

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

V Praze dne 15.5. 2009

.....
Kopřivová Lenka

Poděkování

Děkuji tímto PhDr. Heleně Chloubové za připomínky, vedení a cenné rady, které mi pomohly při sestavování mé bakalářské práce. Děkuji i pacientovi panu B. za umožnění většího náhledu do jeho zdravotního stavu a napsání této práce.

V Praze dne 15.5. 2009

Obsah:

Úvod	4
A. Klinická část	5
1. Charakteristika onemocnění	5
2. Identifikační údaje	13
3. Lékařská anamnéza a diagnózy	14
3.1. Lékařská anamnéza	14
3.2. Lékařské diagnózy	15
4. Diagnosticko-terapeutická péče	16
4.1. Diagnostika	16
4.2. Terapeutická péče	20
5. Stručný průběh hospitalizace	25
B. Ošetrovatelská část	26
1. Ošetrovatelská anamnéza a současný stav pacientky	26
1.1. Subjektivní náhled na hospitalizaci	26
1.2. Základní somatické potřeby	26
1.3. Psychosociální potřeby	31
2. Ošetrovatelské diagnózy	34
3. Cíl, plán, realizace a hodnocení	35
4. Edukace	44
C. Použitá literatura a zdroje informací	45
D. Přehled použitých zkratk	47
E. Ošetrovatelský závěr a prognóza	48
Přílohy	

Úvod

Pro svoji závěrečnou bakalářskou práci jsem zvolila pacienta s karcinomem jícnu. Tuto lékařskou diagnózu jsem si vybrala, protože jde o závažné maligní onemocnění u velmi mladého pacienta, která mu změní jeho životní styl a hodnoty. Proto jsem se rozhodla zpracovávat závěrečnou bakalářskou práci o tomto pacientovi.

Karcinom jícnu u nás zaujímá relativní incidencí 4 případů na 100 000 obyvatel kolem 0,7 % všech zhoubných nádorů.

V České republice byla v roce 1998 nově hlášena celkem u 428 nemocných, z toho u 361 mužů a 67 žen. V témž roce zemřelo na karcinom jícnu kolem 419 nemocných, z toho 395 mužů a 60 žen. Výskyt karcinomu jícnu je tedy u mužů zhruba čtyřikrát častější. Relativní incidence plynule narůstá s věkem. U mužů od 35 let, u žen od 45 let. Absolutní počty nemocných jsou však nejvyšší až ve věkové kategorii 50-54 let u mužů a 65-69 let u žen. Ve světě je nejvyšší incidence karcinomu jícnu v Číně, Japonsku a Íránu, kde dosahuje až 5 % všech malignit.

Frekvence výskytu karcinomu jícnu je nejvíce ve střední části jícnu 52%, v této lokalizaci byl i skvamózní karcinom mého pacienta. Viz. příloha č. 17 (5,11)

5) KLENER, P., Klinická onkologie, Praha: Galén 2002, ISBN: 80-7262-151-3,s.397

11) ZEMAN M. A KOLEKTIV,Speciální chirurgie, Praha: Galén 2006,ISBN: 80-7262-260-9,s.203

A. Klinická část

1) Nádory jícnu

1.1 Charakteristika onemocnění

Nádory trávicí trubice patří mezi nejčastější zhoubné novotvary a podílí se téměř jednou čtvrtinou na celkové úmrtnosti pro zhoubný nádor. Jejich společným rysem je častý nenápadný začátek, který bývá příčinou pozdního rozpoznání a dále relativně omezená citlivost k systémovým léčebným modalitám. V trávicím ústrojí se mohou vyskytovat nádory mezenchymového původu, z nichž v poslední době vzbudil zájem zejména gastrointestinální stromální nádor (sarkom) charakterizovaný zvýšenou expresí transmembránové tyrozinkinázy. Převážnou většinu nádorů GIT však představují karcinomy. (5)

Dle histologie bylo zjištěno, že pacient měl ve střední části jícnu invazivní skvamózní karcinom.

Hodnocení TNM: T2-T3 N1 M0.

1.2. Etiologie

Karcinom jícnu je v mnoha případech pokládán za nádor indukovaný ve sliznici chronickou expozicí dráždivým látkám, silnému kouření, horkým nápojům a zejména pak koncentrovanému alkoholu. V patogenezi karcinomu distálního úseku jícnu se v našich podmínkách uplatňuje především chronická ezofagitida spojená s intestinální metaplazií pod obrazem známým jako Barrettův jícen. Dlouhotrvající achalazie jícnu je spojena s vývojem karcinomu až u 5 % nemocných. Byla popsána sekvence molekulárních změn vedoucí k vývoji karcinomu na bázi metaplazie. V metaplastické sliznici je pravidelně zachycována zvýšená exprese dysfunkčního onkoproteinu p 16 a vývoj tetraploidie a aneuploidie. Existují však patrně další, patogeneticky dosud méně ujasněné faktory vzniku karcinomu jícnu. Tak např. v oblasti Lin Xian v severní Číně, kde je výskyt karcinomu jícnu mimořádně vysoký, se předpokládá, že příčinou je kontaminace vodních zdrojů této oblasti nitrosaminy. Častější výskyt karcinomu jícnu se popisuje u žen s Plummerovým-Winsonovým syndromem (sideropenická anémie, glositida a ezofagitida). Jediným dosud známým hereditárním syndromem asociovaným s karcinomem jícnu je xylóza, kde se zhoubný nádor ezofágu vyskytuje až u 7% postižených. (3,5,8)

1.3. Typy nádorů jícnu

Podle anatomické lokalizace rozeznáváme nádory krčního, horního, hrudního a abdominálního úseku jícnu. Nádory horního jícnu často prorůstají do

průdušnice nebo bronchů, nádory středního úseku k aortě a do perikardu a u nádorů lokalizovaných v distálním úseku jícnu je invazí postižena bránice, paravertebrální facie, popřípadě hrudní obratle. Vzdálené metastázy jsou nejčastější v játrech, dále v plicích, ve skeletu, v nadledvinách a v mozku

Z histologického hlediska dělíme nádory jícnu na karcinomy spinocelulární (plochobuněčné, skvamocelulární), adenokarcinomy a vzácnější formy, k nimž patří karcinomy adenoidně cystické, mukoepidermoidní, adenoskvamózní a nediferencované. Z raritních histotypů nádorů vycházejících z jícnu nutno uvést také malobuněčný karcinom, karcinosarkom a maligní melanom sliznice jícnu.

Spinocelulární karcinomy představují asi dvě třetiny všech nádorových onemocnění jícnu, vyskytují se v 15% v krčním, ve 45% v hrudním a ve 40% v dolním úseku jícnu. Dalších 20-40% nádorů jícnu tvoří adenokarcinomy. Jejich podíl trvale stoupá. (3,5,8)

1.4. Klinický obraz

Nejčastějšími příznaky, které jsou přítomny u 90% nemocných, jsou dysfagie a hubnutí. Hemateméza se vyskytuje poměrně zřídka, u pokročilých nádorů a raritně může znamenat prudký fatální vývoj onemocnění při invazi nádorů do aorty.

Dysfagie někdy provází odynofagie, event. bolesti na hrudi. Pokročilý nádor může lokální progresí vyvolávat příznaky postižení n. recurrens, syndromu horní duté žíly. Hornerova syndromu nebo paralýzy bránice z poškození n.phrenicus. Při invazi a fistulaci do bronchů se objeví kašel.

Karcinom jícnu bývá provázen různými komplikacemi, které vyplývají jednak z obturace jícnového lumen, jednak z invaze nádoru do okolních struktur. Nejčastější komplikací je omezené nebo zcela znemožněné polykání. Dysfagické obtíže popisujeme jako odstupňované polykací obtíže tuhé, kašovité, či dokonce tekuté stravy, popř. s regurgitací malého množství polknuté tekutiny. Obávanými komplikacemi nádorů jícnu jsou nádorové ezofagotracheální nebo ezofagobronchiální píštěle a perforace jícnu s následnou mediastinitidou. Vznikají spontánně při progresi nádoru, ale mohou být způsobeny také endoskopickým vyšetřením. (3,5,8)

5) KLENER, Klinická onkologie, Praha: Galén 2002, ISBN: 80-7262-151-3, s.397- 398

8) PAVEL PAFKO ET AL., Základy speciální chirurgie, Praha: Galén, ISBN 978-80-7262-402-7, s.64 – 65

3) FERKO A., VOBOŘIL Z., ŠMEJKAL K., BEDRNA J., Chirurgie v kostce, vybrané kapitoly Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., ISBN 80-247-0230-4, s. 267 - 271

1.5. Diagnostika a staging

Podezření na nádor jícnu lze vyslovit na základě klinických příznaků a **kontrastního RTG vyšetření**.

Základem diagnostiky však zůstává **ezofagoskopické vyšetření**, protože umožní histologické ověření nálezu a odlišení od erozivní ezofagitidy nebo benigního nádoru.

Endoskopická ultrasonografie je nejpřesnější předoperační vyšetřovací metodou pro stanovení hloubky invaze nádoru stěnou jícnu.

CT vyšetření je nepostradatelné pro zjištění laterálního šíření nádoru do mediastina a okolních struktur, ovšem i pro popis lymfatických uzlin a k vyloučení plicních a jaterních metastáz.

Magnetická rezonance je s ohledem na pohyby srdce a aorty méně vhodným vyšetřením.

Bronchoskopii indikujeme při specifických příznacích, jako je kašel nebo hemoptýza, popř. při známkách invaze do bronchů.

K vyloučení metastáz do skeletu je vhodné provést **scintigrafii**.

Mediastinoskopie nebo biopsie skalenových uzlin jsou indikovány jen zcela výjimečně.

Explorativní laparotomie je obvykle první fází plánované radikální operace, má ověřit stav nitrobřišních celiakálních uzlin a vyloučit vzdálenou abdominální diseminaci procesu dříve, než se přistoupí k závažnému radikálnímu výkonu.

Ze **sérových markerů** lze využít CEA u všech histotypů epitelových nádorů jícnu, popř. spolu s SCC u spinocelulárního karcinomu.

