

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

2007

Radka Bergmannová

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

Bakalářské studium ošetrovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

**Hospicová péče o pacienta se zhoubným nádorem žaludku
Hospic Nursin Care for a Patient with Carcinoma Stomach**

2006/2007

Radka Bergmannová

Vedoucí práce: PhDr. Helena Chloubová

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou bakalářskou práci vypracovala samostatně za použití uvedených pramenů a literatury.

V Praze dne 10. 5. 2007

.....

podpis

Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní PhDr. Heleně Chloubové za cenné rady. Také děkuji Hospici Anežky České za poskytnutí prostoru pro zpracování mé závěrečné bakalářské práce, za ochotu a trpělivost. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat paní R. a její rodině za spolupráci a za obohacení jejich životním příběhem.

OBSAH

úvod	1
1. a) klinická část – teoretická část karcinomu žaludku	2
1.1. definice	
1.2. epidemiologie	
1.3. etiologické faktory	
1.4. příznaky	
1.5. diagnostika	
1.5.1. vyšetřovací metody vedoucí k diagnóze	
1.5.2. morfologie	
1.5.3. klinická stadia	
1.5.3.1. TNM klasifikace tumoru žaludku a klinická stadia	
1.5.3.2. klinická stadia karcinomu žaludku	
1.6. léčba	
1.6.1. chirurgická léčba	
1.6.1.1. operace s kurativním cílem	
1.6.1.2. operace s paliativním cílem	
1.6.2. radioterapie	
1.6.2.1. neoadjuvantní radioterapie u nemetastatického, lokálně pokročilého onemocnění	
1.6.2.2. paliativní radioterapie	
1.6.3. chemoterapie	
1.6.4. léčebné koncepty	
1.7. sledování po ukončení léčby	
1.8. prognóza	
b) klinická část - teoretická část paliativní péče	9
1.b) 1. hospicová péče	
1.b) 2. bolest	
1.b) 3. lidská důstojnost	
1.b) 4. fáze umírání podle Kübler - Rossové	
2. identifikační údaje	12
3. lékařská anamnéza a diagnóza	12

4.	diagnostika	13
4.1.	fyziologické funkce	
4.2.	laboratorní výsledky	
4.3.	ostatní vyšetření	
5.	terapeutická péče	14
5.1.	chirurgická terapie	
5.2.	farmakoterapie	
5.2.1.	infuzoterapie	
5.2.2.	i.v.	
5.2.3.	i.m.	
5.2.4.	per rektum	
5.2.6.	per os	
5.3.	dietoterapie	
5.4.	fyzioterapie	
5.5.	stručný přehled průběhu hospitalizace v hospici	
6.	subjektivní vnímání nemoci a hospitalizace pacientem	18
7.	ošetřovatelská anamnéza	19
7.1.	základní tělesné potřeby	
7.2.	psychosociální potřeby	
7.2.1.	existenciální potřeby	
7.2.2.	afiliační potřeby	
7.2.3.	potřeby sebeúcty a seberealizace	
8.	ošetřovatelské diagnózy	25
9.	plán ošetřovatelské péče	26
10.	závěr	33
11.	sebereflexe	33
12.	seznam zkratk	34
13.	použité prameny	35
14.	použitá literatura	35
	přílohy č.1 - 6	

Úvod

Závěrečnou práci jsem se rozhodla vypracovat v hospici. Je to zařízení ve kterém jsem v průběhu 5 - ti let částečně pracovala a tak jsem měla možnost poznat specifika tohoto zařízení a problematiku jejich klientů. Vybuodovala jsem si za pomoci personálu a jeho klientů určitý náhled na konec života lidské bytosti.

Pro svou práci jsem si vybrala pacientku, která měla závažnou diagnózu – nádorové onemocnění a byla ji doporučena paliativní péče. Toto onemocnění téměř vždy změní životní styl a životní hodnoty pacientů. Prožívají mnoho negativních emocí, trpí bolestí, únavou a obavami. Mají strach z utrpení, z neznáma, ze samoty, ze smrti, obávají se o osud svých blízkých. A právě člověk, který se potýká s těmito pocity a blíží se k smrti, potřebuje opravdovou pomoc zdravotníků a své rodiny. A právě pro tyto pacienty jsou určeny hospice, jejichž cílem není léčit, ale zajistit důstojný zbytek života. Je to jakýsi způsob návratu vážně nemocných a umírajících do rodinného prostředí, vymanění jich z přísného nemocničního prostředí a režimu, ale na druhou stranu současné zajištění odborné péče, kterou rodina sama nedokáže zvládnout.

1. Klinická část - a) teoretická část karcinomu žaludku

1.1. Definice

Karcinom žaludku je maligní onemocnění, které se vyvíjí na základě maligní transformace buněk cylindrického epitelu žaludeční sliznice. Maligní nádory žaludku jsou v 95 % případů adenokariny, 20 % z nich jsou multifokální.

1.2. Epidemiologie

Podle epidemiologických studií mortalita na rakovinu žaludku ve vyspělých zemích klesá, ale přesto je toto onemocnění jednou z nejčastějších příčin smrti. V některých evropských zemích je udávána vyšší incidence, až 30 – 35 /100 000 obyvatel. Nejvyšší incidence této choroby je v Japonsku a v Číně. Souvislost vysoké incidence tohoto tumoru se zevními faktory dokládají studie, že u přesídlenců do USA klesá incidence tohoto tumoru na incidenci odpovídající hostitelské zemi (USA).

Nejčastější lokalizace karcinomu žaludku je v kardií a v malé křivatuře. Často také postihuje gastroezofageální přechod.

1.3. Etiologické faktory

Na etiopatogeneze karcinomu žaludku se spolupodílejí genetické faktory (přednostně krevní skupina A, národy Japonska a Finska). Predisponujícími faktory jsou chronická atrofická gastritida, změny sliznice při perniciózní anemii, familiární polypóza .

Rozvoj karcinomu žaludku podporují karcinogeny v potravě (nitráty a nitrosaminy vznikající z pečených a uzených potravin působením žaludeční kyseliny), strava chudá na vlákninu, nedostatek vitamínů A a C a také kouření. V populaci s infekcí *Helicobacter pylori* je 6x vyšší riziko rakoviny žaludku ve srovnání s populací bez infekce *Helicobacterem*. Alkohol není v současnosti prokazatelným rizikovým faktorem rozvoje karcinomu žaludku. Až šestnásobný je výskyt karcinomu v anastomóze u nemocných 15 – 20 let po resekci Billroth II.

1.4. Příznaky

Většina nemocných přichází s pokročilým onemocněním, protože symptomy počínajícího karcinomu žaludku jsou vágní a nespecifické a nevedou k podezření na tumor žaludku. Tento nádor se často ohlašuje necharakteristickými příznaky trávicího dyskomfortu nebo příznaky vředové nemoci žaludku. Dlouhodobě zcela symptomatically nebo bez hlavních symptomů probíhá onemocnění u 50 % pacientů až do doby, kdy se náhle projeví iktetem z obliterace žlučovýchodů nebo poruchou pasáže, což jsou projevy již značně pokročilé choroby. Bolesti v epigastriu jsou zpravidla v závislosti na příjmu potravy, narůstající dyspepsie a odpor k masu nebo tučným pokrmům vzbuzující podezření na onemocnění. Úbytek hmotnosti, anorexie, pocity trávicího dyskomfortu a únava podporují diagnózu. Dysfagie může být přítomna u tumorů žaludeční kardie. Zvracení bývá pozdním příznakem, hemateméza a anémie u chronického krvácení do GIT.

1.5. Diagnostika

1.5.1. Vyšetřovací postupy vedoucí k diagnóze

Anamnéza, může být v průběhu nemoci dlouho netypická, běžné **klinické vyšetření** je často bez patologického nálezu. **Gastrofibroskopie** je základním vyšetřením při podezření na tumor žaludku. Její součástí je i vícenásobná biopsie (7 a více vzorků má 95% pravděpodobnost zachycení). **Kontrastní rentgen žaludku** je vyšetření žaludku baryem. Je diagnostické asi u 75% nemocných a je schopno najít ložisko o velikosti 5 – 10 mm. **CT vyšetření** nebo – li počítačová tomografie není k vizualizaci vlastního tumoru žaludku ideální (až 50% nemocných má rozsáhlejší peroperační nález než jaký je na předoperační počítačové tomografii), ale je užitečná k určení případné infiltrace okolních struktur a zejména nálezu regionálních a vzdálených metastáz (játra, ovária). **Endoskopická sonografie** je užitečná při předoperačním zjišťování hloubky nádorové invaze a při rozpacích o postižení lymfatických uzlin. **Nádorové markery** vyšetření nádorových markerů (CEA, CA19 – 9) má jen význam ke kontrole průběhu terapie, nejde o screeningovou metodu. **Pátrání po vzdálených metastázách** - RTG plic nebo počítačová tomografie plic. Metastatické šíření lymfatickou cestou se může projevit zvětšenou uzlinou v levé nadklíčkové krajině.

