

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Gabriela Rolová

**Ošetřovatelská péče o pacienta
s karcinomem žaludku**

Nursing Care of a Patient with Stomach Cancer

Bakalářská práce

Praha, květen 2014

Autor práce: Gabriela Rolová

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Jana Holubová

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetřovatelství 3. LF UK

Odborný konzultant: doc. MUDr. Rodomil Kostka, CSc.

Pracoviště odborného konzultanta: Chirurgická klinika FNKV

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2014

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

Gabriela Rolová

Abstrakt

Karcinom žaludku je nejčastějším zhoubným nádorem žaludku. Představuje asi 95 % všech malignit žaludku. V této práci se zabývám kazuistikou padesátiletého pacienta s diagnózou karcinom žaludku. Práci tvoří klinická část zahrnující anatomicko-fyziologický úvod a charakter onemocnění a ošetrovatelská část, která se zabývá aplikací modelu Marjory Gordon na posouzení nemocného a aplikací ošetrovatelského procesu na péči o pacienta. Výstupem práce je dokumentace péče o pacienta metodou ošetrovatelského procesu. Tuto metodu tvoří posouzení nemocného, ošetrovatelská diagnostika, plánování a realizace ošetrovatelské péče a zhodnocení efektivity poskytnuté péče.

Abstract

Stomach cancer is the most common tumor of the stomach. It represents about 95 % of all stomach tumors. In this thesis I deal with a casuistry of a fifty year old patient with the stomach cancer diagnosis. The clinical part of the thesis is a clinical background which includes basic anatomical and physiological descriptions of the stomach and a characteristics of the disease. The nursing part of the thesis shows an application of Marjory Gordon's pattern for assessing a patient and an application of the nursing process to the patient care. The thesis output is a documentation of a nursing care of the patient using the nursing process method. The method consists of the patient assessment, the nursing diagnostic, the planning and the realization of the nursing care and the evaluation of the effectiveness of the provided care.

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Janě Holubové za svědomité vedení mé práce, trpělivost a věcné připomínky a panu docentu Rodomilu Kostkovi za věnovaný čas a cenné rady.

Své díky bych také chtěla vyjádřit paní Pavlíně Viesnerové za ochotu a pomoc při hledání tématu práce.

Obsah

Úvod	8
I Klinická část	9
1 Anatomie žaludku	10
1.1 Tvar, velikost a poloha žaludku	10
1.2 Hlavní části žaludku	10
1.3 Stavba stěn žaludku	11
1.4 Cévy a nervy žaludku	12
2 Fyziologie	13
2.1 Motilita žaludku	13
2.2 Řízení žaludeční sekrece	14
3 Charakteristika onemocnění	16
3.1 Výskyt a epidemiologie	16
3.2 Etiologie a patogeneze	17
3.3 Klasifikace	18
3.4 Klinický obraz	19
3.4.1 Subjektivní příznaky	19
3.4.2 Objektivní příznaky	20
3.5 Diagnostika	20
3.6 Terapie	21
3.7 Prognóza	21
4 Základní údaje o nemocném	22
4.1 Lékařská anamnéza	22
4.2 Vyšetření	23
4.3 Průběh hospitalizace	23
II Ošetrovatelská část	31
5 Ošetrovatelský proces	32
6 „Model fungujícího zdraví“ Marjory Gordon	33
7 Ošetrovatelská anamnéza	35
8 Ošetrovatelská diagnostika, krátkodobý plán péče, realizace a hodnocení	38
8.1 Ošetrovatelská diagnóza: Akutní bolest	39
8.2 Ošetrovatelská diagnóza: Porucha spánku	40
8.3 Ošetrovatelská diagnóza: Porucha soběstačnosti	41

8.4	Ošetrovatelská diagnóza: Strach a úzkost	42
8.5	Ošetrovatelská diagnóza: Riziko vzniku infekce	43
8.6	Diagnóza: Riziko vzniku malnutrice	44
8.7	Ošetrovatelská diagnóza: Riziko vzniku TEN	45
9	Dlouhodobý plán péče	47
10	Zhodnocení psychického stavu	49
11	Edukace	51
	Závěr	55
	Seznam zkratk	56
	Seznam literatury a dalších zdrojů	58
	Seznam příloh	61
	Přílohy	

Úvod

Tématem bakalářské práce je případová studie pacienta M. U. (50 let) s diagnózou karcinom žaludku. Pacient byl přijat k plánovanému výkonu – gastrektomii – na chirurgickou kliniku pražské fakultní nemocnice. Cílem bakalářské práce je dokumentace péče o pacienta metodou ošetrovatelského procesu.

Téma práce jsem si vybrala z důvodu mého osobního zájmu o patologii trávicího traktu, zejména žaludku a z důvodu bližšího poznání psychického stavu člověka s rakovinou. Jelikož karcinom žaludku je vůbec nejčastější nádorové onemocnění žaludku, tak mě na tomto tématu zajímala především etiologie onemocnění a péče o pacienta po gastrektomii.

V klinické části práce se v první kapitole zabývám popisem anatomie žaludku a v kapitole druhé fyziologií žaludku. Třetí kapitolou je charakteristika karcinomu žaludku, kde se snažím vytvořit ucelený přehled o tomto onemocnění. Poslední čtvrtou kapitolou jsou základní údaje o pacientovi: lékařská anamnéza, absolvovaná vyšetření a průběh hospitalizace.

V ošetrovatelské části se v páté kapitole zabývám charakteristikou ošetrovatelského procesu a v kapitole šesté popisuji model Marjory Gordon („Model fungujícího zdraví“), který jsem si zvolila pro posouzení pacienta a získání ošetrovatelské anamnézy. Ošetrovatelské anamnéze pacienta se věnuji v kapitole sedmé. V další kapitole se zabývám ošetrovatelskou diagnostikou, vytvořením krátkodobého plánu péče, realizací ošetrovatelské péče a zhodnocením efektivity poskytnuté péče (osmá kapitola). Následuje v deváté kapitole dlouhodobý plán péče a v desáté kapitole pojednání o psychickém stavu pacienta. Poslední jedenáctou kapitolou je edukace pacienta.

Z literárních zdrojů využívám výhradně odborné publikace. Informace o pacientovi jsem získala ze zdravotnické dokumentace a rozhovorem s pacientem.

Část I

Klinická část

1. Anatomie žaludku

Žaludek (*gaster, ventriculus*) je nápadně rozšířená část trávicí trubice navazující na jícen. Slouží jako rezervoár potravy, kterou předběžně zpracovanou, předává dál do tenkého střeva (1).

1.1 Tvar, velikost a poloha žaludku

Žaludek má velmi proměnlivý tvar, který závisí na náplni, poloze těla, tělesné konstituci, věku apod. Nejčastěji má tvar písmene J, tj. žaludek hákovitý, nebo tvar býčího rohu (2). Žaludek hákovitý má shora dolů dlouhou sestupnou část, po ní následuje kratší vzestupný úsek. Častěji se vyskytuje u žen, ve stoji a při náplni. Žaludek tvaru býčího rohu tvoří trubici, jejíž nejnižším místem je místo přechodu jícnu do duodena. Je častý u osob s atletickou postavou, vleže a při prázdném žaludku (3).

Variabilní je také velikost žaludku. Délka prázdného žaludku je asi 25 cm, hmotnost je okolo 130 g. Jeho rozměry se úměrně zvětšují s náplní.

Žaludek je uložen v dutině břišní pod levou brániční klenbou a je vysunutý vzhůru pod kostru hrudníku do *regio hypochondriaca sinistra* (krajina břicha vlevo pod bránicí ohraničená levým obloukem žeberním a projekcí levé brániční klenby) a odtud jde doprava dolů do *regio epigastrica* (krajina břicha mezi levým a pravým žeberním obloukem).

Přední plocha žaludku se dotýká spodní plochy levého laloku jater (*fascies hepatica*), levé klenby brániční (*fascies diaphragmatica*) a přední stěny břišní (*fascies libera* přední stěny žaludku). Zadní plocha naléhá na bránici (*fascies diaphragmatica* z přední stěny žaludku), levou nadledvinu (*fascies suprarenalis*), levou ledvinu (*fascies renalis*), pankreas (*fascies pancreatica*), slezinu (*fascies splenica*), mesocolon transversum a colon transversum (*fascies colomesocolica*). Dolní okraj velké kurvatury se dotýká colon transversum (*fascies colica*) (1).

1.2 Hlavní části žaludku

Na žaludku rozeznáváme dvě stěny, přední (*paries anterior*) a zadní (*paries posterior*), které se spolu stýkají ve dvou ohbích, tzv. *curvatura minor* a *curvatura maior*. Malá kurvatura je horní konkávní zakřivení směřující doprava, od hilu jater se na ní upíná peritoneální závěs (*omentum minus*). Velká kurvatura je dolní konvexní zakřivení směřující doleva a dolů, odstupuje z ní velký peritoneální závěs *omentum maius* (3). Oba peritoneální závěsy spolu tvoří pobřišnici (*peritoneum*) (2).

Žaludek dělíme na *fundus gastricus*, tělo žaludku (*corpus gastricum*) a pylorickou část (*pars pylorica*). *Fundus gastricus* je slepě končící vrchol žaludku uložený v levé klenbě brániční. Bývá naplněn spolykaným vzduchem. Na jeho boční pravé straně do žaludku vstupuje jícen. Toto místo se označuje jako kardia (*cardia gastrici*). *Fundus* pokračuje plynule do těla žaludku. Tělo žaludku přechází zářezem (*incisura angularis*) do pylorické části a končí vrátníkem (*pylorus*), kde přechází do duodena (3).

1.3 Stavba stěn žaludku

Stěna žaludku sestává ze čtyř vrstev. Je to sliznice žaludku, podslizniční vazivo, svalová vrstva a serosní povlak.

Sliznice žaludku začíná při kardii (je zde patrná ostrá klikatá hranice proti světlejší sliznici jícnu) a končí pylorem. Na jejím povrchu se nachází ochranný hlen. Řasy sliznice (*plicae gastricae*) jsou na přední a zadní stěně žaludku síťovité povahy, na kurvaturách převažují řasy podélné. Nejvyšší jsou u malé kurvatury, kde se prostor mezi nimi označuje jako *sulcus salivarius* – Waldeyerova cesta. Ta tvoří dráhu mezi kardií a pylorem, kde protéká tekutá potrava prázdným žaludkem (při přilehlé přední a zadní stěně) nebo při tužší náplni žaludku. Při zvětšení lupou pak najdeme na povrchu sliznice *areae gastricae*. V těchto políčkách jsou žaludeční jamky (*foveolae gastricae*), do kterých ústí žaludeční žlázy (1). Ty produkují jednak ochranný hlen a jednak látky, které se účastní trávení potravy (enzymy, kyselinu solnou, „žaludeční faktor“, hormony) (2).

Podslizniční vazivo je v žaludku řídké. Jeho funkce spočívá v posouvání sliznice při změnách náplně a při pohybech žaludku. Obsahuje krevní a mízní síť cév a nervové pleteně.

Svalovina žaludku se skládá z cirkulární a longitudinální vrstvy (jako jiné části GIT) a kromě toho má ještě nejvnitřnější vrstvu – *fibrae obliquae*. Nejmohtnější vrstva svaloviny je *stratum circulare*. Nejsilnější je v pyloru, kde tvoří *m. sphincter pylori*. Svalovina svým napětím ovlivňuje tvar žaludku a při náplni vykonává jednak peristolickou činnost (napětí stěn a jejich přitisknutí k obsahu žaludku) a jednak peristaltickou činnost (vytvoření kontrakce, která se vlnovitě šíří od kardie k pyloru a posunuje obsah žaludku).

Serosní povlak žaludku je tvořen hladkou pobřišnicí, která přechází z malé kurvatury a velké kurvatury ve dvojlist malé a velké předstěry.

1.4 Cévy a nervy žaludku

Tepny žaludku lemují malou a velkou kurvaturu. Přicházejí z *truncus coeliacus* a rozdělují se na tři hlavní tepny: *a. gastrica sinistra*, *a. hepatica communis*, *a. splenica*. Krev z žil žaludku ústí do *v. portae*. Míza z odtéká do *nodi lymphatici coeliaci*.

Nervy žaludku jsou parasympatické a sympatické (patří k autonomnímu systému). Parasympatická inervace přichází z *n. vagus* (zvyšuje napětí svalové stěny, peristaltiku a podporuje sekreci žláz žaludku). Vagové větve obsahují též citlivá vlákna (vnímání tlaku, chladu, tepla). Sympatická inervace přichází z *nn. splanchnici* a *plexus coeliacus*. Sympatikus má opačné účinky než parasympatikus, s výjimkou *m. sphincter pylori*, jehož kontrakce zesiluje. V sympatických vláknech jsou obsažena senzitivní vlákna vedoucí pocit bolesti (1).

2. Fyziologie

Hlavní funkcí žaludku je skladování potravy, její další mechanické a chemické zpracování a postupný výdej do dvanáctníku (*duodenum*) – prvního oddílu tenkého střeva. Méně významné je vstřebávání ze žaludku. Vstřebává se pouze část vody, alkohol a některé léky (4). Objem žaludku v klidu nalačno je asi 50 ml, zvětšit se může ale až na 1,5 l (5).

Žaludek dělíme na část orální a kaudální. Orální část zahrnuje fundus a proximální část, tělo žaludku. Najdeme zde oxyntické žlázy (obsahují parietální buňky tvořící HCl), které jsou zodpovědné za přijímání potravy. Kaudální část zahrnuje antrum a distální tělo žaludku. V této části se přijatá potrava mísí a kontrakcemi je posouvána do duodena (6). Vstup do žaludku ovládá dolní esophageální svěrač, výstup umožňuje relaxace *m. sphincter pylori*.

2.1 Motilita žaludku

Motorika žaludku zajišťuje funkci žaludku jako zásobníku. Především se jedná o zvyšování a snižování tonu, mísení obsahu se žaludeční šťávou, hnětení a drcení pevných částí potravy a regulaci vyprazdňování.

Příchod sousta jícnem vyvolává krátkou receptivní relaxaci, tj. ochabnutí stěny proximálního žaludku, které usnadní vstup sousta do žaludku. Při postupném plnění a narůstání objemu se aktivují tahové receptory ve stěně proximálního žaludku a nastává adaptabilní relaxace. Snižuje se svalový tonus a díky tomu se výrazněji nezvyšuje tlak. Obě relaxace jsou řízeny vagem, který přímo působí mediátory VIP a NO.

Po ukončení příjmu potravy se mírně zvýší tonus v proximálním žaludku a nastává žaludeční peristola (doba klidu, obvykle trvá do 1 hodiny). Po uplynutí doby klidu nastává žaludeční peristaltika. Peristaltické vlny vznikají na rozhraní mezi proximálním a distálním žaludkem v peacemakerové oblasti, kde vznikají vlny s největší frekvencí. Při probíhající peristaltické vlně v distálním žaludku se uzavírá pylorus. Obsah, který je k němu tlačěn (*propulze*), se drtí v pylorickém kanálu a obrací se zpět (*retropulze*). Tím je zajištěno promísení a rozmělnění potravy a její přeměna na tráveninu – *chymus* (5). Zvýšení kontraktility žaludku vyvolává vagová stimulace, snížení kontraktility způsobuje sympatická stimulace (6).

Při vyprazdňování žaludku (výdej chymu do duodena) peristaltická vlna probíhající svalovinou žaludku nabírá na síle a přechází na pylorický svěrač, čímž snižuje jeho tonus. Pylorická pumpa poté posune chymus do duodena. Mezi žaludkem a duodenem ale existuje zpětná vazba, která se postará o zpomalení peristaltiky

žaludku a opětovné zvýšení tonu pylorického svěrače, jestliže:

- v chymu je příliš mnoho tuků a žluč by je nestačila emulgovat;
- chymus je moc kyselý a pankreatická šťáva by jej nestačila neutralizovat;
- v chymu je mnoho živin a tenké střevo by je nestačilo zpracovat.

Co se týče řízení, je vyprazdňování žaludku procesem poměrně složitým. Je zajištěno jednak nervově a jednak humorálně. Hormony cholecystokinin (CCK), motilin a gastrin zvyšují motilitu žaludku a sekretin, glukagon, GIP, VIP a somatostatin ji tlumí. Nervové řízení, které zpomaluje motilitu žaludku, se nazývá enterogastrický reflex. Pro přesné řízení musí být tenké střevo schopno rozeznat určité charakteristiky chymu. Jsou to: objem, pH, osmotický tlak, množství tuků, mastných kyselin, mono- a diacylglycerolů, aminokyselin a peptidů (5).

Zvracení je vyprazdňování žaludku orálním směrem. Může být centrální nebo periferní. Centrální zvracení je vyvoláno podrážděním mozkových struktur např. při otřesu nebo při zhmoždění mozku. Může být vyvoláno také pachy, různými představami a pohledy nebo drážděním vestibulárního aparátu (kinetózy). Periferní zvracení je vyvoláno drážděním gastrointestinálního traktu (nejčastěji žaludku a duodena) nebo při nadměrném podráždění žaludeční stěny (chemicky nebo zvýšením tlaku). Může také doprovázet různá onemocnění jako *appendicitis*, *peritonitis* či *ileus* (4).

2.2 Řízení žaludeční sekrece

V klidu je řízení žaludeční sekrece zajištěno činností *n. vagus*. Po příjmu potravy má aktivovaná žaludeční sekrece 3 fáze:

1. Reflexní (*cefalická*): Žaludeční šťáva se začíná tvořit reakcí na psychické podněty (očekávání jídla, představa) nebo na sensorické podněty (pohled, chuť, vůně). Zprostředkovává ji *n. vagus*.
2. Žaludeční fáze (*gastrická*): Mechanoreceptory v žaludeční sliznici způsobují reflexní vylučování žaludeční šťávy. Ke zvýšenému vylučování přispívají také chemické podněty z potravy a chymu (ovlivňují sekreci hormonu gastrinu).
3. Střevní fáze (*intestinální*): Přestup chymu do duodena vyvolává podle povahy chymu sekreci hormonů, které ovlivňují motilitu a sekreci žaludku, ale i motilitu a sekreci pankreatu a žlučníku.

Žaludeční šťávy se denně vytvoří okolo 2 až 3 litrů. V prázdném žaludku má žaludeční šťáva neutrální až slabě zásadité pH. Skládá se z hlenu, vody a iontů. Hlen (*mucin*) má velmi důležitou funkci při obraně žaludku proti natrávení vlastní sliznice. Je produkován vedlejšími buňkami. V žaludeční šťávě vytvořené po příjmutí potravy se objevují také enzymy. Nejdůležitějším z nich je pepsinogen tvořený hlavními buňkami, který se působením nízkého pH přemění na jeho aktivní formu – pepsin (štěpí bílkoviny). Z dalších enzymů zde najdeme ureázu a žaludeční lipázu, oba však mají velmi malý účinek. Dále se po příjmu potravy zvyšuje také produkce vodíkových iontů, které jsou produkovány krycími buňkami. Vodíkové ionty se v žaludku spojí s ionty chloru a vytvoří kyselinu chlorovodíkovou (4).

3. Charakteristika onemocnění

Karcinom žaludku je nejčastějším zhoubným nádorem žaludku. Představuje asi 95 % všech malignit žaludku (7).

Karcinom zpravidla vychází z bazálních hlenotvorných buněk v kryptách. Bývá spojen s chronickou gastritidou a intestinální metaplazií. Nejběžněji se setkáváme s adenokarcinomem vycházejícím ze žlázoového epitelu (8).

Karcinom nacházíme nejčastěji v pyloru a antru (50–60 %), 25 % v kardií a zbývajících 25–35 % se vyskytuje ve fundu a v těle žaludku (10). Metastazuje jak lymfatickou cestou do uzlin, tak krevní cestou, a to nejčastěji do jater. Prorůstáním se může šířit i do okolních tkání.