STAGING se určuje podle klasifikace TNM. Nádorů trávicí trubice se index T1 určuje pro nádory infiltruující sliznici a submukózu, T2 pro nádory infiltruující svalovinu, T3 pro nádory pronikající přes adventicii a T4 pro nádory invadující do okolních struktur. (3,5,8,4,11)

Stádia pokročilosti

Stádium	Kód TNM
I	T1,N0,M0
IIA	T2,(T3),N0,M0
IIB	T1,(T2),N1,M0
III	T3,N1,M0 nebo T4,N0,M0
IV	jakékoliv T,N,M1

3) FERKO A., VOBOŘIL Z., ŠMEJKAL K., BEDRNA J., Chirurgie v kostce, vybrané kapitoly
Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., ISBN 80-247-0230-4, s. 268

5) KLENER, Klinická onkologie, Praha: Galén 2002, ISBN: 80-7262-151-3, s. 398 - 399

8) PAVEL PAFKO ET AL., Základy speciální chirurgie, Praha: Galén, ISBN 978-80-7262-402-7,
s. 65

4) HÁJEK M., Chirurgie pro praktické lékaře, Praha: Grada Publishing 1995, ISBN: 80-7169-108-9
s. 159

11) ZEMAN M. A KOLEKTIV, Speciální chirurgie, Praha: Galén 2006, ISBN: 80-7262-260-9, s. 203

1.6. Terapie

Terapie karcinomu jícnu se řídí stádiem onemocnění, respektive lokální pokročilostí nádoru.

1.6.1 Chirurgická léčba

Je základní léčbou, která nachází uplatnění u všech stádií onemocnění. U stádia I a II je to *kompletní resekce jícnu* (totální ezofagektomie) a jeho náhrada žaludkem, méně často střevem. Náhrada jícnu je umístěna ortotopicky v zadním mediastinu. Při radikální exstirpaci jícnu je anastomóza jícnové náhrady šita na krční jícn z cervikálního přístupu po laparotomické mobilizaci žaludku, přičemž samotná preparace a resekce jícnu postiženého nádorem probíhá v hrudní fázi výkonu z pravostranné thorakotomie. Ve velmi časných fázích nádorového růstu lze použít tzv. protahovací techniku resekce jícnu (transhiátová ezofagektomie), při níž je jícn naslepo vypreparován a pouze protažen a resekován kombinací abdominálního a krčního přístupu. Postižení distálního úseku jícnu lze v indikovaných případech řešit také distální jícnovou resekci s nitrohruční anastomózou s příslušně upraveným žaludkem. Nitrohruční anastomóza je značně riziková pro možný vznik dehiscence s následnou mediastinitidou.

Pooperační mortalita se po resekcích jícnu pohybuje mezi 5 až 15%. Časté lokální recidivy jdou především na vrub šíření nádoru lymfatickými cévami mediastina, někdy i longitudinálního šíření ve stěně zbylého jícnu. Až 40% karcinomů jícnu se šíří za hranici 5 cm od makroskopického okraje nádoru. Mikroskopické ověření nesečnické hranice, lymfatických uzlin a perifokálního tuku je základem pro odhad prognózy onemocnění po operaci, zejména však pro plánování případné další zajišťovací léčby. Pětileté přežití po ezofagektomii pro karcinom je uváděno pouze mezi 10 až 20%. Přesto je resekce jícnu nejlepším paliativním dysfagie či afagie, protože více než 50% operovaných zůstává i při další progresi onemocnění bez dysfagických obtíží. Inoperabilní karcinom jícnu působící dysfagické potíže je indikací k zavedení *endoprotézy*, respektive stentu.

Endoskopicky zaváděné stenty různých typů již v současnosti zcela vytlačily dříve užívané, operačně zaváděné endoprotézy Harringova nebo Celestýnova typu. Nelze-li při těžké dysfagii stent zavést, nezbyvá než provést *gastrostomii*.

1.6.2. Radioterapie

Radioterapie se používá nejčastěji ve formě zevního ozáření. Při *kurativním záměru* se doporučuje dávka 60-70 Gy. Možný je také hyperfrakcionační režim (2x denně 1,2-1,4 Gy), který dovoluje aplikaci celkově vyšší dávky záření, ale je obvykle spojen také se silnější akutní nežádoucí reakcí. Radioterapii lze použít i po zavedení stentu. V předoperačním ozáření jsou používány nižší dávky (40-50 Gy). Očekávaným efektem je zmenšení nádoru a zlepšení podmínek pro resekci. Pro paliativní ozáření jsou používány dávky do 50 Gy. Zevní ozáření lze kombinovat s brachyradioterapií.

1.6.3. Chemoterapie

Chemoterapie je sice u karcinomu jícnu méně účinná než u jiných nádorů, přesto však se považuje za užitečnou metodu. Uplatní se v různé formě. V adjuvantním podání má chemoterapie zaručit prodloužení bezpříznakového období. V neoadjuvantním podání může chemoterapie usnadnit operabilitu nádoru. Účinnější se zdá neoadjuvantní konkomitantní chemoradioterapie. Při tomto způsobu se aplikuje dávka 45-54 Gy spolu s 5-fluorouracilem i.v. Nejméně účinná je paliativní chemoterapie pokročilých nádorů, po které se částečná léčebná odpověď udává asi u 20% nemocných. Odpověď je obvykle jen krátkodobá, nanejvýš několikaměsíční. (3,5,8,4,11)

3) FERKO A., VOBOŘIL Z., ŠMEJKAL K., BEDRNA J., Chirurgie v kostce, vybrané kapitoly
Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., ISBN 80-247-0230-4, s. 270

5) KLENER, Klinická onkologie, Praha: Galén 2002, ISBN: 80-7262-151-3, s. 399 - 400

8) PAVEL PAFKO ET AL., Základy speciální chirurgie, Praha: Galén, ISBN 978-80-7262-402-7,
s.65

4) HÁJEK M., Chirurgie pro praktické lékaře, Praha: Grada Publishing 1995, ISBN: 80-7169-108-9
s. 160

11) ZEMAN M. A KOLEKTIV, Speciální chirurgie, Praha: Galén 2006, ISBN: 80-7262-260-9,
s. 204 – 205

1.7. Prevence

Výsledky chirurgické ani kombinované léčby karcinomu jícnu nejsou zdaleka uspokojivé, proto se obrací stále více pozornost k prekanceróze známé v terminálním úseku jako Barrettův jícen čili intestinální metaplasie. Přestože lze tuto prekancerózu zachytit jak morfologicky, tak i časněji molekulárními markery, neexistuje zatím jednotná terapeutická strategie pro tuto iniciální a nesporně kurabilní fázi vývoje maligního onemocnění jícnu. S problematikou Barrettova jícnu souvisí samozřejmě řešení gastroezofageálního reflexu, ať již medikamentózní nebo chirurgickou některou z plikačních operací obnovujících Hissův úhel. Při rozvinutých dysplastických prekancerózních změnách je zatím léčebnou metodou pouze distální resekce jícnu na pracovišti, které má s těmito výkony zkušenost a dosahuje při těchto poměrně závažných operacích minimální morbidit i mortality. (3,5,8,4,11)

1.8. Prognóza

Uvádí se, že ze 100 průběžně přicházejících nemocných s karcinomem jícnu má 20 vzdálené metastázy již v době první diagnózy, dalších 20 nemůže být operováno pro interní kontraindikaci rozsáhlejšího výkonu. Zbylých 60 je sice připravováno k eventuální operaci, ale pouze u dvou třetin je nakonec nález resektabilní. Z těchto 40 radikálně operovaných až 10-12 podlehnou pooperačním a jiným komplikacím a umírá ještě za pobytu v nemocnici. Z ostatních 28-30 radikálně operovaných nemocných přežívá 1 rok 18-20, dva roky 10 a 4-6 nemocných přežije pět let. Tedy jen asi 5-6% nemocných s karcinomem jícnu bez ohledu na stádium se podaří vyléčit. Důvodem je vysoký stupeň šíření nádoru již v časných stádiích. Pouze 40% karcinomu jícnu klasifikovaných jako T1 je vskutku omezeno na jícen, 25% se šíří i mimo jícen, 35% má založeny i vzdálené metastázy. Ještě horší je samozřejmě u situace nádorů T2, z nichž je pouze 10% lokalizovaných, 15% zakládá metastázy v okolí jícnu a v 75% jsou již přítomny metastázy vzdálené. Pokročilejší nádory možno charakterizovat jako onemocnění systémové, a tudíž současnými prostředky nevléčitelné. Na druhé straně může aktivní přístup odstraňují dysfagii či afagii významně prodloužit a zkvalitnit život i u pokročilejších nádorů, neboť nemocný zde strádají především podvýživou. Rizika operace z pooperační mortalitou udávanou i na specializovaných pracovištích mezi 5-15% je nutno v léčebné rozvaze individuálně vyvažovat reálnými možnostmi trvalého vyléčení a případných prospěchem z paliace z dysfagie a dalších možných lokálních komplikací. U inoperabilního karcinomu jícnu léčeného radioterapií činí střední doba přežití 7 až 12 měsíců. Pouze 10-20% nemocných přežívá dva roky a jen kolem 5% nemocný pět let. Medián přežití inoperabilních karcinomech jícnu léčených radiochemoterapií je udáván v rozmezí 13 -29 měsíců. (5,8,4,11)

5) KLENER, Klinická onkologie, Praha: Galén 2002,ISBN: 80-7262-151-3,s. 400 - 401

8) PAVEL PAFKO ET AL., Základy speciální chirurgie,Praha: Galén, ISBN 978-80-7262-402-7, s.65

4) HÁJEK M.,Chirurgie pro praktické lékaře,Praha: Grada Publishing 1995,ISBN: 80-7169-108-9 s. 160

11) ZEMAN M. A KOLEKTIV,Speciální chirurgie, Praha: Galén 2006,ISBN: 80-7262-260-9,s. 203

1.9. Předoperační příprava

1.9.1 Dlouhodobá předoperační příprava

Začíná již před přijetím klienta na chirurgické oddělení. Můžeme jí rozdělit na chirurgickou a interní přípravu. Chirurgická příprava spočívá ve vlastní diagnostice a chirurgické intervenci. Interní příprava slouží k závěrečnému hodnocení stavu k operaci a anestezii. Nesmí být starší 14 dnů. Patří sem screeningové vyš. moče (moč + sed), screeningové vyš. krve (urea, kreatinin, hladina glukózy, FW, KO, krevní skupina a Rh faktor), EKG vyšetření a RTG S + P.

1.9.2 Krátkodobá předoperační příprava

Provádí se 24 hodin před samotným výkonem. Skládá se z fyzické přípravy pacienta, přípravy operačního pole, anesteziologické přípravy a psychické přípravy. Fyzická příprava pacienta spočívá v dodržení pokynů lačnění (od půlnoci nic per os), zavedení PMK, podání očistného klyzmatu, celkové hygieně, odstranění make-upu, šperků, odlakování nehtů atd. Příprava operačního pole spočívá v odstranění nečistot a oholení operačního pole. Do anesteziologické přípravy patří seznámení pacienta s postupem a jeho návštěva anesteziologem. Pro nerušený spánek podáváme sedativa či hypnotika a zajistíme dostatek informací.

