

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem
jícnu**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

BARBORA HRUBÁ

Praha 2016

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACINETA
S KARCINOMEM JÍCNU**

Bakalářská práce

BARBORA HRUBÁ

Stupeň vzdělání: Bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Eva Murdychová

Konzultant práce: PhDr. Karolína Moravcová

Praha 2016



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

Hrubá Barbora
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 24. 10. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:


Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem jícnu

Complex Nursing Care of a Patient with Oesophageal Cancer

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Murdychová Eva

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Karolína Moravcová

V Praze dne: 1. 11. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Evě Murdychové za vedení mé práce a dále bych ráda poděkovala konzultantce práce PhDr. Karolíně Moravcové za věcné rady a připomínky.

ABSTRAKT

HRUBÁ, Barbora. *Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem jícnu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Eva Murdychová. Praha. 2017. 54 s.

Tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem jícnu. Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou část. Cílem teoretické části je stručné, ale komplexní shrnutí informací o anatomii a fyziologii jícnu, dále informací týkající se karcinomu jícnu, které jsou obsaženy v kapitolách etiologie a výskyt, příznaky, diagnostika a léčba karcinomu jícnu a v neposlední řadě i informace týkající se ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem jícnu. V praktické části byl zpracován ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem distálního jícnu a kardie žaludku, který byl přijat na chirurgickou kliniku fakultní nemocnice Plzeň, k plánovanému operačnímu výkonu. Získané informace o pacientovi jsou utříděny do třinácti domén NANDA I taxonomie II 2015-2017. Ošetrovatelský proces je zpracován podle modelu Majory Gordon. Obsah praktické části je vypracován na základě lékařské a sesterské dokumentace, rozhovoru s pacientem a pomocí fyzikálních, laboratorních a přístrojových vyšetření.

Klíčová slova

Endoskopie. Jícnový stent. Karcinom jícnu. Ošetrovatelská péče. Všeobecná sestra.

ABSTRACT

HRUBÁ, Barbora. *Complex Nursing Care of a Patient with Oesophageal Cancer*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Eva Murdychová. Prague. 2017. 54 pages.

The theme of the thesis is a Complex Nursing Care of a Patient with Oesophageal Cancer. The work is divided into two parts – theoretical and practical part. The objective of the theoretical part is a brief but comprehensive summary of information about anatomy and physiology of the oesophagus further information oesophageal cancer, which are contained in chapters etiology and incidence, symptoms, diagnosis and treatment of oesophageal cancer, and at last but not least, information regarding nursing care patient with oesophageal cancer. In the practical part, there were handled the topic of the nursing proces about a patient with cancer of the distal oesophageal and gastric cardia, which was recieved at the surgical clinic of Faculty hospital of Pilsen for planned surgical procedure. Gained information about the patient are categorized thirteen domains NANDA I taxonomy II 2015 – 2017. Nursing proces is handled by the model Majory Gordon. The content practical part is elaborated on the basis of medical and nursing documentation, interviewing the patient and using physical, laboratory and diagnostic devices.

Keywords

Endoscopy. Oesophageal stent. Esophageal cancer. Nursing Care. General nurse.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	- 1 -
1 TEORETICKÁ ČÁST	- 3 -
1.1 ANATOMIE.....	- 3 -
1.2 FYZIOLOGIE	- 4 -
1.3 NENÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ JÍCNU	- 5 -
1.4 NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ JÍCNU	- 7 -
1.4.1 Benigní nádory jícnu	- 7 -
1.4.2 Maligní nádory jícnu	- 7 -
1.5 KARCINOM JÍCNU.....	- 8 -
1.5.1 ETIOLOGIE A VÝSKYT	- 9 -
1.5.2 PŘÍZNAKY	- 10 -
1.5.3 DIAGNOSTIKA.....	- 10 -
1.5.4 LÉČBA.....	- 13 -
1.5.5 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY LÉČBY A KOMPLIKACE	- 17 -
1.5.6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	- 17 -
2 PRAKTICKÁ ČÁST	- 18 -
2.1 OBECNÉ INFORMACE O NEMOCNÉM	- 18 -
2.2 ANAMNÉZA.....	- 19 -
2.2.1 RODINNÁ ANAMNÉZA.....	- 19 -
2.2.2 OSOBNÍ ANAMNÉZA	- 19 -
2.2.3 PRACOVNÍ ANAMNÉZA	- 19 -
2.2.4 FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA	- 19 -
2.2.5 SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA	- 20 -
2.2.6 ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA	- 20 -
2.2.7 UROLOGICKÁ ANAMNÉZA.....	- 20 -
2.2.8 ABÚZUS	- 20 -
2.2.9 SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA.....	- 20 -
2.3 HODNOTY ZJIŠTĚNÉ PŘI PŘÍJMU PACIENTA.....	- 21 -

2.4	FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU	- 21 -
2.5	MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	- 23 -
2.6	UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE MODELU MAJORY GORDON.....	- 26 -
2.7	SITUAČNÍ ANALÝZA.....	- 31 -
2.8	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA I TAXONOMIE II A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT.....	- 33 -
2.9	ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	- 42 -
	ZÁVĚR	- 43 -
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	- 44 -
	PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CA	Celková anestezie
CT	Výpočetní tomografie
CŽK	Centrální žilní katétr
DK	Dolní končetina
EBR	Erytrocyty bez buffy coatu resuspendované
KES	Komorové extrasystoly
MO	Morphin
p.p.i.	Per primam intentionem
PET	Pozitronová emisní tomografie
PMK	Permanentní močový katétr
TEN	Tromboembolická nemoc
TTE	Transtorakální echokardiografie
ZN	Zhoubný novotvar

(VOKURKA et al., 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Sfinkter - svěrač

Extirpace - úplné chirurgické vynětí orgánu nebo tkáně nádoru

Lymfadenektomie- chirurgické odstranění lymfatické uzliny

(VOKURKA et al., 2015)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 TNM klasifikace nádorů jícnu	- 12 -
Tabulka 2 Léky pacienta	- 19 -
Tabulka 3 Posouzení současného stavu pacienta	- 21 -

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je *Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem jícnu*. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části bakalářské práce jsou shrnuty informace o anatomii a fyziologii jícnu, stručný přehled onemocnění jícnu, kde je následně podrobněji popsáno nádorové onemocnění jícnu. V další kapitolách jsou informace o etiologii, příznacích, diagnostice a léčbě karcinomu jícnu. Kapitoulou uzavírající teoretickou část je ošetrovatelská péče o pacienta po operaci karcinomu jícnu.

V praktické části byl zpracován ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem distálního jícnu a kardie žaludku, který byl přijat na chirurgickou kliniku fakultní nemocnice Plzeň, k plánovanému operačnímu výkonu. Získané informace o pacientovi jsou utříděny do třinácti domén NANDA I taxonomie II 2015-2017.

Karcinom jícnu je prognosticky velice závažným onemocněním. Naštěstí incidence toho nádorového onemocnění není vysoká, přesto s více než 90% mortalitou představuje jednu z nejobtížněji léčitelných diagnóz. Tato špatná prognóza tkví především v pozdní diagnostice karcinomu jícnu. Ročně se v České republice objeví přibližně 450 nových případů a více než 50 % nově diagnostikovaných tumorů je lokoregionálně pokročilých. U 70-80 % resekovaných nádorů je histologicky prokázané postižení lymfatických uzlin (www.mou.cz).

Vypracovaná práce může sloužit jako informační zdroj pro studenty zdravotnických oborů, zdravotnický personál, ale i pro laickou veřejnost, která projeví zájem o informace týkající se karcinomu jícnu.

Také obsahuje:

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: předložit dohledané informace o karcinomu jícnu, jeho etiologii, příznacích, diagnostice a léčbě

Cíl 2: předložit získané informace o ošetrovatelské péči o pacienta s karcinomem jícnu

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: zpracovat ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem jícnu

Vstupní literatura

DUDA, Miloslav. *Jícen: pohled z mnoha úhlů v zrcadle zkušeností olomoucké jícnové školy*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3266-3.

HOCH, Jiří a kol. *Speciální chirurgie*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, ©2011. 589 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-253-7.

NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

PAFKO, Pavel. *Základy speciální chirurgie*. Praha: Galén, c2008. ISBN 978-80-7262-402-7.

ZAVORAL, Miroslav a Johana VENEROVÁ. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Triton, 2007. Postgraduální klinický projekt. ISBN 978-80-7254-902-3.

Popis rešeršní strategie

Pro vyhledávání odborné literatury pro bakalářskou práci s názvem Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem jícnu byla použita rešerše ze Studijní a vědecké knihovny Plzeňského kraje. Rešerše byla provedena za vyhledávací období 2000- současnost, v českém a anglickém jazyce. Dále byly použity online zdroje jako Linkos, Medvik, CINAHL a Thesis. Bylo vyhledáno 34 plnotextů v českém jazyce a 48 v jazyce anglickém. Pro tvorbu bakalářské práce bylo využito 23 knih a 6 internetových zdrojů.

1 TEORETICKÁ ČÁST

V úvodu teoretické části je popsána anatomie a fyziologie jícnu, dále je zde stručný přehled nenádorových onemocnění jícnu a rozdělení nádorových onemocnění jícnu. Dále je v teoretické části popsána etiologie a výskyt karcinomu jícnu, nejčastější příznaky nádorového onemocnění jícnu, diagnostika, možnosti léčby a možné pooperační komplikace.

1.1 ANATOMIE

Jícen, latinsky oesophagus, je svalnatá trubice, dlouhá 25-30 cm, která spojuje hltan a žaludek. Jícen prochází hrudníkem před páteří a v oblasti obratle Th 11 ústí do žaludku. Na obou koncích je jícen opatřen sfinktery. Horní jícnový svěrač je v klidu uzavřen a brání vniknutí vzduchu při dýchání, dolní sfinkter, umožňuje vstup potravy do žaludku a zároveň brání jejímu zpětnému vracení.

Podle průběhu se jícen dělí na 3 části:

- Část krční (pars cervicalis)
- Část hrudní (pars thoracica)
- Část břišní (pars abdominalis)

Jícen je velmi roztažitelný, jeho průsvit je hvězdicovitý a šířka se pohybuje v průměru od 1,5 cm do 2 cm, při polykání potravy dokáže zvětšit svůj průměr až dvojnásobně. Stěna jícnu je 3-4 mm silná. Sliznice má růžovou barvu, kraniálně tmavší, kaudálně světlejší barvy a je složena v podélné řasy. Povrch sliznice je krytý mechanicky odolným mnohvrstevným dlaždicovým epitelem, který končí v oblasti kardié žaludku a zde přechází v jednosvrstevný cylindrický epitel tzv. gastoeosofagická junke. Podslizniční vazivo je řídké vazivo, které umožňuje rozšiřování jícnu při polykání. V horní části jícnu se nachází příčně pruhovaná svalovina, dolní část jícnu je tvořena hladkým svalstvem.

Arteriální zásobení zajišťují v horní části a. thyroidea inferior, a. subclavia, aa.intercostales, rr. bronchiales a rr. oesophagei z hrudní aorty a v abdominální části z a gastrica sin a aa.pharenicae inferiores.

Inervaci jícnu zajišťují nn. vagi, krční a hrudní sympatikus (DUDA, 2012), (KOTT, PETERÍKOVÁ, 2009).

1.2 FYZIOLOGIE

Jícen zajišťuje transport potravy a sekretů mezi hltanem a žaludkem. Další funkcí jícnu je bránění vstupu nadměrného množství vzduchu do trávicí trubice, dále bariérová antirefluxní funkce nebo naopak umožnění zvrácení nežádoucího žaludečního obsahu.

