

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetřovatelství**

Bakalářské studium ošetřovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

**Ošetřovatelská kazuistika pacienta po operaci plic
Nursing care for Patient after a Lung Surgery**

2006/2007

Vedoucí práce: Mgr. Dana Jurásková, MBA

Zuzana Kubíková

Obsah

A. Úvod.....	4
B. Klinická část.....	5
1. Charakteristika onemocnění.....	5
1.1 Nádorová onemocnění plic.....	5
1.1.1 Definice a základní dělení.....	5
1.1.2 Etiologie.....	6
1.1.3 Klinické projevy.....	6
1.1.4 Diagnostika.....	7
1.1.5 Terapie.....	8
1.1.6 Prognóza.....	8
1.2 Wegenerova granulomatóza.....	9
1.2.1 Definice onemocnění.....	9
1.2.2 Etiologie.....	9
1.2.3 Klinické projevy.....	9
1.2.4 Diagnostika.....	10
1.2.5 Terapie.....	11
1.2.6 Prognóza.....	11
1.3 Ošetrovatelská péče.....	11
1.4 Edukace.....	13
2. Základní identifikační údaje nemocného.....	13
3. Lékařská anamnéza.....	14
4. Lékařské diagnózy.....	15
5. Diagnostická činnost.....	15
5.1 Předoperační vyšetření.....	15
5.1.1 Příjmové vyšetření.....	15
5.1.2 Laboratorní vyšetření.....	16
5.1.3 Zobrazovací metody.....	17
5.1.4 Ostatní vyšetření.....	18
5.2 Pooperační vyšetření.....	19
5.2.1 Rentgenové vyšetření.....	19
5.2.2 Krevní obraz.....	19
6. Přehled terapie.....	19
6.1 Chirurgické řešení.....	19
6.2 Péče o rány a zavedené vstupy.....	20
6.3 Dietoterapie.....	21
6.4 Pohybový režim a fyzikální terapie.....	21
6.5 Farmakoterapie.....	21
6.5.1 Léky podávané p.o.....	21
6.5.2 Léky aplikované injekčně.....	21
6.5.3 Léky aplikované i. v. infuzí.....	22
6.5.4 Mikronebulizace.....	23
7. Stručný průběh hospitalizace.....	23
C. Ošetrovatelská část.....	24
1. Ošetrovatelská anamnéza a současný stav pacienta.....	24
1.1 Vnímání hospitalizace.....	25
1.2 Biologické potřeby.....	25
1.3 Psychosociální a spirituální potřeby.....	29
1.4 Souhrnné hodnocení.....	31
2. Ošetrovatelské diagnózy.....	32
2.1 Aktuální diagnózy.....	32
2.2 Potenciální diagnózy.....	33
3. Plán ošetrovatelské péče.....	33
3.1 Aktuální diagnózy.....	33
3.2 Potenciální diagnózy.....	38

4. Edukační programy.....	39
5. Závěr a ošetřovatelská prognóza.....	41
D. Použité zkratky.....	42
E. Použité zdroje informací.....	45
F. Přílohová část.....	46

A. Úvod

Pro svou závěrečnou práci jsem si vybrala pacienta z chirurgického oddělení JIP. Nejen proto, že mě zaujala chirurgie jako obor, kterému bych se chtěla věnovat i po ukončení studia, ale i proto, že s prací na tomto oddělení jsem měla možnost se seznámit již v průběhu ošetrovatelských praxí při studiu. Velmi mě zaujala práce s pacienty s velmi různorodými problémy a navíc fakt, že v tomto oboru bývají výsledky práce zřejmé. Nejčastěji se zde pečuje o pacienty po operacích v oblasti dutiny břišní a dutiny hrudní. Mnou zvolený pacient byl po operačním výkonu v oblasti levé plíce, který sloužil k verifikaci patologického ložiska a stanovení diagnózy. Výběr mého pacienta byl ovlivněn mimo jiné i tím, že ostatní pacienti nezůstávali na oddělení dostatečně dlouho na to, abych s nimi mohla řešit jejich problémy v delším časovém úseku.

B. Klinická část

1. Charakteristika onemocnění

Pan F. byl hospitalizován kvůli upřesnění nálezu patologického procesu v plicích, který však zatím nebyl blíže specifikován. V úvahu zde připadalo několik různých možností. V této kapitole jsem se zaměřila na problematiku nádorového postižení plic, neboť pacient spadl do rizikové skupiny, a dále Wegenerově granulomatóze, která byla u pacienta později diagnostikována.

1.1 Nádorová onemocnění plic

1.1.1 Definice a základní dělení

Nádor (tumor, novotvar, neoplazma, blastom) je označení pro nakupeniny patologických buněk v určité tkáni, které se vymkly kontrole organismu a abnormálně rychle a nadměrně rostou. Toto bujení může postihnout kteroukoliv tkáň lidského těla, ale nejčastěji je nacházíme ve tkáních, ve kterých se buňky poměrně rychle množí i za normálních okolností (git, průdušky, prsy, prostata). Nádory mohou být benigní (nezhoubné) a maligní (zhoubné). Benigní nádory se vyznačují tím, že obvykle rostou pomalu a ohraničeně, takže škodí spíše útlakem než vlastním poškozováním tkání. Tyto nádory zpravidla nemetastazují. Maligní nádory rostou rychle a prorůstají do okolních tkání. Mívají sklon ke generalizaci a metastázování do jiných částí těla, než kde vznikly. Nádory se šíří prorůstáním do okolních tkání (porogenně), krevní cestou (hematogenně), lymfatickými cestami (lymfogenně) a tvorbou metastáz ve vzdálených orgánech.

Vlastní nádory plic můžeme dále rozdělit na nádory primární a sekundární. *Primární benigní nádory plic* jsou vzácné a většinou se na ně přijde náhodně. Dělíme je na epiteliální nádory (papilom, adenom), nádory z měkkých tkání (fibrom, lipom, chondrom, myxom), smíšené nádory (hamartom, benigní teratom, nádor ze světlých buněk) a ostatní nádory (xantom, amyloid, histiocytom).

Mezi *primární maligní nádory plic* řadíme karcinoid, malobuněčný karcinom a nemalobuněčné karcinomy (dlaždicobuněčný karcinom, adenokarcinom, velkobuněčný karcinom). Dlaždicobuněčný a malobuněčný karcinom jsou nádory,

které jsou uloženy centrálně, zatímco adenokarcinom a velkobuněčný karcinom lokalizujeme periferně.

Sekundárně zde mohou vznikat metastázy sarkomů a karcinomů z kteréhokoliv orgánu. Dostávají se sem cestou hematogenního a lymfogenního šíření.

1.1.2 Etiologie

Příčina vzniku nádorů nám doposud není zcela jednoznačně známá, ale podobně jako u řady jiných onemocnění se i na příčinách vzniku nádorů podílí celá řada faktorů, které vzniku napomáhají. Tyto faktory nazýváme kancerogeny. S určitostí dnes můžeme říci, že 85 – 95 % lidí, u kterých se vyskytlo nádorové onemocnění plic *kouřilo cigarety*. Nesmíme však zapomínat, že ohroženi nejsou jen kuřáci, ale také lidé, kteří pobývají často a dlouhou dobu v zakouřených místnostech. Tito lidé jsou takzvanými *pasivními kuřáky*. Významnými faktory jsou také *životní prostředí, chemické látky* (nikl, arzen, chrom, dehet, berylium) a *profesionální expozice* kancerogenním látkám (azbest, uran, záření). Nermalou úlohu při vzniku nádorů plic hraje i *genetický faktor*. Zde je zahrnuto 10 – 20 genů, které ovlivňují plicní kancerogenezi. Vliv na výskyt nádorů má však také věk, eventuálně výskyt plicního onemocnění.

Z faktorů, které vznik nádorů ovlivňují, lze vyvodit i skupinu lidí, která bude pro výskyt takového onemocnění riziková. Do této skupiny patří kuřáci po 45. roce života, lidé profesionálně exponovaní nepříznivým vlivům, lidé kteří prodělali bronchogenní karcinom či jiné plicní onemocnění a nakonec také lidé, kteří mají výskyt nádorového onemocnění plic v rodině.

1.1.3 Klinické projevy

Tumor plic je onemocnění, které může probíhat poměrně dlouhou dobu bezpříznakově. Nemusí se vůbec projevit, nebo se projeví jen necharakteristickými celkovými příznaky. Mnohem dříve se projeví nádory, které rostou do průdušek a způsobují plicní obtíže.

Projevy nádorového bujení v plicích můžeme rozdělit na celkové, plicní, hrudní, paraneoplastické a příznaky způsobené metastázami. *Celkové projevy* jsou dosti nespecifické a pacient s nimi vůbec nemusí přijít k lékaři. To je příčinou častého

diagnostikování plicních nádorů v pokročilém stádiu. Patří sem únava, slabost, váhový úbytek, zvýšení tělesné teploty a podobně. K *plicním projevům* řadíme kašel, hemoptýzu, dušnost. Obvykle jsou tyto příznaky způsobeny prorůstáním nádoru do bronchů, obturací jejich průsvitu a drážděním v místě růstu. *Hrudní projevy* zahrnují pleurální a kořenovou bolest, dušnost (na podkladě ochrnutí nervu phrenicu, pneumotoraxu, pleurálního či perikardiálního výpotku), postižení plic zánětem (atelektáza, pneumonie, absces), syndrom horní duté žíly, Pancoastův syndrom (bolest, otok, slabost HK - prorůstání do obratlů, cév, brachiálního plexu), chraptot, dysfagii a bolesti v zádech. Dále mohou vznikat projevy různě vzdálené od místa nádoru, které s ním souvisejí a mohou nás na nádor upozornit. Jsou to takzvané *paraneoplastické projevy*. U nádorů plic to mohou být paličkovité prsty nebo svalová slabost. Další symptomy mohou vytvářet *metastázy nádorů* podle jejich lokalizace. Například metastázy v kostech způsobí bolesti v kostech, v mozku neurologické projevy, váhový úbytek a další.

1.1.4 Diagnostika

K tomu, abychom zjistili s jakým onemocněním plic se právě setkáváme, využíváme řadu různých diagnostických metod. Vždy je ale důležité vypracovat u nemocného důkladnou anamnézu. Ptáme se na identifikační údaje nemocného, jeho hlavní současné potíže, proběhlá onemocnění, závažné choroby vyskytující se v rodině, sociální, ekonomickou i pracovní situaci, pracovní prostředí a podobně. Dále zjišťujeme, zda a které léky pacient užívá a zda je na něčem závislý (kouření, alkohol, drogy). Anamnéza nám poskytne určitý obrázek o pacientovi a jeho dosavadním stavu.

Vlastní vyšetření můžeme zahájit celkovým fyzikálním vyšetřením. K diagnostice pacienta můžeme dále využít tyto metody:

- zobrazovací metody – RTG (předozadní, boční projekce), CT, MRI, PET, radionuklidy
- cytologie sputa
- transtorakální punkční biopsie
- bronchoskopie
- krční mediastinoskopie
- levostranná přední mediastinotomie

- skalenová biopsie
- diagnostická VATS
- vyšetření plicních funkcí
- posouzení stavu kardiální kompenzace

Jednotlivé metody volíme podle podezření na konkrétní onemocnění, ekonomických faktorů a prospěšnosti, která pro pacienta z daných metod vyplývá.

1.1.5 Terapie

Nádorová onemocnění můžeme léčit několika způsoby. Patří sem chirurgické řešení, chemoterapie, radioterapie a cílená biologická léčba.

Základem chirurgického řešení je odstranění postižené části plice i částí okolní zdravé tkáně. Rozsah výkonu se řídí stádiem a rozsahem tumoru a obvykle se provádí podle fyziologického členění plic. Při odstranění 1 plice nazýváme výkon pneumektomie, při odstranění 1 laloku - lobektomie, při odstranění určitého segmentu pak segmentektomie. Při výkonech často navazují bronchoplastické operace k jejich rekonstrukci.

Chemoterapii a radioterapii lze použít buď ještě před provedením chirurgického zákroku jako tzv. neoadjuvantní terapii (jejím cílem je zmenšení či zpomalení růstu nádoru), nebo jako adjuvantní neboli pomocnou terapii po provedeném chirurgickém zákroku k zabránění vzniku metastáz.

