

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

Bakalářské studium ošetrovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

**Ošetrovatelská kasuistika u nemocné s diagnózou
Tumor pelvis minor verisimilar ovarialis**
(Nurse casuistry about the patient with cancer of the pelvis minor of the ovaries)

2007/2008

Pavla Svobodová

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Nováková

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury. Souhlasím s případným využitím mé práce ke studijním účelům.

Praha, duben 2008

.....

Poděkování:

Děkuji Mgr. Lence Novákové za cenné rady a metodickou pomoc při zpracování bakalářské práce. V neposlední řadě všem pracovníkům oddělení gynekologie – JIP ve Fakultní nemocnici Bulovka.

Obsah

Úvod	5
1 Klinická část	6
1. 1 Přehled anatomie ženských pohlavních orgánů	6
1. 1. 1 Zevní rodidla	6
1. 1. 2 Vnitřní rodidla	6
1. 1. 3 Pánev	6
1. 2 Tumor ovaria	7
1. 3 Identifikační údaje	10
1. 4 Lékařská anamnéza	11
1. 5 Lékařské diagnózy	13
1. 5. 1 Základní lékařské diagnózy	13
1. 5. 2 Vedlejší lékařské diagnózy	13
1. 5. 3 Chirurgické operační diagnózy	13
1. 6 Předoperační a operační výkony, operační protokol a terapie	13
1. 6. 1 Předoperační výkony a terapie	13
1. 6. 2 Operační výkony	15
1. 6. 3 Operační protokol	16
1. 7 Diagnostická péče	17
1. 7. 1 Monitorace vitálních funkcí	17
1. 7. 2 Laboratorní vyšetření	21
1. 7. 3 Další diagnostická vyšetření	22
1. 8 Terapeutická péče	24
1. 8. 1 Farmakoterapie	24
1. 8. 2 O ₂ terapie	30
1. 8. 3 Dietoterapie	31
1. 8. 4 Fyzioterapie	32
1. 8. 5 Další terapeutická péče	32
1. 9 Stručný průběh hospitalizace	34
2 Ošetrovatelská část	35
2. 2 Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu	35
2. 2. 1 Subjektivní náhled pacientky na nemoc a hospitalizaci	35
2. 2. 2 Základní fyziologické potřeby	35
2. 2. 3 Psychosociální potřeby	40
2. 3 Ošetrovatelské diagnózy	42
2. 4 Ošetrovatelské cíle, plány, realizace, hodnocení	43
2. 5 Edukace	56
2. 6 Ošetrovatelský závěr a prognóza	56
Seznam zkratk	57
Zdroj informací	59
Použitá literatura	60
Seznam příloh	61

Úvod

Zhoubná nádorová onemocnění trápila lidstvo již před miliony lety a stále zaznamenáváme jejich vzrůst. Ve většině rozvinutých zemí jsou tato onemocnění na druhém místě příčiny úmrtí po kardiovaskulárních chorobách. Za pár let bude toto onemocnění tvořit přibližně přes 50% příčin všech úmrtí.

Pro zpracování závěrečné práce jsem si proto zvolila téma, které je závažné a jeho problematika neustále vzrůstá. Jedná se o gynekologicko-onkologickou problematiku u pacientky na JIP na gynekologické klinice nemocnice na Bulovce.

Na tomto typu oddělení se člověk setká s mnoha operačními výkony. Od akutního císařského řezu, přes laparoskopické výkony, až po závažná rozsáhlá zhoubná onemocnění většinou vyžadující dlouhodobou následnou léčbu.

Zhoubná onemocnění si nevybírají na koho zaútočí. Může to být kdokoliv. Jsou velice zákeřná a člověk proti nim musí bojovat. Buď jim odolá, nebo podlehne.

1 Klinická část

1. 1 Přehled anatomie ženských pohlavních orgánů

K ženským pohlavním orgánům patří rodidla, pánev a prsy. Rodidla rozdělujeme podle jejich uložení na zevní (na dolním pólu trupu) a na vnitřní (v pánevním prostoru).

1. 1. 1 Zevní rodidla

Zevní rodidla tvoří *hrma* (mons pubis), *velké a malé stydké pysky* (labia majora et minora pudendi), *poštěváček* (clitoris), *panenská blána* (hymen) a *hráz* (perineum).

1. 1. 2 Vnitřní rodidla

Vnitřní rodidla tvoří:

- *pochva* (vagina) - dutý orgán upínající se na děložní hrdlo
- *děloha* (uterus) - dutý orgán hruškovitého tvaru, tvořen děložním tělem a děložním hrdlem
- *vejcovody* (tubae uterinae) - párový trubicový orgán odstupující od děložních rohů, na konci mají rozšířenou část (ampula), kolem které jsou řasy (fimbrie)
- *vaječníky* (ovaria) - párová pohlavní žláza velikosti švestky zavěšená pod ampulární částí vejcovodu na peritoneální řase
- *pánevní vazy* - kolem pochvy (paracolpium), kolem dělohy (parametrium), postranní vazy (ligamenta cardinalis), křížoděložní vazy (ligamenta sacrouterina) a oblé vazy (ligamenta teres uteri).

1. 1. 3 Pánev

Pánev připomíná prstenec nálevkovitého tvaru, který je tvořen dvěma kostmi pánevními (ossa coxae), mezi které je vložena kost křížová (os sacrum). Kostí pánevní vznikly srůstem kosti kyčelní (os ilium), kosti sedací (os ischii) a kosti stydké (os pubis). Mezi rameny stydké kosti je chrupavčitá spona stydká (symphysis pubis). Pánevní kosti jsou s křížovou kostí spojeny pevným křížokyčelním skloubením.

Lopatky kosti kyčelní směrem nahoru ohraničují prostor (velká pánev) a směrem dolů prostor (malá pánev).

1.2 Tumor ovaria

Zhoubné nádory ovaria tvoří 25% všech gynekologických nádorů. Tyto nádory jsou vzhledem k jejich uložení často diagnostikovány až v pokročilém stádiu, což je příčinou vysoké mortality. Onemocnění postihuje zejména ženy mezi 50 – 70 lety. Vzácně se může objevit kolem 30 let.

Rizikové faktory:

- hormonální (užívání antikoncepce, těhotenství a laktace)
- životní styl (nadměrné užívání tuků)
- věk (riziko onemocnění stoupá s přibývajícím věkem)

Klinické projevy:

- objevují se v pokročilém stádiu III nebo IV
- bolest (ta je většinou akutní a je charakteristická při ruptuře nebo torzi tumoru)
- pocity plnosti, břišní dyskomfort nebo ascites
- dušnost (může se vzácně objevit)

Diagnostika:

- kompletní anamnéza + fyzikální vyšetření
- laboratorní vyšetření včetně Ca 125
- RTG malé pánve
- USG (transvaginální), CT
- endoskopie (laparoskopie, hysteroskopie)
- histologie (z materiálu získaného např. excizí, kyretáží, hysteroskopií)
- u žen mladších 30 let se musí vyšetření doplnit o AFP a hCG

Histologie:

Podle histologického vyšetření rozdělujeme nádory do několika skupin:

- nádory z povrchních epitelových buněk
- nádory z granulózových buněk (ze stromálních nádorů)
- terminální nádory (např. dysgermion)
- smíšené nádory (např. gonadoblastom)

Terapie:

1) Chirurgická terapie

Jedná se o základní léčbu nádorů v I. a II. stupni pokročilosti. Cílem je radikální odstranění nádorů ve zdravé tkáni s odstraněním regionálních mízních uzlin. Optimální chirurgický výkon lze provést u 1/3 pacientek. U zbylých 2/3 se alespoň vytvoří podmínky pro chemoterapii zmenšením ložiska operační excizi.

2) Chemoterapie

Tato léčebná metoda patří vedle chirurgické léčby k základní terapii nádorů ovaria. U pokročilých operabilních stádií nádorů, chemoterapie vždy navazuje na chirurgický výkon. Nádory ovaria jsou nádory chemosenzitivní, tzn. citlivé na celou řadu cytostatik. Základem chemoterapie je derivát platiny v kombinaci s taxanem. Chemoterapeutika se často používají v kombinacích např. karboplatina, cisplatina, cyklofosamid. Léčba probíhá individuálně v 6 – 8 sériích. Intervaly mezi každou sérií jsou 4 týdny. Nejčastěji se podává i.v., ale může se aplikovat i intraperitoneálně.

3) Radioterapie

Jedná se o léčebný postup, při kterém se do nádoru dostává dávka záření, která ho dokáže buď zcela zničit, nebo alespoň omezit jeho růst s maximálním šetřením zdravé tkáně. Známe několik typů radiační léčby.

A. Brachyradioterapie

Jde o typ radiační léčby, při kterém je zdroj záření umístěn do těsné blízkosti nádoru nebo přímo do něj. Záření vytváří radioaktivní prvek, který vydává radiaci alfa, beta, nebo gama. Tento postup je užíván zejména u nádorů dobře dostupných, vyžadujících vysokou místní dávku. Často se tento typ kombinuje se zevním ozářením.

B. Teleradioterapie

Jedná se o typ radiační léčby, kdy je zdroj radiace vzdálen od biologického objektu. Používají se přístroje s radionuklidem, který produkuje gama záření. K tomuto typu záření můžeme přiřadit i stereotaktické ozařování neboli radiochirurgii. Jde o dodání velmi vysoké dávky záření, které lze použít pouze pro malé cílové objekty např. nádory CNS. U těchto nádorů se často používá gamanůž.

C. Metabolická radioterapie

U této metody se využívá selektivního vychytávání určitého prvku v určité tkáni nebo orgánu. Např. radionuklid I, který se akumuluje ve štítné žláze a tudíž i v jistých typech karcinomů.

D. Nekonvenční záření

Jde o ozařování korpuskulární, získané na větších urychlovačích. Ozařuje se protony a neutrony. Nejvyšší absorbovaná dávka protonů je ve značné hloubce a tkáň před ní a za ní jsou před radiační zátěží chráněny.

4) Imunoterapie

Tato léčebná metoda je ve stádiu ověřování. Je středem experimentálního studia.

5) Hormonální léčba

Při této metodě se používají antiestrogeny nebo gestageny. Tato léčba může u generalizovaných nádorů vést k přechodnému zlepšení celkového stavu.

Prognóza:

- až 75% karcinomů je zachyceno ve stádiu III a IV, tzn. v pokročilém stádiu, což je příčinou vysoké mortality s pětiletým přežitím pouze u 20 %
- prognosticky nepříznivé jsou nádory z jasných buněk
- příznivější prognóza bývá u žen pod 50 let, po adekvátně provedené operaci a u pokročilých nádorů menších než 1 cm

1. 3 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: M. M.

