

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetřovatelství*



**Věra Vinická**

**Ošetřovatelská péče o pacienta se submandibulárním abscesem**

*Nursing Care about patient  
with submandibular abscess*

*Bakalářská práce*

Praha, 2014

Autor práce: **Věra Vinická**  
Studijní program: Ošetřovatelství  
Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Tereza Bakusová**  
Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství**  
Odborný konzultant: **MUDr. Jindřich Kubasta**  
Pracoviště odborného konzultanta: **Soukromá stomatologická  
ordinace, Praha 7**

Předpokládaný termín obhajoby: 8.9. 2014

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne 20.8. 2014

Věra Vinická

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu MUDr. Jindřichovi Kubastovi za odborné vedení mé práce. Dále bych chtěla poděkovat mé vedoucí práce Mgr. Tereze Bakusové za trpělivost, vstřícnost, podnětné připomínky a také za čas, který mi věnovala.

V neposlední řadě bych ráda poděkovala svým nejbližším a to zejména své tetě a příteli za pochopení, trpělivost a velkou podporu, kterou mi projevovali v průběhu studia na 3. lékařské fakultě i při vypracování této bakalářské práce.

## Obsah

<b>1 Úvod</b> .....	3
<b>2 Klinická část</b> .....	4
2.1 Úvod do problematiky.....	4
2.2 Anatomie dolní čelisti.....	5
2.2.1 Struktura dolní čelisti.....	6
2.2.2 Cévní a nervové zásobení dolní čelisti.....	7
2.2.3 Topografické vztahy dolní čelisti.....	7
2.3 Vývoj a fyziologie dolní čelisti.....	9
2.3.1 Osifikace a růst.....	9
2.3.2 Fyziologické vlastnosti dolní čelisti.....	10
2.3.3 Vývoj dolní čelisti během života.....	11
2.4 Přehled onemocnění dolní čelisti.....	12
2.5 Absces submandibularis - kolemčelistní zánět.....	12
2.5.1 Záněty v okolí horní čelisti.....	13
2.5.2 Záněty v okolí dolní čelisti.....	14
2.6 Příčiny vzniku zánětu.....	14
2.7 Klinické příznaky okoločelistního zánětu.....	16
2.8 Komplikace okoločelistního zánětu.....	17
2.9 Diagnostika a zobrazující metody.....	19
2.10 Léčba.....	21
2.10.1 Antibiotiková terapie.....	21
2.10.2 Chirurgická léčba.....	22
2.10.3 Doplnková léčba.....	24
2.11 Předoperační příprava pacienta před stomatochirurgickým výkonem.....	25
2.12 Poučení pacienta po stomatochirurgickém výkonu.....	26
2.13 Základní údaje o nemocném.....	28
2.13.1 Údaje z lékařské dokumentace.....	28
2.13.2 Přehled diagnostické péče.....	29
<b>3 Ošetrovatelská část</b> .....	33
3.1 Ošetrovatelský proces.....	33
3.2 "Model fungujícího zdraví" Marjory Gordonové .....	35

3.3 Ošetrovateľská anamnéza.....	37
3.4 Ošetrovateľské diagnózy.....	42
3.4.1 Aktuálne ošetrovateľské diagnózy.....	43
3.4.2 Potencionálne ošetrovateľské diagnózy.....	52
3.5 Dlhodobý ošetrovateľský plán.....	59
3.6 Sociálne a psychologické hodnotenie pacienta.....	62
3.7 Edukačný plán nemocného.....	63
3.8 Ošetrovateľský záver a prognóza.....	65
<b>4 Záver.....</b>	<b>66</b>
<b>5 Seznam literatury.....</b>	<b>67</b>
<b>6 Seznam príloh.....</b>	<b>68</b>

# 1. ÚVOD

Pro svou závěrečnou bakalářskou práci jsem si vybrala komplexní zpracování případové studie ošetrovatelské péče u pacienta R. K. ve věku 48 let, který byl hospitalizován na lůžkovém stomatochirurgickém oddělení s diagnózou submandibulárního a perimandibulárního abscesu. Zpracování ošetrovatelské kazuistiky jsem si zvolila v souvislosti se svým pracovištěm - stomatochirurgické oddělení kliniky ústní, čelistní a obličejové chirurgie. Mé rozhodnutí věnovat se problematice submandibulárního abscesu vyplynulo ze skutečnosti, že na našem pracovišti se toto onemocnění vyskytuje poměrně často - 50% pacientů ročně navštíví s tímto problémem naši kliniku. Cílem mé práce je nastínit problematiku ošetrovatelské péče při léčbě čelistních onemocnění invazivní cestou.

Klinická část zahrnuje anatomii dolní čelisti, charakteristiku onemocnění, příčiny vzniku onemocnění, klinické příznaky, diagnostiku, léčbu, prevenci a doporučenou pooperační péči.

V ošetrovatelské části práce popisuji průběh hospitalizace a ošetrovatelskou anamnézu. Dále se zabývám stručnou charakteristikou ošetrovatelského procesu a ošetrovatelským modelem Marjory Gordonové. Tento model preferuji z důvodu jednoduchosti a celistvosti ve vztahu k člověku a k jeho nemoci. Informace o nemocném jsem získala z lékařské dokumentace, z rozhovoru s pacientem, který byl veden podle anamnestického dotazníku pro výukové potřeby 3. lékařské fakulty UK a na základě vlastního pozorování. Po odebrání anamnézy jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy, následně zpracovala krátkodobý ošetrovatelský plán, realizace a hodnocení k prvnímu pooperačnímu dni hospitalizace. V dalším průběhu hospitalizace jsem zhodnotila dlouhodobý ošetrovatelský plán. Ošetrovatelská část práce je doplněna kapitolou o sociálním a psychologickém hodnocení a nezbytnou edukací nemocného. Na závěr zmiňuji prognózu onemocnění.

Práce je ukončena seznamem literatury, přílohami a seznamem obrázků.

## 2. KLINICKÁ ČÁST

### 2.1 Úvod do problematiky

"Stomatochirurgie, často nazývaná také ústní, čelistní a obličejová chirurgie, se zabývá chirurgickými onemocněními orofaciální oblasti. (1)

Ústní, čelistní a obličejová chirurgie se rozděluje na dvě skupiny: chirurgii dentoalveolární a maxilofaciální. Náplní dentoalveolární chirurgie jsou malé chirurgické výkony v oblasti zubu, alveolárního výběžku čelisti a měkkých tkání dutiny ústní. Jsou to například extrakce zubů nebo jejich kořenů, ošetření menších zubních úrazů, zubní replantace, zavádění nitrokostních implantátů, ošetření subperiostálních a submukózních abscesů nebo odstranění čelistních cyst, benigních nádorů a prekancerózních slizničních změn. Většina těchto výkonů se řeší ambulantně. Náplní maxilofaciální chirurgie je léčba závažných zánětlivých onemocnění v maxilofaciální oblasti, ošetření nádorů, zlomenin čelistních kostí, rozsáhlejších úrazů měkkých tkání v této oblasti nebo také chirurgické ošetření čelistních a obličejových anomálií. (2)

Před chirurgickým výkonem, jakkoliv malého rozsahu, je nutné ujistit se o nutnosti provedení tohoto zákroku. Dále jsou nezbytné potřebné znalosti a dovednosti, schopnost splnit očekávání pacienta, maximální šetrnost a schopnost řešit komplikace či náhlé příhody, které mohou nastat. (3)

Hojení rány v ústech je závislé na řadě faktorů, především na celkové regenerační kapacitě organismu, na rozsahu a povaze poranění tkání. Orofaciální oblast je výborně cévně zásobená a také kapacita místní odpovědi orální sliznice je dobrý předpoklad pro rychlé hojení. Poruchy hojení jsou v této lokalitě vzácné, obvykle souvisí s přítomností celkového onemocnění. Typ poranění a jeho povaha však mohou ovlivnit průběh hojení. Průběh fyziologického hojení lze rozdělit na 3 etapy: fáze exudace, proliferace a regenerace. (4)

Cílem ošetření rány je zabránit vzniku defektu tkání. Pokud dojde k náhradě ztracených tkání identickou, nově tvořenou tkání, jedná se o regeneraci. Jejich náhrada odlišnou tkání se označuje jako reparace (náhrada pojivovou tkání, tvorba jizvy). (4)



Primární hojení rány (*sanatio per primam intentionem*) je charakteristické nerušeným průběhem hojení, okraje rány jsou perfektně a přesně adaptované, vzniká nepatrná zánětlivá reakce. Příkladem je chirurgická řezná rána, ošetřená primární suturou. Pro sekundární hojení (*sanatio per secundam intentionem*) je typické prodloužené hojení. Dochází k prodloužení všech 3 fází hojení v důsledku nekrózy tkání a výrazné zánětlivé reakce. Příkladem je hojení extrakční rány nebo hojení po rozpadu (*dehiscenci*) sutury. Příčinou porušeného hojení může být infekce v ráně případně *dehiscence* rány. Infekce rány se může vyskytnout v případě kontaminace rány, ponechání, zanesení cizího tělesa, nesterilního ošetření rány nebo tvorby hematomu. (4)

Ke kontaminaci rány může dojít v souvislosti s přítomností dentálního plaku v ústech. Plak je měkký, tuhý, lepivý, histologicky strukturovaný zubní povlak. Nachází se obvykle v mezizubních prostorech, v oblasti dásňového žlábků a nelze ho odstranit vodním sprejem. Skládá se z bakterií, produktů jejich látkové výměny, zbytků potravy, stržených epitelových buněk, buněčných zbytků a složek slin. Přibližně 90% objemu plaku tvoří bakterie, jejich množství v povlaku je velmi vysoké, cca  $10^6$ - $10^8$  bakterií na 1 mg mokré váhy. (5)

## 2.2 Anatomie dolní čelisti

Dolní čelist - *mandibula*, je největší a nejsilnější kost obličeje. Je nepárová. Je složena ze zahnutého, ventrálně konvexního těla - *corpus mandibulae* a dvou širokých ramen - *rami mandibulae*, která vybíhají vzhůru z dorsální části těla. Přechod těla v ramena je označován jako úhel - *angulus mandibulae*, který je u mužů mohutnější a více zakřiven než u žen. Mandibula je původně tvořena ze dvou kostí, spojených ve střední čáře sponou z vazivové chrupavky - *symphysis menti*. Tato spona okolo prvního roku života osifikuje v kost. Na jejím místě pak zůstává pouze drobná rýha. (6)

## 2.2.1 Struktura dolní čelisti

Horní okraj - *pars alveolaris, processus alveolaris* - těla mandibuly je uspořádán do podoby funkčního nástavce pro zuby jako u maxily (tj. včetně *alveoli dentales* a *juga alveolaria*). Vpředu na zevní ploše vystupuje bradové vyklenutí - *protuberantia mentalis*, vybíhající v hrbolky - *tubercula mentalia*. Zevně a kraniálněji je bradový otvor - *foramen mentale*, představující přední ústí kanálu dolní čelisti - *canalis mandibulae*, zatímco jeho zadní ústí - *foramen mandibulae* - leží na vnitřní straně ramena dolní čelisti. Kanálem probíhá nervus *alveolaris inferior* (z třetí větve trojklaného nervu) se stejnojmennou tepnou a žílou. Vstup do kanálu vpředu ohraničuje jazýčkovitý výběžek - *lingula*. Od ní směrem vzhůru ke krčku běží krčková jáma - *fossa colli mandibulae*, vzadu omezená nízkou krčkovou hranou - *crista colli mandibulae*. Dotek hrany hrotem injekční jehly signalizuje dostatečný průnik jehly při provádění svodné anestezie třetí větve trojklaného nervu. Ve středu vnitřní plochy je bradový trn - *spina mentalis*, zevně od něj leží jamka pro úpon dvoubříškového svalu - *fossa digastrica*. Šikmá čára - *linea mylohyoidea* - odděluje horní jamku - *fovea sublingualis* - od hlubší dolní jamky - *fovea submandibularis*, obě pro slinné žlázy.

Oploštělé rameno dolní čelisti - *ramus mandibulae* - vytváří kraniálně dva výběžky: dorzální kloubní výběžek - *processus condylaris* - vybíhá v hlavičku - *caput mandibulae*, zužující se v krček - *collum mandibulae*. Pod hlavičkou je jamka - *fovea pterygoidea* - pro úpon *musculus pterygoideus lateralis*. Ventrální výběžek - *processus coronoideus seu temporalis* - je místem úponu mohutného *musculus temporalis*. Z výběžku dopředu sbíhá šikmá čára - *linea obliqua*. Její horní přední okraj je hmatný přes ústní sliznici zevně od raphe *buccopharyngea* a nazývá se přední hrana - *margo anterior*. Na mediální straně pak obdobně sbíhá hrana - *crista temporalis*. Tyto hrany za třetí stoličkou vymezují úzký trojúhelníkový prostor - *trigonum retromolare*, někdy využitelný pro zasunutí sondy.

Oba výběžky jsou odděleny zářezem - *incisura mandibulae (semilunaris)*. Pod ním leží otvor do mandibulárního kanálu - *foramen mandibulae*, vpředu ohraničený jazýčkovitou *lingula mandibulae*.

Rameno dolní čelisti je k jejímu tělu připojeno v úhlu - *angulus mandibulae*- o rozsahu 120-125° (u dospělého).

Na zevní straně úhlu je drsnatina - *tuberositas masseterica* - pro úpon *musculus masseter*, na obdobnou drsnatinu na vnitřní ploše - *tuberositas pterygoidea* - se připíná *musculus pterygoideus medialis*. (7)

### **2.2.2 Cévní a nervové zásobení dolní čelisti**

Dolní čelist je živena větvemi *arteria alveolaris inferior* a z *arteria maxillaris*. *Rr. dentales* tvoří řadu větví pro zuby, ozubici, stěny aveolů a dásně. Konečná větev *arteria alveolaris inferior* - *arteria mentalis* - vystupuje z foramen mentale a zásobuje bradovou krajinu. Do této krajiny mohou k frontálním zubům pronikat přes otvory nad a pod bradovým trnem i větévky z *arteria submentalis* a *arteria submandibularis* (větve z lícní tepny). Společně s tepnou a stejnojmennou žílou probíhá v *canalis mandibularis* i *nervus alveolaris inferior*, tvořící *plexus dentalis inferior*. *Nervus mentalis* je určen pro senzitivní inervaci dolního rtu a brady. (7)

### **2.2.3 Topografické vztahy dolní čelisti**

#### **Poloha v dolní obličejové části**

Zevní plocha těla dolní čelisti je podkladem bradové a tvářové krajiny a krajiny rtu. Vnitřní plocha těla dolní čelisti spoluvytváří regio submandibularis a regio sublingualis.

Zevní plocha větve dolní čelisti a části úhlu dolní čelisti tvoří podklad *regio parotideomasseterica*. Na zevní plochu větve a úhlu dolní čelisti se upíná *musculus masseter*. Na jeho předním okraji přebíhá dolní okraj mandibuly spolu se stejnojmennou žílou a. *facialis* (pulz je zde hmatný). Větev vybíhá v přední proc. *coronoideus*, uložený mediálně od jařmového oblouku proti spánkové jámě. Hlavička mandibuly leží před zevním zvukovodem a artikuluje s *os temporale*. Dozadu se *caput mandibulae* promítá na zevní zvukovod. Kolem dorzálního okraje krčku běží a. *maxillaris*.

Mediální plocha větve dolní čelisti tvoří spolu s m. pterygoideus medialis prostor - *spatium pterygomandibulare*. Na jazýček - *lingula mandibulae*, mediálně kryjící foramen mandibulae, se upíná jeden z vazů poutajících dolní čelist k lebeční bázi - *lig. sphenomandibulare*. Přes incisura mandibulae sbíhá z podspánkové jámy n. massetericus a stejnojmenné cévy pro m. masseter.

### **Dentoalveolární topografie dolní čelisti**

Oproti maxile je alveolární výběžek dolní čelisti mohutný, a to zejména u kořenů zadních zubů. Lamely kompakty jsou tenké pouze u frontálních zubů. V oblasti brady je vestibulární lamela perforována, proto anestetikum vstříkované k periostu rychle proniká do spongiózy ke kořenům řezáků.

Alveoly zubů dolní čelisti jsou vzhledem k ose alveolárního výběžku uloženy excentricky: frontální a třenové zuby jsou uloženy směrem k vestibulu, osa alveolů první dolní stoličky se shoduje s osou processus alveolaris, další stoličky jsou vysunuty k ústní dutině. Tím se mění i poměr mezi tloušťkou prealveolární a retroalveolární spongiózy.

### **Topografie kořenů zubů dolní čelisti**

*Kořeny dolních řezáků* jsou tenké a výrazně meziodistálně oploštěné. Obdobně i *kořen dolního špičáku* je kratší než u horního špičáku. Přes oploštění je kořen dostatečně silný, aby podmínil ztenčením kosti predilekční místo pro fraktury mandibuly. Kořen špičáku může být někdy rozštěpen na labiální a lingvální hrot nebo část.

*Kořeny dolních třenových zubů* jsou na příčném řezu oválné či kruhovitě. V alveolárním výběžku jsou vsazeny asymetricky směrem vestibulárním. Hroty kořenů jsou obvykle vzdáleny několik milimetrů od canalis mandibulae. Canalis mentalis, obvykle oddělený od kořenů třenových zubů vrstvou spongiózy, ústí v úrovni druhého premoláru.

*Kořeny dolních stoliček* jsou obvykle dva: meziální je mohutnější a zahnutý distálně. Distální kořen je kratší, méně oploštělý a také méně dozadu zakřivený.

*Kořeny druhé dolní stoličky* jsou obvykle kratší, slabší, divergují méně než u 1. moláru (tvarově jsou však obdobné).

*Kořeny třetí stoličky* velmi často splývají do podoby kužele.

### **Vztah zubních kořenů k průběhu canalis mandibulae**

Kanál probíhá těsně při hrotech kořenů třetí stoličky, směrem dopředu se od kořenů vzdaluje. Ve vztahu zubních kořenů k poloze n. alveolaris inferior existuje velká variabilita - od vzdálenosti několika milimetrů až po těsný vztah obsahu kanálu ke kořenovým hrotům. To platí zejména pro retinovanou třetí stálou stoličku. Foramen mentale leží v úrovni kořenového hrotu druhého třenového zubu. (7)

## **2.3 Vývoj a fyziologie dolní čelisti**

### **2.3.1 Osifikace a růst**

Tělo čelisti i ramena čelisti vznikají odlišným způsobem. *Corpus mandibulae* vazivově osifikuje podél zevního okraje základu mandibuly - *Meckelovy chrupavky*, která vybíhá od brady až do budoucí středoušní dutiny (kde přechází v základ kladívka). Vzniklá kost uzavírá ve žlábkou uloženém zevně a kaudálně od chrupavky budoucí n. alveolaris inferior (spolu se stejnojmennými cévami), zvětšuje se a posléze obklopí narušenou a postupně resorbovanou Meckelovu chrupavku. Ta může přetrvávat v oblasti krčku. Osifikace začíná od 6. týdne života. Další osifikační centra vznikají v proc. coronoideus a v proc. condylaris. *Ramus mandibulae* vzniká osifikací druhotné chrupavky směrem od těla k základu čelistního kloubu až k hranici s chrupavčitou hlavičkou, kde dochází k růstu mandibuly směrem kranioálním. Směr růstu a osifikace tohoto kondylárního oddílu představuje důležitý faktor ovlivňující kraniofaciální růst.

U novorozence je pravá a levá polovina těla mandibuly spojená vazivovou sponou - *symphysis menti*, která osifikuje až v 1. roce života. Bradu spoluvytvářejí i drobná variabilní *ossicula mentalia* (vznikající po 7. měsíci intrauterinního

života jako samostatná osifikační centra), která se v 1. roce připojují k protuberantia mentalis. (2)

### 2.3.2 Fyziologické vlastnosti dolní čelisti

Z hlediska mechanických vlastností je mandibula zřetelně pevnější než maxila. Silná vrstva kompakty vytváří zejména na dolním a předním okraji těla mohutný val. Relativně řídká spongióza umožňuje šíření zánětů především od kořenových hrotů stoliček. Silná kompakta a funkčně stavěná spongióza vytvářejí dva základní oddíly mandibuly: bazální oblouk a alveolární oddíl. Uložení canalis mandibulae tvoří přibližnou hranici mezi nimi. V souvislosti s tlakovým a tahovým namáháním mandibuly při žvýkání a tahu žvýkacích svalů se vytvářejí pruhy trámčiny (tzv. trajektorie), uspořádané podél alveolů a dolního okraje čelisti do typického tvaru. (2) Mechanické zatížení je charakteristicky uspořádanými trajektoriemi přenášeno přes kloub na basi lební i lební klenbu.

Poměr kompakty a spongiózy je na dolní čelisti rozdílný na corpus a ramus mandibulae. Na těle mandibuly je silná vrstva kompakty ještě zesílena na ventrální a dorsální ploše brady. Dolní a horní okraj těla mandibuly je při žvýkání zvláště silně namáhán na ohyb, a proto jsou okraje mandibuly zesíleny trajektoriemi v trámčině. Ramus mandibulae má kompaktu daleko slabší, má řídkší i spongiózu. Ramus mandibulae je proto plochý a tenký a je rovněž zesílen trajektoriemi.

Poměrně řídká spongióza mandibuly netvoří významnou překážku pro šíření infekce z alveolů, pokud je zachována kompaktní kostní výstelka dna alveolu (lamina dura). Je-li chronickým zánětem destruována, pak se infekce může do spongiózy šířit. (8)

Stěna alveolů představuje tlakové kužele, které jsou propojeny liniemi sledujícími tvar alveolárního výběžku a vybíhajícími do proc. condylaris. Další systém vybíhá vějířovitě z hrotu proc. coronoideus třemi směry. Alveolární výběžek jako celek obsahuje síťovitě uspořádanou spongiózu. Systémy trámců pak tvoří zesílení - pilíře (sbíhající dolů od stoliček a od obou výběžků větve dolní čelisti).

Exponovaná poloha mandibuly má (i přes mohutnost a pevnost kosti) za následek její časté zlomeniny, které jsou nejčastější ve čtyřech predilekčních místech, a to: v plochém angulus mandibulae s řídkou spongiózou, ve ztenčeném krčku mandibuly, ve střední čáře (v místě původního bradového švu - *symphysis menti*) při bočních nárazech na mandibulu a podél průběhu alveolu špičáku, jehož dlouhý kořen zeslabuje tělo čelisti. Dislokace fragmentů při zlomeninách jsou obvykle důsledkem značného tahu silných svalů upínajících se na dolní čelist nebo mechanismem úrazu. Zvláště závažné následky může mít dislokace fragmentu středu mandibuly odlomeného oboustranně v úrovni špičáků. Posuv fragmentu vlivem svalů dozadu a dolů vede k poklesu jazyka vzad a tím k zúžení dolní části hltanu.

### 2.3.3 Vývoj dolní čelisti během života

Novorozenecká mandibula je nízká a ve střední čáře jsou obě poloviny spojeny fibrózní symfýzou. Symfýza osifikuje od dolního okraje nahoru během prvního roku života. S růstem bradového výběžku v prvních dvou letech se mění směr foramen mentale: ze směru dopředu postupně nahoru a dozadu, jak je tomu u dospělého. V postnatálním růstu výrazně přispívá k růstu celé mandibuly aktivita růstové zóny hlavičky. Během remodelace čelisti dochází k resorpci vytvořené kosti (na přední ploše ramus mandibulae v proc. condylaris) a současně k apozici (zadní hrany ramus mandibulae). Tělo mandibuly se tak prodlužuje směrem vzad a ramus mandibulae se zvětšuje vertikálně a dozadu. Čelistní aparát obou čelistí i proporce obličejové části lebky jsou významným způsobem ovlivněny rozvojem proc. alveolaris v souvislosti s prořezáváním dočasných i stálých zubů.

Úhel mezi corpus mandibulae a ramus mandibulae, který činí u novorozence 140-150°, se postupně snižuje na 130° ve 3 letech až po 120° v dospělosti.

Ve stáří dochází k redukci alveolárního výběžku, snížení alveolů a opět se zvětšuje úhel mezi corpus mandibulae a ramus mandibulae (140°). Po ztrátě zubů nastupuje resorpce celého alveolárního výběžku a dochází k posunu foramen mentale a canalis mandibulae směrem k hornímu okraji kosti (otvor se tak může

objevit až na horní ploše čelisti). Oblasti kostí, ke kterým jsou připojeny svaly, se až do vysokého stáří nemění. (7)

## **2.4 Přehled onemocnění dolní čelisti**

- Čelistní kostní cysty
- Čelistní anomálie
- Zlomeniny čelistních kostí
- Benigní neepiteliální nádory (osteom)
- Maligní neepiteliální nádory (osteosarkom)
- Benigní odontogenní nádory (nejčastěji ameloblastom)
- Maligní odontogenní nádory (intraoseální karcinom, sarkom)
- Záněty (osteomyelitidy, abscesy) (9)

## **2.5 Absces submandibularis - kolemčelistní zánět**

Zánět v měkkých částech obličeje a v okolí čelisti je velmi častou komplikací neošetřených "mrtvých zubů" - zubů s gangrenózní zubní dřeví. Asi 60-70% všech zánětů vzniká tímto způsobem. Pro rozvoj zánětu má vždy velký význam celkový stav organismu. Podčelistní prostor je nejvíce postižen záněty (submandibulární a submentální prostory).

Absces je ohraničený hnisavý zánět infekčního původu (dutina vyplněná hnisem). Záněty zubního původu probíhají většinou jako hnisavé a bolestivé stavy.

Kolemčelistní záněty rozdělujeme podle postižených prostor na záněty v okolí horní čelisti a záněty v okolí dolní čelisti. (10)



## 2.5.1 Záněty v okolí horní čelisti

Hlíza podokosticová na dásňovém výběžku (Abscessus subperiostalis processus alveolaris) - vzniká nahromaděním hnisu mezi povrchem kosti a okosticí.

Hlíza podslizniční (Abscessus submucosus) - není-li subperiostální absces zavčas otevřen, razí si hnis cestu k povrchu sám, od kosti odloučený periost propadne nekróze a hnis se provalí pod sliznici dásně do vestibulum oris.

Hlíza patra (Abscessus palatinus) - vzniká od infikovaného malého řezáku nebo od palatinálních kořenů prvního premoláru, který leží nejbližší patru, ale i od kořenů horních molárů, hnis se hromadí pod periostem, a pokud není včas vypuštěn, hromadí se až pod sliznicí.

Hlíza perimaxilární (Abscessus perimaxillaris buccae) - infekce se může dostat do tváře od kteréhokoliv zubu horní čelisti, ojediněle i od zubů čelisti dolní, zánět vzniká nejčastěji tak, že se subperiostální absces, který se vytvořil nad přechodní řasou vestibula, provalí do měkkých tkání.

Flegmóna perimaxilární (Phlegmona perimaxillaris buccae) - flegmóna tváře se vyskytuje velmi vzácně.

Hlíza retromaxilární (Abscessus retromaxillaris) - infekce proniká do tohoto prostoru ze zhnisaných čelistních cyst, při hnisavých zánětech čelistní dutiny a po injekční anestézii na tuber, někdy také zhnisáním hematomu, který se vytvořil po nabodnutí žilní pterygoideální pleteně při anestézii.

Flegmóna očnice (Phlegmona orbitae) - je závažným onemocněním, protože může vést ke ztrátě zraku, může být příčinou tromboflebitidy kavernózního sinusu a smrti nemocného. (10)

## 2.5.2 Záněty v okolí dolní čelisti

Hlíza podbradová (Abscessus submentalalis) - příčinnou abscesu jsou nejčastěji gangrenózní dolní přední zuby.

Hlíza při dolní čelisti (Abscessus perimandibularis) - vyskytuje se mezi záněty v okolí mandibuly velmi často, infekce postupuje z periapikálního ložiska kosti na její zevní povrch a odtud do měkkých tkání tváře.

Hlíza podčelistního prostoru (Abscessus submandibularis) - infekce vniká do submandibulárního prostoru buď přímo od molárů nebo nepřímo ze sousedních štěrbin a lymfatickými cévami.

Flegmonózní zánět krajiny submandibulární a ústní spodiny (Phlegmona baseos oris) - velká většina zánětů měkkých tkání kolem dolní čelisti končí abscesem, nemá-li však zánět tendenci se lokalizovat a nejsou-li ani přirozené obranné schopnosti organismu, šíří se infekce rychle mezi svalovými prostory i ostatními tkáněmi do tváře a na krk a vyvíjí se obraz flegmóny.

Hlíza ve štěrbině pterygomandibulární (Abscessus spatii pterygomandibularis) - štěrbina pterygomandibulární bývá postižena zánětem poměrně často, může se infikovat při okrskové anestézii na foramen mandibulare, při zánětu lůžka po extrakci zubu moudrosti nebo při osteomyelitidě dolní čelisti.

Hlíza parafaryngeálního prostoru (Abscessus spatii parapharyngei) - zánět parafaryngeální štěrbin se projevuje stejně jako pterygomandibulární absces, absces parafaryngeální se liší od peritonzilárního tím, že jej od dutiny faryngu neodděluje jen sliznice, ale celá jeho svalová stěna. (10)

## 2.6 Příčiny vzniku zánětu

Záněty měkkých tkání kolem čelistí vznikají buď primárně, vnikne-li infekce do nich přímo nebo druhotně je-li vstupní branou jiný orgán ze kterého infekce buď per continuitatem, nebo cestou lymfatickou a krevní do nich pronikne. Primárně do těchto tkání vniká infekce a usazuje se v nich např. při poranění. Druhotně mohou být infikovány měkké části z těchto příčin:

Nejčastější příčinou vzniku zánětů kolem čelisti jsou zuby s gangrenózní dření. Při vyšetření jsou nejvíce podezřelé zuby s rozsáhlým kazem, zuby s

velkými výplněmi, s čepovými náhradami nebo kryté korunkami, ale i neporušené zuby po úrazu.

Druhou velmi častou příčinou zánětů měkkých tkání kolem čelistí jsou záněty lůžka po extrakci zuby. Zánět lůžka probíhá pod obrazem lokalizované ostitidy. K vzniku zánětu někdy přispívá široce zející rána, ostré okraje alveolu a mezikořenových překážek a hlavně zhmoždění a fraktury stěn lůžka.

Další příčinou hnisavých zánětů se uvádí obtížné prořezávání třetího dolního zuby moudrosti (osmičky) - dentitio difficilis, čelist se zkracuje, počet zubů zůstává, nevejdou se do úst a bývají mimo čelistní oblouk. Při jejich prořezávání dochází k infikování perikoronárního vaku, který se nad proříznutou částí korunky otevře a spojí s ústní dutinou. Měkký kryt se zanítí a zánět se pak šíří dále do per continuitatem do prostorů na zevní a vnitřní straně mandibuly.

Zhnisané cysty se nejčastěji infikují z gangrenózní dřeně zubů nebo otevřením cysty po extrakci zuby.

Osteomyelitida čelistních kostí je vždy provázena zánětem okolních měkkých tkání ve formě mnohotných abscesů subperiostálních nebo perimandibulárních, tvářových nebo ústní spodiny.

Injekční anestézie je také jednou z příčin zánětů, infekce se zanáší do tkání jehlou nebo anestetizujícím roztokem. Při dnešní dokonalé sterilizaci stíkaček a jehel má tato příčina malý význam.

Hnisání v měkkých částech může nastat po každé otevřené zlomenině, ať horní nebo dolní čelisti, nebyla-li včas správně ošetřena. U většiny případů má však zánět tendenci se lokalizovat a končí abscesem.

Slinné žlázy jsou velmi řídkou příčinou kolemčelistního zánětu.

