



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Bc. Kateřina Kohoutová

**Ošetrovatelská péče o nemocného s polypózou
tlustého střeva**

Nursing care of patients with polyposis of the colon

Bakalářská práce

Praha, duben 2013

Autor práce: **Bc. Kateřina Kohoutová**

Studijní program: **Ošetrovatelství**

Bakalářský studijní obor: **Všeobecná sestra**

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Holubová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF UK v Praze**

Odborný konzultant: **MUDr. Lukáš Havlůj**

Pracoviště odborného konzultanta: **Chirurgická klinika FNKV**

Datum a rok obhajoby: **19. 6. 2013**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 10. dubna 2013

.....

Bc. Kateřina Kohoutová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Janě Holubové a MUDr. Lukáši Havlůjovi za cenné rady a odborné vedení při zpracování bakalářské práce.

OBSAH:

1 KLINICKÁ ČÁST	8
1.1 Anatomie tlustého střeva.....	8
1.2 Fyziologie tlustého střeva.....	11
1.3 Patologická fyziologie tlustého střeva.....	12
1.4 Charakteristika onemocnění	14
1.4.1 Polypy tlustého střeva.....	14
1.4.2 Polypózy.....	15
1.5 Etiologie.....	18
1.6 Klinický obraz.....	18
1.7 Diagnostika.....	18
1.8 Terapie.....	20
1.9 Komplikace endoskopické slizniční resekce.....	22
1.10 Sledování příbuzných u diagnostikované FAP.....	22
1.11 Kvalita života pacientů s FAP.....	22
1.12 Základní údaje o nemocném.....	23
1.12.1 Lékařská anamnéza.....	24
1.12.2 Průběh hospitalizace.....	25
1.12.3 Souhrn významných diagnostických vyšetření a popis operace.....	28
1.12.4 Farmakoterapie k 1. pooperačnímu dni.....	32
2 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	36
2.1 Cíle a charakteristika ošetřovatelství.....	36
2.2 Charakteristika ošetřovatelského procesu.....	36
2.3 Ošetřovatelský model.....	38
2.3.1 Model funkčního typu zdraví Marjory Gordonové.....	38
2.4 Ošetřovatelská anamnéza.....	41
2.5 Ošetřovatelské diagnózy stanovené k 1. pooperačnímu dni.....	45
2.5.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy k 1. pooperačnímu dni.....	45

2.5.2	Potencionální ošetrovatelské diagnózy k 1. pooperačnímu dni	51
2.6	Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče.....	57
2.7	Psychologická část.....	60
2.8	Edukace.....	61
2.9	Prognóza nemocného.....	64
ZÁVĚR	65
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	66
SEZNAM ZKRATEK	68
SEZNAM PŘÍLOH	71

ÚVOD

Cílem mé práce bylo zpracování případové studie u pacienta J. M. s diagnózou polypózy tlustého střeva, který byl akutně přijat na chirurgickou kliniku fakultní nemocnice pro známky krvácení do GIT po provedené polypektomii a mukosektomii. Nejprve byl zvolen konzervativní postup léčby, ale pro masivní krvácení muselo být přistoupeno k operační revizi.

Práci jsem rozdělila do dvou hlavních částí - klinické a ošetrovatelské. V klinické části se věnuji anatomii, fyziologii a patofyziologii tlustého střeva, charakteristice a rozdělení polypóz. Je zde popsána diagnostika a terapie střevních polypů. Dále popisuji průběh hospitalizace nemocného. V ošetrovatelské části používám metodu ošetrovatelského procesu. Pro ošetrovatelskou anamnézu a zhodnocení pacientky jsem použila Model funkčního zdraví Marjory Gordonové. V této kapitole se podrobněji věnuji sběru informací, odebírání ošetrovatelské anamnézy, stanovení ošetrovatelských diagnóz a cílů ošetrovatelské péče. Dále popisuji plánování, realizaci a hodnocení plánu ošetrovatelské péče. V této části se věnuji také posouzení psychického stavu nemocného a edukaci.

Práce je doplněna přehledem použité literatury, seznamem zkratk a seznamem příloh.

1 KLINICKÁ ČÁST

1.1 Anatomie tlustého střeva

Hlavním úkolem trávicího ústrojí je příjem a zpracování potravy. Je tvořeno trávicí trubicí. Tlusté střevo je jejím posledním úsekem. Je dlouhé přibližně 1,5m. Šířka tlustého střeva závisí na jeho náplni. Vyprázdněné má šířku 2 cm, naplněné 6 - 8cm. (1)

Do tlustého střeva vstupuje ileum - koncový úsek tenkého střeva. Toto ústí je uzavřeno chlopní, která brání rychlému vyprázdnění ilea do tlustého střeva a zpětnému posunu tráveniny ze slepého do tenkého střeva. (2)

Charakteristické znaky tlustého střeva

Tlusté střevo má větší průsvit a naředlou barvu. Na jeho povrchu jsou **taenie coli** - tři bělavé podélné pruhy, které jsou 1cm široké. Jdou podél celého tlustého střeva, jsou ztlustění podélné svaloviny. Označují se podle polohy na příčném tračníku: **taenie mesocolica**, **taenia omentalis**, **taenia libera**. Všechny taenie se sbíhají a tvoří souvislou podélnou vrstvu svaloviny. Tahem taenií dochází k nakrčení střeva, tím vznikají vyklenutá místa, **haustra**, mezi haustry jsou zevnitř patrné poloměsíčné řasy - **plicae semilunares**. Jejich poloha a tvar se mění s peristaltikou. **Appendices epiploicae** jsou serózní výběžky na povrchu tlustého střeva, vyplněné tukovým vazivem, vyskytující se v blízkosti taenií. (1, 3)

Stavba stěny tlustého střeva

Sliznice má žlutavou, bledou barvu, která nemá klky. Je kryta jednovrstevným cylindrickým epitelem. Jsou v ní četné žlázy. Slizniční vazivo tvoří silnou vrstvu, obsahuje lymfatické uzlíky. Nejvíce uzlíků je ve slepém střevu. Podslizniční vazivo je řídké, probíhají zde cévní a nervové pleteně střeva.

Svalovina má svou vnitřní cirkulární vrstvu a nekompletní podélnou zevní vrstvu. Zevní vrstva je velmi tenká, zesílená pouze v taeniích. Seróza tlustého střeva je tenký a jemný peritoneální povlak. (2, 3)

Tlusté střevo se skládá z těchto následujících oddílů: caecum - slepé střevo, colon - tračník, rectum - konečník.

- **Caecum** je dlouhé 6 - 8 cm a přibližně 6 - 7,5 cm široké. Je to nejširší část, uložená v pravé jámě kyčelní. Caecum není svým slepým koncem dozadu přirostlé, nemá ani typický peritoneální závěs. Kromě této části je přirostlé k zadní břišní stěně jen malou částí svého dorsálního obvodu.

Appendix vermiformis je slepý výběžek caeca, je dlouhý přibližně 5 - 10 cm, tlustý je asi 0,5 - 1 cm. Jeho délka, šířka, stavba i poloha může být různá. Jeho poloha je klinicky velmi významná, ale individuální a variabilní. Stálou polohu má jen začátek apendixu. Konec apendixu je pohyblivý a může zaujímat v dutině břišní různou polohu. (2, 3)

- **Colon** pokračuje z caeca, ve svém průběhu obtáčí kličky tenkého střeva a přechází do malé pánve v konečník. Skládá se z:
 - colon ascendens - tračník vzestupný
 - colon transversum - tračník příčný
 - colon descendens - tračník sestupný
 - colon sigmoideum - esovitá klička

Colon ascendens pokračuje z caeca, probíhá po pravé straně dutiny břišní, míří nahoru ke spodní ploše jater, kde ve **flexura coli dextra** přechází do příčného tračníku. Je dlouhé 12 - 16 cm, je užší než caecum. Přední plocha ascendens je v kontaktu s břišní stěnou, zadní plochou přirůstá k zadní stěně břišní. Téměř celý je kryt nástěnným peritoneem. (1, 2, 3)

Colon transversum je dlouhý asi 50 cm. Plynule přechází od flexura coli

dextra přes peritoneální dutinu doleva a nahoru ke slezině, kde se stáčí dolů a dozadu. Ve **flexura coli sinistra** přechází v colon descendens. (1)

Příčný tračník je volně zavěšen, je prohnut směrem dolů, do pánve. Nejnižší bod příčného tračníku je obvykle ve výši pupku. Levá část colon transversum má delší závěs a též pohyblivost této části střeva je větší.

Colon descendens sestupuje od flexura coli sinistra, podél levé stěny břišní, do levé jámy kyčelní, kde přechází do esovitého tračníku. Je užší než ostatní části tlustého střeva, asi 4 cm a je dlouhý přibližně 20 - 30 cm. Přirůstá k zadní stěně břišní. Nemá peritoneální závěs, pobřišnice je na přední a boční stěně colon descendens. (2)

Colon sigmoideum navazuje na colon descendens. Tvoří kličku, která má tvar podobný položenému písmenu S. Je dlouhý 30 - 40cm, je to nejužší část tlustého střeva (3,5cm). Vpředu a nahoře je překryt kličkami tenkého střeva, v pánvi naléhá na močové a u ženy vnitřní pohlavní orgány. (1, 2)

- **Rectum** je poslední úsek tlustého střeva. Navazuje na colon sigmoideum, je uložen v malé pánvi. Sestupuje směrem dolů, končí řití, **anus**. Rectum je dlouhý 12 - 15 cm, má kolísavý průsvit 4 - 8 cm. Konečník se skládá ze dvou oddílů. Na colon sigmoideum navazuje **ampulla recta**, která je širší a delší. Konečný úsek recta je kratší, **canalis analis**. Přechod mezi oběma oddíly se otáčí kolem kostrče. (1)

Cévní a nervové zásobení tlustého střeva

Tepny tlustého střeva jsou větve z *arteria mesenterica superior*, která zásobuje slepé střevo, vzestupný tračník a polovinu příčného tračníku, *arteria mesenterica inferior*, zásobující druhou polovinu příčného tračníku, sestupný tračník, esovitou kličku a horní část konečníku a *arteria iliaca interna* pro spodní část konečníku. Tepny spolu anastomozují.

Žíly tlustého střeva probíhají podél tepen. Za slinivkou břišní se žíly spojují a vstupují do vena portae.

Mízní cévy tlustého střeva se sbírají z mízních pletení střešní stěny a kopírují tepny a žíly do uzlin, které leží v průběhu.

Nervy tlustého střeva tvoří hlavně vlákna parasymptiku a sympatiku, které jdou ke střevu v pleteních podél tepen. *Parasympatická vlákna* pocházejí z nervus vagus, inervují svalovinu stěny tlustého střeva od jeho počátku až k levé třetině příčného tračníku. Zbýlá část je inervována parasymptickými vlákny ze sakrálního parasymptiku.

Sympatická vlákna jdou k tlustému střevu z ganglion mesentericum superius et inferius ze sakrálních sympatických ganglií. Sympaticus zpomaluje střešní peristaltiku, snižuje sekreci střešních žláz.

Sensitivní vlákna tlustého střeva jsou součástí větví vagových a v nervech sakrálního parasymptiku. (2, 3)

1.2 Fyziologie tlustého střeva

Tlusté střevo má dvě hlavní funkce. Má významnou skladovací (rezervoárovou) funkci a funkci regulace objemu a elektrolytového složení stolice. Do tlustého střeva se denně dostává 1,5 l chymu, tekuté tráveniny. Spolupůsobením mikroorganismů je chymus přeměněn na stolicí, která obsahuje pouze 60 – 120 ml vody. Pohybem tlustého střeva se obsah posouvá směrem k rectu. Pohyby tlustého střeva zajišťuje hladká svalovina, je ovládána vegetativním nervstvem. Pouze zevní řitní svěrač má svalovinu příčně pruhovanou, je tedy ovládán naší vůlí. Povoláním zevního řitního svěrače dochází k defekaci.

Pohyby tlustého střeva se dělí na místní, které jsou mísící a celkové, peristaltické. Regulace těchto pohybů je reflexní. Jedná se o reflex gastrokolický a duodenokolický - zvýšená pohyblivost tlustého střeva při naplnění žaludku nebo duodena. Rychlost posunu obsahu tlustého střeva závisí na jeho složení. Obvykle posun obsahu od ileocekální chlopně po konečník trvá 2 - 3 dny. Denně se vyloučí

100 - 300 g stolice, v závislosti na složení pozřené potravy.

Důležitá je přítomnost saprofytických bakterií v tlustém střevě. Jsou většinou anaerobní. Některé bakterie mohou syntetizovat i vitamíny, především vitamín K. (4, 5, 6)

1.3 Patologická fyziologie tlustého střeva

Tlusté střevo může být postiženo mnoha patologickými stavy:

- neprůchodnost střevní - ileus mechanický - obturační, strangulační,
- ileus dynamický - spastický, paralytický
- kýla - výčlipka pobřišnice, kde se nachází střevní klička
- ischemické postižení střeva - okluze jedné ze tří zásobujících arterií
- záněty - nejčastější onemocnění
- malabsorpční syndrom
- onemocnění tlustého střeva - ulcerózní kolitida, megakolon, divertikly
- nádory (7)

Nejčastější příznaky poruch střevní činnosti:

- **Průjem, diarrhoe** - časté vyprazdňování řídké stolice. Mezi příčiny patří ↓ resorpce vody, ↑ sekrece vody, záněty, ↑ motilita střev. Akutní průjmy trvají do dvou týdnů, jsou nejčastěji vyvolány virovými a bakteriálními infekcemi, nevhodnou stravou nebo některými farmaky (ATB). Chronické průjmy trvají déle než dva týdny. Důsledkem bývá anémie, malnutrice, ↓ resorpce vitamínů, ↓ vstřebávání Ca²⁺.
- **Zácpa, obstipace** - málo častá a obtížná defekace. Příčiny mohou být extraintestinální (malý příjem tekutin, strava o nízkém obsahu vlákniny, nedostatek pohybu, imobilizace, psychosociální a psychické příčiny, endokrinní poruchy a neurologické příčiny) nebo porucha motility a intraluminální překážka. Důsledky jsou dolní dyspeptický syndrom,

nechutenství, pocit nadýmání

- **Bolest** patří mezi základní příznaky provázející onemocnění GIT. Základní příčiny břišní bolesti jsou mechanické, zánětlivé a chemické dráždění. V oblasti břicha rozeznáváme bolest somatickou a útrobní. Bolest *útrobní, viscerální* je způsobena podrážděním útroby. Bolest je tupá, nepřesně lokalizovaná. Bolest *somatická* vzniká po podráždění peritonea. Bolest se „stěhuje“ do skutečného místa postižení. *Bolestivý syndrom* - vývoj bolesti během akutních stavů v GIT. Je to přeměna bolesti viscerálního typu na bolest s vyzařováním a na bolest somatickou. Chorobný proces se tak rozšířil na serózu i pobřišnici.
- **Nauzea** – pocit nevolnosti, odporu k jídlu, provázaný sliněním, předchází zvracení. Příčinou bývá podráždění sympatiku.
- **Zvracení** je prudké vypuzení žaludečního obsahu ústy ven, kterému obvykle předchází nauzea. Příčiny mohou být:
 - zvracení mechanické – při obstrukci v trávicí trubici
 - zvracení reflexní
 - zvracení centrální – dráždění ústředí pro zvracení v prodloužené míšeDůsledky zvracení jsou dehydratace, změny ABR, hypokalémie.

Mezi další příznaky patří **řihání - ructus, škytavka - singultus, pálení žáhy – pyroxis, regurgitace** - vniknutí malého množství žaludečního obsahu do úst, jeho chuť je kyselá a hořká, **dyspepsie** - žaludeční a střevní, potíže spojené s trávením potravy v žaludku a ve střevě, **flatulence, meteorismus, borborygmy** - kručení a přelévání, **hematemésa** - zvracení krve, **melena** - natrávená krev ve stolici, **enteroragie** - čerstvá krev ve stolici. (26)

1.4 Charakteristika onemocnění

1.4.1 Polypy tlustého střeva

Polyp je výčnělek sliznice, polokulovitého tvaru. Velikost je různá od téměř nepatrných po dosahujících až několik cm v průměru. Počet může být solitární, ojedinělý, či mnohočetný. Přesahuje-li jejich počet 100, jedná se o polypózu. Polyp vyjadřuje pouze makroskopický vzhled, o jeho podstatě a významu rozhoduje mikroskopická skladba. (8)

Stopkaté polypy - jsou nejčastější, mají hladký povrch s normálním vzhledem sliznice. Jsou velké 0,5 - 10 cm, vyskytují se v celém tlustém střevě, v rektu nejméně.