Polykání je složitý děj složený z několika fází, který vyžaduje přesnou koordinaci mnoha svalů a nervů. Koordinační centrum se nachází v mozkovém kmeni. Polykání se účastní hlavové nervy. První fáze se nazývá orální a je vůlí ovlivnitelná. Po zpracování sousta v dutině ústní se posouvá do hltanové branky, kde dochází k podráždění receptorů nn. V., IX. a X. Tímto podrážděním se vyvolá vůlí neovladatelný reflex, který transportuje sousto do jícnu, jedná se o druhou fázi - faryngeální. Následuje fáze ezofageální, při níž je sousto peristaltickými vlnami posunuto do žaludku. Ve faryngoezofageální fázi se účastní více jak 30 jednotlivých svalů, inervovaných hlavovými nervy, proto je velmi důležitá vzájemná koordinace a návaznost kontrakce a relaxace svalů (ROKYTA, 2015), (www.eorl.cz).

1.3 NENÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ JÍCNU

Nemoci jícnu můžeme rozdělit na :

Vrozené vady

Kongenitální vady jícnu jsou velmi závažné poruchy jícnu, vyskytující se samostatně nebo v kombinaci s jinými vrozenými vadami. Prognóza těchto vad je velmi závažná, i přes stále se zdokonalující prenatální diagnostice a dětské chirurgii.

Do skupiny vrozených vad řadíme tato onemocnění:

- Aterézie a píštěle jícnu
- Cysty, duplikatury a vrozené divertikly
- Vrozená stenóza jícnu

Hiátová hernie

Pojmem hiátová hernie označujeme přesunutí gastroezofageálního spojení nebo části žaludku ezofageálním hiátem do mediastina. Rozlišujeme tři základní typy hiátových hernií: skluzná, paraezofageální a smíšenou hernii (DUDA, 2012).

Refluxní nemoc jícnu

Jedná se o nejčastější onemocnění jícnu. Gastroezofageální reflux znamená proniknutí žaludečního obsahu zpět do jícnu. V některých situacích se může jednat o fyziologický děj, se kterým si poradí samočistící schopnost jícnu. Při opakovaných refluxech však vzniká poškození sliznice jícnu a zánětlivým změnám na dlaždicovitém epitelu jícnu, díky kterým později mohou vzniknout eroze a vředy. Velmi závažnou komplikací je tzv. Barrettův jícen (intestinální metaplázie sliznice dolní části jícnu), která je prekanceróza (DUDA, 2012).

Záněty jícnu

Rozdělení ezofagitid je možné z více hledisek, např. na akutní a chronické, infekční (kandidová, herpetická) a neinfekční, dále podle mechanismu vzniku (refluxní), po působení chemikálií (korozivní), posttraumatické nebo sekundární při jiných onemocněních (DUDA, 2012).

Neuromuskulární poruchy jícnu

Nejznámější poruchou je achalázie jícnu. Jedná se o funkční onemocnění celého jícnu, které je charakterizované denervací hladké svaloviny jícnu. V důsledku toho pak úbytkem až nepřítomností ezofageální peristaltiky (DUDA, 2012).

Divertikly jícnu

Jedná se o vakovité vyklenutí stěny jícnu do periezofageálního prostoru. Dělíme je dle umístění na:

- Parafaryngeální divertikl (na přechodu hltanu a jícnu)
- Hrudní divertikl (ve střední části jícnu)
- Epifrenální divertikl (nad bránicí)

Poranění jícnu

Mezi traumata jícnu řadíme: poleptání jícnu, cizí tělesa v jícnu a perforace jícnu. Lehčí stupně poranění jsou léčena gastroenterologem, při perforacích jícnu je mnohdy nutné chirurgické řešení (DUDA, 2012).

Jícnové varixy

Jícnové varixy nejčastěji vznikají jako portosystematické kolaterály, které se tvoří při porální hypertenzi. Velmi nebezpečnou komplikací portální hypertenze je ruptura jícnových varixů a velmi masivní vnitřní krvácení (DUDA, 2012).

1.4 NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ JÍCNU

Jícen je tvořen několika typy buněk, zvhnutím kterékoliv z nich vzniká nádor. Postižena může být jakákoliv část jícnu, nejčastěji však bývá postižena střední a dolní třetina jícnu. Nádorová onemocnění jícnu dělíme na nádory benigní a maligní (DUDA, 2012), (HOCH, 2011).

1.4.1 Benigní nádory jícnu

Benigní neboli nezhoubné nádory jícnu jsou poměrně vzácné. Nejčastějším typem benigního nádoru jícnu jsou leiomyomy. Nezhoubné nádory bývají většinou nalezeny náhodně a nezpůsobují pacientovi žádné obtíže. Výjimkou jsou nádory větších rozměrů, které mohou tlakem zapříčinit dysfagii (DUDA, 2012), (HOCH, 2011).

1.4.2 Maligní nádory jícnu

Mezi maligní neboli zhoubné nádory jícnu řadíme spinocelulární karcinom (dlaždicobuněčný karcinom) a adenokarcinom. Tyto dva typy nádorů se v jícnu objevují nejčastěji, jiné typy nádorů jsou poměrně vzácné. Dříve se mnohem častěji vyskytoval spinocelulární karcinom, v posledních desetiletích se tato situace mění, přibývá adenokarcinomu, a jejich poměr se nyní vyrovnává (DUDA, 2012).

V časných stádiích roste karcinom jícnu polypoidně, později cirkulárně zužuje jícne a dalším charakteristickým znakem je častá podélná submukózní tumorózní infiltrace jícnu. Časté je i prorůstání do okolí a metastazování do regionálních paraezofageálních a infradiafragnateckých uzlin. Vzdálené metastazování je nejčastější do jater, plic, kostí a mozku (Duda, 2012, s. 261).

Nádor jícnu se může šířit několika způsoby, např. prorůstáním přes stěnu jícnu, kdy může prorůstat do okolních struktur (dýchací trubice, žaludek atd.), lymfatickou cestou do mizních uzlin popřípadě krví do vzdálenějších orgánů (nejčastěji plíce, játra, ale také mozek a kosti) (HOCH, 2013).

1.5 KARCINOM JÍCNU

Karcinom jícnu je nádorové onemocnění vyššího věku s vysokou letalitou. Při časném zjištění nádoru jícnu je možné provést radikální operaci a tak zamezit šíření nádoru. U pokročilých stavů, které nelze trvale vyléčit, je snaha o zajištění volného průchodu potravy jícnem, který je zužován karcinomem (HOCH, 2011).

SPINOCELULÁRNÍ KARCINOM JÍCNU

Tvoří zhruba 10 % všech maligních nádorů trávicí trubice. Dlaždicobuněčný karcinom postihuje nejčastěji muže v 6. – 8. dekadě života (DUDA, 2012), (PAFKO, 2008).

ADENOKARCINOM JÍCNU

Incidence adenokarcinomu má vzestupný charakter. Vzniká na podkladě metaplasického epitelu tzv. Barrettova jícnu, který vzniká při dlouhodobém refluxu žaludečních šťáv do jícnu. Časná forma toho karcinomu se vyskytuje ve čtyřech formách – okultní, erosivní, papilární a plague forma. Plague forma je nejčastější, méně se vyskytuje okultní adenokarcinom. Zhruba 70 % těchto časných adenokarcinomů je v průměru menší než 3 cm. Jestliže karcinom postihuje celou šíři epitelu jedná se o karcinom in situ, proniká-li tumor do lamina propria jedná se o intramukózní formu. Pokud karcinom proniká skrz muscularis mucosae, hovoříme o submukózní formě. Všechny tyto formy mohou metastazovat do lymfatických uzlin.

O pokročilé formě karcinomu mluvíme, proniká-li tumor skrz muscularis mucosae a dále. Zahrnuje stádia T2, T3 a T4. Formy pokročilého stádia adenokarcinomu jsou – exofytický typ, ulcerativní a infiltruující typ. V době zjištění karcinomu, bývá 90 % adenokarcinomu právě v pokročilém stádiu (DUDA, 2012), (PAFKO, 2008).

1.5.1 ETIOLOGIE A VÝSKYT

Přesná etiologie karcinomu jícnu není dostud zcela objasněna. Známe ale jisté faktory, které riziko vzniku karcinomu ezofagu zvyšují. Například u spinocelulárního karcinomu jícnu se na jeho vzniku podílí kouření a to vyšší mírou než u adenokarcinomu, u kterého je zase výrazná souvislost s výskytem refluxních potíží a Barretovým jícnem. Mezi další rizikové faktory řadíme požívání velmi horkých potravin, příliš kořeněná jídla, užívání nadměrného množství alkoholu, celkově špatná životospráva, obezita, dále achalázie jícnu, striktury po poleptání jícnu a infekce *Helicobacter pylori* a papilomatózním virem (PAFKO,2008), (ZEMAN, 2004), (www.medicabaze.cz).

Z hlediska lokalizace maligních onemocnění ezofagu je důležité rozlišovat spinocelulární karcinom a adenokarcinom jícnu. Oficiální statistická data jen zřídka rozlišují histologické subtypy, mnohem častěji uvádějí celkový výskyt a mortalitu karcinomu jícnu. Největší výskyt karcinomu jícnu je ve Střední Asii, Jižní Americe a Číně, kde v posledních letech karcinomu jícnu značně přibývá. Česká republika je dle oficiálních dat na 87 místě, ze 183 prověřených zemí. (DUDA,2012).

Zhoubné nádory jícnu představují v České republice méně než 1% ze všech maligních nádorů a s incidencí 4,9 onemocnění na 100 000 obyvatel patří Česká republika mezi země se středním výskytem tohoto onemocnění. Častější výskyt karcinomu jícnu je u mužů (DUDA, 2012), (PAFKO, 2011), (ZEMAN, 2004).

Vývoj incidence a mortality ZN jícnu v posledních letech znázorňují další grafy (viz Příloha D). Rozdílnou incidencí můžeme sledovat i v jednotlivých regionech ČR (viz Příloha E). I přesto, že je výskyt karcinomu jícnu v porovnání s jinými zhoubnými nádory poměrně malý, má prevalence ZN jícnu vzestupnou tendenci (DUDA, 2012), (PAFKO, 2011).

1.5.2 PŘÍZNAKY

V časných stádiích karcinomu jícnu bývá asymptomatický průběh, proto často dochází k pozdnímu stanovení diagnózy.

Mezi nejčastější příznaky karcinomu jícnu řadíme:

- Dysfagii- jedná se o poruchu polykání, polykání je obtížné,bolestivé, zpočátku u tuhých jídel, později i při konzumaci tekutin
- Hubnutí- úbytek hmotnosti a celková slabost
- Pálení a tlak za hrudní kostí-ezofageální bolest
- Nauzea
- Pyróza- pálení žáhy
- Hemateméza

Bohužel žádný z těchto klinických příznaků není specifický pro nádorové onemocnění jícnu a většina z nich je příznaky pozními. V žádném případě by ale tyto příznaky neměly být podceňovány (DREILICH, 2006), (LATA, BUREŠ, VAŇÁSEK, 2010), (PAFKO, 2008).

1.5.3 DIAGNOSTIKA

Mezi diagnostická vyšetření řadíme vedle anamnézy a klinického vyšetření endoskopické vyšetření jícnu s následnou biopsií. Endoskopie jícnu určí lokalizaci novotvaru a histologie určí přesný typ nádoru, stupeň malignity a stupeň infiltrace do stěny jícnu. K další vyšetření, která jsou nezbytná pro diagnostiku Ca jícnu jsou prostý snímek hrudníku, kontrastní vyšetření jícnu, CT hrudníku a břicha, MR, PET a endoluminální sonografie. Tato vyšetření mohou ozřejmit rozsah šíření nádoru, metastatické postižení uzlin, popř. plic, a dále prokázat hloubku postižení stěny jícnu i šíření nádoru mimo ní.

