

UNIVERZITA KARLOVA  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetrovatelství*



**Weisová Natálie**

**Ošetrovatelská péče o pacienta s terminální  
ileostomií**  
*Nursing care of a patient with terminal ileostomy*

*Bakalářská práce*

Praha, říjen 2019

Autor práce: Natálie Weisová  
Studijní program: Ošetřovatelství  
Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra – kombinovaná forma

Vedoucí práce: **Mgr. Tomáš Komínek**  
Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství**

Předpokládaný termín obhajoby: 19. 9. 2020

## **Prohlášení**

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

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 6. října 2019

Weisová Natálie

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce panu Mgr. Tomáši Komínkovi za jeho odborné rady, podporu, vedení a jeho obrovskou trpělivost.

Také bych chtěla poděkovat panu MUDr. Michalu Kudlovi, který byl hlavním operátorem u pacienta L. Z. a byl ochotný si najít čas a vysvětlit mi okolnosti a podrobnější informace ke zdravotnímu stavu pacienta.

Také bych chtěla poděkovat vybranému pacientovi L. Z. za jeho ochotu a spolupráci.

V neposlední řadě bych také chtěla poděkovat všem z 3. lékařské fakulty UK Ústavu ošetřovatelství, kteří se podíleli na mém vzdělávání a pomohli mi vypracovat se a nabrat mnoho nových a užitečných zkušeností.

# Obsah

<b>OBSAH</b> .....	<b>4</b>
<b>ÚVOD</b> .....	<b>5</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>6</b>
1. ANATOMIE A FYZIOLOGIE GIT .....	6
1.1. Dutina ústní.....	6
1.2. Hltan.....	7
1.3. Jícen.....	7
1.4. Žaludek .....	8
1.5. Tenké střevo .....	9
1.6. Tlusté střevo .....	11
2. ONEMOCNĚNÍ TLUSTÉHO STŘEVA VEDOUČÍ K INVAZIVNÍ TERAPII .....	14
2.1. Divertikulóza .....	14
2.2. Nespecifické střevní záněty .....	14
2.3. Kolorektální karcinom .....	15
2.4. Polypy .....	15
2.5. Polypózy.....	15
3. FAMILIÁRNÍ ADENOMATÓZNÍ POLYPÓZA (FAP).....	17
3.1. Charakteristika onemocnění: .....	17
3.2. Etiologie: .....	17
3.3. Klinický obraz FAP:.....	17
3.4. Klinické příznaky:.....	17
3.5. Diagnóza:.....	18
4. TERMINÁLNÍ ILEOSTOMIE .....	19
4.1. Ileostomie.....	19
4.2. Indikace k založení terminální ileostomie: .....	19
4.3. Technika založení terminální ileostomie (dle Brooka).....	19
4.4. Časné a pozdní komplikace.....	20
<b>KAZUISTIKA</b> .....	<b>21</b>
5. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA .....	21
5.1. Základní údaje.....	21
5.2. Fyzikální vyšetření.....	23
6. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA (VIZ PŘÍLOHA Č. 1).....	24
7. PRŮBĚH OŠETŘOVATELSKÉ PĚČE.....	27
7.1. Péče o pacienta 13. pooperační den (12. 5. 2019).....	27
7.2. Péče o pacienta 14. pooperační den (13. 5. 2019).....	29
7.3. Péče o pacienta 16. pooperační den (15. 5. 2019).....	34
7.4. Péče o pacienta 17. pooperační den (16. 5. 2019).....	37
8. OŠETŘOVATELSKÉ RIZIKA A JEJICH INTERVENCE .....	40
8.1. Riziko pádu.....	40
8.2. Riziko vzniku dekubitů .....	41
8.3. Malnutrice.....	42
9. DISKUZE .....	44
10. ZÁVĚR .....	46
11. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	47
12. SEZNAM ZKRATEK.....	48
13. SEZNAM TABULEK.....	50
14. SEZNAM PŘÍLOH .....	51
13.1. Příloha č. 1: Ošetřovatelská anamnéza.....	51

## Úvod

Tématem mojí bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta s vyšitou terminální ileostomií. Téma stomie mě zaujalo už během praxí ve druhém ročníku na standardním oddělení Urologie v Motolské nemocnici.

Při výběru tématu bakalářské práce jsem se rozhodla pro dané téma, jelikož se mi v tom čase naskytla možnost péče o pacienta s terminální ileostomií v Institutu klinické a experimentální medicíny na Klinice transplantační chirurgie, konkrétně na její jednotce intenzivní péče.

V teoretické části jsem se zaměřila hlavně na anatomii, fyziologii trávicího traktu a na teoretickou část s poznatky o samotné ileostomii, jako je její příčina. V případě mého pacienta se jedná o onemocnění FAP (familiární adenomatózní polypóza).

V praktické části už se zaměřuji na anamnézu pacienta, jak lékařskou, tak ošetrovatelskou a popisuji jednotlivé dny, kdy jsem se o pacienta starala spolu se svojí mentorkou.

Vzhledem ke stavu pacienta jsem považovala za důležité zmínit se hned o třech závažných ošetrovatelských rizicích (riziko pádu, malnutrice a riziko vzniku dekubitů) a jejich intervencích.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Anatomie a fyziologie GIT

Aby bylo možné správně pochopit problematiku gastrointestinálního traktu, je potřeba nejdříve zmínit, jak gastrointestinální trakt vlastně funguje.

Gastrointestinální trakt se skládá z několika důležitých částí, s tím, že každá část má svou vlastní funkci.

### 1.1. Dutina ústní

Na začátku je štěrbina ústní (*rima oris*), která je ohraničena horním a dolním rtem. Dutina ústní se skládá z patra (*palatum*), spodiny dutiny ústní, která je tvořena svaly (*diafragma oris*). Součástí je i jazyk (*lingua*), zuby (*dentes*), patrové mandle a slinné žlázy.

V dutině ústní je potrava za pomoci zubů mechanicky rozmělnována. Zuby jsou uloženy v podobě oblouků do horní a spodní čelisti.

Při posouvání a rozmělnování potravy je nápomocen i jazyk. Jazyk je velice silný sval v dutině ústní. Jazyk sám o sobě se člení na tři části (kořen, tělo a hrot jazyka). Jazyk je pokryt mnohvrstevným dlaždicovým rohovějícím epitelem. Sliznice na jazyku vybíhá v papily (výběžky), ve kterých se nacházejí chuťové buňky, které se skládají do chuťových pohárků.

Pomocí slinných žláz, které prvně dělíme na malé a velké (Příušní - *glandula karotis*, Podjazyková - *glandula sublingualis*, Podčelistní - *glandula submandibularis*) a slin, které obsahují enzym Ptyalin neboli a-amylázu, se štěpí v dutině ústní škroby na jednodušší cukry.

Potrava pak podráždí kořen jazyka současně s hltanem a patrovými oblouky, a tak se spustí polykací reflex.

## 1.2. Hltan

Hltan je přibližně 12 – 15 cm dlouhá trubice, která je uložena před krční páteří. V oblasti krčního obratle C6 přechází do jícnu.

### 1.2.1. Dělí se na 3 části:

- **nosohltan** (*Nasopharynx*),
- **ústní část hltanu** (*Pars oralis larynx*),
- **hrtanová část hltanu** (*Pars laryngea pharyngis*).

Svalovina hltanu je příčně pruhovaná. V nosní části je sliznice krytá víceřadým epitelem s řasinkami. Sliznice ústní a hrtanové části je pokryta vrstevnatým dlaždicovým epitelem.

## 1.3. Jícen

V jícnu se potrava posouvá až do žaludku pomocí peristaltických vln hladké svaloviny jícnu.

Jak je jícen dlouhý závisí od velikosti hrudníku daného jedince, ale přibližně to bývá 23 – 28 cm. Měříme ho od krčního obratle C6 až po hrudní obratel Th11.

Stěna jícnu má tloušťku 3 – 4 mm. Sliznice v jícnu se skládá do podélných řas, díky kterým je umožněno posouvání potravy dále do žaludku. Sliznice je krytá mnohvrstevným dlaždicovým epitelem.

Svalovina jícnu se v horní třetině skládá pouze z příčně pruhované svaloviny a dále ve střední části je postupně nahrazována buňkami hladké svaloviny. Spodní třetina jícnu je už pak složena pouze z hladké svaloviny.

### 1.3.1. Pět vrstev stěny jícnu

Od druhé třetiny jícnu je stěna trávicího ústrojí tvořena pěti vrstvami. **Vnitřní vrstva** – je tvořena *mukózou* (sliznice, která produkuje velké množství *mucinu* (hlenu)). Mucin chrání povrch trávicího traktu zevnitř.

**Podslizniční vrstva** – je nazývána jako *submukóza* a v této vrstvě se nacházejí žlázy, které produkují trávicí enzymy.

**Vnitřní cirkulární vrstva** – jedná se o svalovinu, která zapříčiňuje „mísící“ pohyby trávicí trubice.

**Vnější vrstva svaloviny** – tato svalovina zapříčiňuje posunovací nebo-li *peristaltické* pohyby. Mezi vnitřní a vnější svalovou vrstvou se nachází nervová *pleteň Plexus myentericus Auerbachi* – ta má na starosti pohyblivost (*motilitu*) GIT.

**Serózní blána** – (v dutině břišní je tato blána známá jako *Peritoneum*) – obsahuje arterie, žíly a lymfatické cévy.

Přechod sliznice jícnu do žaludeční sliznice se nazývá *Gastroesofagová junkce* a má podobu klikaté čáry.

## 1.4. Žaludek

Je rozšířenou částí trávicí trubice, ve které dochází k natrávení potravy a zároveň spojuje jícnem s prvním úsekem tenkého střeva.

### 1.4.1. Žaludek dělíme na:

*Fundus gastricus, corpus gastricum a pars pylorica.*

*Fundus gastricus* je slepý vrchol žaludku, uložený v levé klenbě brániční. *Fundus* plynule přechází do *Corpus gastricum* neboli těla žaludku. Tělo žaludku pak plynule pokračuje zúžením neboli Vratníkem (*Pylorus*) do *Duodena*.

### 1.4.2. Stěna žaludku je složená z:

Svaloviny, podslizničního vaziva, sliznice a serózy.

V žaludku je potrava mechanicky rozmělnována a je chemicky štěpena pomocí kyseliny chlorovodíkové a enzymů.

Žaludeční peristaltika se aktivuje asi 1 hodinu od požití potravy.

Za jeden den se v žaludku vytvoří 2 až 3 litry žaludeční šťávy, jejíž složení se skládá z hlenu, iontů a vody. *Mucin* neboli hlen slouží hlavně jako ochrana žaludeční sliznice před poškozením žaludeční šťávou.

