

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMEM

Bakalářská práce

VERONIKA KUNSTOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE

Prof. MUDr. Milan Lukáš CSc.

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2008-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 3. 2008

Veronika Kunstová

.....

Abstrakt

KUNSTOVÁ, Veronika: Ošetrovatelský proces u pacienta s kolorektálním karcinomem. (Bakalářská práce) Veronika Kunstová – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář. Školitel: Prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc. Vysoká škola zdravotnická Praha, 2008.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s kolorektálním karcinomem. Teoretická část práce charakterizuje problematiku kolorektálního karcinomu a stomie. U většiny pacientů je na prvním místě chirurgická léčba, u které je indikovaná stomie. Praktická část je značně věnovaná ošetrovatelskému procesu u pacienta s daným onemocněním, jehož součástí je edukační proces. Je důležité, aby pacienti byli důkladně informováni o následné péči, neboť se předpokládá, že doposud nejsou seznámeni s touto problematikou. Cílem práce je seznámit se s problematikou kolorektálního karcinomu. U nově diagnostikovaného pacienta s kolorektálním karcinomem je cílem edukace zaměřením se na jeho dietní opatření po operaci a hlavně pomoc pacientům se stomií k návratu do normálního lidského života.

Klíčové slova: Kolorektální karcinom, stomie, ošetrovatelský proces, edukační proces, sestra, pacient.

Abstrakt v cizím jazyce

KUNSTOVÁ, Veronika: Nurse proces sof the patients with the colorectal cancer. (Bachelor thesis) Veronika Kunstová – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Grade specialistic qualification: Bachelor. Advisor: Prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc. Vysoká škola zdravotnická Praha, 2008.

The main topic of bachetor thesis is nurse process of the patients with the colorectal cancer. Theoretical part of this thesis characterize problem of the colorectal cancer and stomy. When stomy is detected, the first solving of this problem at the most patients is surgical treatment. Practical part is greatly devoted to nurse process of the patients with said illness; part of this process is educational process. It is very important to very properly inform patients about follow – up care after the finding diagnosis, because we assume that they are not yet apprised of this problem. Goal of this thesis is to become acquainted with problem of colorectal cancer. Another goal is to educate new patient with the dietary steps after the operation.

Key words: colorectal cancer, stomy, nurse process, educational process, nurse, patient

Předmluva

Péče o zdraví každého jedince by mělo být ve zdravotnictví hned na prvním místě.

Téma vzniklo na základě pochopení problematiky kolorektálního karcinomu včetně seznámení se se stomií, která je součástí léčby a uplatněním ošetrovatelského procesu v praxi u pacienta s onemocněním.

Výběr tématu práce byl ovlivněn mým zájmem o toto onkologické onemocnění. Materiál jsem čerpala z knižních i časopiseckých publikací.

Práce je určena studentům Ošetrovatelství oboru všeobecná sestra. Také do ní mohou nahlédnout sestry z praxe, které se denně věnují těmto pacientům na chirurgickém, interním oddělení zaměřující se na gastroenterologii, ale také v ambulancích a odborných poradnách.

Touto cestou chci poděkovat vedoucímu bakalářské práce Prof. MUDr. Milanu Lukášovi, Csc., za podnětné odborné rady, které mi poskytl při vypracování bakalářské práce.

Obsah

Úvod	8
I Teoretická část	9
1 Klinická charakteristika onemocnění	9
1. 1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva	9
1. 2 Patologie nádorů	12
1. 2. 1 Klasifikace nádorů	13
1. 3 Etiologie kolorektálního karcinomu	16
1. 4 Screening rizikových skupin	18
1. 5 Klinický obraz	20
1. 6 Diagnostika	21
1. 7 Chirurgická léčba	23
1. 7. 1 Chemoterapie a radioterapie	25
1. 7. 2 Metastázy rekta a kolorekta	26
1. 8 Prognóza kolorektálního karcinomu	27
1. 9 Prevence kolorektálního karcinomu	28
2 Stomie	29
II Praktická část	31
3 Ošetrovatelská péče u pacienta s onemocněním	31
3. 1 Ošetřování nemocných	31
3. 1. 1 Příjem na oddělení, volba pokoje, poloha nemocného	31
3. 1. 2 Sledování nemocných	31
3. 2 Možné ošetrovatelské diagnózy	32
4 Posouzení stavu pacienta	33
4. 1 Identifikační údaje	33
4. 2 Výtah z lékařské dokumentace	33
4. 2. 1 Lékařská anamnéza	33
4. 2. 2 Vyšetření	35
4. 2. 3 Závěr při příjmu	36

4. 2. 4 Fyzikální vyšetření sestrou	36
4. 3 Posouzení stavu potřeb klienta dle modelu Henderson	38
5 Ošetrovatelská péče	42
5. 1 Seznam ošetrovatelských diagnóz	42
5. 2 Plán ošetrovatelské péče	43
6 Edukace	52
6. 1 Cíl	52
6. 2 Význam	52
6. 3 Téma edukace	52
6. 4 Kontrolní otázky pro sestru	54
6. 5 Kontrolní otázky pro pacienta	54
Závěr	55
Seznam bibliografických odkazů	56
Seznam příloh	58

Úvod

Téma bakalářské práce ošetrovatelský proces u pacienta s kolorektálním karcinomem vzniklo na základě toho, že mne zajímá téma onkologického onemocnění tlustého střeva. Je to závažné onemocnění, které se vyskytuje poměrně často, a proto se zařazuje mezi civilizační onemocnění. Podle výzkumu Česká republika spolu s Maďarskem patří na první místo ve výskytu kolorektálního karcinomu a je to také druhý nejčastější nádor vyskytující se u nás. Proto jsem si vybrala právě problematiku kolorektálního karcinomu jako mou bakalářskou práci. V první části práce je zmínka o nádorech všeobecně, o klasifikaci nádorů tlustého střeva. Kladen je důraz na screening pacientů s tímto onkologickým onemocněním, který je důležitý ve vyhledávání osob asymptomatických nebo osob, u kterých je nutné další sledování vývoje po chirurgické operaci. Zdůrazněné jsou klinické projevy dané části tlustého střeva a diagnostické vyšetření, neboť rozvoj endoskopických metod zcela změnil vývoj práce lékařů. Podstatná část je věnovaná chirurgické léčbě, neboť je skoro vždy první možností léčby v odstranění karcinomu střeva. Součástí komplexní léčby bývá stomie. Prevence je důležitá především k zabránění vzniku nádoru a také k včasné diagnóze, která umožňuje jeho trvalé vyléčení. Druhá část práce je zaměřená na ošetrovatelský proces u pacienta, který vystihuje momentální potřeby pacienta, a ty jsou řešeny v ošetrovatelském procesu. Součástí ošetrovatelské péče je edukační proces, který má za úkol komplexně informovat pacienta o dietním opatření po operaci střev. Cílem práce je seznámit se s problematikou kolorektálního karcinomu a uvedení ošetrovatelského procesu v praxi.

I Teoretická část

1 Klinická charakteristika onemocnění

1.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva

Anatomie

Tlusté střevo – *intestinum crassum* má tyto části: *caecum*, *colon ascendens*, *colon transversum*, *colon sigmoideum* a *rectum*. (Obrázek 1 viz Příloha 1)

Obecná charakteristika: je dlouhé 1,2 až 1,5 metrů, průsvitu 4-8 cm, našedlé barvy. Má typickou trojici poznávacích znaků: 1) *appendices epiploicae*, což jsou výchlypky *peritonea*, které pokrývají střevo. 2) *Taeniae* jsou rozloženy po obvodu střev. 3) *Haustra* jsou vyklenutí střevní stěny mezi *teniami*. Jednotlivá vyklenutí jsou oddělena poloměsíčitými řasami – *plicae semilunares*.

Caecum – slepé střevo je dlouhé 10 cm a je uloženo v pravé jámě kyčelní. Začíná slepě vakem, z jehož vrcholu odstupuje červovitý výběžek – *appendix vermiformis*. *Appendix* může mít různé polohy. Sahá nejčastěji do pánve, dále za *caecum*. Obecně, ale nesprávně se používá název pro *apendix* slepé střevo.

Colon ascendens plynule navazuje na *caecum*, je dlouhé 16-20 cm a táhne se vzhůru až pod játra. Pod játry přechází svým ohbím – *flexura coli dextra (hepatica)* do příčného tračníku – *colon transversum*.

Colon transversum – příčný tračník je dlouhé v průměru 50 cm, prochází v mírném oblouku na levou stranu, kde je další ohyb střeva – *flexura coli sinistra (lientalis)*. Je zavěšen na *peritoneální duplikatuře* – *mesocolon transversum*.

Colon descendens – sestupný tračník

Je dlouhý 20 – 30 cm a přirostlý na zadní stěnu břišní. Dosahuje levé jámy kyčelní, kde přechází v *esovitou kličku*.

Colon sigmoideum – esovitá klička

Ve formě písmene S přechází závěsem přes *musculus psoas major*, levý močovod a *vasa iliaca sinistra* do pánve, kde navazuje na *rectum*. *Esovitá klička* je přidržována volným *peritoneálním závěsem* – *mesosigmoideum* k zadní stěně břišní.

Cévy a nervy střeva: Střevo dostává tepennou krev cestou a. mesenterica superior a inferior. A. mesenterica superior vydává větve pro tenké střevo – aa. jejunales et ilei, pro začátek tlustého střeva a. ileocolica a konečně a. colica dextra a media pro vzestupný tračník a pravou část příčného tračníku. Zbytek tračníku a colon sigmoideum jsou zásobeny z a. mesenterica inferior cestou a. colica sinistra a aa. sigmoideae. Venosní krev ze střev odtéká do vena portae, vznikající soutokem v. mesenterica superior s v. lienalis. Z poslední řady odtéká lymfa cévami do truncus intestinalis. Inervace střeva je realizována sympatickými a para sympatickými nervy.

Konečník – rectum

Je konečným úsekem tlustého střeva, kde jsou patrně dvě části: horní, rozšířený, cca 10 cm dlouhý – ampula recti a dolní, úzký 2-4 cm dlouhý úsek – canalis analis, který prochází svalovou hrází – diaphragma pelvis, a vyústí uje zevně řitním otvorem – anus.

Stavba stěny rekta a anu

Jsou složeny ze sliznice, vybíhající v rektu ve tři poloměsíčitě příčné řasy – plicae transversae. Sliznice v canalis analis vybíhá v podélné řasy – columnae anales. Ten je podmíněn nahromaděním žilních pletení – zona hemorrhoidalis interna. Výstelka sliznice, která je v začátku kanálu tvořena cylindrickým epitelem, se při zevním ústí mění v dlaždicovitý epitel. V této zevní části anu je nahromaděním žilních pletení – zona hemorrhoidalis externa. Cirkulární složka při zevní části kanálu vytváří hladký cirkulární svěrač – m. sphincter ani internus. Zevně od něho svalovina hráze vytváří příčně pruhovaný svěrač – m. sphincter ani externus, ovládaný naší vůlí. Zevní vrstvu horní části rekta představuje peritoneum, dolní část rekta obaluje řidší vazivo. Canalis analis je kryt tužším vazivem – paraproctium.¹

Střevní stěna je tvořena pěti základními vrstvami (Obrázek 2 viz Příloha 2):

1. sliznice (tunica mucosa)
2. slizniční svalovina (lamina muscularis mucosae)
3. podsliznice (tunica submucosa)
4. zevní svalová vrstva (tunica muscularis externa)
5. seróza (tunica serosa)²

¹ Elišková, Naňka, Přehled anatomie, 2006, s. 157 – 160

² Holubec, L., sen., a kol., Kolorektální karcinom, 2004, s. 40

Fyziologie

Tlusté střevo plní, kromě úlohy vstřebávání látek, i funkci orgánu, kterým jsou nepotřebné látky z těla vylučovány.

Podobně jako v tenkém střevě, i zde přítomné Lieberkühnovy žlázy produkují sekret, který se označuje jako hlen. Ten má především ochrannou funkci, dále pak sliznici očišťuje a zvlhčuje. Významnou součástí obsahu tlustého střeva jsou bakterie (*E. Coli* – vyvolávají kvasné reakce, rod *Protheus* – vyvolává hnilobné pochody). Bakterie štěpí látky, které unikly resorpci, tvoří se plyny, které zvětšují objem střeva a tím zvyšují jeho motilitu.

