



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav pro lékařskou etiku a ošetřovatelství

**Ošetřovatelská péče o nemocného
s dg. KARCINOM REKTOSIGMATU**

*Nursing care of the patient with rectosigmoidal
cancer*

případová studie

bakalářská práce

Praha, květen 2007

Ivana Picmausová
bakalářský studijní program: Ošetřovatelství
studijní obor: Všeobecná sestra

Autor práce: Ivana Picmausová, DiS.

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Bc. Renata Vytejšková

Pracoviště vedoucího práce: Ústav pro lékařskou etiku a
ošetrovatelství 3. LF UK v Praze

Odborný konzultant: MUDr. Lukáš Havlůj

Pracoviště odborného konzultanta: Chirurgická klinika 3. LF UK a
FN na Královských Vinohradech
v Praze

Datum a rok obhajoby: 7. 6. 2007

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům v rámci 3. lékařské fakulty University Karlovy.

V Praze dne 17. 5. 2007

Ivana Picmausová, Dis.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala za odborné vedení práce v ošetrovatelské části slečně Bc. Renatě Vytejčkové, v chirurgické části panu MUDr. Lukášovi Havlůjovi. Dále děkuji celému Ústavu pro lékařskou etiku a ošetrovatelství 3. LF UK, jmenovitě paní PhDr. Marii Zvoníčkové za cenné rady. Poděkování patří též pacientce, paní J.D. a personálu pracoviště, kde byla hospitalizována. Nakonec děkuji své rodině za podporu nejen při psaní této práce, ale i během celého studia.

Obsah

<i>Prohlášení</i>	3
<i>Poděkování</i>	4
<i>Obsah</i>	5
1. Úvod	7
2. Klinická část	9
2.1 Anatomie tlustého střeva	9
2.1.1 Obecná anatomie tlustého střeva	9
2.1.2 Stavba stěny tlustého střeva	10
2.1.3 Cévy a nervy tlustého střeva	11
2.1.4 Coecum – slepé střevo.....	12
2.1.5 Colon ascendens– vzestupný tračník	13
2.1.6 Colon transversum – příčný tračník	14
2.1.7 Colon descendens – sestupný tračník	15
2.1.8 Colon sigmoideum – esovitý tračník	15
2.1.9 Rectum – konečník	16
2.2 Fyziologie tlustého střeva	18
2.3 Patologická anatomie nádorů tlustého střeva ...	20
2.4 Etiologie, charakteristika a epidemiologie nádorů tlustého střeva	22
2.4.1 Etiologie	22
2.4.2 Charakteristika	22
2.4.3 Epidemiologie	24
2.5 Příznaky karcinomu tlustého střeva	27
2.6 Vyšetření	28
2.6.1 Anamnéza	28
2.6.2 Screening a časný záchyt onemocnění	28
2.6.3 Diagnostika	29
2.7 Léčba karcinomů tlustého střeva	31
2.7.1 Chirurgická léčba	31
2.7.1.1 Chirurgická léčba karcinomu rekta a	

rektosigmoideálního přechodu.....	31
2.7.1.2. Chirurgická léčba karcinomu tračníku	32
2.7.2 Onkologická léčba	36
2.7.2.1 Radioterapie	36
2.7.2.2 Chemoterapie	37
2.8 Prognóza onemocnění	38
2.9 Údaje o pacientce s diagnózou karcinom	
<i>rektosigmatu</i>	39
2.9.1 Základní údaje o nemocné	39
2.9.2 Údaje z lékařské anamnézy	39
2.9.3 Diagnostické metody	40
2.9.4 Souhrn terapeutických opatření a průběh	
hospitalizace	42
3. Ošetrovatelská část	44
3.1 Úvod – ošetrovatelský proces	44
3.2 Ošetrovatelská anamnesa	54
3.3 Ošetrovatelský plán	56
3.4 Psychosociální problematika	88
4. Edukační plán nemocné	91
5. Závěr	99
<i>Seznam použité literatury</i>	101
<i>Zkratky použité v textu</i>	103
<i>Přílohy</i>	104

1. Úvod

Téma své diplomové práce „Ošetrovatelská péče o nemocného s diagnózou karcinom rektosigmatu“ jsem si vybrala na základě svého zájmu o tuto problematiku. Jedná se o velmi časté onemocnění, jehož incidence neustále stoupá a přesouvá se do nižších věkových kategorií. Česká republika má smutné prvenství ve výskytu karcinomu tlustého střeva ve světě, proto je nutné se touto problematikou intenzivně zabývat. Spolu s tím souvisí i následky léčby tohoto onemocnění: nutnost vytvořit střevní vývod – stomii, tedy stav, který má zásadní vliv na psychický i fyzický stav nemocného a bezprostředně se týká i jeho okolí. Nezbytností je tedy: komplexní citlivá péče všech zdravotníků; lidský přístup a orientace v dané problematice a sledování vývoje jak z medicínského, tak z ošetrovatelského hlediska.

Bakalářská práce je zpracováním případové studie ošetrovatelské péče o 77letou pacientku J.D., která byla hospitalizována na chirurgickém oddělení v jedné z pražských nemocnic s diagnózou karcinom rektosigmatu. V klinické části se zabývám anatomií a fyziologií tlustého střeva, etiologií, patofyziologií a patologií nádorového růstu. Další část je věnována pacientce paní J.D., kde je uveden průběh onemocnění a hospitalizace včetně použitých vyšetřovacích metod vedoucích ke stanovení diagnózy, terapie a prognózy onemocnění. V ošetrovatelské části je obecná charakteristika ošetrovatelského procesu. Pro vypracování plánu ošetrovatelské péče

jsem zvolila model funkčního zdraví dle Marjory Gordonové, popsána je stručná charakteristika. Dále jsou uvedeny základní informace o pacientce, klinické vyšetření sestrou a ošetřovatelská anamnéza. Na základě anamnézy jsou stanoveny aktuální i potencionální ošetřovatelské diagnózy. K vyřešení jednotlivých problémů je navržen plán ošetřovatelské péče. Součástí ošetřovatelské části je edukace jak paní J.D., tak i její rodiny ohledně stomie.

Práce je doplněna obrazovými přílohami stomických pomůcek, Barthelovým testem základních všedních činností, tabulkou hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové, záznamy ošetřovatelské dokumentace a obrázkem vizuální analogové škály bolesti.

2. Klinická část

2.1 Anatomie tlustého střeva

Obecná anatomie tlustého střeva

Tlusté střevo – *intestinum crassum* – je posledním 1,2 – 1,5 metru dlouhým úsekem trávicí trubice. Šířka tlustého střeva značně kolísá a je výrazně závislá na okamžitém funkčním stavu stěny střeva a na jeho náplni. Na začátku bývá střevo široké 5 – 6 cm a jeho průsvit se postupně zmenšuje až na 4 cm v oblasti sigmatu: proto se nádorová i zánětlivá onemocnění (která stenózují lumen) v této oblasti projeví rychleji jeho (neúplnou či úplnou) obturací se vznikem subileózního až ileózního stavu. Přispívá k tomu též tuhý obsah v sigmatu (stolice), na rozdíl od orálnějších partií, kde je obsah ještě tekutý či kašovitý.

Tlusté střevo začíná v pravé jámě kyčelní slepým střevem (*caecum*, *coecum*), z kterého vybíhá červovitý přívěsek – *appendix vermiformis*. Anatomicky a funkčně je tenké a tlusté střevo odděleno, a proti zpětnému posunu tráveniny intermitentně uzavřeno ileocékální (Bauhinskou) chlopní. Dále se tlusté střevo člení na vzestupnou část (tračník) – *colon ascendens*, *flexura hepatica* (jaterní ohbí), příčnou část – *colon transversum*, *flexura lienalis* (slezinné ohbí), sestupnou část – *colon descendens* a esovitou část *colon sigmoideum* - tračník esovitý. Terminální částí tlustého střeva je konečník – *rectum*, který je již uložen v malé pánvi. Navenek ústí anus - řitní otvor.

Tlusté střevo je uloženo zčásti intraperitoneálně (c. transversum, c. sigmoideum a obě flexury) a zčásti retroperitoneálně (coecum, c. ascendens a c. descendens).

Stavba stěny tlustého střeva

Stěna tlustého střeva je tvořena třemi vrstvami: tunica serosa, muscularis a mucosa. Seróza obaluje úplně jen intraperitoneálně uložené části tlustého střeva.

Sliznice – tunica mucosa – má jednodušší stavbu než sliznice tenkého střeva, je bez klků, obsahuje jen Lieberkühnovy krypty vystlané vysokým cylindrickým epitelem, v kterém se nacházejí pohárkové buňky produkující hlen.

Tunica muscularis se skládá z vnější (nekompletní) longitudinální a vnitřní (souvislé) cirkulární vrstvy. Podélná vrstva hladké svaloviny je zhuštěna ve tři 8 -10 mm široké bělavé pruhy - taenie. Na obvodu jednotlivých úseků tlustého střeva mají tenie typické uložení, které se popisuje podle jejich polohy na příčném tračníku. Haustra (výpuky) dodávají tlustému střevu typický vzhled. V každém úseku tlustého střeva jsou individuálně dosti variabilní oblasti, kde je větší nakupení cirkulární svaloviny, které zde formuje místní (funkční, nikoliv anatomicky definované) svěrače, kterými je regulován posun tráveniny tlustým střevem.

Poslední vrstvou je seróza - pobřišnice, která vybíhá na volném povrchu stěny střeva ve stopkaté a ploché výběžky vyplněné tukem – appendices epiploicae. Peritoneum nepokrývá tlusté střevo v jeho celé

délce – vzestupný a sestupný tračník, stejně jako kaudální část konečníku, je mimo peritoneální dutinu.

Cévy a nervy tlustého střeva

Tepny tlustého střeva jsou větve z a. mesenterica superior, a. mesenterica inferior a arteria iliaca interna.

Arteria mesenterica superior svými větvemi zásobuje slepé střevo, vzestupný tračník a příčný tračník a a. mesenterica inferior vysílá větve pro sestupný a esovitý tračník a pro horní část konečníku. K dolní části konečníku jdou větve z a. iliaca interna. Všechny tři tepenné oblasti spolu anastomózují.

Žíly tlustého střeva sledují tepny. Za hlavou slinivky břišní se spojují a vstupují do v. portae. Ve stěně konečníku se realizuje spojení mezi oblastí v. portae a v. cava inferior. Vzniká tak jedna z mnoha portokaválních anastomos trávicí trubice.

Mízní cévy se sbírají z mízních pletení stěny a běží podél tepen a žil do uzlin. Parasympatická vlákna n. vagus inervují svalovinu tlustého střeva od jeho začátku až na hranici střední a levé třetiny příčného tračníku (do tzv. bodu Cannova-Bohmova). Zbývající úseky dostávají parasympatická vlákna ze sakrálního parasympatiku cestou rr. viscerales ze smíšeného plexus hypogastricus inferior. (Ke stěně tlustého střeva jdou buď přímo nebo podél cév.) Parasympatická inervace působí na střevu zrychlení peristaltiky, zesílení kontrakcí a zvyšuje sekreci střevních žláz.

Sympatická vlákna jdou k tlustému střevu z ganglion mesentericum superius et inferius cestou pletení kolem cév nebo přímo ze sakrálních sympatických ganglií cestou smíšených rr. sacrales z plexus hypogastricus inferior. Podél tepen vytvářejí pleteně, kde se sympatická vlákna mísí s vlákny parasympatiku a společně vstupují do stěny střeva.

Senzitivní inervace je zajištěna vlákny, která doprovázejí parasympatická vagová vlákna a vlákna sakrálního parasympatiku.

Coecum (též caecum) – slepé střevo

Je první, vakovitě rozšířenou, částí tlustého střeva, leží obvykle v pravé jámě kyčelní. Vak slepého střeva je (dle okamžitého tonu stěny a náplně) asi 6 - 8 cm široký a stejně tak dlouhý, jeho tvar je velmi variabilní. Může být symetricky kónický nebo skutečně vakovitý, asymetrický a zevně vyklenutý. Zleva ústí do slepého střeva ileum. Zevní (laterální) plocha střeva naléhá na břišní stěnu. Dolní konec slepého střeva je poměrně volný. K zadní stěně břišní dutiny není fixovaný. Vzniká tak zdola přístupný prostor ležící mezi střevem a nástěnnou pobřišnicí. V případě, že k břišní stěně není fixována ani horní část slepého střeva, je mezi střevem a stěnou trupu různě dlouhý a volný závěs – mesocoecum (a takový nález je nazýván coecum mobile, kdy jej můžeme najít až v subhepatálním prostoru). Vývojovým rudimentem slepého střeva je appendix vermiformis – červovitý přívěsek. Je to slepá, tužkovitá výchlípka slepého střeva. Appendix je variabilní co do délky, šířky, stavby i polohy. Délka se průměrně

pohybuje mezi 5 - 10 cm, šířka mezi 0,5 -1 cm. Appendix do coeca ústí v místě setkání taenií drobným, ve stáří často obliterovaným otvorem s nekonstantní slizniční řasou. Červ může být buď rovný nebo stočený. Stálou polohu má pouze jeho začátek, volný konec je značně mobilní a v podstatě může v břišní dutině zaujímat jakoukoliv polohu. Fixace appendixu pomocí peritoneálního závěsu - mesenteriola - nemá větší mechanický význam, mesenteriolem prochází arteria appendicularis.

Stavba stěny slepého střeva a appendixu je v zásadě stejná. Sliznice appendixu je pokryta jednovrstevnatým epitelem složeným z menšího počtu enterocytů a z množství buněk produkujících hlen. Podslizniční vazivo červovitého výběžku je typické velkým množstvím tkáně, která vyklenuje sliznici do vnitřního průsvitu výběžku. Masa lymfatické tkáně na začátku tlustého střeva představuje snad určitou místní ochranu organismu. Svalovina výběžku je poměrně souvislá vrstva tvořená převážně podélnými svazky. Cirkulární vrstva hladké svaloviny se vyskytuje ojediněle. Seróza pokrývá celý appendix.

Colon ascendens– vzestupný tračník

Vzestupný tračník, je dlouhý 12 - 16 cm a je užší než slepé střevo. Přední plocha tračníku naléhá na břišní stěnu a někdy i na kličky tenkého střeva, které se sem protlačují z vnitřní strany tračníku. Flexura coli dextra (též flexura hepatica) - pravé (jaterní) ohbí - poměrně ostrý ohyb ve výši chrupavek desátého a jedenáctého žebra. Je uloženo pod játry, vpravo od žlučníku. Flexura coli dextra může být spojena druhotnými řasami pobřišnice s játry a se žlučníkem. Fixaci colon

ascendens zajišťuje závěs vzestupného tračníku. Závěs je velmi variabilní, krátký, v některých úsecích stěny tračníku prakticky chybí. V těchto místech střevo svým zadním obvodem naléhá na zadní stěnu břišní dutiny a srůstá s ní – je tedy uloženo zčásti extraperitoneálně.

Colon transversum – příčný tračník

Příčný tračník probíhá od flexura coli dextra napříč břišní dutinou, doleva a poněkud nahoru směrem ke slezině. Zde se ve flexura coli sinistra (též flexura lienalis, slezinné ohbí) opět náhle zatáčí dolů a poněkud dozadu, kde přechází v sestupný tračník. Colon transversum je dlouhý 50 - 60 cm. Příčný tračník je být volně zavěšen a girlandovitě prohnut směrem dolů. Nejnižší bod příčného tračníku nejčastěji dosahuje do výše pupku. Nahoře sousedí s játry, žlučníkem, žaludkem a se slezinou. Vzadu se stýká s pravou ledvinou, dvanáctníkem, slinivkou břišní, levou ledvinou a slezinou. Dole je v kontaktu s kličkami tenkého střeva a vpředu naléhá příčný tračník na přední břišní stěnu. Flexura coli sinistra příčného tračníku je uložena hluboko za žaludkem, na přední ploše levé ledviny a při dolním okraji sleziny. Pohyblivost příčného tračníku je dána délkou jeho závěsu. Mesocolon transversum - závěs příčného tračníku je na svém začátku poměrně krátký a omezuje pohyblivost celého pravého oddílu střeva. Levý oddíl colon transversum má závěs podstatně delší a pohyblivost této části střeva je také značně větší. Od levého okraje bránice jde k lienální flexuře řasa pobřišnice – ligamentum phrenicocolicum, o které se opírá dolní pól sleziny. Tato řasa, dále ligamentum splenocolicum a ligamentum

gastrocolicum fixuje jinak poměrně pohyblivý levého okraje colon transversum i jeho ohbí.

Colon descendens – sestupný tračník

Colon descendens - sestupný tračník sestupuje od flexura coli sinistra, podél levé stěny břišní až do levé kyčelní jámy, kde přechází do esovitého tračníku. Tento úsek je dlouhý 20 - 30 cm a ve srovnání s předchozími úseky tlustého střeva je užší. Sestupný tračník jde téměř vertikálně od dolního pólu levé ledviny do levé kyčelní jámy, kde bez zřetelné hranice přechází do colon sigmoideum. Nemá peritoneální závěs, takže jeho zadní stěna - podobně jako u colon ascendens, srůstá se zadní stěnou. Pobřišnice je tedy pouze na přední a boční stěně sestupného tračníku.

Colon sigmoideum – esovitý tračník – sigma

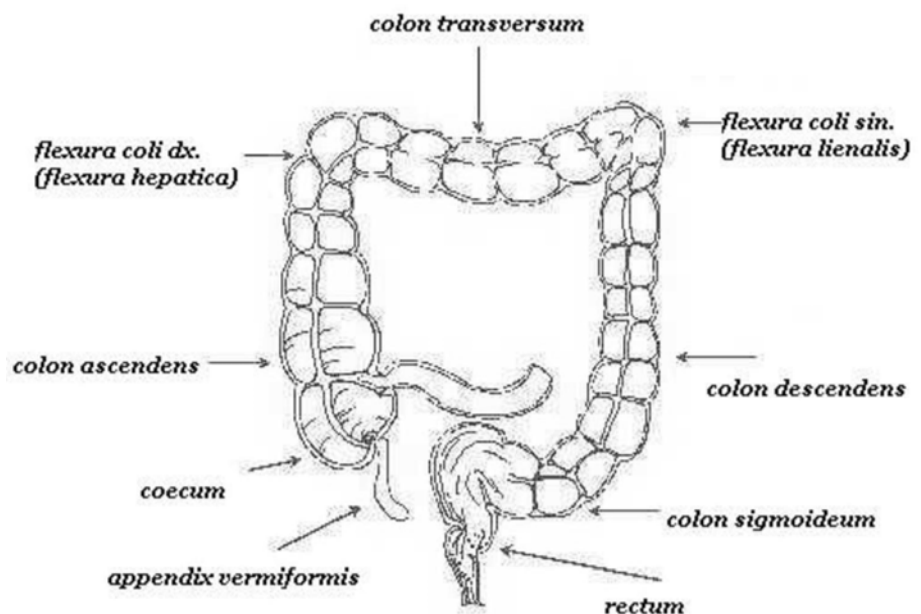
Sigma je pátým oddílem tlustého střeva. Jeho začátek je hrana kyčelní kosti a končí na úrovni hranice S2 - S3. Celý esovitý tračník je dlouhý 30 - 40 cm a je nejužší partií tlustého střeva, jeho vnitřní průsvit bývá necelé 4 cm. Colon sigmoideum probíhá od hřebene kyčelní kosti k m. iliacus pak zahýbá vzhůru a přes okraj malé pánve, přitom kříží vasa iliaca communis sinistra a levý močovod. Druhým zahnutím se esovitý tračník dostává dolů na přední plochu křížové kosti a plynule přechází do konečníku. Vpředu a nahoře je colon sigmoideum zakryto kličkami tenkého střeva v pánvi naléhá na močové a pohlavní orgány. Průběh esovitého tračníku velmi závisí na délce a průběhu jeho peritoneálního závěsu - mesocolon sigmoideum. Závěs má velmi

proměnlivou délku a tím i pohyblivost – od přibližně 16 cm na začátku sigmoidu, do asi 4 cm při přechodu do rekta.