1.5.2. Morfologie

Až 95% maligních nádorů žaludku jsou adenokarcinomy. Adenokarcinomy jsou někdy členěny na papilární, tabulární, mucinózní typ. Ostatní tumory jsou vzácné (skvamózní karcinom nebo adenoskvamózní karcinom, adenoakantom, karcinoid, leiomyosarkom). V žaludku je však poměrně často lokalizován lymfom, což je diferenciatně diagnosticky velmi významné (prognóza a terapie lymfou žaludku je zásadně jiná než karcinomu žaludku). Lymfom žaludku však infiltruje hlubší vrstvy, ne žaludeční sliznici, takže v endoskopicky provedené biopsii nemusí být lymfomová infiltrace žaludku zachycena, neboť k ní bioptické kleště nedosáhnou. Podezření na infiltrativní lymfom žaludku přináší endosonografie žaludku nebo klasické rentgenové vyšetření s nálezem defigurace a porušené motility žaludku.

1.5.3. Klinická stádia

1.5.3.1. TNM klasifikace tumoru žaludku a klinická stádia

TX	Primární tumor není hodnotitelný.
T0	Primární tumor nezjištěn.
Tis	Carcinoma in situ.
T1	Tumor infiltruje lamina propria nebo submukózu.
T2	Tumor infiltruje muscularis propria nebo subserózu.
T3	Tumor penetruje serózu (viscerální peritoneum), ale neinfiltruje okolí futury.
T4	Tumor infiltruje okolí sutury.
NX	Regionální uzliny nejsou hodnotitelné.
N0	Nejsou metastázy v regionálních uzlinách.
N1	Metastáza v 1 až 6 regionálních uzlinách.
N2	Metastáza v 7 až 15 regionálních uzlinách.
N3	Metastáze ve více než 15 regionálních uzlinách.
MX	Vzdálená diseminace není hodnotitelná.
M0	Nejsou vzdálené metastázy.
M1	Přítomnost vzdálené metastázy.

1.5.3.2. klinická stádia karcinomu žaludku

Stadium 0:	Tis	N0	M0
Stadium IA:	T1	N0	M0
Stadium IB:	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Stadium II:	T1	N2	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Stadium IIIA:	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T4	N0	M0
Stadium IIIB:	T3	N2	M0
Stadium IV:	T4	N1	M0
	T1	N3	M0
	T2	N3	M0
	T3	N3	M0
	T4	N2	M0
	T4	N3	M0
	Jakékoli T, jakékoli N, M1		

1.6. Léčba

Radikální operace je jedinou kurativní metodou pro časně onemocnění. Všichni nemocní s potencionálně operativním tumorem by měli podstoupit laparoskopii nebo laparotomii. Pokročilé tumory jsou nevléčitelné, paliativní léčba mírně prodlužuje délku přežití a zlepšuje jeho kvalitu. K paliativním léčebným postupům patří chirurgie, radioterapie, chemoterapie.

1.6.1. Chirurgická léčba

1.6.1.1. Operace s kurativním cílem

Chirurgický resekční výkon je základním léčebným postupem, který může vést k vyléčení. Asi 85% nemocných je v operabilním stadiu. Cílem chirurgického výkonu je odstranění nádoru s nepostiženými okraji žaludku a duodena až do zdravé tkáně směrem orálním 5 – 7 cm nad tumor, amorálně 3 – 5 cm, u difuzního karcinomu lépe více než 10 cm. Přitom ani pyloru, ani kardiie nejsou bariérou pro růst nádoru. Současně s odstraněním tumoru musí být odstraněny i regionální mízní uzliny a v případě nutnosti i odstranění okolních postižených orgánů.

Pokud je tumor uložen v žaludečním antru, zahrnuje kurativní výkon distální resekci žaludku společně s odstraněním omenta a 3 – 4 cm lemu duodena se subpylorickými lymfatickými uzlinami. Totální gastrektomie se splenectomií se provádí u tumorů, které postihují proximální polovinu žaludku, nebo při rozsáhlých nádorových postiženích. U nádorů blízkých kardiie musí být současně odstraněna i část jícnu. Obnovení kontinuity trávicího traktu po žaludeční resekci může být buď typu Billroth I, nebo Billroth II. Častěji se u resekci žaludku pro karcinom používá rekonstrukce Billroth II, protože případná recidiva nádorů v okolí pyloru by mohla vést k časnému uzávěru gastroduodenoanastomózy. Radikálnější typ lymfadenektomie je provázen větší mortalitou a morbiditou než postupy méně radikální, takže doporučuje se méně rozsáhlá lymfadenektomie.

1.6.1.2. Operace s paliativním cílem

Paliativní resekce jsou indikovány u nemocných, kde lze nádor technicky odstranit (převážně při postižení antra žaludku jako prevence uzávěru výtokové části žaludku). Paliativní resekční výkony mají být upřednostňovány před paliativními gastroenteroanastomózami. U neresekabilních karcinomů blízkých žaludeční kardiie s nemožností příjmu potravy je řešením zavedení PEG – sondy nebo operačně provedená nutritivní gastrostomie. Stenóza může být odstraněna i použitím laseru.

1.6.2. Radioterapie

Radioterapie nemá u karcinomu žaludku kurativní potenciál, ale jen mírný paliativní potenciál, v monoterapii neprodlužuje přežití, v kombinaci s chemoterapií mírně (o 6 měsíců) prodlužuje přežití u neoperabilních pacientů.

1.6.2.1. Neoadjuvantní radioterapie u nemetastatického, lokálně pokročilého onemocnění

V této indikaci lze radioterapii použít souběžně s chemoterapií (konkomitantní chemoradioterapie).

1.6.2.2. Paliativní radioterapie

Radioterapie samotná má však paliativní potenciál, mírní bolest a zpomaluje nástup obstrukce, takže její místo v paliativní léčbě je jednoznačné. Používá se v dávce 40 – 55 Gy. Konkomitantní chemoradioterapie může mít u vybraných nemocných lepší výsledky než radioterapie samotná, ale pro nesourodé výsledky a závažné vedlejší účinky není považována za standardní přístup.

1.6.3. Chemoterapie

Chemoterapie samotná, podobně jako radioterapie, nemá kurativní potenciál, ale pouze potenciál paliativní léčby. Chemoterapeutické režimy jsou založeny na 5 – fluorouracilu v kombinaci s dalšími cytostatiky (modulace leukovorinem, etoposid, platinový derivát, antracyklin).

1.6.4. Léčebné koncepty

Operace – zásadní otázkou je, zda tumor je operabilní (nejsou vzdálené metastázy). Pokud je tumor operabilní, následuje pokus o radikální resekci s lymfadenektomií. Dle histologického vyšetření resektátu a regionálních uzlin se stanovuje další postup. U radikálně neoperabilního tumoru se zvažují paliativní chirurgické výkony. **Adjuvantní léčba v případě negativní resekční linie a bez infiltrace uzlin (N0)** – adjuvantní chemoterapie u pacientů s negativními resekčními liniemi (R0) a negativními uzlinami byla testována v četných klinických studiích, avšak ve většině z nich se ukázala jako neúčinná.

Adjuvantní léčba u pacientů s nádorovou infiltrací v okraji resektátu, případně s infiltrací regionálních uzlin (N+) – pacientům s pozitivní resekcí linií (R1 – inkompletní resekce) by měla být nabídnuta konkomitantní chemoradioterapie. Stejný postup se používá při histologicky prokázané infiltraci regionálních uzlin (N+). Oblast tumoru, případně regionálních uzlin, se ozařuje dávkou 45 – 50 Gy a doporučuje se chemosenzibilizace 5 – fluorouracilem. 5 – fluorouracil se podává před a po ukončení radioterapie. Tento postup prodlužuje přežití o 15 měsíců. **Neoperabilní tumor žaludku** – pacientům s neoperabilním tumorem lze doporučit paliativní léčbu. V případě nepřítomnosti vzdálených metastáz, ale možnosti operovat pro místní rozsah tumoru, lze podat preoperační chemoterapii, nebo lépe chemoterapii a následně provést kontrolní vyšetření a zvážení možnosti operace. V některých případech se tumor zmenší natolik, že se stane operabilním. Proto je tato léčba indikována u pacientů s lokálně pokročilým tumorem bez vzdálených metastáz. **Paliativní chemoterapie pokročilého onemocnění** – chemoterapii lze použít pro paliativní léčbu. Statisticky významně prodlužuje dobu přežití a zlepšuje kvalitu života. Účinnost paliativní léčby lze charakterizovat 20 – 25% remisí a mediánem 8 měsíců. Pro pacienty nereagující na podanou chemoterapii není definována léčba druhé linie, spíše je vhodnější jen symptomatická léčba. **Neoadjuvantní chemoterapie s následující operací** – tento postup zatím stále patří do oblasti experimentální léčby, která je prováděna v rámci klinických studií.

