

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S KARCINOMEM TLUSTÉHO STŘEVA**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PETRA SOBELOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD., R.N.

Praha 2013

SCHVÁLENÁ ŽÁDOST O TÉMA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(Doplním při svazování práce)

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 8. 3. 2013

Podpis:

Petra Sobelová

ABSTRAKT

SOBELOVÁ, Petra: *Ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem tlustého střeva*. Bakalářská práce - Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD., R.N. Praha, 2013. 59 s.

Tématem bakalářské práce je ošetřování nemocného s karcinomem tlustého střeva. Práce je rozdělena do dvou částí – teoretické a praktické. Teoretická část charakterizuje klasifikaci nádorů obecně, diagnostiku, komplexní terapii a prevenci vzniku nádorového onemocnění. Hlavní nosná část práce pojednává o nutnosti aktivního ošetrovatelského přístupu sestry k pacientovi, kterému byla založena kolostomie.

Klíčová slova

Karcinom tlustého střeva. Ošetrovatelský proces. Potřeby nemocného

ABSTRACT

SOBELOVÁ, Petra: *Nursing Process in a Patient with Colorectal Cancer*. Bachelor thesis - The College of Nursing, o.p.s., Prague. Qualification degree: bachelor (Bc.). Thesis supervisor: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD., R.N. Prague, 2013. 59 s.

The topic of the bachelor thesis is nursing care of a patient with carcinoma of large intestine. The thesis is divided into two parts – theoretical and practical part. The theoretical introduction describes general classification of tumors, their diagnostics, complex treatment and prevention of cancer diseases. The principal part of the thesis deals with the necessity of active approach to patient in whom a colostomy was performed.

Key words

Colon carcinoma. Nursing process. Needs of the patient

PŘEDMLUVA

Dnešní moderní ošetřovatelství si uvědomuje, že člověk není pouze lékařská diagnóza, ale je i lidská bytost v náročné životní situaci, ke které je nutno přistupovat empaticky a profesionálně.

Tématem práce je snaha zaměřit se na význam ošetřovatelského procesu v praxi a uspokojení potřeb nemocného. Práce byla ovlivněna mým zaměstnáním na standardním oddělení transplantační chirurgie IKEM v Praze 4, kde jsou často hospitalizováni pacienti po chirurgických výkonech na gastrointestinálním traktu. Zde jsem čerpala inspiraci pro tuto práci. Dalšími zdroji informací byly odborné a knižní publikace.

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD., R.N. za cenné, odborné rady a připomínky při zpracování této práce. Za inspirující podněty během vytváření této práce bych ráda poděkovala Bc. Tereze Úchvatové. Poděkování patří i mé rodině, a zvláště pak mému příteli Josefu Baranovi, bez jejichž pochopení a vstřícnosti by práce nevznikla.

Obsah

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 KLASIFIKACE NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ	12
2 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM, PATOFYZIOLOGIE A ČASOVÝ VÝVOJ.....	14
2.1 FYZIOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE	14
2.2 ČASOVÝ VÝVOJ	15
3 ETIOPATOGENEZE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	18
3.1 ADENOMOVÉ POLYPY A DALŠÍ GENETICKÉ PREDISPOZICE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	18
3.2 CHRONICKÁ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA JAKO RIZIKOVÝ FAKTOR KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	19
3.3 FAKTORY ŽIVOTNÍHO STYLU A KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM	20
4 PŘÍZNAKY KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU.....	21
5 PREVENCE A SCREENING KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	23
5.1 SCREENING JAKO SEKUNDÁRNÍ PREVENCE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	24
6 TERAPIE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	27
6.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA	27
6.2 CHEMOTERAPIE, FARMAKOTERAPIE.....	28
6.3 RADIOTERAPIE.....	30
7 STOMIE	31
PRAKTICKÁ ČÁST	34
8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S TUMOREM RECTA.....	35
9 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	46
9.1 AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE PRIORIT	47
9.2 POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY.....	52
10 EDUKACE.....	54
11 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PACIENTA	56
11.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	57
ZÁVĚR.....	58
POUŽITÁ LITERATURA	59
SEZNAM PŘÍLOH	

Seznam použitých zkratk

APC	adematózní poliposis coli
APC	adematózní poliposis coli
ATB	antibiotika
CT	počítačová tomografie
CRP	C - reaktivní protein
CŽK	centrální žilní katétr
CMP	cévní mozková příhoda
DNA	deoxyribonukleová kyselina
FAP	familiární adenomatózní polypóza
GIT	gastrointestinální trakt
HNPCC	hereditary nonpolyposis colon cancer
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny
M	metastázy
N	nondus
OK	okultní krvácení
PMK	pernanentní močový katétr
RNA	ribonuk
RTG	rentgen
St.p. Fe-popl.BP	stav po femoropopliteálním bypassu
T	tumor
T0	nepřítomnost
Tis	carcinoma in situ
5-FU	fluoro-uracilleová kyselina

Seznam použitých tabulek

TABULKA 1 -SROVNÁNÍ RELATIVNÍCH HODNOT KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU V ČR A VE SVĚTĚ.....	16
TABULKA 2 -PREDIKTIVNÍ ODHADY CELKOVÉ INCIDENCE V ROCE 2012.....	16
TABULKA 3 -REFERENČNÍ HODNOTY PĚTILETÉHO RELATIVNÍHO PŘEŽITÍ PROTINÁDOROVĚ LÉČENÝCH PACIENTŮ S KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMEM V ČR.....	17
TABULKA 4 -IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA	35
TABULKA 5 -VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ	36
TABULKA 6 -UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ PODLE TEORIE VIRGINE HENDERSON ZE DNE 8. 12. 2012.....	38
TABULKA 7 -TERAPIE PER OS DNE 8.12.	42
1TABULKA 9 -TERAPIE INTRAVENOZNÍ DNE 8.12.	42
TABULKA 10 -TERAPIE PER OS DNE 9.12.....	43
TABULKA 11 -TERAPIE SUBCUTÁNÍ 9.12	44
TABULKA 12 -ZÁZNAM FYZIOLOGICKÝCH FUNKCÍ DNE 9.12.	44
TABULKA 13 -ZÁZNAM FYZIOLOGICKÝCH FUNKCÍ DNE 10.12.	45

Úvod

„Zdraví je dobro, o němž nevíme, dokud ho neztratíme.“

(latinské přísloví)

Jako téma bakalářské práce byla zvolena problematika ošetřování pacienta s vybraným onkologickým onemocněním. V dnešní době si stále více lidí uvědomuje, že zdraví není samozřejmostí, ale výsledkem trvalého snažení. Nádory GIT zaujímají mezi maligními nádory zvláštní postavení, především pak karcinom tlustého střeva, který je u české populace mimořádný především nárůstem incidence a mortality. Jedná se o nádorové onemocnění, kterému lze často předejít prevencí. Je nutné se zamyslet nad životním stylem a zvyklostmi každého z nás.

Práce se skládá ze dvou částí. V teoretické části se nejdříve věnujeme klasifikaci nádorových onemocnění a dále pak samotnému kolorektálnímu karcinomu z hlediska patofyziologie, etiopatogeneze, příznaků a specificky pak screeningu. Popsány jsou rovněž možnosti terapie z hlediska nejužívanější chirurgické léčby, chemoterapie, farmakoterapie a radioterapie.

Cílem této práce je realizace ošetřovatelského procesu. Předpokládáme, že pacient při realizaci ošetřovatelské péče, která je zaměřená na jeho potřeby, bude spokojen.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Klasifikace nádorových onemocnění

Nádorem se rozumí neomezený růst buněk tkání. Podle charakteru tohoto růstu se rozlišují nádory:

- a) **benigní**, které rostou ohraničeně, nemetastazují (působí tlakem na okolní tkáně) a po léčbě nerecidivují a
- b) **maligní**, s rychlým, infiltrativním a destruktivním růstem a metastázemi.

„Z histologického hlediska lze rozlišit nádory:

- a) *mesenchymové - vyrůstající z pojivové tkáně vaziv, chrupavek, cév, svalů, kostí, pojiva a tukové tkáně. Přičemž u benigních nádorů tohoto typu se název tvoří přidáním koncovky – om k danému typu tkáně (např. lipom) a u maligních pak přidáním koncovky – sarkom (např. liposarkom).*
- b) *epitelové - vyrůstající z výstelkové nebo krycí tkáně a jejichž žláz. Zde rozlišujeme benigní papilomy a maligní karcinomy.*
- c) *neuroektodermové - vyrůstající z nervového systému a pokožky (benigní pigmentový névus a maligní melanom)*
- d) *leukemie a lymfomy, nádory kostní dřeně*
- e) *smíšené nádory, které obsahují dvě a více tkání a lze je odvodit z místní tkáně*
- f) *mezoteliom - vznikající z výstelky celomové dutiny u zárodku a u dospělých postihující peuru, perikard a peritoneum*
- g) *choriokarcinom - vycházející z placenty na straně dítěte (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006)*

Co se týče gastrointestinálních nádorů, jimž se věnuji ve své práci, jsou zpravidla epitelového původu“ (FÖLSCH, KOCHSIEK, SCHMIDT, 2003, s. 313).

K určení velikosti a rozšíření nádoru se užívá mezinárodní **TNM klasifikace**:

- **T** značí rozsah prvotního nádoru v rozmezí T0 až T4. Tis, regulovaný karcinom s postupným zrychlováním růstu. TX - nelze posoudit velikost nádoru.
- **N** značí stav místních uzlin v rozmezí T0 (bez postižení, metastáz uzlin) po N3. NX -nelze posoudit postižení uzlin.
- **M** značí přítomnost vzdálených metastáz v rozmezí M0 – M1, kdy je uváděna zkratka orgánu s metastází. MX – nelze prokázat vzdálené metastázy.

Buněčná zralost nádoru se rozděluje do skupin – **grading** – G1-G3, kdy G1 představuje velmi diferencovaný nádor, G2 středně diferencovaný a G3 nádor nediferencovaný (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

2 Kolorektální karcinom, patofyziologie a časový vývoj

2.1 Fyziologie a patofyziologie

„Tlusté střevo je pokračováním střeva tenkého, od něž je odděleno ileocekální chlopni. Délka tlustého střeva je asi 1,5 m. První částí je coekum s apendixem, pokračuje colon ascendent, transversum a descendent, sigmoideum, rektum a anus“ (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007, s. 156).

Nejčastějším typem kolorektálních nádorů jsou adenomy. Další typy, jako sarkomy, maligní lymfomy, karcinomy a melaniny se na celkovém počtu podílejí jen 5 %. Kolorektrální adenomy lze rozlišit na tubulární, vilózní a tubulovilózní.

„Tubulární adenomy, které se na celkovém počtu podílejí asi 75 %, mají většinou úzkou bázi, dlouhou stopku a paličkovitou hlavu. V průměru jsou obvykle do 1 cm a mají malé riziko maligního zvratu (menší než 1 %). Vilózní adenomy se vyskytují vzácněji (5 %), mají širokou bázi a vilózní stavbu, jsou většinou větší než 2 cm a riziko maligního zvratu je u nich uváděno ve 40 – 60 %. Tubulovilózní adenomy jsou kombinací struktur obou výše uvedených. Tvoří asi 20 % adenomů s intermediálním rizikem maligního zvratu. Adenomy lze považovat za nejzásadnější predisponující onemocnění pro karcinom tlustého střeva“ (FÖLSCH, KOCHSIEK, SCHMIDT, 2003, s. 317). „Iniciace nádoru stejně jako jednotlivé stupně progresu jsou často spojeny s určitými změnami onkogenů či nádorových supresorových genů. To znázorňuje například model vzniku a progresu kolorektální podle Vogelsteina“ (FÖLSCH, KOCHSIEK, SCHMIDT, 2003, s. 318). K nádorové iniciaci dochází inaktivací nádorového supresorového genu APC. Ložiskovitě vznikají ACF, z nichž se postupně mohou vyvinout makroskopicky patrné adenomy. Některé z adenomů se v důsledku postupného nahromadění genových alterací promění v adenomy pokročilé, větší a s větším stupněm dysplazie. Pokud dojde k inaktivaci nádorového supresorového genu p53, přibývá dysplazie v adenomu, případně vzniká karcinom.