Dnes je možné provést také cílenou biologickou léčbu, kdy aplikujeme přímo do nádorové tkáně proti ní připravené protilátky.

1.1.6 Prognóza

Prognóza u nemocných se zhoubným nádorovým onemocněním plic není příliš příznivá. Pětileté přežití všech pacientů včetně neoperovaných činí pouhých 9 %. U pacientů, kde bylo možné resekci provést jsou hodnoty vyšší. U dlaždicobuněčného karcinomu to je 40 %, u adenokarcinomu, velkobuněčného karcinomu 30 %. Průměrné přežití u pacientů s malobuněčným karcinomem je 1 rok.

1.2 Wegenerova granulomatóza

1.2.1 Definice onemocnění

Tuto primární vaskulitidu poprvé popsal německý patolog Friedrich Wegener ve třicátých letech dvacátého století. Jedná se o systémové autoimunitní onemocnění, které postihuje granulomatózním zánětem malé a střední cévy v DC, plicích, ledvinách, ale i v jiných orgánech lidského těla. Onemocnění je charakteristické přítomností autoprotilátek c-ANCA.

1.2.2 Etiologie

Etiologie onemocnění není jasně známa, ale existují zde určité faktory, které se při vzniku onemocnění mohou uplatnit. Jsou to genetické predispozice (HLA antigen, ↑ DR 2, ↓ DR 3, ↓ α-1-antitrypsin), chronické plicní infekty a hypersenzitivita na blíže neurčený antigen.

Výskyt onemocnění je vzácný, ale v posledních letech se zvyšuje. Zřejmě to souvisí s rozvojem diagnostiky a tím i možností záchytu onemocnění, které ještě nemá vyvinuté charakteristické projevy. S W. G. se obvykle setkáváme u lidí mezi 45. a 55. rokem života. V dospělém věku se o něco častěji vyskytuje u mužské populace, v dětství je velmi vzácné.

1.2.3 Klinické projevy

Onemocnění se v prvních fázích projevovat nemusí, pak nastoupí řada nespecifických projevů jako je únava, zvýšené teploty, noční pocení, anorexie nebo váhový úbytek. Další vzniklé projevy závisí na postiženém orgánu a stádiu nemoci. Nejvýznamnější a nejcharakterističtější pro tuto chorobu je postižení HCD, DCD, plic a ledvin, ale postižen může být i kterýkoliv další orgán.

Při postižení HCD se až u 90 % postižených objevují nekrotizující granulomy. Pacient trpí epistaxemi, chronickou rýmou, chronickou sinusitidou, zvýšenou lakrimací, častými otitidami a mastoiditidami. Sinusitidy, zvýšená slzivost a otitidy jsou způsobeny obstrukcí fyziologických vývodů daných oblastí granulomy. Pro DCD a plíce je charakteristický kašel, hemoptýza a bolest na hrudi. Problémy se objevují až u 90 % nemocných.

Velmi často dochází u postižených osob k ledvinové manifestaci onemocnění. Ta se projeví mikroskopickou erythrocyturií (deformované ery), nízkou až střední proteinurií (do 3 mg/den) a ledvinové funkce mohou spadnout až do dialyzačních hodnot.

Z dalších orgánů mohou být postiženy oči (konjunktivitidy, episkleritidy, korneální vředy, retinální vaskulitidy), git (průjmy, bolesti břicha, krvácení do git, endoskopické hemoragie, ulcerace až perforace střeva), NS (mononeurozis multiplex, postižení hlavových nervů i mozku), kůže (ulcerace, hemoragie), pohybový aparát (myalgie, atralgie, artritidy), srdce (perikarditida, kardiomyopatie, arytmie). Granulomatózní změny mohou postihnout játra, prostatu, gonády, thyroideu a hypofýzu.

Tato granulomatóza má také limitované formy, kdy jsou postiženy HCD nebo DCD, plíce, ale ledviny zůstanou ušetřeny. Tyto formy nemusí být provázeny přítomností protilátek ANCA.

1.2.4 Diagnostika

Diagnózu onemocnění opět začínáme získáním anamnézy a klinických symptomů onemocnění. Při stanovení diagnózy W. G. postačí podle American College of Rheumatology 2 ze 4 následujících bodů:

- zánět nosní, ústní sliznice (vředy, hnisavý nebo krvavý výtok z DN)
- uzly, infiltráty, dutiny na hrudi na RTG
- glomerulární mikroskopická hematurie
- biopticky prokázané histologické změny ve smyslu granulomatózní zánět ve stěně cévy nebo v jejím okolí

Důležitou diagnostickou metodou je bioptické vyšetření tkáně ze sliznice nosní, plic nebo z ledvin. Dále použijeme vyšetření imunologická (↑ IgG, ↑ IgA, imunokomplexy, PEG, protilátky c-ANCA), zánětlivé markery (↑ FW, ↑ LEU - neutrofilly, ↑ CRP, trombocytopenie). W. G. je třeba diferenciatně odlišit od Goodpasturova pneumonefritického syndromu, Churg-Straussova syndromu a nodózní polyarteriitidy.

1.2.5 Terapie

V terapii W. G. musíme využít kombinovanou imunosupresivní terapii, kde kombinujeme glukokortikoidy (Prednison) s cyklofosfamidem. Tato léčba obvykle vede k dlouhodobým remisím, ale je zde riziko vzniku nežádoucích účinků spojených s kortikoidy. Léčba musí probíhat kontinuálně prakticky neustále, abychom omezili vznik relapsů. Pro udržovací léčbu postačí glukokortikoidy podávané ob den a cyklofosfamid jednou týdně. Cyklofosfamid má významné onkogenní účinky, proto se doporučuje ho po roce vyměnit za azathioprin, který je slabší, ale má menší onkogenní účinky. Dlouhodobě se u některých nemocných podávají chemoterapeutika (Biseptol). Při akutním vzplanutí nemoci je potřeba dávky léků zvýšit. U pacientů, kterým selhávají ledvinové funkce, se provádí hemodialýza.

1.2.6 Prognóza

Neléčená W. G. je závažné onemocnění, které může být smrtelné. Pokud je zahájena vhodná léčba včas, dosahujeme remise až u 85 – 95 % nemocných. Přesto se zhruba u poloviny nemocných objevují časté relapsy. Přežití pacientů je v jednotlivých zdrojích uváděno různě, nejčastěji mezi 60 a 80 % pacientů, kteří přežijí 5 let. Nemocní umírají v souvislosti s W. G. na fatální relapsy, oportunní infekce nebo komplikace dialyzační terapie. Příčina úmrtí pacientů před diagnostikou onemocnění spočívá v krvácení z plic a infekcích.

1.3 Ošetrovatelská péče

Pacienti po výkonech na plicích jsou vždy předáváni na oddělení JIP a zde jsou nějakou dobu sledováni před umístěním na standardní oddělení. Délka této doby se může u jednotlivých pacientů lišit podle jejich momentálního stavu. Na oddělení máme vždy připraven resuscitační vozík pro případ, že by došlo k selhávání základních životních funkcí.

Přijímaní pacienti mívají po operačních výkonech zavedenu 1 až 2 periferní žilní kanyly, hrudní drén, a dále mohou mít zaveden epidurální katetr. Mají-li jej zaveden, zavádí se obvykle i permanentní močový katetr, neboť u těchto pacientů se vyskytují problémy s vyprazdňováním moči.

Po přivezení na JIPové oddělení jsou pacienti seznámeni s ošetřujícím personálem a místem, kam se dostali a okamžitě napojeni na monitory, kde jsou trvale sledovány hodnoty fyziologických funkcí – P, EKG, DF, TK, SpO₂. Dále sledujeme stav vědomí, bolest, dechový objem, operační ránu, drény a TT. Hodnoty základních funkcí jsou po přijetí zaznamenávány každou hodinu až do půlnoci, dále alespoň 4 krát denně. Srdeční činnost a dechovou frekvenci snímáme pomocí 3 elektrod, které se lepí na hrudní koš, a na monitoru vidíme vždy aktuální hodnoty. Krevní tlak je měřen manžetou trvale umístěnou na jedné horní končetině a zobrazuje se nám vždy poslední naměřená hodnota. Manžetu preferenčně umísťujeme na HK, kde není zavedena periferní žilní kanyla. V případě, kdy jsou kanyly zavedeny na obou HK, volíme končetinu, kde bude kanyla dál od manžety. Dále sledujeme hodnoty saturace krve kyslíkem. Tyto hodnoty zjišťujeme pomocí saturátoru, který může být v podobě kolíčku umístěvaného na prst, nebo pomocí kolíčku, který dáváme na ušní lalůček. Hodnoty se nám rovněž ukážou na monitoru a tyto hodnoty jsou aktuální. Stav vědomí je hodnocen podle GCS škály, kde hodnotíme slovní odpověď, otevření očí a reakci na bolest. Průběžně kontrolujeme, zda operační rána a drény neprosakují a zda jsou drény průchodné, odvádí sekret a také jaký je vzhled sekretu. Tělesná teplota se měří klasickým lékařským teploměrem 3 krát denně.

Nemocným se snažíme co nejdříve tlumit bolest a průběžně plníme i ostatní ordinace lékaře. Mají-li zaveden epidurální katetr, připravíme epidurální směs podle ordinace lékaře a ihned po přijetí ji aplikujeme přes infuzní pumpu. Pokud zaveden není, podáváme pacientům analgetika podle ordinací lékaře. U pacientů může být naordinováno podávání kyslíku, který může být podáván kontinuálně nebo při potížích. Lze ho podávat kyslíkovou maskou a kyslíkovými brýlemi.

Celkovou hygienu na tomto oddělení je zvykem provádět u pacientů ráno a večer, ale je možné i častěji, je-li to potřeba. Při hygieně se převléká lůžko do čistého prádla. U operovaných pacientů obvykle začínáme s hygienou až ráno.

V průběhu pobytu pacienta na oddělení dbáme o jeho hydrataci a přiměřenou výživu, ale vše s ohledem na jeho stav. Po operaci podáváme tekutiny nejdříve po 4 hodinách po menších doušcích. K pití dáváme tekutiny neslazené a nesycené. Stravu podáváme druhý den a bereme ohledy na postupné zatížení GIT. To znamená, že začínáme dietou kašovitou a postupně přecházíme k původní předoperační dietě.

Po operaci sledujeme, zda se pacient spontánně vymočí a vyprázdní. Pacient by se měl vymočit do 8 hodin po operaci, stolice by měla být zhruba do tří dnů s ohledem na

zatížení git potravou. Dokud je pacient upoután na lůžko, podáváme mu podložní mísu, muži mají u lůžka močovou láhev. Pokud má pacient zaveden PMK, pečujeme o něj a kontrolujeme zda odvádí moč.

Pohybový režim mají pacienti po operacích klidový a od následujícího dne se snažíme o postupnou vertikalizaci. Vždy zohledňujeme pacientovy momentální možnosti a jeho momentální stav.

S každým pacientem řešíme zvláště jeho individuální problémy, potřeby a přání.

1.4 Edukace

Každý pacient musí být informován a edukován o řadě věcí. Přichází k lékaři, kde se sekává s prostředím a situacemi, které dobře nezná, ale stále chce vědět, co se s ním děje. Ošetřující personál nemocného edukuje od prvního okamžiku, kdy se s ním setká. Musíme mu vysvětlit, kde co najde a na koho se může obrátit. Pro každého nemocného je důležité, aby s ním lékař promluvil a vysvětlil mu, jakým onemocněním trpí a jak to ovlivní jeho dosavadní život. Dále pacienta seznamujeme s vyšetřovacími metodami, které je potřeba provést, se změnou životního stylu, která by byla pro daného nemocného vhodná a se všemi aspekty souvisejícími s jeho zdravotním stavem. Proto je vhodné, abychom mu poskytovali informace pomalu, postupně a srozumitelně. Vše bychom mu měli několikrát zopakovat, případně nabídnout v psané či audiovizuální podobě (letáčky, brožury, videokazety aj.) a ponechat mu možnost, aby si vše v klidu promyslel a s dotazy se na nás pak znovu obrátil. Na nemocného bysme si měli udělat čas a promluvit si s ním ve vyhrazené klidné místnosti.

