

Ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem žaludku

Barbora Štachová

Bakalářská práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Barbora Štachová**
Osobní číslo: **H14593**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem žaludku**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti onemocnění karcinomem žaludku.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace výzkumu pomocí kazuistiky.

Vypracování kazuistik u pacientů s karcinomem žaludku.

Závěr a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BOLLINGER, Ty M. Pravda o rakovině: vše, co potřebujete vědět o historii, léčbě a prevenci této zákeřné nemoci. Přeložil Daniel MICKA. Praha: Dobrovský, 2017. Kniha Omega. ISBN 978-80-7390-592-7.

KOUTECKÝ, Josef. Klinická onkologie. Praha: Riopress, 2004-. ISBN 80-86221-77-6

KROISS, Thomas. Rakovina: šance na uzdravení. Přeložil Rudolf ŘEŽÁBEK. Liberec: Dialog, 2015. Zdraví (Dialog). ISBN 978-80-7424-075-1.

KRŠKA, Zdeněk, David HOSKOVEC a Luboš PETRUŽELKA. Chirurgická onkologie. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-2474-284-7.

NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA. Přehled anatomie. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-612-0.

PARKER, Steve. The concise human body book: an illustrated guide to its structure, function and disorders. London: Dorling Kindersley, 2009. ISBN 978-14-0534-041-0.

ŠIMŠA, Jaromír a Jiří GATĚK. Karcinom žaludku. Praha: Maxdorf, c2012. Jessenius. ISBN 978-80-7345-317-6.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. Speciální chirurgie. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-128-5.

Vedoucí bakalářské práce:

prof. MUDr. Anton Pelikán, DrSc.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

5. ledna 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

18. května 2018

Ve Zlíně dne 5. ledna 2018


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 22.2.2018

.....
FX

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

²⁾ Vysoká škola nevolitelně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpisy vysoké školy.

(2) *Dizertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisk, otiřky nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výložeček obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvztažných a právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3;*

(3) *Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, uděje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školských nebo studijních povinností vyplývajících z jeho přímého vstupu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školské dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvztažných a právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školské dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školského díla (§ 35 odst.*

3). *Odprá-ší autor takového díla uvolnit svolení bez vádného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školského díla své dílo užití či poskytnout jinému licenční, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školského díla z výjímky jin dozařené v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licenze podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výjímky dozařené školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školského díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Moje bakalářská práce nese název Ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem žaludku. Jedná se teoreticko-praktickou práci. Karcinom žaludku patří mezi zhoubná onemocnění člověka, která má velmi špatnou prognózu a představuje pro pacienta velmi závažný zdravotní i sociální problém. Úvodem teoretické části je anatomie a fyziologie žaludku, dále se zde podrobněji zabývám charakteristikou onemocnění, jeho historií, klinickými příznaky, příčinami, diagnostikou, léčbou a prevencí.

V praktické části práce se zabývám čtyřmi kazuistikami u pacientů s karcinomem žaludku a popisuji ošetrovatelskou péči formou ošetrovatelského procesu. V této práci jsem použila ošetrovatelský model M. Gordonové a ošetrovatelské diagnózy dle taxonomie Nanda II.

Klíčová slova: žaludek, karcinom, karcinom žaludku, ošetrovatelská péče

ABSTRACT

This bachelor these is called Nursing Care with a Patient with Stomach Cancer. It is a theoretical-practical theses. Stomach cancer belongs to malignant diseases with a very bad prognosis and it means a very serious health and social problem for the patient. The introduction of the theoretical part presents the anatomy and physiology of stomach. I also deal with characteristics of the disease, its history, clinical sings, causes, diagnostics, therapy and prevention in more detail.

In the practical part I deal with four case reports with patients with stomach cancer and I describe a nursing care in the form of a nusing model by M.Gordon and nursing diagnoses by Nanda II taxonomy.

Keywords: stomach, carcinoma, stomach cancer, nursing care

Chtěla bych vyjádřit své poděkování panu profesorovi Antonu Pelikánovi DrSc., za odborné vedení práce, ochotu, vstřícnost a jeho čas, který mi věnoval.

Také bych chtěla poděkovat ošetrovatelskému personálu i lékařům na zvolených oddělení.

Poděkovat bych chtěla i své rodině a kamarádům, kteří mi byli velkou oporou po celou dobu studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ANATOMIE	12
1.1 TVAR, POLOHA A VELIKOST ŽALUDKU.....	12
1.2 HLAVNÍ ČÁSTI ŽALUDKU	12
1.3 STAVBA ŽALUDKU.....	13
1.4 CÉVNÍ A NERVOVÁ ZÁSOBNÍ ŽALUDKU.....	14
2 FYZIOLOGIE	15
2.1 MOTILITA ŽALUDKU.....	15
2.2 ŘÍZENÍ ŽALUDEČNÍ SEKRECE	16
3 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ	18
3.1 HISTORIE.....	18
3.2 VÝSKYT A ETIOLOGIE.....	18
3.3 KLINICKÉ PŘÍZNAKY.....	19
3.3.1 Subjektivní příznaky	20
3.3.2 Objektivní příznaky.....	20
3.4 KLASIFIKACE.....	20
3.5 DIAGNOSTIKA	22
3.5.1 Laboratorní vyšetření	22
3.5.2 Endoskopické vyšetření	22
3.5.3 Zobrazovací metody.....	23
3.6 LÉČBA	23
3.6.1 Resekce žaludku podle Billrotha I	24
3.6.2 Resekce žaludku podle Billrotha II.....	24
3.6.3 Subtotální gastrektomie.....	25
3.6.4 Totální gastrektomie.....	25
3.7 PROGNÓZA	27
3.8 PREVENCE	27
II PRAKTICKÁ ČÁST	28
4 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	29
5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	30
6 „MODEL FUNGUJÍCÍHO ZDRAVÍ“ - MAJOR GORDON	31
7 KAZUISTIKA Č. 1	32
8 KAZUISTIKA Č. 2	42
9 KAZUISTIKA Č. 3	53
10 KAZUISTIKA Č. 4	68
11 DISKUZE	76
ZÁVĚR	78
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	79
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	81
SEZNAM OBRÁZKŮ	83

SEZNAM TABULEK.....	84
SEZNAM PŘÍLOH.....	85

ÚVOD

Téma práce jsem si vybrala z důvodu mého osobního zájmu o chirurgii a patologii trávicího traktu a o chirurgii všeobecně. Karcinom žaludku je jedním z nejčastějších nádorových onemocnění žaludku, proto mě na tomto tématu zajímala hlavně etiologie onemocnění, bližší poznání ošetrovatelského procesu u pacienta s karcinomem žaludku a péče o pacienta po gastrektomii. Teoretická část mé práce je rozdělena do tří kapitol. V té první je obsažena anatomie žaludku, druhá se zabývá fyziologií a ve třetí části se věnuji charakteristice onemocnění. V praktické části jsou vypracované čtyři kazuistiky o pacientech s karcinomem žaludku. Zabývám se zde charakteristikou ošetrovatelského procesu a popisují zde tento proces podle modelu Marjory Gordon („Model fungujícího zdraví“).

Dále je zde uvedena ošetrovatelská anamnéza jednotlivého pacienta, ošetrovatelské diagnózy, ošetrovatelský plán péče, realizace a zhodnocení ošetrovatelské péče.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE

Žaludek (*ventriculus, gaster*) je dutý orgán, který je uložen v horní části dutiny břišní. Je to rozšířený oddíl trávicí trubice, který spojuje jícen s počátečním úsekem střeva, sloužící jako zásobník pro značné množství přijaté potravy. Ta je v žaludku předběžně zpracována a pak je po jednotlivých částech transportována dále do střeva. Žaludek je variabilní svým tvarem, velikostí i uložením. (Parker, 2007)

Žaludek přechází valovitým zúžením, vrátníkem, pylorus do duodena. Žaludek má dvě stěny, přední a zadní, které se spolu stýkají ve dvou ohbích, horním, rozsahem menším zakřivením, *curvatura minor* a dolním, větším, *curvatura major*, směřující doleva a dolů. Od hilu jater se na malou kurvaturu upíná peritoneální závěs *omentum minus*. Od velké kurvatury odstupuje velký peritoneální závěs, *omentum majus*. (Naňka, 2009)

1.1 Tvar, poloha a velikost žaludku

Žaludek je velmi variabilní svým tvarem, uložením a velikostí. Tvar závisí na poloze těla, náplni, tělesné konstituci, věku. Rozlišujeme dva typy žaludku: a to žaludek hákovitý ve tvaru písmene J. Nejdříve má dlouhou sestupnou část shora dolů a po ní následuje kratší vzestupný úsek. Častěji bývá u žen a ve stoje, nebo při náplni. Druhým typem žaludku je tvar býčího rohu. Tvoří poohnutou trubici, jehož nejnižším místem je místo přechodu jícnu do duodena. Tento tvar žaludku je častý u atletických osob, dále při žaludku prázdném a také vleže. Také velikost žaludku je velmi variabilní. Prázdný žaludek má délku asi 25 cm, váží okolo 130 g. S náplní se velikost žaludku úměrně zvětšuje. (Mařatka, 1999)

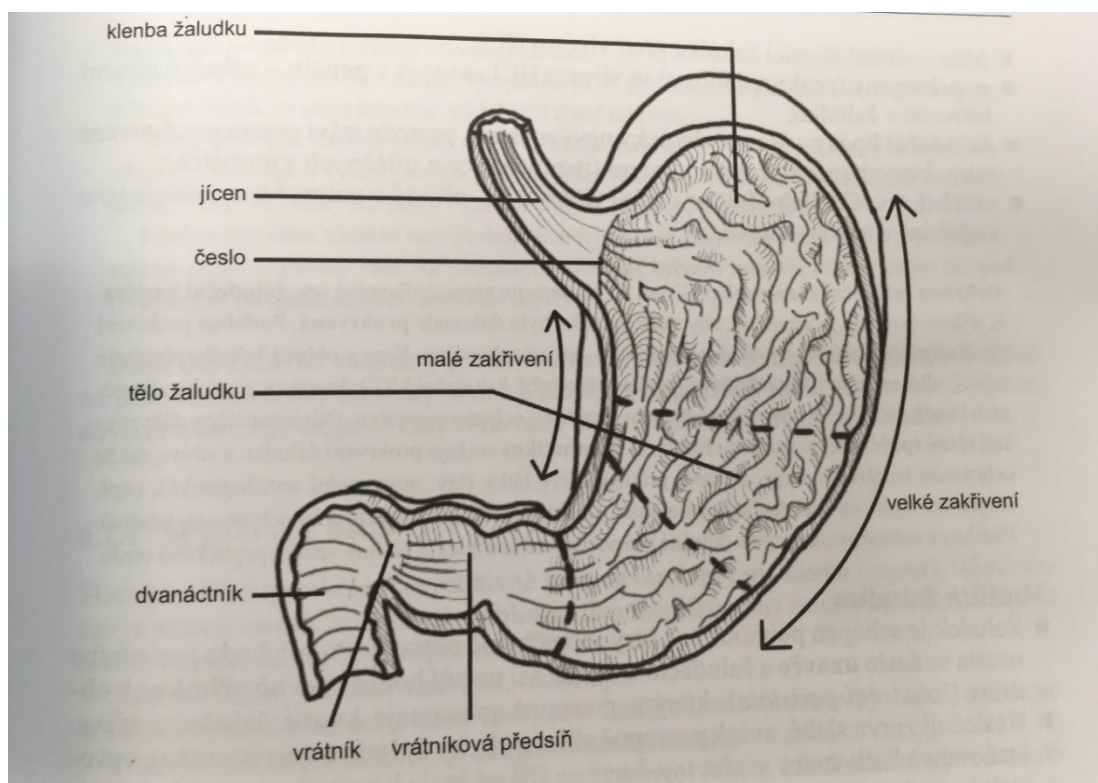
1.2 Hlavní části žaludku

Žaludek má dvě stěny, přední (*paries anterior*), a zadní (*paries posterior*), které se spolu stýkají ve dvou ohbích, horním (*curvatura minor*) a zadní (*curvatura major*). (Naňka, 2009).

Na žaludku můžeme vidět několik důležitých částí:

- Kardie (*cardia*, česlo) – místo kde přechází jícen v žaludek.
- Fundus gastricus (proximální část žaludku) – objemná část žaludku, která navazuje na kardií, nachází se v levé brániční klenbě, vytváří spolu s kardií tzv. Hisův úhel a bývá naplněn spolykaným vzduchem.
- Corpus (tělo žaludku) – je střední část žaludku.

- Angulus – zářez na malém zakřivení žaludku, oddělující tělo žaludku od antra.
- Antrum pylori – nachází se mezi tělem žaludku a pylorem a poté přechází v pylorus.
- Pylorus (vrátník) – koncová dolní část žaludku, tvořená cirkulárním svěračem a při jeho otevření se žaludeční obsah posouvá do duodena. (Netter, 2010)



Obrázek 1 - Části žaludku (Merkurová a Orel, 2008, s. 135)

1.3 Stavba žaludku

Stěna žaludku se skládá ze čtyř vrstev, a to ze sliznice, podslizničního vaziva, svaloviny a serózy. Sliznice (*mucosa*) začíná při kardií a končí pylorem. Na povrchu sliznice se nachází ochranný hlen, který produkují žaludeční žlázy. Ty také produkují látky potřebné k trávení potravy např. kyselinu solnou, enzymy. (Naňka, 2009)

Řasy sliznice (*plicae gastricae*) jsou síťované povahy na přední a zadní stěně žaludku, na kurvaturách jsou řasy spíše podélné. Nejvyšší jsou u malé kurvatury a mají také podélný směr. Zde se prostor mezi nimi označuje jako sulcus salivarius (Waldeyerova cesta), která tvoří dráhu mezi kardií a pylorem. Touto cestou protéká tekutá potrava prázdným žaludkem nebo při tužší náplni žaludku. (Naňka, 2009)

Podslizniční vazivo (*tela submucosa*) se skládá z řídkého kolagenního vaziva, které zajišťuje posun sliznice. Obsahuje krevní a mízní síť cév a nervové pleteně. (Naňka, 2009)

Svalovina žaludku má tři vrstvy: zevní podélnou (*stratum longitudinale*), střední cirkulární vrstvu, která je nejmohutnější v pyloru, kde vytváří silný kruhový svěrač z hladké svaloviny (*musculus sphincter pylori*). Vnitřní stěna je šikmá, vytvořená zejména na kardií a ve fundu. (Naňka, 2009)

Svalovina ovlivňuje tvar žaludku svým napětím a při náplni vykonává činnost peristaltickou a peristaltickou. Seróza (*peritoneum*) vytváří tenkou a leklou výstelku žaludku. Od kurvatur odstupuje seróza ve formě předstěn – omentum majus a minus (Naňka, 2009)

1.4 Cévní a nervová zásobení žaludku

Hlavní tepny žaludku jsou uloženy při malé a velké kurvatuře. Žaludek je zásoben pomocí tepen z břišního kmene (*truncus coeliacus*). Ty se dále rozdělují na tři hlavní tepny – *a.gastrica sinistra*, *a. hepatica communis*, *a. splenica*. Krev odtéká do *vena portae* a míza odtéká do *nodi lymphatici coelici*. Zásobování žaludku přichází z vegetativního nervstva, které tvoří sympatické a parasympatické vlákna. Parasympatické zásobení zajišťuje *nervus vagus* (přivádí senzitivní vlákna pro vnímání chladu, tepla a tlaku). Sympatická vlákna přichází z *nn. splanchnici* a *plexus coeliacus* (přivádějí senzitivní vlákna pro vedení bolesti). (Naňka,2009)

2 FYZIOLOGIE

Významné funkce žaludku jsou spojeny se štěpením přijaté potravy a resorbce vody a alkoholu. Proximální část žaludku zastává funkci rezervoáru, distální část žaludku se podílí na promísení stravy, natrávení, smísení s žaludečními šťávami a následně s transportem. (Mourek, 2012)

Objem žaludku nalačno je asi kolem 50 ml. Zvětšení může být až na 1,5 l. Ve sliznici žaludku jsou tabulární žlázy s několika typy buněk, které se odlišují v produkci jednotlivých komponent žaludeční šťávy. Sekrece jednotlivých komponent závisí na složení stravy a na aktuálním fyziologickém nebo patofyziologickém stavu žaludeční sliznice. (Parter, 2006)

2.1 Motilita žaludku

Jedná se o zvyšování a snižování tonu, mísení obsahu se žaludeční šťávou, hnětení a drcení pevných částí potravy a regulaci vyprazdňování. V regulaci motility se významně podílí vliv autonomního nervstva – sympatika a parasympatika. Příjem potravy jícnem vyvolá krátkou receptivní relaxaci, tj. ochabnutí stěny proximálního žaludku, která umožní vstup sousta do žaludku. Během postupného plnění a narůstání objemu se aktivují tahové receptory ve stěně proximálního žaludku a nastává adaptabilní relaxace. Snižuje se svalový tonus a díky tomu se výrazněji nezvyšuje tlak. (Kittnar a kol., 2011)

Promíchání stravy zajišťuje chymus přítomný v žaludku, v jeho horní třetině vznikají slabě kontrakční vlny, které nazýváme mixážní vlny. Pravidelně se objevují každých cca 20 sekund a vycházejí z automacie hladkého svalu. Po rozšíření mixážní vlny z těla žaludku na antrum, se stává mocnější a silně tlačí chymus na pyloru. Pylorický sfinkter je uzavřen. Trávenina narazí na slepé zakončení a pouze se promíchá. Tento děj se nazývá retropulze. Malé množství tráveniny, které při promíchání vznikne, má objem pouze několik mililitrů, ale je funkčně významná, protože se v duodenu otestuje její složení a podle toho je upravena další motilita žaludku. Tento jev, který je přídatný k retropulznímu promíchání se nazývá pylorická pumpa. (Rokyta, 2016)

Vyprazdňování žaludku probíhá stejně jako retropulzace. Souběžně ale dochází k relaxaci pylorického sfinkteru. Tak může do duodena projít různé množství chymu v závislosti na odporu pyloru v daném okamžiku. Pylorický sfinkter je pouze rozšířená vrstva běžně cirkulární svaloviny. V pyloru má dvojnásobnou tloušťku oproti zbytku žaludku.

Vyprazdňování žaludku je kontrolováno dvěma skupinami faktorů: gastrické faktory a duodenální faktory. (Kittnar a kol., 2011)

Gastrické faktory obecně potencují vyprazdňování žaludku, a to zvýšením frekvence mixážních vln a snížením tonu pyloru. Aktivují se v případě, že je v žaludku větší množství potravy bohaté na proteiny. Kontakt peptidů se sliznicí antra vyvolá sekreci gastrointestinálního hormonu *gastrinu*. Gastrin je produkován G-buňkami v antrální části žaludeční sliznice. Stimuluje produkci silně kyselého žaludečního sekretu, zvyšuje frekvenci vzniku mixážních vln, motilitu žaludku a střev a snižuje tonus pylorického svěrače. (Mourek, 2005)

Další hormony, které se podílejí různým způsobem na řízení rozličných funkcí GITu, jsou např. somatostatin (SS), který utlumuje produkci gastrinu a zpomaluje zpracování potravy. Další je vazoaktivní intestinální peptid (VIP), který má velký vazodilatační účinek a stimuluje sekreci střevní šťávy. Zvyšování motility žaludku zajišťuje motilin. (Mourek, 2012)

Duodenální faktor zajišťuje inhibiční signály, které zastavují vyprazdňování žaludku. Duodenální faktory jsou dva: nervová zpětná vazba do enterogastrického systému a zpětná vazba pomocí gastrointestinálních hormonů. (Mourek, 2012)

2.2 Řízení žaludeční sekrece

V klidu řídí žaludeční sekrece činnost n. vagus. Po příjmu potravy je spuštěna žaludeční sekrece ve třech fázích.

1. Reflexní (cefalická) – žaludeční šťáva se začíná tvořit reakcí na psychické podněty (představa, očekávání jídla) nebo na sensorické podněty (chuť, vůně, pohled). Začátek tvoření žaludeční šťávy zajišťuje n. vagus.
2. Žaludeční fáze (gastrická) – mechanoreceptory v žaludeční sliznici způsobují reflexní vylučování žaludeční šťávy. Chemické podněty z potravy a chymu působí ke zvýšenému vylučování žaludeční šťávy.
3. Střevní fáze (intestinální) – přestup chymu do duodena vyvolává podle povahy chymu sekreci hormonu, které ovlivňují motilitu a sekreci žaludku. (Rokyta, 2016)

Během dne se vytvoří okolo 2-3 litry žaludeční šťávy. Žaludeční šťáva je bezbarvá řídká tekutina a její pH je okolo 2-3. Žaludeční šťáva je složena z 99% z vody.

