

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S DIAGNÓZOU
KARCINOM ŽALUDKU**

Bakalářská práce

ANNA ŠEDINOVÁ

Praha 2010

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S DIAGNÓZOU
KARCINOM ŽALUDKU**

Bakalářská práce

ANNA ŠEDINOVÁ

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

Vedoucí práce: PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2010-04-30

Praha 2010

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze, dne 30.4.2010

podpis

ABSTRAKT

ŠEDINOVÁ, Anna. *Ošetrovatelská péče o pacienta s diagnózou karcinom žaludku*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Jitka Němcová, Ph.D. Praha. 2010. s. 72.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta s diagnózou karcinom žaludku. Práce je rozdělena na dvě části: teoretickou a praktickou. V teoretické části je popsána charakteristika onemocnění, epidemiologie a etiologie této nemoci. Část je věnovaná klasifikaci, klinickému obrazu a diagnostice. Také jsou zde nastíněné možnosti terapie a význam prevence tohoto onemocnění.

Praktická část práce je zaměřená na ošetrovatelskou péči o konkrétního pacienta s uvedenou diagnózou. Přibližují průběh hospitalizace a posouzení jeho zdravotního stavu dle ošetrovatelského modelu M. Gordonové. Věnují se řešení jednotlivých ošetrovatelských diagnóz a jejich následnému vyhodnocení. V závěru je vypracován edukační proces na téma poučení pacienta o poresekční výživě.

Jedním z hlavních cílů této práce je přiblížit ošetrovatelskou péči o nemocného s onkologickou diagnózou. Při péči o tyto pacienty je důležitý individuální, psychologický přístup, protože problematika onkologických onemocnění je velmi složitá. Představuje velikou psychickou zátěž pro nemocného, ale i pro jeho rodinu.

Klíčová slova: Karcinom žaludku. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelský proces. Pacient.

SUMMARY

ŠEDINOVÁ, Anna. *Nursing care of patients diagnosed with gastric cancer*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., degree qualifications: Bachelor's degree. Supervisor: PhDr. Jitka Němcová Ph.D. Prague. 2010. p. 72.

The main theme of the thesis is nursing care of patients diagnosed with gastric cancer. The thesis is divided into two parts: theoretical and practical. The theoretical part includes a description of the disease, its epidemiology and etiology. Part of this is devoted to the disease's classification, a clinical picture of the disease and its diagnosis. Also, the options for treatment are outlined as well as the importance of disease prevention.

The practical part is focused on the nursing care of a particular patient with this diagnosis. It describes the course of hospitalization, and assesses his state of health according to the nursing model by M. Gordon. I deal with solutions to individual nursing diagnoses and their subsequent evaluation. The conclusion develops the educational lessons that can be learned about patient post-operative nutrition.

One of the main objectives of this paper is to explain the nursing care of a patient with a cancer diagnosis. When caring for the patient an individual, psychological approach is important, reflecting the complex problems of oncological diseases. They create a great psychological burden not only for the patient, but also for his family.

Keywords: Gastric cancer. Nursing care. Nursing diagnosis. Nursing process. Patient.

PŘEDMLUVA

Rakovina je jednou z nejobávanějších chorob současnosti a karcinom žaludku se řadí mezi její nejméně příznivé varianty z hlediska šancí na úspěšnou léčbu. Diagnostikování tohoto onemocnění tedy představuje zlom v životě každého nemocného člověka a následná péče musí být z tohoto důvodu velmi citlivá, neboť karcinom žaludku představuje nejen obrovskou zátěž pro pacientův organismus, ale ve velké míře i pro jeho psychiku.

Bakalářská práce podává přístupnou formou ucelený výklad, který čtenáři umožní získat základní přehled o tomto onemocnění, ať už jde o faktory vzniku, možnosti prevence, projevy či léčebné postupy u tohoto onemocnění. Práce představuje ošetrovatelský proces se všemi aspekty nutnými k zvládnutí nelehké úlohy, jakou péče o pacienta s touto diagnózou je. Předkládaná doporučení a popis diagnostických stavů vychází z praktických zkušeností. Umožní čtenáři získat představu o rozsahu péče nutné k zvládnutí ošetrovatelského procesu a o nutnosti chápat potřeby, přání a pocity pacienta.

Práce je určena studentům ale i zdravotním sestřám zajímajícím se o tuto problematiku, které se starají o pacienty postižené touto nemocí.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Jitce Němcové, PhD. Za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracovávání bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 Klinická charakteristika onemocnění.....	12
1.1 Epidemiologie karcinomu žaludku.....	13
1.2 Etiologie a rizikové faktory karcinomu žaludku	16
1.2.1 Dietní návyky	16
1.2.2 Genetické predispozice	17
1.2.3 Infekční agens	17
1.2.4 Prekancerózy	18
1.3 Klasifikace karcinomu žaludku a prognóza	19
1.3.1 Klasifikace dle Bormanna.....	20
1.3.2 Klasifikace podle Lauréna	20
1.3.3 Klasifikace World Health Organisation (WHO).....	21
1.4 Klinická symptomatologie	22
1.5 Diagnostika.....	23
1.6 Terapie karcinomu žaludku	24
1.6.1 Chirurgická léčba	25
1.6.2 Nechirurgická léčba	26
1.7 Pooperační postresekční syndromy	27
1.8 Prevence	28
1.9 Psychologický přístup k onkologicky nemocným	29
PRAKTICKÁ ČÁST	31
2 Ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem žaludku.....	31
2.1 Údaje o nemocném.....	34
2.2 Lékařská anamnéza	35
2.3 Dosavadní vývoj nemoci	35
2.4 Průběh hospitalizace.....	36
2.5 Stav pacienta při příjmu na resuscitační oddělení.....	39
2.6 Terapeutická péče.....	41
2.6.1 Oxygenoterapie	41

2.6.2 Farmakoterapie	41
2.6.3 Dietoterapie.....	42
2.6.4 Pohybový režim	42
2.6.5 Ošetrovatelská péče	43
2.7 Ošetrovatelská anamnéza dle modelu M. Gordonové.....	44
2.8 Stanovení ošetrovatelských diagnóz k 0. pooperačnímu dni	48
2.8.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy	50
2.8.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy	60
2.9 Celkové zhodnocení nemocného a prognóza.....	63
2.10 Edukace	63
DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	66
ZÁVĚR	68
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	69
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ANA	Sdružení amerických sester (American Nurses Association)
CA 19-9	glykoproteinový antigen mucinózního typu
CA 72-4	glykoprotein mucinového typu
CEA	karcinoembryonální antigen
CPAP	dýchání s kontinuálním přetlakem (Continuous Positive Airway Pressure)
CT	počítačová tomografie
CŽK	centrální žilní katétr
EMR	endoskopická slizniční resekce
GIT	gastrointestinální trakt, trávicí ústrojí
HP	helikobakter pylori
NANDA	Severoamerická asociace pro sesterné diagnózy (North American Nursing Diagnostic Association)
NGS	nazogastrická sonda
NJS	nazojejunální sonda
pH	chemická veličina kyselosti
PMK	permanentní močový katétr
SIMV	synchronizovaná občasná zástupová ventilace (Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation)
TNM	klasifikace zhoubných novotvarů (tumor, nodus, metastázy)
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Obrázek 1 - Incidence karcinomu žaludku v krajích ČR za období 1977-2007.....	14
Obrázek 2 - Schématické rozlišení časného a pokročilého karcinomu žaludku.....	19
Tabulka 1 - Klinická symptomatologie nemocných s karcinomem žaludku.....	22
Tabulka 2 - Hematologické vyšetření.....	37
Tabulka 3 - Hemokoagulační vyšetření.....	38
Tabulka 4 - Biochemické vyšetření séra.....	38
Graf 1 - Srovnání incidence karcinomu žaludku v ČR s ostatními zeměmi světa.....	13
Graf 2 - Karcinom žaludku, vývoj v čase.....	15

ÚVOD

Karcinom žaludku je závažné maligní onemocnění, které je vyléčitelné pouze v časném stádiu a bohužel je těžce rozpoznatelné. V posledních letech statistiky vykazují klesající tendenci incidence onemocnění. Důvody nejsou zcela jasné, ale nesporný vliv je přičítán civilizačním zásahům do životního stylu. Úmrtnost je ovšem stále poměrně vysoká. V naší republice chybí screeningová opatření, která by tuto nemoc včas odhalila a umožnila by nemocnému včas reagovat.

Téma jsem si vybrala, protože jsem chtěla poukázat na závažnost tohoto onemocnění. Jeho nástup je plíživý s nespecifickými příznaky, někdy sice o nich člověk ví, ale nepřipouští si je, nemá čas, anebo se nechce pozastavit a zamyslet, že se něco s jeho zdravotním stavem děje. Často přichází k lékaři, když už je pozdě, a šance na vyléčení je minimální.

Tato práce je zaměřená na ošetrovatelskou péči o 58-letého pacienta s karcinomem žaludku po chirurgické operaci, hospitalizovaného na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Důležitou úlohou v pooperačním období je udržování fyziologických funkcí, plnění ordinací lékaře a v neposlední řadě také poskytování psychické podpory, edukace pacienta, ale i jeho rodiny.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Klinická charakteristika onemocnění

Karcinom, carcinoma – zhoubný nádor vznikající z epitelu. Karcinom ze žláзовého epitelu se nazývá adenokarcinom. U člověka tvoří většinu zhoubných nádorů karcinom žaludku, tlustého střeva, plic, mléčné žlázy, prostaty, kůže aj. Srov. rakovina řec. karkinoma, z karkinos rak; poprvé tak byla označována rakovina prsu, kde žíly někdy připomínají račí klepeta (Vokurka, 2009).

- **Definice onemocnění**

Karcinom žaludku patří mezi nádorová onemocnění s nejhorší prognózou, protože je většinou objeven v pozdních, inoperabilních stadiích. Důvodem je, že po relativně dlouhou dobu se onemocnění nemusí navenek nijak projevovat a nemocná osoba tedy nevnímá žádné signály, které by ji měly varovat.

Vzniká postupnou nádorovou přeměnou buněk žaludeční sliznice či žaludeční stěny. Může napadat i regionální uzliny a prorůstat až do dutiny břišní. Jako každé nádorové bujení, tak i karcinom žaludku, dokáže metastazovat do přilehlých i vzdálených orgánů.

Lymfogenní cesta – rakovinové buňky se šíří tokem lymfy do regionálních lymfatických uzlin, dále do vzdálených uzlin například uzlin hlavy pankreatu a oblasti slinivky.

Hematogenní cesta – infiltrace nádorových buněk do venózního systému, který ústí do v. portae. Nádorové buňky se objeví v játrech, v plicích, mozku, kostní dřeni, ovariu.

Per continuitatem – ze sliznice a submukózy do stratum musculare a tela serosa stěny žaludku na sousední orgány – pankreas, colon transversum, mesocolon transversum, omentum majus, radix mesenterii, levý lalok jater, hilus sleziny (Černý, 1996).

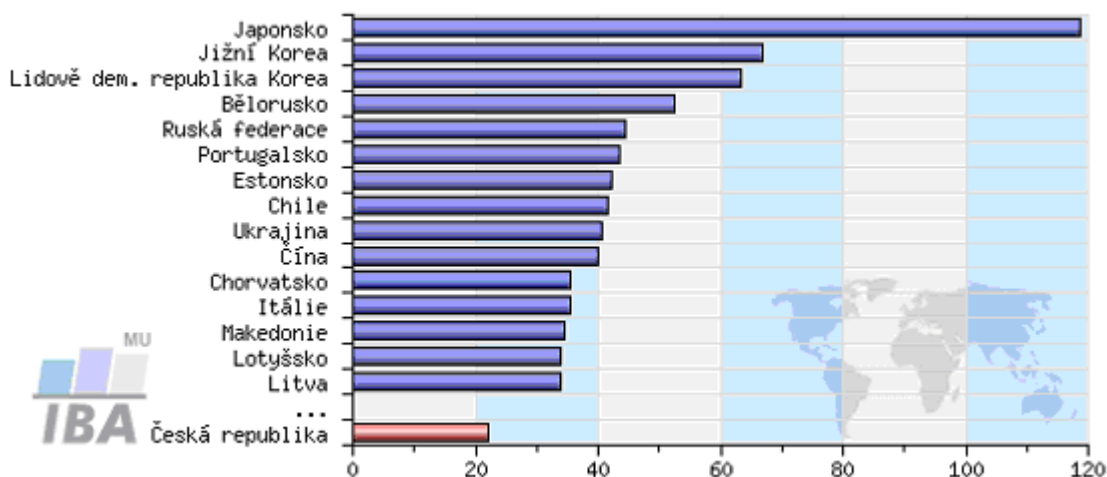
Pokud je onemocnění objeveno až v takovéto pozdní fázi, jsou vyhlídky pacienta z hlediska úspěchu léčby v podstatě mizivé.

1.1 Epidemiologie karcinomu žaludku

Karcinom žaludku je druhým nejčastěji se vyskytujícím maligním nádorem ve světě. Ačkoliv můžeme pozorovat určitý pokles jeho četnosti jednak z hlediska výskytu určitých typů, tak z hlediska celkového výskytu, zůstává stále jednou z nejčastějších forem lidských malignit. Zmíněný klesající trend lze sledovat především ve vyspělých zemích (Becker, 2005).

Podle informací převzatých z internetového portálu Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice (www.svod.cz) se u mužů nejčastěji karcinom žaludku vyskytuje v Japonsku a Koreji (viz graf 1). Tato skutečnost je všeobecně připisována hojné konzumaci sushi a tamnímu způsobu úpravy, konzumace a skladování rybího masa. Česká republika zaujímá v této statistice 36. místo, Slovenská republika je na tom nepatrně lépe, zaujímá 38. místo. Pro úplnost je nutno doplnit, že statistika u žen je velice podobná jako u mužů s tím rozdílem, že absolutní hodnoty jsou nižší, což je dané vyšší nemocností karcinomu žaludku u mužů.

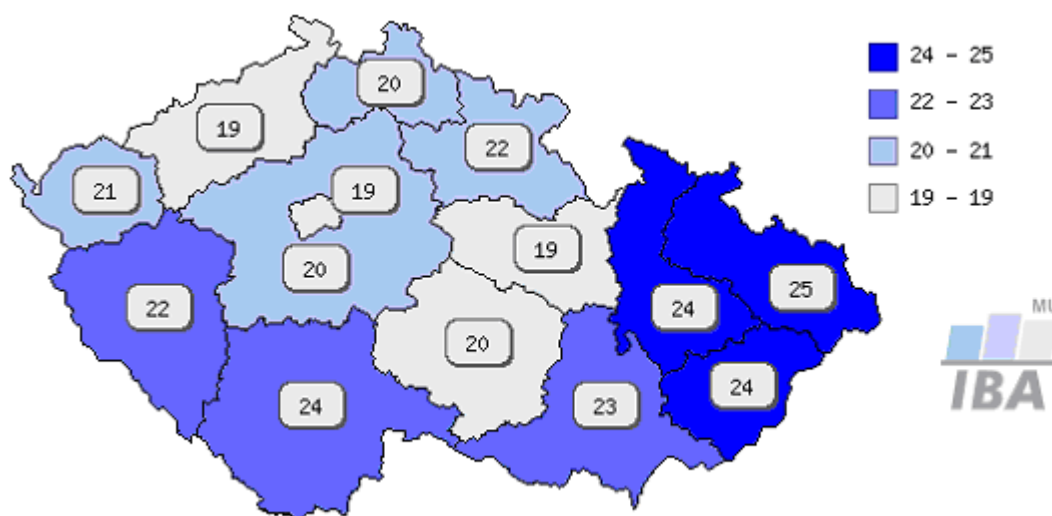
Graf 1 - Srovnání incidence karcinomu žaludku v ČR s ostatními zeměmi světa, přepočten na 100 000 osob



Zdroj: www.svod.cz, 2009

Podle obrázku 1 (převzatého též z www.svod.cz) lze vypožorovat různou četnost výskytu tohoto onemocnění v rámci regionů České republiky. Určit přesně důvody rozdílu mezi jednotlivými regiony je obtížné, určitě je však nutné mít při interpretaci dat na paměti rizikovost jednotlivých regionů z hlediska kvality životního prostředí, ale rovněž je třeba brát v úvahu hledisko demografické, kdy region s vyšším počtem starších osob může vykazovat tuto statistiku na vyšší úrovni.