1.7. Sledování po ukončení léčby

Pro sledování nemocných po úspěšné operaci není zatím závazné schéma. Lze postupovat například dle tabulky, která vychází ze skutečnosti, že po zdánlivě totální resekcí tumoru asi u 40 - 60% nemocných dojde k lokoregionální recidivě, u 42% k peritoneální diseminaci, přes 50% nemocných má časem vzdálené metastázy.

Vyšetření:	Interval:
Fyzikální, laboratorní CEA, Ca 19 - 9	první rok po 3 měsících, dále po 6
RTG plic	1x ročně po tři roky
CT břicha	1x ročně první tři roky
gastrofibroskopie	po 6, 18 a 30 měsících

1.8. Prognóza

Asi 85% nemocných je po předoperačním vyšetření považováno za operabilní. Rozpor mezi touto skutečností a horšími konečnými výsledky spočívá v tom, že většina nemocných má v době diagnózy dnešními metodami nezjistitelné vzdálené mikrometastázy. Pooperační sledování ukazuje, že jen 10% nemocných má v době diagnózy tumor omezen jen na žaludek, 80% již má uzlinové metastázy, 40% je s peritoneální diseminací, 33% má jaterní metastázy. Průměrné přežití po paliativních operacích se pohybuje kolem 4 měsíců. Pouze 50% nemocných s lokalizovaným onemocněním distálního žaludku může být chirurgicky léčeno, 90% pacientů stadia 0 žije po 5 letech od gastrektomie s lymfadenektomií. Naproti tomu medián přežití u metastatického onemocnění je pouze několik měsíců (4 – 6 měsíců).

(5)

1. b) Teoretická část paliativní péče

Paliativní péče je aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná nemocným, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Jejím primárním cílem není vyléčení pacienta, či prodloužení jeho života, ale prevence a zmírnění bolesti a dalších, tělesných i duševních strádání, zachování pacientovy důstojnosti a podpora jeho blízkých.“ (WHO)

1.b)1. Hospicová péče

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Hospic se snaží o to, aby nemocný netrpěl nesnesitelnou bolestí, byla respektována jeho lidská důstojnost a nebyl v posledních chvílích života sám. Důraz je kladen na kvalitu života. Díky myšlence hospici se vrací do povědomí lidí doprovázení nemocných a umírajících, které bylo dříve samozřejmostí. Hospic je pro lidi s onkologickou diagnózou, u kterých již skončila terapie, nemocniční léčba již nemá smysl, ale v domácích podmínkách se pro nedostatek vybavení a odborných znalostí nedá zvládnout. Rodinní příslušníci zde mohou být se svým nemocným a v rámci možností se o něho starat. Prostředí je více domácké než nemocniční

1.b)2. Bolest

„Bolest je to, co říká pacient a existuje, když to pacient tvrdí“ (Podle Mc Caffery). Jde o nepříjemnou senzorickou a emocionální zkušenost, která je vyvolaná skutečným nebo potencionálním tkáňovým poškozením organismu. V onkologické léčbě ztrácí bolest svou funkci, nemocného obtěžuje a vyčerpává. Ač je nádorová bolest řazena mezi bolest chronickou, metody léčby se liší. Chová se jako bolest akutní, pacient ztrácí chuť k jídlu, trpí nespavostí, ztrátou libida, zácpou a změnami osobnosti. Její podoba se často mění a zdravotnický personál musí pružně reagovat a bolest účinně tlumit.

1.b)3. Lidská důstojnost

Důstojnost je složitá entita. Je daná úctou k sobě samému, k druhým lidem a lidí k nám. Úcta ukazuje hodnotu sebe i druhých. Pocit vlastní důstojnosti získáváme zapojením se do děje kolem nás, možností rozhodovat o sobě a ovlivňovat okolí, být autonomní a rovnoprávný. Ztráta důstojnosti bývá vyvolána ztrátou zaměstnání, osamělostí, nudou a apatií. Abychom mohli pečovat o druhé s úctou, měli bychom brát ohledy na jeho zájmy, zapojit ho do rozhodování o sobě, dobře informovat, nevystavovat zbytečnému riziku, neponižovat, nebýt lhostejný a hlavně podporovat jeho nezávislost.

1.b)4. Fáze umírání podle Kübler – Rossové

Autorka po dlouhých letech rozhovorů s umírajícími a lidmi, kteří je doprovázejí, sestavila pravděpodobný průběh přijmutí průběhu smrtelného onemocnění a smíření se se smrtí.

1. fáze – negace. „Ne, já ne, to není možné. To je určitě omyl. Zaměnili výsledky.“ To je klasická reakce na první sdělení smrtelného onemocnění. Člověk o tom nechce slyšet, úplně popře důkazy, snaží se nepříjemnou zprávu vytěsnit. V tomto stádiu je vhodné získat jeho důvěru a pomalu opatrně s ním mluvit o budoucnosti.

2. fáze – agrese. „Proč zrovna já? Kdo za to může? Vždyť mi nic nebylo.“ Vinu svádí na zdravotníky, rodinu, zaměstnání,... Cítí nespravedlnost. Slovně napadá své okolí. Je velmi těžké pečovat o nemocného v této fázi. Trpělivost a snaha o abreakci pacienta je jediným správným přístupem při ošetřování.

3. fáze – smlouvání. Nastává doba hledání zázraků, nových léčiv, léčitelů, velkých slibů. Snaha oddálit nevyhnutelné jakýmikoliv prostředky. Objevuje se riziko, že nemocný vyhledá podvodníka. V péči doprovázejícího by měla být trpělivost a pochopení. Hlavně nebrat naději.

4. fáze – deprese. Objevuje se smutek z utrpěné ztráty, z očekávané ztráty. Strach z účtování, o rodinu a blízké, o vše co tu bude muset zanechat. V této fázi dochází nejčastěji k urovnání vztahů v rodině, v majetkových poměrech. Umožňuje pomalu se rozloučit s pozemskými věcmi. V přístupu k nemocnému je důležitá naslouchání. Pomoci urovnat vztahy.

5. fáze – smíření. Je to souhlas se skončením boje. Člověk v této fázi umírá klidný a vyrovnaný. Dokáže mluvit o smrti i o svém životě bez negativních emocí. Je vhodná přítomnost někoho blízkého, nejsou potřeba slova. (9)

2. Identifikační údaje pacientky

jméno: A. R.

oslovení: paní R.

rodné číslo: 285519/***

stav: vdova

vyznání: bez vyznání

povolání: důchodkyně, dříve vedoucí prodejny

datum příjmu: 2. 4. 2007, při příjmu dcera a snacha

osoba, které se mají podávat informace: dcera, snacha

hlavní důvod přijetí: zhoubný nádor antrum pyloricum C 163

Paní jsem ošetřovala: od 2. 4. 2007 – do 5. 4. 2007

(1, 2, 3)

národnost: česká

pojišťovna: 201

věk: 79 let

vzdělání: středoškolské

3. Lékařská anamnéza a diagnóza

OA: stav po flebotrombóze hlubokých žil pravé dolní končetiny v roce 1999, stav po plastice močového měchýře v roce 1999

PA: nyní důchodkyně, dříve pracovala jako vedoucí prodejny

AA: Cilkanol, Blocalcin, Lomir, Pelentan, Jód, náplast

GA: 2 spontální porody, menopauza ve 47 letech

NO: 79 letá pacientka s adenocarcinomem žaludku přeložena z FN – onkologie v Hradci Králové pro bolest v epigastriu, nepříjem stravy ani tekutin per orální cestou, zvracení atonické tekutiny, které se opakuje po 5 minutách hlavně v noci. Hospitalizace za účelem paliativní léčby.

