podána 1 amp. Dolminy i.m. Bolest se zmírnila, pacient usnul.

4. – 5.4. je epidurální směs podávána rychlostí 9 ml/hod. Pacient již nepociťoval bolest a to ani při pohybu.

S pacientem jsem navázala důvěryhodný vztah. Informovala jsem ho o jakékoliv manipulaci v jeho bezprostřední blízkosti. Ujistila jsem pacienta, že kdykoliv může požádat o pomoc. Tím jsem navodila atmosféru k potřebné spolupráci pana V. se mnou a ostatním zdravotnickým personálem.

Panu V. jsem objasnila důvody bolesti v operačních ránách a pečovala o pohodlí v lůžku, aby nedocházelo zbytečně k dalším nepříjemným pocitům. Rehabilitaci u pacienta zajišťovala fyzioterapeutka. S pacientem nacvičovala vertikalizaci a prováděla dechové cvičení. Věnovala jsem maximální opatrnost při manipulaci s drény a při převazech operačních ran a vstupů.

HODNOCENÍ:

Pacient udával zmírnění bolesti do několika minut a nepociťoval jiné nepříjemné pocity. Cíl byl splněn.

Pacient spolupracoval se mnou i s ostatním zdravotnickým personálem při kontrole a snižování bolesti. Cíl byl splněn.

2) Strach o své zdraví a soběstačnost z důvodu závažné diagnózy projevující se ustaraností a napětím při rozhovoru.

CÍL:

Pacient udává zmírnění a objasnění strachu.

PLÁN:

Vytvořit mezi mnou a pacientem důvěryhodný vztah.

Využití komunikačních dovedností např. aktivní naslouchání.

Zjistit jak nemocný dříve řešil náročné životní situace.

Nechat pacienta ventilovat negativní pocity a nechat ho odreagovat.

Zodpovězení všech dotazů a otázek.

REALIZACE:

Snažila jsem se s pacientem navázat důvěryhodný vztah milým přístupem, vystupováním a dostatečným informováním při jakékoli manipulaci v bezprostřední blízkosti. Vytvořila jsem přinejmenším přátelskou atmosféru. Napětí při rozhovoru postupně opadalo. Panu V. jsem dle potřeby naslouchala, aby mohl ventilovat své negativní pocity. Pan V. měl nejspíše strach, že zůstane na vše sám. Pacient udával, že má se svou dcerou dobré vztahy. Dcera, která bydlí blízko svého otce, prý přislíbila pomoc v případě nutnosti.

Náročné životní situace jsme spolu do hloubky nerozebírali. Nebylo to příliš dlouho, co pan V. ovdověl. Ale měla jsem z rozhovoru pocit, že jich většinu řešili se svou nyní již zesnulou manželkou.

Pacient mi nekladl žádné otázky, byl spokojen informacemi od lékaře i ostatního zdravotnického personálu. Vždy, když jsem pacienta ošetřovala, informovala jsem ho, co se děje v jeho bezprostřední blízkosti.

HODNOCENÍ:

Pacientovi se strach zmírnil, nejspíš potřeboval jen ventilovat své obavy. Cíl byl splněn.

3) Porucha kožní integrity na břiše, hrudníku a krku z důvodu operace a zavedení CŽK s rizikem vzniku komplikací krvácení, infekce a nefunkčnosti CŽK.

CÍL:

Pacientovi se chirurgické rány hojí bez komplikací.

Pacient nepociťuje žádné obtíže spojené s centrálním žilním katetrem.

PLÁN:

Zajistit pravidelné převazy chirurgických ran i žilního vstupu.

Dodržovat aseptický postup práce.

Pravidelně kontrolovat vzhled ran a vstupu.

Kontrolovat případné komplikace.

Provádět proplach centrálního žilního katetru.

Opatrná manipulace při převazech či manipulaci s drény.

REALIZACE:

Pacient měl 3 operační rány: horní střední laparotomii, thorakotomii vpravo a otevřený vstup pro hrudní drén. Při převazu jsem kontrolovala vzhled ran.

- Laparotomie – rána klidná, bez zarudnutí. Převazována jednou denně.
- Thorakotomie – rána prosakuje. Je nutné ji několikrát denně převazovat. Rána je klidná, nemaceruje.
- Vstup pro hrudní drén – rána prosakuje okolo drénu. Je nutné několikrát denně ránu převazovat. Rána je bez zarudnutí, nemaceruje.

Panu V. jsem denně prováděla převazy operačních ran za aseptických podmínek. Použila jsem vždy sterilní krytí.