Zmínku si zaslouží hnisavý zánět tonzil při zánětech v okolí čelisti. Tonzilitidy nejsou jejich příčinou, ale jsou k nim v úzkém vztahu a se šířením zánětů mohou vznikat obrazy velmi podobné jako při zánětlivém procesu ke kterému dochází při těžkém prořezávání dolního zuby moudrosti. Vzniká tak pak podobný obraz k nerozeznání od peritonzilárního abscesu.

Malé množství zánětů v měkkých částech kolem čelistí vzniká z hnisavých afekcí kůže obličeje (infikované ekzémy, folikulitidy a furunkly). (10)

## 2.7. Klinické příznaky okoločelistního zánětu

Příznaky závisí na lokalizaci, rozsahu a charakteru zánětu, zarudnutí a otoku příslušné oblasti.

Již v 1. století našeho letopočtu Aulus Cornelius Celsus popsal čtyři charakteristické znaky zánětu - *rubor, dolor, calor, tumor*, které o 200 let později doplnil Galén o *functio laesa*.

**Rubor - zarudnutí** - zarudnutí nebo také zčervenání postižené části podmíněné hyperemií (překrvením).

**Dolor - bolest** - jedná se o bolest, která se vyskytuje v oblasti zánětlivého ložiska, bolestivost zánětlivého ložiska vzniká drážděním periferních nervových zakončení kyselým pH a cytokiny.

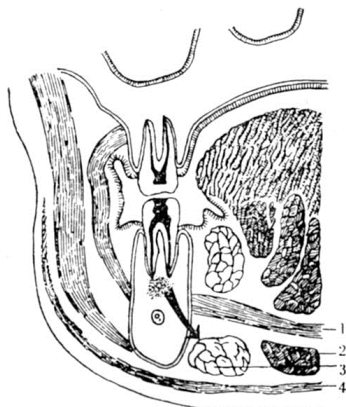
**Calor - zvýšená teplota** - lokálně se projevuje zahřátím zánětlivého ložiska, celkově horečkou nebo třesavkou.

**Tumor - otok, zduření** - jedná se o zduření zánětlivého ložiska rozšířením kapilár a zánětlivým edémem, při zánětech zubního původu v horní čelisti otok může způsobit až uzavření oční štěrbin. Otokem prosáklé žvýkácí svaly způsobují ztížené otevírání úst, pokud je příčinou mrtvý zub je bolestivý na teplo, skus a poklep.

**Functio laesa - poškozená funkce** - při postižení zánětem může dojít k poškození funkce daného orgánu.

*Submandibulární absces* je zánět, který začíná měkkým edémem podčelistní krajiny, jejíž kůže má ještě normální barvu i pohyblivost. Neodstraní-li se v tomto stadiu příčina zánětu, zvětšuje se mandibulární infiltrát, je tvrdší a v okolí se objevuje kolaterální edém, který sahá na krk a do tváře. Dolní okraj mandibuly je již těžko hmatný. Zarudnutí kůže nad otokem a pevné spojení s podkladem jsou vždy známkou, že se vytvořil absces. V ústní dutině je sliznice na vestibulární a linguální straně zarudlá a edematózní, prosáknutí lze pozorovat také na spodině úst a na patrových obloucích. Při polykání jsou bolesti, ztížené otevírání úst, protože je elevace kůže nad trigonum submandibulare a vzniká kontraktura žvýkáčích svalů, výrazná kontraktura je když hnisavý proces pronikl

do spatium pterygomandibulare a do spatium parapharyngeum. Dalším příznakem zánětu jsou zvětšené a palpačně bolestivé spádové lymfatické uzliny. (10)



Schematické znázornění vzniku odontogenního zánětu v submandibulárním prostoru:

1-m. mylohyoideus, 2- m. geniohyoideus,  
3.- gl. submandibularis, 4 - fascia colli superficialis

## 2.8 Komplikace okoločelistního zánětu

Neošetřený okoločelistní zánět se může šířit přímo, krevními nebo lymfatickými cestami a může způsobit vážné, dokonce život ohrožující komplikace.

### *Šíření infekce per continuitatem*

Je u zánětů zubního původu nejčastější. Zánět postupuje z periapikální krajiny kostí až k jejímu povrchu, dostane se pod periost a pronikne-li jím, přechází do měkkých částí v okolí čelistí. V nich se pak šíří štěrbinovitými prostory vyplněnými řídkým vazivem a tukovou tkání.

### *Šíření infekce lymfatickými cestami*

Každá lymfatická uzlina nebo skupina uzlin sbírá lymfu z určité oblasti. Lymfatické cévy, které začínají v štěrbinách intersticiálního vaziva, přivádějí s lymfou ze zanícené tkáně bakterie, jejich toxiny a látky vzniklé odbouráváním poškozené tkáně. Cévy i uzliny reagují na tyto škodliviny zánětem, vzniká lymfangoitis a lymfonoditis.

### *Šíření infekce krevními cestami*

V žilách, které probíhají některou z postižených štěrbin, dochází někdy k tromboflebitidě. Zánět tak použije žíly jako cesty pro další své šíření. Pro tento způsob propagace mají v oblasti orofaciální především význam v. facialis a v. retromandibularis, které mají mnoho žilních komunikací s dutinou lební. (10)

Zánětlivé komplikace mohou nastat šířením zánětu z ponechaných zbytků infikovaného perikoronárního zubního vaku nebo periapikálního granulomu. Možná je i infekce poextrakčního hematomu. Po extrakcích dolního třetího moláru se zánět může šířit do okolních měkkých tkání per continuitatem (retromolární prostor) i cestou lymfatickou do prostoru na zevní i vnitřní stěně mandibuly. Při přestupu do submandibulárního prostoru se zánět šíří i dále štěrbinovitými prostory vyplněnými řídkým vazivem a tukovou tkání, často také do parafaryngeálního prostoru. Právě šíření do tohoto prostoru vytváří u zánětlivých komplikací vycházejících od třetích molárů výrazné nebezpečí často i pro velmi mladé pacienty. Prostor parafaryngeální má velmi úzký vztah právě i k prostoru submandibulárnímu a z něho se velmi často do něj propaguje. Nebezpečí při postižení parafaryngeálního prostoru je v množnosti sestupu zánětu podél velkých cév do předního mediastina. Mezi páteří a stěnou faryngu do spatia retrofaryngeálního a dále mezipáteří a esofagem až do zadního mediastina. Právě akutní hnisavá mediastinitida vyvolaná virulentní smíšenou aerobní a anaerobní odontogenní infekcí má přes všechny komplexní léčebné postupy vysokou mortalitu. Mikroorganismy nebo jejich toxiny pronikají do periodoncia cestou kořenového kanálku, přes foramen apikale, vzácně hematogenně či paradontálním chobotem. Odontogenní infekce jsou vždy polymikrobiální a jsou kombinací aerobů, fakultativních anaerobů a striktních anaerobů. Nejčastějším mikroorganismem dentoalveolárních infekcí je *Streptococcus viridans*. Exsudát se u odontogenních infekcí vyznačuje intenzivním zápachem.

V extrémních případech se může infekce šířit z horní čelisti do očníce a až do nitrolebních prostorů, kde může způsobit zánět mozku nebo mozkových blan.

## 2.9 Diagnostika a zobrazující metody

K diagnostice používáme standardní vyšetření jako je odebrání anamnézy, klinické vyšetření tzn. vyšetření orofaciální soustavy (chrup, skelet a měkké tkáně) a provádí se funkční analýza - tonus obličejového svalstva, způsob polykání, ústní dýchání, funkce jazyka, funkce temporomandibulárního kloubu aj. Pomocné vyšetřovací metody jako je panoramatický RTG snímek (ortopantomogram- OPG), telerengenogram, intraorální snímky a jiné projekce.

Při závažném klinickém stavu, vysokých hodnotách CRP a podezření na šíření zánětu i na krční prostory se provádí vyšetření zobrazovacími metodami ultrazvukem popřípadě počítačovou tomografií s kontrastní látkou dle dohody s lékařem.

Provádí se také laboratorní vyšetření krve a mikrobiologické vyšetření případně odebraného hnisu.

Zobrazovací metody používající rentgenové paprsky patří ve stomatologii mezi důležitá pomocná vyšetření. Rentgenové snímky lebky využíváme při diagnostice zlomenin, nádorových procesů, zánětů i vývojových poruch a při speciálních vyšetřeních v čelistní ortopedii a čelistní chirurgii. Informují nás o tvaru, velikosti a struktuře vyšetřované části. Rentgenový paprsek prochází biologickými tkáněmi s různou intenzitou, v tkáních s vyšším obsahem vápenatých solí je více nebo zcela zadržován.

Rozlišujeme extraorální a intraorální rentgenové projekce.

Mezi přehledné snímky lebky a obličejové kostry patří tyto extraorální projekce:

- boční extraorální projekce - využívá se k posouzení kostních neboli skeletních tříd a v telerentgenografickém vyšetření
- zadopřední, dorzoventrální extraorální projekce - používá se při posuzování vývojových anomálií a asymetrií lebky
- šikmá zadopřední, poloaxiální, kaudálně excentrická projekce (podle Clementschitsche) - používá se pro vyšetření kloubů, ramen a těla dolní čelisti

- šikmá zadopřední, poloaxiální, kraniálně excentrická projekce (podle Waterse) - hodí se při vyšetření pyramidových zlomenin obličejové kostry
- ortopantomatický snímek čelistí - umožňuje přehledný snímek obou čelistních oblouků, používá se při hodnocení vztahu mezi laterálními horními zuby a dutinou maxily, dále pak pro posouzení vztahu canalis mandibulae a hrotů kořenů dolních zubů
- speciální cílené projekce - projekce slinných žláz, projekce čelistního kloubu

Hlavní pozorovatelné útvary na dolní čelisti:

*projasnění* - kanálek dolní čelisti (canalis mandibulae), otvor dolní čelisti (foramen mandibulae), bradový otvor (foramen mentale), výživné kanálky (canales nutricii)

*stíny* - bradový výčnělek (protuberantia mentalis), bradový trn (spina mentalis), jazylkočelistní čára (linea mylohyoidea), zevní šikmá čára (linea obliqua externa), jazýček (lingula)

Pozorovatelné struktury měkkých tkání obličeje a dutiny ústní:

Měkké tkáně absorbují rentgenové paprsky v menší míře než mineralizované tkáně kostní či zubní. Na rentgenových snímcích čelistí a zubů mohou být zachyceny stíny okrajů nosních křídel, rtů, jazyka nebo i stín ztluštělé dásně (např. hypertrofie po proběhlém zánětu) v oblasti dásňového výběžku. (7)



## 2.10 Léčba

Závažnější okoločelistní záněty se léčí za hospitalizace na klinice ústní, čelistní a obličejové chirurgie. Odstranění příčiny zánětu je nejdůležitější část léčby. Při zánětu zubního původu je nezbytné endodontické ošetření (vyčištění a vyplnění kořenových kanálků zubů) nebo extrakce příčinného zubu.

Co nejdříve po přijetí pacienta započneme s antibiotikovou terapií, analgetizací a přípravou pacienta na chirurgický zákrok. Ve většině případů podáváme širokospektrální antibiotika, v těžších případech jejich kombinace podle citlivosti. Antibiotika doplňují chirurgický výkon.

### 2.10.1 Antibiotiková terapie

Antibiotická léčba je léčbou kauzální (je zaměřena na příčinu nemoci). Podle odborných prací je dnes bohužel iracionalita podávání antibiotikových léčiv v rozmezí 50 až 80%, což rozvíjí rezistenci mikrobiálních kmenů. Mezníkem novodobé léčby je rok 1928 s objevem penicilinu MUDr. Flemingem. Následně v roce 1935 MUDr. Domagk objevil další antibiotika - sulfonamidy. Masivní rozvoj antibiotické léčby můžeme pozorovat od 50.let minulého století.

Odontogenní infekce jsou nejčastěji polymikrobiální se smíšenou aerobní a anaerobní flórou. Antibiotická léčba by se měla opírat o klinický stav a pokud možno o výsledek mikrobiologického vyšetření. Vzhledem k nedostupnosti bakteriologie při akutně probíhajícím onemocnění jsou empiricky první volba perorální beta-laktamová antibiotika:

- Peniciliny (V-Penicilin v dávce 750mg p.o. á 6hod. či 500mg p.o. á 4hod.)
- Aminopenicilin (Amoclen 500-1000mg p.o. á 8hod.)
- Amoxicilin s kyselinou klavulanovou (Augmentin 625-1000mg p.o. á 8hod. dále možno přejít po 2 dnech u 1000mg na dávku á 12hod.)

Při precitlivělosti k beta-laktamovým antibiotikům možno využít:

- Klindamycin (Dalacin C 300mg p.o. á 6hod. až 8hod. dle závažnosti)
- Méně vhodnou volbou pro ambulantní léčbu jsou makrolidy (Rovamycine 500-1000mg p.o. á 8-12hod. dle závažnosti či Roxithromycine 150mg p.o. á 8-12hod.)

Při neúspěchu u těžšího průběhu nebo při komplikacích volíme za hospitalizace intravenózní podání amoxicilin s kyselinou klavulanovou (Augmentin 1,2g i.v. á 8hod.) nebo linkosamidy (Neloren 600-1200mg i.v. á 8-12hod. či Klimycin 600mg á 6-8hod.).

K aminopenicilinům, Klindamycinu možno v kombinaci pro posílení účinku přidat aminoglykosidy (Gentamicin 240mg i.v. á 24hod.) či fluorované chinolony (Ciphin 250-500mg p.o. á 12hod.).

### **2.10.2 Chirurgická léčba**

Chirurgická léčba - incize - naříznutí abscesu v ústech nebo na obličeji, často kombinace obou, vypuštění hnisu, dezinfekce a drenáž.

Vyčkávací přístup, jehož strategií je pouze parenterální antibiotiková terapie, není správný. Včasná incize a drenáž zabrání šíření infekce do hlubších anatomických prostorů a urychlí léčení kolemčelistních zánětů.

Při znalosti anatomických poměrů hlubokých fasciálních prostorů hlavy a krku s pomocí příslušných orientačních bodů je chirurg schopen použít relativně malé řezy a tupou preparaci bez přímé vizualizace celého infikovaného prostoru. Další nezbytnou zásadou chirurgického řezu a drenáže je nutnost preparace cesty pro drénovanou tekutinu, která zahrnuje místa, kde se s největší pravděpodobností hnis nachází. Vodítkem může být předoperační CT vyšetření a znalost cest šíření odontogenních infekcí.

Obecně platí pravidlo včasného odstranění příčiny hnisavého zánětu (extrakce příčinného zubu). Pokud je ale podání lokální anestézie nebo přístup k zubu, který se má extrahovat pro závažnost a rozšíření

zánětu špatně proveditelné až nebezpečné, je na místě s odstraněním příčiny zánětu vyčkat do ústupu akutních potíží.

Nejdůležitější procedurou v léčbě hnisavých zánětů je drenáž, tedy chirurgická léčba, kterou dělíme na intraorální drenáž a na extraorální drenáž.

*Intraorální drenáž* - pro drénování malých abscesů není většinou zapotřebí drénu. Rozsáhlé a hlubší abscesy mají tendenci k rychlému uzavření incizního kanálu krátce po incizi, které vede k dalšímu hromadění hnisu, proto v těchto případech se musí zajistit dostatečně otevření abscesové dutiny pomocí drénu. V ústech nejčastěji používáme gumové rukavicové (kapilární) drény, v utčítých případech i tenčí gumové trubicové drény. Drény většinou nesuturujeme.

*Extraorální drenáž* - drén musí být dostatečně dlouhý, aby dosáhl dna abscesové dutiny a zároveň zasahoval alespoň 1cm nad incizní ránu. K první drenáži ze zevních přístupů používáme gumové trubicové drény. Suturu drénu provádíme dobře viditelným šicím materiálem pro snadné odstranění, ale incizní rána nesmí být uzavřena. Přes drenáž přikládáme dobře absorbující krytí. Drén je obvykle odstraněn za 24-48 hodin v závislosti na velikosti abscesu a schopnosti drénu dále odvádět hnis. poté se zakládá další, většinou trubicový, již drén kapilární.

Chirurgický zákrok - incize se provádí intraorální nebo extraorální.

*Intraorální incize* - incize a drenáž intraorálních abscesů může být provedena v lokální anestézii, kterou aplikujeme do blízkosti zamýšlené incize (u velkých a hluboko probíhajících hnisavých zánětů a pokud není možné dostatečně oblast znecitlivět lokální anestézií doporučuje se spíše anestézie celková). Anestézii zavádíme povrchově a pro snížení bolestivosti během podávání anestetika je doporučeno vyhnout se jehlou abscesové dutině. Incize by měla být následována odtokem hnisu. Bazí abscesové dutiny je obvykle kost. Jestliže se nepodaří dosáhnout hnisu, příčinnou může být nepřítomnost hnisu v dutině nebo incize není provedena dostatečně hluboko.

*Extraorální incize* - rozsáhlejší abscesy vyžadují energický a rozhodný přístup k plánování a provedení incize a drénování. V těchto případech je vždy indikace k celkové anestézii. Incize by měly být

lokalizovány v kožních řasách a záhybech, aby po zhojení byla jizva co nejméně patrná. Incizí submandibulárního abscesu umístíme nejméně na šířku 2 prstů pod dolní okraj těla dolní čelisti, jednak proto, aby jizva po incizi po ústupu často rozsáhlého otoku nebyla v kůži nad hranou dolní čelisti a dále proto, abychom se vyhnuli poškození větve lícního nervu. Tato větev může být rovněž otokem odtlačena dolů a v zánětlivě změněné tkáni ji téměř není možné identifikovat. Prořezává se kůže, podkoží a fascie, do abscesové dutiny se proniká tupě peánem, k hraně mandibuly, na zevní a vnitřní plochu těla mandibuly. Hnis má tendenci odtékat dle gravitace směrem dolů, proto obvykle incizi lokalizujeme do nejnižšího bodu předpokládané abscesové dutiny. Po provedení incize dále pronikáme tupou preparací do rány. Tupá preparace minimalizuje riziko poškození nervů a cév.

### **2.10.3 Doplnková léčba**

Analgetická léčba - analgetika proti bolesti intravenózně  
(Novalgin, Algifen, Perfalgan, Tramal není vhodný)

Infúzní terapie - preferují se balancované krystaloidní roztoky  
(Plasmalyte, Ringerfundin apod.), u diabetiků Glucosa 10% 500ml  
vykryta inzulinem dle aktuální glykemie

Antipyretika podávána při horečce, dodržování pitného režimu a  
intenzivní ledování postižené oblasti, které snižuje bolestivost.

## 2.11 Předoperační příprava pacienta před stomatochirurgickým výkonem

Ošetření pacienta s infekcí orofaciální oblasti za hospitalizace je indikována zejména v těchto případech:

- febrilie ( $> 38^{\circ}\text{C}$ )
- dehydratace
- ohrožení dýchacích cest nebo životně důležitých struktur
- infekce v mírně až vysoce rizikových anatomických prostorech
- postižení více prostorů
- progresivně postupující infekce
- přítomnost systémových onemocnění

Po přijetí pacienta na lůžkové oddělení provedeme:

- odebrání anamnézy
- standardní vyšetření před celkovou anestézií
- interní předoperační vyšetření
- stanovení postupu zajištění dýchacích cest
- poučení pacienta před stomatochirurgickým výkonem

Odebrání kompletní anamnézy s rozšířením o dotaz na poslední příjem tekutí a potravy. Dále od této chvíle omezení tekutin a potravy (důležité jako prevence aspirace před celkovou anestézií - optimální doba lačnění 6 hodin, bez tekutin alespoň 4 hodiny).

Před operací standardní laboratorní vyšetření (ionty, glykémie, jaterní testy, krevní obraz, koagulace-aPTT, INR, fibrinogen, CRP), EKG záznam při pozitivní anamnéze kardiálního onemocnění a jinak nad 40 let. Při věku nad 65 let RTG snímek srdce a plic.

Na základě výsledků předešlých vyšetření se provádí interní předoperační zhodnocení, které může u pacientů předpokládaně hodnocených dle ASA jako I. či II. nahradit vyšetření kvalifikovaným anesteziologem. Dále již rozšířená vyšetření dle ordinace internisty, popř. anesteziologa.

U pacientů s kolemčelistním zánětem je zvýšené riziko obtížného zajištění dýchacích cest intubací (otok měkkých tkání krku, horší záklon hlavy, omezené otevření úst, otok v dutině ústní eventuelně vchodu do laryngu). Zhodnocení míry obtížnosti přísluší anesteziologovi a lékaři ORL (nepřímá laryngoskopie).

Pacient, který podstoupí nějaký stomatochirurgický výkon, musí být náležitě poučen, co má před daným výkonem dělat. Pacient by měl být informován písemnou i ústní formou.

## **2.12 Poučení pacienta po stomatochirurgickém výkonu**

Po výkonu musíme pacienta informovat o pooperačním režimu. Všichni pacienti očekávají bolestivost po chirurgickém zákroku, proto je poučení ohledně možnosti jejího snížení velmi důležité. Každý pacient má jiný práh bolesti, jinou předchozí zkušenost a proto také odlišnou představu jak moc může být rána bolestivá. Lékař by měl tyto odlišnosti, stejně jako osobnost konkrétního pacienta zohlednit při doporučení vhodné analgetické terapie. Pacient však musí být upozorněn, že analgetika mají kontrolovat bolest, ale žádné není schopno eliminovat veškerou citlivost rány nebo různé nepříjemné pocity.

Velmi vhodné je, aby pacient dostal první dávku analgetika před tím, než odezní lokální anestézie. Zabrání to prudkému nástupu ostré bolesti po obnovení nervového vedení v nervech ovlivněných aplikací anestetika. Pokud je bolest tlumena již před jejím plným rozvinutím, je její kontrola snazší a lze použít slabší analgetika v menších dávkách (vrátková teorie bolesti). Pokud se začne s užíváním analgetik až v okamžiku, kdy anestézie zcela opadne, může trvat až 90 minut než se jejich účinek projeví (v případě perorální aplikace). To většinu pacientů přiměje k užití další dávky, která bolest stejně neutlumí, ale výrazně se zvyšuje riziko vedlejších účinků. Léky první volby jsou paracetamol 1000mg á 6 hod. (max. denní dávka je 8000mg, minimální odstup mezi dávkami 4 hod.), v případě silnějších bolestí jsou vhodná nesteroidní antiflogistika např. Ibuprofen 400mg á 8 hod. (max. 1200mg denně min. interval mezi dávkami jsou 4 hod.), stejný analgetický potenciál mají COX-2 selektivní inhibitory např. Nimesulid.

Do 48-72 hodin se může objevit otok nebo se zvětší stávající. V den výkonu doporučíme klidový režim, pacient by se měl vyvarovat zvýšené fyzické námahy,

neměl by zbytečně vyplachovat ústa. Aplikaci ledových obkladů doporučujeme první 3 dny po výkonu. Nejvýrazněji se jejich účinek projeví ihned po chirurgickém výkonu, v prvních 2-6 hodinách. Chlad vede k výrazné redukci hyperémie a tvorby edému, zmírňuje bolest a snižuje pocit napětí ve sliznici. Doporučíme led v sáčku obaleném látkou. Pacienta poučíme o nutnosti přerušovaného přikládání ledových obkladů, abychom zabránili poškození měkkých tkání chladem. Výplachy doporučíme až od 2. dne po výkonu, a to 2x denně 1 minutu roztokem chlorhexidinu nebo 5x denně rostlinnými odvary např. z heřmánku, řepíku, sléze, šalvěje, které zlepšují očišťování povrchu rány a podporují epitelizaci a hojení. Strava by měla být nedráždivá, měkké konzistence. Dentální hygiena by měla být zachována. Mimo operační pole by měl pacient čistit zuby tak, jak je zvyklý. Pacienty varujeme před kouřením, je prokázáno zhoršené hojení ran, které se přisuzuje vazokonstrikčnímu účinku nikotinu a dráždění dehtovými látkami. Varujeme před požitím alkoholu pro možné krvácení z rány, protože alkohol způsobuje periferní vazodilataci, stejně tak varujeme před silnou kávou, která může též způsobit krvácení díky přechodnému zvýšení systolického tlaku. Na kontrolu objednáme pacienta podle rozsahu výkonu, při jakýchkoliv mimořádných obtížích (silné bolesti, otok, krvácení) se však pacient dostaví do ordinace ihned. (Bartáková et al. 2003, Dostálová et al. 2008).

## 2.13 Základní údaje o nemocném

### 2.13.1 Údaje z lékařské dokumentace

Jméno a příjmení: R. K.

Věk: 48 let

Pohlaví: mužské

Stav: ženatý

Povolání: plný invalidní důchod, dříve pracoval jako zedník

Adresa: Brandýs nad Labem-Stará Boleslav

Datum hospitalizace: 2.3.2013 – 17.3.2013

Důvod přijetí: přijat na stomatochirurgické oddělení s rozvíjejícím se otokem perimandibulárně a submandibulárně vpravo

Diagnóza: K12.2 Celulitis a absces úst

Osobní anamnéza: chronická hepatitida C diagnostikovaná před 20 lety, od července 2012 na terapii interferonem Pegasyn a Ribavirinem, nyní negativní virémie, stav po virové hepatitidě B dle serologie

jaaterní cirhóza s incipientní portální hypertenzí i jícnovými varixy 1.stupně gastropatií dle gastroscopie

pancytopenie s výraznou anémií a trombocytopenií

stav po trombose LDK

chronický bércový vřed LDK stav po flegmóně levého bérce a po opakovaných erysipelech LDK

depresivní syndrom na terapii

Farmakologická anamnéza: Pegasys inj. á 135mikrogramů s.c. 1x týdně

Copegus cps. 200mg 2-0-3

Detralex tbl. 0-0-2

Helicid cps. 20mg 1-0-0

Agapurin tbl. 400mg 1-0-1

Lyrica cps. 150mg 1-1-1

Atarax tbl. 0-1-0

Trittico tbl. 150mg 0-0-1

DHC Continus tbl. 90



Rodinná anamnéza: matka zemřela ve 41 letech na tumor mozku,  
otec 44 let zdravý

Alergická anamnéza: neudává žádné alergie

Sociální anamnéza: žije s manželkou a se synem

Abusus: kouří 15 cigaret denně, alkohol příležitostně, káva max. 4x denně,  
před 27 lety syndrom závislosti na opiátech

Úrazy: neguje

Nynější onemocnění: Pacient přijat pro asi týden se rozvíjející otok  
perimandibulárně a submandibulárně vpravo k provedení zevní incize  
submandibulárního a perimandibulárního abscesu, extrakci příčinného zubu 47, 45 a  
eventuálně dalších zubů v celkové anestézii. Pacient s operací souhlasí.

## 2.13.2 Přehled diagnostické péče

### Stav při přijetí.

Pacient při přijetí orientován v čase, místě i prostoru, spolupracuje, unavený,  
úzkostný, bolesti udává perimandibulárně vpravo, bez icteru a cyanózy.

*Hlava:* Mezocephalická, na poklep nebolestivá, výstupy nervus trigeminus  
nebolestivé, hlavové nervy inervují správně. Vpravo perimandibulárně a  
submandibulárně otok, palpance bolestivá, palpance krku citlivá, jugulum bez bolesti.

*Oči:* Bulby ve středním postavení, bez nystagmu, zornice izokorické, reagují  
na osvit i konvergenci, spojivky růžové, skléry anikterické.

*Nos a uši:* bez sekrece

*Intraorální vyšetření:* Ústa otvírá s omezením na cca 1,5cm, sliznice ústní  
dutiny vlhké, růžové, jazyk s fyziologickým povlakem plazí ve střední čáře. Hrdlo  
klidné, tonzily nezvětšené. Zadní stěna faryngu klidná. Vývody velkých slinných  
žláz secernují čistou slinu. Značná malhygiena, téměř všechny zuby destruované  
zubním kazem, všechny poklepově nebolestivé, chrup sanován. Příčinný zub 47.

*Krk:* Šíje volná, náplň krčních žil není zvýšená, uzliny a thyroidea  
nezvětšeny. Pulzace karotid souměrná, bez šelestů.

*Hrudník:* Dýchání čisté sklípkové, ventilace spontánní, tachypnoe 38  
dechů/min., SpO<sub>2</sub> 92%

*Břicho:* V nivěu, měkké, prohmatné, palpačně bez hmatné rezistence, bez známek peritoneálního dráždění.

*Dolní končetiny:* Bércový vřed na levé dolní končetině, varikózně rozšířené cévy obou bérků, pigmentace obou dolních končetin.

*Fyziologické funkce při příjmu:*

Krevní tlak při příjmu 150/84, puls při příjmu 80/min, dechová frekvence při příjmu tachypnoe 38 dechů/min., saturace O<sub>2</sub> při příjmu SpO<sub>2</sub> 92%, tělesná teplota při příjmu subfebrilní 37,2 °C.

Výška 180 cm, tělesná hmotnost 76kg, BMI 23,5.

## **Průběh hospitalizace.**

**1. Den hospitalizace** (2.3.2013) – pacient přijat v odpoledních hodinách s již týden se rozvíjejícím otokem perimandibulárně a submandibulárně vpravo k operačnímu řešení k provedení zevní incize submandibulárního abscesu. Pacientovi byla nasazena hned v den příjmu ATB Ciprofloxacin 200mg á 12 hod. (22h-10h). Provedena laboratorní vyšetření a dle výsledků KO a koagulace pacient k operaci kontraindikován – HB 83, Plt 22, APPT 83, INR 1,56. Doporučeno před výkonem podat 1x trombonáplavu a 2 jednotky plazmy, vzhledem k anémii byla nutná transfuze, poslala se krev na křížovou zkoušku. Na oddělení se provedla kanylace CŽK véna subclavia l.sin. a příprava dle doporučení internisty k podání derivátů. Pacient byl seznámen s předoperační přípravou a byla mu přiblížena pooperační péče (převazy operační rány, dieta, pitný režim, hygienická péče o dutinu ústní, rehabilitace). Potřebné informace o výkonu z lékařského hlediska (zevní incize submandibulárního abscesu) pacientovi předal ošetřující lékař na oddělení a operatér.

**2. Den hospitalizace** (3.3.2013) - *operační den* – pacientovi byl zaveden permanentní močový katétr, podána premedikace dle ordinace lékaře (příloha č.5), provedena bandáž dolních končetin z důvodu prevence tromboembolické nemoci a v 7.30 hod. byl pacient převezen na operační sál. Byly objednány 2 erymasy k podání před výkonem a v jeho průběhu. *Chirurgický výkon* -

Popis operace:

Po provedení bezpečnostních opatření, identifikaci pacienta a uvedení do celk. anestézie jsme vedli řez submandibulárně vpravo a po vrstvách pronikli do štěrbinu perimandibulární, odkud jsme získali větší množství řídkého putridně páchnoucího bělošedého hnisu. Zavedli jsme trubicový drén jištěný špendlíkem. V prostoru submandibulárním a pterygomandibulárním zánět není. Nakonec jsme extrahovali zub 47 a 45. Extrakce byly velmi obtížné, protože zuby jsou destruovány hluboko pod úroveň gingivy a mají atypicky zakřivené radixy. Další četné extrakce lze doporučit plánovaně v klidovém stavu.

