

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
S FEOCHROMOCYTOMEM

Bakalářská práce

ROMANA HÁJKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S V PRAZE

MUDr. PETR SUCHARDA, CSc.

Stupeň kvalifikace: Bakalář
Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2008-03-31
Datum obhajoby:

Praha 2008

Prohlášení

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

V Praze dne 28. dubna 2008

Romana Hájková

.....

ABSTRAKT

HÁJKOVÁ, Romana: Ošetrovatelská péče o pacienta s feochromocytomem. (Bakalářská práce). Romana Hájková - Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v ošetrovatelství.

Školitel: MUDr. Petr Sucharda, Csc. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, konzultantka: Mgr. Andrea Pohlová. Vysoká škola zdravotnická Praha, 2008.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces o pacienta s feochromocytomem. Teoretická část práce charakterizuje feochromocytom, jeho diagnostiku, léčbu, možné komplikace, prognózu a obecné ošetrovatelské diagnózy, které by mohly vzniknout v souvislosti s tímto onemocněním. Hlavní částí této práce je kasuistika pacienta s feochromocytomem, vypracovaná ošetrovatelská dokumentace dle modelu Gordonové, vytvoření a seřazení ošetrovatelských diagnóz dle priorit pacienta a jejich následné vyhodnocení. V závěru práce je edukační proces na téma redukční dieta.

Cílem mé bakalářské práce je stát se praktickým zdrojem základních informací potřebných k diagnostice, léčbě feochromocytomu.

Problematika je zpracována přístupnou formou a může tak posloužit nejen vystudovaným lékařům a sestřám, ale i studentům medicíny a zdravotních škol.

Klíčová slova:

Feochromocytom, ošetrovatelská péče, ošetrovatelské diagnózy, edukace, edukační proces, pacient.

ABSTRACT

HÁJKOVÁ, Romana: Nursing care with a feochromocytom.(Bachelor work). Romana Hájková – Medical University of Prague. Professional qualification level: Nursing bachelor.

Tutor: MUDr. Petr Sucharda, Csc. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze (general teaching hospital), consultant: Mgr. Andrea Pohlová. Medical university of Prague, 2008.

Subject of the bachelor work is a nursing process in respect of a patient with a feochromocytom. The theoretical part of the work characterizes a feochromocytom., its diagnostics, treatment, possible complications, prognosis and general nursing diagnosis, that could emerge in connection with this disease. The main part of this work is a casuistic of a patient with a feochromocytom, nursing documentation elaborated pursuant to the Gordonová model, creation and arrangement of nursing diagnosis according to the patient's priorities and their consecutive evaluation. Conclusion of the work mentions an education process with the subject of reducing diet.

The objective of my Bachelor work is to become a practical source of basic information useful for the purpose of diagnostics and treatment of a feochromocytom.

The issue has been elaborated in a user-friendly form and could therefore serve for graduated doctors and nurses as well as students of medicine and nursing schools.

Key Words:

Feochromocytom, nursing care, nursing diagnosis, education, educative process, patient.

PŘEDMLUVA:

Zvolit si téma bakalářské práce není zdaleka snadný úkol. K mé volbě tématu, „Ošetrovatelská péče o pacienta s feochromocytomem“ přispěla moje vlastní zkušenost, z praxe na interním oddělení v brněnské nemocnici.

Cílem mé bakalářské práce je stát se praktickým zdrojem základních informací potřebných k diagnostice a léčbě feochromocytomu, dále má práce upozornit na onemocnění, které nebývá v běžné praxi tak časté a předat zkušenosti o specifikách ošetrovatelské péče u pacienta s tímto onemocněním.

Problematika je zpracována přístupnou formou a může tak posloužit nejen vystudovaným lékařům a sestřám, ale i studentům medicíny a zdravotních škol, přestože incidence tohoto onemocnění je nízká, mohou se s feochromocytomem ve své praxi setkat.