Prostý snímek hrudníku není v diagnostice rozhodující, buď nezachytí žádný nález, nebo změny na jícnu mohou být nespecifické.

Endoskopické vyšetření jícnu je nutné provést u všech pacientů, kteří trpí dysfágií. Tumor může při kontaktu s endoskopem začít krváčet. Velkým přínosem toto vyšetření je zejména možnost odběru vzorku k histologickému a cytologickému vyšetření. Vzorky k histologickému vyšetření se odebírají pod optickou kontrolou speciálními kleštěmi a vzorky pro cytologické vyšetření se odebírají stěrem kartáčkem. Výtěžnost toho vyšetření je zhruba 90 – 95 %.

Nejčastější indikací k vyšetření CT jícnu je určení rozahu (staging) již diagnostikovaného tumoru. Toto vyšetření podá nejen informace o velikosti nádoru, ale i o jeho šíření do okolí. Přesnost CT vyšetření je vysoká, přibližně 90 – 100 %.

Magnetická rezonance bývá taktéž indikována především ke stanovení stagingu již známého karcinomu jícnu.

Endosonografie umožňuje stanovit rozsah postižení steny jícnu nádorem, jeho případné prorůstání do okolí a stanovit rozsah postižení mizních uzlin.

Cílem diagnostického postupu je stanovení přesné lokalizace a stadia onemocnění, což má velký význam pro stanovení prognózy a správné strategii terapie.

Průměrný věk pacienta při stanovení diagnózy je 62 let u mužů a 68 let u žen (HOCH, 2013) (PISKAČ, 2000).

Určení stadia onemocnění

K určení stadia karcinomu jícnu neboli staging se užívá mezinárodní klasifikace TMN, kde se hodnotí tři parametry: 1. Tumor (primární nádor), 2. Nodus (regionální mizní uzliny), 3. Metastasis (vzdálené metastázy). Na základě posouzení TNM se určí výsledné klinické stádium. Zde platí, čím vyšší stádium, tím horší prognóza (KRŠKA, 2014).

Tabulka 1 TNM klasifikace nádorů jícnu

TNM KLASIFIKACE NÁDORŮ JÍCNU	
Primární nádor	
TX	Primární nádor nelze hodnotit
T0	Bez známek primárního nádoru
Tis	Karcinom in situ
T1	Nádor postihuje lamina propria mucosae (T1a) nebo submukózu (T1b)
T2	Nádor postihuje muscularis propria
T3	Nádor postihuje adventicii
T4	Nádor postihuje pleuru, perikard a bránici (T4a) nebo aortu, obratle a tracheu (T4b)
Regionální lymfatické uzliny	
NX	Regionální lymfatické uzliny nelze hodnotit
N0	V regionálních lymfatických uzlinách nejsou metastázy
N1	Metastázy v 1-2 regionálních uzlinách
N2	Metastázy v 3-6 regionálních uzlinách
N3	Metastázy v 7 a více regionálních uzlinách
Vzdálené metastázy	
MX	Vzdálené metastázy nelze hodnotit
M0	Nejsou vzdálené metastázy
M1	Vzdálené metastázy
Pro nádory dolního hrudního jícnu platí:	
M1a	Metastáza(y) v celiakálních lymfatických uzlinách
M1b	Jiné vzdálené metastázy
Pro nádory horního hrudního jícnu platí:	
M1a	Metastáza(y) v krčních lymfatických uzlinách
M1b	Jiné vzdálené metastázy
Pro nádory středního hrudního jícnu platí:	
M1a	Nepoužitelná
M1b	Metastázy v mízních uzlinách jiných než regionálních nebo jiné vzdálené metastázy

Regionální lymfatické uzliny:

- krční jícen-krční uzliny, včetně supraklavikulárních
- hrudní jícen-mediastinální a perigastrické lymfatické uzliny (ne celiakální lymfatické uzliny) (DUDA,2012).

1.5.4 LÉČBA

Prognóza nemocných s karcinomy trávicího traktu je všeobecně nepříznivá. Podmínkou vyléčení je úplné odstranění nádoru. Pokud již není v možnostech medicíny nemocného vyléčit, přistupuje se k paliativní terapii, jejímž cílem je zlepšit kvalitu života nemocného, který v naprosté většině případů trpí dysphagií způsobené nádorovou stenózou lumina jícnu (PAFKO, 2008).

Terapeutický plán se stanoví na základě předoperačního vyšetření, kdy lze asi s 80-90% spolehlivostí určit rozsah nádoru a stádium onemocnění. Dalšími důležitými faktory při stanovení léčebného plánu jsou celkový stav nemocného, věk, popřípadě další doprovodná onemocnění (PAFKO, 2008).

Léčebné metody, které se používají v souvislosti s karcinomem jícnu jsou: radikální chirurgický zákrok, paliativní výkony, radioterapie a chemoterapie.

I po ukončení léčby pokračuje sledování pacienta. Pacient dochází na pravidelné kontroly, při nichž se provádějí laboratorní vyšetření krve, v určitých časových odstupech i celkové přešetření pomocí esofagoskopie, CT, RTG či ultrazvuku. Velmi důležitá je i podpora psychické pohody, a tedy podpora rodiny, přátel, dále pacient může navštěvovat různé skupiny, které sdružují onkologicky nemocné a pro věřící je samozřejmě velmi důležitá duchovní pomoc (PAFKO, 2008), (www.mou.cz).

Chirurgická léčba

K chirurgické léčbě mohou být indikováni ti pacienti, u kterých je nález dle TMN klasifikace Tis a T1. Důležitým faktorem je také celkový stav nemocného. Často jsou to konzumenti alkoholu či kuřáci, zde je pak resekce jícnu pro nemocného velmi náročným výkonem. Dalším významným faktorem je i nutriční stav nemocného.

Základem radikální chirurgické léčby karcinomu jícnu je resekce postiženého úseku nádorem s histologicky ověřenými negativními okraji resekatu. V problematice resekce postiženého jícnu se chirurgové rozcházejí. Zatímco část resekuje celý hrudní jícen bez ohledu na lokalizaci, jiní u nádoru v dolní polovině jícnu resekují zhruba 10 cm orálně od horního okraje infiltrace. Pravděpodobnost recidivy v tomto případě je menší než 5 %.

Další rozdíly panují i mezi transhiatální a transtorakální exstirpací jícnu. Na rozdíl od zastánců transhiatální exstirpace jícnu, tedy radikality „do délky“, zastánci transtorakálního přístupu zdůrazňují nutnost radikality „do šířky“, tedy do periezofageálního prostoru s nutností radikální hrudní lymfadenektomie (www.hpb.cz).

Transhiatální ezofagektomie

Je vhodná u karcinomů v dolní třetině jícnu, kdy je jícen uvolněn, bez kontroly zrakem, přes rozšířený hiatus z břicha. Transhiatální přístup je pro pacienta šetrnější, avšak neumožňuje úplnou mediastinální lymfadenektomii. Dále se tento postup doporučuje u pacientů, kteří byli podrobeni předoperační radiochemoterapii (BECKER, 2005), (www.casopisendoskopie.cz).

Transtorakální ezofagektomie

Transtorakální přístup sice umožňuje úplnou lymfadenektomii, ale je spojován s větším počtem plicních komplikací. Využívá se v případě nádorů uložených v horní části jícnu (BECKER, 2005), (www.casopisendoskopie.cz).

Miniinvazivní ezofagektomie

Při této metodě se zavádí speciální mediastinoskop, který miniinvazivně uvolní jícen. Miniinvazivní výkon trvá zpravidla déle, ale zkracuje se hospitalizace pacienta. Pacienti indikovaní k tomuto způsobu léčby mají zpravidla méně pokročilé stadium onemocnění a nižší výskyt průvodních chorob (DUDA, 2012).

Lymfadenektomie

Lymfadenektomie, tedy chirurgické odstranění lymfatických uzlin, je velmi důležitou součástí léčby. Metastatickým postižením mízních uzlin výrazně zhoršuje prognózu onemocnění. Vyskytují se také vzdálené metastázy, které souvisí s mízním řečištěm v submukóze ezofágu. Lymfadenektomii lze provádět ve třech oblastech: krční, hrudní (standární - v dolním a středním mediastinu, rozšířená - navíc v horním mediastinu na pravé straně, totální - navíc v horním mediastinu po obou stranách a břišní (BECKER, 2005), (DUDA, 2012).

Náhrada jícnu

Po resekci jícnu, nebo jeho části, je nutné zajistit kontinuitu trávicího traktu. Pouze ve zcela výjimečných případech se nejedná o výkon v jedné době. Nejčastěji se chybějící jícen nahrazuje tubulizovaným žaludkem. Pokud žaludek z nějakého důvodu nelze k náhradě jícnu použít, využívá se klička jejunu nebo tlusté střevo. Optimální uložení je v lůžku odstraněného jícnu tedy v zadním mediastinu (DUDA, 2012), (www.hpb.cz).

Chemoterapie a radioterapie

U pokročilých stadií onemocnění je indikovaná neoadjuvantní, tedy předoperační, chemoterapie event. s kombinací s radioterapií (chemoradioterapie), se snahou o zmenšení nádoru a následnou možnou operabilitu tumoru. Neoadjuvantní terapie neovlivňuje délku přežívání, je provázena vážnými vedlejšími účinky a proto je převážně indikovaná pouze u pokročilejších nádorů k zlepšení operability.

Samostatná radioterapie či chemoterapie mají poměrně nízkou účinnost a jsou ve většině případů vyhrazeny pouze pro paliativní léčbu. Někdy se samostatná radioterapie používá i pro odstranění bolestí, či jiných příznaků onemocnění. Léčba se provádí v tzv. frakcích (nemocný chodí na ozařování každý všední den), doba léčby je 5-6 týdnů.

Spinocelulární karcinom jícnu je citlivější k chemoterapii i radioterapii než adenokarcinom jícnu (DUDA, 2012).

Paliativní léčba

Cílem paliativní léčby je zlepšit kvalitu nemocného, respektově zachovat nebo obnovit možnost perorálního příjmu potravy. Možností paliativní léčby je několik, např. endoskopická dilatace buziemi či balónkem bez následného zavedení stentu (krátkodobý efekt), bypassové operace, kdy se k bypassu používá tenké či tlusté střevo (velmi náročné operace), zavedení endoprotézy (endotubus-riziko perforace, krvácení a následné aspirace) a rekanalizace laserem. Nejdokonalejším a nejšetrnějším způsobem paliativní léčby a řešením dysfagie je užití pletených kovových stentů. Stenty se zavádějí ústy endoskopicky, v lokální anestezii. Stent se zavede do místa nádoru, kde se rozvine a roztlačí nádorovou strikturu a pevně se do ní zaklíní. Zavedení stentu je pacienty velmi dobře tolerováno (DUDA, 2012).

1.5.5 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY LÉČBY A KOMPLIKACE

Každá protinádorová léčba přináší vedle žádoucích účinků i ty nežádoucí. Četnost a intenzita těchto účinků závisí na typu zvolené léčby, a individuální odpovědi organismu pacienta.

Nejčastěji se vyskytující nežádoucí účinky radioterapie jsou reakce na kůži. Tyto reakce mohou být v podobě zarudlých skvrn nebo i mokvajících bolestivých puchýřů. Dále se může vyskytnout postižení sliznice, které se projevuje ztíženým polykáním, pálení za sternem apod. Takto postižená sliznice bývá náchylná ke vzniku infekcí, proto je velmi důležitá hygiena dutiny ústní.

Mezi nežádoucí účinky chemoterapie patří celková únava, slabost, poruchy krevní srážlivosti, větší náchylnost k infekcím, ztráta chuti, nevolnost, zvracení, průjemy, vypadání vlasů atd.

