

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

2006/2007

Jana Sládková

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

Bakalářské studium ošetrovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE **Ošetrovatelská kazuistika**

**Ošetrovatelská péče o nemocného po levostranné hemipelvektomii
a amputaci levé dolní končetiny**

**Nursing care for the patient after sinistral hemipelvectomy
and amputation of left lower limb**

2006/2007
Vedoucí práce: PHDr. Helena Chloubová

Jana Sládková

OBSAH

Čestné prohlášení	4
1. Úvod	5
2. Charakteristika onemocnění	6
2.1 Etiologie	6
2.2 Klasifikace	7
2.3 Diagnostika	8
2.3.1 Anamnéza	8
2.3.2 Klinické vyšetření	8
2.3.3 Laboratorní a pomocná vyšetření	9
2.4 Terapie	12
3. Obrovskobuněčný kostní nádor (osteoklastom)	15
4. Základní identifikační údaje nemocného	16
5. Lékařská anamnéza a diagnóza	17
6. Přehled provedených vyšetření	19
6.1 Diagnosticky významná předoperační vyšetření	19
6.2 Předoperační vyšetření	21
6.2.1 Laboratorní vyšetření	21
6.3 Pooperační vyšetření	23
6.3.1 Laboratorní vyšetření pooperační	23
6.3.1 Laboratorní vyšetření před propuštěním	27
7. Terapie	28
7.1 Operace	28
7.2 Farmakologická terapie po operaci na standardním oddělení	29
7.3 Psychoterapie po operaci	30
7.4 Dietoterapie po operaci	30
7.5 Fyzioterapie po operaci	31
7.6 Chirurgické ošetřování	31
8. Průběh hospitalizace	33

9. Ošetrovatelská anamnéza	35
9.1 Subjektivní pohled pacienta na hospitalizaci před operací	35
9.2 Subjektivní pohled pacienta na hospitalizaci po operaci	36
9.3 Hodnocení pacienta sestrou před operací	36
9.4 Hodnocení pacienta sestrou po operaci	37
10. Tělesné potřeby nemocného	38
11. Psychosociální potřeby nemocného	44
12. Potřeby afilační	47
13. Potřeby svého já „self“	49
14. Ošetrovatelské diagnózy	51
14.1 Ošetrovatelské diagnózy předoperační	51
14.1.1 Úzkost	51
14.1.2 Chronická celková bolest	51
14.1.3 Rizika pooperačních komplikací	52
14.2 Ošetrovatelské diagnózy pooperační	53
14.2.1 Akutní bolest	53
14.2.2 Fantomové bolesti	53
14.2.3 Strach z budoucnosti	54
14.2.4 Snížená soběstačnost	55
14.2.5 Riziko zpomaleného hojení operační rány	55
14.2.6 Riziko pádu	56
14.2.7 Potenciální nebezpečí vzniku tromboembolické nemoci	56
14.2.8 Potenciální riziko nežádoucích účinků	57
15. Edukace	58
16. Závěr a prognóza	59
Seznam zdrojů a literatury	60
Přílohy	

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci zpracovala samostatně a že jsem vyznačila prameny, z nichž jsem pro svou práci čerpala, způsobem ve vědecké práci obvyklým.

Děkuji tímto PhDr. Heleně Chloubové, vedoucí své diplomové práce, za cenné rady a připomínky.

V Praze dne 26. 3. 2007

Jana Sládková

1. ÚVOD

Na ortopedii pracuji již téměř dvacet let a za celou dobu jsem se nesečkala s člověkem, který by měl tak závažnou diagnózu a zároveň tak optimistický pohled na život, jako třiapadesátiletý pan S.G.

Pan S.G. byl na naší klinice hospitalizován již počtvrté a mohla jsem tedy sledovat vývoj jeho diagnózy a následné chirurgické řešení. Pacient S.G. k nám byl poprvé přijat k exstirpaci tumoru v oblasti levého třísla, kde byl histologicky potvrzen obrovskobuněčný kostní nádor osteoklastom. Nádor zasahoval do oblasti celé levé poloviny pánve s destrukcí pánevního kruhu včetně kyčelního kloubu a levého stehna.

Při druhé hospitalizaci, která byla za dva měsíce, byla provedena embolizace přírodních tepen nádoru, a to v povodí a. ilica interna a a. profunda fem. l. sin. Pro nesnesitelné ischemické bolesti byl pacientovi v době hospitalizace na ambulanci Centra pro léčení a výzkum bolestivých stavů zaveden katétr a byl předán do ambulantní péče centra bolesti v místě bydliště.

Třetí hospitalizace byla konzultační – měsíc po provedené embolizaci bylo nutné potvrdit úspěšnou devitalizaci tumoru. Při multioborové prezentaci bylo společným stanoviskem klinického kolektivu doporučení k radikálnímu ablativnímu výkonu s odstraněním končetiny a k hemipelvektomii se všemi riziky a možnými důsledky plánované operace. Pan S.G. s operací souhlasil a byl tedy objednan k plánovanému výkonu.

Operace byla naplánována za čtrnáct dní. Pacient byl plně informován o podstatě a rozsahu nádorového postižení a všech aspektech plánované operace s možnými následky, zejména poruchy vyprazdňování, vývodu střeva. Dále o kompletní ztrátě levé dolní končetiny, která bude odstraněna v rámci snesení části pánevního kruhu. Byl seznámen i s velmi vysokým rizikem operačního výkonu s možností úmrtí. Pan S.G. s výkonem souhlasil.

2. CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

Nádory lze definovat jako skupinu nemocí, jejichž společným znakem je neomezený růst buněk tkání. Normální mechanismus kontrolující růst buněk je trvale poškozen. Konečným výsledkem je nárůst buněčné hmoty nádoru, který napadá a ničí normální tkáň. Nádory rozdělujeme na benigní a maligní.

Mezi skeletární nádory bývá zahrnována poměrně heterogenní skupina primárních benigních a maligních nádorů, nádorů sekundárně postihujících kost a skupina takzvaných nádorům podobných afekcí.

Zatímco výskyt primárních maligních kostních nádorů je s výjimkou plazmocytomu poměrně řídký, výskyt některých benigních nádorů a nádorům podobných afekcí je častý a to především v dětském a adolescentním věku. Ve vyšších věkových skupinách naopak narůstá sekundární nádorové postižení skeletu. Je tedy úkolem primární diagnostiky odlišit stacionární nenádorové léze určené pouze k observaci, a méně závažné stavy od alarmujících známek maligního postižení skeletu.

(6, 11)

2.1 Etiologie

Onkogeneze nádorového postižení je nadále do značné míry nejasná. Tak jako v jiných lokalitách i zde hrají roli faktory genetické, faktory vnějšího i vnitřního prostředí. Typický však je výskyt sekundárních nádorů u některých kostních chorob a původně benigních lézí. Jsou to například chondromatózní systémová onemocnění, jako mnohočetné osteokartilaginózní exostózy (exostózová nemoc), mnohočetné enchondromy nebo fibrózní dysplazie.

Tato onemocnění jsou proto někdy zařazována mezi prekancerózy. Vlivem nevhodného operačního výkonu nebo rentgenového ozáření někdy malignizují i původně benigní kostní nádory – například obrovskobuněčný kostní nádor. Známý je výskyt sekundárních sarkomů vlivem inkorporace radioizotopů – např. stroncia z radioaktivního spadu nebo kontaminovaných potravin. Latence vývoje sarkomu je zpravidla delší než při zevním ozáření (20 až 25 let). Nejčastěji se vyvíjí osteosarkom, někdy fibrosarkom nebo chondrosarkom.

Zřídka bývá vznik kostního sarkomu podmíněn chronickou fistulací u osteomyelitidy, zpravidla se jedná o fibrosarkomy vzniklé v intervalu 26 až 48 let od počátku fistulizace. Důležité je však o této možnosti vědět – diagnostika je u takového mixtu mimořádně obtížná.

(10, 11)

2.2 Klasifikace

Z mnoha světových klasifikací je u nás nejčastěji užívána klasifikace WHO (Schajowitz et al., 1972) podle výchozí tkáně, histologického obrazu a tkáňové diference.

Klasifikace	Benigní	Maligní
I. Nádory tvořící kost	1. Osteom 2. Osteoid osteom a osteoblastom	1. Osteosarkom 2. Juxtakortikální osteosarkom
II. Nádory tvořící chrupavku	1. Chondrom 2. Osteochondrom 3. Chondroblastom	1. Chondrosarkom
III. Obrovskobuněčný nádor (osteoklastom)		
IV. Nádory z buněk dřene kostní		1. Ewingův sarkom 2. Maligní lymfom 3. Myelom (plazmocytom)
V. Nádory z tkáně cévní	1. Hemangiom 2. Lymfangiom 3. Glomus tumor (glomangiom)	1. Angiosarkom
VI. Ostatní nádory z pojivové tkáně	1. Desmoplastický fibrom 2. Lipom	1. Liposarkom 2. Fibrosarkom 3. nediferencovaný sarkom 4. Maligní fibrózní histiocytom
VII. Ostatní nádory		1. Chordom 2. Adamantinom dlouhých kostí 3. Neurilemmom (schwannom)
VIII. Neklasifikovatelné nádory		
IX. Nádorům podobné afekce	1. solitární kostní cysta 2. aneuryzmatická kostní cysta 3. juxtaartikulární kostní cysta 4. neosifikující fibrom 5. eozinofilní granulom 6. fibrózní dysplazie 7. myositis ossificans 8. „hnědý tumor“ při hyperparathyreoidizmu	

(11)

2.3 Diagnostika

Včasná a spolehlivá diagnostika je klíčem k úspěchu léčby nádorů pohybového ústrojí a samozřejmě ovlivňuje i prognózu onemocnění.

Vychází z podrobné anamnézy, klinického vyšetření, z výsledků biochemických laboratorních testů, radiodiagnostických metod a v indikovaných případech z histologického a histochemického vyšetření bioptického vzorku.

2.3.1 Anamnéza

Pečlivá anamnéza musí zachytit nejen nástup základních příznaků, jako je bolest, zduření či omezení funkce, ale tak jako u jiných onemocnění i úbytek na váze, celkovou slabost, subfebrilie a teploty, zvýšené pocení a podobně.

2.3.2 Klinické vyšetření

Bolest

Bývá prvním příznakem nádorového postižení. Typická je bolest klidová, noční, která nemocného probouzí ze spaní. Bolest neustupující po znehybnění končetiny je diferenciativně diagnosticky významným příznakem odlišení posttraumatických změn, při nichž naopak zklidnění přináší úlevu. Bolest způsobená kostním nádorem se často může projíkovat do sousedního kloubu, což může mylně ovlivnit diagnózu. Při lokalizaci nádorů v páteři a pánvi si nemocní stěžují na dorzalgie, lumbalgie nebo příznaky radikulární komprese.

Bolesti při nádorovém onemocnění se od takzvaných růstových bolestí u dětí odlišují často jednostrannou lokalizací bolesti. Rozlišení však zpočátku může být obtížné.

Zduření

Lokální rezistenci zjišťujeme časně na těch částech skeletu, které jsou kryty měkkými tkáněmi jen minimálně. Při hluboko uložených nádorech na axiálním skeletu může dlouho unikat pozornosti.

Při jejím popisu se zaměřujeme na *charakter* (tuhé, elastické, s nerovným povrchem), *lokalizaci*, *velikost*, *fixaci ke kůži a měkkým tkáním* (souhryb s měkkými tkáněmi), *změny měkkých tkání a kožního krytu nad ní* a v neposlední řadě i na *bolestivou reakci při palpaci*. Důležité je srovnání, případně proměření kontralaterální končetiny.

Omezení funkce

Vzniká zpravidla pozvolna, v menší míře u nádorů benigních, rychleji a výrazněji u maligních kostních nádorů. Novotvary lokalizované v blízkosti kloubů mohou časně omezit jejich funkci, může dojít k iritaci kloubu s tvorbou zvýšené synoviální náplně, což může zkreslit diagnózu.

(11)

Patologická zlomenina

Jedná se o zlomeninu v oblasti patologicky změněné kosti. Je známkou oslabení mechanické pevnosti kosti zpravidla při velmi pokročilém stadiu onemocnění. Někdy je však prvním příznakem u juvenilní kostní cysty. Nejčastěji se tak projevuje osteolytická metastáza.

(11)

2.3.3 Laboratorní a pomocná vyšetření

Hematologické vyšetření

Poruchy v krevním obraze jsou způsobeny buď vlastním nádorovým onemocněním nebo vznikají jako vedlejší projevy onkologické léčby. Nejčastěji vyšetřujeme počet erytrocytů, leukocytů, trombocytů, hematokryt, množství hemoglobinu atd. O stavu bílých krvinek v periferní krvi se informujeme vyšetřením diferenčního obrazu, počtu a morfologie leukocytů. Dále k těmto vyšetřením patří vyšetření rychlosti sedimentace červených krvinek. Zrychlenou sedimentaci nacházíme u řady maligních, ale i benigních nádorů. Na druhé straně mohou být hodnoty sedimentace ve fyziologických mezích až u 10% pokročilých nádorů, proto je toto vyšetření uváděno jako nespecifické.

(6)

Biochemické vyšetření

U některých typů nádorů může být významným přínosem. Obecně jsou však laboratorní změny u skeletálních nádorů většinou nespecifické.. Při obvyklém screeningu stanovujeme zpravidla hladinu CRP jako obecnou známku aktivity, minerály, biochemické vyšetření moči, Ca a P v krvi a v moči, alkalickou fosfatázu včetně její kostní frakce, laktát-dehydrogenázu, kyselou fosfatázu s prostatickou frakcí (u mužů).

Podrobnější biochemická vyšetření včetně nádorových markerů jsou prováděna při konkrétnějším podezření na zpravidla sekundární nádorové postižení skeletu, respektive při pátrání po primárním zdroji sekundárního nádoru.

(11)

Některé typické laboratorní nálezy

Osteosarkom	Nacházíme obvykle zvýšenou laktát-dehydrogenázu a kostní frakci alkalické fosfatázy. Stanovení enzymů je však užíváno spíše k monitorování účinnosti léčby
Ewingův sarkom	Imituje svými laboratorními projevy akutní osteomyelitidu s teplotou, leukocytózou, anémií a vzestupem FW. V diferenciální diagnostice Ewingova sarkomu a neuroblastomu je užíváno stanovení metabolitů katecholaminů – kys. vanilmandlové (u neuroblastomu je zvýšená hladina)
Myelom	Zde nacházíme FW až přes 100, anémií, u třetiny nemocných hyperkalcemii. Diagnostický význam má elektroforéza bílkovin v séru a v moči s nálezem zmnožené monoklonální frakce imunoglobulinů a poruchou poměru albuminy globuliny

Histologické vyšetření

Patologicko – anatomické vyšetření bioptického vzorku je klíčovým prvkem diagnostiky a terapie nádorového onemocnění. Bioptické vyšetření navazuje na klinickou, rentgenologickou a laboratorní diagnostiku. Technika biopsie se poněkud liší, je-li snahou lékaře pouze získat reprezentativní vzorek tkáně k diagnostickým účelům, nebo je-li vzorek odebírán v průběhu radikálního výkonu.

Punkční biopsie – užívá se k ní buď tenkojehlová technika (1–2 mm) nebo bioptický troakar (3–5 mm). Speciální jehla s obturátorem se zavádí do blízkosti ložiska a po odstranění obturátoru je odebírán váleček tkáně ložiska. Určitou výhodou tohoto postupu je poměrně malá traumatizace, technika je zavřená. Některá pracoviště však zdůrazňují nevýhody, jimiž je malý a často nereprezentativní vzorek tkáně a obtížné cílení bioptického odběru. Punkční biopsii je možno v některých případech provést i pod kontrolou CT nebo UZV.

Probatorní excize – to je otevřená technika. Provádí se buď jako samostatný výkon diagnostický, nebo se po jejím okamžitém zhodnocení v jedné době provádí i výkon kurativní, tj. odstranění nádoru. Pak jde o peroperační biopsii.

Je velice důležité, aby kožní incize při probatorní excizi byla vždy vedena tak, aby umožnila ve druhé fázi definitivní operační výkon se zachováním končetiny, tj. aby jizva mohla být odstraněna i s nádorem. Vychází se z předpokladu kontaminace tkání v jizvě nádorovými buňkami s možností pozdějšího vzniku metastáz. Velice důležité je z nádoru excizní odebrat reprezentativní tkáň s maximální proliferativní aktivitou. U rozměrných nádorů hrozí nebezpečí odběru nekrotické nebo regresivně změněné tkáně, na periferii tumoru pak pouzdra či okrajové reaktivní tkáně. Odběr takového vzorku neumožní stanovení diagnózy a vede k mylnému závěru.

(11)

Radioizotopová metoda

Scintigrafické vyšetření pomocí radioizotopů technecia, galia, thalia nebo gadolinia informuje o metabolické aktivitě tkání. V metabolicky vysoce aktivních okrcích tkání dochází k vychytávání radioizotopu, takže okrcy „svítí“ na neutrálním pozadí.

Radioizotopové vyšetření je poměrně velmi citlivé, předchází až o několik měsíců rentgenologický nález. Problémem je nízká specifika scintigrafického vyšetření, lze totiž jen obtížně rozlišit podstatu procesu, tj. zda se jedná o postižení nádorové, zánětlivé či degenerativní. Scintigrafické vyšetření je i přesto v diagnostice nádorů velmi důležité nejen jako screening, ale i ke sledování efektivity onkologické léčby, remise onemocnění a záhytu metastáz.

Na základě scintigrafického vyšetření lze do jisté míry posoudit typ biologického chování procesu. U maligních nádorů skeletu, především primárních, často scintigrafická ložisková aktivita přesahuje radiograficky zřejmý rozsah postižení (osteolýzy). U lézí benigních s ním bývá v těsné korelaci.

(11,10)

Radiodiagnostické vyšetření

Nativní snímek ve dvou projekcích poskytuje základní přehled o postižení. Z nativního snímku určujeme zejména:

lokalizaci postižení – epifyzární, metafyzární nebo diafyzární, zda je centrálně uložené či excentrické, intramedulární, kortikální nebo subperiostální

velikost ložiska

ohraničení – postižení omezeno na jeden kompartment nebo na více, vytváří extraskeletární složku a prorůstá do měkkých tkání

periostální reakce – maligní nádory často rozrušují zevní hranici kortikalis a nadzdvihují periost, ten tvoří reaktivní kost, tzv. Codmanův trojúhelník

charakter postižení – stupeň mineralizace (homogenní, nehomogenní), velmi nepříznivou známkou je tzv. permeativní osteolýza s šířením bez jakéhokoliv ohraničení a s vynecháním okrsků zdánlivě nepostižené tkáně

(6, 11)

Speciální rtg techniky

Provádějí se z důvodů jemnější diagnostiky. Patří sem například přímo zvětšené snímky, **xeroradiografie**, která zdůrazňuje rozhraní struktur využitím tzv. okrajového efektu, **artrografie**, což je kontrastní vyšetření kloubů.

Angiografie zobrazuje nejenom vztah cévního řečiště k nádoru, ale zejména charakter vaskularizace ve fázi arteriální, kapilární a venózní. Z angiografie lze odečíst například maligní charakter vaskularizace, předpokládanou velikost ložiska a růstovou aktivitu.

DSA – digitální subtrakční angiografie je dnes již standardní technika s podstatně menším množstvím kontrastní látky a dokonalým zobrazením. Při angiografii je možno provést selektivní embolizaci přírodních arterií nádoru, případně selektivní podání cytostatika.

CT – počítačová tomografie je díky mimořádné rozlišovací schopnosti často užívána k zobrazení nepřehledných kostních struktur, dále standardně slouží k diagnostice plicních metastáz a postižení mozku. U modernějších přístrojů je možno využít tzv. 3D rekonstrukce a zobrazit požadované struktury trojrozměrně.

NMR – nukleární magnetická rezonance poskytuje velmi dobrý přehled o struktuře měkkých tkání a rozsahu extraskeletálního postižení. Díky dobrému prostorovému zobrazení včetně neurovaskulárního systému do značné míry nahrazuje angiografii a slouží k předoperačnímu plánování. Nezastupitelná je role NMR v diagnostice kostních metastáz axiálního skeletu a infiltrace kostní dřevě.

(6, 11)

2.4 Terapie

Léčení benigních nádorů skeletu a nádorům podobných afekcí je převážně chirurgické. U maligních nádorů muskuloskeletálního systému jde vždy o týmovou spolupráci ortopeda, radiodiagnostika, patologa a onkologa. Léčba těchto postižení je komplexní a často začíná neoadjuvantní chemoterapií, eventuelně v kombinaci s radioterapií dle citlivosti nádoru.

Cílem této předoperační léčby je zmenšit nádorové ložisko, ohraničit ho, potlačit jeho růstovou aktivitu a především zamezit rozsevu metastáz při vlastním operačním výkonu. Významná může být i cílená embolizace hlavních přírodních cév nádoru endoskopickou technikou. Následuje radikální operační výkon a po něm opět chemoterapie, případně radioterapie s další podpůrnou léčbou.

Chirurgická léčba

U maligních nádorů je důležité stanovit, zda půjde o výkon kurativní nebo paliativní. Toto rozhodnutí je zcela klíčové a vyplývá ze stagingu nádoru a stanovení jeho histologického typu. **Staging** nádoru je výsledkem diagnostického řetězce a udává závažnost a pokročilost nádorového procesu (obvyklé součásti řetězce tvoří anamnéza s klinickým a laboratorním vyšetřením). Nádor při šíření do okolí musí překonávat přirozené biologické hranice. Těmito biologickými hranicemi jsou osteofasciální septa, svalové facie, kortikalis, periost, kloubní pouzdro, kloubní chrupavka. Biologické hranice uzavírají jednotlivé prostory – kompartmenty. (10, 11)

Chirurgická klasifikace nádorů (podle Ennekinga) = staging nádoru

Klasifikační systém je založen na 3 parametrech: G, T, M

G = grade – stupeň malignity, je dán histologií

G0 benigní

G1 nízký stupeň malignity (low grade)

G2 vysoký stupeň malignity (high grade)

T = anatomický rozsah tumoru

T0 benigní nádor ohraničený pouzdrem nádoru (intrakapsulární)

T1 benigní nebo maligní nádor ohraničený anatomickým kompartmentem

T2 benigní nebo maligní nádor šířící se za hranice původního kompartmentu

M = metastázy

M0 nepřítomnost metastáz

M1 přítomnost metastáz

Neradikální výkony jsou užívány zpravidla u benigních nádorů a nádorům podobných afekcí.

