

Univerzita Karlova v Praze

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Lucie Pět'ová

Ošetřovatelská péče o pacienta s kolorektálním karcinomem

Nursing care for the patient with colorectal cancer

Bakalářská práce

Praha, Červen 2015

Autor práce: Lucie Pěťová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra kombinovaná forma studia

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Holubová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK v Praze**

Předpokládaný termín obhajoby: **23. června 2015**

Odborný konzultant: **MUDr. Pavel Lisý**

Pracoviště odborného konzultanta: **Chirurgická klinika FNKV**

Prohlášení

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

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne

Lucie Pět'ová

Poděkování

Dovoluji si poděkovat Mgr. Janě Holubové za pečlivé, odborné vedení mojí bakalářské práce a také za trpělivost a veškeré užitečné rady.

Poděkování také patří MUDr. Pavlu Lisému, odbornému konzultantovi mojí práce za odborné rady z oblasti chirurgie.

Taktéž bych ráda poděkovala panovi M. Č. za jeho ochotnou spolupráci na mojí práci i v době, kdy jeho zdravotní stav nebyl optimální.

Obsah

Úvod.....	7
1 Teoretická východiska.....	8
1.1 Epidemiologie onemocnění.....	8
1.2 Popis onemocnění.....	9
1.2.1 Patofyziologie.....	9
1.2.2 Symptomatologie.....	12
1.2.3 Vyšetřovací metody.....	12
1.2.4 Terapie.....	14
1.2.5 Komplikace.....	15
2 Kazuistika.....	16
2.1 Anamnéza.....	16
2.1.1 Lékařská anamnéza.....	16
2.1.2 Ošetrovatelská anamnéza.....	18
2.2 Průběh hospitalizace.....	22
2.3 Ošetrovatelské problémy.....	43
2.3.1 Stomie.....	43
2.3.2 Bolest.....	49
2.4 Dlouhodobá péče.....	55
2.4.1 Řešení propuštění.....	55
2.4.2 Edukace před propuštěním.....	55
3 Diskuze.....	57
4 Závěr.....	60
Souhrn.....	61
Summary.....	62

Použitá literatura.....	63
Seznam použitých zkratk.....	66
Seznam příloh.....	70

Úvod

„Kolorektální karcinom je v současnosti v České republice podobně jako v řadě evropských zemí nejčastějším nádorem zažívacího traktu a druhou nejčastější lokalizací nádoru u obou pohlaví.“ (HOCH, 2012, s. 15)

Jelikož je incidence kolorektálního karcinomu v České republice, ale i ve většině Evropských zemí velmi vysoká a stále na vzestupu, myslím si, že je důležité se léčbě a ošetrovatelské péči, která je pacientům s tímto onemocněním poskytována nutno věnovat podrobněji. Rozhodla jsem se proto zaměřit se ve své bakalářské práci na problematiku kolorektálního karcinomu, a to jak na oblast klinickou, tak především na péči ošetrovatelskou, se zaměřením na komplexní péči o pacienta s karcinomem recta.

V úvodních kapitolách je věnována pozornost klinické části - popisu onemocnění a v části praktické pak můžete vidět v rámci ošetrovatelské péče použití Modelů fungujícího zdraví dle Marjory Gordon. Je zde rozebrán průběh hospitalizace s následným zaměřením se na potencionální i aktuální ošetrovatelské problémy a v závěru i kapitola věnující se edukaci pacienta a dlouhodobé péči.

1 Teoretická východiska

V této kapitole se budu zabývat základní epidemiologií a stručným popisem choroby. Jedná se o teoretická východiska práce - klinickou část onemocnění. Jsou zde zahrnuty vyšetřovací metody využívané k diagnostice kolorektálního karcinomu, terapie onemocnění ale i komplikace a prognóza této malignity.

1.1 Epidemiologie onemocnění

V mezinárodním měřítku se kolorektální karcinom umísťuje na prvním místě v četnosti mezi maligními onemocněními. Jednou ze zajímavostí je, že výskyt této choroby je vyšší u mužů nežli u žen.

„Světová incidence byla pro rok 2012 odhadnuta celkem 1 360 602 nově diagnostikovaných nádorů kolorekta (3. nejčastější ZN, 9,7 % ZN kromě kožních) a 447 136 nádorů kolorekta v Evropě (2. nejčastější novotvar, 13,0 % ZN kromě kožních).“ (DUŠEK, et al., 2014)

Ze základního epidemiologického přehledu také vyplívá vysoké zatížení evropských států kolorektálním karcinomem, které je navíc spojeno s vysokým počtem úmrtí na toto onemocnění.

Kolorektální karcinom a Česká republika: V České republice je zdrojem pro data o epidemiologii Národní onkologický registr ČR (NOR). I v naší zemi je kolorektální karcinom na prvním místě, co se do četnosti výskytu týče. Incidence a úmrtnost je taktéž vyšší u mužů než u žen. A bohužel i v celosvětovém měřítku Česká republika obsazuje přední příčky v četnosti onemocnění. Zátěž populace tímto onemocněním je v současné době obrovská, ročně onemocní cca. 8000 pacientů a téměř polovina na tuto chorobu zemře. (GREGOR J., et al., 2014)

1.2 Popis onemocnění

1.2.1 PATOFYZIOLOGIE

Anatomie tlustého střeva (**intestinum crassum**)

Jedná se o konečný úsek trávicí trubice, jeho délka je asi 1,5 m. Na střevě můžeme zřetelně vidět tzv. haustrace, což jsou přirozená vyklenutí na střevě, která jsou tvořena tahem teníí a jedná se o projev funkčnosti svaloviny stěny střevní (zajišťující motilitu střeva).

Tlusté střevo začíná rudimentárním orgánem, červovitým přívěskem slepého střeva – apendixem (**appendix vermiformis**). Velikost apendixu je různá, ale průměrně je udávána délka 5-10 cm. Jeho volný závěs v dutině břišní umožňuje jeho rozmanité uložení (positio: pelvina, retrocaecalis, ileocaecalis, laterocaecalis, subcaecalis, praecaecalis...) a tudíž možnou obtížnější diagnostiku při jeho zánětlivé změně (apendicitis).

Na appendix vermiformis navazuje slepé střevo (**intestinum caecum**), tato část tlustého střeva je uložena v pravé jámě kyčelní a je zároveň i jeho nejširší částí. Zde se také na tlusté střevo napojuje kyčelník (ileum) tenkého střeva. Spojení tenkého a tlustého střeva rozděluje ileocekální chlopeň (ostium ileale Bauhini nebo také Bauhinská chlopeň), její ústí umožňuje tok chymu pouze jedním směrem a tudíž zabraňuje refluxu střevního obsahu a bakterií z tlustého do tenkého střeva.

Na caecum se napojuje tračník (**colon**), který je nejdelší a hlavní částí tlustého střeva. Ten má několik částí a to, tračník vzestupný (**colon ascendens**), vedoucí od coeca kraniálně pod jaterní ohbí (**hepatální flexura**) nebo také nazývanou flexura coli dextra. Poté se stáčí a navazuje v tračník příčný (**colon transversum**), který je lehce prověšen kaudálním směrem na peritoneálním závěsu (mesocolon transversum), prochází pod játry a žaludkem a kolem sleziny a zde se ohýbá směrem dolů. Toto ohbí se nazývá slezinné (**flexura lienalis**) neboli flexura coli sinistra a navazuje na tračník sestupný (**colon descendens**), který vede kaudálně od sleziny do levé jámy kyčelní a navazuje na esovitou kličku

(**colon sigmoideum**). Jedná se o nejužší část tlustého střeva. Sigmoideum se stáčí do středu malé pánve, a zhruba ve výšce obratlů S2 a S3 ústí v **rectum**. Rectum se dělí se na dvě části: První - ampulla recti, část směrem kraniálním, a druhá část - canalis analis vyúsťující na povrch těla jako řitní otvor (**anus**). (DYLEVSKÝ, 2000)

Cévní a nervové zásobení tlustého střeva:

Tepenné zásobení tlustého střeva zajišťují: Arteria mesenterica superior, arteria mesenterica inferior a arteria iliaca interna. Žilní pak: Vena portae a vena cava inferior. Nervové zásobení je zajištěno parasympatickými vlákny přicházejícími z nervus vagus a nervi splanchnici pelvici a plexus mesentericus inferior. A také sympatickými vlákny z ganglion coeliacum, ganglion mesentericum superius, ganglion mesentericum inferius. (DYLEVSKÝ, 2000)

Fyziologie tlustého střeva:

Tlusté střevo přijímá tráveninu (chymus), což je polotekutá hmota přicházející z tenkého střeva. Probíhá zde vstřebávání elektrolytů, sacharidů a poté se z chymu vstřebává přebytečná voda, čímž se obsah zahušťuje a současně i díky činnosti mikroorganismů následně formuje ve stolici. (DYLEVSKÝ, 2000)

Patofyziologický úvod:

Do lékařské diagnózy kolorektálního karcinomu řadíme tyto malignity: Karcinom tlustého střeva, karcinom rectosigmatu a karcinom rekta. Bližší specifikaci se používá značení dle anatomické lokalizace a sublokalizace dle MKN - 10 a to:

Tlusté střevo C18

Caecum C18.0

Colon ascendent C18.2

Flexura hepatica C18.3

Colon transversum C18.4

Flexura lienalis C18.5

Colon descendens C18.6

Colon sigmoideum C18.7

Rektosigmoideální přechod C19

Rektum C20

(MKN-10, 1999)

Etiologie:

Existují znatelné rozdíly ve světové incidenci kolorektálního karcinomu, což svědčí pro velký význam nutričních aspektů, hrající roli ve vzniku karcinomu tlustého střeva. A taktéž je udáváno, že častější výskyt v některých rodinách svědčí i pro genetickou zátěž onemocněním.

Rizikové faktory pro vznik kolorektálního karcinomu můžeme majoritně definovat jako interakci dvou velkých skupin rizikových faktorů a to, zevní rizikové faktory a vnitřní rizikové faktory.

Mezi **zevní rizikové faktory** řadíme především nevhodnou stravu (nedostatek některých mikronutrientů - vitaminy, stopové prvky a např. kyselina listová) a naopak nadbytečný příjem tuků (omega-6 polynenasycených mastných kyselin), nadbytek červeného masa, smaženého a pečeného masa atd., dále pak obezitu (zvyšuje míru rizika karcinomu tračníku u mužů dvojnásobně), taktéž hyperglykémie, nedostatečná fyzická aktivita, kouření a zvýšený příjem alkoholu.

Mezi **faktory vnitřní** pak patří věk (téměř 90% pacientů je starších 50 let, u mladších pacientů je zde na vině spíše rodinná zátěž). Rodinná anamnéza je jeden z nejvýznamnějších faktorů u kolorektálního karcinomu. „Výskyt KRK u příbuzných prvního stupně (rodiče - děti, sourozenci) zvyšuje riziko onemocnění

nejméně dvoj - až šesti násobně v závislosti na počtu postižených příbuzných a jejich věku v době diagnózy KRK.“ (BORTLÍK, 2005, s. 207)

Genetické faktory jako familiární adenomatózní polypóza jsou také velmi významné. Dalším významným faktorem jsou také idiopatické střevní záněty jako ulcerózní kolitida a crohnova choroba, které se uvádějí také jako možný rizikový faktor pro vznik kolorektálního karcinomu. (LUKÁŠ, 2005)

1.2.2 SYMPTOMATOLOGIE

Poměrně častým jevem je, že klinický obraz je dlouho němý či velmi nevýrazný. Nádor se manifestuje až v pokročilém stádiu a to majoritně krvácením z konečníku.

Obvyklými příznaky mohou být dlouhodobé změny ve vyprazdňování střev a to jak zácpa, průjem, či pocit nedokonalého vyprázdnění. Mohou být přítomny neurčité střevní problémy jako nadýmání, pocit dyskomfortu v břiše, dále pak křečovitě bolesti břicha a také zvracení. Jsou přítomny změny ve vzhledu stolice – většinou příměs krve a to jasně červené – enterorrhagie (nádor v dolní etáži střeva, většinou rektum či sigmoideum). U nádorů ve vyšší části colon většinou nebývá makroskopická příměs krve ve stolici a dá se prokázat pouze testem na okultní krvácení. Při pokročilém nálezů může být přítomno uzavření lumen střeva nádorovou hmotou, či tvorba píštělí do jiných tělních systémů a obvyklý je v této fázi i masivní váhový úbytek až kachektizace pacienta, nevolnost a celková slabost.

Dlouhodobé menší krevní ztráty (animizace pacienta) se projevují zvýšenou únavností a zadýcháváním se.

1.2.3 VYŠETŘOVACÍ METODY

„Klíčem k úspěšné léčbě je časná diagnóza.“ (ABRAHÁMOVÁ, 2006, s. 207)

Vyšetření pacienta u vždy začínáme anamnézou. U diagnostiky kolorektálního karcinomu je důležité zjistit od pacienta, zdali má zkušenost

s přítomností krve ve stolici, jestli pociťuje změny ve vyprazdňování stolice, jestli nemá bolesti jak v klidu nebo např. při vyprazdňování stolice - tenesmy, na celkové obtíže (zvracení, nevolnost, nechutenství, zažívací obtíže, výrazný váhový úbytek v poslední době).

Následuje celkové **fyzikální vyšetření**, kde sledujeme případnou anemizaci pacienta (např. bledost spojivek a sliznic), prohmatáváme břicho, snažíme se palpačně zjistit velikost uzlin a velmi důležité je vyšetření per rectum, které nám může odhalit patologii v konečníku nebo krev ve stolici. Oxford handbook of clinical Surgery uvádí, že při vyšetření per rectum lze zjistit až 75% nádorů konečníku.

Mezi důležitá **laboratorní vyšetření** patří krevní obraz (anemie), zjištění karcinoembrionálního antigenu (CEA) - jeho vyšší hodnoty v době diagnostiky znamenají horší prognózu a důležité je také odebrání stolice na okultní krvácení.

Vyšetřením první volby je **koloskopie** celého tlustého střeva, která je velmi spolehlivou diagnostickou metodou. „Endoskopie umožňuje vizuální posouzení nálezu (velikost, makroskopický vzhled, stupeň obstrukce střevního lumen) a odběr bioptických vzorků k histologickému vyšetření.“ (BORTLÍK, 2005)

Pokud není z jakéhokoliv důvodu možné provést koloskopii, je možné jako alternativu využít rentgenové kontrastní vyšetření.

Dále se provádí **SONO** nebo **CT** jater a **RTG** vyšetření hrudníku (přítomnost metastáz). A u karcinomu rekta také **CT** nebo **MRI** malé pánve.

Vyšetřovací metody v České republice se nijak neliší od vyšetřovacích metod v zahraničí a diagnostika probíhá většinou na stejné úrovni. (VOLÍČEK, 2006)

1.2.4 TERAPIE

„Léčba nádorových onemocnění je léčbou komplexní, na níž se podílejí chirurgické výkony i konzervativní postupy, jako je radioterapie, chemoterapie, imunoterapie a hormonální léčba.“ (VYHNÁNEK, 1997, s. 124)

Chirurgická léčba:

Radikální chirurgický výkon:

U drtivé většiny pacientů prováděna jako první krok v léčbě. Provádí se resekce postižené části střeva. Její provedení a rozsah záleží na lokalizaci nádoru. Důležité je resekovat do zdravé tkáně (tzv. lem) a odebrat příslušné lokální lymfatické uzliny. V některých případech lze resekované části střeva napojit a pokud tak nelze učinit vytvoří se stomie a to buď dočasná, nebo trvalá (u výkonů, kdy je nutno odstranit celý konečník, popř. u výkonů, kdy by nebyla zachována kontinence pacienta).

„Chirurgicky lze ve vybraných případech odstranit i ojedinělou metastázu, např. v játrech.“ (ABRAHÁMOVÁ, 2006, s. 207)

Výhodou chirurgické léčby je, že u nepokročilých nálezů je radikální resekce výkon, který vede k úplnému vyléčení pacienta. (VORLÍČEK, 2006)

Paliativní chirurgický výkon:

Jako paliativní výkon lze označit operační výkon, který může resekovat primární nádor, ale již nelze provést odstranění mnohočetných metastáz nebo výkon, při kterém nádor tzv. obejdeme spojkou (anastomózou) mezi úsekem pod a nad tumorem. (VORLÍČEK, 2006)

Radioterapie:

U tlustého střeva se neprovádí, ale naopak u nádorů rekta je velice důležitá. Provádí se primárně pre operačně a jejím cílem je usnadnění výkonu, protože je jejím cílem zmenšit nádor a snížit jeho vitalitu. Radioterapií lze snížit místní výskyt recidiv nádoru až o polovinu.