Nádor je lokalizován nejčastěji v sigmoideu (20 %) a colon ascendent (15 %). Colon transversum a descendent jsou postiženy 7 % a rektum 51 %.

„Nádory rostou z počátku v místě vzniku, poté stěnou střeva prorůstají do okolních orgánů, šíří se do lymfatických uzlin a krevní cestou nejčastěji metastazují do jater, plic a kostí“ (SLEZÁKOVÁ a kol., s. 156).

Metastázy se nejčastěji tvoří v oblasti jater (50 %), plic (10–20 %), kostí (5 %), mozku (5 %) a vaječnicků (2–8 %). U 20 % je rozvinuto metastatické postižení jater již v době stanovení diagnózy kolorektálního karcinomu a u 60 % dojde k jejich rozvoji v dalším průběhu onemocnění (PENKA, KALA, 2008).

2.2 Časový vývoj

„V celosvětových odhadech představuje zastoupení kolorektálního karcinomu mezi všemi malignitami (diagnózy dle MKN 10 - C00–C96) u obou pohlaví v incidenci 9,4 %, v mortalitě 7,9 % a v pětileté prevalenci 11,5 %. Kolorektální karcinom převažuje u obyvatel průmyslově vyspělých zemí proti rozvojovým v 65 % u incidence, 57 % u mortality a 71 % u pětileté prevalence. Ve vyspělých zemích převažují muži v incidenci, mortalitě a prevalenci s 53 % nad ženami se 47 %, v rozvojových zemích převažují muži s 55 % oproti 45 % u žen“ (GERYK a kol., 2008, s. 29). „Zatímco v některých zemích (například USA) je tendence tohoto karcinomu klesající, v Evropě tato tendence dosud není. Stejně tak se, navzdory pokrokům v léčbě, neobjevuje v posledních desetiletích významnější pokles mortality. Vyléčit se daří jen 35-45 % osob“ (URBAN, 2008, s. 9).

„Mezi dalšími zhoubnými nádory zaujímá v České republice kolorektální karcinom druhé místo. U mužů po bronchogenním karcinomu a u žen po karcinomu prsu“ (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007, s. 156).

„Česká republika je pak celosvětově na špici žebříčku incidence kolorektálního karcinomu (viz Tabulka 1 níže). Každý rok je v ČR zhoubný nádor tlustého střeva zjištěn asi u 5 500 osob a karcinom konečníku je nově diagnostikován u 2 500 pacientů“ (TOMÁŠEK, HALÁMOVÁ, 2009, s. 6).

Tabulka 1 - Srovnání relativních hodnot kolorektálního karcinomu v ČR a ve světě

	Incidence				Mortalita			
	muži		ženy		muži		Ženy	
	CR	ASR (W)	CR	ASR (W)	CR	ASR (W)	CR	ASR
Svět	17,6	20,1	15,4	14,6	8,9	10,2	8,1	7,6
SVE	39,1	30,1	36	20,1	25,8	19,7	24,4	12,9
ČR	88	58,5	61,8	32	51,5	34	36,9	18

Vysvětlivky: SVE = střední a východní Evropa, CR = crude rate, počet případů na 100 000 obyvatel, ASR (W) = age standardized rate world, relativní počty standardizované na světovou populaci
 Zdroj: Geryk a kol., 2008, s. 29

Celková incidence kolorektálního karcinomu pro rok 2012 je odhadována na 8 709 nových případů, z toho více než 50 % je v pokročilém stadiu onemocnění. Prevalence pak dosáhne přibližně 55 000 (DUŠEK a kol., 2012), viz Tabulka 2.

Tabulka 2 - Prediktivní odhady celkové incidence v roce 2012

Klinické stadium	Incidence v roce 2008	Predikce incidence pro rok 2012
		(90% interval spolehlivosti)
Stadium I	1 637	1815 (1634; 1995)
Stadium II	2 045	2012 (1845; 2179)
Stadium III	1 785	2144 (1977; 2309)
Stadium IV	2 013	2114 (1964; 2262)
Stadium neznámo z objektivních důvodů ¹	490	487 (351; 624)
Stadium neznámo bez udání důvodu ¹	136	137 (99; 177)
Celkem	8 106	8709 (7870; 9546)

Zdroj: DUŠEK a kol., 2012, s. 58

Výskyt kolorektálního karcinomu není v krajích České republiky rovnoměrný. Vyšší výskyt je zaznamenán na západě, jihozápadě a severovýchodu území. Obdobný územní trend kopíruje i mortalita. Příčiny těchto regionálních rozdílů nejsou zcela

objasněny, nicméně korelují s výskytem všech nádorových onemocnění v regionech (DUŠEK, MUŽÍK, 2009).

Pro vyjádření závažnosti nádorového onemocnění se nejčastěji na populační úrovni používá pětileté relativní přežití¹ vyjadřující podíl pacientů, kteří po 5 letech od diagnózy nezemřeli v souvislosti s nádorovým onemocněním. V České republice relativní přežití přesahuje 60 %. Délka přežití je ovlivněna především klinickým stádiem karcinomu, dále pak věkem a celkovým zdravotním stavem klienta. Zatímco u pacientů diagnostikovaných ve stadiu I dosahuje 5leté přežití téměř 90 %, u pacientů diagnostikovaných ve stadiu IV je to samé číslo nižší než 15 % (viz Tabulka 3) (PAVLÍK, MÁJEK, DUŠEK, 2012).

Tabulka 3 - Referenční hodnoty pětiletého relativního přežití protinádorově léčených pacientů s kolorektálním karcinomem v ČR

stadium	5leté relativní přežití léčených pacientů v daném období			
	(95% intervaly spolehlivosti)			
	Srovnání dvou starších období		Srovnání dvou recentních období	
	1990–1994	1995–1999	2000–2004	2005–2008
Všechna stadia	48.9 (46.9-50.9)	53.3 (51.5-55.0)	55.3 (53.8-56.9)	60.4 (58.8-62.0)
I	65.4 (62.3-68.4)	77.4 (73.9-80.8)	82.8 (79.6-85.8)	88.8 (85.6-91.6)
II	49.5 (45.1-53.8)	63.9 (60.8-66.9)	67.9 (65.1-70.5)	74.7 (71.9-77.4)
III	41.5 (37.1-46.0)	42.0 (38.3-45.7)	46.9 (43.6-50.2)	55.4 (52.1-58.5)
IV	11.7 (9.0-14.9)	10.9 (8.7-13.5)	11.9 (9.8-14.1)	14.5 (12.3-16.9)

Zdroj: Pavlík, Májek, Dušek, 2012, s. 32

¹ Relativní přežití je počítáno jako poměr celkového přežití a tzv. očekávaného přežití (představuje mortalitu v obecné populaci, která odpovídá sledované skupině pacientů věkem a pohlavím).

3 Etiopatogeneze kolorektálního karcinomu

Přesná příčina vzniku kolorektálního karcinomu není většinou známa, jsou ale prokázány některé rizikové faktory, které možnost vzniku onemocnění zvyšují. Jak již jsem výše uvedla, jedná se v první řadě o adenomové polypy, které mohou být v souvislosti s genetickými faktory, dále se jedná o některá onemocnění střeva a v poslední řadě jsou významným rizikovým faktorem vlivy životního stylu a exogenní faktory. V následujícím textu se budu jednotlivým rizikovým faktorům ještě podrobněji věnovat.

3.1 Adenomové polypy a další genetické predispozice kolorektálního karcinomu

Zvýšené riziko kolorektálního karcinomu mají jedinci, u jejichž příbuzných se nádor vyskytl. V tomto případě je riziko onemocnění více než desetinásobně vyšší než u ostatní populace a přichází v mladším věku. Pokud měl karcinom rodič nebo sourozenec, riziko onemocnění je 2 až 3 krát vyšší než u ostatní populace (Masarykův onkologický ústav, 2005).

„Naprostá většina, tj. 80–95 %, kolorektálních karcinomů vzniká z adenomových polypů v průběhu dlouhého časového období 10–15 let“ (URBAN, 2008, s. 9). „V pokrevním příbuzenstvu 1. stupně, tedy u rodičů, sourozenců nebo dětí, se vyskytuje autosomálně dominantní genetická porucha s názvem FAP, která se projevuje výskytem mnoha stovek polypů v tlustém střevě a konečníku“ (TOMÁŠEK, HALÁMKOVÁ, 2009, s. 6).

„Prevalence FAP je 1 na 10 000 obyvatel. Příčinou FAP je zárodečná mutace nádorového supresorového genu APC. U pacientů s FAP se karcinom kolorekta objevuje v mediánu věku 42 let“ (FÖLSCH, KOCHSIEK, SCHMIDT, 2003, s. 319).

„Druhým příkladem geneticky podmíněné choroby s rizikem vzniku karcinomu je syndrom HNPCC. HNPCC je primárně klinicky a anamnesticky definovaný syndrom dědičné nádorové predispozice s následujícími klinickými znaky:

- *nádory jsou často lokalizovány v pravé části colon*
- *nádory mají zpravidla výrazně lepší prognózu*
- *výskyt synchronních nebo metachronních karcinomů colon.*

HNPCC se podílejí na celkovém počtu kolorektálních karcinomů 2-4 %. Karcinomy se vyskytují mezi 40. – 50. rokem věku. HNPCC je vyvolán zárodečnými mutacemi určitých genů, jejichž produkty odpovídají za reparaci chybně syntetizované DNA“ (FÖLSCH, KOCHSIEK, SCHMIDT, 2003, s. 322).

„Dalšími, avšak spíše vzácnými, genetickými predispozicemi jsou například Turcotův syndrom se současnými nádory v mozkové tkáni či syndrom Muira a Torreho se současným výskytem nádoru mazových žláz“ (FÖLSCH, KOCHSIEK, SCHMIDT, 2003, s. 321).

3.2 Chronická onemocnění střeva jako rizikový faktor kolorektálního karcinomu

Nebezpečí vzniku kolorektálního karcinomu zvyšují dále chronická zánětlivá onemocnění střeva, konkrétně ulcerózní kolitida a Crohnova nemoc. Jedná se o onemocnění nejasné etiologie, s rodinnou zátěží, pro něž jsou charakteristické zánětlivé změny stěny střeva – v případě Crohnovy choroby tenkého i tlustého, v případě ulcerózní kolitidy pouze tlustého (KLENER a kol., 2006).

Zvýšená incidence rozvoje idiopatických střevních zánětů je v urbanistických oblastech, ve vyšších socioekonomických skupinách a v rozvinutých zemích. V České republice je každoročně diagnostikováno ca 600 osob s Crohnovou chorobou a až 1200 osob s kolitidou (PINTÉR, KOLESÁROVÁ, 2004).

Riziko vzniku nádorového bujení se zvyšuje až 8–10 let po objevení Crohnovy choroby nebo ulcerózní kolitidy (PEPPERCORN, ODZE, 2012).

3.3 Faktory životního stylu a kolorektální karcinom

Mezi faktory životního stylu zahrnujeme v tomto případě nevhodné stravovací návyky, kouření, alkohol včetně piva (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007) a nedostatek pohybu – respektive nerovnováhu mezi příjmem a výdejem energie (Masarykův onkologický ústav, 2001).

Brožura Masarykova onkologického ústavu (2005, s. 17) uvádí vliv stravovacích návyků spolu se způsobem života na kolorektální karcinom až v 80 %.

Nevhodná je tučná strava s malým podílem čerstvého ovoce a zeleniny a vlákniny obecně, nepřiměřený příjem červeného masa, živočišných tuků a uzenin, vajec, častá úprava masa smažením, pečením a uzením. Například studie Norata et al. (2005) zjistila, že každých 100 g červeného masa a masných výrobků (především vepřového a vepřových) zvyšuje riziko rakoviny na 1,55. Rybí maso působí naopak protektivně, a konzumace drůbeže není spojena se změnou míry rizika (VOČKA, BENCKO, 2010). Některé zdroje uvádí rovněž jako rizikové nadužívání přepepřených jídel, chipsů a jiných pochutin.