3.1 Výskyt a epidemiologie

V ČR byla v roce 1970 úmrtnost na karcinom žaludku u mužů 51,1 : 100 000, u žen 35,4 : 100 000. Hlášených onemocnění bylo v roce 1970 43 : 100 000 u mužů a 28,0 : 100 000 u žen. V roce 1993 ale bylo hlášeno již jen 24,4 : 100 000 u mužů a 18,7 : 100 000 u žen. V průběhu let tedy v ČR dochází k trvalému poklesu výskytu karcinomu žaludku. Mezi lety 1960–1992 došlo ke snížení výskytu novotvarů žaludku o 50 %.

V celosvětovém měřítku je karcinom žaludku jedním z nejčastějších zhoubných nádorů. Každý rok je zaznamenáno téměř 700 000 nových případů. Nejvyšší je úmrtnost v Japonsku, Číně, Chile a v Kostarice. Nejnižší úmrtnost je v USA (5,2 : 100 000 u mužů, u žen poloviční), ačkoliv ještě na začátku 21. století byl karcinom žaludku v této zemi vůbec nejčastějším zhoubným nádorem (8). Karcinom se zde také častěji vyskytuje u černochů, Hispánců a u původních obyvatel Ameriky, než u bělochů (9).

Z významných geografických rozdílů ve výskytu a mortalitě v různých částech světa, a dokonce i v různých krajích jedné země lze předpokládat účast faktorů zevního prostředí. Ke snížení výskytu karcinomu žaludku dochází především v průmyslových zemích. Tento pokles výskytu se přičítá především změnám ve stravování a zlepšení hygienických a sociálních podmínek (8).

Průměrný věk výskytu karcinomu žaludku je 55–60 let, přičemž muži jsou postiženi dvakrát častěji než ženy (9). Poměr pohlaví se vyrovnává, postihne-li rakovina jedince mladší 50 let (8).

3.2 Etiologie a patogeneze

Přesná příčina vzniku karcinomu žaludku není doposud zcela objasněna. Předpokládá se, že jako u většiny nádorových onemocnění zde hraje roli více faktorů (9). Z některých ukazatelů je dokonce pravděpodobné, že rakovina žaludku není jednotným onemocněním. Svědčí proto i existence dvou rozdílných základních histologických typů – intestinálního a difúzního, které se odlišují jak epidemiologickými, tak i klinickými charakteristikami (8).

Významnými faktory v etiologii jsou vlivy zevního prostředí a genetické faktory, přičemž větší roli zřejmě mají vlivy zevního prostředí.

Vlivy zevního prostředí Předpokládá se, že důležitou roli při vzniku rakoviny žaludku hrají stravovací návyky. Je to především nedostatečná konzumace ovoce a zeleniny, nadbytek soli a přepalovaných tuků, alkohol a kouření. Jako jedna z možných příčin poklesu výskytu karcinomu žaludku v posledních několika desetiletích se uvádí právě změna ve způsobu stravování. Zejména se vliv přičítá rozšíření mrazení a chlazení potravin, které omezují rozvoj mykotické a bakteriální kontaminace potravy a působení toxinů tohoto původu (aflatoxiny, N-nitrozové sloučeniny – NOS).

NOS indukovaly vznik rakoviny u 40 druhů experimentálních zvířat. Nitrity a nitráty jsou považovány za prekursory těchto kancerogenů. Ztráta acidity žaludečního obsahu při rozvoji gastritidy, následná bakteriální kolonizace, přeměna nitrátů na nitrity bakteriální redukcí a následný vznik kancerogenních NOS představuje jednu z možných cest vzniku rakoviny žaludku. Škodlivě mohou působit i benzpyreny, které vznikají při uzení.

Ochrannými faktory jsou antioxidanty vitamin C a Beta-karoten. Z potravy má protektivní charakter čerstvé ovoce a zelenina, mléko a mléčné výrobky a vláknina. Podstatný význam má v kancerogenezi rovnováha mezi inhibitory a katalyzátory nitrozovatelných látek bílkovinné povahy.

Genetické vlivy Genetika hraje roli zřejmě u difúzního typu karcinomu, kde bývá pozitivní rodinná anamnéza (8). Asi o 20 % vyšší riziko onemocnění karcinomem žaludku difúzního typu mají také nositelé krevní skupiny A (7).

Příbuzní I. stupně nemocného s karcinomem žaludku mají v průměru 2-3krát vyšší riziko tohoto onemocnění. Je také známo, že rakovina žaludku se poměrně často vyskytuje jako součást Lynchova syndromu II¹.

¹Lynchův syndrom II (familiární adenokarcinomatóza) je rodinný výskyt adenokarcinomů střeva, ovaria, pankreatu, prsu, endometria, žaludku, ledvinné pánvičky a ureteru (7).

Helicobacter pylori Dalším významným faktorem podílejícím se na vzniku karcinomu žaludku je infekce způsobená *Helicobacter pylori*, která zvyšuje riziko tohoto onemocnění 3-6krát. Závažná je především infekce *H. pylori* trvající od časného mládí. Významný je vztah mezi *H. pylori* a rakovinou žaludku u pacientů mladších 40 let.

Není zcela jasné, jakým mechanismem *H. pylori* v kancerogenezi působí (8). Předpokládá se, že helikobakterová gastritida vedoucí k atrofii a intestinální metaplazii vytváří vhodnou půdu pro působení dalších kancerogenních faktorů, jako jsou volné kyslíkové radikály, benzpyreny, nitrosaminy aj. (7).

3.3 Klasifikace

Při diagnostice karcinomu žaludku se používá několik typů klasifikací – makroskopická klasifikace, mikroskopická klasifikace, hodnotí se hloubka invaze a staging.

Makroskopická klasifikace V endoskopických popisech se používá následující klasifikace dle Borrmanna. Rozlišujeme: (11)

- typ polypózní;
- typ ulceriformní;
- typ ulcerózně infiltrující;
- typ difúzně infiltrující, kde infiltrace může postihovat celý žaludek (*linitis plastica*) nebo je omezena jen na určitý úsek.

Mikroskopická klasifikace Mikroskopicky rozlišujeme karcinom žaludku na 2 základní typy: (8)

- *Intestinální* typ se vyvíjí na podkladě intestinálně metaplastického žaludečního epitelu. Postihuje většinou osoby staršího věku. Při jeho vzniku hrají úlohu zřejmě faktory zevního prostředí (nutriční vlivy). Pokles výskytu karcinomu žaludku v různých částech světa se týká především tohoto typu karcinomu.
- *Difúzní* typ nevychází z intestinální metaplazie žaludku a postihuje osoby výrazně mladší. Častěji se vyskytuje u osob s krevní skupinou A a častý bývá i familiární výskyt v anamnéze.

Staging Při stagingu tumoru se obvykle používá TNM klasifikace, která označuje hloubku invaze (T), postižení lymfatických uzlin (N), případně přítomnost metastáz (M). Invaze primárního karcinomu se v GIT určuje takto: Tis = carcinoma *in situ*, T1 = pronikání do *lamina propria* nebo do submukózy, T2a = invaze do *muscularis propria*, T2b = invaze do subserózy, T3 = penetrace do serózy bez postižení přilehlých struktur, T4 = invaze do přilehlých orgánů (12). N0 = žádné metastázy do uzlin, N1 = metastáza do 1–6 regionálních uzlin, N2 = metastázy do 7–15 regionálních uzlin, N3 = metastázy do více než 15 uzlin. M0 = žádné distanční metastázy, M1 = distanční metastázy.

Hloubka invaze Dle Pařížské konsensuální klasifikace (2003) rozdělujeme karcinomy gastrointestinálního traktu na superficiální a pokročilé. O jaký typ karcinomu se jedná, zjistíme histologickým vyšetřením chirurgického preparátu (12).

1. *Superficiální karcinom* (časný karcinom, early cancer) postihuje sliznici nebo submukózu, neproniká do svaloviny. Rozhodující pro zařazení není ani plošná velikost tumoru, ani přítomnost metastáz. V 50–80 % má časný karcinom ulceriformní tvar. Je proto důležitá diferenciace mezi peptickým vředem a časným karcinomem.
2. *Pokročilý karcinom* proniká do svaloviny, serózy i do okolních tkání.

3.4 Klinický obraz

U karcinomu žaludku nenalezneme charakteristickou symptomatologii. Časné projevy nejsou tak naléhavé a nevedou k časnému vyšetření. U některých pacientů se časné příznaky nevyskytují a první symptomy se projeví až v pokročilém stádiu karcinomu.

3.4.1 Subjektivní příznaky

Nejtypičtější pro karcinom žaludku jsou neurčité obtíže trvající poměrně krátkou dobu (3–4 měsíce). Pacienti si často stěžují na váhový úbytek, ztrátu chuti k jídlu, pocit plnosti, tlak v epigastriu, slabost, únavnost.

U některých nemocných se mohou vyskytnout příznaky typicky vředové – bolest nalačno a úleva po příjmu potravy (7). Bývá tomu tak při ulceriformním karcinomu v antru při zachovalé aciditě.

U malého procenta nemocných může být prvním příznakem i krvácení ve formě melény nebo hematemeze.

Typické příznaky bývají často přítomny u postižení kardia a pyloru. Pro postižení kardia je příznačná dysfagie, při obstrukci pyloru nádorem dochází ke zvracení natrávené potravy.

3.4.2 Objektivní příznaky

Objektivní nález u karcinomu žaludku může být zcela negativní. V pokročilých fázích karcinomu může být patrna kachexie, lze hmatat epigastrický tumor a je přítomna hepatomegalie. Nepříznivým znamením je levostranná supraklavikulární metastaticky zvětšená lymfatická uzlina (Virchowova uzlina) a hmatná metastáza v pupku (příznak sestry Josefy) (8).

3.5 Diagnostika

Po odebrání anamnézy a fyzikálním vyšetření je nejdůležitějším vyšetřením gastroscopie². Tímto vyšetřením lze prokázat i drobné léze a zachytit tak časnou formu rakoviny. Především ale gastroscopie umožňuje bioptickou verifikaci. Diagnostická spolehlivost biopsie stoupá s počtem odebraných vzorků (šest odebraných vzorků zaručuje přibližně 90 % jistotu). Negativní výsledek biopsie karcinom nevylučuje. Biopsie selhává při submukózním šíření rakoviny.

Při trvajícím podezření na karcinom žaludku je v tomto případě vhodné provést endoskopickou ultrasonografií s cíleným odběrem biopsie pod endosonografickým navedením punkční jehly. Endoskopická ultrasonografie je neobyčejně citlivá diagnostická metoda umožňující zhodnocení hloubky invaze a lokalizaci karcinomu v žaludeční stěně.

Ultrasonografické vyšetření má jediný význam v tom, že může prokázat metastázy v játrech, určit vztah karcinomu žaludku k pankreatu a okolním tkáním (11).

Při posuzování postižení lymfatických uzlin je nezbytné provést výpočetní tomografií (CT), případně magnetickou rezonanci (MR). Nejpřesnější metodou posouzení lymfatických uzlin je pozitronová emisní tomografie (PET), zejména v kombinaci s CT (PET/CT).

Laboratorní nálezy diagnózu neverifikují, mohou však upozorňovat na závažnost situace. Významná je zejména zrychlená sedimentace erytrocytů, vyšší hodnoty CRP, sideropenická anémie, hypoalbuminémie, zvýšené globuliny a pozitivní okulní krvácení (až v 80 % případů). Z nádorových markerů můžeme očekávat pozitivitu CEA, CA 19-9 a CA 72-4 (12).

²Gastroscopie (ezofagogastroduodenoscopie) je endoskopické vyšetření umožňující zhodnocení morfologie sliznice jícnu, žaludku a dvanáctníku s možností cíleného odběru vzorků (biopsie).

3.6 Terapie

Superficiální karcinom žaludku je kurativně řešen chirurgicky nebo endoskopicky. Pokročilý karcinom je indikován k chirurgickému řešení (13). Obvykle se provádí subtotální nebo totální gastrektomie (8). Součástí operace je i následná obnova kontinuity trávicí trubice. V případě totální gastrektomie se jedná nejčastěji o rekonstrukci Y-Roux na exkludovanou kličku jejunu. V případě subtotální resekce při postižení aborální části žaludku se provádí obvykle resekce žaludku dle Billroth II s napojením orálního pahýlu žaludku na kličku jejunu (omega, Y-Roux). Volba způsobu resekce a následné rekonstrukce se řídí lokálním nálezem, histologickou povahou nádoru, zkušeností operátora a zvykem pracoviště. Důležitou součástí operace je také lymfadenektomie (14).

Chirurgická léčba není indikována v případě rozsáhlého karcinomu a pokud jsou přítomny vzdálené metastázy, kdy operační výkon nepřinese zlepšení stavu nemocného a u nemocných v celkově velmi špatném stavu, kde se nepředpokládá dlouhá doba přežití.

Chemoterapie je indikována jako komplexní součást terapie. Může být podávána před operací – neoadjuvantní terapie – nebo je chemoterapie podávána po operaci – adjuvantní terapie (8). Neoadjuvantní terapie je doporučována pacientům, kteří mají velkou pravděpodobnost vzniku distančních metastáz (T3 a T4 karcinom). Adjuvantní terapie se podává u T2 karcinomů. V chemoterapii se používá 5-fluorouracil, epirubicin, cisplatina a docetaxel.

U neresekovatelných nádorů nebo u karcinomů s distančními metastázami je možné nasadit systémovou paliativní chemoterapii.

Důležitou součástí léčby je také paliativní a podpůrná péče.

3.7 Prognóza

U adenokarcinomu žaludku je prognóza nepříznivá. Pětileté přežití je pouze okolo 10 %, po kurativní resekci 25 %. Průměrná délka přežití u inoperabilních nemocných je kolem 4 měsíců. Radikálně řešené superficiální karcinomy mají o něco lepší prognózu. Pětileté přežití je u 85–90 % nemocných (13).

4. Základní údaje o nemocném

Jméno: M. U.

Věk: 50 let

Pohlaví: muž

Diagnóza: C 169, ZN – žaludek – ventriculus NS (Zhoubný novotvar žaludku)

4.1 Lékařská anamnéza

13.3.2014, 13:05

Nynější onemocnění: gastrokopicky zjištěn tumor žaludku, předop. vyšetření

RA: matka zemřela v 77 letech na CMP, pankreatopatie, otec zemřel v 72 letech na IM, 3 sestry – zdravé, 2 děti – zdravé

OA: běžná dětská onemocnění, operace 0, stav po úrazu páteře v 35 letech – fraktura obratle Th 2 + 12 – řešeno konzervativně, od té doby opakované bolesti páteře, nyní maximální v bederní oblasti, léčen neurologem

FA: Tralgit 2krát 100 mg dle potřeby

Abúzus: exnikotinismus asi 1 rok, dříve 20 cigaret denně

AA: neguje

SA: ženatý, 2 děti, pracuje jako jeřábník

Status praesens: orientovaný, eupnoe, afebrilní, acyanotický, anikterický, neurologicky bez laterizace, chůze samostatná, nadváha, hydratace přiměřená, kůže bledého koloritu.

Váha: 107 kg; výška: 184 cm; BMI: 31,6; TK: 130/80; P: 76'.

Hlava a krk: inervace hlasových nervů správná, nosohltan zduřelý, uzliny submandibulární lehce +, štítnice nezvětšena, karotidy tepou symetricky, krční žíly v normě. Hrudník: poklep nad plícemi jasný, dýchání sklípkové, čisté, cor: 2 ozvy ohraničené, úder 0, vír 0.

Břicho: v niveau, dýhací vlna přechází volně, poklep diferenciatně bubínkový, volně prohmatné, diferenciatně citlivé, bez resistance, játra po oblouk, slezina nehmatná, peristaltika pozitivní, tapott.³ a Izraeli⁴ negativní.

DK: bez otoků a známek zánětu, žilní systém klidný, periferní pulzace zachována. Hyperpigmentace bérců.

Kůže: bez patologické eflorescence.

³Tapottement je úder do bederní oblasti. Při afekcích ledvin je úder silně bolestivý.

⁴Izraeliho hmat je bimanuální palpance ledviny (23).

20.3.2014, 10:01, příjem pacienta k hospitalizaci

Nynější onemocnění: Pacient přijat ke gastrektomii. Původně vyšetřován pro bolesti břicha a horní dyspeptický syndrom s nálezem karcinomu žaludku, dle CT bez generalizace. MR bez metastáz do jater, v popředí obrazu rozsáhlá tumorózní infiltrace stěny žaludku, část tumoru se vtlačuje do kaudy pankreatu, prorůstání nelze vyloučit. Nyní se cítí dobře.

Status praesens: jazyk vlhký, skléry bílé, spojivky růžové, puls klidný, dýchání eupnoické, čisté, sklípkové, bilaterální, symetrické, AS pravidelná.

Břicho: v úrovni hrudníku, dýchá k tříslům, měkké, prohmatné, bez défense, bez známek peritoneálního dráždění.

DK: bez známek TEN.

4.2 Vyšetření

Před hospitalizací v pražské fakultní nemocnici pacient absolvoval několik vyšetření v Sanatoriu sv. Anny, kde byl sledován pro bolesti břicha a pozitivní výsledek TOKS (Test okultního krvácení ve stolici).

Dne 12.2.2014 pacient podstoupil ultrazvukové vyšetření břicha s normálním výsledkem vyšetřených orgánů. Pro pozitivitu TOKS byl pacient indikován ke koloskopickému vyšetření k vyloučení organického postižení tračníku. Koloskopie byla negativní, endoskopický nález ve fyziologických mezích bez organické léze tračníku. Následně podstoupil pacient ještě gastrokopii, kde mu byl v oblasti malé kurvatury diagnostikován rozsáhlý plošně rostoucí exulcerovaný nádor žaludku. Z výsledků odebrané biopsie vyplynula diagnóza adenokarcinom žaludku, grade 3.

18.2.2014 absolvoval pacient na poliklinice MEDICON CT břicha. Závěr potvrzuje tumorovou infiltraci stěny žaludku a dále odhaluje zvětšené lymfatické uzliny v úrovni větvení *truncus coeliacus*, patologický útvar mezi nádorově infiltrovanou stěnou žaludku a viscerální plochou levého laloku jaterního, drobné ložisko v segmentu S3 vpravo. V játrech ložiskové změny prokázány nebyly.

11.3.2014 byla pacientovi odebrána krev a moč k laboratornímu vyšetření (Příloha č. 5) a podstoupil RTG plic a srdce v rámci předoperačního vyšetření, které se konalo dne 13.3.2014.

4.3 Průběh hospitalizace

1. den (20.-21.3.2014) Pacient přijat k plánované hospitalizaci na 1. stanici chirurgické kliniky z důvodu plánovaného operačního výkonu – gastrektomie. Při přijetí

při vědomí, orientovaný, stabilní, afebrilní, bez bolestí. Zavedena PŽK. Proběhlo předanestetické vyšetření. Dieta č. 2 – šetřící. Od 24. hodiny NPO. Režim – šetřící. TK (6:00) = 120/75, P = 54', TT = 36,3 °C.

Medikace: Novalgin 1 g i.m. při bolesti nad 2 (VAS), min. interval 6 h, maximálně 4 amp./24 h; premedikace dle ARO (na noc Oxazepam 10 mg p.o., na výzvu Morphín 10 mg + Atropin 3,5 mg i.m.); Augmentin 1,2 g i.v. do 100 ml FR kapat 30 min, podat 60 min před výkonem; Fraxiparine 0,4 ml s.c. v 20:00.

2. den, 0. pooperační den (21.-22.3.2014) Pacient připraven k výkonu. Před operací orientovaný, mobilní, při vědomí. V 9:15 podána premedikace a pacient převezen na operační sál.