2. Základní identifikační údaje nemocného

Pan Ing. P. F. byl přijat 2. 4. 2007 na standardní chirurgické oddělení a dne 3. 4. 2007 mu byl proveden operační výkon na plicích s následnou histologií k verifikaci patologických ložisek. Pacient byl poté svěřen do péče na oddělení chirurgické intenzivní péče. Byl po laterální minitorakotomii vlevo, při vědomí, orientován, s klidným dýcháním a minimálním hemoragickým odpadem ze zavedeného drénu. V mé péči byl v období 3. - 6. 4. 2007. Toho dne byl přeložen zpět na standardní oddělení.

Jméno a příjmení: Ing. P. F.	Pojišťovna: 111
Oslovení: Pan F.	Povolání: podnikatel, technik firmy
Rok narození: 1959	Vzdělání: vysokoškolské (Ing.)
Věk: 47 let	Národnost: česká
Stav: ženatý	Adresa: Morava
Vyznání: křtěný římský katolík	
Osoba, kterou lze kontaktovat: manželka A. F.	

3. Lékařská anamnéza

OA: pacient byl dosud zcela zdrav, aktivně sportuje

opakovaně odstraňovány nosní polypy, poslední operace byla v roce 1999

alergické astma bronchiale (analgetika, anestetika)

ostatní onemocnění na cílené dotazy neguje, 3 × operace ramene

epidemiologická anamnéza – pracoval s březolitem (1990), kontakt s volně žijícími ptáky a netopýry neguje

RA: otec zemřel na CMP (68 let), matka po aortokoronárním by passu, rodinná zátěž pro onemocnění štítné žlázy

SA: sociální poměry dobré

PA: podnikatel, technik firmy

AA: Ibuprofen (rýma), ACP, lokální anestetika (silná astmatická reakce)

FA: Dimexol tbl. p. o. 1-0-1

Abusus: méně než 1 cigareta za den, asi 1 doutník do týdne, příležitostně marihuana

NO: Pacient byl v lednu 2007 vyšetřen na ORL. Při předoperačním vyšetření byl proveden rentgen plic s nálezem mnohočetného ložiskového procesu, dále byl vyšetřen na plicním oddělení, kde byla provedena bronchoskopie, scintigrafie skeletu, CT plic, v plánu VATS s odběrem vzorku na histologii, subjektivně se nyní cítí zcela zdrav, bez únavy, hemoptýzu a kašel neguje, afebrilní, bolest neguje. Pacient je nyní přijat s mnohočetným ložiskovým procesem k histologické verifikaci.

4. Lékařské diagnózy

- Novotvar nejistého nebo neznámého chování – trachea, bronchy, plíce
- Astma bronchiale
- Polyvalentní alergie
- VAS lumbosakrální páteře

5. Diagnostická činnost

5.1 Předoperační vyšetření

5.1.1 Příjmové vyšetření (2. 4. 2007)

- P = 55/min.; TK = 115/70 mmHg; D = eupnoe; TT = 36,5 °C
- výška: 181 cm; váha: 67 kg; BMI: 20,5
- Status praesens: pacient je při vědomí, orientovaný časem i místem, spolupracuje, kontakt dobrý, poloha aktivní, výživa a hydratace přiměřená, kůže anikterická, bez eflorescencí.
- Hlava: mezocefalická, pokleповě nebolestivá, uši a nos bez výtoku, inervace n. VII. orientačně v normě, výstupy nervů nebolestivé, bulby ve středním postavení bez nystagmu, skléry bílé, izokorie, fotoreakce správná, spojivky růžové, jazyk plazí ve střední rovině, růžový, vlhký, nepovlečený, hrdlo klidné.
- Krk: volný, symetrický, šíje neopouje, náplň jugulárních žil přiměřená, pulzace artérií carotis hmatné symetricky, štítná žláza nezvětšena, lymfatické uzliny nezvětšeny.
- Hrudník: souměrný, dechové exkurze symetrické, prsy bez rezistence, dýchání poslechově sklípkové, čisté, plíce rozvinuté, akce srdeční pravidelná, ozvy zvučné, ohraničené.
- Břicho: v úrovni hrudníku, dechová vlna postupuje v celém rozsahu, kůže bez jizev, palpačně břicho měkké, volně prohmatné, poklep diferencovaně bubínkový, nebolestivý, bez palpační bolestivosti, bez známek peritoneálního dráždění, bez hmatné rezistence, játra v oblouku, poslechově klidná nepřekážková peristaltika, per rektum nevyšetřováno.
- DK: bez otoků, bez trofických změn kůže, pulzace arteria femoralis, arteria poplitea, arteria dorzalis pedis bilaterálně hmatné.

5.1.2 Laboratorní vyšetření

- **KO + dif. (22. 3. 2007):**

RBC $4,68 \times 10^{12}/l$; WBC $7,2 \times 10^{12}/l$; PLT $257 \times 10^9/l$; HB 14,9g/l; HCT 0,443;
MCV 94,7fl; MCH 31,8 pg; MCHC 33,6g/dl; RDW 12,3 %; MPV 8,5fl; PCT
0,218; PDW 16,1 %; lymfocyty 0,197; monocyty 0,713; granulocyty 5,069

Hodnoty vyšetření byly v normě.

- **Hemokoagulační vyšetření (22. 3. 2007):**

APTT 34,20 s; APTTN 30,0 s; QUICK 12,50 s; QUICKN 11.90 s; QUICK% 91;
INR 1,06; RATIO 1,14

Hodnoty vyšetření byly v normě.

- **Biochemické vyšetření (22. 3. 2007):**

Minerály: Na 141 mmol/l; K 4,7 mmol/l; Cl 102 mmol/l; Ca celk. 2,22 mmol/l

Enzymy: ALP 1,17 μ kat/l; AST 0,31 μ kat/l; ALT 0,35 μ kat/l; GMT 0,37 μ kat/l;
AMS 1,43 μ kat/l

Metabolity: BIL celk. 4,6 μ mol/l; **BIL přímý 1,5 μ mol/l (\uparrow)**; UREA 6,2 mmol/l;
KREA 94 μ mol/l

Tuky: TRIGL 1,18 mmol/l; CHOL 5,1 mmol/l; HDL 1,47 mmol/l; LDL 3,26
mmol/l

Bílkoviny: ALB 40,2 g/l; CB 67,1 g/l; CRP 0,5 mg/l

Hormony: TSH 0,706 μ U/ml

Z hodnot biochemických vyšetření byl mírně zvýšený přímý bilirubin, což by mohlo ukazovat na možné postižení jater, ale u pana F. nebylo prokázáno.

- **Astrup (22. 3. 2007):** pH 7,47; pCO₂ 5,07 kPa; pO₂ 12,65 kPa

Hodnoty vyšetření Astrup jsou v pořádku.

- **M+S (23. 3. 2007):** SpV = 1,015; pH = 5,0

Chemické vyšetření moči: ery, leu, blk., BIL., nitrity, ketolátky – neg.; gluk.,
urobil. – v normě

Vyšetření sedimentu: ery 9, leu 4, hyalinní válce a dlaždicový epitel 0

V sedimentu moče byly prokázány erytrocyty a leukocyty, což by mohlo svědčit o postižení ledvin granulomatózou.

• **Onkomarkery (28. 3. 2007):**

PSA 0.60 µg/l; PSA 3. generace 0,787 µg/l; FPSA 0.24 µg/l; AFP 3,60 IU/l; TPA 0,56 U/I; CYFRA 21-1 0,80; CA₁₅₋₃ 12,7 U/ml; **CA₁₉₋₉ 46,9 U/ml (↑)**; CA₇₂₋₄ 0,93 U/ml; CA₁₂₅ 13,9 U/ml; CEA 1,65 ng/ml; SCC 1,20 µg/l; bazofily 0,012; eozinofily 0,055; neutrofilů 0,637; lymfocyty 1,418; FERIT 77,0 ng/ml; **NSE 17,1 µg/l (↑)**

Z onkomarkerů jsou zvýšeny CA₁₉₋₉ a NSE. Tyto hodnoty nás mohou upozorňovat na možný karcinom pankreatu, kolorektální karcinom, karcinomy v git (↑ CA₁₉₋₉) a malobuněčný bronchiální karcinom (↑ NSE). Nic z výše uvedeného však nebylo prokázáno.

• **Stolice na OK (29. 3. 2007):** I. neg.; II. neg.; III. neg.

Vyšetření stolice neprokázalo přítomnost okultního krvácení.

5.1.3 Zobrazovací metody

• **PET trupu (6. 3. 2007):**

Aplikováno 328MBq 18 – FDG i. v., po 60-ti minutách snímání emisních a transmisních skenů s korekcí absorpce a iterativní rekonstrukcí dat. Rozsah snímání od lebeční baze po horní třetinu stehen.

Při vyšetření se zobrazují ložiska se zvýšenou kumulací FDG a to první ložisko vlevo nad bránicí v oblasti kardiofrankického úhlu, druhé o něco větší ložisko vpravo nad bránicí, více dorzálně až paravertebrálně, třetí menší ložisko v plicním parenchymu vpravo dorzálně, asi na rozhraní horního a dolního laloku. Velmi nepatrná akcentace pravého hilu, ale bez ložisek. Mediastinum volné. Intenzita kumulace FDG je 4,2 - 7,6 (orientačně už spadá do pásma malignity), nepatrná asymetrie v oblasti nasopharyngu, vlevo o něco vyšší aktivita. Nelze zcela jednoznačně hodnotit. V ostatních částech těla bez přítomnosti patologických ložisek.

Závěr: FDG PET scan zobrazuje ložiska se zvýšenou metabolickou aktivitou v plicích bilaterálně. (Může se jednat o viabilní nádorovou tkáň, ale vzít v úvahu ještě

možnost kumulace i v granulomatózních, případně zánětlivých ložiscích). Lehká asymetrie metabolické aktivity v oblasti nasopharyngu.

• **UZ břicha, pánve (22. 3. 2007):**

Játra nezvětšena s přiměřenou echogenitou, pravidelnou texturou, ložiskové změny nepřítomny. Portální a biliární systém bez dilatace. Žlučník s tenkou stěnou a anechogenním obsahem. Slezina nezvětšena. Pankreas štíhlý, s přiměřenou echogenitou, bez strukturálních změn. Retroperitoneum bez zvětšených lymfatických uzlin. Ledviny ve zvyklé lokalizaci, normálního tvaru, přiměřeně velké. Parenchym přiměřené šíře, s pravidelnou texturou. Dutý systém bez dilatace. Volnou tekutinu v dutině břišní neprokazují. Močový měchýř je anechogenní, normální velikosti, tvaru. Závěr : Přiměřený sonografický nález.

Z provedených zobrazovacích metod vyplývá nález tří patologických ložisek v plicích. Tyto ložiska mají vyšší metabolickou aktivitu než okolní tkáň a mohlo by se jednat o nádorovou tkáň nebo zánětlivá ložiska.

5.1.4 Ostatní vyšetření

- EKG (22. 3. 2007): RS pravidelný 70/min.; PQ 0,18; QRS 0,08; ST izo, T pozitivní
- Bronchoskopie (22. 3. 2007): normální nález
- Spirometrie (22. 3. 2007): FVC 6,11 (125%); FEV1 14,01 (102%); FEV1/FVC 65,57%; MEF 50 (60,9%)
- Cytologie (22. 3. 2007): výplach D2 a linguly - ve všech odběrech výhradně mírně polymorfnní ciliární epitelie bez hrubších atypií.
- Kultivace sputa (22. 3. 2007): viridující streptokoky, neisserie

Z těchto vyšetření vyplývá přítomnost streptokoků a neisserií v dýchacích cestách, jinak normální nález.

