



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetřovatelství

**Ošetřovatelská péče o nemocnou
s oboustranným feochromocytomem**

*Nursing Care of the Patient
with
Bilateral Pheochromocytoma*

případová studie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha, únor 2009

Dagmar Nevrtalová

Autor práce: **Dagmar Nevrtalová**

Bakalářský studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Bakalářský studijní obor: **Zdravotní vědy**

Vedoucí práce: **Mgr. Alena Tomanová**

Pracoviště vedoucího práce: VOŠZ a SZŠ, Praha 4, 5. května 51

Odborný konzultant: **MUDr. Ondřej Petrák, PhD.**

Pracoviště odborného konzultanta: Všeobecná fakultní nemocnice v Praze,
III. interní klinika

Termín obhajoby: **duben 2009**

Prohlášení

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

V Praze, dne 27.2.2009

Dagmar Nevrtalová

.....

Poděkování

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala Mgr. Aleně Tomanové za ochotu, všestrannou podporu a pomoc při zpracování mé bakalářské práce.

Poděkování za odborný dohled, připomínky a cenné rady patří též MUDr. Ondřeji Petrákovi, PhD.

Obsah

1 Úvod	7
2 Klinická část	8
2.1 Charakteristika onemocnění	8
2.1.1 Anatomie a fyziologie nadledvin.....	8
2.1.1.1 Fyziologie kůry nadledvin.....	9
2.1.1.2 Fyziologie dřeně nadledvin.....	10
2.1.2 Definice feochromocytomu.....	11
2.1.3 Patofyziologie.....	11
2.1.4 Etiologie.....	13
2.1.5 Klinické příznaky a projevy.....	14
2.1.6 Diagnostika.....	16
2.1.6.1 Laboratorní diagnostika.....	16
2.1.6.2 Zobrazovací diagnostika.....	16
2.1.7 Terapie.....	16
2.1.8 Prognóza.....	17
2.2 Léčebný plán	18
2.2.1 Základní údaje nemocné.....	18
2.2.2 Okolnosti přijetí.....	18
2.2.3 Údaje z lékařské anamnézy.....	19
2.2.4 Diagnostický závěr při přijetí.....	22
2.2.5 Diagnosticky významná vyšetření.....	23
2.2.6 Souhrn terapeutických opatření.....	25
2.2.7 Průběh hospitalizace.....	29
3 Ošetrovatelská část	30
3.1 Úvod, teorie	30
3.1.1 Charakteristika ošetrovatelského procesu.....	30
3.1.2 Model fungujícího zdraví Marjory Gordonové.....	32
3.2. Posouzení zdravotního stavu při přijetí	33
3.3 Ošetrovatelská anamnéza	34

3.4 Stanovení ošetřovatelských diagnóz.....	37
3.5 Krátkodobý ošetřovatelský plán, realizace, hodnocení.....	38
3.5.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy.....	38
3.5.2 Potenciální ošetřovatelské diagnózy.....	45
3.6 Dlouhodobý ošetřovatelský plán, průběh hospitalizace.....	50
3.7 Psychologie nemocné, reakce na nemoc.....	53
4 Edukační plán.....	55
5 Prognóza a závěr.....	56
Seznam použitých zkratk.....	57
Seznam použité literatury.....	58
Seznam tabulek.....	60
Seznam použitých obrázků.....	61
Seznam příloh.....	62

1 Úvod

Ve své bakalářské práci předkládám případovou studii ošetrovatelské péče, která se zabývá 30letou nemocnou po prodělané bilaterální adrenalektomii v souvislosti se vzniklým feochromocytomem. Nemocná byla přeložena z chirurgické kliniky na interní oddělení ke kontrolnímu vyšetření a nastavení substituční terapie kortikoidy.

V klinické části popisuji anatomii a fyziologii nadledvin a onemocnění dřeně nadledvin, které postihlo nemocnou. Stručně charakterizuji etiologii, klinické příznaky a projevy onemocnění, diagnostiku i terapii. Dále zde uvádím léčebný plán, který obsahuje základní údaje o nemocné, lékařskou anamnézu, diagnosticky významná vyšetření prováděná během hospitalizace a souhrn terapeutických opatření.

V ošetrovatelské části popisuji ošetrovatelskou péči o nemocnou, která je prováděna formou ošetrovatelského procesu. K hodnocení nemocné jsem použila model Marjory Gordonové. Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila ke druhému dni hospitalizace. Dále předkládám podrobný krátkodobý plán péče s uvedením následné realizace i s vyhodnocením a rozepisuji dlouhodobý ošetrovatelský plán, který se týká dalšího průběhu hospitalizace. Poté zde uvádím psychologické zhodnocení nemocné.

V následující kapitole se věnuji edukačnímu plánu, který jsem vytvořila před propuštěním pacientky do domácí péče.

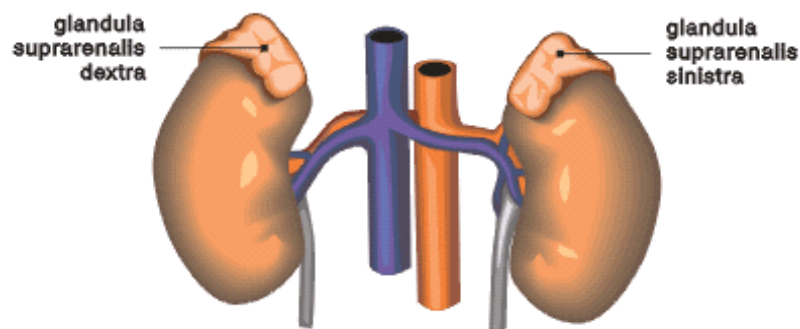
Bakalářskou práci jsem ukončila závěrečným shrnutím a prognózou jmenovaného onemocnění.

2 Klinická část

2.1 Charakteristika onemocnění

2.1.1 Anatomie a fyziologie nadledvin

Nadledviny (glandulae suprarenales) jsou párové endokrinní žlázy, které jsou uloženy na horním pólu ledvin ve výši jedenáctého hrudního obratle. (obr. č. 1) Pravá nadledvina má většinou trojboký tvar a je uložena o něco výše než levá. Levá nadledvina je poloměsíčitá a plošší. Jejich hmotnost bývá 6 až 12 gramů.



Obr. č. 1 Anatomické uložení nadledvin (19)

Nadledviny jsou tvořeny ze dvou částí: *kůry a dřene*. Tyto části jsou vývojově i funkčně odlišné, ale druhotně splývají. (13)

2.1.1.1 Fyziologie kůry nadledvin

Kůra nadledvin tvoří hormony odvozené od cholesterolu, nazýváme je tedy *steroidními hormony*. Kůra je tvořena třemi vrstvami, z nichž každá produkuje různý typ hormonu. Zevní vrstva, zona glomerulosa, tvoří převážně *mineralokortikoidy*. Střední vrstva, zona fasciculata, produkuje především *glukokortikoidy* a vnitřní část, která sousedí se dřeví nadledvin se nazývá, zona reticularis, a produkuje pohlavní hormony – *androgeny*.

Nejdůležitějším představitelem mineralokortikoidů je aldosteron, který působí zejména v ledvinách. Zvyšuje propustnost ledvinových kanálků pro sodík, který se tak vrací s primární močí zpět do organismu. Působením aldosteronu dochází k zadržování vody a sodíku v organismu výměnou za draslík, který je vylučován ledvinami do moči. Tento hormon tedy významně přispívá k udržení stálé hladiny tkáňových tekutin a iontové rovnováhy. Stálá koncentrace těchto iontů je důležitá pro veškeré fyziologické procesy odehrávající se v organismu (zejména přenos nervových vzruchů, kontrakce svalstva včetně srdeční svaloviny udržení krevního tlaku). Sekrece mineralokortikoidů je ovlivňována hladinami angiotensinu 2 (hormonální působek produkovaný ledvinami prostřednictvím reninu při poklesu množství mimobuněčné tekutiny a sodíku v těle), méně je pak produkce ovlivňována ACTH (adrenokortikotropním hormonem) a hladinou draslíku v krvi. (12)

Hlavním glukokortikoidem je kortizol. Jeho nejvyšší intenzita sekrece je v ranních hodinách. Má vliv zejména na tkáňové celky, které jsou významné v látkové výměně. Kortizol inhibuje proteosyntézu a zvyšuje rozklad bílkovin především v pojivové a lymfatické tkáni. Zvyšuje novotvorbu glukózy z tkáňových bílkovin a tvorbu glykogenu v játrech. Ve svalech a v tukové tkáni snižuje vychytávání glukózy a podporuje lipolýzu. Kromě toho mají i mírný mineralokortikoidní efekt (ovlivňuje distribuci elektrolytů a vody). Významným účinkem kortizolu je protizánětlivé a protialergické působení, které spočívá v potlačení zánětlivých projevů. Tlumí fagocytózu, pohyb bílých krvinek a snižuje propustnost stěny kapilár pro tekutinu, která při zánětlivých procesech prosakuje do tkání. Má tedy i antiedematózní účinek. Kortizol

stimuluje centrální nervovou soustavu, zvyšuje její dráždivost a vyvolává emoční labilitu. Všechny tyto účinky glukokortikoidů se uplatňují zejména ve stresových situacích jako je psychický stres, trauma, popáleniny, horečka či infekce. Proto jsou glukokortikoidy označovány jako „stresové hormony“. Jejich nedostatečná tvorba je neslučitelná se životem. (3)

Mezi korové androgeny patří dehydroepiandrosteron a androstendion. Jejich androgenní účinek je slabý. Působí anabolicky, stimulují růst pojiva a tkání, ovlivňují potenci a libido. (12)

2.1.1.2 Fyziologie dřeně nadledvin

Funkce dřeně nadledvin je na rozdíl od ostatních žláz s vnitřní sekrecí řízena hlavně nervovou cestou. Dřeň je neuroendokrinním orgánem a společně se sympatickým nervovým systémem tvoří tzv. sympato-adrenální systém. Buňky dřeně nadledvin jsou stimulovány acetylcholinem, který se uvolňuje z pregangliových neuronů sympatiku. Tím dochází k sekreci hormonů dřeně nadledvin: *adrenalinu, noradrenalinu a dopamin (katecholaminy)*. Produkci dřeně nadledvin normálně představuje sekrece adrenalinu 80 % a sekrece noradrenalinu 20 %. Noradrenalin se však tvoří a uplatňuje i jako neuromediátor v sympatickém nervstvu a v mozkové tkáni.(13)

Podnětem pro sekreci katecholaminů je akutní stresová situace - hypoxie, hypoglykémie, námaha, tělesné a psychické trauma..

Adrenalin vyvolává vazodilataci vnitřních orgánů, kosterního svalstva a vazokonstrikci arteriol kůže. Svým působením stimuluje srdeční činnost, a tím dochází k vzestupu srdeční frekvence, srdečního výdeje a ke zvýšení arteriálního systolického krevního tlaku. Významné jsou též účinky metabolické. Adrenalin zvyšuje glykogenolýzu v játrech a ve svalech, a vede tak ke vzestupu glykémie a zároveň stimuluje lipolýzu v tukové tkáni. Současně ovlivňuje sekreci hypotalamických hormonů, sekreci reninu a mnoha dalších hormonů. Noradrenalin působí vzestup periferního cévního odporu, a tak zvyšuje zejména diastolický krevní tlak. Dále působí obdobně jako

adrenalin. Mechanismus účinku katecholaminů je tedy velice komplexní a zasahuje do všech orgánových soustav. Jejich vyplavení do krve připravuje organismus k okamžité reakci (útok či útěk).

Katecholaminy jsou z krve vychytávány ve tkáních, především v srdci, cévách, slezině, plicích, tukové tkáni a v nadledvinách. Mechanismus účinku je zprostředkován specifickými adrenergními receptory α a β , které jsou lokalizované na povrchu cílové buňky. Biologický poločas v krvi je velmi krátká a rychle dochází k jejich degradaci na neaktivní metabolity (metanefrin či normetanefrin). (12)

2.1.2 Definice feochromocytomu

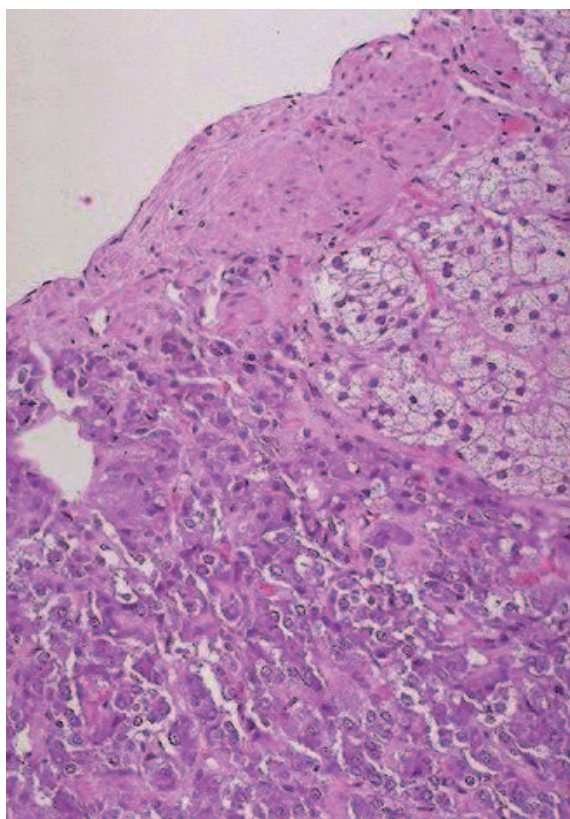
Feochromocytom je poměrně vzácný neuroendokrinní nádor, který se vyvíjí z chromafinní tkáně nadledvin. Jeho klinické projevy jsou velmi proměnlivé. Typické jsou záchvatovité obtíže: bolesti hlavy, palpitace, pocení a vysoký krevní tlak. (11)

2.1.3 Patofyziologie

Tyto tumory pocházejí z chromafinní tkáně dřene nadledvin asi z 85 % případů. Z 15 % případů pocházejí z extraadrenální chromafinní tkáně vegetativních nervových pletení lokalizovaných kolem velkých cév. Nádory, které se vyvíjejí z extraadrenální tkáně, se nazývají paragangliomy.

Feochromocytom je většinou solidní, dobře ohraničený a opouzdřený nádor s typickými histopatologickými znaky. (obr.č. 2)

Velikost feochromocytomů bývá 3-5 cm. Nádory větší než 5 cm, mají větší potenciál k malignitě. Některé tumory však mohou dosahovat hmotnosti až několika kilogramů. (11)



Obr. č. 2 Histologický obraz feochromocytomu (preparát barvený Hematoxyl-Eosinem), znázorněny jsou velké až obrovské buňky se značnou buněčnou a jadernou polymorfií (20)

Feochromocytomy bývají většinou benigní povahy, avšak dle některých autorů se mohou maligní formy vyskytovat až v 26 %. Maligní nádory pak mohou metastazovat jak hematogenní, tak lymfatickou cestou do lymfatických cév, kostí, plic a jater.