Oslovení: paní M.

R.č.: -----/---

Věk: 60

Stav: vdaná

Bydliště: Praha 9

Národnost: Česká

Vzdělání: Střední odborné učiliště technického směru

Dřívější povolání: technická kontrolorka

Nynější povolání: důchodkyně

Pojišťovna: 111

Vyznání: bez vyznání

Kontaktní osoby: manžel, syn

Příjem k hospitalizaci: 1. 4. 2008

Důvod k přijetí a datum operace: Plánovaný léčebný výkon dne 2. 4. 2008

Dny mého ošetřování: 1. 4. 2008 – 4. 4. 2008

1. 4 Lékařská anamnéza

OA:

- běžné dětské nemoci, bez úrazů
- v 10 letech revmatická horečka
- v roce 1998 cysta na ovariu l.sin.
- arteriální hypertenze (na per os antihypertenzivech od roku 2001)
- hypothyreosa
- varixy DK

FA: *chronická medikace*: - Letrox 100 mg 1 - 0 - 0

- Lozap H 50 mg 1 - 0 - 0

- Flonidan 10 mg 1 - 0 - 0

AA: alergie na roztoče, prach

SA: pacientka žije s manželem a mladším synem ve společné domácnosti

RA:

- otec zemřel v 73 letech na I. M. (akutní infarkt myokardu), měl DM (diabetes melitus)
- matka zemřela v 67 letech na CMP (cévní mozková příhoda), měla DM
- bratr zemřel na sepsi v souvislosti s extrakcí zubu ve 22 letech

PA: pacientka vystudovala Střední odborné učiliště technického směru, povoláním technická kontrolorka, nyní v důchodu

GA:

- menarche od 11 let, cyklus pravidelný do roku 2002
- spontánní porody: 2
- spontánní potrat: 0
- UPT (umělé přerušování těhotenství): 0
- hormonální léčba: 0
- na gynekologii dosud léčena, LPSK v roce 1998 pro ovariální cystu

ABUSUS: pacientka nekouří, alkohol pije pouze příležitostně v minimálním množství, drogy nikdy nezkoušela

NO:

V roce 1998 pacientka podstoupila LPSK (laparoskopické odstranění cysty na ovariu). Od té doby je obvodním gynekologem každoročně pravidelně sledována. V únoru 2008 při pravidelné prohlídce gynekolog palpačním vyšetřením zjistil útvar na děloze. Útvarem změněná děloha tlačí pacientce na močový měchýř a je příčinou častého nucení na močení, které pacientku trápí od ledna 2008. Gynekolog pacientku poslal na USG a další vyšetření do nemocnice. Po všech nutných vyšetřeních a stanovení diagnózy byla pacientka objednána k operačnímu výkonu HEA + AE (hysterectomii s adnexetomií), APPE (apendectomií), OE (omentectomie), LAP (lymfadenectomie pelvická), LAPA (lymfadenectomie paraaortální). S operací, která byla naplánovaná na 2. 4. 2008 na gynekologické klinice, pacientka souhlasila. Do nemocnice byla přijata 1. 4. 2008 v 10:00 hodin k provedení předoperační přípravy. Z důvodu rozsáhlého operačního výkonu je nutné provést peroperační sondáž ureterů těsně před výkonem. Tento výkon je naplánovaný na 8:00 hodinu ranní v den operace tj. 2. 4. 2008.

OBJEKTIVNÍ NÁLEZ:

Celkový stav: pacientka orientovaná, spolupracuje, turgor a kolorit kůže v normě, slyší dobře, výška 150 cm, váha 58 kg,

Hlava a krk: fyziologický nález - zornice izokorické, skléry bílé, jazyk se plazí ve střední čáře, thyreoidea nezvětšena, karotidy hmatné, náplň krčních žil nezvětšena

Hrudník: souměrný, poklep jasný plný, dýchání čisté sklípkové bez vedlejších fenoménů, TK – 160/90 po lécích, P – 76, ozvy ohraničené

Břicho: nebolestivé, měkké bez rezistence, hepar a lien nezvětšené, peristaltika přítomna, malá pánev vyplněna kulovitým útvarem v průměru 20 cm, který nelze oddělit od dělohy.

DK: bez otoků, bez známek flebotrombózy

EKG: sinusový rytmus, f – 80, PQ – 0,12, QRS – 0,10, QT – 0,44, poloha intermediální, křivka bez ložiskových změn

Závěr: hypertenzní choroba na medikaci, výkonu v CA anestezii schopna

1. 5 Lékařské diagnózy

1. 5. 1 Základní lékařské diagnózy

- Tumor pelvis minor, v.s. ovarialis

1. 5. 2 Vedlejší lékařské diagnózy

- LPSK (laparoskopická operace) v roce 1998 pro ovariální cystu
- Arteriální hypertenze (na p.o. antihypertenzivech od roku 2001)
- Hypothyreosa
- Varixy DK

1. 5. 3 Chirurgické operační diagnózy

- Tumor pelvis minor et abdominalis
- Tumor ovarii l.sin.
- Hydroureter l.sin.

1. 6 Předoperační a operační výkony, operační protokol a terapie

1. 6. 1 Předoperační výkony a terapie

1. 4. 2008

Standardní oddělení G3: pacientka přijata v 10:00

- Kontrola FF: TK 160/90, P 80, TT 36,7
- Provedena střevní příprava (Fortrans) + 3 litry vody
- Oholení operačního pole (třísel a genitálu)
- Osprchování
- Medikace: - Diazepam 10 mg p.o. na noc
 - Fragmin 2500 j. s.c. ve 21:00

2. 4. 2008

Standardní oddělení G3 v 6:00

- Kontrola FF: TK 160/85, P 82, TT 36,4
- Zavedena periferní kanyla do LHK
- Sundání šperků, zubní náhrady
- Bandáže DK
- Chronická medikace: - Letrox 100 mg 1 - 0 - 0
 - Flonidan 10 mg 1 - 0 - 0
 - Betaloc 260 mg ½ - 0 - 0
- Medikace: Diazepam 10 mg p.o.
- Krystaloidní roztoky: HR 500 ml i.v.

2. 4. 2008

Urologický operační sál v 8:00

- Peroperační sondáž močovodů (pacientka je v 8:00 ráno přivezena k peroperační sondáži obou močovodů na urologický sál. V krátké celkové anestezii je provedena dilatace uretry s následným zavedením cystoskopu. Sondáž pravého močovodu ureterální cévkou (stent 1 - šedý) se zdařila. Poloha ureterální cévky je kontrolována nástřikem kontrastní látky. Levý močovod je dilatovaný do pánevního úseku. Vlevo se zavedení ureterální cévky nezdařilo).
- Provedena krátká intubace ústy laryngeální maskou
- Celková anestezie: - Diprivan 150 mg i.v.
 - Sufenta 10 mg i.v.
- Medikace: Atropin 0,5 mg i.v.
- Krystaloidní roztoky: FR 1000 ml i.v.

2. 4. 2008

Standardní oddělení G3 v 11:30

- Kontrola FF : TK 160/85, P 75, TT 36,6
- Medikace: - premedikace: Atropin 0,5 mg + Dolsin 50 mg i.m.
 - Clexane 0,2 ml s.c.

2. 4. 2008

Gynekologický operační sál v 11:45

- Zaveden epidurální katetr do L1 - L2
- Medikace do epidurálního prostoru: Marcain 0,5 % 5 ml + Morfin 3 mg
- Provedena intubace ústy endotracheální kanylou č. 7,5
- Zavedena nasogastrická sonda – NGS
- Celková anestezie: - Diprivan 150 mg i.v.
 - Sufenta 3 amp. i.v.
 - Nimbex 4 mg i.v.
- ATB: Kefzol 1 g ve 100 ml FR i.v.
- Krystaloidní roztoky: - Ringerův roztok 2000 ml i.v.
 - FR 500 ml i.v.
- Koloidní roztoky: Voluven 500 ml i.v.

1. 6. 2 Operační výkony

- Radikální operace pro tumor ovarii
- DSL (dolní střední laparotomie)
- HEA abdominalis (břišní hysterectomie)
- AE bilaterális (oboustranná adnexetomie)
- APPE (apendectomie)
- OE (omentectomie)
- LAP (lymfadenectomie pelvická)
- LAPA (lymfadenectomie paraaortální)
- Reimplantatio ureteris l.sin.

1. 6. 3 Operační protokol

Datum a hodina zahájení operace: 2. 4. 2008 ve 12:00

Datum a hodina ukončení operace: 2. 4. 2008 v 16:30

V klidné celkové anestezii po desinfekci operačního pole byla otevřena dutina břišní z DSL (dolní střední laparotomie), rozšířena cca 3-4 cm nad pupkem.

Děloha byla nezvětšená, fixovaná v malé pánvi, utlačená hladkostěnným, dobře ohraničeným laločnatým tumorem, vycházejícím z levého ovaria, který byl pevně fixován v pánvi. Pravá adnexa atrofická, omentum volné, střevní kličky hladké, celá peritoneální dutina bez zjevných metastáz. Appendix klidný, okraj jater hladký. Nad tumorem bylo protnuto peritoneum. Při manipulaci prasklo pouzdro tumoru, který se následně zmenšil. Postupně se tumor podařilo uvolnit z adheze. Jelikož pevně lpěl na děloze, pokračovalo se v hysterectomii. Tumor byl odstraněn i s dělohou. Po prostřížení pochvy byla vyjmuta děloha i s adnexy.

Po preparaci ureteru podél velkých cév byla odstraněna lymfatická tkáň, provedena omentectomie a apendectomie.

Urolog provedl revizi dilatovaného levého močovodu. V chorobně změněném úseku přerušil ureter, čímž došlo k vyprázdnění hydronefrózy. Urolog dále otevřel močový měchýř, na zadní stěně provedl incisi a močovod protáhl do močového měchýře, kde ho reimplantoval na zadní stěnu. Následně provedl sondáž levého močovodu (stent 2 – bílý). Distální konec stentu byl fixován k močovému katetru.

Na konci výkonu byl v močovém měchýři zaveden PMK č. 20, šedá ureterální cévka (stent 1) v pravém močovodu a bílá ureterální cévka (stent 2) v levém močovodu. Dále 3 Redonovy drény. Dva do obturatorové fossy a třetí do podkoží. Krevní ztráta při operačním výkonu byla 400 ml.