0. *pooperační den* při předání z operačního sálu v 9.45 hod. hodnoty krevního tlaku 125/78mm/Hg, hodnoty pulsu 106/min., hodnoty dechové frekvence 18 dechů/min., při předání z operačního sálu dýchání spontánní, saturace O<sub>2</sub> 97% při podávání kyslíku maskou 5l/min., tělesná teplota ve 13 hod. 37°C, v 18 hod. 37,2°C, dále tlak, puls, dechová frekvence, saturace O<sub>2</sub> sledovány kontinuálně á 15 min. do stabilizace stavu, hodnoty dále fyziologické, od 15 hod. dle ošetřujícího lékaře sledování funkcí á 1 hod. dále se kontrolovalo prosakování obvazu na operační ráně, zvýšená poloha horní poloviny těla nemocného +30°, měření příjmu a výdeje tekutin á 6 hod. Po extubaci nasazena oxygenoterapie O<sub>2</sub> maskou 5l/min.

**3. Den hospitalizace** (4.3.2013) - 1. *pooperační den* – tlak, puls, dechová frekvence sledovány á 1 hod., hodnoty fyziologické, v 7 hod. 36,8°C, ve 13 hod. 37,1°C, v 18 hod. 37,4°C. V odpoledních hodinách překlád pacienta na standardní oddělení, kde byly nadále monitorovány jeho životní funkce (TK, P, TT, dýchání), kontrolován celkový stav (stav vědomí a stav operační rány), bilance tekutin a základní laboratorní hodnoty, provedeny odběry glykémie á 8 hod., ionty a KO.

Pacient začal tento den přijímat tekutiny per os od 14 hod. Dostavila se nauzea v podvečerních hodinách v 16.30 hod., lékařem byl naordinován Degan i.v. 1 amp. do 100ml fyziologického roztoku. Pacient udával bolest dolní čelisti analogové škály skóre 3. Dle ordinace lékaře byla podávána analgetika Ketonal 1 amp. 100ml i.v. po 8 hod., po podání medikace pociťoval úlevu. Lékař ordinuje plnou mobilizaci.

**4. Den hospitalizace (5.3.2013) - 2. pooperační den** - tlak a puls sledován 3x denně, hodnoty tlaku fyziologické, ráno ještě pacient opakovaně zvracel, aplikován opět Degan 1 amp. i.v. a roztoky elektrolytů (příloha č.5). Bolest operační rány se pacientovi výrazně snížila. Z rány odstraněn drén trubicový a vyměněný za rukavicový, přetrvává exsudace z operační rány, proveden převaz lékařem. V laboratorních výsledcích zjištěna hypokalémie -hodnota kalia 3,5 mmol/l, podána infuze Isolyte 500ml+ KCl 7,5% 30ml dle ordinace lékaře aplikovat 100ml/hod. Sledován P+V tekutin á 6 hod.

**5. Den hospitalizace (6.3.2013) - 3. pooperační den** - odstraněn permanentní močový katétr. Nemocný se do 8 hodin spontánně vymočil do močové láhve, byla i stolice. Pacient pije tekutiny po doušcích, ale ještě nic per os. Pacient byl dušný, proto natočeno 12-svodové EKG a proveden RTG S+P, poslechově bez patologického nálezu. Vzhledem k čistému poslechovému nálezu neindikována nebulizační terapie. Převaz operační rány každý den ráno při vizitě, v ráně přetrvává exsudace, ošetřena lokálně 3% H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> a přiloženo sterilní krytí. Převaz defektu na levé dolní končetině - bércový vřed je indikován obden, ošetření je provedeno odmočením fyziologickým roztokem, vrchní část rány ošetřena Atraumanem 1g, na střed rány aplikován NU-GEL a okolí rány namazáno vazelínou. Dle ordinace lékaře provedeny odběry krve kontrolní KO, ionty, jaterní testy, urea, kreatinin, CRP a moč chemicky.

**6. Den hospitalizace (7.3.2013) - 4. pooperační den** - nemocný v průběhu dne rehabilituje - chůze, vertikalizace, dechová rehabilitace. Může příjem potravy per os, dieta šetřící, mletá strava, polévka, jogurt, tekutiny volně. Sledován příjem a výdej tekutin á 6 hod., stále kontinuálně saturace a dechová frekvence, pacient má O<sub>2</sub> brýle, tělesná teplota měřena á 6 hod., tlak a puls 3x denně. Operační rána s hojnou exsudací, proveden stěr z rány a odeslán na bakteriologii ke kultivaci. V laboratorních výsledcích zjištěna leukopenie (1,08) a anémie (Ery 2,25, HB 73, HTC 0,23). Po hematologickém konziliu naordinováno Acidum folicum v dávkování 2-0-2 po dobu 5 dnů a dále pak 1-0-0.

### 3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

#### 3.1 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je systematická racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Jednotlivé fáze se vzájemně prolínají a opakují. Je to průběh ošetřovatelské činnosti – způsob práce s nemocným, způsob přístupu k profesionální ošetřovatelské péči.

Ošetřovatelská péče je významnou lidskou činností, která zajišťuje uspokojování tělesných, duševních, sociálních a dalších potřeb jedinců nebo skupin. Hlavní důraz klade na podporu a udržení zdraví, zmenšuje utrpení a pomáhá zmírňovat průběh umírání. Ošetřovatelský proces se odráží v aktivních činnostech sestry, k nimž se sama iniciativně rozhodne na základě hlubšího poznání nemocného, zejména takového, který své potřeby nedostatečně signalizuje. Člověk je chápán holisticky – jako celek, na který působí řada faktorů ovlivňujících jeho prožívání zdraví a nemoci včetně sociálního a ekologicky pojatého prostředí.

##### *Výhody pro pacienta:*

- kvalitní plánovaná péče pro uspokojení potřeb jednotlivce, rodiny nebo společnosti
- soustavná péče
- účast pacienta na péči

##### *Výhody pro sestru:*

- důsledné a systematické ošetřovatelské vzdělání
- uspokojení z práce
- odborný růst
- vyhýbání se rozporům se zákonem
- splnění odborných ošetřovatelských norem
- splnění norem akreditovaných nemocnic

*Charakteristika ošetrovatelského procesu:*

- systém je otevřený, přizpůsobivý, dynamický
- individualizuje přístup k potřebám každého pacienta
- je plánovitý
- je cílený
- přizpůsobuje se osobním potřebám pacienta, rodiny nebo společnosti
- umožňuje tvořivý přístup sestry a pacienta při hledání řešení zdravotního problému
- je interpersonální, vyžaduje přímou a důslednou komunikaci s pacientem s cílem uspokojení jeho potřeb
- je cyklický, jeho kroky jsou ve vzájemném vztahu, nemá nikdy absolutní začátek nebo konec
- zdůrazňuje zpětnou vazbu, která vede k opětovnému posuzování nebo revizi plánu péče
- je obecně použitelný, používá se jako rámec ošetrovatelské péče ve všech typech zdravotnické péče, s pacienty všech věkových skupin

*Fáze ošetrovatelského procesu:*

1. **Posuzování** (zhodnocení nemocného) – zhodnocení nemocného pomocí rozhovoru, pozorování, testování, měření

1. **Diagnostika** (stanovení ošetrovatelských potřeb, problémů, diagnóz) – ošetrovatelské problémy diagnostikované sestrou, problémy pociťované nemocným, dohoda s nemocným o pořadí jejich naléhavosti

2. **Plánování** (plánování ošetrovatelské péče) – stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče, návrh vhodných opatření pro jejich dosažení, dohoda s nemocným o pořadí naléhavosti jejich provedení

3. **Realizace** (aktivní individualizovaná péče) – uplatnění plánovaných ošetrovatelských zásahů na pomoc pacientovi při dosahování jeho cílů

4. **Vyhodnocení** (zhodnocení efektu poskytnuté péče) – objektivní změření účinku péče, zhodnocení fyzického a psychického komfortu nemocného

### 3.2 „Model fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové

Model „funkčního zdraví“ jsem si zvolila, protože z hlediska holistické filozofie je nejkompexnější z dosud vytvořených modelů. Uplatňuje se jak při výuce kvalifikovaných sester na univerzitách, tak i při poskytování ošetrovatelské péče v praxi. Podle tohoto modelu může sestra kvalifikovaně zhodnotit zdravotní stav jak zdravého, tak i nemocného člověka.

Tento model je odvozený z interakcí osoba – prostředí. Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce. Při kontaktu s pacientem sestra identifikuje funkční nebo dysfunkční typy zdraví a tím získá komplexní informace k sestavení ošetrovatelské anamnézy, pak stanoví aktuální i potenciální diagnózy a může pak efektivně naplánovat i realizovat svoji péči.

Funkční typy zdraví jsou ovlivněny biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a duchovními faktory.

Pro dysfunkční typy zdraví je charakteristické, že sestra stanoví ošetrovatelské diagnózy dle priorit a vytvoří adekvátní plán ošetrovatelské péče.

Základní strukturu tohoto modelu tvoří celkem 12 oblastí, z nichž každá představuje funkční a dysfunkční součást zdravotního stavu člověka:

1. **Vnímání zdraví a udržování zdraví** – obsahuje vnímání zdraví a pohody jedincem a způsoby jakými se stará o vlastní zdraví
2. **Výživa a metabolismus** – zahrnuje způsob přijímání potravy a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu
3. **Vylučování** – zahrnuje exkreční funkci střev, močového měchýře a kůže
4. **Aktivita a cvičení** – obsahuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením, zahrnuje aktivity denního života, volného času a rekreační aktivity
5. **Spánek a odpočinek** – zahrnuje způsob spánku a relaxace, trvání doby spánku, používání medikamentů na spaní, převrácení doby spánku

6. **Vnímání a poznávání** – obsahuje schopnost smyslového vnímání a poznávání, včetně bolesti a poznávací (kognitivní) schopnosti jedince jako je orientace, řeč, paměť, abstraktní myšlení, schopnost rozhodování
7. **Sebepojetí, sebeúcta** – vyjadřuje jak jedinec vnímá sám sebe, jakou má o sobě představu
8. **Role, mezilidské vztahy** – obsahuje způsob přijetí a plnění životních rolí a úroveň mezilidských vztahů, soulad nebo narušení vztahů v rodině
9. **Sexualita, reprodukční schopnost** – zahrnuje reprodukční období a sexualitu, včetně spokojenosti nebo poruch jedince v této oblasti
10. **Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance** – obsahuje celkový způsob tolerance a zvládnání stresových situací, vnímání vlastní schopnosti řídit a zvládat běžné situace
11. **Víra, životní hodnoty** – obsahuje individuální vnímání životních hodnot, cílů a přesvědčení, včetně náboženské víry, které jedince ovlivňují
12. **Jiné**



### 3.3 Ošetřovatelská anamnéza

Údaje potřebné k sepsání ošetřovatelské anamnézy jsem získala ze zdravotní dokumentace (příloha č. 1), z rozhovoru s pacientem v den přijetí a pozorování nemocného v průběhu hospitalizace. Ošetřovatelskou anamnézu jsem zpracovávala podle modelu Marjory Gordonové. Otázky, na které jsem se pacienta ptala jsou obsaženy v příloze č. 3.

Pan R. K., 48 let, ženatý, žije s manželkou a se synem v rodinném domě na okraji Prahy. Nyní je v plném invalidním důchodu, dříve pracoval jako zedník na stavbách. Do nemocnice byl přijat se základní diagnózou - submandibulárním abscesem. Pán má na levé dolní končetině chronický bércový vřed, je to stav po tromboze a flegmóně v roce 1990. Dále má cirhózu jater s incipientní portální hypertenzí s jícnovými varixy 1. stupně.

#### 1. Vnímání zdravotního stavu a hospitalizace.

Do nemocnice nemocného v odpoledních hodinách přivedl týden se rozvíjející otok submandibulárně vpravo, který je indikován k operačnímu řešení. Příčinnou submandibulárního abscesu je zřejmě zub 47. U pána R. K. je patrná značná malhygiena dutiny ústní, téměř všechny zuby jsou destruované kazem. Pan R. K. se poslední dobou cítí unaven a trpí úzkostnými stavy. V posledním roce byl tak 2x nachlazen. Pro udržení svého zdraví moc nedělá. Alkohol pije příležitostně, ačkoliv ví, že by pít neměl. V roce 2009 na jaře mu byla zjištěna jaterní cirhóza a byl poučen, že nemá pít alkohol. Je kuřák, kouří 15 cigaret denně, kávu max. 4x denně. Před 27 lety měl syndrom závislosti na opiátech, nyní již na nich není závislý. V minulosti prodělal jen běžná poranění, úrazy nejuje. Pan R. K. má na levé dolní končetině bércový vřed, je to stav po trombóze levé dolní končetiny a po opakovaných erysipelech. S bércovým vředem se léčí dlouhodobě na kožní ambulanci v Motole, kam pravidelně dochází na kontroly.

Po dobu pobytu v nemocnici je pro něj důležité, aby měl dostatek klidu a aby mu bylo již lépe a mohl se vrátit co nejdříve domů.

Rád by se více dověděl o předpokládaném pooperačním průběhu, kdy bude schopen po operaci jíst a jak dlouho by mohla trvat hospitalizace.

Byl seznámen s oddělením a s jeho řádem, uklidnilo ho, že návštěvy jsou neomezené, protože manželka je mu velkou oporou v jeho nemoci.

## **2. Výživa a metabolismus.**

Je zvyklý jíst pravidelně, jí 4-5krát denně. Nejlépe se nasytí masem, po bezmasých jídlech má pocit hladu. Ovoce a zeleninu nevyklučuje, je však pro něho jen „zákuskem“ nikoliv hlavním jídlem. Alkohol pije příležitostně, v létě, když je mu horko tak si pochutná na pivu, obvykle 5-6 piv za den. Tekutiny přijímá nejčastěji ve formě vody cca 0,5-1,5 l denně. Uvědomuje si, že by neměl pít žádný alkohol a plánuje, že nebude pít vůbec, aby se nadále nezhoršoval jeho zdravotní stav. Doma si dopřeje velké porce a měl vždy chuť k jídlu, ale v předoperačním období a během hospitalizace se chuť zhoršila. Pacient vinu přikládá jeho onemocnění a dietě v pooperačním období.

Pacient nepoužívá zubní protézu, zuby má vlastní. V posledním roce pacient udává zvýšenou kazivost zubů. Jeho váha je nyní 76 kg, je spíše nižší, před nástupem do nemocnice několik kilogramů zhubnul. Výšku pacient udává 180cm. BMI je 23,5, tedy v normě.

Kůže je přiměřené hydratace. Pacient si je vědom toho, že doma málo pije, ale při hospitalizaci se snaží udržovat vhodný pitný režim. Na levé dolní končetině má bércový vřed lokálně ošetřený v bandáži, varikózně rozšířené cévy obou bérců a pigmentace na obou dolních končetinách.

## **3. Vylučování.**

Stolice je nepravidelná, bývá fyziologická bez příměsí obvykle v intervalu 48 hodin. Obtěžuje ho zácpa, kterou doma celkem dobře zvládá tím, že každé ráno vypije sklenici vlažné vody. Žádná projímadla neužívá.

Při hospitalizaci žádné výrazné problémy nevznikly, jen v pooperačních dnech měl pacient 4 dny zácpu, která se vyřešila podáním glycerínového čípku a lactulosity. Na krátkou dobu byl zaveden permanentní močový katétr, bez známek infekce, moč byla tmavá bez patologických příměsí. Pan R. K. nadměrné pocení neudává.

#### **4. Aktivita a cvičení.**

Pacient je v invalidním důchodu. Během posledního roku se cítí slabý a zvýšeně unavený, nemá pocit dostatečné síly a životní energie. Všechny aktivity denních činností zvládne sám, ale potom se cítí velmi unavený a také se nyní zadýchává. Co se týká schopnosti udržování domácnosti, nakupování a vaření, to neřeší, s tím mu pomáhá manželka.

Svůj volný čas většinou tráví na své zahradě a na chatě, kam pravidelně jezdí s manželkou. Také rád chodí na procházky se svým psem, který ho přinutí k pravidelnému pohybu. Volný čas v nemocnici tráví pasivním odpočinkem, pravidelně čte denní tisk a rád luští křížovky.

Schopnosti pro denní aktivity vnímá takto: je schopen najíst se sám, ale nemá chuť k jídlu a je mu podávána výživa parenterální. Při hygieně a celkové úpravě je nutné mu trochu pomoci a dohlížet. V pooperačních dnech se pacient vyprazdňoval na toaletní míse a měl dočasně zavedený permanentní močový katétr. Po jeho odstranění si dojde na WC sám.

#### **5. Spánek a odpočinek.**

Během dne bývá pacient unavený. Spánku pacient věnuje 6-8 hodin denně, v domácím prostředí problémy s usínáním a spánkem nemá. Před usnutím je zvyklý číst a usíná obvykle kolem desáté hodiny.

V nemocnici je spánek narušen, pacient nemá pocit odpočatosti, trpí velkou únavností a vadí mu hlučné prostředí. Stále se kolem něho něco děje a nemá klid. Ruší ho noční provoz na oddělení a spolupacienti. Spánek je přerušovaný a nekvalitní, spí tak okolo 4 hodin. Léky na spaní nevyžaduje.

#### **6. Vnímání a poznávání.**

Potíže se sluchem pacient nemá. Pan R. K. nosí brýle na dálku i na blízko, které by rád měl po ruce až bude po operaci schopný vnímat. Na poslední oční kontrole byl asi tak před rokem. V poslední době vnímá menší výpadky paměti, ale přisuzuje to věku. GCS je 15 bodů. Nemocný je orientovaný v čase a prostoru, odpovídá adekvátně na otázky. O svém zdravotním stavu byl opakovaně poučen. Domnívá se, že je dostatečně informovaný o svém zdravotním stavu, žádné jiné informace nevyžaduje.

V pooperačních dnech udává bolest operační rány, vyžaduje analgetika.

### **7. Sebekoncepce a sebeúcta.**

Pacient v minulosti spoléhal vždy na sebe i v náročných situacích, on řešil ty těžší důležité věci a manželka ty lehčí. V současné době se sebou není moc spokojen. Je si vědom některých svých životních omylů, je však přesvědčen, že jsou součástí života. Ví, že za zhoršení některých svých nemocí jako je jaterní cirhóza si může sám, je mu jasné, že měl přestat pít alkohol, když mu to poprvé lékař říkal. Přiznává, že vzhledem k nynějšímu svému onemocnění podcenil hygienu dutiny ústní, proto je jeho chrup v takové velké míře postižen zubním kazem a v celkově špatném stavu.

Občas se cítí v depresi a pociťuje stavy úzkosti, bere na ně léky. Velkou oporou v této době je mu jeho manželka a syn. V současnosti si zakládá hodně na své rodině. Očekával, že pooperační stav bude snášet hůře. Po zlepšení svého zdravotního stavu, jak to bude možné, chce jít domů.

### **8. Plnění rolí a mezilidské vztahy.**

Pan R. K. bydlí v rodinném domku kousek za Prahou společně se svou manželkou, synem a snachou. S manželkou žijí spolu již 25 let, nyní celkem ve spokojeném manželství. Problémy v rodině samozřejmě byly, protože manželce se nelíbilo, že manžel tolik pil, ale pan R. K. si nedokáže život s nikým jiným představit. Často spolu nemluvili, ale vždy se to nějak přeneslo a neřešili to. Nyní rodina funguje v rámci možností spokojeně. Do nemocnice ho chodí navštěvovat manželka i syn s vnoučetem, ale je mu smutno.

### **9. Sexualita a reprodukční schopnost.**

Nemocný žije s manželkou v pevném svazku, ze kterého vzešel jeden syn. Po rozhovoru s pacientem jsem měla pocit, že jejich vztah je ve fázi, kdy je prioritou mít po boku spíše přítele než sexuálního partnera. Vzhledem k věku a chronickým diagnózám pacienta jsem se více na tuto problematiku neptala a pacientovi se také o sexuálním životě nechtělo hovořit, já jsem jeho přání plně respektovala.

## **10. Stres a zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance**

Za největší změnu ve svém životě považuje změnu jeho zdravotního stavu. Nemocný ví o nepříznivém účinku stresu, dlouhodobě je však v napětí, jak dlouho tu ještě bude. Vždy při něm stojí manželka a syn, i když mu manželka opakovaně pití rozmlouvala. Řešení problému někdy odkládá na pozdější dobu i když si uvědomuje, že pak se nahromadí a on jim nestíhá čelit. Většinou nějaký problém, který se vyskytl řešil s kamarády u piva. Napětí a stres se snaží i ještě dnes snížit kouřením cigaret, vykouří tak do 15 cigaret denně.

## **11. Víra a přesvědčení, životní hodnoty**

Pacient je nevěřící. Věří pouze v osud. Plány do budoucna žádné nemá. Uznává hlavně svou rodinu, která je mu velkou oporou a podporuje ho v každé těžké životní situaci.

### **3.4 Ošetrovatelské diagnózy**

Ošetrovatelské diagnózy jsem volila podle jejich aktuálnosti a důležitosti. Stanovila jsem celkem 7 aktuálních diagnóz a 5 potencionálních diagnóz. Krátkodobé ošetrovatelské diagnózy byly u nemocného stanoveny k prvnímu pooperačnímu dni (třetí den hospitalizace) a seřazeny dle závažnosti vzhledem k stavu nemocného.

#### **Aktuální ošetrovatelské diagnózy:**

- 1. Akutní bolest z důvodu operační rány**
- 2. Zhoršené dýchání v důsledku umělé plicní ventilace a z důvodu operační rány v orofaciální oblasti**
- 3. Porucha integrity kůže z důvodu operace a z důvodu chronického bércového vředu**
- 4. Nauzea, zvracení z důvodu podání anestetik, z důvodu spolykané krve projevující se těžkostí žaludku a opakovaným zvracením a z důvodu foetoru ex ore**
- 5. Riziko infekce z důvodu operační rány**
- 6. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení centrálního žilního katétru**
- 7. Riziko sníženého příjmu tekutin z důvodu operační rány v orofaciální oblasti**

### 3.4.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

#### 1. Akutní bolest z důvodu operační rány

Cíl:

- zmírnit bolest

Plán ošetřovatelské péče:

- sledovat verbální a nonverbální projevy bolesti
- sledovat vegetativní projevy bolesti
- zjistit lokalizaci, charakter, trvání a stupeň bolesti
- provést záznam na stupnici bolesti
- vybízet k vyjadřování pocitů souvisejících s bolestí
- informovat lékaře a zajistit podání analgetik
- poučit pacienta o možnostech tišení bolesti (ledové obklady,

zvýšená poloha horní poloviny těla, vyhnout se spánku na operované straně, možnost podání analgetik)

- analgetika podávat v pevných časových intervalech, vždy než odezní účinek předchozí dávky
- kontrola a zhodnocení účinku podávaných analgetik
- sledovat vedlejší účinky analgetik (závrať, sucho v ústech, nauzea, zácpa)
- informovat pacienta o úlevové poloze a prevenci bolesti

Realizace:

Sledovala jsem verbální i neverbální projevy bolesti. Provedla jsem rozbor bolesti pomocí škály VAS (viz. příloha č. 11) a získané informace průběžně zaznamenávala do ošetřovatelské dokumentace. Nemocný 1. pooperační den udával bolest dolní čelisti, kterou po předložení vizuální analogové škály označil skórem tři. Na téma bolesti jsem s nemocným mluvila několikrát, vysvětlila jsem mu příčinu bolesti (operační rána, drény, otok). Poskytla jsem nemocnému informace vztahující se k příčině bolesti, kterou

může být extrakční rána, krevní koagulum vyplňující ránu, otok, operační rána po extraorální incizi, trubicový drén, který má pacient zavedený v ráně, mechanická bolest spojená s nauzeou a zvracením. Vysvětlila jsem pacientovi, že jde jen o přechodnou tzv. včasnou poextrakční bolest, která nastává několik hodin po výkonu po odeznění anestezie a trvá 1-2 dny, jejíž příčinou je zhmoždění tkání. Dochází současně k postupně zvyšujícímu se prosáknutí měkkých okolních tkání edémem. Seznámila jsem pacienta se způsobem tlumení bolesti analgetiky a proti narůstajícímu edému ledovými obklady. Příkládala jsem ledové obklady na operovanou oblast obličeje v pooperačních dnech, jednak v souvislosti se zmenšením pooperačního otoku a jednak v souvislosti se snížením bolesti. Sledovala jsem způsob zevního chlazení rány, aby trvalo 15-20 minut se zhruba půlhodinovými přestávkami. Při nedostatečném chlazení dochází k přehřátí. Pana R. K. jsem podporovala psychicky, že intenzita bolesti se bude postupně snižovat. Pacient si stěžoval na bolest zvláště v noci, protože horizontální poloha při ležení způsobuje překrvení extrakční rány. Společně jsme vyhledávaly úlevovou polohu, kterou pacient našel ve zvýšené poloze horní části těla s více podloženou hlavou. Zároveň jsem vysvětlila, že je potřeba, aby se vyhýbal spánku na operované straně a že se nesmí při běžných denních činnostech předklánět s tím, že se tak předejde výraznému otoku a tím i bolestivosti. Průběžně jsem informovala ošetřujícího lékaře a zajišťovala analgetickou terapii dle ordinace. Poté byl panu R. K. v pravidelných časových intervalech, dle ordinace lékaře, aplikován Novalgin 1amp.100ml i.v. po 8 hodinách.

Hodnocení:

Pan R. K. 2. pooperační den při předložení vizuální analogové škály označil bolest skórem 2. Bolest se pacientovi výrazně snížila a tím byla velmi dobře zvládnuta. Pacient chápal význam opatření, které jsem mu doporučila a snažil se je dodržovat.



## **2. Zhoršené dýchání v důsledku umělé plicní ventilace a z důvodu operační rány v orofaciální oblasti**

Cíl:

- zvládnout způsoby, jak překonat problémy s dýcháním
- zajištění průchodnosti horních dýchacích cest

Plán ošetrovatelské péče:

- zajistit Fowlerovu polohu
- dle ordinace lékaře zajistit nebulizaci a O<sub>2</sub> terapii
- kontinuálně měřit saturaci O<sub>2</sub>
- monitorovat dech a sledovat známky dechové nedostatečnosti
- naučit nemocného správnému dýchání
- dle potřeby odsávat horní cesty dýchací

Realizace:

Bezprostředně po operačním výkonu v celkové anestézii byl pan R. K. uložen na JIP. Při předání z operačního sálu měl pacient mírný zákon hlavy a podložená ramena k zachování průchodnosti dýchacích cest, posléze byl uložen do zvýšené polohy. U pacientů s kolemčelistním zánětem je totiž zvýšené riziko obtížného zajištění dýchacích cest i při intubaci z důvodu otoku měkkých tkání krku, horšího záklonu hlavy, omezeného otevření úst a otoku v dutině ústní eventuálně vchodu do laryngu. U pacienta jsem prováděla kontinuální měření fyziologických funkcí včetně měření saturace O<sub>2</sub>. Naměřené hodnoty fyziologických funkcí jsem průběžně zaznamenávala do ošetrovatelské dokumentace. Dle ošetřujícího lékaře jsem zajistila nebulizaci O<sub>2</sub>. V případě potřeby jsem velmi šetrně odsávala sekret horních cest dýchacích. Zvýšenou péči jsem věnovala dutině nosní a dutině ústní. Za aseptických podmínek jsem prováděla mechanické odstraňování krevních sraženin, hlenů a krust z dutiny nosní. Dutina ústní v den výkonu a první den po výkonu se nesmí vyplachovat.

Vzhledem k tomu, že pan R. K. měl zákaz smrkání, poučila jsem pacienta, že tento zákaz musí respektovat a dodržovat po dobu alespoň tří týdnů. Vysvětlila jsem mu, že smrkání není možné z důvodu prevence komplikací emfyzému, což znamená nahromadění vzduchu v tkáních a z důvodu možného vzniku oroantrální komunikace, to je komunikace mezi

dutinou ústní a čelistní dutinou, dochází k ní nejčastěji však při extrakci zubů horní čelisti.

Nácvik dechové rehabilitace byl zaměřen na správné rytmické dýchání, masáže a drobné aktivní a pasivní pohyby končetin.

Hodnocení:

Nosní dýchání se příliš nezlepšilo, zákaz smrkání nadále trval, pacient dýchal převážně ústy. Nemocnému vyhovovala zvýšená poloha, kterou jsme zvolili. Po dechových cvičeních a kyslíkové terapii pociťoval úlevu. Pacient dýchá spontánně bez známek respirační tísně.

### **3. Porucha integrity kůže z důvodu operace a z důvodu hronického bércevého vředu**

Cíl:

- snížit riziko vzniku komplikací v průběhu hojení kožního krytu
- zajistit sterilní krytí rány

Plán ošetrovatelské péče:

- pravidelný převaz operační rány 1x denně
- sledovat krvácení, prosakování obvazů, sledovat ztráty

z trubicové drény

- snížit riziko infekce dodržováním aseptického postupu při

převazu rány

- sledovat celkový stav nemocného, stav výživy, hydrataci
- kontrola fyziologických funkcí á 2 hodiny, pravidelné měření

tělesné teploty á 8 hodin

- zvýšeně pečovat o hygienu kůže
- posoudit vzhled a hojení rány

Realizace:

Operační rána byla převazována vždy ráno při vizitě, poté, co ji ošetřující lékař zkontroloval a posoudil její stav. Přetrvává otok vpravo, rána jeví známky sekrece, v incizní ráně jsou zavedeny trubicové drény, hnisavá a krvavá exsudace trvá. Proveden proplach rány H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, očištění rány a překrytí sterilními čtverci. Rána byla dále převazována dle potřeby. Kožní defekt na levé dolní končetině o velikosti 3x15 cm byl ošetřen roztokem

Debriciasan, vrchní část rány přiložen Atrauman- Ag 1g a na střed rány, která je krvavě serózní byl aplikován hydrogelový obvaz s alginátem 15g NU-GEL, okolí rány je suché a špatně prokrvené a bylo promazáno vazelínou, rána celkově byla překryta sterilními čtverci a provedena bandáž.

Pacientovi se pravidelně třikrát denně kontrolovala tělesná teplota, která však v prvních dnech po operaci nemusí být známkou infekce, ale pouze obrannou reakcí organismu na operační zákrok. Pacient měl subfebrilní teploty po celou dobu hospitalizace.

Hodnocení:

Operační rána se zatím jeví jako rána hojící se per primam, trubicový drén byl 3. pooperační den vyměněn za rukavicový a 4. pooperační den sekrece z rány ustupuje.

#### **4. Nauzea, zvracení z důvodu podání anestetik, z důvodu spolykané krve projevující se těžkostí žaludku a opakovaným zvracením a z důvodu foetoru ex ore (zápach z úst).**

Cíl:

- zmírnit nevolnost u pacienta, pacient je dostatečně hydratován

Plán ošetrovatelské péče:

- sledovat a dokumentovat frekvenci, množství, obsah zvratků, zápach, zbarvení
- zabránit aspiraci zvratků zvýšenou polohou horní části těla s více podloženou hlavou
- podávat antiemetika dle ordinace lékaře
- sledovat a zaznamenávat příjem a výdej tekutin á 6 hodin
- zajistit zvýšenou péči o dutinu ústní

Realizace:

Pan R. K. 1. pooperační den dle ošetřujícího lékaře začal přijímat tekutiny per os od 14.00 hodin. Pocit na zvracení se dostavil v podvečerních hodinách v 16.30, kdy opakovaně zvracel natrávenou krev. Pacienta jsem uložila do zvýšené polohy a poskytla emitní misku s buničinou. Po každém zvracení jsem nemocnému provedla šetrnou očistu dutiny ústní pomocí sterilních tampónů nebo gázy smočené ve fyziologickém roztoku. Zároveň

jsem pacienta podporovala psychicky, protože mu byl velmi nepříjemný odér, který cítil z dechu, vysvětlila jsem mu pravděpodobnou příčinu nevolnosti a zvracení (spolykaná krev, hnis obsažený v ráně). Pacientovi jsem doporučila pít zvolna a po malých doušcích v častých intervalech, dále relaxační dechovou techniku (pomalé, rytmické, soustředěné dýchání). Množství a charakter zvratků jsem zaznamenávala do ošetrovatelské dokumentace a zároveň sledovala příjem a výdej tekutin per os a 6 hodin dle ordinace lékaře. Svou pozornost jsem zaměřila na intenzitu krvácení z operační rány. Informovala jsem ošetřujícího lékaře a na základě jeho ordinací podávala intravenózně Ringerův roztok a antiemetikum Degan 1 amp. do 100ml fyziologického roztoku.