Informace, které jsem uvedla v praktické části své bakalářské práce jsem získala z praxe na III. Interní klinice, Fakultní nemocnice v Praze, v období od 21. 5. 2007 – 1. 6. 2007, s pacientkou jsem byla nadále v osobním kontaktu.

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucímu bakalářské práce MUDr. Petru Suchardovi, CSc. a konzultantce Mgr. Andree Pohlové, za odborný dohled a cenné rady, které mi pomohly vytvořit bakalářskou práci.

Obsah

ÚVOD	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	10
1 KLINICKÁ CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ	11
1.1 Definice, charakteristika	11
1.2 Etiologie, patofyziologie.....	11
1.3 Klinický obraz	12
1.4 Formy feochromocytomu	13
1.5 Komplikace feochromocytomu	15
1.6 Diagnostika	15
1.7 Terapie	19
1.7.1 Farmakoterapie.....	19
1.7.2 Chirurgická léčba	20
1.7.3 Psychoterapie	21
1.7.4 Prognóza po odstranění feochromocytomu.....	21
2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S FEOCHROMOCYTOEM ...	22
2.1 Ošetřování nemocných	22
2.1.1 Příjem na oddělení, volba pokoje, poloha nemocného	22
2.1.2 Sledování nemocného	22
2.1.3 Hygienická péče	22
2.1.4 Výživa	22
2.1.5 Vyprazdňování	23
2.1.6 Spánek a odpočinek	23
2.2 Možné ošetřovatelské diagnózy.....	23
II. PRAKTICKÁ ČÁST	24
3 POSOUZENÍ STAVU PACIENTA	25
3.1 Identifikační údaje.....	25
3.2 Výtah z lékařské dokumentace	25
3.2.1 Vyšetření	25
3.2.2 Závěr při příjmu	26
3.3 Fyzikální vyšetření sestrou	27
ZÁPIS VYŠETŘENÍ HLAVY	27
ZÁPIS VYŠETŘENÍ KRKU	28
ZÁPIS VYŠETŘENÍ HRUDNÍKU	29

ZÁPIS VYŠETŘENÍ BŘICHA.....	29
ZÁPIS VYŠETŘENÍ KONČETIN	31
3.4 Posouzení stavu potřeb pacienta dle „Functional Health Patterns“.....	32
3.4.1 Podpora zdraví	32
3.4.2 Výživa	32
3.4.3 Vylučování a výměna.....	32
3.4.4 Aktivita – odpočinek	33
3.4.5 Vnímání – poznávání	33
3.4.6 Vnímání sebe sama	34
3.4.7 Vztahy	34
3.4.8 Sexualita.....	34
3.4.9 Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu.....	34
3.4.10 Životní princip.....	35
3.4.11 Bezpečnost a ochrana	35
3.4.12 Komfort.....	35
3.4.13 Růst/vývoj.....	35
4 OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	36
4.1 Seznam ošetřovatelských diagnóz dle priorit pacientky	36
4.2 Plán ošetřovatelské péče	37
5 EDUKACE PACIENTA/KLIENTA.....	44
5.1 Edukační list.....	44
5.2 Edukační plán	44
5.2.1 Cíl edukačního plánu.....	45
5.2.2 Význam.....	45
5.2.3 Technika.....	45
5.2.4 Kontrolní otázky pro sestru	46
5.2.5 Postup při zaškolení pacienta	46
5.2.6 Kontrolní otázky pro pacienta, klienta	46
5.3 Edukační záznam - realizace.....	46
6 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	47
7 PROGNOZA	48
8 ZÁVĚR.....	49
9 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	50
9.1 Seznam literatury.....	50
9.2 Internetové zdroje.....	52
10 SEZNAM PŘÍLOH	52

Seznam tabulek

TABULKA 1: ZÁPIS VYŠETŘENÍ HLAVY	21
TABULKA 2: ZÁPIS VYŠETŘENÍ KRKU	22
TABULKA 3: ZÁPIS VYŠETŘENÍ HRUDNÍKU	22
TABULKA 4: ZÁPIS VYŠETŘENÍ BŘICHA.....	23
TABULKA 5: ZÁPIS VYŠETŘENÍ KONČETIN	24

Úvod

Cílem mé bakalářské práce je upozornit na onemocnění, které nebývá v běžné praxi tak časté a předat zkušenosti o specifikách ošetrovatelské péče u pacienta s tímto onemocněním.