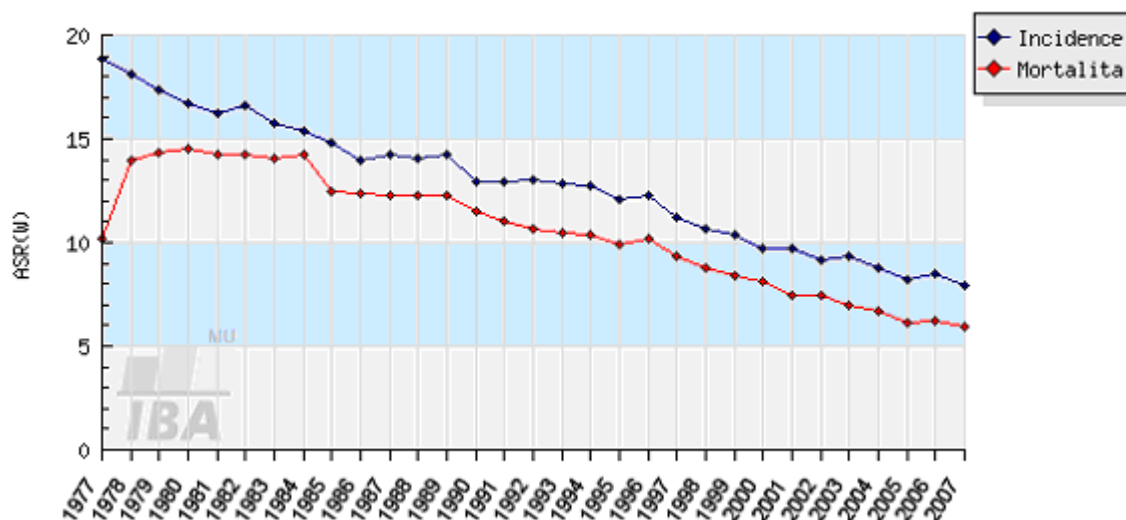
Obrázek 1 - Incidence karcinomu žaludku v krajích ČR za období 1977-2007, přepočít na 100 000 osob



Zdroj: www.svod.cz, 2009

Pro zdokumentování klesajícího trendu výskytu karcinomu žaludku slouží následující graf (graf 2 – převzatý z www.svod.cz). Je z něj bohužel patrná ta skutečnost, že ačkoliv počet případů onemocnění karcinomu žaludku klesá, mortalita se drží na stále stejném poměru k incidenci.

Graf 2 - Karcinom žaludku, vývoj v čase



Zdroj: www.svod.cz, 2009

Důvod snížení incidence karcinomu žaludku není zcela jasný. Nelze nalézt jednoznačné faktory působící pozitivně, nesporně však tato skutečnost souvisí s úpravou životního stylu z hlediska stravování a celkově kvality životního prostředí (včetně zlepšení hygienických podmínek). Může se jednat např. o vyšší podíl čerstvé stravy, vyšší konzumace ovoce a zeleniny, konzervace mrazem spíše než uzením, solením, apod. Rovněž kvalitnější vodní zdroje, resp. lépe řečeno jejich úprava před konzumací mohou hrát ne nevýznamnou roli. Dále je tato zlepšující se situace přisuzována snížení chronicity gastritid medikamentózní léčbou eradikující *Helicobacter pylori* (Žaloudík, 2001). Případně se může jednat o jiné, dosud nepoznané faktory prostředí.

1.2 Etiologie a rizikové faktory karcinomu žaludku

Různé celosvětové výzkumy podlejí se na identifikování příčin vzniku tohoto onemocnění zatím nenašly 100% rizikové faktory pro vznik karcinomu žaludku. Podle autora knihy Chirurgická onkologie Beckera se etiologické faktory rozlišují dle histologických typů na intestinální a difúzní.

Intestinální typ vzniká z prekancerózních změn (např. intestinální metaplazie), vyskytuje se u mužů a starších lidí. Je podmíněn vlivy životního prostředí. V státech s lepšími životními podmínkami, s lepší hygienickou osvětou a lepšími způsoby konzervace potravin dochází k poklesu jeho výskytu.

Difúzní typ nezávisí na životních podmínkách, vyskytuje se v různých zemích stejně často. Zdá se, že častěji vzniká u lidí s krevní skupinou A, proto jsou zde jako jeden z faktorů podmiňujících vznik onemocnění uváděny genetické predispozice (Becker, 2005).

Z výše uvedeného vyplývá, že etiologie karcinomu žaludku je multifaktoriální. Hlavní roli v ní hrají dietní návyky, genetické faktory, infekční agens a prekancerózy.

1.2.1 Dietní návyky

Na vznik karcinomu žaludku má vliv celá řada dietetických zvyklostí, hlavně konzumace stravy konzervované uzením, solením a sušením. Při vyšším přísunu solí dochází k dráždění žaludeční sliznice a zvýšenému riziku atrofické gastritidy a intestinální metaplazie a k masivnější kolonizaci *Helicobacter pylori*. Také nedostatek protektivních látek v potravě (např. vitamín C, E) má vliv na kancerogenezi (Petruželka, 2003).

Václav Jirásek v knize Gastroenterologie a hepatologie uvádí následující tvrzení: „experimentální práce ukazují, že karcinom žaludku jsou schopny vyvolat některé

karcinogeny obsažené v potravě. Jsou to především nitrosaminy, které mohou vznikat z nitrátů, nitritů a nitrozovatelných aminů obsažených v potravě a v pitné vodě. Dalšími kancerogeny jsou polycyklické uhlovodíky, zejména benzpyren. Rovněž aflatoxin (mykotoxin, který může přecházet do mléka ze silážovaného krmiva) by mohl hrát roli“ (Jirásek, 2002, s. 58).

1.2.2 Genetické predispozice

Podle některých zdrojů (Žaloudík v knize Vyhněte se rakovině) mají genetické predispozice vliv na vznik tohoto onemocnění hlavně u pacientů před padesátkou, někdy i ve velmi mladém věku. Již vzpomínaný difúzní typ karcinomu bývá spojen s poruchou genů, které opravují mutace v genetickém kódu, k nimž dochází vlivem karcinogenů (Žaloudík, 2008). U starších pacientů je vznik onemocnění přičítán jiným faktorům než genetickým.

1.2.3 Infekční agens

V posledních letech se v úvahách o vzniku karcinomu žaludku častěji vyskytuje vliv přítomnosti *Helicobacter pylori* (HP) v žaludku. Na základě řady studií vyhlásila International Agency for Research on Cancer v roce 1994 *Helicobacter pylori* za karcinogen 1. třídy (Bunganič, 2009, časopis Gastroenterológia pre prax).

Helicobacter pylori je gram-negativní bakterie s tělem v podobě spirály, na konci opatřeném třemi až čtyřmi pohyblivými bičíky. Pro svůj růst vyžaduje mikroaerofilní prostředí s neutrálním pH. Nachází se mezi povrchem žaludečního epitelu a krycí hlenovitou vrstvou v žaludku. Produkuje ureázu (enzym neutralizující žaludeční šťávy). Přenáší se z člověka na člověka fekálně-orální cestou.

Infekce *Helicobacterem pylori* může karcinogenezi ovlivnit různým způsobem:

- ovlivňuje chemické a fyzikální vlastnosti sliznice

- v důsledku buněčného zánětu dojde oxidativním stresem volných radikálů ke změně slizničních buněk a
- dojde k urychlení přeměny epitelálních buněk z normálních na metaplastické (Becker, 2005).

Etiologicky se přisazuje k histologické gastritidě, peptickému vředu, primárnímu B-buňkovému lymfomu a adenokarcinomu žaludku (Bunganič, 2009, časopis Gastroenterológia pre prax).

1.2.4 Prekancerózy

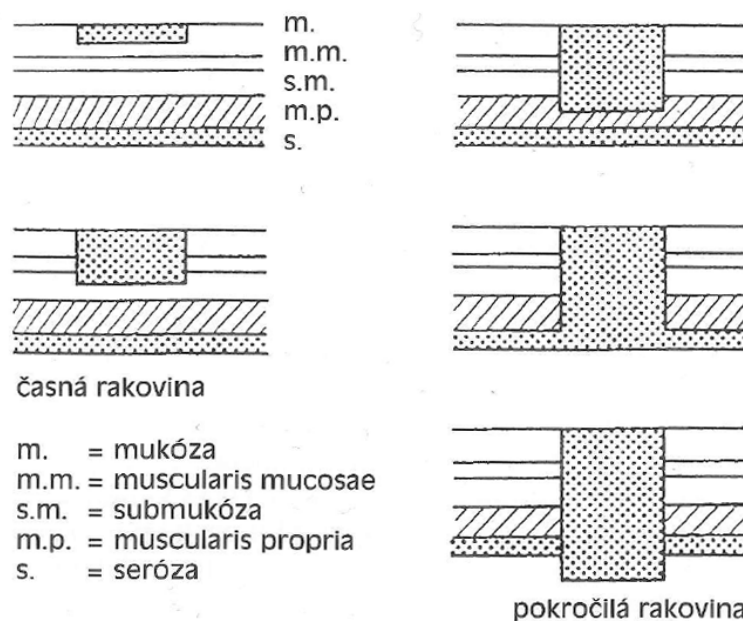
Karcinom žaludku vzniká z epitelu žaludeční sliznice, která byla nějakým způsobem změněná. Mezi rizikové faktory předcházející malignímu bujení patří:

- chronická atrofická gastritida,
- intestinální metaplazie,
- žaludeční polypy,
- pahýl žaludku po distální resekci,
- epitelální dysplazie,
- Ménétrierová vředová choroba,
- infekce *Helicobacter pylori* (Becker, 2005).

1.3 Klasifikace karcinomu žaludku a prognóza

Mařatka (1999) popisuje klasifikaci karcinomu žaludku z několika hledisek. Jedním z faktorů je hloubka invaze. To významným způsobem rozhoduje o prognóze. U časného karcinomu, kde nádorové bujení postihuje sliznici a submukózu a neproniká do muscularis propria, je pětileté přežití v 95 % případů. Pokročilý karcinom proniká do muscularis propria a hlouběji a jeho prognóza je podstatně horší. Schématické rozlišení časného a pokročilého karcinomu žaludku znázorňuje obrázek 2.

Obrázek 2 - Schématické rozlišení časného a pokročilého karcinomu žaludku



Zdroj: Mařatka, 1999, s. 181

Další hledisko, které popisuje, je makroskopické. Toto hodnocení není přesné, málo vypovídá o biologických vlastnostech nádoru a o prognóze. Je použitelné při popisu gastroscopických nálezů. „Podle lokalizace postihuje nádor pylorus a antrum (55 %), tělo žaludku (20 %), fornix (14 %), kardií (11 %)“ (Mařatka, 1999, s. 182).

Mikroskopické hledisko dělí podle vyzrálosti struktur nádory na diferencované a nediferencované. Diferencované, které jsou častější a mají lepší prognózu, mohou být

tubulární nebo papilární. Nádory nediferencované, které mají horší prognózu, mohou být anaplastické a z prstěncitých buněk (Mařatka, 1999).

1.3.1 Klasifikace dle Bormanna - hodnocení endoskopických nálezů

Typ 0: časný karcinom

Typ I: karcinom polypózní – nejlepší prognóza, nejvzácnější

Typ II: vředovitý (ulceriformní) – nádor je natrávený kyselou žaludeční šťávou, čímž se vytvořil kráter podobný vředu.

Typ III: květákovitý - z části nebo zcela zvředovatělý (exulcerovaný)

Typ IV: karcinom infiltrující

Typ V: karcinom pokročilý, neklasifikovatelný (Mařatka, 1999).

1.3.2 Klasifikace podle Lauréna

Vychází z hodnocení histologických a cytologických kritérií. Je přínosná i pro správné chirurgické posouzení (např. potřebný odstup resekcční linie od nádoru) a také má význam pro hodnocení intramurálního šíření (difúzní typ má tendenci k horizontálnímu šíření ve stěně žaludku). Rozlišuje dva základní histologické typy: intestinální a difúzní.

Difúzní typ má roztroušené buňky, které difúzně infiltrují stěnu žaludku, a také může postihnout žaludeční žlázy v stěně žaludku. Nevytváří ohraničené nádorové ložisko, má horší prognózu.

Intestinální typ vzchází z intestinálního epitelu a vytváří tubulární a papilární žláznaté struktury a jejich růst má expandující, a ne infiltrující charakter. Prognózy bývají lepší než u difúzního typu (Gatěk J. - Petruželka L., 2009, časopis Praktický lékař).

1.3.3 Klasifikace World Health Organisation (WHO)

Klasifikace WHO rozlišuje tyto histologické typy:

- tabulární,
- papilární,
- mucinózní,
- z prstěncitých buněk (Mařatka, 1999).

Ve větší míře se nacházejí nádory histologicky různorodé, a proto se klasifikují podle převažujícího buněčného typu. Podle znaků buněčné aktivity jsou karcinomy žaludku tříděny na dobře, středně a špatně diferencované.

Dobrou prognózu mají nádory papilárního typu, které rostou většinou polypózně expanzivně. Horší prognózu mají nádory s tubulárními strukturami, které se skládají z rozvětvených žlázových struktur a atypickými buňkami, které infiltrují stěnu žaludku. Patří sem také karcinom z buněk typu pečetního prstenu, kde je nitrobuněčná tvorba a hromadění hlenu, u kterého je přítomná difúzní infiltrace jednotlivými buňkami či malými buněčnými shluky.

Většina karcinomů žaludku vyrůstá z hlenovitých bazálních buněk v kryptách jako následek chronické atrofické gastritidy s intestinální metaplazií. Vznikají jako konečné stádium vývojové řady dysplazie - karcinom in situ - časný karcinom žaludku, to znamená, že karcinogeneze vyžaduje relativně velký časový prostor do vzniku invazivního nádoru (Becker, 2005).

Při stagingu nádoru se používá TNM klasifikace, která popisuje hloubku invaze (T), postižení lymfatických uzlin (N), přítomnost vzdálených metastáz (M) (Mařatka, 1999). Přehled je uveden v příloze A na konci této práce.

