

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Kuldová Adela

**Ošetrovatelská péče o pacientku po laparoskopické
myomektomii**

*Nursing care of a patient with laparoscopic
myomectomy*

Bakalářská práce

Praha, září 2017

Autor práce: Adela Kuldová

Studijní program: Všeobecná sestra

Bakalářský studijní obor: Ošetrovatelství

Vedoucí práce: Mgr. Jana Holubová

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF UK**

Odborný konzultant: as. MUDr. Michael Fanta, Ph.D.

Pracoviště odborného konzultanta: **Gynekologicko porodnická
klinika, VFN v Praze**

Předpokládaný termín obhajoby: Zář 2017

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 22. 2. 2017

Kuldová Adela

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce paní Mgr. Janě Holubové a odbornému konzultantovi as. MUDr. Michaelovi Fantovi, Ph.D. za cenné rady a trpělivost při psaní mé bakalářské práce. Velký dík patří také paní H. K. za informace, které mi byla ochotna poskytnout, bez nich by má bakalářská práce nevznikla.

Obsah

1	ÚVOD	7
2	TEORETICKÁ VÝCHODISKA	8
2.1	ANATOMIE POHLAVNÍHO ÚSTROJÍ ŽENY	8
2.1.1	<i>Vaječník (ovarium)</i>	8
2.1.2	<i>Vejcovod (salpinx, tuba uterina)</i>	8
2.1.3	<i>Děloha (uterus, metra, hystera)</i>	9
2.1.4	<i>Pochva (vagina)</i>	10
2.1.5	<i>Zevní rodidla (organa genitalia feminina externa)</i>	10
2.2	FYZIOLOGIE ŽENSKÉ REPRODUKČNÍ SOUSTAVY	12
2.2.1	<i>Ženský reprodukční systém</i>	12
2.2.2	<i>Menstruační cyklus</i>	12
2.2.3	<i>Ovulační cyklus</i>	13
2.2.4	<i>Klimakterium</i>	14
2.2.5	<i>Senium</i>	14
2.3	PATOFYZIOLOGIE ŽENSKÉ REPRODUKČNÍ SOUSTAVY	14
2.3.1	<i>Poruchy ovariálního cyklu</i>	14
2.3.2	<i>Poruchy menstruačního cyklu</i>	15
3	CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ	16
3.1	MYOM DĚLOŽNÍ SLIZNICE	16
3.1.1	<i>Incidence</i>	16
3.1.2	<i>Etiologie</i>	16
3.1.3	<i>Vliv myomů na graviditu</i>	16
3.2	RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU DĚLOŽNÍCH MYOMŮ	17
3.3	LOKALIZACE DĚLOŽNÍCH MYOMŮ VE VZTAHU K DĚLOŽNÍ STĚNĚ	17
3.4	KLINICKÉ PROJEVY	18
4	DIAGNOSTIKA	18
4.1	BIMANUÁLNÍ VYŠETŘENÍ	18
4.2	ULTRAZVUK	18
4.3	MAGNETICKÁ REZONANCE	19
4.4	HYSTEROSKOPIE	19
4.5	HISTOPATOLOGICKÉ POZNATKY	19
4.5.1	<i>Klasifikace leiomyocelulárních nádorů</i>	20
5	TERAPIE	20
5.1	KONZERVATIVNÍ TERAPIE	20
5.1.1	<i>Perorální léčba</i>	20
5.1.2	<i>Ulipristal acetát (Esmya)</i>	20
5.2	CHIRURGICKÁ TERAPIE	21
5.2.1	<i>Myomektomie</i>	21
5.2.2	<i>Hysterektomie</i>	22
5.3	ISCHEMIZUJÍCÍ TERAPIE	22
5.3.1	<i>Laparoskopická okluze uterinních arterií (LUAO)</i>	22
5.3.2	<i>Embolizace uterinních arterií (UAE)</i>	22
5.4	LÉČBA FOKUSOVANÝM ULTRAZVUKEM	23
5.5	MYOLÝZA	23
6	KOMPLIKACE LAPAROSKOPICKÉHO VÝKONU	23
6.1	KOMPLIKACE BĚHEM LAPAROSKOPICKÉ OPERACE	23
6.2	KOMPLIKACE PO LAPAROSKOPICKÉ OPERACI	24
7	KAZUISTIKA	25
7.1	ANAMNÉZA	25
7.1.1	<i>Lékařská anamnéza</i>	25

7.1.2	<i>Ošetrovatelská anamnéza</i>	27
8	PRŮBĚH HOSPITALIZACE	32
9	VYBRANÉ OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY	50
9.1	RIZIKO VZNIKU BOLESTI Z DŮVODU OPERACE.....	50
9.2	PREVENCE TROMBOEMBOLICKÉ NEMOCI (TEN).....	58
10	DLOUHODOBÝ PLÁN PÉČE	63
11	DISKUZE	65
12	ZÁVĚR	69
	SEZNAM ZKRATEK:	70
	PŘÍLOHY	76

1 Úvod

Téma své bakalářské práce „Péče o pacientku po laparoskopické myomektomií“ jsem zvolila z důvodu zájmu o obor gynekologie. Cílem mé práce je zpracovat případovou studii u konkrétní pacientky paní H. K. trpící diagnózou *uterus myomatosus*.

Má bakalářská práce je rozdělena na dvě části: teoretickou a ošetrovatelskou. V části teoretické se zabývám anatomií a patofyziologií ženského pohlavního ústrojí. Dále popisuji charakteristiku onemocnění, diagnostiku a terapii. Zmiňuji zde i možné komplikace, které mohou během laparoskopické myomektomie nastat.

Druhá část bakalářské práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči. Zde je zpracovaná kazuistika u pacientky H. K. a popsán průběh hospitalizace od přijetí pacientky do nemocnice až po propuštění. Také v této části uvádím lékařskou a ošetrovatelskou anamnézu. Získané informace jsem dosadila do vybraného ošetrovatelského modelu podle Marjory Gordon – jehož základní strukturou je dvanáct oblastí, označovaných jako dvanáct funkčních vzorců zdraví. Dále se v této části zabývám rozbořem vybraných ošetrovatelských problémů, které jsem stanovila v den odběru ošetrovatelské anamnézy. V neposlední řadě se věnuji popisu dlouhodobé ošetrovatelské péči, která byla pacientce H. K. doporučena.

Poslední část bakalářské práce tvoří diskuze, která se věnuje onemocnění *uterus myomatosus* a vybraným ošetrovatelským problémům ve srovnání s odbornou literaturou.

Tato případová studie byla vypracována na základě řádného souhlasu pacientky H. K.

2 Teoretická východiska

2.1 Anatomie pohlavního ústrojí ženy

2.1.1 Vaječník (*ovarium*)

Vaječník je párový orgán, sloužící jako zdroj ženských pohlavních buněk a pohlavních hormonů (endokrinní žláza). Roste a zvětšuje se spolu s pohlavním dospíváním. Největší velikosti dosahuje mezi 20. - 30. rokem života ženy. Dosahuje rozměrů, zhruba 5x3x2 cm a hmotnosti zhruba 6 g. Vaječník má bělavou barvu, a tvar oploštěného ovoidu. Jeho povrch je do puberty hladký a dosažením pohlavní dospělosti vlivem rostoucích a vyvíjejících se folikul nerovný. Ve stáří se vaječníky srašťují a zmenšují, mají tuhou konzistenci a šedorůžovou barvu. Na průřezu vaječníkem rozlišujeme **kůru** – *cortex ovarii*, a hlouběji uloženou cévnatou vazivovou **dřeň** – *medulla ovarii*. Kůra je tužší konzistence. V období pohlavní zralosti v ní sledujeme zrající folikuly v různém stádiu vývoje. Vývoj vrcholí prasknutím zralého folikulu (**Graafův folikul**) a vyplavením zralého vajíčka (**oocytu**). Tento proces nazýváme ovulace. Během ovulace se folikulární tekutina spolu s vajíčkem uvolňuje do peritoneální dutiny. Stěny prasklého folikulu se mění na buňky luteální a tvoří se **žluté tělísko** – *corpus luteum*, které, pokud žena neotěhotní, do 12 dnů zanikne a zbude po něm vazivové *corpus albicans*. (1,2)

2.1.2 Vejcovod (*salpinx, tuba uterina*)

Vejcovod je párový orgán trubicovitého charakteru, dlouhý zhruba 10–12 cm, široký zhruba 0,5 cm. Mediální konec vejcovodu prochází děložním rohem (*pars interstitialis*), poté následuje úzký *isthmus*, který se následně rozšiřuje v ampulu zakončenou *infundibulem*. Infundibulum je nálevkovité rozšíření ovariálního konce ampuly vejcovodu, opatřené řasnatými *fimbriemi* po obvodu břišního vyústění. Vyústěním v břišní dutině se vejcovod volně otevírá do peritoneální dutiny. Během dospívání a ve stáří se vejcovod příliš nemění. Stěna vejcovodu se skládá z vnitřní sliznice (*endosalpinx*), která je tvořena bohatým systémem řas. Povrch sliznice tvoří jednovrstvý cylindrický epitel s řasinkami kmitajícími směrem k děloze a četné sekreční buňky. Střední vrstva je z hladké

svaloviny. Povrch vejcovodu je kryt pobříšnicí s tenkou vrstvou subserózního vaziva. Ve vejcovodu dochází k oplodnění vajíčka a k jeho přípravě na uhnízdění. Slizniční řasy vejcovodu zpomalují pohyb vajíčka během cesty do dělohy na 4–5 dní, potřebných na dozrání a eventuálně oplodnění vajíčka. (1,2)

2.1.3 Děloha (uterus, metra, hystera)

Děloha je dutý svalový orgán uložený v centru pánve (za močovým měchýřem a před konečníkem). Je hruškovitého tvaru, mírně předozadně oploštělá. Tvar a velikost dělohy se mění v závislosti na věku a funkčním stavu. U nullipary je děloha zhruba 7,5 cm dlouhá, široká 4,5 – 5 cm a tlustá 2,5 cm. Hmotnost dělohy činí zhruba 40–50 g. U multipar, jsou všechny rozměry zhruba o 7–10 mm větší. Rozeznáváme dvě části dělohy. Širší a větší **tělo děložní – corpus uteri**, které se kraniálně rozšiřuje a vybíhá v **rohů děložní** (tudy do dělohy vstupují vejcovody). Nad rohy děložní se tělo vyklenuje ve **fundus uteri**. Kaudálně přechází tělo dělohy v užší **hrdlo děložní**, na které se upíná pochva a dělí hrdlo děložní na **portio supravaginalis** a **portio vaginalis**, respektive **děložní čípek**. Děložní čípek má zaoblený tvar a v jeho středu vyústuje do pochvy **canalis cervicis**, na jeho vrcholu je zevní **branka děložní** a sliznice v oblasti cervixu je složena do řas (**plicae palmatae**). Přední strana dělohy je lehce vyklenutá a zadní strana dělohy je klenutější. Obě strany se stýkají v hranách děložních. Děloha se po klimakteriu v důsledku vymizení estrogenů zmenšuje.

Děložní stěna se skládá ze tří vrstev. Vnitřní vrstva je tvořena sliznicí, kterou v těle děložním nazýváme **endometrium** a v hrdle děložním **endocervix**. Střední a nejmasivnější vrstva, která udává děloze tvar, je hladká svalovina **myometrium**. Největší část dělohy má ještě zevní vrstvu z peritonea (**perimetrium**).

Endometrium je tvořeno cylindrickým epitelem a slizničním vazivem s tubulózními žlázkami, má dvě vrstvy. **Stratum basale** srůstá s myometriem a při menstruačním krvácení se neodlučuje. Naopak **stratum functionale** prodělává cyklické změny, známé jako **endometriální cyklus**. Sliznice se vlivem estrogenů regeneruje a prolifерuje a po ovulaci se působením progesteronu sekrečně transformuje. Se zánikem žlutého tělíska a vlivem poklesu hormonálních hladin

vznikne spazmus spirálních arterií endometria, a to způsobí ischemii sliznice, která nekrotizuje a odlučuje se s původním krvácením z rodidel (**menstruace**). Děložní hrdlo má dva druhy epitelu. Kanál hrdla vystýlá endocervix, a část hrdla obrácená k pochvě má povrchovou sliznici ectocervix se stejnou výstelkou jako pochva, tzn. vrstevnatým dlaždicovým epitelem. Cévní zásobení dělohy obstarává *arteria uterina*, která je větví *arteria iliaca interna*, probíhá v *plica lata uteri* k hrdlu děložnímu a kříží se s ureterem. Děloha je inervována sympatikem i parasympatikem. (1,2)

2.1.4 Pochva (*vagina*)

Pochva je kopulační a odvodná cesta pohlavní, svým kraniálním koncem se upíná na děložní hrdlo, a kaudálním koncem mezi malými stydkými pysky končí poševním vchodem, jako *ostium vaginae*. Pochva má trubicovitý tvar, je předozadně oploštělá. Délka pochvy je přibližně 7–8 cm, velikost vnitřního prostoru kolísá od 2,5 – 3 cm. Vnitřní plochy pochvy se vzájemně dotýkají, uvnitř pochvy na přední i zadní stěně se zdvihá podélný val – *columna rubrum anterior et posterior*, složený z příčných řas – *rugae vaginales*. Poševní stěna je složena ze tří vrstev: sliznice, svaloviny a zevního vazivového obalu (*adventicie*). **Sliznici – tunica mucosa – tvoří** mnohvrstevný dlaždicový epitel. Ten je relativně silný a podléhá jistým periodickým změnám v souladu s menstruačním cyklem. Svalovina pochvy je hladká, síťovitě uspořádaná a ve vnitřní vrstvě převažují cirkulárně orientovaná buněčná vlákna. Adventicie je vazivový obal pochvy, který plynule přechází do okolního vaziva zvaného *paracolpium*. Pochva je cévně zásobena shora větvemi *arteria uterina*, zezadu z *arteria rectalis media*, a zdola z *arteria pudendi interna*. (1,2)

2.1.5 Zevní rodidla (*organa genitalia feminina externa*)

Zevními rodidly označujeme soubor útvarů v *regio pubica*, které obklopují vstup do pochvy a vyústění ženské močové trubice. Do nich zahrnujeme: **hrmu** (včetně pubického ochlupení), **velké a malé stydké pysky, poštěváček, poševní**

vchod, panenskou blánu, bulbi vestibuli, bartholinské žlázy a hráz. V zevních rodidlech také ústí **močová trubice**.

Hrma (*mons pubis, mons veneris*): Tukovým vazivem podložená vyvýšenina, před stydkou sponou. Má trojúhelníkový tvar, je tvořena silnou kůží a v pubertě ji pokryje **ochlupení – pubes**.

Velké stydké pysky (*labia majora pudendi*): Jsou přímým pokračováním hrmy směrem dorzokaudálním. Jsou tvořeny sagitálními kožními valy a tukovým vazivem. Ve střední čáře se k sobě přikládají a tvoří tzv. **rima pudendi**. Vpředu jsou spojeny přední komisurou, vzadu tvoří zadní komisuru a pokračují dále do hráze. Kůže velkých stydkých pysků je pigmentovaná a pokryta hojným ochlupením.

Malé stydké pysky (*labia minora pudendi*): jsou kožní duplikatury bez ochlupení, slizničního vzhledu. Jsou uloženy uvnitř velkých stydkých pysků, směrem vzhůru se dělí na horní řasu, která tvoří předkožku (**praeputium clitoridis**) a dolní řasu, uzdičku (**frenulum clitoridis**). Malé stydké pysky neobsahují tukové vazivo, jsou vybaveny četnými mazovými žlázkami. Dorzokaudálně splývají s velkými stydkými pysky a společně tvoří **frenulum labiorum pudendi**.

Poštěváček (*clitoris*): Je totožný s částí penisu, tvořen kavernózními tělesy. Začíná párovými přihrocenými **crura clitoris** stejně jako penis, ty se posléze pojí v malá **corpora** a končí **žaludem – glans clitoridis**. Poštěváček je pokryt velmi jemnou sliznicí podobnou kůží.

Poševní vchod (**vestibulum vaginae**): Prostor ohraničený malými stydkými pysky a poštěváčkem, vzadu tvoří jamku zvanou **fossa navicularis**. Uvnitř poševního vchodu leží vstup do pochvy, který je u panen uzavřen panenskou blánou (**hymen**).

Panenská blána (**hymen**): slizniční duplikatura v **ostium vaginae**, která zakrývá vstup do pochvy. Tvar a složení panenské blány je závislé na estrogenech. Při defloraci se hymen trhá, a u sexuálně žijící ženy z něj zůstává pouze tzv. **carunculae hymenales**.

Bulbus vestibuli: párové kavernózní těleso, obklopující poševní vchod.

Bartholinská žláza (***glandula vestibularis major Bartholini***): párová žláza uložena v bázi velkých stydkých pysků, vývodem ústí do malých stydkých pysků.

Hráz (***perineum***) je zhruba 4 cm široká přepážka mezi zadní komisurou velkých stydkých pysků a řitním otvorem. Hráz je tvořena kůží, podkožím a svalovinou. (1,2)

2.2 Fyziologie ženské reprodukční soustavy

2.2.1 Ženský reprodukční systém

Ženská reprodukční soustava produkuje pohlavní buňky, tvoří a vylučuje pohlavní hormony, zajišťuje vývoj nového jedince, a to nejen v období intrauterinního života, ale i po narození dítěte (laktace). **Vajíčko (*ovum*)** se vyvíjí ve vaječnicích. Během reprodukčního života ženy uzraje zhruba jen 600 vajíček z několika milionů. Zralé vajíčko se uvolní během **ovulace**, jeho chromosomální výbava obsahuje 22 somatických buněk a 1 pohlavní chromosom X. Vaječník má i endokrinní funkci – vylučuje hormony **estrogeny**, gestageny a **androgeny**.

Estrogen je steroidní hormon, s řadou důležitých řídicích účinků. V období puberty estrogen podporuje růst zevních i vnitřních pohlavních orgánů, stimuluje růst a vývoj prsů. Díky estrogeneru se v období dospívání ukládá tuk na predilekční místa (prsa, boky, hýždě), navozuje proliferační fázi menstruačního cyklu, snižuje hladinu cholesterolu v krvi, vyvolává proliferaci vaginálního dlaždicového epitelu a stimuluje sekreci hlenu žlázek krčku dělohy. Zvyšuje citlivost ovarií na hormony a ovlivňuje sexuální chování ženy.

Gestagen má rovněž steroidní povahu, tvoří se v ***corpus luteum ovaria***. Hlavní význam gestagenu je udržet oplodněné vajíčko v děložní sliznici. Udržuje děložní sliznici v tzv. sekreční fázi, která je pro usazení oplodněného vajíčka nezbytná. (3)

2.2.2 Menstruační cyklus

Menstruační cyklus lze charakterizovat jako cyklické změny endometria opakující se v pravidelných intervalech obvykle 28 ± 5 dní. Tento cyklus začíná v pubertě první menarche a končí menopauzou. Cílem menstruačního cyklu je

příprava endometria na uhníždění oplodněného vajíčka a jeho další vývoj. Je řízen hormony vaječnicků.

