

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta

ZÁVĚREČNÁ BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2007/2008

Norbert Cintel

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství

Bakalářské studium ošetrovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO
TOTÁLNÍ THYMECTOMII PRO DIAGNÓZU MYASTHENIA
GRAVIS**

2007/2008

Norbert Cintel

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Hejzlarová

Charles University of Prague
1. medical faculty
Department of nursing

Bachelor's study nursing

FINAL THESIS

**NURSE CARE OF THE PATIENT AFTER TOTAL
THYMECTOMY
FOR DIAGNOSIS MYASTHENIA GRAVIS**

2007/2008

Norbert Cintel

Supervisor: Mgr. Lenka Hejzlarová

PROHLÁŠENÍ

Čestně prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracoval samostatně a použil jen literaturu, kterou uvádím v seznamu.

PRAHA 2008

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji panu J. K. za poskytnutí informací, za bezproblémovou spolupráci, za otevřenost a čas, který mi věnoval.

Děkuji pracovníkům 3.chirurgické kliniky za ochotnou spolupráci.

Děkuji vedoucí práce Mgr. Lence Hejzlarové za odbornou spolupráci a pomoc při realizaci mé bakalářské práce.

PRAHA 2008

OBSAH

ÚVOD.....	8
KLINICKÁ ČÁST	9
1 MYASTHENIA GRAVIS.....	9
1.1 Obecná charakteristika, historie, prevalence	9
1.2 Etiopatogeneze	10
1.3 Klinický obraz.....	11
1.4 Diagnostika	12
1.5 Terapie.....	13
1.6 Ošetrovatelská péče	14
1.7 Prognóza.....	14
1.8 Edukace.....	14
2 ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE	15
3 DIAGNOSTICKO - TERAPEUTICKÁ PÉČE.....	15
3.1 Lékařská anamnéza a diagnóza	15
3.2 Výsledky vyšetření	17
3.2.1 Výsledky laboratorních vyšetření	17
3.2.2 Výsledky vyšetřovacích metod.....	17
3.3 Terapie.....	18
3.3.1 Infuzní terapie	18
3.3.2 Inhalační terapie	18
3.3.3 Farmakoterapie.....	19
3.3.4 Dietoterapie.....	20
3.3.5 Rehabilitace	20
OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	21
4 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA	21
4.1 Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví	21
4.2 Výživa a metabolismus	21
4.3 Vylučování	22
4.4 Aktivita, cvičení	22
4.5 Spánek, odpočinek	22
4.6 Vnímání, poznávání	22
4.7 Sebepojetí, sebeúcta	23
4.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy.....	23
4.9 Sexualita, reprodukční schopnost	23
4.10 Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance.....	23
4.11 Víra, přesvědčení, životní hodnoty.....	23

5 ZÁKLADNÍ SCREENINGOVÉ VYŠETŘENÍ SESTROU.....	24
6 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	25
7 OŠETŘOVATELSKÉ CÍLE, PLÁNY, REALIZACE A HODNOCENÍ	26
7.1 Akutní bolest	26
7.2 Nedostatečné dýchání	27
7.3 Hypotermie.....	29
7.4 Tělesné tekutiny, riziko deficitu	30
7.5 Riziko vzniku infekce.....	32
7.6 Riziko vzniku dekubitů a svalových kontraktur	33
7.7 Péče o sebe sama nedostatečná.....	34
7.8 Strach z budoucnosti.....	36
8 EDUKAČNÍ PROGRAM PRO RODINU A PACIENTY S MYASTHENIA GRAVIS	38
8.1 Edukace o dechové rehabilitaci	38
8.2 Edukace o svalové síle	39
8.3 Edukace o stravování myasteniků s dysfagickými potížemi.....	40
9 ZÁVĚR A PROGNÓZA.....	41
10 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	42
11 SEZNAM PŘÍLOH	43
12 SEZNAM ZKRATEK	44

ÚVOD

Diagnóza myasthenia gravis je autoimunní onemocnění s nízkou frekvencí výskytu, o kterém je jak laická, tak odborná veřejnost velmi málo informovaná. Tato diagnóza mne zaujala právě pro nízké povědomí o tomto onemocnění. Druhým důvodem je, že pracuji na 3. chirurgické klinice v Praze, jež se jako jediná zabývá chirurgickou léčbou tohoto onemocnění v České republice. Naše klinika úzce spolupracuje s myasthenickými centry z celé České republiky, přičemž pečlivou dispenzarizací pacientů a vstřícnou spoluprací mezi jednotlivými klinikami dosahuje léčba myasthenia gravis velmi dobrých výsledků. Toto onemocnění postihuje široké spektrum věkových kategorií a to včetně mladých lidí, hlavně žen. Má nejasnou příčinu a klinické příznaky jsou často mylně diagnostikovány jako psychosomatické poruchy. Jsem zaměstnancem výše jmenované kliniky již 11 let a denně přicházím do kontaktu s klienty s diagnózou myasthenia gravis. Rozhodl jsem se zpracovat kasuistiku pacienta s tímto onemocněním a zajistit tak ucelený zdroj informací pro jiné studenty a i veřejnost. Pro svou bakalářskou práci jsem si vybral pacienta, který již druhým rokem bojuje s progredujícím se onemocněním.

KLINICKÁ ČÁST

1 MYASTHENIA GRAVIS

1.1 Obecná charakteristika, historie, prevalence

Myasthenia gravis je choroba způsobená poruchou neuromuskulárního přenosu na nervosvalové ploténce. Jde o autoimunní onemocnění, kdy u většiny postižených je zvýšená hladina protilátek proti acetylcholinovému receptoru. Byla nalezena buněčná a také imunitní reakce proti tomuto receptoru a zmnožení autoreaktivních T lymfocytů. Předpokládá se přímá účast thymu (brzlíku), důležitého imunitního orgánu předního mezihrudí, který je zřejmě za popsanou autoagresi přímo odpovědný. (příloha č.3)¹

První popis myasthenia gravis se připisuje S. Wilksovi (1877) a W. Erbovi (1879), kdy náhodně popsali ptózu víček a postižení bulbárního svalstva. Historicky lze dělit léčbu myasthenia gravis na dvě období. Období *empirické*, kdy Mary Wolkerová zavedla podávání Prostigminu, který výrazně ovlivňoval svalovou sílu. Období *racionální* terapie se zavádí začátkem 20. století a první operaci thymu provádí E. Sauerbruch v roce 1911. Postupně v první polovině 20. století se provádí další operace, až v roce 1947 referuje G. Keynes z Londýna 100 operací s velmi povzbudivými výsledky. Kromě Ameriky a Anglie zůstává ostatní Evropa v léčbě myasthenia gravis značně konzervativní.

V Československu vzešla iniciativa k operačnímu řešení z Neurologické kliniky akademika K. Henna v Praze spolu s J. Divišem přednostou 2. chirurgické kliniky v Praze. V roce 1971 se operativa myastheniků začala provádět na 3. chirurgické klinice na Praze 2 pod vedením doc. MUDr. V. Šmata. V roce 1998 se klinika stěhuje do FN Motol, kde sídlí dodnes.²

¹ PIŤHA, Jiří. www.neuro.lf1.cuni.cz [online]. 1998, 24.8.2007 [cit. 2007-08-24]. Dostupný z WWW: <http://www.neuro.lf1.cuni.cz/index.php?page=centrum_mg>.

² SCHÜTZNER, Jan, ŠMAT, Václav. *Myasthenia Gravis : Komplexní pojetí a chirurgická léčba*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. 136 s. ISBN 80-7262-307-9.

