



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Grynevych Tetyana

**Ošetrovatelská péče o pacientku po
extirpaci echinokokových cyst z jater**

**Nursing care of a patient after liver
resection due to hidatidosis**

Bakalářská práce

Praha, 2014

Autor práce: **Grynevych Tetyana**

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Bakalářský studijní obor: **Všeobecná sestra- kombinovaná
forma**

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoničková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství**

3. LF UK

Odborný konzultant: **prim. MUDr. Hoskovec David, Ph.D.**

Pracoviště odborného konzultanta: **I. chirurgická klinika,
Všeobecná fakultní nemocnice Karlovo náměstí**

Datum a rok obhajoby: **červen 2014**

Prohlášení

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

V Praze dne 10. května 2014

Grynevych Tetyana

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Marii Zvoničkové a MUDr. Davidu Hoskovcovi, primáři I. chirurgického kliniky VFN Karlovo náměstí za trpělivost a pomoc věnovanou mi při zpracování této práce.

Obsah

1. ÚVOD.....	7
2. KLINICKÁ ČÁST.....	8
2.1. Anatomie a fyziologie jater.....	8
2.1.1. Makroskopický popis jater.....	8
2.1.2. Mikroskopický popis jater.....	8
2.1.3. Uložení jater.....	9
2.1.4. Vývoj jater.....	9
2.1.5. Jaterní laloky a segmenty.....	10
2.1.6. Metabolické funkce jater.....	10
2.1.7. Biotransformační funkce jater.....	12
2.1.8. Sekreční a exkrece funkce jater.....	12
2.1.9. Další funkce jater.....	13
2. 2. Symptomatologie nemocí jater.....	14
2. 3. Vyšetření jater.....	14
2.3.1. Klinické nálezy.....	14
2.3.2. Paraklinická vyšetření.....	14
2.4. Onemocnění jater.....	16
2.4.1. Benigní onemocnění jater.....	16
2.4.2. Maligní onemocnění jater.....	17
2.4.3. Jaterní metastázy.....	18
2.5. Echinococcus granulosus (měchožil zhoubný).....	18
2.5.1. Onemocnění.....	18
2.5.2. Organismus.....	18
2.5.3. Rozšíření.....	19
2.5.4. Přenos.....	19
2.5.5. Symptomatika a patogeneze.....	19
2.5.6. Diagnostika.....	20
2.5.7. Terapie.....	20
2.5.8. Komplikace.....	21
2.5.9. Ostatní.....	21
2. 6. Základní údaje o pacientce.....	22
3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	24
3.1. Zdraví z pohledu ošetřovatelství.....	24
3.2. Nemoc z pohledu ošetřovatelství.....	24

3.3. Charakteristika ošetrovatelského procesu.....	24
3.4. "Model fungujícího zdraví" Marjory Gordonové... 25	25
3.5. Průběh hospitalizace pacientky od příjmu na standardní oddělení až po propuštění.....	28
3.6. Posouzení stavu pacientky při příjmu - dle modelu M. Gordonové.....	31
3.7. 9. pooperační den, posouzení stavu pacientky dle modelu M. Gordonové.....	34
3.8. Ošetrovatelské diagnózy, důvody, cíle a zhodnocení- krátkodobý plán péče.....	38
3.9. Ošetrovatelské diagnózy, důvody, cíle a zhodnocení- dlouhodobý plán péče.....	50
3.10. PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA.....	51
3.11. EDUKACE.....	53
4. ZÁVĚR.....	54
5. SEZNÁM POUŽITÉ LITERATURY.....	55
6. SEZNAM PŘÍLOH.....	57

1. ÚVOD

Téma své bakalářské práce Ošetrovatelská péče o pacientku po extirpaci echinokokových cyst z jater jsem si vybrala na základě svého zájmu o tuto neobvyklou problematiku.

Klinická část této práce je věnována anatomicko-fyziologickému úvodu jater, symptomatologii nemocí jater, vyšetření jater, onemocnění jater a popisem echinokokového onemocnění jater a vstupní anamnézou dané pacientky.

Na začátku ošetrovatelské části práce se zabývám stručným popisem ošetrovatelského procesu, fázemi a ošetrovatelským modelem Marjory Gordonové. Dle rozhovoru s pacientkou, po přeložení na standartní oddělení, jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy a stanovila krátkodobý ošetrovatelský plán péče na 24 hodin. V závěrečné ošetrovatelské části práce zhodnocuji úspěšnost krátkodobého plánu péče, zabývám se edukací pacientky a psychosociální problematikou.

Závěr práce je věnován nynějšímu stavu pacientky.

2. KLINICKÁ ČÁST

2.1. ANATOMIE A FYZIOLOGIE JATER

2.1.1. Makroskopický popis jater:

Játra, hepar, jsou největší žlázou lidského těla. Váží kolem 1500g,¹ což odpovídá 2 % z hmotnosti člověka,² a jejich příčná délka se pohybuje kolem 25 cm.¹

Mají hnědočervenou barvu, na pohmat jsou měkká a poddajná, avšak relativně křehká, takže při otřesech a nárazech dochází snadno k natržení tkáně, které může způsobit masivní, život ohrožující krvácení.²

Jsou ústředním orgánem intermediárního metabolismu. Jsou orgánem pro život nezbytným. Po jejich úplném odstranění klesá hladina glukózy a močoviny v krvi, stoupají aminokyseliny a bilirubin a během několika hodin nastává smrt pro těžkou hypoglykémii, pokud není glukóza přiváděna. K přežití však stačí méně než polovina zdravého jaterního parenchymu, protože játra mají, zvláště u nižších savců, obrovskou schopnost regenerace.³

2.1.2. Mikroskopický popis jater:

Hlavní součástí jater je žlázový jaterní parenchym. Jeho základem jsou jaterní buňky, hepatocyty. Které tvoří trámce uspořádané do polyedrických hranolovitých lalůčků, lobulus venae centralis (příčný průměr asi 1 mm, výška asi 2 mm).

Lalůčky jsou základními morfologickými jednotkami jater.

Hepatocyty tvoří žluč, která je odváděna do žlučových kanálků (štěrbiny mezi hepatocyty). Žlučové kanálky se postupně spojují do intralobulárních žlučovodů (Heringovy kanálky).

Funkční jednotkou jaterního parenchymu jsou jaterní aciny. Tvoří je část dvou sousedních jaterních lalůček, zásobovaných z větve v. portae.¹

2.1.3. Uložení jater:

Vyplňují pravou část supramezokolického oddílu peritoneální dutiny a jsou uložena těsně pod pravou klenbou bránice.¹ Díky uložení v peritoneální dutině, jsou játra prakticky v celém svém rozsahu kryta serózou, peritoneum viscerale.¹

2.1.4. Vývoj jater:

Základ vzniká ve 4. týdnu, jakožto slepá jaterní výchlípka entodermu asi ve výši 2. cervikálního prvosegmentu. Začátkem 2. měsíce se diferencují krevní ostrůvky, maximum hematopoézy v játrech v 6. -7. měsíci, potom ustává. Ve 3. měsíci se začíná tvořit glykogen, probíhá metabolismus lipidů. Od 4. měsíce probíhá tvorba žlučových pigmentů. Asymetrie jater začíná vznikat od 2. měsíce.⁴

V embryonálním životě jsou játra sídlem krvetvorby. Při narození jsou v játrech jen ojedinělé ostrůvky krvetvorné tkáně a hmotnost jater klesá.²

2.1.5. Jaterní laloky a segmenty:

Společným průběhem a dělením větví v. portae, a. hepatica propria a žlučovýchodů- trias hepatica- se jaterní parenchym dělí na dva laloky, lobus dexter a lobus sinister. Vnitřní dělení parenchymu na laloky se poněkud liší od výše uvedeného dělení zevního. Hranice mezi oběma laloky je posunuta doprava. Tvoří ji tzv. Cantlieho linie. Pro dělení na jednotlivé laloky a segmenty má význam průběh tří vv. hepaticae. Vnitřní hranici mezi pravým a levým lalokem tvoří v. hepatica media. V. hepatica dextra rozděluje pravý lalok na mediální a laterální sektor, podobně rozděluje v. hepatica sinistra lalok levý. Oba pravé sektory a levý laterální sektor jsou rozděleny příčnou rovinou, vedenou pravou a levou větví v. portae, na přední a zadní segmenty. Vzniká tak osm jaterních segmentů, které jsou označeny číslicemi I-VIII.¹

2.1.6. Metabolické funkce jater:

Játra jsou metabolicky nejaktivnější tkání v těle.

1) metabolismus cukrů: Játra udržují v rovnováze glykémii organismu, fungují jako glukostat (glukózový „pufr“). Při zvýšené glykémii se glukóza vychytává v játrech a přeměňuje se na jaterní glykogen (zásobní forma glukózy pro udržování glykémie), při nedostatku glukózy v krvi se jaterní glykogen odbourává (glykogenolýza) a uvolňuje glukózu do krve. Játra jsou současně hlavním orgánem glukoneogeneze (tvorba glukózy z jiných zdrojů: např. laktátu, aminokyselin a glycerol-3-fosfátu).

Ve svalech existuje svalový glykogen, který se sice chemicky neliší od jaterního, nemůže však vznikat z necukerných složek, a hlavně se z něj nemůže uvolňovat glukóza do krve. Je to pouze zásobní zdroj energie pro svaly.

2) metabolismus tuků: Tukový metabolismus probíhá v celém těle, ale v játrech daleko intenzivněji. Je zde vysoká intenzita beta-oxidace mastných kyselin, vzniká zde většina fosfolipidů. Játra jsou místem biosyntézy cholesterolu. Kromě toho se v játrech mohou tuky přeměňovat na cukry a zvyšovat tak zásobu glykogenu, nebo při nadbytku glykogenu se mohou aminokyseliny i glukóza přeměňovat na tuky a ukládat ve tkáních. V játrech se vychytávají i tvoří plazmatické lipoproteiny, vychytávají se LDL a tvoří HDL.

3) metabolismus proteinů: Metabolismus (zvláště anabolismus) proteinů v podstatě neprobíhá v jiné tkáni než v jaterní. Vznikají zde bílkoviny účastníci se kaskády krevního sražení, všechny plasmatické bílkoviny kromě imunoglobulinů a mohou zde transaminacemi vznikat různé aminokyseliny. Kromě toho se mohou v době hladovění přeměňovat proteiny na glukózu, nebo v nadbytku na tuk. Játra regulují poměr zásob cukrů, tuků a bílkovin a podle zásob cukrů řídí metabolismus ostatních živin.

4) metabolismus steroidů: V játrech vzniká většina cholesterolu, jenž je substrátem pro tvorbu steroidních hormonů. Steroidní hormony se zde také inaktivují.

2.1.7. Biotransformační funkce jater:

Játra přeměňují:

- 1) Látky, které v těle vznikly, ale už nejsou potřebné (např. steroidní hormony),
- 2) Látky, které v těle sice vznikly, ale jsou pro tělo jedovaté (amoniak- NH_3 , produkty intermediárního metabolismu, které nemohou být jinak odstraněny- bilirubin, a nevstřebané látky metabolizované bakteriemi (deriváty indolu),
- 3) Látky tělu cizí (léky, jedy).⁵

2.1.8. Sekreční a exkreční funkce jater:

- 1) Sekreční funkce jater: je schopnost tvořit žluč a secernovat ji do střeva. Žluč má význam pro trávicí funkce střeva- žlučové kyseliny se uplatňují při emulgaci a vstřebávání tuků. S tvorbou žluči souvisí také exkreční funkce jater.
- 2) Exkreční funkce jater: do žluče se dostávají látky, které nemají pro trávení žádný význam, jde jen o to, aby se střevem vyloučily z těla (např. těžké kovy, vápenaté ionty, bilirubin).