V žaludku se spojením iontů vodíku a chloru tvoří HCL (*kyselina chlorovodíková*) o nízkém pH a pokud je v žaludečním obsahu zaznamenána bílkovina, uvolní se do žaludku hormon gastrin, který zvyšuje produkci kyseliny chlorovodíkové. Ta je důležitá např. pro přeměnu pepsinogenu na pepsin, uvolňuje struktury masa a zajišťuje působení enzymů na bílkoviny a narušuje jejich strukturu. Jednou z vlastností je také antibakteriální ochrana GIT.

## 1.5. Tenké střevo

Tenké střevo je považováno za nejdelší část z celého trávicího ústrojí. Tato část ústrojí spojuje zúženou část žaludku s tlustým střevem. Začátek tenkého střeva anatomicky nalezneme v úrovni obratle L1 a dále pokračuje až do oblasti pravé jámy kyčelní. Tenké střevo může měřit fyziologicky 3 až 5 metrů.

Zde dochází k závěrečnému zpracování potravy a živiny jsou rozloženy na základní složky. Ty jsou poté transportovány do krve.

V tenkém střevě jsou hlavně produkovány tyto enzymy:

- disacharidázy (tyto enzymy dokončují štěpení cukrů),
- peptidázy (štěpí peptidy na aminokyseliny),
- lipáza (štěpí tuky).

V tenkém střevě tedy dochází k resorpci hlavně tuků, cukrů, proteinů, vody, iontů, sodíku ( $Na^+$ ), chloridu ( $Cl^-$ ), železa ( $Fe^{2+}$ ), Vápníku ( $Ca^{2+}$ ) a vitamínů.

### 1.5.1. Motilita tenkého střeva

Motilita neboli hybnost tenkého střeva, která je upravována nervovou soustavou a humorálně (podmíněné látkami rozpuštěnými v tekutině).

Z nervové soustavy zde má svoji funkci sympatikus (zpomaluje motilitu), parasympatikus (zrychluje motilitu) a reflexy:

- *intestino – intestinální,*
- *ileo- gastrický,*
- *gastro – ileální.*

Z humorální části má zde svoji funkci bombesin, neurotensin a substance P (zvyšují motilitu). Naopak somatostatin a GIP (gastrický inhibiční polypeptid) snižují motilitu.

#### 1.5.2. Rozdělení tenkého střeva:

##### **Dvanáctník** (*Duodenum*)

Dvanáctník neboli duodenum se napojuje na vrátník o délce 25 – 28 cm.

Duodenum se dělí na:

- *pars superior* (je místem, kde se často tvoří vředy z důvodu menšího cévního zásobení),
- *pars descendent,*
- *pars horizontalis,*
- *pars ascendent.*

Sliznice dvanáctníků je poskládána do kruhovitých řas a má ploché klky (klk je výchlípek či divertikl sliznice do, které vstupuje malá tepna větví se na kapiláry a odstupuje odtud žíla). V horní části sliznice, kde řasy chybí, je však tkáň hladká.

Nachází se zde žlázy dvojího typu, a to *glandulae intestinales* a *glandulae duodenales*, které jsou specifické přímo pro dvanáctník a produkují sekret, který neutralizuje kyselinu solnou z žaludeční šťávy. Dvanáctník má na starost řízení sekrece a vyprazdňování žaludku a vstřebávají se v něm vitamíny C, B1 a B2.

##### **Lačník a kyčelník** (*Jejunum a ileum*)

Z dvanáctníku se trávenina posouvá dál do jejunu a ilea. V této části probíhá největší resorpce živin. Hlavně se zde tvoří střevní šťáva

tenkého střeva a tato šťáva rozkládá živiny na jednoduché sloučeniny.

Zde se střevní stěna skládá z několika částí:

- sliznice,
- slizničního vaziva,
- podslizničního vaziva,
- svaloviny,
- serózy neboli peritonea.

Tato sliznice je kryta jednovrstevným cylindrickým epitelem (*enterocyty*), které mají resorpční schopnost, a sliznice v této části vybíhá v klky.

## 1.6. Tlusté střevo

Tlusté střevo je dlouhé přibližně 1,5 m s průměrem 5 až 8 cm.

Stěna tlustého střeva je bledá a krytá jednovrstevným cylindrickým epitelem. Svalovina tlustého střeva se skládá ze dvou vrstev – vnitřní cirkulární a zevní podélná vrstva.

### 1.6.1. 3 hlavní rozpoznávací znaky na tlustém střevě:

***Appendices epiploicae*** – Tlusté střevo je pokryto tzv. výchlípky střeva neboli *appendices epiploicae*, které jsou vyplněny tukem.

***Taeniae*** – Jedná se o pruh či lem táhnoucí se od apendixu až po konečník, který se v počtu tří rozkládá po obvodu střeva. Vzniká zesílením zevní podélné vrstvy svaloviny.

***Haustra*** – Jde o přirozená vyklenutí na tlustém střevě.

V tlustém střevě dochází hlavně k resorpci iontů a vody, také se tu uskladňují zbytky chymu. V tlustém střevě se činností bakterií tvoří vitamín K.

Denně doputuje do tlustého střeva asi 1500 ml tráveniny, ale většina se v první polovině vstřebá. V poslední fázi zpracování tráveniny zde dochází k tvorbě a vylučování stolice.

### 1.6.2. Rozdělení tlustého střeva:

**Slepé střevo** (*Caecum*) – Je uloženo v pravé jámě kyčelní a má délku 10 cm. Ileum ústí do slepého střeva a současně je místem, kde začíná vzestupný tračník. Na začátku slepého střeva se nachází slepý vak, na jehož vrcholu najdeme tzv. červovitý výběžek (*Apendix vermiformis*).

**Vzestupný tračník** (*Colon ascendent*) – Plynule se napojuje na slepé střevo a je dlouhý 16 až 20 cm. Vzestupný tračník plynule směřuje nahoru až pod játra a celý je přichycený k zadní stěně břišní.

**Příčný tračník** (*Colon transversum*) – Plynule se napojuje na vzestupný tračník pod játry a má délku přibližně 50 cm. Prostupuje napříč dutinou břišní v mírném oblouku je zavěšen na zdvojení pobřišnice neboli peritoneální duplikatuře (umožňuje velkou pohyblivost daného úseku).

**Sestupný a esovitý tračník** (*Colon descendent et Sigmoidesum*) – Napojuje se na colon transversum pod slezinou. Sestupný tračník je přirostlý k zadní stěně břišní a je dlouhý 20 až 30 cm. Esovitý tračník se na sestupný tračník napojuje v levé jámě kyčelní a připomíná tvar písmene S. Je přidržován peritoneálním závěsem k zadní stěně břišní a prostupuje kolem m. psoas major, levého močovodu a vasa iliaca sinistra do pánevní oblasti, kde se připojuje na konečník.

**Konečník a řitní otvor** (*Rectum et anus*) – Konečník je konečná část tlustého střeva, která se skládá ze dvou částí. První je horní, rozšířená část přibližně 10 cm dlouhá a druhá část je spodní, úzká část, která je 2 až 4 cm dlouhá. Tato část prochází svalovou hrází (*diaphragma pelvis*) a ústí ven řitním otvorem (*anus*).

### 1.6.3. Cévní zásobení i inervace střeva

Střevo je tepenně zásobeno z arteria mesenterica superior a inferior.

- **Arteria mesenterica superior** prochází do pravé jámy kyčelní a rozděluje se na dvě hlavní větve, kterými zásobuje tenké střevo a začátek tlustého střeva a vzestupný tračník a pravou část příčného tračníku.
- **Arteria mesenterica inferior** zásobuje zbytek tlustého střeva.

Žilní krev ze střev je odváděna do vena portae.

Tenké i tlusté střevo je inervováno nervy sympatiku a parasympatiku.

V tlustém střevě přivádí vlákna parasympatiku n. vagus od caeca (slepého střeva) až po colon transversum (příčný tračník). Další část tlustého střeva je již inervována parasympatikem ze sakrální oblasti.

## 2. Onemocnění tlustého střeva vedoucí k invazivní terapii

Jednou z nejčastějších příčin invazivní terapie tlustého střeva, kromě úrazů a vrozených vývojových vad, jsou různé typy závažných onemocnění tlustého střeva. (*Divertikly, nespecifické střevní záněty, náhlé příhody břišní, dědičné choroby, kolorektální karcinom či maligní a benigní nádory.*)

### 2.1. Divertikulóza

Jejím hlavním znakem je herniace sliznice (*jde o vysunutí části sliznice otvorem ve struktuře ohraničující prostor*). Může vést oslabení střevní stěny až k perforaci.

Může vzniknout na podkladě nedostatku vlákniny.

### 2.2. Nespecifické střevní záněty

2.2.1. Crohnova choroba - příčinou může být autoimunitní reakce organismu, genetická zátěž nebo infekční původce. Nejčastěji se vyskytuje u lidí ve věku mezi 20 – 30 lety. Nejčastější lokalizace toho onemocnění je terminální ileus a může být zaměněno za akutní appendicitidu. Pokud se tato choroba neléčí, může dojít až k ileu (neprůchodnosti střeva), tento stav se pak musí řešit chirurgicky.

2.2.2. Ulcerózní kolitida (Proktokolitida) - jedná se o zánět sliznice tlustého střeva. Tvoří se krvácivé vředy a může vést k septickým komplikacím. Toto onemocnění se nejčastěji rozvíjí od konečníku. Jelikož je střevní stěna oslabená vředy, tak snadno může dojít k jejímu protržení a může se zvrhnout do adenokarcinomu. Příčinou může být imunologická porucha, genetická vada, psychika či dokonce alergen v potravě.

## 2.3. Kolorektální karcinom

Jedná se o časté nádorové onemocnění, které se může vyskytovat v různých úsecích střeva. Podle toho, kde je karcinom uložen, se odvíjí jeho příznaky.

Pokud je uložený pravostranně, může být bez příznaků. Karcinom v levé části tračníku se může projevovat střídáním průjmů a zácpy. Také se může projevovat plynatostí a hubnutím. Pokud je karcinom umístěn v rektu, může se projevovat čerstvou krví ve stolici a tenesmy (*nutkání k vyprázdnění stolice, ale bez uspokojivého výsledku*).

## 2.4. Polypy

2.4.1. Dělíme je na:

**Nádorové polypy** – Ty se dále člení na epitelové (*Adenom*) a neepitelové, které jsou méně časté (*Lipom, Leiomyom, Neurinom, Angiom*).

**Nenádorové polypy** – Sem se řadí např. polypy hyperplastické (vznikají *hyperplazií* sliznice a jsou bez rizika zvratu).

## 2.5. Polypózy

Jedná se o střevní onemocnění, které je charakteristické vícečetnými polypy sliznice střeva a je většinou podmíněno genetickým vlivem.

Polypózy prvně rozdělujeme na dva typy: **hamartomatózní polypózy** a **adenomatózní polypózy**.