Radioterapii lze provádět i pooperačně a ta taktéž zabraňuje místním recidivám v malé pánvi. „U inoperabilních karcinomů rekta má radioterapie význam paliativní.“ (ABRAHÁMOVÁ, 2006, s. 208)

Chemoterapie:

Abrahámová uvádí 4 základní druhy chemoterapií a to: Adjuvantní chemoterapii lokálních kompletně resekovatelných nádorů, chemoterapii pokročilých metastatických nádorů, chemoterapii izolovaných metastáz v játrech a chemoterapii nádorů konečníku.

„Chemoradioterapie rakoviny konečníku (zejména předoperační) doznala v současnosti velkého rozvoje. Souvisí to s vývojem nových protirakovinných léků. V budoucnu lze očekávat ještě vyšší léčebný efekt nejen u pokročilého CRC, ale zejména v adjuvaci.“ (ABRAHÁMOVÁ, 2006)

1.2.5 KOMPLIKACE

Komplikace spojené s kolorektálním karcinomem většinou souvisí s prorůstáním do lumen střeva a následné problémy s peristaltikou až její zástavou (subileózní až ileózní stav), krvácení z tumoru a následná anemizace pacienta, prorůstání nádorové hmoty do jiných orgánů s tvorbou píštělí a také např. kachexie, která je spojena s terminálním stádiem maligního onemocnění. Mohli bychom do této kapitoly zařadit samozřejmě komplikace vzniklé např. po chirurgickém výkonu, jako infekce, krvácení, embolizace a spoustu dalších všeobecně známých pooperačních komplikací, které ale již nejsou specificky dané jen pro kolorektální karcinom. (VORLÍČEK, 2006)

2 Kazuistika

2.1 Anamnéza

2.1.1 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA

Pacient:

M. Č.

Věk:

66

Pohlaví:

Muž

Rodinná anamnéza:

Otec též kolorektální karcinom, jinak nevýznamná.

Osobní anamnéza:

Předchozí onemocnění: Hypertenze diagnostikována roku 2013. Žlučnickové bláto.

Operace:

Torticolis v dětství. Osteosyntéza předloktí, vpravo. Rotátorová manžeta, vpravo.

Úrazy:

Fraktura předloktí, vpravo. Ruptura rotátorové manžety, vpravo.

Farmakologická anamnéza: Užívá tyto léky (dávkování):

Torvacard 10 mg tbl p. o. 0-0-1, Prenewel 4/1.25 mg tbl p. o. 1-0-0

Abusus:

Alkohol - příležitostně. Nekuřák. Návykové látky -neužívá.

Pracovní anamnéza:

Starobní důchod

Alergie:

Neudává

Nynější onemocnění (důvod hospitalizace):

Pacient s karcinomem rekta, přijat k plánované operaci.

Subjektivně: Bez obtíží, bez známek akutního infektu.

Objektivně: Pacient orientovaný, spolupracující, normální hydratace, anikterický, acyanotický, kardio - pulmonálně kompenzovaný.

Hlava - bulby ve středním postavení, pohyb všemi směry, bez nystagmu, zornice izokorické, reakce na osvit a konvergenci v normě, spojivky růžové, skléry bílé, jazyk plazí středem, hrdlo klidné.

Krk - štítná žláza nezvětšená, náplň krčních žil v normě, karotidy tepou symetricky, bez šelestů.

Hrudník - symetrický, dýchání čisté sklípkové bilaterálně, akce srdeční pravidelná, 2 ohraničené ozvy.

Břicho - v niveau, dýchá v celém rozsahu, poklep diferenciallyně bubínkový, měkké, prohmatné, bez rezistence, bez známek peritoneálního dráždění a ileózních, H a L nezvětšeny, tapotment a Israeli bilaterálně negativní, peristaltika přítomny, šplíchet není, podbřišky volné.

Dolní končetiny - bez otoků, bez známek zánětů, bez známek trombózy, pulsace na a. femoralis, a. poplitea, a. dorsalis pedis, a. tibialis posterior hmatné.

Diagnóza při přijetí:

C20 Zhoubný novotvar konečníku – rekta.

(CHOROBOPIS FNKV, 2014)

2.1.2 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Je sepsána dle modelu péče Marjory Gordon – Model fungujícího zdraví.

Model fungujícího zdraví:

Marjory Gordon uvádí, že zdravotní stav pacienta může být funkční či dysfunkční. Dále také, že sestra získáním komplexních informací sestaví ošetřovatelskou anamnézu, která vede k sestavení aktuálních i potencionálních ošetřovatelských diagnóz a toto pak vede k efektivní péči o pacienta a realizaci ošetřovatelského procesu. Model je postaven na faktu, že zdravotní stav člověka je vyjádřen bio - psycho - sociálními interakcemi a dysfunkce může vzniknout v jakékoli z těchto oblastí. Uvádí 11 základních vzorců a to:

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví
2. Výživa a metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita, cvičení
5. Spánek, odpočinek
6. Vnímání, poznávání[
7. Sebekoncepce, sebeúcta
8. Plnění rolí, mezilidské vztahy
9. Sexualita, reprodukční schopnost
10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance.
11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty
12. Jiné

(PAVLÍKOVÁ, 2005)

Aplikace modelu na konkrétní případ:

Informace k získání anamnézy byly zjištěny od pacienta M. Č. v den příjmu (tj. 1. den hospitalizace) a také z pacientovy dokumentace.

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví:

Pacient M. Č. se cítí dobře. Zdravotní problémy celý život neměl. Pouze jak uvádí, v dětství podstoupil operaci pro torticollis a měl dva úrazy, pro které byl taktéž operován. Od roku 2013 se léčí s vysokým tlakem, což mu ale nezpůsobuje žádné obtíže. Syn se věnuje buddhismu a dodává mu různé čaje, ty popíjí a cítí se po nich dobře. Jinak se ke svému zdraví chová zodpovědně, jak říká, a rozhodně se řídí radami odborníků. Medikaci na hypertenzi užívá pravidelně, na kontroly chodí. Snaží se sportovat. Ve svém věku jen rekreačně, ale pohyb ho baví a jak tvrdí, tělo stárne ale pohyb je v rozumné míře potřeba. Rád si zahraje nohejbal, tenis a beach volejbal a v zimě jde rád na běžky či lyžovat. Nekouří a nikdy nekouřil. Pije příležitostně. Rád si dá pivo, ale že by hodně pil alkohol, neguje.

2. Výživa a metabolismus:

Vždy se snažil jíst racionálně. Nikdy se nepřejídal, ale když má na něco chuť, klidně si to dopřeje. Tatínek byl kuchař a tak je zvyklý jíst všechno. Nikdy nebyl vybíravý v jídle, ale tučné maso nemusí. S chutí si dá i sladké. Co se pitného režimu týče, denně vypije asi 1,5 litru tekutin. Hlavně čaje a vodu. Nepije kávu. Nikdy nedržel žádnou dietu. Je zvyklý jíst 3x denně (snídaně, oběd, večeře). Občas po prodělání virózy/chřipky na radu syna užíval Spofavit, ale nikdy nevydržel užívat doplňky stravy dlouhodobě.

Měří 174 cm a váží 83 kg. BMI 27,4 – což je uváděno jako nadváha. Kožní problémy neudává. Žádná kožní léze. Kůže vypadá zdravě a je lehce opálený. Uvádí, že problémy s hojením ran nemá. Sliznice vlhké, růžové a celistvé. Má snímatelnou zubní protézu (horní i dolní), s kterou nemá žádné problémy. Nehty bez patologií. Vlasy šedivé, prořídlejší. Tělesná teplota 36,6 °C.

Základní nutriční screening: 2

Posouzení rizika vzniku dekubitů – rozšíření stupnice Nortonové: 32

(Veškeré hodnotící škály viz příloha 1: Ošetřovatelská dokumentace FNKV).

3. Vylučování:

Neudává žádné patologie při močení. S prostatou se neléčí. Pacient udává, že moč je žlutá, nezapáchající bez příměsí krve.

Stolice pravidelná, 2x denně. Spíše řidší ale ne průjmovitá. V posledním roce udává občas příměs jasně červené krve, ale není to vždy. Projímadla neužívá.

Zvýšené pocení neudává.

4. Aktivita, cvičení:

Jak bylo zmíněno výše. Sportuje rekreačně. Je mobilní a soběstačný. Klasifikace funkčních úrovní se péče dle marjory Gordon: 0 (Veškeré hodnotící škály viz příloha 1: Ošetřovatelská dokumentace FNKV)

Základní denní činnosti mu nedělají problém. Necítí se vyčerpan. Žádné zdravotní obtíže nemá, a tudíž má volný pohybový režim. Udává, že asi před 15 lety měl po fyzické aktivitě jednorázově bolesti na hrudi, ale nebylo zjištěno z čeho. Léčí se s hypertenzí (aktuální TK, P: 140/75, 78' min) a jak uvádí, léčba ho nijak neomezuje.

Riziko pádu dle Conleyové: 3

(Veškeré hodnotící škály viz příloha 1: Ošetřovatelská dokumentace FNKV)

5. Spánek, odpočinek:

Pacient je ve starobním důchodu. Neudává výraznější obtíže. Je zvyklý jít spát kolem 22 hodiny. Spí asi do 8 hodin ráno. Hypnotika nikdy neužíval a neužívá. Jediné, co ho momentálně omezuje ve spánku, jsou vtíravé "myšlenky". Od doby, kdy mu byla diagnostikována rakovina občas "moc přemýšlí" a prostě chvíli trvá, než usne. Po probuzení ale není unavený, má energii.

Co se týče odpočinku, někdy si po obědě zdřímne, ale preferuje spíše aktivní odpočinek. Rád pracuje na chatě na zahrádce, dělá drobné opravy, u toho si odpočine nejlépe a také rekreačně sportuje.

6. Vnímání, poznávání:

Zrak, sluch, čich vše v normě a neudává žádné obtíže. Nosí pouze brýle na čtení. Je při vědomí, lucidní. Vyjadřování plynulé bez znatelných odchylek.

Momentálně neudává žádné bolesti. Hovoří o běžných bolestech, které patří k

věku - občas záda, občas klouby, ale nejsou to silné bolesti (VAS 2) a analgetika neužívá pravidelně. Občas použije Dolgit krém. Celkově ale udává, že jakýkoliv typ bolesti zvládá poměrně dobře.

7. Sebekoncepce, sebeúcta:

Neměl nikdy problémy se sebepojetím. Jak udává, nikdy nebyl příliš sebevědomý ale ani ne opačně. Říká o sobě, že je realista. „Jsou věci, které mi jdou, ve kterých vynikám, ale i umím kriticky přemýšlet a jsou i věci, které neumím.“ A také udává, že se svým vzhledem nemá problém.

Objektivně je držení těla přirozené. Gestikuluje přiměřeně k hovoru. Oční kontakt udržuje. Odpovědi jsou přiléhavé.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy:

Je ženatý. Manželce je 59 let. Jak říká, mají spokojené manželství a mají se rádi. Mají jednoho syna. Nic by neměnil a vše v jeho životě mu vyhovuje. S rodinou má vřelý vztah a udržují kontakty. Má maminku a bratra. Tatínek zemřel před pár lety. O maminku se s bratrem starají.

Dle jeho tvrzení, v životě neměl žádné větší problémy s nikým v okolí a ani se nepovažuje za konfliktní typ.

9. Sexualita, reprodukční schopnost:

S manželkou má jednoho syna. Neudává žádné odchylky v sexuální oblasti.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance:

Považuje se spíše za klidného člověka. Stres zvládá bez větších obtíží. Ví, že se ve všem může spolehnout na rodinu a nebude na případné problémy sám. Když už přijde větší stres (vzpomíná na úmrtí otce), nebojí se poplakat si a tím se mu uleví. Je realista a říká, že vše se dá zvládnout, každá životní situace, jen se to musí brát, tak jak to je.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty:

Je ateista. I tak udává, že když je někdy v těžké životní situaci, přece jen se obrací v myšlenkách na nějakou vyšší moc. "Někdo tam nahoře je a pomůže mi."

2.2 Průběh hospitalizace

Pacient přijat do nemocnice k operačnímu řešení karcinomu rekta. Po kompletní diagnostice byla určena jako vhodná možnost léčby resekce rekta.

Přijmutí k hospitalizaci - Den hospitalizace: 1

Na ambulanci chirurgické kliniky byla sepsána s pacientem příjmová dokumentace, probrány informace ohledně výkonu s chirurgem a absolvován pohovor s anesteziologem. Poté byl pan M. Č. přijat na chirurgické lůžkové oddělení, kde jsem si jej převzala do péče já. V den nástupu k hospitalizaci působí pacient pohodově a odpočatě. Udává fakt, že je se svojí situací smířený a teď, že jde bojovat a vše hodlá zvládnout. Nemocniční prostředí mu nevádí.

Po sepsání ošetrovatelské anamnézy jsem seznámila pacienta s chodem oddělení, vnitřním řádem nemocnice i kliniky, právy pacienta a uložila jsem jej na pokoj číslo 7. Po uvedení na pokoj jsem vysvětlila, kam si může uložit osobní věci a svršky a poté jsem mu nechala trochu času na lehčí odpočinek a sžití se s prostředím oddělení.

Předoperační příprava: Den před plánovaným výkonem dbám především na edukaci a dostatečnou informovanost, protože pacient, který je seznámen s průběhem hospitalizace a plánovanými výkony, je vždy klidnější a otevřenější pro spolupráci se zdravotnickým personálem.

Nutrice: Při příjmu hodnotím pacienta pomocí základního nutričního screeningu kvůli případnému nutričnímu riziku. Tento screening se provádí především kvůli tomu, že správný stav nutrice pacienta před operačním výkonem je důležitým faktorem v dalším příznivém pooperačním průběhu (např. hojení rány).

Jako první jsem pana M. Č. poučila rámcově o nutričním plánu v předoperačním i pooperačním období. V den příjmu dostává k obědu dietu 1C, což je kašovitá strava a večeři již jen 1A – bujon, kvůli vyprazdňování střeva (bylo by neproduktivní podání stravy a následně projímadla). Pacienta jsem

poučila o dodržování pitného režimu a také, že od půlnoci nesmí jíst ani pít. Ráno kolem šesté hodiny má povoleno vypít asi 200 ml tekutiny (doporučila jsem mu čaj nebo vodu).

Vyprázdnění střeva: Poučila jsem pacienta o popíjení fosfátového projímadla během odpoledních hodin. Důležité bylo podání informace o nutnosti kontroly vzhledu stolice po dobu popíjení projímadla a následujících několik hodin poté (chceme dosáhnout stavu, kdy ze střeva odchází jen lehce zbarvená voda). Pokud by tohoto efektu nebylo dosaženo, postupovala bych dle ordinace lékaře buď podáním dalšího fosfátového projímadla, nebo bych podala klyzma. Pacient se po podání projímadla vyprázdnil dostatečně a nebylo tudíž nutné provádět další intervence k vyprázdnění střeva.

Šperky, protézy: Pacienta jsem poučila o nutnosti sejmutí šperků, stejně jako vyndání snímatelné zubní protézy před odjezdem na sál. Nabídla jsem panovi M. Č. uložení cenných předmětů do trezoru, a jelikož žádné šperky nemá u sebe, ukládá si pouze náramkové hodinky, peněženku a klíče. Společně jsme sepsali dokument o uložení cenností.

Medikace: Chronickou medikaci pacient užil v den před výkonem beze změn a na noc (v 22 hod.) je podáno hypnotikum (Dormicum 7,5 mg p. o.) sestrou z noční směny.

Hodnocení bolesti: Důležitou částí předoperační edukace na chirurgickém oddělení je seznámení pana M. Č. se škálou hodnocení bolesti po operačním výkonu. Na naší klinice hodnotíme bolest dle VAS (škála bolestivosti 0-10). Každý pacient přijatý na chirurgické oddělení je seznámen s touto škálou a následným podáváním analgetik. V pooperačním období totiž počítáme s jistou mírou bolestivosti a pacient by už před operací měl být s tímto faktem seznámen. Optimální variantou je rozhovor před výkonem jak s lékařem, tak i sestrou o pooperačním zvládnání bolesti a vhodnou formou analgezie.

Invazivní vstup: Pan M. Č. je o této proceduře informován a souhlasí se zavedením periferního žilního katétru. PŽK (G18) do kubitální jamky PHK, při zavádění katétru jsem nabrala vzorek krve do depozita, dle ordinace lékaře.

Další procedury v předoperační den: Odpoledne jsem vyčistila pupek štětičkou s dezinfekcí jako prevenci vzniku infekce v operačním místě.