1.2 Etiopatogeneze

Myasthenia gravis je nervosvalové onemocnění, klinicky definované nadměrnou svalovou unaveností a slabostí kosterního svalstva, kdy dochází k tvorbě protilátek proti nikotinovému acetylcholinovému receptoru na postsynaptické membráně nervosvalové ploténky. (příloha č.4)

Prevalence onemocnění je 70-150 případů na milion obyvatel s převahou postižení osob euroidní rasy v mírném klimatickém pásmu. Incidence onemocnění má stoupající trend, v ČR se diagnostikuje 130-150 nových pacientů. Ke klinické manifestaci dochází častěji u mladších žen a starších mužů. Výskyt onemocnění u dětí do 1. roku nebyl popsán, na rozdíl od transitorní neonatální myasthenia gravis, která se může manifestovat v časném poporodním období.³

Nervosvalové spojení je tvořeno jednoduchou synapsí, která vzniká terminálním zakončením nervového vlákna. Toto zakončení nálevkovitě nasedá na postsynaptickou membránu na povrch svalového vlákna. Mezi těmito strukturami je synaptická štěrbina, kde pomocí neurotransmiterů (acetylcholin) dochází k přenosu vzruchu. Nervový vzruch je provázen propagací akčního potenciálu, který v oblasti terminálního zakončení nervového vlákna zvýší influx iontů kalcia intracelulárně. Aktivací bílkovin dochází k uvolnění acetylcholinu ze synaptických vehikul, které se vyplavují do synaptické štěrbiny. Vazbou acetylcholinu na acetylcholin receptor, nacházející se na postsynaptické membráně, dojde k depolarizaci svalové membrány s následnou svalovou kontrakcí. Při redukci acetylcholin receptorů dochází k poklesu amplitudy a tím k poruše nervosvalového přenosu. (příloha č.5)

K redukci receptorů dochází několika mechanismy. Z počátku dochází k funkční blokádě receptorů vlastními imunogenetickými regiony. K destrukci může dojít za přispění komplementu buněčnými mechanismy, ale i akcelerovanou endocytózou a degenerací receptoru protilátkami. Pod elektronickým mikroskopem dochází k zdvojení postsynaptických záhybů a k rozšíření postsynaptických štěrbiny a tím k destrukci nervosvalové ploténky. Nervosvalový převod může, kromě myasthenia gravis, negativně ovlivňovat několik dalších, převážně imunitně zprostředkovaných

³ SLADKÁ, Jaroslava . *Http://www.zdrava-rodina.cz/* [online]. 1999 [cit. 1999-02-18]. Dostupný z WWW: <http://www.zdrava-rodina.cz/med/med299/med299_21.html>.

mechanizmů v oblasti presynaptické membrány. Například: malobuněčný plicní karcinom, toxíny blokující nervosvalový přenos (tubokurarin), antibiotika, B-blokátory nebo velmi vzácné získané neuromyotonie (Issacsův syndrom).

Thymus má významnou úlohu v regulaci fyziologické autoimunity, protože dokáže detekovat a eliminovat autoreaktivní buňky. U mladých pacientů je patrná hyperplazie thymu, která obsahuje množství autoprotilátek a v nethymomatózním thymu dochází k hromadění antigenních epitop acetylcholin receptorů.

U cca 15 % myasthenických pacientů je patrný tymom, který vychází z epitelu. Nethymomatózní buňky produkují antigenní epitopy, které provokují tvorbu protilátek proti acetylcholin receptoru. V imunitní odpovědi hrají hlavní roli autoagresivní T lymfocyty a protilátky většinou třídy IgG způsobující destrukci acetylcholin receptoru.^{4,5}

1.3 Klinický obraz

Klinický obraz myasthenia gravis je typický manifestací slabosti a unavenosti predilekčně postižených svalových skupin. Tyto příznaky se zhoršují po námaze a po odpočinku se mohou zlepšit, proto se příznaky projevují odpoledne a k večeru. K manifestaci nebo zhoršení příznaků dochází určitými provokujícími mechanizmy, například: insekty, operací, stresem, léky a podobně. Choroba probíhá monofázicky a k spontánní remisi dochází zřídka.

Nejčastějším klinickým příznakem je postižení extraokulárních svalů. Ve více než 80 % případů je to iniciální příznak manifestace *generalizované formy*. Pokud do 2-3 let nedojde ke generalizaci, jedná se o *fokální formu* onemocnění. Pacienti si subjektivně stěžují na kolísající diplopii a padání víček. Objektivně je přítomen strabismus, paréza extraokulárních svalů a je patrná blefaroptóza.

Mezi příznaky generalizované formy myasthenia gravis patří slabost a únava faciobulbárních svalů. Projevuje se poruchou artikulace (dysartrie, rinolalie), poruchy příjmu potravy (žvýkání, polykání). Nemocný nedovede pískat, nedovře oči, má přebytek slin (nedokáže polknout). Příznakem slabosti šíjového svalstva je padání hlavy. Končetinové svaly se projeví únavou při česání a chůzi. (příloha č.6)

⁴ HAVRDOVÁ, Eva, et al. *Neuroimunologie*. 2001. vyd. Praha : Maxdorf s.r.o., 1. vyd. 451 s. ISBN 80-85912-24-4.

⁵ SCHÜTZNER, Jan, ŠMAT, Václav. *Myasthenia Gravis : Komplexní pojetí a chirurgická léčba*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. 136 s. ISBN 80-7262-307-9.

Varovným signálem hrozící *myasthenické krize* je především progresse oslabení svalů faciobulbárních a nemůže odkašlat. Oslabení dýchacích svalů má za příčinu respirační selhání a s tím spojený rozvrat acidobazické rovnováhy.⁶

Modifikovaná Ossermanova klasifikace:

I. okulární myasthenia gravis	A.	klinické příznaky pouze v oblasti extraokulárních svalů, bez tendence ke generalizaci
	B.	příznaky v oblasti extraokulárních svalů s elektrofyzilogickým či anamnestickým postižením i jiných svalových skupin
II. generalizovaná myasthenia gravis	A. mírná forma	kromě extraokulárních svalů jsou postiženy i svaly pletencové a šíjové
	B. středně těžká forma	oproti předchozí formě je navíc postiženo i svalstvo faciobulbární
III. těžká forma myasthenia gravis		generalizace choroby s fulminantním průběhem a rizikem myasthenické krize

1.4 Diagnostika

K diagnóze myasthenia gravis je zapotřebí podrobné neurologické, zobrazovací a elektrodiagnostická vyšetření a hlavně klinické zátěžové testy.

Klinické zátěžové testy mohou odhalit laterální svalovou slabost, mohou se provádět izometrickou kontrakcí nebo stereotypním opakováním pohybů. Slabost okohybných svalů testujeme usilovnou fixací pohledu vzhůru či laterálně, kdy se diagnóza potvrzuje neschopností udržet pohled, ale po aplikaci chladu (ledu na postižené svaly) oslabení ustupuje. *Semanův test* prověřuje slabost faciobulbárních svalů počítáním na jeden nádech od jedničky do maxima. Šíjové svaly se prověřují elevací hlavy vleže na zádech na podložce a pletencové svaly elevací končetin. Respirační svaly prověřujeme měřením maximální dechové kapacity. Ve sporných případech lze provést *farmakologický test* aplikací Syntostigminu, po kterém dochází ke zhoršení příznaků nemoci, jako antagonistu lze na zmírnění příznaků použít Atropin.

⁶ SCHÜTZNER, Jan, ŠMAT, Václav. *Myasthenia Gravis : Komplexní pojetí a chirurgická léčba*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. 136 s. ISBN 80-7262-307-9.

Zásadní význam pro ověření diagnózy má *elektrofyzilogické vyšetření* postižených svalů, tato technika je senzitivní na 70 %. Méně specifickou, ale 95% senzitivní metodou, je single fibre EMG.⁷

Průkaz protilátek proti acetylcholin receptoru je užitečný u seropozitivních pacientů. Provádí se také *cytologické vyšetření* ze svalové biopsie.

Vyšetření *CT* nebo *NMR* mediastina dává odpověď na otázku, zda nejde o myasthenia gravis s tymomem.⁸

1.5 Terapie

Od zavedení imunomodulačních metod je léčba myasthenia gravis velmi dobře léčitelná choroba, až 80 % pacientů dochází k remisi. Okulární forma lehčí až středně těžká generalizovaná myasthenia se léčí *inhibitory acetylcholinesterázy* (Mestinon, Mytelase, Ubretid, Syntostigmin), které se podávají několikrát denně.

Thymektomie je indikovaná u pacientů s tymomem, pokud není interní kontraindikace, ale i u pacientů bez průkazu tymomu výhradně ve fázi remise. Po thymektomii dochází k trvalé remisi u 25 % pacientů a ke zlepšení až u 80 % nemocných. (příloha č.7)

Imunosupresivní terapie se nasazuje u pacientů, kde není indikovaná thymektomie z jakéhokoliv důvodu (věk, interní kontraindikace, nesouhlas pacienta). Dávkování je individuální, nejčastějšími preparáty jsou Prednison, Imuran a Cyklosporin A.

Při výrazné progresi či u myasthenické krize jsou na urychlenou stabilizaci podávány *imunoglobulíny* nebo jsou použity *eliminační metody* (plazmaferéza).