Polypy se širokou bazí (vilózní adenom) rostou plošně. Vyskytují se nejčastěji v ampuli rekta a v sigmoideu. Mají rozbrázděný, klkovitý povrch, měkkou konzistenci a produkují mnoho hlenu. Když dorostou značné velikosti, mohou až prolabovat análním otvorem. Mohou též krvácet a vysokou produkcí hlenu způsobit hypoproteinémii a dehydrataci.

Tubulovilózní adenom je histologicky přechodnou formou mezi tubulárním a vilózním adenomem. Bývá většinou stopkatý s rozbrázděným povrchem. (15)

Druhy polypů v GIT:

- Nádorové - benigní - adenomy
- maligní - adenokarcinomy.
- Nenádorové - hyperplastické, hamartomy, zánětlivé.
- Submukózní útvary - vyklenují sliznici, připomínají přisedlé polypy, které vycházejí ze sliznice - lipomy, leiomyomy, karcinoid. (8)

Adenomy jsou nejvýznamnější a nejčastější. Vyskytují se převážně u starší populace, tvoří až $\frac{2}{3}$ všech polypů v tlustém střevě a rektu. Adenomy se pokládají za významnou prekancerózu. Velmi často přecházejí v kolorektální karcinom. V mnoha případech probíhá adenom asymptomaticky. Maligní zvrát adenomu závisí na jeho velikosti a histologické skladbě. Čím je adenom větší, riziko stoupá. Nejprve dochází ke změnám na sliznici. Pokud maligní buňky nepřesáhnou muscularis mucosae, nedojde k metastazování. Tomuto stavu se říká těžká dysplazie. Pokud maligní buňky proniknou do muscularis mucosae, jedná se o invazivní karcinom. Proto je velmi důležité snesení celého polypu, histologické vyšetření, včetně stopky polypu. Klinicky se projevují enterorhagií, může se vyskytovat průjem, nadýmání a křeče. Mezi diagnostické metody řadíme vyšetření stolice na okultní krvácení a kolonoskopii. Hlavní léčebná metoda je endoskopická polypektomie. (9)

Hyperplastické polypy vznikají hyperplazií sliznice v důsledku dráždění. Mají plochý tvar a jsou malé 3 - 5 mm. Jsou to nejčastější benigní polypy kolonu.

Zánětlivé polypy se vyskytují při ulcerózní kolitidě, Crohnově chorobě nebo divertikulitidě. Jsou to zánětlivé ostrůvky vyčnívající nad ostrůvky ulcerace.

Hamartony jsou polypy tenkého střeva, ale u dětí se nejčastěji vyskytují v rektu. Jsou hladké, stopkaté, veliké 0,5 - 5 cm. Obsahují drobné cysty vyplněné hlenem. Jsou benigní, ale často recidivující. Bývají příčinou krvácení z konečníku v dětském věku. (15)

1.4.2 Polypózy

Je to stav, kdy v tračníku je přítomno více než 100 polypů. U kobercového typu polypózy je střevo polypy hustě pokryto. V počáteční fázi nemusí být patrně mnoho polypů, k rozvoji dojde až během času. Téměř ve všech případech se jedná o familiární výskyt, jsou geneticky podmíněné. (8)

Familiární adematózní polypóza (FAP)

Jde o dědičné onemocnění, autosomálně dominantní. V. Jirásek v knize Gastroenterologie a hepatologie uvádí, že: „Onemocnění není tak vzácné, jak se většinou předpokládá. Výskyt v populaci se odhaduje přibližně 1:8000. Patologický gen se označuje APC gen (adematous polyposis coli), je lokalizován na dlouhém raménku 5. chromozomu. Je to tumorsupresorový gen.“ (8)

Toto onemocnění probíhá často asymptomaticky delší čas. Prvními příznaky bývá hlenovitý průjem, krev ve stolici a kolikovitě bolesti břicha. Již při prvních příznacích značně stoupá riziko maligního zvratu. Karcinom vzniká mezi 40. - 50. rokem života. Nežádka se objeví již kolem 20. roku. Proto je velmi důležité vyhledávání postižených jedinců v rodinách, kde je prokázána tato choroba. Adematózní polypy se obvykle začínají tvořit již v pubertě. U nemocných se vyskytují i různé extrakolické projevy onemocnění. Záleží na tom, jaká část genu jen postižena mutací. Mohou být přítomny benigní podkožní nádory, zubní anomálie, zvýšená fibroprodukce, mnohočetné adenomy duodena, žaludeční polypy, pigmentové skvrny na očním pozadí, zvýšené riziko nádorů v jiných lokalizacích.

Při záchytu nemocného se sestavuje podrobný rodokmen a vyšetřují se všichni příbuzní 1. linie (rodiče, sourozenci, děti). Provádí se kolonoskopie a vyšetření očního pozadí. Dále lze stanovit, pomocí moderní metody molekulárně genetické mutační analýzy, zárodečnou mutaci APC genu. Tímto vyšetřením je umožněna i prenatální diagnostika. Terapie je většinou operační, kdy se provádí odstranění celého tlustého střeva - proktokolektomie. (8,15)

Gardnerův syndrom

Jedná se o autozomálně dědičné onemocnění, při kterém se polypóza tlustého střeva kombinuje s výskytem extrakolických mezenchymových nádorů (osteomy, fibromy, lipomy). (15)

Peutzův - Jeghersův syndrom

Jde o autosomálně dominantní dědičné onemocnění, polypózu, která postihuje celou trávicí trubici. Jedná se o hamartomy. Charakteristické jsou tečkovité pigmentace na víčkách, rtech, nosních křídlech a na bukové sliznici. Toto onemocnění se vyskytuje mnohem vzácněji než FAP. Onemocnění se projevuje krvácením do GIT, subileózním či ileózním stavem. Zvýšené riziko vzniku kolorektálního karcinomu nebývá tak fatální, jako u FAP. Vzhledem k možnosti postižení celé trávicí trubice, není možné preventivní operační řešení. Řeší se pak ileózní stavy. (9)

Turcotův syndrom

Familiární polypóza tlustého střeva spojená s nádorem mozku (meduloblastom).

Atenuovaná adematózní polypóza

Vzácná zvláštní forma FAP, podmíněná mutací v proximální části APC genu. Postihuje většinou pravý tračník, polypy jsou málo početné. Karcinom se objevuje až po 50. roce života.

Autozomálně recesivně dědičná polypóza

Je to autosomálně recesivní dědičné onemocnění, kdy počet polypů kolísá od několika málo polypů do několika desítek. Nositelé této genetické poruchy mohou být jedinými postiženými v rámci rodiny.

Juvenilní polypóza

Jedná se o velmi vzácnou polypózu. Patří mezi hamartomy. Mohou

postihnout jen tlusté střevo, nebo jsou lokalizovány v průběhu celé trávicí trubice. Někdy může mít familiární výskyt. (8)

1.5 Etiologie

Příčina vzniku polypózy tlustého střeva je nejasná. Velkou roli zde sehrává dědičná dispozice (FAP), stravovací návyky – zejména vysoký podíl živočišných tuků a sacharidů, nízký obsah vlákniny, kouření a konzumace alkoholu. (10)

1.6 Klinický obraz

Liší se dle lokalizace nádoru. U karcinomu pravého tračnicku převažují příznaky celkové - anémie, hubnutí, subfebrilie. Karcinom levého tračnicku se projevuje střídáním zácpy a průjmu (změna defekačního stereotypu), dyspepsií dolního typu (břišní dyskomfort, kolikovitá bolest) nebo jako NPB - ileem z neprůchodnosti střeva. Většina adenomů jsou zpočátku asymptomatické, později se mohou projevit patologickou příměsí ve stolici - enterorhagie, hlenem ve stolici, průjmem s rizikem hypokalémie, nadýmáním, křečemi, kolikovitými bolestmi břicha, pocitem tlaku v břiše. V některých případech i perianálním prolapsem polypu. (9, 10, 15)

1.7 Diagnostika

Anamnéza se sepisuje při prvním kontaktu pacienta s lékařem. Lékař získává informace o předchorobí pacienta, které mohou souviset se současným onemocněním. Sepsání kvalitní anamnézy je velmi důležité. Získané informace mohou urychlit diagnostiku, mnohdy i léčbu. Anamnéza se skládá z několika částí: nynější onemocnění (NO), osobní anamnéza (OA), farmakologická

anamnéza (FA), alergologická anamnéza (AA), gynekologická anamnéza (GA), rodinná anamnéza (RA), pracovní anamnéza (PA), sociální anamnéza (SA). Anamnézu získáváme rozhovorem s nemocným, či jeho příbuznými. K pacientovi musíme přistupovat individuálně s ohledem na jeho zdravotní a psychický stav. Na pacienta nespěcháme, dáváme mu najevo náš zájem.

Fyzikální vyšetření - patří mezi základní vyšetření u všech pacientů s bolestmi břicha. Patří sem vyšetření pohledem, pohmatem, poklepem a poslechem. Pro diagnostiku polypóz je důležité vyšetření **per rectum**. Provádí se v poloze na zádech, nebo na levém boku s pokrčenými končetinami. Po zavedení prstu do konečníku pacienta vyzveme, aby zatlačil jako na stolici. Mohou být přítomny známky enterorhagie, může se odhalit i polyp v rektu. (11,15)

Laboratorní vyšetření

- nádorové markery - CEA, CA-19-9
- stolice na okultní krvácení - haemocult test - mikroskopické vyšetření
- histologické vyšetření polypu sneseného při kolonoskopii – HGD, LGD (9,10)

Zobrazovací metody

Irigografie je metodou dvojího kontrastu s užitím rektálně aplikované baryové suspenze a vzduchu. Provádí se při nemožnosti provedení kolonoskopie. Tímto vyšetřením však nelze nalézt polypy menší 5mm. (11)

Enteroklýza je RTG vyšetření tenkého střeva pomocí kontrastní látky.

CT colografie – pouze dg metoda

Endoskopické metody

Kolonoskopie je vyšetření tlustého střeva, při kterém je možné se dostat až k terminálnímu ileu. Používá se flexibilní endoskop. Zavádí se konečníkem, pacient leží na levém boku, s koleny přitáženými k břichu. Před tímto vyšetřením

je nutná dokonalá příprava. Pacient drží tři dny před vyšetřením bezzbytkovou stravu, musí vynechat preparáty obsahující železo. Den před vyšetřením má pouze tekutou stravu, doplněnou fosfátovými projímadly večer a ráno. Také se provádějí klyzmata večer a ráno před vyšetřením. Bez dokonalého vyprázdnění je kolonoskopie bezcenná.

Kolonoskopie se mimo diagnostiky polypů provádí při diagnostice tumorů, zánětů, divertiklů, krvácení, chronických poruch vyprazdňování, při potřebě histologického vyšetření. (12,13)

Rektoskopie je indikována při perianálním krvácení. (15)

Kapslová endoskopie je neinvazivní diagnostická metoda jícnu, tenkého střeva a tračníku. Slouží k vyšetření pro krvácení do GIT z neurčeného zdroje, při podezření na nádor tenkého střeva, při vyšetření polypózních syndromů. Jedná se o snímání a bezdrátový přenos endoskopického obrazu GIT po polknutí kapslového zařízení. Kapsle je vlastně malý videoskop, který při průchodu střevem pořizuje postupně snímky. Snímky jsou pak přenášeny do počítače, poté jsou hodnoceny gastroenterologem. Je to velmi drahé vyšetření, kapsle je na jedno použití. U pacientů s Peutzovým – Jeghersovým syndromem nahradila kapslová endoskopie RTG vyšetření – enteroklýzu, které ohrožuje pacienta kumulativní dávkou RTG záření, která je během života dosti významná. (8,14)

1.8 Terapie

Léčba polypů tlustého střeva spočívá v jejich odstranění. Dle histologického vyšetření, počtu a velikosti se rozhoduje o léčebné metodě a rozsahu výkonu. Odstranění polypu se provádí endoskopicky nebo chirurgicky.

Endoskopická terapie - kolonoskopická polypektomie nebo mukosektomie. Polypektomie (PE) slouží k odstranění stopkatých, tubulárních nebo vilózních polypů až do velikosti 4 cm. Mukosektomie (ME) je excize plošných nebo

přisedlých polypů. Tato metoda je kurabilní i u časných karcinomů CIS (carcinom in situ).

Pokud je polyp endoskopicky mukosektomií neodstranitelný, je indikovaná chirurgická léčba.

Chirurgická léčba

- Polypektomie z kolotomie - jedná se o operační výkon, spočívající v kolotomii a odstranění polypu excizí. Pokud nejsou léze hmatné, pak se provádí peroperační kolonoskopie s lokalizací polypu.
- Segmentální resekční výkony - provádí se u histologicky vyloučené malignity. Např. resekce v oblasti sigmatu.
- Resekční výkony u polypóz - kolektomie a proktokolektomie
 - *Kolektomie* - provádí se nejčastěji. Kolektomie s ileorektoanastomózou (IRA) s nutností endoskopického sledování pahýlu rekta. Kromě IRA lze provést rezervoár z tenkého střeva, tzv. pouch. (J, W. Pouch). Slouží ke snížení frekvence počtu stolic a ke zlepšení resorpce iontů a vody.
 - *Proktokolektomie* - je indikovaná při diagnostikované familiární polypóze, kdy je vysoké riziko malignizace.
 - se založením terminální ileostomie - totální odstranění tlustého střeva včetně anu a rekta. Je to nejbezpečnější výkon, pacient má založenou definitivní ileostomii.
 - ileoanální anastomóza s pouchem (J nebo W) - je to nejnáročnější typ výkonu, je zde velké riziko inkontinence a záněty pouche - pouchitis. Jsou to víceetapové operace.

1.9 Komplikace endoskopické slizniční resekce

Nejčastější komplikací bývá krvácení do tlustého střeva a to buď bezprostředně po výkonu nebo se zpožděním až 14 dnů. Dále může nastat perforace střeva s rizikem vzniku peritonitidy, což vyžaduje chirurgickou terapii. Při resekci na více než 50% obvodu tračníku může dojít ke vzniku stenózy v průběhu několika měsíců po výkonu. Tyto stenózy je možno dilatovat. V neposlední řadě hrozí nekompletní resekce, kdy se polyp nepodaří snést celý. (27)

1.10 Sledování příbuzných u diagnostikované FAP

Běžnou praxí je, že příbuzní prvního stupně (rodiče, sourozenci, děti) chodí na preventivní kolonoskopii jedenkrát za 5 let při dovršení věku 40 - 50 let, nebo ve věku o 5 let nižší, než byl věk u postiženého polypózou. (28)

První kolonoskopie by měli podstoupit již při diagnostice polypózy. Děti 10-15 let by měly podstoupit sigmoideoskopii. Mělo by jim být nabídnuto genetické poradenství a testování.

U postižených polypózou se sledování a léčba odvíjí od velikosti a druhu adenomu a věku postiženého. Operační terapie je doporučena u zjištění invazivního karcinomu, těžkého stupně polypózy, nebo dysplázie vysokého stupně. (16)

1.11 Kvalita života pacientů s FAP

Lékař by měl pacienta poučit o výběru zvoleného operačního postupu a kvality života po provedené operaci. Důležité je minimalizovat strach a získat pacienta ke spolupráci. Můžeme pacientům umožnit setkání s jinými pacienty stejného pohlaví po již provedené operaci. Důležitou roli zde hraje i psycholog.

Používá se metoda za použití pouche, kdy je střevní vylučování prostřednictvím konečníku zachováno, ale funkční výsledek se liší od střevního vylučování před chirurgickým zákrokem. FAP se u většiny pacientů projeví v době dospívání nebo v reprodukčním období. Je velmi důležité pro ně zachování sexuálních funkcí. U mužů díky příslušné denervaci pánevního plexu je hlavní příčinou erektilní dysfunkce a ejakulace. U žen dochází k sexuální dysfunkci méně často, možná díky tomu, že je těžko měřitelná. Je větší výskyt dyskomfortu. Velkým problémem je dyspareunie. Může to být způsobeno anatomickými změnami pánve po provedené kolektomie. Některé ženy uvádějí, že se sexuálního kontaktu vyhýbají kvůli strachu z úniku střevního obsahu. Zvolený postup za použití pouche není kontraindikací těhotenství, ale může snížit plodnost. Tyto aspekty by měl lékař probrat s pacientkami ještě před chirurgickým zákrokem a operaci vhodně načasovat. Pokud by projevy FAP byly mírné a pacient je svolný k častějšímu sledování, pak by měl být chirurgický zákrok odložen až po dokončení rodičovského plánování. (30)

1.12 Základní údaje o nemocném

Pacient souhlasil s poskytnutím jeho osobních dat pro účely této práce, informovaný souhlas je u autorky.

Pacient: J. M.

Narozen: 1948

Pohlaví: mužské

Stav: ženatý

Bydliště: Praha 11

Přeje si být osloven: pane M.