2.5.1. Hamartomatózní polypózy dále dělíme na:

**Peutzův-Tourainův-Jeghersův syndrom PTJ** (*autozomálně dominantně dědičná polypóza*) – jedná se o vzácné onemocnění.

**Juvenilní polypóza JP** (*juvenilní* poukazuje na vývojovou nezralost, a ne na výskyt v mladém věku) – toto onemocnění je ještě vzácnější než PTJ.

***Hyperplastická polypóza*** – jde o poměrně běžný nález hlavně u lidí staršího věku.

2.5.2. Adenomatózní polypózy dělíme na:

***Atenuovaná familiární polypóza (AFAP)*** – jedná se o vzácnější variantu polypózy. Zde je příčinou mutace APC genu. Často se onemocnění projevuje až po 40. roce života.

***MUTYH sdružená polypóza (MAP)*** – toto onemocnění je autozomálně recesivní a vzniká mutací genu MUTYH (gen patří do opravného systému buňky).

***Familiární adenomatózní polypóza (FAP)***

### **3. Familiární adenomatózní polypóza (FAP)**

#### **3.1. Charakteristika onemocnění:**

Jde o genetické, autozomálně dominantně podmíněné onemocnění, při kterém se tvoří mnohočetné střevní polypy. Toto onemocnění je příčinou kolorektálních karcinomů. Jak velké je riziko kolorektálního karcinomu je však těžké říct, jelikož v této informaci se zdroje rozcházejí.

Jedním s invazivních řešení je kolektomie a založení ileostomie.

Nejde o vzácné onemocnění, postihuje přibližně 1 člověka na 10 000 obyvatel.

#### **3.2. Etiologie:**

Příčinou tohoto onemocnění je mutace APC genu (*Adenomatous Polyposis Coli*). Tato mutace se neváže na pohlaví jedince a teoreticky může být postihnuta polovina potomků nemocného.

#### **3.3. Klinický obraz FAP:**

U familiární adenomatózní polypózy je zásadní rodinná anamnéza a je to onemocnění, které je dlouho skryté.

Polypy se nejčastěji začnou tvořit v období puberty, ale byl zaznamenán i případ tohoto onemocnění už ve 4. měsíci života. První zdravotní problémy se ale objevují až v 2. nebo dokonce 3. dekádě života.

#### **3.4. Klinické příznaky:**

Pro toto onemocnění je charakteristické velké množství polypů v tlustém střevě. Zásadním faktorem pro rozvoj FAP je místo kde došlo k mutaci APC genu. Pokud k mutaci došlo ve středním úseku APC genu, pak počet polypů čítá až tisíce polypů v tlustém střevě (tzv.: kobercový typ polypózy). Pokud

k mutaci genu dojde na jeho proximálním a distálním konci, počet polypů je relativně nízký (tzv.: oslabený typ polypózy AFAP).

Mezi hlavní příznaky patří průjem a krev ve stolici.

Při běžné FAP je konečník vždy postižen.

### **3.5. Diagnóza:**

FAP je diagnostikován pomocí kolposkopického vyšetření spolu s histologií. Dalším důležitým vyšetřením je orální endoskopie.

U pacientů s tímto onemocněním je důležité monitorovat štítnou žlázu a pankreas.

Riziko karcinomu štítné žlázy se u pacientů s FAP zvyšuje 100 až 160 krát (je zjištěn u 2 – 6 % pacientů).

Riziko rozvoje malignity pankreatu se u pacientů s FAP zvyšuje 4 krát (objevuje se cca u 2 % pacientů).

## 4. Terminální ileostomie

### 4.1. Ileostomie

Ileostomie patří k derivačním stomiím (odvodná stomie) a je to chirurgické vyústění terminálního úseku tenkého střeva (*ilea*) na zevní stranu stěny břišní. Opakem derivační stomie je pak tzv.: výživná stomie.

Nejčastějším místem pro založení ileostomie je pravé hypogastrium.

Ileostomie můžeme rozdělit na dva typy, a to terminální nebo axiální (*axiální stomie* je většinou založena jako dočasné řešení).

K ileostomiím se také řadí tzv.: *Duodenostomie* (vyústění střeva z *duodena*) a *Jejunostomie* (vyústění střeva z *jejuna*). U těchto krátkých stomií však může docházet k syndromu krátkého střeva.

Odpad odcházející z ileostomie je řídký, vodnatý a na okolní kůži je velmi agresivní (hrozí *iritace* neboli podráždění kůže). Za 24 hodin by mělo odejít do stomického sáčku cca 800 až 1500 ml odpadní látky.

### 4.2. Indikace k založení terminální ileostomie:

Medikamentózní refrakterní ulcerózní kolitida,  
Proktokolitida u Crohnovy choroby,  
Familiární adenomatózní polypóza (FAP),  
Hereditární nepolypózní kolorektální karcinom (HNPCC),  
Karcinom distálního rekta,

### 4.3. Technika založení terminální ileostomie (dle Brooka)

„Terminální ileostomie se zakládá mimo oblast laparotomie na umbilikospinální čáře v pravém hypogastriu v místě přímého břišního svalu. Terminální ileum se vyvede připraveným otvorem asi 5 cm před stěnu břišní a séromuskulárním stehem přichytí k fascii. Poté se konec střeva evertuje 4 až 8 tříbodovými stehy zabírajícími okraj střeva, séromuskulární část stěny střeva a okraj kůže.

*Cílem Brookovy techniky je vytvoření límečku a mírného prolapsu stomie, který zajistí jednodušší ošetřování okolí vývodu a ochranu kůže bezpečným jímáním tekutého obsahu do stomického systému. Po zhojení ileostomie je optimální přesah nad kůži asi dva až tři cm.“<sup>1</sup>*

#### **4.4. Časné a pozdní komplikace**

Četnost komplikací zůstává v rozmezí 10 – 70 % i přes zlepšení péče a zdokonalení operačních postupů. Výskyt komplikací je ovlivněn různými faktory (celkový stav nemocného, umístění stomie, charakter onemocnění apod.).

Mezi časné komplikace patří: nekróza stomie, krvácení, akutní retrakce stomie, flegmóna, prolaps kliček kolem stomie či ileus.

Mezi pozdní komplikace patří: stenóza stomie, prolaps stomie, parastomální kýla, píštěl, krvácení, ileus a peristomální kožní změny.

---

<sup>1</sup> LUKÁŠ, Karel a Jiří HOCH, ed. *Nemoci střev*. Praha: Grada Publishing, 2018. s. 503. ISBN 978-80-271-0353-9.

## **KAZUISTIKA**

Pacient L. Z. podepsal informovaný souhlas s odběrem, jak lékařské, tak ošetrovatelské anamnézy i s pořízením fotodokumentace za účelem zpracování bakalářské práce.

### **5. Lékařská anamnéza**

#### **5.1. Základní údaje**

##### **Osobní údaje**

Jméno, příjmení, titul: L. Z.

Datum a hodina vyšetření: 12. 5. 2019 18:00

##### **Důvod přijetí:**

Totální kolektomie s terminální ileostomií.

##### **Rodinná anamnéza (RA):**

Otec zemřel před více jak 20. lety, léčil se s obtížemi tlustého střeva.

Matka zemřela v roce 1931 na stáří, s ničím se dlouhodobě neléčila.

Pacient má 2 bratry, jeden má Crohnovu chorobu, druhý se léčí se srdcem.

Pacient má s manželkou zdravou dceru ve věku 37 let.

##### **Osobní anamnéza (OA):**

FAP.

Proteino-energetická malnutrice.

Nodulární bazaliom.

Infiltrace sigmoidea s vysokým stupněm dysplazie a s jeho stenotizací.

Hepatopatie.

Anémie sideropenická.

Cysty ledvin.

Adenom levé nadledviny.

**Prodělané nemoci:** do roku 2018 s ničím závažným pacient nestonal.

**Úrazy:** zlomená pravá noha před 17 lety.

**Operace:** stav po Ileocekální resekci 20. 6. 2018 pro chronickou střevní neprůchodnost, stav po revizi rozevření operační rány 26. 6. 2018.

**Návyky a abusus:**

Nekouří, přestal před rokem – kouřil 15 cigaret za den.

Káva – přestal pít, před tím vypil 3-4 šálky denně.

Alkohol - napil se cca 1x týdně než přestal (nyní již druhým rokem alkohol nepije).

**Dietní preference:** nemá

**Farmakologická anamnéza (FA):**

Fraxiparine 0,6 s.c.	1-0-0
Apo –Ome 20 mg p.o.	1-0-1
Ursosan 250 mg p.o.	1-0-1
Degan 10 mg i.v.	1-0-1
Vigantol 0,5 mg/ml p.o. (po-st-pa)	10 gtt
Itoprid 50 mg tbl. p.o.	1-1-1
Milgamma N cps. p.o.	1-0-0
Mutaflor 2,5 p.o.	1-0-1
Oxazepam 10 mg tbl. p.o.	0-0-1/2
Ampicilin 3g i.v. á 6 hod.	6 – 12 – 18 – 24 hod.
Ceftazidim 2g i.v. á 8 hod.	7 – 15 – 22 hod.

**Alergická anamnéza (AA):** Alergie nekuje

**Sociální anamnéza (SA):** Žije s manželkou v bytě v přízemí se zahrádkou.

Nyní je již v důchodu.

### **Nynější onemocnění (NO):**

Pacient byl přijat k operačnímu výkonu totální kolektomie s terminální ileostomií, jelikož po ileocekální resekci z důvodu chronické střevní neprůchodnosti, musely být provedeny revize dutiny břišní a na tomto podkladě vznikly dvě enterokutánní píštěle.

Po vyšetření byla u pacienta zjištěna FAP a pacient byl tedy doporučen k operaci totální kolektomie (odstranění celého tlustého střeva) s vyšetím terminální ileostomie.

Pacient byl 29. 4. 2019 operován, ale k 9. 5. 2019 indikován k revizi operační rány pro infekci a dehiscenci operační rány.

## **5.2. Fyzikální vyšetření**

### **Hlava**

- lebka: normocefalická, brachycefalická,
- oči: zornice jsou izokorické, bulby mají normální postavení a jsou volně pohyblivé a skléry jsou bílé,
- jazyk se plazí středem, s povlakem,
- mimika je symetrická,
- poklep je nebolestivý.

### **Krk**

- náplň krčních žil je nezvýšená, lymfatické uzliny nejsou zvětšené, pulzace karotid je symetrická,
- krční páteř je pohyblivá.

### **Hrudník**

- je symetrický, poklep je plný - jasný, dýchání je pravidelné, plíce jsou na poslech čisté,
- srdce – ozvy jsou ohraničené, srdeční krajina bez vyklenutí, šelesty nejsou.

### **Břicho**

- je měkké, pohmatem bolestivé z důvodu operační rány, není vyklenuté.

### **Končetiny**

- horní končetiny nevykazují známky otoků, končetiny jsou stejně dlouhé,
- dolní končetiny jsou souměrné, bez otoků, bez varixů, cití je nenarušené, akra jsou teplé.