Při nastupující myasthenické krize je nevyhnutelné zahájit umělou plicní ventilaci s následnou péčí o vnitřní prostředí, toaletu dýchacích cest a postupnou rehabilitaci.⁷

⁷ HAVRDOVÁ, Eva, et al. *Neuroimunologie*. 2001. vyd. Praha : Maxdorf s.r.o., 1. vyd. 451 s. ISBN 80-85912-24-4.

⁸ SCHÜTZNER, Jan, ŠMAT, Václav. *Myasthenia Gravis : Komplexní pojetí a chirurgická léčba*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. 136 s. ISBN 80-7262-307-9.

1.6 Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelská péče je nesmírně důležitá vesměs u všech pacientů, kde je kladen důraz na uspokojení základních životních potřeb, včetně psycho-sociálních. Bezprostředně po operaci jsem se soustředil na sledování fyziologických funkcí a tišení bolesti. Další pooperační dny jsem se zaměřil na psychické pohodlí pacienta, které spočívalo v ochotném a vstřícném jednání o všech problémech, které pacienta trápily.

1.7 Prognóza

Terapie myasthenia gravis se za poslední 50 let výrazně zlepšila. Vhodnou individuální farmakologickou terapií v kombinaci s chirurgickou thymektomií. Chirurgická léčba by měla být ve II. a III. stádiu doplněna onkologickou léčbou-ozářením a chemoterapií. 5leté přežití u pacientů v I. stádiu nemoci je 98 % a 10leté 86-90 %. Ve II. stádiu přežívá 5 let 86-90 % pacientů, 10 let 70-80 %. Ve III. stádiu 5 let přežívá 58-69 % a 10 let 25-50 %. Ve IV. stádiu se udává 5leté přežívání u 30-40 %, 10leté u 0 %.⁹

1.8 Edukace

Pacienta jsem po příchodu ze sálu edukoval o možnostech analgetické terapie, postupu při plnění základních potřeb, rozsahu sebeděče, dietního režimu a polohování. Dále jsem jej poučil o vedlejších účincích inhibitorů acetylcholinesterázy a jak postupovat při jejich projevech. Hodně času jsme věnovali nácviku dechové rehabilitace. Rodinu jsem poučil o nutnosti opatrného přístupu vzhledem ke zhoršené psychické kondici nemocného.

⁹ SCHÜTZNER, Jan, ŠMAT, Václav. *Myasthenia Gravis : Komplexní pojetí a chirurgická léčba*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. 136 s. ISBN 80-7262-307-9.

2 ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a přímení: J. K.
Oslovení: pan
Rodné číslo: 1955
Věk: 52 let
Vyznání: ateista
Adresa: Jažlovická, Praha 4
Osoba, kterou lze kontaktovat: L. K. manželka, T. K. syn, T. K. dcera
Pojišťovna: VZP
Povolání: vedoucí firmy
Vzdělání: středoškolské
Národnost: česká

Datum přijetí: 23. 11. 2007

Pana J. K. jsem ošetřoval na jednotce intenzivní péče 3. chirurgické kliniky po totální thymektomii od 26. 11. 2007 do 30. 11. 2007¹⁰

3 DIAGNOSTICKO - TERAPEUTICKÁ PÉČE

3.1 Lékařská anamnéza a diagnóza

Minimální anamnéza: pacient přichází na naši kliniku k totální thymektomii pro progredující symptomy myasthenia gravis

Alergická anamnéza: pacient alergii neguje

Farmakologická anamnéza: Mytelase- aktuální dávkování 1 tbl. v 6:30 – 11 – 15 – 19 – 22h., Prednison 35mg ráno, Prograf 2x3mg 8 – 12 – 17h., Helicid 2x20mg 8 -18h., KCl 1x500mg v 8h.

¹⁰ Chorobopis 3. chirurgické kliniky v Motole

Nynější onemocnění: pacient s manifestní myasthenia gravis od léta loňského roku s rychlou progresí generalizované svalové slabosti (bulbárního, extraokulárního a pletencového svalstva), projevy poruchy mimiky a částečně artikulace. Slabost pletencového svalstva (není schopen oholit se), slabost DK (ujde 50m) v závislosti na atmosférickém tlaku. Pro mírnost obtíží pacient ze začátku odmítá chirurgickou terapii. V červnu 2007 postupně zhoršování stavu, objevila se i celková slabost, slabost extraokulárních svalů (strabismus vpravo), těžká dysfagie, kouše jen měkké jídlo a obtížně polyká sousta. Pacient 11. 7. 2007 přijat na JIP Neurologické kliniky 1. LF UK pro respirační selhávání, zvládnuta intravenózně. Přejít na per orální dávkování inhibitorů. V noci 15. 7. 2007 opět ventilační krize, zvládnuta Syntostigminem. Od července do konce srpna proběhlo celkem 7 plazmaferéz s pozitivním efektem. Pro kolísavý celkový stav (dechové objemy dostatečné, ale výrazná pletencová slabost končetin a šíje s ranními maximy) nasazeny i.v. imunoglobulíny bez efektu, spíše zhoršení celkového stavu. Změna medikace z Imuranu na Cellcept v maximální dávce, klinicky nedochází ke zlepšení, proto zahájeny ještě 3 plazmaferézy s výrazně pozitivním efektem. Týden před hospitalizací došlo k výraznému zlepšení stavu, hlavně ve smyslu zlepšení síly končetinového a trupového svalstva a také zlepšení polykání.

Osobní anamnéza: pacient nikdy vážně nestonal, v dětství běžné nemoci

Fyziologické funkce: močení bez potíží, moč čirá slámově žlutá, stolice pravidelná bez patologických příměsí, normální konzistence. Pacient bez teplot, chuť k jídlu narušena pro potíže s polykáním, ztráta hmotnosti 7 kg za poslední rok.

Zvyky: kouření- před deseti lety přestal (kouřil asi 10 cigaret denně),
alkohol- příležitostně v malé míře (pivo)

Rodinná anamnéza: matka zdravá- dlouhodobě neléčena, otec v 66. letech umřel na sepsi, syn zdravý- neléčí se, dcera zdravá- neléčí se, manželka diabetes mellitus na dietě, po operaci žlučníku

Sociální a pracovní anamnéza: pacient vedoucí ve firmě, vzdělání středoškolské, žije s manželkou v činžovním bytě ve 2. patře, sociálně aktivní, pravidelně navštěvuje kamarády a chodí s manželkou na návštěvy k příbuzným, je soběstačný a finančně zajištěn

Objektivní nález při přijetí: bez kognitivního deficitu, ptosa vpravo, Simpson vpravo pozitivní, Gorelic pozitivní, zornice izokorické, fotoreakce +, pohyby bulbů volné, bez nystagmu, šije volná

Horní končetiny: síla symetrická, reflexi C5-8 živé, symetrické, taxy přesná

Břišní: reflexi +, symetrický

Dolní končetiny: síla symetrická, reflexi L2-S2 živé, symetrické, taxy přesná. Čítí normální nález. Chůze a stoj normální. Testy výdrže: Seman 30, šije 15s, HKK 52s, DKK 25s.

Souhrn: kvadruhyperflexie, myasthenický syndrom, topický neurologický nález negativní¹¹

3.2 Výsledky vyšetření

3.2.1 Výsledky laboratorních vyšetření

Biochemie				Krevní obraz			
Datum:	27/11	28/11	Norma	Datum:	27/11	28/11	Norma
Na	140	144	137-146 mmol	Leukocyty	9,1	9,3	4,0-10,0 x10 ⁹ /l
K	4,6	4,6	3,8-5,0 mmol	Erytrocyty	3,69	3,68	4,5-6,3 x10 ¹² /l
Cl	101	108	97-108 mmol	Trombocyty	218	207	140-440 x10 ⁹ /l
Bilirubin	19,6	14,4	2,0-17,00 umol/l	Hematocryt	0,337	0,337	0,380-0,520
Urea	3,8	3,9	2,8-8,0 mmol	Hemoglobin	11,3	11,2	14,0-18,0 g/dl
Kreatinin	86	72	44-115 umol/l				
CB	49,5	47,8	65,0-85,0 g/l				
CRP	99	174,2	0,0-6,5 mg/l				

3.2.2 Výsledky vyšetřovacích metod

23. 11. 2007 Tělová pletysmografie, průtok objem. Závěr: normální hodnoty plicní ventilace.