Vstřebávání se týká především vody a iontů. Aktivně jsou vstřebávány ionty sodíku a částečně i chlóru. Spolu s nimi přestupuje i voda. Současně se vylučuje draslík. Vylučovány jsou ionty bikarbonátové a vodík. Možné je i vstřebávání aminokyselin, žlučových kyselin, mastných kyselin o krátkém řetězci, kyseliny listové. Sacharidy a mastné kyseliny s dlouhým řetězcem se nevstřebávají.

Pohyby tlustého střeva jsou:

1. místní mísící,
2. celkové peristaltické.

Regulace pohybů je zprostředkována nervovými pleteněmi. Zvýšená aktivita parasymptiku působí stimulaci motility a relaxuje vřlí neovladatelný vnitřní svěrač (m. ani internus). Sympatikus má účinky opačné. Zvýšení peristaltických pohybů je dáno naplněním žaludku či duodena (gastrokolický, duodenokolický reflex). V regulaci pohybů, a nejenom jich, se uplatňuje hrubá vláknina, která zvětšuje objem střevního obsahu a tím stimuluje pohybovou aktivitu, předpokládá se též její projektivní vliv na zhoubné bujení tlustého střeva.

Mimo vnitřní anální svěrač je v konečníku přítomen svěrač zevní ovladatelný vřlí. Defekace se uskutečňuje reflexně, kdy podrážděním receptorů při rozepnutí konečníku vzniká intenzivní peristaltická vlna distální části tlustého střeva a vřlí se relaxuje m. ani externus (zevní svěrač). Hluboký vdech a uzavření hlasivek vede k nárůstu nitrobřišního tlaku (břišní lis) a k vyprázdnění konečníku.³

³ Mysliveček, Trojan, Fyziologie do kapsy, 2004, s. 177 – 179

1.2 Patologie nádorů

Zhoubné nádory lze definovat jako skupinu nemocí, jejichž společným znakem je neomezený růst buněk tkání. Normální mechanismus kontrolující růst buněk je trvale poškozen. Konečným výsledkem je nárůst buněčné hmoty nádoru, který napadá a ničí normální tkáň. Nádory rozdělujeme na benigní a maligní.

Benigní nádory

Mají ohraničený růstový potenciál, zůstávají na místě svého vzniku, nemetastázuji. Často nemají větší negativní účinek na organismus.

Maligní nádory

Rostou zpravidla rychle, šíří se infiltrativně do okolí a vytvářejí vzdálená ložiska – metastázy. Pokud se včas neléčí, způsobují smrt organismu.

Morfologicky se nádorový růst projevuje třemi způsoby:

- a) růst expanzivní – charakteristický mechanickým útlakem okolí a pokračující atrofii okolních tkání. Roste tak většina nádorů benigních a různě dlouho některé nádory maligní,
- b) růst infiltrativní – při němž nádorové buňky vzrůstají mezi buňky okolních tkání bez jejich přímého ničení,
- c) růst invazivní (agresivní, destruktivní) – je typický vzrůstáním nádorových buněk do buněk okolních tkání, které jsou poškozovány a ničeny.

Šíření nádoru v organismu je v podstatě možné třemi způsoby:

- pokračujícím místním růstem, který zachvacuje někdy i rozsáhlé partie těla (šíření per continuitatem), případně šířením v tělních dutinách nebo jinými preformovanými prostory (metastázy porogenní),
- metastázováním lymfatickými cestami, to znamená zakládání vzdálených ložisek v průběhu lymfatických cest, které však nakonec ústí do krevního systému, takže šíření lymfatickými cestami může přejít v šíření maligních buněk krevní cestou,
- metastázováním krevními cestami (metastázy hematogenní).⁴

⁴ Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., Klinická onkologie pro sestry, 2006, s. 35 – 36

1.2.1 Klasifikace nádorů

1) Anatomické dělení (dle lokalizace)

Dle kritérií Union Internationale Contre le Cancer (UICC) je anatomické dělení nádorů střeva a konečníku následující:

Kolon:		Rektum:	
apendix	(C18.1)	rektosigmoideum	(C19)
cékum	(C18.0)	rektum	(C20)
vzestupný tračník	(C18.2)	řit' a řitní kanál	(C21)
hepatická flexura	(C18.3)	- řitní kanál	(C21.1)
příčný tračník	(C18.4)	- kloakogenní zóna	(C21.2)
lienální flexura	(C18.5)	- léze přesahující rektum,	
sestupný tračník	(C18.6)	řit' a řitní kanál	(C21.8)
sigmoideum	(C18.7)		

2) Staging⁵

Základ stážování nádoru tvoří:

- stupeň penetrace nádoru střevní stěnou
- stupeň postižení regionálních uzlin
- přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz

Astlerova – Kollerova klasifikace

A: tumor neproniká mukózou karcinoma in situ

B1: tumor proniká muscularis mucosa, ale ne muscularis propria

B2: tumor proniká muscularis propria

C1: stadium B1 s postižením lymfatických uzlin

C2: stadium B2 s postižením lymfatických uzlin

D: vzdálené metastázy

⁵ Odstupňování pokročilosti maligního nádoru podle patologických kritérií. Vokurka, M., Hugo, J., a kol.: Praktický slovník medicíny, 2007

Dukesova klasifikace

- A: tumor neprorůstá muscularis propria
- B: tumor prorůstá muscularis propria
- C: postižení regionálních lymfatických uzlin
- D: vzdálené metastázy⁶

3) TNM klasifikace

Nádory klasifikujeme podle histologické struktury (buněčného typu), biologických vlastností a podle anatomické lokalizace. Je stanovený mezinárodní klasifikační systém, hodnotící rozsah zhoubného onemocnění.

Tento TNM systém je používán téměř pro všechny nádory. Neplatí však pro krevní choroby, které mají svoje specifické klasifikace. Účelem tohoto systému je:

1. pomáhat při plánování léčby,
2. umožnit stanovení prognózy onemocnění,
3. pomáhat při vyhodnocování výsledků léčby,
4. usnadnit výměnu informací o výsledcích a způsobu léčení mezi pracovišti,
5. pomáhat při výzkumu zhoubných nádorů.

Klasifikační systém UICC (Union Internationale Contre le Cancer) označovaný jako TNM klasifikace určuje anatomický rozsah nádorového onemocnění pomocí hodnocení tří kategorií:

T – rozsah primárního nádoru,

N – stav regionálních mízních uzlin a v některých případech i uzlin juxtaregionálních,

M – přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz.

Rozsah nádorového procesu v jednotlivých kategoriích TNM systému je určován přidáním čísla za písmeno. Čím vyšší je číslo, tím je rozsah nádoru či jeho šíření v dané kategorii vyšší. Není-li možné klasifikace stanovit, to znamená, že nebyla provedena předepsaná vyšetření, musí se pro stanovení kategorie použít symbolu X.

Všeobecná pravidla klasifikace

1. Všechny případy musí být histologicky ověřeny, neověřené případy se ve výkazech uvádějí odděleně.

⁶ Holubec, L., sen., a kol., Kolorektální karcinom, 2004, s. 31 – 32

2. Pro každou lokalizaci nádoru jsou dvě klasifikace:
 - Předléčebná klinická klasifikace, označená TNM – je stanovena na základě klinického, RTG, endoskopického nebo jiného vyšetření ještě před rozhodnutím o definitivní léčbě. Pro některé lokalizace nádoru může být navíc použito informací získaných při chirurgickém diagnostickém výkonu před provedením definitivního chirurgického zákroku.
 - Pooperační histopatologická klasifikace, označení jako pTNM – vychází z předléčebné klinické klasifikace TNM, jež je po provedeném definitivním chirurgickém zákroku doplněna či pozměněna na základě peroperačně získaných poznatků a výsledků histopatologického vyšetření léčebně resektovaného operačního preparátu.
3. Jednou stanovené kategorie TNM musí zůstat nezměněny.
4. Při vyšetřování onkologického nemocného může být použito nejrůznějších vyšetření, je však nutno odlišovat zásadní vyšetření od doplňujících. Proto jsou pro každou lokalizaci nádoru určeny minimální požadavky na provedená vyšetření.
5. Pro stanovení TNM kategorií mohou být jednotlivé případy onemocnění tříděny do klinických stádií.
6. Na vyhodnocování výsledků léčby je nejdůležitější předléčebná klinická klasifikace TNM.
7. Jsou-li pochybnosti o správném určení kterékoliv kategorie u daného případu zhoubného nádoru, pak platí zásada, že se použije nižší, méně pokročilé hodnocení. Totéž platí i pro třídění na stadia.

Popsaný systém TNM klasifikace má pochopitelně i své nedostatky, klasifikace je statistická a nevšímá si biologických vlastností zhoubného nádoru. Klasifikace rovněž nehodnotí vztah mezi nádorem a hostitelem, stejně jako nebere zřetel na celkový stav nemocného. Klinická klasifikace se musí přesně uvést v dokumentaci, v onkologickém hlášení a při statistických zpracováních všeho druhu. Uvádí se současně s číslem dle mezinárodního kódu, který zobrazuje nejen lokalizaci, ale i přídatným číslem bližší umístění maligní léze.⁷

⁷ Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., Klinická onkologie pro sestry, 2006, s. 37 - 39

4) Histopatologický grading⁸

Histopatologický grading (stupeň diferenciacie nádorových buněk):

GX: grading nemůže být stanoven

G1: dobře diferencované tumory

G2: středně diferencované tumory

G3: málo diferencované tumory

G4: nediferencované tumory⁹

1.3 Etiologie kolorektálního karcinomu

Nádory tlustého střeva a konečníku patří celosvětově frekvencí svého výskytu a celkovou úmrtností mezi tři nejčastěji se vyskytující nádorová onemocnění (mimo karcinom kůže). V České republice tvoří kolorektální karcinom 12,1 % všech nádorů u mužů a 13,7 % všech nádorů u žen.

Nejčastějšími nádory v tlustém střevě jsou nádory epitelové.

Nádory tlustého střeva a rekta můžeme rozdělit na sporadické formy, které představují asi 80 % všech nádorů kolorekta, a familiární (hereditární) formy, které tvoří asi 20 % všech těchto nádorů.

Na vzniku kolorektálního karcinomu se podílejí faktory hereditární i exogenní. Faktory hereditární odpovídají především za familiární výskyt karcinomů v oblasti céka a vzestupného tračníku. Faktory exogenní odpovídají především za výskyt nádorů v sestupném tračníku, sigmoideu a konečníku.

Hereditární faktory

Mezi hereditární faktory se řadí:

- Syndromy mnohotné adenomatózní polypózy (familiární adenomatózní polypóza, Gardnerův syndrom)
- Syndromy familiárního výskytu nepolypózních karcinomů tlustého střeva (Lynchův syndrom I, II)

⁸ Zhodnocení stupně malignity nádoru, zejm. na základě histologických a cytologických kritérií. Vokurka, M., Hugo, J., a kol.: Praktický slovník medicíny, 2007

⁹ Holubec, L., sen., a kol., Kolorektální karcinom, 2004, s. 33

Exogenní faktory

K udávaným exogenním faktorům převážně patří:

- nadbytek tuků v potravě
- nedostatek fermentabilní vlákniny v potravě
- nevhodná tepelná úprava stravy
- nadměrná exkrece žlučových kyselin do stolice a vznik fekapenů
- nedostatek vápníku v potravě (snížená schopnost detoxikace žlučových kyselin ve střevě); nedostatek vitaminů A, C, E a selenu (snížená ochrana před toxickým efektem volných kyslíkových radikálů)
- kouření a alkohol (významné pro oblast konečníku)

Predisponující změny

- Dysplastické léze: riziko maligního zvratu závisí na velikosti a histologické stavbě polypů; stoupá od tubulárních, přes tubulovilózní a vilózní adenomy.
- Ulcerózní kolitida: maligní zvrat je častý, pravděpodobnost stoupá s délkou trvání kolitidy.
- Crohnova choroba: maligní zvrat je méně častý než u ulcerózní kolitidy. Karcinomy vznikají obvykle v postižené části střeva, ale mohou být též metachronní nebo se vyskytovat v jizvě po předcházející operaci.¹⁰

Asi 60 – 70 % karcinomů je lokalizováno v oblasti rektosigmoidea, 10 % je v dosahu palpujícího prstu.

Makroskopicky se kolorektální karcinom může jevit jako:

1. exofyticky rostoucí tumorózní masa,
2. infiltrující tumor, popř. stenozující lumen,
3. exulcerovaný útvar.

Mikroskopicky jde až v 90 % o adenokarcinom.