Ošetrovatelské zhodnocení rizik a stavu pacienta: Pacienta jsem zhodnotila při sepisování ošetrovatelské anamnézy 1. den hospitalizace asi v 11:00 hod., hodnocení proběhlo dotazem, pohledem a měřením pacienta:

TT: 36,6 °C

TK, P: 140/70, 78⁺

Riziko pádu dle Conleyové: 3

Základní nutriční screening: 2

Soběstačnost – Klasifikace funkčních úrovní sebeděče dle Marjory Gordon: 0

Posouzení rizika vzniku dekubitů – rozšíření stupnice Nortonové: 32

(Veškeré hodnotící škály viz příloha 1: Ošetrovatelská dokumentace FNKV)

Pacient není v nutričním riziku ani v riziku pádu. Je plně soběstačný a ani není ohrožen vznikem dekubitu.

Den hospitalizace: 2, pooperační den: 0

Ošetrovatelská činnost: Přípravu k operaci začínám ráno, v 5:30 hod. Pacient uvádí, že se vyspal dostatečně a cítí se odpočínutý.

Změřím vitální funkce a to: TK, P - 135/80, 86^o, TT - 36,7 °C. Poté ponechávám pacientovi čas na ranní hygienu. Doporučila jsem mu celkovou sprchu i mytí vlasů. Kontrolu hygienické péče jsem poté provedla dotazem.

V 7:00 hod. probíhá ranní vizita a kontrola stavu pacienta ošetřujícím lékařem i operátorem. Po vizitě je oholeno operační pole sanitářem a dále poté s pacientem hovořím o nutnosti a důležitosti navléknutí elastických kompresivních punčoch, jako prevence vzniku TEN.

Před odjezdem na sál pacienta vyzvu k sejmutí zubní náhrady, poučím pacienta o vhodnosti dojít si na toaletu vymočít se, dále mu pomůžu s obléknutím otevřené košile a je podána:

Premedikace – Dvojkombinace ATB (Augmentin 1,2 g i. v. a Metronidazol 0,5 g i. v.) a Dormicum 7,5 mg 1 tbl p. o.

Psychika: Před výkonem: Pacient je lehce nervózní, ale situaci zvládá bez obtíží, udává, že před operací je přece normální mít trochu strach.

Operační protokol: Provedena dolní střední laparotomie, prodloužená nad pupek. Dutina břišní bez výpotku a játra palpačně bez metastáz. Perioperační rektoskopie. Provedena resekce rekta, následná anastomóza a apendektomie pro pelvicky uložený appendix. Do malé pánve vložen drén. Uzávěr laparotomie po vrstvách. Během výkonu je pacientovi zaveden PMK.

Status praesens: Ve stabilizovaném stavu a při vědomí je po výkonu pacient převezen na JIP.

Ošetrovatelská péče: Pacient je po výkonu spavý, ale orientovaný, neudává nauzeu, zaujímá Fowlerovu polohu a je ve stabilizovaném stavu: TK, P - 150/80, 88^o, SpO₂ – 98%, TT - 36,4 °C. Primární péče je zaměřena na kontrolu vitálních

funkcí a celkového pooperačního stavu. TK, P, SpO2 po výkonu po 1 hod., TT po 6 hod. a diuréza po 12 hod. Důležitá je kontrola odpadu z drénu, vzhled moči v PMK a také kontrola operační rány a případného krvácení. Je důležité dbát na pohodlí a komfort pacienta a tlumení pooperačních bolestí. Pacient udává přímo po výkonu bolesti VAS 6. Podávám analgetika (viz medikace) i. m. v pravidelných intervalech dle ordinace lékaře. Po podání analgetika se bolest snižuje na VAS 3 a po domluvě s pacientem analgetika podávám v pravidelných intervalech dle dekurzu a ordinace lékaře. V prvních dvou pooperačních hodinách je bolest kontrolována po 30 minutách a dále pak po dvou hodinách. Dle standardu péče provádím kontrolu bolesti vždy 30 min po podání analgetika. Do PŽK je podávána infuzní a antibiotická terapie. Medikaci podávám dle rozpisu lékaře. Večerní hygienu odmítá, cítí se příliš slabý.

Ošetřovatelské zhodnocení rizik a stavu pacienta:

Přehodnocení probíhá po operačním výkonu na JIP v 16:00 hod.

Riziko pádu dle Conleyové: 6

Základní nutriční screening: 5

Soběstačnost – Klasifikace funkčních úrovní sebeděče dle Marjory Gordon: 2

Posouzení rizika vzniku dekubitů – rozšíření stupnice Nortonové: 26

(Veškeré hodnotící škály viz příloha 1: Ošetřovatelská dokumentace FNKV)

Pacient je v riziku pádu z důvodu operačního výkonu, stavu po anestezii a podávání opiátů a jsou nutná preventivní opatření (postranice u postele, důležitá je monitorace pacienta a pomoc a dohled při všech činnostech mimo lůžko, pacient je o riziku pádu poučen). Také je po výkonu v nutričním riziku, bude plánována konzultace s nutriční terapeutkou. Co se soběstačnosti týče, potřebuje menší dopomoc a vznikem dekubitů není momentálně ohrožen.

Invazivní vstupy: PŽK - 2. den (G18), PMK Ch16 - 1. den, břišní drén (trubicový polymerový, spádová drenáž) – 1. den. Invaze bez známek infekce.

Nutrice: Dieta: 0S

Medikace: Antibiotika (Augmentin 1,2 g i. v. po 8 hod, Metronidazol 0,5 g i. v. po 8 hod), infuzní (Plasmalyte 1000 ml 200ml/hod. i. v.), analgetika (Dolsin 50mg i. m. á 6 hod., Novalgin 1g i. v. PB VAS nad 3 - max 4x denně, Paracetamol 1 g i. v. PB VAS nad 3 - 4x denně) a antikoagulační terapie (Fraxiparine 0,4 ml s. c. 1x za 24 hod.).

Psychika po výkonu: Nekomunikuje aktivně – pouze stručně odpovídá na položené otázky. Uvádí, že chce spát, a že má bolesti. Cítí se unavený.

Den hospitalizace: 3, pooperační den: 1

Status praesens: Subjektivně se cítí dobře, bolesti dle VAS 4. Objektivně: Kardio – pulmonálně kompenzovaný, afebrilní, pasáž neobnovena, břicho klidné měkké a volně prohmatné, bez známek peritoneálního dráždění, ale mírně podfouklé, drénem hemoragický obsah – 250 ml, diuréza dostatečná, ale přítomna hematurie.

Ošetrovatelská péče: Po domluvě s pacientem, jsme provedli pouze základní hygienu u lůžka, pacient se s mou pomocí posadil v lůžku a vyčistil si zuby. Lůžko jsem ustlala a upravila tak, aby byl pacient v pohodlí. Cítí se pořád unavený a po noci, kdy nespál, nejeví velký zájem o jakoukoliv činnost. Operační rána je standardně první operační den nepřevazována (pokud není krytí prosáklé). FF kontroluji dle ordinace lékaře, TK, P, SpO₂, TT - po šesti hod. (hodnoty se pohybují stabilně okolo TK - 115/75, P - 86°, SpO₂ - 98% během celého dne). Bolesti udává dle VAS 4 a po domluvě s pacientem podávám analgetika i. m. pravidelně dle rozpisu v dekurzu po šesti hod. Z důvodu hematurie je důležitá kontrola vzhledu a množství moči. Invazivní vstupy převazuji a jsou bez známek infekce. Medikaci podávám dle ordinace lékaře. Přes den pacient odpočívá a v přerušovaných intervalech i pospává. Rehabilitace je již dnes zahájena, probíhá vertikalizace, ale jelikož se pacient cítí slabý, tak se jen postaví u postele a dále RHB odmítá. Večerní hygiena provedena u lůžka za pomoci sestry na noční směně a lůžko je ustláno a jeho poloha upravena dle potřeby pacienta.

Invazivní vstupy: PŽK - 3. den (G18), PMK - 2. den Ch16, břišní drén (trubicový polymerový, spádová drenáž) - 2. den. Invaze bez známek infekce.

Nutrice: Dieta: 0S

Medikace: Infuzní terapie (Plasmalyte s glukosou 5% 1000 ml i. v. 200 ml/hod., Isolyte 1000 ml 150 ml/hod.), analgetika (Dolsin 100 mg i. m. po 6 hod., Novalgin 1g i. v. PB VAS nad 3 - max 4x denně, Paracetamol 1g i. v. PB VAS nad 3 - max 4x denně), antikoagulační terapie (Fraxiparine, 0,4 ml s. c. 1x za 24 hod.), dále pak Ambrobene i. v. po 8 hod., Degan i. v. po 8 hod., Controloc 40 mg i. v. po 12 hod., nebulizace po 6 hod. (Ambrobene roztok 2 ml + FR1/1 2ml). Chronická medikace nyní nepodávána.

Psychika: Cítí se zesláblý, ale jak udává, psychicky poměrně v pohodě. Díky pár hodinám spánku během dne se pacient cítí lépe a odpočínutější a je i komunikativnější.

Den hospitalizace: 4, pooperační den: 2

Status praesens: Ráno: Subjektivně se cítí dobře, bolesti dle VAS udává 4. Objektivně: Kardio – pulmonálně kompenzovaný, TT 37,5 °C, pasáž neobnovena, břicho klidné měkké a prohmatné, bez známek peritoneálního dráždění, ale mírně podfouklé, peristaltika 0, drénem 0 ml, diuréza nižší a hematurie již není přítomna.

Ošetrovatelská péče: Pacient udává že, dnes spal v noci o něco lépe než předešlou noc, ale stále se cítí unavený. Hygienu provádíme u lůžka, sám se omyje, pomáhám pouze s omytím zad, která poté i promažu francovkovým krémem. Operační ránu dnes při vizitě již převazuji – klidná, bez známek infekce – provedena dezinfekce Cutasept F a přikládám sterilní krytí. Asistuji lékaři při zkrácení drénu do obvazu – použity sterilní krytí a savé čtverce. Nutná je dnes kontrola operační rány a případného prosáknutí krytí v místě zkráceného drénu. Bolesti pacient udává dle VAS 4, analgetika podávána po domluvě s pacientem

pravidelně dle ordinace lékaře. TK, P, TT, SpO2 a diurézu kontroluji v pravidelných intervalech dle ordinace lékaře. Rehabilitaci dnes opět pacient odmítá, cítí se stále slabý, proto je po konzultaci s lékařem zvolena RHB stupně I. – tj. RHB u ležících pacientů. Cílem je prevence vzniku dekubitů, TEN a respiračních onemocnění. Podporuje zlepšení hybnosti pacienta. Jedná se především o pasivní a aktivní LTV na lůžku a dechová a kondiční cvičení. Invazivní vstupy převazují, PŽK lehce prosakuje, tudíž zavádím nový PŽK (G18) do levého předloktí. Po zbytek směny kontroluji místo po vytažené PŽK – bez známek infekce.

Odpoledne začíná ze zkráceného drénu krvácení, které neustává. Kontrola lékařem. Drén opět napojím na sběrný sáček (pro kontrolu množství odvedené krve), provádím kontrolní krevní odběry. Výsledky: Hemoglobin – 81 g/l. Po několika hodinách, když krvácení neustává, nabírám dle ordinace lékaře další kontrolní KO, hemoglobin nadále klesá a nyní je 79 g/l. Po kontrole lékařem připravuji a podávám krevní deriváty - 3x EM a 2x MP. Po aplikaci krevních derivátů je pacient zkontrolován vedoucím chirurgem a indikován k akutní revizi.

Operační protokol: Relaparotomie, odsáto asi 300 ml krve a značné množství koagul, opakovaně výplach dutiny břišní, revise jater, sleziny, omenta a celého střeva i dutiny břišní – vše bez zjevné patologie a zdroje krvácení. Jasný zdroj krvácení nenalezen, ale dá se předpokládat, že krvácení je z drobných cévních pletení v místě exkavace v oblasti kosti křížové. Vloženy 3 roušky s Betadine jako packing do Douglasova prostoru, silnější trubicový drén a založena protektivní ileostomie. Sutura rány.

Status praesens: Ve stabilizovaném stavu a při vědomí je po operační revizi pacient převezen opět na JIP.

Ošetřovatelská péče: Pacient stabilní, orientovaný, bez nauzei. TK, P - 125/60, 80', SpO2 – 96%, TT - 36,9 °C. Probíhá kontrola vitálních funkcí a celkového pooperačního stavu. TK, P, SpO2 po výkonu po 1 hod., TT po 6 hod. a diuréza po 12 hod. Kontrola odpadu z drénu, vzhled moči ve sběrném sáčku PMK, odpadu z ileostomie a také kontrola operační rány a případného krvácení. Tlumíme akutní

bolesti. Pacient udává bolesti VAS 5. Podávána jsou analgetika i. m. v pravidelných intervalech. Do PŽK podávána infuzní a antibiotická terapie. Medikace podána dle rozpisu lékaře. Pečujeme o pohodlí a komfort pacienta. Večerní hygiena dnes neprovedena, pacient přijíždí ze sálu kolem 22 hod., necítí se dobře a odmítá ji. Lůžko před spaním upraveno a z důvodu zvýšené bolestivosti (VAS 6) podány i. v. bolusově analgetika dle ordinace lékaře. V průběhu noci pacient udává silné bolesti okolo VAS 7. Podávány pravidelně opiáty i. m., a bolusově analgetika i. v. Pacient je schvácený a necítí se dobře.

Ošetřovatelské zhodnocení rizik a stavu pacienta:

Zhodnocení pacienta po operační revizi probíhá v 22:00 hod.

Riziko pádu dle Conleyové: 6

Základní nutriční screening: 5

Soběstačnost – Klasifikace funkčních úrovní sebezpečí dle Marjory Gordon: 2

Posouzení rizika vzniku dekubitů – rozšíření stupnice Nortonové: 26

(Veškeré hodnotící škály viz příloha 1: Ošetřovatelská dokumentace FNKV)

Medikace: Infuzní terapie (Plasmalyte s glukosou 5% 1000 ml i. v. 200 ml/hod. 2x), analgetika (Dolsin 100 mg i. m. po 6 hod., Novalgin 1 g i. v. PB VAS nad 3 - max 4x denně, Paracetamol 1 g i. v. PB VAS nad 3 - max 4x denně), antikoagulační terapie (Fraxiparine, 0,4 ml s. c. 1x za 24 hod.), dále pak Ambrobene i. v. po 8 hod., Degan i. v. po 8 hod., Controloc 40 mg i. v. po 12 hod., nebulizace po 6 hod. (Ambrobene roztok 2 ml + FR1/1 2 ml). Chronická medikace nyní nepodávána.

Invazivní vstupy: PŽK - 1. den (G18), PMK - 3. den, břišní drén (trubicový polymerový, spádová drenáž) - 1. den. Invaze bez známek infekce.

Ileostomie (dvoudílný výpustný systém) 1. den.

Psychika: Cítí se vyčerpaný. Nechce dnes nic řešit. Chce spát.

Den hospitalizace: 5, pooperační den: 3/1

Status praesens: Subjektivně: Cítí se dobře, bolesti dle VAS 4. Objektivně: Kardio - pulmonálně kompenzovaný, afebrilní, pasáž neobnovena, břicho klidné měkké a prohmatné, bez známek peritoneálního dráždění, palpační citlivost v dolní polovině, plyny 0, stolice 0, drénem 300 ml – hemoragického obsahu s příměsí Betadine, diuréza nižší bez hematurie. Zítřka v plánu extrakce packingu.

Ošetrovatelská péče: Noc byla dle slov pacienta krušná. Spal špatně, protože ho budily bolesti, ale cítí se lépe než včera před operací. Ranní hygienu provádíme u lůžka, opět dopomáhám s mytím zad. Při ranní vizitě krytí operační rány neprosáklo, tudíž nepřevazuji. Bolesti uvádí dle VAS aktuálně 5. Analgetika lékařem při vizitě upravena na kontinuální podání Fentanylu i. v. do PŽK. Po úpravě analgoterapie bolestivost dle vyjádření pacienta klesá na VAS 3. Pociťuje velkou úlevu a cítí se mnohem lépe. Rehabilitace dnes pacientem snášena dobře, prošel se kolem postele. Během dne kontroluji jak ránu, moč v PMK, drén tak i stomii, která zatím neodvádí ani plyny ani stolici. FF dle ordinace lékaře kontroluji po 6 hod.. Pacient přes den pospává. Medikaci podávám dle ordinace lékaře. Na večerní hygienu si pacient za doprovodu noční sestry došel k umývadlu. S dopomocí provedena celková hygiena. Lůžko před spaním přestláno a upraveno do polohy, dle přání pacienta.

Invazivní vstupy: PŽK - 1. den (G18), PMK Ch16 - 4. den, břišní drén (trubicový polymerový, spádová drenáž) - 1. den. Invaze bez známek infekce.

Ileostomie (dvoudílný výpustný systém) - 2. den.