### **Kůže**

- kůže suchá, lehce dehydrovaná, bez známek zbarvení.

## **6. Ošetrovatelská anamnéza (viz příloha č. 1)**

Pacient L. Z. ve věku 61 let byl přijat na oddělení JIP Transplantační chirurgie 29. 4. 2019 po kolektomii s vyšitou terminální ileostomií. V den odběru anamnézy byl pacient na JIP už 13. pooperační den.

### **Fyziologické funkce**

Pacientovi jsem při odběru ošetrovatelské anamnézy změřila:

TK: 105 / 67, P 80, SpO<sub>2</sub> 98 %, TT 36, 9 °C a D 18 / min

### **Vědomí**

Pacient byl plně při vědomí - orientovaný místem, časem a prostorem. (*GSC 15*).

### **Bolest**

Pacient uvedl tupou bolest VAS 3 v oblasti pupku.

### **Dýchání**

Pacient neuvedl žádné potíže s dýcháním ani žádnou dušnost.

### **Stav kůže**

Pacient měl suchou, mírně dehydrovanou kůži. V oblasti pupku měl pacient rozpadlou operační ránu, která se hojila per secundam.

Tato operační rána byla rozpadlá s příznaky zánětu, ale bez většího prosakování.

Rána byla ošetřena desinfekčním roztokem Betadine s aplikací sterilního neadherentního krytí Bactigras. Rána byla poté kryta sterilními kompresními čtverci. Operační rána v oblasti rekta byla vyplněna sterilním krytím Actisorb s příměsí aktivního uhlí a stříbra. Na krytí byly použity sterilní čverce Curapor. Podle stupnice Nortonové, která hodnotí riziko vzniku dekubitů, měl pacient skóre 24 b.

V této stupnici jsem hodnotila:

- schopnost spolupráce (částečně omezena – 3 b.),
- věk (nad 60 – 1 b.),
- stav pokožky (suchá – 1 b.),
- přidružená onemocnění (anémie – 3 b.),
- fyzický stav (zhoršený – 3 b.),
- stav vědomí (apatický – 3 b.),
- aktivita pacienta (s doprovodem – 3 b.),
- mobilita pacienta (částečně omezena – 3 b.),
- inkontinence u pacienta (není – 4 b.),

### **Vnímání zdraví**

Pacient do roku 2018 neprodělal žádná závažná onemocnění. V době odběru ošetřovatelské anamnézy se zotavoval po náročném operačním výkonu a jeho stav byl komplikován sníženou schopností hojení. Svůj zdravotní stav vnímal jako nedobry, ale věřil že po prodělaném operačním výkonu s vyšítou ileostomií se zlepši kvalita jeho života.

### **Výživa, metabolismus**

Pacient měl stále dietu 0 – tekutou a byl na parenterální výživě Smofkabiven 1970 ml / v nočním režimu + Sipping. Pacient si oblíbil Nutridrinky Compact s příchutí vanilky a čokolády. Jeho BMI je nyní 18,8.

Pacient trpěl nauzeou a nechutenstvím k jídlu. Pacientův denní p. o. příjem tekutin činil cca 400 ml. Pacient měl zavedenou NGS již 4. den kvůli pacientovu stále se snižujícímu p. o. příjmu výživy a tekutin. Kontrolní měření žaludečního obsahu ze sondy ukázalo pouze malé odvoody do 15 ml bez příměsi krve.

### **Vyprazdňování**

Pacient měl zavedený PMK a plně funkční vyšítou terminální ileostomií, která odváděla přiměřené množství tekutého odpadu.

### **Aktivita, chůze**

Pacient chodil s dopomocí, se zvýšeným rizikem pádu. S fyzioterapeutkou pacient nacvičoval chůzi v nízkém chodítku a dechovou rehabilitaci.

Fyzioterapeutka za pacientem docházela každý den, a pokud to stav pacienta umožňoval, snažila se s pacientem nacvičovat chůzi každý den. Pacient ušel za takových podmínek vzdálenost přibližně 20 metrů i s cestou zpět na lůžko (do poloviny chodby a zpátky).

### **Spánek, odpočinek**

Pacient měl problémy v nemocnici s mírnou nespavostí a na večer měl dle ordinace lékaře naordinován Oxazepam 10 mg. Průměrná doba spánku po podání léku byla u pacienta 7 hodin.

**Vnímání**

Pacient potíže se sluchem neměl, je dalekozraký a používá brýle na blízko. Při komunikaci pacient mluvil plynule bez zadržávání. Žádné jiné kompenzační pomůcky než brýle nepoužíval.

**Zhodnocení psychického a sociálního stavu**

Pacient byl klidný až apatický, bez pocitu strachu či úzkosti.

**Invazivní vstupy**

Permanentní močový katétr (PMK) měl pacient zavedený od 29. 4. 2019 (14. den) o velikosti 14 F - funkční.

Centrální žilní katétr (CŽK) měl pacient zaveden do v. jugularis interna dextra od 29. 4. 2019 (14. den), na i. v. katétr bylo použito sterilní krytí Tegaderm s chlorhexidinem (poslední výměna krytí byla 10. 5. 2019).

Broviac katétr měl pacient zaveden do v. subclavia od 3. 5. 2019 (10. den), na i. v. katétr bylo použito sterilní krytí Tegaderm s chlorhexidinem (poslední výměna krytí byla 10. 5. 2019).

Terminální ileostomie.

Nasogastrickou sondu (NGS) měl pacient zavedenou do levé nosní dírky od 9. 5. 2019 (4. den).

## 7. Průběh ošetrovatelské péče

### 7.1. Péče o pacienta 13. pooperační den (12. 5. 2019)

#### Aktuální stav pacienta ke dni 12. 5. 2019:

Pacient byl při vědomí (GCS 15), plně orientovaný, klidný, komunikoval bez obtíží a byl soběstačný v rámci lůžka. Pacient si dopoledne i večer ztěžoval na bolest v oblasti operační rány (VAS 3 až 4), byla mu podána analgetika dle ordinace lékaře (Novalgin 1 amp. 500 mg i. v. / 100 ml FR – v 10 hod. a v 18 hod.).

Hygienu jsme ráno se setrou provedly u pacienta na lůžku, pacient je v rámci lůžka soběstačný, takže ranní hygiena byla provedena pouze s dopomocí.

Poté jsme pacientovi upravily lůžko.

Při ranní hygieně jsme pacientovi překontrolovaly i všechny invazivní vstupy.

U pacienta byl poté proveden převaz operační rány ošetřujícím lékařem.

Operační rána na břicho byla otevřená, mírně prosakovala, v ráně byly již známky granulace. Rána byla propláchnuta fyziologickým roztokem, aplikovali jsme sterilní mastný tyl Bactigrass a sterilní gázové čtverce.

Operační rána v oblasti rekta byla rozpadlá, ale bez prosaku, lékař ponechal Actisorb z 11. 5. 2019 a aplikovali jsme sterilní krytí Curapor.

Pacientovi jsme dnes měnily také stomický sáček na vyšité terminální ileostomii pod dohledem stomické sestry.

System stomických sáčků rozdělujeme na dva typy:

- Jednodílný stomický sáček – po té, co je sáček plný, musí se celý systém vyměnit. Většinou se sáčky mění každý den, ale může se ponechat i 48 hod.
- Dvoudílný stomický sáček – skládá se ze dvou částí, a to z dvojité hydrokoloidní podložky a sáčku, který se přichytí na tuto podložku. Celý systém se může ponechat až 72 hod., ale samotný stomický sáček měníme každý den.

Pacient měl k dispozici jednodílný stomický systém. Současně s výměnou stomického systému sestra pacienta edukovala ohledně postupu výměny stomického sáčku.

Postup výměny sáčku byl následující:

Pacienta jsme uložily do vodorovné polohy na záda. Žádné pomůcky nebylo potřeba k pacientovi chystat, jelikož sestra měla již veškeré pomůcky se sebou. Sestře jsem nachystala pouze sterilní rukavice, Octenisept, sterilní tampóny, jednorázovou podložku a emitní misku. Sáček i s podložkou sestra odlepila pomocí speciálních vlhčených ubrousků, které slouží k odstraňování adheziv. Sáček jsme opatrně vyhodily, aby tekutina uvnitř sáčku nevytekla. Poté stomii ošetřila kožním roztokem Octenisept a následně si vyměřila velikost stomie. Podle této velikosti pak upravila vstupní otvor v podložce. Následně sestra aplikovala ochranný film kolem stomie pomocí speciálních napuštěných ubrousků. Nakonec sestra přichytila novou podložku i se stomickým sáčkem kolem stomie a okraje podložky zahřála rukou, aby se podložka dobře přichytila.

Důležité u tohoto kroku je, aby podložka těsně obepínala stomii, jelikož při špatném nasazování stomického sáčku mohou nastat vážné komplikace.

Mezi tyto komplikace patří hlavně:

- Erytém (zarudnutí) kůže kolem stomie.
- Iritace (toxické poškození okolní kůže obsahem ze stomie).
- Macerace (rozmáčení) okrajů kolem stomie.
- Hypergranulace (nadbytek granulační tkáně) v okolí stomie.
- Infekce/Píštěle/Absces.

Pacientovy fyziologické funkce jsme se sestrou měřily 4x denně (6 hod. – 12 hod. – 18 hod. – 24 hod.).

Ranní léky p. o. byly pacientovi podány na 6. hodinu. Polední léky p. o. jsem pacientovi podala na 12. hodinu a večerní léky p. o. jsem pacientovi podávala na 18. hodinu.

Antibiotické léky i. v. jsme pacientovi podaly v:

Ampicilin 3g i. v. / 100 ml FR 6 hod. – 12 hod. – 18 hod. – 24 hod.

Ceftazidim 2g i. v. / 100 ml FR 6 hod. – 14 hod. – 22 hod.

Pacient měl naordinovanou dietu 0 – tekutou. Pacient se stravoval velice málo (nedostatečně) a jako příčinu uváděl nauzeu. Ke snídani snědl pár lžiček přesnídávky a jeden Nutridrink. Na oběd pacient snědl pouze trochu polévky a na večer vypil pouze jeden Nutridrink. Na noc byl pacientovi podán Smofkabiven 1970 ml + Nutramin VLI 500 ml + Cernevit 1 amp. + Nutrielt 10 ml – kape 155 ml / hod.

NGS jsme pacientovi proplachovaly každé 2 až 3 hod.

Se sestrou jsme u pacienta měřily bilanci tekutin 4x denně a po 12. hod. byla u pacienta bilance tekutin + 1150 ml tekutin.

Pacient během dne pospával, a když byl vzhůru, tak si četl, nebo sledoval televizi.