1.9.3 Bezprostřední předoperační příprava

Provádí se asi 2 hodiny před výkonem. Skládá se z bandáže obou DK, kontroly operačního pole, vyndání umělého chrupu, zavedení nasogastrické sondy, převléknutí do empíru a nasazení chirurgické čepice. Součástí bezprostřední předoperační přípravy je premedikace. Je ordinována dle hmotnosti, věku, způsobu anestezie a operace. Podává se většinou Dolsin a Atropin i.m. Po podání je nutný zápis do dokumentace a pacient již nesmí opustit lůžko.

1.10. Pooperační péče

V bezprostředních hodinách po operaci jsou obvyklé bolesti v operační ráně, které jsou přirozené a tlumeny léky proti bolesti. Tyto by měly ustoupit asi za 48 hodin. Občasným nežádoucím účinkem anestezie může být zvracení, které většinou odezní za 6 až 12 hodin po operaci. Strava a tekutiny nelze přijímat ústy několik dní. Potřebné živiny a tekutiny jsou dodávány do žilního systému v dostatečném množství a správné skladbě. V bezprostředním pooperačním období je pravidelně měřen krevní tlak a pulz. V prvních dnech je moč odváděna katétrem přímo z močového měchýře (pro nutnost přesného měření množství a skladby moči). U některých typů operací je nutno odvádět

tekutinu, která se hromadí v žaludku. Z tohoto důvodu je několik dní zavedena nasogastrická sonda do žaludku.

Protože operační výkony na jícnu jsou vždy pro pacienta náročné, je po operaci sledován a ošetřován na jednotce intenzivní péče (JIP). Do domácího ošetřování je pacient propuštěn obvykle za 10 až 14 dní po výkonu v závislosti na typu operace. Stehy jsou odstraňovány obvykle za 7 až 14 dní od operace. Jizva je zcela pevná za 6 až 8 týdnů od operace. Proto aby nedošlo k porušení hojení jizvy a vytvoření kýly v jizvě, může pacient vykonávat větší fyzickou aktivitu nejdříve za 6 až 8 týdnů po operaci.

Důležité je poučení pacienta o následcích zákroku, např. pocity tlaku v nadbřišku, zhoršené polykání větších a tuhých soust, pocit rychlého nasycení, plynatosti, nesnášenlivosti některých jídel. Tyto následky se mohou medikamentózní léčbou mírně zmírnit. Pracovní schopnost si pravděpodobně vyžádá změnu.

3) FERKO A., VOBOŘIL Z., ŠMEJKAL K., BEDRNA J., Chirurgie v kostce, vybrané kapitoly
Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., ISBN 80-247-0230-4, s. 163 - 179

9) Pafko P, Pazdro A., Radikální léčba karcinomu jícnu,
internetový zdroj: <http://www.hpb.cz/index.php?pId=08-1-05>

2 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: B.D.

Oslovení: pane B.

Věk: 42 let

Rodné číslo: 670000/0000

Rodinný stav: ženatý

Vzdělání: vyučen

Nynější povolání: tesař

Adresa: Kamenice

Národnost: ČR

Pojišťovna: 111

Vyznání: žádné

Kontaktní osoby: manželka

Mobilní telefon: má

Hlavní důvod hospitalizace

Plánovaná resekce střední části jícnu s aesophagogastroanastomózou z důvodu invazivního skvamosního superficiálního karcinomu

Hospitalizován od 2.4.2009

Operace byla provedena dne 2.4. 2009

Pacienta jsem ošetřovala: 6.4., 7.4., 8.4. 2009

3 Lékařská anamnéza a diagnózy

3.1 Lékařská anamnéza

Nynější onemocnění:

3 měsíce dysfagické obtíže, jí všechno, ale pomalu, zapíjí, hubnutí 10 kg, nyní 78 kg. EUS po neoadjuvanci, prostupnost do 33 cm, bifurkační uzliny 9 mm, stenóza jícnu ve 33 cm T2-3N1.

Spirometrie – FEV₁ 14,60 = 124%, normální ventilace

Ergo – bez známek koronární insuf.

ECHO – porucha relaxace LK, EF v normě cca 60%

CT – játra i plíce bez ložisek, částečná regrese tumorózního zesílení stěny jícnu na 6 mm, začíná v úrovni bifurkace, délky cca 10 cm

Osobní anamnéza:

Po interní stránce nestoná.

Rodinná anamnéza:

Otec má arytmiie, matka nestoná.

Sourozence nemá

Alergická anamnéza:

Neudává.

Farmakologická anamnéza:

Pacient nemá žádnou chronickou medikaci.

Sociální anamnéza:

Pacient bydlí s manželkou a třemi dcerami v rodinném domě se zahradou.

Abusus:

Alkohol pije pacient jen zcela výjimečně, ojediněle pivo. Cigarety asi 2 měsíce nekouří. Dříve vykouřila zhruba 25 cigaret denně.

Pracovní anamnéza:

Pacient je vyučený tesařem. Nyní pracuje v tesařské firmě v Trhové Kamenici.

Celkový stav:

Pacient je při vědomí, orientován časem i místem, spolupracuje, verbální kontakt je přiměřený, bez psychické alterace. Poloha těla je aktivní, výživa přiměřená, kůže anikterická, bez eflorescencí. Bez jasných zevních známek traumatu a malignity

Hlava: mesocefalická, poklepově nebolestivá, uši a nos bez výtoků, inervace n. VII orientačně v normě, výstupy nervů nebolestivé, bulby ve středním postavení, bez nystagmu, skléry bílé, izokorie, fotoreakce správná, spojivky růžové, jazyk plazí ve střední rovině, růžový, vlhký, nepovlečený, hrdlo klidné

Krk: volný, symetrický, šíje neopouje, náplň jugulárních žil přiměřená, pulzace a. karotis hmatné symetricky, ŠŽ nezvětšená, LU nezvětšené

Hrudník: souměrný, dechové exkurze symetrické, prsy symetrické, bez hmatné rezistence, dýchání poslechově sklípkové, čisté, plíce rozvinuté, AS pravidelná, ozvy zvučné, ohraničené

Břicho: v úrovni hrudníku, dechová vlna postupuje v celém rozsahu, kůže bez jizev, palpačně břicho měkké, volně prohmatné, poklep diferencovaně bubínkový, nebolestivý, bez palpační bolestivosti, bez známek peritoneálního dráždění, bez hmatné rezistence, játra v oblouku, poslechově klidná nepřekážková perilstatika, per rektum: okolí anu klidné, indagace nebolestivá, normotonus svěrače, Douglas bez vyklenutí, nebolestivý, na rukavici hnědá stolice

DK: bez otoků, hybnost bez omezení, bez varixů, bez trofických změn kůže, pulzace AF, AP, ADP bilat.hmatné

Fyziologické funkce změřeny dne 2.4.2009 při příjmu:

Výška: 172 cm, Hmotnost: 73 kg, TK: 115/65, TT: 36,7st.C, DF: 16

(A,B)

3.2. Lékařské diagnózy

3.2.1. Základní lékařská diagnóza

Karcinom střední části jícnu T2- T3 NI MO

3.2.2. Vedlejší lékařské diagnózy

Chemoterapeutický cyklus pro novotvar

Radioterapeutická série

- provedeny mimo fakultní nemocnici, doba trvání asi tak 6 měsíců

(A,B)

A) Pacient - rozhovor

B) Dokumentace - chorobopis

4. Diagnosticko – terapeutická péče

4.1. Diagnostika

Fyziologické funkce

*Fyziologické funkce změřeny v době mého ošetřování 6.-8.4. 2009
Při přijetí viz. str. 15*

Vědomí:

Vědomí neporušené. Reaguje na oslovení. Stav se během mé služby nezměnil.
Glasgow coma scale vyšlo 15 bodů, viz. příloha č. 3

6.4. 2009

	10:00	16:00	22:00	4:00
TK	126/68	113/60	111/59	130/62
P	111´	102´	102´	103´
Dechová f.	20	21	19	20
Saturace O₂	95%	95%	95%	95%
TT	37°C	37,5°C	37,6°C	37,0°C

7.4. 2009

	10:00	16:00	22:00	4:00
TK	130/70	121/63	140/72	132/69
P	100´	100´	109´	105´
Dechová f.	22	23	23	22
Saturace O₂	95%	96%	96%	95%
TT	37,5°C	38°C	37,8°C	37,8°C

8.4. 2009

	10:00	16:00	22:00	4:00
TK	131/71	123/67	131/74	118/68
P	103´	107´	98´	100´
Dechová f.	24	24	23	23
Saturace O₂	94%	94%	94%	94%
TT	37,1°C	36,8°C	36,8°C	36,9°C

Denní diuréza

6.4. 2009	4 850 ml
7.4. 2009	4 500 ml
8.4. 2009	4 450 ml

Antropometrické údaje:

výška: 172 cm

váha: 73 kg

BMI: 24,6

Laboratorní vyšetření

Červeně zvýrazněny – zvýšené laboratorní hodnoty

Modře zvýrazněny – snížené laboratorní hodnoty

Biochemické vyšetření krve

5.4. 2009

	Hodnoty	Referenční hodnoty
Sodný kationt	137 mmol/l	137 - 146
Draselný kationt	4,5 mmol/l	3,8 - 5,0

Chloridy	106 mmol/l	97 - 108
Močovina	5 mmol/l	2,8 – 8
Kreatinin	75 umol/l	55 – 96
Celková bílkovina	45,9 g/l	65 - 85

Biochemické vyšetření – U- chemicky

6.4. 2009

	Hodnoty	Referenční hodnoty
Specif. hmotnost	1018 kg/l	1003-1035 kg/l
Ph	5,5	5-6
Leukocyty	1	< 1
Nitrity	negativní	0
Bílkovina	normal	
Glukosa	normal	
Ketolátky	negativní	0
Urobilinogen	normal	
Bilirubín	negativní	0
Krev (ery)	negativní	0

Biochemické vyšetření – U- sediment
6.4. 2009

	Hodnoty	Referenční hodnoty
Erytrocyty	10	0-10
Leukocyty	25	0-20
Hyal. válce	0	0
Dlaždic. epitel	0	0-15

Další diagnostické metody

6.4. 2009

Konziliární interní vyšetření

Závěr: Febrilie – levostranný fluidothorax pooperační
Sekundární a sinusová tachykardie hraniční, na beta blokátorech
Možný podíl plicních sekundárních změn postradiačních
Bez známek městnání v MO

7.4. 2009

RTG hrudníku, vleže

Paramediastinálně vpravo je projasnění v interpolovaném žaludku. CVK zprava do HDŽ, stín NGS sondy. Plíce rozvinuté, vlevo v dolním poli je zastínění, jinak plíce vzdušné. Srdce štíhlé. Bránice hladká
Závěr: Výpotek vlevo

(B,D)

D) měřicí techniky

4.2. Terapeutická péče

4.2.1. Chirurgická péče

4.2.1.1. Operační protokol

Pan B. byl operován 2.4. 2009 ve fakultní nemocnici. Operace byla provedena v celkové anestézii. Viz příloha č.1

4.2.1.2 Péče o operační rány a invazivní vstupy

Operační rány

Operace proběhla 2.4. 2009 v celkové anestézii.