Velmi závažnou časnou komplikací je nekróza části trávicího traktu, který byl použit k rekonstrukci, většinou z důvodu špatného prokrvení. Další komplikací mohou být vznik píštělí či krvácení. Mezi pozdní komplikace patří stenóza ve spojce a recidiva tumoru či pozdní objevení metastáz (ZAVORAL, 2007).

1.5.6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetrovatelská péče po operacích karcinomu jícnu je téměř totožná s péčí o pacienty po větších hrudních a břišních operacích. Pacient má zavedený centrální žilní katetr a je vyživován parenterální cestou. Dále má pacient zavedenou nasogastrickou sondu, která je přítomna až do doby kdy se provede rentgenová kontrola příjmu tekutin. S příjmem tekutin se začíná zpravidla 6.-8. pooperační den. Pokud se nevyskytnou žádné komplikace je 3. pooperační den odstraněn hrudní drén. Pacient po operaci jícnu má zpravidla i Redonův drén. Velmi důležitá je kontrola operační rány, sleduje se okolí rány, sekrety, popř. zda nedochází k dehiscenci rány. Při nekomplikovaném průběhu je hospitalizace přibližně 10-14 dní od operace (LUKÁŠ, 2005).

2 PRAKTICKÁ ČÁST

Ošetrovatelský proces byl zpracován u pacienta, který byl přijat k plánovanému výkonu z důvodu regrese tumoru distálního jícnu a kardiie žaludku. Informace, které se týkají zdravotního stavu pacienta byly odebrány ze lékařské a sesterké dokumentace. Ostatní informace byly získána od pacienta pozorováním a rozhovorem. Ošetrovatelská anamnéza byla vypracována dle ošetrovatelského modelu Majory Gordon.

2.1 OBECNÉ INFORMACE O NEMOCNÉM

Jméno a příjmení: X.Y.

Datum narození: 1948

Věk: 68 let

Pohlaví: muž

Bydliště: Plzeň

Zaměstnání: důchodce

Vzdělání: ČVUT Praha, titul Ing.

Stav: ženatý

Národnost: česká

Státní občanství: ČR

Pojišťovna: 211

Datum příjmu: 7. 12. 2016

Důvod přijetí: přijímám k plánovanému operačnímu výkonu, pro regresi tumoru distálního jícnu a žaludeční kardiie

Lékařská diagnóza: C160

2.2 ANAMNÉZA

2.2.1 RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka léčena pro diabetes mellitus II. Typu a hypertenzi, zemřela v 85 letech, příčinu nezná. Otec zemřel v 73 letech na ca prostaty. S manželkou mají dva syny-zdrávi.

2.2.2 OSOBNÍ ANAMNÉZA

V dětství časté angíny, ve 30 letech postoupil tonzilektomií. Apendektomií prodělal v 31 letech. V roce 2002 diagnostikována brániční hernie. Léčí se s hypertenzí přibližně od rok 2006. V roce 2007 zjištěna benigní hyperplazie prostaty. Glaukom léčen od roku 2010. Úrazy žádné. Transfúze žádné. Běžná očkování.

2.2.3 PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Střední průmyslová škola stavební Plzeň, zakončené maturitní zkouškou. Dále pokračoval na ČVUT v Praze, kde získal titul ing. Pracoval jako projektant. Od roku 2011 v důchodu.

2.2.4 FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Tabulka 2 Léky pacienta

Název	Léková forma	Síla	Dávkování	Skupina
Triplixam 10/2,5/5 mg	Potahovaná tbl.	10/2,5/5mg	1-0-0	Antihypertenzivum
Betoptic	Gtt	5mg/ml	1-0-1	Antiglaukomatikum
Omnice tocas	Tbl.	0,4 mg	0-0-1	Alfa-blokátor

Zdroj: Zdravotnická dokumentace

2.2.5 SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Bydlí s manželkou v bytě penelového domu v Plzni.

2.2.6 ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Neudává žádné alergie.

2.2.7 UROLOGICKÁ ANAMNÉZA

V roce 2007 diagnostikována benigní hyperplazie prostaty – léčeno farmakologicky.

2.2.8 ABÚZUS

Kouřil zhruba od 20 let do 30 let 10 cigaret/den. Nyní nekuřák. Alkohol příležitostně, převážně pivo. Káva 2x den - rozpustná. Jiné návykové látky neužívá.

2.2.9 SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Pacient udává, že není věřící.

2.3 HODNOTY ZJIŠTĚNÉ PŘI PŘÍJMU PACIENTA

TK: 130/85 mm Hg

P: 72'

DF: 19 dechů za minutu

TT: 36,4 °C

Hmotnost: 93 kg

Výška: 173 cm

BMI: 31 - Obezita

Úbytek tělesné hmotnosti za poslední 3 měsíce: 4 kg

Stav vědomí: GCS: 15 bodů

Pohyblivost: Chůze, pohyblivost neomezena

2.4 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU

Vyšetření pohledem (inspekce), pohmatem (palpace), poklepem (perkuse), poslechem (auskultace)

Tabulka 3 Posouzení současného stavu pacienta

Hlava a krk	Subjektivní: „Nemám žádné problémy.“ Objektivní: Hlava bez fyziologických změn, nebolestivá. Tvář symetrická. Uši, nos bez sekrece. Krk bez patologických uzlin, otoků a dalších změn.
Hrudník a dýchací systém	Subjektivní: „Nemám problémy s dýcháním. V mládí jsem kouřil, ale již skoro 40 let nekouřím.“ Objektivní: Hrudník fyziologický. Dýchání čisté.
Srdeční a cévní systém	Subjektivní: „Léčím se s vysokým tlakem, beru na to léky a s těmi mám tlak okolo 120/80.“ Objektivní: Srdeční frekvence pravidelná, tlak 130/85 a puls 72/min. Periferie prokrvené. Otoky dolních končetinách nezaznamenány.

Břicho a gastrointestinální trakt	<p>Subjektivní: „Břicho mě nebolí. Stolicí mám pravidelnou. V poslední době se mi hůře polyká.“</p> <p>Objektivní: Břicho měkké, nebolestivé, bez hmatné rezistence, slezina nehmatná. Svalstvo povolné, peristaltika živá, stolice pravidelná. Per rectum nevyšetřen.</p>
Vylučovací a pohlavní systém	<p>Subjektivní: „V posledních letech se častěji budím v noci na močení.“</p> <p>Objektivní: Diuréza dostatečná. Moč čirá, bez zápachu a patologických změn.</p>
Kosterní a svalový systém	<p>Subjektivní: „Občas mě trochu bolí záda a kolena, ale nic vážného.“</p> <p>Objektivní: Páteř poklepově nebolestivá, bez patologických změn. Dolní končetiny bez otoků.</p>
Nervový a svalový systém	<p>Subjektivní: „Mám zelený zákal, 2x denně si kapu do očí kapky. Nosím brýle na čtení.“</p> <p>Objektivní: Pacient je orientován časem, místem i prostorem. Pacient je ambulantně léčen pro glaukom. Nosí brýle na blízko.</p>
Endokrinní systém	<p>Subjektivní: „Nemám žádné problémy.“</p> <p>Objektivní: Štítná žláza bez patologických změn. Poruchy endokrinního systému nezjištěny.</p>
Imunologický systém	<p>Subjektivní: „V dětství jsem trpěl na angíny, ale co mi vyndali mandle, tak je vše dobrý a alergie taky nemám.“</p> <p>Objektivní: Žádná alergická reakce doposud neprokázaná.</p>
Kůže a její adnexa	<p>Subjektivní: „Mám akorát malou jizvu po slepáku, ale jinak žádné vyrážky nebo odřeniny nemám, občas se mi dělají modřiny po náběrech.“</p> <p>Objektivní: Kůže dostatečně prokrvená, bez známek cyanózy či ikteru. Ochlupení přirozené mužskému pohlaví. Nehty čisté, upravené.</p>

Zdroj: Autor, informace získány rozhovorem s pacientem

2.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

1) Před operačním výkonem

7. 12. 2016

Předoperační interní vyšetření má od svého praktického lékaře – pacient je schopný výkonu v CA. RTG S+P – Bez patologických změn. Dieta – kaše, od pŕlnoci NPO. Zaveden CŽK. Fraxiparine 0,3 ml s.c. ve 20:00. Podán fosfát na vyprázdnění. Infúze RIF 1000 ml 20:00-02:00. Objednáno 6x EBR. Augmentin 2 x 1,2 g poslán s pacientem na OS.

8.12. 2016

Pacient odvezen na OS, zde zjištěny četné KES trigeminicky vázané. Operace odložena, doporučeno dovyšetření kardiologem. Dle kardiologa doplnit náběr ionogramu (Ca, Mg, P, Na, K, Cl) – ev. Korigovat abnormality, doplnit TTE a podat betablokátor Egilok Succ 25 mg ½-0-0.

Výsledky kontrolního ionogramu: Ca: **2,18** Mg: **0,78** P: 1,23 Na: 170 K: 3,6 Cl: 101

Infúze: RIF 1000 ml + 30 ml Ca gluc. + 40 ml MgSO₄ 10%

9. 12. 2016

Provedeno vyšetření TTE, nález uspokojivý, pacient indikován k operaci.

2) V den operace

14. 12. 2016

Pacient připravený k chirurgickému výkonu. Hodnoty ranních laboratorních výsledků krve uspokojivé. Operační výkon: resekce distálního jícnu a proximálního žaludku, náhrada tubulem žaludku. Laparotomie, pravostranná torakotomie. Proběhl bez komplikací. Pacient přivezen z OS na chirurgickou JIP, UPV, NGS na spád, hrudní sání, Redonův drén.

Ordinace:

Způsob výživy: parenterální, Dieta: NPO, toaleta DÚ, Katétr: NGS, PMK, CŽK, Bilance příjmu: parenterální, Bilance výdeje tekutin: diuréza, drény, sonda, Monitorace: TK, P,D po 1 hod., diuréza po 3 hod, TT po 6 hod., Bandáže DK, Augmentin 3x1,2 g i.v., Dicflucan 2x 400 mg i.v., analgezie- Morphin 20 mg/20 ml FR 0-4 ml/hod. i.v., Degan 3x 1amp. i.v., Furosemid 40 mg/20 ml FR 0-10ml/hod., Infúze: H1/1 500ml i.v. 13:00-15:00, PAG 1000ml i.v. 15:00-23:00, 23:00-8:00 Fraxiparine 2x 0,4 ml s.c (20:00,8:00), kontrolní RTG plic- bez patologického nálezu.

3) Po operaci

15. 12. 2016 – 19. 12. 2016

Ordinace:

Způsob výživy: parenterální, Dieta: NPO, toaleta DÚ, Katétr: NGS, PMK, CŽK, Bilance příjmu: parenterální, Bilance výdeje tekutin: diuréza, drény, sonda, Monitorace: TK, P,D po 3 hod., diuréza po 6 hod, TT po 6 hod., Bandáže DK, Augmentin 3x1,2 g i.v., Dicflucan 2x 400 mg i.v., analgezie- Morphin 20 mg/20 ml FR 0-4 ml/hod. i.v., Degan 3x 1amp. i.v., Nolpaza 2x 40 mg i.v., Betoptic 2x1 kapka do obou očí, Furosemid 40 mg/20 ml FR 0-10ml/hod., Infúze: H1/1 500ml i.v. 13:00-15:00, PAG 1000ml i.v. 15:00-23:00, 23:00-8:00 Fraxiparine 2x 0,4 ml s.c (20:00,8:00), Infúze: Nutriflex omega plus 2500 ml 16:00-16:00-16:00, RIF 1000 ml + 20 ml MgSO4 10% + 40 ml KCl 7,5% 9:00-21:00, RIF 1000 ml + 30 ml Ca gluc. 9:00-21:00

Rehabilitace: dechová, DK, Pravidelně kontrolovány hodnoty laboratorního vyšetření krve: biochemické (glukóza, Na, K, Cl, urea, kreatinin, bilirubin celkový, AST, ALT, CRP), hematologické (KO, FW), hemokoagulační (aPTT, Quick, INR).

