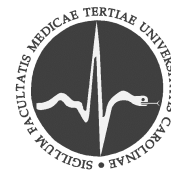




UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

**Ošetrovatelská péče o nemocného
s dg. kolorektální karcinom**

Nursing Care of the Patient with Colorectal Cancer

případová studie

bakalářská práce

Duben 2008

Eva Novotná

bakalářský studijní program: Ošetrovatelství
studijní obor: Zdravotní vědy

Autor práce: **Eva Novotná**
Studijní program: **Ošetrovatelství**
Bakalářský studijní obor: **Zdravotní vědy**

Vedoucí práce: **Mgr. Renata Vytejková**
Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetrovatelství 3. LF UK v Praze

Odborný konzultant: **MUDr. René Vobořil, PhD.**
Pracoviště odborného konzultanta: Chirurgická klinika FNKV

Datum a rok obhajoby: **22.4. 2008**

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci vypracovala samostatně za odborného vedení předem určených konzultantů a všechny použité teoretické prameny jsem uvedla v seznamu literatury. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze, dne 10. března 2008

.....

Eva Novotná

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala za odborné vedení při zpracování mé bakalářské práce panu MUDr. René Vobořilovi, PhD. v oblasti chirurgie a paní Mgr. Renatě Vytejčkové v oblasti ošetrovatelské péče.

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| 1. ÚVOD..... | 6 |
| 2. TEORETICKÁ ČÁST..... | 7 |
| 2. 1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva..... | 7 |
| 2. 2 Kolorektální karcinom | 9 |
| 2. 3 Epidemiologie | 9 |
| 2. 4 Etiopatogeneze..... | 10 |
| 2. 5 Patologie KRK..... | 11 |
| 2. 6 Klinický obraz..... | 14 |
| 2. 7 Diagnostika | 15 |
| 2. 8 Terapie | 19 |
| 2. 9 Prognóza | 25 |
| 2. 10 Prevence..... | 25 |
| 3. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM..... | 26 |
| 3. 1 Identifikační údaje | 26 |
| 3. 2 Lékařská anamnéza a diagnózy | 26 |
| 3. 3 Průběh hospitalizace | 27 |
| 3. 4 Souhrn diagnosticky významných vyšetření | 29 |
| 3. 5 Terapeutická péče | 31 |
| 4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST | 38 |
| 4. 1 Teorie ošetrovatelského procesu..... | 38 |
| 4. 2 Model Marjory Gordonové | 39 |
| 4. 3 Ošetrovatelská anamnéza..... | 40 |
| 4. 4 Ošetrovatelské diagnózy | 45 |
| 4. 5 Psychosociální hodnocení nemocného | 59 |
| 4. 6 Edukační plán..... | 62 |
| 4. 7 Prognóza | 65 |
| 5. ZÁVĚR..... | 66 |
| SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK | 67 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 69 |
| SEZNAM PŘÍLOH..... | 71 |

1. ÚVOD

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocného pana M. O. (69 let), který byl hospitalizován v nemocnici Milosrdných sester svatého Karla Boromejského na chirurgickém oddělení, s diagnózou karcinom sigmoidea. Na základě této diagnózy bylo u pacienta indikováno chirurgické řešení – resekce sigmoidea s anastomosou ETE. Po operačním výkonu byl pan O. přijat na chirurgickou jednotku intenzivní péče, kde jsem k této případové studii získávala informace.

V teoretické části popisují základní anatomické a fyziologické aspekty tlustého střeva a konečníku. Věnuji se zde problematice KRK – příčinou jeho vzniku, patofyziologií, klinickým obrazem, jednotlivými diagnostickými metodami a možnostmi terapie, jejíž součástí je také předoperační a pooperační péče. Závěrečná část této kapitoly je věnovaná prevenci tohoto závažného onemocnění.

Klinická část obsahuje údaje z lékařské dokumentace a průběh celé hospitalizace pana O.

V ošetrovatelské části se věnuji klientovi z hlediska ošetrovatelského procesu. K získání informací pro sestavení ošetrovatelské anamnézy jsem využila koncepční model M. Gordonové – model fungujícího zdraví. Vzhledem k omezenému rozsahu této práce jsem ošetrovatelské diagnózy stanovila a podrobně rozpracovala pouze na jeden ošetřující den, tj. na první pooperační den. Jako zdroj informací jsem využila lékařské a ošetrovatelské dokumentace, rozhovoru s nemocným i jeho rodinou a pozorování. Dále se v této části věnuji psychosociální problematice nemocného, nezbytné edukaci pacienta i jeho rodiny a v krátkosti zde zmiňuji prognózu pana O.

Práce je doplněna seznamem použitých zkratk, seznamem použité literatury a přílohami, včetně přiloženého datového DVD, který obsahuje text bakalářské práce ve formátech .doc a .pdf.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2. 1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva

Tlusté střevo je úsek trávicí trubice dlouhý 1,2 – 1,5 m, široké od 4 do cca 8 cm, ve kterém za sebou následují tyto části:

Caecum (intestinum caecum), nebo-li střevo slepé – nejširší část, uložená v pravé jámě kyčelní, ze kterého vybíhá červovitý výběžek – appendix vermiformis.

Colon – tračník – hlavní část tlustého střeva, která obsahuje:

- colon ascendens – tračník vzestupný – jdoucí od slepého střeva po pravé straně vzhůru pod játra
- colon transversum – tračník příčný – jdoucí napříč zprava nalevo pod játry a žaludkem ke slezině
- colon descendens – tračník sestupný – jdoucí po levé straně břišní dutiny od sleziny dolů, k okraji malé pánve do levé jámy kyčelní
- colon sigmoideum – esovitá klička – úsek střeva esovitě zakřivený, jdoucí od konce sestupného tračníku do středu malé pánve, kde tračník pokračuje konečníkem

Rectum – konečník – poslední úsek střeva v malé pánvi, který vyústí navenek otvorem zvaným anus – řiť.

Mezi úseky tračníku jsou typická ohbí:

- flexura coli dextra – pravé ohbí, pod játry (jaterní ohbí – flexura hepatica), mezi vzestupným a příčným tračníkem
- flexura coli sinistra – levé ohbí, pod slezinou (slezinné ohbí – flexura lienalis), mezi colon transversum a colon descendens, uložené výše než ohbí pravé

Stěna tlustého střeva se skládá ze čtyř vrstev charakteristických pro trávicí trubici:

- sliznice – je bledá, žlutavá, nenese klky, má četné žlázy. Slizniční vazivo obsahuje lymfatické uzlíky, nejvíce je jich uloženo ve slepém střevu
- podslizniční vazivo – je řídké, obsahuje cévní a nervovou pletěň, zasahují do něho shluky lymfocytů (uzlíky) ze sliznice
- svalovina – svalovinu tlustého střeva tvoří slabší, ale souvislá vnitřní, cirkulárně probíhající svalová vrstva, a nekompletní podélná, zevní vrstva. Podélná vrstva hladké svaloviny je zhuštěna ve tři, 8–10 mm široké taeniae coli. Tahem této vrstvy je stěna střeva nakřčena a stahem cirkulární svaloviny zaškrcena, takže na ní vznikají přechodná vyklenutí tzv. výpuky
- serosa – je peritoneální povlak, stejný jako na tenkém střevu. (6)

Hlavní funkcí tlustého střeva je vstřebávání iontů a vody, skladování zbytků chymu, tvorba a vylučování formované stolice (defekace).

V kolon se netvoří trávicí šťáva, ale produkuje se zde množství vazkého hlenu, který ochraňuje stěnu tlustého střeva před poškozením a pomáhá tvořit formovanou stolici. Motilita tlustého střeva je tvořena dvěma typy pohybů: mísící, způsobené distenzí střeva tráveninami, která způsobí kontrakci hladké svaloviny a pohyby propulzivní (peristaltické), řízené reflexně vegetativním nervovým systémem – sympatikem (snižuje motilitu) a parasympatikem (zvyšuje motilitu).

Tlusté střevo je osídleno populací různých bakterií, které jsou schopné štěpit část rostlinné vlákniny. Činností bakterií vznikají vitamíny, především K. Trávením – vstřebáváním zde jako vedlejší produkt či odpad vznikají střevní plyny složené z CO₂, vodíku, sirovodíku a metanu.

Trávenina se postupně zahušťuje resorpcí vody a iontů, formuje se ve stolici a postupuje do rekta. Zvýšení tlaku vyvolá pocit nucení na stolici a po překročení tlaku 5,5 až 6,5 kPa vzniká defekační reflex. Samovolnému odchodu stolice brání dva svěrače – vnitřní (z hladké svaloviny, vůlí neovlivnitelný) a zevní (z příčně pruhované svaloviny, vůlí ovlivnitelný). Při defekačním reflexu svěrače ochabují a zapojují se břišní svaly a bránice.

Denně se vyloučí 100 – 300 g stolice v závislosti na charakteru stravy.(16)

2. 2 Kolorektální karcinom

Kolorektální karcinom (KRK) je nejčastější nádorové onemocnění trávicí trubice, postihující konečník a tlusté střevo. Mluvíme o něm dokonce jako o civilizačním onemocnění. Alarmující je neustále vzrůstající trend výskytu této choroby. Česká republika se dostala na 1. místo v celosvětových tabulkách v incidenci nových onemocnění.

Přestože KRK je jedním z mála nádorových onemocnění, kde je realizována primární a sekundární prevence nádoru, je současný stav diagnostiky a léčby KRK značně neuspokojivý. Navzdory tomu, že KRK je dobře přístupný vyšetření, k lékaři přichází téměř polovina nemocných v pokročilých stádiích s postižením lymfatických uzlin a s výskytem vzdálených metastáz. To negativně ovlivňuje výsledky léčby a dlouhodobého přežití pacientů. (8)

2. 3 Epidemiologie

Kolorektální karcinom je civilizační onemocnění. Statistická evidence je sleduje pod dvěma kódy – C 18 zhoubný novotvar tlustého střeva a C 19-21 zhoubný novotvar rektosigmoidea, konečníku a anu.

Výskyt C 18:

- v roce 1989 v ČR hlášeno 1539 nových onemocnění u mužů a 1467 u žen
- v roce 1998 v ČR hlášeno 2164 nových onemocnění u mužů (43,2/100 000 osob) a 1951 u žen (36,9/100 000 osob)
- k 31.12.1998 bylo dispenzarizováno 15 475 nemocných

Výskyt C 19-21:

- v roce 1989 v ČR hlášeno 1566 nových onemocnění u mužů a 1123 u žen
- v roce 1998 v ČR hlášeno 1966 nových onemocnění u mužů a 1280 u žen
- v roce 1998 bylo dispenzarizováno 12 182 nemocných

Výskyt KRK celkem:

- v roce 1997 incidence 75,5/100 000 obyvatel, což je první místo ve světové statistice (pro srovnání v USA je incidence 35,8/100 000 obyvatel)

- nádory tlustého střeva představují 8 %, nádory rekta 7 % nádorových úmrtí
- v roce 2002 byl výskyt diagnóz C 18-21 v ČR 4710 mužů a 3312 žen
- zemřelých na tuto diagnózu bylo v tomto roce 2560 mužů a 1893 žen

Při porovnání údajů z roku 1998 a 2002 je vidět nárůst výskytu KRK nádoru.

Dle informační publikace Novotvary 2002 úmrtnost mužů v ČR na tuto nemoc je stále nejvyšší na světě, úmrtnost žen překonaly ženy z Maďarska. (2)

2. 4 Etiopatogeneze

Etiopatogeneze kolorektálního karcinomu není doposud plně objasněna, vznik je pravděpodobně multifaktoriální. Rizikové faktory pro vznik KRK lze rozdělit do několika skupin.

Hereditární (dědičné) faktory - několik zástupců:

- Syndromy mnohotné adenomatózní polypózy (familiární adenomatózní polypóza, Gardnerův syndrom – familiární autozomálně dominantní onemocnění zapříčiněné mutací APC genu-5 q; riziko maligního zvratu je až 100%, a to již ve věku 20-25 let).
- Syndromy familiárního výskytu nepolypózních karcinomů tlustého střeva (Lynchův syndrom I, II – většinou dochází k mutaci alel genu hMSH2-2 q, hMLH1-3 q, popř. hPMS1, hPMS2. Charakteristický je autozomálně dominantní typ přenosu, časný začátek onemocnění (i u osob mladších 40 let), dále výskyt synchronních a metachronních tumorů.

Exogenní faktory

- vysoký obsah živočišného tuku, vysoká spotřeba 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, vysoký BMI
- nedostatečný příjem kalcia, vitamínu D, kyseliny listové, methioninu a

stopových prvků - beta karotenu, selenu, vitamínu C jako protektivních faktorů

- ❑ vyšší konzumace alkoholu (zejména piva) a kouření

Predisponující změny

- ❑ Dysplastické léze (aberantní kryptový fokus, adenom polypózní a plochý, neadenomové polypy jakékoli etiologie): riziko maligního zvratu závisí na velikosti a histologické skladbě polypů.
- ❑ Ulcerózní kolitida – maligní zvrát je častý, pravděpodobnost stoupá s délkou trvání kolitidy.
- ❑ Crohnova choroba – maligní zvrát je méně častý než u ulcerózní kolitidy. Karcinomy vznikají obvykle v postižené části střeva, ale mohou být též metachronní. (8), (9)

2. 5 Patologie KRK

Karcinom je maligní epitelový nádor, který se ve střevě vyznačuje penetrací (infiltrací, invazí) přes lamina muscularis mucosae do submukózy, popř. do ostatních částí střevní stěny. Nejčastěji se vyskytuje v tračníku a rektu, proto označován KRK (kolorektální karcinom).

V průběhu svého vývoje se nejprve šíří ve sliznici, později prorůstá střevní stěnou, v dalším vývoji prorůstá do lymfatických cest, naposledy proniká do krevních cest a vytváří vzdálené metastázy. Jsou zakládány hlavně v játrech, méně často v plicích a jiných orgánech.

Nejčastěji se vyskytuje v oblasti tračníku a rekta, v oblasti rektosigmoidea je lokalizován zhruba v 50-60 %. Makroskopicky ani mikroskopicky se téměř neliší od ostatních adenokarcinomů.

Makroskopický vzhled může vykazovat růst:

- ❑ exofytický (intraluminální)- tzv. květákovité karcinomy
- ❑ endofytický (ulcerózní, někdy difuzně infiltrující)

Dle mikroskopického vyšetření jde v naprosté většině o adenokarcinom (95 % všech KRK), což je nádor ze žlázo­vého epitelu.

Model vývoje KRK představuje několik morfolo­gických stupňů:

normální epitel – „field defect“ ložisko dysplastických aberantních krypt – adenom s nízkým rizikem maligního zvratu – adenom s vysokým rizikem maligního zvratu – maligní zvrat adenomu – adenokarcinom – metastazující adenokarcinom.

Karcinom tlustého střeva a rekta se šíří následujícími cestami:

- ❑ přímým šířením
- ❑ hematogenní cestou
- ❑ lymfatickou cestou – nejčastěji
- ❑ intraperitoneální cestou

Klasifikace KRK:

Staging - stanovení rozsahu šíření nádoru. Podává informace o prognóze onemocnění, speciálně pak o možnostech metastazování, což je hlavní faktor ovlivňující přežití.

Základ stážování nádoru tvoří:

- ❑ stupeň penetrace nádoru střevní stěnou
- ❑ stupeň postižení regionálních uzlin
- ❑ přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz

Dodnes bylo vymyšleno mnoho stagingových systémů, ale žádná z těchto užívaných klasifikací není zcela dostačující. Nejstarší a zároveň nejrozšířenější je Dukesova klasifikace. V poslední době je nejvíce přijat systém TNM klasifikace, vyvinutý za pomoci American Joint Comitee on Cancer (AJCC) and Union Internationale Contre le Cancer (UICC), jehož současná podoba byla přijata v roce 1988.

Dukesova klasifikace tumoru tlustého střeva a konečníku :

- A:** tumor je ohraničen na střevní stěnu
B: tumor zasahuje nebo proniká serózou
C: 1) tumor pozitivní perikolické uzliny
2) tumor pozitivní perivaskulární uzliny
D: vzdálené metastázy

TNM klasifikace tumoru tlustého střeva a konečníku :

Primární tumor (T):

- TX:** primární nádor nemůže být detekován
TO: primární tumor nenalezen
Tis: karcinoma in situ neprorůstá mukózou
T1: tumor proniká submukózou
T2: tumor proniká muscularis propria
T3: tumor proniká skrze muscularis propria do subserózy nebo do neperitonealizované perikolické či perirektální tkáně
T4: tumor proniká viscerálním peritoneem nebo přímo do okolních orgánů a struktur

Postižení regionálních lymfatických uzlin (N):

- NX:** regionální lymfatické uzliny nemohou být posouzeny
NO: bez metastáz v regionálních uzlinách
N1: 1-3 metastázy v perikolických nebo perirektálních lymfatických uzlinách
N2: metastázy ve 4 nebo více perikolických nebo perirektálních lymfatických uzlinách
N3: metastázy v uzlinách podél cévních struktur

Vzdálené metastázy (M):

- MX:** přítomnost vzdálených metastáz nemůže být posouzena
MO: vzdálené metastázy nejsou přítomny
M1 : vzdálené metastázy jsou přítomny

Skupiny stadií:

- Stadium 0: Tis, NO, MO
Stadium 1: T1 nebo T2, NO, MO
Stadium 2: T3 nebo T4, NO, MO

Stadium 3: jakékoliv T, N1-3, MO

Stadium 4: jakékoli T nebo N, M1

Histopatologický grading - stupeň diferenciacie nádorových buněk

GX: grading nemůže být stanoven

G1: dobře diferencované tumory

G2: středně diferencované tumory

G3: málo diferencované tumory

G4: nediferencované tumory

Největší úlohou patologa spočívá ve stanovení gradingu a stagingu KRK, což poskytuje klinikům důležitou informaci týkající se prognózy pacienta a nezbytnosti adjuvantní terapie. (8)

2. 6 Klinický obraz

Počáteční obtíže bývají malé, přerušované, střídavé, proto zanedbání nemoci je časté a značné. Příznaky jsou podmíněny jednak umístěním nádoru, jeho velikostí a rychlostí růstu nádorové masy.

