

Ošetrovatelská péče u pacienta s karcinomem žaludku

Bakalářská práce

GABRIELA KOZLOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s, PRAHA 5

Vedoucí práce: doc. MUDr. Rudolf Špaček, CSc.

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby práce:

Praha 2009

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 25. března 2009

Gabriela Kozlová

.....

ABSTRAKT

KOZLOVÁ, Gabriela: Ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem žaludku. (Bakalářská práce). Gabriela Kozlová – Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. v Praze.

Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v ošetrovatelství

Školitel: doc. MUDr. Rudolf Špaček, Csc. Nemocnice na Františku v Praze.

Konzultanti: PhDr. Andrea Pohlová a MUDr. Alex Ivančo

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces o pacienta s karcinomem žaludku. Teoretická část práce charakterizuje karcinom žaludku, jeho diagnostiku, léčbu, možné komplikace, dále prognózu o obecné ošetrovatelské diagnózy, které mohou vzniknou v souvislosti s tímto onemocněním.

Praktická část je hlavní částí této práce a je orientovaná na kasuistiku pacienta, obsahuje vypracovanou ošetrovatelskou dokumentaci dle modelu M. Gordonové, vytvoření a seřazení ošetrovatelských diagnóz dle priorit pacienta a jejich následné vyhodnocení.

V závěru práce jsou vypracovány edukační procesy na téma zvýšení kalorického příjmu potravy a škodlivosti kouření.

Jedním z hlavních cílů této práce je upozornit a přiblížit problematiku pacientů s nádorovým onemocněním. Informovanost veřejnosti je velice důležitá a hlavně nenahraditelná. U každého nádorového onemocnění je zapotřebí individualizace v přístupu k pacientovi, není možné vidět pacienty jen jako číslo diagnózy nebo statistiku v odborném časopise.

Klíčová slova:

Pacient, karcinom žaludku, ošetrovatelská péče, ošetrovatelské diagnózy, edukace, edukační proces.

ABSTRACT

KOZLOVÁ, Gabriela: Nursing care about the patient with stomach cancer. (Bachelor Thesis). Gabriela Kozlová – Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. v Praze.

Qualification Degree: Bachelor in Nursing Care

Tutor: doc. MUDr. Rudolf Špaček, Csc. Nemocnice na Františku v Praze

Consultees: PhDr. Andrea Pohlová and MUDr. Alex Ivančo

The main topic of presented work contains detailed description of nursing care about the patient with stomach cancer. Theoretical part of the article characterizes diagnostics, treatment and possible complications of stomach cancer, it's prognostic features and problems of general nursing diagnose.

The main practical part is oriented on patients case with establishing of nursing documentation according to the M. Gordons model, clasiffication of nursing diagnoses and ist further evaluation.

At the end of the article the educational processes about increase of caloric intake and harm of smoking are described.

One of the main aim of this work is to express attention to the patients with malignant diseases and to improve public informations about individualized approach to them. Is not possible see the patients only as a number of diagnose or statistics in technical paper.

Key words:

Patient, stomach cancer, nursing care, nursing diagnose, edukation, educational process.

PŘEDMLUVA

Téma bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu závažnosti tohoto onemocnění, které má značný dopad nejen na organismus a psychiku pacienta, ale i na jeho rodinu. Toto onemocnění se dotýká pacienta i rodiny komplexně.

Cílem bakalářské práce je stát se praktickým zdrojem základních informací potřebných k diagnostice a léčbě karcinomu žaludku. Předat zkušenosti o hlavních aspektech ošetrovatelské péče u pacienta s tímto onemocněním a nutnosti ohleduplného přístupu k němu i jeho rodině.

Problematika onemocnění v této práci je zpracována přístupnou formou a může tak posloužit nejen studentům zdravotních škol, ale i zdravotním sestřám při výkonu jejich náročného povolání, při kterém nezáleží pouze na léčbě medikamentózní, ale velmi důležitou roli zde hraje chování a přístup k pacientovi a jeho rodině.

V teoretické části bakalářské práce jsem čerpala z tuzemské i zahraniční odborné literatury. Tato část se zabývá charakteristikou nádorového onemocnění žaludku, druhy nádorů a jejich léčbou.

V praktické části bakalářské práce jsem čerpala ze své praxe a poznatků, které jsem získala během studia na vysoké škole, kde jsem si rozšířila vědomosti týkající se především problematiky ošetrovatelských diagnóz a jejich hodnocení.

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucímu bakalářské práce doc. MUDr. Rudolfu Špačkovi, CSc. a konzultantce PhDr. Andree Pohlové, za odborný dohled, cenné rady, velkou trpělivost a věcné připomínky, které mi pomohly k vytvoření bakalářské práce a MUDr. Alexu Ivančovi za konzultace k danému tématu.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Klinická charakteristika onemocnění	10
1.1 Definice, charakteristika	10
1.2 Etiologie a patofyziologie	11
1.3 Klinický obraz	12
1.4 Průběh, komplikace, prognóza	13
1.5 Diagnostika	13
1.6 Terapie	18
1.6.1 Chirurgická léčba	18
1.6.2 Konzervativní léčba	19
1.6.3 Prognóza (funkční důsledky)	20
2 Ošetrovatelská péče u pacienta s tumorem žaludku	21
2.1 Ošetřování nemocného	21
2.1.1 Dietoterapie	21
2.1.2 Pohybový režim	21
2.1.3 Psychoterapie	21
2.2 Možné ošetrovatelské diagnózy dle NANDA diagnostických domén	22
PRAKTICKÁ ČÁST	23
3 Posouzení stavu pacienta	23
3.1 Identifikační údaje	23
3.2 Výtah z lékařské dokumentace	23
3.2.1 Lékařská anamnéza	23
3.2.2 Vyšetření	24
3.2.3 Závěr při přijetí	25
3.2.4 Plánovaná vyšetření	25
3.3 Terapie	26
3.3.1 Chirurgická léčba	26
3.3.2 Konzervativní léčba	26
3.4 Fyzikální vyšetření sestrou	28
3.5 Posouzení stavu klientky dle modelu M. Gordonové – funkční typ zdraví	29

3.5.1 Podpora zdraví	29
3.5.2 Výživa	29
3.5.3 Vylučování a výměna	29
3.5.4 Aktivita – odpočinek	30
3.5.5 Vnímání – poznávání	30
3.5.6 Vnímání sama sebe	30
3.5.7 Vztahy	31
3.5.8 Sexualita	31
3.5.9 Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu	31
3.5.10 Životní princip	32
3.5.11 Bezpečnost – ochrana	32
3.5.12 Komfort	32
3.5.13 Růst/vývoj	32
4 Ošetrovatelská péče	33
4.1 Seznam ošetrovatelských diagnóz dle NANDA diagnostiky	33
4.2 Plán ošetrovatelské péče	34
5 Edukace pacienta	41
5.1 Edukační list – téma: zvýšení kalorického příjmu potravin	41
5.2 Edukační záznam – realizace	41
5.3 Edukační plán	42
5.3.1 Cíle edukačního plánu	42
5.3.2 Význam edukace	42
5.3.3 Technika	42
5.3.4 Kontrolní otázky pro sestru	43
5.3.5 Postup při zaškolování pacienta	43
5.3.6 Kontrolní otázky pro pacienta	44
5.4 Edukační list – téma: škodlivost kouření	44
5.5 Edukační záznam – realizace	45
5.6 Edukační plán	45
5.6.1 Cíle edukačního plánu	45
5.6.2 Význam edukace	45
5.6.3 Technika	45
5.6.4 Kontrolní otázky pro sestru	46
5.6.5 Postup při zaškolování pacienta	46

5.6.6 Kontrolní otázky pro pacienta	47
6 Zhodnocení ošetrovatelské péče	48
7 Prognóza	49
8 Závěr	50
9 Seznam informačních zdrojů	51
9.1 Seznam literatury	51
10 Seznam použitých zkratk	53
11 Seznam tabulek	55
12 Seznam příloh	56

ÚVOD

V této práci jsem chtěla upozornit na problematiku ošetřování onkologicky nemocných pacientů, kterým toto onemocnění bylo právě diagnostikováno.

Ráda bych poukázala, jak je důležitá spolupráce všech členů ošetřovatelského týmu při péči o pacienty. Nejde jen o medikamentózní léčbu, ale velmi důležitá je i spolupráce s jinými odborníky – nutričním terapeutem, psychologem, chirurgem, ale i s jinými členy ošetřovatelského týmu.

Spolupráce odborníků by na sebe měla navazovat bez zbytečného prodlení, ale mezi různými vyšetřeními by měl být prostor pro pacienta, aby mohl veškeré informace vstřebat a mohl si odpočinout. Hlavně u pacientů, kterým byla sdělena diagnóza tumoru je potřebný ohleduplný přístup vzhledem k psychickému stresu.

Onkologické onemocnění nese jen fyzická omezení, ale je velikou psychickou zátěží pro pacienta i pro celou jeho rodinu.

Tato práce by měla vést k zamyšlení nad problematikou léčení pacientů s tumorem. Zda-li je jim umožněno rozhodnout se o svém dalším životě, jeho kvalitě a jestli má pacient s onkologickým onemocněním možnost odmítnout další léčbu nebo nepodstupovat další náročné invazivní vyšetřovací metody.

Práce je členěna od základních informací o onemocnění k možnostem léčby a prognóze. Část je věnována ošetřovatelské problematice, péči a edukaci pacienta.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Klinická charakteristika onemocnění

Tato část práce se zabývá celkovým obrazem onemocnění s jeho charakteristickou, klinickými projevy a léčbou.

1.1 Definice, charakteristika

Definice

Nádor žaludku zpravidla vychází z bazálních hlenotvorných buněk v kryptách, většinou je ve spojení s chronickou atrofickou gastritidou a s intestinální metaplazií. Nejběžnější je adenokarcinom vycházející ze žláзовého epitelu.

Časný karcinom, který postihuje sliznici a submukózu, neproniká do muscularis propria. Plošný rozsah ani přítomnost metastáz není rozhodující. Pětileté přežití je u tohoto typu karcinomu velmi vysoké 80 – 90%.

Pokročilý karcinom je takový nádor, který proniká do muscularis propria a hlouběji. Prognóza tohoto nádoru je podstatně horší. (Mařatka 1999)

Charakteristika podle hloubky postižení a jeho tvaru.

Nádor submukózní – vyklenutí o široké spodině, hladkého povrchu, kryté sliznicí, přecházející plynule do okolí. Větší submukózní nádory jsou obvykle benigní, neboť zhoubný nádor by rostl invazivně a infiltroval by i sliznici. (Příloha č. 7)

Nádor polypózní – má tvar polypu, ale některé znaky jsou podezřelé: nádor je přisedlý o široké bázi, spodina nezřetelně ohraničená, povrch je nerovný, morušovitý, event. nekrotický. Vzniká většinou zhoubnou přeměnou polypózního adenomu. (Příloha č. 6)

Nádor vilózní (vláknitý) – má vyklenutí s vláknitým povrchem, s nápadnou hlenotvorbou, která často ruší jasný obraz.

Nádor květákovitý (houbovitý) – útvar nepravidelného tvaru, postupně vředovaticí.

Nádor zvředovatělý (exulcerovaný) – houbovitý nádor z větší části rozpadlý, jeví se jako ulcerace se zbytky nádoru na okraji. (Příloha č. 8)

Nádor vředovitý (ulceriformní) – napodobuje vřed tím, že má zřetelnou spodinu a okraj, ten však bývá naválný nebo uzlovitý, často krvácí. Považuje se za primární karcinom, jehož vředovitý tvar byl způsoben natrávením nádoru kyselou žaludeční šťávou, čímž se vytvořil kráter podobný vředu.

Nádor infiltrující – lehce vyvýšený plát stěny, která je zřetelně změněna, nerovná, rigidní.

Karcinomy polypózní a vředovité jsou relativně benignější, poměrně ohraničené, s větší možností resektability a lepší prognózou.

Karcinom houbovitý, exulcerovaný a infiltrující naopak představují malignější, neohraničené formy nádoru, jejich skutečný rozsah ve sliznici a stěně nelze endoskopicky bezpečně odhadnout; houbovité a zvředovatělé nádory mohou mít i jinou histologickou skladbu (např. lymfomy). (Mařatka 1999)

1.2 Etiologie a patofyziologie

Příčiny vzniku rakoviny žaludku jsou stále málo objasněny. Je nepochybné, že rakovina žaludku nemá jedinou příčinu. Z řady ukazatelů je dokonce pravděpodobné, že rakovina žaludku není jednotným onemocněním. Pro tuto úvahu svědčí např. existence dvou odlišných základních histologických typů, které se odlišují i epidemiologickými a klinickými charakteristikami.

U intestinálního typu je východiskem intestinálně metaplastický žaludeční epitel. Tento typ postihuje osoby starší, při jeho vzniku mají úlohu zřejmě faktory zevního prostředí. Pokles výskytu rakoviny žaludku v různých částech světa se týká především tohoto typu rakoviny.

Difuzní typ rakoviny nevychází z metaplazie žaludeční sliznice, postihuje osoby zřetelně mladší, rozdíl v postižení pohlaví není vyznačen. Ve světě se vyskytuje zhruba rovnoměrně.

V podstatě se uvažuje o dvou velkých skupinách etiologických faktorů: o vlivech zevního prostředí a o činitelích genetických. U rakoviny žaludku zřejmě větší roli v průměru mají vlivy zevního prostředí. (Kelner Pavel, *Vnitřní lékařství* str.455)

1.3 Klinický obraz

Zhoubné nádory žaludku nemají charakteristickou symptomatologii a je pro ně příznačné, že se hlásí obtížemi velmi všeobecnými

Při hodnocení anamnézy je závažné, že prakticky vždy jde o obtíže trvající relativně krátkou dobu (3 – 5 měsíců).

Nemocní si stěžují na postupně se rozvíjející váhový úbytek, anorexii, pocit plnosti či tíhy v nadbřišku, předčasnou sytost a jiné příznaky horního dyspeptického syndromu. Nechuť až odpor k masu není častým příznakem, vyskytne-li se, je symptomem krajně podezřelým.