5.2 Pooperační vyšetření

5.2.1 Rentgenové vyšetření

- Předozadní snímek plic (3. 4. 2007): Stav po klínovité resekci dolního laloku vlevo, rentgen u lůžka nemocného. Plice jsou bilaterálně rozvinuté, plicní kresba je oboustranná, přiměřená, ložiskový, ani infiltrující proces není patrný. Bazální úhly jsou volné, klenby jsou hladké klenuté, srdce nezvětšeno. Vlevo je hrudní drén v dobré poloze, v okolí mírný podkožní emfyzém, jasný PNO na tvrdém snímku neprokazují.
- Předozadní snímek plic (5. 4. 2007): V porovnání se včerejším snímkem bez zřetelných změn. Stav po resekci dolního laloku levé plice, plice rozvinuté, bez infiltrace a bez ložiskových změn. Srdce nezvětšeno, bránice volná, hrudní drén vlevo parakardiálně, okolo drénu podkožní emfyzém.

U pacienta byly provedeny po operaci 2 kontrolní snímky plic. Ty svědčily o vhodném umístění drénu během operace a také o tom, že v místě operace se plice rozvinula, byla funkční a nedocházelo k tvorbě velkého množství výpotku, který by omezoval funkci hlavně srdce a plic. Na snímcích je patrný mírný podkožní emfyzém v okolí drénu.

5.2.2 Krevní obraz (4. 4. 2007)

RBC $4,6 \times 10^{12}/l$; WBC $9,6 \times 10^{12}/l$; PLT $206 \times 10^9/l$; HB 14,7 g/dl; HCT 0,424; MCV 92,2 fl; MCH 32 pg; MCHC 34,7 g/dl; RDW 13,6 %; MPV 9,1 fl; PCT 0,190; PDW 15,7 %

Vlivem operace a pooperačního období došlo k drobným změnám v porovnání s předoperačním krevním obrazem. Jednalo se o mírné zvýšení hodnot WBC a snížení hodnot PLT, které je ale v mezích norem.

6. Přehled terapie

6.1) Chirurgické řešení

U pacienta byl naplánován VATS s histologií v celkové anestezii, ke kterému byl připravován podle ordinací anesteziologického lékaře. Ten naordinoval panu F. na večer 1 tbl. Dithiadenu p. o. a na ranní přípravu Dithiaden 1 tbl. p. o., Clexane 0,2 ml i. c.,

bandáž DK, oholení operačního pole a lačnění od pŕlnoci. Výkon měl sloužit k verifikaci patologických ložisek v plicích. K výkonu byl pacient polohován na pravý bok. Lékaři zavedli cestou 6. mezižebří port do levého pleurálního prostoru. Po prohlédnutí prostoru se operatři rozhodli pro resekci dolního laloku plíce s postiženým ložiskem cestou minitorakotomie. V průběhu operace byl pacientovi zaveden 1 hrudní drén.

6.2) Péče o rány a zavedené vstupy

Pacient měl po výkonu jednu menší operační ránu, vyvedený hrudní drén a zavedený periferní žilní katetr.

Operační rána po levé laterální minitorakotomii byla asi 10 cm dlouhá, umístěná v 6. mezižebří vlevo. Rána byla po celou dobu klidná, bez zarudnutí a významného prosáknutí. Každý den ráno byla rána převázána – bylo sejmuto staré krytí, provedena dezinfekce rány přípravkem Sekusept ve spreji, zaschlá krev očištěna sterilní vatovou štětíčkou namočenou v peroxidu vodíku. Poté bylo aplikováno nové sterilní krytí.

Hrudní drén byl vyústěn z kožního krytu asi 2 cm pod střední částí operační rány. Okolí drénu se jevílo klidné, bez zarudnutí, drén mírně prosakoval, 5. 4. se ukazoval v okolí mírný podkožní emfyzém. Drén byl po operaci napojen na sání, od 5. 4. již jen na spád. Drén se převazoval rovněž denně, postup byl shodný s převazem operační rány. Stále jsme sledovali množství odpadu, zda je drén funkční a zda není zalomen. Pan F. byl o zacházení s drénem řádně poučen.

Periferní žilní katetr byl zaveden na levém hřbetu předloktí od 3. 4. Během mého ošetřování byl funkční, okolí bylo klidné bez známek zarudnutí, otoku či jiných komplikací. Krytí bylo vždy jednou denně vyměněno za nové sterilní a katetr byl propláchnut heparinovou zátkou, aby se ověřila jeho průchodnost a lokalizace.

6.3) Dietoterapie

Pan F. nikdy žádnou zvláštní dietu nebo jiné omezení stravy neměl, pouze dodržoval určitá dietní opatření, která souvisela s jeho aktivním sportovním životem. Vzhledem k plánovanému operačnímu výkonu mu bylo naordinováno lačnění v den operace a po výkonu postupné zatížení gastrointestinálního traktu. Čtyři hodiny po

operaci bylo možné podávat tekutiny, následující den kašovitou stravu a od 2. pooperačního dne opět racionální dietu.

6.4) Pohybový režim a fyzikální terapie

V operační den měl klient předepsaný klidový režim na lůžku a od 1. pooperačního dne jsme zahájili *postupnou vertikalizaci*. To znamená, že 1. pooperační den si pan F. pod dohledem začínal sedat na lůžku, posazovat se se svěřenými DK a zkoušel se postavit u lůžka. Druhý pooperační den jsme přidali pochodování na místě a chůzi s doprovodem po pokoji, posléze po oddělení a od následujícího dne se již pohyboval po oddělení zcela sám. Dále bylo pacientovi doporučeno *cvičení DK* – flexe a extenze v kolením kloubu, plantární a dorzální flexe v hlezání kloubu. Vše vleže na lůžku. *Poloha* pana F. v lůžku byla po celou dobu *Fowlerova*, nebo *v polosedu*. Nedílnou a velmi důležitou součástí rehabilitace bylo *dechové cvičení*. Zahrnovalo nácvik prohloubeného břišního dýchání a dýchání proti odporu – na zdejší oddělení se provádí pomocí malé trubičky. Pacient byl také motivován k důkladnému odkašlávání, aby nedošlo ke vzniku pneumonie.

6.5 Farmakoterapie

6.5.1 Léky podávané p. o.

Ambrobene (*Ambroxoli hydrochloridum*) 30 mg tbl.:

IS – expektorancium, mukolytikum

NÚ – gastrointestinální obtíže, kožní vyrážky (vyskytují se velmi zřídka)
Aplikace - p. o.

Užívání – 1-1-1 (od 5. 4.)

6.5.2 Léky aplikované injekčně

Ambrobene (*Ambroxoli hydrochloridum*) 15 mg inj. sol.:

IS – expektorancium, mukolytikum

NÚ – gastrointestinální obtíže, kožní vyrážky (vyskytují se velmi zřídka)
Aplikace – i. v. v 18 ml F 1/1

Užívání – 1-1-1 (4. 4.)

Clexane (*Enoxaparinum natricum*) 0,2 ml inj. sol.:

IS – antitrombotikum, antikoagulans

NÚ – hemoragie, trombocytopenie, kožní i celkové alergické reakce, reverzibilní vzestup počtu destiček a hladin jaterních enzymů, lokální reakce v místě vpichu

Aplikace – i. c.

Užívání – 22⁰⁰

Dipidolor (*Piritramidum*) 15 mg inj. sol.:

IS – analgetikum, anodynum

NÚ – ospalost, gastrointestinální obtíže, hypotenze, zřídka svědění a kožní erupce, závislost

Aplikace – i. m.

Užívání – při potížích 3 × ā 8 hodin

Dolmina (*Diclofenacum natricum*) 75 mg inj. sol.:

IS – antirevmatikum, antiflogistikum, analgetikum

NÚ – gastrointestinální obtíže, krvácení z git, poruchy CNS (přechodné bolesti hlavy, lehké závratě, ospalost), lokální a alergické reakce, poruchy jaterních funkcí, bronchospasmus, aseptická meningitis, hematurie, cystitis, poruchy funkce ledvin, zastřené vidění, poruchy barevného vidění

Aplikace – i. m.

Užívání – 1 ā 24 hodin

6.5.3 Léky aplikované i. v. infuzí

Ringer 1000 ml i. v. + Ringer 500 ml i. v. – 3. 4. dokapat ze sálu rychlostí 120 ml/hod.

– přes infuzní pumpu, dále ex.

Amoxiklav (*Amoxicillinum natricum*) 1,2 g inf. plv. sol.:

IS – antibiotikum, kombinace amoxicilin + klavulanát

NÚ - gastrointestinální obtíže, kožní a celkové alergické projevy, hepatitida a cholestatická žloutenka, změny krevního obrazu, při dlouhodobé a opakované léčbě riziko superinfekce

Aplikace – i. v. ve 100 ml F 1/1

Užívání – 6⁰⁰ – 14⁰⁰ - 22⁰⁰ (od 5. 4.)

Novalgín (*Metamizolum natricum monohydricum*) 2,5 g inj. sol.:

IS – analgetikum, antipyretikum

NÚ – gastrointestinální obtíže, sucho v ústech, alergické kožní a celkové reakce, vzácně anafylaktický šok, provokace astmatického záchvatu, hypotenze,

leukopenie, agranulocytóza, trombocytopenie, zhoršení funkce až akutní selhání ledvin

Aplikace – i. v. ve 100 ml F 1/1

Užívání - 1 ā 24 hodin (od 4. 4.)

Vulmizolin (*Cefazolinum natrium*) 1g inj. plv. sol.:

IS – širokospektré antibiotikum z cefalosporinů I. generace

NÚ – kožní i celkové alergické reakce, gastrointestinální obtíže, kandidóza v ústech, lokální reakce, flebitida, genitoanální pruritus, mykózy, přechodné zvýšení AST, ALT, ALP, urey, změny krevního obrazu

Aplikace – i. v. ve 100 ml F 1/1

Užívání – 6⁰⁰ – 14⁰⁰ - 22⁰⁰ (4. 4. ex.)

6.5.4 Mikronebulizace

Mistabron 20 % (Mesnum) 3ml inh. sol.:

IS – expektorans, mukolytikum

NÚ – dráždivý kašel, u precitlivělých astmatiků bronchospasmus, retrosternální pálení

Aplikace – inh. mikronebulizací ve 3 ml F 1/1

Užívání – 3 × denně (od 5. 4.)

7. Stručný průběh hospitalizace

Pan F. byl přijat na oddělení JIP 3. 4. po provedené operaci na plicích. V průběhu dne pociťoval velmi intenzivní bolesti až do 21³⁰, kdy po třetí injekci polevily až na míru snesitelnosti. Během odpoledne mu byl proveden kontrolní rentgen. Následujícího dne 4. 4. se již cítil mnohem lépe, jeho stav se vyvíjel celkem dobře, ale k večeru nastoupila horečka. Lékař panu F. přiordinoval antipyretikum, ale zvýšená teplota přetrvávala i po další dva dny. Pacienta jsme přeložili po novém kontrolním rentgenu na standardní chirurgické oddělení 6. 4. ve stabilizovaném stavu, jeho tělesná teplota byla lehce zvýšená.

C. Ošetrovatelská část

1. Ošetrovatelská anamnéza a současný stav pacienta

1.1) Vnímání hospitalizace

Vnímání hospitalizace nemocným: Pan F. doposud nepocítoval téměř žádné zdravotní problémy a do nemocnice přišel k operaci nosních polypů, které omezovaly průchodnost dutiny nosní. Tuto operaci měl podstoupit již po několikáté. Poslední operace proběhla v roce 1999. Při předoperačním vyšetření na konci loňského roku objevili lékaři na rentgenovém snímku plic četná ložiska patologické tkáně na plicích. Od té doby pacient absolvoval řadu diagnostických vyšetření a nyní přišel k provedení VATS s odběrem tkáně k histologickému vyšetření. Pan F. říká, že pobyt v nemocnici je nepříjemný a raději by byl doma jako asi každý, ale je s ním smířen a souhlasí s ním. Očekává, že tak do konce týdne by mohl jít domů a nepředpokládá, že by se nyní vyskytly nějaké změny zdravotního stavu, nebo jiné komplikace. Pacient má i přesto obavy z toho, co vlastně bude dál a jak dopadnou výsledky prováděného vyšetření. Pan F. se domnívá, že má dostatek informací o léčebném i nemocničním režimu, jen vyčkáváme na výsledek histologického vyšetření.

