

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
1.LÉKAŘSKÁ FAKULTA

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

2008

KOTLANOVÁ ŠÁRKA

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
1.LÉKAŘSKÁ FAKULTA  
ÚSTAV TEORIE A PRAXE OŠETŘOVATELSTVÍ

BAKALÁŘSKÉ STUDIUM OŠETŘOVATELSTVÍ

OŠETŘOVÁNÍ KLIENTKY S KARCINOMEM OVARIA  
(NURSING CLIENT WITH OVARY CANCER)

2007/2008

KOTLANOVÁ

ŠÁRKA

VEDOUCÍ PRÁCE: Mgr. LENKA NOVÁKOVÁ

## Obsah

### Úvod

1. Přehled klinické anatomie reprodukčních orgánů .....	5
2. Etiologie a patogeneze epitelových nádorů ovaria .....	7
3. Identifikační údaje .....	10
4. Lékařská anamnéza .....	11
5. Operační výkony, protokol, terapie .....	12
5.1 Operační diagnózy .....	12
5.2 Operační výkony .....	13
5.3 Operační protokol .....	13
6. Diagnostická péče .....	13
6.1 Laboratorní vyšetření .....	13
6.2 Další diagnostická vyšetření .....	15
7. Ošetrovatelský záznam+terapeutická péče .....	17
7.1.1 Den ošetřování- 1.4.2008 .....	17
7.1.2 Monitorace FF+antropometrické údaje .....	18
7.2.1 Den ošetřování- 2.4.2008 .....	18
7.2.2 Monitorace FF .....	18
7.2.3 Farmakoterapie .....	19
7.2.4 Dietoterapie .....	19
7.2.5 Bilance tekutin .....	19
7.3.2 Monitorace FF .....	20
7.3.3 Farmakoterapie .....	20
7.3.4 Dietoterapie .....	21
7.3.6 Fyzioterapie .....	21
7.3.7 Další péče .....	21
7.4.1 Den ošetřování- 4.4.2008 .....	21
7.4.2 Monitorace FF .....	21
7.4.3 Farmakoterapie .....	22
7.4.4 Dietoterapie .....	22
7.4.5 Bilance tekutin .....	22
7.4.6 Fyzioterapie .....	22
7.4.7 Další péče .....	23
8. Přehled léků .....	23
9. Ošetrovatelská anamnéza a současný stav- 1.4.-4.4.2008 .....	25
9.1 Subjektivní náhled klientky na nemoc a hospitalizaci .....	25
9.2 Základní fyziologické potřeby .....	26
9.3 Psychosociální potřeby .....	28
10. Ošetrovatelské diagnózy .....	29
11. Ošetrovatelský cíl, plán, realizace, hodnocení .....	30
11.    Ošetrovatelský závěr a prognóza .....	35
12. Zdroje: .....	36
13. Seznam zkratk .....	37
Příloha č. 1- Klasifikace TNM a rozdělení do stadií u karcinomu ovaria	
Příloha č. 2- Ultrasonografický obraz karcinomu ovaria	
Příloha č. 3- Pooperační nález pokročilého karcinomu ovaria	
Příloha č. 4- Sagitální řez ženskou pánví	
Příloha č. 5- Vstupní ošetrovatelský záznam, plán ošetrovatelské péče	

## Úvod

Pro závěrečnou práci jsem si vybrala gynekologickou kazuistiku, protože bych chtěla v budoucnu na oddělení gynekologie pracovat. Při výběru tématu mě zaujala klientka s diagnózou karcinomu ovaria. Klientka byla již po hysterectomii a bilaterální adnexetomii a byla do nemocnice přijata k dalšímu operačnímu postupu- omentectomii, appendectomii, lymphadenectomii pelvica et paraaortalis a lavage. Zajímalo mě, jak se bude dále vyvíjet stav klientky a jaký bude další léčebný postup, který se odvíjel z histologického nálezu odebrané tkáně během operace. Také jsem chtěla vědět, jak na svůj zdravotní stav nahlíží klientka a jak se se svou diagnózou vyrovnává hlavně po stránce psychické. Spolupráce s klientkou byla velmi dobrá a pomohla mi udělat si představu o tom, jak se může cítit člověk s touto závažnou diagnózou. Doufám, že moje práce bude přínosem pro ostatní a bude dobrým příkladem pro představu o klientkách s touto diagnózou.

## 1. Přehled klinické anatomie reprodukčních orgánů

### 1. Vaječník (*ovarium, oophoron*)

Jde o párový orgán, který je zdrojem ženských pohlavních buněk, ale současně je i endokrinní žlázou. V období pohlavního dospívání se ovarium zvětšuje: v dospělosti je to ovoidní útvar rozměrů cca 3 až 5×3×2 cm, bělavé barvy, jehož povrch je v důsledku dozrávání folikulů hrboletý. V seniu se ovarium zmenšuje a svrašťuje.

Ovarium není fixováno k žádné pevné struktuře, volně visí na peritoneální duplikatuře, zvané mesovarium, která je součástí zadního listu plica lata uteri. Od pánevního pólu ovaria vede peritoneální duplikatura- ligamentum suspensorium ovarii seu plica infundibulopelvica, mediální pól ovaria poutá k děložnímu hrdlu ligamentum ovarii proprium seu chorda uteroovarica. Povrch ovaria, ač je v peritoneální dutině, není kryt peritoneem, ale epitelem jednovrstevným. Pod epitelem je tunica albuginea, což je vrstva ztlustělého vaziva. Vlastní ovariální stroma se dělí na kůru a dřev. Kůra obsahuje folikulární aparát skládající se z několika folikulů. Primární folikul, Graafův folikul- ten se skládá z několika vrstev: theca folliculi externa, theca folliculi interna, membrana granulosa.

Při ovulaci Graafův folikul praskne a folikulární tekutina s vajíčkem vyteče do peritoneální dutiny. Granulózové buňky stěny zborceného folikulu se přeměňují na buňky luteální a vytvoří se žluté tělísko- corpus luteum. Vzniklo-li těhotenství, mění se v corpus luteum graviditatis, jinak během 10-12 dnů zaniká involucí a zbývá po něm vazivové corpus albicans. Za fertlní období ženy dozraje asi 450 folikulů, další zanikají atrezií.

Cévní zásobenění ovaria: a. ovaria je párovou viscerální větví břišní aorty, z té odstupuje ve výši L2 blízko pod a. renalis. Stejnojmenné žíly ústí do v. cava caudalis (vpravo) nebo do v. renalis. K ovariu tyto cévy probíhají skrze lig. suspensorium ovarii.

### 2. Vejcovod (*salpinx, tuba Terina Fallopii*)

Vejcovod je trubcového tvaru, délky 10-12 cm a tloušťky asi 0,5 cm. Mediální konec vejcovodu prochází děložním rohem, pak následuje úzký isthmus, který se rozšiřuje v ampulu zakončenou laterálně infundibulem. To je nálevkovité s řasnatými fimbriemi po obvodu břišního vyústění- ostium abdominale, kterým se vejcovod volně otevírá do peritoneální dutiny. Stěna vejcovodu se skládá ze tří vrstev: vnitřní sliznice (endosalpinx), střední vrstva z hladké svaloviny s vnitřní vrstvou cirkulární a s vnější longitudinální a zevní vrstva, kdy je vejcovod krytý serózou, ta přechází v závěs (mesosalpinx – horní okraj plica lata uteri).

### 3. Děloha (*uterus, metra*)

Děloha je dutý svalový orgán uložený v centru pánve, tvaru předozadně oploštělé hrušky. Má dvě základní části: tělo- corpus uteri a hrdlo- cervix uteri. Mezi nimi je malý spojovací úsek- isthmus uteri- ten je důležitý v těhotenství, kdy se postupně přeměňuje v tzv. dolní děložní segment. Děložní tělo má přední a zadní stěnu, které v sebe přecházejí laterálně hranami, kraniálně dnem (fundus), kaudálně v hrdlo. Děložní fundus je mírně konvexní, laterálně vybíhá v děložní rohy, z každého odstupuje jeden vejcovod, ale také lig. teres uteri a lig. ovarii proprium. Stěna děložní má tři vrstvy: vnitřní, tu tvoří sliznice- endometrium, střední- nejmasivnější, dává děloze tvar a tvoří ji hladká svalovina- myometrium a zevní- perimetrium.

Děložní hrdlo má dva druhy epitelu, kanál hrdla vystýlá endocervix, část hrdla obrácená k pochvě má povrchovou sliznici- ectocervix.