1.4 Klinická symptomatologie

Příznaky karcinomu žaludku nebývají výrazné a jednoznačné. Často dochází k úbytku hmotnosti a epigastrickým obtížím po jídle nebo při hladovění (tabulka 1). Úbytek hmotnosti je zvláště výrazný v pozdní fázi nádorového onemocnění.

Tabulka 1 - Klinická symptomatologie nemocných s karcinomem žaludku

Symptomy	Četnost (v %)
úbytek hmotnosti	62
bolesti v epigastriu	52
Nauzea	34
Anorexie	32
Dysfagie	26
Meléna	20
nechutenství	18
vředová symptomatologie	17

Zdroj: Becker, 2005, s. 300

Časné formy karcinomu žaludku jsou často bezpříznakové, často dochází k podcenění stavu a k opožděné diagnostice. Prvními projevy rakoviny žaludku jsou tak až příznaky provázející pokročilé postižení orgánu. Typické jsou spíše neurčité obtíže. Tlak na břicho v oblasti žaludku, ztráta chuti k jídlu, slabost, pocit na zvracení, únava a postupná ztráta tělesné hmotnosti. Intenzita obtíží je různá, zpočátku nevelká, ale postupně progredující.

5-10 % časných karcinomů žaludku je zcela asymptomatických. Zde je potřeba pečlivé zjišťování anamnézy. U nově vzniklých dyspeptických příznaků by mělo být provedeno endoskopické vyšetření (Martínek, 2000).

Pokročilá stádia karcinomu žaludku signalizují bolesti v epigastriu, rapidní úbytek hmotnosti, nechutenství, anorexie, dysfágie, meléna, edémy dolních končetin, známky obstrukce GIT, pocit slabosti. V laboratorním nálezu je přítomná anémie, hypoproteinémie, pozitivní test na okultní krvácení (Martínek, 2000).

Při metastazování může docházet k jaterní insuficienci a k tvorbě ikteru nebo obstrukci žlučových cest, k ascitu a současně k ileozním příznakům jako následek karcinózy peritonea.

1.5 Diagnostika

Nejdůležitější vyšetřovací metodou je **endoskopické vyšetření - gastrokopie**, které umožňuje přímou vizualizaci nálezu. Lze současně použít i barvivo, např. methylenovou modř nebo indigokarmín, na usnadnění rozpoznání metaplasticky změněné sliznice. Umožňuje cílené odebrání vzorku na **bioptické a cytologické vyšetření**.

Při endoskopii je důležitá psychická příprava. Pacient musí být nalačno, 6 – 8 hodin nesmí jíst, pít ani kouřit. Provádí se místní anestézie nosohltanu. Sestra zavádí periferní žilní katétr, který umožňuje podání premedikace a léků při náhlých komplikacích.

Doplňujícím vyšetřením je **endoskopická ultrasonografie**, která umožňuje klasifikaci nádorů podle hloubky postižení žaludeční stěny, používá se také na posouzení perigastrických mízních uzlin (Becker, 2005).

Další zobrazovací metodou je **rentgenové vyšetření**, provádí se technikou dvojího kontrastu. Cílem je pozorovat průchod kontrastní látky do žaludku a duodenu a zobrazení defektů v náplni a kontur stěn žaludku. Používá se také jako kontrolní pooperační vyšetření se zaměřením na včasné zjištění recidivy onemocnění.

Pacient před vyšetřením 8 hodin nejí a nekouří, 2 hod nepije. Při vyšetření stojí a lékař ho polohuje. Kontrastní látka je baryová suspenze a šumivý prášek. Po vyšetření je vhodné pacienta upozornit na světlou stolicí (Šafránková, 2006).

Výpočetní tomografie (CT) umožňuje dobré posouzení perigastrické tkáně, jaterních a plicních metastáz, které znamenají zlou prognózu.

Laboratorní vyšetření mají při tomto onemocnění jen velmi omezenou hodnotu. Z nádorových sérových markerů je možno očekávat pozitivitu CEA, CA19-9 a CA72-4. I když diagnostickou cenu toto vyšetření v podstatě nemá, mohou být výchozí před léčebné hodnoty dobrou orientací pro další monitorování efektu léčby a průběhu onemocnění. Při pokročilém stádiu nacházíme anemii, zvýšenou hodnotu transamináz a alkalické fosfatázy v séru to je již známkou metastazování, především do jater. Snížená hladina pepsinogenu v séru se nachází jak u karcinomu žaludku, tak při význačné chronické atrofické gastritidě s intestinální metaplázií (Becker, 2005).

Fyzikální vyšetření - nález na břicho bývá normální, hmatná rezistence bývá u pokročilého stádia. Zlým znamením je metastaticky zvětšená uzlina nad levým klíčkem, metastaticky zvětšené játra, známky anémie. Ikterus a ascites jsou projevy rozšíření chorobné změny v organismu na více orgánů (Jirásek, 2002).

1.6 Terapie karcinomu žaludku

Léčba karcinomu žaludku je individuální pro každého pacienta. Je závislá na kompletní diagnostice, dané především klasifikací nádoru, zdravotním stavu pacienta apod. Základní léčebná metoda je chirurgická léčba. Radioterapie a chemoterapie při tomto onemocnění není účinná, protože nádory žaludku jsou chemorezistentní.

Příprava nemocného musí být zahájena co nejdříve po stanovení indikace. U pacientů s výrazným úbytkem hmotnosti a dehydratovaných je účinná krátkodobá příprava s přívodem tekutin a kalorií (Becker, 2005).

1.6.1 Chirurgická léčba

Operační zákrok může být kurativní, nebo paliativní. Kurativní, jenž znamená odstranění celého nádoru, popřípadě regionálních mízních uzlin, je možný jenom v časném stádiu. Paliativní léčba je indikovaná v případě, když nádor anebo metastázy v mízních uzlinách či v játrech nelze zcela odstranit s cílem prodloužit a zkvalitnit nemocnému život. Zmírňují se jen její následky jako je bolest, průchodnost apod.

Chirurgický zákrok spočívá v odstranění nádorového tkaniva z dostatečně bezpečné vzdálenosti resekční linie i se spádovými uzlinami, včetně velkého a malého omenta. Z chirurgických postupů se nejčastěji používá totální nebo subtotální gastrektomie.

Subtotální resekce je indikována u časných karcinomů, u distálních nádorů žaludku bez známek metastazování do lymfatických uzlin hlavně podél malé křivky a u histologického intestinálního typu v kategorii T1 a T2.

Totální gastrektomie se provádí u nádoru v oblasti kardií, při difúzním postižení žaludku bez ohledu na jeho lokalizaci, případně u nádoru v oblasti velké křivky s šířením k hilu sleziny.

Přesná indikace k totální a subtotální gastrektomii je sporná. V Evropě se preferuje i u difúzního typu subtotální gastrektomie (Gatěk, 2008).

Prof. Gatěk ve svém článku nastiňuje možnosti miniinvazivní techniky léčby časných karcinomů žaludku. Jde o tumory postihující pouze mukózu a submukózu, kde je minimální riziko uzlinových metastáz. Patří sem **endoskopická mukózní resekce (EMR)** s kurativním cílem. Při EMR se musí dosáhnout kompletního odstranění tumoru s volnými resekčními okraji, pokud při podrobném histologickém vyšetření nelze tohoto stavu dosáhnout, následuje klasická chirurgická resekce (Gatěk, 2008).

Další miniinvazivní techniku popisuje v svém článku MUDr. Adamčík, jde o **laparoskopickou resekci žaludku**. Jedná se o alternativu chirurgického řešení, musí

však splňovat všechna onkologická kritéria radikality. Zatím nemá stanovena jednoznačná indikační kritéria. Její výhodou je menší pooperační bolest, rychlejší obnova peristaltiky a tím časnější možnost zahájení perorálního příjmu, kratší doba hospitalizace (Adamčík, 2008).

Rekonstrukce traktu po gastrektomii lze provést různými způsoby nejužívanější je rekonstrukce exkludovanou kličkou jejunu typu Y podle Rouxe. Nádory v oblasti kardie se řeší gastroesofagektomií s esofagojejunoanastomozou. Pooperační radioterapie ani chemoterapie přitom nejsou standardně doporučovány (Becker, 2005).

1.6.2 Nechirurgická léčba

- **Radioterapie** – karcinom žaludku není radiosenzitivní nádor. Léčba má význam jen jako paliace.
- **Chemoterapie** – se provádí především u pokročilých a generalizovaných forem nemoci jako paliace. V poslední době je také některými zahraničními pracovišti propagována předoperační chemoradioterapie na zlepšení podmínek pro resekci nádoru, nebo jako podpůrná léčba (v zajišťovací pooperační léčbě) v délce asi 5 týdnů a to u lokálně pokročilých adenokarcinomů.
- **Biologická léčba** – je ve fázi vývoje, spočívá v podávání léků, které posilují organismus v boji s nádory. Známe ji i pod pojmy imunoterapie, bioterapie, léčba modulatory biologické odpovědi. Biologická léčba označuje nádorové buňky, čímž je činí více náchylné k tomu, aby je imunitní systém rozpoznal. Zvyšuje schopnost buněk imunitního systému ničit nádorové buňky. Oslabuje růstové schopnosti nádorových buněk, které se pak vlivem bioterapie chováním přibližují buňkám normálním. Zamezuje buňkám, ve kterých již vznikly některé přednádorové změny dokončení přeměny na buňky zhoubné. Zabráňuje šíření nádorových buněk z míst prvního nádoru do vzdálených míst organismu.

- **Farmakoterapie** – používá se k léčbě negativních projevů onemocnění žaludku, nelze ji použít jako účinnou léčbu karcinomu žaludku, může pacientovi pomoci pouze ke zmírnění negativních projevů, jako jsou tlaky v epigastriu, bolest...
Nebo k odstranění psychických problémů diagnostikováním nepříznivé prognózy onemocnění (Vorlíček, 2006).

1.7 Pooperační postresekční syndromy

- **Časný dumping syndrom** - rychlá pasáž hyperosmolární potravy z pažy žaludku do jejunu. Projevy - bolest břicha, průjem, hypovolemický šok ze ztrát plasmy z oběhu do lumina střeva. Latence - 10-30 minut po příjmu potravy.
- **Pozdní dumping syndrom** - nastává 1-3 hodiny po příjmu potravy a projevuje se nevolností, studeným potem, rozvojem šoku. Příčinou je hypoglykémie po pozření jídla bohatého na cukry (nekoordinované uvolnění inzulínu).
- **Syndrom přívodní kličky** - potrava se městná v přívodní kličce, další průběh do GIT je omezen. Projevy - zvracení, nechutenství, obavy z příjmu potravy, pocit plnosti.
- **Syndrom odvodné kličky** - potrava se hromadí v odvodné kličce, odkud nemůže dál. Příznaky jsou stejné, zvracení, pocit plnosti. V obou případech se jedná o technickou závadu při resekci žaludku, anastomóza je příliš těsná.
- **Syndrom slepé kličky** - příliš dlouhá přívodná klička se osidluje střevními bakteriemi, dochází ke vzniku průjmů, rozvíjí se poruchy trávení a hypovitaminóza B12, hypokalciémie, perniciózní anémie.

1.8 Prevence

Screening karcinomu žaludku je plně rozvinutý pouze v Japonsku, v zemi s nejvyšším výskytem tohoto onemocnění, již od roku 1960 1x ročně se provádí endoskopie horní částí trávicího traktu.

V ostatních zemích včetně České republiky neexistuje plošné screeningové vyšetření pro toto onemocnění.

Hlavním objektem screeningových studií jsou převážně rizikové skupiny obyvatel, a to hlavně pacienti s chronickou atrofickou gastritidou, perniciózní anémií, pozitivní rodinnou anamnézou a nemocní po resekčních výkonech na žaludku.

Sérologicky lze hodnotit hladinu pepsinogenu a gastrinu, které při zvýšených hodnotách můžou toto onemocnění signalizovat, nebo stanovení protilátek proti HP. Senzitivita vyšetření je nízká a nepotvrdila se jako vhodné screeningové vyšetření. Zatím nebyl stanoven vhodný celoplošný screeningový program pro toto onemocnění (Stefanová, 2008).

Zajímavé je, že výskyt rakoviny žaludku v posledních desetiletích stále klesá. Důvody souvisejí hlavně s odstraňováním příčin, tedy s jakousi neuvědomělou primární prevencí. Sem můžeme zahrnout kvalitní stravu bez kontaminace produkty rozkladu a nesprávného zpracování. Konzumace čerstvých nebo zmrazených potravin. Příjem masa má být vyvážen vlákninou obilnin, zeleniny a ovoce. Omezení příjmu koncentrovaných destilátů, kouření apod.

V prevenci rakoviny žaludku je důležité včasné řešení jakýchkoli žaludečních potíží, které diagnostikují obvykle chronický zánět nebo vředy. Jejich léčba zahrnuje také antibiotické preparáty, které likvidují již zmíněného HP a léky na snížení žaludeční kyselosti a dráždivého prostředí žaludku (Žaloudík, 2008).

1.9 Psychologický přístup k onkologicky nemocným

Komunikace s vážně nebo nevléčitelně nemocným pacientem je náročným úkolem, vyžaduje profesionalitu, osobní zralost, empatii, individuální a lidský přístup. Onkologicky nemocní potřebují především opravdový zájem a účast. Proto je důležité méně mluvit a více naslouchat.

Otázka sdělování či nesdělování nepříznivé pravdy je podstatou letitých odborných diskusí. Řešení nebylo a nikdy nebude poskytnuto. V minulosti vítězila strategie milosrdného oklamání. S rozvojem pokroku v medicíně se začaly objevovat studie, že maligní bujení lze zastavit, popřípadě zpomalit. Situace onkologicky nemocných začala být považována za zvláštní typ chronické nemoci.

Psychickému prožívání příchodu a rozvoje vážné (onkologické) nemoci bylo a je věnováno mnoho studií a je doložené, že nesdělení pravdy postiženému člověku je vlastně sdělení, že se jedná o závažnou nemoc. Nemocný člověk ve většině případů o své nemoci určitým způsobem ví, je to jeho nemoc, jeho obtíž (Haškovcová, 2002).

Nesdělení diagnózy vede nemocného k úvahám o vážnosti stavu, hledá informace u spolupacientů, na různých medicínských portálech, u příbuzných. Vidí, že se k němu příbuzní chovají jinak, dochází k zprostředkovanému sdělení.

V Listině základních lidských práv a svobod je zahrnuto právo člověka na včasné a úplné informace o svém stavu. „Výjimku tvoří ti pacienti, kteří jsou nejen somaticky, ale navíc psychicky nemocní, nebo u nichž v minulosti proběhla psychotická epizoda. Lékař má právo některé skutečnosti zamlčet, ale musí pro své mlčení mít dostatečný důvod“ (Haškovcová, 2002, s. 142).

Sdělování diagnózy a prognózy je úkolem lékaře. Je důležité, aby informace byly srozumitelné, přiměřené pacientovu chápání. Nemocný může rozhodnout, koho smí lékař informovat. Ostatní zdravotnický personál by měl být informován, do jaké míry byl pacient informován, aby mohl svým chováním působit jednotně.