Pacientovi jsem denně zajišťovala převazy centrálního žilního katetru. Při převazech jsem dbala na zásady asepse. Centrální žilní katetr byl podkládán Inadine a následně kryt sterilní transparentní fólií. Katetr byl vždy po podání intravenózního roztoku proplachován fyziologickým roztokem.

HODNOCENÍ:

Chirurgické rány nevykazovaly žádné z komplikací, které by negativně ovlivnily hojení. Cíl byl splněn.

Žilní vstup byl taktéž bez známek infekce. Cíl byl splněn.

4) Omezená pohyblivost v důsledku operačního zákroku a zavedením hrudního drenu projevující se omezeným dýcháním a nedostatečnou sebepéčí.

CÍL:

Pacientovi se pohyblivost se navrací do původního stavu.

Pacient je schopen vykonat hygienu samostatně.

Pacient je soběstačný v rámci lůžka.

Zajistit spolupráci pacienta při fyzioterapii.

Pacient má normální dýchání.

PLÁN:

Pacientovi dle potřeby dopomoci při hygieně.

Poskytnout pacientovi pomůcky k hygieně.

Sledovat jak probíhá fyzioterapie.

Dát pacientovi stolek s osobními věcmi do blízkosti tak, aby byl schopen se obsloužit sám.

Zhodnotit provedení základních všedních činností.

Poučit pacienta, aby aktivně vykašlával.

Sledovat dechovou frekvenci.

Zhodnotit riziko vzniku komplikací v dýchacích cestách.

Plnit ordinace lékaře.

REALIZACE:

2. 4. nebyl schopen pacient sám vykonat ranní hygienu, byla nutná značná dopomoc. S panem V. nacvičili v rámci ranní hygieny sed s nohama mimo lůžko. Zpočátku mu to činilo drobné potíže, ale fyzioterapie dále pokračovala uspokojivě. Zhodnotila jsem provedení základních všedních činností. Pacient získal 10 bodů (vysoká závislost). Dále jsem u pacienta zhodnotila riziko vzniku komplikací v dýchacích cestách. Pan V. získal 9 bodů (pacient je ohrožen komplikacemi).

V následujících dnech se pan V. omyl sám, ale bylo nutné mu přinést a připravit pomůcky pro hygienu.

4. 4. byl pacient schopen se postavit vedle lůžka s dopomocí fyzioterapeutky. 5. 4. se pacientův stav nezměnil, opět rehabilitoval pod dozorem fyzioterapeutky. 5. 4. jsem ADL test s pacientem zhodnotila znovu. Pan V. získal 45 bodů tzn. závislost středního stupně

Fyzioterapeutka zajišťovala také dechovou rehabilitaci. Fyzioterapeutka docházela dvakrát denně v dopoledních a odpoledních hodinách.

Pacientovi jsem dala noční stolek do jeho blízkosti tak, aby na něj pohodlně dosáhl. Pan V. byl poté schopen podat si sám osobní věci.

Pacientovi byla naordinována třikrát denně nebulizace s mukolytikem pro usnadnění vykašlávání hlenu z dýchacích cest. Pana V. jsem poučila o nezbytnosti vykašlávání hlenu, aby nedošlo k infekci. Pacient ochotně spolupracoval. Dechová frekvence se zpočátku pohybovala okolo 20dechů/minutu. V operační den se u pacienta občas objevila tachypnoe, ale v následujících dnech dýchal pravidelně s frekvencí do 22dechů/minutu. Pacient je již bez rizika vzniku komplikací v dýchacích cestách. Pan V. získal 2 body.

HODNOCENÍ:

Pacientova pohyblivost a soběstačnost se postupně navrací do původního stavu. Pacient je schopen sám vykonat hygienu. Pacientův stav se zlepšil a cíl byl splněn.

Pacient má normální dýchání a není ohrožen komplikacemi v dýchacích cestách. Cíl byl splněn.

5) Změna ve výživě z důvodu operačního zákroku na zažívacím traktu se zavedením nasogastrické sondy a nepřijímáním stravy per os.

CÍL:

Pacient chápe význam pooperační diety a zavedení nasogastrické sondy.

Zpříjemnit pacientovi čajovou dietu chutným pitným režimem.

Pacient nepřijímá stravu per os.

PLÁN:

Podat pacientovi tekutinu dle dietetických možností a jeho přání.

Poučit pacienta o významu pooperační diety.

Poučit pacienta o parenterální výživě.

Pravidelně odsávat žaludeční obsah.

Kontrolovat průchodnost nasogastrické sondy.

REALIZACE:

Panu V. nechutnal hořký černý čaj, který mu byl podáván. Proto jsem po konzultaci se staniční sestrou podala lehce oslazený ovocný čaj, který pacientovi vyhovoval.