Velikost dělohy, její tvar a proporce (poměr mezi délkou těla a délkou hrdla) závisejí na estrogenizaci ženy. Tělo reaguje na estrogény více výrazněji než hrdlo.

Plně vyvinutá děloha ženy, která dosud nerodila, je zpravidla 7-9 cm dlouhá, ve fundu 4-5 cm široká a předozadní průměr měří 2,5-3,5 cm.

Cévní zásobení dělohy obstarává a. uterina, která je větví a. iliaca interna. Probíhá v plica lata uteri k děložnímu hrdlu, ve vzdálenosti asi 2 cm od něho se kříží s ureterem.

#### 4. Pochva (*vagina, colpos*)

Pochva je odvodná pohlavní a kopulační orgán. Má tvar trubice, která se kraniálním koncem upíná na děložní hrdlo, kaudálním koncem se otevírá navenek jako ostium vaginae mezi labia minora do tzv. vestibulum vaginae. Pochva se upíná na děložní hrdlo v místě hranice portio vaginalis cervicis uteri tak, že vzadu vytváří hlubokou zadní klenbu a mělkou přední klenbu. Poševní stěna se skládá ze tří vrstev. 1. ze sliznice- tunica mucosa- tvoří mnohvrstevný dlaždicový epitel, od kůže se liší tím, že nerohovatí a nemá žádná adnexa, tj. žádné žlázy ani chlupy. 2. ze svaloviny- ta je hladká. 3. z adventicie- vazivový obal pochvy přecházející plynule do okolního vaziva zvaného paracolpium. Pochva je zásobena shora větvemi a. uterina, ze zadu a. rectalis media a zdola z a. pudendi interna.

#### 5. Pánevní peritoneum

Pánevní peritoneum je pokračováním a nejnižší částí viscerálního pokryvu pobřišnicové dutiny. V centru pánve vytváří příčnou přepážku- ligamentum latum uteri.

Ligamentum latum rozděluje dno peritoneálního prostoru na menší, méně hlubokou část- excavatio vesicouterina (jejíž dno je zhruba ve výši vnitřní branky děložního hrdla) a hlubší část, zvanou excavatio rectouterina (Douglasův prostor). Ten zasahuje až na zadní poševní klenbu a je nejnižším místem pobřišnicové dutiny u stojící i ležící ženy. Proto sem stéká patologický tekutý obsah při chorobných procesech (krev, hnis), který lze získat punkcí zadní poševní klenbou.

#### 6. Zevní rodidla (*vulva, cunnus, pudendum femininum externum*)

Zahrnují hrmu, velké a malé stydké pysky, poštváček, poševní vchod či předsíň, panenskou blánu, bulbi vestibuli, bartholinské žlázy a vlastně i hráz. K vulvě patří i pubické ochlupení.

Velké stydké pysky (labia majora pudendi) jsou přímým pokračováním hrmy směrem dorzokaudálním a tvoří je párová kožní řasa. Ve střední čáře k sobě přikládají a vytvářejí tzv. rima pudendi.

Malé stydké pysky (labia minora pudendi, nymphae) jsou kožně-slizniční duplikatury uložené navnitř od velkých labií. Směrem vzhůru se rozdělují, jejich horní řasa tvoří předkožku a dolní řasa uzdičku.

Poštváček (klitoris) je kavernózní orgán, analogický penisu.

Poševní vchod či předsíň je prostor ohraničený malými stydkými pysky a poštváčkem, vzadu tvoří jamku zvanou fossa navicularis.

Panenská blána (hymen) je slizniční duplikatura v ostium vaginae. Skladba i tvar hymenu jsou závislé na estrogenech, podobně jako poševní sliznice.

Bulbus vestibuli je párové kavernózní těleso obklopující vpředu a po stranách poševní vchod.

Bartolinská žláza (glandula vestibularis major Bartholini) je párová žláza rozměrů asi 2×1 cm, uložená v bázi velkých labií s vývodem ústícím navnitř od malých labií.

Hráz (perineum) je asi 4 cm široká přepážka mezi zadní komisurou velkých zadních pysků a řitním otvorem. Je tvořena kůží, podkožím a svalovinou.

Pubické ochlupení (pubes) patří mezi druhotné pohlavní znaky a pokrývá u dospělé ženy hru a velké stydké pysky.

Nádory vaječníků jsou mezi maligními novotvory u žen zastoupeny přibližně 15%.

Statistika ÚZIS udává jejich incidenci v ČR v roce 1998 22,9/100 000 žen. V převážné většině (70-90%) jde o nádory vycházející z povrchového celomového epitelu. Tyto epitelové nádory (karcinomy) se vyskytují v různých variantách. Zbýlých 10-20% připadá na neepitelové nádory vycházející ze zárodečných buněk, popř. z jiných struktur ovaria. Jako druhotné nádory se označují metastázy jiných solidních nádorů ovaria.

Maligní nádory ovaria rostou sice pomalu, mají však tendenci k tvorbě implantačních metastáz na peritoneu, jež se projeví až tvorbou ascitu. Současně nádor metastazuje lymfatickou cestou do spádových i vzdálených uzlin (Pánevní, paraaortální, nadklíčkové, mediastinální). Hematogenní šíření do jater a do plic je častější u nediferencovaných karcinomů a u nádorů neepitelového původu. Určení histologického typu nádoru má důležitý prognostický význam.

(2)

## **2. Etiologie a patogeneze epitelových nádorů ovaria**

Etiologie ovariálních karcinomů není známá. V patogenezi se přisuzuje významná **role estrogenům**. Při každé ovulaci dochází k porušení celistvosti povrchu ovaria a působením estrogenů vzniká riziko zvýšené proliferace ovariálního epitelu. Po ovulaci se totiž

celomový epitel invaginací dostává do sousedních buněk produkujících estrogenu, které mohou ovlivnit expresi některých onkogenů a růstových faktorů. Je proto logické, že užívání hormonální antikoncepce omezující počet ovulací riziko ovariálního karcinomu snižuje (při dlouhodobém užívání až o 40%). Naopak dlouhodobá ovulační aktivita (častá menarche, pozdní menopauza), stejně jako nuliparita, riziko vzniku karcinomu ovaria zvyšují. Změny působené estrogenu i jinými kancerogenními faktory jsou komplexní povahy. Význam v patogenezi ovariálního karcinomu se přisuzuje též endotelinu, který je zvýšeně exprimován nádorovými buňkami. Endotelin podporuje angiogenezi, usnadňuje migraci buněk a zvyšuje jejich proliferativní aktivitu. Z rizikových faktorů mají nepochybně význam i **faktory genetické**, které jsou příčinou vzniku ovariálních karcinomů asi u 5% žen. Cytogenetické studie prokázaly u pacientek ovariálním karcinomem ještě větší počet chromosomálních abnormalit (např. trisomie chromosomu 10, abnormality chromosomů 9, 13 a 15). Žádná z nich se však dosud neukázala jako specifická pro ovariální karcinom.

### VARIANTY OVARIÁLNÍHO KARCINOMU

Epitelové nádory se mohou vyskytovat v různých histologických variantách:

1. *Seriózní epitelové nádory*- tvoří asi třetinu všech ovariálních nádorů. Přibližně polovina je benigních. Karcinomy představují asi 40% všech maligních nádorů.
2. *Mucinózní epitelové nádory*- vycházejí z epitelu identického s cylindrickým epitelem děložního hrdla. Nejčastější jsou ve středním a dospělém věku, mezi maligními nádory ovaria představují asi 10%.
3. *Endometrioidní nádory*- jsou charakterizované strukturami podobnými endokorporálnímu endometriu. Vyskytuje se asi ve 20%.
4. *Klarocelulární nádory*- jsou vzácné, považují se za variantu endometrioidního karcinomu.
5. *Brennerův nádor*- je to novotvar s komplexní strukturou, s převažující mezenchymovou tkání odpovídající korovému stromatu. Malignizace se týká pouze epitelové komponenty nádoru. Maligní varianty jsou vzácné.

### KLINICKÝ OBRAZ

Klinický obraz je zcela necharakteristický. Je to nechutenství, úbytek hmotnosti, únava, neurčitý dyskomfort v břiše, pocit plnosti, častější močení. Nemocná pozoruje zvětšující se objem břicha, který může být způsoben rostoucím nádorem nebo častěji vznikem ascitu. Z vysokého stavu bránice pak pramení dechové obtíže. Nepravidelné menstruační krvácení je méně časté a vyskytuje se jen u hormonálně aktivních nádorů.