Za 24 hodin vznikne 500 až 600 ml žluči. Primární žluč se secernuje z hepatocytů do žlučových kanálků a odtud odtéká žlučovody až do pravého a levého žlučovodu (ductus hepaticus dexter a sinister). Dále odchází společným žlučovodem (ductus

hepaticus communis) do žlučníku, který má obsah 60 až 80 ml. V něm je obsah vstřebávaním iontů zahuštěn.⁵

2.1.9. Další funkce jater:

Játra fungují jako rezervoár krve. Při poklesu krevního tlaku nebo sníženém srdečním návratu se krev z jater vyplavuje do oběhu. Kromě toho se v játrech tvoří plazmatické bílkoviny, které zabraňují svým onkotickým tlakem přestup tekutiny z plazmy do intersticia, a tím vzniku edémů a snížení cirkulujícího objemu. V játrech se tvoří přibližně jedna polovina v těle vznikající lymfy.

V játrech se tvoří přibližně 10% erythropoetinu, hormonu řídícího erythropoézu. Tvoří se zde také bílkoviny kaskády krevního srážení (koagulační faktory) a bílkoviny komplementu.

Játra jsou velmi důležitým orgánem termoregulace. Probíhá v nich množství exotermních reakcí, během nichž se uvolňuje teplo, které se pak krví rozvádí do dalších orgánů. Játra jsou nejteplejším orgánem v těle (40 až 41 °C).

Mají také schopnost skladovat různé důležité látky, takže mnohdy měsíce nepoznáme, že daná látka je tělu dodávána v nedostatečném množství. Například vitamínu A má tělo v játrech zásobu na 10 měsíců, vitamínu D na 3- 4 měsíce a vitamínu B₁₂ až na několik let. Kromě toho je v játrech skladováno také železo (ve formě feritinu).

Kupfferovy buňky uložené v jaterních sinusoidách jsou tkáňové makrofágy, které ochraňují vnitřní prostředí před cizorodými látkami a bakteriemi.⁵

2. 2. Symptomatologie nemocí jater:

V symptomatologii onemocnění jater má rozhodující význam ikterus, při infekčním původu i se známkami sepse. U maligních procesů jaterních je častější než ikterus tlaková bolest v podžebří, úbytek váhy a celková nevůle. V anamnéze pacientů s podezřením na jaterní onemocnění je nutno pátrat po déle trvajícím požívání léků (toxické poškození, hyperplazie), alkoholu (cirhóza), předchozích jaterních onemocněních (infekční hepatitida) i léčbě pro malignitu (metastázy). Zejména při zánětlivé konstelaci nálezů je důležitá též informace o pobytu v cizích zemích (parazitární onemocnění).

2. 3. Vyšetření jater:

2.3.1. Klinické nálezy:

V klinickém nálezu je třeba se zaměřit nejen na vyšetření jater (velikost, konzistence, hmatná rezistence, bolestivost), ale také na přítomnost ascitu a známek portální hypertenze (splenomegalie...).

2.3.2. Paraklinická vyšetření:

V diagnostice onemocnění jater mají mimořádný význam paraklinická vyšetření. Laboratorní diagnostika má rozhodující podíl ve funkční diagnostice a zobrazovací metody v lokalizaci a hodnocení ložiskových změn.

1) Základní laboratorní vyšetření:

Zahrnuje především hladinu bilirubinu v séru, včetně stanovení přímého, tj. konjugovaného. Zvýšení nepřímého bilirubinu svědčí např. o hemolýze, zvýšení transamináz (ALT, AST) je důsledkem poškození parenchymu zánětlivého nebo ischemického původu, zvýšení ALP signalizuje cholestázu. K základnímu hodnocení stavu jater patří stanovení sérového albuminu a Quickův test (syntetická funkce jater).

2) Zobrazovací metody:

Metodou první volby při vyšetření nemocí jater je ultrasonografie (**US**). US vyšetřením lze identifikovat většinu ložisek nad 1 cm v průměru. US podává základní informace o šíři intra- i extrahepatických žlučových cest a o litiáze, o šíři kmene v. portae a v dopplerovské modifikaci i o průtocích v portálním řečišti.

Vyšetření **CT** umožňuje prostorové znázornění fokálních i difuzních změn parenchymu, při podání kontrastní látky pak umožňuje diferenciální diagnostiku některých lézí.

MRI vyšetření- spíše pro detekci primárních tumorů jater.

Angiografie- její význam zůstal především pro průkaz variant v arteriálním zásobení jater při plánování založení intraarteriálního portu k chemoterapii.

Před rozhodnutím o resekci jater musí být vyšetřena funkční rezerva parenchymu, neboť u pacientů s významně omezenou funkcí (chronická hepatitida, metabolické poruchy) nelze plánovat rozsáhlejší resekce. Rovněž při vícečetném postižení v obou lalocích nebývá chirurgická léčba indikována.

2. 4. Onemocnění jater:

2.4.1. Benigní onemocnění jater:

- 1) Jaterní cysty- často asymptomatický průběh, nevyžaduje pak léčbu.
- 2) Cystadenom jater- poměrně velké opouzdřené tumory.
- 3) Absces jater- vzniká nejčastěji na podkladě ascendentní cholangitidy či iatrogeně po operacích.
- 4) Intrahepatická cholangiolitiáza- vzniká v důsledku stázy žluče v rozšířených intrahepatických žlučovodech.
- 5) Parazitární cysty- častěji solitární cysty následkem infikování *Entamoeba histolytica* či *Echinococcus granularis*. Zatímco amebiáza je často léčena s úspěchem konzervativně (metronidazol) a pouze komplikace v

průběhu léčby (perforace se vznikem hnisavé peritonitidy či rezistence na léčbu) vyžadují intervenční či chirurgickou léčbu a drenáž ložiska, echinokoková cysta je k chirurgickému léčení indikována často. Charakteristické pro echinokokovou cystu jsou 2 vrstvy stěny, diagnózu je možno potvrdit sérologicky stanovením specifických protilátek. V symptomech dominují často intermitentní bolesti v nadbřišku vpravo a subfebrilie. Chirurgickou léčbu vyžadují echinokokové cysty nad 4 cm v průměru a cysty lokalizované blízko pouzdra (riziko provalení do volné dutiny břišní či pleurální). Nebezpečí anafylaktické reakce při rozsevu parazitů je i peroperačně, proto je nutno po otevření dutiny pečlivě obložit operační pole rouškami nasycenými 20% roztokem NaCl a po odsátí obsahu cysty instilovat 20% roztok NaCl. Následně se exciduje cysta včetně vnitřního pouzdra nebo lépe resekuje s lemlem okolní tkáně.

6) Hemangiom jater- asymptomatický průběh.

7) Adenom z jaterních buněk a fokální nodulární hyperplazie (FNH)- není známá příčina, symptomy různé.

2.4.2. Maligní onemocnění jater:

1) Hepatocelulární karcinom (HCC)- vzniká z hepatocytů.

- 2) Cholangiogenní karcinom- z výstelky nitrojaterních žlučvodů.

2.4.3. Jaterní metastázy:

- 1) U kolorektálního CA.
- 2) U endokrinních nádorů.⁶

2. 5. Echinococcus granulosus (měchožil zhoubný):

2.5.1. Onemocnění:

hydatidóza, hydatidosis, echinokokóza, echinococcosis.

2.5.2. Organismus:

Malé tasemnice (2-10mm), žijící v dospělém stavu ve střevě psovitých šelem (definitivní hostitelé), s jejichž trusem vycházejí vajíčka parazita. V mezihostiteli, kterým jsou různí býložravci a také člověk, se ze spolknutého vajíčka uvolňuje embryo, které se po průniku do střevní stěny dostává krevním řečištěm do jater, plic, mozku, kosti, kosterní svaloviny, ledvin, sleziny, podkožního vaziva apod.⁷ V jaterním parenchymu dochází k jejich kompletní metamorfóze – mění se v boubel obklopenou vazivovou blánou, pouzdrem. Útvar nepřestává růst, velikosti 1 cm dosáhne přibližně za rok a až při rozměru 2–3 cm

se uvnitř vytvoří dutina, vzniká cysta, hydatida.⁸ Z vnitřní stěny cysty pučí dceřinné zárodky (hlavičky) tasemnice, které mohou dát vznik buď dceřinným cystám (po uvolnění z mateřské cysty v těle meziphostitele), nebo dospělé tasemnici po pohlcení definitivním hostitelem.⁷

2.5.3. Rozšíření:

Kosmopolitní, zejména tam, kde jsou používáni psi k hlídání pasoucích se zvířat (hlavně ovcí).⁸

V ČR se s onemocněním setkáváme především u osob pocházejících z endemických oblastí (Středomoří, východní Evropa, západní Asie, severní a východní Afrika a Latinská Amerika). Na světě jsou infikovány 2 až 3 miliony lidí.⁸

2.5.4. Přenos:

Kontaminativní, infekčním agens jsou vajíčka v trusu psovitých šelem, která kontaminují potravu či pitnou vodu nebo se jinak dostanou do trávicí soustavy člověka.⁷

Z vajíček se ve střevě uvolňují larvy, které pronikají do krevního oběhu a dostávají se do jater i jiných orgánů. Zde vytvářejí dutinu naplněnou tekutinou - hydatickou cystu.⁸

2.5.5. Symptomatika a patogeneze:

Příznaky tzv. cystické hydatidózy jsou rozmanité a závisejí na lokalizaci cyst, jejich velikosti a celkové alergické reakci meziphostitele.⁷

Objevují se za 1 až 20 let po nákaze a záleží na lokalizaci a velikosti cysty. Klinické příznaky se většinou objevují v době, kdy boubel svou velikostí narušuje funkci postiženého orgánu. Nejčastěji jsou napadená játra, plíce, mozek, kostní tkáň, ledviny atd. Jaterní echinokokóza se projeví bolestí v krajině jater, zvětšením jater a často i obstrukční žloutenkou. Plicní echinokokóza se manifestuje bolestí na hrudi, kašlem a někdy hemoptýzou. Podezření na echinokokózu vyslovíme z nálezů zobrazovacích metod. Diagnózu potvrdí sérologické vyšetření. Základním léčebným postupem je chirurgický zákrok doplněný chemoterapií albendazolem. Cysty mohou i po letech recidivovat, a proto nemocného dlouhodobě sledujeme klinicky, sonograficky i sérologicky.⁸

2.5.6. Diagnostika:

Sérologická. Dalšími metodami jsou RTG, sonografie a CT.

2.5.7. Terapie:

Albendazol, mebendazol. Kostní cysty mohou léčbě vzdorovat. Většinu jaterních a plicních cyst lze chirurgicky odstranit za současného krytí chemoterapií. Cysty mohou i po letech recidivovat, a proto nemocného dlouhodobě sledujeme.⁷

2.5.8. Komplikace:

Při prasknutí cysty může dojít k anafylaxi a smrti. Po překonání anafylaktického šoku může vzniknout v důsledku diseminace dceřinných cyst generalizovaná echinokokóza.

