

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

ZÁVĚREČNÁ BAKALÁŘSKÁ PRÁCE
Ošetrovatelská kazuistika pacienta po operaci plic

Květen 2006

Marcela Brožková
BS Ošetrovatelství – prezenční

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité parametry jsem uvedla v seznamu literatury.

V Praze, dne 3. května 2006

Marcela Brožková

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce **PhDr. Heleně Chloubové** za trpělivost a čas, který mi věnovala při konzultacích. Děkuji za informace a materiální podklady k práci.

Dále děkuji sestřím z Fakultní nemocnice v Motole, které mi podaly cenné informace a předaly své zkušenosti.

OBSAH

Prohlášení	
Poděkování	
A. Úvod	
B. Klinická část	1
1. Charakteristika onemocnění	1
1.1. Anatomie plic	1
1.2. Charakteristika onemocnění karcinomu plic	2
1.2.1 Etiologie	3
1.2.2 Klinické projevy	3
1.2.3 Diagnostické metody	4
1.2.4 Léčba a pooperační komplikace	5
1.2.5 Ošetrovatelská péče	7
1.2.6 Prognóza	8
2. Základní identifikační údaje	9
3. Lékařská anamnéza a diagnóza	10
3.1. Lékařská anamnéza	10
3.2. Lékařská diagnóza	11
4. Přehled provedených dg. významných vyšetření	11
4.1. Předoperační vyšetření	11
4.2. Pooperační vyšetření	12
4.2.1 Fyziologické funkce	12
4.2.2 Laboratorní vyšetření	13
4.2.3 Ostatní vyšetření	13
5. Přehled terapie	14
5.1 Chirurgická terapie	14
5.2 Péče o rány	14
5.3 Monitoring fyziologických funkcí	15
5.4 Farmakoterapie	16
5.5 Infúzní terapie	17
5.6 Injekční terapie	17

5.7 Fyzioterapie	18
5.8 Dietoterapie	18
6. Stručný průběh hospitalizace	19
C. Ošetrovatelská část	20
7. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu	20
7.1. Ošetrovatelská anamnéza – vnímání hospitalizace	20
7.2. Základní tělesné potřeby	20
7.3. Psychosociální potřeby	23
8. Ošetrovatelské diagnózy	25
9. Plán ošetrovatelské péče	26
10. Edukace	33
11. Ošetrovatelský závěr, prognóza a sebereflexe	33
D. Zdroje informací	34
Přílohy	

A. ÚVOD

Bakalářskou práci jsem se rozhodla psát na chirurgickém oddělení. Tento obor je mi blízký a po studiu bych ráda na chirurgickém oddělení pracovala. Vybrala jsem si pacienta, který byl přijat 31.3.2006 na oddělení JIP po plánované operaci pro karcinom pravé plíce. Pacient je 71letý důchodce, dříve kuřák 30 - 40 cigaret denně, před 25 lety přestal kouřit. Pacientovi, při pravidelné zdravotní prohlídce, byl proveden náhodně rentgen plic zde nález na pravém horním laloku. Dále doporučena další vyšetření, která potvrdila buněčný karcinom horního laloku pravé plíce a suspektní postižení mediastinálních uzlin. Pacient byl přijat pro plánovaný operační výkon - lobectomii, který byl proveden 31.3.2006. Pacienta jsem začala ošetřovat třetí až sedmý pooperační den. Pacient se již cítí o trochu lépe, ale byla zde pooperační komplikace – podkožní emfyzém na hrudníku a krku.

B. KLINICKÁ ČÁST

1. CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

1.1 Anatomie plic

Plíce jsou párový orgán, houbovitě konzistence. Mají tvar komolého kužele. Plíce obsahují větve bronchiálního stromu, které jsou obklopeny plicními sklípky. Vzduch do plic přivádějí a odvádějí bronchy, které se v plicích více jak dvacetkrát větví. Plíce mají růžovou barvu v dětství, později šedou až šedočernou podle prostředí, ve kterém člověk žil. Objem jedné plíce je asi 2 l, hmotnost je 200 až 400 g. Pravá plíce je asi o jednu desetinu větší než levá. Při vdechu pojmu plíce až 5 litrů vzduchu. Uvádí se, že plíce obsahují 300 miliónů plicních sklípků, které pojímají asi 3 l vzduchu při vzdechu.

Plíce jsou rozděleny hlubokými zářezy na plicní laloky. Pravá plíce má tři laloky – lobus superior, medius, inferior. Levá plíce má dva laloky – lobus superior a inferior. Každý lalok je ventilován lalokovou průduškou, která vstupuje v plicním hilu a odděluje se z hlavní pravé a levé průdušky. Plicní laloky se dělí na jednotky, které se nazývají bronchopulmonální segmenty. Je jich 10 vpravo a 8 vlevo. Rozdělení plic na bronchopulmonální segmenty je dáno větvením lalokových bronchů.

Plíce jsou uloženy v pleurálních dutinách. Pleurální dutiny ohraničuje a vystýlá pohrudnice. Pleurální dutiny leží v dutině hrudní. Jejich kranální část zasahuje do viscerálního prostoru krčního. Uprostřed mezi pleurálními dutinami je mezihrudí a v něm trachea, jícen a srdce s cévami. Celá plocha baze plic je přivrácena k bránici. Přes bránici má pravá plíce a část levé plíce vztah k játrům, levá plíce také k žaludku a slezině. Vrchol plic vystupuje z hrudního do viscerálního krčního prostoru a první žebro na něm zanechává otisk.

(4, 5)

1.2 Charakteristika onemocnění karcinomu plic

Na začátku dvacátého století byla plicní rakovina vzácným onemocněním. Na plicních klinikách, byly především pacienti s TBC. Ve 30. letech začaly být podávány první důkazy o souvislosti zvyšování výskytu rakoviny plic s kouřením cigaret a v 50 letech několik velkých studií tento závěr definitivně a nezvratně potvrdilo. Vzestup ve výskytu plicní rakoviny nastal v 50. a 60. letech. V České Republice se od poloviny 70. let křivka výskytu plicní rakoviny u mužů stabilizuje a četnost výskytu tohoto onemocnění je od té doby kolem 90-100/100 000 obyvatel. Plicní karcinom je tak nejčastějším nádorovým onemocněním u nás a každý dvanáctý muž na toto onemocnění umírá. U žen se rakovina plic vyskytuje méně často, v posledních letech však její výskyt u žen prudce stoupá a nyní již přesáhl 20/100 000 žen. Zhoubné nádory plic a průdušek jsou nejčastější ze všech nádorů v oblasti dýchacích cest. Jedním z nejčastějších onemocnění plic zhoubným nádorem je bronchogenní karcinom. Na vzniku bronchogenního karcinomu se podílejí faktory vnitřní a vnější. Maligní nádory plic se podle biologických vlastností a histologické skladby dělí na dvě skupiny: nádory malobuněčné a nádory nemalobuněčné.

a) Malobuněčný karcinom se vyznačuje rychlým růstem, má tendenci vytvářet metastázy.

Toto onemocnění není zpravidla vhodné k chirurgickému odnětí. Většinou vykazuje dobrou citlivost k chemoterapii a radioterapii. Po ukončení léčby nelze vyloučit recidivu.

b) Nemalobuněčný karcinom obvykle mívá pomalejší růst a vede později k metastazování.

V časných stádiích svého vývoje je vhodný k chirurgickému odstranění. V pokročilejších stádiích se využívá chemoterapie a radioterapie. Citlivost nádoru na chemoterapii a radioterapii může být menší než u malobuněčného karcinomu.

(6, 7)

1.2.1 Etiologie

Porozumění vzniku bronchogenního nádoru je jistě klíčovým krokem k rozvoji lepších přístupů k léčbě i k nádorové prevenci. V posledních letech bylo díky pokrokům objasněno velké množství principů vzniku nádorových buněk. Z hlediska plic je orgánovou kancerogenezi myšlen vznik genetických změn v celé výstelce (sliznici) dýchacího traktu dlouhodobě vystavené látce způsobující rakovinu - kancerogenu (tedy především cigaretovému kouři, N – nitrosaminy). Chronický zánět průduškové sliznice způsobený kouřením navíc napomáhá vzniku nádorových změn tím, že způsobuje rychlejší růst buněk v oblasti, kterou postihuje.

Další rizikovým faktorem je dlouhodobý pobyt v prostředí se zvýšenou koncentrací azbestu, ten zvyšuje riziko vzniku plicní rakoviny asi 2x. Dále asi 2% populace ČR bydlí v domech se zvýšenou koncentrací radonu. Znečištění životního prostředí a jeho vliv je zatím předmětem epidemiologických studií.

(6, 7)

1.2.2 Klinické projevy

Počáteční stadium nemoci může být zcela bez příznaků. V pokročilejších stádiích mohou být projevy a příznaky různorodé. Klinický obraz závisí na velikosti a lokalizaci primárního nádorového ložiska a na přítomnosti metastáz. Příznaky lze rozdělit do několika skupin.

Celkové a další příznaky:

- patologická únava - definována jako subjektivní stav nadměrného, trvalého vyčerpání a snížené kapacity k fyzické a duševní práci
- nechutenství a váhový úbytek - signalizuje již pokročilejší stádium onemocnění
- kašel - je nejčastějším příznakem plicní rakoviny, kdy kašel se může měnit na více dráždivý, záchvatovitý, někdy dochází ke změně množství sputa (suchý kašel nebo naopak zvýšené množství odkašlávaného sputa)
- hemoptýza - nejen vykašlávání krve, ale i příměs krve ve sputu
- zhoršené dýchání (dušnost) - vzniká ucpáváním průdušky rostoucím nádorem nebo tlakem nádoru na stěnu průdušky
- bolest na hrudi - většinou občasná, tupá s charakteristickým umístěním pod lopatkou

Plicní příznaky jsou způsobeny:

- lokálním růstem centrálně uloženého nádoru s obstrukcí bronchu - kašel, hemoptýza, stridor, dušnost, někdy i bronchopneumonie při obstrukci bronchu
- lokální progresí periferně rostoucího nádoru - bolest z pleurálního dráždění, kašel, dušnost, pleurální výpotek
- regionálním šířením nádoru v dutině hrudní - stenóza průdušnice, komprese jícnu a polykací obtíže, syndrom horní duté žíly, obstrukce lymfatických cév s tvorbou výpotku

Mimoplicní příznaky:

Jsou vždy projevem již rozsáhlého onemocnění, například ze vzdálených metastáz. Plicní karcinom může metastazovat do kteréhokoliv orgánu. Nejčastějšími klinickými problémy jsou příznaky z metastáz do CNS (neurologické či psychické poruchy), z metastáz do kostí (bolesti, patologické fraktury) a z infiltrace kostní dřeně národem (anemie).