Naprostá většina karcinomů vzniká z adenomů, jen malá část vzniká bez předchozí přítomnosti adenomu. Asi ve 3 % se vyskytuje synchronní karcinom (ještě jeden nádor v jiném úseku tlustého střeva). Metachronní karcinom značí, že po úspěšném odstranění nádoru vznikne s různým časovým odstupem opět nový nádor v tlustém střevě.¹¹

¹⁰ Holubec, L., sen., a kolektiv, Kolorektální karcinom, 2004, s. 15 – 20

¹¹ Klener, P., et al., Vnitřní lékařství, Svazek IV, Gastroenterologie, hepatologie, 2002, s. 126

1. 4 Screening rizikových skupin

I. skupina – populace středního rizika vzniku kolorektálního karcinomu.

Screening¹² asymptomatických jedinců nad 45 let věku

Depistáž masový screening se provádí vyšetřením ze tří po sobě následujících stolic na okultní krvácení (OK) Haemoccult testem (HT) TOKS (standardizovaný test na okultní krvácení). Test má poměrně nízkou senzitivitu a vysokou specificitu.

Test se musí opakovat ve dvouletém intervalu. Profylaxe odstranění všech zjištěných adenomových polypů většinou metodou endoskopické polypektomie.

II. skupina – populace vysokého rizika vzniku kolorektálního karcinomu.

Screening vysokorizikových skupin obyvatel

1. Všechny formy difúzní střevní adenomatózní polypózy

- genetický screening
- totální koloskopie ve věku 10-12 let s následnou flexibilní sigmoidoskopií každé 2-3 roky

2. Syndrom hereditárního nepolypózního karcinomu (nejčastěji se vyskytující dědičná forma kolorektálního karcinomu)

- identifikace postižených jedinců na základě sestavení rodokmenu, který by měl odpovídat Amsterodamským kritériím:
 - a) V rodině jsou alespoň tři příbuzní s histologicky verifikovaným kolorektálním karcinomem, jeden z nich je příbuzný prvního stupně ostatních dvou
 - b) Jsou postiženy alespoň dvě po sobě jdoucí generace.
 - c) Alespoň u jednoho nemocného byl kolorektální karcinom diagnostikován do 50 let věku.
- od 20 let věku se doporučuje totální koloskopie každé 2-3 roky
- každoroční test na okultní krvácení

3. Kolorektální karcinom u nejbližších příbuzných (tzv. 1. stupně: rodiče, sourozenci, děti)

- screening počínaje věkem 35 let

¹² Postupy a metody umožňující získat rychle a jednoduše základní informace o zdravotním stavu a ev. chorobách. Vokurka, M., Hugo, J., a kol.: Praktický slovník medicíny, 2007

- totální koloskopie každých 3-5 let, zvláště při rodinném výskytu karcinomu před 55. rokem života, nebo pokud mají více než 2 příbuzní rakovinu
- každoročně kontrola na okultní krvácení
- při rodinném výskytu dvou karcinomů se doporučuje u příbuzných 1. stupně test na okultní krvácení
- koloskopie alespoň 1x za dva roky

4. Adenomové polypy

Polypy odstraňujeme metodou endoskopické polypektomie.

5. Adenom u nejbližších příbuzných a kolorektální karcinom u vzdálených příbuzných

- screening od 35 let věku

6. Stav po kurativní resekci kolorektálního karcinomu

- totální koloskopie se provádí v jednoročním intervalu po dobu 5 - 6 let po chirurgickém výkonu
- pokud nedošlo k totální koloskopii před operací, provést ji nejpozději do šesti měsíců po výkonu k vyloučení synchronních nádorů

7. Nespecifické střevní záněty

Dysplazie je marker vysokého rizika vzniku kolorektálního karcinomu

- Koloskopie vyhledávající dysplazii se doporučuje zahájit 8 let po začátku choroby u pacientů s pankolitidou, 15 let po začátku choroby u pacientů s kolitidou v levé části tračníku.
- Při nepřítomnosti dysplazie se doporučuje provádět totální koloskopie s etážovými biopsiemi každé 2 roky, při pozitivním nálezu dle screeningových doporučení.
- Při nálezu neurčitých dysplastických změn totální koloskopie v intervalu 1 roku.
- Při dysplazii nízkého stupně koloskopie za 6 měsíců

8. Stav po operaci karcinomu prsu, dělohy, ovaria, ureteroileostomii

- test na okultní krvácení každoročně bez závislosti na věku
- Při pozitivitě HT totální koloskopie jako u sporadického kolorektálního karcinomu¹³

¹³ Holubec, L., sen., a kol., Kolorektální karcinom, 2004, s. 57 – 59

1. 5 Klinický obraz

1) Rakovina pravé poloviny tračnicku

Vzhledem k tekutosti stolice a širokému lumen zužují tumory průsvit pozdě. Nádory rostou převážně endofyticky, často exulcerují a krvácejí. To vede k anemii a hubnutí. V nádoru vzniká často infekce, což může imitovat periapendikální infiltrát. Nemocný udává bolest v místě nádoru. Krvácení může být okultní, celkové příznaky (hubnutí, nechutenství, dušnost) se objevují dříve než místní projevy nádoru.

2) Rakovina levé poloviny tračnicku

Nejčastěji se zde vyskytuje skirhus rostoucí cirkulárně na esovité kličce nebo v linnální flexuře vedoucí ke stenóze. Stolice v této části tračnicku je tužší. Následkem dráždění střeva tumorem mají nemocní přechodně častější stolice, později se střídá zácpa s průjmem (rozklad stolice účinkem bakteriální flóry). Krvácení nebývá velké. Nemocní často přicházejí k lékaři v ileózním stavu.

3) Rakovina rekta

Tumor v ampule rektální se projeví změnou v defekačních zvyklostech, frekvence stolic je vyšší, často se objevují tenezmy. Odchod krve a hlenů trvá někdy řadu měsíců. Krev nemocný často přisuzuje krvácení z „hemoroidů“. Krev může nebo nemusí být smíšená se stolicí. Po stolici zůstává pocit nedostatečného vyprázdnění. Při odchodu plynů může nechtěně odejít i stolice. Bolest u tumoru v ampule rektální bývá pozdním příznakem (až při prorůstání tumoru do sakrální nervové pleteně). Pozdní je i hubnutí.

4) Rakovina anu

Tumor v řitním kanálu se projeví pocitem cizího tělesa a bolestí. V pokročilém stadiu může vzniknout stenóza nebo naopak inkontinence stolice.

Epidermoidní karcinom se zpočátku jeví jako tuhý uzel, jindy jako měkká pohyblivá léze, téměř nerozeznatelná od hemoroidálního uzlu. Počáteční příznaky rakoviny anu jsou nenápadné, projevují se jako špinění stolicí, tlak a svědění, později se mohou přidat tenezmy, pocit tíhy a bolest. Exulcerovaný povrch nádoru často krvácí. V pozdějším stadiu může dojít k inkontinenci nemocného. Někdy pozorujeme zvětšení tříselné uzliny. Vzácný zhoubný melanom vypadá jako tmavý tumorek vyčnívající

z anu, nebo jako vřed. Tmavohnědé až tmavomodré zbarvení rezistence nás může mýlit s trombozovaným hemoroidem. V jedné třetině se ale vyskytují i nezbarvené formy.

Bowenova choroba se projeví svěděním v místě, kde prokazujeme červenožluté nepravidelně se šířící ekzematózní léze. Pagetova choroba je vzácné onemocnění, může se projevit jako světlešedé plaky obklopené indurací, pod nimiž někdy leží tumor.

Bazocelulární karcinom, bazaliom (ulcus rodens) se většinou jeví jako ulcerující nádor na okraji řitě.¹⁴

1. 6 Diagnostika kolorektálního karcinomu

1) Laboratorní diagnostika

- Klasické biochemické parametry
Z klasických laboratorních vyšetření je nutno provést základní biochemický rozbor krve a moči. Laboratorní nález bývá chudý; pozitivní bývá zpravidla až v pozdních stádiích nádorového onemocnění.
- Nádorové markery
Nádorové markery lze charakterizovat jako látky produkované maligními buňkami či organismem jako odpověď na nádorové bujení. Správně indikované vyšetření nádorových markerů může přispět k včasnému zachytu recidivy či progresu onemocnění, je nezbytně nutné jejich sledování v pravidelných intervalech.
- Genetická diagnostika
Umožňuje potvrzení diagnózy a nalezení asymptomatických osob s rizikem vzniku onemocnění, u kterých je možná diagnostika v časném stádiu nádoru.
- Průtoková cytometrie
Potenciální klinické využití průtokové cytometrie v diagnostice kolorektálního karcinomu spočívá v možnosti detekce nádorových buněk v krevním řečišti, exprimující nádorové markery.

¹⁴ Holubec, Luboš, sen., a kol., Kolorektální karcinom, 2004, s. 107 - 109

2) Radiodiagnostika

Zobrazovací metody byly dlouhá léta prioritním vyšetřením v diagnostice onemocnění tlustého střeva a konečníku. S rozvojem endoskopických metod však zčásti ustoupily do pozadí. Metody endoskopické i konvenční radiodiagnostiky lze hodnotit jako komplementární.

V diagnostice tlustého střeva se používají následující zobrazovací metody:

- Konvenční radiodiagnostika
Irigoskopii provádíme metodou dvojího kontrastu
Při pasáži gastrointestinálním traktem (GIT) jde o orientační vyšetření
- ultrasonografické vyšetření (USG), v oblasti rekta především endosonografie
Transabdominální USG má zcela orientační charakter
Endorektální USG vyžaduje použití speciální endorektální sondy
- počítačová tomografie – CT vyšetření břicha a pánve
Při počítačové tomografii břicha a pánve se zobrazí tračník až po rektosigma jako tubulární útvar. Zobrazí se jeho stěna, okolní orgány.
- magnetická rezonance – MR vyšetření pánve se zaměřením na konečník
Magnetická rezonance má své místo prakticky pouze v diagnostice nádorových procesů rekta.

3) Endoskopické vyšetření

- Anoskopie, rektoskopie
K tomuto vyšetření se používají rigidní přístroje. Anoskop může být kovový nebo z umělé hmoty na jedno použití. Rektoskopy jsou kovové. Nemocný je před výkonem poučen, je nutný jeho souhlas s vyšetřením.
- Koloskopie
Koloskopie je vyšetření konečníku, tlustého střeva, popř. terminálního ilea flexibilním endoskopem. Ve druhé polovině 20. století se endoskopie dostala na první místo v diagnostice onemocnění trávicího ústrojí. Jde o metodu vizuální, u pozorovaného objektu popisujeme jeho vzhled a nikoli jeho histopatologickou skladbu. Důležité je klinické monitorování pacienta během a po výkonu.¹⁵

¹⁵ Holubec, L., sen., a kol., Kolorektální karcinom, 2004, s. 65 - 90

1. 7 Chirurgická léčba

Příprava nemocných před operací

Kromě již zmíněných vyšetření absolvují nemocní při průkazu metastáz na RTG plic, CT plic a bronchoskopii, při urologické symptomatologii vyšetření urologické. Všechny ženy jsou prohlédnuty gynekologem.

Nemocný musí být informován o všech eventuálních nepříznivých následcích operačního výkonu (ve sféře urologické, sexuální, o nutnosti založené stomie, předpokládaných frekvencích stolic). Před možným založením střevního vývodu stomie sestra zakreslí na břišní stěně nejvhodnější místo k založení stomie vzhledem k tvorbě kožních řas. Před plánovaným výkonem věnujeme u každého nemocného pozornost úpravě vnitřního prostředí a místní úpravě tlustého střeva. Při podezření na byt' neúplnou střevní obstrukci musíme použít retrográdní klyzma (1,5-2 litry). Elastické punčochy a nízkomolekulární heparin používáme k předcházení trombembolické nemoci. Profylaxi infekce provádíme na začátku anestezie podaným antibiotikem. Na začátku operace zavádíme močovou cévku k upřesnění bilance tekutin.

A) Karcinom tračnicku

Při pronikání tumoru do submukózy tlustého střeva se indikuje u nemocných jen chirurgický výkon. Při infiltraci tumoru do muscularis propria po chirurgické léčbě následuje adjuvantní cytostatická terapie. Chirurgická léčba karcinomu tračnicku spočívá v dostatečné resekci tlustého střeva s nádorem a příslušným mezokolon se spádovými lymfatickými uzlinami tak, aby resekční linie byla ve zdravé tkáni. Vyšetřit by se mělo nejméně 12 lymfatických uzlin.