Dále obsahuje organické a anorganické látky. Mezi organické látky patří pepsinogen, který se po aktivaci mění na pepsin. Chymozin, který sráží mléčné proteiny, žaludeční lipáza štěpící neutrální tuky, hlen (mucin), který chrání žaludeční sliznici před samonatravením a glykoprotein, nutný pro vstřebávání vitamínu B12. (Merkurová a Orel, 2008)

Z anorganických látek zde patří kyselina chlorovodíková (HCL). Ta udržuje kyselé pH, při kterém má pepsin největší účinek, ničí choroboplodné zárodky (dezinfikuje vnitřní prostředí žaludku) a tvorbou kyselého prostředí chrání některé vitamíny např. vitamín C. (Rokyta, 2016)

3 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

Karcinom žaludku má v České republice klesající tendenci, ale celosvětově jde o čtvrté nejčastější nádorové onemocnění. Z 95% nádoru žaludku představují adenokarcinomy (nádor vzniklý ze žláзовého epitelu). Mezi další malignity v oblasti žaludku řadíme lymfomy, neuroendokrinní tumory, sarkomy a gastrointestinální stromální tumory. Karcinom většinou vychází z bazálních hlenotvorných buněk v kryptách. Bývá spojován s chronickou gastritidou a intestinální metaplazií. Nejčastěji karcinom najdeme v pyloru a antru (50-60%), v kardií z 25% a ve 25-35% se vyskytuje ve fundu a těle žaludku. Může metastazovat jak lymfatickou cestou do uzlin, tak krevní cestou do jater a prorůstáním se může rozšířit do okolních tkání. (Krška a kol., 2014)

3.1 Historie

Vůbec první operace žaludku byly dříve prováděny (indikovány) kvůli odstraňování cizích částí ze žaludku. První resekce žaludku byla provedena v roce 1879, kterou vykonal francouzský chirurg Péan. Ten byl poté následován polským chirurgem Rydygierem. První operovaní pacienti zemřeli. V roce 1881 byla operována kvůli rakovině žaludku první pacientka, která resekci přežila. Tuto operaci prováděl vídeňský chirurg Theodor Billroth. Billroth zbylou část žaludku napojil na duodenum (podle toho vznik resekce podle Billrotha I.) a v roce 1895 provedl operaci, kde duodenum zašil a zbylou část žaludku spojil s první kličkou tenkého střeva (podle toho resekce podle Billrotha II.). (Porter, 2013)

Dříve byly resekce žaludku využívány především pro léčbu vředové choroby, poté se začaly využívat i k terapii nádorových onemocnění. V dnešní době jsou resekční výkony prováděny především pro léčbu zhoubných nádorů. (Porter, 2013)

3.2 Výskyt a etiologie

V České republice má výskyt karcinomu žaludku významný pokles. V roce 1970 bylo 3479 nových případů, zatímco v roce 2010 jeho výskyt poklesl na 1590 případů. Důvody poklesu nesporně souvisejí s civilizačními zásahy do životního stylu (kvalitnější vodní zdroje, vyšší podíl čerstvé stravy). Za stejné období klesla i úmrtnost na karcinom žaludku ze 4238 na 1246 zemřelých. (Mařatka, 1999)

Největší výskyt karcinomu žaludku je zaznamenáno ve Východní Asii (Jižní Korea, Mongolsko, Japonsko a Čína). Spojuje se se souvislostí s velkou konzumací sushi a jinak upraveného rybího masa. Negativní vliv je především konzervování ryb, nakládáním do soli nebo uzením. V takové potravě se pak nachází velké množství kancerogenů. Celosvětově je vyšší výskyt tohoto onemocnění spíše u mužů jak u žen. Incidence karcinomu žaludku narůstá plynule s věkem do pozdního stadia, první příznaky však můžou pacienti zaznamenat již ve 25 věku života. (Mařatka, 1999)

Etiopatogeneze – Etiologie karcinomu žaludku souvisí s nízkým příjmem ovoce a zeleniny a s vysokým spotřebám škrobu. Na vzniku onemocnění má vliv i kouření, požívání alkoholu a omamných látek, přepalování tuků a nadbytek soli. (Vodička a kol., 2016)

„Potvrzena je genetická predispozice, asi dvojnásobný výskyt je zaznamenán u populace s krevní skupinou A.“ (Vodička a kol., 2016, s. 150)

Příčina karcinomu žaludku není známá, ale některé změny sliznice jde označit jako prekancerózy. Všechny prekancerózní změny musí mít trvalou dispenzarizaci s endoskopickými a bioptickými kontrolami minimálně 1 ročně. (Zeman a kol., 2014)

Mezi rizikové faktory se také řadí i infekce *Helicobacter pylori* a pozitivní rodinná anamnéza. (Zeman a kol., 2014)

Infekce *Helicobacter pylori* byl označen v roce 1994 za karcinogen I. třídy. Jedná se o spirálovitou gramnegativní bakterii, která dokáže žít v kyselém prostředí a osídluje sliznici žaludku. Způsobuje v žaludku chronický zánět (gastritidu), která je úzce spojována se žaludečními vředy. Také snižuje produkci HCl v žaludku. Přítomnost *Helicobacter pylori* je spojován se vznikem karcinomu žaludku. Bakterie mohou způsobovat morfologické proměny epitelu žaludku. (Mařatka, 1999)

3.3 Klinické příznaky

Klinické příznaky karcinomu žaludku jsou většinou málo specifické. Patří mezi ty onemocnění, které jsou špatně diagnostikované v časném stádiu. I u pokročilejších stádií u nádoru žaludku může být klinický nálezn na břicho negativní. Příznaky můžeme rozdělit na subjektivní a objektivní. (Dítě, 2007)

3.3.1 Subjektivní příznaky

Na začátku onemocnění se objevuje tzv. soubor malých příznaků. Patří sem pocit tlaku v epigastriu, ztráta chuti k jídlu, pocit plnosti i po malé porci jídla, nauzea, slabost, únava a váhový úbytek. Můžeme u některých pacientů pozorovat příznaky typické pro vředovou chorobu – bolest nalačno, úleva po jídle, zvracení. Někdy se vyskytují i krvácivé projevy jako meléna nebo hemateméza. Při postižení kardiie se objevuje dysfagie, při obstrukci pyloru karcinomem dochází ke zvracení natrávené potravy, která má černohnědou barvu podobnou kávové sedlině. Dlouhodobé ztráty krve vedou k anemii, která se projevuje únavou a slabostí, může se vyskytovat i dušnost. (Dítě, 2007)

3.3.2 Objektivní příznaky

U karcinomu žaludku může být objektivní nález negativní. V pokročilejších fázích se vyskytuje kachexie, hmatný epigastrický tumor nebo hepatomegalie. Příznaky při postižení jater způsobené metastázemi jsou ikterus a ascites při postižení peritoneální karcinóze. Zřídka se vyskytuje levostranné supraklavikulární metastaticky zvětšená lymfatická uzlina (Virchowova uzlina) a hmatná metastáza v pupku tzv. příznak sestry Josefy. (Mařatka, 1999)

Karcinom, který je lokalizován v těle žaludku probíhá dlouhou dobu asymptomaticky a projevuje se kachexií, tupými bolestmi, tlaky, říháním a zvracením. Až teprve v pozdějších stádiích je nádor hmatný. (Zeman a kol., 2014)

Komplikace karcinomu žaludku jsou: **krvácení**, které může být okultní nebo masivní, **prorůstání** (penetrace) do okolních orgánů (např. slinivka, játra, slezina) projevující se typickými bolestmi, které vyzařují do zad a **perforace** žaludku. (Zeman a kol., 2014)

3.4 Klasifikace

Staging – je metoda k popsání rozsahu primárnímu nádoru (T), postižení nebo přítomnost metastáz v regionálních mízních uzlinách (N) a popsání vzdálených metastáz (M). Klinikou klasifikaci označujeme jako TNM, podrobnější popis klasifikace viz. tabulka č. 1. (Krška a kol., 2014)

Grading – nádory také můžeme rozdělit na ty, které jsou špatně diferencované. Grading je prognosticky velmi důležitou součástí k určení stupně vyžrállosti nádoru. G1-G2 jsou

označovány ty nádory, které jsou dobře nebo středně diferencované (*low grade*). G3-G4 jsou nádory méně příznivé (*high grade*). (Krška a kol., 2014)

Typing – je histologická klasifikace nádoru. Slouží k určení přesného typu nádorového procesu. (Adam a kol., 2011)

„*Třídění nádorů je histogenetické – podle buněčných typů, v nichž vznikají*“. (Adam a kol., 2011, str. 37)

R-klasifikace – je přítomnost nebo nepřítomnost reziduálního nádoru po léčbě a označuje se pomocí symbolu R. Tato klasifikace odráží výsledky léčby, ovlivňuje další léčebné postupy a je velmi významným prognostickým faktorem.

Definice R-klasifikace:

RX – přítomnost reziduálního nádoru nelze hodnotit

R0 – bez reziduálního nádoru

R1 – mikroskopický reziduální nádor

R2 – makroskopický reziduální nádor

WHO od roku 1958 bylo zapojeno do programu, který se zaměřuje na vypracování mezinárodně přijatelných kritérií pro histologickou diagnostiku nádorů. Výsledkem je mezinárodní histologická klasifikace nádorů (International Histological Classification of Tumors). (Adam a kol., 2011)

Tabulka 1 – TNM – Klinická klasifikace (Krška a kol., 2014, s. 397)

T	Primární nádor
TX	primární nádor nelze hodnotit
T0	bez známek primárního nádoru
Tis	<i>carcinoma in situ</i> (nepřesahuje <i>lamina propria</i>)
T1	tumor infiltruje <i>lamina propria</i> , <i>lamina muscularis mucosae</i> nebo submukózu
T1a	- tumor infiltruje <i>lamina propria</i> nebo <i>lamina muscularis mucosae</i>
T1b	- tumor infiltruje submukózu
T2	tumor infiltruje <i>lamina muscularis propria</i>
T3	tumor infiltruje subserózní vazivo
T4	tumor penetruje viscerální peritoneum nebo okolní struktury
T4a	- tumor penetruje viscerální peritoneum

T4b	- tumor infiltruje okolní struktury
N	Regionální mízní uzliny
NX	regionální mízní uzliny nelze hodnotit
N0	regionální mízní uzliny bez metastáz
N1	metastatické postižení 1-2 regionálních uzlin
N2	metastatické postižení 3-6 regionálních uzlin
N3	metastatické postižení více než 7 regionálních uzlin
N3a	- metastatické postižení 7-15 regionálních uzlin
N3b	- metastatické postižení více než 15 regionálních uzlin
M	Vzdálené metastázy
MX	vzdálené metastázy nelze hodnotit
M0	bez vzdálených metastáz
M1	vzdálené metastázy

3.5 Diagnostika

Základní diagnostikou je odebrání anamnézy a fyzikální vyšetření.

Dále sem patří labortorní vyšetření, endoskopické vyšetření a zobrazovací metody. (Krška a kol., 2014)

3.5.1 Laboratorní vyšetření

Provádí se odběr krve na nádorové markery (onkomarkery). Mezi onkologické markery patří: karcinoembryonální antigen (CEA), CA 19-9, CA 72-4, CA 15-3. Dále odebíráme základní odběry v biochemii a hematologii (krevní obraz, koagulace). (Krška a kol., 2014)

3.5.2 Endoskopické vyšetření

Hlavním diagnostickým vyšetřením je ezofagogastroduodenoskopie (GFS) s odběrem biopsie při podezření na karcinom jícnu a žaludku. V zemích s největším výskytem karcinomu žaludku (Japonsko, Jižní Korea) je endoskopické vyšetření GIT součástí screeningu. Endoskopický ultrazvuk (EUS) s biopsií je vhodný k určení hloubky a hranic postižení. Ale negativní výsledek biopsie karcinom nevylučuje. (Krška a kol., 2014)

GFS – vyšetření se provádí v poloze na levém boku. Pacient musí být nalačno. Pokud má pacient zubní protézu, tak si ji musí vyndat. Vyšetření probíhá několik minut a není bolestivé. Oproti rentgenovému vyšetření, nezatěžuje pacienta zářením a je mnohem

přesnější. Velkou výhodou tohoto vyšetření je skutečný obraz sliznice, který je zvětšený na obrazovce. Při vyšetření je možné provést odběr sliznice na histologické vyšetření. (Dvořáčková, 2003)

3.5.3 Zobrazovací metody

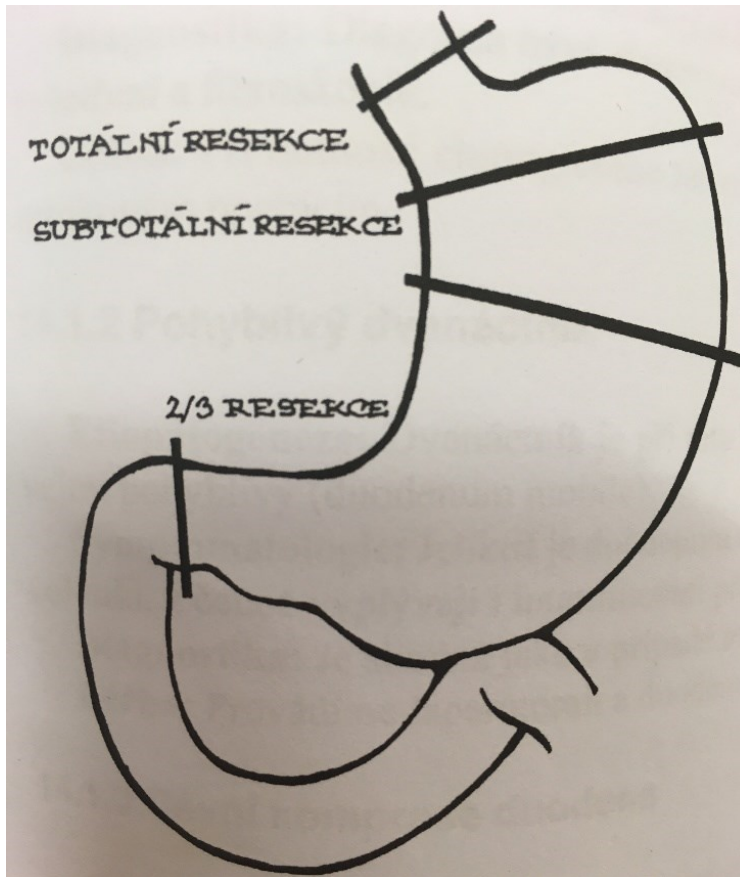
Mezi zobrazovací metody patří: CT (počítačová tomografie), PET (pozitronová emisní tomografie), PET-CT (kombinace CT vyšetření a PET na jednom přístroji), PET je nejpřesnější zobrazovací metodou k posouzení lymfatických uzlin, zejména v kombinaci s CT vyšetřením. (Krška a kol., 2014)

3.6 Léčba

Potenciálně jedinou kurativní terapií karcinomu žaludku je chirurgické řešení. Pokud se karcinom žaludku diagnostikuje v časném stádiu, může se přistoupit k endoskopické léčbě. V pokročilejších stádiích se k chirurgické resekcí přidává onkologická léčba. Chirurgických resekcí žaludku máme několik druhů (Obrázek 1). (Michalský, 2010)

Proximální resekce žaludku je resekce kardií a indikací k této resekcí je karcinom kardií, perforace kardií nebo benigní stenóza ezofagogastrického přechodu. (Michalský, 2010)

Distální resekce žaludku je resekce podle Billrotha I a II, Roux viz níže.



Obrázek 2 - Resekční linie na žaludku (Vodička a kol., 2016, s. 153)

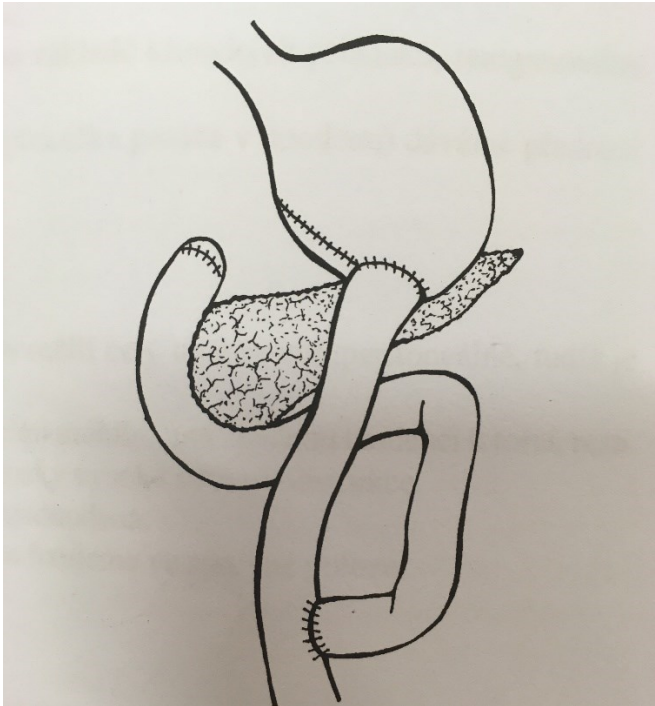
3.6.1 Resekce žaludku podle Billrotha I

Billrothova resekce podle prvního typu je operace, kdy je odstraněn pylorus a vytvoří se anastomoza mezi pahýlem žaludku a duodenem tzv. gastroduodenoanastomoza. (Vodička a kol., 2016)

3.6.2 Resekce žaludku podle Billrotha II

Billrothova resekce podle druhého typu je operace, kdy se slepě uzavírá duodenum a pahýl žaludku je přišit ta tzv. omega kličky jejunu. Tato resekce se pokládá za méně fyziologickou a je zde větší výskyt pooperačních komplikací (např. insuficience pahýlu duodena, dumping syndrom, dráždění pahýlu žaludku alkalickou sekrecí s rizikem maligního zvratu). Při operaci podle Billrotha II je variantou i vykonání Y-anastomozy podle Rouxe.

(Obrázek 2) (Vodička a kol., 2016)



Obrázek 3 - Resekce žaludku II. typu s Y-anastomózou (Vodička a kol., 2016, s. 153)

3.6.3 Subtotální gastrektomie

Subtotální gastrektomie je radikálnější operace, kdy se ponechá pouze malá část žaludku, která po napřimení probíhá jako tunel souběžně s velkou křivinou. Využívá se zejména při odstraňování zhoubných nádorů. Je indikací u nádorů intestinálního typu distální třetiny žaludku. Po resekci mohou být ponechány tyto části:

- Kardie a fundus (4/5 resekce)
- Antrum žaludku, které se využívá k obnovení kontinuity gastrointestinálního traktu. (Hoch a Leffler, 2011)

3.6.4 Totální gastrektomie

U totální gastrektomie se odstraňuje celý žaludek, horní část duodena, dolní část jícnu, velké omentum i se slezinou a větší část malého omenta. V některých případech se během operace odstraní i žlučník. Indikace k totální gastrektomii (TGE):

- Nádory, které infiltrují celý žaludek
- U nádorů kardie a nádorů fundu, které prorůstají do kardie

- U infiltruujících nádorů žaludku, pokud dosahuje nádor horního okraje 5 až 6 cm pod kardií
- U neinfiltruujících typů karcinomu, sahajících horním okrajem 3 cm pod kardií. (Hoch a Leffler, 2011)

Mezi rekonstrukční výkony po resekci žaludku řadíme gastroduodenoanastomózu a gastrojejunoanastomózu. Po resekci podle I typu dle Billrotha se provádí gastroduodenoanastomóza, ta obnovuje fyziologickou pasáž duodena a díky tomu je možné provádět pozdější endoskopické vyšetření. Mezi rizika zde patří insuficience anastomózy v pooperačním období. Gastrojejunoanastomóza je slepý uzávěr duodena a anastomóza mezi pahýlem žaludku a první kličkou jejunu, II typ Billrotha v podobě omega nebo Rouxovy Y kličky. Do rizik omega kličky patří aferent look syndrom, při kterém dochází k nahromadění pankreatického sekretu a žluči v přívodné kličce projevující se bolestí a zvracením. Gastrojejunoanastomóza v podobě Roux Y kličky se provádí po totální gastrektomii. (Křška a kol., 2014)

Radioterapie se využívá v léčbě karcinomu žaludku jen velmi málo, spíše jako paliativní léčba u inoperabilních nádorů. Onkologickou léčbu u karcinomu žaludku můžeme rozdělit na předoperační, pooperační a perioperační. (Klener, 2011)

Předoperační (neadjuvantní) – chemoterapie může velikost nádoru zmenšit a může omezit vznik makrometastáz.

Pooperační (adjuvantní) – chemoterapie využívá různé kombinace cytostatik.

Perioperační – obsahuje tři cykly chemoterapie před operací a tři cykly chemoterapie po operaci. (Klener, 2011)

V onkologické léčbě se využívají 5-fluorouracil, epirubicin, cisplatina a docetaxel. Důležitou součástí léčby je také paliativní léčba.