U menšího procenta nemocných mohou být příznaky typické pro vředovou chorobu. Je přítomna bolest nalačno, tišíci se jídlem nebo antacidy. Bývá tomu tak při ulceriformním nádoru v antru při zachovalé aciditě.

V menšině případů je základním projevem krvácení ve formě meleny nebo hematemeze.

Při postižení vstupní nebo východové části žaludku je symptomatologie vyhraněná. Při postižení kardiie je příznačná dysfagie nebo příznaky připomínající achalázii. Při nádorové obstrukci pyloru dochází ke zvrácení natrávené potravy. Zvracení není frekventní, zvratky jsou však objemné.

Objektivní nález může být zcela negativní. V pokročilých případech je patrna progeredující kachexie, lze hmatat epigastrický tumor a hepatomegalii.

Tromboflebitida (Trousseauův příznak) může být časným signálem. Neblahým znamením je levostranná supraklavikulární metastaticky zvětšená uzlina (Virchowova uzlina) nebo hmatná metastáza v pupku (příznak sestry Josefy).

Při gynekologickém vyšetření může být zjištěn tumor ovaria. Jde o metastázy karcinomu žaludku, které se označují jako Krukenbergův nádor. (Mařatka 1999)

1.4 Průběh, komplikace, prognóza

Průběh

Přechod časného karcinomu v pokročilý může trvat delší dobu, jsou doloženy případy, kdy časné stadium trvalo déle než 7 let. Časná forma má velmi dobrou prognózu. Při postižení pouze sliznice je 5 – 10leté přežití po operaci u 80 až 90 %. Při infiltraci submukózy je situace asi o 5 % horší. (Kelner Pavel, *Vnitřní lékařství* str.468)

Komplikace

Zjevné krvácení nebývá časté, okultní krvácení a anémie jsou běžné. Hemoragie však může být projevem časného karcinomu. Není-li při urgentní endoskopii objasněn zdroj, je nutné mít tuto možnost na mysli a vyšetření s odstupem opakovat.

Obstrukce pyloru s gastrektázií a zvracením stagnujícího žaludečního obsahu je příznačná pro pokročilé procesy antrální části žaludku.

Uzávěr kardie s dysfagií a se zvracením obsahu jícnu se vyskytuje u nádorů kardie. Perforace nádoru je výjimečná. (Kelner Pavel, *Vnitřní lékařství* str.468)

Prognóza

U pokročilého karcinomu je prognóza nesrovnatelně horší. Operabilních je asi 50 % případů a 5leté pooperační přežití nepřesahuje 20 %.

Pokud není pokročilý karcinom vyřešen operací, vede nezadržitelně ke smrti. Dochází k metastazování jak lymfatickou cestou do přilehlých a vzdálenějších uzlin, tak i krevní cestou, nejčastěji do jater. Prorůstáním se může šířit do sousedních orgánů. Rozvíjí se nádorová kachexie, na niž, nebo na přidružené komplikace pacient umírá. (Kelner Pavel, *Vnitřní lékařství* str.468)

1.5 Diagnostika

Nejdůležitější je včasné diagnostikování ve stadiu časně rakoviny a odlišení od benigního peptického vředu nebo polypu. Rozhodujícím a zároveň nejdůležitějším vyšetřením je endoskopické vyšetření, zejména endoskopická biopsie. Při diagnostice onemocnění v trávicím traktu se provádějí invazivní vyšetření. Tato vyšetření se

provádějí nalačno, po důkladném vysvětlení a řádné psychologické přípravě. Důležitou součástí je podpesání informovaného souhlasu pacienta.

Endoskopické vyšetření

K vyšetření horní části trávicí trubice se nejčastěji používá ezofagogastroduodenoskop s prográdní optikou. Není rozhodující, zda jde o fibroskop nebo videoskop. Důležité je, aby byl přístroj v distální části řiditelně pohyblivý ve dvou rovinách a plně funkční.

Endoskopické vyšetření je invazivní vyšetření a stalo se základní vyšetřovací metodou jícnu, žaludku a orální části duodena. Je pro diagnózu nejdůležitější, neboť odhalí přítomnost nádoru i jiných změn na sliznici. Nemůže sice s jistotou identifikovat karcinomovou povahu, přesto však může poskytnout v tomto směru jisté indicie, vyplývající z jeho vzhledu, a tím i přispět k odhadu prognózy. Endoskopické vyšetření dovoluje přímý a barevný pohled do nitra části trávicí trubice, je možno pozorovat i zcela povrchní změny.

Kromě základního pozorování umožňuje endoskopie celou řadu významných aktivit např:

- Palpací zjišťovat rigiditu a elasticitu stěny
- Provádět cílenou biopsii kleštěmi nebo makrobiopsii polypektomickou kličkou či stěrovou cytologii kartáčkem
- Odstraňovat polypy a tím uchránit pacienta od operační intervence
- Extrahovat cizí tělesa
- Dilatovat stenózy
- Zavádět endoprotézy při stenožujících procesech v jícnu, aj.

Výše uvedené možnosti orální endoskopie ukazují, že tato metoda je indikována při jakékoliv symptomatologii, která vzbuzuje podezření na postižení orální části trávicí trubice. I negativní nález má svůj význam, dokládá nepřítomnost organického poškození.

Mezi kontraindikace orální endoskopie patří např:

- Zcela nespolupracující pacient
- Perforace trávicí trubice či podezření na ni
- Těká dušnost kardiálního či plicního původu
- Šok
- Flegmonózní ezofagitida
- Zenkerův divertikl

- Rozsáhlé aneurizma hrudní aorty
- Akutní infarkt myokardu
- Akutní tonzilitida

Příprava nemocného je prováděna dle zvyklostí toho daného pracoviště. Orální endoskopie je vyšetření natolik nezatěžující, že nevyžaduje složitou přípravu. Stačí, je-li pacient nalačno. Před tímto vyšetřením je nejdůležitější psychologická příprava, kterou by měl dostat každý. Většinou stačí vlídné, optimistické zacházení ze strany sestry a několik vět lékaře, který vysvětlí smysl, podstatu a průběh vyšetření.

Na našem pracovišti připravujeme pacienty většinou jen lokální anestezií hltanu a podáním odpeňovacího prostředku (Espumisan), který zabrání zpěnění žaludečního obsahu. Před podáním lokální anestezie musíme zjistit, zda pacient není alergický na lokální anestetika.

Je-li nutná farmakologická sedace, pak je nejvhodnější použít midazolam (Dormicum) v dávce 2 -5 mg pomalu i. v. těsně před výkonem.

Péče o pacienta po výkonu se především řídí použitou premedikací. Je povinností sestry, aby sledovala pacienta, dostatečně ho poučila o dalším režimu a pomohla mu z vyšetřovacího lůžka. K dobrému medicínskému mravu patří rovněž pacienta informovat o výsledku vyšetření, a to v takovém rozsahu, který je pro daného pacienta srozumitelný. Toto sdělení provádí lékař.

Endoskopická biopsie

Biopsií nazýváme odběr vzorku tkáně na histologické vyšetření. Provádí se bioptickými klíšťkami při endoskopickém vyšetření ze slizničního defektu žaludku při podezření na malignitu. Ani zkušený endoskopista není schopen s jistotou rozhodnout o povaze odebraného vzorku, rozhodující bývá až histologické vyšetření, nežádka opakované.

Diagnostická spolehlivost biopsie stoupá s počtem odebraných vzorků. Šest vzorků představuje přibližně 90% jistotu. Při hodnocení bioptických nálezů je třeba mít na mysli, že bezpečný je jen průkaz nádoru, je-li patolog dostatečně zkušený.

Negativní výsledek biopsie přítomnost tumoru nevyklučuje. Biopsie selže při submukózním šíření nádoru, zde lépe uspěje endosonografie nebo rentgenové vyšetření.

Rentgenové vyšetření (RTG)

Je druhou zobrazovací metodou, která může být vhodná pro diagnózu karcinomu žaludku. V rukou zkušeného rentgenologa, který ovládá techniku dvojího kontrastu, je to vyšetření spolehlivé.

Toto vyšetření není pro pacienta zatěžující, ale je pomalu vytlačováno endoskopickým vyšetřením, které má výhody přímého pohledu a možnosti odebrání vzorků k histologickému posouzení.

Před RTG žaludku musí být pacient 8. hodin lačný a nesmí kouřit. Tato příprava je stejná jako u orální endoskopie.

Po vyšetření pacient odchází bez režimového omezení, ale je vhodné jej upozornit na následující světlou stolicí.

Ultrasonografie (US)

Princip vyšetření spočívá ve vysílání ultrazvukové vlny přístrojem, jejich procházení tkáněmi a odrazu na rozhraní tkání. Tato rozhraní mohou být tvořena okraji nádorů, kamenů, plynů, tekutin i orgánů. Odražené vlny jsou registrovány a výsledný obraz se zobrazuje na monitoru.

Nejde o vyšetření, které rozpozná vše. Má svá omezení, zejména v orgánech obsahujících plyn (žaludek, střeva) má jen omezenou výpovědní hodnotu.

Jde o neinvasivní vyšetření, které je pro pacienta zcela bezpečné a nenáročné. Většinou je ordinováno jako základní vyšetření při symptomech, které signalizují možnost onemocnění trávicího traktu.

Příprava na toto vyšetření je stejná jako v předchozích, 8. hodin nejíst, nepít, nekouřit a u US se doporučuje den před vyšetřením lehká, nenadýmavá strava.

Po vyšetření nejsou žádná omezení.

Endoskopická ultrasonografie (EUS)

Provádí se přístrojem, v němž je kombinovaná ultrasonografická sonda s endoskopem. EUS není omezována okolnostmi, které jsou nejčastějším selháním US jako je obezita a meteorismus.

Indikací k EUS je podezřelý patologický nález ve stěně trávicí trubice či na ní bezprostředně naléhající. Toto vyšetření není screeningové a jeho úkolem není určit diagnózu, ale nález z předchozích vyšetření ověřit a v případě nádorového procesu zjistit jeho rozsah, stupeň invazivity a tím stanovit další postup.

Toto vyšetření je velmi přínosné pro posouzení hloubky invaze procesu. V obraze normální žaludeční stěny EUS rozlišuje 5 vrstev: echogenní vnitřní (1. vrstva) a hypoechogenní druhou vrstvu sliznice, submukózu (echogenní 3. vrstva), muscularis propria (hypoechogenní 4. vrstva) a serózu (echogenní 5. vrstva). EUS může rozlišit tumor časný od pokročilého ve více než 90 % případů.

Endoskopická ultrasonografie je invazivní vyšetření časově náročné, trvá průměrně 45 min a předpokládá rozsáhlé teoretické i praktické znalosti endoskopie i US.

Příprava pacienta je stejná jako u orální endoskopie, ale v tomto případě je nutná farmakologická premedikace. Většinou se podává Midazolam 5 mg i. v. a při vyšetření žaludku je vhodná aplikace Buscopanu 20 – 40 mg i. v. k navození spazmolýzy a utlumení rušivé peristaltiky.

Výpočetní tomografie (CT)

Je cennou metodou pro detekci ložiskových procesů, abscesů, píštělí, aj.

Po aplikaci kontrastní látky se zobrazují duté orgány. Odpovídá na některé speciální otázky v předoperační diagnostice a v pooperačním sledování. CT zobrazí perigastrické struktury a jejich vztah k žaludku a k nádoru. Posoudí velikost zejména vzdálenějších lymfatických uzlin.

Příprava pacienta je stejná jako u rentgenového vyšetření žaludku, bude –li aplikována kontrastní látka, zavedeme pacientovi periferní žilní katetr.

Magnetická rezonance (MR)

Principem vyšetření je zmagnetizování vodíkových jader v organizmu. Tím je možné rozlišit zdravou tkáň od patologické (steatóza, cirhóza, karcinom), včetně tekutiny (výpotek, krev, hnis).

Během působení magnetického pole, při kterém je pacient v oddělené místnosti na lůžku v tunelu, se vodíková jádra vychýlí ze svého směru a rotují. Po skončení pulsu se vracejí do své původní polohy, říkáme, že relaxují. Při vychýlení indukují (vyvolají) v měřicí cívice impuls, který se během relaxace sníží, měříme tzv. relaxační čas. Jeho intenzita je přímo úměrná počtu vodíkových jader v příslušné tkáni. K určité intenzitě impulsů přiřadí počítač odstín barvy (od bílé po černou) a provede rekonstrukci obrazu obdobným způsobem jako CT.

Magnetická rezonance má podobné indikace jako CT, ale rozlišení některých ložiskových procesů je zřetelnější.

Záleží na indikaci lékaře. Má-li lékař dostatečné informace o diagnóze z předchozích vyšetření, není nezbytně nutné další doplnění touto metodou.

Pacient před vyšetřením magnetickou rezonancí musí odložit všechny kovové předměty. Zásadní kontraindikací tohoto vyšetření u pacienta je kloubní náhrada kovovou endoprotézou a kardiostimulátor.

Vzhledem k tomu, že magnetická rezonance se provádí v malém uzavřeném prostoru a je zde velký hluk musíme pacienta s těmito okolnostmi seznámit. Lidé trpící klaustrofóbií (panický strach z malých uzavřených prostor) toto vyšetření nemohou podstoupit.

Vyšetření magnetickou rezonancí nevyžaduje zvláštní přípravu ani sledování pacienta po návratu. Některá pracoviště požadují zavedení i. v. katétru. Pacient má během vyšetření chráněné uši molitanem. (Šafránková, Nejedlá 2006)

Laboratorní vyšetření

Laboratorní nálezy mohou být cenným upozorněním na závažnost situace, diagnózu nám však neurčí, ani bezpečně nepotvrdí. Spíše informují obecně o závažném onemocnění nebo o stavu organismu.

Zjišťujeme např.: zrychlenou sedimentaci erytrocytů, sekundární nebo sideropenickou anémii a ve většině případů pozitivní test na okultní krvácení. (Mařatka 1999)

1.6 Terapie

1.6.1 Chirurgická léčba

Jedině operace dává naději na plné uzdravení, je ji třeba uskutečnit co nejrychleji. Obvyklá je subtotální resekce žaludku, méně často se provádí totální gastrektomie. Adjuvantní chemoterapie je účelná i u radikálně operovaných. Jejím smyslem je zničení předpokládaných mikrometastáz.

