

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
S KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMEM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ŠÁRKA UHLÍKOVÁ

Praha 2018

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
S KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMEM**

Bakalářská práce

ŠÁRKA UHLÍKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc.

Praha 2018



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

UHLÍKOVÁ Šárka
3BVS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče u pacienta s kolorektálním karcinomem

Die Pflege bei einem Patienten mit kolorektalem Karzinom

Vedoucí bakalářské práce: doc.MUDr. Ladislav Horák, DrSc.

V Praze dne 1. listopadu 2017


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 11. 2. 2018

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala doc. MUDr. Ladislavu Horákovi, DrSc. za vedení mé bakalářské práce, konzultace, cenné rady a v neposlední řadě za ochotu a trpělivost.

Velké poděkování patří i mé rodině za podporu, kterou mi poskytovala během celé doby studia.

ABSTRAKT

UHLÍKOVÁ, Šárka. *Ošetrovatelská péče u pacienta s kolorektálním karcinomem.*

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc. Praha. 2018. 72 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče u pacienta s kolorektálním karcinomem. Samotná bakalářská práce je rozdělena do dvou částí – teoretické a praktické. Teoretická část práce charakterizuje kolorektální karcinom, jeho etiologii, klinický obraz a projevy karcinomu střeva, diagnostiku tohoto onemocnění a terapii. Do práce je zařazena i prevence kolorektálního karcinomu v České republice, která je velmi důležitá pro včasný záchyt tohoto onemocnění. Druhá část bakalářské práce je praktická. Jejím cílem je popis případu pacienta s karcinomem rekta na anesteziologicko – resuscitačním oddělení se zaměřením na ošetrovatelskou péči poskytovanou metodou ošetrovatelského procesu, který je zde uveden ve všech jeho fázích. Posouzení zdravotního stavu pacienta je provedeno dle modelu fungujícího zdraví Marjory Gordon. Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny podle NANDA I Taxonomie II. a byly využity ke stanovení předpokládaných výsledků péče a plánování konkrétních ošetrovatelských intervencí. Bakalářská práce dále popisuje realizaci a vyhodnocení ošetrovatelské péče. Součástí bakalářské práce a výstupem z ní je také informační brožura.

Klíčová slova

Edukace. Kolorektální karcinom. Kolorektální nádor. Ošetrovatelský proces. Prevence.

ABSTRAKT

UHLÍKOVÁ, Šárka. *Pflege bei einem Patienten mit kolorektalem Karzinom*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Bildungsstufe: Bachelor. Erstprüfer: doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc. Praha. 2018. 72 S.

Thema der Bachelorarbeit ist die Pflege eines Patienten mit kolorektalem Karzinom. Die Arbeit wird in zwei Teile gegliedert – in den theoretischen und praktischen Teil. Im theoretischen Teil der Arbeit werden das kolorektale Karzinom, seine Ätiologie, klinisches Bild und Symptome eines Darmkarzinoms, die Diagnostik dieser Erkrankung und die Therapie beschrieben. Auch die Prävention des kolorektalen Karzinoms in Tschechien wird in der Arbeit behandelt, die für eine rechtzeitige Erkennung dieser Erkrankung sehr wichtig ist. Der zweite Teil ist praktisch. Sein Ziel ist die Beschreibung eines Patientenfalles mit rektalem Karzinom auf einer Anästhesiologisch-Reanimationsabteilung mit der Orientierung auf die durch den Pflegeprozess gewährte Pflege. Dieser Prozess wird hier in allen seinen Phasen beschrieben. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes des Patienten wird nach dem Modell der funktionierenden Gesundheit von Marjory Gordon durchgeführt. Die Pflegediagnosen wurden nach NANDA I Taxonomie II. bestimmt und für die Bestimmung der geplanten Ergebnisse der Pflege und zur Planung von konkreten Pflegeinterventionen angewendet. Die Bachelorarbeit beschreibt weiter die Realisierung und Auswertung der Pflege. Ein Teil der Bachelorarbeit und einer ihrer Outputs ist auch eine Informationsbroschüre.

Schlüsselworte

Eduktion. Kolorektales Karzinom. Kolorektaler Tumor. Pflegeprozess. Prävention.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	13
1 ANATOMIE TLUSTÉHO STŘEVA	16
1.1 ČÁSTI TLUSTÉHO STŘEVA	16
1.2 STAVBA STĚNY TLUSTÉHO STŘEVA	17
1.3 CÉVNÍ A NERVOVÉ ZÁSOBNÍ	17
2 FYZIOLOGIE TLUSTÉHO STŘEVA.....	18
3 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM	19
3.1 EPIDEMIOLOGIE.....	19
3.2 ETIOLOGIE.....	20
3.2.1 ZEVNÍ FAKTORY	20
3.2.2 GENETICKÉ/VNITŘNÍ FAKTORY	21
3.3 SYMPTOMATOLOGIE	21
3.4 DIAGNOSTIKA.....	22
3.4.1 TEST NA OKULTNÍ KRVÁCENÍ DO STOLICE - TOKS	22
3.4.2 KOLOSKOPIE.....	22
3.4.3 DVOJKONTRASTNÍ IRRIGOGRAFIE	23
3.4.4 ULTRASONOGRAFIE.....	24
3.4.5 POČÍTAČOVÁ TOMOGRAFIE (CT)	24
3.4.6 POSITRONOVÁ EMISNÍ TOMOGRAFIE A CT (PET/CT).....	24
3.4.7 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ	24
3.5 TNM KLASIFIKACE	24
3.6 STAGING A GRADING	25
3.7 LÉČBA.....	26
3.7.1 PRAVOSTRANNÁ HEMIKOLEKTOMIE.....	26
3.7.2 LEVOSTRANNÁ HEMIKOLEKTOMIE.....	26
3.7.3 NÍZKÁ PŘEDNÍ RESEKCE REKTA	27
3.7.4 ABDOMINOPERINEÁLNÍ AMPUTACE REKTA.....	27
3.7.5 STOMIE.....	27

3.7.6	RADIOTERAPIE.....	28
3.7.7	CHEMOTERAPIE	28
3.7.8	BIOLOGICKÁ LÉČBA	29
3.7.9	PROGNÓZA.....	30
4	PREVENTIVNÍ PROGRAM KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU V ČESKÉ REPUBLICE	31
4.1	PRIMÁRNÍ PREVENCE.....	31
4.2	SEKUNDÁRNÍ PREVENCE.....	32
4.3	METODY SEKUNDÁRNÍ PREVENCE	34
4.3.1	GUAJAKOVÝ TEST.....	34
4.3.2	IMUNOCHEMICKÝ TEST	35
4.3.3	PRIMÁRNÍ KOLOSKOPIE.....	36
5	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMEM	38
5.1	IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE:.....	38
5.2	HODNOTY ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU DNE 11. 10. 2016.....	39
5.3	ANAMNÉZA ZE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE	40
5.4	FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU 12.10. 2016 (2. den hospitalizace a 1. pooperační den).....	42
5.5	UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II.....	43
5.6	MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	51
5.7	SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 12. 10. 2016 (2. den hospitalizace a 1. pooperační den).....	55
5.8	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT DNE 12. 10. 2016 (2. den hospitalizace a 1. pooperační den)	57
5.9	CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	66
6	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	68
	ZÁVĚR.....	69
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	70
	PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

APC	gen adenomatózní polypózy tlustého střeva
CEA	karcinoembryonální antigen
DCC	nádorový supresorový gen, deleted in colorectal cancer
FAP	familiární adenomatózní polypóza
gTOKS	guajakový test na okultní krvácení
HNPCC	hereditární nepolypózní kolorektální karcinom
iTOKS	imunochemický test na okultní krvácení
TNM	způsob klasifikace zhoubných nádorů
TOKS	test na okultní krvácení
ml	mililitr
TOKS+	positivita testu na okultní krvácení
CA 19-9	nádorový marker vyskytující se u kolorektálního karcinomu

(VOKURKA a kol., 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Adenokarcinom** – maligní nádor ze žláзовého epitelu
- Adheze** – srůsty
- Anastomóza** – spojka, která je uměle vytvořena
- Antionkogen** – gen, jehož produkt usměrňuje buněčné dělení
- Anxiolýza** – odstranění úzkosti
- Biopsie** – vyšetření vzorku tkáně
- Cytostatikum** – léčiva používaná k léčbě maligních onemocnění
- Depistáž** – časné a aktivní vyhledávání nemocí v celé populaci
- Dispenzarizace** – pravidelné vyšetřování osob s onemocněním či rizikovými znaky
- Duplicita** – současná přítomnost dvou malignit
- Exulcerovaný** – zvrhedovatělý
- Grading** – posouzení stupně malignity nádoru
- Hemikolektomie** – odstranění poloviny tlustého střeva
- Hypoxemie** – nedostatek kyslíku v krvi
- Intravenózní** – způsob aplikace do krevního oběhu
- Karcinom** – maligní nádor
- Laxativa** – léky napomáhající k vyprázdnění střeva
- Per continuatem šíření** – šíření do okolí
- Prekanceróza** – přednádorový stav
- Recidiva** – opětovné navrácení nemoci
- Screening** – využití diagnostických testů k vyhledávání daného onemocnění
- Staging** – stanovení pokročilosti malignity
- Stapler** – svorkovač používaný v chirurgii
- Stomie** – uměle vytvořený vývod dutého orgánu na povrch těla
- Tenesmy** – nucení na stolici s neúplným vyprázdněním
- Typing** – stanovení typu malignity
- (VOKURKA a kol., 2015)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Léková anamnéza (chronická medikace).....	40
Tabulka 2 Výsledky krevních rozborů ze dne 12. 10. 2016.....	52
Tabulka 3 Výsledky krevních rozborů ze dne 13. 10. 2016.....	53
Tabulka 4 Medikamentózní léčba ze dne 12. 10. 2016.....	55

ÚVOD

Téma této bakalářské práce je: *Ošetrovatelská péče u pacienta s kolorektálním karcinomem*. Toto téma jsme si zvolili, protože ať už chceme nebo nechceme, je to téma, které se blíže nebo vzdáleněji může dotýkat každého z nás či našich nejbližších.

Práce popisuje kolorektální karcinom, jeho epidemiologii, projevy karcinomu, vyšetření a léčbu. Velmi důležitým faktem, na který chceme poukázat a díky kterému se daří odhalit toto onemocnění v časných stádiích, je také prevence a screeningový program kolorektálního karcinomu, který vznikl v roce 2000 a od ledna 2014 je podpořen adresným zvaním pacientů.

Výběr tématu bakalářské práce byl ovlivněn několika aspekty. V první řadě je to téma, které mě zajímá. Pracuji jako všeobecná sestra, jak na lůžkovém oddělení ARO, tak i na operačních sálech, kam chodíme s lékařem podávat anestezii k chirurgickým výkonům. Během své praxe jsem zaregistrovala, že stále častěji přicházejí lidé právě s diagnózou kolorektálního karcinomu v různém stádiu onemocnění. Někteří pacienti přijdou včas a někteří přicházejí bohužel ve chvíli, když už je jejich osud zpečetěn.

Také obsahuje:

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zpracovat problematiku kolorektálního karcinomu, jeho etiologii, projevy onemocnění, diagnostiku a léčbu na základě rešerše literatury.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Detailní popis ošetrovatelské péče u pacienta s karcinomem rekta.

Cíl 2: Vyřešení akutní bolesti pacienta.

Cíl 3: Vytvoření informační brožury.

Vstupní literatura

1. NĚMCOVÁ, J. a kol., 2016. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 4. doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická. ISBN 978-80-905728-1-2.
2. KEIL, R. a kol., 2012. *Vybrané kapitoly z gastroenterologie*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. ISBN 978-80-246-1970-5.
3. SEIFERT, B. a kol., 2015. *Screening kolorektálního karcinomu*. 2. roz. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-444-9.
4. KUBÁČKOVÁ, K. a kol., 2015. *Vzácné nádory v onkologii*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3658-0.
5. BÁRTOVÁ, J., 2015. *Přehled patologie*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. ISBN 978-80-246-2745-8.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly využity pro tvorbu mé bakalářské práce s názvem Ošetrovatelská péče u pacienta s kolorektálním karcinomem, proběhlo v časovém období listopad 2016 až červen 2017. Pro vyhledávání bylo použito elektronických databází a katalogu Národní lékařské knihovny, Jednotné informační brány, Souborného katalogu České republiky, Databáze vysokoškolských prací a Online katalogu NCO NZO. I přesto, že jsem měla rešerši zpracovanou, poptávala jsem se a pátrala jsem v knihovnách po dalších vhodných publikacích, které se zabývají tímto tématem a které by bylo možné do bakalářské práce použít a zařadit.

Jako klíčová slova byla zvolena v jazyce českém: Edukace. Kolorektální karcinom. Kolorektální nádor. Ošetrovatelský proces. Prevence. V jazyce německém jsou tato slova přeložena: Edukation. Kolorektales Karzinom. Kolorektaler Tumor. Pflegeprozess. Prävention.

Hlavní kritérium pro zařazení dostupné literatury do zpracovávání mé bakalářské práce byly hlavně knihy, odborné články, které se zabývají právě problematikou kolorektálního karcinomu v časovém období 2008 do současnosti. Byly dodrženy požadavky bakalářské práce a do práce nebyl použit žádný zdroj starší deset let.

Vyřazovacím kritériem zdrojů byla především inkompatibilita zdrojů, které se věnovaly hledané problematice jen velmi málo, nebo se jednalo o zdroje nedůvěryhodné. Dalším vyřazovacím kritériem bylo stáří literatury knižní či časopisecké nad deset let.

Pro tvorbu mé bakalářské práce bylo využito celkem 29 relevantních zdrojů. Z toho se jednalo o 27 zdrojů knižních. Dostupný a použitelný časopisecký zdroj pro práci byl 1 a 1 zdroj byl internetový. Použité zdroje byly převážně v českém jazyce, dle požadavků bakalářské práce byly dodrženy dva cizojazyčné zdroje, jeden anglický a druhý slovenský.

1 ANATOMIE TLUSTÉHO STŘEVA

Tlusté střevo, latinsky *intestinum crassum* je poslední částí trávicího traktu. Je dlouhé 1,3–1,7 metru a široké od 4–7,5 cm. Navazuje na tenké střevo, odkud se do něj dostává kašovitý až tekutý obsah. Zde je z tohoto obsahu vstřebávána voda a využity elektrolyty a na trávení tohoto obsahu se hojně podílí mikroorganismy, které způsobují kvasné a hnilobné procesy. Obsah tlustého střeva je formován na konečný a výsledný produkt – na stolici (ČIHÁK, 2013).

1.1 ČÁSTI TLUSTÉHO STŘEVA

Tlusté střevo je dlouhý úsek, který se skládá z několika částí. Prvním úsekem střeva je *intestinum caecum*, jinak řečeno slepé střevo. Z něho vychází slepý, červovitý přívěsek – *apendix vermiformis*. Je to malý výběžek, dlouhý 5–8 cm, jeho tloušťka je přirovnávána k tužce. Stavba stěny odpovídá stavbě stěny celého tlustého střeva, *apendix* obsahuje větší množství mízní tkáně (ČIHÁK, 2013).

Po caeku následuje samotný tračník – *colon*, který můžeme rozdělit podle toho, kde se nachází. Rozeznáváme vzestupný tračník – *colon ascendens*, který probíhá po pravé straně dutiny břišní až pod játra. Následuje příčný tračník – *colon transversum*, který jde zprava doleva. Další úsek nazýváme sestupný tračník – *colon descendens*, který jde podél levé stěny břišní dolů až do levé jámy kyčelní. Na tuto část střeva navazuje další úsek, který nazýváme esovitou kličkou – *colon sigmoideum*. Jde o esovité zakřivení střeva až do malé pánve. Poslední částí tlustého střeva je konečník – *rektum* a ten ústí na povrch těla řitním otvorem – *anus* (ČIHÁK, 2013).

Autoři Naňka a Čihák ve svých publikacích popisují, že se mezi úseky tračníku nachází ohbí. Mezi vzestupným a příčným tračníkem se nachází pravé, jaterní ohbí – *flexura hepatica*. Levé, slezinné ohbí – *flexura lienalis* je uloženo mezi příčným a sestupným tračníkem (ČIHÁK, 2013), (NAŇKA, ELIŠKOVÁ, 2009).

Na povrchu celého tlustého střeva jsou tenie, jsou to tři podélné pruhy svaloviny sbíhající se k *apendixu*. Nazývají se *taenia mesocolica*, *taenia omentalis* a *taenia libera*. Přítomností longitudinální svaloviny na střevě vznikají *haustrace*. *Haustra* jsou vyklenutá místa tlustého střeva a jsou typická a charakteristická pro vzhled tlustého

střeva. Ve vyklenutích střeva, v haustrech se nacházejí poloměsíčité řasy, jejichž poloha se mění spolu s peristaltikou střeva (ČIHÁK, 2013).

1.2 STAVBA STĚNY TLUSTÉHO STŘEVA

Stěna tlustého střeva se skládá ze čtyř vrstev. Skládá se ze sliznice, která je bledá, pokrytá jednovrstevným cylindrickým epitelem. Druhou vrstvou je podslizniční vazivo obsahující velké množství cévních a nervových pletení. Třetí vrstva je svalovina, která má vnitřní cirkulární vrstvu a vnější longitudinální vrstvu. Poslední čtvrtou vrstvou stěny tlustého střeva je seróza, což je peritoneální povlak střeva (ČIHÁK, 2013).