Rectum – konečník

Je posledním oddílem tlustého střeva. Dosahuje celkové délky 12 - 13 cm a nenaplněný má šířku 4 - 5 cm. Šířka konečníku značně kolísá. Na začátku je konečník prstencovitě zúžen, ale vzápětí se nálevkovitě rozšiřuje tzv. canalis analis se rectum před vyústěním opět rozšiřuje a jeho vnitřní průsvit dosahuje 4 - 5 cm. Rectum začíná při S2 - S3 jako plynulé pokračování esovitého tračnicku a končí vyústěním střeva na povrchu v řitní rýze. Rectum je v horní polovině poměrně pevně fixováno ke stěně pánve peritoneem. Někdy se zde vytváří i krátké mesorectum. Distální část konečníku pokrývá pánevní vazivo, které umožňuje značnou pohyblivost a roztažnost recta. Konečník má dva hlavní úseky. Ampulla recti je kraniální, 10 - 12 cm dlouhý a velmi prostorný oddíl, ve kterém se hromadí stolice. Kaudální úsek je canalis analis, 2,5 - 4 cm dlouhý a užší oddíl. Kanál navenek ústí řitním otvorem (anus), který je lemovaný temněji pigmentovanou a zřasenou kůží. V podkoží análního otvoru probíhají široké žíly, které svoji náplní podporují pružný uzávěr řitního otvoru. Stavba stěny konečníku má všechny obecné rysy stavby stěny tlustého střeva. Sliznice konečníku je tlustá a kyprá. Má nažloutlou až narůžovělou barvu a je složena v četné řasy. V rozšířené, ampulární části recta jsou konstantní tři poloměsíčitě, příčně až cirkulárně probíhající řasy. Podslizniční vazivo je velmi řídké a pohyblivé. Těžká sliznice se při posunu obsahu střeva může proto

vychlípit - až vyhřeznout z řitního otvoru. Svalovina je poměrně silná. Zevní, podélná vrstva tvoří souvislý plášť. Cirkulární hladká svalovina je zesílena v bázi Kohlrauschovy řasy, kde vytvářejí m. sphincter ani tertius a v místě zona haemorrhoidalis 1 - 2 cm široký vnitřní svěrač m. sphincter ani internus. K hladké svalovině konečníku se pod pánevním dnem přikládá příčně pruhovaný zevní svěrač - m. sphincter ani externus (který je ovládaný vůlí), který vývojově pochází ze svaloviny hráze. Svěrač má podle uložení svých svalových snopců tři části: hlubokou, povrchovou a podkožní. Pro účinný mechanismus uzávěru konečníku je nejdůležitější hluboká část zevního svěrače, obkružující střevo těsně pod jeho průchodem pánevním dnem. Seróza (peritoneum) kryje pouze horní třetinu konečníku.



obr.1 – anatomie tlustého střeva

Fyziologie tlustého střeva

Hlavní funkce tlustého střeva:

- Funkce rezervoárová – uložení stolice až do možného vyprázdnění
- Regulace objemu a složení stolice – vstřebávání vody a minerálů

Sekrece

Tlusté střevo produkuje hlen, který produkují mucinózní buňky. Mucin je lepkavý, podílí se na tvorbě formované stolice. Sekrece hlenu se zvyšuje mechanickou či toxickou iritací sliznice a nervovými stimuly parasymptiku. Zvýšení tvorby může být velmi výrazné: toxické či bakteriální dráždění vede k velké sekreci vody a elektrolytů. Je to ochranná reakce, která má noxu naředit a odplavit.

Pohyby

Pohyby kolon vycházejí z vlastní aktivity svalových vláken a jsou ovlivňovány autonomním nervovým systémem a gastrointestinálními polypeptidy. Parasymptikus stimuluje motilitu kolon, naopak symptikus tlumí aktivitu svalových vláken a zvyšuje aktivitu svěračů. Na řízení motility tlustého střeva se podílí i řada reflexů: gastrokolický, duodenokolický a kolokolický. Gastrin a cholecystokinin zvyšují motilitu a sekretin s glukagonem ji tlumí.

Rychlost pasáže

Pasáž tlustým střevem je ovlivněna mnoha faktory – trvá od několika desítek minut po několik dní. Je ovlivněna složením potravy

(včetně množství tekutin), fyziologickým či patofyziologickým stavem organismu, závisí na funkci činnosti žláz s vnitřní sekrecí (hypothyreosa...), stavem bakteriální flory (antibiotická terapie – dysmikrobie, enteritida vedoucí k průjmům), užíváním léků (opiáty, antacida x prokinetika, laxativa) a fyzickou aktivitou.

Resorpce v kolon

V kolon se vstřebá 90 % objemu přesunutého z tenkého střeva – voda a elektrolyty. Tlusté střevo má velkou funkční rezervu (cca 5 litrů), při překročení této rezervy pak dochází k vzniku průjmů.

Složení stolice

Stolice je tvořena ze $\frac{3}{4}$ vodou, 10-20 % tvoří anorganické látky, okolo 30 % bakterie 2-3 % bílkovin a zbytek pak organické látky jako žlučová barviva, zbytky oloupaných epitelí a nerozložené vlákniny.

2.3 Patologická anatomie nádorů tlustého střeva (lokalizace, klasifikace)

Makroskopicky rozlišujeme nádor buď polypózní nebo cirkulárně obliterující.

Histologická klasifikace: zhoubné nádory tlustého střeva jsou převážně adenokarcinomy, nejčastější je typ tubulární (90%), silně hlenotvorný (10%) a karcinom z prstenčitých buněk 1%. Jiné zhoubné nádory mohou být metastázami nádorů jiných orgánů, maligní mezenchymové nádory (sarkomy) nebo lymfomy.

Histologický grading = stanovení stupně diferencovanosti, má značný význam z hlediska prognózy.

Histologický staging = určení stadia nádoru, vychází z rozsahu infiltrace střevní stěny, přítomnosti metastáz v regionálních uzlinách a vzdálených metastáz. V praxi lze použít několik let známou klasifikaci dle Dukese, širší užití má však klasifikace TNM.

Klasifikace dle Dukese: stadium A - nádor neprorůstá střevní stěnu

stadium B - nádor prorůstá střevní stěnu, ale bez metastáz do uzlin

stadium C - nádor s metastázami v regionálních uzlinách

stadium D - nádor se vzdálenými orgánovými metastázami.

Klasifikace TNM: T - primární nádor

N - regionální metastázy uzlinové

M - vzdálené metastázy.

Klasifikace pTNM je shodná s TNM, ale doplněná o výsledek histopatologického vyšetření.

Tab. 1 – klasifikace – určení stadia choroby:

TNM klasifikace:				
TX ,TO,Tis - shodné s obecnou klasifikací				
T1 - nádor omezen na submukózu				
T2 - prorůstání do muscularis propria				
T3 - prorůstání do subserózy				
T4 - prorůstání serózou / nebo přímo do okolních orgánů a tkání				
NX, NO - shodné s obecnou klasifikací				
N1 - postižení 1-3 regionálních uzlin				
N2 - postižení více než 3 regionálních uzlin				
N3 - postižení uzlin podél spádového cévního svazku				
MX, MO, M1 shodné s obecnou klasifikací.				
Klinická stadia a klasifikace dle Dukese:				
Stadium O	Tis	NO	MO	Dukes A
Stadium I	T1	NO	MO	Dukes A
	T2	NO	MO	Dukes A
Stadium II	T3	NO	MO	Dukes B
	T4	NO	MO	Dukes B
Stadium III	T1-4	N1-3	MO	Dukes C
Stadium IV	T1-4	N1-3	M1	Dukes D

2.4 Etiologie, charakteristika a epidemiologie nádorů tlustého střeva

2.4.1 Etiologie

Vznik kolorektálního karcinomu je mnohaetapový proces s vrozenými i získanými změnami genetické výbavy. V důsledku těchto změn dochází k poruchám buněčného cyklu, nekontrolovatelné buněčné proliferaci, poruchám přirozeného zániku buněk (apoptózy) a vzniku nádoru. Celá řada těchto změn je v současnosti díky pokroku molekulární biologie a genetiky definována. Maligní transformace adenomového polypu je pomalý proces, který probíhá během několika let (přibližně 8-10 let). Dysplázie a adenomy jsou procesy omezené pouze na sliznici. Stejně tak i neinvazivní karcinomy jsou omezeny pouze na sliznici. Karcinom rostoucí infiltrativně přes lamina muscularis mucosae do submukózy se označuje jako karcinom invazivní. Tento invazivní karcinom může metastazovat.

2.4.2 Charakteristika

Kolorektální karcinom (KR-CA) je civilizační onemocnění. Jeho celosvětová incidence je rozdílná v závislosti na vyspělosti dané země, např. Nigérie 3,4 onemocnění na 100 000 obyvatel oproti 35,8 onemocnění na 100 000 obyvatel v USA. Z dosavadních studií jednoznačně vyplývá výrazně vyšší výskyt tohoto onemocnění ve vyspělých státech.

V České republice je kolorektální karcinom druhým nejčastějším zhoubným nádorem. U mužů po bronchogenním karcinomu a u žen po

karcinomu prsu. Jedná se o nejčastější nádorové onemocnění trávicího traktu, jehož incidence se stále zvyšuje. Od roku 1989 se zvýšil počet nových onemocnění téměř třikrát a počet úmrtí více než dvakrát. V absolutních hodnotách jsou to téměř 3 000 nových nádorů tlustého střeva a 2 600 nádorů rekta ročně. Úmrtnost na tyto nádory je relativně vysoká. Nádory tlustého střeva představují zhruba 8 % a nádory rekta více než 7 % nádorových úmrtí.

Příčinou vysoké úmrtnosti je skutečnost, že prakticky polovina nádorů je zjištěna až v pokročilém stádiu.

V roce 1989 dosáhla incidence nových onemocnění v tehdejší Československu 53,8 na 100 000 obyvatel, čímž se naše republika zařadila na první místo v celosvětových statistikách. V roce 1997 byla incidence nových onemocnění 73,5 na 100 000 obyvatel, v roce 1999, incidence dosáhla 75 na 100 000 obyvatel a 6300 lidí v důsledku KR-CA zemřelo.

Nejnovější údaje zveřejněné Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR, publikované 23.4.2007 za rok 2004 shrnují následující tabulky:

Tab. 2.

Incidence novotvarů podle jednotlivých diagnóz v roce 2004 v ČR						
diagnóza	muži			ženy		
	celkový počet	na 100 000 mužů	světový standard	celkový počet	na 100 000 žen	světový standard
C18	2460	49,5	7,1	1985	37,9	5,9
C19	711	14,3	91	495	9,5	1,5
C20	1404	28,2	181	807	15,4	2,4

Tab. 3.

Zemřelí a úmrtnost na zhoubné novotvary podle jednotlivých diagnóz v roce 2004 v ČR						
diagnóza	muži			ženy		
	počet zemřelých	Na 100 000 mužů	světový standard	počet zemřelých žen	na 100 000 žen	světový standard
C18	1 414	28,4	17,5	1 143	21,8	9
C19	383	7,7	4,8	299	5,7	2,5
C20	783	15,7	9,8	475	9,1	3,9

Vysvětlivky k tabulkám:

C18 zhoubný novotvar tlustého střeva

C19 zhoubný novotvar rektosigmoideálního spojení

C20 zhoubný novotvar konečníku - rekta

2.4.3 Epidemiologie

Rizikové faktory je možno rozdělit do dvou skupin:

a) Zevní faktory (ovlinitelné)

- Vysoký obsah živočišného tuku, vysoká spotřebu červeného masa, zvláště pak masa tepelně upraveného smažením, pečením, grilováním a především uzením.
- Nízký obsah vlákniny ve stravě (naopak vyšší příjem vlákniny v potravě má jednoznačně protektivní účinek).
- Nedostatečná fyzická aktivita, sedavý způsob života, vzestup BMI, v konečném důsledku vedou ke zvýšení proliferační aktivity buněk a tím k vyššímu riziku vzniku KR-CA.
- Nedostatečný příjem kalcia, vitamínu D, kys. listové, methioninu a stopových prvků - beta karotenu, selenu, vitamínu C jako protektivních faktorů.
- Vyšší konzumace alkoholu (zejména piva) je rizikovým faktorem především při vzniku karcinomu rekta.

b) Hereditární a familiární faktory (neovlivnitelné)

Familiární polypóza tlustého střeva = FAP (autozomálně dominantně dědičná adenomová polypóza tlustého střeva s různě vyjádřenými extrakolickými znaky) - riziko vzniku karcinomu u postižených jedinců se blíží 100 %

Další vzácnější dědičné poruchy: Turcotův syndrom; syndrom hereditárního nepolypózního karcinomu – HNPCC ve 2 klinických formách - Lynchův syndrom I a Lynchův syndrom II.

Osoby s KR-CA v rodinné anamnéze - příbuzní 1.stupně nemocných s KR-CA - rodiče, sourozenci, děti mají přibližně 3-4x vyšší pravděpodobnost, že rovněž onemocní KR-CA.

Nespecifické střevní záněty - idiopatická proktokolitida, Crohnova choroba, u nichž může KR-CA vzniknout jako pozdní komplikace.

Osoby po kurativní resekci střeva pro karcinom.

Osoby po operaci karcinomu prsu, ovaria, endometria, po ureteroileostomii.

Osoby po endoskopické polypektomii střevních adenomových polypů.

Riziko maligního zvratu stoupá s velikostí adenomu, mnohočetností, vilózním charakterem a stupněm dysplázie.

Všechny výše uvedené skupiny osob označujeme jako skupiny s vysokým rizikem, pro něž jsou vypracovány dispenzární programy. Dispenzární péče je prováděna na specializovaných

gastroenterologických nebo chirurgických pracovištích, na onkologii nebo praktickým lékařem.

Nejčastější je však tzv. sporadický kolorektální karcinom, který představuje asi 80 % všech karcinomů a nemá familiární ani hereditární charakter. V populaci výrazně narůstá incidence tohoto sporadického karcinomu od 50 let věku a v každém dalším deceniu se incidence téměř zdvojnásobuje. Věk je proto hlavním rizikovým faktorem, někdy označovaným jako průměrný nebo nízkorizikový faktor. Přibližně 80 % sporadických karcinomů vzniká na podkladě adenomových polypů, které jsou proto významnou prekancerózou.

2.5 Příznaky karcinomu tlustého střeva

Symptomatologie kolorektálního karcinomu je do jisté míry podmíněná lokalizací, velikostí mechanické překážky, méně celkovou odezvou v organismu.

Významným příznakem je přítomnost hlenu a nebo krve ve stolici.

Zúžení průsvitu střeva se projeví zvýšenou plynatostí, změnou defekačního stereotypu (často střídání průjmu a zácpy), váhový úbytek, kolikovitou bolestí, subileočním stavem, náhle vzniklý ileus může být prvním příznakem nádoru.

Exulcerace nádoru se projeví mikroskopickým nebo makroskopickým krvácením, následnou anémií.

Perforace nádoru s obrazem akutní peritonitidy je vzácnější.

Penetrace do okolí se projeví hmatnou rezistencí.

Karcinomy konečníku se projeví tenesmy, tj. nutkáním na stolici, kdy dochází k malému odchodu stolice s příměsí krve nebo hnisu, dále přítomností „tužkovité stolice“, změnou charakteru stolice.

Vzdálenými metastázami jsou postiženy především játra (nádory kolon), plíce (nádory rekta), peritoneum, vaječníky. Nezřídka se může metastatický proces objevit jako příznak dosud neznámého nádoru.

2.6 Vyšetření

2.6.1 Anamnéza

Základem diagnostiky je důkladná anamnéza, především anamnéza rodinná. Lékař se musí zaměřit na osoby s výskytem jakéhokoli karcinomu v rodině, osoby s familiární adenomovou polypózou, hereditárním nepolypózním karcinomem, neboť to může pomoci odhalit hereditární formy. Při podezření na tuto formu KR-CA je nutno pacienta vyšetřit na oddělení lékařské genetiky.

Zvláštní pozornost je třeba věnovat osobám u jejichž příbuzných 1. stupně (rodiče, sourozenci, děti) byl diagnostikován KR-CA. Tyto osoby mají 3 - 4x vyšší pravděpodobnost, že rovněž onemocní KR-CA.

Dále je třeba sledovat osoby s nespecifickými střevními záněty, osoby po endoskopické polypektomii adenomových polypů, ty jsou však v dispenzární péči gastroenterologů.

2.6.2 Screening a časný záchyt onemocnění

Velkým problémem zůstává včasná diagnostika tohoto onemocnění, která je určujícím faktorem pro další přežití nemocných. Lokalizace karcinomu tlustého střeva byla dle provedených studií u mužů 64 % a u žen 55 % na levé straně kolon (distálně od ileální flexury). V současnosti je nejslibnější strategií některá z forem periodického sledování. Cílem screeningu je časný záchyt chirurgicky řešitelných karcinomů a prekanceróz v podobě adenomatózních polypů. Záměrem screeningových preventivních (haemokult) akcí je vyhledat tyto

polypy v asymptomatické fázi, či v období maligní transformace a jejich odstranění.

Provedené studie prokázaly, že 8 % polypů se stává maligními v průběhu 10 let a 24 % v průběhu 20 let. Jedna z amerických studií prokázala snížení incidence kolorektálního karcinomu zásluhou polypektomie a kolonoskopického sledování. Přerušování sekvence adenom - karcinom tedy splňuje kritéria pro preventivní screening.