Pana V. jsem znovu informovala, že je nutné dodržovat týdenní půst vzhledem k operačním zásahům na jícnu a žaludku. Před operací byl již informován lékařem o nezbytnosti tohoto režimu. Pacient měl dostatek informací a ochotně dodržoval půst.

Dále jsem pana V. také poučila o náhradní parenterální výživě. Výživa byla zajištěna vakem All in one do centrálního žilního katetru.

Žaludeční obsah byl odsáván třikrát denně. Nejprve měl barvu tmavé krve a posléze to byla spíše hlenovitá tekutina s obsah žaludečních šťáv. Nasogastrická sonda byla průchodná a nečila panu V. potíže.

HODNOCENÍ:

Pacient byl spokojen s ovocným čajem i s informacemi, které mu byly podány ohledně diety. Díky tomu nepřijímal stravu per os. Cíle byly splněny.

6) Únava z důvodu pooperačního stavu projevující se pospáváním a nezájmem.

CÍL:

Pacient se cítí být v lepší fyzické i psychické kondici.

Pacient se věnuje alespoň okrajově zájmové činnosti.

PLÁN:

Řešit případnou bolest, která by negativně ovlivňovala spánek.

Poučit pacienta, že spánek přes den nemusí být tak kvalitní.

Sledovat průběh fyzioterapie.

Zjistit zájmy pacienta a zajistit mu vhodnou činnost.

REALIZACE:

Panu V. jsem vysvětlila, že únava může být způsobena nekvalitním spánkem přes noc. Pacientovi v klidném a kvalitním spánku v noci zpočátku bránila bolest. Ta byla úspěšně zvládnuta.

Dále jsem ho také informovala o tom, že ho může fyzicky unavovat fyzioterapie, což mi posléze potvrdil. Fyzická námaha při fyzioterapii pacientovi nevadila, postupně si zvykal na zátěž.

Zeptala jsem se pacienta, jakou zájmovou činností by pro něho bylo vhodné čas v nemocnici vyplnit. Pan V. řekl, že nejvhodnějším vyplněním času by byla četba. Neteř mu zajistila noviny. Pan V. se snažil místo pospávání alespoň chvilkami číst noviny. Pozornost příliš dlouho neudržel, ale neměl takovou potřebu pospávat.

HODNOCENÍ:

Pacient se cítil lépe a četba mu vyhovovala. Cíl byl splněn.

7) Riziko vzniku zácpy z důvodu operace na zažívacím traktu a nepřijímáním potravy per os.

CÍL:

Pacient má obnovenou peristaltiku.

Pacient se pravidelně vyprazdňuje.

PLÁN:

Zajistit pacientovi dostatek tekutin v rámci možností jeho zdravotního stavu.

Dát tekutiny do jeho dosahu.

Poučit pacienta, aby popíjel pomalu po douškách.

Zajistit a poučit pacienta o pohybové aktivitě přiměřenou jeho schopnostem.

Poučit pacienta o jeho dietním režimu.

REALIZACE:

Panu V. jsem po konzultaci se staniční sestrou zajistila lehce oslazený čaj, který pacientovi vyhovoval. Pacientovi jsem dodávala tekutiny a poučila jsem ho o jejich popíjení po malých doušcích. Pacient měl tekutiny ve svém dosahu a byl schopen se napít sám. Pacient byl poučen o svém dietním režimu. U pana V. byla pohybová aktivita zajisťována v rámci ranní hygieny a posléze fyzioterapií.

HODNOCENÍ:

Peristaltika byla obnovena 4. 4. 2007, kdy je podle vyšetření lékaře břicho měkké a dle pacienta plyny odcházejí. Cíl byl splněn.

Nemohla jsem zhodnotit pacientovo vyprazdňování, vzhledem k době pacientovi rekonvalescence a mého ošetřování. Cíl nebyl splněn.

12.OŠETŘOVATELSKÝ ZÁVĚR A PROGNÓZA

Pana V. jsem ošetřovala ve dnech od 2. 4. do 5. 4. 2007. Pacient byl po operaci na gastrointestinálním traktu pro karcinom. S pacientem jsem navázala první kontakt hned při přijetí z operačního sálu. Vzhledem k pooperačnímu stavu mě ještě příliš nevnímal. Postupem času se situace měnila. Pacient byl komunikativní a přátelský.

Pacient byl informován již před operací o svém zdravotním stavu a následujících léčebných krocích. Proto chápal nutnost hospitalizace i operačního zákroku. Díky informovanosti snášel vcelku dobře i týdenní půst, který je nutné po těchto zákrocích dodržovat.