Operační výkony: totální gastektomie, levostranná pankreatektomie se splektomií, cholecystektomie, konstrukce oesophago-jejuno-anastomosis. Na sále zaveden CŽK (*vena subclavia*), epidurální katetr, PMK a dva břišní drény – v levém a pravém mesogastriu.

Ze sálu přivezen 14:45 na oddělení JIP 1. Po příjezdu probuzený, orientovaný, komunikativní, TK = 140/90, P = 80', SaO₂ = 97 %. Břicho klidné, krytí suché, drény odvedly minimální odpad. Bolesti až VAS 7 (podána analgetika). Zavedena NJS a NGS. PŽK ex. Dieta NPO. Pohybový režim – lůžko. P + V (24 h) = +127 ml, z toho drény 350 ml, NGS 50 ml. Diuréza (24 h) 1930 ml. V 17:00 a 06:00 subfebrilie. Hypertenze, od 19 h má TK snižující se charakter, TK (06:00) = 100/60.

Medikace: enterální výživa do NJS: Glukóza 5 % 500 ml kontinuálně 10 ml/h; Ringer 1000 ml 200 ml/h i.v.; Plasmalyte s glukózou 5 % 1000 ml 150 ml/h i.v.; Augmentin 1,2 g i.v. 16-24-08; do EPI katetru: Sufenta 30 µg + Marcaine 0,5 % 20 ml doplnit do 50 ml FR kapat 4–8 ml/h, úprava dle VAS; Novalgin 1 g i.v. do 100 ml FR při bolesti nad 2 (VAS), min. interval 6 h, max. 4 amp./24 h (17:30-23:30); Fraxiparine 0,4 ml s.c. v 20:00; Degan 1 amp. i.v. á 8 h 16-24-08; Ambrobene 1 amp. i.v. á 8 h 16-24-08; nebulizace: Ambrobene 2 ml + FR 2 ml 16-22-06.

3. den, 1. pooperační den (22.-23.3.2014) Pacient klidný, orientovaný, spolupracuje, oběhově stabilní. Břicho přifouklé, peristaltika zatím není, krytí operační rány bez prosaku. Bolesti dle VAS 1–4 (podány analgetika). Nižší diuréza 900 ml/24 h. Cítí se unaveně. Pohybový režim a RHB – lůžko. Dieta NPO. Normotenzní až hypertenzní, puls ve fyziologických mezích, TT (7:00) = 37,3 °C, dále již bez febrilie, SaO₂ = 92–98 %. P + V (24 h) = +2556 ml, z toho drény 120 ml, NGS 20 ml.

Medikace: enterální výživa do NJS: Glukóza 5 % 500 ml kontinuálně 10 ml/h; 3krát Plasmalyte s glukózou 5 % 1000 ml 150 ml/h i.v.; Augmentin 1,2 g i.v. 16-24-08;

do EPI katetru: Sufenta 30 μg + Marcaine 0,5 % 20 ml doplnit do 50 ml FR kapat 4–8 ml/h, úprava dle VAS, cíl VAS pod 3; Novalgin 1 g i.v. do 100 ml FR na 30 min při bolesti nad 2 (VAS), min. interval 6 h, max. 4 amp./24 h (15:30-22:00-04:00); Fraxiparine 0,4 ml s.c. v 20:00; Degan 1 amp. i.v. á 8 h 16-24-08; Ambrobene 1 amp. i.v. á 8 h 16-24-08; nebulizace: Ambrobene 2 ml + FR 3 ml 14-22-08.

4. den, 2. pooperační den (23.-24.3.2014) Pacient orientovaný, klidný až apatický. Afebrilní, oběhově stabilní. Hypertenzní, puls v normě, $\text{SaO}_2 = 92\text{--}97\%$. Cítí se unavený, bolesti má mírné (dle VAS 1–3). Břicho přifouklé, peristaltika zatím není, krytí operační rány bez prosaku. Dieta 0S – čajová, po lžičkách do 200 ml/24 h, NJS stravu toleruje. Pohybový režim – lůžko, RHB II–III (2krát sed v lůžku s dopomocí). Nižší diuréza 1857 ml/24 h. P + V (24 h) = +1147 ml, z toho drény 20 ml, NGS 20 ml.

Medikace: enterální výživa do NJS: Peptamen kontinuálně 20 ml/h, proplach čajem á 6 h (14-20-02-08); Nutriflex basal 2000 ml + Celaskon 1 amp. kont. 100 ml/h; Humulin R 50 j/50 ml FR kontinuálně s vakem při glykémii nad 10 mmol/l, korekce 6–10 mmol/l; Augmentin 1,2 g i.v. 16-24-08; do EPI katetru: Sufenta 30 μg + Marcaine 0,5 % 20 ml doplnit do 50 ml FR kapat 4–8 ml/h, úprava dle VAS, cíl VAS pod 3; Novalgin 1 g i.v. do 100 ml FR na 30 min při bolesti nad 2 (VAS), min. interval 6 h, max. 4 amp./24 h (15:30-22:00-04:00); Fraxiparine 0,4 ml s.c. v 20:00; O_2 zvlhčovač dist.; Degan 1 amp. i.v. á 8 h 16-24-08; Ambrobene 1 amp. i.v. á 8 h 16-24-08; nebulizace: Ambrobene 2 ml + FR 3 ml 14-22-08.

5.den, 3. pooperační den (24.-25.3.2014) Pacient klidný, orientovaný, spolupracuje, oběhově stabilní. Cítí se dobře, bolesti mírné (dle VAS 2–3), dýchání bez obtíží, nauzea není. Břicho měkké, prohmatné, rána klidná, peristaltika +. Hypertenzní (ve 22:00 až TK = 190/100), puls v normě, $\text{SaO}_2 = 92\text{--}97\%$, TT (7:00) = 37,5 °C. Pohybový režim – lůžko, RHB II–III (sed, stůj). Dieta 0S – čajová, po lžičkách do 200 ml/24 h. Diuréza 1600 ml/24 h. P + V (24 h) = +1026 ml, drény odvedly minimum, NGS 20 ml.

Medikace: enterální výživa do NJS: Peptamen kontinuálně 30 ml/h, proplach čajem á 6 h (14-20-02-08); Nutriflex basal 2000 ml + Celaskon 1 amp. kont. 100 ml/h; Humulin R 50 j/50 ml FR kontinuálně s vakem při glykémii nad 10 mmol/l, korekce 6–10 mmol/l; Augmentin 1,2 g i.v. 16-24-08; do EPI katetru: Sufenta 30 μg + Marcaine 0,5 % 20 ml doplnit do 50 ml FR kapat 4–8 ml/h, úprava dle VAS, cíl VAS pod 3; Novalgin 1 g i.v. do 100 ml FR na 30 min při bolesti nad 2 (VAS), min. interval 6 h, max. 4 amp./24 h (18:00); Fraxiparine 0,4 ml s.c. v 20:00; O_2 zvlhčovač dist.;

Degan 1 amp. i.v. á 8 h 16-24-08; Ambrobene 1 amp. i.v. á 8 h 16-24-08; nebulizace: Ambrobene 2 ml + FR 3 ml 14-22-08.

6. den, 4. pooperační den (25.-26.3.2014) Pacient klidný, orientovaný, spolupracuje, oběhově stabilní.. Bolest dle VAS 3–4. Subjektivně bez obtíží. Břicho měkké, palpačně nebolestivé, peristaltika +, pasáž plynů +. Rána klidná, v břišním drénu v levém mesogastriu zkalený obsah, břišní drén v pravém mesogastriu zkrácen do obvazu. Hypertenzní, puls v normě, SaO₂ = 92–95 %, afebrilní. Pohybový režim – lůžko, RHB II–III (sed, stůj). Dieta 0S – čajová, po lžičkách do 200 ml/24 h. Diuréza 3050 ml/24 h. P + V (24 h) = +156 ml, z toho drény 100 ml, NGS 0 ml.

Medikace: enterální výživa do NJS: Peptamen kontinuálně 30 ml/h, proplach čajem á 6 h (14-20-02-08); Nutriflex basal 2000 ml + Celaskon 1 amp. kont. 100 ml/h; Humulin R 50 j/50 ml FR kontinuálně s vakem při glykémii nad 10 mmol/l, korekce 6-10 mmol/l; Augmentin 1,2 g i.v. 16-24-08; do EPI katetru: Sufenta 30 μ g + Marcaine 0,5 % 20 ml doplnit do 50 ml FR kapat 4-8 ml/h, úprava dle VAS, cíl VAS pod 3; Novalgin 1 g i.v. do 100 ml FR na 30 min při bolesti nad 2 (VAS), min. interval 6 h, max. 4 amp./24 h (18:00); Fraxiparine 0,4 ml s.c. v 20:00; O₂ zvlhčovač dist.; Degan 1 amp. i.v. á 8 h 16-24-08; Ambrobene 1 amp. i.v. á 8 h 16-24-08; nebulizace: Ambrobene 2 ml + FR 3 ml 14-22-08; Perfalgan 1 g i.v. na 30 min (0:30).

7. den, 5. pooperační den (26.-27.3.2014) Pacient při vědomí, orientovaný, spolupracuje. Bolesti dle VAS 1–3. Cítí se dobře, chodí. Břicho měkké, nebolestivé, eupnoe. Hypertenze, puls v normě, SaO₂ = 90–95 %, afebrilní, hyperglykémie. Proběhlo interní konziliární vyšetření pro hypertenzi po operačním výkonu, při prokázané normotenzii při předoperačním vyšetření a ráno před výkonem. Závěr konziliárního vyšetření je stresová hypertenzní reakce. Z medikace byl naordinován 3krát denně Neurol. Pohybový režim – může vstát a chodit, RHB III (sed, dech, stůj, chůze). Dieta 0S – čajová, po lžičkách do 200 ml/24 h. Výživu do NJS toleruje. Diuréza dostatečná (3000 ml/24 h), moč čirá. P + V (24 h) = -81,9 ml, břišní drén v levém mesogastriu odvedl minimum, NGS 0 ml.

Medikace: enterální výživa do NJS: Peptamen kontinuálně 30 ml/h, proplach čajem á 6 h (14-20-02-08); Nutriflex basal 2000 ml + Celaskon 1 amp. kont. 100 ml/h; Humulin R 50 j/50 ml FR kontinuálně s vakem při glykémii nad 10 mmol/l s cílem korekce 6-10 mmol/l; Augmentin 1,2 g i.v. 16-24-08; do EPI katetru: Sufenta 30 μ g + Marcaine 0,5 % 20 ml doplnit do 50 ml FR kapat 4-8 ml/h, úprava dle VAS, cíl VAS pod 3; Novalgin 1 g i.v. do 100 ml FR na 30 min při bolesti nad 2 (VAS), min. interval 6 h, max. 4 amp./24 h (16:00-04:00); Fraxiparine 0,4 ml s.c. v 20:00;

O₂ zvlhčovač dist.; Degan 1 amp. i.v. á 8 h 16-24-08; Ambrobene 1 amp. i.v. á 8 h 16-24-08; nebulizace: Ambrobene 2 ml + FR 3 ml 14-22-08; Neurol 24 mg tbl. do NJS 10-14-20; Somatostatin 6 mg/20 ml FR kontinuálně 0,8 ml/h.

8. den, 6. pooperační den (27.-28.3.2014) Pacient při vědomí, orientovaný, spolupracuje, chvílemi apatický, oběhově stabilní. Krytí bez prosaku. Bolesti dle VAS 1–4. Odpoledne a toaletě nevolnost, po přesunu do lůžka zlepšení stavu. Hypertenze, puls v normě, SaO₂ = 93–96 %, afebrilní, hyperglykémie. Epidurální katetr dnes ex. Pohybový režim – může vstát a chodit, RHB III (sed, dech, chůze s doprovodem). Dieta OS – čajová. Výživu do NJS toleruje. Diuréza dostatečná (2600 ml/24 h), moč čirá, stolice 1krát. P + V (24 h) = +1031 ml. Břišní drén v levém mesogastriu odvedl 45 ml, břišní drén v pravém mesogastriu ex, rána klidná, prosáknutí krytí, převaz. NGS 20 ml.

Medikace: enterální výživa do NJS: Peptamen kontinuálně 30 ml/h, proplach čajem á 6 h (12-18-24-06); Nutriflex basal 2000 ml + Celaskon 1 amp. kont. 100 ml/h; Humulin R 50 j/50 ml FR kontinuálně s vakem při glykémii nad 10 mmol/l s cílem korekce 6-10 mmol/l; Augmentin 1,2 g i.v. 16-24-08; do EPI katetru: Sufenta 30 µg + Marcaine 0,5 % 20 ml doplnit do 50 ml FR kapat 4-8 ml/h, úprava dle VAS, cíl VAS pod 3, po dokapání ex; Novalgin 1 g i.v. do 100 ml FR na 30 min při bolesti nad 2 (VAS), min. interval 6 h, max. 4 amp./24 h (10:30-20:00); Fraxiparine 0,4 ml s.c. v 20:00; O₂ zvlhčovač dist.; Degan 1 amp. i.v. á 8 h 16-24-08; Ambrobene 1 amp. i.v. á 8 h 16-24-08; nebulizace: Ambrobene 2 ml + FR 3 ml 14-22-08; Neurol 24 mg tbl. do NGS 08-14-22; Somatostatin 6 mg/20 ml FR kontinuálně i.v. 0,8 ml/h; Paracetamol 1 g na 30' i.v. při bolesti nad 3 (VAS), min. interval 6 h, max. 4krát denně (16:00).

9. den, 7. pooperační den (28.-29.3.2014) Pacient při vědomí, spolupracuje, bolesti minimální. Cítí se lépe, včera ataka slabosti. Břicho prohmatné, rána klidná. Hypertenze, puls v normě, SaO₂ = 93–96 %, afebrilní, hyperglykémie. Pohybový režim – může vstát a chodit, RHB III (sed, stůj, chůze). Dieta OS – čajová. Diuréza přiměřená (1550 ml/24 h), moč čirá, stolice opakovaně. P + V (24 h) = +2452 ml. Břišní drén v levém mesogastriu odvedl minimum (obsah zkalený), NGS 20 ml.

Medikace: enterální výživa do NJS: Peptamen kontinuálně 30 ml/h, proplach čajem á 6 h, při dobré toleranci navýšit; Nutriflex basal 2000 ml + Celaskon 1 amp. kontinuálně 100 ml/h; Humulin R 50 j/50 ml FR kontinuálně s vakem při glykémii nad 10 mmol/l s cílem korekce 6-10 mmol/l; Augmentin 1,2 g i.v. 16-24-08; Novalgin 1 g i.v. do 100 ml FR na 30 min při bolesti nad 2 (VAS), min. interval 6 h, max.

4 amp./24 h (08:00-16:00); Paracetamol 1 g do 100 ml FR na 30' i.v. při bolesti nad 3 (VAS), min. interval 6 h, max. 4krát denně (16:00); Fraxiparine 0,4 ml s.c. v 20:00; O₂ zvlhčovač dist.; Degan 1 amp. i.v. á 8 h 16-24-08; Ambrobene 1 amp. i.v. á 8 h 16-24-08; nebulizace: Ambrobene 2 ml + FR 3 ml 14-22-08; Neurol 24 mg tbl. do NGS 08-14-22; Somatostatin 6 mg/20 ml FR kontinuálně i.v. 0,8 ml/h.

10. den, 8. pooperační den (29.-30.3.2014) Pacient při vědomí, orientovaný, spolupracuje, oběhově stabilní. Pasáž obnovena. Bolesti dle VAS 0–3. Hypertenze, puls v normě, SaO₂ = 95–96 %, opakovaně subfebrilie, hyperglykémie. Pohybový režim – může vstát a chodit, RHB III (sed, stůj, chůze). Dieta 0S – čajová. Diuréza (1700 ml/24 h), stolice opakovaně. P + V (24 h) = +1748 ml. Břišní drén v levém mesogastriu odvedl 20 ml, NGS 20 ml.

Medikace: enterální výživa do NJS: Peptamen kontinuálně 40 ml/h, proplach čajem á 6 h, při dobré toleranci navýšit; Nutriflex basal 2000 ml + Celaskon 1 amp. kontinuálně 100 ml/h; Humulin R 50 j/50 ml FR kontinuálně s vakem při glykémii nad 10 mmol/l s cílem korekce 6-10 mmol/l; Augmentin 1,2 g i.v. 16-24-08; Novalgin 1 g i.v. do 100 ml FR na 30 min při bolesti nad 2 (VAS), min. interval 6 h, max. 4 amp./24 h; Paracetamol 1 g do 100 ml FR na 30' i.v. při bolesti nad 3 (VAS), min. interval 6 h, max. 4krát denně (15:00-04:00); Fraxiparine 0,4 ml s.c. v 20:00; O₂ zvlhčovač dist.; Degan 1 amp. i.v. á 8 h 16-24-08; Ambrobene 1 amp. i.v. á 8 h 16-24-08; nebulizace: Ambrobene 2 ml + FR 3 ml 14-22-08; Neurol 0,5 mg tbl. do NGS 08-14-22; Somatostatin 6 mg/20 ml FR kontinuálně i.v. 0,8 ml/h.

11. den, 9. pooperační den (30.-31.3.2014) Pacient při vědomí, orientovaný, spolupracuje, oběhově stabilní. Subjektivně se necítí dobře, bolesti dle VAS 1–2 (bolest zad). Hypertenze, puls v normě, SaO₂ = 93–95 %, subfebrilie, hyperglykémie. Pohybový režim – může vstát a chodit, RHB III (sed, stůj, chůze). Dieta 0S – čajová. Diuréza (2200 ml/24 h), stolice opakovaně. P + V (24 h) = +1469 ml. Břišní drén v levém mesogastriu odvedl 20 ml, zkrácen do obvazu, NGS 0 ml.

Medikace: enterální výživa do NJS: Peptamen kontinuálně 40 ml/h, proplach čajem á 6 h, při dobré toleranci navýšit; Nutriflex basal 2000 ml + Celaskon 1 amp. kontinuálně 100 ml/h; Humulin R 50 j/50 ml FR kontinuálně s vakem při glykémii nad 10 mmol/l s cílem korekce 6-10 mmol/l; Augmentin 1,2 g i.v. 16-24-08; Novalgin 1 g i.v. do 100 ml FR na 30 min při bolesti nad 2 (VAS), min. interval 6 h, max. 4 amp./24 h; Paracetamol 1 g do 100 ml FR na 30' i.v. při bolesti nad 3 (VAS), min. interval 6 h, max. 4krát denně; Fraxiparine 0,4 ml s.c. v 20:00; O₂ zvlhčovač

dist.; nebulizace: Ambrobene 2 ml + FR 3 ml 14-22-08; Neurol 24 mg tbl. do NGS 08-14-22; Somatostatin 6 mg/20 ml FR kontinuálně i.v. 0,8 ml/h.

12. den, 10. pooperační den (31.3.-1.4.2014) Pacient při vědomí, orientovaný, spolupracuje, stabilní. Subjektivně bez obtíží. Bolesti dle VAS 1–2. Hypertenze, puls v normě, SaO₂ = 94–95 %, TT (7:00) = 37,2 °C, (06:00) = 37,6 °C, hyperglykémie. Břišní drén v levém mesogastriu ex. Pohybový režim – může vstát a chodit, RHB III (opakovaně sed, chůze na toaletu). Dieta 0S – čajová. NJS toleruje, bez pocitu plnosti. Diuréza (2300 ml/24 h), stolice opakovaně. P + V (24 h) = +1285 ml, NGS 0 ml.