Intralezionální výkon znamená operaci uvnitř nádorové pseudokapsuly nebo vlastní nádorové tkáně.

Marginální excize je vyjmutí nádoru s jeho pseudokapsulou bez většího spolehlivého obalu měkkých tkání.

Radikální výkony jsou voleny u agresivních benigních, respektive recidivujících nádorů a především u nádorů maligních.

Lze je rozdělit do dvou velkých skupin:

Operace se zachováním končetiny

Výkony ablativní – amputace

Operace se zachováním končetiny jsou technicky podstatně náročnější, musejí splňovat jak požadavek dostatečné radikality výkonu, odstranění nádoru jako celku s bezpečným obalem měkkých tkání, nebo dokonce odstranění celého kompartmentu, a současně požadavek zachovat nemocnému vlastní končetinu s opěrnou funkcí. Tyto radikální, zpravidla resekcční výkony vyžadují přemostění vzniklého defektu buď biologickým materiálem (kostní auto a homo štěpy), nebo umělou náhradou, většinou individuální endoprotézou. Základní podmínkou je možnost zachování nervově cévního svazku a alespoň části funkčního svalstva. Moderní operační technika již umožňuje náhradu (s uvedeným omezením) například celého lemuru nebo kyčelního kloubu s částí pánevního kruhu.

Na pomezí amputace již stojí tzv. rotační plastika, kdy po resekcii distálního femuru a bérce je do oblasti původního kolena přenesen o 180° rotovaný hlezenní kloub s periferií nohy. Hlezenní kloub tak nahrazuje funkci kolena pro speciální protézu.

Výkony ablativní zahrnují amputace a exartikulace. Rozhodujeme se k nim po zralé úvaze a zhodnocení všech faktorů u vysoce maligních procesů. Zde musíme vzít v úvahu i vznik pooperační fantomové bolesti.

Fantomová bolest – bolest vztažená k chirurgicky, nebo traumaticky odstraněné části těla, zpravidla již v jeho integritě neexistující. Jsou to bolestivé pocity, které jsou vztaženy k amputované části těla. Fantomová bolest se vyskytuje u 60–85% operovaných jedinců a to čím je místo amputace lokalizováno proximálněji, tím se incidence fantomové bolesti zvyšuje. Patofyziologický mechanismus podmiňující vznik fantomových bolestí končetiny (dále FBK) není doposud znám. Každá organická léze periferního nervu má za následek významné morfoloogické, neurochemické a patofyzické změny v periferních nervových vláknech, spinální míše a mozku, jež se dynamicky v čase mění. Pro vznik FBK je rozhodující náhlé přerušení normální sensorické aktivity, kterou pak nahradí abnormální aferentace. Obecně se mohou uplatňovat vlivy periferní, centrální a psychogenní. Je třeba rozlišovat mezi fantomovými pocity, fantomovou bolestí a pahýlovou bolestí.

Fantomová bolest se objevuje asi u 50–75% pacientů v prvním týdnu po operaci. Její nástup může být zpožděn o měsíce a roky. Na fantomové končetině bývá bolest preferenčně lokalizována distálně. V kvalitě FBK je vysoká individuální variabilita. Nemocní nejčastěji bolest

popisují jako pálivou, palčivou, křečovitou, řezavou, bodavou, kroutivou, jako píchání jehlou nebo bodnutí nožem, mívají pocity bolestivého sevření či tlaku, drcení, mačkání. Fantomová končetina bývá často vnímána v nepřírozeném, překrouceném postavení. Někteří nemocní mívají ataky ostré, mučivé, ale relativně krátké bolesti. Zdá se, že FBK je častější tam, kde nemocní měli již předamputační bolest. Pak mívá podobný charakter i lokalizaci. Kvalita, intenzita a frekvence FBK je modulována a triggerována řadou vnitřních a zevních faktorů. Obecně má FBK neuropatický charakter, zpravidla se postupně snižuje a u některých nemocných může za 1–2 roky úplně zmizet.

Vznik a průběh FBK může ovlivnit prevence, ta spočívá v účinné léčbě bolestí již před amputací. Dokonalá preemtivní analgezie před amputací končetiny s využitím svodných technik může mít značný vliv na rozvoj FBK.

(11)

3. OBROVSKOBUNĚČNÝ KOSTNÍ NÁDOR (osteoklastom).

Představuje 4% všech kostních nádorů. Je řazen k benigním nádorům. Problémem je jeho lokálně agresivní růst s tendencí k častým recidivám.

Je složen ze stromatu podobného fibroblastům a z mnohojaderných buněk. Patogeneze nádoru není známa, zřejmě však vyrůstá z mezenchymových buněk vazivové tkáně. Ačkoli původ léze není jasný a přítomnost obrovských buněk není pro diagnózu typická, při identifikaci nádoru pomáhají některé zvláštní klinickopatologické projevy. Nádor obvykle vzniká v epifýze dlouhé kosti a šíří se do metafýzy. Vyskytuje se v dozrálé kostře, obvykle u lidí mezi dvacátým až padesátým rokem věku, nejčastěji ve třetí dekádě. I když je nejobvyklejší lokalizací distální konec stehenní kosti, proximální konec holenní kosti a distální konec vřetenní kosti, nádor může být nalezen v kterékoli jiné kosti. Na základě histologických nálezů a rentgenologického obrazu není možné předvídat, zda obrovskobuněčný nádor bude metastazovat. Klinický průběh musí být u každého nemocného pečlivě sledován.

Metastázy se obvykle vyskytují v plicích a mají po lobektomii dobrou prognózu, pokud je možné tento výkon provést. Nádor nemá charakteristický rentgenový vzhled. Ke stanovení diagnózy je zapotřebí biopsie. Histologický vzhled stromatu a obrovských buněk může v každém nádoru a také v jednotlivých případech značně kolísat, jestliže jsou buňky stromatu hustě nakupeny a velké a jestliže obrovské buňky jsou malé a je jich málo, jsou recidivy pravděpodobnější. Jestliže se v histologickém obrazu vyskytují buňky stromatu uspořádané ve vírech obsahující nitrobuněčně uložený bohatý kolagenní materiál a vyznačují se lipoidifikací, recidiva se patrně nevyvine.

(10, 11)

Terapie

Jestliže lokalizace a rozsah nádoru jsou příznivé, metodou volby je marginální resekce nádoru, pokud možno spolehlivě ve zdravé tkáni. Při postižení kolenní oblasti je jako počáteční léčba indikována kyretáž, protože artrodéza po místní resekcii je velmi invalidizující. Jestliže nádor recidivuje, lze se pokusit o homotransplantaci anebo implantaci kovu. Při další recidivě je nutno uvážit artrodézu nebo amputaci. V některých nepřístupných lokalitách, jako například v obratlích, je prospěšná kyretáž následovaná ozářením. Každý případ musí být uvážěn individuálně co do metody operace a rekonstrukce a je přitom nutno vzít ohled i na požadavky denního života, zaměstnání a psychického přizpůsobení. Někdy je nejvhodnějším přístupem amputace časně v průběhu choroby. U inoperabilních lézí je indikována radioterapie. Je třeba pátrat také po plicních metastázách.

(10,11)

4. ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE NEMOCNÉHO

Jméno a příjmení: S.G.

Oslovení: pane G.

Věk: 530812/xxx, 53 let

Vyznání: bez vyznání

Pojišťovna: VZP 111

Stav: ženatý

Povolání: řezník, drobný živnostník

Národnost: česká

Adresa: Horkey nad Jizerou.

Osoba, kterou lze kontaktovat: manželka a dcery, tel.:73753.....

Datum přijetí: 23. 10. 2006

Hlavní důvod přijetí: léčebný, přijatý k provedení plánovaného operačního výkonu.

Operace proběhla 26. 10. 2006.

26. 10. 2006 – 29. 10. 2006 byl hospitalizován na ARO,

29. 10. 2006 – 31. 10. 2006 hospitalizace na Ortopedické JIP.

31. 10. 2006 byl pacient přeložen na standardní oddělení.

Pana G. jsem ošetřovala ve dnech 2. 11. 2006 – 9. 11. 2006 (7. – 14. pooperační den), pacient souhlasil s použitím své dokumentace jako podkladu k vypracování bakalářské práce. Viz příloha Informovaný souhlas s nahlížením do dokumentace.

5. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZA

Lékařskou anamnézu jsem získala z dokumentace pana G. 23. 10. 2006

Nynější onemocnění (odebráno 23. 10. 2006 ošetřujícím lékařem)

Pacient pociťuje bolesti levé kyčle asi půl roku, léčen v místě bydliště pro coxartrozu, pak pro progresi obtíží proveden opakovaný RTG a CT (15. 5. 2006) s nálezem rozsáhlého Tu pánve. 22. 6. 2006 provedena probatorní excize, z histologického nálezu je potvrzen obrovskobuněčný nádor. 17. 7. 2006 byla provedena angiografie s následnou embolizací přívodných cév Tu levého stehna. 6. 9. 2006 kontrola úspěšnosti embolizace, efekt embolizace patrný. Přijat k odstranění útvaru spojeným s amputací levé dolní končetiny. Pacient srozuměn s možnými následky výkonu, zevrubně poučen.

(3)

Osobní anamnéza (odebrána 23. 10. 2006 ošetřujícím lékařem, stejně tak ostatní anamnézy)
běžné dětské choroby

Plně orientovaný, spolupracující, bez ikteru a cyanosy, eupnoický, hydratace přiměřená, kůže bez zjevných eflorescencí

Hlava: neurologický nález v normě

Krk, šíje volná

Hrudník: symetrický, dýchání čisté sklípkové, akce srdeční pravidelná, 2 ozvy čistě ohraničené

Břicho: měkké, palpačně nebolestivé, bez patologické rezistence, játra ani slezina nezvětšené, poklep nebolestivý, peristaltika +, tapotment negativní

Dolní končetiny: periferie v normě, bez varixů, pravá dolní končetina v normě, levá dolní končetina – atrofie svalů, hybnost výrazně omezená, bolestivá

Operace: 22. 6. 2006 probatorní excize Tu levého stehna

18. 7. 2006 angiografie, embolizace přívodných cév Tu levého stehna a pánve

Úrazy: 2/2006 zlomenina pravého předloktí

Více úrazů souvisejících se sportem a s povoláním. Již si nepamatuje, kde a kolik jich bylo, udává pouze poslední úraz z února letošního roku, který se mu stal v souvislosti s povoláním, ale ne jako pracovní úraz.

Rodinná anamnéza

bez vztahu k onemocnění

Alergologická anamnéza

Neudává žádnou alergii

Farmakologická anamnéza

Chronická medikace

VESSEL DUE F por. cps. mol. per os 2x 1 (sulodexidum 250 IU v 1 měkké tobolce) – Antitrombotikum, antisklerotikum

(3)

20.7.2007 v Centru pro léčbu bolesti FNM mu byl pro lancinující bolest s kauzalgickým charakterem zaveden epidurální katétr a tunelizován zprava, místo zavedení v etáži L 4/5. Fixace 2x steh, sterilní krytí na sucho, epidurální katétr ukončen antibakteriálním filtrem. Převaz na sucho á 7 dní. Po zavedení katétru analgezie dobrá, bolest tupá, není vystřelující, snesitelná, pacient je převeden na samoobslužnou aplikaci analgetické směsi. Doporučená dávka 17 ml 0,5% Bupivacaine + 3 ml 1% Morphin do 20 ml stříkačky a aplikovat z této směsi 6 – 8 ml po 4 hodinách.

BUPIVACAINE HYDROCHLORIDE 0,5% CURASAN inj.sol. 10 ml/50mg v maximální dávce 400mg/24 hodin + MORPHIN BIOTIKA 1% inj.sol. 1 ml/10mg v maximální dávce 60mg/24hodin kontinuálně (Bupivacaini hydrochloridum 5 mg v 1ml injekčního roztoku) – lokální anestetikum + (Morphini hydrochloridum trihydricum 10 mg v 1 ml injekčního roztoku) – analgetikum – anodynum
Aplikováno do epidurálního katétru

Lékařská diagnóza

Tumor (osteoklastom) reg.pelvis et femoris l.sin.

Pacient je doporučen k provedení hemipelvektomie vlevo a k odstranění levé dolní končetiny

6. PŘEHLED PROVEDENÝCH VYŠETŘENÍ

6.1 Diagnosticky významná předoperační vyšetření

CT vyšetření bylo provedeno 15. 5. 2006 v Mladé Boleslavi

CT malé pánve a kyčelních kloubů

Vyšetření provedeno spirálním modem nativně a postkontrastně v rozsahu od horních okrajů SI kloubů po cca střední část diafýsy femuru, i.v. aplikováno 150 ml Telebrix 30 (Meglumini ioxitalamas 660,3 mg v 1 ml injekčního roztoku) rentgenové diagnostikum. Bez komplikací. V malé pánvi vlevo se zobrazuje nehomogenní měkkotkáňový útvar o celkové velikosti 12x11x17 mm, ve kterém jsou patrné pruhovité denzity a který kraniálně začíná v úrovni cca 30 mm nad stříškou acetabula a kaudálně zasahuje až na mediální stranu stehna, jeho střed se promítá přibližně do oblasti sedacího hrbolu. Tento útvar se postkontrastně nehomogenně sytí z 50 HU až na 78 HU, laterálně a dorsálně není dobře ohraničen, dislokuje struktury malé pánve doprava a ventrálně dislokuje musculus (dále jen m.) obturatorius externus, m. pectineus, m.adductor longus (svaly jsou ve srovnání s druhou stranou atrofické, stejně jako svaly zachycené proximální části stehna a hýždí), levé zevní ilické cévy nejsou v útvaru zavzaté. Útvar destruuje skelet dolního raménka kosti stydké, většinu kosti sedací, skelet acetabula kromě části předního pilíře a stropu.

Hlavice levého femuru má nehomogenní strukturu, avšak její kontury jsou hladké, ostré. V oblasti sedacího hrbolu vpravo je patrná hypodenzita velikosti 17x10 mm s jemným sklerotickým lemem, bez reakce okolí, ostře ohraničená.

Semenné vajíčky nezvětšené, bez známek infiltrace. Prostata nezvětšená, ostře ohraničená, homogenní struktury. Močový měchýř chabě naplněn, bez hrubších patologických odchylek. V okolí vasa iliaca vlevo jsou patrné mírně zvětšené lymfatické uzliny (dále LU) do velikosti 12x8 mm, v levém třísele je několik dalších zvětšených LU do velikosti 18x10 mm, některé mají známky rozpadu (jsou nehomogenní a postkontrastně se nehomogenně sytí), v pravém třísele je několik menších LU do velikosti 9x5 mm. Při penisu vlevo je další útvar charakteru zvětšené LU o velikosti 15x11 mm, který se postkontrastně výrazně homogenně sytí ze 30 HU na 87 HU.

Závěr: Tumorózní útvar maligního vzhledu ve výše popsaném rozsahu, dislokující struktury malé pánve, přilehlé svaly a destruuující okolní skelet – suspektně se jedná o kostní tumor, mohlo by se jednat o chondrosarkom.

Nehomogenní hlavice levého femuru, hlavice je ostře ohraničená. Zvětšené LU ve výše popsaném rozsahu.

Vpravo v oblasti sedacího hrbolu by se mohlo jednat pouze o kostní cystu.

(3)

Histologické vyšetření ze dne 22. 6. 2006

Tumor je prostoupen mnohojadernými elementy osteoklastoidního vzhledu, pouze místy je nápadnější mononukleární komponenta s buňkami někdy naznačeně protáhlého tvaru a vírovitě uspořádanými. Velká ložiska novotvořené lamelární kosti s osteoblastickými lemy. Prokrvácení a hemosideróza pozitivní při průkazu trojmočného železa. Mucikarmín negativní. Nevýznamná mitotická aktivita. Bez nápadnější buněčné atypie.

Závěr: Obrovskobuněčný nádor kosti

(3)

Angiografie a embolizace provedena 19. 7. 2006

Angiografie a embolizace v povodí arteria ilica l.sin. a arteria profunda femoris l.sin.

Kontrastní látka: Ultravist 370 (Iopromidum 769 mg v 1 ml vodného roztoku pro injekci) – rentgenové diagnostikum

Množství: 300 ml

Punkcí pravé arteria (dále a.) femoralis zaveden pigtail do aorty a v analgosedaci provedena DSA. Ta ukazuje rozsáhlou hypervaskularizovanou tumorózní expanzi v oblasti levé kyčle a malé pánve, zásobenou jednak povodím všech tepen a.ilica interna, jednak větvemi z a.profunda femoris.

Postupně provedena selektivní sondáž jednotlivých větví a.ilica interna a a.profunda femoris mikrokatétrem a provedena embolizace mikročásticemi Embosphere v kombinaci s gelasponem a dvěma koily.

(3)

Kontrolní DSA ukazuje minimálně z 90% devaskularizovaný tumor s podílem jeho plnění jen v proximální části nevelkého rozsahu. Největší část plněná z a.profunda femoris je zcela devaskularizována. A.glutea superior zůstává průchodná, stejně tak průchodná a.femoralis superficialis. Pulzace na a.dorzalis pedis a a.tibialis posterior l.sin. po výkonu velmi dobře hmatná.

Závěr: Stav po embolizaci obrovskobuněčného nádoru levé pánve a stehna s jeho devaskularizací minimálně z 80–90%. Embolizace provedena v povodí a.ilica interna a a.profunda femoralis l.sin.

Vzhledem k rozsahu embolizace dostatečná analgezie, zvážit eventuelní podání antibiotik. Dále kontrola místa vpichu na pravé a.femoralis, kontrola pulsací na tepnách obou dolních končetin.

6.2 Předoperační vyšetření

6.2.1 Laboratorní vyšetření

19. 7. 2006 krevní skupina A Rh neg.

Hematologická vyšetření ze dne 23. 10. 2006

Krevní obraz			Referenční hodnoty
Leukocyty	10,1	↑	4,0 – 10,0
Erytrocyty	4,16	↓	4,50 – 6,30
Hemoglobin	11,3	↓	14,0 – 18,0
Hematokryt	0,347	↓	0,380 – 0,520
Quick	76 %	↓	100 %
INR	1,19		0,80 – 1,20

Sérologická vyšetření ze dne 23. 10. 2006

Biochemie		Referenční hodnoty
Na	140 mmol/l	137 – 146
K	5,0 mmol/l	3,8 – 5,0
Cl	103 mmol/l	97 – 108
Urea	3,3, mmol/l	2,8 – 8,0
Kreatinin	65 umol/l	44 – 115
Jaterní testy v normě		
CRP	51,9 mg/l ↑	0,0 – 6,5
Glukosa	5,8 mmol/l	3,3 – 5,8

(3)

Vyšetření moči ze dne 23. 10. 2006

Moč chemicky negativní

Močový sediment bez patologického nálezu

Zobrazovací vyšetření ze dne 24. 10. 2006

RTG srdce a plíce bez patologických změn.

RTG pánve ze dne 22. 6. 2006

Rozsáhlý expanzivní proces vlevo v měkkých částech na mediální straně horního stehna, zasahující do levé části malé pánve s odtlačením močového měchýře doprava a s ostelýzou postihující obě ramena kosti sedací – dolní je zcela vymizelé, dolní rameno kosti stydké, acetabulum a suspektně i hlavice femuru. Neurčité laločnaté ohraničené projasnění je i v dolním ramenu kosti stydké vpravo o velikosti 15x15 mm, nelze vyloučit další osteolytické ložisko. Postavení v kyčelních kloubech zachovalé.



(3)

Vyšetření internistou ze dne 23. 10. 2006

EKG – sinusový rytmus, bez akutních ischemických změn

Z interního hlediska výkon vzhledem k rozsahu extrémně rizikový, ale proveditelný, pacient kardiopulmonálně kompenzovaný.

(3)

6.3 Pooperační vyšetření

6.3.1 Laboratorní vyšetření pooperační

Pacient 0. – 3. (26. 10. – 29. 10. 2006) pooperační den hospitalizován na Anesteziologicko-resuscitačním odd. (dále ARO), třetí den byl přeložen na Jednotku intenzivní péče (dále JIP) I. Ortopedické kliniky.

Hematologické vyšetření

Krevní obraz	0. den 26. 10.	1. den 27. 10.	2. den 28. 10.	3. den 29. 10.	Referenční hodnoty
Leukocyty	11,4 ↑	7,9	9,1	8,8	4,0 – 10,0
Erytrocyty	4,41 ↓	3,42 ↓	3,79 ↓	3,71 ↓	4,50 – 6,30
Hemoglobin	13,5 ↓	10,3 ↓	11,4 ↓	11,4 ↓	14,0 – 18,0
Hematokryt	0,385	0,305 ↓	0,338 ↓	0,334 ↓	0,380 – 0,520
INR	1,38 ↑	1,30 ↑	1,13	1,06	0,80 – 1,20
Quick %	60 % ↓	65 % ↓	81 % ↓	91 % ↓	100 %

Sérologické vyšetření

Biochemie	0. den 26. 10.	1. den 27. 10.	2. den 28. 10.	3. den 29. 10.	Referenční hodnoty
Na	143	144	136 ↓	137	137 – 146
K	4,3	4,4	4,7	4,6	3,8 – 5,0
Chl	111 ↑	114 ↑	110 ↑	107	97 – 108
Osmolalita	nelze spočítat	299 ↑	283	285	275 – 295
ALP	1,18	1,05	1,27	1,60	0,66 – 2,10
AST	0,27	0,32		0,31	0,19 0,16 – 0,75
ALT	0,13 ↓	0,19	0,20	0,14 ↓	0,17 – 0,90
Urea	3,3	3,1	2,3 ↓	2,7 ↓	2,8 – 8,0
Celková bílkovina	49,0 ↓	49,8 ↓	55,2 ↓	57,1 ↓	65,0 – 85,0
CRP	176 ↑	331 ↑	190 ↑	170 ↑	0,0 – 6,5
Glukosa	6,6 ↑	7,7 ↑	8,4 ↑	7,3 ↑	3,5 – 5,5

Laboratorní výsledky v době překlady pacienta na JIP odpovídají prodělanému náročnému operačnímu výkonu s velkými krevními ztrátami. Zvýšené hodnoty CRP odpovídají reakci organismu na ischemický proces v nádorové tkáni. Nízkou hladinu bílkoviny bude nutné zvýšit větším nutričním příjmem a podáním krevních derivátů.