U inoperabilních tumorů obturujících pylorus je indikována odlehčující gastroenteroanastomóza, pokud má naději zlepšit kvalitu života nemocného. (Kelner Pavel, *Vnitřní lékařství* str.469)

1.6.2 Konzervativní léčba

Terapie cytostatiky (kombinace s 5-fluorouracilem)

Tato léčba u inoperabilních nemocných může prodloužit přežití. Nemocný nemá šanci na deší dobu života. Posledním východiskem je terapie symptomatická, která pouze dokáže ulevit od bolesti, ale jen po určitou dobu.

Paliativní léčba

Smyslem paliativní léčby je zlepšit kvalitu života a odstranit nebo alespoň zmírnit potíže nemocného.

U tumorů, které způsobují obstrukci, tj. nádory v oblasti kardie a pyloru, je možné zjednat průchod sousta nebo tráveniny ablací tumorózních mas laserem. Při nedostupnosti této techniky se lze pokus zmenšit masu nádoru nekrotizací vpichy polidokanolu.

U karcinomu kardie je možno zvážit i implantaci expandabilního kovového stentu. (Mařatka 1999)

Farmakoterapie

Používá se k léčbě negativních projevů onemocnění žaludku. Farmakoterapii nelze použít jako účinnou léčbu karcinomu žaludku, může pacientovi pomoci pouze ke zmírnění negativních projevů. Mezi tyto projevy patří jak nepříjemné a někdy až bolestivé tlaky v epigastriu, ale také je vhodné použití farmakoterapie k odstranění psychických problémů, které většinou nastanou po sdělení nepříznivé diagnózy .

Espumisan

Indikační skupina – protipěňivý prostředek, deflatulens

Indikace – obtíže spojené s nadměrným hromaděním plynů v zažívacím traktu, jako je zvýšený odchod střevních plynů, nadýmání, pocit tlaku a plnosti v nadbřišku

Ganaton

Indikační skupina – prokinetikum má antiemetický účinek

Indikace – je určen pro léčbu příznaků způsobených zpomaleným vyprazdňováním žaludku, jako např. pocitu plného žaludku, bolestivého tlaku v nadbřišku, nechutenství,

pálení žáhy, nevolnosti a zvracení při poruchách trávení, které nejsou způsobeny vředovým nebo organickým onemocněním.

Helicid 20

Indikační skupina – protivředová léčiva – antiulceróza, snižuje tvorbu žaludeční kyseliny

Indikace – používá se ke krátkodobé i dlouhodobé léčbě vředové choroby žaludku a dvanáctníku způsobené: podáváním antirevmatik, bakteriální infekcí žaludku (eradikace *Helicobacter pylori*), při nadměrné sekreci HCl, záněty jícnu způsobené návratem žaludeční sekrece do jícnu (reflux)

Algifen neo

Indikační skupina – analgetikum, spasmolytikum, s tlumícím účinkem bolesti, ovlivňuje křeče hladkého svalstva

Indikace – užívá se při křečovitých bolestech v oblasti žaludku, střeva, žlučových a močových cest, migréně, k předcházení bolesti při instrumentálním vyšetření a tlumení bolesti po malých operačních výkonech.

1.6.3 Prognóza (funkční důsledky)

Prognóza karcinomu žaludku není příliš příznivá. Nemocní s pokročilou rakovinou, kteří z těchto důvodů neabsolvovali chirurgickou léčbu nebo chemoterapii, mají šanci přežití sotva dobu delší než 6 měsíců, s karcinomatózou peritonea jen několik týdnů.

O prognóze rozhoduje řada faktorů:

- Zásadní je hloubka invaze, která rozhoduje o tom, zda nádor je časný nebo pokročilý.
- Nádory lokalizované v pyloru a v antru mají lepší prognózu než nádory orálních partií.
- Hranice nádoru v chirurgickém určuje pravděpodobnost lokální recidivy.
- Nádorové postižení uzlin zhoršuje prognózu. Ovšem i negativní nález v uzlinách nevylučuje možnost mikrometastáz.
- Nádory intestinálního typu, dobře diferencované mají lepší prognózu než nádory difuzního typu, nediferencované.
- Přítomnost zánětu v histologickém preparátu je známkou příznivou.

2 Ošetrovatelská péče u pacienta s tumorem žaludku

V této části jsou popsány obecné zásady ošetrovatelské péče a možné ošetrovatelské diagnózy u pacienta s karcinomem žaludku.

2.1 Ošetrování nemocného

Je důležitý individuální přístup k pacientovi. Každé onemocnění je jak fyzickou, tak psychickou zátěží pro nemocného, obzvláště jedná-li se o onemocnění nádorové.

2.1.1 Dietoterapie

Malé množství neдрáždivé potravy, omezení koření, alkoholu, uzenin, zákaz kouření. Doporučuje se lehká strava, v častých intervalech v malém množství. Velice dobře jsou tolerovány mléčné, pokud možno smetanové, výrobky. (Příloha č. 2.)

2.1.2 Pohybový režim

U tohoto onemocnění se pohyb řídí věkem a stádiem onemocnění. Všeobecně neplatí žádné omezení v pohybu. Pacienti se řídí pocitem únavy. Doporučovány jsou procházky, plavání i jiné lehčí formy pohybu. Nedoporučují se silové sporty a zvedání těžkých břemen. Při tomto onemocnění je velmi důležité dostatečně odpočívat a dbát na kalorický příjem.

2.1.3 Psychoterapie

Každé onemocnění je provázeno negativními emocemi, kdy pacient prožívá strach a úzkost. Tyto emoce mohou způsobit dlouhodobý stres, který bývá jednou z příčin vyvolávajících somatické onemocnění. U nemocných s nádorovým onemocněním je psychická zátěž velká, každý nemocný se s ní vyrovnává jinak. Úkolem zdravotnického personálu je pacientovi s tímto nelehkým úkolem pomoci. Pomoc očekává nejen pacient, nýbrž i jeho rodina. V této chvíli je nejdůležitější odborný, ale i citlivý přístup k nemocnému.

2.2 Možné ošetrovateľské problémy dle NANDA diagnostických domén

1. 00133 Chronická bolesť
2. 00139 Nauzea
3. 00095 Porušený spánek
4. 00093 Únava
5. 00148 Strach
6. 00146 Úzkost
7. 00002 Nedostatečná výživa
8. 00004 Riziko infekce
9. 00028 Riziko deficitu tekutin
10. 00015 Riziko zácpy
11. 00094 Riziko intolerance aktivity

PRAKTICKÁ ČÁST

3 Posouzení stavu pacienta

3.1 Identifikační údaje

Jméno: B. V.

Věk: 59 let

Bydliště: Praha – východ

Povolání: učitelka základní školy

Datum přijetí: 10. 9. 2008

Datum přeložení: 22. 9. 2008

3.2 Výtah z lékařské dokumentace

3.2.1 Lékařská anamnéza

RA: otec † v 44 na perforaci duodenálních vředů, matka † v 80 na IM, sestra † v 39 na gynek. ca, bratr zdrav

OA: Asi 1 rok potíže se zažíváním, refluxní ezofagitida I. – II. st., hiátová hernie, Fibrolipomatóza pankreatu, stp. operaci obou menisků (1996, 1998)

AA: neudává

FA: Helicid 20mg 0 – 0 – 1, Anacid 2x denně mezi jídly, Ganaton 1 – 1 – 1 před jídlem

SA: žije s manželem, 2 děti, učitelka 25 let

Abusus: kuřačka 15 – 20/den, alkohol příležitostně, káva 3 – 5x denně

Nynější onemocnění

Pacientka přichází k plánované hospitalizaci k dovyšetření hubnutí nejasné etiologie, váhový úbytek asi 25 kg během 2 let, v posledním půl roku výrazná progresse a bolesti v epigastriu. V březnu 2008 provedena GFS s nálezem refluxní ezofagitidy I.-II. st. a hiátové hernie, nasazen omeprazol, který pacientka neužívala. Od počátku března vyšetřována: RTG plic s normálním nálezem, kolonoskopie s normálním nálezem, na

USG břicha nález fibrolipomatózy pankreatu. V KO mírná normocytární anémie (ery 3,77, Hb 120, Htk 34). V nedávné anamnéze pacientka udává jednorázové zvracení tmavé natrávené krve. Dále si stěžuje na stagnaci jídla v jícnu a žaludku, proto nyní jídlo omezuje. Udává nechutenství, pocit tlaku a nafouknutí v levém podžebří. Nezvracela, stolice spíše zácpovitá, bez patolog. příměsí. Nejvíce pacientku obtěžuje narůstající nechutenství, pocit plnosti, únava, nízká tolerance zátěže, slabost a neustálý pocit chladu.

Stav při přijetí:

Fyziologické funkce: TK: 105/80mmHg P: 79/min D: 14/min TT: 36,2°C
Hmotnost: 58 kg, Výška: 170 cm, EKG – bez patologických změn, 79/min

Celkový stav: Při vědomí, orientována, spolupracuje, eupnoe, bez cyanózy a ikteru, bledá, afebrilní. **Hlava:** Bez viditelných známek úrazu, na poklep nebolestivá. Spojivky bledé, sklery bílé, zornice isokorické. Sliznice dutiny ústní růžové, hydratace přiměřená, jazyk plazí ve střední čáře, hrdlo klidné, chrup pravidelně ošetřovaný. **Krk:** Souměrný, náplň krčních žil normální, karotidy tepou symetricky, bez šelestu. Thyreoidea nehmatná, uzliny nezvětšeny. **Hrudník:** Souměrný, na plicích poklep jasný, dýchání sklípkové čisté. Srdce – úder hrotu nehmatný, akce pravidelná, ozvy ohraničené, šelest nediferencují. **Břicho:** Souměrné, pod niveau, poklep diferencovaně bubínkový. Játra ani slezina nehmatná. Pohmatová bolestivost středního a levého epigastria, ve středním epigastriu hmatná resistence. Peristaltika +. **Končetiny:** DK neoteklé, bez známek TEN, akra chladnější, perif. pulsace hmatné bilat. **Kůže:** bledá, turgor přiměřený, bez patol. eflorescencí. **Neurol. orientačně:** Bez topického nálezu. **Per rectum:** tonus svěračů zvýšený, na rukavici zbytky hnědé stolice.

3.2.2 Vyšetření

Bylo provedeno biochemické vyšetření krve, krevního obrazu, sedimentace, hemokoagulace a vyšetření moče – sediment. Uvádíme pouze patologické výsledky. Ostatní hodnoty jsou v normě.

Biochemické vyšetření krve

	10.9.2008	18.9.2008	normální hodnoty
CRP	5,7 ↑	5,9 ↑	0,0 – 5,0

Výpočetní tomografie (CT)

Tumor těla žaludku v oblasti malé křivky a zadní stěny v. s. s infiltrací okolního peritoneálního tuku a závěsu žaludku, s těsným vztahem k bráničnímu křivu, slezině a cévám sleziny. Jednoznačné prorůstání však nelze prokázat. Regionální a retroperitoneální lymfadenopatie.

Vyšetření stolice

Stolice na okultní krvácení – 3x pozitivní.

Konziliární chirurgické vyšetření

Tumor ventrikuli exulcerans – stav indikován k operačnímu řešení. Pacientku převezme chirurgické oddělení 22. 9. 2008.

3.3 Terapie

3.3.1 Chirurgická léčba

Pacientka byla 22. 9. 2008 překládána na chirurgické oddělení k chirurgickému řešení karcinomu žaludku.

3.3.2 Konzervativní léčba

Farmakoterapie

První 2 dny podávání infuzních roztoků i. v.

Fyziologický roztok 500 ml + 1 amp. Algifenu 1 – 0 – 1

Od 3. dne hospitalizace

tbl. Espumisan 2 – 2 – 2 (deflatulens)

tbl. Ganaton 1 – 1 – 1 (prokinetikum)

cps. Helicid 20 mg 1 – 0 – 1 (antiulceróza)

gtt. Algifen. dle potřeby max 3x 15 gtt. (spasmolytikum, analgetikum)

Příjem na oddělení, volba pokoje

Pacientka byla přijata na dvoulůžkový pokoj gastroenterologického oddělení. Vzhledem k tomu, že je pacientka plně orientovaná a soběstačná byl zvolen pokoj s koupelnou. Pacientka byla seznámena s provozem oddělení, časem podávání medikace, stravy a s uspořádáním oddělení. Pacientka nemá pohybová omezení, proto byla seznámena i s možností využívání parku k odpoledním procházkám.

Sledování nemocné

Pacientka vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nevyžadovala časté sledování, vitální funkce měla stabilní, přijímá malé množství potravin i tekutin, a proto byla poučena o nutnosti častějšího jídla, ale hlavně pití. Důležité bylo sledování vývoje bolesti a účinku analgetik. Analgetika byla podána v prvních 2 dnech hospitalizace v infúzním roztoku. Sledovali jsme průběh infuze a stav zavedené periferní kanyly. Monitorujeme hmotnost pacientky 2x týdně.

Stravování nemocné

U pacientky byla zvolena nedráždivá individuální strava. Vzhledem k nechutenství byla pacientce umožněna domluva s nutričním terapeutem, který byl seznámen s diagnózou pacientky. Pacientka si sama s nutričním terapeutem sestavovala jídelníček vždy na 3 dny dopředu. Během hospitalizace bylo dohlíženo na dostatečný příjem tekutin i potravy.

Pacientka byla poučena o nevhodnosti časté konzumace kávy a kořeněných dráždivých pokrmů, ale také o škodlivosti kouření.

Pacientka vzhledem k tomu, že jí velmi pomalu, nechce chodit do společné jídelny, pro se bude stravovat na pokoji.

Psychoterapie

Cílem je, aby se pacient smířil se svým onemocněním a nevzdával naději na léčbu a hlavně život. Důležitá je chuť se léčit a získání pacienta pro spolupráci. Po sdělení diagnózy, s nepříznivou prognózou, nastává pro pacienta těžké období, které bývá provázáno různými reakcemi od lítosti, plačtivosti, odmítání až k agresivitě.

(Příloha č. 3) Je velice důležité, jak je prognóza pacientovi sdělena. Velkou roli hraje informovanost pacienta o možnostech léčby. V mnoha případech je nutná spolupráce s psychologem.