Medikace: enterální výživa do NJS: Peptamen kontinuálně 60 ml/h, proplach čajem á 6 h, po dokapání změna na Isosource st. 60 ml/h; Isolyte 1000 ml 150 ml/h; Augmentin 1,2 g i.v. 16-24-08; Novalgin 1 g i.v. do 100 ml FR na 30 min při bolesti nad 2 (VAS), min. interval 6 h, max. 4 amp./24 h (20:00); Fraxiparine 0,4 ml s.c. v 20:00; O₂ zvlhčovač dist.; nebulizace: Ambrobene 2 ml + FR 3 ml 14-22-08.

13. den, 11. pooperační den (1.-2.4.2014) Pacient při vědomí, orientovaný, spolupracuje, oběhově i saturačně stabilní. Cítí se dobře, bolesti dle VAS 3–4. Hypertenzní, puls v normě, SaO₂ = 94 %, subfebrilní, TT (18:00) = 37,4 °C, zvýšená glykémie (7:00 9,6 mmol/l, 12:00 8,6 mmol/l). V 10:00 provedeno RTG polykacího aktu, poté NGS ex. Dnes překládá na standardní oddělení 1. stanice chirurgické kliniky. Dieta 0S – čajová, ve 14 hod změna na 1A – pooperační. Pohybový režim – může vstát a chodit, RHB III (sed, dech, chůze bez obtíží). Výživu NJS toleruje. Diuréza přiměřená, moč čirá, stolice opakovaně.

Medikace: enterální výživa do NJS: Peptamen kontinuálně 60 ml/h, proplach čajem á 6 h, po dokapání změna na Isosource st. 80 ml/h s pauzou 14-20 hod, proplach čajem á 6 h; Isolyte 1000 ml 150 ml/h; Augmentin 1,2 g i.v. 16-24-08; Novalgin 1 g i.v. do 100 ml FR na 30 min při bolesti nad 2 (VAS), min. interval 6 h, max. 4 amp./24 h (20:00); Fraxiparine 0,4 ml s.c. v 20:00; nebulizace: Ambrobene 2 ml + FR 3 ml (14:00).

14. den, 12. pooperační den (2.-3.4.2014) Pacient stabilní, při vědomí, chodící, afebrilní. Cítí se dobře. Bolesti dle VAS 1. PMK ex. Pohybový režim – může vstát a chodit, RHB III. Dieta 1B – pooperační. Večer cca v 18:00 si stěžoval, že nemůže dodechnout. Podstoupil RTG hrudníku, kde byl zjištěn výpotek na levé straně.

Medikace: do NJS: Isosource st. 80 ml/h kapat kontinuálně s pauzou 14:00-20:00 h, proplach čajem á 6 h, po dokapání ex; Isolyte 1000 ml 150 ml/h; Augmentin 1,2 g i.v. 16-24-08; Novalgin 1 g i.v. do 100 ml FR na 30 min při bolesti nad 2 (VAS),

min. interval 6 h, max. 4 amp./24 h (20:00); Fraxiparine 0,6 ml s.c. v 20:00; Frontin 0,25 mg do NJS 18-15-8-18 h; Diazepam 10 mg do NJS ve 22:00 h.

15. den, 13. pooperační den (3.-4.4.2014) Pacient stabilní, při vědomí, afebrilní. Bolest dle VAS 1. Pohybový režim – může vstát a chodit, RHB III. Dieta SP II – pankreatická. NJS ex. CŽK ex.

Medikace: Novalgin 1 g i.v. do 100 ml FR na 30 min při bolesti nad 2 (VAS), min. interval 6 h, max. 4 amp./24 h; Frontin 0,25 mg tbl. p.o. 18-8; Augmentin 625 mg tbl. 16-24-08; Diazepam 10 mg tbl. p.o. ve 22 h; Fraxiparine 0,6 ml s.c. v 20:00.

16. den, 14. pooperační den (4.-5.4.2014) Pacient stabilní, bolesti mírné. Bez potíží, stravu toleruje, afebrilní, eupnoe. Pohybový režim – může vstát a chodit, RHB III. Dieta 1D – bezezbytková.

Medikace: Novalgin 1 g i.v. do 100 ml FR na 30 min při bolesti nad 2 (VAS), min. interval 6 h, max. 4 amp./24 h; Frontin 0,25 mg tbl. p.o. 18-8; Augmentin 625 mg tbl. 16-24-08; Diazepam 10 mg tbl. p.o. ve 22 h; Fraxiparine 0,6 ml s.c. v 20:00.

17. den, 15. pooperační den (5.-6.4.2014) Pacient oběhově stabilní, chodící, bez bolesti. Pohybový režim – může vstát a chodit, RHB III. Dieta 1D – bezezbytková.

Medikace: Novalgin 1 g i.v. do 100 ml FR na 30 min při bolesti nad 2 (VAS), min. interval 6 h, max. 4 amp./24 h; Frontin 0,25 mg tbl. p.o. 18-8; Augmentin 625 mg tbl. 16-24-08; Diazepam 10 mg tbl. p.o. ve 22 h; Fraxiparine 0,6 ml s.c. v 20:00.

18. den, 16. pooperační den (6.-7.4.2014) Pacient oběhově stabilní, chodící, soběstačný, bez bolesti. Pohybový režim – může vstát a chodit, RHB III. Dieta 1D – bezezbytková.

Medikace: Novalgin 1 g i.v. do 100 ml FR na 30 min při bolesti nad 2 (VAS), min. interval 6 h, max. 4 amp./24 h; Frontin 0,25 mg tbl. p.o. 18-8; Augmentin 625 mg tbl. 16-24-08; Diazepam 10 mg tbl. p.o. ve 22 h; Fraxiparine 0,6 ml s.c. v 20:00.

19. den, 17. pooperační den (7.-8.4.2014) Pacient stabilní, mobilní, při vědomí, bez bolestí. Pohybový režim – může vstát a chodit, RHB III. Dieta 1D – bezezbytková. Stehy ex. Pacient byl dnes propuštěn do domácího léčení.

Medikace: Frontin 0,25 mg tbl. 0-1-1; Fraxiparine 0,6 ml s.c. v 20:00; Anopyrin 100 mg tbl. v 08:00 h.

Při propuštění byl pacientovi doporučen šetřící režim, z medikace naordinován Fraxiparine 0,6 ml ještě týden, Frontin 0,25 mg dle potřeby a Anopyrin 100 mg denně (24).

Část II

Ošetrovatelská část

5. Ošetrovatelský proces

Moderní ošetrovatelská péče orientovaná na identifikaci a uspokojení potřeb a problémů pacienta je v dnešní době založená na teorii ošetrovatelského procesu (18).

Ošetrovatelský proces je logický, systematický přístup ke komplexní péči o pacienta (19). Je hlavní metodou práce ošetrovatelského personálu. Jeho cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů ve sféře individuálních potřeb pacientů. Ošetrovatelský proces je racionální metoda poskytování a řízení ošetrovatelské péče (21).

Výchozí myšlenkou ošetrovatelského procesu je rozpoznání individuálních potřeb osob vyžadujících ošetrovatelskou péči. Člověk je chápán jako celek, na který působí řada činitelů ovlivňujících jeho prožívání zdraví a nemoci. Pacienti jsou aktivními účastníky ošetrovatelského procesu.

Ošetrovatelský proces má 5 fází:

1. zhodnocení nemocného;
2. stanovení ošetrovatelských diagnóz;
3. plánování ošetrovatelské péče;
4. realizace ošetrovatelské péče;
5. hodnocení efektivity ošetrovatelské péče.

Fáze se vzájemně propojují a ovlivňují. Každá jednotlivá fáze je závislá na ostatních (18). Je to způsob, jak zajistit, aby poskytovaná ošetrovatelská péče byla specificky zaměřena na uspokojování potřeb jednotlivce.

Teorie ošetrovatelského procesu pronikla do Evropy na konci 60. let z USA (19). Jeho rozvoj je spojený s rozvojem ošetrovatelství jako oboru. V současnosti je tato metoda mezinárodně akceptovaná, i přesto, že její uplatnění v klinické praxi je různorodé.

Do České republiky se metoda ošetrovatelského procesu dostala v 90. letech 20. století v souvislosti s politickými, ekonomickými a sociálními změnami, které ovlivnily jak zdravotnictví, tak i ošetrovatelství.

Povinnost vykonávat ošetrovatelskou péči o pacienta metodou ošetrovatelského procesu je dána legislativními normami ČR (Věstník MZ ČR č. 9/2004 – Koncepce ošetrovatelství, 55/2011 Sb. – Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků) (20).

6. „Model fungujícího zdraví“ Marjory Gordon

Model je strukturovaný do dvanácti oblastí označených jako dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být funkční anebo dysfunkční. Úkolem sestry je při kontaktu s pacientem tyto funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví identifikovat a v případě dysfunkčního zdraví postupovat dle jednotlivých kroků ošetrovatelského procesu (16).

Funkční typy zdraví (jednotlivce, rodiny, komunity) se odvíjejí z interakce osoba-prostředí. Každý vzorec je ovlivněn bio-psycho-sociální integrací, takže žádný vzorec nemůže být plně pochopen bez znalosti dalších vzorců.

Funkční typy jsou ovlivněny biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a spirituálními faktory. Funkční typ zdraví reprezentuje zdravé chování. Dysfunkční typ zdraví se může objevit s probíhající nemocí nebo může vést k nemoci (15).

Tento model je výsledkem grantu financovaného v 80. letech minulého století federální vládou USA.

Dvanáct funkčních vzorců zdraví

1. VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ A PÉČE O ZDRAVÍ (*Health Perception-Health Management*)

Zde popisujeme, jak pacient vnímá svoje zdraví a pohodu a jakými způsoby o své zdraví pečuje.

2. VÝŽIVA A METABOLIZMUS (*Nutritional-Metabolic Pattern*)

Zahrnuje způsob příjmu potravy a tekutin ve vztahu k metabolickým potřebám organismu.

3. VYLUČOVÁNÍ (*Elimination Pattern*)

Zde se zabýváme informacemi ohledně vylučování močového měchýře, tlustého střeva a kůže.

4. AKTIVITA A CVIČENÍ (*Activity-Exercise Pattern*)

Zjišťujeme způsoby udržování tělesné kondice cvičením a jinými aktivitami. Zahrnujeme sem také aktivity denního života, volného času a rekreační aktivity.

5. SPÁNEK A ODPOČINEK (*Sleep-Rest Pattern*)

Objasnění způsobu spánku, oddechu a relaxace.

6. VNÍMÁNÍ A POZNÁVÁNÍ (*Cognitive-Perceptual Pattern*)

Zahrnuje schopnost smyslového vnímání a poznávání, také bolest a kognitivní schopnosti jedince (orientace, řeč, abstraktní myšlení, paměť, schopnost rozhodování).

7. SEBEPOJETÍ A SEBEÚCTA (*Self Perception-Self Concept Pattern*)

Popisuje, jak jedinec vnímá sám sebe a jakou má o sobě představu.

8. ROLE A VZTAHY (*Role-Relationship Pattern*)

Vyjadřuje přijetí a plnění životních rolí a úroveň interpersonálních vztahů.

9. REPRODUKCE A SEXUALITA (*Sexuality-Reproductive Pattern*)

Objasňuje sexualitu a reprodukční období.

10. ZVLÁDÁNÍ STRESU A TOLERANCE (*Coping Stress-Tolerance Pattern*)

Zahrnuje způsob tolerance a zvládání zátěžových a stresových situací.

11. VÍRA A ŽIVOTNÍ HODNOTY (*Value-Belief Pattern*)

Popisuje individuální vnímání životních hodnot, cílů a přesvědčení a zahrnuje také náboženské vyznání.

12. JINÉ (16)

7. Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelskou anamnézu jsem u pacienta odebrala 31.3.2014 (12. den hospitalizace, 10. pooperační den) v 11:00 na oddělení JIP. Údaje jsem získala rozhovorem s pacientem, ze zdravotnické dokumentace, rozhovorem s ošetřující sestrou, staniční sestrou oddělení a od ošetřujícího lékaře.

Vnímání zdraví a péče o zdraví

Pacient ve svém životě nikdy vážněji nestonal a neprodělal žádnou operaci. V současné době má potíže s opakovanými bolestmi zad po úrazu páteře.

Na pacientovi pozoruji, že svůj současný stav vnímá velmi negativně. Je bez nálady, často až apatický a málomluvný. Na otázku, jak vnímá svůj současný stav, odpovídá jednoduše: „No špatně“. O jeho stavu vypovídá i otázka, ve které se mě pacient zeptal, proč si tato choroba vybrala právě jeho a proč se někomu rakovina vyhne a někomu ne. Z této otázky je znát, že pacient o svém onemocnění neustále přemýšlí a snaží se najít nějaké vysvětlení.

Výživa a metabolismus

Před hospitalizací byl pacient zvyklý na příjem jídla nejméně 3krát denně (snídaně, oběd, večeře) a během dne vypil asi 1,5 l tekutin. Z tekutin preferuje sladké limonády typu cola, alkohol požívá příležitostně. Z potravin má rád téměř vše. Není v jídle vybíravý.

V současné době má pacient zavedenou nazogastrickou a nazojejunální sondu (11. den zavedení). Pacient je vyživován enterální výživou do nazojejunální sondy, nazogastrická sonda slouží na odpady. Enterální výživu toleruje. Dietu má OS – čajovou a je sledována bilance tekutin. Pacient při výšce 184 cm váží 107 kg, jeho BMI je 31,6 (mírná obezita).

Pacient za poslední tři měsíce výrazně zhubnul. Úbytek váhy udává kolem 20–30 kg. Chuť k jídlu má sniženou cca měsíc. U pacienta jsem hodnotila nutriční stav (Nutritional Risk Screening) výsledkem 3 body, což představuje riziko malnutrice.

Stav kůže je u pacienta na pohled normální, nad pupkem má cca 35 cm dlouhou operační ránu po gastrektomii, která je kryta tekutým obvazem Jodkolodium. Operační rána se hojí dobře a je bez známek infekce. V pravém mesogastriu má pacient ránu po břišním drénu krytou Curapor náplastí. Rána je bez známek infekce. V levém mesogastriu má pacient břišní drén zkrácený do obvazu. Okolí drénu je taktéž bez známek infekce. Stav vlasů, nehtů a sliznic na pohled normální. Chrup má pacient vlastní.

U pacienta jsem hodnotila riziko vzniku dekubitů dle Norton s výsledkem 28 bodů, což nepředstavuje riziko vzniku dekubitů.

Vylučování

Před hospitalizací pacient dle jeho slov žádné problémy s vylučováním neměl.

Pacient má zavedený Foleyův permanentní močový katetr CH 20 (11. den), sleduje se u něj po 12 hodinách diuréza (k 31.3.2014 12:00 je diuréza 1600 ml). Na stolici chodí na toaletu v doprovodu sestry, vyprazdňuje se několikrát denně. Stolica je hnědého zabarvení a řídkého charakteru. Subjektivně pacient s vylučováním problémy nemá. Okolí permanentního močového katetru nevykazuje žádné známky infekce.

Aktivita a cvičení

Pacient má rád adrenalinové sporty. Ve volném čase se rád věnuje hokeji a jízdě na horském kole.

Pacient tráví většinu času na lůžku. V rámci rehabilitace se s dopomocí sestry několikrát denně posazuje (asi na deset minut) a vstane z lůžka. V chůzi se cítí nejistý, ale v doprovodu sestry dojde sám pár desítek metrů na toaletu a zpět.

Podle testu základních všedních činností dle Barthel jsem pacienta zhodnotila na 70 bodů, tzn. že pacient je lehce závislý. Dopomoc potřebuje při koupání, při použití toalety, při přesunu lůžko-židle a při chůzi po rovině. Chůzi po schodech zatím neprovede. Riziko pádu dle Conley (upraveno Juráskovou) jsem zhodnotila s výsledkem 2 body, pacient je tedy bez rizika pádu.

Spánek a odpočinek

Před příchodem do nemocnice pacient nemíval potíže se spánkem a byl zvyklý na 6–7 hodin spánku. Při odpočinku rád sleduje televizi a internet, který má k dispozici i na svém notebooku v nemocnici.

V nynější době si pacient stěžuje na zhoršené usínání a noční nespavost. Jako důvod udává, že na oddělení je v noci hluk a příliš mnoho světla. Občas má také problémy s bolestivostí operační rány. Přes den se kvůli zhoršenému spánku cítí unavený. Hypnotika neužívá.

Vnímání a poznávání

Pacient je při vědomí, orientovaný místem, časem, osobou. Z kompenzačních pomůcek používá při čtení brýle na blízko z důvodu hypermetropie (dalekozrakost). Potíže se sluchem, s řečí nebo s jinými smysly pacient neudává.

Stupeň bolesti dle VAS pacient udává 2–3 (11:25). Lokalizace bolesti je v oblasti operační rány bodavého typu.

Sebepojetí a sebeúcta

Pacient se považuje spíše za extroverta, má rád okolo sebe přítomnost dalších lidí. V nemocnici se ale necítí dobře, protože je kolem něj plno cizích lidí (pacienti i personál).

Role a vztahy

Pacient je ženatý a má dvě děti. Pracuje jako jeřábník. Rád tráví čas se svou rodinou, která je mu oporou a pomáhá mu zvládat jeho nynější stav. Také se rád vídá se svými kamarády.

Reprodukce a sexualita

Na toto téma pacient odmítl hovořit.

Zvládání stresu a tolerance

Pacient uvedl, že zatím pro něj nebylo nic tak stresujícího jako jeho současné onemocnění. Má strach z toho, jak se onemocnění bude vyvíjet a zda se opět do jeho života rakovina nevrátí. Stres se snaží zvládat s pomocí své rodiny, snaží se myslet optimisticky a být nad věcí.

Při odebírání anamnézy pacient vypadal klidně, ale z rozhovoru bylo znát, že nad svým onemocněním neustále přemýšlí a ještě se s ním nevyrovnal.

Víra a životní hodnoty

Pacient je ateista, nemá žádnou víru. Doufá, že postupem času se uzdraví a všechno bude jako dřív.

Jiné

Pacient při rozhovoru působil velmi unaveně. Odpovídal krátce a jednoduše. Odpovědi zejména na otázky typu: jak vnímá své zdraví, jaké jsou jeho životní hodnoty apod. si dlouho rozmýšlel a neměl co říct nebo odpovídal, že neví. Sám se pacient při sběru anamnézy nerozmluvil, odpovídal pouze na mé otázky.

Z invazivních vstupů má pacient centrální žilní katetr (11. den), permanentní močový katetr (11. den), nazogastrickou sondu (11. den), nazojejunální sondu (11. den) a břišní drén v levém mesogastriu (11. den).

Fyziologické funkce: TK = 156/80, P = 98', SaO₂ = 94 %, D = 24', TT = 36,7 °C

8. Ošetrovatelská diagnostika, krátkodobý plán péče, realizace a hodnocení

Ošetrovatelské diagnózy jsem u pacienta stanovila 31.3.2014 (12. den hospitalizace, 10. pooperační den) na oddělení JIP z údajů získaných při sběru ošetrovatelské anamnézy. Diagnózy jsem rozdělila na aktuální a potencionální a seřadila je dle naléhavosti na jejich řešení.

Krátkodobý plán péče jsem naplánovala na následující den 1.4.2014 (13. den hospitalizace, 11. pooperační den) na oddělení JIP. Stanovila jsem si cíle péče a naplánovala jsem ošetrovatelské intervence. Nakonec jsem plán péče s pacientem vyhodnotila.

Při stanovování diagnóz jsem vycházela ze svých teoretických a praktických zkušeností.

Přehled aktuálních diagnóz

1. Akutní bolest z důvodu operačního výkonu a odstranění břišního drénu.
2. Porucha spánku z důvodu maladaptace.
3. Porucha soběstačnosti v oblasti hygieny a chůze z důvodu slabosti.
4. Strach a úzkost z důvodu základního onemocnění.