### DIAGNOSTIKA A STAGING

Stanovení diagnózy je obtížné. Často je nádor rozpoznán až v pozdních stadiích. Ke stanovení dg. nestačí pouze klinické vyšetření. Důležitá diagnostická metoda je ultrasonografie a další zobrazovací metody (CT pánve a retroperitonea, RTG plic), event. laparoskopie. Fakultativně mohou být užitečná i další vyšetření: irigografie, vylučovací urografie, popřípadě endoskopická vyšetření, jako rektoskopie nebo koloskopie. Přesnou diagnózu je možné určit až bioptickým vyšetřením při laparotomii. Velmi přínosné je vyšetření nádorových markerů.

STAGING- určuje se stanovením klasifikace TNM. Prognostické faktory se posuzují komplexně. Za nejvýznamnější se považuje vedle histologického typu stupeň diferenciacie (grading) většinou určovaný podle procenta nediferencovaných buněk 4 stupni. Dle práce Silverberga se berou v úvahu tři parametry, v každém z nich se určí skóre 1-3: 1.



strukturální uspořádání (glandulární, papilární či solidní), 2. jaderný polymorfismus (lehké, střední nebo těžké atypie), 3. mitotickou aktivitu (počet mitóz na 10 zorných polí do 9, do 25 a nad 25). Definitivní grade nádoru se určí součtem skóre jednotlivých parametrů. Součet do 5 značí grade 1, do 7 grade 2 a součet do 8 a 9 grade 3. Prognostický význam má i staging, jak lze dokumentovat na pětiletém přežití v jednotlivých stadiích. U stadia I je to 70-75%, u stadia II 40-45%, u stadia III kolem 20% a u stadia IV pouze 5-7%. Z dalších prognostických faktorů se zvažuje věk nemocné, cytologie ascitu a velikost reziduálního nádoru po operaci.

## **TERAPIE**

V léčbě karcinomu převažují multimodální přístupy. Postup by měl vždy stanovit tým odborníků.

Chirurgická léčba- je za všech okolností indikována jako první, neboť bez explorativní laparotomie nelze určit stadium onemocnění. Operací se získá i dostatečné množství bioptického materiálu k určení histologického typu nádoru i stupně jeho diferenciacie. Obligátním výkonem je hysterektomie s oboustrannou adnexetomií. Vzhledem k častému postižení omenta palpačně nerozeznatelnými metastázami se doporučuje současná infrakolická omentektomie. Za nezbytný doplněk výkonu se nadále považuje apendektomie, pánevní a paraaortální lymfadenektomie a cytologické vyšetření z ascitu nebo výplachu peritoneální dutiny a vícečetné biopsie (z pánevní stěny, z podbrániční oblasti). Čím menší je reziduální nádor po operaci, tím větší jsou vyhlídky následné adjuvantní léčby, ať už radioterapie nebo chemoterapie.

Radioterapie- jako adjuvantní léčebná metoda se těšila značné oblibě, dnes se však diskutuje jak o jejím nevhodnějším zařazení do komplexní léčby, tak o technice ozařování. Intraperitoneální aplikace radionuklidů je nejméně vhodná. Za nevhodnější k radioterapii se považovala stadia I a II po předchozí operaci. Dnes se však dává přednost adjuvantní chemoterapii. Pokud se radioterapie indikuje, volí se tzv. technika WART (whole abdomen radiotherapy), tj. ozařování ze dvou protilehlých polí zaujímajících celou dutinu břišní a pánev s denní frakcionací 1,5-1,8 Gy na frakci do celkové dávky 25,0 - 30,0 Gy. Je nutné stínění ledvin. Radioterapie bývá provázená různými nežádoucími účinky. Jsou to gastrointestinální potíže, průjemy, srůsty, malabsorbce a myelotoxicita. Chemoterapie- podle většiny srovnávacích studií předčí u stadia I a II radioterapii. Pro stadia III IV je metodou volby jednoznačně chemoterapie. Karcinomy ovaria jeví značnou citlivost k řadě cytostatik, jejichž podávání v monoterapii je provázeno relativně vysokým procentem léčebné odpovědi. Za nejúčinnější se považují deriváty platiny (cisplatina, karboplatina, oxaliplatina), kterým se dnes dává přednost i při monoterapii, neboť po klasických alkylačních látkách se popisuje zvýšený výskyt sekundárních malignit. Z dalších cytostatik jsou u ovariálních karcinomů účinná antracyklinová antibiotika (Doxorubicin, Epirubicin), deriváty antracenu (Mitoxantron). . . . . V poslední době byly popsány též příznivé výsledky po léčbě gemcitabinem. Přes vynikající účinnost některých jmenovaných cytostatik se dnes jejich použití v monoterapii omezuje. Kombinovaná terapie je prokazatelně účinnější, neboť procento odpovědi se proti monoterapii zdvojnásobí při větším podílu kompletních remisí.

## **PROGNÓZA**

Prognóza závisí do značné míry na stupni pokročilosti onemocnění. U pacientek s pokročilým stadiem onemocnění v době diagnózy se přes dobrou citlivost nádoru k chemoterapii záhy dostaví relaps a onemocnění končí fatálně během několika let.

### **3. Identifikační údaje**

Jméno a příjmení: D.J.

Oslovení: paní D.

Věk: 55 let      R.Č.: 530000/00

Stav: vdaná

Povolání: ČKD- izolatérka

Vzdělání: základní

Národnost: česká

Pojišťovna: VZP

Vyznání: bez vyznání  
Kontaktní osoba: manžel P., sestra A.

Datum přijetí k hospitalizaci: 1.4.2008

Datum operace: 2.4.2008

Dny mého ošetřování: 1.-4.4.2008

(3,4,5)

#### **4. Lékařská anamnéza**

**RA:** matka zemřela v 51 letech na ca plic, otec zemřel v 42 letech na ca páteře

**OA:** běžné dětské nemoci, TBC-0

operace: 10.3.2008 zde LAVH+AE bilat+lavage

interna: 0

úrazy:0

**Alergie:** Acylpyrin- svědění bez exantému

**FA:** 0

**Abusus:** 0

**Transfuze:** 0

**Varices bilat. klidné TEN:** 0

**GA:**

- menarché v 15 letech, cyklus pravidelný do března 2007- silně  
porody: 2×spont.

**Ab. spont.:** 1×

**UPT:** 0

**Hormonální léčba:** 0

**Na gynekologii:** TCAP zde 8.1.2008

C.P. 16.1.2008 pro hemorrhagii

10.3.2008- LAVH+AE bilat.+lavage- ca ovarii seropapil.1.sin G2

**PSA:** izolarérka

**Závěr:** Pacientka přijata k plánovanému operačnímu výkonu- DSSLAP, LAPA, OE, APE,  
lavage. Zde proved. LAVH+AE bilat. pro nesusp. ovariální cystu vlevo- TU markery  
negativní- histologicky ale ca ovarii 1.sin. G2 seropapilaris

Zevně: bpn

Spec.: pahýl vytažen do pánve, hladký, stehy in situ

Per vag:pahýl hladký, malá pánev volná

(3)

## **5. Operační výkony, protokol, terapie**

### **5.1 Operační diagnózy**

C 56 Ca ovarii

Ca ovarii seropapill G2, st.p. LAVH+AE

## 5.2 Operační výkony

Radikální operace pro ca ovaria  
Omentectomy+Appendectomy+Lymphadenectomy Pelvica et paraaortalis  
Lavage

## 5.3 Operační protokol

V klidné celkové anestezii po dezinfekci operačního pole otevřena dutina břišní v jizvě z dolní střední laparotomie, která rozšířena cca 4 cm nad pupek.

Situs viscerum: st.p. HEA+AE bilat., adheze střev k poševnímu pahýlu, kličky střevní hladké, peritoneální dutina bez známek meta, okraj jater palp. zcela hladký.

Nejprve ostře rozrušujeme adheze. Poté protínám peritoneum nad průběhem a. iliaca externa, uvolňuji adheze a střeva vysunuji kraniálně a za vizualizace ureteru protínám a liguji lig. infundibulopelvicum. Tupě rozpreparovávám retroperitoneum a poté postupně tupě i ostře extirpujeme nejprve vpravo LU od inguiny podél velkých cév. Včetně obturatorní fossy (za vizualizace n. obturatorius), paravezikální fousy a presakrální oblasti. Stejně na straně protilehlé. Pokračuji extirpací uzlin podél a.+v. cava inf., izoluji odstup a. mezenterica inf..