(6, 10)

1.2.3 Diagnostické metody

Při podezření na zhoubný plicní nádor je nezbytné provést komplexní vyšetření informující o předchozích a současných přidružených zdravotních potížích a celkovém stavu organismu. Po zjištění anamnestických údajů se obvykle provádí fyzikální vyšetření pohledem, poslechem, poklepem a pohmatem, změření tlaku, srdeční frekvence, tělesné teploty. Provádí se laboratorní vyšetření krve a moče. Nejdůležitějšími metodami vyšetření plic jsou rentgenová vyšetření a bronchoskopie. Kromě rentgenového snímku hrudníku se používá vyšetření technikou CT (počítačová tomografie), pokud je to nutné, tak se používá zobrazení nádoru a okolních tkání pomocí magnetické rezonance.

Ke stanovení diagnózy zhoubného plicního nádoru není zobrazení pravděpodobného nádoru výše uvedenými metodami dostatečné. Vždy je potřebné odebrat tkáň k cytologickému nebo histologickému vyšetření. Cílem je jednoznačně rozhodnout, zdali vyšetřovaná tkáň splňuje kritéria zhoubného nádoru.

(6, 7)

1.2.4 Léčba a pooperační komplikace

Léčba plicního nádoru závisí na histologickém typu a rozsahu nádoru. Důležitým faktorem je skutečnost, zdali je nádorem postižena jen plicní tkáň nebo jestli došlo k rozšíření nádoru do mízních uzlin či ke vzniku nádorových ložisek ve vzdálených orgánech.

Důležitými okolnostmi, které je třeba brát v úvahu při plánování léčby, je celkový stav pacienta včetně případných přidružených onemocnění. V léčbě nádorových onemocnění často nastává situace, že je možné použít buď různé léčebné metody nebo různé kombinace cytostatik a nelze předem stanovit, který zvolený postup bude účinnější.

Chirurgická léčba

Úplné chirurgické odstranění nádoru (radikální operaci) lze považovat za nejúčinnější metodu pro dlouhodobé vyléčení. Je možné operačně odstraňovat i nádory, u kterých došlo k metastazování do svodných lymfatických uzlin. Zde platí přesná kritéria, při jakém rozsahu postižení lymfatických uzlin je možné provést radikální operaci nádoru. Dle velikosti a umístění nádoru se provádí buď odstranění části plicního křídla – laloku (lobektomie) nebo celého plicního křídla poloviny plic (pneumonektomie).

Léčba zářením – radioterapie

Využívá se především v případech, kdy není možné provést radikální operaci nádoru. Provádí se na specializovaných pracovištích vybavených potřebnou technikou. Záření je možné provádět jako zevní radioterapii, kdy se zářič nachází mimo nemocného. Záření zpravidla probíhá denně, samotná doba aplikace jedné ozařovací frakce trvá několik desítek vteřin. Celková doba radioterapie cílené na plicní nádor bývá 4-6 týdnů. Jiným způsobem záření je *brachyradioterapie*. Tato metoda znamená zavedení vlastního zářiče do postiženého orgánu co nejbližší nádorovému ložisku. Zářič se zavádí do velkých průdušek pomocí bronchoskopu, vlastní ozáření pak také trvá jen několik minut. Tento výkon je možné opakovat v intervalu jednoho či několika týdnů.

Léčba cytostatiky – chemoterapie

Na rozdíl od chirurgické léčby a radioterapie jsou cytostatika schopná ničit nádorové buňky v celém organismu čehož lze využít v případě vzniku nádorových ložisek ve vzdálených orgánech nebo při preventivním podávání se snahou zamezit vzniku metastáz po radikální operaci nádoru. Využití chemoterapie bývá nejčastější u těch nádorových procesů, kde nelze

použít chirurgickou léčbu. Chemoterapie bývá téměř vždy součástí léčebných schémat malobuněčného karcinomu. U nemalobuněčného karcinomu lze někdy použít jiné způsoby léčby než cytostatika (operace, záření). Z důvodu zvýšení účinnosti je obvykle používáno několik cytostatik současně.

Lokální léčba – využití laseru

V některých případech dochází k růstu nádoru směrem dovnitř velkých průdušek nebo průdušnice. Následkem je částečné nebo úplné uzavření průdušky a vyřazení části plicní tkáně z funkce. Tato situace vede k dechovým potížím, kašli, zvýšené úzkosti, strachu. Zde je možné mechanické odstranění nádorových hmot uvnitř průdušky využitím laseru, který se do dýchacích cest zavádí bronchoskopem.

(6, 7)

Pooperační komplikace

Arytmie

Po plicních resekcích se vyskytují síňové i komorové arytmie nejčastěji 2 až 3 den po operaci. Frekvence a závažnost arytmií stoupá s rozsahem operačního výkonu.

Srdeční hernie

Vzácná ale závažná komplikace. Může vzniknout po výkonech, při kterých dochází k resekci perikardu.

Torze laloku

Nejčastěji jsou popisovány torze středního laloku po odstranění pravého horního laloku. Otočení laloku stopky může vést k uzávěru plicních cév, plicnímu infarktu i gangréně.

Atelaktáza

Je jednou z nejčastějších komplikací. Vede k poklesu plicní poddajnosti a plicní kapacity plic. Projevuje se dušností a tachykardií.

Podkožní emfyzém

Vzniká unikáním vzduchu z plíce, bronchu či jícnu. Vzduch uniká a nejdříve se hromadí v mezihrudí, pak na krku a obličeji. Na krku nebo na stěně hrudníku se emfyzém projevuje na RTG snímku proužkovitými projasněními, která jsou uspořádána podle průběhu svalů podkožní tkáně.

(10)

1.2.5 Ošetrovatelská péče

Předoperační péče

Při přípravě nemocného k operaci se uplatňují jednak zásady obecné, platné pro všechny operace bez rozdílu, a speciální přihlížející ke zvláštnostem operací na některých orgánech (plíce, tlusté střevo apod.). Přípravu v plném rozsahu lze provést jen u nemocných, jejichž choroba má chronický průběh a je na přípravu dostatek času. Operaci u těchto nemocných označujeme jako operaci plánovanou.

Smyslem přípravy nemocného k operaci je prevence možných peroperačních a pooperačních komplikací. Pátráme po možných odchylkách od normálního zdravotního stavu a tam, kde je najdeme, zaměřujeme přípravu na jejich odstranění nebo zmírnění. Především je třeba získat informace o základních životně důležitých funkcích organismu.

Na základě získaných informací musí chirurg ve spolupráci s internistou, anesteziologem a s dalšími lékařskými odborníky posoudit komplexní operační riziko pro nemocného.

U plánovaných operací je dnes vyžadován souhlas nemocného s operací, to znamená, že nemocný svým podpisem potvrdí, že byl poučen o svém onemocnění, nutnosti a typu operace, riziku operace, možných alternativních postupech a možných komplikacích operačního výkonu.

(9)

Pooperační péče

Období od probuzení nemocného po anestézii až do jeho propuštění z nemocničního ošetřování označujeme jako pooperační období. Podle potřeby umístíme nemocného po operaci na pooperační oddělení, kde je zajištěn nepřetržitý dohled a monitorování základních životních funkcí (jednotka intenzivní péče nebo anesteziologicko-resuscitační oddělení).

Po operaci pociťuje nemocný bolesti v operační ráně. Jejich vnímání a snášení je individuálně značně rozdílné. Proti bolesti máme k dispozici celou řadu léků - analgetika, opiáty.

Po operaci sledujeme činnost kardiovaskulárního aparátu. Přitom pozorujeme frekvenci, pravidelnost tepu hodnoty krevního tlaku, teplotu a barvu kůže a sliznic.

Trvalé sledování dýchání patří k nezbytným úkolům pooperační péče. Sledujeme frekvenci, pravidelnost, podle potřeby měříme dechový objem a minutový dechový objem, poslechem zjišťujeme zda plíce dýchá v celém rozsahu.

Velice často se nemocný po operaci nedokáže vymočit. Nemočí-li nemocný ani za 12-16 hodin po operaci, pokoušíme se docílit spontánní diurézy lokální aplikací tepla na podbříšek, zvukovými impulsy (pouštění vody), stavíme nemocného vedle postele nebo jej dovedeme na kloset. Teprve když všechna tato opatření selžou, je nutné se uchýlit ke katetrizaci za dodržení přísné asepsy.

Již v první pooperační den vedeme nemocného k tomu, aby se umyl a vykonal hygienu dutiny ústní. Lůžko udržujeme v úzkostlivé čistotě. Všechno potřebné prádlo (výměšky z ran, krev, zvratky, moč, stolice) musí být okamžitě vyměněno za čisté. Nehybná poloha v lůžku, znečištěné a pokrčené ložní prádlo jsou faktory, které podporují vznik proleženin (dekubitů).

Vzestup tělesné teploty po operaci je součástí všeobecné reakce organismu na operaci. Trvá-li však teplota více dnů či je nepřiměřeně vysoká, je nutné vždy pátrat po její příčině.

Bezprostředně po operaci nepodáváme nemocnému ani potravu a ani tekutiny. Nejdříve může dostat čaj po lžičkách za 6 hodin po operaci, je-li při plném vědomí, má-li spolehlivý polykací reflex, jestliže nezvrací a pokud operátor vzhledem k druhu operace nerozhodl jinak.

Pooperační rehabilitace je velmi důležitou složkou pooperační péče a pro některé specializované obory chirurgie je nepostradatelná (např. hrudní chirurgie).

Návod a instruktáž k základní rehabilitaci dostává pacient již před operací. Jejím účelem je zabránit některým pooperačním komplikacím, především tromboembolickým a plicním. Proto je zaměřena na cvičení svalstva dolních končetin a na dechová cvičení. Svalová cvičení zvyšují přítok krve do pracujících svalů, dochází ke zrychlení proudu v krevním řečišti, zabraňuje se stagnaci krve a tím vzniku trombózy. Dechová cvičení provětrávají většinou pro bolesti omezeně dýchající partie plic, zamezují tím vzniku atelektáz a bronchopneumonií. Usnadňují vykašlávání hlenu a v neposlední řadě zlepšují oxygenaci celého organismu.

K pooperační rehabilitaci náleží též časté vstávání nemocného z lůžka. Nemocnému dáváme na vůli, jak brzy chce z lůžka vstát, vedeme jej však k tomu, aby lůžko opustil co nejdříve a aby si samostatně obstarával svoje potřeby jako je mytí, jídlo či docházka na toaletu.

(9)

1.2.6 Prognóza

U pacientů s nádory bez postižení uzlin a metastáz je šance s pětiletým přežitím u 70%. Ale pokud jsou postiženy uzliny, počet klesá na 30% a u inoperabilních nádorů je pouze 10% šance.

V posledních 50 letech došlo k pokroku v indikacích i ve vlastní technice plicních resekcí a tento vývoj se promítl do podstatného poklesu letality po operaci.

(8)

2. ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

JMÉNO A PŘÍJMENÍ: P. V.

RODNÉ ČÍSLO: 350506/XXXX

VĚK: 71 let

POVOLÁNÍ: Důchodce (dříve učitel a ředitel školy)

VZDĚLÁNÍ: Pedagogická katedra vysoké školy zemědělské

NÁRODNOST: Česká

STAV: Ženatý

ADRESA: Tábor

VYZNÁNÍ: Ateista

POJIŠŤOVNA: 111

KONTAKTNÍ OSOBA: manželka J. V., syn J.V.