Feochromocytomy mají schopnost produkovat, skladovat a metabolizovat katecholaminy. Adrenální feochromocytomy mohou produkovat adrenalin a noradrenalin, zatímco paragangliomy produkují pouze noradrenalin či dopamin. Sekrece těchto hormonů je ovšem velmi variabilní, a tak se můžeme setkat i se zcela afunkčními formami. Menší tumory mají sklon k výraznější produkci aktivních katecholaminů, zatímco velké nádory mají větší rezervoár a sekrece do krve může být menší. Vylučování

katecholaminů může být kontinuální, což může vést k trvalé hypertenzi nebo epizodické, při kterém vzniká hypertenze záchvatovitá (paroxysmální). U některých nemocných postižených feochromocytomem však může přetrvávat normotenze či ortostatická hypotenze. (11)

2.1.4 Etiologie

Výskyt feochromocytomu u hypertoniků se pohybuje mezi 0,1-0,5 %. Věková kategorie postižených feochromocytomem bývá nejčastěji kolem 40. až 50. roku života. Dědičné podmíněné formy se však objevují již v časnějším věku. Onemocnění mírně převažuje u žen. (18)

Formy a výskyt (%) feochromocytomů (FEO)

- maligní FEO – 10 – 26 %
- extraadrenální FEO – 15-20 %
- bilaterální FEO – 10%
- familiární FEO – 10 %
- u dětí FEO – 10 % (častěji jako paragangliom)

Příčiny vzniku feochromocytomu nejsou dosud známé. Pouze u familiární formy, která je geneticky podmíněná, známe 5 genů, jejichž mutace vede ke vzniku feochromocytomu.

Genetické syndromy

- Von Hippel-Lindauova choroba – syndrom charakteristický tvorbou cyst a nádorů (mozku, sítnice, nadvarlete, ledvin a pankreatu) včetně feochromocytomu
- Mnohočetná endokrinní neoplazie typu 2 - manifestuje ve dvou formách: *typ A* - medulární karcinom štítné žlázy, feochromocytom a nadprodukce hormonů příštítných tělísek

typ B - medulární karcinom štítné žlázy, feochromocytom a mnohočetné neurinomy

- Syndrom mnohočetné familiární paragangliomatózy
- Von Recklinghausenova neurofibromatóza – výskyt kožních neurinomů, skvrn cafe-au-laté na kůži, změn duhovky a pih v oblasti axil a inguin (11)

2.1.5 Klinické příznaky a projevy

Přítomnost feochromocytomu je často charakterizována klinickými příznaky, které vznikají následkem hemodynamického a metabolického působení cirkulujících katecholaminů. Klinické projevy jsou velmi pestré. (tab. č. 1)

Nejvýraznějším a nejčastějším klinickým příznakem je trvalá nebo záchvatovitá hypertenze (85-90 %). Ta může vést až k život ohrožující hypertenzní krizi. Náhlé uvolnění katecholaminů do krevního oběhu může být dále provázeno bolestí hlavy, pocením, náhlým zblednutím v obličeji (tzv. flushem) a arytmiemi pociťované jako palpitace. Nebezpečím mohou být maligní arytmie, které mohou pacienta ohrozit na životě.

Frekvence a trvání obtíží se značně liší. Obtíže se mohou vyskytovat i několikrát denně včetně spánku, ale stejně tak mohou být ojedinělé, jen několikrát měsíčně až ročně. Někdy může být pacient zcela asymptomatický.

Metabolickým působením katecholaminů může docházet k poruchám glukózové tolerance až k rozvoji sekundárního diabetes mellitus. Hypermetabolický účinek katecholaminů může vést k váhovému úbytku.

Dlouhodobé působení hypertenze s paroxysmálními vzestupy krevního tlaku může vést k dalším komplikacím: ischemii myokardu, chronické renální insuficienci, arytmiím, ale i k poškození očního pozadí (příloha č. 11).

Tabulka č.1 Klinické příznaky a projevy typické pro pacienty s feochromocytomem (upraveno dle Pacák 2008)

Příznaky	%
bolesti hlavy	70-90
palpitace ± tachykardie	50-70
pocení	60-70
anxieta	20
nervozita	35-40
bolest na hrudi / břicha	20-50
nauzea	26-43
únava	15-40
dyspnoe	11-19
závratě	3-11
intolerance horka	13-15
parestezie / bolesti	až 11
poruchy zraku	3-21
zácpa	10
průjem	6
Projevy	%
hypertenze	> 90-100
- trvalá	50-60
- paroxysmální	50
ortostatická hypotenze	12
bledost	30-60
návaly horka	18
horečka	až 66
hyperglykémie	42
zvracení	26-43
křeče	3-5

2.1.6 Diagnostika

2.1.6.1 Laboratorní diagnostika

Základním krokem pro diagnostiku feochromocytomu je prokázání nadprodukce katecholaminů nebo jejich metabolitů (metanefriny). Měření se provádí z plazmy nebo ze sběru moče za 24 hodin.

Při vyšetření je nutné omezit antihypertenzní terapii s vyloučením léků, které mohou stanovení katecholaminů nejvíce ovlivnit (centální antihypertenziva, tricyklická antidepresiva). Protože i některé složky potravy mohou ovlivnit výsledky těchto vyšetření, je nutné dva dny před odběrem a během provádění vyšetření držet přísnou dietu. Nemocný musí úplně omezit příjem kávy, čaje, ovoce, zeleniny, sýrů a sladkých pokrmů. (11)

2.1.6.2 Zobrazovací diagnostika

K lokalizaci nádoru se využívá výpočetní tomografie (CT) (příloha č. 12) nebo magnetická rezonance (MRI). Při negativním nálezů předchozích vyšetření nebo při podezření na maligní feochromocytom je vhodné provést scintigrafii pomocí metajodobenzylguanidinu (MIBG). (11)

2.1.7 Terapie

Léčba nemocného s feochromocytomem je výhradně chirurgická. Provádí se tzv. *adrenalektomie* (odstranění celé nadledviny), nejčastěji laparoskopickou metodou. (obr.č. 3)

V případě bilaterálního feochromocytomu je nutné odstranění obou nadledvin s doživotní substitucí glukokortikoidů. Nově se však užívá tzv. nadledvinu šetřící operace s ponecháním části kůry nadledviny (tzv. adrenal sparing surgery), která umožní zachování vlastní sekrece glukokortikoidů.

Před výkonem je nutná medikamentózní příprava, která je určena k zvládnutí hypertenze během operačního výkonu. Nemocný je ohrožen především při úvodu do anestézie a při následné manipulaci s nádorem v dutině břišní. Dále nemocnému po operaci hrozí hypoglykémie a hypotenze z důvodu náhlého poklesu hladiny katecholaminů v krvi.

V případě maligní formy feochromocytomu musí být chirurgická léčba doplněna terapeutickým podáváním MIBG a chemoterapií.



Obr. č. 3 Odstraněná nadledvina s feochromocytomem (20)

2.1.8 Prognóza

Po úspěšné operaci je nutné pacienta nadále sledovat, nejlépe v ročním intervalu, neboť hrozí recidiva tumoru.

Prognóza u benigních nádorů je velmi dobrá, přesto je možné v desetiletém sledování očekávat až 10% recidivu tumoru s projevy vzdálených metastáz. U nemocných s maligní formou feochromocytomu je prognóza horší. Asi u 50 % nemocných je doba přežití pět let. (18)

2.2 Léčebný plán

2.2.1 Základní identifikační údaje

Údaje jsou převzaty z lékařské dokumentace nemocné.

Jméno a příjmení: S. Š.

Oslovení: slečna Š.

Pohlaví: žena

Věk: 30 let

Stav: svobodná

Vyznání: bez vyznání

Adresa trvalého bydliště: XXX

Vzdělání: středoškolské

Povolání: vychovatelka

Národnost: česká

Státní příslušnost: ČR

Pojišťovna: 111

Kontaktní osoba: matka, bydliště shodné s pacientkou

Místo hospitalizace: lůžkové oddělení interní kliniky

Důvod přijetí: pobyt ke kontrolnímu vyšetření po adrenalektomii

Datum přijetí: 23. 5. 2006

Datum propuštění: 29. 5. 2006

Informovanost nemocné o diagnóze: nemocná je plně informovaná

2.2.2 Okolnosti přijetí

V roce 1999 byla nemocné diagnostikována arteriální hypertenze, ale pacientka od počátku špatně reagovala na antihypertenzní terapii.

V roce 2001 při pátrání po možné sekundární etiologii bylo provedeno vyšetření CT nadledvin s nálezem bilaterální hyperplazie nadledvin

a laboratorně byl přítomen vyšší odpad kyseliny vanilmandlové (metabolit katecholaminů v moči). Vyšetřovací program nebyl dokončen, neboť pacientka na další kontroly nedocházela.

V únoru 2006 byla nemocná přijata na interní oddělení v místě bydliště pro hypertenzní krizi s plicním edémem. V rámci hospitalizace jí byla provedena vyšetření, na jejichž základě byla doporučena k hospitalizaci v hypertenzním centru interní kliniky.

Zde byl pacientce diagnostikován dle laboratorních a zobrazovacích vyšetření feochromocytom obou nadledvin a byla indikována k laparoskopické adrenalectomii. Ta byla provedena dne 18. 5. 2006 na chirurgické klinice. Operační výkon proběhl bez větších problémů a nemocná byla pátý den po operaci přeložena na interní kliniku ke kontrolnímu vyšetření a nastavení kortikoidní substituce.

2.2.3 Údaje z lékařské anamnézy

Nemocná S. Š. byla dne 23. 5. 2006 přeložena po operačním výkonu z chirurgické kliniky na interní oddělení.

Rodinná anamnéza

- otec zemřel v 55 letech, léčil se s ICHS
- matka 56 let žije, léčí se s astma bronchiale
- bratr zdrav

Osobní anamnéza

- 1999 zjištěna arteriální hypertenze
- v dětství běžné dětské nemoci
- úrazy nejuje

Pracovní anamnéza

- pracuje jako vychovatelka v sociálním zařízení pro děti a mládež
- studuje speciální pedagogiku na univerzitě

Sociální anamnéza

- svobodná
- žije s matkou ve společné domácnosti

Alergická anamnéza

- alergie na Biseptol (exantém)
- Zoxon, Cardura, Zorem (otoky DK)

Gynekologická anamnéza

- menarche od 12 let
- porod 0
- potrat 0
- menses do 20 let pravidelné, následně postupné prodlužování intervalu
- HAK ne užívá

Abusus

- nekouří
- alkohol pouze příležitostně

Farmakologická anamnéza

Medikamentózní léčba ordinovaná na chirurgické klinice:

Dipidolor 1 amp. i .m. á 6 hodin (6 – 12 – 18 - 24 h)

Augmentin 1,2 g i. v. á 8 hodin (6 – 14 - 22 h)

Fragmin 2 500 j. á 24 hodin (6 h)

Helicid 1. amp. i. v. á 12 hodin (10 – 22 h)

Hydrocortizon 100 mg i. v. á 12 hodin (10 – 22 h)

Cerukal 1 amp. i. v. á 8 hodin (6 – 14 – 22 h)

Furosemid 20 mg i. v . á 6 hodin (6 – 12 – 18 – 24 h)

Ambrobene 1 amp. i. v. á 8 hodin (6 – 14 – 22 h)

Geratam 3 g i. v . á 8 hodin (6 – 14 – 22 h)

Ebrantil 250 mg lineárním dávkovačem dle TK (4 ml á hodinu)

Infúzní terapie podávaná centrálním venózním katétrem:

2 x 500 ml 10% glukóza + 12 j. HMRI + 50 ml 7,5% KCl

1 x 500 ml Aminoven 15%

1 x 500 ml Ringer + 1 . amp. Multibionta

Chronická medikace nemocné:

Cardura XL 0 – 0 – 1 (večer)

Lusopress 1 – 0 – 0 (ráno)

Lokren 1 – 0 – 0 (ráno)

Zdravotní stav při přijetí 23. 5. 2006 v 11. 45 hodin

Subjektivní nález: nemocná si stěžuje na bolest břicha v místě operační rány a na celkovou únavu.

Objektivní nález: pacientka je při vědomí; orientovaná časem, místem; afebrilní; AS pravidelná 80/min; TK 110/70 mmHg; dechová frekvence 20/min, bez známek dušnosti, saturace O₂ 97% (tab. č. 2); lehce snížená hydratace, turgor kožní nesnížen, kůže bez cyanózy a ikteru; jazyk pláží ve střední čáře; patrové oblouky symetrické; hrdlo klidné; břicho měkké, palpačně bolestivé v okolí operační rány, operační jizvy klidné, bez sekrece či známek zánětu, hojí se per primam intentionem, živá peristaltika, játra nepřesahují žeberní oblouk, slezina nezvětšená; dolní končetiny bez otoků a varixů; na pravé straně hýždí dekubitus, velikost 6x3 cm, sekrece serózní, spodina rány čistá, okolí klidné.

Tabulka č. 2 Hodnoty fyziologických funkcí ke dni 23. 5. 2006

Fyziologické funkce	Hodnoty
Krevní tlak	110/70 mmHg
Tepová frekvence	80/min
Dechová frekvence	20/min
Saturace O ₂	97 %
Tělesná teplota	36,6 °C
Výška	176 cm
Hmotnost	82 kg
BMI	26,5 kg/m ²

2.2.4 Diagnostický závěr při přijetí

- stav po oboustranné laparoskopické adrenalektomii pro bilaterální feochromocytom s převážnou nadprodukcí noradrenalinu
- stav po hypertenzní krizi s plicním edémem
- koncentrická hypertrofie levé komory
- vyšší glykémie až v pásmu diabetes mellitus
- neuroretinopatie IV. stupně
- nadváha (BMI 26,5 kg/m²)

2.2.5 Diagnosticky významná vyšetření

2. den hospitalizace

FW – 18/38, hodnota zvýšená (norma 10/20).