2.5.9. Ostatní:

Člověk může být vzácně mezihostitelem druhu *Echinococcus* (syn. *alveococcus*) *multilocularis*, původce alveolární hydatidózy. Mezihostiteli této tasemnice jsou drobní hlodavci, definitivními hostiteli jsou lišky a psi. Cysty v orgánech mezihostitele stále proliferují a mají tak vlastnosti maligního nádoru. Terapie je založena na aplikaci vysokých dávek albendazolu a chirurgickém odstranění cyst- bez léčení končí 90 % případů smrtelně. V ČR se vyskytují dospělé tasemnice v liškách a je znám 1 případ fatálního lidského onemocnění.⁷

Zásady prevence nákazy echinokokem spočívají především v důsledném dodržování hygieny. Jedná se především o důkladné mytí rukou po kontaktu s domácími zvířaty, která mají přímý kontakt se zevním prostředím, pečlivé omytí lesních plodů před konzumací tekoucí studenou vodou, v ideálním případě konzumace pouze tepelně upravených lesních plodů (minimálně při 60⁰ C). Nedílnou součástí předcházení onemocnění je hubení hlodavců v blízkosti lidských obydlí a pravidelné odčervování domácích psů a koček.⁹

2. 6. Základní údaje o pacientce

Jméno a příjmení: S. H.

Rok narození: 1983

Rodinný stav: vdaná

Alergická anamnéza: kosmetika, léky neuvádí

Farmakologická anamnéza: (R- P- V) Zentel sirup 20 mg 1-0-1,
Tardyferon tbl 1-0-0

Osobní anamnéza: běžné dětské nemoci, úraz hlavy v dětství,
echinokokové cysty v játrech

Gynekologická anamnéza: jeden zdravý syn- císařský řez,
miniinterupce.

Rodinná anamnéza: teta Ca prsu, jinak nevýznamná

Pracovní anamnéza: nyní na mateřské dovolené

Sociální anamnéza: bydlí s rodinou

Abusus: 5 cigaret denně, alkohol příležitostně

Nynější onemocnění: Pacientka v graviditě (listopad 2012) začala pociťovat tlak v epigastriu pod žeberním obloukem, nejvíce v klidu vleže, následoval spontánní potrat v cca 5. - 6. týdnu gravidity. Kromě tlakových bolestí jiné potíže nyní nemá. Zvýšené teploty také nejsou.

Dle CT: ložisko v pravém laloku jater velikosti 80x80x55 mm, v levém laloku jater 112x60x110 mm, se suspektní nekrózou. Další dvě ložiska v S7 velikosti 16 mm s kalcifikacemi, další velikosti 45x27 mm.

Pacientka přijata k operačnímu řešení odstranění jaterních cyst.

Objektivní nález: váha- 62 kg, výška- 160 cm, TK- 122/74 torrů, P- 71', D- 16.

Celkově: Při vědomí, orientovaná osobou, místem i časem, spolupracuje, aktuálně bez emoční lability, K-P stabilní, eupnoická, přiměřené výživy, bez ikteru, hydratace v normě. Nelateralizuje. Ameningeální. Pohyblivost volná, kožní kolorit bez patologie. Hlava: Pokleповě nebolestivá, uši a nos bez výtoků, oční štěrbinu symetrické, spojivky růžové, sklery bílé, bulby volně hybné všemi směry, zornice izo, foto bilat. +, n. V. a VII. v normě, jazyk plazí středem. Krk: Volně hybný všemi směry, C páteř palpačně nebolestivá. Pulzace karotid souměrná, normální náplň krční žil. Štítná žláza na pohled a pohmat nezvětšená. Páteř: Bez deformit, hybnost ve všech segmentech věku a habitu přiměřena, palpačně i pokleповě obratlové trny nebolestivé. Hrudník: Symetrický, bez deformit. Klinicky pevný. Poslechově dýchání čisté sklípkové ve všech polích. AS pravidelná, 2 ozvy ohraničené. Axily bez kožních změn, lymfatické uzliny nehmatné. Břicho: Souměrné, nad niveau při habitu, dýchací pohyby viditelné v celém rozsahu. Měkké, prohmatné, palpačně a pokleповě nebolestivé, povrchová a hluboká palpce s hmatnou resistance, bez známek peritoneálního dráždění. Poklep diferencovaně bubínkový. Peristaltika slyšitelná normální. Tapottement bilat. negativní. Inguiny volné, lymfatické uzliny oboustranně nehmatné. Per rektum: pacientka odmítla. Horní končetiny: Volně hybné, nebolestivé, bez deformit. Svalová síla a tonus souměrné, v normě. Hybnost, inervace a prokrvení periferie v normě. Dolní končetiny: Volně hybné, nebolestivé, bez deformit. Svalová síla a tonus souměrné, v normě. Pulzy na periférii oboustranně hmatné, symetrické. Bez kožních trofických změn. Bez edémů, bez varixů. Hybnost, inervace a prokrvení periferie v normě.

Datum přijetí: 19. 08. 2013

Datum operace: 20. 08. 2013

Ošetřovatelský plán péče na den: 29. 08. 2013 od 6:00-18:00 -
9. pooperační den

Invazivní vstupy: CŽK, PMK a 2x trubicový drén do ob vazů.

3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST:

3.1. Zdraví z pohledu ošetřovatelství:

Hlavním posláním lékařské a sesterské profese je všestranná péče o zdraví člověka v oblasti prevence onemocnění, v době nemoci, rekonvalescence, pomoc na konci života.

Člověka vždy chápeme ve všech složkách jeho osobnosti, to znamená fyzické, psychické, duchovní a sociální. Proto je dobré mít stále na paměti všechny vlivy, které na každého z nás působí ve zdraví i v nemoci, uvědomovat si, že člověk je osobnost dynamická, jedinečná a neopakovatelná.

3.2. Nemoc z pohledu ošetřovatelství:

Slovo nemoc je přeneseným významem pojmu nemohu, nejsem schopen. Obecně definujeme nemoc jako stav organismu vznikající působením zevních či vnitřních okolností narušujících jeho správné fungování a rovnováhu. Dochází k poruchám funkce a struktury orgánu vedoucím ke vzniku příznaků nemoci a k dalším důsledkům.

3.3. Charakteristika ošetřovatelského procesu:

Ošetrovatelský proces je metodický rámec pro plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Jedná se o cyklický proces, jehož jednotlivé fáze se vzájemně prolínají a opakují.

Smysl stanovení a vypracování ošetrovatelského procesu spočívá v zabezpečení odborného a kvalitního plánování postupu při uspokojování potřeb nemocných. Zabezpečuje soustavnou péči, dovolí pacientovi podílet se na péči.

Ošetrovatelský proces se skládá z pěti fází neboli kroků:

1) Posuzování, sběr informací a třídění následných údajů.

Jedná se o sestavení sesterské anamnézy, která není totožná s anamnézou lékařskou, i když se vzájemně doplňují.

2) Ošetrovatelská diagnóza. Ošetrovatelskou diagnózou se rozumí identifikace potřeb nemocného, posouzení míry jejich naplnění, eventuálně narušení a hledání cest k nápravě.

3) Plánování ošetrovatelské péče znamená vytýčení ošetrovatelských strategií a intervencí neboli zásahů. Jedná se o stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče, o naplánování způsobů, metod a cest k naplnění těchto plánů.

4) Realizace znamená uplatnění ošetrovatelských strategií v praxi. Je zaměřena na dosažení žádoucích výsledků, naplnění stanovených cílů pokud možno ve stanoveném pořadí.

5) Vyhodnocení znamená zhodnocení efektu poskytnuté péče.

Zhodnocení bývá objektivní zdravotníkem a subjektivní pacientem.¹⁰

3.4. "Model fungujícího zdraví" Marjory Gordonové:

Tento model je z hlediska holistické filozofie nejkompexnější pojetí člověka v ošetrovatelství, které bylo zatím vytvořeno. Podle tohoto modelu (rámce), může sestra kvalifikovaně zhodnotit zdravotní stav jak zdravého, tak i nemocného člověka.

Zdravotní stav klienta/pacienta může být funkční nebo dysfunkční a při použití tohoto modelu sestra získá komplexní informace k sestavení ošetrovatelské anamnézy, pak stanoví aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy a může pak efektivně naplánovat i realizovat svoji péči.

Základní strukturu tohoto modelu tvoří celkem dvanáct oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka.

Obecná charakteristika jednotlivých oblastí:

1) Vnímání vlastního stavu, aktivity k udržení zdraví:

Tato oblast zahrnuje například to, jak klient/pacient vnímá svůj zdravotní stav a pohodu a jakým způsobem o své zdraví pečuje.

Obsahuje také informace o tom, jak si klient/pacient uvědomuje a zvládá rizika spojená se svým zdravotním stavem a životním stylem, jaká je úroveň jeho celkové péče o zdraví např.: dodržování aktivit, lékařských a ošetrovatelských doporučení...

2) Výživa a metabolismus:

Tato oblast popisuje způsob příjmu jídla a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu.

Zahrnuje individuální způsob stravy a příjmu tekutin, denní dobu příjmu potravy, kvalitu a kvantitu konzumovaného jídla a tekutin.

3) Vylučování:

Tato oblast zahrnuje informace o způsobu vylučování (tlustého střeva, močového měchýře a kůže).

4) Aktivita, cvičení:

Popisuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami ve volném čase a při relaxaci.

5) Spánek, odpočinek:

Popisuje způsob spánku, odpočinku a relaxace.

6) Vnímání, poznávání:

Popisuje způsob smyslového vnímání a poznávání) úroveň vědomí, přiměřenost smyslového vnímání...)

7) Sebekoncepce, sebeúcta:

Popisuje emocionální stav a vnímání sebe sama. Zahrnuje individuální názor na sebe, záliby, talent...

8) Plnění rolí, mezilidské vztahy:

Popisuje způsob přijetí a plnění životních rolí a úroveň mezilidských vztahů. Závazky a odpovědnost...

9) Sexualita, reprodukční schopnost:

Popisuje uspokojení nebo neuspokojení v sexuálním životě nebo se svým pohlavím.

Zahrnuje reprodukční období ženy (premenstruační, porody, postmenopauzu...)

10) Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance:

Nejdůležitější změny v posledních dvou letech.

Popisuje celkový způsob tolerance a zvládání stresových situací.

11) Víra, přesvědčení, životní hodnoty:

Popisuje individuální vnímání životních hodnot, cílů a přesvědčení.

Kvalita života, prožívání konfliktů...

12) Jiné.¹¹

3.5. Průběh hospitalizace pacientky od příjmu na standardní oddělení až po propuštění.

Komunikace s pacientem je nejen věda, ale i velké umění. Efektivní komunikace s pacientem vyžaduje nejen aktivní naslouchání, ale i přiměřené reagování.¹³

Pacientka byla přijata na standardní oddělení k odstranění echinokokových cyst z jater.

Paní H. S. během gravidity v listopadu r. 2012 začala pociťovat tlakové bolesti v epigastriu, nejvíce se objevovaly v poloze vleže. Zhruba v 6. týdnu gravidity došlo k spontánnímu potratu. Kromě tlakové bolesti epigastria a občasnou nechuť k

jídlu si na nic nestěžovala, teploty neměla. K výraznému úbytku na váze nedošlo.