Nádory v pravé polovině tračníku nečiní dlouho obtíže, neboť vzhledem k tekutosti stolice a širokému lumen zužují tumory průsvit dosti pozdě. Nádory rostou převážně endofyticky, často exulcerují a krvácejí. To vede k anemii a hubnutí. V nádoru vzniká často infekce, což může imitovat periapendikální infiltrát. Nemocný někdy sám upozorní na hmatnou rezistenci v pravé polovině břicha, udává bolest v místě nádoru. Krvácení může být okultní, celkové příznaky: hubnutí, nechutenství, dušnost, se objevují dříve než místní projevy nádoru.

V levé polovině tračníku se nádor projevuje poruchami střevní pasáže – obstipací a změnou defekačního stereotypu. Následkem dráždění střeva tumorem mají nemocní přechodně častější stolice, později se střídá zácpa s průjmem. Krvácení nebývá velké. Nemocní často přicházejí v ileózním stavu.

Nádory konečníku způsobují vedle zmíněných příznaků také tenesmy. Po stolici zůstává pocit nedostatečného vyprázdnění. Odchod krve a hlenů trvá někdy řadu měsíců. Krev nemocný často přisuzuje krvácení z hemoroidů. Bolest u tumoru v ampule rektální bývá pozdním příznakem. Pozdní je i hubnutí. (21), (7), (8)

2. 7 Diagnostika

Anamnéza

Při vyšetření střev má svou nezastupitelnou úlohu anamnestická vyšetření zaměřená k údajům o klientovi – návyky, výživa, úbytek hmotnosti, BMI, nechutenství, zvracení, bolest břicha, defekace.

Fyzikální vyšetření

Pohledem, pohmatem, poslechem a především per rectum, což je manuální vyšetření konečníku na dosažitelnou vzdálenost 8-10 cm, součástí je pak makroskopické vyšetření stolice.

Endoskopická vyšetření

Patří mezi základní vyšetření tlustého střeva a konečníku. Endoskop se zavádí do tělních dutin – v tomto případě do střeva – a pomocí optiky lze střevo zevnitř pozorovat přímo nebo i na obrazovce. Mimo toho lze odebírat vzorky tkání a provádět drobné zákroky. Patří sem:

- **anoskopie** – dovoluje vyšetření řitního kanálu v délce asi 4 – 5 cm. Není většinou ani třeba speciální přípravy před vyšetřením. Provádí se v poloze kolenoprsní a nebývá příliš bolestivým vyšetřením.
- **rektoskopie** – dovoluje nahlédnout na sliznici řitě a konečníku, někdy až do dolní části tlustého střeva (esovitě kličky), tedy až do vzdálenosti 15 – 30 cm. Zde je třeba konečník předem připravit očistným klyzmatem či podáním mikroklyzma pomocí přípravku Yal. Opět se provádí v poloze kolenoprsní. Vyšetření je nepříjemné, protože se zavádí tuhý přístroj a pro přehlednost je třeba konečník rozvinout insulací vzduchem.

- **kolonoskopie** – umožňuje vyšetření sliznice tlustého střeva po celé jeho délce. Koloskop je flexibilní. Polohu určí lékař – většinou se začíná na levém boku se skrčenými dolními končetinami, pak se klient otáčí na záda. Důležitá je příprava pacienta, zahrnující nezbytnou psychickou přípravu a také zejména kvalitní vyprázdnění tlustého střeva – klyzmatem, enterální výživou (tekutá, bez mléka) a laxativy. Vyšetření je možné provádět v analgosedaci pro eliminaci bolestivých pocitů. Před tímto vyšetřením je také důležité mít k dispozici vyšetření na krevní srážlivost. Po vyšetření klient dodržuje 6 hodin klid na lůžku, 6 hodin lačnicko, poté je možné podání tekuté diety, dále se sleduje celkový stav – TK, P, bolesti, odchod plynů.

Ultrasonografické vyšetření (USG)

Velmi známé a užívané vyšetření. Umožňuje určit lokalizaci nádoru a jeho velikost. Ovšem neodliší zda se jedná o malignitu nebo zánětlivý infiltrát. Může však přispět ve stagingu choroby, např. průkazem metastáz v játrech či mízních uzlinách. Jde o neinvazivní vyšetření, někdy je požadováno vyprázdněné střevo.

Radiodiagnostická vyšetření

Radiodiagnostické zobrazovací metody umožňují několik možností – celkový pohled na střevo, zobrazují i některé poruchy polohy a motility, a také poruchy fixace tlustého střeva. V diagnostice onemocnění tlustého střeva včetně konečníku se používají tyto zobrazovací metody:

- **nativní RTG břicha** – rutinní vyšetření, provádí se bez přípravy, je nebolestivé.
- **irigoskopie** – provádí se metodou dvojího kontrastu (kontrastní látkou a vzduchem). Vlastní vyšetření začíná v poloze na břiše a podává se naředěná suspenze baria a vody, konečníkem jako klyzma. Pacient se snímkuje v různých polohách tak, že vždy nejvýše uložená část tlustého střeva obsahuje plyn a zde se vytvoří tenký „film“ baria, který umožní zobrazení i velmi drobných lézí. Před tímto vyšetřením je nutná příprava, stejně jako u kolonoskopie. Jako premedikace se podávají antihistaminika.
- **počítačová tomografie – CT břicha a pánve** - slouží jako doplňující vyšetření při diagnostice pokročilých nálezů. Zde je důležitá příprava. Po premedikaci antihistaminikem dostane nemocný vypít 10 ml jodové

kontrastní látky ve 0,25 l vody, 6 hodin před vyšetřením. Na začátku CT vyšetření je aplikováno 60 ml kontrastní látky i.v.

- **magnetická rezonance (MR)** – má své místo prakticky pouze v diagnostice nádorových procesů rekta. Při MR se využívá kombinace silného magnetického pole, radiových vln a počítačového zpracování k vytváření průřezových obrazů tělesných struktur. Výhodou metody je, že se nepoužívá ionizační záření. Před vyšetřením rekta je vhodné vyprázdnění konečníku. U klientů s klaustrofobií se podávají lehká sedativa pro zmírnění úzkosti. Délka vyšetření trvá okolo 45 až 90 minut. (8), (23)

Laboratorní diagnostika

Z klasických laboratorních vyšetření je nutno provést základní biochemický rozbor krve a moči. Laboratorní nález bývá chudý; pozitivní bývá zpravidla až v pozdních stádiích nádorového onemocnění. Bývá urychlena sedimentace erytrocytů, vysoké CRP, zvýšená koncentrace mukoproteinů, zmnožené α -globuliny, popřípadě známky sekundární anemie.

U nádorů tlustého střeva a konečníku je hlavním stanovovaným markerem CEA – karcinoembrionální antigen, jako marker druhé volby je doporučován CA 19-9. Jako optimální se jeví kombinace těchto dvou markerů. Sledování nádorových markerů je vhodné provádět: před operací (v intervalu od 1 měsíce do operačního výkonu), po operaci (v intervalu 14-21 dní po resekcčním výkonu), při následné chemo-, radio- či chemoradioterapii (v intervalu 3.-4.týden po jejím skončení) a v průběhu pooperačního sledování (každé tři měsíce v průběhu prvních tří let, dále pak v intervalu šesti měsíců). (8)

Histologické vyšetření

Odebírá se buď část podezřelého nádoru, nebo při menší velikosti celý útvar. Materiál může být zpracován rychlým způsobem (zmrazením), takže výsledek vyšetření může být k dispozici během několika minut po excizi. Jde o rychlé histologické vyšetření, které však není tak spolehlivé jako histologické vyšetření z parafínových řezů. Toto podrobné vyšetření se provádí v každém případě. Do laboratoře se posílá celý excidovaný materiál, správně označený a s podrobně vyplněným průvodním lístkem. (23)

Haemocult test – vyšetření okultního krvácení

Jedná se o vyšetření neinvazivní, nenáročné, klient jej zvládne i v domácím prostředí. Jde o zachycení skrytého, okem nepostřehnutelného, tzv. okultního krvácení ze střeva, hodnotí se vzorky stolice. Aby nebyl výsledek testu zkreslený, je třeba 3 dny před vyšetřením dodržovat dietu: nejíst potravu obsahující maso, masné výrobky, dále neužívat léky Celaskon (kys. askorbová), Acylpyrin, Askorutin, Pelentan, Sorbifer (železo dodávající přípravky). Naopak se doporučuje jíst stravu obsahující balastní látky – zeleninu, saláty, ořechy, celozrnný chléb, které podněcují případné drobné léze ke krvácení. Test není vhodné dělat v době menstruace, ani při průjmu. Po třech dnech diety následuje odběr vzorků stolice do speciálních „psaníček“, odebírá se stolice 3 dny po sobě, nebo tři vzorky po sobě následujících stolic z jednoho dne. Psaníčka jsou továrně vyrobena, např. Haemocult-test, hemo-CARE. V České republice se vyrábí OKULT VIDITEST – RAPID.

I při pozitivitě testu – nález krve ve stolici – to neznamená jistou diagnózu, např. více než 1g vitamínu C může způsobit falešnou pozitivitu, a značný je také podíl nenádorových příčin, ale i tak je test důležitým diagnostickým přínosem.

Riziko falešných výsledků – falešná negativita může být ovlivněna tím, že většina karcinomů a adenomů krvácí málo nebo intermitentně. Falešnou pozitivitu můžeme pozorovat u nedodržení zásad vyšetření (dietní chyba- požití masa, užívání nesteroidních antirevmatik nebo špatná technika defekace - opoždění) Je velice důležité testy po jednom až dvou letech opakovat.

Tento test má význam jako screeningové vyšetření k odhalení asymptomatických osob. Od 50 let věku je toto vyšetření plně hrazeno zdravotní pojišťovnou. O možnosti testu by měl každého pacienta informovat jeho praktický lékař. Pokud se vyskytl KRK u blízkého příbuzného, doporučuje se zahájit tento screening již ve 40 letech. (7), (19)

2. 8 Terapie

U kolorektálního karcinomu přichází do úvahy léčba chirurgická, radioterapie a chemoterapie. Rozhodnutí pro vhodnou variantu, resp. kombinaci závisí na pokročilosti nádoru.

Operační léčba je buď kurativní nebo paliativní. Kurativní operace přichází v úvahu u málo pokročilých nádorů. Většinou se jedná o segmentální resekci tlustého střeva s odstraněním spádových uzlin. Paliativní výkon má za cíl zlepšit lokální obtíže typu pocitu tlaku, zácpy a podobně. Provádí se rekanalizace střeva a zmenšení nádorové masy. Kromě klasických chirurgických metod lze provést i kryodestrukci, elektrokoagulaci nebo laserovou operaci.

Radioterapie má v komplexní léčbě kolorektálních karcinomů své místo, především ve formě zevního ozáření. Ozařování se uplatní jako předoperační radioterapie u nádorů rekta z důvodu zmenšení objemu a usnadnění operační techniky. Pooperační radioterapie má význam jako doplňková léčba po chirurgickém výkonu u pokročilého nádoru, nebo jako paliativní metoda u inoperabilních nádorů.

Chemoterapie používá speciálních látek (cytostatik), které svým účinkem mají zničit nádorovou buňku. *Kurativní chemoterapie* se používá v léčení nebo vyléčení klinicky evidentního stádia nemoci. *Paliativní chemoterapie* není k vyléčení, ale k pozastavení nádorového procesu. Léčba má zkvalitnit nemocnému život. *Adjuvantní chemoterapii* podstupuje pacient po chirurgickém odstranění nádorových ložisek.

Regionální chemoterapie využívá cytostatik cestou intraarteriální a intraparietální, dutinovou. (1), (9)

Součástí léčby zhoubných nádorů je také komplexně **léčba podpůrná**, odstraňující nepříjemné příznaky způsobené nádorem nebo jeho léčbou, včetně adekvátní **psychoterapeutické péče**.

Operace je indikována ve všech stádiích kolorektálních nádorů I-IV.

Schematicky lze výkony na střevech rozdělit na: *resekce*, *by-passy* a *stomie*.

Na tlustém střevě se provádějí resekce postiženého úseku střeva a přilehlého mezokola ve standardních rozsazích, které vyhovují onkochirurgickým požadavkům a anatomickým přístupům. Volba operace na konečniku odvisí od toho, zda lze po odstranění postiženého úseku obnovit kontinuitu střeva anastomózou a zachovat kontinenci.

Podle lokalizace maligních nádorů jsou standardně prováděny zejména tyto operační výkony:

- ❑ **Pravostranná hemikolektomie** – bývá indikována při nádoru lokalizovaném v oblasti caeca nebo vzestupného tračníku. Při kterém chirurg resekuje asi 10 cm ilea, cékum, ascens a pravou část transverza. Pasáž GIT (zažívací trakt) je obnovena ileotransverzoanastomózou.
- ❑ **Rozšířená pravostranná hemikolektomie** – je indikována pro tumory pravé flexury nebo pravé poloviny příčného tračníku. Při této rozšířené pravostranné hemikolektomii se odstraní transverzum až do oblasti lienální flexury.
- ❑ **Resekce transverza** – tento typ resekčního výkonu je indikován v případě nádoru lokalizovaných v oblasti střední třetiny transverza – ať už jako radikální výkon ve smyslu resekce transverza a nebo jako limitovaná klínová resekce části transverza spolu s nádorem.
- ❑ **Levostranná hemikolektomie** – indikace k ní jsou nádory uložené v oblasti lienální flexury a descendentu. Při ní se resekuje levá třetina transverza s omentem, lienální flexura, colon descendens a většinou se provádí splenektomie. Pasáž se obnoví transverzosigmoideoanastomózou.
- ❑ **Rozšířená levostranná hemikolektomie** – při resekci se kromě lienální flexury odstraňuje i levá část transverza s omentem, sestupný tračník, proximální část nebo celé sigmoideum. Výkon se ukončí transverzosigmoideoanastomózou.

- **Resekce sigmatu** – bývá indikována u nádorů střední a dolní části esovité kličky včetně rektosigmoidea. Po resekční fázi operace následuje rekonstrukce GIT anastomózou podle zvoleného typu výkonu.
- **Hartmannova resekce** – výkon se používá hlavně v oblasti rektosigmatu. Po odstranění nádoru se slepě uzavře aborální část střeva a orální úsek vyvedeme jako terminální kolostomii.
- **Subtotální kolektomie** – je indikována při mnohočetných tumorech na tračníku. Operační postup je obdobný jako při pravostranné a levostranné hemikolektomii. Výkon je zakončen ileorektoanastomózou.
- **Proktokolektomie** – jde o úplné odstranění tlustého střeva s rektum nebo i análním kanálem. Výkon je zakončen terminální ileostomií. Při ponechání anu je možné jeho napojení na ileum po vytvoření ileálního pouche.
- **Abdominoperineální amputace rekta** – užívá se k operační léčbě nádorů uložených v dolní třetině rekta, u kterých nelze provést resekční výkon s následnou rekonstrukcí. Jedná se o kompletní odstranění rekta, análního kanálu s análními svěrači a širokou excizí (odstranění) pánevního dna. Výsledkem tohoto náročného operačního výkonu je trvalá terminální sigmoideostomie.
- **Nízká přední resekce rekta** – tato operace se provádí z abdominálního přístupu a považuje se za kurativní výkon volby za předpokladu, že lze resekovat alespoň 2 cm pod dolní úroveň nádoru. Oroproximálně je nutné odstranit nejméně 10 cm střeva, včetně veškerého lymfatického aparátu v příslušné oblasti. Je velmi důležité excidovat mezorektum alespoň 5 cm distálně od nádoru, neboť toto opatření minimalizuje výskyt místní recidivy z lymfatických uzlin. Sestupný nebo esovitý tračník je poté anastomózován s rektum. Tento typ resekce není možný u nemocného s velkým karcinomem nebo místní diseminací.

Metody paliativní chirurgické léčby karcinomu kolona a rekta:

- **Krátké resekce bez lymfadenektomie** – výkony se provádějí u nemocných s nádorovou generalizací.
- **Paliativní anastomózy na tračníku** – při inoperabilním nádoru na pravé polovině tračníku se obnoví pasáž střevní založením

ileotransverzoanastomózy. U nádorů na levé polovině kolon se zakládá transverzosigmoideoanastomóza.

- **Paliativní resekce rekta** – provádí se u nemocných s generalizovaným tumorem, usnadní dožití nemocných.
- **Kolostomie, ileostomie** – kolostomie se zakládá jen v krajním případě, kdy je nutné obnovit pasáž střevní a pro generalizaci a jiné technické potíže nelze provést ani paliativní resekci střeva, ani bypassovou operaci. Provádí se dvouhlavňová kolostomie, nejčastěji sigmoideostomie nebo dvouhlavňová ileostomie.
- **Endoskopická paliativní léčba** – jen u vysoce rizikových nemocných, kde je laparotomie spojena s vysokým rizikem.
- **Laserová elektrokoagulace** – výkon je neúčinnější paliativní metodou, ale přístroj je pro svou velikost nepřenositelný a je značně drahý.
- **Nekontaktní elektrokoagulace** – zajišťuje argonová plazmatická koagulace. Nádorové hmoty se mohou snášet polypektomickou kličkou.