2.6.3 Diagnostika

- *Vyšetření per rectum* – je základním vyšetřením při podezření na kolorektální karcinom u symptomatického jedince.
- *Kolonoskopie, rektoskopie, anoskopie* - jsou považována za vyšetření první volby s možností odběru bioptických vzorků, další výhodou je možnost okamžitého odstranění polypů metodou endoskopické polypektomie a následné histopatologické vyšetření. Odstranění adenomových polypů touto metodou prokazatelně snižuje incidenci KRCA.
- *Dvojkontrastní irrigografie* - je rentgenové vyšetření tlustého střeva, provádí se především tehdy, kdy není možné provést kolonoskopii, při stenotických procesech a obtížných anatomických poměrech. Vyšetření spočívá v podání baryové suspenze a insuflaci vzduchu. Nevýhodou této metody je především nemožnost odběru bioptických vzorků a odstranění polypů. Je nezbytné toto vyšetření

doplnit o rektoskopii, neboť irrigografie nemusí zobrazit i pokročilý nádor v rektu.

- *Sonografie* - má význam především k předoperační detekci jaterních metastáz. Je vhodná pro zjištění retroperitoneálních uzlin.
- *Endoskopická ultrasonografie* - provádí se většinou u karcinomu rekta ke stanovení hloubky penetrace do stěny střevní a okolních struktur včetně posouzení regionálních uzlin, ke stanovení stagingu a plánování operační taktiky.
- *Průkaz tumorových markerů* - CEA, CA 19-9. Zvýšení hladin CEA se vyskytuje nejen u KR-CA, ale i u jiných malignit, benigních onemocnění jater i u kuřáků. Z těchto důvodů není stanovení hladiny CEA pro vyhledávání nemocných s KR-CA vhodné. Metoda je vhodná především pro kontrolní vyšetření osob po operaci karcinomu tračnicku, kdy podle dynamiky opakovaných měření lze usuzovat na stabilitu nebo recidivu procesu.
- *CT břicha* - význam počítačové tomografie tkví především v detekci metastatického procesu, a to jak per continuitatem, tak vzdálených metastatických ložisek především v játrech a retroperitoneálních uzlinách.
- *CT malé pánve* – provádíme předoperačně u karcinomu rekta především k detekci šíření nádoru per continuitatem. Má význam při plánování operačního výkonu, zvláště v souvislosti s uvažovaným ozařováním před operací. V pooperačním období je vhodná k detekci metastáz do křížové kosti.

2.7 Léčba karcinomů tlustého střeva

Terapeutický postup záleží na celkovém stavu pacienta, lokálním nálezu, na přítomnosti metastáz. Strategii léčby je možno stanovit až po dokončeném stagingu.

2.7.1 Chirurgická léčba

2.7.1.1 Chirurgická léčba karcinomu rekta a rektosigmoideálního přechodu

V současné době se jako optimální léčba u nádoru do 15 cm od anu považovaná kombinace neoadjuvantní aktinoterapie a následně resekční event. amputační výkon. V případě radikálního výkonu i regionální lymfadenektomie a odstranění mesorekta, anastomóza staplery nebo vzácněji ručně šitá. Dolní okraj resekci má být minimálně 2 cm pod okrajem nádoru.

U nádorů nad 15 cm standardně předoperační radioterapii neužíváme.

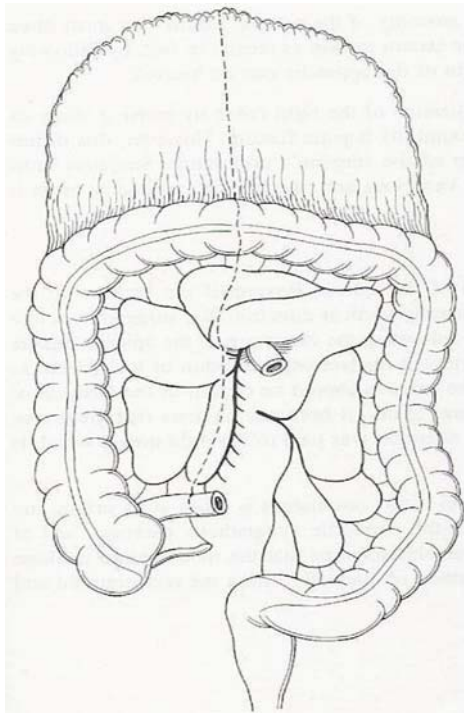
Možnosti chirurgické terapie:

- Resekce konečníku – s anastomózou (např. koloanální) nebo na některých pracovištích s kolickým pouchem.
- Abdominoperineální amputace konečníku (operace dle Milese) - u nádorů, kde není technicky možná resekce (distální třetina konečníku).
- Paliativní chirurgický výkon - paliativní resekce u generalizovaných nádorů. Včetně paliativní aktinoterapie.
- Endoskopická paliace - laser, argon plasma koagulace, zavedení stentu u nádorů lokálně neodstranitelných, je-li zachována kontinence.

- Stomie - definitivní řešení u amputací rekta, nízké resekce pro karcinom rekta neodstranitelný, endoskopicky neřešitelný.
- Endoskopická rekanalizace - při akutní střevní obstrukci, není-li tento postup možný, obvykle je nutné založení stomie.

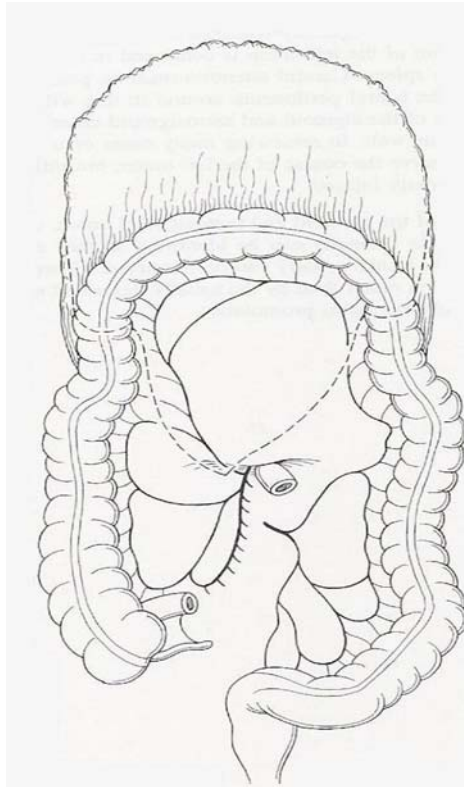
2.7.1.2. Chirurgická léčba karcinomu tračníku

Radikální resekcí výkon s dodržení lymfadenektomie spádového lymfatického řečiště – viz. následující obrázky – linie resekce vyznačena čárkovaně.



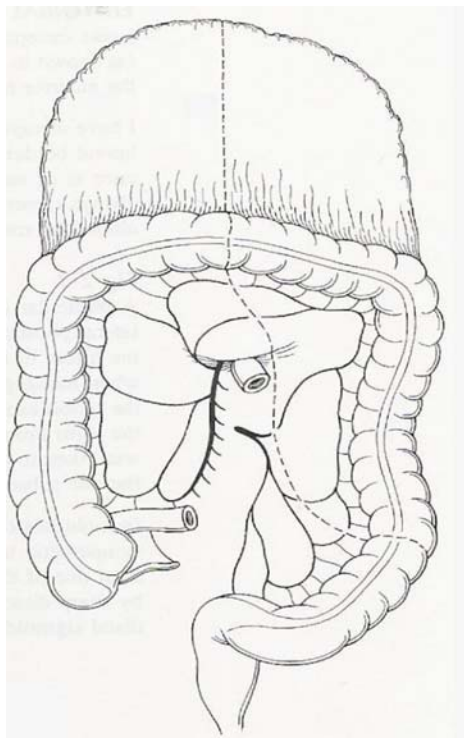
obr. 2

Obr. 2 – Rozsah radikální resekce pro karcinom pravé poloviny tračníku – pravostranná hemikolektomie



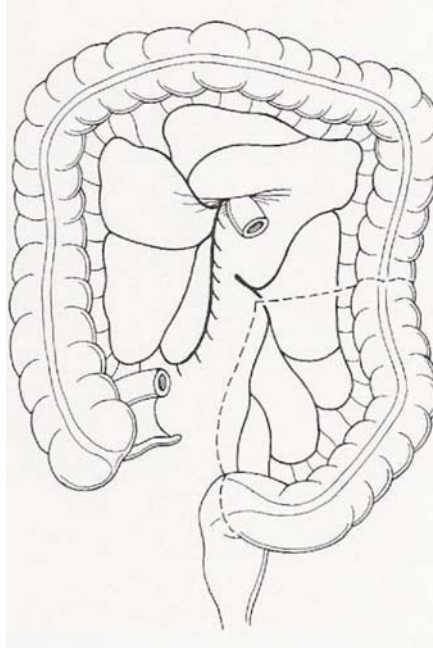
obr. 3

Obr. 3 – Rozsah radikální resekce pro karcinom transverza – resekce transverza



obr. 4

Obr. 4 – Rozsah radikální resekce pro karcinom levé poloviny tračníku – levostranná hemikolektomie



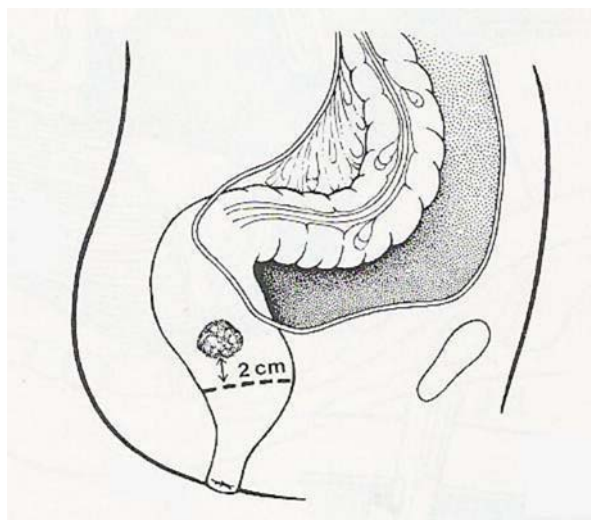
obr. 5

Obr. 5 – Rozsah radikální resekce pro karcinom sigmoidu – resekce sigmoidu

- Paliativní resekce - nekompletní resekce bez lymfadenektomie v případě lokoregionální neodstranitelnosti nádoru nebo jako dočasný výkon v akutním stavu
- By passové operace – ponechání tumoru s anastomózou střeva před a za tumorem (např. ileotransverzoanastomóza pro nádor céka či kolon ascendens)
- Výkony při akutní střevní obstrukci nádorem
 - a) resekce, eventuelně kolektomie s primárním založením anastomózy či bez ní
 - b) kolostomie v případě kdy není možná primární resekce (generalizace nádoru s infaustní prognózou, závažné interní komplikace během výkonu, technická inoperabilita lokálně

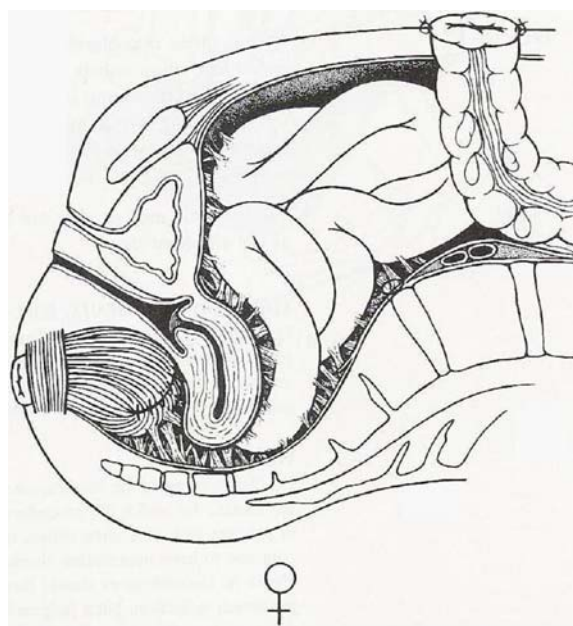
pokročilého nádoru s nemožností založit v ileosním stavu by pass).

viz. následující obrázky:



obr. 6

Obr. 6 – rozsah resekce pro karcinom sigmoidu (pro zachování radikality musí být resekční linie nejméně 2 cm pod nádorem)



obr. 7

Obr. 7 – výsledný stav po operaci dle Hartmanna – Colon descendens je vyvedeno jako terminální kolostomie a rektum je slepě zašito

- Léčba recidivujících nádorů - jednoznačně pokus o nový radikální výkon, není-li recidivující nádor odstranitelný, je u nádorů rekta vhodná

endoskopická paliace, u nádorů tračníku by passová operace, kolostomie jako poslední řešení.

Tab. 4 - Standardní předoperační vyšetření před výkonem pro kolorektální karcinom

- totální kolonoskopie s biopsií (pokud není možno proniknout endoskopem nad nádor, je vhodná irrigografie)
- sonografie jater
- CT jater - při nálezů jaterních metastáz sonograficky či při nejasném sonografickém nálezů
- CT malé pánve
- RTG plic (event. CT plic - při nálezů metastáz RTG vyšetřením)
- urologické vyšetření při nálezů hematurie či při urologické symptomatologii svědčící pro progresi onemocnění
- gynekologické vyšetření u všech žen
- stanovení onkomarkerů CEA, CA 19-9
- u karcinomu rekta doporučena transrektální sonografie a anorektální manometrie.

2.7.2 Onkologická léčba

Onkologická léčba zahrnuje 2 základní modalitty – radioterapii – léčbu zářením a chemoterapii – léčbu cytostatiky.

V poslední době je na vzestupu biologická léčba – léčba pomocí monoklonálních protilátek proti receptorům růstových faktorů, které jsou exprimovány na nádorových buňkách – jedná se o léčbu paliativní, která prodlouží život nemocných s generalizovaným karcinomem (s jaterními metastasami) až o 4 měsíce. Tato terapie je finančně velmi náročná.

2.7.2.1 Radioterapie - využití výhradně u karcinomu rekta.

Významně snižuje výskyt lokálních recidiv a zlepšuje operabilitu pokročilých nádorů, je možná jak předoperační, tak pooperační radioterapie nebo chemoradioterapie.

Cílový objem zahrnuje primární nádor, jeho lůžko a spádové lymfatické uzliny.

Strategii léčby je možno stanovit až po dokončeném stagingu.

2.7.2.2 Chemoterapie - adjuvantní cytostatická terapie zlepšuje výsledky pětiletého přežití asi o 10 %. Základním cytostatikem je 5-fluorouracil v kombinaci s leukovorinem.

2.8 Prognóza onemocnění

U symptomatických jedinců s kolorektálním karcinomem je pětileté přežití u stadia:

- TNM 0, I (postižení sliznice a submukózy) 80-90 %
- TNM II (průnik všemi vrstvami střevní stěny) 60-80 %
- TNM III (navíc postižení regionálních lymfatických uzlin) 50-60 %
- TNM IV (vzdálené metastázy) 0 % - prognóza infaustní

Kolorektální karcinom je jedním z nejlépe prevencí ovlivnitelných a léčitelných karcinomů, pokud se odhalí v časně fázi.

Na rozdíl od symptomatických jedinců je u bezpříznakového jedince, u něhož se odhalí KRCA, téměř 90% pravděpodobnost pětiletého přežití, příznaky trvající tři měsíce tuto pravděpodobnost snižují na 40 % a při sedmiměsíční anamnéze je pravděpodobnost pětiletého přežití pouze 25 %.

2.9 Údaje o pacientce s diagnosou karcinom rektosigmatu

2.9.1 Základní údaje o nemocné

Pacientka, paní: J.D.

Pohlaví: žena

Rok narození: 1930 (77 let)

Národnost : česká

Datum a důvod přijetí: 28.11.2006 – pacientka byla přijata na chirurgické oddělení překladem z interního oddělení k operaci karcinomu rektosigmatu.

Dg.: C 18.7 – karcinom rektosigmatu

2.9.2 Údaje z lékařské anamnesy

Pacientka (77 let) byla na chirurgické oddělení přijata překladem z interního oddělení k operačnímu výkonu pro histologicky verifikovaný karcinom rektosigmatu.

NO: Asi 4 měsíce trvající nechutenství, občasné nadýmání se zácpou, efekt laxativ střídavý. Byla přijata k vyšetření na interní oddělení. Příjmová diagnóza na interním oddělení: dyspepsie dolního typu, mikrocytární hypochromní anemie. Během vyšetřovacího procesu provedeny laboratorní vyšetření, ze zobrazovacích vyšetření RTG S+P, SONO břicha, dále byla provedena koloskopie pro podezření na nádorové onemocnění tlustého střeva.

RA: otec zemřel v 84 letech stářím; matka v 71 letech na srdeční onemocnění, blíže neví; onkologická onemocnění v blízké rodině nebyla; manžel zemřel před 5 lety (v 79 letech na CMP)

OA: prodělala běžné dětské choroby častější angíny; asi 8 let sledována a léčena pro hypertenzi; operována v 19 letech – tonsilektomie; jiná sledovaná onemocnění neuvádí; hypothyreosa na substituční medikaci

Abusus: nekouří, nikdy nekouřila, alkohol nepije

FA: Tritace 5 1-0-0; Lokren ½-0-0; Letrox 50 µg 1-0-0

PA: starobní důchodkyně, dříve pracovala v administrativě

SA: bydlí s dcerou a její rodinou v jedné domácnosti

GA: 1 porod; postmenopauza, potíže nemá

2.9.3 Diagnostické metody

Zobrazovací vyšetření – výsledky:

RTG S+P – Závěr: přiměřený nález na nitrohručních orgánech, vyšší stav bránice, jemná atherosklerosa aorty

SONO břicha – Závěr: Bez známek ložiskových změn jater; solitární cholecystolithiasa; stěna žlučníku jemná; intrahepatické žlučovody nerozšířené; pancreas nepřehledný pro plynnou náplň střevní; slezina nezvětšena, bez ložiskových změn; ledviny bez známek městnání, přiměřené velikosti, bez známek konkrementů.

Irrigoskopie tlustého střeva – Závěr: Těsná stenosa aborálního sigmatu délky 35 mm, v.s. tumosrovní, ojedinělé divertikly na descendentu, kontrastní látka proniká do transverza, dále pro algickou reakci nelze

CT vyšetření břicha a malé pánve – Závěr: V.s. tumorosní zúžení rektosigmatu, játra bez metastas, konkrement ve žlučníku, bez volné tekutiny v dutině břišní. Ostatní nález bez patologie.

Endoskopické vyšetření - výsledek:

Koloskopie – Závěr: Inkompletní vyšetření. Tumorosní stenosa sigmatu neprůchodná pro kolonoskop ve vzdálenosti 23 cm od anu, odebrána biopsie. Doporučena irrigoskopie (výsledek je výše).

Konsiliární vyšetření:

Gynekologické – závěr: postmenopauza, nález je přiměřený věku

Interní předoperační – závěr: pacientka je schopna výkonu v celkové anestezii s rizikem přiměřeným věku a přidruženým chorobám. Dop. prevence TEN; kontroly TK v pooperačním období.