PŘIJAT NA ODDĚLENÍ JIP: 31.3.2006

DATUM OPERACE: 31.3.2006

DŮVOD PŘIJETÍ: plánovaný operační výkon – lobectomia superior pulmonalis dexter

OŠETŘOVÁN VE DNECH: 3.4.2006 – 7.4.2006 (třetí až sedmý pooperační den)

3. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZA

3.1 Lékařská anamnéza

Osobní anamnéza:

Nekuřák, pacient prodělal běžná dětská onemocnění. V dětství prodělal těžký zápal plic. Doposud nebyl vážněji nemocný. Arteriální hypertenze 5 let na medikaci, dle sona suspektní hypertrofie prostaty, ICHS 0, CMP 0, DM 0, peptické vředy 0, TBC 0, hepatitidy 0, operace 0.

Rodinná anamnéza:

Matka zemřela v 89 letech na cévní mozkovou příhodu, otec zemřel v 76 letech na cévní mozkovou příhodu, jedna sestra zemřela v 62 letech na karcinom prsu, druhá sestra po ablaci prsu pro karcinom, dva synové zdraví.

Nynější onemocnění:

29.3.2006 v 10:20 hodin pacient přijat na III. chirurgickou kliniku. 71-letý pacient s tumorem plic vpravo. Náhodný nález při preventivní prohlídce. Pacient při vědomí, orientovaný časem i místem, spolupracuje, kontakt dobrý, poloha aktivní, výživa přiměřená, kůže anikterická, bez eflorescencí, eupnoe.

Sociální anamnéza:

Pacient nyní v důchodu. Žije s manželkou. Snacha lékařka.

Pracovní anamnéza:

Dříve pracoval jako učitel a ředitel na zemědělském učilišti. Vystudoval Pedagogickou katedru vysoké školy zemědělské. Chovatel drůbeže a drobného zvířectva.

Alergická anamnéza:

Neudává.

Farmakologická anamnéza:

Lokren 20 mg tbl.	1-0-0	GN: Betaxolol, IS: Antihypertenzivum
Lorista 50 mg tbl.	1-0-0	GN: Losartanum kalicum, IS: Antihypertenzivum
Godasal 100 mg tbl.	0-0-1	GN: Acidum acetylsalicylum, IS: Antitrombotikum

Abusus:

Bývalý kuřák 30 až 40 cigaret denně, od 46 let nekouří.

3. 2 Lékařská diagnóza

Hlavní důvod přijetí:

- Carcinoma lobi superior pulmonalis dexter

Ostatní lékařské diagnózy:

- Arteriální hypertenze
- Hypertrofie prostaty

(2)

4. PŘEHLED PROVEDENÝCH DG. VÝZNAMNÝCH VYŠETŘENÍ

4.1 Předoperační vyšetření

- Interní vyšetření

24.3.2006 – pacient je z plicního hlediska schopen výkonu, doporučení – dle domluvy plánovaná hospitalizace k chirurgickému výkonu v Praze.

- Bronchoskopie v celkové anestezii

18.3.2006 – endobronchiálně nález normální.

- Cytologie

20.3.2006 - malobuněčný sekret, bez patologie, respirační epitel.

- CT vyšetření

16.3.2006 – tumor plicní vpravo S2, suspektní metastázy v uzlinách mediastina.

- UZ břicha

14.3.2006 – přiměřené sono epigastria, chronická neuropatie bilat., zvětšená prostata.

- EKG – v normě

- Spirometrie – v normě

- Krev – serologické vyšetření

11.3.2006 BWR – negativní

HbsAg – negativní

- Krev – biochemické vyšetření

11.3.2006 CRP, AST, ALT, GMT, Glykémie, Na, K, Cl, Urea, Kreatinin, Bilirubin →
v normě

- Krev – hematologické vyšetření

11.3.2006 KO - Leukocyty, erytrocyty, trombocyty, hemoglobin, hematokrit → v normě

- Krev – koagulační vyšetření

11.3.2006 - Quick, APTT → v normě

4.2 Pooperační vyšetření

4.2.1 Fyziologické funkce

- Krevní tlak – 160/68
- Puls – 68/ min
- Tělesná teplota – 36,0 stupňů Celsia
- Dech – 20 dechů / min
- Dechový výdej - 300 ml
- Saturace – 98 %

Pacient při vědomí, orientován plně osobou, místem i časem.

Výška – 178 cm
Hmotnost – 75 kg
BMI – 23,7

4.2.2 Laboratorní vyšetření

- Krev – biochemické vyšetření

1.4.2006 K, Cl, Urea, Kreatinin → v normě

Na.....136 mmol/l (137 – 144)
Bilirubin.....20,8 umol/l (3,0 – 19,0)
Glukóza.....6,5 mmol/l (4,4 – 6,4)
Celková bílkovina.....60,7 g/l (62,0 – 77,0)
CRP.....7,91 mg/l (0,0 – 6,5)

4.4.2006 Na, K, Cl, Urea, Kreatinin, Glukóza, Bilirubin → v normě

CRP.....9,1mg / l (0,0 – 6,5)
Celková bílkovina.....56,0 g/l (62,0 – 77)

- Krev – hematologické vyšetření

1.4.2006 KO - Leukocyty, erytrocyty, trombocyty, hemoglobin, hematokrit, → v normě

4.4.2006 KO - Leukocyty, erytrocyty, trombocyty, hemoglobin, hematokrit, → v normě

- Krev – koagulační vyšetření

1.4.2006 - Quick, APTT → v normě

4.2.3 Ostatní vyšetření

- RTG vyšetření

31.3.2006 v 15:00 hodin

Krom residuálního apikálního pneumotoraxu vpravo je jinak přiměřený nález na snímku po operaci.

1.4.2006 ve 12:45 hodin

Ve srovnání se snímkem z 31.3.2006 je patrné, že poněkud vychudla kresba apikálně. Dále je patrné ve středním plicním poli jemný ostře ohraničený lem jdoucí do sytého hilu plicního.

Dále je patrná progresse podkožního emfyzému vpravo a to až na krk. Mediastinum není posunuto. Nález budí silné podezření na ventrální až apikální pneumotorax nejasné velikosti.

1.4.2006 ve 22:30 hodin

Ve srovnání se snímkem z 12:45 hodin, stav po zavedení druhého drénu do pravé pleurální dutiny apikálně, poloha tohoto drénu se zdá vyhovující. Je patrné, že plíce se rozvinula, i když apikálně ještě residuální pneumotorax. Je ale patrná výrazná progresse podkožního emfyzému vpravo, který je až na krk. Jinak plíce bez ložisek a infiltrací, srdce nezvětšeno. Původní hrudní drén se nemění.

6.4. 2006 v 10:20 hodin

Pooperační průběh komplikován únikem vzduchu z operované plíce a podkožní emfyzém na hrudníku a krku. Vpravo dva hrudní drény ve stejné poloze. Srdce nezvětšené, kulovitě prominující pravý hilus. Baze volné bez tekutiny. Podkožní emfyzém ve výrazné regresí.

(2)

5. PŘEHLED TERAPIE

5.1 Chirurgická terapie

Dne 31.3.2006 provedena v celkové anestezii pravostranná horní lobectomie a lymphadenectomie z důvodu buněčného karcinomu a postižení mediastinálních uzlin. (operační protokol viz. příloha č. 3)

5.2 Péče o rány

Operační rána

- vpravo na hrudi o délce 13 cm, rána je klidná a suchá
- každý den převaz operační rány – dezinfekce Cutaseptem, sterilní krytí Curaporem (10x20 cm)

Drény

- dva hrudní drény vpravo napojeny na dvě odsávací soupravy na jedno použití
- 1. vpravo na hrudi o velikosti 4 cm, okolí je klidné, zaveden 31.3.2006 po torakotomii
- 2. drén zaveden v lokální anestezii pro pooperační komplikaci (podkožní emfyzém) vpravo ve druhém mezižebří, dne 1.4.2006 ve 22 hodin, okolí je klidné.
- každý den převaz – dezinfekce Cutaseptem, sterilní krytí Curaporem (7x5 cm)
- drény 3.4. až 5.4, na aktivní sání, odvádí:
 - 1. drén 250 ml světle červené tekutiny
 - 2. drén 50 ml světle červené tekutiny
- drény 6.4. v 8:15 hodin, na spád, odvádí:
 - 1. drén 100 ml světle červené tekutiny
 - 2. drén 30 ml světlé tekutiny
- drény zrušeny 7.4. v 11:30 hodin

Periferní žilní katétr

- na levé horní končetině, zaveden 31.3., funkční, okolí klidné
- každý den převaz – dezinfekce Cutaseptem, sterilní krytí Curagardem

Epidurální katétr

- ve střední části zad, zaveden 31.3., funkční okolí klidné
- každý den převaz – dezinfekce Cutaseptem, fixace Silkafixem a Curaporem
- 31.3. až 5.4. – aplikace Sufenta forte 2ml + 20ml Marcain do 100 F1/1 (5 ml/h přes infuzní pumpu)

Oxygenoterapie

- 31.3. až 5.4. přes kyslíkové brýle 2 l/min, 24 hodin
- 6. až 7.4. kyslíkové brýle podle saturace pod 90%

5.3 Monitoring fyziologických funkcí

Operační den – měření fyziologických funkcí po hodině (viz. příloha č.4)

1. až 4. pooperační den – měření fyziologických funkcí 3 x denně (viz. příloha č. 5)

5. až 7. pooperační den – měření fyziologických funkcí 2 x denně (viz. příloha č. 5)

Pacient při vědomí, orientován plně osobou, místem i časem.

(1a, 1b, 2, 3)

5.4 Farmakoterapie

Per os:

3.4.

Lokren 20 mg tbl.	1-0-0	GN: Betaxolol, IS: Antihypertenzivum NÚ: Závratě, bolest hlavy, slabost, nespavost, bolest žaludku, nucení na zvracení, průjem, impotence
Euphylin 200mg tbl.	1-0-1	GN: Theophyllum, IS: Antiastmatikum NÚ: Bolest hlavy, stavy vzrušení, tremor, pokles krevního tlaku, zvýšená diuréza, změny hladin elektrolytů v krevním séru

4.4. až 6.4.

Lokren 20 mg tbl.	1-0-0	GN: Betaxolol, IS: Antihypertenzivum
Euphylin 200 mg tbl.	1-0-1	GN: Theophyllum, IS: Antiastmatikum
Ambrobene 30mg tbl.	1-1-1	GN: Ambroxoli hydrochloridum, IS: Expektorans NÚ: Slabost, bolest hlavy, průjem, kožní vyrážka

7.4.

Lokren 20 mg tbl.	1-0-0	GN: Betaxolol, IS: Antihypertenzivum
Euphylin 200 mg tbl.	1-0-1	GN: Theophyllum, IS: Antiastmatikum
Ambrobene 30 mg tbl.	1-1-1	GN: Ambroxoli hydrochloridum, IS: Expektorans
Lorista 50 mg tbl.	1-0-0	GN: Losartanum kalicum, IS: Antihypertenzivum NÚ: Závratě, změny chuťového vnímání, suchý kašel

(2, 3)

5.5 Infúzní terapie

- přes periferní žilní katétr (na levé horní končetině) a přes infúzní pumpu

31.3.