Pomocí tří přístupů: torakotomie

horní příčná laparotomie

krční incise podél m. SCM

- 1) Operační rána po torakotomii se nacházela v 5. mezižebří vpravo v úrovni předního okraje podpažní jamky, velikost rány byla cca 16 cm
- 2) Operační rána po horní příčné laparotomii se nacházela v epigastriu, velikost rány byla cca 17 cm.
- 3) Operační rána po krční incizi se nacházela vlevo na krku, velikost rány cca 12 cm.

Všechny operační rány byly 4.- 6. pooperační den klidné, bez zarudnutí, neprosakující a bez známek infekce. Převezky byly prováděny přísně asepticky. Rány byly každé ráno kontrolována lékařem.

Rány jsem převazovala se sestrou.

6.4. 2009 – na operační ráně na krku byl ponecháno krytí

- operační rány po torakotomii a laparotomii byly odezinfikovány

Cuttaseptem spray a poté jsem je kryla sterilním krytím

7.4. 2009 – všechny operační rány jsem odezinfikovala Cuttaseptem sprejem a kryla sterilním krytím

8.4. 2009 – operační rány bez krytí

Drény

Pacient měl hrudní sání vpředu na pravé straně hrudníku a Redonův drén, který se nacházel v krční ráně

6.4. 2009 – odvod drénů – hrudní sání –70 ml
- Redonův drén – 0 ml

7.4. 2009 – odvod hrudního sání – 60 ml
- Redonův drén zrušen

8.4. 2009 – hrudní sání zrušeno

Drény jsem převazovala každý den, nejdříve jsem odezinfikovala vstupní ránu z drénů Cuttasept sprejem a poté jsem kryla sterilním krytím.

Centrální žilní katétr

Pacient měl zaveden centrální žilní katétr ve vena jugularis interna dexter od 2.4. 2009. CŽK byl trojcestný, bez tubulizace. CŽK byl zaveden 4.-6. den. Každý den byl prováděn převaz. Převaz jsem dělala sama. Byl prováděn za přísně aseptických podmínek. Místo vpichu jsem dezinfikovala a poté přiložila Inadin. Katétr jsem kryla semipermeabilní folií. Místo vpichu bylo bez známek infekce a katétr byl průchozí v době mé ošetrovatelské péče.

Epidurální katétr

Pacient měl zaveden epidurální katétr od 2.4. 2009. Nacházel se pod úroveň druhého bederního obratle. Každý den byl prováděn převaz. Převaz jsem dělala sama. Byl prováděn za přísně aseptických podmínek. Místo vpichu jsem dezinfikovala a kryla sterilním krytím Tegadermem. Katétr jsem zafixovala, aby nedošlo k jeho zalomení. Epidurální katétr byl zaveden 4.-6. den. Místo vpichu bylo bez známek infekce v době mé ošetrovatelské péče.

Nazogastrická sonda

Pan B. měl nasogastrickou sondu zavedenou nosem od 2.4. 2009. Nasogastrická sonda byla zavedena na spád z důvodu kontroly žaludečního odpadu. Každý den se kontrolovalo množství a barva. Sonda byla fixována k nosu náplastí. 8.4. 2009 byla sonda vyndána a pacient byl objednan na 10.4. 2009 k vyšetření pasáže vodním kontrastem.

Permanентní močový katétr

PMK byl zaveden od 2.4. 2009. Indikace k zavedení bylo přesné a plynulé sledování diurézy uzavřeným systémem do sběrného sáčku. Každý den jsem sledovala průchodnost cévky a dbala na dostatečnou hygienu. Denní diuréza viz. str. 17

4.2.2. Oxygenoterapie

Pacient měl 3x denně nebulizaci. Nebulizace byla prováděna přes mikronebulizátor s náustkem a s inspirační hadicí. Připravovala jsem jí z 1 ml Ambrobene a 3 ml fyziologického roztoku k zlepšení dýchání a odkašlávání. Trvala asi tak 15 minut.

4.2.3. Léčebná poloha a režim

Po dobu mého ošetřování měl pacient mírně zvýšenou polohu hrudníku. Po dobu mého ošetřování měl volný režim, omezen, kvůli velkému operačnímu zákroku. Režim byl omezen hlavně v oblasti sebeděče.

4.2.4. Farmakoterapie

Infuzní terapie

6.4. 2009 – 7.4. 2009

Ringerův roztok – kontinuálně přes infuzní pumpu do CŽK, rychlostí 50 – 150 ml/ hod od 8:00 h na 24 hodin
- dle diurézy a TK

Clinomel 7 (parenterální výživa) + 50 ml KCl 7,45% (minerál)
+ 3 amp Deganu (antiemetikum)
- 2000 ml, rychlost 130 ml/hod od 8:00 na 24 hodin

8.4. 2009

Ringerův roztok – kontinuálně, rychlostí 50 – 150 ml/ hod od 8:00 h
- dle diurézy a TK

Clinomel 7 (parenterální výživa) + Degan 3 amp (antiemetikum)
+ Celaskon 2000 mg (vitamín C)
+ MgSO₄ 10% 3 amp (magnesium)

Injekční terapie

I.v. do CŽK

6.4. 2009

Unasyn (antibiotika) 3g i.v., a 6 hod (6 h-14 h-22 h)

Perfalgan(analgetikum) 1g i.v. a 6 hod při bolesti

Quamatel (antacidum) 1-0-1, i.v.

Betaloc (antihypertenzivum) 1amp do 100 fyziologického roztoku 10 hod (při tachykardii)

7.4.2009 – 8.4. 2009

Claforan (antibiotika) 2g i.v., a 6 hod (6 h-14 h-22 h)

Perfalgan 1g i.v. a 6 hod při bolesti

Quamatel (antacidum) 1-0-1, i.v.

Betaloc (antihypertenzivum) 1amp do 100 fyziologického roztoku 10 hod (při tachykardii, během mého ošetřování nebylo podáno)

I.m. injekce

6.4. – 8.4. 2009

Dolsin 50 mg i.m. nejdříve po 4 hodinách při bolestech, max. 3x za 24 hod,
během mého ošetřování nebylo podáno

S.c. injekce

6.4. – 8.4. 2009

Fraxiparin (antikoagulans) 0,4 mg ve 22:00 h do podbřišku

Epidurální směs

6.4. – 8.4. 2009

Sufenta F 2 amp

Maracain 0,5 % 20 ml, do 100 ml fyziologického roztoku lineárním
dávkočem 0 – 15 ml/hod (rychlost podání podle
bolesti – během mého ošetřování byla rychlost
10 ml/h)

Per os

6.4. – 8.4. 2009

Bez perorální medikace

4.2.5. Fyzioterapie

Každý den navštěvovala pacienta fyzioterapeutická pracovnice.

6.4. - 7.4.2009 – pacient cvičil na lůžku, hlavně s DK a prováděl dechová cvičení

8.4. 2009 – opět dechová cvičení a nácvik stoje s chůzí okolo lůžka

4.2.6. Dietoterapie

Po dobu mého ošetřování byl pacient bez diety, nic per os z důvodu operace na zažívacím traktu (oesophagogastronanastomoza cervicalis)

(A,B,C)

5. Stručný průběh hospitalizace

42 letý pan B. byl přijat na chirurgickou jednotku intenzivní péče dne 2.4. 2009. Předtím byl hospitalizován v Chrudimi. Na 2.4. byla naplánovaná resekce střední části jícnu s následnou oesophagogastranastomozou pro invazivní skvamózní superficiální karcinom. Hodnocení TNM – T2-3 N1 M0

Pana B. jsem ošetřovala od 4. pooperačního dne.

Pacient ráno prováděl hygienu na lůžku u umyvadla s pomocí.

Pacient měl tlumenou bolest kontinuálním podáváním analgetik epidurálním katétre. Toto bylo doplněno předepsaným Dolsinem i.m. nebo Perfalganem i.v.. Epidurální katétr měl zavedenou 2.4. 2009.

Klient měl po celou dobu mého ošetřování jen parenterální výživu, která byla aplikována kontinuálně centrálním žilním katétre. Centrální žilní katétr byl zaveden 2.4. 2009.

Při operaci mu byl zaveden Redonův drén a hrudní sání. Redonův drén byl odstraněn 8.4. 2009 a hrudní sání 9.4. 2009.

Pacient měl dále zavedenou nasogastrickou sondu pro kontrolu žaludečního odpadu. Každý den se kontrolovalo množství a barva žaludečního odpadu. 8.4. 2009 byla panu B. nasogastrická sonda vyndána. A na 10.4. 2009 byl pacient objednan na vyšetření pasáže vodním kontrastem.

Dále byl zaveden PMK po celou dobu mé péče pro kontrolu diurézy a sledování bilance tekutin

Pacientův stav se postupně zlepšoval.

Pacient velmi dobře spolupracoval a byl dostatečně informován o průběhu léčby.

B. Ošetrovatelská část

1. Ošetrovatelská anamnéza a současný stav pacienta

Dne 7.4. 2009 a 8.4. 2009

1.1. Subjektivní náhled na hospitalizaci

Subjektivní náhled pacientky na nemoc a hospitalizaci a objektivní hodnocení sestrou

Pacient nikdy vážně nestonal. Pan B. asi tak před půl rokem začal mít polykací obtíže a zvracel. Po 2 měsících navštívil svého praktického lékaře, který zjistil invazivní skvamozní superficiální karcinom. Následně byl odeslán do okresní nemocnici v Chrudimi, kde podstoupil radioterapii a chemoterapii. Zde byl doporučen k operaci, která proběhla ve fakultní nemocnici v Praze, která byla provedena 2.4. 2009.

Pan B. je o své diagnóze informován a přeje si, aby mu nebyly zatajovány žádné informace a aby byl o všem včas a vhodně informován.

Pacient má dobré zkušenosti se zdravotním personálem. S péčí je velmi spokojen.

1.2. Základní somatické potřeby

1.2.1. Dýchání

Před hospitalizací:

Začal kouřit v 18 ti letech na vojně. Vykouřil kolem 25 cigaret denně. Pacient asi tak před 2 měsíci kouřit přestal. Vážnější problémy s dýcháním nemá. Alergie nemá.