Laboratorní vyšetření - výsledky:

mikrocytární anemie Hb 103g/l; objem erythrocytu 70 fl; hladina sérového železa 4,6 $\mu\text{mol/l}$; mírná hypalbuminemie 30 g/l a hypoproteinémie 58 g/l; hemokoagulační parametry aPTT, Quickův test a INR v normě; elevace CEA a CA 19-9; základní biochemické parametry v normě (Na, K, Cl, urea, kreatinin, kyselina močová, glykémie, JT, bilirubin); vyšetření moči a močového sedimentu v normě.

Histologické vyšetření - výsledek:

Resekát rektosigmatu délky 18 cm. V preparátu je povrchově ulcerovaný tumor 4 x 4,5 x 4 cm, který těsně stenozuje lumen střeva a prorůstá až do závěsu střeva.

Mikro - G2 adenokarcinom rektosigmatu s ložiskovou výraznou hlenotvorbou, prorůstající celou šíří stěny střeva až do mesokolon. Oba okraje resekátu i orientační řezy z tlustého střeva bez maligních struktur. V závěsu vyšetřeno 19 LN, mikroskopicky bez metastáz.

Závěr - G2 adenokarcinom rektosigmatu 4 x 4,5 x 4 cm bez metastáz do vyšetřovaných LN závěsu. (pT3; pN0;pMX)

2.9.4 Souhrn terapeutických opatření a průběh hospitalizace

Pro nález G2 tubulárního, stenujícího karcinomu sigmatu (biopsie při koloskopii) byla pacientka indikována k operačnímu výkonu. Po předoperační přípravě byla provedena operace dle Hartmanna. Peroperačně byl nalezen těsně stenující tumor aborální poloviny sigmatu. Vzhledem lokálnímu nálezu byla provedena operace podle Hartmanna, tedy resekce postiženého úseku střeva se slepým zakončením rekta (staplerem) a terminální sigmoideostomií. Výkon chirurgem označen jako radikální, linie resekce byla 4 cm pod nádorem, resekován závěs střevní se spádovými lymfatickými uzlinami. Operační výkon bez komplikací, v antibiotické cloně Augmentinem 2,4 g i.v. (pokračováno 1,2 g á 8 hod. ještě 48 hodin po operaci). Pooperační průběh klidný, 5. pooperační den byla pacientka přeložena z JIP na standardní oddělení. Rána se hojí per primam intentionem, pacientka zatížena stravou, rehabilituje.

Medikace 5. pooperační den:

Fraxiparine 0,3/24 hod. s.c. (nízkomolekulární heparin – prevence TEN – nú: krvácivé projevy, hematom v místě vpichu, trombocytopenie)

H 1/1 1500 ml/24 hod. (kryslaloid – infusní roztok – nú: edémy, hyperhydratace, iontová dysbalance, kardiální přetížení)

Tritace 5 1-0-0 p.o. (ACE inhibitor – antihypertenzivum – nú: hypotenze, hyperkalémie, zhoršení renálních funkcí, suchý kašel)

Lokren ½-0-0 p.o. (beta blokátor – antihypertenzivum – nú: bradykardie, hypotenze)

Letrox 50 µg 1-0-0 p.o. (hormon štítné žlázy – substituce – nú: palpitace, tachykardie)

Nutridrink 200 ml 2x denně p.o. (dietetikum – nutričně kompletní, energeticky bohatá perorální výživa – nú: dyspepsie)

Degan 3x1 tbl. p.o. (prokinetikum, antiemetikum – zlepšení pasáže GIT – nú: ospalost, únava, bolesti hlavy; pocity neklidu, spazmy obličejového svalstva)

Novalgin 1 amp. (2 ml) á 6-8 hod. i.m. (NSA - analgetikum, antipyretikum – nú: nauzea, zvracení, poruchy krvetvorby, agranulocytosa)

Dipidolor 1 amp. (2 ml) á 12 hod. i.m. (opiát – analgetikum- nú: sedace, nauzea, ospalost, zácpa, hypotenze)

3. Ošetrovatelská část

3.1 Úvod – ošetrovatelský proces

Termín *ošetrovatelský proces* byl zaveden v 50. letech a byl všeobecně přijat jako základ ošetrovatelské péče. Nyní je součástí koncepce všech učebních osnov i právní definice ošetřování ve většině států. Ošetrovatelský proces je účinnou metodou usnadňující klinické rozhodování a řešení problematických situací.

Ošetrovatelský proces vyžaduje naučit se systematicky shromažďovat údaje o pacientovi a jeho problémech, rozpoznat problém (analýza dat), plánovat (kladení cílů, volba řešení), realizovat (uskutečnění cílů) a hodnotit (posouzení účinnosti plánu a změna plánu, pokud to vyžadují aktuální potřeby). Všechny tyto dovednosti, třebaže jsou jmenovány samostatně jako různé činnosti, spolu úzce souvisí a vytváří neustálý koloběh myšlení a jednání.

Tento proces tedy od sestry vyžaduje znalosti, tvůrčí přístup, přizpůsobivost, zaujetí a důvěru ve vztahu k práci a schopnosti provedení kolektivu. K tomu přistupuje umění vcítit se (empatie), dále vycházet s lidmi, včetně získání technických dovedností. Kritickým momentem na všech stupních procesu je rozhodování, při němž sestra vždy musí brát v úvahu, že:

- pacient je lidskou bytostí se svébytnou hodnotou a důstojností

- základní lidské potřeby musí být vždy plněny, a nejsou-li, vzniká problém, který vyžaduje pomoc od jiné osoby, dokud nemocný není schopen opět o sebe samostatně pečovat
- pacient má právo na kvalitní medicínskou a ošetrovatelskou péči, poskytovanou se zájmem, a zaměřenou na dobrou celkovou pohodu a prevenci nemocí
- důležitou součástí procesu je terapeutický vztah mezi zdravotní sestrou a pacientem

Léta usilovaly sestry o definici ošetrovatelství rozpoznáním parametrů ošetrovatelství s cílem profesionalizace stavu. Za tím účelem se sestry scházejí, diskutují a samy vedou výzkum, zabývající se problémy pacientů a jejich odezvami na různé aspekty nemoci tak, jak se s nimi setkávají v rámci své ošetrovatelské praxe (v národním i mezinárodním rozměru). Změny v poskytování zdravotní péče i jejího financování, vznik nových organizací na podporu zdraví a alternativních forem zdravotní péče (domácí péče, zařízení s rozšířenou péčí apod.) neustále zvyšují potřebu takového způsobu komunikace, který by zajistil kontinuitu péče o pacienta, který se pohybuje mezi těmito subjekty. K důležitým součástem procesu patří hodnocení a zlepšování zdravotních služeb. Konečně pečlivě vedená, přesná dokumentace přináší užitek jak poskytovatelům, tak uživatelům těchto služeb.

Používání ošetrovatelských diagnóz vybaví sestru také společným jazykem pro rozpoznávání obtíží nemocných, pomůže ve výběru

ošetřovatelských přístupů a poskytne návod pro hodnocení. To přispěje k lepší komunikaci mezi sestrami z různých oddělení a jednotek a také mezi sestrami a lékaři i specialisty z jiných oborů pracujícími ve zdravotnictví.

V současnosti existují různé *definice ošetřovatelské diagnózy*. NANDA, Severoamerická asociace pro ošetřovatelskou diagnózu, přijala následující z nich:

„**Ošetřovatelská diagnóza** je klinický úsudek o odpovědi jedince, rodiny nebo komunity na aktuální nebo hrozící zdravotní problémy/životní procesy. Ošetřovatelské diagnózy jsou určující pro výběr ošetřovatelských intervencí, zaměřených k dosažení cílů a výsledků, za něž je zdravotní sestra zodpovědná.“

Třebaže se položky na seznamu diagnóz i konkrétní cíle stále vyvíjejí, umožňují ošetřovatelské diagnózy NANDA diagnostickou klasifikaci pacienta i nejdůležitější informace pro praxi.

Ošetřovatelské diagnózy jsou univerzálním způsobem rozpoznání a řešení pacientových problémů a potřeb. Přesná ošetřovatelská diagnóza může posloužit jako standard ošetřovatelské praxe a přispět tak k jejímu zlepšení.

Ošetřovatelství a lékařství spolu souvisí a navzájem se ovlivňují. Součástí jejich vztahu je výměna údajů, sdílení myšlenek a nápadů a vytváření plánů péče, vycházejícího ze všech dat o pacientovi a jeho blízkých, které jsou k dispozici. Tento vztah zahrnuje i další disciplíny, kde existuje kontakt s pacientem a jeho rodinou. **I když zdravotní**

sestry pracují v medicínské a psychosociální oblasti, je určujícím fenoménem jejich profese způsob lidské odpovědi, nikoli chorobný proces. Proto ošetrovatelské diagnózy obvykle nejsou paralelou ani napodobením lékařských/psychiatrických diagnóz, ale týkají se jak nezávislých činností sestry, tak její úlohy spolupracovnice. Z tohoto důvodu písemný plán péče není jen seznamem úkonů naordinovaných lékařem. Ve skutečnosti je kombinací ordinací a ošetrovatelského postupu a sestra by měla být schopna všechny tyto aktivity sloučit do funkčního programu nedílné péče o jedince či rodinu. [4;11-12]

Shrnutí významu ošetrovatelského procesu:

- je základem pro poskytování individualizované vstřícné ošetrovatelské péče, vede ke zvyšování kvality a efektivity různých metod a technik použitých při ošetrování nemocných
- díky ošetrovatelskému procesu znají sestry pacienta mnohem lépe: prohlubující se poznávání pacienta jako osoby umožňuje sestře, aby ho nechápala jen jako „diagnosu“, ale aby to pro ni byl člověk se svými individuálními problémy a potřebami
- ošetrovatelský proces zvyšuje profesní pravomoc a tvořivost sester a přináší jim lepší pocit pracovní spokojenosti a seberealizace, umožňuje každému, kdo o nemocného pečuje vyšší stupeň samostatnosti a řízení vlastní práce. Každý člen ošetrovatelského týmu vidí efekt své konkrétní práce v individualizované péči, neplní jen pasivně pracovní povinnosti

- všechny složky ošetrovatelské péče jsou zcela adresné, takže každý člen ošetrovatelského týmu nese konkrétní odpovědnost za tu část péče, kterou je povinen u daného pacienta zajistit. Plánovaná a cílevědomá individualizovaná péče přináší mnohem více prospěchu i chronicky nemocným a nemocným v terminálním stavu, u nichž již nelze očekávat vyléčení.
- u pacientů s nimiž se špatně spolupracuje pomáhá ošetrovatelský proces snáze pochopit příčiny jejich chování a najít vhodný způsob, jak k nim přistupovat
- koncepce ošetrovatelského procesu vytváří základ správného přístupu ke zdravým či nemocným v průběhu profesní přípravy.

Přínos individualizované ošetrovatelské péče:

- a) pro nemocného – je koordinovaná a řízená sestrou
 - je „šitá na míru“ a odpovídá potřebám nemocného
 - je systematická, založená na ošetrovatelském procesu
 - vyvolává aktivitu nemocného a jeho rodiny
 - zvyšuje a udržuje soběstačnost nemocného
- b) pro sestru – zvyšuje samostatnost práce sestry
 - zvyšuje kompetenci a odpovědnost
 - vyvolává pozitivní zpětnou vazbu
 - zlepšuje sebereflexi a seberealizaci v profesi [13;8-9]

Fáze ošetrovatelského procesu:

I. **Zhodnocení pacienta** – zhodnocení pacienta je prvním krokem ošetrovatelského procesu. Zahrnuje získávání informací o potřebách lidí pro ošetrovatelskou péči. To předpokládá profesionální všímavost, pozorovací dovednosti sestry a schopnost systematického vyhledávání dat. Informace se zaznamenávají v ošetrovatelském dotazníku a plánu tak, jak postupuje interakce s pacientem.

II. **Stanovení ošetrovatelské diagnózy** – sestra musí využít profesionálních dovedností v pozorování, komunikaci, schopnosti analýzy a interpretace získaných dat a stanovit ve spolupráci s nemocným a jeho rodinou hlavní problémy ošetrovatelské péče v pořadí jejich naléhavosti.

III. **Plánování** – plánem ošetrovatelských zákroků se míní specifické ošetrovatelské ordinace zahrnující celkový výsledek navržených ošetrovatelských aktivit. Obsahuje cíle ošetrovatelské péče včetně kritérií pro jejich hodnocení a specifické ošetrovatelské činnosti potřebné k dosažení stanovených cílů.

IV. **Realizace ošetrovatelského plánu** – jde o zajištění navržených ošetrovatelských činností, které sestra provádí pro pacienta a s pacientem za účelem dosažení ošetrovatelských cílů. Patří sem také dokumentace specifických ošetrovatelských činností v ošetrovatelském plánu.

V. **Hodnocení** – znamená sledování a hodnocení účinnosti péče s ohledem na specifická kritéria vztahující se

k ošetrovatelským cílům a činnostem. Hodnocení je provázeno zpětnou vazbou, jež je potřebná pro identifikaci dalších potřeb pacienta. Hodnocení se také týká dokumentace toho, jak se péče odráží na nemocném v oblasti tělesné, psychické a sociální, ve vztahu k předem stanoveným cílům a ošetrovatelským zákrokům zaznamenaným v ošetrovatelském plánu. [19;38]

Charakteristika modelu Marjory Gordonové

Dr. Marjory Gordonová získala základní ošetrovatelské vzdělání na Mount Sinai Hospital Scholl of Nursing v New Yorku, bakalářské a magisterské studium ukončila na Unter Colege of the City University v New Yorku, svou doktorandskou práci z pedagogické psychologie na téma diagnostické hodnocení obhájila na Boston College. V roce 1974 identifikovala 11 okruhů vzorců chování, v roce 1987 publikovala Model funkčních vzorců zdraví. Stále působí jako profesorka a koordinátorka ošetrovatelství dospělých na Boston College, Chesnut Hill, do roku 2004 byla jmenována prezidentkou NANDA (North American Nursing Diagnostic Association), stále se věnuje výzkumu v oblasti ošetrovatelských diagnóz a plánování ošetrovatelské péče.

Chceme-li dokonale pochopit model M. Gordonové - „Model funkčních vzorců zdraví“, je nutné znát a vycházet z definice zdraví, které definováno jako stav bio–psycho–sociální pohody. V tomto modelu je zahrnuta i složka duchovní. Obsah a koncepce zdraví jsou

odvozeny z interakcí člověka a prostředí a dále jsou ovlivněny holistickými, biologickými, psychologickými, kulturními, sociálními, behaviorálními, kognitivními, spirituálními potřebami bytosti.

Základní strukturu modelu Gordonové tvoří dvanáct oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka.

Jednotlivé oblasti Gordonové modelu:

- 1) **vnímání zdraví** – udržování zdraví, obsahuje vnímání vlastního zdraví a pohody jedincem a způsoby jakými se o vlastní zdraví staráme
- 2) **výživa** – zahrnuje nám způsob přijímání potravy a tekutin ve vztahu k metabolickým potřebám našeho organismu
- 3) **vylučování** – zahrnuje exkreční funkci střev, močového měchýře a kůže
- 4) **aktivita** – cvičení obsahuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením či jinými aktivitami, činnosti denního života, volného času a rekreační aktivity
- 5) **spánek** – odpočinek zahrnuje spánek, oddech a relaxaci
- 6) **citlivost (vnímání)** – poznávání, zde je obsažena schopnost smyslového vnímání a poznávání, včetně bolesti a kognitivní schopnosti (orientace, řeč, paměť, abstraktní myšlení, schopnost rozhodování)
- 7) **sebepojetí** – sebeúcta nám vyjadřuje jak vnímáme sami sebe, jakou máme o sobě představu

- 8) **role** – vztahy obsahuje přijetí a plnění životních rolí a interpersonální vztahy
- 9) **reprodukce** – sexualita zahrnuje reprodukční období a sexualitu, včetně spokojenosti, změn
- 10) **stres, zátěžové situace** – zvládání, tolerance obsahuje zvládání stresových či zátěžových situací, celkový způsob tolerance
- 11) **víra** – životní hodnoty obsahuje individuální vnímání životních hodnot, cílů a přesvědčení, včetně víry (náboženského vyznání)
- 12) **jiné**

Popis a hodnocení dvanácti vzorců zdraví nám umožňuje rozeznat zda se u klienta /pacienta jedná o:

- ⇒ funkční chování – ve zdraví
- ⇒ dysfunkční chování – v nemoci

Dysfunkční vzorec je projevem aktuálního onemocnění jedince, nebo může být znakem potenciaálního problému. Když sestra takový vzorec identifikuje musí jej označit, zformulovat ošetrovatelskou diagnózu a pokračovat v ostatních krocích ošetrovatelského procesu.

K posouzení, zdali jde o typ funkčního nebo dysfunkčního zdraví, je nutná úroveň znalostí a dovedností sestry, zejména v oblasti klinické propedeutiky, psychologie, ošetrovatelství a sociálních věd.

Model Gordonové je nejkompexnější model holistického pojetí člověka v ošetrovatelství dle odborníků na ošetrovatelskou teorii.

Jedním z kritérií při sestavování modelu je získávání informací od pacienta, rodinných příslušníků, spolupracovníků a pozorováním klienta/pacienta. Stanovení plánu ošetrovatelské péče předchází důkladné zpracování ošetrovatelské anamnézy. [18;99-102]

3.2 Ošetřovatelská anamnesa

Jméno (iniciály): J. D.

Věk: 77 let

Národnost: Česká

Stav: vdova

Povolání: důchodce, v produktivním věku byla zaměstnaná jako úřednice

Datum přijetí: 28. 11. 2006 přeložena z interního oddělení (příjem na interní oddělení 20. 11. 2006)

Datum operace: 30. 11. 2006

Datum sepsání anamnézy: 5. 12. 2006 - den překladu z JIP

Den hospitalizace: 8.

Pooperační den: 5.

Invazivní vstupy: periferní žilní katetr, permanentní močový katetr, 1 drain na spád, 1 výpustný stomický sáček

Fyzikální vyšetření sestrou – objektivní nález

Celkový stav:

⇒ držení těla nejisté, chůze nutná s oporou druhé osoby, na lůžku zaujímá aktivní polohu

⇒ pacientka při vědomí, psychomotorické tempo je přiměřené, odpovědi jsou adekvátní, orientovaná časem, místem osobou

Fyzikální funkce:

- TK 145/70 mmHg
- Tepová frekvence 90/min.
- TT 37.3°C
- Dechová frekvence 17/min, dýchání fyziologické
- Hmotnost 55 kg, výška 165 cm, BMI 20,20 kg/m²

Hlava – ve středním postavení; nos a uši bez sekrece; dutina ústní – jazyk bez povlaku, plazí ve střední čáře, bez horní zubní protézy

Krk – hybný přiměřeně věku, štítná žláza nezvětšena

Horní končetiny – na pravém předloktí zaveden periferní žilní katétr, bez známek infekce, průchodný

Hrudník – dýchací pohyby souměrné, kůže čistá

Břicho – v úrovni hrudníku; jizva po dolní střední laparotomii hojící se per primam intentionem, ošetřená tekutým obvazem, stehy in situ, vlevo a mírně kaudálně od pupku je střevní vývod, krytý průhledným výpustným stomickým sáčkem. V pravém podbříšku je vyveden korrugovaný drain na spád, sekret serosní.