Menstruační cyklus dělíme na následující fáze: **Fáze proliferační** – během které dochází k dělení buněk sliznice, jejímu narůstání (po předešlé menstruaci) a zvýšenému prokrvení sliznice. Fáze trvá od 5. dne do 14. dne cyklu. **Fáze Sekreční** – glykogen a lipidy nahromaděné v buňkách endometria během ovulace tvoří hlen a spirální tepénky dosahují k povrchu endometria. Fáze trvá od 15. dne do 26. dne cyklu. **Fáze Ischemická** – tato fáze trvá jen několik hodin až 1. den, kontrakce hladké svaloviny dělohy snižují přívod O₂ k buňkám endometria a ty následně odumírají. Tato fáze trvá od 26. dne do 28. dne cyklu, nastává pouze tehdy, když nedojde k oplodnění vajíčka. **Fáze menstruační** – odumřelé buňky sliznice se odlučují, celá povrchová vrstva sliznice se odloučí do 48 hodin od začátku menstruační fáze. Sliznice s krví odtéká hrdlem děložním do pochvy. Menstruační krev je nesrážlivá a jejímu vypuzování napomáhají děložní kontrakce. Celý menstruační cyklus se po 3–7 dnech opakuje (vlivem ovariálních hormonů). (4)

2.2.3 Ovulační cyklus

Ovulační cyklus zahrnuje přípravu vajíčka ve folikulu a po ovulaci mění zbytky folikulu ve žluté tělísko. Tento cyklus dělíme na následující fáze: **Fáze folikulární** – trvá prvních 12–15 dní cyklu, jeden z rostoucích folikulů začne rychle dozrávat až v Gráfův folikul, vyklene se na povrch vaječnicku. Během proliferační fáze vaječnick tvoří estrogeny a v malém množství progesteronu. **Fáze ovulační** – nastává kolem 14 dne cyklu, Gráfův folikul praská a do dutiny břišní se vyplaví zralé vajíčko. Vyplavené vajíčko zachycují *fimbrie* vaječnicku. Tento proces nazýváme ovulace. **Fáze luteální** – stěna folikulu kolabuje, ve folikulárních buňkách se ukládá tuk a žlutý pigment zvaný lutein, vzniká **žluté tělísko**. Žluté tělísko produkuje progesteron. Pokud nedojde k oplodnění vajíčka, tak se žluté tělísko začne měnit v **bílé tělísko**, které zhruba 24 den zaniká. Na povrchu vaječnicku po něm zůstává jizva. (4)

2.2.4 Klimakterium

Klimakterium neboli přechod, znamená období života ženy, kdy dochází k fyziologickému poklesu funkce vaječníků. Pro toto období jsou typické endokrinní, somatické a psychické změny. Klimakterium nastává přibližně mezi 45–50 rokem života. Toto období dělíme na tyto fáze: **Premenopauza** – období před menopauzou. **Menopauza** – poslední menstruace, asi kolem 46. – 55. roku ženy. **Postmenopauza** – období, které začíná rok po menopauze. Příčinou nástupu klimakteria je postupné vyhasínání funkce vaječníků, vynechávání až vymizení ovulace. Obvykle nastupuje nepravidelné menstruační krvácení, až úplně vymizí. (4)

2.2.5 Senium

Senium je období navazující na období postmenopauzy (po 60. roce života ženy). Toto období se dá definovat jako klidové období pohlavních orgánů. Vaječníky mají zcela vyhaslou funkci, dochází k atrofii rodidel. Může se objevit močová inkontinence, mizí podkožní tuk, kůže ochabuje, tvoří se vrásky, vlasy řádnou a šediví. (4)

2.3 Patofyziologie ženské reprodukční soustavy

Jelikož základní funkcí ženské reprodukční soustavy je vznik nového jedince, tak hlavní poruchou ženského reprodukčního systému je neplodnost (*sterilita*). Příčinou neplodnosti může být celá řada faktorů. Sterilita ovariální etiologie vzniká na podkladě změn sekrece příslušných hormonů. Vzájemná nerovnováha hormonů je častá příčina poruch reprodukčních funkcí a ženské neplodnosti. (5)

2.3.1 Poruchy ovariálního cyklu

Poruchy ovariálního cyklu spočívají obvykle v absenci ovulace, či změně trvání fází cyklu. Protože ovariální cyklus, respektive produkce ovariálních hormonů řídí cyklus menstruační, mohou se jeho poruchy projevit též poruchami menstruace.

Anovulační cyklus (absence ovulace) je stav, kdy se zralá vajíčka neuvolňují z folikulů, zatímco většina hormonálních cyklů včetně menstruace zůstává zachovalá. Hlavní příčina anovulačního cyklu je pravděpodobně nedostatečný vzestup hladiny LH hormonu v předchozím období. Tento stav je příčinou neplodnosti.

Syndrom polycystických vaječnicků: mluvíme o relativně časté poruše, která způsobuje chronickou anovulaci. Příčinou anovulace je hormonální dysregulace, konkrétně nadbytek androgenů. Tato porucha se může projevovat oligomenoreou až amenoreou, kožními androgenními projevy. (4,5)

2.3.2 Poruchy menstruačního cyklu

Oligomenorea – méně časté menstruační krvácení, které nastává v intervalech delších 35 dnů.

Polymenorea – časté krvácení, cyklus je kratší 21 dní.

Hypomenorea – velmi slabé menstruační krvácení.

Hypermenorea – velmi silné menstruační krvácení.

Menoragie – silné intenzivní menstruační krvácení, trvá déle než 7 dní. Příčinou může být hormonální dysregulace nebo porucha krevní srážlivosti.

Metroragie – krvácení mimo menstruační cyklus, jedná se o děložní krvácení. Příčinou může být hormonální dysregulace, ale také nádorové onemocnění dělohy.

Amenorea – nepřítomnost menstruačního cyklu, v intervalech delších než 3 měsíce.

Dysmenorea – bolesti křečovitého charakteru, provázející menstruaci. Příčinou mohou být kontrakce děložní svaloviny nebo přítomnost endometriózy.

Premenstruační syndrom – soubor psychických, somatických a vegetativních příznaků, provázející ženu zhruba 5–14 dní před začátkem menstruace. Příčinou jsou cyklické změny hormonálních hladin (4,5)

3 Charakteristika onemocnění

3.1 Myom děložní sliznice

Myom, též leiomyom je nezhoubný nádor vyrůstající z hladké svaloviny děložního těla. Jedná se o hormonálně závislý mezenchymový útvar, který může dosahovat velikosti od milimetrů až po několik decimetrů. Děložní myom je monoklonální nádor, to znamená, že vzniká somatickou mutací z jediné buňky. Jedná se o nejčastější nezhoubné nádory u žen ve fertilním věku. Příčiny vzniku děložních myomů zatím nebyly objasněny a nebyly diagnostikovány specifické geny, které by za výskyt myomů odpovídaly. (6,7,8,9)

3.1.1 Incidence

Celková prevalence děložních myomů v reprodukčním věku ženy činí 20-40 %. U žen do 30 let se jedná o rozmezí mezi 20-30 % a u žen starších 30 let 50 %. Výskyt děložních myomů v těhotenství se pohybuje od 0,2-4 %.

Vyšší výskyt děložních myomů pozorujeme u žen s pozitivní rodinnou zátěží a u afroameričanek. Žena s pozitivní rodinnou zátěží (příbuzná prvního stupně), má až 2,5krát vyšší pravděpodobnost vzniku děložního myomu. Celková pravděpodobnost vzniku se s věkem zvyšuje. (6,7)

3.1.2 Etiologie

Růst děložních myomů je zaznamenán výlučně v reprodukčním období ženy, je ovlivněn ženskými hormony estrogenem a progesteronem. V buňkách děložních myomů se nachází vyšší koncentrace estradiolu. Určitý vliv vzniku děložních myomů je přiznáván také faktorům genetickým a vlivu některých látek okolního prostředí. (6,9)

3.1.3 Vliv myomů na graviditu

Děložní myomy mohou mít na graviditu významný dopad. U žen s deformací děložní dutiny vlivem děložních myomů, je jednoznačně prokázána snížená fertilita. Myomy se mohou podílet na vzniku různých těhotenských komplikací (předčasný porod, předčasné odloučení placenty, nefyziologická poloha plodu, chorobné práce děložní, obstrukce cest porodních, poporodní

krvácení). S největší pravděpodobností, je vznik komplikací v průběhu těhotenství ovlivněn počtem, lokalizací a velikostí myomů. Šanci na úspěšnou graviditu může zvýšit prekoncepční terapie nebo odstranění myomu. (7)

3.2 Rizikové faktory vzniku děložních myomů

Rizikové faktory vzniku děložních myomů nelze kvalifikovat s úplnou přesností, zatím nebyl proveden dostatečný počet klinických výzkumů. Jako jeden z hlavních rizikový faktorů se označuje **věk** ženy. Nejčastěji je ženám diagnóza děložních myomů stanovena ve 4. decenniu. Dalším rizikovým faktorem je **časný nástup menarche**. S brzkým nástupem menstruačního cyklu se zvyšuje počet buněčných dělení buněk myometria. Následkem tohoto zvýšeného počtu buněčných dělení je zvýšené riziko mutací genů řídících proliferaci myometria. Dále představuje rizikový faktor **nuliparita**, z důvodů vyšší expozice neoponovaných estrogenů při anovulačních cyklech. **Rasová příslušnost** se také považuje za rizikový faktor, afroamerické ženy mají oproti ženám kavkazského etnika až trojnásobné riziko vzniku děložních myomů. V neposlední řadě se za rizikový faktor považuje **vyšší hmotnost a nikotinismus**. (6)

3.3 Lokalizace děložních myomů ve vztahu k děložní stěně

Podle umístění v děloze rozeznáváme tři hlavní druhy myomů:

Submukózní myom – myom uložený těsně pod povrchem sliznice, klenoucí se do dutiny děložní.

Intramurální myom – myom prostupující stěnou dělohy, může deformovat děložní dutinu.

Subserózní myom – myom nedeformující děložní dutinu, narůstá na zevním povrchu dělohy a zasahuje do břišní dutiny, a to více jak 50 % svého objemu.

Stopkatý (pendulující) myom – myom spojený s dělohou pouze tenkou stopkou, může se vyskytovat z vnitřní i vnější strany dělohy. (9,11,12)

3.4 Klinické projevy

Většina děložních myomů je asymptomatická. Především záleží na velikosti, pokud je myom menší jednoho centimetru, nezpůsobuje většinou žádné potíže. Dále záleží na lokalizaci a počtu děložních myomů.

Nadměrné a nepravidelné děložní krvácení – nejčastější komplikace provázející děložní myomatózu.

Anémie – pro nadměrné krvácení, může být provázena únavou a ztrátou elánu.

Bolest a tlak v podbříšku

Pocit těžkosti, nadmutí, otok podbříšku

Dyspareunie – nepříjemný až bolestivý pocit během soulože.

Dysmenorea – viz výše.

Hypermenorea – viz výše.

Obtíže s močením – ve smyslu zadržování či úniků moči.

Obtíže s defekací – zácpa, tlak na konečník.

Infertilita – děložní myomy se častěji vyskytují u pacientek trpících infertilitou (neschopnost donosit a porodit životaschopné dítě). Ovšem pokud jsou vyloučeny jiné příčiny neplodnosti, tak děložní myomy jsou za infertilitu zodpovědné pouze ve 2-3 %. (8,9,12)

4 Diagnostika

4.1 Bimanuální vyšetření

Vyšetření pohmatem, většinou během rutinní gynekologické prohlídky lékař zjistí zvětšení dělohy. Dále se možná přítomnost děložního myomu potvrdí ultrazvukovým vyšetřením. (12)

4.2 Ultrazvuk

Vyšetření ultrazvukem je díky jeho minimální invazivitě pro diagnostiku děložních myomů nejběžnější. Lékař může zároveň posoudit stav dělohy, děložní dutiny, okolních struktur a případně odlišit myom od ostatních patologií malé pánve. Ultrazvukové vyšetření **transabdominální** tzn. přes stěnu břišní, je

technicky nenáročné a rychlé. Je optimální pro posouzení zvětšené dělohy a k popisu objemných a mnohočetných myomů. Nevýhoda transabdominálního ultrazvuku je horší přehlednost patologií zadní stěny dělohy, obtížné zhodnocení symetrie dutiny děložní a ztížený až nemožný popis drobných myomů. Ultrazvukové vyšetření **transvaginální** tzn. vaginální sondou, umožňuje detailnější vyšetření dělohy, dutiny děložní a adnex. Ultrazvuk transvaginální je vhodný k popisu drobných myomů. V diagnostice děložních myomů je rozhodně důležitá kombinace ultrazvukového vyšetření transabdominálního a transvaginálního.

Vyšetření děložních myomů metodou Dopplerovskou je nezbytné před zahájením ischemizující léčby a následné posouzení jejího efektu. (10,12,15)

4.3 Magnetická rezonance

Magnetická rezonance slouží k přesnějšímu stanovení umístění, velikosti a počtu děložních myomů. V praxi se magnetická rezonance používá málo, a to především z toho důvodu, že se jedná o finančně nákladné vyšetření. (10)

4.4 Hysteroskopie

Zobrazovací metody hysterosalpingografie, nebo sonohysteroografie jsou v dnešní době nahrazovány hysteroskopií. Hysteroskopie je metoda endoskopická, která umožní pomocí optiky zhodnotit stav děložní dutiny. Hysteroskopie slouží k účelům **diagnostickým** (hodnocení sliznice dělohy, patologických struktur, zkoumání vývojových anomálií dělohy a cílený odběr tkáně pro histologické vyšetření) i **terapeutickým** (odstranění polypů a menších submukózních myomů, resekce děložních sept pro vývojové vady dělohy). (10,13)

4.5 Histopatologické poznatky

Zobrazovacími metodami rozlišíme biologické chování myomu jen těžko. K tomu slouží histologické a imunohistochemické metody. Zásadní kritéria pro hodnocení biologického chování myomu je stupeň jaderných atypií, mitotický index, přítomnost a typ nekrózy, vztah nádoru k okolním tkáním. (14)

4.5.1 Klasifikace leiomyocelulárních nádorů

Myom (leiomyom) – nezhoubný, ostře ohraničený, kulovitý nebo oválný útvar. V buňkách myomu se často setkáváme s degenerativními změnami charakteru fibrózy, kalcifikací, s hemoragií či hyalinní nekrózou. Některé typy nezhoubných myomů mohou mikroskopicky imitovat zhoubný novotvar, proto je potřeba řádné diagnostiky.

Hladkosvalový nádor nejistého maligního potenciálu tzv. STUMP – jedná se o hraniční nebo obtížně stanovitelnou mitotickou aktivitu a nekrózu.

Leimyosarkom – tvoří 1 % zhoubných nádorů děložního těla, je poměrně vzácný. Typické pro leimyosarkom jsou jaderné atypie, vysoký mitotický index a koagulační typ nekrózy. Dělíme ho na epiteloidní a myxoidní typ. (14)

5 Terapie

5.1 Konzervativní terapie

5.1.1 Perorální léčba

Perorální léčba je zahájena, pokud u žen s diagnózou děložních myomů propuknou krvácivé obtíže. Především jde bohužel jen o léčbu symptomatickou. Mezi běžně používaná léčiva patří **hemostyptika** (kyselina amino-metyl benzonová, tranexamová nebo askorbová), **uterotonika** (námelové preparáty), či účinnější **hormonální preparáty** (gestageny, hormonální antikoncepce, nitroděložní tělísko s levonorgestremem). Medikamentózní léčba slouží spíše jako předléčba děložních myomů k chirurgickému odstranění (myom se zmenší), zmírnění krvácení a případně pro úpravu vzniklé anémie. (16)

5.1.2 Ulipristal acetát (Esmya)

První perorální selektivní modulátor progesteronového receptoru je ulipristal acetát (Esmya). Lék Esmya má tři základní vlastnosti: blokuje ovulaci, podmiňuje změny endometria a negativně ovlivňuje růst děložních myomů. Lék Esmya má na ženy trpící děložními myomy pozitivní vliv a zlepšuje kvalitu jejich života. Staví krvácení a zmenšuje objem děložních myomů. Tyto účinky léku Esmya přetrvávají i půl roku po ukončení léčby. Předchůdcem léku Esmya jsou

tzv. **analogu GnRH** oproti léku Esmya způsobuje nežádoucí vedlejší účinky a je finančně náročnější. (17)

5.2 Chirurgická terapie

Mezi metody chirurgické lze řadit myomektomii, hysterektomii a metody ischemizující. Chirurgická léčba je indikována v případě selhání léčby konzervativní, dále u žen, které si přejí zachovat dělohu, nebo u žen plánujících graviditu, v čemž jim brání myomy vážně deformující dělohu. (8)

5.2.1 Myomektomie

Myomektomii řadíme mezi fertilitu zachovávající chirurgické výkony, dle přístupu ji lze dělit na **laparoskopickou, laparotomickou, hysteroskopickou a vaginální**. Hysteroskopickou metodou lze odstranit myomy submukózní, laparoskopicky a laparotomicky lze odstranit myomy intramurální a subserózní. Volba laparoskopického či laparotomického přístupu se odvíjí od zkušenosti operátora, velikosti, počtu a lokalizace děložních myomů. Nevýhody laparotomického přístupu spočívají v delší a bolestivější rekonvalescenci, větší krevní ztrátě a vyššímu výskytu pooperačních intraabdominálních adhezí. Co se plánování gravidity týče, tak po myomektomii je relativně vysoké procento recidivy (27-51%), proto je pro ženu dobré otěhotnět v nejbližší době po provedení tohoto výkonu. Reprodukční výsledky u žen po laparoskopické či laparotomické myomektomii jsou srovnatelné.