(3)

Na JIP byl pan G. hospitalizován 5 dní, od 29. 10. do 2. 11. 2006, to znamená 3.–7. pooperační den včetně.

7. pooperační den byl pacient přeložen na standardní oddělení. V době, kdy jsem pana G. ošetřovala já, mu byla kontrolní hematologická a serologická laboratorní vyšetření provedena 6. 11. (11 pooperační den).

Hematologické vyšetření

Krevní obraz	7. den 2. 11.	11. den 6. 11	Referenční hodnoty
Leukocyty	8,6	9,5	4,0 – 10,0
Erytrocyty	3,82 ↓	4,20 ↓	4,50 – 6,30
Hemoglobin	12,3 ↓	14,0	14,0 – 18,0
Hematokryt	0,356 ↓	0,384	0,380 – 0,520
INR	1,06	1,08	0,80 – 1,20

Sérologické vyšetření

Biochemie	7. den 2. 11.	11. den 6. 11	Referenční hodnoty
Na	138	139	137 – 146
K	4,2	4,3	3,8 – 5,0
Chl	100	105	97 – 108
Celková bílkovina	60,8 ↓	67,0	65,0 – 85,0
CRP	72 ↑	8,2	0,0 – 6,5
Glukosa	5,0	5,2	3,5 – 5,5
ALP	1,02	1,00	0,66 – 2,10
ALT	0,19	0,20	0,17 – 0,90
AST	0,20	0,20	0,16 – 0,75

Výsledky hematologické jsou již téměř v normě, jen v sérologii přetrvává zvýšená hodnota CRP a nižší hladina Celkové bílkoviny.

(3)

Histologické vyšetření ze dne 26. 10. 2006

Makroskopicky:

Levostranná hemipelvektomie.

Amputát tvořený levou dolní končetinou délky 920 mm a částí pánve s přiléhajícími měkkými tkáněmi. Pánevní kruh je v části svého obvodu včetně celého acetabula zcela osteolyticky rozpadlý, místy nekrotický a prostoupený nádorovou infiltrací. Kostní tkáň je zachována při resekčních okrajích, v přední části pánve v rozsahu až 140x100x80 mm. Hlavice femuru a proximální úsek femuru jsou bez nádorové infiltrace. S rozsáhlou osteolýzou pánve souvisí relativně dobře ohraničený nádorový útvar přibližných rozměrů 140x120x110 mm uložený v měkkých tkáních. Nádor je výrazně nekrotický, ložiskově prokrvácený, v okraji jsou ložiska fibrotizace. Nádorová infiltrace nedosahuje měkkotkáňového resekčního okraje ani kostěných resekčních okrajů. Nervově cévní svazky v resekčním okraji jsou volné.

Dále zaslána samostatná excize kůže a podkoží rozměrů 195x140x25 mm. V centru excize je patrná jizva s přiléhající fibrotizací podkožního vaziva a v jednom místě s hnědavým, dobře ohraničeným útvarem průměru 12 mm v podkoží.

Mikroskopicky:

Ložiskově nekrotický, prokrvácený a floridně zánětlivě změněný nádor je tvořen populací buněk s poměrně monotónními oválnými až vřetenitými jádry, bez výraznější mitotické aktivity a cytologických atypií. V různé intenzitě jsou přítomny větší mnohojaderné osteoklastoidní elementy. V nádoru jsou místy zavzaté lamely kostní tkáně, dále jsou přítomna ložiska fibrotizace a depozita hemosiderinu. Nález je shodný s předchozím bioptickým vyšetřením a nádor tedy klasifikujeme jako **obrovskobuněčný kostní nádor**.

V oblasti jizvy zastižena fibrotizace kůže a podkoží s lipofagickou reakcí a obrovskobuněčnou makrofagickou reakcí na cizorodý materiál. V podkoží zastižena lymfatická uzlina s mírnou hemosiderózou, vše bez nádorové infiltrace.

Závěr:

Obrovskobuněčný kostní nádor pánevního kruhu

(3)

RTG po operaci ze dne 28. 10. 2006

Stav po amputaci levého femuru s resekcí přilehlého skeletu pánve, v oblasti kosti kyčelní ponechána jen lopata, linie tomie je nerovných a neostrých kontur. Dále resekována kost sedací a stydká vlevo, ponechány jen krátké úseky přiléhající k symfýze s relativně ostrými konturami linie tomie.

Provedena i resekce měkkých částí, v defektu tuším několik drenů, jejich kraniální konce v oblasti levé lopaty kosti kyčelní.



(3)

6.3.2 Laboratorní vyšetření před propuštěním

Hematologické vyšetření

Krevní obraz	42. pooperační den	Referenční hodnoty
Leukocyty	8,2	4,0 – 10,0
Erytrocyty	4,55	4,50 – 6,30
Haemoglobin	14,2	14,0 – 18,0
Haematokryt	0,392	0,380 – 0,520
INR	1,01	0,80 – 1,20
Quick %	92%	100%

Sérologické vyšetření

Biochemie	42. pooperační den	Referenční hodnoty
Na	141	137 – 146
K	4,6	3,8 – 5,
Chl	101	97 – 108
ALP	0,68	0,66 – 2,10
AST	0,15	0,16 – 0,75
ALT	0,23	0,17 – 0,90
Urea	2,8	2,8 – 8,0
Celková bílkovina	67,0	65,0 – 85,0
CRP	8,2 mírně zvýšené	0,0 – 6,5
Osmolalita	283	275 – 295
Glukosa	5,2	3,5 – 5,5

Přetrvávají zvýšené hodnoty CRP, zvýšení není významné a mělo by se časem upravit, pokračuje podávání antibiotik per os. Pacient poučen o vlivu správné výživy na celkový stav organismu a na rekonvalescenci. Obdržel příručku Výživa při nádorovém onemocnění.

(3)

7. TERAPIE

7.1 Operace: 26. 10. 2006, 9,45 – 16,00 hod.

Multioborový operační tým složený ze tří ortopedů, jednoho cévního chirurga a jednoho odborníka na břišní chirurgii.

Jedna instrumentářka a jedna obíhající sestra.

Anesteziolog, anesteziologická sestra

Sanitář

Operační diagnóza:

Obrovskobuněčný nádor levé poloviny pánve, destrukce pánevního kruhu, Dg: C414

Operační výkon:

Hemipelvektomie, odstranění levé dolní končetiny

Průběh operace:

V klidné celkové anestezii nejprve proniknuto z řezu při okraji crista iliaca extraperitoneálně k velkým cévám. Nalezen ureter v místě křížení, izolovány a podvázány nejprve složky a.iliaca poté a.communis a stejnojmenná žíla. Dále podél crista iliaca a SIAS proniknuto až k symfýze. Izolována os pubis a v místě napojení obou ramének – ještě vlevo od symfýzy – kosti protaty pilou. Pomalu za značných krevních ztrát postupováno podél kapsuly nádoru k močovému měchýři. Ureter je volný a není nádorem poškozen, stejně I stěna měchýře není hrubě narušena. Izolace s adhezí je však obtížnější. Vpředu šetřeny žilní pleteně ve vesikoprostatické oblasti, takže celý komplex zachován.

Podél lopaty kosti kyčelní založena elevatoria do incisura ischiadica a pilou a dlátem opět prořat pánevní kruh. Celý obrovský val nádoru tím lze poněkud povysunout z pánve, to nám umožňuje postupovat do hloubky podél prostaty do oblasti rekta. Fixace nádoru je bohužel značná i na přední ploše sakra, odkud je jeho odtržení mimořádně obtížné, a dochází při něm ke krvácení ze žilních plexů. Z dalšího cirkulárního přístupu izolovány úpony gluteů od femuru, gluteální svaly odtaženy a vyklopeny, stejně odpreparován musculus iliacus z vnitřní strany pánve. Odděleny adduktory vpředu na symfýze a postupně vytažena celá končetina i s nádorem a částí pánevního kruhu ven.

Během operace uvolněn močovod, rektum včetně 2/3 mesorecta s močovým měchýřem, prostata ponechána, nezraněna. Všechny orgány malé pánve původně dislokované vpravo se vracejí do středního postavení, rektum kontrolováno z obou stran per anus i ze strany pánve, jeho celistvost i zachování prokrvení pečlivě ověřeno. Poté kompletní přerouškování operačního pole.

Rekonstrukce pánevního dna je obtížná, musculus iliacus napojen na musculus glutei a částečně na musculus levátor – tím vzniká pevná přepážka dna, která chrání i zbývající kostní struktury. Ošetřeny další cévní kmeny. Zavedeny 3 odsavné Redonovy drény do mrtvého prostoru, volný lalok měkkých tkání odstraněn a celá oblast překryta zezadu glutey a gluteální fascií. Pečlivá rekonstrukce měkkých tkání.

Celkové krevní ztráty odpovídají mimořádnému rozsahu výkonu a dosahují cca 7000 ml, ranná plocha je mohutná a i při ošetření kostních řezů voskem lze očekávat další ztráty. Hlavním problémem v pooperačním období je nebezpečí superinfekce mrtvého prostoru a porušení stěny dutých orgánů eventuelně i porucha pasáže.

(3)

7.2 Farmakologická terapie po operaci na standardním oddělení

V pooperační době byl pan G. ošetřován na ARO a na JIP viz přílohy:

1. *Infúzní terapie na ARO a JIP*

2. *Farmakologická terapie na ARO a JIP*

Na standardním oddělení dostával 7. – 14. pooperační den (2. 11. – 9. 11. 2006) následující medikace:

Dalacin C 300 mg (Clindamycini hydrochloridum 300 mg v 1 tvrdé tobolce) – Linkosamidové antibiotikum

Dávkování: 3x 300 mg per os (8 – 14 – 22).

8 – 14 pooperační den (3. 11. – 9. 11.) a pokračoval dále

Ciprinol 500 por. tbl. (Ciprofloxacini hydrochloridum monohydricum 500 mg v 1 potahované tabletě) – Širokospektré chinolonové chemoterapeutikum

Dávkování: 2x 500 mg per os (8 – 22).

8 – 14 pooperační den (3. 11. – 9. 11.) a pokračoval dále

Amitriptylin tbl. (Amitriptylini hydrochloridum 25 mg v 1 potahované tabletě) – Antidepressivum

Dávkování: 1x 25 mg večer per os.

7 – 14 pooperační den (2. 11. – 9. 11.) v podávání pokračováno dále

Clexane inj. sol. (Enoxaparinum natricum 10 tis. UI anti-Xa (100mg) v 1 ml injekčního roztoku) – Antitrombotikum, antikoagulans

Dávkování: 1x 0,4 ml s. c. (22).

7 – 14 pooperační den (2. 11. – 9. 11.) v rámci prevence TEN jsme pokračovali v podávání, Clexane byl podáván již na ARO

Bupivacaine hydrochloride 0,5% inj. sol. (Bupivacaini hydrochloridum 5 mg v 1 ml injekčního roztoku) – lokální anestetikum

Dávkování: při bolesti v maximální denní dávce 400mg do epidurálního katétru.

7 – 14 pooperační den (2. 11. – 9. 11.) podáváno i nadále, do budoucna uvažováno o vysazení a převedení na jinou formu

Morphin Biotika 1% inj. sol. (Morphini hydrochloridum trihydricum 10 mg v 1 ml injekčního roztoku) – Analgetikum – anodynum

Dávkování: při bolesti v maximální denní dávce 60 mg do epidurálního katétru.

7 – 14 pooperační den (2. 11. – 9. 11.) podáváno i nadále, do budoucna uvažováno o vysazení a převedení na jinou formu, eventuálně odvykat!

(3)

7.3 Psychoterapie po operaci

V prvních dnech po operaci převládala u pana G. radost z toho, že operaci přežil a nemá kolostomii. Na standardním oddělení začínal projevovat trochu obavy z budoucnosti. Nepřímo se snažil zjistit, jak působí jeho změněné tělo na okolí a zdali se mu personál nevyhýbá. Občas jakoby mimoděk odhalil pahýl a pozoroval reakce okolí. Dělal to i v době návštěv druhých pacientů. Musím říci, že reakce všech byly kupodivu profesionální a nikdo se nezdržel pohledem na pahýl déle, než bylo letmé pohlédnutí a odpověď na pozdrav.

Snažila jsem se s panem G. hovořit o jeho pocitech ze ztráty končetiny, ale v tomto ohledu byl neobvykle uzavřený, vždy odpovídal slovy, to bude dobré, já to zvládnou, jen co začnu chodit. Nabízela jsem mu konzultaci psychologa, toho zásadně odmítal. Zřejmě u něj převládal pocit, vypěstovaný z vrcholového sportu, že si musí pomoci každý sám, a tím spíše chlap jako on. Snažila jsem se mu tedy alespoň dodávat potřebné informace, které vděčně přijímal. Probírali jsme následnou rehabilitaci, možnosti kompenzačních pomůcek, situace, které mohou nastat a budou nové pro jeho změněnou postavu, jako například pád předmětu a možnost si jej podat. Ve spolupráci s fyzioterapeutem intenzivně nacvičoval rovnováhu, stoj na jedné noze, předklony atd. Také jsem mu nabídla spolupráci se sociální pracovnící, aby mu sdělila, co všechno sociální pomoc nabízí. Tyto informace pro něj byly přínosem. Velmi mu pomáhala manželka s dcerami, které docházely denně na návštěvu. Obdivovala jsem jejich přístup, protože jejich reakce sledoval obzvláště pečlivě. Jednou jsem dokonce byla přítomna, když jim pahýl ukazoval, ani jedna neuhnula očima a naopak pozorně si pahýl prohlížely, obdivovaly délku rány, statečnost pana G. a jeho rychlou mobilizaci. To jej velmi povzbudilo a předvedl jim, co všechno se již naučil, a oživeně s nimi plánoval přestavbu domu. Pan G. se jeví jako psychicky silný jedinec a doufám, že mu elán vydrží. Přes jeho odmítání jsem mu nakonec doporučila psychologa, jako zadní vrátka, kdyby došlo k nečekanému zvratu jeho zdravotního stavu.

7.4 Dietoterapie po operaci

Na standardním oddělení neměl pan G. žádnou zvláštní dietoterapii. Pouze měl zvýšený přísun bílkovin. Neměl nechutenství ani jiné nežádoucí projevy, které by vznikaly jako vedlejší účinky léků. Otázku stravy jsme ještě konzultovali s nutriční terapeutkou, ta mu dala příručku pro pacienty Výživa při nádorovém onemocnění, kde jsou velmi dobře popsány stavy, ke kterým může v průběhu nemoci dojít, a doporučení jejich řešení.

7.5 Fyzioterapie po operaci

Pan G. se na rehabilitaci velmi těšil a velmi dobře spolupracoval. Na úspěšné rehabilitaci závisela i jeho psychická pohoda. Při rehabilitaci byl trochu netrpělivý, operatér nepovolil prvních 14 dní po operaci vertikalizaci, neboť je důležité, aby se obrovský defekt v operované tkáni zhojil a zpevnil. Pan G. toto nařízení nerespektoval, sám se postavil u lůžka a došel si na toaletu. Chůzi sice zvládl na jedničku, ale narušil kontinuitu rány a ta začala prosakovat. To jej trochu vylekalo a další dny již byl ukázněným pacientem.

Lékař mu po konzultaci povolil chůzi na toaletu a pan G. již ukázněně posiloval svalové skupiny pod vedením fyzioterapeuta na lůžku. Aby nedošlo ke svalovým kontrakturám, nebo atrofii některých svalových skupin docházel fyzioterapeut za pacientem 2x denně a procvičoval s ním všechny svalové skupiny. Pan G. si cvičil i během dne naučené cviky. Dále je u něj plánován pobyt v rehabilitačním ústavu v Kladrubech, kam má nastoupit v lednu 2007.

7.6 Chirurgické ošetřování

Péče o operační ránu 7 – 14 pooperační den (2. 11. – 9. 11.)

3.11. – 8. pooperační den se dopoledne, kolem desáté hodiny, po návratu z toalety, objevila velká sekrece z dolního pólu operační rány. Rána je dlouhá cca 28 cm, 29 stehů.

Lokalizace: od hřebene lopaty kosti kyčelní vlevo do levého třísla.

Sekret byl narůžovělý, množství cca 30 ml. K uvolnění sekretu z rány došlo patrně v souvislosti s pohybem pacienta mimo lůžko. Informovala jsem operatéra, který byl na operačním sále, a dle jeho ordinace jsem asepticky převázala ránu na sucho a odebrala vzorek na mikrobiologické vyšetření. Pacienta jsem informovala o důvodu odběru materiálu na mikrobiologické vyšetření.

Rána byla makroskopicky klidná, bez známek infekce, nebyla zarudlá, napjatá, bolestivá, pacient byl bez teploty. Vše jsem zapsala do dokumentace a informovala jsem lékaře. Ten ránu po příchodu ze sálu zkontroloval a naordinoval na dolní pól rány v oblasti třísla neadherentní obvaz. Ránu bylo potřeba převazovat několikrát denně, vždy, když bylo krytí prosáklé. Na našem oddělení sestra pracující bez odborného dohledu sama převazuje prosakující rány. Lékař kontroluje ránu 1x denně.

4.11. – 9. pooperační den jsem ránu převazovala 5x na sucho. Sekret byl stále jemně narůžovělý. Po odstranění prosáklého krytí z operační rány, jsem vždy pečlivě ošetřila dezinfekčním prostředkem na kůži okolí rány a poté jsem na ránu sterilně přiložila suché sterilní krytí přes neadherentní obvaz.

S pacientem jsem konzultovala jeho obavy a pocity. Převaz byl pacientem vnímán dle jeho slovního vyjádření jako nebolestivý. Po vysvětlení, že jde patrně o vyprazdňování hematomu z operační rány, a po poučení o zvýšeném dodržování osobní hygieny v těsném okolí rány obavy z infekce ustoupily. Při převazu spolupracoval držením správné polohy těla.

5.11. – 10. pooperační den ráno v 8,30 hodin asistuji u převazu a lékař přikládá na ránu neadherentní obvaz Adaptic a dále savé čtverce Cosmopor, které fixuji nealergizující náplastí. Během dne opakuji převaz ještě 3 x. Prosak je mírnější.

7.11. – 12. pooperační den asistuji u odstranění části stehů z operační rány, seznámila jsem pacienta s plánovaným výkonem a vysvětlila jsem mu postup. Obnažila jsem převazovanou část, odstranila jsem zevní krytí a odložila jsem je do emitní misky a následně do nádoby na infekční materiál. Připravila jsem prázdnou misku na lůžko k pacientovi a podala lékaři sterilní pinzetu na sejmutí základní vrstvy obvazu. Potom jsem mu podala sterilní tampon, který jsem postříkala dezinfekčním roztokem rozprašovačem, po otření rány jsem podala sterilní stehové nůžky. Po odstranění stehů lékař opět ránu dezinfikoval a poté jsem ránu sterilně kryla krytím Cosmopor. Zbytek stehů v okolí neuzavřené rány ponechán a kryt neadhezivním krytím Adaptic a sterilními čtverci v silnější vrstvě.

8. PRŮBĚH HOSPITALIZACE

Pacienta jsem přijala k plánovanému operačnímu výkonu tři dny před operací. Uložila jsem jej na třílůžkový pokoj a představila jsem mu pacienty, kteří byli podobné věkové kategorie, i když s jinými diagnózami. Sepsala jsem s ním vstupní ošetrovatelský záznam. Poté jsem jej seznámila s provozním řádem na oddělení, se signalizačním zařízením, s právy pacientů a dala jsem mu podepsat souhlas s hospitalizací a s nahlížením do dokumentace, další informované souhlasy pacientovi předkládá lékař. Pokud by mu bylo něco nejasného, ošetřující lékař, já, staniční sestra nebo sestra ve službě mu podá vysvětlení. Pacient musí podepsat nejen souhlas s operací, ale i s dalšími předpokládanými úkony.

Dále mu byly změřeny fyziologické funkce:

Výška	170 cm
Hmotnost	80 kg
BMI	25
TK	108/74
P	88'
D	16/min.
TT	36,4 °C

Pacientovi také byla zkontrolována přinesená laboratorní předoperační vyšetření včetně interního závěru, dále byl seznámen s předoperační přípravou. Staniční sestra mu odebrala krevní vzorek pro transfuzní stanici, aby mohla objednat 10 jednotek erytrocytového koncentrátu k operaci.

Odpoledne 1. den hospitalizace začíná příprava tlustého střeva podáním rektálního roztoku YAL včetně dietní přípravy. Den před operací má pacient pouze tekutou dietu, ve 13,00 hodin je mu podán Fortrans per os k důkladnému vyprázdnění střev.

Po odeznění účinku přichází operatér a anesteziolog, důkladně proberou s pacientem operaci, druh plánované anestezie a anesteziolog naordinuje premedikaci.

Večerní příprava k operaci spočívá mimo jiné v oholení operačního pole, řádné osobní hygieně a též v podání anesteziologem ordinované medikace na noc.