Alkoholické nápoje jsou klasifikovány jako karcinogeny první třídy. Jejich přímý efekt zahrnuje v zažívacím traktu změnu permeability a metabolismus karcinogenů, tvorbu DNA - adduktů, volných radikálů, inhibici reparačních enzymů a další mechanismy. Kolonální riziko je redukováno při jedné dávce alkoholu ob den (KOL. AUTORŮ, 2001).

Mezi další rizikové faktory pak patří věk nad 50 let, od kdy narůstá počet pacientů s kolorektálním karcinomem (KOL. AUTORŮ, 2005).

4 Příznaky kolorektálního karcinomu

Prvotní příznaky onemocnění kolorektálním karcinomem jsou často nevýrazné, a proto může dojít k jejich podcenění. Často onemocnění navíc probíhá bez jakýchkoliv příznaků a projeví se až přítomností metastáz v pokročilém stádiu nemoci (TOMÁŠEK, HALÁMOVÁ, 2009). S tím souvisí to, že je karcinom většinou diagnostikován až v pokročilém stádiu, asi v 50 % případů (HRUBÁ, FORETOVÁ, VORLÍČKOVÁ, 2011).

Jako nejčastější prvotní příznaky jsou uváděny:

- dlouhodobější změna střevní činnosti projevující se zvýšenou plynatostí, průjmem, zácpou, (respektive jejich střídáním), pocitem plnosti, pocitem nedokonalého vyprázdnění nebo obtížným vyprazdňováním
- křečovitě bolesti břicha
- stužkovité zúžení stolice (které může být dáno nádorem konečníku)
- příměs krve ve stolici, která je již varovným signálem (TOMÁŠEK, HALÁMKOVÁ, 2009)
- hlen ve stolici
- slabost, únava, ubírání na váze
- nucení na stolici (u nádoru recta) (KOL. AUTORŮ, 2005)

Krev ve stolici bývá klienty bagatelizována a prisuzována hemoroidům. Drobné krvácení se rovněž vůbec nemusí projevit barevnou změnou stolice a člověk ho nemusí vůbec zjistit. Dlouhodobé drobné ztráty krve ale mohou způsobit animizaci (TOMÁŠEK, HALÁMKOVÁ, 2009).

V pokročilých stádiích se onemocnění projevuje narůstajícím objemem břicha, teplotami, žloutenkou. Vzácně si klient nahmatá v břiše cizí útvar (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007).

5 Prevence a screening kolorektálního karcinomu

Prevenci veškerých onemocnění lze rozdělit na primární, sekundární a terciární. Primární prevence se zabývá situací před vznikem onemocnění, snaží se vzniku onemocnění předcházet. Mezi primární prevenci řadíme například stravovací návyky, očkování, zdravotní výchovu. Sekundární prevence nastupuje již v případě onemocnění a zabraňuje zhoršování zdravotního stavu. Jedná se například o zvýšení soběstačnosti klienta. Terciární prevence má cíl zabránit vzniku komplikací u daného onemocnění nebo je snížit. K tomu přispívá například včasná a správná ošetrovatelská péče (HŮSKOVÁ, KAŠNÁ, 2009).

Mezi obecné zásady prevence kolorektálního karcinomu patří, dle Hrubé, Foretové, Vorlíčkové (2001, s. 3):

- osvěta v podobě tištěných materiálů a medializace problematiky
- celoplošný primárně preventivní program
- zdravotní výchova zaměřená na zdravou výživu a zvýšení pohybové aktivity
- vyšetření per rektum při pravidelných preventivních prohlídkách
- jedenkrát za rok standardní Test Hemokult u populace nad 50 let věku
- pravidelné odborné endoskopické vyšetření u rizikových skupin nad 40 let.

Dále by měly být sledovány rizikové faktory, jako je rodinná zátěž a klientům z rizikových skupin by měla být věnována zvláštní péče.

Z výživových faktorů se doporučuje omezení či (ještě lépe) vyloučení rizikových faktorů, které jsem uvedla výše, dále pak zvýšení podílu ovoce, zeleniny, vlákniny (cereálií) a karotenoidů (KOL. AUTORŮ, 2001).

Prevence může být komplikována podceňováním rizika (včetně nedostatečných preventivních prohlídek) ze strany klientů, jejich stud a strach z vyšetření, stejně jako obavy z pozitivního nálezu. Ze strany zdravotnického personálu pak bariéry v prevenci představuje nedostatečný screening („HRUBÁ,FORETOVÁ,VORLÍČKOVÁ, 2001, s. 40“). Přepokládá se, že příznivá změna životního stylu může snížit incidenci kolorektálního karcinomu až o 50 % („URBAN, 2009, s. 9“).

5.1 Screening jako sekundární prevence kolorektálního karcinomu

Screening spočívá ve vyhledávání a odstraňování adenomů v nízkorizikové populaci. Dolní věkovou hranicí pro vstup do screeningových programů je věk nad 50 let, neboť většina karcinomů vzniká až po tomto věku. Screeningové programy jsou velmi účinné v poklesu incidence nádorů až o 76–90 %.(URBAN, 2008).

Existuje několik screeningových programů využívaných v případě karcinomu kolorekta. Jedná se o:

- 1) provedení flexibilní sigmoidoskopie
- 2) provedení kolonoskopie
- 3) CT – kolonografie
- 4) testování na okultní krvácení a provedení kolonoskopie u jedinců s pozitivním výsledkem testu
- 5) testování na okultní krvácení a provedení flexibilní sigmoidoskopie
- 6) genetické vyšetření stolice (URBAN, 2006)

„Hlavním screeningovým programem využívaným v České republice v rámci národního programu screeningu kolorektálního karcinomu je test na okultní krvácení do stolice. Jak již jsem uvedla v kapitole zabývající se příznaky onemocnění, krvácení do stolice je v případě kolorektálního karcinomu jedním z průvodních jevů. Dle viditelnosti může být krvácení okultní (neviditelné, skryté, není makroskopicky viditelné) nebo zřejmé (zjevné, manifestní, makroskopické, okem viditelné)“ (CHRASTINA, 2009, s. 94).

Screeningový program byl zaveden v roce 2000 a jeho výsledky jsou od roku 2007 vyhodnocovány pomocí centrálního elektronického sběru dat (URBAN, 2008). Testování okultního krvácení patří mezi ekonomicky nepříliš nákladné screeningové metody kolorektálního karcinomu a část z nich lze provádět, při dodržení všech správných postupů, také v domácím prostředí klienta.

Preventivní vyšetření se provádí například pomocí testování okultního krvácení do stolice, přičemž pro screening se užívá především testů chemických. Od ledna 2009 se do screeningových programů začínají řadit také testy imunochemické. Kromě praktických lékařů mohou testování pojišťovněm účtovat také gynekologové.

V České republice bylo toto testování od 1. července 2000 zavedeno jako bezplatné u asymptomatických osob starších 50 let ve dvouletých intervalech. Od 1. ledna 2009 je pak testování prováděno v jednoročních intervalech u osob ve věkovém rozmezí 50–54 let, a ve dvouletých intervalech u osob starších 55 let, nebo se této cílové skupině nabízí screeningová kolonoskopie.

Nejčastěji je užíváno dvouetapového programu – guajakový test a následné kolonoskopické vyšetření osob s pozitivním výsledkem testování. Guajakové testy jsou založeny na chemické reakci guajakolu s hemoglobinem.

Vzorky stolice k testování jsou odebírány ze tří po sobě jdoucích stolic, přičemž samotný vzorek se odebírá v testovací sadě přítomnou špachtlí. Vzorky se nanášejí na předem určená místa testovací sady. Vyhodnocení testů se děje v ordinacích praktických lékařů nebo laboratořích. Samotná fáze vyhodnocování testů spočívá v aplikaci detekčního činidla na opačnou stranu okének pro nanesení vzorku stolice a vizuálním zhodnocení reakce, přičemž dochází ke změně zbarvení. Ceny testů se pohybují v rozmezí 30–200 Kč pro běžné provedení testu v domácích podmínkách (CHRASTINA, 2009).

Musil (2003, s. 126) uvádí, že riziko úmrtí na kolorektální karcinom se po užití testu celkově snížilo o 19 % a incidence pokročilého karcinomu klesla o 10–48 %. Kolonoskopie umožňuje diagnostikovat patologickou lézi, odebrat z ní biopsii k histologickému vyšetření a odstranit polyp endoskopickou polypektomií. V případě endoskopického nálezu a histologického ověření karcinomu následuje stanovení stadia onemocnění.

„Kolonoskopie je prováděna na endoskopických pracovištích v celé ČR. V letech 2006–2008 bylo provedeno 17 813 kolonoskopií z indikace pozitivního testu okultního krvácení, karcinom byl diagnostikován 5,9 % klientů a endoskopicky bylo odstraněno 30,1 % adenomů“ (ZAVORAL a kol., 2009, s. 25).

6 Terapie kolorektálního karcinomu

Léčbu kolorektálního karcinomu můžeme rozlišit na chirurgickou, radioterapii, chemoterapii a biologickou léčbu, přičemž primární zastoupení má léčba chirurgická.

6.1 Chirurgická léčba

Cílem chirurgické léčby kolorektálního karcinomu je kompletní odstranění zhoubného onemocnění střeva se spádovou lymfatickou oblastí a eventuelně sousedících orgánů, které jsou tumorem zasaženy. Terapie se odvíjí od TNM klasifikace nádoru. Resekčním výkonem u drobných nádorů spadajících do klasifikačního označení T-cis či T1 může být koloskopická polypektomie či lokální excize s dostatečným resekcčním okrajem zdravé tkáně. Je rovněž nutno zvážit celkový stav klienta, z důvodu rizika pooperační mortality (způsobené obvykle kardiovaskulárními a plicními obtížemi). Bohužel až u 50 % nemocných po kurativní chirurgické resekcí dochází k recidivě (PENKA, KALA, 2008).

Typy vykonávaných resekcí jsou následující:

- *Pravostranná hemikolektomie:* zahrnují odstranění 5–8 cm distálního ilea, pravou polovinu tračníku, jaterní ohbí a příčný tračník proximálně od a. colica media. Resekce je užívána pro nádory céka a vzestupného tračníku.
- *Rozšířená pravostranná hemikolektomie:* navíc zahrnuje resekcí celého příčného tračníku i s povodím a. colica media od jejího odstupu z horní mezenterické tepny. Indikací jsou nádory v lokalizaci jaterního ohbí transverza orálně od slezinného ohbí.
- *Resekce příčného tračníku:* segmentální resekce transverza je indikována pro nádory postihující příčný tračník.

- *Levostranná hemikolektomie:* odstranění příčného tračníku distálně od kmene a. colica media společně se slezinným ohbím a sestupným tračníkem až po esovitou kličku. Indikací jsou nádory lokalizované v oblasti slezinného ohbí a sestupného tračníku.
- *Nízká přední resekce:* vysoký podvaz vasa rect. sup. ihned po odstupu z dolních mezenterických cév. Indikací jsou nádory lokalizované v oblasti esovité kličky, rektosigmoideálního přechodu a proximálního rekta.
- *Subtotální kolektomie:* odstranění celého tračníku až po oblast rekta s obnovením kontinuity ileorektoanastomózou. Indikací jsou vícečetné synchronní nádory tračníku, familiární adenomatózní polypózy s minimálním postižením konečníku a hereditární nepolypózní kolorektální karcinom (PENKA, KALA, 2008)

„V současné době jsou poměrně časté rovněž laparoskopické resekce. Asi třetina osob musí být operována neodkladně pro střevní obstrukci nebo perforaci. Tito mají celkově horší prognózu“ (BÜCHLER, 2011, s. 215).