24. 11. 2007 Transtorakální echokardiografie. Závěr: incipientní diastolická dysfunkce levé komory.

¹¹ Chorobopis 3. chirurgické kliniky v Motole

26. 11. 2007 RTG hrudníku na lůžku. Závěr: nález bez prokazatelných čerstvých patologických změn.

28. 11. 2007 RTG hrudníku na lůžku. Závěr: ve srovnání s nálezem z 26. 11. 2007 stacionární plicní nález.¹²

3.3 Terapie

3.3.1 Infuzní terapie

Obchodní název	Generický název	Forma	Dávkování	Indikační skupina	Vedlejší účinky	Datum aplikace
Glukóza 10%	Glucosum monohydricum	i.v.	2 x 500 ml 8 – 17 h.	infuzní přípravek	hyperglykémie	26, 27/11
Ringer 1/1	Infusio Ringeri	i.v.	1 x 1000 ml 8 h.	infuzní přípravek	hyperchlorémie	26, 27/11
Voluven 6%	Hydroxyethylamylum	i.v.	1 x 500 ml 15 h.	náhrada plazmy	svědění, zvýšený TK, alergická reakce	26, 27/11

3.3.2 Inhalační terapie

Obchodní název	Generický název	Forma	Dávkování	Indikační skupina	Vedlejší účinky	Datum aplikace
Ambrobene sol.	Ambroxoli hydrochloridum	roztok inhalační	3 x 2 ml 8 - 12 - 18 h.	expektorans, mukolytikum	nauzea, zvracení, alergická reakce	26, 27, 28/11
Mistabron sol. pro inhalaci	Mesnum	roztok inhalační	3 x 3 ml 10 - 14 - 20 h.	expektorans, mukolytikum	nauzea, zvracení, alergická reakce	26, 27, 28/11

13

¹² Chorobopis 3. chirurgické kliniky v Motole

¹³ ŠVIHOVEC, J. *Pharmindex kompendium*, 1. vydání., Praha: nakladatelství MediMedia, 1995. ISBN 80-901781-2-X

3.3.3 Farmakoterapie

Obchodní název	Generický název	Forma	Dávkování	Indikační skupina	Vedlejší účinky	Datum aplikace
Mytelase tbl.	Ambenonii chloridum	p.o.	1,5 -1-1,5 - 1-0,5 7-11-15-19- 21 h.	parasympatiko- -mimetikum	nauzea, zvrace- ní, diarrhoe, křeče, sialrrhoe	26, 27, 28, 29/11
Prednison 20mg tbl.	Prednisonum	p.o.	1 x 20mg 8:00	gluko- kortikoid	ovlivnění CNS, zvýš. náchylnost k infekcím, krvácení z GIT	26, 27, 28, 29/11
Prograf 3mg tbl.	Tacrollimusus	p.o.	2 x 9mg 8:00 -18:00	imuno- supresivum	vysoký TK, průjem, zvracení, bolesti břicha, hlavy, nespavost	26, 27, 28, 29/11
Novalgin amp.	Metanizolum natrium monohydricum	i.v.	Při teplotě	analgetikum, antipyretikum	snížení TK, záchvat u astmatiků	nepodán
Dipidolor amp.	Piritranidum	i.m.	1 amp. 6 -14 -22 h.	analgetikum, anodinum	zácpa, střevní paréza, útlum dechu	26, 27, 28/11
Dolmina amp.	Diclofenacum natricum	i.m.	1 x 1 amp. 16:00	analgetikum, anti- revmatikum	bolesti břicha, krvácení z GIT, průjem	26, 27, 28/11
Fraxiparine inj.	Nadroparinum calcicum	s.c.	1 x 1 inj. 22:00	antitromboti- kum, antikoagulans	zvýšená predispozice krvácení	26, 27, 28, 29/11
Vulmizolin 1g amp.	Cefazolinum natricum	i.v.	3 x 1g 6 -14 -22 h.	ATB 1. generace	alergické reakce, průjem, zvracení	26, 27, 28, 29/11
Helicid 20mg tbl.	Omeprazonolum	p.o.	1 x 20mg 8:00	antiulcerózum	nauzea, zvracení, bolesti břicha	28, 29/11

14

¹⁴ ŠVIHOVEC, J. *Pharmindex kompendium*, 1. vydání., Praha: nakladatelství MediMedia, 1995.
ISBN 80-901781-2-X

3.3.4 Dietoterapie

Pacient měl dlouhodobé potíže s polykáním, proto přijímal mletou až kašovitou stravu. Po posledních plazmaferézách došlo k markantnímu zlepšení svalové síly, proto nasazena racionální dieta. V den operace pan J. K. bez diety, umožněno pouze pití neslazeného čaje. 1. den po operaci naordinovaná racionální dieta číslo 3. Ostatní dny pacient bez změny dietního režimu a bez potíží s polykáním.

3.3.5 Rehabilitace

Rehabilitaci prováděla s pacientem rehabilitační sestra 2x denně, dopoledne a odpoledne, na doporučení lékaře a sestry.

1. den po operaci jsme začali s dechovou rehabilitací pro zlepšení respiračních hodnot, pro nácvik odkáslávání a jako prevenci vzniku bronchopneumonie.

2. den se začalo s postupnou vertikalizací, pacient si sedl s nohama z lůžka dolů, následoval stoj vedle lůžka se šlapáním na místě.

Od 3. dne se pacient procházel poprvé na pokoji a pak na chodbě.

OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

4 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Pacienta jsem přijímal po operačním výkonu, totální thymectomii, z operačního sálu. Byl pod účinkem narkózy, spavý, unavený a měl bolesti. Z tohoto důvodu jsem se rozhodl získat ošetřovatelskou anamnézu částečně z dokumentace, přičemž hned druhý den i od pacienta. To už byl stabilizovaný a plně při vědomí. Na sběr anamnestických informací jsem použil model podle *Marjory Gordonové*.

4.1 Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pan J. K. v dětství vážně nestonal, žil zdravě. Před onemocněním se cítil velmi dobře, byl plný elánu. Není si vědom příčin vzniku onemocnění. O možném problému začal uvažovat v době, kdy v odpoledních a večerních hodinách pociťoval výraznou slabost. Definitivně se rozhodl navštívit lékaře, až na naléhání rodiny a kamarádů. Fyzicky i psychicky se poslední půl rok cítil špatně, stupňující se příznaky nemoci působily na pacienta negativně. Po operaci pacient cítí intermitentně mírné bolesti, které okamžitě konzultuje se zdravotnickým personálem. Časovaně aplikujeme analgetika na zmírnění bolesti.

Momentálně vnímá bolest VAS 2 (vyjádřeno ve škále 0-10, při kterém 0- bez bolesti, 10- max. bolest). (příloha č.8)

4.2 Výživa a metabolismus

Denní příjem jídla před onemocněním se skládal ze tří teplých jídel masité stravy a s občasou zeleninovou přílohou. Před diagnostikou nemoci žádnou dietu nedržel. S přibývajícím potížením (poruchy polykání) bylo zapotřebí začít s úpravou jídel (mletí masa, omezit konzumaci hůře polykatelných jídel, jako rýže). Denní příjem tekutin se pohyboval kolem 1,5l čisté vody nebo čaje. Chuť k jídlu výrazně klesla, zaznamenal úbytek na váze asi 7 kg.

BMI 21 normální hmotnost (příloha č.9), nutriční skóre 3, není nutná nutriční intervence. (příloha č.13)

4.3 Vylučování

Před vypuknutím onemocnění měl stolicí bez potíží, normální konzistence. Od užívání chronické medikace (Mytelase) se občas objevily křečovitě bolesti břicha s následným průjmem. Problém konzultován s doktorem. Po úpravě dávkování problémy zmizely. V současnosti pacient bez potíží, stolice formovaná, normální konzistence i barvy. Močení bylo u pacienta bez potíží. S frekvencí močení 3x-6x za den v závislosti na příjmu tekutin. Moč byla slámově-žluté barvy, bez patologického zápachu a přiměřeného objemu.

4.4 Aktivita, cvičení

Před onemocněním pravidelně chodil na procházky do lesa, miloval toulky po horách, kde trávil často i dovolenou. Kvůli progresi nemoci se poslední rok musel vzdát většiny svých zálib. Na doporučení lékařů pravidelně cvičí a rehabilituje. 1-2krát za týden navštěvuje plavecký bazén, doma šlape podle volného času na rotopedu. Domácí práce zvládal bez větších potíží, v období vzplanutí nemoci ale není schopen provádět základní domácí aktivity.