K volbě tohoto tématu přispěla má vlastní zkušenost. Během mé školní praxe na interním oddělení k nám přijali pacienta s hypertenzí. Po čtrnácti dnech léčby pacientův krevní tlak na léčbu nereagoval, až zkušenější lékař upozornil na možnost feochromocytomu, který se následně prokázal. Pacient během měsíce podstoupil adrenalektomii a jeho krevní tlak se vrátil do normy. Po této zkušenosti jsem se rozhodla toto téma hlouběji prozkoumat a vytvořit materiál, který by posloužil jako stručný informační zdroj, pro vystudované lékaře a sestry, studenty medicíny a zdravotnických škol. Pomocí nastudovaného materiálu, jsem vytvořila teoretickou část: Feochromocytom, jedná se o nádor, umístěný ve většině případů v dřeni nadledvin, vzácně je diagnostikován extraadrenálně, který produkuje katecholaminy, jež způsobují trvalou/paroxysmální hypertenzi, tachykardie, palpitace, bolesti hlavy, únavu, návaly horka, hypoglykémie. Diagnóza feochromocytomu spočívá v průkazu zvýšené sekrece katecholaminů nebo jejich derivátů a následným zjištěním umístění feochromocytomu. Léčba je výhradně chirurgická, kdy se odstraní feochromocytom a většinou společně s ním i celá nadledvina, velký důraz je kladen na předoperační přípravu kontroly krevního tlaku. V případě maligních feochromocytomů je chirurgická léčba doplněná chemoterapií. Dále jsem pokračovala praktickou částí, pomocí diagnostických prvků v doménách a třídách v NADA jsem vytvořila kasuistiku, ve které jsem utřídila nasbíraná data do jednotlivých oblastí a vypracovala ošetrovatelský proces. Jelikož pacientka trpěla obezitou a přála si svou váhu snížit, sestavila jsem pro ní i individuální edukační plán, který završuje tuto část.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Klinická charakteristika onemocnění

1.1 Definice, charakteristika

Feochromocytom je vzácný nádor z chromafinních buněk (ve většině případů pocházejících z dřene nadledvin), který produkuje katecholaminy; pokud není včas diagnostikován a léčen, končí téměř vždy fatálně.

U feochromocytomu platí orientační pravidlo 10: 10% všech tumorů je maligních, 10% je diagnostikováno v dětském věku, v 10% jedná se o familiární výskyt a 10% jich je náhodně diagnostikováno.

Tento typ nádoru se vyskytuje v 80% ve dřeni nadledvin, a v 20% extraadrenálně, jako například z chromafinní tkáně přiléhající ke gangliím břicha, pánve, mediastina, krku.

Nejčastějšími klinickými příznaky a projevy jsou: bolesti hlavy, palpitace, tachykardie, pocení, anxieta, nervozita, bolest v hrudi/v břiše, nauzea, únava, dyspnoe, závratě, intolerance horka, hypertenze trvalá/paroxysmální, ortostatický hypotenze, bledost, návaly horka, horečka, hyperglykémie, zvracení, křeče.

1.2 Etiologie, patofyziologie

Feochromocytom je tumor chromafinní tkáně, jejíž buňky syntetizují katecholaminy z aminokyseliny tyroxinu a výsledným produktem je noradrenalin. Výjimku činí dřev nadledvin, kde se noradrenalin pomocí enzymu fenyletanolamine N-methyltransferázy metabolizuje na adrenalin.

„Adrenální feochromocytomy produkují většinou noradrenalin a v menší míře i adrenalin, zatímco extraadrenální neprodukují adrenalin (většinou noradrenalin a dopamin).“

(Widimský.J., 2002, strana 373)

Vylučování katecholaminů je různé, může se jednat o kontinuální sekreci, jejíž projevem je trvalá hypertenze, nebo záchvatovitá sekrece, kdy vzniká hypertenze

paroxysmální. Někteří pacienti mohou mít normotenzi, která je způsobena nadprodukcí dopaminu, nebo vazoaktivních látek.