Glukóza 10% 500 ml (130ml/h) – ve 14 hod.

Fyziolog. roztok (130ml/h) – v 17 hod.

NÚ: u všech dlouhodobě podávaných infúzí se může objevit venózní iritace a tromboflebitida v místě vpichu

Sufenta forte 2ml + 20ml Marcain do 100 F1/1 (5 ml/h) – do epidurálního katétru

NÚ: Pomalé a mělké dýchání, nízký krevní tlak, svalová ztuhlost, závratě, zvracení, kožní alergie

31. až 4.4.

Sufenta forte 2ml + 20ml Marcain do 100 F1/1 (5 ml/h) – do epidurálního katétru

(2,3)

5.6 Injekční terapie

3.4.

Fraxiparin 0,3 ml s.c.	ve 22 hod.	GN: Nadroparine kalcium, IS: Antitrombotikum NÚ: Projevy krvácení, místní nebo celkové příznaky přecitlivělosti, drobné hematomy v místě vpichu
Ambrobene 1 amp. i.v.	1-1-1	GN: Ambroxoli hydrochloridum, IS: Expektorans
Veral 1 amp. i.m.	0-1-0	GN: Diclofenacum natruim, IS: Nesteroidní antiflogistikum NÚ: nauzea, trávicí obtíže, bolesti břicha, průjem nebo naopak zácpa, bolesti hlavy, gastrointestinální ulcerace



4.4. až 7.4.

Fraxiparin 0,3 ml s.c.	ve 22 hod.	GN: Nadroparine kalcium, IS: Antitrombotikum
Veral 1 amp. i.m.	0-1-0	GN: Diclofenacum natruim, IS: Nesteroidní antiflogistikum

(2,3)

5.7 Fyzioterapie

Pacient leží ve vyvýšené poloze na zádech, omezen pohyb v důsledku na napojení na sání a na infúze.

Za pacientem denně dochází fyzioterapeut, který s pacientem procvičuje dechovou gymnastiku, stoj, chůzi v lůžku, chůzi po chodbě.

3. až 6. pooperační den – posazování na lůžku, dechová cvičení, chůze v lůžku.

7. pooperační den – posazování na lůžku, postavování vedle lůžka, dechová cvičení, chůze po chodbě

(1a,2,3)

5.8 Dietoterapie

31.3. 2006 - pacient nesmí nic per os, pacient nemá zavedenou sondu, podávání infúzí dle ordinace lékaře (přes permanentní žilní katétr na levé horní končetině, infúzní pumpou 130 ml/h - Glukóza 10% 500 ml, Fyziologický roztok 500 ml), od 20 hodin čaj.

1.4. a 2.4. 2006 - kašovitá dieta

3. až 7.4. 2006 - dietu č. 3, tedy racionální dietu.

Panu P.V. strava zde chutná.

(1a,1b,2)

6. STRUČNÝ PRŮBĚH HOSPITALIZACE

71letý pacient byl hospitalizován pro plánovanou operaci. Pan P.V. byl přijat 29.3.2006 na III. chirurgickou kliniku FNM na druhé oddělení v 10:20 hodin. 31.3.2006 byla provedena pravostranná horní lobektomie pro karcinom pravé horní plíce a lymphadenektomie pro postižení mediastinálních uzlin. Pacient byl po operaci ve 14:20 hodin přivezen na JIP. 1.4.2006 rozvoj podkožního emfyzému na hrudníku a krku v důsledku úniku vzduchu z operované plíce. Ve 22 hodin byl zaveden druhý hrudní drén do druhého mezižebří vpravo v lokální anestézii, napojen na sání a patrný ústup podkožního emfyzému.

Pacienta jsem ošetřovala třetí až sedmý pooperační den. Pan P.V. se již cítí dobře, emfyzém patrný jen trochu na krku.

C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

7. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A SOUČASNÝ STAV NEMOCNÉHO

7.1 Ošetřovatelská anamnéza – vnímání hospitalizace

Pan P.V. věděl proč je hospitalizován. 71letý pacient se po zdravotní stránce cítil dobře, ale pro náhodné zjištění karcinomu pravé horní plíce bylo pacientovi sděleno, že operace bude nutná. Pan P.V. vidí prognózu dobře, po propuštění se o něj bude starat manželka. Pobyt bere jako zcela příjemný a věří, že mu operace pomohla vyřešit jeho zdravotní stav. Velice si chválí přístup a péči zdravotnického personálu. Pacient je velmi komunikativní a velmi se snaží o spolupráci. Pan P.V. bydlí ve vilce se svou manželkou mimo Prahu.

(1a, 3)

7.2 Základní tělesné potřeby

Dýchání

Pan P.V. s dýcháním nikdy žádné problémy neměl. Pacient prodělal běžná onemocnění horních cest dýchacích a jeden těžký zápal plic. Pan P.V. kouřil od svých 16let 30 až 40 cigaret bez filtru denně. Nyní již nekouří 25 let. Pacient neměl dlouhodobě kašel ani hemoptýzu. Pacientovi, při pravidelné zdravotní prohlídce, byl proveden náhodně rentgen plic zde nález na pravém horním laloku. Dále doporučena další vyšetření, která potvrdila buněčný karcinom horního laloku pravé plíce a suspektní postižení mediastinálních uzlin.

Nyní nádechové obtíže v důsledku bolestivosti operační rány a zavedených drénů vpravo při změně polohy. První pooperační den rozvoj podkožního emfyzému na hrudníku a krku v důsledku úniku vzduchu z operované plíce. Ve 22 hodin byl zaveden druhý hrudní drén do druhého mezižebří vpravo v lokální anestézii a napojen na aktivní sání. Podkožní emfyzém je patrný v oblasti krku a hrudníku pouze na pohmat (vzduch v podkoží). Pacient mluví v důsledku této komplikace „huhňavým“ hlasem. Dechová frekvence se pohybuje okolo 19 dechů za minutu. Saturace 94%. Dušně se pan P.V. necítí. Pacient provádí dechovou rehabilitaci s fyzioterapeutem, který zvolil princip techniky, který spočívá v dýchání proti odporu.

(1a, 1b, 3)

Hydratace

Pacient pije normálně 1,5 – 2 l/den, nejčastěji sladký čaj a ovocné šťávy. Dále má velmi rád kávu, kterou pije 2x denně.

Objektivně jsem nenalezla nic, co by naznačovalo podezření na dehydrataci. Příjem tekutin per os byl omezen v operační den, panu P.V. podány infúze i.v. přes periferní žilní katétr na levé horní končetině (Glukóza 10% 500 ml a Fyziologický roztok 500 ml přes infúzní pumpu 130ml/h). Nyní je však nutné sledovat dostupnost a dostatečný příjem tekutin. Dolní končetiny jsou bez otoků, bez varixů.(viz. příloha č. 7)

(1a, 1b)

Výživa

Stav výživy je přiměřený, pacient jí pravidelně. BMI 23,7. Pacientova hmotnost se v poslední době nezměnila. Nyní chuť k jídlu dobrá. Pan P.V. nemá rád tlusté maso. Nejraději má sladká jídla a ovoce.

Pacient má horní i dolní zubní protézu, která sedí dobře. Pacient má dietu č.3. Pacient potřebuje dopomocť s obslužením, jinak jí sám. Měřicí technika – základního nutričního screeningu, kdy pacient dosáhl tří bodů, což znamená bez nutnosti zvláštních intervencí. (viz. příloha č. 6).

(1a, 1b, 3)

Vyprazdňování

Moč – 31.3. zaveden permanentní močový katétr č.14 před operací k měření diurézy a sledování bilance tekutin. (viz. příloha č. 7)

Pan P.V. s močením nikdy problémy neměl. Doma si vždy před spánkem došel na WC.

(1a)

Stolice – Pacient s vyprazdňováním stolice nikdy problémy neměl. Stolice je bez příměsí. Vyprazdňuje se bez problému většinou ráno, 1x za den. Pan P.V. projímadla nikdy nepoužíval.

Pacientovi je nutné přinést mísu. Stolice zatím nebyla.

(1a, 2)

Spánek a odpočinek

Pacient potřebuje 10 hodin spánku k pocitu vyspání. Pan P.V. doma se spánkem problémy nemá. Pacient má zvyk pouštět si televizi před spánkem. Léky na spaní nikdy nebral.

Spánek rušen nepohodlnou polohou (pacient musí spát na zádech z důvodu zavedených drénů napojených na aktivní sání). Pokud je pan P.V. unaven či vlivem nedostatku aktivity spí přes den. Pacient spí v průměru 9 hodin denně a unavený se necítí.

(1a, b)

Teplota a pohodlí

Doma žádné problémy s potřebou tepla neměl.

Teplota v nemocnici je vyhovující. Lůžko je velmi pohodlné, pacient je rád, že si může nastavit polohu lůžka sám na ovládacím panelu. Pohodlí je rušeno bolestí operační rány a nutnou polohou.

(1a)

Bolest

Pan P.V. doma žádnou bolest neměl.

Pacient pociťuje bolestivost v místě operace – vpravo na hrudníku. Nejvíce cítí bolest při změně polohy. Pacient neumí přesně popsat bolest. Pan P.V. řekl „ani bych to nepopsal jako bolest, ale jako něco nepříjemného.“ V příloze č.8. přiložen formulář o intenzitě bolesti. Pacient dostává na bolest přes den -Sufenta forte 2ml + 20ml Marcain do 100 F1/1 (10 ml/h) do epidurálního katétru.

(1a, 2)

Osobní hygiena

Pacient je zvyklý se koupat 1x až 2x za týden, většinou večer a podle potřeby. Zde dostává umyvadlo denně, pacient to nepovažuje nijak za nepříjemné.

Pacient potřebuje při hygieně částečně pomoc. O zubní protézu se stará sám. Kůže je čistá, teplá a suchá. Na pravé straně hrudníku čerstvá jizva po operačním výkonu (rána je klidná, čistá, suchá a bez známek zánětu). Okolí kolem drénu vlevo na hrudi je klidné a čisté. 31.3. zaveden epidurální katétr a periferní žilní katétr na levé horní končetině. Podkožní emfyzém je patrný v oblasti krku a hrudníku pouze na pohmat (vzduch v podkoží). Hodnocení rizika vzniku dekubitů je 26 bodů, což neznamena zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů. (viz příloha č.9).

(1a, 1b)

Sexuální potřeby

Pacient žije se svou manželkou. Dříve dvakrát týdně, ale nyní již nežije sexuálním životem.

(1a)

Fyzická aktivita

Pan P.V. má velkého koníčka a to je jeho malé zemědělství, kde chová holuby, slepice a další drobné zvířectvo. Také se stará o svou zahrádku. Pacient nepoužívá žádnou kompenzační pomůcku (např. hůl).

Nyní má relativní klid na lůžku, dále rehabilitace s docházejícím fyzioterapeutem – dechová cvičení, chůze v lůžku. Pacient se snaží být soběstačný, ale v důsledku operace je nutná pomoc.