Cílem paliativní péče je odstranění projevů onemocnění, zlepšení kvality života pacienta a prodloužení života. Paliativní chirurgické výkony se provádějí při předcházení a řešení komplikací spojených s nádorem. Mezi tyto komplikace můžeme zařadit obstrukci, krvácení a vzácně i perforaci. (Mařatka, 1999)

3.7 Prognóza

U adenokarcinomu žaludku je prognóza nepříznivá. Operabilních karcinomů je pouze 50% případů a pětileté pooperační přežití nepřesahuje 20%. Po recidivě onemocnění po operaci jen málo nemocných přežívá jeden rok. Pacienti s pokročilým karcinomem žaludku, kteří z nějakého důvodu nepodstoupili chirurgickou léčbu nebo chemoterapii, mají šanci na přežití zhruba 6 měsíců. O prognóze ale rozhoduje několik faktorů. Hlavní je hloubka invaze. Nádory, které jsou lokalizovány v pyloru a antru mají zpravidla lepší prognózu jak nádory v orálních partiích. Postižení uzlin zhoršuje prognózu. (Michalský, 2010)

3.8 Prevence

Hlavní prevencí nádorového onemocnění je správná životospráva a dostatek pohybu. Vznik nádorového onemocnění je spojen s řadou faktorů. Některé faktory nelze ovlivnit (genetické vlivy), ale spoustu faktorů jsme schopni ovlivnit velmi významně. Faktory ovlivňující vznik karcinomu žaludku mohou být: eradikace *Helicobacter pylori*, včasné zahájení léčby chronické gastritidy a vředové choroby žaludku. (Vávra a Dostalík, 2009)

Ke snížení rizika onemocnění lze udělat:

- Vyhnout se konzumaci přesolených jídel
- Snížit nadměrný příjem uzených potravin
- Přidat do jídelníčku hodně zeleniny a ovoce
- Snížit nadměrné požívání alkoholu
- Přestat kouřit

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Hlavní cíl:

Cílem praktické části bakalářské práce bude popsat ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem žaludku.

Dílčí cíle:

- Zpracovat čtyři kazuistiky o pacientech s karcinomem žaludku podle modelu M. Gordon a vytvořit ošetrovatelské diagnózy podle knihy NANDA International.
- Sledovat vývoj nemoci u pacientů i po ukončení hospitalizace.

Metoda výzkumu:

- Případová studie - kazuistika: u případové studie jde o intenzivní výzkum případu – jednoho pacienta. Případová studie – kazuistika patří mezi kvalitativní metody výzkumu. Je to podrobné zkoumání jednoho pacienta, ve kterém zjišťujeme začátek, celý průběh onemocnění a zakončení je závěrem a zhodnocením celé kazuistiky. (Kutnohorská, 2009)

5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetřovatelská péče je komplexní zdravotní péče, systém ošetřovatelských činností, které se týkají jak pacienta, tak rodiny a společenství ve kterém žijí a kteří jim pomáhají.

Ošetřovatelská péče se zaměřuje na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví, rozvoj soběstačnosti, zmírnění utrpení nevléčitelně nemocných pacientů a zajištění klidného a důstojného umírání a smrti. Ošetřovatelská péče je zaměřená na základní lidské fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby.

„Shoda mezi poskytovanou ošetřovatelskou péčí a mezi existujícími standarty optimální péče je známkou kvality ošetřovatelské péče.“ (Šamánková a kol., 2006, s. 35)

Každý člen ve zdravotnickém týmu má svoji nenahraditelnou úlohu. Jeden bez druhého ve zdravotnickém týmu nemůže plnit své poslání, na které jej připravilo jejich vzdělání. (Šamánková a kol., 2006)

6 „MODEL FUNGUJÍCÍHO ZDRAVÍ“ - MAJOR GORDON

Zdravotní stav pacienta může být funkční nebo dysfunkční. Tento model slouží ke zhodnocení pacientova zdravotního stavu sestrou. Model lze využít k získání informací a ke stanovení ošetrovatelské anamnézy. Základními body tohoto modelu je dvanáct oblastí, z nichž každá oblast představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu pacienta. (Mastiliaková, 2004)

Zdravotní stav pacienta je vyjádřením bio-psycho-sociální interakcí. (Pavlíková, 2006)

„K posouzení zdali jde o typ funkční nebo dysfunkční zdraví je nutná adekvátní úroveň znalostí a dovedností sestry zejména z oblastí klinické propedeutiky, dále je důležité ovládat adekvátní způsoby komunikace, využívat poznatky z psychologie a používat určité standardní nástroje hodnocení.“ (Mastiliaková, 2004, s. 85)

Dvanáct oblastí modelu:

1. Vnímání zdraví – udržování zdraví
2. Výživa – metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita, cvičení
5. Spánek, odpočinek
6. Vnímání - poznávání
7. Sebepojetí – sebe
8. Role – vztahy
9. Reprodukce – sexualita
10. Stres, zátěžové situace
11. Víra, životní potřeby
12. Jiné

7 KAZUISTIKA Č. 1

Pacientka O. J. byla přijata na chirurgické oddělení dne 4. 9. 2017. Základní diagnóza pacientky je ZN-antrum pyloricum a přijetí je z důvodu plánované totální gastrektomie pro nízce diferencovaný adenokarcinom antra žaludku. Subjektivně pacientka udává obtíže od jara 2017, a to v podobě bolesti v nadbřišku po jídle, často se musela po jídle vyvracet, váhový úbytek udává 10 kg.

Diagnostika onemocnění: 27. 7. 2017 provedené GFS: nález tu infiltrace antra žaludku, oblast exulcerovaná. Dne 1. 8. 2017 CT vyšetření: TU žaludku + drobně zmnožené LU v okolí, játra bez známek metastáz. Histologicky nízce diferencovaný adenokarcinom.

Chronická medikace: Amloratio 10mg 1-0-0, Bisoprolol 10mg 1-0-0, Micardis plus 80/12,5mg 1-0-0, Glimepirid/Oltar 2mg 1-0-0, Stadamet 1000mg 1-0-0, Rapoxol 20mg 1-0-0.

R.A: matka zemřela na Ca plic, otec měl diabetes mellitus, sourozenci zdraví

AA: CORDIPIN – kožní exantém

PSA: pracovala jako prodavačka, nyní v důchodu

Vedlejší diagnózy: Diabetes mellitus (PAD/insulin), Hypercholesterolemie, Steatosis hepatis, st.p. 2x excize lipomu.

Stav při přijetí: Pacienta je orientována, klidná, spolupracuje, bez klidové dušnosti.

TK – 200/100 mmHg

Váha - 85kg

P – 73/min

Výška – 165 cm

D – 13/min

BMI – 31,2

TT – 36,0

Operace: Gastrectomia totalis, Roux Y

Operace byla provedena 5. 9. 2017. Uzliny nehmatné, tumor zaujímá celou polovinu žaludku až k pyloru, bulbus volný, od retroperitonea volné, omentectomie. Na orální jejunu protětí arkád a vytvoření Y kličky. Zvedení nasojejunální sondy (NJS), našití enteroanastomózy end-to-side ve dvou vrstvách minimálně 50 cm od jícnu, sonda až za anastomózu. Krevní ztráty minimální.

Závěr z patologie: Gastrointestinální stromální tumor žaludku (GIST), s nízkým rizikem agresivního chování, vlastní omentum je bez patologického nálezu. Ve třinácti regionálních uzlinách přítomna metastáza a v 6 uzlinách mikrometastáza karcinomu.

Dle klasifikace TNM:

Adeno Ca ventriculi: pT3pN3pMX, R0

GIST ventriculi: pT1PN0pMX

Průběh hospitalizace pacientky:

- 1. den – 4. 9. 2017 příjem na oddělení. Seznámení se zdravotním týmem a s řádem oddělení. Pacientka edukována o stravě, pohybu, péče o invazivní vstupy, přípravou před výkonem, prevenci hluboké žilní trombóze (TEN). Pacientka byla oholena v místě operace. Dle ordinace lékaře dnes odběr INR a kontroly krevního cukru (KC). Polední KC byl 7,1 mmol/l, večerní cukr byl 5,4 mmol/l. Dieta OS/9 - čajová. Večer před výkonem byl aplikován Fraxiparine multi 0,4 ml s.c. a podán Lexaurin 1,5 mg p.o. jako premedikace.
- 2. den – 5. 9. 2017 – v den operace dieta NPO – nic per os, zaveden periferní žilní katetr (PŽK) do levé horní končetiny a zaveden permanentní močový katetr (PMK) č. 18. Pacientce byly obvázány nohy bandáží jako prevence proti hluboké žilní trombóze (TEN). Ranní kontrola krevního cukru (KC), naměřená hodnota: 5,6 mmol/l. Od rána napojena infuze: G10% 500ml + 12j HMR + 20 ml 7,5% KCL / 100ml za hodinu. Půl hodiny před výkonem podány antibiotika i. v. – Axetine 1,5 mg, Metronidazol 500mg a aplikován Atropin 0,5mg i. m. Po operaci pacientka přeložena na chirurgickou jednotku intenzivní péče (JIP). Zde pravidelné kontroly KC, fyziologické funkce (FF) a péče o zavedenou nasojejunální sondu (NJS) a centrální žilní katetr (CŽK). Péče o operační rány a zavedené redony. Operační rána mírně prosakuje, krytí ponecháno ze sálu. Výdej z redonu za 0. operační den: 100ml.
 - LD:
 - Humulin R 50IU/50ml F1/1 i. v. – dle aktuální glykémie
 - Infuze:
 - Plasmalyte 1000ml i. v. – 60ml/h
 - Animomix 2 Novum 2000ml + Cernevit 1 amp. – 40ml/h
 - Epidurální analgezie:

- Sufentanil 250ug/50ml F1/1 i.v. – 1-3ml/h

Pravidelně po 8 hodinách podáván Paracetamol 1g i. v.

Zvýšená horní polovina těla, oxygenoterapie 3l/min. Měření SpO₂ co 15 minut po dobu 2 hodin, poté co 1 hodinu. Monitorace VAS co 4 hodiny. Bilance tekutin vedena po 6 hodinách. Aseptické ošetřování vstupů. Vertikalizace a nácvik chůze od 6. 9.

- 3. den – 6. 9. 2017 – pacientka se cítí dobře, subfebrilní – 37,4. Dnes provedeny kontrolní odběry: biochemie, KO. Ordinované odběry v normě. Krevní cukr také v normě. Pacientce byla dnes převázána operační rána, dezinfekce + sterilní krytí. Rána i okolí rány klidné. Výdej z redonu: 40ml, vede serohemoragickou sekreci. Nově do nasojejunální sondy (NJS) – podáván Nutrison advaced Protison 10ml/h, bez noční pauzy, proplachy NJS po 3 hodinách, večer možno navýšit na 20ml/h. Hodinová diuréza se během dne pohybovala okolo 70ml/h. Dále pokračovat dle nastavené léčby.
- 4. den – 7. 9. 2017 – pacienta se cítí dobře, bez potíží, VAS – 4. Je aktivní v lůžku, již afebrilní. Kontroly KC 3x denně, naměřené hodnoty jsou v normě. Operační rána je klidná, neprosakuje, dnes převaz operační rány, dezinfekce + sterilní krytí. Redon je funkční, dezinfekce + sterilní krytí, výdej 0ml. HD během dne 80-90ml/h. NJS – Nutrison advaced Protison 20ml/h., bez noční pauzy, proplach 4x denně.
- 5. den – 8. 9. 2017 – pacientka klidná, bez potíží, v noci spala, dnes se cítí velmi dobře. Dnes zrušen lineární dávkovač se Sufentalinem. Při VAS nad 5 podávat Dipidolor 15mg s.c., jinak dále pokračovat v podání Paracetamolu po 8 hodinách. NJS – 30ml/h, bez noční pauzy, proplachy 4x denně. Monitorace VAS po 8 hodinách, jinak medikace jak zavedena. Přes den pacientka udává bolest stupně 3, na škále VAS. Převaz operační rány, dezinfekce + sterilní krytí. Redon dnes vyměněn za nový, celkový výdej za dnešní den: 20ml. HD během dne 100-120ml/h.
- 6. den – 9. 9. 2017 – pacientka afebrilní, bez potíží, klidná, spolupracuje. Bolesti udává jen při pohybu. Bilance tekutin po 6 hodinách, péče o operační ránu – převaz rány, dezinfekce + sterilní krytí, rána je klidná. Redon dnes nic neodvedl – 0 ml. Medikace jak zavedeno. NJS – 30ml/h.
- 7. den – 10. 9. 2017 – pacienta se cítí dobře, aktivní v lůžku, postupná vertikalizace s rehabilitační sestrou, VAS – 3. NJS – 40ml/h. Dnes kontrolní odběry: biochemie, KO. Ordinované odběry jsou bez patologie. Podána chronická medikace bez pero-

rálních antidiabetik (PAD). Operační rána klidná, redon dnes vytažen. Medikace jak zavedeno.

- 8. den – 11. 9. 2017 – pacientka afebrilní, potíže neudává, usmívá se a je aktivní v lůžku. NJS – 50ml/h. Operační rána je klidná, dnes převázána, dezinfekce + sterilní krytí. Medikace jak zavedeno. Dnes překlad na standartní chirurgické oddělení. Na oddělení pokračovat v zavedené medikaci: NJS – Nutrison advanced Protison 50ml/h, Degan 1amp. i.v. a AMINOMIX 2 Novum 2000ml + Cernevit 1amp. i. v. – 40ml/h. Dieta – OS/9 + sipping.
Pacientka má radost z toho, že je již na standartním oddělení. Příjem za den 2850ml, výdej 2350ml.
- 9. - 11. den - 12. - 14. 9. 2017 – pacientka afebrilní bez potíží, v noci spala klidně. Dieta 0/9 + sipping – tekutá, diabetická + speciální tekutá výživa. Kontroly KC 3x denně – naměřené odběry v normě. NJS – nadále na 50ml/h.
- 12. den – 15. 9. 2017 – dnes zrušeno NJS, PMK A CŽK. Dnes převaz operační rány – rána klidná, dezinfekce a sterilní krytí rány. Močení i stolice bez potíží. Pacientka se začíná postupně zatěžovat stravou, dietu zvládá bez potíží. Dieta 0/9 + sipping – tekutá, diabetická.
- 13. – 15. den – 16. - 18. 9.2017 - pacienta se cítí dobře, afebrilní, potíže neudává, peristaltika zachována, stolice byla. Chronická medikace jak zavedeno. Dnes 18. 9. 2017 pacientka propuštěna do domácí péče.

Doporučení při propuštění:

- Dodržování dietního režimu – menší porce, jíst častěji cca po 2 hodinách.
- Dne 22. 9. kontrola na chirurgické ambulanci
- Kontrola na onkologické ambulanci 4. 10. v 12:00 hodin a návrh na další terapii
- Kontrola v onkochirurgické ambulanci dne 5. 12. v 13:15 hodin.
- Jednou za měsíc aplikovat vitamin B12 cestou obvodního lékaře

Závěr: Pacientka dojíždí na další léčby do Brna-Bohunice na onkologickou ambulanci. Výživu má řízenou z nutriční poradny, také v Brně.

Posouzení podle domény M. Gordon:

1. Vnímání zdraví: pacientka při příjmu udávala pocit slabosti a únavu. Časté bolesti, které ji omezovaly v každodenních činnostech. Udává strach z budoucnosti. Pacientka udává, že je dostatečně o všem informována od lékaře i sestry. Pacientka nekouří ani nepožívá alkohol.
2. Výživa: pacientka udává časté nevolnosti, celkově trpí spíše nechutenstvím. Jí i pije velmi málo. Zhubla 10kg. *„Mám obavy z jídla, protože mi vždy vyvolá zvracení, do jídla se musím velice nutit“*
3. Vylučování: v domácím prostředí pacientka s močením neměla potíže. Nyní má zavedený permanentní katetr. PMK ji nijak nevadí, jen v prvních dnech cítila neustálý pocit na nucení na močení. Doma trpěla spíše zácpou. Během hospitalizace musela chodit ze začátku na mísu, což ji velice vadilo.
4. Aktivita, cvičení: před hospitalizací byla pacientka zcela soběstačná. Nyní je soběstačná s dopomocí v oblasti hygieny, vyprazdňování a chůzi. Za pacientkou pravidelně dochází rehabilitační sestra. *„Doma jsem si vše udělala sama, tak jsem teď nešťastná, že musím být závislá na pomoci sester.“*
5. Spánek – odpočinek: problémy se spánkem pacientka neudává. Stačí ji spánek p dobu 5-6 hodin denně. V nemocnici ale spí hůře, působí na ni změna prostředí.
6. Vnímání – poznávání: pacientka hůře slyší. Na čtení i do dálky používá brýle. Paměť má dobrou, neudává v tomto směru potíže.
7. Sebepojetí – sebeúcta: pacientka se cítí převážně dobře, ale někdy má velký strach z neznámého.
8. Role, vztahy: pacientka bydlí v rodinném domě se synem a jeho rodinou. Je vdova. Cítí se být pořád potřebná pro svou rodinu. Do nemocnice ji pravidelně chodí všichni navštěvovat.
9. Reprodukce – sexualita: pacientka se na toto téma nechce bavit.
10. Stres, zátěžové situace: pacientka udává, že je velmi silná povaha, ale toto onemocnění ji velmi vzalo. *„Jsem velmi pozitivní člověk, ale teď mám i negativní myšlenky. Nevím, co bude dál.“*
11. Víra, životní hodnoty: pacientka je věřící. Pravidelně navštěvuje kostel. I při hospitalizaci uvítala návštěvu kněze.

Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA International

1. 00179 – Riziko nestabilní hladiny glukózy v krvi

Definice: Standardizovaný název ošetrovatelského problému pro riziko změn hladin glukózy/cukru v krvi oproti normálnímu rozsahu, které mohou oslabit zdraví.

Cíl:

Krátkodobý – pacientka bude schopna pochopit odpovědnost za dodržování dietního režimu.

Dlouhodobý – pacientka je dostatečně informována o dietním režimu. Pacientka se informována o nutnosti užívání léků.

Plán:

- sleduj projevy hypoglykémie, hyperglykémie, informuj pacientku o dietě a stravování
- zajisti dostatečný příjem tekutin
- sleduj hodnoty glykémie, informuj o nutnosti užívání léků
- sleduj dostatečný příjem potravy a tekutin
- podávej medikace dle ordinace lékaře

Realizace: Pacientce se pravidelně kontrolovala hodnota krevního cukru. Pacientka se informovala o nutnosti dodržování dostatečného pitného režimu a příjmu potravy. Dle ordinace lékaře jsme pacientce podávaly léky na diabetes. Pacientce jsem nechala prostor pro dotazy.

Hodnocení: Pacientka je poučena o rizikových faktorech spojených s nedodržováním dietního a léčebného režimu. Pacientka všem informacím rozuměla.

2. 00028 – Riziko sníženého objemu tekutin v organismu

Definice: Standardizovaný název ošetrovatelského problému pro riziko sníženého objemu intravaskulárních, intersciálních nebo intracelulárních tekutin. Týká se to rizika dehydratace, samotné ztráty vody beze změny (v koncentraci) sodíku.

Cíl:

Krátkodobý – pacientka bude edukována o nutnosti dostatečného pitného režimu.

Dlouhodobý – pacientka má rovnováhu mezi příjmem a výdejem tekutin. Pacientka má dostatečný pitný režim.

Plán:

- nabízej tekutiny
- sleduj rovnováhu mezi příjmem a výdejem
- všímej si změn fyziologických funkcí
- sleduj otoky, stav kůže a sliznic
- dle ordinace lékaře podávej léky

Realizace: Pacientce byla zavedena bilance tekutin. Příjem i výdej tekutin měla pacientka po celou dobu vyrovnaný. Pacientka je poučena o důležitosti dodržování pitného režimu.

Hodnocení: Za dobu mého ošetřování jsme u pacientky nezaznamenaly známky dehydratace. Pacientka měla příjem i výdej tekutin vyrovnaný.

3. 00004 – Riziko infekce

Definice: standardizovaný název ošetrovatelského problému u pacienta zvýšeně ohroženého vstupem patogenních organismů do těla člověka.

Cíl:

Krátkodobý – pacientka pochopí rizikové faktory možnosti vzniku infekce

Dlouhodobý – usilovat o včasné hojení ran, energicky léčit hnisající defekty a zdroje zvýšené teploty. Neprojeví se známky infekce.

Plán:

- sleduj místa vpichu a invazivních vstupů, sleduj okolí ran
- při všech činnostech dodržuj aseptické postupy, celý zdravotnický tým dodržuje řádné umývání a dezinfekci rukou
- sleduj funkčnost a délku zavedení invazivních vstupů
- informuj o počátečních příznacích infekce
- dbej na pravidelnou výměnu krytí a pravidelnou výměnu pomůcek
- pouč pacientku o způsobech, jak chránit kůži, pečovat o rány a bránit rozšíření infekce

Realizace: Pravidelně jsem kontrolovala místa vpichu a invazivní vstupy. Pacientka je bez známek infekce. Pacientce jsme pravidelně prováděly výměnu krytí na operační ráně i invazivní vstupy.

Hodnocení: Za dobu mého ošetřování byla pacientka bez známek infekce. Pacientka i zdravotnický personál byli poučeni o postupech, jak předcházet vzniku infekce.

4. 00096 – *Nedostatek spánku*

Definice: Standardizovaný název ošetrovatelského problému pro delší období bez spánku.