Myomektomie laparoskopická, v dnešní době dominující metoda v chirurgické léčbě děložních myomů. Myomektomie laparoskopická ve většině případů nahradila myomektomii laparotomickou, jedná se o minimálně invazivní chirurgický výkon, vyžadující perfektní schopnosti operátora provádět laparoskopickou suturu defektu myometria v několika vrstvách. Více vrstev sutury zajistí dostatečnou pevnost myometria, a v graviditě se tak snižuje riziko ruptury dělohy. Výhody laparoskopického přístupu spočívají v kratší době hospitalizace, rychlejší rekonvalescenci, nižší spotřebě analgetik, menší krevní ztrátě během výkonu, nižšímu výskytu pooperačních infekcí a v neposlední řadě také lepší finální kosmetický efekt. (18,8,11,19)

5.2.2 Hysterektomie

Hysterektomie neboli chirurgické odstranění dělohy je definitivní řešení u pacientek se symptomatickými myomy. Hysterektomie by měla být nabídnuta ženám, které již nemají reprodukční plány a jsou seznámeny s alternativními metodami. U asymptomatických žen v postfertilním období lze zvolit vyčkávací a pozorující postup. Cílem je vyhnout se zbytečným intervencím. Hysterektomii lze provést metodou laparoskopickou, laparotomickou či vaginální. (11)

5.3 *Ischemizující terapie*

5.3.1 Laparoskopická okluze uterinních arterií (LUAO)

Jedná se o ischemizující metodu spočívající v přerušení uterinních arterií, které jsou hlavními krevními zásobovači dělohy. Oproti okolnímu myometriu je svalovina myometria citlivější na hypoxii. Přerušení uterinních arterií lze provést laparoskopicky koagulací, použitím harmonického skalpelu či naložením klipu. Celkové výsledky ukazují na to, že dominantní myom se může zmenšit až o 76 % a objem dělohy až o 40 %. Díky LUAO mohou významně ustoupit subjektivní potíže pacientky způsobené útlakem myomu. V porovnání s embolizací myomu má LUAO nižší procento výskytu komplikací v těhotenství a během porodu. Dle studií, které srovnávají embolizaci a LUAO, se ukázalo, že po embolizaci uterinních cév je větší frekvence spontánních potratů a předčasných porodů. (19,20)

5.3.2 Embolizace uterinních arterií (UAE)

Jedná se o radiologickou katetrizační invazivní metodu, jejíž cíl je částečné nebo úplné uzavření řečiště uterinní arterie. Dříve byly k uzavření používány polyvinylalkoholové částice aplikované do femorální arterie. V dnešní době jsou využívány k uzávěru uterinní arterie embolizační hydrofilní partikule. Katetrizace se provádí do pravé arterie femoralis. Výkon je indikován gynekologem a prováděn radiologem. Tato léčba je využívána k léčbě symptomatických myomů. Výsledky uterinní embolizace jsou srovnatelné s

myomektomií či hysterektomií. Je však spojena s vyšším rizikem chirurgické intervence v následujících 2-5 letech po provedení uterinní embolizace. Otázkou stále zůstává těhotenství v děloze po radiologickém zákroku, některé studie ukazují na vyšší riziko samovolných potratů. (20)

5.4 Léčba fokusovaným ultrazvukem

Jedná se o atraktivní neinvazivní metodu tepelného odstranění symptomatického myomu. Ultrazvukový paprsek pronikne skrz měkkou tkáň a zaměří na cílová místa, kde způsobuje vysoké teploty 55–90° po dobu několika vteřin. Ve výsledku jsou vytvořeny dobře definované oblasti proteinové denaturace, nevratné poškození buněk a koagulační nekrózy, zatímco překrývající se a okolní tkáň jsou ušetřeny. Paprsek je cíleně zaměřen pomocí magnetické rezonance, a postupně zahřívá celou oblast myomu po malých částech. Součástí ošetření je i teplotní mapa, která zobrazí ošetřenou oblast. Výhodami této metody je vysoce selektivní efekt a minimum nežádoucích vedlejších účinků, a také větší šance na úspěšnou graviditu. (20,21)

5.5 Myolýza

Princip myolýzy je podobný, jako u odstraňování myomů fokusovanou energií. Zprvu byl pro indukci koagulační nekrózy využíván odymium-aluminium-garnet laser, dnes jsou více využívány radiofrekvenční sondy, nebo kryosondy. Sonda je laparoskopicky opakovaně zaváděna do tkáň myomu, a mění tkáň myomu na méněcennou a jizevnatou. Tato procedura není vhodná pro ženy, které plánují graviditu z toho důvodu, že v těhotenství by mohla hrozit ruptura dělohy. (8)

6 Komplikace laparoskopického výkonu

6.1 Komplikace během laparoskopické operace

Během laparoskopické operace mohou vzniknout tyto komplikace:

Silné krvácení – mnohdy s nutností podání krevního převodu (transfuze), velmi vzácně může dojít i k poranění velké tepny a vzniknout tak smrtelné krvácení.

Poranění okolních orgánů – močový měchýř, močová roura, močovody, tlusté a tenké střevo, velké cévy a nervy. Neúmyslné poranění okolních orgánů vzniká především u komplikovaných výkonů tzn. pokud je pacientka obézní, má srůsty v dutině břišní, nebo anatomické odchylky.

Otlak měkkých tkání, obrna nervů – tato komplikace vzniká vzácně, a to především v důsledku polohy během operace. Tyto změny ve většině případů odezní do několika týdnů.

Místní poškození kůže – tato komplikace vzniká při dlouhotrvajícím výkonu, a to v místě styku kůže s podložkou. Místnímu poškození kůže nelze v některých případech ani přes preventivní opatření zabránit, zejména u obézních patientek. (22)

6.2 Komplikace po laparoskopické operaci

Dočasná porucha vyprazdňování močového měchýře a střevních kliček – tato komplikace během několika dnů odezní.

Infekce operační rány, dutiny břišní, nebo močových cest – komplikace, během které je někdy nutné zahájit ATB léčbu. Velmi vzácně může dojít k abscesu, který je nutno vyprázdnit.

Píštěl – jedná se o vzácnou komplikaci. Píštěl může vzniknout mezi močovým měchýřem a pochvou, nebo střevem a pochvou tato komplikace vyžaduje další operační výkon.

Trombóza – neboli utvoření krevní sraženiny v žilách např. pánevního dna

Embolie – následné zanesení krevní sraženiny např. do plic, tam může vzniknout uzávěr žilního řečiště a v krajním případě může způsobit smrt. (22)

7 Kazuistika

Pacientka H. K. přijata na Gynekologicko – porodnickou kliniku k plánovanému výkonu, odstranění vícečetné myomatózy dělohy.

7.1 Anamnéza

Anamnéza (řecky *Anamnesis* – rozpomínání), jedná se o řízený rozhovor dle dané osnovy. Během první návštěvy lékaře se nemocného, popřípadě jeho blízkých, ptáme na tzv. předonemocnění – tzn. dobu, která nemoci předcházela, a to z toho důvodu, že lze odhalit možné souvislosti s onemocněním stávajícím. Anamnézu lze dělit na **lékařskou**, prováděnou lékařem, a anamnézu **ošetřovatelskou**, prováděnou sestrou. Anamnéza je záležitost jednorázová, jelikož minulost se nemění, ale lze ji v průběhu léčby doplnit, pokud se pacient rozpomene, např. na dědičnou chorobu v rodině a tím může urychlit diagnostiku. (23)

Základní informace o pacientce:

Jméno a příjmení: H. K.

Pohlaví: žena

Rok narození: 1973

Věk: 43let

Stav: Svobodná

Kontaktní osoba: matka

Povolání: Průvodkyně

Přijetí k hospitalizaci: 19. 2. 2017 (25)

7.1.1 Lékařská anamnéza

Nynější onemocnění:

Pacientka přijata pro silnou a bolestivou menstruaci při dg. uterus myomatosus k plánované operaci LPSK – myomektomie

Rodinná anamnéza:

Matka hypertenze, otec hypertenze, bratr zdrav

Osobní anamnéza:

Běžná dětská onemocnění, vážněji nestonala

Interní onemocnění: arteriální hypertenze, sekundární anémie

Dispenzarizace: neudává

Operace, úrazy: 1992 LPSK APPE

TRF: 0

Varixy, poruchy srážlivosti krve: 0

Abusus: příležitostná kuřačka – nyní vůbec, alkohol minimálně, drogy ne

Alergická anamnéza:

Na léky a dezinfekci neguje

Farmakologická anamnéza:

Nebilet tbl. 0-0-1/2 (sympatolytika), Tolura 80mg tbl. 1-0-0 (hypotenziva)

Sociálně pracovní anamnéza:

Průvodkyně, žije s partnerem

Gynekologická anamnéza:

Od 15 let pravidelný menstruační cyklus, bolestivý silné intenzity včetně koagul

Poslední preventivní vyšetření: říjen 2016

Poslední menstruace: 31. ledna 2017

Porod: 0

UPT: 0

AB: 0

Malé výkony: 0

Zákroky na děložním hrdle: 0

Gynekologické onemocnění: uterus myomatosus

Stav při přijetí:

Hmotnost: 95 kg, výška: 182 cm, TK: 150/87 P: 75/min TT: 36, 4°C.
Pacientka při plném vědomí, orientovaná, spolupracuje, emočně stabilní, bez cyanosy, ikteru, eupnoická, přiměřené hydratace a výživy, samostatně pohyblivá. Hlava nebolestivá, zornice izokorické, bez zarudnutí, jazyk plazí ve střední čáře, nepovleklý, sliznice růžové, náplň krčních cév přiměřená, uzliny nezvětšeny. Hrudník souměrný, dýchá pravidelně, akce srdeční pravidelná. Břicho dýchá v celém rozsahu, prohmatné, měkké, nebolestivé, bez známek peritoneálního dráždění, peristaltika přiměřená. Tapottement bilaterálně negativní.

Končetiny bez otoků, bez známek TEN či jiných poruch prokrvení, hybnost normální. Subjektivně se cítí dobře, nachlazená není, nekrvácí, močení a stolice bez obtíží, zimnici a třesavku neudává, herpes neudává.

Bolest:

Neudává

Diagnostická rozvaha a závěr:

Uterus myomatosus

Nulipara

Arteriální hypertenze

Sekundární anémie

Předpokládaná doba hospitalizace:

4-6 dnů

Doporučení:

Dnes ARO konzilium, zítra ad operační sál – LPSK, eventuálně LPT. Dále viz denní dekurz. Pacientka poučena, že nebude užívat své léčivé přípravky a byla lékařem seznámena s režimem podávání léčivých přípravků na oddělení a jejich účincích. (25)

7.1.2 Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelská anamnéza odebrána 1. pooperační den 21. 2. 2017 formou rozhovoru s pacientkou. Doplňující informace byly získány ze zdravotní dokumentace a rozhovorem s ošetřujícím lékařem. Pro odběr ošetřovatelské anamnézy jsem použila formulář 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

Získané informace byly dosazeny do vybraného ošetřovatelského modelu dle Marjory Gordon – jehož základní strukturou je dvanáct oblastí, označovaných jako dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec zastupuje určitou část zdraví. Jeho popis a zhodnocení umožní sestře odhalit, zda se jedná o funkční či dysfunkční vzorec zdraví. Zdravotní stav jedince je vyjadřován jako bio-psycho-sociální interakce. (24)

Dvanáct vzorců zdraví dle Marjory Gordon obsahuje:

„1. **vnímání – udržování zdraví**, obsahuje vnímání zdraví a pohody jedincem a způsoby jakými se stará o vlastní zdraví,

2. **výživa – 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 – cvičení** obsahuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami, zahrnuje aktivity denního života, volného času a rekreační aktivity,

5. **spánek – odpočinek** zahrnuje způsob spánku, oddechu, relaxace,

6. **citlivost (vnímání) – poznávání** obsahuje schopnost smyslového vnímání a poznávání, včetně bolesti, a poznávací (kognitivní) schopnosti jedince: orientace, řeč, paměť, abstraktní myšlení, schopnost rozhodování atd.,

7. **sebepojetí – sebeúcta** vyjadřuje, jak jedinec vnímá sám sebe, jakou má o sobě představu,

8. **role – vztahy** obsahuje přijetí a plnění životních rolí a úroveň interpersonálních vztahů,

9. **reprodukce – sexualita** zahrnuje reprodukční období a sexualitu, včetně spokojenosti, změn,

10. **stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance** obsahuje celkový způsob tolerance a zvládání stresových či zátěžových situací,

11. **víra – životní hodnoty** obsahuje individuální vnímání životních hodnot, cílů a přesvědčení, včetně víry (náboženského vyznání) a transcendentna (to, co překračuje naši rozumovou a smyslovou zkušenost), které jedince ovlivňují,

12. **jiné.**“ (Pavlíková, 2006, s. 101)

Vnímání a udržování zdraví:

Paní H. K. si byla již pár let vědoma svého zhoršeného zdravotního stavu, nejdříve jí obvodní gynekoložka upozorňovala na cystu na vaječniku a doporučovala chirurgickou léčbu, kterou paní H. K. odmítla podstoupit. Později byl paní H. K. diagnostikován myom dělohy. Paní H. K. to vzhledem k tehdejší špatné životní situaci a stresu odmítala řešit. Po uplynutí zhruba dvou let, jí k prvotnímu myomu diagnostikovali další myom u hrdla dělohy. Jak už je pro

diagnózu děložních myomů typické, paní H. K. začaly provázet nepříjemné klinické symptomy, především silná, dlouhá a bolestivá menstruace. V roce 2016, se po dlouhé observaci paní H. K. rozhodla vyhledat pomoc specialisty a podstoupit chirurgický zákrok.

Výživa a metabolismus:

Paní H. K. nedrží žádnou dietu, a neuvádí žádnou potravinovou alergii. Za normálních okolností v domácím prostředí chuť k jídlu nepostrádá a jí téměř vše, není vybíravá. Přiznává, že má problém s dodržováním pravidelnosti stravování, většinou se stravuje večer po příchodu z práce. Vzhledem k momentálnímu pooperačnímu období, tzn. 1 pooperační den, má paní H. K. naordinovanou dietu č. 1/S (kašovitá). Ovšem zatím chuť k jídlu postrádá. Týden před operací paní H. K. držela speciální bezsezbytkovou dietu, kterou pacientky před LPSK – myomektomií standardně dodržují. Během zmiňovaného týdne diety, udává paní H. K. úbytek váhy 3 kg. Paní H. K. není zvyklá hodně pít, za den vypije okolo 1 litru tekutin, především čaje.

Paní H. K. měří 182 cm, váží 99 kg, BMI 30 - tzn. obezita prvního stupně. S ohledem na budoucí reprodukční plány, úspěšnou rekonvalescenci a hojení ran, by měla paní H. K. zvážit redukční dietu a pravidelný stravovací režim.

Operační rány jsou klidné, kůže bez známek zarudnutí, bez otoků. Riziko vzniku dekubitů, dle Nortonové je 31 - tzn. v normě.

Vylučování:

Paní H. K. žádné obtíže s vyprazdňováním stolice neudává. Poslední stolici měla v den nástupu do nemocnice 19. 2. 2017 po užití laxativ (2 lahvičky Natrium hydrogen phosphate dodecahydrate 150ml, a 1 lahvičku magnezium sulfuridum 20 % 250ml). V domácím prostředí má stolici pravidelnou, laxativa nikdy dříve užívat nemusela. Momentálně paní H. K. začínají odcházet plyny, má fonendoskopem dobře slyšitelnou střevní peristaltiku, ale nutkání na stolici zatím nemá.

Co se týče vyprazdňování moče, tak vzhledem k diagnóze děložních myomů, měla před operací častější pocit plného močového měchýře, tím pádem chodila častěji na toaletu. Nyní má zaveden Folleyův PMK Ch 14, který odvádí čistou moč. Pocení je v normě.

Aktivita, cvičení:

Paní H. K. se vzhledem k pracovnímu vytížení žádnému sportu aktivně nevěnuje. Bydlí v malé vesnici, bez sportovního zařízení. S partnerem občas chodí na výlety, procházku, či kulturní akce. Do budoucna by to chtěla ovšem změnit, o své nadváze ví a vzhledem k plánované graviditě by chtěla v nejbližší době váhu zredukovat.

Po operaci je paní H. K. dle Barthelové škály základních všedních činností hodnocena jako lehce závislá, během provádění základních denních činností, jako je stravování či hygienická péče vyžaduje asistenci sestry. S fyzioterapeutkou paní H. K. nacvičuje správnou vertikalizaci z lůžka, je edukována o pooperačním pohybovém režimu. Dle Conleyové škály hodnotící riziko pádu je paní H. K. hodnocena jako bez rizika.

Spánek, odpočinek:

Paní H. K. uvádí, že doma chodí spát nepravidelně a relativně pozdě, tzn. okolo 24:00 někdy i později. Ráno vstává v 5:30 do práce. Spí přibližně 4-6 hodin denně, žádné léky na spaní neužívá, její spánek je kvalitní a unavená se necítí. Přes den spát nechodí.

Se spánkem v nemocnici má paní H. K. problém, chybí jí domácí prostředí. Také jí ruší přítomnost ostatních pacientek. Den před operací díky stresu nemohla usnout ani po požití léku na spaní. V den operace paní H. K. v noci spala, nejspíše z důvodu silnější analgezie a doznívající anestezie. I přes podaná analgetika však v noci cítila lehkou bolest v podbřišku VAS 2-3. Paní H. K. v nemocnici přes den pospává.

Citlivost (vnímání) a poznávání:

Paní H. K. uvádí, že se jí zhoršil zrak a bude si muset v brzké době pořídit brýle na čtení. S řečí a sluchem žádný problém nemá, nepoužívá žádné kompenzační pomůcky a je plně orientovaná místem i časem.

V současné době je paní H. K. ráda, že se operace povedla a zůstala jí zachována děloha. Nynější plán je zaměřit se na graviditu a udělá vše proto, aby byla co nejdříve zpět v běžném životě.

Sebeúcta, sebepojetí:

Paní H. K. je dle jejího tvrzení cílevědomá a sebevědomá žena, chce být dobrá matka a partnerka. V životě si zažila pár nehezkých chvil, a jak říká „ocitla se párkrát na dně“, ale na druhou stranu razí heslo, „co mě nezabije, to mě posílí“. Operaci vnímá jako start do další životní etapy. Momentálně má šťastný vztah, práci co jí naplňuje a jediné co jí v životě chybí, je potomek.

Role, vztahy:

Paní H. K. bydlí v menší vesnici, kde si před pár lety s bývalým přítelem koupili dům na úvěr. Jejich cesty se po nějaké době rozešly a paní H. K. zůstala na všechno sama, zažívala velký stres, měla problémy v práci a do toho přišla ošklivá rodinná tragédie. Tenkrát začaly její gynekologické potíže, nebyl však prostor na to řádně je vyřešit. Potkala dalšího partnera, který jí po pár letech společného života sdělil, že s ní rodinu zakládat nechce. Jejich cesty se opět rozešly, paní H. K. bylo tehdy 40 let. Gynekologické potíže se zhoršovaly, ale stále budovala kariéru a své zdravotní problémy odkládala. Tenkrát potkala svého nynějšího partnera, se kterým je do dnes. Paní H. K. je nyní 43 let, její životní situace se stabilizovala. Dnes má fungující vztah a partnera, který s ní plánuje založit rodinu. Ovšem pod podmínkou, že dá svůj zdravotní stav do pořádku. Kromě vztahu má také milující rodinu, která jí byla vždy oporou a dobrý kruh přátel.

Reprodukce, sexualita:

Paní H. K. dlouhodobě sužovaly gynekologické potíže, dlouhá a bolestivá menstruace, kvůli které trpí také sekundární anémií. Nejvíce ji ovšem trápí, že navzdory svému relativně vysokému věku (43 let), ještě neporodila potomka a s diagnózou děložních myomů by se jí s největší pravděpodobností nepodařilo otěhotnět, nebo by hrozilo vysoké riziko potratu. Nyní je šťastná, že operace proběhla úspěšně a podařilo se dělohu zachovat. Její největší prioritou je se co nejdříve plně uzdravit a založit rodinu.