Hodnocení sestry: Pan F. byl při vědomí, kontakt byl navázán snadno a rychle. Pacient ochotně spolupracoval a řídil se pokyny ošetřujícího personálu. Alergii udával na Ibuprofen, ACP, lokální anestetika a ovocný čaj – lesní směs. Projevuje se u něj rýmou (Ibuprofen), zhoršeným dýcháním (čaj) a silnou astmatickou reakcí s dušením (ACP, anestetika). Pan F. kouří asi tak 1 cigaretu za den, 1 doutník za týden a příležitostně kouří marihuanu. Alkohol pije rovněž pouze příležitostně a v malém množství. S ohledem na možné onemocnění plic jsou dalšími rizikovými faktory : práce v uranových dolech (asi 10 let) a práce s březolitem (2 roky). Riziko vzniku dekubitů bylo hodnoceno každý den podle škály dle Shannona a bylo: 3. 4. – 27 bodů; 4. 4. – 29 bodů; 5. 4. – 27 bodů; 6. 4. – 29 bodů, to znamená po celou dobu bez významného rizika vzniku (příloha č. 5). Riziko vzniku pneumonie bylo rovněž hodnoceno každý den a bylo po celou dobu významné: 3. 4. – 12 bodů; 4. 4. – 11 bodů; 5. 4. – 7 bodů; 6. 4. – 7 bodů (příloha č. 4).

1.2) Biologické potřeby

1. *Potřeba dýchání*

Ošetřovatelská anamnéza: Pan F. měl již před přijetím problémy s dýcháním, ty byly způsobeny omezenou průchodností dutiny nosní pro nosní polypy. To vedlo k potřebě dýchat ústy a následně vznikl pocit sucha v dutině ústní. Pacient to pociťoval jako velmi nepříjemné až obtěžující. Tyto problémy u pacienta přetrvaly i během hospitalizace.

Hodnocení současného stavu: Pacient je sportovec, ale také lehký kuřák – kouří cigarety, doutníky, příležitostně marihuanu. Dýchání bylo pravidelné, spíše povrchové, frekvence 14/min, nevykašlával sputum, ale byl pobízen k odkašlávání, aby nevznikla pneumonie. Riziko vzniku pneumonie bylo po celou dobu významné, ale postupně klesalo (viz. příloha č. 4). Pacient byl pneumonií ohrožen v důsledku omezení pohyblivosti v pooperačním období, bolesti ovlivňující dýchání, podáváním léků s tlumivým účinkem na dýchání, onemocněním plic, kuřáctvím a prací v rizikovém prostředí. Panu F. se po operaci hůře dýchalo. Problém byl spojen s bolestí v operační ráně při dýchání. Pacient nepředpokládal, že po návratu domů budou tyto potíže přetrvávat, ale očekával přetrvávání pocitu ucpaného nosu.

2. *Potřeba hydratace*

Ošetřovatelská anamnéza: Pan F. udává, že vypije 2 – 3 litry tekutiny za den, při sportu i více. Rád pije neperlivou vodu, ovocné šťávy, občas čaj a několikrát denně si dává černou kávu (různě podle chuti). Nepije colu a sycené minerálky. V souvislosti s onemocněním se přísun tekutin nijak nezměnil a zde v nemocnici prý vypije okolo 2,5 litru tekutin.

Hodnocení současného stavu: U pacienta byly známky mírné dehydratace - suchost v dutině ústní, popraskané rty. Bylo to způsobeno zvýšenými ztrátami tekutin při dýchání ústy. Vypil zde skutečně 2 – 2,5 litru tekutin. Pil především černý neslazený čaj a minerální neperlivé vody. Tekutin měl k dispozici dostatek. Zřejmě má alergii na ovocný čaj – lesní směs.

3. Potřeba výživy

Ošetřovatelská anamnéza: Pan F. měří 181 cm, váží 67 kg a svou váhu hodnotí jako přiměřenou a je s ní spokojen. Pan F. neudává v poslední době žádné změny tělesné hmotnosti, nemá zubní protézu a jeho chrup je v dobrém stavu. Obvykle jí rozmanitou stravu včetně cizokrajné kuchyně. Mezi jeho oblíbená jídla patří maso a těstoviny a naopak moc nemusí rýžový nákyp, neboť s ním měl špatnou zkušenost. Před příchodem do nemocnice neměl žádnou dietu a ani žádnou neočekává. Také neměl žádné problémy s jídlem.

Hodnocení současného stavu: Podle celkového vzhledu a výsledku BMI (20,5) jsem hodnotila stav výživy jako přiměřený. Pacient neměl žádné dietní omezení, ale stravování bylo ovlivněno pooperačním stavem, kdy jsme se snažili o postupné zatížení git. To znamená, že v operační den byly podávány pouze tekutiny po 4 hodinách od operace. První pooperační den měl pacient naordinovanu dietu č. 1 (kašovitou) a od druhého dne již opět dietu č. 3 (racionální). Pacient měl sucho v dutině ústní a popraskané rty, ale při jídle to nevadilo. První pooperační den přetrvávala nauzea v souvislosti s jídlem, ale ještě během dne se stav upravil a pacient se dále cítil dobře.

4. Potřeba vyprazdňování moči

Ošetřovatelská anamnéza: Pan F. neměl potíže s močením a ani nyní žádné neudává.

Hodnocení současného stavu: Pacient se po operaci spontánně vymočil a problémy s močením neměl. Moč byla čirá, charakteristické barvy i zápachu a neobsahovala viditelné příměsy. Pan F. vymočil okolo 2 litrů moči každý den a SpV se pohybovala mezi 1020 – 1030.

5. Potřeba vyprazdňování stolice

Ošetřovatelská anamnéza: Pan F. je zvyklý pravidelně se vyprazdňovat každý den ráno a obvykle s tím nemá žádné problémy. Stolice je obvykle tuhé konzistence bez příměsí. Pacient netrpí zácpou ani průjmy. Neužívá projímadla, ale pomáhá mu cigareta a káva.

Hodnocení současného stavu: Pacient byl k operaci lačný a vyprázdněný. Stolica byla 6. 4. ráno a pacient popisoval stolicí jako normální, tuhou, bez příměsí.

6. Potřeba hygieny a stav kůže

Ošetřovatelská anamnéza: Pacient udává, že vše zvládne sám. Jako sportovec se sprchuje, kdykoliv je to potřeba, takže nemá pro koupání nebo sprchování vyhraněnou žádnou konkrétní dobu. Při hygieně si myje vždy i hlavu. Vlasy i vousy si holí strojkem každé tři týdny, takže s tím při hospitalizaci nemá žádný problém. Nehty si upravuje jednou za 14 dní, na rukách si je stříhá do obloučku, na nohách rovně. Rovněž s nimi nemá žádný problém. Pan F. hodnotí svou kůži jako normální, nepozoruje na ní žádné změny a nepocítuje svědění. Kůži neošetřuje žádnými speciálními přípravky.

Hodnocení současného stavu: Pacient vypadal upraveně a nebyl zanedbaný. V operační den nebyla celková hygiena provedena z důvodu velkých bolestí a pooperačního klidu. Následující den se prováděla v umyvadle u lůžka nemocného, 5. 4. si pacient došel k umyvadlu a 6. 4. se již osprchoval v koupelně sám. Pacient se aktivně umýval sám, ale v určitých oblastech, kam nedosáhl levou rukou, mu bylo třeba zpočátku pomoci. Také jsme mu nosily v prvních dnech veškeré pomůcky k lůžku. Pan F. neměl na kůži žádné opruzeniny, hematomy, otoky, dekubity ani vyrážku. Riziko vzniku dekubitů bylo hodnoceno každý den a nebylo významné (příloha č. 5). Pacient měl zavedenou 1 flexilu na hřbetu levého předloktí od 3. 4. Po celou dobu byla funkční, bez zarudnutí, svědění nebo jiných známek zánětu. Operační rána po minitorakotomii byla umístěna laterálně v 6. mezižebří vlevo, měřila asi 10 cm. Hojení probíhalo per primam, rána byla klidná a neprosakovala. V mediální rovině asi 2 cm pod ranou byl vyveden hrudní drén, který byl nejprve napojen na hrudní sání a od 5. 4. již jen na samospád. Odváděl tmavou krev, 5. 4. se objevila světle červená barva. Hodnoty množství odpadu jsou uvedeny v tabulce v příloze č. 7.

7. Potřeba odpočinku a spánku

Ošetřovatelská anamnéza: Pan F. potřebuje k pocitu vyspání zhruba 8 hodin spánku. Obvykle spí 8 hodin v noci a ½ hod. přes den, většinou po obědě. Problémy se spánkem neudává, nemá žádné spánkové návyky a neužívá léky na spaní.

Hodnocení současného stavu: Pacient se cítil unavený v operační den zřejmě vlivem anestezie. Během dalších dní spal přes den 30-60 minut a v noci 7-8 hodin. Vypadal odpočatě a podobně se i cítil.

8. Potřeba fyzické a psychické aktivity

Ošetřovatelská anamnéza: Pan F. je podnikatel. Vede vlastní firmu a pracuje zároveň jako její technik. Ve volném čase aktivně sportuje. Rád jezdí na kole, běhá na lyžích, běhá se psy (má 2 psy rasy husky), provozuje horolezectví a hodně cestuje. Z dalších koníčků je to četba detektivek, cestopisů a poslech hudby. Tomu se může věnovat i v nemocnici a vše má k dispozici. S pohybem a chůzí neměl nikdy žádné problémy.

Hodnocení současného stavu: Pacient měl v pooperačním období naordinovaný klid na lůžku a postupné zahájení vertikalizace. Jeho pohyb byl tedy omezen, ale neočekávali jsme žádné velké potíže. Pan F. byl řádně poučen o zacházení s drény a drenážní nádobou při pohybech v lůžku i mimo něj. V nemocnici se věnoval četbě, poslechu hudby a sledování TV.

9. Potřeba být bez bolesti

Ošetřovatelská anamnéza: Pan F. míval před hospitalizací poměrně často bolesti v lumbosakrální krajině – VAS. Vše přičítá zátěži plynoucí ze sportovních aktivit, kterým se věnuje. Udává, že má již svého lékaře, který ho na to léčí. Potíže se objevují již řadu let, pacient to už není schopen blíže určit. Během hospitalizace se problémy neobjevily. Po operaci si stěžoval na bolesti v místě operační rány. Charakterizoval je jako bubliny zepředu a tupá bolest od lopatky, obě s vlnovitým průběhem. Bolesti jsou ovlivněny dýcháním.

Hodnocení současného stavu: Pan F. skutečně trpěl velkými bolestmi. Projevovaly se bolestivou grimasou, vzdycháním, sykáním, chytáním se za postiženou oblast, zrychleným pulzem, opocněním, verbálně, neklidem až ztrátou zájmu o okolí. Na stupnici vizuální analogové škály (VAŠ) hodnotil bolest 3. 4. číslem 7 – 8. Tato hodnota přetrvává a bolest se zmírnila až po aplikaci 3. analgetické injekce, kdy pacient hodnotil číslem 3. Od 4. 4. se bolest udržovala na hodnotě 1 - 3. Pacient dostával průběžně analgetika vždy když pociťoval zvyšování intenzity bolesti. Průběžné hodnocení VAŠ je zaznamenáno v příloze č. 6.

10. Potřeba tepla a pohodlí

Ošetřovatelská anamnéza: Pacientovo nepohodlí bylo spojeno s bolestí (viz. potřeba být bez bolesti), ztíženým dýcháním (viz. potřeba dýchání) a pocitem velkého tepla až dusna. Osobně dává přednost spíše chladnějšímu prostředí.

Hodnocení současného stavu: Pacient si stěžoval na velké teplo a potil se. Snažili jsme se v boxu trochu větrat, ale museli jsme brát ohledy na spolupacientův stav a pocity.

1.3) Psychosociální a spirituální potřeby

1. Potřeba jistoty a bezpečí

Ošetrovatelská anamnéza: Pan F. provozuje vcelku rizikové sporty a přesto se obvykle necítí ničím zvlášť ohrožen, ale obava z možného onemocnění a třeba i omezení aktivit a sportu, v něm vzbuzuje pocit nejistoty a strachu. V nemocnici se necítil ohrožen, ale přesto by byl raději doma, kde by se cítil bezpečněji.