Tabulka č. 1: Měření fyziologických funkcí za 12. 5. 2019

Fyz. funkce	6 hod.	12 hod.	18 hod.	24 hod.
Tlak	100/65	115/73	118/60	110/65
Pulz	83	80	85	80
Teplota	36,9	37,0	36,9	36,5
SPO2	98 %	98 %	97 %	95 %
Glykémie	8,9mmol/l	5,3mmol/l	7,2mmol/l	7,4mmol/l

## **7.2. Péče o pacienta 14. pooperační den (13. 5. 2019)**

Aktuální stav pacienta ke dni 13. 5. 2019:

Pacient byl orientovaný a při vědomí (GCS 15), byl soběstačný v rámci lůžka a komunikoval bez problémů.

Pacient si během dne stěžoval na bolest a podle vizuální analogové škály (VAS), pacient uvedl VAS 4. Podle ordinace lékaře mu byly podány

analgetika (Novalgin 1 amp. 500 mg i. v. / 100 ml FR – v 11 hod. a Ketonal 1 amp. 500 mg i. v. v 17 hod.).

Pacientovi jsme se zdravotní sestrou také ráno dělaly krevní odběry na KO, Biochemii a ASTRUP, dle ordinace lékaře.

Ranní hygienu jsem s pacientem chtěla provést ve sprše, ale kvůli zvýšené teplotě, kterou měl pacient od třetí hodiny ráno (37,6 °C), jsem ho nechala ležet na lůžku a ranní hygienu jsme provedli tam.

Při ranní hygieně jsem ještě zkontrolovala stav všech invazivních vstupů:

- PMK měl pacient zavedený 15. den, byl plně funkční a odváděl světle žlutou moč.
- Broviac katétr měl pacient zaveden do v. subclavia již 11. den. Na i. v. katétr bylo použito sterilní krytí Tegaderm s chlorhexidinem (poslední výměna krytí byla 10. 5. 2019). Katétr byl plně funkční.
- CŽK měl pacient zaveden do v. jugularis 15. den a na i. v. katétr bylo použito sterilní krytí Tegaderm s chlorhexidinem (poslední výměna krytí byla 10. 5. 2019). CŽK má funkční pouze 1 lumen ze tří.
- Terminální ileostomie byla funkční, odvody do stomického sáčku byly malé.
- NGS - dnes dle ordinace lékaře ex, jelikož NGS byla od ranních hodin neprůchozí.

U pacienta byl poté s lékařem proveden převaz operační rány. Na okolí rány byl použit dezinfekční roztok Betadine. Další dezinfekční roztok Octenisept byl použit na výplach rány a sterilní gázové čtverce byly použity na vysušení operační rány. Poté jsme aplikovali sterilní antiseptické krytí Inadine do rány a kryli jsme ji sterilními gázovými čtverci.

Ránu v oblasti rekta jsme ošetřili dezinfekčním roztokem Betadine a do operační rány doktor aplikoval sterilní gázové čtverce polité dezinfekčním roztokem Betadine. Dále jsme ránu kryli dalšími sterilními, suchými čtverci. Terminální ileostomii jsme nepřevazovali.

Fyziologické funkce jsem dále měřila každých 6 hodin.

Medikace p. o. léků byla stejná jako předchozí den, ale ATB i. v. léky byly pozměněny ošetřujícím lékařem kvůli zvýšenému CRP.

Ampicilin 3g i. v. každých 6 hod. byl pacientovi ponechán, ale Ceftazidim 2g i. v. každých 8 hod. byl pacientovi zrušen a byl nahrazen ATB Cefapim 1g i. v. po osmi hodinách a ATB Fluconazol 400 mg každých 24 hodin, z důvodu snížené citlivosti na Ceftazidim a pro navýšení účinné hladiny ATB v krvi.

Pacientovi byly na základě analýzy krevního obrazu podány ještě dvě konzervy Erytrocytů A+. Před podáním krevních konzerv jsem zkontrolovala, zda údaje na krevních konzervách souhlasí s údaji v přiložené dokumentaci. Poté jsem krevní konzervy nechala rozmrazit na pokojovou teplotu, aby je bylo možné pacientovi podat. Mezi tím jsem pacientovi dala podepsat písemný souhlas s transfuzí, který jsem pak zanesla do dokumentace pacienta. Také jsem nachystala transfuzní soupravu, AB0 test, transfuzní knihu, pomůcky k odběru kapilární krve a tonometr s teploměrem a saturačním čidlem.

Na zavolání přišel lékař a provedl křížovou zkoušku u postele pacienta, aby se ujistil, že pacientovi bude podána správná krevní skupina. Spolu s dokumentací zkontroloval jméno a příjmení pacienta, identifikační číslo krevní konzervy, její expiraci, krevní skupinu i Rh faktor a druh přípravku. Poté jsem pacientovi podala krevní konzervu a v pravidelných intervalech jsem k pacientovi chodila měřit fyziologické funkce, abych se ujistila, že u pacienta nedošlo k žádné reakci.

Po ukončení transfuze jsem krevní konzervu i s transfuzní soupravou označila a uschovala do lednice na dalších 24 hodin pro případ potransfuzní reakce.

#### Mezi potransfuzní reakce patří:

- alergická reakce,
- hemolytická reakce,
- pyretická reakce,
- anafylaktická reakce.

Pacient měl naordinovanou dietu 0 – tekutou. Pacient se stravoval nedostatečně. Během dne vypil pouze 3 Nutridrinky a polovinu polévky. Na noc jsme pacientovi podali Smofkabiven 1970 ml + Nutramin VLI 500 ml + Cernevit 1 amp. + Nutrielt 10 ml – kape 155 ml / hod.

Nazogastrickou sondu (NGS) jsme pacientovi dopoledne při převazech odstranili. Před vytažením jsem do sondy aplikovala 50 ml vzduchu, jako prevenci odstranění zbytků v NGS a sondu jsem zaštípla. Pacienta jsem ještě polohovala do polosedu. Těsně před vytažením jsem pacientovi dala do rukou emitní misku, jako pomůcku, aby při vytahování sondy se nesnažil samovolně ji vytáhnout.

Při samotném vytažení jsme se sestrou pacienta instruovaly, aby se pořádně nadechl a zadržel dech. Současně se zadržením dechu jsem pak NGS vytáhla. Hlavním rizikem při vytahování Nazogastrické sondy je vdechnutí zbytků, proto se sonda před vytažením musí vždy klemovat.

Se sestrou jsme u pacienta měřily bilanci tekutin 4x denně a po 12 hod. byla u pacienta bilance tekutin + 1095 ml tekutin.

Tabulka č. 2: Měření fyziologických funkcí za 13. 5. 2019

Fyz. funkce	6 hod.	12 hod.	18 hod.	24 hod.
Tlak	110/70	120/75	115/73	105/60
Pulz	82	88	80	72
Teplota	37,5	37,9	37,2	36,7
SPO2	97 %	96 %	97 %	97 %
Glykémie	9,2mmol/l	6,4mmol/l	7,0mmol/l	6,5mmol/l

Tabulka č. 3: Výsledné hodnoty z Biochemické analýzy krve z 13. 5. 2019

Bilirubin	7,9 µmol/l
Aspartátaminotransferáza (AST)	0,66 µkat/l
Alaninaminotransferáza (ALT)	1,73 µkat/l
Gama-glutamyltransferáza (GMT)	6,59
Alkalická fosfatáza (ALP)	6,59 µkat/l
Albumin	25,2 g/l
C-reaktivní protein (CRP)	125 mg/l

Tabulka č. 4: Výsledné hodnoty z analýzy krevního obrazu z 13. 5. 2019

Leukocyty (Leu)	$7 \times 10^9/l$
Erytrocyty (Ery)	$2,87 \times 10^6/\mu l$
Hemoglobin (Hb)	80 g/l
Hematokrit (HCT)	0,243
Trombocyty (Tr)	$424 \times 10^9/l$

Pacient byl v 16 hodin odvezen na zavedení PICC katétru (periferně implantovaný centrální žilní katétr, který může mít pacient zaveden až 1 rok a zavádí se tzv. Seldingerovou metodou). Výkon byl proveden v lokální anestezii na zákrokovém sálku se sonografickou kontrolou.

#### Péče o PICC katétr:

Každý i. v. katétr, ať už centrální nebo periferní, včetně PICC, musí mít sterilní krytí. U pacienta bylo použito sterilní, transparentní krytí Tegaderm s chlorhexidinem, které se mění po 7 dnech. Převaz sterilního krytí musí provádět proškolená zdravotní sestra. Důležitým faktorem při péči o PICC katétr, je zajištění průchodnosti katétru, a to pravidelnými proplachy aspoň 10 ml fyziologického roztoku, před a po aplikaci léčiv. K tomu je doporučena tzv. přerušovaná metoda proplachu, kdy se na základě tohoto postupu tvoří uvnitř vír. Součástí péče je i sledování vzniku případných komplikací, na které je potřeba si dát pozor. K těmto komplikacím patří např. embolie nebo infekce spojená se zavedením katétru.

#### Indikace pro zavedení PICC:

- podání cytostatik a parenterální výživy,
- podání krevních konzerv,
- odběry krve k diagnostickým účelům,
- špatný stav periferních žil,
- měření CVP (centrální venózního tlaku).

#### Kontraindikace:

- zlomenina klíční kosti,
- anomálie venózního systému,
- reakce na materiál PICC,
- infekce v místě zavedení,
- nesouhlas pacienta.

### **7.3. Péče o pacienta 16. pooperační den (15. 5. 2019)**

#### Aktuální stav pacienta ke dni 15. 5. 2019:

Pacient byl soběstačný v rámci lůžka, orientovaný a komunikoval bez problémů.

Pacientovi jsem ráno dělala kontrolní odběry krve na KO a Biochemii.

Ranní hygienu jsme s pacientem provedli ve sprše s dopomocí sedátka a následně jsem pacientovi zkontrolovala všechny invazivní vstupy:

- PMK měl pacient zavedený 17. den, byl funkční a odváděl tmavě žlutou moč.
- Broviac katétr měl pacient zaveden do v. subclavia 13. den. Poslední výměna krytí byla 10. 5. 2019 a katétr byl funkční.
- PICC katétr měl pacient zaveden 3. den a jako krytí byl použit sterilní Tegaderm s chlorhexidinem (poslední výměna krytí byla 13. 5. 2019).
- Jelikož PICC byl plně funkční lékař rozhodl, že CŽK můžeme zrušit.
- CŽK dnes ex.
- Terminální ileostomie byla funkční, odvody do stomického sáčku byly malé. Dnes výměna stomického sáčku se stomickou sestrou.

U pacienta byl poté proveden převaz operační rány. Roztok Betadine byl použit na okolí operační rány a Octenisept byl použit na výplach rány. Ránu lékař vysušil sterilními čtverci. Poté aplikoval Inadine do rány a kryl ránu sterilními čtverci.

Rána v oblasti rekta byla mírně prosáklá. Ošetřili jsme ji znovu dezinfekčním roztokem Betadine a sterilní čtverce polité dezinfekčním roztokem Betadine vložené do operační rány jsme vyměnili za nové, dále jsme ránu kryli sterilními, suchými čtverci.