20. 12. 2016

Ordinace:

Způsob výživy: parenterální, Tekutiny: 600 ml Dieta: čaj po lžičkách, Tekutá výživa: Fresubin 2x den, Katétr: PMK, CŽK, Bilance příjmu: parenterální, p.o., Bilance výdeje tekutin: diuréza, Monitorace: TK, P, po 4 hod., diuréza po 6 hod, TT po 6 hod., Bandáže DK, Augmentin 3x1,2 g i.v., Dicflucan 2x 400 mg i.v., analgezie dle VAS Paracetamol 4 x 1 g i.v. (podáno v 10:00, 16:00), Neodolpasse 250 ml/ 90min max. 2 x den, Tralgit 100 mg/ 20 ml FR – 0 – 3,3 ml/hod. i.v. Při nevyrovnané bilanci tekutin možno podat Furosemid 2 x 10 mg i.v. (nepodáno). Degan 3x 1amp. i.v., Nolpaza 2x 40 mg i.v., Betoptic 2x1 kapka do obou očí. Fraxiparine 2x 0,4 ml s.c (20:00,8:00), Infúze: Nutriflex omega plus 2500 ml 16:00-16:00-16:00, RIF 1000 ml + 20 ml MgSO4 10% + 40 ml KCl 7,5% 9:00-21:00, RIF 1000 ml + 30 ml Ca gluc. 9:00-21:00. Převaz 1x denně, rány jsou klidné, hojí se p. p. i. Dnes proveden kontrolní RTG plic – bez patologických změn. Zítra možný překlad na standartní oddělení chirurgické kliniky.

Rehabilitace: dechová, DK, křeslo. Pravidelně kontrolovány hodnoty laboratorního vyšetření krve: biochemické (glukóza, Na, K, Cl, urea, kreatinin, bilirubin celkový, AST, ALT, CRP), hematologické (KO, FW).

Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacienta – Laboratorní vložka

2.6 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE MODELU MAJORY GORDON

Posouzení ze dne 20.12. 2016 – 6. pooperační den

<p>1. Podpora zdraví</p> <ul style="list-style-type: none">• Uvědomování si zdraví• Management zdraví	<p>Pacient pravidelně dochází na veškeré preventivní prohlídky. Po diagnostice ca jícnu a léčbě si prý více uvědomuje hodnotu zdraví. Nyní doufá, že po chirurgickém zákroku už bude konečně zdravý.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0 Použitá vyšetřovací škála: 0</p>
<p>2. Výživa</p> <ul style="list-style-type: none">• Příjem potravy• Trávení• Vstřebávání• Metabolismus• Hydratace	<p>Pacient se před operací stravoval po menších porcích, a radši jí měkčí až kašovitou stravu. Za poslední tři měsíce zhubl 4 kg. Nyní výživa p.o. a parenterální. Dieta – čaj po lžičkách. Tekutá výživa – Fresubin 2x denně, Nutriflex omega plus 1900 kcal. Příjem tekutin per os za posledních 24 hodin – 600 ml. Dle BMI trpí pacient obezitou. Kůže prokrvená, stav nehtů a vlasů je v normě.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Riziko dehydratace, Obezita I. stupně Použitá vyšetřovací škála: Body mass index</p>
<p>3. Vylučování a výměna</p> <ul style="list-style-type: none">• Funkce močového systému• Funkce gastrointestinálního systému• Funkce kožního systému	<p>Pacient má zavedený permanentní močový katetr, který byl zaveden 14. 12. 2016. U pacienta je kontrolována bilance tekutin, při nevyrovnané bilanci možno podat Furosemid 2x 10</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Funkce dýchacího systému 	<p>mg i.v. Dnes v normě. Stolice v domácím prostředí pravidelná, po výkonu měl stolici 1x 4. pooperační den. Pocení u pacienta je přiměřené k okolní teplotě a fyzické námaze – posazování do křesla, rehabilitace DK. Pravidelná dechová rehabilitace. Dýchání je klidné, bez dušnosti, dostatečnou saturaci udrží na vzduchu.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Riziko zácpy</p> <p>Použitá vyšetřovací škála: 0</p>
<p>4. Aktivita a odpočinek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spánek, odpočinek • Aktivita, cvičení • Rovnováha energie • Kardiovaskulární-pulmonální reakce • Sebepéče 	<p>Pacient rád čte, luští křížovky a sudoku. Taky rád chodí na procházky se svým malým pejskem. Po výkonu byl pacient závislý na dopomoci při hygieně a posazování. Barthelové test byl se 40ti body vyhodnocen jako těžká závislost. 6. pooperační den se pacient sám posazuje a při hygieně žádá pouze dopomoc při mytí zad. Při RHC se pacient prošel kolem Na stupnici Nortonové v rámci rizik dekubitů je pacient bez rizika vzniku dekubitů. Během hospitalizace pacient sleduje TV, čte si a aktivně rehabilituje. Léky na spaní neužívá, ale přiznává, že zde spí málo.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Deficit sebepéče, únava</p> <p>Použitá ošetrovatelská škála: Barthelové test základních všedních</p>

	činností ADL, riziko vzniku dekubitů dle Nortonové
<p>5. Percepce/kognice</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pozornost • Orientace • Kognice • Komunikace 	<p>Pacient je plně orientován místem, časem, prostorem i osobou. Při posouzení na škále vědomí měl pacient 15/15 bodů. Se sluchem problémy nemá. Pacient má diagnostikován glaukom, chodí na pravidelné prohlídky. Nosí brýle na čtení Komunikace, vyjadřování a porozumění bez potíží. Pacient nemá problémy s učením nových věcí.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Použitá vyšetřovací škála: Glasgow coma scale</p>
<p>6. Sebepojetí</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sebepojetí • Sebeúcta • Obraz těla 	<p>Pacient je milý, přátelský, komunikativní a veselý. Už se velmi těší domů za rodinou až společně oslaví Vánoce, doufá, že vše už bude probíhat v pořádku a lékaři ho propustí domů před Štědrým dnem. V souvislosti s onemocněním působí vyrovnaně, nad diagnózou přemýšlí racionálně. Operační ránu nevnímá jako problém. O jizvu se bude starat. Trápí ho obezita, rád by ještě zhubnul přibližně 5-10 kilo.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Narušený obraz těla</p> <p>Použitá vyšetřovací škála: 0</p>
<p>7. Vztahy mezi rolemi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Role pečovatелů • Rodinné vztahy 	<p>Pacient žije v bytě v panelovém domě se svou manželkou a malým pejskem. Pravidelně je navštěvují jejich dva</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Plnění rolí 	synové s manželkami a dětmi. Vztahy mezi rodinnými příslušníky jsou kladné, svou rodinu má na prvním místě. Na návštěvu za pacientem chodí jeho manželka i synové. Ošetrovatelský problém: 0 Použitá měřicí škála: 0
8. Sexualita <ul style="list-style-type: none"> • Sexuální funkce • Reprodukce 	Pacient je ženatý 46 let. S manželkou mají dva dospělé syny (42let a 38 let). Ošetrovatelský problém: 0 Použitá vyšetřovací škála: 0
9. Zvládání/tolerance zátěže <ul style="list-style-type: none"> • Posttraumatické reakce • Reakce na zvládání zátěže • Neurobehaviorální stres 	Pacient zvládá stresové situace s podporou rodiny velmi dobře. Nyní doufá, že už je vyléčen, ale připouští si i možnost, že ještě nemusí mít vyhráno. Ošetrovatelský problém: Strach Použitá vyšetřovací škála: 0
10. Životní principy <ul style="list-style-type: none"> • Hodnoty • Přesvědčení Soulad hodnot/přesvědčení/jednání	Pacient není věřící. Mezi své hlavní hodnoty řadí svou rodinu a zdraví. Ošetrovatelský problém: 0 Použitá měřicí škála: 0
11. Bezpečnost -ochrana <ul style="list-style-type: none"> • Infekce • Fyzické poškození • Násilí • Environmentální rizika • Obranné procesy • Termoregulace 	Pacient se léčí s vysokým krevním tlakem. Alergie neudává. Pacient má zavedený CŽK a PMK, hrozí tedy riziko vzniku infekce. Operační rány jsou sterilně kryté, pravidelně asepticky převazované. Pro prevenci TEN jsou pacientovi aplikovány injekce na ředění krve a má bandáže dolních končetin. Ošetrovatelský problém: Riziko vzniku infekce, riziko krvácení,

	narušená kožní integrita Použitá vyšetřovací škála: měření FF
12. Komfort <ul style="list-style-type: none"> • Tělesný komfort • Komfort prostředí • Sociální komfort 	Pacient se cítí každý den mnohem lépe. Bolest je nyní snesitelná, na Malzackově škále číslo 2. Ošetřovatelský problém: 0 Použitá vyšetřovací škála: Malzackova škála bolesti
13. Růst/vývoj <ul style="list-style-type: none"> • Růst • Vývoj 	Pacientovi měří 173 cm a jeho váha je 93 kg. Dle BMI má pacient obezitu I.stupně. Ošetřovatelský problém: Obezita Použitá ošetřovatelská škála: BMI

Zdroj: Autor. Informace byly získané ze zdravotnické dokumentace a rozhovorem s pacientem.

2.7 SITUAČNÍ ANALÝZA

68 letý pacient X.Y., po radioterapii a chemoterapii pro karcinom distálního jícnu a žaludeční kardiie, po kterých došlo k regresi tumoru, byl přijat dne 7. 12. 2016 k plánovanému operačnímu výkonu na chirurgickou kliniku fakultní nemocnice Plzeň.

Předoperačně byl pacientovi zaveden centrální žilní katetr, objednáno 6 x EBR, podán fosfát na vyprázdnění, podána infúze jako prevence před dehydratací a aplikována antikoagulační léčba jako prevence TEN. Dle premedikace je pacient schopen výkonu v CA s rizikem ASA 3, pacient byl poučen od půlnoci NPO, na noc byl podán Neurol 0,25 mg.

V plánovaný den operace 8. 12. 2016 byl pacientovi podán Triplixan 10/2,5/5 1 tbl. A infúze HRS 1000 ml 7:00 – 15:00. Ve 13:35 byl pacientovi aplikován jako premedikace MO 10 mg i.m. a ve 14:00 odvezen na OS.

Po napojení pacienta na OS na monitor byly zjištěny četné komorové ES, trigemicky vázané, s postupným poklesem TK. Dle lékařské zprávy byl pacient přivědomí a bez subjektivních potíží. Vzhledem k rizikovosti výkonu, byl operační zákrok odložen a doporučeno monitorace EKG, TK a kontrola kardiologem.

Tentýž den bylo u pacienta provedeno konziliární vyřetření kardiologem. Dle doporučení kardiologa doplněn náběh iontogramu (Ca, Mg, P, NA, K, Cl), podána nízká dávka betablokátoru Egilok Succ 25 mg, a dne 9. 12. 2016 doplněno TTE. Výsledky vyšetření TTE uspokojivé. Dle kardiologického hlediska pacient schopný k výkonu v CA. Operační výkon odložen na 14. 12. 2016.

Pacientovi byl 3x denně kontrolován krevní tlak, hodnoty v normě.

Dne 14. 12. 2016 provedena resekce distálního jícnu a proximálního žaludku, náhrada jícnu tubulem žaludku, laparotomie, pravostranná torakotomie, zaveden hrudní drén a Redonův drén.

Po výkonu přijat na JIP chirurgické kliniky, po přijetí sedován, orotracheálně intubován, řízeně ventilován.