Bipolárními nůžkami provádím omentectomii a následně appendectomii lege artis, pahýl zanořuji tabákovým stehem.

Kontrola krvácení- nekrvácí. Kontrola roušek a malých nástrojů- počet souhlasí.

Redon drainy do obou obturatorových foss. Redon drain do podkoží.

Facie břišní uzavřena PDS stehem, kůže šita jednotlivými stehy.

(3)

## **6. Diagnostická péče**

### 6.1 Laboratorní vyšetření

1.4.2008

Biochemické vyšetření-S,P	Naměřená hodnota	Referenční meze	Hodnocení
Natrium	133,5 mmol/l	132-149	---(-x-)---
Kalium	4,16 mmol/l	3,8-5,5	---(-x-)---
Chloridy	97 mmol/l	97-108	--x(---)---

Krevní obraz	Naměřená hodnota	Hodnocení
Leukocyty	4,6 10 <sup>9</sup> /l	(x--)
Erytrocyty	4,49 10 <sup>12</sup> /l	(-x-)
Hemoglobin	139,0 g/l	(-x-)
Hematokrit	0,403 l/l	(-x-)
Objem ery	89,8 fl	(-x-)
Hb ery	31,0 pg	(-x-)
Hb koncentrace	0,345 g/ml	(-x-)
Destičky	222 10 <sup>9</sup> /l	(-x-)

Biochemické vyšetření krve	Naměřená hodnota	Referenční meze	Hodnocení
Urea	4,12 mmol/l	2-75	---(-x-)---
Kreatinin	76 umol/l	35-100	---(-x-)---
Bilirubin	10 umol/l	0-20	---(-x-)---
Celková bílkovina	74 g/l	65-80	---(-x-)---
C reakt. protein	6,7 mg/l	0-8	---(-x-)---
AST	0,34 ukat/l	0-0,5	---(-x-)---
ALT	0,34 ukat/l	0-0,5	---(-x-)---
ALP	1,07 ukat/l	0,5-2	---(-x-)---
GMT	0,44 ukat/l	0-0,6	---(-x-)---

Vyšetření krevní srážlivosti	Naměřená hodnota	Referenční meze	Hodnocení
Quick test- čas	12,7 s	10,9-15,0	(-x-)
Quick test INR	0,97	0,80-1,20	(-x-)
QT normal	13 s		
APTT	39,2 s	26,8-40,2	(--x)
APTT R	1,16	0,80-1,20	(--x)
APTT normal	33,7		

Tumormarkery	Naměřená hodnota	Referenční meze	Hodnocení
--------------	------------------	-----------------	-----------

CA 19-9	35,6 U/ml	0-37	---(-x-)---
CA 125	23,4 U/ml	0-35	---(-x-)---

Vyšetření krevní skupiny
0 Rh (D) pozitivní

3.4.2008

Krevní obraz	Naměřená hodnota	Referenční meze	Hodnocení
Leukocyty	8,8 10 <sup>9</sup> /l	4-10	(--x)
Erytrocyty	3,93 10 <sup>12</sup> /l	4,20-5,40	x(---)
Hemoglobin	121,0 g/l	120-160	(x--)
Hematokrit	0,357 l/l	0,370-0,460	x(---)
Objem ery	90,8 fl	82-99	(-x-)
Hb ery	30,8 pg	27-33	(-x-)
Hb koncentrace	0,339 g/ml	0,320-0,360	(-x-)
Anisocytosa ery	12,3%	11,6-13,7	(-x-)
Destičky	203 10 <sup>9</sup> /l	140-440	(-x-)
Destičkový Hct	0,200%	0,190-0,360	(x--)
Objem destiček	9,8 fl	7,8-11,0	(x--)
Anisocytosa PLT	17,2%	15,5-17,1	

Biochemické vyšetření krve	Naměřená hodnota	Referenční meze	Hodnocení
Natrium	142,5 mmol/l	132-149	---(-x-)---
Kalium	4,79 mmol/l	3,8-5,5	---(-x-)---
Chloridy	108 mmol/l	97-108	---(-x-)---
Urea	4,56 mmol/l	2-7,5	---(-x-)---
Kreatinin	75 umol/l	35-100	---(-x-)---

## 6.2 Další diagnostická vyšetření

### Interní ambulance

Z anamnézy: 55 letá pacientka s dokument. chron. VAS- pokroč. deg. Změny LS pát., varixy DK, vážněji nemocná nebyla, abusus-0

AA: ACP

FA: 0

Operace: 2× kyretáž, 1/08- opakované metrorrhagie

NO: Odeslána před gynekologickou operací- hysterektomií, stěžuje si na bolesti v kříži, bez KP a GIT problémů, teploty-0, dysurie-0.

Obj.: váha 83 kg, výška 166 cm (BMI 30), eupnoe, bez cyanosy a iktetu, afebrilní.

Hlava+krk: zornice izo, skléry anikter., spoj. růžové, hrdlo klidné, tyreoida nezvětš., žíly přiměř. náplně, ACC bez šelestů, šíje ameningeální, omezena dynamicky C páteř.

Hrudník: poklep jasný, dýchání čisté, sklípkové, akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené, Tf 52/min., TK 140/90 (běžně normotenze).

Břicho: měkké, nebolestivé, bez rezistencí, hepar-0, lien-0

DK bez otoků a zánětu, smíšené varixy bilat., p.p. hmatné, a.a. fem. bez šelestů

EKG: pravid. srd.rytmus, frekvence 53/min., PQ 0,14, QRS 0,08, osa semihoriz., přech.

V 2/3, ST izo, neg. T III, apl. Ta VF, ESO, Voltám je přiměřená.

Závěr: Lehká sinusová bradykardie, bez floridních ischemických změn.

Lab.: FW 28/hod., KO+difer.+hemokoagul. status- v normě

Urea, kreat, Na, K, Cl, bil., ALT, AST, ALP, GMT, alb., CB, CRP- v ref. mezích, glu 6,1...5,8, moč chem.- neg.,

RTG plic: přiměřený nález na nitrohručních orgánech, srdce nezvětš.

Závěr: Varixy DK bilat., VAS LS pát., nadváha, porucha glykémie nalačno, asympt. leukocyturie

Kardiopulmonálně kompenzována, z interního hlediska schopna plánované operace v celkové anestezii.

Doporučení: tromboprolaxe (elast. Kompresy DK, LMWH), nízkenergetická dieta.

### CT břicha a malé pánve

Vyšetření provedeno po perorální přípravě kontrastní látkou i po i.v.aplikaci Iomeron 400, bez reakce, nelokálním modem v rozsahu od bránice po symfýzu.

Játra nezvětšená, bez ložisek, jaterní parenchym obvyklé denzity. Intrahepatické žlučovody nerozšířeny, žlučník nezvětšen, hypodenzního obsahu, stěna nerozšířena.

Pankreas nezvětšen, bez ložiskových změn v parenchymu, d. Wirsunngi nerozšířen.

Nadledviny nezvětšeny. Obě ledviny obvyklého uložení, tvaru a velikosti, bez dilatace dutého systému, bez ložisek v parenchymu. Povrch ledvin hladký, rovný. Slezina nezvětšená, bez ložiskových změn. Žaludek, duodenum a zobraz. kličky tenk. i tlust. střeva orientačně přiměř.



průběhu, normální šíře. Rektosigma orientač. obvykl. vzhledu, stěna rozšířena, místy jsou divertikly.

Močový měchýř hypodenzní, homogenní náplně, ostrých, hladkých kontur, bez zřetelného zesílení stěny. Děloha a adnexa odstraněny, bez infiltrace v okolí.

Lymfatické uzliny v retroperitoneu, v pánvi a v tříselech nezvětšeny.

Zobrazený skelet pánve bez strukturálních změn. Bez volné tekutiny v dutině břišní a v malé pánvi.

Závěr: stav po HYE a AE, divertikuloza a divertikulitida esovité kličky.

Dop.: doplnit irrigo.

(3)

## **7. Ošetrovatelský záznam+terapeutická péče**

### **7.1.1 Den ošetřování- 1.4.2008**

Den hospitalizace: 1. den

Klientka přijata na standardní oddělení pro plánovanou operaci. Při příjmu byl proveden ošetrovatelský záznam a klientka se podrobila přípravě na operaci (holení, čištění pupíku, střevní příprava, viz. farmakoterapie).