1) Elektivní výkony

- a) Pravostranná hemikolektomie a rozšířená pravostranná hemikolektomie
- b) Levostranná hemikolektomie a rozšířená levostranná hemikolektomie
- c) Resekce sigmatu
- d) Hartmannova resekce
- e) Subtotální kolektomie
- f) Proktokolektomie
- g) Laparoskopické střevní resekce

2) Akutní výkony

- a) Pravostranná hemikolektomie a rozšířená pravá hemikolektomie
- b) Kolostomie
- c) Dvoudobé resekce
- d) Subtotální kolektomie

3) Paliativní výkony

- a) Krátké resekce nebo kompletní resekce bez lymfadenektomie
- b) Paliativní anastomózy na tračníku
- c) Kolostomie, ileostomie
- d) Endoskopická paliativní léčba
- e) Laserová elektrokoagulace
- f) Nekontaktní elektrokoagulace

B) Karcinom rekta a rektosigmoidálního přechodu

Při prorůstání tumoru do submukózy nemocného indikujeme jen k chirurgickému výkonu. Předoperační nebo pooperační radioterapie je doplněna při komplexní léčbě karcinomu rekta adjuvantní chemoterapií.

Radikální chirurgický výkon spočívá v resekci konečnicku s lymfadenektomií a odstraněním retrorektálního tuku. Při postižení dolní třetiny rekta nebo prorůstání tumoru do svěračů provádíme amputaci rekta.

1) Elektivní výkony

- a) Vysoká či nízká přední resekce rekta
- b) Koloanální anastomóza podle Parkse
- c) Abdominoperineální resekce (amputace) rekta (Miles-Quenue)
- d) Lokální elize karcinomu rekta

2) Paliativní výkony

- a) Paliativní resekce rekta
- b) Rekanalizační výkony
- c) Kolostomie

C) Léčba recidivujících karcinomů tračníku a rekta

U nemocných s podezřením na recidivu nádoru můžeme diagnózu upřesnit radioimunoscintigrafií. Při vyšetření se používají monoklonální protilátky proti povrchovým antigenům kolorektálního karcinomu, které jsou označeny radionuklidem.

D) Karcinom anu

Povrchní, pohyblivé a malé léze u epidermoidního karcinomu léčíme místní excizí, někdy s následným ozářením. Jako primární léčba se uznává zevní radiace se simultánní chemoterapií. Radikální chirurgický postup abdominoperineální resekce (amputace) konečníku se používá v případech selhání výše uvedené léčby, u recidivy onemocnění nebo u melanomu rekta. U Bowenovy choroby, Pagetovy choroby a bazaliomu se provádí lokální excize. Kaposiho sarkom je radiosenzitivní a citlivý na chemoterapii. Zhoubný melanom anorektální je prakticky vždy letální i po provedení radikálního chirurgického výkonu.¹⁶

1. 7. 1 Chemoterapie a radioterapie

1) Adjuvantní chemoterapie pro karcinom kolon

Ačkoliv u 75 % nemocných s kolorektálním karcinomem se podaří radikální resekce nádoru, stále umírá polovina nemocných na vzdálenou generalizaci onemocnění. Úkolem adjuvantní chemoterapie je zlikvidovat latentní nádorovou populaci dříve, než vzniknou klinicky manifestní metastázy.

2) Adjuvantní léčba pro karcinom rekta

Hlavními rizikovými faktory pro nemocné s resektabilním nádorem jsou hluboká nádorová invaze a pozitivní regionální lymfatické uzliny.

a) Radioterapie

Hraje hlavní roli ve snížení rizika lokoregionální progresi. Radioterapie se používá jako samostatná, kombinovaná s chemoterapií jako konkomitantní léčba.

b) Radiochemoterapie

3) Léčba pokročilého kolorektálního karcinomu

a) Léky používané u kolorektálního karcinomu

5-fluorouracil je analog citidinu používaný od roku 1957. Nejčastějšími nežádoucími účinky 5-FU jsou zvracení, nevolnost, mírná alopecie, stomatitida, průjemy.

¹⁶ Holubec, L., sen., a kol., Kolorektální karcinom, 2004, s. 110 - 135

b) Nové léky u kolorektálního karcinomu

Irinotecan (Campto) je inhibitorem topoizomerázy I.

- Raltitrexed (Tomudex) je novým cytostatikem v léčbě pokročilého kolorektálního karcinomu.
- Oxaliplatina (Eloxatin) je dalším cytostatikem, které se objevilo v terapii linie léčby pokročilého kolorektálního karcinomu.
- Capecitabin (Xeloda) je dalším nadějným lékem v terapii kolorektálního karcinomu.

c) Nová kombinační schémata v léčbě¹⁷

1. 7. 2 Metastázy tumorů rekta, resp. kolorekta

(Obrázek 3 viz Příloha 3)

1) Metastázy jaterní

Nejčastější lokalizací metastazování maligních nádorů konečnicku, samozřejmě mimo lymfatické uzliny, jsou játra. Vyšetřovací metody u jaterních metastáz: ultrasonografie, počítačová tomografie, magnetická rezonance, pozitronová tomografie.

a) Chirurgická léčba jaterních metastáz

b) Paliativní léčba jaterních metastáz

Paliativní léčba zahrnuje několik léčebných postupů, které buď samostatně, nebo v kombinaci s dalšími metodami mohou zlepšit osud nemocného. Objektivně se prodlužuje délka přežívání nemocných a nezdědka může paliativní terapie umožnit kurativní léčbu – resekci metastáz (např. chemoterapie, radioterapie, lokální destrukce metastáz).

2) Plicní metastázy kolorektálních karcinomů

Diagnostika plicních metastáz se opírá o klasické rtg vyšetření plic a o hodnoty onkomarkerů, v rámci dispenzarizačních prohlídek nemocných. Chirurgická léčba, resekce metastáz, zůstává stále nenahraditelným léčebným postupem. V případě vícečetných metastáz má metastazektomie pouze diagnostický význam.

¹⁷ Holubec, sen., a kol., Kolorektální karcinom, 2004, s. 149 - 153

3) Méně časté lokalizace metastáz kolorektálních tumorů

Metastázy v ovariích jsou nalezeny u 3 – 8 % žen.

Metastázy do CNS jsou zjištěny u 1 – 3 % nemocných.

Prognóza i jediné metastázy v mozku je pro nemocného špatná.

Zcela v malých počtech se objevují solitární metastázy karcinomu rekta ve stěně močového měchýře a u žen v pochvě. Častou lokalizací, ale léčebně hůře ovlivnitelnou, je diseminace onemocnění na peritoneu v dutině břišní. Další raritní lokalizace metastáz kolorektálního karcinomu, nadledvina, slezina, kosti, klouby, štítná žláza, se objevují většinou až v době generalizace onemocnění, nikoliv jako solitární metastázy.¹⁸

1. 8 Prognóza kolorektálního karcinomu

Prognostické faktory jsou údaje, které umožňují přibližně stanovit pravděpodobnost recidiv onemocnění, generalizace onemocnění, úmrtí či úplného uzdravení nemocného.

Prognostické faktory lze rozdělit na:

1) Klasické ukazatele prognózy: staging, reziduální nádor, histologický nálezn, lokalizace nádoru, komplikace

2) Prognostické faktory biologické aktivity nádoru

Z hlediska klinické využitelnosti jde především o vyšetřování předoperačních hodnot nádorových markerů. Obecně lze konstatovat, že zvýšené či vysoké předoperační hodnoty nádorových markerů ukazují na možné vyšší stadium a tím obecně horší prognózu.¹⁹

Kolorektální karcinom mívá tendenci poměrně dlouho růst místně, než začne zakládat metastázy. Patří mezi dobře léčitelné nádory, pokud je zachycen v časném stadiu.

U pacientů s nepokročilými nádory lze ve velké většině případů dosáhnout trvalého vyléčení. U pokročilých nádorů je léčba obtížnější a náročnější, ale i zde je možné dosáhnout u řady pacientů dlouhodobějšího přežívání bez známek nemoci.²⁰

¹⁸ Vysloužil, K., Komplexní léčba nádorů rekta, 2005, s. 133 - 170

¹⁹ Holubec, L., sen., a kol., Kolorektální karcinom, 2004, s. 61

²⁰ Vorlíček, J., Abrahámová, J., Vorlíčková H., a kol., Klinická onkologie pro sestry, 2006, s. 208

1. 9 Prevence

Karcinom tlustého střeva je prakticky jediným onkologickým onemocněním, kde je realizovatelná primární prevence nádoru. Jde o nádor, který je důsledkem především chyb životního stylu a vlivu životního prostředí. Proto je zde široké pole pro zdravotnickou osvětu všech stupňů a pokud možno v co nejširší populaci. Preventivní opatření jsou jednak charakteru doporučeného zdravotního stylu a jednak mají charakter optimální diagnostiky prekanceróz nádorového onemocnění.

Obecná preventivní opatření:

- omezení celkové konzumace živočišných tuků
- zvýšení obsahu vlákniny v potravě
- zvýšení obsahu vápníku, vitaminů C, E, selenu v každodenní stravě
- omezení nevhodné tepelné úpravy potravy (pečení, smažení, grilování)

Speciální preventivní opatření:

- Důsledné odstranění všech adenomů u asymptomatických a rizikových osob, následně periodické kontroly těchto jedinců
- Chemoprevence: jde o aplikaci specifických chemických látek za účelem prevence, inhibice nebo ústupu karcinogeneze – zejména o preventivní podávání kyseliny acetylsalicylové, nesteroidních antirevmatik – sulindac (podstatou účinku je inhibice produkce prostaglandinů cyklooxygenázami, čímž dochází ke zpomalení růstu nádorových buněk kolorektálního karcinomu)
- Dispenzarizace speciálních rizikových skupin:
 - a) nemocní se všemi druhy střevní adenomatózní polypózy a jejich rodinní příslušníci
 - b) příslušníci rodin se syndromem familiárního karcinomu
 - c) nemocní po operaci kolorektálního karcinomu, zejména v mladším věku s rodinnou zátěží
 - d) nemocní s polypózními adenomy, zejména s rodinnou zátěží kolorektálního karcinomu
 - e) nemocní s idiopatickou pankolitidou trvající více než 10 let

Všichni tyto nemocní by měli být koloskopicky vyšetřováni v pravidelných časových odstupech daných obecně platným screeningovým doporučením.

Dispenzarizace pacientů s kolorektálním karcinomem pro primární terapii je stejná jako u všech onkologických onemocnění, Kontrola spočívá v klinickém a komplementárním vyšetření. (Tabulka 1 viz Příloha 4)

U všech nemocných po nízké resekci rekta jsou nutné endoskopické kontroly anastomózy po 3 měsících během prvních dvou let pooperačního sledování.²¹

2 Stomie

Stomie pochází z řeckého slova označujícího „ústa“ nebo „otvor“. Je to uměle vytvořený otvor v trávicí trubici (střevu či ileu), který je vyveden na povrch břišní stěny jako kolostomie nebo ileostomie a umožňuje vylučování stolice nebo moči (močová stomie). Obvykle se provádí v případech, kdy je střevo pod stomií postižené nemocí a je dysfunkční. Stolice se shromažďuje do vyměnitelného plastového sáčku, který je přilepen na kůži břicha.

Stomie se provádějí z důvodů:

Karcinomu střeva – je to nejčastější důvod kolostomie, divertikulitidy, zánětlivého onemocnění střeva, karcinomu močového měchýře, úrazu nebo úporné inkontinence.

Typy stomií:

1) Kolostomie

Některé kolostomie jsou trvalé a stomie se může provést z kterékoli části tlustého střeva. Některé stomie jsou dočasné a odvádějí stolicí z distálnějších částí střeva, dokud se poškozená tkáň nezahojí. Po zhojení střeva se kolostomie uzavře.

Důvody dočasné kolostomie

- Jako urgentní opatření při střevním uzávěru
- Aby umožnila zhojení obtížné anastomózy
- Aby umožnila „odpočinek“ distální části střeva při zánětlivých onemocněních

²¹ Holubec, L., sen., a kol., Kolorektální karcinom, 2004, s. 157 – 158

Důvody trvalé kolostomie

Obvykle se provádějí z důvodu karcinomu střeva, pokud po resekci nezůstává distální střevo.

2) Ileostomie

Při tomto postupu se ileum vytáhne na povrch břišní stěny.