1.3 CÉVNÍ A NERVOVÉ ZÁSOBENÍ

Střevo je zásobováno tepennou krví arteria mesenterica superior a arteria mesenterica inferior. Arteria mesenterica superior zajišťuje větev pro zásobení tenkého střeva. Další větví arteria mesenterica, která zásobí začátek tlustého střeva se nazývá arteria ileocolica a větev, která zajišťuje prokrvení a výživu pro vzestupný tračník a pravou část příčného tračníku nazýváme arteria colica dextra. Colon transversum zásobuje krví arteria colica media. Zbytek tračníku a colon sigmoideum a horní část konečníku prokrvuje arteria mesenterica inferior. Dolní část konečníku zajišťuje svým zásobením arteria iliaca interna.

Žíly tlustého střeva svým průběhem odpovídají tepnám. Žilní krev ze střev odtéká do vena portae. Vena portae vzniká za hlavou slinivky břišní a vzniká soutokem vena mesenterica superior s venou lienalis.

Lymfa odtékající ze střeva jde do lymfatických cév mezenteriálních závěsů a následně do truncus intestinalis.

Inervace střeva je zajištěna vlákny parasympatiku a sympatiku. Parasymptikus působí na střevo tím, že zvyšuje kontrakce, zrychluje peristaltiku a snižuje sekreci střevních žláz. Naopak sympatikus snižuje kontrakce a zvyšuje sekreci střevních žláz (NAŇKA, ELIŠKOVÁ, 2009).

2 FYZIOLOGIE TLUSTÉHO STŘEVA

Hlavní funkcí a významem tlustého střeva je funkce skladovací či rezervoárová. Shromažďují se zde nestrávené zbytky potravy a střevní obsah se zde zahušťuje až v 90 %, především díky aktivnímu vstřebávání vody. Dále se ve střevě vstřebávají minerály, ionty, elektrolyty. K zahuštěnému obsahu tlustého střeva se přidává hlen, který chrání sliznici střeva a napomáhá tvořit formovanou stolici. Na konečné úpravě stolice se významnou měrou také podílejí saprofytické bakterie, které jsou anaerobní a pomáhají štěpit sacharidy, celulózu, pektin a rozkládají bílkoviny. Následně je stolice posunována pohyby tlustého střeva směrem ke konečníku. Peristaltické vlny se objevují v určitých časových rozestupech. Pohyby střeva jsou stimulovány nervově, dále chemickými látkami a mechanickými podněty, což je hlavně velikost objemu. Po naplnění konečníku stolicí dojde k ději, který je nazýván defekační reflex, nastává nucení na stolici a ta je následně vyprázdněna (MOUREK, 2012).

3 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM

Dle názvu bakalářské práce se budeme zabývat kolorektálním karcinomem.

Pojmem kolorektální karcinom označujeme všechny zhoubné nádory vycházející z cylindrického epitelu sliznice tlustého střeva od slepého střeva po konečník. V naprosté většině případů se histologicky jedná o adenokarcinom, jiné histologické typy se vyskytují velmi vzácně (KEIL a kol., 2012, s. 35).

Docent Seifert charakterizuje onemocnění trochu jinak. *Kolorektální karcinom vychází z buněk sliznice tlustého střeva a konečníku, které se mění defekty genů (APC, DCC), antionkogenů (p53) nebo zvýšenou expresí onkogenů (Ki-ras). Devíti z deseti kolorektálních karcinomů předchází benigní adenom, jež považujeme za prekancerózu (SEIFERT a kol., 2015, s. 15).*

Paní doktorka Kubáčková ve své knize uvádí, že dle histologických nálezů se jedná velmi často o adenokarcinom. *Přes 97 % nádorů tlustého střeva a konečníku tvoří klasický adenokarcinom (KUBÁČKOVÁ a kol., 2015, s. 190).*

Adenokarcinom se rozděluje makroskopicky na dvě základní formy. První formou je forma polypózní, která květákovitě roste do střeva. Druhou formu nazýváme vředovitou a ta infiltruje stěnu střeva. Autorka Bártová poukazuje na mnohem horší prognózu u vředovité formy onemocnění (BÁRTOVÁ, 2015).

Jako každé jiné nádorové onemocnění má i adenokarcinom tendenci se šířit a zakládat metastatická ložiska. Adenokarcinom se může šířit hematogenně, lymfaticky a také per continuitatem do okolí. *Metastazuje nejprve do regionálních lymfatických uzlin, pak portálním řečištěm do jater a později do plic. Nakonec dochází k rozsevu i do jiných orgánů (BÁRTOVÁ, 2015, s. 105).*

3.1 EPIDEMIOLOGIE

Dle dostupných informací je v současné době kolorektální karcinom v České republice nejčastějším nádorem gastrointestinálního traktu (KRŠKA, HOSKOVEC, PETRUŽELKA a kol., 2014).

Ve srovnání incidence v České republice s ostatními zeměmi světa je naše země při přepočtu na 100 000 osob na 3. příčce. Incidence onemocnění tlustého střeva a konečníku za rok 2012 byla 76,32/100 000 osob (incidence 8021 a mortalita 4290), v roce 2013 narostla na 77,64/100 000 osob (incidence 8161 a mortalita 4100) a o rok později – v roce 2014 jsou dostupná data o incidenci 79,09/100 000 osob (incidence 8324 a mortalita 4015). Údaje poukazují na vzrůstající tendenci incidence onemocnění tlustého střeva a konečníku. Mortalita lehce poklesla (<http://www.svod.cz>).

Umístění české populace na 3. místě v evropském přehledu potvrzuje ve své knize i autor Holubec (HOLUBEC, 2017).

3.2 ETIOLOGIE

Příčiny kolorektálního karcinomu neznáme, jsou známy pouze rizikové faktory vzniku onemocnění. Rizikové faktory rozdělujeme na zevní faktory a genetické/vnitřní faktory.

3.2.1 ZEVNÍ FAKTORY

Profesor Ferko jednoznačně do zevních vlivů zařazuje stravu. Poukazuje, že vyšší konzumace živočišných tuků a bílkovin může právě zapříčinit vznik nádoru. Za další z vlivů, o kterém píše je změna složení bakteriální flóry. Mezi rizikové vlivy řadí nitrity, nitráty, nedostatek selenu a kyseliny listové v potravě a v neposlední řadě i nedostatek vlákniny (FERKO, ŠUBRT, DĚDEK, 2015).

Na protektivní účinek vlákniny upozorňuje i autorka Hamplová. *Vláknina zvyšuje objem tráveniny, zrychluje střevní pasáž, urychluje odvod škodlivých látek ze střev a snižuje dobu jejich kontaktu se stěnou střevní. Vláknina má schopnost vázat na sebe některé toxické látky (těžké kovy jsou zde asi nejpodstatnější)* (HAMPLOVÁ a kol., 2015, s. 237).

Na nízký obsah vlákniny apeluje i další autorka. Vláknina minimalizuje čas, po který je střevní stěna exponovaná některým škodlivým látkám z potravy, urychluje trávení a odstraňuje zácpu. Nedostatek vlákniny v potravě zapříčiňuje zvyšující se trend civilizačních chorob mezi které řadíme nádorová onemocnění trávicího traktu a hlavně onemocnění tlustého střeva (HABÁNOVÁ, 2012).

Z dalších vlivů můžeme jmenovat nedostatečnou tělesnou aktivitu. Obezita zvyšuje riziko nádoru dvojnásobně. Patří sem i alkohol a časný začátek kouření (KRŠKA, HOSKOVEC, PETRUŽELKA, 2014).

3.2.2 GENETICKÉ/VNITŘNÍ FAKTORY

Rozlišujeme osoby, které spadají do skupiny s vyšším rizikem kolorektálního karcinomu a vysokým rizikem tohoto onemocnění. Do skupiny s vyšším rizikem patří lidé zatížení rodinnou anamnézou kolorektálního karcinomu. Dále do této skupiny zařazujeme pacienty s idiopatickými střevními záněty, mezi které patří ulcerózní kolitida a Crohnova nemoc (HORÁK, SKŘIČKA, ŠLAUF, ÖRHALMI a kol., 2013).

Nebezpečí a zrádnost idiopatických střevních zánětů přiznává i doktor Černochoch. *Riziko vzniku CRC je u těchto pacientů 2 – 3x vyšší než u běžné populace* (ČERNOCH a kol., 2012, s. 39).

Skupina s vysokým rizikem vzniku onemocnění zahrnuje hereditární formy onemocnění. Do skupiny s vysokým rizikem patří familiární adenomatózní polypóza, která je způsobená mutací APC genu. Hereditární formou je i Lynchův syndrom, který je známý pod názvem hereditární nonpolypózní karcinomový syndrom (HORÁK, SKŘIČKA, ŠLAUF, ÖRHALMI a kol., 2013).

3.3 SYMPTOMATOLOGIE

Podle místa, kde je nádor uložený, se odvíjí symptomatologie. Postižena může být pravá část nebo levá část tlustého střeva, případně konečník. V případě postižení pravé části tlustého střeva nádorem bude období růstu nádoru dlouho bezpříznakové. Typickým projevem postižení pravé části je anemizace a občasný výskyt krve ve stolici. K dalším neurčitým projevům patří únava, nechutenství, hubnutí, v pozdějších stádiích i dušnost z chronických ztrát. V pozdějších stádiích, kdy tumor doroste do určité velikosti, už může být i hmatná resistence v pravé polovině břicha. Jestliže je nádor uložen v levé části tračníku, dochází k typickým změnám defekačního stereotypu – střídání průjmu a zácpy, je zde příměs krve a hlenu ve stolici. Opět se přidává únava, hubnutí, v pozdějších stádiích i bolest (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

Pokud je nádor lokalizován v konečniku, je charakteristické střídání průjmu a zácpy, příměs čerstvé krve ve stolici, stužkovitá stolice, poruchy vyprazdňování, tenezmy a v pozdějších stadiích i bolesti (SCHNEIDEROVÁ, 2014).

Z těchto stavů mohou samozřejmě nastat i komplikace. Do komplikací řadí autorka Schneiderová – *stenóza střeva s rozvojem ileu, krvácení z exulcerovaného povrchu nádoru, perforace stěny střeva v místě nádoru s rozvojem sterkorální peritonitidy, tvorba píštělí* (SCHNEIDEROVÁ, 2014, s. 119).

3.4 DIAGNOSTIKA

U každého pacienta musí být diagnostika provedena co nejlépe - je velmi důležitá anamnéza a fyzikální vyšetření. Vždy by měl lékař pacienta vyšetřit per rektum.

3.4.1 TEST NA OKULTNÍ KRVÁCENÍ DO STOLICE - TOKS

Test na okultní krvácení je jednoduché, rychlé, bezbolestné a neinvazivní vyšetření. Nyní jsou dostupné dva druhy TOKS. Za starší test je považován tzv. test guajakový (gTOKS). Pacient před provedením testu musí dodržet dietu s omezením potravin, které obsahují hemoglobin (maso, klobásy). Často se stává, že test je falešně pozitivní (SUCHÁNEK, BARKMANOVÁ, FRIČ, 2012).

Druhým testem je imunochemický test (iTOKS či FIT). Je to novější test, pacient se před zahájením testu nemusí omezovat žádnou dietou. Jsou to testy s lepší citlivostí a pracují na přímém průkazu lidského hemoglobinu ve stolici. Proto jsou spíše voleny imunochemické testy před guajakovými (FALT, URBAN, VÍTEK a kol., 2015).

V případě, že pacientovi vyšel test pozitivní, následuje koloskopie (SUCHÁNEK, BARKMANOVÁ, FRIČ, 2012).

3.4.2 KOLOSKOPIE

Základem diagnostiky rakoviny tlustého střeva a konečniku je kolonoskopické vyšetření spojené s možností odběru vzorků k biopsii a profylakticko – terapeutických výkonů (SEIFERT a kol., 2015, s. 38).

Koloskopie je endoskopické vyšetření tlustého střeva, které považujeme v dnešní době za suverénní diagnostickou metodu (KEIL a kol., 2012).

Pro kvalitní provedení koloskopie je nutná kvalitní příprava střeva před vyšetřením. Příprava střeva zahrnuje použití laxativ, mezi která patří Fortrans, fosfátové roztoky či roztok sulfátu Eziclen a dále pak Picoprep či Moviprep. Povinností pacienta je i dodržení dietních omezení před vyšetřením (FALT, URBAN, VÍTEK a kol., 2015).

Z dietních omezení je nutné pět dní před koloskopií, aby pacient nejedl potraviny s velkým množstvím nestravitelných zbytků, ovoce, maso, mák, potraviny obsahující drobná semena – hroznové víno. Mohl by jím být obliterován koloskop (SEIFERT a kol., 2015).

Při vyšetření je lékařem prohlédnuto celé tlusté střevo až po terminální ileum. Pokud jsou ve střevě při vyšetření nalezeny fokální ulcerace, eroze, polypy i tumory je zde možnost polypektomie i odběru biopsie. Bioptický materiál se odesílá na histologické vyšetření, kde se stanovuje typing – určení primární diagnózy, staging – hodnocení stadia onemocnění a grading – stanovení stupně malignity (FALT, URBAN, VÍTEK a kol., 2015).

Samotné provedení koloskopického vyšetření může být bez sedace, což někteří pacienti mohou pociťovat bolestivě nebo koloskopie s provedením sedace. Sedaci rozdělujeme na lehkou sedaci – anxiolýzu, střední sedaci, která se používá u koloskopií nejčastěji. Je podávána vyšetřujícím lékařem na endoskopii. Hluboká sedace, kdy je ovlivněn stav vědomí a pacient reaguje pouze na bolestivé podněty, je již podávána anesteziologem. Posledním stupněm je celková anestezie, kdy pacient ztrácí vědomí a nereaguje ani na bolestivé podněty. Celkovou anestezii při koloskopii zajišťuje lékař anesteziolog (FALT, URBAN, VÍTEK a kol., 2015).

3.4.3 DVOJKONTRASTNÍ IRRIGOGRAFIE

Vyšetření, které se provádí pomocí baryové kontrastní látky, jež lékaři na snímcích vyšetřovaný prostor dobře ozřejmí. Toto vyšetření se provádí, jestliže není možné pacienta vyšetřit koloskopicky kvůli adhezím či stenózujícím nádorům. Pacient musí den před vyšetřením držet dietu a večer před vyšetřením vypít 3 až 4 litry Fortransu. Dále pacient jen lační a ráno před samotným výkonem se mohou podat dle ordinace lékaře spasmolytika – nejčastěji Buscopan (SEIDL, BURGETOVÁ, HOFFMANOVÁ, MAŠEK, VANĚČKOVÁ, VITÁK, 2012).

3.4.4 ULTRASONOGRAFIE

Jedná se o neinvazivní vyšetření, dostupné, s možností opakovaných kontrol. Slouží k potvrzení či vyloučení metastáz (SEIDL, BURGETOVÁ, HOFFMANOVÁ, MAŠEK, VANĚČKOVÁ, VITÁK, 2012).

3.4.5 POČÍTAČOVÁ TOMOGRAFIE (CT)

Je to radiologická metoda, která má vysokou výpovědní hodnotu pro diagnózu nejen nádorových onemocnění. Určuje, kde je nádor uložen, jeho velikost, rozsah, případné vzdálené metastázy a postižení uzlin. Negativum tomografie je mnohonásobně vyšší zatížení pacienta dávkou radioaktivního záření (SEIDL, BURGETOVÁ, HOFFMANOVÁ, MAŠEK, VANĚČKOVÁ, VITÁK, 2012).

3.4.6 POSITRONOVÁ EMISNÍ TOMOGRAFIE A CT (PET/CT)

Pacient musí být na vyšetření lačný, dostatečně hydratován a je mu do žíly aplikován radioaktivní izotop fluóru, jehož nosičem je glukóza. Všechna nádorová ložiska glukózu vychytávají a tím jsou pak odlišitelná od zdravé tkáně. Vyšetření trvá 45 minut a tímto vyšetřením je možno lokalizovat nádor a i případné vzdálené metastatické procesy (SEIDL, BURGETOVÁ, HOFFMANOVÁ, MAŠEK, VANĚČKOVÁ, VITÁK, 2012).

3.4.7 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

U všech pacientů s podezřením na kolorektální karcinom by měly být stanoveny hodnoty hlavních nádorových markerů. Prvním onkomarkerem je kanceroembryonální antigen – CEA a druhým důležitým ukazatelem je CA 19 – 9 (KRŠKA, HOSKOVEC, PETRUŽELKA a kol., 2014).

Sledování průběhu a dynamiky tumorových markerů je součástí léčby (KEIL a kol., 2012).

3.5 TNM KLASIFIKACE

TNM systém je mezinárodně přijatá klasifikace k hodnocení nádorových onemocnění. Tato klasifikace pomáhá při plánování léčby, napomáhá k určení prognózy pacienta, zlepšuje výměnu informací mezi nemocnicemi, je to zpětná vazba výsledků

léčení a v neposlední řadě slouží i k výzkumu zhoubných nádorů (KRŠKA, HOSKOVEC, PETRUŽELKA a kol., 2014).