Po spontánním potratu bylo provedeno ultrazvukové vyšetření, kde byly popisované útvary cystám podobné. Pacientka byla přes praktického lékaře odeslána na chirurgické konzilium, zde provedeno CT vyšetření jater a malé pánve a následně byla pacientka odeslána na infekční kliniku do nemocnice na Bulovce. Tam byly prokázány echinokokové cysty v játrech. Byla nasazena dlouhodobá léčba albendazolem a začalo se konzultovat chirurgické odstranění těchto cyst z jater. Údajně byla tato pacientka dvěma pražskými všeobecnými nemocnicemi odmítnuta pro riskantnost zákroku s fatálním následkem. Jedna z nich údajně pacientku odmítla s tím, že operace je tak riskantní a cysty jsou tak mohutné, že je lepší čekat než nyní operovat.

Pacientka se k nám dostala v rámci poptávky u všech nemocnic na názor. Na tuto riskantní operaci přistoupila u nás po konzultaci s přednostou kliniky, jenž pár takovýchto operací již provedl. S poučením o možném fatálním konci, neboť ne jen, že cysty byly mohutné, ale hlavně proto, že při rozlití těchto echinokokových tasemnic z cyst dochází k velké anafylaxi s následkem smrti do několika málo minut, se pacientka začala připravovat na plánovanou operaci na játrech.

Byly provedeny jak klasické krevní odběry a vyšetření, tak i vyjádření infekcionisty s následnou pooperační léčbou v případě úspěšné operace. Veškerá klasická předoperační vyšetření a odběry byly v normě a ze stran infekcionisty námitek nebylo.

Pacientka byla k nám na oddělení přijata dne 19. 08. 2013 k plánovanému odstranění echinokokových cyst z jater.

V rámci přípravy na den operace, den předem byly pacientce objednány 4 erymasy do depa, byla zajištěna

antikoagulační léčba nízkomolekulárním heparinem v 18 hod, vyčištěn pupík, odlakovány nehty, vysazena antikoncepční terapie, objednan spiritus pro alkoholizaci cyst před jejich odstraněním a zajištěno anesteziologické konzilium s premedikací.

Večer před výkonem byly s pacientkou sepsané cennosti a uloženy v trezoru na sesterně. Na noc před výkonem pacientka dostala tabletu 10 miligramového Stilnoxu a byla noční sestrou poučena o případných nežádoucích účincích tohoto hypnotika.

Ráno před operací pacientka provedla hygienu a koupel, byl ji změřen krevní tlak, pulz a teplota, byla provedena bandáž dolních končetin a podána v 6:00 časovaná premedikace-Dormicum 7,5 mg + 1g Paralenu. Pacientka byla upozorněna na účinky midazolamu a pohybovém režimu. Po ozvě ze sálu, byla pacientka odvezena sanitářem na předoperační pokoj k další přípravě. Pacientce byl zajištěn periferní žilní vstup, zajištěna hydratační infuzní terapie, oholené operační pole a připraven spiritus k opichu echinokokových cyst.

Po operaci, jež trvala něco málo přes dvě hodiny, byla pacientka převezena na dospávací pokoj, kde byly pravidelně měřeny a zaznamenávány fyziologické funkce. Po asi tříhodinové monitoraci na dospávácím pokoji, byla pacientka převezena na JIP. Zde byla extubována, oslovitelná, s minimální podporou NOR, měla teplá akra, bledší kolorit, bolesti menší, pospávala. Z invazivních vstupů pacientka nyní měla CŽK, epikatetr, PMK, dva trubicové drény na spád a NGS. Operační rána nekrvácela.

6. pooperační den byla pacientka přeložena na standartní oddělení. Z invazivních vstupů pacientka měla CŽK, PMK a dva trubicové drény na spád. 9. Pooperační den byl pooperační průběh komplikován febriliemi. CŽK a PMK byly odstraněny. Konec CŽK byl odeslán na bakteriologii a byla sterilně odebrána

moč na bakteriologii rovněž. 10. pooperační den byl předběžně vyvolán výsledek z bakteriologie. V moči vykultivována Escherichia coli. Proto nasazeny ATB dle citlivosti. 11. pooperační den byl opětovně vyvoláván výsledek bakteriologie, nyní již definitivní. V moči pouze E. coli a na konci CŽK (hemokultura) Staphylococcus hominis. Byly nasazeny ještě jedny ATB. Postupně došlo k ústupu febrilií a zlepšení celkového stavu pacientky. Původcem febrilií byla nejspíše močová infekce. Kontrolní kultivace moče byla již bez patologického nálezu.

Před demisí opět vzestup teplot a elevace zánětlivých parametrů. Provedena USG, kde byl popisován kolikvovaný hematom v oblasti jater, jenž byl indikován ke konzervativnímu řešení.

17. pooperační den byla pacientka propuštěna do domácího ošetřování v celkově dobrém stavu. Afebrilní, re alimentovaná, břicho zcela klidné, nebolestivé, subjektivně bez obtíží. Byla poučena o šetřící dietě a kontrola na naší ambulanci u operátora byla naplánována za tři týdny. Týden po dimisí se pacientka musela dostavit u ošetřujícího infekcionisty.

3.6. Posouzení stavu pacientky při příjmu - dle modelu M. Gordonové:

1) Vnímání zdraví a aktivity k jeho udržení:

Pacientka ještě před nástupem k nám do nemocnice měla prostudované z internetu některé informace ohledně svého onemocnění. Dodatečné informace ji následně podal její infekcionista. Svému onemocnění nyní velmi dobře rozumí, chápe všechny možné komplikace a následky. Je z toho

samozřejmě smutná a chvílemi si zda být i depresivní. Bojí se o své budoucí zdraví.

2) Výživa a metabolismu:

Před nástupem do nemocnice se pacientka stravovala pravidelně a bez přejídání se. Ji dle svých slov úplně všechno. Tekutin přijímá přes 2l. Má nejraději vodu a má ráda horkou čokoládu a kávu. Žádné z jídel či tekutin ji nedělá problémy, po ničem není nadmutá. Při příjmu vážila 62 kg a měří 160cm.

Do teď měla menší výjimky potravin a to zejména díky tomu, že do začátku léčby pacientka kojila. Nyní ji vše a nic ji neděla obtíže.

3) Vylučování:

S močením pacientka před hospitalizací problémy žádné neměla.

Stolici během kojení měla spíše průjmovitou. Na začátku léčby měla stolici tak jednou za dva dny.

Na zvýšené pocení netrpěla.

4) Aktivita a cvičení:

Před hospitalizací pacientka byla dostatečně aktivní, a to díky svému malému synkovi. Nyní je na mateřské dovolené. Ráda se projíždí s kočárkem, zahradničí, sportuje, když má volnou chvíli. Popisuje se jako aktivní člověk. Během mateřské dovolené se její volný čas zkrátil, tak nestíhá se moc věnovat sobě. Ale snaží se se synkem aspoň hodně procházet, uklízet a zahradničit. Často ji navštěvuje její maminka, která taky ráda zahradničí, a tak spolu rády spolupracují. Ráda cestuje na Slovensko za rodinou, kde ráda se prochází po horách. Ale časově to nyní bohužel nestíhá.

5) Spánek:

Stěžuje si doma na nedostatek spánku, díky malému synkovi. Usne rychle a tvrdě.

6) Vnímání a poznávání:

Pacientka H. S. nemá žádné problémy se sluchem, zrakem či poznávacími schopnostmi. Ráda objevuje a poznává nové věci. Umí si je snadno zapamatovat. „Nějakou“ bolest jak udává, dokáže zvládnout bez analgetik.

7) Sebepojetí a sebeúcta:

Paní H.S. je nyní vdaná a těsně po porodu. Problémy se snaží vždy řešit s manželem, který ji je oporou v každé situaci. Popisuje se jako relativně silná žena, kterou jen tak něco nerozhodí. Ale nyní, kdy zjistila o svém onemocnění přeci ji to jen ubralo na sebevědomí. Bojí se a dle toho začíná být chvílkami depresivní a občas i našťvaná na celý svět.

8) Role a mezilidské vztahy:

Co se týče manželského vztahu, je paní H. S. šťastně vdaná. Má malého zdravého synka. Bydlí společně v menším městečku v rodinném domečku se zahrádkou, na které paní H. S. ráda se odreagovává. S rodiči je v dobrém vztahu. Maminka, pocházející ze Slovenska, ji často navštěvuje a pomáhá se synkem, aby měla volnou chvíli pro sebe. Udává, že s lidmi snadno navazuje kontakt a není konfliktní.

9) Sexualita a reprodukční schopnost:

Pacientka je po jedné spontánním potratu a je nyní po porodu zdravého syna. Ráda by měla další aspoň jedno dítě. Ale vzhledem ke svému nynějšímu stavu a léčbě, by to nebylo

vhodné. Do budoucna by o další dítě stala. Co se týče intimních vztahů, odpovídá, že s manželem vše funguje tak jak má.

10) Stres a jeho zvládání:

V běžném životě pacientka prožívá stres v rámci možnosti. Jak už říkala, jen tak ji něco nerozhodí už. A pokud si neví rady, vždy jí pomůže buď manžel, nebo maminka. Nyní spíše se stresuje ohledně svého zdraví, a kdo případně by se staral o jejího malého synka. Vždy se uklidní radou a rozhovorem a také ji pomáhá čokoláda.

11) Víra a životní hodnoty:

Paní H. S. žádnou víru nevyznává. Věří v sílu své rodiny a blízkých přátel. Doteď věřila i v sebe, ale během nemoci její sebedůvěra pomalu začala klesat.

3.7. 9. pooperační den, posouzení stavu pacientky dle modelu M. Gordonové:

Ke stanovení krátkodobého plánu jsem si vybrala 9. pooperační den. Pacientka touto dobou byla již třetím dnem na standardním oddělení a nevyžadovala intenzivní péči. 9. den jsem si vybrala proto, že došlo ke zhoršení celkového stavu a objevily se pooperační komplikace. Ke stanovení ošetřovatelských diagnóz dochází dle aktuálních priorit a aktuálního stavu pacientky tohoto dne.

Pooperační období zahrnuje:

- Zotavení z anestezie
- Sledování kardiovaskulárního stavu
- Sledování dýchání

- Sledování polohy
- Sledování rovnováhy v příjmu a výdeji tekutin
- Sledování neurologického stavu
- Sledování psychického stavu
- Poskytnutí pohodlí a bezpečnosti
- Povzbuzování k pohybu a předcházení komplikací
- Sledování operační rány (drény, krytí...)
- Sledování bolesti.¹⁴

1) Vnímání zdraví a aktivity k jeho udržení:

Pacientka je smutná, depresivní, zesláblá a unavená. Při objevu pooperačních komplikací se začala obávat toho nejhoršího. Bojí se o svou budoucnost, i o budoucnost své rodiny. Začíná si myslet, že prohrává boj s nemocí.

2) Výživa a metabolismu:

Během hospitalizace došlo k úbytku 4 kilogramů na váze a to díky nechuti k jídlu během vysokých teplot a pooperační dietě č. 1S. Nyní váží 58 kg.

Jídlo spíše jen ochutná, sní tak 3-5 lžic, a to je maximum. Co se týče perorálního příjmu tekutin, nepřesáhl doposud 600 ml/24hod. Zbytek byl hrazen infuzními roztoky v množství 1500 ml.