Hodnocení:

2. pooperační den pan R. K. ráno v 9.45 hodin opakovaně zvracel, aplikován opět Degan 100ml i.v. Naordinované léky pacientovi pomohly a od 14.30 hodin již nepociťoval nevolnost a nezvracel, cítil se už lépe. Pacient byl dostatečně hydratovaný.

## 5. Riziko infekce z důvodu operační rány

Cíl:

- snížit riziko vzniku infekce a rozpadu operační rány
- dosáhnout včasného a nekomplikovaného hojení operační rány

Plán ošetrovatelské péče:

- při ošetřování operační rány a dutiny ústní používat sterilní

pomůcky a nástroje

- edukovat pacienta v oblasti hygienických zásad
- sledovat projevy krvácení z operační rány
- informovat lékaře v případě nežádoucích změn v oblasti

orofaciální

- spolupracovat s lékařem při vyšetření a ošetření operační rány
- podávat antibiotika podle ordinace lékaře
- zajistit ostatní lékařské intervence (antiseptické výplachy dutiny

ústní, ledové obklady aj.)

- pravidelně měřit tělesnou teplotu

Realizace:

Po příjezdu z operačního sálu byla intenzivně sledována operační rána, která je lokalizovaná submandibulárně vpravo a rány v dutině ústní po extrakci zubů 47, 45. Pozornost byla zpočátku zaměřena na pooperační krvácení a otok. V rámci lékařských intervencí jsem přikládala na operovanou oblast obličeje ledové obklady. Vysvětlila jsem pacientovi, že v den výkonu a den po výkonu se nesmí dutina ústní ničím vyplachovat, od druhého dne po výkonu jsou lékařem ordinovány výplachy pomocí roztoku heřmánku nebo Corsodylem. Při ošetřování dutiny ústní a operační rány jsem vždy používala sterilní pomůcky a nástroje. V rámci preventivních opatření před infekcí jsem pacienta poučila o dodržování zásad osobní hygieny. Z dalších lékařských preventivních intervencí jsem v pravidelných časových intervalech podávala intravenózně antibiotika a sledovala jejich případný nežádoucí účinek.

Hodnocení:

Pooperační krvácení nebylo silné, avšak z operační rány hnisavá a krvavá exsudace stále trvala a nadále přetrvával i otok vpravo obličeje. Pacient nebyl ohrožen ztrátou krve. Pacient byl subfebrilní.

## **6. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení centrálního žilního katétru**

Cíl:

- snížit riziko infekce během hospitalizace

Plán ošetrovatelské péče:

- vysvětlit význam zavedení centrálního žilního katétru
- při manipulaci s centrálním žilním katétrem postupovat podle aseptických zásad
- kontrolovat průchodnost centrálního žilního katétru
- sledovat subjektivní pocity spojené se zavedením centrálního žilního katétru
- aseptický převaz vstupů dle použitého krytí
- denně sledovat místní a celkové projevy infekce
- informovat ošetřujícího lékaře v případě nežádoucích účinků

Realizace:

Panu R. K. byl na operačním sále zaveden centrální žilní katétr. Při manipulaci s CŽK jsem postupovala asepticky, abych zabránila vstupu a rozvoji infekce v místě jeho zavedení. Sledovala jsem místo vstupu a okolí, rovněž subjektivní pocity spojené s aplikací intravenózních medikamentů, podle ordinace lékaře. Vizuální kontrolu jsem činila přes sterilní transparentní krytí Tegaderm. Denně jsem pak zaznamenávala do ošetrovatelské dokumentace údaj o časové délce zavedeného invazivního vstupu. K dalším ošetrovatelským intervencím patřila péče o průchodnost CŽK, kdy jsem zjišťovala průchodnost fyziologickým roztokem, a mezi jednotlivými aplikacemi intravenózních léků, uzávěrem heparinovou zátkou podle daného metodického pokynu.

Hodnocení:

Místo vpichu bylo bez známek infekce a zarudnutí. Po celou dobu aplikace byl katétr funkční. Celkem byl centrální žilní katétr zaveden po dobu 15 dnů.

## **7. Riziko sníženého příjmu tekutin z důvodu operační rány v orofaciální oblasti**

Cíl:

- pacient je dostatečně hydratovaný (sliznice vlhké, kožní turgor bez snížení, příjem a výdej tekutin je vyrovnaný, normální fyziologické funkce)
- pacient denně přijme 2 l tekutin per os
- pacient nemá pocit žízně

Plán ošetrovatelské péče:

- vysvětlit význam dodržování pitného režimu
- zajistit dostatek tekutin k lůžku pacienta
- nabízet tekutiny
- sledovat ztráty tekutin potem, dechem, zvracením, drénem
- sledovat bilanci tekutin a provádět záznam do ošetrovatelské dokumentace
- sledovat fyziologické funkce a tělesné známky dehydratace

- informovat pacienta o nutnosti zvýšeného příjmu tekutin
- informovat lékaře v případě nedostatečného příjmu tekutin per os

a podle jeho ordinací zajistit intravenózní aplikaci roztoků elektrolytů

Realizace:

Bezprostředně po operačním výkonu byly panu R. K. podle ordinace ošetřujícího lékaře podány tekutiny parenterálně. 1. pooperační den přijímal již pacient tekutiny per os. K dispozici měl konvici s ovocným čajem a lahve neperlivé minerální vody. Bylo mu mnou vysvětleno, že je potřeba pít pozvolna a častěji, z důvodu možné nevolnosti a zvracení. Tekutiny per os byly nemocnému aktivně nabízeny jak ze strany ošetřovatelského personálu, tak ze strany rodiny při jejich pravidelných návštěvách. Tekutiny zpočátku byly nabízeny pomocí brčka z důvodu omezeného otevírání úst a otoku dolního rtu.

Poukázala jsem na nutnost dostatečného příjmu tekutin, jakož i na důsledky nedostatečného příjmu tekutin (dehydratace, špatné hojení rány). Sledovala jsem příjem a výdej tekutin a prováděla záznamy do ošetřovatelské dokumentace. Vzhledem ke zvýšeným ztrátám tekutin zvracením 1. pooperační den v podvečerních hodinách i 2. pooperační den v ranních hodinách byly panu R: K. podle ordinace lékaře aplikovány intravenózně roztoky elektrolytů. Sledovala jsem fyziologické funkce, kožní turgor, stav sliznic a kůže.

Hodnocení:

Pacient byl bez známek dehydratace. Cíl se podařilo splnit, jelikož pacient denně přijal 2 l tekutin per os, pocit žízně ani sucha v ústech neměl.

### 3.4.2 Potencionální ošetřovatelské diagnózy

#### 1. Potenciální riziko sníženého příjmu stravy z důvodu nemožnosti otvírání úst a v důsledku celkového stavu

Cíl:

- ztráta tělesné hmotnosti při dodržování zásad správné výživy neklesne pod 2 kg výchozí váhy před operací, a to po celou dobu hospitalizace

- navrátit nemocnému chuť k jídlu

Plán ošetřovatelské péče:

- zjistit stav výživy a zajistit nutriční intervenci
- zajistit pacientovi vhodnou dietu dle ordinace lékaře
- zaznamenávat hmotnost pacienta
- sledovat denní příjem stravy a provádět písemné záznamy
- poskytnout pomoc při hledání alternativního způsobu přijímání stravy
- vysvětlit význam dietního opatření v souvislosti s operačním výkonem
- zpříjemnit nemocnému prostředí ve kterém jí
- podávat nemocnému ordinované léky s jídlem nebo po jídle
- poradit nemocnému, která jídla jsou po operaci vhodná

Realizace:

Pacientovi jsem vysvětlila, že jeho nechut' k jídlu je způsobena anestézií, vyskytuje se u nemocných často a má jenom dočasný charakter. Stačí, když první den po operaci sní z každého jídla jenom malé dávky, aby zabránil pocitu plnosti a zároveň umožnil trávicímu traktu znovu plnit svou funkci. Nemocnému složení stravy nevádí, snad by mohla být víc dochucená, ale zatím není schopný jíst větší porce jídla. Před jídlem jsem nemocnému na pokoji vyvětrala a připravila mu jeho medikaci, aby si ji mohl vzít s jídlem. Informovala jsem pacienta o vhodnosti jogurtů, ovoce a zeleniny, které mají pozitivní vliv na střevní peristaltiku, čím se také zabrání zácpě, která je jednou z nepříjemných komplikací po operaci. V rámci ošetřovatelské anamnézy jsem zjistila, že stav výživy dle nutričního skóre je přiměřený ( Příloha č. 2). Jelikož byla u pacienta R. K. plánovaná operace extrakce příčinných zubů a extraorální incize, vysvětlila jsem v den operace význam dietního opatření, které spočívá v tekuté mixované stravě. Takto upravenou stravu je potřeba



dodržovat v prvních několika dnech hojení operační rány. Zároveň jsem upozornila na možný váhový úbytek po operačním zákroku, který může být během prvních čtrnácti dnů až 4 kg s tím, že se v dalších týdnech váhová ztráta bude zmenšovat až se postupně tělesná váha upraví do původního stavu. Po operačním zákroku jsem stravu zajistila prostřednictvím dietního nemocničního systému, kdy ošetřující lékař ordinoval dietu č.0-S, v dalších nejbližších pooperačních dnech dietu č. 1-S a postupně pacient přešel na dietu č. 4 mletou.

Důležité u stravy po zubních výkonech je, aby strava byla měkká na skus. V prvních pooperačních dnech, kdy pacient přijímal stravu, jsem mu pomáhala v nalezení nejlepšího způsobu stravování, který by byl schopný akceptovat. Kladla jsem důraz na to, aby pacient v průběhu jídla nespěchal a jednotlivé dávky stravy byly podávány v menším množství a častěji. Stravu jsem pacientovi nabízela nejprve pomocí brčka a po postupné rehabilitaci pomocí lžice z důvodu omezeného otevírání úst, které se objevuje po extrakcích některých zubů. Je to také následek prosáknutí žvýkacích svalů v důsledku zánětlivé odpovědi organismu na chirurgický zákrok. Po chirurgické extrakci molárů je alespoň mírná kontraktura pravidlem. Vysvětlila jsem pacientovi, že omezené otevírání úst většinou není závažnou komplikací a spontánně ustoupí po pár dnech, úpravu stavu podporuje časná rehabilitace otevírání úst. Pomáhala jsem ve spolupráci rehabilitační sestry pacientovi s rehabilitací otevírání úst. V prvních pooperačních dnech prováděl nemocný nenásilné a pozvolné rozevírání na nezbytné minimum, postupně se pak přistupovalo k aktivnímu rozvíčování. Zpočátku jednoduchým způsobem pomocí dřevěných vyšetřovacích lopatek, které jsme vkládaly postupně na sebe mezi zubní oblouky do možného maxima. Ponechávaly je několik minut vložené a tím dochází k prodlužování svalových stažených vláken a vrací se jejich přirozená elasticita. Po hodině jsme je opět vkládaly znovu již jejich větší počet a postupovaly obdobně. U pacienta jsme používaly i soluxovou lampu, která napomáhala rozehřívání svaly. Nemocný bral také léky působící na kontrahované svaly.

Pacient R. K. se mi svěřil, že se bojí jíst a pít v obavách z bolesti. Pacienta jsem proto poučila, že je nutný minimálně dostatečný příjem tekutin, že může pít cokoli podle své chuti, ale nápoje by měly být chladné, protože

teplé nápoje i jídlo působí bolestivost rány a mohou provokovat krvácení. Strava je v prvních dnech vhodná kašovitá, ale pacient by se měl co nejdříve vrátit ke své obvyklé stravě nebo dietě.

Hodnocení:

Váhový úbytek 3. pooperační den činil 1 kg z výchozí váhy 76 kg.

Pacient snědl z každého jídla asi čtvrtinu porce. V dalších dnech se mu chuť k jídlu postupně navracela.

## **2. Potencionální únava z důvodu operačního zákroku a v důsledku intolerance aktivity**

Cíl:

- pacient udává zvýšenou psychickou i fyzickou kondici v následujících dnech
- pacient je soběstačný v činnostech denního života
- pacient se necítí unavený

Plán ošetrovatelské péče:

- zjistit všechny příčiny vyvolávající současný stav
- zajistit pacientovi dostatečný odpočinek a spánek
- sledovat podmínky zevního prostředí, které ovlivňují únavu
- minimalizovat rušivé podněty (zima, teplo, světlo...)
- sledovat vedlejší účinky podávaných léků
- spolupracovat s lékařem, psychologem a fyzioterapeutem
- snažit se splnit všechny úkony najednou, abychom nemocného zatěžovali co nejméně
- střídat aktivitu s dostatečným odpočinkem

Realizace:

Bezprostředně po operačním výkonu byl pan R. K. uložen na JIP, kde byl sledován jeden den, pak byl přeložen na standardní oddělení. 1. pooperační den pan R. K. v podvečerních hodinách opakovaně zvracel. Nevolnost a pocit na zvracení se dostavil i v nočních hodinách. Dále se pacient v noci budil na toaletu a pro pocit žízně. V případě jakékoliv potřeby byla sestra vždy k dispozici (potřeba jít na toaletu, změna polohy lůžka, zajištění další příkrývky z pocitu chladu aj.). V rámci farmakologické terapie jsem pátrala po

vedlejších účincích podávaných léků. Dbala jsem na to, aby pacient měl čisté a pohodlné lůžko. Veškeré potřebné pomůcky jsem pacientovi zajistila na dosah ruky včetně signalizačního zařízení. Snažila jsem se pacienta zbytečně nezatěžovat a nerušit při odpočinku. Spolupracovala jsem s rehabilitační sestrou, která docházela jednou denně.

Hodnocení:

4. pooperační den pacient sděloval malý nárůst fyzické i psychické energie. Přes den sledoval televizi na pokoji, četl denní tisk a rehabilitoval s fyzioterapeutkou. Veškerá činnost nemocného velmi unavila, ale i přesto se snažil cvičit. Denně spal cca 4 hodiny, spánek byl přerušovaný, ale léky na spaní odmítal. Udržovat klidné prostředí na pokoji je při nastaveném nemocničním řádu a provádění ošetrovatelských činností velmi obtížné.

### **3. Potencionální riziko vzniku TEN z důvodu upoutání na lůžko**

Cíl:

- snížit riziko vzniku TEN

Plán ošetrovatelské péče:

- informovat nemocného o důležitosti cvičení DK na lůžku
- časně nemocného mobilizovat
- provádět bandáž dolních končetin a kontrolovat jejich funkčnost
- sledovat příznaky TEN
- zajistit elevaci DK
- sledovat barvu a teplotu DK
- sledovat projevy krvácivosti
- zajistit dostatečnou hydrataci pacienta
- podávat antikoagulantia dle ordinace lékaře

Realizace:

Vysvětlila jsem nemocnému proč je důležité cvičení DK, že cílem cvičení je zlepšení průtoku krve v hlubokém žilním systému dolních končetin. Vyzvala jsem nemocného, aby prováděl dorzální a plantární flexi v hlezenním kloubu. Dalším cvikem bylo pokrčít a narovnat dolní končetiny v kolenou, napodobování jízdy na kole a střídavé zvedání dolních končetin nad podložku. Prováděla jsem bandáž dolních končetin. K bandážování dolních končetin

jsem použila elastické punčochy, které se používají na oddělení. Sledovala jsem příznaky TEN (bledost a cyanózu dolních končetin, asymetrický otok, pozitivní Homansovo znamení – napětí až bolest v lýtku při dorzální flexi v hlezenním kloubu). Pacientovi jsem doporučila hodně pít, že hydratace je velmi důležitá, protože dehydratace způsobuje hyperkoagulační stav jako následek zvýšené viskozity krve. Podávala jsem antoikoagulancia podle ordinace lékaře a vše zaznamenávala do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení:

Nemocný má koagulační faktory v normě. Nemocný se pohybuje na lůžku neomezeně a mimo lůžko za pomoci sestry a fyzioterapeuta. Nemocný nejeví žádné známky TEN.

#### **4. Potencionální porucha vyprazdňování stolice z důvodu snížené celkové aktivity, nedostatku soukromí**

Cíl:

- pacient bude chápat fyziologii vyprazdňování po operaci
- pacient se pravidelně vyprazdňuje, frekvence a konzistence stolice bude v mezích normy (min. 1x za 2 dny)
- pacient nepocítuje napětí břicha a plynatost
- pacient nepocítuje bolesti ani nadměrnou námahu při defekaci

Plán ošetrovatelské péče:

- vysvětlit nemocnému změny v oblasti vyprazdňování, které nastávají po operaci
- zajistit dostatek soukromí při defekaci
- poučit nemocného o dietních opatřeních a pohybovém režimu, které mají vliv na defekaci
- vést nemocného k časnému vstávání z lůžka a nabídnutí pomoci při doprovodu na toaletu
- zjistit způsob, kterým se pacient dříve vyprazdňoval a všechny faktory, které u něj vyprazdňování podporovaly
- zjistit dobu trvání obtíží s vyprazdňováním
- sledovat vedlejší účinky léků, které by mohly zácpu podporovat
- sledovat konzistenci, barvu, množství a frekvenci vyprazdňování stolice

- dohlédnout, aby pacient vypil alespoň 1 500-2 000 ml tekutin denně
- podporovat vyprazdňování cvičením a masáží břicha
- informovat ošetřujícího lékaře a dle jeho ordinace podávat laxantia, klyzmata
- umožnit dostatečnou hygienu po vyprázdnění a ošetření konečníku

Realizace:

Nemocnému jsem vysvětlila, že může mít nutkání na stolicí (většinou jen flatulence), které však nemá potlačovat a pokud to jde, má se vyprázdnit do podložní mísy, kterou bude mít k dispozici u lůžka. Nemocného jsem poučila, že průměrná doba než se stolice dostaví je 2.-3. den po operaci a o vlivu časně mobilizace na vyprazdňování. Nemocný ocenil informace týkající se doporučených jídel a tekutin vhodných pro snadnější vyprázdnění. Dbala jsem o to, aby měl nemocný při vyprazdňování aspoň částečný pocit intimity (zástěna u lůžka) a seděl v křesle, co by mu mělo vyprazdňování usnadnit.

Nemocný se vždy doma pravidelně vyprazdňoval 1x denně, obvykle ráno. Nemocnému jsem se snažila zajistit dostatečný pohyb vzhledem k jeho zdravotnímu stavu. Sledovala jsem pravidelně přítomnost stolice a její charakter. Stolice byla normální barvy, ale tuhé a suché konzistence. Dle ordinace lékaře jsem mu aplikovala podle potřeby glycerínový čípek a Lactulosu 1 polévkovou lžící v poledne a večer.

Hodnocení:

Pacient se třetí pooperační den vyprázdnil bez potíží na toaletě, kam došel v doprovodu rehabilitační sestry.

## **9. Potencionální porucha spánku z důvodu bolesti operační rány a změny prostředí**

Cíl:

- pacientovi se zmírní bolest během spánku
- pacient se bude cítit odpočínutý
- pacient bude klidnější a méně podrážděný

Plán ošetrovatelské péče:

- odstranění bolesti před usnutím (podání analgetik)

- podání hypnotik před usnutím dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinek
- zajistit dostatečné vyvětrání pokoje před spaním
- zajistit klid na oddělení
- sledovat průměrnou délku spánku pacienta
- dohodnout se na vhodné pokojové teplotě, která pacientovi vyhovuje
- zjistit rizikové faktory způsobující poruchy spánku
- ve dne nemocného něčím zaměstnat, aby nespal a spal pak v noci

#### Realizace:

Nemocný udává, že při své hospitalizaci v nemocnici špatně spí. Ruší ho okolní hluk. Stále se kolem něho něco děje, ale chápe to. Celý den pospává a spánek není kvalitní. Nemocný doma na spaní nikdy nic neužíval a ani během hospitalizace hypnotika na spaní nebere a nedostává. Před spaním se nemocnému řádně vyvětral pokoj. Svítlo se jen nočním a nepřímým světlem. Pacient je zvyklý si přes usnutí číst, bylo mu to umožněno, tak, aby co nejméně rušil ostatní pacienty, měl nad hlavou noční lampičku. Byla snaha odstranit rušivé vlivy z pokoje, kde nemocný spal. Během dne jsem se snažila pacienta více zaměstnat např. čtením novin a luštěním křížovek, reabilitací a rozhovory s ním, aby spal spíše v noci. Odpoledne ho chodila navštěvovat manželka se synem, kteří mu poskytli rozptýlení a pacient byl pak klidnější. Analgetika pokud možno byla podávána 30 minut před spaním.

#### Hodnocení:

Úleva od bolesti byla odstraněna ještě před usnutím a pacient mohl klidněji spát.

Ráno jsem však musela nemocného budit dříve, než by si přál, kvůli zvyklostem oddělení, takže nebylo možné nemocnému zabezpečit kvalitní a dostatečně dlouhý spánek.

### 3.5 Dlouhodobý ošetrovatelský plán

#### **Akutní bolest z důvodu operační rány**

Cíl dlouhodobý:

- pacient nebude pociťovat bolest

Důležité je vyloučit veškerou fyzickou námahu, nepředklánět se, nezvedat těžké předměty a při ležení více podkládat hlavu. Při větším krvácení z rány ničím nevyplachovat, pouze zkousnout přes ránu sterilní čtverec na dobu 10 minut a případně opakovat. Dále je třeba na několik pár dní po výkonu vyloučit konzumaci horkých nápojů a stravy. Jíst pouze měkkou stravu do zhojení operační rány. Nepít alkohol a nekouřit. Hojení rány probíhá rychleji pokud pacient po zákroku dodržuje standardní ústní hygienu.

#### **Nauzea, zvracení z důvodu anestezie, spolykané krve a foetoru ex ore**

Cíl dlouhodobý:

- pacientka bude bez nevolnosti a zvracení

Po odeznění anestezie byl pacient bez zvracení. Po poučení pacienta, že v den zákroku si může opatrně čistit běžným postupem zuby, které přímo nesousedí s ránou, téměř zmizel zápach z úst a tím se zmírnila nauzea. Byl poučen také o tom, že je vhodné včas požádat o antiemetika, dodržovat pitný režim a vyvarovat se jídlům, o kterých ví, že mu způsobují nevolnost.

#### **Prevence vzniku infekce z důvodu operační rány**

Cíl dlouhodobý:

- operační rána nevykazuje známky infekce a hojí se per primam

Zamezit vzniku infekce bylo založeno na prevenci – manipulace se sterilními nástroji, kontrola míst, kde hrozí vstup infekce, venózní vstupy zanechat po nezbytně nutnou dobu. Pacient byl poučen o možných příznacích infekce a o nutnosti dodržovat pravidelné převazy operační rány do odstranění stehů (7-11 dní). Dále byl pacientovi kladen důraz na zvýšenou hygienu dutiny ústní v domácím doléčení.

### **Porucha spánku z důvodu bolesti rány a změny prostředí.**

Cíl dlouhodobý:

- zajištění klidného spánku bez bolesti

Vždy před spaním se sestra ptala pacientky, zda pociťuje bolest a dle ordinací lékaře podala analgetika. Po odstranění bolesti léky a ledovými obklady pacient spal klidněji. Nejrady by pacient R. K. uvítal nějaké své soukromí a spal už doma ve své posteli a domácím prostředí.

### **Porucha vyprazdňování stolice z důvodu snížené aktivity a nedostatku soukromí**

Cíl dlouhodobý:

- stolice normální konzistence
- pravidelné vyprazdňování minimálně jednou za 48 hodin

Nemocný ocenil informace týkající se doporučených jídel a tekutin vhodných pro snadnější vyprázdnění. Významným preventivním opatřením je úprava stravovacích návyků, úprava jídelníčku a dodržování pitného režimu. Jde hlavně o dostatek tekutin, které napomáhají rozmělnění stolice, denně by měl pacient vypít alespoň 2 litry tekutin (káva a čaj se nepočítají), aby se docílilo pravidelného vyprazdňování a stolice o správné konzistenci.

Vysvětlila jsem nemocnému, že důležitý je dostatečný příjem vlákniny a pravidelný příjem potravy, nepřejídat se večer a jíst přiměřené množství celozrnných výrobků a ovoce. U pacienta jsem sledovala a zapisovala příjem a výdej tekutin, jelikož stolice se skládá ze 75% vody a zbylých 25% tvoří nerozložená vláknina, anorganické látky, bílkoviny, tuky a mrtvé bakterie, které v trávicím traktu napomáhají trávení. Poučila jsem pacienta, že ke snadnějšímu vyprazdňování přispívá i časná mobilizace po operaci. Dbala jsem o to, aby pacient měl při vyprazdňování alespoň částečný pocit intimity (zástěna u lůžka).

Vyprazdňování se upravilo po podávání glycerínového čípku a Lactulosity, pacient se vyprázdnil bez potíží také díky tomu, že si mohl pak dojít na toaletu sám.



## **Potencionální únava z důvodu operačního zákroku a intolerance aktivity**

Cíl dlouhodobý:

- samostatný pacient ve všech denních činnostech
- pacient necítí únavu

Tohoto cíle bylo dosaženo v průběhu hospitalizace. Pacient ochotně spolupracoval s rehabilitační sestrou a jeho největším přáním bylo, aby se brzy vrátil zpět do domácího prostředí aniž by potřeboval pomoc od druhých. Také z toho důvodu, aby se v klidu vyspal a měl své pohodlí domova, kde ho neobtěžovaly žádné rušivé vlivy (hluk, spolupacienti, organizační řád oddělení).

Pocit únavy nebyl již tak velký, ale pacient nebyl stále „ve své kůži“.

## **Potencionální riziko sníženého příjmu stravy z důvodu nemožnosti otvírání úst**

Cíl dlouhodobý:

- váhový úbytek po dobu hospitalizace neklesne pod 4 kg výchozí hmotnosti před operací

Zjistila jsem stav výživy pacienta a zajistila nutriční intervenci. Pacientovi jsem poskytla pomoc při hledání alternativního způsobu přijímání stravy. Vysvětlila jsem panu R. K. význam dietního opatření v souvislosti s chirurgickým výkonem v orofaciální oblasti. Pacient spolupracoval ochotně s rehabilitační sestrou, která s ním prováděla nenásilné a pozvolné rozevírání úst z počátku na nezbytné minimum a později přistoupila k aktivnímu rozcvičování.

Cíl byl splněn, jelikož váhový úbytek pacienta po dobu hospitalizace činil pouze 2 kg z jeho výchozí váhy před operací.

Realizace naplánované péče a krátkodobé cíle ošetrovatelské péče se podařilo splnit částečně nebo úplně. Plán dlouhodobé péče byl stanoven do konce hospitalizace (do 14. pooperačního dne). Stanovení ošetrovatelských diagnóz bylo shodné s krátkodobým plánem péče, realizace probíhala podle

naplánovaných ošetrovatelských intervencí. Všechny stanovené diagnózy byly splněny.

V rámci komplexní ošetrovatelské péče se chci zmínit o psychologickém a sociálním hodnocení pacienta a uvést důležité oblasti zdravotní edukace pacienta.

### **3.6 Sociální a psychologické hodnocení pacienta**

Pan R. K. žije v rodinném domě se svou manželkou, synem a snachou nedaleko Prahy. Se svou rodinou se snaží vycházet jen v dobrém, ale se snachou má občas problém.

Vzhledem k pacientově chronické diagnóze – jaterní cirhóza se pan R. K. obviňuje z toho, že si mnohé v životě zavinil sám svým chováním. Rodina mu to také dává zřetelně najevo, která tvrdí, že si změnu zdravotního stavu zavinil sám svým neodpovědným chováním. Nemocný i přes stanovení diagnózy a přísný zákaz alkoholu stále pil pivo. Dá se říci, že zlehčoval situaci a neuvědomoval si závažnost onemocnění. Pacient se již vzhledem k tomuto onemocnění adaptoval na jeho současnou situaci, ale jeho emocionální stav je charakterizován jako celý soubor negativních pocitů – strach a obavy, nejistota. Nemocný se snaží to na sobě nedávat moc znát. Pacient žije převážně v přítomnosti.

Současná diagnóza submandibulárního abscesu není tak závažným onemocněním jako jaterní cirhóza, pacienta však také trápí, protože po operačním zákroku musí dodržovat určitá opatření a doporučení, které se týkají hlavně hygieny dutiny ústní a úpravy stravy.

Vztahy v rodině jsou však celkově dobré, stojí při sobě při jakékoliv vážné situaci.

### **3.7 Edukační plán nemocného**

Edukace znamená poučení pacienta a je důležitou a nezbytnou součástí ošetrovatelské péče. Jejím cílem je předat nemocnému dostatečné množství informací týkající se péče o jeho zdraví. Edukaci pacienta jsem zaměřila na péči o operační ránu, následnou rehabilitaci, hygienu dutiny ústní a životosprávu s úpravou jídelníčku.

Po celou dobu hospitalizace byl pan R. K. edukován průběžně jak v oblasti ošetrovatelské péče, tak v oblasti diagnostické a terapeutické péče jednotlivými zdravotnickými pracovníky.

#### ***Péče o pooperační ránu a jizvu***

Před propuštěním do domácího ošetření v ráně přetrvávala drobná serózní sekrece a tak byly stehy ponechány. Pacient byl poučen o pravidelném převazu rány (ráno a večer) sterilními čtverci, které dostal s sebou domů. Na kontrolu byl pozván za tři dny po propuštění z nemocnice.

#### ***Pooperační rehabilitace***

Součástí edukace u pacienta ve spolupráci s rehabilitační pracovnící bylo poučení o správné pooperační rehabilitaci. Vysvětlila jsem pacientovi, že správně prováděná rehabilitace urychlí hojení operační rány, předchází kontrakturám, posiluje oslabené svalové skupiny, zvyšuje rozsah a pohyb v čelistním kloubu. Informovala jsem pacienta, že omezené otevírání úst většinou není závažnou komplikací a spontánně ustoupí po pár dnech, úpravu stavu podpoří správná a časná rehabilitace otevírání úst. Mírná kontraktura svalů je u těchto chirurgických výkonů téměř pravidlem. Je to následek prosáknutí žvýkacích svalů v důsledku zánětlivé odpovědi organismu na chirurgický zákrok. V případě neúspěchu jednoduché a dostupné pomůcky jako jsou dřevěné vyšetřovací lopatky, které vkládáme postupně na sebe mezi zubní oblouky do možného maxima, užíváme pak různé typy individuálně zhotovených rozvěračů, nejčastěji v kombinaci nákusných zubních dlah spojených silnými ortodontickými šrouby, které postupně roztáčíme a opět necháme v rozevření na žvýkací svaly působit.

### ***Hygiena dutiny ústní***

V domácím léčení je kladen důraz na zvýšenou hygienu dutiny ústní. Vysvětlila jsem pacientovi, že je nutno pravidelně alespoň 5x denně čistit zubní oblouky kartáčkem, vyjma operované krajiny, distální úsek je nutno čistit pomocí vatových štětiček smočených do H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, případně výplachy úst odvarem z heřmánku, šalvěje nebo jiného vhodného dezinfekčního roztoku. Poučila jsem pacienta, že hojení ran probíhá rychleji pokud pacient po zákroku dodržuje standardní ústní hygienu. V den zákroku si pacient mohl opatrně čistit běžným postupem zuby, které přímo nesousedí s ránou. Kromě čištění zubů nesměl ústa ničím vyplachovat, ani si čistit zuby vedle rány, jinak by se zvýšilo riziko, že rána začne krváčet. Také by se mohla zvýšit bolestivost rány. S vyplachováním úst u pacienta bylo možné začít již druhý den po zákroku. Pacient byl schopen se vrátit ke svému obvyklému způsobu ústní hygieny již čtvrtý den po zákroku.