TNM hodnocení slouží k určení rozsahu a pokročilosti onemocnění a skládá se ze tří složek. Prvním parametrem je písmeno T – tumor, kde se hodnotí rozsah primárního nádoru a stupeň postižení stěny střevní. Druhou složkou je písmeno N – nodus, noduli hodnotící, zda jsou regionální lymfatické uzliny postižené metastázou či metastázami. Třetím opěrným bodem je písmeno M – metastases, který určuje přítomnost či nepřítomnost metastáz ve vzdálených orgánech (KEIL a kol., 2012).

TNM klasifikace, která je již jednou stanovená, musí zůstat v dokumentaci pacienta a nelze ji měnit (KRŠKA, HOSKOVEC, PETRUŽELKA a kol., 2014).

3.6 STAGING A GRADING

U nádorových onemocnění je nutné vyhodnotit i staging a grading. Staging je stadium onemocnění. Rozeznáváme stadia I, II, III, IV. Pro první stadium je typické postižení T1, T2, lymfatické uzliny nejsou postiženy a u tohoto stadia není přítomnost vzdálených metastáz – N0, M0. U druhého stadia je již větší výskyt primárních nádorů – T3, T4, N0, M0. Do stadia tři spadá již každé T, zde jsou už zasaženy i regionální uzliny – N1, N2, ale vzdálené metastázy se v tomto stadiu zatím nevyskytují – M0. Poslední, čtvrté stadium onemocnění má již mít více primárních nádorů, více postižených regionálních uzlin a už se vyskytují i vzdálené metastázy – M1 (KRŠKA, HOSKOVEC, PETRUŽELKA a kol., 2014).

Grading je histopatologický stupeň diferenciací, je to hodnocení stupně malignity nádoru. Označuje se velkým písmenem G a rozeznáváme čtyři stupně, které označujeme G1 až G4. První dva stupně hodnotíme jako dobře a středně diferencovaný nádor. Nález G3 je již špatně diferencovaný a nediferencovaný označujeme G4. V případě, že stupeň rozlišení nelze hodnotit, je mu přiděleno označení GX (KRŠKA, HOSKOVEC, PETRUŽELKA a kol., 2014).

3.7 LÉČBA

Nejefektivnější léčba kolorektálního karcinomu je léčba chirurgická (JANICZEKOVÁ, RAPČÍKOVÁ, VIRGULOVÁ, 2016).

Provádí se chirurgický výkon, který může být kurativní či paliativní. Výkon chirurg provádí laparotomickou či laparoskopickou cestou (SEIFERT a kol., 2015).

Pokud se jedná o kurativní výkon, nejčastěji se provádí resekce tlustého střeva nebo konečníku v nádorem postiženém místě, tak aby veškerá nádorová tkáň byla odstraněna. Chirurg musí dodržet při resekcii bezpečnostní lem do zdravé tkáně. Zároveň se odstraňují a odebírají spádové lymfatické uzliny (VORLÍČEK, ABRAHÁMOVÁ, VORLÍČKOVÁ a kol., 2012).

U resekčních výkonů se nejčastěji provádí anastomóza. Anastomóza může být šitá ručně s použitím vstřebatelných materiálů nebo se používají staplerové anastomózy (KALA, PROCHÁZKA a kol., 2010).

Podle lokalizace nádoru může jít o pravostrannou hemikolektomii, levostrannou hemikolektomii, izolovanou resekcii transversa nebo sigmoidea, nízkou přední resekcii rekta nebo abdominoperineální amputaci rekta (KEIL a kol., 2012, s. 42)

3.7.1 PRAVOSTRANNÁ HEMIKOLEKTOMIE

Pravostranná hemikolektomie se provádí při nádorech céka a vzestupného tračníku. Spočívá v odstranění až 8 cm distálního ilea, pravé poloviny tračníku, jaterního ohbí a části příčného tračníku. Výkon je zakončen ileotransverzoanastomózou. Jako u kterékoliv jiné operace i zde mohou nastat komplikace, které musí být chirurg připraven vyřešit. K těm nejčastějším řadíme poranění duodena, poranění pravého močovodu či poranění žlučových cest (KALA, PROCHÁZKA a kol., 2010).

3.7.2 LEVOSTRANNÁ HEMIKOLEKTOMIE

Tento výkon se provádí pro nádory, které se vyskytují na příčném tračníku, ve slezinném ohbí až po esovitou kličku. Lékaři vytvoří pacientovi transverzosigmoideoanastomózu. I zde může dojít ke komplikacím, ke kterým patří poranění sleziny či levého močovodu (KALA, PROCHÁZKA a kol., 2010).

3.7.3 NÍZKÁ PŘEDNÍ RESEKCE REKTA

Tyto výkony se dělají pro onkologická onemocnění v konečniku (KALA, PROCHÁZKA a kol., 2010).

3.7.4 ABDOMINOPERINEÁLNÍ AMPUTACE REKTA

Velmi rozsáhlý výkon na střevě spočívající v odstranění konečniku a svěračů. Je vytvořena terminální sigmoideostomie. Výkon se dělá pro nádory situované velmi nízko na rektu (KALA, PROCHÁZKA a kol., 2010).

3.7.5 STOMIE

V případě, že pacientova situace a stav neumožňuje operátorovi udělat anastomózu, je zapotřebí vytvořit stomii. Stomie lze dělit, rozeznáváme vývody trvalé a dočasné. Trvalé stomie jsou zakládány v případech po amputacích rekta pro nádor či u vrozených vad konečniku. Dočasné vývody se vytváří na dobu určitou, je zde předpoklad zrušení stomie (ZACHOVÁ a kol., 2010).

Dále stomie rozdělujeme na axiální a terminální. Axiální neboli dvouhlavňové vývody jsou vývody, u kterých lze najít přívodnou a odvodnou kličku. Střevo není zcela přerušeno. Tyto vývody se vytváří u neoperabilních nádorů. Druhým typem je terminální vývod čili koncový nebo jednohlavňový (KALA, PROCHÁZKA a kol., 2010).

Podle toho, kde je stomie uložena ji i nazýváme. Může být vytvořena transverzostomie či sigmoideostomie (ZACHOVÁ a kol., 2010).

Nejdůležitějším parametrem pro vytvoření stomie je výběr vhodného místa pro vývod, tak aby vývod nebyl v ohybu kůže. Nejčastěji jsou uloženy pod úroveň pupíku na pravé nebo levé straně – záleží na tom, kde je uložen nádor (KALA, PROCHÁZKA a kol., 2010).

Velmi důležitým úkolem, na který se nesmí zapomínat, je psychická příprava pacienta před vytvořením samotné stomie - seznámení pacienta s tím co to stomie je, kde ji bude mít uloženu, a vhodné jsou konzultace se stomickou sestrou již před výkonem. Umožní pacientovi seznámit se s dostupnými pomůckami, které stomickým

pacientům dnes velmi usnadňují život a zlepšují jeho kvalitu (KALA, PROCHÁZKA a kol., 2010).

Ve stomické poradně se pacient dozví, že existuje jednodílný a dvoudílný systém stomických sáčků. Jednodílný systém je adhezivní podložka napevno spojená s jímacím sáčkem a pacient si tento sáček při výměně musí kompletně celý odstranit, okolí řádně očistit a posléze nalepit zcela nový jednodílný systém. V případě, že se pacient seznámí s možností dvoudílného systému, určitě docení jeho kvality. U dvoudílného systému je samostatně oddělena adhezivní podložka a jímací sáček s kompatibilním spojením. Podložka se nalepí na kvalitně očištěnou a připravenou kůži. Sáček se připevní na podložku pomocí kompatibilního spojení a pacient si v případě nutnosti mění pouze jímací sáček. Podložka se u tohoto systému mění po 3–4 dnech a nedráždí se kůže tolik jako u jednodílného systému, kde je výměna nutná 1–2x denně, což jistě pacient velmi ocení (ZACHOVÁ a kol., 2010).

3.7.6 RADIOTERAPIE

Nádory tlustého střeva se neozařují. Velmi cenná je radioterapie u nádorů konečníku, kde se provádí nejčastěji jako předoperační radioterapie. Cílem této léčby je předoperační zmenšení nádoru, umožnění lepší operability a usmrcení co největšího počtu nádorových buněk (VORLÍČEK, ABRAHÁMOVÁ, VORLÍČKOVÁ a kol., 2012).

3.7.7 CHEMOTERAPIE

Léčbu cytostatiky volí lékař a vychází podle celkového stavu nemocného, z jeho polymorbidit a věku (KRŠKA, HOSKOVEC, PETRUŽELKA a kol., 2014).

Chemoterapie umožňuje pacientovi zvýšit procento přežití a zároveň snížit možné nově vzniklé recidivy nádoru (VORLÍČEK, ABRAHÁMOVÁ, VORLÍČKOVÁ a kol., 2012).

V České republice je z cytostatik při léčbě kolorektálních karcinomů nejvíce používáno cytostatikum 5-fluorouracil v kombinaci s leukovorinem. Společně působí tak, že nejdříve poškodí DNA nádorové buňky následně brání další syntéze DNA. Dalším účinným cytostatikem je perorální preparát Kapecitabin. V léčbě nádorů kolorekta se používají i preparáty platiny, jehož hlavním zástupcem je Oxaplatina.

Oxaplatina brání replikaci a přepisu genetické informace z DNA do molekuly RNA. Posledním dostupným zástupcem cytostatika používaným v léčbě je Irinotekan, který indukuje apoptózu (KRŠKA, HOSKOVEC, PETRUŽELKA a kol., 2014).

Každá mince má dvě strany a jinak tomu není ani u chemoterapie. Na jedné straně se snaží pomoci, ale na straně druhé musíme počítat s velkým množstvím nežádoucích účinků. Prvním z těchto účinků je poškození krvetvorby, které se nejdříve projeví poklesem granulocytů a následně i trombocytů, anémie nebývá přítomna. Pacienti podstupující léčbu chemoterapií velmi často trpí silnou nauzeou a zvracením. Lidé ztrácejí chuť k jídlu, hubnou a mají horší energetickou bilanci. Samozřejmě musíme počítat s tím, že časté zvracení vede k dehydratacím, únavě a minerálovému rozvratu. Na úlevu a zklidnění těchto stavů zvracení se podávají antiemetika. Velmi nepříjemným nežádoucím účinkem, se kterým však také musíme při léčbě chemoterapie počítat je mukozitida a stomatitida s možným rozšířením infekce. Cytostatika nešetří ani kůži, může nastat změna pigmentace. V případě, že je cytostatikum podáno paravenózně, dochází ke kožní nekróze. Asi nejznámějším nežádoucím účinkem při podávání cytostatik je postupná ztráta vlasů až alopecie z důvodu poškození vlasových folikulů. Změny, které cytostatika napáchají v plicích, odborně nazýváme jako cytostatická plíce a její léčba je obtížná. Na léčbu chemoterapií reaguje i srdce a může dojít ke změně srdečního rytmu či kardiomyopatiím. Opomenout nemůžeme ani nefrotoxický účinek cytostatik. Je možné způsobit přímé či nepřímé poškození ledvin. Chemoterapie se dotýká všech orgánů a z dalších méně častých komplikací jmenujme encefalopatie, katarakty, trombózy. V neposlední řadě mají cytostatika teratogenní účinky (KLENER, 2011).

3.7.8 BIOLOGICKÁ LÉČBA

V biologické léčbě jsou v dnešní medicíně známy tři léčiva. Patří sem cetuximab (Erbix), panitumumab (Vectibix) a bevacizumab (Avastin). Jsou to protilátky proti buněčnému růstovému faktoru nebo zabraňují neoangiogenezi. Zamezují tedy dalšímu růstu nádorových buněk nebo tvorbě nových cév, které nádor živí. Způsob podání těchto léčiv je intravenózní (VORLÍČEK, ABRAHÁMOVÁ, VORLÍČKOVÁ a kol., 2012).

3.7.9 PROGNÓZA

Kolorektální karcinom je onemocnění, které je léčitelné, je-li zachyceno včas, třeba i díky preventivnímu programu. Jestliže nádor není rozmetastazovaný, je možné dosáhnout vyléčení. Pokud je již onemocnění v pokročilé fázi, je léčba obtížnější (VORLÍČEK, ABRAHÁMOVÁ, VORLÍČKOVÁ a kol., 2012).

4 PREVENTIVNÍ PROGRAM KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU V ČESKÉ REPUBLICĚ

Kolorektální karcinom je onkologické onemocnění, které je každý rok diagnostikováno u téměř 8500 pacientů a polovina z nich na toto nádorové onemocnění umírá. Proto je velmi důležité neustále a nadále podporovat prevenci kolorektálního karcinomu v České republice, protože každý zachráněný lidský život má smysl (FALT, URBAN, VÍTEK a kol., 2015).

4.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE

Vždy je lepší onemocnění předcházet než následně řešit jeho důsledky a napáchané škody. Úkolem primární prevence je právě předcházení vzniku onemocnění kolorektálního karcinomu. Za základní a důležité pro primární prevenci platí omezení vlivu a působení rizikových faktorů a naopak podpoření a posílení protektivních, ochranných faktorů (KEIL a kol., 2012).

Z rizikových faktorů vyjmenujme na prvním místě nevhodné složení stravy, včetně její následné úpravy. Velmi nebezpečná je častá až každodenní konzumace červeného masa a zvýšené množství živočišných tuků v přijímané potravě. Důležitý je i způsob úpravy masa a potravin. Nevhodný způsob úpravy, který při častém použití mnohonásobně zvyšuje riziko vzniku kolorektálního karcinomu, a proto by se měl používat minimálně, je úprava potravy smažením, uzením, pečením a grilováním. Právě při tomto způsobu úpravy potravy se do masa dostává velké množství kancerogenů. Dalším z rizikových faktorů je nedostatek pohybu a fyzické aktivity všeobecně. Bohužel v dnešní uspěchané době plné počítačů a moderní techniky se lidé zapomínají hýbat, opomíjejí důležitost pohybu a s tím souvisí i další rizikový faktor, který se v posledních letech stává větším a větším problémem a tím je narůstající obezita. Obezita je dále i predisponujícím faktorem pro vznik diabetu mellitu 2. typu, kardiovaskulárních onemocnění a celkově zvyšuje úmrtnost. Velkým problémem naší doby, který spadá též do rizikových faktorů a podílí se na vzniku onemocnění, je kouření a nadužívání alkoholu (FALT, URBAN, VÍTEK a kol., 2015).

Právě z tohoto důvodu je nutné neustále připomínat důležitost primární prevence. Je důležité posilovat protektivní faktory, mezi které patří úprava konzumovaných potravin především vařením a dušením. Z mas jsou doporučována masa bílá a velmi vhodná je častá konzumace mořských ryb (KEIL a kol., 2012).

Velmi důležitým ochranným faktorem je dostatek vlákniny v potravě (KEIL a kol., 2012).

Vláknina působí tak, že zvyšuje pocit plnosti a sytosti, zvětšuje objem tráveniny a tím zkracuje dobu, po kterou mohou působit škodlivé látky na střevo (HABÁNOVÁ, 2012).

Dostatečné množství ovoce a zeleniny a s nimi přijímané dostatečné množství vitaminů C, D, E v potravě, které by mělo být se samozřejmostí konzumováno alespoň pětkrát denně, snad netřeba připomínat. Bohužel i v tomto směru lidé opomíjejí a nedbají na konzumaci ovoce a zeleniny. Na druhé straně je nutné připomenout starší a staré lidi, kteří by rádi konzumovali, bohužel ale finanční prostředky jim neumožňují si dostatek ovoce a zeleniny zajistit (KEIL a kol., 2012).

K primární prevenci patří udržování optimální tělesné hmotnosti, nekouřit a spotřeba alkoholu by měla být jen při výjimečných příležitostech a opravdu minimální. V neposlední řadě je nutné i omezení množství soli, které se nadužívá při dochucování jídel (SUCHÁNEK, BARKMANOVÁ, FRIČ, 2012).

4.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE

Sekundární prevence zahrnuje depistáž a dispenzarizaci. Depistáží rozumíme včasné vyhledávání nízkorizikových jedinců v celé populaci. Depistáž je rozdělena pro bezpříznakové jedince ve věku 50–54let a pro jedince ve věku 55 let a výše. U lidí ve věku do 54 let je nabízen test na okultní krvácení jednou ročně. V případě pozitivního výsledku testu následuje koloskopie. Bepříznakoví jedinci, kteří jsou starší 55 let, mají možnost volby. Buď může podstoupit každé dva roky test na okultní krvácení, nebo si může zvolit primární screeningovou koloskopii, která se opakuje po deseti letech. Cílem tohoto screeningu je včasné zachycení kolorektálního karcinomu (FALT, URBAN, VÍTEK a kol., 2015).

Na druhé straně dispenzarizace je sledování vysokorizikové skupiny občanů, kteří mají riziko vzniku onemocnění mnohonásobně vyšší než běžná populace. Jsou to především pacienti, v jejichž rodové linii se vyskytly onemocnění, mezi které řadíme kolorektální karcinom, familiární adenomatózní polypózu, hereditální nepolypózní kolorektální karcinom, idiopatické střevní záněty. Pacient však také může být v dispenzárním programu kvůli již prodělanému vlastnímu onemocnění, kdy mohl mít přítomnost a následně odstranění adenomového polypu a díky tomu je zařazen v dispenzarizaci nebo již může být po odstranění kolorektálního karcinomu a nadále je velmi pečlivě dispenzarizačním programem sledován a hlídán. Cílem dispenzárního programu je včasné odhalení recidivy nemoci a možných nově vzniklých duplicitních nádorů (KEIL a kol., 2012).