(8), (11)

Anastomózy

Obecně se jedná o spojení konců střeva po odstranění jeho části nebo spojení mezi stranami střev při obcházení překážky. Anastomózy jsou šity stehem ručně nebo staplerem. Do jejich zhojení, což bývá kolem pěti dnů, nesmí nemocný přijímat tekutiny ve větším množství a stravu ústy. Jinak hrozí komplikace, z nichž nejnepříjemnější je netěsnost spojky. Podle tvaru napojení střev jsou anastomózy konstruované koncem ke konci, koncem ke straně střeva, stranou ke straně střeva. Anastomózy jsou součástí zmiňovaných operačních zákroků.

Stomie - je uměle vytvořené vyústění dutého orgánu před stěnu břišní nebo na ni.

Ileostomie – je vyústění terminální části tenkého střeva před stěnu břišní nebo na ni. Před operací má být místo pro ileostomii zakreslené stomasestrou nebo operátorem. Nejčastěji se zakládá v pravém hypogastriu, ale může být vyústěna i jinde. Vhodně založená ileostomie má 1 – 3 cm manžetu, která usnadňuje ošetřování. Vývod tenkého střeva se někdy zakládá jako dočasný. Je-li překážka

v dolní části střeva trvalá nebo si onemocnění vyžádalo vyjmutí dolní části střeva až po konečník, může být vývod trvalým

Z ileostomie nepřetržitě odchází řídký, velmi agresivní obsah – v bezprostředním pooperačním období může odvádět i několik litrů vodnatého obsahu. Je důležité sledovat bilanci tekutin a hladinu iontů. Po stabilizaci stavu by mělo odcházet 800 – 1500 ml střevního obsahu za 24 hodin.

Používáme jednodílné i dvoudílné pomůcky s výpustným sáčkem. V nemocnici dáváme přednost sáčkům transparentním. U terminální ileostomie je v indikovaných případech vhodné používat jako definitivní řešení dvoudílný systém s konvexní podložkou. Ta je velmi vhodná také k řešení kožních komplikací v okolí ileostomie.

Kolostomie – je vyústění tlustého střeva před stěnu břišní nebo na ni. Opět je nutné před operací místo pro kolostomii zakreslit. Vhodně založená kolostomie má zvýšenou manžetu 0,5 – 1 cm.

Bezprostředně po operaci používáme průhledné výpustné sáčky bez filtru. Po stabilizaci stavu odchází kašovitá nebo formovaná stolice 1 – 3krát denně do nevýpustných sáčků s filtrem. Nevýpustné sáčky jsou na jedno použití, proto se po naplnění likvidují jako odpad.

Již v nemocnici je nutné podrobně edukovat pacienta i rodinu. (13)

Příprava nemocných před operací:

Nemocný musí být informován o všech eventuálních nepříznivých následcích operačního výkonu (ve sféře urologické, sexuální, o nutnosti založení stomie, předpokládaných frekvencích stolic). Před možným založením střevního vývodu stomasestra označí na břišní stěně nejvhodnější místo k založení stomie vzhledem k tvorbě kožních řas (stomie nesmí být provedena v místě tvorby záhybu při sedu nebo předklonu).

Před plánovaným výkonem věnujeme pozornost u každého nemocného úpravě vnitřního prostředí a místní přípravě tlustého střeva, většinou ortográdním způsobem. Při podezření na byť neúplnou střevní obstrukci musíme použít retrográdní klyzma (1,5 – 2 litry). Elastické punčochy a nízkomolekulární heparin používáme k předcházení tromboembolické nemoci. Profylaxi infekce provádíme

na začátku anestézie podaným antibiotikem (např. Augmentin 1,2 g i.v. opakovanou aplikací za 2 hod.).

Na začátku operace zavádíme permanentní močový katétr k měření bilance tělesných tekutin a při preparaci v malé pánvi se vyhneme špatnému přehledu z naplněného močového měchýře. Podání krevní transfuze musí být omezeno pro prokázané vyšší riziko vzniku recidivy nádoru. (8)

Pooperační péče:

Pooperační péče, zvláště u rizikových nemocných a urgentně operovaných, má být vysoce kvalitní a diferencovaná. Prvá etapa probíhá na oddělení intenzivní péče.

Nemocným jsou monitorovány fyziologické funkce. Neboť kardiovaskulární a plicní komplikace jsou vedle rozvratu minerálního hospodářství nejčastějšími pooperačními komplikacemi.

Předpokladem kvalitního a bezkomplikovaného hojení je dostatečná saturace tkáně kyslíkem, která je zajišťována trvalým nebo intermitentním příívodem kyslíku maskou či nebulizací.

Tromboembolickým komplikacím předcházíme, kromě miniheparizace, časnou rehabilitací. Z pasivní rehabilitace, se kterou se začíná již po odeznění anestézie nemocného, se přechází k rehabilitaci aktivní, jejíž rozsah a intenzitu přizpůsobujeme stavu klienta.

V akutní pooperační fázi má klient pouze parenterální příjem tekutin. Podle hodnot mineralogramu, „Astrupu“, hematokritu a diurézy je řízena infúzní terapie, jejímž cílem je upravit osmolaritu séra, doplnit objem kolující krve, normalizovat hodnoty krevních bílkovin, upravit množství kalía v krvi a alkalickou rezervu. Aktivním odsáváním ze žaludku a duodena, obou obvykle po operaci dilatovaných, se odstraňuje při peroperační paréze městnající se obsah.

Bolesti jsou tlumeny aplikací silných opioidů. Antibiotika jsou dnes podávána jen během výkonu a postupně vysazována jako antibiotická profylaxe.

Dále je zde zahrnuta péče o operační ránu, drény, stomii a další invazivní vstupy.

Nedílnou součástí je stálá psychická podpora nemocného i jeho rodiny. (11)

2. 9 Prognóza

KRK mívá tendenci dlouho růst místně, maligní mutace může u klienta trvat několik let, tudíž patří mezi dobře léčitelné nádory, pokud je zachycen v časném stádiu. Lepší prognózu má karcinom tračníku než karcinom rekta.

K posouzení se nejčastěji používá Dukesova nebo TNM klasifikace. Prognózu tak ovlivňuje hlavně přítomnost metastáz uzlinových a vzdálených (játra, plíce), velikost nádoru a jeho lokální invazivita. Pacienti v I. klinickém stadiu dosahují 5letého přežití v 90 %, ve II. klinickém stadiu v 60-80 %, ve III. klinickém stadiu ve 30-60 % a ve IV. klinickém stadiu jen v 5 %. V pozdějších stádiích se někdy objevují izolované regionální recidivy, častěji u karcinomu rekta. (21)

2. 10 Prevence

Primární prevence KRK je celospolečenským úkolem, zahrnuje opatření pro zlepšení kvality životního prostředí. Základem je zdravý životní styl - úprava výživy, zvýšená konzumace vlákniny, snížení spotřeby živočišných tuků, ve vhodné tepelné úpravě potravin, zvýšeném příjmu vápníku, vitamínů C, E, selenu v každodenní stravě.

Depistáž je formou sekundární prevence. Je vyvinuta řada depistážních programů, nejznámější je stanovení okultního krvácení formou tzv. Haemoccult testu. Při jeho pozitivitě jsou nemocní vyšetřeni kolonoskopicky.

Dispenzarizace pacientů s KRK po primární terapii je stejná jako u všech onkologických onemocnění, tj. frekvence kontrol 1 x za tři měsíce po dobu prvních dvou let, dále minimálně 2 x ročně po dobu 5 let od skončení léčby. Kontrola spočívá v klinickém a komplementárním vyšetření, kdy se zejména kontrolují kolonoskopické nálezy a markery (CEA). (8)

3. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM

3. 1 Identifikační údaje

| | |
|---------------------------------------|---|
| <i>jméno a příjmení:</i> | O.M. |
| <i>rok narození:</i> | 1939 (69 let) |
| <i>stav:</i> | ženatý |
| <i>adresa:</i> | Praha |
| <i>pojišťovna:</i> | VZP |
| <i>povolání:</i> | soustružník, nyní důchodce |
| <i>národnost:</i> | česká |
| <i>náboženství:</i> | bez vyznání |
| <i>osoba, kterou lze kontaktovat:</i> | manželka |
| <i>datum přijetí:</i> | 17.1. 2008, Chirurgická JIP |
| <i>doba mého ošetřování:</i> | 17.1. – 22.1. 2008 (0.-5. pooperační den) |
| <i>hlavní důvod přijetí:</i> | chirurgické řešení ca sigmoidea |

3. 2 Lékařská anamnéza a diagnózy

Lékařská anamnéza

- RA:** otec: † v 83 letech snad na tumor GIT, matka: † v 86 letech, mozková mrtvice, starší sestra: léčí se s hypertenzí
- OA:** úrazy bez následků, vážněji nestonal, operace umbilikální hernie, extrakce kamenu z močovodu r. 1982, r. 1997 prodělal frakturu levé patní kosti, sledován pro HY prostaty
- FA:** Fokusin 100 mg 1-0-0, Prostakan 0-0-1
- AA:** neudává
- SPA:** žije s manželkou v bytě v Praze, má dva syny, kteří ho navštěvují, pracoval jako soustružník, nyní již v důchodu

Abusus: 30 let exkuřák, alkohol pŕíležitostně

NO: asi od léta 2007 mírné krvácení z konečnÍku, obstipace, pacient vyšetřen kolonoskopicky se závěrem: Tumorosní stenosa rektosigmoid. pŕechodu. Pacient pŕijat k chirurgickému řešení.

Lékařské diagnózy

Základní dg.: Stenosující tumor sigmoidea , T2, N0, M0,

Ostatní dg.: Hyperplasia prostatica

St.p. op. HU, Ureterolithotomii

Steatosa jater

3. 3 Průběh hospitalizace

69letý pan O. byl na základě pŕedchozích diagnostických vyšetření pŕijat dne 16. 1. 2008 k hospitalizaci na chirurgické oddělení k plánovanému operačnímu výkonu. Pŕedoperační vyšetření byla u pacienta zajištena již v pŕednemocniční péči. V den pŕijetí bylo pouze doplněno anesteziologické konsilium a provedena komplexní pŕedoperační pŕíprava.

Na chirurgickou jednotku intenzivní péče (CHIP), kde jsem informace k této pŕípadové studii získávala a kde pan O. po celou dobu mého ošetřování ležel, byl pŕijat dne 17. 1. 2008 ve 14.00 hodin z operačního sálu po provedené resekci sigmoidea s anastomosou ETE, ke stabilizaci a monitoraci vitálních funkcí po rozsáhlém nitrobřišním výkonu.

Po pŕijezdu ze sálu byly u klienta monitorovány fyziologické vitální funkce. Pacient byl pŕijat se zavedeným centrálním žilním katétrem (CŽK) do vény jugularis, z důvodu infúzní terapie. Operační rána je krytá sterilním obvazem, mírně prosáklá. V oblasti operačního pole z levého podbřišku je vyveden Redonův drén zavedený do malé pánve pod anastomosou. Pacientovi byl zaveden perioperačně rektální drén, který je fixován stehem ke kůži u anu. Operační protokol není součástí této pŕípadové studie. Pro sledování diurézy měl pan O. zaveden permanentní močový katétr.

V časně pooperační fázi, dokud pacient nenabil vědomí, mu byla aplikována oxygenoterapie pomocí kyslíkové masky. Po odeznění anestézie byla kyslíková maska vyměněna za stálou nebulizaci a inhalaci. V pooperační fázi byl pan O. permanentně monitorován, základní fyziologické funkce byly u pacienta kontrolovány po hodině a bilance tekutin po šesti hodinách. Celková 24hodinová bilance je zaznamenána v příloze číslo 3.

První pooperační den se u pana O. invazivní a neinvazivní vstupy nezměnily. Jako první závažný problém u nemocného byly potíže s dýcháním. Pan O. dýchal povrchně pro bolest v místě operace. To se projevilo poklesem saturace kyslíku v krvi na 90 %. Prvním krokem k úspěšnému zlepšení ventilace byla edukace pana O. o správnosti dýchání. Dalším krokem byla dechová rehabilitace pomocí výdechu proti odporu. Respirační funkce pacienta se po aplikaci dechové rehabilitace zlepšily. Jako další důvod dušnosti bylo přetížení kardiovaskulárního aparátu z důvodu včasné mobilizace. Pan O. dostal na celé dopoledne kyslíkovou masku a byly mu aplikovány medikamenty k podpoře respiračních funkcí. První pooperační den se nemocnému náhle zvýšila TT na 38,4°C. Zvýšená tělesná teplota v akutní pooperační péči odpovídá rozsahu operačního výkonu. Preventivně byla naordinována antipyretika. Pan O. viděl největší problém v pocitu úzkosti, způsobenou odloučením od rodiny. Tento problém byl vyřešen umožněním klientovi kontaktu s rodinou přes mobilní telefon. Dále pak sjednáním návštěvy rodinných příslušníků na následující víkend.

Druhý pooperační den byly invazivní i neinvazivní vstupy zachovány. Průběh hospitalizace se tento den opakoval s dnem předcházejícím. V doprovodu sestry si přešel na večerní toaletu k umyvadlu. Pacientův zdravotní stav se zlepšoval.

Třetí pooperační den měl pan O. neinvazivní vstupy stejné. Z invazivních vstupů byl zrušen Redonův drén. Rektální drén zatím ponechán. Již mohl přijímat o něco vyšší příjem tekutin.

Čtvrtý pooperační den invazivní a neinvazivní vstupy zůstaly nezměněny. Celkový stav nemocného se od přecházejícího dne nezměnil.

Pátý pooperační den byl pacientovi extrahován rektální drén.

Během další dnů na CHIP se zdravotní stav pana O. zlepšoval, byl den po dni soběstačnější. K žádným novým komplikacím nedošlo. Ranní a večerní toaleta se vždy konala ve sprše v doprovodu sestry.

Pan O. byl hospitalizován na CHIP celkem 8 dnů. Poté byl přeložen dne 24. 1. 2008 na chirurgické standardní oddělení.

3. 4 Souhrn diagnosticky významných vyšetření

Fyzikální vyšetření provedené při příjmu 17. 1. 2008:

TK 150-75, P 75/min , výška 172 cm, váha 70 kg, BMI = 23,7

Subjektivně: cítí se dobře, s mírnou dušností, bez bolesti na hrudi

Objektivně: orientovaný, spolupracuje, eupnoe, bez cyanózy a ikteru, stav hydratace v normě, hybnost bez poruchy

Hlava: neurologicky negativní, na poklep nebolestivá, skléry bílé, spojivky růžové, jazyk vlhký, dutina ústní a hrdlo klidné, tonzily nezvětšeny, chrup vlastní

Krk: štítná žláza nehmatná, uzliny nehmatné, karotidy tepou symetricky, náplň krčních žil nezvětšená

Břicho: břicho v obvazu, lehce prosakující, bez peristaltiky, z drénu nevelká hemorhagická sekrece

Hrudník : dýchání čisté, sklípkové

DK: bez otoků a známek zánětu, venósní systém klidný, pulsace hmatná až do periferie, tříselné uzliny nezvětšené

EKG:

Zajišťuje trvalou monitoraci srdeční činnosti, umožňuje neustálé sledování elektrické aktivity srdce, k posouzení srdečního rytmu, k posouzení pacientovy reakce na medikamentózní léčbu a předcházení komplikacím spojených s diagnostickými a léčebnými výkony. Po celou dobu hospitalizace měl pan O. sinusový rytmus. Hodnoty pulsů jsou v příloze číslo 1-2.

TK:

Po celou dobu hospitalizace byl pravidelně měřen v potřebných intervalech nejméně však á 1 hod. - viz. příloha číslo 1-2.

CVP:

Centrální žilní tlak nám napomáhá posoudit srdeční funkci, hodnotit žilní návrat do srdce a nepřímo změřit, jak srdce dobře pumpuje. Podle CVP řídíme množství a rychlost infúzí do žilního systému. U pacienta byl měřen á 6 hod. Jeho hodnota byla 1 – 13 cm H₂O. Hodnota byla udržována infúzemi - viz. příloha číslo 1-2.

Biochemické vyšetření krve:

Biochemické vyšetření krve bylo prováděno 1x denně, ráno. Mezi biochemická vyšetření patřily ionty, urea, kreatinin, glykémie, ALT, AST, ALP, GMT, amyláza, celková bílkovina, albumin, CRP. Hodnoty byly korigovány léčbou. Výsledky jsou zaznamenány v příloze číslo 4.

Vyšetření krevního obrazu:

Krevní obraz se odebíral 1x denně, ráno. Výsledné hodnoty jsou zaznamenány v příloze číslo 4.

Hemokoagulační vyšetření APTT:

Hemokoagulační vyšetření bylo odebíráno 1x denně ráno. Hodnoty byly v normálu – viz. příloha číslo 5.

Vyšetření krevních plynů (Astrup):

Bylo odebíráno 0. a 1. pooperační den. Výsledné hodnoty jsou v příloze číslo 5.

Sonografické vyšetření břicha, RTG S + P:

Závěr: V.s. Tu změny na sigmoideu. Difúzní jaterní leze ve smyslu steatozy, ledviny a slezina bez patolog. nálezů

Plíce jsou bez ložisek, bránice hladká, srdce nezvětšeno.