Přehled potencionálních diagnóz

1. Riziko vzniku infekce z důvodu operační rány, ran po drénech, zavedení CŽK a PMK.
2. Riziko vzniku malnutrice z důvodu základního onemocnění.
3. Riziko vzniku tromboembolické nemoci v důsledku operačního výkonu a klimatického režimu na lůžku.

8.1 Akutní bolest z důvodu operačního výkonu a odstranění břišního drénu

Cíl:

Minimalizace bolesti na max. 2 dle VAS do 1 hodiny od podání analgetik.

Intervence:

- pravidelně kontrolovat intenzitu bolesti dle VAS minimálně každých 6 hodin;
- edukovat pacienta o nutnosti včasného upozornění na počínající bolest;
- sledovat neverbální projevy bolesti;
- zhodnotit lokalizaci, charakter a výskyt bolesti;
- podat analgetika dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinek;
- pomoci vyhledat pacientovi úlevovou polohu.

Realizace: U pacienta jsem pravidelně monitorovala bolest každých šest hodin a edukovala jsem ho o nutnosti včasného upozornění na rozvíjející se bolest. Při kontrolách pacienta jsem sledovala, zda v obličejí nevykazuje neverbální projevy bolesti.

Nejintenzivnější bolesti měl pacient okolo jedenácté hodiny ranní, kdy udával intenzitu dle vizuální analogové škály na stupni 3–4. Lokalizaci bolesti pacient udával v okolí odstraněného břišního drénu v oblasti levého mesogastria bodavého charakteru. Pacienta jsem informovala o možnosti podání analgetik. Pacient možnost podání analgetik odmítl a ujišťoval mě, že bolesti nejsou tak silné, a proto to prozatím vydrží bez analgetik. Pacient přislíbil, že včas upozorní na případné další zhoršování bolesti.

Dále jsem pacientovi doporučila vyhledání úlevové polohy. Po chvíli hledání si pacient lehnul na pravý bok a přitáhl si nohy k tělu. Za několik minut pacient v této poloze usnul.

Hodnocení: Pacient možnost podání analgetik odmítl. Doporučila jsem mu tedy, aby zaujmul úlevovou polohu. Pacient v této poloze usnul. Po probuzení přibližně za hodinu a půl pacient udával zlepšení bolesti dle VAS na stupni 1–2. Bolest se dle stanoveného cíle podařilo regulovat. Provedla jsem zápis do dokumentace.

8.2 Porucha spánku z důvodu maladaptace

Cíl:

Pacient bude v noci nepřetržitě spát alespoň 6 hodin.

Pacient se bude cítit ve dne odpočatý.

Intervence:

- zjistit průměrnou dobu spánku pacienta;
- zjistit příčinu poruchy spánku;
- zjistit, zda má pacient nějaké rituály před spaním, pomoci mu s realizací rituálů;
- aktivizovat pacienta přes den;
- zajistit pacientovi vhodné prostředí pro spánek (vyvětrat, zatáhnout plenu, omezit hluk na oddělení, ztlumit světla, upravit lůžko, zajistit vhodné noční oblečení);
- sledovat kvalitu spánku;
- mírnit případné bolesti podáním analgetik dle ordinace lékaře.

Realizace: U pacienta jsem zjišťovala průměrnou dobu spánku mimo nemocnici. Ta se pohybovala mezi 6 až 7 hodinami nepřetržitého spánku. Jako příčinu nespavosti v nemocnici uvedl, že v noci je na oddělení hluk a ostré světlo, kvůli kterému nemůže usnout a v noci se často budí. Přes den je pak unavený a často spí a v noci už se mu tolik spát nechce. Na otázku zda má nějaké rituály, které by mu pomohly usnout, odpověděl, že nemá. Pacient by se rád v noci vyspal alespoň 6 hodin v kuse.

Přes den jsem se snažila pacienta aktivizovat. Často jsem pacientovi nabízel, zda se nechce v rámci rehabilitace projít po oddělení nebo si číst či sledovat televizi a internet. Edukovala jsem ho o nutnosti redukce spánku přes den na minimum, aby se večer cítil unavený a snáze se mu usínalo.

Odpoledne byl pacient přeložen na standardní oddělení 1. stanice chirurgické kliniky, kde byl uložen na třílůžkový pokoj s dalšími dvěma pacienty. Doporučila jsem mu, aby večer před spaním požádal o vyvětrání pokoje, úpravu lůžka a ztlumení světel. Pacienta jsem také informovala o možnosti podání analgetik, pokud by před spaním pociťoval bolesti.

Hodnocení: Druhý den ráno pacient udával, že spal celou noc od jedenácti hodin, vzbudila ho až sestra okolo páté hodiny ranní. Dle pacienta se mu na standardním pokoji spalo podstatně lépe než na oddělení JIP díky většímu soukromí a menšímu hluku na oddělení. Také osvětlení bylo při usínání zcela zhasnuto. Pacient tedy udával zlepšení spánku, nepřetržitě spal v noci šest hodin a ve dne se cítil odpočatý. Všechny cíle byly splněny. Provedla jsem zápis do dokumentace.

8.3 Porucha soběstačnosti v oblasti hygieny a chůze z důvodu slabosti

Cíl:

Hygiena bude provedena dle požadavků pacienta.

U pacienta bude provedena hygiena dle jeho subjektivního pocitu v dostatečné míře minimálně dvakrát denně.

Pacient se bude pohybovat bezpečně.

Intervence:

- denně sledovat a přehodnocovat úroveň soběstačnosti pacienta;
- sledovat celkový stav pacienta a fyziologické funkce min. každých 6 h dle ordinace lékaře;
- zajistit bezpečnost při mobilizaci pacienta;
- zjistit úroveň soběstačnosti při hygieně;
- zapojit pacienta do sebeděče v maximální možné míře dle jeho aktuálních schopností;
- poskytnout pacientovi pomoc při hygieně dle potřeby;
- motivovat pacienta k sebeděči.

Realizace: Ráno po půl osmé jsem u pacienta dotázaním se zkontrolovala úroveň jeho soběstačnosti. Pacient potřeboval pomoc při hygieně a doprovod při chůzi. Po fyzické stránce se cítil dobře a bolesti měl minimální. Fyziologické funkce (7:00): TK = 152/95, P = 112', SaO₂ = 94 %, D = 26', TT = 36,9 °C. Pacienta jsem vzala do koupelny do sprchového koutu. Při chůzi jsem pacienta přidržovala za paži, protože se stále v chůzi cítil nejistý. Do koupelny jsme došli bez komplikací.

Hygiena ve sprše probíhala dle pacienta. Všechny pomůcky k hygieně byly připravené v koupelně a pacient měl možnost po celou dobu sedět na židli. Pacient zvládl většinu hygieny provést sám. Pomáhala jsem mu pouze s mytím zad, nohou a chodidel, ke kterým se kvůli rozsáhlé operační ráně zatím pacient nesklonil. Noční košili si pacient oblékl sám. Ústní hygienu provedl zcela bez pomoci. S pacientem jsem se bezpečně vrátila zpět k lůžku.

Hodnocení: Hygiena byla dle pacienta provedena v dostatečné míře. Při chůzi jsem pacienta podpírala a přesun z lůžka do koupelny a zpět proběhl bezpečně a bez komplikací. Cíl byl splněn. Provedla jsem zápis do dokumentace.

8.4 Strach a úzkost z důvodu základního onemocnění

Cíl:

Minimalizace obav pacienta.

Intervence:

- trvale sledovat psychický stav pacienta;
- psychicky podpořit pacienta a promluvit si s ním o jeho obavách;
- sledovat neverbální projevy strachu a úzkosti u pacienta;
- zajistit konzultaci s lékařem;
- odvést pozornost pacienta od jeho obav vhodnou aktivitou.

Realizace: Při odběru ošetřovatelské anamnézy pacient verbálně vyjádřil strach z dalšího vývinu onemocnění. Jeho obavy u něj trvají už od doby, kdy se o svém onemocnění dozvěděl (od 12.2.2014, kdy mu byl po absolvované gastrokopii zjištěn karcinom žaludku). Snažila jsem se pacientovi naslouchat a o jeho obavách si s ním promluvit, ale pacient nebyl příliš sdílný a bylo na něm poznat, že nemá náladu si se mnou o svých obavách povídat. Nabídla jsem mu možnost promluvit si s nějakou jinou sestrou nebo možnost konzultace s lékařem či jiným odborným pracovníkem, například s psychologem. Všechny možnosti pacient bez vysvětlení odmítl.

S pacientem jsem se pokoušela navázat kontakt ještě několikrát během dne, bohužel bezúspěšně. Alespoň jsem mu tedy doporučila, aby se zabavil nějakou aktivitou jako je četba knihy či práce s počítačem, aby se nezabýval pouze svými starostmi a přišel na jiné myšlenky.

Hodnocení: U pacienta se mi nepodařilo během jedné služby snížit jeho obavy. Cíl tedy nebyl splněn. Odhaduji, že ke splnění této diagnózy bude zapotřebí delší čas a možná pomoc odborníka. Provedla jsem zápis do dokumentace.

8.5 Riziko vzniku infekce z důvodu operační rány, ran po drénech, zavedení CŽK a PMK

Cíl:

Minimalizace vzniku infekce v okolí operační rány.

Minimalizace vzniku infekce v okolí ran po břišních drénech.

Minimalizace vzniku infekce v místě zavedení CŽK.

Minimalizace vzniku infekce v okolí PMK.

Intervence:

- dodržovat hygienicko-epidemiologický režim;
- edukovat pacienta o známkách infekce a o nutnosti včasného upozornění;
- pravidelně kontrolovat okolí invazivních vstupů a ran 1krát/den;
- včas zachytit počínající místní známky infekce;
- sledovat celkové známky infekce;
- pravidelně asepticky převazovat CŽK dle typu krytí a doporučení výrobce;
- pravidelně převazovat rány za aseptických podmínek min. 1krát/den;
- pravidelně kontrolovat funkčnost CŽK a PMK min. 1krát/službu.

Realizace: Pacienta jsem edukovala o známkách infekce a o nutnosti včasného upozornění v případě jejich výskytu. Po hygieně jsem pacientovi zkontrolovala invazivní vstupy, operační rány a rány po drénu.

Operační rána byla klidná, hojící se, bez známek infekce, krytá tekutým obvazem (Jodkolodium). Rány po drénech byly taktéž hojící se a bez známek infekce. Ošetřila jsem okolí ran dezinfekcí (Betadine roztok) a kryla rány Curapor náplastí. Postupovala jsem asepticky za dodržení hygienicko-epidemiologických podmínek.

Centrální žilní katetr byl kryt transparentní fólií. Dle standardů péče fakultní nemocnice se transparentní fólie může ponechat až 72 hodin. Pacient měl krytý centrální žilní katetr transparentní fólií druhý den, fólii jsem tedy ponechala, pouze jsem zkontrolovala okolí CŽK. Okolí bylo klidné a nevykazovalo žádné známky

infekce. Funkčnost CŽK jsem vyzkoušela proplachem všech vstupů fyziologickým roztokem.

Péče o permanentní močový katetr byla provedena při hygieně pacientem. Okolí katetru bylo klidné, bez známek infekce, katetr bez poruchy funkce odvádí moč.

Hodnocení: Po kontrole byla operační rána, rány po drénech, centrální žilní katetr i permanentní močový katetr bez známek infekce. Subjektivně si pacient na komplikace nestěžoval. Cíle byly splněny. Provedla jsem zápis do dokumentace.

8.6 Riziko vzniku malnutrice z důvodu základního onemocnění

Cíl:

Minimalizace rizika vzniku malnutrice.

Intervence:

- pravidelně kontrolovat hmotnost pacienta vážením min. 1krát/týden;
- pravidelně kontrolovat průchodnost NJS min. každých 6 hod;
- edukovat pacienta o nutnosti pravidelného příjmu nutričně vyvážené potravy;
- sledovat příjem potravy;
- povzbuzovat pacienta do jídla;
- zajistit pacientovi dostatek vhodných tekutin k jídlu;
- zjistit, zda pacientovi naordinovaná dieta vyhovuje.

Realizace: Pacienta jsem zvažila a jeho hmotnost k 1.4.2014 byla 105 kg. Pacient uvedl, že před nástupem k hospitalizaci vážil 107 kg. Úbytek hmotnosti za dobu hospitalizace byl tedy 2 kg. Doposud byl pacient vyživován pouze nazojejunální sondou a pro kontrolu odpadů měl zavedenou nazogastrickou sondu. Dietu měl naordinovanou OS – čajovou.

U pacienta bylo dnes v půl deváté provedeno kontrastní vyšetření polykacího aktu pod RTG kontrolou. Polykací reflex byl dobře vybavný, kontrastní látka prostupovala trávicím traktem bez komplikací. Po tomto vyšetření jsem pacientovi odstranila nazogastrickou sondu a byla mu změněna dieta z OS na 1A (14:00). Nazojejunální sonda byla zatím ponechána. Pacient do NJS dostává enterální výživu Peptamen kontinuálně 60 ml/h. Sondu jsem pacientovi po hygieně

zafixovala u kořene nosu novou náplastí a každých 6 hodin jsem ji proplachovala čajem, abych zjistila její průchodnost.

Pacienta jsem edukovala o nutnosti pravidelného příjmu potravy. K večeři dostal pacient bujón. Snědl pouze třetinu porce. K večeři pacient popíjel čaj. Na otázku, zda mu naordinovaná dieta vyhovuje, odpověděl, že ano, ale že ho stále trápí snížená chuť k jídlu.

Hodnocení: Pacient byl edukován o příjmu potravy. Uvedl, že se nadále bude snažit stále více zatěžovat svůj organismus jídlem a že se pokusí u další porce sníst o něco víc. Stanovený cíl byl splněn. Provedla jsem zápis do dokumentace.

8.7 Riziko vzniku tromboembolické nemoci v důsledku operačního výkonu a klidového režimu na lůžku.

Cíl:

Minimalizace rizika vzniku TEN.

Včasně zachycení příznaků TEN.

Intervence:

- informovat pacienta o riziku vzniku TEN;
- sledovat celkový stav pacienta a fyziologické funkce min. každých 6 h dle ordinace lékaře;
- sledovat stav dolních končetin a příznaky TEN (barva, teplota DK) min. 1krát za službu;
- užít kompresní punčochy či bandáže dolních končetin;
- vertikalizovat pacienta dle jeho stavu do sedu a stoje;
- aplikovat antikoagulantia dle ordinace lékaře;
- edukovat pacienta o nutnosti cvičení a pohybování s končetinami alespoň jednou za 2 hodiny;
- edukovat pacienta o dechové gymnastice;
- zajistit pacientovi dostatek tekutin (min. 2 l).

Realizace: Pacienta jsem informovala o riziku vzniku trombembolické nemoci. Sledovala jsem jeho celkový stav a fyziologické funkce dle ordinace lékaře minimálně každých 6 hodin a zapisovala je do záznamu ošetrovatelské péče. Fyziologické funkce (7:00): TK = 152/95, P = 112', SaO₂ = 94 %, D = 26', TT = 36,9 °C, (13:00): TK = 140/95, P = 105', SaO₂ = 94 %, D = 28', TT = 37,7 °C. Pacient se subjektivně cítil dobře a na nic si nestěžoval.

Po hygieně jsem pacientovi zkontrolovala obě dolní končetiny, které se na pohled zdály být v pořádku a bez příznaků trombembolické nemoci a vyvázala jsem mu vysoké bandáže na obě dolní končetiny. Pacienta jsem edukovala o nutnosti časté vertikalizace a cvičení končetin a ukázala mu, jak má s končetinami cvičit a jak má provádět dechovou gymnastiku. Dále jsem ho edukovala o dostatečném příjmu tekutin (min. 2 l) a o nutnosti podání antikoagulancií (Fraxiparine), které měl pacient naordinované ve 20 hodin.

Hodnocení: Pacient se snaží často posazovat a vstávat z lůžka, ale cvičení v lůžku příliš nedodrží. Uvedl, že končetiny cvičil pouze jednou při prvním nácviku se mnou. Pacient nejeví žádné známky TEN a subjektivně se cítí dobře. Cíl byl splněn. Provedla jsem zápis do dokumentace.

9. Dlouhodobý plán péče

Pacient byl plánovaně přijat 20.3.2014 na standardní oddělení 1. stanice chirurgické kliniky FNKV. Na druhý den, 21.3.2014, byl naplánovaný operační výkon a pacient byl přeložen na JIP chirurgické kliniky, kde pobýval až do 1.4.2014 (13. den hospitalizace, 11. pooperační den), kdy byl ve 14 hodin přeložen zpět na 1. stanici chirurgické kliniky.

Na oddělení JIP potřeboval pacient doprovod a oporu při chůzi a byla snížena jeho soběstačnost v oblasti hygieny, takže potřeboval dopomoc sestry. Na standardním oddělení již byl pacient plně soběstačný, chůzi, i když byla stále ještě nejistá, zvládl zcela bez dopomoci, hygienu taktéž. Přehodnotila jsem Barthel test základních všedních činností s výsledkem 100 bodů (2.4.2014, 14. den hospitalizace, 12. pooperační den), což znamená, že pacient je zcela nezávislý.

Bolesti měl pacient mírné, bez větších výkyvů. Dle VAS udával intenzitu bolesti na stupni 1–2 po celý zbytek hospitalizace. Poslední analgetika za dobu hospitalizace byla pacientovi podána 2.4.2014 ve 20 hodin (Novalgin 1 g i.v. do 100 ml FR). Pacient o ně požádal z toho důvodu, aby mohl klidně usnout.

Potíže se spánkem pacient na standardním oddělení také již neměl. Pacient uvedl, že každý den spal v noci nepřetržitě alespoň 5–6 hodin.

Se změnou diety (4.4.2014, 16. den hospitalizace, 14. pooperační den) na 1D – bezezbytkovou pacient udával i zlepšení chuti k jídlu. Stále ale u něj přetrvávaly potíže s příjmem většího množství jídla najednou. Pacient snědl obvykle zhruba třetinu porce, poté si musel dát chvíli pauzu (5–10 min) než mohl znovu v jídle pokračovat. Pacientovi jsem doporučila, aby jedl pomalu a na jídlo nespěchal. Nazojejunální sonda byla pacientovi odstraněna 3.4.2014. Po celou dobu hospitalizace byla sonda funkční. Proplachovala se každých 6 hodin čajem a každý den byla pacientovi vyměněna fixace sondy u kořene nosu za novou. Do nazojejunální sondy byla podávána enterální výživa.

2.4.2014 byl pacientovi odstraněn permanentní močový katetr. Po odstranění mě pacient informoval o častém nucení na močení. Pacienta jsem edukovala o tom, že to je jedna z komplikací po odstranění permanentního močového katetru. Doporučila jsem mu trénink močového měchýře, který spočívá ve volném zadržování moče po delší dobu, čímž se snižuje četnost močení, a močový měchýř si tak postupně zvyká na větší náplň. Zlepšení u pacienta nastalo za tři dny od odstranění permanentního močového katetru, tzn. 5.4.2014. Okolí katetru bylo po celou dobu zavedení klidné a bez známek infekce. Na další problémy s vylučováním si pacient nestěžoval.

Ve čtvrtek 3.4.2014 byl pacientovi odstraněn centrální žilní katetr. V sou-

vislosti s odstraněním pacient žádné potíže neudával. Okolí vstupu bylo klidné, bez známek infekce.