Důvody ileostomie

Těžké zánětlivé onemocnění tlustého střeva, jako např. ulcerózní kolitida, familiární střevní polypóza, alternativou ileostomie je vak dle Parka (provede se totální kolektomie, ale terminální ileum se zformuje do vaku a připojí k anu. Anální svěrač je ponechán, a tak je obvykle zachována kontinence stolice).

Pokud se uvažuje o stomii, je psychologická příprava pacienta nanejvýš důležitá a měla by se zahájit co nejdříve. Obvykle spadá do zodpovědnosti sestry specializované na péči o stomii, jeho životním stylu a vyrovnáním se se stomií po operaci. Je důležité pacientovi zdůraznit, že jeho životní styl se z důvodu stomie nemusí měnit. Tato myšlenka ho může děsit a způsobovat extrémní úzkost, proto je důležité, aby se diskuzí účastnili také partneři nebo blízcí příbuzní pacienta.

Časné komplikace stomie

Nekróza způsobená ischemií stomie, může se objevit obstrukce způsobená stolicí nebo edémem, eroze kůže způsobená střevním obsahem při netěsnosti kolostomického sáčku. Důvodem bývá nevhodné umístění stomie. V takovém případě může být nutný další zákrok, aby se stomie přemístila.

K pozdějším komplikacím patří prolaps střeva, parastomální hernie a retrakce části střeva vyvedeného při ileostomii. Všechny tyto stavy vyžadují chirurgický výkon.²²

²² Richards, A., Edwards, S., Repetitorium pro zdravotní sestry, 2004, s. 218 - 221

II Praktická část

3 Ošetrovatelská péče u pacienta s onemocněním

3. 1 Ošetřování nemocných

3. 1. 1 Příjem na oddělení, volba pokoje, poloha nemocného

Starala jsem se o pacienta M. J., za kterým jsem pravidelně docházela v termínu od 11. 2. do 15. 2. 2008. Ošetřování pacienta jsem si zařídila mimo školní praxi, protože se během ní nikdy nestarala o pacienta s tímto onemocněním. Pacient byl hospitalizovaný 11 den v nemocnici, 8 dní na chirurgické klinice ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze a 3 dny na IV. interní klinice té stejné nemocnice, kam byl přeložen pro celkové dovyšetření enterorhagie.

Pokoj volíme pro pacienta klidný, dobře větratelný, prosluněný, měl by být vybaven zástěnami, aby chránily stud nemocného. Lůžko by mělo být přístupné ze tří stran. Poloha pacienta je aktivní, pro něho příjemná.

3. 1. 2 Sledování nemocného

U pacienta se sledují základní fyziologické funkce, podávají se pravidelně léky, dohlíží se na pravidelné stravování a dodržování dietní terapie, pečuje se o dostatečný příjem tekutin, dohlíží se nad pravidelnou rehabilitací, dbá se nad jeho dostatečnou hygienou, nad dostatkem ložního a osobního prádla, pečuje se o vyprazdňování pacienta, dbá se na dostatečný pohybový režim pacienta, zajištění pravidelných návštěv v nemocnici, pečuje se o kvalitní spánek, důležitá je psychická podpora nemocného.

3. 2 Možné ošetrovatelské diagnózy

- bolesť akútnej
- kožná integrita porušená
- neznalosť (potreba poučenia) potrebnej starostlivosti zo strany pacienta
- odolnosť narušená
- obraz tela porušený
- príjem
- sexuálna dysfunkcia, riziko vzniku
- sociálna interakcia porušená
- strach z budúcnosti
- strach z operácie
- telesné tekutiny, riziko deficitu
- únava
- úzkosť
- výživa porušená, nedostatočná
- zácpa, riziko vzniku
- zvládanie situácie rodinou neúčinné, ohrožujúce

4 Posouzení stavu pacienta

4. 1 Identifikační údaje

Pacient M. J.

Narozen 1926 (81 let)

Bydliště: Praha

Sociální situace: ženatý, bydlí s manželkou

Povolání: důchodce

Datum přijetí: 7. 2. 2008

Den hospitalizace: 11. den

4. 2 Výtah z lékařské dokumentace

4. 2. 1 Lékařská anamnéza

RA: Otec zemřel v 90 letech na cca rakovinu jater nebo žlučníku, matka zemřela v 86 letech, neví na co, jeden syn zdrav.

OA: Stav po strumektomii

Arteriální hypertenze na terapii

Od 1982 DM na dietě

Bilaterální gonartróza

Insuficience v. saphaena magna bilat.

04/07 Stp. CMP

Těžká proteinokalorická malnutrice

31/01/08 enterorhagie

IM, TBC, TEN neguje

PA: Důchodce, žije s manželkou v bytě.

FA: Helicid 20 1-0-1 cps. (kapsle), per os, ANTIULCERÓZUM

Tanakan 1-1-0 tbl. (tablety), per os, VAZODILATANS

Rhefluin 1-0-0 tbl. (tablety), per os, DIURETIKUM

Vasocardin 50 ½- ½-0 tbl. (tablety), per os, KARDIOSELEKTIVNÍ

BETALYTIKUM

KCl 2-1-2 tbl. (tablety), per os, SOLI A IONTY

AA: Neguje.

Abusus: Alkohol výjimečně, 40 let nekouří.

Důvod k přijetí: Přijat pro enterorhagii²³ s anémií k celkovému dovyšetření.

NO: 31/01 přijat ke sledování na JIMP chirurgickou kliniku pro enterorhagii (doma snědl po delší době více jídla, poté se objevily cca 3 dny trvající průjmy s krví, dále již jen voda s koaguly). V průběhu hospitalizace se již enterorhagie nevyskytla, vstupně podán Kanavit, Pamba, Dicynone, dále pro anémii podány 3 jednotky erymasy a mražené plazmy. Pacient postupně zatěžován stravou. Pro subfebrilie a přítomnost bakterie v moči nasazen Ofloxin 200 2x denně. Následně v celkově dobrém stavu předán na IV. interní kliniku k celkovému dovyšetření enterorhagie. Dušnost, bolest na hrudi negativní. Močení bez obtíží, stolice nepravidelná, někdy průjem. Nechutenství momentálně negativní. Za 2 měsíce zhubl 7 kg.

Objektivní nález: TK 150/85, P 84/min pravidelný, TT 36,6°C, D 14/min,

výška 168 cm, váha 80 kg

Celková charakteristika: Při vědomí, orientován místem, časem, prostorem, spolupracuje, omezená hybnost, chodí s holí, klidově eupnoe, hydratace v normě, výživa snižená, svalstvo lehce hypotrofické, po těle drobné lipomy, bez ikteru, bez cyanózy, bez krvácivých projevů a patologických eflorescencí, ochlupení typu mužského.

Hlava: Na poklep nebolestivá, temporálně vlevo 2 lipomy, uši a nos bez výtoku, špatně slyší, výstup n. V. nebolestivý, inervace n. VII. správná, oční bulby ve středním postavení, volně pohyblivé všemi směry, bez nystagmu, spojivky růžové, skléry anikterické, izokorie, fotoreakce +/+, rty acyanotické, jazyk vlhký, bez povlaku, plazí středem, hrdlo lehce zarudlé, umělý chrup.

Krk: ACC +/+, šelest nediferencuji, náplň krčních žil nezvýšená, jizva po strumektomii, lymfatické uzliny 0, nezvětšené, nebolestivé, šíje omezená, pohyblivost do všech

²³ Krvácení ze střeva. Vokurka, M., Hugo, J., a kolektiv, Praktický slovník medicíny, 2007

stran.

Hrudník: Symetrický, beze změn, tvaru a postavení, axily nebolestivé, rezist.

Plíce: Poklep plný, jasný, dýchání sklípkové, bez vedlejších fermentů.

Srdce: Úder hrotu není zvedavý, AS 84 pravidelný, ozvy 2, ohraničené, šelest nediferencuji.

Břicho: V nivaeu dýchá v celém rozsahu, jizvy 0, peristaltika +, poklep dif. bubínkový, palpačně měkké, nebolestivé, drobné subkutánní lipomy, aperitoneální, játra nehmatná, slezina nehmatná, Murphy negativní, tapottement bilat. negativní, palpce nad spopnou nebolestivá.

Končetiny: Omezená pohyblivost dolních končetin, třes horních končetin při změně polohy.

DK: Bez varixů, drobné metličky a otoky perimaleolárně, Homans negativní, v tříslech šelest nediferencuji, pulzaci do periferie +/+, akra teplá.

Per rektum: Okolí anu klidné s drobným hemoroidem, tonus svěračů přiměřený, ampula prostorná, sliznice hladká, prostata hypertrofická, lehce tužší konzistence, hmatná měkká stolice, vyšetření bez bolestivé reakce, na rukavici hnědá stolice bez přítomnosti krve.

Orientační neurologické vyšetření: Amengiální, bez laterace, bez fatické poruchy, stoj nevyšetřen, chodí s holí.

4. 2. 2 Vyšetření

8. 2. 2008 Hematologické vyšetření krve

Krevní obraz – snížená hodnota erytrocytů

Biochemie – normální hodnoty

8. 2. 2008 Vyšetření moče a sedimentu - negativní

8. 2. 2008 Stolice na kultivaci – negativní

11. 2. 2008 Koloskopie

- tumor nad cékem (biopsie – tubulovilózně uspořádaný adenom sliznice tlustého střeva s ložiskovými těžkými dysplastickými změnami, fokálně malignizovaný ve smyslu intraepitelárního adenokarcinomu s patrnou invazí do zastižených partií lamina propria mucosae (tedy carcinom in

situ), fokálně nelze vyloučit nádorovou angiogenezi, spíše lymfangiopatii)

- polyp v rektu (biopsie)

- divertikulóza sigmoidea

13. 2. 2008 Ultrazvuk břicha – ojedinělé cesty v játrech, orientační vyšetření.

13. 2. 2008 Spirometrie – dobré ventilační hodnoty.

15. 2. 2008 Plánované CT břicha

4. 2. 3 Závěr při příjmu

Stav po enterorhagii k dovyšetření

Těžká proteinokalorická malnutrice

Terapie: Infuze Fyziologický roztok 500 ml i. v.

Furosemid 10 i. v. (v 8 hodin), DIURETIKUM

Protifar do jídel 3x1 lžíce, per os, MODULÁRNÍ DIETETIKUM, BÍLKOVINA

Ofloxin 200 ā 12 hodin, i. v., ANTIBIOTIKUM

Ferronat retard 1-0-0, per os, ANTIANEMIKUM

P+V tekutin ā 6 hodin

D 9/šetřící

Pacient informován o přítomnosti nádoru. S operací souhlasí. Operace bude provedena po telefonické domluvě s chirurgem.

4. 2. 4 Fyzikální vyšetření pacienta sestrou

Pacient při vědomí, orientován místem, časem, osobou, normostenický, eutrofický, poloha aktivní, chodí sám s pomůckami, třes horních končetin při změně polohy, výška 168cm, váha 80 kg, pulz 72' pravidelný, tělesná teplota 36,7°C, eupnoický 16', řeč plynulá.

- Hlava: lebka mezocefalická, pokleповě nebolestivá, výstupy trigeminu nebolestivé, inervace facialis správná, kůže bpn²⁴, vlasy prořídle.

²⁴ Bez patologického nálezu. Nejedlá, M., Fyzikální vyšetření pro sestry, 2006, s. 231

- Oči: obočí husté, víčka bpn, oční bulby ve středním postavení, pohyblivé, spojivky růžové, skléry bílé, rohovka průhledná (korneální reflex +).
- Uši, nos: bez výtoku. špatně slyší.
- Rty: růžové, bez cyanózy, souměrné, bpn.
- Dásně a sliznice dutiny ústní: vlhká, růžová, bpn.
- Jazyk: růžový, vlhký, lehce povleklý, plazí ve střední čáře.
- Tonzily: hladké, nezvětšené.
- Chrup: umělý (horní i dolní).
- Krk: krční páteř dobře pohyblivá, pulzace karotid oboustranně nezvětšená, náplň krčních žil nezvýšená, krční uzliny a štítná žláza nezvětšené.
- Hrudník: souměrný, atletický, prsy bez hmatné rezistence.
- Plíce: poklep plný jasný, dýchání čisté sklípkovité
- Srdce: srdeční krajina bez vyklenutí, úder hrotu neviditelný, akce srdeční pravidelná, 84'.
- Břicho: měkké nebolestivé, bez hmatné rezistence, souměrné, dechová vlna se šíří k tříslům, jizvy 0, drobné subkutánní lipomy, slyšitelná peristaltika.
- Játra: nepřesahují pravý oblouk žeberní, měkká, palpačně nebolestivá, pulzace 0.
- Slezina: nenaráží.
- Ledviny: bimanuálně nehmatné, tapotement 0.
- Genitál: normálně vyvinutý, uretra bez výtoku, varlata a nadvarlata nezvětšena.
- Uzliny: nehmatné.
- Páteř: pohyblivá, nebolestivá, zakřivení fyziologické.
- Klouby: tvar ušlechtilý, vážne extenze kolenního kloubu, pohyblivost kloubu obtížnější.
- Reflexy: výbavné.
- Čítí: přiměřené.
- Periferní pulzace: oboustranně hmatné.
- Varixy: 0, lýtka palpačně nebolestivá, Homansovo znamení negativní.
- Kůže: prokrvená, ikterus 0, hyperpigmentace 0, jizvy 0, drobné subkutánní lipomy na břichu, turgor snížený.
- Otoky: 0.