Genitál – zaveden permanentní močový katétr – funkční, odvádí moč žluté barvy, bez známek infektu a hematurie

Dolní končetiny – bandáže dolních končetin po kolena, bez otoků, bez defektů

3.3 Ošetřovatelský plán

Hodnocení oblastí dle M. Gordonové

I. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pacientka je ošetřujícím lékařem pravidelně a pravdivě informována o svém zdravotním stavu. Před operací paní J.D. aktivně sportovala (TJ Sokol), dále se velmi ráda věnuje zahrádce na své chalupě. Je nekuřačka, alkohol pila příležitostně, poslední 2 roky vůbec. Svůj zdravotní stav vnímá velmi intenzivně, plně si uvědomuje následky, které vznikly po operaci. Cítí se unavená, stěžuje si na úbytek fyzických i psychických sil a negativně vnímá svůj nynější vzhled. Nemocná je negativně psychicky laděná. Těžko se smíruje se stavem vyplývajícím po operaci, jejímž následkem je vyvedení stomie. Pečlivě dodržuje nastolený léčebný režim.

Hodnocení:

Důležitým aspektem pacientčina vnímání je únava, slabost a její negativně psychicky laděný stav, na druhou stranu ovšem snaha spolupracovat a ochota dodržovat předepsaný režim.

II. Výživa, metabolismus

U pacientky je dnes, pátý pooperační den, podávána standardní dieta, doplněná parenterální hydratací nitrožilní infusí. BMI = 20 kg/m².

Pacientce podáváme kašovitou dietu s omezením tuku. Strava je podávána třikrát denně. Tekutiny (čaj, minerální vody) může klientka přijímat v neomezeném množství. Denní příjem tekutin u pacientky je

1200 ml. Jako doplněk stravy pacientka popíjí Nutridrink (200 ml denně), který obsahuje velké množství energie, základních živin a doplňkových prvků. Stravu servírujeme na jídelní stůl v pokoji. Pacientka se nají samostatně vsedě, s chvilkami oddechu. Jí po menších dávkách, sní přibližně polovinu z podávané porce. Ohledně vhodné diety jsou poučeni i rodinní příslušníci, takže má možnost konzumace donesené domácí stravy, kterou preferuje. Díky rodině má větší výběr potravy, neboť jak sama klientka říká „dcera mi vždy něco dobrého uvaří a přinese, takže se konečně najím“. Nejčastěji se jedná o vývary z kuřecího masa a zeleniny, dětské přesnídávky a oblíbené jogurty a pudinky.

Jako doplněk diety jsou kontinuálně podávány infusní roztoky s ionty (podáváme 1500 ml Hartmannova roztoku za 24 hodin).

Hodnocení:

Pacientka po střevní operaci je již zatížena stravou, kterou toleruje. Skladba a příjem potravy odpovídá přiměřenému pooperačnímu průběhu. Vzhledem k nedostatečnému perorálnímu příjmu jsou tekutiny zatím ještě částečně hrazeny parenterálně pomocí infuzních roztoků. V dalším průběhu bude nutné pacientku motivovat k většímu příjmu tekutin per os vzhledem k přítomnosti stomie.

III. Vylučování

Močení: Dnes, v den překlady z JIP, má pacientka ještě ponechaný permanentní močový katétr, který je zavedený šestý den. Močový katétr

je napojený na sběrný močový sáček, moč je čirá, žluté barvy. Sama pacientka nepocítuje žádné nepříjemné vjemy v souvislosti s močovým katétrem. Výdej moče je 1800 ml, za 24 hodin. O výměnu sběrného sáčku se stará ošetřovatelský personál.

Vyprazdňování stolice: Vzhledem k provedenému operačnímu výkonu odchází stolice stomií, pasáž je již obnovena. Stomie je vitální, sliznice růžová, okolí klidné, odvádí kašovitou stolicí hnědé barvy bez patologické příměsi. Pro optickou kontrolu stomie je zvolen průhledný vypustný stomický sáček. Sáček se vypouští podle aktuální potřeby, ale minimálně čtyřikrát za 24hodin. Péči o stomii zatím plně přebírá sestra. Pacientka zatím nepříjemně vnímá každé vypouštění sáčku, i když k vypouštění dochází v soukromí - ve stomickém koutku v koupelně. Pacientka ještě není připravena se starat o vývod sama, jelikož se teprve psychicky vyrovnává s následkem operace, ale začíná se již učit pečovat o vývod. Edukace je zprostředkována krom sester z oddělení i stomickou sestrou, která pacientce také dodala informační brožury pro stomiky. Do péče o stomii je zapojena také dcera pacientky, se kterou má paní J.D. velmi hezký vztah, je vstřícná a snaží se v péči o vývod mamince velmi pomoci. Pacientka příznivě vnímá pomoc rodiny a vlídný přístup personálu.

Hodnocení:

Vyprazdňování moči a stolice je třeba sledovat vzhledem k provedené gastrointestinální operaci (bilance tekutin, dále množství, vzhled, zápach, příměsi a konzistence stolice). Pacientka má zavedený

permanentní močový katétr, který bude dle ordinace lékaře odstraněn. Nečiní jí větší potíže. Sledujeme možný vznik infekce močových cest. Stomie je zatím ošetřována sestrou, pacientka se začíná učit pečovat o vývod. Vyprazdňování je dosud nepravidelné, stolice je řídká, bez patologické příměsi.

IV. Aktivita, cvičení

Vzhledem k provedené břišní operaci je pacientka omezena v běžných denních činnostech a sebeobsluze. Byl proveden Barthelův test základních všedních činností s výsledkem 50 bodů – střední stupeň závislosti (viz. příloha – Barthelův test všedních činností). Dále byla provedena analýza rizika vzniku dekubitů, ve škále podle Nortonové s počtem 24 bodů, tedy vzniku dekubitů je nízké (viz. příloha - Vyhodnocení rizika vzniku dekubitů – tabulka dle Nortonové).

V rámci pooperační rehabilitace pacientka provádí dechové cvičení, cvičení na lůžku vleže a vsedě, stoj u lůžka a trénuje chůzi. V pohybu a cvičení je pacientka limitována zavedenými invazivními vstupy (PMK, PŽK a drain). Pro nejisté držení těla a nejistou chůzi je nutný doprovod a opora ze strany ošetřujícího personálu nebo rodiny. Kompenzační pomůcky k chůzi klientka nepotřebuje, pouze lidskou oporu, pro větší jistotu. Pacientka dojde s doprovodem do koupelny, potřebuje částečnou pomoc při provádění úkonů osobní hygieny a při oblékání. Paní J.D. přes den kromě cvičení a rehabilitace odpočívá na lůžku, věnuje se poslechu rádia a v odpoledních hodinách netrpělivě čeká na návštěvu rodinných příslušníků.

Hodnocení:

U klientky je střední stupeň závislosti (dle Barthelova testu – viz. Příloha 2) v soběstačnosti a pohyblivosti, proto potřebuje pomoc. Rehabilitaci pacientka provádí na lůžku aktivně sama, při chůzi je nutná opora zajištěná jinou osobou - pro lepší stabilitu a jako prevence pádu klientky. Je nízké riziko vzniku dekubitů (hodnocení dle Nortonové 24 bodů – viz. Příloha 1), při eventuelním zhoršení stavu je nutné míru rizika přehodnotit. Paní J.D. pociťuje únavu a slabost přiměřenou pooperačnímu stavu.

V. Spánek odpočinek

Dosud pacientka trpí lehčí poruchou spánku, špatně usíná, často večer přemýšlí o své budoucnosti – o tom, jak zvládne péči o stomii. Nevyžaduje pozornost zdravotnického personálu ani spolupacientů. Doufá, že se jí zde (na standardním oddělení) podaří lépe usnout a nic ji nebude probouzet, že si odpočine od neustále alarmujících přístrojů, neklidných pacientů a neustálého shonu, který byl na jednotce intenzivní péče. Na noc je pacientce podávána 1 tableta Hypnogenu dle ordinace lékaře. Paní J.D. netrpí spánkovou inverzí, adekvátně rozlišuje denní i noční hodiny.

Hodnocení:

Klientka má poruchu spánku, dochází k problémům s usínáním. Naší snahou je zajistit klidné prostředí pro usínání. Dále se snažíme pacientku přes den vhodně aktivizovat společně s její rodinou a

pozitivně psychicky podporovat. Po podání Hypnogenu je patrné zlepšení kvality spánku.

VI. Vnímání, pozorování

Pacientka je při vědomí, plně orientovaná časem, místem i osobou. Adekvátně komunikuje se zdravotnickým personálem, svou rodinou i spolupacientkami. Z aktuálních vjemů je pro nás velmi důležité pacientčino vnímání bolesti – tu pacientka vnímá jako snesitelnou (dle vizuální analogové škály 4/10). Pacientka si sama na bolesti nestěžuje, na cílený dotaz připouští přítomnost bolesti, ale není bolestí výrazně omezena. Účinek analgetik hodnotí jako dobrý (podáván Dipidolor 15 mg i.m. á 8-12 hodin a Novalgin 1000 mg á 6-8 hod i.m.).

Klientčin sluch je v pořádku. Nosí brýle na dálku i na blízko, dlouhodobější četba a soustředění jí nečiní potíže. Pacientka velmi pozitivně vnímá jakoukoli péči v souvislosti s její osobou.

Hodnocení:

Paní J.D. je plně při vědomí a orientovaná. Pacientka pociťuje mírné bolesti. Po podání opiátů klesá intenzita bolesti zhruba o tři stupně na analogové škále.

VII. Sebepojetí, sebeúcta

Pacientka je smutná. Vnímá nepříznivě přítomnost stomie. I přes její psychický stav dobře spolupracuje, velmi jí pomáhají rodinní příslušníci. Klientka je o své diagnóze informována, s nastalou nepřízní osudu se snaží bojovat. Není plně informována o závažné prognose

onemocnění. V rozhovoru se často zmiňuje o tom, že by už byla ráda v domácí péči, i když se na druhou stranu obává budoucnosti – jak zvládne sama péči o vývod.

Hodnocení:

Pacientka se jeví mírně psychicky labilní. Po dohodě s ní a její rodinou by bylo možno zajistit konzultaci odborného specialisty (klinického psychologa).

VIII. Role, mezilidské vztahy

Paní J.D bydlí ve společné domácnosti se svou dcerou a vnukem, na které je fixována a má je velmi ráda. Dále s nimi bydlí přítel klientčiny dcery, ke kterému nemá velkou důvěru a náklonnost. Pacientčina vnučka, která je také zdravotní sestrou, a kterou má také velmi ráda, se před nedávnem odstěhovala do své vlastní domácnosti a pacientka se s tím ještě nevyrovnala. Klientka je introvertní. Při rozhovoru s dcerou jsem zjistila, že paní J.D. byla dříve více společenská, chodila navštěvovat přítelkyně a známé ze Sokola, ale po úmrtí manžela, rozvodu dcery a následného přistěhování nového přítele dcery se uzavřela do sebe. Ve vztahu ke spolupacientkám je pacientka uzavřená, při mém pozorování jsem zjistila, že je raději sama nebo se svou blízkou rodinou.

Hodnocení:

Největší oporou pacientky je její rodina, hlavně dcera s vnučkou, jejich návštěvy vnímá pozitivně. Důležitým aspektem je

zajištění soukromí v péči o stomii, kterou pacientka vnímá negativně.

Paní J.D. je introvertní typ osobnosti.

IX. Sexualita, reprodukce

Vzhledem k psychickému stavu klientky a jejímu věku mi nepřišlo vhodné dotazovat se na tuto část modelu.

X. Stres, zátěžové situace

Nemocná je psychicky labilní, depresivně laděná, ale po příchodu rodiny vždy pookřeje. Rodina jí dává jasně najevo, že jí potřebuje a je pro ně velmi důležitá. Motivuje ji k propuštění do domácí péče a připomíná jí, že bez ní nejsou rodinou úplnou. Rodina je pro klientku velkou oporou a pomáhá jí zvládat nynější složitou situaci. Paní J.D. si plně uvědomuje svou nemoc a důsledek nutné operace. Po rozhovoru s klientkou si dle mého názoru, ještě plně neuvědomuje závažnost svého onemocnění.

Hodnocení:

Důležité je pacientce poskytnout podporu a pocit důvěry, kterou potřebuje. Dále je nutné zajistit možnost neomezeného kontaktu s rodinnými příslušníky.

XI. Víra, životní hodnoty

Paní J.D. není věřící, ale věří sama v sebe a svou energii. Z životních hodnot upřednostňuje zdraví, rodinu, upřímnost, ochotu a lásku.

Hodnocení:

Klientka si uvědomuje svou nynější situaci a snaží se přijímat nové, byť nepříjemné skutečnosti tak, jak přicházejí. V tomto ji velmi podporuje rodina, která jí dodává pocit bezpečí a jistoty.

XII. Jiné

Vše podstatné, týkající se ošetrovatelské péče je zmíněno v předchozích oblastech.

Plán ošetrovatelské péče

Plán ošetrovatelské péče je stanoven první den po překladu pacientky z jednotky intenzivní péče na standardní oddělení - 5. pooperační den. Na JIP byla hospitalizována do stavu stabilizace po resekci rektosigmatu dle Hartmanna pro karcinom.

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny první den pobytu na standardním oddělení po operačním výkonu (dne 5. 12. 2006). Hodnocení plánu bylo provedeno 5. den po stanovení diagnóz (dne 9.12. 2006).

Ošetrovatelská diagnóza č. 1

Úzkost v souvislosti se základním onemocněním pacientky

krátkodobý cíl: zmírnění úzkosti pacientky, zlepšení psychického stavu

Intervence:

- ⇒ všiměj si reakce pacientky na zátěž
- ⇒ vezmi v úvahu rodinné i zdravotní dispozice a současnou i minulou medikaci
- ⇒ pozoruj všechny projevy pacientky, dle kterých se dá odhadnout zhodnotit stupeň její úzkosti
- ⇒ navod' vzájemné pozitivní vztahy
- ⇒ vždy pacientku vyslechni a promluv s ní
- ⇒ zajisti pacientce dostatečný přísun informací jak od lékařů, tak od ošetrovatelského personálu
- ⇒ zaznamenej vše do ošetrovatelské dokumentace

Realizace:

Pacientka vnímá svůj psychický stav intenzivně. Při pohledu na pacientku je zřejmé z jejích nonverbálních projevů velký zájem o přísun informací o svém zdravotním stavu od lékařů i sester. Úzkost byla pravidelně sledována a hodnocena, všemi zdravotnickými pracovníky (lékař, sestra, fyzioterapeut, ošetrovatelky) a za velmi cennou pokládáme spolupráci pacientčiny rodiny, která má v hodnocení a následném odstraňování úzkosti velký význam. Při přetrvávání úzkostných stavů byla zvážena možnost návštěvy psychologa, případně psychiatra, po dohodě s paní J.D. a ošetřujícím lékařem.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn díky včasné intervenci zdravotníků. Ke zmírnění úzkostných stavů u pacientky došlo po včasné a důkladné podání informací o pacientčině zdravotním stavu a její následné rekonvalescence. Psychofarmaka nebylo nutno podat. Možnost péče psychologa ani psychiatra nebyla využita. Pacientka dostala kontakt na psychologickou poradnu v blízkosti svého bydliště a je poučena, že se na ni může v jakémkoli případě s důvěrou obrátit.

Ošetrovatelská diagnóza č. 2

Úbytek tělesné hmotnosti a změna výživy v souvislosti s operačním výkonem a provedením kolostomie

krátkodobý cíl: pacientka neubývá na váze

dlouhodobý cíl: pacientka zná zásady výživy pro stomiky

Intervence:

⇒ zajisti pravidelné měření hmotnosti 1x týdně za stejných podmínek

⇒ zjistí, má-li pacientka představu o svých nutričních potřebách

⇒ ověř si její dosavadní stravovací návyky

⇒ zamysli se nad možnými lékovými interakcemi

⇒ věnuj pozornost psychickým vlivům u nemocné

⇒ sleduj u pacientky celkový denní příjem potravy a tekutin

- ⇒ sleduj a zaznamenej kolik pacientka sní a vypije
- ⇒ zajisti dodržování dietních režimů a v případě potřeby zajisti dietetické konzultace
- ⇒ zajisti estetickou stránku stolování
- ⇒ zdůrazňuj nutnost vyváženého příjmu živin, informuj pacientku o individuálních nutričních potřebách i o způsobu, jakým je lze dosáhnout
- ⇒ edukuj pacientku i členy její rodiny, jaké jsou vhodné potraviny pro pacienty se stomií

Realizace:

Pacientka měla naordinovanu kašovitou dietu. Pacientce byla podávána 3x denně dieta dodaná centrální kuchyní dle ordinace lékaře. Nemocná měla dostatečný časový prostor pro příjem stravy, měla také možnost konzumace domácí stravy – v rámci doporučené diety – polévky, pudinky, jogurty, kaše. Pacientka se nejraději najedla sama, beze spěchu. Snědla přibližně polovinu servírované porce. Průběžně byl kontrolován celkový příjem potravy. Jako doplněk stravy byl podáván Nutridrink - nápoj, který obsahuje všechny nezbytné prvky výživy. Po domluvě s klientkou jsme přivolaly dietologického specialistu, který pacientce a rodinným příslušníkům doporučil potraviny, které jsou šetrnější kvůli vyvedené stomii. Příjem tekutin u nemocné byl snížený a proto byla ještě ponechána naordinovaná parenterální hydratace.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn, dosáhly jsme toho, že paní J.D. neubývá na váze i přes základní onemocnění. Při sledování příjmu tekutin byla 7. pooperační den ukončena infusní léčba (dle ordinace lékaře), jelikož pacientka za pomoci naší i své rodiny vypila 2500 ml tekutin za 24 hodin. Stravu jsme do 9. pooperačního doplňovaly Nutridrinkem, který pacientce chutnal (nejraději má čokoládovou příchut'). Dlouhodobý cíl byl splněn, paní J.D. ví, jaká je optimální výživa vzhledem k přítomnosti stomie.