Screeningový program kolorektálního karcinomu v České republice byl spuštěn 1. 7. 2000. Česká republika se jako druhá země na světě zapojila právě do tohoto programu. Na spuštění programu se podíleli přední čeští lékaři, kteří se již touto problematikou dlouhodobě zabývali a snažili o prosazení screeningu. Mezi významná jména těchto lékařů patří prof. Přemysl Frič, prof. Miroslav Zavoral a nesmíme opomenout ani nadaci Vize 97 manželů Václava a Dagmar Havlových, která se svým úsilím též na rozjetí celonárodního programu podílela (SEIFERT a kol., 2015).

Od roku 2000 byl asymptomatickým lidem, kteří dosáhli 50 let věku, dáván guajakový test a v případě positivity tohoto testu byla prováděna koloskopie (FALT, URBAN, VÍTEK a kol., 2015).

Začátek roku 2009, konkrétně leden/2009 přinesl inovaci ve smyslu zavedení screeningové koloskopie a imunochemických testů, které jsou citlivější více než testy guajakové (FALT, URBAN, VÍTEK a kol., 2015). Bezpříznakovým jedincům ve věku 50–54 let je nabízen TOKS. V případě, že si zúčastněný jedinec test provede a výsledek je negativní, další test zopakuje opět za rok. Pokud si jedinec provede test s pozitivním výsledkem, následuje kontrolní screeningová koloskopie. Koloskopie může být s negativním i pozitivním výsledkem. Negativní výsledek screeningové koloskopie znamená pro asymptomatického jedince návrat do screeningu za 10 let. Oproti tomu při pozitivním výsledku následuje adekvátní léčba daného jedince a následná dispenzarizace (FALT, URBAN, VÍTEK a kol., 2015).

Jestliže jedinec dosáhne věku 55 let a více, tak si může zvolit, zda bude podstupovat opakované TOKS v intervalu dvou let nebo si volí primární screeningovou koloskopii v rozmezí deseti let. Pokud se rozhodne, že podstoupí TOKS, ať už gTOKS nebo FIT s výsledkem negativním, navrací se pacient do screeningového programu za 2 roky. Výsledek TOKS pozitivní znamená pro pacienta, že musí podstoupit screeningovou koloskopii. Dle jejího výsledku lékaři postupují dále. Při negativním výsledku koloskopie se pacient vrací do programu až za 10 let. V případě positivity koloskopie následuje léčba a dispenzarizace dle doporučení lékaře (FALT, URBAN, VÍTEK a kol., 2015).

Rok 2013 přinesl větší rozmach imunochemických testů před testy guajakovými (FALT, URBAN, VÍTEK a kol., 2015).

Od 1. 1. 2014 bylo v České republice zahájeno adresné zvaní všech občanů, kteří spadají do cílové populace. Adresné zvaní bylo podpořeno i mediální kampaní, aby se tyto informace dostaly více do povědomí občanů (SEIFERT a kol., 2015).

4.3 METODY SEKUNDÁRNÍ PREVENCE

Mezi metody, které se používají v první linii u sekundární prevence kolorektálního karcinomu v České republice zařazujeme guajakový test, imunochemický test a primární koloskopii. Záleží už pak na věku a volbě každého daného jedince, jakou metodu vyšetření zvolí, která je pro něj ta vhodná a pravá (KEIL a kol., 2012).

4.3.1 GUAJAKOVÝ TEST

Guajakový test je v současné době často používanou metodou vyšetření stolice na okultní krvácení. Je to velmi jednoduchá, levná metoda, která se dá kdykoliv zopakovat a nijak nezatěžuje vyšetřovaného. Metoda testu vychází z poznatku, že některé kolorektální nádory krvácejí. Velmi malé množství krve, které nemusí být vůbec okem viditelné a zaznamatelné se dostane do stolice (VORLÍČEK, ABRAHÁMOVÁ, VORLÍČKOVÁ a kol., 2012).

*Princip spočívá v reakci guajakové pryskyřice (produkt jihoamerického stromu *Guaiacum officinale*) na peroxidázovou aktivitu hemoglobinu (SEIFERT a kol., 2015, s. 53).*

V případě, že se guajaková pryskyřice dostane do kontaktu s malým množstvím krve, dochází k reakci a po laboratorním zpracování testu okénko napuštěné guajakovou pryskyřicí změni barvu na modrou. Stolicí k vyšetření jedinec zajistí odběrem vzorku ze tří stolic, které jdou za sebou. Vždy je nutné odebrat 2 vzorky z každé stolice, aby vyšetření bylo kvalitní (VORLÍČEK, ABRAHÁMOVÁ, VORLÍČKOVÁ a kol., 2012).

Před provedením Haemocultu či psaníčka je nutné, aby pacient byl ukázněný a dodržel určitou dietu, protože některé potraviny mohou test zkreslovat a výsledek by pak mohl vyjít jako falešně pozitivní. Jedná se zejména o červené maso a potraviny, které obsahují zvířecí krev (černá polévka či jelita a všechny další výrobky ze zabijačky). Vyšetřovaný si musí dát pozor také na určité druhy ovoce a zeleniny, patří sem zejména brokolice, květák, tuřín, ředkvičky, žlutý meloun a křen. Pokud je jedinec dlouhodobě anemický a užívá farmaka na podporu krvetvorby, měl by je také vynechat. To samé platí i u vysokých dávek vitamínu C. Falešnou pozitivitu testu můžeme předpokládat třeba i u pacientů s chronickou perzistující fibrilací síní, kteří jsou dlouhodobě warfarinizováni. I to může finální výsledek velmi zkreslit (SEIFERT a kol., 2015).

4.3.2 IMUNOCHEMICKÝ TEST

Imunochemické testy se začaly používat od ledna 2009. Provádí je praktičtí lékaři, a v rámci nastaveného celorepublikového screeningu je mohou provádět i gynekologové. Tyto testy mají vysokou citlivost. Odběr vzorku stolice se provádí bez dietního omezení vyšetřovaného. Není potřeba vysazovat před vyšetřením ani farmaka, které pacient trvale užívá. Vzorek pro vyšetření se odebírá a je dostačující pouze z jedné stolice, nikoliv ze tří jako tomu bylo u guajakového testu (SEIFERT a kol., 2015).

Imunochemické testy jsou založeny na principu stanovení lidského hemoglobinu ve stolici reakcí s protilátkou v testu (SEIFERT a kol., 2015, s. 58).

V rámci vyšetření imunochemickými testy je nyní v České republice uznána a plně respektována hladina citlivosti 75–100ng/ml (SEIFERT a kol., 2015).

4.3.3 PRIMÁRNÍ KOLOSKOPIE

Endoskopické vyšetření tlustého střeva je uznávané stále jako zlatý standard a koloskopie může být využita v rámci jednostupňového programu či jako dvoustupňový screening, který následuje po TOKS+ (FALT, URBAN, VÍTEK a kol., 2015).

Koloskopie zahrnuje vizuální vyšetření celého tlustého střeva až po bauhinskou chlopeň. Je to vyšetření, u kterého se dá při nálezu podezřelých lézí či polypů odebrat vzorek či udělat přímo polypektomii. Jako na každé jiné vyšetření, aby bylo kvalitní, je nutná kvalitní příprava střeva. Příprava před vyšetřením spočívá v dietním a farmakologickém omezení jedince, které musí dodržet, a následuje podání laxativního přípravku (SEIFERT a kol., 2015).

Preparátů k přípravě střeva je celá řada a pro každého pacienta je vhodný jiný přípravek, ať už z důvodu onemocnění ledvin či alergií a proto by tuto skutečnost měl respektovat i lékař, který vyšetření indikuje. Nejznámějším preparátem používaným k přípravě střeva před koloskopií je Fortrans, dále Picoprep, Moviprep a nově používaný Eziclen. Dříve hojně používané fosfátové soli jsou již dnes na ústupu (SEIFERT a kol., 2015).

Pokud již jedinec má s koloskopií z minulosti zkušenost a vyšetření špatně snášel, je zde možnost sedace při vyšetření či celkové anestezie (FALT, URBAN, VÍTEK a kol., 2015).

Jako při každém jiném vyšetření, tak i při koloskopickém vyšetření mohou nastat komplikace, kterých se bojí nejen vyšetřující lékař, ale celý tým. Mezi nejobávanější komplikaci patří perforace vyšetřovaného střeva, která je i přes rychlý zásah lékařů spojená s následným rizikem sterkorální peritonitidy. Nezanedbatelné je i riziko kardiopulmonálních komplikací. K těm dochází často u sedovaných pacientů a mezi nejčastější řadíme hypoxemii a hypotenzi. V případě provedení polypektomie může následně nastat další komplikace a tou je opožděné krvácení. Z dalších komplikací, která by při dodržení všech zásad nastat neměla, ale úplně vyloučit se nedá jsou infekční komplikace. Dále autor uvádí trauma sleziny, které může nastat při obtížném zavádění a manipulaci s koloskopem. Velmi vzácnou, ale možnou komplikací je kolonická exploze, která nastává při nahromadění vodíku a metanu ve střevě a současném použití kauterizace. Uvážnutí koloskopu při vyšetření může být příčinou

perforace střeva. Bolestivá komplikace projevující se tenesmy a krvavým průjmem během 2 dnů po výkonu se jmenuje akutní kolitida. Je doprovázena i otokem sliznice střeva (FALT, URBAN, VÍTEK a kol., 2015).

Všechna výše uvedená vyšetření se snaží zbrzdit neustále narůstající trend onemocnění kolorektálním karcinomem, ve kterém, se Česká republika již dlouhodobě udržuje na špičce evropských i světových statistik. Proto je velmi důležité neustále šířit osvětu mezi lidmi a snažit se o co největší účast v preventivním programu kolorektálního karcinomu. Informace mohou lidé v dnešní době najít nejen v letácích, brožurách, knihách, ale velký zdroj informací skýtá i internet. Samozřejmě je nutné pečlivě vybírat, některé internetové odkazy jsou kvalitní, některé bohužel méně. Jednou z kvalitních stránek, která poukazuje na screening kolorektálního karcinomu v České republice, je www.kolorektum.cz. Zde se laická i odborná veřejnost dozví, co vlastně obnáší toto onemocnění, jaké jsou rizikové faktory, epidemiologii kolorektálního karcinomu, seznámí se s diagnostikou a léčbou a co je nejdůležitější – seznámí se, co obnáší a jak probíhá preventivní program v České republice. Pokud mají lidé zájem dozvědět se podrobnější epidemiologická data a to, jak si jako národ stojíme s onemocněním kolorektálním karcinomem ve světě, jsou pro ně připraveny stránky Národního onkologického registru, které jsou pravidelně aktualizovány. Jedná se o stránky www.svod.cz. Zdrojem ucelených informací o nemoci, jak pro pacienty, tak pro jejich blízké jsou oficiální stránky České onkologické společnosti – www.linkos.cz. Poslední dvě stránky, které se snaží o zvýšení informovanosti občanů v prevenci a screeningu kolorektálního karcinomu jsou www.onkomajak.cz a v případě, že již pacient onemocněl a má vytvořenou stomii, nalezne pomoc a podporu stejně postižených lidí na stránkách www.ilco.cz. Život je moc krátký na to, abychom s ním mohli hazardovat. Proto si vážme toho, co máme, chraňme to a neberme to jako samozřejmost (DUŠEK, 2012).

Zachránit lidský život je víc, než postavit sedmipatrovou pagodu.

Prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc.

5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMEM

Cílem praktické části bakalářské práce byl detailní popis ošetrovatelské péče u pacienta s karcinomem rekta, druhým cílem bylo vyřešení akutní bolesti pacienta po operaci a třetí cíl byl vytvoření informační brožury. V praktické části práce jsme rozpracovali konkrétní případ pacienta s karcinomem rekta. Ošetrovatelský proces jsme rozpracovali ve všech jeho pěti fázích. Ošetrovatelské diagnózy jsme stanovili podle knihy HERDMAN, KAMITSURU (2015). Z důvodu respektování zákona o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb., jsme neuváděli údaje pacienta, pomocí kterých by mohl být pacient identifikován. Pacient potvrdil ústním souhlasem zpracování údajů pro tuto bakalářskou práci. Pacient byl přijat dne 10. 10. 2016 na chirurgické oddělení. Dne 11. 10. 2016 byl operován a následně z operačního sálu byl přijat na ARO. V práci popisujeme ošetrovatelskou péči o pacienta během jedné pracovní směny dne 12. 10. 2016 na ARO.

5.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE:

Jméno a příjmení: XY	Pohlaví: Muž
Datum narození: /	Věk: 70 let
Adresa bydliště a telefon: /	Číslo pojišťovny: 111
Adresa příbuzných: /	Zaměstnání: Důchodce
Rodné číslo: /	Státní příslušnost: ČR
Vzdělání: Vyučen zámečnickem	Typ přijetí: Plánované
Stav: Ženatý	Ošetřující lékař: /
Datum přijetí: 11. 10. 2016	Oddělení: ARO

Důvod přijetí udávaný pacientem: *Nic mi nebylo, nic jsem nepociťoval- žádné problémy ani bolesti. Přišel mi papír – pozvánka na vyšetření stolice od pojišťovny. Psali tam, že se mám dostavit na test. Tak jsem šel k praktickému lékaři a první test mi vyšel pozitivní, tak jsem k němu šel ještě pro jeden a ten byl zase pozitivní. Odeslal mě do nemocnice na endoskopii, tam mi zjistili o co jde. Ještě jsem prošel ultrazvukem a CT a už jsem šel na operaci.*

Medicínská diagnóza hlavní:

- Zhoubný novotvar konečníku – recta C20

Medicínské diagnózy vedlejší:

- I259 Chronická ischemická nemoc srdeční, stp. SKG pro NAP – nemoc 1 tepny
- I340 Insuficience mitrální chlopně
- I10 Esenciální (primární) hypertenze
- E780 Čistá hypercholesterolemia
- K219 Gastroesofageální refluxní onemocnění bez esofagitidy

5.2 HODNOTY ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU DNE 11. 10. 2016

TK: 187/75 - hypertenze

VÝŠKA: 175cm

P: 78' – norma

HMOTNOST: 90kg

D: 16 - norma

BMI: 29,4 - nadváha

TT: 36,0 - afebrilní

POHYBLIVOST: Nyní omezená

STAV VĚDOMÍ: Ovlivněno CA ze sálu

ORIENTACE: Vliv doznívající anestezie

ŘEČ, JAZYK: Ovlivněn CA ze sálu

KREVNÍ SKUPINA: 0 Rh+

NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ: Pacient, kterému je 70 let je přijat na chirurgické oddělení k plánovanému operačnímu výkonu pro zhoubný novotvar konečníku, který byl zjištěný koloskopicky v srpnu 2016. Po standartní předoperační přípravě je na operačním sále provedena laparoskopická resekce postiženého úseku a provedena end – to – end anastomóza. Vzhledem k povaze výkonu a nutnosti pooperační umělé plicní ventilace je pacient přijímán na anesteziologicko – resuscitační oddělení.

INFORMAČNÍ ZDROJE:

- Zdravotní dokumentace
- Pacient
- Rodina
- Lékař

5.3 ANAMNÉZA ZE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

Rodinná anamnéza

Matka zemřela v 80 letech stáří. Otec zemřel v 54 letech na nádorové onemocnění. Pacient vyrůstal společně se 2 bratry, bohužel ti jsou již nyní mrtví. Pacient má tři děti – dceru a dva syny a všichni již mají své vlastní rodiny a jsou zdraví.

Osobní anamnéza

Pacient prodělal běžné dětské nemoci. O roku 2008 se léčí s esenciální hypertenzí. V srpnu 2008 hospitalizován na interním oddělení ve Slaném, odkud byl odeslán pro NAP – nemoc 1 tepny do nemocnice Na Homolce na časnou scintigrafickou koronarografii. Vyšetření SKG je provedeno dne 16. 9. 2008 a pacientovi je primoimplantován metalický stent do postižené cévy. Pro progresi angiózních potíží a pozitivní ergometrické vyšetření je pacient znovu odeslán 13. 9. 2013 opětovně k reSKG. Úrazy kromě drobných běžných oděrek pacient žádné neudává. Transfuzi nikdy žádnou nedostal, v případě potřeby ji neodmítá. Očkování – jako dítě má pacient všechna povinná očkování splněna, v dospělosti se dle svých slov nenechával očkovat na nic.

Tabulka 1 LÉKOVÁ ANAMNÉZA (CHRONICKÁ MEDIKACE)

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Anopyrin	Tableta	100mg	1-0-0	Antiagregantium
Egilok	Tableta	25mg	1-0-1	Betablokátor
Tritace	Tableta	10mg	½-0-0	ACE inhibitory
Torvacard	Tableta	20mg	0-0-1	Statiny

Zdroj: Dokumentace pacienta, 2016

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Pacient přiznává alergii na Penicilin, která se dle jeho slov u něj projevuje otokem obličeje, zhoršeným dýcháním a otokem horních končetin. Alergii na potraviny či chemické látky pacient neguje.

ABÚZY

Alkohol pacient pije příležitostně při oslavách, jinak si něj nepotrpí. Přiznává, že kouří, vykouří 10 cigaret denně. Kávu si dá rád 3 krát denně. Kávu má spojenou s cigaretou, takže si u kávy i zakouří. Léky užívá pouze ty, co má předepsané lékařem, jiné ne. Užívání drog pacient neguje.