Cíl:

Krátkodobý – pacientka bude schopna pochopit a slovně vyjádřit příčiny poruch spánku

Dlouhodobý – u pacientky dojde ke zlepšení kvality spánku, pocitu celkové pohody a odpočinku

Plán:

- vyslechni subjektivní stížnosti na kvalitu spánku
- všiměj si známek únavy
- zajisti maximální klid a pohodlí v noci
- před spaním zajisti např. úpravy lůžka, vyvětrej pokoj, zjisti spánkové návyky pacientky
- sleduj průměrnou délku spánku
- informuj o daném problému lékaře
- podávej léky dle ordinace lékaře
- posud' souvislost spánkové poruchy se základním onemocněním

Realizace: Vyslechla jsem od pacientky její stížnosti na kvalitu spánku v nemocničním prostředí. Pacientce jsem zajistila před spaním její domácí návyky – vyvětraný pokoj, malé světlo v místnosti. V rámci možností jsem pacientce během spánku zajistila klidné prostředí. Pacientka spala v průměru okolo 6 hodin denně. Během dne jsem na pacientce nepozorovala známky únavy.

Hodnocení: Pacientka se cítí odpočatě. V nemocnici se jí spalo dobře, ale už se těší domů. Únavou před den během hospitalizace nepocítila.

5. 00132 – *Akutní bolest*

Definice: standardizovaný název ošetrovatelského problému u pacienta, který prožívá nepříjemnou bolest, jež má intenzitu od střední k prudké, má náhlý nebo pozvolný nástup a je u ní předpoklad vymizení do 6 měsíců.

Cíl:

Krátkodobý – pacientka udává zmírnění bolesti. Chápe příčinu bolesti.

Dlouhodobý – pacientka nemá bolesti.

Plán:

- doporuč pacientovi vhodnou úlevovou polohu
- akceptuj pacientku a uznej přítomnost bolesti
- sleduj a zaznamenej neverbální projevy bolesti
- podávej analgetika dle ordinace lékaře
- sleduj účinek podaných analgetik
- zjisti lokalizaci, charakter a intenzitu bolesti

Realizace: od pacientky jsem zjistila lokalizaci, charakter a intenzitu bolesti. Po celou dobu hospitalizace byl prováděn monitoring bolesti pomocí škály VAS. V prvních pooperačních dnech pacientka udávala bolest intenzivnější, která dosahovala stupně 4 na škále VAS. Pacientka udávala bolest v okolí operační rány a z nemocničního lůžka mírnou bolest v zádech. Na bolest v zádech jsem pacientce doporučila vhodnou polohu na boku a masáž zad s promazáním. Nabízela a aplikovala jsem pacientce analgetika dle ordinace lékaře a dle aktuální bolesti.

Hodnocení: Pacientka udává zmírnění bolesti v operační ráně. Na bolest zad jí pomohlo promazání chladivou mastí. Po aplikaci analgetik pacientky vždy udávala úlevu, stupeň bolesti byl 2 na škále VAS.

6. 00163 – *Snaha zlepšit výživu*

Definice: Standardizovaný název ošetrovatelského problému pro vzorec příjmu živin, který je dostatečný při splnění potřeb metabolismu a lze jej posílit.

Cíl:

Krátkodobý – pacientka má zajištěnou nutričně vyváženou výživu

Dlouhodobý – dojde k zachování nebo úpravě hmotnosti. Pacientka dodržuje správný dietní režim.

Plán:

- Proved' BMI index
- Podávej výživu do nasojejunální sondy dle ordinace lékaře
- Zajisti pacientce dostatečný příjem tekutin
- Zjistí stravovací návyky pacientky, podávej dietu dle ordinace lékaře, při potížích se stravou informuj lékaře
- Před propuštěním z nemocnice informuj pacientku o dodržování dietního režimu.

Realizace: Hned při příjmu jsem zjistila výšku a váhu, podle toho jsem vypočítala aktuální BMI. Během hospitalizace jsem podávala výživu přes nasojejunální sondu dle ordinace lékaře a po vytažení NJ sondy jsem podávala dietu dle ordinace lékaře. Pacientka měla během hospitalizace dostatečný příjem tekutin. Pacientku jsem pobízela k popíjení tekutin během dne. Při propuštění jsem pacientce dala edukační materiál ohledně diety a vše jsem ji vysvětlila.

Hodnocení: Pacientce se váha během hospitalizace nesnížila. Pacientka chápe nutnost dodržení dietního režimu.

8 KAZUISTIKA Č. 2

Pacient G. F. byl přijat na chirurgické oddělení dne 25. 11. 2017. Pacient udává asi měsíc trvající silné bolesti v pravém hypochondriu. Pacientovi byla provedena GFS, která odhalila nález rozsáhlé tumorózní infiltrace těla žaludku, pro nespolupráci pacienta se nepodařilo odebrat histologický vzorek. Proto pacient znovu objednan na GFS dne 28. 11. 2017.

Základní diagnóza: generalizovaný ca žaludku – HV středně dif., pT4,pNX,pM1

Chronická medikace: Buscopan tbl. 1-1-1

AA: neguje

PSA: pracuje u bezpečností služby Regio Jet, žije sám.

Stav při přijetí: Pacient orientován, klidný, spolupracuje.

TK- 130/96 mmHg

Váha – 60 kg

P- 72/min

Výška – 160 cm

D- 14/min

BMI – 23,4

TT- 36,6

Operace: laparoskopie, biopsie

Operace byla provedena dne 5. 12. 2017. Explorativní laparotomie – žaludek s patrným maligním procesem na přední stěně antra s prorůstáním do lig. gastrokolickeho, MTS jater a nástěnného peritonea. Odebrán histologický vzorek.

Výsledek z histologického vzorku: metastáza středně diferencovaného adenokarcinomu v játrech. Metastáza středně diferencovaného adenokarcinomu na peritoneu.

Průběh hospitalizace:

- 1. den – 25. 11. 2017 – pacient přijat na oddělení. Seznámení s řádem oddělení a s právy pacientů. Pacient edukován o stravě, pohybu, péči o invazivní vstupy a nutnou přípravou před vyšetřením a před výkonem. Odběr základních krevních odběrů. Zaveden periferní žilní katetr (PŽK) do levé horní končetiny. Do medikace přidáno Controloc 40 mg i. v. 1-0-1, Analgin 1amp. po 8 hodinách při VAS>3. Hned při příjmu pacient udává VAS 4 – podány ordinované analgetika, poté udává mírnou úlevu. Večer se opakuje bolest na stupnici 4, podány ordinované analgetika,

po podání pacient cítí úlevu. Dále ordinovány infuze: Plasmalyte 1000 ml i.v. rychlostí 150ml/hod. Dieta nic per os (NPO).

- 2. - 3. den - 27. - 26. 11. 2017 – pacient afebrilní, klidný, spolupracuje. Žádné potíže neudává. Péče o invazivní vstupy. Pokračuje se v zavedené medikaci. Dieta tekutiny + bujon + speciální tekutá výživa (sipping). Dietu pacient zvládá bez potíží.
- 4. den – 28. 11. 2017 – dnes pacient objednan na gastrokopické vyšetření (GFS). Pacient se cítí dobře a neudává žádné potíže. Stolice dnes byla. Bolest udává stupně 3 na škále VAS. Dieta NPO z důvodu vyšetření.

GFS vyšetření – rozsáhlý tumor těla žaludku, erodovaný. Pacient již spolupracuje a histologický vzorek odebrán.

Výsledek z patologie: tři mikročástečky žaludeční sliznice (jedna značně zakrvácená), kromě chronického aktivního těžkého zánětu zachycen ve všech třech středně diferencovaný adenokarcinom žaludku.

- 5. den – 29. 11. 2017 – pacient klidný, bez potíží, bolesti již neudává a spolupracuje. Pacient v noci spal, vyprazdňování bez potíží. Dnes objednáno CT vyšetření. Pokračovat v zavedené medikaci.

CT vyšetření hrudníku a břicha – nativně a ve dvou fázích po aplikaci 100ml Ultravistu 300 i. v.

Výsledek: při GFS prokázaný tumor žaludku + na CT vyšetření nalezeny zmnožené regionální uzliny. Sytící se drobné LU v malé pánvi ve střední čáře a l.dx. Stenóza sigmatu l.dx., doporučeno krátká kolonoskopie. Vícečetné nodularity jater, nelze

vyločit drobné metastázy (MTS). Plíce i skelet bez ložiskových změn. Dnes dieta 0S – čajová. Pacient se během dne prázdní na kolonoskopii. Podáno Moviprep na vyprázdnění.

- 6. den – 30. 11. 2017 – pacient se cítí dobře, afebrilní, udává mírné bolesti, jinak bez potíží. Dnes provedena kolonoskopie. Dále pokračovat v zavedené medikaci.

Kolonoskopie – lze vyloučit stenózu a velmi hrubé nástěnné změny. Doporučeno odebrat kontrolní krevní obraz (KO). Výsledek KO bez patologických známek.

- 7. den - 1. 12. 2017 – pacient se cítí dobře, spolupracuje. Dnes byla provedena výměna PŽK. Na stolici chodí pravidelně. Na den 5. 12. naplánovaná operace – laparoskopie + biopsie.

- 8. - 10. den – 2. - 4. 12. 2017 – medikace jak zavedeno. Dieta 0 - tekutá. Dietu pacient toleruje ale moc mu nechutná. Stolice je pravidelná.
- 11. den – 5. 12. 2017 – pacient se cítí dobře, je lačný, premedikace mu byla podána. Pacient potíže neudává. Podány léky dle ordinace lékaře: Lexaurin 3 mg p.o. 1-0-0 a půl hodiny před operací aplikován Atropin 0,5 mg i. m. Po operaci zvyklá pooperační péče, kontroly krevního tlaku (TK) a pulzu (P) po 2 hodinách, kontroly stavu pacienta. Dnes večer pacient subfebrilní – 37,5. Po operaci přidáno Dipidolor 15 mg i. m. od bolesti, při VAS>3. Dipidolor 15 mg aplikován ve 22 hodin. Poté pacient udává úlevu, v noci spal.
- 12. den – 6. 12. 2017 – pacient se cítí dobře, po operaci se pacient cítí dobře, od bolesti léky nepotřebuje, stolice byla a s močením problémy nemá. Dieta 0 – tekutá.
- 13. den – 7. 12. 2017 – pacient afebrilní, potíže nemá, bolesti neudává. Dnes dimise.

Doporučení při propuštění:

- Dbát o pravidelnou stolici, dostatek tekutin
- Dietní režim: tekutá až kašovitá strava, jíst častěji po malých dávkách – vydán dietní leták.
- Kontrola na chirurgické ambulanci za týden k extrakci stehů.
- S výsledkem HV z jater kontrola na onkologické ambulanci Uherskohradištské nemocnice k určení dalšího léčebného postupu.
- Doma pokračovat v aplikaci Fraxiparine 0,4 ml s. c. 0-0-1, recept vydán + vydán edukační leták a poučení pacienta o aplikaci injekce.
- Při potížích kontrola na chirurgické ambulanci hned.

Posouzení podle domény M.Gordon:

1. Vnímání zdraví: pacient považuje svoje zdraví jako důležité. Má aktivní přístup ke zdraví, svoji léčbu toleruje a spolupracuje.
2. Výživa: pacient trpí mírným nechutenstvím, má mírně snížený příjem potravy i tekutin. Za poslední měsíc zhubl 3 kg. „*Nechutenstvím trpím asi měsíc, po jídle se mi zvedá žaludek a mám návaly na zvracení*“.

3. Vylučování: při močení pacient neudává ani pálení ani řezání. Vyprazdňování stolice je taky bez potíží. Na stolicí chodí pravidelně a nepozoruje ve stolici žádné příměsi.
4. Aktivita, cvičení: pacient je soběstačný. Doma vedl aktivní život, má rád procházky do přírody. Pouze občasné bolesti ho omezují v denních aktivitách. Doma se věnoval hlavně práci na zahradě.
5. Spánek, odpočinek: „*Doma jsem problémy se spánkem nikdy neměl*“. V nemocnici na něj působí hlavně změna prostředí, a proto nemá tak kvalitní spánek jako doma.
6. Vnímání – poznávání: pacient nemá potíže se zrakem ani sluchem. Paměť má velmi dobrou.
7. Sebepojetí – sebeúcta: pacient se cítí dobře, ale má obavy z nemoci. Při příjmu je pacient milý, usměvavý. „*Považuju se za pozitivního člověka, nemám sklony k sebelítosti.*“
8. Role, vztahy: pacient je rozvedený. Děti žádné nemá. Žije v rodinném domku sám. Jako nejbližší příbuzného uvádí svoji sestru, se kterou má velmi dobrý vztah.
9. Reprodukce – sexualita: na toto téma se pacient nechce bavit.
10. Stres, zátěžové situace: pacient zvládá stresové situace dobře. Není výbušný ani agresivní.
11. Víra, životní hodnoty: pacient není nábožensky založen. Za nejdůležitější věc bere své zdraví.

Dne 21. 12. 2017 byl pacient G. F. opět přijat na chirurgické oddělení. Udává asi 3 dny silné bolesti břicha v epigastriu a pravém podžebří. Opakovaně doma zvracel, poslední jídlo měl včera, a to sušené meruňky. Teploty doma neměl, stolice pravidelná bez příměsi, poslední stolice včera večer.

OA: Generalizovaný Ca žaludku – HV středně diferencovaný adenokarcinom pT4,pNX,M1, MTS hepatis, peritonei.

FA: Fraxiparine 0,4 ml s. c. 0-0-1

PSA: pracuje u bezpečnostní služby Regio Jet, nyní na neschopence, žije sám.

Stav při přijetí: Pacient spolupracuje, udává silné bolesti, subfebrilní, klidová dušnost, orientovaný. Od minulé hospitalizace pacient zhubl 5 kg. Chuť k jídlu je malá.

TK – 135/95 mmHG

Váha – 55kg

P – 113/min

Výška – 160 cm

D – 14/min

BMI – 21,5

TT – 37,4

Průběh hospitalizace:

- 1. den – 21. 12. 2017 – pacient uložena na lůžko, byla mu zavedena periferní žilní katetr (PŽK) do levé horní končetiny, dieta – pouze tekutiny. Dle ordinace lékaře nabrány základní krevní odběry: biochemie, krevní obraz (KO), koagulace (INR), moč + sediment. Pacientovi byla podány infuze: Plasmalyte 1000 ml i. v. – 150ml/h. Od bolesti mu byl aplikován Novalgín 1 amp + F1/1 100ml i.v. po 8 hodinách. Léky od bolesti pacient vyžaduje pravidelně. Na zítřejší den, tedy na 22. 12. objednaná pasáž horním gastrointestinálním traktem (GIT), nutriční konzilium a ambulance bolesti.

- 2. den – 22. 12. 2017 – pacient udává menší bolesti, afebrilní, spolupracuje, klidný. V noci bez potíží spal. Dnes provedena pasáž horním GIT.

Pasáž GIT – provedeno vodnou kontrastní látkou Ultravist 300 (100ml).

Nález – zúžení v oblasti prepylorického antra a pyloru, kontrastní látka však prochází dále.

Dle doporučení ambulance bolesti pacientovi do medikace přidáno Fentalis 25ug derm. empl. – vždy výměna za 72 hodin. Dnes nalepeno ve 12 hodin.

Dle doporučení nutričního konzilia dieta – OS + sipping. Sipping ve formě Renutryl 2 - 3 lahvičky denně.

- 3. den – 23. 12. 2017 – pacient je klidný, spolupracuje, afebrilní, stolice byla dnes, bolesti jsou jen velmi mírné, cítí se lépe. V noci bez potíží spal. Dnes dieta 0 + sipping – tekutá + speciální tekutá výživa. Dimise.

Doporučení při propuštění:

- Dbát o pravidelnou stolici, dostatek tekutin
- Dodržovat dietní režim: tekutá strava, jíst a pít po malých porcích – vydán dietní le-ták, pokračovat v užívání Renutrylu a to 2-3 lahvičky denně, recept vydán na 25 ks – po dobrání kontrola v nutriční poradně.

- Do 2.1. apliovat Fraxiparine 0,4 ml s. c. 0-0-1, recept vydán a pacient poučen o aplikaci injekce + vydán edukační leták.
- Do medikace přidáno Fentalis 25ug/h derm. empl. – poučen o výměnách po 72 hodinách, takže další výměna bude 25. 12. ve 12 hodin.
- Dne 27. 12. je naplánováno vyšetření na onkologické ambulanci KOC FN Brno – Bohunice.
- Po novém roce kontrola na chirurgické ambulanci a objedná se kontrolní GFS.

Závěr:

Dne 8. 1. 2018 byl pacient znovu přijat na chirurgické oddělení. Příjem byl z důvodů opakovaného zvracení, celkového zhoršení stavu pacienta. Bylo indikováno založení nutriční jejunostomie. Dne 9. 1. pacient objednan na kontrolní gastroskopii (GFS). Endoskop volně zaveden, ale pacient mohutně zvracel. Výkon ukončen a další vyšetření pacient odmítá. Dne 13. 1. 2018 byla provedena operace – zaležení nutriční jejunostomie. Výkon proběhl bez komplikací, plná enterální nutrice per JS, kterou pacient toleruje. Propuštěn do domácí péče.

17. 1. 2018 – Kontrola v nutriční ambulanci – pacient neschopen příjmu potravy, opakované zvracení. Doporučeno: Podávat Nutrison MF 1000 ml, vydán recept na 60 vaků. Další kontrola po dobrání.

17. 1. 2018 – Kontrola v ARO ambulanci, léčba bolesti – poslední vyšetření 12/2017, nasazen Fentalis 25 ug/h, již pacientovi nestačí. Udává bolesti celého těla. Nežádoucí účinky opiátů jako ospalost, nevolnost neudává. Vydán recept na Durogesic 75 ug/h náplast na 3 dny. Výměna po 72 hodinách. Vydán recept na 4 týdny, poté kontrola.

19. 1. 2018 – Pacient G. F. s generalizovaným tumorem žaludku se zvažovanou paliativní chemoterapií, eventuálně biologickou léčbou přijat na oddělení pro obtékání žluče podél katetru zavedené jejunostomie (JS). Bolest udává celého těla. Okolí JS zarudlé. Doporučení: příjem na chirurgické oddělení.

Během hospitalizace provedeno pacientovi nástřík JS – prokazuje správné uložení. Poté RTG nativní snímek břicha: bez známek perforace či ileosního stavu. Dne 23. 1. RTG skiaskopická kontrola uložení a nástřík jejunostomie. Výměna katetru za užší.

1. 2. 2018 – v ranních hodinách pacient zvrací a aspirace s dušností. Pro základní diagnózu intenzivní léčba u pacienta nezahajována, jen basální terapie. Informována sestra pacienta,

kteřá je u posledních okamžiků přítomna u bratra. Dne 1. 2. 2018 v 16:10 hodin za přítomnosti příbuzné pacient umírá.

Posouzení dle domény M. Gordon:

1. Vnímaní zdraví: „*Už jsem z této nemoci dost vyčerpaný, snažím se nepodlehnout tomu, ale je to velmi těžké.*“ Pacient má ve srovnání s poslední hospitalizací větší strach o své zdraví a je unavený.
2. Výživa, metabolismus: Pacient udává, že za poslední týden zhubl 5 kg. Vše co sní, vyzvracel. Málo pije i jí a strádá. „*Vždy jsem měl chuť k jídlu velmi dobrou, ale teď nemůžu nic. Nejradši jsem měl maso a sladkosti, ale teď na to nemám vůbec chuť.*“
3. Vylučování: S močením pacient potíže nemá. Stolice je pravidelná.
4. Aktivita, cvičení: Pacient je velmi unavený a slabý. Omezují ho bolesti břicha. „*Při odpočívání hledám úlevovou polohu, chodit můžu jen na krátké vzdálenosti kvůli bolestem.*“
5. Spánek, odpočinek: Spánek má nyní narušený. V nemocnici se mu moc dobře nespí. Budí se někdy bolestí. Léky na spaní ale pacient neužívá. Cítí se unavený.
6. Vnímání, poznávání: Pacient nemá žádný smyslový handicap.
7. Sebepojetí, sebeúcta: Doma ho trápily neustálé bolesti. Nyní cítí úlevu, díky nově nasazené terapii. „*Sám sebe se někdy ptám, co jsem udělal, že mě postihla taková nemoc.*“
8. Role, vztahy: Pacient žije sám. Ženatý nikdy nebyl. Nejbližší příbuzná je jeho sestra, se kterou má velmi dobrý vztah. „*Sestra je moje velká opora, zůstal jsem úplně sám a jsem na ni velmi vděčný. Vždy se těším, až mě přijde navštívit do nemocnice.* U pacienta vidíme, jak má svoji sestru rád, a že je mu velkou oporou v této těžké situaci.
9. Reprodukce – sexualita: Na toto téma nechce odpovídat.
10. Stres, zátěžové situace: „*Nyní jsem dost ve stresu z obav, jak toto všechno dopadne.*“ Pacient má velké strach, ale snaží se to skrývat.
11. Víra, životní hodnoty: Na první místo pacient staví své zdraví a rodinu. Není nábožensky založen.