(1a, b)

7.3 Psychosociální potřeby

Soběstačnost

Dle ADL 60 bodů. (viz. příloha č.10)

Pan P.V. byl doma zcela soběstačný. Nyní pacient potřebuje pomoc při hygieně na lůžku.

Pacient je pohyblivý jen v okolí lůžka. Nutné nosit mísu.

(1a)

Bezpečí a jistota

Pan P.V. je již 25 let nekuřák. Životní styl je přiměřený věku.

Pacient je informován o svém zdravotním stavu. se závažnou diagnózou – karcinom plic. 71letý pacient se adaptoval ke změně svého zdravotního stavu. S panem P.V. jsem hovořila, že bude nutné trochu změnit dosavadní životní styl, hlavně omezení fyzické námahy a dechová cvičení. Pan P.V. se cítí v bezpečí, protože si sám může regulovat výšku postele, což mu velmi vyhovuje. Pacient má důvěru ke zdravotnickému personálu a je mile překvapen laskavostí. Hodnocení rizika pádu s celkovým skóre tři body, není nutná zvláštní intervence. (viz. příloha č. 11).

(1a)

Rodina

Pacient bydlí ve vilce se svou manželkou. Za panem P.V. jezdí jeho sestry, synové i vnučky. Je velmi rád za poklidné rodinné prostředí a vztahy.

Pacient měl hned první den návštěvu – snachu, která je lékařkou. Rodina se o pacientův stav velmi zajímá. Komunikace s personálem je dobrá.

(1a, b)

Psychická aktivita

Pacient není léčen s žádnou psychickou poruchou. P.V. si stále opakuje anglický jazyk, který je i jeho koníčkem. Dále velmi rád čte a má rád křížovky. Nejraději je na jeho malé farmě a na zahrádce, o kterou se stará sám. Pacient má rád společnost a pozornost. Velice oceňuje když si s ním někdo povídá.

71letý pan P.V. byl během mého ošetřování při vědomí a orientovaný. Je komunikativní, dobře se adaptoval na prostředí a změnu zdravotního stavu se závažnou diagnózou.

(1a, 1b, 3)

Sebeúcta a realizace

Pacient se realizuje ve svých koníčcích, především se stará o svá zvířata, hlavně o ptactvo.

Pacient velmi dbá na hygienu zubní protézy. Dále se velmi stará o upravenost a čistotu nočního stolku. Je velmi rád, že již nekouří.

(1a, b)

Duchovní potřeby

Pan P.V. není věřící.

(1a)

8. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

3.4.2006

1. Porucha ventilace plic v důsledku operace, projevující se namáhavým, ztíženým dýcháním a zvýšenou polohou hrudníku v lůžku

3.4.2006

2. Akutní bolest v místě operační rány projevující se ztíženým odkašláváním a zhoršeným pohodlím při změně polohy s poruchou spánku

3.4.2006

3. Porucha integrity kůže v oblasti hrudníku v důsledku operační rány, zavedeného periferního žilního katétru, epidurálního katétru a drénů, nebezpečí vzniku infekce

3.4.2006

4. Snížená soběstačnost v důsledku operace a léčebného pooperačního režimu projevující se sníženou schopností provádět denní sebepečí

3.4.2006

5. Pooperační komplikace – podkožní emfyzém, projevující se nahromaděným vzduchem v oblasti krku a hrudníku a nosovým hlasem

3.4.2006

6. Potenciální rozpojení hrudních drénů či porucha sání v důsledku neopatrné manipulace

3.4.2006

7. Změna ve vyprazdňování moče v důsledku operace a zavedení permanentního močového katétru, nebezpečí infekce

9. PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

1. Porucha ventilace plic v důsledku operace, projevující se namáhavým, ztíženým dýcháním a zvýšenou polohou hrudníku v lůžku

Cíl ošetrovatelské péče:

Pacient lépe dýchá a odkašlává.

Plán ošetrovatelské péče :

- monitorování ventilace
- měření dechové frekvence a dechového výdeje
- oxygenoterapie 2 l/min - 24 h denně
- vhodná poloha na lůžku
- podávání léků dle ordinace lékaře
- edukace nemocného, zachování klidu na lůžku
- sledování operační rány
- měření fyziologických funkcí dle ordinace lékaře

Realizace :

Pacientovi jsem měřila dech a dechový výdej třetí až sedmý pooperační den 3x denně. Nejvyšší hodnota dechové frekvence dosahovala 25 dechů/min. Dechový výdej max. 500 ml. Kyslík byl podáván přes kyslíkové brýle 2 l/min – 24h od 31.3. až 5.4. Dne 6.4 a 7.4. kyslíkové brýle, podle saturace pod 90%. Kyslík jsem zvlhčovala přes sterilní vodu. Pacienta jsem poučila o nutnosti polohy s vyvýšeným hrudníkem na lůžku pro snadnější dýchání. Vysvětlila jsem mu dále ovládací panel na lůžku a pacient si mohl dle své potřeby snížit či zvýšit podhlavník. Podávala se kontinuální analgésie do zavedeného epidurálního katétru - Sufenta forte 2ml + 20ml Marcain do 100 F1/1 (5 ml/h). Dále Veral jedenkrát denně. To vedlo ke snížení bolesti při nádechu a snížení bolesti při používání mezižeberních svalů a snížení bolestivosti operační rány vlevo na hrudníku. Operační rána a okolí drénů, permanentního žilního katétru a epidurálního katétru jsou klidné, suché a bez projevu zánětu. Pacienta jsem nemusela poučovat o zachovávání relativního klidu na lůžku.

Hodnocení :

Pacient lépe dýchá i odkašlává. Cíl splněn.

2. Akutní bolest v místě operační rány, projevující se ztíženým odkašláváním a zhoršeným pohodlím při změně polohy s poruchou spánku

Cíl ošetrovatelské péče:

Pacient nemá akutní bolest a lépe odkašlává. Pacient spí nepřetržitě 9 hodin.

Plán ošetrovatelské péče :

- podávání léků dle ordinace lékaře
- podávání infúzí dle ordinace lékaře
- podávání mikro-nebulizace 3x denně
- edukace nemocného jak správně odkašlávat
- příjem tekutin
- vhodná poloha
- zajištění klidného prostředí a zajištění celkového komfortu

Realizace :

Pacientovi jsem podávala 3x denně mikronebulizaci s Ambrobene pro snadnější odkašlávání. Také byly podány infúze dle ordinace lékaře. Dále pacient dostával 3x denně Ambrobene i.v. a potom per os. Kontinuální analgézie do EPD - Sufenta forte 2ml + 20ml Marcainu do 100 F1/1 (5 ml/h) přes infúzní pumpu. Pacienta jsem poučila o důležitosti polohy na zádech s vyvýšeným hrudníkem pro snadnější odkašlávání a dýchání. Pan. P.V. vypije přes den přibližně 2 l tekutin. Pacient si stěžoval po 2 dnech na bolestivost zad a tudíž jsem začala provádět masáž zad 3x denně kafrovou masťou, která pacientovi byla velmi příjemná a panu P.V. ulevila. Každý den pacient prováděl dechovou rehabilitaci s trubičkou do které foukal pod vedením fyzioterapeuta. Pan P.V. se ráno budí kvůli hluku, který se nepodařilo eliminovat kvůli nutným kontrolám i ostatních pacientů. Pacient tedy usíná i přes den na 1-2 hodiny a pak se cítí odpočatě.

Hodnocení :

Pacient nemá akutní bolest a odkašlává snadno. Cíl splněn.

Pacient nespí nepřetržitě 9 hodin. Cíl nesplněn.

3. Porucha integrity kůže v oblasti hrudníku v důsledku operační rány, zavedeného periferního žilního katétru, epidurálního katétru a drénů, nebezpečí vzniku infekce

Cíl ošetrovatelské péče:

Pacient vnímá hojení rány a zná problémy komplikací – PŽK, EPD.

Plán ošetrovatelské péče :

- stanov rozměr operační rány
- zavedení dokumentace o operační ráně, EPD, PŽK a převazech
- kontrola operační rány, drénů, PŽK, EPD pohledem, sledovat změny
- desinfekce a sterilní krytí operační rány a okolí zavedených drénů každý den
- prevence vniknutí infekce, dodržování aseptického postupu
- měření fyziologických funkcí dle ordinace lékaře

Realizace :

Délka operační rány je 13 cm vpravo na hrudníku. Dále byla zavedena dokumentace o operační ráně. Převazy operační rány, PŽK, EPD a okolí kolem drénů jsou prováděny každý den vždy ráno při vizitě. Desinfekce Cutaseptem a sterilní krytí Curaporem s dodržováním aseptického postupu. Operační rána a okolí drénů, PŽK a EPD jsou klidné, suché a bez projevu zánětu. 5.4. jsem pacientovi vyndala kanylu pro mírnou bolestivost a pro pana P.V. dále již nebylo zavedení kanyly nutné. Podkožní emfyzém je patrný v oblasti krku a hrudníku pouze na pohmat (vzduch v podkoží). Dne 7.4. epidurál – ex. kůže je čistá bez dalších známek poškození.

Hodnocení :

Pacient vnímá hojení operační rány. Cíl splněn.

4. Snížená soběstačnost v důsledku operace a léčebného pooperačního režimu projevující se sníženou schopností provádět denní sebepéči

Cíl ošetřovatelské péče:

Pacient je v rámci možnosti aktivní a soběstačný.

Plán ošetřovatelské péče:

- identifikace stupně poruchy soběstačnosti v jednotlivých oblastech
- dopomoc při hygieně a zajištění kompenzačních pomůcek
- dopomoc při podávání stravy
- dopomoc při vyprazdňování a zajištění pomůcek
- dostupnost signalizačního zařízení
- chválit a pozitivně podpořit k aktivní sebepéči

Realizace:

První den ošetřování jsem s pacientem provedla ADL test, celkový počet bodů 55, což znamená závislost středního stupně. Pacientovi jsem každé ráno připravila umyvadlo s teplou vodou, ručníky, žínku a mýdlo. Pacient se vždy chtěl umýt sám. Dopomohla jsem mu jen s umytím a namasírováním zad. Pacient dbal na čistotu zubní protézy, kterou též prováděl sám, což ho velmi psychicky podporovalo. Pan P.V. byl vděčný za pochvalu, když některou činnost zvládl sám. Dále jsem pacientovi ukázala, kde najde signalizační zařízení. Pacientovi jsem donesla mísu dle potřeby. Problém s vyprazdňováním stolice není od 5.4. již stolice pravidelná 1x za den. 31.4. zaveden permanentní močový katétr č.14 PMK je funkční a denně odvádí přibližně 1500ml moči. Pacient má dietu č.3 od třetího operačního dne a dopomoc při podávání stravy. Jinak pan P.V. dopomoc nevyžaduje.

Hodnocení:

Cíl splněn.

5. Pooperační komplikace – podkožní emfyzém, projevující se nahromaděným vzduchem v oblasti krku a hrudníku a projevující se nosovým hlasem

Cíl ošetrovatelské péče:

Pacient je seznámen s komplikací, pacient je seznámen s léčbou.