V nemocnici:

Pacient je napojen na monitor, na kterém sledujeme FF funkce kontinuálně. Dýchání v klidu je pravidelné. Pociťuje píchání při palpaci a hlubokém nádechu na levé straně hrudníku. Spontánně píchání nepociťuje. Poslechově vlevo basálně výpotek. Dechová frekvence se pohybovala mezi 19 až 24 dechů. Fyzioterapeutická pracovnice prováděla 3x denně dechovou masáž. Nyní pociťuje abstinenční příznaky nikotinu, které se projevují nervozitou a neví co s rukama. Pan B. měl 3x denně nebulizaci (1 ml Ambrobene a 3 ml fyziologického roztoku). Fyziologické funkce viz. str. 16 - 17

1.2.2. Hydratace

Před hospitalizací:

Doma pacient pil dostatečně, zhruba 2 litry denně. Nejraději pije ředěné džusy. Občas k obědu si dá 2 piva.

V nemocnici:

Pan B. přijímal tekutiny pomocí infuzní terapie – Ringerův roztok kontinuálně 50 – 150 ml/hod od 8:00 (podle diurézy a tlaku). Pacient je edukován o důvodech, proč nemůže pít. Rozumí tomu a pokyny dodržuje. Pacient je bez otoků dolních končetin. Podpaží je vlhké. Bez známek dehydratace. Rty a dutinu ústní vytíráme zvlhčenými štětičkami.

1.2.3. Výživa

Před hospitalizací:

Pan B. neměl žádnou speciální dietu. Před půl rokem začal mít polykací obtíže a zvracel. Zvracel i několikrát za den, bez návaznosti na jídlo. Polykací obtíže řešil tím, že hodně kousal, zapíjel a pomalu jedl. Zhubnul asi tak 10 kg. Nejraději má těstoviny. Nevzpomněl si na žádné jídlo, které by mu nechutnalo.

V nemocnici:

Pacient má parenterální výživu podávanou kontinuálně přes infuzní pumpu centrálním žilním katétre – Clinomel 7, 2000 ml , rychlostí 130 ml/hod. Pacient měl zavedenou nasogastrickou sondu na spád pro kontrolu žaludečního odpadu. Sonda se 3x denně proplachovala. Nynější váha pacienta je 73 kg. BMI je 23,8 – normální váha. Sliznice dutiny ústní je vlhká a bez povlaků, zuby vlastní bez kazů. Pacient je edukován o důvodech, proč nemůže jíst ústy. Rozumí tomu a pokyny dodržuje. Nutriční riziko vyšlo jako střední, viz. příloha č. 4

1.2.4. Vyprazdňování moči

Před hospitalizací:

Pacient neudává žádné problémy s močením.

V nemocnici:

Pacient má zaveden permanentní močový katétr napojený na sběrný sáček k měření diurézy. Během mého ošetření bez známek infekce. Moč je čirá bez příměsí. Denní diuréza se pohybovala kolem 4 500 ml. Viz. str. 17

1.2.5. Vyprazdňování stolice

Před hospitalizací:

Pan B. doma neměl žádné obtíže s vyprazdňováním . Stolice byla pravidelná, zhruba jednou až dvakrát denně. Pacient neudává žádnou změnu barvy stolice v poslední době. Obvykle se vyprazdňoval ráno. Udává, že nikdy nemusel používat projímadla.

V nemocnici:

Během hospitalizace začal pacient trpět zácpou. Udává, že naposledy byl na stolici asi tak před 5 dny. Pacient měl před operací očistné klyzma. Na abdominální bolest nebo tlak v rektu si nestěžuje. Plyny odcházejí.

1.2.6 Spánek a odpočinek

Před hospitalizací:

Pacient doma spal velice rád a pokud to jen trochu šlo, tak i dlouho. Problémy se spánkem neudává. Doma spal zhruba 8 hodin. S usínáním problémy neměl. Pokud nemohl usnout, zaměstnal se četbou knížky. Léky na spaní nikdy neužíval.

V nemocnici:

Pacient se ráno brzo probouzí, asi tak kolem 4 až 5 hodiny ranní. Ale přes den se necítí unavený a ani nepospává.

1.2.7. Teplota a pohodlí

Před hospitalizací:

Pacientovi vyhovují spíše nižší teploty. Doma měl kolem 20°C. Doma pociťoval přebytek tepla, protože manželka má raději teplejší prostředí.

V nemocnici:

Pacient leží na 2-lůžkovém pokoji. Teplota mu celkem vyhovuje.. Leží na elektricky polohovatelném lůžku. Může si sám upravovat polohu lůžka podle potřeby. Během dne pacient zaujímal léčebnou polohu se zvýšenou částí hrudníku. Pacient byl subfebrilní, teplota začala klesat po nasazení antibiotik. Viz. str. 14 – 15.

1.2.8. Bolest

Před hospitalizací:

Pacient pociťoval bolest kloubů na rukou, hlavně po práci. Snažil se jí zvládnout různými gely a používal různé potravinové doplňky pro výživu kloubů. V posledních měsících udával bolesti při polykání, které řešil tekutou stravou a kousáním.

V nemocnici:

Pan B. je 4. - 6.den po operaci a pociťuje bolest v oblasti operačních ran. Bolest sděloval verbálním i neverbálním způsobem (např. bolestivá grimasa, vyhledáváním úlevové polohy, zatajováním dechu, kousáním do rtů). Provokujícím faktorem byl pohyb, hlavně při fyzioterapii. Na analogové stupnici ji hodnotil číslem 4. Charakter bolesti udával jako bodavou. Pacient měl bolest tlumenou epidurálním katétrem, který byl napojen na lineární dávkovač. Rychlost podání epidurální analgezie byla 0-15 ml/hod (podle bolesti). Během mého ošetřování měl pacient nastavenou rychlost 10 ml/ hod. K tomu měl ještě naordinovaný Dolsin 1 amp. i.m. nebo Perfalgan 1g i.v. Během mého ošetřování pacient nepotřeboval naordinovaný Dolsin a Perfalgan. Bolest byla pravidelně monitorována.

Hodnocení bolesti – příloha č. 5

1.2.9. Tělesná hygiena a stav kůže

Před hospitalizací:

Pacient byl doma absolutně soběstačný. Nejraději se koupal ve vaně. Nejčastěji se koupal večer po příchodu z práce, protože pracoval fyzicky (tesař).

V nemocnici:

4. – 6. pooperační den byla hygiena 42 letému pacientovi prováděna na lůžku u přenosného umyvadla s dopomocí. Pan B. se snažil sám aktivně zapojit a osamostatnit . Potřeboval pomoc hlavně při mytí zad a nohou. Pacientovi jsem preventivně masírovala záda masážní vodou, abych předešla vzniku dekubitů. Intimita byla zachována zatažením závěsu. Norton skóre vyšel 18 bodů, viz. příloha č. 6

Kůži těla měl pacient suchou. Bez známek cyanózy a otoků. Porucha integrity kůže – operační rány po torakotomii, laparotomii a po krční incizi.

Operační rána po torakotomii se nacházela v 5.mezižebří vpravo v úrovni předního okraje podpažní jamky, velikost rány byla cca 16 cm

Operační rána po horní příčné laparotomii se nacházela v epigastriu, velikost rány byla cca 17 cm

Operační rána po krční incizi se nacházela vlevo na krku, velikost rány cca 12 cm

Rány byly klidné, bez zarudnutí, neprosakující a bez známek infekce. Převezky byly prováděny přísně asepticky. Rány byly každé ráno kontrolovány lékařem. Rány jsem převazovala se sestrou.

Rány jsem dezinfikovala a kryla sterilním krytím.

Dále měl pacient Redonův drén v operační ráně na krku a hrudní sání vpředu na pravé straně hrudníku. Drény jsem převazovala každý den, nejdříve jsem dezinfikovala vstupní ránu z drénů a poté jsem jí kryla sterilním krytím. Každý den se kontrolovalo množství a barva sekretu. Viz. str. 21

Pacient měl zaveden centrální žilní katétr ve vena jugularis dexter interna. Každý den byl prováděn převaz. Převaz jsem dělala sama. Byl prováděn za přísně aseptických podmínek. Místo vpichu jsem dezinfikovala a poté přiložila Inadin. Katétr jsem kryla semipermeabilní folií. Místo vpichu bylo bez známek infekce a katétr byl průchozí. Viz. str. 21

Pacient měl zaveden epidurální katétr. Každý den byl prováděn převaz. Převaz jsem dělala sama. Byl prováděn za přísně aseptických podmínek. Místo vpichu jsem dezinfikovala a kryla sterilním krytím Tegadermem. Katétr jsem zafixovala, aby nedošlo k jeho zalomení. Místo vpichu bylo bez známek infekce. Viz. str. 21

1.2.10. Tělesná a duševní aktivita

Před hospitalizací:

Pan B. pracuje jako tesař ve firmě v místě bydliště. Doma má jednoho psa, se kterým spolu s manželkou rád chodí na procházky do nedalekého lesa. Nejraději tráví čas se svojí rodinou. Velmi rád doma rekonstruuje starý nábytek. Dále se věnuje četbě knížek. Rád čte knížky s historickým námětem.

V nemocnici:

Pacient byl velmi komunikativní. Během hovoru odpovídal na SMS zprávy od rodiny. U sebe měl knížku a různé časopisy (např. Udělej si sám, History revue,..). Pan B. měl možnost i zapnutí televize, ovladač měl u sebe.

Každý den navštěvovala pacienta fyzioterapeutická pracovnice. S pacientem cvičila na lůžku, hlavně s DK a prováděl dechová cvičení. Stav pana B. se zlepšoval a proto spolu s fyzioterapeutickou pracovnicí mohli provádět nácvik stoje s chůzí okolo lůžka.

1.2.11. Sexuální potřeby

42 letý pacient žije se svojí manželkou, se kterou vede plnohodnotný partnerský život.

(10,A,B,C,D)

10) TRACHTOVÁ, E., Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu, Brno: NCONZO 2005 (186 s.). ISBN 80-7013-324-4

1.2. Psychosociální potřeby

Existenční potřeby

1.3.1. Bezpečí a jistota

Pacient má narušený pocit bezpečí a jistoty. Má velký strach z budoucnosti a o rodinu, která mu velmi chybí. Bohužel manželka za ním nemůže chodit moc často z důvodu velké vzdálenosti mezi místem bydliště a nemocnicí. Sám udává, že je rád, jak se o něj zdravotníci starají a že si s ním i povídají.

1.3.2. Zdraví

Před hospitalizací:

Pacient před hospitalizací žil poměrně velmi aktivním životem. Pan B. nikdy necvičil. O jídelníček se starala manželka, která se snažila do něj zařadit hlavně zeleninu, drůbež a těstoviny atd. Pacient od vojny kouřil. Nyní už 2 měsíce nekouří. Alkohol pacient pije jen příležitostně. Jen 2 skleničky piva k obědu. Denně chodí na procházky se svým pejskem.