Endoskopické vyšetření:

Závěr: Tumorosní stenosa rektosigmoid. přechodu, neprůchozí pro endoskop.

Bioptický náález: Fragmenty tubulárního adenokarcinomu.

Histologie:

Středně diferencovaný tubulární adenoca s povrchovou ulcerací invazivně rostoucí do submukosy a svalové vrstvy stěny střevní, která infiltruje v celé tloušťce, okraje resekatu a periton. povrch bez nádoru.

3. 5 Terapeutická péče

Chirurgická terapie 0. - 5. pooperační den

Péče o operační ránu:

- operační rána začínala od výběžku hrudní kosti k pupku a dál 6 cm pod pupek
- první převaz byl proveden první pooperační den, lékařem provádějící operaci, od tohoto dne dále prováděly převaz sestry a to vždy ráno a večer po toaletě
- operační rána byla vždy dezinfikována Jodisolem a Jodovou tinctúrou
- byla sterilně kryta mulovými sterilními čtverci a lepena nealergizující náplastí, na sterilní mulové čtverce se první pooperační den nanášel Betadine roztok
- převaz byl prováděn za přísných aseptických podmínek

Péče o CŽK :

- CŽK byl zaveden před operací zprava cestou pravé jugulární žíly, směřující do HDŽ
- první převaz byl proveden několik hodin po příjmu z operačního sálu
- CŽK se převazoval 2x denně po ranní a večerní toaletě a také dle potřeby

- CŽK byl dezinfikován Jodisolem a Jodovou tinctúrou, na závěr byl sterilně kryt transparentní folií Tegaderm
- výměna spojovacích hadiček a ramp se prováděla 1x za 24 hodin
- převaz byl prováděn za přísných aseptických podmínek
- CŽK měl pan O. zavedený po celou dobu mého ošetřování

Péče o drény (Redonův a rektální drén):

- Redonův drén zaveden do malé pánve pod anastomosou, fixovaný stehem ke kůži, rektální drén zavedený nad anastomosou, fixovaný stehem ke kůži u anu
- první převaz byl proveden první pooperační den
- další dny byl převaz drénů prováděn po ranní a večerní toaletě a také dle potřeby, Jodisolem a Jodovou tinctúrou
- Redonův drén byl po dezinfekci sterilně kryt mulovými čtverci
- převaz byl prováděn za přísných aseptických podmínek
- rektální drén se proplachoval 2 x denně 40 ml FR 1/1
- derivační sáčky byly měněny dle potřeby a standardu oddělení
- 3. pooperační den byl zrušen Redonův a 5. pooperační den rektální drén

Sledování vědomí a základních životních funkcí:

- stav vědomí a FF byl měřen á 1 hodina, hodnoty jsou zaznamenány v příloze číslo 1-2.

Infúzní terapie 0. – 5. pooperační den

→ infúze aplikovány CŽK

17. 1. 2008 (0. pooperační den) – kontinuálně dvě infúzní linky

Infúze 1: Ringer (R 1/1) inf. sol., rychlost = 150 ml/hod.

IS: Infundabilium, základní infúzní roztok.

Infúze 2: Glukóza 10 % (G) od 22 hod, rychlost = 60 ml /hod.

IS: Infundabilium

18. 1. 2008 (1. pooperační den) – kontinuálně dvě infúzní linky

Infúze 1: Ringer, rychlost = 100 ml/hod.

Infúze 2: 1. G 10% 500 ml, rychlost = 83 ml/h

+ 10 ml **10% MgSO₄**

IS: Myorelaxans, homeostatikum.

NÚ: Svalová slabost, úplná ochablost, nauzea, periferní vazodilatace s hyperemií, pokles krevního tlaku, poruchy srdeční činnosti, pocení, somnolence, hypo- až areflexie. Při poruchách ledvin riziko vzniku hypermagnezemie, respirační deprese, srdeční arytmie, neuromuskulární bloky. Při podávání v pozdějším těhotenství vyvolává útlum a chabost novorozence.

+ 1 amp **Ca gluk.**

IS: Mineralium.

NÚ: Zácpa. Vyšší dávky vyvolávají hyperkalcemii s projevy anorexie, únavy, svalových a kloubních bolestí, nauzey, pocení, žízně, poruch srdeční frekvence a rytmu, polyurie. Pocit tepla po intravenózní aplikaci

+ 1 amp **Multibionta**

IS: Infundabilium, multivitaminový přípravek.

NÚ: Vzácně reakce z přecitlivělosti na obsahové látky

2. jako 1. bez Multib.

3. jako 2. bez Mg a Ca

4. jako 3.

19. – 20. 1. 2008 (2. – 3. pooperační den) – kontinuálně dvě infúzní linky

Infúze 1: Ringer, rychlost = 80 ml/hod

Infúze 2: **Aminomix 1** inf 2000 ml/24 hod.

IS: Infundabilium

NÚ: Při dodržení doporučených indikací, kontraindikací, dávkování a způsobu podání nejsou nežádoucí účinky známy a ani je nelze očekávat. Příliš rychlá infúze může vést k třesavce, nevolnosti, zvracení, renálním ztrátám aminokyselin s jejich následnou nerovnováhou, hyperglykémii, zvýšení diurézy, glykosúrii a hyperosmotickému komatu.

21. – 22. 1. 2008 (4. – 5. pooperační den) – kontinuálně dvě infúzní linky

Infúze 1: Ringer, rychlost = 40 ml/hod.

Infúze 2: Aminomix 1 2000 ml/24 hod.

Injekční terapie 0. – 5. pooperační den

17. 1. 2008 (0. pooperační den)

→ i.v.

Ranital 50 mg po 6 hod.

IS: Antiulcerózum, antagonist H₂ - receptorů.

NÚ: Bolesti hlavy, dyspeptické obtíže a změny ve frekvenci stolice jsou uváděny nejčastěji. Byly popsány změny v krevním obraze či kardiologické nežádoucí účinky.

Ketonal 1 amp po 8 hod. dle potřeby

IS: Nesteroidní antirevmatikum, antiflogistikum.

NÚ: Nauzea, bolesti v epigastriu, zvracení, anorexie, pálení žáhy, obstipace nebo průjem. Vzácněji exacerbace vředové choroby, GIT krvácení, perforace, bolesti hlavy, ospalost, závratě.

Augmentin 1,2 g po 8 hod.

IS: Antibiotikum, kombinace amoxicilinu (AMC) a klavulanátu.

NÚ: Gastrointestinální obtíže, hepatitida a cholestatická žloutenka, kožní vyrážky, svědění, zřídka sérová nemoc, erythema multiforme, Steven-Johnsonův syndrom, dermatitida, anafylaktický šok, leukopenie, trombocytopenie, hemolytická anémie.

Efloran 500 mg po 12 hod.

IS: Chemoterapeutikum.

NÚ: Pachuť v ústech, glossitis, nauzea, vzácně zvracení a další funkční poruchy GIT traktu. Únavnost, ospalost, bolesti hlavy, ataxie, kožní exantémy, pruritus, pohybová inkoordinace, ztmavnutí moči. Přechodné leukopenie, epileptiformní křeče při současné aktinoterapii.

Medikace aplikována pomocí infuzních – lineárních dávkovačů:

Dávkovač 1:

Morphin (Mo) 40mg do 20ml FR 1/1, rychlost = 1 – 1,5 ml/hod.

IS: Analgetikum - anodynum.

NÚ: Při obvyklých dávkách výskyt nejčastěji nauzea, vomitus, zácpa, útlum dechu, ospalost, konfuze, hypotenze, sucho v ústech, pocení, návaly vertigo, palpitace, mióza, kontaktní dermatitida, kopřivka, pruritus. Po aplikaci morfinu a derivátů opia je popsán i anafylaktický šok. U astmatiků indukuje bronchospasmus. Riziko lékové závislosti!

→ s.c.

Clexane 0,4 ml v 21 hod a dále v 11.00 hodin

IS: Antitrombotikum, antikoagulans.

NÚ: Hemoragie, trombocytopenie, kožní i celkové alergické reakce, reverzibilní vzestup počtu destiček a hladin jaterních enzymů, lokální reakce v místě vpichu.

18. 1. 2008 (1. pooperační den)

→ i.v.

Aspégic 0,5 g inj. do 100 ml FR 1/1 v 16.00 hodin

IS: Analgetikum, antipyretikum, antirevmatikum

NÚ: GIT potíže, hučení v uších, závrať, tinitus, alergická reakce, zvýšená krvácivost.

Dávkovač 2:

Syntophyllin 2 amp do 20 ml, rychlost = 0,8ml/hod

IS: Bronchodilatans

NÚ: Nauzea, dávení, bolesti hlavy, nespavost a neklid, méně časté jsou palpitace a závratě, vzácně se vyskytuje hemateméza nebo melena. Při předávkování vzniká výrazná hypotenze, poruchy vědomí, křeče, tachyarytmie až smrt.

→ s.c.

Clexane 0,4 ml v 11.00 hod po 24 hod.

Ostatní injekční terapie stejná jako 0. pooperační den

19. – 22. 1. 2008 (2. – 5. pooperační den)

→ i.v.

Dávkovač č. 1 a č. 2 → EX

Ostatní injekční terapie včetně s.c. terapie stejná jako 1. pooperační den.

Léky p.o. od 5. pooperačního dne

Fokusin 100 mg tbl. 1-0-0

IS: Urologikum, alfa-sympatolytikum

NÚ: Často: závratě; méně často: bolesti hlavy, palpitace, posturální hypotenze, rinitida, nauzea, zvracení, zácpa nebo průjem, exantém, pruritus, urtika, astenie, poruchy ejakulace; vzácně: synkopa, angioedém; velmi vzácně priapismus.

Prostakan tbl. 0-0-1

IS: Fytofarmakum. Urologikum

NÚ: Obvykle dobře snášen. V některých případech zvláště při užívání na lačno, se mohou vyskytnout žaludeční obtíže jako nauzea (pocit na zvracení), pálení žáhy apod.

Inhalační terapie 0. – 5. pooperační den

17. – 22. 1. 2008 (0. – 5. pooperační den)

Mucosolvan 5 ml + 5 ml s Aqua destilate po 4 hod.

IS: Expektorans, mukolytikum.

NÚ: Pálení žáhy, dyspepsie, břišní bolesti, občas nauzea, zvracení. Zřídka kožní vyrážky, otoky obličeje, dušnost, zvýšení teploty s třesavkou. Sucho v ústech a v dýchacích cestách, obstipace a dysurie. Mimořádně se vyskytly těžké akutní anafylaktické reakce. U některých z těchto pacientů byla rovněž prokázána alergická reakce na jiné látky.

Nutriční terapie 0. – 5. pooperační den

17. 1. 2008 (0. pooperační den)

Dieta: nic per os

18. – 20. 1. 2008 (1. – 3. pooperační den)

Dieta: čaj s postupným zvyšováním do 300 – 600 – 1200 ml/24hod

21. 1. 2008 (4. pooperační den)

Dieta: čaj, tekutiny bez omezení

22. 1. 2008 (5. pooperační den)

Dieta: tekutá

Fyzioterapie 0. – 5. pooperační den

17. 1. 2008 (0. pooperační den)

RHB: klid na lůžku, dechová cvičení, odkašlávání

18. 1. 2008 (1. pooperační den)

RHB: dechová cvičení, odkašlávání, cvičit DK (planetární flexe a extenze chodidla), cvičit každé 4 hodiny (prevence TEN), posazování na lůžku

19. – 22. 1. 2008 (2. – 5. pooperační den)

RHB: nácvik stoje, při oběhové stabilitě chůze s doprovodem

- viz. příloha číslo 9 (Průběžný záznam ošetrovatelské péče)

4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

O pana O. jsem pečovala na chirurgické jednotce intenzivní péče (CHIP), kam byl pacient přeložen z operačního sálu. Při hodnocení nemocného jsem použila model Funkčního zdraví Marjory Gordonové. Ošetřovatelskou anamnézu jsem sbírala první pooperační den 18. 1. 2008. Pacient byl velmi ochotný, spolupracoval a rád poskytoval veškeré informace. Při realizaci ošetřovatelské péče jsem použila metodu ošetřovatelského procesu. Ošetřovatelské diagnózy jsem zformulovala podle systému NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), které jsem seřadila ve spolupráci s pacientem dle naléhavosti. Vzhledem k omezenému rozsahu této práce uvádím zpracované ošetřovatelské diagnózy pouze k 1. pooperačnímu dni.

4. 1 Teorie ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelský proces (OP) je základním kamenem moderního kvalitního ošetřovatelství. Zásadně ovlivňuje jeho kvalitu a přivádí sestru od techniky zpátky k pomoci nemocnému člověku a jeho rodině. OP se především odráží v aktivních činnostech sestry, k nimž se sama iniciativně rozhodne na základě hlubšího poznání nemocného. OP je základním metodickým rámcem pro realizaci cílů ošetřovatelství. Jde o sérii vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce při individualizované ošetřovatelské péči. Uskutečňuje se v pěti fázích: **(1)** zhodnocení nemocného – zjišťování informací, **(2)** stanovení ošetřovatelské diagnózy, **(3)** plánování ošetřovatelské péče – stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů, **(4)** realizace navržených opatření, **(5)** zhodnocení efektu poskytnuté péče. Každá fáze je sice samostatná, ale jednotlivé fáze se vzájemně prolínají a ve spirále opakují. Sestra musí nejprve svého nemocného poznat, zjistit jeho základní problémy z ošetřovatelského hlediska, rozhodnout se ve spolupráci s nemocným, případně jeho rodinou pro správnou strategii jeho ošetřování a nakonec zhodnotit efekt poskytované péče. (17)

4. 2 Model Marjory Gordonové

Marjory Gordonová vyučuje ošetrovatelství a zabývá se výzkumem na univerzitě v Bostonu. Je známá svým přínosem k ošetrovatelské teorii. Její doménou je ošetrovatelská diagnostika. Stála v čele Severoamerické asociace pro ošetrovatelskou diagnostiku – NANDA.

Model Gordonové vychází z hodnocení kvality zdraví jedince z hlediska funkčního stavu jeho organismu. Podle Gordonové může být zdravotní stav člověka funkční nebo dysfunkční. Model fungujícího zdraví je založen na interakci člověka a prostředí a vyjadřuje jeho celkovou bio-psycho-sociální integritu.

Funkční typ zdraví je ovlivňován biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a spirituálními faktory.

Dysfunkční zdravotní stav vyjadřuje sestra v ošetrovatelských diagnózách, které se mohou týkat nejen chorobných stavů, ale i dalších problémů, vyplívajících z poruch biopsychosociální integrace jedince s jeho okolím.

Základní strukturu modelu tvoří dvanáct oblastí, označených autorkou jako dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být buď funkční, nebo dysfunkční. (14)

Jednotlivé oblasti modelu podle M. Gordonové

- vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví
- výživa a metabolismus
- vylučování
- aktivita, cvičení
- spánek, odpočinek
- vnímání, poznávání
- sebekoncepce, sebeúcta
- plnění rolí, mezilidské vztahy
- sexualita, reprodukční schopnost
- stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance
- víra, přesvědčení, životní hodnoty
- jiné (20)

4. 3 Ošetrovatelská anamnéza

Údaje k ošetrovatelské anamnéze jsem zjišťovala první pooperační den (18.1. 2008), kdy jsme měli s klientem více času. Při zpracování ošetrovatelské anamnézy jsem použila model M. Gordonové – model fungujícího zdraví. Jako zdroj informací jsem využila lékařské a ošetrovatelské dokumentace, rozhovoru s nemocným i jeho rodinou a pozorováním – viz. příloha číslo 8.

Pan O.M., 69 let, přijatý na CHIP po operačním výkonu – resekce sigmoidea s anastomosou ETE, nyní 1. pooperační den, 3. den hospitalizace. Z invazivních vstupů má pacient zavedený CŽK, PMK, Redonův a rektální drén – vše s datem zavedení dne 17.1. 2008.

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Zdravý se cítil vždy. Nikdy vážněji nestonal, pouze běžná nachlazení, chřipky. V zaměstnání proto kvůli nemocem téměř nikdy nechyběl. Jen před 11 lety měl úraz na kole, při kterém si zlomil levou patní kost. Asi od léta minulého roku začal mít obtíže s trávením, měl velmi často zácpy, poté se objevilo i mírné krvácení z konečníku, to pana O. velmi vyděsilo a proto navštívil lékaře. Přiznává, že se o své zdraví nikdy nějak zvlášť nestaral. To, že mu nikdy nic nechybělo, bral spíše jako samozřejmost.

Nyní si daleko více uvědomuje hodnotu svého zdraví a bude se snažit o něj více pečovat. Chce se po operaci co nejdříve zotavit a jít domů. Operační zákrok a celou hospitalizaci bere jako nutný postup, které snad vyřeší jeho onemocnění. Snaží se nepřipouštět si závažnosti plynoucí z této jeho diagnózy.

Výživa a metabolismus

Pan O. jí všechno, nejvíce mu však chutnají masné výrobky, zejména uzeniny. Přiznává, že do svého jídelníčku zařazuje ovoce a zeleninu jen velmi zřídka. V době, kdy ještě chodil do zaměstnání, se nestravoval příliš pravidelně, občas prý měl teplé jídlo až k večeři. Tekutin pan O. vypije dostatečné množství, snaží se dodržovat pitný režim. Zejména od doby, kdy měl potíže s močovými kameny. Během posledního půl roku zaznamenal mírný úbytek na váze, asi o 3kg,

což pan O. přikládá k jeho obtížím, spojené s trávením a vyprazdňováním, které ho v poslední době trápí. Chuť k jídlu ale má.