Zátěžové situace, stres:

Paní H. K. zažila největší stres zhruba před 5 lety, kdy zůstala sama na splácení hypotéky. Prožila období, kdy se problémy jen hromadily, do toho začala mít zdravotní potíže. Toto nepříjemné životní období završila tragédie v rodině, o které paní H. K. nechce mluvit. Vlivem těchto okolností byla paní H. K.

diagnostikována arteriální hypertenze. Momentálně má největší obavy ze svého zdravotního stavu, a především z toho, že bude mít problém s otěhotněním.

Životní hodnoty, víra:

Paní H. K. není věřící, ale víru nikomu nevyvrací. Jako největší životní hodnotu bere vztah a rodinu. To je pro ni nejdůležitější v životě.

8 Průběh hospitalizace

Paní H. K. byla přijata na Gynekologickou kliniku k plánovanému výkonu LPSK eventuálně LPT – myomektomie.

Paní H. K. se dostavila k příjmu den před plánovanou operací 19. 2. 2017 v 11:00 hod. do všeobecné ambulance kliniky. Ve všeobecné ambulanci jí byl vystaven chorobopis. S chorobopisem dále pokračovala na standardní pooperační oddělení, kde měla nastoupit k plánované hospitalizaci.

1. Den hospitalizace

V 11:20 hod. se Paní H. K. hlásí k příjmu na standardním oddělení, kde se jí ujímá sestra ve službě.

Sestra si od paní H. K. převezme veškeré dokumenty, a následně je kontroluje. Na pravou ruku jí přidělí identifikační náramek. Dále sestra pacientku zváží, a měří jí vitální funkce.

Vitální funkce při příjmu: TK: 150/ 87 P: 76' TT: 36,4 °C, výška: 182 cm, váha: 98 kg.

Poté sestra paní H. K. provede po oddělení, ukáže jí kde se nachází toalety, koupelna, kuchyňka a nakonec její pokoj. Vysvětlí paní H. K. kde si může uložit věci, jak obsluhovat polohovací lůžko a kde najde signalizační zařízení. Potom sestra zanechá pacientce prostor, aby si mohla vybalit věci a zadaptovat se.

12:00 se sestra vrací do pokoje pacientky provést řádnou edukaci, odebrat ošetřovatelskou anamnézu a vyplnit s pacientkou potřebné formuláře k plánovanému přijetí (souhlas s hospitalizací, ošetřovatelskou dokumentací).

Nejprve sestra zjišťuje základní informace. Pacientka se léčí s hypertenzí a užívá chronickou medikaci: Nebilet tbl. 0-0-1/2, Tolura 80mg tbl. 1-0-0. Chronickou medikaci si sestra přebere a edukuje pacientku o tom, že po dobu hospitalizace bude veškeré medikamenty užívat dle ordinace lékaře. Pacientka

žádnou speciální dietu nedrží, alergie neudává. Zjištěné informace sestra pečlivě zaznamená do ošetrovatelské dokumentace.

Dále se sestra věnuje poučení o předoperačním režimu. Vysvětlí pacientce, že z důvodu zpřehlednění operačního pole během operace, je nutné vyprázdnění střevních kliček. Z toho důvodu bude muset během dnešního odpoledne, vypít 3 lahvičky laxativ. Laxativa (konkrétně 2 lahvičky Natrium hydrogen phosphate dodecahydrate 150ml, a 1 lahvičku magnezium sulfuridum 20 % 250ml) bude pacientka pít s hodinovým rozestupem. Sestra poučí pacientku, že každou lahvičku zapije minimálně 0,5 litrem vody nebo čaje. Po užití poslední lahvičky, by měla vypít minimálně 1,5 litru tekutin. Paní H. K. všemu rozumí. Sestra pokračuje edukací o dietním režimu, vysvětluje pacientce, že dnes již nebude nic jíst, a od půlnoci nesmí ani pít a kouřit.

Na závěr paní H. K. seznámí s vizuální analogovou škálou bolesti (viz. příloha č. 1) a chodem oddělení.

12:45 na oddělení přichází lékař, aby s paní H. K. sepsal příjmovou dokumentaci. Lékař pacientce vysvětlí průběh operace. Seznámí ji s možnými komplikacemi, které mohou nastat. Zodpoví pacientce veškeré dotazy týkající se operace a na závěr lékař i pacientka podepíší informovaný souhlas s operací.

Z lékařského příjmu vyplývají tyto informace:

- Dnes ARO konzilium, dle toho premedikace
- Od půlnoci lační
- K výkonu bandáž DK
- Střevní příprava dle zvyklosti oddělení
- Zítra ad operační sál dle programu
- Objednat 2x TU ERY do depa
- K výkonu ATB: Unasyn 1,5g 2 lahvičky. (25)

13:00 Sestra plní ordinace lékaře, provede paní H. K. odběr krve na transfuzní stanici, kde laborantky nakříží 2 TU ERY do rezervy. Dále sestra předá paní H. K. zmiňované 3 lahvičky laxativ, pacientka vzápětí začíná s vyprazdňováním.

13:30 Na oddělení přichází lékař z anesteziologie (ARO lékař). Nejprve si zkontroluje předoperační vyšetření, poté si jde s pacientkou krátce pohovořit o jejím zdravotním stavu. Vysvětlí jí průběh celkové anestezie a upozorní jí na možná rizika. Společně podepíše informovaný souhlas s anestezií. Na závěr paní H. K. informuje o premedikaci.

Ordinace ARO lékaře:

- NN: Frontin 0,5mg p. o. (Anxiolytika)
- Ráno: 6:00 Tolura 80mg p. o. při TK>150/100
- Ráno: 6:30 Frontin 0,5mg p. o. (25)

Po zbytek odpoledne se paní H. K. vyprazdňuje, dle pokynů sestry se snaží dbát na zvýšený příjem tekutin. K večeru hlásí sestře, že při stolici odchází pouze voda.

Ve 20:00 přichází do pokoje noční sestra paní H. K. informovat, že nastávající den pojede na operační sál jako první v pořadí. Vysvětlí pacientce, že po operaci bude převezena na JIP, kde stráví minimálně jednu noc. Poprosí pacientku, aby si sbalila věci, které si na JIP vezme s sebou. To znamená hygienické potřeby, ručník, přezůvky, župan, telefon a klidně něco na čtení. Dále paní H. K. vysvětlí, že na operační sál musí odjet vysprchovaná, s kompletně oholenými rodidly, nenamalovaná, bez šperků a s nenalakovanými nehty.

Ve 22:00 přichází sestra znovu a podá paní H. K. Frontin 0,5mg p. o. dle ordinace ARO lékaře.

2. Den hospitalizace / 0. pooperační den

Ráno v 6:00 do pokoje přichází sestra, probudí paní H. K. a měří jí vitální funkce:

TK: 131/79 P: 65' TT: 36,4 °C. Dle hodnot TK sestra ranní medikaci Tolura 80mg p. o. nepodá.

Po změření vitálních funkcí odchází paní H. K. do sprchy a na toaletu. Když je pacientka vysprchovaná a vymočená zpět v lůžku, tak sestra provede kontrolu odlíčení, odlakování nehtů a oholení rodidel. Zeptá se pacientky, zda sundala všechny šperky. Vysvětlí jí, že na operační sál na sobě smí mít pouze nemocniční košili a bandáže DK. Pacientka je připravena. Na závěr sestra provede

dezinfekci pupku (štetičkou namočenou v jodovém roztoku), a elastickým obinadlem vyváže paní H. K. vysokou bandáž DK.

V 6:30 podá sestra pacientce Frontin 0,5mg p. o.

V 7:30 přijíždí sanitář ze sálu. Pomůže pacientce nastoupit na převozové lůžko, přikryje pacientku prostěradlem. Sestra předá sanitáři zdravotnickou dokumentaci a 2 lahvičky Unasynu 1,5g dle ordinace lékaře. Sanitář převezve pacientku na endoskopický sál.

08:10 V klidné celkové anestezii zahájena operace LPSK – myomektomie. Enukeace dvou dominantních myomů. Na OS zaveden Redonův drén Ch 14 do malé pánve, celková krevní ztráta cca 700ml. Do PŽK (zavedeného na OS během výkonu) aplikován Unasyn 1,5g i. v. /20ml fl/1 a MEM 1 amp. (Uteretionika) i. v. pomalu jako bolus. Operace proběhla bez komplikací.

09:26 ukončení operace. Doporučení lékaře: standardní pooperační monitoring vitálních funkcí a SpO2. ATB dále nepodávat. Redonův drén zaveden do malé pánve, zapojit hned. 16:00 KO + zítra ráno KO.

09:40 příjezd pacientky z operačního sálu, na endoskopický JIP. Zde si pacientku přebírám do péče já. Pacientka leží v poloze na zádech, s lehce zdviženým podhlavním panelem. Je spavá, ale reaguje na oslovení. Připojím pacientku k monitoraci.

Vitální funkce po příjezdu z operačního sálu jsou: TK: 150/70 P: 75‘ SpO2: 92 %, zahájím O2 terapii kyslíkovou maskou 5 l/min. dle ordinace ARO lékaře. Dále vizuálně kontroluji poševní krvácení a krytí operačních ran, které neprosakuje. Pacientce byl na OS zaveden PMK Folleyův Ch14 do močového měchýře, Redonův drén Ch14 do malé pánve (který neobtéká). Dále byl pacientce na OS zaveden PŽK velikosti 18G na PHK do *v. mediana cubiti* a PŽK velikosti 18G na PHK do *v. cephalica*. Kontroluji okolí těchto invazivních vstupů. Na závěr připevním PMK a Redonův drén ke straně lůžka. Kladu důraz na to, aby nikde nedošlo k zalomení odvodné hadičky. Dle ordinace operátéra ihned zapojuji podtlak Redonova drénu.

Infuzní roztok Isolyte z OS pověším na infuzní stojan a pustím rychlostí 200ml/h dle ordinace ARO lékaře. Pacientka je stabilizovaná, bolesti neudává.

Ordinace ARO lékaře:

- Monitorace: TK+ P 1 hod. á 10 min. + SpO2 kontinuálně 60 min. Dále dle ošetřujícího lékaře
- P+ V tekutin: á 6 hod
- Příjem tekutin p. o. možný 2 hod. po příjezdu z operačního sálu
- Oxygenoterapie: O2 maskou 5 l/min. 90 min. dále jen při Spo2 <90 %.
- Medikace: Fraxiparine 0,4ml. (Antikoagulancia, fibrinolytika, antifibrinolytika) s. c. v 13:00 hod. á 24 hod. Při nauze, zvracení: Ondansetron 4mg inj. (Antiemetika, antivertiginóza) pomalu i. v. lze á 8 hod
- Kontrolní laboratoř: 16: 00 – KO + mineralogram
- Infuzní terapie: Dokapat Isolyte 900ml z OS rychlostí 200 ml/h. Dále R1/1 1000ml + KCL 7,45 % 30ml + CaCl2 10ml rychlostí 150ml/h
- NN: Frontin 0,5mg p. o.
- Analgezie: Almira inj. 75mg (Antirevmatika, antiflogistika, antiuratika) do 100ml fl/1 kape 20 min. i. v. po příjezdu z OS zle opakovat á 12 hod., Novalgin inj. 1 g (Analgetika, antipyretika) do 100ml fl/1 kape 15 min. i. v. lze opakovat nejdříve za 4-6 hod. max. 5 g/24 hod., při trvající bolesti Dipidolor inj. 15mg (Analgetika – anodyna) s. c. lze opakovat nejdříve za 6 hod. (25)

Po příjezdu pacientky z OS volám ošetřujícího lékaře, aby přišel pacientku přijmout na oddělení a potvrdit ARO ordinace. Do té doby plním ordinace ARO lékaře, kontroluji krvácení, vitální funkce (viz. tabulka níže) a celkový stav pacientky.

Tabulka č. 1: *Kontinuální monitorace vitálních funkcí 60 min po příjezdu pacientky z OS. (25)*

Čas:	9:40	9:50	10:00	10:10	10:20	10:30	10:40
TK	150/70	149/75	148/80	148/78	145/80	138/82	140/79
P	75°	76°	78°	82°	74°	78°	85°
SpO2	92 %	96 %	98 %	98 %	96 %	97 %	98 %

10:20 Na oddělení přichází ošetřující lékař, kontroluje celkový stav pacientky. O průběhu operace jí zatím neinformuje, jelikož pacientka stále spí po narkóze, a nejspíš by si informace ještě nepamatovala. Potvrzuje ordinace ARO lékaře, které jsou platné do ranní vizity. Vytiskne nový příjmový dekurz, ze kterého vyplývají tyto ordinace:

- Ordinace dle ARO rozpisu
- TK+ P 2 hod. á 30 min. dále á 1 hodina do rána
- Zítرا ráno: R1/1 500ml i. v. rychlostí 150ml/h
- Zítرا ráno: KO + mineralogram.
- Chronická medikace: Nebilet tbl. p. o. 0-1/2-0-0, Tolura 80mg tbl. p. o. 0-0-0-1 (25)

11:20 Kontroluji celkový stav a krvácení pacientky. Po odkrytí příkrývky zjišťuji, že pacientka silněji zakrvácela z pochvy. Volám ošetřujícího lékaře, po vyslechnutí telefonické ordinace přivezu z operačního sálu UZ. Volám sálovou sestru, která pacientce přijde udělat HemoCue test u lůžka – výsledek je 89 HB. Přichází lékař a provádí UZ kontrolu břišní dutiny a malé pánve.

Výsledek UZ vyšetření na lůžku: Volná tekutina není, ledviny fyziologické, malá pánev orientačně fyziologická, děloha orientačně fyziologická bez patologického obsahu.

Lékař do dekursu doplňuje ordinace:

- 1 amp. MEM i. v. pomalu jako bolus, podat ihned
- kontrola poševního krvácení (25)

11:40 Paní H. K. je již probuzena. Do PŽK aplikuji 1 amp. MEM i. v. dle ordinace lékaře. Poté jí společně s kolegyní převlečeme lůžko a omyjeme rodidla. Pomohu jí obléct otevřenou košili, aby se cítila lépe. Pacientka je již více než 2 hodiny po výkonu, informuji jí, že může začít pomalu pít a naliji jí čaj. Na stůl ji umístím záznam, na který bude psát čárku za každou vypitou skleničku (1 sklenička se počítá jako 200 ml).

Edukuji paní H. K. o tom, že kdyby měla pocit, že krvácí, ať to ihned hlásí. Po příjezdu z OS jsem pacientce podala Almira 75mg i. v. do F1/1 100 ml

dle ordinace ARO lékaře, od té doby zatím pacientka bolesti neudává. Cítí se dobře a pospává.

13:00 Aplikuji Fraxiparine 0,4 ml s. c. do kožní řasy v břišní oblasti.

15:00 Paní H. K. udává zvýšenou intenzitu bolesti v oblasti podbřišku VAS 3, podávám pacientce Novalgin 1 g i. v. do F1/1 100 ml dle ordinace ARO lékaře. Za půl hodiny pacientka udává bolesti v podbřišku VAS 2. Dále plním ordinace lékaře, v 16:00 odeberu krev na KO a mineralogram a odešlu ho do laboratoře.

Tabulka č. 2: Výsledek KO a mineralogramu 0. Pooperační den 16:00 (25)

Krevní obraz:		Mineralogram:	
Leu:	16,50	Na:	140
Ery:	3,00	K:	4,5
HB:	86	Cl:	102
HTC:	0,270		
MCV:	90,0		
MCH:	28,7		
MCHC:	319		
RDW:	14,0		
Pit:	224		
MPV:	11,2		
PCT:	0,250		
PDW:	13,2		

17:30 Výsledek KO a mineralogramu vidí operatér. Podle výsledku ranního KO a toho, jak se bude paní H. K. cítit během vertikalizace, se zváží podání krevní TRF.

18:00 Paní H. K se cítí dobře. Vitální funkce v normě, okolí invazivních vstupů klidné, poševní krvácení přiměřené. Pospává, je ráda, že je po operaci.

Provádím součet P+V tekutin (viz. tabulka níže) a podávám chronickou medikaci Nebilet tbl. p.o. 0-1/2-0-0.

Tabulka č. 3: Příjem + výdej tekutin 0. pooperační den od příjezdu z OS do 18:00 (25)

Příjem tekutin:					Výdej tekutin:			
Příjezd z OS – 18:00	p. o.	infuze	i.v.	Krevní deriváty	Příjezd z OS – 18:00	diuréza	Redonů v drén	Krevní ztráta
	200	4200	200	/		600	160	700
Celkový příjem:	4600 ml				Celkový výdej:	1460 ml		

Ordinace lékaře jsou splněné, předávám stabilizovanou pacientku noční sestře.

Ve 22:00 pacientka udává bolest v oblasti podbřišku VAS 4, noční sestra jí aplikuje Dipidolor inj 15mg s. c. do paže dle ordinace ARO lékaře. A Frontin 0,5mg p. o. Paní H. K. se ulevilo od bolesti v oblasti podbřišku. Ve 23:00 udává VAS 2 a relativně dobře spala až do rána.

3. Den hospitalizace / 1. pooperační den

V 6:00 přichází noční sestra, provádí odběr KO + mineralogram. Poté zaznamená vitální funkce do dokumentace a pacientku odpojí od monitoru. Změří pacientce TT.

Ranní vitální funkce: TK: 130/60 P: 89[‘] TT: 37,4°C. Pacientka udává bolest v oblasti podbřišku VAS 3, sestra jí podá Novalgin 1 g i. v. do F1/1 100 ml dle ordinace ARO lékaře. Podá pacientce chronickou medikaci Tolura 80mg tbl. p.o. 0-0-0-1, vylije močový sáček, odečte odpad z drénu a spočítá P + V za 12 hodin (viz. tabulka níže).

V 6:30 udává pacientka v podbřišku bolesti VAS 2. Sestra jí edukuje, jak provést správnou vertikalizaci, aby nenamáhala břišní dutinu. Tzn. pacientka si lehne na bok, spustí nohy z postele, a zároveň se rukama odráží od matrace do sedu. Paní H. K. chvíli sedí v lůžku, ale necítí se moc dobře. Pokusí se vstát, ale po chvíli ve stoje udává, že jí hučí v uších a vidí mžitky před očima. Pacientka má příznaky ortostatické hypotenze, sestra jí dopomůže zpět do lůžka a opět jí změří

vitální funkce: TK: 126/63 P: 76[°]. Vitální funkce jsou v normě. Paní H. K. se v leže během chvíle cítí lépe. Sestra další pokus o vertikalizaci již neprovádí. Pacientka vykoná ranní hygienu dutiny ústní se zdviženým podhlavním panelem v lůžku. Po vykonání hygienické péče, dá sestra pacientce kapat R1/1 500 ml i. v. Rychlostí 150 ml/h dle ordinace lékaře.

Tabulka č. 4: Příjem + výdej tekutin 1. pooperační den od 18:00 do 06:00 (25)

Příjem tekutin:					Výdej tekutin:			
Příjezd z OS – 18:00	p. o.	infuze	i.v.	Krevní deriváty	Příjezd z OS – 18:00	diuréza	Redonů v drén	Krevní ztráta
	800	/	200	/		1000	120	/
Celkový příjem:	1000 ml				Celkový výdej:	1120 ml		

V 7:00 si paní H. K. opět přebírám od noční sestry. Ptám se pacientky, jak se vyspala. Odpovídá, že docela dobře. Je smutná, protože ráno nezvládla vertikalizaci. Uklidňuji ji, že se nic neděje a slibuji ji, že to přes den zkusíme znovu.