1.3 Klinický obraz

Klinické příznaky a projevy jsou způsobeny nadprodukcí katecholaminů (adrenalinu, noradrenalin a dopamin), a sníženou sekrecí hormonů gastrinu, kalcitoninu, somatostatinu.

Nejčastějším projevem feochromocytomu je trvalá nebo paroxysmální hypertenze, je závislá na sekreci katecholaminů, která může být trvalá, nebo záchvatovitá. Nemocný může mít i normotenzi a hypotenzi, při nadměrné sekreci vazodilatačních látek.

Asi 90% pacientů trpí bolestmi hlavy, kterou můžeme rozdělit na slabou a silnou, nebo krátkodobou a dlouhodobou, která může trvat i několik dní.

Dalšími příznaky jsou palpitace, tachykardie, pocení, zblednutí a následné zčervenání, bolest v hrudníku/v břiše, třes, poruchy zraku, dušnost, únava, zácpa, průjem, anxieta, nervozita, nauzea, závratě, intolerance horka, parastezie.

Klinickými projevy jsou ortostatická hypotenze, návaly horka, horečka, porucha glukózové tolerance až rozvoj sekundárního diabetu mellitu, který se musí léčit perorálními diabetiky nebo inzulinem. Dále se může vyskytnout úbytek tělesné hmotnosti, zvracení a křeče.

Vzácné, ale závažné příznaky mohou být například nekardiální plicní edém, kardiomyopatie, arytmie, cévní mozková příhoda, nebo náhlá smrt.

„Metabolické nebo hemodynamické záchvaty vyvolané feochromocytomem mohou trvat od několika sekund až po několik hodin, přičemž intervaly mezi jednotlivými záchvaty se velmi liší a mohou být tak dlouhé, že se záchvat objeví jen jednou za několik měsíců.“

(Marek.J., 2004 strana 121)

1.4 Formy feochromocytomu

Fechochromocytom je často součástí mnohočetné endokrinní neoplázie, proto je třeba vyšetřit i příbuzné.

1. Feochromocytom při mnohočetné endokrinní neoplazii

Mnohočetná endokrinní neoplazie má tři formy:

a) Mnohočetná endokrinní neoplazie IIA, která je klinicky charakterizována predispozicí k medulárnímu karcinomu štítné žlázy a feochromocytomu, který se vyskytuje přibližně u 50% pacientů a vzniká průměrně osm let po diagnostice medulárního karcinomu štítné žlázy, což odpovídá průměrnému věku 37 let v době diagnózy. Asi u 50% postižených pacientů se jedná o bilaterální výskyt feochromocytomu.

b) Mnohočetná endokrinní neoplazie IIB s časným vznikem medulárního karcinomu štítné žlázy a feochromocytomu a dalšími kožními, slizničními a kosterními projevy, se vyskytuje méně často než předchozí forma. Feochromocytom se v této formě objevuje v nižším věku, u 25% postižených se diagnostikuje již před dvacátým rokem života.

c) Familiární medulární karcinom štítné žláza

(Marek.J., 2004)

„U pacientů s mnohočetnou endokrinní neoplazií je charakteristický vysoký výskyt feochromocytomů tvořících adrenalin, proto u nádorů produkujících adrenalin je třeba vždy myslet na možnost výskytu familiárního syndromu mnohočetné endokrinní neoplazie.“

(Marek.J., 2004 strana 125)

2. Feochromocytom u von Hippelovy-Lindauovy choroby (VHL)

Von Hippelova-Lindauova choroba je jiným typem multisystémového nádorového postižení (nádory ledvin, pankreatu, centrálního nervového systému), které má podobně jako mnohočetná endokrinní neoplazie predispozici k vývoji feochromocytomu. Ten vznikne průměrně asi u 10 až 20 % pacientů s VHL chorobou. I přes nízkou incidenci VHL choroby, je tato porucha nejčastější příčinou familiárního feochromocytomu.

