

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
S KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMEM A NOVĚ
ZALOŽENOU KOLOSTOMIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

IVA OTRADOVCOVÁ

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

Vedoucí práce: MUDr. Martin Ralbovský, PhD.

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 31.3.2009

Datum obhajoby:

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.

Praha 31.3.2009

.....

ABSTRAKT

Otradovcová, Iva. **Ošetrovatelská péče u pacienta po operaci kolorektálního karcinomu s nově založenou kolostomií.** Praha, 2009.

Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.. Bakalář všeobecná sestra.

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Martin Ralbovský, PhD.

Jako hlavní téma své bakalářské práce zpracovávám ošetrovatelskou péči pacienta po abdominoperineální amputaci rekta pro kolorektální karcinom s nově založenou kolostomií. V teoretické části práce popisují anatomii tlustého střeva, etiologii, patologii, klinický obraz, diagnostické a terapeutické možnosti onemocnění.

V praktické části práce provádím rozbor konkrétní kasuistiky pacienta po amputaci rekta s nově založenou kolostomií.

Kasuistiku zpracovávám pomocí ošetrovatelského a edukačního procesu. Ošetrovatelský proces zpracovávám podle modelu M. Gordonové. Včasná a vhodná edukace pomáhá vzájemným vztahům mezi pacientem, jeho blízkými a zdravotníky a je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu.

Klíčová slova: kolorektální karcinom, kolostomie, ošetrovatelský proces, edukační proces

Otradovcova, Iva. **Nursing care of patient with colorectal cancer and newly constructed/formated stoma.** Prague, 2009.

Bachelor degree. Medical college,o.p.s.. Bachelor degrese

Supervisor: MUDr. Martin Ralbovsky, PhD.

Main topic of presented bachelor degree is nursing of patient with abdominoperineal amputation for rectal cancer and newly constructed stoma. In theoretical part anatomy of colon and rectum is described, ethiology, pathogenesis, symptoms, diagnostic and treatment modalities respectively. Clinical part is covering assessment of particular case report of rectal cancer patient. Case report is reviewed by using nursing and educational process. Aftercare process is assessed using Gordon's model. Early and adequate education is essential to maintain good relationship and cooperation between patient and nurse.

Key words: colorectal cancer, colostoma, nursing process, education process

PŘEDMLUVA

Kolorektální karcinom zaujímá v České republice přední místo ve statistice onkologických onemocnění. Odborná literatura uvádí, že při včasné diagnostice, je radikálně léčitelný.

Pracuji ve funkci edukační specialistiky a ústavní stomasestry. Při své práci se denně setkávám s onkologicky nemocnými během diagnostického procesu, konzervativní a chirurgické léčby a také v dispenzární péči. Hodně času trávím s nemocnými a jejich blízkými před operací, kdy má dojít k založení stomie. Na dlouhodobou předoperační přípravu navazuji v pooperačním období. Po založení stomie komplexně edukuji nové stomiky s cílem, aby byli zcela nebo částečně soběstační v ošetřování stomie. U nesoběstačných nemocných edukuji blízké. U zcela nesoběstačných nemocných zajišťuji následnou péči ve spolupráci se sociální sestrou naší nemocnice. Mám vlastní poradnu, kam pravidelně docházejí všichni stomici operovaní na naší klinice. Současně zajišťuji konzultační činnost pro stomiky jiných poraden a zdravotnických zařízení.

Tato práce vznikla na základě studia odborné literatury, mého celoživotního vzdělávání a využívá mé vlastní zkušenosti z praxe.

Vypracovala jsem kasuistiku pacienta s nově založenou sigmoideostomií pomocí ošetřovatelského a edukačního procesu. Ošetřovatelský a edukační proces jsou individuálně naplánované postupy, které pomáhají v individuálním a holistickém přístupu k nemocnému.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucímu bakalářské práce MUDr. Martinovi Ralbovskému, PhD. za trpělivé pedagogické vedení práce, odborné náměty a podporu, kterou mi poskytoval při vypracovávání bakalářské práce.

Současně vyslovuji poděkování profesorovi MUDr. Miroslavu Ryskovi, CSc., přednostovi Chirurgické kliniky 2. LF UK a ÚVN za dlouhodobou spolupráci a podporu mé práce v týmu kliniky.

Seznam použitých zkratek

- AA alergická anamnéza
- ASA American Point Committe on Cancer
- BMI body mast index
- °C stupeň Celsia
- CM centimetr
- CT počítačová tomografie
- DF dechová frekvence
- DK dolní končetina
- EKG elektrokardiograf
- FA farmakologická anamnéza
- KG kilogram
- LDK levá dolní končetina
- MIN minuta
- mmHg milimetr rtuti
- MR magnetická rezonance
- OA osobní anamnéza
- RA rodinná anamnéza
- RTG rentgen
- SA sociální anamnéza
- TBL tableta
- TF tepová frekvence
- TK krevní tlak
- TT tělesná teplota

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 Anatomie tlustého střeva.....	12
2 Klinická charakteristika onemocnění.....	14
2.1 Epidemiologie onemocnění.....	14
2.2 Etiologie onemocnění.....	15
2.2.1 Genetické vlivy.....	15
2.2.2 Geneticky riziková onemocnění.....	15
2.2.3 Věk, pohlaví.....	17
2.2.4 Strava, alkohol.....	17
2.2.5 Fyzická aktivita.....	17
2.2.6 Životní prostředí.....	18
2.2.7 Další rizikové faktory.....	18
2.3 Patologie onemocnění.....	19
2.3.1 Vznik karcinomu tlustého střeva.....	19
2.3.2 Polypy a polypóza střeva.....	19
2.3.3 Benigní polypy.....	19
2.3.4 Lokalizace onemocnění.....	20
2.4 Klinický obraz.....	21
2.5 Průběh, formy, komplikace, prognóza onemocnění.....	22
2.5.1 Průběh onemocnění.....	22
2.5.2 Komplikace onemocnění.....	25
2.6 Diagnostika onemocnění.....	26
2.6.1 Klinické vyšetření.....	26
2.6.2 Rentgenové vyšetřovací metody.....	26
2.6.3 Endoskopické vyšetřovací metody.....	27
2.6.4 Histologické vyšetření.....	28
2.7 Terapeutické možnosti.....	29

2.7.1 Endoskopická léčba	29
2.7.2 Chirurgická léčba	29
2.7.3 Paliativní léčba.....	32
2.7.4 Konzervativní léčba	33
2.7.5 Onkologická léčba	35
2.8 Prognóza onemocnění.....	37

PRAKTICKÁ ČÁST

3 Ošetrovatelská péče u pacienta s karcinomem tlustého střeva a nově založenou kolostomií.....

3.1 Ošetřování nemocného	38
3.2 Možné ošetrovatelské diagnózy – zhoubný nádor	41
3.3 Možné ošetrovatelské diagnózy – kolostomie	41

4 Posouzení stavu pacienta.....

4.1 Identifikační údaje	42
4.2 Údaje z lékařské dokumentace.....	44
4.3. Fyzikální vyšetření sestrou	47
4.4 Posouzení stavu potřeb klienta dle „Functional Health Patterns“	53
4.4.1 Vnímání zdraví	53
4.4.2 Výživa, metabolismus.....	53
4.4.3 Vylučování.....	54
4.4.4 Aktivita, cvičení.....	54
4.4.5 Spánek, odpočinek	54
4.4.6 Vnímání, smysly	55
4.4.7 Sebepojetí.....	55
4.4.8 Role, mezilidské vztahy	56
4.4.9 Sexualita, reprodukční schopnosti	56
4.4.10 Stres, zátěžové situace	56
4.4.11 Víra, životní hodnoty	56
4.4.12 Jiné	57
4.5 Terapie	58
4.5.1 Chirurgická léčba	58

4.5.2 Konzervativní léčba	58
5 Ošetrovatelská péče	61
5.1 Seznam ošetrovatelských diagnóz	61
5.2 Plán ošetrovatelské péče	62
6 Edukace nemocného	68
6.1 Edukační proces	69
7 Zhodnocení ošetrovatelské péče	71
8 Prognóza	72
9 Závěr	73
10 Seznam informačních zdrojů	74
10.1 Seznam literatury	74
10.2 Internetové zdroje	75
11 Seznam příloh.....	76

ÚVOD

Česká republika má neradostné prvenství ve výskytu nádorů tlustého střeva a kolorektálního karcinomu. Každý rok se zvyšuje počet nově zjištěných případů. Odborná literatura uvádí, že jde o maligní onemocnění, které lze včas diagnostikovat a radikálně léčit. Dále se uvádí, že populace ve středním věku plně nevyužívá možností preventivních prohlídek a vyhledávacích programů, které jsou zaměřené na detekci nádorových onemocnění. Bez příznaků roste polyp nebo nádor v tlustém střevě několik měsíců, ale spíše roků. První příznaky jedinec často bagatelizuje a neabsolvuje žádná vyšetření. Určitá skupina nemocných potíže řeší za pomoci léčitele a alternativních metod léčby. Používají drahé potravinové doplňky, drží diety a hladovky. Často jen ztratí čas na potřebná vyšetření a radikální léčbu. Prodlevou si mohou zhoršit léčbu, budoucí kvalitu života a prognózu. Zdravotníci se snaží o medializaci preventivních a vyhledávacích programů onkologických onemocnění, ale kromě odborné literatury a odborných periodik to nejsou témata pro titulní stránky. Dle statistických údajů je v tomto směru více aktivní mladá internetová generace. Přesto není detekce karcinomu tlustého střeva mezi třicátým a čtyřicátým rokem vzácností.

I u nás každý rok operujeme několik jedinců nad třicet let, kterým se musí založit dočasný vývod na tenkém nebo trvalý vývod na tlustém střevě. Současně se zvyšuje množství jedinců s nespecifickými střevními záněty. U určitého procenta nemocných se při operační léčbě zakládá dočasná nebo trvalá stomie. V posledních dvaceti letech se k nemocným - stomikům, zdravotníkům lékařům i nelékařům dostávají nové zdravotnické prostředky pro ošetřování všech typů stomií. Abychom je uměli vhodně používat, musíme znát technologii výroby, materiálové složení prostředků a být edukováni o správném použití. Dnes již nestačí pouze informace firemních zástupců. Zdravotníci získávají zkušenosti na vzdělávacích akcích, seminářích a konferencích akreditovaných pracovišť. Zkušené stomasestry píší do odborných periodik, vyučují na všech stupních odborných škol a aktivně předávají své zkušenosti. Stomasestra má mít informace nejen o zdravotnických prostředcích. Měla by mít znalosti z mnoha oborů medicíny. Má znát příčiny, léčbu a prevenci onemocnění, umí rozpoznat komplikace, chápe zdravotní, sociální i ekonomické důsledky onemocnění.

Cílem mé práce je vysvětlit srozumitelně problematiku onemocnění, aby byla pochopitelná i pro zdravotníky nelékaře jiných specializací. Práci jsem rozdělila na dvě části – teoretickou a praktickou.

V teoretické části, vycházím především z odborné literatury. Popisuji příčiny a vznik karcinomu tlustého střeva. V diagnostice popisuji všechny vyšetřovací metody. Starší jsou prověřené a někdy neprávem opomíjené, nové jsou šetrné s okamžitým výsledkem. Léčbu jsem rozdělila na chirurgickou, konzervativní a paliativní. Prognóza vždy úzce souvisí se stádiem onemocnění, radikalitou operace, onkologickou léčbou a komplikacemi.

V praktické části práce se věnuji ošetrovatelskému a edukačnímu procesu u pacienta po amputaci rekta, kterému byla založena terminální sigmoideostomie. Ošetrovatelský proces jsem zpracovala podle modelu M. Gordonové. Z ošetrovatelské anamnézy jsem vytvořila ošetrovatelské diagnózy. Problémy jsem seřadila podle priorit pacienta. Vytvořila jsem plán ošetrovatelské péče a stanovila ošetrovatelské cíle. Realizovala jsem intervence a vyhodnocovala je společně s pacientem průběžně.

V přílohách uvádím mnou vytvořený a v naší nemocnici používaný edukační materiál pro nositele stomie a zdravotníky nelékaře.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Anatomie tlustého střeva

Tlusté střevo – *intestinum crassum*

Je konečnou částí trávicí trubice. Měří přibližně jeden a půl metru s průsvitem od čtyř do osmi centimetrů. Skládá ze slepého střeva s červovitým výběžkem, vzestupného tračnicku, jaterního ohbí, příčného tračnicku, slezinného ohbí, sestupného tračnicku, esovité kličky, konečnicku a řitního otvoru. Slepé střevo s červovitým výběžkem, příčný tračník, esovitá klička a část sestupného tračnicku jsou uloženy intraperitoneálně. Retroperitoneálně je uložený vzestupný a část sestupného tračnicku a chybí jim jedna část stěny – seróza.

První úsek tlustého střeva leží v pravé jámě kyčelní. Konečná část tenkého střeva vstupuje ileocékální chlopní do střeva tlustého. Slepé střevo je rozšířený úsek střeva, který pokračuje vzhůru. Část je volná a část přirostlá k nástěnné pobřišnici. Ze slepého střeva odstupuje červovitý výběžek, který může měřit i desítky centimetrů. V podslizničním vazivu červovitého výběžku je lymfatická tkáň, která chrání tělo před mikroorganismy z potravy. Délka a atypické uložení výběžku mohou ztěžovat diagnostiku zánětu. Tračník je hlavní část tlustého střeva. Sliznice tračnicku je z jednovrstvého epitelu s množstvím krypt, které obsahují hlenotvorné buňky. Vzestupný tračník navazuje na slepé střevo a směřuje nahoru pod játra. Pohyblivý příčný tračník je zavěšený na peritoneálním závěsu a jde mírným obloukem napříč břišní dutinou zprava doleva od jaterního k slezinnému ohbí. Sestupný tračník jde dolů od slezinného ohbí do pánve vlevo na úroveň kyčelní jámy. Je přirostlý k zadní břišní stěně a je delší než vzestupný tračník. Esovité klička má tvar písmena S a vede dolů do pánve. Volný peritoneální závěs fixuje esovitou kličku k zadní břišní stěně. Konečník je závěrečný úsek tlustého střeva. Je uložený ve vyhloubení křížové kosti a shromažďuje střevní obsah před defekací. Horní, rozšířený úsek leží v pánvi. Navazuje úzký kanál, který prochází svalovou hrází a vyústíuje řitním otvorem. Kanál je prázdný a plní se pouze při defekaci. Vnitřní svalovina konečnicku je hladká, zevní je cirkulární. Nad řitním otvorem je svěrač z příčně pruhovaného svalstva, který ovládáme vůlí. Nad ním je svěrač hladký, který se vůlí ovládat nedá. Cylindrický epitel přechází v dlaždicový u vyústění kanálu. Konečník je nahoře krytý pobřišnicí a dole vazivem.

Řitní kanál kryje tužší vazivo. Tlusté střevo vyživují větve arteria mesenterica superior, arteria mesenterica inferior, arteria rectalis, další menší tepny a tepenné spojky.

Lymfatické cévy kopírují průběh tepen a žil. Lymfatické uzliny dělíme do čtyř etáží a nejbližší jsou u střeva. Podrobná znalost anatomie cévního a lymfatického systému je důležitá pro chirurgické intervence.

Hlavní a nezastupitelnou funkcí tenkého střeva je trávicí proces.