3.4 Fyzikální vyšetření sestrou (Příloha č. 1)

Celkový vzhled, úprava, hygiena: Klientka byla upravená, decentně nalíčená, oděná v elegantním stylu.

Dutina ústní a nos: Bez patologických nálezů.

Zuby: Silné, bílé, pravidelně ošetřované.

Slyší šepot? Ano

Přečte novinové písmo? Ano. Nosí dioptrické brýle.

Puls: Rychlost 79/ min. Pravidelnost – pravidelný. Jakost (síla) – plný.

Dýchání: Pravidelnost – 14/ min. Hloubka – normální. Kašel – není.

Krevní tlak: 105/80 torr.

Stisk ruky: Pevný, silný.

Rozsah pohybu kloubů: Bez omezení.

Svalová tuhost: Nepřítomna.

Kůže: Bledá, turgor přiměřený, bez patologických eflorescencí.

Chůze: Normální, jistá.

Držení těla: Vzpřímené.

Soběstačnost: Zcela soběstačná při denních činnostech.

Kanyly intravenózní: Ano, zavedená dne 10. 9. 2008 do pravého předloktí.

Odsávání, vývody, cévky: Nejsou.

Nynější hmotnost: 58 kg.

Výška: 170 cm.

Tělesná teplota: 36,2 stupňů Celsia.

Objektivní pozorování v průběhu získávání informací a vyšetření:

Orientace: Plně lucidní.

Řeč, způsob vyjadřování: Bez problémů. Hlas a způsob řeči: Hlas klidný a vyrovnaný.

Úroveň slovní zásoby: Bohatá slovní zásoba.

Oční kontakt: Ano.

Nervozita: Ne.

Vzájemná spolupráce: Velmi dobrá úroveň.

3.5 Posouzení stavu potřeb klientky dle modelu M. Gordonové – funkční typ zdraví, rozpracovaný do NANDA II. Diagnostických domén

Pořadí ošetřovatelských diagnóz bylo stanoveno dle priorit pacientky ve spolupráci s ní.

3.5.1 Podpora zdraví

Pacientka vnímá svůj zdravotní stav jako vážný. Cítí se unavená a vyčerpaná již po střední námaze. Byla zvyklá sportovat a nyní to nezvládne. Unavuje ji stálá nevolnost a pocit plného žaludku. Snaží se důsledně dodržovat lékařská doporučení ohledně medikace, dietního omezení i pohybového režimu. Nedaří se jí přestat kouřit a také pije velké množství kávy. Věří v pomoc lékařů, ale má obavy ze špatné prognózy.

3.5.2 Výživa

Pacientka byla vždy silnější postavy. Během 2 let zhubla 25 kg z toho 10 kg během posledních 6 měsíců, protože se obtíže stupňovaly.

Snaží se dodržovat pitný režim, ale více jak 1 l – 1,5 l tekutiny nevypije. Do tohoto množství započítává i kávu, kterou pije 2x denně. Dříve vypila 2,5 l denně a kávu pila 4x denně. Nejráději pije minerální vodu a ovocný čaj.

Jí velmi malé porce a snaží se jíst častěji, v průměru asi 6x denně. Spíše toleruje tekutou nebo kašovitou stravu. K jídlu se musí nutit, vůbec nemá pocit hladu ani chuť k jídlu. Trpí pocitem nevolnosti.

– Body Mass Index (BMI) 20. (Příloha č. 4)

3.5.3 Vylučování a výměna

V posledním roce mívá občas zácpovitou stolicí, ale většinou má 1x za 2 dny tužší stolicí. Žádné zvláštní vyprazdňovací návyky nemá. Laxativa ne užívá, při problémech se zácpou jí pomůže sklenice vlažné vody nalačno.

Nikdy netrpěla na infekce močových cest ani na záněty gynekologického původu.

Pacientka se ve zvýšené míře nepotí.

3.5.4 Aktivita – odpočinek

Před onemocněním pacientka aktivně sportovala. Ráda jezdila na kole, chodila plavat a provozovala turistiku. V zimě cvičila na rotopedu a jezdila lyžovat.

Poslední dobou se cítí unavená a je ráda, že zvládne své zaměstnání. Domu přichází vyčerpaná a musí si odpočinout. O víkendu se snaží chodit s manželem alespoň na procházky. Sportování ji chybí a doufá, že až se zdravotní stav zlepší bude moci znovu začít jezdit na kole a plavat. Ráda pracuje na zahrádce a nejraději se věnuje vnoučatům.

Pacientka je zvyklá chodit spát ve 22.30 hodin a spí 8 hodin. Usíná ve vyvětrané místnosti, léky na spaní neužívá. Před onemocněním se v noci nebudila.

Nyní se 3 – 4x za noc probudí. Budí ji pocit plného žaludku a tlaku v břiše, změní polohu a po 10 minutách se jí podaří opět usnout. Léky na spaní užívat nechce, bojí se návyku. Vždy odpočívala aktivně. Posledních 6 měsíců si musí často lehnout pro vyčerpanost. Během hospitalizace má bolesti menší a tak ráda využívá sledování televize, čtení knih, luští křížovky a odpoledne využívá park k procházkám s rodinou. Snaží se neusínat během dne, aby spala v noci.

3.5.5 Vnímání – poznávání

Paní B. V. je orientovaná, spolupracuje a je komunikativní.

Paměť a pozornost nečiní pacientce žádné problémy, stejně tak jako učení. Nevadí jí o nemoci hovořit. Spíše má potřebu ujistit se o naději na uzdravení. Jako jedinou kompenzační pomůcku používá dioptrické brýle na čtení. Ostatní smysly jsou v pořádku.

Pro další průběh léčení je velice důležité udržet pacientku v dobré kondici a optimistické náladě.

3.5.6 Vnímání sama sebe

Pacientka říká, že byla vždy optimistická, v kolektivu oblíbená, má dobré vztahy s kolektivem i rodinou.

Pacientka i v nemocnici je stále upravená. Ráda komunikuje s personálem, nejvíce jí pomáhá, když si o svém zdravotním stavu může promluvit. Před každým novým vyšetřením má obavy z výsledku, ale také žije v očekávání, že přijde někdo se zprávou o lepší prognóze. Nejvíce se obává bolesti, ale stále věří ve své uzdravení.

Pocitem samoty netrpí. Každý den ji chodí navštěvovat manžel, 2x v týdnu děti s vnoučaty a občas kolegové z práce.

Rodině se stále snaží dokazovat, že je její nemoc vyléčitelná a bude v naprostém pořádku.

Snaží se na nemoc nemyslet a plánuje budoucnost.

3.5.7 Vztahy

Paní B. V. bydlí s manželem v rodinném domku. Nedaleko bydlí obě děti s vnoučaty. Často se navštěvují. Má spokojené manželství a s rodinami svých dětí vřelý vztah.

Rodina se aktivně zajímá o onemocnění a je připravena aktivně pomoci. Psychicky podporují pacientku a povzbuzují ji.

Pracuje jako učitelka základní školy. Vyučuje na této škole již 30 let. Svou práci má velice ráda a se zaujetím o ní vypráví. Cituji : „Mezi svými dětmi jsem tak šťastná jako se svou rodinou“. Velmi nerada by se kvůli nemoci svého zaměstnání vzdala. Manžel přinesl od dětí ze školy obrázky, která má pacientka vystavené na pokoji.

3.5.8 Sexualita

Menarché měla ve 14ti letech, cyklus pravidelný 28/6, nikdy neužívala žádnou antikoncepci. Od svých 54 let má menopauzu. Porodila dvě děti, porod fyziologický. Žádný samovolný potrat ani interrupci neměla.

Má pravidelný sexuální život, žádné gynekologické potíže nemá.

3.5.9 Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Pacientka je velmi optimistická, stresové situaci si podle svých slov nepřipouští. Jak v zaměstnání tak v rodině k tomu nemá důvod.

Jako „horší období“ označuje posledních 6 měsíců, kdy se zhoršil její zdravotní stav.

Spíše má obavy jak její nemoc bude snášet rodina. Nerada by jim přidělávala starosti.

Jediné z čeho má strach je umírání v bolesti, ale doufá v pomoc lékařů při bezbolestném umírání.

3.5.10 Životní princip

Pacientka vyrostla v nevěřící rodině, ani ona sama nevěří v Boha.

Uznává své hodnoty jako zdraví, rodina, přátelé, poctivost a pravdomluvnost. Věří v „sama sebe a své blízké“. Největší hodnoty jsou pro ni rodina a spokojený život dožitý v relativní fyzické a psychické pohodě.

Nemá obavy ze smrti, ale bojí se umírání v bolesti. V tomto směru plně důvěřuje lékařům a věří, že při dnešních možnostech medicíny lidé umírají bez bolesti.

3.5.11 Bezpečnost – ochrana

U pacientky je ústní sliznice nepoškozená. Chrup má vlastní sanován, pravidelně dochází ke stomatologickým kontrolám.

Nehrozí riziko pádu ani sebepoškození. Alergii neudává. Pacientka má zavedený periferní žilní katetr do předloktí PHK z důvodu ifuzní terapie, nutný aseptický přístup.

3.5.12 Komfort

Pacientka cítí bolesti v oblasti epigastria po dobu 6 měsíců. Při přijetí udávala bolesti vyšší než středního stupně. I po menším množství jídla cítí tlak a pocit maximálního naplnění žaludku, trpí pocitem „nafouknutého břicha“. Nechutenství přetrvává, je jí nejlépe je-li lačná, ale sama pacientka ví, že pro udržení kondice musí potravu přijímat. (Příloha č. 5)

Sociální izolaci pacientka nepocítuje. Chodí ji navštěvovat kolegové z práce. Je velice komunikativní a snadno navazuje kontakt i se spolupacienty.

3.5.13 Růst/vývoj

Pacientka je menšího vzrůstu, vždy bývala silnější postavy. V posledních 6 měsících výrazně snížila svoji hmotnost z důvodu nevolnosti a pocitu plného žaludku. Z tohoto důvodu vyhledala lékařskou pomoc a je přijata k určení diagnózy.

4 Ošetrovatelská péče

4.1 Seznam ošetrovatelských diagnóz dle NANDA diagnostiky

(výčet, seřazeno dle priority pacientky)

1. **00133 Chronická bolest** v oblasti epigastria z důvodu pocitu tlaku po jídle projevující se stížnostmi a popisováním bolesti a častým buzením během noci.

2. **00002 Nedostatečná výživa** z důvodu pocitu nevolnosti, snížené chuti k jídlu, sníženého pocitu hladu a pocitu plného žaludku, projevující se úbytkem hmotnosti 10 kg/6 měsíců a pocitem nedostatku životní energie.

3. **00093 Únava** v souvislosti s onkologickým onemocněním a nedostatečným energetickým příjmem, projevující se sníženou výkonností a zvýšenou potřebou odpočinku již při střední námaze.

4. **00148 Strach** z progrese onemocnění a zhoršujícího se zdravotního stavu, stupňování bolesti a z reakce rodiny na diagnózu, projevující se častým vyhledáváním rozhovorů a dotazováním se zdravotnického personálu.

5. **00004 Riziko infekce** vzhledem k zavedení periferního žilního katetru na předloktí PHK.

6. **00028 Riziko deficitu tělesných tekutin** vzhledem ke sníženému příjmu tekutin a možnému zhoršujícímu se zdravotnímu stavu.

7. **00015 Riziko zácpy** vzhledem k nedostatečnému příjmu tekutin a potravy.

4.2 Plán ošetrovateľskej péče

1. 00133 Chronická bolesť v oblasti epigastria z dôvodu pocitu tlaku po jidle prejavujúci sa sťažnosťami a popisovaním bolesti a častým buzením během noci.

Cíl: – pacientka bez bolesti

VK: - pacientka zná úlevovú polohu do 2 hodín

- pacientka umí určit stupeň bolesti na stupnici od 1 do 10 do 2 hodín
- pacientka zná účinky analgetík do 4 hodín
- pacientka má vhodnú zájmovú aktivitu do 24 hodín
- pacientka spí nerušené 7 hod do 48 hodín

Priorita: - stredná

Intervence: - zistí intenzitu bolesti na VAS do 30 minút (primárna sestra)

- edukuj pacientku o úlevových polohách do 2 hodín (primárna sestra)
- edukuj pacientku o účinkoch liekov do 2 hodín (primárna sestra)
- sleduj verbálne i neverbálne prejavy bolesti neustále (primárna sestra)
- pouč pacientku o príčinách bolesti a nauzey do 24 hodín (primárna sestra)
- posuď súvislosť poruchy spánku so základným ochorením do 24 hodín (primárna sestra)
- zajišť klidné prostredie pred spaním každý deň (primárna sestra)
- podávej lieky dle ordinácie lekára dle potreby (primárna sestra)
- plň ordinácie lekára každý deň (primárna sestra)

Realizace: - edukovali sme pacientku o úlevových polohách, príčinách bolesti a nauzey, účinkoch liekov do 2 hodín

- zistili sme stupeň, charakter a presnú lokalitu bolesti do 2 hodín a potom sme každý deň zaznamenali stupeň bolesti a jej zmeny
- podávali sme lieky dle ordinácie lekára po celú dobu hospitalizácie
- sledovali sme kvalitu spánku během noci denne

Hodnocení: - Subjektívne – pacientka hodnotí zníženie bolesti ze stupne č. 7 na stupeň č. 2, kladne hodnotí i zlepšenie spánku, cíti sa odpočatá.

Objektívne – již verbalizuje úlevu od bolesti a nezaujíma úlevovou polohu, doba spánku v noci se již prodloužila na 6 hodín bez probuzení.

Výsledná kritéria splněna, cíl splněn částečně.

2. 00002 Nedostatečná výživa z důvodu pocitu nevolnosti, snížené chuti k jídlu, sníženého pocitu hladu a pocitu plného žaludku, projevující se úbytkem hmotnosti 10 kg/6 měsíců a pocitem nedostatku životní energie.