### 7.1.2 Monitorace FF+antropometrické údaje

TK	150/90
P	75/min
TT	36°C
Váha	82 kg
Výška	167 cm

### *7.1.3 Farmakoterapie*

Fortran- střeční příprava  
Kefzol 1g á 8h  
Fragmin 2500j

Premedikace: 1.4. na noc Diazepam 10 mg p.o.  
2.4. v 6° Diazepam 10 mg p.o.  
+ H 1/1 500 ml 2× do výkonu (6°-8°, 8°- do výkonu)  
Na zavolání: MO 10 mg s.c.  
Atropin 0,5 mg s.c.

### *7.1.4 Dietoterapie*

- D-3- racionální

### 7.2.1 Den ošetřování- 2.4.2008

Den operace: 0.

Klientka je připravena na operaci, byl jí podán Fragmin a kapou jí infuze H1/1. Na zavolání dostala klientka premedikaci (viz. 6.1.3) a byly jí namotány bandáže. Klientka odjíždí na sál se zajištěným žilním vstupem- LHK. Po operaci klientka přivezena na JIP, má zavedený permanentní močový katétr, 3×Redonův drén. Po příjezdu ze sálu je jí podán O2 pro nízkou saturaci.

### 7.2.2 Monitorace FF

Čas	11:15	11:30	11:45	12:00	12:15	12:30	12:45	13:00
TK	115/80	120/75	120/70	115/70	110/75	115/65	120/85	130/80
P	76'	82'	85'	80'	78'	75'	66'	76'
SAT	90%	97%	96%	96%	95%	97%	94%	97%
D	14'	16'	16'	16'	15'	16'	15'	16'
TT	36,4°C			36,6°C				36,6°C

Čas	14	15	16	17	18	19	20	21
TK	125/80	125/90	120/80	120/80	130/80	120/70	110/70	115/80
P	80'	65'	75'	60'	70'	70'	65'	70'
SAT	96%	96%	97%	95%	97%	96%	98%	96%
D	18'	20'	16'	16'	17'	16'	16'	17'
TT				36,6°C				36,8°C

### 7.2.3 Farmakoterapie

Pooperační péče ze sálu:

Do epidurálního katétru:

FR 80 ml+ Markain 0,5 % 20 ml+ MO 4 mg- kapat rychlostí 4-5 ml/h, při bolesti bolus 4 ml a zvýšit rychlost dle lékaře

11:30- začít bolus do epidurálního katétru 6 ml ze směsi, poté rychlostí 5 ml/h

Infuzní terapie:

1. F 1/1 500 ml
2. H 1/1 500 ml
3. F 1/1 500 ml

Další terapie:

- P+V á 6 hod.
- analgetika do EA dle ARO
- Novalgin amp. 3×i.m. dle potřeby
- Fragmin 2500 j. s.c. á 24 hod.
- Kefzol 1g á 8h i.v.
- zítra KO, minerály biochemie
- NGS ex

### 7.2.4 Dietoterapie

- nic per os

### 7.2.5 Bilance tekutin

Výdej moči: 1900 ml

Příjem: 4300 ml  
Redonův drén: 1. 110 ml  
2. 160 ml  
3. stopa

### *7.3.1 Den ošetřování- 3.4.2008*

Pooperační den: 1.

Klientka je stále na JIP, má PŽK na LHK, zavedený permanentní močový katétr, epidurální katétr (ten je kvůli snížené citlivosti PDK povytáhnut na 14 cm a převázán) a 3 Redonovy drény.

### 7.3.2 Monitorace FF

Čas	6h	7h	8h	9h	10h	11h
TK	115/70	115/80	120/80	125/70	115/75	115/80
P	66'	76'	76'	74'	75'	65'
SAT	96%	96%	98%	97%	97%	97%
D	16'	16'	18'	17'	20'	21'
TT	36,6°C				36,7°C	

Čas	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h
TK	115/80	115/80	120/80	115/70	120/80	115/80	120/80
P	72'	69'	74'	76'	65'	76'	65'
SAT	97%	97%	98%	97%	96%	97%	97%
D	20'	20'	18'	17'	20'	18'	20'
TT			36,8°C				36,6°C

### 7.3.3 Farmakoterapie

Infuzní terapie: 1. 10% G + 8j. HMR  
2. FR 500 ml  
3. 5% G 500 ml  
4. H 1/1 500 ml  
5. 10% G + 8j. HMR  
6. H 1/1 500 ml

Ostatní terapie: Fragmin 2500 j. s.c. á 24h  
Kefzol 1 g á 8h  
Torecan+ Degan při zvracení

Diazepam 5 mg i.m./ noc

#### 7.3.4 Dietoterapie

- čaj po lžičkách

#### 7.3.5 Bilance tekutin

Výdej moči: 4000 ml

Příjem: 3600 ml

Redonův drén: 1. +0

2. +10

3. + 20

#### 7.3.6 Fyzioterapie

- fyzioterapie hrudníku, kondiční cvičení na lůžku, nácvik sedu, stoje a chůze

#### 7.3.7 Další péče

- bandáže DK

- pomoc při hygieně u umyvadla

- převaz operační rány

#### 7.4.1 Den ošetřování- 4.4.2008

Pooperační den: 2.

Klientka nadále hospitalizována na JIP, má zavedený PŽK, PMK, epidurální katétr, 3

Redonovy drény.

#### 7.4.2 Monitorace FF

Čas	6h	7h	8h	9h	10h	11h
TK	115/80	115/75	120/70	115/70	125/75	120/80

P	74'	74'	67'	75'	80'	70'
SAT	97%	96%	96%	96%	96%	96%
D	18'	19'	18'	18'	16'	18'
TT	37°C				36,9°C	

Čas	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h
TK	120/85	125/85	125/80	125/85	120/85	120/80	120/80
P	75'	78'	76'	76'	76'	80'	82'
SAT	97%	97%	96%	96%	96%	97%	96%
D	18'	17'	17'	17'	18'	17'	17'
TT			36,8°				36,6°C

#### 7.4.3 Farmakoterapie

Infuzní terapie: 1. G 10% + 8j. HMR  
 2. FR 500 ml  
 3. G 5% 500 ml  
 4. H 1/1 500 ml  
 5. G 10% + 8j. HMR  
 6. H 1/1 500 ml

Ostatní terapie: Fragmin 2500 j. s.c. á 24h  
 Kefzol 1g á 8 h  
 Mucosolvan 1-1-1

#### 7.4.4 Dietoterapie

- čaj

#### 7.4.5 Bilance tekutin

Výdej moči: 7000 ml  
 Příjem: 6000 ml  
 Redonův drén: 1. +50  
 2. +5  
 3. +10

#### 7.4.6 Fyzioterapie

- RHB hrudníku, kondiční cvičení na lůžku, nácvik sedu, stoje a chůze

#### 7.4.7 Další péče

- bandáže DK
- pomoc při hygieně u umyvadla
- převaz operační rány

(3,4,6)

### **8. Přehled léků**

Název léku	Farmakoterapeutická skupina	Indikace	Kontraindikace	Nežádoucí účinky
Atropin	parasympatolytikum	Před celkovou anestezií (snižování sekrece v respiračním traktu, úprava tepové frekvence...)	Glaukom s uzavřeným úhlem, hypertrofie prostaty, hypertyreóza, tachykardie...)	Útlum sekrece slinných žláz, mydriáza, porucha akomodace, fotofobie, tachykardie, bolesti hlavy...
Degan	antiemetikum	Léčba GER, akutní a chronická porucha pasáže potravy,	Pacienti s epilepsií, krvácení z GIT	Únava, ospalost, nepokoj