Hlavní funkcí tlustého střeva je vstřebávání vody, minerálů a vitamínů zpět do organismu a dokončení procesu trávení. Pohyby střeva a produkce střevního hlenu pomáhají hladkému průchodu stolice střechem. Do pravé části tlustého střeva přichází z tenkého střeva řídký střevní obsah. Po zpětném vstřebání vody se obsah postupně zahušťuje a v levé části střeva je již formovaná stolice. Současně probíhá kvasný a hnilobný proces pomocí střevní bakteriální flóry. Tlusté střevo osidluje více než sto druhů bakterií, které se podílí na hnilobných, kvasných a metabolických procesech. Výsledkem těchto procesů je například tvorba vitamínu K. Střevo novorozence je sterilní a K vitamín se dodává do organismu syntetický. (Abrahams, Druga, 2003; Čihák, 1988; Elišková, Naňka, 2006)

2 Klinická charakteristika onemocnění

2.1 Epidemiologie onemocnění

Kolorektální karcinom je maligní onemocnění, které je celosvětovým zdravotnickým, ekonomickým a sociálním problémem dvacátého a jedenadvacátého století. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) tvoří téměř čtrnáct procent ze všech onkologických onemocnění a jeho četnost se v posledních dvaceti letech zdvojnásobila. Patří mezi nejčastější onemocnění tzv. civilizovaného světa, současně s karcinomem kůže, plic a prsu. Nejvyšší incidence karcinomu střeva je v západní Evropě, severní Americe, Austrálii a Japonsku. Podle odborné literatury souvisí vysoká incidence karcinomu střeva u Evropanů se stavem životního prostředí, výživou, stravovacími návyky a stále rostoucí celkovou životní úrovní. Je prokázáno, že obyvatelé z oblasti nízké incidence (Afrika, jižní Asie) jsou po přestěhování na prosperující území, po změně stravovacích návyků a vlivem vnějšího prostředí ohroženi karcinomem ve stejně vysokém procentu, jako by zde žili od narození.

Dle statistik, na které odkazují odborné publikace, roste incidence nádorů tlustého střeva v České republice každý rok o sedm až osm tisíc nových případů. Karcinom tlustého střeva postihuje obě pohlaví, ale muže přibližně dvakrát častěji. Podle odborné literatury je karcinom tlustého střeva stále častěji diagnostikován u jedinců již okolo padesátého roku. Výjimkou není ani pozitivní nález u jedinců mezi třicátým a čtyřicátým rokem. Častější záchyt onemocnění všech věkových skupin ovlivňují nové šetrné diagnostické metody a prodlužující se délka života. Včasná diagnostika, chirurgická a onkologická léčba se zaměřením na kvalitu života umožňují prodloužený, individuálně kvalitní život onkologicky nemocných. Přes odborné, preventivní a osvětové programy, diagnostické a terapeutické možnosti moderní medicíny je úmrtnost na karcinom tlustého střeva stále velmi vysoká. Incidence kolorektálního karcinomu a s ním spojená úmrtnost v České republice patří mezi nejvyšší na světě. (Jablonská, 2000; Vysloužil, 2005)

2.2 Etiologie onemocnění

Vlastní příčiny vzniku karcinomu tlustého střeva nejsou přesně známy. Vznik a růst nádoru ovlivňuje více faktorů současně.

2.2.1 Genetické vlivy

Odborné studie uvádí, že více ohrožení vznikem karcinomu tlustého střeva jsou jedinci u jejichž pokrevných příbuzných se toto onemocnění již vyskytlo nebo mají v rodině blízkého se zhoubným nádorovým onemocněním. Familiární adenomatózní polypóza, nepolypózní karcinom tlustého střeva a další dědičná onemocnění mají být jako prekancerózy trvale sledována. U těchto diagnóz se maligní zvrát předpokládá téměř ve sto procentech a odpovídají tomu dispenzární a terapeutická opatření. Indikované je i provedení celkového genetického vyšetření.

2.2.2 Geneticky riziková onemocnění

Familiární adenomatózní polypóza (FAP) je onemocnění, kdy tlusté střevo vyplňuje velké množství různě velkých polypů - adenomů. Onemocnění se objevuje až v dospělosti, nikdy není u dětí a mladistvých. Těmto nemocným se doporučuje nechat si preventivně odstranit tlusté střevo (profylaktická kolektomie). Pokud nedojde k jeho odstranění, určitě v budoucnu vznikne karcinom. Karcinomů může vzniknout současně i více. Adenomy mohou často vznikat v duodenu a karcinom duodena je příčinou smrti. Mohou se vyskytovat také v tenkém střevě, ale zde k malignímu zvrát dochází vzácně. FAP se může objevovat také v žaludku, žlučníku, ve žlučovém a pankreatických vývodech a má mnoho mimostřevních projevů s minimálním klinickým významem. Výjimkou jsou fibromatózy. FAP má mnoho dalších příznaků a vždy se jedná o genovou mutaci více genů.

Juvenilní polypy a juvenilní polypóza je vzácné a vážné onemocnění, které provázejí anomálie zažívacího traktu a vývojové poruchy srdce a mozku. Často je příčinou smrti v dětském věku. Sporadické polypy se nejčastěji nacházejí v rektu dětí a mladistvých. U dospělých se objevují vzácně. Solitární juvenilní polypy nemalignizují a není nutné je sledovat. Pro diagnózu polypóza musí být splněná tři kritéria. Za prvé musí být přítomno více než pět juvenilních polypů ve střevě.

Za druhé musí být juvenilní polypy v celém zažívacím traktu. Za třetí musí být pozitivní rodinná anamnéza a juvenilní polypy bez určení počtu. Polypózu dělíme na tři typy. Juvenilní polypózu v dětském věku, generalizovanou juvenilní polypózu v celém zažívacím traktu a juvenilní polypózu tlustého střeva. Nejčastějším projevem je krvácení z polypů. Juvenilní polypóza je velmi riziková pro vznik karcinomu v trávicím traktu a převážně v kolorektu. Na vzniku onemocnění se podílí genové mutace.

Peutzův – Jeghersův syndrom je geneticky podmíněné, dědičné onemocnění, kdy polypy mohou postihovat celý trávicí trakt, ale nejčastěji jsou v tenkém střevě. K maligním změnám dochází vzácně, ale přesto je vhodná dispenzarizace. Často jsou polypy příčinou obstrukce nebo invaginace tenkého střeva. Obstrukce duodena se projeví obstrukčním ikterem. U syndromu je větší riziko vzniku nádorů prsu, pankreatu, varlat, vaječníků a čípku děložního.

Hyperplastické polypy a polypóza jsou nejčastějším druhem široce přisedlých, mnohočetných polypů u dospělých, které se seskupují okolo karcinomu rekta. Jejich význam a vznik nejsou jasné. Více odpovídají benigním nádorům. K malignímu zvratu dochází častěji u hyperplastické polypózy z velkých a smíšených polypů.

Lymfoidní polypóza je častá u dětí a připomíná familiární adenomatózní polypózu. Mohou ji provázet poruchy funkce tlustého střeva a rekta.

Maligní lymfomatózní polypóza je typická v ileocékální oblasti, ale v pozdním stádiu může postihovat tenké i tlusté střevo.

Cronkhiteův-Canadaové syndrom se projevuje mnohočetnými polypy v celém zažívacím traktu. Polypy vznikají v žaludku, v tenkém a tlustém střevě a mohou být příčinou vzniku karcinomu tlustého střeva. Na těle jsou viditelné kožní projevy.

Crowdenův syndrom jsou mnohočetné polypy v zažívacím traktu, s kožními projevy, kdy současně vzniká karcinom prsu, štítné žlázy a poškození centrální nervové soustavy.

Nenádorové, zánětlivé polypy - prekancerózy se vyskytují u nespecifických střevních zánětů (ulcerózní kolitida, Crohnova choroba), zánětu divertiklů a chronických střevních zánětů. Ulcerózní kolitida má riziko maligního zvratu patnáct až dvacet pět procent, pokud trvá okolo dvaceti let. Polypy mohou vznikat v anastomozách nebo po radioterapii. Mohou být příčinou obstrukce nebo invaginace střeva. Některé zánětlivé procesy vypadají jako nádorové. Rozliší je pouze biopsie a histologické vyšetření. Benigní polypy se mohou změnit v maligní. (Jablonská, 2000)

Divertikly

2.2.3 Věk, pohlaví

Věk je jeden z hlavních rizikových faktorů. Čím je člověk starší, tím déle působí kancerogeny na buňky tlustého střeva a vzrůstá možnost vzniku karcinomu. Do třiceti let je výskyt karcinomu vzácností, mezi třicátým a čtyřicátým pátým rokem se vyskytuje sporadicky a nejvyšší výskyt je od padesátého roku nahoru. Karcinom tlustého střeva postihuje obě pohlaví.

2.2.4 Strava, alkohol

Karcinomu úzce souvisí se složením potravy a stravovacími návyky. Při stravě bohaté na živočišné tuky a bílkoviny nebo při konzumaci velkého množství jídla nestačí pankreatické enzymy ve střevě zpracovat maso na aminokyseliny. Ve střevě probíhá více hnilobných než enzymatických procesů a odpadní, dusíkaté produkty podporují vznik karcinomu. Maso by mělo tvořit asi třicet procent z celkového množství potravy. Strava má být bohatá na zbytkovou složku potravy – celulózu, kterou obsahuje především ovoce, zelenina a luštěniny. Potravin s vysokým obsahem vlákniny, vitamínů a stopových prvků pomáhají chránit střevní buňky. Také málo vhodná a nevhodná úprava potravin při vysoké teplotě (pečení, smažení, grilování) ovlivňuje vznik karcinomu střeva. Zvýšené riziko představuje zvýšená konzumace alkoholu, hlavně piva. Vliv má zcela jistě vysoká spotřeba tabákových výrobků, které propadá stále více jedinců již od mládí. Dnes kouří více žen a dívek než mužů. Obezita samostatně vznik karcinomu střeva nezapříčiní, ale spolu s dalšími rizikovými faktory se na něm podílí. Vhodná je racionální strava, vyvážený kalorický příjem a zdravý životní styl s přiměřeným pohybem.

2.2.5 Fyzická aktivita

Nedostatek fyzické aktivity podporuje vznik obezity a spolu s dalšími negativními faktory se může podílet na vzniku nádoru tlustého střeva. Přiměřený pohybový režim v každém věku podporuje udržování zdraví.

2.2.6 Životní prostředí

Velký vliv na vznik karcinomu tlustého střeva má naše současné životní a pracovní prostředí. Životní prostředí se zhoršuje na celém světě. Vliv má rychlý rozvoj vyspělé konzumní společnosti, která má stále větší nároky. Celá planeta se otepluje, do ovzduší se vypouští velké množství nebezpečných odpadních produktů. Denně jsme v kontaktu s karcinogeny, které nás více či méně ovlivňují. Odborné publikace uvádějí, že více ohrožení jsou jedinci žijící v průmyslových aglomeracích, velkých městech. Chemický průmysl a zemědělská výroba ohrožují jedince, kteří jsou v denním, pracovním kontaktu s produkty této výroby.

2.2.7 Další rizikové faktory

Na vzniku karcinomu tlustého střeva se mohou podílet i další rizikové faktory, které jsou součástí léčebného procesu jedince. Maligní zvrát buňky může podpořit vliv radioterapie nebo chemoterapie na ní, založení kontinentní ureterostomie do tlustého střeva nebo aplikace imonosupresiv. (Jablonská, 2000)

..

2.3 Patologie onemocnění

2.3.1 Vznik karcinomu tlustého střeva

Karcinom tlustého střeva nejčastěji vzniká maligním zvratem adenomu. Adenom vzniká v geneticky změněné sliznici střeva za pomoci enzymatických poruch slizničního epitelu. Normální epitel se určitém momentu změni v prekancerózní ložisko dysplastických aberantních krypt (field defekt). Toto stádium lze zjistit pouze histochemickým vyšetřením. Dalšími stádii jsou

- adenom s malým rizikem vzniku malignity
- adenom s velkým rizikem vzniku malignity
- maligní zvrát adenomu – adenokarcinom v adenomu
- adenokarcinom
- metastazující adenokarcinom

Adenokarcinom vychází z hlenotvorných buněk

2.3.2 Polypy a polypóza střeva

Polypy jsou útvary vystupující ze střevní sliznice a střevní stěny nad její povrch. Jejich klasifikace vychází z histologického vyšetření, které může být doplněné genetickým vyšetřením. Polypy mohou být benigní, maligní, sporadické nebo mnohočetné. Velké množství polypů ve střevě se nazývá střevní polypóza. Některé příznaky polypů a polypóz jsou přesně klinicky, morfologicky a geneticky definované.

2.3.3 Benigní polypy

Adenomy - neoplastické polypy tvoří 90% všech polypů a vznikají dysplastickou proliferací epitelu a odlišují se strukturou a cytologickými vlastnostmi od normální sliznice. Dysplázie může být nízkého nebo vysokého stupně. Adenomy dělíme podle struktury na

- **tubulární adenomy** bývají malé, stopkaté a s nízkým stupněm dysplázie
- **vilózní adenomy** bývají větší a plošně široce přisedlé
- smíšené **tubulovilózní adenomy** obsahují oba typy.

Všechny adenomy mohou být solitární nebo mnohočetné. Nejčastěji se vyskytují v rektosigmoideu. Stupeň malignity adenomu ovlivňuje velikost, struktura a stupeň dysplázie polypu. Adenom tlustého střeva je nejzávažnější prekanceróza. Vysoký stupeň dysplázie s častou malignizací má specifický typ plochého adenomu tlustého střeva. (Hoch, 2003; Jablonská, 2000)

2.3.4 Lokalizace onemocnění

Podle odborné literatury tvoří karcinom rekta a rektosigmoidea asi 55%, karcinom pravého střeva 20%, karcinom příčného tračníku 11% a karcinom levého střeva 6% z celkového počtu onemocnění. Zbýlých 8% jsou nádory multifokální. Od lokalizace nádoru se odvíjí léčebné možnosti a prognóza onemocnění.

2.4 Klinický obraz

Nádor tlustého střeva a rekta může růst měsíce i roky bezpříznakově. Pokud dojde k lokalizaci nádoru v symptomatickém období, je větší možnost radikální léčby a lepší prognózy. Prvními příznaky mohou být pouze dyspeptické obtíže. Neurčité dyspeptické obtíže horního i dolního trávicího traktu nebo poruchy střevní pasáže je potřeba důkladně vyšetřit. Každý jedinec s krvácením z konečníku by měl být vyšetřený na odborném endoskopickém pracovišti – rektoskopie a kolonoskopie. Předcházelo by se situacím, kdy jsou nemocní s nádorem léčeni měsíce i roky na krvácející hemeroidy. Každý občan si může zakoupit volně prodejný test na okultní krvácení ze stolice. Při pozitivním nálezů by mělo následovat endoskopické vyšetření celého tlustého střeva. Po padesátém roce je vyšetření stolice na okultní krvácení zdarma. Změny v defekačních zvyklostech, střídání průjmů a zácpy, meteorismus, bolestivá defekace, bolesti břicha při defekaci, inkontinence plynů a řídké stolice, porucha funkce řitního svěrače, nechutenství, slabost, únava, teploty, námahová dušnost a rychlé zhubnutí v krátkém čase mohou být příčinou karcinomu tlustého střeva a mají být vyšetřené gastroenterologem. Základem všech vyšetření je zajištění podrobné osobní a rodinné anamnézy.

2.5 Průběh, formy, komplikace, prognóza onemocnění

2.5.1 Průběh onemocnění

Průběh onemocnění bývá ovlivněn délkou a charakterem příznaků, včasnou nebo pozdní diagnostikou nádoru, stupněm postižení, věkem, celkovým fyzickým a psychickým stavem jedince. Průběh může taky ovlivnit typ zvolených vyšetření, čas než je stavena diagnóza, bolest a předoperační onkologická léčba. Jiný průběh bude u nemocného s akutně manifestovaným onemocněním a jiný u nemocného, který se na léčbu dlouhodobě připravuje. Každý nemocný je individualita, má individuální potřeby a jeho nemoc bude mít individuální průběh.