Datum přijetí: 19. 9. 2012 na II. interní kliniku FNKV

19. 9. 2012 překlád na chirurgickou kliniku JIP 1

23. 9. 2012 překlád na standardní oddělení

Datum propuštění: 1. 10. 2012 domů

1.12.1 Lékařská anamnéza

Pacient byl přijat na II. interní kliniku, oddělení STD A k observaci po kolonoskopickém vyšetření, při kterém byla provedena mukosektomie a polypektomie vícečetných polypů.

Rodinná anamnéza: Otec zemřel v 94 letech na leukémii. Matka zemřela v 89 letech - DM, léčila se se srdcem. Sourozenci zdraví, děti zdravý.

Osobní anamnéza:

Předchozí onemocnění: arteriální hypertenze, hyperlipidemie, astma bronchiale – dispenzarizace v pneumologické ambulanci, akutní gastritida anamnesticky. Po jídle opakované průjmy, močení v normě.

Operace: stp. laserové operaci prostaty 2009, CHCE

Úrazy: otřes mozku v dětství.

Farmakologická anamnéza: Lorista H 1-0-0, Torvacard 10mg 0-0-1, Ranisan při obtížích, Berodual spray při obtížích.

Alergie: nejuje.

Pracovní anamnéza: v důchodu, pracuje jako OSVČ.

Sociální anamnéza: žije s manželkou.

Abusus:

- alkohol – 4x týdně 0,7 l vína.
- kouření: nekouří asi tři roky, předtím kouřil 20 let, 20 cigaret denně.
- návykové látky: 0
- analgetika: 0

Objektivně při příjmu na chirurgickou kliniku:

Váha: 110 kg, výška 189 cm, BMI: 30,8, TK 110/80, TF 93, dech 20/min, eupnoický, K-P kompenzován, mírně opocení

Vědomí: Pacient při vědomí, orientován, spolupracuje

Hlava: Poklepově nebolestivá, skléry bílé, spojivky růžové, zornice izokorické. Jazyk vlhký, plazí středem. Hrdlo klidné, tonsily nezvětšeny, bez povlaků. Chrup

sanován.

Krk: Náplň krčních žil nezvýšena. Krční uzliny nehmatné. Štítná žláza nezvětšena. Tep karotid souměrný, karotidy bez šelestů. Šíje volná.

Hrudník: Souměrný. Axilární uzliny nehmatné. Poklep plic jasný, dolní hranice souměrné. Dýchání sklípkové, difúzně oslabené. Akce srdeční pravidelná, dvě ohraničené ozvy.

Břicho: Nad úrovní hrudníku, dýchá k tříslům, měkké, prohmatné, bez défense, bez známek peritoneálního dráždění. Bez hmatné rezistence, játra a slezina nezvětšeny, poklep difúzně bubínkový, peristaltika +, normální, šplíchy 0. Tapottement bilaterálně nebolestivý. Palpace ledvin nebolestivá, ledviny nehmatné.

Končetiny: Dolní končetiny bez otoků a známek zánětu. Pulzace v tříselech hmatné bilaterálně, bez šelestů. Periferní pulzace bilaterálně hmatné.

Páteř: Poklepově nebolestivá.

Per rectum: cavum Douglasi se nevyklenuje, je nebolestivý, na rukavici zbytek tmavé krve, ampula prázdná. (29)

1.12.2 Průběh hospitalizace

Pacient byl přijat na II. interní kliniku, oddělení STD A FNKV k observaci po kolonoskopickém vyšetření, při kterém byla provedena mukosektomie a polypektomie vícečetných polypů. Kolonoskopické vyšetření bylo provedeno pro pozitivní Haemocult. Pacient bolesti břicha neměl, chuť k jídlu v normě, váhový úbytek žádný. Cítí se dobře. Při kolonoskopii byla pacientovi provedena endoskopická mukosektomie plazivého polypu dna céka a colon descendens, polypektomie stopkatých polypů colon descendens, polopřisedlého polypu sigmatu, stopka objemného polypu pro drobné krvácení ošetřena nasazením tří hemoklipů. Dále byl ponechán k ošetření v druhé době plazivý polyp colon ascendens a několik přisedlých polypů levého tračnicku. Pacient byl po výkonu

hemodynamicky stabilní, bez poklesu v KO. Ve večerních hodinách došlo u pacienta k náhlé enterorhagii čerstvé krve s koaguly, prekolapsový stav. Byl konzultován vedoucí služby a domluven překlad na chirurgickou kliniku FNKV k observaci. Na chirurgické ambulanci byla pacientovi odebrána krev na koagulaci a krevní obraz, který byl bez poklesu. Pacient byl přijat 19. 9. ve 23hod. na JIP 1. Pacient byl napojen na trvalou monitoraci srdeční činnosti, fyziologické funkce byly měřeny a zapisovány po 30 minutách. Byla nasazena infuzní terapie a intravenózně hemostyptika do zavedené periferní kanyly. Pacient mohl přijímat per os pouze čaj. Během noci měl pacient jednu enterorhagii, byl ve stabilizovaném stavu.

2. den se u pacienta pokračuje v zavedené terapii, fyziologické funkce se měří po třech hodinách. Pacient má břicho klidné, nebolestivé, per rectum enterorhagie, není čerstvá. Během dne dochází ke zhoršení stavu, pacient měl do večera celkem 13x enterorhagii, byl znatelný pokles v krevním obraze. V 18 hod. došlo u pacienta k masivní enterorhagii s poklesem TK. Byly objednány 3x EM + 3x MP na vitál, nasadil se Voluven 500ml, rychlostí 250 ml/hod. a pacient byl indikován k operační revizi. Na operační sál odjíždí v 18.30 v doprovodu všeobecné sestry. Krevní transfúze byly nakříženy na JIPu, stačila vykapat pouze jedna EM, ostatní byly předány anesteziologické sestře. Z operačního sálu se pacient vrátil ve 23.28. Pacient měl zaveden PMK, NGS, 2x BD, PŽK na PHK, LHK. Pacientovi byla přiřazena antibiotika a analgetika. Pacient měl při příjezdu masivní enterorhagii, poté již byl bez známek krvácení. Byl proveden kontrolní odběr na KO a RTG břicha. Fyziologické funkce byly měřeny a zapisovány po hodině. Pacient byl zpočátku velmi neklidný a měl silné bolesti, které se nám podařily snížit podáním Dolsinu 100 mg i.m. a Novalginu 1 amp. i.v.

1. pooperační den mohl nemocný přijímat čaj per os. Pacientovi byla podávána plnohodnotná parenterální výživa. Bolesti byly tlumeny kontinuální a bolusovou analgezií. Hemostyptika byla vysazena, byla nasazena antikoagulační terapie k prevenci TEN. Byl sledován příjem a výdej tekutin, pravidelně byl odčerpáván žaludeční obsah přes NGS. NGS byla pro nefunkčnost vyměněna

za novou. Odpad z břišních drénů byl přiměřený. Pacientovi byla odebrána krev na krevní obraz, koagulační a biochemické vyšetření.

2. pooperační den byl u pacienta omezen p.o. příjem na 500ml/den pro velké odpady NGS. Byl nasazen vak „all in one“ Kabiven peri 1000kcal.

3. pooperační den po ranní dávce byla vysazena antibiotická léčba. Kontinuální analgezie byla převedena pouze na bolusovou. Břišní drény stále odváděly větší množství serózní tekutiny (pravý BD -150ml, levý BD -300ml), proto byly zatím ponechány. Pasáž zatím neobnovena. Pacient si stěžoval na nedostatečný spánek při příliš velkém nočním provozu. Pacient byl ve stabilizovaném stavu přeložen na standartní oddělení.

4. pooperační den dostával pacient analgetika pouze na vyžádání při bolesti. Parenterální výživa byla vysazena. Pacientovi byla odstraněna NGS, čaj mohl přijímat neomezeně. Drény odvádějí stále větší množství serózní tekutiny. Na noc dostal pacient Stilnox na spaní. V nočních hodinách začal být pacient neklidný, zmatený, pobíhal po chodbě a fyzicky napadal personál. Byl přivolán lékař a ochranka. Samovolně si odstranil PMK a PŽK. Zvracel, ale NGS odmítal. Pacient byl ve velmi agresivním stavu uložen na lůžko a musela být zahájena mechanická sedace. Pacientovi byl aplikován Haloperidol 5mg i.m. a nasazena Tiapra 1 amp. i.v. á 3hod.

5. pooperační den byla opět zavedena NGS, která odváděla větší množství žaludečního obsahu. Mechanická sedace byla ukončena, pouze při neklidu mohla být použita. Pacientovi byl nasazen infuzní roztok Plasmalyte 1000ml. Tiapra byla snížena á 6hod. Odpad drény byl minimální, drény byly povytaženy o 5cm a zkráceny do obvazu.

6. pooperační den byla odstraněna NGS, břišní drény, léky podávány pouze p.o. Pacient byl plně psychicky kompenzován, s minimálními bolestmi. Pasáž byla obnovena.

7. pooperační den začal být zatěžován GIT dietou, nejprve 1A. Při kontrole krevního obrazu byl zjištěn pokles červené řady a pacientovi byly podány 2x EM.

8. -10. pooperační den byl stále více zatěžován GIT od diety 1A - 1C.

11. pooperační den byl pacient ve stabilizovaném stavu propuštěn do domácího ošetřování. Pacient byl poučen o klidovém režimu a návštěvě chirurgické ambulance k vytažení stehů. (29)

1.12.3 Souhrn významných diagnostických vyšetření a popis operace

Hematologické vyšetření krve

		19.9.23 ^{oo}	20.9. 8 ^{oo}	20.9.14 ^{oo}
	Mezní hodnoty	den příjmu	operační den	operační den
WBC	4-10,8 x10 ⁹ /l	11,9	5,6	9,7
RBC	4,2-5,9 x10 ¹² /l	4,87	4,13	3,68
HGB	140-180 g/l	150	128	114
HCT	0,40-0,52 l	0,431	0,365	0,325
MCV	80,0-98,0 fl	88,5	88,4	88,3
MCHC	320-360 g/l	348	351	351
RDW	11,0-14,5 %	12,6	12,7	12,6
PLT	135-400 x10 ⁹ /l	220	156	192
MPV	8-12 fl	10	11	10
		21.9.8 ^{oo}	27.9. 8 ^{oo}	28.9.8 ^{oo}
	Mezní hodnoty	1.pooperační den	7.pooperační den	8.pooperační den
WBC	4-10,8 x10 ⁹ /l	10,5	7,5	8,7
RBC	4,2-5,9 x10 ¹² /l	3,56	2,81	3,52
HGB	140-180 g/l	106	82	103
HCT	0,40-0,52 l	0,310	0,248	0,300
MCV	80,0-98,0 fl	87,1	88,3	85,2
MCHC	320-360 g/l	342	331	343
RDW	11,0-14,5 %	14,0	13,4	13,6
PLT	135-400 x10 ⁹ /l	136	318	310
MPV	8-12 fl	10	9	9

Koagulační vyšetření krve

		19.9.23 ^{oo}	21.9.8 ^{oo}
	Mezní hodnoty	den příjmu	1.pooperační den
INR	0,80-1,20 --	1,25	1,35
APPT test	28,0-38,0 s	31,9	32,8
APTT kontrola	28,0-38,0 s	33,3	33,3

Biochemické vyšetření krve

		19.9.23 ^{oo}	21.9.8 ^{oo}	27.9. 8 ^{oo}
	Mezní hodnoty	den příjmu	1.pooperační den	7.pooperační den
Natrium	135-146 mmol/l	135	135	135
Kalium	3,80-5,40 mmol/l	3,87	4,01	3,50
Chloridy	97-109 mmol/l	101	103	99
Kalcium	2,05-2,65 mmol/l		1,83	
Anorg. Fosfáty	0,65-1,62 mmol/l		0,88	
Magnesium	0,70-1,10 mmol/l		0,88	
Urea	2,83-8,35 mmol/l	5,17	7,15	
Kreatinin	62-115 umol/l	92	90	
Celkový bilirubin	1,0-22,0 umol/l	23,7	21,0	7,7
ALT	0,10-0,75 ukat/l	1,21	1,20	1,06
AST	0,10-0,75 ukat/l	0,63	1,06	0,50
ALP	0,10-2,29 ukat/l	0,92	0,61	0,75
GMT	0,25-1,77 ukat/l	1,42	1,16	1,33
Celková bílkovina	65,0-85,0 g/l		47,0	49,0
Albumin	34,0-50,0 g/l		25,0	30,9
Glukosa	3,60-5,59 mmol/l	9,51	9,15	
CRP	0,0-12,0 mg/l		71,1	37,9

(29)

Kolonoskopie + mukosektomie + polypektomie +hemoklip

Endoskopický přístroj zaveden v poloze na levém boku. Proniknuto do rekta. Postupně volně dosaženo céka. Bauhinská chlopeč vizualizována. Provedena endoskopická mukosektomie plazivého polypu dna céka a v colon descendens v 55cm do 10 mm. Polypektomie přisedlého polypu do 7 mm v colon descendens v 60 cm, dále dvou stopkatých polypů v 45 cm a v 40 cm, velikosti do 10 mm. V sigmatu provedena polypektomie polopřisedlého polypu v 30 cm, velikosti do 15 mm. Nakonec v sigmatu nalezen objemný polyp v 25 cm, do 20 mm na široké stopce. Provedena endoskopická polypektomie. Drobné krvácení ze stopky ošetřeno nasazením 3 hemoklipů. Krvácení ustalo. Dále několik přisedlých polypů v levém tračníku (cca 6) ponecháno k ošetření v druhé době. Vše posláno na histologické vyšetření, výsledek za 14 dní. (29)

Peroperační kolonoskopie

Kolonoskopie byla provedena při operaci na žádost operátora k lokalizaci zdroje krvácení. Stěny rekta, sigmatu jsou pokryty čerstvou krví, zde je krve hodně. Dosažení lienální flexury. Postupováno pod manuální kontrolou operátora, další velké jezírko čerstvé krve v hepatální flexuře. Dosaženo dna céka. Na přechodu cekoascendens pevně lnoucí velké čerstvé koagulum a zde krve přibývá. Koagulum se nedá opláchnout. V hepatální flexuře se krev jeví zateklá. Vizualizován zbytek kolon. Jako zdroj krvácení se jeví místo po provedené mukosektomii v cekoascendens. (29)

RTG břicha - nativ břicha

Kovový klip v oblasti pánve. Smíšený meteorismus, bez hladinek, větší pneumoperitoneum není patrné. Drény zavedeny intraabdominálně. Jednoznačně cizí těleso není patrné. (29)

Operační protokol

Trvání operace: 20.9. 2012 19⁰⁰ - 23⁰⁰

Diagnóza: enterorhagia massiva, stp. coloscopiam int. crassi, stp. abrasionem adenoma coeci et descendentis et sigmoidei, kolonoskopia per operationem, abrasio coeci cruens.

Výkony: hemicolectomiam l.dx. anastomosis side to side, drain 2x, revisio cavi abdominis.

Popis operace:

Nemocný přijatý pro krvácení do tlustého střeva po snesení široce přisedlého polypu caeka v oblasti descendens a sigmoidea. Krvácení v oblasti sigmoidea stavěno klipem, dnes v poledne u nemocného opět profuzní krvácení, 17x enterorhagia pokles TK, promptně indikován k operační revisi. V celkové anestezii dutina břišní otevřena střední laparotomií, která prodloužena k mečíku, provádíme identifikaci zdroje krvácení peroperační kolonoskopií, která prováděna až do caeka, kde zdroj krvácení nalezen. Ostatní oblasti intaktní, nalezen i klip, který klipoval krvácení v oblasti sigmoidea.

Za této situace provádíme u velice obézního nemocného pravostrannou hemicolectomii s anastomosou side to side, v jedné vrstvě seromuskulární stehy, anastomosa volně průchodná. Dutina břišní opakovaně vysušena, před uzavřením laparotomie nesouhlasí sčítání roušek, jedna chybí, opakovaně revidována dutina břišní, rouška nenalezena ani v okolí operačního stolu a traktu. Přivezeno rentgenové C rameno, proveden RTG, ale rouška nalezena nebyla v dutině břišní. Drény v pravém srůstovém poli v oblasti sigmoidea, stehy po vrstvách. Ještě provádíme RTG na lůžku. (29)

Histologické vyšetření resekátu části tenkého a tlustého střeva

Histologický nález je slučitelný s klinickou diagnosou krvácení z místa, kde byla provedena abraze adenomu. Floridní zánětlivé změny nebyly zastíženy. Nádorové struktury ani dysplastické změny nebyly prokázány. (29)

Histologické vyšetření snesených polypů

Ve všech hodnocených vzorcích byl nalezen epitel s low grade dysplastickými změnami. Pouze ve vzorku z objemného stopkatého polypu sigmatu byl ojediněle nalezen v epitelu, v povrchové vrstvě adenomu v krátkém úseku s high grade dysplazií. Stopka adenomu je krytá nenádorovou sliznicí tlustého střeva. (29)

1.12.4 Farmakoterapie k 1. pooperačnímu dni

Injekční terapie

Acidum ascorbicum 1 amp. i.v.