1. 7 Diagnostická péče

1. 7. 1 Monitorace vitálních funkcí

1. 4. 2008

Standardní oddělení G3

	TK - tlak	P - puls	D - dech	TT - teplota	SpO2
10:00	160/90	80	20	36,7	95%
14:00	160/90	76	22		95%
18:00	135/90	74	20	36,6	96%
22:00	135/80	77	20		96%

2. 4. 2008

Standardní oddělení G3

	TK -tlak	P - puls	D - dech	TT - teplota	SpO2
6:00	160/85	82	22	36,4	96%

V 7:30 pacientka odvezena sanitkou na urologickou kliniku

Urologický operační sál: 8:00 – 9:00

	TK -tlak	P - puls	D - dech	TT - teplota	SpO2
8:00	160/80	73	23	36,5	95%
9:00	125/75	45	16	36,5	94%

V 9:30 pacientka přivezena sanitkou zpátky na oddělení G3

Standardní oddělení G3: 10:00 – 11:30

	TK -tlak	P - puls	D - dech	TT - teplota	SpO2
10:00	145/80	78	19	36,5	95%
11:30	160/85	75	22		95%

2. 4. 2008

V 11:45 pacientka odvezena na operační sál

Gynekologický operační sál: 12:00 – 16:30

	TK -tlak	P - puls	D - dech	TT - teplota	SpO2
12:00	160/80	77	18	36,5	96%
13:00	130/75	73	18		98%
14:00	120/75	72	18		98%
15:00	100/55	65	18		97%
16:00	120/65	70	18	36,5	98%
16:30	135/70	71	18		98%

V 17:00 pacientka přijata z operačního sálu na JIP

Gynekologie – JIP: 17:00 – 5:00

	TK -tlak	P - puls	D - dech	TT - teplota	SpO2
17:00	130/80	73	22		88%
18:00	125/75	71	19	36,4	87%
19:00	120/60	70	19		90%
20:00	120/60	75	18		92%
21:00	100/50	65	17		92%
22:00	120/60	72	20		95%
23:00	120/70	73	21		95%
24:00	110/65	68	19	37,4	94%
01:00	120/60	65	18		92%
02:00	110/60	69	20		92%
03:00	110/60	68	22		93%
04:00	120/60	68	22		93%
05:00	120/60	70	20		91%

3. 4. 2008

Gynekologie – JIP

	TK -tlak	P - puls	D - dech	TT - teplota	SpO2
6:00	110/60	75	22	37,2	91%
7:00	120/75	71	19		90%
8:00	120/60	75	19		90%
9:00	110/60	75	19	37,4	89%
10:00	115/60	72	18		89%
11:00	110/60	72	20		91%
12:00	110/70	73	21	37,4	92%
13:00	115/65	68	19		94%
14:00	120/60	67	18		94%
15:00	115/60	74	22	37,3	95%
16:00	110/60	70	22		92%
17:00	125/60	69	22		90%
18:00	120/65	70	18	37,4	91%
19:00	115/60	75	22		93%
20:00	125/75	69	19		93%
21:00	110/60	72	19	37,4	95%
22:00	120/65	75	18		95%
23:00	115/65	75	19		95%
24:00	120/60	70	20	37,2	94%
01:00	120/65	71	21		94%
02:00	115/55	68	19		93%
03:00	110/60	70	19	37,0	92%
04:00	115/50	69	20		92%
05:00	110/60	72	21		91%

4. 4. 2008

Gynekologie – JIP

	TK -tlak	P - puls	D - dech	TT - teplota	SpO2
6:00	120/60	87	20	37,8	94%
7:00	120/75	81	23		95%
8:00	120/70	85	20		95%
9:00	120/60	82	19	37,4	94%
10:00	125/70	82	22		95%
11:00	120/65	81	20		96%
12:00	125/70	83	21	37,4	96%
13:00	130/75	80	19		95%
14:00	125/65	77	19		95%
15:00	125/60	79	21	37,0	95%
16:00	120/65	79	22		97%
17:00	125/65	80	21		97%
18:00	120/65	82	19	37,0	96%
19:00	125/60	84	21		96%
20:00	135/75	78	19		96%
21:00	120/65	79	19	37,2	95%
22:00	120/65	79	22		94%
23:00	125/65	80	19		95%
24:00	130/60	78	21	37,0	95%
01:00	120/60	78	21		94%
02:00	125/65	72	19		95%
03:00	120/60	72	20	37,0	95%
04:00	125/55	75	21		95%
05:00	120/60	77	21		95%

1. 7. 2 Laboratorní vyšetření

Krevní obraz

	17. 3. 2008	3. 4. 2008	4. 4. 2008	Hodnoty
Erytrocyty	3,98	3,42	3,39	3,6 - 5,4 x10 ¹² /l
Leukocyty	5,8	10,9	12,5	3,9 - 10 x 10 ⁹ /l
Hemoglobin	11,5	92	85	120 - 160 g/l
Hematokrit	35,0	0,28	0,26	0,34 - 0,46 g/l
Trombocyty	244	216	196	150 - 300x10 ⁹ /l

Hemokoagulace

	17. 3. 2008	3. 4. 2008	4. 4. 2008	Hodnoty
QUICK	1,03	1,21	1,25	0,85 - 1,25 INR
APTT	30,3	33,3	36,2	26 - 40 s

Biochemické vyšetření

	17. 3. 2008	3. 4. 2008	4. 4. 2008	Hodnoty
Natrium	141,4	141,3	139,9	135- 146mmol/l
Kalium	5,13	4,35	3,41	3,6 - 5,3 mmol/l
Chloridy	103,9	110	102	95 - 107 mmol/l
Urea	5,3	4,42	2,99	2,5 - 8,3 mmol/l
Kreatinin	76	80	72	60 - 115 umol/l
Bilirubin celk.	13,7			3 - 22 umol/l
ALT	0,51			0,1 - 0,7 ukat/l
AST	0,38			0,1 - 0,65 ukat/l
GMT	0,30			0,05 - 1 ukat/l
ALP	1,46			0,4 - 2,5 ukat/l

Moč + sediment

Hodnoty z 17. 3. 2008: leukocytóza, ostatní hodnoty v normě

1. 7. 3 Další diagnostická vyšetření

3. 3. 2008

RTG S+P

Hrudník souměrný, viditelný skelet bez patologických změn. Srdce ve střední čáře bez dilatace, obvyklého tvaru. Stín horního mediastina nerozšířen, vzdušný sloupec trachey ve střední čáře, přiměřené šíře, bronchovasculární kresba pravidelná, normální šíře. Obě poloviny bránice klenuté, hladké. Pleurální prostory bez patologické náplně.

Závěr: Přiměřený nález na nitrohručních orgánech bez patrných ložisek v plicním parenchymu.

3. 3. 2008

USG

Závěr: Děloha vytlačena dopředu ke spodině 67 x 20 x 38 mm. Douglasův prostor vyplňuje nepravidelný útvar celkové velikosti 126 x 44 mm. Obě ledviny bez dilatace, vlevo nahoře nelze vyloučit druhý útvar adheující k prvnímu o velikosti 85 x 51 mm.

13. 3. 2008

KOLPOSKOPIE

Pochva prostorná, čípek hladký, atrofický, nekrvácí, bez výtoků. Palpačně za dělohou kulovitá, lehce nerovná rezistence 15 cm v průměru, intimně naléhá na dělohu.

Závěr: Douglasův prostor mírně vyklenut popisovanou rezistencí.

13. 3. 2008

KOLOSKOPIE

Před výkonem byla podaná premedikace Dolsin 50 mg + Midazolam 5 mg i.m. Endoskop zaveden do recta. V celém střevě je klidná sliznice s cévní kresbou. Haustrace je pravidelná. Ve 20 cm je patrné oblé vyklenutí stěny kryté intaktní sliznicí.

Závěr: Oblé vyklenutí přední stěny rectosigmatu způsobené tlakem z okolí. Jinak zcela fyziologický nález.

18. 3. 2008

CT MP + RP (CT vyš. malé pánve + retroperitonea)

Vyšetření provedeno po perorální přípravě kontrastní látkou. Cystický útvar se solidní složkou vycházející z levého ovaria, komprimující dělohu, močový měchýř a mírně oba uretery, bez významnější dilatace dutého systému. Bez patrné lymfadenopatie.

4. 4. 2008

Urologické konzilium

Ureterální cévky jsou průchodné, pacientka subfebrilní, peristaltika přítomna, výdej z drénů minimální. Odstraněn ureterální katetr zprava (šedý). Vlevo stent ponechán (bílý) alespoň na 10 – 14 dní.

1. 8 Terapeutická péče

1. 8. 1 Farmakoterapie

1. 4. 2008 - standardní oddělení G3

Léky per os:

Název léků	Generický název	Gramáž	Léková forma	Hodina dávkování	Léková skupina
Diazepam	Diazepamum	10 mg	Tablety	22:00	Anxiolytikum

Subcutánní aplikace:

Fragmin	Dalteparinum natrium	2500 j.	Injekční roztok	21:00	Anti-koagulancium
---------	----------------------	---------	-----------------	-------	-------------------

2. 4. 2008 - standardní oddělení G3

Léky per os:

Název léků	Generický název	Gramáž	Léková forma	Hodina dávkování	Léková skupina
Diazepam	Diazepamum	10 mg	Tablety	6:00	Anxiolyticum
Betaloc SR	Metoprololi tartras	100 mg	Tablety	6:00	Antihypertenzivum
Letrox	Levothyroxinu natrium	100 mg	Tablety	6:00	Thyreoidální hormon
Flonidan	Loratadinum	10 mg	Tablety	6:00	Anti-hystaminikum antialergikum

Infúzní roztok: do PŽK

Hartmann roztok	Hartmann infusion	500 ml	Infúzní roztok	6:00	Krystaloidní roztok
-----------------	-------------------	--------	----------------	------	---------------------

2. 4. 2008 - urologický operační sál

Intravenózní aplikace: do PŽK

Název léků	Generický název	Gramáž	Léková forma	Hodina dávkování	Léková skupina
Diprivan 1%	Propofolum	150 mg	Injekční roztok	8:00	Celkové anestetikum
Sufenta F	Sufentanili dihydrogenocitras	1 amp.	Injekční roztok	8:00	Opioidní anestetikum, analgetikum anodynum
Atropin	Atropini sulfas	0,5 mg	Injekční roztok	9:00	Parasympatolytikum

Infúzní roztok: do PŽK

Fyziologický roztok	Fyziologický roztok 1/1	1000 ml	Infúzní roztok	8:00	Krystaloidní roztok
---------------------	-------------------------	---------	----------------	------	---------------------