V nemocnici:

Pacient se domnívá, že jeho nemoc způsobilo kouření cigaret. Už 2 měsíce nekouří a myslí si, že se ke kouření už nevrátí. Závažnost nemoci si uvědomuje je vděčný za novou šanci. Pacient je dostatečně informován o své nemoci i prognóze.

1.3.3 Soběstačnost

Před hospitalizací:

Pacient byl zcela soběstačný.

V nemocnici:

Po operaci byl pacient upoután na lůžku a odkázán na pomoc sester. Hygiena byla prováděna na lůžku u umyvadla s mojí dopomocí. Pacient byl orientován časem, místem i osobou. Za pacientem denně chodí fyzioterapeutická pracovnice a provádějí nácvik stoje a chůze okolo lůžka. Pacient spolupracuje a velmi se snaží. Barthelův test vyšel jako středně závislý viz. příloha č 8. Modifikovaný test soběstačnosti vyšel jako částečně soběstačný, upoutaný na lůžka, viz příloha č. 9. Hodnocení rizika pádu vyšel, že je pacient ohrožen pádem, viz. příloha č. 7

1.3.4 Sociální a ekonomické jistoty

S manželkou nikdy neměl problémy s financemi, i když splácí hypotéku na rodinný dům. Pacient pracuje jako tesař v jedné firmě v místě bydliště a přivydělává si rekonstrukcí starého nábytku. Prozatím neví, jak bude pokračovat jeho pracovní aktivity, ale věří, že společně s manželkou a dětmi vše zvládnou bez větších obtíží. Pan. B má tři dcery ve věku 13, 15 a 20 let.

1.3.5 Adaptace na prostředí a nemoc

Pacient se dobře adaptoval na nemocniční prostředí. Je rád, že má dostatek informací a že se může v případě zájmu kohokoli zeptat. Před operací mu na předpříjmu poskytli materiály týkající se onemocnění, operace a předpokládaném průběhu operace. I když ho to mělo uklidnit, říkal, že ho to v některých věcech spíše znepokojilo. V materiálech jsou totiž uvedeny i možné komplikace, které v průběhu hospitalizace hrozí.

Afilační – sociální potřeby

1.3.6 Potřeba lásky

Před hospitalizací:

Pacientovi velmi chybí žena a děti. Pan B. má tři dcery ve věku 13, 15 a 20 let. Důvěřuje pouze jim. Věřící, že své děti dobře vychoval a může se na ně spolehnout.

V nemocnici:

Během mého ošetřování pacienta nikdo nenavštívil. Poslední návštěvou byla manželka před 2 dny. Kvůli velké vzdálenosti mezi místem bydliště a nemocnicí nemůže dojíždět každý den. S rodinou tedy komunikoval pomocí mobilního telefonu, který měl neustále u sebe. Rodina je informována o zdravotním stavu pacienta.

1.3.7 Potřeba sounáležitosti

Pacientka má velice dobrý vztah se svou rodinou. Je velice družný, a tak se rád schází se svými přáteli. S nimi často podniká různé výlety i s dětmi.

1.3.7 Sebeúcta a sebepojetí

Pacient je velice vstřícný a milý, nezdá se, že by došlo k poruše jeho sebeúcty. I přes závažný stav byl adaptovaný a smířený se svým stavem. Samozřejmě bylo cítit, že má strach z toho, zda se vše vydařilo jak má, ale snažil se to nedávat najevo.

1.3.8 Seberealizace

Pan B. nemá rád nudu a tak pořád něco kutí. Doma velmi rád rekonstruuje starý nábytek. Večer se věnoval četbě knížek hlavně s historickou tematikou. Když potřeboval klid ukryl se ve své dílně nebo šel na procházku se svým psem do nedalekého lesa. Nyní si potřebuje odpočinout, ale má sebou několik knih a časopisy, aby své myšlenky odvedl od operace. Těší se domů. Pracuje jako tesař v soukromé firmě. Práce ho baví a zajišťuje mu dobré finanční ohodnocení.

1.3.9 Duchovní potřeby

Klient není věřící, a do kostela nechodí, v nemocnici nevyžaduje přítomnost duchovního. Jediná důležitá osoba v jeho životě je jeho manželka a děti, díky kterým je rád na světě. I pro ně se chce uzdravit.

1.3.10 Psychosociální hodnocení

Pan B. je velmi příjemný člověk. Působí klidně, ale má samozřejmě strach. Úzkostný není, dobře se adaptoval na nynější situaci, je emocionálně stabilní. Působí velice vyrovnaným dojmem.

(10,A,B,C,D)

2. Ošetřovatelské diagnózy

Ze dne 7.4. – 8.4. 2009

1. **Akutní bolest** v operační ráně z důvodu resekce jícnu projevující se bolestivou grimasou, hledáním úlevové polohy, kousání do rtů a verbálními stížnostmi na bolest
2. **Porušená kožní integrita** z důvodu operačních zákroků a zavedení centrálního žilního katétru, epidurálního katétru a hrudního sání, Redonova drénu s rizikem vzniku komplikací infekce s projevy subfebrilních teplot
3. **Zhoršené dýchání** pro thorakotomii a příčné horní laparotomii s hrudním drénem projevující se pícháním vlevo při nádechu
4. **Porucha existencionálních potřeb** především zdraví, potřeby bezpečí a jistoty pro závažnou onkologickou diagnózu a pooperačnímu stavu po resekci jícnu projevující se strachem o sebe, obavami z budoucnosti, nejistotami ekonomickými a především o rodinu
5. **Změna výživy** pro Ca jícnu z důvodu nemožnosti přijímat po operaci nic ústy se zajištěním plné parenterální výživy pomocí CŽK a nutnosti zavedení NGS na spád a do budoucnosti s výrazným dietním omezením
6. **Zácpa** z důvodu operace na zažívacím traktu a nic per os projevující se zatím 5. pooperační den bez stolice s nutkáním ke stolici
7. **Omezená pohyblivost** ve vztahu k pooperačnímu stavu, bolestem projevující se dyskomfortem, deficitem sebepéče při hygieně
8. **Změna močení** pro zavedený PMK s rizikem vzniku infekce a obstrukce

3. Cíl, plán, realizace a hodnocení

Akutní bolest v operační ráně z důvodu resekce jícnu projevující se bolestivou grimasou, hledáním úlevové polohy, kousání do rtů a verbálními stížnostmi na bolest

Cíl:

Pacient pociťuje zmírnění bolesti o 2 stupně na analogové škále
Pacient bude znát možnosti zvládnutí bolesti
Pacient bude schopen vykonávat běžné denní aktivity (např. hygienu, RHB)
Pacient bude mít dostatek informací o možnostech úlevy od bolesti

Plán:

Navázat důvěryhodný vztah s pacientem a projevit empatii
Zjistit lokalizaci, intenzitu, typ, kvalitu a charakter bolesti atd.
Monitorovat a dokumentovat bolest
Sledovat změnu bolesti v závislosti na ordinaci
Informovat nemocného o úlevové poloze a zaujímání léčebné polohy
Ledování ran
Aplikace analgetik podle ordinace lékaře
Sledovat FF

Realizace:

Pan B. udával bolest v operační ráně. Hodnotil jí na analogové škále od 0 do 10 číslem 4 (viz. příloha č. 5). Bolest charakterizoval jako bodavou a provokujícím faktorem byl pohyb, hlavně fyzioterapie. Při manipulaci s pacientem jsme se snažili o šetrný přístup a dostatek informací. Dále jsem se snažila odvést pozornost od bolesti rozhovorem. Pokud si pacient stěžoval na bolest pozorně jsem ho naslouchala. Během dne jsem pana B. vedla k odpočinku, hlavně po pominutí bolesti. Při pociťování bolesti jsem mu doporučila rytmicky dýchat, poslouchat hudbu nebo počítat předměty na pokoji. Také jsem mu opatřila ke zmírnění bolesti sáček s ledem na operační rány. Pacient měl bolest tlumenou zavedeným epidurálním katétrem, kterým mu byla kontinuálně přiváděna směs Sufenty F 2 amp. a Maracainu 0,5% 20 ml do 100 ml. Při pociťování bolesti měl pacient ještě naordinovaný Dolsin 50 mg i.m. nebo Perfalgan 1g i.v. Během mého ošetřování nebylo podáno. Pravidelně jsem kontrolovala účinek analgetik a sledovala neverbální projevy bolesti. Pacient díky epidurální anestézii nepociťoval žádnou bolest.

Hodnocení:

U pacienta došlo ke zmírnění bolesti o 2 stupně
Pacient byl dostatečně informovaný o možnostech úlevy od bolesti
Pacient aktivně spolupracoval

Porušená kožní integrita z důvodu operačních zákroků a zavedení centrálního žilního katétru, epidurálního katétru a hrudního sání, Redonova drénu s rizikem vzniku komplikací infekce s projevy subfebrilních teplot

Cíl:

Pacientovi se rány hojí per primam

U pacienta nevzniknou další komplikace(infekce, krvácení)

Pacient je edukován a spolupracuje při kontrole rány

U pacienta dojde ke snížení teploty

Pacient pocítí zmírnění obtíží

Plán:

Edukace pacienta o péči o poraněnou kůži a možnostech komplikací
Aseptické a šetrné převazy operačních ran, volba vhodného materiálu

Pravidelná kontrola operační rány a místa vstupu CŽK

Pravidelná kontrola průchodnosti všech drénů a množství sekretu

Zajistit včasnou výměnu CŽK

Sledování FF

Zjistit příčinu zvýšené teploty

Měření teploty v pravidelných intervalech

Sledovat P + V tekutin

Zvlhčovat prostředí

Sledovat pocení pacienta

Podávat léky dle ordinace lékaře

Zajistit klidné prostředí

Realizace:

Pacientovi jsem v pravidelných intervalech měřila FF a tělesnou teplotu. Zajistila jsem dostatek osobního i ložního prádla kvůli zvýšenému pocení. Vzduch jsem snažila zvlhčit pomocí mokrého ručníku na topení. Dále byl prováděn záznam o P a V tekutin. Pacienta jsem podle potřeby otírala žínkou namočenou do vlažné vody. Panu B. jsem nabídla led do třísla. Pacientovi byly naordinovány ATB (Claforan). Pacientovi jsem se snažila zajistit klidné prostředí

Pacientovi jsem každý den prováděla převaz místa vstupu CŽK. Byl prováděn za přísně aseptických podmínek. Místo vpichu jsem dezinfikovala Cuttasept sprejem a poté přiložila Inadin. Katétr jsem kryla semipermeabilní fólií. Vstup CŽK byl klidný a bez známek infekce. Katétr byl průchozí. Při aplikaci látek do CŽK jsem se ptala pacienta na potíže.