Nutrice: Dieta: 0S

Medikace: Infuzní terapie (Plasmalyte s glukosou 5% 1000 ml i. v. 200 ml/hod. 2x), analgetika (Fentanyl 20 ml i. v. kontinuálně rychlostí 0.5 – 2 ml/hod., Novalgin 1 amp i. v. PB VAS nad 3 - max 4x denně), antikoagulační terapie (Fraxiparine, 0,3ml s. c. 1x za 24 hod.), antibiotika (Unasyn 1,5 g i. v. po 8 hod.), dále pak Ambrobene i. v. po 8 hod., Degan i. v. po 8 hod., Controloc 40mg i. v. po 12 hod., nebulizace po 6 hod. (Ambrobene roztok 2 ml + FR1/1 2 ml), 2x MP i. v. Chronická medikace nyní nepodávána.

Invazivní vstupy: PŽK 2. - den (G18), PMK Ch16 - 5. den, břišní drén (trubicový polymerový, spádová drenáž) - 2. den. Invaze bez známek infekce.

NGS (Levinova) - 1. den, ileostomie (dvoudílný výpustný systém) - 3. den.

Nutrice: Dieta: 0S (po lžičkách)

Medikace: Infuzní terapie (Plasmalyte s glukosou 5% 1000 ml 200 ml/hod. 2x, Isolyte 1000 ml i. v. 150 ml/hod. 1x), analgetika (Fentanyl 20 ml i. v. kontinuálně rychlostí 0.5 – 2 ml/hod, Novalgin 1 amp i. v. PB VAS nad 3 - max 4x denně), antikoagulační terapie (Fraxiparine, 0,3ml s. c. 1x za 24 hod), antibiotika (Unasyn 1,5 g i. v. po 8 hod.), dále pak Ambrobene i. v. po 8 hod., Degan i. v. po 8 hod., Controloc 40 mg i. v. po 12 hod., nebulizace po 6 hod. (Ambrobene roztok 2 ml + FR1/1 2 ml), 2x MP i. v. Chronická medikace nyní nepodávána.

Psychika: Celý léčebný proces zvládá, jak říká, nadmíru dobře. Čekal, že to bude horší po tolika operacích. Je komunikativní, ale už by rád šel z JIP pryč. Špatně se mu zde spí a je unavený.

Den hospitalizace:7, pooperační den: 5/3/1

Status praesens: Subjektivně: Cítí se unavený. Bolesti udává VAS 3. Objektivně: Kardio – pulmonálně kompenzovaný, subfebrilní, břicho měkké, ale výrazně podfouklé, stomie odvádí plyny a střevní obsah jen minimálně, peristaltika neznatelná, břišním drénem 400 ml serosangvinózního obsahu.

Ošetrovatelská péče: Udává, že dnes již spal lépe, ale stále je unavený. Ráno provádí hygienickou péči u umyvadla s lehkou dopomocí. Bolesti dle VAS 3, analgezie i. v. kontinuálně mu vyhovuje. Rána dnes v první pooperační den nepřevázána, krytí neprosáknuté. PŽK dnes 3. den – bez známek infekce, ale dle standardu péče zaveden nový PŽK do hřbetu pravé ruky. Kontrola vpichu po vytažené PŽK. NGS – změněna poloha sondy a přelepena. Celý den kontrola FF dle ordinace lékaře, také kontrola obsahu NGS, PMK a drénu. O stomii pečuje stomická sestra a stomie odvádí stolicí i plyny zatím jen minimálně. Dnes uvádí, že se cítí velmi unavený, také udává bolesti hlavy. Odpoledne naměřena TT 37,9 °C. Podána jsou antipyretika i. v. - bez účinku. Informován lékař. RHB - dnes chůze. Pacient celý den pospává. Na večerní hygienu si dojde k umyvadlu a provádí ji s lehkou dopomocí sestry. Lůžko nepolohováno a připraveno na noc dle přání pacienta.

Invazivní vstupy: PŽK- 1. den (G18), PMK Ch16 - 6. den, břišní drén (trubicový polymerový, spádová drenáž) - 3. den. Invaze bez známek infekce.

NGS (Levinova) - 2. den, ileostomie - 4. den.

Nutrice: Dieta: 0S (po lžičkách)

Medikace: Infuzní terapie (Plasmalyte s glukosou 5% 1000 ml 200 ml/hod. 2x, Isolyte 1000 ml i. v. 150 ml/hod. 1x), analgetika (Fentanyl 20 ml i. v. kontinuálně rychlostí 0.5 – 2 ml/hod, Novalgin 1 amp i. v. PB VAS nad 3 - max 4x denně), antikoagulační terapie (Fraxiparine, 0,3ml s. c. 1x za 24 hod), antibiotika (Unasyn 1,5 g i. v. po 8 hod.), dále pak Ambrobene i. v. po 8 hod., Degan i. v. po 8 hod., Controloc 40 mg i. v. po 12 hod., nebulizace á 6 hod. (Ambrobene roztok 2 ml + FR1/1 2 ml). Chronická medikace nyní nepodávána.

Psychika: Pacient je komunikativní, ale už se cítí vyčerpaný. Snaží se spolupracovat, ale čas mu zde neubíhá a už by si přál změnit prostředí.

Den hospitalizace: 8, pooperační den: 6/4/2

Status praesens: Subjektivně se necítí špatně, bolesti dle VAS 4. Je unavený. Objektivně kardio – pulmonálně kompenzovaný, subfebrilní, břicho měkké, podfouklé, stomie odvádí plyny i střevní obsah, peristaltika slabá, drénem 100ml hemoragického obsahu – při proplachu odsát zapáchající hematom, rána klidná, vysoké CRP – změna ATB. Dnes plánováno CT břicha.

Ošetrovatelská péče: Po noci se cítí docela odpočínutý. Hygienu provádíme u umývádla s mojí dopomocí. Žáda promasíruji francovkovým krémem. Pacient udává největší bolestivost kolem drénu - VAS 4. U převazu operační rány asistují lékaři, rána klidná, bez známek infekce, dezinfekce Cutasept F, sterilní krytí. S drénu lékař odsává, páchnoucí infikovaný hematom, proplach s naředěnou Betadine 50ml (s FR 1/1 – 50:50), drén napojen na odvodný sáček, sterilní krytí. PŽK převázána, bez známek infekce. NGS napolohována, přelepena, je funkční a odvádí žaludeční obsah. PMK odvádí čirou moč. Provádím odběry krve dle ordinace lékaře. FF kontrolovány během celé služby po 6 hod. Dle výsledků krevních odběrů dnes podávám pacientovi MP. Kontrola stomie stomickou sestrou, odvádí směs krve a hnědé vodnaté stolice. Dnes po konzultaci ošetřujícího lékaře s nutriční terapeutkou a vzhledem k celkovému stavu pacienta zavedena parenterální výživa. Tu pacient snáší dobře, neudává nauzeu. Dnes také naordinována kontrola glykemií z důvodu parenterální výživy a kontinuálního i. v. podání inzulínu. RHB dnes odmítá, cítí se unavený. Provádíme tedy opět jen lehké cviky na DK v lůžku. Přes den pacient spává. Večerní hygienu provádí s dopomocí zdravotní sestry u umývádla. Postel večer přestlána a připravena do polohy, která je pacientovi pohodlná.

Invazivní vstupy: PŽK 1. - den (G18), PMK Ch16 - 7. den, břišní drén (trubicový polymerový, spádová drenáž) - 4. den. Invaze bez známek infekce.

NGS(Levinova) - 3. den, ileostomie (dvoudílný výpustný systém) - 5. den.

Nutrice: Dieta: 0S (po lžičkách)

Medikace: Infuzní terapie (Isolyte 1000 ml i. v. 100 ml/hod. 1x) Nutriflex peri 2000 ml kontinuálně 110 ml/hod., Humulin R 50j/50 ml FR1/1 kontinuálně s vakem korekce dle glykemie v rozmezí 6-10 mmol/l, analgetika (Fentanyl 20 ml i. v. kontinuálně rychlostí 0.5 – 2 ml/hod, Novalgin 1amp i. v. PB VAS nad 3 - VAS nad 3 - max 4x denně), antikoagulační terapie (Fraxiparine, 0,3ml s. c. 1x za 24 hod), antibiotika (Invanz 1g i. v. 1x za 24hod., Metronidazol 0,5g i. v. po 8 hod.), dále pak Ambrobene i. v. po 8 hod., Degan i. v. po 8 hod., Controloc 40 mg i. v. á 12 hod., nebulizace po 6 hod. (Ambrobene roztok 2 ml + FR1/1 2 ml), Syntostygmín 0,5 mg s. c. jednorázově, 2x MP i. v.. Chronická medikace nyní nepodávána.

Psychika: Beze změn oproti předešlým dnům.

Den hospitalizace: 9, pooperační den: 7/5/3

Status praesens: Subjektivně udává minimální bolesti, dle VAS 2. Objektivně: Kardio – pulmonálně kompenzovaný, subfebrilní, břicho výrazně podfouklé, peristaltika mizivá – dle CT paralytický ileus a presakrální kolekce cca. 4x4x8cm v těsné blízkosti drénu, hemoragický odpad drénem činí 50 ml, rána klidná.

Ošetrovatelská péče: V noci spal přerušovaně, ale ráno říká, že se cítí poměrně odpočínutý. Bolesti udává dle VAS 2 a analgezie mu vyhovuje, bolesti se podle jeho slov snižují a lépe se mu i pohybuje. Hygienu s dopomocí provádím u umyvadla. Říká, že by se rád už osprchoval. Ránu převazuji, je klidná bez známek infekce. Dezinfekci provádím Cutasept F, přikládám sterilní krytí jak na ránu, tak kolem drénu. Dle výsledku CT lékař ordinuje proplachy drénu ředěnou Betadine (s FR 1/1 poměrem 1:1) 50 ml. Pacient snáší proplachy dobře. PŽK dnes EX, bez

známek infekce a lékařem zaveden dvoucestný CŽK do vena subclavia vpravo, přelepeno textilním krytím kvůli kontrole krvácení z místa vpichu - během dne nekrvácí. NGS napolohována, přelepena. PMK odvádí čistou moč. RHB dnes chůze. Přes den pospává. Stomie je zkontrolována stomickou sestrou a odvádí průjmovitou stolicí. Parenterální výživu snáší bez obtíží. Večer proveden opakovaný proplach drénu a převaz rány noční směnou. Večerní hygienu provádí sám u umyvadla. Postel připravena a napolohována dle přání pacienta.

Invazivní vstupy: CŽK - 1. den, PMK Ch16 - 8. den, břišní drén (trubicový polymerový, spádová drenáž) - 5. den. Invaze bez známek infekce.

NGS (Levinova) - 4. den, ileostomie (dvoudílný výpustný systém) - 6. den.

Nutrice: Dieta: OS (po lžičkách)

Psychika: Cítí se vyčerpaný z toho, že se neustále objevují nové a nové zdravotní komplikace. Jediné, co ho drží „nad vodou“ je to, že lékařům věří a ví, že se uzdraví.

Den hospitalizace: 10. – 12.

Shrnutí: Pacient je kardiopulmonálně kompenzovaný, stabilní. Bolesti dle VAS 2. Rána klidná. Probíhá stále proplachování drénu ředěnou Betadine. Invazivní vstupy bez známek infekce. Probíhá RHB stupně III. – tento typ RHB slouží jako prevence dekubitů, TEN a respiračních onemocnění. Zlepšuje pohyblivost. Jedná se o nácvik správné vertikalizace pacienta, nácvik chůze, aktivní LTV a kondiční cvičení. Pacient je již soběstačný, vyžaduje jen lehkou pomoc při hygieně. Každý den kontroly stomickou sestrou, stomie odvádí kolem 2000 ml vodnatého obsahu, pomůcka je dvoudílná výpustná, Ø60mm. Peristaltika se postupně rozbíhá. Pacient netrpí nauzeou. Spí hůře – nasazeno hypnotikum na noc.

Den hospitalizace: 13, pooperační den: 12/10/8

Status praesens: Subjektivně se cítí dobře. Bolesti mírné dle VAS 2 pouze při pohybu. Objektivně: Kardio – pulmonálně kompenzovaný, afebrilní, břicho měkké, lehce podfouklé, peristaltika se pomalu začíná obnovovat, CRP vykazuje výrazný pokles. Stomie funkční. Rána klidná, drén odvádí minimálně. Taktéž i NGS. Pacient schopen překlada na standardní oddělení.

Ošetrovatelská péče: Po nasazení hypnotika pacient uvádí, že se cítí ráno odpočínutý. Ranní hygienu provádí sám u umyvadla, dopomáhám při umytí zad, která i promasírují francovkovým krémem. Provádím převaz operační rány se sterilním krytím a taktéž provádím proplach drénu ředěnou Betadine (viz předešlé dny). CŽK převazuji, je bez známek infekce a přelepjuji fólií Tegaderm. NGS dle ordinace lékaře extrahuji, kontroluji nosní průduch, bez známek poškození tkáně. PMK odvádí čistou moč. Kontroluji FF: TK, P: 130/80, 80, SpO2: 98%. Pacientovi podávám informace o překlada na standardní oddělení. Pomáhám mu sbalit si osobní věci. Pacient je připraven na překlad.

Invazivní vstupy: CŽK - 5. den, PMK Ch16 - 12. den, břišní drén (trubicový polymerový, spádová drenáž) - 9. den. Invaze bez známek infekce.

Ileostomie (dvoudílný výpustný systém, Ø60mm) - 8. den

Nutrice: Dieta 1C (kašovitá strava)

Na standardním odd.: Pacienta jsem uložila na pokoj číslo 1. Napolohovala jsem postel pro něj do pohodlné polohy a ukázala jsem mu, kde najde signalizační zařízení k přivolání ošetřujícího personálu. Večer jsem ještě jednou propláchla drén s naředěnou Betadine a provedla převaz krytí kolem drénu. Rána bez infekce. Pacient udává bolesti dle VAS 2, pouze při pohybu. FF kontroluji dle ordinace lékaře po 6 hod.. Večerní hygienu provádí sám, a noční směna podává noční medikaci.

Ošetrovatelské zhodnocení rizik a stavu pacienta:

Přehodnocení probíhá po operačním výkonu na standardním oddělení v 11:00 hod.

Riziko pádu dle Conleyové: 3

Základní nutriční screening: 5

Soběstačnost – Klasifikace funkčních úrovní sebeděče dle Marjory Gordon: 1

Posouzení rizika vzniku dekubitů – rozšíření stupnice Nortonové: 28

(Veškeré hodnotící škály viz příloha 1: Ošetrovatelská dokumentace FNKV)

Pacient již není v riziku pádu. Je soběstačný, potřebuje jen minimální pomoc při některých činnostech (především okolo stomie). Je neustále v nutričním riziku, bude plánovaná další konzultace s nutriční terapeutkou.

Medikace: SMOF Kabiven 2000 ml + 1 amp Addamel + 1 amp Soluvit kontinuálně na 18 hod., Humulin R 50j/50 ml FR 1/1 kontinuálně s vakem korekce dle glykemie v rozmezí 6-10 mmol/l, analgetika (Novalgin 1 amp i. v. PB VAS nad 3 - max 4x denně), antikoagulační terapie (Fraxiparine, 0,3ml s. c. 1x za 24 hod.), antibiotika (Invanz 1g i. v. 1x za 24 hod., Metronidazol 0,5 g i. v. po 8 hod.), dále pak Ambrobene i. v. po 8 hod., Degan i. v. po 8 hod., Controloc 40 mg i. v. 1x za 24 hod., nebulizace po 6 hod. (Ambrobene roztok 2 ml + FR1/1 2 ml), Syntostigmin 0,5 mg s. c. po 12 hod., Diazepam 5 mg p. o. 1 tbl na noc. Chronická medikace nyní nepodávána.

Psychika: Cítí se lépe a je nadšený z překladu. Dobře naladěn.

Den hospitalizace: 14, pooperační den: 13/11/9

Status praesens: Subjektivně: Cítí se dobře. Bolesti dle VAS 1 pouze při pohybu.

Objektivně: Kardio – pulmonálně kompenzovaný, afebrilní, břicho měkké, volně prohmatné, citlivější kolem drénu, peristaltika obnovena. Stomie funkční.