Ošetrovatelské diagnózy podle NANDA International:

1. **00004** – *Riziko infekce*

Definice: Standardizovaný název ošetrovatelského problému u pacienta zvýšeně ohroženého vstupem patogenních organismů do těla člověka.

Cíl:

Krátkodobý – nedojde k rozvoji infekce

Dlouhodobý – pacientka zná způsoby prevence vzniku infekce a dodržuje je. U pacientky se objevila infekce.

Plán:

- sleduj celkové i místní známky infekce
- dodržuj při všech činnostech aseptické postupy
- sleduj celkový stav a fyziologické funkce pacienta
- sleduj místa vpichu a okolí, sleduj okolí ran
- sleduj funkčnost a délku zavedených invazivních vstupů
- informuj lékaře o počátečních příznacích infekce
- dbej o pravidelnou výměnu krytí a pravidelnou výměnu pomůcek
- informuj o důležitosti mytí rukou a hygienickou péči

Realizace: U pacienta jsem sledovala celkové i místní projevy infekce. A to projevy jako: otok, zarudnutí, zvýšená tělesná teplota. Poučila jsem pacienta o nutnosti správné hygienické péče. Dodržovala jsem aseptické postupy u všech invazivních výkonů.

Hodnocení: U pacienta se neprojevily známky infekce. Pacient chápe nutnost hygienické péče.

2. 00155 – Riziko pádu

Definice: Standardizovaný název ošetrovatelského problému u pacienta se zvýšenou náchylností k pádům, které mu mohou navodit poranění.

Cíl:

Krátkodobý – jsou odstraněny rizikové faktory. Má upraveno prostředí.

Dlouhodobý – pacient si je vědom možnosti úrazu – nedojde k úrazu ani pádu.

Plán:

- Pouč pacienta o nebezpečí pádu
- Uprav bezpečně okolí lůžka

- Připrav na dosah ruky signalizaci po dobu 24 hodin denně
- Zajisti věci denní potřeby k ruce pacienta
- Doporuč vhodnou obuv

Realizace: Pacientovi jsem vysvětlila možná rizika pádu – např. špatná obuv, nechodit po mokré podlaze, použít signalizaci při nejistotě v chůzi. Pacient si první den zvonil na dopomoc při chůzi na toaletu. Signalizaci měl neustále na dosah ruky. Na noc si nechal jednu postranici na posteli zvednutou. Do celou dobu hospitalizace nedošlo k pádu ani k žádnému úrazu pacienta.

Hodnocení: Pacient byl spolupracující, klidný. Na případné dotazy jsem mu vždy odpověděla.

3. 00132 – Akutní bolest

Definice: Standardizovaný název ošetrovatelského problému u pacienta, který prožívá nepříjemnou bolest, jež má intenzitu od střední k prudké, má náhlý nebo pozvolný nástup a je u ní předpoklad vymizení do 6 měsíců.

Cíl:

Krátkodobý – u pacienta dojde ke zvládnutí a zmírnění bolesti. Pacient zná metody jak zmírnit bolest.

Dlouhodobý – pacient zná příčinu bolesti. Pacient dodržuje farmakologickou léčbu jak v nemocnici, tak v domácím prostředí.

Plán:

- informuj pacienta o úlevové poloze (např. při vstávání, usínání)
- zjisti lokalizaci, charakter a intenzitu bolesti
- monitoruj bolest dle ordinace lékaře a podávej analgetika dle bolesti
- sleduj účinek podaných analgetik
- zajisti pacientovi klidné prostředí
- akceptuj pacienta a uznej přítomnost bolesti

Realizace: První informaci ohledně bolesti jsme u pacienta zjistily hned při příjmu na oddělení. Zeptali jsme se na lokalizaci, intenzitu a stupeň bolesti. Ke zjištění stupně bolesti jsme použili škálu VAS („pravítko bolest“) se stupnicí 0 až 10. Pacientovi jsem vysvětlila význam škály, že bolest 0 je žádná bolest a 10 značí bolest nesnesitelnou. Pacient po celou dobu hospitalizace uváděl nejvíce bolest na stupni 4. Podle ordinací lékaře byly pacientovi

podávány analgetika a byla pozorována účinnost podaných analgetik. Současně jsem se zaměřila i na úpravu prostředí. Pokoj jsme pacientovi pravidelně vyvětraly. Aby byl minimalizován rušivý vliv z oddělení, dveře na chodbu jsme za sebou zavíraly.

Hodnocení: Pacientovi se bolest zmírnila. Bolest ustupuje po podání analgetik.

4. 00148 – *Strach*

Definice: Standardizovaný název ošetrovatelského problému pro reakci pacienta na hrozbu, kterou si připouští jako nebezpečí.

Cíl: pacient neudává strach

Plán:

- Podávej pacientovi dostatek informací, v rámci své kompetence
- Zajisti pacientovi rozhovor s lékařem
- Udělej si na pacienta dostatek času, při podávání jakýchkoliv informací
- Vyslechni pacientovi obavy

Realizace: Pacientovi jsem zajistila vždy rozhovor s lékařem, když si to přál. Pacienta jsem dostatečně edukovala v rámci mých kompetencí. Když se mi chtěl pacient s něčím svěřit, udělala jsem si na něj dostatek času.

Hodnocení: Pacient měl dostatek informací. Pacientův strach se zmírnil.

5. 00093 – *Únava*

Definice: Standardizovaný název ošetrovatelského problému u pacienta s nepřekonatelným a stálým pocitem vyčerpání, sníženou schopností vykonávat tělesnou i psychickou práci.

Cíl:

Krátkodobý – pacient chápe příčinu únavy.

Dlouhodobý – pacient se bude cítit odpočatě.

Plán:

- Zajisti pacientovi dostatek spánku
- Zajisti pacientovi vhodné prostředí pro odpočinek a spánek
- Poskytni dostatek času pro relaxaci
- Sleduj celkový stav pacienta

Realizace: Pacientovi jsem poskytla klidné prostředí k odpočinku. Po obědě jsem nechala pacienta odpočívat.

Hodnocení: pacient se cítí méně unavený, pomohl mu každodenní krátký spánek před den (většinou po obědě).

9 KAZUISTIKA Č. 3

Pacientka M. M. byla přijata na chirurgické oddělení dne 21. 5. 2017. Pacientce byl diagnostikován adenokarcinom stěny žaludku, difúzní postižení včetně pyloru. Dle CT vyšetření bez lymfadenopatii či vzdálených MTS. Pacientka byla přijata k totální gastrektomii. Před nástupem na chirurgické oddělení pacienta podstoupila předoperační přípravu na interním oddělení, kde jí byla podávána parenterální výživa a sipping. Od června 2016 pacientka udává, že celkem zhubla 18 kg. Chuť k jídlu ale má, snaží se jíst v menších porcích.

Vedlejší dg: Malnutrice, Mikrocytární hypochromní anémie při Ca žaludku, stp. CHCE, Hypothyrosis, Divertikuloza sigmoidu.

OA: adenokarcinom celé stěny žaludku

RA: nevýznamná

AA: neudává

Chronická medikace: Letrox 25 ug 1-0-0, Helicid 20 mg 1-0-1, Protifar 2-2-2 odměrky.

Stav při přijetí: Pacientka spolupracuje, klidná, afebrilní, bez dušnosti, orientována.

TK – 155/75 mmHg

Váha – 56 kg

P – 71/min

Výška – 154 cm

D – 12/min

BMI – 23,6

TT – 36,1

Operace: Gastrectomia totalis, Roux Y

Operace byla provedena dne 22. 5., v klidné celkové anestezii. Proveden slepý uzávěr pažerky jejunu lineárním katetrem, přešití anastomózy v druhé vrstvě. Zavedení jejunální sondy, daleko od jejunu. Fixace přední stěny anastomózy k bránici. Poté našití distální anastomózy cca 50cm od horní anastomózy end-to-side. Zaveden Redonův drén I, II. Krevní ztráta do 100 ml.

Výsledek histologie: Jde o nízcce diferencovaný až nediferencovaný karcinom žaludku. Sliznice a stěna tenkého střeva/duodena bez nádorové infiltrace. Dle TNM klasifikace: pT3,pN0,pMx, R0.

Reoperace: Revize, apendektomie, drenáž

Reoperace byla provedena dne 4. 6., indikací bylo: difúzní serózní peritonitida.

Výsledek histologie: Fibrinósní appendix a velmi lehká serósní akutní periapendicitida/peritonitida.

Průběh hospitalizace pacientky:

- 1. den – 21. 5. 2017 – příjem na oddělení. Seznámení s řádem oddělení a edukace pacientky v oblasti strava, pohyb, vylučování, péče o invazivní vstupy, příprava před výkonem a prevence TEN. Dieta OS + sipping – čajová + speciální tekutá výživa. Pacientka spolupracuje, je klidná a potíže neudává. Na chirurgické JIP domluveno zavedení centrálního žilního katetru (CŽK) z důvodů špatných žil u pacientky. Večer před výkonem podána premedikace: Lexaurin 1,5 mg p. o. 1 tbl. a aplikován Fraxiparine 0,4 ml s.c.. Dnes objednáno 2x krevní transfuze (EBR) k zítřejší operaci.
- 2. den – 22. 5. 2017 – pacientka nachystána na operaci, poučena, lačná, afebrilní. Ráno zaveden permanentní močový katetr (PMK) č. 18, epidurální katetr a podána infuze: Plasmalyte 1000 ml i. v., 150 ml/h. Po operaci pacientka přeložena na chirurgickou JIP. Operace trvala celkem 3,5 hodiny. Na chirurgické JIP pokles krevního tlaku na 80/50 mmHg – dle ordinace lékaře nasazen Noradrenalin 5mg/50ml F1/1 i. v. do lineárního dávkovače. Oxygenoterapie 3l/min a kontrola SpO2 po 15 minutách 2 hodiny a poté po 1 hodině. Monitorace VAS po 4 hodinách, vedená bilance tekutin po 6 hodinách, kontroly krevního cukru 3x denně. Pacientce nastaven Noradrenalin na 5ml/hodinu, TK – 105/59 mmHg. Péče o operační ránu a zavedené redony. U redonů sledovat množství, barvu. Redon I – 30ml, Redon II – 10 ml.
- 3. den – 23. 5. 2017 – pacientka klidná, spolupracuje, bolest udává mírnou v operační ráně, subfebrilní – 37,0.

Dnes ráno provedeny odběry – Na, K, CL.

➤ LD:

- Noradrenalin 5mg/50ml i. v. – cílová hodnota 120/80 mmHg
- Humulin R 50IU/50ml i. v. – glykemie 7-10 mmol/l
- Furosemid 40mg/20ml i. v. – 1-4 ml/h, HD 50-80ml

➤ Infuze:

- Plasmalyte 1000 ml i. v. – 50ml/h, dále dle HD
- Aminomix 2 Novum 2000 ml + SMOF lipid 20% 250 ml + Cernevit 1 amp. + Nutryelt 1 amp. i. v. – 60ml/h.
- Epidurální analgezie:
 - Sufentanil 10ml/50UG + Marcain 0,5% + agua ad 50ml – bolus 5 ml, dále 3-7 ml/h, VAS<5.
- NJS:
 - Diason HP Energy 10ml/h, bez noční pauzy, 4xdenně proplach.

Dále do medikace přidáno Degan 1amp. 1-1-1 i. v., a Paracetamol 1g i.v. maximálně po 8 hodinách při VAS>3. HD se během dne pohybovala okolo 60-90/hodinu. Dnes převaz operační rány – rána klidná, neprosakuje, dezinfekce + sterilní krytí. Redon I-5ml, redon II- 0ml.

- 4. den – 24. 5. 2017 – pacientka afebrilní – 36,4, potíže neudává, bolesti jsou menší. Dnes proveden převaz CŽK – Bactigras + sterilní krytí a převaz NJS. Operační rána bez převazu, neprosakuje. Redon I - 0ml, redon II - 0ml. HD se během dne pohybovala okolo 90-120ml/h. Do medikace přidáno Fraxiparine 0,4 ml s. c. Dnes provedeny kontrolní odběry: ionty - Na, K, CL – v normě. Dále pokračovat v zavedené medikaci.
- 5. den - 25. 5. 2017 – pacientka se cítí lépe, afebrilní – 36,6. Dnes převaz operační rány – dezinfekce + sterilní krytí. Redon I dnes vytažen a redon II na samospád. Dnes pacientka rehabilitovala s pomocí rehabilitační sestry – pacientka zvládá sed s DKK dolů a odpoledne zvládla krátkou chůzi po oddělení. Medikace jak zavedeno.
- 6. den – 26. 5.2017 – pacientka spolupracuje, cítí se dobře, v noci spala bez potíží. TK – 108/68 mmHg. Převaz redonu – okolí prosáklé, dezinfekce + sterilní krytí. Redon odvedl 40ml. Do medikace přidáno v lineárním dávkovači (LD): Syntostigmin 2mg/50ml i. v. – 2ml/h. NJS nadále 10ml/h, bez noční pauzy, 4xdenně proplach. Jinak medikace jak zavedeno. S RHB sestrou dnes pacientka zvládla sed s dolními končetinami (DKK) dolů, chůzi po oddělení.
- 7. den – 27. 5. 2017 – pacientka afebrilní – 36,0. Cítí se dobře, bolesti má jen mírné, v noci spala, potíže neudává, spolupracuje. TK – 140/70 mmHg – LD: Noradrenalin dnes – ex, Humulin R ex. Převaz operační rány + vytažení redonu II – dezinfekce + sterilní krytí. Dnes byla pacientka poprvé na stolicí, cítí úlevu.

Hodinová diuréza (HD) se během dne pohybuje okolo 100-180ml/h. Monitorace VAS po 6 hodinách, HD po 1 hodině. NJS: Diason HP Energy 20ml/h, bez noční pauzy, 4xdenně proplach. V odpoledních hodinách navýšit na 30ml/h.

- 8. den – 28. 5. 2017 – pacientka afebrilní, spolupracuje, bolest mírná, dýchání bez potíží. TK – 145/70 mmHg, P – 74/min. Dnes zrušen epidurální katetr, od bolesti možno aplikovat Paracetamol 1g i. v., maximálně po 8 hodinách při VAS>3. Monitorace VAS po 8 hodinách. Dieta 0 - tekutá, pacientka dietu zvládá. OP rána klidná, okolí klidné, ponechána bez krytí. NJS: Diason HP Energy 40ml/h, bez noční pauzy.

- 9. den – 29. 5. 2017 – pacientka potíže neudává, spolupracuje, je klidná, afebrilní. TK – 142/78 mmHg, P – 80/min. OP rána klidná, okolí klidné. Dieta – tekutiny, jogurt, bujon.

Večer v 18:00 – pacientka schvácená, zimnice, třesavka, TT – 38,1. Dle ordinace lékaře: odběr krve na HK (aerobní, anaerobní), ATB – Vankomycin 1g i. v. + 250ml F1/1, vytažení CŽK vpravo a špička ad bacter, zavedení nové CŽK vlevo + fixace stehem + RTG kontrola. Od bolesti přidáno Dipidolor 7,5mg s. c. po 6 hodinách.

21:00 – TT – 36,8, pacientka se cítí lépe, aktivní v lůžku, má žízeň a hlad. Kontrolní odběr CRP – 53,3. TK – 130/70 mmHg, P – 71/min.

Jednorázově podán Furosemid 10mg i. v., dále pokračovat v ATB terapii.

RTG S+P – bez patologických známek.

- 10. den – 30. 5. 2017 – pacientka se cítí dobře, subfebrilní TT – 37,2, TK – 140/71 mmHg, P – 69/min. Dieta – tekutiny, jogurt, bujon. NJS nadále 40ml/h. OP rána klidná, okolí klidné. Dále pokračovat v zavedené medikaci. Dnes překlád na chirurgické oddělení. Aseptická péče o invazivní vstupy.
- 11. den – 31. 5. 2017 – pacientka afebrilní TT – 36,5, TK – 141/76 mmHg, P – 71/min. Dnes zrušena nasojejunální sonda a LD: Syntostigmin. Provedeny kontrolní odběry CRP – 209,1 a revní obraz (KO) – v normě.

Dle zvýšeného CRP změna ATB léčby: Vankomycin zrušen a podávat Gentamycin (GTM) 80mg 10-18-2 i. v. + Prostaphlin 2g po 4 hodinách 10-14-18-22-2-6.

- 12. den – 1. 6. 2017 – pacientka afebrilní, cítí se dobře, potíže neudává, RHB sestra dochází i na chirurgické oddělení za pacientkou. Dieta 1 + sipping. Dále pokračovat v ATB léčbě. Dnes PMK vytažen, pacientka močí bez potíží. Vytažen i

CŽK a zaveden periferní žilní katetr (PŽK) do levé horní končetiny (LHK). Kontrolní CRP – 203,8 mg/l, KO: leukocyty – 10,28, hemoglobin – 95, hematokrit – 0,31.

Do medikace přidáno Plasmalyte 1000ml i. v. – 150ml/h.

- 13. den – 2. 6. 2017 – pacientka se cítí dobře, spolupracuje, bez potíží, afebrilní. Stolice dnes byla a s močením potíže nemá. Bolesti neudává. Dieta 1 + sipping. Operační rána klidná. Dnes opět kontrolní odběry: CRP – 97,7 mg/l, KO- leukocyty – 7,67, hemoglobin – 89, hematokrit – 0,3. Dále pokračovat v zavedené medikaci.

- 14. den – 3. 6. 2017 – pacientka afebrilní, spolupracuje, klidná. V odpoledních hodinách tělesná teplota (TT) – 38,1°C, pacientka schvácená. Podán Paracetamol 1g i. v. Dietu zvládá pacientka bez potíží.

Dále dle lékaře: NPO, infuze, založit bilanci tekutin, provést odběry: CRP, urea, kreat, ionty, krevní obraz (KO), krev na hemokulturu (HK), moč + sediment. Objednáno CT břicha.

CRP – 59,3

KO – leukocyty – 13,24, jinak bez patologie.

CT vyšetření hrudníku a břicha: 100ml Iomeron 400 i. v.

Nález: fluidothorax bilat., abscesové ložisko při dolním pólu sleziny, další kolekce se sytící se membránou pod dx. Jaterním lalokem tvaru „půlměsíce“. Volná tekutina v malé pánvi. Prosáknutí s menší kolekcí tekutiny při slezinném hilu, kolem slepého pahýlu jejunu?

19:00 hodin – přidány infuze: G10% 500ml + 8j HMR – 150ml/h, Novalgín 1 amp. + 100ml F1/1 i. v.

Dále NPO, antibiotika (ATB) a překlád na chirurgickou JIP.

Mikrobiologie z hemokultur (HK) z 29. 5. – 8x Staphylococcus lugdunensis.

- 15. den – 4. 6. 2017 – pacientka připravena na operační sál, na revizi dutiny břišní, NPO, lačná, prevence TEN. Před výkonem zaveden PMK č. 16 a CŽK vpravo. Před výkonem podáno pacientce 2x EBR z důvodů poklesu krevního obrazu. Dále objednáno 2x EBR k výkonu.

Po výkonu: pokračovat v ATB léčbě. Péče o operační ránu a redon I, II, III. Oprána prosakuje, převaz – dezinfekce + sterilní krytí. Od bolesti LD – Sufentanil 250ug/50ml F1/1 i. v. – 3ml/h. Aplikován Fraxiparine 0,4ml s. c. Infuze:

Aminomix 2 + SMOF lipid 250ml i.v.- 60ml/h. Kontrolní odběry jsou v normě.

- 16. den – 5. 6. 2017 – pacientka klidná, spolupracuje, afebrilní, při vědomí. TK – 122/61 mmHg, P – 69/min.
- 17. den – 6. 6. 2017 – pacientka afebrilní, stěžuje si na kašel, ten s příměsí krve. Pacientce zahájena oxygenoterapie O₂ - 4ml/l, dále pokračovat v medikaci, jak je zavedeno. Dieta – tekutiny, kysané produkty, přesnídávky. Každé jídlo pomalu a po malých dávkách. Pacientce objednaná bronchoskopie.

Bronchoskopie – pro diagnózu: hemoptýza po operaci

Nález: endotracheálně stopy krve, hemoragické změny v obou princip. bronších, i distálně nejvíce v bronších pro horní lalok.

Doporučení: odběr sekretu na bakteriologické vyšetření z bronchu pro levý horní lalok, vhodné vyloučit plicní embolii.

Dnes provedeny odběry krve: Na, K, CL, CRP. Ionty bez patologie, CRP – 160,6.

Dle doporučení z bronchoskopie objednáno CT angiografie plicnice.

CT angiografie plicnice – podáno 100ml Iomeron 400 i. v.

Nález: ve srovnání s posledním CT z 3. 6. přibylo fluidothoraxu vlevo na 3,5cm a mírně i pravo na 1,5cm. Jinak bez známek plicní embolizace.

Do medikace přidáno:

- Inhalace: Ambrobene 4ml 0-1-1, O₂ 4ml/min

Proveden převaz CŽK – bez známek infekce, Bactigras + sterilní krytí. Operační rána mírně prosakuje, dezinfekce + sterilní krytí. Redon I (pravý horní) – 70ml, redon II (pravý dolní) – 10ml, redon III (levý) – 120ml.