Patologicko- anatomické formy onemocnění

Exofytický nádor roste do lumina střeva

Ulcerózní nádor vytváří plošné vředové léze

Cirkulárně rostoucí nádor postupně stenózuje lumen střeva

Infiltrující nádor roste skrytě ve stěně střeva, netvoří ulcerace a může uniknout pozornosti při kolonoskopii (Ferko, Vobořil, Šmejkal, Bedrna, 2002)

Šíření nádoru

Intramurální nádor prorůstá do okolních orgánů a tkání - žaludek, játra, tenké střevo, močový měchýř

Intraluminární nádor postupně zužuje lumen střeva

Lymfatickou cestou se maligní buňky šíří přes regionální uzliny do celého těla

Krevní cestou se maligní buňky dostávají přes portální žílu postupně do celého těla - do jater, do plic

Intraperitoneální šíření nádorových buněk může nastat při operaci, při biopsii nebo při manipulaci s nádorem v dutině břišní (Ferko, Vobořil, Šmejkal, Bedrna, 2002)

Histologická klasifikace onemocnění

- **adenokarcinom** - většina nádorů
- **mucinózní karcinom**
- **karcinom s buňkami tvaru pečetního prstenu**
- **skvamózní karcinom**
- **adenoskvamózní karcinom**
- **smíšený typ karcinomu**
- **nediferencovaný karcinom**
- **neuroendokrinní nádor – karcinoid**
- **neklasifikovatelný**

Patolog zjišťuje typ nádoru a diferenciaci buněk v nádoru. Současně vyšetří všechny odebrané uzliny. Podle typu nádoru se stanovuje léčba a odhaduje prognóza. Je důležité znát hloubku prorůstání nádoru do sliznice a do okolních orgánů nebo zda již dochází k metastatickému šíření.

U všech maligních nádorů se stanovuje

- **staging** – stádium, stupeň pokročilosti nádoru
- **grading** – stupeň malignity a agresivity nádoru

Hloubku postižení stanovujeme podle standardní klasifikace dle Dukese nebo podle TNM klasifikace. TNM klasifikace je důležitý stagingový systém, který se týká pouze karcinomů a má přesně stanovená pravidla k určování. Pacient musí mít provedené fyzikální vyšetření, zobrazovací vyšetření, endoskopické vyšetření nebo endoskopický výkon nebo chirurgickou exploraci.

- **T** znamená primární nádor
- **N** znamená regionální lymfatické uzliny
- **M** znamená vzdálené metastázy

TNM klasifikace umožňuje statisticky porovnávat údaje, hodnotit výsledky léčby a předpokládat prognózu onemocnění.

TNM klasifikace

Tumor

- **Tx** primární nádor nelze posoudit
- **T0** nejsou známky primárního nádoru
- **Tis** karcinom in situ
- **T1** nádor postihuje submukózu
- **T2** nádor je limitován stěnou střeva
- **T3** nádor
- **T4** nádor se šíří do okolí střeva

Uzliny

- **Nx** uzliny nelze posoudit
- **N0** uzliny nepostiženy
- **N1** uzliny pozitivní
- **N2** 4 a více pozitivních uzlin
- **N3** pozitivní uzliny podél cév

Vzdálené metastázy

- **Mx** metastázy nelze určit
- **M0** metastázy nejsou přítomné
- **M1** metastatické postižení vzdálených orgánů

Klasifikace nádorů podle Dukese v modifikaci dle Astler-Coller

- **A** postižení sliznice
- **B1** neprorůstá muscularis propria
- **B2** prorůstá muscularis propria
- **C1** prorůstá muscularis propria, bez positivity uzlin
- **C2** prorůstá muscularis propria, uzliny pozitivní
- **D** vzdálené metastázy

(Ferko, Vobořil, Šmejkal, Bedrna, 2003; Prochotský, 2006)

2.5.2 Komplikace onemocnění

U určitého procenta nemocných může dojít k jakékoliv akutní komplikaci. Vzniká náhle a vyžaduje vždy urgentní řešení, často chirurgické.

Ileus – střevní obstrukce

Nejčastěji vzniká jako náhlá příhoda břišní, má typické příznaky, vyžaduje rychlou diagnostiku a rychlé chirurgické řešení. Intenzita příznaků závisí na stupni uzávěru střeva a na lokalizaci. Typ operačního výkonu závisí na operačním nálezu a celkovém stavu nemocného.

Perforace střeva

Náhlá příhoda břišní s rychlým nástupem výrazných příznaků, pacient je peritoneální.

Rychlá diagnostika a operace jsou jediným řešením. Nejčastěji dochází k perforaci střeva nad nádorem, který zcela uzavřel jeho průsvit nebo v místě rozpadlého nádoru. Postižený úsek střeva se odstraní a střevo se spojí anastomózou nebo se nad perforací založí derivační stomie.

Krvácení

Mírné nebo skryté krvácení může trvat měsíce. Nemocný je unavený, dušný, má pokles v červeném krevním obraze. Je nutné podrobné vyšetření gastroenterologem. Pacient s masivním krvácením se přijímá urgentně na monitorované lůžko zdravotnického zařízení. Krvácení je z nádoru, který se infiltroval do cévy a porušil jí. Velikost krvácení je podle velikosti poškozené cévy. Léčba krvácení se provádí nejprve endoskopicky i opakovaně. Při endoskopickém neúspěchu nastupuje léčba chirurgická.

Malnutrice

Bývá důsledkem dlouhodobého a závažného stavu. V předoperačním období se ovlivňuje obtížně. Pokud to zdravotní stav pacienta a jeho další komorbidity vyžadují může probíhat dlouhodobá nutriční příprava na lůžku metabolické jednotky. Indikuje ji individuálně lékař nutriční specialista. Výživa může být parenterální, enterální nebo kombinovaná.

2.6 Diagnostika onemocnění

2.6.1 Klinické vyšetření

- osobní, rodinná a pracovní anamnéza
- vyšetření pohledem, pohmatem, poklepem, poslechem
- vyšetření per rektum
- gynekologické vyšetření u žen
- test na okultní krvácení
- vyšetření krve a moče
- vyšetření krve na onkomarkery
- genetické vyšetření

2.6.2 Rentgenové vyšetřovací metody

Nativní snímek břicha se provádí pouze u náhlé příhody břišní, při podezření na perforaci střeva. Jinak nemá toto vyšetření význam.

Irigografie dvojím kontrastem je standardní vyšetření tlustého střeva báriovou suspenzí s insuflací vzduchu. Je nutné důkladné vyprázdnění tlustého střeva před vyšetřením. Vyšetření může ozřejmit i malé nádory a používá se k doplnění kolonoskopie. Nikdy se neprovádí při podezření na perforaci střeva.

Abdominální ultrasonografie zobrazuje parenchymatózní orgány a využívá se při detekci jaterních metastáz a velkých uzlin.

Počítačová tomografie (CT) se provádí nativní nebo s kontrastem. Standardně se provádí vyšetření břicha a malé pánve k určení pokročilosti nádoru ve vztahu k okolním orgánům a tkáním. Kontrast se aplikuje intravenózně. Pacient musí být lačný a po farmakologické přípravě.

Magnetická rezonance (MR) slouží stejně jako CT k upřesnění stariny nádoru. Provádí se nativně a po aplikaci kontrastu u lačného pacienta. Vyšetření je kontraindikováno u nemocných s kovem nebo kardiostimulátorem v těle.

Rektální ultrasonografie se provádí po jednorázovém, krátkém vyprázdnění rekta Yallem. Rektum se vyšetří se speciální endorektální sondou a lze přesně určit pokročilost a prorůstání nádoru do okolí. Během vyšetření lze odebrat biopsii pro histologické vyšetření. Toto vyšetření nabývá na důležitosti v předoperačním stagingu.

Pozitronová emisní tomografie (PET) je vyšetření, kdy se během vyšetření nitrozilně aplikuje radioaktivní glukóza, která se vychytává v maligních buňkách. Tím lze patologické ložisko detekovat ještě dříve než dojde k morfologickým změnám.

PET/CT je kombinované vyšetření pozitronové emisní tomografie a počítačové tomografie. Vyšetření má schopnost anatomicky lokalizovat patologické léze a současně je i funkčně rozlišit. Toto vyšetření je důležitým pokrokem v možnostech zobrazovacích metod.

CT nebo MR angiografie slouží k vyšetření cévního zásobení orgánu ve vztahu k lokalizaci metastáz. Nejčastěji se používá u jaterních metastáz.

Rentgen hrudníku se provádí standardně k lokalizaci možných plicních metastáz.

2.6.3 Endoskopické vyšetřovací metody

Jsou vyšetřovací metody, kdy se flexibilním endoskopem s optickým zdrojem prohlíží vyprázdněné tlusté střevo. Při vyšetření lze odebrat vzorek sliznice na histologické vyšetření, stavět menší zdroje krvácení nebo provést polypektomii.

Rektoskopie je vyšetření konečných dvaceti až dvaceti pěti centimetrů střeva. Předchází mu vyprázdnění střeva Yallem.

Sigmoideoskopie je zobrazení sestupného tračníku pomocí flexibilního sigmoideoskopu. Používá se hlavně pooperačně ke kontrole anastomózy po nízké přední resekci rekta.

Kolonoskopie je nejpřesnější vyšetřovací metoda pro lokalizaci nádoru v tlustém střevě. Lze si prohlédnout celé tlusté střevo. Během vyšetření je možné odebírat vzorky na histologické vyšetření, provést polypektomii nebo dilataci stenózy střeva.

2.6.4 Histologické vyšetření

Vysloužil, 2003, strana 35 uvádí „*S rozsahem komplexní léčby nemocných s maligním nádorem konečníku nabyvá vyšetření preparátu na významu.*“

Histopatolog vyšetřuje preparáty v laboratoři

- odebrané při endoskopickém vyšetření nebo zákroku
- odebrané v průběhu operačního výkonu k okamžitému zpracování, kdy o výsledku ihned informuje operační tým, který podle něj stanovuje další operační strategii
- odebrané při operačním výkonu ke standardnímu zpracování

Preparát vyšetřuje jedno, ale i více pracovišť současně. Vyhodnocení se provádí při jednom nebo dvojitém čtení. Nejasnosti se srovnávají s odbornou literaturou. Lékař histopatolog provede makroskopický popis preparátu, určí šíření nádoru do slizničních vrstev, cévního a lymfatického systému. Histologicky určí typ nádoru, diferenciaci buněk v nádoru a stupeň malignity nádoru. Z jeho zjištění vychází operační strategie chirurgického výkonu, prognóza onemocnění, předoperační a pooperační onkologická léčba. (Prochotský, 2006; Vysloužil, 2003)

2.7 Terapeutické možnosti

2.7.1 Endoskopická léčba

Polypektomie je odstranění polypů nebo adenomů tlustého střeva během kolonoskopie. Včasné vyšetření a odstranění adenomů může zabránit vzniku karcinomu. Snáší se všechny adenomy v tlustém střevě. Kolonoskopii a polypektomii lze opakovat. Pokud nejdou velké, plošně přisedlé polypy endoskopicky odstranit, řeší se odstranění chirurgicky. Komplikace polypektomie nejsou časté. Může krvácet porušená céva. Krvácení lze zastavit ještě během výkonu. Může dojít k perforaci střeva a následné peritonitidě. Nemocný se hospitalizuje a chirurg perforace přešije na operačním sále.

Endoskopická pracoviště mohou léčbu provádět ambulantně nebo za hospitalizace.

2.7.2 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba je součástí multioborové spolupráce, která se podílí na vyřešení zdravotního stavu nemocného. Urgentní operace se provádí u náhlé příhody břišní z důvodu masivního krvácení, perforace střeva, při zánětu pobřišnice a při střevní neprůchodnosti. Výhodnější pro nemocného i operační tým je připravený výkon, kdy je dostatek času na přípravu a kompenzaci celkového stavu nemocného. Příprava může probíhat ambulantně i za hospitalizace. Příprava musí být vždy komplexní - fyzická, psychická, farmakologická a sociální.

Radikální výkon resekuje se nádor s bezpečným lemem zdravé tkáně a našije se anastomóza. Stav je vyřešený v jedné době.

Urgentní výkon může stav vyřešit radikálně v jedné době nebo pouze dočasně vyřešit urgentní stav (založit derivační kolostomii nebo ileostomii). Potom následuje stabilizace pooperačního stavu, nemocný se podrobuje dalším vyšetřením a může absolvovat onkologickou léčbu. K rozhodnutí o definitivním řešení dochází až v druhé, odložené době. Definitivním řešením může být resekcí výkon s obnovením kontinuity trávicího traktu, resekcí výkon s trvalou derivační stomií nebo trvalé ponechání již založené stomie.

Paliativní výkon zachovává průchodnost střeva a provádí se s ohledem na budoucí kvalitu života nemocného. Provádí se spojkový výkon na střevě nebo se zakládá trvalá derivační stomie.

Chirurgický výkon lze provádět otevřenou cestou z laparotomie, laparoskopicky nebo laparoskopicky pomocí robotické techniky.

Chirurgická léčba zjištěných jaterních metastáz se neprovádí současně, ale až v druhé době za 2-3 měsíce po první operaci.

Nádor céka a vzestupného tračníku

- ileotransverzoanastomóza = pravostranná hemikolektomie
- resekuje se celý vzestupný tračník a jaterní ohbí

Nádor hepatální flexury a pravé poloviny příčného tračníku

- rozšířená pravostranná hemikolektomie = ileotransverzoanastomóza
- resekuje se celý vzestupný tračník a dvě třetiny tračníku příčného

Nádor příčného tračníku

- klínovitá resekci příčného tračníku a anastomóza
- resekce celého příčného tračníku s jaterním a slezinným ohbím a anastomózou

Nádor lienální flexury

- levostranná hemikolektomie
- resekuje se slezinné ohbí s částí příčného a sestupného tračníku a anastomózou

Nádor sestupného tračníku

- resekuje se sestupný tračník, část nebo celá esovitá klička
- transverzosigmoideoanastomóza nebo transverzorektoanastomóza

Nádor esovité kličky

- resekuje se celá esovitá klička s bezpečným lemem zdravé tkáně
- descendentosigmoideoanastomóza nebo descendentorektoanastomóza

Vícečetné nádorové postižení střeva

- výkon se provádí podle lokalizace nádorů ve střevě
- je možná proktokolektomie s ileorektoanastomózou nebo amputační výkon

Založení derivační kolostomie

- kolostomie je uměle vytvořené vyústění tlustého střeva před stěnu břišní
- založení stomie může být dočasné nebo trvalé
- kolostomie je vždy inkontinentní
- na tlustém střevě lze založit stomii **terminální** (jednohlavňová – jedno ústí)
axiální (dvouhlavňová – dvě ústí)
(Ferko, Vobořil, Šmejkal, Bedrna, 2002; Hoch, Leffler a kolektiv, 2003)

Odborná literatura uvádí několik způsobů založení stomie na tlustém střevě:

Cékostomie se zakládá výjimečně v pravém podbřišku a slouží k dočasné derivaci plynů a řídké stolice pomocí permanentního močového katétru.

Transverzostomie se zakládá na příčném tračníku v pravém nebo levém podžebří. Nikdy by neměla být součástí operační rány. Vždy by se mělo myslet na budoucí ošetřování stomie. Transverzostomie mívá více komplikací s přilnavostí a flexibilitou stomických prostředků.

Sigmoideostomie je nejčastější typ vývodu na tlustém střevě. Anatomicky se zakládá v levém podbřišku. Při komplikovaném stavu není vyloučené atypické vyústění stomie v jiném břišním kvadrantu. Atypické umístění musí být popsáno v operačním protokolu.

2.7.3 Paliativní léčba

Citace Sanchii Arandy z knihy Paliativní péče „*Paliativní přístup představuje sadu základních znalostí a dovedností, které mohou použít všichni zdravotníci, jež se starají o pacienty s život-ohrožujícím či terminálním onemocněním. Na této úrovni by měly být všechny sestry schopny rozpoznat základní fyzické a psychické symptomy a zajistit jejich řešení, porozumět tomu, co prožívá umírající a jeho rodina, zapojit se do komunikace o individuálních potřebách a prožitcích a konzultovat se specialisty v paliativní péči potřeby pacientů, které přesahují jejich znalosti a kompetence.*“

(Ó Connor, Aranda, 2005)

Paliativní léčba má být zaměřená na kvalitu života nemocného a jeho blízkých, na individuální plnění jejich potřeb s ohledem na jejich psychické, fyzické a sociální možnosti.

