

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S DIAGNÓZOU KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM –  
POOPERAČNÍ PÉČE**

Bakalářská práce

DENISA ULLRICHOVÁ

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

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Pohlová

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

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.

V Praze 31. března 2009

.....

Denisa Ullrichová

## **Abstrakt**

ULLRICHOVÁ, Denisa. *Ošetrovatelský proces u pacienta s diagnózou kolorektální karcinom- pooperační péče*. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.. Bakalář všeobecná sestra. Školitel: Mgr. Zuzana Pohlová.

Hlavním tématem bakalářské práce je informovat širokou veřejnost o onemocnění kolorektálního karcinomu. Teoretická část práce obsahuje anatomii střeva, rizikové skupiny, klinický obraz, průběh, komplikace, prognózu, diagnostiku onemocnění, pooperační péči i s možnými komplikacemi, komplikace a následnou léčbu. Praktická část popisuje ošetrovatelskou péči o pacienta s diagnózou kolorektálního karcinomu prostřednictvím ošetrovatelského procesu a jeho jednotlivých fází, za využití ošetrovatelského modelu V. Hendersonové. Závěr je zaměřen na edukaci pacienta.

Klíčová slova: Ošetrovatelská péče. Pacient. Kolorektální karcinom. Ošetrovatelský proces. Perioperační péče.

## **Abstract**

ULLRICHOVÁ, Denisa. *Nursing Process for a Patient with Diagnosis of Colorectal Carcinoma – Post-surgical Care*. Prague, 2009. Bachelor work. Bachelor degree: General Nurse, College for Nurses, o.p.s.. Tutor: Mgr. Zuzana Pohlová.

The topic of my bachelor work is to inform general public about colorectal carcinoma. The theoretical part contains anatomy of the intestines, risk groups, clinical pictures, duration, complications, prognosis, diagnosis, post-surgical care, potential complications and treatment. The practical part describes nursing care of a patient with diagnosis of colorectal carcinoma by means of nursing process and particular phases and applies also V. Henderson's model. The conclusion is aimed at education for a patient.

Key words: Nursing Care, Patient, Colorectal Carcinoma, Nursing Process, Peri-surgical Care.

## **Předmluva**

Zdraví je pro každého člověka velmi důležité. V mnoha publikacích najdeme jak si zdraví chránit a preventivně bojovat proti různým nemocem.

Téma práce vznikla se snahou zaměřit se na dané onemocnění a osvětlit jej. Je důležité, aby veřejnost měla o tomto onemocnění stále více informací, jelikož je nejčastější příčinou úmrtností v České republice. Choroba patří mezi civilizační onemocnění a její vznik ovlivňuje řada rizikových faktorů, kdy velmi významnou preventivní složku hraje především informovanost nejen zdravotníků, ale i co nejširší veřejnosti.

Výběr tématu práce byl ovlivněn absolvováním klinických cvičení na oddělení interní kliniky v Praze. Materiály jsem čerpala z knižních a časopisových publikací.

Práce je určena nejen studentům nelékařských oborů, kteří zde mohou najít potřebné informace k dalšímu studiu, ale i laické veřejnosti, které poskytuje informace především preventivního charakteru.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce Mgr. Zuzaně Pohlové, za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracování bakalářské práce.

## OBSAH

Úvod .....	8
<b>1 Teoretická část .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Fyziologie .....</b>	<b>9</b>
<b>1.2 Rizikové skupiny .....</b>	<b>9</b>
<b>1.3 Klinický obraz .....</b>	<b>11</b>
<b>1.4 Průběh, komplikace .....</b>	<b>11</b>
<b>1.5 Vyšetřovací metody u kolorektálního karcinomu.....</b>	<b>12</b>
1.5.1 Fyzikální vyšetření.....	12
1.5.2 Endoskopie .....	12
1.5.3 Radiodiagnostika .....	13
1.5.4 Ultrasonografie (US).....	14
1.5.5 Výpočetní tomografie (CT) .....	14
1.5.6 Vyšetření stolice .....	15
<b>1.6 Perioperační péče .....</b>	<b>15</b>
1.6.1 Povinnosti sestry v perioperační péči.....	15
1.6.2 Parenterální a enterální výživa.....	16
<b>1.7 Pooperační komplikace .....</b>	<b>17</b>
1.7.1 Respirační pooperační komplikace .....	17
1.7.2 Pooperační kardiální komplikace.....	18
1.7.3 Trombembolické pooperační komplikace .....	18
1.7.4 Poruchy funkce močového systému.....	19
1.7.5 Poruchy funkce jater .....	20
1.7.6 Poruchy funkce trávicího ústrojí.....	20
<b>1.8 Léčba .....</b>	<b>20</b>
1.8.1 Chirurgická léčba .....	20
1.8.2 Radioterapie .....	22
1.8.3 Chemoterapie .....	23
<b>1.9 Prognóza .....</b>	<b>23</b>
<b>2 Praktická část–posouzení stavu klienta .....</b>	<b>25</b>
<b>2.1 Identifikační údaje .....</b>	<b>25</b>

<b>2.2 Výtah z lékařské dokumentace .....</b>	<b>25</b>
<b>2.2.1 Lékařská anamnéza .....</b>	<b>25</b>
<b>2.2.2 Stav při přijetí .....</b>	<b>26</b>
<b>2.2.3 Závěr při příjmu .....</b>	<b>27</b>
<b>2.2.4 Vyšetření .....</b>	<b>28</b>
<b>2.3 Terapie .....</b>	<b>30</b>
<b>2.3.1 Chirurgická léčba .....</b>	<b>30</b>
<b>2.3.2 Konzervativní léčba .....</b>	<b>30</b>
<b>2.3.3 Fyzikální vyšetření sestrou.....</b>	<b>30</b>
<b>2.4 Posouzení stavu pacienta dle modelu Hendersonové (8.12.08).....</b>	<b>32</b>
<b>2.4.1 Anamnéza .....</b>	<b>32</b>
<b>2.5 Ošetrovatelské diagnózy .....</b>	<b>36</b>
<b>2.5.1 Tělesné tekutiny, nerovnováha .....</b>	<b>37</b>
<b>2.5.2 Inkontinence moči stresová.....</b>	<b>38</b>
<b>2.5.3 Porušený spánek .....</b>	<b>39</b>
<b>2.5.4 Péče o sebe sama nedostatečná .....</b>	<b>40</b>
<b>2.5.5 Výživa porušená, nedostatečná.....</b>	<b>40</b>
<b>2.5.6 Infekce, riziko vzniku z důvodu invazivních vstupů .....</b>	<b>41</b>
<b>2.5.7 Poranění, zvýšené riziko z důvodu celkového stavu .....</b>	<b>42</b>
<b>2.6 Edukace nemocného .....</b>	<b>43</b>
<b>2.7 Hodnocení ošetrovatelské péče .....</b>	<b>46</b>
<b>2.8 Prognóza nemocného .....</b>	<b>46</b>
<b>Závěr .....</b>	<b>47</b>
<b>Seznam literatury.....</b>	<b>48</b>
<b>Seznam zkratk .....</b>	<b>49</b>
<b>Seznam příloh.....</b>	<b>50</b>

## Úvod

Téma bakalářské práce ošetrovatelská péče u pacienta s diagnózou kolorektální karcinom – pooperační péče jsem si vybrala proto, že toto onemocnění se řadí na přední příčky žebříčku nejčastějšího nádoru postihující občany České republiky. Stále častěji se diagnostikuje toto onemocnění u mladých lidí. V teoretické části se zabývám fyziologií střeva, poté se věnuji nejrizikovějším skupinám, kterým hrozí při nevhodném životním stylu diagnostika karcinomu. Důležitým článkem je klinika onemocnění a včasná diagnostika, kde se podrobně zaměřuji na jednotlivá vyšetření z pohledu lékařské a ošetrovatelské péče. V neposlední řadě poukazuji na perioperační péči, která je velmi důležitá z pohledu lékaře, aby nedošlo k pooperačním komplikacím. Uvádím zde nejčastější pooperační komplikace vůbec. V praktické části se věnuji konkrétním problémům pacientky, které byl diagnostikován karcinom rekta. Podstatnou složkou mé práce je přesně vystihnout potřeby pacientky během pobytu v nemocnici a součástí je i edukační proces, kde informuji pacientku o přípravě před kolonoskopií.

Cílem mé práce je seznámit širokou veřejnost s problematikou kolorektálního karcinomu jak v teorii, tak praxi.



# 1 Teoretická část

## 1.1 Fyziologie

Tlusté střevo dospělého člověka měří asi 150 cm a dělí se na dvě části, tračník a konečník. Na tračníku je popisováno slepé střevo (apendix), část vzestupná (colon ascendens), sestupná část (colon descendens) a esovitá klička (sigmoideum). Hlavní funkcí tlustého střeva je konečná fáze trávení a vyloučení zbytků. Hlavní funkcí tračníku je hybnost a absorpce tekutin, které jsou v jednotlivých jeho úsecích takto zastoupeny:

- Cecum a colon ascendens plní funkci rezervoáru, střevní obsah zde koluje pomocí antiperistaltiky a zároveň se zahušťuje.

- V příčném tračníku dochází ke vstřebávání vody a elektrolytů, střevní obsah dále houstne.

- Colon descendens plní funkci uskladňovací, dochází zde k hromadění stolice až do doby předcházející defekace.

- Rektosigmoideum slouží jako rezervní prostor a orgán uskutečňující vyprázdnění.

Tlusté střevo není pro nás životně nezbytné. Je-li třeba nutno defekaci nahradit jiným způsobem, například vhodným vakem, je možné celé tlusté střevo vyjmout bez život ohrožujících následků (Mařatka et al., 1 999, s. 227).

Konečník (rektum) je konečná část tlustého střeva. Je popisována od sigmatu až k řitnímu otvoru. Skládá se z části řitní (anální) a z části pánevní. Oboje se pak nazývá anorektální oblast. Oblast řitní je ektodermálního původu. Má velmi citlivou somatickou inervaci, která způsobuje, že malé poruchy vyvolávají velké obtíže. Oblast konečnicková je entodermální, má inervaci viscerální, což způsobuje necitlivost na bolestivé podněty (Mařatka et al., 1 999, s. 315).