		prevence pooperační nevolnosti a zvracení		
Diazepam	anxiolytikum	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. úzkost, napětí, strach, nepokoj</li> <li>2. v rámci předoperační přípravy</li> </ol>	Při onemocněních projevujících se chorobně zvýšenou svalovou slabostí, při glaukomu, otravě alkoholem a léky	Spavost, únava, porucha koordinace pohybů, bolest hlavy, porucha zraku, řeči, alergické kožní projevy (svědění, otok, zčervenání)...
Fortrans	laxativum	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. endoskopické nebo radiologické vyšetření</li> <li>2. chirurgický výkon</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. přecitlivělost na kteroukoliv složku</li> <li>2. zhoršení celkového stavu</li> <li>3. neprůchodnost střeva</li> </ol>	Nutkání na zvracení, zvracení, vzácně alergické kožní reakce ve formě vyrážky, edému..
Fragmin	antitrombotikum	Léčba hluboké žilní trombózy, tromboprofylaxe při chirurgických výkonech, nestabilní ICHS	Přecitlivělost na Fragmin, akutní žaludeční vřed, závažné poruchy srážlivosti, septická endokarditida...	Hematom v místě podání
Glukóza roztok	i.v. infuzní roztok	Nahrazení objemu tekutin ztracené v důsledku různých zdravotních poruch, zdroj sacharidů u pacientů , kde je podání glukózy p.o. zakázáno	Nekompenzovaný diabetes, nerovnováha iontů v krvi, nedávná operace mozku, krvácení do mozku či míchy	
Hartmannův roztok	Roztoky ovlivňující rovnováhu elektrolytů	Extracelulární dehydratace bez ohledu na příčinu, hypovolemie bez ohledu na příčinu (perioperativní ztráta tekutin a elektrolytů...)	Extracelulární hyperhydratace, hyperkalémie, hyperkalcémie, metabolická alkalóza	Při nesprávném použití nebo podání
HMR	antidiabetikum	DM 1. typu, DM v graviditě..	Při hypoglykémii	Hypoglykémie (se zmateností, bolest hlavy, bušení srdce..)
Mucosolvan	Expektorans s mukolytickými účinky	Sekretolytická léčba akutní a chronické bronchopulmonální choroby, provázené tvorbou vazkého	Při přecitlivělosti na ambroxol nebo jiné složky přípravku	Krátkodobé nebo střednědobé zažívací obtíže



		průduškového hleny a obtížného odkašlávání..		
Morphin	Analgetikum-anodyum	Bolesti při zhoubných nádorech, po těžkých úrazech, operacích...akut. a chronická bolest...	Všechny stavy útlumu dechového centra, astma bronchiale, CHOPN...	Nauzea, vomitus, útlum dechu, ospalost, hypotenze, retence moči...
Novalgin	Analgetikum, antipyretikum	Silná nebo přetrvávající bolest, horečka	Při přecitlivělosti, zhoršená funkce kostní dřene, při bronchospazmu	Alergická reakce

## **9. Ošetřovatelská anamnéza a současný stav- 1.4.-4.4.2008**

### **9.1 Subjektivní náhled klientky na nemoc a hospitalizaci**

Klientka přichází do nemocnice na plánovaný operační zákrok, byla zde již na začátku března (10.3.2008), kdy se podrobila hysterectomii a oboustranné adnexetomii a nyní ji čeká omentectomia+appendectomy a lymphadenectomy pelvica et paraaortalis, lavage. Klientka říká, že neví, co její nemoc způsobilo, jak sama říká, chodila na pravidelné gynekologické prohlídky, takže si nemyslí, že by něco zanedbala, doufá, že jí zde v nemocnici pomohou a tato operace bude poslední. Je jí sice nepříjemné být v nemocnici, ale chce se hlavně uzdravit, tak jí to tolik nevadí. Myslí si, že v nemocnici bude maximálně deset až čtrnáct dní. O své diagnóze je klientka informovaná, stejně jako o léčebném režimu a režimu v nemocnici. Říká, že žádné problémy týkající se pobytu v nemocnici nemá, ale má strach z operace.

## 9.2 Základní fyziologické potřeby

### 9.2.1 Dýchání

Klientka říká, že problémy s dýcháním před přijetím do nemocnice neměla, nemá je ani v nemocnici a neočekává, že by je měla po propuštění domů. Klientka je nekuřačka. Nepozorují známky dušnosti, frekvence je normální (v průměru 17/min.).

**Po operaci klientka žádné potíže neudává, frekvence dechu je pravidelná, po příjezdu ze sálu měla klientka nízkou saturaci kyslíkem, tudíž byl podán.**

### 9.2.2 Hydratace

Klientka je zvyklá denně vypít asi 2-3 litry tekutin. Nejraději pije vodu a ochucené minerální vody, po obědě si ráda dává kávu. Alkohol pije jen příležitostně. Neuvědomuje si, že by nemoc změnila množství příjmu tekutin. Má u sebe vždy láhev s vodou, doma si občas uvaří konvici čaje. Myslí si, že má k dispozici dostatečné množství tekutin. Známky dehydratace nepozorují, kůže je bez známek dehydratace, turgor je normální.

**Po operaci klientka pocítuje sucho v ústech, vzhledem k operaci bylo omezeno množství tekutin. Klientka má u lůžka sklenici s čajem a pije jej po lžičkách.**

### 9.2.3 Výživa

Svůj chrup hodnotí jako dobrý, má horní zubní protézu, která nečiní žádné potíže. Ústa ji nebolí a při jídle protéza nijak nevadí. O své tělesné hmotnosti si klientka myslí, že je vyšší, než by být měla, říká, že by měla zhubnout alespoň 10 kg. Není si vědoma, že by se hmotnost v poslední době změnila v souvislosti s onemocněním. Nemoc nezměnila ani chuť k jídlu, jak říká, jí téměř všechno, není v jídle vybíravá, nejraději má svíčkovou omáčku. Žádnou dietu nedrží, na otázku, zda očekává, že bude mít nějakou dietu po propuštění domů, odpovídá, že neví, myslí si, že možná ano. Klientka je v jídle soběstačná.

**Po operaci má klientka nejprve pouze parenterální výživu, další den čaj po lžičkách. Pocítuje nauzeu, jednou zvrací.**

### 9.2.4 Vyprazdňování moče a stolice

Žádné potíže s močením klientka před příjmem v nemocnici neměla, neočekává je ani po návratu z nemocnice. S vyprazdňováním tlustého střeva klientka problémy nemá, stolice je normální konzistence. Obvykle se vyprazdňuje ráno a někdy během dne, většinou 2×denně. Žádná projímadla neužívá. Nyní má průjem, ale to díky střevní předoperační přípravě.

**Po operaci má klientka zavedený permanentní močový katétr, nečiní problémy. Plyny po operaci odchází.**

### 9.2.5 Spánek a odpočinek

Klientka říká, že žádné problémy se spánkem nemá, pouze se příliš brzo budí, ale jak říká, nevadí jí to. K pocitu vyspání jí stačí pět hodin a říká, že pět hodin běžně i spí. Potíže s usínáním neudává, nějaké návyky na lepší usínání nemá, léky na spaní neužívá. Během dne nespí, říká že ani nemůže, protože bývá v práci. Unavená nebývá, ale asi před rokem prý pocítovala velkou únavu i během dne, ale jak říká, spát nemohla, protože chodila do práce. Nyní již tuto únavu nepocítuje.

**Po operaci je klientka spavá, říká že je unavená. V noci spí bez problémů.**

### 9.2.6 Teplo a pohodlí

Na standardním oddělení leží klientka na pokoji společně ještě se dvěma klientkami, prostředí se jí vcelku líbí. Postel, na které leží jí vcelku vyhovuje, stejně jako teplota, která je na pokoji. Okna jsou opatřena žaluziemi, takže je klientka spokojená, že když jí svítí slunce do očí, může je stáhnout. Osvětlení v pokoji je prý také vyhovující.

**Po operaci leží klientka na JIP, zde je více klientek pohromadě, klientce nevyhovuje, že zde není dostatek soukromí. Chod jednotky ji prý neruší, protože je unavená, tak raději spí.**

### 9.2.7 Bolest

Na bolest si klientka nestěžuje, ani doma bolesti žádné neměla.

**Po operaci klientka pocítuje bolest v operační ráně, ta je tlumena kontinuálním podáváním analgetické směsi do epidurálního katétru.**

### 9.2.8 Tělesná a osobní hygiena a stav kůže

Klientka je zcela soběstačná, žádnou pomoc nepotřebuje. Doma dává přednost sprchování před koupelí ve vaně, obvykle se sprchuje večer před spaním. Na první pohled je zřejmé, že o sebe klientka dbá, má upravené vlasy a celkově působí upraveným dojmem. Kůže má normální vzhled, není suchá, klientka se maže tělovým krémem.

**Po operaci potřebuje klientka pomoci v oblasti hygieny, částečnou dopomoc. Kůže nesvědí, opruzeniny nemá. Kůže má díky operaci porušenou integritu z důvodu dolní střední laparotomie, operační rána je denně dezinfikována a převazována. Okolí vstupů-PŽK, PMK, Redonovy drény jsou bez známek infekce.**

### 9.2.9 Sexuální potřeby

Klientka chodí na pravidelné gynekologické prohlídky dvakrát ročně, myslí si, že díky tomu byl také nádor odhalen včas a doufá, že se vyléčí. Menzes měla pravidelně až do března loňského roku, vždy trval sedm dní. V červenci téhož roku se ještě objevilo špinění, to trvalo dva dny. V prosinci se objevilo silné krvácení, pro které musela být hospitalizována. V lednu 2008 se podrobila hysteroskopii a v březnu pak hysterectomii a adnexetomii bilat..