UROLOGICKÁ ANAMNÉZA

Pacient se neléčí s žádným urologickým onemocněním. Občas se snaží o samovyšetření varlat, ale nepravidelně. Urologa nenavštěvuje.

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Pacient je ženatý. V manželství je spokojený a vztahy v rodině jsou dobré. Žije s manželkou v domě se zahradou. Často je tam navštěvuje jejich dcera a dva synové s vnoučaty, z kterých má pacient velkou radost. Ze zálib má rád zahradu, kde je pořád hodně práce. S oblibou pěstuje stromky a plodiny k jídlu a rád si zajde do lesa na houby. V zimě, když je venku brzo tma se podívá na vědomostní soutěže v televizi.

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Vzděláním je vyučen v ČKD Slaný jako zámečnický dělník. Celý život zámečnický dělník dělal a nyní je již od dubna 2016 ve starobním důchodu. Vztahy na pracovišti měl vždy dobré, nepamatuje si na nějaké hádky či rozepře. Na ekonomické zajištění si nestěžoval, teď je zvědavý na důchod.

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Pacient nevyznává žádnou víru, je ateista.

Chirurgická léčba: 11. 10. 2016 byl pacient s histologicky prokázaným karcinomem rekta v dosahu prstu na zadní stěně (v 6 cm) operován. Byla mu provedena

laparoskopická resekce karcinomu rekta a byla provedena anastomosa end – to – end a zaveden Redonův drén. Pooperačně byl pacient uložen na ARO.

5.4 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU 12.10. 2016 (2. den hospitalizace a 1. pooperační den)

- HLAVA – normocefalická, bez známek úrazu či poranění, pokleповě nebolestivá, příušní žlázy nejsou zvětšeny, vlasy jsou jemné, prořídle šedé až šedobílé barvy
- OČI – oči jsou symetrické, spojivky růžové bez výtoků, skléry bílé, zorničky mají okrouhlý tvar a jsou izokorické, duhovka má zelenomodrou barvu, bulby jsou ve středním postavení, fotoreakce ++, oční víčka jsou bez známek otoků
- UŠI, NOS – uši i nos jsou čisté, bez sekrece, výtoků či jiných známek infekce, symetrické
- RTY – rty má pacient plné, souměrné, růžové barvy, ústní koutky jsou bez známek infekce
- DÁSNĚ, SLIZNICE DÚ – růžové barvy, prokrvené, bez známek aftů či jiné infekce, zápach z úst pacienta nezaznamenávám
- JAZYK – vlhký, růžové barvy, jazyk plazí středem, bez známek infekce
- TONZILY – nehmatné, nezvětšeny, v normě
- CHRUP – pacient má horní a dolní zubní protézu, vlastní chrup již nemá
- KRK – uzliny na krku nezvětšeny, štítná žláza je v normě, nezvětšena, karotidy tepou symetricky, krční páteř je volně pohyblivá
- HRUDNÍK – širší, symetrický, bez deformit či známek poranění, kůže na hrudníku je neporušená, jizvy nejsou přítomny
- PLÍCE – dýchání je čisté, poslechově sklípkové, bez vedlejších dech. fenoménů, po extubaci je pac bez stridoru
- SRDCE – občasná lehká tachykardie, nyní je akce srdeční pravidelná, klidná bez patologií
- BŘICHO – břicho je souměrné, měkké, prohmatné, palpačně citlivé a bolestivé, operační rány po laparoskopickém výkonu ze dne 11. 10. 2016 jsou kryté sterilním materiálem a ten je lehce prosáklý

- JÁTRA – nezhvětšena, palpačně nebolestivá, nezasahují přes pravý oblouk žeberní
- SLEZINA – nehmatná, nebolestivá, nezhvětšená
- GENITÁL – čistý, odpovídající věku pacienta, bez pozoruhodností
- UZLINY – nehmatné, nezhvětšeny
- PÁTEŘ – fyziologicky zakřivená, hybnost páteře odpovídá věku pacienta, palpačně lehce bolestivá
- KLOUBY – bez otoků, lehká bolestivost v kolenních a kyčelních kloubech
- REFLEXY – odpovídají věku pacienta, v normě
- ČITÍ – v normostavu
- PERIFERNÍ PULZACE – dobrá, v normě
- VARIXY – křečové žíly nejsou přítomny
- KŮŽE – barva kůže je bledší, bez ikteru, prokrvená, hydratovaná, turgor dobrý, kůže je po těle bez defektů, kromě čerstvých operačních ran, na kůži nejsou známky infekce
- OTOKY – horní i dolní končetiny jsou bez otoků, akra jsou teplá, pulsace na dolních končetinách hmatná

Spolupráce s pacientem při tělesné prohlídce byla bez komplikací, spolupracoval rád a byl potěšen zájmem o svou osobu a občas se i se zájmem zeptal na doplňující otázku, která ho napadla a na kterou by rád znal odpověď.

5.5 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II

Posouzení ze dne 12. 10. 2016 (2.den hospitalizace a 1. pooperační den)

1. Podpora zdraví – Uvědomování si zdraví, management zdraví

Subjektivně: *Zdraví je nejvíc co mám, to už dneska vím moc dobře. Popravdě, kdyby šel vrátit čas trochu zpátky, pár věcí bych dneska udělal jinak, ale to prostě bohužel nevrátíte, ani Vy ani já. Na tohle člověk přijde až s přibývajícimi roky. To víte, že o tom svém zlovyku vím. Kouřím dlouho, několikrát jsem se snažil s tím přestat, ale v tomhle věku, už toho teď asi moc nenadělám. Jsem moc rád, že mi na ten nádor přišli lékaři včas, život je opravdu krásný a nikomu se odtud nechce.*

Budu poslouchat co mi řeknou, aby se mi rány dobře zahojily, nezanítily se a abych mohl brzo domů. Přece jenom doma je doma a to nemocniční prostředí se mi moc nelíbí.

Objektivně při hospitalizaci: Pacient si uvědomuje vážnost nastalé situace, poslouchá a dbá rad lékařů a sester, chce se brzy vrátit domů. Nemocniční prostředí mu nedělá moc dobře, necítí se v něm nejlépe. I přes to, že si uvědomuje důležitost zdraví, kouření pokud to půjde, hodlá jen omezit.

Ošetrovatelský problém: Poškozování vlastního zdraví špatným životním stylem
Priorita: Střední

2. Výživa- Příjem potravy, trávení, vstřebávání, metabolismus, hydratace

Subjektivně – *Doma jsme vždycky jedli českou kuchyni, už jako kluk jsem jí měl moc rád. A pak co jsem se oženil, manželka vaří moc dobře, nejradši mám omáčky s knedlíkem a řízek je prostě řízek. Teď už mám sice zubní protézu, ale to mě nijak neomezuje, v tom si ho dát. Trávení jsem měl celý život dobré, jen teď v poslední době před tou operací mi občas bylo těžko. To víte, celý život jsem byl při těle, občas manželka hubovala, že bych s tou váhou měl alespoň trošku něco dělat, ale jinak je to moc hodná ženská, má zlaté srdce. Přes den se i doma snažím vypít alespoň ty 2 litry, jak říkají. Někdy to vypiju, někdy ne. Nejradši mám úplně obyčejnou vodu ze studny, těch slazených šťáv a vod se nenapiju, mám po nich ještě větší žízeň.*

Objektivně – Pacient sám si je vědom své celoživotní nadváhy, má 90 kilogramů, měří 175 centimetrů. Pokud si vypočítáme BMI vyjde nám výsledek 29,4, což značí nadváhu. Pacient je dnes 1. den po operaci, lékař naordinoval k dietě bujón. K obědu snědl pár lžic bujónu, následně talíř odsunul, že už nemá chuť. Tekutiny již má pacient povoleny volně, popíjí si čaj, vypije okolo 1,5 litru tekutiny denně a k tomu má pacient přidáný sipping. Sippingem vypije navíc k pitnému režimu dva Nutridrinky denně. Pochvaluje si je, chutnají mu. K hydrataci pacienta lékaři přispívají i parenterálním přívodem tekutin.

Ošetrovatelský problém: Neschopnost snížení tělesné hmotnosti

Použitá měřicí technika: BMI

Priorita: Střední

3. Vylučování a výměna – funkce močového systému, funkce gastrointestinálního systému, funkce kožního systému, funkce dýchacího systému

Subjektivně – *S močením jsem problém neměl, je pravdou, že teď už na ten záchod chodím častěji než dříve, ale problém nemám. Horší to bylo v poslední době s tou stolicí, střídal se mi průjem se zácpou a občas se mi tam objevila i krev. Nejdřív jsem si říkal, když jsem měl ten průjem, že jsem asi něco špatného snědl, ale jak se tam začala objevovat ta krev, a bylo to stále častěji, to už jsem se bál. A jsem moc rád, že jsem na to vyšetření šel, taky už bych tady dneska třeba nemusel být. Kůži mám snad dobrou, občas je sušší, tak mi žena dá krém na namazání, ale problém jsem s ní nikdy neměl. To dýchání je jak kdy a taky podle počasí, někdy je to lepší, někdy horší. Občas mě potrápí kašel.*

Objektivně – Nyní, co je pacient přijatý po operaci na oddělení má zavedený Tiemannův permanentní katetr velikosti 18Fr, moč má čistou, bez příměsí, zápachu či jiných patologií. Gastrointestinální systém se též začal rozebíhat. Tekutiny měl pacient povoleny volně a snaží se dodržovat pitný režim. Nauzeu nepocíťoval a nezvracel. Od lékaře měl pacient k dietě naordinovaný bujón. Větry pomalu začaly odcházet a odpoledne si pacient řekl o podložní mísu. Barva kůže pacienta se oproti předešlému dni vylepšila, i laboratorní hodnota hemoglobinu stoupla. Kožní turgor v normě. Dýchání pacienta je nyní klidné, dechová frekvence je 16, což odpovídá normálu.

Ošetrovatelský problém: Neschopnost dojít si na toaletu

Priorita: Nízká

4. Aktivita – odpočinek, spánek a odpočinek, aktivita, cvičení, rovnováha energie, kardiovaskulární – pulmonální reakce, sebek péče

Subjektivně – *Doma jsem spal bez problémů. Každý den v 19.30 hodin žena uvařila kávu, společně jsme ji u večerních zpráv vypili. Potom jsem si odkoukal seriály a okolo půlnoci jsem šel spát. Doma jsem usínal bez problémů, žádné léky na spaní jsem nepotřeboval a nikdy jsem je po lékaři ani nevyžadoval. Jenže doma byl klid a tady v nemocnici si moc neodpočinu, pořád tady pípají monitory a není tady klid ani v noci. Ale těch pár dní to vydržím a pak už půjdu domů. A pak už se těším na svou zahradu, posezení se ženou na ní a taky mě moc baví houbaření.*

Objektivně – Pro pacienta je nemocniční prostředí stresující, moc si zde v noci neodpočine. Je zvyklý spát v klidu a ve tmě. Ruší ho monitory a noční světlo. Po ránu vypadá unaveně a nekvalitně prospanou noc má tendenci občas dospávat během dopoledních hodin. V průběhu dopoledne dochází fyzioterapeutka, která s pacientem rehabilituje. Dnes se snažili o vertikalizaci, sed, stoj a pomalou chůzi po oddělení. Pacient má strach, aby se mu nezatočila hlava a neupadl při rehabilitaci. Dnes byl vyhodnocen i Barthelové test základních denních činností s výsledkem 75, což poukazuje na lehkou závislost. V odpoledních hodinách pak čeká na návštěvu rodiny, na kterou se moc těší, která mu každý den donese denní tisk a ten si pak rád se zájmem pročte. Pokud je pacient bez bolesti a odpočatý, zeptá se, zda by si mohl na chvíli zapnout televizi, většinou to bývá na zprávy, aby byl v obraze a mohl sledovat co se děje u nás i ve světě.

Ošetřovatelský problém: Nedostatečný odpočinek a spánek

Neschopnost umýt se

Neschopnost dojít si na toaletu

Použitá měřicí technika: Barthelové test

Priorita: Střední

5. Percepce/kognice, pozornost, orientace, kognice, komunikace

Subjektivně – *Jsem orientovaný. Vím, kde jsem a známé lidi také poznávám. S komunikací a řečí si myslím, že problém nemám, když jsem potřeboval, tak jsem se v životě vždycky domluvil.*

Objektivně – Pacient je plně orientovaný místem, časem i osobou. Je si plně vědom toho, co se kolem něho odehrává. S pozorností problém nemá. Komunikuje bez potíží verbálně i neverbálně, a pokud se chtěl pacient zeptat na něco, co ho zajímalo, nebál se dotázat lékaře při vizitě či všeobecné sestry během péče o něj.

Ošetrovatelský problém: V této oblasti pacient nemá žádný ošetrovatelský problém
Priorita: –

6. Sebepercepce – sebepojetí, sebeúcta, obraz těla

Subjektivně – *Myslím si, že jsem byl vždy společenský, k lidem vstřícný a povahou spíše extrovert. Nikdy jsem se neuzavíral sám do sebe, a pokud se něco stalo, patřím prostě k těm lidem, kteří to ze sebe potřebují vyventilovat. Úctu jsem si udržoval celý život jak k sobě samému, tak k druhým lidem. Slušný a pracující člověk si úctu zaslouží vždycky. To víte, s nadváhou bojuji celý život, máme to dané i geneticky, ale je i pravdou, že jsem rád jedl. Nějaké to kilo dolů by bylo dobré shodit, to si moc dobře uvědomuji. Několikrát mi to říkala i manželka, že by bylo dobré něco shodit. Je moc hodná, dochází teď za mnou do nemocnice, moc se na ní i zbytek rodiny každý den těším. A nejvíc se těším na to, až mě pan doktor pustí domů. Budu ve svém, v klidu a soukromí a pak se i vyspím.*

Objektivně – Pacienta vnímám jako extroverta, který si snaží udržet dobrou náladu a vstřícné chování je pro něj prioritou. Je to optimista a temperamentem bych ho zařadila jako sangvinika – snaží se být čilý, dobromyslný a vřelý. Uvědomuje si důležitost pobytu v nemocnici a velmi se těší domů. V nemocnici ho každý den navštěvuje manželka. Je mu velkou oporou, a ač se o něj velmi bojí, nedává to na sobě před pacientem znát a působí na něj klidným dojmem. Pacient má nadváhu, je si jí vědom a rád by pár kil shodil dolů.

Ošetrovatelský problém: V této oblasti pacient nemá žádný ošetrovatelský problém

Priorita: –

7. Vztahy mezi rolemi – role pečovatелů, rodinné vztahy, plnění rolí

Subjektivně – *Vztahy v rodině jsme měli dobré, i s bratry z mé strany, dokud byli živi. Myslím, že vždy jsme si oboustranně vyhověli. Opravdu si nejsem vědomý nějakých zbytečných sporů nebo hádek. Na tohle je život opravdu moc krátký. Snažili jsme se k tomu se ženou vést i na naše dva syny a dceru a nechci nic zakřiknout, ale myslím, že jsme je vychovali dobře. Jsou z nich slušní lidé, mají vlastní rodiny a k lidem se chovají s úctou. Mezi sebou mají vztahy hezké a vzájemně se navštěvují a nám pomáhají u domu, když je potřeba.*

Objektivně – Při návštěvách je vidět, že pacient má se svou manželkou a svými dětmi opravdu dobré a pěkné vztahy. Nestalo se, že by při návštěvě na sebe zvedli hlas či dokonce návštěvu ukončili předčasně. Primární rolí je pacient muž, sekundární rolí je manžel, otec, dědeček, důchodce a soused. Terciální rolí je houbař, zahrádkář. Pacient je od 4/2016 ve starobním důchodu.

Ošetrovatelský problém: V této oblasti pacient nemá žádný ošetrovatelský problém

Priorita: –

8. Sexualita – sexuální funkce, reprodukce

Subjektivně – *Za svého mládí jsem holky proháněl, to je pravda. Pak jsem se seznámil s mojí manželkou. Nemůžu si na nic stěžovat, máme tři děti.*

Objektivně – Pacient nikdy se sexuálními funkcemi problém neměl, pohlavně přenosnou chorobou netrpí. Občas se snaží o samovyšetření varlat, ale nepravidelně.

Ošetrovatelský problém: V této oblasti pacient nemá žádný ošetrovatelský problém

Priorita: –

9. Zvládání/tolerance zátěže – posttraumatické reakce, reakce na zvládání zátěže, neurobehaviorální stres

Subjektivně – *I přesto, že ze svých předešlých hospitalizací v nemocnici nemám žádné negativní zkušenosti, mám z nemocničního prostředí trochu strach. A myslím, že nejsem jediný. Moc dobře vím a uvědomuji si, proč jsem tady. V první chvíli to byl pro mě šok při sdělení diagnózy. Báł jsem se moc a lhal bych, kdybych řekl, že to tak nebylo. Nejvíc mě v těchto chvílích podpořila právě moje milovaná žena a moje děti. Víím, že každý jednou musíme odejít a na všechny ta smrt čeká, v tomhle je jediná spravedlnost na světě a nikdo tomu neuteče, ale chtěl bych tady přece jenom ještě pár let být. Vždyť na tom světě je krásně. Snažím se dodržovat rady lékařů, abych se dostal co nejdříve domů.*

Objektivně – Na pacientovi je vidět, že se v nemocničním prostředí necítí dobře. Negativní zkušenost si pacient z předešlých hospitalizací žádnou nenes, přesto se chce co nejdříve dostat domů, a proto poslouchá rad lékařů, aby to bylo co nejdříve. Je si vědom závažnosti své diagnózy.