2. 4. 2008 - standardní oddělení G3

Intramuskulární aplikace:

Název léků	Generický název	Gramáž	Léková forma	Hodina dávkování	Léková skupina
Atropin	Atropini sulfas	0,5 mg	Injekční roztok	11:30	Parasympatolytikum
Dolsin	Pethidini hydrochloridum	50 mg	Injekční roztok	11:30	Opioidní analgetikum

Subcutánní aplikace:

Clexane	Enoxaparinum natricum	0,2 ml	Injekční roztok	11:30	Anti-trombotikum
---------	-----------------------	--------	-----------------	-------	------------------

2. 4. 2008 - gynekologický operační sál

Epidurální anestezie:

Název léků	Generický název	Gramáž	Léková forma	Hodina dávování	Léková skupina
Marcaïn	Bupivacaine hydrochloride	0,5%	Injekční roztok	5 ml v 11:45	Spinální anestetikum
Morfin	Morphini chloridum	1 mg	Injekční roztok	11:45	Opioidní analgetikum

Intravenózní aplikace: do PŽK

Diprivan 1%	Propofolum	150 mg	Injekční roztok	12:00	Celkové anestetikum
Sufenta F	Sufentanili dihydrogeno citras	1 amp.	Injekční roztok	12:00	Opioidní anestetikum, analgetikum anodynum
Nimbex	Cisatracurii besilas	4 mg	Injekční roztok	12:00	Myorelaxans
Kefzol	Cefalo- sporinum	1g ve 100 ml FR	Injekční roztok	12:00	ATB

Infúzní roztoky: do PŽK

Ringerr roztok	Ringer infusion	500 ml	Infúzní roztok	12 - 13 - 14 - 15	Krystaloidní roztok
Fyziologický roztok	Fyziologický roztok 1/1	500 ml	Infúzní roztok	13:00	Krystaloidní roztok
Voluven	Gelatina succinata	500 ml	Infúzní roztok	15:00	Koloidní roztok

2. 4. 2008 - gynekologie – JIP

Epidurální analgezie: ve 40 ml FR

Název léků	Generický název	Gramáž	Léková forma	Hodina dávkování	Léková skupina
Marcaïn	Bupivacaine hydrochloride	0,5 % 10 ml	Injekční roztok	kontinuálně 5 ml/hod.	Spinální anestetikum
Morfin	Morphini chloridum	2 mg	Injekční roztok	Kontinuálně 5 ml/hod.	Opioidní analgetikum

Intravenózní aplikace: do PŽK

Degan	Metoclopramid	1 amp.	Injekční roztok	19:00	Antiemetikum
Torecan	Thiethylperazini hydrogenomallas	1 amp.	Injekční roztok	19:00	Antiemetikum, Antivertiginózum
Solumedrol	Methylprednisoloni natrii succinas	80 mg	Injekční roztok	20:00	Kortikoid
Kefzol	Cefalosporinum	1 g ve 100 ml FR	Injekční roztok	22:00	ATB
Diazepam	Diazepamum	1 amp.	Injekční roztok	22:00	Anxiolytikum

Infúzní roztoky: do PŽK

Ringerr roztok	Ringer infusion	500 ml	Infúzní roztok	17 - 21	Krystaloidní roztok
Glukóza 5%	Glucosum anhydricum 50 mg	500 ml	Infúzní roztok	19:00	Krystaloidní roztok
Voluven	Gelatina succinata	500 ml	Infúzní roztok	21:00	Koloidní roztok

3. 4. 2008 - gynekologie – JIP

Epidurální analgezie: v 80 ml FR

Název léků	Generický název	Gramáž	Léková forma	Hodina dávkování	Léková skupina
Marcaïn	Bupivacaine hydrochloride	0,5 % 20 ml	Injekční roztok	kontinuálně 5 ml/hod.	Spinální anestetikum
Morfin	Morphini chloridum	4 mg	Injekční roztok	Kontinuálně 5 ml/hod.	Opioidní analgetikum

Intravenózní aplikace: do PŽK

Kefzol	Cefalosporinum	1 g ve 100 ml FR	Injekční roztok	6 - 14 - 22	ATB
Furosemid	Furosemidum	1 amp.	Injekční roztok	20:00	Diuretikum
Diazepam	Diazepamum	5 mg	Injekční roztok	22:00	Anxiolytikum

Infúzní roztoky: do PŽK

Glukóza 10%	Glucosum anhydricum 100 mg	500 ml	Infúzní roztok	6 - 15	Infundabilium, Energetický roztok
Hartmann roztok	Hartmann infusion	500 ml	Infúzní roztok	9 - 18	Krystaloidní roztok
Glukóza 5%	Glucosum anhydricum 50 mg	500 ml	Infúzní roztok	12 - 21	Krystaloidní roztok

Subcutánní aplikace:

Fragmin	Dalteparinum natriicum	2500 j.	Injekční roztok	9:00	Anti-koagulancium
---------	------------------------	---------	-----------------	------	-------------------

Léky per os:

Letrox	Levothyroxinum	100 mg	Tablety	9:00	Tyreoidální hormon
--------	----------------	--------	---------	------	--------------------

4. 4. 2008 - gynekologie – JIP

Epidurální analgezie: v 80 ml FR

Název léku	Generický název	Gramáž	Léková forma	Hodina dávkování	Léková skupina
Marcaïn	Bupivacaine hydrochloride	0,5 % 20 ml	Injekční roztok	kontinuálně 5 ml/hod.	Spinální anestetikum

Intravenózní aplikace: do PŽK

Perfalgan	Parace- tamolum	1 amp.	Injekční roztok	6:00	Analgetikum, Antipyreticum
Kefzol	Cefalo- sporinum	1 g ve 100 ml FR	Injekční roztok	6 - 14 - 22	ATB

Infúzní roztoky: do PŽK

Glukóza 10%	Glucosum anhydricum 100 mg	500 ml	Infúzní roztok	6 - 12 - 18	Energetický roztok, Infundabilium
Fyzi- logický roztok	Fyziologický roztok 1/1	500 ml	Infúzní roztok	9:00	Krystaloidní roztok
Hartmann roztok	Hartmann infusion	500 ml	Infúzní roztok	15:00	Krystaloidní roztok

Subcutánní aplikace:

Fragmin	Dalteparinum natrium	2500 j.	Injekční roztok	9:00	Anti- koagulantium
---------	-------------------------	---------	--------------------	------	-----------------------

Léky per os:

Letrox	Levo- thyroxinum	100 mg	Tablety	9:00	Thyreoidální hormon
--------	---------------------	--------	---------	------	------------------------

1. 8. 2 O₂ terapie

1. 4. 2008

- hodnoty SpO₂ (saturace hemoglobinu kyslíkem) byla celý den v průměru 96% (fyziologické hodnoty) → podání O₂ nebylo nutné

2. 4. 2008 - operační den

Na oddělení G3:

- hodnota SpO₂ v normě
- nebylo nutné podávat O₂

Na urologickém operačním sále:

- O₂ podán maskou k docílení 100% SpO₂ před intubací
- po zavedení laryngeální masky byla pacientka napojena na řízenou UPV (umělou plicní ventilaci)
- po výkonu se opět podával O₂ maskou

Na gynekologickém operačním sále:

- před intubací byl pacientce podán O₂ kyslíkovou maskou k docílení 100% SpO₂ z důvodu snížení spotřeby inhalačního anestetika během výkonu
- intubace se provedla pomocí endotracheální kanyly č. 7,5 a pacientka byla napojena na UPV
- po extubaci byl opět podán O₂ maskou
- na dospávacím pokoji (před příjezdem na JIP) byl podáván O₂ kyslíkovými brýlemi průtokem 5l/min.

Na JIP:

- příjem z operačního sálu v 17:00
- v 17:00 SpO₂ 87% → nutnost podat O₂ kyslíkovými brýlemi průtokem 5l/min.
- O₂ podáván od 17:00 až do večera, během noci ho bylo nutné podat 2x
- SpO₂ pravidelně kontrolována každou hodinu

3. 4. 2008

- od 6:00 od rána byla SpO₂ snížena
- O₂ podáván kyslíkovými brýlemi průtokem 5l/min.
- během dne se podání O₂ několikrát opakovalo
- pravidelně se během dne kontrolovala hodnota SpO₂

4. 4. 2008

- SpO₂ v normě, podání O₂ nebylo nutné

1. 8. 3 Dietoterapie

Před operací:

- dieta č. 3 bez omezení
- od půlnoci den před operací nic per os

Operační den 2. 4. 2008

- nic per os
- na operačním sále zavedena NGS na spád
- příjem tekutin pouze parenterální cestou
- rty zvláženy namočeným tampónem

Dny po operaci:

1. - 3. pooperační den tj. 3. - 5. 4. 2008 dieta č. 0S čaj + parenterální příjem tekutin, NGS 1. a 2. pooperační den na spád, 5. 4. NGS zaštipnutá
4. pooperační den tj. 6. 4. 2008 dieta č. 0 bujón + parenterální příjem tekutin, NGS EX
5. pooperační den tj. 7. 4. 2008 dieta č. 1 kašovitá
6. pooperační den tj. 8. 4. 2008 dieta č. 2 šetřící
7. pooperační den tj. 9. 4. 2008 návrat k racionální výživě č. 3

1. 8. 4 Fyzioterapie

Před operací:

- bez pohybového omezení

Operační den 2. 4. 2008

- před operací bandáže DK
- po operaci režim ležící → klid na lůžku bez dechové RHB (rehabilitace) a pasivních cviků

Dny po operaci:

1. pooperační den 3. 4. 2008 - aktivní RHB na lůžku za asistence fyzioterapeutky
2. pooperační den 4. 4. 2008 - posazování na lůžku
3. pooperační den 5. 4. 2008 - vstávání z lůžka, přesun k umyvadlu
4. pooperační den 6. 4. 2008 - vstávání z lůžka, přesun k umyvadlu, chůze po pokoji
5. pooperační den 7. 4. 2008 - překlád z JIP na standardní oddělení

1. 8. 5 Další terapeutická péče

2. 4. – 4. 4. 2008

Péče o ležící pacientku na lůžku

- péče o oči Ophtalmo septonexem
- péče o dutinu nosní, převaz NGS s kontrolou nosní sliznice
- péče o dutinu ústní (pacientka si sama vyčistila zuby na lůžku), sestra pouze asistovala
- péče o kůži (celková toaleta na lůžku vodou s mýdlem, kůže promazána, záda namasírovaná chladivou emulzí)
- ráno celkové přestlání lůžka, jinak dle stavu pacientky (propocení, nečistoty)
- péče o vyprazdňování
- pravidelná kontrola celkového stavu pacientky