## 1.2 Rizikové skupiny

Riziko kolorektálního karcinomu patří k hlavním faktorům, které rozhodují jak o typu prevence u asymptomatických jedinců, tak o bezprostředním řešení problémů u symptomatických pacientů. V klinické praxi jsou rizikové skupiny velmi důležité,

protože mezi nimi se může často vyskytovat asymptomatický kolorektální karcinom, a proto má jejich detekce a sledování prognostický význam (Jabloňská et al., 2 000, s. 184, 186).

Po 50. roce života jedince se výskyt kolorektálního karcinomu v civilizovaných zemích exponenciálně zvyšuje. U jedinců s kolorektálním karcinomem mladších než 40-45 let je nutno vždy pátrat po genetických faktorech (Jabloňská et al., 2 000, s. 186).

Za rizikové faktory jsou pokládány klinické příznaky budící podezření na kolorektální karcinom a pozitivní test na okultní krvácení. Je pravděpodobné, že fyziologický náález totální kolonoskopie za nepřítomnosti rizikového faktoru chrání před vznikem kolorektálního karcinomu po dobu 5-10 let (Jabloňská et. al., 2 000, s. 186).

Je-li riziko vyjádřeno jako absolutní, znamená to, že jde o riziko daného onemocnění, které je ekvivalentem incidence diagnostikovaných případů v určité populaci během určitého období. Např. u populace 100 000 osob se vznikem kolorektálního karcinomu je u 100 mužů a žen během pěti let riziko kolorektálního karcinomu pro každého člena této populace asi 1% (Jabloňská et al., 2 000, s. 186).

Základem účinné preventivní strategie je identifikace osob se zvýšeným rizikem a jejich odlišení od osob s průměrným rizikem. Jakékoliv klinické příznaky, které vzbuzují podezření na možnost nádoru rekta, vyžadují totální kolonoskopii. Oproti tomu jde-li o jedince s rizikovým faktorem mimo věkový, rovněž asymptomatického, i v případě negativního testu na okultní krvácení, je pacient indikován k totální kolonoskopii a v případě negativního výsledku další periodické kolonoskopické sledování (Jabloňská et al., 2 000, s. 184).

Relativní riziko je definováno jako pravděpodobnost, že se u jednoho člověka ze skupiny osob s danou charakteristikou nebo daným faktorem expozice dojde ke vzniku nádoru dělenému pravděpodobností karcinomu pro stejnou skupinu, která nemá tuto charakteristiku ani daný faktor (Jabloňská et al., 2 000, s. 186).

Celoživotní riziko je kumulativní hodnota, která se zakládá na riziku u dané populace v průběhu sukcesivních velkých časových rozmezí (Jabloňská et al., 2 000, s. 187).

### 1.3 Klinický obraz

Symptomatologie závisí na lokalizaci daného nádoru

- a) **Karcinom pravé části tračníku** (cekum, colon ascendens, jaterní ohbí). Průměr střeva je zde značně široký, střevní obsah příliš řídký, nejsou tedy podmínky pro obstrukci a větší dráždění, dochází zde však ke značné možnosti resorpce toxických produktů nádoru. Projevuje se anémií, hubnutím, subfebriliemi, v pokročilejší době může být nádor hmatný.
- b) **Karcinom levé části tračníku** (slezinné ohbí, colon descendens, sigmoideum). Lumen střeva je úzký, střevní obsah hustý, nádory často infiltrují. Jsou tedy podmínky pro vznik obstrukce, která se projeví buď střídáním zácpy a průjmu, břišními kolikami nebo kritickým ileózním stavem. Celkový stav nemocného bývá dobrý.
- c) **Karcinom konečníku**. Projevuje se nutkáním na stolicí (tenesmy) následované defekací krvavého hleny (rektální syndrom). Častým příznakem je makroskopický výskyt čerstvé krve ve stolici. Může se často objevit syndrom falešného přítele - odchod stolice v době, kdy nemocný má pocit odchodu plynu (Blaha et al., 1 999, s. 106).

### 1.4 Průběh, komplikace

Kolorektální karcinom může často probíhat asymptomaticky, což často značně zhorší diagnostiku a následnou léčbu. Prognóza u těchto nádorů je ze všech gastrointestinálních nádorů nejpříznivější. Nádory metastazují nejčastěji do jater a do regionálních uzlin. Mezi nejčastější komplikace řadíme:

- a) Krvácení

Makroskopický nebo mikroskopický nález čerstvé krve ve stolici, což může vést k následné anémii.

- b) Ileus

Náhle vzniklý ileus může být projevem prvního příznaku nádoru, onemocnění má poté velmi špatnou prognózu.

- c) Perforace

Tato komplikace je velice vzácná může být vedena obrazem akutní peritonitidy.

- d) Penetrace

Projeví se hmatnou rezistencí – perikolickou infiltrací, která je většinou lokalizována v pravém tračníku.

e) Metastázy do vzdálených orgánů

Většinou jsou zasaženy játra, plíce, vaječníky a peritoneum.

f) Metastázy do mízních uzlin

Příznaky jsou většinou klinicky němé.

Doba obtíží nebývá úměrná prognóze onemocnění, která je dána operací a histologií (Blaha et al., 1 999, s.106, Mařatka et al., 1 999, s. 296).

## **1.5 Vyšetřovací metody u kolorektálního karcinomu**

### **1.5.1 Fyzikální vyšetření**

Nádory tračníku jsou vzácně hmatné, nejvíce v pravé jámě kyčelní. Dále jsou možné nahmatat v pupku a hepatomegalie jsou špatné prognózy.

Další možné vyšetření je vyšetření per rectum. Pokud je nález pozitivní, je hmatný, tuhý polypoidní nebo exulcerovaný útvar. Nepohyblivost nádoru znamená špatnou operační vyhlídku. Jen asi 10% všech kolorektálních karcinomů jsou v dosahu při digitálním vyšetření a jen 30-60% nádorů rekta je hmatných.

Vyšetření per rectum se provádí na zádech s nohama přitaženýma k břichu (Mařatka et al., 1 999, s. 297). Vyšetření nevyžaduje žádnou speciální přípravu.

### **1.5.2 Endoskopie**

V endoskopii se používají tři druhy přístrojů: rigidní rektoskop, koloskop, flexibilní sigmoideoskop. Endoskopické vyšetření není pro nemocné společensky a esteticky příjemné a proto ho neradi opakují (Mařatka et al., 1 999, s. 297).

### **1.5.2.1 Rektoskopie**

Provádí se pomocí kovové trubice s optikou. Touto metodou je možno prokázat 35 až 45% nádorů. Výhodou je možnost vyšetření bez přípravy. Bioptické klíšťky, které jsou umístěny na endoskopu jsou dostatečně velké a umožní odstranit větší obsah bioptického materiálu (Mařatka et al., 1 999, s. 297).

Ošetrovatelská péče o nemocného není nijak zvlášť důležitá. Je třeba jen kontrolovat celkový stav pacienta.

### **1.5.2.2 Koloskopie**

Při podezření na kolorektální karcinom je toto vyšetření považováno za prioritní především pro absenci radiace, možnost biopsie. Další výhodou je možnost odstranění polypů k bioptickému vyšetření. Toto vyšetření vyžaduje důkladné vyprázdnění střeva.

Nedostatečně vyprázdněné střevo nedovolí kvalitně provést vyšetření, neboť je možné přehlédnutí léze a značné stoupá riziko poranění. Kolonoskopické vyšetření nelze provést při anatomické variabilitě tračníku nebo i při nedostatečných zkušenostech vyšetřujícího. Rovněž stenóza tračníku znemožní vyšetření. Špatná snášelnost výkonu je zapříčiněna silnou alogickou reakcí nemocného, kterou lze překlenout analgosedací za kontroly saturace (Mařatka et al., 1 999, s. 297).

Z hlediska ošetrovatelské péče je důležité, aby sestra dohlídla na důkladné vyprázdnění střeva před vyšetřením. Pacientovi je potřeba zavést kanylu pro aplikaci injekčních léků, pro utlumení organismu. Po vyšetření je nutná kontrola fyziologických funkcí a celkového stavu pacienta.

### **1.5.3 Radiodiagnostika**

Vyšetření se také nazývá vyšetření irigoskopické. Provádí se dnes především při nemožnosti provést koloskopii. Pacient musí před vyšetřením požit baryový nálev, který se později zobrazí pod rentgenovým zářením (Mařatka et al., 1 999, s. 298).

Bolestivost či nepříjemné pocity souvisí s celkovou citlivostí pacienta. Tento způsob vyšetření je náročný na čas, protože dva dny před vyšetřením je třeba dodržovat bezezbytkovou dietu, bohatou na tekutiny a brát projímadla k dokonalému vyčištění

střev. Před začátkem vyšetření se podávají spasmolytika, aby došlo k uvolnění tlustého střeva. Po vyšetření je nutné sledování celkového stavu pacienta a postupné zatěžování stravou.

#### **1.5.4 Ultrasonografie (US)**

Abdominální ultrasonografie je významná v předoperační detekci jaterních metastáz. Dále je vhodná pro detekci zvětšených retroperitoneálních uzlin a ovariálních metastáz. V některých případech lze aplikovat metodu hydrosonografie, která umožní diagnostikovat střevní nádorové procesy zevní sonografií po předchozím naplnění střeva vodou (Mařatka et al., 1 999, s. 298).

Ošetrovatelská péče o pacienta po vyšetření není nutná.

##### **1.5.4.1 Endoskopická ultrasonografie (EUS)**

Je významná ke stanovení hloubky penetrace karcinomu do stěny tlustého střeva a okolních struktur včetně regionálních uzlin. Přesnost stanovení rozsahu nádoru se pohybuje kolem 80% úspěšnost metod závisí na možnosti dostatečného přístupu k pozorovanému útvaru (Mařatka et al., 1 999, s. 298).

Z hlediska ošetrovatelské péče je nutné, aby sestra zajistila celkový klid pacienta v příštích 24 hodinách po vyšetření. Po podání analgosedace je nutné pacienta poučit, aby lačnil, nesmí řídit motorová vozidla, nesmí pít alkoholické nápoje a vykonávat činnost vyžadující zvýšenou pozornost.

#### **1.5.5 Výpočetní tomografie (CT)**

Význam tkví v detekci šíření nádoru per continuitatem a dále v diagnostice vzdálených metastatických ložisek v játrech a retroperitoneálních uzlinách. Je významná při plánování operace u karcinomu rekta, zvláště v souvislosti s uvažovaným ozářením, po němž je řada nádoru operabilních. Pro operační sledování je vhodné pro detekci metastáz do křížové kosti po operaci nádoru rekta (Mařatka et al., 1 999, s. 299).