Ošetrovatelská péče: Ráno je pacient velmi dobře naladěný, uvádí, že se velmi dobře vyspal. Je již plně soběstačný a hygienickou péči si provedl sám na pokoji u umyvadla. Rána při vizitě převázána, je klidná a překryta jodcolodiem. Drén lékařem zkrácen do obvazu, přiloženo sterilní a savé krytí. CŽK dnes nepřevazován. PMK odvádí čirou moč. Bolesti uvádí jen při pohybu, dle VAS 1. Je poučen, že analgetika má nyní na vyžádání, a pokud mu budou bolesti nepříjemné nebo nad VAS 3, může si vyžádat analgetika, která ale celý den nevyžaduje. FF – TK, P a TT, kontrolovány po osmi hod. a diuréza po 12 hod. dle ordinace lékaře. RHB zvládl dobře a prošel se už přes celé oddělení, aniž by se poté cítil unavený. Po domluvě s lékařem je možné již sundat kompresivní punčochy. Pacient je poučen o vhodném pohybovém režimu přes den a o cvičení s DK v lůžku. Dnes poprvé pacient zkoušel sám se stomickou sestrou vyměnit celý systém. Dle slov stomické sestry se s tím pan M. Č. popral statečně. Jelikož je to aktivní člověk, jde do tohoto „úkolů“ s velkou vervou. Stomii zvládl vyměnit sám za dohledu stomické sestry. Večer je provedena výměna krytí kolem drénu, z důvodu lehkého prosáknutí.

Invazivní vstupy: CŽK - 6. den, PMK Ch16 - 12. den, břišní drén (zkrácený do obvazu) - 9. den. Invaze bez známek infekce.

Ileostomie (dvoudílný výpustný systém, Ø60mm)

Nutrice: Dieta: 1D (bezezbytková strava)

Medikace: Infuzní terapie (Plasmalyte 1000 ml i. v. 200 ml/hod.), analgetika (Novalgin 1 amp i. v. PB VAS nad 3 - max 4x denně), antikoagulační terapie (Fraxiparine, 0,3ml s. c. 1x za 24 hod.), antibiotika (Invanz 1g i. v. 1x za 24 hod.), Helicid 20 mg p. o. 1 tbl. po 12 hod., Diazepam 10 mg p. o. 1 tbl na noc. Užívání chronické medikace obnoveno.

Psychika: Cítí se lépe. Na oddělení je větší klid a lépe se mu spí. Může se volně pohybovat a je spokojený. Na situaci se dívá optimisticky.

Den hospitalizace: 15, pooperační den: 14/12/10

Status praesens: Subjektivně: Cítí se dobře. Bolesti dle VAS 1 pouze při pohybu. Objektivně: Kardio – pulmonálně kompenzovaný, afebrilní, břicho měkké, volně prohmatné. Peristaltika obnovena. Stomie funkční. Rána klidná – kryta jodcolodiem, drén odvádí minimálně.

Ošetrovatelská péče: Pacient je po ránu dobře naladěný, vtipkuje. Spal dostatečně. Ránu krytou jodcolodiem kontroluji, je bez známek infekce. Lékař extrahuje drén, ranka klidná, jen mírně zarudlá, dezinfikuji Cutasept F a přikládám sterilní krytí. CŽK převazuji – bez známek infekce, krytí Tegaderm. PMK dle ordinace lékaře extrahuji. Pacientovi podávám informaci o důležitosti pravidelného pitného režimu a přichystám mu močovou láhev, kterou zavěším k posteli, kvůli kontrole množství moči. Bolesti udává dle VAS 1. Analgetika nevyžaduje. Dnes opět sezení se stomickou sestrou. RHB již dnes odmítl, je soběstačný a vstávání z postele ani chůze mu nečiní problémy. TT je kontrolována 3x denně. Kontrola TK, P a SpO2 – již lékařem neordinována. Pacient je již plně soběstačný, vyžaduje jen dohled při manipulaci se stomií. Hygienu zvládá sám.

Invazivní vstupy: CŽK - 7. den. Invaze bez známek infekce.

Ileostomie (dvoudílný výpustný systém, Ø60mm)

Nutrice: Dieta: 1D (Bezezbytková strava)

Medikace: Analgetika (Novalgin 1 amp i. v. PB VAS nad 3 - max 4x denně), antikoagulační terapie (Fraxiparine, 0,3 ml s. c. 1x za 24 hod.), antibiotika (Invanz 1 g i. v. 1x za 24 hod.), Helicid 20 mg p. o. 1 tbl. po 12 hod., Diazepam 10 mg p. o. 1 tbl na noc. Užívání chronické medikaci užívá.

Psychika: Cítí se fyzicky dobře, což mu přidává síly a optimismu. Se stomií se postupně sžívá. Má trochu obavy, jak to bude se stomií mimo nemocnici, ale je si jistý, že to zvládne. Také mu přidává na síle to, že stomie se za čas zruší.

Dny hospitalizace 16. - 18.

Shrnutí: Pacient je plně soběstačný ve všech oblastech sebedpěče. Operační rána zhojena per primam - kryta jodcolodiem. Bolesti dle VAS 1, pouze při pohybu, analgetika nevyžaduje. GIT zatížen plně stravou, bez problémů, jídlo snáší dobře, má chuť k jídlu. Probíhala sezení se stomickou sestrou, pacient je již schopen se o stomii starat samostatně. Vylučování – močení i stolice, jak udává, bez potíží. CŽK – EX, místo bez známek infekce či krvácení, zhojeno. Schopen propuštění domů.

2.3 Ošetrovatelské problémy

2.3.1 STOMIE

Definice stomie:

„Stomie vychází z řeckého slova - stoma, stomatos (ústa, otvor, ústí) a znamená vyústění dutého orgánu na povrch těla jeho chirurgickým vyšíáním nebo pomocí katétru.“ (ZACHOVÁ, DRLÍKOVÁ, 2010, s. 31)

Založení ileostomie je pro pacienta obrovskou zátěží a to nejenom fyzickou. Založení stomie obrátí pacientův svět naruby a tento fakt nesmíme opomínat. V prvních dnech po operačním výkonu se zaměřujeme především na fyzický stav a biologické potřeby pacienta – pacient je ohrožen selháním oběhu, má bolesti a celkově většina základních lidských potřeb je narušena. V těchto chvílích převládá biomedicínský model péče. V dnešní době však díky holistickému přístupu v ošetrovatelství víme, že spolu s postupnou stabilizací stavu pacienta musíme brát v potaz všechny projevy osobnosti a tudíž se zaměřit na uspokojení všech potřeb. Je nutné pacienta vést a podpořit ho, v co nejvyšší možné míře, k návratu do životního standardu na jaký byl zvyklý před založením stomie.

Ileostomie

Jedná se o operačně provedené vyústění tenkého střeva před stěnu břišní. Obvyklá lokalizace ileostomie je v pravém hypochondriu. Ideální situací je, pokud má stomie lem vysoký 1-3 cm z důvodu lepšího ošetřování.

Dělení stomií na tenkém střevě dle:

Umístění – Duodenostomie a jejunostomie

Typu – Dvouhlavňové, jednohlavňové nebo méně častý kontinens KOCK

Využití – Výživové a derivační

Časového úseku – Dočasné a trvalé (ZACHOVÁ, et. al. 2010)

Komplikace spojené se stomií dělíme na:

- 1) **Časné:** Krvácení, nekróza, parastomální absces, otok stomie, kožní komplikace, časná retrakce, nevhodně umístěná stomie
- 2) **Následné:** Prolaps stomie, retrakce stomie, stenóza stomie, kožní komplikace, parastomální kýla, píštěle okolo stomie, krvácení ze stomie.

Před výkonem:

Ideální situací je pokud je před výkonem místo plánované stomie konzultováno a zakresleno ve spolupráci stomické sestry a operátéra, aby střevo bylo vhodně vyprázdněno a také aby byl pacient srozumitelně seznámen s problematikou střevního vývodu a měl čas na ujasnění si všech informací. Před každým výkonem musíme získat souhlas pacienta. V předoperační přípravě u pana M. Č. bohužel neproběhlo vše optimální cestou. Z důvodu akutní operace a nedostatku času na všechny výše zmíněné kroky, operátor pacienta pouze předběžně informoval o možnosti založení stomie, pokud by nebylo jiného východiska a pacient s výkonem souhlasil.

Po výkonu:

U pana M. Č. byla založena během akutní revize, neplánovaně dvouhlavňová odlehčovací ileostomie. Po výkonu bylo tudíž prioritní, aby lékař podal pacientovi informaci o průběhu výkonu a o založení vývodu. Pacient musí od prvopočátku (po výkonu) o stomii vědět, i když péči o nově založenou stomii v prvních dnech přebírá ošetřující a stomická sestra. Po výkonu je přiložen transparentní sáček bez filtru, výpustný systém. Tento systém je vhodný pro možnost sledovat stomii, krvácení, barvu obsahu a nepřítomnost filtru zajistí nemožnost odchodu plynů ze systému a zjistíme, kdy plyny začínají odcházet (nafouknutý sáček), což je důležitou známkou počínající peristaltiky.

Edukace:

Edukace stomika je velmi důležitou součástí ošetrovatelské péče. Slovo edukace pochází z řeckého „educatio“ což znamená vychovávat, a pokud mohu nadneseně říci, stomická sestra „vychovává“ klienta, který je následně schopný se bez problémů či úzkosti a strachu, samostatně postarat o vývod, který znamená v jeho životě velkou změnu. Po propuštění z nemocnice se předpokládá, že je pacient soběstačný v péči o stomii a je nutné tudíž pečlivě posoudit jeho schopnost takto učinit - příkládáme při edukaci pozornost zpětné vazbě ze strany pacienta. Je důležité, aby prováděná edukace odpovídala možnostem/schopnostem pacienta, proto je mnohdy nutné do edukační aktivity zapojit i rodinu či další blízké osoby.

Edukace stomika je založena na vzájemné spolupráci stomické sestry a pacienta. První návštěva stomické sestry je již na JIP a veškerá edukační činnost probíhá nyní pouze teoretickou cestou, sestra pacientovi sdělí co vývod je, k čemu slouží a při každé manipulaci se stomií pacientovi přesně popisuje, jakou činnost provádí a za jakým účelem ji provádí. Pokud je pacient schopen, může za pomoci zrcátka sestru při této činnosti sledovat. Je vhodné, aby se pacient již touto formou a pozorováním s vývodem seznamoval. Na standardním oddělení poté, už se základními informacemi, pacient pod vedením stomické sestry či sestry ošetřující, v příjemném a klidném prostředí, zkouší se stomickými pomůckami pracovat sám. Na tuto edukační činnost sestra musí mít vyhrazeno dostatek času, pacient nesmí mít pocit, že musí spěchat, a že na něj sestra nemá čas. Je nutné mít k dispozici větší zrcátko, aby si pacient vývod prohlédl. Tato část edukace obsahuje informace o normálním vzhledu či případných změnách ve tvaru či barvě stomie, tyto informace jsou pro stomika důležité pro rozpoznání komplikací, které mohou v budoucnosti nastat.

Obsah vycházející z ileostomie je velmi agresivní a při styku s pokožkou dochází k jejímu poškození a maceraci, proto správné ošetřování ileostomie a celého jejího okolí je proto velmi důležité. Zdravá a celistvá kůže kolem vývodu je prioritou! Iritace kůže je známkou selhání péče o stomii nebo špatně zvolenou pomůckou.

Jednou z nejdůležitějších částí edukace je podpora pacienta a vlídné jednání. Pochvala pacienta vždy povzbudí, protože činnost, kterou provádí je pro něj zcela novou zkušeností a také, střevní obsah a veškeré smyslové vjemy provázející výměnu stomického systému jsou pro spoustu lidí velice nepříjemným zážitkem. Stomik si musí na novou podobu svého těla zvyknout. Někdy je tato fáze velkým úskalím v další péči, a jelikož je nutné dbát na psychickou pohodu pacienta, zvážíme i intervence pro zvládnání tohoto problému. Rozhovor s ošetřujícím lékařem, návštěva psychologa, vlídný a podporující přístup ošetřujícího personálu a do budoucna doporučení návštěvy akcí sdružující stomiky, může pacientovi velmi pomoci a je prevencí tzv. sociální smrti, kdy se traumatizovaný člověk uzavírá před společností a vyhýbá se veškerým kontaktům.

Stomická sestra před propuštěním pacientovi vydá jak pomůcky, tak i poukaz a poučí ho o další preskripci pomůcek. Důležitou informací je, že každý stomik má na své pomůcky měsíční limit, který je důležité dodržovat při hospodaření s nimi. U ileostomiků je to: Na jednodílný systém na měsíc připadá 30 ks výpustných sáčků, u dvoudílného systému je to 10 ks podložek a 30 ks výpustných sáčků. (ZACHOVÁ, et. al. 2010, OTRADOVCOVÁ, et. al. 2006)

Do procesu edukace se pan M. Č. pustil velice aktivně. Jak sám udává, je sportovec a velmi aktivní člověk a protože ví, že stomie je dočasná, až tak mu nevádí. Chce se naučit všechno, aby se o sebe mohl postarat.

Stomické pomůcky:

Vývoj stomických systémů prošel obrovským vývojem a v současnosti je sortiment pomůcek opravdu velký a můžeme říct, že každému stomikovi najdeme vhodné pomůcky na míru. Pomůcky jsou hypoalergenní a mají protektivní účinek na okolí stomie. Oproti historii jsou pomůcky diskrétní a pacienta omezují jen minimálně.

Velmi důležité je používání ochranných přípravků na kůži, ty jsou ať ve formě sprejů nebo napuštěných polštářků. K dispozici má stomik ochranné pasty a pudry a také pasty lepící, pro lepší přilnutí stomie. A výbornou pomůckou jsou zahušťovací tablety řidký střevní obsah – vkládají se do sáčku. Manipulaci při

výměně usnadňují odstraňovací polštářky či spreje. Pro hygienu lze používat mycí pěny. Lze také využít vyrovnávacích kroužků a dolepováním „polokroužků“ lze zlepšit přilnutí podložky ke kůži. K dispozici jsou také přídržné pásky, upínající se kolem těla.

Stomické systémy dělíme na jednodílné a dvoudílné a také výpustné a nevýpustné. U ileostomií se výhradně používají výpustné sáčky, protože stomie denně po stabilizaci odvádí 800–1500 ml střevního obsahu (v prvních pooperačních dnech se může jednat i o několik litrů) a preferujeme dvoudílný systém s konvexní podložkou. Na českém trhu máme spoustu firem, které distribuují pomůcky pro stomiky a jak jsem již výše uvedla, pomůcek je nesčetné množství a stomická sestra typ vybírá jednotlivě každému stomikovi dle aktuální situace a potřeby. (OTRADOVCOVÁ, et. al. 2006)

U pana M. Č. stomická sestra zvolila výrobek firmy Coloplast produkt SenSura® dvoudílný, výpustný systém o průměru 70 mm. Pacientovi se s tímto systémem dobře pracovalo a rozhodl se ho používat i nadále.

Stravování stomika:

Během hospitalizace stomika navštíví nutriční terapeut, který podá veškeré informace o dalším stravování a také pacientovi předá ukázkový jídelníček, který obsahuje vhodné a nevhodné potraviny.

Důležitost se klade na pravidelnost, pestrost a malé porce (jíst 5x – 7x denně). Je nutné hodně kousat a je možnost jídla doplňovat nutridrinky. Během hospitalizace dochází k postupnému zatěžování střeva vhodnou dietou. U ileostomiků se během hospitalizace po postupném zatížení GIT podává bezsezbytková dieta.

Obecná pravidla pro stravování ileostomika jsou především omezení příliš kořeněných, dráždivých a pálivých jídel. Nejsou vhodné nadýmové potraviny. Vyvarovat by se stomik měl tvrdého alkoholu a černé kávy. Naopak je doporučeno konzumovat bílé maso, listová zelenina, ovoce je nutno konzumovat bez slupek.

Jelikož stomií odchází velké množství vody a solí z organismu, je doporučováno vypít denně 2,5 – 3 litry tekutin a jídlo se může dostatečně přisolit. (OTRADOVCOVÁ, et. al., 2006)

Přehled nutrice během hospitalizace u pana M. Č.:

1. den hospitalizace - dieta 1A = bujon
2. - 12. den hospitalizace - dieta 0S = čaj + parenterální výživa
13. den hospitalizace - dieta 1C = kašovitá strava
14. – 18. den hospitalizace - dieta 1D = bezezbytková strava

Osobní pohled pana M. Č. na stravování během hospitalizace:

Nemocniční strava, dle názoru pana M. Č., pro něj nebyla problémem, chutnalo mu, ale už těší na propuštění a domácí stravu. Po konzultaci s nutriční terapeutkou mu byl další jídelníček jasný a zpětnou vazbou rozhovorem potvrdil, že má představu, jak jeho budoucí stravovací režim má vypadat. Manželka vaří dobře a pacient si je jistý, že bez problémů zvládnou upravit jídelníček tak, aby byl vhodný pro jeho aktuální zdravotní stav.

Zpětný pohled na stravování dle pana M. Č. při jeho další hospitalizaci (zanoření stomie v únoru 2015):

Myslím si, že zpětná vazba a rekapitulace jídelníčku pro stomika od pana M. Č. nám dává hezký náhled, že vhodné stravování a dieta je důležitá pro pohotovější život člověka s ileostomií.