Hodnocení současného stavu: Pan F. důvěřoval personálu. O svém stavu a všech možných eventualitách onemocnění byl plně informován. Pan F. pociťoval po celou dobu obavy z případného onemocnění, z toho co vlastně bude a jak se věci dále vyvinou. Tato obava byla vyslovena především verbálně, ale obavy bylo možné vycítit i z chování a jednání pacienta.

2. Potřeba komunikace

Ošetrovatelská anamnéza: Pan F. hodnotil sám sebe jako povídavého a přátelského tvora a bylo znát, že má určitě spoustu přátel a známých.

Hodnocení současného stavu: Pan F. neměl s komunikací problémy. Kontakt s ním byl navázán snadno a rychle. Drobný problém v komunikaci by mohl být způsoben huhláním z důvodu ucpaného nosu, což bylo pro pacienta sice nepříjemné, ale způsobovalo to jen minimální komunikační obtíž.

3. Potřeba informací

Ošetrovatelská anamnéza: Klient znal všechny možné eventuality týkající se jeho zdravotního stavu a chtěl být o všem plně informován. V tomto přání mu bylo vyhověno a o všem dostával kompletní informace, ale všichni jsme očekávali výsledek, který měl přesně stanovit diagnózu.

Hodnocení současného stavu: Úroveň informovanosti jsem si ověřila při rozhovoru, neboť pan F. byl schopen svůj stav popsat. Pacient dostával dostatek

informací i z běžného okolního světa od zdravotnického personálu, rodiny a známých. Pan F. má výborný i všeobecný přehled a povědomí o tom co se děje.

4. Potřeba soběstačnosti

Ošetřovatelská anamnéza: Pacient byl vždy schopen se o sebe postarat a to i v různých podmínkách (hodně cestuje).

Hodnocení současného stavu: Nyní byl pacient relativně soběstačný, ale pohyblivost byla lehce omezena v důsledku pooperační bolesti. Navíc zde bylo upoutání na lůžko po operaci a klidový režim, který pacienta omezoval v soběstačnosti. U pana F. jsem hodnotila stav soběstačnosti podle Barthelova testu ADL, který je uveden v příloze č. 3.

5. Potřeba lásky a sounáležitosti

Ošetřovatelská anamnéza: Pan F. žije s manželkou, synem a psy v rodinném domku. Je schopen se o sebe postarat, ale v případě potřeby se o něj může postarat žena, syn i další známí. Sousedé a známí mohou pacienta navštěvovat a mohou mu i pomoci. Ve všech má obrovskou podporu. Nejbližším člověkem je pro něj manželka. Po rodině i přátelích se mu stýská a těší se na ně. Rodina si o něj dělá starosti.

Hodnocení současného stavu: V nemocnici neměl pan F. časté návštěvy. Během mého ošetřování ho navštívili jednou jeho kamarádi. Návštěvy byly komplikovány tím, že je zde velká vzdálenost místa bydliště pacienta, a pracovními povinnostmi známých, ale se všemi byl v častém kontaktu přes mobil, který měl u sebe. Informace o zdravotním stavu byly podávány manželce.

6. Potřeba sebeúcty a seberealizace

Ošetřovatelská anamnéza: Pan F. počítal s propuštěním do konce týdne. Chtěl by se vrátit do práce, dále aktivně sportovat a cestovat.

Hodnocení současného stavu: Pan F. je velmi aktivní člověk, určitě věří sobě i svým schopnostem, ale domnívám se, že o své zdraví příliš nepečuje. Udává, že dodržuje určitý dobrý životní styl, který vychází ze sportovních aktivit (výživa, tekutiny, pohyb), ale také špatný (kouření, drogy, věnuje se sportům, které velmi zatěžují páteř). Přesto se svým životem souhlasí a je s ním spokojen.

7. Potřeba důvěry a přátelství

Ošetřovatelská anamnéza: Pacient udržuje kontakty s rodinou, přáteli, sousedy i dalšími známými. Vztahy mezi nimi jsou výborné.

Hodnocení současného stavu: Návštěvy v nemocnici nejsou časté, jak již bylo uvedeno výše. Pacient to snáší celkem dobře a je s tím vyrovnán. Se všemi je v častém kontaktu přes telefon.

8. Potřeba sexuality

Ošetřovatelská anamnéza: Pan F. udává, že je v partnerském vztahu spokojen a nemá žádné potíže, ani je neočekává.

Hodnocení současného stavu: Podle vyjádření pacienta nejsou v této oblasti žádné potíže a pan F. nemá potřebu se tímto tématem dále zabývat.

9. Potřeba duchovní

Ošetřovatelská anamnéza: Pacient je pokřtěný jako římský katolík, ale udává, že kostel pravidelně nenavštěvuje a jiné zvyklosti nijak významně nedodržuje, jen některé svátky.

Hodnocení současného stavu: Pan F. nemá potřebu setkat se s knězem, navštívit kázání nebo něco podobného. Je aktivní sportovec a říká, že se má tělo za života řádně zhuntovat a také je zastáncem toho, že by se měl život brát se vším všudy.

10. Hodnocení stavu psychiky nemocného

Ošetřovatelská anamnéza: Pacient se jevil emocionálně stabilní, dobře se ovládající, přizpůsobivý a spolupracující.

Hodnocení současného stavu: Pan F. uchovával informace bez zkreslení, byl plně informován. Občas byl trochu posmutnělý a měl velké obavy z toho, jak dopadne výsledek vyšetření. Ke zhodnocení psychického stavu jsem také použila zkrácený mentální bodovací test podle Gaina (příloha č. 2), který pan F. perfektně zvládl.

1.4) Souhrnné hodnocení

Panu F. je 47 let, je po klínovité resekci dolního laloku levé plicе k verifikaci patologického ložiska histologií. Je při vědomí, spolupracuje, má zhoršený zrak –

myopii, která je dostatečně kompenzována brýlemi. Kouří cigarety, doutníky a příležitostně marihuanu. V zakouřených místnostech často nepobývá a v nemocnici nekouří. Jiné drogy neužívá, alkohol pije příležitostně. Alergii udává na Ibuprofen, ACP a lokální anestetika (silná astmatická reakce) a nesnáší dobře ovocný čaj - lesní směs (hůře se mu po něm dýchá). Pan F. trpí bolestmi v operační ráně, bolest je závislá na dýchání. Pacient má omezenou průchodnost dýchacích cest nosními polypy. Riziko vzniku dekubitů není významné, ale je zde ohrožení vznikem pneumonie. Stav výživy je normální, BMI je 20,5. Pan F. nemá žádné dietní omezení, ale po operaci má naordinovanu postupnou zátěž git. Pacient byl na stolici 6. 4. ráno – prý měl normální stolici bez příměsí. Pan F. je relativně soběstačný, omezení je způsobeno upoutáním k lůžku (klidový režim, hrudní sání). Sociální i ekonomická situace je dobrá.

Pan F. má porušenou celistvost kůže vlivem zavedení periferní kanyly, drénu a operační rány. Periferní kanyla je zavedena na hřbetu levého předloktí od 3. 4. Drén odstupuje asi 2 cm pod operační ranou, v její mediální rovině. Je napojen na hrudní sání, od 5. 4. již jen na samospád. Operační rána je po laterální minitorakotomii v 6. mezižebří vlevo.

2. Ošetřovatelské diagnózy

2.1) Aktuální diagnózy

I. Akutní bolest v operační ráně v důsledku porušení tkání organismu projevující se verbálně, bolestivou grimasou, vzdycháním, sykáním, chytáním se za postiženou oblast, zrychlením pulzu, opocením, neklidem a ztrátou zájmu o okolí (3. 4. 2007)

II. Omezení průchodnosti dutiny nosní v důsledku onemocnění projevující se dýcháním ústy, huhňáním, verbální stížností (3. 4. 2007)

III. Omezení soběstačnosti v péči o sebe sama při mytí a vyprazdňování v důsledku pooperačního upoutání na lůžko a omezení hybnosti LHK pro bolest a napojení drénu na hrudní sání (3. 4. 2007)

IV. Mírná dehydratace v důsledku nepřijímání tekutin během před + peri + pooperačního období a zvýšených ztrát tekutin při dýchání ústy projevující se suchostí v ústech, popraskanými rty a koutky (3. 4. 2007)

V. Strach z budoucnosti v důsledku možnosti diagnostikování závažného onemocnění plic projevující se verbální přímou i nepřímou výpovědí (4. 4. 2007)

VI. Porucha příjmu potravy v časném pooperačním období projevující se nechutenstvím a nauzeou (4. 4. 2007)

VII. Pocit nepohodlí způsobený vyšší teplotou v okolním prostředí projevující se verbální stížností, zčervenáním pokožky a pocením (4. 4. 2007)

2.2) Potenciální diagnózy

VIII. Riziko vzniku pneumonie, které je ovlivněno plicním onemocněním a výkonem na plicích, kuřáctvím, bolestí, pohybovým omezením, prací v rizikovém prostředí a podáváním léků, které mohou tlumit dýchání (3. 4. 2007)

IX. Riziko vzniku infekce v operační ráně a místech invazivních vstupů v důsledku porušení integrity organismu (3. 4. 2007)

X. Riziko vzniku komplikací (povytažení drénu, PNO, bolestivost, špatná drenáž dutiny hrudní, rozpojení drénu a drenážní nádoby, ...) v souvislosti s hrudním drénem v důsledku nevhodného zacházení (3. 4. 2007)

3. Plán ošetrovatelské péče

3.1) Aktuální diagnózy

I. Akutní bolest v operační ráně v důsledku porušení tkání organismu projevující se verbálně, bolestivou grimasou, vzdycháním, sykáním, chytáním se za postiženou oblast, zrychlením pulzu, opocením, neklidem a ztrátou zájmu o okolí

Cíle ošetrovatelské péče: Krátkodobým cílem bude zmírnění bolesti tak, aby byla snesitelná a pacient bude cítit úlevu do 1 hodiny po podání analgetika. Dlouhodobým cílem bude udržení bolesti na snesitelné úrovni po celou dobu ošetřování.

Ošetrovatelské intervence: Posouzení charakteru bolesti, určení jejího stupně na stupnici VAŠ, monitorace bolesti v pravidelných intervalech, edukace pacienta o bolesti a správném způsobu změn polohy, umístění pacienta do vhodné polohy, šetrná manipulace s pacientem při bolesti, aplikace analgetik podle ordinací lékaře, snaha odvádět pozornost pana F. od bolesti. Zvážena je i možnost aplikace chladu na ránu.

Realizace plánu: Spolu s pacientem jsem nejdříve zhodnotila charakter jeho bolesti. Pacient udal bolest s měnící se intenzitou vlnovitým způsobem. Sám ji popsal jako pocit bubliny přicházející zředu a tupou bolest od lopatky. Po přijetí na oddělení JIP udal hodnotu 8 na stupnici VAŠ. V operační den jsme monitorovali bolest každou hodinu až do jejího zklidnění, další dny byla pacientova bolest snesitelná (odpovídalo hodnotám č. 1 - 3), proto jsme ji monitorovali jen ráno, v poledne a večer (příloha č. 6). Pacient byl sestrou edukován o vhodném způsobu změn polohy, aby si bolest sám nezpůsoboval. Po celou dobu ošetřování byla jeho poloha Fowlerova, nebo v sedě. S panem F. jsme se snažili zacházet po celou dobu šetrně a při velkých bolestech v operační den se veškeré manipulace omezily na minimum a celková večerní hygiena nebyla z důvodu bolestí provedena. Při manipulaci s drénem jsme dávali pozor, abychom za něj netahali a nevyvolávali bolest, rovněž při péči o okolí rány jsme postupovali šetrně. Podle ordinací lékaře byla při potížích podávána analgetika, kontinuálně podávané léky nebyly naordinovány. Chlad nebyl na ránu aplikován, neboť se na oddělení tato metoda neužívá. Ošetřující personál se snažil, bylo-li to možné, odvádět pacienta od bolesti rozhovorem, pacient sám se snažil číst nebo poslouchat hudbu, když byla bolest snesitelná. U pana F. nebylo možné edukovat rodinu, protože se po dobu mého ošetřování pro velkou vzdálenost do nemocnice nedostavila.