6.2 Chemoterapie, farmakoterapie

„Chemoterapie podávaná před operací, tzv. neoadjuvantní chemoterapie, má za cíl zmenšení nádoru před další léčbou. Chemoterapie po úplném chirurgickém odstranění nádoru, tzv. adjuvantní chemoterapie, směřuje ke zničení zbývajících nádorových buněk, a prevenci návratu onemocnění“ (TOMÁŠEK, HALÁMOVÁ, 2009, s. 6). „Adjuvantní chemoterapie (po kompletní resekci nádoru kolon stádia III) zvyšuje šanci na dlouhodobé přežití asi o 30 %. Tato chemoterapie se podává po dobu 6 měsíců“ (BÜCHLER, 2011, s. 215).

V případě metastatického onemocnění většinou není možný kurativní postup a léčba má paliativní charakter. Cílem je zastavení nemoci, zmenšení rozsahu, udržení a zlepšení kvality života klienta a jeho prodloužení.

„Jednotlivé režimy chemoterapie jsou definovány dávkou použitých cytostatik a doporučenou dobou jejich aplikace. Dávka se počítá podle povrchu těla klienta,

případně je vztažena pouze k jeho hmotnosti“ (TOMÁŠEK, HALÁMKOVÁ, 2009, s. 6).

„Základem chemoterapeutické léčby jsou fluoropyrimidiny s hlavním zástupcem 5FU“ (BÜCHLER, 2011, s. 215). 5-FU se v léčbě kolorektálního karcinomu používá více než 30 let. Protinádorový účinek léku je dán různými mechanismy. Intracelulárně se 5-FU transformuje na několik cytotoxických metabolitů, které působí inhibici tymidilátsyntetázy a tím blokuje tvorbu DNA, další metabolit se přímo inkorporuje do DNA a blokuje tak její funkci. Negativně je ovlivněna také RNA a následná translace. Po intravenózním podání se lék rychle metabolizuje v játrech a pouze malá část je vylučována ledvinami. 5-FU má menší toxicitu a tedy i dobře zvladatelné nežádoucí účinky, k nimž patří mukositida a průjemy.

„V adjuvantní indikaci je nejčastěji používán tzv. Mayo režim. Jde o pětidenní bolusovou aplikaci 5-FU v kombinaci s leukovorinem každé 4 týdny. V paliativní indikaci je také používána kombinace 5-FU s leukovorinem, nejčastěji ve formě 48hodinové aplikace jednou za 2 týdny. V neoadjuvantní terapii se 5-FU používá v kombinaci s radioterapií“ (TOMÁŠEK, HALÁMOVÁ, 2009, s. 7).

Mezi další užívaná cytostatika patří Kapecitabin (Xeloda), prekurzor 5-FU, který se teprve v organizmu metabolizuje na účinné cytostatikum, dále Tegafur (Ftorafur), Leukovorin, derivát kyseliny listové, který má široké použití v léčbě kolorektálního karcinomu v kombinaci s 5-FU, jehož účinek potencuje. Užíván je rovněž Irinotekan (v léčbě metastatického kolorektálního karcinomu), Oxaliplatin, či Raltitrexed (Tomudex).

Novější biologická léčba, která je někdy označována také jako léčba cílená, se, narozdíl od chemoterapie (jejímž cílem je DNA společná všem buňkám, tedy i těm zdravým), zaměřuje na molekuly či procesy typické pro nádorové buňky. Biologická léčba má tak větší efekt zásahu a zároveň snižuje riziko nežádoucích účinků, které léčbu chemoterapií provázejí. Většina léků biologické léčby je však podávána v kombinaci s chemoterapií v určených centrech komplexní onkologické péče.

V neposlední řadě je užívána angiogenní léčba zaměřena na nádorové cévy. Zde je využíván Bevacizumab (Avastin), Cetuximab (Erbix) či Panitumumab (Vectibix).

„Důležitou součástí farmakoterapie je dále léčba podpůrná. Ta slouží ke zvládnutí vedlejších účinků protinádorové léčby a projevů onemocnění. Užívají se především antiemetika a analgetika“ (TOMÁŠEK, HALÁMOVÁ, 2009, s. 5).

6.3 Radioterapie

„Radioterapie představuje léčbu ionizujícím zářením, která je založena na citlivosti buněk k radioaktivnímu záření. V ozářených buňkách nastávají biochemické změny, které mohou vést k zástavě dělení a ke smrti buňky, kdy méně diferencované buňky (nádorové) jsou vůči záření citlivější“ (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006, s. 181). „Radioterapie se provádí pouze u karcinomu recta jako předoperační terapie ke zmenšení velikosti nádoru a zlepšení operability. Dále také jako paliativní léčba“ (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007, s. 157). „Předoperační chemoradioterapie kromě toho někdy umožní zachování análního svěrače při operaci“ (BRÜCHLER, 2011, s. 215).

7 Stomie

Stoma znamená ústí, v přeneseném významu otvor, vyústění, vývod. Kolostomie představuje vyústění tlustého střeva na břišní straně. Podle lokalizace se dělí na sigmoideostomii (umístěnou v levém dolním kvadrantu břišní stěny), transversostomii (vpravo nebo vlevo nad pupkem) a cékostomii (v pravém podbříšku). Stomie může být dočasná v případě vícedobé operace nebo trvalá, která se provádí pokud nejsou konečník a anus funkční a je nutno zajistit vylučování stolice (MIKŠOVÁ, FROŇKOVÁ, ZAJÍČKOVÁ, 2006).

Terminální (konečná) kolostomie znamená vývod tlustého střeva nejčastěji v oblasti levého podbříšku a následná část střeva se kompletně odstraní. V břišní stěně vznikne pouze jeden otvor. Zvláštností je operační metoda podle Hartmanna, kdy se konečník ani řitní svěrač neodstraňují, ale uzavřou se v břišní dutině. Oba orgány zůstávají v těle, ale bez trávicí funkce. Existuje možnost stomii chirurgicky zase vrátit, vyvedený úsek střeva po určité době (do jednoho roku) opět přišije ke konečníku a otvor v břiše se uzavře.

Dvouhlavňová kolostomie znamená chirurgicky vytvořený umělý vývod příčného tračníku nadbříškem, a to dvěma otvory. Založení dvouhlavňové kolostomie je nutné tehdy, pokud má být přechodně nebo natrvalo vyřazena z činnosti pouze část střeva. Při této operaci se střevo v kličce vytáhne břišní stěnou, tam se zafixuje a otevře tak, aby vznikly dva výstupy. Z přívádějícího střevního otvoru se vylučuje stolice, zatímco z činnosti vyřazená, odvádějící část střeva vyměšuje pouze hlen a střevní buňky. Dvouhlavňová kolostomie se zakládá buď vpravo, nebo vlevo na příčném tračníku a výměšky proto mají tekutou až kašovitou konzistenci (ANON, 2007).

V případě odstranění celého tlustého střeva je prováděna ileostomie (vyústění tenkého střeva na stěně břišní).

Stomie představuje zásadní zásah do kvality života klienta a jeho osobnosti. Vede často k pocitům deprese a komplexu méněcennosti. Na tomto místě je nutno vyzdvihnout roli sestry – stomaterapeutky, která s klienty individuálně pracuje,

poskytuje informace a oporu a navrhne vhodné stomické pomůcky. Ty musí zadržovat zápach, chránit kůži kolem stomie, být nenápadné, velikostně vhodné a poskytovat maximální komfort klientovi v různých aktivitách.

Hlavními pomůckami využívanými stomiky jsou jednodílný (gelová destička spojená se sáčkem) nebo dvoudílný systém (odnímatelný - vyměnitelný sáček). Sáčky jsou vybaveny uhlíkovými filtry pro neutralizaci pachů. Mezi další stomické pomůcky patří adhezivní a ochranná pasta zabraňující zatékání exkrementů pod destičku a ochraňující kůži, zásyp, těsnící kroužky, pohlcovače pachu, ochranný film, atd.

Zcela zásadní je změřit správnou velikost stomie a pečovat o kůži v okolí stomie, kde se nedoporučuje používat benzín, olej, desinfekční přípravky s alkoholem, mastné masti a krémy, depilační krémy, které mohou vysoušet pokožku nebo narušovat přilnutí stomických pomůcek. Dále by se neměly používat mycí houby a žínky (MIKŠOVÁ, FROŇKOVÁ, ZAJÍČKOVÁ, 2006).

PRAKTICKÁ ČÁST

8 Ošetrovatelský proces u pacienta s tumorem recta

Odbornou praxi pro získání informací ke zpracování praktické části své bakalářské práce jsem absolvovala v Institutu klinické a experimentální medicíny, na oddělení Transplantační chirurgie od 1. 12. do 10. 12. 2012.

Pacient byl zde hospitalizován od 1. 12. 2012. Pana M. M. jsem ošetřovala v den jeho nástupu na standardní oddělení a následně po přeložení z jednotky intenzivní péče, až do jeho propuštění dne 10. 12. 2012. Pana M. M. jsem požádala o spolupráci v den jeho nástupu na transplantační chirurgii a ten ochotně souhlasil.

Identifikační údaje

Tabulka 4 - Identifikační údaje pacienta

Jméno a příjmení:	M. M.	Pohlaví:	muž
Datum narození:	1936	Věk:	76 let
Adresa bydliště:	Praha		
Adresa příbuzných:	Praha		
Rodné číslo:	1936	Číslo pojišťovny:	pojištěn
Vzdělání:	základní	Zaměstnání:	řidič, nyní SD
Stav:	ženatý	Státní příslušnost:	ČR
Datum přijetí:	1.12.2012	Typ přijetí:	plánovaný
Oddělení:	Transplantační odd.	Ošetřující lékař:	prof. MUDr. J. A.

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Potíže s vylučováním, střídání zácpy a průjmu s příměsí krve nebo hlenu

Medicínská diagnóza hlavní:

C 20. Zhoubný novotvar konečníku recta

Medicínské diagnózy vedlejší:

- Ischemická choroba dolních končetin
- Diabetes mellitus na dietě
- Esenciální hypertenze

Vitální funkce při přijetí:**Tabulka 5 - Vitální funkce při přijetí**

TK:	143 / 81 torrů (mm Hg)	Výška:	176 cm
P:	68 pulsů / min	Hmotnost:	80 kg
D:	20 dechů / min	BMI:	26
TT:	36,5 °C	Pohyblivost:	bez omezení
Stav vědomí:	při vědomí, orientovaný	Krevní skupina:	A Rh +

Nynější onemocnění:

74letý pacient plánovaně přijat k operačnímu výkonu na kliniku transplantační chirurgie v IKEM pro tumor rekta. Udává potíže s vylučováním, střídání zácpy a průjmu s příměsí krve nebo hlenu. Chuť k jídlu dobrá, nezhubl, bez bolestí. Pacient o hospitalizaci řádně poučen a s operací souhlasí

ANAMNÉZA**Rodinná anamnéza:**

Matka: zemřela v 66 letech na CMP

Otec: zemřel v 80 letech na srdeční selhání

Sourozenci: 4, sestra zemřela při operaci štítné žlázy, ostatní sourozenci zdraví

Děti: dcera a syn, zdraví

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění: Esenciální hypertenze na terapii od roku 1986, v roce 1996 zjištěn diabetes mellitus nezávislý na inzulínu-bez komplikací

Hospitalizace a operace: 10 / 2004 st.p. Fe-popl. BP

Úrazy: 0

Transfúze: dosud nepodány

Očkování: tetanus 22. 6. 2006

Léková anamnéza:

Tenaxum 1 mg tbl. 0-1-0, Anopyrin 100 mg tbl. 1-0-0 (nyní ne), Detralex tbl. 2-2-2

Alergologická anamnéza:

Léky: neudává

Potraviny: neudává

Chemické látky: Jód

Jiné: včelí bodnutí

Abúzy:

Alkohol: příležitostně pivo i destiláty

Kouření: 10 – 15 cigaret denně / 20 let, nyní přestal kouřit

Káva: 1x denně

Léky: neudává

Jiné drogy: neudává

Urologická anamnéza:

Dosud bez urologického onemocnění

Sociální anamnéza:

Stav: ženatý

Bytové podmínky: bydlí s manželkou v rodinném domě

Vztahy, role, a interakce v rodině: neudává žádné konflikty, rodinné problémy řeší rozhovorem. Rodina je pro něj velkou oporou

Záliby: poslech vážné hudby, četba, luštění křížovek

Volno časové aktivity: práce na zahradě, procházky, vnoučata

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: řidič

Pracovní zařazení: důchodce

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: od 4/1956 řidič, od 5/2004 důchodce

Ekonomické podmínky: dobré

Spirituální anamnéza:

Nevyjádřil příslušnost k žádné církvi a s humorem říká, že věří jen sám sobě

Tabulka 6 - Utřídění informací podle teorie Virgine Henderson ze dne 8. 12. 2012

Asistence, pomoc při POTŘEBĚ	Objektivně (pozorování sestrou)	Subjektivně (síla, vůle, vědomosti)
1. pomoc při dýchání	Dýchá spontánně, frekvence 20/min., rytmus pravidelný, bez šelestů, dýchání povrchní, bez projevů kašle či produkce sputa.	Cítí se lépe při otevřeném okně. Jiné obtíže nepociťuje.