- **Vyrovňávání se s nepříznivou diagnózou**

Tschuschke (2004) uvádí, že onkologicky nemocní jsou konfrontováni s velkou zátěží, protože na rozdíl od zdravých lidí jsou donuceni intenzivně se zabývat myšlenkou smrti. K tomu se ještě připojí zátěž způsobená tělesnými projevy nemoci jako únava, slabost, nechut' k jídlu a vedlejší účinky léků. Způsobuje také psychické potíže, jako jsou silné pocity strachu, smutku a zlosti. Mezi nejčastější reakce v emociální oblasti lze zařadit úzkost, deprese, chronická bezmocnost, potlačování emocí, poruchy sexuální funkce, snížený pocit vlastní hodnoty apod. (Tschuschke, 2004).

Americká lékařka Elizabeth Kübler-Ross se intenzivně věnovala umírajícím a onkologicky nemocným. Popsala pět fází vyrovnávání se se špatnou diagnózou či prognózou:

1. **fáze šoku** – emočně silné období bezprostředně po sdělení špatné zprávy, projevuje se pláčem, silným neklidem, úzkostí. Pacient je ohromen, vyděšen, má sklon tuto skutečnost popřít. Ptá se *proč?*
2. **fáze zloby, vzteku, vzpoury** – nastává podráždění nemocného, dochází k slovní agresii, ptá se *proč já a ne někdo druhý?*
3. **fáze uklidnění a smlouvání** – uchyluje se k novým léčebným metodám, alternativní léčbě, smlouvá se životem, říká *ano, ale až...*
4. **fáze deprese** – tato fáze je nebezpečná, nemocný je ponořený do beznaděje, strachu, úzkosti. Říká *ano, konec přichází a je nevyhnutelný*. Toto období je důležité překonat někdy i psychofarmaky, protože výrazně ovlivňuje a ztěžuje léčbu, pacient odmítá spolupracovat.
5. **fáze smíření se** – odevzdanost. *Bud' vůle Tvá.*

Fáze trvají různě dlouho a můžou se i překrývat, probíhat souběžně nebo se nedostavit vůbec. Důležitá je naděje, protože člověk, který naději ztratil, psychicky umírá (Zacharová, 2007).

PRAKTICKÁ ČÁST

2 Ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem žaludku

Praktická část této práce je zaměřená na ošetrovatelskou péči o pacienta s karcinomem žaludku. Ošetrovatelská péče byla prováděna metodikou ošetrovatelského procesu. Při identifikaci potřeb nemocného jsem vycházela z teoretického modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové, protože díky jejímu rozpracování jednotlivých základních oblastí lze dobře komplexně zhodnotit zdravotní stav nemocného.

- **Ošetrovatelský proces obecně**

Pojem „ošetrovatelský proces“ vznikl v 50. letech 20. století a ihned se ujal jako reálná základna pro účinnou práci sestry. Do té doby byly zdravotní sestry více orientovány na vlastní nemoc a péče o pacienta v lidské rovině byla založená na intuici spíše než na definovaných standardech. V roce 1973 byl zveřejněn pod hlavičkou Sdružení amerických sester (ANA) dokument Normy ošetrovatelské praxe, který znamenal začátek aplikace ošetrovatelského procesu v klinické praxi. V souvislosti s rozvojem ošetrovatelského procesu je třeba zmínit pojem sesterská diagnóza, který označoval problémy či potřeby pacienta. V roce 1980 ANA uvádí definici, že „ošetrovatelství je diagnostika a léčba odpovědí lidí na skutečné i potenciální zdravotní problémy“ (Kozierová, 1995, s. 165). Z této definice tedy vyplývá, že sdružení ANA pokládá diagnózu, vnímanou jako výsadu lékařů, i za funkci ošetrovatelství.

Ošetrovatelský proces je „systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné či potenciální problémy péče o zdraví, vytyčit plány na zhodnocení potřeb

a poskytnout specifické ošetrovatelské zásahy na uspokojování těchto potřeb“ (Kozierová, 1995, s. 166).

Při aplikaci ošetrovatelského procesu do praxe je důležité, aby sestra měla holistický přístup k pacientovi. Je zde potřebný zejména individuální přístup ke každému pacientovi případně jeho rodině, a tím vytvoření vzájemné důvěry.

Ošetrovatelský proces je složený z 5 částí:

- 1) **hodnocení, pozorování** – sběr informací o nemocném. Patří sem informace o aktuálním stavu, jeho předchozím vývoji včetně sociální situace a charakteristiky osobnosti nemocného ve vztahu k jeho zdraví i nemoci. Sestra provede ošetrovatelskou anamnézu a zhodnocení nemocného,
- 2) **diagnostika** – následuje po analýze získaných dat, sestra ve spolupráci s pacientem stanoví problémy ošetrovatelské péče - aktuální i potenciální ošetrovatelské diagnózy,
- 3) **plánování** – je u každého pacienta individuální, jde o stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů, výsledných kritérií a plánu ošetrovatelských zásahů,
- 4) **realizace** – uplatnění plánovaných intervencí ošetrovatelských zásahů na pomoc pacientovi při dosažení jeho cílů,
- 5) **vyhodnocení** – hodnocení úspěšnosti plánovaných intervencí (Pavlíková, 2006).

- **Teorie základní ošetrovatelské péče pole modelu Marjory Gordon – model funkčních vzorců zdraví**

Marjory Gordon je profesorkou ošetrovatelství, výzkumu v oblasti ošetrovatelské diagnózy a plánování ošetrovatelské péče a prezidentkou NANDA (North American Nursing Diagnostic Association). V roce 1987 publikovala Model funkčních vzorců zdraví (Pavlíková, 2006).

V současné době se model fungujícího zdraví dle M. Gordonové považuje z hlediska holistické filozofie za nejkompexnější pojetí člověka v ošetrovatelství. Tento model člověka vnímá jako celostní bytost se svými biologickými, psychologickými, sociálními a spirituálními potřebami. Různé faktory (vývojové, kulturní, duchovní, atd.) mají vliv na rovnováhu mezi těmito potřebami a na zdravotní stav člověka. Funkční vzorec zdraví znamená rovnovážný stav. Dojde-li však k nerovnováze mezi jednotlivými složkami, mluvíme o disfunkčním vzorci zdraví, který vyžaduje stanovení aktuálních i potenciálních ošetrovatelských diagnóz.

Použitím tohoto modelu při hodnocení pacienta získává sestra ucelené informace, pomocí kterých sestaví ošetrovatelskou anamnézu. Ošetrovatelský personál systematicky získává informace o pacientovi pomocí standardních metod (pozorování, rozhovor, fyzikální vyšetření). Na základě analýzy získaných informací a odpovídajících znalostí sestra posoudí, zda se jedná o funkční nebo dysfunkční vzorec zdraví.

Základní strukturu modelu tvoří dvanáct oblastí, označených autorkou jako dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být buď funkční, nebo dysfunkční (Trachtová, 2003).

Jednotlivé oblasti modelu podle M. Gordonové:

- vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví,
- výživa, metabolismus,
- vylučování,
- aktivita, cvičení,

- spánek, odpočinek,
- vnímání, poznávání,
- sebekoncepce, sebeúcta,
- plnění rolí, mezilidské vztahy,
- sexualita, reprodukční schopnost,
- stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance,
- víra, přesvědčení, životní hodnoty,
- jiné (Trachtová, 2003).

2.1 Údaje o nemocném

Vzhledem k zákonu č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v plném znění neuvádím celé jméno, bydliště a další osobní údaje nemocného.

- **Identifikační údaje**

Jméno a příjmení – V. P.

Pohlaví – muž

Věk – 58 let

Národnost – slovenská

Trvalé bydliště – Praha

Vzdělání – středoškolské

Stav – ženatý

Vyznání – katolické

Pojišťovna – VZP

Příbuzná, kterou lze kontaktovat – manželka Hana

Oslovení pacienta – Pan P. (příjmením)

Hospitalizace

- 8.2.2009 – 10.2.2009 chirurgická klinika
- 10.2.2009 – 15.2.2009 ARO
- 16.2.2009 překlady na chirurgii JIP

2.2 Lékařská anamnéza

▪ Rodinná anamnéza

Matka – žije

Otec – 78 na IM

Děti – dva synové, jsou zdraví

▪ Osobní anamnéza

- běžné dětské nemoci bez komplikací,
- ve 20 letech vředová choroba,
- r. 1995 prodělal frakturu femoralis, hospitalizace na ortopedii,
- Chronická bronchitis,

▪ Léková anamnéza

Lanzul 30 1-0-1, (Antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy)

▪ Alergologická anamnéza

- neguje

▪ Abusus

- silný kuřák, 20 cigaret denně, alkohol příležitostně, drogy ani jiné návykové látky neužívá

Medicínská diagnóza hlavní – zhoubný nádor žaludku – cancer ventriculi

2.3 Dosavadní vývoj nemoci

Pan V. P. byl v lednu 2009 hospitalizován a vyšetřen na interním oddělení pro nespecifické dyspeptické potíže, zvracení čerstvé krve, nauzeu, únavu, nechutenství, subfebrilie. Absolvoval řadu vyšetření (viz níže) a byl mu diagnostikován mediogastricky uložený malignizovaný vřed, histologicky potvrzený jako

adenokarcinom G2. RTG plic a CT jater bylo bez známek generalizace. Pacientovi byl doporučen chirurgický zákrok.

Prodělaná vyšetření na stanovení této diagnózy:

Gastroskopie

Závěr – ulceroserozný defekt na zadní stěně a těžká gastritida.

Provedená biopsie, poslaná na histologické vyšetření.

Histologické vyšetření

Závěr – vzorky žaludeční sliznice antrální s chronickou aktivní gastritidou, středně těžkou atrofii žlázek a ložisky úplné intestinální mataplázie. HP nepřítomný. Ve dvou slizničních fragmentech v terénu těžkého zánětu nalezena infiltrace invazivním hlenotvorným adenokarcinomem žaludku grade 2.

UZ břicha

Závěr – meta proces jaterní neprokázán.

2.4 Průběh hospitalizace

58-letý pacient byl na základě předchozích diagnostických vyšetření přijat dne 8.2.2009 na chirurgickou kliniku k radikálnímu výkonu – resekce žaludku. V den příjmu subjektivně udává měsíc trvající bolesti v epigastriu, nechutenství, nauzeu, zvracení a únavu. Při přijetí absolvoval základní předoperační vyšetření a na 10.2.2009 byl naplánovaný chirurgický zákrok - subtotální resekce žaludku s lymfadenektomií.

- **Provedená vyšetření při přijetí na chirurgickou kliniku**

Fyziologické vyšetření břicha - pohmatem (palpace), poklepem (perkuse).

Vyšetření základních fyziologických funkcí - TK 155/80, P 85/min, D 12/min, TT 37,2 °C.

EKG – sinusový rytmus, bez poruchy dysrytmií.

Interní předoperační vyšetření

Sub.: bez potíží

Obj.: orientován, spolupracující, bez klidové dušnosti, cyanózy a ikteru. Poslech v normě.

RTG srdce, plic – přehledný parenchym bez prokazatelných chorobných změn.

Odběry biologického materiálu

Tabulka 2 - Hematologické vyšetření

Krevní obraz	8.2.2009 přijetí na chir.kl	10.2.2009 0. pooperační den ARO	16.2.2009 překlad na chir.kl	Norma
Leukocyty	11,3	10,6	9,7	4,0-10,0 x 10 ⁹ /l
Erytrocyty	4,42	2,39	4,3	4,30-5,70 x 10 ¹² /l
Hemoglobin	14,4	7,6	12,3	13,5-17,2 g/dl
Hematokrit	41,3	22,7	37,7	38,0-52,0 %
Trombocyty	243	307	402	135-400 x 10 ⁹ /l

Tabulka 3 - Hemokoagulační vyšetření

Hemokoagulační vyšetření	8.2.2009 přijetí na chir.kl	10.2.2009 0. pooperační den ARO	16.2.2009 překlad na chir.kl	Norma
INR	1,22	1,15	1,1	0,8-1,2
APTT	38,6	41,3	30,2	28,0-38,0 s

Tabulka 4 - Biochemické vyšetření séra

Biochemické vyšetření krve	8.2.2009 přijetí na chir.kl	10.2.2009 0. pooperační den ARO	16.2.2009 překlad na chir.kl	Norma
Natrium	134	130	142	135-146 mmol/l
Kalium	4,23	3,01	4,2	3,8-5,4 mmol/l
Chloridy	105	96	108	97-109 mmol/l
ALT	4,16	3,72	0,97	0,10-0,75 ukat/l
AST	1,24	0,99	0,75	0,1-0,75 ukat/l
Amylasa	2,92	2,11	1,90	0,5-1,83 ukat/l
Albumin	33,0	32,8	35,4	34,0-50,0 g/l
CRP	92	140	68	0,0-12,0 mg/l

Po vstupním vyšetření byl pacient hospitalizován na standardním oddělení chirurgické kliniky. Ošetrovatelským personálem byl seznámen s chodem oddělení. Zde byl pacient podroben předoperační přípravě.

- **Předoperační příprava**

Předoperační příprava nemocného pro karcinom žaludku je v podstatě stejná jako při každé chirurgické operaci. Důležitá je psychická příprava pacienta na různá předoperační vyšetření nebo chirurgický zákrok. Pacienti mají strach z výkonu, komplikací či případných následků. Vysvětlování musí být srozumitelné, trpělivé.

Sestra musí zjistit, zda pacient chápe, co se bude dít. Pacient musí dát informovaný souhlas k operaci.

Před převozem na operační sál sestra zodpovídá za přípravu pacienta. Pacient musí být nalačno, nesmí nic jíst, pít a kouřit 6-8 hodin před výkonem. Někdy je zapotřebí důkladné vyprázdnění střeva. Musí být provedena důkladná osobní hygiena, podle potřeby oholení operačního pole, odstranění make-upu či laku na nehtech, který brání sledování skutečné barvy kůže. Podle potřeby se zavádí i. v. kanyla (popřípadě centrální žilní katétr, který zavádí lékař) a permanentní močový katétr. Podle ordinace lékaře je zavedena nazogastrická sonda u všech nemocných operovaných pro onemocnění horní části trávicí trubice. Prevence venosního tromboembolismu je řešená bandážemi dolních končetin. Podle ordinace lékaře je pacientovi aplikována premedikace večerní a premedikace před operací. Slouží k uklidnění pacienta, zabezpečení spánku, proti bolesti, k ovlivnění funkce vegetativního nervového systému. Standardně se podává jedna dávka ATB intravenózně k prevenci pooperační infekce 1 hodinu před začátkem operace.

U pacienta V. P. byl zaveden centrální žilní katétr do v. subclavia sin. Na vyžádání anesteziologa mu byla zavedena arteriální kanyla do a. radialis k invazivnímu monitorování TK po dobu operačního výkonu.

Operace byla vedena v celkové anestézii, trvala 2 hodiny 20 minut a jedinou komplikací byla velká krevní ztráta. Kvůli ní byl pacient po domluvě přeložen na resuscitační oddělení k následné monitoraci vitálních funkcí a doplnění krevní ztráty. Zde jsem ho měla ve své péči.