status praesens: pacientka při vědomí, orientována časem i místem, spolupracuje, kontakt dobrý, špatně slyší na pravé ucho, má bolesti v epigastriu po zvracení. Akce srdeční je pravidelná 110/ minutu, bez šelestu. Plíce vpravo negativní nález, vlevo bazálně 15 cm chrupky. Hepar +3 cm, lien nehmatná, peristaltika čilá. Jizva po střední laparotomii klidná. Dolní končetiny bez otoků, bez varixů, bez deformací

lékařské diagnózy: 1) Adenocarcinom žaludku

2) Ischemická choroba srdeční

3) Arteriální hypertenze

(1, 2, 3)

4. Diagnostika

4. 1. Fyziologické funkce – při příjmu (2. 4. 2007)

TK 126/ 70 mm/Hg **P** 68/min. **D** nezměřena **TT** 36,5°C **Sp O₂** 98%
výška 165 cm **váha** 46 kg **BMI** 17 **vědomí** při vědomí, orientovaná

(3, 4)

4. 2. Laboratorní výsledky

Vyšetření krve - **Krevní obraz 30. 3. 2007 z předchozí hospitalizace**

Erytrocyty	↓	3.19 10 ¹² /l	(3.90 – 5.10)
Hemoglobin	↓	93.0 g/l	(116.0 – 161.0)
Hematokrit	↓	0.285	(0.370 – 0.470)
Šíře distribuce ery.	↑	19.6 %	(11.0 – 15.6)
Trombocyt. Hematokrit	↑	0.402	(0.130 – 0.350)

ostatní položky jsou v normě

4. 3. Ostatní vyšetření z předchozí hospitalizace

→ závěry z vyšetření v překládové zprávě – příloha číslo 2

29. 7. 03	resekce žaludku Billroth I.
30. 11. 05	laparotomia explorativa, histologia
1. 12. 06	RTG plic
25. 8. 06	UZ břicha + UZ břišní stěny nad sponou
1. 12. 06	UZ břicha
16. 2. 07	UZ ledvin, žlučníku, pankreatu, sleziny
19. 2. 07	gastroskopie
13. – 20. 3. 07	hospitalizace
14. 3. 07	gastroskopie
30. 3. 07	vyšetření na chirurgii pro vyloučení NPB

(3)

5. Terapeutická péče

5. 1. Ošetřování ran

Popis jizvy: rána po střední břišní laparotomii, asi 10 cm dlouhá. Jizva byla klidná, zhojená per primam. Bolest v ráně pacientka neudává. Zaujímá Fowlerovu polohu.

Od 2. 4. zavedena flexila v pravé dolní končetině. Denně se provádí převaz a sledování funkčnosti. V noci 5. 4. sama si ji vyndala. (2, 3, 4)

5. 2. Farmakoterapie od 2. 4. 2007 – do 5. 4. 2007

5.2.1. infuzoterapie

F 1/1 500 ml + 1 amp. Degan + 1 amp. Dexamed + 1 amp. Apaurin

1 – 0 – 1

**do PŽK v PDK v oblasti kotníku, kape
spádově, dle stavu pacientky**

Degan v 1 amp. (2ml) 10,5 mg

prokinetikum, antiemetikum,

Metoclopramidi hydrochloridum monohydricum

Nežádoucí účinky: pocit únavy, ospalost, neklid, bolesti hlavy, zmatenost, závratě, deprese, trávicí obtíže, kopřivka a suchost úst. Mimovolní pohyby končetin a obličejových svalů, stáčení hlavy k jedné straně, stáčení očí, rytmické vyplazování jazyka, poruchy řeči, křeče žvýkacích svalů, obloukovité prohnutí těla vzad a namáhavé dýchání. Vzácně pocity úzkosti, deprese, předrážděnost, nervozita, nespavost, bolesti hlavy, slabost, zblednutí, nebo mdloby. Velmi vzácně se mohou vyskytnout poruchy složení krve, snížení schopnosti udržet moč, samovolný odtok mléka z prsní žlázy mimo období kojení.

Dexamed v 1 amp. (1 ml) 4.37 mg

hormon glukokortikoid,

Dexamethasoni natrii phosphas

Nežádoucí účinky: lokální injekce může vyvolat i systémové reakce. Zvýšení chuti k jídlu. Negativní vápníková a dusíková bilance, osteoporóza, zlomeniny dlouhých kostí a obratlů, avaskulární osteonekróza, ruptura šlachy a proximální myopatie, zadržování sodíku, vody, vzestup krevního tlaku, hypokalemická alkalóza a ztráty draslíku. Zhoršení schizofrenie, deprese, nespavost, psychická závislost. Zhoršení epilepsie. Psychické poruchy pohybující se v rozmezí euforie až psychotické manifestace. Vzestup nitroočního tlaku, edém papily, ztenčení rohovky nebo skléry, zadní subkapsulární katarakta, zhoršení očních virových a plísňových infekcí. Dyspepsie, peptický vřed, akutní pankreatitida, kandidóza, břišní distenze, vomitus, akné, modřiny, zhoršení hojení, atrofie kůže, strie, leukocytóza, tromboembolie.

Apaurin v 1 amp.(1 ml) 5 mg

antiepileptikum, anxiolytikum,

Diazepamum

Nežádoucí účinky: u citlivých nemocných se může vyskytnout únava, spavost, v některých případech závratě a svalová ochablost. Dále se mohou vyskytnout nežádoucí účinky typu poruchy chování a koncentrace, zmatenost a deprese, děsivé sny, ztráta paměti a dysartie. Může se, podobně jako u všech benzodiazepinů, výjimečně vyskytnout paradoxní reakce. Jestli že se vyskytne vzrušení, zvýšená svalová elasticita, poruchy spánku nebo halucinace. Velice vzácně může v místě podání nastat tromboflebitida nebo alergická reakce.

5.2.2. i.v.

Ambrobene v 1 amp. (2 ml) 15 mg

1 – 1 – 1

od 4. 4.07

expektorans, mukolytikum,

Ambroxoli hydrochloridum

Nežádoucí účinky: žaludeční obtíže, průjem a zvracení, kožní vyrážka. Příliš rychlé i.v. podání může vést ke slabosti, bolestem hlavy, pocitu těžkých končetin.

Haloperidol v 1 amp.(1 ml) 70, 52 mg

od 4. 4. 07 ve 23:00

antipsychotikum, neuroleptikum,

Haloperidoli decanoas

Nežádoucí účinky: mohou vzniknout okulogyrické krize a dystonické reakce laryngu. Pomaleji se vyvíjí parkinsonská rigidita, akinézie, tremor a akathisie. Vzácně se může vyskytnout maligní neuroleptický syndrom. Výskyt deprese, sedace, agitace, spavost nebo nespavost, bolesti hlavy, zmatenost, závrať, exacerbace psychotických příznaků včetně halucinací, u epileptiků záchvaty grand mal, nechutenství, nauzea, zvracení, změna hmotnosti, kardiovaskulární poruchy. Někdy vznikne mírný pokles počtu krevních elementů. Ojedinele se objevily funkční abnormality jater a cholestáza. Může se objevit zácpa, porucha vidění, retence moči, hyperventilace, salivace nebo sucho v ústech, pocení, lokální reakce v místě vpichu. Vyskytla se i náhlá nevysvětlená úmrtí psychotických pacientů; příčinnou souvislost s haloperidolem nebylo možné zjistit.

5.2.3. i.m.

Plegomazin v 1 amp. (1 ml) 25 mg

0 -0 -0 – 1

4. 4. 07 ve 23:00

neuroleptikum ,

Chlorpromazin hydrochloridum

Nežádoucí účinky: spavost, mimovolní pohyby, třes, žluté zbarvení kůže a bělma očí, nízký krevní tlak, arytmie, útlum dýchání. Dále se může vyskytnout vyrážka na kůži, citlivost na světlo, poruchy vidění. V krevním obrazu může být snížen počet bílých krvinek. Toto může usnadňovat vznik infekce. V některých případech může dojít k vynechání menstruace, k výronu mléka i u žen, které nekojí, ke zvětšení prsů u mužů, ke vzniku obezity nebo cukrovky. Dále se může objevit sucho v ústech, pocit na zvracení, neschopnost udržet moč, narušení obvyklého režimu vyprazdňování stolice a zvýšení chuti k jídlu a tělesné hmotnosti. Může se vyskytnout slabost, hypotermie nebo deprese.