Cíl: - pacientka nesníží svoji hmotnost během hospitalizace

VK: - pacientka zná vhodné tekutiny a potraviny do 2 hodin

- pacientka zná účinky a možnosti antiemetické léčby do 2 hodin
- pacientka nemá pocit na zvracení do 4 hodin
- pacientka má zájem přijímat větší množství potravin do 6 hodin
- pacientka zná kalorické hodnoty potravin do 12 hodin

Priorita: - střední

Intervence: - apeluj na nutnost zvýšeného kalorického příjmu do 2 hodin (primární sestra)

- doporuč vhodné potraviny s vysokou kalorickou hodnotou do 4 hodin (nutriční terapeut)
- zjisti stravovací zvyklosti včetně preferovaných jídel do 4 hodin (nutriční terapeut)
- zajisti příjemné prostředí při každém jídle (primární sestra)
- povzbuzuj pacientku během dne (primární sestra)
- sleduj stav pacientky po každém jídle (primární sestra)
- pobízej pacientku průběžně k dostatečnému příjmu tekutin (primární sestra)
- važ pacientku 2x týdně
- požádej rodinu o spolupráci při první návštěvě
- požádej pacientku o zapisování potravin i tekutin během dne i noci (primární sestra)

Realizace: - pacientku jsme poučili o nutnosti zvýšeného příjmu potravin i tekutin a byla zkontakována s nutričním terapeutem

- při zjištění stravovacích návyků a zajištění příjemného prostředí byla pacientka průběžně povzbuzována, zapisování potravin a tekutin prováděla zodpovědně

Hodnocení: - Subjektivně – pacientka měla pocit větší životní energie a elánu.

Objektivně – pacientka během hospitalizace zvýšila svou váhu o 1 kg.

Výsledná kritéria i cíl splněn.

3. 00093 Únava v souvislosti s onkologickým onemocněním a nedostatečným energetickým příjmem, projevující se sníženou výkonností a zvýšenou potřebou odpočinku již při střední námaze.

Cíl: - pacientka necítí únavu

VK: - pacientka zná důvody únavy do 2 hodin

- pacientka přijímá potraviny s vyšším energetickým příjmem do 4 hodin
- pacientka toleruje střední námahu do 24 hodin

Priorita: - střední

Intervence: - povzbuzuj pacientku k dostatečnému příjmu potravy s vyšší kalorickou hodnotou do 2 hodin (primární sestra)

- sleduj kalorický příjem pacientky během dne (primární sestra)
- požádej rodinu o spolupráci do 4 hodin (primární sestra)
- zajisti kontakt s nutričním terapeutem do 4 hodin (primární sestra)
- doporuč aktivní odpočinek během dne do 6 hodin (primární sestra)
- sleduj rovnováhu tekutin během dne (primární sestra)
- prodiskutuj změny životního omezení v důsledku únavy do 8 hodin (primární sestra)

Realizace: - pacientka během dne přijímá potraviny s vyšší kalorickou hodnotou, má dostatečný příjem tekutin

- pacientka byla zkontakována s nutričním terapeutem, zjištěny stravovací návyky, rodina ochotně spolupracuje při motivaci pacientky

Hodnocení: - Subjektivně – pacientka udává ústup únavy, cítí se více odpočatá.

Objektivně – pacientka během hospitalizace lépe toleruje střední zátěž, při větší zátěži únavu pociťuje.

Výsledná kritéria i cíl splněny částečně.

4. 00148 Strach z progrese onemocnění a zhoršujícího se zdravotního stavu, stupňování bolesti a z reakce rodiny na diagnózu, projevující se častým vyhledáváním rozhovorů a dotazováním se zdravotnického personálu

Cíl: - pacientka pociťuje zmírnění strachu na snesitelnou míru

VK: - pacientka zná příčinu strachu do 24 hodin

- pacientka má dostatek informací o svém onemocnění do 48 hodin

- pacientka zná prognózu do 5 dnů

Priorita: - střední

Intervence: - naslouchej pacientce a nebagatelizuj strach neustále (primární sestra)

- podávej dostatek informací o průběhu léčby a vyšetření každý den (primární sestra)

- sleduj projevy strachu (pláč, úzkost, neklid) každý den (primární sestra)

- snaž se odvést pozornost od problému neustále (primární sestra)

- zajisti lékaře, aby podal pacientce dostatek informací o onemocnění, léčbě a prognóze onemocnění do 2 dnů (primární sestra)

- o změnách informuj lékaře neprodleně (primární sestra)

- podávej léky dle ordinace lékaře každá den (primární sestra)

- plň ordinace lékaře každý den (primární sestra)

- zajisti konzultaci s psychologem do 48 hodin (primární sestra)

Realizace: -zajistili jsme lékaře, aby pacientce podal dostatek informací o onemocnění, léčbě a prognóze

- sledovali jsme projevy strachu po celou dobu hospitalizace a snažili jsme se zabavit a odvést pozornost pacientky

- zajistili jsme konzultaci s psychologem

- plnili jsme ordinace lékaře po celou dobu hospitalizace

Hodnocení: - Subjektivně – pacientka udává zmírnění strachu a je plně informována lékařem o svém onemocnění a jeho další léčbě.

Objektivně – pacientka hovoří klidně a vyrovnaně o svém onemocnění.

Výsledná kritéria splněna, cíl splněn částečně.

5. 00004 Riziko infekce vzhledem k zavedení periferního žilního katetru. (PŽK) do předloktí pravé horní končetiny (PHK)

Cíl: Pacientka. bez projevů infekce

Priorita: - nízká

Intervence: - vysvětlí všechny pojmy do 1 hodiny (primární sestra)

- informuj pacientku o aseptickém přístupu k PŽK do 2 hodin (primární sestra)
- kontroluj místo vpichu a pátrej po známkách infekce denně (primární sestra)
- prováděj asepticky převazy každý den a dle potřeby (primární sestra)
- ved' řádně záznamy v dokumentaci vždy (primární sestra)
- kontroluj známky sepse – horečka, třesavka, pocení, aj. průběžně (primární sestra)

Realizace: - pacientka byla poučena o aseptickém přístupu k PŽK, místo vpichu pravidelně kontrolováno

- převazy PŽK byly prováděny denně asepticky
- průběžně jsme pátraly po známkách sepse
- dokumentace řádně vedena

Hodnocení: - Subjektivně – pacientka necítí bolest v oblasti zavedení PŽK.

Objektivně – po celou dobu zavedení PŽK nebyly v místě vpichu známky infekce.

Cíl splněn.

6. 00028 Riziko deficitu tělesných tekutin vzhledem ke sníženému příjmu tekutin a možnému zhoršujícímu se zdravotnímu stavu.

Cíl: - pacientka je dostatečně hydratovaná

Priorita: - nízká

Intervence: - pouč pacientku o důležitosti dostatečného a pravidelného příjmu tekutin do 2 hodin (primární sestra)

- pouč pacientku o zapisování příjmu tekutin do 2 hodin (primární sestra)
- pouč pacientku o vhodných tekutinách do 2 hodin (primární sestra)
- kontroluj kožní turgor a stav sliznic každý den (primární sestra)
- plň ordinace lékaře každý den (primární sestra)
- povzbuzuj pacientku k pravidelnému příjmu tekutin stále (primární sestra)

Realizace: - poučili jsme pacientku o důležitosti dostatečného příjmu tekutin

- poučili jsme pacientku o nutnosti zapisování příjmu tekutin
- poučili jsme pacientku o vhodných tekutinách
- kontrolovali jsme kožní turgor a stav sliznic po celou dobu hospitalizace
- plnili jsme ordinace lékaře každý den
- pacientku jsme během dne upozorňovali na nutnost dostatečného příjmu tekutin

Hodnocení: - Subjektivně – pacientka se cítí dostatečně hydratovaná.

Objektivně – u pacientky nedošlo po celou dobu hospitalizace k deficitu tělesných tekutin, pacientka si zapisuje příjem tekutin, každý den., sliznice dutiny ústní je vlhká.

Cíl splněn.

7. 00015 Riziko zácpy vzhledem k nedostatečnému příjmu tekutin a potravy

Cíl: - pacientka má fyziologické vyprazdňování

Priorita: - nízká

Intervence: - pouč pacientku o nutnosti zvýšení příjmu tekutin a potravin do 12 hodin (primární sestra)

- edukuj pacientku o vhodných potravinách do 24 hodin (nutriční terapeut)
- kontroluj barvu, konzistenci a frekvenci vyprazdňování stolice každý den (primární sestra)
- pouč pacientku o účincích léků do 24 hodin (primární sestra)
- podávej léky dle ordinace lékaře (primární sestra)
- pouč pacientku o vhodnosti pohybové aktivity do 24 hodin (primární sestra)

Realizace: - poučili jsme pacientku o nutnosti zvýšené tělesné aktivity, o vhodných potravinách a důležitosti pravidelného jídelníčku, o nutnosti dostatečného příjmu tekutin, o účincích léků

- kontrolovali jsme barvu, konzistenci a frekvenci vyprazdňování stolice každý den
- aktivizovali jsme pacientku během dne každý den
- podávali jsme léky dle ordinace lékaře každý den

Hodnocení: -Subjektivně – pacientka obden hlásí stolicí, nemá tlak v podbřišku.
Objektivně – nedošlo ke vzniku zácpy v průběhu hospitalizace, pacientka přijímá dostatek tekutin a zná vhodné potraviny.
Cíl splněn.

5 Edukace pacienta

5.1 Edukační list

1 Téma edukace: zvýšení kalorického příjmu potravin

Organizační forma: individuální

Výukové cíle: pochopení nutnosti zvýšeného kalorického příjmu potravy a seznámení se s kalorickými hodnotami různých potravin a tekutin

Didaktické pomůcky: textový materiál

Metoda: slovní – vysvětlení kalorických hodnot a správného používání potravin a tekutin, uvedení příkladu skladby jídelníčku (přizván nutriční terapeut) a dodání písemných materiálů

Obsah tématu: zvýšený kalorický příjem potravin a tekutin

- poučení o nutnosti správného rozžvýkání potravy
- vysvětlení jak pít tekutiny (často, menší množství, ne před a během jídla)
- výběr potravin vyšší kalorické hodnoty, menší množství, často
- výběr tekutin vyšší kalorické hodnoty
- zásady při úpravě zeleniny
- nedráždivá potrava, vhodné a nevhodné koření přípravky

Během edukace si ověřujeme, zda pacientka všemu rozumí – rozhovorem, srovnáním, kladením otázek.

5.2 Edukační záznam – realizace

Forma edukace: verbálně, instrukce, textový materiál

Reakce na edukaci: dotazy, verbální pochopení, uvedení příkladů – edukaci nebude nutno opakovat, ponechán textový materiál

Doporučení, řešení: sledování efektu edukace, před propuštěním kontrola, zda pacientka opravdu pochopila a dodržuje konzumaci potravin a tekutin dle edukace

Příjemce edukace: pacientka

5.3 Edukační plán

5.3.1 Cíle edukačního plánu

Cílem edukace pacientky je vysvětlení nezbytnosti přijímání potravin a tekutin s vyšší kalorickou hodnotou vzhledem k tomu, že pacientka nemůže požit větší množství potravy. Pacientka by měla pochopit, že další ztráty tělesné hmotnosti povedou ke zhoršování zdravotního stavu a větší únavě.

5.3.2 Význam edukace

Dodržování příjmu potravy a tekutin je pro zachování tělesné hmotnosti a hlavně udržení zdravotního stavu velmi důležité. Nádor v žaludku zabírá poměrně mnoho místa a proto pacientka trpí pocitem plného žaludku. Je velmi důležité, aby pacientka přijímala velmi dobře rozmělněnou, kaloricky výživnou potravu v menším množství a často. Stále si musí připomínat přijímání potravy, protože netrpí pocitem hladu.

Při nedostatečném příjmu potravy a tekutin je vysoké riziko těžké únavy a tím se prohlubující zdravotní problémy jak fyzické, tak psychické.

5.3.3 Technika

Objasnění nezbytnosti dodržování příjmu potravin a tekutin s vyšší kalorickou hodnotou, vysvětlení správného rozžvýkání a přiměřeného množství potravin. Je důležité počítat si kalorickou hodnotu přijímané potravy a tekutin, hlavně ze začátku, než si pacientka osvojí hodnoty potravin a tekutin.

Pravidelná kontrola hmotnosti pomůže k zjištění efektu. Pacientka velmi dobře toleruje pití nutridrinků a tato skutečnost jí pomůže zvýšit kalorický příjem.

Doporučují se mléčné, smetanové potraviny, ze seznamu potravin je nutno vyřadit potraviny dráždivé, kořeněné a nadýmavé. Zařazeno může být koření ve formě bylinek. Dálo jsou vyřazeny tekutiny sycené, kyselé, alkohol a je důležité omezit i pití kávy.

Je také důležitá úprava zeleniny – nedoporučuje se syrová. Maso je lepší drůbeží, protože se rychleji stráví než maso červené.

5.3.4 Kontrolní otázky pro sestru

Tabulka č. 1 – Kontrolní otázky pro sestru

Kontrolní otázky	Správné odpovědi
1. Pro které pacienty je důležitý příjem potravin s vyšší kalorickou hodnotou?	1. Pro pacienty u nichž hrozí ztráta hmotnosti vedoucí k podvýživě.
2. Jaká hmotnost se považuje za nízkou?	2. Tělesná hmotnost o 20% nižší než ideální hmotnost s ohledem na výšku a typ postavy.
3. Jaké potraviny jsou vhodné pro pacienty s nepřiměřeným úbytkem hmotnosti?	3. Potraviny s vysokou kalorickou hodnotou – smetana, přírodní cukr, aj.
4. Podmínka k úspěšnému dodržování přijímání doporučených potravin?	4. Spolupráce pacienta a rodiny.