#### 9.2.10 Tělesná a duševní aktivita

Klientka stále chodí do práce, tak jí nezbyvá mnoho času na koníčky. Ale jak říká, největším koníčkem jsou pro ni její tři vnoučata. Pokud jí vyjde čas, ráda luští osmisměrky nebo se dívá na televizi. Problémy s chůzí a pohybem celkově nemá.

**Po operaci potřebuje klientka oporu při chůzi. Cvičí s fyzioterapeutkou a říká, že na nic jiného než na spánek nemá moc náladu, cítí se unaveně**

### 9.3 Psychosociální potřeby

#### 9.3.1 Bezpečí a jistota

Klientka žije s manželem v panelovém domě. Říká, že je u nich veselo, protože je chodí často navštěvovat děti s vnoučaty. Ve své rodině má velkou oporu, ví že pokud bude mít nějaké problémy se o sebe postarat, její děti a manžel jí pomohou. Doufá ale, že bude vše v pořádku. Ví, že po operaci bude na JIP, kde nejsou povoleny návštěvy, proto je ráda, že má u sebe mobilní telefon a může se tak spojit se svými blízkými.

#### 9.3.2 Potřeba lásky a sounáležitosti

Je vidět, že klientka má dobré vztahy se svou rodinou, mluví o nich moc hezky. Je pyšná na svá vnoučata a říká, že už jen kvůli nim chce bojovat a uzdravit se. Na nočním stolku má fotografii své rodiny. Má hezký vztah i se svou sestrou, se kterou se často schází.

#### 9.3.3 Sebeúcta a sebepojetí

Je vidět, ale i sama klientka říká, že žádný boj předem nevzdává a snaží se o to, aby vše dobře dopadlo. Ne jinak je to i s jejím onemocněním. Myslím si, že klientka má ráda nejen své blízké, ale i sebe a váží si sebe, má dobré sebehodnocení.

#### 9.3.4 Seberealizace

Jak už jsem několikrát zmínila, vnoučata jsou klientčiným „hnacím motorem“ a ne jinak tomu je i v případě seberealizace, v tomto směru se klientka realizuje nejvíce. Má ráda společnost přátel a to, jak říká jí „ke štěstí stačí“.

#### 9.3.5 Duchovní potřeby

Klientka se nehlásí k žádnému náboženskému vyznání, věří hlavně, že vše dobře dopadne a ve svou rodinu.

#### 9.3.6 Psychosociální hodnocení

Klientka se jeví spíše jako emocionálně stabilní, dobře se ovládající žena. Velmi přizpůsobivá, přijímající nezkreslené informace, orientovaná. Nyní před operací má obavy, působí chvílemi smutně, ale myslím, že se umí velmi dobře ovládat a snaží se nenechat na sobě nic znát. Na první pohled působí nepřístupně a rázně, ale po chvíli rozhovoru je opak pravdou, klientka je velmi přátelská a milá.

(4,5,6,7)

## **10. Ošetrovatelské diagnózy**

1.4.2008

1. Strach z důvodu operace, projevující se častými dotazy ohledně ošetřování klientky

2.4.2008

2. Bolest z důvodu operační rány, projevující se bolestivými grimasami v obličeji a žádáním klientky o analgetika
3. Porušení kožní integrity z důvodu operace (dolní střední laparotomie), drénů, PŽK, epidurálního katétru s riziky komplikací (krvácení, infekce, embolie...)
4. Změna močení pro zavedený permanentní močový katétr s rizikem komplikací (infekce, obstrukce)

3.4.2008

5. Porucha citlivosti pravé dolní končetiny z důvodu zavedeného epidurálního katétru
6. Pocit sucha v ústech z důvodu anestézie a sníženého příjmu tekutin po operaci
7. Nausea z důvodu anestézie a sníženého příjmu tekutin, projevující se zvracením
8. Přechodná změna výživy pro pooperační stav
9. Porucha soběstačnosti z důvodu operace v oblasti hygieny a mobility, projevující se závislostí na pomoci druhých
10. Únava z důvodu pooperačního stavu, projevující se ospalostí

## **11. Ošetrovatelský cíl, plán, realizace, hodnocení**

1.4.2008

### 1. Strach z důvodu operace, projevující se častými dotazy ohledně ošetřování klientky

*Cíl:* Klientka je klidnější, strach se minimalizuje

*Plán péče:*

1. Všiměj si neverbálních projevů klientky
1. Projevuj zájem o problém klientky
2. Získej důvěru klientky
3. Vysvětli klientce vše, co ji zajímá
4. Uklidni klientku příjemným vystupováním

*Realizace:* Klientka působila zprvu velmi nedostupně a suverénně, ale z dalšího povídání vyplynulo, že má strach z operace. Snažila jsem se získat klientčinu důvěru a povídat si o tom, co ji trápí a uklidnit ji. Vysvětlila jsem jí, jak bude hospitalizace probíhat. Dala jsem klientce prostor pro pokládání otázek. Mluvila jsem s ní nejen o hospitalizaci, ale i o její rodině, která jak jsem pochopila je pro klientku velmi důležitá a je motivací k uzdravení. Bylo patrné, že povídání klientce velmi pomohlo a povedlo se ji uklidnit.

*Hodnocení:* Cíl byl splněn, klientka říká, že je klidnější

2.4.2008

### 2. Bolest z důvodu operační rány, projevující se bolestivými grimasami v obličeji a žádáním klientky o analgetika

*Cíl:* Klientka pociťuje minimální nebo žádnou bolest

*Plán péče:* 1. Komunikuj s klientkou o její bolesti  
2. Podávej analgetika dle ordinace lékaře  
3. Pomoz najít klientce úlevovou polohu  
4. Zajisti klientce pohodlnou postel

*Realizace:* Klientka měla zavedený permanentní epidurální katétr s analgetiky, který zajišťoval aby klientka bolest neocitovala. Upravila jsem klientce lůžko tak, aby se jí pohodlně leželo. Klientce se leželo nejlépe na zádech, zajistila jsem aby jí zády nebolela tím, že jsem je masírovala pomocí masážní emulze. Podle klientčiných slov byla bolest minimální.

*Hodnocení:* Cíl byl splněn, klientka pociťuje minimální bolest

### 3. Porušení kožní integrity z důvodu operace (dolní střední laparotomie), drénů, PŽK, epidurálního katétru s riziky komplikací (krvácení, infekce, embolie...)

*Cíl:* Klientka nemá žádné komplikace s operační ránou a invazivními vstupy

*Plán péče:* 1. Všiměj si barvy, zápachu a celkového stavu operační rány  
2. Denně kontroluj kůži, popisuj léze a pozorované změny  
3. Používej vhodný obvazový materiál a krytí ran  
4. Dbej aby nedošlo k infekci  
5. Při každé manipulaci postupuj asepticky  
6. Kontroluj vstupy min. 1x denně  
7. Převazuj dle potřeby  
8. Používej ochranné pomůcky (rukavice)

*Realizace:* Rána se hojila per primam, nevyskytly se žádné komplikace, zanícení, otok... Rána i vstupy se denně kontrolovaly a převazovaly vhodným, sterilním materiálem. Před každým ošetřováním jsem si umyla ruce a vzala si čisté rukavice. K infekci nedošlo.

*Hodnocení:* Cíl byl splněn, neprojevil se známky infekce či jiné komplikace

### 4. Změna močení pro zavedený permanentní močový katetr s rizikem komplikací (infekce, obstrukce)

*Cíl:* Klientka je eukována a zavedený PMK jí nečiní žádné komplikace

*Plán péče:* 1. Vysvětli klientce důvod zavedení PMK  
2. Kontroluj okolí močové trubice (zarudnutí, hnisání, zápach)  
3. Komunikuj s klientkou o možných nepříjemných pocitech souvisejících s PMK  
4. Kontroluj průchodnost katétru  
5. Kontroluj množství a barvu moči  
6. Případné změny oznam lékaři  
7. Při manipulaci postupuj asepticky (rukavice, dezinfekce..)

*Realizace:* Klientce jsem vysvětlila, proč má katetr zavedený a upozornila jsem ji na možnost vytrhnutí při neopatrném pohybování na lůžku. Kontrolovala jsem, zda není katetr neprůchodný, taktéž jsem kontrolovala barvu a množství moči. Klientka neměla žádný problém se zavedeným PMK.