Specializovanou paliativní péči by měli poskytovat zařízení s personálem, který má vzdělání, zkušenosti a eticky nastavené normy na péči o umírající a jejich blízké. Zařízení pro paliativní péči mohou být součástí zdravotnických zařízení, mohou být provozovány nadací nebo charitou. Nejznámější forma paliativní péče je péče hospicová. Vznik hospiců se v naší republice rozšířil až po roce 1990. Do té doby o umírající pečovala zdravotnická zařízení. Byla to neosobní péče bez účasti blízkých.

Zařízení pro paliativní péči mohou být celotýdenní lůžková i ambulantní, mohou fungovat jako týdenní stacionáře nebo poskytují péči individuálně podle potřeb nemocného a blízkých. Zařízení mohou být plně hrazená státem, s finanční spoluúčastí nemocného nebo plně hrazená nemocným.

Specializované intervence mohou v těchto zařízeních provádět zdravotníci jiných pracovišť. V hojení chronických ran pomůže specialistka na hojení ran, s vhodnou rehabilitací poradí fyzioterapeut, nutriční specialista pomůže nastavit individuální jídelníček a informovat o vhodných doplňcích stravy, stomasesetra poradí při výběru vhodných prostředků na ošetření stomie a peristomální kůže.

Hlavním principem paliativní péče je rovný přístup ke všem.

(Ó Conner, Aranda, 2005)

2.7.4 Konzervativní léčba

Konzervativní léčba je u nádorů tlustého střeva součástí celkové individuální léčby. Podle stádia onemocnění je léčbou dominantní nebo doplňkovou. Hlavní využití má v paliativní a onkologické medicíně, po operaci a při léčbě komorbidit.

Farmakoterapie

Farmakoterapie se odvíjí od aktuálního stavu pacienta. V předoperačním a pooperačním období obvykle dominuje podávání analgetik na tlumení bolesti. Dále se mohou aplikovat preventivně antiulcerotika, jako prevence vzniku stresového vředu a nízkomolekulární heparin jako prevence vzniku tromboembolických komplikací.

Individuální farmakoterapie se aplikuje při onkologické léčbě.

Dietoterapie

Pacienti s karcinomem tlustého střeva nemusí před operací měnit své stravovací návyky. Pouze u pacientů s těsnou stenózou střeva se dle odborné literatury doporučuje před operací kašovitá, bezsezbytková strava, aby nedošlo k akutní komplikaci – uzávěru nebo perforaci střeva. Většina nemocných s nádorem tlustého střeva je v určitém stupni malnutrice. Předoperační přípravu těžce malnutričního nemocného mohou zajistit interní oddělení. Po operaci probíhá postupná realimentace. Podává se parenterální, enterální nebo kombinovaná výživa. Následně je literaturou a nutričními specialisty doporučována lehce stravitelná, nekořeněná a nenadýmavá strava. Pokud je u pacienta založena derivační stomie, poučí ho o následném stravování stomasestra a nutriční terapeut. Onkologická léčba vyžaduje kaloricky hodnotnou, lehce stravitelnou a nekořeněnou stravu. Pokud neomezuje nemocného přidružené onemocnění, nemá žádné zvláštní dietní opatření. Měl by se stravovat racionálně podle zásad zdravé výživy.

Pohybový režim

Pohybové aktivity nemocného před operací jsou individuální a omezuje je pouze aktuální zdravotní stav. Před operací učí fyzioterapeut nemocného dechovým cvičením, provádí nácvik odkašlávání, vstávání z lůžka, chůzi za pomoci rehabilitačních pomůcek a jiné. Po operaci se provádí časná vertikalizace nemocného, vždy individuálně podle fyzických možností. U ventilovaných nemocných provádí fyzioterapeut pasivní formy

cvičení a u spolupracujících aktivní formy cvičení. Denně se provádí rehabilitace na lůžku i mimo něj – dechová cvičení, cvičení horních a dolních končetin, nácvik chůze po rovině a do schodů, polohování v lůžku. Vždy individuálně podle doporučení ošetřujícího lékaře. Při propuštění je nemocný edukovaný o maximální následné rehabilitační zátěži, aby se vyvaroval možných komplikací.

Psychoterapie

Psychoterapie má být podle odborníků součástí celkové individuální léčby. Je výhodou když je součástí léčebného týmu psycholog. Každý onkologicky nemocný má právo na individuální reakci na informace o svém zdravotním stavu. Každý je také jinak zpracovává. Individuální je také potřeba podpory nebo nepodpory blízkých a času na vyrovnání se situací.

Umírání patří k životu, je složité pro umírajícího i jeho okolí. Nemocný se bojí, protože neví, co přijde. Je úzkostný, neví, jak zvládne vlastní smrt. Bude to důstojné? Bojí se bolesti, nemocničního prostředí, přístrojů. Situace je obtížná i pro zdravotníky, neumí s umírajícími komunikovat, bojí se jim odpovídat, lžou a nebo jen mlčky vykonávají intervence. Umírajícím nemáme odpírat komunikaci, protože ztrácíme jejich důvěru. Kubler- Ross ve svých publikacích uvádí pět fází jimiž prochází umírající.

Fáze umírání

Šok, výkřik

Počátek kritické situace provázejí bouřlivé emoce – zděšení, zmatek, nářek, hysterické stavy, vztek a někdy i agrese. Nemocný si klade otázky související s tím, proč zrovna on musel takto onemocnět.

Negace, popření

Nemocný se snaží krizovou situaci potlačit a ignorovat ji, jako kdyby se nic nestalo. Nemocný je nepozorný, nesoustředěný a otupělý. Stále si opakuje, že se zdravotníci zmýlili a že jeho se to netýká. Reakce může být klidná nebo bouřlivá.

Smlouvání, vyjednávání

Nemocný hledá viníka své nemoci a vyjednává s osudem, zdravotníky, blízkými, že když nebude muset umřít udělá to i ono. Do myšlení nemocného neovlivnitelně pronikají nepříjemné myšlenky, stále se vracejí a nedají se vytěsnit.

Deprese, vyrovnávání

U nemocného se dostávají pocity bezmoci, frustrace a může se pokusit i o sebevraždu. Hledá alternativy léčení, vyléčení a možnosti pro další život. Učí se vyrovnat se svým stavem, přehodnocuje životní hodnoty.

Smíření, souhlas

Nemocný přijímá daný stav a bere nemoc a následnou smrt, jako fakt. Smiřuje se s celkovým stavem, s následky a uzavírá svou cestu životem.

Nemocný nemusí projít vždy všemi fázemi.

Může se dostat do stavu pasivní adaptace, kdy nemocný nekomunikuje, nespolupracuje a vzdává situaci. Může se také psychicky dekompenzovat a vyhlásit boj zdravotníkům i blízkým. V tomto stavu odmítá léčbu, je agresivní, nepřátelský a nespolupracuje.

Těmito všemi fázemi později procházejí i pozůstalí, ale ve zkráceném čase. Komunikace s pozůstalými by měla probíhat v klidu a v soukromí. Zdravotníci by měli pozůstalé nechat projevit své city a dovolit jim dodržení individuálních rituálů.

Psycholog může pomoci nemocnému, blízkým i zdravotníkům lépe projít všemi fázemi a tím zlepšit vztah k sobě, k nemoci, k blízkým, k léčbě i ke zlepšení mezilidských vztahů.

2.7.5 Onkologická léčba

Radioterapie

Odborná literatura uvádí, že u nádoru konečníku může předoperační radioterapie zmenšit a opouzdřit nádor, snížit životaschopnost nádorových buněk a tím následně podpořit výsledek operace. Pooperační radioterapie brání vzniku lokálních recidiv v malé pánvi. Doporučuje se u pacientů, kteří nepodstoupili radiaci před operací. U inoperabilních nádorů se aplikuje, jako paliativní pro zajištění kvality života.

Chemoterapie

Adjuvantní chemoterapie se aplikuje pro vyšší přežívání nemocných nádorem tlustého střeva a snížení recidiv. Má také značné analgetické účinky. Vždy je aplikována individuálně, podle stádia onemocnění. Cytostatika se aplikují celkově nebo místně.

Chemoradioterapie

Jde o současnou aplikaci cytostatik celkově nebo místně a záření. Používá se hlavně při předoperační léčbě karcinomu konečníku. V posledních letech dochází k velkému rozvoji chemoradioterapie a budoucnost souvisí s vývojem nových léků proti rakovině. (Ferko, Vobořil, Šmejkal, Bedrna, 2002; Prochotský, 2006; Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006)

Biologická - cílená léčba

Odborná literatura uvádí, že ke zlepšení léčby dochází aplikací chemoterapie v kombinaci s monoklonálními protilátkami. Biologická léčba není podle slov profesora Klenera správný název. Jedná se o cílenou léčbu zaměřenou přímo proti nádorovým buňkám. Uvádím citaci profesora Klenera z rozhovoru pro [www. Novinky.cz](http://www.novinky.cz) „*O biologické léčbě se hodně hovoří. Rád bych ale podotkl, že tento termín považuji za nevhodný, ačkoliv se u nás značně rozšířil i mezi odbornou veřejností. Biologická léčba je pojem široký a doslova znamená léčbu biologickými (přirozenými) prostředky. Patřilo by sem tedy například použití červů k čištění ran nebo přikládání pijavic. Naproti tomu léčba novými přípravky, které cíleně zasahují do složitých nitrobuněčných reakcí, se – na rozdíl od konvenční chemoterapie – označuje v zahraničí jako „targeted therapy“, tedy jako cílená léčba. K té se používají většinou přesně definované chemické látky, nikoliv biologické přípravky.*“ (www.novinky.cz)

Jedná se o novou, ekonomicky náročnou léčbu, kterou mohou indikovat pouze onkologická centra. (Válek, Kala, Kiss a kolektiv, 2006)

2.8 Prognóza onemocnění

Dle odborné literatury karcinom tlustého střeva roste dlouho a pomalu než se objeví první zřetelné příznaky nebo metastázy. V časném stádiu je onemocnění dobře léčitelné a vyléčitelné. Pokročilá stadia onemocnění je nutné léčit komplexně a individuálně. Prognóza závisí na stádiu nádoru, kdy byl diagnostikován, na stupni postižení i na léčebných možnostech. Výrazně lepší prognózu bude mít jedinec po radikální, naplánované operaci než akutně operovaný nemocný s nádorem, který uzavřel lumen střeva. Prognózu ovlivňuje celkový zdravotní stav, věk, přidružená onemocnění, komplikace a další bio-psycho-sociální faktory. Onkologická léčba může pomoci zlepšit výsledek chirurgické a endoskopické léčby. Onkologickou léčbu nastavují individuálně v onkologických centrech specialisté. Mohou aplikovat předoperační radioterapii nebo chemoterapii. Pooperačně aplikují častěji chemoterapii, kterou mohou doplnit radioterapií u nemocných, kteří ji neměli před operací. V současné době se v onkologických centrech aplikuje nová, velmi účinná biologická léčba. Aplikaci této léčby mohou provázet nežádoucí účinky, jako u chemoterapie a radioterapie. Většina nemocných léčbu toleruje. Odborná literatura biologickou léčbu považuje za velmi účinnou. Onkologická léčba by měla vždy být v souladu s kvalitou života nemocného. Vývoj stále více účinných protinádorových léků a genetický výzkum kmenových buněk budou snad v budoucnu prognózu onkologicky nemocných zlepšovat.

PRAKTICKÁ ČÁST

3 Ošetrovatelská péče u pacienta s karcinomem tlustého střeva a nově založenou kolostomií

3.1 Ošetřování nemocného

Příjem nemocného na oddělení

Nemocný se přijímal na oddělení již dva dny před operací na jednolůžkový pokoj z důvodu opakovaného vyprazdňování. Z tohoto důvodu zůstal pokoj standardním a ne placeným nadstandardním. Operace byla plánovaná a nemocný si všechna předoperační vyšetření přinesl od praktického lékaře. Součástí předoperačních vyšetření byl biochemický, hematologický a koagulační profil, EKG záznam a závěr interního vyšetření (schopen výkonu v celkové anestézii), RTG snímek srdce a plic, výsledky onkomarkerů, výsledek endoskopického a rentgenového zobrazovacího vyšetření, výsledek endosonografie rektu a výsledek histologie z biopsie. Již před operací bylo provedeno CT vyšetření břicha a pánve. MR angiografie jater nebyla indikována. Přijímající lékař zhodnotil anamnézu, výsledky předoperačních vyšetření, poučil nemocného o hospitalizaci, o typu operačního výkonu, o možných komplikacích, o standardním pooperačním průběhu. Odpověděl nemocnému na položené otázky a nechal si podepsat informované souhlasy. Ošetřující sestra seznámila nemocného s domácím řádem, s chodem oddělením, se signalizačním zařízením a s únikovými východy. Po kontrole osobních dat mu nasadila identifikační náramek a seznámila ho podrobně s individuální předoperační přípravou. Provedla základní fyzikální vyšetření, vyšetření pomocí škálovacích technik, zhodnotila je a zaznamenala do dokumentace. Odchylky od normy hlásila lékaři.

Předoperační příprava

V den příjmu měl nemocný pouze tekutou stravu, pil bujón, čaj a vodu bez bublin a odpoledne dostal první dávku projímadel po kterých se opakovaně vyprázdnil. Den před operací byl nemocný již jen na tekutinách bez bublin a dostal další dávku projímadel. Opět se opakovaně vyprazdňoval.

Během dne ho přišel informovat chirurg – operatér o možných léčebných strategiích během operačního výkonu, anesteziolog a anesteziologická sestra o typu anestézie, sálová sestra o sálovém provozu a další specialisté v rámci svých kompetencí. Stomasestra se s nemocným znala z ambulantní předoperační přípravy, proto pouze doplnila základní psychologicko-edukační rozhovor s nemocným o aktuální informace. Znovu mu vysvětlila typy stomií, které mohou být založeny. Zaznamenala do dokumentace sociální anamnézu a společně s nemocným plánovala pooperační edukaci. Ošetřující sestra odebrala vzorek krve na vyšetření krevní skupiny a objednala krev na den operace. Odpoledne ošetřující sestra zaplavila enterální sondu pro pooperační enterální nutrici. Zajistila provedení celkové předoperační hygieny. Aplikovala nízkomolekulární heparin, podala večerní premedikaci podle ordinace lékaře a pokusila se zajistit pacientovi nerušený spánek.

V den operace aplikovala ošetřující sestra ranní medikaci a premedikaci dle ordinace anesteziologa, nechala oholit břicho a perineum nemocného, provedla bandáž dolních končetin pomocí kompresivních punčoch, uložila osobní věci a cennosti nemocného. Chrup má nemocný svůj. Připraveného nemocného předala sestra z oddělení sestře na operačním sále. Současně předala i kompletní dokumentaci nemocného.

Sledování nemocného

Předoperační příprava nemocného nevyžadovala žádné zvláštní sledování. Pouze při intenzivním vyprazdňování ho kontrolovala častěji jeho stav.

Po operaci ležel nemocný na monitorovaném lůžku intenzivní péče pět dní. Kontinuálně se mu měřily fyziologické funkce (EKG, krevní tlak, pulz, saturace kyslíku, dechová frekvence a tělesná teplota), příjem a výdej tekutin, odpady z drénů a nazogastrické sondy. Pravidelně se sledoval se stav rány a stomasestra denně sledovala nově založenou derivační stomii. Byla aplikována totální parenterální výživa do centrální žíly v kombinaci s enterální výživou do enterální sondy, kterou měl nemocný zaplavenu již večer před operací. Přechodně byly aplikovány krystaloidní roztoky k hydrataci organismu. Pravidelně byl aplikován nízkomolekulární heparin, jako prevence tromboembolické nemoci a kontinuálně byla aplikována analgoterapie a inzulinoterapie dle ordinace lékaře.

Ošetřující sestra plnila ordinace lékaře a prováděla ošetrovatelský proces. Rehabilitační sestra prováděla rehabilitaci nejprve na lůžku a později i mimo něj.

Nemocný pravidelně cvičil končetiny v lůžku, prováděl doporučená dechová cvičení a chodil po chodbě. Na standardním oddělení byl již naprosto soběstačný. Individuální přístup k pacientovi a individuální ošetrovatelský proces zajistil jeho tělesnou a psychickou pohodu.