- 18. den – 7. 6. 2017 – pacientka afebrilní, cítí se lépe, spolupracuje. Dne lineární dávkovač – Sufentalnil zrušen. Dnes podat poslední ATB a ex. Nadále podávat pacientce inhalaci. Operační rána klidná, dezinfekce + sterilní krytí. Redno I (pravý horní) dnes vytažen. Redon II (levý horní) – 50ml, redon III (levý) – 100ml. Pod UZ kontrolou dnes zacílena pleurální punkce. Aspirací získaný výpotek – 200ml. Proveden odběr na biochemii, cytologii a mikrobiologii.

Výsledek z cytologie: cytologický obraz bez patologického nálezu, lymfocytární obraz lehkého stupně.

Výsledek z mikrobiologie: mikroskopické vyšetření klinického materiálu bez zánětlivých buněk. Mikroby nenalezeny.

Dále pokračovat v zavedené medikaci.

- 19. den – 8. 6. 2017 – pacientka klidná, spolupracuje, usměvavá, aktivní v lůžku, větry i stolice odchází, afebrilní, operační rána je klidná. TK -158/74 mmHg, P-72/min. Dieta – tekutiny, jogurt, přesnídávka, sipping pacientka odmítá (nechutná jí). Jinak jídlo bez potíží přijímá. Dnes vytaženy oba zbylé redony. Vpichy po redonech

vydezinfikovány a sterilně zalepeny. Hodinová diuréza (HD) je během dne okolo 110ml/h. Dnes překlád pacientky na chirurgické oddělení.

Na chirurgickém oddělení: pacientka spokojená, spolupracuje, klidná. Aseptická péče o invazivní vstupy.

➤ Infuze:

- Plysmalyte 1000ml i. v. – 100ml/h
- Aminomix 2 Novum 2000ml + Cernevit 1amp. i. v. – 80ml/h

Dle ordinace lékaře zavedena bilance tekutin. Příjem za den byl 3900ml, výdej byl 2780ml. Na stolici pacientka dnes byla.

- 20. den – 9. 6. 2017 – pacientka afebrilní TT -36,4°C, TK – 140/78 mmHg, P – 76/min. Dnes lineární dávkovač – Syntostigmin zrušen.

Infuze: Aminomix 2 Novum 2000ml + Cernevit 1amp. dojet a ex. Bilance tekutin vedena: příjem byl 2000ml a výdej byl 2600ml. Dieta 0 – tekutá.

- 21. den – 10. 6. 2017 – pacientka spolupracuje, klidná, potíže neudává, v noci spala bez potíží. Dnes kontrolní odběry: krevní obraz (KO), CRP, ionty, urea, kreat, CEA, CA 72-4.

Výsledky krevních odběrů: urea a kreat – v normě, CRP – 70,2mg/l, CEA – 0,6 ug/l, CA 72-4 – 0,65U/ml. Krevní obraz byl v pořádku.

- 22. den – 11. 6. 2017 – pacientka se cítí dobře, je aktivní na lůžku, afebrilní, spolupracuje, potíže neudává, stolice byla.

Podávána medikace per os:

- Kinito 50mg 1-1-1 tbl.
- Letrox 25ug 1-0-0 tbl.
- Furon 40mg 1-0-0 tbl.

Dieta 1- kašovitá, dietu toleruje bez potíží.

- 23. den – 12. 6. 2017 – pacientka klidná, v noci spala bez potíží. Dnes zrušen CŽK – špička poslána ad bacter, a permanentní močový katetr (PMK). Po vytažení PMK

se pacientka bez potíží vymočila. Dnes odpoledne pacientka subfebrilní – 37,3°C, hlášeno lékaři. Dieta 1 – kašovitá.

- 24. den – 13. 6. 2017 – pacientka se cítí velmi dobře, má radost, že už nemá močový katetr, stolice byla. Dietu toleruje bez potíží. Pokračovat v medikaci, jak je zavedeno.
- 25. - 26. 6. den – 14. - 15. 6. 2017 – pacientka dne 15. 6. opět subfebrilní TT – 37,4. Dieta 1 - kašovitá, dietu toleruje. Dále jak je zavedeno. Dne 15. 6. odebrány kontrolní krevní odběry: CRP, Na, K, CL. K – 3,3mmol/l, CRP – 53,9mg/l jinak odběry v normě. Do medikace přidáno Kalnormin p. o. 1-1-1 tbl.
- 27. den – 16. 6. 2017 – pacientka se cítí dobře, spolupracuje, klidná, už se velmi těší domů. Stolice i močení bez potíží. Dnes aplikováno pacientce vitamin B12 i. m. – dále 1x měsíčně. Dnes propuštění do domácí péče.

Doporučení při propuštění:

- Jíst a pít po menších dávkách, nedráždivá a měkká strava, pacientce vydán dietní leták, dostatek tekutin, analgetika dle potřeby
- Ránu možno sprchovat
- Dne 21. 6. 2017 v 7:30 hod. kontrola v onkologické ambulanci k zahájení chemoterapie.
- Kontrola v onkochirurgické ambulanci po ukončení chemoterapie.
- Nutná aplikace vitamínu B12 i. m. 1x měsíčně cestou obvodního lékaře.
- Kontrola mineralogramu a CRP cestou obvodního lékaře za týden.
- Aplikovat Fraxiparine 0,4ml s. c. do 28. dne po operaci.

Závěr:

Pacientka dále po propuštění sledována na nutriční ambulanci a na onkologické ambulanci. Záznamy z poslední návštěvy:

8. 1. 2018 – Nutriční ambulance: pacientka po totální gastrektomii (TGE), dne 22. 5. 2017 ponechán pahýl 5 cm. Následně revize dutiny břišní pro serózní peritonitidu dne 4. 6. 2017. Tu markery v normě. Pacientka podstupuje adjuvativní chemoterapii kombinací Xelox. Nyní váha pacientky 52 kg, chuť k jídlu je dobrá. Provedena edukace dietního režimu, jíst častěji po malých dávkách, po 2 hodinách. Doporučena nutriční podpora, postupné rozjídání + sipping. V lékárně si pacientka vyzvedne: Fresubin protein powder 3x2 odměrky tj. 237 kj, 13 g B. Recept vydán na 30 kusů Nutridrink 1x1, příchut' neutral tj.

300 kJ, 12 g B. Po dobrání kontrola na nutriční ambulanci. Telefonicky hlásit váhu za 3 dny.

6.3.2018 - Nutriční ambulance: Nyní váha pacientky 55 kg, od poslední návštěvy přibrala 3 kg. Chuť k jídlu má dobrou. Recept vydán na 2 měsíce: Nutridrink compact neutral 125, 8 balení, užívat 1x denně.

23. 4. 2018 – Kontrola na chirurgické ambulanci. Pacientka se cítí dobře, bolesti neudává. Váha pacientky je 56 kg. Provedeno kontrolní vyšetření gastrokopie (GFS).

Nález: stp. Totální gastrektomie (TGE), klidná ezofago-jejuno anastomóza, bez známek endoluminální recidivy tumoru. Doporučení: doživotně substituce vitamínu B12, další GFS dle indikace lékaře.

Posouzení dle domény M.Gordon:

1. Vnímání zdraví: Pacientka se cítí velmi unavená. Je vyčerpaná z nemoci i z operace. Chce jí pořád spát. Velice jí chybí domácí prostředí, ale je velmi trpělivá a chápavá. „*Musím to všechno vydržet, být statečná.*“
2. Výživa, metabolismus: Pacientka má nyní dietu, jen tekutiny. Výživu podáváme parenterálně a přes nasojejunální sondu (NJS). Chuť k jídlu nemá. Po vytažení NJS se bude pacientka postupně zatěžovat stravou. „*Už doma jsem neměla chuť k jídlu. Zhubla jsem 18 kg během roku. Dřív jsem měla vše ráda, ale v poslední době jsem měla k jídlu spíše odpor.*“
3. Vylučování: Před hospitalizací potíže s močením neměla. Stolice byla pravidelná. Nyní má zaveden permanentní močový katetr (PMK). „*Močový katetr mi velice vadí a nemůžu si na něj zvyknout.*“ Větry ani stolice zatím neodchází.
4. Aktivita, cvičení: „*Doma jsem většinu času trávila venku na zahradě. Mám malou zahradu, o kterou jsem se moc ráda starala.*“ Nyní za pacientkou dochází RHB sestra, pacientka zvládá sed s DKK dolů, chůzi po oddělení. Chůze pouze na kratší vzdálenost, cítí se slabá.
5. Spánek, odpočinek: Pacientka potíže se spánkem nemá. Je zvyklá spát okolo 6 hodin denně. V nemocnici se jí spí dobře. „*Já jsem byla vždy ranní ptáče, vždy jsem stávala brzo ráno.*“
6. Vnímání, poznávání: Pacientka nosí brýle do dálky i na čtení. Paměť má velmi dobrou. Bolesti břicha má teď mírnější. „*Mám velké obavy z toho, co se mnou bude.*“

7. Sebepojetí-sebeúcta: Pacientka je velmi unavená.
8. Role, mezilidské vztahy: Pacientka je vdova. Muž jí velmi chybí. „*Ale mám velkou rodinu, která mi dělá velkou radost.*“ Miluje svoje vnoučata i děti. Už se na ně moc těší, až si s nimi bude hrát. Do nemocnice ji chodí pravidelně navštěvovat dcera s rodinou i syn s rodinou. Jednou za ní byli i kamarádky z vesnice.
9. Sexualita, reprodukce: Pacientka je sexuálně neaktivní. Na gynekologické vyšetření docházela pravidelně.
10. Stres, zátěžové situace: Pacientka se snaží být velmi silná. Ale momentálně ji chybí jistota. Má strach, co bude dál.
11. Víra, životní hodnoty: Pacientka je věřící. Pravidelně každou neděli navštěvovala kostel. I v nemocnici se modlí ke své rodině a k sobě. „*Přeji si jen spokojenou a šťastnou rodinu a moc toužím po tom, abych vše zvládla a mohla tu být ještě nějaký čas pro ně.*“

Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA International:

1. 00004 – Riziko infekce

Definice: Standardizovaný název ošetrovatelského problému u pacienta zvýšeně ohroženého vstupem patogenních organismů do těla člověka.

Cíl:

Krátkodobý – u pacientky nevzniknou žádné známky infekce. Je si vědoma jak předcházet vzniku infekce.

Dlouhodobý – U pacientky nevznikla infekce. Zná prevenci infekce.

Plán:

- sleduj místní i celkové známky infekce
- dodržuj při všech činnostech aseptické postupy
- sleduj celkový stav a fyziologické funkce pacienta
- sleduj místa vpichu a okolí, sleduj okolí rány
- sleduj funkčnost a délku zavedených invazivních vstupů
- informuj lékaře o počátečních známkách infekce
- dbej o pravidelnou výměnu krytí a pravidelnou výměnu pomůcek
- informuj o důležitosti mytí rukou a hygienickou péči

Realizace: U pacientky jsem dodržovala aseptické postupy u všech invazivních výkonů. U pacientky jsem sledovala celkové i místní projevy počátku infekce. Projevy jsem nevypozorovala. Pacientku jsme poučila o nutnosti a důležitosti správné hygienické péče.

Hodnocení: U pacientky se neobjevily známky infekce.

2. 00155 – Riziko pádu

Definice: Standardizovaný název ošetrovatelského problému u pacienta se zvýšenou náchylností k pádům, které mu mohou navodit zranění.

Cíl:

Krátkodobý – Pacientka má upravené okolí lůžka.

Dlouhodobý – Pacientka zná možnosti pádu – úrazu. U pacientky nedojde k pádu.

Plán:

- Pouč pacientku o možnosti pádu
- Uprav bezpečně okolí lůžka
- Připrav na dosah ruky signalizaci po dobu 24 hodin
- Zajisti věci denní potřeby k ruce pacienta
- Doporuč vhodnou obuv

Realizace: Pacientce jsem upravila okolí lůžka a dala jsem jí vše potřebné k ruce. Pacientka měla na dosah ruky signalizaci po dobu 24 hodin. Pacientka byla poučena o rizikových faktorech způsobující pád – mokrá podlaha, špatná obuv. Na noc jsem pacientce dala postranice, aby nedošlo k pádu.

Hodnocení: Pacientka byla dostatečně poučena o možných rizikách. U pacientky během hospitalizace nedošlo k pádu.

3. 00015 – Riziko zácpy

Definice: Standardizovaný název ošetrovatelského problému pro riziko snížené normální frekvence defekace obtížným nebo nekompletním odchodem stolice anebo odchodem nepřiměřeně tvrdé, suché stolice.

Cíl:

Krátkodobý – Pacientka zná možné příčiny zácpy

Dlouhodobý – Pacientka nepocítuje napětí břicha, plynatost. Pacientka netrpí zácpou, má pravidelnou stolici.

Plán:

- Informuj pacientku o riziku zácpy
- Zajisti dostatek tekutin a vhodnou stravu
- Zajisti pacientce dostatek soukromí při defekaci
- Zajisti pacientce dostatečnou hygienickou péči po defekaci
- Prováděj každý den záznam a o případných potížích informuj lékaře

Realizace: Pacientku jsem informovala o riziku zácpy. Pacientku jsem pravidelně pobízela z příjmu tekutin. Pacientce jsme zajistili vhodnou stravu dle aktuální diety pacientky. Během defekace jsem pacientce zajistila soukromí a provedla jsem dostatečnou hygienickou péči po defekaci.

Hodnocení: U pacientky větry odcházely a stolice byla po operaci pravidelná. Pacientka znala možná rizika zácpy. Dle bilance tekutin zjištěna dostatečná hydratace.

4. **00047** – *Riziko narušené integrity kůže*

Definice: Standardizovaný název ošetrovatelského problému pro riziko změny v epidermis nebo dermis.

Cíl:

Krátkodobý – u pacientky se neprojeví žádné porušení kůže.

Dlouhodobý – pacientka zná rizikové faktory ohrožující narušení integrity kůže. Má neporušenou a dobře hydratovanou kůži.

Plán:

- Sleduj stav výživy a hydratace
- Pečuj o hygienu kůže
- Udržuj lůžko v suchu a čistotě
- Zajisti plán mobilizace
- Používej vhodný obvazový materiál
- Edukuj na aktuální téma

Realizace: příjem tekutin i stravy měla pacientka zajištěno v rámci infuzí, ordinovanou dietu vždy snědla bez potíží. Lůžko bylo pravidelně převlečeno. Za pacientkou docházela

rehabilitační sestra a mimo to jsme mobilizovali pacientku na lůžku a u lůžka. Pacientku jsem poučila o možnosti narušení kožní integrity.

Hodnocení: U pacientky se neobjevili známky porušení kůže. Pacientka dostatečně rehabilitovala.

5. 00148 – *Strach*

Definice: Standardizovaný název ošetrovatelského problému pro reakci pacienta na hrozbu, kterou si připouští jako nebezpečí.

Cíl:

Krátkodobý – Pacient udává zmírnění strachu.

Dlouhodobý – Je plně informován o výkonech a vyšetřeních.

Plán:

- Pomáhej pacientce zvládat strach
- Buď pacientce na blízku a zajisti častý kontakt s rodinou
- Poskytuj pacientce informace pomalu a trpělivě
- Trpělivě reaguj na potřeby pacientky
- Podporuj pacientku v kontrole nad sebou samým

Realizace: Pacientce jsem se věnovala s trpělivostí. Chodila za ní na návštěvu pravidelně celá rodina. Na dotazy pacientky jsem si nechala čas a pomalu jsem jí na vše odpověděla.

Hodnocení: Pacientka udává menší strach. Má radost z každé návštěvy.

6. 00007 – *Hypertermie*

Definice: Standardizovaný název ošetrovatelského problému pacienta s tělesnou teplotou nad normální rozmezí.

Cíl:

Krátkodobý – Udržení tělesné teploty (TT) v normálních rozmezí. Nenastanou žádné komplikace.

Dlouhodobý – pacientka je afebrilní

Plán:

- Podávej antipyretika dle ordinace lékaře
- Dběj na zachování klidu na lůžku
- Sleduj orientaci, vědomí a fyziologické funkce pacientky
- Podávej dostatek tekutin
- Prováděj u pacientky pravidelné kontroly tělesné teploty
- Zajisti čisté a suché prádlo v lůžku
- Sleduj účinky podaných antipyretik

Realizace: Pacientce jsem pravidelně kontrolovala a zapisovala TT. Pacientka měla pořád suché a čisté lůžko. U pacientky se při vysokých teplotách podávaly ordinované antipyretika. Pacientka byla pobízena k příjmu tekutin.

Hodnocení: U pacientky se vysoké teploty objevily, ale podané léky dle ordinace lékaře vždy byly s účinkem. Pacientce se po nich ulevilo. Před propuštěním pacientka afebrilní.

7. 00206 – Riziko krvácení

Definice: Standardizovaný název ošetrovatelského problému u pacienta s rizikem sníženého množství krve, které může ohrozit zdraví.

Cíl:

Krátkodobý – pacientka je informována o krvácivých projevech

Dlouhodobý – pacientka neudává krvácivé projevy.

Plán:

- Sleduj krvácivé projevy, sleduj celkový stav pacientky
- O krvácivých projevech ihned informuj lékaře
- Edukuj pacienta o možných krvácivých projevech

Realizace: Pacientka byla edukována o krvácivých projevech. U pacientky se měřil odvod drénů a pravidelně se kontrolovala operační rána. Dle ordinace lékaře byl pravidelně kontrolován krevní obraz pacientky.

Hodnocení: Pacientka byla bez známek krvácení.

8. 00163 – Snaha zlepšit výživu

Definice: Standardizovaný název ošetrovatelského problému pro vzorec příjmu živin, který je dostatečný pro splnění potřeb metabolismu a lze jej posílit.

Cíl:

Krátkodobý – pacientka má zajištěnou nutričně vyváženou výživu

Dlouhodobý – dojde k zachování nebo úpravě hmotnosti. Dodržuje správný dietní režim.

Plán:

- Proved' BMI index
- Podávej výživu do nasojejunální sondy dle ordinace lékaře
- Zajisti pacientce dostatečný příjem tekutin
- Zjistí stravovací návyky pacientky, podávej dietu dle ordinace lékaře, při potížích se stravou informuj lékaře

Realizace: Hned při příjmu na oddělení jsem u pacientky zjistila výšku a váhu, podle toho jsem vypočítala BMI. Při příjmu pacientka udávala váhový úbytek a mírné nechutenství. Po dobu zavedené nasojejunální sondy jsem podávala výživu pacientce dle ordinací lékaře. Po vytažení se pacientka postupně zatěžovala stravou. Dietu jsem podávala dle aktuální ordinace lékaře. Pacientce jsem zajistila dostatek tekutin – dle ordinace lékaře jsem podávala infuze a pacientku jsem pobízela k popíjení tekutin.

Hodnocení: Pacientka byla po celou dobu hospitalizace zajištěna stran výživy i příjmu tekutin. Hmotnost pacientky se nesnížila.

10 KAZUISTIKA Č. 4

Pacientka M. N. odeslána z ambulance praktického lékaře. Je na pracovní neschopence pro potíže se žaludkem, dle GFS nález nejasný, HV negativní, TU-markery v normě, SONO břicha v pořádku. V plánu objednat CT břicha. Váhový úbytek za měsíc je 15 kg. Pacientka každý den má pocit na zvracení, zvrací často, bez příměsi krve. Nejčastěji zvrací po jídle.

Dne 16. 3. 2018 přijata na chirurgické oddělení jako bolesti v horní části břicha, nechutenství a váhový úbytek.

R.A: otec má Diabetes mellitus, jinak nevýznamná

O.A: interně neléčena, nikde není pravidelně sledována

G.A.: menstrulace od 13 let, antikoncepci nebere, porody: 1, gynekologicky nestonala, poslední kontrola na gynekologii před cca rokem.

S.A: kuřačka, 3cigarety/den, alkohol příležitostně

AA: neudává

Stav při přijetí: Pacientka je klidná, udává bolest břicha, spolupracuje, dýchání je bez potíží, je slabá a unavená.

TK – 106/72 mmHg

Váha – 56 kg

P – 71/min

Výška – 170 cm

D – 14/min

BMI – 19,4

TT – 36,2

Operace: Diagnostická videolaparoskopie

V pánvi maximum karcinomatózy, sigma i rektum volné, děloha tužší, ovarie v pánvi fixována, pravé zvětšená, nelze luxovat a v okolí karcinomatóza. Odběr ascitu na cytologii, vzorků z předstěny a peritonea na patologii. K výkonu přizvána gynekoložka – i když ovaria nelze luxovat, mohlo by být origo v ovariu. Nutno vyčkat na výsledek z histologie a cytologie. Zveden redonův drén.

Výsledek z patologie: specifikace z cytologie – reaktivní a regresivní změny mezotelií, zánětlivý výpotek s krví.

Výsledek z patologie: specifikace z biopsie – metastáza středně diferencovaného adenokarcinomu subperitoneálně, doporučení: nutno pátrat po origu.