Tisercin v 1 amp. (1 ml) 25 mg 0 -0 -1 5. 4. 07 v 01:00
psychofarmakum, neuroleptiku,

Levomepromazini hydrochloridum

Nežádoucí účinky: může se vyskytnout ospalost, závratě, hypotenze, spavost, sucho v ústech, tachykardie, zácpa a retence moči, porucha akomodace zraku. Impotence, frigidita, amenorea, galaktorhea. Vzácně hematotoxicita, kožní alergické projevy – jako svědění, vyrážky, fotodermatóza, světloplachost. Žloutenka vyvolaná cholestázou.

5.2.4. per rektum

Torecan 2 supp. dle potřeby od 3. 4. 07
antiemetikum, antiveriginózum,

Thiethylperazini hydrogenomallas

Nežádoucí účinky: spavost, závratě, bolesti hlavy, neklid a také křeče a stuhnutí šíje, záškubovité pohyby očí a mimovolní grimasy v obličeji. Může se objevit sucho v ústech a nechutenství. Také periferní otok končetin, otok v obličeji, pokles krevního tlaku a vzácněji zrychlení srdeční akce, zákal čočky s poklesem zrakové ostrosti a ojediněle žloutenka.

5.2.5. per os – forma tbl.

Zofran 8 mg 1 – 0 – 0
antiemetikum, antivertiginózum ,

Ondasetronum hydrochloridum dihydricum

Nežádoucí účinky: přípravek je obvykle dobře snášen, ale vzácně se mohou vyskytnout tyto nežádoucí účinky: bolest hlavy, zrudnutí nebo pocit tepla, škytavka. Přípravek prodlužuje dobu průchodu stolice tlustým střevem, a může tak u některých pacientů způsobit zácpu. Někdy může dojít k neovladatelné poruše hybnosti nebo k epileptickému záchvatu, bolesti na hrudi, nepravidelnosti srdečního rytmu, snížení srdeční aktivity, nebo snížení krevního tlaku. Mohou se vyskytnout projevy časně alergické reakce.

5. 3. Dietoterapie

Pacientka nepřijímá stravu ani tekutiny. Doporučení je: ledové ovocné kostky, nanuky, drť ledovou. Tekutiny v malém množství a častěji, popíjení coca – coly. Popřípadě možnost hrazení tekutin podáním s.c. infuze.

5. 4. Fyzioterapie

Pacientka je v ošetrovatelské kategorii číslo 4 (lucidní, zcela imobilní pacient případně inkontinentní, vyžaduje oše. pomoc při všech úkonech). Vzhledem k jejímu těžkému stavu se neprovádí aktivizace. Dle možností se provádí polohování po třech hodinách. Jinak pacientka zaujímá Fowlerovu polohu. (3)

5.5. Stručný přehled průběhu hospitalizace v hospici

Paní R. byla přijata do hospice 2. 4. 2007 v dopoledních hodinách. Při příjmu byla přítomna dcera a snacha. Od pondělí do středy se stav mírně zhoršoval, paní trvale zvracela. Ve středu večer došlo k výraznému zhoršení, po prozvracené a neklidné noci se ve čtvrtek 5. 4. 2007 objevilo zvracení krve, které nereagovalo na intervence. 5. 4. v 9:20 Paní R. zemřela.

6. Subjektivní vnímání nemoci a hospitalizace nemocným

Pacientka A. R. zná důvod přijetí, diagnózu i prognózu. Je informována o hospicovém režimu. Je seznámena s možnostmi tohoto zařízení. Od hospitalizace očekává slušné zacházení a stav bez bolesti a přítomnost blízkých lidí okolo sebe. Jinak nemá žádné dotazy týkající se hospitalizace. S personálem je spokojena a důvěřuje mu. (1)

7. Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení stavu

7.1. Základní tělesné potřeby

Bolest

Před hospitalizací paní R. asi půl roku pociťovala bolest v epigastriu posléze jí byl zjištěn nádor žaludku. Po odoperování měla bolest v operační ráně, která postupně ustoupila s vyhojením rány. V průběhu posledního půl roku se opět bolesti objevily, byly vázány na zvracení.

V současné době si na bolesti nestěžuje. Na mé dotazování vypovídá, že má bolest, objevující se v oblasti žaludku. Nejčastěji se vyskytuje v průběhu zvracení, ale je mírná a dá se zvládnout sama o sobě. Dle pacientky je nepříjemné intenzity, a její charakter je: tupý, bodavý, někdy se přemění v křeč. Hodnocení bolesti viz příloha číslo 3. (1, 4, 6)

Dýchání

Pacientka nikdy dříve problémy s dýcháním neměla. Je nekuřačka. Nyní dýchá povrchově, krátce a pravidelně, saturace je v pořádku.

U paní R. nepozorují příznaky kašle ani rýmy. Dýchání je trochu komplikováno častým zvracením. (1, 4)

Hydratace

Dříve před hospitalizacemi vypila asi 1 – 2 litry tekutin denně. Nejraději pila vodu, oslazenou šťávou nebo minerálku. Po hospitalizacích v nemocnici nesnáší a nechutná jí černý čaj. Vzhledem k nádorovému onemocnění a následné operaci v oblasti žaludku se snížil příjem tekutin asi tak na 1 litr denně.

V současné době skoro tekutiny nepřijímá. Jediné co jí chutná jsou zmražené kostky z ovocné šťávy nebo Coca – coly, které cucá. V případě nutnosti zavodnění je možné podávat s.c. infuze. (1, 4)

Odpočinek a spánek

Dříve spávala pacientka asi 6 - 8 hodin. Nikdy dříve nepoužívala léky na spaní, pro navození spánku neměla žádné rituály.

Nyní má s usínáním problémy, pramenící především z častého zvracení (v noci bývá častější) a na něj se vázající strach ze tmy a samoty. Přes den se jí povede i několikrát usnout vyčerpáním. (1, 4)

Výživa

Před hospitalizací paní R. měla problémy s trávením, toto období trvalo asi půl roku. Za tu dobu se její váha snížila o 12 kg. Řešila to kašovitou stravou, kterou ji připravovala snacha. Již dříve se u ni objevoval odpor k masu. Před 2 měsíci se u paní R. objevilo nechutenství.

Nyní pacientka nepřijímá ani tekutiny ani jídlo, jediné co chce jsou, ovocné nanuky, ledové kostky z ovoce a Coca – coly. Její BMI je 17. Výživa je komplikována nauseou, zvracením a bolestí v oblasti žaludku. Nemá zavedenou sondu ani nedochází k náhradě parenterální cestou. Pacientka má vlastní chrup a schvaluje ho nezávadným. (1, 4)

Vyprazdňování moče

Dříve problémy s močením neměla, v roce 1998 se u paní R. objevila stresová inkontinence a v roce 1999 podstoupila plastiku močového měchýře a operace se zdařila. V nemocnici používala pojízdné WC.

Protože je v současné době příliš zesláblá, a přesun na pojízdné WC je pro ni náročné, používají se plenkové kalhotky. Vzhledem ke sníženému příjmu tekutin je i snížený výdej. Moč je tmavší barvy se silnějším zápachem. Jinak si pacientka nestěžuje na problémy při močení. (1, 4)

Vyprazdňování tlustého střeva

Pacientka před hospitalizací měla prý pravidelnou stolicí. Datum poslední stolice si nepamatuje.

V současné době a vzhledem k nepřijímání potravy nemá nucení na stolicí, a vzhledem k absenci příjmu potravy se neprovádělo ani digitální vybavení. Větry odcházejí. (1, 4)

Tělesná a psychická aktivita

Pacientka je v důchodu, dříve ráda četla, luštila křížovky a cestovala. Paní R. je již asi 20 let v důchodu. Dříve pracovala jako vedoucí prodejny. Poslední dobou (asi dva roky) trávila v nemocničních zařízeních.

Pacientka je v ošetrovatelské kategorii číslo 4 (lucidní, zcela imobilní pacient případně inkontinentní, vyžaduje oše. pomoc při všech úkonech). Vzhledem k jejímu těžkému stavu se neprovádí aktivizace. Dle možností se provádí polohování po třech hodinách. Jinak pacientka zaujímá Fowlerovu polohu. (1, 4)

Osobní hygiena a stav kůže

Dříve pacientka mívala sušší kůži, tu si promazávala krémy a nepozorovala na ni výrazné změny. Vzhledem k chemoterapiím, trpí pacientka alopecíí. Toto kompenzovala o parukou, popřípadě šátkem. Doma zvládala osobní hygienu sama, později dopomáhala snacha.