Zpětně pan M. Č. udává, že jídelníček mu poměrně vyhovoval. S manželkou si na tuto stravu rychle zvykli a příprava stravy jim nedělala problémy. Také se mi pan M. Č. svěřil, že má velmi rád ostrá jídla, která nejsou vhodná a ani doporučená pro ileostomika, ale že po pár měsících, když už se cítil dobře, tak párkrát „zhřešil“ a dal si pikantní jídlo a potvrdil, že pak odchod stolice z ileostomie nebyl příjemný, okolí stomie ho páliho a cítil zvýšenou plynatost. Ale s úsměvem dodal, že to za to stálo.

Nyní je rád, že stomie bude zanořena, ale že jistá jídla určitě budou připravovat i nadále, protože si na stravu zvykl a chutnala mu.

2.3.2 BOLEST

Bolest je definována dle Světové zdravotnické organizace především jako nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání nebo je výrazy takového poškození aktivována. (POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNA, 2005)

Etiologie bolesti:

„Bolest může být způsobena chemickými, biologickými nebo fyzikálními noxami, ale také psychickými poruchami na úrovni vnímání bolesti (psychogenní bolest).“ (ROKYTA, R. 2009, s. 15)

Dělení bolesti:

1) Akutní bolest

Je bolest trvajících, hodiny, dny až týdny. Je pro organismus účelná a obecně je její význam považován za pozitivní – její význam pro člověka je výstražný. Akutní bolest je většinou lokalizovaná. (FRICOVÁ, 2011)

Příznaky:

Pacient s akutní bolestí vykazuje fyziologické změny – primárně se jedná o zvýšení krevního tlaku a zrychlení pulzu, hyperventilace, rozšíření zornic, je také přítomný zvýšený svalový tonus, neklid a pacient je úzkostný. Je přítomna úniková reakce, vyhledání únikového mechanismu. (ROŠKOVÁ, 2012)

2) Subakutní bolest

Dalo by se říct, že se jedná o období přechodu akutní bolesti do chronického stádia. Tato fáze může trvat až tři měsíce.

Příznaky:

U tohoto typu bolesti se také vyskytují fyziologické změny, viz akutní bolest a navíc se přidávají sekundární obtíže, jako poruchy spánku různého

charakteru (usínání, časté probouzení atd. ...) Pacient často trpí projevy jako např. nechutenství nebo ztráta libida. (ROŠKOVÁ, 2012)

3) Chronická bolest

Rozvíjí se pomalu a trvá déle než 6 měsíců a za chronickou bolest může být taktéž považována bolest, která je kratší než 6 měsíců, ale přesahuje dobu bolestivosti pro dané onemocnění.

Příznaky:

Nevědomé bolestivé chování jako např. vzdychání, kulhání, grimasy, zaujímání úlevových poloh. (FRICOVÁ, 2011)

Dále také působí fyzické i psychické změny a narušuje sociální aktivity. (ROŠKOVÁ, 2012)

Rošková vidí jako hlavní rozdíl mezi akutní a chronickou bolestí fakt, že bolest akutní pomáhá organismu přežít a bolest chronická má na organismus destruktivní charakter a její vliv se promítá ve sféře tělesné, psychické i sociální.

Faktory ovlivňující bolest:

Každý pacient vnímá bolest jinak a to i při stejném poškození. Bolest je ovlivňována mnoha faktory a to jak vnitřními, tak vnějšími. Dále pak:

- Fyziologicky – Biologické faktory
- Psychicky – Duchovní faktory
- Sociálně - kulturní faktory, faktory životního prostředí

(TRACHTOVÁ, 2008)

Diagnostika bolesti:

Nejdůležitějším bodem v diagnostice je pečlivý sběr anamnestických dat zaměřených na bolest. Zaměřujeme se především na to, jak dlouho bolest trvá, kdy začala, popř. co jí způsobilo, na její charakter, jestli něco pacientovi pomáhá nebo naopak, zdali bolest něco zhoršuje. Zajímá nás vztah bolesti ke spánku. Zajímáme se o další onemocnění, protože bolest se k nim může vztahovat a zjišťujeme farmakologickou anamnézu (především užívání analgetik).

Léčba bolesti:

Mezi léčbou akutní a chronické bolesti jsou v dnešní době velké rozdíly. U léčby akutní bolesti se jedná o léčbu kauzální, kdežto u bolesti chronické se jedná o léčbu multimodální.

Pokud bych měla detailně probrat všechny druhy léčby bolesti, určitě by se jednalo o téma, které by vystačilo na samostatnou bakalářskou práci. Já se nadále budu blíže věnovat hodnocení a léčbě akutní bolesti a to konkrétně akutní pooperační bolesti u pana M. Č., která probíhala během celé hospitalizace.

Hodnocení akutní pooperační bolesti a edukace pacienta:

Jak jsem již zmiňovala v kapitole o předoperační přípravě, pacient přijatý na chirurgické oddělení je vždy seznámen se škálou hodnocení bolesti užívanou na daném oddělení. U nás pracujeme s VAS – vizuální analogovou škálou. Pacient je seznámen s principem této škály, kdy stupeň 0 je stav bez bolesti a bolest stupně 10 je nejkrutější bolest, jakou si může pacient představit. Škála VAS existuje v modifikacích upravených dle potřeb daných pracovišť – na dětských odděleních je numerická stupnice doplněna smajlíky, nebo jsou k dispozici pravítka s posuvnou částí a slabší stupně bolesti jsou značeny modrou barvou, a jak bolest vzrůstá, barva se mění na červenou, klient dle své bolesti posunuje ukazatel.

Pacient musí být poučen o tom, že pokud bolest vystoupá na úroveň vyšší než je VAS 3, bude mu vždy nabídnut prostředek k tišení bolesti. Ošetřující personál by měl učinit veškerá možná dostupná opatření pro zmírnění bolesti, ale zároveň musí respektovat pacientovu vůli a přání rozhodovat, jaký z dostupných prostředků si k tišení bolesti využije. Hodnocení bolesti je vždy subjektivní a je důležité si uvědomit, že bolest je přítomna vždy když ji pacient udává a v takové síle, v jaké ji pacient udává.

Škála VAS může být pro pacienty mnohdy matoucí, je nutné během edukace jak sestrou nebo lékařem, ověřit si zpětnou vazbou jestli pacient užití této škály pochopil.

Již mnohokrát jsem se během mé profesní kariéry setkala se situací, kterou bych ráda uvedla. Spoustu mých pacientů zpětně uvedlo, že pooperační bolest nebyla tak velká ani pro ně omezující, či nesnesitelná, ale že si mysleli, že nebude vůbec žádná, protože dnešní medicína „už umí zvládnout vše“. Často např. uváděli, že analgetikum neúčinkuje správně, protože mají bolest při pohybu. Díky této zkušenosti, jsem zjistila, že ne vždy je informovanost o pooperační bolesti jasná a dostačující. Důležité je tudíž zdůraznit to, že s jistou mírou bolestivosti pacient musí počítat, ale že ošetřující personál mu bude oporou a bude udržovat bolest v rámci snesitelnosti. Správná informovanost pacienta o pooperační bolesti, je velkým krokem k úspěšnému a netraumatizujícímu zvládnání pooperační bolesti.

Analgezie začíná již na operačním sále

Na naší klinice je standardně podávána již perioperační analgezie. Toto je doménou anesteziologa. Operační sál pacient opouští bez bolesti nebo s bolestí minimální.

Pooperační období:

Ordinace analgetik je běžně v režii operátora ve spolupráci s anesteziologem popř. ošetřujícího lékaře. Pacient ze sálu přijíždí s analgetickou terapií předepsanou v dekurzu. Není-li takto učiněno, ošetřující sestra přivolá sloužícího lékaře, který vytvoří preskripci vhodných analgetik. Hodnocení bolesti a následné podání či kombinování analgetik je na uvážení ošetřující sestry, vždy se však musí řídit ordinací lékaře a s ohledem na celkový zdravotní stav pacienta. Každá nemocnice má vypracovaný standard pro léčbu bolesti a celý zdravotnický tým by se těmito pokyny měl řídit.

V pooperačním období je u pacienta prožívajícího bolest důležitá podpora ošetřujícího personálu a přívětivé jednání. Je důležité, aby pacient věděl, že nám jeho bolest není lhostejná. Je vhodné pacientovi podat informaci z jakého důvodu má bolesti a nabídnout mu i alternativní – nefarmakologické způsoby tišení bolesti jako např. pomoc při zaujímání úlevové polohy, aplikace chladu /tepla...atd.

Léčba silné akutní bolesti:

Podání opioidů dle doporučení směrnice - i. m., s. c., či i. v. (i. v. podání opioidů je v naší nemocnici povoleno pouze na JIP).

Důležitá je kontinuální monitorace vitálních funkcí po podání opioidů a řádný zápis do dokumentace dle směrnice.

Léčba slabé a střední bolesti:

Dle směrnice, při bolestech VAS nižší 5. Běžně používaná kombinace paracetamolu s nesteroidním analgetikem nebo slabým opioidem.

Následná kontrola intenzity bolesti probíhá dle směrnice s pravidelným zápisem hodnot do dokumentace.

Kontinuální sledování bolesti:

Vhodně naplánovaná ošetrovatelská péče a spolupráce s lékařem, je prvním krokem k úspěšnému zvládnutí pooperační bolesti.

Je běžným standardem, že po příjezdu pacienta ze sálu sestra automaticky měří vitální funkce. Kontroluje vědomí, krevní tlak, puls a dýchání - základní životní funkce. Ale do povědomí se snad už nám všem vryl fakt, že bychom měli bolest chápat jako další životní funkci a stejně automaticky tudíž brát v potaz i tuto hodnotu. A stejně pravidelně jako sledujeme vitální funkce, měli bychom hodnotit i bolest. Správně monitorovaná bolest usnadňuje péči o pacienta. Pacient se snesitelnou, či žádnou bolestí je vždy otevřen k ošetrovatelské, ale i léčebné péči, spolupráce s ním je snadnější a tím se stává proces jeho rekonvalescence úspěšnějším. Osobně si myslím, že péče o zvládnutí akutní bolesti je v dnešní době na velmi dobré úrovni. Ať už znalostmi o možném kombinování analgetik ze strany ošetřujících chirurgů, tak především spoluprací s týmem pro léčbu bolesti.

Přehled analgetik ordinovaných během hospitalizace:

1. den hospitalizace – Bez analgetik
2. den hospitalizace - Dolsin 50 mg i. m. á 6 hod., Novalgin 1g i. v. PB VAS nad 3 - max 4x denně, Paracetamol 1g i. v. PB VAS nad 3 - 4x denně
3. – 4. den hospitalizace - Dolsin 100 mg i. m. po 6 hod., Novalgin 1 g i. v. PB VAS nad 3 - max 4x denně, Paracetamol 1 g i. v. PB VAS nad 3 - max 4x denně
5. – 8. den hospitalizace - Fentanyl 20 ml i. v. kontinuálně rychlostí 0.5 – 2 ml/hod., Novalgin 1 amp i. v. PB VAS nad 3 - max 4x denně
9. – 12. den hospitalizace - Dolsin 50 mg i. m. po 6 hod., Novalgin 1 g i. v. PB VAS nad 3 - max 4x denně
13. – 15. den hospitalizace - Novalgin 1 amp i. v. PB VAS nad 3 - max 4x denně
16. - 18. den hospitalizace - Novalgin 1 tbl p. o. PB VAS nad 3 - max 4x denně

Zpětný pohled na bolest a její zvládnání, dle pana M. Č., po dobu celé hospitalizace:

S jistou mírou bolestivosti, jak uvádí, určitě počítal a myslí si, že každý rozumný člověk ví, že operace bolí. Bolesti se dle svého názoru však nebál, měl větší strach z toho, jak celá operace dopadne. Hodně mu pomohl rozhovor s anesteziologem a i zdravotními sestrami před operací a věděl tudíž, že bolest přijde a byl na ni připraven.

Po operaci zpětně udává, že bolesti měl, ale nebyly tak silné, jak očekával. Analgetika mu byly podávány bezprostředně po výkonu a bolesti byly tlumeny dostatečně, dle jeho tvrzení. První pooperační den byl hodně unavený a pospával, bolest až tak nevnímal. Bolest byla horší, když začal s rehabilitací a také po dalších revizích a po založení stomie už bylo břicho dost citlivé – po domluvě s lékařem však dostal silnější analgetika a bylo mu mnohem lépe. Také pronesl, že

hodně záleží na nátuře člověka, nesmí se tomu moc poddat. Pan M. Č. věděl, že bolesti jsou z důvodu operace a že je to normální, a tak se hned vše lépe snášelo.

2.4 Dlouhodobá péče

2.4.1 ŘEŠENÍ PROPUŠTĚNÍ

Pacient žije s manželkou a je plně soběstačný, je tudíž možno propuštění domů, bez nutnosti řešit sociální intervence.

V den propuštění pro pana M. Č. přijede syn autem a odveze ho domů, není nutno proto zařizovat transport sanitním vozem domů.

Pacient při propuštění obdrží propouštěcí zprávu, ve které bude určen termín první kontroly po propuštění. Při této kontrole se dozví výsledky histologie, je plánováno vytažení stehů a dozví se další informace o tom, zdali bude potřebná další následná péče (např. chemoterapie).

2.4.2 EDUKACE PŘED PROPUŠTĚNÍM

Nutriční terapeutka navštívila pacienta před propuštěním. Probrali spolu veškeré změny týkající se skladby jídelníčku pro další měsíce. Pacient, jak udává, má chuť k jídlu, netrpí nauzeou a cítí se už méně nafouklý než první dny po operaci. Plyny i stolice již odchází pravidelně. Nutriční terapeutka připravila pro pacienta rámcový ukázkový jídelníček, který si pacient odnáší domů. Následující měsíce bude dodržovat bezezbytkovou dietu. Pacient rozumí dietnímu plánu a už se těší na domácí stravu.

Stomická sestra navštěvovala pacienta průběžně po celou dobu hospitalizace. Během posledních setkání bylo nutné ověřit si, zdali pacient zvládne o stomii pečovat i doma sám. Pan M. Č. byl velmi zručný a o stomii si rychle začal pečovat sám. Byl aktivní v procesu učení a měl spoustu otázek ohledně stomie i pomůcek. Jako vhodný systém se ukázal dvoudílný výpustný systém. Před propuštěním byl pacient poučen o další kontrole ve stomické poradně a byl vybaven potřebným množstvím pomůcek pro další týdny.

Péči o psychiku nebo další intervence před propuštěním v této oblasti pacient nevyžaduje. Celou hospitalizaci pacient zvládl psychicky, dle svého tvrzení, poměrně dobře bez větších otřesů. Jeho diagnóza je závažná a je si toho dobře vědom, ale bere to jako životní výzvu a chce se uzdravit. Obrovskou podporu udává ve své rodině, což mu pomáhá nejvíce. Zatím pevně doufá v příznivé výsledky histologie. Pokud by to nedopadlo dobře, nevyklučuje fakt, že by si v této oblasti zažádal o pomoc. Nicméně je životním optimistou a to mu pomáhá udržovat se v dobré psychické kondici.

3 Diskuze

Četnost výskytu karcinomu rekta v současné době vede k trendu velkého zájmu o tuto chorobu, jak ze strany laiků, tak odborné veřejnosti. Moderní trendy v prevenci a léčbě kolorektálního karcinomu jsou neustále omílány. Během psaní mé bakalářské práce jsem se snažila porovnávat trendy v diagnostice, léčbě a prevenci kolorektálního karcinomu povětšinou s Velkou Británií. Mohu říct, že z velké části jsem markantní rozdíly ani v jedné z oblastí nenašla. Myslím si tudíž, že v České republice jsme v oblasti péče o nemocného s touto diagnózou na velmi kvalitní úrovni.

Prevence kolorektálního karcinomu prošla velkým přerodem a můžeme říci, že je v současné době na svém vrcholu. V minulosti nejčastěji používané vyšetření na okultní krvácení je dnes doplněno adresným zvaním občanů do screeningových programů zhoubných nádorů. Jak je uvedeno na webovém serveru www.kolorektum.cz v článku: „Adresné zvaní je investicí do budoucnosti, shodli se odborníci, politici i zdravotní pojišťovny“, tato forma upozornění občanů je bezpochyby pozitivním krokem do budoucnosti v prevenci zhoubných nádorů (nyní konkrétně uvádím) tlustého střeva. Jistě nemusím vyzdvihovat důležitost prevence, protože víme, že úspěšným záchytem onemocnění v časném stádiu předejdeme následnému prodražení léčby pokročilého nádoru a hlavně, je vyšší šance na úplné uzdravení pro pacienta. Také si myslím, že pokud občan vstřebává celou preventivní kampaň pouze s tisku či médií, snadno tuto informaci „vypustí“ a může se zdát, že se ho ani netýká. Naopak pokud přijde dopis na jeho jméno do poštovní schránky, jedná se už o akt, který vyvolá větší pozornost a případné zamyšlení se nad touto informací. Právě díky adresnému zvaní ke kolposkopii přišel „můj“ pacient M. Č. na preventivní vyšetření a byl mu zjištěn tumor recta ve stádiu, kdy ještě choroba nebyla manifestní a následná léčba dopadla výborně. Resekce recta byla výkonem radikálním a pacient po histologickém vyšetření resekovaného vzorku nádorové tkáně a zasedání onkologického týmu nemocnice nebyl indikován k další onkologické léčbě. Tudíž, ano, i v praxi můžeme vidět, že prevence má opravdu smysl.