Nejvíce času po operaci strávil nemocný se stomasestrou. Ta docházela denně na intenzivní péči a později i na standardní oddělení. Prováděla s nemocným individuální edukaci sebepéče u nově založené sigmoideostomie. Nejprve ho edukovala teoreticky a ukázkou. Nemocný ji pouze sledoval v zrcadle na lůžku a později vstoje. Později již jen kontrolovala ošetřování stomie nemocným, radila mu, opravovala jeho pochybení, ale stále ho chválila. Od sedmého pooperačního dne byl nemocný zcela soběstačný v ošetřování stomie, ale přesto se denně scházel se stomasestrou. Postupně mu předávala informace o životě se stomií slovně i prostřednictvím edukačních materiálů. Edukovala ho o racionálním stravování, o vhodné úpravě potravin, o pitném režimu, o rehabilitaci, o stomických pomůckách všech firem a ukazovala mu možnosti, jak je používat. Před propuštěním zajistila poukazy na vybrané pomůcky, vybavila ho firemní taštičkou, zajistila termín kontroly ve stomické poradně a spojení na její poradnu. Nemocný si přál docházet do poradny stomasestry trvale a bylo mu to umožněno.

3.2 Možné ošetrovatelské diagnózy – zhoubný nádor

- strach/úzkost z nemoci a ze smrti
- smutek anticipační
- bolest akutní/chronická
- únava
- zvládání situace rodinou neúčinné s rušivým/negativním dopadem na pacienta
- vládání situace rodinou neúčinné, možnost zlepšení

3.3 Možné ošetrovatelské diagnózy – kolostomie

- neznalost/potřeba poučení změn fyziologické funkce a potřebné léčby i péče ze strany pacienta
- obraz těla porušený
- společenská interakce porušená
- sexuální dysfunkce, riziko vzniku
- kožní integrita porušená, riziko vzniku
- průjem/zácpa, riziko vzniku

4 Posouzení stavu pacienta

4.1 Identifikační údaje

Muž V.D., 62 let, bydlí ve větší vesnici na Moravě v rodinném domě společně s manželkou a dvěma dcerami. Dům je součástí velké usedlosti s penzionem, relaxačním centrem a soukromou zoologickou zahradou. Nemocný je majitelem a současně pracuje jako kuchař. Zajišťuje chod jídelních provozů, denně vaří desítky jídel. Management rodinné usedlosti vede dcera.

Nikdy vážně nestonal. Přibližně posledního půl roku pozoroval větší únavnost, bolesti břicha a poruchy pasáže ve smyslu střídání zácpy a průjmu. Občas krvácel z konečníku, ale myslel, že má hemeroidy. Navštívil praktického lékaře, který konstatoval pokles v červeném krevním obraz a odeslal ho na spádovou gastroenterologickou ambulanci k dovyšetření. Byla indikována a po přípravě provedena kolonoskopie s biopsií – histologicky tubulární adenokarcinom. Odeslaný k dovyšetření na gastroenterologickou kliniku naší nemocnice. Doplněná endosonografie rektu se závěrem T3N1M0. CT břicha a pánve prokázalo tubulární zúžení v délce třicet pět milimetrů, asymetrii inkuinálních uzlin a vícečetné lymfatické uzliny vpravo do velikosti jeden a půl centimetru. Provedeno onkologické konzilium ke zvážení předoperační radioterapie, kterou onkolog indikuje. Předoperační radioterapie proběhla na pracovišti v místě bydliště, kam nemocný odeslaný s výsledky vyšetření a propouštěcí zprávou.

Čtyři týdny po ukončení radioterapie je naplánována operace na chirurgické klinice naší nemocnice k abdominoperineální amputaci rektu a založení terminální sigmoideostomie. Nemocnému byl vydaný seznam předoperačních vyšetření pro praktického lékaře.

Po edukaci chirurgem si nemocný domlouvá předoperační edukaci se stomasestrou. Na domluvenou edukaci se dostavil s manželkou a starší dcerou. Rozhovor probíhal neformálně a nedirektivně. Nemocný je extrovert a je odhodlaný s nemocí bojovat. Hledá kvalitní a pravdivé informace, které mu pomohou pochopit, co je stomie a jak se s ní dá žít. Hodně se ptá, zajímá se o pomůcky, vše si chce osahat a vyzkoušet. Hodně mluví o sobě, o tom, jak dobře vaří a chlubí se svými známostmi s celebrity.

Rád je středem pozornosti a umí na sebe strhnout pozornost. I v budoucnu hodlá pracovat, kvalitně žít s rodinou a nemá v úmyslu se izolovat od společnosti. Přes značnou obezitu a velké břicho je velmi pohyblivý. Na dolních končetinách má viditelné varixy a chronický bércový vřed 3x3 centimetry. Manželka i dcera ho v dotazech doplňují, mají zájem pomáhat mu s ošetřováním stomie. Z chování během edukace vyplívá přímé jednání rodiny, vzájemná rodinná podpora. Nemají před sebou zábrany a tajemství.

Stomasestra jim vysvětlila, co je derivační kolostomie a ileostomie a na modelu ukázala, jak se ošetřuje. Prohlédli si stomické sáčky, vzorčky si odnesli k prostudování domů, převzali firemní brožurky a edukační materiál stomasestry. Stomasestra naopak získala cenné informace pro plánování pooperačního edukačního procesu. Největším přínosem bylo navázání kontaktu s nemocným a jeho blízkými, které se kladně projevilo v pooperační péči.

4.2 Údaje z lékařské dokumentace

Lékařská anamnéza

- RA:** matka zemřela stářím
otec na kardiální příhodu v Jáchymově v dolech
má 8 sourozenců – všichni žijí a jsou zdraví
- OA:** běžné dětské nemoci, vážněji nikdy nestonal
úraz PDK, přetrhané vazy řešené operací
- Sledovaná onemocnění:** neguje
- AA:** neguje
- FA:** Anopyrin 100 mg 1-0-0; Detralex 1-0-0
- Abusus:** nekuřák, 5-6 piv denně
- SA:** hospodský, kuchař, žije s manželkou a dcerami

Nynější onemocnění

Nemocný s verifikovaným tubulárním adenokarcinomem rekta přibližně tři a půl centimetru za svěračem, histologicky T3N1M0, metastatický proces v játrech neprokázaný. Váhový úbytek za poslední tři měsíce je deset až dvanáct kilogramů, kdy byl vyšetřovaný pro bolesti břicha a poruchu pasáže. Provedena kolonoskopie, endosonografie rekta, CT břicha a pánve. Indikována předoperační radioterapie, která ukončena před čtyřmi týdny. Na společném indikačním semináři chirurgů, gastroenterologů a onkologů byl nemocný indikován k abdominoperineální amputaci rekta a založení terminální sigmoideostomie.

Obezita.

Chronický bércový vřed na LDK si ošetřuje sám.

Poučený o hospitalizaci, operačním výkonu a následné léčbě. Souhlasí a podepisuje souhlas s léčbou a operací.

O zdravotním stavu můžeme informovat manželku a dcery.

Stav při přijetí

Váha:	135 kg
Výška:	186 cm
BMI:	42
TK:	150 / 90 mmHg
TF:	80 min
DF:	14 min
TT	36,6°C

Celkový stav: orientovaný, spolupracuje, bez oktetu a cyanózy, klidová eupnoe, obezita, hydratace v normě

Hlava: mezocefalická, pokleповě nebolestivá
bulby ve středním postavení, volně pohyblivé
jazyk povleklý, vlhký

Krk: šije volná, karotidy tepou symetricky, bez šelestu
náplň krčních žil nezvýšena
uzliny a státnice nehmatné

Hrudník: symetrický, pokleповě plný, jasný
dýchání čisté, sklípkové
prekordium bez hmatných vírů, ozvy 2, ohraničené

Břicho: nad niveou, palpačně nebolestivé, bez hmatné rezistence
játra, slezina jsou pro obezitu nevyšetřitelné
peristaltika živá, podbřišek klidný

Per rektum: okolo řitního otvoru stržená kůže s mírným prosakem a krvácením,
bolestivé na pohmat
digitální vyšetření neprovedeno

DK: klouby volně pohyblivé, DK bez otoků
na LDK chronický defekt krytý obvazem, ošetřuje sám

Vyšetření

Kolonoskopie – závěr

široce přisedlý polyploidní útvar rekta, odběr biopsie, ostatní nález v normě

Histologické vyšetření

tubulární adenokarcinom

Endosonografie rekta – závěr

tumor rekta T3N1, suspektní infiltrace rekta

CT břicha a pánve

Plicní baze bez ložisek, játra nezvětšena s mírně sníženou denzitou, bez patologických změn. Dorsomediálně kalcifikace. Portální systém je volný, žlučník tenkostěnný, bez litiasy a dilatace žlučových cest. Slezina zvětšena, homogenní. Ledviny bez městnání a litiasy. Nadledviny bez expanze. Pankreas bez dilatace ducti Wirsungi a bez expanze. Nápadná asymetrie inguinálních uzlin, kde vícečetné uzliny vpravo do velikosti 1,5 cm. Močový měchýř tenkostěnný, prostata hraniční. V oblasti rektosigmatu tubulární zúžení cca 35 mm s intaktním okolím a bez dilatace střevních kliček. Amorálněji je patrné drobné polyploidní vyklenutí do lumen – nález by mohl odpovídat základní diagnóze. Okolí v CT obraze je klidné, bez volné tekutiny v břišní dutině a malé pánvi.

Závěr: polypoidní vyklenutí do lumen v oblasti rektosigmatu by mohlo odpovídat základní diagnóze. T. č. bez známek generalizace.

RTG srdce a plic

bez čerstvých ložiskových změn a meta postižení

Závěr při příjmu

Pacient přijatý k plánované operaci tumoru rekta cca ve 3 centimetrech, T3N1M0, stav po radioterapii

Chronická žilní insuficience

Drobný defekt na LDK

Obezita

Poučen a souhlasí

4.3. Fyzikální vyšetření sestrou

Po přijetí na oddělení provedla sestra kompletní fyzikální vyšetření, včetně škálovacích technik. Nemocný byl klidný a se sestrou spolupracoval. Byl orientovaný časem a prostorem.

Přikládám výsledky vyšetření.

TK	150 / 90mmHg	ojedinělý záchyt, později vždy v normě
TF	80´	
TT	36,6°C	
DF	14 min	
Výška	186 cm	
Váha:	135 kg	
Výška:	186 cm	
BMI:	42	obezita vzhledem k onkologickému onemocnění zatím neřešena

Zjištění rizika vzniku dekubitu dle Nortonové – 31 bodů

Pacient není rizikový pro vznik dekubitů

Tabulka č.1

schopnost spolupráce	věk	stav pokožky	další nemoci	tělesný stav	stav vědomí	pohyblivost	inkontinence	aktivita
úplná 4	do 10 4	normální 4	žádné 4	dobrý 4	dobrý 4	úplná 4	není 4	chodí 4
malá 3	do 30 3	alergie 3	3	horší 3	apatie 3	částečně omezená 3	občas 3	s doprovodem 3
částečná 2	do 60 2	vlhká 2	2	špatný 2	zmatený 2	velmi omezená 2	převážně močová 2	sedačka 2
žádná 1	60 + 1	suchá 1	2	velmi špatný 1	bezvědomí 1	žádná 1	stolice i moč 1	leží 1

Hodnocení nutričního stavu – 2 body

Tabulka č.2

	0 bodů	1 bod	2 body	hodnocení
BMI pacient mladší než 70 let pacient starší než 70 let	> 20,5 > 22	18,5 – 20,5 20 - 22	< 18,5 < 20	0
nechtěné zhubnutí v posledních 3-6 měsících a dále hubne	< 5 kg	5 – 10 kg	> 10 kg	2
celkový příjem stravy za den (zlomkem obvyklého množství)	> 3/4	> 1/4 - 3/4	0 – 1/4	0

Zjištění rizika pádu – 0 bodů

U pacienta není riziko pádu.

Tabulka č.3

pohyb	neomezený používá pomůcek potřebuje pomoc k pohybu neschopen přesunu	0 1 1 1
vyprazdňování	nevyžaduje pomoc v anam. nykturie/inkontinence	0 1
medikace	Neužívá rizikové léky Užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky nebo benzodiazepiny	0 1
smyslové poruchy	žádné vizuální, sluchové, smyslový deficit	0 1
mentální status	orientován občasná/noční desorientace historie desorientace/demence	0 1 1
věk	18 – 75 75 a více	0 1
pád v anamnéze		1

Barthelův test denních aktivit – 100 bodů

Pacient je plně soběstačný

Tabulka č.4

příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
přesun na lůžko, židli	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku neprovede	15 10 5 0

Beckova sebeposuzovací stupnice deprese

Psychický stav pacienta je v normě.

Tabulka č.5

01.	Nálada		
		0	-nemám smutnou náladu
		1	-cítím se poněkud posmutnělý, sklíčený
		2	-jsem stále smutný nebo sklíčený a nemohu se z toho dostat
		3	-jsem tak smutný nebo nešťastný, že to nemohu už snést
02.	Pesimismus		
		0	-do budoucnosti nepohlížím nijak pesimisticky nebo beznadějně
		1	-poněkud se obávám budoucnosti
		2	-vidím, že se už nemám na co těšit
		3	-vidím, že budoucnost je zcela beznadějná a nemůže se zlepšit
03.	Pocit neúspěchu		
		0	-nemám pocit nějakého životního neúspěchu
		1	-mám pocit, že jsem měl v životě více smůly a neúspěchu než obvykle lidé mívají
		2	-podívám-li se zpět na svůj život, vidím, že je to jen řada neúspěchů
		3	-vidím, že jsem jako člověk (otec, manžel a pod) v životě zcela zklamal
04.	Neuspokojení z činnosti		
		0	-nejsem nijak zvlášť nespokojený
		1	-nemám z věci takové potěšení, jako jsme mívával
		2	-už mne netěší skoro vůbec nic
		3	-ať dělám cokoli, nevzbudí to ve mne sebemenší potěšení
05.	Vina		
		0	-necítím se nijak provinile
		1	-občas cítím, že jsem méněcenný, horší než ostatní
		2	-mám trvalý pocit viny
		3	-ovládá mne pocit, že jsem zcela bezcenný, zlý provinilý člověk
06.	Nenávist k sobě samému		
		0	-necítím se zklamán sám sebou
		1	-zklamal jsem se sám v sobě
		2	-jsem dost znechucen sám sebou
		3	-nenávidím se

07.	Myšlenky na sebevraždu	0	-vůbec mi nenapadne na mysl,že bych si měl něco udělat
		1	-mám někdy pocit,že by bylo lépe nežít
		2	-často přemýšlím jak spáchat sebevraždu
		3	-kdybych měl příležitost,tak bych si vzal život
08.	Sociální izolace	0	-neztratil jsem zájem o lidi a okolí
		1	-mám poněkud menší zájem o společnost lidí než dříve
		2	-ztratil jsem většinu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní
		3	-ztratil jsem veškerý zájem o lidi a nechci s nikým nic mít
09.	Nerozhodnost	0	-dokážu se rozhodnou v běžných situací
		1	-někdy mám sklon odkládat svá rozhodnutí
		2	-rozhodování v běžných věcech mi dělá obtíže
		3	-vůbec v ničem se nedokážu rozhodnout
10.	Vlastní vzhled	0	-vypadám stejně jako dříve
		1	-mám starosti,že vyhlížím staře nebo neatraktivně
		2	-mám pocit,že se můj zevnějšek trvale zhoršil,takže vypadám dosti nepěkně
		3	-mám pocit,že vypadám hnusně až odpudivě
11.	Potíže při práci	0	-práce mi jde od ruky jako dříve
		1	-musím se nutit,když chci něco dělat
		2	-dá mi velké přemáhání,abych cokoliv udělal
		3	-nejsem schopen jakékoliv práce
12.	Únavnost	0	-necítím se více unaven než obvykle
		1	-unavím se snáze než dříve
		2	-všechno mne unavuje
		3	-únava mne zabraňuje cokoli udělat
13.	Nechutenství	0	-mám svou obvyklou chuť k jídlu
		1	-nemám takovou chuť k jídlu jak jsem míval
		2	-mnohem hůře mi teď chutná jíst
		3	-zcela jsem ztratil chuť k jídlu

Hodnocení: 3	00 – 08 event. 09	Norma
	09 - 24	Lehká až střední deprese
	25 a více	Těžká deprese

4.4 Posouzení stavu potřeb klienta dle „Functional Health Patterns“

4.4.1 Vnímání zdraví

Subjektivně: Nemocný nebyl nikdy vážně nemocný, v dětství prodělal běžná dětská onemocnění. Pouze jednou ležel v nemocnici po úrazu nohy a s přetrhanými vazy, kdy musel být operovaný. Protože je to před mnoha lety již si to moc nepamatuje. Poslední měsíce je více unavený, musí více odpočívat, ale pocit nemoci jako takové nemá. Ví, že má rakovinu a nádor v konečniku a že operace skončí vývodem střeva. Potřebuje být zdravý a věnovat se restauraci. Myslí si, že od lékaře a stomasestry získal dostatek informací. Má důvěru v chirurgické pracoviště, vybral mu ho synovec a tomu hodně věří.. Podporu psychologa odmítá. Nechce se svěřovat někomu, na koho nemá jinou vazbu

Objektivně: Je vyrovnaný, hodně emotivní. Věří zdravotníkům. Již v předoperační přípravě se zajímal, jak stomie ovlivní jeho pracovní nasazení. Má spolehlivé rodinné zázemí. Současný stav nevyžaduje žádnou intervenci.