Ošetrovatelská diagnóza č. 3

Částečná porucha soběstačnosti v souvislosti s operačním výkonem projevující se nejistotou při chůzi, hygienické péči a oblékání se, s nutností dopomoci.

krátkodobý cíl: pacientka bude soběstačná v oblastech sebezpečí, kvantitativně zhodnoceno, vzroste skóre dle Barthela na cílovou hodnotu 96 bodů

Intervence:

⇒ vezmi v úvahu i přidružené zdravotní problémy, které její postavení ztěžují

⇒ zhodnoť její úroveň soběstačnosti (Bartelův test)

⇒ motivuj pacientku i její rodinu v větší spolupráci

⇒ snaž se docílit, aby se pacientka aktivně účastnila řešení všech svých problémů a aby se naučila rozhodovat sama o sobě. Účelem vaší spolupráce by mělo být vytvoření individuálního léčebného programu, který by odpovídal klientčiným možnostem a zároveň i uspokojoval její potřeby

⇒ pacientku pozorně vyslechni a snaž se při tom odhalit zábrany, které jí brání, aby se účelně zapojila do léčebného režimu

⇒ dbej na dodržování rehabilitačního programu v rámci jejích schopností

⇒ pamatuj na využití podpůrných pomůcek nebo úprav prostředí

⇒ podporuj klientku v jejích předsevzetích vztahujících se ke zlepšení jejího zdravotního stavu

⇒ prováděj pravidelné vyhodnocování její léčebné snahy se zdůrazňováním úspěchů, kterých se jí podařilo dosáhnout

⇒ informace o pacientčiných pokrocích zpracuj přehledně písemnou formou

Realizace:

S klientkou je výborná spolupráce, komunikace je na dobré úrovni, snaží se aktivně účastnit péče sama o sebe. Aktivně se zapojuje i pacientčina rodina, která paní J.D. motivuje k samostatnosti a psychicky podporuje s následky po operaci. Pacientku chválíme za

každý zvládnutý úkon. Hygienickou péči provádí pacientka v koupelně s pomocí zdravotnického personálu.

Hodnocení:

Cíl nebyl splněn, ač byl na základě ordinace lékaře 6. pooperační den odstraněn permanentní močový katétr a drain a 7. pooperační den i periferní žilní katétr. Po 5 dnech bylo dosaženo 90 bodů dle Barthelova testu, což je lehká závislost. K dalšímu zlepšení je třeba pokračovat v intenzivní rehabilitaci.

Ošetrovatelská diagnóza č. 4

Bolest v souvislosti s operačním výkonem

Cíl: bolest bude zmírněna na hodnotu 2 dle vizuální analogové škály bolesti nebo méně, a to nejdéle do 12 hodin

Intervence:

⇒ proved' důkladný rozbor bolesti (lokalizace, druh, trvání, stupeň bolesti)

⇒ povšimni si reakce pacientky na bolest (verbálních i nonverbálních projevů)

⇒ věnuj pozornost všem projevům bolesti

⇒ snaž se zjistit, jaké má pacientka představy o léčení svých bolestí a co od nich očekává

- ⇒ naplánuj s pacientkou postup zvládnutí bolesti
- ⇒ upozorni klientku na možnost úlevových postupů (relaxační a dechová cvičení, rozptýlení pozornosti, sledování TV či rozhlasu, četba, komprese operační rány při kašli, vhodná obuv)
- ⇒ při léčebných i jiných úkonech (odběry krve, aplikace s.c. a i.m. injekcí a podobně) upozorni včas nemocnou na bolestivý podnět
- ⇒ dodržuj ordinaci analgetik; nepřekračuj maximální dávky; sleduj jejich účinek
- ⇒ zaznamenej jak nemocná bolest popisuje a prožívá, zaznamenej účinek analgetik

Realizace:

Jak bylo uvedeno výše, pacientka vnímá bolest ve snesitelné míře (dle vizuální analogové škály 4/10). Pacientka si sama na bolesti nestěžuje, na cílený dotaz připouští přítomnost bolesti, ale není jí výrazně omezena. Účinek analgetik hodnotí jako dobrý (podáván Dipidolor 15 mg i.m. á 8-12 hodin a Novalgin 1000 mg á 6-8 hod i.m.). Paní J.D. je poučena o možnosti odstranění bolesti pomocí úlevových poloh, které hojně využívá, v odstraňování ji také pomáhá návštěva rodiny, kdy se pacientka od bolesti plně odpoutá a jako další možnost pro odstranění bolesti používá radiový přijímač.

Hodnocení:

Cíl byl splněn během prvních 8 hodin pobytu na standardním oddělení, bolest poklesla dle analogové vizuální škály ze 4/10 na 1-2/10, pacientka si dále na bolest nestěžuje a z jejích nonverbálních postojů je vidět, že bolestí netrpí. Klientka je plně soběstačná, rehabilituje v plném rozsahu a bez omezení.

Ošetrovatelská diagnóza č. 5

Porucha kožní integrity v souvislosti s operační ránou

krátkodobý cíl: zhojení operační rány bez komplikací

Intervence:

- ⇒ všiměj si změn kožního turgoru, barvy
- ⇒ dběj, aby oblast operační rány nebyla kontaminována stolicí ze stomického sáčku
- ⇒ sleduj proces hojení rány a zaměř se na vznik možných komplikací
- ⇒ prováděj pravidelné aseptické převazy
- ⇒ připomínej klientce funkci kůže i důležitost péče o ní
- ⇒ vysvětluj klientce i její rodině nutnost dodržování léčebných opatření, preventivní péči i jejího denního udržování
- ⇒ buď pro pacientku psychickou oporou, zacházej s ní jemně a buď k ní vždy vlídná

Realizace:

Pacientka má operační ránu na břicho (dolní střední laparotomie), dále má zavedený trubicový drain, který je napojený na sběrný sáček. Má vyvedenu stomii vlevo, kde používáme průhledný výpustný stomický sáček pro lepší optickou kontrolu. Rána je obden nebo dle potřeby převazována a sterilně kryta. Výměna sběrného sáčku drainu je prováděna denně, okolí výstupu drainu je též sterilně kryto a převazováno spolu s ranou.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Operační rána je klidná, bez zarudnutí a sekrece, hojí se per primam intentionem. Drain odvedl 5. pooperační den 20 ml serosní tekutiny, 6. pooperační den byl odstraněn, rána po drainu sterilně kryta, další hojení bez komplikací. Stehy z operační rány odstraněny zčásti 8. a úplně 9. pooperační den. Rána nevykazuje známky komplikací.

Ošetrovatelská diagnóza č. 6

Porucha integrity kůže v důsledku vyvedení kolostomie

Krátkodobý cíl: nekomplikované zhojení stomie

Intervence:

⇒ se souhlasem pacientky začni dokumentovat stomii pro porovnávání jejího dalšího vývoje (fotodokumentace)

- ⇒ věnuj pozornost sekreci a cévnímu zásobení stomie
- ⇒ velkou pozornost věnuj kůži v okolí stomie – sleduj přítomnost podráždění a reakci na aplikované stomické pomůcky
- ⇒ věnuj pozornost správné funkci stomického systému (aplikaci pomůcky) tak aby sekrety ze stomie a stolice nekontaminovaly operační ránu a neznečišťovaly kůži v okolí stomie a prádlo pacientky
- ⇒ postupně pacientku edukuj v péči o stomii, veď ji k samostatnosti v péči o vývod
- ⇒ buď pacientce psychickou oporou, zacházej s ní vlídně a taktně

Realizace:

Pátý pooperační den je stomie vitální, okolí klidné, není známek komplikací. Pomůcka je aplikována sestrou, pacienta je postupně edukována v péči o vývod. V rámci edukace je využito pomůcek a informačních materiálů od firmy Convatec, které jsou spolu se základním vybavením a doplňujícími informačními letáky předávány v balíčku všem pacientům s vývodem. Balíček obsahuje též časopis Radim, nůžky a stomické pomůcky, na kterých se pacienti začínají učit. Přípravky od firmy Convatec jsou používány pro všechny stomiky na tomto oddělení. Zároveň byla pacientka informována o dalších stomických systémech, s nichž si bude moci vybrat po propuštění z nemocnice.

Hodnocení:

Stomie je vitální, zhojena, odvádí stolici, pasáž je obnovena, není známkou lokálních ani celkových komplikací. Pacientka získala základní přehled o stomických pomůckách a jejich využití.

Ošetrovatelská diagnóza č. 7

Změna vyprazdňování stolice v důsledku stomie

Krátkodobý cíl: Pacientka má pravidelnou stolici

Dlouhodobý cíl: Pacientka zvládá sama péči o stomii

Intervence:

⇒ sledování frekvence, charakteru, množství odváděné stolice, případné příměsi)

⇒ úprava složení potravy

⇒ dohlížet na hydratování klientky (vyzývat ji k pití)

⇒ pravidelná kontrola okolí vývodu a jeho následné ošetření podle potřeby

⇒ respektování soukromí nemocné

⇒ psychická podpora pacientky

⇒ dodržování rehabilitačního plánu

⇒ nastolení pravidelného stravovacího režimu, který vede k pravidelnému vyprazdňování stolice

Realizace:

Od 5. do 9. pooperačního dne byla pacientce zdůrazňována nutnost pravidelného stravování, dodržování pitného režimu a rehabilitace. Péče o stomii byla stále plně v rukou ošetrovatelského personálu (za přísného respektování pacientčina soukromí). Dále byla pod vedením fyzioterapeutů mobilizována z lůžka, nacvičovala chůzi. Strava, nápoje, psychický stav a pohyb mají velký vliv na vyprazdňování.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl nebyl splněn, ještě 9. pooperační den nebyla stolice pravidelná. Dlouhodobý cíl byl splněn, pacientka již zvládá samostatně péči o stomii bez problémů.

Ošetrovatelská diagnóza č. 8

potenciální riziko vzniku imobilizačního syndromu v důsledku částečně omezené hybnosti

cíl: nevznikne imobilizační syndrom

Intervence:

⇒ každodenní pečlivá kontrola pokožky a zvýšené nároky na hygienu

⇒ sledování stavu výživy a příjem stravy u nemocné, poskytnutí informací o vhodném složení stravy

⇒ pravidelné sledování diurézy

- ⇒ pravidelné sledování stolice (sledování frekvence, charakteru, množství odváděné stolice, případné příměsi)
- ⇒ rehabilitace a vertikalizace pacientky
- ⇒ pravidelná kontrola tělesné teploty dvakrát denně
- ⇒ povzbuzování nemocné k soběstačnosti v základní péči
- ⇒ pravidelné hodnocení bolesti klientky na VAS a posouzení, zda-li bolest nemá podíl na imobilizaci nemocné
- ⇒ podpora pacientčích zájmů, které je možno uskutečnit v nemocnici

Realizace:

Pacientka má dobře ošetřenou pokožku, která nejeví známky poškození. Dýchání je fyziologické, pacientka bez dušnosti, pasáž je po operaci obnovena, nejsou známky ortostatické hypotenze. Rozvíjí se samostatnost pacientky v úkonech sebedpěče.

Hodnocení:

Cíl byl splněn, nedošlo ke vzniku imobilizačního syndromu. Soběstačnost pacientky se zvyšuje.

Ošetrovatelská diagnóza č. 9

Potenciální riziko vzniku dekubitů

***cíl:** zamezení vzniku dekubitů*

Intervence:

⇒ sleduj denně kůži u nemocné, největší možností věnuj predilekčním místům

⇒ aktivizuj pacientku, dodržuj rehabilitační režim

⇒ omez dobu, po kterou musí být pacientka na lůžku

⇒ prováděj hygienickou péči u pacientky individuálně, vyhni se používání horké vody, používej jemné hygienické pomůcky (žínky na jedno použití)

⇒ sleduj příjem potravy u nemocné

⇒ dbej na úpravu lůžka nemocné

⇒ sleduj operační rány a stomie

⇒ zaznamenej vše do dokumentace

Realizace:

Pacientka je samostatná, rehabilituje, stav výživy je přiměřený onemocnění a charakteru operačního výkonu. Celkovou hygienickou péči provádí 2x denně nebo dle potřeby při výměně stomických pomůcek.

Hodnocení:

Byl proveden test podle Nortonové s výsledkem 24 bodů, pacientka má nízké riziko vzniku dekubitů. Riziko je nutné hodnotit opakovaně a při zhoršení pak provést patřičná opatření. Náplní naší práce je snižovat riziko vzniku dekubitů. Při klinickém hodnocení nebyly přítomny žádné proleženiny.

Ošetrovatelská diagnóza č. 10

Porucha spánku v souvislosti následkem operačního výkonu a psychickým stavem projevující se špatným usínáním

Cíl: pacientka bude spát nepřetržitě 6 hodin, ráno se bude cítit odpočatá

Intervence:

- ⇒ odhalit všechny okolnosti, které spánek narušují
- ⇒ nezapomínej na možný výskyt parasomnických jevů (noční můry či děsy)
- ⇒ vyslechni všechny pacientčiny stesky, které se týkají spánku
- ⇒ veškerou péči se snaž rozvrhnout tak, aby nenarušovala spánek
- ⇒ pacientku co nejméně probouzej, jen pokud je to nezbytné
- ⇒ snaž se navodit klidné prostředí pro spánek (masáž zad, hygiena, úprava lůžka, vyvětrání pokoje a přizpůsob prostředí zvyklostem klientky)

⇒ kontroluj případně omez přísun nevhodných látek před usínáním (nápoje obsahující kofein, čokoláda)

⇒ připomínej nemocné, aby se během dne věnovala pravidelným relaxačním cvičením

⇒ zajímej se o možnost využití různých pomůcek usnadňujících usínání (snížení hluku, osvětlení)

⇒ spolupracuj vždy s rodinnými příslušníky

⇒ dokumentuj všechny projevy poruch spánku

⇒ pravidelně monitoruj spánek – kolik hodin denně pacientka prospí, jaká byla kvalita spánku

⇒ navodit správný biorytmus – zaměstnanost během dne

Realizace:

Spánek u paní J.D. je mírně narušený z důvodu úzkosti - přemýšlí o následku operace – stomii. Pacientku se daří zaměstnat během dne rehabilitací a v odpoledních hodinách návštěvou rodiny dále čtením, posloucháním radia. Pacientka má naordinované hypnotikum.

Hodnocení:

Cíl se podařilo zvládnout. Na standardním oddělení má více klidu než na JIP. Prospí asi 7 hodin denně, ráno se probouzí odpočatá.

Ošetrovatelská diagnóza č. 11

Porucha sebepojetí v důsledku vytvoření stomie

Krátkodobý cíl: *pacientka bude smířená se stomií*

Dlouhodobý cíl: *pacientka vede kvalitní život s vývodem*

Intervence:

⇒ psychicky pacientku podporuj v každé situaci

⇒ při ošetřování stomie buď zvláště ohleduplná, taktní, každý krok pacientce vysvětlí

⇒ naslouchej pacientčím otázkám a obavám

⇒ snaž se o spolupráci s rodinou (pokud si to pacientka přeje)

⇒ poskytni pacientce veškeré informace a zprostředkuj kontakt na pacienty s podobným problémem (klub stomiků, časopis Radim)

⇒ ujisti pacientku, že i po propuštění bude mít trvale možnost odborné konzultace problémů, které se týkají stomie

⇒ vše zapisuj do dokumentace

⇒ ve spolupráci s ošetřujícím lékařem pamatuj na možnost odborné psychologické konzultace

Realizace:

Pacientka, paní J.D. byla o možném vytvoření stomie informována již před operací, byla v tomto směru poučena. Pooperačně se se stomií pomalu sžívá, postupně akceptuje nastalé změny. Vítá každou radu a

nácvik. Akceptace stomie je pro pacientku snadnější v tom, že ji vidí jako dočasné řešení problému, a že za 3 měsíce jí bude vývod opět uzavřen.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn, pacientka stomii akceptuje, v péči o vývod se od 5. do 9. pooperačního dne značně zlepšila. Od 9. pooperačního dne je vývod již plně v péči pacientky. Dcera pacientky je též poučena v péči o stomii.

Dlouhodobý cíl nemohu hodnotit, vzhledem k délce mého pobytu na oddělení. Z rozhovoru s pacientkou je však zřejmé, že se upíná na možnost uzavření stomie, které je technicky, vzhledem k operačnímu zákroku, možné za přibližně 3 měsíce.

Ošetrovatelská diagnóza č. 12

Nedostatek informací ohledně prognosy onemocnění projevující se úzkostí

***cíl:** pacientka je dostatečně informována o prognose*

Intervence:

⇒ na otázky, které pacientka klade, odpovídej v rozsahu svých kompetencí

⇒ snaž se zprostředkovat kontakt mezi pacientkou a jejím ošetřujícím lékařem

⇒ pro sdělování závažných informací zajisti vhodné prostředí a soukromí

⇒ podle pacientčina přání zprostředkuj informace i její rodině

⇒ po sdělení závažné informace nenech pacientku o samotě, lidsky ji podpoř

⇒ při osobním rozhovoru dej pacientce prostor k vyjádření jejích pocitů, pokud ti je chce sdělit

⇒ ve všech situacích zachovávej profesionální mlčenlivost

Realizace:

Pacientka byla ošetřujícím lékařem informována o charakteru výkonu a závažnosti onemocnění. Zároveň byla informována o možnosti další léčby a o možnosti navrácení stomie.

Hodnocení:

Cíl byl splněn, pacientka a její rodina byla informována v plném rozsahu, přiměřeným způsobem a opakovaně ošetřujícím lékařem o charakteru onemocnění a provedeném zákroku. Prognosu onemocnění nelze zatím určit, v tomto směru získala pacientka rámcové informace. Byla informována o tom, že nejspíše bude nutná další léčba (chemoterapie). Z mého pohledu pacientka vytěsnila závažnou diagnózu a těší se na zanoření vývodu. O krátkodobém vývoji – propuštění a věcech, které budou následovat v nejbližších dnech a týdnech je informována dobře.

Ošetrovatelská diagnóza č. 13

Potenciální riziko vzniku infekce v důsledku zavedení periferního žilního katétru

cíl: místo zavedení PŽK nejeví známky infekce

Intervence:

⇒ postupovat asepticky při zavedení PŽK

⇒ vhodně zvolit místo a typ kanyly odpovídající průsvitu cévy a kvalitě cévního řečiště

⇒ asepticky postupovat při manipulaci s PŽK – při převazu, aplikaci léků a roztoků

⇒ vhodně zvolit koncentrace léků, podávat pouze léky a roztoky určené pro podání do periferní žíly

⇒ pravidelně vyměňovat krytí katétru

⇒ pravidelně vyměňovat kanylu – nejsou-li známky zánětu a je-li kanyla funkční (á 72 hodin)

⇒ sledovat známky zánětu a pravidelně zapisovat do dokumentace

⇒ dbát na subjektivní pocity nemocné

Realizace:

Paní J.D má zvýšený sklon k tvorbě tromboflebitid. Vzniku této komplikace je třeba předcházet. Kanylu je třeba měnit každých 36 hodin a vše pečlivě zaznamenat do dokumentace. Pro již nekvalitní

venosní systém klientky je často problém najít vhodnou žílu ke kanylaci. Katétry volíme spíše užšího průsvitu.

Hodnocení:

Paní J.D byl PŽK odstraněn 7. pooperační den, kdy už nebyly ordinovány žádné intravenózní léky a roztoky. Cíl byl splněn, nedošlo ke vzniku tromboflebitidy.