<p>2. přijímání jídla a pití</p>	<p>Chuť k jídlu snižená. Dieta: č. 5/9 (bezezbytková - diabetická) Dostatečně hydratován, problémy s polykáním neudává. Sestra dohlíží na dostatečný příjem jídla. Pacient spolupracuje s nutričním terapeutem.</p>	<p>Pacient udává dyskomfort z důvodu změny diety z diabetické na bezezbytkovou – diabetickou Pocit žízně nepocítuje.</p>
<p>3. vylučování</p>	<p>Formovaná stolice odchází do stomického sáčku. Moč odváděna pomocí PMK bez patologických příměsí, čirá. Pocení přiměřené.</p>	<p>Dysurické potíže nemá.</p>
<p>4. při pohybu a udržování žádoucího držení těla při chůzi a sezení, ležení, při změně polohy</p>	<p>Je nutná lehká dopomoc při chůzi. Má polohovací postel. Pacient spolupracuje s fyzioterapeutem.</p>	<p>Není si zcela jist při chůzi. Cítí se lépe při doprovodu druhé osoby. Polohovací lůžko mu vyhovuje.</p>
<p>5. při odpočinku a spánku</p>	<p>Pacient spí ve dne 3 – 4 hodiny. V noci má pak problémy s usínáním. Hypnotika na podporu spánku byly podávány, zvyky před usínáním nemá. Po probuzení se cítí nevyspalý.</p>	<p>V noci jej ruší chod oddělení. Doma spí přes noc nepřerušovaně 7 hodin. Léky na podporu spánku neužívá.</p>
<p>6. při výběru oblečení, oblékání a svlékání</p>	<p>Pacient je zcela nezávislý při oblékání, dle potřeby zajištěn anděl.</p>	<p>Cítí se lépe ve vlastním pyžamu. Pomoc při oblékání nepotřebuje.</p>
<p>7. při udržování tělesné teploty v rámci fyziologických hodnot</p>	<p>Na pokoji jsou stále otevřena okna, průvan není. Tělesná teplota měřena 2x denně, afebrilní.</p>	<p>Otevřené okno mu vyhovuje, má rád čerstvý vzduch. Má rád chladnější prostředí. Zima mu není, zvýšenou teplotu nepocítuje.</p>
<p>8. při udržování čistoty, úpravy těla, ochrana pokožky</p>	<p>Hygienu provedl sám v koupelně, je plně soběstačný. Vlasy má krátké, čisté a učesané. Nehty a kůže jsou čisté, bez známek plísně nebo defektu.</p>	<p>Je zvyklý na pravidelnou sprchu a 2x denně si čistí zuby. Holí se každý druhý den ráno.</p>

9. při odstraňování rizik z okolí, ochrana před násilím, nákazou	Pacient je poučen o možném riziku vzniku infekce při zavedení mnohočetných invazivních vstupů.	Plně chápe péči o mnohočetné invazivní vstupy. Problémy s jejich zavedením nemá, ale nejsou mu příliš příjemné
10. při komunikaci	Pacienta již kontaktovala manželka po telefonu, rodina informována lékařem o zdravotním stavu. Na pokoji je jeden další pacient.	Je rád, že může s manželkou a rodinou komunikovat přes mobilní telefon. Těší se na rodinu a vnoučata, až je uvidí osobně.
11. při vyznávání náboženské víry, přijímání dobra a zla	Nevěřící, nevyžaduje žádnou duchovní pomoc.	Nevěřící, nemá žádné náboženské rituály.
12. při práci a produktivní činnosti	Pacient zapojován do sebeobslužných činností dle svých možností- hygiena, péče o dutinu ústní. Příliš nezatěžován.	Péče o sebe samotného mu nedělá problém.
13. při odpočinkových (rekreačních) aktivitách	Pacient se snaží každé ráno cvičit na lůžku. Odpoledne se věnuje četbě, luštění křížovek a poslechu rádia.	Těší se, až bude moci zase pracovat na zahrádce a chodit s manželkou na procházky.
14. při učení	Pacient je plně informován o svém zdravotním stavu. Informace mu sdělil lékař a sestra v průběhu hospitalizace.	Má pocit dostatečné informovanosti. Všemmu plně rozumí.

Medicínský management

Přehled provedených vyšetření:

Kolonoskopie, RTG srdce a plic, spirometrie, elektrokardiografie, diabetologické vyšetření, kardiologické vyšetření, krevní testy (biochemie: glukosa, metabolický soubor, enzymy, bílkovina, minerály, moč chemicky + sediment, CRP, hematologie: krevní obraz, koagulační vyšetření.

Průběh hospitalizace:

V průběhu hospitalizace nenastaly u pacienta žádné komplikace.

Situační analýza ze dne 8. 12. 2012

Pacient byl 6. pooperační den přeložen z Jednotky intenzivní péče na standardní oddělení Transplantační chirurgie. Pacienta jsem uložila na pokoj s polohovatelným lůžkem, k ruce jsem mu zajistila signalizační zařízení. Změřila jsem mu fyziologické funkce. Koupelnu jsem vybavila speciálním zrcadlem, a košíkem se základním vybavením pro ošetření stomie. Operační rána byla kryta sterilními čtverci, bez viditelných známek prosáknutí. Okolí CŽK bylo klidné, bez zánětlivých projevů, PMK odváděl čirou moč bez patologických příměsí. Na stomii byl připevněn nevypustný sáček s filtrem. Pacient měl již obnovenou střevní pasáž a stomie odváděla formovanou stolicí. Sledovala jsem u něj bilanci tekutin po 12 hodinách, monitorovala jsem fyziologické funkce po 12 hodinách a prováděla kontrolu glykemií ráno a večer. Pacientovi jsem podala intravenózní a perorální terapii dle rozpisu. Pacient rehabilitoval s rehabilitační sestrou (chůze po pokoji), byl ve sprše. Pod dohledem stomické sestry si poprvé samostatně vyzkoušel připevňování stomického nevypustného sáčku s filtrem. Pacient výměnu stomického systému zvládl dobře, stomická sestra pacientovi pomáhala již jen radou.

Invazivní vstupy:

Centrální žilní katétr v.subclavia l.dx.(od 2. 12. 2012)

Permanentní močový katétr

Konzervativní léčba:

Dieta: č. 5/9 + Nutridrink 3x denně

Rehabilitace: chůze po pokoji

Ordinace lékaře:**Tabulka 7 - Terapie per os dne 8.12.**

Medikace p.o.	Ráno	V poledne	Večer
Tenaxum 1 mg	0	1	0
Anopyrin 100 mg	1	0	0
Helicid 20 mg	1	0	1
Ganaton	1	0	1
Cerucal	1	0	1

Tabulka 8 - Terapie subcutánní a intramuskulární dne 8.12.

Medikace s.c.	Ráno	V poledne	Večer
Clexane 0,4 ml s.c.	0	0	1
Dipidolor 1 amp. při bolestech	p.p.	p.p.	p.p.

Tabulka 9 - Terapie intravenózní dne 8.12.

Medikace i.v.	6:00	14:00	22:00
Unasyn 1,5 mg i.v.	1	1	1
Novalgín 1 amp. při bolestech	p.p.	p.p.	p.p.

Tabulka 10 – Záznam fyziologických funkcí dne 8.12.

Záznam fyziologických funkcí:		
Hodnoty	13:30	17:00
TK (mmHg)	143/81	148/70
P (min.)	68'	70'
Glykémie (mmol/l)	5,1	5,4
TT (°C)	36,5 °C	36,6 °C

Situační analýza ze dne 9. 12. 2012

Pacient nespal moc dobře, domníval se, že je to změnou prostředí. Provedla jsem odběr krve na kontrolní laboratorní vyšetření (viz laboratorní vyšetření). Krytí z operační rány jsem mu odstranila, aby se mohl osprchovat. Operační rána byla klidná, bez zarudnutí či sekrece. Po kontrole lékařem byly stehy ponechány a ránu jsem překryla sterilními čtverci. Dle ordinace lékaře jsem odstranila centrální žilní katétr a permanentní močový katétr. Na toaletu jsem pacientovi zajistila sběrnou nádobu na moč. Ošetřující lékař pacientovi změnil způsob antibiotické léčby z intravenózní na perorální, tuto změnu pacient snášel dobře a bez komplikací. Lékař pacientovi naordinoval hypnotika na noc. Navštívila jej nutriční terapeutka, která u pacienta provedla edukační rozhovor a poskytla mu informační materiál o způsobu stravování s kolostomií. Pacient rehabilitoval s rehabilitační sestrou (chůze po chodbě, chůze po schodech), rehabilitaci zvládal velice dobře a žádné potíže při ní nepocíťoval. V době návštěvních hodin pacienta navštívila manželka, která projevila zájem o edukaci stomické sestry. Přivolaná stomická sestra manželku na pokoji pacienta edukovala o možnostech kombinace stomických pomůcek a podrobně vysvětlila zásady ošetřování stomie. Následně si pacient zcela samostatně pod jejím dohledem ošetřil stomii a vyměnil nevypustný sáček s filtrem. Průběh výměny stomického systému zvládl bez obtíží.

Ordinace lékaře:

Tabulka 11 - Terapie per os dne 9.12.

Medikace p.o.	Ráno	V poledne	Večer
Tenaxum 1 mg	0	1	0
Anopyrin 100 mg	1	0	0
Helicid 20 mg	1	0	1
Ganaton	1	0	1
Cerucal	1	0	1
Unasyn 375 mg	1 (6:00)	1 (14:00)	1 (22:00)
Diazepam 10mg	0	0	p.p
Novalgín	p.p	p.p	p.p

Tabulka 12 - Terapie subcutání 9.12

Medikace s.c. :	Večer před výkonem	Ráno v den výkonu
Clexane 0,4 ml s.c.	1	0

Tabulka 13 - Záznam fyziologických funkcí dne 9.12.

Záznam fyziologických funkcí:		
Hodnoty	10:45	17:00
TK (mmHg)	139/90	154/86
P (min.)	71´	85´
Glykémie (mmol/l)	5,0	5,6
TT (°C)	36,4 °C	36,6 °C

Situační analýza ze dne 10. 12. 2012

Pacient spal dobře, bez obtíží. Operační rána byla klidná, bez známek infekce a po sprše jsem ji překryla sterilními čtverci. Stehy jsem ponechala. Stomie byla lehce oteklá, funkční, odváděla formovanou stolicí a pacient již zvládl samostatnou výměnu stomických pomůcek. Močil spontánně a žádné potíže při močení neudával. Rána po odstraněném centrálním žilním katétru byla klidná, bez krvácivých projevů ošetřila jsem ji a přelepila sterilním krytím. Po vzájemné dohodě lékaře a stomické sestry bylo doporučeno propuštění pacienta do ambulantní péče. Pacient s propuštěním souhlasil. Od lékaře obdržel lékařskou propouštěcí zprávu, termín první kontroly na chirurgické ambulanci, lékařské recepty. Stomická sestra pacienta vybavila pomůckami na 1 měsíc, kontaktem do stomaporadny a firemními kontakty. Pacientovi byl doporučen relativní klid, omezení těžké fyzické námahy v období 4-6 týdnů, sprchovat a promazávat operační ránu, dostatečná

hydratace, péče o stomii, dodržování dietního režimu dle edukace dietní terapeutky.
Chronická medikace pacientovi zůstala beze změn.