2. 4. – 4. 4. 2008

Péče o invazivní vstupy + péče o operační ránu

- pravidelná kontrola a pravidelné převazy všech invazivních vstupů 1x za 24 hodin vždy ráno s lékařem
- ústí braunyly na LHK bylo ošetřeno septonexem a přelepeno průhlednou folií (tegadermem)
- Redonovy drény byly ošetřeny 3% peroxidem vodíku a jodisolem, přikryty sterilním čtvercem a zalepeny. Byly označeny R1 – R3. Odváděly minimální množství krevního obsahu kromě R2, který odváděl v průměru 200 ml denně
- ústí epidurálního katetru bylo denně lékařem ošetřeno septonexem, přelepeno sterilním čtvercem a náplast byla vedena až k rameni ke komůrce, do které kapala analgetická směs
- operace byla provedena DLP (dolní střední laparotomií), která byla nad pupkem rozšířena o 3 – 4 cm. Operační rána je rozsáhlá cca 15 cm a denně je ráno ošetřena peroxidem vodíku, jodisolem a sterilně přikryta. Rána je klidná, obvaz neprosakuje
- okolí PMK je klidné

1. 9 Stručný průběh hospitalizace

Paní M. M. byla dne 1. 4. 2008 v 10:00 hodin dopoledne přijata na gynekologicko-porodnickou kliniku nemocnice na Bulovce na standardní lůžkové oddělení G3 pro plánovaný operační výkon.

V dopoledních hodinách téhož dne byla zdravotní sestrou poučena o režimu oddělení, dietním režimu (od půl noci nejíst, nepít), předoperační přípravě, pooperačním režimu a seznámena s právy pacientů. Odpoledne pacientku navštívil anesteziolog a vysvětlil jí, jak bude operační výkon probíhat. Pacientka podepsala informovaný souhlas s tímto výkonem. V pozdních odpoledních hodinách byla provedena předoperační příprava, jejíž součástí bylo oholení operačního pole, střevní příprava, osprchování, dodržení dietního režimu a prevence tromboembolické nemoci.

V den operace byla pacientka v 8:00 hodin ráno sanitkou dovezena k předoperačnímu zavedení ureterálních cévek do močovodů na urologickou kliniku. Zde se urologovi podařilo zasondovat jeden ureter (stent 1 – šedý) do pravého močovodu a zavedl PMK (permanentní močový katetr). Po návratu pacientky na standardní oddělení G3 jí byla aplikována premedikace (Atropin + Dolsin 50 mg i.m.) před operačním výkonem, který byl proveden v CA (celkové anestezii). Na operačním sále byl pacientce před operací zaveden epidurální katetr k pooperační analgezii. Na konci operačního výkonu byl zasondován i druhý ureter (stent 2 – bílý) vlevo, zavedena NGS (nazogastrická sonda) a 3 Redonovy drény.

Po výkonu byla pacientka přijata na gynekologickou JIP, kde první den dodržovala klid na lůžku bez RHB, další dny se aktivně zapojovala do rehabilitace. První pooperační den na JIP tj. 3. 4. 2008 byl stent 1 - šedý EX, 6. 4. 2008 NGS a epidurální katetr EX. Dne 7. 4. 2008 ráno byla periferní kanyla EX, Redon č. 1 a č. 3 EX z důvodu minimálního množství odvedeného obsahu. Na JIP pacientka ležela 6 dní a 7. 4. 2008 byla přeložena zpátky na standardní lůžkové oddělení G3, kde se 10. 4. 2008 odstranil i poslední Redon č. 2. Dne 14. 4. 2008 byla vytažena i druhá ureterální cévka (stent 2 - bílý) a PMK. Následující den přišly výsledky z histologie a pacientka byla zaevidována v COP (Centrum onkologické poradny). Na standardním oddělení G3 pacientka ležela do 16. 4. 2008. Poté byla propuštěna do domácího ošetřování.

2 Ošetrovatelská část

2.2 Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu

2.2.1 Subjektivní náhled pacientky na nemoc a hospitalizaci

Pacientku od ledna tohoto roku trápí časté nucení na močení a s tím spojené i časté chození na WC. Každoročně je svým obvodním gynekologem pravidelně vyšetřována. Při poslední prohlídce, která je vždy v únoru, lékař palpačním vyšetřením zjistil útvar na děloze, který je příčinou těchto obtíží. Pacientku objednal na USG a na další vyšetření do nemocnice. Po stanovení diagnózy byl stanoven termín k provedení operačního výkonu.

O nemocničním režimu má pacientka dostatek informací. Na informace o léčebném režimu čeká od lékaře. Věří, že ji lékaři vyléčí, aby mohla zase fungovat jako dřív a doufá, že v nemocnici bude pouze nezbytně dlouhou dobu.

2.2.2 Základní fyziologické potřeby

Potřeba dýchání

Před onemocněním ani před příchodem do nemocnice se u pacientky žádné problémy s dýcháním nevyskytly. Dechovou frekvenci má v průměru 22/min.

Na urologickém operačním sále, kde urolog zaváděl stenty do ureterů, byla pacientka po zavedení laryngální masky napojena na řízenou UPV. Po výkonu ji byl podáván 100% O₂. Na gynekologickém operačním sále byla pacientka zaintubována a opět napojena na řízenou UPV. Po zákroku ji anesteziolog extuboval.

Pacientka byla z operačního sálu přivezena na JIP, kde byla nutnost O₂ podpory pomocí kyslíkových brýlí, průtokem 5l/minutu z důvodu snížené saturace tj. nasycení hemoglobinu kyslíkem. S kyslíkovou podporou se pacientce dýchá dobře. Od prvního pooperačního dne provádí dechovou RHB za asistence fyzioterapeutky. Pacientka je nekuřačka, snaží se odkašlávat. Doufá, že kyslíkovou podporu bude potřebovat co nejkratší dobu a doma se problémy s dýcháním nevyskytnou.

Potřeba hydratace

Před hospitalizací pacientka vypila denně v průměru 2-2,5 litrů tekutin. Tekutiny měla rozložené během celého dne. Moc ráda pije čistou pramenitou vodu a bílou kávu. Také si ráda uvaří ovocný čaj. Na ovocné šťávy někdy dostane velikou chuť, ale pije je pouze v omezeném množství z důvodu pálení žáhy po jejich konzumaci. Nemá ráda pivo a všeobecně alkohol. Při významných příležitostech si ráda dá skleničku vína.

Den před operací mohla pacientka přijímat tekutiny pouze do půlnoci. V den operace ji byla na standardním oddělení G3 v 6:00 ráno zavedena i.v. kanyla pro parenterální příjem tekutin, do které vykapalo 500 ml HR (Hartmann roztok) před odjezdem na urologický operační sál. Tam během výkonu bylo podáno 1000 ml FR i.v. Po příjezdu z urologického operačního sálu odjela pacientka na gynekologický operační sál, kde jí během dlouhé operace bylo aplikováno do i.v. kanyly 2500 ml krystaloidních roztoků a 500 ml koloidních roztoků.

Po celou dobu na JIP tzn. 5 dní byl denní příjem tekutin 3000 ml krystaloidních roztoků i.v. První pooperační den byl příjem pouze parenterální cestou. Od dalšího dne tj. od 3. 4. 2008 po operaci mohla pacientka přijímat per os pouze čaj. Dne 6. 4. 2008 měla bujón. Množství přijatých tekutin per os na JIP od druhého dne bylo denně v průměru 800 ml.

Potřeba výživy

Před hospitalizací byla strava pacientky racionální - dieta č. 3 bez dietního omezení. Pacientka má horní zubní protézu, která ji při jídle ani při mluvení nečiní potíže. Ústa rozbolavělá nemá. Před rokem záměrně držela dietu, aby shodila nějaká kila. Povedlo se jí zhubnout 8 kg, které si také udržela. I přes hubnutí si o své tělesné váze myslí, že je vyšší asi o 10 kg. Pacientka měří 150 cm a váží 58 kg. BMI = 25,8, což svědčí pro lehkou nadváhu. Ráda jí dietně tj. hodně zeleniny bez uzenin.

Na urologickém i gynekologickém operačním sále dostávala výživu pouze parenterálně. Na gynekologickém sále ji byla zavedena NGS na spád.

Na JIP v operační den nesměla přijímat výživu per os, pouze tekutiny parenterální cestou. 1. - 3. pooperační den na JIP měla dietu č. 0S = čaj po lžičkách + parenterální příjem tekutin a NGS na spád. NGS odváděla denně průměrně 500 ml žaludečních šťáv. Následující den dostala bujón, opět měla příjem i parenterální cestou. Po překladu na standardní oddělení se postupně přes kašovitou a šetřící dietu pacientka dostala k racionální stravě. Na JIP trpěla nauzeou, na jídlo chuť neměla.

Potřeba vyprazdňování moče

Pacientka má patologicky změněnou dělohu, která ji tlačí na močový měchýř. Z tohoto důvodu jí od ledna 2008 trápí časté nucení na močení, což ji velmi obtěžuje. Pálení, řezání močové trubice se nevyskytují. Pacientka ví, že děloha je patologicky změněná a tyto problémy způsobuje právě ona.

V den operace byla pacientce na urologickém sále zavedena ureterální cévka do pravého močovodu (stent 1 - šedý) a PMK. Na gynekologickém sále urolog zavedl druhou ureterální cévku do levého močovodu (stent 2 - bílý) a následně provedl reimplantaci tohoto močovodu.

Na JIP výdej moči z PMK a stentu 1 a 2 byl průměrně 3000 ml. Diuréza byla měřena a zaznamenávána každou hodinu. Bilance byly vyrovnané. Moč měla vzhledově slabě růžovou barvu. Pálení, řezání močové trubice či jiné problémy se u pacientky nevyskytovaly.

Potřeba vyprazdňování stolice

Před hospitalizací docházelo k vyprázdnění stolice bez problémů 1x denně ráno. Stolica měla normální konzistenci. Žádná projímadla pacientka nikdy neužívala.

Den před operací tj. 1. 4. 2008 byla jako součást předoperační přípravy provedena střevní příprava, která spočívala ve vypití 3 sáčků Fortrans ve třech litrech tekutiny. Po operaci došlo k ochabnutí peristaltiky, z tohoto důvodu první čtyři dny na JIP pacientka stolicí neměla. Pátý den došlo k obnovení peristaltiky a pacientka vyprázdnila malé množství formované stolice s fyziologickým zápachem.