V rámci ošetrovatelské péče sestra dohlíží na invazivní vstupy a celkový stav pacienta, po podání kontrastní látky.

### **1.5.6 Vyšetření stolice**

Dnes se využívá vyšetření stolice na okultní krvácení. Test je určen pro bezpříznakové jedince a je pozitivní asi u 3% testovaných. Provádí se ze tří po sobě následujících stolic. O testu informuje pacienty praktický lékař. Ten také pacienta informuje o vyšetřovacím postupu a následné léčbě v případě positivity testu. Pokud je test pozitivní, odhalí krev ve stolici, mělo by následovat endoskopické vyšetření k potvrzení nádorového onemocnění (Mařatka et al., 1 999, s. 296).

## **1.6 Perioperační péče**

Po ukončení operace zůstává pacient pod stálým dohledem, dokud nemá stabilizovaný oběh, dostatečně spontánní dýchání a nejsou u něj patrné obranné reflexy – schopnost kašlat a polykat.

Část nemocných je po rozsáhlém, delší dobu trvajícím výkonu zaintubována a převezena z operačního sálu na oddělení intenzivní péče nebo na anesteziologicko-resuscitační oddělení, pokud je dále po operaci nutné pokračovat v umělé plicní ventilaci ( Vyhnánek et al., 1 997, s.161).

### **1.6.1 Povinnosti sestry v perioperační péči**

Sestra převezme péči o pacienta spolu s kontrolou operačního nálezu a ordinací od anesteziologa a operatéře. Tyto ordinace většinou obsahují pokyny:

- o intervalech měření krevního tlaku, pulsu, dechu, teploty, sledování stavu vědomí a měření příjmu a výdeje tekutin,
- pro aplikaci léků, které tlumí bolest,
- pro pooperační podání dalších léků – antibiotik a infuzních roztoků
- k ošetření drénů, katétrů a sond – včetně jejich odsávání nebo vyplachování,
- k pooperačnímu laboratornímu vyšetření – krevní obraz, mineralogram, jaterní testy, nebílkovinný dusík a k dalším vyšetřením – rentgenologickému vyšetření plic, elektrokardiogram a interní vyšetření.

Vše je nutné zapsat do dekurzu. Sestra uvedené hodnoty, obzvláště pak hodnoty vitálních funkcí, jako je krevní tlak, počet dechů, puls a stav vědomí, zapíše do dekurzu a uvede i čas, kdy tato měření provedla.

Důležitá je i kontrola obvazu. Zásadní pooperační ošetrovatelská péče kontrola obvazu, zda neprosakuje krví nebo jinou tekutinou. Sestra ihned hlásí každou změnu lékaři.

Součástí pooperační péče je také zajištění časně pooperační mobilizace pacienta, a to podle stavu pacienta. Časná mobilizace je základním preventivním opatřením, bránícím vzniku časných pooperačních komplikací, a to zánětlivým plicním komplikacím, trombóze žil dolních končetin a vzniku dekubitů ( Vyhnánek et al., 1 997, s.161).

### **1.6.2 Parenterální a enterální výživa**

Pooperační katabolismus je u pacienta ovlivněn doplněním živin, a to buď parenterálně – podáním roztoků do žilního systému, nebo enterálně – podáním živin pomocí sondy do žaludku nebo tenkého střeva.

Parenterální výživa - „All in One“ je zajištění připravenými roztoky, které obsahují aminokyseliny – zdroj bílkovin, cukrů a tuků, minerálů, nezbytného množství vody a stopových prvků. Obsah vaku je podáván v kontinuální infúzi a dávka je díky infúzní pumpy rozdělen až na 16 hodin. Optimální parenterální výživa obsahuje asi 2 000 kcal v objemu 2 500 až 3 000 ml. Aby bylo možno zajistit optimální složení živin, je nutné u pacienta sledovat denní stav příjmu a výdeje tekutin, minerálů, dusíku i energie.

Enterální výživou rozumíme podání živin do trávicí trubice. Její hlavní výhodou je fyziologické podání živin, a tím, i jejich lepší využití. Vedle toho zabraňuje vzniku atrofie sliznice trávicí trubice a zamezuje vzniku komplikací parenterální výživy. Mezi tyto komplikace řadíme některé metabolické změny a trombotické a infekční komplikace v souvislosti s centrálním žilním katetrem. Pokud bude obnovena činnost trávicí trubice, je enterální výživa indikována v časném pórakovém i pooperačním období. Lze ji aplikovat do zavedené žaludeční sondy nebo do stomického katetru zavedeného do horní části tenkého střeva. Enterální výživa musí:

- obsahovat všechny živiny,
- mít přiměřený objem,
- být snadno stravitelné a vstřebatelné,
- mít stabilní složení,
- být snadno připravovatelná.



Přípravky určené k enterální výživě obsahují polypeptidy, neboli oligopeptidy – zdroj bílkovin, škroby a tuky a zdroj energie. Roztoky určené k enterální výživě jsou buď připraveny přímo od výrobce, nebo před podáním sestra zředí výživu dodanou v práškové formě. Enterální výživa je podávána do sondy stříkačkou nebo kontinuálně pomocí enterální pumpy ( Vyhnánek et al., 1 997, s.164).

## 1.7 Pooperační komplikace

Pooperační komplikace jsou problémy, které narušují běžný pooperační průběh a jsou důsledkem anestézie nebo operačního výkonu. Jejich včasné diagnostikování je velmi důležité pro léčbu a vyžaduje pečlivé sledování pacienta v pooperačním průběhu. Na prevenci pooperačních komplikací je nutno myslet už v pooperační přípravě nemocného, při volbě anestézie i vlastního operačního výkonu. Každý operační výkon může vyvolat v organizmu jak místní, tak celkovou odezvu, která se projeví syndromem pooperačních somatických i psychických poruch pojmenovaných podle Leriche pooperační nemoci. Jde o poruchy, které jsou důsledkem operace. K jejím projevům patří překrvení, leukocytóza, transsudace lymfy a edém v oblasti operované rány. Mezi celkové projevy patří tělesná a duševní skleslost, nespavost, nechutenství, žízeň, bolesti, tachykardie a tachypnoe, hypotenze, zvracení, meteorismus, močová retence, oligurie. Léčba pooperační nemoci spočívá v zajištění náhrady vody, elektrolytů, přísunu energie, vitamínů a případné náhrady krevních ztrát (Mařatka et al., 1 999, s. 164).

### 1.7.1 Respirační pooperační komplikace

Celková anestézie vyžaduje inkubaci trachey a svalovou relaxaci, která vyřadí obranné reflexy dýchacích cest a dráždivým účinkem inhalovaných látek zvyšujících bronchiální sekreci, může vést ke vzniku těchto komplikací. Dalším faktorem, kdy může dojít k respirační pooperační komplikaci, je chronické onemocnění plic a průdušek, především u starších, kardiální selhání, operační šok, ale také aspirace žaludečního obsahu, nedostatečná plicní ventilace, neschopnost odkašlávat po operaci pro bolest.

Může dojít k pooperační laryngotracheitidě, která může být zapříčiněna podrážděním sliznice hrtanu a průdušnice endotracheální kanylou použitou k inkubaci,

častěji po opakovaných pokusech při nesnadné intubaci. Projevem je zastření hlasu, pálení, škrabání a bolest v krku při polykání a při kašli. Léčebně jsou vhodné priznicovy obklady, inhalace a při těžkých stavech podávání kortikoidů.

Další respirační pooperační komplikací je atelektáza. Jde o nevzdušnost určitého okrsku plicní tkáně při obstrukci bronchu spazmem nebo častěji obsahem. Příčinou může být hromadění bronchiálního sekretu. Atelektáza se projeví buď jenom obrazem nevzdušného ložiska nebo k odpovídajícími klinickými příznaky jako je tachykardie, dušnost, cyanóza, vykašlávání, subfebrilie. Léčba závisí na rozsahu postižení. V těžkých případech se indikuje tracheostomie. Vždy podáváme antibiotika a kyslík podle výsledků vyšetření acidobazické rovnováhy (Mařatka et al., 1 999, s. 164).

### **1.7.2 Pooperační kardiální komplikace**

Pokud je pacient zcela zdravý a neléčí se na nějakou srdeční příhodu, většinou se s operací a anestézií dobře vyrovná. Pokles krevního tlaku, zvláště u dlouhotrvajících operací, a porucha přívodu kyslíku v průběhu anestézie přispívají ke zvýšenému výskytu srdečních komplikací.

Srdeční selhání v perioperačním období hrozí nejen nemocným se změnami kardiiovaskulárního systému, ale i těm, u kterých jsou tyto změny latentní. Všechny stavy jako je selhávání srdce, ať už z poruch rytmu, infarktu myokardu nebo hypoxie při pooperační respirační insuficienci, mohou vést k zástavě srdeční. Proto po velkých zatěžujících operacích ukládáme většinu pacientů na nepřetržité sledování funkcí.

Léčba spočívá v odstranění vyvolávající příčiny, pokud to jde, v podání kardiotonik, případně antiarytmik v dohodě po kardiologickém konziliu (Mařatka et al., 1 999, s. 165).

### **1.7.3 Trombembolické pooperační komplikace**

Předpokladem vzniku těchto potíží je srážení krve, které má nejčastěji tyto příčiny:

- poškození endotelu žilní stěny
- zpomalení krevního proudu

- zvýšená srážlivost krve
- zvýšení viskozity krve.

Může se objevit i tromboflebitida, což je zánět žílní stěny s poškozením endotelu a tvorbou trombu, který se pevně adheruje k žílní stěně. Toto postižení se většinou odehrává v povrchových žilách dolních končetin. Léčí se především antibiotiky a lokálním znehybněním končetin v elevaci, studenými obklady, protizánětlivými mastmi.

Další komplikace, která se může objevit je flebotromboza. Ta postihuje spíše hluboké žíly dolních končetin. Flebotromboza začíná převážně v žilách plosky nohy nebo v žilách lýtkových svalů, z nichž se šíří do hlubokých žil bérce a stehna, až do žil iliackých.