Po odtlumení dne 15. 12. 2016 extubován, nekomplikovaně odpojen od UPV. Další pooperační průběh klidný, probíhala pravidelná monitorace TK, P, TT, kontrola bilance tekutin a kontrola operační rány. Pacient měl zaveden hrudní drén. Pacientovi byla pravidelně podávána analgetika i.v. a antibiotika po 8mi hodinách. Převaz 1x denně, rána klidná, bez sekretu, nekrvácela.

V dalších dnech klidný průběh pacient aktivně rehabilitoval (dechová rehabilitace, rehabilitace DK, postupně přesun z lůžka na křeslo), probíhala monitorace TK, P, TT a diurézy, 1x denně převaz lékařem. Analgetika podávána i.v. dle VAS. ATB po 8 mi hodinách.

19. 12. 2016 Odstraněn hrudní drén a Redonův drén, pacient neudává žádné potíže, krycí obvaz neprosakuje. Bolest mírná, dle VAS 2, analgetika podána dle ošetřujícího lékaře.

Dne 20. 12. 2016 pacient provedl ranní hygienu s mírnou dopomocí zdravotnického personálu. Cítí se dobře, bolesti udává mírné v místě operační rány. Pacient je na parenterální výživě Nutriflex omega plus 1900kcal, p.o. čaj po lžičkách do 600 ml, 2x denně Fresubin. Má zaveden ČŽK a PMK, kontrola bilance příjmu a výdeje tekutin. Monitorace TK, P, TT a diurézy. Jako prevenci má pacient bandáže DK. Intravenózně jsou mu aplikována ATB Augmentin 3 x 1,2g á 8 hodin v kombinaci s Diflucan 2 x 400 mg á 12 hodin. Infúze RIF 1000 ml + 20 ml MgSO₄ 10% + 40 ml KCl 7,5% na 24 hod. Farmakoterapie: Nolpaza 2 x 1 amp. i.v., Degan 3 x 1 amp. i.v., Betopic 2 x 1 ggt do obou očí, Fraxiparine 2 x 0,4 ml s.c., analgetika dle VAS Paracetamol 4 x 1 g i.v., Neodolpasse 250 ml/ 90min max. 2 x den, Tralgit 100 mg/ 20 ml FR – 0 – 3,3 ml/hod. i.v. Při nevyrovnané bilanci tekutin možno podat Furosemid 2 x 10 mg i.v. Převaz 1x denně, rány jsou klidné, hojí se p. p. i. Dnes proveden kontrolní RTG plic – bez patologických změn. Zítřejší možný překlady na standardní oddělení chirurgické kliniky.

2.8 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA I TAXONOMIE II A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA International 2015-2017 Taxonomie II. Určené aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy jsou seřazeny dle priorit z důvodu zdravotního stavu pacienta.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Akutní bolest 00132
Narušená integrita tkáně 00044
Narušená integrita kůže 00046
Zhoršená pohyblivost 00085
Nedostatečná výživa 000022
Zhoršený komfort 00214
Deficit péče při oblékání 00109
Zhoršená schopnost přemísťovat se 00090
Zhoršená chůze 00088
Deficit sebepéče při koupání 00108
Narušený obraz těla 00118
Zhoršený postoj (00238)
Deficit znalost 00126
Strach 00148
Obezita 00232
Porušený spánek 00095
Únava 00093

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

Riziko krvácení 00206
Riziko infekce 00004
Riziko zácpy 00015
Riziko deficitu tělesných tekutin 00028
Porucha polykání 00103

Akutní bolest (00132)

Doména 12 - komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: *Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem (NANDA, 2015-2017, s. 404).*

Určující znaky: Sdělení nebo označení bolesti, úlevové polohy, změna ve tváři, neklid, silně expresivní chování, nechut' k jídlu, pocení, nervozita, narušený spánek

Související faktory: Fyzikální původci zranění – z důvodu operace

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacient spolupracuje při monitoraci bolesti. Pacient bude znát možnosti zvládnání bolesti (úlevová poloha, správné dýchání). Po podání analgetik se bolest zmírní na stupnici bolesti minimálně o 2 stupně.

Cíl dlouhodobý: Vymizení bolesti před odchodem z chirurgické JIP

Očekávané výsledky:

Pacient chápe příčiny vzniku bolesti

Pacient je schopen sledovat bolest

Pacient je schopen určit intenzitu bolesti

Pacient zná a využívá některé relaxační techniky

Pacient udává, že je bolest zmírněna

Plán intervencí:

- 1) Edukuj pacienta o možnosti používat signalizační zařízení u lůžka – Všeobecná sestra, při příjmu na oddělení
- 2) Zajisti klidné prostředí pro pacienta – Všeobecná sestra, dle potřeby, dokud bude pacient udávat bolest
- 3) Edukuj pacienta o možnosti sledování bolesti pomocí numerické škály bolesti – Všeobecná sestra, po dobu hospitalizace
- 4) Nauč pacienta určit intenzitu bolesti – všeobecná sestra, po dobu hospitalizace.
- 5) Monitoruj verbální a neverbální projevy bolesti – všeobecná sestra, dle potřeby, dokud bolest nevymizí
- 6) Informuj o relaxačních technikách zvládnutí bolesti, nauč pacienta některé používat – Všeobecná sestra, do dvou hodin
- 7) Podávej analgetika dle ordinace lékaře – Všeobecná sestra, dle ordinace lékaře, dokud pacient bude udávat bolest
- 8) Zaznamenávej intenzitu bolesti do dokumentace – Všeobecná sestra pomocí Malzackovy škály bolesti, průběžně, dokud pacient bude udávat bolest
- 9) Monitoruj fyziologické funkce – Všeobecná sestra, každé 4 hodiny, dle ordinace lékaře
- 10) Monitoruj účinky podávaných léků – Všeobecná sestra, průběžně
- 11) Zodpověz všechny dotazy pacienta – Všeobecná sestra, vždy
- 12) Zajisti co nejlepší podmínky pro kvalitní spánek – Všeobecná sestra, vždy

Realizace: dne 20. 12. 2016 – během denní služby

Pacient zná možnost používání signalizačního zařízení a je edukován o hodnotící škále bolesti.

8:00 Pacient udává mírnou bolest intenzity 2 (zaznamenáno do dokumentace), je poučen o relaxačních metodách, analgetika odmítá.

9:30 Pacient udává, že se bolest zvýšila na stupeň 3 a žádá analgetika (zaznamenáno do dokumentace). Analgetika (Paracetamol 1 g/100ml) podána intravenózně v 10:00.

11:00 Kontrola intenzity bolesti, pacient udává úlevu, intenzita se snížila ze 3 na 1 stupeň dle VAS.

12:00 Kontrola fyziologických funkcí (TK 120/70 mm Hg, P 68´)

15:30 Pacient udává mírnou bolest, na škále bolesti jí hodnotí jako stupeň 2 (zaznamenáno do dokumentace).

16:00 Aplikována analgetika (Paracetamol 1 g/100ml i.v.) dle ordinace lékaře.

17:00 Kontrola intenzity bolesti, pacient udává úlevu, nyní je bez bolesti.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl - Splněn. Pacient zná způsoby zmírnění bolesti, dokáže určit intenzitu bolesti, udává zmírnění bolesti o 2 stupně.

Dlouhodobý cíl – cíl nelze splnit z důvodu stálého pobytu na JIP chirurgické kliniky.

Narušená integrita kůže (00046)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: *Změna v epidermis a nebo dermis* (NANDA, 2015-2017, s. 364).

Určující znaky: změna integrity, narušený povrch kůže, narušené tělesné struktury

Související faktory: fyzikální původce - z důvodu chirurgického zákroku, zavedení CŽK

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: V místě porušení integrity kůže nevzniknou známky infekce.

Cíl dlouhodobý: Rána se bude hojit p.p.i. Pacient během hospitalizace bude bez známek infekce.

Očekávané výsledky:

Pooperační rána se bude hojit per primam intentionem během hospitalizace.

Pacient zná postupy aseptického přístupu do rány.

Pacient je edukován o možných komplikacích hojení ran, je schopen je zaregistrovat a informovat o nich zdravotnický personál.

Plán intervencí:

- 1) Dodržuj zásady asepse při každém převazu – Všeobecná sestra, vždy, po celou dobu hospitalizace
- 2) Sleduj proces hojení operační rány a monitoruj možné prosakování obvazu a stav okolí rány – Všeobecná sestra, pravidelně, po dobu hospitalizace
- 3) Pouč pacienta o příznacích infekce a možných komplikacích operační rány – Všeobecná sestra, při převazu, po dobu hospitalizace
- 4) Sleduj místní a celkové známky infekce – Všeobecná sestra, průběžně po dobu hospitalizace
- 5) Podle potřeby proved' aseptický převaz rány – Všeobecná sestra, průběžně, po dobu hospitalizace
- 6) Podávej antibiotika dle ordinace lékaře – Všeobecná sestra, dle ordinace lékaře, po dobu hospitalizace
- 7) Zajisti dostatečnou hydrataci organismu – Všeobecná sestra, zdravotnický personál, vždy, po dobu hospitalizace
- 8) Prováděj zápis do dokumentace ran – Všeobecná sestra, průběžně po dobu hospitalizace
- 9) Dle ordinace lékaře podávej analgetika – Všeobecná sestra, dle ordinace lékaře, dokud bude pacient udávat bolest
- 10) Edukuj pacienta o důležitosti čistoty v okolí rány – Všeobecná sestra, průběžně po dobu hospitalizace

Realizace: 20. 12. 2016 – během denní služby

8:00 – Změřeny fyziologické funkce (TK 130/80 mm Hg, P 78').

9:00 – Byl proveden aseptický převaz lékařem. Byl použit Betadine roztok, rána byla kryta suchým sterilním krytím. V operační ráně a jejím okolí nebyly viděny žádné známky infekce.

9:30 – Pacient byl edukován o udržování rány v suchu a čistotě.

9:45 – Pacient byl edukován o známkách infekce v ráně.

10:00 – Byl proveden zápis do dokumentace.

12:00 – Kontrola fyziologických funkcí (TK 120/70 mm Hg, P 68')

14:00, 17:00 – Kontrola rány, obvaz neprosakuje. Kontrola okolí CŽK.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý: Cíl byl splněn, rána je klidná, hojí se, pacient je bez známek infekce.

Cíl dlouhodobý: Cíl splněn částečně, pacient dosud nejeví známky infekce, hospitalizace nadále probíhá, cíl přetrvává. Rána se hojí p.p.i. Pacient je nadále sledován.

Riziko infekce 00004

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída: 1 Infekce

Definice: *Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví (NANDA, 2015-2017, s. 404).*

Rizikové faktory: Invazivní procedury (zavedení CŽK, operační rány), nedostatečná znalost zamezení vlivu patogenů, obezita, stav po chemoterapii.

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: V okolí rány nejsou známky infekce. V okolí CŽK nevzniknou známky infekce.

Cíl dlouhodobý: Pacient bude bez známek infekce před odchodem z chirurgické JIP.

Očekávané výsledky:

Pacient nejeví známky infekce.

Pacient je edukován o rizicích infekce.

Pacient rozpozná příznaky infekce.

Pacient udržuje operační rány v čistotě a suchu.

Pacient dodržuje aseptické prostředí v okolí CŽK.