Průběh hospitalizace:

- 1. den – 15. 3. 2018 – pacientka přijata na chirurgické oddělení. Pacientka byla uložena na lůžko, edukována o stravě, medikaci, pohybu, péči o invazivní vstupy, řádem oddělení, manipulací s lůžkem a právem pacientů. Dle ordinace lékaře jsme odebrali pacientce krevní odběry (odběry v normě, CRP – 7). Zaveden periferní žilní katetr (PŽK) do pravé korní končetiny (PHK) a podána infuze: Plasmalyte 1000 ml i. v. 0-1-1, Podán Controloc 40mg i. v. 0-1-1. Od bolesti podáno Analgin 1amp. + 100ml F1/1 i. v. při VAS>3. Pacientka při příjmu udává VAS 3, analgetika jí pomáhají, cítí úlevu. Na den 17. 3. 2018 objednáno CT břicha.
- 2. den – 16. 3. 2018 – pacientka afebrilní, TT – 36,5. Spolupracuje, bolesti udává menší, v noci spala. Na zvracení ji není, stolice dnes byla. Medikace jak zavedeno od včera: Controloc 40mg i. v. 1-0-1 a Plasmalyte 1000ml i. v. 1-0-1. Dieta O. Pacientka dietu zvládá.
- 3. den – 17. 3. 2018 – pacientka se cítí dobře, nezvracela, usmívá se. V noci spala bez potíží, stolice dnes byla. Dnes pacientka lačná a má objednáno CT břicha. Lékař o vyšetření pacientku poučil a informovaný souhlas má podepsaný.

CT břicha – nativně a ve 3 fázích po aplikaci 100ml Iomeronu i. v., vyklenutí velké křiviny žaludku k došetření.

Nález – Nehomogenně se sytící děloha 54x45mm, rozšířené hrdlo děložní jemně septovaná hypodensní formace v úrovni pravost. ovaria do 85x51mm, vhodné gynekologické vyšetření. Nehomogenně zesílena stěna žaludku, karcinomatóza, ascites.

Pacientce po vyšetření udává bolesti, VAS 3, podáváno Analgin 1amp. + 100ml F 1/1 i. v. Poté pacientka udává úlevu.

- 4. den – 18. 3. 2018 – pacientka je dneska málo komunikativní, má strach. Dnes měla velkou návštěvu – manžel a syn s rodinou. Po návštěvě se pacientka i usmívá. Je klidná ale má strach. Afebrilní, TT – 36,8. Dnes provedena výměna PŽK do levé horní končetiny (LHK). Místo vpichu bez známek infekce. Dnes objednáno GFS vyšetření, pacientka lačná.

GFS vyšetření – pravděpodobně tumorózní infiltrace těla žaludku, predil. velká křivina, zasahující do kardie – odebrány vícečetné histologie.

Pacientka se chystá na zítřejší výkon v C.A. Poučena o nutnosti oholit operační místo, lačnění od půlnoci před výkonem. Lékař poučil pacientku o výkonu a podal jí souhlas s výkonem. Dnes večer aplikován Fraxiparine 0,4ml s. c. a jako premedikace jsme pacientce podaly Lexaurin 1,5mg p.o. 1tbl. Dnes provedeny odběry na TU-markery.

TU-markery: CEA: 1,2, CA 125: 241,1, CA 72-4: 4

- 5. den – 19. 3. 2018 – dnes ráno pacientka afebrilní, TT – 36,2, TK- 110/60, P – 65/min. Dnes stolice byla, pacientka je od půlnoci lačná, Ráno podána premedikace Lexaurin 1,5mg p.o. 1tbl. Ráno napojena infuze: Plasmalyte 1000ml i. v. – 150ml/hodinu. V 11:30 hodin pacientka navezena na operační sál. Operace trvala do 12:50 hodin. Poté na 2 hodiny pacientka uložena na pooperační pokoj. 14:50 pacientka přivezena na oddělení. Zvyklá pooperační péče: kontroly TK a P po 2 hodinách až do rána, kontrola operační rány, měřit množství odpadu v redonu. Pacientka bolesti neudává, pospává. Po operaci napojena infuze: Plasmalyte 1000ml i. v. – 150ml/hodinu. Odpad z redonu byl 320ml.
- 6. den – 20. 3. 2018 – pacientka se cítí dobře, v noci spala bez potíží. Bolesti udává jen mírné v operační ráně. Dnes převaz operační rány – dezinfekce + sterilní krytí, redon vytažen. Do medikace přidáno Degan 10mg p.o. 1-1-1 tbl. Dieta dnes O. Pacientka zvládá dietu bez potíží. Dále pokračovat, jak je medikace zavedená: Controloc 40mg i. v. 1-0-1, Plasmalyte 1000ml i. v. – 150ml/hod. V 15:00 pacientka udává VAS 3, podáno Analgin 1amp. + 100ml F1/1 i. v.
- 7. den – 21. 3. 2018 – pacientka přes den afebrilní, ale navečer TT – 37,3. Stolice dneska nebyla, bolesti neudává. Cítí se dobře, spolupracuje, klidná. V noci spala bez potíží, operační rána klidná. Jinak medikace, jak je zavedeno. Dnes dle ordinace lékaře provedeny odběry urea, kreatinin, ionty. Odběry všechny v normě.
- 8. den – 22. 3. 2018 – pacientka se cítí dobře. V noci spala bez potíží, stolice dnes nebyla. Medikace, jak má zavedeno. Operační rána klidná.
- 9. den – 23. 3. 2018 – pacientka afebrilní, TT – 36,7. Z levé horní končetiny dnes vytažen PŽK. Místo bez známek infekce. Pacientka se cítí dobře a dnes propuštěna.

Doporučení při propuštění:

- Do 3 dnů po propuštění se dostavte ke svému obvodnímu lékaři
- Šetřící a dietní režim – vydán edukační leták

- Postupná rehabilitace
- Nově do medikace přidáno Helicid 20mg 1-0-0, Degan 10mg p. o. 1-1-1 – recept vydán
- Ještě měsíc po operaci aplikovat Fraxiparine 0,4ml s. c. – pacientka poučena a vydán edukační leták
- Dne 27. 3. 2018 kontrola a převaz na chirurgické ambulanci v UHN – pokud budou k dispozici výsledky histologie a naplánovat další postup – onkologie, gynekologie
- V případě obtíží kontrola na chirurgické ambulanci kdykoliv.

Závěr:

27. 3. 2018 – chirurgická ambulance - kontrola po laparoskopické revizi dutiny břišní. Břicho je klidné, pacientka bolesti neudává, cítí se dobře, ale nemá chuť k jídlu. Vytaženy stehy a kontrola 2. 4. 2018 v onkochirurgické ambulanci – výsledek biopsie.

Posouzení dle domény M.Gordon:

1. Vnímání zdraví: Pacientka nebyla nikdy vážněji nemocná. Prodělala pouze běžné dětské onemocnění. Naposledy byla nemocná před rokem, měla chřipku. Zdraví považuje za velmi důležité. *„Přišla jsem jen s bolestí břicha a teď nevím, jak to bude dál. Mám strach, že už tu dlouho nebudu.“* Má velkou rodinu, kterou velmi miluje, ale mají o ni všichni strach. Nesou její nemoc velmi špatně.
2. Výživa, metabolismus: Pacientka trpí nechutenstvím, za měsíc zhubla 15 kg. Po jídle je jí vždy na zvracení. *„Mám hrůzu z toho, když mám něco sníst. Vždy sem měla vše ráda, hlavně maso a těstoviny, ale teď to nemůžu ani cítit.“*
3. Vylučování: *„S vyprazdňováním žádné problémy nemám. Stolici mám pravidelnou, průjmy netrpím.“* Ve stolici žádné příměsi pacientka neviděla. S močením pacientka potíže nemá. Pálení nebo řezání při močení neudává.
4. Aktivita, cvičení: Pacientka nemá žádné potíže s pohybem. Než začala mít bolesti a potíže se zažíváním, chodila pravidelně cvičit a jezdila na kole. S manželem pravidelně o víkendech jezdily na výlety do přírody. *„Teď jsem velmi unavená, nezvládám pořádně ani domácí práce. Musím si jít po chvílce lehnout.“* V nemocnici dopomoc pacientka nevyžaduje.
5. Spánek – odpočinek: Pacientka nemá žádné potíže se spánkem. Spí dobře doma i v nemocnici. Pravidelně spí kolem 8 hodin denně.

6. Vnímání – poznávání: Pacientka má vědomí jasné, je orientována osobou, místem i časem. Kompenzační pomůcky žádné nepoužívá. Se sluchem nebo zrakem také potíže nemá.
7. Sebepojetí, sebeúcta: Pacientka zná své onemocnění, je o všem informována. I přesto je pacientka klidná a vyrovnaná. Chce bojovat, dokud to půjde.
8. Role, mezilidské vztahy: Pacientka žije se svým manželem v menším rodinném domečku. Ve stejné vesnici bydlí i jejich syn s rodinou. Chodí se často navštěvovat. Rodinné vztahy pacientka hodnotí jako fungující a velmi dobré. Před pracovní neschopenkou byla pacientka v práci spokojená, i s ostatním personálem měla velmi dobré vztahy. Cítí ze strany svého syna, že se s jejím onemocněním špatně vyrovnává.
9. Sexualita, reprodukce: Pacientka měla 1 porod, ten proběh bez komplikací. Menstruační cyklus má pravidelný, antikoncepci neužívá. Sexuální život je bez potíží.
10. Stres, zátěžové situace: Pacientka zvládá stres dobře. V práci byla vždy spokojená a žádný větší stres tam nepocítovala. Teď má strach z nemoci, ale pořád doufá.
11. Víra: Pacientka je věřící, ale bohoslužby nenavštěvuje. Na prvním místě hodnotového žebříčku má rodinu a zdraví.

Ošetrovatelské diagnózy podle NANDA International:

1. 00132 – Akutní bolest

Definice: Standardizovaný název ošetrovatelského problému pacienta, který prožívá nepříjemnou bolest, jež má intenzitu od střední k prudké, má náhlý nebo pozvolný nástup a je u ní předpoklad vymizení do 6 měsíců.

Cíl:

Krátkodobý – pacientka chápe příčinu bolesti.

Dlouhodobý – pacientka nemá bolest.

Plán:

- Doporuč pacientce vhodnou úlevovou polohu
- Akceptuj pacientku a uznej přítomnost bolesti
- Sleduj a zaznamenej neverbální projevy bolesti
- Dle ordinace lékaře monitoruj bolest a podávej analgetika

- Sleduj účinky podaných analgetik

Realizace: První informace o bolesti jsme u pacientky zjistily hned při příjmu na oddělení. Pacientka udává bolest stupně 3 na škále VAS. Od bolesti se jí podávaly analgetika dle ordinace lékaře. Sledovala jsem účinky podaných analgetik. Pravidelně jsem monitorovala bolest. Pacientka byla poučena o úlevových polohách.

Hodnocení: Pacientka po podání analgetik udávala úlevu. Pacientka chápe příčinu bolesti. Bolest postupně odeznívala.

2. 00004 – Riziko infekce

Definice: Standardizovaný název ošetrovatelského problému pacienta zvýšeně ohroženého vstupem patogenních organismů do těla člověka.

Cíl:

Krátkodobý – u pacientky nevzniknou žádné známky infekce. Je si vědoma, jak předcházet vzniku infekce.

Dlouhodobý – u pacientky nevznikla infekce.

Plán:

- Sleduj místní i celkové projevy infekce
- Dodržuj při všech činnostech aseptické postupy
- Sleduj celkový stav pacientky a fyziologické funkce
- Sleduj místa vpichu a okolí, sleduj okolí operační rány
- Sleduj funkčnost a délku zavedených invazivních vstupů
- Informuj o počátečních známkách vzniku infekce lékaře
- Dbej o pravidelnou výměnu krytí a pravidelnou výměnu pomůcek

Realizace: Sledovala jsem u pacientky místní i celkové známky infekce. Při všech činnostech jsem dodržovala aseptické postupy. Dbala jsem o včasnou výměnu invazivních vstupů.

Hodnocení: U pacientky během hospitalizace nevznikla infekce.

3. 00155 – Riziko pádu

Definice: Standardizovaný název ošetrovatelského problému u pacienta se zvýšenou náchylností k pádům, které mu mohou navodit zranění.

Cíl:

Krátkodobý – Pacientka má upravené okolí lůžka.

Dlouhodobý – Pacientka zná možnosti pádu. U pacientky nedojde k pádu.

Plán:

- Pouč pacientku o možnosti pádu
- Uprav bezpečně okolí lůžka
- Připrav pacientce na dosah ruky signalizaci po celých 24 hodin
- Zajisti věci denní potřeby k ruce
- Doporuč vhodnou obuv

Realizace: Pacientce jsem upravila okolí lůžka. Na noc jsem jí nabídla možnost postranic u lůžka. Poučila jsem pacientku o možná rizika pádu (pořádně nazuté boty, nechodit po mokré podlaze, při nejistotě zavolat setru atd.) Pacientce jsem dala k lůžku signalizaci.

Hodnocení: Pacientka všemu porozuměla. U pacientky nedošlo k pádu.

4. **00163** – *Snaha zlepšit výživu*

Definice: Standardizovaný název ošetrovatelského problému pro vzorec příjmu živin, který je dostatečný pro splnění potřeb metabolismu a lze jej posílit.

Cíl:

Krátkodobý – pacientka má zajištěnou nutričně vyváženou výživu.

Dlouhodobý – dojde k zachování nebo úpravě hmotnosti. Dodržuje správný dietní režim.

Plán:

- Po dohodě s lékařem zajisti vhodnou dietu
- Proved' BMI index
- Zajisti pacientce dostatečný příjem tekutin
- Zjisti stravovací návyky pacientky, při potížích se stravou informuj lékaře

Realizace: Hned u příjmu jsem zjistila váhu a výšku pacientky. Její BMI je 19,4. Pacientce byla podávána dieta naordinovaná lékařem + úprava stravy tekutou výživou (sipping). Při dietě nic per os (NPO) pacientce podávány infuze dle ordinace lékaře. Pacientka veškerou podávanou stravu zvládala.

Hodnocení: pacientka byla dostatečně hydratována. Podávaná dieta jí nedělala potíže. Během hospitalizace se jí váha nesnížila.

11 DISKUZE

V praktické části bakalářské práce jsem vypracovala čtyři kazuistiky a plány ošetrovatelské péče u pacientů s karcinomem žaludku. Při plánování péče jsem použila knihu Ošetrovatelské diagnózy Definice a Klasifikace NANDA International. Důležité informace k vypracování ošetrovatelské péče a k vyhledávání ošetrovatelských problémů jsme získala metodou: rozhovorem s pacientem, pozorování pacienta, sběrem informací ze sesterské dokumentace a zpracováním údajů z lékařské dokumentace. Informace jsem si podle potřeb upravila nebo doplnila o další důležité body. Na základě všech zjištěných informací, jsem zmapovala problematické oblasti u každého pacienta, u kterých jsem vytvořila akutní a podporující ošetrovatelské diagnózy podle výše uvedené knihy. A zároveň jsem u každého pacienta zhodnotila jeho zdravotní stav podle modelu „Fungujícího zdraví“ M. Gordon. Hlavní i dílčí cíl byl splněn.

Jako prioritní ošetrovatelskou diagnózu jsem si u všech pacientů zvolila akutní bolest (00132) z důvodů základní diagnózy a operačního výkonu. Cílem této diagnózy bylo aby pacienti chápaly příčinu vzniklé bolesti a udávaly její zmírnění nebo úplné vymizení. Cíl byl u všech pacientů splněn. Díky pochopení příčiny bolesti a informovanosti o možnosti podání analgetik bolest byla pro pacienty snesitelná a rychleji odeznívala.

Za další důležitou diagnózu považuji snahu zlepšit výživu (00163) z důvodů onemocnění trávicího traktu a pooperačního stavu. Cílem této diagnózy bylo, že pacienti budou zajištěni nutričně vyváženou stravou a dojde k zachování nebo k úpravě jejich hmotnosti. Cíl byl splněn. V pooperačním období byla výživa u dvou pacientek zajištěna přes nasojejunální sondou (NJS), po vytažení sondy se pacientky postupně zatěžovali stravou. Podávanou dietu dle ordinace lékaře snášeli všichni pacienti bez potíží. I po propuštění do domácí péče byli poučeni o dietním režimu a byl jim vydán edukační materiál. Všichni pacienti i po ukončení hospitalizace docházeli do nutriční ambulance, kde jsou sledováni.

Za důležitou diagnózou, která byla vytvořena u všech pacientů, považuji i riziko infekce (00004) z důvodů zavedených invazivních vstupů a operační rány. Cílem diagnózy bylo zabránit vzniku infekce. Cíl byl splněn. Po celou dobu hospitalizace byly dodrženy aseptické postupy u všech pacientů. Invazivní vstupy byly sledovány a byla prováděna pravidelná výměna krytí. U pacientek se zavedených permanentním katetrem bylo dbáno o dostatečnou hygienickou péči.

V ošetrovatelském procesu podle modelu M. Gordon jsem se individuálně zabývala u každého pacienta 11 domény. Vypracovala jsem všechny domény pomocí metod: rozhovorem s pacientem a pozorování pacienta. Dílčí cíl splněn.

U všech pacientů jsem zjistila shodu v doméně výživa: velké problémy s výživou spojené se zjištěnou diagnózou. Pacienti uvedli velké váhové úbytky, nechutenství, pocity na zvracení a zvracení. U všech pacientů při příjmu byla zjištěna váha a výška a podle toho stanoveno BMI.

Další shodu jsem našla také u domény role, mezilidské vztahy: podpora a přítomnost rodiny jsou pro pacienty velmi důležité. Všichni pacienti měli velkou oporu ve své rodině. Pravidelně za nimi docházeli na návštěvu a podporovali je.

Také žebříček hodnot se u každého pacienta významně změnil od doby zjištění onemocnění. To co pro mě bylo před onemocněním důležité, teď už tak není. Například pro pacientku M.N. bylo před onemocněním velmi důležité neustálé uklízení. Za vším se jen honila a vše musela mít v pořádku. Nyní se na to tak nedívá. Domů se moc těší, ale místo uklízení bude svůj čas věnovat rodině a přátelům.

Poslední dílčí cíl bylo zjistit průběh nemoci u pacientů i po propuštění do domácí léčby. Tři ze čtyř pacientů docházejí na pravidelné kontroly do nutriční ambulance, kde jsou váženi a je jim předepsána nutričně vyvážená strava nebo doplňky stravy. Dvě pacientky již navštěvují a byla jim zahájena léčba na onkologické ambulanci. Cíl byl splněn.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo vypracovat případové kazuistiky u čtyř pacientů s karcinomem žaludku. U každého pacienta byly příznaky nejdříve zcela nespecifické. Až po daných vyšetřeních jako GFS, SONO, CT se prokázala tato zákeřná nemoc.

Všichni pacienti byli hospitalizováni na chirurgickém oddělení. Kazuistiky jsem vytvářela u pacientů s karcinomem žaludku a zastoupení bylo jeden muž a tři ženy. Ošetrovatelský proces jsem popisovala pomocí ošetrovatelského modelu „Model fungujícího zdraví“ M. Gordon a ošetrovatelské diagnózy jsem vypracovala podle taxonomie NANDA II.

Bakalářská práce obsahuje dvě části – teoretickou a praktickou. V teoretické části jsem popisovala anatomii a fyziologii žaludku a charakteristiku onemocnění, kde se zabývám historií operací žaludku, etiologií, klinickými příznaky, diagnostikou, léčbou, prognózou a prevencí.

V praktické části jsem vypracovala případové kazuistiky u pacientů s karcinomem žaludku. Na začátku každé kazuistiky jsem zjistila základní informace o pacientech – anamnéza, prodělané vyšetření, alergie a dané potíže, se kterými přišli do nemocnice. Dále jsem popsala celou dobu hospitalizace jak na chirurgickém oddělení, tak u dvou pacientek i na jednotce intenzivní péče. V další části popisují doporučení při propuštění a dále jsem si zjistila další léčebné postupy u pacientů po propuštění z nemocnice. Tři pacienti nadále docházejí na pravidelné kontroly a jsou sledováni na specializovaných pracovištích. Jeden pacient bohužel následkům této nemoci podlehl. Karcinom žaludku je velmi těžké onkologické onemocnění s velmi špatnou prognózou. Do budoucna, by bylo určitě vhodné přispět populaci informací o důležitosti prevence onkologických onemocnění a při prvních příznacích zajistit screeningové vyšetření. Jak jsem již uváděla, karcinom žaludku se projevuje velmi pozvolna a tato diagnóza je vynesena až v pokročilejších stádiích, proto si myslím, že by bylo vhodné populaci o této nemoci více informovat preventivním programem, např. edukačním materiálem v podobě plakátu nebo na internetových stránkách.