4. 3 Posouzení stavu potřeb pacienta dle modelu Henderson:

1) Dýchání

Doma: Dušnost nepocítoval ani neměl žádné jiné problémy s dýcháním.

Nynější stav: Momentálně také není dušný. Dýchání je pravidelné, 16/min. Bez obtíží.
40 let nekouří. Předtím kouřil asi 8 cigaret denně.

Ošetrovatelský problém: V této oblasti pacient nemá ošetrovatelský problém.

2) Výživa a hydratace

Doma: Pacient jedl pravidelně vzhledem k tomu, že má DM II. typu²⁵ na dietě. Stravoval se 5x – 6x denně spíše tuhá jídla. Dodržoval dietní omezení. Denně vypil okolo 1 litru tekutin. Delší dobu před hospitalizací trpěl nechutenstvím. Všiml si, že zhubnul o 7 kg za 2 měsíce.

Nynější stav: Pacient jí pravidelně, 5x – 6x denně. Má dietu číslo 9/šetřící (diabetická). Nesmí výrobky obsahující cukr. Jeho momentální váha je 80 kg, při výšce 168 cm. Denně vypije kolem 1 litru tekutin, nejraději čaj a minerálky. K dispozici má dostatek tekutin. Kožní turgor je snížený. Kůže je růžová, pacient má zavedený centrální žilní katetr, proto je zde nutná každodenní péče o něj z důvodu možného zavlečení infekce. Vlasy extrémně nevypadávají, nehty se nelámou. Má horní i dolní zubní náhradu.

Měřicí škály: BMI = 28, 5 (nadváha)

Ošetrovatelské problémy: Tělesné tekutiny, deficit hypotonický
Infekce, riziko vzniku

3) Vylučování moče, stolice, potu

Doma: Močil pravidelně, žádné obtíže neměl. Na infekce močových cest vnímavý není. Inkontinencí netrpí. Stolica doma pravidelná, chodil 1x denně na WC. 29. 1. 2008 se objevily asi 3 dny trvající průjmy s krví.

²⁵ Nezávislý na inzulínu (nondependentní). Vokurka, M., Hugo, J., a kol., Praktický slovník medicíny, 2007

Nynější stav: V průběhu hospitalizace již známky enterorhagie²⁶ nemá. Stolice je pravidelná, chodí 1x denně. Močení je bez obtíží. Výrazně se nepotí.

Ošetrovatelský problém: V této oblasti není žádný ošetrovatelský problém.

4) Pohyb

Doma: Pacient pohyblivý, chůze o holi, spíše s dopomocí manželky.

Nynější stav: Při pobytu v nemocnici pravidelná RHB²⁷ s rehabilitační sestrou. Cvičí na posteli, chodí po chodbě. Je schopen se sám posadit. Dojde si k umyvadlu a na WC raději s doprovodem. Je schopen se sám najíst a napít. Chůze je pomalá, má berli, tělo drží v předklonu, koordinace pohybů je dobrá. Pohybový režim je neomezený. U pacienta je vysoké riziko pádu vzhledem k jeho vysokému věku.

Měřicí škály: Funkční klasifikace pohyblivosti (Tabulka 2 viz Příloha 5)

Zjištění rizika pádu (Tabulka 3 viz Příloha 6)

Zjištění rizika vzniku dekubitů dle Nortonové (Tabulka 4 viz Příloha 7)

Ošetrovatelský problém: Pohyblivost porušená

5) Spánek a odpočinek (eventuelně bolest)

Doma: Doma nebyly žádné potíže se spánkem. Cítil se vždy odpočatě, také někdy relaxoval. Bolest nepocíťoval.

Nynější stav: Během hospitalizace spí bez potíží asi 6 hodin. Někdy má problémy s usínáním, ale žádné léky neužívá. Je zvyklý spát ve studené místnosti. Teď se v nemocnici cítí unaveně po delší pohybové aktivitě. Pacient momentálně žádnou bolest nepocíťuje.

Ošetrovatelský problém: Únava

²⁶ Krvácení ze střeva. Vokurka, M., Hugo, J., Praktický slovník medicíny, 2007

²⁷ Rehabilitace

6) Oblékání

Doma: Pacient zvládnul se obléknout sám.

Nynější stav: Pacient v nemocnici nepotřebuje dopomoc při oblékání.

Ošetrovatelský problém: V této oblasti není žádný ošetrovatelský problém.

7) Regulace tělesné teploty

Doma: Pacient neměl teploty.

Nynější stav: Během hospitalizace také nejsou teploty.

Ošetrovatelský problém: V této oblasti není žádný ošetrovatelský problém.

8) Hygiena

Doma: Pacient zvládal provést hygienu sám.

Nynější stav: Momentálně zvládne se umýt sám. Cítí se bezpečněji, když ho někdo doprovodí k umyvadlu.

Ošetrovatelský problém: V této oblasti není žádný ošetrovatelský problém.

9) Ochrana před nebezpečím

Doma: Domácí prostředí je upravené pro jeho chůzi.

Nynější stav: Pacient byl poučen o bezpečnosti. Pacient nosí brýle na čtení. Používá jako pomocný prostředek hůl, proto je zde nutná zvýšená pozornost na jeho bezpečí při chůzi, riziko pádu.

Měřicí škála: Zjištění rizika pádu

Ošetrovatelský problém: Ošetrovatelský problém pohyblivost porušená je zaznamenaný v oblasti číslo 4.

10) Komunikace a kontakt

Doma: Bydlí s manželkou v bytě činžovního domu v prvním patře bez výtahu. K manželce cítí důvěru podělit se o problémy.

Nynější stav: Je plně orientovaný v čase, prostoru a osobě. Udržuje kontakt otevřený.

Je komunikativní. Jeho rodina má zájem, podílet se na pacientově léčbě. Pravidelně do nemocnice za ním chodí manželka a syn. Jeho chování je asertivní. Pacient je na pokoji s dalšími dvěma pacienty, se kterými si rozumí. Nemyslí si, že by mohl být v nemocnici nějak stresován. Pacient je nedoslýchavý, nepoužívá žádné pomůcky.

Měřicí škály: Zkrácený mentální bodovací test dle Gaida (Tabulka 5 viz Příloha 8)

Ošetrovatelský problém: Komunikace verbální porušená

11) Víra

Pacient je nevěřící. Svůj žebříček hodnot má v následujícím pořadí: 1 – zdraví, 2 – rodina, 3 – záliby, 4 – peníze, 5 – cestování.

Ošetrovatelský problém: V této oblasti není žádný ošetrovatelský problém.

12) Práce

Dříve byl pekař, nyní už v důchodu.

Ošetrovatelský problém: V této oblasti není žádný ošetrovatelský problém.

13) Aktivity a zájmy

Doma: Dnes už důchodce, běžně necvičí. Doma nejraději zahradničí, pomáhá manželce v domácnosti.

Nynější stav: V nemocnici rád čte, luští křížovky. Cítí se ve skvělé psychické náladě.

Ošetrovatelský problém: V této oblasti není žádný ošetrovatelský problém.

14) Učení

Pamatuje si dobře vzhledem k jeho věku, paměť je neporušená. Pacient rozumí mluvenému slovu. Jeho pozornost je úmyslná.

Ošetrovatelský problém: V této oblasti není žádný ošetrovatelský problém.

5 Ošetrovatelská péče

5.1 Seznam ošetrovatelských diagnóz

- 1) Pohyblivost porušená
- 2) Komunikace verbální porušená
- 3) Tělesné tekutiny, deficit hypotonický
- 4) Únava
- 5) Infekce, riziko vzniku

5. 2 Plán ošetrovatelské péče

1) Pohyblivost porušená v důsledku snížené svalové síly projevující se omezeným rozsahem pohybu, zpomaleným pohybem, změnou chůze.

Cíl dlouhodobý: Pacient je schopen pohybovat se sám dle potřeby s kompenzační pomůckou (do 1 měsíce)

Cíl krátkodobý: Pacient zná správnou techniku zacházení s kompenzační pomůckou (do 1 dne)

Výsledná kritéria: Pacient pravidelně cvičí (do 1 dne)

Pacient se cítí bezpečněji při chůzi (do 1 dne)

Pacient umí používat kompenzační pomůcky (do 2 dnů)

Intervence:

- Posuď stupeň postižení na funkční stupnici 0 – 4 (do 1 dne, primární sestra)
- Proved' zjištění rizika pádu dle měřicí škály (do 1 dne, primární sestra)
- Zajisti bezpečnost pacienta (do 1 dne, ošetřující sestra)
- Pouč pacienta o individuálně potřebných opatřeních, aby se snížilo riziko pádu (do 1 dne, primární sestra)
- Obrat' se na fyzioterapeuta, aby pro pacienta vytvořil individuální pohybový režim (do 1 dne, primární sestra)
- Pobízej pacienta k příjmu výživných potravin (do 1 dne, primární sestra)
- Poskytni pacientovi dostatek času na provedení různých pohybových aktivit (do 2 dnů, ošetřující sestra)

Realizace:

- Posoudila jsem stupeň postižení na funkční stupnici
- Provedla jsem zjištění rizika pádu dle měřicí škály
- Zajistila jsem pacientovi vhodné a bezpečné prostředí, aby se nezranil
- Zapojila jsem pacienta do plánu péče každodenních aktivit

- Vysvětlila jsem pacientovi nutnost příjmu energických potravin
- Umožnila jsem pacientovi dostatečné množství času na provádění rehabilitace

Hodnocení: 15. 2. 2008 – Efekt částečně splněn. Pacient si osvojil techniku správného zacházení s kompenzačními pomůckami, ale ještě není připravený sám se pohybovat s pomůckou. Bezpečněji se cítí s doprovodem.

2) Komunikace verbální porušená v důsledku poruchy sluchového systému projevující se stížnostmi na obtíže s vyjadřováním se, používáním mimoslovních prostředků, častými dotazy na otázku.

Cíl dlouhodobý: Pacientovi se zlepší komunikace s okolním prostředím (do 5 dnů)

Cíl krátkodobý: Pacient používá naslouchátko (do 1 dne)

Výsledná kritéria: Pacient rozumí sdělovanému obsahu (ihned)

Pacient umí používat naslouchátko (do 1 dne)

Pacient je schopen vyjádřit své potřeby a pocity (do 1 dne)

Intervence:

- Veď jednoduchou komunikaci, které pacient porozumí (každý den, ošetřující sestra)
- Udržuj oční kontakt s pacientem (každý den, ošetřující sestra)
- Mluv na pacienta pomalu a srozumitelně (každý den, ošetřující sestra)
- Zhodnoť stupeň postižení (do 1 dne, primární sestra)
- Vytvoř klidné prostředí při komunikaci s pacientem (do 1 dne, primární sestra)
- Nauč pacienta správně používat pomůcky ke zlepšení komunikace - naslouchátko (do 1 dne, primární sestra)
- Pozorně sleduj verbální a neverbální projevy pacienta (do 1 dne, primární sestra)
- Povšimni si, zda pacient nepocit'uje úzkost, strach (do 2 dnů, ošetřující sestra)

Realizace:

- Posoudila jsem stupeň postižení
- Na pacienta jsem mluvila vlídně a pomalu
- Naučila jsem pacienta používat naslouchátko
- Vždy jsem vedla s pacientem komunikaci, které porozuměl
- Vytvořila jsem klidné prostředí pro komunikaci s pacientem
- Když jsem viděla, že pacient neporozuměl obsahu komunikace, vždy jsem mu to ještě zopakovala

Hodnocení: 15. 2. 2008 - Efekt úplný. Pacient používá naslouchátko, a tím se výrazně se zlepšila komunikace mezi pacientem a okolním prostředím.