Tabulka 14- Záznam fyziologických funkcí dne 10.12.

Záznam fyziologických funkcí:	
Hodnoty	10:45
TK (mmHg)	138/72
P (min.)	80'
Glykémie (mmol/l)	5,0
TT (°C)	36,6 °C

9 Stanovení ošetřovatelských diagnóz

(z pohledu zdravotnického personálu)

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny po překladu pacienta na standardní oddělení

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

- Akutní bolest v souvislosti s operačním výkonem, projevující se verbálně
- Strach z budoucnosti v souvislosti se závažnou prognózou onemocnění, projevující se nejistotou
- Porucha přijetí vlastního vzhledu v souvislosti se zavedením stomie, projevující se verbálně
- Porucha spánku v souvislosti se změnou prostředí, projevující se fyzickou slabostí a únavou během dne

Potenciální ošetřovatelské diagnózy

- Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení mnohočetných invazivních vstupů
- Riziko vzniku poruchy výživy z důvodu nesprávného dietního režimu

9.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy dle priorit

Cíl krátkodobý: U pacienta dojde ke zmírnění bolesti do 30 minut od podání analgetik

Cíl dlouhodobý: Při propuštění bude pacient bez bolesti a nutnosti užívání analgetik

Priorita: vysoká

Výsledná kritéria:

- bolest nepocítuje alespoň 4 hodiny od podání analgetik
- používá signalizačního zařízení v případě, že pocítuje bolest a upozorní sestru
- pacient dodržuje farmakologický režim
- pacient chápe příčiny vzniku bolesti

Intervence sestry:

- podej analgetika dle ordinace lékaře
- posud' bolest (charakter, nástup, trvání, zhoršující faktory)
- zajistí a nauč pacienta využívat signalizační zařízení
- nepodceňuj pacientovi stížnosti na bolest

Realizace:

- doporučeny úlevové polohy, nabídnuta televize jako zvuková kulisa k odvedení pozornosti
- podána analgetika dle ordinace lékaře
- bolest hodnocena a zaznamenávána do dokumentace
- zajištěno signalizační zařízení v případě potřeby pacienta

Hodnocení:

Pacientovi se po podání analgetik ulevilo do 30 minut od bolesti. Při dimisi pacient neužívá analgetika, využívá odpoutávací techniky a zvládá alternativní techniku ke zmírnění bolesti. Cíle byly splněny.

Strach z budoucnosti v souvislosti se závažnou prognózou onemocnění, projevující se nejistotou

Cíl krátkodobý: U pacienta dojde během 2 dnů ke zmírnění strachu

Cíl dlouhodobý: U pacienta dojde k úplnému odstranění strachu, během hospitalizace

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- je dostatečně informován
- u pacienta jsou sníženy obavy z budoucnosti
- pacient je optimistický a psychicky vyrovnaný

Intervence sestry:

- pozorně naslouchej, měj zájem o pacientův problém
- vytvoř důvěrné prostředí pro rozhovor s pacientem
- informuj pacienta o relaxačních technikách
- umožni pacientovi popsat jeho pocity

Realizace:

- pacientovi byly vysvětleny všechny diagnosticko-terapeutické a ošetrovatelské úkony
- pacient poučen o zklidňujících a relaxačních technikách
- zajištěn kontakt s rodinou

Hodnocení:

Pacient má dostatek informací, je klidnější a otevřeně hovoří o svých pocitech. Pacient podporován rodinou. Stanovené cíle byly splněny.

Porucha přijetí vlastního vzhledu v souvislosti se zavedením stomie, projevující se verbálně

Cíl krátkodobý: Po přeložení na standardní oddělení, bude pacient schopen spolupráce při výměně stomických pomůcek

Cíl dlouhodobý: Pacient pochopil tělesné změny, spojené se svým onemocněním během hospitalizace

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacient zahrnuje změny vlastního vzhledu do sebepojetí
- pacient používá adaptivní pomůcky
- pacient je schopen reálně uvažovat o svých obavách

Intervence sestry

- všiměj si chování, které ukazuje na znepokojení tělem a jeho procesy
- posuď pacientovy znalosti dané situace
- pomoz pacientovi zvládnout základní problémy
- zajisti konzultaci s lékařem

Realizace:

- pacient nabádán k pozitivnímu myšlení
- pacient je edukován stoma sestrou
- pacient podporován v aktivním postoji k léčbě
- pacient informován lékařem

Hodnocení:

Pacient je schopen objektivně posuzuje situaci a akceptuje vzhled vlastního těla. Udržuje svoje pozitivní sebehodnocení, je schopen spolupráce při výměně stomického systému. Cíle byly splněny.

Porucha spánku v souvislosti se změnou prostředí, projevující se fyzickou slabostí a únavou během dne

Cíl krátkodobý: Pacient bude spát přes noc alespoň 5 hodin

Cíl dlouhodobý: Pacient bude spát přes noc minimálně 7 hodin, bude se cítit odpočatý a bez fyzické slabosti

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacient nespí přes den
- usíná do 30 minut od uložení na lůžko
- spí nepřetržitě alespoň 5 hodin
- užívá hypnotika dle ordinace lékaře

Intervence sestry:

- připrav vhodné prostředí na spánek
- zajisti klid na pokoji
- snaž se nepřerušovat pacientův spánek přes noc
- sleduj účinek léků

Realizace:

- pacient poučen o nutnosti spánku a odpočinku
- pacient informován o možnosti užívání hypnotik
- snaha o dodržení klidného a tichého prostředí ze strany zdravotnického personálu

Hodnocení:

Cíl krátkodobý byl splněn za použití hypnotik. Cíl dlouhodobý byl splněn z části, pacient se během dne cítil unavený a pospával.

9.2 Potenciální ošetrovatelské diagnózy

Riziko vzniku poruchy výživy z důvodu nesprávného dietního režimu

Cíl: Pacient, ví co je pro něho odpovídající strava a tekutiny

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- dokáže vyjmenovat alespoň pět vhodných potravin
- chápe nutnost změny svých stravovacích návyků
- zná význam správného vyvážení stravy

Intervence sestry:

- zhodnot' příjem stravy a tekutin
- sleduj pravidelně hmotnost pacienta
- zjisti pacientovy znalosti o výživě

Realizace:

- pacientovi poskytnuty zdroje informací
- zprostředkována konzultace s nutričním terapeutem
- sledována hmotnost pacienta 1krát denně

Hodnocení:

Pacient má přiměřené znalosti o vhodné stravě.

Cíl byl splněn.

Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení mnohočetných invazivních vstupů.

Cíl: Nedojde k ohrožení pacienta infekcí během hospitalizace

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacient zná způsoby, jak předcházet infekci nebo snížit riziko jejího vzniku
- pacient zná projevy infekce
- pochopí rizikové faktory

Intervence sestry:

- sleduj funkčnost a délku zavedení CŽK a PMK
- dodržuj přísně sterilní manipulaci s CŽK
- prováděj sterilní převazy CŽK
- diagnostikuj včas místní známky infekce

Realizace:

- kontrola místa vstupu a okolí 2x denně
- 1x denně prováděn sterilní převaz CŽK
- monitorována tělesná teplota a funkčnost zavedených vstupů

Hodnocení:

- Invazivní vstupy funkční.
- Pacient bez projevů infekce po celou dobu hospitalizace.
- Stanovený cíl byl splněn.

10 EDUKACE

Téma: Stravování stomika

Cíl: Pacient bude schopný vytvořit si samostatně jídelníček sestavený z vhodných potravin v souladu se zavedenou stomií

Doba edukace: 30 minut.

Výsledná kritéria:

Kognitivní: Po rozhovoru se sestrou a prostudováním informačního materiálu bude pacient schopen:

- vysvětlit důležitost správné výživy
- vyjmenovat alespoň pět nevhodných potravin
- vyjmenovat alespoň pět vhodných potravin
- vyjmenovat vhodné tekutiny
- z nabídnutých možností vybere vhodné a nevhodné potraviny

Afektivní:

- pacient hodnotí a přehodnocuje své předchozí návyky v oblasti výživy
- pacient se přizpůsobuje nutnosti změnit své zvyky v oblasti výživy

Metoda edukace:

- rozhovor, internetové stránky (např. www.galen.cz), informační brožury

Metodika:

- seznámení s cílem a průběhem edukace, motivace pacienta
- vysvětlení důležitosti správného stravování stomika
- uvedení druhu potravin vhodných a nevhodných
- poskytnutí potřebného materiálu

- uvedení vhodného způsobu úpravy potravin
- zpětnou vazbou zjistit porozumění problematice

Hodnocení edukace:

Pacient chápe poskytnuté informace a rozumí jim. Cíl edukace byl splněn.

11 Celkové zhodnocení pacienta

Při příchodu pacient působil klidně a sebevědomě. U sepsání ošetřovatelské anamnézy byl pacient upřímný a otevřený. Spolupráce s ním byla příjemná. V průběhu hospitalizace nenastaly u pacienta žádné komplikace. Po celou dobu hospitalizace byla pro pacienta velkou oporou rodina, která se mu snažila maximálně pomáhat a dodávala mu odvalu do života s kolostomií.

Pacient byl po 9 denní hospitalizaci propuštěn do domácího ošetřování. Byl předán do péče onkologa, v ambulantní péči prodělal chemoterapii. Při propuštění z nemocnice používal jednodílný systém stomických pomůcek. Po dohodě se stoma setrou byl pacient přihlášen do klubu stomiků a pravidelně bude odebírat specializovaný časopis pro stomiky RADIM.

K propuštění do domácího ošetřování by mělo dojít až po domluvě chirurga a stoma sestry, která ručí za soběstačnost pacienta. Pokud soběstačný není, tak by stoma sestra měla edukovat rodinu nebo kontaktovat centrum následné péče.

11.1 Doporučení pro praxi

Nejčastěji pracuje chirurg na operačním sále se skalpelem. Provede řez, potřebný výkon a zašije operační ránu. Tyto rány se vždy hojí jizvou. Ovšem co dělat s jizvou, která zůstane po výkonu na duši? Vyvedení stomie patří mezi tyto operace. Pacient si musí zvykat na nový vzhled svého těla, stydí se a má strach, že kvůli stomii přijde o své zaměstnání a přátele. Každý pacient reaguje na jiné typy motivace. Někteří jsou přesvědčeni o možnosti vést plnohodnotný život sami, jiní na základě zkušenosti v rodině či okolí, ale někteří právě naopak. Zde je úloha sestry jako osoby, která během hospitalizace přichází s pacientem nejčastěji do styku nezastupitelná. U většiny onemocnění postačí, když pečlivě a zároveň citlivě vykonává ošetrovatelskou činnost, tak jak byla indikována lékařem. V případě stomiků však musí být sestra sama aktivní a na jejích schopnostech a invenci často zcela záleží budoucí kvalita pacientova života. Zároveň je nezastupitelná její edukační činnost. Pokud ji bude provádět správně, výrazně se tím zvýší účinek léčby.

ZÁVĚR

Předložená práce se snaží podat teoretické i praktické poznatky z ošetrovatelského procesu pacienta postiženého karcinomem tlustého střeva. Zároveň poukazuje na potřebu výrazně aktivního přístupu ošetrovatelského personálu, který musí být aktivní především v následné komunikaci s pacientem. V tomto jsou nároky na personál při dané diagnóze odlišné od většiny ostatních. I když samozřejmě nejsou zcela výjimečné. Žít plnohodnotný život je možné i se stomií, protože dny se mají naplnit životem, a ne život dny.

POUŽITÁ LITERATURA

FORETOVÁ, L., 2005. *Prevence nádorových onemocnění pro muže po čtyřicítce*. 3. vyd. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2005. 36 s. ISBN 80-238-6227-8.