Plán intervencí:

- 1) Dodržuj aseptické zásady při převazech operační rány – Všeobecná sestra, vždy při převazech, po celou dobu hospitalizace.
- 2) Dodržuj aseptické zásady při vstupu a aplikaci látek do CŽK – Všeobecná sestra, vždy při aplikaci látek do CŽK, po celou dobu zavedení CŽK
- 3) Dodržuj aseptické zásady při převazech CŽK – Všeobecná sestra, vždy při převazu CŽK, po celou dobu zavedení CŽK
- 4) Edukuj pacienta o riziku infekce – Všeobecná sestra, 1x týdně, po celou dobu hospitalizace
- 5) Edukuj pacienta o příznacích infekce – Všeobecná sestra, 1x týdně, po celou dobu hospitalizace
- 6) Včas rozpoznaj příznaky infekce – Všeobecná sestra, vždy při přítomnosti příznaků infekce, po celou dobu hospitalizace
- 7) Informuj lékaře o přítomnosti infekce – Všeobecná sestra, vždy při přítomnosti příznaků infekce, po dobu hospitalizace

Realizace: 20. 12. 2016 - během denní služby

8:00 Aseptický přístup do CŽK při aplikaci léků.

9:00 – Byl proveden aseptický převaz lékařem. Byl použit Betadine roztok, rány byly kryty suchým sterilním krytím. V operační ráně a jejím okolí nebyly viděny žádné známky infekce. Proveden aseptický převaz CŽK, bez známek infekce.

9:30 – Pacient byl edukován o udržování rány v suchu a čistotě.

9:45 – Pacient byl edukován o známkách infekce v ráně. Zápis do zdravotnické dokumentace.

10:00 – Aseptický přístup do CŽK při aplikaci analgetik.

16:00 – Aseptický přístup do CŽK při aplikaci analgetik a léků.

17:00 – Kontrola TT, bez teploty, zápis do dokumentace.

Po dobu hospitalizace jsou sledovány výsledky laboratorních vyšetření krve.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý: Cíl byl splněn. Pacient nejeví známky infekce. V okolí CŽK nejsou známky infekce.

Cíl dlouhodobý: Pacient je stále hospitalizován na chirurgické JIP, cíl přetrvává.

Riziko krvácení 00206

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: *Náchylnost ke snížení množství krve, což může ohrozit zdraví* (NANDA, 2015-2017, s. 348)

Rizikové faktory: Operační výkon, antikoagulační terapie, chemoterapie.

Priorita: vysoká

Cíl krátkodobý: Pacient bude seznámen s riziky krvácení.

Cíl dlouhodobý: U pacienta budou pravidelně kontrolovány hodnoty hemoglobinu v krvi.

Očekávané výsledky:

Pacient nepozoruje známky krvácení v místě operační rány.

Pacient má v normě fyziologické funkce.

Pacient má v normě hemoglobin v krvi.

Plán intervencí:

- 1) Sleduj známky krvácení – Všeobecná sestra, po celý den, po celou dobu hospitalizace.
- 2) Při podezření na krvácení informuj lékaře – Všeobecná sestra, vždy při přítomnosti příznaků krvácení, po celou dobu hospitalizace.
- 3) Pravidelně kontroluj získané hodnoty hemoglobinu v krvi – Všeobecná sestra, vždy po odeslání krve do laboratoře, po celou dobu hospitalizace.
- 4) Informuj lékaře při nízkých hodnotách hemoglobinu v krvi – Všeobecná sestra, vždy při nízkých hodnotách hemoglobinu v krvi, po celou dobu hospitalizace.
- 5) Pravidelně odebírej vzorek krve na krevní obraz pro zjištění hemoglobinu – Všeobecná sestra, dle ordinace lékaře.
- 6) Edukuj pacienta o možném riziku krvácení – Všeobecná sestra, 1x denně, po dobu hospitalizace.
- 7) Edukuj pacienta o včasném přivolání sestry při podezření na krvácení – Všeobecná sestra, denně, po celou dobu hospitalizace.
- 8) Aplikuj antikoagulační léčbu pravidelně dle lékaře – Všeobecná sestra, pravidelně dle ordinace lékaře, po dobu hospitalizace.
- 9) Pravidelně měř a zaznamenávej fyziologické funkce – Všeobecná sestra, 3x denně, po celou dobu naordinovaného schématu.

Realizace: 20. 12. - během denní služby

6:30 – Kontrola hodnoty hemoglobinu z ranního odběru krve (Hb – 102)

7:00 – Informován lékař.

8:00 – Změřeny fyziologické funkce (TK 130/80 mm Hg, P 78'). V normě.

9:00 – Byl proveden aseptický převaz lékařem. Rána klidná, nekrvácí.

9:30 – Pacient byl edukován o riziku krvácení.

10:00 – Byl proveden zápis do dokumentace.

12:00 – Kontrola fyziologických funkcí (TK 120/70 mm Hg, P 68'). V normě.

14:00, 17:00 – Kontrola rány, obvaz neprosakuje.

Na 21. 12. 2016 ordinován kontrolní odběr krve.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý: Cíl byl splněn. Pacient, nebyl ohrožen krvácením a žádné známky krvácení se neprojevovaly. Krátkodobý cíl byl splněn.

Cíl dlouhodobý: Z důvodu dlouhodobé hospitalizace na chirurgické JIP nelze prozatím cíl splnit. U pacienta jsou nadále sledovány hodnoty hemoglobinu, fyziologické funkce i celkové projevy krvácení.

2.9 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacient X. Y. byl přijat dne 7. 12. 2016 k plánovanému operačnímu výkonu, resekci distálního jícnu a proximálního žaludku pro regresi tumoru, na chirurgickou kliniku v Plzni.

Během zpracovávání ošetrovatelského procesu bylo sestaveno 17 aktuálních a 5 potencionálních ošetrovatelských diagnóz. Z nichž byly podrobně zpracovány dvě aktuální a dvě potencionální ošetrovatelské diagnózy, u kterých byly určeny cíle, očekávané výsledky, a ošetrovatelské intervence. Následně u těchto 4 ošetrovatelských diagnóz byla realizována ošetrovatelská péče.

Pooperační stav pacienta se vyvíjel dobře. K riziku krvácení či infekce v průběhu hospitalizace nedošlo. Splnění stanovených cílů bylo u každé diagnózy úplné nebo částečné, a to z důvodu přetrvávající hospitalizace v době realizace ošetrovatelského procesu.

Pacient byl 23. 12. 2016 propuštěn z chirurgické kliniky do péče obvodního lékaře. Pacient byl poučen o klidovém režimu trvajícím 6-8 týdnů od operace, dále byl edukován o důkladné očištění operační rány čistou vodou. Pacientovi budou vyndány stehy 28. 12. 2016 na chirurgické ambulanci na Lochotíně. Pacientovi byla dále doporučena kontrola onkologem.

ZÁVĚR

Karcinom jícnu patří mezi nádorová onemocnění s vzestupnou incidencí u lidí nad 50 let. Karcinom jícnu je obtížně léčitelné onemocnění, pětileté přežívání bez rozlišení stádií nepřesahuje 10 %. Klinicky se toto onemocnění projevuje dysfágií a váhovým úbytkem. Tyto příznaky se bohužel často objevují až v pokročilých stádiích tumoru, kdy může být nádor rozšířen na další orgány (www.koc.cz).

V teoretické části byly popsány informace o anatomii jícnu, fyziologii jícnu a nemocích jícnu. Další kapitoly jsou věnovány etiologii, příznakům, diagnostice a léčbě karcinomu jícnu. Kapitola, která uzavírá teoretickou část je ošetrovatelská péče o pacienta po operaci karcinomu jícnu.

V praktické části byl zpracován ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem distálního jícnu a proximálního žaludku, který byl přijat na chirurgickou kliniku fakultní nemocnice Plzeň, k plánovanému operačnímu výkonu. Ošetrovatelský proces byl zpracován dle modelu Majory Gordon. Získané informace o pacientovi jsou utříděny do třinácti domén NANDA I taxonomie II 2015-2017. Podrobně byly zpracovány 4 ošetrovatelské diagnózy, u kterých byly určeny cíle, očekávané výsledky, a ošetrovatelské intervence. Následně u těchto 4 ošetrovatelských diagnóz byla realizována ošetrovatelská péče.

Všechny cíle pro tuto bakalářskou práci byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BECKER, Horst D. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0720-9.

České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-420-8.

DÍTĚ, Petr. *Gastroenterologie: učební text pro studující lékařství*. Brno: Masarykova univerzita, 2000. ISBN 80-210-2379-1.

DREILICH, Martin. *Predictive factors in esophageal carcinoma*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis, 2006. ISBN 9155465501.

DUDA, Miloslav. *Jícen: pohled z mnoha úhlů v zrcadle zkušeností olomoucké jícnové školy*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3266-3.

DUŠEK Ladislav, MUŽÍK Jan, KUBÁSEK Miroslav, KOPTÍKOVÁ Jana, ŽALOUDEK Jan, VYZULA Rostislav. *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice* [online]. Masarykova univerzita, [2005], [cit. 2017-1-19]. Dostupný z WWW: <http://www.svod.cz>. Verze 7.0 [2007], ISSN 1802 – 8861.

FERKO, Alexander, Zdeněk ŠUBRT a Tomáš DĚDEK, ed. *Chirurgie v kostce*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-1005-1.

HOCH, Jiří a Jan LEFFLER. *Textbook of surgery: current surgical diagnosis and treatment*. Prague: Maxdorf, c2013. ISBN 978-80-7345-375-6.

HOCH, Jiří a kol. *Speciální chirurgie*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, ©2011. 589 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-253-7.

KOTT, Otto a Iveta PETŘÍKOVÁ. *Vybrané kapitoly anatomie gastrointestinálního a respiračního systému*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2009. ISBN 978-80-7043-796-4.

KRŠKA, Zdeněk, David HOSKOVEC a Luboš PETRUŽELKA. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4284-7.

LATA, Jan, Jan BUREŠ a Tomáš VAŇÁSEK. *Gastroenterologie*. Praha: Galén, c2010. ISBN 978-80-7262-692-2.

LUKÁŠ, K., A KOL. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2005, 288s. ISBN 80-247-1283-0.

MAGNUSKOVÁ, Silvie AZEEM, Katerina KAMARÁD, Vojtěch, et al. Karcinom jícnu a rizikové faktory podle histologických typů. *Gastroenterologie a hepatologie*, 2012, roč. 66, č. 5, s. 364-371. ISSN: cnb002173128.

NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

NEORAL, Čestmír. *Laparoskopická transhiatální exstirpace jícnu*. Praha : Iga MZ ČR, 2011. Přeruš. str. : il., tab. ; 30 cm. Číslo grantové zprávy: NS9947.

PAFKO, Pavel. *Základy speciální chirurgie*. Praha: Galén, c2008. ISBN 978-80-7262-402-7.

PISKAČ, Petr a Zdeněk KALA, ed. *Endoskopické diagnostické a terapeutické metody v chirurgii*. Brno: Masarykova univerzita, 2000. ISBN 80-210-2271-x.

ROKYTA, Richard. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4867-2.

TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-286-1.

VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2002. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-70-8.

ZAVORAL, Miroslav a Johana VENEROVÁ. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Triton, 2007. Postgraduální klinický projekt. ISBN 978-80-7254-902-3.

ZAVORAL, Miroslav. *Nové trendy v digestivní endoskopické diagnostice a léčbě*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-999-3.

ZEMAN, Miroslav. *Speciální chirurgie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-260-9.

Internetové zdroje:

[http://www.medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&categId=46&letter=K&termId=2044&name=Karcinom+j%C3%ADcnu&h=empty#jump\)](http://www.medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&categId=46&letter=K&termId=2044&name=Karcinom+j%C3%ADcnu&h=empty#jump)

<http://www.hpb.cz/index.php?pId=08-1-05>

<http://www.casopisendoskopie.cz/pdfs/end/2011/02/06.pdf>

<http://www.eorl.cz/kniha/01-ORL-ANATOMIE-FYZIOLOGIE-PATOLOGIE.pdf>).