4.4.2 Výživa, metabolismus

Subjektivně: Nemocný ví, že má určitou nadváhu, umí s ní žít a nijak ho neomezuje.

Poslední měsíce nemá takovou chuť na jídlo, ale vyloženým nechutenstvím netrpí. Neplánovaně zhubnul 10-12 kilogramů. Stravuje se nepravidelně, vaří v rodinné restauraci pravou českou kuchyní. Přes den téměř nejí, pije pouze pivo a večer byl zvyklý hodně se najíst. Nyní jí menší porce. Ví, že jídlo na noc je nevhodné, ale musí prý mít nějakou neřest, když je tak kladný. Má rád maso a masové delikatesy, které vyrábí manželka. Ovoce a zeleninu vyhledává, ale pouze omezeně. Nyní slibuje, že to změní, ale dcera tomu nevěří.

Objektivně: Nemocný má BMI 42, výšku 186centimetrů, váhu 135 kilogramů. Byla provedena opakovaná edukace zdravého stravování a zdravého životního stylu po založení kolostomie. Edukaci provedly stomasestra a nutriční terapeutka. Se souhlasem pacienta edukována manželka a dcery.

4.4.3 Vylučování

Subjektivně: Nemocný udává močení bez komplikací, je plně kontinentní. Před operací trpěl poruchou pasáže, střídal se průjem se zácpou a občas měl ve stolici krev. Současně ho obtěžovaly bolesti břicha. Po operaci měl pět dní permanentní močový katétr a po jeho odstranění měl dva dny časté nucení. Pil doporučené množství teplého urologického čaje a obtíže ustoupily. O založení kolostomie věděl chce být rychle soběstačný v jejím ošetřování.

Objektivně: Močí bez obtíží, je plně kontinentní. Při operaci mu byla založena terminální sigmoidestomie. Stomasestra provádí pravidelnou edukaci (teoretickou a praktickou), která povede k soběstačnosti v péči o stomii. Nemocný aktivně spolupracuje.

4.4.4 Aktivita, cvičení

Subjektivně: Nemocný má fyzicky namáhavou práci, je kuchařem ve vlastní restauraci a pracuje deset, dvanáct i šestnáct hodin denně. Obstarává také běžnou údržbu rodinné usedlosti. Nesportuje. Chvilí mu trvá než se rozhybe, ale potom je k nezastavení.

Objektivně: Test denních činností potvrdil soběstačnost. Na intenzivní péči prováděl dechovou rehabilitaci, procvičoval horní a dolní končetiny. Rehabilitoval na lůžku a za chůze. Během hospitalizace cvičil s rehabilitační sestrou a chodil na krátké procházky po oddělení a s rodinou i venku. Rehabilitační sestra ho naučila cviky pro zpevnění a posílení břišní stěny. Stomasestra mu doporučila vhodné fyzické aktivity, aby neohrozil kolostomii.

4.4.5 Spánek, odpočinek

Subjektivně: Nemocný spí doma maximálně šest hodin. Je zvyklý spát ve studené a vyvětrané místnosti. Vyhovuje mu dát si pod hlavu dva nebo tři polštáře. Před operací byl sám na pokoji, kde vypnul topení a měl celý den otevřené okno. Spí klidně. Přesto není spokojený, chybí mu společnost a nemá si s kým popovídat. Po operaci na intenzivní péči je sám na boxu, kde mu sestra na požádání vypíná topení a otvírá okno. Hluboce usnout se mu nedaří, ruší ho přístroje a celodenní ruch oddělení.

Po přeložení na standardní oddělení odmítl jednolůžkový pokoj. Nemocný se těší domů do své postele. Mají s manželkou v ložnici postel na míru 2x4 metry.

Objektivně: Pacient klidně pospává ve dne i v noci, pokud zrovna nehovoří. Na třílůžkovém pokoji baví spolupacienty a přestože jeden z nich hlasitě chrápe, spí všichni celou noc. Pospává i během dne a okolí to vítá, na chvíli je ticho.

4.4.6 Vnímání, smysly

Subjektivně: Nemocný je společenský, hlučný, vyrovnaný, hyperaktivní, někdy zbrklý, rád hovoří o sobě, často se směje a rád spolupracuje se zdravotníky. Roli stomika přijímá až překvapivě klidně, nestydí se, není si odporný, aktivně se zapojuje do ošetřování stomie. Má zájem být rychle soběstačný. V přijetí nové role mu výrazně pomáhá podpora rodiny. Často o stomii hovoří do telefonu s rodinou, blízkými a přáteli. Dostatek informací ho pozitivně motivuje.

Objektivně: Nemocný je extrovert, vstřícný, hodně nahlas hovoří. Se zdravotníky aktivně spolupracuje. Vyzdvihuje spolupráci se stomasestrou.

4.4.7 Sebepojetí

Subjektivně: Nemocný je pozitivní extrovert a ví, že život se stomií mu může připravit mnohá neradostná překvapení, ale tvrdí, že všechno se dá zvládnout, když se chce. A on chce žít, jako předtím! Nechce nic tajit, protože ví, že na vesnici se stejně nic neutají. Nechce, aby si sousedé vyprávěli smyšlenky. Osobně si myslím, že si ze stomie udělá přednost a všem vysvětlí její výhody. Zatím jich moc nezná, ale už je prý vymýšlí. Má pouze neurčité obavy, zda mu nemůže hygienik zakázat vaření. Vůbec si nepřipouští, že by kvůli jeho stomii, zůstala restaurace prázdná. S pomocí rodiny chce žít, pracovat a zůstat sám sebou.

Objektivně: Má reálný pohled na svět. Nemá pocit, že by ho kolostomie měla nějak omezovat.

4.4.8 Role, mezilidské vztahy

Subjektivně: Nemocný je manželem, otcem dvou dospělých dcer, má vlastní usedlost s penzionem, restaurací a velkým zázemím, kde pracuje celá rodina. V rodině mají přímé, bezproblémové vztahy, pomáhají si a podporují se. Bydlí na vesnici, kde se všichni znají a mají přátelské nebo kamarádské vztahy. Rodinná usedlost je centrem častých setkání s lidmi z uměleckých profesí. Synovec pacienta je známý herec.

Objektivně: Nemocný je bezprostřední, přátelský a hodně lpí na rodině a přátelích.

4.4.9 Sexualita, reprodukční schopnosti

Subjektivně: Nemocný má manželku a dvě dospělé děti. S manželkou žije normálním sexuálním životem po čtyřiceti letech manželství. Žádné další děti již dlouho neplánují. Pacient a jeho manželka byli před operací informováni lékařem o možných erektilních poruchách, mají kontakt na odborné pracoviště. Oba svorně potvrzují, že tento problém je vůbec netrápí.

Objektivně: V komunikaci o sexu nemá zábrany a má reálný náhled.

4.4.10 Stres, zátěžové situace

Subjektivně: Největší šok zažil nemocný při sdělení diagnózy, ale rychle se s ním vyrovnal. Ví, že nádor je odstraněný a že stomie již není nemoc. Neštítí se svého těla ani nemá problém s reakcí blízkých. Bere stomii bez emocí. Říká, že se mu prodlouží pobyt v koupelně a že začne konkurovat svým ženám. Uvažuje o koupi nějakého intenzivního parfému, když půjde do společnosti. Informovanost, vstřícnost manželky a dětí mu velmi pomáhají. Trochu se bojí pouze návratu do práce.

Objektivně: Povahové vlastnosti, hodnotový žebříček a rodinné zázemí eliminují dopad stresových situací.

4.4.11 Víra, životní hodnoty

Subjektivně: Nemocný je z Moravy. Je věřící, ale není ortodoxní. Každou neděli chodí do kostela. Užívá si to více společensky než duchovně. Jako největší životní hodnotu uznává rodinu, blízké, přátele, práci v restauraci a na usedlosti.

Objektivně: Nemá žádné požadavky ohledně víry. Největší životní hodnotou mu je manželka a dcery. Životní hodnoty má srovnané.

4.4.12 Jiné

Nemocný nevedl žádné další informace.

4.5 Terapie

4.5.1 Chirurgická léčba

U nemocného s histologicky verifikovaným adenokarcinomem ve 2-3 cm, po konkomitantní radiochemoterapii, dle endosonografie infiltrace svěrače – T3N1M0. Seznámen s rozsahem výkonu, včetně terminální kolostomie. S operací souhlasí. ASA III. Antibiotická profylaxe podána - Axetine 1,5 gramu a Avrazor 0,5 gramu intravenózně. Po dvoudenní celkové a střevní předoperační přípravě provedena abdominoperineální amputace rekta s pánevní lymfadenektomií a založena terminální sigmodeostomie. Operace trvala 3,5 hodiny, krevní ztráta 500 mililitrů a nemocný ji snesl dobře. Ještě na operačním sále přiložený jednodílný, průhledný, výpustný stomický sáček bez filtru. Na ránu přiloženo sterilní krytí. Břišní penrose drén svedený do průhledného drenážního sáčku, drén z perinea napojený na sběrný sáček. Preparát odeslán na histologické vyšetření včetně staplerového kroužku. Po extubaci na operačním sále je nemocný předaný do péče chirurgické jednotky intenzivní péče k další terapii. Dokumentace předána s nemocným.

4.5.2 Konzervativní léčba

Farmakoterapie dle ordinace lékaře

Antiulcerotika jako prevence vzniku stresového vředu

Helicid ampule 20 mg intravenózně ráno a večer

později Helicid kapsle 20 mg perorálně, ráno před jídlem

Antikoagulancia k prevenci vzniku tromboembolické komplikace

Fraxiparine 0,6 ml podkožně 2x denně

Analgetika na tlumení pooperační bolesti

Fentanyl a Marcain kontinuálně do epidurálního katétru, ředění dle ordinace lékaře

Novalgin 3x 1 tableta (tbl) perorálně

Chronická medikace nasazena zpět až po úplné realimentaci

Detralex tbl. 1-0-0

Anopyrin 100 mg tbl. 1-0-0

Při dimisi vydán recept na Helicid a Novalgin. Pacient poučen o medikaci.

Dietoterapie

Na intenzivní péči byla podávána současně parenterální i enterální výživa 4 dny. Pil hořký, vlažný čaj po doušcích. Po odstranění žaludeční a enterální sondy postupná realimentace přes bujón, tekutou a kašovitou stravu. Po odchodu stolice sigmoideostomií ordinována dieta stomická, která se připravuje v naší nemocnici jen pro tyto pacienty. Strava je lehce stravitelná, netučná, nekořeněná a nenadýmavá. Jídelníček pro stomiky připravovaly společně nutriční terapeutka se stomasestra. Nemocný snášel zatěžování stravou dobře a neměl žádné zažívací potíže. Byl edukován o nutnosti dodržovat pitný režim, přibližně dva litry tekutin bez bublin denně. Příjem tekutin mu nedělal problém. Nemocný i jeho blízcí opakovaně edukováni o následném stravování nutriční terapeutkou i stomasestrou.

Pohybový režim

Na intenzivní péči navštěvovala nemocného pravidelně fyzioterapeutka. Společně prováděli 2krát denně dechová cvičení, aktivní cvičení horních a dolních končetin na lůžku a prováděli nácvik správného vstávání z lůžka. První a druhý pooperační den se nemocný došel umýt k umyvadlu, kde provedl základní hygienu s dopomocí sestry a prošel se po pokoji. Od třetího dne prováděl hygienickou péči samostatně, zvedal se z lůžka a chodil po chodbě. Od čtvrtého dne docházel během pravidelné edukace se stomasestrou do sprchy na standardním oddělení. Od pátého dne se pohyboval zcela samostatně, chodil si pro noviny. Před propuštěním byl informovaný o následném pohybovém režimu a omezených možnostech fyzické námahy související s nově založenou kolostomií. Stomasestra ho opakovaně podrobně informovala o možné fyzické námaze.

Psychoterapie

Během celé hospitalizace byl nemocný psychicky vyrovnaný, měl trvalou podporu rodiny. Při edukaci stomasestrou býval někdy neklidný, netrpělivý až zbrklý. Projevoval se hodně hlučně, rád se nechával chválit. Chtěl být rychle soběstačný a nezávislý, hodně se snažil. Rodinu do péče zapojovat nechtěl, rád by zůstal v intimní situaci soběstačný. U stomasestry se aktivně zajímal o ošetřování stomie a o život stomika. Velmi mu pomohly informace o stomických prostředcích. Pomůcky si osahal a vyzkoušel již před

operací a konzultoval jejich výběr s blízkými. Informaci o možné irigaci převzal s nadšením, protože mu umožní v budoucnu návrat k vaření. Kontakt na sexuologické pracoviště uvítal, protože byl lékařem před operací poučen o možných poruchách erekce v souvislosti s operací. Nejčastěji si pacient povídal se stomasestrou, která měla jeho důvěru. Nemocný i manželka si velmi pochvalovali možnost před operací navštívit poradnu stomasestry a diskrétně získat informace o životě se stomií a kontakty na odborná pracoviště. Tato příprava jim velmi usnadnila pooperační adaptaci v nové roli. Návštěvu psychologa pacient odmítl. Potvrdilo se, že dlouhodobá předoperační příprava budoucího stomika je důležitá pro navázání spolupráce pacienta se zdravotníky. Psychická podpora pacienta, jeho blízkých a dostatek informací mu pomohou překonat stresy v pooperačním období.

5 Ošetrovatelská péče

5.1 Seznam ošetrovatelských diagnóz

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila na základě sběru dat od nemocného a jejich následné analýzy. Pořadí jsem srovnala podle priorit nemocného.

- **Neznalost, potřeba poučení**
- **Bolest akutní**
- **Infekce, riziko**

5.2 Plán ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská diagnóza číslo 1

Neznalost, potřeba poučení z důvodu nově založené kolostomie, projevující se neschopností pečovat o stomii.

Definice: neznalost či nedostatečná znalost určitého tématu (nedostatečná informovanost pacienta / jeho blízkých, která jim neumožňuje informovanou volbu s ohledem na stav / léčbu a změny životního stylu.