3) Vylučování:

Během pooperačního období a díky dietě se poprvé pacientka vyprázdnila pátý pooperační den. Stolice byla denně, menší množství, ale denně. Při vzestupu teplot a zvýšené potřebě

tekutin, měla pacientka stolice nepravidelné. Dnes je to 4. den, co stolicí pacientka neměla.

S vylučováním subjektivní obtíže pacientka neměla. Žádné pálení, řezání aj. Moč byla akorát koncentrovanější při vzestupu teplot. Včerejší bilance činila: perorální příjem 600 ml, infuzní roztoky 1500 ml=2100ml příjem tekutin a pouze 1200 ml výdej.

Co se týče pocení, nárok na dostatečný příjem tekutin byl mnohem větší. Teploty přetrvávaly ještě pár dní po nasazení antibiotik. Vždy po podání antipyretik se pacientka začala hodně potit, méně močit a začala trpět zácpou. Musely se začít korigovat jak příjem perorálních tekutin, tak infuzní roztoky.

4) Aktivita a cvičení:

Aktivita se samozřejmě snížila. Překážku stanovily jak teploty a vertiga, tak bolestivost v břišní krajině. Ještě před dvěma dny se pacientka plně pohybovala. Obtížněji se jí spalo na pravém boku, neboť tam byly překážkou trubicové drény, ale jinak pacientka byla soběstačná. Nyní je snahou samozřejmě pacientku co nejdříve vertikalizovat a navyšovat míru rehabilitace a soběstačnosti. Dvakrát denně za pacientkou bude docházet fyzioterapeutka a dohlížet na správnou rehabilitaci a provede další edukace.

5) Spánek:

Během pobytu v nemocnici se objevily potíže typu- častého buzení (pro bolest a pocení), problémy s usínáním (pro strach z budoucna a občasným spaním přes den). Během pobytu na JIPu si pacientka vyžadovala denně na noc tabletu Stilnoxu. A i přes užití hypnotika několikrát se za noc vzbudila.

6) Vnímání a poznávání:

„Nějakou“ bolest jak udávala, že dokáže zvládnout bez analgetik, nyní už nezvládá. Byla námi poučena o potřebě analgetik. A to jak pro zmírnění bolesti, tak lepší následnou rehabilitaci, kterou pacientka v prvních dnech pooperačních špatně snášela a samozřejmě i zlepšení psychického stavu. Pacientka se naučila si říkat o analgetika, nestyděla se a nezkoušela už to vydržet na maximum. Bylo to pro ni vysilující a depresivní. Nyní se stav, zejména ten psychický, rapidně zlepšil a docházelo jak k pokroku psychickému, tak i fyzickému.

Denní spotřeba analgetik (antipyretik) činila: 2 amp. Tralgitu 100 mg, 1 amp. Dipidoloru, 1 amp. Novalginu 1g a 2 tbl Novalginu 500mg.

7) Sebepojetí a sebeúcta:

Je chvílkami depresivní, občas i naštvaná na celý svět. Uvědomuje, že je na nejlepší cestě k uzdravení, že nejdůležitější byla úspěšnost operace. Ale přeci jen se obává všech těchto pooperačních komplikací, jenž jí nahání hrůzu. Nevěří sobě, ani tomu, že odejde z nemocnice úplně zdravá.

8) Role a mezilidské vztahy:

Synka vidí ráda, často při setkání pláče. Naposledy ho viděla předevcírem. Svůj pláč se vždy snaží zamaskovat. Ze strachu z budoucnosti občas vyhrkne na manžela, ale ten ji vždy s pochopením obejmě a vezme ji se synkem ven na vzduch.

9) Sexualita a reprodukční schopnost:

Vzhledem ke zdravotnímu stavu pacientky, nepovažovala jsem za vhodné se na tuto intimní oblast osobního života ani ptát.

Nyní spíše se stresuje ohledně svého zdraví, a kdo případně by se staral o jejího malého synka. Vždy se uklidní radou a rozhovorem, ať už ze strany zdravotníků či rodiny.

10) Víra a životní hodnoty:

Paní H. S. žádnou víru nevyznává. Věří v sílu své rodiny a blízkých přátel. Doteď věřila i v sebe, ale během objevení se pooperačních komplikací, její sebedůvěra klesla na minimum.

11) Jiné...

3.8. Ošetrovatelské diagnózy, důvody, cíle a zhodnocení:

- 1) Bolest z důvodu pooperačního stavu a zavedení dvou trubicových drénů
- 2) Riziko pádu v důsledku bolesti a slabosti při teplotách
- 3) Nechutenství při teplotách, pooperační diety a bolesti
- 4) Porucha spánku z důvodu pocení, bolesti a strachu z budoucnosti
- 5) Horečka nejspíše z důvodu infekce invazivních vstupů (CŽK a PMK)
- 6) Riziko dehydratace z důvodu zvýšeného pocení a nedostatečného perorálního příjmu tekutin
- 7) Riziko tromboembolické nemoci v důsledku operačního zákroku a sníženého pohybového režimu
- 8) Nedostatečná znalost v oblasti pooperační šetřící diety

Tyto ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny na 9. pooperační den v rámci krátkodobého plánu péče:

1) Dg: bolest z důvodu pooperačního stavu a zavedení dvou trubicových drénů.

Cíle:

- ✓ pacientka bude udávat snížení bolesti ze stupně 5 na stupeň 3 do 30 min po podání analgetik

Ošetřovatelský plán:

- ✓ ověřit lokalizaci a intenzitu bolesti
- ✓ umožnit úlevovou polohu a pohodlí
- ✓ zaznamenat grafický vývoj bolesti po 2 hod
- ✓ podat analgetika dle ordinace lékaře a sledovat účinek (Novalgin 1 g, Tralgit 100 mg a Dipidolor 1 amp.)
- ✓ zhodnotit účinnost všech těchto intervencí.

Realizace:

Po ranní toaletě pacientka udává bolestivost v oblasti zavedení dvou drénů na stupnici číslo 4. Na dotaz možnosti aplikace analgetické injekce (Tramalu 100 mg), pacientka injekci odmítla. Byla ji doporučena úlevová poloha na levém boku. Po půlhodině byla pacientka zkontrolována a udávala zmírnění bolesti na stupeň č. 3. Byla ji doporučena injekce 2 ml Novalginu před začátkem rehabilitace. Pacientka souhlasila s aplikací této i. m. injekce. Po rehabilitaci byla pacientkou udávána bolestivost č. 2-3. Bolestivost během rehabilitace, se díky i. m. injekci Novalginu nezvýšila. Nadále se kontroloval stupeň bolesti po 2 hodinách.

Po poledním cvičení, pacientka začala udávat bolestivost č. 5, a i při zaujetí úlevové polohy. Pacientka byla bledá, opocená a

tachykardická (102´), naříkala na zimu. Horečku v tento moment neměla (36,5⁰C). Dle ordinace lékaře ji byl ordinován a aplikován i. m. Dipidolor 1 amp. A pacientce byla daná ještě jedna deka. Po půlhodině, pacientka na dotaz stupně bolestivost, udává č. 2-3. Tělesná teplota přeměřena a stále fyziologické hodnoty.

Pulsově se snížila na 71´/min, zima ji již nebyla a bledost pominula. Po další hodině byla pacientkou udávána bolestivost již stupně 1-2.

Po dvou hodinách pacientka začala udávat bolestivost na stupni č. 3. Byla jí doporučena úlevová poloha před večerní hygienou. Po půlhodině pacientka udává bolest stupně 2. Byla provedena večerní hygiena. Stupeň bolesti vyskočil na č. 4. Pacientce, po jejím souhlasu, byl aplikován Tramal 100 mg i. m. a pacientkou byla zaujatá úlevová poloha. Po půlhodině pacientka udávala zmírnění bolesti na stupeň 1-2.

Do ranních hodin pacientka neudávala bolestivosti nad stupeň č. 2, nežádala podání analgetik a spala nerušeně přes 4 hodiny.

Zhodnocení:

- ✓ pacientka udává zmírnění bolesti na stupeň č. 3. do půlhodiny po podání analgetik
- ✓ cíl byl splněn!

2) Riziko pádu v důsledku bolesti a slabosti při teplotách:

Cíle:

- ✓ zvýšit aktivní pomoc pacientky ve všech oblastech
- ✓ pacientka bude schopna se sama umýt a obléci s minimální dopomocí
- ✓ před chůzí si vždy zavolá o dopomoc
- ✓ bude motivovaná a edukovaná o pohybovém režimu
- ✓ pacientka nebude udávat bolesti vyššího stupně než-li 3.

Ošetřovatelský plán:

- ✓ zajistit aktivní pomoc pacientky
- ✓ zajistit a poučit pacientku o signalizaci
- ✓ poučit o pomoci druhé osoby
- ✓ zajistit dostatečnou dopomoc v oblasti hygieny
- ✓ kontrolovat po 2 hod stupeň bolesti a při bolesti nad stupeň 3, podávat analgetika dle ordinace lékaře
- ✓ bude provedena kontrola tělesné teploty 3x denně
- ✓ motivovat pacientku a zajistit dostatek informací o riziku pádu

Realizace:

Při ranní toaletě byla pacientka slabá, bledá, opocená a bolestivá. Teplota činila 37,0 C. Udávala, že se necítí na to, aby došla k umyvadlu. Jelikož odmítla analgetickou injekci, bylo ji doporučeno se umýt vsedě u lůžka. Při sedání si udávala menší závrať, která po cca 2 min odezněla. Pacientka si sama vyčistila zuby, umyla obličej a horní část těla. S ostatním prosila o dopomoc druhé osoby. S tím, že se nedokáže předklonit pro

nově začínající vertigo. Krevní tlak činil 99/56 torrů, pulzy činily 102/min, bolestivost udávala na stupni č. 4. Umytá pacientka byla uložena a přikrytá v čistém lůžku, byl přiložen studený obklad na čelo, otevřené okno a byla zaujata úlevová poloha na levém boku. Byla poučena o tom, že sama, bez doprovodu, nemá nikam chodit. V případě potřeby, že na signalizaci budeme reagovat a rádi jí dopomůžeme. Aby se neostýchala a nebála na nás zazvonit. Po zhruba 5 minutách vertigo pominulo a po další půlhodině se bolestivost snížila na stupeň 3.

Po snídani pacientka rehabilitovala s fyzioterapeutkou. Vyžadovala jen minimální pomoc při chůzi, spíše kdyby náhodou, aby cítila, že má se koho přichytit.

Při poledním cvičení pacientka netrpěla velkou bolestí, ani vertigem. Rehabilitovala s fyzioterapeutkou a při chůzi neměla potřebu se jí držet. Cítila se dobře. Přišla za ni rodina a vzala pacientku s naším dovolením chvíli na vzduch. Tento dobrý pocit přetrvával do večerní hygieny. Navečer se mírně začala zvyšovat bolestivost a pacientka se začala cítit slabší. Potřebovala menší pomoc jen při večerní toaletě a doprovodu na WC.