Barthelův test ADL– celkové skóre 50, závislost středního stupně. (příloha č.10)

4.5 Spánek, odpočinek

Před operací se cítil přiměřeně celkovému stavu, poruchy spánku neměl. Momentálně se cítí unavený, často přes den usíná na 15-20 minut. V noci na dnešek spal přerušovaně- shon na oddělení, časté měření vitálních funkcí.

4.6 Vnímání, poznávání

Pacient používá brýle na čtení. Sluch bez potíží. Bolest vnímá jako součást výkonu, při zhoršení bolestivosti to oznámí sestře. O průběhu operace a následné rekonvalescenci byl dostatečně informován. Pro chirurgické řešení se rozhodl pro postupné zhoršování se symptomů „chci žít“.

Pan J. K. je plně při vědomí, orientován časem i prostorem a bez poruch verbalizace svých myšlenek.

Glasgow coma scale- 20 plné vědomí. (příloha č.11)

4.7 Sebepojetí, sebeúcta

Momentálně je rád, že má za sebou zdárně operaci, oplývá optimismem a chutí se uzdravit. Před operací občas propadal pesimismu, měl strach a cítil se zranitelný. Rozčilovala ho bezmocnost. Ale při pomyslení na rodinu, manželku a spoustu plánů, které má před sebou, ho rychle přesvědčilo o nutnosti se nevzdávat, ale bojovat.

4.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy

Bydlí s manželkou a maminkou ve společné domácnosti. Mají mezi sebou harmonický vztah s typickými problémy. Větší problémy řeší společně a snaží se vždy hledat kompromis. Společně se starají o maminku, která je na svůj věk skoro plně soběstačná (občasná pomoc s úklidem, větší nákupy...). Nemoc všechny v rodině velmi zaskočila, reakce byly různé (pláč, soucit, okamžitá ochota nějakým způsobem pomoci). Ve společnosti a na pracovišti je oblíbený, nekonfliktní, přímý a nouzi o společnost nikdy neměl.

4.9 Sexualita, reprodukční schopnost

S manželkou je ženatý 30 let, mají spolu dvě děti, sexuálně spolu žijí.

4.10 Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance

Před rokem vážně onemocnělo dítě dcery, tuhle situaci prožívala celá rodina. Zvýšená nervozita a psychický stres vyvolávaly občasné hádky. Nedokázal se soustředit na některé činnosti, byl citově labilnější a smutný. V zápětí se však snažili najít společnou cestu a řešení problému konfliktu. Na zvládnutí zátěžových situací žádné léky ani drogy neužívá.

4.11 Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Prvořadým cílem v současnosti je uzdravení a co nejrychlejší navrácení do starých kolejí. Pan J. K. nemá žádné individuální přání při pobytu v nemocničním zařízení.

5 ZÁKLADNÍ SCREENINGOVÉ VYŠETŘENÍ SESTROU

Celkový vzhled, úprava zevnějšku, hygiena: upraven, pečuje o sebe

Dutina ústní a nos: bez lézí

Zuby: zubní náhradu nemá, chrup v dobrém stavu

Sluch: na šepot reaguje, slyší dobře

Zrak: používá brýle na čtení

Puls: rychlost: 86/min; pravidelnost: pravidelný; jakost (síla): v normě

Dýchání: pravidelnost: pravidelný, f 16/min; hloubka: v normě; dýchací zvuky: dýchání alveolární bez vedlejších fenoménů

Krevní tlak: 135/73 Hgmm

Schopnost uchopit předmět rukou, stisk ruky: stisk ruky slabší

Může zvednout tužku? ano

Rozsah pohybu kloubů: rozsahy do krajních poloh bez omezení

Svalová tuhost/pevnost: dostatečná

Kůže: kostní výběžky: beze změn; změna barvy: 0; kožní léze: 0

Riziko dekubitů: dle stupnice Nortonové 17 bodů (příloha č.12)

Chůze: před operací zvýšena svalová slabost, po operaci pacient ještě nechodil pro celkovou pooperační únavu a bolest

Držení těla: pacient leží

Chybění části těla: 0

Kód pro funkční úroveň 0-5

Schopnost najíst se:	0	Umýt se:	2
Okoupat se:	3	Celkový pohyb:	3
Schopnost dojít si na toaletu:	4	Pohyb na lůžku:	2
Schopnost obléknout se:	3	Uvařit si:	nehodnoceno
Nakoupit si:	nehodnoceno	Udržování domácnosti:	nehodnoceno
Kanyly intravenózní:	2	Vývody/ cévky:	3
Odsávání:	0	Jiné:	2
Nynější hmotnost:	68 kg	Nahlášená hmotnost:	66 kg
Výška:	180 cm	Tělesná teplota:	36,8 °C

Objektivní pozorování v průběhu získávání informací a vyšetření:

Orientace: dobrá

Chápe myšlenky a otázky: ano

Řeč, způsob vyjadřování: v normě; ***hlas (výška) a způsob řeči:*** v normě

Úroveň slovní zásoby: bohatá

Oční kontakt (udržuje, neudržuje): neudržuje

Rozsah pozornosti (odvádění pozornosti): trošku rozptýlen

Nervozita (rozrušení nebo uvolnění) rozsah 1 - 5: 2

Pasivní, agresivní, asertivní projevy v komunikaci rozsah 1 - 5: spíše pasivní, zdrženlivý

Vzájemná spolupráce a součinnost se členy rodiny nebo doprovázející osobou, pokud je přítomna: velmi dobrá¹⁵

6 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

1. Akutní bolest z důvodu operačního výkonu s následnými vegetativními projevy.
2. Nedostatečné dýchání z důvodu základního onemocnění, snížené svalové síly, účinku anestetik, hromadění hlenu v dýchacích cestách.
3. Hypotermie z důvodu nízké teploty na operačním sále.
4. Riziko deficitu tělesných tekutin z důvodu operačního výkonu.
5. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedených invazivních vstupů.
6. Riziko vzniku dekubitů a svalových kontraktur z důvodu imobilizace v pooperačním období.
7. Porucha soběstačnosti z důvodu pooperačního stavu, zavedených invazivních vstupů.
8. Úzkost ve vztahu k možnému zhoršení stavu s následnou poruchou spánku.

¹⁵ TRACHTOVÁ, Eva, et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměněné vyd. Brno : Mikadapress spol. s.r.o., 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

7 OŠETŘOVATELSKÉ CÍLE, PLÁNY, REALIZACE A HODNOCENÍ

7.1 Akutní bolest

Akutní bolest z důvodu operačního výkonu s následnými vegetativními projevy.
(26. 11.)

Faktory:

- operační výkon
- nucená poloha

Příznaky:

- slovní projevy
- analgetická poloha, gestikulace
- neklid, podráždění
- vegetativní reakce (tachykardie, tachypnoe)¹⁶

Cíl:

Zmírnění bolesti do 30 minut, udržení stavu bez bolesti nebo s bolestí akceptovatelnou. Pacient bude bez bolesti nebo dojde ke zmírnění bolesti do 30 minut.

Ošetrovatelský plán:

- důsledně lokalizuj bolest
- zjisti charakter a příčiny bolesti
- urči intenzitu bolesti
- posuď vnímavost pacienta na bolest
- aplikuj a kontroluj analgezií, hodnot' a zaznamenávej bolest v pravidelných 15-30 minutových intervalech
- monitoruj objektivní i subjektivní příznaky bolesti

¹⁶ MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

- informuj lékaře o efektivitě léčby bolesti

Realizace(26. 11.- 28. 11.):

Pan J. K. popisuje v den operace vysokou intenzitu bolesti- stupeň 8 (vyjádřeno ve škále 0-10, při kterém 0- bez bolesti, 10- max. bolest) vyzařující z okolí operačního pole. Dle ordinací lékaře aplikuji pacientovi 1 amp. Dipidoloru i.m. ve 13:50. V 15-30 minutových intervalech kontroluji a zaznamenávám subjektivní i objektivní projevy bolesti. Z důvodu neustupování bolesti aplikuji ve 14:15 1 amp. Dolminy i.m. Edukuji pacienta o vedlejších účincích podaných analgetik a žádám jej, aby mě okamžitě informoval v případě jejich projevů. Pravidelně informuji lékaře o stavu bolesti pacienta a zároveň spolu konzultujeme další analgetické postupy. V den operace ještě aplikujeme Dipidolor 1 amp. i.m. ve 22:00. Následující dny časovaně podáváme analgetika- Dipidolor 1 amp. im. 6 – 14 – 22 h. a Dolminu 1 amp. im. v 16:00.