K diagnostice využíváme Homansovo znamení, kdy se při násilné dorsální flexi objeví bolest. Dále Payrův příznak, tlakem palce ležícímu pacientovi tlačíme doprostřed plosky nohy před patní kostí až vyvoláme bolest. Lowenbergovo znamení, kdy při stlačení bérce manžetou tonometru naloženou pod koleno udává pacient bolest pod 13 kPA. K diagnostice tohoto onemocnění se užívá Doplerovské vyšetření, vyšetření pomocí fibrinogenu, vyšetření flebografické.

Embolie plicnice je nejzávažnější pooperační komplikací. Dochází k uvolnění trombu v periferní žíle a zanesení do pravého srdce a plicní artérie. Léčba embolie spočívá v tlumení bolesti a neklidu injekcí morfia, vhodné je podávání kyslíku a kardiotonik (Mařatka et al., 1999, s. 165).

#### **1.7.4 Poruchy funkce močového systému**

Jednou z příčin může být zvýšený tonus sympatiku při operaci, operačním traumatu v blízkosti močového měchýře. Někdy mohou být příznaky nepatrné. Může dojít k paradoxní ischurii, což je odchod moče v malém množství z močového měchýře.

Další závažnou pooperační komplikací je porucha funkce ledvin. Dále může dojít k běžným infekcím močových cest, jako je cystitida acuta a pyelitis acuta (Mařatka et al., 1 999, s. 165).

### **1.7.5 Poruchy funkce jater**

Pokud se při operaci poškodí nějaká jaterní funkce, tak se nám to po operaci projeví ikterem. V laboratorních odběrech se objeví pokles fibrinogenu a trombocytů, leukocytóza. Pacienti jsou mají žluté zabarvení sklér a kůže, jsou neklidní, zmatení a mívají záchvatovité křeče. V léčbě těchto pooperačních komplikací se snažíme o normalizaci vodní, elektrolytové a acidobazické rovnováhy. Dále se přidá léčba kyslíkem a podání L-glutaminu, který má za úkol normalizovat jaterní metabolismus (Mařatka et al., 1 999, s. 165).

### **1.7.6 Poruchy funkce trávicího ústrojí**

Přechodná střevní paréza se zástavou plynů a stolice, zvracení v prvních 24 hodinách po operaci jsou poruchy, které nepovažujeme za komplikace (Mařatka et al., 1 999, s. 227).

## **1.8 Léčba**

Od doby prvních nekompresivních operací se léčení kolorektálních nádorů se dramaticky změnilo. V 19. století problematice nádorů rekta věnují naši chirurgové značnou míru pozornosti a jsou publikovány rozsáhlé operační postupy, které se zaměřují na odstranění rekta i s nádorem, a to cestou perineální nebo abdominální (Vysloužil, 2 005, s. 9).

### **1.8.1 Chirurgická léčba**

V komplexní léčbě nádorů konečníku má chirurgická léčba stále prvotní postavení. Radikální operační postup abdominální cestou, ať se jedná o resekci, či amputaci rekta, s sebou ale přináší riziko trvalých následků. V dnešní době nelze vyloučit možnost jak přechodné, tak i trvalé kolostomie. Kolostomie je největší psychickou zátěží každého

pacienta s diagnózou nádorového onemocnění konečníku. Dnes je kolostomie spojena s pocitem trvalého vyřazení ze společnosti a z běžného života (Vysloužil, 2 005, s. 43).

I když někteří preferují dělení operací tumorů rekta na operace zachovávající řitní svěrač (horní resekce rekta, nízká přední resekce rekta, resekce rekta s kolosální anastomózou) a na operace končící kolostomií (amputace rekta, Hartmannova operace), považujeme za vhodnější dělení do dvou skupin na přední dolní resekce rekta a její modifikace a abdominoperitoneální amputaci rekta (Vysloužil, 2 005, s. 57).

Přední dolní resekce byla popsána Dodonem v roce 1 944 a dnes můžeme říct, že je nejčastěji indikovanou svěrač zachovávající operací. Ke vstupu do břišní dutin se volí střední laparotomie začínající od symfýzy, většinou protaženou vlevo kolem pupku do nadbřišku (Vysloužil, 2 005, s. 58).

Abdominoperineální amputace rekta sec. Miles je totální excize rekta a anu, včetně análních svěračů a levátorů dna pánevního, která musí být doplněna o bilaterální resekci ischiorektálních tkání (Vysloužil, 2 005, s. 67).

Abdominoperitoneální amputace rekta je dnes hlavním operačním postupem při léčbě nízko uložených maligních nádorů konečníků. Cituji autora Kamila Vysloužila (2 005): „I když letalita této rozsáhlé operace se pohybuje do 3 %, její morbidita je 30-40 % a hlavně trvalá kolostomie, následné urologické a sexuální dysfunkce významně zhoršují kvalitu života nemocného.“ (Vysloužil, 2 005, s. 67, 68)

Velký úspěch laparoskopicky provedených cholecystektomií dal podnět k aplikaci miniinvazivní techniky v mnoha dalších chirurgických specializacích, mimo jiné také v kolorektální chirurgii. Autor Kamil Vysloužil (2 005) uvádí, že: „i další sdělení ukazují, že laparoskopická technika má akceptabilní výsledky s nutností konverze v 10-25 %, morbiditou 5-20 % a letalitou 0-5%, redukující pooperační bolesti, s rychlejší obnovou funkce gastrointestinálního traktu a s celkově příznivější rekonvalescencí.“ (Vysloužil, 2 005, s. 78)

Radikální lymfadenektomie spočívá v léčení maligních nádorů konečnicků a jejich odstranění, ale i lymfatických uzlin a perirektálních tkání, ve kterých se nejčastěji nachází tumorózní buňky (Vysloužil, 2 005, s. 82).

Poslední možností léčby je paliativní operace tumorů rekta. Tato možnost přichází v úvahu tehdy, když je nádor rekta neresekabilní nebo je-li taková generalizace onemocnění, kdy můžeme nemocnému nabídnout pouze výkon zajišťující pasáž střešní (Vysloužil, 2 005, s. 86).

### **1.8.2 Radioterapie**

Kamil Vysloužil (2 005) ve své monografii uvádí: „Základním cílem radikální léčby zářením je tumorózní letální dávky do místa nádorového ložiska v určitém čase a současná ochrana okolních zdravých tkání a orgánů. Tumorózní letální dávky se pohybují od 40-70 Gy aplikovaných v průběhu 4-6 týdnů, při frakcionaci 5krát týdně, s ložiskovou týdenní dávkou cca 10 Gy.“ (Vysloužil, 2 005, s. 90)

Provádí se dva typy ozařování. Prvním je vnější ozařování (teleradioterapie, telerapie), což je způsob léčby, při níž je zdroj záření vzdálen více jak 5 cm od povrchu těla pacienta. Tento způsob se používá hlavně u nádorových ložisek uložených v hloubce těla. Druhým typem ozařování je brachyterapie, která nachází využití v léčbě lokálních recidiv a v terapii karcinomů análního kanálu (Vysloužil, 2 005, s. 90, 88).

K vypracování plánu radioterapie je třeba zhodnotit celkový stav pacienta, předchozí léčbu a především vyloučit možné kontraindikace. Aby mohla být zahájena radioterapie musí být k dispozici veškeré informace o nádoru, jeho histologii, rozsahu nemoci, tj. klinickou a peroperační patologickou klasifikaci. Každý ozařovací plán musí obsahovat ozařovací protokol jako dokument o plánované a provedené léčbě. Zde nalezneme osobní údaje o pacientovi, informace o celkové dávce, ozařovaném objemu, počtu frakcí, způsobu frakcionace, jednotlivých dávkách a celkové době léčby (Vysloužil, 2 005, s. 96, 97).

### 1.8.3 Chemoterapie

Chemoterapie je důležitou součástí komplexní léčby nádoru rekta, především v indikaci adjuvantní chemoterapie u stadia III a částečně stadia II. Kolorektální karcinom byl dlouhá léta považován za chemorezistentní nádor. Příčinou chemoresistence je vysoká exprese genu *mdr-1*, který má za úkol řídit a kóduje P-glykoproteinovou pumpu (Vysloužil, 2 005, s. 107).

Asi u 50 % pacientů s diagnózou kolorektálního karcinomu po radikální operaci dochází ke vzniku vzdálených metastáz. Což je způsobeno přítomností mikrometastáz v době pooperačního zákroku. Cílem adjuvantní chemoterapie je eradikace mikroskopického rezidua po chirurgickém odstranění prvotního nádoru a regionálních uzlin (Vysloužil, 2 005, s. 112).

Chemoterapie je významnou součástí neodjuvantní léčby nádorů s hraniční operabilitou. Jejím hlavním cílem je zlepšit nebo umožnit operabilitu primárního nádoru. Od časného nasazení systémové terapie je očekáváno včasné ovlivnění případných mikrometastáz (Vysloužil, 2 005, s. 112).

Paliativní chemoterapie má významné místo v léčbě pokročilých, recidivujících nebo metastazujících nádorů, u kterých už nepředpokládáme kurativní efekt, ale očekáváme návrat nebo ustálení nádorového procesu. V tomto případě volba režimu a dávkové intenzity respektuje skutečnost, že jde o léčbu bez naděje na vyléčení a nežádoucí účinky musí být značně menší než při kurativní léčbě (Vysloužil, 2 005, s. 112).

## 1.9 Prognóza

Autor Milan Vošmik uvádí, že: „u kolorektálního karcinomu se hodnotí prognóza jako podíl pacientů, kteří přežívají pět let po stanovení diagnózy. Hodnoty pětiletého přežití podle stádia nemoci:

Stádium 0, I (postižení sliznice a podslizničního vaziva) 80-90%

Stádium II (průnik všemi vrstvami střevní stěny) 60-80%

Stádium III (navíc postižení lymfatických uzlin) 50-60%

Stádium IV (vzdálené metastázy) – do 5 %. Pokud nelze metastázy chirurgicky odstranit, jedná se o nevyléčitelnou chorobu

([http://www.pfizer.cz/files/Kolorektalni\\_karcinom.pdf](http://www.pfizer.cz/files/Kolorektalni_karcinom.pdf)).“

Mezi nejčastější ošetrovatelské problémy řadíme bolest jak akutní, tak chronickou, vznik imobilizačního syndromu, neinformovanost pacienta, únavu, úzkost, strach o budoucnost, narušený spánek, porušený obraz těla pacienta, zhoršenou péči o sebe sama, průjem, sexuální dysfunkci, zármutek

([http://www.pfizer.cz/files/Kolorektalni\\_karcinom.pdf](http://www.pfizer.cz/files/Kolorektalni_karcinom.pdf)).