Závěr:

- ✓ pacientka se aktivně podílí na sebed péči
- ✓ je ze strany zdravotníků a rodiny motivována, má dostatek informací v oblasti problematiky pádů
- ✓ pacientka je poučena o signalizaci, nebojí se a neostýchá si zavolat o pomoc
- ✓ v případě potřeby, je pacientce vždy zajištěna pomoc z naší strany
- ✓ pacientka neměla větší než č. 3 bolesti

- ✓ při hygieně, chůzi a oblékání skoro již nepotřebuje dopomoc- pouze při vertigu a teplotě.
- ✓ cíl z větší části splněn!

3) Nechutenství při teplotách, pooperační diety a bolesti:

Cíle:

- ✓ pacientka sní aspoň poloviční porce jídla během dne
- ✓ pacientka vypije alespoň 1200 ml tekutin během 24 hod
- ✓ snaha o normalizaci krevního tlaku aspoň nad 110/60 torrů
- ✓ bude mít přiměřený kožní turgor, stav sliznic a jazyka
- ✓ příjem a výdej tekutin bude vyvážen
- ✓ pacientka nebude mít tělesnou teplotu po podání antipyretik vyšší než 37 °C
- ✓ pacientka i její rodina budou poučeny o dietě a nutnosti perorálního příjmu tekutin a stravy. V rámci možnosti rodiny, rodina donese sippingové doplňky.
- ✓ pacientka nebude udávat bolesti vyššího stupně než- li č. 3.

Ošetřovatelský plán:

- ✓ sledovat příjem tekutin a stravy, sledovat jejich výdej
- ✓ kontrolovat kožní turgor, stav sliznic
- ✓ sledovat fyziologické funkce 3x denně
- ✓ edukovat pacienta o nutnosti stravování a dostatku tekutin

- ✓ v případě nezlepšení stavu kontaktovat nutričního terapeuta
- ✓ poučit rodinu o dietě pacientky a nabídce, aby pacientce donesly domácí stravu (bujón, oblíbené vody a čaje, domácí kaši apod.)
- ✓ pacientce se bude kontrolovat tělesná teplota 3x denně
- ✓ při nedostatečném perorálním příjmu tekutin, podat dle ordinace lékaře, infuzní roztoky
- ✓ kontrolovat po 2 hod stupeň bolesti a při bolesti nad stupeň 3, dávat analgetika dle ordinace lékaře.

Realizace:

Po ranní toaletě se pacientka necítila moc dobře. Když měla snahu se vertikalizovat, objevila se závrať a nauzea. Proto snídani jen ochutnala. Vypila jen půl skleničky čaje.

Během oběda se chuť k jídlu zvýšila. Pacientka snědla rodinou donesený domácí bujón a snědla i celé nemocniční druhé jídlo. Dokonce dostala chuť i na oblíbenou horkou čokoládu. Bolesti byly přiměřené, teplota od rána do odpoledne nebyla.

Teploty byly kontrolovány 3x denně. Při vysokých teplotách (nad 37,5 °C) byly podávány antipyretika (Novalgin 1g i. m. po 8 hod) dle ordinace lékaře a byla kontrolována jejich účinnost. Navečer se teplota navyšovala, pacientka snědla jen přesnídávku a domácí bujón. Večeři jen ochutnala, ale nejedla pak. Dala si ale jeden celý Nutridrink.

Pacientka vypila během 24 hodin 1350 ml tekutin. Zbytek tekutin byl hrazen pomocí infuzních roztoků a činil 1000 ml. Kožní turgor byl přiměřený, jazyk a sliznice nebyly suché.

Úbytek na váze nelze během jednoho dne zhodnotit. Snad jen, že při příjmu hmotnost pacientky činila 62 kg, nyní 58 kg.

Krevní tlak se pohyboval kolem poledních a odpoledních hodin v rozmezí 125/80 torrů.

Bolest byla kontrolována po 2 hod a nepřevyšovala stupeň č. 3. Analgetická léčba byla dostačující.

Závěr:

- ✓ cíl byl z větší části splněn!

4) Porucha spánku z důvodu pocení, bolesti a strachu z budoucnosti:

Cíle:

- ✓ pacientka bude spát v rámci možnosti nerušeně aspoň 4 hod
- ✓ nebude se po tuto dobu budit víc než jednou
- ✓ nebude mít během noci horečku
- ✓ nebude mít během noci bolest většího stupně než 1
- ✓ během dne se bude věnovat rehabilitaci, čtení a povídáním si, aby nespala přes den
- ✓ nebudou tento den se na noc podávat hypnotika
- ✓ sníží se únava a nevyspání

Ošetřovatelský plán:

- ✓ edukovat pacientku o adekvátní fyzické aktivitě během dne
- ✓ zajistit klidné prostředí, komfort a čerstvý vzduch

- ✓ podat ordinovaná analgetika a antipyretika na noc při potřebě (změřit na noc tělesnou teplotu a zjistit stupeň bolesti)
- ✓ zajistit suché a čisté lůžko, pohodlí a knihu před spaním
- ✓ promluvit si o starostech a obavách, poskytnout psychickou podporu.

Zhodnocení:

Pacientka si přes den zašla na oblíbenou horkou čokoládu s pacientkou ze stejného pokoje, skamarádily se, povídaly si celé dopoledne, něco si spolu navzájem četly, koukaly na romantický film se spolupacientkou si povídaly o dětech, běžných starostech a radostech, a jelikož spolupacientka byla onkologickou pacientkou, zjistila paní H. S., že přeci jen na tom někdo může být hůř.

Pacientka se během noci vzbudila jen jednou, když měla horečku, takže spala 5 hod nerušeně. Ve tři hodiny ráno si zazvonila, byla tachykardická, bledá, teplota činila 38,2⁰C. Byl podán Novalgin 2 ml i. m. Ve 4:00 ráno teplota činila 37,2⁰C . V 6:00 teplota byla už jen 36,8⁰ C.

K podání hypnotik nedošlo. Pacientka se poprvé od operace se relativně vyspala. Spala nerušeně 5 hod. A pak ještě dvě hodiny do rána. Ráno byla odpočata, usměvavá a dobře naladěna.

Závěr:

- ✓ cíl nebyl splněn!

5. Horečka nejspíše z důvodu infekce invazivních vstupů či rány:

Cíle:

- ✓ rozpoznat rané známky infekce
- ✓ snížení horečky na fyziologické hodnoty

Ošetřovatelský plán:

- ✓ sledovat místa vpichů a rozpoznat rané známky infekce
- ✓ sledovat fyziologické funkce, tělesnou teplotu a celkový stav
- ✓ vše provádět za aseptických podmínek

Realizace:

Předešlý den a v noci na dnešek pacientka trpěla vysokými teplotami (nad 38⁰C). Při ranní hygieně, po podání antipyretik noční službou, už je neměla. CŽK a PMK byl bez jakýchkoliv známek infekce, ať už objektivních či subjektivních. Vstup CŽK nebyl začervenalý, ani bolestivý. PMK také nevykazoval známky infekce. Žádné pálení, řezání, ani jakékoliv další případné známky začínající infekce, pacientka neudávala. Pacientka už byla schopna si s dopomocí dojít na WC, takže PMK již nadále nebyl zapotřebí. Aby se zabránilo případnému dalšímu rozšíření infekce, CŽK musel být vyndán také. Byla nabrána krev na hemokulturu, moč sterilně na bakteriologii, chemicky a sediment, a konec CŽK byl na bakteriologii odeslán též. PŽK byl nově napíchnut a ponechán vzhledem k pokračování ATB léčby.

3x denně byla pacientce měřena tělesná teplota, jenž vždy odpoledne a v noci se zvýšila. Pacientka byla slabá. Antipyretika byly aplikovány dle ordinace lékaře (Novalgin 2 ml, i. m., max. 3x/D). Vždy hodinu po podání antipyretik, byla tělesná teplota přeměřena a nebyla v rámci fyziologické normy (37,2- 37,6⁰C).

Závěr:

- ✓ cíl stran snížení horečky splněn nebyl!

6) Riziko dehydratace z důvodu zvýšeného pocení a nedostatečného perorálního příjmu tekutin:

Cíle:

- ✓ snížit riziko dehydratace

Ošetřovatelský plán:

- ✓ kontrola příjmu a výdeje tekutin
- ✓ podání ordinovaných infuzních roztoků
- ✓ kontrola tělesné teploty 3x denně a případné následné podání ordinovaných antipyretik

Zhodnocení:

Během 24 hod byl pacientce měřen výdej moče, sledován a zaznamenáván příjem tekutin. A při nízkém příjmu perorálních tekutin, byl podán infuzní roztok dle ordinace lékaře. Tělesná teplota byla měřena 3x denně a antipyretická léčba byla podávána dle výše teplot.

Celkový příjem tekutin činil 1350 ml (+ 1000 ml bylo podáno i. v.). Výdej moče za 24 hod činil 1700 ml. Během tohoto dne byla pacientka 2x propocená, čili příjem a výdej tekutin by odpovídal.

Závěr:

- ✓ cíl byl splněn!

7) Riziko tromboembolické nemoci v důsledku operačního zákroku a sníženého pohybového režimu:

Cíle:

- ✓ minimalizováno riziko vzniku tromboembolické nemoci

Ošetrovatelský plán:

- ✓ mobilizace pacientky
- ✓ BDK
- ✓ podání naordinovaných nízkomolekulárních heparinů
- ✓ vysazení hormonální antikoncepce před operačním zákrokem

Zhodnocení:

Před operaci pacientka vysadila HAK.

Během tohoto dne byla snaha jak na straně sester, lékařů a fyzioterapeutů, aby pacientka přiměřeně svému zdravotnímu stavu rehabilitovala. Fyzioterapeutkou byla pacientka poučena o způsobu a míře prováděných rehabilitačních výkonů a prováděl se praktický nácvik.

O podpoře v rehabilitaci byla informovaná i rodina pacientky, která se účastnila této činnosti a pacientku motivovala a povzbuzovala.

BDK pacientka odmítala s tím, že je jí horko na nohy.

Nízkomolekulární hepariny v terapeutických dávkách byly podány dle ordinace lékaře.

Pacientka nevykazovala známky TEN.

Závěr:

- ✓ cíl byl splněn!

3.9. Ošetrovatelské diagnózy, důvody, cíle a zhodnocení:

Tyto ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny v rámci dlouhodobého plánu péče a edukace:

8) Nedostatečná znalost v oblasti pooperační šetrící diety:

Cíle:

- ✓ pacientka bude schopna vyjmenovat potraviny, které v rámci této diety nebude moci požívat
- ✓ pacientka bude znát a dodržovat tři týdny tuto lehce stravitelnou dietu

Ošetrovatelský plán:

- ✓ domluvit konzultaci s nutričním terapeutem
- ✓ edukovat před dimisí a předat rozpis této diety
- ✓ ujistit se o znalosti diety pacientkou a jejím pochopení

Zhodnocení:

Během hospitalizace a zlepšení celkového stavu pacientky, byla domluvena konzultace s nutriční terapeutkou, která pacientce vysvětlila nutnost šetrící diety v pooperačním období. Zároveň s námi byly zjišťovány zvyky pacientky při

stravování. Uváděla, že ji pravidelně a spíše v malých porcích. Někdy ale spíše rychle kvůli synkovi. Načež byla námi edukována o nutnosti klidu a pravidelného a správného stravování.

Na dotaz o porozumění diety, odpovídá, že ano. Toto by ale pro nás nemělo být dostačující odpovědi. Vždy je lepší si žádat zpětní vazbu pomocí dotazů na pacientku ve formě- vyjmenujte mi co nesmíte, co naopak smíte apod. Pacientka docela rychle a snadno pochopila a dokázala vyjmenovat co nesmí a smí.