Hodnocení (29. 11.):

20 minut po aplikaci Dipidoloru nedošlo k úlevě. Pacient popisoval intenzitu bolesti dle škály 6-8, následně jsem aplikoval Dolminu 1 amp. i.m. Asi 30 minut po poslední aplikaci analgetik jsem zaznamenal úlevu od bolesti a znormalizování vegetativních projevů. Intenzita bolesti u pacienta byla 2 v číselné škále. Po 2 hodinách pacient popisoval bolest 1-2 jako mírný dyskomfort. Následující dny jsme časovaně aplikovali Dipidolor a Dolminu, udržovali jsme bolestivost mezi 0-3. Pan J. K. byl s účinkem analgezie spokojen.

7.2 Nedostatečné dýchání

Nedostatečné dýchání z důvodu základního onemocnění, snížené svalové síly, účinku anestetik, hromadění hlenu v dýchacích cestách. (26. 11.)

Faktory:

- základní onemocnění
- úzkost, bolest
- snížení svalové síly (celková únava, únava dýchacích svalů)
- poloha těla

- doznívající účinek anestetik
- hromadění hlenů v dýchacích cestách

Příznaky:

- subjektivní: nedostatek dechu, úzkost
- objektivní: zkrácený dech, tachypnoe, pokles minutové ventilace, zapojování pomocných dýchacích svalů, poslechově slyšitelné vrzoty, palpačně vibrující hrudník¹⁷

Cíl:

Dosáhnout fyziologického a účinného dýchání, vymizení příznaků sníženého dýchání, normalizace ventilačních parametrů, pacient nebude mít dechovou nedostatečnost.

Ošetrovatelský plán:

- zajisti přísun kyslíku
- zabezpeč vhodnou polohu
- umožni snadné odkašlávání (mikronebulizace)
- měř dechové objemy
- pouč pacienta o správném dýchání

Realizace(26. 11.- 28. 11.):

(26. 11.) Okamžitě zabezpečuji vhodnou polohu pro maximální expanzi hrudníku a aplikuji oxygenoterapii. Vyšetřuji hrudník pohledem, pohmatem, poslechem, měřím dechovou frekvenci (35 dechů za minutu) a objem (4l za minutu), tyto vyšetření opakuji denně, dechové objemy měřím každou hodinu do celkové stabilizace. Respirační funkce měřím následující dny 4x denně. Sleduji hodnoty krevních plynů. Večer, v den operace, podávám mikronebulizaci s Mistabronem sol. a Ambrobenem sol. pro usnadnění vykašlávání. (27.- 28. 11.) Další dny ji pak podávám 3x denně. Následující dny konzultuji s lékařem a rehabilitační sestrou, metody fyzioterapie a

¹⁷ DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. vyd. Praha : Grada Publishing, spol.s.r.o, 2001. 564 s. ISBN 80-247-0242-8.

dechová cvičení. Po celou dobu opakovaně edukuji pacienta o správném dýchání (hluboké, hrudníkové/břišní dýchání) a o nutnosti odkašlávání.

Hodnocení (29. 11.):

Po zaujmutí polohy v polosedě, aplikaci kyslíku přes kyslíkové brýle a nasazení analgezie jsem zaznamenal snížení dechové frekvence (22 dechů za minutu) a prohloubení dechů (5,5l za minutu). Po mikronebulizaci pan J. K. snadno a spontánně odkašlal, vymizely palpační i auskultační projevy. Dýchání bylo čisté, dýchací cesty volné. Pan J. K. popisoval výraznou úlevu.

7.3 Hypotermie

Hypotermie z důvodu nízké teploty na operačním sále. (26. 11.)

Faktory:

- chladné prostředí na operačním sále
- nedostatečné oblečení
- snížený metabolismus, z nedostatečného příjmu energie
- operační výkon

Příznaky:

- tělesná teplota snižena pod normu
- bledost
- třesavka
- piloerekce
- tachykardie¹⁸

Cíl:

Pacient bude mít fyziologické hodnoty tělesné teploty do 2 hodin.

¹⁸ MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

Plán:

- zabal pacienta do dvou dek
- sleduj fyziologické funkce a subjektivní pocity
- podle nutnosti použij zahřívací příkrývku

Realizace(26. 11.):

Po rychlé diagnostice problému příkrývám pacienta další dekou a oblékám mu košili. Dále sleduji fyziologické funkce, měřím tělesnou teplotu 35 °C, puls 110/min., dech 34/min. Po 30 minutách pacient stále intenzivně verbalizuje chlad, opět měřím fyziologické funkce: teplota 35,5 °C, puls 110/min., dech 35/min. Příkrývám pacienta zahřívací příkrývkou. Po 45 minutách dochází ke stabilizaci teploty 36,9 °C, puls 91/min., dech 18/min. Odstraňuji zahřívací příkrývku, klient se cítí dobře, nepocituje chlad.

Hodnocení (27. 11.):

Cíl splněn. Po aplikaci zahřívací příkrývky došlo k normalizaci tělesné teploty na 36,9 °C.¹⁹

7.4 Tělesné tekutiny, riziko deficitu

Riziko deficitu tělesných tekutin z důvodu operačního výkonu. (26. 11.)

Faktory:

- ztráta tekutin abnormálními cestami (cévka, drén, operační rána)
- snížený příjem tekutin (zákaz pití po operaci)

Příznaky:

- změny ve fyziologických funkcích (snížení TK, zvýšení P)
- snížený turgor kůže
- suché sliznice
- nedostatečný výdej moči (oligurie až anurie)

¹⁹ MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

- verbalizace žízně²⁰

Cíl:

Pacient bude přiměřeně hydratován, nedojde k elektrolytové dysbalanci.

Plán:

- dle ordinací podej náhradní tekutiny
- pobízej nemocného k pití
- sleduj bilanci tekutin
- sleduj fyziologické funkce a projevy nedostatku tekutin (kožní turgor)
- pouč pacienta o nutnosti přiměřeného příjmu tekutin

Realizace (26.- 30. 11.):

Po příchodu ze sálu na naše oddělení pacienta edukuji, aby následujících 6 hodin nepřijímal nic per os. Asi ve 14:00 aplikuji dle ordinace lékaře 1000ml Fyziologického roztoku rychlostí 150ml/h. V 15:10 nasazuji po domluvě s lékařem 500ml roztoku Voluvenu 6%. Na večer v 17:00 napojuji 10% Glukózu 500ml. V 19. hodin poučuji pacienta, že může přijímat tekutiny (vodu nebo čaj) v omezeném množství asi 500ml. První den po operaci aplikuji Ringerův roztok 1000ml v 8:00, Glukózu 10% 500ml v 8:00 – 17:00 a roztok Voluvenu 6% 500ml v 15:00. Pravidelně 2x denně sleduji bilanci tekutin a 4x denně sleduji fyziologické funkce. Zároveň pobízím pacienta k pití a edukuji jej o projevech nedostatku elektrolytů, o nutnosti správného a dostatečného denního příjmu tekutin.

Hodnocení (30. 11.):

Cíl splněn. Nedošlo k deficitu tekutin a na pacientovi jsem neshlédl projevy nedostatku. Subjektivně žízeň nepopisoval.

²⁰ DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. vyd. Praha : Grada Publishing, spol.s.r.o, 2001. 564 s. ISBN 80-247-0242-8.

7.5 Riziko vzniku infekce

Riziko vzniku infekce z důvodu zavedených invazivních vstupů. (27. 11.)

Faktory:

- operační rána (sternotomie)
- 1x Redonův drén
- 2x žilní katetr
- permanentní katetr

Příznaky:

- subjektivní: pálení, svědění, bolest
- objektivní: zarudnutí a otok kůže²¹

Cíl:

Pacient bude bez příznaků infekce.