## 2 Praktická část – posouzení stavu klienta

### 2.1 Identifikační údaje

Pacientka: M. V.

Narozena: 1935 ( 74let)

Bydliště: Praha

Stav: vdaná

Sociální situace: bydlí v bytě s manželem

Zaměstnání: důchodkyně

Datum přijetí: 6. 12. 2008

Den hospitalizace: 3. den

Ošetřovatelské dny: 8.12. - 12.12.2008

Ústav: fakultní nemocnice

### 2.2 Výtah z lékařské dokumentace

#### 2.2.1 Lékařská anamnéza

Pacientka přijata pro zhoršení stavu. S pacientkou je dobrý kontakt.

Rodinná anamnéza: Matka zemřela v 82 letech na rakovinu konečníku, otec zemřel v 65 letech na infarkt myokardu, dětí nemá

Farmakologická anamnéza:

Digoxin 0, 125 mg 1 – 0 – 1 tableta perorálně (kardiotonikum)

Tanakan 1 – 0 – 1 tableta perorálně (vasodilatancium)

Helicid 20 mg 1 – 0 – 1 kapsle perorálně (antiulcerotikum)

Osobní anamnéza: běžná dětská onemocnění, vážněji nestonala.

Sledované nemoci – hypertenze, IM, vředy, Glaukom, Diabettes Mellitus 2. typu na dietě, krvácivé projevy, pohlavní choroby – 0.

Mnohočetná cholecystolitiáza, stav po ERCP 02/2008

Sociální anamnéza: má pouze manžela, se kterým bydlí v bytě

Gynekologická anamnéza: bezdětná, děti mít nikdy nechtěla

Abusus: nekuřačka, alkohol neguje

Operace: stav po operaci dolních končetin pro vrozenou deformitu v dětství

Úrazy: 0

Alergická anamnéza: nejuje

### 2.2.2 Stav při přijetí

74-letá pacientka, dehydratována, kontakt bez omezení, přijata na naše oddělení cestou urgentního příjmu pro zhoršení celkového stavu, včera vyšetřena lékařskou službou první pomoci pro slabost, aplikován Oxantil. Přijata ke stabilizaci stavu, infuzní terapii. 2/2008 zjištěn nádor rekta v e Všeobecné fakultní nemocnici v Praha, provedena kolonoskopie, krevní odběry, nukleární magnetická rezonance.

M. V.,

**Váha:** 65 kg                      **Výška:** 165 cm                      **TK:** 120/70 (v normě)

**Dech:** 15/min                      **TT:** 36, 5 PC (afebrilní)                      **P:** 81/min (v normě)

**Celkový stav:** kontakt bez omezení, bez ikteru a cyanózy, klidově eupnoe, dehydratace, astenický habitus.

**Hlava:** mezocefalická, pokleповě nebolestivý, bulby ve středním postavení, volně pohyblivé, zornice izokorické, spojivky růžové, skléry bílé. Uši a nos bez výtoku.

Jazyk nepovleklý, oschlé sliznice, plazí středem. Hrdlo klidné. Bez zubních protéz.

**Krk:** šíje volná, karotidy tepou symetricky, bez šelestu. Náplň krčních žil nezvýšená, uzliny a státnice nehmatné.

**Hrudník:** symetrický, pravá mamma bez rezistence, levá mamma vpáčená bradavka. Dýchání na lůžku čisté, sklípkovité. Prekordium bez hmatných vírů, ozvy 2, tachykardie, šelest nediferencují.

**Břicho:** pod niveau, dýchá volně, pokleповě diferencovaný bubínkový, měkké, palpačně nebolestivé, bez hmatné rezistence. Peristaltika živá. Játra nezvětšena.

**Končetiny:** dolní končetiny bez otoků, bez známek flebotrombozy, bez varixů. Pulzace hmatné do periferie. Hyperpigmentace kůže obou lýtek. Horní končetiny bez patologie.

**Per rectum:** vzhledem k celkovému stavu nevyšetřuji, makroskopický nádor konečníku prostupující na povrch, okolí konečníku ragády, zkrvavené.

### 2.2.3 Závěr při příjmu

*Lékařská diagnóza:*

Celková dehydratace, zhoršení celkového stavu

*Plánovaná vyšetření:* Nukleární magnetická rezonance, kolonoskopie, biochemie a hematologie krve, výhledově ultrazvuk břicha, rentgenologické vyšetření srdce a plic

*Terapie při příjmu:*

Digoxin 0,125 mg 1 – 0 – 1 tableta perorálně (kardiotonikum)

Tanakan 1 – 0 – 1 tableta perorálně (vasodilatancium)

Helicid 20 mg 1 – 0 – 1 kapsle perorálně (antiulcerotikum)

Diazepam 0,5 mg 0 – 0 – 0 – 1 tableta perorálně (hypnotikum)

Plasmalyte 1000 ml na 8h - infuze intravenózně

FR 1/1 500 ml na 4h - infuze intravenózně

R/R 1/1 500 ml + 20 ml 7,45 % KCl na 5h – infuze intravenózně

## 2.2.4 Vyšetření

### 2.2.4.1 Biochemické vyšetření krve

Tabulka č. 1 –Přehled biochemického vyšetření krve

Datum odběru	6.12.2008	10.12.2008	Referenční hodnoty
<b>Natrium</b>	126 mmol/l	137 mmol/l	137-146 mmol/l
<b>Kalium</b>	3,83 mmol/l	3,82 mmol/l	3,8-5,0 mmol/l
<b>Chloridy</b>	63 mmol/l	99 mmol/l	97-108 mmol/l
<b>Urea</b>	2,4 mmol/l	2,4 mmol/l	2,0-6,7 mmol/l
<b>Kreatinin</b>	48 µmol/l	48 µmol/l	44-104 µmol/l
<b>Protein</b>	66,0 g/l	66,0 g/l	65,0 – 85,0 g/l
<b>Bilirubin</b>	15 µmol/l	15 µmol/l	2,0-17,0 µmol/l
<b>ALP</b>	2,1 µkat/l	2,1 µkat/l	0,66-2,20 µkat/l
<b>AST</b>	0,59 µkat/l	0,60 µkat/l	0,1-0,72 µkat/l
<b>ALT</b>	0,35 µkat/l	0,35 µkat/l	0,1-0,78 µkat/l
<b>GMT</b>	0,20 µkat/l	0,20 µkat/l	0,14-0,68 µkat/l
<b>Glykémie</b>	6,3 mmol/l	6,2 mmol/l	3,9-5,6 mmol/l
<b>CRP</b>	0,2 mg/l	0,2 mg/l	0,0 - 6,5 mg/l

### 2.2.4.2 Krevní obraz

Tabulka č. 2 – Přehled hematologického vyšetření krve

Datum odběru	6.12.2008	10.12.2008	Referenční hodnoty
<b>Leukocyty</b>	$10,93 \cdot 10^9/l$	$10,94 \cdot 10^9/l$	$4,0-10,7 \cdot 10^9/l$
<b>Erytrocyty</b>	$3,57 \cdot 10^{12}/l$	$3,57 \cdot 10^{12}/l$	$3,54-5,18 \cdot 10^{12}/l$
<b>Hemoglobin</b>	145 g/l	145 g/l	116-163 g/l
<b>Hematokryt</b>	0,470 l	0,470 l	0,330-0,470 l
<b>Trombocyty</b>	$364 \cdot 10^9/l$	$364 \cdot 10^9/l$	$131-364 \cdot 10^9/l$

### 2.2.4.3 Vyšetření močového sedimentu

Tabulka č. 3 Přehled vyšetření močového sedimentu

Datum odběru	6.12.2008	Referenční hodnoty
Leukocyty	16	< 15
Erytrocyty	8	< 10
Válce	0	0 - 1
Epitele přechodné	0	< 0
Bakterie a kvasinky	0	0 - 1
Epitel dlaždicový	0	0 - 1

Během hospitalizace byly pacientce provedeny krevní odběry, ultrazvuk břicha a kontrolní nukleární magnetická rezonance.

Pacientka byla sledována v období od 8.12. - 12.12., během tohoto období se její stav vyvíjel dle hodnot v tabulce.

Tabulka č. 4 Přehled fyzikálních vyšetření

	8.12.2008	9.12.2008	10.12.2008	11.12.2008
Krevní tlak	120/70	130/70	125/75	120/70
Puls	83/min	85/min	79/min	83/min
Dech	15/min	16/min	16/min	15/min
Tělesná teplota	36,5°C	36,3°C	36,6°C	36,5°C
Příjem tekutin	2500 ml/24	2500 ml/24	3000 ml/24	2750 ml/24
Výdej tekutin	1000 ml/24	2000 ml/24	2550 ml/24	2250 ml/24
Bolest	Neguje	Neguje	Neguje	Neguje
Počet stolic	2x kašovitá	1x kašovitá	1xkašovitá	1x kašovitá

## **2.3 Terapie**

### **2.3.1 Chirurgická léčba**

Pacientce byl ve VFN Praha diagnostikován karcinom rekta 2/2008. Vzhledem k pokročilosti nádoru nebyla provedena chirurgická léčba. Během pobytu v našem zařízení není pacientka indikována k chirurgické léčbě.

### **2.3.2 Konzervativní léčba**

Tato medikace se užívá během celé hospitalizace.

Digoxin 0,125 mg 1 – 0 – 1 tableta perorálně (kardiotonikum)

Tanakan 1 – 0 – 1 tableta perorálně (vasodilatancium)

Helicid 20 mg 1 – 0 – 1 kapsle perorálně (antiulcerotikum)

Diazepam 0,5 mg 0 – 0 – 0 – 1 tableta perorálně (hypnotikum)

#### **2.3.2.1 Infuzní terapie:**

Pacientce byly denně ordinovány infuze pro zlepšení hydratace.

Plasmalyte 1000 ml na 8h - infuze intravenózně

FR 1/1 500 ml na 4h - infuze intravenózně

R/R 1/1 500 ml + 20 ml 7,45 % KCl na 5h – infuze intravenózně

#### **2.3.2.2 Dietoterapie**

8.12. - 12.12. Dieta diabetická (č. 9), dostatek tekutin

#### **2.3.2.3 Pohybový režim**

8.12. - 12.12. Pohybový režim - volný

#### **2.3.2.4 Psychoterapie**

Psychoterapie nebyla ordinována.