Před plánovanou dimisí byla pacientce ještě předána vytištěná forma šetrící diety a ještě jednou se ujišťovalo o znalosti pacientkou.

Závěr:

- ✓ cíl byl splněn!

3.10. Psychosociální problematika:

Jedním z důležitých úkolů je pomoci pacientovi, aby "vyprávěl svůj příběh"- vylíčil svůj problém tak, jak jej vidí. To umožní sestře i pacientovi jasněji vidět potíže, které přiměly pacienta hledat pomoc.²⁹

Paní H. S. žije v domečku se svým manželem a malým synkem. Synka má moc ráda a je ráda, že ho má. Minulý porod bohužel byl spontánní a tak je ráda, že aspoň teď už konečně má děťátko. Byla by moc ráda, kdyby mohla mít ještě aspoň jedno dítě.

S péčí o dítě ji pomáhá její maminka, která je zároveň jí i velkou oporou. Manžel ji taky pomáhá, obzvláště teď v této těžké pro ni chvíli.

Největším problémem u ní je strach a obavy z budoucnosti. Jak to bude dál, zda bude úplně zdravá, zda se ta nemoc neobjeví zas, a případně za jak dlouho, kdo by se staral o jejího synka, zvládnul by to manžel a její maminka. Obavy, které jsou pochopitelné. Obavy, které má a které ji trápí teď nejvíce. Neboť člověk není nemocen jen po fyzické stránce, ale i po té psychické. A jak je známo, psychosomatika funguje dosti dobře na lidské tělo.

Z naší strany pacientka byla motivována. A to jak ze strany psychické, tak i fyzické. Byla nabádaná k tomu, aby zapřemýšlela, co si vlastně říkala v předoperačním období, o tom strachu ze smrti, který ji předpovídali jinde. O tom kde je nyní a možná, že se ji to ještě teď nezdá, jak dobře na tom je. Že přežila tak náročný operační výkon s tak obrovskou možnou komplikací, která se neuskutečnila. Aby si uvědomila, že na ní doma čeká zdravý synek, a čeká na zdravou maminku doma a že ji moc potřebuje a těší se na ni.

Manžel a maminka byly informovány o nutnosti psychické podpory, neboť především ona zapříčiní zlepšení celkového stavu pacientky. Z obou stran pacientka toto pociťovala a pak i říkala, že nebýt podpory ze všech stran, jen těžko by zvládala tuto situaci.

Zároveň jsem poprosila i pacientky „spolubydlící“ v nemocničním pokoji o trochu podpory. Navzájem se podporovaly. Paní H. S. si nyní uvědomovala, že odchází 17. den po operaci v podstatě ve skvělém zdravotním stavu a jde k milující rodině domu, kdyžto její „spolubydlící“ domu odejde jen na malou chvilku a že jsou na tom lidi hůř než ona.

Odcházela z našeho oddělení v objetí manžela a ruku v ruce se synkem, spokojená a šťastná. Říkala, že se stále ještě bojí, ale že je to už lepší a snadnější vše s podporou a rodinou.

3.11. Edukace:

Slovo edukace pochází z latiny, educo, educare = vychovávat. Edukace je tedy vychovávání a vzdělávání člověka, které probíhá po celý život. Ve zdravotnictví se edukace objevuje primární, sekundární i terciální prevenci.

V primární prevenci je zaměřena na prevenci nemocí a zlepšení kvality života.

V sekundární prevenci jde zejména o udržení soběstačnosti pacienta, o dodržování léčebného režimu a předcházení recidivám a komplikacím.

V terciální prevenci jde o zlepšení kvality života u pacientů s trvalými změnami.¹⁵

V pooperačním období se edukace pacientky týkala zejména pohybového režimu a stravování. Díky pooperačním komplikacím se to dařilo obtížněji, ale po zlepšení fyzického a psychického stavu, edukace probíhala lépe a pacientka hlavně projevovala snahu se edukovat.

Co se týče pohybového režimu, byla pacientka několikrát poučena a zkoušena fyzioterapeutkou, která ji prakticky nacvičovala a předváděla správné postupy lehaní si, vstávání apod. Stran nás sester a lékařů byla při propuštění edukována i o fyzickém zatěžování a maximálních možných břemenech na nošení. Vše nám potom musela zopakovat a dostala i od fyzioterapeutky na doma leták a brožuru o fyzické aktivitě.

Stran diety byla poučována o šetřící dietě, o tom jak správně stravu připravovat, čemu se vyvarovat apod. Při dimisi dostala soupis šetřící diety, jenž obsahovala jak postup přípravy, tak i vhodné a nevhodné pro ni potraviny. Při propuštění uměla

vyjmenovat ze stravy to, co v žádném případě nyní ještě nesmí do jídelníčku zařadit.

4. ZÁVĚR:

Po telefonických kontaktech s pacientkou jsem zjistila, že se jí daří moc dobře. Dochází na další kontroly, léčbu, ale vše vypadá dobře a nadějně. I tón hlasu začal být veselejší a upřímnější.

S tímto druhem onemocnění se člověk neseťkává každý den, někdo třeba během své praxe nikdy. Jsem moc ráda, že jsem měla tu čest se takovým případem setkat během tak krátké doby, a to hned dvakrát. Z hlediska morálního, nikomu bych to nepřála. Z hlediska vědního, je to nezapomenutelné onemocnění. A ještě nezapomenutelnější jsou šťastné konce a úsměvy zdravých odcházejících pacientů. A ještě krásnější by bylo tyto pacientky potkat někdy v pozdním věku a vzpomenout si na to jaký to bylo a jak dobře to vše dopadlo.

5. SEZNÁM POUŽITÉ LITERATURY:

1. Grim Miloš et al. Základy anatomie, 3. trávicí, dýchací, močopohlavní a endokrinní systém. První vydání. Praha: Galén, 2005. S. 44, 46, 47, 48. ISBN 80-7262-111-4.
2. Čihák Radomír. Anatomie. Druhé, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002. S. 127- 128. ISBN 80-247-0143-X.
3. Rokyta Richard, Štátný František. Struktura a funkce lidského těla. Praha: TIGIS, spol s r.o., 2002. S. 144. ISBN 80-900130-2-3.
4. Šmídková Lucie et. al. Modul A- Teoretické základy medicíny. Díl první. Praha: TRITON s.r.o., 2003. S. 96. ISBN 80-7254-362-8.
5. Rokyta Richard a kolektiv. Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech. Praha: ISV nakladatelství, 2000. S. 144. ISBN 80-85866-45-5.
6. Hoch Jiří , Leffer Jan a kolektiv. Speciální chirurgie. Učebnice pro lékařské fakulty. Praha: Maxdorf, 2001. S. 118- 122. ISBN 80-85912-44-9.
7. Bednář M. et al. Lékařská mikrobiologie. 1. vydání. Praha: Marvil, s.r.o., 1996. S. 510. ISBN 859-4-315-0528-0.
8. Staňková Marie, Marešová Vilma a Vaništa Jiří. Repetitorium infekčních nemocí. Praha: TRITON, 2008. S. 47- 48. ISBN 978-80-7387-056-0.
9. Krajská hygienická stanice Královéhradeckého kraje se sídlem v Hradci Králové [online], [citováno 10.05.2014]

Dostupne z:

http://www.khshk.cz/articles.php?article_id=232.

10. Šamánková Marie a kolektiv. Základy ošetrovatelství. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2006. S. 22, 24, 32. ISBN 80-246-1091-4.
11. Trachtová Eva a kolektiv. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. S. 167. ISBN 80-7013-324-8.
12. Špatenková Naděžda , Králová Jaroslava . Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry. Praha: Galén, 2009. S. 52. ISBN 978-80-7262-599-4.
13. Světová zdravotnická organizace, regionální úřadovna pro Evropu. LEMON 2, učební texty pro sestry a porodní asistentky. Dansko: World Health Organization, 1996. S. 104. ISBN 80-7013-238-8.
14. Mikšová Zdeňka, Froňková Marie, Zajíčková Marie. Kapitoly z ošetrovatelské péče II. Aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. , 2006. ISBN 80-247-1443-4.
15. Juřeníková Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. S. 9-11. ISBN 978-80-247-2171-2.
16. MUDr. Miroslav Förstl a kolektiv. Praktický atlas lékařské parazitologie [online], [citováno 10.05.2014] Dostupne z: <http://camelot.lfhk.cuni.cz/parazitatlas>.
17. Content source: Global Health - Division of Parasitic Diseases and Malaria. Page last updated: December 12, 2012. [online], [citováno 10.05.2014]. Dostupne z: <http://www.cdc.gov/parasites/echinococcosis/biology.htm>

6. SEZNÁM PŘÍLOH:

1. Ošetřovatelská anamnéza
2. Ošetřovatelský plán péče
3. Informovaný souhlas pacientky
4. Operační protokol- se souhlasem primáře kliniky
5. Pooperační fotodokumentace- se souhlasem pacientky
6. Životní cyklus Echinokoka.

Ošetřovatelská anamnéza

Oddělení : 30dd., I. chir. klinika
Datum a čas odběru anamnézy : 29.09.13 0⁰⁰

Jméno (iniciály) : HS Pohlaví : ŽENA Věk : 30 let

Datum přijetí : 19.08.13 Datum propuštění : 16.09.13

Stav : vdava Povolání : mateřská dovolená

Rodina informována : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní) : echinococcosis hepatis

Chronická onemocnění : /

Infekční onemocnění : NE ANO

Režimová opatření :

Léčba :

Operační výkon : hepatectomia l. sin Pooperační den : 9. d.

Farmakoterapie :

Traxiparum 0,2 s.c. Zentel sirup

Traamal 100 mg i.v./i.m.

Novalgina 1g i.v./i.m.

Entabel cpd

In.v. am. i.v.

Vankomycin i.v.

Jiné léčebné metody :

Má nemocný informace o nemoci : ano ne částečně

Alergie : ano ne jaké : kosmetika

Fyziologické funkce : P : 102' TK : 90/65 D : 18' SpO2 : 97% TT : 37,0°C

Hmotnost : 58kg Výška : 180 cm

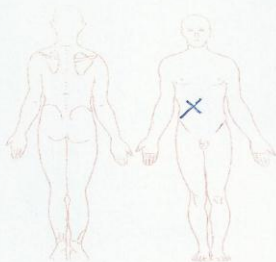
1) Vědomí

stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC :

Orientovaný Dezorientovaný

2) Bolest

bolest : ano akutní chronická
 tupá bodavá křečovitá svalová jiná
 ne
lokalizace :



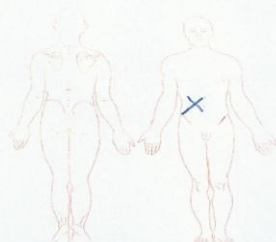
Intenzita : /---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/
0 1 2 **3** 4 5 6 7 8 9 10

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 *operační rána*
 ne Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre:.....
lokalizace :



Ošetření rány: *dezinfekce, sterilní kytky*

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba).....
dravení se snížila od příjmu do nemocnice

Úrazy: ano ne jaké: *v dětství - hlavy*

Prodělaná dětská onemocnění: *černá dětská onemocnění*

Infekční onemocnění: ano ne jaká:

6) Výživa, metabolismus

Dieta: *P-K* Nutriční skóre: *11 (ano)*

Chuť k jídlu: ano ne

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

Jakým druhům potravin dává přednost: *močušťoviny*

Užívá doplňky výživy: ano ne jaké: *nutridrink*

Enterální výživa Parenterální výživa.....