5.3.5 Postup při zaškolení pacienta

- seznámení pacientky s důsledky nepřiměřené výživy
- získat pacienta i rodinu pro spolupráci
- vybrat správné prostředí a vhodný okamžik – dostatek času na edukaci, pacientka nesmí být unavena, délku edukace řídit dle pacientky, během edukace opakovat, zodpovídat otázky
- vysvětlit hodnoty v tabulkách kalorických hodnot potravin, tabulky ponechat pacientce
- sestavení příkladového jídelníčku
- vysvětlení techniky žvýkání potravin
- vyzvání pacientky ke kladení otázek, k aktivní spolupráci
- ponechání prostoru pro utřebením si znalostí a otázek

5.3.6 Kontrolní otázky pro pacienta

Tabulka č. 2 – Kontrolní otázky pro pacienta

Kontrolní otázky	Správné odpovědi
1. Proč je důležité zvýšit kalorický příjem potravin?	1. Aby neklesala hmotnost, nezvyšovala se únava.
2. Proč je důležité řádně rozžvýkat potravu?	2. Aby se potrava lépe strávila, nezatěžovala žaludek.
3. Jaké potraviny a tekutiny jsou vhodné?	3. Podle tabulek s vybranou vyšší kalorickou hodnotou – smetana, cukr, máslo, tekutiny – slazené, nesycené.
4. Jaké jsou příznaky nedodržení dostatečného příjmu potravy?	4. Klesání hmotnosti, zvyšující se únava.
5. Jak často je vhodné kontrolovat hmotnost?	5. Kontrola hmotnosti 2x týdně.

5.4 Edukační list

2 Téma edukace: Škodlivost kouření

Organizační forma: individuální

Výukové cíle: pochopení škodlivosti kouření, konec závislosti

Didaktické pomůcky: textový materiál

Metoda slovní: vysvětlení škodlivosti kouření, seznámení s náhradami (nikotinové žvýkačky, náplasti)

Obsah tématu: škodlivost kouření s ohledem na základní onemocnění

- poučení o škodlivosti kouření na organismus
- kouření a nechutenství – spojitost
- kouření a finanční stránka
- kouření a rodina (příklad pro vnoučata)
- možnosti náhrady – předcházení abstinčním příznakům
- svobodný člověk bez závislosti
- Liga proti kouření – odkazy na ambulanci

Během edukace sleduji reakci pacientky a vedeme spíše dialog.

5.5 Edukační záznam – realizace

Forma edukace: verbálně, textový materiál

Reakce na edukaci: dotazy, verbální pochopení

Doporučení, řešení: sledování efektu edukace, slovní kontrolou se přesvědčit, zda pacientka nekouří, nebo alespoň kouření omezila na minimum

Příjemce edukace: pacientka, manžel, dcera

5.6 Edukační plán

5.6.1 Cíle edukačního plánu

Cílem edukace je vysvětlit pacientce škodlivost kouření hlavně s ohledem na její onemocnění a konec závislosti.

5.6.2 Význam edukace

Pacientka je kuřačka od 16-ti let, vykouří denně 15 – 20 cigaret. V práci nekouří mnoho, ale doma ano.

Vzhledem k základní diagnóze, která se projevuje nechutenstvím, je velice důležité, aby pacientka velmi omezila, nejlépe přestala, s kouřením. Kouření samo o sobě způsobuje nechutenství a tím jsou znásobeny příznaky onemocnění. Souvislosti kouření a nádorů jsou všeobecně známy a tato závislost by pacientce ke zlepšení zdravotního stavu určitě nepomohla.

5.6.3 Technika

Pří této edukaci mi velmi pomohla rodina pacientky. Vzhledem k tomu, že jediná kuřačka v rodině je paní B. V. jsem počkala s edukací, která probíhala za přítomnosti manžela a dcery.

Pacientce jsem objasnila možnosti, jak se dá zabránit abstinčním příznakům pomocí nikotinových náplastí a žvýkaček. Pacientka se těchto příznaků velmi obávala. Dalším problémem byly ruce. Pacientce jsem navrhla možné náhrady, jak zaměstnat ruce jinak než cigaretou.

Pacientka si v klidu celou edukaci vyslechla a dále jsme vedli i s rodinou dialog. Pacientka souhlasila s tím, že si prostuduje všechny textový materiál, který jsem jí poskytla. Jednalo se hlavně o možnosti náhrad – nikotinové náplasti a žvýkačky.

Pacientku jsem nechala do druhého dne, aby si vše mohla rozmyslet a uvědomit si závažnost problému. Druhý den již přišel manžel s nikotinovými náplastmi. Manželka ho požádala telefonicky. Pacientka si po přečtení návodu nalepila náplast a byla šťastná, že rodině udělala radost.

Po třech dnech se mi svěřila, že zatím úplně s kouřením nepřestala, ale vykouří „jen“ 2 cigarety denně. Byla přesvědčena, že kouřit přestane. Tyto dvě cigarety vykouřila k odpolední kávě, tak jsme se domluvili i s manželem, že se pokusí vyměnit cigarety za zákusek – ten jí pomůže i ke zvýšenému příjmu kalorií.

5.6.4 Kontrolní otázky pro sestru

Tabulka č. 3 – Kontrolní otázky pro sestru

Kontrolní otázky	Správné odpovědi
1. Proč je kouření škodlivé?	1. Nikotin a dehet škodí celému organismu.
2. Jak se projevují abstinенční příznaky?	2. Nervozita, třes rukou, pocení, podrážděnost.
3. Jaké jsou možnosti snížení abstinенčních příznaků?	3. Nikotinové náplasti, žvýkačky, akupunktura.

5.6.5 Postup při zaškolování pacienta

- seznámení pacientky se škodlivostí kouření
- získat pacientku i rodinu pro spolupráci
- vybrat správné prostředí a vhodný okamžik k edukaci
- seznámit pacientku s náhradami nikotinu
- vytyčení jasných cílů

5.6.6 Kontrolní otázky pro pacienta

Tabulka č. 4 – Kontrolní otázky pro pacienta

Kontrolní otázky	Správné odpovědi
1. Proč je důležité přestat kouřit?	1. Kouření je škodlivé.
2. Kdy chcete s kouřením přestat?	2. Okamžitě.
3. Jaké výhody má nekuřák?	3. Není omezován, neničí si zdraví, zbývá mu více financí.
4. Jak budete řešit stresové situace?	4. Procházkou s vnoučaty, sladkostí.

6 Zhodnocení ošetrovatelské péče

S pacientkou jsme během hospitalizace navázali úzký kontakt, který vedl k maximální důvěře ve zdravotnický personál. Tento vztah se postupně rozšířil i o rodinu nemocné. Pacientka velice dobře spolupracovala a společnými silami i s rodinou se jí podařilo vyřešit ošetrovatelské problémy. Některé zcela, jiné z části, ale v celkovém zhodnocení pacientka zvládla vyřešit mnoho, pro ni před hospitalizací, neřešitelných problémů.

Jsem ráda, že pacientka po sdělení diagnózy dokázala udržet psychickou rovnováhu a nepropadla pesimistickým náladám. Její občasný smutek se nám vždy podařilo zahnat.

Největším vítězstvím bylo zvýšení hmotnosti, ústup únavy, lepší noční spánek a omezení kouření.

Pacientka byla překládána na chirurgické oddělení v relativně dobré kondici, plna nadějí a očekávaného výrazného zlepšení zdravotního stavu a v psychické pohodě.

7 Prognóza

Vzhledem k závažnosti onemocnění nemá paní B. V. před sebou dobrou perspektivu. Po operaci jsem se zajímala na chirurgii o průběh výkonu a ošetřující lékař mi sdělil, že pacientka měla karcinom prorostlý i do ostatních orgánů v dutině břišní. Z tohoto důvodu neproběhla totální gastrektomie, pouze paliativní zásah. Pacientka byla po desetidenní hospitalizaci na chirurgickém oddělení propuštěna do domácího léčení ve špatném psychickém stavu.

Nevím, zda se rodině podaří zachovat denní příjem tekutin a potravin a navrátit pacientce alespoň malou naději na důstojné dožití.

Nejdůležitější bude pro pacientku vyrovnat se s psychickým rozpoložením, tlumení bolesti a dostatečný příjem tekutin.

Jsem přesvědčená o tom, že paní B. V. brzo přijde opět na naše gastroenterologické oddělení, ale to už budeme řešit jinou ošetrovatelskou péčí. Doufám, že nezklameme důvěru pacientky a její víru v umírání bez bolesti.

Paní B. V. je silná osobnost, která nepotřebuje soucit ani lítost a my doufáme, že se bude se svojí nemocí prát a boj nevzdá. Přejeme pacientce i celé rodině tolik síly, aby mohli vždy začít znovu.

Bože, dej mi vyrovnanost,
abych se smířil s věcmi, které nezměním,
odvahu změnit věci, které změnit jdou,
a moudrost, abych je od sebe rozeznal.

Dr. Reinhold Niebuhr

8 Závěr

Ošetřování této pacientky nás vedlo k zamyšlení jaké možnosti má dnešní medicína v léčení karcinomů. Jsme schopni poskytnout léčebnou i ošetrovatelskou péči všem pacientům, kteří ji potřebují, ale zázraky dělat neumíme i když bychom si to moc přáli.

Vzhledem k závažnosti a velkému množství postižených lidí karcinomem se lékaři a vědci na celém světě snaží objevit lék proti rakovině. Výzkum a vývoj tohoto léku, ale naráží na mnoho nevyřešených problémů a překážek. Bude ještě určitou dobu trvat, než se úspěšná léčba rakoviny stane dostupnou metodou v lékařské praxi. Do té doby je potřeba co neintenzivněji nemocné léčit dostupnými metodami, ale hlavně nemocné nesmíme v dnešní době nechat trpět bolestí.

Je to velmi závažná a život komplikující choroba a upřímně obdivujeme ty, kteří jsou s ní stále schopni bojovat.

Dalším bodem, nad kterým se musíme pozastavit je to, zda je respektováno rozhodnutí pacienta odmítá-li další léčbu. Toto přání nebývá vždy pochopeno ze strany zdravotnického personálu, ani ze strany rodiny. Každé přání pacienta má být respektováno a je třeba se zamyslet nad jeho možnostmi a možnostmi léčby. Ne každé vyšetření je opravdu nezbytné a mám pocit, že mnohdy hraje velkou roli alibismus lékařů, ale i rodiny. Doufáme, že i tento problém se v budoucnosti vyřeší ve prospěch pacienta.

9 Seznam informačních zdrojů

9.1 Seznam literatury

1. ADAMS, B., HAROLD, C. E., *Sestra a akutní stavy od A do Z*, Grada 1999, ISBN 80 – 7169 – 893 – 8.
2. DONGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing 2002, ISBN 80 – 7169 – 294 – 8
3. FELDMAN M, FRIEDMAN LS, BRANDT LJ: SLEISENGER & FORDTRAN'S *Gastrointestinal and liver disease pathophysiology / diagnosis / management*. 8th edition. Copyright 2006, Saunders, Elsevier Inc. Book/Electronic Media · 3170 Pages · 2124 Illustrations
4. HROMÁDKOVÁ, J. a kolektiv, *Fyzioterapie*. Praha: H a H, Vyšehradská, s. r. o., 1999. ISBN 80 – 86022 – 45 – 5.
5. KLENER, Pavel et al, *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén 1999. ISBN 80 – 7262 – 007 – X.
6. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R., *Ošetrovatel'stvo 1, 2*, Osveta 2004, ISBN 80 – 217 – 0528 – 0.
7. MAREČKOVÁ, Jana, *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*, Grada 2006, ISBN 80 – 247 – 1399 – 3.
8. MARTÍNKOVÁ, J., CHLÁDEK, J., MIČUDA, S., CHLÁDKOVÁ, J., *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*, Grada 2007, ISBN 978 – 80 – 247 – 1356 – 4

9. MAŘATKA, Zdeněk, *Gastroenterologie*. Praha: Zdeněk Mařatka a spolupracovníci. 1999. ISBN 80 – 7184 – 561 – 2.
10. MOUREK, Jindřich, *Fyziologie*, Grada 2005, ISBN 80 – 247 – 1190 – 7.
11. NEČAS, Emanuel, *Patologická fyziologie orgánových systémů, I.část*, Praha 2003, Karolinum, ISBN 80 – 246 – 0615 – 1.
12. NEJEDLÁ, Marie, *Fyzikální vyšetření pro sestry*, Grada 2006, ISBN 80 – 247 – 1150 – 8.
13. RICHARDS, A., EDWARDS, S., *Repetitorium pro zdravotní sestry*, Grada 2004, ISBN 80 – 247 – 0932 – 5.
14. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., *Interní ošetřovatelství I*, Grada 2006. ISBN 80 – 247 – 1148 – 6.
15. ŠIMÁKOVÁ, M., *Základy ošetřovatelství*, Karolinum, 2006, ISBN 80 – 246 – 1091 – 4.
16. TRACHTOVÁ, E. a kolektiv, *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotních oborů, 2005. ISBN 80 – 7013 – 234 – 4.
17. WEINSTEIN MW, HAWKEY JCH, BOSCH J.: *Clinical gastroenterology and hepatology*. Copyright 2005, Elsevier, Inc. Book/Electronic Media · 1216 Pages · 1650 Illustrations
18. ZACHARDOVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J., *Zdravotnická psychologie*, Grada 2006, ISBN 978 – 80 – 247 – 2068 – 5.