Pacienta jsem informovala, že v případě znemožnění řádné ústní hygieny na několik dní, je vhodné k výplachům používat antiseptickou ústní vodu Corsodyl 2x denně zhruba po dobu jednoho týdne.

### ***Životaspráva a úprava jídelníčku***

Pacient se bál po zákroku jíst a pít v obavách z bolesti. Poučila jsem nemocného, že je nutné dodržovat minimálně dostatečný příjem tekutin. Pacient mohl pít cokoliv podle své chuti (kromě alkoholických nápojů), ale nápoje musely být chladné, protože teplé nápoje i jídlo působí bolestivost rány a mohlo provokovat krvácení. Vzhledem k tomu, že pan R. K. měl předepsanou tekutou mixovanou stravu, kterou bylo třeba dodržovat i v průběhu domácího ošetřování, poskytla jsem mu tištěný materiál s navrženým rámcovým jídelníčkem a poznámkami o přípravě tekuté mixované stravy (viz. příloha č. ...). Zároveň jsem nemocného informovala o popíjení Nutridrinků jako doplňku tekuté mixované stravy a možnost zvýšení kalorického rázu stravy. Samozřejmě omezit sůl, alkohol, kouření.

Nemocnému je doporučen klidový režim. Pacient by si měl dávkovat pohyb dle celkového pocitu, únavy a slabosti. Vhodné jsou procházky, nedoporučuje se sport a velká fyzická zátěž.

### **3.8 Ošetřovatelský závěr a prognóza**

Ošetřovala jsem 48letého pacienta, který podstoupil operaci submandibulárního abscesu extraorální incizí a komplikované extrakce zubů 47 a 45. Pacientovi jsem poskytla ošetřovatelskou péči v oblasti jak biologických potřeb, tak psychosociálních potřeb. Většinu identifikovaných ošetřovatelských problémů se podařilo vyřešit. Pacient ochotně spolupracoval na ošetřovatelské péči, zvláště pak při péči o dutinu ústní včetně chrupu a měl zájem na brzkém uzdravení. Komunikace s pacientem byla pozitivní a příjemná.

Prognóza z pohledu ošetřovatelského se jevila příznivě, neboť pacient měl zájem na pozitivním výsledku léčby. Vzhledem ke stomatochirurgickému zákroku bylo třeba, aby pacient zvládal péči o dutinu ústní a alternativní způsob příjmu stravy a tekutin per os, což před propuštěním do domácího prostředí byl schopen činit bez pomoci druhých. Péče o operační ránu a dodržování hygieny o dutinu ústní v domácím prostředí je rovněž prognosticky významná. Pacient docházel pravidelně na kontroly na ambulanci.

## 4 Závěr

V této případové studii jsem se snažila o komplexní pohled na pacienta se zánětlivým čelistním onemocněním z holistického pohledu na nemocného člověka. Pacient prošel dlouhým hospitalizačním obdobím od stanovení diagnózy, přes léčbu až po rekonvalescenci.

S jistým záměrem jsem si vybrala pacienta se submandibulárním abscesem, protože s tímto onemocněním naše pracoviště - stomatochirurgické oddělení kliniky ústní, čelistní a obličjové chirurgie- navštěvuje v poslední době více jak 50% pacientů ročně. Ve své bakalářské práci jsem chtěla nastínit problematiku ošetrovatelské péče při léčbě čelistních onemocnění invazivní cestou, která je zatím stále tím nejlepším a nejrychlejší řešením okoločelistních zánětů - abscesů. Zánět v měkkých částech obličeje a v okolí čelisti je právě velmi častou komplikací neošetřených zubů a pokud se včas neodstraní příčina zánětu, může špatně ošetřený okoločelistní zánět způsobit vážné až dokonce život ohrožující komplikace.

Ve své práci jsem chtěla poukázat na to, že léčba okoločelistních zánětů a celkově všech zánětů v dutině ústní by se neměla podceňovat. Zároveň také na důležitost hygieny dutiny ústní nejen u stomatochirurgického pacienta, ale zejména jako prevenci těchto komplikací vznikajících ze špatné hygieny dutiny ústní se kterou se bohužel ve své praxi denně neustále setkávám.

Dělejme tedy něco pro sebe a naučme se brát na sebe zodpovědnost za své zdraví.

## 5. Seznam literatury

- [1 ] Gojišová, E. et al. *Stomatologie*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 1999. s. 59, ISBN 80-7184-865-4.
- [2 ] Průcha, M., Houba, R. a Monhartová, K. *Vybrané kapitoly z preklinické a klinické části dentoalveolární chirurgie (včetně možností využití kryoterapie a laserové terapie)*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1992. s. 3, ISBN 80-7066-685-4.
- [3 ] Meechan, J. G. et al. *Dentoalveolární chirurgie v praxi zubního lékaře*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Quintessenz, 2007. s. 1-57, ISBN 80-86979-03-2
- [4 ] Bartáková, V. et al. *Vybrané kapitoly z dentoalveolární chirurgie*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003. s. 38-148, ISBN 80-246-0582-1
- [5 ] Mutschelknauss, R. et al. *Praktická parodontologie, klinické postupy* 1. vyd. Praha: Nakladatelství Quintessenz, 2002. s. 54-123, ISBN 80-902118-8-7
- [6 ] Šedý, J. - Foltán, R. *Klinická anatomie zubů a čelistí*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Triton, 2009. s. 123-131, ISBN 978-80-7387-312-7
- [7 ] Klepáček, I. - Mazánek, J. a kol. *Klinická anatomie ve stomatologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s r. o., 2001. s. 89-93, s. 301-302, ISBN 80-7169-770-2
- [8 ] Mrázková, O. - Doskočil, M. *Klinická anatomie pro stomatologu*. 1. vyd. Praha: Alberta s. r. o, 1994. s. 9-10, ISBN 80-85792-02-8
- [9 ] Wotke, J. *Patologie orofaciální oblasti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2001. s. 129-247, ISBN 80-7169-975-6
- [10 ] Toman, J. - Halmoš, J. *Stomatologická chirurgie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1984. s. 95-109, ISBN 08-055-84

## **6. Seznam příloh**

**Příloha č. 1** Ošetrovatelská anamnéza VFN

**Příloha č. 2** Ošetrovatelská anamnéza 3. LF UK

**Příloha č. 3** „Model fungujícího zdraví Marjory Gordonové“

**Příloha č. 4** Laboratorní výsledky při příjmu pacienta

**Příloha č. 5** Farmakoterapie v průběhu hospitalizace

**Příloha č. 6** Edukace v průběhu hospitalizace

**Příloha č. 7** Realizace ošetrovatelského plánu

**Příloha č. 8** Hodnocení ošetrovatelského plánu

**Příloha č. 9** Krátkodobá ošetrovatelská dokumentace (do 24h)

**Příloha č. 10** Bilance tekutin

**Příloha č. 11** Záznam o bolesti

**Příloha č. 12** Záznam o ošetrování kůže/rány-bércový vřed

**Příloha č. 13** Záznam o ošetrování kůže/rány-operační rána po incizi abscesu

**Příloha č. 14** Záznam průběhu fyzioterapie

**Příloha č. 15** Souhlas s hospitalizací

**Příloha č. 16** Informovaný souhlas se zdravotním výkonem

**Příloha č. 17** Informovaný souhlas se zavedením systému PICC

**Příloha č. 18** obrázek – Anatomie dolní čelisti

**Příloha č. 19** obrázek – Věkové změny ve tvaru dolní čelisti

**Příloha č. 20** obrázek – Spatium submandibulare

**Příloha č. 21** obrázek - ortopantomatický RTG snímek pacienta





# Příloha č. 1

verze č. 2



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2; IČ000064165, tel. č. 224961111

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE PRO STANDARDNÍ PÉČI

číslo protokolu: .....

spite identifikátor pacienta

Pan Z.K.

Kontakt na pacienta: .....

## OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Vypíšte při první hospitalizaci pacienta, při pokračující hospitalizaci již není třeba tuto stranu vyplňovat, začínáme tedy až vyhodnocením rizik.

**PŘÍJEM** datum: 2/3 čas: 13:00  
 plánovaný  
 opakované přijetí  
 akutní  
 ano  
 ne  
 nelze zjistit

Kontakt na příbuzné:  
 manželka, p.p.m.

Přichází s dietou č. 4  
 Alergie: .....  
 Cennosti:  ano (zaznamenejte v knize cennosti)  
 ne  
 má u sebe  
 nelze navázat  
 ztížený

**KONTAKT**  
 bez omezení  
 ztížený

**FYZIOLOGICKÉ FUNKCE PŘI PŘÍJETÍ**  
 TK: 150/85 P: 80 TT: 37,20

**PSYCHICKÝ STAV**  
**Orience**  
 orientovaný  
 dezorientovaný:  
 časem  
 místem  
 osobou  
 jiné

**EMOCE**  
 klidný  
 úzkostný  
 plaktivý  
 rozrušený  
 podrážděný

**SPÁNEK**  
 narušený  ano  ne

**DÝCHÁNÍ**  
 beze změn  
 dušnost  
 klidová  
 noční

Jiné: .....

**POTŘEBA PASTORAČNÍ (DUCHOVNÍ) PÉČE**  
 Pacient/pacientka informována o možnosti využití pastorační nebo duchovní péče  
 ano  
 ne

**POTŘEBA KONTAKTU SE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍM PRACOVNÍKEM**  
 ano  
 ne

**BOLEST**  
 ano  
 ne  
 akutní  ano  ne  
 chronická  ano  ne  
 lokalizace: **HEAST**  
**PRÁVO**

Intenzita: 0\_1\_2\_3\_4\_5\_6\_7\_8\_9\_10

**VÝZNAMNÝ HANDICAP**  
 zrak  
 sluch  
 pohybový  
 nemá  
 berle/hůl  
 zubní protéza:  
 horní  dolní

**POMŮCKY**  
 brýle, čočky  
 naslouchátko  
 vozík  
 jiné:

**VYPRAZDŇOVÁNÍ**  
**problémy s močením**  
 bez problémů  
 PMK  
 Datum zavedení PMK: .....

**vypražďování stolice**  
 bez problémů  
 inkontinence  
 zácpa  
 stomie (vypíšte formulář F-VFN-206)

Datum poslední stolice: .....

**KŮŽE**  
 beze změn  
 změny na kůži: **ŽELVINY VŘEZY**  
 otoky  
 rány  
 dekubity

(vypíšte formulář F-VFN-209)  
 začervenání  
 tvorba puchýřků  
 hluboké poškození tkáně  
 nekróza

**INVAZIVNÍ VSTUPY**  
 periferní žilní katétr zaveden dne: .....

centrální žilní katétr zaveden dne: **1.3.2013**  
 portová jehla zavedena dne: .....

implantovaný podkožní žilní katétr  
 drén zaveden dne: **3.3.2013**  
 Jiné (peritoneální dialyzační katétr, hemodialyzační kanyla, SHEAT, epidural, arteriální katétr aj.) zaveden dne: .....

kardiostimulátor

**POZNÁMKY:**  
 \* Hospitalizace bez souhlasu  ano  ne  
 od..... do.....

**Podpis a razítko sestry:**  
 Abrcos  
 G. Aep. VŘEZY  
 Břevnový újezd  
 Stp. Hřepavského Ag. 0

datum: .....

čas: .....

BARTHELOVE TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	(10) 5
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	(10) 5
3. koupání	samostatně nebo s pomoci neprovede	(5) 0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci neprovede	(5) 0
5. kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	(10) 5 0
6. kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	(10) 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	(10) 5
8. přesun lůžko-židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	(15) 10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50m s pomoci 50m na vozíku 50 m neprovede	15 (10) 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 (5) 0
Celkem bodů:	903	

ROZŠÍŘENÁ STUPNICE NORTONOVE

Schopnost spolupráce	Věk	Stav kůže	Zvláštní rizika	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4 - úplná	-do 10 let	-normální	-žádné	-dobrý	-bdělý	-chodící, samostatný	-úplná	-kontinentní
3 - malá	-do 30 let	-suchá, šupinatá	-snížení imunity -horečka -diabetes mellitus	-zhoršen	-spatický	-chodící s doprovodem	-částečně omezená	-občasná inkontinence
2 - částečná	-do 60 let	-vlhká	-sklerosis multiplex -obezita -anemie	-špatný	-zmatený	-sedící na lůžku, v křesle	-velmi omezená	-inkontinence převážně moče
1 - žádná	-60 let +	-alergie, porušená	-onemocnění cév -kachexie -karcinom	-velmi špatný	-bezvědomí	-ležící	-žádná	-inkontinence moče a stolice
<b>Riziko vzniku dekubitu</b>		<b>nizké (24 - 25 bodů)</b>						
<b>CELKEM</b>			<b>žádné (25 a více bodů)</b>		<b>střední (23 - 19 bodů)</b>		<b>velmi vysoké (18 - 14 bodů)</b>	<b>velmi vysoké (13 - 9 bodů)</b>

Opakujte screeningy po 7 dnech hospitalizace

VÝŽIVA/HYDRATACE	
Hmotnost/výška BMI (BMI: kg/m <sup>2</sup> ): (obvod pasu 28cm M/22cm Ž=BMI 23)	40 kg / 180cm 23,5
<input checked="" type="checkbox"/> Kožní turgor snížený <input type="checkbox"/> přiměřený	
<input type="checkbox"/> Parenterální výživa	
<input type="checkbox"/> Enterální výživa	
<input type="checkbox"/> Sonda zavedena dne:	
<input type="checkbox"/> PEG zaveden dne:	
<input type="checkbox"/> Diabetik	<input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne
<b>RIZIKOVÉ FAKTORY PRO VZNIK PÁDU</b>	
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více	<input type="checkbox"/> dezorientace
<input checked="" type="checkbox"/> pooperační období	<input type="checkbox"/> pád v anamnéze
<input type="checkbox"/> závratě	<input type="checkbox"/> epilepsie
<input checked="" type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém	<input type="checkbox"/> hypotenze
<input type="checkbox"/> inkontinence	<input checked="" type="checkbox"/> problémy s pohyblivostí
<input checked="" type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, antidepresiva, antihypertensiva, laxantia, anti-diabetika)	<input type="checkbox"/> jiné
Celkem bodů:	43
bez rizika (0-1 bod)	<b>Každá zaškrtnutá položka = 1 bod</b> riziko vzniku pádu (2-11 bodů)

RIZIKO MALNUTRICE	
BMI	< 18,5
Neplánovaný pokles hmotnosti za posledních 3-6 měsíců	> 10
Předpoklad nepřijímání stravy	> 5 dní
Skóre	
Skóre 2 a více - kontaktujte ošetřujícího lékaře nebo nutričního terapeuta.	

DATUM	OSĚTROVATELSKÉ PROBLEMY	Z DŮVODU	PROJEVUJÍCÍ SE	OSĚTROVATELSKÝ PLÁN	DATUM A PODPIS
2/3	1. BOLEST <input checked="" type="checkbox"/> akutní <input checked="" type="checkbox"/> chronická	<input checked="" type="checkbox"/> základního onemocnění <input type="checkbox"/> úrazu <input type="checkbox"/> po výkonu	<input checked="" type="checkbox"/> verbalizaci <input type="checkbox"/> výrazem bolesti v obličejí <input type="checkbox"/> poruchou spánku <input type="checkbox"/> neklidem, nafukáním, pláčem <input type="checkbox"/> vegetativní reakcí (pocení, změna TK, dýchání, puls) <input type="checkbox"/> Sníženou sebezpečí v oblasti: <input type="checkbox"/> přijímání potravy <input type="checkbox"/> celkové hygieny <input type="checkbox"/> pohybu <input type="checkbox"/> oblékání <input type="checkbox"/> všech oblastech	<input type="checkbox"/> zjistit lokalizaci a intenzitu bolesti <input type="checkbox"/> zajistit úlevovou polohu, klidné prostředí a pohodlí <input type="checkbox"/> sledovat psychický stav nemocného <input type="checkbox"/> zaznamenat graficky vývoj bolesti <input checked="" type="checkbox"/> podat analgetika dle ordinace lékaře a sledovat účinek <input type="checkbox"/> zhodnotit efektivitu provedených intervencí	Stanovila:  Ukončila:
	2. PORUCHA SEBEPEČE	<input type="checkbox"/> základního onemocnění <input type="checkbox"/> bolesti <input type="checkbox"/> úrazu <input type="checkbox"/> po výkonu <input type="checkbox"/> poruchy pohyblivosti <input type="checkbox"/> mechanických zábran (např. drén, ...)	<input type="checkbox"/> neschopnosti přijímat potravu <input type="checkbox"/> podrážděním DU, hitanu <input type="checkbox"/> malnutrií (nedostatečnou výživou) <input type="checkbox"/> nauzeou, zvracením <input type="checkbox"/> poruchou polykání <input type="checkbox"/> poruchou pomoci NGS, NJS, PEG <input type="checkbox"/> aspirací	<input type="checkbox"/> zhodnotit tělesnou hmotnost <input type="checkbox"/> sledovat příjem potravy a vydeje (moč, stolice, zvracení, ...) <input type="checkbox"/> kontrolovat hmotnost, kožní turgor, stav sliznic, fyziolog. funkce <input type="checkbox"/> kontrolovat polohu a proplachovat NGS, NJS a PEG (dodržovat oš. standardy v péči o NGS a PEG) <input type="checkbox"/> edukovat pacienta o nutnosti stravení a příjmu tekutin <input type="checkbox"/> zajistit včasnou konzultaci nutričního terapeuta	Stanovila:  Ukončila:
	3. PORUCHA VÝŽIVY	<input type="checkbox"/> základního onemocnění <input type="checkbox"/> mechanické překážky <input type="checkbox"/> nechutenství <input type="checkbox"/> zvýšených metabolických požadavků <input type="checkbox"/> chemoterapie, radioterapie, po lékové terapii	<input type="checkbox"/> inkontinenci moči <input type="checkbox"/> infekci <input type="checkbox"/> retenci <input type="checkbox"/> průjemem <input type="checkbox"/> zácpou <input type="checkbox"/> inkontinenci stolice <input type="checkbox"/> stomii	<input type="checkbox"/> zajistit nácvik držení moči v močovém měchýři <input type="checkbox"/> zajistit soukromí při vyprázdňování <input type="checkbox"/> dbát na dostatečnou hygienu genitálu <input type="checkbox"/> sledovat bilanci tekutin <input type="checkbox"/> používat hygienické pomůcky (inkontinentní pomůcky) <input type="checkbox"/> sledovat příměs a barvu moči <input type="checkbox"/> zajistit dostatečný příjem tekutin a vhodnou stravu	Stanovila:  Ukončila:
2/3	5. PORUCHA KOMUNIKACE A SMYSLOVÉHO VNÍMÁNÍ <input type="checkbox"/> zmatenost: <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická  <input checked="" type="checkbox"/> strach a úzkost	<input checked="" type="checkbox"/> základního onemocnění <input type="checkbox"/> demence <input type="checkbox"/> vlivu návykových léků/látek <input type="checkbox"/> silných bolesti <input type="checkbox"/> poruchy spánku <input checked="" type="checkbox"/> poruchy zraku <input type="checkbox"/> poruchy sluchu <input type="checkbox"/> dezorientace  <input type="checkbox"/> smyslových poruch <input type="checkbox"/> nezákušenosti, neznalosti daného stavu <input type="checkbox"/> ztráty životních jistot	<input type="checkbox"/> nejasným vnímáním <input type="checkbox"/> somnolencí <input type="checkbox"/> soporem <input type="checkbox"/> agresivitou <input type="checkbox"/> neklidem  <input type="checkbox"/> nespokuprací pacienta <input checked="" type="checkbox"/> uzavřenosti <input checked="" type="checkbox"/> zhoršením zdravotního stavu	<input checked="" type="checkbox"/> zjistit úroveň orientace pacienta <input type="checkbox"/> zjistit schopnost komunikace pacienta s okolím <input type="checkbox"/> sledovat výskyt zvýšeného neklidu, halucinací a ostatních změn v chování <input type="checkbox"/> dbát na bezpečnost pacienta-zvýšený dohled, opěrné a chodící pomůcky <input type="checkbox"/> posilovat orientaci pacienta v realitě <input type="checkbox"/> podávat léky dle ordinace lékaře, sledovat jejich účinek <input type="checkbox"/> zajistit pomůcky ke zlepšení zraku a sluchu <input type="checkbox"/> seznámit pacienta s novým prostředím <input type="checkbox"/> umožnit častý kontakt s rodinou <input checked="" type="checkbox"/> zajistit signalizaci <input type="checkbox"/> umožnit kontakt s pastoračním asistentem	Stanovila:  Ukončila:
	6. ZMĚNA OBJEMU TĚLESNÝCH TEKUTIN	<input type="checkbox"/> snížení z aktivních ztrát (krvácení, zvracení, popáleniny, průjem aj.) <input type="checkbox"/> snížení z poruchy regulačních mechanismů (renální selhávání, diabetes mellitus aj.) <input type="checkbox"/> zvýšení tělesných tekutin (organové selhávání)	<input type="checkbox"/> změnou kožního turgoru <input type="checkbox"/> suchosti kůže a sliznic <input type="checkbox"/> celkovou tělesnou slabostí <input type="checkbox"/> tvorbou edémů <input type="checkbox"/> ztrátou pocitu žízně <input type="checkbox"/> zmatenosti	<input type="checkbox"/> řídit se dle ordinace lékaře <input type="checkbox"/> kontrolovat fyziologické funkce <input type="checkbox"/> kontrolovat stav pokožky a sliznic <input type="checkbox"/> kontrolovat bilanci tekutin <input type="checkbox"/> dostatečně hydratovat pacienta <input type="checkbox"/> polohovat pacienta	Stanovila:  Ukončila:

DATUM	OŠETROVATELSKÉ PROBLEMY	Z DŮVODU	PROJEVUJÍCÍ SE	OŠETROVATELSKÝ PLÁN	DATUM A PODPIS
	7. PORUCHA SPANKU	<input type="checkbox"/> daného léčebného režimu <input type="checkbox"/> ze změny prostředí a špatné adaptability <input type="checkbox"/> bolesti <input type="checkbox"/> strachu a úzkosti <input type="checkbox"/> omezení pohybu na lůžku <input type="checkbox"/> základního onemocnění <input type="checkbox"/> snížené hybnosti <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> invazivního vstupu <input type="checkbox"/> z důvodu mechanických příčin (úraz, chirurgický výkon aj.)	<input type="checkbox"/> problémy s usínáním <input type="checkbox"/> častým buzením <input type="checkbox"/> spaním přes den <input type="checkbox"/> užíváním léků na spaní <input type="checkbox"/> změnami na kůži	<input type="checkbox"/> edukovat pacienta o adekvátní fyzické aktivitě během dne <input type="checkbox"/> zajistit klidné prostředí a přiměřený komfort <input type="checkbox"/> podat léky dle ordinace lékaře a sledovat účinek <input type="checkbox"/> zajistit zapojení přístrojové techniky (např. SIPAP - pacient má zpravidla u sebe) <input type="checkbox"/> položit pacienta á ..... hod <input type="checkbox"/> udržovat lůžko v čistoře a suchu; pečovat o čistoť kůže <input type="checkbox"/> sledovat stav výživy a hydratace; kontrolovat prediální místa <input type="checkbox"/> zajistit rehabilitaci; používat antidekubitární pomůcky <input type="checkbox"/> popř. zavést záznam ošetřování ran (dekubity, rány, bérčové vředy) <input type="checkbox"/> kontaktovat nutričního terapeuta <input type="checkbox"/> použít antidekubitární pomůcky	Stanovila:  Ukončila:
2/3	8. PORUCHA KOŽNÍ INTEGRITY	<input checked="" type="checkbox"/> centrálního žilního katétru <input type="checkbox"/> periferního žilního katétru <input type="checkbox"/> imunosuprese, leukopenie <input type="checkbox"/> zavedení PMK <input type="checkbox"/> porušení kožní integrity, LP, sternální punkce..... <input type="checkbox"/> zavedení invazivního vstupu dne: ..... <input type="checkbox"/> věku nad 65 let <input type="checkbox"/> pádů v minulosti <input checked="" type="checkbox"/> poruchy mobility, potíže s chůzí, závratě, křeče <input checked="" type="checkbox"/> slabosti při vstávání, častá únava, kolaps <input checked="" type="checkbox"/> poruchy zraku, sluchu a řeči <input checked="" type="checkbox"/> dezorientace, zmatenosti, poruchy kognitivních funkcí <input checked="" type="checkbox"/> výsledek ve skórovacím testu "Zjištění rizika pádu"	<input type="checkbox"/> chronického onemocnění <input type="checkbox"/> dietního opatření, podvýživy <input type="checkbox"/> chirurgického výkonu	<input checked="" type="checkbox"/> sledovat známky infekce, FF a celkový stav pacienta <input checked="" type="checkbox"/> vše provádět za aseptických podmínek <input checked="" type="checkbox"/> denně sledovat místa možného vzniku infekce <input checked="" type="checkbox"/> edukovat pacienta/rodinu o možném riziku vzniku infekce <input type="checkbox"/> případně zajistit reverzní izolaci k omezení vzniku infekce	Stanovila:  Ukončila:
2/3	10. RIZIKO PADU	<input checked="" type="checkbox"/> centrálního žilního katétru <input type="checkbox"/> periferního žilního katétru <input type="checkbox"/> imunosuprese, leukopenie <input type="checkbox"/> zavedení PMK <input type="checkbox"/> porušení kožní integrity, LP, sternální punkce..... <input type="checkbox"/> zavedení invazivního vstupu dne: ..... <input type="checkbox"/> věku nad 65 let <input type="checkbox"/> pádů v minulosti <input checked="" type="checkbox"/> poruchy mobility, potíže s chůzí, závratě, křeče <input checked="" type="checkbox"/> slabosti při vstávání, častá únava, kolaps <input checked="" type="checkbox"/> poruchy zraku, sluchu a řeči <input checked="" type="checkbox"/> dezorientace, zmatenosti, poruchy kognitivních funkcí <input checked="" type="checkbox"/> výsledek ve skórovacím testu "Zjištění rizika pádu"	<input type="checkbox"/> chronického onemocnění <input type="checkbox"/> dietního opatření, podvýživy <input type="checkbox"/> chirurgického výkonu	<input checked="" type="checkbox"/> sledovat známky infekce, FF a celkový stav pacienta <input checked="" type="checkbox"/> vše provádět za aseptických podmínek <input checked="" type="checkbox"/> denně sledovat místa možného vzniku infekce <input checked="" type="checkbox"/> edukovat pacienta/rodinu o možném riziku vzniku infekce <input type="checkbox"/> případně zajistit reverzní izolaci k omezení vzniku infekce	Stanovila:  Ukončila:
	11. RIZIKO VZNIKU KRVACENÍ	<input type="checkbox"/> základního onemocnění <input type="checkbox"/> invazivního výkonu <input type="checkbox"/> poruchy srážlivosti	<input type="checkbox"/> úrazu <input type="checkbox"/> aplikace antikoagulancií <input type="checkbox"/> operační výkon	<input type="checkbox"/> zajistit zvýšený dohled u pacienta <input type="checkbox"/> poučit o použití signalizačního zařízení; kontrolovat jeho dosažitelnost <input type="checkbox"/> zajistit pacientovi co nejrychlejší orientaci v prostoru, odstranit možné překážky na pokoji, WC, koupelně <input type="checkbox"/> zajistit vhodné osvětlení (případně i noční světlo) <input type="checkbox"/> ukládat věci tak, aby byly lehce dosažitelné pro pacienta <input type="checkbox"/> doporučit používat pomůcky pro chůzi a naučit je bezpečně používat <input type="checkbox"/> poučit pacienta o dopomoci druhé osoby <input type="checkbox"/> kontrolovat pokožku, fyziologické funkce, místo vpíchnu <input type="checkbox"/> sledovat množství zabarvení tekutin v drénu <input type="checkbox"/> kontrolovat operační ránu, tlakový obvod <input type="checkbox"/> sledovat místo vpíchnu po invazivních výkonech <input type="checkbox"/> edukovat pacienta (klid na lůžku)	Stanovila:  Ukončila:



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze  
U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2; IČO0064165; tel. č. 224961111  
OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE PRO INTENZIVNÍ PÉČI

Přijetí: *Pan Z.K.*  
Jméno: *Pan Z.K.*  
r.č.:

<b>PŘÍJEM</b> datum: <i>3.3.</i> čas: <i>9:45</i> Přijat odkud: <i>KAR UP</i> <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> plánovaný <input checked="" type="checkbox"/> opakovaný Kontaktní osoba (adresa; tel.):	<b>VĚDOMÍ A PSYCHIKA</b> <input checked="" type="checkbox"/> při vědomí <input type="checkbox"/> bezvědomí <input type="checkbox"/> tlumen <input type="checkbox"/> RAS (Ramisav Sedation Scale) č. <input type="checkbox"/> Glasgow score:	<b>KONTAKT</b> <input checked="" type="checkbox"/> bez omezení <input type="checkbox"/> verbální <input checked="" type="checkbox"/> ztižený <input type="checkbox"/> nonverbální <input type="checkbox"/> nelze navázat <input type="checkbox"/> žádná	<b>KOMUNIKACE</b> <input type="checkbox"/> sluch <input type="checkbox"/> řeč <input type="checkbox"/> cizinec <input type="checkbox"/> zrak <input type="checkbox"/> čich <input type="checkbox"/> chuť	<b>VÝZNAMNÝ HANDICAP</b> <input type="checkbox"/> zrak <input type="checkbox"/> sluch <input type="checkbox"/> řeč <input type="checkbox"/> čich <input type="checkbox"/> chuť	<b>PSYCHICKÝ STAV</b> <input type="checkbox"/> depresivní <input checked="" type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> neklidný <input type="checkbox"/> zmatený <input type="checkbox"/> jiný	<b>KŮŽE</b> <input type="checkbox"/> normální <input checked="" type="checkbox"/> suchá <input type="checkbox"/> vlhká <input type="checkbox"/> zarudlá <input type="checkbox"/> op. rána <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/> opruzeniny <input type="checkbox"/> exzantém <input type="checkbox"/> hematomy <input type="checkbox"/> jiné: <i>OP. rána</i>	<b>VÝŽIVA</b> váha: <i>60</i> kg výška: <i>165</i> cm BMI: <i>22</i> <input type="checkbox"/> parenterální <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/> enterální <input type="checkbox"/> NGS <input type="checkbox"/> NJS <input type="checkbox"/> jiná	<b>BOLEST</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická <input type="checkbox"/> analgezie <input type="checkbox"/> analgosedace Intenzita bolesti (VAS 0 - 10):	<b>SOUBĚTAČNOST</b> <input checked="" type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> zcela nesoběstačný <input checked="" type="checkbox"/> částečná dopomoc při: <input type="checkbox"/> oblékání <input type="checkbox"/> mobilizace <input type="checkbox"/> hygieně <input type="checkbox"/> vyprazdňování <input type="checkbox"/> příjem potravy a tekutin	<b>HYGIENA</b> <input type="checkbox"/> na lůžku <input type="checkbox"/> v křesle <input type="checkbox"/> ve sprše	<b>HYBNOST</b> <input checked="" type="checkbox"/> pohyblivost <input type="checkbox"/> velmi omezená <input type="checkbox"/> částečná pohyblivost <input type="checkbox"/> nehybnost Polohování:	<b>DÝCHÁNÍ A PÉČE O DÝCHAČÍ CESTY</b> UPV <input type="checkbox"/> řízná <input type="checkbox"/> podpurná <input checked="" type="checkbox"/> spontánní <b>spontánní</b> <input checked="" type="checkbox"/> O2 brýle <input type="checkbox"/> O2 maska <input type="checkbox"/> Avre-T <input type="checkbox"/> neinvazivní ventilace	<b>INVAZIVNÍ VSTUPY</b> datum zavedení: <i>3.3.</i> lokalizace místa: <input checked="" type="checkbox"/> PMK <input type="checkbox"/> PŽK <input type="checkbox"/> ČŽK <input type="checkbox"/> ARTK <input type="checkbox"/> EDK <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> jiné
<b>ULOŽENÍ CENNOSTÍ</b> V případě nepodepsané informace o uložení cennosti pacientem, doplnit podpis svědka. <input type="checkbox"/> pokladna VFN <input type="checkbox"/> trezor na oddělení <input checked="" type="checkbox"/> cennosti na vlastní žádost u sebe <input checked="" type="checkbox"/> pacient cennosti nemá Podpis pacienta:	<b>SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ</b> <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Pracoviště, kde je uložen originál: Hospitalizace bez souhlasu <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne od <i>00.00</i> do	<b>ALERGIE</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<b>FYZIOLOGICKÉ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ</b> TK <i>90</i> P <i>90</i> TT <i>36</i> saturace <i>95</i> Bazální stimulace <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> iniciální dotek	<b>POMŮCKY</b> <input checked="" type="checkbox"/> brýle, čočky <input type="checkbox"/> vozík <input checked="" type="checkbox"/> naslouchátko <input type="checkbox"/> berle/ksl <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní	<b>SOBĚTAČNOST</b> <input type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> zcela nesoběstačný <input checked="" type="checkbox"/> částečná dopomoc při: <input type="checkbox"/> oblékání <input type="checkbox"/> mobilizace <input type="checkbox"/> hygieně <input type="checkbox"/> vyprazdňování <input type="checkbox"/> příjem potravy a tekutin	<b>HYGIENA</b> <input type="checkbox"/> na lůžku <input type="checkbox"/> v křesle <input type="checkbox"/> ve sprše	<b>HYBNOST</b> <input checked="" type="checkbox"/> pohyblivost <input type="checkbox"/> velmi omezená <input type="checkbox"/> částečná pohyblivost <input type="checkbox"/> nehybnost Polohování:	<b>BOLEST</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická <input type="checkbox"/> analgezie <input type="checkbox"/> analgosedace Intenzita bolesti (VAS 0 - 10):	<b>SOUBĚTAČNOST</b> <input checked="" type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> zcela nesoběstačný <input checked="" type="checkbox"/> částečná dopomoc při: <input type="checkbox"/> oblékání <input type="checkbox"/> mobilizace <input type="checkbox"/> hygieně <input type="checkbox"/> vyprazdňování <input type="checkbox"/> příjem potravy a tekutin	<b>HYGIENA</b> <input type="checkbox"/> na lůžku <input type="checkbox"/> v křesle <input type="checkbox"/> ve sprše	<b>HYBNOST</b> <input checked="" type="checkbox"/> pohyblivost <input type="checkbox"/> velmi omezená <input type="checkbox"/> částečná pohyblivost <input type="checkbox"/> nehybnost Polohování:	<b>DÝCHÁNÍ A PÉČE O DÝCHAČÍ CESTY</b> UPV <input type="checkbox"/> řízná <input type="checkbox"/> podpurná <input checked="" type="checkbox"/> spontánní <b>spontánní</b> <input checked="" type="checkbox"/> O2 brýle <input type="checkbox"/> O2 maska <input type="checkbox"/> Avre-T <input type="checkbox"/> neinvazivní ventilace	<b>INVAZIVNÍ VSTUPY</b> datum zavedení: <i>3.3.</i> lokalizace místa: <input checked="" type="checkbox"/> PMK <input type="checkbox"/> PŽK <input type="checkbox"/> ČŽK <input type="checkbox"/> ARTK <input type="checkbox"/> EDK <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> jiné

**Příloha č. 2**

**Ošetřovatelská anamnéza**

(Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

Oddělení : .....