V den operace se klient opět důkladně umyje, je mu čistě povlečeno lůžko, změřeny fyziologické funkce. Je mu zavedena periferní kanyla do pravého předloktí a jsou mu intravenózně aplikována antibiotika (Augmentin 1,2 g) ve 100 ml Izotonického roztoku. Na výzvu z operačního sálu sestra pacientovi oblékne patientský empír, operační čepici a aplikuje intramuskulárně premedikaci, kterou ordinoval anesteziolog. Před aplikací premedikace se sestra přesvědčí, zda klient nemá snímací zubní náhradu v ústech a nemá na ruce šperky.

Po premedikaci již pan G. nevstává z lůžka a je sanitářem odvezen na operační sál, kde mu urolog zavádí permanentní močový katétr.

Po náročné operaci byl pacient převezen na Anesteziologicko resuscitační oddělení, kde strávil 0.–3. pooperační den.

3. den po operaci byl přeložen na ortopedickou Jednotku intenzivní péče (dále JIP). Zde byl hospitalizován do 5. pooperačního dne, kdy byly fyziologické funkce stabilizovány, laboratorní výsledky v normě a vyprazdňování bylo v pořádku (stolice +).

5. pooperační den byl pacient přeložen zpět na standardní oddělení. Operační rána je klidná. Přetrvávají silné fantomové bolesti, proto ponechán epidurální katétr pro kontinuální podávání analgetik. Rehabilitace je pozvolná, kladen důraz na zachování svalové hmoty a posilování svalů dna pánevního. Chůze zatím nedoporučena. Je nutné, aby svaly měly čas správně srůst.

8. pooperační den odstraněn permanentní močový katétr, sledována diuréza. Podán urologický čaj 500 ml a asi za 30 minut se pacient spontánně vymočil, také se vyprázdnil hematom z rány, ošetřující lékař změnil antibiotika. Přes zákaz chůze se pacient sám postavil s pomocí podpažních berlí a došel na toaletu, chůze na toaletu a do koupelny povolena dodatečně operatérem.

9. pooperační den se objevuje sekrece z dolního pólu rány v oblasti scrota, je odebrán vzorek na mikrobiologické vyšetření, rána není zarudlá ani bolestivá, tělesná teplota 36,8 °C.

11. pooperační den, dle výsledků kultivace jsou nasazená antibiotika účinná.

Od 13. pooperačního dne začíná odvykací kúra a snižují se dávky analgetik. Fantomové bolesti přetrvávají, hematom se stále vyprazdňuje, antibiotika podávána per os.

14. pooperační den je odstraněna většina stehů, ponechány dva stehy v okolí sekrece. Rána nebolestivá, tělesná teplota 36,6 °C, převaz 4x denně asepticky, suché krytí.

8.12. je 42.den hospitalizace a klient je propuštěn do domácího ošetření. Bude docházet do ambulance bolesti v místě bydliště, u nás kontrola za dva měsíce, při potížích kdykoliv. Pokud budou potíže při rehabilitaci, je možné kontaktovat rehabilitační ústav v Kladrubech.

(4)

9. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

9.1 Subjektivní pohled pacienta na hospitalizaci před operací

Podle vlastních slov pana G. u něj v březnu roku 2006 začaly velké bolesti v levém kyčelním kloubu. Do té doby se věnoval svému podnikání v řeznictví. Kromě bolestí nepocítoval žádná omezení. Nejdříve bolestem nepřikládal větší význam, protože jako bývalý vrcholový sportovec a ještě k tomu zápasník v řeckořímském zápase si myslel, že bolest překoná a že to časem přejde. Bolesti se začaly stupňovat, a tak navštívil svého praktického lékaře, ten jej poslal na ortopedii v místě bydliště. Na RTG zjištěna artroza kyčelního kloubu, doporučena analgetika. Bolest na předepsané léky nereagovala. V květnu opět proběhla kontrola u ortopeda a následné RTG vyšetření ukázalo defekt kosti. Pro lepší průkaznost nálezu byl lékařem poslán na CT vyšetření, kde se potvrdil nález nádoru.

Byla to pro něj samozřejmě velmi nepříjemná a nečekaná zpráva: „Myslel jsem si, že se museli splést, vždyť je to jenom artroza, bolí sice jako pes, ale to vydržím. Celý život sportuju, tak teď mě to tělo přeci nezradí!?! Pro potvrzení diagnózy mi byla doporučena biopsie. Jelikož jsem chtěl znát nepřítele, abych s ním mohl bojovat, souhlasil jsem s probatorní biopsií nádoru, ta byla provedena v červnu 2006 a odebraná tkáň byla poslána na histologické vyšetření, výsledek potvrdil nález obrovskobuněčného kostního nádoru.

Z výsledku jsem se dozvěděl, že nádor je sice nezhojný, ale má zhoubný růst, proto je nutná radikální operace. Teď nastala nejhorší doba rozhodování, bolesti byly velmi výrazné a nedaly se zvládat jinak, nežli silnými analgetiky typu Sevredol tbl., ale zůstat bez nohy a kusu pánve?“ Vzhledem ke svému povolání měl pan G. dojem, že si dovede představit, jakou paseku mu lékaři nadělají v těle. První reakce je tedy odmítavá a o amputaci nechce ani slyšet. Doma se zabývá myšlenkou na sebevraždu, kterou naštěstí zamítá.

Po odeznění prvního šoku, kdy je schopen promluvit s manželkou o dané situaci, o svých vyhlídkách na život, o kvalitě života s jednou nohou, o hmotném zabezpečení rodiny atp., se mu z její strany dostává veškeré podpory, že nejdůležitější je on a život s ním a s dětmi, ujištění, že spolu zvládnou všechno.

„Zvolna jsem se tedy smiřoval s myšlenkou na amputaci, před kterou jsem musel absolvovat některá nepříjemná vyšetření a přípravné zákroky. Nejvíce mi pomohl tunelizovaný epidurální katétr, který jsem se naučil ovládat, a sám jsem si mohl aplikovat analgetickou směs. Bolesti se však i tak stupňovaly ve zkracujících se intervalech. Musel jsem hlídat povolené množství směsi, takže poslední chvíle před aplikací byl pro mě očištěc.

Po čtvrt roce řešení mých bolestivých stavů jsem se rozhodl podstoupit nabízený radikální výkon. Věřím, že mě zbaví krutých bolestí, a jsem smířen i se ztrátou končetiny a s případnou kolostomií, pokud to bude nezbytné. Hospitalizace mne nijak nestresuje, jsem již tak vyčerpán bolestí, že se na operaci těším, ať už dopadne jakkoli. Jsem informován i o možném úmrtí. Vkládám velkou naději do operátora, ke kterému mám velkou důvěru.

Kouřím velmi málo, tak 2 cigarety za den. Alkohol příležitostně, kávu nepiji. Alergiemi netrpím. Jediné jídlo, které nejím, jsou kolínka (těstoviny).

(1)

9.2 Subjektivní pohled pacienta na hospitalizaci po operaci

Hodnocení pacienta zahrnuje část pooperační doby hospitalizace, což je 14 dní od 7. do 14. pooperačního dne. Nezahrnuje tedy pobyt na ARO a JIP, i když jsou zde tato oddělení zmiňována. Dle jeho slov si pobyt na ARO moc nepamatuje, ale na pobyt na ortopedickém JIP si již vzpomíná velmi dobře.

„Personál byl velmi vstřícný, nepocítoval jsem žádné větší bolesti, analgezie byla dostatečná. Sestry mi pomáhaly s osobní hygienou, lůžko udržovaly v čistotě. Dodržovaly podmínky pro zachování intimity při provádění osobní hygieny i při vyprazdňování. Druhý den pobytu na JIP došlo k vyprázdnění stolice bez větších problémů. Psychicky to byl pro mně velký zlom k lepšímu, protože jsem se stále obával, že budu buď inkontinentní, nebo bude nutné přistoupit ke kolostomii, pokud se sám nevyprázdním. Tímto jsem si ověřil, že inervace stěv a rektálního svěrače je v pořádku. Pátý pooperační den mi odstranili také permanentní močový katétr a po vymočení jsem byl přeložen na standardní oddělení.

Na standardním oddělení se začínají ozývat fantomové bolesti, jsou zcela jiné nežli ty z operační rány. Personál je chápavý a snaží se mi bolesti tlumit.“

Pan G. má nyní pocit, že je vyhráno, tumor je odstraněn a teď je jenom na něm, jak rychle se „postaví na nohy“. Pacient chce co nejdříve začít s rehabilitací chůze, ale lékař zatím nepovoluje pohyb mimo lůžko, což panu G. trochu vadí, subjektivně se cítí dobře a má pocit, že je ležení zbytečné – i přes zákaz si dojde na toaletu, ale přiznává, že se mu přitížilo, a z operační rány začal prosakovat krvavý sekret. To jej vylekalo, a proto se ke svému výletu přiznal. Má trochu strach, aby mu rána nezačala hnisat. Také se sám rozhodl, že si začne snižovat dávku analgezie. Je rád, že za ním může manželka docházet kdykoliv, velmi mu to pomáhá v sebehodnocení. Zvolna si zvyká na pohled na pahýl a snaží se přijmout svůj nový vzhled.

Rád komunikuje s personálem i se spolupacienty na pokoji. Těší se na rehabilitaci a na protézu. Již plánuje své zařazení do pracovního procesu, má velmi optimistický náhled na budoucnost. Nečekal, že se mu bude dařit – dle jeho slov – tak dobře.

(1)

9.3 Hodnocení pacienta sestrou před operací

Pan G. je velmi komunikativní, lehce navazuje kontakt. Má obavy z pooperační imobilizace a závislosti na okolí. Z bolesti strach nemá. Jako bývalý vrcholový sportovec má zvýšený práh bolestivosti a je odhodlán s pooperační bolestí bojovat. Rozhodně chce co nejrychleji po operaci vstát z lůžka, a pokud to půjde, tak se chce vrátit do zaměstnání. Má trochu nereálný náhled na svůj stav, nemyslím tím, že by nevěděl jak vážná je jeho situace, ale je netrpělivý, a bojím se, že bude zklamán a v depresi, pokud nepůjde vše tak, jak si představuje. Je velmi fixován na svou rodinu, která dobře funguje. O sexuálním životě nechtl hovořit. Manželka i dospělé dcery jsou seznámeny s operačním zákrokem i s případnými riziky a jsou připraveny mu být oporou.

Není to žádný labilní jedinec a myslím si, že bude velmi ochotně spolupracovat se zdravotnickým týmem. V období, nežli se rozhodl jít na tak náročnou operaci, prošel všemi stádii pacientů se závažnou diagnózou, od zloby a popření nemoci po obviňování okolí, obviňoval hlavně společnost, že vyrábí nezdravé potraviny, že se zhoršilo životní prostředí, příliš mnoho chemie ve všech výrobcích atd. Nakonec došel do stádia rozumné úvahy a rozhodl se s nemocí bojovat a nepropadat prozatím depresím a beznaději. Nyní z něj přímo září vůle po životě a myslím, že je připraven se o něj poprat.

(2)

9.4 Hodnocení pacienta sestrou po operaci

Po návratu pacienta na standardní oddělení jsem se o něj starala 7.–14. pooperační den. V tu dobu byl pan G. poměrně optimisticky naladěný, konverzoval s pacienty na pokoji a dokonce je povzbuzoval při rehabilitaci. Objevily se u něj fantomové bolesti, které se snažil zvládat i s omezenou dávkou opioidů. Tyto bolesti již nejsou trvalé jako před operací, ale přicházejí ve vlnách. Bolest z operační rány jej již tak neobtěžuje. Je skvělé, že při operaci nedošlo k porušení inervace střev a rektálního svěrače, vyprazdňování stolice je tedy bez problémů, a také močení je v pořádku. Přiznal se mi k nekázni a ke vstávání z lůžka, které mělo za následek vyprázdnění ranného sekretu z operační rány. Z toho měl trochu strach, protože se bál prodloužení doby hospitalizace. Od devátého dne po operaci měl tedy od operátora povoleno vstávání z lůžka za účelem provádění osobní hygieny a vyprazdňování. Chůzi za pomoci podpázních berlí nacvičoval za pomoci fyzioterapeuta. Je poněkud netrpělivý, co se týká rehabilitace. Se svým tělesným handicapem se snaží vyrovnat. Upíná se na protézu, od které velmi mnoho očekává. Sám dokonce začal hovořit o sexu, ale z náznaků je jasné, že z něj má obavy. Po návštěvě manželky a dcer byl vždy velmi dobře naladěný.

Pozorně sledoval reakce okolí na svůj tělesný handicap. Někdy byl málomluvný a trochu depresivní. Nechal se však ze svého zadumání vyrušit. Je velmi komunikativní, zajímal se o průběh rehabilitace v Kladrubech, hovořil o svých šancích na život, o práci, o tom jak přestaví dům na bezbariérový, o svatbě dcery, o rybaření a o budoucnosti vůbec.

Je ve velké míře soběstačný, ale měl obavy z prosakující rány, tu by si převázat nedokázal. Proto měl trochu strach, aby nebyl propuštěn předčasně do domácího ošetření, tedy dříve, než se rána zcela zhojí.

(2)

10. TĚLESNÉ POTŘEBY NEMOCNÉHO

Bolest a nepohodlí

Pan G. je bývalý vrcholový sportovec s vysokým prahem bolestivosti, který si vlastní bolest kyčle nejdříve ani neuvědomoval a posléze bolest přičítal své sportovní minulosti a pracovnímu zatížení. Od března 2006 se bolesti v levém kyčelním kloubu, které nejdříve přehlížel, staly úpornými a docházelo u něj i k poruchám spánku. Proto se rozhodl se vyhledat lékaře. Lékařem ordinovaná analgetika nebyla příliš účinná. Při dalším vyšetření byl diagnostikován tumor a nasazena silnější analgetika. Ani ta již příliš nezabírají a je potřeba stále vyšších dávek k utišení bolestí. Úlevovou polohu nenachází, při chůzi používá podpažní berle, aby končetinu nezatížil, nemůže se na ni pro bolest postavit.

Před operací

Pacient pocítuje nesnesitelnou bolest v levé části pánve a v celé dolní končetině vždy, když odezní analgetická dávka podaná do epidurálního katétru. Svaly na této končetině jsou atrofované. Bolesti trvají 8 měsíců, na analogové škále 0 – 5 uvádí stupeň 5, po zavedení katétru je to daleko lepší, protože bolest po aplikaci další dávky odezní. Je schopen si číst, sledovat televizi, telefonovat.

Není to však dlouhodobé řešení, neboť dávku je nutno stále zvyšovat a místo vstupu epidurálního katétru je možným vstupem infekce do organismu. Pokud by bylo nutné katétre vyndat, bolest by se nedala vydržet, neboť ani perorální opioidy nebyly účinné. Bolest je zcela nezávislá na poloze a je stálá. Pacient má pocit silného tlaku, který se zvětšuje jakoby „ve vlnách“. Při rozhovoru se občas odmlčí, zavře oči a zatne ruce v pěst, to když je nával bolesti silný.

Očekává, že po operaci bude mít bolest jiný charakter, a tu je odhodlán bez problémů vydržet. Pokud by byla příliš silná, předpokládá, že mu ji budeme tišit medikamentózně jako dosud. Lůžko je pohodlné, přikrývka i polštář pacientovi vyhovují. V dosahu má zvonek na sestru, osobní potřeby, tekutiny, mobilní telefon.

Po operaci

Pacient pocítuje po operaci jiný druh bolesti než dosud. Je to bolest ostrá, řezavá v okolí operační rány na levém boku. Břišní orgány, které byly též traumatizovány operačním výkonem, již nebolí. Na analogové škále ji označuje jako stupeň 3.

Pátý pooperační den se objevují fantomové bolesti, které jsou sice silné, ale jiné nežli před operací. Na analogové škále 0–5 je označuje jako stupeň 3–4. Po podání opioidů do epidurálního katétru bolesti odezní. Bolest se projevuje odmlkou v řeči a zavřením očí.

Fantomové bolesti přicházejí ve vlnách, mívá pocit tupého tlaku, který stoupá až do polohy pálení v dolní části amputované končetiny, a tento tlak postupuje od kotníku do dolní poloviny levého stehna. Na radu operátora zkouší chybějící končetinou pohnout, ale tento pokus nemá žádný účinek na intenzitu bolesti. Dle slovního vyjádření pana G. jsou tyto bolesti snesitelnější nežli před operací.

Antidekubitální matrace na ARO mu nevyhovovala, zdála se mu nepohodlná. Standardní lůžko s pasivní matrací se mu zdá pohodlnější.

(1,2,3,4)

Dýchání

Před přijetím do nemocnice neměl žádné potíže s dýcháním, žije v domku v malém městě. Často se pohybuje venku, i když poslední dobou spíše posedával na zahradě. Kouří 2 cigarety denně a někdy ani to ne. Nemá žádnou respirační alergii.

Před operací

Pacient neudává žádné problémy s dýcháním, a ani je objektivně nevykazuje. Při příjmu dýchá klidně, dechová frekvence 16/min. Nemá rýmu ani kašel, neslyším žádné patologické fenomény spojené s dýcháním.

Po operaci

Po operaci žádné problémy s dýcháním nebyly. Po extubaci po anestezii sám spontánně dýchal. Nedošlo k aspiraci. Kontrolní vyšetření saturace kyslíkem byla 98%. Na standardním oddělení neměl žádné dechové potíže.

(1,2)

Hygienická péče

Doma se obvykle sprchuje i několikrát za den podle pocitu nedostatečné čistoty. Nyní se přiznává, že hygienu trochu zanedbává, protože všudypřítomná bolest jej ochromuje. S hygienou mu doma pomáhá manželka. Používá sprchový gel na normální pleť a šampon na suché vlasy.

Před operací

Pacient se obvykle sprchuje večer, ale když má pocit nedostatečné čistoty a upoceně pokožky, tak i vícekrát za den. Používá sprchový šampon na normální pleť a vlasový šampon na suché vlasy. V nemocnici se snaží být zatím až úzkostlivě soběstačný. Nechce pomoc při hygieně.

Dodržuje osobní hygienu, dbá na svou úpravu, holí si tvář, pečuje o chrup, používá ústní vodu během dne po jídle, používá deodorant, voní se. Ruce má čisté s upravenými nehty. Oděv má čistý a pohodlný, sportovního střihu. Má trochu obavu z pooperačního období, kdy bude pomoc při hygieně potřebovat.

Po operaci

Dle jeho ústního sdělení měl na ARO pocit nedostatečné péče o osobní hygienu, ale při překlada nebyly shledány známky zanedbání. Na JIP byl s péčí spokojen. Na standardním oddělení je hygiena prováděna 2x denně, intimita zachována zatažením závěsu mezi lůžky, hygienu prováděl na lůžku sám za pomoci sestry. Lůžko udržováno v čistotě a suchu, měnění osobního a ložního prádla 2x denně, při potřísnění kdykoliv. Po svolení k chůzi se chodí mýt do koupelny 2x denně, sestra je pouze připravena pomoci, kdyby se cítil slabě. Ložní prádlo je měněno 1x denně ráno. Úprava lůžka je prováděna 3x denně.

(1,2,4,5)

Kůže

Před operací

Pacient nemá žádné patologické změny na kůži. Má pouze v levém třísele zhojenou jizvu po biopsii. Na přední straně břicha vpravo má vyveden tunelizovaný epidurální katétr, který je zakončen filtrem a je sterilně kryt mulovým čtvercem s nealergizující náplastí, nevykazuje známky infekce. Kůže je normálně hydratovaná bez hematomů.

Pacient při běžné péči používá pouze krém na ruce, a to jakýkoli polomastný. Na tělo žádný krém nepoužívá. Na mytí používá běžná mýdla nebo sprchové gely na normální kůži.

Po operaci

Integrita kůže porušena čerstvou operační jizvou, která je vedena od levého hřebene kosti pánevní šikmo ke scrotu, je dlouhá cca 28 cm (29 stehů), dále má jizvy od intravenózních vstupů kanyl – jednu na hřbetu pravé ruky a druhou na pravém předloktí. Operační rána je sterilně kryta jednorázovým obvazovým materiálem, je klidná, bez zarudnutí, nebolestivá, neprosakující. Vstupy kanyl jsou sterilně ošetřeny jednorázovým krytím. Místa vpichu nebyla zarudlá ani bolestivá. Epidurální katétr je sterilně ošetřen, vstup nevykazuje známky zánětu. Kůže na těle je čistá, predilekční místa nejsou zarudlá, intimní partie nevykazují známky zánětu nebo nedostatečné hygieny. Osmého dne po operaci dochází k vyprázdnění hematomu z rány v dolním pólu rány. Ani tak rána nevykazuje známky zánětu. Převas přísně asepticky asi 4x denně.

Při provádění osobní hygieny používá sprchový gel na normální kůži.

(2,3,4)

Výživa

Před operací

Pacient má omezenou chuť k jídlu. Nemá tolik pohybu a bolest je natolik zatěžující, že se nedokáže soustředit na jídlo. Jediné, co nejí, jsou „kolínka“, na která má averzi ze školní jídelny. Nejraději má maso a rád jí i syrovou zeleninu a ovoce. Z masa preferuje ryby a hovězí. Nikdy nedržel žádnou dietu. Pouze v době své sportovní kariéry jedl daleko více masa než nyní, aby měl větší svalovou hmotu.

Nyní za posledního půl roku zhubnul o 5 kilogramů, přičítá to menší chuti k jídlu z důvodu menší pohyblivosti a bolesti. Chrup má sanován, tělesnou hmotnost přiměřenou, BMI je 25 (výška 170 cm, váha 80 kg).

Po operaci

Jak jsem se dozvěděla z dokumentace, měl pan G. 0.–3. den po operaci pouze tekutiny, od čtvrtého dne pozvolné zatěžování trávicího traktu. Vzhledem k dobré peristaltice a vyprázdnění pátý den po operaci přechází na dietu s bílkovinným přídatkem. Chuť k jídlu nemá omezenou, spíše je vyhládlý. S chutí sní i bílkovinné přídatky. Rodina přináší ovoce a mléčné výrobky, na které má zvýšenou chuť. BMI nelze zatím objektivně hodnotit vzhledem ke ztrátě končetiny, ale k významnému úbytku tělesné hmotnosti patrně nedošlo. Sliznice dutiny ústní nevykazuje známky místní infekce, je vlhká a bez jizev či povlaků.