Ošetrovatelský plán:

- dodržuj sterilitu při převazech
- postupuj asepticky při odstraňování drénů a katetrů
- pravidelně kontroluj okolí invazivních vstupů

Realizace (27.- 29. 11.):

Kůže kolem žilních katetrů a operační rány je klidná. Močový katetr pacienta nedráždí. Mírně je zarudlá kůže kolem drénu. Denně sterilně převazuji riziková místa, dezinfikuji a na sucho přelepí sterilním krytím- Meporem. 2. den vytažen močový katetr, 3. den po operaci odstraněn Redonův drén a žilní katetr na pravé horní končetině- asistence při odstraňování, následně sterilní krytí Meporem. Poučuji pacienta

²¹ DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. vyd. Praha : Grada Publishing, spol.s.r.o, 2001. 564 s. ISBN 80-247-0242-8.

o metodách a možnostech ošetřování operační rány v domácí péči.

Hodnocení (29. 11.):

Žilní katetry bez zánětlivých příznaků. Operační rána klidná a od 3. pooperačního dne bez krytí. Jizvy po odstranění drénu a katetrů se hojily dobře. Pan J. K. se cítil subjektivně dobře.

7.6 Riziko vzniku dekubitů a svalových kontraktur

Riziko vzniku dekubitů a svalových kontraktur z důvodu imobilizace v pooperačním období. (26. 11.)

Faktory:

- bolest, pooperační únava
- strach z přístrojů a drénů
- omezená pohyblivost
- rozsah výkonu, fyzická imobilizace
- nedostatečná hygiena

Příznaky:

- subjektivní: svědění, bolest, porucha citlivosti kůže
- objektivní: bledost, zarudnutí, narušená celistvost kůže, omezená pohyblivost kloubů, snížená svalová síla²²

Cíl:

Pohyb a svalová síla zůstanou zachovány, pacient nebude mít dekubity a kontraktury.

Ošetrovatelský plán:

- pravidelně kontroluj predilekční místa
- zjisti subjektivní pocity pacienta
- veď terapeutický rozhovor
- zajisti dostatečnou hygienu, prováděj pravidelné masáže

²² DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. vyd. Praha : Grada Publishing, spol.s.r.o, 2001. 564 s. ISBN 80-247-0242-8.

- aktivizuj pacienta pravidelným cvičením
- použij antidekubitární pomůcky
- udržuj čisté a suché lůžko
- polohuj pacienta

Realizace (26.- 29. 11.):

Edukuji pacienta o rozsahu pohybu vzhledem k počtu invazí. Denně kontroluji stav pokožky a zjišťuji subjektivní pocity pacienta. Pravidelně ráno a večer vyměňuji a upravuji ložní prádlo. 2x denně masíruji predilekční místa mentolovou masťou. Udržuji čistou pokožku a 2x denně provádíme důkladnou celkovou hygienu. Ve spolupráci s pacientem aktivně měníme polohy několikrát denně.

Hodnocení (29. 11.):

Cíl splněn. Pan J. K. pochopil důležitost pravidelného pohybu a rehabilitace. Důkladná rehabilitace, hygiena a pravidelné masáže zabránily vzniku kontraktur a dekubitů.

7.7 Péče o sebe sama nedostatečná

Porucha soběstačnosti z důvodu pooperačního stavu, zavedených invazivních vstupů. (27. 11.)

Faktory:

- omezená pohyblivost ve vztahu k operačnímu stavu - bolest operační rány
 - svalová slabost
 - strach z pohybu
 - invaze

Příznaky:

- neschopnost zaujmout úlevovou polohu
- neschopnost vykonávat samostatně hygienu

- neschopnost samostatně se obsloužit²³

Cíl:

Zajištění komplexní ošetřovatelské péče po dobu snížené soběstačnosti, nemocný se stane soběstačným.

Ošetřovatelský plán:

- zjistí rozsah sebedpěče
- edukuj o možnostech a technikách usnadnění realizace sebedpěče
- použij veškeré dostupné kompenzační pomůcky
- psychicky podporuj pacienta

Realizace(27.- 29.11.):

Denně zjišťuji stav sebedpěče a soběstačnosti. Následné zjištění konzultuji s dalším personálem a příbuznými. Po analyzování informací podnikám kroky vedoucí ke zlepšení soběstačnosti. Dále pacientovi vysvětluji techniky usnadnění některých úkonů při sebeobsluze. První pooperační den pacient provádí hygienu v sedě na lůžku, při kterém mu asistuji (podávám mu umyvadlo, ručník a hygienické potřeby, umyji záda a dolní končetiny a pomáhám mu při posazování). K lůžku dávám pacientovi schůdek pro stabilizaci. Stolek má upraven pro své potřeby, aby měl snadný přístup k základním věcem (hodinky, časopis, fotky a hlavně tekutiny). K zajištění soukromí používám plentu. Následující dny se pacient myje u umyvadla, kam ho vždy doprovázím a aktivně mu nabízím pomoc, např. u mytí zad a DK. Pro zajištění fyzického komfortu k umyvadlu dávám židli. Po každém výkonu (zdařilém i nezdařilém) ho pochválím a podporuji. Velkou potřebu vykonává 3. den po operaci na WC, kam ho doprovodím a poučím pro případ, že by se mu udělalo nevolno. Denně mu měním ložní prádlo a košili. Podle potřeb asistuji při výkonech, které sám nezvládá.

Hodnocení (29. 11.):

²³ MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v nanda doménách*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

Cíl částečně splněn. První dva dny pacient vyžadoval zvýšenou péči při hygieně a pohybu. Další dny pak postupné zlepšování sebezpěče s minimem asistence. Pacient odcházel z oddělení částečně soběstačný, vyžadoval minimální pomoc při hygieně (při mytí dolních končetin).

7.8 Strach z budoucnosti

Úzkost ve vztahu k možnému zhoršení stavu s následnou poruchou spánku.

(28. 11.)

Faktory:

- omezená pohyblivost
- strach o rodinu, neschopnost postarat se o manželku
- strach ze ztráty zaměstnání
- pocit, že bude doma na obtíž
- nesplněné plány
- nemocniční prostředí
- neznalost

Příznaky:

- úzkost, smutek, nervozita, apatie
- zvýšené napětí, lítost, nejistota
- zhoršený oční kontakt, zvýšená bdělost, únava
- trhavé pohyby, kvantitativní snížená vnímavost
- poruchy spánku²⁴

Cíl:

Dosáhnout, aby pacient měl co nejméně obav z budoucnosti, věřil si a těšil se na návrat domů.

Ošetrovatelský plán:

- zjistí míru smutku

²⁴ MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

- intenzivně komunikuj o problému
- hledejte společná východiska z problému
- edukuj pacienta o diagnóze
- buď trpělivý, empatický
- povzbuzuj a zapoj rodinu do problému

Realizace (28.- 30. 11.):

První příznaky úzkosti se začínají projevovat u pana J. K. 2. den po operaci. Je zamyšlený, málo komunikuje a nejeví zájem. Přes noc se nevyspal, spal asi 4 hodiny. Zjišťuji příčiny apatie. Dlouze hovoříme o problému a hledáme společné řešení. Snažím se ho povzbudit vyprávěním příběhů o plně uzdravených pacientech. Mluvíme spolu o nemoci a vzájemně si doplňujeme vědomosti. Navrhuji možnost promluvit si s psychologem- nepřijímá. Při každé konverzaci dlouze a pozorně naslouchám. 4. den komunikuji o problému s manželkou a dcerou. Snažím se vysvětlit situaci a navrhuji různé způsoby řešení (podpora při rehabilitaci, povzbuzování, trpělivost, podporování v plánování budoucnosti).

Hodnocení (30. 11.):

Cíl částečně splněn. Pan J. K. měl při odchodu dobrou náladu, ale zároveň byl smutný, že nás opouští. Je smířen s budoucností, ať už bude jakákoliv. Nehodlá se za žádnou cenu vzdávat. Oplývá optimismem a plány do budoucna. Spaní se mírně zlepšilo, přes noc spal asi 6 hodin.

8 EDUKAČNÍ PROGRAM PRO RODINU A PACIENTY S MYASTHENIA GRAVIS

8.1 Edukace o dechové rehabilitaci (29. 11.)

Cíl: Dosáhnout maximální informovanosti pacienta o rehabilitaci.

Význam:

Po operaci, všeobecně zvláště pak po výkonu na hrudním koši, dochází k omezování respiračních pohybů, což způsobuje poruchu ventilace a následné zhoršení saturace krve kyslíkem. Vhodnou dechovou rehabilitací můžeme zabránit poruchám ventilace a tím se vyhnou zbytečným komplikacím.