Pacient má vlastní chrup, pouze dva můstky, problémy ze zuby nemá, k zubaři chodí pravidelně na preventivní prohlídky. Potíže s polykáním nemá.

Nyní pan O. dodržuje dietu, může pouze čaj v omezeném množství, to mu dělá trochu problém, ale uvědomuje si nutnost tohoto režimu. Těší se, že v následujících dnech bude moci příjem tekutin postupně zvyšovat. V napájení tekutin je pacient soběstačný. Denní příjem tekutin je zaznamenán v příloze č. 3.

Stav kůže, turgor je dobrý, sliznice vlhké. Operační rána je klidná, nekrváčí. Invazivní vstupy bez známek komplikací – bez otoku, hematomu, zánětu, alergie.

Výška = 172 cm, váha = 70 kg, BMI = 23,7 normální hodnota (18,5 - 24,9)

Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířenou stupnicí dle Nortonové je vyjádřena v příloze číslo 6.

Vylučování

Před onemocněním se pan O. vyprazdňoval pravidelně jednou denně. Asi tak před půl rokem začal mít obtíže spojené se změnou defekačního stereotypu. Zpočátku měl přechodně častější stolici, později se střídala zácpa s průjmem. Zácpy pan O. řešil užitím projímadla ve formě čípků. Později se objevilo slabé krvácení z konečníku. Tento problém ho přivedl k lékaři. S močením měl dříve potíže, trpěl častým močením, zejména v noci. S nasazenou léčbou pak tyto problémy ustaly. Nemocný se léčí s hyperplazií prostaty.

Nyní má pacient zavedený rektální drén – stolici ještě neodvádí. Před operací mu byl na operačním sále zaveden permanentní močový katétr, který po celou dobu ošetřování odváděl čistou moč bez příměsí. Redonův drén odvádí výplachový serosang. obsah. Vzhledem ke zvýšené TT se pacient více potí. Množství moče, odpady z drénů a pocení za 24 hodin je zaznamenáno v příloze číslo 3.

Aktivita, cvičení

Pan O. je již v důchodu. Chodí ale vypomáhat synovi na stavbu rodinného domku. Ve volných chvílích, když je pěkné počasí, vyrazí s manželkou na procházky. Po večerech luští křížovky nebo sleduje televizi. Jeho koníčkem je kutilství, nyní je zcela zaneprázdněn synovou výstavbou domku, kde své koníčky také realizuje. V posledních měsících se ale necítil plně při síle, musel častěji odpočívat.

V průběhu hospitalizace se pacient velmi snaží spolupracovat. Hned první pooperační den cvičí pravidelně na lůžku za asistence fyzioterapeutů, provádí dechová cvičení, odkašlávání, cvičí DK každé 4 hodiny (plantární flexe a extenze chodidla, prevence TEN). Ošetřující personál vypomáhá při osobní hygieně. Druhý pooperační den je v plánu nácvik stoje a chůze kolem lůžka. Úroveň soběstačnosti nemocného a jeho hodnocení vyjadřuje Barthelův test základních všedních činností – viz. příloha číslo 7.

Spánek, odpočinek

Doma pan O. se spánkem a odpočinkem problémy nemá. Spát chodí po 22. hodině a vstává po sedmé hodině. Usíná bez problémů, je zvyklý si před spaním vyvětrat místnost. Žádné léky, které by mu pomáhaly navodit spánek, nepoužívá. V průběhu dne příliš neodpočívá.

Pacient má během hospitalizace na CHIP problémy se spánkem. Spánek je přerušovaný, a to zejména z důvodu bolestivosti v okolí operační rány a také ho velmi ruší noční provoz na jednotce intenzivní péče – nedostatek tmy, zvuky monitorovacích přístrojů a celkově noční ruch na pokoji. Ráno se pak cítí unavený a spánkový deficit dospívá během dne.

Vnímání, poznávání

Se sluchem problémy nemá. Potíže mu dělá čtení novinového písma. Nosí brýle na blízko. Očního lékaře naposledy navštívil před 2 roky. Říká, že rozhodování mu problémy nečiní. Změnu paměti nepozoruje. Během rozhovorů je soustředěný. Je plně orientován časem, místem, osobou. Informace chápe, uchovává bez zkreslení.

Nyní pociťuje tupou bolest v oblasti operační rány. Vyvolávajícím faktorem je kašel, pohyb; zmírňujícím faktorem zejména klid, pomáhá kontinuální analgezie. Pro bolest lehce šetřil dech. Na vizuální analogové škále od nuly do desíti hodnotil pan O. svoji bolest první pooperační den stupněm číslo 6 – - viz. příloha číslo 8 (záznam intenzity bolesti v ošetrovatelské dokumentaci).

Sebekoncepce, sebeúcta

Sám sebe popisuje- „aktivní, poměrně optimistický. Občas sice vybuchnu, za pět minut se ale opět uklidním. Nejsem mstivý, dokážu říct, co si myslím. Myslím že jsem cholerik-sangvinik.“ V životě spoléhá na sebe, je spokojený sám se sebou, i když „uznávám, že mám nějaké ty chyby, co na sobě zlepšit, např. ta občasná nekázeň v jídle.“ Rozčítit ho dokáže podrazáctví a hloupost lidí. Strach v něm vyvolává myšlenka, že by manželku, děti, vnoučata potkaly nějaké vážnější zdravotní problémy.

Problémy vyplývající z jeho nemoci na sobě nedá moc znát. Po zjištění diagnózy se změnilo jeho vnímání sebe samého.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pan O. je nyní v důchodu. Dříve pracoval jako soustružník, práce ho bavila. Bydlí spolu s manželkou v panelovém bytě. Má dva syny a pět vnoučat. Oba synové bydlí jinde. Mladší syn dostavuje rodinný domek za Prahou, kde mu pan O. často vypomáhá. Nezmiňuje se o žádných větších problémech. Případná nedorozumění a běžné problémy se všichni snaží navzájem si vyříkat. Když se rodina dověděla o nemoci pana O., cítili všichni strach a obavy, pan O. spíše ostatní uklidňoval. Nyní se cítí všichni o něco lépe, operace v nich vzbudila naději. Každý den ho chodí někdo z rodiny navštívit, cítí v nich velkou oporu. Pan O. spolu s manželkou mají hodně přátel, s kterými se často navštěvují. Také v nich má oporu, hlavně co se týče zdravotních problémů. Necítí se osamělý.

Sexualita, reprodukční schopnost

Vzhledem k tomu, že rozhovor probíhal za přítomnosti ostatních pacientů, na tyto otázky jsem se pana O. neptala.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Asi před měsícem se dozvěděl o své diagnóze – karcinom sigmoidea. Dokud probíhala vyšetření, konkrétně nevěděl, o co jde a jak se to dá léčit, žil v nejistotě a úzkosti. Nyní po operaci se cítí o něco lépe, přesto stále pociťuje úzkost. Je si vědom závažnosti svého onemocnění. Na jinou krizi si nevzpomíná. Při řešení jeho záležitostí mu nejvíce pomáhá manželka, trochu méně mladší syn. „Problém musím vyventilovat; nejdříve si zanádvám a pak to s někým proberu.“

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pan M. je pokřtěný římský katolík. Do kostela ale nechodí, náboženství pro něj není důležité. V překonávání potíží mu pomáhá racionálnost. Nejdůležitější v životě je pro něj rodina; přeje si, aby byli všichni zdraví a vzájemně spokojené soužití. Se svým životem je celkem spokojen, nemoc už bere jako fakt, který k životu patří. Do budoucna má dost plánů týkajících se jejich bydlení. Plánují společně se synem, že až dostaví rodinný domek, s manželkou se k synovi a jeho rodině přestěhují.

Jiné

Pan O. na mě působí jako velmi příjemný člověk, komunikativní. Se zdravotnickým týmem velmi ochotně spolupracuje.

4. 4 Ošetrovatelské diagnózy

Z důvodu rozsahu a typu práce jsou ošetrovatelské diagnózy stanoveny, podrobně rozpracovány a vyhodnoceny pouze na jeden ošetřující den, tj. na první pooperační den (18.1. 2008). Ošetrovatelské diagnózy jsou seřazeny dle důležitosti tak, jak jejich aktuálnost pociťuje nemocný a s přihlédnutím k medicínským prioritám.

Stanovení a vyhodnocení ošetrovatelských diagnóz dne 18.1. 2008:

Aktuální diagnózy:

1. Akutní bolest z důvodu operačního výkonu.
2. Porucha periferního prokrvení tkání způsobená nedostatečným dýcháním, sníženým přívodem kyslíku.
3. Zvýšení tělesné teploty z důvodu operačního výkonu.
4. Porucha spánku z důvodů bolesti, rušení nočním provozem oddělení.
5. Nelibost spojená se snížením příjmu tekutin v rámci pooperačního dietního režimu.
6. Deficit soběstačnosti v důsledku zhoršeného zdravotního stavu po operaci.
7. Strach z důvodu závažného onemocnění.
8. Úzkost nemocného, způsobená odloučením od rodiny.

Potenciální diagnózy:

1. Riziko vzniku infekce z důvodu porušení kožní integrity, způsobené operační ránou, ČŽK, drény, PMK.
2. Riziko vzniku dekubitů z důvodů upoutání na lůžku po operaci a pro trvalou monitoraci.
3. Riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu omezené pohyblivosti pacienta po operaci.
4. Riziko pádu a poranění z důvodů operačního výkonu a odeznívající anestézie. (5), 20)

Aktuální diagnózy:

1. Akutní bolest z důvodu operačního výkonu

CÍL:

- pacient bude udávat zmírnění či vymizení bolesti do 1 hodiny po podání analgetik
- pacient zná metody tišení bolesti
- pacient chápe příčinu vzniku bolesti

PLÁN:

- zjistit lokalizaci bolesti, její vyzařování, změny v průběhu dne a charakter bolesti, zhodnotit intenzitu bolesti podle analogové stupnice bolesti
- prodiskutovat s panem O. dosavadní léčbu bolesti, podávat analgetika dle ordinace, sledovat a zaznamenávat účinek léků, jakoukoli změnu hlásit lékaři
- pomoci panu O. změnit polohu a najít tzv. úlevovou polohu, zajistit pohodlí
- vysvětlit pacientovi příčinu bolesti
- akceptovat a uznávat bolest tak, jak ji vnímá pan O.
- dbát na to, aby rehabilitaci, aktivní cvičení nemocný prokládal dostatečným odpočinkem

REALIZACE:

U pana O. jsme rychle dokázali lokalizovat a změřit bolest. Pacient měl k dispozici analogovou škálu bolesti, kde udával stupeň bolesti č. 6 – viz příloha číslo 8. Bolest byla tupá a vyzařovala do okolí. Dle ordinací lékaře byl první pooperační den panu O. do CŽK podáván Morphin kontinuálně injekčním dávkovačem. Po domluvě s lékařem byl přidán intravenózně Ketonal 1amp. Nežádoucí účinky léku jsem nezaznamenala. Pomohla jsem nemocnému zvolit úlevovou polohu (na boku). Po aplikaci analgetik pociťoval pacient do 1 hodiny zlepšení od bolesti. Udal stupeň bolesti č. 2. Poučila jsem nemocného o možnosti omezení bolesti při kašli, a to fixací operační rány.

HODNOCENÍ:

Pacient hodnotí bolest jako mnohem snesitelnější, může se tak na lůžku více pohybovat. Pacient pochopil příčinu bolesti a také, že může sám ovlivnit bolest, a to přidržením si rány při kašli či změně polohy na lůžku.

2. Porucha periferního prokrvení tkání způsobená nedostatečným dýcháním, sníženým přívodem kyslíku

CÍL:

- pacient má zajištěné účinné dýchání
- pacient má osvojeny techniky dechového cvičení
- pacienta má zvýšené fyziologické hodnoty saturace kyslíku v krvi - viz. příloha č. 1-2

PLÁN:

- při potřebě podávat kyslík – maskou, nebulizací
- pravidelně kontrolovat – dech, TK, P, teplotu, SpO₂ – vést záznam
- pravidelně kontrolovat kůži – cyanóza, bledost
- zvednout hlavovou část lůžka do polohy polosedu
- zajistit dodržování dechové RHB, i mimo přítomnost fyzioterapeuta
- podávat léky dle ordinace lékaře
- edukovat pacienta o možných rizicích, významu dechových cvičení

REALIZACE:

Pacientovi jsem podala kyslíkovou masku a uložila do Fowlerovy polohy. Soustavně jsem sledovala základní životní funkce i celkový duševní stav nemocného. Povzbudila jsem pana O., aby se uvolnil a dýchal pomalu a hluboce. Dle ordinace lékaře byl nemocnému nasazen injekční dávkovač se Syntophyllinem. Poté jsme pana O. poučila o důležitosti dechové rehabilitace. Použili jsme techniku „rukavicového“ dýchání. To se dobře osvědčilo a panu O.

se plicní ventilace zlepšila. Na odpolední hodinu byl naordinován odběr vzorku krve na stanovení arteriálních krevních plynů – viz příloha číslo 5.

HODNOCENÍ:

Cíle bylo dosaženo. Hodnoty saturace se zvýšily do normy. Pacient má osvojeny techniky dechových cvičení, během dne je sám aktivně prováděl, bylo dosaženo účinnějšího dýchání.

3. Zvýšení tělesné teploty z důvodu operačního výkonu

CÍL:

- pan O. bude během hospitalizace bez teplot
- pacient bude dostatečně hydratován

PLÁN:

- zjistit základní příčinu hypertermie
- monitorovat hodnoty tělesné teploty
- sledovat stav kůže, stav vědomí a provádět pravidelná měření FF
- měřit příjem a výdej tekutin, zajistit vhodnou hydrataci pana O.
- provádět fyzikální chlazení, podávat antipyretika a ATB dle ordinací lékaře
- snižovat TT u pana O. odstraňováním částí oděvu, snižováním teploty okolního prostředí
- zdůraznit zachování klidu na lůžku, dochází tím ke snižování metabolických nároků i ke snížení spotřeby kyslíku
- informovat pana O. o faktorech ovlivňujících TT a nutnosti dostatečného příjmu tekutin

REALIZACE:

U pana O. se TT měřila á 6 hodin, viz. příloha číslo 1-2. Příjem a výdej tekutin je zaznamenán v příloze číslo 3. Vlivem operačního výkonu došlo u pana O. první pooperační den k zvýšení TT na 38,4°C. Tento problém jsme vyřešili aplikací

Aspégicu i.v. Pro snížení TT jsme vyndali z kapny tepelnou vložku, takže pan O. se přikrýval pouze povlakem (kapnou). Následující měření TT byla v normálu. Fyzikální chlazení jsme prováděli pouze v začátcích vzestupu TT. Pan O. se v další hodinách mobilizoval a nešlo fyzikální chlazení provádět. Otevřené okno velice rád uvítal.

HODNOCENÍ:

Tělesná teplota se u nemocného podařila snížit. Pan O. byl dále během hospitalizace již bez teplot a byl dostatečně hydratován. Bilanční hodnoty příjmu a výdeje tekutin jsou zaznamenány v příloze číslo 3.

4. Porucha spánku z důvodů bolesti, rušení nočním provozem oddělení

CÍL:

- nemocný bude v noci klidně spát alespoň 6 hodin bez přerušení
- pacient se cítí po ránu odpočatý
- pacient je během dne aktivován

PLÁN:

- zjistit příčinu nespavosti
- podávat léky dle ordinace lékaře
- upravit lůžko nemocného a vyvětrat místnost
- omezit rušivý hluk na oddělení
- zaměstnávat pacienta přes den a kontrolovat, aby nespál

REALIZACE:

Pacient si stěžuje na přerušovaný spánkem, a to zejména z důvodu bolestivosti v okolí operační rány a také ho velmi ruší noční provoz na oddělení. Na noc byla panu O. zvýšena dávka analgetika. Před spaním bylo u nemocného upraveno lůžko a na vyžádání pana O. řádně vyvětraná místnost, tak jak byl navyklý i

z domova. U lůžka nemocného se více zatemnilo světlo a zajistilo klidné a tiché prostředí. Během dne jsem pak pana O. více zaměstnávala činnostmi a kontrolovala, aby nespál.

HODNOCENÍ:

Nemocný v noci spal, probudil se pouze jednou a to při podávání nočních léků. Ráno se cítil více odpočatý. Na bolesti si během noci nestěžoval.

5. Nelibost spojená se snížením příjmu tekutin v rámci pooperačního dietního režimu

CÍL:

- pacient chápe nutnost omezení příjmu tekutin
- pacient nemá pocit sucha v ústech

PLÁN:

- vysvětlit pacientovi důvod dietního omezení
- vytírat nemocnému ústa navlhčenými tampóny, svlažovat rty žínkou
- aplikovat infúzní terapii dle ordinace lékaře
- kontrolovat bilance tekutin

REALIZACE:

Panu O. byla vysvětlena nutnost omezení příjmu tekutin ústy. A byl poučen o důležitosti svlažování úst. Na stolečku měl k dispozici navlhčené tampóny k vytírání dutiny ústní a žínku ke svlažení rtů. Infúzní roztoky byly aplikovány dle ordinace lékaře a po 6 hodinách byla pravidelně sledována bilance tekutin – viz. příloha číslo 3.

HODNOCENÍ:

Pacient chápe nutnost omezení příjmu tekutin a snaží se být ukázněný. Bilanční hodnoty jsou v normě.