(1,2,3,4)

Hydratace

Před operací

Příjem tekutin se u pacienta od doby nemoci nezměnil. Rád pije ovocné čaje, minerální vody a jiné nealkoholické nápoje. Nepije černou tureckou kávu. Alkohol pije jen výjimečně, protože řídí.

Denně vypije až 3 litry tekutin. Nejsou přítomny žádné známky dehydratace ani hyperhydratace.

Po operaci

Vzhledem k velkým peri operačním ztrátám, jak jsem se dozvěděla z dokumentace, bylo v raném pooperačním období nutné hradit tekutiny hlavně parenterálně, a to jak krevním převodem, tak infúzními roztoky v dostatečném množství (cca 5000 ml/24 hodin). Od třetího pooperačního dne pije sám asi 2000 ml za den, 1500 ml je doplněno ještě infúzní terapií. Od pátého pooperačního dne, kdy je přeložen na standardní oddělení, pije kolem 3000 ml tekutin za den (ovocný čaj, mošt, bílou kávu, urologický čaj, minerální vody, bujón nebo polévku, džusy). Známky dehydratace ani hyperhydratace nejsou přítomny.

(1,2,3,4)

Vyprazdňování střeva

Před operací

Pacient se, dle svých slov, doma vyprazdňuje obvykle 1x za dva dny, většinou ráno. Stolice je normální konzistence. Projímadla neužívá. Očekává, že bude absolvovat vyprázdnění střeva před operací. Má obavu z pooperačního stavu, jak bude střevo fungovat, a jestli nebude mít vyvedenu kolostomii.

Po operaci

Dle dokumentace z ARO se peristaltika rozběhla ihned po operaci. K prvnímu spontánnímu vyprázdnění stolice došlo čtvrtý pooperační den na JIP. Od tohoto dne je stolice pravidelná 1x za dva dny, pravidelnou stolicí podporujeme stravou s vyšším obsahem vlákniny, jogurtů, dostatečným přísunem tekutin a čerstvého ovoce.

(1,2,4)

Močení

Doma neměl s močením žádné potíže, noční močení neudává, řezání a pálení při močení také ne.

Před operací

Problémy s močením neudává a ani žádné problémy po operaci neočekává. Je informován, že mu bude před operací na operačním sále zaveden permanentní močový katétr.

Po operaci

V dokumentaci z ARO je zaznamenáno, že pacient má zaveden permanentní močový katétr, který odvádí zprvu krvavě zbarvenou moč, ta se však během několika hodin po operaci čistí. Močový katétr je odstraněn pátého pooperačního dne na JIP. Po celou dobu odvádí čistou moč. Po odstranění katétru je pacientovi podán urologický čaj 500 ml. Za 30 minut se pacient spontánně bez potíží vymočil. Při močení neměl pocity pálení a řezání. Poté byl přeložen na standardní oddělení. Po celou další dobu hospitalizace neměl s močením potíže.

(1,2,3,4)

Fyzická a psychická aktivita

Před operací

Pacient je podnikatel, pracuje jako soukromý řezník a má několik zaměstnanců. Ve volném čase sportovně rybaří. Ulovené ryby pouští zpátky do vody. V nemocnici čte a sleduje televizi, kterou má na pokoji. Pořady v televizi si ani moc nevybírám, sleduje téměř všechno. Knihy má z domova v dostatečné zásobě, ale raději čte noviny a časopisy.

Po operaci

Do pátého dne po operaci téměř bez aktivit, má pouze kusé informace od ošetřujícího personálu, co nového ve světě. Od pátého dne již sleduje televizi na pokoji, čte denní tisk a snaží se trochu číst i přinesené knihy. Telefonicky kontaktuje svého zástupce a organizuje chod své firmy.

(1,2,4)

Tělesná aktivita

Před onemocněním chodil vášnivě rád na ryby a cvičil své severské psy. Jako bývalý reprezentant v řeckořímském zápase se také věnoval různým doplňkovým sportům, jako je fotbal, jízda na kole, orientační běh a v posledních letech turistika. Také chodil s manželkou tančit na různé zábavy a plesy. Mimo to začal rekonstruovat dům. V poslední době již pro bolest nevycházel ze zahrady a musel používat kompenzační pomůcky k chůzi. Omezení pohybu mu vadí hlavně proto, že nemůže dokončit rekonstrukci domu podle svého časového plánu. Nyní je částečně smířen se situací, která mu zcela změnila život.

Před operací

Pacient má potíže s chůzí, omezuje ho bolest v levém kyčelním kloubu. Chodí s oporou podpažních berlí, aby mohl odlehčovat levou dolní končetinu. Po operaci očekává intenzivní rehabilitaci.

Po operaci

Pacient je v časném pooperačním období upoután na lůžko. Návčik chůze o dvou podpažních berlích začíná osmý pooperační den. Vzhledem k tomu, že má pacient zkušenosti s chůzí o berlích, je návčik poměrně jednoduchý. Problém nastává u návčiku stoje, kde je patrná větší nestabilita a nejistota. S pomocí fyzioterapeuta zvládá pacient nakonec nejen stoj, ale také chůzi po schodech. Díky možnosti chůze se velmi zlepšila psychika nemocného.

(1,2,4)

Smyslové funkce

Na žádné problémy se zrakem ani s ostatními smyslovými funkcemi si z domácího prostředí nestěžuje. Brýle nosí pouze na čtení a to jen večer, když má, jak sám říká, „unavené oči“.

Před operací

Zrak – nemá větší potíže se zrakem, brýle nosí pouze na čtení, má 0,75 dioptrií

Sluch – slyší dobře

Čich, chuť, hmat – neudává žádné potíže v této oblasti

Po operaci

Stav smyslových funkcí nezměněn.

(1,2)

Odpočinek a spánek

V předchorobí spával asi 6–7 hodin bez problémů. Od propuknutí onemocnění, které se projevuje bolestí, se vlastně pořádně nevyspal. Nejprve zkoušel před spaním pít bylinných čajů, vyvětrání místnosti, teplé mléko, pivo a další zaručené recepty. Vzhledem k tomu, že zmíněné recepty neúčinkovaly dle představ, začal si brát analgetika a hypnotika, ale také bez větších účinků. Vždy spal pouze 3–4 hodiny a cítil se nevyspalý a unavený. Proto je přestal brát úplně.

Před operací

K pocitu vyspání potřebuje asi 6 hodin, od začátku nemoci se pořádně nevyspal. Obvykle spí 2–4 hodiny, cítí se unavený. Léky na spaní se snaží neužívat. Během dne nespí. V noci přemýšlí o budoucnosti, o rodině, o smyslu života.

Po operaci

Z poznámek v dokumentaci se dozvídám, že 0.–5. den po operaci spal 10–12 hodin.

Po překladech na standardní oddělení se spánek opět zhoršil pro nástup fantomových bolestí. Po farmakologickém zmírnění bolestí je spánek lepší. Stále má vtíravé myšlenky na budoucnost, díky úspěšné rehabilitaci a operaci již není náhled do budoucnosti tak nejistý, ale vkrádají se zase myšlenky na partnerské soužití a podobně.

(1,2,3,4)

Sexuální potřeby

Pacient je podruhé ženatý, s manželkou má 3 dospělé dcery. Dotazem u manželky jsem se dozvěděla, že žije plnohodnotným sexuálním životem. Pouze v poslední době je omezující nemoc partnera.

Před operací

Pacient o sexualitě nechce hovořit.

Po operaci

Hovor o sexualitě již není nežádoucí, spíše naopak. Má obavy, jak bude jeho handicap zvládat manželka, jestli se jí nebude ošklivit. Dotazy se snaží zjistit u ošetřujícího personálu, jak na ně působí. Jestli vzbuzuje soucit nebo jestli jsou schopni jej brát jako rovnocenného partnera. Z porušené funkce již obavy nemá, v důvěrném rozhovoru mi sdělil, že zkusil masturbovat a došlo ke ztopoření pohlavního údu i k ejakulaci.

(1)

11. PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY NEMOCNÉHO

Potřeba zdraví

Jako vrcholový sportovec považoval vždy zdraví za důležité, domníval se, že pro své zdraví dělá maximum. Správně se stravuje, má dostatek pohybu, nekouří. Nikdy se zdravím neohrožoval. Na žebříčku hodnot má zdraví na jednom z vyšších stupňů.

Před operací

Zjistil, že i když o své zdraví dbá, nestačí to vždy k jeho udržení, cítí se podveden a příliš nechápe důvod. Uvědomuje si vážnost situace a snaží se ji řešit. Čte odbornou literaturu, nechává se edukovat od místních lékařů i odborníků v nemocnici. Ti mu vysvětlí, že může žít plnohodnotný zdravý život i bez dolní končetiny.

Po operaci

Bere svůj zdravotní stav jako výzvu osudu. Poté, co se od operátora dozvěděl, že se celý nádor podařilo odstranit, je odhodlán se opět zařadit mezi zdravé.

Potřeba bezpečí a pomoci

Pan G. byl zvyklý, že spíše on byl tou osobou, která vytvářela pocit bezpečí pro svou rodinu, děti a rodiče. Nyní se učí pomoc také přijímat.

Před operací

Pacient je zevrubně informován o svém onemocnění i o operaci, na kterou přichází. Hlavní obavy má z pooperačního průběhu, ví, že může při operaci i zemřít, má obavu, kdo se postará o rodinu.

Po operaci

Pacient je po operaci optimistický, to, že operaci přežil a je schopen určité sebeobsluhy, jej povzbudilo. Věří, že se dokáže zařadit do normálního života a vést svou firmu i nadále. Má dobré rodinné zázemí, na které se může spolehnout.

Potřeba ekonomické a sociální jistoty

Před operací

Pacientovi je 53 let, pracuje jako soukromý řezník. Finanční problémy nemá, ale má obavy z pooperačního období, kdy nebude moci hned pracovat. Splácí hypotéku na dům. Manželka má sice dostatečný příjem na pokrytí hypotéky a dcery jsou schopny také vypomoci, ale pan G. by je nerad tímto zatěžoval. Ve finanční tísní nikdy nebyl.

Po operaci

Pacient je po operaci ve velmi dobré psychické kondici. Již pár dní po operaci je schopen telefonicky řídit svou firmu. Starosti s platební neschopností se minimalizovaly.

Potřeba soběstačnosti

Vždy byl nezávislý a spíše pomáhal druhým. Nevadí mu, když je někdo závislý na něm, ale sebe si v takové roli nedokáže a ani nechce představit.

Před operací

Důsledně dbal na svoji soběstačnost a jen na nezbytné asistence požádal někoho s personálu o pomoc.

Po operaci

Snažil se co nejrychleji být v rámci lůžka soběstačným a zvládnout osobní hygienu bez pomoci jen s přinesenými pomůckami, stejně tak spěchal s rehabilitací, aby byl co nejdříve schopen chůze.

Potřeba bydlení

Před vypuknutím nemoci zakoupil starší rodinný dům, který se chystal rekonstruovat. Na dům si vzal hypotéku. S rodinou se do domu již nastěhoval.

Před operací

S manželkou se dohodli na vybudování bezbariérového přístupu do domu a na drobných úpravách v interiéru, aby, až se vrátí, neměl potíže s pohybem po domě.

Po operaci

Při návštěvě manželky v nemocnici projednávali co nejvhodnější úpravy v domě. Konzultoval úpravy již provedené a práce, které ještě mají být hotovy, než se vrátí.

Potřeba informací

Dříve se zajímal spíše o sportovní dění, o novinky ve výcviku saňových psů, o rybaření, o dění ve světě, o politickou situaci u nás i ve světě, než o medicínské problémy.

Před operací

Zajímal se o možnou léčbu, o spolehlivost vyšetření, o alternativní medicínu, o vyhlídky na život po provedeném zákroku.

Po operaci

Velmi se zajímal o protetiku a rehabilitaci, dotazoval se na sociální zabezpečení, invalidní důchod.

Potřeba podnětů

V mládí jej podněcovala chuť vítězit ve zvoleném sportu. V dospělém věku jej motivovala rodina, která potřebovala zabezpečit. Nyní je třeba, aby měl dostatek podnětů k boji se svým stavem. Může to být úprava domu a zahrady, výcvik jeho oblíbených psů, trénování žákovského fotbalového družstva v místě bydliště. V nemocnici tuto potřebu částečně saturovalo sledování televize, konverzace s pacienty na pokoji a pozorování dění na oddělení. Také rád pozoroval holuby za oknem.

Potřeba klidu

Nikdy nebyl příliš klidný člověk, byl spíše netrpělivý a sám si to uvědomoval. Zbavit se netrpělivosti ve své momentální situaci jej bude stát značné psychické úsilí.

Potřeba řádu

Pan G. po příchodu na lůžkové oddělení chtěl vědět, jaký je vnitřní řád oddělení. Kdy jsou povoleny návštěvy, jak dlouho bude ležet na ARO a na JIP, za jak dlouho se asi naučí chodit s protézou, kdy je vizita, v kolik hodin je snídaně, oběd a večeře. Před příchodem do nemocničního zařízení byl podle svých slov pedant a své zaměstnance nutil dodržovat smluvené časové harmonogramy.

Před operací

Analyzoval si sám pro sebe časový chod oddělení a dotazy si ověřoval správnost svých výstupů. Pro svůj klid potřeboval vědět, že všechno funguje tak, jak má. Čili, že sestry přišly včas do práce, lékaři prošli vizitu, přijela snídaně v obvyklou dobu a další drobné každodenní práce.

Po operaci

Byl spokojen, že lékaři chodí ve stejný čas na ranní vizitu, velká vizita se pravidelně opakuje vždy v úterý, v pravidelných intervalech dostával analgezií, také se zajímal o čas podávání antibiotik. Domluvil si s fyzioterapeutem čas rehabilitací a přizpůsobil tomu svůj denní režim. S operátorem projednal plán následné rehabilitace, návštěvu ambulance léčby bolesti v místě bydliště, kontrolu na naší ambulanci.

12. POTŘEBY AFILIAČNÍ

Láska

Vyrůstal v harmonické, úplné rodině. Svůj první vážný vztah ukončený sňatkem považuje za mladickou nerozvážnost, proto tento vztah skončil rozvodem. Ve druhém manželství je spokojen a svou ženu má velmi rád. Láska je na jeho žebříčku hodnot také hodně vysoko. Bez lásky svých bližních si svou situaci vůbec nedokáže představit. Má hezký láskyplný vztah i se svými rodiči a s dcerami.

Sounáležitost

V předchorobí patřil do týmu sportovců, kynologů, rybářů, řezníků, podnikatelů, a také do rodiny. Je součástí široké společnosti ve vesnici, v které vytváří přátelské ovzduší, je součástí celku, ve kterém má své místo. V těchto komunitách má i své vedoucí postavení.

Před operací

Cítí se odsunut ze společnosti, protože v poslední době se zdržuje doma a tuto společnost nevyhledává.

Po operaci

Je rád, že má přátele, kteří jej navštěvují v nemocnici, opět nacházejí společnou řeč a budují společné plány. Nemá pocit, že je vyřazen z jejich středu.

Důvěra

Měl důvěru ve své prostředí, sám v sebe. Patrně byl úspěšný jak ve sportu, tak v podnikání. Jeho sebedůvěra byla na vysoké úrovni. Při setkání s chorobou věřil, že léčbu i následující život zvládne.

Před operací

Věřil týmu lékařů, že pro něj udělají maximum.

Po operaci

Po provedené operaci a po zjištění, že se nádor podařilo odstranit celý, se jeho důvěra v zařazení do běžného života posílila.

Komunikace

Pan G. je extrovert spontánního chování. Nemá problémy s navazováním kontaktů. Vyjadřuje se srozumitelně a zřetelně. Je schopen naslouchat a přijímat informace. Své dotazy dokáže formulovat jasně. Pokud o něčem nechce hovořit, rovnou to odmítne a neobchází to výmluvami. V kvalitě komunikace jsem nezaznamenala žádný rozdíl mezi předoperačním a pooperačním obdobím.

Rodina

Pacient je podruhé ženatý, z prvního manželství nemá žádné děti. Ve druhém manželství je velmi šťastný. Má tři dospělé dcery, které zatím bydlí s ním a manželkou v novém domě. Nejstarší dcera má přítele a v létě plánuje svatbu, potom se odstěhuje. Má ještě rodiče, kteří jsou

soběstační a žijí v nedaleké vesnici, sourozence nemá. Nejdůležitější osobou je pro něj manželka. Na své rodině je poměrně dost citově závislý.

Před operací

G. si nepřeje, aby byli rodiče informováni o jeho stavu.

Informace o zdravotním stavu mohou být poskytnuty manželce a dcerám, na jejichž návštěvy v nemocnici se těší. Po propuštění z nemocnice se manželka a dcery o pacienta postarají.

Po operaci

Pacient má velmi dobré rodinné zázemí. Chce se vídat pouze s manželkou a s dcerami, a ne s rodiči, jako by je nechtěl trápit svojí tělesnou ztrátou.

Manželka i dcery jej navštěvují téměř denně. S manželkou i s dcerami má velmi hezký vztah. Má jejich fotografie na stolku u lůžka. Manželka jej velmi podporuje a dává mu najevo, že je pro ni stále stejně přitažlivý jako před operací. Pěčí o dům zvládá s dcerami bez větších potíží a o všem manžela podrobně informuje, aby se mohl podílet na rozhodování o rekonstrukčních pracích na domě. Těší se, že na Vánoce již budou všichni pohromadě doma.

Přátelství

Vzhledem ke své sportovní minulosti má mnoho přátel na celý život právě z tohoto období. Má také spoustu známých díky svým koníčkům, kterým se věnuje již několik let. Patří k nim rybáři, kynologové, místní fotbalisté, a také kolegové v podnikání.

Před operací

Pan G. je velmi komunikativní a společenský člověk. V místě bydliště si chodí zahrát fotbal. Do společnosti chodí nejčastěji s manželkou nebo s přáteli. Od vypuknutí choroby pobýval spíše doma, protože bolest jej velmi omezuje.

Po operaci

Pacient se velmi těší na své přátele, které poslední dobou kvůli nemoci zanedbával. Ví, že bude nyní trochu handicapován v některých svých aktivitách, jako je hraní fotbalu, ale na hřiště bude chodit fandit a pomáhat při tréninku. Přátelé jej chodí navštěvovat i do nemocnice. Při jejich návštěvách je na pokoji vždy veselo. Je rád, že má přátele, na které se může spolehnout. Bez nich by své onemocnění snášel mnohem hůře.

Pečovat o druhé

Ve své firmě má 6 zaměstnanců, za které se cítí odpovědný, a cítí odpovědnost i za jejich rodiny. Obává se, že svojí nemocí by mohl ohrozit ekonomické jistoty nejen své, ale i svých zaměstnanců. Nezklamati tyto lidi je mu motivem k překonání vlastní nemohoucnosti.

Identita

Pan G. si uvědomuje svoje přednosti jako člověka, manžela, otce, rybáře, sportovce, kynologa, zaměstnavatele. Musí se identifikovat se svojí budoucností vymezenou částečnou invaliditou.

Pozitivní vztah

Pacient měl pozitivní vztah k životu, vždy se snažil i na problematice situaci najít nějaká pozitiva, která mu pomohou v překonávání překážek. Zastává názor, co tě nezabije, to tě posílí, a také se tím snaží řídit.

13. POTŘEBY SVÉHO JÁ „SELF“

Kultury, zájmy

V předchorobí se velmi aktivně věnoval svým koníčkům. Cvičí severské psy, rybaří, trénuje místní fotbalové mužstvo žáků, pomáhá zajišťovat různé kulturní akce v místě bydliště, například organizuje turistické výlety na kolech.

Před operací

Ve volném čase se ponejvíce věnuje rybaření a výcviku svých psů. Má severské plemeno husky a psy cvičí na saňové závody v zápřahu. Dříve si chodil zahrát s kamarády fotbal. Do divadla jde tak 3x do roka s manželkou, většinou na činohru, balet ani operu nemá moc rád. Do kina chodí asi 1x za měsíc, preferuje žánr sci-fi a komedie, půjčuje si i filmy na DVD nosičích.

Po operaci

Klient je rád, že ani po amputaci nebude muset omezit své koníčky, jen na fotbal se bude chodit dívat a radit při tréninku.

Duchovní potřeby

Před operací

Pan G. je bez náboženského vyznání. Jeho životní hodnoty se orientují nyní hlavně na jeho rodinu a na zdraví.

Po operaci

Životní hodnoty zůstávají i po operaci stejné.

Sebepojetí a sebeúcta

Před operací

Pan G. sám sebe před operací hodnotí jako člověka cílevědomého, kterého nic nerozhází a který požívá určitý respekt svých zaměstnanců a obchodních partnerů. Byl vždy ten, který uměl bavit společnost, a nyní má obavy, aby jej přátelé nelitovali a nezačali se mu vyhýbat, protože nebudou vědět, jak se k němu po amputaci chovat. On sám je smířen se ztrátou končetiny a nemá zatím pocit, že by tím nějak utrpělo jeho sebevědomí. Snaží se dokázat nejen sobě, ale i okolí, že je připraven zařadit se do normálního života i s tímto handicapem.

Po operaci

V bezprostřední pooperační době trochu propadal depresi, protože si plně uvědomil změnu tělesných proporcí a nezvyklý vzhled svého těla. Po odstranění drénů a po první úspěšné chůzi o berlích se mu vrátil optimismus a začal být netrpělivý, měl dojem, že rehabilitace pokračuje velmi zdlouhavě, a musela jsem mu já, lékař i fyzioterapeut vysvětlovat, že musí nejprve posílit svaly na lůžku, musí jim dát čas, aby mohly řádně srůst a zpevnit se, a teprve potom lze připravovat pahýl na opotézování. V této době měl občas nepříjemné kousavé poznámky na adresu ošetřujícího personálu, že jsou příliš pomalí, málo se mu věnují atd. Před odchodem

domů byl již ve velmi dobré kondici a částečně smířen se svým novým vzhledem. Převládá u něj radost ze života a díky skvělému rodinnému zázemí snad u něj nedojde k depresím.