Potřeba odpočinku a spánku

V domácím prostředí pacientce k pocitu vyspání stačí 7 hodin a obvykle také 7 hodin spí. Potíže s usínáním nemá. Od ledna jí během noci trápí časté nutkání na WC a také obavy o své zdraví. Obavy zahání čtením. Žádné hypnotika neužívá. Probouzí se kolem 7 hodiny ráno a cítí se dostatečně vyspaná.

Den před operací dostala na noc Diazepam 10 mg p.o., aby byla před operací dostatečně vyspaná a nebudila se z důvodu obav a nucení na močení. Na urologickém operačním sále byl pacientce navozen umělý spánek a byla napojena na UPV. Na gynekologickém operačním sále byla pacientka také zaintubovaná a napojena na UPV.

Po operaci byla pacientka přivezena na JIP kolem 17:00. Zde až do večera pospávala. I další dny přes den byla spavá.

Potřeba tepla a pohodlí

Na standardním oddělení G3 pacientka nepocítovala žádný tělesný dyskomfort v oblasti tepla. Lůžko, na kterém ležela bylo pohodlné. Pocit zimy neuváděla. Tělesná teplota v pokoji ji vyhovovala.

Na JIP po přivezení z operačního sálu z důvodu rozsáhlého operačního zákroku pacientka uváděla pocity zimy, proto byla přikryta ještě jednou dekou. Měla dodržovat klid na lůžku, aby nedošlo k vytažení uterérálních cévek. Další dny se posazovala a začala provádět RHB s fyzioterapeutkou.

Potřeba být bez bolesti

Pacientku před hospitalizací trápily bolesti v oblasti malé pánve, které byly závislé na poloze patologicky změněné dělohy, jež ji tlačila na močový měchýř. V analogové hodnotící škále měření bolesti v rozmezí 1–10, kdy 10 udává nesnesitelnou bolest, pacientka označila č. 8. Pro úlevu od této bolesti ji pomáhal pohyb.

Na standardním oddělení bolesti v oblasti malé pánve ani žádné jiné bolesti pacientku netrápily. Jen občas pocítila nepříjemný tlak v podbřišku. Před odjezdem na gynekologický operační sál byla pacientce aplikována premedikace Atropin 0,5 mg + Dolsin 50 mg i.m. Na operačním sále těsně před výkonem ji byl v předsáli zaveden do epidurálního prostoru epidurální katetr, do kterého kapal Morfin + Marcain přes infúzní pumpu rychlostí 3 ml/hod. sloužící k pooperační analgezi. U pacientky se po příjezdu z operačního sálu objevily bolestivé grimasy v obličeji. Dávka byla zvýšena na 5 ml/hod. a bolestivé grimasy se u ní přestaly objevovat. Pacientka si na bolest neztěžovala, což ukazovalo, že množství podávané směsi je dostačující.

Potřeba soběstačnosti

V domácím prostředí byla pacientka zcela soběstačná. Na JIP první dva dny po operaci veškerou péči tzn. péče o oči, dutinu ústní, kůži, stravování, vyprazdňování, zajišťovala sestra z důvodu zavedených ureterálních cévek, aby nedošlo k jejich vytažení. Pacientka sestře v úkonech pomáhala. V rámci rehabilitace dodržovala v operační den klid na lůžku bez RHB. Klid na lůžku musela dodržovat i první a druhý pooperační den. Tyto 2 dny již probíhala dechová RHB + aktivní cviky na lůžku. Od čtvrtého dne začala pacientka opouštět lůžko a sama prováděla hygienu u umyvadla.

Potřeba tělesné hygieny a stav kůže

V domácím prostředí byla pacientka v rámci tělesné hygieny soběstačná. Na JIP první dva dny po operaci probíhala celková toaleta na lůžku vodou s mýdlem a ustlání lůžka vždy ráno a večer sestřičkou. Denně byla prováděna péče o oči Ophtalmo septonexem, péče o dutinu nosní a převaz NGS s kontrolou nosní sliznice, péče o dutinu ústní (pacientka si sama vyčistila zuby na lůžku). Od třetího dne pacientka vstávala z lůžka a hygienickou péči prováděla u umyvadla.

Kůže pacientky byla v normě, bez hematomů, vyrážky a opruzenin. Porušena integrita kůže se nacházela v oblasti podbřišku z důvodu rozšířené DSL (dolní střední laparotomie) nad pupkem. Rozsah této pooperační jizvy byl cca 15 cm. Do podbřišku byly zavedeny 3 Redonovy drény. Všechny invazivní vstupy a operační rány byly denně sestrou ošetřeny a zkontrolovány.

Potřeba tělesné a duševní aktivity

Pacientka je již v důchodu. Dříve pracovala jako technická kontrolorka. S pohybem v domácnosti žádné problémy nemá. Hole nepoužívá. Ve volném čase se věnuje zahrádce, květinám, ráda jezdí na chalupu, která se nachází v podkrkonoší.

Pacientka používá brýle jen na čtení. Slyší dobře. Rehabilitace je prováděna od prvního pooperačního dne aktivně na lůžku. Pacientka zná svůj nemocniční pohybový režim.

Potřeba sexuální

Nemoc u pacientky nezpůsobila v jejím partnerském životě žádné změny a neočekává, že by se v oblasti intimního života něco změnilo.

2. 2. 3 Psychosociální potřeby

A) Existencionální potřeby

Zdraví

Pacientka se stravuje především racionálně. Snaží se jíst dietně, lehkou stravu. V jejím jídelníčku převažuje zelenina. Snaží se vyhýbat uzeninám a všemu nezdravému. Před rokem snížila svou tělesnou váhu o 8 kilo a tu si také udržela. Od té doby se cítí lépe a říká, že by to chtělo ještě nějaká kila shodit dolů. Alkohol nepije téměř vůbec, až na minimální množství vína pouze u významných příležitostech. Pacientka na mě působí zdravě. Má však obavy o své zdraví, protože netuší, jak operace dopadne.

Potřeba bezpečí a jistoty

Pacientka žije v Praze na Proseku s manželem a mladším synem (28 let) v panelákovém bytě 3 + 1. Na manžela a syna se může spolehnout, jsou pro ni velkou oporou. Manžel je také v důchodu.

Pacientka na mě působila spokojeně. Má trošku obavy o své zdraví, aby vše dopadlo dobře a bez komplikací. S personálem bez problému komunikuje a spolupracuje.

B) Vztahové potřeby

Potřeba lásky a sounáležitosti

Pro pacientku je v životě nejdůležitější rodina. Má dva syny, 41 a 28 let. Starší syn je ženatý a žije s manželkou a svými dvěma dcerami (17 a 13 let) v Praze. Vzájemně se pravidelně navštěvují buď doma nebo na chalupě, kam pravidelně jezdí na víkendy. Mladší syn žije s ní a s manželem v panelákovém bytě. Mezi sebou mají a vždy měli dobré vztahy. Ty mají i se sousedy, se kterými se pravidelně navštěvují.

V nemocnici na JIP jsou návštěvy zakázány. Manžel mohl pacientce denně zavolat a informovat se o jejím zdravotním stavu. První pooperační den byl na návštěvě osobně, lékaři mu dovolili pozdravit ženu a zamávat ji přes okno. Pacientka měla obrovskou radost, že ho vidí a slyší osobně. Veškeré informace o jejím zdravotním stavu se podávají manželovi a synovi.

Potřeba sebeúcty, sebepojetí

Z informací, které mi pacientka poskytla, usuzuji, že má realistický pohled na svět. Je se sebou docela spokojená, jen by si přála snížit svou tělesnou váhu o pět kilogramů a poté bude celkově spokojená. Z operace má trošku obavy, aby dopadla úspěšně a bez komplikací. Věří, že vše bude v pořádku.

Potřeba seberealizace

Pacientka má vystudované Střední odborné učiliště technické. Pracovala jako technická kontrolorka, nyní je v důchodu. Věnuje se zahrádce, kde pěstuje zeleninu, také se stará o květiny, kterých má v domácnosti spoustu. Velice ráda jezdí o víkendech s rodinou do podkrkonoší na chalupu, kde si odpočine a nabere energii.

Duchovní potřeby

Pacientka ani nikdo z rodiny není žádného vyznání. Věří, že jí bude lépe a brzy ji propustí domů. Věří v něco, co je uvnitř jí samotné. Říká, že když se chce, tak všechno jde a jak chceme, aby se k nám lidé chovali, tak se k nim musíme chovat taky.

Psychosociální hodnocení

Pacientka se mi jeví přizpůsobivá, s reálným přístupem k životu. Má obavy o své zdraví a z budoucnosti.

2. 3 Ošetřovatelské diagnózy

1. 4. 2008 – den před operací

- Porucha spánku z důvodu základního onemocnění a obav o vlastní zdraví projevující se častým buzením a chozením na WC
- Nedostatek informací o průběhu operace a s ní spojených možných rizicích projevující se obavami o vlastní zdraví

2. 4. 2008 – operační den

- Porucha dýchání z důvodu pooperačního stavu projevující se sníženou hodnotou SpO₂ a nutností O₂ podpory
- Bolest z důvodu pooperačního stavu projevující se bolestivými grimasami v obličeji při změně polohy
- Tělesný dyskomfort v oblasti tepla projevující se pocitem zimy a třesem
- Změna výživy z důvodu zavedení NGS v souvislosti s pooperačním stavem projevující se nemožností přijímat stravu per os a nechutenstvím
- Porucha soběstačnosti v souvislosti s imobilizací projevující se neschopností péče o sebe sama
- Porucha celistvosti kůže z důvodu operačního výkonu dolní střední laparotomie, zavedením žilního vstupu, epidurálního katetru a drénů s rizikem komplikací (krvácení, infekce, embolie)
- Změna močení z důvodu zavedeného PMK a uretrálních cévek s rizikem komplikací (infekce, obstrukce)
- Porucha vyprazdňování stolice z důvodu pooperačního stavu projevující se zástavou plynů a stolice

3. 4. 2008 – první pooperační den

- Obavy o své zdraví z pooperačních komplikací, ze zhoršení zdravotního stavu a z budoucnosti projevující se úzkostí
- Riziko vzniku imobilizačního syndromu (TEN, pneumonie, dekubity, zácpa) vzhledem k imobilizaci pacientky

2. 4 Ošetrovatelské cíle, plány, realizace, hodnocení

1. 4. 2008

1. Porucha spánku z důvodu základního onemocnění a obav o vlastní zdraví projevující se častým buzením a chozením na WC

Cíl:

- pacientka je dostatečně vyspaná
- pacientka spí kvalitně celou noc bez obav a nutnosti chození na WC

Plán:

- posoudit příčinu nespavosti
- před spaním zajistit klid v místnosti, zhasnout světla
- na pokoji vyvětrat
- upravit lůžko, aby bylo pohodlné
- podat pacientce potřebné informace
- dle ordinace lékaře podat hypnotika

Realizace:

- zjistila jsem příčinu nespavosti (jde o základní onemocnění a obavy z tohoto onemocnění)
- za pacientkou přišel anesteziolog, který ji vše o operačním výkonu vysvětlil
- před spaním se ve všech pokojích vyvětralo
- lůžko pacientky bylo upraveno
- zhasly se světla, svítilo pouze noční osvětlení na chodbě
- na noc dostala pacientka Diazepam 10 mg p.o.