Plán ošetrovatelské péče:

- vysvětlit pacientovi jak vznikl podkožní emfyzém
- vysvětlit pacientovi, že druhý drén byl zaveden pro odstranění této komplikace
- vysvětlit pacientovi, že tato komplikace možná prodlouží jeho pobyt na oddělení JIP
- kontrola zda drén odvádí, kontrola množství a barvy tekutiny
- kontrola kůže a okolí drénu, aseptický postup při převazu
- kontrola laboratorních výsledků

Realizace:

Panu P.V. byl zaveden druhý hrudní drén vpravo ve druhém mezižebří 1.4. ve 22 hodin v lokální anestézii. Pacient byl již poučen od lékaře o komplikaci. Pan P.V. byl velmi smutný, když jsem mu vyřídila vzkaz od lékaře, že v den kdy bylo plánované jeho přeložení na chirurgické oddělení se nejspíš prodlouží v důsledku vzniku této komplikace. Okolí drénu je bez projevu infekce, převaz každý den při vizitě za aseptického postupu. Drén odvádí průměrně 35 ml za den světle červené tekutiny. Kontrola výsledků ze dne 1.4. a 4.4. kdy je zvýšen CRP a celková bílkovina (viz. laboratorní vyšetření). Dne 6.4. v 8:15 hodin je drén odpojen od aktivního sání a dán na spád. Dne 7.4. drén odstraněn.

Hodnocení:

Cíl splněn.

6. Potenciální rozpojení hrudních drénů či porucha sání v důsledku neopatrné manipulace

Cíl ošetrovatelské péče:

Pacient ví jak se může pohybovat a zacházet s hrudními drény.

Plán ošetrovatelské péče:

- opatrnost při převazech, převlíkání lůžka a práci okolo sání
- opatrnost při vyměňování odsávací soupravy na jedno použití, nebezpečí pneumotoraxu
- vysvětlení nemocnému o nutnost opatrnosti při pohybu
- sledování funkčnosti sání, množství odvedené tekutiny a zbarvení

Realizace:

Pokaždé jsem byla velmi opatrná při manipulaci se sáním. Pacientovi již byla vysvětlena nutnost polohy na zádech kvůli snadnějšímu odkašlávání a dýchání, ale i kvůli odsávání. Při vyměňování odsávací soupravy se používal peán na zaškrcení drénů

Pacient měl zavedené 2 drény, které vycházeli z pravé strany hrudníku a byli zapojeny do dvou odsávacích souprav na jednorázové použití s aktivním sáním. Druhý drén byl zaveden 1.4. ve 22hodin, pro vznik podkožního emfyzému. Drény napojeny na aktivní sání, odvádí - 3.4. až 5.4 - 1. drén 250 ml světle červené tekutiny, - 2. drén 50 ml světle červené tekutiny 6.4. v 8:15 hod, na spád - 1. drén 100 ml světle červené tekutiny, - 2. drén 30 ml světlé tekutiny. Drény zrušeny 7.4. v 11:30 hodin.

Hodnocení:

Cíl splněn.

7. Změna ve vyprazdňování moče v důsledku operace pro zavedení permanentního močového katétru, nebezpečí infekce

Cíl ošetrovatelské péče:

Pacient je seznámen s permanentním močovým katétrem. U pacienta nevzniknou močové komplikace.

Plán ošetrovatelské péče:

- edukace pacienta o nutnosti dodržování důsledné hygieny a funkcí močového katétru
- rozpojování systému jen v případě nutnosti vypouštění moče, nebezpečí infekce
- kontrola zda permanentní močový katétr odvádí
- kontrola odpadu

Realizace:

Pacient má zaveden permanentní močový katétr od 31.3.2006. Pacienta močová cévka nijak neobtěžuje. Necítí pálení ani řezání. Pacienta jsem poučila jak se starat při hygieně o cévku. Okolí je čisté a klidné. Každý den jsem vypouštěla moč ze sáčku. Cévka průměrně odvádí 1 800 ml moči za den. Specifická váha moči 1010. Moč je normální barvy.

Hodnocení:

Cíl splněn.

10. EDUKCE

S panem P.V. jsem hovořila o jeho dosavadním životním stylu. Také o tom, že prostředí a podmínky jsou předpokladem pro to, aby si člověk zvolil optimální způsob života (životní styl), který je nejdůležitější ze všech oblastí ovlivňující zdraví.

S panem P.V. jsme mluvili o nevhodném způsobu života jako – kouření, energeticky nepřiměřená a nevhodně složená strava, kdy k hlavním nedostatkům patří nadměrný příjem cukrů a tuků, nedostatečná konzumace zeleniny, ovoce, ryb výrobků z tmavé a celozrnné mouky.

71letého pacienta jsem poučila o velkém významu dechové rehabilitace a doporučila jsem panu P.V., aby po propuštění dal na rady fyzioterapeuta. Již s některými dechovými cvičeními je pan P.V. seznámen. Před propuštěním na chirurgické oddělení jsme spolu prošli základní cvičení jako foukání do trubičky, foukání do dálky s dlouhým výdechem, možnost nafukování rukavice. Pacienta jsem poučila, o nutnosti se zpočátku šetřit a příliš se nenamáhat, nepobývat v prašném prostředí a vyhýbat se zakouřeným místnostem.

(10)

11. OŠETŘOVATELSKÝ ZÁVĚR, PROGNOZA A SEBEREFLEXE

Pacient se cítil po operaci unaveně. Pan P.V. byl zklamán prodloužením jeho pobytu v nemocnici v důsledku pooperační komplikace. Pacient byl velmi komunikativní, slušný a poctivý v dechové i pohybové rehabilitaci, ale i při vystupování a chování. Pacient se již cítí celkově lépe a 7.4. je překládán na chirurgické oddělení. Domů se velmi těšil, na svá zvířátka. Pan P.V. měl trochu obavy o jejich péči, když se o ně nemůže starat on sám. Na druhou stranu ocenil to, že si mohl trochu odpočinout od rodinného kruhu. Po propuštění se o něj bude starat manželka a budou ho navštěvovat oba synové, vnučky, jedna ze sester a snacha. Z ošetřovatelského hlediska je prognóza příznivá.

Pacient na mě působil velmi příjemně a velmi mě nadchlo jeho velké množství koníčků, zájmů a aktivit. Například chovatel drobné zvěře, dále králíků, ovcí, krav a koz. Pan P.V. je členem mysliveckého svazu a pořádá sám výstavy holubů.

(1a,b)

D. ZDROJE INFORMACÍ:

1. Pacient -1a rozhovor
 -1b pozorování

2. Dokumentace

3. Personál

4. PETROVICKÝ, P. a kolektiv: *Anatomie dýchacího ústrojí*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-108-0.(50s.)

5. PACOVSKÝ, V., STŇKOVÁ, M.: *Vnitřní lékařství pro 3. ročník středních zdravotnických škol*, 1. díl. Praha: Nakladatelství Scientia medica, spol. s.r.o., 1996. ISBN 80-85526-55-7. (48s.)

6. DVOŘÁČKOVÁ, B.: *Co potřebujete vědět o nádorech plic?* [online]. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2003. [cit.06-04-11]. Dostupné na: www.onko.cz.

7. VOTRUBA, J.: *Plicní rakovina* [online]. Praha: Pneumologická klinika 1. LF UK, 2003. [cit.06-04-11]. Dostupné na: www.nekurte.cz.

8. PAFKO, P. a kolektiv: *Causae of mortis v chirurgii na přelomu tisíciletí*. Praha: Nakladatelství Galén, 2005. ISBN 80-7262-300-1. (43s.)

9. FANTA, J.: *Obecná chirurgie* [online]. Praha: Chirurgická klinika 3. LF UK, 2005. [cit.06-05-02]. Dostupné na: www.chirweb.cz.

10. MUSILOVÁ, L.: *Změna životního stylu u lidí s nádorovým onemocněním plic* (diplomová práce), Praha: 1. LF UK, 2005.(27-61s.)

11. VUČKOVÁ, J. *Ošetřovatelství –II*. Praha: Fortuna, 1995. ISBN 80-7168-260-8.(143s.)

12. STAŇKOVÁ, M.: České ošetřovatelství 4. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN: 57-861-99.

13. STAŇKOVÁ, M.: České ošetřovatelství 6. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN: 57-873-00.

14. DOENGES, E.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry, druhé, přepracované rozšířené vydání*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN: 80-247-0242-8.

Přílohy

Seznam příloh

- č. 1. Vstupní ošetřovatelský záznam
- č. 2. Ošetřovatelský plán
- č. 3. Operační protokol
- č. 4. Teplotní tabulka
- č. 5. Monitoring fyziologických funkcí
- č. 6. Základní nutriční screening
- č. 7. Bilance tekutin
- č. 8. Formulář vyhodnocení bolesti
- č. 9. Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové
- č. 10. Barthelův test základních denních činností (ADL)
- č. 11. Hodnocení rizika pádu
- č. 12. Odsávací souprava na jedno použití, CT obraz pneumotoraxu s podkožním emfyzémem

Plán ošetrovateľskej péče

Ošetrovateľské diagnózy aktuálne a potenciálne ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojovaní potrieb seřazené v pořadí jejich naléhavosti	Cíle ošetrovateľské péče časově vymezené a měřitelné cíle	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sester zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče		
			efekt (ve vztahu k cílům)	Datum	podpis primární sestry
6. Pacient má narušené krvácaní dle si pravidla, námi v detailu dle uspokojení manipulace	Pacient má jasně vymezené požadavky a zachovávat si krvácaní dle uspokojení	<ul style="list-style-type: none"> • Opatření při krvácaní, převlékání léžáka a přebalování dle uspokojení • Opatření při krvácaní dle uspokojení pacienta na / celkové zdraví / převlékání / • Opatření dle uspokojení pacienta oproti uspokojení při krvácaní • Opatření dle uspokojení pacienta převlékání / celkové zdraví / 	Cíl splněn.	4.4.	Štefánková
7. Pacient má narušené krvácaní dle si pravidla, námi v detailu dle uspokojení manipulace	Pacient má jasně vymezené požadavky a zachovávat si krvácaní dle uspokojení	<ul style="list-style-type: none"> • Edukace pacienta o nutnosti dodržit pravidla krvácaní dle uspokojení • Opatření dle uspokojení pacienta převlékání / celkové zdraví / • Opatření dle uspokojení pacienta převlékání / celkové zdraví / 	Cíl splněn.	4.4.	Štefánková

Obecná rizika (zatržni, je-li u nemocného v anamnéze)

nikotinizmus		<input checked="" type="radio"/> ne	ano	pokud ano, kolik denně <i>dvě až pět před 15 lety</i>
alkoholismus		<input checked="" type="radio"/> ne	ano	<i>30-40 gramů 10% lihovin denně</i>
drogy		<input checked="" type="radio"/> ne	ano	pokud ano, jaké a jak dlouho.....
alergie :	jidlo	<input checked="" type="radio"/> ne	ano	pokud ano, které.....
	léky	<input checked="" type="radio"/> ne	ano	pokud ano, které.....
	jiné	<input checked="" type="radio"/> ne	ano	pokud ano, na co.....
dekubity (změř)				
pneumonie (změř)				

Důležité informace o stavu nemocného: *Pl. A. K. (60 l.) - 70 letý muž s dlouholetou anamnézou, nutná doplnění při základních diagnostických vyšetřeních, pacient léčí na řadě nemocí, předchozí onemocnění: hypertenze, diabetes mellitus, onemocnění srdce, onemocnění žil, onemocnění cév, onemocnění dýchacích cest, onemocnění trávicího systému, onemocnění pohybového aparátu, onemocnění ucha, nosu a hrtanu, onemocnění kůže a svalů.*

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? *na plánovanou operaci plíce*
 2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? *nevim*
 3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? *raději nevim*
 4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane? *plánovaná operace a léčba*
 5. Jaké to pro vás je být v nemocnici? *pobyt není na rozdíl příjemný*
 6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici? *14 dní*
 7. Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu? *ano*
 8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu? *ano*
 9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici? *ne*
- upřesněte.....