Ošetrovatelský problém: Obavy a strach

Priorita: Nízká

10. Životní principy – hodnoty, přesvědčení, soulad hodnot/přesvědčení/jednání

Subjektivně – *Životní hodnoty mám srovnané. Jsem ateista.*

Objektivně – Pacient nevyznává žádnou víru, podporu nalézá v rodině.

Ošetrovatelský problém: V této oblasti pacient nemá žádný ošetrovatelský problém

Priorita: –

11. Bezpečnost – ochrana, infekce, fyzické poškození, násilí, environmentální rizika, obranné procesy, termoregulace

Subjektivně – *Operační rány je důležité udržovat v čistotě, aby se dobře hojily a já mohl jít brzo domů. Sestřička mi říkala, že na rány si nesmím sahat a pokud bych se točil na bok nebo vstával z postele nebo kašlal, je nutné si ránu držet, aby nepopraskaly stehy. Je pravda, že břicho ještě zabolí a je citlivé, hlavně při vstávání a po rehabilitaci. Vím, že mám zavedenou hadičku do páteře, ve které mi kape nějaká látka proti bolesti. Pan doktor říkal, že pokud by ta bolest nešla vydržet, mám si říct, a buď by to zvednul, nebo by mi něco přidal. V pravé ruce mám zavedenou hadičku, tam mi kape kapačka. Sestřička mi říkala, pokud by mě ta ruka začala pálit nebo štípat, abych to okamžitě nahlásil. Zatím je to pořádku, nic mě nepálí, ani neštípe. Svoji alergii na Penicilin radši hlásím všude, kam přijdu, nerad bych otekl a dusil se.*

Objektivně – Operační rány jsou převazovány přísně asepticky a kontrolovány každé ráno. Rány se hojí per primam. Redonův drén odvedl serosanguinolentní tekutinu v množství 150ml. Břicho je citlivé a na bolest si pacient stěžuje hlavně po rehabilitaci a vertikalizaci z lůžka. Do epidurálního prostoru má pacient zavedený epidurální katetr, v němž běží kombinace lokálního anestetika - Marcainu a opiátu - Sufenty na tlumení pacientových bolestí.

V pravé horní končetině je 2. den zavedená chiraflexa, je v klidu a nejeví žádné známky infekce. Převaz invazivního vstupu se děje též přísně asepticky. Dále má pacient zavedený permanentní močový katetr velikosti 18 Frenchů, ústí močové trubice je bez známek infekce, katetr odvádí čistou moč v dostatečném množství.

Pacient má při vertikalizaci s fyzioterapeutkou občasný pocit vertiga.

Ošetrovatelský problém: Poškození tkáňové celistvosti

Možné zanesení infekce díky zavedeným invazivním vstupům a operační ráně

Neschopnost udržet tělesnou rovnováhu

Priorita: Nízká

12. Komfort – tělesný komfort, komfort prostředí, sociální komfort

Subjektivně – *Komfort budu mít až doma. V nemocničním prostředí se necítím dobře a budu rád, až odtud odejdu domů. Pořádně se tady ani nevyspím a neodpočinu si tady. Dospím to pak doma.*

Objektivně – Pacientovi prostředí nemocnice nevyhovuje, nevyspí se zde a necítí se odpočínutý. Po rehabilitaci si stěžuje na bolest operační rány, kterou na vizuální analogové škále hodnotí po rehabilitaci stupněm 3–4/10 na VAS. Pacientovi je po domluvě s lékařem podáno analgetikum, nabídnuta změna polohy a led. Po podání analgetik a s časovým odstupem znovu vyhodnocení VAS pacient udává úlevu od bolesti a bolest je hodnocena stupněm 1–2/10 na VAS.

Ošetrovatelský problém: Pooperační bolest

Tělesné nepohodlí

Použitá měřicí technika: VAS

Priorita: Střední

13. Růst/Vývoj

Subjektivně – *V dětství jsem se vyvíjel a rostl dobře jako normální kluk.*

Objektivně – Nelze vyhodnotit.

Ošetrovatelský problém: V této oblasti pacient nemá žádný ošetrovatelský problém

Priorita: –

5.6 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření: Při hospitalizaci pacienta na ARO byly vyžadovány každé ráno krevní odběry (biochemie, hematologie, koagulace a hodnoty krevních plynů). Dále bylo naordinováno EKG. Během každého dopoledne probíhalo chirurgické konsilium s převazem a kontrolou operační rány a kontrolu odvedené sekrece v drénu. Samozřejmostí bylo i sledování vitálních funkcí, které se zapisovaly každou hodinu.

Sledování příjmu a výdeje tekutin probíhalo po osmi hodinách. Důraz byl kladen na sledování bolesti a odchod plynů a stolice.

Výsledky vyšetření:

Tabulka 2 Výsledky krevních rozborů ze dne 12. 10. 2016 (2. den hospitalizace)

Sérum/Plazma(krev)	Výsledek	Rozměr	Ref.meze
Sodík	141	mmol/l	136-145
Draslík	4,4	mmol/l	3,8-5,3
Chloridy	106	mmol/l	96-106
Vápník	2,05	mmol/l	2,15-2,60
Fosfor	0,96	mmol/l	0,85-1,60
Urea	4,2	mmol/l	2,8-11,9
Kreatinin	74	umol/l	62-115
Kys. Močová	342	umol/l	200-420
Celková bílkovina	55	g/l	65-80
Albumin	35	g/l	38-58
Bilirubin celkový	12	umol/l	0-17
ALT	0,46	ukat/l	0,12-1,10
GMT	0,32	ukat/l	0,00-0,85
ALP	1,00	ukat/l	0,80-2,60
AST	0,45	ukat/l	0,00-0,70
AMS	2,58	ukat/l	0,47-1,70
Cholesterol	2,7	mmol/l	2,9-5,0
Triacylglyceroly	0,77	mmol/l	0,45-1,70
Glukóza	6,1	mmol/l	3,3-5,6
Osmolarita v séru	286	mmol/kg	275-295
CRP	33,0	mg/l	0,0-5,0
Hematologie (krev)			
Erytrocyty	3,4	10 ¹² /l	4,0-5,8
Hemoglobin	120	g/l	135-175
Hematokrit	0,350	l	0,400-0,500
Leukocyty	9,3	10 ⁹ /l	4,0-10,0
Lymfocyty	20,3	%	20,0-45,0

Trombocyty	177	10 ⁹ /l	150-400
Koagulace(krev)			
Quick(INR)	1,30	1	0,80-1,20
APTT	29,2	S	26,0-35,0
Krev ABR			
Ph	7,399	-	7,360-7,440
pCO ₂	5,64	KPa	4,80-5,90
pO ₂	10,27	KPa	9,90-14,40
HCO ₃ aktuální	25,7	mmol/l	20,0-26,0
HCO ₃ standartní	24,7	mmol/l	20,0-26,0
Base excess ECT	0,6	mmol/l	-2,5-2,5
Frakční saturace O ₂	96	%	

Zdroj: Dokumentace pacienta, 2016

Výsledek EKG vyšetření ze dne 12. 10. 2016 : Pacient má normální, sinusový rytmus.

Výsledek chirurgického konsilia ze dne 12. 10. 2016 :

Pacient je 1. den po laparoskopicky řešené nízké resekci rekta. Přiznává bolestivost, ještě nauzea, nadále epidural. katetr ponechat, popíjí čaj. KP kompenzovaný, diuréza dostatečná, moč čirá. Rány klidné, neprosakují, hematom v okolí rány nad symfýzou, drén dnes odvedl 150ml krvavého sekretu. Doporučuji vertikalizaci dle možností pacienta, analgetika, dieta možno bujón a zítra kaše.

Tabulka 3 Výsledky krevních rozborů pacienta ze 13. 10. 2016 (3. den hospitalizace)

Sérum/Plasma(krev)	Výsledek	Rozměr	Ref.meze
Sodík	139	mmol/l	136-145
Draslík	4,5	mmol/l	3,8-5,3
Chloridy	104	mmol/l	96-106
Vápník	2,22	mmol/l	2,15-2,60
Urea	3,7	mmol/l	2,8-11,9
Kreatinin	71	umol/l	62-115
Bilirubin celkový	14	umol/l	0-17

ALT	0,86	ukat/l	0,12-1,10
GMT	0,37	ukat/l	0,00-0,85
ALP	1,10	ukat/l	0,80-2,60
AST	0,88	ukat/l	0,00-0,70
Glukóza	5,9	mmol/l	3,3-5,6
Osmolarita v séru	294	mmol/kg	275-295
CRP	200,3	mg/l	0,0-5,0
Hematologie(krev)			
Erytrocyty	3,9	10 ¹² /l	4,0-5,8
Hemoglobin	135	g/l	135-175
Hematokrit	0,401	1	0,400-0,500
Leukocyty	13,3	10 ⁹ /l	4,0-10,0
Trombocyty	186	10 ⁹ /l	150-400
Koagulace (krev)			
APTT	33,1	S	26,0-35,0
APTT-index	1,20	1	0,80-1,20

Zdroj: Dokumentace pacienta, 2016

Konzervativní léčba:

Gastrointestinální trakt pacienta byl dle přání operatéra zatěžován pomalu a postupně.

Dieta: 11. 10. 2016 – po extubaci tekutiny po lžičkách, dieta 0s - čajová

12. 10. 2016 – tekutiny volně, dieta bujón

Pohybový režim: Po operaci nácvik posazování s dopomocí, vstávání s dopomocí.

Fyzioterapie: Od 12. 10. 2016 byla zajištěna fyzioterapeutka, se kterou se pacient pokoušel o nácvik vertikalizace s dopomocí, sed a stoj a postupnou chůzi po oddělení. Přístup pacienta k fyzioterapii byl aktivní, snažil se vyhovět všem pokynům fyzioterapeutky. I přesto, že první fyzioterapie nebyla dle pacientových představ, byl velmi snaživý a šikovný. Den od dne se fyzioterapie následně zlepšovala.

Medikamentózní léčba ze dne 12. 10. 2016 (2. den hospitalizace a 1. pooperační den)

Tabulka 4 Medikamentózní léčba ze dne 12. 10. 2016

Název léku	Forma/cesta podání	Síla	Dávkování	Skupina
Almiral	Intravenózní		Po 12 hodinách	Antirevmatikum Antiflogistikum
Perfalgan	Intravenózní	1000mg	Po 6 hodinách	Analgetikum
Fraxiparine	Subkutánní	0,3ml	1 krát denně ve 20 hodin	Antikoagulantium
Egilok	Perorální	25mg	1-0-1	Betablokátor
Omeprazol	Perorální	20mg	1-0-1	Inhibitor protonové pumpy
Torvacard	Perorální	20mg	0-0-1	Statiny
Tritace	Perorální	10mg	½-0-0	ACE inhibitor

Zdroj: Z dokumentace pacienta, 2016

Pacient má zajištěný epidurální katetr ke kontinuálnímu tlumení bolestí, který anesteziolog napichoval již na předsáli před samotným operačním výkonem. Do epidurálního katetru kontinuálně běží lineárním dávkovačem Marcaine 0,5% 10ml+ Sufenta 50ug ve fyziologickém roztoku. Rychlost je t. č. 1ml/hodinu a úprava je dle aktuálních pacientových bolestí a stavu.

Pac. kape infusní roztok Plasmalyte 1000ml/ 24hodin.

5.7 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 12. 10. 2016 (2. den hospitalizace a 1. pooperační den)

Situační analýza byla provedena na základě informací získaných od pacienta, z ošetřovatelské anamnézy, fyzikálního vyšetření, informací dostupných ze zdravotní

dokumentace a laboratorních výsledků. Pacient se léčil s chronickou ischemickou chorobou srdeční, insuficiencí mitrální chlopně, esenciální hypertenzí, čistou hypercholesterolemií a gastroesofageální reflexní chorobou. V srpnu 2016 mu byl koloskopicky zjištěn zhoubný novotvar konečníku. Dne 12. 10. 2016 byl pacient 2. den hospitalizován v nemocnici a 1. den po operaci na ARO. Pacient byl při vědomí, orientován, v kontaktu, spontánně ventilující s pomocí O₂ brýlí 3 litry/minutu. Epidurální katetr ke kontinuálnímu tlumení pooperačních bolestí, do kterého pomocí lineárního dávkovače kape Marcaine 0,5% + Sufenta 50ug v 50 mililitrech fyziologického roztoku měl pacient zajištěný 2. den. Rychlost dávkovače byla nastavena t.č. 1ml/hodinu. U pacienta došlo vlivem zavedených invazivit a operační ráně k **poškození tkáňové celistvosti** a **možnému zanesení infekce**. Úprava rychlosti dávkovače se řídila dle pacientových bolestí a stavu. Pacient měl 2. den zavedený periferní žilní katetr k aplikaci infuzí a léků. Operační rána, která byla převazována a kontrolována v přítomnosti lékaře neprosakovala. Rána byla klidná bez známek infekce, pouze nad symfýzou v okolí rány byl hematoma. Redonův drén odváděl serosanguinolentní obsah. Operační ránou došlo k **poškození tkáňové celistvosti**. Peristaltika byla při chirurgickém konsiliu již trochu poslechově slyšitelná. Pacient si postěžoval na bolest, hlavně při přetáčení se na bok, vstávání a pohybovém cvičení s fyzioterapeutkou. Pacient zkoušel 1. pooperační den s fyzioterapeutkou nácvik vertikalizace, sed, stoj a pomalou chůzi po oddělení. Při vertikalizaci s fyzioterapeutkou měl chvilkový pocit vertiga, u pacienta byl stanoven ošetřovatelský problém **neschopnost udržet tělesnou rovnováhu**. Při zhoršení bolesti měl pacient lékařem naordinován Perfalgan 1000mg intravenózně. Pacient hodnotil bolest na VAS od 0–10 číslem 3, stanovili jsme mu ošetřovatelský problém **pooperační bolest**. Na přání lékaře operátora, aby docházelo k postupnému a pomalému zatěžování gastrointestinálního traktu, měl pacient 1. pooperační den naordinovaný bujón a tekutiny volně. Nezvracel, ani nepocíťoval nauzeu. Snažil se vypít alespoň 1,5 litru denně. Sippingem se pacient snažil popíjet Nutridrinky, alespoň 2 denně, které mu velmi chutnaly. Bilance pacientových tekutin byla vyrovnaná. Váha pacienta byla při hospitalizaci 90 kg, což znamená dlouhodobou **neschopnost snížení tělesné hmotnosti**. Pacient měl 2. den hospitalizace zaveden permanentní katetr velikosti 18 Frenchů. Permanentní katetr odváděl čistou moč bez příměsí a zápachu. Větry začaly velmi pomalu odcházet. Pacient nebyl schopen se sám umýt a dojít si na toaletu. S mytím i toaletou potřeboval pomoc od zdravotnického personálu. U pacienta byl stanoven ošetřovatelský problém

neschopnost umýt se a neschopnost dojít si na toaletu. Vitální funkce pacienta byly sledovány kontinuálně a zapisovány každou hodinu. Pacient byl afebrilní. Při bolestech měl lékařem přiordinován intravenózně Perfalgan či Almiral. Na pacientovi byla znát lehká únava, protože se na tomto oddělení bohužel v noci moc nevyspal a neodpočinul si. Pacient měl v nemocnici pocit **tělesného nepohodlí**, pociťoval **nedostatečný odpočinek a spánek**. Chvillemi pacienta přepadaly **obavy a strach**.

5.8 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT DNE 12. 10. 2016 (2. den hospitalizace a 1. pooperační den)

Všechny ošetřovatelské diagnózy pacienta byly stanoveny na základě zjištěných ošetřovatelských problémů pacienta v I. fázi ošetřovatelského procesu.

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny 2. den hospitalizace pacienta na ARO.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

- **AKUTNÍ BOLEST 00132**
- **NARUŠENÁ INTEGRITA TKÁNĚ 00044**
- **DEFICIT SEBEPÉČE PŘI KOUPÁNÍ 00108**
- **DEFICIT SEBEPÉČE VE VYPRAZDŇOVÁNÍ 00110**
- **ZHORŠENÝ KOMFORT 00214**
- **NARUŠENÝ VZOREC SPÁNKU 00198**
- **ÚNAVA 00093**
- **STRACH 00148**
- **NADVÁHA 00233**

Potenciální ošetřovatelské diagnózy:

- **RIZIKO INFEKCE 00004**
- **RIZIKO PÁDU 00155**

ROZPRACOVANÁ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA

AKUTNÍ BOLEST 00132

Doména: 12 Komfort

Třída: 1 Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního 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.

Určující znaky:

- vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti (bolest byla hodnocena na VAS a bolest se podle pacienta pohybuje v rozmezí 3–4 dle činnosti)
změny ve fyziologických funkcích (změna krevního tlaku, změna srdečního rytmu, změna dýchání)
- výraz bolesti v obličeji (ztráta lesku v očích, zbitý pohled, grimasa)
- rozšíření zornic
- vyhledávání antalgické polohy
- nesoustředěné chování

Související faktory: fyzikální původci zranění (operace)

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacient bude bez bolesti – při překladu či propuštění domů – do 1 měsíce.