Na závěr bych zde chtěla zmínit, že jsem byla velmi mile překvapena, jak byli tito pacienti velice příjemní a ochotni se mnou spolupracovat i přes jejich momentální závažné zdravotní problémy. Nikdo kdo to nikdy nezažil u sebe samých nebo na někom z příbuzných si asi nedovede představit, jaké to je, připustit si možný konec. Pacienti, s jimiž jsem měla možnost spolupracovat mají můj velký obdiv a přeji jim hodně sil v boji s touto nemocí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA. *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-612-0.
- 2) KRŠKA, Zdeněk, David HOSKOVEC a Luboš PETRUŽELKA. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4284-7.
- 3) ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.
- 4) KLENER, Pavel. *Vnitřní lékařství*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-705-9.
- 5) BOLLINGER, Ty M. *Pravda o rakovině: vše, co potřebujete vědět o historii, léčbě a prevenci této zákeřné nemoci*. Přeložil Daniel MICKA. Praha: Dobrovský, 2017. Knihy Omega. ISBN 978-80-7390-592-7.
- 6) ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. *Speciální chirurgie*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-128-5.
- 7) HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace*. Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-4328-8.
- 8) PARKER, Steve. *Lidské tělo*. V Praze: Euromedia Group – Knižní klub, 2007. ISBN 978-80-242-2211-0.
- 9) FERKO, Alexander, Zdeněk ŠUBRT a Tomáš DĚDEK, ed. *Chirurgie v kostce*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-1005-1.
- 10) ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.
- 11) NETTER, Frank H. *Netterův anatomický atlas člověka*. Brno: Computer Press, 2010. ISBN 978-80-251-2248-8.
- 12) MOUREK, Jindřich. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1190-7.
- 13) MOUREK, Jindřich. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3918-2.
- 14) MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1521-6.

- 15) KITTNAR, Otomar. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3068-4.
- 16) MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup*. Praha: Karolinum, 2004. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0429-9.
- 17) VÁVRA, Petr a Jan DOSTALÍK. *Obecná chirurgie*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií, 2009. ISBN 978-80-7368-670-3.
- 18) ROKYTA, Richard. *Fyziologie*. Třetí, přepracované vydání (první vydání v nakladatelství Galén). Praha: Galén, 2016. ISBN 978-80-7492-238-1.
- 19) MICHALSKÝ, Rudolf. *Chirurgie břišní stěny, trávicí trubice a nitrobřišních orgánů pro studující ošetrovatelství*. Opava: Slezská univerzita, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2008. ISBN 978-80-7248-465-2.
- 20) HOCH, Jiří a Jan LEFFLER. *Speciální chirurgie*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, c2011. Jessenius. ISBN 978-80-7345-253-7.
- 21) DÍTĚ, Petr. *Vnitřní lékařství: učebnice pro lékařské fakulty*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-496-6.
- 22) ŠIMŠA, Jaromír a Jiří GATĚK. *Karcinom žaludku*. Praha: Maxdorf, c2012. Jessenius. ISBN 978-80-7345-317-6.
- 23) MAŘATKA, Zdeněk. *Gastroenterologie*. V Praze: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-561-2.
- 24) PORTER, Roy. *Dějiny medicíny: od starověku po současnost*. V českém jazyce vyd. 2. Přeložil Jaroslav HOŘEJŠÍ. Praha: Prostor, 2013. Obzor (Prostor). ISBN 978-80-7260-287-2.
- 25) ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Obecná onkologie*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-715-8.
- 26) KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
- 27) ABRAHAMS, Peter H., Jonathan D. SPRATT, Marios LOUKAS, Albert-Neels VAN SCHOOR a Peter H. ABRAHAMS. *McMinn and Abrahams' clinical atlas of human anatomy*. Seventh edition. St. Louis, Mo.: Elsevier/Mosby, 2013, x, 387. ISBN 978-0-7234-3697-3.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

PŽK	Periferní žilní katetr
CŽK	Centrální žilní katetr
PMK	Permanentní močový katetr
NJS	Nasojejunální sonda
KC	Krevní cukr
ATB	Antibiotika
TK	Krevní tlak
P	Pulz
TT	Tělesná teplota
D	Dech
CPR	C-reaktivní protein – zánětlivý parametr
KO	Krevní obraz
INR	Protrombinový čas – laboratorní koagulační test
LHK	Levá horní končetina
PHK	Pravá horní končetina
DKK	Dolní končetiny
BMI	Body mass index
JIP	Jednotka intenzivní péče
GFS	Gastroskopie
CT	Počítačová tomografie – radiodiagnostická metoda
PET	Pozitronová emisní tomografie
LD	Lineární dávkovač
i.v.	Aplikace léky do žíly
i.m.	Aplikace léku do svalu

s.c.	Aplikace léku do podkoží
p.o.	Aplikace léku ústy
Tbl.	Tableta
VAS	Vizuální analogová stupnice
LU	Lymfatická uzlina
TU	Tumor
PAD	Perorální antidiabetika
TEN	Trombembolická nemoc
FF	Fyziologické funkce
NPO	Nic per os
HV	Histologický vzorek
MTS	Metastáza
HCL	Kyselina chlorovodíková
TGE	Totální gastrektomie
TU-markery	Onkologické markery
ZN	Zhoubný nádor
GIST	Gastrointestinální stromální tumor žaludku
Sipping	Speciální tekutá výživa v lahvičkách
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
EBR	Krevní deriváty
HD	Hodinová diuréze
GTM	Gentamycin
RTG	Rentgen

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – *Části žaludku* (Merkurová a Orel., 2008, s. 135)

Obrázek 2 – *Resekční linie na žaludku*, (Vodička a kol.,2016, s.153)

Obrázek 3 – *Resekce žaludku II. typu s Y-anastomózou*, (Vodička a kol.,2016, s.153)

SEZNAM TABULEK

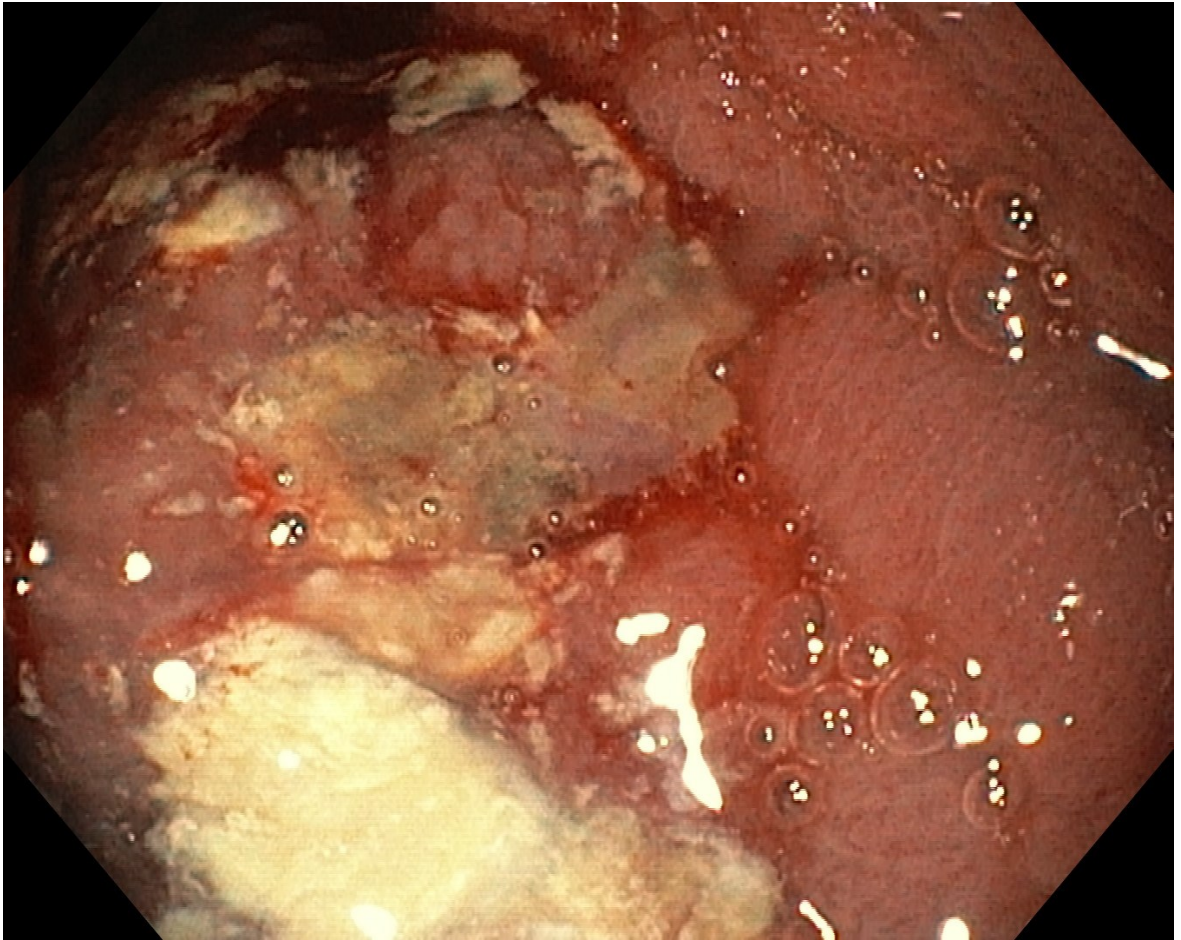
Tabulka 1 – *TNM – Klinická klasifikace* (Krška a kol., 2014, s. 397)

SEZNAM PŘÍLOH

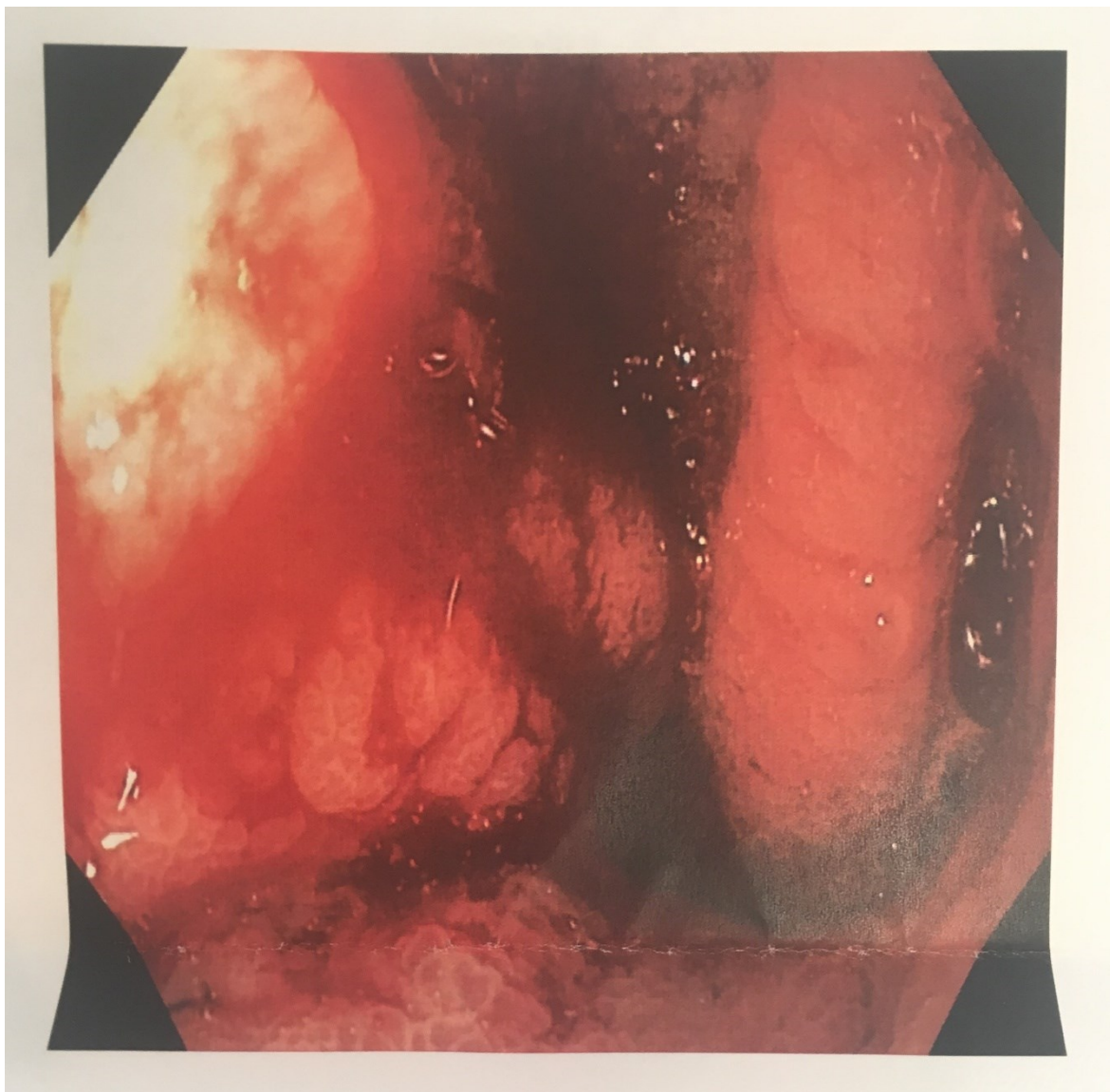
Příloha 1 - Karcinom žaludku u pacientky M.N., Převzato z: Endoskopické ambulance, 18. 4. 2018

Příloha 2 – Karcinom žaludku u pacienta G.F., Převzato z: Endoskopické ambulance, 18. 4. 2018

Příloha 3 – Edukační materiál – Co potřebujete vědět o výživě po operacích žaludku?, Převzato z: Nutriční poradna, VÁVRŮ, Jolana, 23. 3. 2018



Příloha 1 – Karcinom žaludku u pacientky M.N.



Příloha 2 - Karcinom žaludku u pacienta G.F.

Co potřebujete vědět o výživě po operacích žaludku ?

Po odstranění části nebo celého žaludku a dvanáctníku si kladete otázku " Co teď mohu jíst"? Často se setkáváme se dvěma extrémy. Část nemocných se domnívá, že mohou jíst vše bez omezení, část má obavy sníst cokoli a drží přísné, nesmyslné diety, které vedou ke strádání celého organismu. Každý extrém je škodlivý. Potíže, které se mohou dostavit po úplném nebo částečném odstranění žaludku 15-20 minut po jídle pozoruje přibližně 40% nemocných. U mnoha z nich po určité době vymizí a pouze cca u 5% stále přetrvávají. Jedná se o potíže, jako je pocit plnosti, křeče v břiše, nevolnost, někdy i zvracení, sklon k průjmům, pocení, třes nebo slabost apod. U některých nemocných se objevují příznaky asi 1,5 -2 hodiny po jídle. Jsou to hlad, neklid, pocení, třes nebo slabost. U většiny nemocných časem zčásti nebo úplně potíže vymizí. Pak je vhodné omezení některých potravin pozvolna uvolňovat.

Obecná doporučení

- * V prvních měsících po operaci (asi půl roku) doporučujeme dodržovat určité dietní omezení. Tenké střevo, které má po odstranění celého žaludku z části převzít jeho funkci, musí být dostatečně šetřeno.
- * Pokrmy musí být lehce stravitelné, nenadýmavé, nesmí být příliš kořeněné, tučné a sladké.
- * Stravu jezte v malých porcích a často - nejlépe v dvouhodinových intervalech.
- * Jídlo nesmí být příliš horké ani studené.
- * Jídlo vždy velmi dobře rozkousejte, pokud nemáte v pořádku chrup, použijte krájení na malé kousky, mletí nebo strouhání-masa, ovoce, ..
- * Nepijte nápoje během jídla, ale nejpozději 45-60 minut před jídlem nebo po jídle. Tím se snažíte zpomalit vyprazdňování žaludku.
- * Omezte cukr a sladké pokrmy na minimum.
- * Pokud nesnášíte mléko, nepoužívejte ho.
- * Jezte pomalu, zvolna a v klidu. Po jídle je vhodný 15-30ti minutový odpočinek vleže, aby se zpomalilo vyprazdňování žaludku.

Které potraviny jsou pro vás vhodné ?

- * **Maso** - netučné druhy
kuřecí, krůtí, libová slepice, králík, omezeně vepřové-kýta, kotleta, hovězí kýta, ryby-filé, kapr, štika.
Tučným druhům , jako je vepřový bůček, krkovice, kačena, husa nebo skopové se vyhýbejte.
- * **Uzeniny a uzenářské výrobky** - konzumace uzenin není příliš vhodná. Pokud však chcete zařadit do jídelníčku tuto skupinu potravin, vybírejte si netučné druhy, které jsou snadno stravitelné- pozor na snášenlivost. Vhodná je např. kuřecí šunka, vepřová šunka, drůbeží dietní uzeniny.
Masové konzervy, paštiky, uzená masa a ostatní uzeniny vynechte.

Mléko a mléčné výrobky - u řady nemocných pozorujeme nesnášenlivost mléka, která se projevuje pocitem plnosti a průjmy.
V takovém případě mléko vynechejte a zkuste nahradit kysanými výrobky, které mohou být lépe snášeny. Pokud vám budou i tyto potraviny vyvolávat potíže, nezařazujte je.
Vhodné jsou-tavené sýry, eidam, tvaroh, jogurt, bývají dobře snášeny. Zkuste kysané nápoje, jako je kefir, netučné podmásli, acidofilní mléko apod.
Nevhodné jsou pro vás plísňové sýry, zrající sýry, šlehačka.

- * **Vejsce** - používejte k přípravě pokrmů nebo vařená.
Méně vhodná jsou míchaná smažená vejce, která mohou vyvolat potíže a jsou těžce stravitelná.
- * **Tuky** - do hotových pokrmů je vhodné přidávat malé množství másla, pokrm připravujte na menším množství oleje, který nikdy nepřepalujte. K namazání pečiva použijte máslo nebo rostlinné tuky typu Flora, Rama, Perla nebo pomazánkové máslo.
Množství tuku závisí na snášenlivosti, tučná jídla vyvolávají průjmy a bolesti, proto vynechejte smažená jídla a přepálené tuky
- * **Pečivo a cukry** -vhodné jsou slané druhy pečiva-housky, rohlíky, veka, chléb
Méně vhodné je sladké pečivo - buchty, loupáky, vánočka apod.
Cukr v potravě omezujte na minimum, pokud vyvolává nežádoucí potíže- nevolnost, bolesti až křeče v břiše, bušení srdce, slabost, pocení, pokles krevního tlaku.
- * **Příkrmy a přílohy** - vhodnými příkrmi jsou brambory, těstoviny, rýže, knedlík. Dušená nenadýmavá zelenina - špenát, mrkev, dýně.
Nevhodné jsou luštěniny -čočka, hrách, fazole, soja.
- * **Zelenina** - vhodná je zelenina nenadýmavá-mrkev, celer, petržel, dýně, patizon, červená řepa, hlávkový salát, čínské zelí, loupaná rajčata, cibule do vývaru.
Nevhodné jsou nadýmavé druhy zeleniny-zelí, kapusta, květák, paprika, okurky, česnek.
- * **Ovoce** - dobře vyzrálé, nenadýmavé- jablka, broskve, mandarinky, pomeranč, banán. Zvolte ovoce dle snášenlivosti.
Kompoty pro obsah cukru mohou vyvolat obdobné potíže, jako cukr- v takovém případě se jim vyhýbejte.
- * **Koření** - vhodné je nedráždivé koření - zelené natě, kopr, pažitka, petrželka, majoránka, kmín, sůl, v malém množství sladká mletá paprika.
Nevhodné je ostré koření-velké množství pepře, chilli, pálivá paprika, směsi koření na grilování, pečení, do gulášů, hořčice ...
- * **Nápoje** - vhodné jsou nápoje neslazené nebo mírně slazené, neperlivé- černý čaj, zelený čaj, bylinné čaje, ovocné čaje, neperlivé minerální vody, obilninová káva.
Méně vhodné jsou slazené nápoje- džusy, limonády, sycené perlivé vody, zrnková káva apod. Nápoje s vyšším obsahem cukru mohou vyvolávat obtíže. Nevhodný je alkohol a kouření.

Jak máte jídlo připravovat ?

- Při přípravě masa používejte vaření, dušení nebo pečení. Doba úpravy musí být dostatečně dlouhá, aby maso bylo měkké. Nevhodné je smažení.
- Připravujte pokrmy s menším podílem tekutin, abyste zabránili rychlému vyprazdňování žaludku.

- Nepřipravujte pokrmy na cibulovém základu-smažená cibulka je těžce stravitelná a proto není vhodná.
- Pokrmy zahušťujeme moukou opraženou nasucho, jíška bývá špatně snášena
- Přidávejte do hotových pokrmů malé množství másla pro zvýšení energetické hodnoty pokrmu.
- Při přípravě omezte koření.
- Sladké pokrmy do jídelního lístku zařazujte velmi opatrně, v případě potíží je vyřadte.
- Zeleninu k přípravě pokrmů nastrouhejte nebo nakrájejte nadrobno.

Snášenlivost potravin po resekcii žaludku je individuální, a proto vyzkoušejte co vám vyhovuje a potom zařadte do svého jídelního lístku. Snažte se jíst stravu pestrou, malé porce a často. Cílem výživy v pooperačním období je, aby pacient nehubnul, ale naopak mírně přibíral na váze.