Současně jsme pacientovi vytáhli centrální žilní katétr a v rámci postupu jsme konec CŽK dali do zkumavky a odeslali na analýzu do laboratoře. Pacientovi jsme místo vpichu kryli sterilními čtverci a zatížili pískem na dvě hodiny.

Pacientovi jsme dnes se stomickou sestrou měnily stomický sáček. Postup byl stejný jako při předchozí výměně.

Fyziologické funkce jsem dále měřila každých 6 hod.

Při měření bolesti dle VAS (vizuální analogové škály), pacient ráno i večer uváděl pouze mírnou bolest VAS 2.

Z chronické medikace p. o. a antibiotických i. v. léků se nic od poslední úpravy nezměnilo.

Pacient měl naordinovanou dietu 1 – kašovitou. Pacient se stravoval stále nedostatečně. Během dne snědl pouze 2 Nutripudingy, polévku a ½ přesnídávky. Na noc jsme se sestrou pacientovi podaly Smofkabiven 1970 ml + Nutramin VLI 500 ml + Cernevit 1 amp. + Nutrielt 10 ml – kape 155 ml / hod.

U pacienta jsme měřily bilanci tekutin 4x denně a po 12 hod. byla u pacienta bilance tekutin + 950 ml tekutin.

Tabulka č. 5: Měření fyziologických funkcí za 15. 5. 2019

Fyz. funkce	6 hod.	12 hod.	18 hod.	24 hod.
Tlak	105/63	120/70	122/83	110/66
Pulz	70	75	77	72
Teplota	37,0	36,9	36,7	36,5
SPO2	99 %	98 %	99 %	97 %
Glykémie	7,2mmol/l	6,0mmol/l	6,9mmol/l	7,1mmol/l

Tabulka č. 6: Výsledné hodnoty z Biochemické analýzy krve z 15. 5. 2019

Bilirubin	8,9 $\mu\text{mol/l}$
Aspartátaminotransferáza (AST)	0,70 $\mu\text{kat/l}$
Alaninaminotransferáza (ALT)	1,25 $\mu\text{kat/l}$
Gama-glutamyltransferáza (GMT)	2,25
Alkalická fosfatáza (ALP)	2,80 $\mu\text{kat/l}$
Albuminm	32 g/l
C-reaktivní protein (CRP)	54 mg/l

Tabulka č. 7: Výsledné hodnoty z analýzy krevního obrazu z 15. 5. 2019

Leukocyty (Leu)	$6,5 \times 10^9/l$
Erytrocyty (Ery)	$4,25 \times 10^6/\mu\text{l}$
Hemoglobin (Hb)	140 g/l
Hematokrit (HCT)	0,432
Trombocyty (Tr)	$350 \times 10^9/l$

#### **7.4. Péče o pacienta 17. pooperační den (16. 5. 2019)**

##### Aktuální stav pacienta ke dni 16. 5. 2019:

Pacient byl klidný, plně orientovaný, v rámci lůžka plně soběstačný a komunikoval bez problémů.

Pacientovi jsem ráno opět dělala kontrolní odběry krve na KO a Biochemii. Jelikož výsledky krevního obrazu a biochemie byly v pořádku a pacient měl stabilní i fyziologické funkce, ošetřující lékař rozhodl o převezení pacienta z JIP na standardní oddělení.

Ranní hygienu už pacient zvládl ve sprše pouze s dopomocí.

Následně, co jsem pacienta uložila zpátky na lůžko, jsem ještě zkontrolovala všechny invazivní vstupy:

- PMK měl pacient zavedený 18. den, byl funkční a odváděl tmavě žlutou moč.
- Broviac katétr měl pacient zaveden do v. subclavia 14. den. Poslední výměna krytí byla 10. 5. 2019 a katétr byl funkční.
- PICC katétr měl pacient zaveden 4. den a byl plně funkční. Jako krytí byl použit sterilní Tegaderm s chlorhexidinem (poslední výměna krytí byla 13. 5. 2019).
- Terminální ileostomie byla funkční, odvody do stomického sáčku byly stále malé.

U pacienta byl poté proveden s lékařem převaz operační rány. Okolí rány jsme ošetřili dezinfekčním roztokem Betadine. Lékař odstranil nekrotickou tkáň v ráně gázovými sterilními čtverci s Octeniseptem, do vrchního a spodního pólu aplikoval Debricasan gel, na střední pól aplikoval Bactigras (antiseptický mastný tyl). Celou ránu jsme pak zakryli sterilními čtverci s Bactigras Hyal Plus a suchými gázovými čtverci.

Operační rána v oblasti rekta měla mírnou krvavou sekreci. Lékař ránu vytřel sterilními tampóny s roztokem Betadine a do operační rány aplikoval sterilní mastný tyl s obsahem stříbra a aktivního uhlí (Actisorb) a dále jsme ránu kryli sterilním krytím Curapor.

Stomický systém jsme dnes se stomickou sestrou pacientovi neměnily, jelikož odvody do stomického sáčku byli velice malé.

Kvůli překladu pacienta jsme se setrou fyziologické funkce u pacienta měřily pouze ráno a v poledne.

Podle vizuální analogové škály pacient udával pouze mírnou bolest v oblasti operační rány VAS 2.

Z chronické medikace p. o. a antibiotických i. v. léků se nic od předchozího dne nezměnilo.

Pacient měl druhým dnem naordinovanou dietu 1 – kašovitou. Pacient se stále stravoval nedostatečně. Ráno pacient snědl pouze  $\frac{3}{4}$  přesnídávky a na oběd snědl pouze bramborovou kaši.

U pacienta jsme změřily bilanci tekutin a po 6 hodinách byla u pacienta bilance tekutin + 115 ml tekutin. Další měření už pak probíhalo na standardním oddělení.

Pacienta jsme překládali na oddělení po 12. hod. Jelikož většinu věcí měl pacient uložené na standardním oddělení již před operací, se setrou jsme udělaly jen soupis věcí, které měl pacient u sebe a ve stolku vedle postele a vše jsme zabalily. Pacienta jsme pak přesunuly na oddělení na vozíčku.

Pacienta jsme uložily na lůžko a sestře, která bude mít pacienta na starost, jsme předaly jeho osobní věci z JIP spolu s chorobopisem.

Tabulka č. 8: Měření fyziologických funkcí za 16. 5. 2019

Fyz. funkce	6 hod.	12 hod.
Tlak	115/68	119/72
Pulz	75	80
Teplota	36,7	36,5
SPO2	99 %	99 %
Glykémie	5,2 mmol/l	7,5 mmol/l

Tabulka č. 9: Výsledné hodnoty z Biochemické analýzy krve z 16. 5. 2019

Bilirubin	9,0 $\mu\text{mol/l}$
Aspartátaminotransferáza (AST)	0,80 $\mu\text{kat/l}$
Alaninaminotransferáza (ALT)	0,79 $\mu\text{kat/l}$
Gama-glutamyltransferáza (GMT)	0,80
Alkalická fosfatáza (ALP)	2,1 $\mu\text{kat/l}$
Albuminm	39 g/l
C-reaktivní protein (CRP)	15 mg/l

Tabulka č. 10: Výsledné hodnoty z analýzy krevního obrazu z 16. 5. 2019

Leukocyty (Leu)	6,4 $\times 10^9/l$
Erythrocyty (Ery)	4,3 $\times 10^6/\mu\text{l}$
Hemoglobin (Hb)	141 g/l
Hematokrit (HCT)	0,437
Trombocyty (Tr)	345 $\times 10^9/l$

## 8. Ošetrovatelské rizika a jejich intervence

V rámci plánu ošetrovatelské péče o pacienta jsem už první den zhodnotila zdravotní stav pacienta podle ošetrovatelské anamnézy a zaznamenala jsem tři ošetrovatelské problémy, které bylo nezbytně nutné řešit.

### 8.1. Riziko pádu

Podle vyhodnocení rizika pádu dle Conleyové, pacient spadl do středního rizika pádu (5 až 13 bodů) a pacient měl 7 bodů.

Faktory ovlivňující hodnocení:

- pacient se občas večer budil s nutkáním dojít si na toaletu,
- pokud se večer pacient probudil, měl problém potom usnout,
- pacient měl naordinované diuretika a hypnotika,
- pacient má zrakový problém, trpí dalekozrakostí a jako pomůcku má brýle na blízko,
- soběstačnost byla u pacienta částečně omezena.

Na co bylo potřeba u pacienta dohlížet, abychom předešli tomuto riziku:

V době, kdy byl pacient uložený na lůžku, jsme u pacienta se sestrou zajistily, aby měl zvednuté postranice.

Při přesouvání pacienta z postele, jsme pacienta nejdříve položily na bok a pomalu zvedly do sedu. Když pacient nepocíťoval závrať nebo se mu netočila hlava, pacienta jsme posadily na vozík.

Pacienta jsme se snažily v rámci možností napájet tekutinami a hydratovat ho. Jelikož pacient v tomto ohledu příliš nespocoval, snažila jsem se u pacienta zavést pravidelné popíjení tekutin jedna sklenička (150 ml) za hodinu a snažila jsem se příjem tekutin zvednout na 250 ml (hrníček) za hodinu.

Ke dni, kdy jsme pacienta předávaly se sestrou na standardní oddělení, se mi v tak krátkém čase nepodařilo dosáhnout nastaveného cíle. Pacient však začal alespoň sám od sebe popíjet malé množství tekutin.

## 8.2. Riziko vzniku dekubitů

Riziko vzniku dekubitů jsem vyhodnotila dle Nortonové, a u pacienta byly určující tyto faktory:

- omezená soběstačnost,
- věk nad 60 let,
- stav pokožky – suchá až papírová,
- přidružená onemocnění (Anémie),
- celkový fyzický stav pacienta byl zhoršený,
- pacient byl během dne spíše apatický,
- jakákoliv pohybová aktivita byla s dopomocí a i pohyblivost pacienta byla omezena.

U pacienta jsme se zdravotní sestrou dohlížely, jak už jsem se dříve zmínila, na příjem tekutin, jelikož hydratace pacienta jde ruku v ruce s hydratací kůže. V rámci hydratace kůže a podkoží jsme pacienta po každé ranní hygieně krémovaly a poté ještě odpoledne nebo večer před spaním, podle domluvy s pacientem.

Jako dalším bodem bylo polohování pacienta na lůžku, kdy jsme pacienta polohovaly na bok, na záda nebo do polosedu přibližně každé 2 hodiny.

Pohybovou aktivitu u pacienta se snažila zvýšit i ošetřující fyzioterapeutka, ale jelikož pacient během dne nejevil příliš vlastní iniciativy, efekt byl minimální.