6. Deficit soběstačnosti v důsledku zhoršeného zdravotního stavu po operaci

CÍL:

- pacient provádí péči o sebe samého na úrovni svých schopností
- pacient bude mít zajištěny potřeby v oblasti osobní hygieny

PLÁN:

- zhodnotit stupně soběstačnosti – Barthelův test – viz. příloha č. 7
- podporovat pana O. v samostatnosti
- pomáhat, kde je potřeba
- poskytnout dostatek času k dokončení úkolu
- zajistit, aby byl dodržován rehabilitační program
- aktivovat ke cvičení i mimo rehabilitaci
- monitorovat bolest při zvýšené aktivitě

REALIZACE:

U pacienta byl proveden Barthelův test základních všedních činností. Bodový výsledek tohoto testu se rovnal 45 bodům, což svědčí o závislosti středního stupně. První pooperační den provedl hygienu za asistence ošetřujícího personálu v sedě na lůžku. Pacientovi je k dispozici přenosné umyvadlo s vlažnou vodou. Pro zajištění dostatečné intimity posloužily závěsy mezi jednotlivými lůžky. Na druhý den bylo v plánu, že si pan O. na osobní hygienu již přejde k umyvadlu na pokoji a třetí den se zkusí vydat v doprovodu ošetřujícího personálu až do sprchy. Vždy před hygienou byla pacientovi preventivně zvýšena dávka analgetik. V napájení tekutin byl pan O. zcela soběstačný. Plnou sklenku s čajem měl vždy k dispozici hned vedle lůžka na nočním stolku. Pro bezpečnost pana O. byl z jedné strany lůžka zajištěn postranicí, která posloužila nemocnému i při polohování v lůžku. Dále měl pacient k dispozici tlačítkovou signalizaci k přivolání potřebné pomoci. U nemocného byl zajištěn každodenní rehabilitační program s fyzioterapeutem. Pana O. jsme se snažila aktivovat ke cvičení i mimo plánovanou rehabilitaci.

HODNOCENÍ:

Deficit sebepečce je pouze dočasný, během mého ošetřování se postupně upravoval. Pan O. je velmi snaživý, aktivně dodržuje rehabilitační program. Potřeby v oblasti osobní hygieny byly zajištěny. Při provádění hygieny si na bolesti nestěžoval.

7. Strach z důvodu závažného onemocnění

CÍL:

- pacient je informován o způsobech léčby, případných změnách životního stylu, má dostatek informací o svém onemocnění
- pacient prožívá pocit zmírněného strachu

PLÁN:

- určit intenzitu strachu
- informovat nemocného o jeho onemocnění, o způsobech léčby, případných změnách životního stylu
- naslouchat, hovořit s ním, být k dispozici

REALIZACE:

S pacientem jsem pohovořila, odpovídala na otázky týkající se léčby a životního stylu. Snažila jsme se pravidelně zprostředkovávat nové informace ze strany lékařů o průběhu jeho léčby, o výsledcích jednotlivých vyšetření, a to vše v rámci mých kompetencí. Pokud si pan O. žádal informace od lékaře, zajistila jsem jeho příchod k nemocnému. Kdykoli pan O. potřeboval, snažila jsem se být k dispozici. Pana O. jsem často povzbuzovala.

HODNOCENÍ:

Pacient je informován, v důsledku informovanosti se zmínil i jeho strach. Cíle bylo dosaženo.

8. Úzkost nemocného, způsobená odloučením od rodiny

CÍL:

- pacient nebude úzkostný nebo se dosáhne zmírnění úzkosti u nemocného

PLÁN:

- zjistit možné příčiny úzkosti od pana O. i rodinných příslušníků
- hovořit s panem O. klidně, nespěchat, používat krátké věty a naslouchat mu se zájmem, úctou a respektem
- sledovat úzkost a její projevy v průběhu hospitalizace
- povzbuzovat ho, umožnit mu plakat, popsat pocity, které vyvolaly úzkost
- zapojit pana O. do nejrůznějších aktivit, které mohou odvést pozornost od problému: čtení, rozhlas, tělesná aktivita
- zajistit možnost návštěv rodiny nebo zajistit jiný způsob komunikace mezi panem O. a rodinou

REALIZACE:

Příčina úzkosti u pana O. byla v odloučení od rodiny. Nebyl sice nikdy nějak na rodinu závislý, ale nemoc, která se u něj objevila ho se svoji rodinou více sblížila. Takže se mu velice stýskalo. Ihned po našem rozhovoru jsem panu O. přinesla mobilní telefon a on mohl uskutečnit telefonát se svoji rodinou. Mobilní telefon zůstal po celou dobu hospitalizace u něj. Při rozhovoru jsem informovala pana O. o spolupráci a chodu oddělení, kde byl hospitalizován. Po telefonu s rodinou jsme na víkend domluvili návštěvu. Od té doby se pan O. těšil jedině na ni a na víkend. Abychom panu O. zkrátili jeho čekání, půjčili jsme mu rádio a časopisy. Raději by uvítal svoje křížovky, ale žádnou u sebe neměl.

HODNOCENÍ:

U pana O. byla úzkost zmírněna.

Potenciální diagnózy:

1. Riziko vzniku infekce z důvodu porušení kožní integrity, způsobené operační ránou, CŽK, drény, PMK

CÍL:

- pan O. nebude mít žádné známky nozokomiální infekce během dnů mého ošetřování
- operační rána se bude hojit per primam

PLÁN:

- denně kontrolovat místa vpichu CŽK, kůži po vyvedených drénech, okolí kůže u PMK
- denně kontrolovat funkčnost drénů a močového katétru
- sledovat proces hojení ran, popsat operační ránu (velikost, tvar, hloubka, bolest, okolí rány, sekrece, zápach, přítomnost infekce)
- udržovat okolí rány v čistotě a v suchu prostřednictvím pravidelných převazů
- provádět denní převaz CŽK, drénů
- dodržovat pravidla asepsy při ošetřování
- sledovat bilance tekutin a TT po 6 hod., sledovat známky zánětu
- provádět časnou výměnu osobního i ložního prádla

REALIZACE:

První pooperační den v dopoledních hodinách došlo u nemocného k náhlému vzestupu TT. Ihned byl informován ošetřující lékař. Jako příčinu zvýšení TT jsme viděli v aktuálním pooperačním stavu. Preventivně byla naordinována antipyretika a také zajištěno fyzikální chlazení nemocného. Následující měření TT po 2 hod. bylo v normálu. Všechny invazivní a neinvazivní vstupy byly vždy pravidelně kontrolovány a převazovány po ranní a večerní toaletě. Péče o operační ránu, CŽK, drény, jsme prováděli tak, jak je popsáno v chirurgické terapii. Denně jsme sledovali vědomí a základních životních funkcí – viz. příloha

číslo 1-2. Při pravidelných převazech byly vždy zachovány zásady asepse. Během dnů mého ošetřování došlo k odstranění Redonova drénu 3. pooperační den a rektálního drénu 5. pooperační den. Výměna osobního a ložního prádla byla prováděna vždy při toaletě. Pan O. se sám v rámci svých možností a aktuálního zdravotního stavu polohoval a mobilizoval.

HODNOCENÍ:

Operační rána se hojila per primam. TT byla zvýšena pouze první pooperační den následkem aktuálního pooperačního stavu. Následující měřené hodnoty TT byly již v normálu. Během dalších dnů mého ošetřování nebyly zaznamenány žádné známky nozokomiální infekce.

2. Riziko vzniku dekubitů z důvodů upoutání na lůžku po operaci a pro trvalou monitoraci

CÍL:

- nemocný nemá porušenou kůži, jeho kůže je beze změn
- nemocný poznal a pochopil význam příčin vyvolávajících poruchy
- nemocný se aktivně zapojil do preventivních opatření

PLÁN:

- zhodnotit riziko vzniku dekubitů pomocí rozšířené stupnice dle Nortonové – viz příloha č. 6
- kontrolovat pravidelně stav kůže u nemocného – věnovat největší pozornost predilekčním místům
- vyměňovat včas vlhké nebo zmačkané lůžkoviny i osobní prádlo
- provádět pečlivě hygienu kůže
- dostatečné zajištění parenterální výživy u nemocného
- zajistit pravidelné polohování pacienta a dbát na jeho včasnou mobilizaci

REALIZACE:

U pacienta bylo zhodnoceno riziko vzniku dekubitů dle Nortonové. Bodový výsledek tohoto testu se rovnal 25 bodům, což svědčí o zvýšeném nebezpečí vzniku dekubitů. Pravidelně byl kontrolován stav kůže nemocného. Doporučila jsem panu O. měnit polohu těla alespoň každou hodinu. Při polohování byly využity pěnové klínky. Celková hygiena byla u nemocného prováděna 2 x denně. Vždy po hygieně jsem pacientovi promazala celé tělo masážní emulzí. V průběhu celého dne se pečlivě dbalo na udržování lůžka v čistotě, suchu a upravené. U pacienta byla zajištěna dostatečná parenterální výživa. Pana O. jsem se snažila během dne více aktivovat, například při napájení tekutin jsem pacienta nabádala k sedu s DK svisle dolů z lůžka.

HODNOCENÍ:

U pacienta nebyly zaznamenány známky počínajícího dekubitu. Byla maximálně dodržována všechna preventivní opatření. Pan O. se aktivně zapojuje do spolupráce.

3. Riziko vzniku tromboembolické nemoci (TEN) z důvodu omezené pohyblivosti pacienta po operaci**CÍL:**

- pacient nejeví známky TEN

PLÁN:

- zajistit časnou mobilizaci pacienta
- informovat nemocného o nezbytnosti cvičení DK na lůžku
- aplikovat léky dle ordinace lékaře
- zajistit vnější elastickou kompresi DK
- sledovat příznaky TEN

REALIZACE:

Hned první pooperační den pan O. cvičí pravidelně na lůžku za asistence fyzioterapeutů. Je poučen o nutnosti provádět dechová cvičení, odkašlávání a cvičí DK každé 4 hodiny – kroužení chodidla, plantární flexe a extenze, střídavé natahování a pokrčování DK a prstů u nohou. Během dne se pan O. posazuje s DK svisle dolů z lůžka. Na druhý pooperační den je již v plánu nácvik stoje a chůze kolem lůžka. Pacientovi je aplikován s.c. Clexane 0,4 ml v 11.00 hodin dle ordinace lékaře. K žilní kompresy jsou použity elastická obinadla, u kterých je pravidelně kontrolována pevnost a správnost jejich přiložení. U pacienta jsou v pravidelných intervalech monitorovány vitální fyziologické funkce- viz. příloha číslo 1-2.

HODNOCENÍ:

Pacient si sám procvičuje DK na lůžku, v přítomnosti fyzioterapeutů aktivně spolupracuje. Příznaky tromboembolické nemoci se neobjevily.

4. Riziko pádu a poranění z důvodů operačního výkonu a odeznívající anestézie**CÍL:**

- nemocný neupadne ani se jinak nezraní
- nemocný si uvědomuje faktory, které zvyšují možnost úrazu

PLÁN:

- zhodnotit stupně soběstačnosti – Barthelův test – viz. příloha č. 7
- pomáhat pacientovi v sebepěči
- zajistit nemocného před nebezpečím možného poranění
- informovat nemocného o riziku pádu a úrazu
- poučit klienta o používání signalizačního zařízení

REALIZACE:

Dle provedeného Barthelova testu základních všedních činností získal pan O. bodový výsledek - 45 bodům, což svědčí o závislosti středního stupně. První pooperační den bylo nutné u pana O. věnovat zvýšenou ošetrovatelskou péči ve smyslu uspokojování základních potřeb. Pacientovi bylo vysvětleno, že polohování a posazování na lůžku bude nutné provádět pouze za přítomnosti a asistence ošetřujícího personálu. Pro bezpečnost pana O. byl z jedné strany lůžka zajištěn postranicí, která posloužila nemocnému i při polohování v lůžku. Dále měl pacient k dispozici tlačítkovou signalizaci k přivolání potřebné pomoci.

HODNOCENÍ:

U pacienta bylo zajištěno bezpečné prostředí. Nemocný si uvědomoval možná rizika pádu a poranění a aktivně s ošetřujícím personálem spolupracoval.

4. 5 Psychosociální hodnocení nemocného

PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA NEMOCNÉHO

Onemocnění je pro většinu lidí náročnou životní situací. Je mnoho důvodů, proč jedinec určitou situaci nebo událost vnímá jako obtížně zvládnutelnou nebo dokonce neřešitelnou. Většina nemocných prožívá onemocnění jako ohrožující situaci. Nejčastějšími důvody jsou: změna sociální role a postavení jedince, pokles sociální prestiže, omezení až zprerthání dosavadních mezilidských kontaktů a vztahů, změna denního a týdenního stereotypu, řešení nových situací, frustrace a deprivace potřeb biologických i sociálních, konflikty se zdravotníky, pacienty a jiné.

Průběh nemoci je často silně ovlivněn psychickým stavem nemocného, jeho náladou, obavami a nadějí, znalostmi a neznalostmi průběhu choroby, jeho osobnostními charakteristikami, působením rodiny, zdravotnických pracovníků a spolupacientů. Proto každý člověk prožívá nemoc zcela odlišně podle individuálních rysů své osobnosti i podle sociální situace, ve které se právě nachází. Abychom nemocnému dobře porozuměli a mohli ho dobře ošetřovat, potřebujeme ho vidět jako celého člověka. Nedbáme-li komplexně o biologickou, společenskou i psychickou stránku nemocného, narušujeme jeho vztah k lékařům, sestřám a k ostatnímu zdravotnickému personálu.

Z ošetrovatelského hlediska je žádoucí poznat osobnost nemocného hlavně proto, abychom aktivně předcházeli nežádoucím prožitkům a uměli profesionálně správně pomoci nemocným k rychlé adaptaci na nově vzniklou situaci. Pacient v souvislosti se svým onemocněním prožívá často řadu negativních, nepříjemných emocí, pocitů a duševních stavů (úzkost, strach, bezmocnost, lítost, pocit ohrožení a nejistoty), které brání rozvinutí vzájemného důvěryplného vztahu mezi nemocným a zdravotníkem. Uvedené prožitky mohou léčbu komplikovat nebo prodlužovat. Znalosti z psychologie umožňují lépe porozumět reakcím nemocných a jejich rodinných příslušníků a profesionálně správným způsobem zvládat situace, kdy nemocný nebo hospitalizovaný jedinec reaguje nečekaným a neobvyklým způsobem. (10), (4)

Práce s onkologickým pacientem je velmi obtížná. Vyžaduje velké pochopení a odborné i psychologické vzdělání personálu. Dříve se onkologická diagnóza před nemocným tajila. Dnes díky větší informovanosti veřejnosti využíváme těchto vědomostí pacienta k lepší spolupráci. Můžeme se setkat s pacienty v různých fázích odezvy na jejich chorobu. K tomu, abychom mohli včas rozpoznat změny psychiky u svých pacientů a účinně jim pomáhat, měly bychom znát fáze psychické odezvy na závažné zdravotní stavy, jak je definuje teorie Kübler-Rossové:

Šok – emočně velmi silná odezva na sdělení maligní diagnózy, projevuje se pláčem, silným neklidem či naopak ztrnulostí. Pacienti se ptají proč se to stalo, proč právě mně? Šoková reakce trvá různě dlouho a většinou sama odezní.

Popření – pacienti se nechtějí smířit s diagnózou a hledají racionální vysvětlení a pochybnosti vyjadřují větami: to nemůže být pravda, určitě se jedná o omyl. Toto může v extrémních případech trvat po celou dobu léčby a tím ji ztížit.

Agrese – pacienti se ocitají v emoční pasti, projevují zlost vůči všem zdravým lidem ve svém okolí, podle své mentality buď přestávají komunikovat se zdravotníky nebo jsou se vším nespokojeni, hádají se a odmítají pomoc i léčbu.

Smlouvání – tady se uchylují pacienti k pomyslné autoritě boží, přírodní či k autoritě lékaře a pak od nich slyšíme věty: „musím dostavět dům“, „chci své děti vychovat, vidět je dostudovat“, „chci dokončit dlouhodobý pracovní úkol“.

Deprese – nejtěžší fáze psychické odezvy, kdy se pacienti zcela ponoří do beznaděje, strachu, úzkosti a opět podle svého osobnostního založení trpí nezvladatelným psychomotorickým neklidem, přemrštěnou komunikací s okolím nebo ztrnulostí, stažením se do sebe a odmítáním veškeré spolupráce s okolím. Tato fáze je pro pacienty i jejich léčbu velice nebezpečná a je třeba ji překonat psychofarmaky.

Smíření – fáze psychického uvolnění, kdy vypjaté emoce převáží rozumový přístup k nemoci i léčbě. Pacienti se zklidní a jsou schopni účinně spolupracovat na své léčbě.

Jednotlivé fáze se také mohou u pacienta opakovat nebo některé zcela chybět. Je to většinou v souvislosti se změnou jeho fyzického stavu v průběhu léčby. Příbuzní pacientů, jejich blízcí většinou trpí stejnými psychickými traumaty jako pacienti. (23)

Pan O. byl o své diagnóze informován již před nástupem do nemocnice. Přiznává, že ho to zpočátku velmi vyděsilo, nikdy předtím vážněji nestonal, pociťoval tedy velký strach z budoucnosti, úzkost z toho, co přijde. Postupem času, v průběhu všech vyšetření a konzultací s odborníky, získával stále více informací o své nemoci a tedy i možnostech léčby. To ho více uklidnilo a pan O. se začal postupně se svým onemocněním vyrovnávat a aktivně se zapojovat do průběhu své léčby.