Datum a čas odběru anamnézy : .....

Jméno (iniciály) : *R.K.* Pohlaví: *MUŽ* Věk : *48 let*

Datum přijetí : *2.3.2013*

Stav: *ŽENATÝ* Povolání: *PLNÝ INVALIDNÍ DŮCHOD*

Rodina informována o hospitalizaci : ano  ne

Diagnóza při přijetí ( základní): *SUBMANDIBULÁRNÍ ABSCESS (K 12.2)*

Chronická onemocnění: *PERIODONTITIDA CHRON., CIRHÓZA JATER, CHRON. VIROVÁ HEPATITIDA-C, DEPRESIVNÍ SYNDROM, ZERCOVÝ VŘED LDK, 10. krevní skupina, PANCYTOGENIE s refraktní anémií a trombocytopénií*

Infekční onemocnění:  NE  ANO

Režimová opatření: .....

Léčba:

Operační výkon: ..... Pooperační den: .....

Farmakoterapie: *DETRALEX 2-0-0, HELICID 20mg 1-0-0, LYRICA 150mg 1-1-1, ATARAX 0-1-0, ACAPURIN SR 400mg 1-0-1, TRITICO 150mg 0-0-1, DHC CONTINUS 90mg 1-0-1, COPEGUS ep. 800mg 2-0-3, FEGASYN 135mg 0,5ml s.c. 1x denně b.l., ESSENTIALE FORTEN 1mg 2-12-2, ARIDUM FOLICUM 5M. 0-2-2*

Jiné léčebné metody: .....

Má nemocný informace o nemoci :  ano  ne  částečně

Alergie :  ano  ne jaké: .....

Fyziologické funkce : P: *80'* TK: *150/84* D: *38'* SpO2: *92%* TT: *37,2°C*

**1) Vědomí**

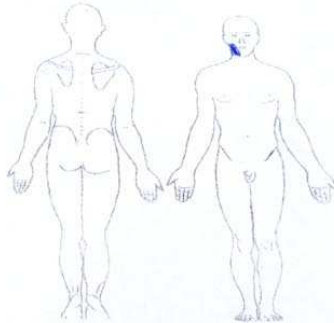
stav vědomí :  při vědomí  porucha vědomí  bezvědomí GSC : *15*

Orientovaný  Deorientovaný

## 2) Bolest

bolest :  ano  akutní  chronická  
 tupá  bodavá  křečovitá  svalová  jiná

ne  
lokalizace : *operační rána pod dolní čelistí*



Intenzita : /---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/  
0 1 2 **3** 4 5 6 7 8 9 10

## 3) Dýchání

potíže s dýcháním :  ano  ne  
dušnost :  ano  klidová  námahová  noční  
 ne

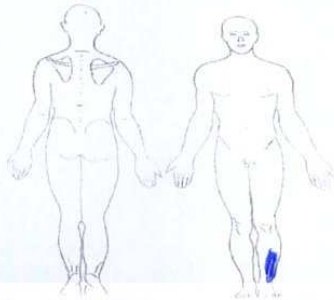
Kuřák :  ano  ne Kašel :  ano  ne

## 4) Stav kůže

změny na kůži :  ano  ekzém  otoky  dekubity  jiné  
 ne

Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre: *3 bodů*

lokalizace : *levá dolní končetina - bércový vřed*



Hodnocení rány: *velikost 5 x 15 mm, sebrat krvavě serózní, špatně jít*

Ošetření rány: *sem' obli' jazyk, směrem FL 10 mm, obli' jazyk  
vazelína, střed rány NUCEL, prchní část jazyk ošetřena  
ATRAUMAKEM Ag + steri'lní krycí*



**5) Vnímání zdraví**

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleká choroba)..... *jaterní cirhóza, hepatitida typu B, C, bronchitida, předtřasové DK*

Úrazy:  ano  ne jaké :.....

**6) Výživa, metabolismus**

Dieta: *1.5* Nutriční skóre: *2 body*

Hmotnost : *76 kg* Výška : *170 cm* BMI: *23.5*

Chuť k jídlu :  ano  ne

Potíže s přijímáním potravy :  ano  ne jaké: *nechutenství*

Užívá doplňky výživy :  ano  ne jaké :.....

Enterální výživa ..... Parenterální výživa: *amo - csk*

Denní množství tekutin : *0.5-1.5l* Druh tekutin : *rodin, čaj*

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době :  ano  ne o kolik : *1 kg*

Umělý chrup :  ano  ne  horní  dolní

Potíže s chrupem :  ano  ne *průjmová bakteriální kulturní*

**7) Vyprazdňování**

problémy s močením :  ano  pálení  řezání  retence  inkontinence  ne

problémy se stolicí :  ano  průjem  zácpa  inkontinence  ne

stolice pravidelná :  ano  ne

datum poslední stolice : *2.3.2023*

Způsob vyprazdňování : podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr / počet dní zavedení: *2. den*

Rektální odvodný systém:.....

Stomie:.....

**8) Aktivita, cvičení**

Pohybový režim : *klidový, bez velké námahy*

Barthel test: *20 bodů - lehce narušený*

Riziko pádu: ANO skóre: *1 bodu* NE

Pohyblivost :  chodící samostatně  chodící s pomocí

ležící pohyblivý  ležící nepohyblivý

pomůcky

jaké: *francouzské Beelle*

### 9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku: *4 hod.*

hodina usnutí: *22 hod.*

poruchy spánku:  ano  ne

jaké: *v noci ho budí hluk oddělení*

hypnotika:  ano  ne

návyky související se spánkem: *před usnutím je k vybledlé číste*

### 10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem:  ano  ne

jaké: *zbytek na daleko i na blízko*

potíže se sluchem:  ano  ne

jaké: .....

porucha řeči:  ano  ne

jaká: .....

kompensační pomůcky:  ano  ne

jaké: .....

orientace:  orientován

dezorientovaný

místem

časem

osobou

### 11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav:  klidný  rozrušený

Pocit strachu nebo úzkosti:  ano  ne

*obavy k příjmu potravy a bolesti*

Úroveň komunikace a spolupráce:  dobrá  obtížná

### Plánování propuštění

Bydlí doma sám:  ano  ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění: *manželka se systm*

kontakt s rodinou:  ano  ne

*manželka, systm*

### 12) Invazivní vstupy

Drény:  ano  ne

jaké: *inkubatorný*

Datum zavedení: *3.3.2023*

Permanentní močový katétr:  ano  ne

i.v. vstupy:  ano

periferní

datum zavedení: ..... kde: .....

Stav: .....

centrální

datum zavedení: *3.3.* kde: *v subclavia*

stav: *dobry bez infekce*

ne

Sonda :  ano  ne      jaká : ..... datum zavedení : .....

Stomie :  ano  ne      jaká:..... stav : .....

Endotracheální kanyla :  ano  ne      č.ETR : .....datum zavedení: .....

Tracheotomie :  ano  ne      č.: ..... od kdy: .....

Arteriální katétr :  ano  ne

Epidurální katétr:  ano  ne

Jiné invazivní vstupy:.....

## Základní hodnoticí škály pro identifikaci rizik

### 1. Barthelové test základních všedních činností ( ADL - activities of daily living )

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
4.osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
5.kontinence moči	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
6.kontinence stolice	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
7.použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
9.chůze po rovině	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0

**Zdroj:** Staňková,M.: České ošetřovatelství 6- Hodnoticí a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno.IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

#### **Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:**

0-40 bodů: vysoce závislý

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý /

100 bodů: nezávislý

## 2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobry 4	Bdely 4	Chodí 4	Úplná 4	Nen 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leži 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

Zdroj: Staňková, M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřící techniky v ošetřovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

## 3. Hodnocení nutričního stavu

### NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m <sup>2</sup> ) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

#### Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

## 4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

### Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu	
Anamnéza:	
<input type="checkbox"/> DDD ( dezorientace, demence, deprese)	3 body
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více	2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze	1 bod
<input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladu na lůžkové odd.	1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém	1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> užívání léků ( diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa)	1 bod
Vyšetření	
<input checked="" type="checkbox"/> Soběstačnost	
- úplná	0b
- částečná	2b
- nesoběstačnost	3b
<input checked="" type="checkbox"/> Schopnost spolupráce	
- spolupracující	0b
- částečně	1b
- nespolepracující	2b
Přímým dotazem pacienta ( informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu)	
<input checked="" type="checkbox"/> Míváte někdy závratě?	ANO 3 body
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?	ANO 1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout ?	ANO 1 bod
Celkem:	
0-4 body	Bez rizika
5 – 13 bodů	Střední riziko
14 – 19 bodů	Vysoké riziko

## 5. Hodnocení vědomí

### Glasgow Coma Scale

Hodnocený parametr	Reakce	Body
Otevření očí	spontánně otevřené	4
	na slovní výzvu	3
	na bolestivý podnět	2
	oči neotevře	1
Slovní odpověď	přiléhavá	5
	zmatená	4
	jednotlivá slova	3
	hlásky, sténání	2
	neodpovídá	1
Motorická reakce	pohyb podle výzvy	6
	na bolestivý podnět účelný pohyb	5
	na bolestivý podnět obranný pohyb	4
	na bolestivý podnět jen flexe	3
	na bolestivý podnět jen extenze	2
	na bolestivý podnět nereaguje	1
Hodnocení: <i>15 bodů</i> 15 bodů - pacient při plném vědomí 3 body - pacient v hlubokém bezvědomí		

Zdroj: NEUWIRTH, J. Sledování a hodnocení fyziologických funkcí. In: KOLEKTIV AUTORŮ *Základy ošetřování nemocných*. Praha : Karolinum, 2005, s. 46-56. ISBN 80-246-0845-6

### Ošetřovatelské zhodnocení

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### **Příloha č. 3: „Model fungujícího zdraví Marjory Gordonové“**

#### **1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví**

- a. Jaká byla a je úroveň vašeho zdraví?
- b. Prodělal jste v posledním roce nějaké nachlazení
- c. Co všechno děláte pro udržení svého zdraví? Včetně svých zvyklostí, lidových léčebných postupů. Kouření, užívání drog, léků? Alkohol? Kdy naposled?
- d. Úrazy a nehody doma a v zaměstnání, v dopravě?
- e. Byly nějaké problémy v minulosti s nalezením způsobu jak dodržovat doporučení lékařů a sester?
- f. Pokud je vhodné: Co si myslíte, že způsobilo Vaši chorobu? Co jste udělal, když se objevily první příznaky a s jakým výsledkem?
- g. Co bude pro Vás důležité po dobu pobytu tady? Jak Vám můžeme pomoci?

#### **2. Výživa a metabolismus**

- a. Můžete mi popsat Váš typický denní příjem stravy a tekutin? Jaké množství?
- b. Jaká je Vaše hmotnost v posledním období? Pozorujete zvýšení váhy nebo úbytek?
- c. Máte chuť k jídlu? Nepozorujete nějakou změnu?
- d. Můžete mi popsat druhy jídla a způsob příjmu potravy? Máte nějaké obtíže při jídle nebo dietní omezení?
- e. Jak byste popsal stav kůže, poranění, kožní léze?
- f. Máte nějaký problém se zuby? Máte náhradní chrup? Navštěvujete zubního lékaře? Kdy byla poslední návštěva?

#### **3. Vylučování**

- a. Míváte pravidelnou stoli? Můžete mi popsat vzhled extrementů? Máte nějaké potíže při vyprazdňování stolice? Užíváte projímadla?
- b. Můžete mi popsat způsob a pravidelnost močení? Problémy s pravidelností? Množství, vzhled, barvu a zápach moče?
- c. Nadměrné pocení? Odór potu?

#### **4. Aktivita, cvičení**

- a. Máte pocit dostatečné síly a životní energie?
- b. Cvičíte? Jaké typy cvičení a jejich pravidelnost?
- c. Jak trávíte svůj volný čas? Aktivní/pasivní odpočinek?
- d. Vnímání schopnosti pro denní aktivity

Schopnost najíst se...

Schopnost umýt se...

Schopnost vykoupat se...

Schopnost upravit se...

Celková pohyblivost...

Schopnost dojít na toaletu...

Schopnost obléci se...

Schopnost udržování domácnosti...

Schopnost nakoupit si...

Schopnost uvařit si...

## **5. Spánek, odpočinek**

- a. Jaký máte pocit celkové odpočatosti a připravenosti k denním činnostem?
- b. Máte nějaké potíže s usínáním? Co Vám pomáhá? Máte sny, noční děsy? Budíte se v noci? Probouzí se často?
- c. Jak dlouho trvá celková doba odpočinku/relaxace?

## **6. Vnímání poznávání**

- a. Máte nějaké potíže se sluchem? Sluchadlo nebo jiné kompenzační pomůcky?
- b. Vidíte dobře? Nosíte brýle? Kdy byla naposledy oční kontrola?
- c. Mentální stav a úroveň vědomí: Nevnímáte v poslední době nějakou změnu paměti (zapamatování, vybavování, výpadky paměti)?
- d. Rozhodujete se snadno/obtížně? Máte pocit nejistoty?
- e. Jakým způsobem se snadněji naučíte novou řeč? Někaké obtíže při učení?
- f. Byl jste poučen o svém stavu? Schází vám nějaké další informace?
- g. Pocit bolesti? Jiné nepříjemné pocity? Jak je zvládáte? S jakým lektem?

## **7. Sebekoncepce, sebeúcta**

- a. Jak se cítíte? Jak zvládáte situace, spoléháte na sebe? Myslíte si, že si v náročných situacích sám poradíte? Jste sám se sebou spokojen, když dosahujete svých cílů? Jste si jist sám sebou? Jak byste popsala sebe sama?
- b. Změnil se nějakým způsobem Váš tělesný vzhled nebo se omezila činnost, kterou nemůžete vykonávat? Jaké to pro vás má důsledky a jaké máte problémy?
- c. Jak prožíváte současnou situaci (od vzniku nebo průběhu onemocnění), ebeny. Došlo ke změně způsobu vnímání sebe sama nebo Vašeho těla?
- d. Existuje něco, co Vás zneklidňuje? Nudí? Vyvolává strach, úzkost, špatnou náladu, depresi? Jak se těmto pocitům bráníte a co Vám proti tomu pomáhá? Jaké relaxační techniky používáte?

## **8. Plnění rolí, mezilidské vztahy**

- a. Bydlíte samostatně/s rodinou? Jaká je struktura rodiny?

- b. Nějaké problémy v rodině?
- c. Jakým způsobem se v rodině zvládají běžné problémy
- d. Pokud je to vhodné: Jak rodina prožíví Vaší nemoc/hospitalizaci?
- e. Je na Vás rodina závislá? Jak to zvládáte?
- f. Pokud je to vhodné: Problémy s dětmi? Zvládání této situace?
- g. Sounáležitost k nějaké společenské skupině? Blízcí přátelé? Máte pocit osamělosti? Často?
- h. Jste celkově spokojen ve svém zaměstnání?
- i. Cítíte se být součástí svého okolí nebo máte pocit, že jste izolován v místě svého bydliště?

## **9. Sexualita, reprodukční schopnost**

- a. Máte děti? Kolik?



## **Příloha č. 4**

### **Výsledky při příjmu k hospitalizaci:**

#### Krevní obraz:

Leu: 7,83, Ery: 2,2, HB: 75, HTC: 0,226, MCV: 102,7, MCH: 34, MCHC: 331,  
RDW: 14,7, Plt: 22, MPV: 10,6, PCT: 0,023, PDW: 16,3

#### Dif.stroj. relativní:

Ne: 88,3, Ly: 4,6, Mo: 6,9, Eo: 0, Ba: 0,2

#### Dif.stroj. absolutní:

Ne abs.: 6,91, Ly abs.: 0,36, Mo abs.: 0,54, Eo abs.: 0, Ba abs.: 0,02

#### Koagulační vyšetření:

Quickův test INR: 1,56, APTT: 83,5

#### Sérum + plazma:

Stav séra: ikter.

#### Minerály+Osmolalita:

Na: 132, K: 3,3, Cl: 94

#### Dusíkové metabolity:

Urea: 3,4, Kreat.: 128

#### Jaterní testy:

Bilirubin: 28,7, Bili př.: 14,8, ALT: <0,1, AST: 0,34, GGT: 2,74, ALP: 2,44

#### Bílkoviny:

CRP: 134,9

#### Diabetický profil:

Glykemie: 5,3

EKG: sinusový rytmus s frekvencí 85/min, PR 172, QRS 106, QTc 460, bez známek akutní ischemické léze

## Příloha č. 5

### Farmakoterapie

#### 1. Chronická medikace:

**Detralex** tbl. *Indikační skupina:* venofarmakum

*Indikace:* léčba projevů chronické žilní insuficience dolních končetin, funkčních nebo organických (pocit tíhy, bolest, noční křeče, edém, trofické změny, včetně bércevého vředu)

*Kontraindikace:* přecitlivělost na přípravek

*Dávkování:* perorálně, 2 tablety denně (2-0-0)

**Helicid 20mg** cps. *Indikační skupina:* antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy

*Indikace:* léčba žaludečních a duodenálních vředů, příznaků refluxu (tj. pálení žáhy, kyselá regurgitace), léčba refluxní ezofagitidy, symptomatické refluxní choroby jícnu

*Kontraindikace:* současné užívání s nelfinavirem

*Dávkování:* doporučená dávka je 20mg jednou denně, u pacientů se závažnou poruchou jater by neměla přesáhnout 20mg (1-0-0)

**Trittico 150mg** tbl. *Indikační skupina:* antidepresivum

*Indikace:* léčba depresí různé etiologie, včetně typů provázených anxiétou, poruchami spánku

*Kontraindikace:* intoxikace alkoholem nebo hypnotiky, akutní infarkt myokardu

*Dávkování:* obvykle 75-150mg/den v jedné dávce večer před spaním (0-0-1)

**Atarax 25mg** tbl. *Indikační skupina:* anxiolytikum

*Indikace:* symptomatická léčba anxiety u dospělých, premedikace před celkovou anestézií, symptomatická léčba pruritu

*Kontraindikace:* přecitlivělost na cetirizin, jiné deriváty piperazinu, aminofylin a etylendiamin, těhotenství, prodloužený QT interval v anamnéze

*Dávkování:* symptomatická léčba anxiety obvykle 50 mg/den rozděleně do 3 denních dávek, premedikace před celkovou anestézií 50-200mg/den v 1 nebo 2 dávkách , jednorázová dávka 1 hod. před operací, které může předcházet 1 dávka večer v den před výkonem (0-1-0)

**Lyrica 150 mg cps.** *Indikační skupina:* antiepileptikum

*Indikace:* přídatná léčba epilepsie, léčba generalizované úzkostné poruchy u dospělých

*Kontraindikace:* kojení, přecitlivělost na přípravek

*Dávkování:* generalizovaná úzkostná porucha 150mg 2-3x denně (1-1-1)

**Agapurin 400 mg tbl.** *Indikační skupina:* reologikum, vazodilatans

*Indikace:* chronické periferní arteriální a arteriovenózní poruchy krevního zásobování aterosklerotické, diabetické a zánětlivé etiologie (ischemická choroba tepen dolních končetin na podkladě aterosklerózy, trombangitis obliterans, diab. angiopatie), dystrofické poruchy (posttrombotický syndrom, ulcus cruris, gangréna, omrzliny)

*Kontraindikace:* přecitlivělost na složky přípravku, přecitlivělost na methylxantiny, stav po nedávném mozkovém krvácení, nedávné krvácení do sítnice

*Dávkování:* 3 krát denně 400 mg nebo 2krát denně 600 mg (1 týden) (1-0-1)

**DHC Continus 90 mg tbl.** *Indikační skupina:* analgetikum

*Indikace:* tlumení středně silné až velmi silné bolesti

*Kontraindikace:* přecitlivělost na složky přípravku, respirační deprese, obstrukční choroba plic, těhotenství, kojení.

*Dávkování:* zahajuje se nižší účinnou dávkou (60 mg 2krát denně). Jestliže tlumení bolesti není dostatečné, dávka se při dobré

snášenlivosti zvyšuje na 60 mg 2krát denně, nejvýše pak na 120 mg 2krát denně (1-0-1)

**Copegus 200 mg tbl.** *Indikační skupina:* antivirotikum

*Indikace:* léčba chronické hepatitidy C v kombinaci s peginterferonem alfa-2a nebo s interferonem alfa-2a, kombinace přípravku s peginterferonem alfa-2a je indikována u dospělých pacientů, kteří mají pozitivní výsledky HCV-RNA v séru a to včetně pacientů s kompenzovanou cirhózou. Copegus je indikován u neléčených pacientů a u pacientů, kteří nereagovali na předchozí léčbu interferonem alfa (pegylovaným i nepegylovaným) ať už samotným nebo v kombinované terapii s ribavirinem.

*Kontraindikace:* přecitlivělost na složky přípravku, závažné srdeční onemocnění v anamnéze, závažné jaterní onemocnění nebo dekompenzovaná jaterní cirhóza, hemoglobinopatie, těhotenství, kojení.

*Dávkování:* přesné dávkování a trvání léčby závisí na typu použitého interferonu (2-0-3)

**Pegasys 135 mikrogramů/ml inj.sol.** *Indikační skupina:* imunostimulans, peginterferon alfa-2a

*Indikace:* chronická hepatitida B, chronická hepatitida C

*Kontraindikace:* přecitlivělost na složky přípravku, přecitlivělost na interferony alfa, autoimunitní hepatitida, závažná jaterní dysfunkce nebo dekompenzace jaterní cirhózy, závažné kardiovaskulární onemocnění v anamnéze

*Dávkování:* chronická hepatitida B doporučená dávka u dospělých je 180 mikrogramů 1krát týdně, doba léčby 48 týdnů, chronická hepatitida C, doporučená dávka u dospělých (v monoterapii či v kombinaci s perorálním ribavirinem) je 180 mikrogramů 1krát týdně (každý čtvrtek 1x týdně)

## 2. Přejchodná medikace v rámci výkonu

**Hypnogen** *Indikační skupina:* hypnotikum, sedativum

*Indikace:* premedikace, nespavost

*Kontraindikace:* přecitlivělost na složky přípravku, děti do 15 let, těhotenství, kojení

*Dávkování:* obvykle 1 tbl. těsně před ulehnutím

**Dormicum** *Indikační skupina:* hypnotikum s velmi krátkým účinkem

*Indikace:* premedikace, krátké operační výkony i diagnostické povahy

*Kontraindikace:* rychlý úvod do anestézie u hypertenzních nemocných

*Dávkování:* i. m. , i. v.

**Atropin** *Indikační skupina:* parasimpatikolytikum

*Indikace:* před anestézií, antidotum při otravě inhibitory acetylcholiesterázy

*Kontraindikace:* glaukom, organická stenóza pyloru, hypertrofie prostaty, vysoká teplota, mukoviscidóza

*Dávkování:* s. c., i. m.

## 3. Medikace po operačním výkonu

**Ciprofloxacin Kabi 200mg/100ml inf.sol.**

*Indikační skupina:* širokospektré chinolonové chemoterapeutikum

*Indikace:* léčba infekcí vyvolaných mikroorganismy citlivými na ciprofloxacin (infekce dolních cest dýchacích způsobené gramnegativními bakteriemi, infekce u cystické fibrózy, pneumonie, akutní exacerbace chronické sinusitidy, infekce močových cest, infekce GIT, infekce kostí a kloubů, infekce u pacientů s neutropenií)

*Kontraindikace:* přecitlivělost na složky přípravku, současné užívání tizanidinu

*Dávkování:* Dávkování závisí na závažnosti a lokalizaci infekce, na klinickém stavu pacienta a citlivosti vyvolávajícího agens (á 12 hod. 22-10)

### **Isolyte inf. sol.**

*Indikační skupina:* infuzní terapie, elektrolyty

*Indikace:* extracelulární dehydratace (zvracení, průjem, píštěle), hypovolemie (hemoragický šok, popáleniny, perioperativní ztráta tekutin a elektrolytů), mírná metabolická acidóza

*Kontraindikace:* hyperhydratace při plicním edému a městnavém srdečním selhání

*Dávkování:* individuální, řídí se indikací a stavem pacienta, celkové podané množství lze upravit dle laboratorních výsledků (1000ml)

### **Degan 10mg inj. sol.**

*Indikační skupina:* antiemetikum, prokinetikum

*Indikace:* prevence pooperační nevolnosti a zvracení

*Kontraindikace:* gastrointestinální krvácení, perforace, epilepsie, Parkinsonova choroba, feochromocytom

*Dávkování:* v prevenci pooperační nevolnosti a zvracení 1x 10mg, co nejdříve je nutno přejít na rektální nebo perorální podání, mezi dávkami musí být dodržen interval min. 6 hod., aplikace i. v., i. m. (1-1-1 á 8 hod., bude-li nauzea přetrvávat tak do 100ml F1/1 a dát kapat pomalu)

### **Ketonal inj. sol.**

*Indikační skupina:* nesteroidní antirevmatikum

*Indikace:* pooperační bolesti, poúrazové bolesti, artrózy, dna, symptomatická léčba zánětlivých, degenerativních a metabolických revmatických onemocnění a zmírnění některých akutních i chronických bolestivých syndromů (revmatoidní artritida, spondylartritida)

*Kontraindikace:* přecitlivělost na ASA, těžké srdeční selhání, závažná porucha jaterních nebo renálních funkcí, těhotenství, anamnéza gastrointestinální krvácení nebo perforace.

*Dávkování:* podává se 100-200 mg denně, parenterálně se smí podávat max. 48 hod., aplikace intramuskulárně nebo intermitentní či kontinuální intravenózní infuzí (při bolesti max. 2x denně 100 mg i.v. á 8 hod. ve F1/1 100 ml)

**Essentiale forte 300mg cps.**

*Indikační skupina:* hepatoprotektivum

*Indikace:* ke zlepšení subjektivních obtíží jako je ztráta chuti k jídlu, pocit tlaku v pravém epigastriu v důsledku toxicko-metabolického poškození jater a při hepatitidě

*Kontraindikace:* přecitlivělost na složky přípravku

*Dávkování:* celková denní dávka je 1 tobolka 3x denně (2-2-2)

**Acidum Folicum 10mg tbl.**

*Indikační skupina:* antianemikum, vitamin

*Indikace:* prevence a léčba karence folátů (vedoucím příznakem je megaloblastová anémie), k ní dochází např. při nedostatečném přívodu kyseliny listové ve stravě, při cirhóze a chronickém alkoholismu, u chronických hemolytických stavů, autoimunitní hemolytická anémie, srpkovitá anémie.