Rána po střední břišní laparotomii, asi 10 cm dlouhá, je klidná, zhojená per primam bez krytí vzhledem k datu operce. Bolest v ráně pacientka neudává. Zaujímá Fowlerovu polohu. Od 2. 4. zaveden PŽK v pravé dolní končetině. Denně se provádí převaz a sledování funkčnosti. Pacientka je velice zesláblá, takže veškerou péči zajišťuje personál, v přítomnosti rodiny, sama rodina. Má vlastní chrup, který s pomocí si čistí sama. Není přítomna vyrážka, kůže je žlutošedé barvy (metastázy do jater), sušší. paní R. je bez otoků, dekubitů. Nehty jsou krátce zastřiženy, je bez známek cyanózy. Vlasy vypadaly po chemiterapii a to je kompenzováno parukou ve které je celý den a odkládá ji jen na noc. Pacientka nevypadá zanedbaně. Hodnocení rizika vzniku proleženin viz příloh a číslo 4. (1, 4, 6)

Teplo a pohodlí

Před hospitalizací v nemocnici bydlela u snachy. Tam měla vlastní pokoj. V nemocnici byla na tří lůžkovém pokoji. Lůžko paní R. nevyhovovalo, protože byla náročná manipulace s ním. Také ji vadilo, že měla daleko na toaletu a tak se tam naučila používat pojízdné WC. Nyní pacientka shledává lůžko za pohodlné, je vybaveno dálkovým ovládáním pro snazší polohování a antidekubitární matrací. Leží na jedno lůžkovém pokoji s přistýlkou, která je určena pro přespaní doprovodu, který za ní přijede na víkend. Teplota na pokoji ji vyhovuje. Vzhledem k těžkému stavu je potřeba dostatek soukromí a prostředí vyhovující pro dostatečný odpočinek. (1, 4)

Sexualita

Poslední kontrolu na gynekologii si už nepamatuje. Více otázek jsem paní R. nepokládala.

(1)

7.2. Psychosociální potřeby

7.2.1. Existenciální potřeby

Zdraví

Pacientka už po dlouhou dobu (asi 2 roky) je po nemocnicích, takže je s poruchou zdraví dobře seznámena. Zná svou diagnózu i prognózu, o jejím zdravotním stavu je i dostatečně informována rodina.

(1, 4)

Soběstačnost

Pacientka před hospitalizací byla částečně soběstačná. Již několik let špatně slyší na pravé ucho, od 36 let nosí brýle na blízko.

Nyní vzhledem k tomu, že je velice zesláblá a vyčerpána nemocí je její soběstačnost značně omezena, je ležící, zaujímá Fowlerově poloze. Jinak je orientovaná místem, časem, osobou. Jako kompenzační pomůcky jsou používány: brýle na blízko, pojízdné WC, pleny, paruka. Částečně zvládá osobní hygienu, jinak je ve všech ostatních činnostech plně závislá. Dle testu všedních činností získala 45 bodů, což je závislost středního stupně – viz příloha číslo 5.

(1, 4, 6)

Bezpečí a jistoty

Pacientka má důvěru k personálu hospice, obává se ale zhoršování stavu, své zvětšující se závislosti, bolesti a opuštěnosti a nicoty. Pocit bezpečí a jistoty má v přítomnosti snachy, která se o ni v posledních letech starala a kde doposud žila.

(1, 4)

7.2.2. Vztahové – Afiliační potřeby

Potřeba rodiny

Paní je vdova, rodiče už nemá a sestra před rokem zemřela. Před umístěním v nemocnici žila u svého syna a starala se o ni snacha. Vzhledem k tomu že nemocnice byla v místě bydliště, nebyly problémy návštěvami u ní. S dcerou se stýkala méně často, protože bydlí daleko. Jinak měla pacientka u sebe mobilní telefon a jeho prostřednictvím byla zprostředkována komunikace s okolím. V hospici je umožněn intenzivní kontakt nemocného se svou rodinou. Snacha za ní docházela každý druhý den. Na pokoji je umístěna přistýlka která slouží pro přespaní rodiny. Při větším počtu rodinných příslušníků je možnost ubytování na Háčku, což je součást hospice. Dále je na pokoji možnost pevné linky u lůžka a samozřejmě je přinesení vlastního mobilu. Pokud má pacient nějaké zvířátko, je možnost aby i s doprovodem bylo ubytováno v hospici. S personálem komunikovala otevřeně a jasně formulovala své problémy. (1, 4)

Potřeba komunikace

Paní R. má s komunikací pro svůj vážný stav a hluchotu pravého ucha trochu problémy. Kontakt byl navázán ale rychle. Bez zábran a výstižně mi sdělovala své problémy. Co se týká komunikace s personálem nepozorovala jsem nějaký problém. U paní R. jsem nezaznamenala problém při příjmu nových informací ani v kvalitě ani v kvantitě. Na zpětné dotazování správně odpověděla. Dle možností je pacientka v kontaktu s rodinou ať přes telefon nebo osobně. (1, 4)

Potřeba důvěry a přátelství

Pacientka má důvěru k personálu hospice, věří, že je v dobrých rukou. Ani ve vztahu k mé osobě jsem nezaznamenala projev nedůvěry. Dle možností je pacientka v kontaktu s rodinou a přáteli ať přes telefon nebo osobně při návštěvě. (1, 4)

7.2.3. potřeba sebeúcty a seberealizace

Sebeúcta a seberealizace

Vzhledem ke zhoršování stavu a tím i omezování soběstačnosti, má pacientka snížené sebevědomí. Sebeúcta a seberealizace je značně omezena. Jinak je celkově hodně unavená, ale zároveň trpělivá a klidná. (1, 4)

Potřeba intimity

Vzhledem k tomu, že pacientka je na jednolůžkovém pokoji, a při každé ošetrovatelské činnosti či podávání informací se bere ohled na stud pacientky, nemá pacientka pocit porušení této potřeby. (1, 4)

Potřeba důstojnosti

Vzhledem k vážnému zdravotnímu stavu a s tím spojenými problémy je důstojnost pacientky velmi snížena. I přes veškerou snahu personálu je její stav nezvladatelný. Paní R. je však trpělivá a každé snahy o navrácení její důstojnosti si cení.

8. Ošetrovatelské diagnózy

Z pohledu pacientky:

2. 4. 07

1. Zvracení → neprůchodnosti trávicího traktu pro Ca žaludku – nemožností příjmu potravy ani tekutin, následnou změnou vyprazdňování
2. Celková únava → postupujícího smrtelného onemocnění, kachexie, zvracení, poruchou hydratace a výživy – projevující se vyčerpaností, lucidním chováním, celkovou slabostí, snížením váhy, změnou ve vyprazdňování, suchostí sliznic, sníženým turgorem kůže, rizikem vzniku pádu, změnou biorytmu
3. Strach z budoucna → nepříznivé diagnózy a horšícího se zdravotního stavu - projevující se verbalizací, úzkostí, smutkem
4. Chronická bolest břicha → zvracení – projevující se bolestivým chováním (vyhledáváním úlevné polohy, výraz obličeje), verbalizací
5. Zhoršená komunikace → hluchoty pravého ucha – neporozumění, opakovanému dotazování
6. Omezená soběstačnost → upoutání na lůžko, slabostí, únavou – projevující se nezvládnutím osobní hygieny, potřeby pomoci při vyprazdňování
7. Porucha integrity kůže s rizikem komplikací → periferní žilní kanyly – projevující se infekcí, krvácením, šokem

3. 4. 07

Strach z noci → pocitu opuštěnosti, strachu ze smrti – verbalizací, horšení se stavu

5. 4. 07

Zvracení krve → horšení se stavu – příměsí krve v obsahu

Výrazné zhoršení celkového zdravotního stavu → infaustní prognózy – odkrývání se, zrychleným dechem, vystrašeným výrazem, pocením, obluzeným vnímáním