2.5 Stav pacienta při příjmu na resuscitační oddělení

Pacient při příjmu na naše oddělení byl v hluboké analgosedaci a vyžadoval napojení na dýchací přístroj s režimem řízené ventilace. Pana V. P. jsem napojila na monitor vitálních funkcí. Kontinuálně jsem sledovala a do dokumentace zaznamenávala (á 1 hod) P, TK, TT, SpO₂ a stav vědomí. Standardně bylo pacientovi natočeno

dvanáctisvodové EKG a odebrány příjmové náběry. Na sále byla pacientovi zavedena jejunální sonda a nazogastrická sonda. K drenáži rány sloužily dva Tygonovy drény do oblasti jater a sleziny.

- **Fyziologické funkce při příjmu**

Puls – 140/min

TK – 80/40 mm Hg

TT – 35,6 °C

Dýchaní – UPV, SIMV, FiO₂ 40 %, PEEP 6 cm H₂O/ASB 8, dechová frekvence řízená 16/min, spontánní 0, SpO₂ 96 %

Vědomí – doznívá pooperační analgezie, CGS 10 (viz příloha B)

Diuréza – moč čirá 50 ml/hodinu

Krevní ztrátu jsem hradila dle ordinace lékaře podáním 2 jednotek mražené krevní plazmy a 3 konzerv erymasy. Stav pacienta vyžadoval podávání katecholaminů (Noradrenalin) pomocí lineárního dávkovače. Z infuzí měl pacient naordinován Ringerův roztok rychlostí 150 ml/hod a roztok 10% Glukózy obohacený o vitamíny a minerály. Pro tlumení bolesti mu byl kontinuálně podáván Fentanyl. NGS byla ponechána na spád a do NJS byl podáván Fyziologický roztok rychlostí 10ml/hod k udržení průchodnosti. Pro hypotermii 35 °C byl pacient kontinuálně zahříván elektrickou podložkou.

Po cca 4 hodiny od příjmu se pacient probouzel do kontaktu, vyhověl výzvě a následně jsme ho s lékařem extubovali. Dále byla oxygenoterapie zajištěna podáváním ohřátého a zvlhčeného O₂ pomocí kyslíkové masky.

Po dobu mé služby krytí operační rány neprosakovalo a drény odváděly hemoragický sekret v normálním množství.

2.6 Terapeutická péče

2.6.1 Oxygenoterapie

Při příjmu ze sálu byl pacient v hluboké analgosedaci, měl zajištěné dýchací cesty endotracheální kanylou č. 8,5 a byl napojen na dýchací přístroj. Pacient byl bez spontánní dechové aktivity, vyžadoval umělou plicní ventilaci na režimu SIMV (FiO_2 40 %, PEEP 6; ASB 8; dechová frekvence 16/min). Byl přiměřeně zahleněn. Podle potřeby jsem mu pravidelně odsávala sekret z dýchacích cest. Při postupném probouzení pacient vykazoval spontánní dechovou aktivitu. Ventilační režim byl lékařem upraven na CPAP (FiO_2 40 %; PEEP 6; ASB 6; f 18/min).

Po extubaci byla oxygenoterapie řešena kyslíkovou maskou. Kvůli lepší oxygenaci byl naordinován neinvazivní CPAP. Na podporu odkašlávání se pacientovi podával nebulizační roztok Mucosolvan 1 ml + 2 ml FR.

2.6.2 Farmakoterapie

- **Infúzní aplikace**

Ringerův roztok 500 ml rychlostí 150 ml/hod

Glukóza 10 % + 20 ml MgSO_4 20 %

+ 15 ml KH_2PO_4

+ 30 ml Calcium gluconicum

+ 1 amp. Pyridoxin

Voluven 500 ml při příjmu

- **Intravenózní, subkutánní aplikace**

Augmentin 1,2 g á 8 hod i. v. – širokospektrální antibiotikum

Degan á 6 hodin i. v. – antiemetikum, prokinetikum

Quamatel 20 mg á 12 hodin – antacidum, antiulcerózum

Novalgin i. v á 8 hodin – analgetikum, antipyretikum

Antikoagulační terapie od 2. pooperačního dne:

Clexane 0,4 ml á 24 hod – antitrombotikum, antikoagulans

Kontinuální terapie i. v.:

Noradrenalin 10 mg/40 FR rychlostí dle MAP cíl 75 mm Hg – sympatomimetikum

Furosemid forte 125 mg/20 ml FR cílová diuréza nad 100 ml/hod – diuretikum

Fentanyl 20 ml 2-3 ml/hod – neuroleptanalgetikum, opioidní anestetikum

- **Krevní deriváty**

Tři transfúzní jednotky stejnoskupinového erytrocytového koncentrátu (aplikace bezprostředně po převozu ze sálu).

Dvě transfúzní jednotky stejnoskupinové čerstvě mražené plazmy (aplikace bezprostředně po převozu ze sálu).

2.6.3 Dietoterapie

Po výkonu měl nemocný klidový režim, nepřijímal nic per os. NGS byla ponechána na spád. Od prvního pooperačního dne mu byl přes NGS podáván Ulcogant 5 ml + 50 ml vody po 6 hodinách. Přípravek působí lokálně, bezprostředně na sliznici jícnu, žaludku a dvanáctníku. Tvoří ochrannou vrstvu proti agresivnímu účinku žaludeční šťávy, váže kyselinu, snižuje pepsin a absorbuje žluč. Kromě toho přípravek Ulcogant zvyšuje odolnost žaludeční sliznice. Výživa nemocného byla zabezpečená parenterální cestou. Úplná parenterální výživa zahrnuje: sacharidy od prvního dne, aminokyseliny od druhého dne, tuková emulze od čtvrtého pooperačního dne. Pacient měl pooperačně zavedenou NJS, do které byla druhý pooperační den aplikována speciální oligomerní enterální výživa Peptisorb kontinuálně enterální pumpou. V nočních hodinách jsme dodržovali noční pauzu, jejunální sonda byla proplachována fyziologickým roztokem. Perorální přívod tekutin byl možný při obnovení funkce střeva. Perorální přívod byl zahájen 5. pooperační den, pacient popíjel čaj, 6. pooperační den mu byla objednána šetřící dieta č. 2. V dalším období byla výživa zabezpečená speciální poresekční dietou, tj. 6-7 porcí jídla za den (porce malé, časté a šetřící).

2.6.4 Pohybový režim

Pacient měl omezený pohybový režim. První den měl přísný klid na lůžku. Druhý den začal s dechovou rehabilitací. Měl k dispozici rehabilitační pomůcky,

se kterými procvičoval svaly na horních končetinách (kolečka, masážní míčky). Další dny mu byly postupně přidávány cviky na dolní končetiny, aby se zabránilo ochabnutí svalů a svalovým kontrakturám.

2.6.5 Ošetrovatelská péče

- **Operační rána**

Operace proběhla v celkové anestézii, rána byla vedená v střední čáře břicha. 1. den po operaci ránu zkontroloval chirurg (chirurgické konzilium). Ta byla klidná, bez zarudnutí a známek infekce, se zaschlou krví, ale bez prosáknutí. Okolí drénu bylo klidné, neprosakovalo. Drény byly na spád, odváděly přiměřené množství serosangvinózního sekretu. Rána byla ošetřena peroxidem vodíku, poté dezinfekcí roztokem Betadine a sterilně krytá. Stejně byly ošetřeny i Tygonovy drény. Tento postup byl opakován i po další dny mého ošetřování, vzhledem ke klidné ráně byl převaz prováděn pouze jednou denně. Rána byla při převazu bolestivá. Dle standardu oddělení byl sekret z drénů odebírán na mikrobiologické vyšetření každé pondělí a čtvrtek.

- **Péče o invazivní vstupy**

Pacient mněl před operací (9.2.2009) zaveden CŽK, správnost jeho uložení byla hned po kanylaci kontrolována RTG snímkem. Katétr byl bez známek infekce, průchozí. Převaz proveden jednou za den. Arteriální kanyla byla po extubaci a úpravě TK zrušená.

2.7 Ošetřovatelská anamnéza dle modelu M. Gordonové

Ošetřovatelskou anamnézu jsem sbírala v operační den (10.2.2009). Informace jsem získala od pacienta a jeho manželky, která byla na návštěvě.

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pacient své zdraví, až do diagnostikování zhoubného onemocnění, pokládal za uspokojivé. Ačkoliv občas vnímal obtíže spojené se zažíváním, nepřikládal jim velkou váhu a do této chvíle tedy nemusel řešit žádný závažný problém týkající se jeho zdraví. Ve 20 letech mu byl diagnostikován žaludeční vřed, který byl úspěšně přeléčen. Pacientovi byl lékařem doporučen dietní režim, ten však zcela nedodržel. Přiznává, že se o své zdraví nikdy nijak zvlášť nestaral. Navštěvoval příležitostně pohostinství, kde si rád dal 2-3 piva a několik panáků tvrdého alkoholu.

Pan V. P. je po operaci, odeznívají sedativa a pooperační analgezie je řešená podle ordinace lékaře opiáty (Fentanyl), na bolest je hodně citlivý, každá moje intervence je pro něj bolestivá a celkově se cítí unavený. Nyní si daleko více uvědomuje hodnotu svého zdraví a bude se snažit o něj více pečovat.

2. Výživa, metabolismus

Pan V. P. dříve nedodržel žádnou dietu, rád si dával smažená a mastná jídla, která zapíjel pivem. Chut' k jídlu měl dobrou. Když mu bylo po jídle špatně, vzal si prášek a nijak to neřešil. Denně vypije 2 až 3 litry tekutin. Kávu pije, jeden až dva šálky denně. Zvýšený pocit žízně neudával. Během posledního půl roku zaznamenal mírný úbytek na váze, asi o 8 kg, přikládal to občasným trávicím obtížím, velkou váhu tomuto údaji nepřikládal.

Od zákroku má naordinovanou dietu nic per os. Má zavedenou NGS, která nic neodvádí. Má pocit žízně, trápí ho nauzea. Tekutiny jsou podávány parenterálně. Jejunální sonda se zatím kontinuálně proplachuje FR 10 ml/hod. Kůže a sliznice jsou

bez defektů. Turgor kůže je snížený. Dutina ústní je čistá, rty jsou sušší a pravidelně si je zvlhčuje glycerinovými štětičkami s citrónovou příchutí.

Výška – 178 cm

Váha – 70 kg

BMI – 22,1 (normální hodnota 18,5 - 24,9)

Hodnocení rizika vzniku dekubitu – viz příloha D.

3. Vylučování

S vylučováním moče uvádí menší problémy. Chodil často, ale nevymočil mnoho. Na žádném urologickém vyšetření nikdy nebyl. Občas si koupil nebo dostal léky, které inzerují v televizi a problémy ustoupily. Se stolicí problémy neměl, chodil pravidelně 1x za den.

Nyní má pacient zaveden permanentní močový katétr, který odvádí přiměřené množství slámově žluté čiré moči. Příjem a výdej tekutin je monitorován každou hodinu a bilancován á 12 hodin. PMK nejeví známky infekce. Na řezání a pálení močové trubice si nestěžuje. Peristaltika se prozatím neobnovila, plyny neodcházejí. Pocení vzhledem k pooperační hypotermii je minimální. Pacient je přiměřeně zahleněn, odkašlává bělavé sputum, při kašli si na mou radu přidržuje operační ránu.

Množství moče, odpady z drénu za 24 hodin je zaznamenáno v příloze F.

4. Aktivita, cvičení

Pan V. P. udává „velký sportovec nejsem, dříve jsem hrával fotbal a také jsem rád plaval, teď tak akorát chodím na procházky se psem a na zahradu, tu máme velikou a je tam hodně práce. V poslední době jsem se cítil unavený, nic se mi nechtělo. Víkendy jsem raději proležel a byl jsem rád, když po mně nikdo nic nechtěl“.

Nyní, vzhledem k čerstvé operační ráně a bolestem, odpočívá v poloze na zádech. Jako úlevovou polohu preferuje lehký polosed a pokrčené dolní končetiny. Je čerstvě po odpojení od dýchacího přístroje, cítí se unavený, vyčerpaný. Subjektivně

udává pocity nenadechnutí se. Za asistence fyzioterapeuta provádí dechová cvičení, odkašlávání. Od druhého pooperačního dne je v plánu procvičování horních a dolních končetin jako prevence tromboembolické nemoci (aktivní cvičení prstů, kotníků, dále rotace v kyčlích, odlehčení vytáčením špiček, abdukce na podložce apod.). Pan V. P. je vzhledem k čerstvé operační ráně částečně nesoběstačný, ošetřující personál vypomáhá při osobní hygieně. Úroveň soběstačnosti nemocného a jeho hodnocení vyjadřuje Barthelův test základních všedních činností v příloze E na konci této práce.

5. Spánek a odpočinek

Před diagnostikováním zhoubného onemocnění spal dobře, 7 - 8 hodin denně. Před usínáním je zvyklý důkladně vyvětrat. Žádné léky, které by mu pomáhaly navodit spánek, nepoužívá. Na dnešek vůbec nemohl spát, vyžadoval prášek na spaní. Měl obavy z nadcházející operace.

Po výkonu je pacient unavený, ale snaží se komunikovat s personálem a rodinou. Po odchodu manželky pacient usnul. Vzhledem k náročnosti výkonu jsme se ho snažili nerušit a výkony provádět co nejtíšeji a nejrychleji. Na oddělení se snažíme dodržovat denní a noční režim.

6. Vnímaní, poznávání

Změny paměti v poslední době nejuje. Problémy s řečí neuvádí. Je orientován v čase, prostoru a vlastní identitě. Informace chápe, uchovává bez zkreslení. Je přátelský, komunikativní. Sluch a čich jsou v pořádku. Na čtení nosí dioptrické brýle. Styl učení mechanický. Vědomí je jasné. O svém zdravotním stavu a současné terapii je informován a s dalším postupem souhlasí. V nemocnici se cítí bezpečně. Nyní pociťuje tupou bolest v oblasti operační rány. Vyvolávajícím faktorem je pohyb a kašel, zmírňujícím klid na lůžku, kontinuální analgezie. Pro bolest šetří dech. Na analogové škále uvádí bolest číslo 7 – viz příloha C.

7. Sebekoncepce, sebeúcta

Pacient udává, že se svým životem a sám se sebou je spokojen, považuje se za nekonfliktního, optimistického. Uvědomuje si změnu svého vzhledu (za poslední půl rok zhubl 8 kg). Situace, které ho rozzlobí, jsou vždy spojené s prací, ale snaží se to zvládat s klidem. Manželka je mu velkou oporou. Je mu líto, že nedodržoval dietní předpisy a nyní má problémy. Pacient uvádí, že před operací rekapituloval svůj život a uvědomil si, že musí některé věci změnit.

Pacient je sice informován o svém zdravotním stavu, ale i přesto se často ptá, jak to bude dál, bojí se o svůj život, o svou rodinu, o své zaměstnání. Někdy pomýšlí na nejhorší a to u něj vyvolává obavy. Snaží se je zahánět myšlením na něco jiného. Nemá žádné relaxační techniky, které by mu pomohly a ani jim moc nevěří.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pracuje jako zedník. Bydlí s manželkou v rodinném domě. Má dva syny, kteří již s nimi nebydlí. Rodinné problémy se vyskytují podle jeho slov sporadicky. Pokud nastanou, řeší je s manželkou společně. V práci jsou dobrý kolektiv a často se scházejí i mimo pracovní dobu v hospodě.