*Kontraindikace:* perniciózní anémie neléčená současně vitamnem B12

*Dávkování:* je individuální (0-2-2)

**Kalnormin 500mg tbl.**

*Indikační skupina:* minerál, draselná sůl s acidifikačním účinkem

*Indikace:* předcházení a léčba nedostatku draslíku při zvýšených ztrátách draslíku močí, předcházení a léčba nedostatku draslíku způsobeného při ztrátách draslíku zažívacím ústrojím (zvracení, průjemy), nedostatečný přísun draslíku potravou, hypokalemie při přesunech draslíku z extracelulární tekutiny do intracelulárního prostoru

*Kontraindikace:* hyperkalemie a všechny stavy, které k ní mohou vést

*Dávkování:* je individuální podle hladiny kalia v séru

Příloha č. 6

Edukace v průběhu hospitalizace

Datum	Téma edukace	Metoda edukace	Hodnocení edukace	Poskytnuti informací	Komplikace edukace	Identifikace, podpis edukátora	Podpis edukovaného
2.3.13	Domácí řád oddělení Seznámení s oddělením	2	1	1	—		
2.3.13	Práva pacientů	2	1	1	—		
2.3.13	Prevence pádů a zranění	2	1	1	—		
2.3.13	Podání krevních derivátů	2	1	1	—		
4.3.13	Pitný režim	2	1	1	8		

Záznam poučení pacienta:

Téma edukace: uvádíme příklady	Metoda edukace:	Reakce edukovaného:	Poskytnuti informací:	Komplikace edukace:
Aplikace léčivých přípravků Dietní opatření Bezpečné a správné používání pomůček Edukace v oblasti pohybové aktivity Příprava před výkonem Péče o stomii Péče o ránu	1 - přednáška 2 - rozhovor 3 - demonstrace 4 - nácvik dovedností 5 - video 6 - televize 7 - internet 8 - písemná forma	1 - pacient chápe 2 - pacient nechápe 3 - pacient odmítá 4 - není schopen pochopit 5 - nutně opakovat 6 - zvládl praktický nácvik	1 - pacientovi 2 - rodině 3 - zákonnému zástupci	1 - komunikace 2 - fyzický handicap 3 - snížené vnímání 4 - kulturní bariéra 5 - jazyková bariéra 6 - emoční problém 7 - jiné



Příloha č. 7

SPLNĚNÍ OZNAČTE KŘÍŽKEM	REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU											
	D	O	N	D	O	N	D	O	N	D	O	N
Datum	6.3.	7.3.	8.3.	9.3.	10.3.	11.3.						
Směna												
celková koupel/sprcha												
Dopomoc při hygieně												
Hygiena dutiny ústní	X	X	X	X								
Mýtí vlasů, holení												
Péče o oči												
Péče o nehty												
Lokální ošetření kůže												
Hygiena vykonal sám/a	X	X	X	X								
Převaz												
Tamponáda												
Stehy												
Zavedení PŽK/CŽK												
druh kanyly												
místo zavedení												
čas zavedení												
převaz kanyly												
Zavedení/výměna PMIK												
Zavedení sondy												
Péče o sondu/PEG												
Odsávání žaludku, obsahu												
Péče o drén												
Výměna redonu												
Péče o epidurální katetr												
Péče o tracheostom.kanylu												
Výměna portové jehly												
Výměna setu												
Výměna sběrného sáčku												

Handwritten notes in the table cells: 5, 6, 7, 8, 9, 10.

HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU - při předání služby	
Datum	Předání služby Při předání každé služby hodnotíme písemně všechny aktuální ošetřovatelské problémy u pacienta.
2/3	<p><b>DENNÍ</b> Předala: Převzala:</p> <p><b>ODPOLEDNÍ</b> Předala: Převzala:</p> <p><b>NOČNÍ</b> Předala: Převzala:</p> <p>pac. klid, vstává n, ml, bolest hlava. více průjmy, bez m. a m. s. a. n. z. n.</p> <p>pac. klid, vstává n, ml, bolest hlava. více průjmy, bez m. a m. s. a. n. z. n.</p>
3/3	<p><b>DENNÍ</b> Předala: Převzala:</p> <p><b>ODPOLEDNÍ</b> Předala: Převzala:</p> <p><b>NOČNÍ</b> Předala: Převzala:</p> <p>pac. klid, vstává n, ml, bolest hlava. více průjmy, bez m. a m. s. a. n. z. n.</p> <p>pac. klid, vstává n, ml, bolest hlava. více průjmy, bez m. a m. s. a. n. z. n.</p>
4/3	<p><b>DENNÍ</b> Předala: Převzala:</p> <p><b>ODPOLEDNÍ</b> Předala: Převzala:</p> <p><b>NOČNÍ</b> Předala: Převzala:</p> <p>pac. klid, vstává n, ml, bolest hlava. více průjmy, bez m. a m. s. a. n. z. n.</p> <p>pac. klid, vstává n, ml, bolest hlava. více průjmy, bez m. a m. s. a. n. z. n.</p>

Datum	Předání služby	Při předání každé služby hodnotíme písemně všechny aktuální ošetrovateľské problémy u pacienta.
5/3	DENNÍ Předala: Převzala: ODPOLEDNÍ Předala: Převzala: NOČNÍ Předala: Převzala:	Křídlený, vyhledávání, medikace funkce, kontrola FF + P+V krevní, močové Tělo křídlený, puchýřky, bez známek sepsu Pac. je v dobré. Nic nepožaduje. Jíst a pít nedobře.
6/3	DENNÍ Předala: Převzala: ODPOLEDNÍ Předala: Převzala: NOČNÍ Předala: Převzala:	Křídlený, splachování, medikace funkce, kontrola FF + P+V krevní, močové Tělo křídlený, puchýřky, bez známek sepsu ŽITDA přivedl do FN Hradec Pac. je v dobré. Nic nepožaduje.
4/3	DENNÍ Předala: Převzala: ODPOLEDNÍ Předala: Převzala: NOČNÍ Předala: Převzala:	Pac. v dobré. Med. poday dle režimu. Pac. je v dobré. Nic nepožaduje.
	DENNÍ Předala: Převzala: ODPOLEDNÍ Předala: Převzala: NOČNÍ Předala: Převzala:	

## Příloha č. 9



Všeobecná fakultní nemocnice Praha 2, U Nemocnice 2, 128 08  
 Telefon: 224 961 111, IČO: 00064165  
**KRÁTKODOBÁ OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE (DO 24 h)**

F-VFN-221  
 Verze č. 1  
 Strana 1 / 2

**KLINIKA: Klinika ústní, čelistní a obličejové chirurgie**      **ODDĚLENÍ: A**  
**Příjem pacienta**

Jméno:  
 Příjmení: *dle možnosti nalepte štítek*  
 R.Č.  
 ZP:  
 Telefon:

Alergie:  
*(dopište červeně)*  
 CAVE: *(hendikep, bariéra...)*

**Příjem na oddělení:**

Datum a čas přijetí:	Přijat odkud	Dieta:
----------------------	--------------	--------

Kontaktní osoba: Souhlas s informacemi	Telefon:	Adresa:
Rodinný vztah k hospitalizovanému:	Hospitalizace s doprovodem: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	

**Pacient / Zákonný zástupce**

**Informace o uložení cenností:**

pokladna VFN     trezor na oddělení     cennosti na vlastní žádost u sebe     pacient cennosti nemá

Jméno a podpis pacienta / zákonného zástupce \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis a razítko přijímající sestry: \_\_\_\_\_

### Překlad / propuštění pacienta

<b>Doprava zajištěna:</b> <input type="checkbox"/> vlastní <input type="checkbox"/> sanitním vozem <input type="checkbox"/> s doprovodem <input type="checkbox"/> bez doprovodu <input type="checkbox"/> RZS	<b>Pacient / zákonný zástupce vybaven:</b> <input type="checkbox"/> ošetřovatelskou překladovou zprávou <input type="checkbox"/> lékařskou překladovou zprávou <input type="checkbox"/> lékařskou předběžnou zprávou <input type="checkbox"/> lékařskou propouštěcí zprávou <input type="checkbox"/> receptem <input type="checkbox"/> léky na 3 dny <input type="checkbox"/> poukazem na vyšetření - ošetření <input type="checkbox"/> informacemi pro domácí péči <input type="checkbox"/> stomickými pomůckami <input type="checkbox"/> sterilní čtverce <input type="checkbox"/> pomůckami k aplikaci inzulínu <input type="checkbox"/> pomůckami na lokomoci (berle, hůl) <input type="checkbox"/> dokumentací z jiného pracoviště RTG, CT, MR aj. <input type="checkbox"/> jiné:.....	<b>Pacient předán:</b> <input type="checkbox"/> rodičům <input type="checkbox"/> členům rodiny <input type="checkbox"/> zákonnému zástupci <input type="checkbox"/> odchází sám <input type="checkbox"/> zástupci jiného zdravotnického zařízení ( <i>lékař, nelékař, řidič sanity</i> )
<b>Pacient předán do péče:</b> <input type="checkbox"/> praktického lékaře <input type="checkbox"/> specializované ambulance <input type="checkbox"/> domácí péče <input type="checkbox"/> jiného zdravotnického zařízení: ..... <input type="checkbox"/> jiné:		<b>Předání cenností:</b> <input type="checkbox"/> z pokladny VFN <input type="checkbox"/> z trezoru na oddělení <input type="checkbox"/> pacient cennosti nemá <input type="checkbox"/> pacient má cennosti u sebe <b>Jméno a podpis zákonného zástupce/ pacienta</b> _____ <b>Pacient přeložen na oddělení:</b> Kam: _____ Datum a hodina: _____

**Poznámky (jiná sdělení):**

Datum:	Podpis a razítko propouštěcí sestry:
--------	--------------------------------------



### EDUKACE V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE

Datum	Téma edukace	Metoda edukace	Hodnocení edukace	Poskytnutí informací	Komplikace edukace	Identifikace, podpis edukátora	Podpis edukovaného
	Domácí řád oddělení + seznámení s oddělením						
	Příprava před výkonem						
	Péče po výkonu						
	Péče o žilní vstup						
	Prevence pádů						
	Péče o ránu						
	Stravování, dietní režim						
	Edukace při propuštění						

**Záznam poučení pacienta:**

Metoda edukace:	Reakce edukovaného:	Poskytnutí informací:	Komplikace edukace:
1 - přednáška 2 - rozhovor 3 - demonstrace 4 - nácvik dovednosti 5 - video 6 - televize 7 - internet 8 - písemná forma	1 - pacient chápe 2 - pacient nechápe 3 - pacient odmítá 4 - není schopen pochopit 5 - nutné opakovat 6 - zvládl praktický nácvik	1 - pacientovi 2 - rodině 3 - zákonnému zástupci	1 - komunikace 2 - fyzický handicap 3 - snížené vnímání 4 - kulturní bariéra 5 - jazyková bariéra 6 - emoční problém 7 - jiné

### PŘEDÁNÍ SLUŽBY A REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Datum	Služba	Předání služby a realizace ošetřovatelského plánu	Razítko a podpis sestry
	denní		
	noční		
	denní		



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze  
 U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2, IČO0064165, tel. č. 224961111  
 KÚČOCH VFN a 1. LF UK

ODD.: A

*Jan P. K.*

*H. S. 2013*

HOD.	8 <sup>00</sup>	9 <sup>00</sup>	10 <sup>00</sup>	11 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup>	13 <sup>00</sup>	14 <sup>00</sup>	15 <sup>00</sup>	16 <sup>00</sup>	17 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup>	19 <sup>00</sup>	20 <sup>00</sup>	21 <sup>00</sup> - 24 <sup>00</sup>	Celkem
Výživa															
ČAJ															
Tekutiny Per os									500			300		400	1000
Jídlo Per os															
Infuze i.v.			500					500						500	1500
Výdej Moč		450			500				100			250		900	1500

*1500*

*1500*



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2; IČO0064165, tel. č. 224961111

KÚČOCH VFN a 1. LF UK

Příjem tekutin ODD.: A

*Pan R. K.*

*5. 3. 2013*

HOD.	8 <sup>00</sup>	9 <sup>00</sup>	10 <sup>00</sup>	11 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup>	13 <sup>00</sup>	14 <sup>00</sup>	15 <sup>00</sup>	16 <sup>00</sup>	17 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup>	19 <sup>00</sup>	20 <sup>00</sup>	21 <sup>00</sup> - 24 <sup>00</sup>	Celkem
Výživa															
ČAJ															
Tekutiny Per os		150		200		200		200		100	200				1050
Jídlo Per os															
Infuze i.v.			500		100										600
Výdej Moč									900			-		800	1650

*V = 1700 ml*



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2; IČ000064165, tel. č. 224961111

KÚČOCH VFN a 1. LF UK

Příjem tekutin ODD.: A

*Pan Z.K.*

*4.3.2013*

HOD.	8 <sup>00</sup>	9 <sup>00</sup>	10 <sup>00</sup>	11 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup>	13 <sup>00</sup>	14 <sup>00</sup>	15 <sup>00</sup>	16 <sup>00</sup>	17 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup>	19 <sup>00</sup>	20 <sup>00</sup>	21 <sup>00</sup> - 24 <sup>00</sup>	Celkem
Výživa															
ČAJ			200			200			200			200			400
Tekutiny Per os	200				200			200			200				400
Jídlo Per os					50										50
Infuze i.v.					200										200
Výdej Moč		400				350					450			1000	2200

*1850 ml*



### Záznam o bolesti

Bolest hodnotíme u každého hospitalizovaného pacienta minimálně 1x denně dotazem a záznamem.

Datum: 4. 3.		Datum: 5. 3.		Datum: 6. 3.		Datum: 7. 3.	
Hodina	Hodina	Hodina	Hodina	Hodina	Hodina	Hodina	Hodina
10	6	6	6	6	6	6	6
9	12	9	9	14	9	14	12
8	16	8	8	14	8	14	16
7	20	7	7	14	7	14	20
6	22	6	6	14	6	14	22
5	22	5	5	14	5	14	22
4	22	4	4	14	4	14	22
3	22	3	3	14	3	14	22
2	22	2	2	14	2	14	22
1	22	1	1	14	1	14	22
0	22	0	0	14	0	14	22

Datum: 8. 3.		Datum: 9. 3.		Datum: 10. 3.	
Hodina	Hodina	Hodina	Hodina	Hodina	Hodina
10	6	6	6	6	6
9	12	9	9	9	12
8	16	8	8	8	16
7	20	7	7	7	20
6	22	6	6	6	22
5	22	5	5	5	22
4	22	4	4	4	22
3	22	3	3	3	22
2	22	2	2	2	22
1	22	1	1	1	22
0	22	0	0	0	22

Datum: 10. 3.	
Hodina	Hodina
10	6
9	12
8	16
7	20
6	22
5	22
4	22
3	22
2	22
1	22
0	22

Datum: 11. 3.	
Hodina	Hodina
10	6
9	12
8	16
7	20
6	22
5	22
4	22
3	22
2	22
1	22
0	22

Datum: 12. 3.	
Hodina	Hodina
10	6
9	12
8	16
7	20
6	22
5	22
4	22
3	22
2	22
1	22
0	22

Datum: 13. 3.	
Hodina	Hodina
10	6
9	12
8	16
7	20
6	22
5	22
4	22
3	22
2	22
1	22
0	22

**POZNÁMKY:**

- Sestra se ptá na přítomnost a lokalizaci vždy 1x za den nebo častěji, dle potřeby.
- Intenzitu bolesti vždy sestra zhodnotí a zaznamená na škále VAS.
- Pokud pacient udává bolest větší než 3 VAS, je žádoucí nabídnout mu zmírnění bolesti dle ordinace lékaře (např. ordinované analgetikum)
- Po uplynutí doby od podání léku sestra kontroluje, zda se bolest zmírnila:
  - za 30 minut po parenterální aplikaci
  - za 60 minut po per os podání
  - při dalším hlášení bolesti pacientem

Žádáno bolest: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nejhorší představitelná bolest

**Všeobecná fakultní nemocnice v Praze**  
 U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2; IČ00064165, tel. č. 224961111  
 F-VFN-209, Verze 3

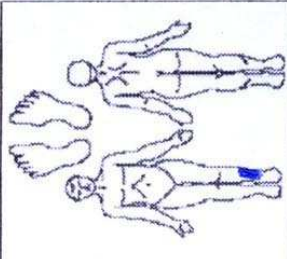


3. VLEČ

ZÁZNAM O OŠETŘOVÁNÍ KŮŽE / RÁNY		Nahlášeno do nežadoucích událostí dne:	
Datum zahájení:	2/3	Spodina rány:	Bolest:
Charakteristika rány:	Druh rány: <input type="checkbox"/> ulcus cruris <input type="checkbox"/> mechanická <input type="checkbox"/> traumatická <input type="checkbox"/> diabetický defekt <input type="checkbox"/> operační <input type="checkbox"/> dekubitus Stupně dekubitů: <input type="checkbox"/> začervenání <input type="checkbox"/> tvorba puchýřů <input type="checkbox"/> hluboké poškození tkáně <input type="checkbox"/> nekróza Velikost rány: Sekrece z rány: délka: žádná 10-10 mm šířka: střední 3-10 mm hloubka: velká 2 Charakter sekretu: <input type="checkbox"/> serózní <input checked="" type="checkbox"/> krvavě serózní <input type="checkbox"/> hnisavý <input type="checkbox"/> zápachající Okolí rány: <input type="checkbox"/> klidné <input type="checkbox"/> zánět <input checked="" type="checkbox"/> ekzém <input type="checkbox"/> macerace <input type="checkbox"/> nekróza <input checked="" type="checkbox"/> jiné <i>ACHÉ + PÁRZE + PROJEVY!</i>	Lokalizace: 	
<b>PRŮBĚH HOJENÍ RÁNY</b>			
Lokální terapie:	ZEBRIECAN dinitrate + METIMAN 1g - 10 KRYT! (pac. vo! masti!) duso puzoz vo kuzi RES. OP.		
Mikrobiologický stěr:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Datum dalšího převazu: 4/3 2023 Razítko a podpis sestry:		
Množství materiálu u dutin: odstraněny:	Fáze hojení rány: <input type="checkbox"/> fáze zánětlivá <input type="checkbox"/> fáze čištění <input type="checkbox"/> fáze granulace <input type="checkbox"/> fáze epitelizace		
Mikrobiologický stěr:	<input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano Datum dalšího převazu: 6/3 2023 Razítko a podpis sestry:		
Množství materiálu u dutin: odstraněny:	Fáze hojení rány: <input type="checkbox"/> fáze zánětlivá <input type="checkbox"/> fáze čištění <input type="checkbox"/> fáze granulace <input type="checkbox"/> fáze epitelizace <input checked="" type="checkbox"/> v ráně <i>PŘI PŘEVAZU</i> <input type="checkbox"/> v okolí		
Mikrobiologický stěr:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Datum dalšího převazu: 4/3 2023 Razítko a podpis sestry:		
Množství materiálu u dutin: odstraněny:	Fáze hojení rány: <input type="checkbox"/> fáze zánětlivá <input type="checkbox"/> fáze čištění <input type="checkbox"/> fáze granulace <input type="checkbox"/> fáze epitelizace <input checked="" type="checkbox"/> v ráně <i>PŘI PŘEVAZU</i> <input type="checkbox"/> v okolí		
Mikrobiologický stěr:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Datum dalšího převazu: 4/3 2023 Razítko a podpis sestry:		
Množství materiálu u dutin: odstraněny:	Fáze hojení rány: <input type="checkbox"/> fáze zánětlivá <input type="checkbox"/> fáze čištění <input type="checkbox"/> fáze granulace <input type="checkbox"/> fáze epitelizace <input checked="" type="checkbox"/> v ráně <i>PŘI PŘEVAZU</i> <input type="checkbox"/> v okolí		
Mikrobiologický stěr:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Datum dalšího převazu: 4/3 2023 Razítko a podpis sestry:		

PŘEVAZ PŘEVÉDLA SESTRA PRO HOJENÍ RÁNY

## ZÁZNAM O OŠETŘOVÁNÍ KŮŽE – RÁNY

Datum zahájení	Druh rány:	Charakteristika rány:	Lokalizace rány:		
8/3	<input checked="" type="checkbox"/> ulcus cruris <input type="checkbox"/> traumatická <input type="checkbox"/> jiná <b>Bolest:</b> ANO <input checked="" type="checkbox"/> stála <input type="checkbox"/> občas <input type="checkbox"/> nikdy <input type="checkbox"/> při převazu	<b>Velikost rány:</b> délka ... 10 cm šířka ... 3 cm hloubka ... 3 cm <b>Tvar rány:</b> <input type="checkbox"/> okrouhlý <input type="checkbox"/> šterbinovitý <input checked="" type="checkbox"/> nepravidelný <b>Okolí rány:</b> <input checked="" type="checkbox"/> klidné <input type="checkbox"/> zánětlivé <input type="checkbox"/> ekzematizované <input type="checkbox"/> otok <input type="checkbox"/> macerace	<b>Spodina rány:</b> <input type="checkbox"/> nekrotická <input checked="" type="checkbox"/> spovleklá <input type="checkbox"/> atonická <input type="checkbox"/> secernující <input type="checkbox"/> čistá <input type="checkbox"/> granulace <input type="checkbox"/> epitelizace <b>Sekrece rány:</b> <input checked="" type="checkbox"/> serózní <input type="checkbox"/> krvavě serózní <input type="checkbox"/> hnisavý <input type="checkbox"/> zapáchající <b>Fáze hojení rány:</b> <input checked="" type="checkbox"/> fáze čištění <input type="checkbox"/> f. granulace <input type="checkbox"/> fáze epitelizace		
Datum	Den léčby	Průběh hojení rány (změny rány i okolí)	Subjektivní příznaky (charakter bolesti, reakce pacienta)	Lokální terapie (krycí materiály a léčebné prostředky)	Podpis sestry
8/3	1	okleštěno → přesazeno druhoj. tetování.	předem kůže suchá	bolest na oklidy ANK ATRAUMANT + Alericid Alericid Alericid	
10/3	2			ATRAUMANT + Alericid	
12/3	3			-11 - okl. bandáž	



**Všeobecná fakultní nemocnice v Praze**  
 U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2; IČO0064165, tel. č. 224961111  
 F-VFN-209, Verze 3

ABSCEES

Nahášená do nežádoucích událostí dne:	
Datum zahájení:	ZÁZNAM O OŠETŘOVÁNÍ KŮŽE / RÁNY
Charakteristika rány: ABSCEES - op. kava	Druh rány: <input type="checkbox"/> ulcus cruris <input type="checkbox"/> mechanická <input type="checkbox"/> traumatická <input type="checkbox"/> diabetický defekt <input checked="" type="checkbox"/> operační <input type="checkbox"/> dekubit
Stupně dekubitů: <input type="checkbox"/> začervnění <input type="checkbox"/> tvorba puchýřů <input checked="" type="checkbox"/> hluboké poškození tkáně <input checked="" type="checkbox"/> nekróza	Velikost rány: Sekrece z rány: délka: žádná šířka: žádná hloubka: žádná
Charakter sekretu: <input type="checkbox"/> serózní <input checked="" type="checkbox"/> krvavě serózní <input type="checkbox"/> hnisavý <input checked="" type="checkbox"/> zápachající	Okolí rány: <input type="checkbox"/> klidné <input checked="" type="checkbox"/> zánět <input type="checkbox"/> ekzém <input type="checkbox"/> macerace <input checked="" type="checkbox"/> nekróza <input type="checkbox"/> jiné
Spodina rány: <input type="checkbox"/> epitelizace <input type="checkbox"/> čistá <input type="checkbox"/> granulace <input type="checkbox"/> povleklá <input type="checkbox"/> nekrotická	Bolest: <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> analgosedace <input type="checkbox"/> v bezvědomí <input type="checkbox"/> v ráně <input type="checkbox"/> v okolí
Lokalizace: 	Mikrobiologický stěr: <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano Datum dalšího převazu: Razítko a podpis sestry:
<b>PRŮBĚH HOJENÍ RÁNY</b>	
Lokální terapie: H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> + 87 KRYTI (přeflék, osušování, odhroždění, nekrotický debrid.)	Fáze hojení rány: <input type="checkbox"/> fáze zánětlivá <input checked="" type="checkbox"/> fáze čištění <input type="checkbox"/> fáze granulace <input type="checkbox"/> fáze epitelizace
Datum: 4/3	Množství materiálu u dutin: odstraněný: aplikovaný:
Velikost rány: 2x cca 4x3cm	Mikrobiologický stěr: <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano Datum dalšího převazu: 5/3 2013 Razítko a podpis sestry:
Lokální terapie: Růžová epitelizace osušování, sterilizace listy	Fáze hojení rány: <input checked="" type="checkbox"/> fáze zánětlivá <input checked="" type="checkbox"/> fáze čištění <input type="checkbox"/> fáze granulace <input type="checkbox"/> fáze epitelizace
Datum: 5/3	Množství materiálu u dutin: odstraněný: aplikovaný:
Velikost rány: 2x cca 4x3cm	Mikrobiologický stěr: <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano Datum dalšího převazu: 6/3 2013 Razítko a podpis sestry:

Datum: 6/3	Lokální terapie: Bioxid, sterilní lyži	Spodina rány: <input type="checkbox"/> epitelizace <input type="checkbox"/> čistá <input type="checkbox"/> granulace <input checked="" type="checkbox"/> povleklá <input checked="" type="checkbox"/> nekrotická	Sekrece z rány: <input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> mírná <input checked="" type="checkbox"/> střední <input type="checkbox"/> velká <input type="checkbox"/> serózní <input type="checkbox"/> krvavě serózní <input checked="" type="checkbox"/> hnisavá <input checked="" type="checkbox"/> zápachající	Bolest: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> analgosedace <input type="checkbox"/> v bezvědomí <input checked="" type="checkbox"/> v ráně <input type="checkbox"/> v okolí	Fáze hojení rány: <input checked="" type="checkbox"/> fáze zánětlivá <input type="checkbox"/> fáze čištění <input type="checkbox"/> fáze granulace <input type="checkbox"/> fáze epitelizace	Množství materiálu u dutin: odstraněný: aplikovaný:	Mikrobiologický stěr: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Datum dalšího převazu: 4/3 2013 Razítko a podpis sestry:
---------------	--	---	---	--	--	--	---

Datum: 4/3	Lokální terapie: póvazek D. Toušková	Spodina rány: <input type="checkbox"/> epitelizace <input type="checkbox"/> čistá <input type="checkbox"/> granulace <input checked="" type="checkbox"/> povleklá <input checked="" type="checkbox"/> nekrotická	Sekrece z rány: <input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> mírná <input checked="" type="checkbox"/> střední <input type="checkbox"/> velká <input type="checkbox"/> serózní <input type="checkbox"/> krvavě serózní <input checked="" type="checkbox"/> hnisavá <input checked="" type="checkbox"/> zápachající	Bolest: <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> analgosedace <input type="checkbox"/> v bezvědomí <input checked="" type="checkbox"/> v ráně <input type="checkbox"/> v okolí	Fáze hojení rány: <input checked="" type="checkbox"/> fáze zánětlivá <input type="checkbox"/> fáze čištění <input type="checkbox"/> fáze granulace <input type="checkbox"/> fáze epitelizace	Množství materiálu u dutin: odstraněný: aplikovaný:	Mikrobiologický stěr: <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano Datum dalšího převazu: Razítko a podpis sestry:
---------------	--	---	---	--	--	--	---

Datum:	Lokální terapie:	Spodina rány: <input type="checkbox"/> epitelizace <input type="checkbox"/> čistá <input type="checkbox"/> granulace <input type="checkbox"/> povleklá <input type="checkbox"/> nekrotická	Sekrece z rány: <input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> mírná <input type="checkbox"/> střední <input type="checkbox"/> velká <input type="checkbox"/> serózní <input type="checkbox"/> krvavě serózní <input type="checkbox"/> hnisavá <input type="checkbox"/> zápachající	Bolest: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> analgosedace <input type="checkbox"/> v bezvědomí <input type="checkbox"/> v ráně <input type="checkbox"/> v okolí	Fáze hojení rány: <input type="checkbox"/> fáze zánětlivá <input type="checkbox"/> fáze čištění <input type="checkbox"/> fáze granulace <input type="checkbox"/> fáze epitelizace	Množství materiálu u dutin: odstraněný: aplikovaný:	Mikrobiologický stěr: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Datum dalšího převazu: Razítko a podpis sestry:
--------	------------------	---	--	--	---	--	--

Datum:	Lokální terapie:	Spodina rány: <input type="checkbox"/> epitelizace <input type="checkbox"/> čistá <input type="checkbox"/> granulace <input type="checkbox"/> povleklá <input type="checkbox"/> nekrotická	Sekrece z rány: <input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> mírná <input type="checkbox"/> střední <input type="checkbox"/> velká <input type="checkbox"/> serózní <input type="checkbox"/> krvavě serózní <input type="checkbox"/> hnisavá <input type="checkbox"/> zápachající	Bolest: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> analgosedace <input type="checkbox"/> v bezvědomí <input type="checkbox"/> v ráně <input type="checkbox"/> v okolí	Fáze hojení rány: <input type="checkbox"/> fáze zánětlivá <input type="checkbox"/> fáze čištění <input type="checkbox"/> fáze granulace <input type="checkbox"/> fáze epitelizace	Množství materiálu u dutin: odstraněný: aplikovaný:	Mikrobiologický stěr: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Datum dalšího převazu: Razítko a podpis sestry:
--------	------------------	---	--	--	---	--	--

Datum:	Lokální terapie:	Spodina rány: <input type="checkbox"/> epitelizace <input type="checkbox"/> čistá <input type="checkbox"/> granulace <input type="checkbox"/> povleklá <input type="checkbox"/> nekrotická	Sekrece z rány: <input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> mírná <input type="checkbox"/> střední <input type="checkbox"/> velká <input type="checkbox"/> serózní <input type="checkbox"/> krvavě serózní <input type="checkbox"/> hnisavá <input type="checkbox"/> zápachající	Bolest: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> analgosedace <input type="checkbox"/> v bezvědomí <input type="checkbox"/> v ráně <input type="checkbox"/> v okolí	Fáze hojení rány: <input type="checkbox"/> fáze zánětlivá <input type="checkbox"/> fáze čištění <input type="checkbox"/> fáze granulace <input type="checkbox"/> fáze epitelizace	Množství materiálu u dutin: odstraněný: aplikovaný:	Mikrobiologický stěr: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Datum dalšího převazu: Razítko a podpis sestry:
--------	------------------	---	--	--	---	--	--



**Všeobecná fakultní nemocnice v Praze**  
U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2 IČ 00064105, tel. 22496 1111  
Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny  
Přednosta: Doc. MUDr. Martin Špiříček, CSc., Přemysl Mlýnský, Jan Králov

**ODDĚLENÍ FYZIOTERAPIE**  
Vedoucí: MUDr. Vladimír Šteplík  
tel. 711 461 312  
www.vfn.cz, www.karim.vfn.cz

F-KARIM-008  
Verze číslo 1  
http://vfn.cz

**HEP. B+C P.**

Štítek pacienta: Paou R.K.