Pacient měl 3 operační rány. Převaz jsem prováděla 1x denně se sestrou. Operační ránu jsem dezinfikovala Cuttaseptem sprejem a poté kryla sterilním krytím. Operační rána byla klidná, neprosakující a bez známek infekce. Převaz jsme prováděly za přísně aseptických podmínek.

Pacienta jsem informovala o všech postupech, které jsem prováděla při převazech a možných komplikací.

Drény jsem fixovala náplastí. Převaz drénu byl prováděn 1x denně. Pravidelně jsme kontrolovali průchodnost drénu a množství odvádějícího sekretu. Dbali jsem o uložení drenážního systému pod úroveň hrudníku nemocného.

Epidurální katétr byl každý den převazován. Převaz jsem dělala sama. Byl prováděn za přísně aseptických podmínek. Místo vpichu jsem dezinfikovala a kryla sterilním krytím Tegadermem. Katétr jsem zafixovala, aby nedošlo k jeho zalomení.

Hodnocení:

K infekci a komplikacím operační rány, drénu a místa vstupu CŽK nedošlo

Pacient aktivně spolupracoval

Během mého ošetřování došlo ke snížení teploty

Pacient pocítil zmírnění obtíží

Zhoršené dýchání pro thorakotomii a příčné horní laparotomii s hrudním drénem projevující se pícháním vlevo při nádechu

Cíl:

Pacient pocítí zmírnění obtíží
Pacient zvládne způsoby ke zmírnění obtíží
Pacient dosáhne účinného dýchání

Plán:

Poskytnout dostatek informací o správné poloze a technikách správného dýchání
Sledovat fyziologické funkce, oxygenaci, měřit frekvenci dýchání
Věnovat dostatek času pacientovi, aby si mohla nové techniky v klidu vyzkoušet
Jednat klidně a pomalu, poskytnout psychickou podporu
Reagovat na dotazy pacienta
Sledovat účinek léků a inhalací
Dopomoc při osobní péči

Realizace:

Pacient byl napojen na monitor, kde mu byly sledovány FF (viz. str.16-17). Pacient zaujímal léčebnou polohu se zvýšeným hrudníkem. Pacient měl naordinovanou nebulizace 3x denně (1ml Ambrobene a 3 ml fyziologického roztoku). Pacient byl informován o nutnosti nebulizace a jeho provedení. Také jsem se ho snažila naučit správnou techniku dýchání (hluboké a pomalé dýchání, předem odkašlat, vysmrkat). Dále jsem ho seznámila s dýcháním „do břicha“ a „do hrudníku“. Dále jsem pacientovi doporučila dýchání raději nosem než ústy. Pacienta navštěvovala fyzioterapeutická pracovnice, která s ním prováděla dechová cvičení.

Hodnocení:

U pacienta nedošlo ke zmírnění obtíží
Pacient aktivně vyhledává úlevovou polohu a zná techniky správného dýchání

Porucha existencionálních potřeb především zdraví, potřeby bezpečí a jistoty pro závažnou onkologickou diagnózu a pooperačnímu stavu po resekci jícnu projevující se strachem o sebe, obavami z budoucnosti, nejistotami ekonomickými a především o rodinu

Cíl:

Pacient bude dostatečně informován o své nemoci, pooperační péči a prognóze a podaným informacím bude rozumět
Pacient bude otevřeně mluvit o svých obavách
Pacient bude mít snížený pocit strachu

Plán:

Zjistit dostatečnou informovanost pacienta
Poskytnout informace pacientovi, které jsou v mé kompetenci a zajistit, v případě požádání pacienta, ošetřujícího lékaře
Vhodně motivovat a povzbuzovat
Věnovat pacientovi dostatek času
Pozorně naslouchat a reagovat na potřeby klienta
Projevit zájem
Navázat důvěryhodný vztah s pacientem
Dát možnost a naslouchat negativním pocitům a umožnit abreakci
Sledovat verbální a neverbální projevy strachu
S pacientem prokonzultuji problémy, které jí trápí
Umožním častý kontakt s rodinou

Realizace:

S pacientem jsem mluvila a naslouchala jeho obavám. Pacienta jsem volně nechala mluvit o jeho strachu a obavách. Na všechny dotazy jsem pacientovi odpovídala. Umožnila jsem mu volné vyjádření strachu, obav a nejistot. Za pacientem jeho rodina moc nechodila, z důvodu velké vzdálenosti mezi místem bydliště a nemocnicí. Kontakt s rodinou udržoval pomocí mobilního telefonu, který měl neustále u sebe. Pacienta jsem informovala o veškerých krocích péče. Informace jsem podala srozumitelně a pomalu. Dotazy kontroluji jestli mi pacient rozumí.

Hodnocení:

Pacient je dostatečně informován a podaným informacím rozumí
Během mého ošetřování došlo ke snížení pocitu strachu
Pacient otevřeně mluví o svých obavách
Pacient se snažil být statečný a na svět pohlížel pozitivně

Změna výživy pro Ca jícnu z důvodu nemožnosti přijímat po operaci nic ústy se zajištěním plné parenterální výživy pomocí CŽK a nutnosti zavedení NGS na spád a do budoucnosti s výrazným dietním omezením

Cíl:

Pacient bude mít dostatečně kryty energetické potřeby parenterální výživou
Pacient je edukován o důvodech nic per os a zavedení nazogastrické sondy

Plán:

Vysvětlit důvody nemožnosti přijímat potravu a tekutiny ústy
Dbát o hygienu ústní
Informovat o nutnosti zavedení NGS a sledování odpadu
Naplánovat spojení s dietní sestrou
Posoudit současnou hmotnost
Zjistit jaké měl pacient stravovací návyky

Realizace:

Pacientovi byli všechny složky výživy kryty parenterální výživou. Parenterální výživa (Clinomel 7) byla přiváděna kontinuálně přes CŽK. Pacient měl zavedenou NGS na spád pro kontrolu množství žaludečního odpadu

O pacientův jídelníček se před hospitalizací starala manželka, která se podle jeho slov snažila do něj zařadit hlavně zeleninu, drůbež a těstoviny atd. Každé ráno snídal, ale v práci vynechával svačiny. Neměl na ně čas. Pacient zhubnul asi tak 10 kg. Nynější váha pacienta je 73 kg. BMI je 23,8 – normální. Pacientovi bylo vysvětleno, proč nemůže přijímat nic ústy. Dutinu ústní jsem každé ráno vytírala citrónovými vatovými štětičkami nebo štětičkami namočenými do Boraxglycerinu. Pacient byl dostatečně informován o nutnosti zavedení NGS a poskytnutým informacím rozumí.

Hodnocení:

Pacient má dostatečně kryty energetické potřeby parenterální výživou
Pacient byl dostatečně informován o nutnosti zavedení NGS a nemožnosti přijímat nic ústy. Podané informaci porozuměl a řídí se jimi.

Zácpa z důvodu operace na zažívacím traktu a nic per os projevující se zatím 5. pooperační den bez stolice s nutkáním ke stolici

Cíl:

Pacient pocítí zmírnění obtíží
Pacient se do 2 dnů bez obtíží vyprázdní

Plán:

Zajistit pacientovi dostatek soukromí
Zajistit normální funkčnost střeva
Aplikace laxancií dle ordinace lékaře
Zjistit zda pacient netrpí bolestmi břicha nebo jiné obtíže
Zajistit dostatek pohybu podle možností pacienta
Poučit pacienta o nepotlačování defekačního reflexu
Monitorovat odchod plynů

Realizace:

Pacientovi jsem zajistila dostatek soukromí a klidu zatažením závěsu. Doporučila jsem mu zkusit masáž břicha, břišní dýchání a aby se zkoušel vyprázdnit v určitý čas. Pacientovi jsem doporučila polohu vsedě a to tak, aby si pokrčil nohy a zvedl horní opěru na lůžku. Pacient netrpí bolestí břicha a ani nemá žádné jiné obtíže. Každý den za pacientem chodila fyzioterapeutická pracovnice, která s ním cvičila a zajišťovala alespoň částečný pohyb pacienta podle jeho možností. Dále jsem o informovala o důležitosti nepotlačování defekace. Plyny pacientovy odcházely bez problémů.

Hodnocení

Pacient pocítil zmírnění obtíží
Pacient se do dvou dnů vyprázdnil po podání laktulózy

Omezená pohyblivost ve vztahu k pooperačnímu stavu, bolestem projevující se dyskomfortem, deficitem sebepéče při hygieně

Cíl:

Pacient bude aktivně spolupracovat při sebeobsluze a osobní hygieně
Pacient bude mít aktivně uspokojeny základní potřeby
Pocítí psychickou pohodu
Pacient bude akceptovat svojí sníženou aktivitu

Plán:

Věnovat dostatek času klientovi, vhodně ho motivovat
Nespěchat
Při hygieně zajistit dostatek soukromí a tepla
Zamezit pádu
Zajistit dostatek pomůcek v dosahu
Dopomoc při provádění základních všedních činností a pozitivně ho stimulovat
Tlumit bolest dle ordinace lékaře

Realizace:

Pacienta jsem se snažila vést k samostatnosti. Věnovala jsem mu dostatek času při provádění hygieny a při stravování. Pana B. jsem chválila za každou snahu. Pacient prováděl hygienu na lůžku u umyvadla s mojí dopomocí. Pacientovi jsem hlavně pomáhala v mytí zad a nohou. Vše potřebné jsem mu dala tak, aby měl v dosahu rukou. Pacient se snažil aktivně zapojit. Panu B. jsem při hygieně zatahovala závěs, abych mu zajistila dostatek soukromí. A zavřela okna, abych mu zajistila dostatek tepla. Pacient měl u sebe ovládání k lůžku, aby si mohl sám zvolit polohu. Každý den za ním chodila fyzioterapeutická pracovnice, která sním nacvičovala stoj a poté chůzi okolo lůžka

Hodnocení:

Pacient zlepšil míru své soběstačnosti
Pacient má uspokojené potřeby v oblasti hygieny
Klient se aktivně podílí na uspokojování svých potřeb v oblasti hygieny
Pacient se snažil k větší samostatnosti
Pacient chápe svojí sníženou soběstačnost

Změna močení pro zavedený PMK s rizikem vzniku infekce a obstrukce

Cíl:

Pacient bude dostatečně vyprázdněn
Pacient nebude postižen infekcí močové trubice
Pacient bude dostatečně informován o symptomech infekce
Pacient chápe nutnost zavedení PMK a spolupracuje při kontrole PMK

Plán:

Zajistit dostatečnou informovanost pacienta
Kontrolovat stav močového katétru, kvalitu a množství moče
Monitorovat pacientovi případné obtíže
Pravidelná kontrola a výměna močového katétru
Hodnotit stav moče (barva, příměsi, zápach a koncentrace)

Realizace:

Pacienta jsem edukovala o nutnosti PMK. Dbala jsem o důkladnou hygienu v oblasti zavedení a genitálu. Pacient se snaží při hygieně spolupracovat. Průběžně byla sledována kvalita moči a okolí vstupu PMK a pacient byl poučen o příznacích infekce a o nutnosti o nich informovat. Kontrolovala jsem subjektivní potíže (pálení,svědění). Každý den jsem kontrolovala zda nejsou přítomny příměsi a barvu moče . Zavedený PMK udržujeme průchodný, sledujeme stav odvedené moče.