Diagnóza kolorektálního karcinomu znamená velký obrat v životě nemocného. Především v dnešní době, kdy je kult zdravého těla a bio stylu života hnán až do krajnosti, je rakovina velkým životním mezníkem pro každého, koho se toto týká. Citlivý přístup, vytvoření si jistého pouta na partnerské úrovni a vhodně zvolená metoda informovanosti pacienta je prvním krokem k zahájení úspěšné léčby. Pacient, který důvěřuje zdravotnickému personálu je otevřen pro léčbu a spolupráci, má většinou pozitivnější přístup, než pacient, který nevěří, že se uzdraví a tzv. se odevzdá chorobě. V této souvislosti mě napadá výrok Antona Pavloviče Čechova: „Dokonce i nemoc se stane přijatelnější, víš-li, že jsou nablízku lidé, kteří na tvé uzdravení čekají jako na svátost.“ Ano, je důležitá odborná pomoc a také psychologický přístup v léčbě, nejenom kolorektálního karcinomu, ale každé formy rakoviny. V současné době je psychologická péče o pacienta propagována jako nesmírně důležitá, ale z mé vlastní zkušenosti je v praxi o pacientovo duševní blaho pečováno pouze vlídným slovem ošetřujícího personálu (což je samozřejmé), ale pomoc klinického psychologa je využívána minimálně. Těžko říct, jestli přetrvává v našich, ale i v myšlenkách našich pacientů, obava ta, že pomoc psychologa je pouze pro nepřičetné, je bráno snad jako slabost, požádat o tuto pomoc. Myslím si, že v této oblasti máme stále ještě co dohánět a to i přes fakt, že většina z nás zdravotníků ví, že důležitost psychické pohody pacienta je na stejné úrovni jako péče o dobrý fyzický stav. Rány na duši jsou mnohdy velkou překážkou v dalším zdravém životě a je nutné na to myslet.

V léčbě kolorektálního karcinomu je, jak jsem již zmínila, chirurgická léčba krokem první volby. Zaujal mě článek v časopise Postgraduální medicína „Postavení miniinvazivní chirurgie v terapii kolorektálního karcinomu“. Zde je hodnocen přínos laparoskopických resekcí před klasickým otevřeným způsobem operací. I když je z článku zřejmý přínos miniinvazivního výkonu, z mé 8 leté praxe na chirurgickém oddělení mohu říct, že majoritu tvoří výkony klasickou laparotomií. Porovnáváním obou metod se zabývají četné celosvětové studie. Jejich výsledky bylo dosaženo závěru, že v krátkodobém pooperačním období výhody laparoskopického výkonu (menší bolestivost, dřívější nástup peristaltiky, kratší doba hospitalizace... atd.), převyšují klasický chirurgický výkon, ale

v pooperačním období dlouhodobém, především z hlediska onkologického jsou výsledky srovnatelné s laparotomií. Na oficiálních webových stránkách Britské NHS (národní zdravotní služba) je široké spektrum informačních materiálů o kolorektálním karcinomu. Zajímala jsem se, jak probíhá chirurgická léčba karcinomu v Británii. Článek „Treating bowel cancer“ pojednává ve stejném duchu o léčbě chirurgické, klasickou laparotomií a laparoskopickou metodou, stejně jako článek z Postgraduální medicíny, jak jsem již výše uvedla. Je zde zmíněno, že oba operační přístupy jsou stejně efektivní, co se odstranění nádoru týče, také fakt, že by laparoskopické výkony (tzv. „keyhole“ surgery) by měly být proveditelné ve všech zařízeních, kde se operativou kolorektálního karcinomu zabývají, ale ne všichni chirurgové laparoskopické výkony provádějí, i když v krátkodobém pooperačním hledisku většinou pacienti z laparoskopických výkonů spíše benefitují.

Zásadní změnou v životě pana M. Č. bylo vytvoření dočasné stomie. Co se týče ošetřování pacienta se stomií v naší nemocnici a knihou „Komplexní péče o pacienta se stomií“ autorem Otradovcové et. al. nevidím žádné zásadní rozdíly. Snad jen menší organizační, které nemají na péči o pacienta významný vliv. Stomická sestra v pooperačním období postupovala v péči o pacienta se stomií v krocích, které uvádí Otradovcová a pooperační průběh o pacienta s nově vytvořenou stomií probíhal v podstatě harmonicky. Velkou výhodou bylo, že pacient je sportovně založený muž, který se rozhodl, že nad onemocněním vyhraje a žádná překážka ho nemůže zastavit v dalším spokojeném životě. Tento aktivní přístup mu pomohl bezproblémově zvládnout péči o stomii.

4 Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala komplexní péčí o pacienta s diagnózou kolorektálního karcinomu (konkrétně karcinomem recta). Celá práce je odrazem aktuálních kurativních a ošetrovatelských postupů, které se v léčbě kolorektálního karcinomu v současné době používají.

V klinické části je zevrubně popsána anatomie, etiologie ale i diagnostika onemocnění a také péče chirurgická. V praktické části jsem se zaměřila na nejvýznamnější ošetrovatelské problémy, které u pacienta v průběhu léčby nastaly, stejně tak jako na problémy potencionální, které jsou neméně důležité a poskytují rámcový plán pro poskytování kvalitní a moderní ošetrovatelské péče, která je sestavena tak, aby pacient z tohoto procesu benefitoval a nebo alespoň bylo v co nejvyšší míře zabráněno komplikacím nebo jinému poškození ať už fyzickému či psychickému.

Je popsána také edukační činnost v nejrůznějších ošetrovatelských ale i klinických oblastech, která je pro pacienta s touto diagnózou velmi důležitá. Edukace byla prováděna jak lékaři, tak i nelékařským zdravotnickým personálem z nejrůznějších oborů, kteří tvoří multidisciplinární tým profesionálů, poskytující nejlepší možnou a dostupnou péči.

Psychologická problematika u pacienta s diagnostikovaným karcinomem, je jednou z velkých kapitol v období léčby a rekonvalescence. Proto jsem neopomněla zmínit i malou část z kazuistiky i k tomuto tématu.

Jelikož je kolorektální karcinom, jak už jsem zmínila v úvodu, je vážným a v dnešní době opravdu velmi častým onemocněním, mělo by se této problematice věnovat opravdu aktivně, především v oblasti prevence a co nejvyšší možnou měrou by se informovanost o tomto onemocnění měla dostávat mezi laickou veřejností.

Souhrn

Moje bakalářská práce - Péče o pacienta s kolorektálním karcinomem - stručně popisuje epidemiologii, základní klinické informace k onemocnění jako patofyziologii, symptomatologii, diagnostiku, komplikace onemocnění, léčbu a prognózu tohoto onemocnění v teoretické části.

A část praktická je zaměřena především na ošetrovatelskou problematiku a péči v průběhu hospitalizace, konkrétně u pacienta s karcinomem rekta. Ošetrovatelská anamnéza byla sepsána dle modelu fungujícího zdraví Marjory Gordon. Najdeme zde vybrané aktuální i potencionální ošetrovatelské problémy (jako např. péče o stomii a také je podrobněji popsán riziko TEN). Je popisována péče o pacienta v časném pooperačním období na jednotce intenzivní péče, tak i na standardním chirurgickém oddělení. Popsán je pooperační průběh a také dlouhodobý plán péče, který zahrnuje edukační činnost a psychologickou péči.

Klíčová slova: Kolorektální karcinom, ošetrovatelská péče, ošetrovatelské problémy, model fungujícího zdraví, Marjory Gordon, pooperační rizika, pooperační průběh, péče o stomii.

Summary

My bachelor's thesis - Nursing care for the patient with colorectal cancer – in theoretical part concisely describes the epidemiology, basic clinical information about the disease such as pathophysiology, symptoms, diagnosis, complications of disease, treatment and prognosis.

The practical part of this thesis is focused on nursing care in the course of treatment of the patient with rectal cancer. Nursing anamnesis was written by functional health patterns by Marjory Gordon. You can find selected current and potential nursing diagnosis (eg. stoma care and also one of the most important postsurgical complication such as VTE). You can also find a description of nursing care for the patient in the early postsurgical period at the ICU and in the surgical ward. This thesis describes complete postsurgical course and long-term care plan that includes educational activities and psychological care.

Key words: Colorectal cancer, nursing care, nursing diagnosis, functional health patterns, Marjory gordon, postsurgical complications, postsurgical course, ostomy care.

Použitá literatura

- 1) ANTOŠ, F. et al. *Koloproktologie II.díl*. 1. Vyd. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Ruská 85, Praha10. 80 s. ISBN 978-80-87023-14-3.
- 2) BROWSE L., N., et al. *Browse's introduction to the symptoms and signs of surgical disease*. Edition: 4th. London: Hodder education, 2005. 486 p. ISBN 0-340-81571-X.
- 3) DYLEVSKÝ, I. *Somatologie. I*. Vyd. Olomouc: Nakladatelství EPAVA, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
- 4) LUKÁŠ, K. et al. *Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry*. 1. Vyd. Praha: Nakladatelství Grada Publishing, 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
- 5) MANN, M. *Chirurgická léčba zhoubných nádorů trávicího ústrojí*. Kyjov: Comers, 1995. 263 s. ISBN 80-201-0080-6.
- 6) McLATCHIE R., G., LEAPER J., D. *Oxford handbook of clinical Surgery*. Second edition. Oxford: Oxford university press, 2002. 930 s. ISBN 0-19-262638-8.
- 7) OTRADOVCOVÁ, I., et. al. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha: Nakladatelství Galén, 2006. 54 s. ISBN 80-7268-432-6.
- 8) PAVLÍKOVÁ, S., *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Nakladatelství Grada Publishing,a.s., 2005. 160 s. ISBN: 978-80-247-1211-6.
- 9) ROKYTA, R., et. al. *Bolest a jak s ní zacházet*. 1. Vyd. Praha: Nakladatelství Grada publishing, a.s., 2009. 74 s. ISBN 978-80-247-3012-7.
- 10) ŠTĚPANOVSÁ, H. *Breviář*. 21. Vyd. Praha: Medical tribune, 2012. 1264 s. ISBN 978-8087135-36-5.

- 11) TRACHTOVÁ, E., et. al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Praha: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 185 s. ISBN: 978-80-7013-324-8.
- 12) ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR.
Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. 1. Vyd.. Praha: Nakladatelství Grada publishing, 1999. 741 s. ISBN 80-7169-787-7.
- 13) VOMELA, J. et al. *Chirurgie pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, Vinařská 6, 656 02 Brno, 1998. 210 s. ISBN 80-7013-262-0.
- 14) VORLÍČEK, J. et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. Vyd. Praha: Nakladatelství Grada Publishing, a.s., 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
- 15) VYHNÁNEK, F. et al. *Chirurgie I*. 1. Vyd. Praha: Nakladatelství Informatorium, 1997. 189 s. ISBN 80-86073-07-6.
- 16) VYHNÁNEK, F. et al. *Chirurgie II*. 1. Vyd. Praha: Nakladatelství Informatorium, 1997. 185 s. ISBN 80-86073-13-0.
- 17) ZACHOVÁ, V. et. al. *Stomie*. 1. Vyd. Praha: Nakladatelství Grada Publishing, a.s., 2010. 200 s. ISBN 978-80-247-3256-5.

Další zdroje:

- 18) GREGOR, J., et. al. *Epidemiologie kolorektálního karcinomu v České republice* [online]. 2014. [cit. 2015-01-3]. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz/>
- 19) FRICOVÁ, J., *Akutní a chronická bolest* [online]. 2011. [cit. 2015-04-15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/akutni-a-chronicka-bolest-461329>

- 20) ROŠKOVÁ, S., *Bolest – fyziologie, fáze, léčba* [online]. 2012. [cit. 2015-04-15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/bolest-fyziologie-faze-a-lecba-464377>
- 21) MENDEL, J., *Postavení miniinvazivní chirurgie v terapii kolorektálního karcinomu* [online]. 2012. [cit. 2015-04-27]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/postaveni-miniinvazivni-chirurgie-v-terapii-kolorektalniho-karcinomu-466723>
- 22) KOLOREKTUM, *Adresné zvaní je investicí do budoucnosti, shodli se odborníci, politici i zdravotní pojišťovny* [online]. 2013. [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz/>
- 23) NHS, *Treating bowel cancer*, [online]. 2012. National health service. [cit. 2015-04-27]. Dostupné z: <http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx>
- 24) Chorobopis FNKV
- 25) Komplement FNKV (část systému UNIS)
- 26) Metodický pokyn FNKV: MP_508
- 27) Příbalové letáky použitých léčiv

Seznam použitých zkratek

0S	Čajová dieta
1A	Bujon
1C	Kašovitá strava
1D	Bezezbytková strava
amp	Ampule
APTT	Activated partial thromboplastin time
ATB	Antibiotika
atd.	A tak dále
BMI	Body mass index
°C	Stupeň Celsia
Cca	Cirka
Ch16	Charrier 16 = velikost PMK
cm	Centimetr
CRP	C reaktivní protein
CT	Počítačová tomografie
ČR	Česká republika
DK	Dolní končetiny
CŽK	Centrální žilní katétr
EDK	Epidurální katétr
EM	erytrocytová masa

EX	Ukončení
FF	Fyziologické funkce
FR1/1	Fyziologický roztok
G	Gauge – velikost PŽK
g	Gram
g/l	Gram na litr
GIT	Gastro intestinální trakt
hod.	Hodina
i. m.	Intra muskulárně
i. v.	Intra venózně
INR	International normalised ratio
JIP	Jednotka intenzivní péče
JT	Jaterní testy
kg	Kilogram
KO	Krevní obraz
KOA	Koagulace
KRK	Kolorektální karcinom
LMWH	Nízkomolekulární heparin
LTV	Léčebná tělesná výchova
m	Metr
Mg	miligram
mmol/l	Milimol na litr

ml	Mililitr
ml/hod	Mililitr za hodinu
mm	Milimetr
MP	Mražená plasma
MRI	Magnetická rezonance
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	Například
NGS	Nasogastrická sonda
P+V	Příjem a výdej
PB	Při bolesti
PHK	Pravá horní končetina
PMK	Permanentní močový katétr
p. o.	Per os
PŽK	Periferní žilní katétr
RHB	Rehabilitace
RTG	Rentgen
S2	Druhý sakrální obratel
S3	Třetí sakrální obratel
s. c.	Subkutánně
SONO	Ultrazvuk
SpO2	Saturace krve kyslíkem
tbl	Tableta

tj	To je
TEN	Trombembolická nemoc
TK, P	Tlak krevní, puls
TT	Tělesná teplota
tzv	Takzvaný
VAS	Vizuální analogová škála
v. subcl. l. dx.	Vena subclavia lateris dextra
ZN	Zhoubný nádor

Seznam příloh

Příloha 1: Ošetřovatelská anamnéza Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Příloha 2: Přehled léčiv užitých v průběhu hospitalizace (BREVÍŘ)

Příloha 3: Přehled vybraných laboratorních parametrů v průběhu hospitalizace (KOMPLEMENT FNKV)

Příloha 4 - Fotodokumentace (ZDROJ AUTORKA)

- Souhlas pacient s pořízením fotodokumentace k nahlédnutí u autorky

Příloha 1: Ošetřovatelská anamnéza FNKV:

F06035/verze 01



FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
ŠROBÁROVA 50, 100 34 PRAHA 10

M. Č.

- štítek -

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

(ošetřovatelskou anamnézu zpracujte do 12 hodin po přijetí k hospitalizaci)