**Záznam průběhu fyzioterapie**

Příjmová diagnóza: KOLETČELISTNÍ ABSCEZ PERIHAUDIBULARIS L.4,  
 Ostatní diagnózy: PERIODONTITIS CHRON. AGUTE EXACERBANS 47

INTUBACE: \_\_\_\_\_  
 EXTUBACE: \_\_\_\_\_  
 PDTs: \_\_\_\_\_  
 DEKANYLACE: \_\_\_\_\_

DATUM/DEN/JAS	FYZIOTERAPIE	VERTIKALIZACE	POLOHOVÁNÍ	VENTILACNÍ REŽIM + RTG	POZNAMKY	Podpis
4/3	10y TMT, DG, KD, BE	10y, 15y, 20y, 25y	✓	nas	práce plicí	
5/3	10y TMT, DG, KD, CD	10y, 15y, 20y, 25y	✓	nas	práce plicí	
6/3	10y TMT, DG, KD, CD	10y	0	0	šlávek - 10y a	
7/3	10y TMT, DG, KD, CD	10y	0	0	10y - 10y a	
8/3	10y TMT, DG, KD, CD, RTT	na kůži	-	-	10y - 10y a	
9/3	10y TMT, DG, KD, CD, RTT	na kůži	-	-	10y - 10y a	

CHODÍ O FR. BERLICH

	<b>Všeobecná fakultní nemocnice v Praze</b> U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2, tel. 2 2496 1111 IČ: 00064165	F-VFN-100 Verze 8 Strana 1 / 2
	<b>Stomatologická klinika</b>	
<b>SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ</b>		

r. č.:

Čís. chorob.:

Beru na vědomí, že podle zákona jsem při poskytování zdravotních služeb jako pacient povinen/na

- dodržovat navržený individuální léčebný postup, pokud s poskytováním zdravotních služeb vyslovím souhlas
- řídit se vnitřním řádem, se kterým jsem byl seznámen
- uhradit nemocnici cenu poskytnutých zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění nebo jiných zdrojů, které mi budou poskytnuty s mým souhlasem
- pravdivě informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb
- nepožívat během hospitalizace alkohol nebo jiné návykové látky a podrobit se na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře v odůvodněných případech vyšetřením za účelem prokázání, zda jsem nebo nejsem pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek

Prohlašuji, že **nebude-li mně poskytnutá zdravotní péče tedy uhrazena z veřejného zdravotního pojištění, ani proplacena ze smluvního pojištění, zavazuji se uhradit tuto péči přímo VFN**. Beru na vědomí a souhlasím s tím, že úhrada za zdravotní péči bude vyúčtována jako součin počtu bodů vykázaných v souladu s aktuálním zněním příslušné vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR, s připočtením příslušné režie, a maximální hodnoty bodu dle aktuálního cenového předpisu Ministerstva zdravotnictví ČR. Byl/a jsem rovněž poučen/a o tom, že k takto vyúčtované částce budou připočteny částky za spotřebované léčivé přípravky a/nebo použitý zdravotnický materiál, a to ve výši určené způsobem, kterým se stanoví výše úhrady za tyto léky (materiál) pro účely jejich úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Byl/a jsem poučen/a o režimu podávání léčivých přípravků na oddělení a o tom, že bez vědomí a svolení lékaře VFN nemůžu užívat léky, které jsem si přinesl/a. Beru na vědomí, že mám tyto léky odevzdat v originálním balení zdravotnickému personálu s tím, že mi budou podávány pouze jejich prostřednictvím.

Potvrzuji, že jsem byl/a při přijetí do ústavního ošetřování ve VFN poučen/a o tom, že VFN **neručí za klenoty, hodinky a jiné cennosti, platební karty, vkladní knížky apod. a že je určeno místo k odkládání takových věcí**, kterým je hlavní pokladna VFN/detašované pokladny pracoviště. Peníze přesahující částku vyšší než 1000,- Kč je třeba uložit do hlavní pokladny VFN; z peněz v takové úschově mohu čerpat i prostřednictvím sociální pracovnice pracoviště. Prohlašuji, že jiné klenoty a cennosti, než které jsem odevzdal/a do úschovy, částku vyšší než 1000,- Kč a věci osobní potřeby v celkové hodnotě přesahující 1000,- Kč nemám při sobě. Dále beru na vědomí, že na lůžková oddělení VFN je zakázáno vnášet a ukládat zbraně, střelivo a nebezpečné látky a že audiotechniku, televizory, přenosné počítače lze používat jen se souhlasem ošetřujícího lékaře a způsobem, při kterém nebudou rušeni ostatní pacienti.

Dále prohlašuji, že peněžní prostředky do 1000,- Kč, doklady a techniku výslovně povolenou ošetřujícím lékařem, včetně počítače nebo mobilního telefonu, kterou jsem neodevzdal/a do úschovy, budu řádně opatrovat. Zároveň beru na vědomí, že po dobu, kdy nebudu moci tyto peníze a věci sám/sama opatrovat (např. po dobu poskytování zdravotních služeb), je na příslušném oddělení určeno místo k jejich odložení, a prohlašuji, že jsem byl poučen/a o tom, že VFN odpovídá za škodu na těchto věcech, jsou-li uloženy na tomto určeném místě a do výše stanovené příslušnými právními předpisy.

Beru na vědomí, že s výjimkou v zákoně uvedených případů mám právo vzdát se podání informace o svém zdravotním stavu a že mohu určit, které osobě má být podána.

Beru na vědomí, že mohu určit osoby, které mohou

- 1) být informovány o mém zdravotním stavu
- 2) nahlížet do mé zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů vztahujících se k mému zdravotnímu stavu
- 3) pořizovat si výpisy nebo kopie těchto dokumentů
- 4) vyslovit souhlas/nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb v případě, kdy nebudu moci s ohledem na můj zdravotní stav tento souhlas/nesouhlas vyslovit (dále jen zástupný souhlas)

Beru na vědomí, že mohu vyslovit zákaz poskytovat informace o mém zdravotním stavu určité osobě.

Beru na vědomí, že určení osoby nebo vyslovení zákazu mohou kdykoli odvolat.

Jméno, příjmení, vztah, adresa, telefon Rozsah informace (vše/specifikace rozsahu)	Poskytnutí informace o zdravotním stavu (1)	Nahlížení do ZD (2)	Kopie, výpisy (3)	Zástupný souhlas (4)
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Souhlasím, aby informace o mém zdravotním stavu byly osobám uvedeným výše sdělovány:

**osobně**  **jinou formou** (písemně, telefonicky, faxem, e-mailem, SMS) .....

**Zakazuji** poskytovat informace o mém zdravotním stavu níže vedeným osobám

Jméno, příjmení	adresa	telefon

Beru na vědomí, že se na poskytování zdravotních služeb mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace, a že mohou přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb a nahlížení do zdravotnické dokumentace zakázat.

**Souhlasím** s přítomností těchto osob včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace:

**ANO**

**NE**

Prohlašuji, že na základě poskytnutých informací **souhlasím s hospitalizací.**

**ANO**

**NE**

V Praze dne:

.....  
podpis pacienta (zák. zástupce)

.....  
jméno a podpis zdravotnického  
pracovníka


Jestliže pacient není schopen ze zdravotních důvodů záznam podepsat, uveďte způsob, jak pacient projevil svou vůli:

Jméno, příjmení svědka

.....  
podpis svědka



## Příloha č. 16

	<b>Všeobecná fakultní nemocnice v Praze</b> U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2 IČ 00064165, tel. 224961111	<b>F-VFN-105</b> <b>Strana 1 z 2</b> Verze číslo: 1
---	---	---

Název kliniky Adresa kliniky Vedoucí kliniky	<b>VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE</b> 02 242 010 KLINIKA ÚSTNÍ, ČELIŠTNÍ A OBLIČEJOVÉ CHIRURGIE CHIRURGICKÁ AMBULANCE U NEMOCNICE 2, 128 08 PRAHA 2
Název pracoviště Vedoucí pracoviště + kontakt	

**Jméno a příjmení:**

**r. č.:**

**Čís. chorob.:**

**Bydliště:**

Zákonný zástupce pacienta: .....  
(jméno, příjmení)

Lékař, který provedl poučení: .....  
(jméno, příjmení, titul)

*Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):*

Transfuze krve a krevních složek (transfuze - podání transfuzních přípravků: červených krvinek, krevních destiček, plazmy, bílých krvinek, autotransfuze do žíly pomocí jednorázové transfuzní soupravy).

*Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:*

Transfuzní přípravky jsou vyráběny z krve dobrovolných dárců. Zásadou účelné hemoterapie (léčby krvi) je podat pacientovi jen tu část krve, kterou nezbytně potřebuje. Proto se podávají následující transfuzní přípravky:

- červené krvinky (erythrocyty) - k léčbě chudokrevnosti (anémie) a krevních ztrát, kdy je nedostatečný přenos kyslíku do orgánů a tkání,
- krevní destičky (trombocyty) - k léčbě nebo prevenci krvácení, které je způsobeno nedostatkem vlastních destiček nebo poruchou jejich funkce,
- plazma - k léčbě poruch srážení krve,
- bílé krvinky (leukoocyty) - k léčbě těžkých infekcí při nedostatku vlastních leukocytů.

Vlastní transfuze trvá, v závislosti na typu podávaného transfuzního přípravku a na zdravotním stavu příjemce, desítky minut až několik hodin.

Transfuze s sebou nese riziko potransfuzní reakce nebo komplikace (do 2% případů). Nejčastěji se vyskytují: alergická reakce (obvykle ve formě kožní vyrážky), zvýšená teplota nebo horečka, bolesti hlavy. Mezi vzácné reakce patří: rozpad červených krvinek, těžká alergická reakce, těžká plicní reakce s dechovými obtížemi, tvorba protilátek proti krvi dárce, snížení počtu krevních destiček po transfuzi s krvácením, šokový stav, přenos infekčních chorob (virů, bakterií, protozoí, prionů), přetížení krevního oběhu (zejména u pacientů s nemocemi srdce nebo ledvin), reakce štetu proti hostiteli, přetížení železem ( u pacientů s četnými transfuzemi), podchlazení, ovlivnění hladiny vápníku a draslíku v krvi pacienta.

Transfuze neléčí příčinu onemocnění, ale bez provedení transfuze by mohlo dojít k poškození zdraví či ke smrti pacienta.

*Zdravotní výkon bude probíhat takto:*

1. Dezinfekce kůže loketní jamky.
2. Zavedení jehly, která je součástí jednorázového transfuzního setu, do žíly v loketní jamce. Transfuzní set je napojen na vak s transfuzním přípravkem. Vlastní transfuze trvá desítky minut až několik hodin. Po převedení obsahu vaku do žíly je transfuze ukončena vyjmutím jehly ze žíly.

**Tiskněte oboustranně!**



## Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2  
IČ 00064165, tel. 224961111

### Informovaný souhlas

F-VFN-105

Strana 2 z 2

Verze číslo: 1

*Jako alternativu místo shora uvedeného lékařem doporučeného výkonu lze provést:*

- autotransfúze - transfúzní přípravek vyrobený z krve pacienta (krev se může odebírat před plánovanou operací, v úvodu do anestezie nebo sbírat z operační rány během operace). Toto lze uplatnit jen u některých plánovaných operací za předpokladu dobrých hodnot krevního obrazu pacienta a odpovídajícího vybavení zdravotnického zařízení,
- podávání léků nutričních pro tvorbu červených krvinek (železo, kyselina listová, vitamin B12), léky jsou účinné pouze u některých chudokrevností, nástup účinku trvá týdny až měsíce,
- podávání léků (hormonálních přípravků), které povzbuzují kostní dřeň ke krvetvorbě, nástup účinku trvá týdny, lze použít pouze pro některé chorobné stavy,
- podávání léků ke snížení krvácení, jejich účinek při stavění krvácení je omezený, slouží spíše jako doplněk k léčbě transfúzí.

Doporučený výkon má oproti uvedené alternativě výhodu rychlé dostupnosti, není třeba plánovat dlouhodobě dopředu.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

Jako zákonný zástupce

\*) zaškrtněte jednu možnost :

- nezletilého pacienta,
- pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo
- pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům

svým podpisem stvrzuji, že jsem obdržel příslušné informace a že tyto výše uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě též poskytnuty pacientovi.

V Praze dne

.....  
podpis pacienta / zákonného zástupce

.....  
podpis lékaře

Podpis svědka poučení a souhlasu pacienta/zákonného zástupce, pokud pacient/zákonný zástupce není schopen se vlastnoručně podepsat:


Důvod, pro než pacient/zákonný zástupce není schopen se podepsat:

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:

Jméno, příjmení, podpis svědka:

.....  
*podpis svědka (svědků)*

**Tiskněte oboustranně!**

	<b>Všeobecná fakultní nemocnice v Praze</b> U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2 IČ 00064165, tel. 22496 1111 <b>Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny</b> Přednosta: Doc. MUDr. Martin Sřížanský, CSc., Primář: MUDr. Jan Krístof	<b>KANYLAČNÍ CENTRUM</b> Vedoucí lékař: doc. MUDr. Pavel Michálek, PhD. Staniční sestra: Mgr. Ondřej Ulrych tel: 224963355 www.vfn.cz; www.karim-vfn.cz	<b>F-KARIM-002</b> Strana 1 z 2 Verze číslo: 2 http://intranet
<b>INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZAVEDENÍM SYSTÉMU PICC (periferně zavedený centrální katétr)</b>			

Lékař, který provedl poučení: \_\_\_\_\_

Pacient \_\_\_\_\_

**Označení zdravotního výkonu:** Zavedení systému PICC – periferně zavedený centrální žilní katétr  
(v. basilica, v. brachialis, v. cephalica, v. axillaris)

**Účelem tohoto zdravotního výkonu je:**

Zavedení systému PICC je výkon spočívající v zavedení speciálního plastického katétru, cestou hluboké žily na horní končetině do horní duté žily. Tento výkon umožňuje podávat větší množství roztoků, více koncentrované roztoky a je také možné podávat více léků a roztoků najednou. Další výhodou je výrazně delší životnost proti kanyle zavedené do žily na předloktí. Také množství odběrů ze žily na předloktí je významně sníženo.

Systém PICC zajišťuje opakovaný žilní přístup, který je vhodný pro:

- aplikaci léků
- nitrožilní aplikaci roztoků
- aplikaci krevních derivátů
- podávání parenterální výživy
- odběry krevních vzorků.

**Zdravotní výkon bude probíhat takto:**

Celý výkon trvá v průměru asi 20 - 30 minut. Provádí se při plném vědomí v místním znecitlivění. Obvykle není nutná žádná příprava. Nejprve Vám lékař pomocí ultrazvuku vyšetří žily na paži – mezi loketní jamkou a podpažím. Do podpaží Vám bude umístěn turniket, což je páska, která horní končetinu zaškrtní, tak aby se žíly lépe naplnily. Poté je desinfikován povrch kůže v místě plánovaného vpichu - to jest v oblasti paže mezi loketní jamkou a podpažím, obvykle uprostřed paže. Potom lékař překryje Vaši horní končetinu sterilní rouškou. Po desinfekci Vám lékař tenkou jehlou znecitliví místo kůže aplikací (vstříknutím) asi 5 mililitrů lokálního anestetika. Ještě před desinfekcí a znecitlivující injekcí informujte sestru či lékaře o případných alergických reakcích na léky. Informace o minulých výkonech a jejich průběhu nebo komplikacích je také cenná.

Po několika minutách, kdy již lze očekávat plný účinek znecitlivující injekce, Vám lékař zavede jehlu pod přímou kontrolou ultrazvukem do zvoleného místa na paži v hloubce 1-2 centimetrů nalezne vhodnou žílu. Jehlou zavede tenký ohebný kovový zavaděč, po kterém následně zavede krátký dilatátor z umělé hmoty a do něj zavede vlastní katétr. Pro zavedení dilatátoru je nutný velmi malý řez na kůži, obvykle v délce 2-3 mm. Poté následuje proplach katétru, aspirace žilní krve a opětovný proplach infúzním roztokem. Následuje sterilní krytí. V průběhu i v době po výkonu je vhodná Vaše spolupráce ve smyslu hlášení lékaři všech nepříjemných pocitů a vjemů v oblasti krku, bolesti a podobně. Ihned po zavedení systému PICC je proveden kontrolní rentgen plic, který ukáže, zda je poloha katétru optimální – ve velké žile uvnitř hrudníku a zda se neobjevily komplikace v souvislosti se zaváděním katétru.



## INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZAVEDENÍM SYSTÉMU PICC

F-KARIM-002  
Strana 2 z 2  
Verze číslo: 2

### **Byl/a jsem poučen/a, že lékařem doporučený výkon má následující rizika:**

*Výkon je v malém procentu případů spojen s komplikacemi. Nejčastěji připadá v úvahu neúspěšný pokus o nalezení žíly (každý z nás je svojí stavbou těla jedinečný) a je nutné výkon s časovým odstupem opakovat z druhé strany či jiného místa. Někdy bývá katétr stočený v jiné žíle než centrální a je nutná jeho repozice (upravení polohy) pod rentgenem. Může se vyskytnout i bolestivost v místě zavedení katétru, která obvykle během několika dní odezní. Další možné a řídké komplikace zahrnují: místní krvácení, poruchy srdečního rytmu, poškození pažních nervů; z pozdních komplikací přichází v úvahu - trombóza, infekce, embolizace či jiná poškození cévy.*

*Pokud máte v souvislosti s plánovaným výkonem jakékoliv dotazy, nebojte se s nimi obrátit na sestru nebo ošetřujícího lékaře.*

**Péče po výkonu:** Ihned po výkonu Vám sestra připevní hadičku systému PICC průhlednou sterilní fólií na vnitřní stranu paže. Poté je provedeno rentgenové vyšetření hrudníku, aby se potvrdilo, že špička katétru leží ve správné pozici uvnitř hrudníku. Potom jste propuštěn domů, PICC systém se musí jednou týdně proplachovat fyziologickým roztokem. Při sprchování musíte mít místo vpichu překryté mikrotenovou fólií, koupání se nedoporučuje. Při jakýchkoli potížích kontaktujte zdravotnické zařízení na tel. Čísle poskytnutém při zavedení PICC.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi rádně odpověděl.

**Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozumněl/a a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu:**

**Zavedení systému PICC – periferně zavedený centrální žilní katétr**

Berú na vědomí, že se na poskytování zdravotních služeb mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace, a že mohu přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb a nahlížení do zdravotnické dokumentace zakázat.

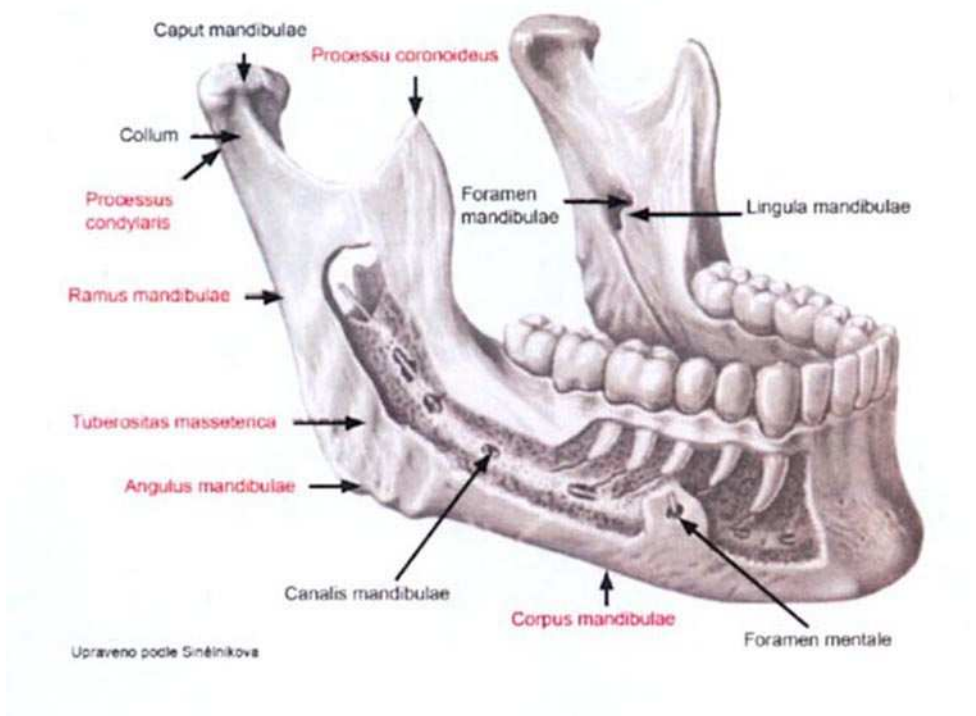
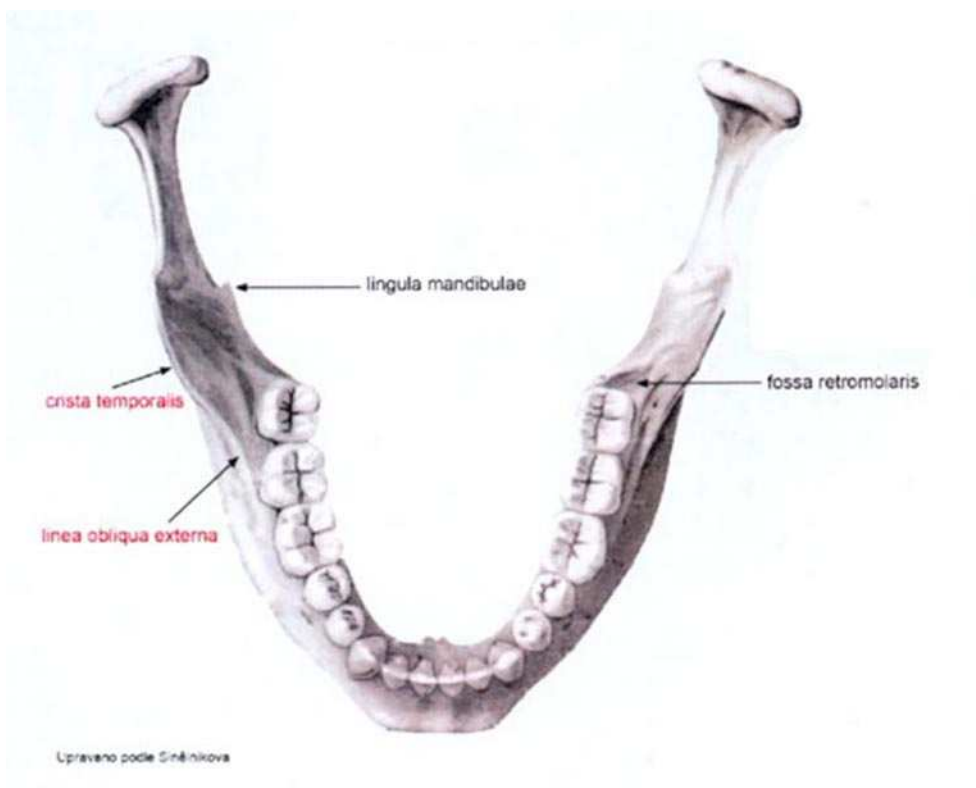
Souhlasím s přítomností těchto osob včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace:  ano /  ne

V Praze dne:

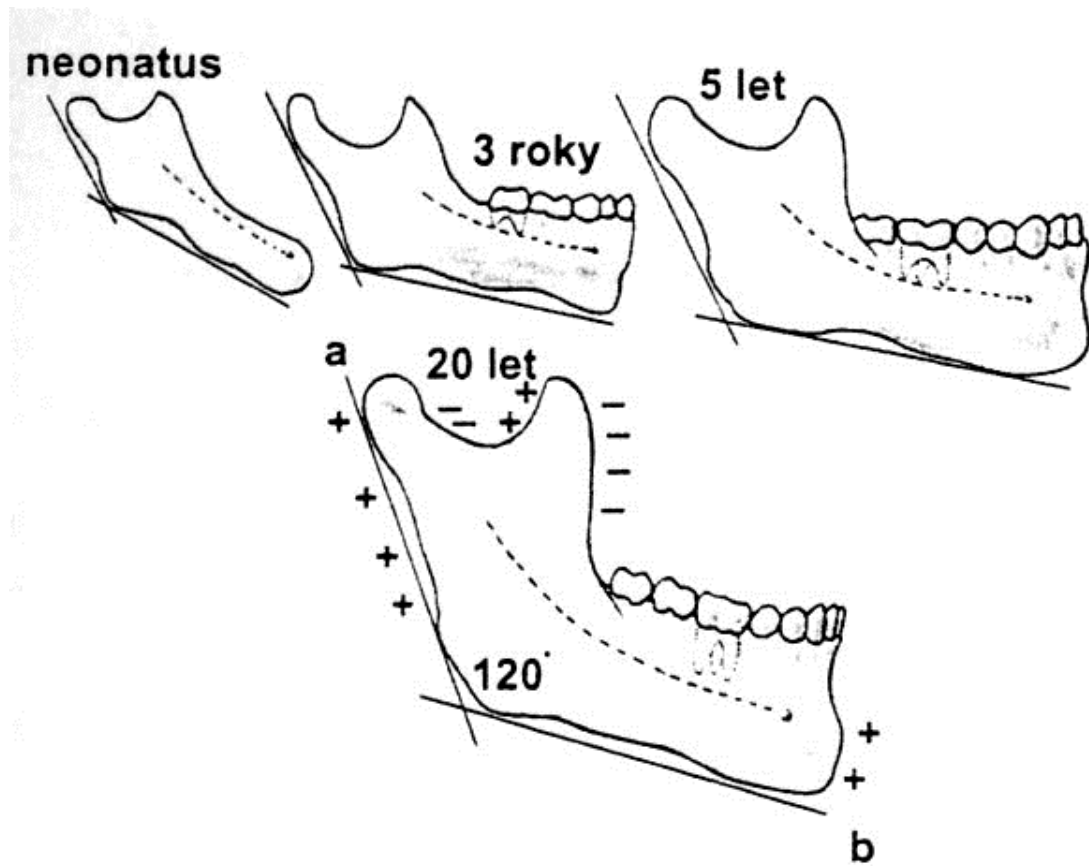
\_\_\_\_\_  
*Vlastnoruční podpis pacienta/zákonného zástupce*

Podpis a razítko lékaře, který poučení provedl:

\_\_\_\_\_  
Podpis svědků poučení a souhlasu pacienta,  
pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat:

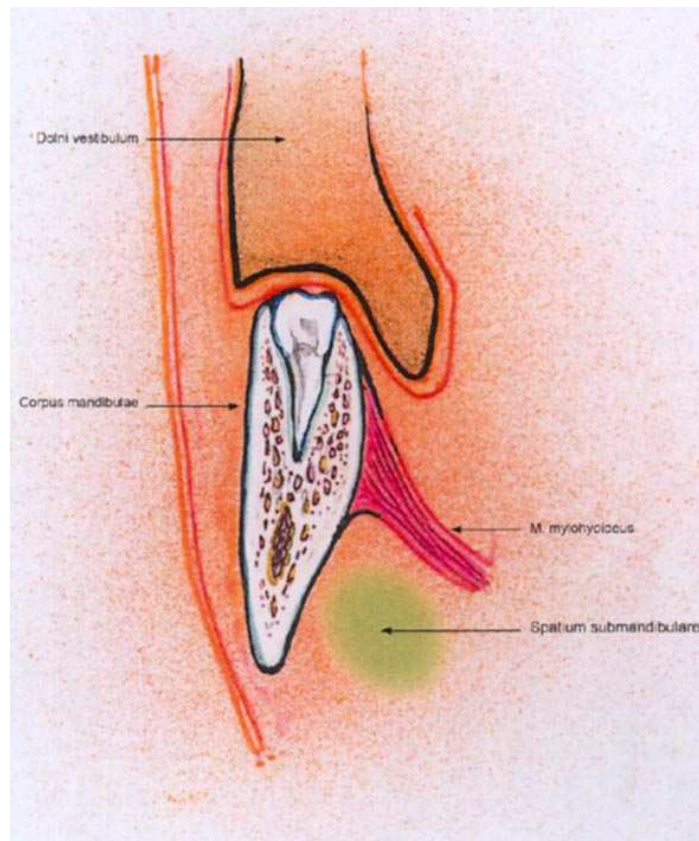


Příloha č. 19

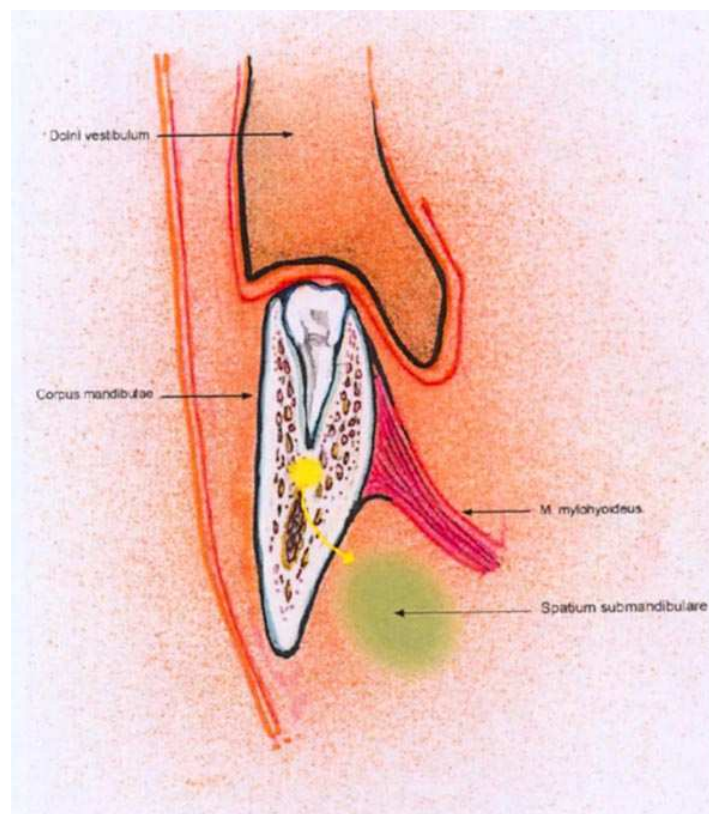


Věkové změny ve tvaru dolní čelisti a úhlu dolní čelisti (podle Izarda, 1950, upraveno a doplněno). **a**- tangenta ramena dolní čelisti, **b**- tangenta těla dolní čelisti  
+,- apozice a resorpce kosti, čárkovaná čára - *canalis mandibulae*

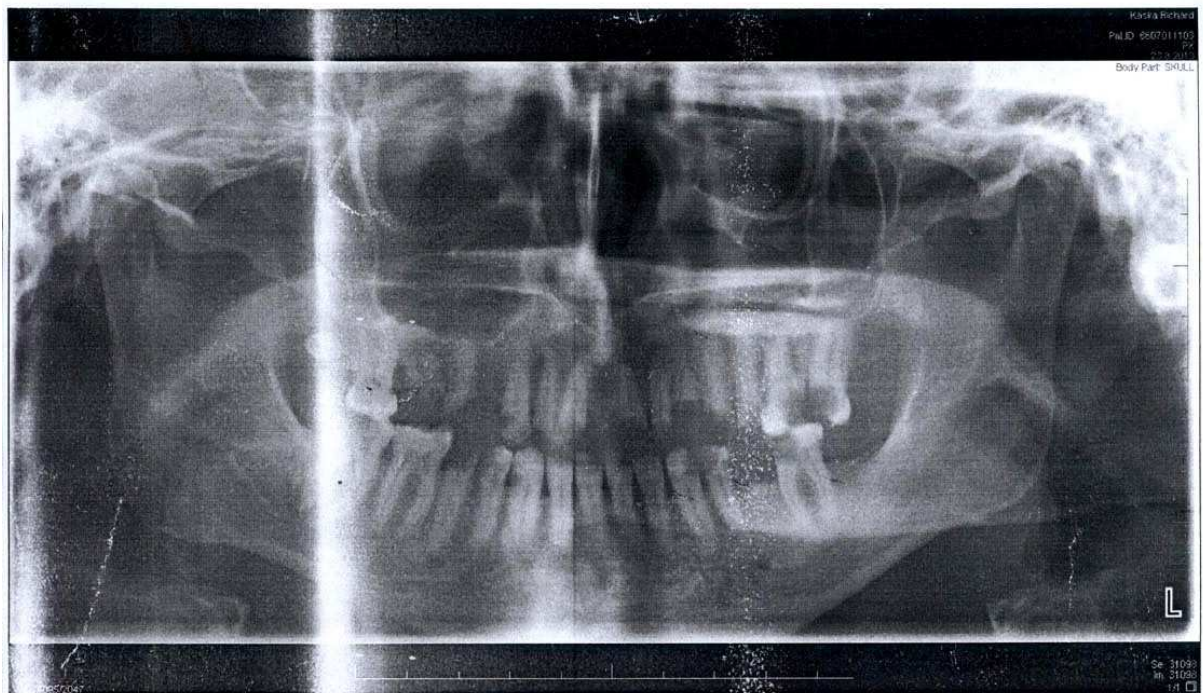
Příloha č. 20



Spatium submandibulare



Příloha č. 21



(Planmeca - ProMax Ethernet Interface)

Perceptive Review LE

ortopantomatický snímek čelistí pacienta R. K.