### **2.3.3 Fyzikální vyšetření sestrou**

Pacientka při vědomí, orientovaná místem, časem, osobou, normostenická, eutrofická, polohu zaujímá aktivní, chodí s jednou francouzskou holí. Pacientka měří

165 cm, váží 65 kg, pulz 81 za minutu, afebrilní, dechů 15 za minutu, řeč je souvislá a plynulá.

- **Hlava:** lebka mezocefalická, pokleповě nebolestivá, vlasy husté prošedivělé.
- **Oči:** obočí upravené, oční bulby ve středním postavení, spojivky růžové, skléry bílé.
- **Uši a nos:** bez výtoků, slyší výborně.
- **Rty:** bez cyanózy, oschlé, drobné ragády.
- **Dásně a sliznice dutiny ústní:** oschlé, růžové.
- **Jazyk:** povleklý, oschlý, plazí ve střední čáře.
- **Tonsily:** nezvětšené.
- **Chrup:** horní zubní protéza.
- **Krk:** krční uzliny nezvětšené, štítná žláza nezvětšená, pohyblivost krční páteře bez omezení.
- **Hrudník:** symetrický, pravá mamma bez hmatné rezistence levá mamma vpáčená bradavka.
- **Plíce:** pokleповě diferencovaný bubínkový, dýchání čisté.
- **Srdce:** srdeční krajiny bez vyklenutí, srdeční akce pravidelná 81´.
- **Břicho:** měkké, palpačně nebolestivé, bez hmatné rezistence, peristaltika živá.
- **Játra:** nezvětšena.
- **Slezina:** nenaráží.
- **Ledviny:** tapotement negativní.
- **Genitál:** normálně vyvinutý, uretra bez výtoků.
- **Uzliny:** nehmatné.
- **Páteř:** pohyblivá, nebolestivá, fyziologické zakřivení.
- **Klouby:** bez omezení.
- **Reflexy:** výbavné.
- **Čítí:** přiměřené.
- **Periferní pulzace:** oboustranně hmatná.
- **Varixy:** 0, lýtka pohmatově nebolestivá.

- **Kůže:** stařecké skvrny na obličeji, rukou, nohou, kožní turgor snížený, jizvy 0, ikterus 0, hyperpigmentace kůže obou lýtek.
- **Otoky:** 0.

## 2.4 Posouzení stavu pacienta dle modelu Hendersonové (8.12.08)

### 2.4.1 Anamnéza

#### Dýchání

Doma pacientka dušnost nepocítovala ani žádné jiné potíže s dýcháním neudává.

Nyní je pacientka bez dušnosti, dýchání volné, klidné a pravidelné, 15/min, bez potíží, pacientka je nekuřačka.

#### Výživa a hydratace

Před hospitalizací pacientka se stravovala pravidelně 6x denně z důvodu diagnózy cukrovky závislého na dietě. Dodržovala všechna dietní opatření důsledně a o složení diabetické diety je plně informovaná. Denně vypila asi 2 litry tekutin převážně neslazený čaj nebo minerálky. Asi před 3 měsíci začala pociťovat nechutenství a všimla si váhového úbytku asi 5 kg za 3 měsíce.

Nyní pacientka stravu odmítá, trpí nechutenstvím. Dietu má 9 (diabetická). Denně přijímá 1 litr tekutin. Pacientka váží 65 kg a měří 165 cm. Hodnota BMI činí 23. Kožní turgor je snížený, sliznice dehydrované. Pacientka má k dispozici dostatek tekutin. Pacientka má periferní žilní katétr, který zajišťuje infuzní terapii.

**Měřicí škály: BMI = 23** (Příloha 6 Hodnocení stavu výživy)

**Ošetřovatelské problémy:** Snížený příjem tekutin, nechutenství

#### Vylučování – moče, stolice, potu

Doma pacientka trpí inkontinencí moči při kašli a smíchu, vložky na noc, přes den využívá toaletu, byla zjištěna stresová inkontinence I. stupně. Pacientka provádí doporučená cvičení na posílení pánevního dna. Moč bez patologických příměsí. Stolicí má pravidelnou, bez patologických příměsí.

Pacientka si umí sledovat příjem a výdej tekutin. Nyní je bilance tekutin u nemocné sledována. Stolicí má pravidelnou, bez patologických příměsí. Je zvyklá vyprazdňovat se většinou 1x denně v ranních hodinách, uvádí, že občas má zácpu.



**Ošetrovatelský problém:** stresová inkontinence

### **Pohyb**

Doma se pacientka se pohybuje bez potíží. K chůzi používá francouzskou hůl, která ji vyhovuje.

Během hospitalizace pacientka denně provádí rehabilitaci s fyzioterapeutkou. Chůze na toaletu a po pokoji s francouzskou hůlí vykonává pacientka pouze v doprovodu sestry. Chůze působí nejistě, vzhledem k celkové slabosti pacientky. Pacientka nevyžaduje pomoc při jídle a oblékání a hygieně.

**Měřicí škály:** Funkční klasifikace pohyblivosti – 2 body (příloha 2 Návrh funkční klasifikace pohyblivosti)

Riziko vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové – 17 bodů (příloha 3 Riziko vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové)

**Ošetrovatelský problém:** riziko pádu, snížená sebepéče

### **Spánek a odpočinek (eventuálně bolest)**

Doma pacientka dobře usíná, po spánku se cítí odpočatá, nemá problémy s usínáním. Je zvyklá usínat při zapnuté televizi a v dobře vyvětraném pokoji.

Během hospitalizace spí špatně, v noci se budí, špatně usíná. Po spánku se cítí unavená. Bolesti neudává.

**Ošetrovatelský problém:** únava, spánek porušený

### **Oblékání**

Doma pacientce pomáhá s oblékáním manžel.

Nyní pacientka potřebuje dopomoc při oblékání. Její vzhled nepůsobí upraveně.

**Měřicí škály:** Barthelův test základních všedních činností – 70 bodů (Příloha 4 Bartelův test základních všedních činností)

**Ošetrovatelský problém:** dopomoc při oblékání

### **Regulace tělesné teploty**

Pacientka neuvádí zvýšení tělesné teploty před hospitalizací.

Během hospitalizace je pacientka afebrilní, bez potíží. Pacientka upřednostňuje teplo před zimou.

## **Hygiena**

Doma pacientce při hygieně pomáhal její manžel. Celkovou koupel včetně mytí vlasů prováděla 2x týdně také za pomoci manžela.

Nyní hygienu pacientka sama nezvládá, potřebuje mírnou pomoc ošetrovatelského personálu. Hygienu provádí v nemocnici ve sprše denně. Celkový vzhled pacientky působí upraveně.

**Měřicí škály:** Barthelův test základních všedních činností 70 bodů (příloha 4 Barthelův test základních všedních činností)

**Ošetrovatelský problém:** pomoc při hygieně

## **Ochrana před nebezpečím**

Pacientka uvádí, že domácí prostředí je bezbariérové a nehrozí jí žádné nebezpečí při chůzi.

Při příjmu byla pacientka poučena o bezpečnosti při chůzi po oddělení. Při chůzi používá francouzskou hůl, která ji vyhovuje. Pacientka orientovaná místem, časem, osobou. Sluch bez potíží. Pacientka je informovaná. Pacientka nosí brýle na dálku, které jí vyhovují.

**Měřicí škály:** Zjištění rizika pádu – 4 body (příloha 1 Zjištění rizika pádu)

**Ošetrovatelský problém:** riziko pádu

## **Komunikace, kontakt**

Pacientka bydlí v bytě s manželem v přízemí 4 patrového domu v Praze.

Během hospitalizace komunikuje pacientka přiměřeně, řeč je plynulá, pacientka je orientovaná místem, časem, osobou. Pacientka je klidné a vyrovnané povahy, je optimistka, věří v brzké uzdravení

**Měřicí škály:** Zkrácený mentální bodovací test dle Gaida – 7 bodů (příloha 5 Zkrácený mentální bodovací test dle Gaida)

## **Víra**

Pacientka je ateistka. Na prvním místě v životě je pro ní rodina a zdraví.

### **Práce**

Pacientka je 15 let v důchodu. Před důchodem pracovala jako švadlena u soukromé firmy. V současné době vzhledem k zhoršujícímu se zdravotnímu stavu nemocná provádí pouze lehčí domácí práce nebo se věnuje ručním pracím.

### **Aktivity, zájmy**

Doma si pacientka čte, hraje karty s manželem. Ráda sleduje v televizi pořady o „zahradničení“ a vaření.

Pacientka si během hospitalizace čte, zajímá se o denní tisk a sleduje televizi.

### **Učení**

Pacientka absolvovala učební obor švadlena. Ve škole patřila "k premiantům". Pacientka dodržuje léčebný režim důsledně. Pacientka byla seznámena se svými právy a povinnostmi v nemocnici. Pacientka byla poučena a zná vnitřní řád oddělení.

## 2.5 Ošetrovatelské diagnózy

- 1) *Tělesné tekutiny, nerovnováha* z důvodu nedostatečného příjmu tělesných tekutin projevující se sníženým kožním turgorem, oschlými sliznicemi
- 2) *Inkontinence moči stresová* z důvodu ochablého pánevního dna projevující se samovolným únikem při zapojení břišního lisu
- 3) *Porušený spánek* z důvodu změny prostředí projevující se zhoršeným usínáním, častým buzením, únavou a verbalizací problému
- 4) *Péče o sebe sama nedostatečná* z důvodu zhoršeného celkového stavu projevující se neschopností obléci se a provést celkovou toaletu bez pomoci
- 5) *Výživa porušená, nedostatečná* z důvodu nechutenství projevující se sníženým příjmem potravy a odmítáním stravy
- 6) *Infekce, riziko vzniku* z důvodu invazivních vstupů
- 7) *Poranění, zvýšené riziko* z důvodu celkového stavu

### **2.5.1 Tělesné tekutiny, nerovnováha**

z důvodu nedostatečného příjmu tělesných tekutin projevující se sníženým kožním turgorem, oschlými sliznicemi

#### **Cíl dlouhodobý**

Pacientka má rovnováhu tělesných tekutin do 5 dnů.