Nyní má strach, že ztratí zaměstnání a nebude moct uživit svou rodinu. Pravidelně ho navštěvuje manželka, manželovu hospitalizaci nese těžko, ale věří v uzdravení.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Problémy v sexuálním životě neuvádí. Je otcem 2 synů.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Stresová situace nastane vždy po nějakém problému v práci, doma, snaží se je řešit kolektivně. Je rád, že má operaci za sebou. Už je mnohem klidnější, ale bojí se, co bude dál.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pan V. P. je katolík, ale do kostela chodí jen o svátcích. Nejvýše v hodnotovém žebříčku staví rodinu a zdraví svoje i všech jejích členů.

12. Jiné

Všechny informace byly uvedené výše.

2.8 Stanovení ošetrovatelských diagnóz k 0. pooperačnímu dni

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila první den hospitalizace na jednotce anesteziologicko-resuscitačního oddělení, tedy 0. pooperační den. Tento den jsem si vybrala, protože právě v ranní pooperační době hrozí nemocnému více komplikací, je méně soběstačný a potřebuje pomoc v sebepěči. Zaměřila jsem se jak na aktuální problémy nemocného, tak i na pravděpodobné problémy, které by mohly u nemocného nastat. Obě skupiny diagnóz jsem formovala ve spolupráci s pacientem s ohledem na jeho aktuální zdravotní stav.

- **Aktuální ošetrovatelské diagnózy:**

00032 Neefektivní dýchání v souvislosti s bolestí, únavou, vyčerpaností, projevující se zapojováním pomocných dýchacích svalů, dušností, zvýšenou dechovou frekvencí a poklesem SpO₂.

00027 Deficit tělesných tekutin v souvislosti s velkou krevní ztrátou projevující se snížením krevního tlaku, zvýšením srdečního pulsu, pocitem žízně a sníženou diurézou.

00132 Akutní bolest v souvislosti s operační ranou projevující se bolestivou grimasou pacienta, slovním projevem pacienta, hledáním úlevové polohy.

00044 Porušená tkáňová integrita v souvislosti s operační ránou a drény projevující se sekrecí z rány, pocity napětí v oblasti břicha, bolestí.

00006 Hypotermie v souvislosti s operací projevující se třesavkou a subjektivním pocitem podchlazení, rtuťovým teploměrem naměřena TT: 35 °C.

00108 Deficit sebezpečí při koupání a hygieně, při příjmu potravy, mytí, osobní hygieně, oblékání, úpravě zevnějšku a v péči o vyprazdňování, v souvislosti s bolestí v operační ráně, léčebním režimem, projevující se neschopností umýt se, obléct se, najíst se.

00134 Nausea v souvislosti s aplikací anesteziologických látek projevující se pocitem na zvracení.

00146 Úzkost v souvislosti s vlivem stresu při maligním onemocnění projevující se verbalizací, smutným výrazem v obličeji pacienta.

- **Potencionální ošetřovatelské diagnózy:**

00004 Riziko infekce v souvislosti se zavedenými invazivními vstupy a přítomností operační rány.

00153 Riziko situačně snížené sebeúcty v souvislosti s neschopností plnit dřívější role – manžel, živitel rodiny.

00015 Riziko zácpy v souvislosti s operačním zákrokem a sníženým příjmem tekutin.

00040 Riziko imobilizačního syndromu v souvislosti s upoutáním na lůžko.

00155 Riziko pádu a poranění z důvodů operačního výkonu a odeznívající anestézie.

2.8.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

00032 Neefektivní dýchání v souvislosti s bolestí, únavou, vyčerpaností, projevující se zapojováním pomocných dýchacích svalů, dušností, zvýšenou dechovou frekvencí a poklesem SpO₂.

Cíl:

- Nemocný dostatečně spontánně dýchá do 15 minut.
- Hodnoty SpO₂ má v mezích normy (94-100 %) do 15 minut.

Výsledná kritéria:

- Pacient nemá projevy dušnosti do 15 minut.
- SpO₂ se pohybuje v hodnotách 94-100 % do 15 minut.

Intervence:

- Dbej na dostatečné odkašlávání – všeobecná sestra.
- Monitoruj a zaznamenávej SpO₂ – všeobecná sestra.
- Sleduj nálezy arteriálních krevních plynů – všeobecná sestra.
- Ulož pacienta do Fowlerové polohy – všeobecná sestra.
- Doporuč pacientovi, aby dýchal pomalu a hlouběji – všeobecná sestra.
- S pacientem jednej klidně a mírně aby se mírnila jeho úzkost – všeobecná sestra.
- Pomož pacientovi s relaxačními technikami, najít vhodnou polohu – všeobecná sestra.

- Podle ordinace lékaře podávej analgetika, aby se podpořilo hlubší dýchání a odkašlávání – všeobecná sestra.
- Edukuj pacienta o možné dechové RHB (nafukování rukavice, Acapela) – všeobecná sestra.

Realizace:

- Pacienta jsme 4 hodiny po operaci odpojili od ventilátoru.
- Pacienta jsem uložila do Fowlerové polohy.
- Pacient měl po extubaci na obličej kyslíkovou masku, přes kterou dostával zvlhčený a ohřátý kyslík.
- Pravidelně jsem monitorovala a zaznamenávala do dokumentace SpO₂, která byla 89-90 %.
- Odebírala jsem arteriální krev na analýzu krevních plynů, výsledek jsem hlásila lékaři.
- Dbala jsem o dostatečné odkašlávání pacienta.
- Dle ordinace lékaře jsem podávala nebulizaci na podporu odkašlávání (Mucosolvan 1 ml + FR 2 ml).
- Sledovala jsem celkový stav pacienta (únavu, dušnost, bolestivé grimasy, potivost).
- Sledovala a zaznamenávala jsem fyziologické funkce (TK, P, D, TT).
- Pacient při kašli bolestivě grimasoval, dle ordinace lékaře jsem podávala analgezii (Fentanyl 2 ml/hodinu).
- Při poklesu SpO₂ jsme s lékařem dali pacienta na neinvazivní CPAP, toleroval pouze 15 minut.
- S pacientem prováděl dechovou RHB fyzioterapeut.
- Pacienta jsem edukovala o nutnosti pravidelného odkašlávání, o účincích neinvazivního CPAP.

Hodnocení:

Cíl byl splněn částečně. V intervencích bylo nutno pokračovat. S odstupem několika hodin došlo ke zlepšení dechové aktivity.

00027 Deficit tělesných tekutin v souvislosti s velkou krevní ztrátou projevující se snížením krevního tlaku, zvýšením srdečního pulsu, pocitem žízně a sníženou diurézou.

Cíl:

- Udržení objemu tělesných tekutin na funkční úrovni do 3 hodin.

Výsledná kritéria:

- U pacienta dojde k úpravě fyziologických funkcí na normální hodnoty do 1 hodiny.
- U pacienta se zvýší diuréza do 3 hodin.
- Pacient nemá pocit žízně do 3 hodin

Intervence:

- Průběžně monitoruj a zaznamenávej á 1 hodinu hodnoty fyziologických funkcí – všeobecná sestra.
- Sleduj a zaznamenávej barvu kůže a sliznic pacienta – všeobecná sestra.
- Připrav a aplikuj infúze dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
- Pouč pacienta o nutnosti podání krevních derivátů a o možných nežádoucích účincích – učiní lékař.
- Zodpověz případné dotazy pacienta ohledně podání krevních derivátů a infuzí – všeobecná sestra.
- Podej pacientovi krevní deriváty dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
- Před podáním krevních derivátů proved' stanovená vyšetření – všeobecná sestra.
- Zdokumentuj podání krevních derivátů – všeobecná sestra.
- Sleduj pacienta a jeho reakce během podávání krevních derivátů – všeobecná sestra.
- Sleduj a zaznamenávej bilanci tekutin – všeobecná sestra.
- Zaznamenávej ztrátu tekutin zvracením, krvácením, sleduj odpad drénů – všeobecná sestra.
- Sleduj známky dehydratace – snížený turgor kůže, suché sliznice, zmatenost – všeobecná sestra.

Realizace:

- Při převzetí pacienta z operačního sálu jsem byla anesteziologem informována o krevní ztrátě během operace a nutnosti hrazení tělesných tekutin krevními deriváty.
- Po příjezdu z operačního sálu jsem napojila pacienta na monitor fyziologických funkcí a pravidelně monitorovala a zaznamenávala á 1 hodinu fyziologické funkce.
- Objednala jsem tři transfuzní jednotky erytrocytového koncentrátu a dvě jednotky čerstvě zmražené plazmy.
- Zkontrolovala jsem, zda má podepsaný informovaný souhlas s podáním krevních derivátů.
- Pacient byl lékařem poučen o nutnosti podání krevních derivátů.
- Před jejich podáním jsem změřila fyziologické funkce, provedla orientační vyšetření moči.
- Společně s lékařem jsme provedli zajišťovací pokus a biologický pokus. Lékař pacienta poučil o možných nežádoucích účincích.
- Podávala jsem infuzní roztoky dle ordinace lékaře.
- Během podávání krevních derivátů jsem sledovala a zaznamenávala hodnoty fyziologických funkcí a stav vědomí pacienta.
- Kontrolovala jsem obvaz operační rány, jeho okolí, charakter a množství odpadu v drénu.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Fyziologické funkce pacienta se podařilo do 3 hodin stabilizovat.

00132 Akutní bolest v souvislosti s operační ranou projevující se bolestivou grimasou pacienta, následně slovním projevem pacienta, hledáním úlevové polohy.

Cíl:

- U pacienta dojde ke zmírnění bolesti alespoň o dva stupně na vizuální analogové škále bolestí do 30 minut.

Výsledná kritéria:

- Pacient nemá bolestivý výraz v obličeji do 30 minut.
- Pacient slovně neverbalizuje bolest do 30 minut.
- Pacient umí zaujmout úlevovou polohu do 1 hodiny.

Intervence:

- Proved' důkladné posouzení bolesti včetně lokalizace, charakteru, nástupu/trvání, častosti, závažnosti (stupnice 0-10) a zhoršujících faktorů – všeobecná sestra.
- Posud' vnímavost pacienta na bolest, jeho chování a fyziologickou odpověď, jeho postoje k užívání léku proti bolesti včetně anamnézy abúzu – všeobecná sestra.
- Respektuj výrazy, kterými pacient svou bolest popisuje – všeobecná sestra.
- Sleduj základní fyziologické parametry, které při akutní bolesti obvykle vykazují změny – všeobecná sestra.
- Usiluj společně s pacientem o prevenci bolesti, požádej pacienta, aby hlásil bolest, hned jak se objeví, protože při včasném zákroku je větší naděje na kvalitní zvládnutí bolesti – všeobecná sestra.
- Postarej se o klidné prostředí o pohodlí nemocného – všeobecná sestra, sanitář.
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře, při neúčinnosti léku informuj lékaře – všeobecná sestra.

Realizace:

- Sledovala jsem reakce pacienta na bolest, trvalou bolest cítí na břicho, zvyšuje se při napínání břišních svalů (pohybu, kašli).
- S pacientem jsem provedla rozhovor o bolesti (0-10), pacient je na bolest velmi citlivý, uvedl č. 7, bolest popisoval jako tupou s vyzařováním do okolí.
- Dle ordinace lékaře bylo nultý pooperační den panu V. P. do CŽK podáváno kontinuálně v lineárním dávkovači opiátové analgetikum Fentanyl. Sledovala jsem účinek analgezie.
- Spolu s pacientem jsme se pokoušeli najít úlevovou polohu, nejvíc mu vyhovovala poloha na zádech v mírném polosedě s pokrčenými dolními končetinami.

- Pacienta jsem poučila o správné fixaci operační rány při pohybu a kašli.
- Pro pacienta jsem zabezpečila klidné prostředí, starala jsem se o jeho pohodlí.
- Sledovala jsem změny základních fyziologických funkcí vzhledem k bolesti P, TK, D.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Pacient hodnotil bolest jako minimální, mohl se na lůžku více pohybovat. Pacient pochopil příčinu bolesti a také že může sám ovlivnit bolest například přidržet operační rány při kašli či změně polohy na lůžku.

00006 Hypotermie v souvislosti s operací projevující se třesavkou a subjektivním pocitem podchlazení, rtuťovým teploměrem naměřena TT: 35 °C

Cíl:

- Udržení teploty tělesného jádra v normálním rozmezí (do 37 °C) do 2 hodin.

Výsledná kritéria:

- Pacient nemá třesavku do 1 hodiny.
- Pacient nemá subjektivní pocit podchlazení do 1 hodiny.
- Pacient má TT do 37 °C do 2 hodin.

Intervence:

- Zabraň dalšímu podchlazení, zbytečně pacienta neodkrývat a neobnažovat – všeobecná sestra.
- Zabal pacienta do teplých přikrývek – všeobecná sestra.
- Zabraň průvanu v místnosti – všeobecná sestra, sanitář.
- Monitoruj tělesnou teplotu a ostatní fyziologické funkce a zaznamenávej jejich hodnoty – všeobecná sestra.
- Sleduj barvu nehtových lůžek a kůže pacienta - všeobecná sestra.
- Podávej ohřáté infuzní roztoky, použij elektrickou zahřívací podložku – všeobecná sestra.

- Dbej, aby ohřívání pacienta nebylo rychlejší než 1 až 2 °C za hodinu, aby nedošlo k vasodilataci, zvýšeným metabolickým nárokům na srdce a hypotenzi – všeobecná sestra.
- Dle ordinace lékaře podávej vlhký ohřátý kyslík – všeobecná sestra.

Realizace:

- Pan V. P. byl přivezen ze sálu velice podchlazený, jeho TT byla 35 °C. Zakryla jsem ho teplou dekou a elektrickou zahřívací podložkou.
- Dle ordinace lékaře jsem pacientovi podávala vlhký a ohřátý kyslík.
- Omezila jsem odkrývání příkrývek v průběhu prvních hodin po operaci na minimum.
- Monitorovala jsem tělesnou teplotu a ostatní fyziologické funkce a výsledky jsem zaznamenávala do ošetrovatelské dokumentace.
- Dle potřeby a ordinace lékaře jsem podávala ohřáté infúzní roztoky.
- Pro velkou ztrátu krve na sále a nutnost podání transfúzních konzerv jsem dbala, aby všechny konzervy byly ohřány na pokojovou teplotu.

Hodnocení:

Cíl splněn, pacienta se podařilo zahřát. Pacient subjektivně nepocítoval podchlazení. Výsledná tělesná teplota byla 36,8 °C.

00044 Porušená tkáňová integrita v souvislosti s operační ránou, drény, projevující se sekrecí z rány, pocity napětí v oblasti břicha, bolestí.

Cíl:

- Včasné zhojení operační rány bez komplikací.

Výsledná kritéria:

- Pacientova rána neprosakuje.
- Pacient necítí napětí v oblasti břicha.
- Pacient nemá bolesti.