Tabulka č. 3 Hodnoty krevního obrazu ze dne 24. 5. 2006

Název metody	Výsledek	Hodnocení	Referenční meze
Leukocyty	12,66 $10^9/l$	↑	4,00-10,7
Erytrocyty	3,76 $10^{12}/l$	norma	3,5-5,18
Trombocyty	425 $10^9/l$	↑	131-364
Hemoglobin	116 g/l	norma	116-163
Hematokrit	0,340 l	norma	0,33-0,47

Tabulka č. 4 Hodnoty biochemické vyšetření ze dne 24. 5. 2006

Název metody	Výsledek	Hodnocení	Referenční meze
Minerály			
Natrium	141 mmol/l	norma	137-146
Kalium	3,2 mmol/l	↓	3,8-5,0
Chloridy	103 mmol/l	norma	97-108
Dusíkové metabolity			
Urea	5,4 mmol/l	norma	2,0-6,7
Kreatinin	78 $\mu\text{mol}/l$	norma	44-104
Jaterní testy			
Bilirubin	10,7 $\mu\text{mol}/l$	norma	2,0-17,0
ALT	0,96 ukat/l	↑	< 0,78
AST	0,50 ukat/l	norma	< 0,72
ALP	1,05 ukat/l	norma	0,66-2,20
Bílkoviny			
Bílkovina celk.	59 g/l	↓	65,0-85,0
Diabetický profil			
Glukóza	4,4 mmol/l	norma	4,2-6,0

Elektrokardiografické vyšetření (EKG) – SR s frekvencí komor 76/min, obraz hypertrofie a přetížení levé komory v hrudních a končetinových svodech

3. den hospitalizace

Tabulka č. 5 Hodnoty hormonální vyšetření z plazmy ze dne 25. 5. 2006

Název metody	Výsledek	Hodnocení	Referenční meze
PRA bazální	0,268 uq/l/h	norma	0,80-2,00
Aldosteron	19,2 nq/l	norma	25,0-130,0

4. den hospitalizace

Tabulka č. 6 Hodnoty biochemické vyšetření ze dne 26. 5. 2006

Název metody	Výsledek	Hodnocení	Referenční meze
Milerály			
Natrium	139 mmol/l	norma	137-46
Kalium	3,5 mmol/l	↓	3,8-5,0
Chloridy	102 mmol/l	norma	97-108
Diabetický profil			
Glukóza	4,5 mmol/l	norma	4,2-6,0

Tabulka č. 7 Hodnoty krevního obrazu ze dne 26. 5. 2006

Název metody	Výsledek	Hodnocení	Referenční meze
Leukocyty	18,6 10 ⁹ /l	↑	4,00-10,7
Erytrocyty	3,95 10 ¹² /l	norma	3,54-5,18
Trombocyty	589 10 ⁹ /l	↑	131-364
Hemoglobin	124 g/l	norma	116-163
Hematokrit	0,361 l	norma	0,33-0,47

Kontrolní vyšetření na chirurgické ambulanci – pacientka bez obtíží, afebrilní, rány klidné bez sekrece, stolice pravidelná, stehy odstraněny, doporučeno jizvy promašřovat a provádět tlakové masáže

6. den hospitalizace

Hormonální vyšetření ze sběru moče za 24 hodin

Epinefrin/h: 0,60 nmol/h, v normě (norma 0-4)

Epinefrin/g Kr: 11,5 nmol/gKr, v normě (norma 0-60)

Norepinefrin/h: 16,7 nmol/h, hraniční hodnota (norma 3-13)

Norepinefrin/g Kr: 295,7 nmol/gKr, v normě (norma 20-250)

Dopamin/h: 95,7 nmol/h, v normě (norma 10-95)

Dopamin/Kr: 1695,3 nmol/gKr, v normě (norma 135-2000)

Sono karotid – normální nález na tepnách zásobujících mozek.

Echokardiografické vyšetření (ECHO) – koncentricky hypertrofická levá komora s významnou diastolickou dysfunkcí, systolická funkce je normální stopová mitrální regurgitace, lehká dilatace levé síně

2.2.6 Souhrn terapeutických opatření

Dietní opatření

První den hospitalizace byla ordinovaná dieta kašovitá, další den již dieta racionální. Jako doplněk stravy byl podáván třikrát denně mezi jídly Nutridrink, který zajišťuje kompletní přísun energie, živin, minerálních látek, vitamínů a stopových prvků. Čtvrtý až šestý den ordinována dieta na VMK (volné močové katecholaminy). Poslední den hospitalizace doporučena opět dieta racionální.

Infúzní terapie

Fyziologický roztok 500 ml

Glukóza 5% 500 ml + 30 ml 7,45% KCl

Indikace: úprava vodní a elektrolytové rovnováhy

Kalium chloratum 7,5% (kalium chloridum)

Indikační skupina: minerální látky

Indikace: prevence a léčba hypokalémie

Nežádoucí účinky: k nežádoucím účinkům za dodržení doporučeného dávkování nedochází, nadměrný přívod kalia může vést k hyperkalémii, jejíž příznaky jsou bradykardické arytmie, které mohou vést až k srdeční zástavě, svalová slabost až paralýza, únava, parestezie končetin

Léky podávané nitrožilně (i. v.)

Augmentin 1,2 g (amoxicillinum natrium et kalii clavulanas)

Indikační skupina: širokospektré antibiotikum penicilinového typu

Indikace: bakteriální infekce vyvolané Staphylococcus aureus, Hemophilus influenza, Escherichia coli, Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes, Moraxella catarrhalis, lze podávat jako profylaxe při rozsáhlých chirurgických zákrocích, u kterých existuje riziko infekce

Nežádoucí účinky: průjem, zvracení, alergické reakce (makulopapulózní exantém)

Tramal 50 mg (tramadoli hydrochloridum)

Indikační skupina: analgetikum

Indikace: léčba středně silné až silné bolesti

Nežádoucí účinek: nevolnost, zvracení, zácpa, snížená diuréza

Léky podávané perorálně (p. o.)

Hydrocortison 10 mg (hydrocortisonum)

Indikační skupina: hormon (glukokortikoid)

Indikace: substituční terapie, hormonální supresivní terapie

Nežádoucí účinky: známá přecitlivělost na hydrokortison nebo na jinou složku přípravku, během substituční terapie nejsou známy žádné nežádoucí účinky

Helicid 20 mg (omeprazolium)

Indikační skupina: antiulceróza

Indikace: léčba duodenálních a žaludečních vředů, snižuje tvorbu žaludeční kyseliny

Nežádoucí účinky: bolest hlavy, bolest břicha, průjem, zácpa, plynatost, nauzea, kopřivka, nespavost

Kalnormin (kalium chloridum)

Indikační skupina: minerál

Indikace: prevence a léčba hypokalémie

Nežádoucí účinky: nechutenství, nauzea, zvracení, bolesti v nadbříšku, hyperkalémie v případě omezené renální funkce

Cardura XL 4 mg (doxazosini mesilas)

Indikační skupina: antihypertenzívum, α -blokátor

Indikace: léčba hypertenze a benigní hyperplazii prostaty

Nežádoucí účinky: palpitace, tachykardie, stenokardie, vertigo, sucho v ústech, bolest hlavy, bolest břicha, nauzea

Lokren 20 mg (betaxololi hydrochloridum)

Indikační skupina: antihypertenzívum, β -blokátor

Indikace: léčba hypertenze

Nežádoucí účinky: závratě, bolest hlavy, slabost, nespavost, bolest žaludku, průjem, nauzea, zvracení, zpomalení srdeční frekvence, studené končetiny, impotence

Hypnogen 10 mg (zolpidemi tartras)

Indikační skupina: hypnotikum

Indikace: léčba krátkodobé nespavosti

Nežádoucí účinky: točení hlavy, bolesti hlavy a ospalost během dne, dvojitě vidění, nauzea, zvracení, průjem, svalová slabost, únava, u starších pacientů se může objevit zmatenost, halucinace, noční můry, neklid, zvýšená nespavost, změny libida, nervozita, podrážděnost, agresivita, bludy, zuřivost, poruchy chování, náměsíčnost a deprese

Léky podávané subkutánně (s. c.)

Fraxiparine (nadroparinum calcium)

Indikační skupina: antikoagulans, antitrombolikum

Indikace: profylaxe tromboembolické choroby v perioperačním období, léčba tromboembolické choroby, prevence krevního srážení během hemodialýzy, léčba nestabilní anginy pectoris a infarktu myokardu

Nežádoucí účinky: malé krevní výrony v místě vpichu, krvácivé projevy

2.2.7 Průběh hospitalizace

Nemocná S. Š. přeložena 23. 5. 2006 z chirurgické kliniky, kde jí byla provedena bilaterální adrenalectomie pro feochromocytom s nadprodukcí noradrenalinu. Pacientka přijata na interní oddělení ke kontrolnímu vyšetření katecholaminů a úpravě substituční terapie kortikoidů.

Během pobytu bylo nemocné provedeno základní biochemické a hematologické vyšetření, hormonální vyšetření a sběr moče na katecholaminy. Dále proběhlo měření EKG, echokardiografické vyšetření srdce a sonografie krčních tepen. Pacientce byl trvale měřen krevní tlak a diuréza moče. Denně se prováděly převazy centrálního žilního katétru a dekubitu na pravé straně hýždí. Čtvrtý den hospitalizace byly na chirurgické ambulanci odstraněny stehy z operační jizvy.

V bezprostředním operačním období přetrvávala hypertenze a hypokalémie, způsobená patrně vlivem nadměrné kortikoidní substituce.

Po snížení substituční dávky Hydrocortisonu došlo ke zlepšení kompenzace krevního tlaku a bylo třeba podávat pouze minimální dávky antihypertenzív. Také došlo k normalizaci hladin glykemií.

Sedmý den hospitalizace byla nemocná propuštěna do domácí péče. Pacientce byl vydán průkaz s návodem a úpravou dávek Hydrocortisonu pro celoživotní substituci kortikoidů. Protože nedošlo k normalizaci hladiny katecholaminů, je nutné zopakovat vyšetření. Termín další kontrolní hospitalizace byl stanoven na 18. 9. 2006.

3 Ošetrovatelská část

3.1 Úvod, teorie

V ošetrovatelské části je popisována ošetrovatelská péče o nemocnou, která je poskytována metodou ošetrovatelského procesu.

3.1.1 Charakteristika ošetrovatelského procesu

Moderní ošetrovatelská péče je založena na systematickém hodnocení a plánovitém uspokojování potřeb a problémů zdravého či nemocného člověka. Uspokojování potřeb člověka se uskutečňuje pomocí ošetrovatelského procesu. (17)

Ošetrovatelský proces je systematická metoda, která ovlivňuje způsob profesionálního uvažování sestry o nemocném a jeho individuální problematice. Následně ovlivňuje jednání sestry s nemocným i způsob, jak poskytovat ošetrovatelskou péči. (14)

Ošetrovatelský proces má pět fází, které na sebe navazují a vzájemně se prolínají.

Fáze ošetrovatelského procesu

- zhodnocení nemocného
- stanovení ošetrovatelské diagnózy
- plánování ošetrovatelské péče
- provedení navržených opatření
- hodnocení efektu poskytnuté péče

Zhodnocení nemocného

V první fázi ošetrovatelského procesu sestra shromažďuje všechny potřebné údaje, které se týkají jak samotného pacienta, tak i projevů jeho

nemoci. Potřebné informace o nemocném získá pomocí rozhovoru, fyzikálního vyšetření, pozorování, prostudování zdravotnické dokumentace a pohovorem s rodinnými příslušníky a ostatními členy zdravotnického týmu. Na základě zjištěných informací získá sestra přehled o současném stavu nemocného i jeho potřebách a může zvolit správný způsob ošetrovatelské péče.

Stanovení ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské diagnózy sestra stanoví na základě vyhodnocení získaných informací. Jsou to tedy stanovené potřeby nemocného, které jsou narušené nebo vyvolané nemocí či jeho stávajícím zdravotním stavem. Pořadí diagnóz sestra určí podle naléhavosti řešení, svých odborných znalostí a rovněž podle závažnosti z hlediska pacienta.

Plánování ošetrovatelské péče

Prvním krokem plánování ošetrovatelské péče je stanovení očekávaného výsledku (cíle), jehož chce sestra dosáhnout. Poté následuje zpracování plánu ošetrovatelské péče, kde si sestra volí vhodné ošetrovatelské intervence (výkony, zásahy), které povedou k dosažení stanovených cílů. Při vypracování cílů i plánu péče sestra spolupracuje s nemocným, pokud to jeho zdravotní stav dovoluje, a s jeho rodinou.

Provedení navržených opatření

V průběhu této fáze dochází k realizaci plánu. Sestra plní úkoly, které si naplánovala, a které vedou k zajištění prospěchu a relativní pohody nemocného.

Hodnocení efektu poskytované péče

Sestra hodnotí, zda byly splněny stanovené cíle a jakých výsledků u nemocného dosáhla. Pokud bylo dosaženo stanovených cílů, ošetrovatelský proces se ukončí. Při nedosažení stanovených výsledků, se celý proces reaktivuje a plán se přehodnotí. (14)

3.1.2 Model fungujícího zdraví Marjory Gordonové

Model Marjory Gordonové je z hlediska holistické filozofie nejkompexnějším pojetím člověka v ošetrovatelství. Na nemocného je pohlíženo jako na bytost s biologickými, psychologickými, sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními a spirituálními potřebami.

Tento ošetrovatelský model vychází z hodnocení kvality zdraví jedince z hlediska funkčního stavu jeho organismu. Podle Marjory Gordonové může být zdravotní stav člověka funkční nebo dysfunkční. Dysfunkční zdravotní stav vyjadřuje sestra v ošetrovatelských diagnózách, které se týkají nejen chorobných stavů, ale i dalších problémů, vyplývajících z poruch bio-psycho-sociální integrace člověka a jeho okolí.

Základní strukturou tohoto modelu je dvanáct oblastí (vzorců), z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu jedince. Podle těchto vzorců získává sestra potřebné informace o nemocném. (17)

Dvanáct vzorců zdraví Marjory Gordonové

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví
2. Výživa a metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita, cvičení
5. Spánek, odpočinek
6. Vnímání, poznávání
7. Sebekoncepce, sebeúcta
8. Plnění rolí, mezilidské vztahy
9. Sexualita, reprodukční schopnost
10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance
11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty
12. Jiné

Model funkčních vzorců zdraví splňuje požadavky na rámcový standard pro systematické ošetrovatelské hodnocení zdravotního stavu pacienta v jakémkoliv systému zdravotní péče.

3.2 Posouzení zdravotního stavu při přijetí

Třicetiletá pacientka přeložená z chirurgické kliniky, kde jí byla provedena bilaterální adrenalektomie pro feochromocytom s nadprodukcí noradrenalinu. Nemocná je pátý den po operaci. Na interní oddělení byla přijata ke kontrolnímu vyšetření hladin katecholaminů a nastavení substituční terapie kortikoidů.

Po příchodu na interní oddělení je pacientka uložena na třílůžkový pokoj.

Nemocná je bledá, lehce dehydratovaná a stěžuje si na celkovou únavu z nedostatku spánku. Dále ji trápí bolest v místě operační rány. Podle pětistupňové škály pro bolest, udává stupeň bolesti 3. Zaujímá úlevovou polohu na boku s pokrčenými končetinami v kolenou.

Operační rána je klidná, bez sekrece a známek zánětu. Břicho měkké, stolice pravidelná, poslední dnes ráno. Pacientka má na pravé straně hýždí dekubit, který vznikl špatnou polohou na operačním stole. Jedná se o dekubit 2. stupně, o velikosti 6x3 cm, nepravidelného tvaru, v úrovni kůže. Okolí rány je klidné. Spodina rány je červené barvy, čistá, bez povlaku, sekrece serózní. K léčbě je použit jako léčebný prostředek Inadine a rána je sterilně krytá. Okolí dekubitu je ošetřeno ochrannou pastou Menalind.

Nemocné byly změřeny fyziologické funkce: TK 110/70 mmHg; TF pravidelná, 80/min; DF 20/min, bez známek dušnosti, saturace O₂ 97 %; TT 36,6 °C, hmotnost 82 kg, výška 176 cm, BMI 26,5 kg/m². Pro trvalou kontrolu krevního tlaku, byl nemocné napojen tlakový monitor. Manžeta byla uložena na levou horní končetinu a interval pro měření krevního tlaku byl nastaven na šedesát minut.

Dle ordinace lékaře byla napojena infúze 500 ml 5% glukózy s 20 ml 7,5% KCl přes centrální žilní katétr, který byl zaveden před sedmi dny na chirurgické klinice. Infúze byla aplikovaná přes infúzní pumpu rychlostí 83 ml/hodinu. Na bolest byla pacientce podána 1 ampule Tramalu pomalu i. v.

3.3 Ošetřovatelská anamnéza

Nemocnou jsem pro účel této práce zhodnotila 2. den hospitalizace podle modelu Marjory Gordonové. Informace o pacientce jsem získala pomocí rozhovoru, pozorování a prostudování její zdravotnické dokumentace včetně překladové ošetřovatelské zprávy z chirurgické kliniky.