Nácvik dechové rehabilitace:

Poloha je vleže na zádech s pokrčenými dolními končetinami. Nádech přes zúžený nosní otvory (dvěma prsty lehce zmáčkněte nosní otvory) a vzápětí volně vydechněte přes malou ústní štěrbinu. Cvičení opakujte 4- 6x.

Nácvik horního hrudního dýchání:

Výchozí poloha se nemění, pak ruce dlaněmi položte na oblast podkličku. Nadechněte se, až ucítíte pohyb hrudníku, tak na malou chvíli zadržte dech a pak vydechněte. Cvičení opakujte 5- 8x.

Nacvičení dolního hrudního dýchání:

Poloha neměnná. Položte dlaně na dolní okraj žeber a nadechněte se, až ucítíte zvedání hrudníku, pomalu vydechněte přes úzkou ústní štěrbinu. Cvičení opakujte 5- 8x.

Nácvik bráničního dýchání:

Poloha neměnná. Dlaně položte na oblast pupku, pomalu se nadechněte až ucítíte, že se břicho zvedá. Po nádechu volně vydechujeme přes úzkou štěrbinu úst.

Hodnocení:

Edukace proběhla bez problémů, pan J. K. prokazoval dovednosti ve cvičení, rodina i pacient ochotně spolupracovali.²⁵

8.2 Edukace o svalové síle (29. 11.)

Cíl: Včasná diagnostika zhoršující se nemoci.

Význam:

Aby pacient i rodina co nejdříve rozpoznali zhoršující se symptomy základní diagnózy, aby učinili kroky vedoucí ke zlepšení symptomů a co nejdříve vyhledali lékařskou pomoc.

Realizace:

S pacientem i s jeho rodinou (manželkou, dcerou) jsme si sedli do koutku pro návštěvy a konverzovali. Myasthenia gravis je onemocnění, při kterém dochází k poruše přenosu vzruchu na nervovosvalové ploténce. Při nadměrném zatížení dochází ke spotřebování acetylcholinu a to má za následek zhoršení symptomů nemoci. Obecně platí, že nemocní se symptomy kterékoliv fáze nemoci, by se měli vyhýbat zvýšené fyzické zátěži. Při zhoršení příznaků po vědomé fyzické zátěži, by se měl pacient určitou dobu vyhýbat zátěži. Pokud by nedošlo ke zlepšení příznaků, ba naopak dojde ke zhoršení, musí co nejdříve navštívit svého lékaře.

Závěr:

Pan J. K. i rodina byli už před edukací velmi dobře informovaní o nemoci. Vzájemně jsme si vyměnili informace a tak jsme získali nové znalosti oboustranně.

²⁵ KLUSOŇOVÁ, Eva, PITNEROVÁ, Jana. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 1. vyd. Brno : Mikada, 2000. 107 s. ISBN 80-7013-319-8.

8.3 Edukace o stravování myastheniků s dysfagickými potížemi

(29. 11.)

Cíl: Poučit o možnostech úpravy stravy u pacientů s potížemi polykání.

Význam:

Rozšířit obzor v možnostech přípravy jídel.

Realizace:

V klidné atmosféře návštěvnického koutku jsme plynule přenesli konverzaci k dalšímu tématu. Pan J. K. už zažil situaci, kdy jeho nemoc progredovala do fáze, kdy začal mít potíže s polykáním. Takže i v tomto směru měla celá rodina dostatek informací. Je velmi důležité, aby byla celá rodina dostatečně informovaná o možnostech dietoterapie v období dysfagických potíží. Při počínajících potížích by se měla nasadit šetřící dieta, dále by měla následovat kašovitá strava a při těžké dysfagii by měl být pacient na tekuté dietě. Správnou úpravou diety můžeme docílit minimálního úbytku na váze a tím se zvyšuje regenerační schopnost organismu. Velký význam má také na psychiku pacienta. Dále existují doplňky stravy (např. Nutrison), které jsou schopny plnohodnotně nahradit normální stravu. Je vhodné vyhýbat se potravinám hůře polykatelným (např. rýže, bábovka atd.). (Příloha č.14)

Hodnocení:

Opět došlo k vzájemné výměně informací. Pacient i rodina pochopila důležitost správné výživy a vhodného výběru a úpravy diety.

9 ZÁVĚR A PROGNÓZA

O pana J. K. jsem se staral do 30. 11. 2007. Poté byl přeložen na standardní lůžkové oddělení. Během hospitalizace jsme mezi sebou navázali velmi dobré vztahy. Neměli jsme žádné problémy v komunikaci, což usnadnilo a zrychlilo řešení problémů. Do domácí péče byl propuštěn 3. 12. 2007, pečovat o něj bude manželka, v případě potřeby budou nablízko i děti. Konzultoval jsem s rodinou možné komplikace, které mohou nastat po operaci a edukoval je o možnostech pomoci. Kontrola na naší ambulanci proběhla 10. 12. 2007 bez problémů. V tento den nás pan J. K. navštívil a vypadal velmi spokojeně. Z ošetřovatelského hlediska byl bez nutnosti další péče. Po kontrole na naší klinice byl předán do následné péče na Neurologickou kliniku 1. LF UK.

Z lékařského hlediska má klient velkou naději, že po roce intermitentních potíží následuje dlouhé období remise. Přežívání pacientů po thymektomii ve III. stádiu myasthenia gravis je individuální, 5leté 60-70 %, 10leté 25-50 %.²⁶

²⁶ SCHÜTZNER, Jan, ŠMAT, Václav. *Myasthenia Gravis : Komplexní pojetí a chirurgická léčba*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. 136 s. ISBN 80-7262-307-9.

10 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. SCHÜTZNER, Jan, ŠMAT, Václav. *Myasthenia Gravis : Komplexní pojetí a chirurgická léčba*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. 136 s. ISBN 80-7262-307-9.
2. HAVRDOVÁ, Eva, et al. *Neuroimunologie*. 2001. vyd. Praha : Maxdorf s.r.o., 1. vyd. 451 s. ISBN 80-85912-24-4.
3. SLADKÁ, Jaroslava . *Http://www.zdrava-rodina.cz/* [online]. 1999 [cit. 1999-02-18]. Dostupný z WWW: <http://www.zdrava-rodina.cz/med/med299/med299_21.html>.
4. PÍŤHA, Jiří. *www.neuro.lf1.cuni.cz* [online]. 1998 , 24.8.2007 [cit. 2007-08-24]. Dostupný z WWW: <http://www.neuro.lf1.cuni.cz/index.php?page=centrum_mg>.
5. KLUSOŇOVÁ, Eva, PITNEROVÁ, Jana. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 1. vyd. Brno : Mikada, 2000. 107 s. ISBN 80-7013-319-8.
6. DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. vyd. Praha : Grada Publishing, spol.s.r.o, 2001. 564 s. ISBN 80-247-0242-8.
7. TRACHTOVÁ, Eva, et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměněné vyd. Brno : Mikadapress spol. s.r.o., 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
8. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
9. BENDA, Karel, et al. *Medi stránky*. 6. vyd. [s.l.] : Mediatel, spol. s.r.o., 2004. 908 s.
10. ŠVIHOVEC, J. *Pharmindex kompendium*, 1. vydání., Praha: nakladatelství MediMedia, 1995. ISBN 80-901781-2-X
11. Chorobopis 3. chirurgické kliniky v Motole

11 SEZNAM PŘÍLOH

1. Vstupní ošetřovatelský záznam
2. Plán ošetřovatelské péče
3. Anatomie
4. Synapse postižená
5. Synapse zdravá
6. Facio- bulbární postižení
7. Obrázek chirurgické thymektomie
8. Vizuální analogová škála
9. Index BMI
10. Barthelův test ADL
11. Glasgow coma scale
12. Norton skóre
13. Nutriční skóre
14. Kašovitá dieta

12 SEZNAM ZKRATEK

ADL	activity daily living
amp.	ampule
ATB	antibiotika
BMI	body mass index
CT	výpočetní tomografie
DK	dolní končetina
GIT	gastro intestinální trakt
Hgmm	milimetrů rtuťového sloupce
HK	horní končetina
IgG	imunoglobuliny G
i.m.	intra musculárně
i.v.	intra venózně
JIP	jednotka intenzivní péče
NMR	nukleární magnetická rezonance
sol.	solutio
s.c.	subkutánně
tbl.	tabletky
TK	krevní tlak
VAS	visual analog scales