ANON. *Kolostomie. Příručka pro pacienty* Brno: B. Braun Medical, s.r.o. 47 s.

CHRASTINA, J., 2009. Principy testů určených k detekci okultního krvácení do stolice a jejich charakteristika. *Interní medicína*, 2009, roč. 11, č. 4, s. 193–196.

DUŠEK a kol., 2012. *Epidemiologie kolorektálního karcinomu* [online]. [cit. 12. 10. 2012]. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky--epidemiologie-kolorektalniho-karcinomu--predikce-poctu-pacientu-v-cr>

DUŠEK, L., MUŽÍK, J., 2009. *Epidemiologie zhoubného novotvaru tlustého střeva a konečníku v krajích České republiky*. [online]. 2009 [cit. 12. 10. 2012]. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky--epidemiologie-kolorektalniho-karcinomu--epidemiologie-kolorektalniho-karcinomu-v-cr-regiony>

FÖLSCH, U. R., KOCHSIEK, K., R.F. SCHMIDT, 2003. *Patologická fyziologie*. Praha: Grada, 2003. 588 s. ISBN 80-247-0319-X.

GERYK, E. a kol., 2008. Časoprostorová distribuce vývoje karcinomů kolorekta v ČR. *Onkologie*, 2008, č. 2, roč. 1, s. 29–32.

HRUBÁ, M., FORETOVÁ, L., VORLÍČKOVÁ, H., 2001. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2001. 77. s. ISBN 80-238-7618-X.

HŮSKOVÁ, J., KAŠNÁ, P., 2009. *Ošetrovatelství – ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty. 1. díl*. Praha: Grada, 2009. 104 s. ISBN 978-80-247-2852-0.

KOL. AUTORŮ. 2001. *Onkologická rizika*. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2001. 96 s. ISBN 80-238-7620-1.

KLENER, P. a kol., 2006. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén, 2006. 1158 s. ISBN 978-80-7262-430-0.

MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče, 2. díl*. Praha: Grada, 2006. 171 s. ISBN 80-8063-217-0.

MUSIL, D., 2003. Populační skríníng kolorektálního karcinomu. *Interní medicína pro praxi*, 2003, č. 3, s. 126-130.

NORAT, T. et al., 2005. *Meat, fish, and colorectal cancer risk: the European Prospective Investigation into cancer and nutrition*. J. Natl. Cancer Inst., 2005, roč. 97, č. 12, s. 906-916.

PAVLÍK, T., MÁJEK, O., DUŠEK, L., 2012. *Přežití a kvalita péče o pacienty s kolorektálním karcinomem*. [online]. 2012 [cit. 12. 10. 2012]. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky--preziti-a-kvalita-pece-o-pacienty-s-kolorektalni-karcinomem>

PEPPERCORN, M.A., ODZE, R.D., 2012. *Colorectal cancer surveillance in inflammatory bowel disease*. [online]. 2012. [cit. 12. 10. 2012]. Dostupné z: <http://www.uptodate.com/contents/colorectal-cancer-surveillance-in-inflammatory-bowel-disease>

PINTÉR, M., KOLESÁROVÁ, M., 2004. *Genetické aspekty idiopatických střevních zánětů*. Hradec Králové: Acta Medica, 2004, sv. 47, č. 2. s. 83-87.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III. Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Praha: Grada, 2007. 214 s. ISBN 978-80-247-2270-2.

ŠAFRÁNKOVÁ, A. a NEJEDLÁ, M., 2006. *Interní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006. 211 s. ISBN 80-247-1777-8.

TOMÁŠEK, J., HALÁMKOVÁ, J., 2009. Karcinom tlustého střeva a konečníku. *Praktické lékařství*, 2009, č. 1, roč. 5, s. 6–9.

VOČKA, M., BENCKO, V., 2010. Nadměrná konzumace masa v etiopatogenezi kolorektálního karcinomu. *Praktický lékař*, 2010, roč. 90, č. 1, s. 12-15.

ZAVORAL, M. a kol., 2009. *Screening kolorektálního karcinomu v České republice*.
[online]. Kolorektální karcinom, 2009. s. 24-26. [cit. 12. 10. 2012]. Dostupné z:

<http://www.linkos.cz/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/abstrakta/cislo/472/>

Seznam příloh

PŘÍLOHA A - PŘEHLED LABORATORNÍCH VYŠETŘENÍ

PŘÍLOHA B - FARMAKOTERAPIE

PŘÍLOHA C - TRÁVICÍ SOUSTAVA

PŘÍLOHA D - STŘEVO

PŘÍLOHA E - TEST NA OK

PŘÍLOHA F - KOLOSTOMIE

PŘÍLOHA G - KARCINOM

PŘÍLOHA H - KOLONOSKOPIE

PŘÍLOHA I - CHARTA PRÁV STOMIKŮ

PŘÍLOHA J - SOUHLAS PRACOVIŠTĚ SE SBĚREM ÚDAJŮ

Příloha A – Přehled laboratorních vyšetření

Hematologické vyšetření

Krevní obraz					
Den hospitalizace		1	7	8	9
Leukocyty 10 ⁹ /l	výsledek	8	7,6	X	7,6
	ref.meze	3,9-11,0			
Erytrocyty 10 ¹² /l	výsledek	5,12	3,07	X	3,07
	ref.meze	4,10- 5,70			
Hemoglobin g/l	výsledek	151	139	X	142
	ref.meze	128-168			
Hematokrit l	výsledek	0,421	0,395	X	0,262
	ref.meze	0,380-0,520			

Koagulační vyšetření

Koagulační vyšetření					
Den hospitalizace		1	7	8	9
INR	Výsledek	1,1	X	X	1,2
	ref.meze	0,8-1,2			
APTT	Výsledek	33,10	X	X	35,20
	ref.meze	> 180 s			

Biochemické vyšetření krve

Dusíkaté metabolity					
Den hospitalizace		1	7	8	9
Urea mmol/l	Výsledek	6,2	4,8	X	3,8
	ref. meze	3,0 - 9,2			
Kreatinin μmol/l	Výsledek	97	75,9	X	72,7
	ref. meze	60,0 - 105,0			

Biochemické vyšetření krve (jaterní testy)

Jaterní testy					
Den hospitalizace		1	7	8	9
Bilirubin $\mu\text{mol/l}$	výsledek	9	10	X	10,8
	ref. meze	0,0 - 21,0			
ALT $\mu\text{kat/l}$	výsledek	0,32	0,33	X	0,32
	ref. meze	0,17 - 0,75			
AST $\mu\text{kat/l}$	výsledek	0,38	0,53	X	0,43
	ref. meze	0,17 - 0,75			
ALP $\mu\text{kat/l}$	výsledek	2,03	1,23,	X	1,3
	ref. meze	0,58 - 2,17			

Biochemické vyšetření krve (bílkoviny)

Bílkoviny					
Den hospitalizace		1	7	8	9
CB g/l	výsledek	7,07	7,13	X	69,8
	ref. meze	64,0 - 83,0			
CRP mg/l	výsledek	5,1	99,8	X	57,6
	ref. meze	0,0 - 5,0			

Biochemické vyšetření moče a močového sedimentu

Moč - chemicky					
Den hospitalizace		1	7	8	9
pH	výsledek	5	X	X	X
	ref. meze	5,0 - 7,0			
Specifická hustota kg/m ³	výsledek	1,019	X	X	X
	ref. meze	1,015 - 1,025			
Bílkovina g/l	výsledek	negativní	X	X	X
	ref. meze	< 0,30			
Glukóza mmol/l	výsledek	negativní	X	X	X
Ketolátky mmol/l	výsledek	negativní	X	X	X
Bilirubín μmol/l	výsledek	negativní	X	X	X
Urobilinogen μmol/l	výsledek	negativní	X	X	X
	ref. meze	3,2 - 16,0			
Krev počet/μl	výsledek	negativní	X	X	X
	ref. meze	< 10			
Leukocyty počet/μl	výsledek	11	X	X	X
	ref. meze	< 15			
Nitrity arb.j.	výsledek	negativní	X	X	X
Moč - sediment					
Den hospitalizace		1	7	8	9
Hlen	výsledek	pozitivní	X	X	X
Erytrocyty 10 ⁶ /l	výsledek	2	X	X	X
	ref. meze	0 - 10			
Leukocyty 10 ⁶ /l	výsledek	1	X	X	X
	ref. meze	0 - 20			

Příloha B - Farmakoterapie

(Farmaka ordinovaná od 8. 12., specifické individuální dávkování)

Infuzní terapie

Plasmalyte

IS: Infundabilium

I: doplnění chybějící tekutiny a elektrolytů v organismu

Dávkování: 1000 ml /24 hodin

Nežádoucí účinek: hypervolémie, tromboflebitida, žilní trombóza, horečka, bolest v místě vpichu, reakce v místě vpichu

Antibiotika

Unasyn 1,5 mg

IS: Širokospektré ATB

I: bakteriální infekce vyvolané citlivými mikroorganismy, infekce horních cest dýchacích, dolních cest dýchacích, infekce močových cest, pyelonefritis, gonokokové infekce, infekce kůže a měkkých tkání

Dávkování: po 8 hodinách

Nežádoucí účinek: průjem, nevolnost, zvracení, bolesti v nadbřišku

Analgetika

Dipidolor

IS: analgetikum – anodynum (opioid)

I: silné a velmi silné bolesti doprovázející nádorová onemocnění a pooperační a bolesti, u nichž jsou indikovány opioidy

Dávkování: 1 ampule po 6 – 8 hodinách

Nežádoucí účinek: únava, spavost, nevolnost, zvracení, zácpa, obtíže při močení

Novalgin

IS: analgetikum, antipyretikum

I: akutní silné bolesti při poraněních, operacích, kolikách, tumorech, febrilie

Dávkování: 2 ml 3 krát denně nebo při bolestech

Nežádoucí účinek: svědění, kopřivka, otoky, dýchací a zažívací obtíže

Subcutánně podaná farmaka

Clexane 0,4 ml

IS: Antitrombotikum, Antikoagulanc

I: Profylaxe tromboembolické nemoci

Dávkování: 1 tbl. denně

Nežádoucí účinek: krvácení, zvýšení jaterních enzymů, kopřivka, svědění, erytém, lokální podráždění, nekróza kůže v místě vpichu, bulózní dermatitida

Per os léky

Tenaxum

IS: Antihypertensivum

I: léčba esenciální hypertenze u dospělých pacientů

Dávkování: 2 tbl.denně

Nežádoucí účinek: bolesti hlavy, závrať, mravenčení, poruchy zraku, tinitus, dýchací obtíže, zažívací obtíže

Anopyrin 100 mg

IS: Antitrombotika, skupina inhibitorů agregace trombocytů

I: předcházení vzniku krevních sraženin v cévách

Dávkování: 1 tbl. denně

Nežádoucí účinek: žaludeční a střevní obtíže, nevolnost, zvracení, průjmy, vznik žaludečních vředů, kožní reakce, záchvaty dušnosti

Ganaton

IS: Digestivum, prokinetikum

I: léčba funkční gastropatie dysmotilního typu (chabý žaludek), reflexní choroba, diabetická gastroparéza, zpomalená evakuace žaludku

Dávkování: 2 tbl. denně

Nežádoucí účinek: bolesti břicha, zácpa, průjem, zvýšená tvorba slin, kopřivka, třes

Cerucal

IS: Prokinetikum, antiemetikum

I: poruchy motility horní části GIT traktu, nauzea a vomitus různého původu, diabetické gastroparéza

Dávkování: 2 tbl. denně

Nežádoucí účinek: únava, bolest hlavy, závrať, úzkost, neklid, průjem

Helicid 20 mg

IS: Inhibitor protonové pumpy

I: poruchy trávení způsobené převážně poruchou tvorby žaludeční kyseliny, prevence vzniku žaludečních a dvanáctíkových vředů a poškození sliznice žaludku a dvanáctníku při užívání nesteroidních protizánětlivých léčiv