10 Seznam použitých zkratek

aj.	a jiné
amp.	ampule
atd.	a tak dále
BMI	Body Mass Index
ca	karcinom
cps.	kapsle
CRP	C-reaktivní protein
CSc.	kandidát věd
CT	počítačová tomografie
D	dech
DK	dolní končetiny
doc.	docent
EKG	elektrokardiografie
ery	erytrocyty
EUS	endoskopická ultrasonografie
FA	farmakologická anamnéza
gtt.	kapky
Hb	hemoglobin
HCl	kyselina solná
Htk	hematokryt
i. v.	intravenózní
IM	infarkt myokardu
KO	krevní obraz
MR	magnetická rezonance
MUDr.	doktor medicíny
např.	například
NNF	Nemocnice na Františku
OA	osobní anamnéza
P	puls
PhDr.	doktor filozofie
PHK	pravá horní končetina

PŽK	periferní žilní katetr
RA	rodinná anamnéza
RTG	rentgen
SA	sociální anamnéza
st.	stupeň
stp.	stav po
tbl.	tableta
TEN	tromboembolická nemoc
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaný
USG	ultrasonografie
VAS	vizuální analogická škála

11 Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Kontrolní otázky pro sestru – kalorický příjem	43
Tabulka č. 2 – Kontrolní otázky pro pacienta – kalorický příjem	44
Tabulka č. 3 – Kontrolní otázky pro sestru – škodlivost kouření	46
Tabulka č. 4 – Kontrolní otázky pro pacienta – škodlivost kouření	47

12 Seznam příloh

Příloha č. 1 – Fyzikální vyšetření sestrou	57
Příloha č. 2 – Kalorické hodnoty potravin	61
Příloha č. 3 – Stupnice hodnocení psychického zdraví	63
Příloha č. 4 – Základní nutriční screening	64
Příloha č. 5 - Index tělesné hmotnosti, výpočet BMI	65
Příloha č. 6 – Grafický záznam hodnocení bolesti (podle Institutu Gustave Roussy)	66
Příloha č. 7 – Borrmannovo rozdělení pokročilé rakoviny žaludku	67
Příloha č. 8 – Schématické rozlišení časně a pokročilé rakoviny žaludku	68
Příloha č. 9 – Druhy nádorů žaludku	69
Příloha č. 10 – Fotodokumentace nádorů ze zahraniční literatury	70

Příloha č. 1

Fyzikální vyšetření sestrou

Zápis vyšetření hlavy

Orgán	Stav při vyšetření
Vědomí	Orientovaný
Dýchání	Eupnoe, stridor 0
Poloha	Aktivní
Chůze	Bez obtíží
Výživa, BMI	Eutrofický, BMI 20
Kůže	Růžová bez ikteru, defekty 0, hematomy 0
Kožní turgor	Normální
Vlasy	Husté, upravené
Nehty	Hladké
Čítí	V normě
Motorika	Pohyblivý
Řeč	Plynulá
Hlas	Bez patologických změn
Lebka - velikost	normocefalická
Hlava - poklep	Nebolestivá
Držení hlavy	Přirozené
Příušní žláza	Nezvětšená
Víčka	Bez nálezu, edém 0
Oční bulby	Ve středním postavení
Spojivky	Růžové
Skléry	Bílé
Zornice - tvar	Okrouhlé
Zornice - velikost	Izokorické
Zvukovod	Bez sekrece
Sluch	Slyší dobře
Nos	Bez výtoku

Rty - tvar	Souměrné, růžové
Jazyk	Plazí ve střední čáře
Jazyk - povrch	Růžový, vlhký, mírně povleklý
Patrové oblouky	Růžové hladké
Tonzily	Hladké, růžové
Dásně	Růžové
Chrup	Vlastní : sanován

Zápis vyšetření krku

Vyšetření	Stav při vyšetření
Krční páteř	Pohyblivá
Pulzace karotid	Symetrická
Náplň jugulárních vén	Nezvýšená
Lymfatické uzliny	Oboustranně nehmatné
Glandula thyroidea	Nehmatná

Zápis vyšetření hrudníku

Vyšetřovaná oblast	Norma
Hrudník	Fyziologický stav
Dechová vlna	Šíří se symetricky
Prsy	Symetrické, rezistence 0
Plíce - poklep	Plný, jasný
Dýchání	Čisté sklípkové
Vedlejší dechové šelesty	0
Pleurální třecí šelest	0
Srdeční krajina	Bez vyklenutí
Úder hrotu	Neviditelný
Akce srdeční	Pravidelná
Ozvy	Ohraničené

Zápis vyšetření břicha

Vyšetřovaná oblast	Norma
Břicho	Pod úrovní hrudníku, souměrné
Šíření dechové vlny	Šíří se až k třislům
Břicho, kůže	Hladká, beze změn
Barva kůže břicha	Světlá, do růžová
Břicho, pohmat	Na pohmat bolestivé v epigastriu, Hypogastrium bez patologického nálezu - nebolestivé
Rezistence	Hmatná v epigastriu
Břicho, poslech	Borborygmy
Játra	Nepřesahují pravý oblouk žeberní
Konzistence	Měkká
Okraj	Ostrý
Povrch	Hladký, spíše se nepodaří vyšetřit
Bolestivost	Nebolestivá
Pulzace	0
Hepatojugulární reflux	0
Slezina	Nenaráží
Ledviny	Nehmatné
Močový měchýř	Nepřesahuje symfýzu, nebolestivý

Zápis vyšetření končetin

Vyšetřovaná oblast	Stav při vyšetření
Edémy	0
Prsty	Symetrické v ose bez tvarovaných změn, růžové
Kůže končetin	Teplá pružná se zachovanými adnex, bez defektů
Periferní pulzace	Hmatné
Žíly	Varixy 0, lýtka pohmatově nebolestivá
Klouby	Tvar ušlechtilý, klouby volně pohyblivé
Svaly a šlachy	Pohmatově nebolestivé
Lymfatické uzliny	Bez patologického nálezu
Šlachové reflexy	Oboustranně výbavné

(Nejedlá 2006)

Příloha č. 2

Kalorické hodnoty potravin

POTRAVINA	ENERGIE
100 g	Kcal
bok uzený	588
vepřový bůček	533
čabajská klobása	520
bůčková pomazánka	517
uherský salám	490
anglická slanina	476
vysočina	460
lovecký salám	450
uzená krkovice	436
poličan	436
gothaj	432
játrovka lahůdková	422
turistický salám	406
paprikový salám	403
kachna	384
vepřová šunka	364
romadúr 40 % t.v.s.	475
niva 60 % t.v.s.	405
čedar 50 % t.v.s.	397
ementál 45 % t.v.s.	386
parmezán 25 % t.v.s.	374
niva 50 % t.v.s.	369
oštiepok 50 % t.v.s.	365
sýr tavený 60-70 % t.v.s. průměr	364
slovenská parenice 50 % t.v.s.	362
eidam 45 % t.v.s.	348
moravský bochník 45 % t.v.s.	341
brynza 50 % t.v.s.	306
tavený sýr 50-60 % t.v.s. průměr	286
camembert 45 % t.v.s.	284
eidam 30 % t.v.s.	262
hermelín	262

gouda 30 % t.v.s.	258
tavený sýr 30-40 % t.v.s. průměr	252
mozzarella	240
balkánský sýr	233
Pribináček	244
Papík smetanový krém (Dámsi)	222
Jihočeská lahůdka s medem a oříšky	208
Jihočeská lahůdka s čokoládou a oříšky	205
Monte (Zott)	195
Jihočeská lahůdka cherry	194
tvaroh tučný	183
Maty krém smetanový s oříšky a kakaem	179
zakysaná smetana pochoutková (Olma)	170
rýže mléčná (Kunín)	150
Danette čokoládový	146
Prince kord (Danone)	137
Danissimo Mousse (Danone)	137
Danissimo vanilkové (Danone)	133
zakysaná smetana light	128
tvaroh tvrdý	128
Milchreiss (Müller)	115
Danette duo (Danone)	109
tvaroh jemný	109
puđink čokoládový (Kunín)	100
Dia trubičky plněné	567
Bravo oříškové	550
Amaranthela	548
Miňonky kokosové	531
Kitkat	505
Veronika pochoutka rýžová v čokoládě	505
sušenky čokoládové Forte	496

Stupnice hodnocení psychického zdraví

Stupnice hodnocení psychického zdraví

(Savage, Britton, 1967, Kolibiáš a spol. 1993)

Položky:	Skórovaná odpověď
1. Cítíte se většinu času dobře?	ne
2. Máte často obavy o své zdraví?	ano
3. Trpíte často bolestmi hlavy?	ano
4. Měl jste v poslední době závratě?	ano
5. Často se Vám třesou ruce při práci?	ano
6. Míváte záškuby ve svalech?	ano
7. V poslední době jste měl bolesti jen zřídka nebo vůbec ne?	ne
8. Vnímáte necitlivost v jedné nebo více částí těla?	ano
9. Máte vždy ruce a nohy dostatečně teplé?	ne
10. Je Váš spánek přerušovaný, povrchní nebo jinak narušený?	ano
11. Jdete většinou spát bez myšlenek, které by Vás trápily?	ne
12. Máte rád společnost, jste rád mezi lidmi?	ne
13. Často Vás něco trápí?	ano
14. Jste často plný elánu (energie)?	ne
15. Cítíte se často neúčinný?	ano

Pacient zatrhne jen ty odpovědi, které se ho týkají.

Skóre 6 a více (souhlasí s odpovědí v testu) svědčí pro poruchu psychického zdraví.

Příloha č. 4

Základní nutriční screening

Screeningový dotazník

CENTRUM VÝŽIVY FTNSP
Základní nutriční screening

(zpracováno s použitím Nottinghamského dotazníku)

Jméno B Příjmení V Titul Pojišťovna Rodné číslo

Pohlaví	Hmotnost	Výška	BMI = (kg : m ²)
	<u>58 kg</u>	<u>170 cm</u>	<u>20</u>
Nelze-li pacienta změřit a zvážit			2
Nelze-li od pacienta získat informace			3
(v takovém případě nevyplňujeme body B, C, D)			
A věk	do 65 let		<u>0</u>
	nad 65 let		1
	nad 75 let		2
B BMI	20–35		0
	18–20, nad 35		<u>1</u>
	pod 18		2
C Ztráta hmotnosti (nechtěná)	žádná		0
	více než 3 kg/3 měsíce		
	nebo volné šatstvo		1
	více než 6 kg/3 měsíce		<u>2</u>
D Jídlo za poslední 3 týdny			
	beze změn v množství		0
	poloviční porce		1
	jí občas nebo nejí		<u>2</u>
E Projevy nemoci	žádné		0
	bolesti břicha, nechutenství		<u>1</u>
	zvracení, průjem nad 6/den		2
F Faktor stresu	žádný		0
	střední		1
	vysoký		2
(Střední faktor stresu – chronické onemocnění, diabetes mellitus, menší a nekomplikovaný chirurgický výkon; Vysoký faktor stresu – akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP či ARO)			
Index: (A + B + C + D + E + F)			
0–3	0	bez nutnosti zvláštní intervence	
<u>4–7</u>	+	nutné vyšetření nutričním terapeutem, speciální dieta	
8–11	!	malnutrice ohrožující život či průběh choroby, bezpodmínečně nutná speciální nutriční léčba	
Vypočtené skóre:			<u>6</u>
Podpis zpracovatele:			<u>KOZLOVA Kojč</u>

© P. Kohout, T. Starnovská

Součást dokumentace na oddělení NNF

Příloha č. 5

Index tělesné hmotnosti, výpočet BMI

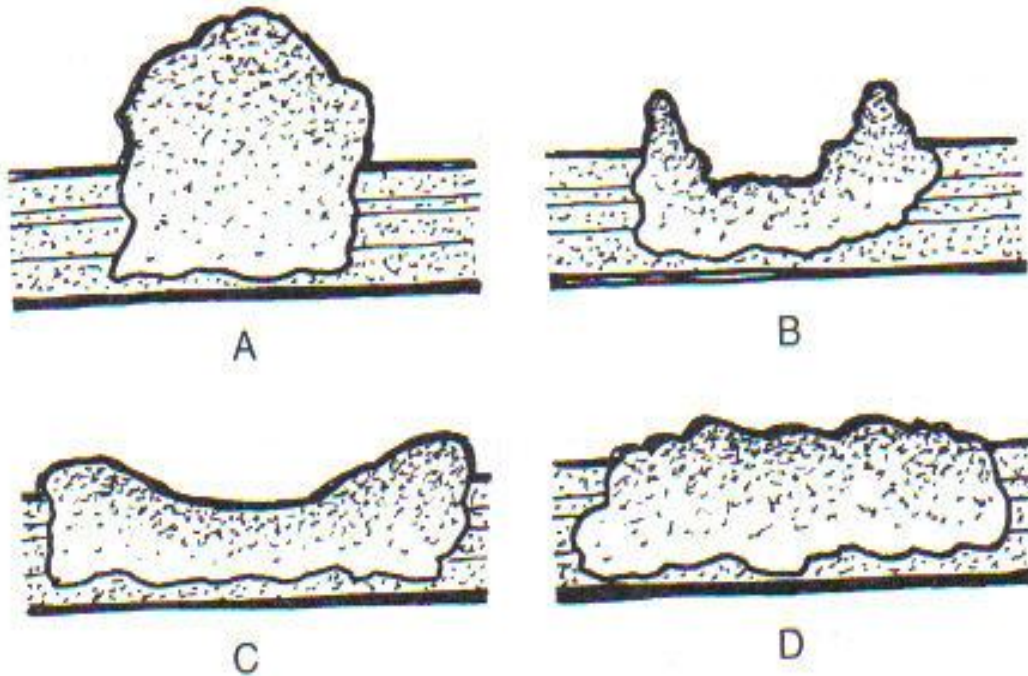
INDEX TĚLESNÉ HMOTNOSTI (BMI)		
BMI = hmotnost (kg) / výška ² (m)		
BMI	Kategorie (podle WHO IOTF)	Zdravotní rizika
<18,5	Podváha	Malnutrice
18,5 – 24,9	Normální rozmezí	Minimální
25,0 – 29,9	Nadváha	<26,9 lehce zvýšená >27,0 zvýšená
30,0 – 34,9	Obezita – I.stupeň	Středně vysoká
35,0 – 39,9	Obezita – II.stupeň	Vysoká
>40,0	Obezita – III. stupeň	Velmi vysoká

Součást dokumentace na oddělení NNF

Výpočet BMI

$$\text{BMI} = \frac{\text{váha}}{\text{výška m} \times \text{výška m}} = \frac{58}{1,7 \times 1,7} = \frac{58}{2,9} = 20$$