Indikační skupina: Vitamin

Profylaxe a léčba hypovitaminózy, snížená imunitní odpověď, zdlouhavé hojení ran.

Nežádoucí účinky: bolestivost při podkožní, nebo nitrosvalové aplikaci, oxalátová nefrolitiasa

Ambrobene 1 amp. i.v. á 8 hod.

Indikační skupina: Expektorans, mukolytikum

Usnadňuje vykašlávání, tlumí kašel

Nežádoucí účinky: Ojediněle gastrointestinální obtíže – nechutenství, pálení žáhy, nevolnost, nejčastěji po parenterálním podání.

Augmentin 1,2 g i.v. á 8 hod.

Indikační skupina: Antibiotikum, kombinace amoxicilinu a klavulanátu

Podává se jako léčba bakteriálních infekcí způsobené citlivými mikroorganismy, jako profylaxe infekcí u chirurgických zákroků.

Nežádoucí účinky: alergické reakce, kožní projevy, moučnivka, průjem.

Degan 10 mg 1 amp. i.v. á 8 hod.

Indikační skupina: Prokinetikum, antiemetikum.

Stimuluje motilitu horního GIT, působí antiemeticky.

Nežádoucí účinky: ojedinělé, únava, ospalost.

Dipidolor 60 mg do 20 ml fyziologického roztoku kontinuálně i.v. 0,8 ml/hod.

Indikační skupina: analgetikum, anodynum.

Používá se ke zmírnění velmi silné bolesti u nádorových onemocnění a pooperačních období.

Nežádoucí účinky: mírná tachykardie, ospalost, nevolnost, zvracení, možný vznik závislosti.

Fraxiparine Multi 0,3 ml s.c.

Indikační skupina: antitrombotikum, antikoagulans.

Pomáhá zabraňovat vzniku trombů v cévách, používá se k léčbě tromboembolické choroby, profylaxe v pooperačním období.

Nežádoucí účinky: krvácení, krevní sraženiny v místě vpichu.

Helicid 40 mg do 100 ml fyziologického roztoku i.v. á 12 hod.

Indikační skupina: antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy.

Používá se k léčbě peptického vředu, k profylaxi aspirace žaludečního obsahu.

Nežádoucí účinky: bolest hlavy, nauzea, průjem, nevolnost.

Kalium chloratum léčiva 7,5% amp. i.v.

Indikační skupina: kaliový přípravek

Používá se k prevenci a léčbě hypokalémie

Nežádoucí účinky: hyperkalémie – únava, parestázie končetin, svalová slabost, arytmie až srdeční zástava.

Magnesium sulfuricum Biotika 10% amp. i.v.

Indikační skupina: ionty pro parenterální aplikaci, myorelaxans.

Používá se k léčbě křečí, tetanie, eklampsie, při dlouhodobé parenterální výživě, hypomagnesémii.

Nežádoucí účinky: pokles krevního tlaku, porucha srdeční činnosti, nauzea.

Novalgín 1000mg i.v.

Indikační skupina: analgetikum, antipyretikum.

Podává se při silné akutní a chronické bolesti, horečce nereagující na jinou léčbu.

Nežádoucí účinky: kožní příznaky, hypotenze.

Plasmalyte roztok s glukózou 5% 2000 ml - 150 ml/hod.

Indikační skupina: infuzní roztok.

Používá se jako zdroj tekutin a sacharidů, při metabolické acidóze.

Nežádoucí účinky: alergická kožní reakce, infekce v místě infuze, hypervolémie.

Roztoky k nebulizaci

Ambrobene 7,5 mg/ml 2 ml á 6 hod.

Indikační skupina: expektorans, mukolytikum

Používá se při akutních a chronických onemocněních dýchacích cest.

Nežádoucí účinky: alergická reakce, hlavně kožní vyrážka, nevolnost, zvracení.

Perorální terapie

Lorista H 1-0-0 (od 6. pooperačního dne)

Indikační skupina: antihypertenzivum, antagonist angiotenzinu II a diuretikum

Používá se k léčbě esenciální hypertenze

Nežádoucí účinky: kašel, infekce horních cest dýchacích, bolest břicha, únava, zvýšené hladiny draslíku.

Torvacard 10mg 0-0-1 (od 6. pooperačního dne)

Indikační skupina: hypolipidemikum.

Používá se k úpravě hladiny tuků v těle, ke snížení rizika onemocnění srdce.

Nežádoucí účinky: bolest hlavy, nevolnost, bolest zad, alergické reakce. (31,32)

Dieta

OS – čajová

1A - tekutá dieta, od 7. pooperačního dne

1B - tekutá dieta, od 8. pooperačního dne

1C - kašovitá dieta, od 10. pooperačního dne

Diety 1A – 1C jsou diety pooperační. Liší se od sebe množstvím obsahu energie, bílkovin, tuků a sacharidů. (33)

2 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

2.1 Cíle a charakteristika ošetřovatelství

Cílem je individualizovaná ošetřovatelská péče, která spočívá v aktivním vyhledávání a plánovaném uspokojování ošetřovatelských potřeb nemocného člověka v nemocničním prostředí, domácí péči a v preventivní péči. Proto je nutná kvalitní příprava sester, která se posunula na vyšší a vysoké školy. Ošetřovatelská péče je týmová práce, důležitá je kvalita poskytované péče. (19)

2.2 Charakteristika ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelský proces je soubor provázaných činností prováděných ve prospěch nemocného při individualizované ošetřovatelské péči. Teorie ošetřovatelského procesu se dostala ke konci 60. let do Evropy jako koncepční model vstřícného přístupu k ošetřování nemocného. Odráží se v aktivní činnosti sestry, na základě hlubšího poznání nemocného. Výhody ošetřovatelského procesu pro nemocné spočívají především ve spoluúčasti nemocného na péči o sebe sama, možnosti kvalitní plánované péče v rámci uspokojení jeho potřeb a v nepřetržitosti péče. Napomáhá zvyšování soběstačnosti nemocného. Péče je v kompetenci sestry, každá sestra si ručí za část péče, kterou poskytuje. Sestry mají možnost hlubšího poznání pacienta, což jim umožňuje brát nemocného jako člověka s danými problémy a potřebami a ne jako „diagnózu“. Zvyšuje profesní pravomoci sester, jejich samostatnost a odpovědnost za vykonanou práci. Pro sestru je důležitá zpětná vazba. Zvyšuje se jejich sebeuplatnění, dává jim lepší pocit pracovní spokojenosti. (20, 21)

Fáze ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces probíhá v pěti fázích, které se vzájemně prolínají a doplňují.

1. Zhodnocení nemocného: Sestra shromažďuje informace o nemocném, aby mohla zvolit teoretický model ošetrovatelství, podle kterého bude postupovat v dalších fázích ošetrovatelského procesu. Hodnocení nemocného se skládá z ošetrovatelské anamnézy a zhodnocení aktuálního stavu pomocí rozhovoru, pozorování a měření. (19, 20, 21)

2. Ošetrovatelská diagnóza: Na základě nashromážděných informací stanovujeme problémy nemocného a zjišťujeme jeho potřeby, které jsou vlivem nemoci narušeny a nedostatečně uspokojeny. Sestra dle naléhavosti problému stanovuje aktuální a potencionální diagnózy. Jelikož pohled sestry na daný problém může být odlišný, než pohled pacienta, je nutné vše s ním zkonzultovat. (20)

3. Plánování ošetrovatelské péče: V první řadě musí sestra stanovit cíle a očekávané výsledky ošetrovatelské péče, poté musí navrhnout způsob, neboli souhrn činností, kterými vytyčeného cíle dosáhne. Vypracuje individuální ošetrovatelský plán jak krátkodobý, tak dlouhodobý a určí pořadí a důležitost jednotlivých sesterských činností, které bude řešit. (20, 21)

4. Realizace plánu: Sestra plní jednotlivé naplánované činnosti, které jsou obsaženy v ošetrovatelském plánu, aby bylo dosaženo stanoveného cíle. Zároveň sestra nadále sbírá nové informace o nemocném, dle potřeby mění další ošetrovatelskou péči. (21)

5. Zhodnocení efektu poskytované péče: V poslední fázi ošetrovatelského procesu se sestra zabývá zjišťováním, zda bylo dosaženo cíle, měří úspěch poskytnuté péče. Pokud nebylo cíle dosaženo, plánuje další péči, která pomůže

k dosažení cíle. (20)

Ošetřovatelský proces je plánovitý, cílený, opakující se řád s tvořivým individuálním přístupem k nemocnému. Klade důraz na aktivitu jednotlivce, na podporu a udržení zdraví, nabízí aktivní ošetřovatelskou péči. (21)

2.3 Ošetřovatelský model

Vývoj ošetřovatelství stál do poloviny 20. století převážně na intuici, tradicích a praktických zkušenostech. K rozvoji teoretického základu ošetřovatelství došlo v polovině 20. století ve Spojených státech amerických a Kanadě. Modely poukazují na vědeckou konstrukci, představu a popis zkoumaného jevu, či předmětu. Lze je dělit na symbolické a fyzikální. Symbolické modely mají vyšší abstraktní úroveň, mohou být vyjádřeny slovně, schematicky pomocí grafů a kreseb a kvantitativně pomocí symbolů. Fyzikální modely vypadají podle toho, co znázorňují. Mohou být konkrétní, nebo abstraktní. (22)

2.3.1 Model funkčního typu zdraví Marjory Gordonové

Z hlediska holistického pojetí člověka je tento model nejkompexnější, jaký byl kdy vytvořen. Má své uplatnění při výuce sester, při řízení a poskytování ošetřovatelské péče v praxi. Sestra může odborně zhodnotit zdravotní stav zdravého i nemocného jedince. Jedná se o funkční a dysfunkční typ. Funkční typ zdraví je ovlivněn vlivy vývojovými, biologickými, sociálními, spirituálními a kulturními. Dysfunkční typ zdraví je dán stanovením ošetřovatelské diagnózy. Dle priorit se tvoří plán péče u daného onemocnění, ale i v rámci primární prevence. Pro zhodnocení, zdali se jedná o funkční či dysfunkční typ zdraví jsou důležité znalosti v oblasti klinické propedeutiky a psychologie. Základní složení tohoto modelu tvoří 12 oblastí, z nichž každá oblast představuje funkční nebo

dysfunkční stránku zdravotního stavu jedince. (23)

- ***Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví***

Tato oblast popisuje individuální přístup jedince k sobě samému, jak vnímá svůj zdravotní stav, jak pečuje o své zdraví, zdali dodržuje lékařská doporučení v době nemoci. Dále popisuje, zda si je pacient vědom rizik spojených se svým zdravotním stavem a stylem života.

- ***Výživa a metabolismus***

Tato oblast zahrnuje zvyklosti příjmu tekutin a potravy, kvalitu a kvantitu stravy. Zaměřuje se na rozložení stravy během dne, preference určitých jídel a tekutin. Dále se popisuje stav kůže, nehtů, chrupu, schopnost hojení ran a BMI.

- ***Vylučování***

Tato oblast se zaměřuje na způsob vylučování močového měchýře, tlustého střeva a kůže. Popisuje individuální rituály, pravidelnost, poruchy a potíže při vyprazdňování.

- ***Aktivita, cvičení***

Popisuje volnočasové a sportovní aktivity, životní styl, soběstačnost jedince v základních denních aktivitách, jako je hygiena, vaření, nakupování. Zahrnuje faktory bránící ve vykonávání aktivit, např. dušnost, svalové křeče aj.

- ***Spánek, odpočinek***

Popisuje dobu, trvání a kvalitu spánku a odpočinku. Zahrnuje individuální pocit získané energie odpočinkem, rituály před spaním a použití medikamentů navozujících spánek.

- ***Vnímání, poznání***

Do této oblasti patří smyslové vnímání jedince, zhodnocení poznávacích

schopností, smyslové poruchy a použití kompenzačních pomůcek. Zahrnuje hodnocení bolesti a způsoby jejího tlumení.

- ***Sebekoncepce, sebeúcta***

Popisuje citový stav a sebevnímání jedince. Hodnotí nonverbální projevy člověka.

- ***Plnění rolí, mezilidské vztahy***

Popisuje, jak se jednotlivec vyrovnává se svými životními rolemi, jak snáší tíhu odpovědnosti současné situace.

- ***Sexualita, reprodukční schopnost***

Tato oblast zahrnuje reprodukční období, sexuální spokojenost, poruchy a problémy s tím spojené.

- ***Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance***

Do této oblasti patří nejdůležitější životní změny v posledních dvou letech. Popisuje zvládnání stresových situací, běžných situací a podporu rodiny.

- ***Víra, přesvědčení, životní hodnoty***

Popisuje vše, co je pro jedince v životě hodně důležité, vnímání životních hodnot, včetně hodnot náboženských. (23)

Ošetrovatelský model fungujícího zdraví Marjory Gordonové jsem si vybrala pro mou bakalářskou práci z důvodu jeho dobré využitelnosti při výuce, výzkumu, ale i v ošetrovatelské praxi. Na mém pracovišti tento model používáme a jsme s ním spokojeni pro jeho jednoduchost a komplexnost.

2.4 Ošetrovatelská anamnéza

Ošetrovatelská anamnéza je pro sestry důležitá k sestavení individuálního plánu péče o nemocného. Není totožná s lékařskou anamnézou, ale vzájemně se doplňují. Sestra zjišťuje kromě současného zdravotního stavu i informace z jeho minulosti, denní návyky, zvyklosti. Je důležité znát, co je pro nemocného životní norma, aby mohla sestavit přiměřený plán péče. Ošetrovatelská anamnéza by měla být sepsána s pacientem co nejdříve po přijetí, s ohledem na jeho zdravotní stav, nejdéle do 24 hodin. (24)

Pro sběr informací o nemocném jsem využila několik zdrojů. Nejvíce jsem jich získala rozhovorem s nemocným a jeho manželkou. Některé oblasti jsem doplnila z lékařské dokumentace. Zjištěné informace jsem konzultovala s lékařem a kolegy. O pana J. jsem pečovala 4 dny, během nichž jsem měla možnost jej sledovat a doplnit si informace o něm. Ošetrovatelskou anamnézu jsem aktuálně sbírala 1. pooperační den v ranních hodinách.

- ***Vnímání a udržení zdraví***

Pan J. se léčí s vysokým tlakem, v minulosti již prodělal chirurgickou operaci žlučníku. O svém současném zdravotním stavu byl informován, ale nečekal, že dojde ke komplikaci krvácením. Ač je důchodového věku, stále se věnuje své práci jako OSVČ, která ho naplňuje. Nemá mnoho času věnovat se svému zdraví, je často ve stresu. Při náhodné preventivní prohlídce u praktického lékaře bylo zjištěno okultní krvácení z tlustého střeva testem Haemoccult. Dle pacientova sdělení na rady lékaře příliš nedá, pouze když vidí, že „jde do tuhého“.

- ***Výživa a metabolismus***

Pacient jí doma dosti nepravidelně vzhledem ke své práci. Ráno se nasnídá, pak jí většinou až večer, v poledne občas navštěvuje rychlé občerstvení. Příjem potravy zvládá sám, per os. Dietu žádnou nedrží. Vypije denně kolem

2 litrů tekutin, nejraději má ochucené minerální vody. Kávu pije 4x denně. Denně pije půl litru vína. Chut' k jídlu má stále stejnou, bez váhového úbytku. Chrup má umělý. Kůže je bez defektů a hematomů. Dle jeho sdělení se mu drobné rány hojí bez problémů. Pacient měří 189cm a váží 110kg. BMI je 30,8, což je rovno obezitě 1. stupně. Po operaci měl pacient plnou parenterální výživu. Per os mohl přijímat pouze čaj (dieta OS).

- ***Vylučování***

Stolici mívá pravidelnou, 1x denně normální barvy, řídké konzistence, projímadla neužívá. Pacient je po laserové operaci prostaty v roce 2009, nyní neudává potíže při močení. V současnosti má z důvodu operace zaveden permanentní katétr CH 16, který odvádí čistou nezapáchající moč, bez patologických příměsí, bilance tekutin je pozitivní. Příjem 3200 ml, výdej 1750 ml. Pacient po příjezdu z operačního sálu přijel pokálený. Stolice měla charakter čerstvé enterorhagie. Další projevy krvácení se již neukázaly.