Nyní během hospitalizace pan O. vyjádřil svůj strach a nejistotu hned při prvním navázání kontaktu. Když se na něco zeptal sester, odpověděly mu ochotně. Nedostal ale souvislou informaci, měl proto pocit, že mu nikdo nic pořádně nevysvětlil. Dohodli jsme se, že problém je v nedostatečné komunikaci. Snažila jsem se podpořit atmosféru důvěry – být k dispozici a poskytnout žádoucí informace - kde by se pan O. nebál ptát a hovořit o svých pocitech. Mne se pan O. ptal, co mu to dávám na rány a jaký to má účinek, na léky, které dostává a proč, z jakého důvodu nesmí přijímat tekutiny apod. Byl za tyto informace rád, vyjádřil pocit, že i personál, který ho ošetřuje, je naopak informovaný o něm a může mít k němu důvěru. První den po operaci ho také velmi trápila nejistota, jak dopadl operační výkon. Lékaře jsem tedy požádala o doplnění informací a pana O. jsem pobídla, aby se nebál svého lékaře ptát. Pan O. se tedy ptal při vizitě, a při každém kontaktu s lékařem. Byl velmi zvědavý a nenechal se odbýt. Byly mu doplněny informace o jeho zdravotním stavu, výsledcích vyšetření, jak dlouho asi v nemocnici zůstane, jak dlouho bude muset ještě ležet na intenzivní péči, kdy se bude moci najíst apod. Pan O. tyto informace uvítal. Vyjádřil, že ví, co může nyní očekávat a pocity strachu a obavy z blízké budoucnosti byly zmírněny. Přesto je to pro něho dlouhá doba, ale musí to vydržet.

Pan O. má také velkou oporu ve své rodině, mezi přáteli. To ho velmi motivuje a psychicky podporuje. Rodina je s nemocným téměř v každodenním kontaktu. První pooperační den sice jen přes telefonní spojení, avšak v průběhu dalších dnů bylo již umožněno jejich osobní setkávání. To bylo pro pana O. velmi důležité. A jelikož měl mnoho přátel, domlouvali jsme návštěvy i v individuálních časech, samozřejmě s přihlédnutím na chod oddělení.

Pan O. si je vědom závažností svého onemocnění, byl srozuměn se svou prognózou. Snaží se nepřipouštět si závažnosti plynoucí z této jeho diagnózy.

Jeho cílem je nyní co nejdříve se zotavit po operaci, aby mohl být propuštěn domů. Se svým onemocněním vyjádřil předsevzetí v budoucnosti změnit stravovací návyky a přizpůsobit se svému stavu. Více si váží svého života a chvílí strávených s rodinou.

SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA NEMOCNÉHO

Pan O. je ženatý, má dva syny a pět vnoučat. Bydlí v panelovém bytě v Praze. S dětmi a vnoučaty se pravidelně navštěvují. Do budoucna plánují, že se s manželkou přestěhují do rodinného domku za Prahu k mladšímu synovi, byt přenechají staršímu synovi.

Pan O. je již v důchodu. Dříve pracoval jako soustružník. Pan O. je stále velice aktivní. Než onemocněl, vypomáhal mladšímu synovi na stavbě rodinného domku, kde se cítil potřebný. Volné chvíle tráví se svou ženou, chodí často na procházky, navštěvují své přátelé. Nyní si je vědom toho, že bude muset více odpočívat.

4. 6 Edukační plán

Edukací rozumíme obecný proces vzdělávání nebo výchovy, předávání informací, výuku nových návyků, stereotypů, dovedností. Aby edukace byla účinná, musíme ji nabídnout a provádět ve správný čas nejen klientovi, ale i jeho rodině. Edukace klienta by se měla stát jednou z hlavních priorit sestry. Moderní ošetřovatelství předpokládá, že každá sestra je schopna provádět edukaci tak, aby uspokojila potřeby klienta. *Edukátor* je ten, kdo edukuje. *Edukant* je ten, kdo se učí, přebírá hotové pojmy od edukátora. *Edukační proces* je činnost lidí, při níž dochází k učení. Tento proces je třeba pečlivě naplánovat: nutno stanovit si cíle - vědět, koho chceme edukovat - obsah látky, který budeme sdělovat - kdy a jakou formou sdělovat - za jakých podmínek - s jakým efektem - zjistit výstupní úroveň znalostí.

V případě edukace o prevenci KRK se může zapojit nejen zdravotník (sestra, lékař), ale i informovaný laik, popřípadě osoba, která problém zná. Metodu edukace bych zvolila informačně-receptivní, kdy se edukantovi předávají informace – výkladem, popisem nebo vysvětlováním. Zdravotník při edukaci ve zdravotnickém zařízení má k dispozici různé materiálně didaktické prostředky, které lze v edukaci využít. Mohou to být modely, nákresy, zobrazující vznik a růst nádoru, dále textové pomůcky – letáky, odborné knihy, „psaníčko“ na test na okultní krvácení apod. Vždy po edukaci musí následovat kontrola – zda edukace splnila svůj účel, to znamená, zda se úroveň znalostí o problému u edukanta zvýšila. Pokud je edukace prováděna sestrou ve zdravotnickém zařízení, je dobré mít o ní písemný záznam, kde je uvedena úroveň znalostí o problému na začátku a na konci edukace, stanovený cíl, metody, formy, obsah edukace.

Po dobu hospitalizace byla u pana O. průběžně prováděna edukace. Po operaci byl pacient informován lékařem o průběhu operace, o pooperačním režimu, naordinovaných lécích, o dietním opatření. Sestrou byl pan O. poučen o následujícím průběhu ošetrovatelských intervencí (podávání infúzí, inhalace, péče o invazivní vstupy, převazy, provádění hygieny, vstávání z lůžka, rehabilitaci, režimu na oddělení).

Další edukace už spočívala v problémech, které vznikly během hospitalizace. V prvních dnech jsme museli nemocného učit dýchat. Dýchání bylo povrchní a neúčinné. Proto jsme volili jiné techniky dýchání, které měly výbornou účinnost. Hovořili jsme o dechové rehabilitaci, relaxačních technikách, principu správného dýchání. Nemocný byl informován a významu včasné zahájené rehabilitace.

Další edukace pana O. byla soustředěna na režimová opatření, které by měl pacient dodržovat po propuštění domů:

Dietní opatření

Dieta v zásadě nemá být dráždivou a nemá urychlovat střevní činnost, stejně jako nemá být nadýmavou.

Ve stravě je vhodné omezit nadměrnou spotřebu tuků, zejména živočišných tuků, z olejů jsou nejlepší rostlinné oleje lisované za studena, ztužené

rostlinné tuky. Je třeba omezit příjem uzenin. Z mas jsou zdravější druhy s nižším obsahem tuků (ryby, drůbež), z mléčných výrobků je vhodné volit rovněž ty s nižším obsahem tuků. V případě masa je lépe dát přednost vaření, dušení, eventuálně pečení a grilování při nižších teplotách, vyhnout se smažení, zvláště na přepálených tucích. Dále je třeba snížit příjem alkoholu, omezit kouření, resp. přestat kouřit. V jídelníčku by měly být ve zvýšené míře zastoupeny různé druhy ovoce, zeleniny a obilné vlákniny. Ovoce raději v podobě strouhané, nevhodné je tvrdé ovoce se slupkami a se zrníčky. Upravit převařením nebo dušením. (1), (19)

Doporučení pro sledování pacientů s KRK

Dispenzarizace pacientů s KRK po primární terapii je stejná jako u všech onkologických onemocnění, tj. frekvence kontrol 1 x za tři měsíce po dobu prvních dvou let, dále minimálně 2 x ročně po dobu 5 let od skončení léčby. Kontrola spočívá v klinickém a komplementárním vyšetření, kdy se zejména kontrolují kolonoskopické nálezy a markery (CEA). (8)

Edukace rodiny

Během hospitalizace pana O. byli edukováni také příbuzní nemocného. V souvislosti s diagnózou KRK u nemocného bylo nutné informovat rodinu o možném výskytu tohoto onemocnění. Byli informováni o možnostech preventivních prohlídek – každoročně test na okultní krvácení ve stolici od 40 let věku. O zásadách správného dodržování životního stylu.

4. 7 Prognóza

Prognóza pana O. je příznivá. Při operaci byl odstraněn celý nádor – resekce sigmoidea byla provedena 15 cm nad tumorem a 10 cm pod tumorem. Střevní kontinuita byla obnovena jednovrstevnou anastomosou ETE. Resekovaná část byla odeslána k histologickému vyšetření. Přítomnost uzlinových a vzdálených metastáz nebyla prokázána. Z výsledku histologického nálezu je závěrem: subserózní vazivo bez nádorové infiltrace, v perikolické lymfatické uzlině jsou pouze mírné reaktivní zánětlivé změny, peritoneální povrch a oba okraje resekatu mají přiměřený nález. U pacienta byly doporučeny následné pravidelné kontroly na onkologické a chirurgické ambulanci. Pan O. i jeho rodinný příslušníci byli dostatečně edukováni. Pacient se cítí dobře, s následujícím postupem léčebných opatření souhlasí.

5. ZÁVĚR

Obsahem této případové studie bylo komplexní zpracování ošetrovatelské péče u nemocného s diagnózou karcinom sigmoidea, o kterého jsem pečovala na chirurgické jednotce intenzivní péče v nemocnici Milosrdných sester svatého Karla Boromejského.

Pana O. jsem měla v péči po dobu 6 dnů, kdy jsem se zaměřila především na první pooperační den a popsala hlavní ošetrovatelské problémy, které jsem následně také podrobně rozpracovala. K naplnění ošetrovatelských cílů, které jsem si stanovila, se mi podařilo přiblížit. Důležitou roli zde sehrála také velmi dobrá spolupráce s pacientem.

Pan O. byl velmi příjemný člověk. Hned od začátku jsme navázali kvalitní spolupráci. V rozhovorech mi ochotně odpovídal na mé otázky, často se sám rozpovídal. Sám se také ptal na vše, co mu nebylo jasné. Ošetřování pana O. bylo přínosné také pro mne, vzhledem k jeho vyrovnanému vztahu k onemocnění.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

| | |
|-----------|---|
| AA | alergická anamnéza |
| ALP | alkalická fosfatáza |
| ALT | alaninaminotransferáza |
| amp. | ampule |
| APTT | aktivovaný parciální tromboplastinový čas |
| AST | aspartátaminotransferáza |
| BMI | Body Mass Index |
| CEA | karcinoembryonální antigen |
| CRP | C- reaktivní protein |
| CT | počítačová tomografie |
| CVP | centrální venózní tlak |
| CŽK | centrální žilní katétr |
| Dg. | diagnóza |
| DK | dolní končetiny |
| EKG | elektrokardiografie |
| ETE | end to end anastomóza |
| FA | farmakologická anamnéza |
| FF | fyziologické funkce |
| FR | fyziologický roztok |
| GIT | gastrointestinální trakt |
| GMT | glutamyltransferáza |
| G | glukóza |
| HDŽ | horní dutá žíla |
| HU | hernia umbilicalis |
| HY | hyperplazie prostaty |
| CHIP | chirurgická jednotka intenzivní péče |
| inf. sol. | infúzní roztok |
| inj. | injekce |
| IS | indikační skupina |
| i.v. | intravenózní aplikace |
| KRK | kolorektální karcinom |

| | |
|---------|--|
| NO | nynější onemocnění |
| NÚ | nežádoucí účinky |
| OA | osobní anamnéza |
| OP | osobní anamnéza |
| P | pulz |
| PMK | permanentní močový katétr |
| p. o. | aplikace ústy |
| RA | rodinná anamnéza |
| RHB | rehabilitace |
| RTG S+P | rentgen srdce, plíce |
| R | Ringerův roztok |
| s.c. | subkutánní aplikace |
| SPA | sociálně pracovní anamnéza |
| SpO2 | saturace kyslíku v krvi |
| TEN | tromboembolická nemoc |
| TK | krevní tlak |
| TNM | nádor, lymfatické uzliny, vzdálené metastázy |
| TT | tělesná teplota |
| USG | ultrasonografie |

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ABRAHÁMOVÁ, J., BOUBLÍKOVÁ, L., KORDÍKOVÁ, D.: *Rakovina tlustého střeva a konečníku*, Triton, Praha 2000, ISBN 80-7254-133-1
2. ADAM, Z., VORLÍČEK, J. A SPOL.: *Speciální onkologie*, Masarykova univerzita, Brno 2002, ISBN 80-210-2826-2
3. ADAMS, B., HAROLD, C. E.: *Sestra a akutní stavy od A do Z*, Grada Publishing, Praha 1999, ISBN 80-7169-893-8
4. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M.: *Speciální psychologie*, IDVPZ, Brno 2001, ISBN 80-7013-342-2
5. ČERVINKOVÁ, E A KOL.: *Ošetrovatelské diagnózy*, IDVPZ, Brno 2000, ISBN 80-7013-303-1
6. ČIHÁK, R.: *Anatomie pro posluchače lékařství II.*, Státní pedagogické nakladatelství, Praha 1987, ISBN neuvedeno
7. HOCH, J., LEFFLER, J. A KOL.: *Speciální chirurgie*, Maxdorf, Praha 2001, ISBN 80-85912-44-9
8. HOLUBEC, L. A KOL.: *Kolorektální karcinom – současné možnosti diagnostiky a léčby*, Grada Publishing, Praha 2004, ISBN 80-247-0636-9
9. JABLONSKÁ, M. A KOL.: *Kolorektální karcinom- časná diagnóza a prevence*, Grada Publishing, Praha 2000, ISBN 80-7169-777-X
10. KOLEKTIV AUTORŮ: *Základy ošetřování nemocných*, UK v Praze, Karolinum, Praha 2005, ISBN 80-246-0845-6
11. MANN, M.: *Chirurgická léčba zhoubných nádorů trávicího ústrojí*, Tisk Camers, Kyjov 1995, ISBN 80-201-0080-6
12. NEJEDLÁ, M.: *Fyzikální vyšetření pro sestry*, Grada Publishing, Praha 2006, ISBN 80-247-1150-8
13. OTRADOVCOVÁ, I., KUBÁTOVÁ, L. A KOL.: *Komplexní péče o pacienta se stomií*, Galén, Praha 2006, ISBN 80-7262-432-6
14. PAVLÍKOVÁ, S.: *Modely ošetrovatelství v kostce*, Grada Publishing, Praha 2006, ISBN 80-247-1211-3
15. RICHARDS, A., EDWARDS, S.: *Repetitorium pro zdravotní sestry*, Grada Publishing, Praha 2004, ISBN 80-247-0932-5

16. ROKYTA, R. A KOL.: *Fyziologie*, ISV nakladatelství, Praha 2000, ISBN 80-85866-45-5
17. STAŇKOVÁ, M.: *České ošetrovatelství 3 – Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*, NCO NZO, Brno 2004, ISBN 80-7013-282-5
18. STAŇKOVÁ, M.: *České ošetrovatelství 6 – Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*, NCO NZO, Brno 2004, ISBN 80-7013-323-6
19. ŠVÁB, J.: *Operace tlustého střeva*, Triton, Praha 2000, ISBN 80-7254-122-6
20. TRACHTOVÁ, E. a kol.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, NCO NZO, Brno 2004, ISBN 80-7013-324-4
21. VALENTA, J. a kol.: *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*, Karolinum, UK v Praze, Praha 2004, ISBN 80-246-0644-5
22. VOKURKA, M., HUGO, J.: *Praktický slovník medicíny*, Maxdorf, Praha 2000, ISBN 80-85912-38-4
23. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. A KOL.: *Klinická onkologie pro sestry*, Grada Publishing, Praha 2006, ISBN 80-247-1716-6
24. VYZULA, R., ŽALOUDÍK, J. A KOL.: *Rakovina tlustého střeva a konečníku*, Maxdorf, Praha 2007, ISBN 978-80-7345-140-0

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha číslo 1 : Přehled fyziologických funkcí od 17. – 19. 1. 2008

Příloha číslo 2 : Přehled fyziologických funkcí od 20. – 22. 1. 2008

Příloha číslo 3 : Graf příjmu a výdeje tekutin od 17. – 22. 1. 2008

Příloha číslo 4 : Laboratorní hodnoty od 17. – 22. 1. 2008

Tab. č. 1: Biochemického vyšetření

Tab. č. 2: Krevního obrazu

Příloha číslo 5 : Laboratorní hodnoty od 17. – 22. 1. 2008

Tab. č. 1: Hemokoagulačního vyšetření

Tab. č. 2 : Krevních plynů

Příloha číslo 6 : Hodnocení rizika vzniku dekubitů -

- rozšířená stupnice Nortonové (18)

(hodnoceno 1. pooperační den – dne 18.1. 2008)

Příloha číslo 7 : Barthelův test základních všedních činností

- ADL - activity daily living (18)

(hodnoceno 1. pooperační den – dne 18.1. 2008)

Příloha číslo 8 : Ošetřovatelská anamnéza

Příloha číslo 9 : Průběžný záznam ošetřovatelské péče

Přiložené datové DVD, které obsahuje v elektronické podobě text bakalářské práce ve formátech .doc a .pdf