Strach a obavy se u pacienta příliš nezlepšily. V souvislosti s tím stále trvala stresová hypertenzní reakce, která se u něj objevila 1. pooperační den. Tlak se pacientovi měřil 3krát denně – ráno, v poledne a večer. Všechny naměřené hodnoty přesahovaly hranici normotenze 140/90 mm Hg. Hodnoty systolického tlaku se pohybovaly okolo 140–150 mm Hg, hodnoty diastolického tlaku okolo 90–105 mm Hg. S pacientem jsem se několikrát na téma jeho onemocnění pokusila promluvit, ale pacient nejevil zájem. Doporučila jsem mu konzultaci s lékařem, kterou ale pacient bez udání důvodu opakovaně odmítal.

Pacient byl propuštěn 7.4.2014 (19. den hospitalizace, 17. pooperační den) v 8 hodin. Doporučen mu byl šetřící režim (klid, omezení cvičení, nezvedat těžké předměty, předměty ze země zvedat při vzpřímené páteři s pokrčením v kolenou). Pacientovi byl ještě týden ponechán Fraxiparine 0,6 ml s.c. a byl mu naordinován Anopyrin 100 mg denně při rozvinutí postsplenektomické trombocytémie. Další postup léčby bude probíhat dle histologických výsledků pod vedením onkologického pracoviště.

10. Zhodnocení psychického stavu

Být zdravým má pro člověka významnou hodnotu. Jsme-li zdraví, sneseme snadno fyzickou zátěž a nepohodu, dokážeme být po určitou dobu bez jídla, odpočinku a spánku a nejsme omezováni v aktivitách, které jsou pro nás uspokojením a radostí. Věk sice může být určitým limitujícím faktorem v uspokojování našich rozmanitých potřeb, ale pokud člověka nesužuje choroba, tak není kvalita jeho života příliš omezena.

Nemoc svým průběhem nebo ve svých důsledcích kvalitu života významně snižuje a je pro nás bezpochyby náročnou životní situací. Nemoc klade zvýšené nároky na adaptaci člověka, na jeho volní úsilí a motivaci. U nemocného nejde pouze o to smířit se s faktem svého onemocnění a pasivně přijmout vše, co choroba přináší, ale je taktéž nucen překonávat problémy spojené s nemocí a akceptovat změněný zdravotní stav a nepříjemnosti spojené s diagnostickými a terapeutickými postupy. Pro nemocného je choroba těžkou zátěží a jeho reakce vždy nemusí být dle očekávání zdravotníků, jeho přátel a blízkých.

Duševní stránka nemocného, jeho způsob prožívání onemocnění a psychické reakce na nemoc, jsou důležitou složkou při léčbě a ošetřování nemocných, která ovlivňuje průběh onemocnění. Rozdílná adaptace na onemocnění je u jednotlivých nemocných dána závažností onemocnění, jeho prognózou a náročností léčby a také osobností nemocného a sociální situací. Významným faktorem je bolest, která je často těžce snesitelným prožitkem onemocnění.

Aktivní spolupráce zdravotníků a pacienta je vázána na pochopení jeho individuálních problémů a zvláštností. Totéž onemocnění může pro různé pacienty být zásadně odlišnou životní situací (25).

Pacient dle svých slov nikdy vážně nestonal a nikdy neprodělal operaci. Operace pro něj byla něčím novým a nevěděl, co má očekávat. Pacient přiznal, že z tak radikální operace měl strach. Zabýval se takovými otázkami, jako například: Jaká bude anestezie a jak se po ní bude cítit. Zdali bude mít po operaci velké bolesti. Jestli se operace povede a dopadne dobře. Jak bude vypadat jeho život po operaci.

V pooperačním období pacient řekl, že se cítil hrozně. Měl bolesti a nedokázal se o sebe postarat. Všechno za něj musela dělat sestra. Ulevilo se mu, až když mohl alespoň vstát z postele a dojít si na toaletu. Další období, které pacient prožíval velmi negativně, bylo období po odstranění břišních drénů, po kterých měl velké bolesti (dle VAS 7–8). Na celém pobytu na JIP 1 pacient nejvíc nesnášel, že v noci bylo na oddělení hodně hluku a světla, a i když se cítil velmi unavený, tak nemohl spát.

Příchod na standardní oddělení 1. stanice byl pro pacienta jistým zlepšením.

Přeložení pacient vnímal tak, že se čím dál tím víc blíží k domovu.

Pacient měl o svém zdravotním stavu dostatek informací, přesto ale měl určité pochybnosti, které jak sám vypověděl, mu nikdo nevymluví. Po celou dobu hospitalizace pacient uváděl, že má strach z dalšího rozvoje jeho onemocnění. Báł se, že rakovina je jeho konečná. Že dříve nebo později se jeho stav znovu zhorší a bude muset podstoupit další léčbu.

Z mého pohledu se pacient svým zdravotním stavem velmi trápil a se svým onemocněním se nebyl schopen vyrovnat. O své obavy se ale odmítal podělit s ostatními. Mnohokrát jsem se s pacientem snažila navázat kontakt a promluvit si s ním o jeho problémech, ale bezúspěšně. Pacient mi sdělil, že se o svých problémech nechce bavit ani se mnou, ani s nikým jiným.

Jeho psychický stav se odrážel i na jeho fyziologických funkcích. Ačkoliv se pacient s hypertenzí nikdy neléčil a ani předoperačně neměl zvýšené hodnoty krevního tlaku, tak 2. pooperační den se u pacienta objevil zvýšený krevní tlak, který mu zůstal po celou dobu hospitalizace. Trvale se u něj objevovaly hodnoty nad hranicí normotenze (systolický tlak okolo 140–150 mm Hg, diastolický tlak okolo 90–105 mm Hg) Dle interního konsiliárního vyšetření šlo o stresovou hypertenzní reakci a pacientovi byl předepsán Neuroł 24 mg 3krát denně (08-14-22 hod) do NGS. Ke zlepšení ale u pacienta nedošlo, ani co se týče hypertenze, ani se nijak výrazně nezlepšil jeho psychický stav. Další léky, které byly pacientovi předepsány (2.4.2014) z důvodu špatného psychického stavu, jsou Frontin 0,25 mg 2krát denně (18-08 hod) a Diazepam 10 mg ve 22 hodin do NJS, které ale taktéž nepřinesly zlepšení hypertenze, ani psychický stav pacienta se nijak výrazně nezlepšil.

Na pacientovi byla po celou dobu, kdy jsem se o něj starala, patrná sklíčenost a depresivní nálada. Nesnažil se navázat kontakt ani s personálem ani s nikým z pacientů a byl velice málomluvný.

11. Edukace

Pojem edukace je odvozen ze slova *educo, educare* pocházejícího z latiny, což znamená vést vpřed, vychovávat. Lze ho definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukaci chápeme jako výchovu a vzdělávání jedince.

Pojem edukační proces je činnost lidí, při které dochází k učení, a to buď záměrně, nebo nezáměrně. Edukační proces probíhá od prenatálního života až do smrti. Má pět fází:

1. *Fáze počáteční pedagogické diagnostiky:* V této fázi edukátor (aktér edukační aktivity) odhaluje úroveň dovedností, vědomostí, návyků a postojů edukanta (subjekt učení) a zjišťuje jeho edukační potřeby. Ke zjištění informací o edukantovi využívá edukátor například pozorování či rozhovor.
2. *Fáze projektování:* V této fázi edukátor plánuje cíle edukace, volí vhodné metody, formu, obsah edukace, pomůcky, časový rámec a způsob evaluace edukace.
3. *Fáze realizace:* Prvním krokem realizace je motivace edukanta. Navazuje na ní expozice neboli zprostředkovávání nových poznatků. Dalším krokem je fixace – procvičování a opakování vědomostí a dovedností. Na fixaci navazuje průběžná diagnostika: diagnostika, ověřování a testování pochopení daného učiva a zájmu edukanta. Posledním krokem je aplikace. Při aplikaci se snažíme, aby edukant dokázal nové vědomosti a dovednosti využít v praxi.
4. *Fáze upevňování a prohlubování učiva:* Systematické opakování a prohlubování učiva tak, aby došlo k jeho fixaci do dlouhodobé paměti.
5. *Fáze zpětné vazby:* Zhodnocení výsledků edukanta i edukátora. Zhodnocení nám umožňuje zpětnou vazbu mezi námi a edukantem (17).

Pacient byl v době hospitalizace průběžně seznámen s veškerou léčebnou i ošetrovatelskou péčí. O svém zdravotním stavu měl dostatek informací.

Lékaři byl pacient informován o vyšetřeních, které měl absolvovat. Informace se týkali koloskopie, gastrokopie, laboratorních vyšetření, CT vyšetření, ultrazvukového vyšetření, RTG vyšetření a předanestetického vyšetření. Dále byl poučen o léčbě a o operačním výkonu, o pooperačním období a o vývoji onemocnění.

Ošetrovatelským personálem byl při příjmu na oddělení pacient informován o chodu oddělení 1. stanice chirurgické kliniky. O den později 21.3.2014 byl pacient poučen o léčbě, o režimu JIP, respirační terapii, riziku pádu a dekubitů, o prevenci TEN, polohování a o péči o invazivní vstupy. 22.3.2014 proběhla edukace o pohybovém režimu a o rehabilitaci. Dne 1.4.2014 byl informován o překladu na standardní oddělení, o pohybovém režimu a o dietním opatření.

Za pacientem téměř každý všední den docházela fyzioterapeutka, která ho edukovala o vhodném cvičení a rehabilitaci.

Průběžně byl pacient edukován o všech výkonech, které u něj byly indikovány (např. zavedení PŽK, podávání léků, převazy).

Po odstranění permanentního močového katetru 2.4.2014 si pacient stěžoval na časté nucení na močení. Pacienta jsem informovala o tom, že časté nucení na močení je jednou z komplikací odstranění močového katetru a edukovala jsem ho o tréninku močového měchýře. Trénink močového měchýře je cvičení, které spočívá na principu volního zadržování moče po co nejdelší dobu, čímž si močový měchýř zvyká na opětovnou větší náplň a postupně se snižuje četnost močení. Pacient dle jeho slov takto cvičil několik minut při každém nucení na močení. Ke zlepšení došlo 3 dny po odstranění katetru (5.4.2014) a dále už si pacient na žádné problémy s močením nestěžoval.

V den, kdy jsem měla pacienta na starost (1.4.2014, 13. den hospitalizace, 11. pooperační den) jsem pacienta edukovala o prevenci tromboembolické nemoci, protože právě riziko vzniku TEN jsem u pacienta stanovila jako potencionální ošetrovatelskou diagnózu. Pacienta jsem poučila o riziku vzniku TEN, která může vzniknout jako pooperační komplikace. Také jsem ho edukovala o nutnosti časté vertikalizace, dechové gymnastice a cvičení s dolními končetinami. Dechová gymnastika slouží k proventilování plic. Provádí se několikrát denně a spočívá v hlubokém dýchání po dobu několika minut. K procvičování dolních končetin v lůžku jsem pacientovi doporučila tzv. procházku v posteli (26). Pacient při tomto cvičení leží například na boku a hýbe nohama stejně jako by našlapoval při chůzi. V rámci cvičení jsem mu také doporučila časté změny polohy v lůžku. Přesto, že jsem pacientovi vysvětlila proč je nutné cvičení provádět, tak cvičení neprováděl. Na druhou stranu to ale pacient kompenzoval tím, že často vstával z lůžka a chodil po oddělení chirurgie.

Další edukace pacienta proběhla ze strany nutriční terapeutky, která pacienta 5.4.2014 poučila o dietě č. 1D s omezením zbytků a o vhodných a nevhodných potravinách dle doporučení o dietách fakultní nemocnice.

Mezi vhodné potraviny patří polévky, zejména vývary z masa. Maso je mož-

né používat kromě zvěřiny, kachny a husy jakékoliv do měkka upravené a libové. Z příloh jsou vhodné lisované brambory, bramborová kaše, rýže, těstoviny. Z mléčných výrobků jsou povolené zakysané mléčné výrobky (kefír, acidofilní mléko), přírodní sýry (Žervé, Lučina, 30 % sýr eidamského typu), nízkotučný tvaroh a jogurty s povoleným ovocem, mléko jako samostatný nápoj se většinou nedoporučuje, ale záleží na individuální snášenlivosti. Jako tuk je vhodné používat čerstvé máslo, rostlinné tuky (Rama, Perla, Flóra) a oleje (olivový, slunečnicový, řepkový). Do pokrmů se tuky přidávají až na závěr technologické přípravy. Z ovoce se doporučují oloupaná a nastrouhaná jablka a banány a dále džusy, přesnídávky a pyré, zelenina se doporučuje nenadýmavá (lisovaná mrkev, dušený špenát, celer, petržel). Pečivo je vhodné starší (vánočka, loupák, pečivo z bílé mouky) a nemělo by být příliš sladké. Strava by neměla být příliš solená, z koření je možné využít petrželovou a celerovou nať, pažitku, kopr, petržel, majoránku, bazalku, rozmarýn, saturejku, sladkou papriku a bobkový list. Z nápojů se doporučuje jako vhodný černý, šípkový, bylinný, zelený nebo ovocný čaj a instantní káva bez kofeinu. Dále se doporučuje stolní nesyčená voda, ovocné džusy a šťávy. Příliš často by se neměli podávat omáčky, vhodné jsou rajská, dietní svíčková, koprová, citrónová omáčka.

Mezi nevhodné potraviny naopak patří tučné, smažené, nakládané a uzené maso, zvěřina, husa, kachna, škvarky, slanina, tlačěnka, klobásy, kyselé ryby, pikantní uzeniny, jitrnice. Ze zeleniny by se měla vyloučit, ta která působí nadýmavě (zelí, kapusta, kedlubny, papriky, houby, ředkvičky, kyselé zelí), dále nakládaná a konzervovaná zelenina. Ovoce by taktéž nemělo být nadýmavé, nevhodné je ovoce s tuhými šlupkami a zrníčky, angrešt, rybíz, maliny, třešně, borůvky, jahody, datle, hrušky, fíky, švestky. Luštěniny (hrách, čočka, fazole), kroupy a otruby jsou zakázány v jakékoliv úpravě. Nedoporučuje se čerstvé, celozrnné, vícezrnné pečivo, moučníky z kynutého, lístkového nebo lineckého těsta. Koření je kromě toho povoleného zakázané používat, nesmí se používat Masox, sojová omáčka, instantní polévky, hořčice, majonézy, dresingy. Z mléčných výrobků není vhodné tučné mléko, smetana a šlehačka, plísňové a zrající sýry, smetanové jogurty. Alkohol, černá káva, syčené nápoje příliš horké a příliš chladné nápoje se nedoporučují. Také ořechy, mák, mandle, Chipsy a další pochutiny se nedoporučuje užívat (24).

Před propuštěním do domácího léčení 6.4.2014 proběhla u pacienta edukace ohledně aplikace Fraxiparinu, který byl pacientovi ponechán ještě týden od propuštění. Edukaci s pacientem provedla všeobecná sestra. Edukace probíhala na pokoji pacienta. Sestra nejdříve pacientovi vysvětlila zásady aplikace a naznačila aplikaci Fraxiparinu. Zásady aplikace: Prvním krokem je najít vhodnou a pohodlnou polohu pro aplikaci a vyhledat místo vpichu (obvykle přední boční strana břicha). Zvo-

lené místo vpichu se desinfikuje tampónem s dezinfekčním prostředkem. Dalším krokem je utvoření kožní řasy mezi palcem a ukazováčkem. Kožní řasa se drží po celou dobu aplikace. Nyní je možné zavést jehlu předplněné stříkačky kolmo směrem ke kůži. Následuje pomalá aplikace léku, uvolnění kožní řasy a vytažení jehly. Po teoretickém výkladu měl pacient za úkol interpretovat správnou aplikaci Fraxiparinu, aby sestra poznala, zda pacient edukaci rozuměl. Pacient aplikaci pochopil a večer, dle ordinace lékaře ve 20 hodin již aplikaci Fraxiparinu pod dohledem sestry bezpečně zvládl sám.

Do domácího léčení pacient odcházel, dle jeho potvrzení, plně informován o všem, co se týkalo jeho zdravotního stavu a další léčby.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zpracování případové studie pacienta M. U. s diagnózou karcinom žaludku.

Pacient byl hospitalizován 20.3.2014 v pražské fakultní nemocnici z důvodu plánovaného operačního výkonu – gastrektomie. Péči o pacienta jsem zaměřila na 10. pooperační den na oddělení JIP 1. Výsledkem této péče je její dokumentace za použití metody ošetrovatelského procesu.

Bakalářská práce má 2 části – klinickou část a ošetrovatelskou část. V klinické části se zabývám anatomicko-fyziologickým úvodem a charakteristikou onemocnění. Součástí jsou základní údaje o pacientovi, lékařská anamnéza, přehled prodělaných vyšetření a průběh hospitalizace.

V ošetrovatelské části práce se v úvodu věnuji charakteristice ošetrovatelského procesu a popisu zvoleného modelu pro posouzení nemocného. Pro bakalářskou práci jsem vybrala model Marjory Gordon – „Model fungujícího zdraví“. Na základě analýzy sebraných informací o pacientovi jsem zjistila ošetrovatelské problémy, stanovila ošetrovatelské diagnózy a naplánovala péči o pacienta, čemuž se věnuji v další kapitole práce. Následujícím krokem byla realizace ošetrovatelské péče a její zhodnocení. V další kapitole se zabývám dlouhodobým plánem péče. Následuje zhodnocení psychického stavu pacienta a edukace.

Pacient byl propuštěn 8.4.2014 (19. den hospitalizace, 17. pooperační den) do domácího léčení. Další léčba se bude odvíjet od výsledků histologie a bude probíhat pod vedením onkologického pracoviště.

Seznam zkratek

a. – arteria
amp. – ampule
ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení
AS – akce srdeční
BMI – Body Mass Index
CCK – cholecystokinin
CA – Cancer Antigen
CEA – karcinoembryonální antigen
CMP – cévní mozková příhoda
CRP – c-reaktivní protein
CT – Výpočetní tomografie (Computed Tomography)
CŽK – centrální žilní katetr
D – dech
DK – dolní končetiny
EPI – epidurální
FR – fyziologický roztok
GIP – žaludeční inhibiční peptid
GIT – gastrointestinální trakt
H. – Helicobacter
CH – Charriere
I – indikace
IM – infarkt myokardu
i.m. – intramuskulární
i.v. – intravenózní
JIP – jednotka intenzivní péče
KO – kontraindikace
M – metastáza
m. – musculus
MR – magnetická rezonance
N – nodus
n. – nervus
nn. – nervi
NÚ – nežádoucí účinky
P – puls
PET – pozitronová emisní tomografie
PMK – permanentní močový katetr

p.o. – per os
P + V – příjem a výdej
PŽK – periferní žilní katetr
NGS – nazogastrická sonda
NJS – nazojejunální sonda
NOS – N-nitrózová sloučenina
NPO – nic per os
RHB – rehabilitace
RTG – rentgenové záření
SaO₂ – saturace krve kyslíkem
s.c. – subkutánní
T – tumor
tbl. – tableta
TEN – trombembolická nemoc
Th. – vertebrae thoracicae
Tis – Karcinom *in situ*
TK – tlak krve
TNM – Klasifikace zhoubných novotvarů (Classification of Malignant Tumours)
TOKS – test okultního krvácení ve stolici
TT – teplota
UZ – ultrazvuk
v. – vena
VAS – vizuální analogová stupnice
VIP – vazoaktivní intestinální peptid

Seznam literatury a dalších zdrojů

- (1) ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0143-X.
- (2) LUKÁŠ, Karel, Aleš ŽÁK a kol. *Gastroenterologie a hepatologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1787-6.
- (3) NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ. *Přehled anatomie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-612-0.
- (4) ROKYTA, Richard a kol.. *Fyziologie*. 2. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2008. ISBN 80-86642-47-X.
- (5) TROJAN, Stanislav a Miloš LANGMEIER a kol.. *Lékařská fyziologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0512-5.
- (6) COSTANZO, Linda S. *Physiology*. 4. vyd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. ISBN-13: 978-0-7817-7311-9.
- (7) DÍTĚ, Petr et al. *Vnitřní lékařství*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-496-6.
- (8) MAŘATKA, Zdeněk a spol. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-561-2.
- (9) HANSEN, Margie. *Pathophysiology: Foundation of Disease and Clinical Intervention*. 9. vyd. USA: W.B. Saunders Company, 1998. ISBN 0-7216-4465-1
- (10) MAČÁK, Jirka, Jana MAČÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ. *Patologie*. 2. doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3530-6.
- (11) SOUČEK, Miroslav a kol. *Vnitřní lékařství 1. díl*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-2110-1.
- (12) KLENER, Pavel. *Vnitřní lékařství*. 4. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-705-9.
- (13) LATA, Jan, Jan BUREŠ a Tomáš VAŇÁSEK. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-692-2.