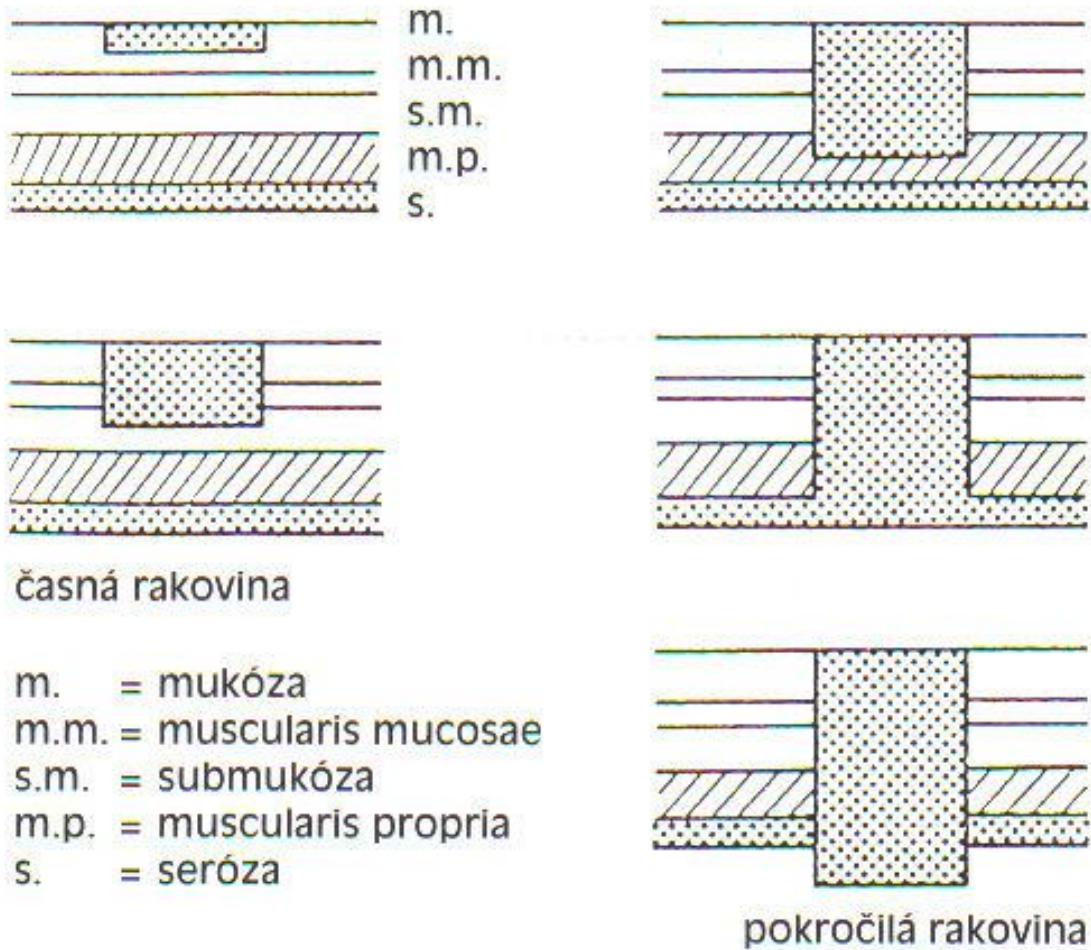
Borrmannovo rozdělení pokročilé rakoviny žaludku



Obr. 13.16. Borrmannovo rozdělení pokročilé rakoviny žaludku:
A = polypózní typ, B = ulceriformní typ, C = ulcerózně infiltrující typ, D = difúzní typ

Příloha č. 8

Schématické rozlišení časně a pokročilé rakoviny žaludku

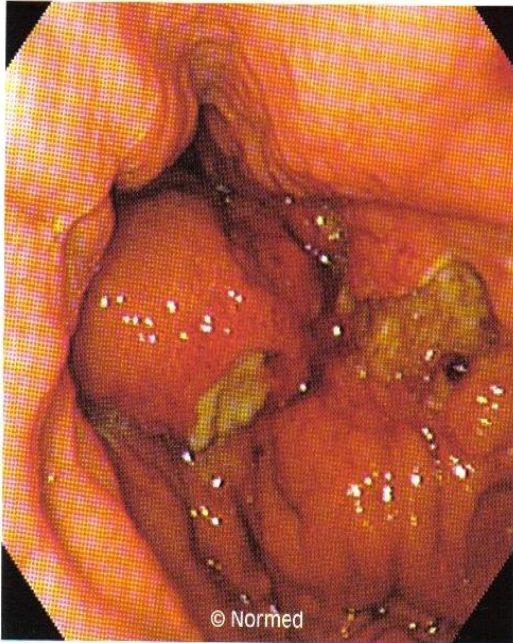


Obr. 17.7 Schématické rozlišení časně a pokročilé rakoviny žaludku.

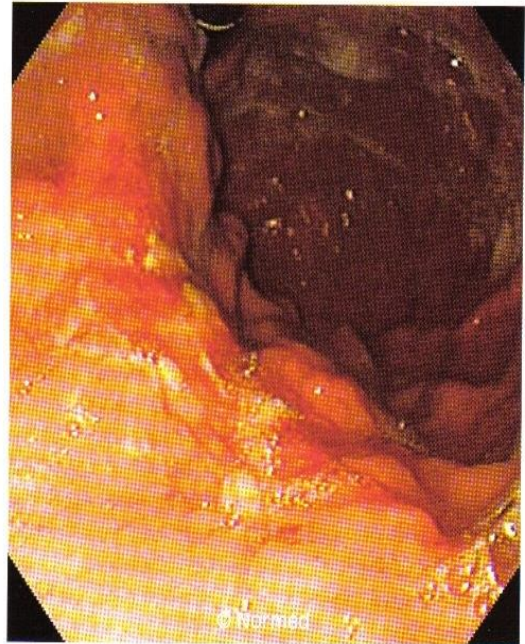
Klener, Pavel, et al., *Vnitřní lékařství* 1999

Příloha č. 9

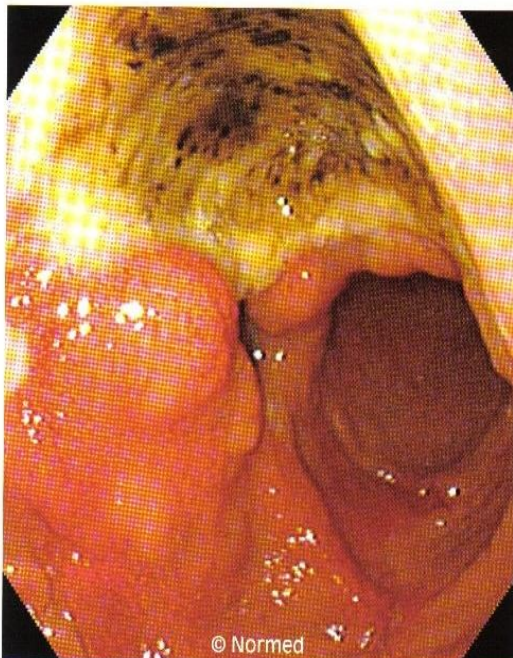
Druhy nádorů žaludku



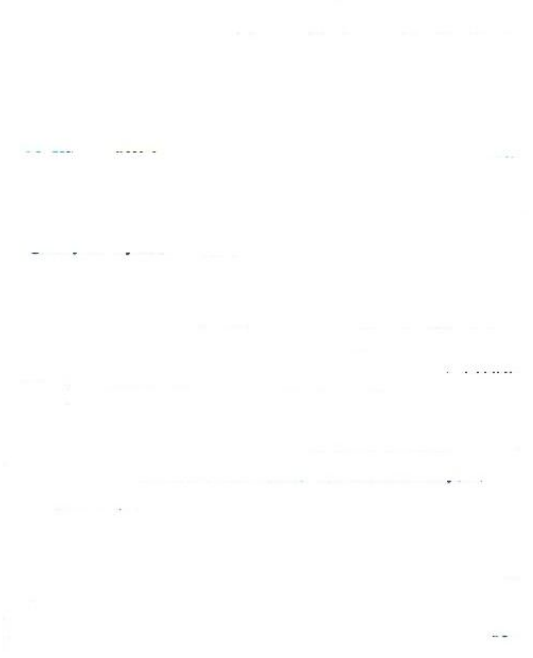
Obr. 17.9 Květákovitý nádor žaludku zčásti zvředovatělý (karcinom) (endo, J. R. Armengol Miró). Rozsáhlý laločnatý útvar téměř zcela vyplňující lumen žaludečního antra, částečně exulcerovaný.



Obr. 17.11 Infiltrující nádor žaludku (karcinom) (endo, J. R. Armengol Miró). Rozsáhlá oblast žaludečního těla a antra je nerovná, stěna je rigidní, sliznice je místy erodovaná, prosakuje krev a bělavý výměšek.



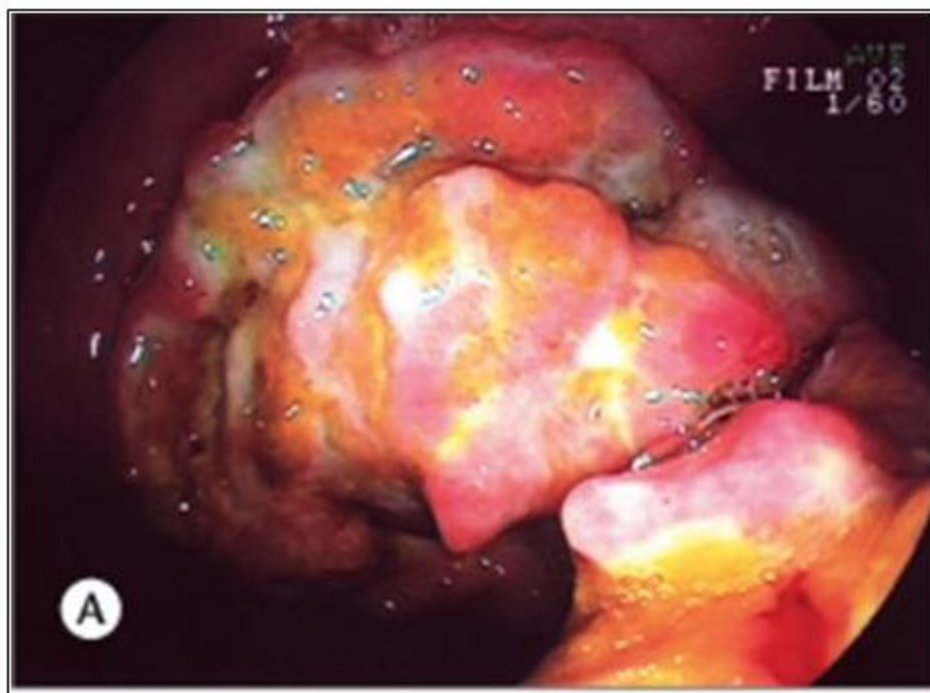
Obr. 17.10 Zvředovatělý (exulcerovaný) nádor žaludku (karcinom) (endo, J. R. Armengol Miró): rozsáhlá ulcerace s nekrotickou spodinou, se zbytky nádoru na okraji ulcerace.



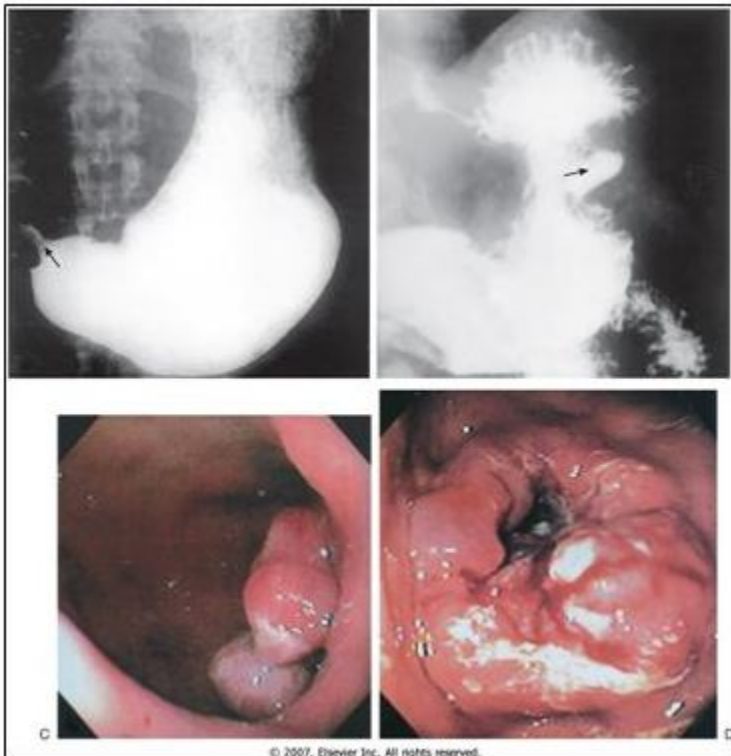
Mařatka Zdeněk, *Gastroenterologie*, 1999

Příloha č. 10

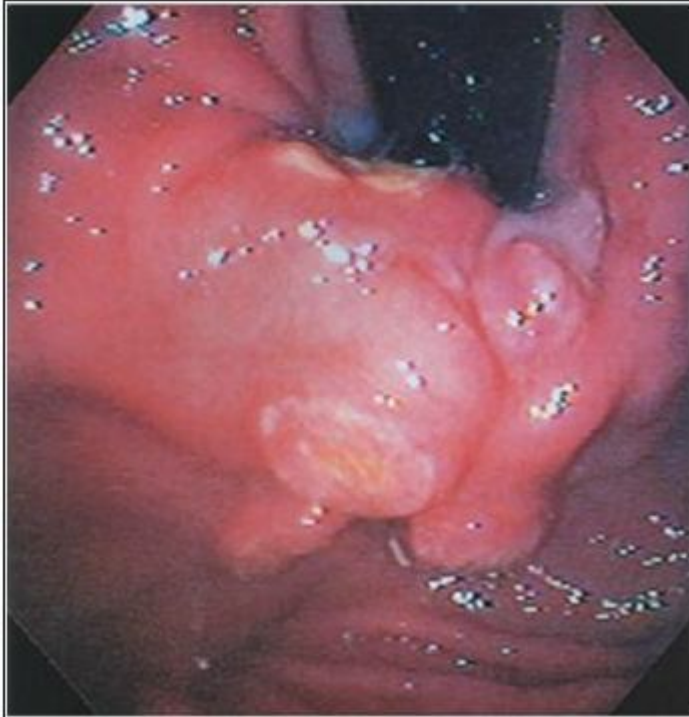
Fotodokumentace nádorů ze zahraniční literatury



WEINSTEIN MW, HAWKEY JCH, BOSCH J.: *Clinical gastroenterology and hepatology*. Copyright 2005



WEINSTEIN MW, HAWKEY JCH, BOSCH J.: *Clinical gastroenterology and hepatology*. Copyright 2005



FELDMAN M, FRIEDMAN LS, BRANDT LJ: SLEISENGER & FORDTRAN'S
Gastrointestinal and liver disease pathophysiology / diagnosis / management. 8th
edition. Copyright 2006,