Cíl krátkodobý (CK)

- nemocný dostane informaci o založení stomie do 12 hodin od operace
- nemocný je ochotný podívat se na stomii do 2 dnů
- nemocný má informace o základním ošetřování stomie do 3 dnů
- nemocný má dostatek edukačních písemných materiálů do 2 dnů

Cíl dlouhodobý (CD)

- nemocný bude plně edukovaný stomasestrou, jak ošetřovat stomii do 14 dnů
- nemocný půjde domů s vhodnými stomickými pomůckami na 1 měsíc při propuštění
- nemocný bude edukovaný o racionálním stravování pro do 14 dnů
- nemocný bude mít dostatek informací o možných komplikacích stomie a jejich řešení do 14 dnů

Naplánované intervence

- zajisti pravidelnou edukaci stomasestrou
- zjistí úroveň znalostí o problematice stomii
- posuď schopnost učit se, hledej individuální motivaci

- zjisti zájem nebo nezájem o edukaci
- posuď celkový stav, fyzické a psychické možnosti
- poskytuj informace, které mají vztah k situaci
- zajisti pomoc blízkých při edukaci
- zajisti vhodné edukační materiály
- zajisti edukaci nutričním specialistou
- zajisti vhodné prostředí pro edukaci
- podporuj aktivní přístup k edukaci

Realizace

- zajistila jsem denní aplikaci edukačního procesu stomasestrou
- předala jsem edukační materiály
- zajistila jsem opakovanou edukaci nutriční terapeutkou
- aktivně jsem motivovala zájem o soběstačnost
- zajistila jsem edukaci blízkých u stomasestry

Výsledná kritéria (VK)

- nemocný je soběstačný v ošetřování stomie do 14 dnů
- nemocný má dostatek edukačního materiálu do 2 dnů
- nemocný je edukovaný o racionálním stravování do 14 dnů
- nemocný má kontakt na stomasestru a její poradnu při propuštění
- zná základní komplikace stomie a jejich řešení do 14 dnů
- edukace a reedukace stomasestrou bude pokračovat ambulantně

Zhodnocení

Při propuštění byl nemocný plně edukovaný o ošetřování stomie, o racionálním stravování, má základní informace o možných komplikacích a má dostatečné množství vhodných stomických pomůcek. Krátkodobé i dlouhodobé cíle byly splněny.

Ošetrovatelská diagnóza číslo 2

Bolest akutní mírné intenzity lokalizovaná do okolí operační rány, nově založené kolostomie a perinea, z důvodu operačního výkonu, kterou pacient signalizuje verbálními i neverbálními projevy.

Definice: nepříjemný smyslový a emoční prožitek, způsobený skutečným nebo možným poškozením tkání nebo popisovaný v pojmech takového poškození (Mezinárodní asociace pro výzkum bolesti). Nástup je náhlý nebo pomalý, intenzita od mírné po závažnou, lze předvídat odeznění po době kratší než 6 měsíců.

Cíl krátkodobý (CK)

- nemocný bude znát příčinu bolesti do 3 hodin
- u nemocného dojde ke zmírnění bolesti na minimum do 4 hodin

Cíl dlouhodobý (CD)

- nemocný bude bez bolesti do 14 dnů

Naplánované intervence

- posuď možné příčiny bolesti
- ber v úvahu lokalizaci chirurgického zákroku
- posuď vnímavost pacienta, jeho chování a fyziologickou odpověď
- posuzuj bolest vždy znovu, kdykoliv se objeví
- sleduj neverbální projevy a akceptuj pacientovo líčení bolesti
- sleduj základní fyziologické funkce
- vezmi v úvahu i předchozí zkušenosti s bolestí
- usiluj společně s pacientem o prevenci bolesti
- pomocí stupnice 0 – 10 zhodnoť bolest
- pobízej pacienta k vyjádření pocitů souvisejících s bolestí

- postarej se o klidné prostředí
- podávej analgetika dle ordinace lékaře až do maximální dávky

Realizace

- lokalizovala jsem bolest a stanovila intenzitu
- aplikovala jsem analgetika dle ordinace lékaře
- sledovala jsem účinnost analgetik na verbálních a neverbálních projevech
- hodnotila jsem bolest na stupnici pravítka
- sledovala jsem, které pohyby vyvolávají bolest
- sledovala jsem základní fyziologické funkce
- edukovala jsem nemocného o úlevových polohách
- sledovala jsem psychický stav nemocného

Výsledná kritéria (VK)

- nemocný je plně informován o léčbě bolesti do 3 hodin
- nemocný zná úlevové polohy do 3 dnů
- nemocný bude klidně spát celou noc do 7 dní
- nemocný bude bez bolesti do 14 dnů po operaci
- nemocný nesignalizuje bolest a zaujímá normální polohu těla do 14 dnů
- nemocný bude bez aplikace analgetik do 14 dnů

Zhodnocení

Nemocný má dostatek informací o léčbě bolesti, o úlevových polohách, pravidelně mu jsou aplikována analgetika. 14 den po operaci je zcela bez bolesti. Cíle byly splněny.

Ošetrovatelská diagnóza číslo 3

Infekce, riziko vzniku z důvodu operační rány, nově založené kolostomie a zavedených vstupů (centrální žilní katétr, permanentní močový katétr, drény, epidurální katétr).

Definice: stav zvýšeného rizika invaze patogenních mikrobů do organismu.

Cíl krátkodobý (CK)

- nemocný nebude mít známky infekce do 48 hodin

Cíl dlouhodobý (CD)

- nemocný bude bez známek jakékoliv infekce do propuštění

Naplánované intervence

- sleduj rizikové faktory vedoucí k vzniku infekce
- dodržuj zásady sterility při manipulaci s invazivními vstupy
- sterilně převazuj invazivní vstupy a operační rány
- prováděj časnou dechovou rehabilitaci a mobilizaci nemocného
- sleduj základní fyziologické funkce
- edukuj o správném ošetřování kolostomie

Realizace

- pravidelně jsem kontrolovala invazivní vstupy, operační ránu a kolostomii
- s invazivními vstupy jsem manipulovala podle standardů naší nemocnice
- převazy jsem prováděla asepticky
- prováděla jsem pravidelnou dezinfekci rukou
- časně jsem mobilizovala nemocného a prováděla rehabilitaci

- pravidelně jsem sledovala základní fyziologické funkce nemocného
- edukovala jsem nemocného v ošetřování kolostomie

Výsledná kritéria (VK)

- nemocný neměl známky infekce ze zavedených invazivních vstupů po celou dobu zavedení
- nemocný neměl známky infekce operační rány a kolostomie do propuštění
- nemocný byl edukovaný v péči o operační ránu a kolostomii do propuštění
- nemocný byl při propuštění bez známek jakékoliv infekce

6 Edukace nemocného

Nemocný i jeho blízcí mají právo na edukaci od zdravotníků lékařů a nelékařů. Edukace je proces učení. Vhodnou formou, ve správnou dobu a pravdivě informovaný pacient je schopný relevantně spolurozhodovat o metodách léčby a přebrat za své rozhodnutí odpovědnost. Edukovat můžeme plánovaně nebo náhodně, jednorázově nebo opakovaně, teoreticky nebo prakticky, názorně. Metody edukace volíme s ohledem na celkový zdravotní i psychický stav.

První informace získává pacient již při vyšetření na ambulanci nebo při objednání k operaci. Lékař ho poučí o operačním výkonu a následné léčbě, sestra informuje o předoperační přípravě a následné ošetrovatelské péči. Na oddělení podává základní informace lékař, ale častěji o aktuálních intervencích edukuje sestra, protože je vykonává. Edukace má být jasná, srozumitelná, vždy konkrétní, stručná s ohledem na aktuální stav. Důležitá je edukace u výkonů nebo zákroků, které povedou k tělesné změně.

Edukační proces má svá pravidla a metody. Jako ošetrovatelský proces má také pět fází.

Fáze edukačního procesu

- sběr údajů a jejich analýza
- stanovení potřeby edukace
- plánování edukace
- realizace naplánované edukace
- zhodnocení a přehodnocení

V posledních letech se zavádí v některých nemocnicích nová specializace pro vzdělané a zkušené sestry v určitém oboru – edukační specialista. Je to odborník vzdělaný a komplexně informovaný o své specializaci, který zastřešuje určitou činnost. Provádí edukaci nemocných, jejich blízkých, zdravotníků nelékařů, ale i lékařů celé nemocnice. Edukuje na požádání zaměstnance firem, studenty a zdravotníky jiných zařízení.

6.1 Edukační proces

Cíl edukačního procesu

Cílem edukačního procesu je, aby byl nemocný soběstačný při ošetřování kolostomie a naučil prakticky vyměnit jednodílný a dvoudílný stomický systém.

Význam edukačního procesu

Nemocný a jeho blízcí mohou získat vyčerpávající teoretické informace ještě před operací a před založením stomie. Mají možnost nechat se edukovat opakovaně. Mohou provádět nácvik ošetřování na modelu u stomasestry a tím se částečně zbavit strachu. Praktickou zkušenost s kolostomií získává nemocný a jeho blízcí až po operaci. Stomasestra i nemocný mají jen několik dní na fixování praktické dovednosti a zručnosti. Hodně důležité je to u starších nemocných, kteří potřebují prodloužený čas na nové učení. Je důležité opakovat pravidelně praktickou výměnu pomůcek, aby nemocný fixoval celý postup.

Technika praktické edukace

Edukaci zajišťujeme ve vhodném klidném prostředí, kde může být zachovaná intimita nemocného. Praktický nácvik provádíme ve vhodně vybavené koupelně se zrcadlem pro ošetřování vstoje nebo vleže. Součástí má být lehátko a stolek pro přípravu pomůcek.

Postup při edukačním procesu

- představ se nemocnému
- vysvětlí mu význam a přínos spolupráce se stomasestrou
- vysvětlí mu průběh edukace - teoretická a praktická část
- domluv se s nemocným o edukaci blízkých
- ukaž nemocnému koupelnu a její vybavení
- předej nemocnému teoretické informace
- předej nemocnému edukační materiál

- ukaž nemocnému pomůcky všech firem
- domluv s nemocným rozvrh praktické edukace
- edukaci prováděj individuálně
- ber ohled na přání nemocného a jeho blízkých

Zhodnocení edukačního procesu

Edukační sestra provádí pravidelné vyhodnocování edukačního procesu ve spolupráci s nemocným. Plán byl splněný, splněný částečně nebo nesplněný. Plánují se nové edukační intervence a přehodnocuje se plán u nesplněných nebo jen částečně splněných. Při propuštění se plánuje ukončení nebo pokračování edukace v ambulantní sféře.

7 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská péče u pacienta po operaci tlustého střeva se založením terminální kolostomie proběhla podle stanoveného plánu péče. Naplánované intervence byly provedeny. Fyziologické funkce byly v normě. Pacient po operaci nezhubnul, výživu enterální sondou snesl dobře. Operační rána i perineum se zhojily per primam. Okolo invazivních vstupů a rány se neobjevily známky infekce. Pacient se aktivně podílel na celém ošetrovatelském a edukačním procesu. Po operaci na intenzivní péči prováděl samostatně hygienickou péči, aktivně rehabilitoval. Přestože ho rušilo přístrojové vybavení jednotky, měl stále dobrou náladu a se zdravotníky aktivně spolupracoval. Velice dobře rychle se naučil ošetřovat kolostomii, aby nepotřeboval pomoc od zdravotníků a rodiny. Nechal se komplexně edukovat stomasestrou. Pochopil možné komplikace a zná jejich řešení. Ví, že i doma musí hlídat průchodnost stomie. Po edukaci dietní sestrou se chce pokusit změnit některé zažití stravovací návyky. Do plánovaných změn zapojil manželku a dcery. Domů odcházel soběstačný a psychicky kompenzovaný. Má kontakt na stomasestru a proktologickou poradnu, zná termín pooperační kontroly, má stomické pomůcky na jeden měsíc a propouštěcí zprávu pro praktického lékaře.

Po celou dobu hospitalizace byla mezi nemocným a zdravotníky příznivá a tvůrčí atmosféra.

8 Prognóza

Prognóza nemocného se nedá přesně určit, ale podle operačního nálezu by měla být dobrá. Operační výkon byl radikální a metastatické postižení nebylo prokázáno. Nemocný bude pravidelně docházet na kontroly na onkologii v místě bydliště. Každé tři měsíce bude docházet do dispenzáře chirurga a podle svých potřeb bude docházet ke stomasestře. Pravidelně mu budou prováděna vyšetření podle sledovacího protokolu. Nemocný je o svém stavu plně informovaný.

9 Závěr

Karcinom tlustého střeva, jeho diagnostika a léčba jsou velkým problémem všech vyspělých států. Procento postižených jedinců každý rok narůstá a zasahuje i mladší věkové skupiny. Rychlá diagnostika v časném stádiu onemocnění umožňuje radikální řešení a vlastně vyléčení. Radikalitu operace může zlepšit předoperační radioterapie. Chirurgickou léčbu může doplňovat chemoterapie, radioterapie a v poslední době i cílená biologická léčba. U pokročilých stádií onemocnění je volbou paliativní léčba s ohledem na kvalitu života. Je potřeba stále rozšiřovat preventivní programy, informovat populaci. Odborná literatura potvrzuje se, že na vzniku karcinomu tlustého střeva podílí více faktorů současně. Nevylučuje se ani vliv genetické zátěže. Karcinom tlustého střeva je velkým zdravotním, sociálním a ekonomickým problémem.

Ve své práci jsem vypracovala kasuistiku nemocného po operaci kolorektálního karcinomu, kterému byla založena terminální kolostomie. Pacient absolvoval i s rodinou dlouhodobou předoperační přípravu u stomasestry, kde získal potřebné informace a navázal s ní bližší kontakt. Na operaci přišel vyrovnaný, neměl výkyvy nálad, aktivně spolupracoval na předoperační přípravě. Od prvního pooperačního dne aktivně rehabilitoval a měl zájem ošetřovat kolostomii. Pooperační průběh byl bez komplikací, rána se zhojila per primam a laboratorní vyšetření byla v normě. Byl bez bolesti a známek infekce. Edukace ošetřování kolostomie probíhala postupně teoreticky a prakticky podle stanoveného. Nemocný aktivně spolupracoval se stomasestrou. Přínosná byla i spolupráce s blízkými nemocného.