Cíl krátkodobý: Pacientova bolest bude snížena po podání analgetik z VAS 3–4/10 na VAS 1–2/10 – do 1 hodiny. Bolest bude zmírněna i po rehabilitaci, cvičení a pohybu - do 1 hodiny.

Očekávané výsledky:

- Pacient zná příčinu své bolesti – do 30 minut
- Pacient je seznámen se škálou bolesti a umí s ní pracovat – do 1 hodiny
- Pacient je schopen určit svou aktuální intenzitu bolesti na škále bolesti VAS – do 1 hodiny
- Pacient zná možnou úlevovou polohu – do 1 hodiny

- Pacient ví o možnosti využití aplikace analgetik při neustupujících bolestech – do 1 hodiny
- Pacient udává verbálně i neverbálně ústup a zmírnění bolestí po aplikaci analgetika dle ordinace lékaře – do 30 minut

Plán intervencí:

1. Vysvětlí pacientovi příčinu bolesti – všeobecná sestra, ihned
2. Seznam pacienta se škálou bolesti VAS - všeobecná sestra, ihned
3. Edukuj pacienta, jak pracovat a zacházet se škálou bolesti VAS, edukaci pacienta pečlivě zaznamenej do dokumentace – všeobecná sestra, ihned
4. Zkontroluj a ověř si, zda pacient umí používat škálu bolesti VAS a rozumí jí – všeobecná sestra, průběžně
5. Zaznamenej hodnotu bolesti získanou od pacienta na VAS do dokumentace – všeobecná sestra, průběžně
6. Věnuj pozornost všem projevům bolesti a všímej si pac. reakce na bolest, včetně toho, jak bolest ovlivňuje jeho chování a průběh jeho fyziologických funkcí. Udělej záznam do dokumentace – všeobecná sestra, denně
7. Všímej si i projevů nonverbální komunikace (držení těla či výraz ve tváři, grimasy) – všeobecná sestra, denně
8. Sleduj všechny projevy vitálních funkcí, které v průběhu akutní bolesti kolísají a zaznamenej do dokumentace – všeobecná sestra, denně
9. Seznam pacienta s možnou úlevovou polohou či možností přiložení ledu – všeobecná sestra, denně
10. Upozorni pacienta na možnost podání analgetik při bolesti dle ordinace lékaře – všeobecná sestra, denně
11. Aplikuj při bolesti analgetika dle ordinace lékaře – všeobecná sestra, denně
12. Sleduj účinky podaných léků, proved' záznam do dokumentace – všeobecná sestra, denně
13. Zaznamenej všechny údaje týkající se bolesti, úlevové polohy, přiložení ledu, aplikace léků při bolesti včetně jejich efektu řádně a pečlivě do dokumentace – všeobecná sestra, denně

Realizace: 12. 10. 2016 (2. den hospitalizace, 1. den po operaci)

7:00 – Ranní toaleta a převaz operační rány. Pacient se cítí po noci unavený, moc si neodpočinul.

9:00 – Posazení pacienta na posteli s nohama dolů a posléze postavení u postele, pacient udělal pár kroků okolo postele.

9:10 – Pacient si stěžuje na bolestivost břicha, po zhodnocení bolesti VAS udává bolestivost číslem 4. Bolest je zaznamenána do dokumentace.

9:15 – Dle ordinace lékaře podána analgetika – Almíral 1 ampule ve 100ml fyziologického roztoku intravenózně na 30 minut. Vše zaznamenáno do dokumentace.

10:00 – Pacient je dotazován na bolest, její intenzitu, zda povolila, či zda stále přetrvává. Odpověděl, že bolest povolila a podle škály bolesti VAS ji zhodnotil číslem 2. Pacient usíná.

11:00 – Přichází fyzioterapeutka, pacient začíná cvičit. Zkouší nácvik vertikalizace, sed, stoj a pomalou chůzi po oddělení. Fyzioterapeutka na pacienta nespíchá, vše hezky zvládnul. Je edukován o úlevové poloze.

12:00 – Pacient si sám říká o lék na bolest, dle škály bolesti VAS udává opět 4. Říká, že po vstávání a rehabilitaci je ta bolest vždy horší. Bolest zaznamenána do dokumentace.

12:02 – Dle ordinace lékaře podány analgetika – Perfalgan 1000mg intravenózně na 30 minut. Zapsáno do dokumentace.

12:45 – Pacient je dotazován na bolestivost, udává zlepšení a dle škály bolesti uvádí číslo 1–2. Stupeň bolesti je zapsán do dokumentace.

13:00 – Pacient odpočívá.

16:30 – Převaz operační rány. Zápis do dokumentace.

22:00 – Vytažen epidurální katetr ke kontinuálnímu tlumení bolestí. Pacient udává bolest č. 3 dle VAS. Zaznamenáno do dokumentace a podán Almíral 1 ampule ve 100ml fyziologického roztoku intravenózně na 30 minut.

22:45 – Pacient je dotazován na bolest, udává zlepšení bolesti na číslo 1–2 dle škály bolesti VAS. Zlepšení je zapsáno do dokumentace.

23 :00 – 05:30 Pacient odpočívá a spává.

Hodnocení dne 12. 10. 2016:

Pacient byl edukován o příčinách bolesti, o používání škály bolesti VAS. Zvládl ji používat a aktivně spolupracoval. Po podání analgetik dle ordinace lékaře se mu vždy ulevilo.

Krátkodobý cíl byl splněn.

Dlouhodobý cíl nadále pokračuje a pro úplné vymizení bolesti je nutné pokračovat v naplánovaných intervencích.

Pokračující intervence: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13

NARUŠENÁ INTEGRITA TKÁNĚ 00044

Doména: 11 Bezpečnost/ochrana

Třída: 2 Tělesné poškození

Definice: Poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů a/nebo vazů.

Určující znaky:

- poškozená tkáň

Související faktory:

- chirurgický zákrok

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Operační rána se bude hojit per primam a nebude ohrožena vznikem infekce do konce hospitalizace.

Cíl dlouhodobý: Operační rána bude zhojena per primam a tím bude obnovena integrita tkáně – do 1 měsíce.

Očekávané výsledky:

- Pacient chápe důležitost denní kontroly operační rány – do 1 dne
- Pacient rozumí přísnému aseptickému přístupu při převazech operační rány – do 1 dne

Plán intervencí:

1. Převazuj a kontroluj operační ránu – všeobecná sestra, denně

2. Převazy operační rány prováděj přísně aseptickým způsobem – všeobecná sestra, denně
3. Snaž se docílit, aby se rány hojily bez komplikací tím, že budeš udržovat jejich okolí v čistotě a v suchu, budeš je pravidelně převazovat, dbát na správnou drenáž sekretů – všeobecná sestra, denně
4. Všímej si při převazech nežádoucích známek infekce – všeobecná sestra, denně
5. Zdůrazni pacientovi vhodnost správné výživy s dostatečným přísunem bílkovin, včetně příjmu minerálů a vitamínů – všeobecná sestra, denně
6. Snaž se dbát na dostatečný a nerušený spánek pacienta – všeobecná sestra, denně
7. Všechny převazy operační rány zaznamenej do dokumentace – všeobecná sestra, denně

Realizace 12. 10. 2016 (2. den hospitalizace, 1. den po operaci)

7:00 – Převaz operační rány, ošetření rány Betadine roztokem a přiloženo suché sterilní krytí, Redonův drén je plně funkční.

7:30 – Pečlivý zápis o převazu do zdravotnické dokumentace.

16:30 – Převaz operační rány s chirurgem- rána i její okolí je klidné, bez známek infekce. Po ošetření rány Betadine roztokem je přiloženo sterilní krytí a rána přelepena. Břicho je palpačně mírně citlivé, obvazy neprosakují, drén odvádí serosanguinolentní obsah, Redonův drén je plně funkční.

17:00 – Pečlivý zápis o převazu s chirurgem do zdravotnické dokumentace.

Hodnocení ze dne 12. 10.2016:

Operační rána byla sterilně převázána v přítomnosti chirurgického lékaře, je klidná, bez známek infekce, hojí se per primam. Redonův drén byl plně funkční. Veškeré převazy a manipulace s operační ránou byly pečlivě zaznamenány do dokumentace.

Krátkodobý cíl: byl částečně splněn, rána se doposud hojí bez komplikací, per primam

Dlouhodobý cíl: pokračuje, tkáňová integrita ještě není zcela obnovena, tkáň má tendenci dobrého hojení. Pro úplné zahojení a obnovení rány je důležité nadále pokračovat ve stanovených intervencích.

Pokračující intervence: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

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.

Rizikové faktory:

- invazivní vstupy (i.v. katetrizace, epidurální katetr, operační rána, PMK)
- obezita
- nedostatečné znalosti, jak se nevystavovat patogenům

Priorita: Nízká

Cíl krátkodobý: Pacient nebude ohrožen rizikem vzniku infekce – do 1 dne

Cíl dlouhodobý: Po dobu zavedení veškerých invazivních vstupů u pacienta nevznikne a neprojeví se infekce – do 1 měsíce

Očekávané výsledky:

Pacient chápe a rozumí nutnosti zavedení invazivních vstupů – do 1 hodiny

Pacient dbá dodržování hygienických postupů - denně

Pacient je schopen rozpoznat známky začínající infekce - denně

Plán intervencí:

1. Vysvětlí pacientovi nutnost zavedení všech invazivních vstupů – všeobecná sestra, ihned
2. Edukuj ho o možných známkách počínající infekce – všeobecná sestra, ihned
3. Při manipulaci s invazivním vstupem či operační ránou postupuj vždy přísně asepticky – všeobecná sestra, denně
4. Při podávání léků postupuj vždy přísně asepticky – všeobecná sestra, denně
5. Kontroluj denně invazivní vstupy a jejich okolí- všeobecná sestra, denně
6. Při jakékoliv známce infekce v místě vpichu ji okamžitě nahlas lékaři – všeobecná sestra, denně
7. Mysli na riziko systémové infekce – všeobecná sestra, denně
8. Udržuj lůžko pacienta v čistotě – všeobecná sestra, denně
9. Udělej pečlivý záznam do zdravotnické dokumentace – všeobecná sestra, denně

Realizace 12. 10. 2016 (2. den hospitalizace)

Během mé péče o pacienta dne 12. 10. 2016 (2. den hospitalizace, 1. pooperační den) jsem zkontrolovala a převázala všechny invazivní vstupy. Lůžko pacienta jsem udržovala v čistotě a pomáhala jsem mu při jeho hygieně. Veškeré převazy a manipulaci s invazivními vstupy jsem pečlivě zapsala a zaznamenala do zdravotnické dokumentace.

Hodnocení ze dne 12. 10. 2016:

Během mé služby u pacienta byly všechny invazivní vstupy asepticky ošetřeny a převázány. Žádný z invazivních vstupů nevykazoval známky zarudnutí či počínající infekce. Pacient byl bez teploty.

Krátkodobý cíl: byl splněn.

Dlouhodobý cíl: pokračuje nadále, aby byl splněn je nutno dodržet nastavené intervence 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.

RIZIKO PÁDŮ 00155

Doména: 11 Bezpečnost/ochrana

Třída: 2 Tělesné poškození

Definice: Náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory:

- Věk > 65let
- Neznámé prostředí
- Porušená rovnováha
- Pooperační zotavení
- Nespavost

Priorita: Nízká

Cíl krátkodobý: Po nezbytně nutnou dobu vertikalizace a fyzioterapie u pacienta nedojde k pádu – do 1 dne.

Cíl dlouhodobý: Po celou dobu hospitalizace na ARO a na následujících odděleních u pacienta nedojde k pádu – do 1 měsíce.

Očekávané výsledky:

- Pacient chápe důležitost vertikalizace s fyzioterapeutkou – do 1 hodiny

- Pacient si je vědom nutnosti velké opatrnosti při vertikalizaci – do 1 hodiny
- Pacient si uvědomuje možné riziko pádu s jeho důsledky – do 1 hodiny
- Pacient rozumí důležitosti kvalitního odpočinku pro následnou fyzioterapii – do 1 hodiny

Plán intervencí:

1. Vysvětlí nemocnému důležitost vertikalizace po operaci – všeobecná sestra, ihned
2. Edukuj pacienta o opatrnosti při vertikalizaci – všeobecná sestra, denně
3. Dbej, aby nedocházelo k přetěžování pacienta – všeobecná sestra, denně
4. Zvyšuj zátěž pacienta postupně – všeobecná sestra, denně
5. Starej se o pacientovu bezpečnost tím, že mu budeš stále nablízku a budeš dozírat na správné používání všech pomůcek – všeobecná sestra, denně
6. Snaž se zajistit v noci nemocnému kvalitní spánek a odpočinek – všeobecná sestra, denně

Realizace 12. 10. 2016 (2. den hospitalizace)

Během mé péče o pacienta jsem mu vysvětlila důležitost jeho pooperační fyzioterapie, nabádala jsem ho k opatrnosti. Hlídala jsem, aby nedocházelo k přetěžování pacienta a zátěž byla zvyšována postupně, tak aby nemocnému vyhovovala a nepřetěžovala ho. Při fyzioterapii jsem vždy stála u pacienta a jistila jsem ho. Po výkonu jsem se snažila nemocnému zajistit klid na odpočinek.

Hodnocení ze dne 12. 10. 2016:

Pacient se při vertikalizaci a fyzioterapii řídil radami fyzioterapeutky a všeobecné sestry, které mu pomáhaly a i tím bylo u pacienta eliminováno riziko pádu.

Krátkodobý cíl: byl splněn

Dlouhodobý cíl: nadále pokračuje. Aby byl splněn, je nutné pokračovat v nastavených intervencích 1, 2, 3, 4, 5, 6.

5.9 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacient, u kterého byla realizována tato ošetrovatelská péče, byl přijat po laparoskopické operaci resekce rekta na ARO dne 11. 10. 2016. Po extubaci byl spontánně ventilující s podporou kyslíku 3 litry/minutu. Ráno 12. 10. 2016 po toaletě probíhal převaz a kontrola operační rány s chirurgem. Současně s tím probíhala i kontrola drénu, jeho množství a obsah drénu. Rána byla klidná, byl zde hematom nad symfýzou a drén odváděl serosangvinoletní obsah.

Během realizace ošetrovatelské péče jsme po získání potřebných informací z ošetrovatelské anamnézy, fyzikálního vyšetření, z dokumentace, od pacienta, od lékaře, z laboratorních výsledků stanovili aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy. Z ošetrovatelského hlediska jsme se zaměřili na akutní bolest, která pacienta sužovala. Bolest byla tlumena díky kontinuálnímu podávání analgetik do epidurálního prostoru a aplikací intravenózních analgetik. Dle zvyklosti oddělení probíhala kontrola bolesti na VAS před podáním analgetika a po podání analgetika. Vždy se hodnotilo, jestli podání léku mělo žádaný efekt a po jak dlouhé době bolest ustoupila. Na ARO probíhá kontrola VAS po ½ hodině od podání analgetika. Bolest u pacienta ustoupila dle jeho slov z VAS 4 na VAS 2. I přesto se všeobecná sestra během své směny několikrát za službu pacienta na bolest zeptala, zda je bolest větší, menší, ustupuje po podání analgetika či nikoliv a bude třeba jiného řešení. Velkým ošetrovatelským problémem byly veškeré invazivní vstupy. Pacient měl epidurální katetr, operační ránu s drénem, periferní žilní katetr a permanentní močový katetr a u každého invazivního vstupu je zde možnost rizika vstupu infekce. My jsme ke každému vstupu přistupovali vždy přísně asepticky, vstupy a operační rána byly kontrolovány denně. Vstupy byly průchodné, klidné. Operační rána nekrvácela, byla bez známek infekce, klidná, drén odváděl. Ošetrovatelský problém, který pacienta trápil a který bohužel byl dán i chodem oddělení, byl narušený vzorec spánku, s ním spojená i únava. Pacient měl tendenci nedospalou noc dospávat a dohánět během dopoledne, kdy měl vyvíjet aktivitu s fyzioterapeutkou. Během dopoledne probíhala fyzioterapie a stalo se, že pacient nebyl dostatečně na cvičení odpočatý, motala se mu hlava.

U všech detailně zpracovaných diagnóz jsme si určili a stanovili cíle, očekávané výsledky, plán intervencí a ošetrovatelskou péči, která byla realizována. Po celodenní

směně na ARO probíhalo hodnocení. Některé cíle byly splněny úplně, některé jen částečně. V nastavených intervencích se muselo pokračovat po celou dobu hospitalizace pacienta.

Zjistili jsme, že pacientova hospitalizace byla na ARO ještě následující dva dny do 14. 10. 2016. Posléze byl přeložen na chirurgické oddělení. I přesto, že to pro pacienta byla velmi náročná životní situace, jeho stav dovoľoval překlad na chirurgické oddělení. Pacient měl občasný strach, ale byl optimista a pevně jsme věřili, že tuto životní situaci zvládne a nezlomí ho. Dle svých slov byl moc rád, že pozvánku na vyšetření od pojišťovny nezahlodil a na vyšetření šel. Nejdříve byl sice výsledkem velmi zaskočen, nechtěl mu věřit, ale moc dobře věděl a uvědomoval si, že si preventivním vyšetřením zachránil život. I toto poukazuje na nespornou důležitost preventivního vyšetření.