Hodnocení efektu: 3. 4. - U pacienta nedošlo ke zmírnění bolesti do jedné hodiny po podání analgetika, cíl nebyl splněn a proto byl stanoven nový cíl a bylo pokračováno v intervencích. Byla podána další analgetika a po jedné hodině došlo k poklesu bolesti na hodnotu č. 6, ale bolest stále přetrvávala. Po podání dalších analgetik ve 21⁰⁰ hodnotil pacient svou bolest hodnotou číslo 2.

6. 4. Dlouhodobý cíl byl splněn, neboť po zmírnění bolesti se podařilo udržet její intenzitu na hodnotách 1 - 3.

II. Omezení průchodnosti dutiny nosní v důsledku onemocnění projevující se dýcháním ústy, huhňáním, verbální stížností

Cíl ošetrovatelské péče: U pacienta nedojde ke zhoršení obtíží do 6. 4.

Ošetrovatelské intervence: Psychická podpora pacienta, zajištění zvlhčování a ohřívání vzduchu, zajistit dostatečný přísun tekutin, péče o dutinu ústní a v případě potřeby oxygenoterapie.

Realizace plánu: Ošetrovatelský personál dával panu F. najevo svoji podporu, k posteli byl přidán nebulizátor, který měl funkci zvlhčování a ohřívání vzduchu v okolí pacienta. Pacienta jsem edukovala o potřebě pít více tekutin až to bude možné. To znamená 4 hodiny po operaci, ale zpočátku jen po menších doušcích. Péče o dutinu ústní je popsána v dg. č. IV. Rodina nebyla edukována viz. výše.

Hodnocení efektu: 6. 4. - Během hospitalizace nedošlo ke zhoršení obtíží, navíc se pacientovi občas trochu ulevilo, ale potíže přetrvávaly až do propuštění.

III. Omezení soběstačnosti v péči o sebe sama při mytí a vyprazdňování v důsledku pooperačního upoutání na lůžko a omezení hybnosti LHK pro bolest a napojení drénu na hrudní sání

Cíl ošetrovatelské péče: U pacienta je zajištěna pomoc při provedení hygieny a vyprazdňování. Pacient zvládá péči o sebe sama do 5. 4.

Ošetrovatelské intervence: Zhodnotit stupeň soběstačnosti, umístit všechny pomůcky k lůžku tak, aby je měl pacient na dosah, nebo mu je přinést když je potřebuje. Pomoci mu při změnách polohy, umýt se tam, kam sám nedosáhne, poučit ho o zacházení s drénem a sběrnou nádobou. Pacientovi bude tlumena bolest, jak je uvedeno v dg. číslo I.

Realizace plánu: Soběstačnost jsem zhodnotila podle Barthelova testu ADL, jak je uvedeno v příloze č. 3. Se sestřičkami jsme umístily všechny věci, které byly možné k lůžku nemocného tak, aby si na ně sám dosáhl. Větší věci a věci u kterých nebylo vhodné, aby byly u lůžka nemocného trvale, jsme klientovi podávali, když si o ně řekl. Nebyl v tom žádný problém, neboť u pana F. byl vždy někdo nablízku. Při změnách polohy jsme mu pomáhali a stále jsme ho edukovali o vhodném a co nejméně zatěžujícím způsobu. Když se pacient cítil lépe, zvládal to sám bez problémů. Pan F. byl

poučen o zacházení s drény a sběrnou nádobou, aby nedošlo ke vzniku komplikací. Rodina nebyla edukována viz. výše.

Hodnocení efektu: 5. 4. Pacient je schopen si dojít k umyvadlu a sám se umýt. Vše zatím probíhá pod dohledem, ale pokud nedojde ke komplikacím, tak si bude pan F. moci dojít až do koupelny sám. Pomoc byla až doposud plně zajištěna a pan F. měl vše potřebné k dispozici.

IV. Mírná dehydratace v důsledku nepřijímání tekutin během před + peri + pooperačního období a zvýšených ztrát tekutin při dýchání ústy projevující se suchostí v ústech, popraskanými rty a koutky

Cíl ošetrovatelské péče: U pacienta je zajištěna péče o dutinu ústní a pacient přijímá dostatečné množství tekutin do 6. 4.

Ošetrovatelské intervence: Péče o dutinu ústní, edukace pacienta o nutnosti přijímat více tekutin.

Realizace plánu: Pana F. jsem edukovala o potřebě více pít. K zajištění péče o dutinu ústní dostal jelení lůj na ošetřování rtů a boroglycerin se štětičkami k ošetřování dutiny ústní zevnitř. Pacient si sám několikrát denně podle potřeby a pocitů natíral rty lojem a vytíral ústa boroglycerinem.

Hodnocení efektu: 6. 4. U pacienta byla péče o dutinu ústní po celou dobu zajištěna a pacient přijímal dostatečné množství tekutin, ale mírná dehydratace přetrvávala, protože nebylo možné eliminovat faktor nemožnosti dýchat nosem.

V. Strach z budoucnosti v důsledku možnosti diagnostikování závažného onemocnění plic projevující se verbální přímou i nepřímou výpovědí

Cíl ošetrovatelské péče: Pan F. chápe a zná eventuality, které mohou v budoucnu nastat a je s nimi vyrovnán. Má dostatek informací, podporu rodiny, ale i personálu.

Ošetrovatelské intervence: Naslouchání panu F., poskytnutí dostatku informací, upřímné zodpovězení dotazů a otázek, vyjádření normálnosti strachu a poskytnutí průchodu citům, komunikovat s pacientem a ponechání možnosti verbalizovat problém. Zapojení rodiny a mluvit i s nimi o možných problémech.

Realizace plánu: S panem F. jsem se posadila a vyslechla, co ho trápí. Mluvili jsme o jeho pocitech a o tom, co v budoucnu očekává, čeho se bojí. Také jsem se ptala,

jak je o svém stavu informován a zda má dostatek informací od lékaře. Pacienta jsem se snažila ujistit, že je vpořádku, když má strach a že na svůj strach není sám. Lékař s panem F. hovořil o možnostech a eventualitách výsledků histologie a dalšího řešení. Tento problém nebyl řešen s rodinou, protože jsem se s ní po dobu hospitalizace neseetkala, ale podle pacienta v nich má velikou podporu. Rodina pacienta nenavštívila, ale to souviselo se vzdáleností místa bydliště. Pan F. byl s rodinou v kontaktu přes mobilní telefon.

Hodnocení efektu: 6. 4. Pacient má dostatek informací týkajících se možnosti konečné diagnózy, chápe svůj strach a měl možnost ho opakovaně verbalizovat. Stále čeká na výsledek, ale vnímá vše lépe. Panu F. pomáhá, že svůj strach sdílí a není na něj sám.

VI. Porucha příjmu potravy v časném pooperačním období projevující se nechutenstvím a nauzeou

Cíl ošetrovatelské péče: Pan F. netrpí nechutenstvím a nauzeou a je schopen přijímat potravu do uplynutí 12 hodin.

Ošetrovatelské intervence: Vhodná volba potravy, zjištění pacientových potřeb a přání, přijímání potravy v menších dávkách a postupné zatěžování trávicího systému a eventuální konzultace lékaře o aplikování antiemetik.

Realizace plánu: Pacient dostal lehkou stravu – pečivo, banán a nemastná, málo kořeněná jídla. Sám se domnívá, že by mohly problémy souviset s anestezií. Pan F. udává, že problémy nejsou příliš veliké a že zatím není třeba konzultovat lékaře. Společně jsme se dohodli, že vyčkáme a zatím s tím víc nebudeme dělat. Během dne zkusil jíst pomalu, po troškách, naordinovánu měl kašovitou stravu.

Hodnocení efektu: Pacient jedl po troškách a u každého jídla něco snědl. Odpoledne se již cítil dobře a večeri už snědl bez problémů.

VII. Pocit nepohodlí způsobený vyšší teplotou v okolním prostředí projevující se verbální stížností, zčervenáním pokožky a pocením

Cíl ošetrovatelské péče: Pacient se cítí v průběhu hospitalizace pohodlně.

Ošetrovatelské intervence: Pacientovi přinést lehkou přikrývku, větrat v místnosti, podat navlhčenou žiňku, aby se mohl chladit a studené tekutiny.

Realizace plánu: Panu F. jsem přinesla čistou kapnu, aby se nemusel přikrývat dekou, když mu bude teplo. V místnosti ošetrovatelský personál nekolikrát denně vyvětral, ale vše bylo závislé na pocitech spolupacientů a jejich zdravotním stavu. Pan F. měl k dispozici chlazenou vodu a žiňku, kterou jsme nekolikrát denně máčeli ve studené vodě, aby se mohl ochladit, když mu nebude příjemně.

Hodnocení efektu: 6. 4. Panu F. byla příjemná možnost se ochladit podle svých potřeb a již se cítil dobře.

3.2) Potenciální diagnózy

VIII. Riziko vzniku pneumonie, které je ovlivněno plicním onemocněním a výkonem na plicích, kuřáctvím, bolestí, pohybovým omezením, prací v rizikovém prostředí a podáváním léků, které mohou tlumit dýchání

Cíle ošetrovatelské péče: Zabránění vzniku pneumonie, pacient zná faktory podílející se na vzniku.

Ošetrovatelské intervence: Edukace pacienta o rizicích vzniku, podílejících se faktorech a preventivním chování, pohyb, odkašlávání, polosed, sledování zda se neobjevují příznaky pneumonie, nácvik dýchání a dechová cvičení.

Realizace ošetrovatelského plánu: Pacient byl poučen o riziku vzniku pneumonie a o nutnosti pohybu a odkašlávání. Pan F. se snažil hýbat a odkašlávat, na lůžku byl ve zvýšené poloze či sedu. Prováděl dechová cvičení podle doporučení fyzioterapeutky a snažil se dýchat zhluboka do bránice. Přes den jsme mu to připomínali, ale sám výborně spolupracoval. Rodina nebyla edukována viz. výše.

Hodnocení ošetrovatelské péče: 6. 4. U pacienta nevznikla pneumonie.

IX. Riziko vzniku infekce v operační ráně a místech invazivních vstupů v důsledku porušení integrity organismu

Cíle ošetrovatelské péče: Zamezení vzniku infekce.

Ošetrovatelské intervence: Sterilní ošetřování rány a invazivních vstupů, hygiena rukou personálu před všemi výkony a po nich, používání sterilního materiálu, sledování projevů infekce.

Realizace ošetrovatelského plánu: Vše bylo ošetřováno po důkladně provedené hygieně s použitím sterilních pomůcek a materiálů. Rána i vstupy byly každý den převázány a sterilně kryty. Stále jsme sledovali, zda se neobjevují známky infekce.

Hodnocení ošetrovatelské péče: 6. 4. nedošlo ke vzniku infekce.

X. Riziko vzniku komplikací (povytažení drénu, PNO, bolestivost, špatná drenáž dutiny hrudní, rozpojení drénu a drenážní nádoby, ...) v souvislosti s hrudním drénem v důsledku nevhodného zacházení

Cíle ošetrovatelské péče: Zamezení vzniku komplikací.

Ošetrovatelské intervence: Edukace pacienta o zacházení s hrudním drénem a drenážní nádobou, sledování, zda není drén zalomený a zda odvádí odpad. Kontrola fyziologických funkcí a charakteru odváděného odpadu. Při manipulaci postupovat šetrně a opatrně, aby nedošlo k jeho vypadnutí. Drenážní nádobu udržovat tak, aby stála a byla umístěna pod úroveň hrudníku. Okolí drénu kontrolovat každý den a vyměnit staré krytí za nové sterilní.

Realizace ošetrovatelského plánu: Pan F. byl edukován sestrou a lékařem o zacházení s drénem. Ošetrovatelský personál stále kontroloval funkčnost drénu, postavení drenážní nádoby a odváděný odpad. Každý den jsem u pacienta sterilně převázala krytí drénu a zkontrolovala okolí vstupu. Personál šetrně manipuloval s drény a nádobou. Rodina nebyla edukována viz. výše.

Hodnocení ošetrovatelské péče: 6. 4. U pana F. nedošlo ke vzniku komplikací v souvislosti s drénem.