7:30 Probíhá ranní vizita ošetřujícím lékařem, sděluje paní H. K. výsledky operace. Sleduje její klinický stav, kontroluje dutinu břišní, sutury a poševní krvácení. Informuje pacientku o tom, že nejspíš bude nutné podat krevní TRF, paní H. K. souhlasí. Lékař vidí výsledky KO a mineralogramu (viz. tabulka níže). S přihlédnutím k výsledkům ošetřující lékař píše ordinace pro dnešní den.

Tabulka č. 5: Výsledek KO a mineralogramu 1. pooperační den 06:00 (25)

Krevní obraz:		Mineralogram:	
Leu:	12,61	Na:	136
Ery:	2,49	K:	3,9
HB:	70	Cl:	102
HTC:	0,226		
MCV:	90,8		
MCH:	28,1		
MCHC:	310		
RDW:	14,3		
Pit:	196		
MPV:	11,5		
PCT:	0,230		
PDW:	14,3		

Z ordinací lékaře vyplývá:

- TK+P 4x denně, TT 3x denně
- P+V á 12 hod.
- Dieta: 1/S (mletá dieta)
- RHB
- Fraxiparine 0,4ml s. c. / 24 hod. (13:00)
- analgetika při VAS> 3: Almiral inj. 75mg/100 ml fl/1 kape 20 min. i.v. možno opakovat á 12 hod., Novalgin inj. 1 g/100ml fl/1 kape 15 min. i.v. lze opakovat nejdříve za 4-6 hod., Paracetamol kabi 1 g/100ml fl/1 kape 15 min. i.v. lze opakovat nejdříve za 6 hod. max. denní dávka 4 g.
- NN Frontin 0,5mg p.o. na žádost pacientky.
- Chronická medikace: Nebilet tbl. p.o. 0-1/2-0-0, Tolura 80mg tbl. p.o. 0-0-0-1

- Dnes podat 2x TU ERY (odběr krve na TRF stanici proběhl v den nástupu pacientky do ústavní péče 19. 2. 2017)
- Zítra ráno KO + CRP
- Dnes pacientku ponechat na JIP (25)

8:00 Odesílám sanitáře s žádankou na TRF stanici, aby vyzvedl 2x TU ERY. Mezitím si chystám TRF knihu, sangvittest, TRF sety. Vytisknu pacientce souhlas s podáním TRF, který před podáním krevních derivátů podepíše s lékařem.

8:40 Sanitář se vrací z TRF stanice, přebírám si krevní konzervy. Volám lékaře, aby přišel provést křížový test a biologickou zkoušku. Mezitím změřím pacientce vitální funkce před zahájením TRF: TK: 127/57 P: 90' TT: 37,6°C. Lékař přichází, podepisuje s pacientkou informovaný souhlas s TRF, provádí křížový test u lůžka. Test je v pořádku pacientka i krevní konzervy mají krevní skupinu AB-.

9:50 Lékař zahajuje podání TRF a provádí biologickou zkoušku, ta je bez komplikací. Podání první krevní konzervy proběhne v pořádku. Paní H. K. se po celou dobu cítila dobře a pospávala. Po dokapání TRF opět měřím vitální funkce: TK: 117/59 P: 72' TT: 37,2°C.

12:10 Znovu volám lékaře, aby přišel provést i druhou biologickou zkoušku, opět bez reakce. Podání druhé krevní konzervy je v pořádku. Vitální funkce po dokapání druhé TRF jsou: TK: 120/60 P: 82' TT: 37,6°C. Pacientka má lehce zvýšenou TT, podávám Paracetamol kabi 1 g/100ml F1/1 i. v. dle ordinace lékaře. V průběhu podávání krevních derivátů navštívila JIP fyzioterapeutka, vzhledem k podávání TRF s pacientkou provedla pouze RHB v lůžku, bez nácvičku vertikalizace.

13:00 Aplikuji Fraxiparine 0,4 ml s. c.

15:00 Paní H. K. se cítí dobře, změřím jí vitální funkce: TK: 110/60 P: 83' TT: 37,2°C. Pacientka má strach, že nezvládne vertikalizaci, uklidňuji ji. Vysvětlím jí, že budu pořád s ní, kdyby se cokoli dělo. Paní H. K. se stejným stylem jako ráno posadí v lůžku. Cítí se lépe. Společně dojdeme do koupelny, kde se posadí na hygienické sedátko. Po celou dobu vykonávání hygieny pacientce asistuji, cítí se lépe, když jsem s ní. Ošetřovatelka jí mezitím přestele lůžko.

Pacientka zvládla sprchu dobře, po podání TRF se cítí o moc lépe, je veselá. Po sprše je příjemně unavená, odpočívá.

16:00 Paní H. K. udává bolest v oblasti podbřišku VAS 3, podám jí Almiral 75mg/100ml fl/1 i. v. dle ordinace lékaře, v 16:30 cítí úlevu v oblasti podbřišku VAS 2.

17:00 Po domluvě s pacientkou společně vyplňujeme ošetřovatelskou anamnézu.

V 18:00 Provádím P + V tekutin, odečítám odpad z drénu (viz. tabulka níže). Ptám se paní H. K. zda něco nepotřebuje. Podám chronickou medikaci Nebilet tbl. p.o. 0-1/2-0-0. Paní H. K. je spokojená odpočívá a čte si v lůžku. Předávám pacientku noční sestře.

Tabulka č. 6: Příjem + výdej tekutin 1. pooperační den od 06:00 do 18:00 (25)

Příjem tekutin:					Výdej tekutin:			
Příjezd z OS – 18:00	p. o.	infuze	i.v.	Krevní deriváty	Příjezd z OS – 18:00	diuréza	Redonů v drén	Krevní ztráta
	1400	1500	200	614		1500	70	/
Celkový příjem:	3714 ml				Celkový výdej:	1570 ml		

Ve 22:00 sestra změří paní H. K. vitální funkce: TK: 120/70 P: 78^o TT: 37,3. Pacientka udává bolest v podbřišku VAS 3, sestra jí aplikuje Novalgin 1 g/100ml fl/1 i. v. A na spaní Frontin 0,5mg. p.o. dle ordinace lékaře. Ve 22:30 udává pacientka úlevu od bolesti v oblasti podbřišku VAS 2. V noci má paní H. K. problém usnout. Rušila ji přítomnost ostatních pacientek a práce sester.

4. Den hospitalizace / 2. pooperační den

V 6:00 přichází noční sestra, změří paní H. K. vitální funkce: TK: 118/60 P: 72^o TT: 36,9^oC. Odebírá pacientce KO + CRP. Dále vypustí močový sáček a odečte odpad z drénu. Sečte P+V za 12 hod (viz. tabulka níže). Poté sestra dopomůže paní H. K. s vertikalizací, a doprovodí ji k umyvadlu, aby si mohla vyčistit zuby. Paní H. K. se cítí lehce nejistá, ale příznaky ortostatické hypotenze

nejeví. Po návratu do lůžka, se pacientka cítí slabá, udává bolest VAS 2. Sestra podá chronickou medikaci Tolura 80mg tbl. p.o. 0-0-0-1.

Tabulka č. 7: Příjem + výdej tekutin 2. pooperační den od 18:00 do 06:00 (25)

Příjem tekutin:					Výdej tekutin:			
Příjezd z OS – 18:00	p. o.	infuze	i.v.	Krevní deriváty	Příjezd z OS – 18:00	diuréza	Redonů v drén	Krevní ztráta
	1400	1000	100	/		2700	60	/
Celkový příjem:	2500 ml				Celkový výdej:	2760 ml		

7:30 Probíhá ranní vizita ošetřujícím lékařem. Lékař se ptá pacientky, jak se cítí. Pacientka odpovídá, že špatně spala a po vertikalizaci se cítí slabá. Lékař kontroluje její klinický stav, kontroluje břišní dutinu a poševní krvácení. Sleduje odpad z drénu, který odvedl 60 ml tekutiny za posledních 12 hodin.

Lékař vidí výsledky KO a CRP (viz. tabulka níže). S přihlédnutím k výsledkům ošetřující lékař píše ordinace pro dnešní den.

Tabulka č. 8: Výsledek KO a CRP 2. pooperační den 06:00 (25)

Krevní obraz:		C – reaktivní protein	
Leu:	10,57	CRP:	183,8
Ery:	2,74		
HB:	80		
HTC:	0,244		
MCV:	89,1		
MCH:	29,2		
MCHC:	328		
RDW:	14,9		
Pit:	170		
MPV:	11,5		
PCT:	0,200		
PDW:	14,0		

Po přihlédnutí k hraničním výsledkům krevního obrazu, se jde lékař domluvit s pacientkou, zda souhlasí s podáním dalších krevních derivátů. Paní H. K. souhlasí.

Z ordinací lékaře vyplývá:

- TK+ P 3x denně, TT 2x denně
- PMK extrahovat – provede sestra, Redonův Drén extrahovat – provede sestra, 1x PŽK extrahovat – provede sestra
- Dieta 3 (racionální dieta)
- RHB
- Fraxiparine 0,4ml S. C./ 24hod. (13:00)
- analgetika při VAS> 3: Almiral inj. 75mg/100ml fl/1 kape 20 min. I. V. možno opakovat á 12hod., Novalgin inj. 1 g/100ml fl/1 kape 15 min. I. V. lze opakovat nejdříve za 4-6 hod., Paracetamol kabi 1 g/100ml fl/1 kape 15 min. I. V. lze opakovat nejdříve za 6 hod. max. denní dávka 4 g.
- NN Stilnox 10mg (Hypnotika, sedativa) p. o. na žádost pacientky.
- Chronická medikace: Nebilet tbl. p. o. 0-1/2-0-0, Tolura 80mg tbl. p.o. 0-0-0-1, Sorbifer durules tbl. (Antianemika) p. o. 0-1-0-1
- Dnes podat 2x TU ERY
- Zítří ráno KO + CRP
- Dnes pacientku ponechat na JIP (25)

8:30 Sestra odebírá paní H. K. krev, a odesílá zkumavku na transfuzní stanici s požadavkem o nakřížení dalších 2 TU ERY. Poté paní H. K. sestra extrahuje Redonův drén z dutiny břišní. PMK pacientce prozatím ponechá, a rozhodne se ho extrahovat až po dokapání TRF. Dále sestra zkouší funkčnost obou PŽK, a extrahuje hůře průchozí PŽK z *v. mediana cubiti*. Okolí vpichu po extrakci PŽK je klidné bez zarudnutí.

10:00 Přichází na oddělení fyzioterapeutka, trénují s pacientkou vertikalizaci a chůzi. Fyzioterapeutka edukuje pacientku o pohybovém režimu. Vysvětluje pacientce, že minimálně po dobu šesti týdnů nesmí nosit těžká břemena tzn. víc než 5 kg. Doporučuje pacientce, aby se zbytečně nenamáhala a

neposilovala břišní stěnu také alespoň po dobu šesti týdnů. Po skončení rehabilitace sestra změní pacientce vitální funkce: TK: 120/68 P: 78' TT: 36,8°C. Pacientka udává bolest v oblasti podbřišku VAS 3, sestra pacientce podá Novalgin 1 g/100 ml f1/1 i. v. dle ordinace lékaře. V 11:00 pacientka udává úlevu od bolesti v oblasti podbřišku VAS 1.

13: 00 Sestra aplikuje Fraxiparine 0,4 ml s. c.

13:05 Sestra odesílá sanitáře s žádankou na TRF stanici, aby vyzvedl 2x TU ERY. Mezitím si sestra nachystá pomůcky k aplikaci TRF. Nový informovaný souhlas není potřeba.

13:50 Sanitář se vrací z TRF stanice, sestra přebírá krevní konzervy. Volá lékaře, aby přišel provést křížový test a biologickou zkoušku. Mezitím změní pacientce vitální funkce před zahájením TRF: TK: 114/62 P: 89' TT: 3ž,6°C. Lékař přichází a provádí křížový test u lůžka. Test je v pořádku pacientka i krevní konzervy mají krevní skupinu AB-.

14:15 Lékař zahajuje podání TRF a provádí biologickou zkoušku, ta je bez komplikací. Podání první krevní konzervy proběhne v pořádku. Paní H. K. se opět po celou dobu podávání TRF cítila dobře. Po dokapání TRF sestra opět měří vitální funkce: TK: 122/67 P: 68' TT: 36,8°C.

15:40 Lékař provede biologickou zkoušku u druhé krevní konzervy, opět bez reakce. Podání druhé krevní konzervy je v pořádku. Vitální funkce po dokapání druhé TRF jsou: TK: 125/75 P: 85' TT: 36,9°C.

17:50 Sestra extrahuje pacientce PMK, a edukuje jí o tom, aby první spontánní močení nahlásila. Doprovází jí do sprchy. Paní H. K. se po TRF cítí dobře, ale stále se cítí jistěji, když jí sestra asistuje.

Po sprše v 18:20 se paní H. K. podařilo spontánně vymočit a hlásí to sestře. Na závěr sestra podá paní H. K. chronickou medikaci Nebilet tbl. p.o. 0-1/2-0-0 a Sorbifer durules tbl. p.o. 0-1-0-1.

18:30 přebírám si pacientku od denní sestry.

Ve 22:00 měřím paní H. K. vitální funkce: TK: 127/75 P: 68' TT: 36,6. Pacientka udává bolest v oblasti podbřišku VAS 3, aplikuji ji Almiral 75mg/100 ml f1/1 i. v. a na spaní Stilnox 10mg. p.o. dle ordinace lékaře. Ve 22:30 udává pacientka úlevu od bolesti v oblasti podbřišku VAS 1.

5. Den hospitalizace / 3. pooperační den

V 6:00 paní H. K. vzbudím, změřím jí vitální funkce: TK: 120/57 P: 70‘ TT: 36,6°C. Odeberu pacientce KO + CRP. Doprovodím pacientku do sprchy. Po návratu do lůžka, se pacientka cítí dobře bolesti udává VAS 1. Podám pacientce chronickou medikaci Tolura 80mg tbl. p.o. 0-0-0-1, Sorbifer durules tbl. p.o. 0-1-0-1.

7:30 Probíhá ranní vizita ošetřujícím lékařem. Lékař se ptá pacientky, jak se dnes cítí. Pacientka odpovídá, že spala lépe a po vertikalizaci se cítí dobře. Lékař kontroluje její klinický stav, kontroluje břišní dutinu a poševní krvácení.

Lékař vidí výsledky KO a CRP (viz. tabulka níže). S přihlédnutím k výsledkům ošetřující lékař píše ordinace pro dnešní den.

Tabulka č. 9: Výsledek KO a CRP 3. pooperační den 06:00 (25)

Krevní obraz:		C – reaktivní protein	
Leu:	9,15	CRP:	146,7
Ery:	3,50		
HB:	98		
HTC:	0,307		
MCV:	87,7		
MCH:	28,0		
MCHC:	319		
RDW:	15,4		
Pit:	192		
MPV:	11,5		
PCT:	0,220		
PDW:	14,3		

Z ordinací lékaře vyplývá:

- PŽK – extrahovat provede sestra
- Dieta 3 (racionální dieta)
- Vertikalizace, pohybový režim
- TK + P 1x denně, TT 1x denně
- Fraxiparine 0,4ml S. C. v 18:00 hod.
- Analgezie: Diclorem 50mg supp. per rectum max. denní dávka 150mg, max. jednotlivá dávka 100mg minimální odstup 3 hod., Novalgin 500mg tbl. p.o. lze opakovat á 6 hod. max denní dávka 2 g, při nedostačující analgezii Paralen 500mg 2tbl. p.o. max. Denní dávka 4 g.
- NN: Stilnox 10mg tbl. p.o.
- Chronická medikace: Nebilet tbl. p.o. 0-1/2-0-0, Tolura 80mg tbl. p.o. 0-0-0-1, Sorbifer durules tbl. p.o. 0-1-0-1
- Dnes překlad na standardní oddělení, dimise eventuálně zítra (25)

Po lékařské vizitě sestra volá na standardní oddělení, a domlouvá překlad pacientky H. K. zpět na standardní oddělení.

9:30 Pacientka se cítí dobře, operační rány jsou klidné, poševní krvácení mírné – pacientka lehce špiní, bolesti neudává. Sestra extrahuje PŽK zavedený ve *v. cephalica* na palcové straně zápěstí. Okolí po extrahovaném PŽK je klidné, bez známek zarudnutí.

Lékař nařídí překlad paní H. K. zpět na standardní oddělení. Pacientka je ráda. Těší se, že se lépe vyspí. Na JIPu ji rušila přítomnost ostatních pacientek, a především noční práce sester.

10:00 Sestra na standardním oddělení se paní H. K. přijde zeptat, zda je vše v pořádku. Paní H. K. je spokojená a cítí se dobře. Sestra jí změří vitální funkce: TK: 136/80 P: 83' TT:36,6°C.

18:00 Sestra přijde aplikovat paní H. K. Fraxiparine 0,4ml s. c. a podá jí chronickou medikaci. Nebilet tbl. p.o. 0-1/2-0-0 a Sorbifer durules tbl. p.o. 0-1-0-1.

22:00 Paní H. K. udává VAS 3, sestra jí podá Novalgin 500mg tbl. p. o. dle ordinace lékaře a Stilnox 10mg. tbl. p.o. 23:00 nelze zhodnotit VAS, protože pacientka usnula.

6. Den hospitalizace / 4. pooperační den

7:00 Přichází sestra, ptá se paní H. K. zda je vše v pořádku. Paní H. K. je již vysprchovaná a připravená na vizitu.

7:45 Probíhá ranní vizita, lékař se ptá jak se paní H. K. cítí. Kontroluje klinický stav pacientky a poševní krvácení, vše je v pořádku. Ptá se paní H. K. zda se cítí na propuštění, pacientka odpovídá, že ano.

Po lékařské vizitě přichází za paní H. K. sestra a informuje ji o tom, že lékař nyní bude psát propouštěcí zprávu a aby mohla opustit areál nemocnice musí mít doprovod. Doprovod si pro ni může přijet zhruba v 9:00 hodin. Dále pomůže pacientce vyndat ze skříně tašku, aby si mohla sbalit věci.

V 9:00 čeká paní H. K. již sbalená a převlečená v civilním oblečení v doprovodu partnera na předání propouštěcí zprávy.

9:15 Přichází sestra a přináší propouštěcí zprávu. Kontroluje ještě jednou klinický stav pacientky. Paní H. K. se cítí dobře, bolesti neudává, udává pouze slabé špinění z pochvy. Okolí extrahovaných invazivních vstupů je klidné. Operační rány jsou klidné bez známek zarudnutí a sekrece, vitální funkce a TT měla ráno v rozmezí fyziologických hodnot.

Sestra tedy přejde k edukaci pacientky o propuštění do domácí péče a pooperačním režimu (více o edukaci o propuštění viz dlouhodobý plán péče).