Obtíže, které pana V. trápily jsem zjistila při odebírání anamnézy, rozhovoru nebo pozorováním. 2. 4. pana V. nejvíce trápila bolest, kterou se nám podařilo zvládnout. A následně jsme bolest zvládali pomocí epidurální anestezie, kterou měl pacient po celou dobu mého ošetřování. Následující den jsem při rozhovoru s panem. V. zjistila, že má obavy z budoucnosti. Ty vyplývaly nejspíše z toho, že nebude schopen dostatečně pečovat jak o sebe, tak o svou domácnost. Obavy se po rozhovoru zmírnily. Další problémy vyplývající spíše z pooperačního stavu pacienta se nám podařilo úspěšně zvládnout.

Pacient spolupracoval a dostatečně komunikoval se zdravotnickým personálem. Pokud mohl být něčemu nápomocen, vždy ochotně pomohl a poslechl všechna doporučení.

Pan V. se díky svému aktivnímu přístupu a ochotě spolupracovat rychle zotavoval. Každým dnem bylo znát zlepšení stavu psychického i fyzického. Pacient měl posléze zájem i o četbu novin, i když neudržel pozornost příliš dlouho. Stav fyzický se zlepšoval zejména díky fyzioterapii, která ho zpočátku unavovala. Vzhledem k těmto okolnostem můžeme předpokládat, že jeho rekonvalescence bude nadále pokračovat tímto směrem.

13. SEBEREFLEXE

S panem V. se mi pracovalo dobře. Byl komunikativní, přátelský a spolupracující. Pacient mi podal veškeré potřebné informace. Ošetřovatelská péče o tohoto pacienta pro mě měla velký význam. Nejen proto, že jsem po delší době měla možnost opět s pacientem navázat bližší kontakt a poznat jeho situaci hlouběji. Ale také proto, že péče o něho byla náročná i prakticky. Naučila jsem se pečovat a zacházet např. s epidurálním katetrem. Vzhledem k těmto okolnostem to hodnotím jako velký osobní přínos.

14. SEZNAM.ZKRATEK

Neuvádím zde běžně používané zkratky jako např. hod., min., ml, mg atd.

AA alergologická anamnéza
ADL activity daily living (Barthelův test základních všedních činností)
ALT alaninaminotransferáza
APTT aktivovaný parciální tromboplastinový čas
AST asparátaminotransferáza
BMI body mass index
ºC stupňů Celsia
CRP C-reaktivní protein
CT počítačová tomografie
CŽK centrální žilní katetr
DF dechová frekvence
DV dechový objem
EKG elektrokardiograf
FA armakologická anamnéza
FR fyziologický roztok
GMT γ- glutamyltransferáza
INR protrombinový čas
JIP jednotka intenzivní péče
NGS nasogastrická sonda
OA osobní anamnéza
P puls
RA rodinná anamnéza
RTG rentgen
TK krevní tlak
amp. ampule
ca karcinom
dist. distální
i. m. intramuskulární podání
i. t. intrathékální podání
i. v. intravenózní podání
s. c. subcutánní podání
tbl. tableta

15. ZDROJE INFORMACÍ A POUŽITÁ LITERATURA

1) zdravotnická dokumentace
2) pacient (rozhovor)
3) pozorování popř. měření

4) Doenges, M. E., Moorhouse, M. F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80 - 247 - 0242 - 8

5) Kessler, S.: Memorix -Laboratorní diagnostika. Praha: Scientia medica, 1993. ISBN 80-85526-12-3

6) Klener, P.: Klinická onkologie. Praha: Galén, Karolinum, 2002. ISBN 80-7262-151-3

7) Pacovský, V., Staňková, M.: Vnitřní lékařství pro 3. ročník SZŠ, 1. díl. Praha: Scientia medica, 1996. ISBN 80-85526-55-7

8) Staňková M.: České ošetřovatelství č. 6: Hodnotící a měřící techniky v ošetřovatelské praxi. NCO NZO Brno, 2004. ISBN 80-7013-323-6

9) Švihovec, J. a spol.: Pharmindex – Brevíř. Praha: MediMedia Information, 1998. ISBN 80-901781-7-0

10) Trachtová, E. a kol.: Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. NCO NZO Brno, 2004. ISBN 80 - 7013 - 324 - 4

11) Valenta, J., Šebor, J., Matějka, J., Runt, V.: Chirurgie pro bakalářské studium ošetřovatelství. Praha: Karolinum 2003. ISBN 80-246-0644-5

12) Zeman, M. et al.: Speciální chirurgie. Praha: Galén 2004 - 2. vydání. ISBN 80-7262-260-9