9. Plán ošetrovatelské péče

problém: a) zvracení → neprůchodnosti trávicího traktu pro Ca žaludku – nemožností příjmu potravy ani tekutin, následnou změnou vyprazdňování

b) zvracení krve → horšení se stavu – příměsí krve v obsahu

cíl: sníží se frekvence zvracení

zastaví se krvácení

pacientka bude mít všechny pomůcky co potřebuje u sebe

intervence: podávání léků na tlumení zvracení

zajištění hydratace

vkládání ledu do oblasti žaludku

zajištění zvýšené polohy

poučení o rozdýchávání nevolnosti

snaha o odpoutání pozornosti od nevolnosti

podání k lůžku emitní misku, pokud nebude stačit, zajištění větší nádoby

pro zklidnění žaludku nabídnutí ledových kostek z Coca – coly

dát do dosahu signalizační zařízení a vysvětlení možného volání o pomoc

realizace: dle rozpisu jsem podávala léky proti zvracení

k lůžku jsem pacientce připravila emitní misku s buničinou, později vyměnila

jsem ji za kbelík, pro vyčištění úst po zvracení jsem připravila boraglycerinové štětíčky

vysvětlila jsem použití signalizačního zařízení a ujistila ji že neobtěžuje voláním o pomoc

vysvětlila jsem pacientce jak ovládat lůžko a pomohla jí zaujmout zvýšenou polohu

poučila jsem pacientku o možnosti rozdýchání nevolnosti a ukázala jsem jí techniku dechu

snažila jsem se o odpoutání pozornosti, snažila jsem se s ní hovořit o rodině, přátelích čtbě kterou měla ráda

na stoleček jsem připravila kostky ledu a vychlazenou Coca – colu a edukovala rodinu o možnosti toho, vzít si je v lednici

hodnocení: Pacientka měla všechny potřebné pomůcky v dosahu. Další dva cíle se povedlo částečně splnit. Na chvíli přestala zvracet

problém: a) strach z budoucna → nepříznivé diagnózy a horšícího se zdravotního stavu - projevující se verbalizací, úzkostí, smutkem se

b) strach z noci → pocitu opuštěnosti, strachu ze smrti – verbalizací, horšení se stavu

cíl: pacientka je klidnější

pacientka zná diagnózu i prognózu

pacientka má pocit že může o sobě rozhodovat do poslední chvíle

intervence: rozhovor s pacientkou

zajištění častých návštěv personálu

umožnění ventilace a abreakce negativních emocí

obklopení pacientky jí blízkými věcmi

umožnění přespání rodinných příslušníků u pacientky

dovysvětlení pojmů, kterým nerozumí

podpoření její důvěry v oše. personál

nabídnutí pomoci při zajišťování nevyřízených věcí

edukace rodiny

odvedení pozornosti na něco příjemného

nabídnutí přítomnosti své osoby, nebo rodiny

- realizace:** popovídala jsem si s pacientkou na téma budoucnost, jak si vše co má následovat představuje a s čím bych ji mohla pomoci
zeptala jsem se na to, zda všem pojmům co ji lékaři řekli, rozumí
snažila jsem se o to dát ji možnost abreakce
ve službě jsem předala její problém a poprosila jsem o častější návštěvy personálu na jejím pokoji
nabídla jsem možnost promluvy se sociální pracovnící
na závěr jsem přešla na hovor o rodině
- hodnocení:** pacientka si je vědoma své dg. i prognózy, je i dostatečně informována o další péči a o tom co obnáší paliativní péče, ale i přes všechna opatření se nepovedlo strach odstranit. Jinak se mírně zklidnila
- problém:** **chronická bolest břicha → zvracení – projevující se bolestivým chováním (vyhledáváním úlevné polohy, výraz obličeje), verbalizací**
- cíl:** pacientka udává zmírnění bolesti břicha o 1 stupně za 2 dny, pacientka chápe nutnost včasného tlumení bolesti
- intervence:** monitorace bolesti
tlumení zvracení
podávání léků dle ordinace lékaře
podávání léků dle potřeby pacientky
pomoc při hledání a zaujímání úlevové polohy
naslouchání pacientce
- realizace:** monitorace bolesti, dle Hospicu Anežky České, dá se označit jako bolest 2. stupně, charakter – tupý, bodavý, objevující se jen při zvracení
dle potřeby jsem podávala naordinované léky viz kapitola 6.2.
vysvětlila jsem ji, že je potřeba včas začít bolest tišit
- hodnocení:** cíl se nepodařilo splnit, bolest se o 1. stupeň zvýšila, jinak nutnost tlumení bolesti pochopila

problém: celková únava → postupujícího smrtelného onemocnění, kachexie, zvracení, poruchou hydratace a výživy – projevující se vyčerpaností, lucidním chováním, celkovou slabostí, snížením váhy, změnou ve vyprazdňování, suchostí sliznic, sníženým turgorem kůže, rizikem vzniku pádu

cíl: pacientka neupadne
pacientka chápe nutnost setrvání na lůžku a omezený pohybový režim
pacientka nebude mít pocit žízně a zmírní se suchost sliznic
pacientka je informována o nutnosti příjmu potravy
pacientka chápe nutnost případného podávání infúzí
pacientka se cítí odpočatá po probuzení
pacientka může odpočívat v klidu i přes den

intervence: zjištění stupně soběstačnosti
domluva s pacientkou na způsobu vyprazdňování
zajištění všech potřebných pomůcek do dosahu pacientky
vysvětlení použití signalizačního zařízení
vysvětlení pacientce nutnost příjmu tekutin stačí i po malých a častějších dávkách
nabídnout možnost vyplachování úst studenou vodou, boraglycerinové štětičky
dostatečná péče o dutinu ústní
doplňování tekutin parenterální cestou
zavedení rozhovoru na téma strava, nabídnutí potravin, na které by měla chuť
vysvětlení možnosti individuální diety, popřípadě možnost nanuků a ledových kostek z ovocné šťávy (rozmixovaný ananas)
umožnění stravování dle její potřeby
umožnění vyvětrání místnosti a úpravu lůžka před odpočinkem
zajištění možnosti odpočinku přes den
tlumení zvracení

realizace: zjistila jsem stupeň soběstačnosti viz příloha číslo 5
vzhledem k velké únavě jsem nabídla pacientce možnost použití plenkových kalhotek s ponecháním možnosti použití pojízdného WC na které byla zvyklá, vysvětlila jsem pacientce jakým způsobem zavolat pomoc a ujistila jsem ji, že nás neobtěžuje svými žádostmi

vysvětlila jsem pacientce nutnost dodržování příjmu tekutin a ona ho pochopila
připravila jsem na dosah pacientce hrneček s vodou a ledem a
s boraglycerinovými štětičkami na vyplachování úst, nabídla jsem pacientce
nanuky a ovocné kostky ledu

promluvila jsem si s pacientkou a vysvětlila ji co obnáší individuální dieta,
před příjmem potravy jsem uklidila, vyvětrala pokoj a pacientce jsem nabídla
opláchnutí obličeje a umytí rukou

s pacientkou jsem se domluvila na řádném vyvětrání

umožnila jsem ji omytí se před spánkem a namasírovala záda

podávala jsem léky dle ordinace lékaře

upozornila jsem oše. personál na větší tichost při práci

hodnocení: vše vysvětlované pacientka pochopila. I přews veškeré intervence se
nepodařilo snížit suchost sliznic, jinak ale pocit žízně nemá. Pádu se podařilo
zabránit a stále se cítí být unavená.

problém: zhoršená komunikace → hluchoty pravého ucha – neporozumění,
opakované dotazování

cíl: pacientka bude dostatečně o všem a včas informována
na položenou otázku bude vědět odpověď

intervence: upozornit ostatní personál na hluchotu pravého ucha
komunikace s pacientkou z levé strany, dostatečně hlasitě s přiměřenou
artikulací
opakování řečeného a zpětné dotazování

realizace: do dokumentace jsem zapsala hluchotu pravého ucha a při předávání služby
jsem to zdůraznila
při naší komunikaci jsem se snažila mluvit dostatečně nahlas, správně
artikulovat a po sdělení jsem se znovu dotazovala a popřípadě jsem to
zopakovala

hodnocení: cíle se podařilo splnit, pacientka byla dostatečně informována

problém: omezená soběstačnost → upoutání na lůžko, slabostí, únavou – projevující se nezvládnutím osobní hygieny, potřeby pomoci při vyprazdňování

cíl: pacientka zvládá základní body soběstačnosti sama
má všechny potřebné pomůcky na dosah

intervence: zjištění stupně soběstačnosti
podání pomůcek pacientce na dosah
motivovat pacientku k samostatné činnosti
účinné tlumení bolesti
závěrečná pochvala za zvládnutí práce

realizace: zjistila jsem stupeň soběstačnosti viz příloha číslo 5
s pacientkou jsme se domluvili na pravidlech pomoci při osobní hygieně
celkovou toaletu jsem prováděla v lůžku
potřebné pomůcky jsem umístila do jejího dosahu a to tak aby jí to vyhovovalo
po každém sebemenším úspěchu jsem ji chválila

hodnocení: cíl se podařilo částečně splnit, paní R. má pomůcky na dosah, ale pro svou únavu musí vše zajišťovat personál

problém: porucha integrity kůže s rizikem komplikací → periferní žilní kanyly – projevující se infekcí, krvácením, šokem

cíl: okolí vstupů je klidné bez zarudnutí
pacientka je bez známek zvýšené teploty, schvácenosti