Po řádné edukaci se sestra ptá pacientky na doplňující dotazy, paní H. K. doplňující dotazy nemá. Podepíše ošetřovatelskou dokumentaci, ve které stojí, že byla poučena o pooperačním režimu. Že jí byla předána propouštěcí zpráva, a odešla v doprovodu blízké osoby. V ošetřovatelské dokumentaci je samozřejmě zaznamenáno datum a čas propuštění pacientky do domácí péče. Na závěr sestra odstraní pacientce z ruky identifikační náramek.

V 9:50 paní H. K. opouští gynekologickou kliniku v doprovodu partnera.

9 Vybrané ošetrovatelské problémy

9.1 Riziko vzniku bolesti z důvodu operace

Definice bolesti:

„Bolest je definována jako nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání.“ (Rokyta a kol., 2009, s. 21)

Jedná se o kompromisní definici bolesti, na které se shodli zástupci IASP a která byla přijata WHO. K definici se váže důležitý dodatek a to ten, že bolest je vždy subjektivní a vnímání bolesti se liší individualitou každého jedince. (26)

Bolest pro organismus představuje důležitý ochranný faktor. Jde o celkový fenomén, který registruje bolest ve tkáních a vede vzruch do CNS, kde je vjem bolesti zpracován. Bohužel i v dnešní době se často setkáváme s podceňováním fenoménu bolesti. Příčina této problematiky tkví v nedostatečném podvědomí o bolesti v řadách lékařů a zdravotnických pracovníků. Intenzita vnímané bolesti nemusí vždy odpovídat závažnosti onemocnění. Ta může být dána četností receptorů bolesti v určitém orgánu. Dalším důvodem může být rozdílné vnímání bolesti jednotlivých pacientů a její emocionální zpracování. (28)

„Bolest je to, co říká pacient, a existuje, když to pacient tvrdí.“ (Sofaer, 1997, s. 23)

Do pocitů pacienta se stěží vcítíme. Je nutné mít neustále na paměti individualitu každého člověka. Brát ohledy na jeho věk, pohlaví a genetické predispozice. (26,27)

Etiologie bolesti:

Bolest může být způsobena různými faktory – chemickými, biologickými či fyzikálními. Také nesmíme zapomenout zmínit bolest psychogenní, která je způsobována psychickými poruchami. Bolest somatická vzniká při poškození tkání a má dva významy: (26)

Bolest **signální** – Funguje jako varovný signál a chrání organismus před dalším poškozením. Poskytuje informace o tom, který orgán je pravděpodobně

poškozen. Vede jedince k účelnému jednání, např. vyhledání lékařské pomoci, nebo zastavení činnosti. (26)

Bolest **patognomická** – Jedná se o bolest, která je podobně jako bolest chronická nemocí sama o sobě. Jedná se o předmět diagnostiky a léčby zvláštní lékařské disciplíny, kterou nazýváme algeziologie. (26)

Příčiny bolesti:

Bolest je způsobována fyzikálním, chemickým či bakteriálním podrážděním periferních zakončení nervových vláken tzv. nociceptorů. Během podráždění těchto vláken vzniká biochemická reakce ve tkáni. Díky této reakci je senzitivními nervovými vlákny veden vzruch z postižené tkáně do thalamu a z thalamu do mozkové kůry. Zde dochází ke zpracování podnětu a eferentními vlákny je vyslána odpověď z mozku do příslušného orgánu = jedinec si uvědomí bolest.

V lidském těle jsou miliony nociceptorů, některé z nich zaznamenávají popálení, některé zase pořezání či chemické poškození, tlak, infekci či jiné vjemy. (34)

Typy bolesti z hlediska průběhu:

Nejjednodušší a základní rozdělení bolesti lze určit podle délky trvání. Bolest dělíme na akutní a chronickou. Každý typ bolesti má svá specifika a po jejím rozlišení volíme individuální postupy léčby. (26)

Bolest **akutní** – Jedná se symptom informující organismus o vzniklém tkáňovém porušení. Trvá omezenou dobu (hodiny, dny) a rychle odezní. Funguje jako výstražný signál organismu a lze ji dobře lokalizovat. Představuje velkou psychickou zátěž, jedinec trpící akutní bolestí tak může jevit známky agresivity.

Bolest **chronická** – Trvá měsíce až roky (nejméně 3–6 měsíců) a často se opakuje. Pomalu se rozvíjí a progresivně se zhoršuje. Chronická bolest má negativní význam pro organismus, protože není biologicky užitečná. Narušuje jedinci rodinný i pracovní život.

Bolest **rekurentní** – Je popisována jako přechod mezi akutní a chronickou bolestí. Neplní výstražnou funkci pro organismus, je chápána spíše jako bolest psychosomatická. (26,35)

Tabulka č. 10: Doprovodné příznaky akutní a chronické bolesti (26)

Bolest akutní	Bolest chronická
<ul style="list-style-type: none"> • Zvýšené: pocení a TK • Zrychlené: dýchání a tepová frekvence • Vazokonstrikce • Rozšířené zornice • Střevní paralýza • Zadržování moči 	<ul style="list-style-type: none"> • Narušený spánek • Změny psychického stavu a deprese • Změna osobnosti • Horší kvalita života, sociální izolace • Hrozba sebevražedného myšlení

Akutní bolest z důvodu operace:

Ve srovnání s chronickou bolestí je akutní bolest krátkodobá a účelná pro organismus. Každopádně cíl léčby akutní bolesti a její zmírňování je velmi důležité. Akutní bolest reaguje kladně na léčbu. Po úrazech a operacích by se měl klást důraz na to, aby byla adekvátně zaléčena. Jinak hrozí riziko periferní a centrální senzitivace nervového systému a může dojít ke vzniku chronické perzistentní bolesti, která se složitě léčí. **Pooperační** bolest řadíme mezi bolestivé stavy, které vznikají akutně. Tento typ bolesti vzniká v souvislosti s chirurgickým výkonem, a to jako následek tepelného či mechanického poškození tkáně. V ideálním případě by léčba pooperační bolesti měla být zahájena již před operačním výkonem. Hovoříme o tzv. předoperační (preemptivní) preventivní léčbě bolesti, která předchází bolesti skutečné nebo potencionální. K předoperační preventivní léčbě bolesti se nejčastěji používají léky ze skupiny opioidů, které jsou nedílnou součástí anesteziologické přípravy (premedikace). (26,35)

Odpověď organismu na akutní bolest:

Mezi reakce dýchacího systému řadíme snížení vitální kapacity plic, dechového objemu a zhoršenou činnost bránice. To způsobuje nemožnost

hlubokého a kvalitního nádechu, nebo kašle. Může dojít k retenci sekretů v dýchacích cestách a může tak vzniknout pooperační zánět plic. Během zvyšování svalového napětí dochází k větší spotřebě kyslíku a tím pádem ke zvýšení nároků na srdeční činnost. Mezi další srdeční reakce na bolest řadíme zvýšený puls. Výsledkem těchto faktorů může být ischemie, nebo infarkt myokardu.

Jako další z reakcí organismu může nastat omezení hybnosti z důvodu strachu z bolesti. Snížená pohyblivost v pooperačním období mimo jiné zvyšuje riziko vzniku tromboembolické nemoci hlubokých žil dolních končetin. Další z negativních následků bolesti může být zvracení, pocení, rozšíření zornic, potíže s močením, hyperglykémie nebo katabolismus. (26)

Faktory, které ovlivňují pooperační bolest:

Pooperační bolest je ovlivněna místem, typem a trváním operačního zákroku. Záleží na psychickém a fyzickém stavu pacienta a také na jeho individuálnímu přístupu k bolesti. Dále záleží na typu anestezie a tišení bolesti před a po operaci. Velmi záleží na kvalitě ošetrovatelské a lékařské pooperační péče. Se správně vedenou pooperační analgezií, by měla jít ruku v ruce i důsledná pooperační rehabilitace a časný návrat k soběstačnosti. (29)

Diagnostika bolesti:

Ke správné léčbě bolesti je potřebná diagnostika, měření a dokumentace. Jen tak je možné dosáhnout optimálního cíle analgezie. Tím je myšlen mírný a dobře snesitelný tlak v operační ráně a minimální počet nežádoucích účinků léčby.

Pro léčbu akutní bolesti je rozhodující správná diagnostika její intenzity a typu. To vyžaduje profesionální přístup z odborného a psychologického hlediska. Nemocný musí cítit dostačující zájem ze strany zdravotníka. Vyšetření akutní bolesti zahrnuje odběr anamnézy, fyzikální a specifické vyšetření.

V anamnéze se zdravotník zaměří na příčinu a okolnosti vzniku bolesti, rychlost nástupu, lokalizaci, charakter bolesti a případné doprovodné symptomy. Také hodnotíme léčbu dosavadní a její efekt. V léčbě pooperační bolesti hraje klíčovou roli rozsah chirurgického výkonu, typ anestezie, výskyt komplikací a v neposlední řadě kvalita ošetrovatelské péče. Během fyzikálního vyšetření

zdravotník věnuje péči místu maximálních potíží a jeho vzdáleným strukturám, které by mohly s bolestí souviset.

Do specifického vyšetření bolesti lze zahrnout i lokalizaci místa bolesti, charakteristika bolesti (tupá, ostrá, pulzující aj.), délka trvání, vyvolávající faktory (sed, pohyb, kašel aj.), kvalita spánku, nebo doprovodné symptomy. V závěru diagnostiky stanovíme, o jaký typ bolesti se jedná. Intenzitu bolesti a pokud je to možné, tak i její příčinu. (29)

Měření bolesti:

Základní roli v terapii pooperační bolesti hraje fyzický a psychický stav pacienta, rozsah a typ operačního zákroku a také kvalita poskytované pooperační péče. Pro adekvátní a cílenou léčbu vzniklé pooperační bolesti je důležitá správná diagnostika charakteru a intenzity bolesti. Optimální cíl zvolené analgezie je snesitelný, mírný tlak v místě operační rány. Intenzitu bolesti lze hodnotit dle subjektivních metod měření bolesti, které dělíme na verbální a neverbální.

Nejrozšířenější neverbální metodou určenou k hodnocení intenzity bolesti, je **vizuální analogová stupnice (VAS)**. Pomocí této škály pacient hodnotí intenzitu bolesti, kterou právě pociťuje. Bolest pacient hodnotí pomocí horizontální úsečky, na níž jsou uvedena čísla od 0 do 10. Číslici 0 pacient uvádí, pokud necítí bolest žádnou. Číslice 10 představuje maximální možnou bolest. Nejvyšší přípustná bolest, na kterou není nutné léčebně reagovat, je VAS 3.

Další alternativou neverbální vizuální analogové stupnice bolesti je **škála obličejů bolesti (Faces Pain Scale)**. Tato stupnice znázorňuje výrazy obličejů od stavu naprosté pohody až do stavu totálního utrpení. Tato stupnice se nejčastěji používá k hodnocení bolesti u dětí, které ještě nezvládají hodnotit intenzitu bolesti slovy nebo čísly.

Verbální metody hodnocení bolesti používají k vyjádření intenzity bolesti slovní projev. Výhoda těchto metod tkví ve snadném a rychlém vyšetření bolesti u lidí starších, dezorientovaných, nebo také nevidomých. Mezi nejčastěji používané verbální škály patří **intenzita současné bolesti (Present Pain Intensity)**, ve které znázorňuje: 0 – žádnou bolest, 1 – mírnou bolest, 2 – středně silnou bolest, 3 – silnou bolest, 4 – krutou bolest, 5 – nesnesitelnou bolest. (29,26,35)

K hodnocení charakteru bolesti, slouží světově nejrozšířenější **krátká verze dotazníku McGillovy univerzity (MPQ)**. Tento dotazník hodnotí charakter a intenzitu bolesti. Ovšem tento typ dotazníku se při hodnocení akutní pooperační bolesti běžně nevyužívá.

Příklad MPQ dotazníku:

1. Bolest tepavá
2. Bolest vystřelující
3. Bolest bodavá
4. Bolest ostrá
5. Bolest křečovitá
6. Bolest hlodavá (připomínající zakousnutí)
7. Bolest palčivá (pálivá)
8. Bolest tupá, přetrvávající
9. Bolest tíživá
10. Bolest citlivá na dotyk
11. Bolest jako by mělo něco puknout
12. Bolest vyčerpávající (unavující)
13. Bolest protivná
14. Bolest hrozná
15. Bolest mučivá až krutá

(26, 29)

Léčba pooperační bolesti:

V prvním pooperačním dni trpí akutní bolestí téměř 100 % pacientů. Mírnit bolest je základní etický požadavek a nezbytnost pro každého lékaře. Je nutné se v této oblasti neustále vzdělávat. Důkladně vyšetřená povaha, a původ pooperační bolesti, je důležitá, především z toho důvodu, aby nebyla mylně léčena bolest jiná, která může signalizovat další přidružené onemocnění.

Cílem léčby bolesti je snížení, nejlépe odstranění bolesti u pacienta, a to s minimálními vedlejšími účinky.

Známe nefarmakologickou a farmakologickou léčbu bolesti. Nefarmakologická léčba bolesti je většinou kombinována s léčbou farmakologickou. Zde je důležitý psychologický přístup k pacientovi, protože strach a úzkost pooperační bolest ještě prohlubuje. Do nefarmakologické léčby bolesti řadíme např. aplikaci tepla a chladu nebo rehabilitační pohyby. Farmakologická léčba bolesti je základ léčby akutní i chronické bolesti. Podle nejnovějších poznatků, je k léčbě akutní bolesti uznávaný tzv. multimodální přístup. Jedná se o kombinaci farmakoterapie a technik léčby bolesti, které fungují odlišnými mechanismy. Tento multimodální přístup zlepšuje pooperační léčbu a mírní výskyt pooperačních komplikací, jako je nauzea a zvracení.

V rámci posledních let je sestavován žebříček analgetik tzv. oxfordská liga analgetik. Tento žebříček vychází z metaanalýz mnoha klinických testů analgetik dle EBM. Výsledky zveřejněné v této lize jasně svědčí o tom, že v pooperačním období mají nejlepší analgetický účinek nesteroidní antirevmatika-antiflogistika, a kombinace opioidů s paracetamolem. (26)

Bolest z hlediska psychologického:

„Důkazy potvrzují, že bolest je mnohem rozmanitější a ovlivnitelnější, než se v minulosti mnohdy předpokládalo. Bolest se liší od člověka k člověku, od kultury ke kultuře.“ (Sofaer, 1997, s. 31)

Zkušenost každého jedince s vnímáním bolesti je do jisté míry ovlivněná jeho duševním stavem. Bolest je emocionální prožitek, který každý člověk vnímá odlišně. Když pomíneme věk, tak způsob jakým individuální jedinec zvládá bolest, závisí na jeho osobnosti a prostředí ze kterého vzešel. Zdravotníci musí brát v potaz úlohu psychologie v chování nemocných. Mnohdy se stane, že zdravotnický pracovník namísto pacienta rozhoduje o tom, zda bolest existuje či neexistuje. To není dobře, je nutné spoléhat jedině nato, co pacient tvrdí. Pokud pacient tvrdí, že pociťuje bolest, tak je důležité vzít tuto informaci na vědomí a adekvátně reagovat. (27, 36)

V praxi je bolest léčena nejčastěji farmakologickými, chirurgickými a fyzioterapeutickými prostředky. Během uplatňování všech těchto metod je důležité, aby lékař dodržoval zásady správného psychologického přístupu

k pacientovi. Především z toho důvodu, aby si získal jeho důvěru a vytvořil tak dobré pracovní prostředí, které zbaví nemocného strachu.

V léčbě bolesti známe tyto psychologické prostředky:

- Racionální psychoterapie – která přispívá k objasnění souvislostí, příčin choroby a také způsobu možné léčby. Dále slouží k objasnění nesprávných názorů a postojů k nemoci. Usměňuje a vede názor nemocného pozitivním směrem.
- Sugestivní působení – hlavním účelem sugestivních metod je přimět lidskou mysl přijmout za svou informaci o stavu svého těla, myslí nabídnutou druhým člověkem (lékařem či terapeutem). Následně prožívat tento stav skutečnosti jako pravou skutečnost. Někdy je k zesílení účinku sugesce použita hypnóza.
- Podmiňovací metody – Tyto metody využívají jednoduché procesy učení a díky nim postupně vytvářejí nové spoje mezi podnětnou situací a reakcí pacienta. Zde se spojují prvky autosugesce, relaxace a nácviku.
- Odreagovat, či vhodně zaměstnat pacienta.
- Především u chronické bolesti, zavedení systému sociálního či jiného odměňování.
- Aplikace psychologických postupů snižujících bolest. Například relaxace a techniky relaxaci navozující, projev empatie ze strany zdravotníka a vytváření vzájemné důvěry. (26,36)

9.2 Prevence tromboembolické nemoci (TEN)

Charakteristika hluboké žilní trombózy:

Hluboká žilní trombóza dále jen HŽT. Je charakterizována, jako vznik krevní sraženiny v hlubokých žilách (nejčastěji dolních končetin), vedoucí k obstrukci. HŽT lze dělit na akutní a chronickou. O akutní HŽT hovoříme tehdy, pokud její symptomy trvají 14 dní a méně. Chronická forma HŽT nastává tehdy, pokud symptomy trvají déle jak 28 dní. Mezi akutní a chronickou formou HŽT známe ještě fázi subakutní a ta trvá 15–28 dnů. V chronické fázi může kdykoliv dojít k progresi v trombózu akutní či výskytu žilního uzávěru v jiném místě. Vlivem HŽT nastává porucha drenáže žilní krve a dochází tak k tomu, že se krev nevrací zpět do srdce. Tento stav vzniká na základě působení třech faktorů a těmi jsou hyperkoagulační stav, zpomalení toku krve, nebo poškození žilní stěny. Nejčastější komplikace HŽT je plicní embolie. Jako plicní embolii označujeme stav, kdy odloučená krevní sraženina (trombus) vycestuje do krevního řečiště a usadí se v plicích, kde působí jako překážka. V žilách dolních končetin má původ zhruba 90 % symptomatických plicních embolií. Z toho zhruba u 10 % pacientů trpících HŽT dochází k životu ohrožujícímu stavu plicní embolie.

Rozsáhlá žilní trombóza s cyanózou dolní končetiny – *phlegmasia coerulea dolens* je brána jako závažná porucha žilní drenáže dochází ke snížení krevního průtoku, ischemii končetiny a může vést až k žilní gangréně. *Phlegmasia alba dolens* se od předchozího stavu liší v absenci cyanózy, což vysvětluje vznik tepeného spasmu a snížení krevního přítoku.

Pokud hovoříme o žilní trombóze, máme na mysli onemocnění hlubokých žil. Onemocnění žil povrchových označujeme jako flebitida. (37,38)

Charakteristika tromboembolické nemoci:

Tromboembolická nemoc, dále jen TEN. V posledních 20 letech se výskyt tohoto onemocnění výrazně nesnížil, ale došlo k významnému zlepšení prevence jejího vzniku. Tento paradox lze vysvětlit mnoha způsoby, např. vlivem zvyšování průměrného věku populace, vystavování populace většímu množství rizikových faktorů a nedostatečné využívání doporučených profilačních režimů. TEN je onemocnění, které mnohdy probíhá skrytě. Plicní embolie je nejčastější a

závažnou komplikací, často bývá příčinou smrti. V dnešní době již známe prostředky, díky kterým jde plicní embolii relativně dobře předejít.