- ***Aktivita a cvičení***

Pacient svůj volný čas tráví s rodinou. Rád sleduje televizi, občas si zajede na ryby. Rybaření považuje za největší relax a odpočinek. Vzhledem ke svému pracovnímu vytížení nemá na svůj koníček mnoho času. Nákupy a vaření obstarává manželka, ale o víkendech občas něco uvaří. Je plně samostatný, při pohybu neužívá žádné pomůcky. Pouze při chůzi do schodů, nebo delší procházce se vzhledem ke své obezitě zadýchává. Nyní po operaci má klidový režim, dnes ráno celkovou hygienu prováděla sestra na lůžku, pacient si pouze zvládl umýt obličej.

- ***Spánek a odpočinek***

Pacient doma spí bez problémů, chodí spát kolem 23. hodiny, vstává v 6.30. Před usnutím se dívá na televizi, někdy si čte nebo luští křížovky. V noci se nebudí, probouzí se odpočatý. Přes den moc neodpočívá, občas o víkendu si

po obědě na chvíli lehne. Neužívá žádné léky na spaní. Na JIP byl pacient po příjezdu z operační sálu velmi neklidný, bolestivý, po podání analgetik se zklidnil a pospával až do rána.

- ***Vnímání, poznání***

Pacient nemá žádné sluchové obtíže, brýle nosí pouze na čtení. Je plně orientován, nemá pocit, že by měl problémy s pamětí. Je nedůvěřivý kvůli komplikacím, které se vyskytly po polypektomii. Myslí si, že za vše může lékař, který polypektomii prováděl. Pacient ovšem nebere v potaz, že nedodržel doporučený klidový a defekační režim. Z operačního sálu přijel pacient se silnými bolestmi v okolí operační rány, které se po nasazení bolusové analgezie snižují.

- ***Sebekoncepce, sebeúcta***

Pacient udává strach z dalších možných komplikací. Bojí se opětovného rozvoje krvácení, špatného hojení rány, bolesti a dlouhodobé hospitalizace.

- ***Plnění rolí, mezilidské vztahy***

Pacient žije s manželkou v rodinném domě u Prahy. Má spoustu známých a přátel, se kterými se schází u sklenky vína. Již ráno mu byl umožněn telefonický kontakt s manželkou.

- ***Sexualita, reprodukční činnost***

Pacient prodělal v roce 2009 laserovou operaci prostaty, poté se obtíže zmírnily. Podrobněji se pacient na toto téma odmítá bavit.

- ***Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance***

Pacient udává, že se současnou situací se vyrovnává hůře, počítal pouze s jednodenní hospitalizací po provedené polypektomii. Má pocit, že se mu smůla lepí na paty. Velkou oporu má v rodině, která ho podporuje a dodává odvahy. Má starosti pracovního rázu, jelikož je OSVČ a nemůže si dovolit dlouhou pracovní

absenci.

- ***Víra, přesvědčení, životní hodnoty***

Pacientovi velmi záleží na tom, aby se již brzy uzdravil, bez dalších komplikací. Potřebuje se co nejdříve vrátit do pracovního procesu. Pacient je nevěřící, o návštěvu duchovního zájem nemá.

2.5 Ošetřovatelské diagnózy stanovené k 1. pooperačnímu dni

Na základě pozorování, rozhovoru, poznatků od lékařů a sester a ošetřovatelské anamnézy získané od nemocného jsem stanovila tyto aktuální a potencionální diagnózy.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

1. Akutní bolest z důvodu operačního výkonu
2. Částečná porucha soběstačnosti v oblasti hygieny z důvodu operačního zákroku
3. Strach z možných dalších komplikací
4. Porucha spánku z důvodu změny prostředí a provozu na JIP

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

5. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedených invazivních vstupů a v místě operační rány
6. Riziko vzniku TEN z důvodu operace a snížené mobility
7. Riziko pádu z důvodu pooperačního stavu a snížení pohyblivosti

2.5.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy k 1. pooperačnímu dni

Diagnóza č. 1 - Akutní bolest z důvodu operačního výkonu

Cíl:

- Nemocný nebude udávat intenzitu bolesti vyšší než 3 dle analogové škály bolesti na stupnici 0 – 10 půl hodiny po aplikaci analgetika
- Nemocný umí užívat analogovou škálu bolesti
- Nemocný umí zaujmout úlevovou polohu

Plán ošetrovateľskej péče:

- Vysvětlí nemocnému, jak se používá škála bolesti
- Zjistí charakter, lokalizaci, trvání a stupeň bolesti dle analogové škály bolesti 0 – 10
- Založ záznam bolesti (příloha č. 4)
- Zhodnot' intenzitu bolesti dle analogové škály v pravidelných intervalech
- Nebagatelizuj pacientovu bolest
- Aplikuj kontinuální analgezii dle ordinace lékaře, informuj pacienta o možnosti podání dalšího analgetika při bolesti vyšší než stupeň 3 dle analogové škály 0 - 10
- Sleduj účinek podávaných analgetik
- Při nedostačující analgetické léčbě informuj lékaře k úpravě medikace
- Edukuj pacienta o úlevové poloze a použití kompresi operační rány při pohybu a odkašlávání
- Edukuj pacienta o správném a bezpečném vstávání z lůžka
- Proveď záznam do dokumentace

Realizace:

Pacientovi jsem vysvětlila a ukázala analogovou škálu bolesti, na které udával stupeň 4 – 5. Udával bolest v místě operační rány. Bolest byla ostrá a chvílemi měla křečovitý charakter. Zjištěné informace jsem uvedla do ošetrovateľské dokumentace a do záznamu o sledování bolesti. Intenzitu bolesti jsem zaznamenávala každé dvě hodiny. Dle ordinace lékaře jsem pacientovi podala kontinuální analgezii lineárním dávkovačem Dipidolor 60 mg ve 20 ml fyziologického roztoku rychlostí 0,8 ml/hod. Nemocnému jsem vysvětlila nežádoucí účinky opiátů a poučila jsem ho o nutnosti nahlášení jakékoli změny zdravotního stavu – malátnost, nevolnost, poruchy vidění. Jelikož pacient nepocíťoval do 30 minut větší úlevu od bolesti, informovala jsem lékaře, který naordinoval Novalgin 1 amp. i.v. po 6-ti hodinách. Pacientovi jsem injekci aplikovala a do 20 minut udával zmírnění bolesti na stupeň 3. Vysvětlila jsem mu,

jak má zaujmout úlevovou polohu s ohledem na břišní drény a ostatní invazivní vstupy. S mou pomocí se pacient otočil na bok. Také jsem zdůraznila důležitost vstávání přes bok a přidržování operační rány. Vše jsem zaznamenala do zdravotnické dokumentace.

Hodnocení:

Pacient správně pochopil škálu bolesti, dokázal svou bolest dobře popsat a charakterizovat. Snažil se aktivně měnit polohu v lůžku. I přes zavedený břišní drén byla pro pacienta úlevová poloha na levém boku. Pacient sám kontroloval, aby se břišní drén nezalomil. Odpoledne se s mou pomocí zvládl posadit na lůžku. Nemocný byl edukován, že v případě zhoršení bolesti má informovat sestru. Pacient hodnotil bolest během dne dle analogové škály číslem 3. Ošetrovatelských cílů bylo dosaženo, plán péče byl splněn. Z důvodu pooperačního stavu je diagnóza i nadále aktuální.

Diagnóza č. 2 – Částečná porucha soběstačnosti v oblasti hygieny z důvodu operačního zákroku

Cíl:

- Pacient bude částečně soběstačný v oblasti hygieny, zvládne se umýt celý mimo nedostupná místa

Plán ošetrovatelské péče:

- Zjistí aktuální skóre Barthelova testu soběstačnosti (příloha č. 3)
- Zajistí potřebné pomůcky k lůžku (hrazdička, postranice)
- Pomoz pacientovi s hygienou
- Prováděj pouze nezbytnou pomoc a tím motivuj pacienta k samostatnosti
- Zajisti bezpečnost pacienta

Realizace:

Nesoběstačnost pacienta byla způsobena bolestivostí v místě operační rány, zavedenými invazivními vstupy a připojením na monitor a tlakovou manžetu. Zhodnotila jsem Barthelův test s výsledkem 25 pro danou chvíli, což znamená vysokou závislost na ošetrovatelské péči v oblasti hygieny, příjmu tekutin, vyprazdňování a mobility. Ráno před příchodem fyzioterapeutky jsem v souladu s ordinací lékaře pacientovi aplikovala Novalgin 1 amp. i.v. k již zavedené kontinuální analgezii. Provedla jsem celkovou hygienu pacienta vleže na lůžku, pacient si pouze umyl obličej. Vysvětlila jsem mu, jak se má v lůžku otáčet na bok, jak je důležité si přidržovat břicho. S fyzioterapeutkou si pacient poté dokázal sednout a napít se. Odpoledne se již pacient dokázal samostatně otáčet v lůžku a jen s malou dopomocí si sednout. Pacient si přál sedat na levou stranu, kam jsem umístila i noční stolek s osobními věcmi.

Při večerní hygieně jsem pacientovi již pomohla si stoupnout. Byl ještě trochu nejistý, ale s mou dopomocí to zvládl. Vsedě jsem sundala bandáže z dolních končetin, které byly vyvázány do třísel před operačním výkonem. Hygienu zvládl pacient částečně sám, záda, dolní končetiny a genitál jsem mu umyla a záda jsem namasírovala mentolovým krémem. Nakonec si pacient vyčistil zuby. Po celou dobu hygieny jsem dohlížela na bezpečnost pacienta. Po hygieně se cítil unaven, ale byl rád za pokroky, které udělal.

Hodnocení:

Pacient po celý den dobře spolupracoval, snažil se být víc samostatný. V tom mu dopomohla intenzivní rehabilitace a nácvik soběstačnosti. Otáčení v lůžku z boku na bok zvládal sám, večer si již sednul na lůžku jen s malou dopomocí. Při osobní hygieně potřeboval pomoc pouze na nedostupných místech. Večer jsem přehodnotila Barthelův test základních činností na hodnotu 50 bodů, což znamená závislost středního stupně, a to v oblasti vyprazdňování, mobility (chůze) a částečně hygieny. Plán ošetrovatelské péče byl splněn, diagnóza stále trvá.

Diagnóza č. 3 - Strach z možných dalších komplikací

Cíl:

- Pacient bude udávat zmírnění strachu

Plán péče:

- Naslouchej nemocnému a buď trpělivá
- Umožni nemocnému popsat svůj strach a emoční rozpoložení
- Udělej si na rozhovor s nemocným dostatek času
- Dej mu najevo, že tě jeho problémy zajímají
- Informuj nemocného o jeho zdravotním stavu v rozsahu svých kompetencí
- Informuj lékaře o jeho psychickém stavu
- Zajisti edukaci lékařem
- Buď pacientovi na blízku
- Zajisti dostatečný kontakt s rodinou, možnost návštěv
- Během dne se snaž pacienta zabavit různými činnostmi, např. četba, křížovky, poslech rádia

Realizace:

S nemocným jsem mluvila klidně, vstřícně a trpělivě. Při rozhovoru s nemocným jsme si povídali o jeho aktuálních obavách. Během dne jsem si udělala několikrát čas na rozhovor s ním. Vždy jsem mu dávala najevo můj zájem. Informovala jsem lékaře o jeho obavách z možných dalších komplikací. Lékař pacientovi vše vysvětlil, jeho aktuální zdravotní stav a co ho čeká do budoucna. Na pacientovi bylo vidět, že je klidnější. Kdykoliv jsem u nemocného prováděla nějaký výkon, vždy jsem mu pečlivě vysvětlila důvod mého činění, co přesně budu dělat a jakou potřebuji z jeho strany spolupráci. Pacient přes den poslouchal rádio, které mu přinesla rodina. Nabídla jsem mu četbu časopisu k odreagování, ale raději dal přednost luštění sudoku. Pacient během dne odpočíval a několikrát na krátkou chvíli usnul. V odpoledních hodinách ho přišla navštívit manželka

s dcerou, které ho rozptýlily asi nejvíce. Rodina zůstala na návštěvě do pozdních odpoledních hodin.

Hodnocení:

Pacienta udával zmírnění jeho obav z možných dalších komplikací. Byl dostatečně edukován lékařem, což mu pomohlo nejvíce. O svých obavách dokázal otevřeně mluvit, nebál se mě zeptat na to, v čem lékaři dostatečně neporozuměl. Byl mu umožněn kontakt s rodinou, dle jeho zdělení mu rodina velmi zvedla náladu.

Diagnóza č. 4 - Porucha spánku z důvodu změny prostředí a provozu na JIP

Cíl:

- Nemocný bude spát bez přerušení 6 hodin, bude se cítit odpočatý

Plán péče:

- Zajisti hygienickou péči o pacienta, zkontroluj operační ránu
- Uprav lůžko a pomoz zaujmout pacientovi vyhovující polohu
- Zkontroluj před spánkem zavedené invazivní vstupy
- Rozvrhni si léčebnou a ošetrovatelskou péči tak, abys co nejméně rušila pacientův spánek.
- Vyvětrej místnost před spaním
- Zajisti klidné prostředí bez rušivých elementů
- Zajisti podání medikace proti bolesti dle ordinace lékaře
- Sleduj spánek a jeho kvalitu

Realizace:

V 19 hodin jsem šla vykonat hygienickou péči u pacienta. Pomohla jsem mu posadit se vedle lůžka a umýt se. Mezitím jsem lůžko přestlala. Po hygieně jsem zkontrolovala operační ránu, zda obvaz neprosakuje a není potřeba ránu

převázat. Zkontrolovala jsem veškeré invazivní vstupy (PŽK, PMK). PŽK jsem přelepila. Pomohla jsem pacientovi zaujmout vhodnou polohu, při které nemá bolesti a je mu příjemná. Podala jsem medikace dle ordinace lékaře. Vyvětrala jsem dostatečně pokoj, osvětlení jsem ztlumila na minimum, aby mohl pacient nerušeně usnout. Podávání medikace a veškerou ošetrovatelskou péči v nočních hodinách jsem prováděla s nejvyšší možnou opatrností a v tichosti. Ve 24 hodin pacient udával bolest č. 4, dle analogové škály. Dle ordinace lékaře jsem mu podala Novalgin 1 amp. i.v. Analgetika v lineárním dávkovači a infúze jsem změnila před upozorněním alarmu. Během noci jsem sledovala, zda pacient spí a jak často je vzhůru.

Hodnocení:

Pacient po večerní hygieně pospával, ale často se budil. Říkal, že není zvyklý chodit tak brzy spát. Přes den též pospával, tak se necítil unavený. Po půlnočním podání analgetika usnul během půl hodiny. Během noci se ještě dvakrát probudil kvůli nadměrné hlučnosti pacienta z druhého pokoje, ale brzy na to usnul. Pacient spal bez přerušení 4 hodiny. Ráno byl vzbuzen sestrou v 6 hodin kvůli ranní hygieně. Pacient se cítil lehce unavený, nedospalý. Na analogové škále bolesti uváděl stupeň č. 2 - 3. Cíl byl splněn pouze částečně.

2.5.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy k 1. pooperačnímu dni

Diagnóza č. 5 - Riziko vzniku infekce z důvodu zavedených invazivních vstupů a v místě operační rány (PMK, PŽK, břišní drény, operační rána)

Cíl:

- Minimalizovat riziko vzniku infekce v místě zavedených invazivních vstupů a v místě operační rány
- Včasné odhalení případné infekce

Plán péče:

- Vysvětlí nemocnému důvod zavedení a kontroly invazivních vstupů a operační rány, pouč pacienta o možných komplikacích
- Kontroluj místa zavedení invazivních vstupů minimálně 1x za směnu
- Dodržuj řádnou hygienu a dezinfekci rukou
- Vyměňuj invazivní vstupy dle platných standardů
- Při každé aplikaci léku do PŽK kontroluj jeho okolí
- Denně sterilně převazuj PŽK
- Při známkách infekce nebo nefunkčnosti PŽK jej ihned odstraň
- Sleduj průchodnost močového katétru
- Sleduj vzhled, charakter a zápach moči
- U břišních drénů kontroluj místo zavedení, jeho okolí, průchodnost, charakter a množství sekretu, funkčnost sběrného systému
- U operační rány sleduj vzhled rány, její okolí, sekreci, zarudnutí, otok, bolestivost
- Dodržuj aseptický přístup při převazech, použivej ochranné pomůcky
- Převazy prováděj dle ordinace lékaře
- Sleduj fyziologické funkce
- Sleduj celkové známky zánětu, měř pravidelně tělesnou teplotu
- Při počínajících známkách infekce informuj lékaře
- Pravidelně prováděj hygienu pacienta, dbej o výměnu osobního a ložního prádla
- Při známkách zánětu nebo infekce informuj lékaře
- Prováděj pravidelný zápis do dokumentace, hodnocení rány a invazivních vstupů

Realizace:

Ráno jsem pacienta poučila o důvodu zavedení všech invazivních vstupů. Před každým výkonem a manipulací s invazivními vstupy jsem prováděla řádnou hygienu a dezinfekci rukou. Periferní žilní katétr jsem asepticky přelepila,

zkontrolovala jsem místo zavedení a jeho průchodnost. Poučila jsem pacienta o nutnosti zavedení permanentního katétru, o nutnosti zvýšené hygieny genitálu. Upozornila jsem ho na nutnost nahlášení nově vzniklých nepříjemných pocitů (pálení, řezání). Močový katétr byl průchodný, odváděl čistou moč bez zápachu. Operační rána neprosákla, krytí operační rány jsem pravidelně kontrolovala po dvou hodinách. Fyziologické funkce jsem v dopoledních hodinách měřila po hodině, od 12 hod. jsem je měřila po 3 hodinách. Tělesnou teplotu jsem měřila 3x denně, po celý den byl pacient afebrilní. Ložní prádlo jsem vyměnila 2x denně. Po každém výkonu jsem prováděla řádnou hygienu a dezinfekci rukou. Vše jsem zaznamenala do dokumentace.