Získané informace o nemocné a její ošetřovatelskou anamnézu jsem zapsala do ošetřovatelské dokumentace (přílohy č. 2, 3, 4).

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Nemocná dříve na své zdraví moc nemyslela. V minulosti, při objevení prvních příznaků nemoci, brala nutnost vyšetření a léčbu na lehkou váhu. Na vyšetření nedocházela. Po hospitalizaci na jednotce intenzivní péče v místě bydliště, kam byla přijata s hypertenzní krizí a plicním edémem, pochopila závažnost svého onemocnění.

Nyní je šestý den po operačním výkonu.. Cítí se unavená a slabá. Je však ráda, že má operaci za sebou, protože vymizely nepříjemné obtíže jejího onemocnění (bolest hlavy, palpitace, návaly horka, pocení). Je smířená s nutností celoživotní substituce kortikoidů, chápe nutnost této léčby, oproti onemocnění to vnímá jako maličkost.

Pacientka pracuje v sociálním zařízení pro děti a mládež jako vychovatelka. Protože ji práce s dětmi baví a chce se jí nadále věnovat, studuje speciální pedagogiku na univerzitě v místě svého bydliště.

Nemocná se již těší domů a do svého zaměstnání. Je šťastná, že ji už nebudou trápit obtíže, které provázely její onemocnění a že povede plnohodnotný život bez dalších omezení.

Výživa a metabolismus

Pacientka má stále nízký příjem tekutin. Tekutiny jsou doplňovány infúzní terapií a nemocná je poučena o nutnosti zvýšení příjmu tekutin. Podávaný čaj jí nechutná a tak spolupacientkou nabídnuta možnost zakoupení jiného druhu nápoje.

Včera ordinována dieta kašovitá a dnes již racionální. Nemocná udává chuť k jídlu.

Za posledních šest týdnů přibrala o 13 kilogramů. Důvodem byla absence fyzické aktivity pro obtíže, které provázely její onemocnění.

V běžném životě se stravuje pravidelně, nedodrží žádná dietní opatření.

Vylučování

S mikcí ani defekací problémy neudává. Stolice je pravidelná. Nemocná je afebrilní a nepotí se.

Aktivita, cvičení

Nemocná před onemocněním aktivně sportovala. V letním období jezdila na kole a v zimě lyžovala. Občas si chodila zaplavat.

Nyní se věnuje studiu a ve volném čase ráda čte knihy. Pokud jí zaujme nově promítaný film v kině, ráda ho shlédne.

Po operaci by byla pacientka již soběstačná, ale při hygieně, stravování, pohybu a vyprazdňování je nutná dopomoc, neboť je pacientka upoutána na lůžku z důvodu infúzní terapie a trvalého sledování krevního tlaku. Při námaze si stěžuje na bolest v operační ráně.

Spánek, odpočinek

V domácím prostředí nemá problém s usínáním ani s kvalitou spánku. Chodí spát kolem půlnoci. Před spaním si čte, nebo poslouchá relaxační hudbu. Buzena je pomocí budíku kolem sedmé hodiny ranní. Spí tedy sedm hodin denně. Ve volných dnech si ráda přispí.

V současné době si stěžuje na špatné usínání. Jako důvod udává cizí prostředí a více pacientů na pokoji. Je zvyklá usínat sama ve svém pokoji. Během dne je unavená, ale odmítá spánek, aby lépe usnula večer.

Lékařem ordinována hypnotika na noc dle potřeby.

Vnímání, poznávání

Pacientka slyší dobře, na čtení používá brýle. Je plně orientovaná a na kladené otázky adekvátně odpovídá. Její řeč je jasná a srozumitelná.

Je si plně vědoma svého onemocnění, nutnosti léčby a ošetřovatelských výkonů.

Sebekoncepce, sebeúcta

Pacientka se hodnotí jako optimistka. Je hrdá, že ji přijali na univerzitu a může studovat obor, který ji zajímá a baví.

Mrzí ji, že zanedbala počátek svého onemocnění a nedocházela na vyšetření. Je si vědoma toho, že obtíže, které ji trápily během onemocnění, mohly být dříve řešeny.

Na svůj zdravotní stav nahlíží pozitivně a doufá, že se vrátí k plnohodnotnému životu.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Žije ve třípokojovém bytě společně se svou matkou. Otec zemřel a bratr bydlí se svou rodinou ve vedlejší čtvrti. Vztahy v rodině hodnotí jako výborné. S rodinou bratra se velmi často navštěvují a je ráda, že může občas pohlídat synovce a neteř.

Na pracovní kolektiv si nestěžuje. Občas se vyskytnou menší neshody mezi kolegyněmi, ale tvrdí, že to se v ženském kolektivu občas stává.

V nemocnici ji nikdo nenavštěvuje, protože je daleko od svého bydliště. S rodinou a přáteli si často telefonuje.

Sexualita, reprodukční schopnost

Nemocná je bezdětná a v současné době bez partnera. Menarché ve dvanácti letech, posledních deset let menses nepravidelné.

Protože rozhovor s nemocnou probíhal na pokoji v přítomnosti dalších dvou pacientek, opustila jsem toto téma.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Pacientce před dvěma lety zemřel otec, byla tehdy psychickou oporou matce. Sama tuto událost zvládla, neboť věděla, že byl otec vážně nemocný.

Stres cítila před operací, měla obavy, aby operace dopadla dobře. Nyní se po psychické stránce cítí vyrovnaně a těší se domů.

Nemocná nikdy nekouřila a alkohol požívá jen příležitostně.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Věří, že se vrátí do plnohodnotného života. Chtěl by pokračovat ve svých sportovních aktivitách a shodit nabrané kilogramy.

Doufá, že úspěšně dokončí studium a potká partnera, s kterým založí rodinu.

Je bez vyznání. Pokud se dostane do těžké situace, může se obrátit na rodinu a přátele, kteří ji vždy pomohou.

3.4 Stanovení ošetřovatelských diagnóz

Ošetřovatelské diagnózy jsou stanovené ke 2. dni hospitalizace na základě předchozího zhodnocení nemocné.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

1. Bolest akutní v souvislosti s operačním výkonem
2. Porucha kožní integrity v souvislosti s působením přímého tlaku na tkáň
3. Změny krevního tlaku v souvislosti s operačním výkonem
4. Porucha spánku v souvislosti se změnou prostředí

Potenciální ošetřovatelské diagnózy

5. Riziko pádu a poranění v souvislosti s podáváním analgetik a hypnotik
6. Riziko vzniku infekce v souvislosti s centrálním žilním vstupem
7. Riziko dehydratace v souvislosti se sníženým příjmem tekutin

3.5 Krátkodobý ošetrovatelský plán, realizace, hodnocení

Plán ošetrovatelské péče jsem stanovila ke 2. dni hospitalizace nemocné od sedmé hodiny ranní do sedmé hodiny večerní. Ošetrovatelský plán, realizaci a následné hodnocení efektu poskytované péče jsem zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace (příloha č. 5, 6).

3.5.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. Bolest akutní v souvislosti s operačním výkonem

Cíl poskytované péče

- pacientka udává odstranění nebo alespoň zmírnění bolesti (do 12 hodin)
- zná způsoby přinášející úlevu od bolesti (do 2 hodin)
- je schopna vykonávat běžné denní aktivity (vstávání z lůžka, hygienu, oblékání, stravování, chůzi a vyprazdňování do 12 hodin)

Ošetrovatelské intervence

- určit příčinu bolesti
- pozorně naslouchat verbální projev nemocné o bolesti
- provést důsledné posouzení bolesti (lokalizaci, charakter, nástup a trvání, zhoršující faktory)
- zhodnotit intenzitu bolest podle stupnice (0-5)
- sledovat neverbální projev bolesti nemocné (vstávání z lůžka, sed a chůzi, držení těla, výraz v obličeji)
- vyhledat společně s nemocnou úlevovou polohu
- naučit pacientku dechové cvičení pro zmírnění bolesti
- poučit nemocnou o relaxaci (snížení napětí svalů v místě bolesti, poslouchání hudby)
- zmírnit bolest podáním ordinovaných analgetik

- poučit nemocnou o možných nežádoucích účincích analgetik
- sledovat výsledný efekt účinku podaných analgetik
- zaznamenat vše do zdravotní dokumentace nemocné
- informovat o průběhu bolesti lékaře

Realizace plánu

Společně s pacientkou jsme zhodnotily intenzitu bolesti v místě operační rány. Pomocí stupnice bolesti (0 = žádná bolest, 5 = nesnesitelná bolest) nemocná označila bolest stupněm 3.

Pacientce jsem upravila lůžko a uložila ji do úlevové polohy. Zvedla jsem jí lůžko pod hlavou, aby byla v polosedě a doporučila jsem jí pokrčít dolní končetiny v kolenou. Nemocná během dne střídala polohu na pravém a levém boku.

Dále jsem pacientce vysvětlila důležitost dechového cvičení. Ukázala jsem jí techniku cvičení a doporučila jsem jí ho provádět každých třicet minut.

V poledne nemocná požádala o analgetika, která měla naordinovaná od lékaře dle potřeby. Pacientce jsem aplikovala 1 ampuli Tramalu i. v. Po aplikaci analgetika, jsem kontrolovala jejich žádoucí i nežádoucí účinky. Nemocná po třiceti minutách hlásila úlevu a bolest označila stupněm 1.

Během dne nemocná prováděla dechová cvičení, měnila úlevové polohy, četla a poslouchala hudbu. Tyto úkony označila za účelné.

Ve večerních hodinách klasifikovala bolest stupněm 1. Analgetika nevyžadovala.

Založila jsem záznam o bolesti, kde jsem zapsala zhodnocení bolesti a další postupy (přílohy č. 8, 9).

Hodnocení poskytované péče (za 12 hodin) - cíle byly splněny

- pacientka udává zmírnění bolesti na stupeň 3
- zná způsoby přinášející úlevu od bolesti, sama vyhledává úlevovou polohu
- po odpojení od monitoru a infúze je schopna s menšími přestávkami vykonávat běžné denní aktivity.

2. Porucha kožní integrity v souvislosti s působením přímého tlaku na tkáň

Cíl poskytované péče

- dekubit je bez známek průvodních komplikací (po celou dobu pobytu)
- jsou zajištěny optimální podmínky hojení (do 2 hodin)
- nemocná zvýší příjem tekutin na 2,5 litru za den (do 12 hodin)
- zná a dodržuje léčebně-preventivní opatření (do 2 hodin)

Ošetřovatelské intervence

- zjistit příčinu vyvolávající poruchu kožní integrity
- zhodnotit stav poškození (stupeň poškození, velikost, hloubku, barvu, tvar, sekreci a spodinu rány, zápach, bolest, fázi hojení, okolí rány)
- odstranit faktory, které se podílejí na zhoršení stavu proleženin
- zvolit vhodné antidekubitání pomůcky
- stanovit časový plán mobility a polohování
- poučit nemocnou o časovém plánu mobility a polohování
- zvolit vhodné léčebné přípravky
- stanovit plán léčby
- provádět hygienu 2x denně
- udržovat lůžko v čistotě a suchu
- kontrolovat 2x denně ránu a její okolí
- zajistit nemocné správnou hydrataci a výživu
- vést dokumentaci o postupech léčby a hodnocení rány
- informovat lékaře o aktuálním stavu poškození a průběhu hojení

Realizace plánu

Prostudováním zdravotní dokumentace a překladové ošetřovatelské zprávy z chirurgické kliniky jsem zjistila, že příčinou vzniku dekubitu byla špatná poloha nemocné během operačního výkonu.

Provedla jsem důsledné zhodnocení rány a všechny zjištěné okolnosti jsem zapsala do záznamu o ošetřování kůže a dekubitů. Nemocná žádnou bolest v místě poškození nepocítovala.

Do lůžka jsem vložila molitanovou podložku, která snižuje působení tlaku na ohrožená a postižená místa.

Pacientku jsem poučila o důležitosti polohování, které bude provádět každých třicet minut během dne. Doporučila jsem jí, aby při pohybu v lůžku vždy nadlehčovala postižené místo pomocí hrazdičky, která jí ulehčí nadzvedávání. V noci jsem nemocnou kontrolovala, zda mění polohy během spánku.

K lokálnímu ošetření rány jsem zvolila antiseptický obvaz (Inadine), který chrání granulační tkáň, a ten jsem sterilně kryla. Okolí rány jsem ošetřila ochrannou pastou (Menalind), která chrání pokožku před dalším poškozením. Další převaz jsem naplánovala na druhý den.

Pacientce jsem vysvětlila, jak správně provádět osobní hygienu. Jako mycí prostředek jsem jí nabídla mýdlo (Menalind), které nenarušuje pH kůže. Následně jsem ji poučila o nutném udržování kůže v čistotě a suchu.

Společně s dietní sestrou a lékařem jsme navrhli vhodnou dietu. Jako doplněk diety jsme doporučili Nutridrink, který je možný podávat nemocným v rekonvalescenci po operacích, ale také je určen pacientům se zvýšeným rizikem vzniku proleženin. Složení tohoto nápoje zahrnuje důležité složky potravy. Obsahuje bílkoviny, cukry tuky, dále vitamíny, ionty, stopové prvky a vlákninu. Nemocná tento nápoj popíjela mezi jídly. Dále jsem nemocné doporučila zvýšit příjem tekutin na 2,5 litru a sledovala jsem bilanci tekutin.

Celý průběh hojení a hodnocení dekubitu jsem zaznamenala do ošetřovatelské dokumentace (příloha č. 7).

Hodnocení poskytované péče (za 12 hodin) - cíle byly splněny

- dekubit neprojevuje známky infekce a jiné průvodní komplikace
- podmínky hojení jsou zajištěny
- nemocná dodržuje doporučený příjem tekutin 2,5 litru
- zná a dodržuje léčebně-preventivní opatření

3. Změny krevního tlaku v souvislosti s operačním výkonem

Cíl poskytované péče

- nemocná zná důvody měření TK (do 1 hodiny)
- zná způsoby měření TK (do 1 hodiny)
- zná projevy změn TK (do 2 hodin)
- provádí preventivní opatření před možným pádem při změně TK (do 2 hodin)

Ošetřovatelské intervence

- seznámit se s předchozími hodnotami TK
- trvale monitorovat TK
- seznámit nemocnou s důvody měření TK
- seznámit nemocnou se způsoby měření TK
- poučit nemocnou o možných projevech, které signalizují změnu TK
- naučit nemocnou předcházet možnému pádu a zranění při změnách TK
- podávat léky ovlivňující TK
- sledovat žádoucí a nežádoucí účinky léku
- provádět záznamy hodnot TK do dokumentace
- změny TK hlásit lékaři

Realizace plánu

Po prostudování předchozí dokumentace jsem zjistila, že pacientka před operačním výkonem trpěla vysokým krevním tlakem. Průměrné hodnoty TK přes den byly 154/98 mmHg a přes noc 136/83 mmHg. V současné době po prodělané adrenalektomii se hodnoty TK prudce snížily. Průměrné hodnoty TK přes den jsou 128/86 mmHg a přes noc 104/61 mmHg (příloha č. 13).

Pacientku jsem napojila na monitor, jenž jí bude trvale měřit krevní tlak.. Manžetu jsem uložila na levou horní končetinu. Dle ordinace lékaře jsem nastavila interval měření TK na jednu hodinu. Nemocnou jsem poučila o způsobu měření TK a vysvětlila jsem jí, jakou polohu horní končetiny zaujmout v době nafukování manžety. Dále jsem pacientku seznámila

s nežádoucími projevy, které může vnímat při změnách tlaku. Nemocnou jsem požádala, aby mi všechny změny, které bude pociťovat, okamžitě hlásila.