6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Během péče o pacienta s karcinomem rekta jsme se seznámili s problematikou tohoto onemocnění. Je to onemocnění, které je nejen lékařskou problematikou, ale čím dál více také ošetrovatelskou problematikou. Na základě všech dostupných informací jsme vytvořili doporučení pro pacienty a pro zdravotnický personál. K doporučení pro praxi patří i námi vytvořená informační brožura pro pacienty.

Doporučení pro pacienty:

1. Upravit a dodržovat zásady zdravého stravování.
2. Omezit konzumaci červeného masa a uzenin.
3. Omezit alkohol a nekouřit.
4. Dodržovat dostatek pohybu a tělesné aktivity.
5. Vědět o možnostech preventivních vyšetření tlustého střeva.
6. Účastnit se preventivních vyšetření tlustého střeva.
7. Udržovat si přiměřenou tělesnou hmotnost.

Doporučení pro zdravotnický personál:

1. Edukovat pacienta o možnostech preventivního vyšetření tlustého střeva.
2. Edukovat pacienta o významu vyšetření tlustého střeva.
3. Poskytnout pacientovi dostatek informačního materiálu o vyšetření.
4. K péči o každého pacienta přistupovat individuálně, zodpovědně a pečlivě.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce byl detailní popis pacienta s karcinomem rekta, který nepodcenil důležitost preventivních vyšetření. Vyšetření mu ukázalo karcinom rekta a podstoupil laparoskopickou operaci s resekcí postiženého úseku střeva. Kolorektální karcinom v současné době nepředstavuje jen lékařský problém, ale čím dále více také ošetrovatelský problém.

V teoretické části práce jsme na základě zpracované rešerše literatury popsali, co představuje termín kolorektální karcinom, zabývali jsme se jeho etiologií. Rozpracovali jsme možnosti diagnostických metod a léčby tohoto onemocnění. Cíl, který jsme si dali pro teoretickou část práce – zpracovat problematiku kolorektálního karcinomu, jeho etiologii, projevy onemocnění, diagnostiku a léčbu na základě rešerše literatury, byl splněn.

V praktické části práce jsme detailně popsali jeden den na ARO u sledovaného pacienta. Celou ošetrovatelskou péči jsme opřeli o standardy oddělení a metodu ošetrovatelského procesu, která je popsána v praktické části bakalářské práce. Na základě posouzení stavu pacienta jsme stanovili ošetrovatelské diagnózy aktuální a potenciální. U každé diagnózy jsme stanovili prioritu, cíl krátkodobý a dlouhodobý, očekávané výsledky, plán intervencí, samotnou realizaci a samozřejmě hodnocení. K nejdůležitějším ošetrovatelským problémům pacienta patřila akutní bolest, narušený vzorec spánku, únava. Únava, která vznikala z nedostatečného spánku a odpočinku. Nesměli jsme opomenout ani riziko infekce ze zavedených vstupů, která se po dobu ošetrování pacienta neprojevila a nevznikla. Posledním cílem v praktické části jsme se zavázali k vytvoření informační brožury. Cíle, které jsme si zadali pro praktickou část bakalářské práce, byly splněny.

V neposlední řadě jsme na tomto případu pacienta chtěli poukázat na důležitost všech preventivních vyšetření, nejenom na preventivní vyšetření u kolorektálního karcinomu. Preventivní programy v České republice vedou ke snížení incidence daného onemocnění a i ke snížení mortality. Jsou to vyšetření, která jsou smysluplná a v mnoha případech a nemalém procentu zachraňují lidské životy.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÁRTOVÁ, J., 2015. *Přehled patologie*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. ISBN 978-80-246-2745-8.

ČERNOCH, J. a kol., 2012. *Prekancerózy v trávicím traktu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3500-9.

ČIHÁK, R., 2013. *Anatomie 2*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4788-0.

DUŠEK, L., 2012. *Epidemiologie, prevence a léčba kolorektálního karcinomu dle dostupných českých a mezinárodních dat*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. ISBN 978-80-87347-07-2.

FALT, P., O. URBAN, P. VÍTEK a kol., 2015. *Koloskopie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5284-6.

FERKO, A., Z. ŠUBRT a T. DĚDEK, 2015. *Chirurgie v kostce*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1005-1.

HABÁNOVÁ, M., 2012. *Nutričná epidemiológia*. Nitra: Slovenská poľnohospodárska univerzita. ISBN 978-80-552-0872-5.

HAMPLOVÁ, L. a kol., 2015. *Mikrobiologie, Imunologie, Epidemiologie, Hygiena pro bakalářské studium a všechny typy zdravotnických škol*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-934-1.

HERDMAN, T. H. a S. KAMITSURU, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2015-2017*. 1. české vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

HOLUBEC, L., 2017. *Onemocnění a poranění tlustého střeva a konečníku*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. ISBN 978-80-261-0673-9.

HORÁK, L., T. SKŘIČKA, P. ŠLAUF, J. ÖRHALMI a kol., 2013. *Praktická proktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3595-5.

JANICZEKOVÁ, E., T. RAPČÍKOVÁ a J. VIRGULOVÁ, 2016. Perioperative nursing care satisfaction in patients diagnosed with colorectal cancer (CRC). *Kontakt*. **18**(1), 9-16. ISSN 1212-4117.

- JANÍKOVÁ, E. a R. ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.
- KALA, Z., V. PROCHÁZKA a kol., 2010. *Perioperační péče o pacienta v digestivní chirurgii*. Brno: NCONZO. ISBN 978-80-7013-519-8.
- KEIL, R. a kol., 2012. *Vybrané kapitoly z gastroenterologie*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. ISBN 978-80-246-1970-5.
- KLENER, P., 2011. *Základy klinické onkologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-716-5.
- KRŠKA, Z., D. HOSKOVEC, L. PETRUŽELKA a kol., 2014. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4284-7.
- KUBÁČKOVÁ, K. a kol., 2015. *Vzácné nádory v onkologii*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3658-0.
- MOUREK, J., 2012. *Fyziologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3918-2.
- NAŇKA, O. a M. ELIŠKOVÁ, 2009. *Přehled anatomie*. 2. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-612-0.
- NĚMCOVÁ, J. a kol., 2016. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 4. doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická. ISBN 978-80-905728-1-2.
- SEIDL, Z., A. BURGETOVÁ, E. HOFFMANOVÁ, M. MAŠEK, M. VANĚČKOVÁ a T. VITÁK, 2012. *Radiologie pro studium i praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4108-6.
- SEIFERT, B., N. KRÁL, O. MÁJEK a Š. SUCHÁNEK, 2015. *Screening kolorektálního karcinomu*. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-444-9.
- SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4414-8.
- SUCHÁNEK, Š., J. BARKMANOVÁ a P. FRIČ, 2012. *Rakovina tlustého střeva a konečníku*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2474-7.
- ÚZIS, 2017. *Časový vývoj*. [online]. [cit. 2017-07-11]. Dostupné z: <http://www.svod.cz/analyse.php?modul=incmor#>

VOKURKA, M. a J. HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

VORLÍČEK, J., J. ABRAHÁMOVÁ, H. VORLÍČKOVÁ a kol., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3742-3.

ZACHOVÁ, V. a kol., 2010. *Stomie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3256-5.

PŘÍLOHY

Příloha A – Potvrzení o profesionálním překladu abstraktu.....	I
Příloha B – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	II
Příloha C – Protokol o provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce	III
Příloha D – Rešeršní protokol.....	IV
Příloha E – Informační brožura	V

Příloha A – Potvrzení o profesionálním překladu abstraktu

Potvrzení o správnosti překladu

Já, níže uvedený překladatel, tímto prohlašuji, že jsem překlad abstraktu

UHLÍKOVÁ, Šárka. *Ošetrovatelská péče u pacienta s kolorektálním karcinomem*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc. Praha, 2018. 71 s.

vypracoval s veškerou profesionální péčí a že německý text je úplným a přesným překladem českého textu.



Libor Šímek
Ing. Libor Šímek

Dne: 23.10.2017

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelská péče u pacienta s kolorektálním karcinomem v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Dušková 7, Praha 5.

V Praze dne 8. 6. 2017

Šárka Uhlíková
Jméno a příjmení studenta

Příloha C – Protokol o provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Šárka Uhlíková	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3. BVS
Téma práce	Ošetrovatelská péče u pacienta s kolorektálním karcinomem	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Nemocnice Slaný - ARO	
Jméno vedoucího práce	Doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči <i>MUDr. Jiřiny ŠIMÁK</i>	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>MUDr. Jiřiny Šimákové</i>	

Ve Slaném dne 10. 10. 2014

.....
podpis studenta

NEMOCNICE SLANÝ
Politických vězňů 576
PSČ 274 51
IČO: 00875295
DIČ: CZ00875295



PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI

Jméno: Šárka Uhlíková

Název práce: Ošetrovatelský proces u pacienta s kolorektálním karcinomem

Jazykové vymezení:

Čeština, slovenština

Rešeršní strategie

Edukace. Kolorektální karcinom. Kolorektální nádor. Ošetrovatelský proces. Prevence.

Časové vymezení:

2008 - současnost

Druhy dokumentů:

Vysokoškolské práce, monografie, ostatní zdroje

Počet záznamů:

Celkem 45 záznamů

Knihy: 18

Vysokoškolské práce: 5

Ostatní zdroje: 19

Základní prameny:

katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)

Jednotná informační brána (www.jib.cz)

Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)

Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)

Online katalog NCO NZO

Zpracoval:

Mgr. Iveta Turečková

Vysoká škola zdravotnická o. p. s.

Duškova 7

Praha 5, 150 00



Kolorektální screening v České republice, co to je a odkdy mám
nárok?

ÚVOD

Dobrý den,

jmenuji se Šárka Uhlíková, jsem studentkou Vysoké školy zdravotnické v Praze. Současně jsem zaměstnaná jako všeobecná sestra na ARO.

Touto brožurou bych chtěla lidem přiblížit co to je kolorektální screening. Chtěla bych podpořit také to, aby lidé věděli o čem je řeč, a co si pod tímto slovem mají představit. Chtěla bych, aby se do všeobecného povědomí dostalo, odkdy mají lidé nárok na koloskopické vyšetření. Protože život je moc krátký na to, abychom s ním mohli hazardovat.

KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM

Kolorektální karcinom je **zhoubné nádorové onemocnění tlustého střeva a konečníku**. Ročně je toto onemocnění zjištěno a diagnostikováno až u 8000 pacientů. Zhruba polovina z nich na onemocnění umírá.

Příčin onemocnění je více. Radíme mezi ně **věk nad 50 let, genetické předpoklady, střevní záněty** a hlavně **nevhodné složení stravy se zvýšeným příjmem živočišných tuků, uzenin a červeného masa**. Mezi další rizikové faktory vzniku onemocnění patří i **častá úprava pokrmů smažením a pečením**. Riziko vzniku onemocnění zvyšuje i **nedostatečná konzumace vlákniny, ovoce a zeleniny**. V neposlední řadě nesmíme opomenout **nedostatečnou pohybovou aktivitu**, která se na vzniku nemoci také podílí.

KOLOREKTÁLNÍ SCREENING

Screeningový program kolorektálního karcinomu byl zahájen v roce 2000. Na jeho zavedení se podílelo mnoho osob, mezi nejzásadnější jmenujme prof. Friče, prof. Zavorala a nadaci VIZE 97 manželů Václava a Dagmar Havlových. Od této doby zachránil program nemalé množství lidských životů.

Kolorektální screening je celonárodní program, jedná se o plošné vyšetřování celé populace za účelem včasného nálezu možného novotvaru v tlustém střevě a konečníku. Pokud je novotvar nalezen včas, je velká šance na vyléčení.

Na vyšetření má právo v České republice každý bezpříznakový muž či žena, kteří dosáhli věku 50 let.

ČLOVĚK VE VĚKU 50–54 LET

Jednou za rok máte nárok u praktického lékaře na **vyšetření stolice na skryté krvácení**, což může být i příznak nově vznikajícího kolorektálního karcinomu. Pokud je výsledek v pořádku, další vyšetření bude následovat opět až za rok. Pokud by test na skryté krvácení ve stolici ukázal pozitivní výsledek, budete odeslán/a na **screeningovou koloskopii**.



Obrázek 1 Test na skryté krvácení ve stolici

Zdroj: Uhlíková, 2017



Obrázek 2 FOB test

Zdroj: Uhlíková, 2017

ČLOVĚK VE VĚKU 55 LET A VÍCE

Zde jsou dvě možnosti postupu. Buď **test na skryté krvácení ve stolici**, který se v případě negativního výsledku opakuje **v rozmezí dvou let**. Nebo se můžete přímo rozhodnout pro **primární screeningovou koloskopii**, která je plně hrazená ze zdravotního pojištění a provádí ji lékař – gastroenterolog.



Obrázek 3 Koloskop

Zdroj: Uhlíková, 2017

CO JE KOLOSKOPIE?

Koloskopie je endoskopické vyšetření sliznice celého tlustého střeva a konečníku. Provádí se ohebným nástrojem, který se nazývá koloskop.

Díky optice přístroje, má lékař možnost zkontrolovat celou délku střeva.

Před vyšetřením je nutné střevo vyprázdnit určenými přípravky a dodržet dietní opatření.

V případě nálezu polypu na střevě lékař provádí odstranění a následně se vzorek ihned posílá do laboratoře.

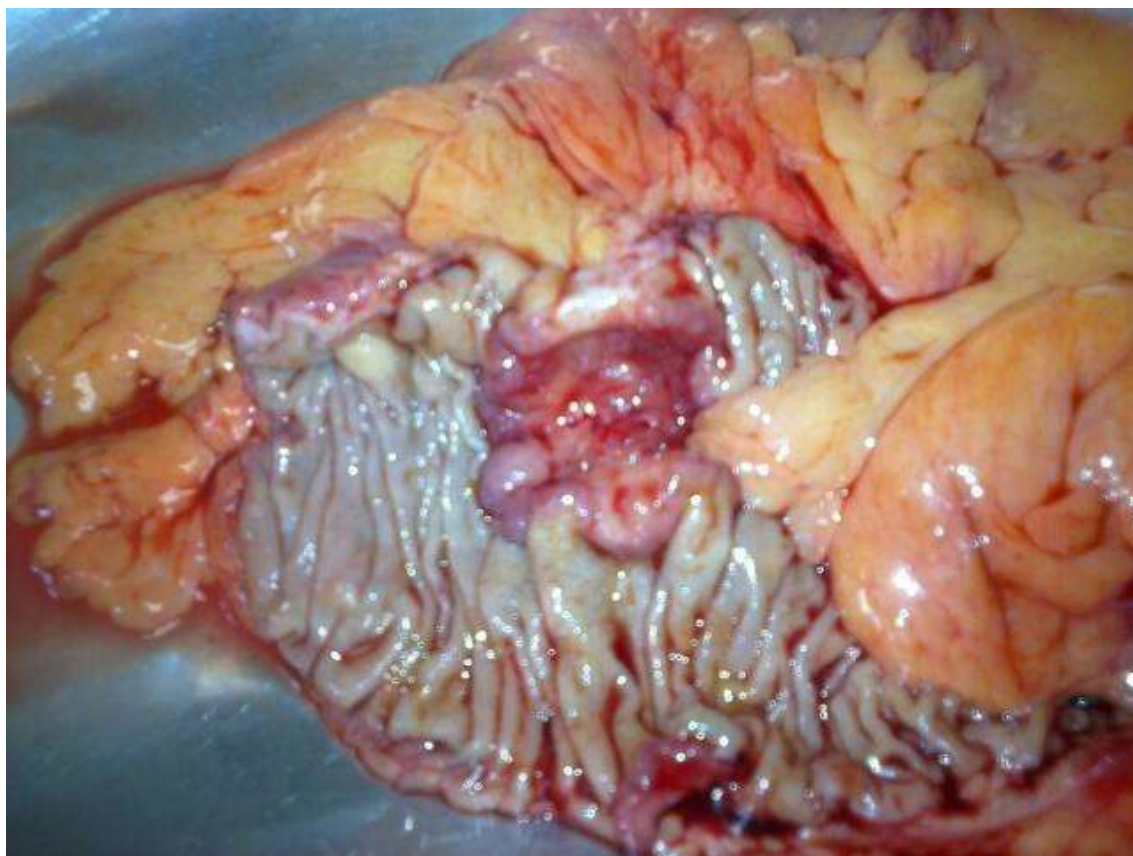
Vyšetření může být někomu nepříjemné, ale je zde i možnost analgosedace při vyšetření.

CO JE ADRESNÉ ZVANÍ OBČANŮ?

Adresné zvaní vzniklo v lednu 2014. V rámci tohoto projektu dostanou všichni občané, kteří dosáhli daného věku zvací dopis k preventivnímu vyšetření do své schránky.

Hodně občanů nevědělo o preventivním programu, který probíhá. Adresné zvaní **vzniklo pro zlepšení informovanosti veřejnosti a hlavně pro zvýšení účasti lidí v preventivním programu.** Zvaním a následnou péčí se daří snižovat úmrtnost na toto nádorové onemocnění.

Proto nepodceňujte pozvánku ve schránce a na vyšetření běžte. Může Vám zachránit život.



Obrázek 4 Ukázka kolorektálního karcinomu

Zdroj: Uhlíková, 2017

Tato informační brožura byla vytvořena pro potřebu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelská péče u pacienta s kolorektálním karcinomem na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s.