Intervence:

- Denně kontroluj ránu, místa vpichu drénů, pátrej po známkách infekce – všeobecná sestra.
- Dbej o dostatečnou výživu s adekvátním příjmem bílkovin a energie, dostatkem vitaminů, minerálních doplňků důležitých pro dobrý průběh hojení – všeobecná sestra, lékař.
- Při převazování rány postupujte přísně asepticky, aby se snížilo riziko kontaminace – všeobecná sestra, lékař.
- Odebírej vzorky exudátu na kultivaci – všeobecná sestra.
- Sleduj laboratorní výsledky, zda podporují úspěšné hojení – všeobecná sestra, lékař.
- Diskutuj s pacientem o významu časného zjištění a hlášení změn stavu či neobvyklých tělesných příznaků pro odvrácení komplikací – všeobecná sestra.
- Aplikuj antibiotika dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.

Realizace:

- Pacientovi byl každý den prováděn převaz místa vstupu drénů a operační rány.
- Rána byla každý den posuzována a to: vzhled rány, kontrola okolí rány a místa vpichu drénů, přítomnost výtoků z rány (konzistence, zápach, stupeň nasáknutí mulových čtverců).
- Ve sterilních rukavicích byla prováděna palpace rány na zjištění napětí okrajů rány (minimální nebo mírné opuchnutí v raných stádiích hojení rány je fyziologické).
- Pravidelně byla sledována bolest místa operační rány (přetrvávající silná bolest nebo náhlý nástup bolesti můžou poukazovat na krvácení nebo infekci).
- Pravidelně byly sledovány drény v operační ráně, jejich umístění, množství a charakter drenážní tekutiny a funkčnost aparatury.
- Při převazování rány bylo postupováno přísně asepticky, rána byla dezinfikována roztokem Betadinea, krytá sterilním mulovým čtvercem.
- Sekret z operační rány a z drénů byl pravidelně (na našem oddělení každé pondělí a čtvrtek) odebírán na aerobní kultivaci.

- Pacientovi byla každý den odebíraná krev, mimo jiné také na sledování procesu hojení rány (hladina leukocytů, krevní srážlivost, hladina sérových proteinů, CRP apod.).
- Pacient se zajímal o průběh hojení rány, byl pravidelně informován o stavu rány a edukován o významu časného zjištění změn stavu či neobvyklých tělesných příznaků pro odvrácení komplikací.
- Pacientovi byla podávána antibiotika podle ordinace lékaře.
- Stav operační rány pravidelně kontroloval ošetřující lékař.

Hodnocení:

Cíl byl splněn, pacientovi se hojila operační rána bez komplikací.

00146 Úzkost v souvislosti s vlivem stresu při maligním onemocnění projevující se verbalizací, smutným výrazem v obličeji pacienta a sklíčeností.

Cíl:

Pacient nepocítuje úzkost do 2 hodin.

Výsledná kritéria:

- Pacient zná příčiny úzkosti do 2 hodin.
- Pacient se umí o své úzkosti vyjádřit a dokáže popsat své pocity do 2 hodin.
- Pacient zná dostatek informací ohledně zvládnání úzkosti do 2 hodin.
- Pacient umí využívat způsoby jak si poradit s úzkostí do 2 hodin.
- Pacient je dostatečně informován o svém zdravotním stavu do 2 hodin.
- Pacient nemá smutný výraz v obličeji do 4 hodin.
- Pacient není sklíčený, pacient neverbalizuje úzkost do 4 hodin.

Intervence:

- Vytvoř vstřícný a důvěryplný vztah – všeobecná sestra.
- Využij terapeutických komunikačních dovedností, např. aktivního naslouchání, ticha/pomlk, uznání, respektuj přání/žádost pacienta nemluvit – všeobecná sestra.

- Informuj pacienta o prodělaném onemocnění – lékař, všeobecná sestra.
- Proveď s pacientem rozhovor o jeho úzkosti – všeobecná sestra.
- Všímej si fyzického/duševního stavu pacienta, naslouchej – všeobecná sestra.
- Informuj pacienta o všem co se kolem něj děje a psychicky podporuj – všeobecná sestra.
- Informuj pacienta o komplikacích, které mohou onemocnění doprovázet – lékař, všeobecná sestra.
- Zajisti klidné, tiché prostředí pacientovi – všeobecná sestra, sanitář.
- Edukuj pacienta o technikách zvládnání úzkosti hodin – všeobecná sestra.
- Nabídni pacientovi aktivity na rozptýlení – všeobecná sestra.
- Poskytni informace o nemocniční RHB – všeobecná sestra.
- Zjistí, jak pacient vnímá své ohrožení v souvislosti s onemocněním – všeobecná sestra.

Realizace:

- S pacientem jsem se snažila navázat vstřícný a důvěryplný vztah.
- S pacientem jsem zavedla rozhovor, ve kterém jsem se snažila zjistit vše o jeho úzkosti a obavách z onemocnění.
- Vysvětlila jsem vše o jeho onemocnění a možných komplikacích.
- Pacientovi byl ponechán prostor k vyjádření svých pocitů. Svůj stav vnímá jako špatný a velice se obává o svoji soběstačnost v zabezpečení rodiny a o svůj další zdravotní stav.
- Pacient byl poučen o vhodných technikách zvládnání úzkosti. Zajistila jsem k odreagování denní tisk a edukační materiály k čtení a podávání dalších informací ohledně onemocnění.
- Kontaktovala jsem fyzioterapeuta, aby pacientovi vysvětlil pooperační rehabilitační péči.
- Ošetřovatelský tým se v rámci možností snažil o klidný nehlučný chod oddělení okolo boxu, kde pacient ležel.
- Pacientovi byly zajištěny neomezené návštěvy jeho manželky a možnost návštěvy jeho synů.

- Pacienta jsem v průběhu celé hospitalizace informovala o každodenním léčebném režimu, rehabilitaci a plánovaných vyšetřeních, naslouchala mu a snažila se vyhovět ve všech potřebách nemocného.
- Pacientovi byla navržena psychoterapeutická péče a možnost kontaktu s knězem.

Hodnocení:

Pacient byl dostatečně informován. Pocity úzkosti byly zmírněné, v intervencích bylo nutno pokračovat. Cíl byl splněn částečně. Psychoterapeutickou péči odmítl.

2.8.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy

00004 Riziko infekce v souvislosti se zavedenými invazivními vstupy a přítomností operační rány.

Cíl:

- Zabránit vzniku infekce.

Výsledná kritéria:

- Pacient nemá zarudlé okolí invazivních vstupů a operační rány.
- Pacient má pravidelně měněné invazivní vstupy.
- Pacient nemá zvýšenou tělesnou teplotu.

Intervence:

- pravidelně sleduj všechny invazivní vstupy – všeobecná sestra.
- Kontroluj známky infekce, zarudnutí, zvýšenou tělesnou teplotu, zánětlivé parametry v krvi – všeobecná sestra, lékař.
- Vstupy ošetřuj sterilně a sleduj jejich funkčnost – všeobecná sestra.
- Asistuj lékaři při výměně invazivních vstupů – všeobecná sestra.
- Konce měněných invazí pošlej na mikrobiologické vyšetření – všeobecná sestra.
- Asistuj lékaři při převazu operační rány – všeobecná sestra.
- Podávej léky dle ordinací lékaře – všeobecná sestra.

Realizace:

- Sledovala jsem funkčnost a okolí invazivních vstupů.
- Na jednotlivé výměny invazí a převazy jsem chystala sterilní stolek.
- Ošetřovala jsem vstupy sterilními pomůckami a překryla je sterilním krytím.
- Sledovala jsem TT a laboratorní výsledky.
- Kontrolovala jsem datum zavedení jednotlivých invazivních vstupů a dbala na to, aby byly pravidelně vyměňovány.
- Asistovala jsem lékaři při výměně invazivních vstupů, konce invazí posílala na mikrobiologické vyšetření.
- Pravidelně jsem operační ránu kontrolovala a asepticky ošetřovala za pomoci roztoku Betadine a sterilního krytí.
- Podávala jsem ATB dle ordinace lékaře.
- Vyhledávala a zaznamenávala jsem výsledky zánětlivých markerů, patologické hodnoty jsem hlásila lékaři. Hodnotila jsem a zaznamenávala subjektivní pocity pacienta, které by mohly souviset s potenciální infekcí.
- Upozornila jsem pacienta, aby všechny změny a nepříjemné pocity hlásil.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Pacient neměl zarudlé okolí invazivních vstupů ani operační rány. Invaze byly pravidelně měněné.

00153 Riziko situačně snížené sebeúcty v souvislosti s neschopností plnit dřívější role – manžel, živitel rodiny.

Cíl:

- Zabránit snížení sebeúcty pacienta.

Výsledná kritéria:

- Pacient bude plnit roli manžela.
- Pacient bude plnit funkci živitele rodiny.
- Pacient se snaží, aby mohl tyto role vykonávat co nejdříve.

Intervence:

- Často komunikuj s pacientem – lékař, všeobecná sestra, ostatní zdravotnický personál.
- Vyslechni jeho starosti, obavy, buď pacientovi nablízku, když bude potřebovat naslouchat, podpořit – lékař, všeobecná sestra.
- Povzbuzuj pacienta, aby život nevzdával, aby bojoval každý den – všeobecná sestra.
- Edukuj pacienta o dodržování životosprávy, diety, RHB – všeobecná sestra.

Realizace:

- S pacientem jsem často mluvila.
- Naslouchala jsem jeho obavám, starostem,
- Pacient nebyl rád sám, vždy měl radost, když jsem byla s ním na boxu, mohl mluvit o všem, co ho trápí.
- Při každé příležitosti jsem ho povzbuzovala, chválila každý jeho pokrok v léčbě.
- Edukovala jsem ho o životosprávě, dietě, rehabilitaci.
- Manželka chodila pravidelně na návštěvy.
- Povzbuzovala jsem také rodinu, aby neztratila naději v pacientovo uzdravení.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Pacient byl optimistický, věřil v uzdravení, a že se vrátí do role manžela, živitele rodiny. Měl velkou oporu v rodině.

2.9 Celkové zhodnocení nemocného a prognóza

Pan V. P. byl o svém zdravotním stavu informován před nástupem na chirurgickou kliniku. Uvádí, že diagnóza mu byla sdělena citlivě, ale poměrně hodně ho vystrašila. Dlouho se nemohl smířit s nepříznivou a nejistou diagnózou a ani po operaci není zcela klidný. Byl sice rád, že chirurgický zákrok má již za sebou, ale obával se budoucnosti, měl strach a úzkost z toho, co bude. Po operaci byl hodně unavený, komunikoval jen minimálně. V dalších dnech se jeho zdravotní stav postupně zlepšoval, začal více komunikovat a jeho otázky směřovaly k průběhu a výsledku operace. Po rozhovoru s lékařem byl klidnější. Operace dopadla dobře, žádné metastáze ani postižení lymfatických uzlin se neprokázalo. Pan V. P. má velkou šanci na úplné vyléčení a to mu dodávalo potřebné psychické síly. Každý den ho navštěvovala manželka, která mu byla velkou oporou. Po 7mi dnech na našem oddělení byl v dobrém fyzickém i psychickém stavu přeložen na jednotku intenzivní péče chirurgické kliniky.

2.10 Edukace

Pod pojmem edukace rozumíme výchovu pacienta k samostatnější péči o svůj zdravotní stav. Hlavním cílem je modifikovat pozitivně chování nemocného takovým způsobem, aby byla léčba jeho choroby maximálně úspěšná. Edukace má nezastupitelné místo v léčbě onemocnění. Bylo prokázáno, že kvalitně prováděná komplexní edukace nemocného vede ke zlepšení stavu a je prevencí komplikací.

Při poskytování informací, které edukace zahrnuje, je třeba dodržovat určitá pravidla:

- informace má být jednoduchá a na úrovni pacientova chápání,
- opakování je nezbytné při každém kontaktu s nemocným, dle dané situace výbornou pomůckou jsou informace v písemné formě, které pacientovi věnujeme,

- citlivost a empatie – zdravotník by měl umět odhadnout emocionální stav pacienta, jeho duševní úroveň, informovanost a měl by znát poměry, ze kterých pacient pochází.

Po dobu hospitalizace byla u pana V. P. edukace prováděná průběžně, zahrnovala předoperační přípravu, edukaci anesteziologem a edukaci o pooperačním režimu. Důležitou součástí byly informace o prevenci TEN, nácvik dechové rehabilitace a seznámení nemocného s možnostmi tišení bolestí v pooperačním období. Po operaci byl pacient informován lékařem o průběhu operace, o pooperačním režimu, naordinovaných lécích a dietních opatřeních. Sestrou byl pan V. P. poučen o průběhu ošetrovatelských intervencí - podávání infúzí, inhalace, péče o invazivní vstupy, převazy, provádění hygieny, rehabilitaci. Další edukace by měla být soustředěna na režimová opatření, které by pacient měl dodržovat po propuštění doma. Pacient též projevil zájem o informace týkající se vhodného stravování.

- **Edukační list**

Téma edukace: poučení pacienta o problematice poresekční výživy a metabolismu.

Organizační forma: individuální.

Doporučení: pacientovi

Forma edukace: verbální, edukační letáky.

Edukační diagnóza: 00161 Ochota doplnit deficitní vědomosti z důvodu brzkého propuštění pacienta do domácí péče projevující se zájmem o tuto problematiku častým dotazováním.

Cíl edukace:

- Pacient chápe zásady poresekční výživy.

Výsledná kritéria:

- Pacient je informován o důležitosti speciální diety po resekčním zákroku.
- Pacient ví, jak často a jaké porce jsou při této dietě doporučeny.

- Pacient je seznámen s vhodnými a nevhodnými potravinami a jejich tepelnou úpravou.

Intervence:

- Zjistí úroveň znalosti pacienta o této problematice – všeobecná sestra.
- Přizvi k diskusi dietní sestru – všeobecná sestra.
- Edukuj pacienta o zásadách poresekční diety – všeobecná sestra, dietní sestra.

Realizace:

- Zjistila jsem úroveň znalosti pacienta o dietě (úroveň znalosti malá, skoro žádná).
- Přizvala jsem dietního terapeuta, zájem o toto téma projevila i manželka nemocného.
- Spolu s dietní sestrou jsme pacientovi vysvětlily specifika poresekční diety.

Poresekční výživa:

Hlavní zásadou je konzumovat stravu vyváženou – denně všechny základní druhy živin (uhlovodany, bílkoviny, tuky), dostatek vitaminů, minerálů a vlákniny. To znamená dostatek čerstvé zeleniny a ovoce nebo ovocné i zeleninové nesolené šťávy. Preferovat jídla, která dodají dostatek živin bez zbytečných prázdných kalorií. Omezit sladkosti a alkohol. Omezit živočišné tuky (sádlo, tučné maso), uzeniny. Doporučené jsou rostlinné oleje a ryby. Vhodnější masa jsou světlá, libová. Z mléčných výrobků jogurty, čerstvé sýry, tvaroh. Doporučuje se olej lisovaný za studena (olivový). Z bílkovin se upřednostňují ryby, sója. Nezapomínat na důležitost vlákniny, váže karcinogenní látky, vhodná je i brokolice, zelí, kapusta, působí detoxikačně. Solit minimálně. Příprava stravy co nejrychlejší, nesmažit, negrilovat, lepší je dušení a vaření. Vysoká teplota ničí živočišné bílkoviny. Doporučují se malé porce 100-150 ml a častější frekvence. Jídlo nesmí být příliš horké, nebo studené. Po jídle je vhodný odpočinek.