Pacientku jsem poučila o nutném přivolání ošetrovatelského personálu, pokud se bude chtít posadit na lůžko se spuštěnými dolními končetinami či úplně vstát z lůžka. Vysvětlila jsem jí, že byla dlouho upoutána na lůžko a při rychlé změně polohy může dojít k ortostatické hypotenzi. Ta ji může ohrozit pádem a následným zraněním. Proto jsem signalizační zařízení uložila na dosah její pravé ruky.

Nemocné jsem podávala antihypertenzíva, která byla naordinována lékařem. Pacientku jsem seznámila s možnými nežádoucími účinky podávaných léků. Pravidelně jsem kontrolovala naměřené hodnoty krevního tlaku a zdravotní stav nemocné. Hodnoty TK a veškeré změny verbalizované nemocnou jsem zaznamenala do dokumentace. Lékaře jsem o všem informovala.

Hodnocení poskytované péče (za 12 hodin) - cíle byly splněny

- nemocná zná důvody měření TK
- zná způsoby měření TK
- umí rozpoznat projevy, vyvolané změnami TK
- provádí preventivní opatření před možným pádem při změně TK

4. Porucha spánku v souvislosti se změnou prostředí

Cíl poskytované péče

- nemocná zná faktory ovlivňující spánek (do 2 hodin)
- usíná do 2 hodin po ulehnutí na lůžko (do 24 hodin)
- spí nejméně 6 hodin (do 24 hodin)
- po probuzení se cítí odpočínutá (do 24 hodin)

Ošetrovatelské intervence

- zjistit, jakou poruchou spánku nemocná trpí
- seznámit nemocnou s faktory ovlivňujícími spánek

- zabezpečit psychickou pohodu a uvolnění
- podporovat spánkové návyky nemocné
- zabezpečit vhodné podmínky pro zajištění spánku
- snížit rušivý vliv nemocničního prostředí
- podat předepsaná hypnotika dle lékaře
- sledovat výsledný efekt podaného léku
- informovat nemocnou o nežádoucích účincích
- sledovat nežádoucí účinky podaného léku
- pravidelně kontrolovat nemocnou na lůžku
- zaznamenat průběh spánku a podaná hypnotika do zdravotní dokumentace

Realizace plánu

Po rozhovoru s pacientkou jsem zjistila, že špatně usíná v cizím prostředí. Vyjmenovala mi faktory, které při usínání vnímá jako rušivé.

Před přípravou ke spánku jsem doprovodila nemocnou do koupelny, kde se osprchovala. Doporučila jsem jí, aby se vyprázdnila. Namasírovala jsem jí záda a pomohla jí obléknout pohodlný noční oděv, který měla z domova. Pečlivě jsem upravila lůžko a vyvětrala pokoj.

Protože je nemocná zvyklá před spaním si chvíli číst, zhasla jsem velká světla na pokoji a nechala svítit pouze zářivku nad lůžkem.

Kolem 21. hodiny jsem nemocnou navštívila. Snížila jsem polohu lůžka a signalizační zařízení jsem uložila na dosah nemocné. Dále jsem zatáhla závěsy, které jsou umístěny mezi lůžky, aby se pacientka cítila v bezpečí. Dveře na pokoji jsem za sebou zavřela. Domluvila jsem se s nemocnou, že pokud do 22. hodiny neusne, podám jí předepsaný lék na spaní. Protože pacientka neusnula, podala jsem jí 1 tabletu Hypnogenu p. o. Po třicetiminutové kontrole nemocná již spala.. Další kontroly jsem prováděla každou hodinu, aby nedošlo k případnému pádu či zranění. Pacientka se probudila po páté hodině ranní. Po probuzení se cítila svěží a odpočínutá.

Podaný lék na spaní a průběh spánku jsem zaznamenala do dokumentace. O průběhu spánku jsem informovala lékaře a ostatní sestry.

Hodnocení poskytované péče (za 24 hodin) - cíle byly splněny

- pacientka zná faktory ovlivňující spánek
- usnula do 1,5 hodiny po podání hypnotika
- spala déle než 6 hodin bez přerušení
- po probuzení se cítila svěží a odpočínatá

3.5.2 Potenciální ošetřovatelské diagnózy

5. Riziko pádu a poranění v souvislosti s podáváním analgetik a hypnotik

Cíl poskytované péče

- během hospitalizace nedojde k pádu ani zranění nemocné
- zná nežádoucí účinky podávaných léků
- ví, jak se chránit před rizikem pádu
- sděluje, že se během pobytu cítila bezpečně

Ošetřovatelské intervence

- poskytnout pacientce informace o nežádoucích účincích podávaných léků
- seznámit nemocnou s faktory, které zvyšují možnost pádu
- nabídnout nemocné vhodné kompenzační pomůcky (hrazdičku, schůdky, na noc postranice)
- uložit signalizační zařízení na dosah nemocné
- pobízet nemocnou k používání signalizačního zařízení
- zajistit bezpečnost prostředí v okolí lůžka nemocné (překážky, mokrá podlaha)
- zajistit v denních hodinách dostatečné osvětlení na pokoji
- zaznamenat potenciální pád či zranění do dokumentace
- informovat o pádu či zranění lékaře

Realizace plánu

Před podáním léku na bolest či spánek jsem pacientku seznámila s nežádoucími účinky. Protože nežádoucí účinky ohrožovaly nemocnou možným pádem, nechtěla jsem, aby se sama posazovala ani úplně vstávala z lůžka. Uložila jsem jí tedy na dosah signalizační zařízení a poučila jsem nemocnou, kdy a za jakých okolností ho použít. Nad lůžkem visela hrazdička a nemocná jí využívala při změně polohy. Jelikož jsou nemocniční lůžka vysoká, umístila jsem k lůžku schůdky, aby měla nemocná při posazení dolní končetiny postavené na pevné podložce. Na noc jsem pacientce nabídla postranice, které mohou zabránit pádu, ale nemocná je odmítla. Při běžných aktivitách se nemocná posazovala a vstávala pouze s mojí pomocí. Před každou mobilizací nemocné jsem odstranila z okolí všechny překážky, které by jí zabraňovaly ve vykonávané činnosti.

Na pokoji jsem přes den zajistila dostatečné osvětlení a přes noc jsem nechala svítit noční světlo nade dveřmi, aby se nemocná cítila bezpečně. Během denních i nočních hodin jsem pravidelně nemocnou kontrolovala.

Podané léky jsem zaznamenala do dokumentace.

Hodnocení poskytované péče - cíle byly splněny

- během hospitalizace nedošlo k pádu či zranění
- nemocná zná projevy nežádoucích účinků podávaných léků
- dodržuje postupy, které pádu zabraňují
- sděluje, že se cítí bezpečně

6. Riziko vzniku infekce v souvislosti s centrálním žilním vstupem

Cíl poskytované péče

- nedojde ke vzniku infekce
- místo vpichu nebude projevovat známky infekce (zarudnutí, bolest, otok)
- nemocná nebude mít zvýšenou tělesnou teplotu
- nemocná bude vědět, jak předcházet infekci

Ošetrovatelské intervence

- pravidelně kontrolovat místo vstupu CŽK
- denně provádět převazy místa vstupu CŽK
- dodržovat aseptický postup při převazech
- dbát na aseptický postup při manipulaci s infúzními sety
- poučít nemocnou o způsobech prevence vzniku infekce
- pravidelně kontrolovat naměřené hodnoty tělesné teploty
- zajistit přiměřenou péči o kůži nemocné
- udržovat lůžko nemocné v čistotě a suchu
- případné příznaky, které signalizují infekci, zaznamenat do dokumentace
- informovat lékaře o případných symptomech infekce

Realizace plánu

Po prostudování překladové ošetrovatelské zprávy z chirurgické kliniky, jsem zjistila, že centrální žilní katétr má nemocná zavedený sedmý den.

Během převazu místa vpichu, který jsem prováděla za aseptických podmínek, jsem vstup katétru a okolí pečlivě zkontrolovala. Místo ani okolí vstupu katétru neprojevovalo známky infekce, neboť nebylo zarudlé, teplé, nebyl přítomen otok a nemocná neudávala bolest.

Pacientku jsem seznámila se způsoby prevence, které mohou zabránit vzniku případné infekce. Poučila jsem jí o dodržování osobní hygieny, jak pečovat o kůži a požádala jsem ji, aby se místa, kde má zavedený CŽK, nedotýkala. Dále jsem nemocnou poprosila, aby mi každou změnu v souvislosti se zavedeným katétrem nahlásila.

Kontroly místa vpichu a měření tělesné teploty nemocné jsem prováděla 2x denně. Další převaz jsem naplánovala na následující den.

Všechny důležité informace související s možným vznikem infekce jsem zaznamenala do dokumentace.

Hodnocení poskytované péče - cíle byly splněny

- nedošlo ke vzniku infekce
- místo vpichu neprojevuje známky infekce
- pacientka byla bez zvýšené tělesné teploty
- nemocná dodržuje zásady, které mohou zabránit vzniku infekce

7. Riziko dehydratace v souvislosti se sníženým příjmem tekutin

Cíl poskytované péče

- u nemocné nebudou projevy dehydratace
- má přiměřený turgor kůže a vlhké sliznice
- nemocná zná množství tekutin, které má vypít během dne (2,5 litru)
- má vyvážený příjem a výdej tekutin

Ošetřovatelské intervence

- zajistit nemocné dostatečný příjem tekutin
- vycházet z požadavků nemocné při výběru tekutin
- poučit nemocnou o nutnosti zvýšeného příjmu tekutin
- kontrolovat vitální funkce nemocné
- kontrolovat stav kůže a sliznic
- pravidelně měřit bilanci tekutin
- informovat nemocnou o důležitosti měření bilance tekutin
- seznámit nemocnou s faktory, které mohou navodit dehydrataci
- pravidelně sledovat specifickou váhu moče
- kontrolovat hodnoty laboratorních vyšetření
- udržovat v pokoji nemocné přiměřenou teplotu a vlhkost
- zaznamenat všechny naměřené hodnoty do dokumentace (bilance tekutin, specifická váha moče, TF, TK, DF, TT)
- informovat lékaře o výsledcích a naměřených hodnotách

Realizace plánu

Pacientka měla snížený příjem tekutin. Poučila jsem ji o naléhavosti zvýšení příjmu tekutin. Doporučila jsem jí denně vypít 2,5 litru čaje. Protože jí nemocniční čaj nechutnal a rodina ji nenavštěvovala, nabídla se spolupacientka, že jí v místním obchodě koupí jiný druh nápoje. Nemocná ji tedy požádala o zakoupení ovocné šťávy a džusů. Dále jsem nemocnou seznámila s měřením bilance tekutin. Ukázala jsem jí sběrný džbán, do kterého bude sbírat moč a formulář (příloha č. 10), do kterého musí zapisovat vypité množství tekutin. Pacientku jsem také poučila o omezení pití černé kávy a nápojů s močopudným účinkem.

Pravidelně jsem kontrolovala fyziologické funkce nemocné, stav její kůže a sliznic. Po dvanácti hodinách jsem měřila bilanci tekutin a specifickou váhu moče. Sledovala jsem hodnoty laboratorních vyšetření.

Ve 14 hodin jsem pacientce dle ordinace lékaře podala infúzi 500 ml 5% glukózy s 30 ml 7,5% KCl rychlostí 150 ml/hodinu.

Naměřené hodnoty bilance tekutin, hodnoty fyziologických funkcí a podanou infúzi jsem zaznamenala do dokumentace a informovala lékaře.

Hodnocení poskytované péče - cíle byly splněny

- u nemocné nedošlo k dehydrataci
- nemá žádné projevy dehydratace na kůži a sliznicích
- pacientka zná množství tekutin, které musí vypít denně (2,5 litru)
- má vyvážený příjem a výdej tekutin

3.6 Dlouhodobý ošetrovatelský plán, průběh hospitalizace

V dlouhodobém plánu ošetrovatelské péče jsem popsala celý průběh a vývoj stanovených ošetrovatelských diagnóz, které byly řešeny během pobytu nemocné na interním oddělení.

Pacientka byla na interním oddělení hospitalizovaná 7 dní a 29. 5. 2006 byla propuštěna do domácí péče.

Dg. č. 1 Bolest akutní v souvislosti s operačním výkonem

Při přijetí na interní oddělení si nemocná stěžovala na bolest v místě operační rány. Podle stupnice bolesti (0 = žádná bolest, 5 = nesnesitelná bolest) klasifikovala pacientka bolest stupněm 3. Byla jí aplikována 1 ampule Tramalu i. v. s následným kladným efektem. Analgetikum bylo podáno ještě na noc.

Druhý den hospitalizace bolest stále trvala a byl opět aplikován Tramal 1 ampule i. v. s žádoucím efektem. Nemocná sdělila, že cítí úlevu. Na noc další analgetikum nevyžadovala.

Třetí den pobytu byl nemocné odstraněn centrální žilní katétr a lékařem byl předepsán Tramal 50 mg p. o. dle potřeby. Pacientka již analgetikum nepotřebovala, neboť udávala bolest stupněm 1.

Čtvrtý den (8 den po operaci) byly nemocné odstraněny stehy z operační jizvy. Pacientka udávala úlevu od bolesti a do konce hospitalizace si na bolest již nestěžovala.

Dg. č. 2 Porucha kožní integrity v souvislosti s působení přímého tlaku na tkáň

K poškození celistvosti kůže došlo během předchozí hospitalizace na chirurgické klinice v době operačního výkonu. Důvodem vzniku dekubitu byla špatná poloha nemocné na operačním stole a doba trvání operace, která přesáhla šest hodin.

Dekubit se nacházel na pravé straně hýždí a jednalo se o poškození tkáně 2. stupně. Velikost dekubitu byla 6x3 cm, nepravidelného tvaru, v úrovni kůže.

Spodina rány byla čistá, bez povlaku a zápachu, barva jasně červená, sekrece serózní. Pacientka si na bolest v místě postižení nestěžovala.

Během pobytu na interním oddělení byl jako léčebný prostředek používán antiseptický obvaz Inadine, který byl kryt sterilními čtverci a prodyšnou náplastí Omnifix. Okolí rány bylo ošetřeno ochrannou pastou Menalind. Převazy se prováděly pravidelně každý den po ranní hygieně nemocné.

Po sedmidenní hospitalizaci se dekubit zmenšil na velikost 4x2 cm, spodina byla čistá, již bez sekrece. Ošetřování rány s doporučením dalšího postupu bylo svěřeno do péče praktického lékaře. Pacientka byla též poučena.

Dg. č. 3 Změny krevního tlaku v souvislosti s operačním výkonem

Pacientka před chirurgickým výkonem trpěla hypertenzí. Důvodem byl oboustranný feochromocytom. Protože po operaci došlo k rychlému snížení krevního tlaku, ale nemocné byly ještě předepisovány nízké dávky antihypertenziv, bylo nutné krevní tlak trvale monitorovat. Nemocné byl napojen monitor, kterým lze měřit TK kontinuálně. Manžeta byla uložena na levou horní končetinu a interval pro měření byl nastaven na jednu hodinu.