Hodnocení:

Místo vpichu PŽK bylo bez zarudnutí. Pacient neudával žádné subjektivní obtíže při intravenózní aplikaci. PMK odváděl čistou moč bez zápachu. Diuréza za 24 hod. byla 1500ml. Krytí operační rány bylo suché. Pacient měl zavedeny dva břišní drény typu Tygon v pravém srůstovém poli v oblasti sigmoidea. Břišní drény odváděly serózní obsah. Odpad z pravého drénu byl 100 ml/24hod., z levého drénu byl 150 ml/ 24hod. K invazivním vstupům a operační ráně jsem přistupovala za aseptických podmínek, dle platných ošetrovatelských standardů. Tělesná teplota se pohybovala v rozmezí 36,6 - 36,9°C. TK byl stabilní, pohyboval se v rozmezí 115-140/70. Tepová frekvence byla 90/min. Pacient byl bez známek celkové infekce. Cíl byl splněn, diagnóza vzhledem k zavedeným invazivním vstupům stále trvá.

Diagnóza č. 6 - Riziko vzniku TEN z důvodu operace a snížené mobility

Cíl:

- Včas rozpoznat příznaky TEN
- Minimalizovat rizika TEN

Plán péče:

- Pouč pacienta o riziku vzniku TEN
- Pouč pacienta o důležitosti cvičení DK v lůžku a brzké rehabilitaci
- Vysvětlí důležitost elastických punčoch a aplikace nízkomolekulárního heparinu
- Aplikuj antikoagulancia dle ordinace lékaře
- Před vertikalizací pacienta přilož bandáž DK
- Kontroluj správné přiložení bandáže DK
- Sleduj příznaky TEN
- Kontroluj prokrvení, citlivost a barvu DK
- Sleduj projevy krvácivosti
- Aktivuj pacienta, zajisti jeho častou mobilizaci
- Nauč pacienta správnému způsobu vstávání z lůžka

Realizace:

Nemocnému jsem vysvětlila důležitost bandáží DK a aplikace nízkomolekulárního heparinu. Poučila jsem ho o příznacích TEN (změna barvy a citlivosti DK, bolestivost DK) a o nutnosti nahlášení této změny zdravotního stavu. Poté jsem mu v 8⁰⁰ aplikovala dle ordinace lékaře Fraxiparin Multi 0,3 ml s.c. Bandáže měl pacient přiložené již před operačním výkonem. U pacienta bylo k bandáži dolních končetin použito elastických obinadel, byl použit klasový způsob přiložení. Před příchodem fyzioterapeutky jsem zkontrolovala, zda jsou bandáže pevné, nezařezávají-li se pod kolena. Fyzioterapeutka nejprve s pacientem nacvičovala dechová cvičení, poté pacient cvičil na lůžku s horními a dolními končetinami. Nakonec mu vysvětlila, jak si má správně sednout se spuštěnými dolními končetinami z lůžka. Během dne jsem prováděla ošetrovatelskou rehabilitaci ještě dvakrát. Při večerní hygieně, když pacient seděl na židli, jsem bandáže sundala. Zkontrolovala jsem barvu a citlivost dolních končetin. Pacient měl během noci dolní končetiny bez bandáží.

Hodnocení:

Během 24 hodin nebyly u nemocného pozorovány příznaky TEN. Nemocný byl edukován o TEN a preventivních opatřeních. Bandáže DK byly správně přiloženy, pokožka DK byla prokrvená, teplá, bez zvýšené citlivosti. Nemocný sám prováděl v lůžku cvičení s DK. Cíl byl splněn, diagnóza trvá.

Diagnóza č. 7 – Riziko pádu z důvodu pooperačního stavu a snížení pohyblivosti

Cíl:

- Minimalizovat riziko pádu
- Nedojde k úrazu v důsledku pádu

Plán péče:

- Zhodnot' riziko pádu dle hodnotící škály
- Barevně označ identifikační náramek pacienta
- Pouč pacienta o riziku pádu
- Kontroluj bezpečné prostředí pacienta
- Zajisti snadnou dostupnost osobních věcí pacienta
- V případě potřeby použij postranice v lůžku
- Zajisti edukaci fyzioterapeutem
- Nacvič s pacientem bezpečnou vertikalizaci
- Doporuč vhodnou obuv
- Pomoz pacientovi při bezpečné chůzi
- Nacvič správné použití kompenzačních pomůcek
- Pravidelně kontroluj pacienta

Realizace:

Ráno jsem posoudila riziko pádu dle hodnotící škály používané v naší nemocnici (viz příloha č.2). Pacient měl skóre 4, při kterém jsou nutná preventivní

opatření. Označila jsem identifikační štítek a kartičku na lůžku pacienta červenou tečkou, což značí riziko pádu. Poučila jsem pacienta o rizicích pádu. Pacient byl již noční směnou informován, že sestry jsou na oddělení neustále přítomny, proto zde nebylo zavedeno signalizační zařízení. Zkontrolovala jsem, zda je řádně zabrzděné lůžko. Lůžko jsem dala do nejnižší polohy, aby pacient při nácviku sedu dosáhl nohama na podlahu. Pacientovi jsem nechala zvednutou postranici po jeho pravé ruce, o kterou se mohl opírat. Pro lepší dostupnost jsem noční stolek přesunula na levou stranu, na stolku byla sklenička s čajem, mobilní telefon, buničina, rádio a křížovky. Fyzioterapeutka seznámila pacienta se zásadami správného posazování přes bok a ukázala mu základní cviky na lůžku. Během dne při nácviku sedu a později i stoje jsem vždy pacientovi pomáhala, aby si byl jistější a neupadl. Bylo potřeba mu pomoci se všemi zavedenými invazivními vstupy, aby se nenarušila funkčnost drénů, infúzních setů a kabelů od monitoru. Pomáhala jsem mu stoupnout si, jelikož ještě neměl dostatek síly. Po celou pracovní dobu jsem dohlížela, aby měl vše při ruce a cítil se bezpečně.

Hodnocení:

Pacient dobře porozuměl riziku pádu. Při vertikalizaci si vždy zavolal pomoc ošetrovatelského personálu. Měl tím větší pocit jistoty. Během 24 hodin nedošlo k pádu.

2.6 Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče

2. pooperační den (4. den) se pokračovalo v podávání antibiotik Augmentin 1,2g i.v. á 8hod. Bolesti byly tlumeny pokračujícím intravenózním kontinuálním podáváním Digidolor 60 mg/ 20 ml fyziologického roztoku 0,8 ml/hod. Pacient udával bolesti stupně 2-3 dle analogové škály (0-10). Stupeň bolesti byl hodnocen nejméně po 6-ti hodinách. Pacient mohl přijímat pouze čaj v omezeném množství 500ml/24 hod. K doplnění tekutin mu byla naordinovaná plná parenterální výživa vak Kabiven Peripheral/ 18 hod. Dle ordinace lékaře byla podána antikoagulační terapie Fraxiparine multi 0,3 ml s.c. v 8⁰⁰. Operační rána byla převázána. Okolí drénů i rány bylo klidné, bez zarudnutí. Drény odváděly přiměřené množství serózní tekutiny. Fyziologické funkce byly v mezích normy, byly měřeny á 3 hod. PŽK byl dnes pro mírné zarudnutí v místě vpichu odstraněn a zaveden nový. S pomocí fyzioterapeutky byl pacient schopen ujit pár kroků k oknu a zase zpět. Při večerní hygieně byl již schopen s pomocí dojít k umyvadlu a umýt se. Noční spánek byl dle jeho sdělení hlubší, ráno se cítil odpočatý.

3. pooperační (5.den) byla u pacienta ukončena antibiotická terapie. Kontinuální opiátová analgezie byla převedena na bolusové podání Tramal 100mg á 6 hod., který celý den odmítá. Pacient udává pouze mírné bolesti, na analogové škále uvádí stupeň 1-2. Pacient měl stále omezený příjem tekutin na 500 ml/ 24hod. Pokračovalo se ve vakové výživě. Břišní drény byly ponechány, levý BD odváděl 400 ml/ 24 hod. serózní tekutiny. Z pravého BD byl odpad minimální. Střevní pasáž nebyla zatím obnovena. Fyziologické funkce byly v mezích normy, byly měřeny á 6 hod. PŽK byl přelepen a ponechán. Pacient byl již schopen pouze s minimální dopomocí přejít pokoj, byl přeložen ve stabilizovaném stavu na standartní oddělení.

4. pooperační (6.den) byla pacientovi odstraněna NGS. Při bolesti měl pacient naordinovaný Novalgin 1 amp. i.v., který mu nebyl aplikován, udával pouze minimální bolesti na stupni č. 1. Pacientovi začaly odcházet plyny. Pacient

ležel na samostatném pokoji. Na noc mu byla naordinována na jeho vyžádání tableta na spaní Stilnox 1 tbl. V nočních hodinách došlo u pacienta k psychické dekompenzaci, byl zmatený, agresivní, utíkal z lůžka a napadl personál. Ošetrovatelský personál se snažil pacienta zklidnit klidnou, tichou mluvou, snažil se pochopit jeho chování. Pacient svou agresivitu stupňoval a napadl fyzicky sestru. Musel být přivolán lékař a ochranka. Pacient si odstranil permanentní katétr a PŽK. Bylo nutné použít naordinované mechanické sedace horních končetin. Ošetrovatelský personál chodil pacienta pravidelně kontrolovat. Lékař naordinoval Haloperidol 1 amp. i.m. a Tiapra 1 amp. i.v. á 3hod. Sestra zavedla pacientovi nový PŽK, permanentní katétr se již nezaváděl. Během dvou hodin se pacient zklidnil a mohl být odkurtován. Byl však nutný zvýšený dohled a časté kontroly.

5. pooperační (7.den) byl pacient z předešlé noci smutný, málo mluvný, na své chování si pamatoval a litoval toho. Náladu mu zvedla manželka, která s ním byla celé odpoledne. Tiapra 1 amp.i.v. byla naordinována á 6 hod. Bolesti byly minimální, pouze při prudším pohybu. Odpad břišními drény byl minimální, proto byly zkráceny do obvazu. Bylo nutné zvýšené kontroly operační rány, zda rána neprosakuje po zkrácení drénů. Operační rána byla převázána v odpoledních hodinách, pak to již nebylo potřeba. Pacient měl ráno slabou hematurii po samovolném odstranění permanentního katétru. Během dne se to upravilo, pacient močil dostatečně bez problémů. Odpoledne se s manželkou snažil dlouho chodit po chodbě a též se došel vysprchovat. Vše zvládal sám, sestra pacientovi pouze pomohla umýt operační ránu, protože si s ní nevěděl rady a nebyl si jistý. Poté sestra ránu sterilně převázala. Spánek byl dnes již nepřerušovaný, pacient se cítil ráno vyspalý a odpočatý.

6. pooperační (8.den) byly odstraněny břišní drény a PŽK, jelikož pacient již nedostával žádné intravenózní léky ani infúze. Pacient mohl stále přijímat pouze čaj, byl poučen o nutnosti dostatečného pitného režimu. Střevní pasáž byla již obnovena, pacient bez pomoci chodil na WC, které měl na pokoji. Sprchu po odstranění břišních drénu také zvládl sám, rána byla kryta Jodcolodiem.

Bolesti pacient již žádné neudával, proto nebyla nutná aplikace analgetik. Byl poučen, že v případě bolesti mu sestra aplikuje analgetikum dle ordinace lékaře.

7. pooperační (9.den) byl při kontrole krevního obrazu zjištěn jeho pokles a lékař naordinoval dvě krevní transfúze. Aplikace transfúzí proběhla bez komplikací. Pacient se subjektivně cítil dobře, měl již chuť k jídlu. Začalo se s postupným zatěžováním GIT dietou 1A, což je pooperační dieta - bujón. Odpoledne se byl podívat s manželkou před pavilon chirurgie. S její pomocí dokázal vyjít schody do prvního patra.

9. pooperační (11.den) byl pacient plně soběstačný. Hodnoty krevního obrazu se výrazně zlepšily. Pacient již měl dietu 1B. Chuť k jídlu měl dobrou, vždy snědl celou porci, špatně mu po jídle nebylo. Byla plánována v brzké době dimise.

10. pooperační (12.den) měl naordinovanou dietu 1C, což je kašovitá strava. K pacientovi byla zavolána nutriční terapeutka, která ho poučila o výživě v následujících dnech doma. Při rozhovoru byla přítomna i manželka. Na následující den byla naplánována dimise.

11. pooperační (13.den) byl pacient v celkově dobrém stavu propuštěn do domácího ošetřování. Pacient obdržel propouštěcí zprávu. Lékař nemocného informoval o dalším léčebném režimu a následné kontrole na chirurgické ambulanci k odstranění stehů. Dále mu byla doporučena návštěva gastroenterologa, u kterého se léčil se střevní polypózou.

2.7 Psychologická část

Hospitalizace je pro člověka významná událost. Většina lidí mívá strach a pocit nejistoty. Menší obavy mívají lidé s jasnou diagnózou, staří lidé vidí nemocnici jako místo, kde se umírá.

Každý nemocný má svého ošetřujícího lékaře, ale nejvíce času s ním stráví sestra, která bývá o chování a psychické stránce pacienta informována nejvíce. (25)

Průběh nemoci bývá ovlivněn psychickým stavem pacienta, jeho náladou, obavami, znalostmi a neznalostmi choroby, jeho osobnostními rysy. Každý člověk prožívá nemoc zcela jinak, dle svých rysů a současné sociální situace. Každé onemocnění působí na psychiku nemocného negativně. Mění jeho běžný život, omezuje člověka v jeho zvyklostech, snižuje jeho výkon v povolání nebo jej přímo znemožňuje. Nemoc vyžaduje určitý stupeň adaptace k nově vzniklé situaci, klade zvýšené nároky na člověka v náhle změněných podmínkách. Během nemoci bývají často narušené některé lidské potřeby. Nejvíce bývá narušena potřeba jistoty a bezpečí. Abychom nemocnému porozuměli, musíme ho vidět jako celek, jeho biologickou, psychickou i sociální stránku. V opačném případě může dojít k narušení vztahu k lékařům, sestřím i ostatnímu zdravotnickému personálu. (18)

Tělesné potřeby ovlivňují psychickou stránku člověka, pacienti nejvíce trpí nedostatkem spánku, mají problémy s vyprazdňováním a osobní hygienou. Mezi nejčastější psychické potřeby patří pocit jistoty, soukromí a akceptování od ošetřujícího personálu. Sociální potřeby se prolínají s psychickými, důležitá je komunikace a kontakt s blízkými. Pobyt v nemocnici je velmi emočně náročná situace, proto je nutné s nemocným udržovat osobní kontakt, průběžně a adekvátně ho o všem informovat, projevovat zájem a snažit se ho pochopit. (25)

Pacient byl přijat na chirurgickou kliniku pro komplikace po provedeném kolonoskopickém odstranění polypů. Byl informován o tom, že některé polypy

bylo nutné nechat pro ošetření v druhé době. U pacienta však došlo ke krvácení a musel podstoupit akutní operační výkon. Pacient byl zprvu velmi nedůvěřivý k lékařům i sestřím, bál se dalších komplikací. Myslím si, že mu velmi pomohlo, když za ním přišel lékař, který polypektomii prováděl. Pacient se tak ujistil, že mu není jeho stav lhostejný, že se o něj zajímá. Po operaci mu i operatér sdělil průběh operace a pooperačního období. Pacient po celou dobu hospitalizace na JIP se snažil spolupracovat s personálem. Občas jsem z jeho chování měla ale pocit, že je pro něj dosti ponižující řídit se pokyny sester. Při návštěvě manželky jsem pozorovala jeho sebestřednost, dával najevo svou nadřazenost. Ošetřovatelský tým se přesto snažil svým vlídným a profesionálním přístupem přispět k jeho psychické pohodě. Při překladi na standardní oddělení si přál být na malém pokoji. Pro nedostatek lůžkové kapacity byl uložen na nadstandardní pokoj, kde v tu dobu nefungovala televize. Stěžoval si na nepohodlné lůžko, které bylo sice dosti široké, ale na jeho postavu krátké. Ač byl informován, že pobyt na nadstandardním pokoji nebude hradit, byl stále nespokojen. Nejvíce mu vadilo, že u něj není sestra častěji přítomna. Uváděl pocit osamělosti. První noc, strávenou na standardním oddělení došlo u pacienta k psychické dekompenzaci, projevující se agresivitou, napadl ošetřovatelský personál verbálně i fyzicky. Bylo nutné přivolat ochranku a dle ordinace lékaře použít mechanickou sedaci. Tento stav se ovšem brzy upravil a pacient druhý den svého chování litoval. Měl velkou podporu rodiny, která mu jeho momentální situaci pomohla překlenout. V současné době ho čeká odstranění zbylých polypů, ovšem pacient se do této doby nedostavil do gastroenterologické poradny, kde byl léčen.