(1,2,4)

Úspěch, uznání

Úspěch ve sportu jej už jako mladého muže naplňoval, touha po vítězství a po uznání jej motivovala natolik, že byl ochoten této touze podřídít fyzické nepohodlí, čas i svůj životní styl. Tam se také naučil překonávat bolest. Vítězství nad soupeřem bylo sladkou odměnou a dostatečnou motivací. Ve svém dalším životě byl odhodlán dosáhnout úspěchu ve většině svých aktivit. Je ochoten pro dosažení svého vytčeného cíle udělat, co je v jeho silách, ale nejde takzvaně přes mrtvoly. Jistě i proto se mu daří v podnikání a v jeho dalších aktivitách. Myslím, že tato touha po úspěchu a uznání mu pomůže snáze se vyrovnat s tělesným handicapem.

Neudělat ostudu

Ze své sportovní kariéry si odnesl do života pro něj důležitou hodnotu, neudělat ostudu sobě, klubu, trenérovi. Naučil se překonávat bolest, nechtěl dát najevo slabost.

Autonomie a svoboda

Protože je člověk nezávislý a svobodný, nerad se podřizoval řádům, kterým nevěřil, bylo pro něj silným motivem začít podnikat.

Moc

Díky své úspěšné firmě a jejím ekonomickým výsledkům může sponzorovat vesnický fotbalový dorost, který je na něm finančně závislý, což mu zvyšuje prestiž v místě bydliště i dává pocit důležitosti a moci.

(1,2)

14. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

14.1 Ošetrovatelské diagnózy předoperační

- 1. Úzkost vznikající v souvislosti s očekávaným náročným operačním výkonem
- 2. Chronická celková bolest v souvislosti se závažnou základní diagnózou
- 3. Rizika pooperačních komplikací, jako následek nedostatečných informací a nedosta-
tečné přípravy k náročné operaci

14.1.1. Úzkost vznikající v souvislosti s očekávaným náročným operačním výkonem

Projevy: Úzkostné grimasy, poruchy spánku, verbalizace problému.

Cíl: Pacient důvěřuje zdravotnickému personálu a operatérovi, bude cítit menší obavy z operačního zákroku, bude ventilovat své pocity.

Plán: Seznámit pacienta pečlivě s ošetřujícím personálem a s prostředím. Navázat důvěryhodný vztah. Objasnit mu, co se s ním bude dít na ARO bezprostředně po operaci, umožnit mu hovořit o svých pocitech a obavách z operačního výkonu s operátorem a anesteziologem. Podporovat kontakt s rodinou a umožnit pravidelné návštěvy.

Realizace: Panu G. jsem se představila a informovala jsem jej o umístění jednotlivých komplementů na oddělení. Představila jsem mu staniční sestru a ostatní ošetřující personál ve službě, řekla jsem mu jméno jeho ošetřujícího lékaře. Informovala jsem pacienta o možném způsobu ošetřování a používání různých přístrojů na ARO, také jsem jej seznámila s tím, že bude mít po operačním výkonu zavedeny různé invazivní vstupy (hadičky) do těla, které bude muset po dobu nezbytně nutnou tolerovat, neboť budou jeho prostředníkem k výživě, budou kontrolovat jeho životní funkce, pomáhat od bolesti. Jelikož byl přijat tři dny před plánovanou operací, bylo dost času na opakované pohovory s operátorem, ke kterému má velkou důvěru, i s ošetřujícím personálem. Byly mu umožněny návštěvy rodiny bez časového omezení.

Hodnocení: Obavy pacienta se zřejmě zmírnily, nedával najevo pocit ohrožení, pochopil, co se s ním bude dít po operaci a co může očekávat. Své obavy byl schopen verbalizovat.

14.1.2. Chronická celková bolest v souvislosti se závažnou základní diagnózou

Projevy: Verbální stížnosti na bolest, nespavost, unavený výraz v obličeji, nezáměr o konverzaci, sevřené rty, zavřené oči, ztrhané rysy.

Cíl: 1) Bolest bude mírněna na únosnou mez (na analogové škále 0–5 na hodnotu 2–3)

2) Pacient bude spát alespoň 6 hodin

Plán: Zajistit dostatek soukromí a klidu na pokoji, pokusit se odvést pozornost od bolesti pohovorem, zkusit nalézt úlevovou polohu, zkusit obklady studené nebo teplé, a pokud selže náhradní analgezie, pokračovat v analgezii farmakologické. Nadále monitorovat bolest. Zajistit klidný spánek bez bolesti, zjistit spánkové návyky, zjistit, co dělal doma proti bolestem a nespavosti.

Realizace: Panu G. jsem nabídla oddělení lůžka závěsem od vedle ležícího pacienta, ale to odmítl, všichni na pokoji dodržovali klidový režim a jenom si potichu povídali. Dle vlastních slov pan G. při konverzaci s ostatními pacienty byl schopen na chvíli bolest tolerovat, úlevovou polohu nenalezl, obklady se zcela minuly účinkem. Doma si při vzestupu bolesti aplikoval bolusově dávku analgetik do katétru a bolest se snížila na minimum na dobu asi 4 hodin. Doma je zvyklý spát ve vyvětrané místnosti, ale spí tak 4–5 hodin. Pokoj jsme na noc vyvětraly, upravily lůžko, ale i přes velmi dobrou spolupráci s pacientem je naše snaha o zmírnění bolesti s omezením analgetik marná a nakonec opět aplikujeme analgetickou směs do epidurálního katétru.

Hodnocení: Snaha o náhradní mírnění bolesti se zcela minula účinkem, bylo nutné opět přikročit k farmakologické analgezii, abychom alespoň částečně dosáhly cíle. Po podání analgetik pacient hodnotí bolest na analogové škále 0–5 stupněm 2. V noci spal opět pouze 4 hodiny, ale cítil se odpočinutý a méně unavený.

14.1.3. Rizika pooperačních komplikací vzniklých jako následek nedostatečných informací a nedostatečné přípravy k náročné operaci

Cíl: Pacient bude k operaci řádně připraven, možné komplikace budou minimální.

Plán: Pacientovi vysvětlím nezbytnost řádné a pečlivé provedení předoperační přípravy a poučení dalšími členy týmu (lékař, anesteziolog, fyzioterapeut, ošetřovatelka). Dále se ujistím, že pacient pochopil všechna poučení o možných komplikacích tak náročné operace, jakou je amputace dolní končetiny a hemipelvektomie.

Realizace: Pacienta jsem poučila o jednotlivých krocích předoperační přípravy a o jejich nezbytnosti, zajistila jsem provedení předoperační přípravy ošetřovatelským personálem (oholení operačního pole, dokonalé vyprázdnění střeva, farmakologickou přípravu, elastickou bandáž dolní končetiny, dietoterapii). Ověřila jsem si dotazem, zdali pacient pochopil všechna poučení, kterých se mu dostalo.

Hodnocení: Pacient byl k operaci teoreticky i prakticky řádně připraven, rozuměl všem odborným výrazům, byl připraven na přístrojovou techniku a na invazivní vstupy v těle (sonda, močový katétr, centrální žilní katétr, periferní žilní vstupy, nafukovací manžeta na paži, čidlo oxymetru na prstě nebo na uchu atd.) v časném pooperačním období, na její zvukové projevy i na možné působení medikamentů, které budou ovlivňovat jeho hybnost. Byl upozorněn na to, že může dojít z jeho strany k agresivnímu chování v pooperačním období, jako je násilné odstranění katétrů, drénů, sondy, močové cévky atd., pokud by nebyl na toto připraven, následkem tohoto jednání by mohlo dojít ke komplikacím (krvácení z operační rány, poškození močové trubice, aspirace žaludečního obsahu, nekróza z paravenózního podání léků určených pouze do žíly, atd.). Cíl byl podle možností splněn.

14.2 Ošetřovatelské diagnózy pooperační (7. – 14. pooperační den)

- 1. Akutní bolest v souvislosti s operačním výkonem projevující se bolestivým výrazem v obličeji, zrychleným pulsem a verbálními stížnostmi na bolest.
- 2. Fantomové bolesti po amputaci levé dolní končetiny, mající chronický ráz, projevující se bolestivým výrazem v obličeji a verbálními stížnostmi na bolest.
- 3. Strach z budoucnosti projevující se povrchním spánkem a probouzením se během noci, pocity nevyspání, tmavými kruhy pod očima, napětím v obličeji a verbální stížností na nedostatečný spánek.
- 4. Snížená soběstačnost v důsledku amputace dolní končetiny, projevující se omezením saturace potřeb hygienických, vyprazdňování a pohybových.
- 5. Riziko zpomaleného hojení operační rány, související s nedodržováním léčebného režimu a s lokalizací rány.
- 6. Riziko pádu z důvodu instability.
- 7. Potenciální nebezpečí vzniku tromboembolické nemoci a dekubitů z důvodů dlouhodobé imobilizace a rozsáhlého operačního výkonu.
- 8. Potenciální riziko nežádoucích účinků vznikajících při léčbě antikoagulantii a antibiotiky podávanými perorálně.

14.2.1 Akutní bolest v souvislosti s operačním výkonem, projevující se bolestivým výrazem v obličeji a verbálními stížnostmi na bolest.

Cíl: Bolest bude zmírněna alespoň o dva stupně na analogové škále 0–5 ze stupně 4 na stupeň 2.

Plán: Bolest bude nadále monitorována, ve spolupráci s pacientem budeme hledat úlevovou polohu, budeme se snažit odvést pozornost od bolesti pohovorem, sledováním televize, čtením, úpravou lůžka.

Realizace: Pacient velmi dobře spolupracuje a nachází úlevovou polohu na zádech s lehce podloženou levou hýždí. Je ochoten si povídat a při hovoru si na bolesti nestěžuje, je schopen sledovat televizi a telefonovat s rodinou, s přáteli a je schopen telefonicky řídit i svoji firmu. Přes den je bolest na analogové škále na stupni 2–3. Ve dne je schopen dávku analgetik do epidurálního katétru omezit, ale na noc je stále požaduje

Hodnocení: Bolest se snížila, pacient si nestěžuje, bolestivý výraz nemá, jen na noc požaduje opioidy do epidurálního katétru.

14.2.2 Fantomové bolesti, po amputaci levé dolní končetiny, mající chronický ráz, projevující se bolestivým výrazem v obličeji a verbálními stížnostmi na bolest.

Cíl: Fantomová bolest bude zmírněna alespoň o jeden stupeň na analogové škále 0–5 a to ze stupně 3 na stupeň 2.

Plán: Kontaktovat lékaře z ambulance pro léčbu bolestivých stavů, psychologická intervence, fyzikální léčba, ovlivnění fantomových bolestí akupunkturou.

Realizace: Pacientovi jsem vysvětlila možnosti léčby fantomových bolestí, dokázal velmi dobře verbalizovat své pocity související s fantomovými bolestmi a neměl pocit, že mu nikdo nevěří jeho bolest. Souhlasil s fyzikální léčbou; kdyby nebyla účinná, jako další možnost zvolil kombinaci fyzikální léčby s psychofarmaky ordinovanými lékařem a v poslední řadě psychofarmaka per os v kombinaci s aplikací opioidů do epidurálního katétru dle ordinace lékaře z ambulance pro léčbu bolestivých stavů.

Hodnocení: Fantomové bolesti jsou sice stále, ale již není nutné tak časté podávání opioidů do epidurálního katétru. Fyzikální léčba bolesti se osvědčila a pacient je připraven na omezení dávek opioidů do epidurálního katétru. Přes den je schopen se obejít bez analgetických dávek, pouze s podporou psychofarmak a fyzikální léčby. Bolest ustoupila na analogové škále ze stupně 3 na stupeň 2. Na noc však stále vyžaduje opioidy.

14.2.3 Strach z budoucnosti projevující se netrpělivostí s rehabilitací, častými dotazy na protetiku, na sociální zabezpečení, na bezbariérové úpravy, povrchním spánkem a probouzením se během noci, pocity nevspání, napětím v obličeji, tmavými kruhy pod očima a verbální stížností na nedostatečný spánek.

Cíl: Strach bude dle možností eliminován na minimum, nebo na únosnou mez.

Plán: S pacientem prokonzultuji problémy, které jej trápí, navrhnu konzultaci s psychologem, operátorem, propedeutikem, fyzioterapeutem a sociální pracovnící. Promluvím s rodinou nemocného a umožním mu častější kontakt s ní.

Realizace: S pacientem jsem hovořila o jeho problémech. Byl velmi otevřený, obavy měl hlavně z toho, zda bude jeho firma nadále prosperovat, aby mohl splácet hypotéku na dům. Pohovor s psychologem odmítl jako nepotřebný. Manželka přicházela denně na návštěvu a velice jej podporovala, domlouvali spolu úpravu domu na bezbariérový. Uvítal pohovor s fyzioterapeutem, propedeutikem a se sociální pracovnící. Obstarala jsem mu katalog kompenzačních pomůcek a adresy firem, které nabízí úpravy domů na bezbariérové. On sám si již domluvil úpravu svého automobilu na ruční ovládání. Sociální pracovnice mu oznámila, co všechno mu může sociální zabezpečení poskytnout a co je k tomu zapotřebí.

Hodnocení: Nevím, jestli se mi podařilo strach z budoucnosti částečně eliminovat, ale rozhodně pan G. lépe spal a necítil se ráno unavený. Měl většinu dne dobrou náladu a velmi rád komunikoval s veškerým personálem. Spolupracoval s fyzioterapeutem a snažil se ovládnout svoji netrpělivost

14.2.4 Snížená soběstačnost v důsledku amputace dolní končetiny, projevující se omezením saturace potřeb hygienických, vyprazdňování a pohybových.

Cíl: Nemocný bude akceptovat svojí sníženou soběstačnost a její projevy.

Plán: Nemocnému vysvětlím a názorně předvedu, jak si připravit pomůcky k hygieně, jaké postavení budou mít berle, jakým směrem postavit židli a jak využít pojízdné křeslo, jak usednout na toaletní mísu, jak se s pomocí madel zvedne. Také mu vysvětlím, jak je důležitá obuv s protiskluzovou podrážkou.

Realizace: Za pomoci fyzioterapeuta byl nemocný připravován na postupnou fyzickou zátěž související s častějším pohybem mimo lůžko za použití podpažních berlí. Také mu byl názorně předveden pohyb v pojízdném křesle a hlavně nutný přesun z lůžka na křeslo, z křesla na toaletu a zpět. Také jsme mu řekli, jaké výhody má taška na různé drobné předměty, kterou lze zavěsit přes rameno nebo na krk.

Hodnocení: Nemocný se postupně zbavoval problémů s udržováním rovnováhy, dokázal stát u umyvadla a oholit si tvář. Hygienu celého těla ve sprše zvládal sám, pouze mu sestra do sprchy připravila židli. Ze sprchy byl schopen odejít sám bez cizí pomoci. Při močení používal močovou lahev, která byla umístěna u lůžka. Lahev mu vyprazdňoval ošetřující personál. V případě vyprazdňování stolice žádnou pomoc nepotřeboval, na toaletu došel sám. Používání pojízdného křesla odmítal.

14.2.5 Riziko zpomaleného hojení operační rány související s nedodržováním léčebného režimu a s lokalizací rány.

Cíl: Pacient je edukován o nutnosti dodržení přísné hygieny v okolí operační rány, hojení operační rány bude nekomplikované

Plán: Nemocný by měl dodržovat léčebný režim daný operátorem, mobilizaci omezit na pohyb na lůžku a spolupracovat s fyzioterapeutem, při každém převazu bude dodržován aseptický postup, provést kontrolní stěr z rány na mikrobiologické vyšetření a zabránit kontaminaci rány exkrementy.

Realizace: Převazy jsou prováděny asepticky několikrát denně na sucho. Dle výsledků z mikrobiologie jsou podávána antibiotika účinná, pacient edukován ohledně dodržování hygieny v okolí operační rány. Nemocný cvičil 3 x denně na lůžku pod dohledem fyzioterapeuta a během dne si cviky opakoval.

Hodnocení: Po určité době nabyl pacient dojmu, že je již schopen vstát z lůžka a dojít si sám na toaletu. Při této činnosti rána začala silně secernovat, naštěstí k infekci v ráně nedošlo.

14.2.6 Riziko pádu z důvodu instability související s absencí dolní končetiny.

Cíl: Pacient bude mít částečný pocit stability a jistoty při chůzi a stání za pomoci podpažních berlí.

Plán: Zajistíme dostatečnou rehabilitaci chůze a stání za přítomnosti fyzioterapeuta a zajistíme též vhodné kompenzační pomůcky a dostatek místa v okolí lůžka, odstraníme překážky, které by mohly narušit stabilitu nemocného.

Realizace: Fyzioterapeut dochází několikrát denně a pečlivě procvičuje s pacientem chůzi a stoj s upravenými podpažními berlemi. Také provádějí cviky na zlepšení rovnováhy a svalové síly. Chůze po schodech bude následovat. Pacient je upozorněn na nebezpečí chůze o berlích na kluzkém povrchu a v nerovném terénu.

Hodnocení: Pacient je schopen bez problémů ujít 100 m a stát při ranní hygieně u zrcadla, pocit nestability nemá, zlepšila se i psychika.

14.2.7 Potenciální nebezpečí vzniku tromboembolické nemoci a dekubitů z důvodů dlouhodobé imobilizace a rozsáhlého operačního výkonu.

Cíl: 1) Edukovat nemocného o příznacích choroby, o nutnosti užívání antikoagulantů, o časně rehabilitaci. Zabráníme vzniku TEN.

2) Pacient nebude mít dekubity, kůže bude dostatečně prokrvená, bude dostatečně edukován o nutnosti časně rehabilitace, hygieně a výživě.

Plán: Informovat nemocného o příznacích choroby (bolesti v lýtku, otok lýtka, suchý kašel, bolest na prsou), antikoagulantia dle ordinace lékaře, včasná rehabilitace a mobilizace pacienta, sledovat dostatečnou hydrataci, provádět elastickou bandáž levé dolní končetiny.

Pacienta uložíme na pasivní antidekubitní matraci, zvážíme nutnost použití aktivní antidekubitní matrace. Bude poučen o nutnosti mobilizace na lůžku, hygieně, dostatečném přísunu živin, zabezpečit výměnu osobního prádla dle potřeby, provádět masáž predilekčních míst nejméně 3x denně.

Realizace: S pacientem je rehabilitováno nejprve na lůžku, postupně i mimo lůžko, jsou podávána antikoagulantia dle ordinace lékaře (0,4 ml Clexane s.c. 1x denně), je sledována jeho účinnost, je sledován dostatečný příjem tekutin (asi 3000 ml denně), je prováděna elastická bandáž levé dolní končetiny a kontrolováno prokrvení končetiny

Pacient byl uložen na vlastní žádost na pasivní antidekubitní matraci. Sám se velice snaží měnit polohu na lůžku, cvičí a posiluje svaly horních končetin a pravé dolní končetiny. Dodržuje úzkostlivě osobní hygienu na lůžku, první dny po operaci s pomocí, další dny jen s lehkou asistencí (přinést umyvadlo, mísu). Se stravováním nemá problém. Masáž predilekčních míst provádíme 3x denně. Lůžko bylo udržováno v čistotě a suchu, rovněž osobní prádlo bylo měněno dle potřeby, nejdéle 1x za 2 dny. Nabídnutou antidekubitní podložku odmítl.

Hodnocení: Pacient byl řádně edukován a velmi dobře spolupracuje. Nedošlo ke vzniku tromboembolické nemoci a dekubitů.

14.2.8 Potenciální riziko nežádoucích účinků vznikajících při léčbě antikoagulantii a antibiotiky podávanými perorálně.

Cíl: Pacient bude dostatečně edukován o rizicích antikoagulační léčby a o projevech nežádoucích vedlejších účinků perorálního podávání antibiotik, k nežádoucím účinkům nedojde.

Plán: Pacient je upozorněn na možnost vedlejších účinků léků, například tvorbu hematomů, krvácení z dásní, z nosu, a na potřebu na tyto projevy neprodleně upozornit lékaře nebo sestru. Je edukován o projevech nežádoucích vedlejších účinků perorálního podávání antibiotik. Je také upozorněn na správné užívání antibiotik v pravidelných časových intervalech, o nutnosti jejich dostatečného zapíjení. Také je informován, že má upozornit ošetřující personál při potížích, jako je bolest hlavy, nauzea, tlak v břiše, průjem, vyrážka, nechutenství.

Realizace: Pacient je poučen o příznacích vedlejších účinků antikoagulantii, sledujeme a zapisujeme laboratorní hodnoty srážlivosti krve. Nepodáváme léky, které potencují účinky antikoagulantii. Nemocný užívá antibiotika v pravidelných intervalech, má dostatek tekutin na zapíjení.

Hodnocení: Pacient byl řádně edukován, antikoagulační léčba byla vyvážená k žádným nežádoucím účinkům nedošlo, a též se neprojevíly vedlejší účinky perorálního užívání antibiotik. Pravidelně antibiotika zapíjel větším množstvím tekutin, a také se snažil je neužívat na lačno.

15. EDUKACE

Edukace neboli výchova doprovází celý léčebně ošetrovací proces. Smyslem edukace pacienta po amputaci končetiny pro tumor je vést ho k samostatné péči o sebe sama a ke zlepšení spolupráce se zdravotnickým týmem.

Základní edukace se provádí ihned po zjištění onemocnění. Zaměřuje se na psychologickou adaptaci na onemocnění, adekvátní vyrovnání s chorobou.