3) Tělesné tekutiny, deficit hypotonický v důsledku nedostatečného příjmu tekutin projevující se sníženým kožním turgorem, suchostí sliznic, pocitem žízně.

Cíl dlouhodobý: Pacient je dostatečně hydratován (do 1 týdne)

Cíl krátkodobý: Pacient je poučen o projevech dehydratace (do 2 dnů)

Výsledná kritéria: Pacient nemá pocit žízně (do 2 dnů)

Pacient má normální kožní turgor (do 5 dnů)

Pacient má normální sliznice (do 5 dnů)

Intervence:

- Pacienta dostatečně informuj o možných rizicích dehydratace o dostatečném denním příjmu tekutin (do 1 dne, primární sestra)
- Založ pacientovi bilanci tekutin a vysvětli mu, jak správně do něj zapisovat, (do 1 dne, primární sestra)
- Kontroluj pacientovi fyziologické parametry (do 1 dne, primární sestra)
- Nabízej pacientovi tekutiny po celý den (do 24 hodin, ošetřující sestra)
- Umožni pacientovi dostatečné množství tekutin kolem něj (do 24 hodin, primární sestra)
- Pravidelně kontroluj stav sliznic a kožní turgor (do 2 dnů, ošetřující sestra)
- Sleduj vyprazdňování (do 2 dnů, ošetřující sestra)

Realizace:

- Pacienta jsem informovala o dostatečném denním příjmu tekutin, o vhodném složení tekutin (minerálky, čaje)
- Založila jsem pacientovi bilanční lístek, vysvětlila jsem také, jak správně do něj zapisovat
- Umožnila jsem pacientovi dostatek tekutin kolem něj
- Pobízela jsem pacienta, aby po celý den pil
- Sledovala jsem stav sliznic, kůže, vyprazdňování
- Kontrolovala jsem zápis v bilančním lístku

- Vysvětlila jsem pacientovi možná rizika dehydratace
- Nabízela jsem pacientovi tekutiny po celý den

Hodnocení: 15. 2. 2008 – Efekt částečně splněn. Pacient si uvědomuje možné komplikace, stále potřebuje dohled nad jeho pitným režimem.

4) Únava v důsledku základního onemocnění projevující se sníženou výkonností, zvýšenou potřebou odpočinku, ospalostí.

Cíl dlouhodobý: Pacient je ve skvělé fyzické a psychické pohodě (do 2 týdnů)

Cíl krátkodobý: Pacientovi se zmírní únava (do 3 dnů)

Výsledná kritéria: Pacient zná příčinu (do 1 dne)

Pacient používá vhodné relaxační metody (do 2 dnů)

Pacient se cítí odpočatý (do 2 dnů)

Pacient bude zvládat aktivity denního života (do 3 dnů)

Intervence:

- Povšimni si stadia nemoci, stavu výživy, rovnováhy tekutin (do 1 den, primární sestra)
- Vysvětlí pacientovi příčinu únavy (do 1 dne, primární sestra)
- Vytvoř prostředí zmírňující únavu (do 1 dne, primární sestra)
- Pomoz pacientovi pochopit vztah mezi únavou a onemocněním (1 dne, primární sestra)
- Seznam pacienta s relaxačními technikami (do 2 dnů, ošetřující sestra)
- Podporuj celková zdravotní opatření – dostatečný příjem tekutin, výživa (do 2 dnů, ošetřující sestra)
- Povzbuzuj pacienta k tomu, aby sám prováděl vše, co je v jeho silách (do 2 dnů, ošetřující sestra)
- Pomoz pacientovi při stanovení priorit jeho potřeb ve správném šetření energie (do 2 dnů, ošetřující sestra)

Realizace:

- Pacienta jsem informovala o příčině únavy
- Vytvořila jsem vhodné prostředí pro pacienta
- Vysvětlila jsem pacientovi vhodné relaxační techniky, aby se zmírnila jeho únava

- Vysvětlila jsem, co má dělat, aby se nepřetěžoval (nedělat navíc kroky při chůzi, nutnost umět používat hůl při chůzi)
- Vysvětlila jsem nutnost dostatečného množství spánku
- Zjišťovala jsem, zda se cítí ráno odpočatý

Hodnocení: 15. 2. 2008 – Efekt částečně splněn. Pacientovi se zmírnila únava, ale potřebuje dostatečné množství času na zvládnání běžných denních potřeb, po kterých se stále cítí unavený.

5) Infekce, riziko vzniku v důsledku zavedení centrálního žilního katetru.

Cíl dlouhodobý: Pacient je bez známek infekce (do 1 týdne)

Cíl krátkodobý: Pacient je poučen o známkách infekce (do 2 dnů)

Intervence:

- Pátrej po místních známkách infekce (do 1 dne, primární sestra)
- Zhodnot' stav kůže v místě zavedení katetru (do 1 dne, primární sestra)
- Před každým výkonem si vždy řádně dezinfikuj ruce (každý den, ošetřující sestra)
- Očisti místo vstupu vhodným roztokem (každý den, ošetřující sestra)
- Umožni pacientovi dostatek osobní hygieny (každý den, primární sestra)
- Zajisti pacientovi dostatek ložního a osobního prádla (každý den, ošetřující sestra)
- Informuj pacienta o projevech infekce (do 2 dnů, primární sestra)

Realizace:

- Pacienta jsem informovala o projevech infekce
- Pečovala jsem každodenně o jeho místo vstupu (dezinfekce, sterilní krytí)
- Důsledně pátrala jsem po známkách infekce
- Pravidelně jsem si před každým výkonem dezinfikovala ruce
- Poskytla jsem pacientovi dostatek osobního a ložního prádla
- Umožnila jsem pacientovi každodenní hygienu

Hodnocení: 15. 2. 2008 – Efekt částečně splněn. Pacient pochopil možná rizika zavlečení infekce. U pacienta je nutné stále sledovat projevy infekce, protože nedbá na důkladnou hygienu.

6 Edukace

6.1 Cíl

Komplexně informovat pacienta o dietním opatření po operaci střev.

6.2 Význam

V důsledku dostatečné informovanosti, při dodržování dietního omezení, se bude pacientovi lépe hojit operované střevo a nebude vystaven riziku dehydratace a výživové ztráty.

6.3 Téma edukace

12. 2. 2008

Výživa pacienta po operaci střev

Výukový cíle: kognitivní

Metoda: Slovní – vysvětlení, diskuze

Edukace je zaměřena na jednorázové vzdělávání.

Forma edukace: letáček, verbálně

Reakce na edukaci: verbální pochopení

Zdroj informací: monografie, časopisy

Obsah edukace:

Po odstranění tlustého střeva většinou dochází k poruchám hospodaření s vodou, proto je nutné využívat vstřebávání vody v tenkém střevě, což je většinou nutné přidáváním minerálních látek, které se v tenkém střevě vstřebávají dohromady s vodou. Popíjení vody bez minerálních látek většinou vede ke vzniku průjmu a dehydratace pacienta.

K základním stravovacím zásadám patří podpoření hojivých procesů a zabránění nutričním ztrátám. Ve stravě musí být dostatek bílkovin, železa, vápníku, vitaminů. V tomto období volíme stravu bezezbytkovou.

Pro každého pacienta nelze vytvořit univerzální jídelníček, protože každý má jiné stravovací návyky. Vždy se doporučuje racionální strava a dostatečný příjem tekutin.

Dieta musí obsahovat vyvážené množství bílkovin, tuků, uhlohydrátů, minerálů a vitaminů. Je nutné upozornit, že chuť k jídlu se může vracet pomalu.

Od začátku je třeba jíst v pravidelných intervalech malé porce potravy. Nové druhy potravin si přidávat postupně – a zjistit tak, jsou-li vhodné. Pravidelný příjem potravy je zárukou pravidelného vyprazdňování.

Později je nutné jíst pravidelně 5krát denně kaloricky vyváženou stravu. Postupně se do jídelníčku zařazuje ovoce, zelenina, celozrnné pečivo a vláknina. Vyšší obsah bílkovin v potravě urychluje proces hojení. Jídlo se konzumuje pomalu a strava se důkladně rozkousává, pomůže to tak lepšímu trávení. Je nutný příjem dostatečného množství neperlivých tekutin – minimálně 2 litry tekutin denně. Chuť k jídlu zvýší pravidelný pohyb (procházky).

Je nutné ze stravy vyloučit dráždivé složky potravy – ostře kořeněná strava, strava nadýmavá, případně strava, která vede ke vzniku zápachu (sýry, vejce, ryby, cibule, česnek...).

Přibližně za dva měsíce po operaci je strava pacientů téměř bez omezení.

6. 4 Kontrolní otázky pro sestru

Kontrolní otázky:

1) Pro jaké pacienty je vhodná bezezbytková strava?

2) Jaká je podmínka ze strany pacienta pro dodržování dietního opatření?

Správné odpovědi:

Pro pacienty po operaci střev, se střevními vývody.

Spolupráce pacienta.

6. 5 Kontrolní otázky pro pacienta

Kontrolní otázky:

1) Proč je pro vás důležité dodržovat dietní opatření?

2) Myslíte si, že je důležité dodržovat pravidelný příjem potravy denně?

3) Myslíte si, že už budete muset napořád jíst bezezbytkovou stravu?

Správné odpovědi:

Umožňuje to pro mne rychlejší zhojení střeva a nutriční ztráty.

Ano, pravidelný příjem potravy je zárukou pravidelného vyprazdňování.

Ne, přibližně za dva měsíce po operaci se budu stravovat téměř bez omezení.

Závěr

V současné době je kolorektální karcinom velmi časté onkologické onemocnění v důsledku nevhodných stravovacích návyků. Zdraví lidské populace je ohroženo konzumací vyššího příjmu masa a živočišných tuků a naopak sníženým příjmem vlákniny v potravě. Je proto jen na každém z nás, jak se každý k této problematice postaví.

V budoucnu se budeme stále více setkávat s mladšími věkovými generacemi, které budou postihnuty tímto onemocněním. Je důležité, aby zdravotnický personál průběžně informoval širokou veřejnost o možnostech prevence, tedy o změně stravovacích návyků, o dostupných vyšetřeních a o příznacích již vzniklého onemocnění.

Při psaní této práce jsem zjistila spoustu nových a přínosných informací o problematice kolorektálního karcinomu.

Existuje velké množství odborné literatury, která se zabývá právě tímto onemocněním.