Během druhého dne hospitalizace se hodnoty TK stabilizovaly a v noci byl interval měření TK nastaven po třech hodinách.

Třetí den byl monitor odpojen a pacientce se hodnoty TK kontrolovaly pouze 3x denně. Po celou dobu hospitalizace byly průměrné hodnoty krevního tlaku 130/85 mmHg.

Při propuštění nemocné do domácí péče byly doporučeny kontroly TK u praktického lékaře s možným vysazením antihypertenzní léčby.

Dg. č. 4 Porucha spánku v souvislosti se změnou prostředí

Poruchou spánku nemocné bylo špatné usínání v cizím prostředí. Pacientka byla zvyklá usínat sama ve vlastním pokoji a před usnutím si chvíli číst, nebo poslouchat hudbu.

První dva dny vyžadovala hypnotika i přes snahu zabezpečit jí vhodné podmínky ke spánku.

Další dny již usínala bez léku na spaní a ráno se cítila odpočínutá. Zřejmým důvodem bylo propuštění spolupacientek na pokoji.

Dg. č. 5 Riziko pádu a poranění v souvislosti s podáváním analgetik a hypnotik

Pacientka vyžadovala analgetika a hypnotika pouze první dva dny hospitalizace. Třetí den již tyto léky nepotřebovala, proto byl ošetrovatelský plán u této diagnózy ukončen.

Dg. č. 6 Riziko vzniku infekce v souvislosti s centrálním žilním vstupem

V době, kdy měla nemocná zavedený centrální žilní katétr, se převazy místa vstupu katétru prováděly denně. Pravidelně se místo a okolí vpichu kontrolovalo a hodnotilo. Během péče a ošetřování místa vstupu nedošlo k žádným komplikacím.

Třetí den byl centrální žilní katétr odstraněn a byla zavedena periferní žilní kanyla. Ošetrovatelský plán v souvislosti s centrálním žilním vstupem byl ukončen a byla stanovena diagnóza – riziko vzniku infekce v souvislosti s periferním žilním vstupem. Ošetrovatelský plán u této diagnózy byl obdobný. Denně byly prováděny za aseptických podmínek převazy a pravidelné kontroly. Nemocná byla o nových okolnostech poučena.

Čtvrtý den byla periferní žilní kanyla odstraněna a ošetrovatelský plán ukončen.

Dg. č. 7 Riziko dehydratace v souvislosti se sníženým příjmem tekutin

Nemocná měla první den hospitalizace snížený příjem tekutin. Na základě tohoto zjištění byla stanovena jmenovaná diagnóza. Pacientka byla poučena o nutnosti zvýšení příjmu a byla sledována bilance tekutin po dvanácti hodinách.

Během druhého dne se příjem tekutin zvýšil. Bilance tekutin se tedy měřila po 24 hodinách ještě další dva dny.

Protože příjem a výdej tekutin byl stále vyvážený, pátý den se ošetrovatelský plán ukončil.

3.7 Psychologie nemocné, reakce na nemoc

Nemocná S. Š. je ve svém osobním životě spokojená. Pracuje jako vychovatelka v sociálním zařízení pro děti a mládež. Protože ji práce s dětmi baví a zajímá, studuje na univerzitě obor, který souvisí s její profesí.

Pacientka žije s matkou ve společné domácnosti. Vztahy v rodině, jak udává, jsou výborné.

Prožívání nemoci

Pacientka je se svým onemocněním smířená. Má optimistický nadhled, protože věří, že radikální léčba jí odstranila obtíže, které ji během onemocnění doprovázely.

Během hospitalizace se aktivně zajímala o svůj zdravotní stav a s ošetřujícím personálem dobře spolupracovala.

Postoj k nemoci

Nemocná nejprve své onemocnění bagatelizovala. Na důležitá vyšetření nedocházela a léčbu přerušila. Teprve po zhoršení zdravotního stavu pochopila, že je onemocnění závažné. Začala tedy podstupovat všechna vyšetření a s nemocí bojovat. V současné době doufá, že je nemoc zažehnaná a těší se domů. S nutností celoživotní substituční léčby kortikoidů je seznámená a smířená.

Reakce na pobyt v nemocnici

Protože byla nemocná na interním oddělení opakovaně hospitalizovaná, prostředí dobře znala. Režimu na oddělení se rychle přizpůsobila. S personálem vycházela velmi dobře.

Zhodnocení komunikace

Pacientka neměla s komunikací žádný problém. Ohledně svého zdravotního stavu byla velmi zvědavá. K personálu byla sdílná a informovala ho o všem, co ji trápilo.

Zvládání komunikace

Nemocná na kladené otázky odpovídala adekvátně. Bez ostychu se ptala na všechno, co ji zajímalo.

Zvládání stresu

Nemocná pociťovala strach a úzkost před operací. Bála se samotného operačního výkonu, aby proběhl bez problémů. Protože jí lékaři celý průběh operace popsali a vysvětlili, byla klidnější a snažila se na výkon nemyslet. Velkou oporou jí byla matka s rodinou.

V současné době je optimisticky naladěná a cítí se vyrovnaně.

Obranné mechanismy

Před operací se snažila projevovat veselou náladou a na jmenovaný problém nemyslet.

Motivace k léčbě

Podle pacientky bylo motivací k léčbě vymizení všech nepříjemných obtíží, které nemocnou zužovaly a omezovaly v běžném životě.

4 Edukační plán

Péče o dekubit

Po ukončení hospitalizace nemocné bylo následné ošetřování dekubitu svěřeno do péče praktického lékaře. K lékařské propouštěcí zprávě byl přiložen další doporučený postup.

Pacientka byla poučena o přísných hygienických zásadách, které by měla dodržovat. Dále jí bylo doporučeno osprchování rány před každým převazem a promazání pokožky těla. Pacientka byla instruována, aby dodržovala všechna opatření, která prováděla během hospitalizace.

Výživa a hydratace

Nemocné bylo doporučeno snížit hmotnost, protože hodnota BMI byla 26,5 kg/m². Pacientka si je tohoto problému vědoma, neboť za posledních šest týdnů přibrala 13 kg. Zvýšení hmotnosti bylo způsobeno absencí sportovní aktivity pro obtíže, které doprovázely její onemocnění. Nemocná chce po operační rekonvalescenci opět začít sportovat, a tím postupně snížit svoji hmotnost. Vysvětlila jsem jí zásady zdravé výživy a připomněla, že nesmí zapomínat na dostatečný příjem tekutin (1,5 – 2 litry).

Celoživotní substituční terapie Hydrocortisonem

Nemocné byla provedena oboustranná adrenalektomie v souvislosti s feochromocytomem. Je tedy nutné hormony kůry nadledvin, které jsou k životu nezbytné, podávat v lékové formě.

Pacientka byla seznámena s touto životně důležitou léčbou a dávkováním Hydrocortisonu. Byla poučena, že ji za žádných okolností nesmí přerušit. Dále jí byla vystavena průkazka, kterou stále musí nosit při sobě. Obsahuje identifikační údaje pacientky a návod o úpravě substituce při závažných zdravotních stavech či případných operačních výkonech.

5 Prognóza a závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala zpracováním případové studie ošetrovatelské péče o nemocnou, která byla hospitalizovaná na interním oddělení po provedené adrenalektomii obou nadledvin v souvislosti se vzniklým feochromocytomem. Důvodem hospitalizace bylo kontrolní vyšetření a nastavení substituční léčby kortikoidů. Nemocná na interním oddělení pobyla sedm dní.

Pacienti, kteří prodělali adrenalektomii pro vzniklý feochromocytom, jsou na tomto pracovišti pravidelně sledováni v ročních kontrolách. Důvodem je u benigních tumorů možná až 10% recidiva nádoru s projevy vzdálených metastáz, kterou můžeme očekávat během 10letého sledování.

Protože při vyšetření, která se prováděla nemocné během hospitalizace, byly hodnoty katecholaminů ještě lehce zvýšené, byl termín další kontroly stanoven již za čtyři měsíce po propuštění do domácí péče.

Nemocné byla nastavena substituční léčba Hydrocortisonem, neboť po prodělané adrenalektomii obou nadledvin je nutné nahrazovat hormony kůry nadledvin lékovou formou.

V současné době při výskytu oboustranného feochromocytomu se již neprovádí úplná adrenalektomie obou nadledvin, ale nově se užívá tzv. operace nadledvinu šetřící. Při tomto chirurgickém zákroku se ponechává část kůry nadledvin, jenž umožňuje zachovat vlastní sekreci glukokortikoidů.

Seznam použitých zkratek

ACTH	adrenokortikotropní hormon
amp.	ampule
AS	srdeční akce
BMI	Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)
CT	výpočetní tomografie
CŽK	centrální žilní katétr
DF	dechová frekvence
DK	dolní končetiny
ECHO	echokardiografické vyšetření
EKG	elektrokardiografické vyšetření
FEO	feochromocytom
FW	sedimentace erytrocytů
HAK	hormonální antikoncepce
ICHS	ischemická choroba srdeční
i. m.	intramuskulární
i. v.	intravenózní
MIBG	metajodobenzylguanidin
MRI	magnetická rezonance
p. o.	perorální
s. c.	subkutánní
SONO	ultrazvukové vyšetření
TF	tepová frekvence
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
VMK	volné močové katecholaminy

Seznam odborné literatury

1. ČERVINKOVÁ, E. et. al. *Ošetrovatelské diagnózy*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2000. 56 s. ISBN 80-7013-303-1
2. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, 1996. 576 s. ISBN 80-7169-294-8
3. DYLEVSKÝ, I. *Základy anatomie a fyziologie člověka*. 1. vyd. Olomouc: Epava, 1995. 429 s. ISBN 80-901667-0-9
4. JAROŠ, Z., LOUČKA, B., GERŠL, V. *Přehled léků užívaných v praxi*. 1. vyd. České Budějovice: Dona, 1992. 567 s. ISBN 80-85463-06-7
5. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 352 s., 16 př. ISBN 978- 80-247-1830-9
6. KOLEKTIV AUTORŮ. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 568 s. ISBN 978-80-247-2240-5
7. KOLEKTIV AZTORŮ. *Lemon 1*. Učební texty pro sestry a porodní asistentky. 1. české vyd. Brno: IDVPZ, 1996. 177 s. ISBN 80-7013-234-5
8. MAČÁK, J., MAČÁKOVÁ, J. *Patologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 348 s., 24 př. ISBN 80-247-0785-3
9. MIKŠOVÁ, Z. et. al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6
10. MIKŠOVÁ, Z. et. al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4
11. PACÁK, K. *Feochromocytom*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. 177 s. ISBN 978-80-7262-519-2
12. POKORNÝ, J. *Přehled fyziologie člověka*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1994. 194 s. ISBN 80-7066-839-3
13. PORŠOVÁ – DUTOIT, I. *Endokrinologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1995. 168 s. ISBN 80-7169-220-4
14. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-243-5

15. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 280 s., 4 př. ISBN 80-247-1148-6
16. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 212 s., 4 př. ISBN 80-247-1777-8
17. TRACHTOVÁ, E. et. al. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-4

Internetové zdroje

18. ZELINKA, T. Feochromocytom. *Interní medicína pro praxi* [on-line]. 2007, roč. 8, č. 1, [cit. 2009-02-10] Dostupné z www:
<http://www.internimedicina.cz/artkey/int-200701-0009.php>
ISSN: 1803-5256.
19. Dostupné z: <http://otazkazmedicinysweb.cz/HTML/Interna/I27A.htm>
aktualitováno: 24. 11. 2002, [cit. 2009-02-09].

Jiné zdroje

20. Databáze interního pracoviště
21. Zapůjčeno z radiologického pracoviště

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Klinické příznaky a projevy typické pro pacienta s feochromocytomem

Tabulka č. 2 Hodnoty fyziologických funkcí ke dni 23. 5. 2006

Tabulka č. 3 Hodnoty krevního obrazu ze dne 24. 5. 2006

Tabulka č. 4 Hodnoty biochemického vyšetření ze dne 24. 5. 2006

Tabulka č. 5 Hodnoty hormonálního vyšetření ze dne 25. 5. 2006

Tabulka č. 6 Hodnoty biochemického vyšetření ze dne 26. 5. 2006

Tabulka č. 7 Hodnoty krevního obrazu ze dne 26. 5. 2006

Seznam použitých obrázků

Obrázek č. 1 Anatomické zobrazení nadledvin

Obrázek č. 2 Histologický obraz feochromocytomu

Obrázek č. 3 Odstraněná nadledvina s feochromocytomem

Seznam příloh

- Příloha č. 1 Informovaný souhlas
- Příloha č. 2 Ošetrovatelská dokumentace
- Příloha č. 3 Hodnocení zdravotního stavu
- Příloha č. 4 Ošetrovatelská anamnéza
- Příloha č. 5 Plán ošetrovatelské péče I.
- Příloha č. 6 Plán ošetrovatelské péče II.
- Příloha č. 7 Záznam o ošetrování dekubitu
- Příloha č. 8 Zhodnocení bolesti
- Příloha č. 9 Kontrola bolesti
- Příloha č. 10 Bilance tekutin
- Příloha č. 11 Hypertonická neuroretinopatie
- Příloha č. 12 CT snímek nadledvin - nález bilaterálního feochromocytomu
- Příloha č. 13 Hodnoty TK před operací a po operaci nemocné

Příloha č. 1 Informovaný souhlas (20)

Souhlas s hospitalizací

Jméno, příjmení pacienta

RČ

trvale bytem

Následující údaje vyplnit v případě osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům nebo osoby, jejíž způsobilost k právním úkonům je omezena nebo zákonného zástupce nezletilého/opatrovníka

Jméno, příjmení zástupce

r.č.

trvale bytem

Souhlasím po řádném poučení o svém zdravotním stavu a potřebné zdravotní péči s hospitalizací ve

Dále prohlašuji, že jsem byl seznámen s právem na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve své zdravotnické dokumentaci nebo v jiných zápisech vztahujících se k mému zdravotnímu stavu, že mohu do těchto dokumentů nahlížet, že mohu požádat o výpis, opis nebo kopie těchto dokumentů a že mám právo určit osobu, která může být informována o mém zdravotním stavu a jí určit rozsah výše uvedených práv.

Souhlasím / nesouhlasím* s tím, že do mé zdravotnické dokumentace mohou v rozsahu nezbytně nutném nahlížet osoby, které ve získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání a jejich odborný dohled.

Souhlasím / nesouhlasím* s tím, že při diagnostických a léčebných výkonech mohou být přítomny osoby, které se získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání a jejich odborný dohled.