4. Edukační programy

- Seznámení s oddělením – Při přijetí pana F. na oddělení JIP bylo potřeba ho seznámit s oddělením a personálem. S ohledem na pooperační stav pacienta se po jeho příjezdu představila ošetřující sestřička a další personál, který se u překlada pacienta vyskytoval. Hned nemocného informovala o tom, co se s ním děje. To znamená, že mu vysvětlila, že už je po výkonu a že se nyní nachází na oddělení JIP v příslušné nemocnici. Teprve, když se pacient cítil lépe a byl schopen chodit, jsem ho provedla po oddělení a obeznámila s jeho základní strukturou.

- Bolest, její hodnocení a užívání léků tlumících bolest – Pan F. trpěl v časném pooperačním období krutými bolestmi. Edukovala jsem ho o způsobech hodnocení intenzity bolesti pomocí různých stupnic. Pacient popsal charakter bolesti a ten se neměnil. Pro zhodnocení intenzity jsme si vybrali stupnici 1 – 10 bodů, kdy 0 znamenala žádnou bolest a 10 nesnesitelnou bolest. Klienta jsem také informovala o užívání léků tlumících bolest. Vysvětlila jsem mu, že má kombinaci léků předepsaných od lékaře a při bolestech je možné je aplikovat na požádání. Jednotlivé dávky však musí být podávány až po určitém časovém intervalu, ne hned za sebou. Pan F, byl poučen tak, aby si řekl o léky u bolesti se zvyšující se intenzitou dříve než bude nesnesitelná, protože léky potřebují 15 – 30 min. k nastoupení účinku.

- Pooperační režim – Pan F. byl lékařem seznámen s pooperačním režimem. To znamená, že dojde k postupné vertikalizaci, dieta zůstane stejná, ale půjde o postupný přechod z tekuté na kašovitou stravu. Sestřičky a já jsme pacienta edukovaly o zacházení s drénem a drenážní nádobou. Na tomto oddělení se využívají jednorázové plastové sety. Pro pacienta bylo důležité vědět, že musí dávat pozor na to, aby se drén nezalomil, případně, aby si ho nezalehl. Při sedání, vstávání a chůzi bylo důležité nezapomínat, že musí vzít nádobu sebou, brát ohledy na délku drénu a udržovat drenážní nádobu vždy pod úrovní hrudníku.

- Přístrojová technika – Pan F. byl připojen na monitor, který trvale sledoval a zobrazoval jeho fyziologické funkce. Byl k němu napojen pomocí 3 EKG elektrod, saturátoru a manžety pro měření krevního tlaku. Klienta jsem o funkcích těchto mechanismů informovala hned při napojení. Průběžně byl pan F. seznamován s podáváním kyslíku, nebulizace a mikronebulizace.

- Užívání léků a jejich nežádoucí účinky – Pacient byl informován lékařem o tom, které léky bude užívat a jak mu budou podávány. Měl předepsaná analgetika, antibiotika, antikoagulancia, antipyretika, mukolytika a expektorancia. Dále jsem hovořila s panem F. o nežádoucích účincích, které by se mohly vyskytnout. Tyto účinky jsou uvedeny v kapitole o léčbě farmaky. Všechny změny a jiné okolnosti, které by pacient pocítil, má ihned hlásit ošetřující sestře.

- Péče o dutinu ústní – Pan F. měl potíže s dýcháním nosem, a proto byl nucen dýchat ústy. Protože došlo k výraznému pocitu sucha v ústech, bylo třeba o ně pečovat. Pacient byl edukován o potřebě natírat rty jelením lojem, vytírat dutinu ústní štětičkami navlhčenými v borax glycerinu a možnostech zvlhčování úst jejich vyplachováním, mokrou žínkou a

podobně. Dále mu bylo vysvětleno, že potřeba tekutin může být zvýšena v důsledku vyšších ztrát tekutin ústy.

- Prevence vzniku pooperačních komplikací – V pooperačním období jsme se obávali možnosti vzniku TEN a pneumonie. Panu F. jsme opakovaně připomínali zásady prevence těchto komplikací. K prevenci TEN patří: pohyb na lůžku (procvičování obou DK v kotnících, koleních i kyčelních kloubech), posléze i mimo něj; nutnost bandáže DK do zvládnutí vertikalizace, aplikace antikoagulancií. Prevence pneumonie zahrnuje: zvýšenou polohu, polosed až sed; správné odkašlávání hlenu; nácvik prohloubeného dýchání do břicha a dýchání proti odporu. Mezi opatření přispívajících k zabránění vzniku pneumonie spadá také eliminace rizikových faktorů (kouření, prostředí, ...).

5. Závěr a ošetřovatelská prognóza

Pan F. je velmi aktivně žijící sportovec středního věku. Je soběstačný a plně očekávám, že se bude schopen o sebe i nadále starat. S hospitalizací souhlasil a doufal, že se u něj neprokáže žádné závažné onemocnění, ale přesto ho trápily obavy a strach z možné budoucnosti. Bydlí s manželkou a dospělým synem. Rodina ho plně podporuje. Velmi se těšil domů a také jsme předpokládali, že bude během několika dní propuštěn. Kdyby bylo třeba, jeho rodina i přátelé jsou mu schopni pomoci. Zůstala jsem s pacientem v kontaktu i poté, co již nebyl v mé péči a získala jsem informaci, že mu byla sdělena diagnóza Wegenerovy granulomatózy. S panem F. jsme si rozuměli a já doufám, že i přes tuto diagnózu bude nadále schopen žít svým aktivním životem.

D. Použité zkratky

AA	alergologická anamnéza
ACP	acylpyrin
AFP	α -Fetoprotein
ALB	albumin
ALP	alkalická fosfatáza
ALT	alaninaminotransferáza
AMS	α -amyláza
ANCA	autoprotilátky proti lysozomálním enzymům neutrofilů (antineutrophil cytoplasmic antibodies)
APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
AST	asparátaminotransferáza
b.	body
BIL	bilirubin
blk.	bílkovina
BMI	body mass index
CA ₁₅₋₃	sacharidový antigen 15-3 (specifické pro karcinom mléčné žlázy)
CA ₁₉₋₉	sacharidový antigen 19-9 (specifické pro karcinom pankreatu)
CA ₇₂₋₄	sacharidový antigen 72-4
CA ₁₂₅	sacharidový antigen 125 (specifické pro ovariální karcinom)
CB	celková bílkovina
CEA	karcinoembryonální antigen
Celk.	celkový
CHOL	cholesterol
CMP	cévní mozková příhoda
CRP	C – reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
CYFRA 21-1	cytokeratinový fragment 21-1
(H, D) CD	(horní, dolní) dýchací cesty
DF	dechová frekvence
DK (L, P)	dolní končetiny (levá, pravá)
dg.	diagnóza
EKG	elektrokardiografie
ery	erytrocyty
ex.	vytažení, ukončení léčby, a podobně
F 1/1	fyziologický roztok
FA	farmakologická anamnéza
FDG	¹⁸ F-fluordeoxyglukóza
FERIT	feritin
FEV1	objem vzduchu usilovně vydechnutý v první sekundě po maximálním nádechu
FPSA	prostatická kyselá fosfatáza
FVC	maximální objem vzduchu usilovně vydechnutý po maximálním nádechu
FW	sedimentace krve
GCS	Glasgow coma scale
git	gastrointestinální trakt
gluk.	glukóza
GMT	gama-glutamyltransferáza
HB	hemoglobin

HCT	hematokrit
HDL	high density lipids (HDL – cholesterol)
HK (L, P)	horní končetiny (levá, pravá)
HLA	Human Lecocyte Antigens (hlavní histokompatibilní systém)
IgA	imunoglobuliny typu A
IgG	imunoglobuliny typu G
i. m.	intramuskulární aplikace
inf. plv. sol.	prášek pro přípravu infuzního roztoku
inh. sol.	inhalační roztok
inj. sol.	injekční roztok
INR	mezinárodní normalizační poměr pro QUICK
i. v.	intravenózní aplikace
IS	indikační skupina
JIP	jednotka intenzivní péče
KO + dif.	krvní obraz a diferenciál
LDL	low density lipids (LDL – cholesterol)
leu	leukocyty
MCH	průměrná hmotnost hemoglobinu v erytrocytech
MCHC	průměrná koncentrace hemoglobinu v erytrocytech
MCV	střední objem erytrocytů
MEF	střední výdechová rychlost
MPV	střední objem trombocytů
MRI	nukleární magnetická rezonance
n. VII.	sedmý hlavový nerv
neg.	negativní
NO	nynější onemocnění
NSE	neurospecifická enoláza (specifické pro malobuněčný bronchiální karcinom)
NÚ	nežádoucí účinky
OA	osobní anamnéza
OK	okultní krvácení
ORL	otorinolaryngologie
P	pulz
P – gluk.	glukóza v plazmě
p. o.	podávání per os
PA	pracovní anamnéza
pCO ₂	parciální tlak CO ₂
PCT	prokalcitonin
PDW	šíře distribuce trombocytů
PEG test	test precipitace v polyetylénglykolu
PET	pozitronová emisní tomografie
PLT	trombocyty
PMK	permanentní močový katetr
PNO	pneumotorax
pO ₂	parciální tlak O ₂
PSA	prostatický specifický antigen
QUICK	protrombinový čas
RA	rodinná anamnéza
RBC	erytrocyty
RDW	šíře distribuce erytrocytů
RTG	rentgenové vyšetření

SA	sociální anamnéza
s. c.	subkutánní podávání
SCC	squamous cell carcinoma antigen
SpO ²	saturace kyslíkem
SpV	specifická hmotnost moče
tbl.	tablety
TEN	tromboembolická nemoc
TK	krevní tlak
TPA	tkáňový polypeptidový antigen
TRIGL	triacylglyceroly
TSH	tyreostimulující hormon
TT	tělesná teplota
urobil.	urobilinogen
UZ	ultrazvuk
VAS	vertebrogenní algický syndrom
VAS	vizuální analogová škála
VATS	videoasistovaná torakoskopie
WBC	leukocyty
W. G.	Wegenerova granulomatóza

V přehledu neuvádím běžně užívané zkratky.

E. Použité zdroje informací

- Pacient a zdravotnický personál
- Pozorování a dokumentace
- Literární zdroje:

Doenges, M. E.; Moorhouse, M. F. – *Kapesní průvodce zdravotní sestry*
2. vydání, GRADA, Praha 2001
ISBN 80-247-0242-8

Ferko, A.; Vobořil, Z. a kol. – *Chirurgie v kostce*
1. vydání, GRADA, Praha 2002
ISBN 80-247-0230-4

Fučíková, T.; Bartůňková, J. a kol. – *Základy klinické imunologie*
RDI'PRESS a Agentura KRIGL, Praha 1994
ISBN 80-90067-4-3

Fučíková, T. – *Klinická imunologie v praxi*
2. vydání, Galén, Praha 1997
ISBN 80-85824-57-4

Mikšová, Z.; Froňková, M. a kol. – *Kapitoly z ošetrovatelské péče I. a II.*
1. vydání, GRADA, Praha 2006
ISBN 80-247-1442-6
ISBN 80-247-1443-4

Staňková, M. – *České ošetrovatelství 6*
1. vydání, NCO NZO, Brno 2004
ISBN 80-7013-323-6

Švihovec, J.; Novotná, H. a kol. – *Pharmindex breviř*
13. vydání MediMedia Information, Praha 2003
ISBN 80-86336-05-0

Vokurka, M.; Hugo, J. a kol. – *Praktický slovník medicíny*
7. vydání, MAXDORF, Praha 2004
ISBN 80-7345-009-7

Workman, B. A.; Bennet, C. L. a kol. – *Klíčové dovednosti sester*
1. vydání, GRADA, Praha 2006
ISBN 80-247-1714-X

Zeman, M.; Choc, F. a kol. – *Chirurgická propedeutika*
1. vydání, GRADA, Praha 1993
ISBN 80-85623-45-5

Učební materiály Ústavu imunologie UK 2. lf a FNM

- Internetové zdroje:

www.linkos.cz/pacient/plice.php-8k - staženo dne 26. 4. 2007

www.onko.cz – staženo dne 26. 4. 2007

F. Přílohová část