Profylaxe LDUH (nízké dávky nefrakcionovaného heparinu), LMWH (nízkomolekulární heparin), nebo warfarinem se osvědčila především ve všeobecné chirurgii, ortopedické operativě, traumatologii a gynekologii. Podobnému riziku jsou vystavováni též interně nemocní a onkologicky nemocní pacienti. Toto významné riziko by měli mít na paměti všichni ošetřující lékaři. Zdravotníci pracovníci by měli být schopni řádné edukace v oblasti prevence TEN. (32)

Příčiny vzniku TEN:

Příčina vzniku tohoto onemocnění je endovaskulární srážlivost krve, která je vyvolaná např. zpomalením krevního proudu v cévách, nebo poškozením endotelové tkáně žilních stěn. Také se může jednat o pacienta s vrozenou či získanou vadou krevní srážlivosti. Známe spoustu rizikových faktorů příčiny vzniku TEN a mnohdy se vzájemně kombinují.

V rámci předoperačního vyšetření by se měl klást důraz na to, zda pacient netrpí některým z onemocnění žil (tromboflebitis, flebotrombóza). Během předoperační přípravy by se mělo dbát na prevenci těchto onemocnění např. úpravou medikace, aplikací antikoagulancií nebo elastickými punčochami. V pooperačním období je nutné, aby lékař a ošetřovatelský tým dodržovali níže popsané profylaktické režimy. (30,39)

Tabulka č. 11: Příčiny vzniku HŽT (40)

Příčiny vzniku HŽT dolních končetin v procentuálním zastoupení	
Samovolně vzniklá	39 %
Pooperační	35 %
Z důvodu onkologického onemocnění	10 %
Vlivem operace či úrazu	8 %

Rizikové faktory vzniku TEN:

Mezi hlavní rizikové faktory vzniku TEN řadíme:

- Samotnou operaci, obzvláště tedy nitrobřišní zákroky trvající déle než 45 minut.
- Poranění dolních končetin.
- Obrácená trendelenburgova poloha a pneumoperitoneum, zejména u laparoskopických operací.
- Operační zákroky v oblasti pánve, litotomická pozice pacienta.
- Dlouhodobá imobilizace pacienta.
- Onkologické onemocnění a samotná protinádorová terapie je rizikový faktor vzniku TEN.
- Komprese žil ve smyslu žilního uzávěru (tumor, hematom).
- Vyšší věk (nad 60 let), pozitivní rodinná zátěž, akutní interní onemocnění, těžká infekce, srdeční onemocnění, trombofilie, obezita aj. (31)

Faktory, které ovlivňují rozvoj žilní trombózy v pooperačním období:

- Vlivem časného pooperačního období, dochází ke změnám homeostázy.
- V důsledku pohmoždění tkání dochází ke zvýšení prokoagulačních faktorů, konkrétně trombocytů a fibrinogenu.
- Snížená fibrinolytická aktivita.
- V dalším pooperačním období (14. den), dochází k nárůstu reaktivních změn hemostázy.
- Dochází k změně hemodynamiky v žilním řečišti. (41)

Dělení operovaných pacientů, dle rizika vzniku perioperační TEN:

Nízké riziko: Jedná se o plně mobilní pacienty po malých chirurgických výkonech, nebo výkonech provedených v lokální anestezii.

Střední riziko: Jedná se o pacienty ve věku 40–60 let bez dalších rizikových faktorů. Nebo o pacienty po menších operačních výkonech s přidávanými rizikovými faktory. Dále se jedná o interně nemocné pacienty na lůžku.

Vysoké riziko: Jedná se o operační výkon u pacienta s mnohočetnými rizikovými faktory. Dále o pacienta po totální endoprotéze kyčelního a kolenního

kloubu, nebo o nemocného s frakturou krčku femuru, po těžkém traumatu, či operaci páteře. (32)

Riziko vzniku TEN v gynekologii:

Po gynekologických operacích je riziko vzniku TEN stejně časté jako ve všeobecné chirurgii. Významné riziko vzniku TEN se váže k pacientkám starších 40 let, podstupujících operační zákrok trvající déle než 30 min. Toto riziko se zvyšuje, pokud pacientka udává některý z rizikových faktorů (např. obezita, TEN v anamnéze, imobilita pacientky, onkologické onemocnění v anamnéze). Hlavní příčina úmrtí u onkologicky nemocných pacientek, v pooperačním období, je plicní embolie. Dále pak i kombinace perorální antikoncepce a obsahu estrogenů v těle, zvyšuje riziko vzniku TEN. Dalším rizikovým faktorem je hormonální substituční léčba, která ovlivňuje krevní srážlivost. (32)

Prevence vzniku TEN (profylaktické režimy)

Prokazatelně spolehlivý a všeobecně užívaný profylaktický režim u hospitalizovaných pacientů je časná vertikalizace a chůze v pooperačním období. Ovšem z různých důvodů nejsou všichni pacienti časné vertikalizace schopni. V těchto případech je vhodné pacientům ponechat kompresivní punčochy a ihned po operaci provádět dechovou RHB a pohyb končetinami v lůžku. Kompresivní punčochy plní svůj význam v tom, že vlivem komprese se zvyšuje žilní návrat a snižuje tak riziko vzniku tromboembolické nemoci. V rámci prevence vzniku TEN, je vhodné dbát na to, aby pacient dodržoval zvýšený pitný režim.

Co se týče farmakologické profylaxe, smí se užívat pouze doporučená farmakologická antikoagulancia LDUH, LMWH, fondaparinux a warfarin. V gynekologické operativě se nejčastěji setkáváme s aplikací nízkomolekulárního heparinu (LMWH). Profylaktická dávka nízkomolekulárního heparinu, v jedné denní dávce, je určena výrobcem. Dále záleží na ordinaci lékaře, jakou sílu nízkomolekulárního heparinu zvolí. Lékař se řídí individuálním stavem pacienta, jeho krevními výsledky a rizikovými faktory vzniku TEN.

Na každém nemocničním pracovišti, by měl být stanoven vnitřní standard pro profylaktický režim prevence vzniku TEN. Tento standard by měl zajišťovat postupy

ověřené v praxi a měl by být pravidelně analyzován a dle potřeby vylepšován. (30,31,32)

Tabulka č. 12: Rizika vzniku HŽT u hospitalizovaných pacientů bez profylaktického režimu (41)

Skupina pacientů	Prevalence HŽT
Interně nemocní pacienti	10–20 %
Pacienti hospitalizovaní na obecné chirurgii	15–40 %
Pacientky hospitalizované na gynekologii	15–40 %
Pacienti hospitalizovaní na urologii	15–40 %
Pacienti hospitalizovaní na neurochirurgii	15–40 %
Pacienti po CMP	20–50 %
Pacienti po ortopedických operacích	40–60 %
Pacienti po rozsáhlém traumatu	40–80 %
Pacienti s poraněnou míchou	60–80 %

V dnešní době, se chirurgické obory bez vhodně zvolené profylaxe TEN neobejdou. Je nutné dbát na to, aby byl zvolen vhodný druh tromboembolické profylaxe k typu chirurgického výkonu a případně přidružených rizikových faktorů TEN. Pokud je výkon komplikovaný, je vhodné zvolit tromboembolickou profylaxi před samotným chirurgickým výkonem. Otázkou stále zůstává, jak dlouho v pooperačním období riziko vzniku TEN přetrvává a kdy je vhodné profylaxi ukončit. (41)

10 Dlouhodobý plán péče

Paní H. K. byla provedena laparoskopická myomektomie. Samotný operační výkon proběhl bez komplikací. V prvních pooperačních dnech byla, z důvodu chronické anémie a větší krevní ztráty (700ml), potřeba doplnit krevní deriváty. Jinak se u pacientky žádné závažné komplikace nevyskytly. Po překladu z JIP strávila pacientka ještě dva dny na standardním oddělení, ze kterého byla následně propuštěna do domácí péče.

Během propuštění byla paní H. K. edukována o následném průběhu pooperační péče. V první řadě byla informována o termínu kontroly v soukromé ambulanci ošetřujícího lékaře, který byl naplánován měsíc po provedeném operačním výkonu. Do té doby by měla paní H. K. dodržovat doporučený režim. To znamená dbát na zvýšenou hygienu, ale pouze ve sprše, ne ve stojaté vodě. Během menstruace, která by měla nastat v očekávaném termínu, nepoužívat menstruační tampóny. Pohlavní styk je možné obnovit po šesti týdnech. To vše z důvodu rizika vzniku infekce. Dále byla paní H. K. poučena o tom, že stehy, které má na operačních ranách (vicryl plus steh), jsou ze vstřebatelného materiálu, a tudíž by měly do deseti vypadnout. Absorpce vlákna se projevuje ztrátou jeho pevnosti a následným postupným rozplynutím materiálu.

Je důležité dbát na zvýšenou hygienu stehů a jejich okolí. Samozřejmě v době minimálně jednoho měsíce od operace nesmí paní H. K. nosit těžká břemena (5 kg a více), posilovat břišní stěnu a jakkoliv se přepínat.

Pro paní H. K. je momentálně nejdůležitější následná úspěšná gravidita. Během kontroly naplánované měsíc po operaci ošetřující lékař zhodnotil klinický stav pacientky, poté vyšetřil pacientku pohmatem a gynekologickými nástroji. Zkonstatoval, že se vše dobře hojí a žádný problém neshledal. Stehy z operačních ran na břicho se již vstřebaly, jizvy po laparoskopické operaci se hojí dobře a bez známek infekce. Lékař s pacientkou probral výsledek histologického vyšetření myomů, který se během operace standardně odebírá. Výsledek je negativní.

Dále lékař zjišťuje, jak se pacientce daří a zda nepocítuje nějaké obtíže. Paní H. K. odpovídá, že se cítí dobře. První týden po operaci pro ni byl náročný, cítila se unavená, bolely ji operační rány, a proto užívala volně prodejná

analgetika. Po týdnu se však její stav začal zlepšovat a nyní se cítí být docela v pořádku. Menstruace, kterou pacientka očekávala, nastala v plánovaném termínu a již nebyla tak silná, jako před operací. Paní H. K. momentálně nejvíc zajímá, zda se mužou s partnerem začít pokoušet o dítě.

Lékař proti snaze o početí nic nenamítá a doporučuje paní H. K. léčebný lázeňský pobyt. Pro úplnou rekonvalescenci a následnou snahu o graviditu jsou lázně velmi vhodné. Lázeňský pobyt má blahodárny vliv, jak na organismus, tak na psychiku. Pacientka s návrhem souhlasí a bude se snažit si lázeňský pobyt co nejdříve zajistit.

11 Diskuze

Děložní myomy jsou nejčastějšími nezhoubnými nádory děložního těla. Prevalence děložních myomů narůstá v reprodukčním období a po menopauze zase klesá. V populaci žen ve věku 40 let se děložní myomy vyskytují ve 30–40 %. V populaci žen ve věku 50 let je výskyt děložních myomů okolo 80 %. Snaha chirurgicky odstraňovat děložní myomatózu, je relativně mladá operační metoda.

Nejčastější důvod chirurgické myomektomie je zachování fertility ženy. Klíčový faktor je ten, že v dnešní době se reprodukční plány posunují do vyšších věkových kategorií. Dříve se problematika symptomatických myomů řešila většinou radikálně a to hysterektomií. (11)

Na začátku teoretické části své bakalářské práce popisují etiopatogenezi děložního myomu a popisují zde, že vznik děložního myomu nemá jasné opodstatnění. Za etiopatologická agens jsou považovány vlivy genetické, hormonální, civilizační, antropometrické, reprodukční a jiné. Ženy 21. století budují kariéru a plánují graviditu až v pozdním věku v průměru 35–40 let. (20,6)

Symptomatické myomy se projevují bolestí a nadměrným, nepravidelným děložním krvácením, které může vést k sekundární anémii. Operativní léčba v podobě hysterektomie rychle vyřeší většinu těchto nežádoucích problémů, ale zároveň působí velmi špatně na emoce a psychický stav ženy. Obecně spousta žen po provedené hysterektomii, bez ohledu na věk, ztrátu dělohy špatně psychicky snáší. Ženy ve fertlím věku po provedené hysterektomii nejvíce trpí tím, že již nemohou počít dítě.

Chirurgická myomektomie je dělohu zachovávající operační výkon, který sice nezaručí pacientce úspěšnou graviditu, ale alespoň zvýší její pravděpodobnost. Otázkou zůstává, do jaké míry ovlivňují děložní myomy fertilitu ženy a zda má význam z důvodu snížené fertility tento výkon podstupovat. Děložní myomy mohou graviditu velmi ovlivnit. Je prokázáno, že pokles fertility u žen s diagnostikovanými submukózními či intramurálními myomy, které způsobují deformace děložní dutiny, byl nepochybně prokázán. Ovšem výsledky studií u žen s myomy, ale bez prokazatelné deformace, nejsou jasné. Intramurální myomy, které nezasahují do dutiny dělohy, mají negativní vliv

na fertilitu, ovšem zatím ne přesně specifikovaný. Z poznatků vyplývá, že nejspíš pouze myomy deformující dělohu mohou být příčinou sterility. Děložní myomy se mohou velmi zásadně podílet na vzniku různých komplikací v průběhu gravidity, stále však není dostatek správně metodicky koncipovaných studií, které podávají odpovídající data na vliv myomů na sníženou fertilitu. (7)

Další studie se zabývají hodnocením gravidity a případných komplikací u žen, které proděly chirurgickou myomektomií. Jak velkou šanci na úspěšnou graviditu mají pacientky, které podstoupily tento výkon? Mára a Holub ve své knize uvádějí, že chirurgická myomektomie jednoznačně snižuje riziko samovolných potratů a také výrazně zvyšuje pravděpodobnost gravidity u žen trpících subserózními či intramurálními myomy. V přehledové studii z roku 1999, do které bylo zahrnuto 1941 žen trpících děložní myomatózou, došlo k poklesu potratového indexu ze 41 % před operací, na 19 % po chirurgické myomektomii. Pomocí multivariantní analýzy, bylo prokázáno, že u mladších žen po odstranění větších a intramurálních myomů, je vyšší pravděpodobnost početí. Ženy trpící děložní myomatózou jsou podobně jako infertilní ženy spojovány s nálezem nízkého endometria s nedostatečným krevním zásobením, zvýšenou kontraktilitou dělohy nebo zánětlivými procesy, které vznikají vlivem děložní myomatózy. Z literatury vyplývá, že chirurgická myomektomie zvyšuje pravděpodobnost početí, především pokud se jedná o myomy deformující dutinu děložní. (33)

V neposlední řadě však zůstává otázkou, zda gravidita a následný porod u žen, které podstoupily chirurgickou myomektomii, s sebou nepřináší možné komplikace. U gravidních žen po prodělané chirurgické myomektomii hrozí zvýšené riziko ruptury dělohy v těhotenství a během porodu. Nejrizikovějším obdobím, z hlediska možné ruptury dělohy, je období před porodem. Jsou známé kazuistiky ruptury dělohy ze všech trimestrů těhotenství. Riziko vzniku ruptury se zvyšuje, pokud během chirurgické myomektomie operátor penetruje děložní dutinu. U laparoskopické myomektomie je riziko ruptury dělohy vyšší, což může mít souvislost s kvalitou laparoskopicky provedené sutury. Přehledový článek týkající se tématu ruptury dělohy v graviditě po laparoskopické myomektomii, zaznamenal jeden případ z 211 žen. Do doby, kdy bude k dispozici více kvalitních studií týkající se této problematiky, bude i nadále ženám doporučovaný porod

císařským řezem. Po myomektomii pro subserózní myom je riziko vzniku ruptury dělohy nižší. Zde je většinou doporučován klasický postup. Pokud se žena po prodělané myomektomii rozhodne pro spontánní porod, měl by být veden a monitorován obdobně jako porod po prodělaném císařském řezu. Dalším problémem u žen, které prodělaly chirurgickou myomektomii, je vyšší pravděpodobnost vzniku placenty accrety – to znamená, že placenta může nadměrně prorůstat děložní stěnou. Toto může způsobovat poruchy těhotenství a komplikovat porod. U každé rodičky by měl být zvolen individuální postup zohledňující její věk, předešlou graviditu, reprodukční anamnézu, váhový odhad plodu, velikost a uložení odstraněného myomu a techniku, kterou byla myomektomie provedena, stejně tak, jako pooperační průběh myomektomie. (7)

Myslím si, že problematika děložních myomů by měla být předmětem hlubších a rozsáhlejších studií, vzhledem k tomu, že možná příčina vzniku zatím není zcela jasně prokázána.

Valnou většinu pacientů sužuje strach z pooperační bolesti. Samotnou bolest, lze řadit mezi ošetrovatelské problémy. Jedná se o nepříjemný subjektivní vjem, který provází člověka již od nepaměti. (43) Mlčák 2006 uvádí, že bolest je smyslový a emocionální zážitek, spojený se skutečným či domnělým poškozením tkáně. Má varovnou a signalizační funkci, ovšem vyžaduje mírnění. (42) Jen těžko najdeme jedince, který se s bolestí nikdy nesetkal Bolest je komplexní zážitek, a intenzita bolesti se odvíjí od způsobu jakým se s ní člověk naučil vyrovnávat. (43) Mírnění pooperační bolesti působené léčbou by mělo být prioritou pro všechny zdravotníky. V rozvinutých státech se léčbě pooperační bolesti přikládá takový význam, ve r roce 1995 časopis JAMA uveřejnil názor, že bolest v pooperačním období by se měla považovat za pátou vitální stránku, která by měla být léčena a korigována společně s dechem, vědomím, oběhem a vnitřním prostředím. Přesto zahraniční studie i studie v ČR poukazují na to, že stále velké procento pacientů v pooperačním období trpí intenzivní bolestí a všemi nežádoucími účinky, které se k bolesti vážou. (29)

Jedním z primárních cílů anesteziologů a algeziologů v rozvinutých zemích je rozvinout metody léčby pooperační bolesti. Ve světě je již standardem, že nemocnice poskytují terapie pooperační bolesti (pain services). V rámci této

terapie se lékaři zabývají problematikou bolesti od samého přijetí pacienta a na základě pohovoru s pacientem se zabývají pravděpodobnosti výskytu pooperační bolesti u něj. Následně mu nabídnou možnosti terapie pooperační bolesti. V ČR se tento systematický přístup léčby bolesti teprve formuje. (26)

Jedna z nejčastějších příčin morbidity a mortality u operovaných pacientů, je výskyt HŽT. Bez profylaktických režimů byl v obecné chirurgii její výskyt potvrzen u 10–40 % pacientů. Následkem HŽT je takzvaná tromboembolická nemoc (TEN). Studie o prevenci TEN prokázaly, že 60–80 % trombóz je bez klinické odezvy. Plicní embolii během hospitalizace je připisováno až 10 % ze všech úmrtí. Masivní plicní embolie vzniká náhle a bez varování. Proto je velmi důležité vzniku HŽT předcházet a dbát na řádnou prevenci. (41) Pro léčbu tromboembolické nemoci má význam její včasná diagnostika a léčba. Ovšem klinický obraz HŽT může mít minimální příznaky. Nejcennějším příznakem HŽT, je náhle vzniklý otok postižené části, ke kterému dochází v důsledku žilního uzávěru. A zvýšený žilní tlak před překážkou. (37) Bartoš ve svém článku uvádí, že v dnešní době lze hospitalizované pacienty s TEN léčit dvěma způsoby. Základem léčby je antikoagulační terapie, nebo léčba trombolitiky. Trombolytická léčba se nasazuje u závažnějších forem TEN, nebo u hemodynamicky nestabilních pacientů. Ovšem léčba trombolitiky může být provázena krvácivými stavy, proto je standardem léčby TEN spíše terapie antikoagulační. (44) Krška uvádí, že u interně zdravých pacientů po laparoskopické operaci je doporučena časná mobilizace. Rutinní profylaxe TEN není nutná. Pokud se ovšem jedná o pacienty s přidruženými rizikovými faktory je profylaxe doporučena. Tím je myšlena profylaxe LMWH. Evropská asociace pro endoskopickou chirurgii doporučuje přiložení elastické bandáže dolních končetin u všech pacientů. (41)

12 Závěr

Ve své bakalářské práci se věnuji péči o pacientku s diagnózou *uterus myomatosus*, která podstoupila operační výkon LPSK – myomektomie.