- (14) ŠMÍD, David, Tomáš SKALICKÝ a Jan DOLEŽAL. Karcinom žaludku - komplexní pohled na nemocného. *Practicus* [online]. 2014, roč. 13, č. 2, s. 14-17 [cit. 2014-04-14]. ISSN: 1213-8711. Dostupné z: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Documents/Practicus-2014-02/14-karcinom-zaludku.pdf>
- (15) GORDON, Marjory. *Manual of Nursing Diagnosis*. 13. vyd. USA: Jones and Barlett, 2010. ISBN 978-0-7637-7185-0.
- (16) PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1211-3.
- (17) JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
- (18) STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetřovatelství: Učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-243-5.
- (19) WHO. LEMON 1: *Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1997. ISBN 80-7013-234-5.
- (20) PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.
- (21) Koncepce ošetřovatelství. *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. 2004 [cit. 2014-04-17]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html
- (22) MARTÍNKOVÁ, Jiřina a kol. *Farmakologie: Pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1356-4.
- (23) NAVRÁTIL, Leoš a kol. *Vnitřní lékařství: Pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2319-8.
- (24) Zdravotnická dokumentace FNKV
- (25) JOBÁNKOVÁ, Marta a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2000. ISBN 80-7013-288-4.
- (26) KNOBLOCH, Jan. *Obecná chirurgie*. 7. vyd. Praha: Avicenum, 1975.
- (27) Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK

- (28) Databáze léků. *Státní ústav pro kontrolu léčiv* [online]. 2010, 20.5.2014 [cit. 2014-05-22]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Ošetrovatelská anamnéza pacienta M.U (27)

Příloha č. 2: Plán péče (27)

Příloha č. 3: Farmakoterapie pacienta (28)

Příloha č. 4: Laboratorní výsledky pacienta ze dne 11.3.2014 (24)

Přílohy

Příloha č. 1: Ošetřovatelská anamnéza pacienta M. U.

Ošetřovatelská anamnéza

Oddělení : DIP 1 (CHIRURGICKÁ KLINIKA)

Datum a čas odběru anamnézy : 31.3.2014 11:00

Jméno (iniciály) : M.U. Pohlaví: MUŽ Věk : 50 LET

Datum přijetí : 30.3.2014 Datum propuštění :

Stav: ŽENATÝ Povolání: JEŘÁBNÍK

Rodina informována : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní): C 169 2N - ŽALUDEK - VENTRIKULUS MS (JHOUBUÝ NOVOTVAR ŽALUDEK)

Chronická onemocnění :

Infekční onemocnění: NE ANO

Režimová opatření:

Léčba: LEVOSTRANÁ PANCREATEKTOMIE SE SPLENEKTOMIÍ, CHOLECYSTECTOMIE, TOTÁLNÍ GASTREKTOMIE

Operační výkon: DO UJI: PEPTICKÉ KOLIKY, GOMPLA, PŮDPLACH CAŽEY K. G. B. PD DOKAPÁVU Pooperační den: 10

Farmakoterapie: ME NA 150.800PCE 2x 60ml/2h, ISOLYTE 1000ml/150ml/2h, AUGMENTIN 12g. i.p. 16. 2x - 08, NOVOCIN 1g. i.p. do 100ml FR na 30min. PŘI BOLESTI MAD 2 (VAS) 11V. INT. G. B. MAX. 4ang/24h, FRAXIPARINE 0,4 ml s.c. n. 20.00, O₂ čist. 2L/100VAC, ATRROBEVE 1ml + FR 3ml 14-22-08

Jiné léčebné metody:

Má nemocný informace o nemoci : ano ne částečně

Alergie : ano ne jaké:

Fyziologické funkce : P : 98' TK : 156/10 D : 24' SpO2 : 94% TT : 36,7 °C

Hmotnost : 107 Výška : 184

1) Vědomí

stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC :

Orientovaný Deorientovaný

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UKO

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba) NIKDY VŽÁNEŽI NESTOHL, OPRAKOVANÉ BOLESTI JAKO PO FRAKTUŘE OBRAŤLŮ

Úrazy: ano ne jaké: ÚRAZ PATEŘE - FRAKTURA OBRAŤLŮ T12+12

Prodělaná dětská onemocnění :

Infekční onemocnění : ano ne

6) Výživa, metabolismus

Dieta: DS - ČADIVA Nutriční skóre: 3,8

Chuť k jídlu : ano ne

Potíže s přijímáním potravy : ano ne jaké:

Jakým druhům potravin dává přednost : JÍ VŠECHNO

Užívá doplňky výživy : ano ne jaké:

Enterální výživa 1800ml 1000ml Parenterální výživa PEPTAMEN

Denní množství tekutin : cca 1,5l Druh tekutin : SLADKÉ UHOHARÝ, COCA

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době : ano ne o kolik : 10-30kg

Umělý chrup : ano ne horní dolní

Potíže s chrupem : ano ne

7) Vyprazdňování

problémy s močením : ano pálení řezání retence inkontinence

problémy se stolicí : ano průjem zácpa inkontinence

stolice pravidelná : ano ne

poslední stolice : 31.3.2014

Způsob vyprazdňování : podložní misa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení: 11

Rektální odvodný systém:

Stomie

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim : MOŽE VSTÁT A CHODIT

Barthel test: 70 p.

Riziko pádu: ANO skóre 11

NE

Pohyblivost : chodící samostatně chodící s pomocí
 ležící pohyblivý ležící nepohyblivý
 pomůcky jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : 6 hodina usnutí :
poruchy spánku : ano ne jaké : POTÍŽE S USÍNÁNÍM, NEUSPÁVOST
hypnotika : ano ne
návyky související se spánkem :

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem : ano ne jaké : HYPERMETROPIE (DALEKODIVNOST)
potíže se sluchem : ano ne jaké :
porucha řeči : ano ne jaká :
kompenzační pomůcky : ano ne jaké : BŘÍLE

orientace : orientován
 dezorientovaný místem časem osobou

11) Sebepečení, sebevědomí – hodnocení psychosociálního stavu

je raději : sám v kolektivu
co si myslí o svém zevnějšku a o sobě : DOBŘÍ
pocit zlosti, vzteku : ano ne
pocit strachu : ano ne z čeho : z DALŠÍHO VÝVOZE ONEMOCNĚNÍ
pocit úzkosti : ano ne
jak klient vyjadřuje negativní emoce :
emocionální stav : ZOŠTĚLENÝ
Úroveň komunikace a spolupráce : DOBŘÍ

12) Role, vztahy

vztah klienta k ostatním lidem : RAĎ JE S RODINOU A KAMARÁDY
bydlí doma sám : ano ne
kdo bude o klienta pečovat po propuštění : MANŽELKA
kontakt s rodinou : ano ne

13) Reprodukce, sexualita

počet porodů :

počet potratů :

antikoncepce : ano ne jaká :
pravidelnost menstruace : ano ne Klimakterium : ano ne
problémy s prostatou : ano ne jaké :
pohlavní onemocnění : ano ne jaké :
zvláštnosti v sexuálním chování :

14) Stres, zátěžové situace

psychický stav : klidný rozrušený úzkostný depresivní strach
prožívá nějaké napětí : ano ne jaké, z čeho : *CHOROBA*
způsob odraťování : *TELEVIZE, INTERNET, RODINA*
kouření : ano ne kolik :
alkohol : ano ne kolik : *POUŽÍVÁM*
drogy : ano ne jaké :
EXNIKOTINISBUS cca 1 rok, dříve 20 cigaret / den

15) Víra

Víra ano ne jaká :

16) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : *1x BEŽNÍ DRÉN* Datum zavedení : *21.3.2014*

Permanentní močový katétr : ano ne

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

centrální datum zavedení : *21.3.2014* kde : *VENA SUBCLAVIA*
stav : *OKOLÍ KLIDNÉ, BEZ INFECCE*

Sonda : ano ne jaká : *URS, VGS* datum zavedení : *21.3.2014*

Stomie : ano ne jaká : stav :

Endotracheální kanyla : ano ne č.ETR : datum zavedení :

Tracheotomie : ano ne č. : od kdy :

Arteriální katétr : ano ne

Epidurální katétr : ano ne

Jiné invazivní vstupy :

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

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

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

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

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

0-40 bodů: vysoce závislý

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý 70l.

100 bodů: nezávislý

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

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

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

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutricional Risk Screening

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

Hodnocení:

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

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

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

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

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

Ošetrovatelské zhodnocení

PACIENT JE PŘI VĚDOMÍ, ORIENTOVANÝ, SPOLUPRACUJE. ZDÁ SE BÝT
 SELEKČNÝ A DORADUJENÝ. INVAZIVNÍ VSTUPY BEZ ZNAČEK INFERENCE.
 OKOLÍ OPERAČNÍ RÁNY KLIDNÉ, HOZÍ SE, BEZ ZNAČEK INFERENCE.

Ošetřovatelská diagnóza	Ošetřovatelský cíl	Ošetřovatelské intervence	Realizace	Hodnocení	Podpis sestry
4. Strach a úzkost z důvodu zánětlivého onemocnění	MINIMALIZACE STRACHU PRK. V OBLASTI OP. PÁŮU.	- SLEDOVAT PSYCHICKÝ STAV - PŘEDPŘÍT A PŘOHLAVIT SI O STRACH - SLEDOVAT VĚRNĚŘÁDI PROJEVY STRACHU A ÚZKOSTI - JARBIT KOZULITACI SLEHŘENÍ - ODNĚŠT POZORNOST OD STRACHU - VYVOLAT AKTIVITU	- ZODHLUVA STRK. - ODVAHA - KOZULITACI SLEHŘENÍ - ODVAHA - PODPORA ZUVĚŘENÍ - PRÁCE S VUTĚRNETEM, ČETBA	- OZNAKY SE ŽNĚVIT VEPDODRÁHO - CI VĚRYL STRĚDOU	Red 06.05
5. Riziko úzkého IBERKE DŮVODOU OP. PÁŮU, PÁU TO DRĚBECH, UNĚBEVU CIĚ A PRK	MINIMALIZOVAT RIZIKO IBERKE V OBLASTI OP. PÁŮU. MINIMALIZOVAT RIZIKO IBERKE V OBLASTI TOUAT DRĚBECH MINIMALIZOVAT RIZIKO IBERKE V OBLASTI CIĚ. MINIMALIZOVAT ODDIK IBERKE V OBLASTI PRK	- HIGIENICKO - EPIDEMIOLOGICKÝ REŽIM - EDUKOVAT O ŽUŘNÁKCH IBERKE - KOZULITACI VSTUPŮ A PÁU KÝBEU - VĚLS ZACHYTIT POČINÁKCI - NĚSTI ŽUŘNÁK IBERKE - SLEDOVAT CELKOVĚ ŽUŘNÁK IBERKE - PRAVDIVĚ PŘĚVĚZOVAT CIĚ, PÁU ŽE ASEPTICKĚ HODNĚL - PÁU KÝBEU - PRAVDIVĚ PRAVDIVĚ CIĚ, PÁU KÝBEU	- EDUKACE O ŽUŘNÁKCH IBERKE - PŘĚVĚZOVAT PO DRĚBECH, DRĚBE IBERKE BETADINE, VĚTI, ČUŘNOR, VĚPAST - CIĚ VĚTI Ž PĚU - PÁU, PRK, CIĚ BEZ ŽUŘNÁK IBERKE	- PÁU, PRK, CIĚ BEZ ŽUŘNÁK IBERKE - ŽUŘNÁK IBERKE - CIĚ STRĚU	Red 06.05

Plán ošetřovatelské péče

Ošetřovatelská diagnóza	Ošetřovatelský cíl	Ošetřovatelské intervence	Realizace	Hodnocení	Podpis sestry
1. AKUTNÍ BOLEST A DŮVODY OP. VÍKOU A ODSŤRAVENÍ ŠPÍČKOVÝM DŘEVEM	MINIMALIZACE BOLESTI ZA 2 DŮV. DO 1 HOD OD PODÁNÍ ANALGETIK.	- VYHODNOTIT ÚROVEŇ BOLESTI - EDUKOVAT O VĚCNÍCH ÚPRAVĚCH ÚP BOLEST - SLEDOVAT DEKURÁCI, PŘÍJEM - SLEDOVAT KONTAKTY, CHARAKTER A VĚŠTĚ BOLESTI - POKUŠI VYHLEDAT ÚLEVNOU - POKUŠI ANALGETIKA DŮE OL	- NUTRIČNÍ BOLESTI - EDUKACE PAC. O ÚPRAVĚCH VĚCNÍHO ÚPRAVENÍ - VYHODNOTIT ANALGETIK - OČAS - VYHLEDAT ÚLEVNOU POKUŠI - BOLESTI DŮE VAS 3-4	- PO VYHLEDÁNÍ ÚLEVNOU POLOHU PAC. ČCA ZA 1,5 HOD UPADNĚ KLIDNĚ (VAS 1-2) - CÍL SPLŮVĚN	Poláček
2. PODOBNÁ SPÁVKU A DŮVODY NALADĚNOSTI	PAC. BŮDE VUOC I VE PŘEDVÍ STÁT A LESPOU 6 HOD. PAC. SE BŮDE CÍTIT VE DŮE ODPOČATY.	- ZJIŠTIT PŘÍČINU DŮBO SPÁVKU - ZJIŠTIT PŘÍČINU - ZJIŠTIT RITUÁLY - AKTIVOVAT PŘES DŮV - ZJIŠTIT ÚHODNĚ TOUŽEBNÍ PRO SPÁVKU - SLEDOVAT KVALITU SPÁVKU - NĚKDY BOLESTI PODÁNÍ ANALGETIK	- PŘÍMĚRNĚ DĚLA SPÁVKU 6-7 HOD - VĚSTNOST A DŮVODU HLUKU A OSVĚTLENÍ NA ODD. - AKTIVACE PAC. - PRAŠI, PRÁCE S INTERAKTIVNÍ - EDUKACE O ZDROJÍCH SPÁVKU - EDUKACE O MOŽNOSTI PODÁNÍ A ANALGETIK PŘI BOLESTI PŘED SPÁVKU - PŘEKLIAD NA 1. STADIU CHIR. KLINIKY	- PAC. SPÁL U DŮCI VE PŘEDVÍ 6 HOD - CÍL BŮL SPLŮVĚN	Poláček
3. PŘEDČASNÁ SOBĚSTACNOSTI NEČASNĚ HYGIENY A CHYZE A DŮVODU SLEDEJÍCÍ	HYGIENA BŮDE PŘEVĚDĚNA DŮE PO 2 DŮV. PAC. HYGIENA BŮDE PŘEVĚDĚNA V DOSTA TĚŽ VE HĚ 1 HOD. 2x DŮV. PAC. SE BŮDE POKUŠOVAT ZEVNĚ	- SLEDOVAT ÚROVEŇ SOBĚSTACNOSTI A FF - SLEDOVAT CELKOVÝ STAV PAC. - ZJIŠTIT BOLESTI PŘI MOŽNĚ - POKUŠI DO ZEVNĚ - POKUŠI DO POKUŠE PŘI HIG. - POKUŠI DO ZEVNĚ	- FF: 16, 152/95, P. 110, 80, 70% D. 26, TT. 36, 9°C - DŮVOD PŘI CHYZI - DŮVOD PŘI HYGIENĚ VE STŘE	- HYGIENA PŘEVĚDĚNA DŮE PAC. - SOBĚSTACNOSTI - CÍL BŮL SPLŮVĚN	Poláček

Plán ošetřovatelské péče

Příloha č. 3: Farmakoterapie pacienta

Ambrobene

Farmakoterapeutická skupina: Expektorancia, mukolytika.

Léčivá látka: Ambroxoli hydrochloridum 15 mg v 1 ampuli (2 ml) injekčního roztoku.

I: Akutní a chronická bronchopneumopatie, prevence v pre- a postoperačním období v chirurgii, plicní atelektáza.

KO: Hypersenzitivita.

NÚ: Pálení žáhy, nechutenství, nauzea, zvracení, kožní vyrážka, slabost, bolest hlavy, pocit těžkých končetin.

Anopyrin 100 mg

Farmakoterapeutická skupina: Antitrombotikum, inhibitor agregace trombocytů.

Léčivá látka: Jedna tableta obsahuje acidum acetylsalicylicum 100 mg.

I: Nestabilní angina pectoris, akutní infarkt myokardu, profylaxe reinfarktu.

KO: Hypersenzitivita, žaludeční nebo duodenální vředy, hemoragická diatéza.

NÚ: Gastrointestinální potíže, mikrohemoragie, nauzea, vomitus, průjmy, žaludeční krvácení a ulcerace žaludku, dnavý záchvat.

Atropin Biotika 0,5 mg

Farmakoterapeutická skupina: Parasympatolytikum.

Léčivá látka: Atropini sulfas monohydricus 0,5 mg v 1 ml.

I: Antidotum při otravě inhibitory acetylcholinesterázy, premedikace, akutní infarkt, fibrilace a flutter předsíní, bradykardie a bradykardická arytmie.

KO: Glaukom, hypertrofie prostaty, organická stenóza pyloru, hypertyreóza, mukoviscidóza, tachykardie, zvýšený nitrolebeční a nitrooční tlak, porucha acidobazické rovnováhy, hypoxie.

NÚ: Útlum sekrece slinných žláz, mydriáza, porucha akomodace, zvýšení nitroočního tlaku, fotofobie, tachykardie, retence moči, bolesti hlavy, obstipace, excitace, záškuby a svalové křeče, halucinace, ztráta vědomí.

Augmentin 1,2 g

Farmakoterapeutická skupina: Kombinace penicilinů, včetně inhibitorů beta-laktamázy.

Léčivá látka: Amoxillinum natricum v množství odpovídajícím 1000 mg amoxilinum a kalii clavulanas v množství odpovídajícím 200 mg acidum clavulanicum

v 1 injekční lahvičce.

I: Léčba infekcí (nitrobřišní infekce, infekce gastrointestinálního traktu, pyelonefritida, kostní a kloubní infekce, atd.).

KO: Hypersenzitivita na léčivé látky, peniciliny a pomocné látky, okamžitá reakce přecitlivělosti na další beta-laktamová antibiotika, žloutenka.

NÚ: Nejčastější jsou průjem, nauzea a zvracení. Méně častějšími jsou závratě, bolesti hlavy, kožní vyrážka. Vzácná je erytema multiforme, tromboflebitida, trombotopenie, leukopenie.

Degan 10 mg roztok pro injekci

Farmakoterapeutická skupina: Antiemetikum, prokinetikum.

Léčivá látka: Metoclopramidi hydrochloridum monohydricum 10,5 mg, což odpovídá metoclopramidi hydrochloridum 10 mg, v jedné ampuli o obsahu 2 ml.

I: Prevence pooperační nevolnosti a zvracení, symptomatická léčba nevolnosti a zvracení, prevence nevolnosti a zvracení vyvolaných radioterapií.