intervence: sledujeme možné komplikace – krvácení
udržujeme okolí porušené integrity kůže v čistotě a suchu – pravidelné převazy
kontrolujeme funkčnost kanyly
zachováváme zásady asepsy při ošetřování míst porušené integrity kůže
zajistíme dostatečnou hydrataci a výživu
provádíme dostatečnou výměnu lůžkovin a osobního prádla
používáme pomůcky na jedno použití
chráníme pacientku před nozokomiálními nákazami

realizace: okolí vstupů bylo udržováno v čistotě, denně se prováděla kontrola funkčnosti kanyly, zároveň se prováděl převaz za aseptických podmínek
osobní i ložní prádlo se měnilo každý den po ranní hygieně

hodnocení: všech vytyčených cílů se podařilo dosáhnout, nedošlo ke komplikacím

problém: výrazné zhoršení celkového zdravotního stavu → infaustní prognózy – odkrývání se, zrychleným dechem, vystrašeným výrazem, pocením, obluzeným vnímáním

cíl: pacientka se zklidní

intervence: často kontrolovat pacientku
podání léků dle ordinace lékaře a potřeby pacientky
přítomnost personálu, rodiny na pokoji
podávání léků na tlumení zvracení
vkládání ledu do oblasti žaludku
zajištění zvýšené polohy
poučení o rozdýchávání nevolnosti
snaha o odpoutání pozornosti od nevolnosti
podání k lůžku emitní misku, pokud nebude stačit, zajištění větší nádoby
pro zklidnění žaludku nabídnutí popíjení Coca – coly
dát do dosahu signalizační zařízení a vysvětlení možného volání o pomoc

realizace: dle rozpisu jsem podávala léky
k lůžku jsem pacientce připravila emitní misku s buničinou, později vyměnila jsem ji za kbelík, pro vyčištění úst po zvracení jsem připravila boraglycerinové štětičky
vysvětlila jsem použití signalizačního zařízení a ujistila ji že neobtěžuje voláním o pomoc
vysvětlila jsem pacientce jak ovládat lůžko a pomohla jí zaujmout zvýšenou polohu
poučila jsem pacientku o možnosti rozdýchání nevolnosti a ukázala jsem ji techniku dechu
snažila jsem se o odpoutání pozornosti, snažila jsem se s ní hovořit o rodině, přátelích které měla ráda
na stoleček jsem připravila kostky ledu a vychlazenou Coca – colu
snažila jsem se co nejčastěji být u ní na pokoji a držet ji za ruku
vnitřní horkost jsem snižovala studeným obkladem na čelo
informovala jsem rodinu o zhoršení stavu pacientky

hodnocení: cíl se podařilo částečně splnit, pacientka se trochu zklidnila

10. Závěr

5. 4. 2007 ráno při nástupu do služby mi bylo sděleno zhoršení stavu pacientky. Proto jsem v ranních hodinách kontaktovala rodinu a poprosila je aby přijeli, že se stav zhoršil. Vzhledem k tomu, že se zemřelí u nás oblékají do vlastních šatů, poprosila jsem je, aby pro případ nutnosti je sebou přivezli. Hned poté jsem zašla na pokoj a pomáhala pacientce zvládnout ranní hygienu. Paní R. prozvracela celou noc byla velice unavená a po hygieně usnula. Za chvíli se ale vzbudila do velkého neklidu. Odkrývala se, zrychleně dýchala, chvílemi přestávala vnímat a začala zvracet krev. Asi po půl hodině se mírně zklidnila a upadla do agonie. V 9 : 20 bez bolesti a v mé přítomnosti zemřela. Rodina dorazila o půl hodiny později.

11. Sebereflexe

Práce v tomto zařízení mě už několik let obohacuje nejen o zručnost v instrumentálních dovednostech, ale především v komunikaci, empatii a naslouchání. Od té doby co Hospic Anežky České navštěvuji, poznala jsem báječný pracovní kolektiv, který v nouzi vždy pomůže a tato práce mi pomohla i při uspořádání svých životních priorit. Jediné v čem mám stále ještě velké mezery je jednání s pozůstalými. Na jejich reakci nikdy nebudu asi dostatečně připravena.

12. Seznam zkratek

i. v.	- intra enózní
i. m.	- intra uskulární
s. c.	- subcutánní
OA	- osobní anamnéza
PA	- pracovní anamnéza
AA	- alergická anamnéza
GA	- gynekologická anamnéza
NO	- nynější onemocnění
FN	- fakultní nemocnice
GIT	- gastrointestinální trakt
CT	- počítačová tomografie
RTG	- rentgenové vyšetření
PEG	- perkutánní endoskopická gastrostomie
TK	- krevní tlak
P	- puls
D	- dech
TT	- tělesná teplota
SpO ₂	- saturace kyslíku
BMI	- body mass index
UZ	- ultrazvuk
NPB	- náhlé příhody břišní
Amp.	- ampule
PDK	- pravá dolní končetina
Supp.	- čípky
Tbl.	- tablety
Oše.	- ošetřovatelské
PŽK	- permanentní žilní katetr

13. Použité zdroje

- 1) Rozhovor s pacientkou
- 2) Rozhovor s ošetřujícím personálem a rodinou
- 3) Dokumentace
- 4) Vlastní pozorování a měření

14. Použitá literatura

- 5) Adam, Z., vorlíček, J., Vaníček, J. a kolektiv : Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob, Praha: Grada, 2002, ISBN 80 – 7169 – 792 – 3
- 6) Staňková, M. : České ošetřovatelství 6, Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004, ISBN 80 – 7013 – 323 – 6
- 7) Svatošová, M. : Hospice a umění doprovázet, Praha: Ecce homo, 1995, ISBN 80 – 902049 – 0 - 2
- 8) Vorlíček, J., Adam,Z. a kolektiv : Paliativní medicína, Praha:Grada, 1998, ISBN 80 – 7169 – 437 – 1
- 9) www.cestadomu.cz

Přílohy

číslo 1.

vstupní ošetřovatelský záznam a plán ošetřovatelské péče

číslo 2.

překladová zpráva

číslo 3.

hodnocení bolesti

číslo 4.

hodnocení rizika vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové

číslo 5.

Barthlův test základních všedních činností

číslo 6.

zjištění rizika pádu

číslo 3.

Hodnocení bolesti

Týden 2.4.-8.4.	pondělí	úterý	středa	čtvrtek	pátek	sobota	neděle
bolest ruší i spánek							
brání v odpočinku							
jen při pohybu*							
prakticky neomezuje							

* zvracení

Monitorování bolesti během 24 hodin - dne 2. 4. 2007

	bolest	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12
5	nesnesitelná													
4	krutá													
3	silná													
2	nepříjemná													
1	mírná													
0	žádná													

Charakteristika bolesti – dne 2. 4. 2007

1	tupá	6	tahavá
2	bodavá	7	neuralgická
3	křečovitá	8	neurčitá
4	vystřelující	9	
5	svíravá	10	

číslo 4.

Hodnocení rizika vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové

Schopnost spolupráce	věk	Stav pokožky	Přidružené onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	aktivita	mobilita	inkontinence	výsledek
Úplná 4	<10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobrý 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4	
Částečně omezená 3	<30 3	Alergie 3	DM 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovod. 3	Částečně omezená 3	Občas 3	
Velmi omezená 2	<60 2	Vlhká 2	Anemie, kachexie 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2	
Žádná 1	>60 1	Suchá 1	Trombóza, obezita 2	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč, stolice 1	
			Karcinom 1						

číslo 5.

Barthlův test základních všedních činností

Příjem potravy a tekutin	Samostatné bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Oblékání	Samostatné bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Koupání	Samostatné nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Osobní hygiena	Samostatné nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Trvale inkontinentní	0
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Trvale inkontinentní	0
Použití WC	Samostatné bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Přesun lůžko – židle	Samostatné bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
Chůze po rovině	Samostatně nad 50 m	15
	S pomocí 50 m	10
	Na vozíku	5
	neprovede	0
Chůze po schodech	Samostatné bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

dne 2. 4. 2007 - výsledný počet bodů

(6)

číslo 6.

Zjištění rizika pádu

pohyb	Neomezený	0
	Používá pomůcek	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0
	V anamnéze inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá léky*	1
Smyslové poruchy	Žádné	0
	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
Mantální status	Orientován	0
	Občasná dezorientace	1
	Historie dezorientace/ demence	1
Věk	18 – 75	0
	75 a výše	1
Pád v anamnéze		1

* léky ze skupiny diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní látky, benzodiazepiny

dne 2. 4. 2007 výsledný počet bodů