Reedukace je pokračující a cílená výuka. Je to celoživotní proces. Její efekt se projeví, pouze je-li často opakována, individuální, zacílena na konkrétní problémy jednotlivce.

Nejcennější je edukace osobní. Nutriční terapeut, fyzioterapeut, psycholog, lékař, sestra, ti všichni podávají svůj osobní vzkaz nemocným.

Knihy, časopisy, letáky, televizní či rozhlasové naučné programy jsou jen doplňkem.

Při hospitalizaci je důležité ověřit si, že pacient znalosti nejen má, ale i zda je umí využívat ve svém životě.

Pana G. jsem během hospitalizace informovala o důležitosti rehabilitace nejen po dobu pobytu na našem oddělení, ale hlavně po propuštění do domácího ošetřování. Také jsem mu nabídla následnou rehabilitaci v rehabilitačním zařízení. Seznámila jsem jej s různými druhy kompenzačních pomůcek, jakými jsou například různá madla, sedačky na vany, protiskluzové podložky do vany, protiskluzové násadce na berle. Obstarala jsem mu katalog firem, které vyrábějí kompenzační pomůcky včetně protéz. Upozornila jsem jej na to, že mnohé pomůcky jsou zdarma, na poukaz vystavený lékařem pro pojišťovnu.

Další informace se týkala aplikace nízkomolekulárních heparinů. Vysvětlovala jsem mu, proč se aplikují do kožní řasy, a jak se správně aplikují. Dále jsem ho informovala o nutnosti dlouhodobého preventivního podávání antikoagulantů v kombinaci s bandáží dolní končetiny a časnou mobilizací po operaci. Také jsem mu vysvětlovala, že je nutné kontrolovat srážlivé parametry v krvi při perorálním podávání antikoagulancií.

Hygienická péče v okolí operační rány

Vysvětlila jsem panu G. nezbytnost dodržování osobní hygieny v bezprostředním okolí operační rány, zejména po stolici, neboť operační rána, která je v blízkosti konečníku je ve zvýšené míře ohrožena infekcí. Rovněž jsem jej upozornila na zvýšenou hygienu rukou.

Dietoterapie a úprava životosprávy

Dále jsem jej informovala o potřebě správně vyvážené stravy s dostatečným obsahem bílkovin a vitamínů. Formou rozhovorů jsem zjišťovala, jaké má znalosti o zdravé stravě. Doporučila jsem mu snížit obsah tuků ve stravě a zvýšit přísun vitamínů a bílkovin. Také jsem mu doporučila jíst dostatek vlákniny a dodržovat denní pitný režim, pít 2 litry tekutin denně ve formě ovocných a bylinných čajů, nesyacených stolních vod, dále ředěné ovocné a zeleninové šťávy, minerální vody. Pro lepší orientaci jsem mu dala příručku Výživa při nádorovém onemocnění.

16. ZÁVĚR A PROGNÓZA

Pan S.G. byl propuštěn do domácího ošetřování po levostranné hemipelvektomii a amputaci levé dolní končetiny 8. 12. 2006, což bylo 42. pooperační den. Byl v dobrém psychickém stavu a přiměřené fyzické kondici. Doma má zajištěnou péči manželky a dcer. Do rehabilitačního ústavu bude nastupovat v lednu 2007 na dobu tří týdnů. Po návratu z rehabilitace si bude domlouvat návštěvu u protetika.

Operační rána je zcela zhojená bez sekretu. Pacient dobře zvládl chůzi o berlích a je téměř soběstačný. Fantomové bolesti ještě v menší míře přetrvávají, ale jsou snesitelné. Má doporučenou návštěvu ambulance léčby bolesti v místě bydliště. Nyní je na perorálních analgetících. V případě jakýchkoliv potíží se má dostavit na kontrolu, jinak za dva měsíce, což je 8. 2. 2007. Vzhledem k tomu, že nádor byl zcela odstraněn, je prognóza velmi dobrá. Pacient získal opět chuť do života a plánuje rozvoj své firmy. Se svým tělesným handicapem se smířil poměrně rychle, a to hlavně asi z toho důvodu, že očekává rychlé protetické řešení. Obávám se však, že bude trochu zklamán, ale jak jsem měla možnost pana G. poznat, tak se s tím se zdarem a nezdolnou vůlí sobě vlastní srovná. Má velkou oporu ve své manželce, která je připravena čelit s ním všem nepříjemnostem a očekávaným i neočekávaným nezdarům.

Pokud se neobjeví recidiva nádoru, je prognóza velmi dobrá. Vzhledem k chuti pana G. zapojit se co nejdříve do běžného života, byť s velkým tělesným handicapem, jsou jeho vyhlídky na dlouhý a plodný život zcela reálné.

Nemocného jsem za dobu jeho pobytu u nás poznala v mnoha, i těch nejintimnějších oblastech. Vytvořili jsme si, podle mého názoru, vzájemně hodnotný a obě strany obohacující vztah. Pan G. je nyní v rehabilitačním ústavu v Kladrubech, odkud mi poslal pohled. Sděluje, že rehabilitace zdárně pokračuje, má se dobře a těší se na kontrolu 8. 2. 2007 na naší ambulanci, kde, jak doufá, se potkáme.

SEZNAM ZDROJŮ A LITERATURY

Zdroje

1. pan S. G.
2. vlastní pozorování
3. lékařská a ošetrovatelská dokumentace
4. členové ošetrovatelského týmu (ošetřující lékař, sestry, fyzioterapeuti)
5. manželka pana G.

Literatura

6. Abrahámová, J.; Vorlíček, J.; Vorlíčková, H. a kolektiv: Klinická onkologie pro sestry. Praha, Grada Publishing 2006, ISBN 80-247-1716-6
7. Bertoli, S.; Keller, U.; Meier, R.: Klinická výživa. Praha, Scientia medica spol. s r.o. 1993, ISBN 80-85526-08-5
8. Froňková, M.; Hernová, R.; Mikšová, Z.; Zajíčková, M.: Kapitoly z ošetrovatelské péče I. Praha, Grada Publishing 2006, ISBN 80-247-1442-6
9. Froňková, R.; Mikšová, Z.; Zajíčková, M.: Kapitoly z ošetrovatelské péče II. Praha, Grada Publishing 2006, ISBN 80-247-1443-4
10. Hill, G. J.; Horton, J. a spol.: Klinická onkologie. Praha, Avicenum 1982
11. Krbec, M.; Pokorný, D.; Sosna, A.; Vavřík, P. a kolektiv: Základy ortopedie. Praha, Triton s.r.o. 2001, ISBN 80-7254-202-8

PŘÍLOHY

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, I. lékařská fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Vstupní ošetrovatelský záznam

(materiál k nácvičku ošetrovatelského procesu)

Jméno a příjmení (vyplň iniciály) S. G.

Oslovení PANE Pojišťovna VZP
Rodné číslo (nevyplňuj) - Povolání ŘEZNIK
Věk 53 let Vzdělání VOEBNÍ OZAR SMATURITOU
Vyznání BEZ VYZNÁNÍ Národnost ČESKÁ
Adresa: HORKY u JIZEROU Telefon: -
Osoba, kterou lze kontaktovat MANŽELKA, DCERY

Datum přijetí: 23. 10. 2006
Hlavní důvod přijetí: OPERACE - ODSTRANĚNÍ NÁDORU, AMPUTACE LEVÉ
DOLNÍ KONČETINY

Lékařská diagnóza:

- OBROVSKO BUNĚČNÝ NÁDOR LEVÉ POKOVINY PÁNVE, DESTRUKCE PÁNEVNÍHO KRUHU
-
-
-

Jak je nemocný informován o své diagnóze? DOSTATEČNĚ LÉKAŘEM

Osobní anamnéza: BEZNA, DĚTSKÁ, DVOLEČNĚNÍ
JINAK, NESTONAL

Rodinná anamnéza BEZ VZTAHU K DVOLEČNĚNÍ

Vyšetření PŘED OPERACÍ - EKG, KREVNI OBRAZ, APTT, FW, MOČ CHEMICKY
+ SEDIMENT, BIOCHEMIE, MINERÁLY, JATERNÍ TESTY, GLYKEMIE, KREVNI SKUPINA
CT, RTG, MR

Terapie OPERACE
HEMIPELVEKTOMIE, ODSTRANĚNÍ KONČETINY VLEVO

MEPSEL DUE F 2x1 ml po os
EPIDURÁLNÍ ANALGÉZIE - BUPIVACAINE HYDROCHLORIDE 0,5% CURASOL INS. SOL 10ML
- MORPHIN 1% 1% INS. SOL 1ML
Nemocný má u sebe tyto léky NEMA ŽADNE LEKY

Je poučen, že je nemá brát ano ne
jak je má brát ano ne

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

nikotinismus	ne	<input checked="" type="checkbox"/> ano	pokud ano, kolik denně..... 2
alkoholismus	<input checked="" type="checkbox"/> ne	ano	
drogy	<input checked="" type="checkbox"/> ne	ano	pokud ano, jaké a jak dlouho.....
alergie :	jídlo	<input checked="" type="checkbox"/> ne	ano
	léky	<input checked="" type="checkbox"/> ne	ano
	jiné	<input checked="" type="checkbox"/> ne	ano
dekubity (změř)	NEMA'		
pneumonie (změř)	NEMA'		

Důležité informace o stavu nemocného: BYVALÝ SPORTOVEC, ŘECKOŘÍMSKÝ
LAPASNIK, 12DY NAPROSTO ZDRAV, HISTR REPUBLIKY

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? SILNÉ BOLESTI
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? ŠPATNÉ OUZDUŠÍ, CHEMIZACE POTRAVIN
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? VELMI BOLEST JE OMEZUJÍCÍ, NEMŮŽE MYSLET NA NIC JINEHO
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane? OČEKÁVAH ÚSTUP BOLESTI
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici? NEVADÍ MI TO
6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici? ASI MĚSÍC
7. Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu? ANI NE
8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu? ANO
9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici? NEMA'M

upřesněte.....

Stupeň soběstačnosti (je-li porušena, změřte stupeň poruchy)

Komunikace:

- stav vědomí	<input checked="" type="checkbox"/> při vědomí	somnolence	koma
- kontakt navázán	<input checked="" type="checkbox"/> rychle	s obtížemi	nenavázán
- komunikace	<input checked="" type="checkbox"/> bez problémů	bariéry	nekomunikuje
- spolupráce	<input checked="" type="checkbox"/> snaha spolupracovat	nedůvěřivost	odmítá spolupráci

Hodnocení nemocného

1. Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného? ano ne
pokud ano, upřesněte..... *STÁLA SILNÁ BOLEST*
- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím
pokud ano, upřesněte..... ano ne
jak dlouho?..... *BOLESTI MAJÍ OD ZŘEZNÁ VELMI SILNÉ*
- Na čem je vaše bolest závislá?..... *NA NIČEM PRAKTE TRVA*
- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíži)?..... *NAUŠTIVIL LEKÁŘE, JEDL ANALGETIKA*
- Kde pociťujete bolest?..... *LEVA KYČEL*
- Pokud budete mít u nás bolesti/potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění?..... *OPERACE, INJEKCE, OPIATY*

Objektivní hodnocení sestry: *PACIENT MÁ KRUTÉ BOLESTI, NA ANALGOU JE JAKO*
Pocit pohodlí (lůžko, teplo) 0-5 UVAHA 5, MÁ ZAVIDEN EPIDURÁLNÍ KATETR PRO
Charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte): SVODNOU ANALGOU TO DŮLEŽNĚ DĚKŮ
PROU BOLESTI VELMI SILNÉ, JE POTŘEBA KONTINUÁLNÍ ANALGIZACE
OPIATY

2. Dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním? ano ne
pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice? ano ne
pokud ano, upřesněte.....
Jak jste je zvládal?
- Máte nyní potíže s dýcháním? ano ne
pokud ano, co by vám pomohlo?.....
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? ano ne nevím
pokud ano, zvládnete to?.....
- Kouříte? ano ne
pokud ano, kolik?..... *2 DENNĚ*

Objektivní hodnocení sestry: *dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.*
PACIENT NEHÁ KAŠEL, RÝMU ANI JINÉ PROJEVY DECHOVÉ NEODSTATEČNOSTI
DÝCHA PRAVIDELNĚ A BEZ POTÍŽÍ, ZÁKAZ KOUŘENÍ V NEMOCNICI MU
NEVADÍ

3. Osobní péče

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

- Potřebujete pomoc při koupání či sprchování? ano ne
- Kdy se obvykle koupete/sprchujete? ráno
odpoledne
večer
kdykoliv

Objektivní hodnocení sestry: soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.

PACIENT JE AŽ ÚZKOPŮTLIVĚ SOBĚŠTAČNÝ, DODRŽUJE HYGIENU,
DBÁ NA SVOU ÚPRAVU, HOLÍ SE, VONI

4. Kůže

- Pozorujete změny na kůži? ano
- Máte obvykle kůži suchou mastnou normální
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť?
- Svědí vás kůže? ano ne

Objektivní hodnocení sestry: celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy, atd.

KŮŽE BEZ PATOLOGIE V LEVÉM TRÍSLCE ZHODĚVA JIZVA PO OPERAČNÍM
ZÁKROKU, NA BĚŽNÉ PORUCHA INTEGRITY KŮŽE - ZAUVEDEN EPIDURÁLNÍ
KATÉTR, KTERÝ STERILNĚ KRYT TEGADERMEM, MÍSTO VPICHU KLIDNĚ, BEZ ZNAMEN
ZÁNĚTU, JINAK KŮŽE NORMÁLNÍ, BEZ HEMATOMŮ

5. Strava / dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup? dobrý vadný
- Máte zubní protézu? horní dolní žádnou
- Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže? ano ne
pokud ano, upřesněte.....
- Máte rozbolavělá ústa? ano ne
pokud ano, ruší vás to při jídle? ano ne
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu průměrnou
vyšší (o kolik?).....
nižší (o kolik?).....
- c) Změnila se vaše váha v poslední době? ano ne
pokud ano, o kolik kg jste zhubnul? 5 kg přibrat.....
- d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? ano ne
- Co obvykle jíte? MASO, ZELENINU
- Je něco, co nejíte? KOLIČKA ano ne
pokud ano, co a proč? AVERZE ZE ŠKOLNÍ JÍDELNY
- Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován? ano ne
pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice? NE
pokud ano, upřesněte.....
Co by mohlo váš problém vyřešit?
- Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? ano ne
pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat?

Objektivní hodnocení sestry: stav výživy, enterální výživa-dieta, parenterální výživa, soběstačnost atd.

STAV VÝŽIVY JE V NORMĚ, KROMĚ ODPORU K TĚSTOVINÁM TYPU
'KOLIČKA' SI VŠEČANO, PŇNĚKUD PREFERUJE RYBI MASO A ZELENINU
BMI 25

6. Příjem tekutin

- Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl ?
zvýšil snížil nezměnil
- Co rád pijete ? vodu mléko ovocné šťávy
 kávu čaj nealkoholické nápoje
- Co nepijete rád ? TURECKOU KÁVU
- Kolik tekutin denně vypijete ? OKOLO 3 LITRŮ
- Máte k dispozici dostatek tekutin ? ano ne

Objektivní hodnocení sestry: projevy dehydratace

PACIENT NEJEVI ŽÁDNÉ ZNAKY DEHYDRATACE, TURGOR KŮŽE JE VPOŘÁDKU, JAZYK VLHKÝ, KŮŽE NEVI SUCHA, PÍJE DOSTATEČNĚ

7. Vyprazdňování střeva

- Jak často chodíte obvykle na stolicí ? 1x ZA 2 DNY
- Máte obvykle normální stolicí
 zácpu
 průjem
- Kdy se obvykle vyprazdňujete ? RÁNO
- Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil ? ano ne
pokud ano, co to je ?
- Berete si projímadlo ? nikdy
 příležitostně
 často
 pravidelně
- Máte nyní problémy se stolicí ? ano ne
pokud ano, jak by se daly řešit ?

Objektivní hodnocení sestry:

V DEN PŘÍJMU BYL RÁNO NA STOLICI, OČEKÁVA, ŽE PŘED OPERACÍ BODE ABSOLUOVAT VYPRÁZDNĚNÍ STŘEVA KLYZMATEM, NEBO NĚCÍM PODOBNÝM (V NAŠ APLIKUJEME YAL)

8. Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice ? ano ne
pokud ano, upřesněte
Jak jste je zvládal ?
- Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici ?
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice ?
ano ne
pokud ano, myslíte, že to zvládnete ?

Objektivní hodnocení sestry:

Ž MOČENÍM NEMA ŽÁDNÉ POTŘE

9. Lokomotorické funkce

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

Objektivní hodnocení sestry:

PACIENT PRO VELKÉ BOLESTI V LEVÉM KYČELNÍM KLOUBU CHODÍ ZA POMOČI PODPAŽNÍCH BERLI ABY MOHL ODLEHOVAT LEVDU KONČETINU.

10. Smyslové funkce

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

Objektivní hodnocení sestry:

BRÝLE NOSÍ POUZE NA ČTENÍ, MA 0,75 DIOPTRII, SLYŠÍ DOBRĚ

11. Fyzická a psychická aktivita

- Chodíte do zaměstnání ? Pokud ano, co děláte ? *ŽIVOSTNÍK*
- Máte potíže pohybovat se v domácnosti ? ano ne
- Máte doporučeno nějaké cvičení ? ano ne
pokud ano, upřesněte.....
- Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici ? ano ne
- Co děláte rád ve volném čase ? *RYBARIČÍ*
- Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici ?
ČTENÍ, TELEVIZE
- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění ? *VŠECHNO MÁM*

Objektivní hodnocení sestry:

PRACUJE JAKO SOUKROMÝ ŘEZNÍK, TROCHU SE OBÁVA ŽDA BUDE MOCI I NADÁLE PRACOVAT V OBORU, JE SMÍŘEN I S MOŽNOSTÍ, ŽE BUDE KONZULTANTEM. V NEMOCNICI SI ČTE PŘINESENE KNIHY A PLEDUJE TELEVIZI NA POKOJI. PORADY SI ANI MOC NEVYBÍRÁ, PLEDUJE TĚMĚŘ VŠECHNO. RÁD KOMU NIKUJE S DĚTĚJÍCÍM PERSONÁLEM.

12. Odpočinek / spánek

- Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? *ASI 6 HODIN*
- Máte doma potíže se spánkem
 pokud ano, upřesněte *MAM STAROSTI, BUDIM SE V NOCI*
- Kolik hodin obvykle spíte? *2-4*
- Usínáte obvykle těžko? ano ne
- Budíte se příliš brzy? ano ne
 pokud ano, upřesněte.....
- Co podle vás způsobuje vaše potíže? *BOLEST, LEŽENÍ, NEDOSTATEK AKTIVITY*
- Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát? *NE*
- Berete doma léky na spání? ano ne
 pokud ano, které.....
- Zdřímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? *NE*

Objektivní hodnocení sestry:

Únava, denní a noční spánek apod.

*VZHLEDEM K DIAGNOZE A PLÁNOVANÉMU VÝKONU (HEMIPARÉZE VLEVO)
 MÁ PACENT PROBLÉM SE STANÍM, LÉKY NA SPÁNÍ ODHÁTA, PŘÍLYŽÍ
 V NOCI O BUDOUCNOSTI, O RODINĚ, O SPÁŠLÍ ŽIVOTĚ A.T.D.*

13. Sexualita

(otázky závisejí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu?
 ano ne
 pokud ano, upřesněte.....
- Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život?
 ano ne
 pokud ano, upřesněte.....

*Pacient o sexualitě nechce hovořit
 - otázky nebyly položeny*

14. Psychologické hodnocení (podtrhni charakteristiku)

- | | | | |
|--|------------------------|-----------------------|------------------|
| - emocionalita | stabilní | <u>spíše stabilní</u> | labilní |
| - autoregulace | <u>dobře se ovládá</u> | hůře se ovládá | |
| - adaptabilita | <u>přizpůsobivý</u> | nepřizpůsobivý | |
| - příjem a uchování informací: | <u>bez zkrslení</u> | zkrsleně (neúplně) | |
| - orientace
(časem, osobou, místem) | <u>orientován</u> | dezorientován | |
| - celkové ladění | úzkostlivý | smutný | rozzlobený |
| | sklíčený | apatický | <u>ODHODLANÝ</u> |

15. Rodina/sociální situace

- S kým doma žijete? .. MANŽELKA A DCERY ..
- Kdo je pro vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? .. MANŽELKA ..
- Komu mohou být poskytnuty informace o vašem zdravotním stavu? .. MANŽELCE ..
- Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? .. ŽADNY ..
- Může vás někdo z rodiny (nejbližší) navštěvovat? .. ANO ..
- Je na vás někdo závislý? .. NE ŽEĀLA ..
- Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? .. TROCHU HUR ..
- Kdo se o vás může postarat? .. MANŽELKA A DCERY ..

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci..)

BYDLÍ V RODINNÉM DOMKU S MANŽELKOU A TŘEMI DCERAMI, MÁ DVA PESY
SE KTERÝMI JEZDÍL SÁMOVÉ ZAVOZY, NA DOMĚ JE HYPOTEKA JEJÍŽ
SPĀČENÍ MU MĀÍ ŽEĀLA STÁRĀST

Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči .. NE, PĀČĚ ŽE
JE VELMI DOBRĀ A PERSONĀL VĀSTĀNY A LĀSKĀVĀ

Souborné hodnocení

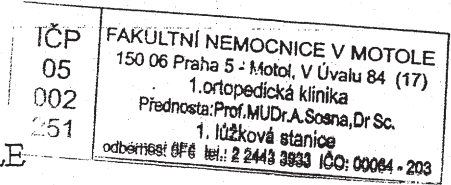
Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči

PACIENT JE VELMI SPOLUPRACUJÍCÍ A OČEKÁVÁ CELKOVĚ ZLEPŠENÍ
SVĚHO STAVU, POČÍTÁ S NÁROČNÝM POOPERÁČNÍM OBDOBÍM A
S REHABILITACÍ. BUDE MĀŽNĀ TROCHU NETRPEĀLIVĀ, KDYĀ SE
STAV NEBUDE ZLEPŠOVĀT JĀE JEHO OČEKĀVĀNÍ.