Hodnocení:

Cíl byl splněn, pacient má základní vědomosti o poresekční dietě. Všechny otázky pacienta a jeho manželky byly zodpovězené.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

U nemocí, jako je karcinom žaludku, kdy včasné odhalení onemocnění výrazně zvyšuje šanci vyléčení, je nutné se zaměřit především na prevenci. Fakt, že v České republice chybí screeningový program na diagnostikování této pomalu se rozvíjející nemoci, lze považovat za negativum. I když pacientů trpících touto nemocí v posledních letech spíše ubývá, screeningový program ve formě komplexního vyšetření zdravotního stavu by v mnoha případech pomohl diagnostikovat tuto nemoc a pacientům tak zvýšil šanci na vyléčení.

V žádném případě však nelze opomenout zodpovědnost každého člověka za svoje zdraví. Zdravotnická zařízení by měla zvýšit důraz na informovanost o této nemoci. Ať už formou letáčků v čekárnách či osobním přístupem. Lidé by si měli uvědomit, že omezením nezdravé stravy plné mastných, uzených a přesolených potravin, nadměrným požíváním alkoholu či kouřením na jedné straně a zvýšením příjmu čerstvé zeleniny na straně druhé, mohou snížit riziko vzniku tohoto onemocnění. Gastroskopie, ač se jedná o nepříjemný zákrok, představuje jednu z neúčinnějších diagnostických metod. Pokud bude lékař otevřeně hovořit o tomto vyšetření, lidé snáze pochopí jeho důležitost. Lékař či zdravotní sestra by měli rovněž apelovat na sebehodnocení zdravotního stavu každého člověka. Každý, i na první pohled banální příznak, může v důsledku znamenat prekancerózní stav a jen jeho včasné zjištění může zvýšit šanci na úspěšnou léčbu. Rovněž zdravotní stav v rodině či jeho změna může lékaři naznačit rizika, která by stála za prověření. Otevřená komunikace mezi pacientem a lékařem či sestrou musí být samozřejmostí. Veškerý zdravotnický personál by měl též aktivně a pravidelně sledovat teoretická východiska a praktické zkušenosti o této nemoci a aplikovat je v rovině prevence i péče o pacienty.

Z hlediska celospolečenského by mělo dojít ke zvýšení celkové informovanosti ohledně karcinomu žaludku. Jako ideální se zdají být periodika pro laickou veřejnost, která zajistí, že informace se mohou dostat mezi všechny vrstvy obyvatelstva. Rovněž nejrůznější naučné televizní pořady mohou pomoci zvýšit povědomí o nemoci. Samozřejmostí by měla být webová prezentace zastřešená důvěryhodnou institucí, která nabídne lidem dostatek informací v případě, že je budou chtít nalézt.

Jelikož kouření představuje jeden z možných faktorů ovlivňující vznik této nemoci, je nezbytné, aby byl vyvinut tlak na příslušné instituce a orgány s ohledem na ochranu zdraví obyvatel. Je důležité, aby byl důsledně dodržován zákaz kouření např. na veřejných místech či v restauracích, kde může být člověk-nekuřák ohrožen. Dalším faktorem je nadměrné pití alkoholu. Řešení tohoto problému je velmi obtížné, ale minimálně v oblasti alkoholu u mladistvých by měl stát vystupovat nekompromisně. Především mladí lidé si plně neuvědomují možné následky takové závislosti.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo přiblížení problematiky ošetrovatelské péče o nemocného s karcinomem žaludku. Ráda bych touto cestou přispěla k zvýšení informovanosti o nemoci a tím zvýšení kvality ošetrovatelské péče u pacientů, kteří touto nemocí trpí.

Ošetrovatelská péče byla realizovaná formou ošetrovatelského procesu dle modelu M. Gordonové s ohledem na specifické biologické, psychologické a sociální potřeby pacienta s karcinomem žaludku. Zdravotnická dokumentace pacienta byla získána se souhlasem lékařů na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. Při získávání anamnézy jsme identifikovaly aktuální problémy nemocného a zohlednily je při tvorbě ošetrovatelského procesu. Důraz byl kladen též na zjišťování potenciálních problémů nemocného, které jsme se snažily identifikovat a jejich řešením zvýšit kvalitu ošetrovatelského procesu. Péče o onkologicky nemocného pacienta není nikdy lehká. Oproti jiným onemocněním může přinášet zvýšenou psychickou zátěž i na zdravotnický personál danou charakterem těchto onemocnění. Nesmírně důležitá je proto komunikace, zdravotní sestra musí mít poznatky nejen z oblasti medicíny, ale také z ostatních humanitních oborů, aby byla schopna podat informace o zdravotním stavu pacienta adekvátní formou s ohledem na jeho fyzický a duševní stav. Měla by též dodávat psychickou podporu, která může hrát významnou roli v procesu léčby, nejen pacientovi, ale i jeho rodině. Jen otevřenou a vlídnou komunikací může zdravotní sestra vybudovat důvěru pacienta a získat tak od pacienta důležité poznatky vedoucí ke zlepšení ošetrovatelské péče.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu závažnosti tohoto onemocnění, které ovšem i přes svoji závažnost může mít optimistické vyhlídky, musí se však diagnostikovat včas. Přínosem mé práce je přispět k lepší informovanosti nejen mezi laickou veřejností, ale i mezi zdravotnickým personálem a zlepšit jak prevenci u tohoto onemocnění, tak zkvalitnit ošetrovatelskou péči.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAMČÍK, L.; CZUDEK. S. 2008. Laparoskopická resekce žaludku. In *Bulletin*. 2008, roč. 16, č.1-2, s. 34-35. ISSN 1210-6755.

BECKER, Horst, Dieter a kolektiv. 2005. *Chirurgická onkologie*. Praha : Grada Publishing, 2005. 854 s. ISBN 80-247-0720-9.

BUNGANIČ, Ivan. 2009. Helicobacter pylori jako karcinogén-súčasné názory. In *Gastroenterológia pre prax*. 2009, roč. 8, č. 1, s. 25-28. ISSN 1336-1473.

ČERNÝ, Ján. 1996. *Špeciálna chirurgia, chirurgia traviacej rúry*. Martin : Osveta, 1996. 497 s. ISBN 80-88824-26-5.

GATĚK, J. 2008. Chirurgické léčení u karcinomu žaludku. In *Referátový výběr z onkologie*. 2008, roč. 25, č. 3-4, s.29-34. ISSN 0942-1181.

GATĚK, J.; PETRUŽELKA, L. 2009. Současný pohled na diagnostiku a léčbu karcinomu žaludku. In *Praktický lékař*. 2009, roč. 89, č. 4, s. 178-183. ISSN 0032-6739.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2002. *Lékařská etika*. Praha : Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.

JIRÁSEK, Václav. 2002. Choroby žaludku. In KLENER, Pavel et al. *Gastroenterologie, Hepatologie*. Praha : Galén, 2002. 263 s. ISBN 80-7262-139-4.

KOZIEROVÁ, Barbara; ERBOVÁ, Glenora; OLIVIERIOVÁ Rita. 1995. *Ošetrovatelstvo I*. Martin : Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

MAREČKOVÁ, Jana. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. Praha : Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

MARTÍNEK, Ján; ŠPIČÁK, Julius. 2000. *Onemocnění žaludku a dvanáctníku*. Praha : Triton, 2000. 127 s. ISBN 80-7254-106-4.

MAŘATKA, Zdeněk a spolupracovníci. 1999. *Gastroenterologie*. Praha : Nakladatelství Karolinum, 1999. 490 s. ISBN 80-7184-561-2.

MARLYNN, Doenges; MOORHOUSE, Mary. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry, druhé, přepracované a rozšířené vydání*. Praha : Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.

NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZIOVÁ, Ilona. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň: Maurea, s.r.o., 2009. 76 s. ISBN 978-80-902876-0-0.

NOVÁK, J; BEŠKA, F, 2004. *TNM, Klasifikace zhoubných novotvarů*. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2004. 196 s. ISBN 80-7280-391-3.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2006. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha : Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.

PETRUŽELKA, Luboš; KONOPÁSEK, Bohuslav a kolektiv. 2003. *Klinická onkologie*. Praha : Nakladatelství Karolinum, 2003. 274 s. ISBN 80-246-0395-0.

STEFANOVÁ, M. 2008. Epidemiologie, screening, současná diagnostika a staging karcinomu žaludku. In *Bulletin* . 2008, roč. 16, č.1-2, s. 23-24. ISSN 1210-6755.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena; NEJEDLÁ Marie. 2006. *Interní ošetřovatelství 1*. Praha : Grada Publishing, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6.

TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. 2003. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

TSCHUSCHKE, Volker. 2004. *Psychoonkologie*. Praha : Portál, s. r. o., 2004. 215 s. ISBN 80-7178-826-0.

VOKURKA, Martin; HUGO, JAN. 2009. *Velký lékařský slovník*. Praha : Maxdorf, 2009. 1150 s. ISBN 978-80-7345-202-2.

VORLÍČEK, Jiří; ABRAHÁMOVÁ, Jitka; VORLÍČKOVÁ, Hilda. 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha : Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.

ŽALOUDÍK, Jan. 2008. *Vyhněte se rakovině*. Praha : Grada Publishing, 2008. 189 s. ISBN 978-80-247-2307-5.

ZACHAROVÁ, Eva; HERMANOVÁ, Miroslava; ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha : Grada, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – TNM klasifikace	I
Příloha B – Glasgow Coma Scale	II
Příloha C – Vizuální analogová škála	III
Příloha D – Hodnocení rizika vzniku dekubitu	IV
Příloha E – Bartelův test základních denních činností	V
Příloha F – Denní záznam sester	VI

Příloha A – TNM klasifikace

T - Primární nádor

- TX primární nádor nelze hodnotit
- T0 bez známek primárního nádoru
- Tis karcinom in situ: intraepiteliální nádor bez invaze do lamina propria
- T1 nádor postihuje lamina propria nebo submukózu
- T2 nádor postihuje muscularis propria nebo subserózu ¹⁾
- T2a nádor postihuje muscularis propria
- T2b nádor postihuje subserózu
- T3 nádor proniká na serózu (viscerální peritoneum) bez invaze do okolních struktur ^{1), 2), 3)}
- T4 nádor se šíří do okolních struktur ^{1), 2), 3)}

N - Regionální mízní uzliny

- NX regionální mízní uzliny nelze hodnotit
- N0 v regionálních mízních uzlinách nejsou metastázy
- N1 metastázy v 1 až 6 regionálních mízních uzlinách
- N2 metastázy v 7 až 15 regionálních mízních uzlinách
- N3 metastázy ve více než 15 regionálních mízních uzlinách

M - Vzdálené metastázy

- MX vzdálené metastázy nelze hodnotit
- M0 nejsou vzdálené metastázy
- M1 vzdálené metastázy

Zdroj: Novák, 2004

¹ Nádor se může šířit přes muscularis propria do vazů gastrokolických nebo gastrohepatických nebo do velkého či malého omenta bez penetrace viscerálního peritonea, které kryje tyto struktury. V tomto případě je nádor klasifikován jako T2. Pokud nastane perforace viscerálního peritonea kryjícího gastrické vazy nebo omentum (malé i velké), pak je nádor klasifikován jako T3.

² Okolními strukturami žaludku jsou slezina, příčný tračník, játra, bránice, pankreas, stěna břišní, nadledvina, ledvina, tenké střevo a retroperitoneum.

³ Intramurální šíření do duodena a jícnu je klasifikováno největší hloubkou invaze v kterékoliv této lokalizaci včetně žaludku.

Příloha B – Glasgow Coma Scale

Hodnoceno 10. 2. 2009 – 0. pooperační den → naměřená hodnota 10

Otevírání očí	
4	spontánní
3	na výzvu
2	na algický podnět
1	neotevívá
Motorické projevy	
6	uposlechnutí příkazů
5	lokalizace bolesti
4	uhýbání od algického podnětu
3	dekortikační (flekční) rigidita
2	decerebrační (extenční) rigidita
1	žádná reakce
Verbální reakce	
5	pacient orientovaný a konverzuje
4	pacient dezorientovaný či zmatený, ale komunikuje
3	neadekvátní či náhodně volená slova, žádná smysluplná konverzace
2	nesrozumitelné zvuky, mumlání, žádná slova
1	žádné verbální projevy

Klasifikace:

GCS	kóma
8 a méně	těžká forma
9-12	střední
13 a více	lehké

Zdroj: FNKV, 2009

Příloha C – Vizuální analogová škála

Hodnoceno 10. 2. 2009 – 0. pooperační den → naměřená hodnota 7

žádná bolest **0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10** nesnesitelná bolest

Příloha D – Hodnocení rizika vzniku dekubitů

POSOUZENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ									
ROZŠÍŘENÁ STUPNICE NORTONOVÉ									
Ochota ke spolupráci	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Tělesný stav	Duševní stav	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	
plná 4	<10 4	normální 4	žádné 4	dobrý 4	v pořádku 4	chodí bez pomoci 4	plná 4	žádná 4	
malá 3	<30 3	šupinatá, suchá 3	Lehká forma 3	obstojný 3	apatický, bez účasti 3	chodí s pomoci 3	lehce omezená 3	někdy 3	
částečná 2	<60 2	vlhká 2	středně těžká forma 2	špatný 2	pomatený 2	potřebuje inval. vozík 2	velmi omezená 2	většinou moč 2	
žádná 1	>60 1	rány/alergie 1	Těžká forma 1	velmi špatný 1	v bezvědomí 1	ležící na lůžku 1	plně omezená 1	moč i stolice 1	PMK
Nebezpečí vzniká při 25 bodech a méně									

Hodnoceno 10. 2. 2009 – 0. pooperační den → naměřená hodnota 22

Zdroj: FNKV, 2009

Příloha E – Bartelův test základních denních činností

Hodnoceno 10. 2. 2009 – 0. pooperační den → naměřená hodnota 45

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH DENNÍCH ČINNOSTÍ		
Příjem potravy a tekutin:	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Oblékání:	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Koupání:	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Osobní hygiena:	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Kontinence moči:	plně kontinentní <i>PMK</i>	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
Kontinence stolice:	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
Použití WC:	samostatně bez pomoci:	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Přesun na lůžko – židli:	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
Chůze po rovině:	samostatně nad 50m	15
	s pomocí 50m	10
	na vozíku	5
	neprovede	0
Chůze po schodech:	samostatná bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
0-45 vysoce závislý 46 – 60 závislost středního stupně 61 – 95 lehká závislost 96 a více nezávislý		

Hodnocení stupně závislosti:

- 0 – 40 bodu vysoce závislý
- 45 – 60 bodu závislost středního stupně
- 65 – 95 bodu lehká závislost
- 96 – 100 bodu nezávislý

Zdroj: FNKV, 2009

Příloha F – Denní záznam sester