Stupeň soběstačnosti (je-li porušena, změřte stupeň poruchy) *Barthelův index základních denních činností (ADL) - 60 bodů - 70 letý muž s dlouholetou anamnézou*

Komunikace:

- stav vědomí	<u>při vědomí</u>	somnolence	koma
- kontakt navázán	<u>rychle</u>	s obtížemi	nenavázán
- komunikace	<u>bez problémů</u>	bariéry	nekomunikuje
- spolupráce	<u>snaha spolupracovat</u>	nedůvěřivost	odmítá spolupráci

Hodnocení nemocného

1. Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného ? ano ne
pokud ano, upřesněte: *bolest opurnou rány při pohybu*
- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím ano ne
pokud ano, upřesněte.....
jak dlouho ?
- Na čem je vaše bolest závislá ? *na pohybu*
- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíži) ? *musím se pohybovat, užívám prášky*
- Kde pociťujete bolest ? *na hrudi, na křížku*
- Pokud budete mít u nás bolesti/potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění ? *podávat léky, masáže*

Objektivní hodnocení sestry :

Pocit pohodlí (lůžko, teplo) *dobrý, pro pacienta v nemocnici příjemný, čistota a pohodlí*
Charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte):
Pacient udává bolest, intenzita 3-4, lokalizace v oblasti hrudi a křížku, bolest a intenzita se mění v závislosti na pohybu.

2. Dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním ? ano ne
pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice ? ano ne
pokud ano, upřesněte.....
Jak jste je zvládal ?
- Máte nyní potíže s dýcháním ? ano ne
pokud ano, co by vám pomohlo ? *musím se pohybovat, užívat léky, podávat kyslík*
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů ? ano ne nevím
pokud ano, zvládnete to ? *ano, pokud budu mít nějaké obtíže*
- Kouříte ? ano ne
pokud ano, kolik ? *ne Kouřím, 30-40 cigaret denně (10-15 litru)*

Objektivní hodnocení sestry: dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.

Pacient si dýchá normálně, dýchání je pravidelné, frekvence je 12-14, kašel je suchý, sputum není. Pacient nemá rýmu, kašel, ani jiné příznaky. Pacient si dýchá normálně, dýchání je pravidelné, frekvence je 12-14, kašel je suchý, sputum není.

3. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám ? ano ne
- Potřebujete pomoc při mytí ? ano ne
- Potřebujete pomoc při čištění zubů ? ano ne

6. Příjem tekutin

- Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl ?
 zvýšil snížil nezměnil
- Co rád pijete ? vodu mléko ovocné šťávy
- kávu čaj nealkoholické nápoje
- Co nepijete rád ? nikdy
- Kolik tekutin denně vypijete ? 1,5 l / den
- Máte k dispozici dostatek tekutin ? (ano) ne

Objektivní hodnocení sestry: *projevy dehydratace*

Příjem tekutin je normální, nic co by mohlo ověřit podrobněji na dotaz.

7. Vyprazdňování střeva

- Jak často chodíte obvykle na stolicí ? 1x denně
- Máte obvykle normální stolicí
 zácpu
 průjem
- Kdy se obvykle vyprazdňujete ? normálně
- Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil ? ano (ne)
 pokud ano, co to je ?
- Berete si projimadlo ? nikdy
 příležitostně
 často
 pravidelně
- Máte nyní problémy se stolicí ? ano (ne)
 pokud ano, jak by se daly řešit ?

Objektivní hodnocení sestry:

Pacient volně na stolicí, normální, pravidelně, bez problémů.

8. Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice ?
 (ano) trochu ne
 pokud ano, upřesněte při vyšetření močového měchýře (3 dny)
 Jak jste je zvládal ? pije hodně tekutin
- Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici ?
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice ?
 ano (ne)
 pokud ano, myslíte, že to zvládnete ?

Objektivní hodnocení sestry:

Pacient má pravidelné močení, bez problémů, očekává, že to zvládne.

9. Lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí ? ano ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím ? ano ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil ? ano ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění ? ano ne nevím
- pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete ?

Objektivní hodnocení sestry:

pacient má po operaci chůzi v klidu na lůžku.

10. Smyslové funkce

- Máte potíže se zrakem ? ano ne
- pokud ano, upřesněte *bylina do 15D*
- Nosíte brýle ? ano ne
- Pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? *ne*
- Slyšíte dobře ? ano ne
- pokud ne, užíváte naslouchadlo ? ano ne
- jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl ?.....

Objektivní hodnocení sestry:

*pacient má brýle na dohled 15D. jinak další problémy nemá.
brýle nemá P.V. vypravit!*

11. Fyzická a psychická aktivita

- Chodíte do zaměstnání ? Pokud ano, co děláte ? *dělník (zářivý svět)*
- Máte potíže pohybovat se v domácnosti ? ano ne
- Máte doporučeno nějaké cvičení ? ano ne
- pokud ano, upřesněte... *dělník rehabilitace*
- Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici ? ano ne
- Co děláte rád ve volném čase ? *u básně, angličtiny, čtení, sledování seriálů*
- Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici ?
čtení, hudba, kárty
- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění ? *ne, ano*

Objektivní hodnocení sestry:

*pacient má klid a vzhledu psychického stavu.
doplnění na kmitání 104 bodů ho akce 12 bodů.
Kla ADL 60 bodů = 104 bodů akce 12 bodů.*

12. Odpočinek / spánek

- Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? *10 hodin*
- Máte doma potíže se spánkem ano ne
 pokud ano, upřesněte.....
- Kolik hodin obvykle spíte? *10 hodin*
- Usínáte obvykle těžko? ano ne
- Budíte se příliš brzy? ano ne
 pokud ano, upřesněte.....
- Co podle vás způsobuje vaše potíže?.....
- Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát? *Ano, kouření TV*
- Berete doma léky na spání? ano ne
 pokud ano, které.....
- Zdřímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? *ano, 15 min.*

Objektivní hodnocení sestry:

*Unava, denní a noční spánek apod.
 Pacient má potíže usnout, spánek je povrchní, v noci se probouzí.
 Spánek je obvykle 10 hodin, usíná těžko, probouzí se dříve než chce.
 Pacient si užívá kouření TV a kouření. Pacient si užívá kouření.*

13. Sexualita

- (otázky závisí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)*
- Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu?
 ano ne
 pokud ano, upřesněte.....
 - Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život?
 ano ne
 pokud ano, upřesněte.....

*- pacient o sexualitě nechce hovořit, pacient si nevadí mluvit o intimním životě.
 - otázky nebyly položeny*

14. Psychologické hodnocení (podtrhni charakteristiku)

- emocionalita stabilní spíše stabilní labilní
- autoregulace dobře se ovládá hůře se ovládá
- adaptabilita přizpůsobivý nepřizpůsobivý
- příjem a uchování informací: bez zkreslení zkresleně (neúplně)
- orientace orientován dezorientován
 (časem, osobou, místem)
- celkové ladění úzkostlivý smutný rozzlobený
smutný sklíčený apatický

3. CHIRURGICKÁ KLINIKA
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA UNIVERSITY KARLOVY
Přednosta: Prof. MUDr. Pavel Paško, DrSc.
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 - Motol, tel. 24438001

Operační protokol

Pacient: _____ Rodné číslo: _____
Pojišťovna: 111
Datum operace: 31.03.2006 Zač. operace: 12:50
Délka operace: 01:11 Konec operace: 14:01

Anestesiolog: _____ Typ anestezie: celková

Operatér: _____

Asistence: _____

Instrumentace:
Obíhající sestra:

Operační dg:
Carcinoma lobi sup. pulm.l.dx.vs

Operační výkon:
lobectomy sup. pulm.l.dx.
lymphadenectomy

V klidné celkové anestezii anterolaterální torakotomie vpravo. Pleurální dutina volná, bez generalizace. V horní laloku je ve 2. segmentu periferní tumor 3x2x2cm, vtahující visv.pleuru. V hilu zvětšené uzliny, stejně jako v oblasti 4R, kde je uzlina 2x2x1cm. Rozhodujeme se pro horní lobektomii. Nejprve preaprujeme cévy pro horní lalok, truncus apicoventralis, a horní plicní žílu. Cévy přerušeny zvyklým způsobem, střední a horní lalok rozdělen staplerem TCT 75 1x. Uzliny šedočerné do 1cm č.10,11,12 na histologii. Vypreparována tepenka pro 2.segment, přerušena, nakonec vypreparován horní lobární bronchus, na svorce horní lobektomie. Pahýl POB negativní, uzavřen ve dvou vrstvách vzduchotěsně. Dále odstraněna uzlina 2x2x1 cm z dolní paratrach.oblasti, která makroskopicky susp. z ev. nádor.postižení. Ad def.histologie. Plice se dobře rozvinula, hrudní dren na sání, sušení sohlasilo, střední lalok fixován proti rotaci jedním stehem. Torakotomie uzavřena po vrstvách.