Příloha číslo 1 : Přehled fyziologických funkcí od 17. – 19. 1. 2008

Přehled fyziologických funkcí 17.-18. 1. 2008

| | 11.00 | 12.00 | 13.00 | 14.00 | 15.00 | 16.00 | 17.00 | 18.00 | 19.00 | 20.00 | 21.00 | 22.00 |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| TK | | | | | | 160/90 | 155/85 | 140/90 | 120/65 | 105/65 | 115/70 | 110/75 |
| P | | | | | | 75 | 76 | 75 | 80 | 75 | 75 | 70 |
| TT | | | | | | 36,5°C | | | | | | 37,2°C |
| SpO2 | | | | | | 94 % | 98 % | 95 % | 95 % | 94 % | 98 % | 98 % |
| CVP | | | | | | + 8,5 | | | | | | + 7 |
| | 23.00 | 24.00 | 1.00 | 2.00 | 3.00 | 4.00 | 5.00 | 6.00 | 7.00 | 8.00 | 9.00 | 10.00 |
| TK | 110/65 | 140/80 | 120/75 | 115/70 | 115/70 | 125/70 | 155/80 | 160/80 | 140/70 | 125/65 | 125/70 | 155/90 |
| P | 70 | 75 | 70 | 65 | 65 | 65 | 68 | 78 | 72 | 63 | 100 | 99 |
| TT | | | | | | 37,0°C | | | | | | 38,4°C |
| SpO2 | 96 % | 95 % | 95 % | 96 % | 96 % | 98 % | 96 % | 94 % | 95 % | 95 % | 92 % | 89 % |
| CVP | | | | | | + 11 | | | | | | + 10 |

Přehled fyziologických funkcí 18.-19. 1. 2008

| | 11.00 | 12.00 | 13.00 | 14.00 | 15.00 | 16.00 | 17.00 | 18.00 | 19.00 | 20.00 | 21.00 | 22.00 |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| TK | 130/80 | 120/75 | 140/85 | 140/70 | 135/70 | 140/70 | 140/80 | 135/80 | 135/80 | 130/75 | 135/75 | 120/65 |
| P | 88 | 72 | 70 | 70 | 72 | 80 | 68 | 70 | 70 | 66 | 67 | 66 |
| TT | | 37,0°C | | | | 36,9°C | | | | | | 36,7°C |
| SpO2 | 90 % | 96 % | 98 % | 98 % | 98 % | 96 % | 96 % | 98 % | 98 % | 99 % | 96 % | 96 % |
| CVP | | | | | | + 1,5 | | | | | | + 4,5 |
| | 23.00 | 24.00 | 1.00 | 2.00 | 3.00 | 4.00 | 5.00 | 6.00 | 7.00 | 8.00 | 9.00 | 10.00 |
| TK | 135/65 | 125/70 | 110/70 | 120/75 | 120/75 | 125/80 | 140/80 | 145/85 | 145/80 | 135/80 | 130/80 | 135/80 |
| P | 60 | 62 | 63 | 60 | 65 | 66 | 72 | 80 | 80 | 78 | 72 | 80 |
| TT | | | | | | 36,8°C | | | | | | 36,3°C |
| SpO2 | 95 % | 95 % | 94 % | 94 % | 94 % | 98 % | 96 % | 96 % | 93 % | 94 % | 98 % | 98 % |
| CVP | | | | | | + 4 | | | | | | + 8 |

Přehled fyziologických funkcí 19.-20. 1. 2008

| | 11.00 | 12.00 | 13.00 | 14.00 | 15.00 | 16.00 | 17.00 | 18.00 | 19.00 | 20.00 | 21.00 | 22.00 |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| TK | 130/70 | 130/70 | 120/70 | 120/75 | 135/80 | 140/80 | 160/95 | 155/80 | 155/75 | 140/70 | 145/70 | 150/80 |
| P | 70 | 72 | 69 | 70 | 78 | 80 | 89 | 90 | 87 | 86 | 80 | 85 |
| TT | | | | | | 36,9°C | | | | | | 36,8°C |
| SpO2 | 96 % | 98 % | 96 % | 96 % | 95 % | 95 % | 94 % | 94% | 96 % | 98 % | 96 % | 96 % |
| CVP | | | | | | + 12,5 | | | | | | + 6 |
| | 23.00 | 24.00 | 1.00 | 2.00 | 3.00 | 4.00 | 5.00 | 6.00 | 7.00 | 8.00 | 9.00 | 10.00 |
| TK | 145/80 | 130/75 | 130/75 | 120/70 | 120/70 | 135/80 | 130/80 | 130/80 | 140/75 | 135/75 | 130/70 | 130/70 |
| P | 70 | 68 | 67 | 63 | 60 | 78 | 76 | 75 | 86 | 80 | 78 | 74 |
| TT | | | | | | 36,9°C | | | | | | 36,4°C |
| SpO2 | 96 % | 95 % | 95 % | 94 % | 93 % | 96 % | 96 % | 96 % | 94 % | 96 % | 96 % | 97 % |
| CVP | | | | | | + 7 | | | | | | + 3,5 |

Příloha číslo 2: Přehled fyziologických funkcí od 20. – 22. 1. 2008

Přehled fyziologických funkcí 20.-21. 1. 2008

| | 11.00 | 12.00 | 13.00 | 14.00 | 15.00 | 16.00 | 17.00 | 18.00 | 19.00 | 20.00 | 21.00 | 22.00 |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| TK | 125/70 | 125/70 | 120/70 | 120/75 | 130/75 | 130/70 | 145/80 | 130/70 | 130/70 | 120/70 | 120/70 | 125/70 |
| P | 72 | 72 | 69 | 66 | 68 | 72 | 70 | 78 | 80 | 72 | 75 | 70 |
| TT | | | | | | 36,5°C | | | | | | 36,5°C |
| SpO2 | | 98 % | | 98 % | | 99 % | | 96 % | | 99 % | | 96 % |
| CVP | | | | | | + 5 | | | | | | + 6 |
| | 23.00 | 24.00 | 1.00 | 2.00 | 3.00 | 4.00 | 5.00 | 6.00 | 7.00 | 8.00 | 9.00 | 10.00 |
| TK | 130/70 | 130/70 | 120/70 | 120/70 | 130/70 | 130/70 | 140/80 | 130/75 | 140/75 | 135/70 | 130/70 | 130/70 |
| P | 70 | 66 | 66 | 65 | 73 | 78 | 81 | 84 | 80 | 77 | 74 | 75 |
| TT | | | | | | 36,8°C | | | | | | 36,4°C |
| SpO2 | | 94 % | | 94 % | | 95 % | | 94 % | | 98 % | | 98 % |
| CVP | | | | | | + 3 | | | | | | + 1 |

Přehled fyziologických funkcí 21.-22. 1. 2008

| | 11.00 | 12.00 | 13.00 | 14.00 | 15.00 | 16.00 | 17.00 | 18.00 | 19.00 | 20.00 | 21.00 | 22.00 |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| TK | 130/70 | 130/70 | 130/75 | 130/70 | 140/70 | 135/70 | 135/70 | 140/70 | 125/70 | 125/70 | 125/70 | 130/75 |
| P | 72 | 76 | 71 | 68 | 72 | 72 | 78 | 83 | 70 | 69 | 68 | 70 |
| TT | | | | | | 36,5°C | | | | | | 36,6°C |
| SpO2 | | 98 % | | 98 % | | 94 % | | 95 % | | 98 % | | 98 % |
| CVP | | | | | | + 7 | | | | | | + 4 |
| | 23.00 | 24.00 | 1.00 | 2.00 | 3.00 | 4.00 | 5.00 | 6.00 | 7.00 | 8.00 | 9.00 | 10.00 |
| TK | 130/70 | 130/70 | 115/70 | 120/70 | 120/80 | 125/80 | 130/75 | 130/75 | 140/75 | 135/70 | 130/70 | 130/70 |
| P | 68 | 66 | 66 | 64 | 72 | 72 | 70 | 78 | 80 | 79 | 76 | 76 |
| TT | | | | | | 36,6°C | | | | | | 36,5 |
| SpO2 | | 95 % | | 94 % | | 96 % | | 98 % | | 99 % | | 98 % |
| CVP | | | | | | + 7 | | | | | | + 1 |

Přehled fyziologických funkcí 22. 1. 2008

| | 11.00 | 12.00 | 13.00 | 14.00 | 15.00 | 16.00 | 17.00 | 18.00 | 19.00 |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| TK | 130/75 | 135/75 | 120/70 | 130/80 | 130/80 | 125/70 | 130/70 | 130/70 | 130/70 |
| P | 80 | 80 | 76 | 78 | 83 | 80 | 80 | 77 | 82 |
| TT | | | | | | 36,7°C | | | |
| SpO2 | | 98 % | | 98 % | | 99 % | | 97 % | |
| CVP | | | | | | + 6 | | | |

Příloha číslo 3: Graf příjmu a výdeje tekutin od 17. – 22. 1. 2008

Graf příjmu a výdeje tekutin 17. – 22. 1. 2008

| PŘÍJEM TEKUTIN/24H | 17.1.2008 od 16hod | 18.1.2008 | 19.1.2008 | 20.1.2008 | 21.1.2008 | 22.1.2008 do 4 hod |
|--------------------------------|------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------------------|
| Per os | + | 300 | 600 | 1200 | 1800 | 1650 |
| Infuze | 2460 | 5000 | 4420 | 4420 | 2980 | 2980 |
| PŘÍJEM v ml. | 2460 | 5300 | 5020 | 5620 | 4780 | 4630 |
| | | | | | | |
| VÝDEJ TEKUTIN/24H | | | | | | |
| Moč ml. | 1400 | 5600 | 4950 | 4100 | 4000 | 3900 |
| Moč sp. V. | 1011 | 1008 | 1009 | 1010 | 1015 | 1018 |
| Drény: | | | | | | |
| Redon. drén | 150 | 100 | 50 | EX | | |
| Rekt. drén | | + | + | ++, plyny | +, plyny | EX |
| Pot | | xxx | | | | |
| Stolice | | | | | | |
| VÝDEJ v ml. | 1550 | 5700 | 5000 | 3700 | 4000 | 3900 |
| | | | | | | |
| BILANCE TEKUTIN/24H | + 910 | - 400 | + 20 | + 1520 | + 780 | + 730 |

Příloha číslo 4: Laboratorní hodnoty od 17. – 22. 1. 2008

Tabulka č. 1 : Biochemického vyšetření

Tabulka č. 2 : Krevního obrazu

Tab. č. 1: Laboratorní hodnoty biochemického vyšetření 17. – 22. 1. 2008

| | | 17.1.2008 v 17 hod. | 18.1.2008 v 6 hod. | 19.1.2008 v 6 hod. | 20.1.2008 v 6 hod. | 21.1.2008 v 6 hod. | 22.1.2008 v 6 hod. |
|------------------|--------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Natrium | mmol/l | 128 *() | 130 *() | 137 (*) | 133 (<) | 137 (*) | 138 (*) |
| Kalium | mmol/l | 4.02 (<) | 4.02 (<) | 4.04 (<) | 4.53 (*) | 4.78 (*) | 5.00 (>) |
| Chloridy | mmol/l | | 97 (<) | 105 (*) | 104 (*) | | |
| Urea | mmol/l | | 3.8 (*) | 2.2 (<) | 4.4 (*) | 5.6 (*) | 6.5 (*) |
| Kreatinin | umol/l | | 73 (*) | 74 (*) | 69 (*) | 64 (*) | 65 (*) |
| Glukoza | mmol/l | 5,8 (>) | 9.0 ()* | 8.2 ()* | 7.0 ()* | 6.65 ()* | 6.43 ()* |
| ALT | ukat/l | | 0.48 (*) | | | 0.62 (*) | |
| AST | ukat/l | | 0.68 (*) | | | 0.72 (*) | |
| ALP | ukat/l | | 1.20 (*) | | | 1.10 (<) | |
| GMT | ukat/l | | 0.17 (*) | | | | |
| Amyláza | ukat/l | | 0.60 (<) | 0.57 (<) | 0.70 (<) | 0.95 (*) | 1.28 (*) |
| CB | g/l | | 56.9 *() | 58.7 *() | 59.6 *() | | 59.8 *() |
| Albumin | g/l | | 33.0 *() | 36.4 (<) | 35.7 (<) | 33.5 *() | 34.2 *() |
| CRP | mg/l | | 58.7 ()* | 54.2 ()* | | 35.0 ()* | 22.2 ()* |

Tab. č. 2: Laboratorní hodnoty krevního obrazu 17. – 22. 1. 2008

| | | 17.1.2008 v 17 hod. | 18.1.2008 v 6 hod. | 19.1.2008 v 6 hod. | 20.1.2008 v 6 hod. | 21.1.2008 v 6 hod. | 22.1.2008 v 6 hod. |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Leukocyty | 10/9/l | 6.4 (*) | 7.4 (*) | 5.6 (*) | 5.8 (*) | 4.3 (<) | 4.0 (<) |
| Erytrocyty | 10/12/l | 3.99 *() | 3.69 *() | 3.75 *() | 3.73 *() | 3.58 *() | 3.79*() |
| Hemoglobin | g/l | 133 (<) | 123 *() | 123 *() | 126 *() | 130 (<) | 133 (<) |
| Hematokrit | - - | 0.390 (<) | 0.357*() | 0.364*() | 0.370*() | 0.354*() | 0.373*() |
| Koncent. HB v ery | g/l | 341 (*) | 345 (*) | 338 (*) | 341 (*) | 339 (*) | 340 (*) |
| Trombocyty | 10/9/l | 172 (<) | 171 (<) | 159 (<) | 161 (<) | 173 (<) | 201 (*) |

Příloha číslo 5: Laboratorní hodnoty od 17. – 22. 1. 2008

Tabulka č. 1: Hemokoagulačního vyšetření

Tabulka č. 2: Krevních plynů

Tab. č. 1: Laboratorní hodnoty hemokoagulačního vyšetření 17. – 22. 1. 2008

| | | 17.1.2008 v 17 hod. | 18.1.2008 v 6 hod. | 19.1.2008 v 6 hod. | 20.1.2008 v 6 hod. | 21.1.2008 v 6 hod. | 22.1.2008 v 6 hod. |
|-------------|---|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| APTT | s | 32 (*) | 41 ()* | 36 (*) | 38 (>) | 37 (*) | 36 (*) |

Tab. č. 2: Laboratorní hodnoty krevních plynů 17. – 18. 1. 2008

| | | 17.1. 2008 v 17 hod. | 18.1.2008 v 17 hod. |
|-------------------------------|--------|---------------------------------|--------------------------------|
| p H | | 7.420 (*) | 7.379 (*) |
| pCO2 | kPa | 5.48 (*) | 5.20 (*) |
| pO2 | kPa | 8.54 *() | 6.64 *() |
| HCO3-akt. | mmol/l | 26 (>) | 22.7 (<) |
| HCO3-stand. | mmol/l | 25.6 (>) | 22.2 (<) |
| Base exess | mmol/l | 1.5 (*) | - 2.4 (<) |
| Base exess ECT. | mmol/l | 1.6 (>) | - 2.6 *() |
| Oxid uhličitý(celkový) | mmol/l | 27.20 | 23.90 |
| O2- SAT | % | 92.5 *() | 90.3 *() |

Příloha číslo 6: Hodnocení rizika vzniku dekubitů

- rozšířená stupnice Nortonové (18)

Hodnoceno 1. pooperační den – dne 18.1. 2008

| Schopnost spolupráce | Věk | Stav pokožky | Další nemoci | Tělesný stav | Stav vědomí | Pohyblivost | Inkontinence | Aktivita |
|----------------------|---------|--------------|--------------|----------------|-------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| úplná | 4 do 10 | 4 normální | 4 žádné | 4 dobrý | 4 dobrý | 4 úplná | 4 není | 4 chodí |
| malá | 3 do 30 | 3 alergie | 3 * | 3 zhoršený | 3 apatický | 3 částečně omezená | 3 občas | 3 doprovod |
| částečná | 2 do 60 | 2 vlhká | 2 * | 2 špatný | 2 zmatený | 2 velmi omezená | 2 převážně močová | 2 sedačka |
| žádná | 1 60+ | 1 suchá | 1 * | 1 velmi špatný | 1 bezvědomí | 1 žádná | 1 stolice i moč | 1 upoután na lůžku |

* diabetes, horečka, anémie, kachexie, onemocnění cév, obezita, karcinom atd. podle stupně závažnosti 3-1 bod.

Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko!).

Jméno: O. M.

Datum: 18.1. 2008

Celkové bodové hodnocení: 25 bodů

Příloha číslo 7 : Barthelův test základních všedních činností

- ADL - activities daily living (18)

Hodnoceno 1. pooperační den – dne 18.1. 2008

| činnost | provedení činnosti | bodové skóre |
|------------------------------|---|---------------------|
| 1. najedení, napití | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 2. oblékání | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 3. koupání | samostatně nebo s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 4. osobní hygiena | samostatně nebo s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 5. kontinence moči | plně kontinentní → PMK pouze dočasně, po OP | 10 |
| | občas inkontinentní | 5 |
| | trvale inkontinentní | 0 |
| 6. kontinence stolice | plně kontinentní → Rekt.drén, pouze po OP | 10 |
| | občas inkontinentní | 5 |
| | trvale inkontinentní | 0 |
| 7. použití WC | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 8. přesun lůžko-židle | samostatně bez pomoci | 15 |
| | s malou pomocí | 10 |
| | vydrží sedět → na lůžku s DK svísele dolů | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 9. chůze po rovině | samostatně nad 50 m | 15 |
| | s pomocí 50 m | 10 |
| | na vozíku 50 m | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 10. chůze po schodech | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |

Hodnocení stupně závislosti:

| | |
|---------------|----------------------------|
| 0 – 40 bodů | vysoce závislý |
| 45 – 60 bodů | závislost středního stupně |
| 65 – 95 bodů | lehká závislost |
| 96 – 100 bodů | nezávislý |

Jméno: O. M.

Datum: 18.1. 2008

Celkové bodové hodnocení: 45 bodů (závislost středního stupně)