Hodnocení:

Pacient je dostatečně vyprázdněn
Pacient není postižen infekcí močové trubice
Pacient je informován o symptomech infekce
Pacient spolupracuje při kontrole a chápe nutnost zavedení

(2,6)

-
- 2) DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F., Kapesní průvodce zdravotní sestry, Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., ISBN 80-247-0242-8
6) MAREČKOVÁ, J., Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménech, Praha: Grada 2006
ISBN: 80-247-1399-3

4 . Edukace

Pana B. jsem začala ošetřovat 4. den po operaci.

Pan B. byl před operací poučen o předoperační přípravě a pooperační péči. Pacienta edukovala sestra ze standardního oddělení. Pan B. měl možnost pokládat případné dotazy a poté mu byly zodpovězeny. Podaným informacím rozuměl a podle nich jednal.

Pacient byl informován o poměrně rozsáhlé operaci a tudíž i značné zátěži pro organismus

Pan B. byl seznámen o dodržování klidového režimu s postupným zatěžováním organismu.

Pacient měl zavedený epidurální katétr, kterým mu byla kontinuálně přiváděna epidurální analgezie. Dále měl naordinovaný Dolsin i.m. a Perfalgan i.v. při bolesti. Pacient byl sestrou poučen o možnostech využití naordinovaných léků při bolesti. Během mého ošetření nebyly podány. Panu B. byla vysvětlena důležitost zavedení epidurálního katétru a možnosti zvýšení rychlosti podání v závislosti na pocíťování bolesti. Dále byl edukován, aby bez dozoru sestry nebo fyzioterapeutické pracovnice nevstával a dával pozor na epidurální katétr. Při převazu byl informován o postupu. Pan B. podaným informacím rozuměl a podle nich jednal.

Pan B. měl tři operační rány a dva drény, které se každý den převazovaly. Byl informován o důvodech zavedení drénů. Byl také poučen o postupu převazu operačních ran a drénů. Dále obdržel informace o době odstraňování stehů (za 7 až 14 dní) a nutnosti hygienické péče o ránu. Ránu je nutné jemně osušovat ručníkem, který má pacient vyhrazený pouze pro tento úkon. Vysvětlila jsem mu, že je dobré, aby měl k ráně přístup vzduch jako prevence zapaření. Dále jsem pacienta informovala, že rána bude zcela pevná až za 6 až 8 týdnů a že nesmí vykonávat do té doby žádnou fyzickou aktivitu, aby nedošlo k poruše hojení jizvy a vytvoření kýly. Panu B. byly 5. a 6. den po operaci vyndány drény. Byl informován o důvodech a o postupu vyndání drénů. Pacient byl edukován, aby bez dozoru sestry nebo fyzioterapeutické pracovnice nevstával a dával pozor na drény.

Pacient měl zavedenou NGS na spád, kterou se měřil žaludeční odpad. Pacient nesměl od operace nic přijímat ústy. Pacient byl řádně poučen o tom, že nemůže nic přijímat ústy a pokynů se držel. Byl také poučen o důvodech zavedení NGS. Pana B. jsem informovala o důležitosti hygieny ústní. NGS byla 6. den po operaci vyndána a pan B. byl o postupu vyndání poučen.

Pan. B. měl zaveden CŽK. Pacient byl informován o důvodech zavedení CŽK. Dále byl edukován, aby bez dozoru sestry nebo fyzioterapeutické pracovnice nevstával a dával pozor na CŽK. Při převazu byl poučen o postupu. Podaným informacím rozuměl a držel se pokynů. Dále byl poučen o možných komplikacích jako je bolestivost, pálení, pocity tepla v místě vpichu nebo při podání léku a pokud se objeví ihned má informovat sestru.

Pacient byl informován, že v dalších dnech po kontrolním vyšetření vodním kontrastem bude pomalu přecházet na stravu tekutou, poté mixovanou a nakonec i na stravu tužší. Pacientovi jsem doporučila kontakt s nutričním

terapeutem, aby mu pomohl sestavit jídelníček. Dále jsem mu sehnala brožurku o perorálních nutričních doplňcích.

Dále jsem pacienta informovala o možnosti porady se sociálním pracovníkem, který by mu pomohl se zaměstnáním a problémech v ekonomické a finanční sféře. Také jsem ho informovala o možnosti porady s psychologem, který by mu pomohl se vyrovnat s tak závažnou nemocí. Cennou podporou by také mohly být různé skupiny nebo společnosti, které sdružují onkologicky nemocné.

Pana B. jsem informovala, že i po ukončení léčby bude sledován.

C. Použitá literatura

- 1) ČIHÁK, R.
Anatomie 2
Praha: Grada Publishing 2002
ISBN: 80-247-0143-X
- 2) DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F.
Kapesní průvodce zdravotní sestry
Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o.
ISBN 80-247-0242-8
- 3) FERKO, A., VOBOŘIL, Z., ŠMEJKAL, K., BEDRNA, J.
Chirurgie v kostce, vybrané kapitoly
Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o.
ISBN 80-247-0230-4
- 4) HÁJEK, M.
Chirurgie pro praktické lékaře
Praha: Grada Publishing 1995
ISBN: 80-7169-108-9
- 5) KLENER, P.
Klinická onkologie
Praha: Galén 2002
ISBN: 80-7262-151-3
- 6) MAREČKOVÁ, J.
Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménech
Praha: Grada 2006
ISBN: 80-247-1399-3
- 7) MARTINKOVÁ, J. A KOLEKTIV
Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů
Praha: Grada Publishing 2007
ISBN: 978-80-247-1356-4
- 8) PAFKO, P. A KOLEKTIV
Základy speciální chirurgie
Praha: Galén
ISBN 978-80-7262-402-7
- 9) PAFKO, P., PAZDRO, A.
Radikální léčba karcinomu jícnu,
internetový zdroj:<http://www.hpb.cz/index.php?pId=08-1-05>
- 10) TRACHTOVÁ, E.
Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu
Brno: NCONZO
2005 (186 s.). ISBN 80-7013-324-4

11) ZEMAN, M. A KOLEKTIV
Speciální chirurgie
Praha: Galén 2006
ISBN: 80-7262-260-9

Zdroj informací

A. Pacient

a) rozhovor

b) pozorování

B. Dokumentace - chorobopis

C. Zdravotnický personál

D. Měřicí techniky

D. Použité zkratky

ADP – artérie dorsalis pedis
AF – artérie femoralis
AGS – artérie gastrica sinistra
AP – artérie poplitea
BMI – body mass index (index tělesné hmotnosti)
Ca – karcinom
CT – počítačová tomografie
CŽK – centrální žilní katétr
DK – dolní končetiny
d - ductus
EF – erekční frakce
ECHO – echokardiografie
Ergo – ergometre
EUS – ezofagus
FEV - usilovný výdech vitální kapacity za 1 s
FF – fyziologické funkce
Fr – fyziologický roztok
HDŽ – horní dutá žíla
CHRT - chemoradioterapie
i.m. – intramuskulární podání léku
i.v. – intravenózní podání léku
L - levá
LK – levá komora
LU – lymfatické uzliny
NI - metastáza v jediné stejnostranné mízní uzlině, 3 cm nebo méně
v největším rozměru
NGS – nasogastrická sonda
M0 – nejsou vzdálené metastázy
PDS – Polydioxanone, monofilamentní chirurgické vlákno
PMK – permanentní močový katétr
P-TT – palpačně-torakotomie
SCM – sternocleidomastoideus
ŠŽ – štítní žláza
T3 - nádor větší než 4 cm v největším rozměru
TK – krevní tlak
TT - torakotomie
TU – tumor
v - vena
VTS - videothorakoskopickou

E. Ošetrovatelský závěr a prognóza

Pan B. je 42-letý pacient po resekci střední části jícnu pro invazivní skvamózní superficiální karcinom
Pacient měl klid na lůžku, dechová cvičení, cvičení DK
Pravidelně za ním chodila fyzioterapeutická pracovnice, která s ním nejdříve prováděla nácvik stoje a poté i chůzi okolo lůžka
Pacient se snažil aktivně zapojovat do všech oš.činností
Při vědomí, orientován časem, místem a osobou
Kůže je bez ikteru a cyanózy
Redonův drén byl vyndán 7.4. 2009, hrudní sání a NGS byly vyndány 8.4. 2009
Na 10.4. 2009 byl objednan na vyšetření vodním kontrastem
Stále má zaveden epidurální katétr a CŽK
Pacient má zácpu ale plyny odcházejí
Pacient trpí jen minimální bolestí, díky naordinovaným analgetikům
Pacient byl informován o všech krocích pooperační péče a podaným informacím rozuměl. Snažil se aktivně spolupracovat.
Pociťoval strach nejen o sebe ale i o rodinu, obavy z budoucnosti
Pan B. se snažil být statečný a na svět pohlížel pozitivně, hlavně kvůli rodině, která je pro něj velkou oporou
Po třech týdnech od mého ošetřování jsem zjistila, že pan B. byl 10.4.2009 přeložen na standardní oddělení a 13.4. 2009 propuštěn do domácího léčení. Realimentace proběhla bez obtíží a pacient byl propuštěn v celkově dobrém stavu. Dále jsem zjistila, že se pan B. má za 6 týdnů od operace dostavit na kontrolu na ambulanci FN a má kontaktovat spádového onkologa ke stanovení dalšího terapeutického postupu.

Prognóza

Prognóza pan B. je relativně dobrá, protože má velkou šanci na návrat do normálního života s jistým omezením v oblasti životního stylu. Stav pacienta se den ode dne zlepšoval. Pan B. má v sobě velkou sílu a vůli vrátit se do normálního života. Největší oporou je pro něj rodina, se kterou je přes mobilní telefon neustále v kontaktu.

Sebereflexe

Péče o tohoto pacienta byla velmi zajímavá. Podařilo se mi během krátkého časového úseku navázat velmi dobrý vztah. Pacient byl velmi příjemný a ochotný mi zodpovídat otázky. Obdivuji na něm, jakou sílu měl a jak se se svou situací vyrovnal.