Záměr u tohoto ošetřovatelského problému byl, aby se u pacienta nevytvořila proleženina, nebo odřenina, která by mohla přerůst do proleženiny. U pacienta se v době strávené na našem oddělení žádné proleženiny nevytvořily.

### 8.3. Malnutrice

Riziko malnutrice jsem vyhodnotila podle NRS (Nutritional risk screening) a BMI (Body mass index). Pacientovo BMI bylo 18,8 bodů, což značí hrozící riziko podváhy (hodnoty od 18,5 bodů a méně jsou označovány jako podvýživa / podváha). Podle NRS, který bere v potaz faktory BMI (ztráta na váze, ztráta chuti k jídlu a závažná onemocnění), jsem zhodnotila u pacienta zvýšené riziko malnutrice.

U pacienta jsme se sestrou dohlížely hlavně na faktory: váha pacienta, příjem živin a celkové měření bilance tekutin.

Jelikož jsem péčí o pacienta strávila pouze několik dnů jdoucích za sebou, nemělo význam pacienta vážit při každém ošetrovatelském dni, a proto jsem pacienta zvažila pouze první a poslední den mé ošetrovatelské péče.

Pacient měl na začátku 57 kg a při předávání na standardní oddělení vážil 58,5 kg (BMI 19,3).

Pacientovi jsme zaznamenávaly, kolik toho sní ke snídani, obědu i večeři. Pacient se ale od začátku stravoval velmi málo, proto mu byla nasazena ještě parenterální výživa a sipping. V rámci parenterální výživy dostával na večer Smofkabiven 1970 ml + Nutramin VLI 500 ml + Cernevit 1 amp. + Nutrielt 10 ml. Jako sipping měl vypít 3 až 4 Nutridrinky za den. Ideální by samozřejmě bylo, kdyby navyšoval množství jídla, které sní při snídani, obědu i večeři, ale tam jsem zaznamenala pouze malé zlepšení, a proto mu i při překlada zůstal nastavený stejný režim. Za úspěch považuji to, že ze začátku pacient nechtěl pít ani Nutridrinky, ale po rozhovoru s ním jsem zjistila, že mu nejvíce vadí aktuální příchut', a tak jsme ji vyměnily za vanilkovou, se kterou byl více spokojen a byl ochotnější ji pít.

Dalším faktorem bylo zapisování a měření, kolik toho vypije a kolik odvede, ať už močí nebo do stomického sáčku. Pacient měl ze začátku odvody do stomického sáčku menší, ale později došlo ke zlepšení. Odvody moči nebyly ani příliš malé ani velké, a proto nebyla potřeba

korekce pomocí medikace. Bilanci tekutin jsme se setrou zapisovaly každé dvě hodiny a po 12 hodinách jsme vše sečetly.

Mým záměrem bylo, aby pacient přibral na váze aspoň 1 kg za týden, a aby začal více jíst. Myslím, že první úkol mohu považovat za splněný, avšak druhý úkol bych za splněný nepovažovala, jelikož změny ve stravování pacienta byly jen velice malé.

## 9. Diskuze

U pacienta byl v průběhu hospitalizace uplatňován Biomedicínský model péče. Tento model patří ve zdravotnických zařízeních asi k nejpoužívanějším i přes své zjevné nedostatky.

Já sama jsem se dosud s jiným modelem péče v praxi nesetkala, ale v rámci své bakalářské práce mě zajímalo, jestli bych našla jinou kazuistiku, která by pojednávala o ošetrovatelské péči pacienta či pacientky s ileostomií z pohledu jiného modelu péče.

Povedlo se mi narazit na kazuistiku z roku 2012 pod jménem: „Ošetrovatelská péče o pacienta s kolorektálním karcinomem a následně vyvedenou ileostomií“<sup>2</sup>

Tuto práci jsem poté porovнала s mojí kazuistikou.

Výrazným rozdílem mezi těmito dvěma pracemi, je kromě příčiny vzniku vyšití ileostomie (u pacienta z roku 2012 je příčinou adenokarcinom rekta), také rozdíl v modelu péče. V kazuistice z roku 2012 je využit model Funkčních vzorců zdraví, jehož autorkou je M. Gordon. Při porovnání péče o pacienta s FYP podle Biomedicínského modelu vs. péče o pacienta s adenokarcinomem rekta podle modelu Funkčních vzorců zdraví jsem si uvědomila hned několik zásadních rozdílů.

Jedním z prvních je, že podle modelu Funkčních vzorců zdraví je stav pacienta hodnocen nejen po fyzické stránce pacienta, jak je tomu u Biomedicínského modelu, ale i po stránce psychické a sociální. Dalším bodem, ve kterém najdeme rozdíly, jsou vzorce zdraví, u kterých hodnotíme, zdaly jsou funkční či disfunkční.

V modelu Funkčních vzorců zdraví máme 12 jasně daných vzorců zdraví (vnímání, výživa, vylučování, aktivita, spánek, sebeúcta, poznávání, vztahy, víra, reprodukce, zvládání stresu a jiné).

Naproti tomu v modelu Biomedicínském určitě nenajdeme vzorce zdraví jako je sebeúcta, víra, reprodukce apod. Tam spíše hodnotíme vzorce jako vnímání, soběstačnost, výživa, bolest, stav kůže atd.

---

<sup>2</sup> Alena Stankeová, Ošetrovatelská péče o pacienta s kolorektálním karcinomem a následně vyvedenou ileostomií, Praha 2012, Bakalářská práce, 3. lékařská fakulta UK, ID 118933

Z tohoto pohledu by se dal Biomedicínský model považovat za nedostatečný, ale má i svoje pozitiva.

Jedním z nich je, že péče je zaměřena přímo na nemoc. Dalším a neméně důležitým pozitivem je, že využívá znalosti založené na výzkumech a vědě jako takové. Určitě bychom neměli opomenout ani to, že model funguje v jasných bodech a není to nijak komplikovaný model péče pro využití v praxi.

## 10. Závěr

Pacient L. Z. ve věku 61 let s diagnózou Familiární adenomatózní polypózy musel být pro vysoké riziko patologických změn polypů odeslán na resekci celého tlustého střeva a na základě toho mu byla vyšita terminální ileostomie. U pacienta poté došlo k zánětu, operační rána se rozpadla a začala se hojit per secundam. Pacienta jsme na Klinice transplantační chirurgie na jednotce intenzivní péče v rámci možností stabilizovali a předali na standardní oddělení. Po předání pacienta na standardní oddělení jsem si později zjišťovala, jak probíhá hojení operační rány. Zjistila jsem, že se přes veškerou snahu operační rána nedaří zatáhnout, a proto bylo u pacienta přikročeno k operativnímu výkonu, kdy pacientovi byl odebrán kožní štěp a byl aplikován do vyčištěné operační rány. Poté ještě pacient musel zůstat v péči lékařů, ale nakonec byl pacient úspěšně propuštěn do domácí péče.

## 11. Seznam použité literatury

1. DRLÍKOVÁ Kateřina, Veronika ZACHOVÁ a Milada KARLOVSKÁ. Praktický průvodce stomikem. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5712-4.
2. OTRADOVCOVÁ Iva a Lucie KUBÁTOVÁ. Komplexní péče o pacienta se stomií. Praha: Galén, c2006. Care. ISBN 80-7262-432-6.
3. KAŠÁKOVÁ Eva, Martin VOKURKA a Jan HUGO. Výkladový slovník pro zdravotní sestry. Praha: Maxdorf, c2015. ISBN 978-80-7345-424-1.
4. ZACHOVÁ Veronika. Stomie. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3256-5.
5. LUKÁŠ Karel a Jiří HOCH, ed. Nemoci střev. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0353-9.
6. TRNA Jan, Oldřich STIBŮREK, Kateřina KLÍMOVÁ, Martina MIŠEJKOVÁ, Jan ŠLAPÁK a Oldřich ROBEK. Familiární adenomatózní polypóza - doporučení pro screening a dispenzarizaci. Interní medicína pro praxi. 2010, 12(3), 145-147. ISSN 1212-7299.
7. JIRÁSEK, Václav. Polypózy trávicího traktu. Vnitřní lékařství. 2013, 59(7), 559-565. ISSN 0042-773X.
8. ADAMOVÁ, Zuzana, Radim SLOVÁČEK, Tomáš BÁR, Jiřina JUŘICOVÁ a Petr VLČEK. Stomie – jejich komplikace. Medicína pro praxi. 2015, 12(1), 44-45. ISSN 1214-8687.
9. SAPAEV, D. A., S. N. NAVRUZOV, S. T. RAKHMANOV, O. A. KURBONOV a M. M. MIRZAKHMEDOV. Diagnostics and choice of treatment approach in colic polyps and polyposis. European medical, health and pharmaceutical journal [online]. 2010, 2010(1), 46-48 [cit. 2020-01-23]. ISSN 1804-5804.
10. Bakalářská práce: Ošetrovatelská péče o pacienta po multiviscerální transplantaci. Autor: Kateřina Jandová, rok: 2019, Univerzita Karlova 3. lékařská fakulta.
11. Bakalářská práce: Ošetrovatelská péče o pacienta s kolorektálním karcinomem a následně vyvedenou ileostomií Autor: Alena Stankeová, rok: 2012, Univerzita Karlova 3. lékařská fakulta.

## 12. Seznam zkratek

FAP	– familiární adenomatózní polypóza
PTJ	– Peutzův-Tourainův-Jeghersův syndrom
JP	– Juvenilní polypóza
AFAP	– Atenuovaná familiární polypóza
MAP	– MUTYH sdružená polypóza
APC	– adenomatous polyposis coli
HNPCC	– Hereditární nepolypózní kolorektální karcinom
GIT	– gastrointestinální trakt
HCL	– kyselina chlorovodíková
Na+	– Natrium (Sodík)
Cl –	– Chlorid
Fa <sup>2+</sup>	– Železo
Ca <sup>2+</sup>	– Vápník
pH	– power of hydrogen
i. v.	– intravenózní (nitrožilní)
p. o.	– per os (perorální/ ústy)
st. p.	– stav po
s. c.	– subkutánní (podkožní)
tbl.	– tableta
cps.	– kapsle
gtt	– kapky
amp.	– ampule
á 8 hodin	– každých 8 hodin
RA	– rodinná anamnéza
OA	– osobní anamnéza
FA	– farmakologická anamnéza
AA	– alergická anamnéza
SA	– sociální anamnéza
NO	– nynější onemocnění
JIP	– jednotka intenzivní péče
TK	– tlak
TT	– tělesná teplota
P	– puls
SPO <sub>2</sub>	– saturace kyslíku v krvi
D	– dechová frekvence
CVP	– centrální venózní tlak
VAS	– Vizuelní analogová škála
GCS	– Glasgow coma scale
BMI	– Body mass index
PMK	– permanentní močový katétr
CŽK	– centrální žilní katétr
NGS	– nasogastrická sonda
PICC	– periferní implantovaný centrální žilní katétr
FR	– fyziologický roztok
ATB	– antibiotika
CRP	– C – reaktivní protein
ALP	– alkalická fosfatáza