Ošetrovatelská diagnóza č. 14

Potenciální riziko vzniku infekce v důsledku zavedení permanentního močového katétru

***cíl:** zamezení vzniku močové infekce, pacientka nejeví známky infekce močových cest*

Intervence:

⇒ asepticky postupovat při katetrizaci

⇒ asepticky postupovat při jakékoliv manipulaci s permanentním močovým katétrem

⇒ pravidelně vyměňovat katétr, sběrný močový sáček

⇒ sledovat funkčnost katétru

⇒ kontrola odvedené moči - množství, barva, příměsi, zápach

⇒ sledovat příznaky infekce močových cest – pálení, řezání, zvýšená tělesná teplota

Realizace:

Sáček byl ještě 5. pooperační den vypouštěn po 12 hodinách. Při manipulaci bylo postupováno asepticky. Dle ordinace lékaře byl 6. pooperační den odstraněn PMK. Pacientka se vymočila do 6 hodin po odstranění katetru. Dysurické potíže nemá. Dle ordinace lékaře je moč vyšetřena chemicky, mikrobiologicky a je hodnocen močový sediment – bez patologického nálezu.

Hodnocení:

Paní J.D. byl PMK odstraněn 6. pooperační den. Znamky infektu v močových cestách pacientka nejevila.

Ošetrovatelská diagnóza č. 15

Potenciální riziko vzniku tromboembolické nemoci

cíl: zamezení vzniku hluboké žilní trombosy, pacientka nejeví známky

TEN

Intervence:

⇒ pravidelně podávej pacientce ordinované dávky nízkomolekulárního heparinu (Fraxiparine, Clexane a podobně)

⇒ dbej na správnou funkci kompresních punčoch; eventuálně kontroluj kvalitu bandáží dolních končetin a dle potřeby je obnov

⇒ dodržuj rehabilitační režim

⇒ edukuj a nacvič s pacientkou cvičení na lůžku ještě před výkonem

⇒ dbej na dostatečný příjem tekutin

⇒ sleduj varovné příznaky hluboké žilní trombózy – otoky dolních končetin, bolesti lýtek, změnu barvy kůže; sleduj vznik příznaků doprovázející plicní embolii – dušnost, bolesti na hrudi, bolesti zad, kašel

⇒ pouč pacientku o možnosti vzniku těchto příznaků a o tom, že má ihned informovat sestru, pokud nastanou

Realizace:

Pacientka má od operačního dne kompresní punčochy a dostává Fraxiparine 0,3 ml jednou za 24 hodin podkožně. Od prvního pooperačního dne provádí cvičení dolními končetinami na lůžku a posléze již chodí. Dostatečný příjem tekutin je zajištěn (zprvu parenterálně, posléze perorálně).

Hodnocení:

Cíl byl splněn. U pacientky nebyly zjištěny žádné příznaky hluboké žilní trombózy, doporučené postupy byly úplně aplikovány, medikace byla dodržena. Pacientka byla poučena a aktivně spolupracuje.

3.4 Psychosociální problematika

Úvodem do této problematiky je třeba napsat, že paní J.D. nebyla dosud vážněji nemocná, ve svém blízkém okolí – v rodině – se nesetkala s člověkem, který by měl stomii. Dosud vedla docela aktivní život, jezdila na chatu, pracovala na zahradě, setkávala se s přáteli, donedávna aktivně cvičila v Sokole, poslední dobou již jen občas.

Bydlí v jedné domácnosti se svou dcerou, jejím přítelem a jejím synem – svým vnukem. Má ještě jednu vnučku, zdravotní sestru, která již bydlí samostatně. Vztahy v rodině jsou vřelé, rodina drží při sobě. Jen s přítelem své dcery nemá pacientka bližší vztah.

U paní J.D. hodnotím její psychický stav ze dvou hledisek: v období nemoci byla vystavena velké zátěži nejprve při stanovení a sdělení základní diagnózy zhoubného onemocnění a posléze, když se musela smířit s přítomností stomie.

Z hlediska onkologického onemocnění je možno pacientčin stav popsat jako klidný a vyrovnaný. Pacientka hodnotí svou nemoc jako vyřešenou chirurgicky, s nutným zlem – stomií a s nutností absolvovat ještě chemoterapii. Jakékoliv komplikace co se týče šíření zhoubného nádoru nebo výskytu metastas a úmrtí v dohledné době si nepřipouští. V obecné rovině si je vědoma svého věku (77 let) a celkem realisticky vnímá konečnost lidského života – před 5 lety jí náhle zemřel manžel, kterému tehdy bylo 79 let. Pacientka byla s diagnózou maligního onemocnění poprvé seznámena a poučena na interním oddělení poté, co

byl biopticky prokázán karcinom rektosigmatu. Dobrou zprávou, kterou pacientka věděla již před operací bylo, že stagingový RTG plic a sonografie jater byly negativní. Dále byla informována po operaci o jejím rozsahu – dle makroskopického peroperačního nálezu nebylo známkou metastatického procesu v dutině břišní, výkon byl hodnocen jako radikální. Posledním sdělením byl výsledek histologického vyšetření resekátu střevního – jedná se o G2 adenokarcinom s výraznou hlenotvorbou prorůstající celou šíří stěny střeva až do mesokolon; spádové lymfatické uzliny bez metastas – hodnoceno jako stadium II (T3, NO, MO, dle Dukese klasifikace B), tedy 60-80 % pravděpodobnost přežití 5 let. Stručně řečeno, pacientka říká: „Rakovina je nemoc jako každá jiná a já s ní musím bojovat, abych tady na světě ještě chvilku pobyla. Pokud bych měla umřít, ať je to rychlé a nebolí to.“

U pacientky zde můžeme pozorovat obrannou reakci *vytěsnění, potlačení* ke zvládnutí krizové situace – pacientka pokládá závažné onemocnění, kterým rakovina bezesporu je, za vyřešené operací, která bude ještě doplněna chemoterapií. Jedná se o momentální stav, který během 5 dnů mého pobytu na oddělení neměl vývoj.

Druhou stránku pacientčina psychického stavu, kterou zde zmiňuji, je nutnost se smířit, akceptovat, vypořádat se se stomií. Pacientka má obavy z péče o vývod v domácím prostředí. Bojí se, aby neobtěžovala členy domácnosti (dceru, jejího přítele, vnuka) například zápachem, nepříjemnými zvuky, množstvím pomůcek, které je potřeba mít.

Nevěděla přesně kam ukládat použité pomůcky, kde bude provádět výměnu. Uklidnila se po edukaci, které se účastnily jak sestry standardního oddělení, kde ležela, tak stomická sestra specialista. Velkou pomocí jí byla rodina, která ji ujistila, že se nejedná o žádný problém. Dcera a vnučka (zdravotní sestra) se účastnily edukace, zajistily doma drobné změny k pacientčinu pohodlí. Pacientka je velmi obratná a péči o vývod zvládla překvapivě rychle samostatně (až nečekaně).

Velikou nadějí je pro pacientku možnost uzavření stomie, ke kterému by mohlo dojít nejdříve asi po 3 měsících od operace a po absolvování chemoterapie. Na to se pacientka velmi těší a bere tedy stomii jako nutné zlo, které je však jen dočasné.

4. Edukační plán nemocné

Edukace nebyla zaměřena pouze na pacientku, paní J.D., ale vzhledem k přání nemocné, i na blízké osoby - dceru a vnučku.

Pacientka byla poučena v následujících směrech:

STOMICKÉ SYSTÉMY – možnost výběru:

- **Jednodílný systém** – skládá se z ochranné lepidivé želatinové destičky, která je pevně spojena se sáčkem.

Výhody – větší flexibilita destičky, snadná manipulace (předstřížený otvor usnadňuje aplikaci, kterou zvládnou i starší pacienti), pocit větší čistoty, je méně znát pod oděvem.

- **Dvoudílný systém** – skládá se z lepicí želatinové destičky na níž je upevňovací kroužek, na který se pak nasazují vyměnitelné sáčky.

Výhody – jednak širší škála výrobků a průměrů stomických pomůcek a jednak jsou ekonomicky výhodnější.

STOMICKÉ POMŮCKY

Při ošetřování se používají pomůcky firem ConvaTec, Coloplast a Braun. Liší se minimálně a záleží na pacientovi, pro které se rozhodne.

Požadavky na stoma pomůcky

- a) zadržovat zápach
- b) chránit kůži kolem stomie (dobře těsnit, nezpůsobit alergii)

- c) být nenápadné pod oblečením
- d) přijatelné a dostupné pro klienty
- e) nastavitelné, aby se velikost otvoru mohla přizpůsobit velikosti a tvaru stomie

f) Pomocné pomůcky:

Adhezivní pasta – aplikuje se kolem stomie, aby stolice nezatékala pod destičku nebo na vyrovnání nerovností na břišní stěně. Zabraňuje podráždění kůže v okolí stomie. Odstraňujeme jí teplou vodou, mýdlem a žínkou na jedno použití. Na odstranění silnější vrstvy můžeme použít alkohol, nikdy ne benzín, protože vysušuje pokožku a výpary by mohly naleptat nově nasazenou podložku.

Odstraňovač náplastí – slouží k odstranění pasty aplikované do okolí stomie, ale i k odstranění zbytků želatiny po sejmutí podložky. Dodává se ve formě ubrousků napuštěných látkou zajišťující šetrné odstranění nežádoucích zbytků.

Zásyp – dává se na mokvající místa, používá se ke zklidnění podrážděné pokožky. Okolí stomie se jemně popráší a zcela běžně se pokračuje v nasazení podložky. Při samotné aplikaci je nutno lahvičku držet ve vodorovné poloze, aby nedošlo k vysypání většího množství pudru a horšímu přichycení podložky.

Stomické sáčky – kolostomické sáčky pro jednodílný i dvoudílný systém jsou tělové barvy a jsou opatřeny filtrem (Příloha 5 a 6). Pro krátkodobé použití jsou určeny sáčky o menším obsahu. Pro ošetření

ileostomie se používají sáčky s výpustí. Nejsou opatřeny filtry, protože vzhledem k řídkému obsahu dochází k jeho narušení a neutralizace pak není efektivní. Oba typy sáčků obsahují na zadní stěně aktivní vrstvu odvádějící pot.

Pohlcovač pachu – je možno jej použít jednak k aplikaci do sáčku a jednak k aplikaci do vzduchu v místnosti, kde se vývod ošetřuje.

Těsnící vkládací kroužky – používají se pro ošetření pacientů s vpadlou stomií. Kroužky se vtlačí mírnou silou do kroužku na podložce před jejím připevněním na tělo a tím dojde k vyklenutí zadní stěny podložky a k jejímu lepšímu přilnutí ke stomii.

Přídržný pásek – nejčastěji ho používají fyzicky aktivní pacienti při nošení dvoudílného systému. Napomáhá většímu pocitu jistoty při větší aktivitě nebo při cestování. Připevňuje se na očka sáčků pomocí úchytek na konci pásku. Je vyroben z kvalitního materiálu a nepodléhá deformaci ani po vyprání.

Ochranný film – slouží jako ochrana kůže před nežádoucími účinky stolice či jiného sekretu v případě podtečení pod podložku. Dodává se ve formě ubrousku napuštěného ochrannou látkou, kterým se potře okolí stomie. Kůže je po odpaření kryta jemným neprodyšným filmem. Tento film odstraňujeme pomocí odstraňovače náplastí.

SPRÁVNÉ PŘIKLÁDÁNÍ STOMICKÝCH SOUPRAV

- změření velikosti stomie. V každém balení destiček se nachází měřicí šablona pomocí níž změříme stomii. Šablonu pak vystříhneme

tak, aby vystřižený otvor odpovídal tvaru stomie. Na šabloně odečteme správný průměr pomůcky, který volíme vždy alespoň o 0,5 cm větší, než je vystřižený otvor v šabloně. Šablonu přiložíme k podložce, obkreslíme a vystříhneme.

- očista pokožky a péče o kůži. Před přiložením destičky musí být kůže naprosto čistá. Umýt mýdlem a osušit, při podráždění kůže ošetříme pudrem.
- sejmutí ochranného papíru z aplikační strany destičky a přiložení destičky na dobře očištěnou stomii. Přiložit tak, aby se co nejméně vrásnila nebo odchlipovala od podložky. Chceme-li urychlit přilnutí podložky ke kůži, zahřejeme ji na ústředním topení nebo použijeme vysoušeč vlasů či ji promneme v dlaních.
- destička u dvoudílných pomůcek by měla vydržet 3 - 5 dní. Záleží na správně očištěné pokožce, ale i na poloze přiložené destičky, její přilnavost ovlivňuje teplo a vlhkost pokožky. Teplota kůže urychluje přilnavost, vlhkost jí naopak brání. Snížená přilnavost se projeví změnou barvy podložky, která zbělá a zpuchýřkovatí a začíná se odchlípnout. Děje se tak například při nasycení podložky tekutinou. Je nutné ji vyměnit.
- na destičku se nasadí sáček. Sáčky jsou uzavřené a výpustné. Kolostomici užívají častěji sáčky uzavřené.
- tahem za sáček po celém obvodu zkontrolujeme zda byl sáček dobře nasazen

- zeptáme se pacienta zda nepocítuje nepříjemné pocity

VÝMĚNA STOMICKÝCH POMŮCEK

- při naplnění sáčku do jedné třetiny max. do poloviny. Při vyšší náplni se může sáček uvolnit což způsobí unikání tekutiny a dráždění kůže okolo stomie.
- výměnu též provádíme uniká-li tekutina ze sáčku nebo má-li klient nepříjemné pocity.
- připravme pacienta – vysvětlíme mu postup a uložíme ho do vhodné polohy. Destičku a sáček vyměňujeme vleže nebo vestoje, což je poloha při sebeošetřování.
- zabezpečíme soukromí – chráníme stud pacienta!
- zhodnotíme stomii a kůži okolo stomie, dle potřeby aplikujeme pastu
- dle potřeby vyměníme sáček či celou soupravu včetně destičky. Při odstraňování dbejme, aby nedošlo k přílišnému dráždění kůže. Nejlépe, když jednou rukou opatrně uvolňujeme lepící plochu a druhou rukou přidržujeme kůži (vyvoláme protitlak).
- kolostomický vývod čistíme kruhovými pohyby z vnějšku dovnitř. Čištění provádíme dvěma mulovými rouškami, na kterých je voda a mýdlo. Vyhýbáme se silnému tření. Nakonec suchými rouškami dobře osušíme kůži kolem vývodu. Houby a žínky jsou ideálním semeništem mikrobů a plísní. Proto používáme k čištění jen mulových roušek, které se po použití odhazují. V případě potřeby je nutno také z okolí stomie

odstranit ochlupení. Nepoužíváme holení žiletkami, ale chloupky odstraňujeme elektrickým holicím strojkem. Použití depilačních přípravků je nutno zvážit vzhledem k možné alergii či nadměrnému dráždění kůže. Odstraněním chloupků se výměna sáčků či podložky stane méně bolestivou a zabráníme tak vzniku zánětu mazových žlázek ochlupení.

- jakmile nemocný může vstát a chodit učíme ho postupně péči o stomii na koupelně s použitím zrcadla (vymezen stoma koutek)

VYBAVENÍ DOMÁCÍHO STOMICKÉHO KOUTKU

Nejlépe v koupelně naskládáme potřebné pomůcky do uzavíratelné krabice.

Pomůcky: destičky, sáčky, měřicí šablona, tužka, nůžky, elektrický holicí strojek, mulové roušky nebo žínky na jedno použití, ručníky, pudr, pasta, čisticí roztoky, mýdlo.

Dále se doporučuje uzavíratelný odpadkový koš a zrcadlo, umístěné ve výši vhodné pro stomika, aby viděl na přikládání stoma pomůcek.

FYZICKÁ NÁMAHA A SPORT U STOMIKŮ

V prvních 6 až 8 týdnech se klient nesmí zatěžovat. Není doporučena těžká fyzická namáhavá práce, zvedání těžkých břemen, sport, který vyžaduje velkou fyzickou aktivitu a sporty při kterých dochází k tělesnému kontaktu. Lehčí sporty jako je plavání, tenis, běh, turistika a cvičení jsou naopak žádané.

CESTOVÁNÍ

Doporučujeme, až když klient zvládá život s vývodem. Je potřeba dobře se vybavit všemi potřebnými pomůckami a hlavně v dostatečném množství. V teplejších oblastech, kde se člověk více potí je zapotřebí více sáčků než za normálních okolností. Doporučíme nemocnému, aby si s sebou vzal a ochranné pomůcky, protože může dojít například k podráždění kůže

ZAMĚSTNÁNÍ A PRACOVNÍ ZÁTĚŽ

Je vhodné, když se stomik vrátí zpět na pracoviště, kde pracoval před operací, neboť práce má příznivý vliv na psychiku. Pokud nemůže klient vykonávat původní profesi pro velkou fyzickou námahu nebo jiné překážky, může klient dostat na přechodnou dobu invalidní důchod.

RODINNÝ ŽIVOT

Je důležité, aby klient i jeho rodina vyřešili (dle potřeby za účasti stomické sestry, ošetřujícího lékaře, lékaře specialisty nebo psychologa) jakékoliv nepříjemné pocity z přítomnosti stomie.

JÍDELNÍ REŽIM

Pacient nemusí dodržovat zvláštní dietu. Doporučujeme lehce stravitelnou nenadýmavou stravu, bohatou na vitamíny a bílkoviny. Důležitý je pitný režim. Silně kořeněná jídla, alkohol kofein zrychlují činnost střev, tekutiny se vstřebávají kratší dobu a stolice je řidší. Nevhodná jsou vejce, zelí, cibule, hrášek, čokolády, piva a osvěžující nápoje. Na zeleninu bohatá jídla jsou velmi vhodná, obsahují celulozu,

která vstřebává vodu a má příznivý vliv na vyprazdňování. Jsou důležitá tři pravidla: jíst střídavě, v pravidelnou dobu, potravu důkladně rozkousat.

ZDRAVOTNÍ REŽIM A DOPORUČENÍ

Ošetřující lékař v průběhu hospitalizace a zejména před dimisí informuje pacienta o chronické medikaci, jejím dávkování, nutných kontrolách v poradně pro stomiky, u dalších specialistů (onkologie a podobně) a u praktického lékaře. Seznámí pacientku s možnostmi a omezením preskripce stomických pomůcek. Pacientka je poučena kam se může obrátit v případě akutních potíží.

STOMICKÁ SESTRA

Pro zlepšení ošetrovatelské péče o stomické pacienty je nutná kontinuální péče stomické sestry jak v nemocnici, tak po propuštění do domácí péče. Stomická sestra je zahrnuta do systému celoživotního vzdělávání.