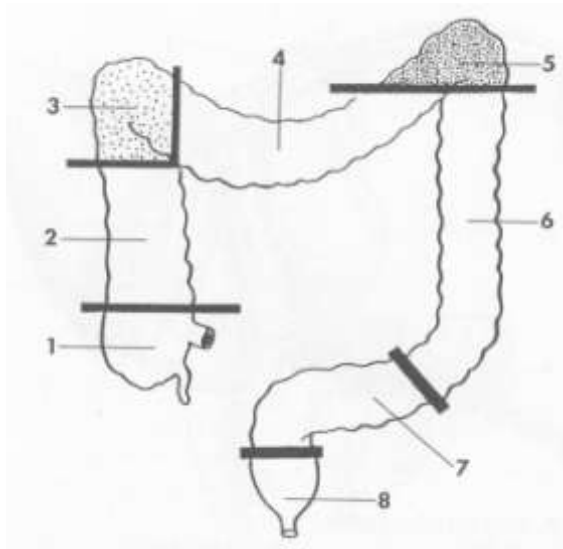
Seznam bibliografických odkazů

1. Antonová, M.: Jak lidé vnímají stomika. In: Sestra, 2005, ročník XV, č. 6, s. 18.
ISSN 1210 – 0404
2. Bendřáková, A.: Význam následné péče o stomické pacienty. In: Sestra, 2005, ročník XV, č. 6, s. 20. ISSN 1210 – 0404
3. Bílá, A.: Prevence kolorektálního karcinomu z pohledu gastroenterologické sestry. In: Sestra, 2003, ročník XIII, č. 3, s. 43. ISSN 1210 – 0404
4. Doenges, E., M., Moorhouse, Frances, M.: Kapesní průvodce zdravotní sestry.
2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80 – 247 – 0242 – 8
5. Dylevský, I.: Základy anatomie. Praha: TRITON, 2006. ISBN 80 – 7254 – 886 – 7
6. Elišková, M., Naňka, O.: Přehled anatomie. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova, 2006. ISBN 80 – 246 – 1216 – X
7. Holubec, L., sen., a kolektiv.: Kolorektální karcinom. Současné možnosti diagnostiky a léčby. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80 – 247 – 0636 – 9
8. Jarošová, D.: Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80 – 7368 – 110 – 2
9. Jirků, H.: Komplikace u stomií. In: Sestra, 2004, ročník XIV, č. 3, s. 41. ISSN 1210 – 0404
10. Klener, P., et al.: Vnitřní lékařství. Svazek IV. Gastroenterologie, hepatologie. Praha: Galén a Karolinum, Univerzita Karlova, 2002. ISBN 80 – 7262 – 139 – 4 (Galén) ISBN 80 – 246 – 0389 – 6 (Karolinum)
11. Klevetová, D.: Domácí péče u seniorů se stomií. In: Sestra, 2004, ročník XIV, č. 7 – 8, s. 33. ISSN 1210 – 0404
12. Mastiliaková, D.: Úvod do ošetrovatelství. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova, 2004. ISBN 80 – 246 – 0429 – 9
13. MediMedia: Pharmindex Breviř. Praha: MediMedia Information, spol. s r. o., 2002. ISBN 80 – 86336 – 03 – 4
14. Mysliveček, J., Trojan S.: Fyziologie do kapsy. Praha: TRITON, 2004. ISBN 80 – 7254 – 497 – 7
15. Nejedlá, M.: Fyzikální vyšetření pro sestry. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80 – 247 – 1150 – 8

16. Nováková, S.: Stomasestra v komplexní péči o nemocné. In: Sestra, 2003, ročník XIII, č. 7 – 8, s. 52. ISSN 1210 – 0404
17. Nováková, S., Kenezová, M.: Kvalita ošetrovatelské péče verus kvalita života pacientů se stomií. In: Sestra, 2002, ročník XII, č. 2, s. 16. ISSN 1210 – 0404
18. Němcová, E.: Ovlivnění kvality života onkologických pacientů. In: Sestra, 2005, ročník XV, č. 12, s. 31. ISSN 1210 – 0404
19. Otradovcová, I., Kubátová, L. et al.: Komplexní péče o pacienta se stomií. Praha: Galén, 2006. ISBN 80 – 7262 – 432 – 6
20. Otradovcová, I.: Využití stomických pomůcek u pacientů s dlouhodobou drenáží. In: Sestra, 2002, ročník XII, č. 4, s. 17. ISSN 1212 – 0404
21. Přátková, D.: Komplikace v ošetrovatelské péči u pacientů se stomií. In: Sestra, 2001, ročník XI, č. 10, s. 29. ISSN 1212 – 0404
22. Richards, A., Edwards, S. Repertorium pro zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80 – 247 – 0932 – 5
23. Rožková, I.: TEM – bezpečná metoda anorekta. In: Florence, 2008, ročník IV, č. 1, s. 22. ISSN 1801 – 464X
24. Rutarová, J.: Nádory tlustého střeva a konečníku. In: Sestra, 2002, ročník XII, č. 7 – 8, s. 50. ISSN 1210 – 0404
25. Skříčka, T., Kohout, P., Balíková, M.: Dieta u pacientů se střevními vývody a po operaci střev. Praha: Forsapi, 2007. ISBN 978 – 80 – 903820 – 6 – 0
26. Šmejkalová, B., Zachová, V.: Je edukace stomiků novinkou v ošetrovatelské péči? In: Florence, 2007, ročník III, č. 4, s. 162. ISSN 1801 – 464X
27. Štefka, J., Jirků, H.: Onemocnění tlustého střeva, řešená kolostomií. In: Sestra, 2004, ročník XIV, č. 3, s. 40. ISSN 1210 – 0404
28. Vokurka, M., Hugo, J., a kolektiv. Praktický slovník medicíny. 7. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978 – 80 – 7345 – 123 – 3
29. Vorlíček, J., Abrahámová, J., Vorlíčková, H. a kolektiv.: Klinická onkologie pro sestry. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80 – 247 – 1716 – 6
30. Vorlíčková, H.: Únava při nádorovém onemocnění. In: Sestra, 2005, ročník XV, č. 1, s. 36. ISSN 1210 – 0404
31. Vysloužil, K.: Komplexní léčba nádorů rektu. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80 – 247 – 0628 – 8

Seznam příloh

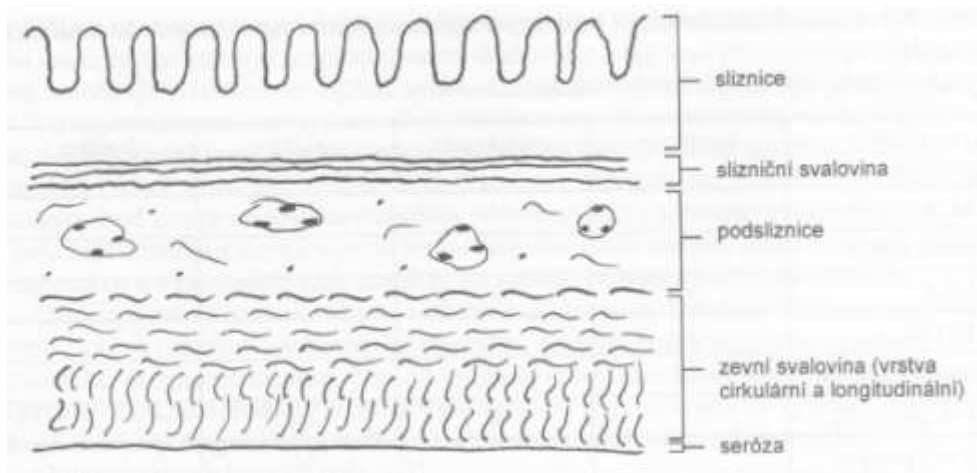
Příloha 1 Základy anatomie (Dylevský Ivan, 2006, s. 202)



Obrázek 1 Tlusté střevo (schéma).

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| 1 – slepé střevo, | 5 – levé ohbí, |
| 2 – vzestupný tračník, | 6 – sestupný tračník, |
| 3 – pravé ohbí, | 7 – esovitý tračník, |
| 4 – příčný tračník, | 8 - konečník |

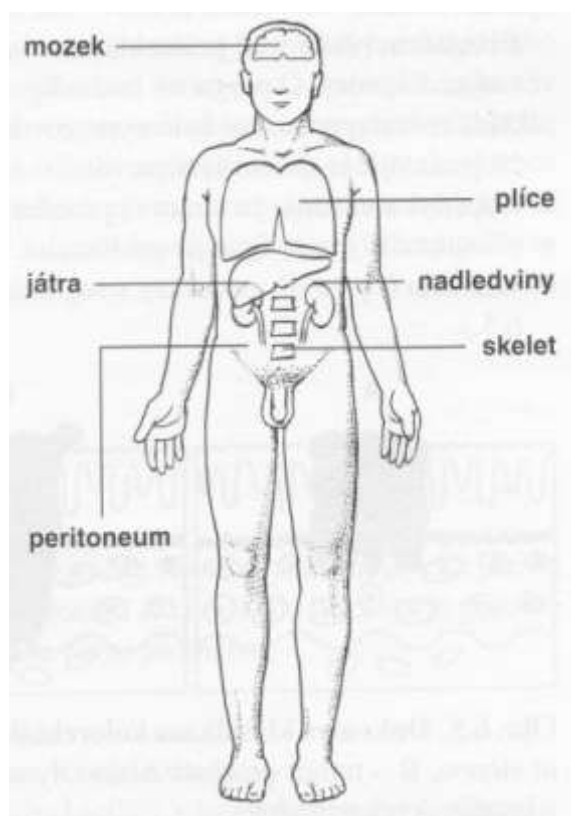
Příloha 2 Kolorektální karcinom (Holubec Luboš, sen., a kolektiv, 2004, s. 40)



Obrázek 2 Anatomie střevní stěny

Příloha 3 Vnitřní lékařství svazek IV: Gastroenterologie, hepatologie

(Klener Pavel et al., 2002, s. 127)



Obrázek 3 Sídla metastáz kolorektálního karcinomu

Příloha 4 Kolorektální karcinom (Holubec Luboš, 2004, s. 158)

Tab. 1 Doporučená vyšetření a intervaly kontrol pooperačního sledování pacientů s kolorektálním karcinomem

Pooperační sledování	Interval	Vyšetření
1. rok po operaci	1x za 6 měsíců	sono jater; koloskopie, popř. rektoskopie
	1x za 12 měsíců	RTG plic
	1x za 3 měsíce	nádorové markery CEA, CA 19-9
2. rok po operaci	1x za 12 měsíců	sono jater; koloskopie, popř. rektoskopie
	1x za 12 měsíců	RTG plic
	1x za 3 měsíce	nádorové markery CEA, CA 19-9
3. rok po operaci	1x za 12 měsíců	sono jater; TRG plic
	1x za 2 – 3 roky	koloskopie, popř. rektoskopie
	1x za 3 měsíce	nádorové markery CEA, CA 19-9
další sledování	1x za 6 měsíců	nádorové markery CEA, CA 19-9
	1x za 12 měsíců	sono jater; RTG plic
	1x za 2 – 3 roky	koloskopie, popř. rektoskopie

Příloha 5 Kapesní průvodce zdravotní sestry

(Doenges, E., M., Moorhouse, F., M., 2001, s. 238)

Tab. 2 Návrh funkční klasifikace pohyblivosti

0 – zcela samostatný
<u>1</u> – vyžaduje užívání podpůrných pomůcek/vybavení
2 – vyžaduje pomoc druhé osoby, dohled nebo edukaci
3 – vyžaduje pomoc druhé osoby a podpůrné vybavení
4 – zcela závislý, neschopen pohybové aktivity

Příloha 6

Tab. 3 Zjištění rizika pádu

Zjištění rizika pádu					
Skóre vyšší než 3, riziko pádu					
Pohyb	neomezený	0	Pád v anamnéze	1	
	používá pomůcky	<u>1</u>	Medikace	neužívá rizikové léky	0
	potřebuje pomoc k pohybu	1		užívá léky ze skupiny diuretik,	<u>1</u>
	neschopnost přesunu	1		antiepileptik,	
vyprazdňování	nevyžaduje pomoc	0		antiparkinsonik,	
	v anamnéze nykturie/inkontinence	1	antihypertenziv,		
	vyžaduje pomoc	1	psychotropní léky,		
Věk	18 - 75	0		benzodiazepiny	
	75 a více	<u>1</u>			
Mentální status	orientován	<u>0</u>	Smyslové poruchy	žádné	0
	občasná/noční inkontinence	1		vizuální, sluchový, smyslový deficit	<u>1</u>
	historie desorientace/demence	1			
Celkové skóre: 4 body					

Příloha 7

Tab. 4 Riziko vzniku dekubitů – dle Nortonové (vzniká při 25 bodech a méně)

Schopnost spolupráce	Úplná 4	Malá <u>3</u>	Částečná 2	Žádná 1
Věk	Do 10 4	Do 30 3	Do 60 2	60+ <u>1</u>
Stav pokožky	Normální <u>4</u>	Alergie 3	Vlhká 2	Suchá 1
Další nemoci	Žádné 4	Hypertenze 3	DM <u>2</u>	
Tělesný stav	Dobrý 4	Horší <u>3</u>	Špatný 2	Velmi špatný 1
Stav vědomí	Dobrý <u>4</u>	Apatie 3	Zmatený 2	Bezvědomí 1
Pohyblivost	Úplná 4	Částečně omezená <u>3</u>	Velmi omezená 2	Žádná 1
Inkontinence	Není <u>4</u>	Občas 3	Převážně močová 2	Stolice i moč 1
Aktivita	Chodí 4	S doprovodem <u>3</u>	Sedačka 2	Leží 1
Celkem:	27 bodů			

Příloha 8

Tab. 5 Zkrácený mentální bodovací test – dle Gaida (správná odpověď 1b, nesprávná 0b. Méně než 7 bodů se jedná o zmatenost)

		Body:
1.	Věk	1
2.	Kolik je asi hodin	1
3.	Adresu	1
4.	Současný rok	1
5.	Kde je hospitalizován	1
6.	Poznání alespoň dvou osob	1
7.	Datum narození	1
8.	Jméno současného prezidenta	1
9.	Odečíst zpět od 20 do 1	1
Celkem: 9 bodů		