Hodnocení:

- po sdělení informací o operačním výkonu byla pacientka klidnější
- po podání Diazepamu spala pacientka kvalitně celou noc

1. 4. 2008

2. Nedostatek informací o průběhu operace a s ní spojených možných rizicích projevující se obavami o vlastní zdraví

Cíl:

- pacientka je dostatečně informovaná o operačním výkonu a jeho možných rizicích
- pacientka chápe nutnost operačního výkonu

Plán:

- vysvětlit pacientce operační výkon
- podávat informace, které mají pro pacientku význam
- informace poskytovat postupně
- zhodnotit schopnosti pacientky porozumět instrukcím
- zhodnotit schopnost spolupráce
- povzbuzovat pacientku, aby se na vše čemu nerozumí ptala
- poskytnout pacientce časový prostor na otázky

Realizace:

- v odpoledních hodinách za pacientkou přišel anesteziolog, který ji vše, co se týče operačního výkonu vysvětlil a dal jí prostor na otázky
- pacientka se ptala na všechno, čemu neporozuměla
- pacientka spolupracovala

Hodnocení:

- pacientka má dostatek informací
- po sdělení informací o operačním výkonu byla pacientka klidnější
- nutnosti operačního výkonu pacientka rozumí

2. 4. 2008

3. Porucha dýchání z důvodu pooperačního stavu projevující se sníženou hodnotou SpO₂ a nutností O₂ podpory

Cíl:

- pacientka má zajištěnou adekvátní ventilaci
- pacientka je poučena o nutnosti O₂ podpory a spolupracuje
- hodnoty SpO₂ jsou v normě

Plán:

- vysvětlit pacientce způsob a důvod podávání O₂
- vysvětlit pacientce funkci podávání O₂
- poučit pacientku k nutné spolupráci
- vdechovaný O₂ ohřívat a zvlhčovat

Realizace:

- funkce podávání O₂ byla pacientce vysvětlena
- nutnost a způsob podání O₂ jí byl také vysvětlen
- pacientka při podávání O₂ spolupracovala
- vdechovaný O₂ byl zvlhčován
- změny SpO₂ byly hlášeny lékaři
- podle hodnot SpO₂ se nastavil průtok O₂ a doba podání O₂

Hodnocení:

- u pacientky byla zajištěna adekvátní ventilace
- při podávání O₂ pacientka spolupracovala
- po podání O₂ byla hodnota SpO₂ opět v normě

2. 4. 2008

4. Bolest z důvodu pooperačního stavu projevující se bolestivými grimasami v obličeji při změně polohy

Cíl:

- bolest pacientky je zmírněna, případně odstraněna

Plán:

- zhodnotit intenzitu bolesti dle hodnotících škál
- akceptovat bolest tak, jak o ni pacientka hovoří
- pečovat o pohodlí pacientky a pomáhat jí najít úlevovou polohu
- pacientku psychicky podporovat
- dle ordinace lékaře změnit rychlost podávané analgetické směsi

Realizace:

- intenzitu bolesti jsem zhodnotila dle numerické škály (v rozmezích 1-10, kdy 10 značí největší bolestivost, pacientka udávala 5)
- psychicky jsem pacientku podporovala a pečovala o její pohodlí
- dle ordinace lékaře byla rychlost analgetické směsi, která kape do epidurálního prostoru zvýšena z 3 na 5 ml/hodinu

Hodnocení:

- po zvýšení rychlosti analgetické směsi, bolesti ustoupily a bolestivé grimasy se neobjevily

2. 4. 2008

5. Tělesný dyskomfort v oblasti tepla projevující se pocitem zimy a třesem

Cíl:

- pacientka pocity zimy neuvádí
- tělesná teplota pacientky se pohybuje v normálním rozmezí

Plán:

- zjistit vyvolávající příčinu zimy
- zajistit teplé přikrývky
- monitorovat tělesnou teplotu
- sledovat barvu kůže a zbarvení nehtových lůžek
- zajistit vhodnou hydrataci pacientky
- měřit bilanci tekutin

Realizace:

- zjistila jsem příčinu zimy u pacientky (z důvodu rozsáhlého operačního výkonu)
- pacientku jsem přikryla další dekou
- byla zajištěna vhodná hydratace pacientky
- pravidelně jsem sledovala barvu a teplotu kůže

Hodnocení:

- po přikrytí pacientky dekou, přestala jí být zima
- tělesná teplota u pacientky je v normě

2. 4. 2008

6. Změna výživy z důvodu zavedení NGS v souvislosti s pooperačním stavem projevující se nemožností přijímat stravu per os a nechutenstvím

Cíl:

- energetické nároky organismu jsou uspokojeny
- pacientka je dostatečně hydratovaná
- chuť k jídlu je obnovena

Plán:

- živiny přijímat kontinuálně parenterální cestou
- sledovat celkový denní příjem tekutin a potravy
- další dny pobízet k příjmu potravy per os
- nabízet vhodnou dietu
- nabízet esteticky upravenou stravu
- sledovat odpady z NGS

Realizace:

- kontinuální příjem živin parenterální cestou (3000 ml/24hodin)
- sledování celkového denního příjmu tekutin (parenterální + enterální příjem)
- podávána dieta (postupně 0S - čajová, 0 – bujón, 1 - tekutá, 2 – šetřící, 3 – racionální)
- pobízení k příjmu potravy per os
- sledování celkového denního příjmu potravy
- pravidelné sledování odpadů z NGS

Hodnocení:

- organismus je dostatečně vyživován pomocí parenterálního příjmu tekutin, pacientka je dostatečně hydratovaná
- chuť k jídlu nebyla obnovena

2. 4. 2008

7. Porucha soběstačnosti v souvislosti s imobilizací projevující se neschopností péče o sebe sama

Cíl:

- pacientka má saturované základní individuální potřeby
- pacientka postupně aktivně spolupracuje při saturaci základních potřeb

Plán:

- posoudit zdravotní stav pacientky, zdali se může účastnit léčebného režimu
- zjistit míru soběstačnosti
- zapojit pacientku do řešení problémů, vést ji k sebepéči
- vytvořit individuální plán, který bude odpovídat možnostem pacientky
- provádět celkovou ranní a večerní toaletu kůže, dle potřeby pečovat o oči
- provádět celkové přestlání lůžka dle stavu pacientky
- pravidelně převazovat NGS s kontrolou nosní sliznice
- zajistit dostatečnou parenterální výživu
- pečovat o vyprazdňování a zajistit tepelné pohodlí

Realizace:

- první dva dny po operaci byla hygienická péče pacientky zajištěna sestrou na lůžku, pacientky spolupracovala a byla vedena k sebepéči (např. vyčistila si zuby)
- pacientka se vyprazdňovala pomocí PMK a zavedených ureterálních cévek
- pravidelně se kontroloval celkový stav pacientky
- pravidelná péče o oči, ústní i nosní dutinu
- pravidelné kontroly nosní sliznice a převazy NGS (převazy vždy ráno)
- provedena celková ranní a večerní toaleta s celkovým přestláním lůžka dle potřeby
- výživa byla zajištěna parenterálně, od druhého dne po operaci i s enterálním příjmem
- známky tepelného dyskomfortu nebyly známy (při pocitu zimy se pacientka přikryla ještě jednou dekou)

Hodnocení:

- od druhého dne hospitalizace se pacientka aktivně zapojovala při saturaci svých základních potřeb (hygienu, výživu, vyprazdňování)

2. 4. 2008

8. Porucha celistvosti kůže z důvodu operačního výkonu dolní střední laparotomie, zavedením žilního vstupu, epidurálního katetru a drénů s rizikem komplikací (krvácení, infekce, embolie)

Cíl:

- pacientce se operační rána hojí bez komplikací
- pacientka chápe nutnost a funkčnost jednotlivých vstupních katetrů a spolupracuje při jejich funkčnosti

Plán:

- zajistit spolupráci pacientky
- asepticky ošetřovat a pravidelně kontrolovat operační ránu a ostatní invazivní vstupy
- přesně dodržovat ordinace lékaře
- informovat lékaře o změně zdravotního stavu

Realizace:

- před provedením převazů všech invazivních vstupů byla pacientka o těchto výkonech informována, abych zajistila její spolupráci
- každých 24 hodin vždy ráno se asepticky ošetřovala operační rána a ostatní invazivní vstupy, prováděly se pravidelné převazy a kontroly
- pacientka při převazech spolupracovala
- ordinace lékaře byly dodrženy

Hodnocení:

- operační rána i okolí Redonových drénu bylo klidné a neprosakovalo krví
- pacientka při převazech spolupracovala a rozuměla nutnosti mít zavedeny jednotlivé katetry

2. 4. 2008

9. Změna močení z důvodu zavedeného PMK a uretrálních cévek s rizikem komplikací (infekce, obstrukce)

Cíl:

- pacientka je poučena o nutnosti PMK a spolupracuje
- pacientce nevzniknou žádné komplikace v souvislosti se zavedeným PMK
- u pacientky nedojde k vytažení ureterálních cévek

Plán:

- poučit pacientku o nutnosti zavedení PMK a ureterálních cévek
- zajistit spolupráci pacientky
- pravidelně sledovat průchodnost a funkčnost PMK + ureterálních cévek
- sledovat projevy infekce
- pravidelně sledovat a každou hodinu zaznamenat množství moči
- pravidelné kontroly polohy PMK a ureterálních cévek
- dodržovat léčebný režim

Realizace:

- pacientka byly informována o nutnosti zavedení PMK a ureterálních cévek
- pacientka byla informována o nutnosti hlásit jakýkoliv problém spojený s PMK, který by nastal (např. pálení, řezání, svědění, bolestivost)
- pravidelné sledování průchodnosti a funkčnosti PMK + ureterálních cévek
- pravidelně sledováno a každou hodinu zaznamenáváno množství moči
- pacientka dodržovala léčebný režim

Hodnocení:

- pacientka spolupracovala a rozuměla nutnosti mít zavedený PMK a ureterální cévky
- ke vzniku jakýchkoliv komplikací spojených se zavedením PMK nedošlo

2. 4. 2008

10. Porucha vyprazdňování stolice z důvodu pooperačního stavu projevující se zástavou plynů a stolice

Cíl:

- peristaltika pacientky je obnovena
- pacientka se vyprazdňuje pravidelně

Plán:

- zjistit příčinu zácpy a poruchy ve vyprazdňování stolice
- ověřit nežádoucí účinky léků, které by mohly ovlivnit zástavu peristaltiky
- zajistit dostatečný příjem tekutin během dne
- dle ordinace lékaře podat čípek, provést klyzma
- zajistit soukromí při defekaci pacientky
- zajistit dostatečnou hygienu po vyprázdnění

Realizace:

- zástava odchodu plynů a stolice je způsobena operačním výkonem
- během dne je příjem tekutin parenterálně 3000 ml/24 hodin
- následkem analgetické směsi, která obsahuje Morfin a kape pacientce kontinuálně, může dojít k zácpě
- pravidelné lékařské vyšetření střevní peristaltiky pomocí fonendoskopu

Hodnocení:

- peristaltika u pacientky byla obnovena třetí pooperační den a pátý den po operaci došlo k vyprázdnění menšího obsahu formované stolice s fyziologickým zápachem

3. 4. 2008 – první pooperační den

11. Obavy o své zdraví z pooperačních komplikací, ze zhoršení zdravotního stavu a z budoucnosti projevující se úzkostí

Cíl:

- pacientka je dostatečně informována o svém zdravotním stavu a průběhu léčby
- pacientka je schopna reálně zvládat subjektivní pocity úzkosti
- pacientka si uvědomuje příčiny úzkosti

Plán:

- s pacientkou hovořit a naslouchat jí
- informovat pacientku o léčbě, kterou bude absolvovat a případných komplikacích, které se mohou objevit
- zajistit spolupráci pacientky
- přesvědčit se, zda mi pacientka rozumí a umožnit jí popsat své pocity
- nutné podporovat pozitivní myšlení pacientky
- informovat rodinu o léčebném plánu
- podávat léky dle ordinace lékaře

Realizace:

- s pacientkou jsem hovořila a naslouchala jí
- pacientka byla lékařem denně informována o léčbě, všech výkonech, které se budou provádět a případných komplikacích, ke kterým může dojít
- pacientka se zdravotnickým personálem spolupracovala
- rodina byla informována o léčebném plánu

Hodnocení:

- lékař pacientku dostatečně informoval o jejím zdravotním stavu a pacientka všemu rozumí
- pacientka si je vědoma toho, co způsobuje její obavy o vlastní zdraví, ty se však u ní vyskytují i nadále, jelikož čeká na výsledky histologie

3. 4. 2008

12. Riziko vzniku imobilizačního syndromu (TEN, pneumonie, dekubity, zácpa)
vzhledem k imobilizaci pacientky

Cíl:

- pacientka má čistou, dostatečně hydratovanou kůži bez sekundárních změn
- pacientka nemá otoky, nepocituje bolesti na hrudníku, ani v lýtkách
- pacientka se postupně aktivně zapojuje do ošetrovatelské činnosti

Plán:

- zajistit spolupráci pacientky
- zhodnotit stupeň rizika vzniku imobilizačního syndromu
- důkladně pečovat o kůži (udržovat ji čistou a suchou), provádět masáže
- zajistit čisté, suché prádlo
- pravidelně provádět rehabilitaci
- pravidelně kontrolovat predilekční místa
- používat pomůcky pro zmírnění tlaku
- pravidelně kontrolovat celkový stav pacientky

Realizace:

- pacientka spolupracovala a komunikovala
- péče o kůži byla dle potřeby zajištěna
- masáže zad byly provedeny při ranní a večerní toaletě
- od druhého dne byla prováděna pravidelná rehabilitace s fyzioterapeutkou
- pravidelná kontrola predilekčních míst na kůži
- pravidelná kontrola celkového stavu pacientky

Hodnocení:

- pacientka spolupracovala a aktivně se zapojovala do ošetrovatelské činnosti
- ke vzniku kožní destrukce z důvodu imobilizace nedošlo
- otoky ani bolestivost dolních končetin nebyly přítomny

2.5 Edukace

Pacientku jsem edukovala během hospitalizace, počínaje jejím přijetím na standardní oddělení G3 až po dobu hospitalizace na JIP. Poučila jsem ji o chodu standardního oddělení a JIP, o návštěvních hodinách, o obsahu předoperační přípravy a nutnosti jejího dodržování. Také jsem ji poučila o jejím předoperačním programu, o rehabilitaci, hygieně, stravování a vyprazdňování v rámci pooperační péče na JIP. Mluvila jsem pomalu a zřetelně, aby mi pacientka rozuměla. Dala jsem ji prostor na otázky. Po zjištění výsledků z odebraných tkání, který vyšel pozitivně, jsem ji informovala o „Klubu pacientek s nádorovým onemocněním“ se sídlem na gynekologické klinice u Apolináře na Karlově náměstí.

2.6 Ošetrovatelský závěr a prognóza

O pacientku jsem pečovala od jejího příjmu na standardní oddělení G3 a tři dny na gynekologické JIP. Pacientka v den přijetí bez problému spolupracovala, komunikovala, byla orientovaná. Na JIP byla spolupráce ztížená z důvodu rozsáhlého a dlouhého operačního zákroku, po kterém vlivem anestézie trpěla pacientka nauzeou a byla spavá. Dva dny po operaci musela dodržovat klid na lůžku, kde se také prováděla celková péče. Pacientka byla kontinuálně monitorována, sledoval se příjem a výdej tekutin, bilance a funkčnost drénů, uretrálních cévek. Pacientka měla po celou dobu na JIP epidurální katetr, který byl zaveden na operačním sále z důvodu kontinuálního podávání analgosedace. Sledovala jsem známky infekce z důvodu mnoha invazivních vstupů (3 Redony, operační rána, i.v. kanyla, epidurální katetr + PMK a dvě ureterální cévky). Pacientka ležela na JIP 6 dní, poté byla přeložena zpátky na standardní oddělení G3.

Den před propuštěním do domácího prostředí tj. 15. 4. 2008 byly doručeny výsledky ze vzorků tkání odebraných na operačním sále. Výsledky byly pozitivní, tzn., že se jedná o zhoubné onemocnění. Pacientka byla zaevidována v COP (centrum onkologické prevence) na onkologické klinice nemocnice na Bulovce a byla poučena o následné léčbě. Bude absolvovat tzv. brachioterapii (druh radioterapie), na které se dne 30. 4. 2008 domluví v COP.

Seznam zkratek

Oddělení

JIP	jednotka intenzivní péče
G3	standardní oddělení
OS	operační sál

Výkony

CA	celková anestezie
AE	adnexetomie (odstranění vejcovodů a vaječníků)
APPE	apendectomie (odstranění appendixu)
DSL	dolní střední laparotomie
HEA	hysterektomie (odstranění dělohy)
LAP	lymfadenectomie pelvická (odstranění pánevních lymfatických uzlin)
LAPA	lymfadenectomie paraaortální (odstranění lymfatických uzlin podél aorty)
OE	omentectomie (odstranění omenta)

Vyšetření

AFP	alfa-feto protein
BMI	body mass index
CT	počítačová tomografie
hCG	lidský choriogonadotropin
P	puls
RTG	rentgenové vyšetření
TK	krevní tlak
USG	ultrazvukové vyšetření

Dýchací systém

SpO2	saturace (nasyčení) hemoglobinu kyslíkem
O2	kyslík
UPV	umělá plicní ventilace

Roztoky

FR	Fyziologický roztok
HR	Hartmann roztok
R1/1	Ringerr roztok

Onemocnění

CMP	cévní mozková příhoda
DM	diabetes mellitus
I.M.	infarkt myokardu

Pohybový aparát

DK	dolní končetina
LHK	levá horní končetina
RHB	rehabilitace

Pomůcky k terapii zaváděné do organismu

NGS	nasogastrická sonda
PMK	permanentní močový katetr

Způsob podání

p.o	per os (dutinou ústní)
s.c	sub cutálně (pod kůží)
i.m.	intra musculárně (do svalu)
i.v.	intra venózně (do žíly)

Zdroj informací

- 1) pacient
- 2) zdravotnický personál (sestry, lékaři, fyzioterapeutka)
- 3) rodina (manžel)
- 4) zdravotnická dokumentace
- 5) měřicí techniky

Použitá literatura

- 1) Citterbart, K. a kolektiv (2001): Gynekologie. Galén, Praha.
- 2) Červinková, E, Vorlíčková, H. a kolektiv (2000): Ošetrovatelské diagnózy. IDVPZ, Brno.
- 3) Dvořáček, J. (1999): Obecná a speciální urologie. Karolinum, Praha.
- 4) Goenges, M. E., Moorhouse, F. M. (1996): Kapesní průvodce zdravotní sestry. Grada Publishing, Praha.
- 5) Kašparová, L., Novotná, H. a kolektiv (2007): Pharmindex Breviř 2007. Vyd. 16., Medical Tribune CZ, Praha.
- 6) Kocinová, S., Šterbáková, Z. (1996): Přehled nejužívanějších léčiv. Informatorium, Praha.
- 7) Petrželka, L., Konipásek, B. (2003): Klinická onkologie. Karolinum, Praha.
- 8) Staňková, M. (2004): Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Vyd. 1. (dotisk), NCO a NZO, Brno.
- 9) Vokurka, M., Hugo, J. (1998): Praktický slovník medicíny. 5.vydání, Maxdorf, Praha.

Seznam příloh

- Příloha č. 1 Vstupní ošetřovatelský záznam
- Příloha č. 2 Sagitální řez ženskou pávní
- Příloha č. 3 TNM klinická klasifikace vaječníku
- Příloha č. 4 Monitorace bolesti
- Příloha č. 5 Barthelův test základních všedních činností (ADL – Activities of Daily Living)
- Příloha č. 6 Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové
- Příloha č. 7 Zkrácený mentální test dle Gajda
- Příloha č. 8 Plán ošetřovatelské péče