Datum (den, měsíc, rok) a čas příchodu: 19.10.19	
Hospitalizace: <input type="checkbox"/> akutní <input checked="" type="checkbox"/> plánovaná Překlad: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano z:	
Alergie: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano jaká:	
DÝCHÁNÍ	Potíže: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Dušnost: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> noční <input type="checkbox"/> námahová <input type="checkbox"/> klidová <input type="checkbox"/> cyanóza Kašel: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano jaký:
VÝŽIVA	Individuální stravovací návyky: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano jaké:
	Zubní náhrada: <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano horní: <input type="checkbox"/> fixní <input checked="" type="checkbox"/> snímatelná dolní: <input type="checkbox"/> fixní <input checked="" type="checkbox"/> snímatelná
	Příjem potravy: p.o.: <input checked="" type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> NGS <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> i.v.
	Výška: 149 cm Váha: 83 kg BMI:
VYLUCOVÁNÍ	Stav kůže: <input checked="" type="checkbox"/> v normě <input type="checkbox"/> suchá <input type="checkbox"/> dekubitus <input type="checkbox"/> stupeň: <input type="checkbox"/> vlhká <input type="checkbox"/> opruzeniny <input type="checkbox"/> hematomy <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> léze, rány, jizvy Lokalizace: viz nakreslení
AKTIVITA	Močení: <input checked="" type="checkbox"/> bez obtíží <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> časté <input type="checkbox"/> bolestivé <input type="checkbox"/> nykturie <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> pleny <input type="checkbox"/> PMK <input type="checkbox"/> stomie Stolice: <input checked="" type="checkbox"/> bez obtíží <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> užívá projímadlo <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> nadýmání <input type="checkbox"/> stomie Poslední stolice dne: 19.10.19
SMYSLOVÉ VNÍMÁNÍ	Soběstačnost: <input checked="" type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> částečně nesoběstačný: <input type="checkbox"/> mytí <input type="checkbox"/> oblékání <input type="checkbox"/> jídlo <input type="checkbox"/> zcela nesoběstačný Pohyblivost: <input checked="" type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> s holí/berlí <input type="checkbox"/> sám z lůžka na židli <input type="checkbox"/> v chodítku <input type="checkbox"/> sedí <input type="checkbox"/> leží Tělesný hendikep: <input type="checkbox"/> nemá <input type="checkbox"/> amputace / paréza / plegie <input type="checkbox"/> onemocnění pohybového aparátu Kompenzační pomůcky: <input checked="" type="checkbox"/> nemá <input type="checkbox"/> hůl / berle <input type="checkbox"/> chodítko <input type="checkbox"/> vozík Abusus: Kouření <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano - „Víte, že pro Vaše zdraví je dobré přestat kouřit?“ „Mohu Vám nabídnout kontakt na specializované centrum v naší nemocnici?“ <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
SEBEPOJETÍ	SPÁNEK: <input checked="" type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> poruchy spánku jaké: užívá hypnotika <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
SEZNÁMENÍ PŘI PŘÍJMU	<input checked="" type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> problémy s řečí <input type="checkbox"/> neznalost jazyka (cizinec) <input type="checkbox"/> postižení: <input type="checkbox"/> zrakové <input type="checkbox"/> sluchové Vědomí: <input checked="" type="checkbox"/> při vědomí, orientovaný <input type="checkbox"/> dezorientovaný <input type="checkbox"/> neklidný <input type="checkbox"/> agresivní: <input type="checkbox"/> verbálně <input type="checkbox"/> fyzicky Porucha vědomí: <input checked="" type="checkbox"/> není <input type="checkbox"/> somnolence <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> koma Kompenzační pomůcky: <input type="checkbox"/> nemá <input checked="" type="checkbox"/> brýle / čočky <input type="checkbox"/> naslouchátko: <input type="checkbox"/> pravé <input type="checkbox"/> levé Bolest: <input checked="" type="checkbox"/> nemá <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická Intenzita VAS: Kde/kdy (v souvislosti s):
RIZIKA	Pacient při příjmu: <input checked="" type="checkbox"/> spolupracuje: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Komunikace: <input checked="" type="checkbox"/> v normě <input type="checkbox"/> mentální bariéra <input type="checkbox"/> odmítá <input type="checkbox"/> nelze <input type="checkbox"/> obtížná:
SEZNÁMENÍ PŘI PŘÍJMU	SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ: <input checked="" type="checkbox"/> s rodinou <input type="checkbox"/> sám Bydli: <input checked="" type="checkbox"/> s rodinou <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> sociální zařízení <input type="checkbox"/> bezdomovec <input type="checkbox"/> jiné:
SEZNÁMENÍ PŘI PŘÍJMU	RIZIKA: riziko pádu: 3. nutriční riziko: 2. soběstačnost: 0. riziko dekubitů: 32
SEZNÁMENÍ PŘI PŘÍJMU	Vnesené léčivé přípravky jsem předal/a k uložení na klinice/oddělení sestře (NLZP): <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne Spirituální potřeby: <input checked="" type="checkbox"/> neudává <input type="checkbox"/> ano jaké: Svým podpisem stvrzuji, že informace „Seznámení při příjmu“ jsou sdělené srozumitelně a beru je na vědomí. Podpis pacienta: Datum, čas a ID NLZP: 19.10.19 10:00 Neseznámen/a (důvod): Datum, čas a ID NLZP: Poznámky: Lucie

RIZIKO PÁDU dle Conleyové, upraveno Juráskovou			ZÁKLADNÍ NUTRIČNÍ SCREENING			
Anamnéza	DDD (dezorientace, demence, deprese)	3	Hmotnost: 85 kg	Výška: 175 cm	BMI:	
	věk 65 let a více	2	Ne lze-li pacienta změřit a zvážit		2	
	pád v anamnéze	1	Ne lze-li od pacienta získat informace		3	
	pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překlada na lůžkové oddělení	1	A) věk	nad 70 let	1	
	zrakový/slychový problém	1	B) BMI:	20 - 35	0	
Vyšetření	užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, antihypertenziva, laxantia)	1	18 - 20, nad 35		1	
	Soběstačnost	úplná	0	pod 18	2	
		částečná	2	C) Ztráta hmotnosti nechtěná:	žádná	0
		nesoběstačnost	3	do 3kg / 3 měsíce	1	
	Schopnost spolupráce	spolupracující	0	3 - 6 kg / 3 měsíce nebo volně šatstvo	2	
částečně spolupracující		1	D) Jídlo za poslední 3 týdny:	beze změn v množství	0	
Přímý dotaz na pacienta (informace příbuzných, personálu)			E) Projevy nemoci:			
Míváte někdy závratě?		3	žádné		0	
Máte v noci nucení na močení?		1	bolesti břicha, nechutenství		1	
Budíte se v noci a nemůžete usnout?		1	zvracení, průjem nad 6/den		2	
Celkem bodů: 3			F) Faktor stresu:			
Hodnocení:			střední (chronické onemocnění, DM, menší a nekomplikovaný chirurgický výkon)			
0 - 4 body	Bez rizika		vysoký (ak. dekomp. onemoc., rozsáhlý chir. výkon, pooper. komplikace, UPV, trauma, popáleniny, krvácení do GIT, ARO, JIP)			
5 - 13 bodů	Střední riziko		0 - 3 Bez nutnosti zvláštní intervence			
14 - 19 bodů	Vysoké riziko		4 - 7 Nutné vyšetření nutričním terapeutem, speciální dieta			
Riziko pádu vzniká při hodnocení 5 a více bodů.			8 a více Malnutrice, bezpodmínečně nutná léčba			

SOBĚSTAČNOST - Klasifikace funkčních úrovní sebezpečí podle M. Gordonové	
Bod	Hodnocení:
0	nezávislý, soběstačný
1	potřebuje minimální pomoc, používá sám zařízení, sám zvládne 75% činností
2	potřebuje menší pomoc, dohled, radu, sám zvládne 50% činností
3	potřebuje velkou pomoc od druhé osoby nebo přístroje, sám zvládne méně než 25% činností
4	zcela závislý na pomoci druhých, potřebuje úplný dohled
5	absolutní deficit sebezpečí, žádná aktivní účast, potřebuje úplnou pomoc nebo je neschopen pomáhat
Hodnocení: Při 1 a více bodů je v nějaké činnosti nesoběstačný	
Body: 0	

POSOUZENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ - rozšíření stupnice Nortonové									
Body	Ochota ke spolupráci	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Tělesný stav	Duševní stav	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	Plná	<10	normální	žádné	dobrý	v pořádku	chodí bez pomoci	plná	žádná
3	Malá	<30	šupinatá, suchá	lehká forma	obstojný	apatický, bez účasti	chodí s pomocí	lehce omezená	někdy
2	Částečná	<60	vlhká	středně těžká forma	špatný	pomatený	inval. vozík	velmi omezená	většinou moč
1	žádná	>60	rány/alergie	těžká forma	velmi špatný	bezvědomí	ležící na lůžku	plně omezená	moč i stolice
Hodnocení: Nebezpečí vzniká při 25 bodech a méně.									Celkem bodů: 32

PROPUSTĚNÍ PACIENTA	Nemocný obdržel:	<input type="checkbox"/> potvrzení PN	<input type="checkbox"/> uložené léky
	lékařskou zprávu: <input type="checkbox"/> propouštěcí <input type="checkbox"/> překladařskou	<input type="checkbox"/> ZD jiného pracoviště RTG	
	<input type="checkbox"/> lékařské recepty a poukaz na léčebné ortp. pomůcky	<input type="checkbox"/> cennosti, osobní věci	
	<input type="checkbox"/> ošetřovatelskou překladařskou zprávu	<input type="checkbox"/> jiné	
	Zajištěna doprava: <input type="checkbox"/> vlastní <input type="checkbox"/> sanitním vozem <input type="checkbox"/> bez doprovodu <input type="checkbox"/> s doprovodem		
Předán do péče: <input type="checkbox"/> praktického lékaře <input type="checkbox"/> překladař v rámci FNKV <input type="checkbox"/> jiného zdravotnického zařízení			
<input type="checkbox"/> do ambulantní péče FNKV <input type="checkbox"/> jiné:			
Svým podpisem stvrzuji, že informace sdělené při propouštění jsou srozumitelné a beru je na vědomí.			
Podpis pacienta:		Datum, čas a ID NLZP:	

Datum - znamená den, měsíc a rok, ID - identifikace, PEG - perkutánní endoskopická gastrostomie, PAD - perorální antidiabetika, PN - pracovní neschopnost
 „Seznámení při příjmu“ - Vnitřní řád FNKV, Vnitřní řád kliniky/oddělení, Práva pacienta a Charta práv dětí v nemoci, Duchovní péče, Poučení o dodržování dietního režimu a o vnesených potravinách, Poučení a uložení léčiv do úschovy

Příloha 2: Přehled léčiv užitých v průběhu hospitalizace:

Chronická medikace:

- Torvacard 10 mg

FS: Hypolipidemikum

NÚ: Zánět nosních cest, bolest hrdla, krvácení z nosu, zvýšení hladiny cukru v krvi...

- Prenewel 4/1,25 mg

FS: Antihypertenzivum, ACE inhibitor a diuretikum

NÚ: Suchý kašel vyskytující se během léčby, gastrointestinální potíže (zácpa, sucho v ústech, nevolnost, nechutenství)...

- Spofavit

FS: Vitaminy (A, D, E, B, C)

NÚ: Při doporučeném dávkování nedochází k nežádoucím účinkům

Antibiotika:

- Augmentin 1,2 g

FS: Antibiotikum, kombinace ampicilinu a klavulanátu

NÚ: Kandidóza, průjem...

- Unasyn 1,5 g

FS: Širokospektré antibiotikum, kombinace ampicilinu a sulbaktamu

NÚ: Průjem, nevolnost, zvracení, vyrážka...

- Invanz 1 g

FS: Betalaktamové antibiotikum ze skupiny karbapenemů

NÚ: Průjem, pocit na zvracení, zvracení, vyrážka, svědění...

- Metronidazol 0,5 g

FS: Chemoterapeutikum

NÚ: Průjem, nausea, zvracení, alergické reakce...

Infuzní terapie:

- Plasmalyte

FS: Infuzní roztok

NÚ: Otok kůže tváře, rtů a otok krku, obtíže při dýchání, kožní vyrážka

- Plasmalyte s Glukosou 5%

FS: Infuzní roztok

NÚ: Otok kůže tváře, rtů a krku, obtíže při dýchání, kožní vyrážka...

- Isolyte

FS: Infuzní roztok

NÚ: Hyperhydratace

- FRI/1

FS: Infuzní roztok

NÚ: Při běžné léčbě se neočekávají nežádoucí účinky

Antikoagulační léčba:

- Fraxiparine 0,3 ml a 0,4 ml

FS: Antitrombotikum, antikoagulans

NÚ: Malé krevní výrony v místě vpichu, krvácení ...

Analgetika:

- Dolsin 50 mg a 100 mg

FS: Analgetikum, anodynum

NÚ: Nevolnost, zvracení, zácpa, hypotenze...

- Dipidolor 15mg

FS: Analgetikum anodynum

NÚ: Lehké zvýšení tepu, hypotenze, nevolnost, zvracení...

- Novalgin 1 g

FS: Analgetikum, antipyretikum

NÚ: Izolované přechodné hypotenzní reakce, slabší anafylaktoidní příznaky (svědění, pálení, zarudnutí, kopřivka...)

- Paracetamol 1g

FS: Analgetikum, antipyretikum

NÚ: Alergické reakce...

- Fentanyl Torrex 50

FS: Opioidní anestetikum

NÚ: Pocit na zvracení, zvracení, svalová ztuhlost...

Parenterální výživa:

- SMOF kabiven 2000 ml

FS: Infuzní emulze. Roztok glukózy a aminokyselin + tuková emulze.

NÚ: Mírně zvýšená TT, nauzea, zvracení...

-Nutriflex peri 2000 ml

FS: Infuzní roztok. Infuzní vak se dvěma komorami. Roztoky aminokyselin a glukózy.

NÚ: Nauzea, zvracení, osmoticky vyvolaná polyurie...

- Addamel

FS: Směs stopových prvků pro parenterální výživu

- Soluvit

FS: Infúzní koncentrát vitaminů, rozpustných ve vodě

Sedativa a hypnotika:

- Diazepam 5 mg a 10 mg

FS: Anxiolytikum, sedativum, centrální myorelaxans

NÚ: Porucha koordinace pohybů, závratě, desorientace...

- Dormicum 7,5 mg

FS: Hypnotikum

NÚ: Vzácně poruchy paměti a svalová slabost...

Další:

- Degan

FS: Antiemetikum, prokinetikum

NÚ: Únava, ospalost, neklid, suchost v ústech, kopřivka...

- Ambrobene

FS: Expektorancium, mukolytikum

NÚ: Nauzea, pálení žáhy, zvracení, alergické reakce...

- Controloc

FS: Antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy

NÚ: Průjem, nevolnost, zvracení, nadýmání, zácpa, kožní vyrážka...

- Helicid

FA: Antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy

NÚ: Průjem, plynatost, nausea, zvracení, bolesti hlavy...

- Humulin R

FS: Antidiabetikum, biosyntetický lidský insulin

NÚ: Vyrážka po celém těle, zrychlený tep, pocení...

- Syntostigmin

FS: Parasympatomimetikum

NÚ: Průjem, pocit na zvracení, zvracení, zvýšené pocení, zvýšená tvorba slin...

- Fosfátové projímadlo

FS: Osmotické laxativum

NÚ: Dehydratace, ledvinové problémy...

Lokální prostředky:

- Betadine

FS: Antiseptikum, lokální dezinficiens

NÚ: Podráždění pokožky

(BREVÍŘ)

Příloha 3: Přehled laboratorních hodnot v průběhu hospitalizace:

Datum	CRP	Norma
21. 10. 2014	152,7 mg/l	<5,0
22. 10. 2014	181,0 mg/l	
23. 10. 2014	122,9 mg/l	
24. 10. 2014	332,8 mg/l	
25. 10. 2014	380,8 mg/l	
26. 10. 2014	399,4 mg/l	
27. 10. 2014	313,3 mg/l	
28. 10. 2014	155,1 mg/l	
29. 10. 2014	102,7 mg/l	
31. 10. 2014	61,8 mg/l	
3. 11. 2014	26,4 mg/l	

Datum	Čas	Hemoglobin	Norma
20. 10. 2014	18:20	145 g/l	140-180
21. 10. 2014	8:32	130 g/l	
22. 10. 2014	14:05	81 g/l	
22. 10. 2014	15:22	79 g/l	
22. 10. 2014	22:21	108 g/l	
23. 10. 2014	8:57	103 g/l	
24. 10. 2014	8:59	106 g/l	
25. 10. 2014	11:34	99 g/l	
26. 10. 2014	10:59	92 g/l	
27. 10. 2014	9:01	90 g/l	
28. 10. 2014	9:52	90 g/l	
29. 10. 2014	8:31	95 g/l	
31. 10. 2014	9:23	105 g/l	
3. 11. 2014	9:49	111 g/l	

Datum	INR	Norma	APTT	Norma
23. 10. 2014	1,27	0,80 - 1,20	37,2	28,0 - 38,0
26. 10. 2014	1,53		54	
27. 10. 2014	1,54		48	
3. 11. 2014	1,26		37,2	

Příloha 4 – Fotodokumentace:



Vzhled stomie 13. pooperační den



Rána a ileostomie 13. pooperační den



Rána a ileostomie 3. měsíce po operaci