2.8 Edukace

Edukace je proces, kdy dochází k ovlivňování chování a jednání jedince. Jeho cílem je navození pozitivních změn ve vědomostech, názorech, návycích a zručnosti. Edukace představuje výchovu a vzdělání jedince. Změny u edukantů

jsou navozovány pomocí informací získaných přímo nebo nepřímo od edukátora.

Edukační proces zahrnuje aktivity lidí, při kterých dochází k učení. Edukačního procesu se účastní každý člověk od zrození až do konce života. Aby mohl být edukační proces uskutečněn, je zapotřebí přítomnosti:

- a) *edukant* - subjekt učení. Ve zdravotnickém prostředí to bývá zdravý nebo nemocný klient. Může to být samozřejmě i zdravotník prohlubující si vědomosti v rámci celoživotního vzdělávání.
- b) *edukátor* - představitel edukační činnosti.
- c) *edukační konstrukty* - jsou plány, materiály a edukační standardy. Standardy nám zaručují požadovanou kvalitní úroveň edukace. Je to pro edukanta předem naplánovaná edukace. Nejčastěji se používají standardy pro nemocné s určitým druhem nemoci.
- d) *edukační prostředí* - místo, kde dochází k edukaci.

Edukací ve zdravotnictví se snažíme předcházet poruchám zdraví, udržovat ho na dobré úrovni a zkvalitnit život jedince v průběhu onemocnění. Edukaci lze rozdělit na primární, sekundární a terciální formu prevence.

- a) *Primární prevence* - zabývá se zdravými jedinci, je zaměřena na prevenci nemocí a zdraví prospěšná opatření vedoucí ke zlepšení kvality života.
- b) *Sekundární prevence* - představuje důležitou roli v případě již vzniklé choroby. Je zaměřena na dodržování léčebného režimu, udržení soběstačnosti a na prevenci opakování nemoci.
- c) *Terciální prevence* - týká se lidí dlouhodobě a nevyлéčitelně nemocných. Zaměřuje se na zlepšení kvality života, snaží se předejít dalším možným komplikacím.

Edukační proces v nemocnicích má svá specifika. Edukace se pokládá za jeden z hlavních úkolů ošetrovatelství. Při edukaci je důležité navázat kontakt s nemocným, zajistit jeho účast a spolupráci a mít k tomu osobnostní předpoklady.

Edukační proces dělíme na pět fází:

1. *Fáze počáteční pedagogické diagnostiky* - zaměřujeme se na získání informací o nemocném, určení úrovně jeho vědomostí a dovedností a na určení jeho potřeb. Je důležitá pro stanovení cílů edukace.
2. *Fáze projektování* - edukátor se snaží naplánovat cíle edukace a zvolit vhodnou metodu edukace.
3. *Fáze realizace* - v této fázi se snaží edukátor namotivovat edukanta, předat mu potřebné informace za jeho aktivní účasti. Dále je potřeba se ujistit, že edukant pochopil danou problematiku a umí získané dovednosti použít v praxi.
4. *Fáze upevnění a prohlubování učiva* - uchování vědomostí v dlouhodobé paměti. Je třeba dovednosti opakovat a procvičovat, aby došlo k jejich fixaci.
5. *Fáze zpětné vazby* - hodnocení výsledků edukanta i edukátora. (17)

Svou edukaci jsem zaměřila především na výživu. Pacientovi jsem vysvětlila, jaká strava je vhodná po operaci střev, co patří mezi nevhodné potraviny a které jsou zakázané. Dále jsem mu zajistila návštěvu nutriční terapeutky, která pacientovi též vše vysvětlila. Pacient byl propuštěn na pooperační kašovitě dietě, která mu byla doporučena následující dva dny. Poté měl dodržovat bezsezbytkovou šetřící dietu, která spočívá ve snížení obsahu tuků a vyloučení nestravitelné vlákniny. Pacient od nutriční terapeutky obdržel leták s bezsezbytkovou dietou, ve kterém byly popsány vhodné a nevhodné potraviny. Před propuštěním z nemocnice jsem s pacientem ještě jednou prodiskutovala doporučené potraviny a jejich správnou úpravu. Jako vhodné tekutiny jsem mu doporučila čaj, minerálku a slabé ovocné šťávy. Z potravin jsem zmínila piškoty, suchary, přesnídávky, jogurty s živou kulturou. Poučila jsem ho o vhodné úpravě jídel. Zeleninu měl konzumovat vařenou a jemně nastrohanou. Syrovou zeleninu jsem mu nedoporučila z důvodu nadýmání. Maso bylo vhodné pouze libové a dušené nebo pečené bez tuku. Doporučila jsem mu oddělit podávání nápojů od tuhé stravy a úplné vyloučení alkoholických nápojů, jelikož

se dle jeho sdělení rád každý den napil vína.

Svou edukaci jsem dále zaměřila na změnu životního stylu. Pacient byl v minulosti kuřák, dle jeho sdělení nyní tři roky nekouřil. Pro své časově náročné povolání, jako OSVČ, neměl čas na pravidelné stravování a byl často ve stresu. Pro další pooperační období bylo nutné se pravidelně stravovat, bohatou a vyváženou stravou, odpočívat a dodržovat klidový režim.

Dále jsem pacienta poučila o další péči o operační ránu - denně by se měl sprchovat, koupání ve vaně není vhodné. Jizvu by měl 3x denně promazávat a masírovat lékařskou vazelínou zakoupenou v lékárně. Poučila jsem ho o klidovém režimu, který by měl dodržovat minimálně 2 - 3 týdny. Dva dny po propuštění se má dostavit na chirurgickou ambulanci k vytažení stehů z operační rány.

2.9 Prognóza nemocného

U pana J. M. je prognóza dobrá. Z histologického vyšetření odejmutých polypů byl zjištěn jejich benigní charakter. Pacienta ještě čeká odejmutí přisedlých polypů v levém tračníku, které byly ponechány k ošetření v druhé době. U pacienta bude ovšem nejvíce záležet, zdali změní svůj životní styl, jelikož jeho nadváha, nepravidelné stravování, denní popíjení alkoholu a stres působí negativně na jeho celkový zdravotní stav. Pomoci by mu v tom mohla i jeho rodina, ve které má velikou oporu.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala komplexním zpracováním ošetrovatelské péče u 64letého nemocného s diagnózou polypózy tlustého střeva. Pro komplikace po provedené polypektomii, musel podstoupit na chirurgické klinice operační zákrok, a to pravostrannou hemikolektomii. Zaměřila jsem se na 1. pooperační den. Při zpracovávání případové studie jsem čerpala z informací, které mi poskytl nemocný, jeho rodina, zdravotnický personál a ze zdravotnické dokumentace.

V klinické části jsem se věnovala obecně polypózám, přičemž jsem čerpala z níže uvedené literatury. Dále jsem uvedla základní údaje o nemocném, lékařskou anamnézu a diagnózu, průběh hospitalizace, přehled diagnostických a terapeutických výkonů.

V ošetrovatelské části jsem popsala fáze ošetrovatelského procesu. Získané informace o nemocném jsem zapisovala do formuláře ošetrovatelské anamnézy. Pracovala jsem podle ošetrovatelského modelu Marjory Gordonové, který mi přišel nejvhodnější pro mou bakalářskou práci.

Ve své práci jsem chtěla poukázat na to, jak se může během chvíle úplně změnit zdravotní stav pacienta a jak je důležité neustálé sledování a kontrola i zdánlivě stabilizovaného nemocného.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. GRIM, Miloš, DRUGA, Rastislav et al. Základy anatomie. 3. Trávicí, dýchací, močopohlavní a endokrinní systém. 1. vyd. Galén, 2005. s. 163. ISBN 80-7262-302-8.
2. PETROVICKÝ, Pavel, DYLEVSKÝ, Ivan a spolupracovníci. Systematická, topografická a klinická anatomie IV. Zažívací ústrojí. Praha: Karolinum, 1997. s. 138. ISBN 80-7184-108-0, 80-7184-112-9.
3. ČIHÁK, Radomír. Anatomie 2. 2.vyd. upravené a doplněné. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 488. ISBN 80-247-0143-X.
4. MOUREK, Jindřich. Fyziologie učebnice pro studenty zdravotnických oborů. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 204. ISBN 80-247-1190-7.
5. TROJAN, Stanislav a kol. Lékařská fyziologie. Praha: Grada Publishing, 2003. s. 772. ISBN 80-247-0512-5.
6. ROKYTA, Richard a kol. Fyziologie. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. s. 359. ISBN 80-85866-45-5.
7. MAČÁK, Jirka, MAČÁKOVÁ, Jana. Patologie. Praha: Grada Publishing, 2004. s. 372. ISBN 80-247-0785-3.
8. LUKÁŠ, Karel, ŽÁK, Aleš. Gastroenterologie a hepatologie učebnice. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 380. ISBN 978-80-247-1787-6.
9. KLENER, Pavel a kol. Vnitřní lékařství díl III. A. Onemocnění trávicího ústrojí B. Choroby jater C. Onemocnění žlučníku, žlučových cest a pankreatu D. Nemoci pohybového ústrojí. Praha: Nakladatelství Univerzity Karlovy, 1998. s.173. ISBN 80-7184-367-9.
10. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, NEJEDLÁ, Marie. Interní ošetřovatelství I. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 280. ISBN 80-247-1148-6.
11. NEJEDLÁ, Marie. Fyzikální vyšetření pro sestry. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 264. ISBN 80-247-1150-8.
12. VALENTA, Jiří et al. Základy chirurgie. 2. Doplněné a přepracované

- vydání. Praha: Galén, 2007. s. 277. ISBN 978-80-7262-403-4.
13. ZAVORAL, M., DÍTĚ, P., ŠPIČÁK, J., BUREŠ, J. a kol. Nové trendy v digestivní endoskopické diagnostice a léčbě. Praha: Grada Publishing, 2000. s. 316. ISBN 80-7169-999-3.
 14. TACHECÍ, I., SUCHÁNEK, Š., DRASTICH, P. a kol. Standard ČGS pro kapslovou endoskopii tenkého střeva. Gastroenterologie a hepatologie. 2011, 65(4), 195-201. ISSN 1804-7874.
 15. ČERNÝ, Ján. Špeciálna chirurgia, chirurgia tráviacej rúry, Dérerova zbirka 1. 2. vydání. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1996. s. 497. ISBN 80-88824-26-5.
 16. PLEVOVÁ, P., ŠTEKROVÁ, J. a kol. Familiární adematózní polypóza. Klinická onkologie. 2009, 22 (supplement 1), 16-19. ISSN 0862-495X.
 17. JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. s. 80. ISBN 978-80-247-2171-2.
 18. ČECHOVÁ, Věra, MELLANOVÁ, Alena, ROZSYPALOVÁ, Marie. Speciální psychologie. 3. nezměněné vydání. Brno: IDV PZ, 2001. s. 173. ISBN 80-7013-342-2.
 19. Kolektiv autorů. Základy ošetrování nemocných. 1. vydání. Praha: nakladatelství Karolinum, 2005. s. 145. ISBN 80-246-0845-6.
 20. STAŇKOVÁ, Marta. České ošetrovatelství 3: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe. Brno: IDV PZ, 2002. s. 49. ISBN 80-7013-282-5.
 21. JAROŠOVÁ, Darja. Teorie moderního ošetrovatelství. 1. vydání. Praha: ISV nakladatelství, 2000. s. 134. ISBN 80-85866-55-2.
 22. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. Modely ošetrovatelství v kostce. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 152. ISBN 80-247-1211-3.
 23. TRACHTOVÁ, Eva a kol. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. nezměněné vydání. Brno: IDV PZ, 2001. s. 186. ISBN 80-7013-324-8.
 24. STAŇKOVÁ, Marta. České ošetrovatelství 4: Jak provádět ošetrovatelský proces. Brno: IDV PZ, 2002. s. 66. ISBN 80-7013-283-3.
 25. VYMĚTAL, Jan. Základy lékařské psychologie. 1. vydání.

Psychoanalytické nakladatelství, 1994. s. 185. ISBN 80-901601-3-1.

Další informační zdroje:

26. Nепublikovaná přednáška MUDr. Bernáškové
27. REJCHRT, S. Endoskopická léčba premalignit a časných malignit GIT. Bulletin HPB chirurgie. Česká společnost hepato-pankreato-biliární chirurgie. 2002, 10(4). Dostupné z: <http://www.hpb.cz/index.php?pId=4> (staženo 1. 3. 2013)
28. Cancer risks for relatives of patients with serrated polyposis. Am J Gastroenterol. 2012, 107(5), 770-778. doi: 10.1038/ajg.2012.52. Epub 2012Apr 24. (staženo 15.1. 2013)
29. Zdravotnická dokumentace
30. HALF, Elizabeth, BERCOVICH, Dani, ROZEN, Paul. Familial adenomatous polyposis. Orphanet Journal of Rare Diseases. 2009, 4:22. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2772987/> (staženo 20. 1. 2013)
31. Příbalové letáky léků
32. Breviř - Medical tribune cz, s.r.o. 2011, červen. 20. vydání. s. 1283. ISBN 978-80-87135-26-6
33. Standardy ošetrovatelské péče FNKV

SEZNAM ZKRATEK

amp.	ampule
ABR	acidobazická rovnováha
ALP	alkalická fosfatáza
ALT	alaninaminotransferáza
APC	adematous polyposis gen
APTT	aktivovaný parciální thromboplastinový test
AST	aspartátaminotransferáza
ATB	antibiotikum
BD	břišní drén
BMI	body – mass - index
cm	centimetr
CRP	C – reaktivní protein
DK	dolní končetiny
DM	diabetes mellitus
EM	erytrocytová masa
FAP	familiární adematózní polypóza
GIT	gastrointestinální trakt
GMT	gama - glutamyltransferáza
HCT	hematokrit
HGB	červené barvivo, hemoglobin
HGD	high grade dysplazia
hod.	hodina
CHCE	cholecystektomie
INR	mezinárodní normalizovaný poměr
i.m.	intramuskulární
i.v.	intravenózní
kg	kilogram
KO	krvní obraz

l	litr
LGD	low grade dysplazia
LHK	levá horní končetina
m	metr
MCHC	střední koncentrace hemoglobinu v erytrocytech
MCV	střední objem erytrocytů
mg	miligram
mm	milimetr
MP	mražená plasma
MPV	střední objem destičky
NGS	nasogastická sonda
NPB	náhlá příhoda břišní
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
PHK	pravá horní končetina
PLT	krvní destičky, trombocyty
PMK	permanentní močový katétr
PŽK	permanentní žilní katétr
RBC	červené krvinky, erytrocyty
RDW	distribuční křivka erytrocytů
RTG	rentgen
s.c.	subkutánní forma
stp.	stav po
TEN	tromboembolická nemoc
TF	tepová frekvence
TK	krvní tlak
WBC	bílé krvinky, leukocyty

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Ošetřovatelská anamnéza. Zdroj: dokumentace FNKV

Příloha č. 2 - Hodnotící škály. Zdroj: dokumentace FNKV

Příloha č. 3 - Barthelův test základních všedních činností. Převzato z:

TRACHTOVÁ, Eva a kol. Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu.

Brno: IDV PZ, 2001. ISBN 80-7013-324-8.

Příloha č. 4 -Záznam hodnocení bolesti. Zdroj: dokumentace FNKV

Příloha č. 5 -Dekurz JIP. Zdroj: dokumentace FNKV

Příloha č. 6 – Povolení k použití zdravotnické dokumentace



FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
ŠROBÁROVA 50, 100 34 PRAHA 10
Klinika/oddělení:

J.M.