#### **Výsledná kritéria**

Pacientka má normální kožní turgor do 4 dnů

Pacientka má vlhké sliznice do 2 dnů

U pacientky se neprojeví známky dehydratace do 2 dnů

#### **Intervence**

Pouč pacientku a manžela o nutnosti dostatečného příjmu tělesných tekutin do 2 dnů

– sestra

Zajisti pacientce do její blízkosti dostatek tělesných tekutin ihned - sanitářka, sestra

Zjisti všechny chorobné stavy u pacientky, které mohou vyvolat dehydrataci ihned

- sestra

Sleduj denní příjem a výdej tekutin a ved' záznam – denně – sestra

Sleduj a zaznamenávej frekvenci močení - denně - sestra

Sleduj denně kvalitu pulsu, známky dehydratace, snížení kožního turgoru

– lékař,sestra

Pečuj denně o hygienu dutiny ústní – sestra

Sleduj účinky podávaných léků vždy – lékař, sestra

#### **Realizace**

Zajistila jsem pacientce dostatek tekutin do okolí lůžka. Sledovala jsem a zaznamenávala denní příjem tekutin. Neustále jsem pacientku pobízela k příjmu tekutin. Poučila jsem pacientku o nutnosti dodatečného příjmu tekutin. Sledovala jsem známky dehydratace včetně výsledků laboratorních vyšetření.

## **Hodnocení**

Cíl byl splněn, pacientka je dostatečně hydratována, kožní turgor je v normě. Pacientka denně vypije 1,5 – 2 litry tekutin.

### **2.5.2 Inkontinence moči stresová**

z důvodu ochablého pánevního dna projevující se samovolným únikem při zapojení břišního lisu

#### **Cíl dlouhodobý**

Pacientka je kontinentní v maximální možné míře po dobu hospitalizace

#### **Výsledná kritéria**

Pacientka chápe nutnost zvýšené hygienické péče během hospitalizace do 24 hodin

Pacientka provádí cviky pro posílení dna pánevního do 24 hodin

Pacientka neverbalizuje problém do 4 dnů

#### **Intervence**

Pouč pacientku o časté výměně pomůcek pro inkontinentní do 2h - sestra

Zajisti dostatečnou hygienu a výměnu ložního prádla každý den – sestra, sanitářka

Zajisti rehabilitační sestru pro posilování pánevního dna do 24h - sestra

Dbej na dostatečné osušení a promazání kůže během hygieny- sanitářka

Informuj pacientku o diuretických účincích kávy, čaje a jejich omezení do 2 dnů  
- sestra

#### **Realizace**

Poučila jsem pacientku o nutnosti zavedení permanentního močového katétru a používání plen. Zajistila jsem dostatečnou výměnu plen a ložního prádla. Během dne jsem sledovala výdej tekutin. Sledovala jsem pocení pacientky. Poučila jsem manžela o zvládání inkontinence doma.

## **Hodnocení**

Pacientka v nemocnici zvládá inkontinenci moči pomocí plen a močového katétru. Dodržuje dostatečnou hygienickou péči.

### **2.5.3 Porušený spánek**

z důvodu změny prostředí projevující se zhoršeným usínáním, častým buzením, únavou a verbalizací problému

#### **Cíl dlouhodobý**

Pacientka má fyziologický spánek do 1 týdne

#### **Výsledná kritéria**

Pacientka neverbalizuje problém do 5 dnů.

Pacientka se po spánku cítí odpočatá do 5 dnů.

#### **Intervence**

Sleduj průměrnou délku spánku pacientky do 2 dnů – sestra

Udržuj klidný a tichý chod oddělení vždy – sestra, sanitářka

Informuj pacientku o rovnováze mezi aktivitou a odpočinkem během dne ihned  
– sestra

Nepodávej pacientce tekutiny před spaním vždy – sestra

Umožni pacientce před spaním činnosti, na které je zvyklá vždy – sestra

Ulož pacientku na malý klidný pokoj ihned – sestra

Před spánkem řádně vyvětrej pokoj vždy – sestra, sanitářka

Zajisti dostatečně klidný chod oddělení v noci vždy- sestra

V případě potřeby podej hypnotika dle ordinace lékaře ihned - sestra

Sleduj účinek podávaných hypnotik ihned- -lékař, sestra

Pravidelně pacientku během noci kontroluj vždy -sestra

#### **Realizace**

Uložila jsem pacientku na malý dobře větratelný pokoj. Zajistila jsem klidný chod oddělení v noci.Podávala jsem dle ordinace lékaře hypnotika a sledovala jejich účinek. Doporučila jsem pacientce před spánkem čtení knížky nebo sledování televize.

#### **Hodnocení**

Pacientka usíná bez podání hypnotik a spí 6 h nerušeným spánkem. Cítí se odpočatá, na kvalitu spánku si nestěžuje.

#### **2.5.4 Péče o sebe sama nedostatečná**

z důvodu zhoršeného celkového stavu projevující se neschopností se obléci a provést celkovou toaletu bez pomoci

##### **Cíl dlouhodobý**

Pacientka zvládá sebeděči v maximální možné míře do propuštění.

##### **Výsledná kritéria**

Pacientka zná možnosti zlepšení sebeděče do 3 dnů.

Pacientka působí upraveně do 3 dnů.

##### **Intervence**

Zjistí míru schopnosti při úpravě zevnějšku a oblékání ihned- sestra

Zapoj pacientku do aktivní účasti na řešení jeho úpravy zevnějšku a oblékání do 24h – sanitářka, sestra

Kontroluj denně dodržování rehabilitačního programu – sestra příčiny, které brání aby se účelně pacientka zapojila do léčebného režimu ihned – sestra

Respektujte pacientčinu intimitu vždy – sanitářka, sestra

V případě potřeby upozorněte manžela na možnosti umístění pacientky do ústavné péče ihned – lékař, sestra

##### **Realizace**

Zjistila jsem míru schopnosti při úpravě zevnějšku a oblékání. Zapojila jsem pacientku do aktivní účasti na řešení jeho úpravy zevnějšku a oblékání. Kontrolovala jsem dodržování rehabilitačního programu.

##### **Hodnocení**

Pacientka je schopna provést hygienu obličeje a učesat se. S mírnou pomocí je schopna se obléct a dobře spolupracuje.

#### **2.5.5 Výživa porušená, nedostatečná**

z důvodu nechutenství projevující se sníženým příjmem potravy a odmítáním stravy



### **Cíl dlouhodobý**

Pacientka má normální výživu do 1 týdne

### **Výsledná kritéria**

Pacientka prospívá v maximální možné míře do 5 dnů.

Pacientka netrpí únavou do 5 dnů.

Pacientka neverbalizuje problém do 5 dnů.

### **Intervence**

Zjistí tělesnou hmotnost, věk a poměr tělesné aktivity k odpočinku ihned – sestra

Sleduj denní příjem potravy pacientky vždy – lékař, sestra

Doporuč pacientce konzultaci s nutričním terapeutem do 24h - sestra

Zjistí, které potraviny pacientka upřednostňuje a zařad' jej do jídelníčku ihned  
- sestra

Zařad' do jídelníčku potraviny s vyšší energetickou hodnotou ihned – sestra

Nepodávej tekutiny 1 hodinu před jídlem, aby nedošlo k navození pocitu sytosti  
vždy - sestra

### **Realizace**

Sledovala jsem denní příjem potravy pacientky. Doporučila jsem pacientce konzultaci s nutričním terapeutem. Zjistila jsem , které potraviny pacientka upřednostňuje a zařadila jsem je do jídelníčku. Snažila jsem se zařadit do jídelníčku potraviny s vyšší energetickou hodnotou.

### **Hodnocení**

Pacientka během hospitalizace zvýšila svou hmotnost o 0.40 kg, zahrnula do své stravy energeticky hodnotnější potraviny, rodina výrazně spolupracovala.

## **2.5.6 Infekce, riziko vzniku z důvodu invazivních vstupů**

### **Cíl dlouhodobý**

Pacientka nejeví známky infekce po dobu hospitalizace

### **Intervence**

Informuj pacientku o důležitosti umývání rukou, zvláště před jídlem a po použití toalety ihned – sestra

Chraň pacientku před nozokomiálními nákazami vždy – lékař, sestra, sanitářka

Převazy prováděj vždy přísně asepticky – lékař, sestra

Dbej na dostatečnou hygienu genitálu vždy – sanitářka, sestra

Sleduj místní a celkové projevy infekce, jako je zvýšená teplota, začervenání vždy – sestra

permanentního periferního vstupu denně – sestra

### **Realizace**

Pracovala jsem asepticky, dodržovala řádnou hygienu pacientky a rukou. Sledovala jsem možné projevy infekce.

### **Hodnocení**

Pacientka dodržovala hygienické zásady, neprojevily u ní žádné známky infekce.

## **2.5.7 Poranění, zvýšené riziko z důvodu celkového stavu**

### **Cíl dlouhodobý**

U pacientky během hospitalizace nedošlo k pádu.

### **Intervence**

Zjistí míru rizika pádu pacientky ihned - sestra

Zajisti na noc pacientce na postel aspoň jednu postranici vždy – sanitářka, sestra

Během noci pacientku pravidelně kontroluj vždy - sestra

Zajisti pacientka fyzioterapeuta pro rehabilitaci s francouzskou holí ihned - sestra

Zajisti pacientce na dosah signalizační zařízení ihned – sanitářka, sestra

### **Realizace**

Zhodnotila jsem míru soběstačnosti pacientky při chůzi.

Zjistila jsem míru rizika dle měřicí škály.

Zajistila jsem pacientce vhodné prostředí po pohybu po pokoji, aby si neublížila.

### **Hodnocení**

Pacientka bez pádu, projevovala velkou ochotu při spolupráci s fyzioterapeutem.

## **2.6 Edukace nemocného**

Edukační proces

V rámci edukace pacientky jsem se zaměřila na edukaci pacientky před kolonoskopickým vyšetřením.

### **Edukační záznam, realizace**

Téma edukace: Poučení pacientky v oblasti přípravy před kolonoskopickým vyšetřením.

Forma edukace: verbálně, informační letáky

Cíl edukace: Pacientka chápe důvody nutné přípravy před vyšetřením

Doporučení: Pacientce bylo vysvětleno z jakého důvodu je vyšetření požadováno

Pacientka musí sledovat průběh očisty střeva od stolice.

Příjemce edukace: pacient

Edukátor: zdravotní sestra

Metody: výklad, rozhovor

Pomůcky: např. letáky

### **Edukační plán**

**Neznalost a potřeba poučení v oblasti budoucího vyšetření – kolonoskopie, projevující se strachem, verbalizací.**

**Cíl:** Pacientka je poučena o nutnosti vyprázdnění střeva do 1h.

**Priorita:** střední

**Výsledná kritéria:**

Pacientka chápe nutnost kolonoskopického vyšetření do 1h.