V části teoretické popisuji charakteristiku onemocnění *uterus myomatosus* a vyšetřovací metody, které jsou klíčové ke správné diagnostice. Dále se věnuji terapeutickým metodám léčby a možným komplikacím, které mohou během terapie nastat. V této části jsem též zmínila anatomii a patofyziologii ženského pohlavního ústrojí. Použité informace jsem čerpala z odborné literatury.

V části praktické, která je pro mou bakalářskou práci stěžejní, se věnuji odběru ošetrovatelské anamnézy. Odběr ošetrovatelské anamnézy jsem uskutečnila první pooperační den formou rozhovoru s pacientkou. Získané informace jsem dosadila do ošetrovatelského modelu dle Marjory Gordon – označovaného jako dvanáct funkčních vzorců zdraví. Zde porovnávám pocity a zvyklosti pacientky před a v průběhu hospitalizace.

Valnou část práce tvoří popis průběhu hospitalizace, ode dne přijetí až po propuštění. Popisuji zde jednotlivé dny hospitalizace v chronologickém pořadí.

Dále se podrobně věnuji popisu stanovených ošetrovatelských problémů. To jsou riziko vzniku pooperační bolesti a prevence vzniku tromboembolické nemoci.

V rámci dlouhodobé péče o pacientku jsem se zaměřila na její plánovanou kontrolu u ošetřujícího lékaře a pooperační režim, který pacientka dodržovala.

V diskuzi své práce se zabývám problematikou děložních myomů a vlivem chirurgického řešení tohoto onemocnění na budoucí graviditu ženy. Dále se věnuji doporučeným postupům v léčbě pooperačně vzniklé bolesti a prevenci tromboembolické nemoci.

V průběhu hospitalizace a v pooperačním období u paní H. K. nedošlo k žádné komplikaci související s TEN. Intenzita bolesti spojená s operačním výkonem, byla vlivem analgetik efektivně tlumena.

Seznam zkratek:

ATB – antibiotika

APPE – appendektomie

AB – (abort) potrat

ARO – Anesteziologicko – resuscitační oddělení

aj – a jiné

BPN – bez patologického nálezu

CRP – C reaktivní protein

Cl – chloridy

CNS – centrální nervový systém

Dg. – diagnóza

DK – dolních končetin

EBM – Evidence based medicine

ERY – erymasa, erytrocyty

F1/1 – Fyziologický roztok

HŽT – hluboká žilní trombóza

HB – hemoglobin

HTC – hematokryt

IASP – Mezinárodní Asociace pro studium bolesti

I. V. - intra venózní aplikace

INJ – injekční forma

KO – krevní obraz

K – kalium (draslík)

LPSK – laparoskopie

LPT – laparotomie

LEU – leukocyty

LDUH – heparin

LMWH – nízkomolekulární antikoagulancia

MEM – Methylergometrine

MCV – objem hemoglobinu v buňce

MCH – obsah hemoglobinu v buňce

MCHC - koncentrace hemoglobinu v buňce

MPV – průměrný objem destiček

MPQ – McGill Pain Questionnaire
NN – na noc
Na – natrium (sodík)
OS – operační sál
P – puls
P. O. - perorální podání léku
PŽK – permanentní žilní katetr
PHK – pravá horní končetina
PCT – prokalcitonin
PIT – prognostický index pro periferní T-lymfom
PDW – šíře distribuce destiček
RHB – rehabilitace
RDW – distribuční šíře objemu erytrocytů
SUPP – suppositoria
S. C. - subkutánní podání léku
TRF – transfuze
TK – tlak krve
TT – tělesná teplota
TEN – tromboembolická nemoc
TZN – to znamená
TU - (transfusion unit) transfuzní jednotka
TBL – tableta
UZ – ultrazvuk
UPT – umělé přerušení těhotenství
VFN – Všeobecná Fakultní Nemocnice
VAS – vizuální analogová stupnice, určena k hodnocení intenzity bolesti
WHO – Světová zdravotnická organizace
°C – stupeň celsia

Seznam použité literatury:

1. SEICHERT, Václav. *Systematická, topografická a klinická anatomie: močopohlavní ústrojí*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 100 s. ISBN 80-7184-114-5.
2. CITTERBART, Karel a kol. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0.
3. MOUREK, Jindřich. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. 222 s. ISBN 978-80-247-3918-2.
4. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 272 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
5. NEČAS, Emanuel, Karel ŠULC a Martin VOKURKA. *Patologická fyziologie orgánových systémů část II*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2006. 760 s. ISBN 80-246-0674-7.
6. MÁRA, Michal a kol. Co víme o etiologii děložních myomů?. *Postgraduální medicína*. 2012, 14(3), 247-248. ISSN 1212-4184.
7. BETINCOVÁ, Lucie a kol. Myomy v graviditě. *Acta medicae*. 2016, 5(4), 17-22. ISSN: 1805-398X.
8. KUBÍNOVÁ, Kristýna a kol. Současné postupy v léčbě děložních myomů. *Aktuální gynekologie a porodnictví*. 2012, 4, 101-105. ISSN 1803-9588.
9. SEDLÁČEK, Petr. Myomy a cysty. *Regenerace*. 2014, 22(2), 46-47. ISSN 1210-6631.
10. KUBÍNOVÁ, Kristýna a kol. Diagnostika děložních myomů, histopatologické poznatky. *Postgraduální medicína*. 2012, 14(3), 249-250. ISSN 1212-4184.
11. HLISTOVÁ, Renáta. Minimálně invazivní chirurgie v terapii děložních myomů. *Praktická gynekologie*. 2015, 19(4), 219-223. ISSN 1211-6645.

12. MÁRA, Michal. *Myomy diagnostika a léčba*. [online]. 7. 7. 2008 [cit. 19.1.2017]. Dostupné z: <http://www.myomy.cz/>
13. KUDELA, Milan. *Základy gynekologie a porodnictví*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1996. 199 s. ISBN 80-7067-603-5.
14. HORÁK, Petr a kol. Farmakologická léčba děložních myomů. *Postgraduální medicína*. 2012, 14(3), 250-252. ISSN 1212-4184.
15. KUBÍNOVÁ, Kristýna. Význam ultrazvuku v managementu děložních myomů. *Aktuální gynekologie a porodnictví*. 2012, 4, 72. ISSN 1803-9588.
16. VANĚK, Martin. První perorální léčba symptomatického myomu. *Lékařské listy*. 2012, 2012(8), 12. ISSN 0044-1996.
17. Zdravotnické noviny. Účinná novinka k léčbě myomů již na trhu. *Zdravotnické noviny*. 2012, 61(15), 17. ISSN 1805-2355.
18. KUBÍNOVÁ, Kristýna a kol. Laparoskopická konzervativní léčba děložních myomů. *Česká gynekologie*. 2012, 77(4), 326-330. ISSN 1210-7832.
19. LUBIN, Liu a kol. Laparoscopic transient uterine artery occlusion and myomectomy for symptomatic uterine myoma. *Fertility and sterility*. 2011, 95(1), 254-258. ISSN 0015-0282.
20. KUČERA, Eduard. Komplexní léčba děložních myomů. *Acta medicae*. 2012, 1(Spec. 2012), 24-26. ISSN 1805-398X.
21. TEMPANY, M. C. Claire a kol. MR Imaging-guided Focused Ultrasound Surgery of Uterine Leiomyomas: A Feasibility Study. *Radiology*. 2003, 226(3), 897-905.
22. *Informovaný souhlas IS-GPK-201: laparoskopie diagnostická (zobrazení břišní dutiny) a operační (provedení výkonu pomocí zavedených nástrojů)*. Praha: Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 2015. 2s.
23. NEJEDLÁ, Marie. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. 240 s. ISBN 978-80-247-9954-4.
24. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 160 s. ISBN 978-80-247-1211-6.

25. Chorobopis
26. ROKYTA, Richard. a kol. *Bolest a jak s ní zacházet*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-3012-7.
27. SOFAER, Beatrice. *Bolest příručka pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada 1997. 104 s. ISBN 80-7169-309-X.
28. HRDLIČKA, René. Bolest a její léčba. *Vox pediatricae*. 2015, 15(9), 22-26. ISSN 1213-2241.
29. MÁLEK, Jiří. a kol. *Léčba pooperační bolesti*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009. 143 s. ISBN 978-80-204-1981-1.
30. JANÍKOVÁ, Eva, ZELENÍKOVÁ, Renáta. *Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech*. 1. vyd. Ostrava: 2011. 256 s. ISBN 978-80-7464-051-3
31. GULUMEC, Jaromír. Prevence žilního tromboembolismu. *Interní medicína pro praxi*. 2009, 11(10), 458–462. ISSN 1803-5256.
32. MUSIL, Dalibor. Rizika a prevence tromboembolické choroby. *Interní medicína pro praxi*. 2009, 6(2), 61–65. ISSN 1803-5256.
33. MÁRA, Michal. HOLUB, Zdeněk. a kol. *Děložní myomy moderní diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Grada 2009. 236 s. ISBN: 978-80-247-1854-5.
34. Kolektiv autorů. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.
35. GABRHELÍK, Tomáš, PIERAN, Marek. Léčba pooperační bolesti. *Interní medicína pro praxi*. 2012, 14(1), 23-25 ISSN 1803-5256.
36. ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ Miroslava Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
37. VOJÁČEK, Jan, KETTNER, Jiří a Miroslav BULVAS. *Klinická kardiologie*. 2. vyd. Praha: Nucleus HK, 2012. 1134 s. ISBN 978-80-87009-89-5.
38. Žilní trombóza ročně ohrozí 20 tisíc pacientů. *Zdravotnické noviny*. 2016, 65(23), 6. ISSN 0044-1996.

39. CARDA, Martin, JÍLKOVÁ, Jana. Trombóza a následná embolie je často smrtelná. *Zdravotnictví a medicína*. 2016, 2016(4), 44. ISSN 2336-2987
40. BERKOVÁ, Marie, BERKA, Zdeněk a Eva TOPINKOVÁ. Hluboká žilní trombóza a její léčba v otázkách a odpovědích. *Geriatric a gerontologie*. 2016, 5(1), 19–27. ISSN 1805-4684.
41. KRŠKA, Zdeněk. Prevence TEN v chirurgii, prolongovaná profylaxe. *Rozhledy v chirurgii*. 2012. 91(5), 256–261. ISSN 0035-9351.
42. MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. 2.vyd. Ostrava: Filozofická fakulta OU, 2011. 84 s. ISBN 978-80-7368-951-3.
43. ZACHAROVÁ, Eva, HALUZÍKOVÁ, Jana. Bolest a její zvládní v ošetrovatelské péči. *Interní medicína pro praxi*. 2013, 15(11-12), 372–374. ISSN 1212-7299
44. BARTOŠ, Petr. Tromboembolická nemoc a nová antikoagulancia. *Lékařské listy*. 2014. 2014(1), 7–9. ISSN 0044-1996

Seznam příloh

Příloha č. 1: Vizuální analogová škála bolesti. Google *obrázky* vizuální analogová škála [online]. [cit. 23. 6. 2017]. Dostupné z:

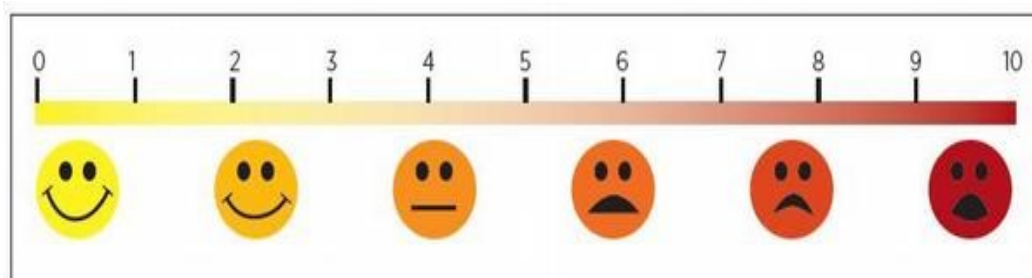
https://www.google.cz/search?q=vizu%C3%A1ln%C3%AD+analogov%C3%A1+%C5%A1k%C3%A1a&client=firefox-b-ab&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiCofPexNLUAhXH6xQKHfDgDsIQ_AUICigB&biw=1600&bih=789#imgrc=XUupjwVsa_6bVM:

Příloha č. 2: Ošetřovatelská anamnéza (Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK)

3. LF UK. Ústav ošetřovatelství. Praha. *Ošetřovatelská anamnéza* [online]. [cit. 2017-17-05]. Dostupné z: [http://vyuka-data.lf3.cuni.cz/CNSK018P2/oseanamneza%203%20lf\(51384d586624b\).pdf](http://vyuka-data.lf3.cuni.cz/CNSK018P2/oseanamneza%203%20lf(51384d586624b).pdf)

Přílohy

Příloha č. 1 – Vizuální analogová škála bolesti



Příloha č. 2 – Ošetrovatelská anamnéza

Ošetrovatelská anamnéza

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

Oddělení: Endokopnický JIP
Datum a čas odběru anamnézy: 29.2.2017 17⁰⁰
Jméno (iniciály): H.K. Pohlaví: žena Věk: 43

Datum přijetí: 19.2.17

Stav: svobodná Povolání: muškadýna

Rodina informována o hospitalizaci: ano ne

Diagnóza při přijetí (základní): UTERUS MYOMATOSUS

Chronická onemocnění: ARTERIÁLNÍ HYPERTENZE
SEKUNDÁRNÍ ANEMIE

Infekční onemocnění: NE ANO
Režimová opatření:

Léčba: Operační výkon: LPSK - MYOMEKTOMIE Pooperační den: 1

Farmakoterapie:
ANALGETIE: ALHIVAL 75 mg s.v., NOVALGIN 9, v.i., PARALETANOL
KARI 19 s.v.
NA SPÁNI: FRONITIN 0,5g 7.0., ANTIKORULANCIÁ: FRANJATIN 94ml s.c.
CHRONICKÁ MEDIKACE: NEMILIT 46L 0-12-0-0,
TALBESON 80mg s.kl. 0-0-0-0

Jiné léčebné metody:
Má nemocný informace o nemoci: ano ne částečně

Alergie: ano ne jaké:

Fyziologické funkce: P: 61' TK: 127/75 D: 16 SpO2: 98% TT: 36,0°C

1) Vědomí

stav vědomí: při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC: 15
 Orientovaný Deorientovaný

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba).....
Žádná H.K. svou nemoc vnímá jako vleklou chorobu

Úrazy: ano ne jaké:.....

6) Výživa, metabolismus

Dieta: *1/5* Nutriční skóre: *1*.....

Hmotnost: *99* Výška: *182* BMI: *30*.....

Chuť k jídlu: ano ne

Potíže s přijímáním potravy: ano ne jaké:.....

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

Enterální výživa Parenterální výživa.....

Denní množství tekutin: *1,5 l* Druh tekutin: *čaj, voda*.....

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ano ne o kolik: *3kg*.....

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

datum poslední stolice: *19. 2. 17*.....

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení: *1. den*.....

Rektální odvodný systém:.....

Stomie:.....

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: *NEOHEZENÝ*.....

Barthel test: *70 % lehce zohrnulý*.....

Riziko pádu: ANO skóre: *bez klavír* NE

Pohyblivost: chodící samostatně chodící s pomocí

ležící pohyblivý ležící nepohyblivý

pomůcky jaké:

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku: 4-6 hodina usnutí: 24:00

poruchy spánku: ano ne jaké:

hypnotika: ano ne

návyky související se spánkem: NEUVA'DI'

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem: ano ne jaké: zhoršení zraku, krátkozrakost

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

Úroveň komunikace a spolupráce: dobrá obtížná

Plánování propuštění

Bydlí doma sám: ano ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění: Zodiina, partnerka

kontakt s rodinou: ano ne

12) Invazivní vstupy

Drény: ano ne jaké: Leckoupa dráha Datum zavedení: 20.2.17

Permanentní močový katétr: ano ne

i.v. vstupy: ano periferní datum zavedení: 20.2.17 kde: PHK
Stav: klidně obale, fámčím

centrální datum zavedení: kde:

stav:

ne

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

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 hodnotící 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 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 ošetřovatelství 6- Hodnotící 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 706

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	Chodi 4	Úplná 4	Neni 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršeny 3	Apaticky 3	S doprovodem 3	Část omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	60 2	Vlhká 2	Tromboza, obezita 2	Špatny 2	Zmateny 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatny 1	Bezvědomi 1	Leži 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. 346.

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutritional Risk Screening

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 type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladi na lůžkové odd.	1 bod
<input type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém	1 bod
<input type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa)	1 bod
Vyšetření	
Soběstačnost	
- úplná	0b
- částečná	2b
- nesoběstačnost	3b
Schopnost spolupráce	
- spolupracující	0b
- částečné	1b
- nespoupracující	2b
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)	
<input 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: 3	
0-4 body	Bez rizika
5- 13 bodů	Střední riziko
14- 19 bodů	Vysoké riziko

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

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
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:	5 bodů - pacient při plném vědomí 3 body - pacient v hlubokém bezvědomí	15

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

PANIČKA SE CÍTÍ DOBRĚ, OČI IMAJE
VSTUPU JE KLIDNĚ JE ORIENTO VANA A
V DOBRĚ M. PSYCHICKĚ M. STAVU, POHYBUJE
SE SAMO STÁNEJ, RÁD SI VŠAK / POB. DOPLĚDIT
SESTRY - CÍTÍ SE DĚŠTĚ, NEKRAČÍ (POŘEVNĚ),
V DĚLA MĚRNĚ BOLESTI V ZOBĚTIŠKU.
KLINICKY JE V POŘÁDKU.

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©