4. Závěr

Kolorektální karcinom je onemocnění, jehož incidence neustále stoupá a Česká republika má smutné světové prvenství ve výskytu této choroby. Je-li toto onemocnění, nebo jeho prekancerosy, zachyceno včas, může být kompletně vyléčeno. Systém preventivních a screeningových vyšetření je u nás na velmi dobré úrovni. Na druhou stranu je nutno uvést, že mnoho případů toho onemocnění bývá zachyceno velmi pozdě, vzhledem k tomu, že pacient přichází k lékaři již s příznaky rozvinutého onemocnění. Lze to přisuzovat studu, který problematiku vyprazdňování stolice doprovází, dále přehlížení varovných příznaků onemocnění. V neposlední řadě je nutno zdůraznit, že péče o zdraví je v rukou klienta – pacienta, který by měl mít sám zájem o své zdraví a věnovat pozornost prevenci a preventivním programům, nikoliv čekat na výzvu zdravotníků. Pokud systém prevence a screeningu z jakéhokoli důvodu selže, stává se kolorektální karcinom závažným onemocněním, které ohrožuje pacienta na životě a může zásadním způsobem snížit kvalitu života právě například přítomností stomie, dále nutností terapeutických zásahů – operační léčba, ozařování a chemoterapie. V této chvíli nastupuje velký úkol ošetrovatelské péče, která musí být zaměřena kromě samotného pacienta i na jeho rodinné příslušníky (pokud je to možné). Péče o pacienta s kolorektálním karcinmem si žádá nejen značné fyzické a psychické nároky, ale i velké zkušenosti a hluboké odborné znalosti z oblastí problematiky obecného ošetrovatelství, specifika v ošetrování

stomie, péče o akutní a chronické rány, fyzioterapie, dietologie, etiky, psychologie a algeziologie. Kvalitní péči o pacienta může zajistit jen sehraný mezioborový tým pracovníků z oborů endoskopie, interny, chirurgie, radiologie, onkologie, psychologie a dalších oborů, kde kromě lékařů a všeobecných sester mají nezastupitelnou úlohu specialistky - stomické sestry, nutriční terapeuti, fyzioterapeuti a další. Celý diagnosticko-terapeutický proces pak zastřešuje praktický lékař, který v některých případech provádí dispenzarizaci pacienta po léčbě a měl by být pacientovi nejbližším členem zdravotnického týmu.

Ve chvíli, kdy selžou všechny léčebné postupy a přichází poslední fáze onemocnění – umírání – je nanejvýš důležitá úloha paliativní medicíny, která dokáže pacientovi zlepšit kvalitu poslední etapy života. Veškeré snažení všech zdravotníků si klade za cíl získání důvěry a spolupráce pacienta a jeho rodiny, protože jen tak je možné poskytnout komplexní péči a dosáhnout dobrých výsledků při léčbě tohoto onemocnění.

Pacientka, paní J.D., i její rodina byla po celou dobu mého pobytu na chirurgickém oddělení velmi vstřícná, ochotná a trpělivá. Její anamnesa a průběh je typickým příkladem onemocnění kolorektálním karcinomem. V této kasuistice jsem se pokusila ukázat náročnost ošetrovatelské péče a zároveň navrhnout postup *ošetrovatelského procesu* a vypracovat *ošetrovatelský plán*.

Seznam použité literatury:

- (1) PETROVICKÝ, P. a spol.: *Systematická, topografická a klinická anatomie IV. – Zaživací ústrojí*; Praha, Vydavatelství Karolinum, 1997; ISBN 80-7184-112-9
- (2) MAŘATKA, Z. a spol.: *Gastroenterologie*; Karolinum, Praha, 1999; ISBN 80-7184-561-2
- (3) ČIHÁK, R.: *Anatomie 2.*, Grada, Praha, 2002; ISBN: 80-247-0143
- (4) DOENGES M.E., MOORHOUSE M.F., [přeložila Ivana Suchardová]: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*; Grada, Praha, 2001; ISBN 80-247-0242-8
- (5) TRACHTOVÁ, E., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*; Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Brno, 2001; ISBN 80-7013-324-4
- (6) HÁLOVÁ, J., *Problematika edukace nemocných se stomií na střevě*; vlastním nákladem, Praha 2002
- (7) LINC, R., DOUBKOVÁ, A., *Anatomie hybnosti II.: splachnologia*; Karolinum, Praha, 2001; ISBN 80-246-0363-2
- (8) ZEMAN, M. et al., *Speciální chirurgie*; Galén, Praha, 2001; ISBN 80-7262-093-2
- (9) TROJAN, S. a kolektiv, *Lékařská fyziologie*; Grada, Praha, 1999; ISBN 80-7169-788-5
- (10) BAUER, J.J. et al., *Colorectal Surgery Illustrated*; Mosby-Year Book, Inc., St. Louis, USA, 1993; ISBN 0-8016-0471-0
- (11) MASTILIAKOVÁ, D., *Úvod do ošetrovatelství I. díl: systémový přístup*; Karolinum, Praha, 2002; ISBN 80-246-0429-9
- (12) STAŇKOVÁ, M., *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*; Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Brno, 2001; ISBN 80-7013-323-6
- (13) STAŇKOVÁ, M., *Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*; Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Brno, 1999; ISBN 80-7013-282-5
- (14) MANN, M., *Chirurgická léčba zhoubných nádorů trávicího ústrojí*; Avicenum, Praha, 1995; ISBN 80-201-0080-6

- (15) ZAVORAL, M.; LADMANOVÁ, P., *Doporučené postupy pro praktické lékaře - Kolorektální karcinom - diagnostika a léčba*; Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně; Praha [online] <http://www.cls.cz/dokumenty2/postupy/r068.rtf>
- (16) *Novotvary 2004 ČR*; Zdravotnická statistika, Vydává Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR ve spolupráci s Národním onkologickým registrem ČR, Praha, 2007; ISSN 1210 857X; ISBN 978-80-7280-656-0
- (17) *Sestra: Odborný časopis sestry a ostatní NZP, č. 5/2007*; Mladá fronta, Praha, 2007; ISSN 1210-0404 – Mimořádná příloha – péče o stomiky
- (18) PAVLÍKOVÁ, S., *Modely ošetrovatelství v kostce*; Grada, Praha, 2006; ISBN 80-247-1211-3
- (19) STAŇKOVÁ, M., *Koncepce českého ošetrovatelství: Základní terminologie*; Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Brno, 2002; ISBN 80-7013-263-9
- (20) HYNIE, S., *Farmakologie v kostce*; Triton, Praha, 2001; ISBN 80-7254-181-1
- (21) VIŠŇOVSKÝ, P., *Farmakologie do kapsy*; Maxdorf, 1998; ISBN 80-85800-45-4

Zkratky použité v textu:

KR-CA – kolorektální karcinom

GIT – gastrointestinální trakt

nú – nežádoucí účinek

a. - arteria, tepna

v. – vena, žíla

c. – colon

rr. – rami

aPTT – aktivovaný parciální tromboplastinový čas (time)

s.c. – subkutánně, podkožně

p.o. – perorálně, ústy

i.m. – intramuskulárně, do svalu

i.v. – intravenosně, do žíly

PŽK – periferní žilní katetr

PMK – permanentní močový katetr

CEA - nádorový marker - karcinoembryonální antigen

CA 19-9 - nádorový marker

GIT - gastrointestinální trakt

Přílohy:

1. Bathelův test
2. Hodnocení podle Nortonové
3. Vizuální analogová škála bolesti
4. Ošetřovatelská dokumentace
5. Stomické pomůcky
6. Stomické pomůcky

Vyhodnocení rizika vzniku dekubitů – tabulka dle Nortonové

Jméno pacienta: *J. D.*

Datum: *5.12.2006*

	1 bod	2 body	3 body	4 body	BODY
Schopnost spolupráce (motivace)	Žádná	Velmi omezená	Omezená	Plná	<i>4</i>
Věk (let)	nad 60	pod 60	pod 30	pod 10	<i>1</i>
Stav pokožky	Suchá	Vlhká	Alergie	Normální	<i>4</i>
Přidružené onemocnění	Nádory	Trombóza, obezita, kachexie	Poškozená imunita, horečky, cukrovka	Žádné	<i>1</i>
Fyzický stav	Velmi špatný	Špatný	Zhoršený	Dobrý	<i>3</i>
Psychický stav	Bezvědomí	Zmatený	Apatický	Bdělý	<i>4</i>
Aktivita	Ležící	Upoután na vozík	Chodící s doprovodem	Chodící	<i>3</i>
Pohyblivost	Žádná	Velmi omezená	Mírně omezená	Neomezená	<i>3</i>
Inkontinence	Moč a stolice	Obvykle moč	Občas	Není	<i>1</i>
				Celkem bodů	<i>24</i>

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové:

žádné (více než 26 bodů)

nízké (25-24 bodů)

střední (23-19 bodů)

vysoké (18-14 bodů)

velmi vysoké (13-9 bodů)

Počet získaných bodů:

Barthelův test všedních činností (test soběstačnosti)

Jméno pacienta: J.D.

Datum: 5.12.2006

Činnost, stav	Hodnocení zvládnutí činnosti	Počet bodů
1. Příjem stravy, tekutin	Nají se, napije se sám	10
	Nají se, napije se s pomocí druhé osoby	5
	Nedokáže (nutno krmit, gastrická sonda, apod.)	0
2. Oblékání	Oblékně se sám	10
	Oblékně se s pomocí druhé osoby	5
	Nedokáže	0
3. Osobní hygiena	Zvládne sám nebo s pomocí druhé osoby	5
	Nedokáže	0
4. Koupání	Zvládne sám nebo s pomocí druhé osoby	5
	Nezvládne	0
5. Vyprazdňování moči	Kontinentní (močení zvládne sám bez problémů)	10
	Občas inkontinentní (únik moči)	5
	Trvale inkontinentní (vyprazdňování neovládá)	0
6. Vyprazdňování stolice	Kontinentní (stolici zvládne sám bez problémů)	10
	Občas inkontinentní (únik stolice)	5
	Trvale inkontinentní (vyprazdňování neovládá)	0
7. Použití WC	Zvládne sám	10
	Zvládne s pomocí druhé osoby	5
	Nedokáže	0
8. Chůze po schodech	Zvládne sám bez pomoci	10
	Zvládne s pomocí druhé osoby	5
	Nedokáže	0
9. Přesun lůžko -> židle/vozik	Zvládne sám	15
	Zvládne s malou pomocí druhé osoby	10
	Přesun na vozík s dopomocí druhé osoby, vydrží sedět	5
	Sám se přesunout nedokáže	0
10. Chůze po rovině	Ujde více než 50 m	15
	Dokáže jít s pomocí druhé osoby	10
	Dokáže jet sám na vozíku	5
	Nedokáže sám zvládnout	0

Součet bodů: 50 A.

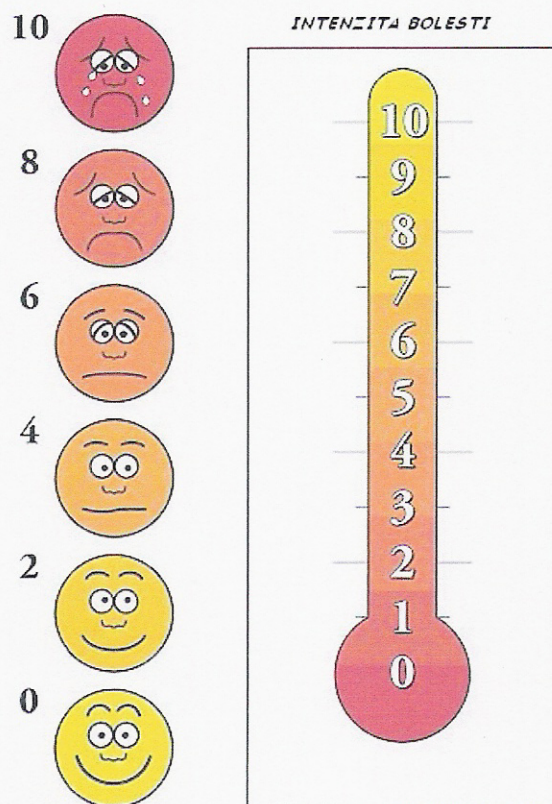
Hodnocení:

0 – 40 bodů = velmi silně závislý na pomoci druhé osoby v základních všedních činnostech

45 – 60 bodů = středně závislý, středně soběstačný

nad 60 bodů = nízká závislost nebo soběstačný, nezávislý na pomoci druhé osoby

Příloha 3
Vizuální analogová škála bolesti



- 10 - nejhorší bolest, jakou si umíte představit
- 8 - velmi silná bolest
- 6 - silná bolest
- 4 - snesitelná bolest
- 2 - mírná (slabá) bolest
- 0 - bez bolesti

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA - CHIRURGICKÉ OBORY

5.12.2006 11⁰⁰ hod.

Příjmení V.D.

Jméno

Rodné číslo

1. přijetí opakované přijetí
 zná důvod přijetí ne ano
 rodina informována ne ano
 poslední pobyt v nemocnici (kdy a kde):
28.11.06 NA INTERNÍM ODDĚLENÍ

přeložen odkud:
z INTERNÍHO ODDĚLENÍ

souhlas k podávání informací komu: ANO
DCERĚ
INFORMACE OD RODINY:

TK: 145/70 **STAV PŘI PŘIJETÍ**
 PULS: 90

1. AKTIVITA
 chodí chodí s dopr.
 sedí leží
 hůl / berle protéza
 jiné omezení:

2. KOMUNIKACE
 bez omezení zmatený rozrušený
 apatický bezvědomý
 komunikace omezená:
brýle / kontaktní čočky sluchový aparát
 jiné (hluchoněmý, slepý apod.):

3. BOLEST
 akutní chronická bez bolesti

4. VÝŽIVA
 pomoc potřebuje ne
 ano - při jídle
 ano - při pití

dietní omezení / dieta číslo:
 váha: √ kg výška: 165 cm

5. VYLUČOVÁNÍ
 pravidelná nepravidelná jak často:
 užívá projímadla / jaká:
 inkontinence stolice moče
 moč. katetr dat. poslední katetrizace: 30.11
 stomie číslo: 61 mm

6. HYGIENA
 pomoc nepotřebuje
 pomoc při mytí a oblékání částečná úplná
 pomoc při koupeli (sprcha) částečná úplná
 pomoc při hygieně DŮ/protézy částečná úplná
 zubní protéza: horní dolní
 dekubitus: ne ano (viz Plán péče o dekubitus)

7. SPÁNEK
 narušený ne
 ano
 důvod: PŘEMÝŠLÍ O SVĚ BUDOUCNOST
 užívá léky na spaní / jaké:
HYPNOGEN

8. TERMOREGULACE
 TT kolísá ne ano kdy: 5.12. 11⁰⁰ hod
 poslední naměřená TT: 37,3 °C

9. DÝCHÁNÍ
 bez potíží
 příčina zhoršeného dýchání:
 kardiální astma kašel
 bolesti kouření
 jiné:

10. VOLNÝ ČAS - ZÁJMY / ZÁLIBY
 má s sebou
 TV rádio walkman zájmy: ČETBA

11. NÁBOŽENSKÉ VYZNÁNÍ
 věřící: ano ne
 event. zvláštnosti víry ne ano
 jaké:
 přeje si zavolat kněze ano ne

12. SOCIÁLNÍ PODMÍNKY
 bydlí doma sám/a ne
 ano s kým: DCEROU V NYKEM
 kdo se o ni/něj bude starat po propuštění:
DCERA

ZÁVĚR
 předpokládá se kontakt se sociální sestrou
 ne ano
 soc. sestra kontaktována dne:
 předpokládá se edukace pacienta v:
 aplikaci inzulínu užívání léků
 převazu rány péče o stomii
 jiné:

CENNOSTI A ŠATY
 uloženy v trezoru na oddělení:
 ne ano jaké:
 doklad o úschově šatů:
 ne ano
 Pacient byl informován, že za cennosti neuložené v trezoru personál neodpovídá.

datum:
 podpis pacienta:
 Pacient byl seznámen s Právy pacientů.
 anamnézu odebrala sestra: Přimantová
 datum: 5.12.2006

Sáčky velkoobjemové



*Stomadress
velkoobjemový*

*Drainhesive
velkoobjemový
sterilní*

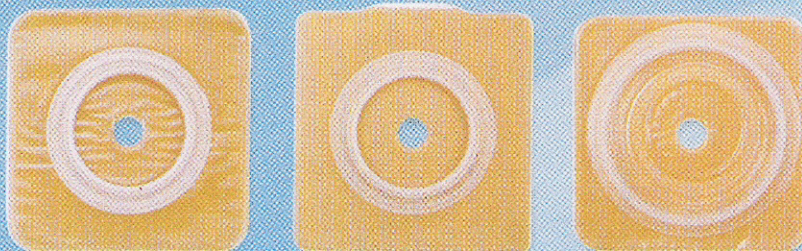
Sáčky uzavřené



sáček uzavřený béžový

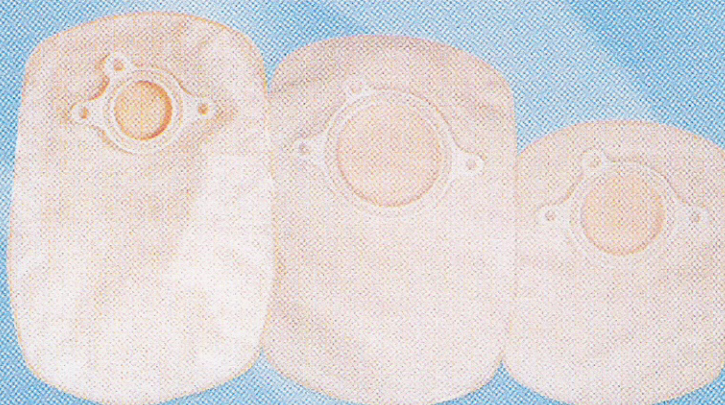
sáček uzavřený průhledný

Podložky z hmoty Stomahesive



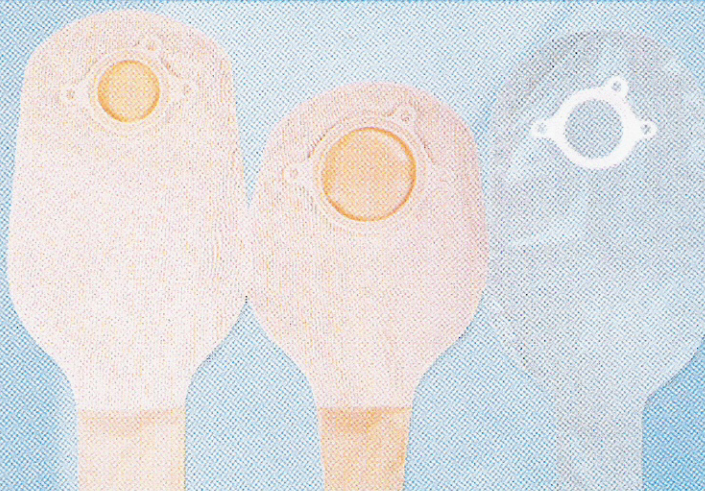
Podložka standard, Duoflex, s harmonickým kroužkem

Sáčky kolostomické



Sáček s filtrem, bez filtru a minisáček

Sáčky ileostomické



Sáček béžový standardní, béžový malý a průhledný