*) nehodící se škrtněte

V Praze dne

.....
podpis lékaře

.....
podpis pacienta /
zákonného zástupce

Příloha č. 2 Ošetřovatelská dokumentace (20)

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

Jméno	
Příjmení	S. S.
r. č.	30 LET
ZP	
dle možnosti nalepte štítek	

Telefon pacienta:

Příjem na oddělení

Datum: 23.5.2006	Čas přijetí: 11:50h	Přijat odkud: CHIRURGICKÁ KLIVKA
Kontaktní osoba: MATEKA	Telefon:	Adresa:
Cizinec (hovoří jazykem)		

Lékařská diagnóza při přijetí: st. p. aobruvnektomii	Důvod přijetí: kontrolní vyšetření nastavení satelitním léčby
---	--

Informace o uložení cenností:	
<input type="checkbox"/> pokladna VFN	<input type="checkbox"/> trezor na oddělení

Pacient seznámen s:	
<input checked="" type="checkbox"/> ošetřovací jednotkou	<input checked="" type="checkbox"/> režimem oddělení

Schopnost edukace:		Kontakt se sociální pracovníci:	
Pacient	<input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	rodina	<input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne
		Poznámka:	

Jiná sdělení:	Alergie (červeně): BISEPTOL
---------------	--------------------------------

S informacemi seznámila:		Podpis sestry:
Datum: 23.5.2006	Dagmar Nevrtalová	

Příloha č. 3 Hodnocení zdravotního stavu (20)

Posouzení psych. Stavů

Posouzení psychického stavu		
Vědomí - poč. bodů špatná odpověď 1 bod	Jméno	✓
	Věk	✓
	Datum dnešního dne	✓
	Kde je (místo)	✓
	Kolik je hodin (asi)	✓
Emoce - v případě ano v případě ano 1 bod	Odečítat od 10-1	✓
	Na výzvu zavřít a otevřít oči	✓
	Plačtivost	✓
	Úzkost, napjatost	✓
Chování - v případě ano v případě ano 1 bod	Smutek	✓
	Hyperaktivita	✓
	Uzavřenost (nesdílnost)	✓
	Agrese	✓
	Opozice	✓
	Nespolupráce	✓
	Zpomalení/útlum	✓
	Apatie, nezájem	✓

Riziko dekubitů

Riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové (Nebezpečí při 25b.) viz SOP č. 23		
Ochota ke spolupráci	Plná	4
	Malá	3
	Částečná	2
	Žádná	1
Věk	< 10	4
	< 30	3
	< 60	2
	> 60	1
Stav pokožky	Normální	4
	Šupinatá, suchá	3
	Vlhká	2
	Rány/alergie popraskaná	1
Příduž. onemoc.	Žádné	4
	Lehká forma	3
	Středně těžká forma	2
	Těžká forma	1
Tělesný stav	Dobrý	4
	Obstojný	3
	Špatný	2
	Velmi špatný	1
Duševní stav	V pořádku	4
	Apatický, bez účasti	3
	Pomatený	2
	Bezvědomí	1
Aktivita	Chodí bez pomoci	4
	Chodí s pomocí	3
	Sedačka	2
	Leží na lůžku	1
Pohyblivost	Plná	4
	Trochu omezená	3
	Velmi omezená	2
	Plně omezená	1
Inkontinence	Žádná	4
	Někdy	3
	Většinou moč	2
	Moč, stolice	1
Celkem		35

Glasgowská stupnice

Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí		
Otevření očí	Spontánně	4
	Na výzvu	3
	Na bolest	2
	Neotevírá	1
Slovní odpověď	Orientovaná	5
	Zmatená	4
	Nepříměřená	3
	Nesrozumitelná	2
	Žádná	1
Motorická odpověď	Uposlechno-vykoná	6
	Cílená obrana	5
	Flekční-úhybná	4
	Na bolest flexe	3
	Na bolest extenze	2
	Bez reakce	1
Celkem:		15

Zjištění rizika pádů

Zjištění rizika pádů		
Pohyb	Neomezený	0
	Používá pomůcky	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0
	V anamnéze nykturie, inkontinence	1
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá rizikové léky ze skupiny: diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik, psychotropních látek, benzodiazepinů	1
Smyslové poruchy	Žádné	0
	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
Mentální stav	Orientován	0
	Občasná/noční dezorientace	1
	Dezorientace	1
Věk	18 - 75 let	0
	75 let a výše	1
Pád	Pád v anamnéze	1
	Celkem	

Barthelové test

Činnost	Posouzení	
Přijímání potravy a tekutin	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Oblečení	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Koupání	Samostatně	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Osobní hygiena	Samostatně	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Trvale inkontinentní	0
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Trvale inkontinentní	0
Použití WC	Samostatně	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Přesun na lůžko/zídli	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
Chůze po rovině	Samostatně nad 50m	15
	S pomocí 50m	10
	Na vozíku	5
Chůze po schody	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Celkem		90

Nutriční riziko u hospitalizovaných pacientů

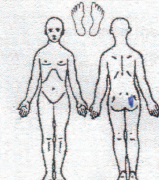
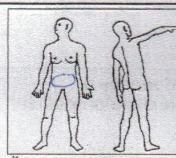
Pokud 1 odpověď ano - volat NT -	BMI méně než 20,5	Ano ne
	Nechtěný úbytek tělesné hmotnosti v posledních 3 měsících	Ano ne
	Snížení příjmu potravy v posledním týdnu před přijetím	Ano ne
	Závažné onemocnění, přijetí na JIP	Ano ne

Barthelové test v posledních denních činnostech

5.5

Příloha č. 4 Ošetřovatelská anamnéza (20)

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

<p>1. Hodnoty životních funkcí při přijetí: TK: 110/70 P: 80/min TT: 36,6°C Hypertenze v anamnéze: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p>	<p>6. Výživa / hydratace: Hmotnost / výška: 82 / 176 BMI 26,5 (BMI=kg/m²) Kožní turgor: <input checked="" type="checkbox"/> přiměřený <input type="checkbox"/> snížený <input type="checkbox"/> parenterální výživa <input type="checkbox"/> perif. žilní katétr zaveden dne: _____ <input checked="" type="checkbox"/> centr. žilní katétr zaveden dne: 18.5. <input type="checkbox"/> implantovaný podkožní žilní katétr <input type="checkbox"/> enterální výživa <input type="checkbox"/> sonda zavedena dne: _____ <input type="checkbox"/> PEG zaveden dne: _____ <input type="checkbox"/> diabetik <input type="checkbox"/> na insulinu Nutriční riziko: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne (viz str. 2) (při odpovědi 1x ano a více kontaktovat nutričního terapeuta)</p>	<p>10. Stav kůže: Změny na kůži: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> otoky <input checked="" type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/> jiné 1. zčervenání 2. tvorba puchýřů 3. hluboké poškození kůže a tkáně 4. dekubitus na kost - nekróza</p>  <p>Riziko vzniku dekubitů dle st. Nortonové Skóre 35 (Posouzení viz str. 2) (dále SOP č. 23)</p>
<p>2. Psychický stav: <input checked="" type="checkbox"/> spolupracuje <input type="checkbox"/> nespolupracuje <input checked="" type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> rozrušený <input checked="" type="checkbox"/> orientovaný <input type="checkbox"/> zmatený Skóre aktuálního psych. stavu: (viz str. 2) <input type="checkbox"/> vědomí 3a< <input type="checkbox"/> emoce 3a> <input type="checkbox"/> chování 3a> - informovat lékaře</p>	<p>7. Dýchání: Potíže: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> UPV <input type="checkbox"/> tracheostomie Kuřák: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne Dušnost: <input type="checkbox"/> klidová <input type="checkbox"/> cyanóza <input type="checkbox"/> námahová <input type="checkbox"/> noční Kašel: <input type="checkbox"/> dráždivý <input type="checkbox"/> s expectorací</p>	<p>11. Bolest: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická</p>  <p>Lokalizace: Intenzita: zakroužkujte mírná - nepříjemná - intenziv - krutá - nesnesit. (1) (2) (3) (4) (5) při chronické bolesti viz SOP č. 24</p>
<p>3. Vědomí, komunikace: Vědomí <input checked="" type="checkbox"/> při vědomí <input type="checkbox"/> porucha vědomí <input type="checkbox"/> bezvědomí Kontakt: <input checked="" type="checkbox"/> bez omezení <input type="checkbox"/> ztížený <input type="checkbox"/> neverbální <input type="checkbox"/> nelze navázat Glasgow. skóre: (viz str. 2) 15 15 - 13 bodů - lehká porucha vědomí 12 - 8 bodů - střední porucha vědomí 7 - 3 body - závažná porucha vědomí</p>	<p>8. Vyprazdňování: Problémy s močením: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pálení <input type="checkbox"/> řezání <input type="checkbox"/> noční močení <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> stomie močový katétr zaveden dne: _____ Problémy se stolicí: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> příměsí <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> stomie</p>	<p>12. Omezení schopností: <input type="checkbox"/> zrakových <input type="checkbox"/> sluchových <input type="checkbox"/> komunikačních <input type="checkbox"/> motorických <input type="checkbox"/> jiných Kompenzační pomůcky: <input checked="" type="checkbox"/> brýle, čočky <input type="checkbox"/> sluchadlo <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> berle / hůl, vozík <input type="checkbox"/> protéza (HK, DK, oko) Zvláštní upozornění:</p>
<p>4. Soběstačnost / pohyblivost: <input checked="" type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> nesoběstačný Barthelové test všedních denních činností (viz str. 2) 90 <input checked="" type="checkbox"/> 0-40 vysoce závislý <input checked="" type="checkbox"/> 41-60 závislost středního stupně <input checked="" type="checkbox"/> nad 60 závislost lehkého stupně (0 - 60 kontaktovat fyzioterapeuta) <input type="checkbox"/> oznámení lékaři</p>	<p>9. Spánek: <input checked="" type="checkbox"/> narušený <input type="checkbox"/> kvalitní <input checked="" type="checkbox"/> užívá hypnotika ostatní viz SOP č. 64</p>	<p>5. Riziko pádu: Skóre rizika pádu: 1 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p>Datum: 23.5. 2006</p>	<p>Jméno a podpis sestry: Dagmar Nevrtalová</p>	<p>Podpis pacienta: ++ +</p>

5. 8.

Příloha č. 5 Plán ošetrovatelské péče I. (20)

S. 5.

Plán ošetrovatelské péče

Datum	Ošetrovatelský problém (dg.)	Ošetrovatelský cíl	Ošetrovatelský plán	Podpis sestry
Stanovení 23.5.	Bolest <input checked="" type="checkbox"/> akutní	<input checked="" type="checkbox"/> zmírnění bolesti <input checked="" type="checkbox"/> odstranění bolesti	<input checked="" type="checkbox"/> zjistit lokalizaci, trvání bolesti, charakter informovat o úlevové poloze, prevenci (postup) při vstávání, změně polohy <input checked="" type="checkbox"/> sledovat účinek podávaných léků <input checked="" type="checkbox"/> věnovat pozornost psych. stavu P/K <input checked="" type="checkbox"/> založit záznam o sledování bolesti	Stanovila: Dagmar Nevrtalová
Ukončení 27.5.	<input type="checkbox"/> chronická			Ukončila: Dagmar Nevrtalová
Stanovení	Úzkost a strach	<input type="checkbox"/> snížení na nejnižší možnou mez	<input type="checkbox"/> pohovor s P/K <input type="checkbox"/> seznámení P/K s novým prostředím <input type="checkbox"/> informace o výkonech a léčebném plánu <input type="checkbox"/> umožnit častý kontakt s rodinou	Stanovila: Ukončila:
Ukončení				
Stanovení	Porucha soběstačnosti oblast: <input type="checkbox"/> hygieny <input type="checkbox"/> vyprazdňování <input type="checkbox"/> příjmu potravy a tekutin <input type="checkbox"/> oblékání a pohybu <input type="checkbox"/> mobility <input type="checkbox"/> klidového režimu	<input type="checkbox"/> osvojení způsobů umožňující opětné provádění činností <input type="checkbox"/> rozpoznání a uspokojení individuálních potřeb P/K	<input type="checkbox"/> zjistit stupeň soběstačnosti P/K a přizpůsobit se jeho schopnostem <input type="checkbox"/> provádět hygienickou péči, oblékání <input type="checkbox"/> zajistit krmení a dostatečnou hydrataci <input type="checkbox"/> upravit okolí lůžka a pomůcky na dosah P/K <input type="checkbox"/> zajistit pomocná vybavení lůžka (hracíčka, schůdky...) <input type="checkbox"/> zajistit signalizaci <input type="checkbox"/> polohovat <input type="checkbox"/> naučit používat kompenzační a ortopedické pomůcky P/K i rodinu <input type="checkbox"/> aktivně zapojit rodinu <input type="checkbox"/> spolupracovat s fyzioterapeutem a sociální pracovníci	Stanovila: Ukončila:
Ukončení				
Stanovení	Ztížená komunikace a orientace důvod: <input type="checkbox"/> smyslové poruchy (slepota, hluchota) <input type="checkbox"/> poruchy CNS	<input type="checkbox"/> zlepšení komunikace s P/K <input type="checkbox"/> obnovení a udržení orientace v realitě	<input type="checkbox"/> zhodnotit rozsah poruchy orientace a komunikace s okolím <input type="checkbox"/> dle smyslové poruchy zajistit pomůcky ke komunikaci <input type="checkbox"/> určit míru ohrožení/bezpečí P/K <input type="checkbox"/> chránit P/K před úrazem/pádem, zajistit zvýšený dohled <input type="checkbox"/> sledovat P/V tekutin, výživu P/K <input type="checkbox"/> spolupracovat s lékařem	Stanovila: Ukončila:
Ukončení				
Stanovení 23.5.	Riziko pádu/úrazu důvod: <input type="checkbox"/> neurologické onem. <input type="checkbox"/> postižení smysl. ústrojí <input type="checkbox"/> onem. pohyb. aparátu <input type="checkbox"/> kardiovaskulární onem. <input type="checkbox"/> porucha vědomí <input checked="" type="checkbox"/> medikace	<input checked="" type="checkbox"/> snažit se zabránit pádu/úrazu	<input checked="" type="checkbox"/> poučit P/K o nebezpečí pádu/úrazu <input checked="" type="checkbox"/> upravit okolí lůžka <input checked="" type="checkbox"/> zajistit bezpečí pomůckami <input checked="" type="checkbox"/> zajistit signalizaci k lůžku P/K <input checked="" type="checkbox"/> vysvětlit techniku chůze, zajistit doprovod, vhodnou obuv, ortopedické pomůcky <input type="checkbox"/> zajistit edukaci fyzioterapeutem	Stanovila: Dagmar Nevrtalová
Ukončení 26.5.				Ukončila: Dagmar Nevrtalová
Stanovení	Poruch výživy	<input type="checkbox"/> udržení optimální tělesné hmotnosti	<input type="checkbox"/> sledovat příjem a výdej tekutin (frekvence příjmu, zvracení, odpad z drenů, krvácení) <input type="checkbox"/> doporučit úpravu stravovacích návyků <input type="checkbox"/> kontrolovat tělesnou hmotnost, vědomí, FF <input type="checkbox"/> sledovat kožní turgor, stav sliznic <input type="checkbox"/> spolupracovat s lékařem a nutričním terapeutem	Stanovila: Ukončila:
Ukončení				
Stanovení 23.5.	Porucha hydratace <input checked="" type="checkbox"/> dehydratace <input type="checkbox"/> otoky	<input checked="" type="checkbox"/> udržení optimálního objemu tekutin	<input checked="" type="checkbox"/> sledovat aktivní ztráty <input checked="" type="checkbox"/> sledovat FF, bilanci tekutin, vědomí, tělesnou hmotnost, pocení <input checked="" type="checkbox"/> sledovat kožní turgor, stav sliznic, otoky <input type="checkbox"/> při zvracení zajistit vhodnou polohu, pomůcky, péči o dutinu ústní	Stanovila: Dagmar Nevrtalová
Ukončení 28.5.				Ukončila: Dagmar Nevrtalová
Stanovení	Porucha dýchání důvod: <input type="checkbox"/> plicní postižení-CHOPPN, otok plic, embolie, astma <input type="checkbox"/> srdeční selhání <input type="checkbox"/> těžké infekce	<input type="checkbox"/> P/K dosáhne účinného dýchání <input type="checkbox"/> P/K bude mít dostatečné oxysl. tkáně <input type="checkbox"/> P/K bude mít průchodné DC	<input type="checkbox"/> zajistit vhodnou polohu <input type="checkbox"/> zajistit oxygenoterapii dle ordinace <input type="checkbox"/> podávat léky, inhalace dle lékaře <input type="checkbox"/> sledovat FF, stav vědomí <input type="checkbox"/> poskytovat P/K psychologickou podporu <input type="checkbox"/> provádět dechovou rehabilitaci, nácvik odkašlávání	Stanovila: Ukončila:
Ukončení				

RHB – rehabilitace; P/V – příjem/výdej; PMK – permanentní močový katétr; FF – fyziologické funkce; PŽK – periferní žilní katétr; CŽK – centrální žilní katétr; AK – arteriální katétr; P/K – pacient/klient

Příloha č. 6 Plán ošetrovatelské péče II. (20)

S.S.