Denní množství tekutin: *600 ml* Druh tekutin: *čaj, voda, bujón*

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ano ne o kolik: *4 kg*

Umělý chrup: ano ne horní dolní

Potíže s chrupem: ano ne

7) Vyprazdňování

problémy s močením: ano pálení řezání retence inkontinence
 ne

problémy se stolicí: ano průjem zácpa inkontinence
 ne

stolice pravidelná: ano ne

poslední stolice: *14. 08. 15.*

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení: *9 d.*

Rektální odvodný systém:

Stomie:

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: *snížený*

Barthel test: *15 (lehce závislá)*

Riziko pádu: ANO skóre:

NE

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

Pohyblivost : chodící samostatně chodící s pomocí
 ležící pohyblivý ležící nepohyblivý
 pomůcky jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : *2 hod* hodina usnutí : *100*
poruchy spánku : ano ne jaké : *časté buzení
& usínání*
hypnotika : ano ne
návyky související se spánkem : */*

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem: ano ne jaké :
potíže se sluchem: ano ne jaké :
porucha řeči: ano ne jaká :
kompenzační pomůcky: ano ne jaké :

orientace : orientován
 dezorientovaný místem časem osobou

11) Sebepojetí, sebeúcta – hodnocení psychosociálního stavu

je raději : sám v kolektivu
co si myslí o svém zevnějšku a o sobě : *spokojená*
pocit zlosti, vzteku : ano ne
pocit strachu : ano ne z čeho : *budoucnosti*
pocit úzkosti : ano ne
jak klient vyjadřuje negativní emoce : *uzamykáním se*
emocionální stav : *relat. dobrý*
Úroveň komunikace a spolupráce : *relativně dobrá*

12) Role, vztahy

vztah klienta k ostatním lidem : *dobý*
bydlí doma sám : ano ne
kdo bude o klienta pečovat po propuštění : *rodina*
kontakt s rodinou : ano ne

13) Reprodukce, sexualita

počet porodů : 1

počet potratů :

antikoncepce : ano ne jaká :

pravidelnost menstruace : ano ne Klimakterium : ano ne

problémy s prostatou : ano ne jaké :

pohlavní onemocnění : ano ne jaké :

zvláštnosti v sexuálním chování : /

14) Stres, zátěžové situace

psychický stav : klidný rozrušený úzkostný depresivní strach

prožívá nějaké napětí : ano ne jaké, z čeho : *o.k. buďte nemocí*

způsob odreakování : *sym. a rodina*

kouření : ano ne kolik : *5x D*

alkohol : ano ne kolik :

drogy : ano ne jaké :

15) Víra

Víra ano ne jaká :

16) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : *lx. trubicové* Datum zavedení : *20.08.15*

Permanentní močový katétr : ano ne

i.v. vstupy : ano periferní datum zavedení : kde :

Stav :

centrální datum zavedení : *21.8.15* kde :

stav : *bez známek inf.*

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 : *PĚK (o den.)*

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

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

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

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské 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	Dobrý 4	Bdělý 4 ✓	Chodí 4	Úplná 4	Není 4 ✓
Částečně omezená 3 ✓	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká Tl, 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	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutricional Risk Screeing

Je BMI (kg/m ²) 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 checked="" type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladi na lůžkové odd.		1 bod
<input type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém		1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa)		1 bod
Vysvětření		
<input type="checkbox"/> Soběstačnost		
- úplná	0b	
- částečná	2b ✓	
- nesoběstačnost	3b	
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce		
- spolupracující	0b ✓	
- částečné	1b	
- nespupracující	2b	
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského 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

Ošetrovatelské zhodnocení

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

<u>datum</u>	<u>viety. ay</u>	<u>elie</u>	<u>plani' pise</u>	<u>skhodnoeni'</u>	<u>noopy</u>
29.8.15	- bobrat	- jistnu' klati' rest's pod st's	- meryi' bskol'mae a internin	- a'e p'luin'	R
			- n'isova' potoka - graf. myty' klati. - ordinovalka' mag.		
29.8.15	- r'iviko' palu	- r'aktivnu' pomoe p'acivnky - v' r'iviko' palu	- d'arlat'ion' d'opomoe - m'ost'rae - a'gr'ad'izae	- a'e p'luin'	R
29.8.15	- mechtat'm	- p'acivnka' r'u' a'opon' j'ol'm'iu' p'oe - my'lye' ab'p'ov' p'oonu' tekutu	- r'abnat' p'lyt' p'otany' a' b'ol'm' - k'ont'ol'ovat' k'oz'u - t'ogoe - b. p'p' - v'uk'lae' o' str'avn'	- a'e p'luin'	R
29.8.15	- p'ovucha' p'ov'ke	- p'acivnka' t'ud' a'p'at' ne'uv'oz'me 4 h'odiny - n'ebude' m'p'at'ovat' k'ognost'ika	- k'lit'me' p'ost'ad' k'omp'it - an'ag'et'ika' d'la' v'oz'mae - k'ommu'k'ae	- a'e p'luin'	R
29.8.15	- k'ov'ca	- m'p'o'ovat' z'ame' a'nd'iny' v'p'et'oe - v' k'ov'ca	- v'ed'ovat' m'ista' m'p'yue' - a'p'p'h'ol' p'lyt'ky - ord'ino'v'ana' d'ub'ny'net'ka	- a'e m'p'yue'	R

<u>datum</u>	<u>vis. ag</u>	<u>elē</u>	<u>man' pūē</u>	<u>rhodospirillum' pūē</u>
19.8.85	- rīko augstāzāze	- 1 rīko	- karkāra pūēne & pūēje ēdēstis - pūēnu orkānospūē pūēnūš @ - k. 77	- elē pūēnē
19.8.85	- rīko 72N	- mīnīmāl- spūē rīko	- mofīkīzāze - BDK - orkānospūē ' mēkōnālē kūnānūš - agrāzāzē ' HNK	- elē pūēnē
19.8.85	- neporofāzēnā mābāzē & ofkālī nītrīnē ' dīzē	- pūēnīnūšā pūē pūēnīnīnāzāzē pūē- pūēnīnīnūšā pūēnūš - pūēnīnīnūšā pūēnūš kūnāz & dāzāzāzāzē tūz dīzē	- mētrīnīnīnūš - ēdēkāzē pūēd dīzē - mīzīzēnē ' nē o pūē- ēdēkāzē pūēnūš	- elē pūēnē

**Informovaný souhlas
nemocného s použitím informací pro účely zpracování bakalářské
práce studenta/ky 3.LF UK,
obor všeobecná sestra**

Pan/paní.....Handlová Silva.....

souhlasí

- s provedením anamnézy¹ studentem/kou 3.LF UK – bakalářského oboru všeobecná sestra

.....Tetyanou Grynevych, 3. ročníku.....

jméno a příjmení studenta/ky, ročník studia

- s použitím bakalářské práce pro výukové účely (při použití výsledků vyšetření se nikde nebude uvádět jméno a příjmení nemocného)
- s pořízením fotodokumentace klinických projevů onemocnění pro další potřeby výuky (při použití fotodokumentace se nikde nebude uvádět jméno a příjmení nemocného)

Získané informace budou použity pouze k výukovým účelům a nikterak nenaruší diagnosticko-terapeutický proces nemocného během hospitalizace.

V ...Praze.....dne30.12.2013.....

Handlová
.....
Podpis pacienta

Grynevych
.....
Podpis studenta/ky

¹ Anamnézou se rozumí rozhovor studenta s nemocným s cílem získat informace o zdravotním stavu nemocného, rodinné, sociální a pracovní situaci nemocného.



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
1. Chirurgická klinika VFN a 1.LF UK

Přednosta: Prof. MUDr. Zdeněk Krška, CSc.

Primář: MUDr. David Hoskovec

Operační protokol

Jméno: [redacted] Č. poj.: [redacted] Kód ZP: [redacted]
Bydliště: [redacted] Č. chor.: [redacted]

Zahájení operace:	20.08.13	11:05	Operace provedena:	1
Ukončení operace:	20.08.13	13:07	Doba trvání operace:	02:02
Urgentnost operace:	Plán.	Klasif. A:	Klasif. B:	
Operátor:	[redacted]	Anesteziolog:	[redacted]	
1.asistent:	[redacted]	Typ anestézie:	lokální s intubací	
2.asistent:	[redacted]	Instrumentárka:	[redacted]	
3.asist/obsluha:	[redacted]			

Operační diagnózy:

B67.0 Echinococosis hepatis.

Operační výkony:

51347 Hepatectomia I. sin
51347 Segmentectomia VIII,VII-VI part.
51371 Cholecystectomia subserosa.

Popis operace:

Pro zjištěnou systémovou poruchu zápisu do databáze MEDEA ve dnech 20. 8. – 9. 9. 2013 byla na základě originálního vytisknutého operačního protokolu podepsaného operátorem provedena kontrola názvu operačního výkonu a úprava záznamu v databázi dne 22. 10. 2013. Tato úprava potvrzena elektronickým podpisem.

Dle metodického pokynu MP-UPL-12 (verze 1) proběhlo před zahájením výkonu operátorem ověření identifikace pacienta, kontrola dostupné zdravotnické dokumentace, včetně informovaného souhlasu, dostupné obrazové dokumentace a viditelného označení místa operace. Tento předoperační bezpečnostní proces stvrzuje operátor svým podpisem.

Subkostální bilat řez Thomsonův rozvěrač.

Plná mobilisace obou laloků. V levém až k ligamentu největší nálezy jako dvě velké pěsti, další na spodině VI a VII segmentu dosahující až k s.V. velikostí pomerančové, další v VIII segmentu jako mandarinky, poslední v segmentu VII jako švestka. Obejití ligamenta. Těsně na hranici nálezů jejich částečně extraanatomická resekce po předchozí CHCE. Vlevo zůstává I a IV segment, vpravo část VII segmentu a V segment a část VI segmentu. nejobtížnější je výkon na VIII segmentu kde vizualizujeme pravou žílu na kterou v místě intrahepatického průběhu kávy cysta naléhá. Vždy před odstraněním alkoholizace cysty břicho vyloženo rouškami. Kontakt obsahu cyst s d.b. vylučujeme.

Ztráty jisté 1,5 l, během výkonu hypotenze 90, korigována.

Zůstávající masa jater dostatečná. Tachosil, omentoplastika bilat-plombáž.

Materiál souhlasí sutura po vrstvách. Silný dren k VIII s. zprava, zleva kopíruje resekci

Výkon je stran cyst RADIKÁLNÍ !

Po výkonu: acc JIP, lze očekávat větší ztráty!!! Amoksiklav pokrač. Nejpозději za 2 dny Albendazol-má pokračovat. Infuze a analgesie dle JIP.

Případné konzultace stran léčby dojednány na inf. klinice Bulovky (kde mají i léky) u as Stejskala Františka telefon 777 245 564.

V Praze dne: 15.04.14

Grynevych Tetyana

U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2, IČ 00064165, tel:224961111, www.vfn.cz

strana 1 z 1