Doc.MUDr. _____, CSc.
31.03.2006-14:10

Kódy výkonů pro pojišťovnu:
57247(1x), 3-13010(1x), 3-13009(1x)
3-13010(1x) STAPLER LINEÁRNÍ S BŘÍTEM TCT75 TLC75
3-13009(1x) ZÁSOBNÍK DO LIN. STAPLERU S BŘÍTEM TCR75 TRT75

Příloha č. 5 - Monitoring fyziologických funkcí – 1.4 až 4.4. 2006

1.4. 2006	Ráno	Poledne	Večer
Tělesná teplota (stupňů Celsia)	38,0	36,7	36,0
Tlak krevní	118/63	102/66	152/77
Puls/min	90	83	79
Dechová frekvence/min	25	22	18
Dechový výdej (ml)	250	250	200
Saturace (%)	97 s kyslíkem	99 s kyslíkem	97 s kyslíkem

2.4. 2006	Ráno	Poledne	Večer
Tělesná teplota (stupňů Celsia)	36,5	37,3	36,3
Tlak krevní	107/56	134/70	133/75
Puls/min	82	85	84
Dechová frekvence/min	25	30	20
Dechový výdej (ml)	500	300	250
Saturace (%)	97 s kyslíkem	97 s kyslíkem	99 s kyslíkem

3.4. 2006	Ráno	Poledne	Večer
Tělesná teplota (stupňů Celsia)	37,7	36,4	36,3
Tlak krevní	130/55	97/62	111/68
Puls/min	96	70	90
Dechová frekvence/min	14	20	15
Dechový výdej (ml)	300	250	350
Saturace (%)	98 s kyslíkem	98 s kyslíkem	97 s kyslíkem

4.4. 2006	Ráno	Poledne	Večer
Tělesná teplota (stupňů Celsia)	36,0	36,0	36,9
Tlak krevní	112/67	111/67	123/67
Puls/min	82	81	80
Dechová frekvence/min	15	20	22
Dechový výdej (ml)	200	200	200
Saturace (%)	97 s kyslíkem	95 s kyslíkem	94 s kyslíkem

- Monitoring fyziologických funkcí – 5. 4. až 7.4. 2006

5.4. 2006	Ráno	Večer
Tělesná teplota (stupňů Celsia)	36,2	36,3
Tlak krevní	157/82	126/74
Puls/min	83	85
Dechová frekvence/min	19	21
Dechový výdej (ml)	200	200
Saturace (%)	95 s kyslíkem	92 bez kyslíku

6.4. 2006	Ráno	Večer
Tělesná teplota (stupňů Celsia)	36,0	36,5
Tlak krevní	137/82	139/79
Puls/min	82	70
Dechová frekvence/min	26	18
Dechový výdej (ml)	200	200
Saturace (%)	94 bez kyslíku	94 bez kyslíku

7.4. 2006	Ráno	Večer
Tělesná teplota (stupňů Celsia)	36,3	36,2
Tlak krevní	145/80	129/66
Puls/min	79	70
Dechová frekvence/min	25	12
Dechový výdej (ml)	250	200
Saturace (%)	93 bez kyslíku	96 bez kyslíku

Příloha č. 6.

Základní nutriční screening

(zpracováno s použitím Nottinghamského dotazníku)

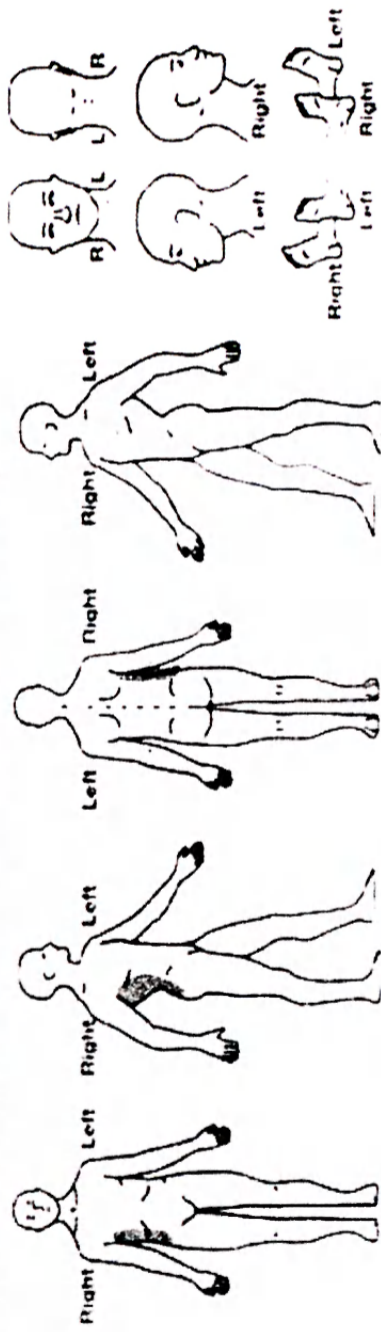
Datum <i>3.4.2006</i>		Oddělení			
Meno <i>P.</i>	Příjmení <i>V.</i>	Titul	Pojišťovna <i>XXX</i>	Rodné číslo <i>XXXX</i>	
ohlaví <i>muž</i>	Hmotnost <i>75 kg</i>	Výška <i>178 cm</i>	BMI (kg·m ⁻²) <i>23,7</i>		
elze-li pacienta změřit a zvážit			2		
elze-li od pacienta získat informace			3		
(v takovém případě nevyplňujeme body B,C,D)					
j) Věk	do 65 let	0			
	nad 65 let	1			
	nad 70 let	2			
k) BMI:	20-35	0			
	18-20, nad 35	1			
	pod 18	2			
l) Ztráta hmotnosti (nechtěná)	žádná	0			
	do 3 kg/3 měsíce	1			
	3 kg-6 kg/3 měsíce nebo volné šatstvo	2			
	více než 6 kg/3 měsíce	3			
m) Jídlo za poslední 3 týdny	beze změn v množství	0			
	poloviční porce	1			
	ji občas nebo neji	2			
n) Projevy nemoci	žádné	0			
	bolesti břicha, nechutenství	1			
	zvracení, průjem nad 6/den	2			
o) Faktor stresu	žádný	0			
	střední	1			
	vysoký	2			
<p>Střední faktor stresu - chronické onemocnění, diabetes mellitus, menší a nekomplikovaný chirurgický výkon</p> <p>Vysoký faktor stresu - akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP či ARO</p> <p>Index: (A + B + C + D + E + F)</p>					
0-3	0	bez nutnosti zvláštní intervence			
4-7	+	nutné vyšetření dietní sestrou, speciální dieta			
8 a víc	!	malnutrice ohrožující život či průběh choroby, bezpodmínečně nutná speciální nutriční léčba			
Vypočtené skóre: <i>3</i>					
Podpis zpracovatele: <i>Burda</i>					

Formulář na vyhodnocení bolesti

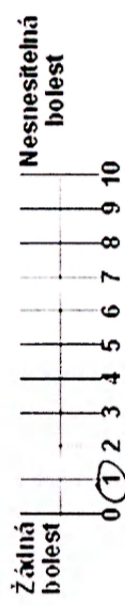
Jméno pacienta: *P.V.* Datum: *3.4.2006*

Diagnóza: *Navrácenou prou žemou kůží*

1. Lokality bolesti (pacient nebo sestra označí anatomickou lokalitu)



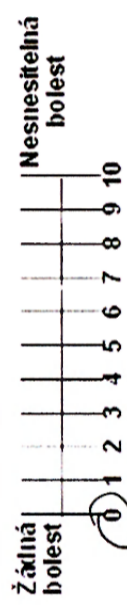
2. Současná intenzita bolesti



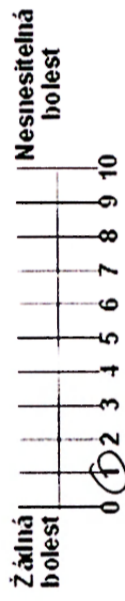
3. Největší intenzita bolesti:



4. Nejnižší intenzita bolesti:



5. Přijatelný stupeň bolesti:



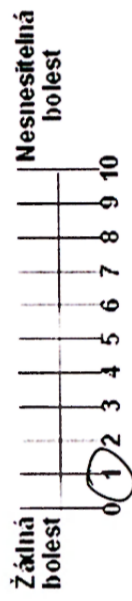
6. Druh bolesti: (použijte pacientova termínu fezavá bodavá, ostrá, tupá, pulsující apod.)

7. Bolest: stálá

její intenzita se mění

přichází a odchází

8. Účinnost medikace při léčbě bolesti hodnotí pacient jako:



Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita
úplná	4 do 10	4 normální	4 žádná	4 dobrý	4 dobrý	4 úplná	4 není	4 chodí
malá	3 do 30	3 alergie	3 *	3 zhoršený	3 apatický	3 částečně omezená	3 občas	3 doprovod
částečná	2 do 60	2 vlhká	2	2 špatný	2 zmatený	2 velmi omezená	2 převážně močová	2 sedačka
žádná	1 60+	1 suchá	1	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 žádná	1 stolice i moč	1 upoután na lůžko

* diabetes, horečka, anémie, kechexie, onemocnění cév, obezita, karcinom atd. podle stupně závažnosti 3 – 1 bod. Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko!).

Jméno.....

P.V.

Celkové bodové hodnocení.....

16

Datum.....

3. 4. 2006

**Barthelův test základních všedních činností
(ADL – activity daily living)**

Činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti : 0 – 40 bodů
45 – 60 bodů
65 – 95 bodů
96 – 100 bodů

vysoce závislý
závislost středního stupně
lehká závislost
nezávislý

60,6



FN MOTOL

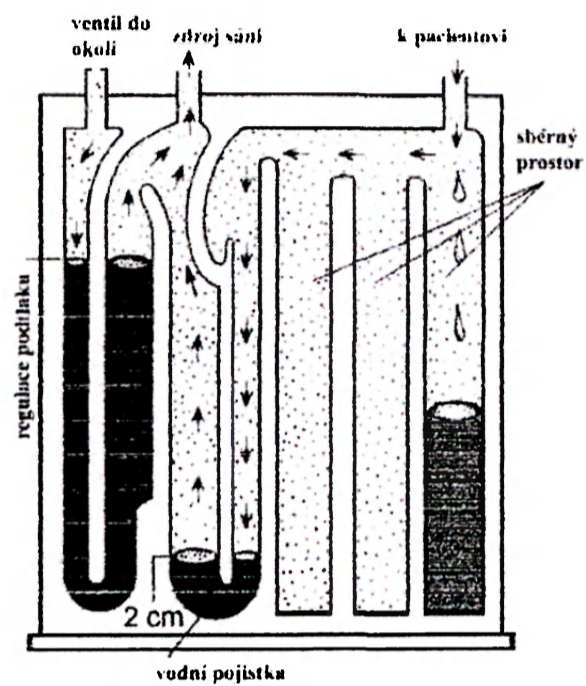
Pracoviště: *2001*Oddělení: *2001*Jméno pacienta: *Jan P.*

HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU

Pohyb	Neomezený	0	Smyslové poruchy	Zádné	(0)
	Používá pomůcky	1		Vizuální, smyslové, Smyslový deficit	1
Vyprazdňování	Potřebuje pomoc k poňbu	1	Mentální status	Orientován	(0)
	Neschopen přesunu	1		Občasná noční dezorientace	1
	Nevyžaduje pomoc	0	Dřívější dezorientace/demence	1	
	V anamnéze Nykturie/inkontinence	1	Věk	18 - 75	(0)
Medikace	Vyžaduje pomoc	1	Pád v anamnéze	75 a vyšší	1
	Neužívá nízkové léky	0			1
	Užívá následující léky: <input checked="" type="checkbox"/> Diuretika <input checked="" type="checkbox"/> Antiepileptika <input checked="" type="checkbox"/> Antiparkinsonika <input checked="" type="checkbox"/> Antihypertenziva <input checked="" type="checkbox"/> Psychotropní látky <input checked="" type="checkbox"/> Benzodiazepiny	1	Celkové skóre		
Skóre vyšší než 3 – postupujte podle metodického pokynu „Riziko pádu“					

Datum zhodnocení: *3.4.20*Podpis sestry, která provedla hodnocení: *[Signature]*

Příloha č. 12. Odsávací souprava na jedno použití, CT obraz PNO s podkožním emfyzémem



odsávací souprava na jedno použití



CT obraz PNO s podkožním emfyzémem.