KO: Hypersenzitivita, gastrointestinální krvácení a perforace, feochromocytom, epilepsie, Parkinsonova choroba, kombinace s levodopou nebo dopaminergními agoniisty.

NÚ: Velmi častá je somnolence, časté jsou hypotenze, deprese, astenie, průjem. Méně časté jsou bradykardie, amenorea, hyperprolaktinemie, přecitlivělost, dystonie, dyskineze, snížená úroveň vědomí, halucinace.

Diazepam Slovafarma 10 mg

Farmakoterapeutická skupina: Anxiolytikum se sedativním, antikonvulzivním, myorelaxačním účinkem.

Léčivá látka: Diazepamum 10 mg v 1 tabletě.

I: Úzkost, napětí, panický strach, fobie, obscese, emoční tenze a neklid, psychosomatická onemocnění, svalová spasticita, léčba abstinčního syndromu u alkoholiků, léčba epilepsie.

KO: Myasthenia gravis, glaukom, intoxikace alkoholem, barbituráty a jiné látky tlumivě působící, poškození jater a ledvin, první trimestr gravidity, kojení, alergie na přípravek.

NÚ: Spavost, ataxie, vertigo, dysartrie, bolest hlavy, poruchy zraku, dezorientace, deprese, agitovanost, poruchy spánku, vyrážka, pruritus, ikterus, poruchy krvetvorby, retence moče, poruchy mikce a libida.

Fraxiparine

Farmakoterapeutická skupina: Antikoagulans, antitrombotikum.

Léčivá látka: Nadroparinum calcicum 9 500 IU anti-Xa v 1 ml roztoku

I: Profylaxe a léčba TEN, prevence krevního srážení během hemodialýzy, léčba nestabilní anginy pectoris a non-Q infarktu myokardu.

KO: Hypersenzitivita, trombocytopenie, aktivní krvácení nebo zvýšené riziko krvácení, cévní mozkové příhody s krvácením, organické poškození se sklonem ke krvácení (např. žaludeční vřed), akutní infekční endocarditis, těžké poškození ledvin.

NÚ: Velmi časté jsou krvácivé projevy a krevní výrony v místě vpichu. Často se vyskytují reakce v místě vpichu, zvýšení transamináz. Vzácně trombocytopenie, trombocytóza, hypersenzitivní reakce, anafylaktoidní reakce, hyperkalémie, vyrážka, kopřivka, erytém, svědění.

Frontin 0,25 mg

Farmakoterapeutická skupina: Anxiolytika, benzodiazepinové deriváty.

Léčivá látka: Alprazolamum 0,25 mg v jedné tabletě.

I: Krátkodobá léčba středně závažných poruch úzkosti (generalizovaná úzkostná porucha, úzkostně depresivní porucha, panická porucha, příznaky úzkosti související s funkčním nebo organickým onemocněním gastrointestinálními, kardiovaskulárními a dermatologickými nemocemi.

KO: Hypersenzitivita, myasthenia gravis, akutní intoxikace alkoholem, akutní glaukom, kojení, první trimestr gravidity.

NÚ: Nejčastější jsou ospalost, závratě, bolesti hlavy, narušená schopnost koordinace, únava, vyčerpanost, podrážděnost, rozmazané vidění. Méně časté jsou hypotenze, nespavost, gastrointestinální dráždivost, změny tělesné hmotnosti, deprese, agresivní chování a úzkost, amnézie, tremor, kožní reakce, snížení libida, sucho v ústech, zvýšené slinění, retence moči, inkontinence, menstruační poruchy, ikterus.

Glukóza 5 %

Farmakoterapeutická skupina: Ostatní aditiva k intravenózním roztokům.

Léčivá látka: Glucosum (ve formě glucosum monohydricum) 50,0 g/l

I: Nedostatek sacharidů a tekutin, rozpouštědlo kompatibilních léčiv pro parenterální podání.

KO: Dekompenzovaný diabetes, intolerance glukózy (např. metabolický stres), hyperosmolární koma, hyperglykémie, hyperlaktacidémie.

NÚ: Nejsou známy.

Humulin R

Farmakoterapeutická skupina: Inzuliny a analogy rychle působící, k injekční aplikaci.

Léčivá látka: 1 ml obsahuje 100 IU insulinum humanum biosyntheticum.

I: Diabetes mellitus.

KO: Hypoglykémie, hypersenzitivita.

NÚ: Hypoglykémie, lokální přecitlivělost.

Isolyte

Farmakoterapeutická skupina: Elektrolyty.

Léčivá látka: Natrii acetat trihydricus 4,63 g, Natrii chloridum 6,02 g, Kalii chloridum 0,30 g, Magnesii chloridum hexahydricum 0,30 g (složení na 1000 ml)

I: Extracelulární dehydratace, hypovolemie, mírná metabolická acidóza.

KO: Hyperhydratace, renální insuficience, metabolická alkalóza, hyperkalemie.

NÚ: Hyperhydratace a srdeční selhání u pacientů se srdeční poruchou, edém, reakce v místě aplikace.

Isosource standard neutral

Složení: Voda, maltodextrin, kaseinát vápenatý, řepkový olej, slunečnicový olej, kaseinát sodný, MCT olej, emulgátor Citrem E 472C, chlorid draselný, citrát sodný, dihydrogenfosforečnan draselný, dihydrogencitrát draselný, oxid hořečnatý, vinan cholinu, stabilizátor Carrageen E 407, chlorid sodný, vitamin C, mléčnan železnatý, síran zinečnatý, nikotinamid, antioxidant ascorbyl palmitate (E304), síran manganatý, glukonan měďnatý, pantotenan D vápenatý, fluorid sodný, vitamin B 6, vitamin B 2, vitamin B 1, vitamin A, kyselina listová, jodid draselný, molybdenan sodný, chlorid chromitý, seleničitan sodný, biotin, vitamin K 1, vitamin D 3, vitamin B 12.

I: U pacientů, kteří nesmí přijímat kuchyňskou stravu nebo je její příjem nedostatečný, přechod z parenterální na enterální výživu, příprava před endoskopiemi a výkony na GIT, bezesbytková strava.

KO: Ileus, střevní atonie, hyperkalcémie, intolerance přípravku.

Marcaine 0,5 %

Farmakoterapeutická skupina: Lokální anestetikum amidového typu.

Léčivá látka: Bupivacaini hydrochloridum 5,0 mg v 1 ml injekčního roztoku.

I: Chirurgická anestezie, léčba akutní bolesti.

KO: Hypersenzitivita, poškození převodního systému srdce, akutní srdeční dekompenzace, porucha krevní srážlivosti, zvýšený nitrolební tlak, meningitida, polio-

myelitida, spondylitida, septický zánět krve, úraz páteře, tuberkulóza páteře, nádor páteře, postižení míchy v důsledku perniciózní anémie.

NÚ: Velmi časté jsou hypotenze, nauzea. Závratě, parestezie, bradykardie, hypertenze, zvracení, retence moči patří mezi časté nežádoucí účinky. Méně časté jsou příznaky toxicity na CNS (křeče, necitlivost jazyka, poruchy vidění a slyšení, ztráta vědomí, třes), vzácné jsou alergické a anafylaktické reakce, neuropatie, paréza a paraplegie, diplotie, zástava srdce, útlum dechu.

Morphin Biotika 1 %

Farmakoterapeutická skupina: Analgetikum, anodynum.

Léčivá látka: Morphini hydrochloridum trihydricum 10 mg v 1 ml.

I: Léčba silné akutní a nádorové bolesti, premedikace před anestezií.

KO: Hypersenzitivita, poškození funkce plic s útlumem dechového centra, chronická obstrukční bronchopulmonální nemoc, paralytický ileus, úrazy hlavy se zvýšeným intrakraniálním tlakem.

NÚ: Nejčastěji nauzea, zvracení a zácpa. Útlum dýchání, ospalost, zmatenost, pokles TK, biliární a uretrální spasmus, sucho v ústech, pocení, zčervenání, závratě, bradykardie, tachykardie, palpitace, hypotermie, změny nálady, bolest hlavy, poruchy spánku, zastřené vidění, mióza, poruchy chuti, alergická reakce, psychická a fyzická závislost.

Neurol 0,25

Farmakoterapeutická skupina: Anxiolytikum, antidepressivum.

Léčivá látka: Jedna tableta obsahuje alprazolamum 0,25 mg.

I: Krátkodobá léčba panické poruchy, generalizované úzkostné poruchy, úzkosti spojené s depresí.

KO: Hypersenzitivita, myasthenia gravis, glaukom, respirační nedostatečnost, spánková apnoe, jaterní nedostatečnost.

NÚ: Velmi časté jsou sedace, ospalost, spavost. Časté jsou zvýšená nebo snížená chuť k jídlu, zmatenost, deprese, poruchy koordinace, ataxie, bolesti hlavy, závratě, poruchy paměti, poruchy soustředění, rozmazané vidění, zvýšená salivace, zácpa, nauzea, pocení, podrážděnost. Méně časté jsou, halucinace, hněv, agrese, úzkost, agitovanost, změny libida, nespavost, nervozita, ikterus, svědění, vyrážka, změny hmotnosti.

Novalgin injekce

Farmakoterapeutická skupina: Pyrazolony.

Léčivá látka: Metamizolum natriicum monohydricum 500 mg v 1 ml roztoku.

I: Silná akutní nebo chronická bolest, horečka nereflektující na jinou léčbu.

KO: Alergie na metamizol nebo jiné pyrazolony, porucha funkce kostní dřene, porucha hematopoézy, analgetické astma, alergie na pomocnou látku přípravku, akutní intermitující hepatická porfýrie, vrozený defekt glukózo-6-fosfát dehydrogenázy, třetí trimestr těhotenství a kojení, hypotenze, nestabilní oběh.

NÚ: Anafylakticko/anafylaktoidní reakce, vyrážka, hypotenze, leukopenie, agranulocytóza, trombopenie, zhoršení ledvinové nedostatečnosti, intersticiální nefritida, reakce v místě vpichu.

Nutriflex basal

Farmakoterapeutická skupina: Roztoky pro parenterální výživu, kombinace.

I: Doplnění aminokyselin, energie, elektrolytů a tekutin při parenterální výživě u pacientů s katabolismem.

KO: Hypersenzitivita, vrozené abnormality metabolismu aminokyselin, nestabilní metabolismus, zvýšené hodnoty elektrolytů v séru, intrakraniální nebo intraspinální krvácení, nestabilní stav cirkulace, buněčná hypoxie, kóma neznámého původu, jaterní nebo ledvinová insuficience, hyperhydratace, akutní edém plic, dekompenzované srdeční selhání.

NÚ: Vzácné, obvykle souvisejí s nevhodným dávkováním a rychlostí infuze.

Oxazepam léčiva

Farmakoterapeutická skupina: Anxiolytikum.

Léčivá látka: Oxazepamum 10 mg v 1 tabletě.

I: Zmírnění nervozity, napětí, úzkosti a neklidu, duševní deprese se zvýšenou dráždivostí, nespavost provázená úzkostí, zmírnění abstinčních příznaků při odvykací alkoholové léčbě.

KO: Hypersenzitivita, myastenia gravis, toxikomanie, akutní otrava alkoholem a jinými látkami tlumícími centrální nervový systém, akutní dechová nedostatečnost, glaukom, gravidita, kojení.

NÚ: Závratě, ospalost, ataxie, zmatenost, deprese, bolesti a křeče v břiše, zácpa, průjem, žízeň, slinění, nauzea, zvracení, změny libida, palpitate, tachykardie, bolesti hlavy, svalové křeče, únava, poruchy vidění, vzácně kožní alergické reakce, poruchy krevetvorby, zhoršení paměti, svalová slabost, riziko závislosti.

Paracetamol Kabi 10 mg/ml

Farmakoterapeutická skupina: Jiná analgetika a antipyretika, anilidy.

Léčivá látka: 1 injekční lahvička nebo vak o obsahu 100 ml obsahuje paracetamol 1000 mg.

I: Krátkodobá léčba středně silných bolestí a hořčnatých stavů.

KO: Hypersenzitivita, závažná hepatocelulární insuficience.

NÚ: Vzácné a velmi vzácné (hypotenze, nevolnost, zvýšení transamináz, trombocytopenie, leukopenie, neutropenie, hypersenzitivita)

Peptamen neutrální

Složení: pitná voda, maltodextrin, peptidy z hydrolyzované syrovátky (mléčná bílkovina), MCT tuky, kukuřičný škrob, sojový olej, glukózový sirup, minerální látky (fosforečnan sodný, citrát vápenatý, chlorid sodný, chlorid hořčnatý, chlorid draselný, oxid hořčnatý, síran železnatý, síran zinečnatý, síran manganatý, síran měďnatý, fluorid sodný, jodid draselný, seleničitan sodný, chlorid chromitý, molybdenan sodný), emulgátory (sojový lecitin, E471), zahušřovadlo (E412), vitaminy (C, E, niacin, kyselina pantothenová, B6, B1, beta-karoten, A, B2, D3, K1, kyselina listová, biotin), regulátor kyselosti (E525), cholin-chlorid, taurin, L-karnitin.

I: Enterální výživa při stavech podvýživy, pro pacienty s malabsorbci nebo poruchami trávení.

KO: Alergie na mléko.

Perfalgan 10 mg/ml

Farmakoterapeutická skupina: Jiná analgetika, antipyretika.

Léčivá látka: 1 ml obsahuje 10 mg paracetamol.

I: Krátkodobá léčba středně silných bolestí, hořčnatých stavů.

KO: Hypersenzitivita, hepatocelulární insuficience.

NÚ: Vzácné účinky jsou neklid, hypotenze, zvýšení jaterních transamináz. Velmi vzácné jsou hypersenzitivita, trombocytopenie, leukopenie, neutropenie.

Plasmalyte roztok

Farmakoterapeutická skupina: Elektrolyty.

Léčivá látka: Natrii chloridum 5,26 g/l, Kalii chloridum 0,37 g/l, Magnesii chloridum hexahydricum 0,30 g/l, Natrii acetat trihydricus 3,68 g/l, Natrii gluconas 5,02 g/l.

I: Náhrada tekutin, hemoragický šok, metabolická acidóza.

KO: Hyperchlorémie, hypernatrémie, hyperkalémie, selhání ledvin, srdeční blokáda, metabolická nebo respirační alkalóza, hypokalcémie, hypochlorhydrie, hypersenzitivita na léčivé nebo pomocné látky.

NÚ: Nejsou známy.

Ringer's injection Fresenius

Farmakoterapeutická skupina: Roztoky ovlivňující rovnováhu elektrolytů.

Léčivá látka: Natrii chloridum 8,6 g, Kalii chloridum 0,30 g, Calcii chloridum dihydricum 0,33 g (složení na 1000 l).

I: Náhrada intravaskulárních tekutin, nedostatek chloridů, rozpouštědlo pro kompatibilní léky a elektrolyty.

KO: Hyperhydratace, relativní kontraindikace jsou hyperkalemie, hypernatremie, hyperchloremie, srdeční insuficience, edém, hypertenze, eklampsie, těžká renální insuficience.

NÚ: Nejsou známy.

Somatostatin Eumedica 6 mg

Farmakoterapeutická skupina: Hormony - protirůstové hormony.

Léčivá látka: Jedna ampulka přípravku Somatostatin Eumedica 6 mg obsahuje somatostatinum 6 mg.

I: Léčba akutního krvácení u žaludečních nebo dvanáctníkových vředů, hemoragické gastritidy, střevních a pankreatických píštělí, léčba nadměrné sekrece endokrinně aktivních nádorů GIT.

KO: Hypersenzitivita, gravidita, kojení.

NÚ: Bradykardie, arytmie, bolesti břicha, průjem, nauzea, zvracení, hyperglykemie, hypoglykemie, hypertenze, hypotenze, návaly horka.

Sufenta

Farmakoterapeutická skupina: Opioidní anestetikum, sufentanil.

Léčivá látka: Sufentanili citras 7,5 μ g v 1 ml odpovídá sufentanilum 5 μ g v 1 ml.

I: Anestetikum u ventilovaných pacientů, spinální anestezie.

KO: Hypersenzitivita na léčivou nebo pomocnou látku a ostatní opioidy, rozsáhlé krvácení, šok, septikémie, infekce v místě aplikace, poruchy hemostázy.

NÚ: Sedace, pruritus, nauzea, zvracení, hypertenze, hypotenze, změna zabarvení kůže, retence moče, svalové záškuby, tachykardie.

Příloha č. 4: Laboratorní výsledky pacienta ze dne 11.3.2014

Datum a čas příjmu: 11.3.2014, 8:31

Datum a čas odběru: 11.3.2014, 8:10

Název metody	Výsledky	Referenční meze	Jednotky
BIOCHEMIE			
<i>Sérum</i>			
Glukosa	4,8	3,3 – 5,6	mmol/l
Metabolity			
Urea	3,9	1,7 – 8,3	mmol/l
Kreatinin	75	62 – 106	μmol/l
Kyselina močová	364	202 – 417	μmol/l
Bilirubin	8,6	0,0 – 21,0	μmol/l
Bil. konjugovaný	3,6	< 3,4	μmol/l
Enzymy			
ALT	0,42	0,17 – 0,83	μkat/l
AST	0,35	0,17 – 0,85	μkat/l
GGT	1,11	0,17 – 1,19	μkat/l
ALP	2,00	0,67 – 2,15	μkat/l
Clearance kreatininu			
GF-MDRD-2	1,69	1,50 – 2,30	ml/s
<i>Moč</i>			
Moč - chemicky			
pH	6,5	4,5 – 5,5	
Specifická hmotnost	1020	1000 – 1040	Kg/m ³
Bílkovina	negat.		arb.j.
Glukosa	negat.		arb.j.
Urobilinogen	1		arb.j.
Ketolátky	negat.		arb.j.
Bilirubin	negat.		arb.j.
Hemoglobin	negat.		arb.j.
Nitrity	negat.		arb.j.
Moč - sediment			
Erytrocyty	2	< 10	počet/μl
Leukocyty	2	< 20	počet/μl
Epit. Dláždicovité	2	< 10	počet/μl
Hlen	přítomen		
HEMATOLOGIE			
<i>Plná krev</i>			
Krevní obraz			
Leukocyty	13,7	4,0 – 10,0	10 ⁹ /l
Erytrocyty	4,49	4,00 – 5,80	10 ¹² /l
Hemoglobin	125	135 – 175	g/l
Hematokrit	0,386	0,400 – 0,500	l/l
Sř. obj. ery	86,0	82,0 – 98,0	f1
Barv. eryt.	27,8	28,0 – 34,0	Pg
Barev. kon.	0,324	0,320 – 0,360	g/ml
Ery. křivka	14,6	10,0 – 15,2	%
Trombocyty	542	150 – 400	10 ⁹ /l
Diferenciál automat			
Neutrofilly	0,60	0,45 – 0,70	1
Lymfocyty	0,27	0,20 – 0,45	1
Monocyty	0,11	0,02 – 0,12	1

Eosinofily	0,02	0,00 – 0,05	1
Basofily	0,00	0,00 – 0,02	1
Neutrofilý	8,3	2,0 – 7,0	10 ⁹ /l
Lymfocyty	3,6	0,8 – 4,0	10 ⁹ /l
Monocyty	1,49	0,08 – 1,20	10 ⁹ /l
Eosinofily	0,24	0,00 – 0,50	10 ⁹ /l
Basofily	0,05	0,00 – 0,20	10 ⁹ /l
<i>Plazma</i>			
Koagulace			
PT (Quickův test) INR	1,1		INR
PT (Quickův test) R	1,1	0,8 – 1,2	1
APTT	30,90	23,20 – 34,80	s
APTT poměr	1,1	0,8 – 1,2	1
APTT kontrola	29,00		s
Nezařazené metody			
Separace plazmy	1		
Separace séra	1		