Plán ošetrovatelské péče

Stanovení Ukončení	Porucha vyprazdňování moče Retence - důvod: <input type="checkbox"/> infekce <input type="checkbox"/> chirurgický výkon <input type="checkbox"/> anatomická obstrukce <input type="checkbox"/> neurologické postižení <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> zavedení PMK	<input type="checkbox"/> zabránění vzniku moč. infekce <input type="checkbox"/> dosažení fyziol. způsobu vyprazdňování moče	<input type="checkbox"/> sledovat P,V/24 hod. diuréza, barvu a příměsí moči <input type="checkbox"/> dbát na dostatečnou hygienu genitálu <input type="checkbox"/> přikládat dle potřeby plenkové kalhoty <input type="checkbox"/> kontrolovat průchodnost PMK <input type="checkbox"/> posilovat přirozené reflexy vyprazdňování moče	Stanovila: Ukončila:
Stanovení Ukončení	Porucha vyprazdňování stolice <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> stomie	<input type="checkbox"/> P/K netrpí zácpou/průjemem, <input type="checkbox"/> pravidelně se vyprazdňuje	<input type="checkbox"/> zaznamenávat frekvenci a charakter stolice <input type="checkbox"/> zdůraznit pitný režim, sledovat P,V/24 hod. <input type="checkbox"/> kontrolovat účinnost léků <input type="checkbox"/> u ležících P/K zvýšená hygiena <input type="checkbox"/> u stomie založit záznam o stomii, zajistit edukaci	Stanovila: Ukončila:
Stanovení Ukončení	Porucha kožní integrity důvod: <input type="checkbox"/> imobilizace <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> kachexie <input type="checkbox"/> obezita <input type="checkbox"/> operace <input type="checkbox"/> základní onemocnění (CNS, DM, nádorové) <i>X přisetení flaku</i>	<input type="checkbox"/> nedojde k porušení kožní integrity <input checked="" type="checkbox"/> defekt bude zhojen bez komplikací	<input checked="" type="checkbox"/> sledovat stav výživy, hydratace <input checked="" type="checkbox"/> pečovat o hygienu kůže <input checked="" type="checkbox"/> udržovat suché a čisté lůžko <input checked="" type="checkbox"/> sledovat predilekční místa <input checked="" type="checkbox"/> polohovat P/K minimálně á 2 hod <i>SAMA</i> <input type="checkbox"/> nácvik soběstačnosti <input type="checkbox"/> konzultovat fyzioterapeuta <input checked="" type="checkbox"/> při vzniku dekubitů založit záznam... <input checked="" type="checkbox"/> při vzniku rány založit záznam...	Stanovila: <i>Dagmar Nevrzalová</i> Ukončila: <i>Dagmar Nevrzalová</i>
Stanovení Ukončení	Riziko vzniku infekce důvod: <input checked="" type="checkbox"/> zavedení <input type="checkbox"/> PŽK, CŽK, AK, port <input type="checkbox"/> PMK, epicystomie <input type="checkbox"/> epidurální katetr <input type="checkbox"/> tracheotomie <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> operační rána	<input checked="" type="checkbox"/> snížení rizika vzniku infekce na minimum	<input checked="" type="checkbox"/> dodržovat aseptické zásady při výkonech <input checked="" type="checkbox"/> informovat P/K o dodržování osobní hygieny rukou <input checked="" type="checkbox"/> včas diagnostikovat známky infekce v místě zavedení <input checked="" type="checkbox"/> převazovat dle potřeby a indikace, SOP <input checked="" type="checkbox"/> sledovat systémové infekce (horečka, třesavka)	Stanovila: <i>Dagmar Nevrzalová</i> Ukončila: <i>Dagmar Nevrzalová</i>
Stanovení Ukončení	<i>PORUCHA SPÁNKU</i> <i>- ZMĚNA PROSTŘEDÍ</i>	<input checked="" type="checkbox"/> usínat do 29. <input checked="" type="checkbox"/> zůstat ve vstřícné poloze <input checked="" type="checkbox"/> při odpovídání	<input checked="" type="checkbox"/> zaplnit nocní podušky <input checked="" type="checkbox"/> k spánku <input checked="" type="checkbox"/> podávat předepsané léky <input checked="" type="checkbox"/> sledovat účinné léky	Stanovila: Ukončila: <i>Dagmar Nevrzalová</i>
Stanovení Ukončení	<i>ZMĚNA TK</i> <i>X kontrola</i> <i>X operativní výkonem</i>	<input checked="" type="checkbox"/> zabránit pádu <input checked="" type="checkbox"/> k jejímu projevu změny TK	<input checked="" type="checkbox"/> monitorovat TK <input checked="" type="checkbox"/> povést o předpovědi změny TK <input checked="" type="checkbox"/> podávat léky <input checked="" type="checkbox"/> sledovat účinné <input checked="" type="checkbox"/> předcházet pádu při v TK	Stanovila: Ukončila: <i>Dagmar Nevrzalová</i>
Stanovení Ukončení				Stanovila: Ukončila:
Stanovení Ukončení				Stanovila: Ukončila:

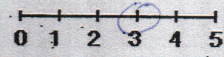
RHB – rehabilitace; P/V – příjem/výdej; PMK – permanentní močový katétr; FF – fyziologické funkce; PŽK – periferní žilní katétr; CŽK – centrální žilní katétr; AK – arteriální katétr; P/K – pacient/klient

Příloha č. 8 Zhodnocení bolesti (20)

Zhodnocení bolesti - kontrola bolesti

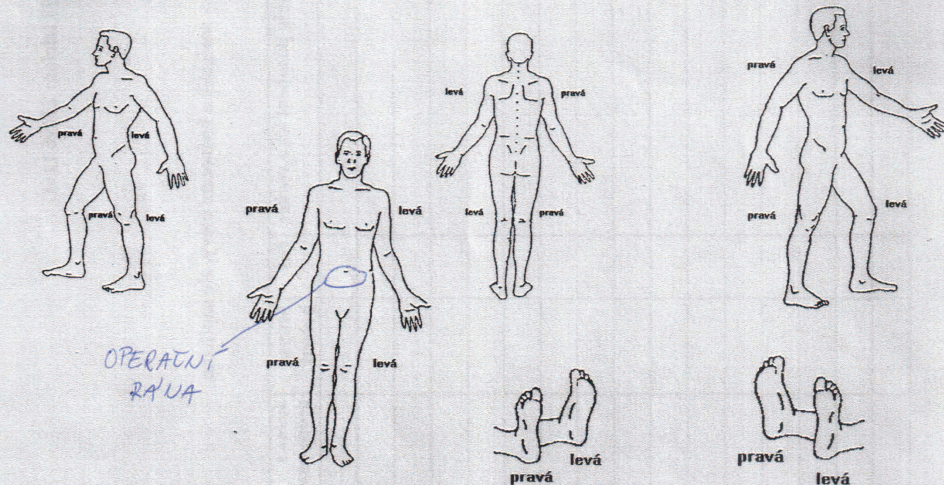
I strana

Vyplníme vždy při zavedení přílohy „Kontrola bolesti“

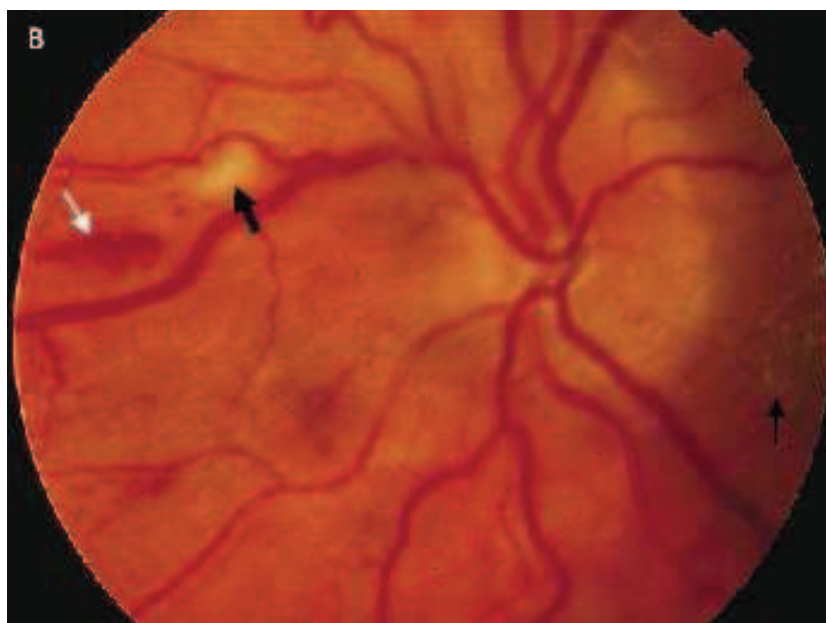
Jméno a příjmení	S. Š.			rodné číslo
Informace od nemocného:	Intensita bolesti	Co pomáhá bolest zmírnit	Co bolest zhoršuje	Šíření bolesti
	3	Analgetika	potřepk kašel	—
Trvání bolesti	trvalá	občasná	V klidu	při pohybu
Poznámka				
Časový průběh bolesti	ráno	v poledne	večer	v noci
Bolestivé chování	ano	Ne		
Dosavadní způsob léčby	Farmakologická: TRAMAL 50g i.v.		Nefarmakologická: ulevová piloka	
Intensita bolesti	Stupeň 0 žádná 1 mírná 2 nepříjemná 3 intenzivní 4 krutá 5 nesnesitelná		Poznámka:	
				
Jméno a podpis sestry: <i>Dagmar</i>				

Dagmar Nevrtalová

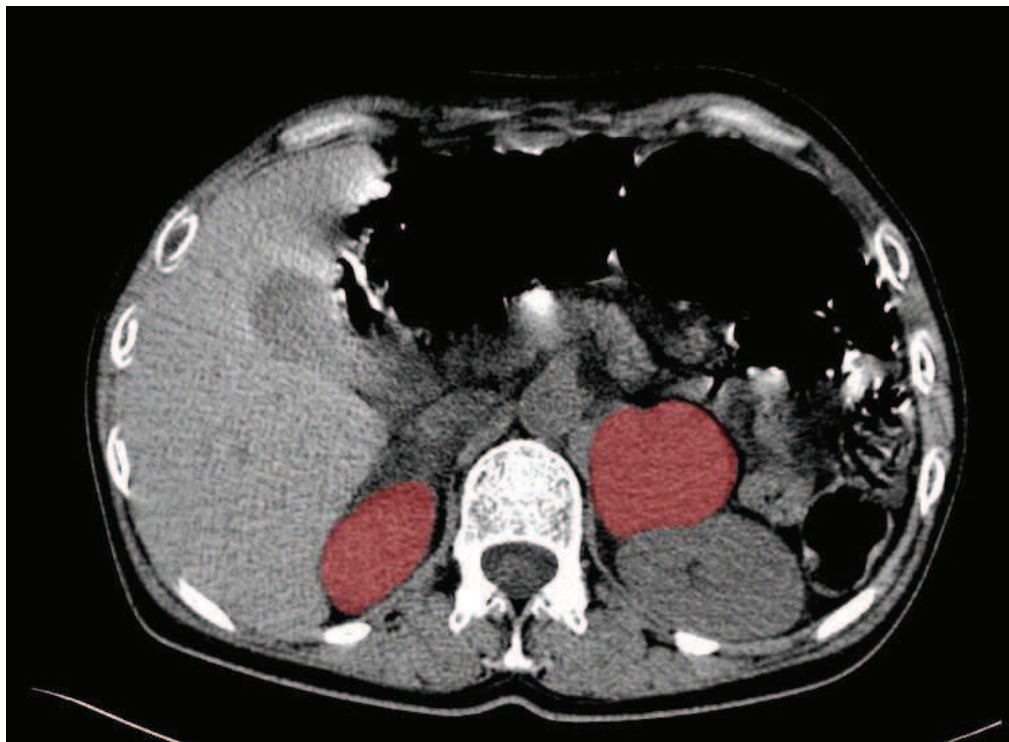
Lokalizace bolest



**Příloha č. 11 Hypertonická neuroretinopatie (exudáty a hemoragie
sítnice), v makule voskovitá ložiska (20)**

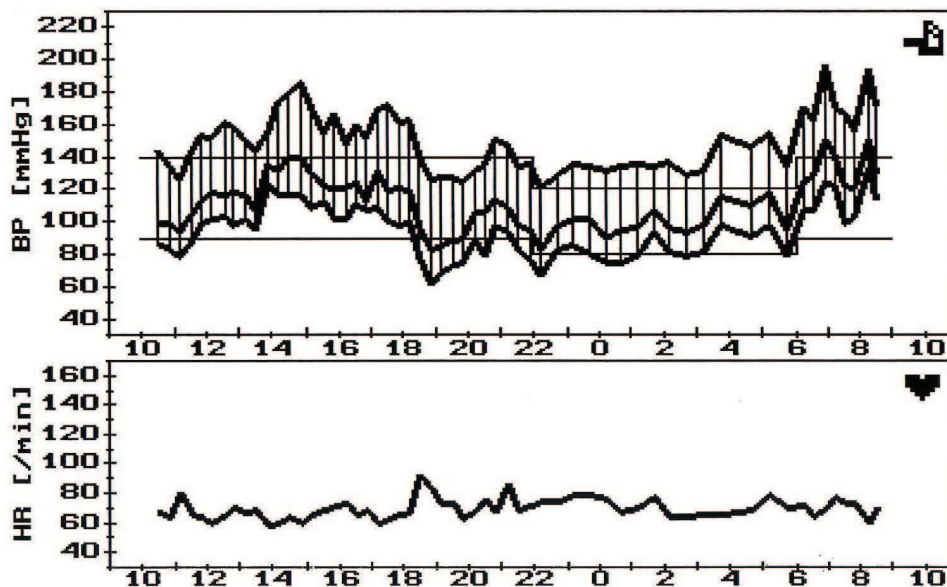


Příloha č. 12 CT snímek nadledvin - nález bilaterálního feochromocytomu (21)



Příloha č. 13 Hodnoty TK Před operací a po operaci (20)

Průměrný TK přes den 154/98 mmHg a TF 69/min,
průměrný TK přes noc 136/83 mmHg a TF 71/min



Průměrný TK přes den 128/86 mmHg a TF 77/min,
průměrný TK přes noc 104/61 mmHg a TF 72/min