*Hodnocení:* Cíl byl splněn, klientka chápe nutnost zavedení PMK

3.4.2008

5. Porucha citlivosti pravé dolní končetiny z důvodu zavedeného epidurálního katétru

*Cíl:* Citlivost končetiny se zlepšuje

*Plán péče:* 1. Uklidni klientku a vysvětlí, proč má sníženou citlivost končetiny  
2. Informuj lékaře o citlivosti končetiny  
3. Cvič s končetinou

*Realizace:* Vysvětlila jsem klientce, proč je její končetina méně citlivá než před operací. Lékař epidurální katétr povytáhl a tím se citlivost končetiny zlepšila. Klientka s končetinou cvičila během fyzioterapie a občas i sama na lůžku.

*Hodnocení:* Cíl byl splněn, klientka říká, že citlivost končetiny se zlepšila povytažením katétru

6. Pocit sucha v ústech z důvodu anestezie a sníženého příjmu tekutin po operaci...

*Cíl:* Klientka nepociťuje sucho v ústech

*Plán péče:* 1. Potírej klientce rty vodou  
2. Vyplachuj klientce ústa vodou  
3. Vytírej klientce ústa napuštěnou vatovou štětičkou

*Realizace:* Klientce jsem potírala rty pomocí štětičky s vodou a i dutinu ústní jsem vytírala pomocí napuštěné štětičky. Později mohla klientka pít čaj po lžičkách.

*Hodnocení:* Cíl byl splněn, pocit sucha v ústech se zmírnil



## 7. Nauzea z důvodu anestezie a sníženého příjmu tekutin, projevující se zvracením

*Cíl:* Klientka nepociťuje nevolnost

*Plán péče:*

1. Zajisti emitní misku na dosah ruky
2. Potírej rty vodou
3. Podávej čaj pouze po lžičkách
4. Podávej antiemetika dle ordinace lékaře
5. Zajisti čerstvý vzduch
6. Osvěžuj klientku

*Realizace:* Klientka měla emitní misku spolu s buničinou na dosah ruky, vysvětlila jsem, že čaj musí pít pouze po lžičkách, ale klientka pila čaj více, proto došlo ke zvracení. Byla jí aplikována antiemetika. Snažila jsem zajistit dostatek čerstvého vzduchu otevřením okna, ale s ohledem na ostatní klientky na jednotce.

*Hodnocení:* Cíl byl splněn, klientka už nepociťuje nevolnost

## 8. Přechodná změna výživy pro pooperační stav

*Cíl:* Klientka chápe nutnost změny ve výživě po operaci

*Plán péče:*

1. Edukuj klientku o změně stravy po operaci
2. Podávej výživu dle ordinací lékaře (infúze, čaj)
3. Komunikuj s klientkou, pokud má problémy s přijetím potravy

*Realizace:* Klientce jsem vysvětlila, že z důvodů anestezie, celkového pooperačního stavu bude mít omezený přísun potravy p.o. a bude zpočátku pít pouze čaj.

*Hodnocení:* Cíl byl splněn, klientka je edukována o změně výživy a chápe ji

9. Porucha soběstačnosti z důvodu operace v oblasti hygieny a mobility, projevující se závislostí na pomoci druhých

*Cíl:* Klientka má uspokojené individuální potřeby

*Plán péče:*

1. Komunikuj s klientkou
2. Zajisti základní hygienickou péči
3. Pomož klientce při přesunu k umyvadlu
4. Všiměj si a ptej se, co by klientka potřebovala

*Realizace:* Klientka byla hned první den po operaci mobilizována, potřebovala ale pomoci při chůzi k umyvadlu. Poskytla jsem jí oporu při chůzi. Zajistila jsem, aby měla klientka všechny hygienické potřeby na dosah ruky.

*Hodnocení:* Cíl byl splněn, klientka má uspokojené individuální potřeby

10. Únava z důvodu pooperačního stavu, projevující se ospalostí přes den

*Cíl:* Klientka se účastní doporučovaného léčebného režimu

*Plán péče:*

1. Komunikuj s klientkou
2. Zapojuj klientku do RHB
3. Osvěžuj klientku
4. Zajisti klientce pohodlí na lůžku

*Realizace:* Snažila jsem se během dne občas s klientkou promluvit a malinko ji aktivizovat, aby stále neusínala. Klientka aktivně spolupracovala s fyzioterapeutkou a snažila se pomoci i při hygieně. Občas jsem klientku osvěžila navlhčenou žínkou, aby se cítila lépe. Urovnala jsem lůžko tak, aby se klientce pohodlně leželo.

*Hodnocení:* Cíl byl splněn, klientka se snaží být aktivní a je méně unavená  
(4,5,6,7)

## **11. Ošetrovatelský závěr a prognóza**

Spolupráce s klientkou byla velmi dobrá, po počátečním překonání zábran, kdy klientka působila nepřístupně se nám podařilo navázat dobrý vztah. Snažila jsem se o to, aby ve mně klientka získala důvěru. Mluvila jsem s ní o operaci, o její rodině, vysvětlila jí postup při hospitalizaci a to si myslím velmi pomohlo jejímu psychickému stavu. Klientka znala svoji diagnózu, bylo to pro ni těžké, ale velkou oporou pro ni byla její rodina. Před operací byla klientka zcela soběstačná, bez bolesti a jiných potíží. Po operaci byla klientka částečně závislá na pomoci v oblasti hygieny a mobility, její stav se ale postupně zlepšoval. Měla zavedený permanentní močový katétr, epidurální katétr a periferní žilní katétr. Psychický stav klientky byl dobrý, mluvila jsem s ní, její strach byl mírnější, zvláště poté, co mluvila s lékařem, který zhodnotil operaci jako úspěšnou a vysvětlil klientce, že až budou výsledky histologie, dozví se další postup. Po celou dobu hospitalizace byla klientka v kontaktu se svou rodinou. Z důvodu hospitalizace na JIP pouze po telefonu, ale jak klientka říkala, i to jí velmi pomáhalo po psychické stránce. V době mého pečování nebyly k dispozici výsledky histologie a cytologie, o těch jsem se byla informovat až po 10 dnech a velmi mě potěšilo, že dopadly dobře, vše bylo negativní. Po propuštění má klientka doporučený klidový režim, zvýšenou hygienu a naplánovanou konzultaci na ÚRO a pak dále na pravidelné kontroly-dispenzarizace á 3 měsíce na ÚRO nebo v COP gynekologicko-porodnické kliniky.

(3,4,5,6,7)

## **12. Zdroje:**

1. Adam Z., Vorlíček, J., Koptíková, J.: Obecná onkologie a podpůrná léčba, Praha: Grada 2003 (788 s.). ISBN 80-247-0677-6
2. Citterbart K. et al.: Gynekologie, První vydání Praha, Galén 2001 (278 s.). ISBN 80-7262-094-0
3. Lékařská dokumentace
4. Ošetrovatelská anamnéza
5. Rozhovor s klientkou
6. Komunikace s ostatními členy ošetrovatelského týmu
7. Pozorování
8. Klener P.: Klinická onkologie, Praha: Galén a UK v Praze, 2002 (686 s.). ISBN 80-7262-151-3 (Galén), ISBN 80-246-0468-X (Karolinum)
9. www: [http:// nobel.sk](http://nobel.sk)

### **13. Seznam zkratek**

APE- appendectomy  
CA- carcinom  
COP- centrum onkologické péče  
CT- computer tomography  
DK- dolní končetina  
FA- farmakologická anamnéza  
FF- fyziologické funkce  
FR- fyziologický roztok  
GA- gynekologická anamnéza  
HEA+AE- hysterectomy+adnexectomy  
JIP- jednotka intenzivní péče  
KO- krevní obraz  
LAP- lymphadenectomy pelvica  
LAPA- lymphadenectomy paraaortalis  
LHK- levá horní končetina  
LU- lymfatické uzliny  
MO- morphin  
NGS- nasogastrická sonda  
NO- nynější onemocnění  
OA- osobní anamnéza  
OE- omentectomy  
PDK- pravá dolní končetina  
PMK- permanentní močový katétr  
PŽK- periferní žilní katétr  
RA- rodinná anamnéza  
RHB- rehabilitace  
TEN- tromboembolická nemoc  
UPT- umělé přerušení těhotenství  
ÚRO- ústav radiační onkologie