10 Seznam informačních zdrojů

10.1 Seznam literatury

1. Abrahams, P.; Druga, R.; Lidské tělo-atlas anatomie člověka; Ottovo nakladatelství; Praha 2003; ISBN 80-7181-955-7
2. Dienstbier, Z.; Stáhalová, V.; Onkologie pro laiky; Liga proti rakovině; Praha 2009; ISBN 978-80-86031-86-6
3. Doenges, E.,M.; Moorhouse, M., F.; Kapesní průvodce zdravotní sestry; Grada Publishing; Praha 2001; ISBN 80-247-0242-8
4. Elišková, M.; Naňka, O.; Přehled anatomie; Nakladatelství Karolinum; Univerzita Karlova v Praze 2006; ISBN 80-246-1216-X
5. Ferko, A.; Vobořil, Z.; Šmejkal, K.; Bedrna, J.; Chirurgie v kostce; Grada Publishing; Praha 2002; ISBN 80-247-0230-4
6. Hoch, J.; Leffler, J.; a kolektiv; Speciální chirurgie; MAXDORF; Praha 2003; ISBN 80-85912-06-6
7. Jablonská, M.; a kolektiv; Kolorrektální karcinom – časná diagnóza a prevence; Grada Publishing; Praha 2000; ISBN 80-7169-777-X
8. Kolektiv autorů; Vše o léčbě bolesti; Grada Publishing; Praha 2006; ISBN 80-247-1720-4
9. Marečková, J.; Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách; Grada Publishing; Praha 2006; ISBN 80-247-1399-3
10. Munzarová, M.; Eutanazie nebo paliativní péče?; Grada Publishing; Praha 2005, ISBN 80-247-1025-0
11. O'Connor, M.; Aranda, S.; Paliativní péče pro sestry všech oborů; Grada Publishing; Praha 2005; ISBN 80-247-1295-4
12. Otradovcová, I.; Kubátová, L.; Komplexní péče o pacienta se stomií; Galén; Praha 2006; Edice CARE-příloha periodika Florence; ISBN 80-7262-432-6
13. Prochotský, A.; Karcinóm hrubého čreva a konečníka; Litera Medica; Bratislava 2006; ISBN 80-967189-4-0
14. Richards, A.; Edwards, S.; Repetitorium zdravotní sestry; Grada Publishing, Praha 2004; ISBN 80-247-0932-5

15. Skalická, H.; a kolektiv; Předoperační vyšetření; Grada publishing; Praha 2007; ISBN 978-80-247-1079-2
16. Staňková, M.; Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi; Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví; Brno 2001; ISBN 80-7013-323-6
17. Špičák, J.; a kolektiv; Novinky v gastroenterologii a hematologii; Grada Publishing; Praha 2008; ISBN 978-80-247-1783-8
18. Válek, V.; Kala, Z.; Kiss, I.; a kolektiv; Maligní ložiskové procesy jater; Grada Publishing; Praha 2006; ISBN 80-247-0961-9
19. Velemínský, M.; a kolektiv; Klinická propedeutika; České Budějovice 2005; ISBN 80-7040-837-5
20. Vorlíček, J.; Abrahámová, J.; Vorlíčková, H.; a kolektiv; Klinická onkologie pro sestry; Grada Publishing; Praha 2006; ISBN 80-247-1716-6
21. Vysloužil, K.; Komplexní léčba nádorů rekta; Grada Publishing; Praha 2005; ISBN 80-247-0628-8
22. Zeman, M.; a kolektiv; Chirurgická propedeutika; Grada Publishing; Praha 2000; ISBN 80-7169-705-2

10.2 Internetové zdroje

1. www.chirurgie.seznam.cz
2. <http://www.novinky.cz/zena/zdravi/162533-onkolog-pavel-klener-biologicka-lecba-cilene-zasahuje-nadorove-bunky.html>
3. <http://www.novinky.cz/zena/zdravi/160433-cesku-patri-smutne-prvenstvi-v-rakovine-tlusteho-streva.html>
4. www.mou.cz/mou/upload/klinika.html

11 Seznam příloh

11.1 Harmonogram edukace stomika pověřeným zdravotníkem – nelékařem

11.2 Výměna jednodílného stomického systému pacientem

11.3 Výměna dvoudílného stomického systému pacientem

11.4 Výměna jednodílného stomického systému zdravotníkem - nelékařem

11.5 Výměna dvoudílného stomického systému zdravotníkem – nelékařem

Harmonogram edukace stoika pověřeným zdravotníkem - nelékařem

1.+2.+3. pooperační den (POD)

- použij stomické prostředky z pacientova košíčku
- odstraň nalepený sáček, očisti stomii a peristomální kůži
- zkontroluj stomii – velikost otoku, změna barvy střeva, krvácení
- aplikuj nový jednodílný, průhledný, výpustný sáček bez filtru na suchou kůži
- pacient se může, ale nemusí dívat, jak se výměna provádí

4. POD – standardní odd.

- odveď pacienta s košíčkem do vybavené koupelny pro stomiky, pokud to dovoluje jeho stav
- ukaž a vysvětli pacientovi pracovní postup výměny sáčku
pacient se pouze dívá a dotazuje
- připrav si pomůcky na stolek nebo poličku
 1. sáček na odpadky
 2. buničina nebo toaletní papír na otření stolice ze stomie
 3. čtverce netkané textilie
 4. čistící roztok
 5. vystřižený průhledný sáček podle velikosti stomie
- postav pacienta proti zrcadlu, aby se v něm dobře viděl
- postupně uvolni původní sáček a vyhoď ho do odpadkového sáčku
- toaletním papírem nebo buničinou otři střevo
- pacient se osprchuje vlažnou vodou, pokud chce
- na stomii může použít neparfémované mýdlo nebo mycí pěnu a opláchně se
- pacient po amputaci rekta si osprchuje i perineum alespoň 2 - 3x denně
- perineum nelepíme – používáme síťové kalhotky a sterilní vložky
- osušený pacient si obleče si spodní prádlo a postaví se proti zrcadlu

- navlhči čtverec netkané textilie čistícím roztokem a dočisti peristomální kůži, použitý čtverec vyhod'
- dalším čtvercem kůži osuš
- vezmi sáček a ukaž pacientovi, kterou stranou patří na tělo
- sejmi ochrannou fólii, přelož podložku na polovinu a nalep sáček na tělo
- sáček přitlač nejprve těsně okolo stomie a potom přitlač celou plochu podložky
- zkontroluj nalepení podložky, aby nepodtékala
- pacient si sáček přidrží asi 5-7 minut rukama – teplo zajistí nalepení
- zavaž odpadkový sáček a ukaž pacientovi, kam se vyhazuje
- **pracuj tak, aby pacient viděl celý postup v zrcadle a mohl ho fixovat**
- dej pacientovi informační letáky a brožurky
- odveď pacienta na lůžko, uklid' košíček
- proved' zápis do edukačního záznamu

5. POD

- opakuje se celý postup ze **4. POD**, ale více aktivní má být pacient
- pacient si připraví pomůcky, aby se naučil postup – viz 4. POD
- pacient se osprchuje, osuší a obleče
- sám si zkusí nalepit sáček, pokud se netrefí a sáček zničí, klidně ho nech připravit si nový
- aktivita pacienta je daná celkovým zdravotním a psychickým stavem
- dej pacientovi na odpoledne úkol – vystříhat určité množství sáčků, druhý den zkontroluj

6.+7. POD

- nech pacienta připravit si pomůcky a zkontroluj, zda je má správně
- nech ho odstranit si použitý sáček, osprchovat ho, osušit se a obléci
- postaví se proti zrcadlu a pracuje samostatně nebo jen se slovní dopomocí sestry
- sám si očistí břicho navlhčeným čtvercem, pak ho dalším osuší
- pacient si nalepí si průhledný sáček
- pacient s kolostomií používá nevýpustné sáček a mění si ho alespoň 2x denně i když není plný

- pacient s ileostomií používá výpustný sáček, mění si ho 1x denně, ale vypouští ho dle potřeby
- pacient s urostomií používá urostomický sáček, mění si ho 1x denně a vypouští dle potřeby

Další POD

- opakování celého postupu podle zdravotního a psychického stavu a potřeb pacienta
- postupně vyzkoušejte více typů stomických sáčků – všechny typy jsou v košíčku
- pacient si musí samostatně, bez pomoci sestry připravit potřebné pomůcky a vyměnit sáček
- před propuštěním musí být soběstačný v péči o stomii
- **edukuj podle individuálních potřeb a možností pacienta**
- **pokud není pacient schopen sebepéče, edukujeme někoho blízkého nebo zajistíme agenturu domácí péče nebo následné zařízení**
- **košíčky s nůžkami vydá ambulance č. 4**
- **firemní taštičky, stomické prostředky a poukazy před propuštěním vydá stomasestra nebo vrchní sestra – včas je informovat**

Výměna jednodílného stomického systému pacientem

- je vhodný v pooperačním období
- je diskrétní, snadno se nalepí i odstraní

Příprava pomůcek

- sáček na odpad
- zahnuté tupotupé nůžky
- toaletní papír – jemný nebo buničitá vata
- netkaná textilie Mesoft
- stomický čistící roztok, lotion, odstraňovač náplastí – lahvička, napuštěná rouška
- individuálně ochranný film, pudr, krém
- stomický sáček vystřižený na velikost a tvar stomie

Pracovní postup

- připravte si pomůcky
- podložku sáčku vystříhnete o 2-5 mm větší než je velikost stomie, otvor má kopírovat tvar stomie
- opatrně uvolněte použitý sáček, shora dolů a jemně otřete stomii buničitou vatou nebo jemným toaletním papírem
- omyjte nebo osprchujte stomii proudem vlažné vody a osušte
- čistící roztok naneste na čtverec netkané textilie a omyjte peristomální kůži – dočistěte si ji
- suchým čtvercem kůži osušte
- iritovanou kůži ošetřete individuálně podle návodu stomasestry - pudrem, ochranným filmem, pastou
- z podložky odstraňte krycí fólii a sáček si nalepte a lehce přitlačte nejprve okolo stomie a pak celou plochu podložky

- po nalepení sáček lehce přitlačujte k tělu rukama asi 5-7 minut
- zavažte sáček s použitým materiálem a vyhoďte ho, jako odpadky
- **kolostomický sáček** - nevýpustný se mění po naplnění do 2/3, nejčastěji 2x denně

prázdný sáček může zůstat nalepený i 48 hod

pojišťovna hradí 2 sáčky na den

- **ileostomický sáček** - výpustný se mění po 24-48 hodinách

vypouští se každé 2-3 hodiny

je vhodné používat zahušťovací tabletu Ileogel,

kterou

vhazujete do sáčku

Výměna dvoudílného stomického systému pacientem

- je vhodný u nemocných delší dobu po operaci, kterým nevadí tlak na břišní stěnu
- je vhodný pro pacienty s iritovaným okolím stomie, které je potřeba hojit
- je vhodný pro nesoběstatečné pacienty

Příprava pomůcek

- sáček na odpad
- tupotupé nůžky
- vystřiženou podložku podle tvaru a velikosti stomie
- otvor podložky vystříhnout o 3-5 mm větší
- sáček stejné velikosti jako podložka
- buničitou vatu nebo jemný toaletní papír
- netkaná textilie Mesoft
- ochranný film
- individuálně pastu lepicí 60g, pastu nelepicí 30g, pudr, krém
- přídržný pásek pokud ho používáte

Pracovní postup

- vystříhnete si podložku podle velikosti a tvaru stomie a okraje zahladíte mezi prsty
- připravte si sáček stejné velikosti - vypustný sáček uzavřete sponou nebo suchým zipem
- u ileostomie vhodíte do sáčku ½ tablety Ileogelu nebo jiného zahušťovadla stolice

- opatrně a pomalu uvolněte celý použitý systém od kůže a vyhod'te ho do sáčku
na
odpadky
- stomii osprchujte nebo omyjte vlažnou vodou a osušte
- naneste si čistící roztok na čtverec mesoftu nebo použijte již napuštěnou roušku
a dočistěte peristomální kůži, odstraní se zbytky použité podložky, nečistot a
kůže se
odmastí
- kůži osušte
- iritovanou kůži ošetřete dle stavu a informací stomasestry - pudr, film, rouška,
pasta
- na kůži okolo stomie naneste ochranný film a minutu počkejte až zaschne
- mezitím nahřejte podložku (fénem, na topení, mezi rukama, v podpaží), sejměte
ochranou folii a podložku přiložte na kůži
- nejprve přitlačte podložku těsně u stomie a pak po celém obvodu
- nasad'te sáček a jemně ho přitlačte přes přírubový kroužek, zkontrolujte těsnost
spojení po celém obvodu
- systém zajistěte přídržným páskem pokud je třeba
- položte si obě ruce na stomický systém a 10 minut ho zahřívejte a lehce
přitlačujte
k tělu
- **podložku** měňte po 3 - 5 dnech, maximálně ji můžete ponechat 7 dní
- **výpustný sáček** měňte za 24 - 48 hodin, průběžně ho vypouštějte
- **nevýpustný sáček** měňte je-li naplněný do 2/3 - pojišť'ovna hradí 2 ks na den

Výměna jednodílného stomického systému zdravotníkem - nelékařem

Jednodílný stomický systém je vhodný a šetrný v pooperačním období, je diskrétní a je vhodný pro všechny typy stomií

- výměna pomůcky vždy v diskrétním prostředí, zachovávejte intimitu pacienta – nejvhodnější je koupelna s lehátkem
- při výměně na pokoji použijte zástěnu
- individuální, citlivý přístup
- vysvětlete výkon a pracovní postup

Příprava pomůcek na stolek

- sáček na odpad
- vystřižený stomický sáček podle velikosti stomie
- zahnuté tupotupé nůžky
- nesterilní rukavice
- buničina
- čtverce z netkané textilie
- vhodný stomický čistící roztok, lotion, odstraňovač náplastí, odstraňovač lepu
- ochranný film, pastu, pudr, krém podle individuální potřeby

Pracovní postup

- připravte si potřebné pomůcky
- podložku sáčku vystříhnete o 2-5 mm větší než je velikost stomie, otvor musí kopírovat tvar stomie
- nasad'te si nesterilní rukavice

- opatrně uvolněte použitý sáček - shora dolů a jemně očistěte stomii buničitou vatou
- omyjete stomii nebo osprchujte proudem vlažné vody a osušte
- kůži omyjte čistícím roztokem, který naneste na čtverec netkané textilie nebo použijte jednorázové již napuštěné roušky
- kůži osušte suchým čtvercem netkané textilie
- iritovanou kůži ošetřete individuálně podle potřeby - pudrem, ochranným filmem, pastou
- z podložky odstraňte krycí fólii a sáček nalepte
- přitlačte nejprve těsně okolo stomie a pak celou plochu podložky
- pacient si po nalepení sáček lehce přitlačuje k tělu rukama asi 5-7 minut
- zkontrolujte, zda sáček pevně přilnul k tělu
- zavázaný sáček s odpadem vyhoďte do infekčního odpadu
- proveďte zápis do dokumentace

- **kolostomický sáček** - nevýpustný se mění po naplnění do 2/3, nejčastěji 2x denně
- **ileostomický sáček** - výpustný se mění po 24-48 hodinách
vypouští se každé 2-3 hodiny
používat zahušťovací tabletu Ileogel – vhazuje se do

sáčku

Výměna dvoudílného stomického systému zdravotníkem - nelékařem

Dvoudílný stomický systém je vhodný po operaci u nemocných iritovanou peristomální kůží, kterou je potřeba hojit, u nemocných delší dobu po operaci, kterým nevadí tlak na břišní stěnu a u nesoběstačných pacientů

- výměna pomůcky vždy v diskrétním prostředí, zachovávejte intimitu pacienta – nejvhodnější je koupelna s lehátkem
- při výměně na pokoji použijte zástěnu
- individuální, citlivý přístup
- vysvětlete výkon a pracovní postup

Příprava pomůcek na stolek

- sáček na odpad
- nesterilní rukavice
- tupotupé nůžky
- podložku vystřiženou podle tvaru stomie, otvor vystříhnout o 3-5 mm větší
- sáček stejné firmy a velikosti jako podložka
- buničina
- čtverce z netkané textilie
- ochranný film
- pastu lepicí 60g, pastu nelepící 30g, pudr, Ileogel..... podle individuální potřeby
- přídržný stomický pásek

Pracovní postup

- připravte si vhodné pomůcky
- zkontrolujte, aby sáček a podložka byly stejné velikosti a od stejné firmy

- vystříhnete podložku podle velikosti a tvaru stomie a okraje zahladíte mezi prsty
 - připravte sáček stejné velikosti - výpustný sáček uzavřete sponou nebo suchým zipem
 - u pacientů s ileostomií vložte do sáčku ½ tablety Ileogelu
 - nasadíte si nesterilní rukavice
 - opatrně a pomalu uvolníte celý systém od kůže a stomii otřete buničinou
 - stomii osprchujte nebo omyjte vlažnou vodou a osušte
 - naneste čistící roztok na čtverec netkané textilie a omyjte peristomální kůži – šetrně odstraní zbytky použité podložky nebo pasty
 - čistou kůži osušte čtvercem netkané textilie
 - iritovanou kůži ošetřete dle stavu - pudr, film, rouška, pasta
 - na suchou peristomální kůži naneste jednorázový ochranný film a minutu počkejte než zaschne
 - mezitím nahřejte podložku (fénem, na topení), sejměte ochranou fólii a přiložte
 - přitlačte podložku těsně u stomie a pak po celém obvodu
 - nasadíte sáček a jemně ho přitlačte přes přírubový kroužek - zkontroluje těsnost spojení po celém obvodu
 - zajistíte systém přídržným stomickým páskem
 - pacient položí ruce na stomický systém a 10 – 15 minut ho lehce přitlačuje k tělu
 - zavázaný sáček s odpadem vyhodíte do infekčního odpadu
 - provedíte zápis do dokumentace
-
- **podložku** měňte ihned při podtékání, pokud drží můžete ji ponechat 5 až maximálně 7 dní
 - **výpustný sáček** měňte za 24 - 48 hodin, průběžně ho vypouštějte (každé 2 -3 hodiny)
 - můžete použít zahušťovací tabletu Ileogel – vhazuje se do sáčku
 - **nevýpustný sáček** měňte, když je naplněný do 2/3