Dávkování: 2 krát denně

Nežádoucí účinek: bolest hlavy, průjem, zácpa, plynatost, svědění, pocit pálení kůže

Novalgin tablety

IS: Analgetikum, antipyretikum

I: silné bolesti při poraněních, operacích, kolikách, nádorových onemocněních

Dávkování: při bolesti, maximální denní dávka je 8 tablet

Nežádoucí účinek: nejčastěji nežádoucí reakce z přecitlivělosti, svědění, kopřivka, otoky, dýchací a zažívací obtíže

Diazepam 10 mg

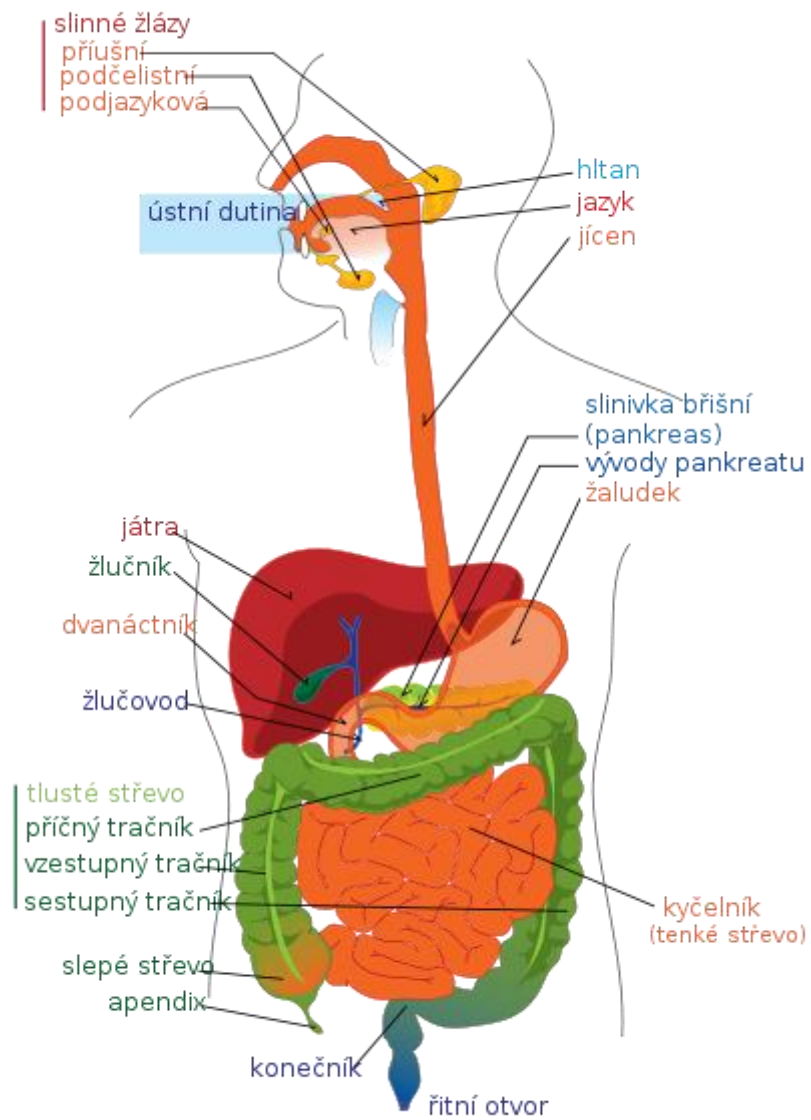
IS: Anxiolytikum

I: úzkost, napětí, strach a neklid

Dávkování: 1 tbl. před spánkem

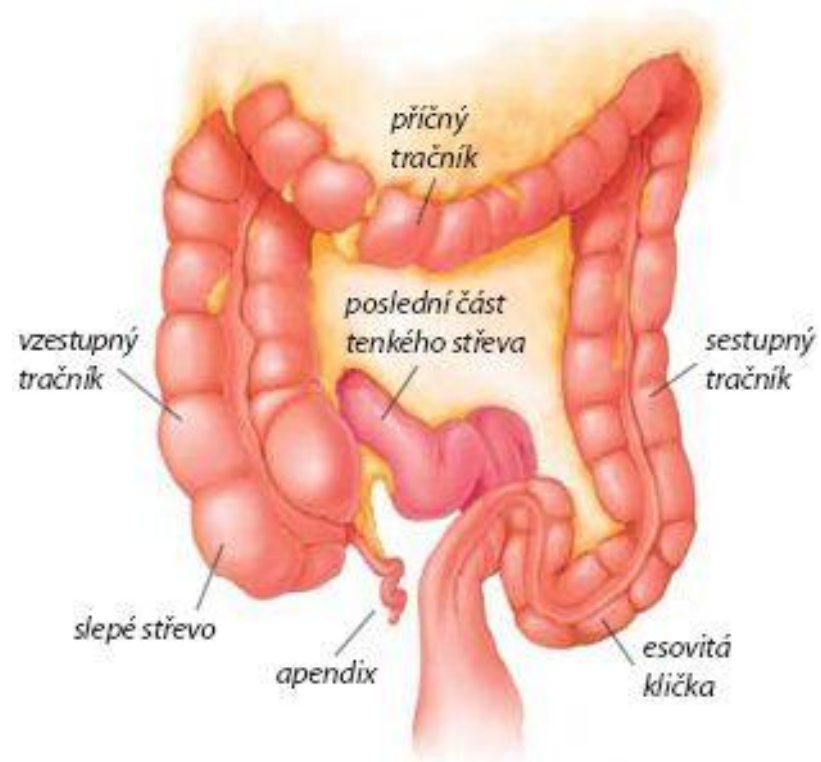
Nežádoucí účinek: únava, somnolence, pocity závratě, zpomalení reakcí, zmatenost, poruchy paměti

Příloha C – Trávicí soustava



Zdroj: http://cs.wikipedia.org/wiki/Tr%C3%A1vic%C3%AD_soustava_%C4%8Dlov%C4%9Bka

Příloha D – Střevo



Zdroj: www.obesity-news.cz

Příloha E – Test na OK



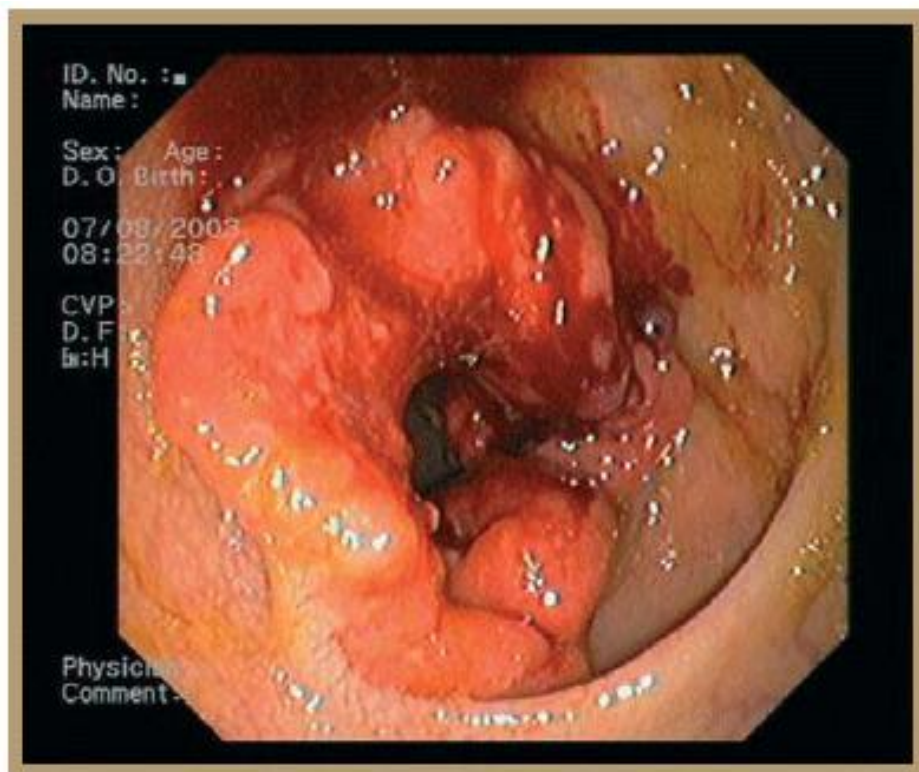
Zdroj: www.fairmed.at

Příloha F – Kolonoskopie



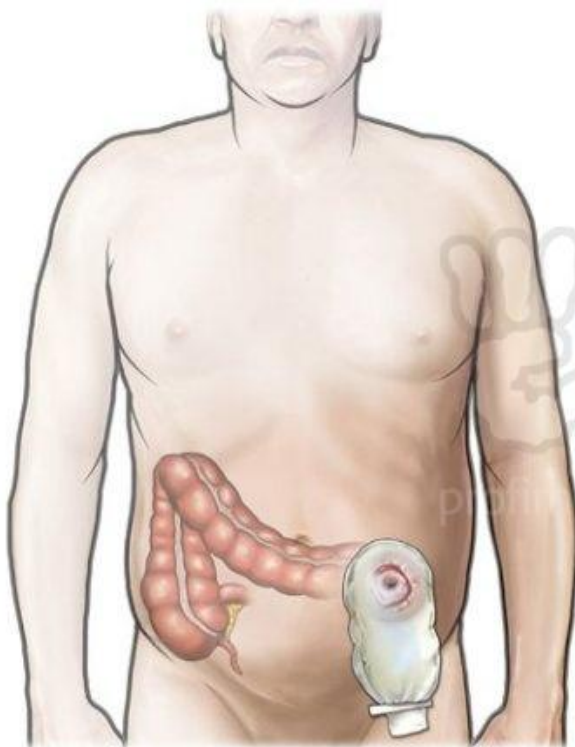
Zdroj: www.ulekare.cz

Příloha G - Karcinom



Zdroj: zdravi.e15.cz

Příloha H – Kolostomie



Colostomy pouch



Zdroj: www.profimedia.cz

Příloha I – Charta práv stomiků

Charta práv stomiků

Charta práv stomiků uvádí speciální potřeby této skupiny tělesně postižených a péči, kterou vyžadují. Musí obdržet informace i péči, která jim umožní vést nezávislý život podle vlastního rozhodnutí a participovat na všech důležitých rozhodnutích. Mezinárodní asociace stomiků deklaruje jako svůj cíl realizaci této Charty ve všech zemích světa.

Každý stomik má právo na :

- předoperační poradenství, aby si byl plně vědom významu operace a znal základní skutečnosti o životě se stomii
- dobře provedenou, vhodně umístěnou stomii, s plným a přiměřeným přihlédnutím k pohodlí pacienta
- kvalitní a profesionální lékařskou a ošetrovatelskou péči i psychosociální podporu v předoperačním a pooperačním období, v nemoci i své komunitě
- podporu a informovanost rodiny, známých a přátel, aby lépe chápali podmínky a změny, nutné k dosažení uspokojivé úrovně stomikova života
- úplnou a objektivní informaci o vhodných pomůckách a výrobcích, které jsou v jeho zemi k dispozici
- možnost neomezeného výběru dostupných stomických pomůcek
- informace o organizacích stomiků v jeho vlasti a službách a podpoře, které poskytují
- ochranu proti jakékoliv formě diskriminace
- jistotu, že osobní informace týkající se jeho operace vedoucí k vytvoření stomie budou důvěrné, aby bylo zachováno jeho soukromí, a že informace o jeho zdravotním stavu nebude sdělena nikým, kdo ji má právo znát, žádnému subjektu, který je angažován ve výrobě, prodeji nebo distribuci stomických pomůcek, ani žádné osobě, která by mohla profitovat přímo nebo nepřímo, díky svému vztahu ke komerčnímu trhu se stomickými pomůckami, bez výslovného svolení stomika.

IOA International ostomy association

Zdroj: www.nemtsy.cz

PŘÍLOHA J – SOUHLAS PRACOVNÍKŮ SE SBĚREM ÚDAJŮ

(Doložím naskenované při svazování práce)