Ošetřovatelská anamnéza (ošetřovatelskou anamnézu zpracujte do 24 hodin po přijetí k hospitalizaci)

PŘIJETÍ K HOSPITALIZACI

Datum přijetí: 19. 9. 2012 Čas: 23⁰⁰
Hospitalizace: akutní plánovaná Překlad: ne ano z: interní kliniky
Alergie: ne ano Jaká:
Nesnášenlivost léčivých přípravků: ne

SHRNUTÍ RIZIK

zrakové postižení riziko pádů, skóre: 5
 sluchové postižení riziko dekubitů, Norton skóre: 26
 tělesné postižení stupeň závislosti, Barthelův test, skóre: 25
 mentální postižení alergie na desinfekční prostředky: ne
 problémy s řečí nutriční riziko, skóre 3
 neznalost jazyka (cizinec)

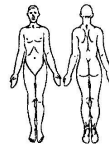
1. DÝCHÁNÍ

Potíže: ano ne Dušnost: noční, námahová, klidová, cyanóza Kašel: ano, jaký ne

2. VÝŽIVA, HYDRATACE

Dieta: ne ano, jaká: OS Diabetik: ne ano PAD: Inzulin
Dietní zvyklosti nebo jiné okolnosti (např. vegetarián, nesnášenlivost, potravinová alergie apod):

Příjem potravy: p.o.s: sám s pomocí NGS/od: 20.9. PEG/ od: i.v./ od: 19.9. umělý chrup: ano ne
Výška: 189 cm Váha: 110 kg BMI: 30,8 Denní příjem tekutin p.o. / 24 hodin cca: 500 ml
Kůže: v normě suchá vlhká otoky opruzeniny hematomy léze, rány, jizvy
Dekubity: ne ano, stupeň, lokalizace –
Sliznice: vlhké suché afty soor krusty
Dehydratace: ne ano



3. VYLUČOVÁNÍ

Močení: spont., bez obtíží pleny PMK od: 20.9. stomie: typ.....
 inkontinence retence časté močení bolestivé močení nykturie – frekvence

Stolice: bez obtíží pravidelná nepravidelná zácpa průjem nadýmání inkontinence stomie, typ

Pocení: v normě nadměrné
 poslední stolice 20.9. enterorhagie
 užívá projímadlo jaké.....

4. AKTIVITA

chodí sám chodí s pomocí pohyblivý v lůžku ležící nepohyblivý
Tělesný handicap: amputace / paréza / plegie onemocnění pohybového aparátu
Kompenzační pomůcky: hůl/berle chodítko vozík
Abusus: alkohol 0,5 l vína denně..... cigarety nyní 3 roky nekouří, dříve 20 cigaret /den
 jiné návykové látky.....

5. SPÁNEK

časté buzení nespavost únava návyk noční zmatenost
Užívá hypnotika ne ano – jaká

PŘÍLOHA č. 1

6. SMYSLOVÉ VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ	
Vědomí: <input checked="" type="checkbox"/> při vědomí, orientovaný	Smyslový handicap:
<input type="checkbox"/> orientován pouze <input type="checkbox"/> dezorientovaný/zmatený/neklidný <input type="checkbox"/> agresivní: verbálně/fyzicky <input type="checkbox"/> porucha vědomí: somnolence / sopor / koma	<input checked="" type="checkbox"/> porucha zraku <input type="checkbox"/> porucha sluchu <input type="checkbox"/> porucha řeči Kompenzační pomůcky: <input checked="" type="checkbox"/> brýle / čočky <input type="checkbox"/> naslouchátko
Bolest: <input type="checkbox"/> nemá bolest <input checked="" type="checkbox"/> bolest akutní / chronická	Intenzita bolesti : 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Kde/kdy (v souvislosti s) : ... břicho, operační rána, stupeň 4-5	
Analgéтика...Dolsin 100 mg i.m., Novalgin 1 amp. i.v.....	

7. SEBEPOJETÍ			
Pacient při příjmu:			Komunikace:
<input checked="" type="checkbox"/> spolupracuje	<input checked="" type="checkbox"/> klidný	<input type="checkbox"/> euforický	<input checked="" type="checkbox"/> v normě
<input type="checkbox"/> má strach	<input type="checkbox"/> rozrušený	<input type="checkbox"/> smutný	<input type="checkbox"/> obtížná – bariéra
<input type="checkbox"/> apatický	<input type="checkbox"/> konfliktní	
<input type="checkbox"/> nespolupracuje	<input type="checkbox"/> vyžaduje zvláštní přístup		<input type="checkbox"/> odmítá komunikovat <input type="checkbox"/> nelze

8. MEZILIDSKÉ VZTAHY – SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ	
Bydlí: <input checked="" type="checkbox"/> s rodinou <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> asistence pečovatelské služby <input type="checkbox"/> podpora charitou <input type="checkbox"/> bezdomovec	
<input type="checkbox"/> zanedbaný z domova <input type="checkbox"/> zanedbaný z jiného zařízení	
Kontakt sociální sestra: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano , proč.....	

9. SEXUALITA A REPRODUKČNÍ SCHOPNOST	
Žena: <input type="checkbox"/> menstruace: pravidelná/nepřavidelná/silná/slabá	Muž: <input checked="" type="checkbox"/> obtíž s prostatou : ano/ne
<input type="checkbox"/> antikoncepce	<input type="checkbox"/> jiné obtíže.....
<input type="checkbox"/> menopauza, event. obtíže	

10. EDUKACE	
Byl jsem seznámen s Právy pacienta, Vnitřním řádem, možností duchovní péče a službami nemocnice	
Podpis pacient:	podpis sestry: K.Kohoutová
Vnesené léčivé prostředky jsem předal/la k uložení na klinice/oddělení zdravotní sestře. <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne a proč?	
Pacient si své léky nepřinesl.	
podpis pacienta:	podpis sestry: K. Kohoutová

Anamnézu zpracoval/a: K.Kohoutová Datum a čas: 21.9. 7 hod. Podpis sestry: K. Kohoutová

Propouštěcí rozhovor dne:	
Pacient informován o propuštění	Pacient (rodina) poučen/i o:
Doprava pacienta zajištěna: vlastní <input type="checkbox"/> sanitka <input type="checkbox"/>	režimu v domácím prostředí
Předány uložené cennosti a osobní věci	stravování
Vydány léky a recepty	užívání LP, poslední podání ve FNKV hodin
Předány zdravotní pomůcky	Uložené léky předány: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> neuloženy
Předána propouštěcí zpráva / PN, lístek na peníze/	další kontrole:
Domácí péče zajištěna:	
.....	
.....	
Podpis sestry	Podpis pacienta

Hodnoticí škály

POSOUZENÍ RIZIKA PÁDU			
AKTIVITA:	SKÓRE:	AKTIVITA	SKÓRE:
Neomezený pohyb	0	Žádné smyslové poruchy	0
Při pohybu používá pomůcky	1	Smyslový deficit, vizuální/sluchový:	1
Potřebuje pomoc při pohybu	1	Mentální status – orientován	0
Neschopen přesunu	1	Občasná/noční dezorientace	1
Nevyžaduje pomoc při vyprazdňování	0	Dezorientace/demence	1
V anamnéze nikturie/ inkontinence	1	Věk 18 – 75 let	0
Vyžaduje pomoc při vyprazdňování	1	Věk 75 let a výše	1
Neužívá rizikové léky	0	Pád v anamnéze	1
Užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní léky, benzodiazepiny.			1

Při skóre vyšším jak 3 jsou preventivní opatření vzniku pádu nutná!

ZÁKLADNÍ NUTRIČNÍ SCREENING			
Hmotnost	110 kg	Výška	189 cm
		BMI (kg:m ²)	30,8
Nelze li pacienta změřit a zvážit		2	
Nelze li od pacienta získat informace		3	
A) Věk:	do 65 let	0	
	nad 65 let	1	
	Nad 70 let	3	
B) BMI:	20 - 35	0	
	18 – 20, nad 35	1	
	pod 18	2	
C) Ztráta hmotnosti (nechtěná):	žádná	0	
	do 3kg/3 měsíce	1	
	3 kg – 6 kg/ 3 měsíce nebo volné šatstvo	2	
D) Jídlo za poslední 3 týdny:	beze změn v množství	0	
	poloviční porce	1	
	jí občas nebo nejí	2	
E) Projevy nemoci:	žádné	0	
	bolesti břicha, nechutenství	1	
	zvracení, průjem nad 6/den	2	
F) Faktor stressu:	žádný	0	
	střední	1	
	vysoký	2	
Střední faktor stressu			
- chronické onemocnění, diabetes mellitus, menší a nekomplikovaný chirurgický výkon			
Vysoký faktor stressu			
- akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP či ARO			
Index: (A +B +C +D +E +F)			
0 - 3	0	bez nutnosti zvláštní intervence	
4 - 7	+	nutné vyšetření nutričním terapeutem, speciální dieta	
8 →	!	malnutrice ohrožující život či průběh choroby, bezpodmínečně nutná léčba	

PŘÍLOHA č.2

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

Nebezpečí vzniká při 25 bodech a méně

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH DENNÍCH ČINNOSTÍ			POSOUZENÍ AKTUÁLNÍHO PSYCHICKÉHO STAVU		
Přijem potravy a tekutin:	samostatně bez pomoci	10	Vědomí	celé jméno	0
	s pomocí	5		datum narození	0
	neprovede	0		věk	0
Oblékání:	samostatně bez pomoci	10		jaký je teď měsíc, den	0
	s pomocí	5		datum	0
	neprovede	0		kolik je hodin/asi/	0
Koupání:	samostatně nebo s pomocí	5		kde jsme : město, nemocnice	0
	neprovede	0		Skóre 0 – 3 : informuj lékaře	
Osobní hygiena:	samostatně nebo s pomocí	5	Chování	nespolupracuje	0
	neprovede	0		opozice	0
Kontinence moči:	plně kontinentní	10		agrese	0
	občas inkontinentní	5		odmítá léčbu	0
	trvale inkontinentní	0		hyperaktivní	0
Kontinence stolice:	plně kontinentní	10		zpomalený	0
	občas inkontinentní	5		nezájem	0
	trvale inkontinentní	0		Skóre 2 a více: informuj lékaře	
Použití WC:	samostatně bez pomoci:	10	Emoce	plačtivost	0
	s pomocí	5		strach, úzkost, napětí	0
	neprovede	0		smutek, pesimismus	0
Přesun na lůžko – židli:	samostatně bez pomoci	15		deprese	0
	s malou pomocí	10		apatie	0
	vydrží sedět	5		euforie	0
	neprovede	0		Skóre 2 a více: informuj lékaře	
Chůze po rovině:	samostatně nad 50m	15			
	s pomocí 50m	10			
	na vozíku	5			
	neprovede	0			
Chůze po schodech:	samostatná bez pomoci	10			
	s pomocí	5			
	neprovede	0			
0-45 vysoce závislý 46 – 60 závislost středního stupně 61 – 95 lehká závislost 96 a více nezávislý					

Příloha č. 3

Barthelův test základních všedních činností

činnost	provedení činnosti	1. pooper. den ráno	1. pooper. den večer
Příjem tekutin a potravy	samostatně bez pomoci	10	10
	s pomocí	5	5
	neprovede	0	0
Oblékání	samostatně bez pomoci	10	10
	s pomocí	5	5
	neprovede	0	0
Koupání	samostatně nebo s pomocí	5	5
	neprovede	0	0
Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5	5
	neprovede	0	0
Kontinence moči	plně kontinentní	10	10
	občas inkontinentní	5	5
	trvale inkontinentní	0	0
Kontinence stolice	plně kontinentní	10	10
	občas inkontinentní	5	5
	trvale inkontinentní	0	0
Použití WC	samostatně bez pomoci	10	10
	s pomocí	5	5
	neprovede	0	0
Přesun na lůžko - židli	samostatně bez pomoci	15	15
	s malou pomocí	10	10
	vydrží sedět	5	5
	neprovede	0	0
Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15	15
	s pomocí 50 m	10	10
	na vozíku	5	5
	neprovede	0	0
Chůze po schodech	samostatná bez pomoci	10	10
	s pomocí	5	5
	neprovede	0	0
celkem		25	50

25 bodů vysoce závislý

50 bodů..... závislost středního stupně

**Záznam
 hodnocení
 bolesti**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Intenzita 0 - žádná bolest 10 - nejvyšší možná bolest



Děti: 0 - žádná, 2 - mírná, 4 - obtěžující, 6 - silná, 8 - krutá, 10 - nesnesitelná

Datum: Hodina:	21.9.																											
	7	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	7	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	7	
Stupeň bolesti : 10																												
Zaznamenej intenzitu																												
Při spánku																												
S - nebudit																												
Podání analgetika																												
Kontinuální analgezie																												
Informován lékař																												
Lokalita bolesti	x																											
Poznámky (komplikace)	x operační rána hlava LHK PHK x břicho LDK PDK x operační rána hlava LHK PHK břicho LDK PDK x operační rána hlava LHK PHK břicho LDK PDK PDK žádá jiné: >																											
Podpis sestry:	denní							noční							denní							noční						

PRÍLOHA č.4

Datum 21/9

Čas	4-19h	8	9	10	11
Výdej moč zvratky a jiné					
Příjem infuse		Plasmalyte s 5% glukóze + 20 ml 7,5% KCl + 10 ml 10%			
Transfuse a náhr.		FR + Meliod 40mg 100			
Per os		(50)		(100)	
Therap. výkony a laboratorní nálezy		Průběh, Dítě, s. Kofolova k.	Průběh, Dítě, s. Kofolova k.	Průběh, Dítě, s. Kofolova k.	Průběh, Dítě, s. Kofolova k.
Stav vědomí; křeče Δ				← ROZHOVOR	S
Legenda:					
Puls : ●					
Arytmie : ○					
Tk syst. : V					
diast. : Δ					
Krevní skupina					
Teplota; Stolic X		LIT 36,6 °C			
Odsávání O; aerosol Ø		BOLEST (5)	(4)		(3)
Kyslík, léčba; zvlhčov. (čím)		Moučková →			
Respirátor druh; frekv./d. objem tlak pozit./negat.		nebulizace + O ₂ →			
Dýchání frekvence min. volem					
Balónek napnutý- ; s únikem --					
Ordinace					
Poloha nemocného		LD: (4 th) NIPIDOLOR 60mg / 20 FR 0,8 ml / h			

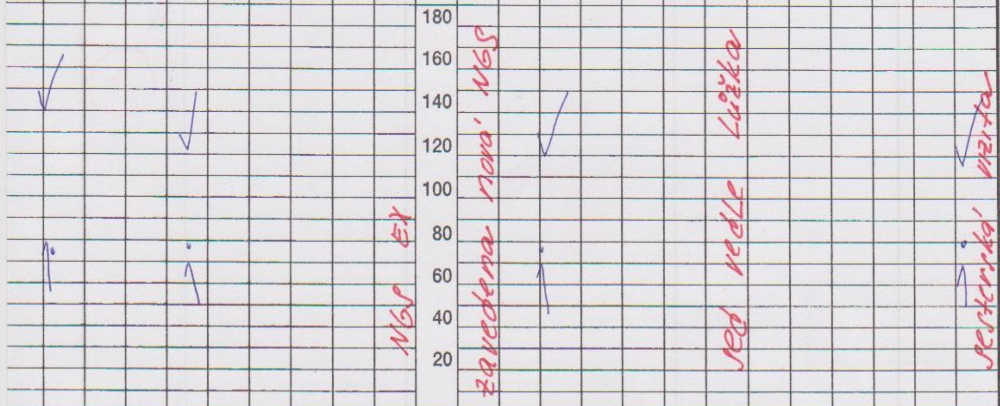
PŘÍLOHA č. 5

S: 100 mL

S: 50 mL
M: 650 mL

12	13	14	15	16	17	18	19
MgSO ₄ + 1 amp. Cut 150ml/h			Plasmalyte 0.5% glukozow + 10 ml 3.5% kcl 1000				
FF Kontrola Opresion nADs, transmural ktemp Plasma ordner Letare adren- NBS	(100)			(100)		(100)	
Kontrola Opresion nADs, transmural ktemp Plasma ordner Letare adren- NBS							

PACIENTEM →



36.6°C

TT 34.1°C

(4)

(3)

(3)

14⁰⁰ pomagan 1 amp. i.v.
 podkontrola: FR 32, Am kotur 0.5
 s kontrolow i

16⁰⁰ zaproszona 1, 2g m.
 16⁰⁰ pomagan 1 amp. i.v.
 16⁰⁰ podkontrola 1 amp. i.v.
 s kontrolow i