GMT – gama-glutamyltransferáza  
ALT – alaninaminotransferáza  
AST – aspartátaminotransferáza  
TR – trombocyty  
ERY – erytrocyty  
LEU – leukocyty  
HB – hemoglobin  
HCT – hematokrit  
KO – krevní obraz  
AB0 test – bed – side test / sangvitest

### 13. Seznam tabulek

Tabulka č. 1: <u>Měření fyziologických funkcí za 12. 5. 2019</u>	29
Tabulka č. 2: <u>Měření fyziologických funkcí za 13. 5. 2019</u>	32
Tabulka č. 3: <u>Výsledné hodnoty z Biochemické analýzy krve z 13. 5. 2019</u>	33
Tabulka č. 4: <u>Výsledné hodnoty z analýzy krevního obrazu z 13. 5. 2019</u>	33
Tabulka č. 5: <u>Měření fyziologických funkcí za 15. 5. 2019</u>	36
Tabulka č. 6: <u>Výsledné hodnoty z Biochemické analýzy krve z 15. 5. 2019</u>	36
Tabulka č. 7: <u>Výsledné hodnoty z analýzy krevního obrazu z 15. 5. 2019</u>	36
Tabulka č. 8: <u>Měření fyziologických funkcí za 16. 5. 2019</u>	38
Tabulka č. 9: <u>Výsledné hodnoty z Biochemické analýzy krve z 16. 5. 2019</u>	39
Tabulka č. 10: <u>Výsledné hodnoty z analýzy krevního obrazu z 16. 5. 2019</u>	39

## 14. Seznam příloh

### 13.1. Příloha č. 1: Ošetřovatelská anamnéza

#### Ošetřovatelská anamnéza

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

Oddělení : JIP TRANSPLANTAČNÍ CHIRURGIE

Datum a čas odběru anamnézy : 12.05.2019 18<sup>00</sup>

Jméno (iniciály) : L.Z. Pohlaví: MUŽ Věk: 61 let

Datum přijetí : 29.4.2019

Stav: ŽENATÝ

Povolání: NYNÍ V DŮCHODU

Rodina informována o hospitalizaci : ano  ne

Diagnóza při přijetí (základní): KOBERCOVÁ POLYPOZA STŘEVA

Chronická onemocnění : ANÉMIE

Infekční onemocnění:  NE  ANO

Režimová opatření: /

Léčba:

Operační výkon: TOTÁLNÍ KOLEKTOMIE STERMINÁLNÍ ILEOSTOMII Pooperační den: 13

Farmakoterapie: FRAXIPARINE 0,5 mg i.v. 0-0-1, APO-OME 20 mg p.o. 1-0-1,

URSOSAN 250 mg p.o. 1-0-1, DEGAN 10 mg i.v. 1-0-1,

VIGANTOL 0,5 mg/ml p.o. (po - ST-PA) 10 o.t., ITOPRID 50 mg tbl. p.o. 1-1-1,

MILGAMMA N 1000 p.o. 1-0-0, MUTAFLOR 2,5 p.o. 1-0-1,

OXAZEPAM 10 mg tbl. p.o. 0-0-1/2

AMPICILIN 3g i.v. a 6 hod. (06-12-18-24 hod.)

CEFOTAZIDIM 2g i.v. a 8 hod. (07-15-22 hod.)

Jiné léčebné metody:

Má nemocný informace o nemoci :  ano  ne  částečně

Alergie :  ano  ne jaké: .....

Fyziologické funkce : P : 80 TK : 105/67 D : EUPNOE SpO2 : 98% TT : 36,9

#### 1) Vědomí

stav vědomí :  při vědomí  porucha vědomí  bezvědomí GSC : 15

Orientovaný  Deorientovaný



- OPERAČNÍ RÁNA V OBLASTI REKTA JE VYPLNĚNA STERILNÍM KRYTÍM ACTISORB A KRYTÁ JE CURAPOREM. TATO OPERACE JE ROZPADLÁ ALE BEZ PROSAKU.
- VYŠITÁ TERMINÁLNÍ ILEOSTOMIE NA PRAVÉ STRANĚ - OKOLÍ STOMIE JE KLIDNÉ BEZ ZNÁMEL ZÁNĚTU. NA ILEOSTOMII BYL POUŽIT JEDNODÍLNÝ STOMICKÝ SYSTÉM, VÝTĚNU PŘEVĚDLA STOMICKÁ SESTRA.

### 5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba): PACIENT DO ROKU 2018 NEPRODĚLAL ŽÁDNÁ ZÁVAŽNÁ ONEMOCNĚNÍ. SVŮJ STAV <sup>SOUČASNÝ</sup> VÍDÍ JAKO NEDOBRY ALE VĚŘÍ, ŽE S VYŠITOU ILEOSTOMIÍ SE JEHO STAV ZLEPŠÍ VČETNĚ KVALITY ŽIVOTA

Úrazy:  ano  ne jaké: ZLOMENÁ PRAVÁ NOHA V DĚTSTVÍ

### 6) Výživa, metabolismus

Dieta: 0 - TEKUTÁ Nutriční skóre: ZAVOLAT NUTRIČNÍHO SPECIALISTU

Hmotnost: 57 kg Výška: 174 BMI: 18,8

Chuť k jídlu:  ano  ne

Potíže s přijímáním potravy:  ano  ne jaké: NAUZEĀ, NECHUTENSTVÍ

Užívá doplňky výživy:  ano  ne jaké: SIPPING

Enterální výživa: / Parenterální výživa: SMOFKABIVEN 1970 ml / NA NOC

Denní množství tekutin: 400 ml Druh tekutin: KODA / ČAJ

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

Umělý chrup:  ano  ne  horní  dolní

Potíže s chrupem:  ano  ne

### 7) Vyprazdňování

problémy s močením:  ano  pálení  řezání  retence  inkontinence  
 ne

problémy se stolicí:  ano  průjem  zácpa  inkontinence  
 ne PACIENT MÁ VYŠITOU TERMINÁLNÍ ILEOSTOMII, KTERÁ MÁ

stolice pravidelná:  ano  ne PRAVIDELNÉ ODVODY

datum poslední stolice: /

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení: 14 dní

Rektální odvodný systém: .....

Stomie: ILEOSTOMIE

### 8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: LVT - CHŮZE V NÍZKÉM CHODÍTKU + DECHOVÁ RHB

Barthel test: 45/6

Riziko pádu: ANO skóre: 7/8

NE

Pohyblivost:  chodící samostatně

chodící s pomocí

ležící pohyblivý  ležící nepohyblivý

pomůcky

jaké: NÍZKÉ CHODÍTKO

**9) Spánek, odpočinek** (DOMA SPÍ BĚHEM DNE)

počet hodin spánku: <sup>ŘÍCT</sup> NEMÍ SCHOPEN PŘESNĚ RÍCT hodina usnutí: VEČER: CCA 22. hodina

poruchy spánku:  ano  ne

jaké: VNEMOCNICI MÁ PROBLÉM S NESPÁVOSTÍ

hypnotika:  ano  ne

návyky související se spánkem: DOMA SI RÁD ČTE KNIHU PŘED SPÁNÍM

**10) Vnímání, poznávání**

potíže se zrakem:  ano  ne jaké: DALEKOZRAKOST

potíže se sluchem:  ano  ne jaké:

porucha řeči:  ano  ne jaká:

kompensační pomůcky:  ano  ne jaké: BRÝLE

orientace:  orientován

dezorientovaný  místem  časem  osobou

**11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu**

Emocionální stav:  klidný  rozrušený AŽ APATICKÝ

Pocit strachu nebo úzkosti:  ano  ne

Úroveň komunikace a spolupráce:  dobrá  obtížná PACIENT JE NEMLUVNÝ

**Plánování propuštění**

Bydlí doma sám:  ano  ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění: MANŽELKA

kontakt s rodinou:  ano  ne

**12) Invazivní vstupy**

Drény:  ano  ne jaké: Datum zavedení:

Permanентní močový katétr:  ano  ne

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

Stav:

centrální datum zavedení: 29.04.19 kde: V JUGULARIS

stav: FUNKČNÍ

ne

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

Sonda :  ano  ne jaká : NGS..... datum zavedení : 09.05.2019  
 Stomie :  ano  ne jaká : ILEOSTOMIE... stav : OVÁDÍ MĀLE MNOŽSTVÍ TEKUTINY  
 Endotracheální kanyla :  ano  ne č.ETR : .....datum zavedení: .....  
 Tracheotomie :  ano  ne č.: ..... od kdy: .....  
 Arteriální katétr :  ano  ne  
 Epidurální katétr:  ano  ne  
 Jiné invazivní vstupy:.....BROVIAC KATÉTR - V. SUBCLAVIA - OD 3.05.2019.....

## Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

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

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

45/8

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

#### Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

- 0-40 bodů: vysoce závislý
- 45-60 bodů: závislost středního stupně
- 65-95 bodů: lehce závislý
- 100 bodů: nezávislý

## 2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobry 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

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

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

## 3. Hodnocení nutričního stavu

### NRS – Nutritional Risk Screening

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

#### Hodnocení:

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

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

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

## 4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

### Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu	
Anamnéza:	
<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)	3 body
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více	2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze	1 bod
<input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladi na lůžkové odd. zrakový/sluchový problém	1 bod
<input type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa)	1 bod
<input type="checkbox"/> 1 bod	
Vyšetření	
- Soběstačnost	
- úplná	0b
- částečná	2b
- nesoběstačnost	3b
- Schopnost spolupráce	
- spolupracující	0b
- částečně	1b
- nespoupracující	2b
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu)	
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě?	ANO 3 body
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?	ANO 1 bod
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout?	ANO 1 bod
Celkem:	
0-4 body	Bez rizika
5-13 bodů	Střední riziko
14-19 bodů	Vysoké riziko

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

## 5. Hodnocení vědomí

### Glasgow Coma Scale

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

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

### Ošetřovatelské zhodnocení

PACIENT JE SOBĚSTAČNÝ POUZE ČÁSTEČNĚ...  
 PACIENT JE OMEZEN NAROKYBLIVOSTI OPERAČNÍ RANOU VOKOL DOPADU, KTERÁ SE  
 HOJÍ PER SECUNDAM. PACIENT JE ALE STĚLE SCHOPNÝ CHŮZE S DOPROVODEM A V  
 MĚKÉM CHODÍTKU. PACIENT NEPROJEVUJE CHUTĚ ANI VELKOU SNÁHU  
 REHABILITOVAT. PACIENT JE APATICKÝ A Ž MĚHO DOZOROVÁNÍ VYCHÁZÍ ŽE  
 DŮVODEM JE VELKÁ VEDÁLENOST OD RODINY, TO VEDE K TOMU, ŽE PACIENTA  
 TAK ČASTO NENAVĚTVOUJÍ.