<https://www.mou.cz/nadory-jicnu/t2034>

<http://www.koc.cz/res/diagnozy/c15.pdf>

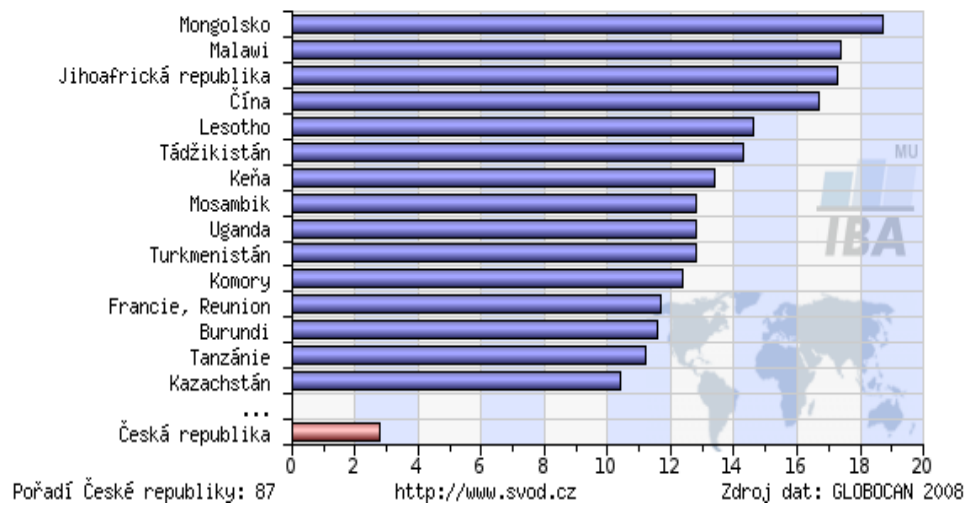
PŘÍLOHY

Příloha A – Incidence ZN jícnu v ČR ostatními zeměmi.....	- 48 -
Příloha B - Incidence ZN jícnu v ČR v období 2004-2008.....	- 49 -
Příloha C - Incidence ZN jícnu v ČR v období 2004-2008 u mužů a žen.....	- 50 -
Příloha D - Vývoj incidence a mortality ZN jícnu v letech 1977-2014	- 51 -
Příloha E - Incidence ZN jícnu v regionech ČR.....	- 52 -
Příloha F - Jícnový stent.....	- 53 -

Příloha A – Incidence ZN jícnu v ČR ostatními zeměmi

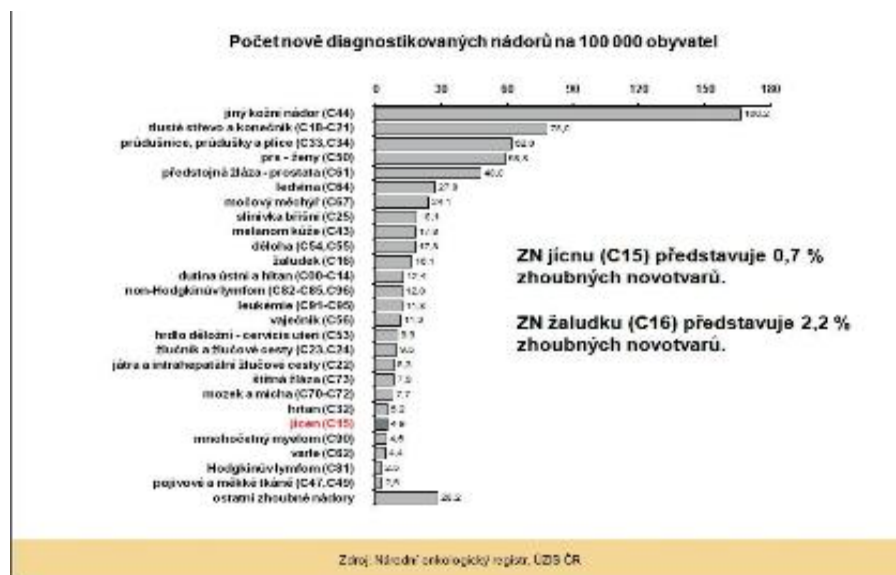
C15 - Jícen

srovnání incidence v ČR s ostatními zeměmi světa, ASR - světový standard



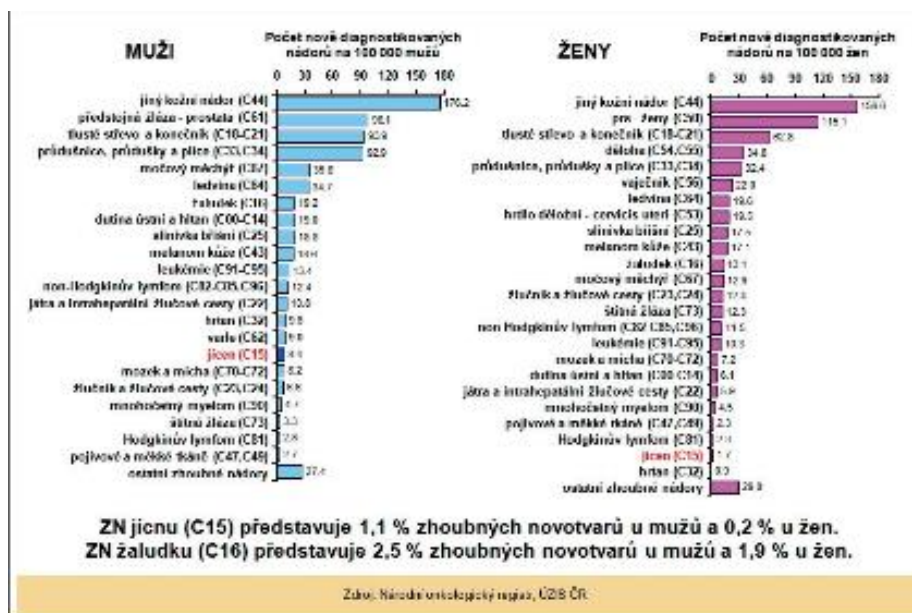
Dostupné z: www.svod.cz

Příloha B - Incidence ZN jícnu v ČR v období 2004-2008



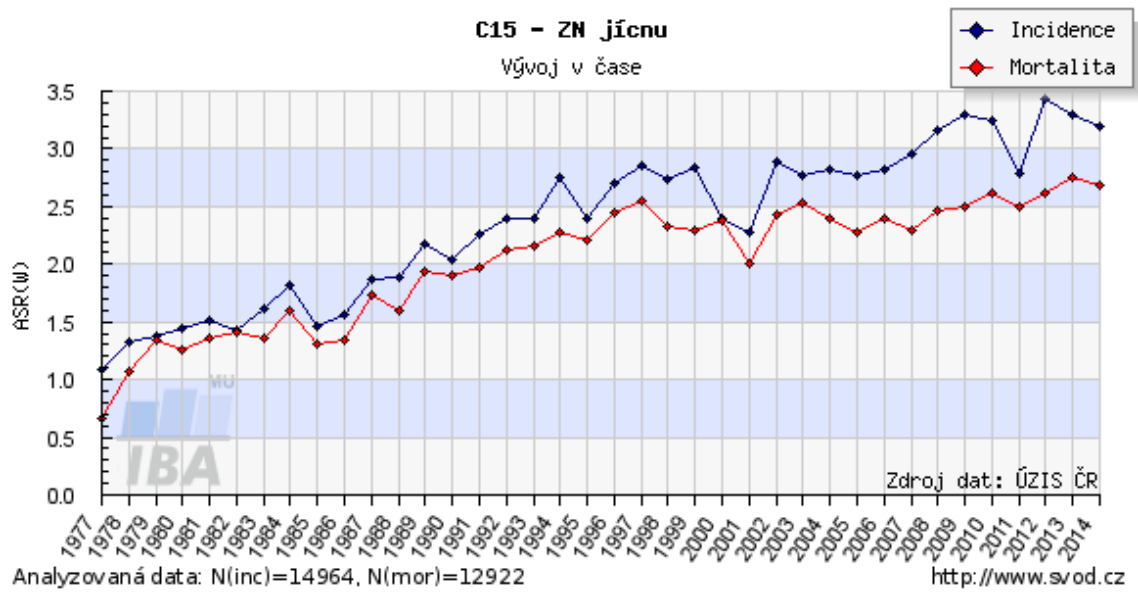
Dostupné z: www.uzis.cz

Příloha C - Incidence ZN jícnu v ČR v období 2004-2008 u mužů a žen



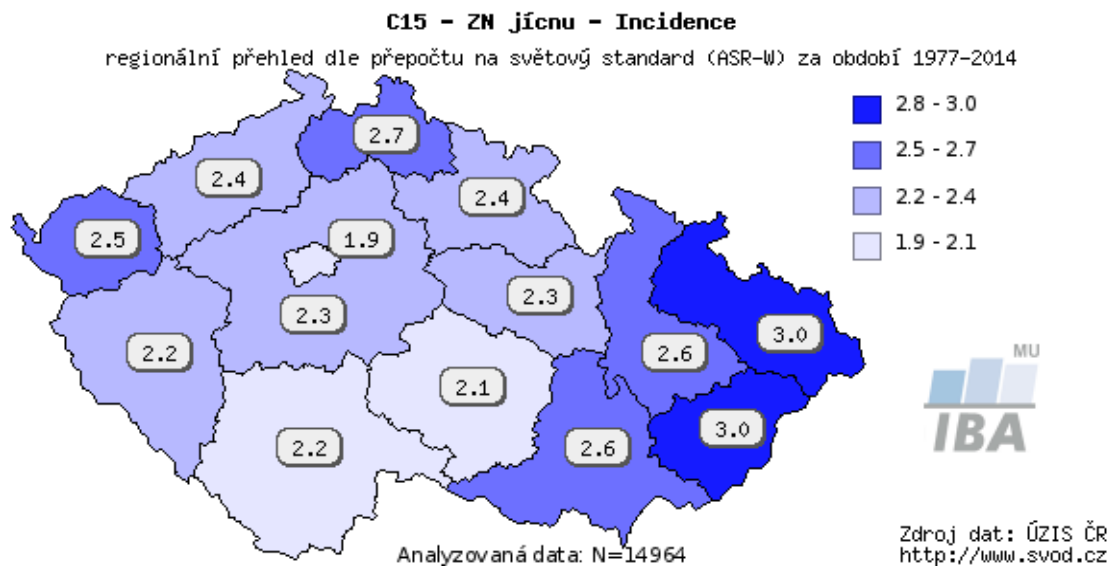
Dostupné z: www.uzis.cz

Příloha D - Vývoj incidence a mortality ZN jícnu v letech 1977-2014



Dostupné z: www.svod.cz

Příloha E - Incidence ZN jícnu v regionech ČR



Dostupné z: www.svod.cz

Příloha F - Jícnový stent



Dostupné z: www.ellacs.cz/sx-ella-stent-jicnovy-flexella-flexella-plus.html

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem
v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta

PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI

Jméno: Barbora Hrubá

Název práce: Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem jícnu

Jazykové vymezení:

čeština, angličtina

Klíčová slova:

Endoskopie. Jícnový stent. Karcinom jícnu. Ošetrovatelská péče. Všeobecná sestra.

Klíčová slova angličtina:

Endoscopy. Oesophageal stent. Esophageal cancer. Nursing Care. General nurse.

Časové vymezení:

2000 - současnost

Počet záznamů:

České zdroje: záznamů: 34

Zahraniční zdroje: záznamů: 48

Použitý citační styl:

Bibliografický záznam v portálu MEDVIK

Citace databázového centra EBSCOhost pro databáze CINAHL a MEDLINE

Zdroje:

Katalog Studijní a vědecké knihovny Plzeňského kraje, katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz) a databáze BMČ

Specializované databáze (CINAHL a MEDLINE)

Zpracoval:

Mgr. Linda Hajžmanová

Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje, speciální studovna

Smetanovy sady 2

301 00 Plzeň

E-mail: bis2@svkpl.cz