VĀHLEDĀM K TOMU, ŤE JEJ OČĀKĀ HEMIPĀLVEKTOMIE VĀEVO S
AMPUTACÍ LEVĀ DOLNÍ KONČĀTINY, JE JEHO NĀDĀNÍ A
VĀĀ V ŀSPĚCH OTERACE VELKOU MOTIVACÍ PRO CELĀ OŠĀTOVATEĀSKĀ
TĀM.

ZAPĀĀĀ J. ŠĀĀKOVĀ

Handwritten signature



V ÚVALU 84, 150 06 PRAHA 5
Tel.: 2 2443 3901, Fax: 2 2443 3920
I. Ortopedická klinika I. LF UK

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce)
s provedením transfuze krve (podáním transfuzí
a krevních derivátů)**

G. S. 53
Dg:
ORT1 Poj:111 PSČ:294 73
05002251 6F6 Tel: 3933
NS: 2146/30 305406
Č. chor. 99063959

Jméno a příjmení ošetřujícího lékaře: AS. DUDAL PAVEL

Jméno a příjmení pacienta: r.č.

Vyplní lékař:

Přípravky

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Plná krev (PK) | <input type="checkbox"/> Plazma z plné krve / aferézy (P/PA) |
| <input type="checkbox"/> Erytrocyty resusp. bez buffy-coatu (EBR) | <input type="checkbox"/> Trombocyty z buffy - coatu (TB) |
| <input type="checkbox"/> Erytrocyty resusp. de leukotizované (ERD) | <input type="checkbox"/> Trombocyty z aferézy (TA) |
| <input type="checkbox"/> Erytrocyty promyté (EP) | <input type="checkbox"/> Plná krev pro autotransfuzi (PKAUTO) |
| <input type="checkbox"/> Krevní deriváty | |

Prohlašuji, že jsem pacientovi (jeho zákonnému zástupci) vysvětlil podstatu lékařského / léčebného postupu způsobem, který byl podle mého soudu pro něho (pro ni) srozumitelný. Seznámil jsem ho (ji) se způsobem provedení transfuze krve (podání transfuzních přípravků). Rovněž jsem ho (ji) seznámil s důsledky tohoto výkonu a s možnými častějšími komplikacemi, zejména s následujícími riziky:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Riziko přenosu nákazy | <input type="checkbox"/> Riziko potransfuzní reakce |
| <input type="checkbox"/> Jiné riziko: | |

Datum: 10. 10. 06

AS. MUDr. DUDAL PAVEL
.....
Jméno, příjmení (a příjmení) lékaře a jeho podpis

Pacient(ka) (jeho zákonný zástupce)

- 1) Přečtete si pozorně text tohoto listu
- 2) Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se zeptat lékaře.
- 3) Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište je.

Já pacient(ka) (jeho zákonný zástupce):

Prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně informován o provedení transfuze krve (podání transfuzních přípravků) uvedeném výše, byl jsem také informován o možných rizicích tohoto výkonu. Měl(a) jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny a odpovím jsem rozuměl(a).

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:

- s provedením transfuze krve (podáním transfuzních přípravků) a to i opakovaně během hospitalizace
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav.

Jsem srozuměn(a) s tím, že:

- transfuze krve (podání transfuzních přípravků) nemusí být provedeno lékařem, který mne ošetřoval či informoval.

Souhlasím s tím, aby během mého pobytu byla transfuze opakována: ANO / NE

V Praze dne: 10. 10. 06

Foza Sro...
.....
Podpis pacienta (jeho zákonného zástupce)

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Vztah k pacientovi:

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE

IČP
05
002
251
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
150 06 Praha 5 - Motol, V Úvalu 84 (17)
1. ortopedická klinika
Přednosta: Prof. MUDr. A. Sosna, Dr. Sc.
1. lůžková stanice
odbornost 6F6 tel.: 2 2443 3933 IČO: 00064 - 203

V ÚVALU 84, 150 06 PRAHA 5

Tel.: 2 2443 3925., Fax: 2 2443 3920.

Klinika Lortopedická klinika, 1. LF UK FNM

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce)

A Gena S
E 530812 Dg:
ORT1 Poj:111 PSČ:294 73
05002251 6F6 Tel: 3933
NS: 2146/30 305406
Č.chor. 99063959

S OPERACI VÝKONEM

Jméno a příjmení lékaře :

Jméno a příjmení pacienta:

..Rodné číslo:.....

Vyplní lékař:

Název vyšetření či popis léčebného postupu, pro které platí písemný souhlas pacienta (zákonného zástupce):

OPERACE: typ: HEMIPELVECTORIE + AMPUTACE strana: LEVA

Prohlašuji, že jsem vysvětlil podstatu, účel a povahu lékařského vyšetření/léčebného postupu pacientovi (jeho zákonnému zástupci) způsobem, který byl podle mého soudu pro něj srozumitelný. Rovněž jsem jej seznámil s předpokládanou úspěšností tohoto výkonu, s důsledky tohoto výkonu a s možnými častějšími komplikacemi, zejména s následujícími riziky: infekce močové a místní, poruchy srážení krve spojené s nadměrnou krevní ztrátou nebo ucpáváním cév, poruchy centrálního nebo periferního nervového systému, poruchy funkce srdce, plic, mozku, jater, ledvin či ostatních orgánů, alergické reakce na použitý materiál a léky. Nepředvídatelné komplikace, které mohou nastat nebo se projevit během operace si mohou vyžádat rozšíření operačního výkonu nebo jeho omezení v nezbytném rozsahu. Uvedené, i jiné, zde nejmenované komplikace mohou dočasně nebo trvale ovlivnit celkový zdravotní stav pacienta.

Seznámil jsem pacienta (zák. zástupce) s možnými alternativami navrhovaného vyšetření/léčebného postupu s problémy, které mohou nastat během uzdravování i s důsledky odmítnutí výkonu.

Jméno a příjmení lékaře: As. MUDr. Dupal Pavel
Podpis: 

Datum: 20. 10. 06

Pacient (zák.zástupce)

1. Přečtete si laskavě pozorně obě strany tohoto listu.
2. Pokud jste plně nerozuměl(a) lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte zeptat se lékaře.
3. Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište je.

Já, pacient (zák.zástupce):

Prohlašuji, že jsem textu poučení porozuměl(a) a byl(a) jsem lékařem srozumitelně informován(a) o povaze lékařského výkonu (lékařského postupu) uvedeného výše, byl(a) jsem též informována o možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu. Dále mne informující lékař seznámil s předpokládanou úspěšností výkonu (postupu), s možnými alternativami k výkonu (postupu) i s důsledky toho, že by se výkon (postup) neprovedl. Byl(a) jsem rovněž informován(a) o možných problémech během uzdravování.

Měl(a) jsem možnost klást lékařovi doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny.

Nezamířel(a) jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na léčbu, volbu a provedení zákroku a nebo by mohly ohrozit jiné osoby.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:

- s uvedeným lékařským výkonem (léčebným postupem)
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo moje zdraví či život.

Podpis pacienta (jeho zákonného zástupce):  Datum: 20. 10. 06

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení: *VI UC*

Datum narození:

Mamilla

Vztah k pacientovi:

Mobil 734 5.

Poučení pro pacienty (druhá strana IS)

Zájmem lékaře je Vám pomoci. Lékař Vám vysvětlí podstatu lékařského výkonu/léčebného postupu a seznámí Vás s možnými alternativami. Můžete mu položit doplňující otázky. Máte právo navrženou léčbu/vyšetření odmítnout.

Popis výkonu: Plánovaný, úrazový, rekonstrukční, kloubní náhrada, artroskopie, konservativní léčba, jiný.....

Popis dodatku a upřesnění je-li

*ODSTRANĚNÍ NADLOKOVÍ PÁNEVĚ A LEVÉ DOLNÍ KONČETINY
KONČETINY. ODSTRANĚNÍ LEVÉ DOLNÍ KONČETINY
A ČÁSTI PÁNEVĚ VYVOJ STŘEVA*

Jizva bude na označené části těla /viz.níže/ v potřebném rozsahu typu a velikosti výkonu.

Bolesti dle individuální snášenlivosti pacienta, bude potlačena medikací a anestesií.

Pooperační stav a vývoj bude upřesněn operátorem po výkonu. Rehabilitace pooperační dle typu výkonu.

Upřesnění: P

L

Strana pravá

Strana levá

Horní končetina

Horní končetina

-rameno

-rameno

-paže

-paže

-loket

-loket

-předloktí

-předloktí

-ruka

-ruka

-prsty

-prsty

Pánev

Strana pravá

Strana levá

Dolní končetina

Dolní končetina

- kyčel

- kyčel

-stehno

-stehno

-koleno

-koleno

-bérec

-bérec

-noha

-noha

-prsty

-prsty (zaškrtnutím upřesnit přijímacím lékařem)

Jiná část těla:event. upřesnění.

Vážená paní, vážený pane. Učiníme vše pro to, aby léčebný postup proběhl bez komplikací.

Přejeme Vám co nejkratší a ničím nekomplikovaný pobyt v našem zdravotnickém zařízení.

Kolektiv naší kliniky / oddělení FN v Motole

Příloha č. 1

Infúzní terapie na ARO a JIP

26.10. – 31.10.2006, 0 – 5 pooperační den

Krystaloidy:

10% Glukosa 500 ml + 120 IU Insulin-HM R + 10 ml Kalium Chloratum 7,5% inf.
Hartmannův roztok 500 ml
Fyziologický roztok 500 ml, 250 ml, 100 ml
Ringerův roztok 500 ml

Koloidy:

HAES 10% 500 ml
Voluven 6% 500 ml

Krevní deriváty:

Erytrocyty bez buffer coatu
Mražená lidská plazma
Albumín lidský 25%

Příloha č. 2

Farmakologická terapie na ARO a JIP

Tazocin (Piperacillinum natricum 4,170 g, Tazobactamum natricum 536,6 mg v 1 lahvičce s práškem pro přípravu infuzního roztoku) – Antibiotikum, kombinace piperacilinu s tazobaktamem

Dávkování 4 x 4,5g i.v. v 250 ml Fyziologického roztoku (6 – 12 – 18 – 24)
0 – 5 pooperační den (26.10. – 31.10.)

Metronidazol 500 mg (Metronidazolium 5 mg v 1 ml infuzního roztoku) – Chemoterapeutikum

Dávkování 3 x 500mg i.v. v 100 ml Fyziologického roztoku (8 – 14 – 22)
0 – 5 pooperační den (26.10. – 31.10.)

Clexane inj.sol. (Enoxaparinum natricum 10 tis. UI anti-Xa (100mg) v 1 ml injekčního roztoku) – Antitrombotikum, antikoagulans

Dávkování 1 x 0,4 ml sub cutánně (22)
0 – 5 pooperační den (26.10. – 31.10.)

Helicid 40 INF (Omeprazolium natricum 40 mg v prášku pro přípravu infuzního roztoku v 1 lahvičce) – Antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy




Dávkování 2 x 40 mg i.v. v 100 ml Fyziologického roztoku (10 – 22)
0 – 5 pooperační den (26.10. – 31.10.)




Bupivacaine hydrochloride 0,5% inj.sol. (Bupivacaini hydrochloridum 5 mg v 1 ml injekčního roztoku) – lokální anestetikum



Dávkování při bolesti v maximální denní dávce 400mg do epidurálního katetru
0 – 5 pooperační den (26.10. – 31.10.)



Sufenta forte inj.sol (Sufentanili dihydrogenocitras 75µg v 1 ml injekčního roztoku) – Analgetikum anodynum, opioidní anestetikum

Dávkování při bolesti, nepřekračovat denní dávku 30µg do epidurálního katetru
0 – 5 pooperační den (26.10. – 31.10.)

Datum	Ošetřovatelské diagnózy Aktuální a potencionální ošetřovatelské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti	Cíle ošetřovatelské péče Časově vymezené a měřitelné cíle	Plánované ošetřovatelské aktivity Činnosti sester zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče		
				Efekt (ve vztahu k cílům)	Datum	Podpis primární sestry
23. 10.	PŘEDOPERAČNÍ: úzkost vznikající v souvislosti s očekávaným náročným operačním výkonem	<ul style="list-style-type: none"> – důvěra k zdravotnickému personálu – důvěra k operátorovi – zmenšit obavy, bude schopen ventilovat své pocity 	<ul style="list-style-type: none"> – seznámit pacienta s ošetřujícím personálem a s prostředím – navázat důvěryhodný vztah – objasnit co se s ním bude dít bezprostředně po operaci – umožnit mu hovořit o svých pocitech a obavách s operátorem, anesteziologem – podporovat kontakt s rodinou 	Obavy pacienta se zřejmě zmírnily, nedával najevo pocit ohrožení, pochopil, co se s ním bude dít po operaci a co může očekávat, své obavy byl schopen verbalizovat	25.10.	
23.10.	chronická celková bolest v souvislosti se závažnou základní diagnózou	<ul style="list-style-type: none"> – bolest bude mírněna na únosnou mez (na analogové škále 0–5 na hodnotu 2–3) – pacient bude spát alespoň 6 hodin 	<ul style="list-style-type: none"> – zajistit dostatek soukromí a klidu na pokoji – pokusit se odvést pozornost od bolesti (pohovorem, úlevovou polohou, obklady) – nadále monitorovat bolest – zajistit klidný spánek bez bolesti – zjistit spánkové návyky – zjistit co dělal proti bolesti doma 	Snaha o náhradní mírnění bolesti se zcela minula účinkem, bylo nutné přikročit k farmakologické analgezii, po podání analgetik bolest hodnocena na stupni 2, spánek pouze 4 hodiny.	24.10.	
24.10.	rizika pooperačních komplikací vzniklých jako následek nedostatečných informací a nedostatečné přípravy k náročné operaci	<ul style="list-style-type: none"> – pacient bude k operaci řádně připraven, možné komplikace budou minimální 	<ul style="list-style-type: none"> – vysvětlit nezbytnost řádné a pečlivě provedené předoperační přípravy – ujistit se, že pacient všechna poučení pochopil 	Pacient byl k operaci teoreticky i prakticky řádně připraven, rozuměl všem odborným výrazům, byl připraven na přístrojovou techniku a na invazivní vstupy v těle.	24.10.	

Datum	Ošetřovatelské diagnózy Aktuální a potencionální ošetřovatelské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti	Cíle ošetřovatelské péče Časově vymezené a měřitelné cíle	Plánované ošetřovatelské aktivity Činnosti sester zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče		
				Efekt (ve vztahu k cílům)	Datum	Podpis primární sestry
2. 11.	POOPERAČNÍ: akutní bolest v souvislosti s operačním výkonem, projevující se bolestivým výrazem v obličeji, zrychleným pulsem a verbálními stížnostmi na bolest	– bolest bude zmírněna alespoň o dva stupně na analogové škále 0–5 ze stupně 4 na stupeň 2	– pokračovat v monitoraci bolesti – ve spolupráci s pacientem hledat úlevovou polohu – snažit se odvést pozornost od bolesti (pohovorem, sledováním televize, čtením, úpravou lůžka, atd.)	Bolest se snížila, pacient si nestěžuje, bolestivý výraz nemá, jen na noc požaduje opioidy do epidurálního katetru.	2. 11.	
3. 11.	fantomové bolesti po amputaci levé dolní končetiny, mající chronický ráz, projevující se bolestivým výrazem v obličeji a verbálními stížnostmi na bolest	– fantomová bolest bude zmírněna alespoň o jeden stupeň na analogové škále 0-5, a to ze stupně 3 na stupeň 2	– kontaktovat lékaře z ambulance pro léčbu bolestivých stavů – psychologická intervence – fyzikální léčba	Fantomová bolest zcela neodezněla, fyzikální léčba se osvědčila hlavně přes den, na noc požaduje stále opioidy.	4. 11.	
3. 11.	strach z budoucnosti projevující se netrpělivostí s rehabilitací, častými dotazy na protetiku, na sociální zabezpečení, na bezbariérové úpravy, dále povrchním spánkem a probouzením se během noci, pocity nevyspání, napětím v obličeji, tmavými kruhy pod očima a verbální stížností na nedostatečný spánek	– strach bude dle možností eliminován na minimum, nebo na únosnou mez	– pohovořit s pacientem o problémech, které jej trápí – nabídnout konzultaci psychologa – nabídnout konzultaci operátora, fyzioterapeuta, sociální pracovnice, propedeutika – umožnit častější kontakt s rodinou	Nevím, jestli jsem svými aktivitami alespoň částečně eliminovala jeho strach z budoucnosti, ale rozhodně pacient lépe spal a necítil se ráno unavený. Měl většinu dne dobrou náladu a rád komunikoval s personálem. Spolupracoval s fyzioterapeutem a snažil se ovládnout svoji netrpělivost.	5. 11.	

Datum	Ošetřovatelské diagnózy Aktuální a potencionální ošetřovatelské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti	Cíle ošetřovatelské péče Časově vymezené a měřitelné cíle	Plánované ošetřovatelské aktivity Činnosti sester zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče		
				Efekt (ve vztahu k cílům)	Datum	Podpis primární sestry
3. 11.	snížená soběstačnost v důsledku amputace dolní končetiny, projevující se omezením saturace potřeb hygienických, vyprazdňování a pohybových	– nemocný bude akceptovat svoji sníženou soběstačnost a její projevy	<ul style="list-style-type: none"> – vysvětlit a názorně předvést, jak si připravit pomůcky k hygieně – ukázat jak upravit prostředí, aby nedošlo k pádu – jak se zvedat z toalety pomocí madel – upozornit na nebezpečí kluzké podlahy – vysvětlit, jak využít pojízdné křeslo 	Nemocný se postupně zbavoval problémů s udržováním rovnováhy, dokázal stát u umyvadla a oholit si tvář. Hygienu celého těla ve sprše zvládal sám, pouze mu sestra do sprchy připravila židli. Ze sprchy byl schopen odejít sám. Při močení používal močovou lahev, při vyprazdňování stolice žádnou pomoc nepotřeboval. Pojízdné křeslo odmítl.	6. 11.	
3. 11.	riziko zpomaleného hojení operační rány, související s nedodržováním léčebného režimu a s lokalizací rány	<ul style="list-style-type: none"> – pacient je edukován o nutnosti dodržení přísné hygieny v okolí operační rány – hojení operační rány bude nekomplikované 	<ul style="list-style-type: none"> – nemocný bude dodržovat léčebný režim daný operátérem – pacient bude spolupracovat s fyzioterapeutem – při každém převazu dodržovat aseptický postup – zabránit kontaminaci rány exkrementy – provést kontrolní stěr z rány na mikrobiologii 	Po určité době nabyl pacient dojmu, že je již schopen vstát z lůžka a dojít si sám na toaletu. Při této činnosti rána začala silně secernovat, naštěstí k infekci v ráně nedošlo.	4. 11.	

Datum	Ošetřovatelské diagnózy Aktuální a potencionální ošetřovatelské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti	Cíle ošetřovatelské péče Časově vymezené a měřitelné cíle	Plánované ošetřovatelské aktivity Činnosti sester zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče		
				Efekt (ve vztahu k cílům)	Datum	Podpis primární sestry
4. 11.	riziko pádu z důvodu instability související s absencí dolní končetiny	– zajistit alespoň částečný pocit stability a jistoty při chůzi a stání za pomoci podpažních berlí	– zajistit dostatečnou rehabilitaci chůze a stání za přítomnosti fyzioterapeuta – zajistit vhodné kompenzační pomůcky – zajistit dostatek místa v okolí lůžka – odstranit překážky v okolí lůžka, které by mohly narušit stabilitu nemocného	Pacient je schopen ujít bez problémů 100 m a stát při ranní hygieně u zrcadla, pocit nestability nemá, zlepšila se i jeho psychika.	6. 11.	
5. 11.	potenciální nebezpečí vzniku tromboembolické nemoci a dekubitů z důvodů dlouhodobé imobilizace a rozsáhlého operačního výkonu	– edukovat nemocného o příznacích TEN, o nutnosti užívání anti-koagulantů a časně rehabilitaci – edukovat nemocného o nutnosti dodržování osobní hygieny, správné výživy a časně rehabilitaci	– informovat nemocného o příznacích TEN (bolesti v lýtku, otok lýžka, suchý kašel, bolest na prsou) – podávat antikoagulantia dle ordinace lékaře – sledovat dostatečnou hydrataci – včasná mobilizace pacienta – zvážit použití aktivní antidekubitní matrace – zabezpečit výměnu osobního a ložního prádla – provádět masáž predilekčních míst nejméně 3x denně	Pacient byl řádně edukován a velmi dobře spolupracuje. Nedošlo ke vzniku TEN a dekubitů.	8. 11.	
5. 11.	potenciální riziko nežádoucích účinků vznikajících při léčbě antikoagulantii a antibiotiky podávanými perorálně	– pacient bude dostatečně edukován o rizicích antikoagulační léčby – pacient bude edukován o projevech nežádoucích vedlejších účinků perorálního podávání antibiotik – k nežádoucím účinkům nedejde	– pacient je upozorněn na možnost vedlejších účinků léků (tvorba hematomů, krvácení z dásní, z nosu), na tyto projevy neprodleně upozornit lékaře nebo sestru – je edukován o projevech nežádoucích vedlejších účinků perorálního podávání antibiotik (bolest hlavy, nauzea, tlak v břiše, průjem, vyrážka, nechutenství) – je poučen o správném užívání antibiotik (pravidelné časové intervaly, dostatečné množství tekutin na zapíjení) – laboratorní kontrola srážlivosti krve	Pacient byl řádně edukován, antikoagulační léčba byla vyvážená, k žádným nežádoucím účinkům nedešlo, a též se neprojevily vedlejší účinky perorálního užívání antibiotik. Pravidelně antibiotika zapíjel větším množstvím tekutin, a také se snažil je neužívat na lačno.	10. 11.	