Pacientka zná odpovědi na všechny své dotazy týkající se vyšetření do 1h.

**Intervence:**

Důkladně jsem pacientce popsala přípravu před vyšetřením, včetně průběhu samotného vyšetření.

Poskytla jsem pacientky letáky s fotografiemi kolonoskopu, polohou při vyšetření.

Zodpověděla jsem všechny pacientčiny dotazy.

**Realizace:**

Poučila jsem pacientu o přípravě před vyšetřením a o průběhu vyšetření, připravila jsem pacientce fotografie kolonoskopu, odpovídala jsem pacientce na její dotazy.

**Hodnocení:** Cíl splněn, pacientka dostala odpovědi na všechny své dotazy.

## Kontrolní otázky pro sestru a pacienta

Tabulka č. 9 *Kontrolní otázky pro sestru*

<b>Kontrolní otázky:</b>	<b>Správné odpovědi:</b>
1. Co je to za vyšetření?	Je to vyšetření střeva endoskopem pro lepší viditelnost střevní sliznice.
2. Co když budu mít potřebu odchodu plynů?	Nechápe plyny volně odejít.
3. Bolí toto vyšetření?	Vyšetření nebolí, je to pouze nepříjemné.

Tabulka č.10 *Kontrolní otázky pro pacienta*

<b>Kontrolní otázky:</b>	<b>Správné odpovědi:</b>
1. Kolik litrů projímadla musí pacient vypít před vyšetřením?	5 litrů Golitely
2. V jaké poloze je vyšetření prováděno?	poloha na boku s pokrčenými koleny
3. Jak dlouho vyšetření trvá?	15 – 20 minut

### Hodnocení edukace

Cíl splněn, pacientka se podílela na edukaci pokládáním dotazů, pacientka se o informace týkající vyšetření velmi zajímala, pacientka pochopila přípravu před vyšetřením a samotný průběh vyšetření.

## **2.7 Hodnocení ošetrovatelské péče**

Během mé péče o pacientku došlo k výrazným pozitivním změnám, v průběhu hospitalizace byla dostatečně hydratována, nepociťovala bolesti, neprojevily se u ní známky infekce. Svou hmotnost zvýšila o 3 kilogramy. U nemocné nedošlo k pádu. Získala informace v odpovídajícím rozsahu. V rámci léčebného režimu je důležitou oporou nemocné její manžel, který stejně jako ona ochotně spolupracuje.

Z mého hlediska byla při realizaci ošetrovatelské péče patrná především psychická náročnost tohoto závažného onemocnění pro pacientku a její rodinu.

## **2.8 Prognóza nemocného**

Prognóza pacientky není příliš dobrá. Vzhledem k vysokému stádiu nádoru z lékařského hlediska je přibližně 1 rok.

## Závěr

V dnešní době je tento nádor nejrozšířenějším nově diagnostikovatelným nádorem. Podílí se na tom špatná životospráva, přepálený tuk, červené maso, nedostatek zeleniny, málo vlákniny ve stravě, nedostatek pohybu, sedavé zaměstnání a především rodinná dispozice. Toto onemocnění čím dál víc častěji postihuje mladší ročníky. V této době je k dispozici mnoho informativních letáčků o tomto nádoru, které můžeme najít v ordinacích praktických lékařů nebo informace můžeme čerpat z internetových stránek. Záleží na každém, kterou variantu si zvolí.

Na druhé straně výskyt tohoto onemocnění neblaze stoupá, ošetrovatelský personál je tudíž velmi často v přímě konfrontaci s pacienty takto závažně nemocnými, kdy při poskytování ošetrovatelské péče patří k prioritám psychika nemocných a jejich nejbližších.

Během psaní mé práce jsem narazila na spoustu nových informací k problematice kolorektálního karcinomu a doufám, že i tato práce přispěje k rozšíření důležitých informací nejen z hlediska ošetrovatelského procesu, ale především z hlediska prevence onemocnění samotného.

## Seznam literatury

- 1) BLAHA, Mojmir a kolektiv autorů. Vnitřní lékařství 2. díl. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1 999. ISBN 80-7013-274-4.
- 2) DOENGES, E., M., MOORHOUSE, F. M., Kapesní průvodce zdravotní sestry, druhé, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2 001. ISBN 80-247-0242-8.
- 3) JABLONSKÁ, Markéta a kolektiv. Kolorektální karcinom – časná diagnóza a prevence. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2 000. ISBN 80-7169-777-X.
- 4) MAŘATKA, Zdeněk. Gastroenterologie. vyd. Univerzita Karlova v Praze : Karolinum, 1 999. ISBN 80-7184-561-2.
- 5) VYHNÁNEK, František a kolektiv. Chirurgie I pro střední zdravotnické školy. Praha. Informatorium. ISBN 80-86073-07-6.
- 6) VYSLOUŽIL, Kamil. Komplexní léčba nádorů rektu. Praha: Grada Publishing, a.s., 2 005. ISBN 80-247-0628-8.
- 7) [http://www.pfizer.cz/files/Kolorektalni\\_karcinom.pdf](http://www.pfizer.cz/files/Kolorektalni_karcinom.pdf)



## **Seznam zkratek**

ALP – alkalická fosfatáza

AST – asparátaminotranferáza

ALT – Alaninaminotransferáza

GMT - Gama-glutamyltransferáza

CT – Výpočetní tomografie

US - Ultrasonografie

EUS - Endoskopická ultrasonografie

aPTT - aktivovaný parciální tromboplastinový čas

IM – infarkt myokardu

ERCP – endoskopická retrográdní cholangio-pankreatografie

CRP – cereaktivní protein

VFN – všeobecná fakultní nemocnice

R/R – Ringerův roztok

KCl – kalium chloratum

BMI – body mass index

FR – fyziologický roztok

## **Seznam příloh**

**Příloha 1** Zjištění rizika pádu

**Příloha 2** Kapesní průvodce zdravotní sestry, Návrh funkční klasifikace pohyblivosti

**Příloha 3** Riziko vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové

**Příloha 4** Bartlův test základních všedních činností

**Příloha 5** Zkrácený mentální bodovací test dle Gaida

**Příloha 6** Hodnocení stavu výživy

## Příloha 1 Zjištění rizika pádu

Aktivita		Skóre			Skóre
Pohyb	Neomezený	0	Smyslové poruchy	Žádné	<b>0</b>
	Používá pomůcek	<b>1</b>		Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1	Mentální status	Orientován	<b>0</b>
	Neschopen přesunu	1		Občasná/noční desorientace	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0		Historie desorientace/demence	1
	V anamnéze inkontinence	<b>1</b>	Věk	18 – 75	0
	Vyžaduje pomoc	1		75 a výše	<b>1</b>
Medikace	Neužívá rizikové léky	0	Pád v anamnéze		1
	Užívá léky z rizikových skupin	<b>1</b>	<b>Celkové skóre 4 body</b> Skóre vyšší než 3, postupuj dle ošetrovatelského plánu. Standardu č. 17.		

**Příloha 2** Kapesní průvodce zdravotní sestry, Návrh funkční klasifikace pohyblivosti

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

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

**Příloha 3** Riziko vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové

Datum	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené onemocnění	Fyzický stav	Aktivita	Mobilita	Inkontinence	Součet
14/1	Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobrý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4	17b.
	Částečně omezená 3	<30 3	Alergie 3	DM TT 3	Zhoršený 3	S doprov. 3	Částečně omezená 3	Občas 3	
	Velmi omezena 2	<60 2	Vlhká 2	Anemie, kachexie Tromboza obezita 2	Špatný 2	Sedačka 2	Velmi omezený 2	Převážně moč 2	
	Žádná 1	<60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Velmi špatný 1	Žádná 1	Moč, stolice 1	

**Příloha 4** Bartlův test základních všedních činností

<b>Příjem potravy a tekutin</b>	Samostatně bez pomoci	<b><u>10</u></b>
	S pomocí	5
	Neprovede	0
<b>Oblékání</b>	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	<b><u>5</u></b>
	Neprovede	0
<b>Koupání</b>	Samostatně nebo s pomocí	<b><u>5</u></b>
	Neprovede	0
<b>Osobní hygiena</b>	Samostatně nebo s pomocí	<b><u>5</u></b>
	Neprovede	0
<b>Kontinence moči</b>	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	<b><u>5</u></b>
	Trvale inkontinentní	0
<b>Kontinence stolice</b>	Plně kontinentní	<b><u>10</u></b>
	Občas inkontinentní	5
	Trvale inkontinentní	0
<b>Použití WC</b>	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	<b><u>5</u></b>
	Neprovede	0
<b>Přesun na lůžko - židli</b>	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	<b><u>10</u></b>
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
<b>Chůze po rovině</b>	Samostatně nad 50m	15
	S pomocí 50m	<b><u>10</u></b>
	Na vozíku	50
	Neprovede	0
<b>Chůze po schodech</b>	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	<b><u>5</u></b>
	Neprovede	0
<b>Celkem</b>		<b>bodů 70</b>

**Příloha 5** Zkrácený mentální bodovací test dle Gaida

<b>Za každou správnou odpověď 1 bod, nesprávná 0.</b>		
Méně než 7 bodů, jedná se o zmatenost		Body
1.	Věk	1
2.	Kolik je asi hodin	1
3.	Adresu	0
4.	Současný rok	1
5.	Kde je hospitalizován	0
6.	Poznání alespoň dvou osob (např. lékař a sestra)	1
7.	Datum narození	1
8.	Jméno současného prezidenta	1
9.	Odečíst zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat měsíce pozpátku	1
<b>Celkové skóre: 7 bodů</b>		

## **Příloha 6** Hodnocení stavu výživy

Jméno: M.V.

Narozena: 13. 6. 1935

Datum: 10. 12. 2008

<b>BMI</b>	<b>Kategorie</b>	<b>Zdravotní rizika</b>
Méně než 18,5	podváha	vysoká
<b>18,5 – 24,9</b>	<b>normální váha</b>	<b>minimální</b>
25 – 29,9	nadváha	středně vysoká
30 – 34,9	obezita	1. stupně vysoká
35 – 39,9	velká obezita	2. stupně vysoká
Nad 40	klinická obezita	velmi vysoká