Průměrný věk, kdy je diagnostikován feochromocytom, je 28 let, a jeho výskyt je přibližně v 50% případů bilaterální.

(Marek.J., 2004)

3.Feochromocytom u neurofibromatózy 1. typu

„Neurofibromatóza 1. typu je autosomálně dominantně dědičná choroba s různou expresí. Kolem 50% pacientů má nové mutace. Feochromocytom je obvykle diagnostikován v 5. dekádě. Objevuje se v pozdějším věku než u předchozích vrozených syndromů. Začátek před 20. rokem života je vzácný. Asi 20% pacientů má vícečetné nádory.“

(Marek.J., 2004 strana 127)

Feochromocytom u mutace sukcinátdehydrogenázy

V poslední době se skupina genů vztahujících se k feochromocytomu rozšířila o nově rozeznané geny, především pro podjednotku B sukcinyldehydrogenázy (SDHB). Mutace SDHB se často vyskytují u mladších pacientů s metastatickým feochromocytomem (primární nádor se většinou vyskytuje mimo nadledvinu).

(Marek.J., 2004)

Maligní feochromocytom

Maligní feochromocytom je diagnostikován na základě výskytu metastatických lézí v místech, kde se chromafinní buňky obvykle nevyskytují (například: v játrech, plicích, lymfatických uzlinách a kostech). Tvoří asi 5-36% všech feochromocytomů a procento přežití je zde v prvních 5 letech okolo 50%.

(Marek.J., 2004)

Feochromocytom v těhotenství

„Feochromocytom v těhotenství je vzácný, ale pokud není diagnostikován před porodem, jedná se o jeden z nejzávažnějších stavů s vysokou mateřskou mortalitou. Ta dosahovala téměř 50%, ale časná diagnostika a léčba mortalitu snížila téměř na 10%. Specifickým problémem diagnózy feochromocytomu v těhotenství může být zavádějící podobnost příznaků s preeklamsií. Biochemická diagnostika je ale stejná jako u netěhotných, protože hodnoty katecholaminů a jejich metabolitů se v těhotenství nemění.“

(Marek.J., 2004 strana 147-148)

1.5 Komplikace feochromocytomu

- Srdeční selhání,
- akutní infarkt myokardu,
- cévní mozková příhoda,
- renální selhání,
- disekující aneurysma,
- ischemická enterokolitida.

1.6 Diagnostika

Anamnéza

Rodinná anamnéza: Jaká onemocnění prodělali nebo se léčí rodiče a sourozenci, pokud někdo z těchto příbuzných již zemřel, na co? Jestli se toto onemocnění v rodině vyskytlo?

Osobní anamnéza: Jaká onemocnění ,operace a vážné úrazy pacient prodělal?

Alergická anamnéza: Na co je pacient alergický?

Farmakologická anamnéza: Jaké léky pacient užívá?

Abúzus: Závislost (kuřák, jestli pije alkohol a kolik ho vypije)

Nynější onemocnění: Jaké problémy má nyní?

Fyzikální vyšetření

Měříme krevní tlak, pulz, tělesnou teplotu, dech, výšku, váhu, poslechem zjišťujeme šelesti na srdci, ozvy srdeční, jestli dýchání je bez poslechových změn, pohmatem můžeme zjistit rezistenci, bolestivost. Pohledem zhodnotíme výraz a postoj pacienta.

Laboratorní vyšetření

„Základním diagnostickým nástrojem ke stanovení diagnózy feochromocytomu je průkaz nadprodukce katecholaminů (adrenalinu, noradrenalinu) či jejich metabolitů. Vzhledem k potencionální letalitě feochromocytomu, je nutné aby tyto testy měly senzitivitu blížkou 100% i za cenu případných falešně pozitivních nálezů.“

(WIDIMSKÝ JIŘÍ jr., 2002, strana 376)

Stanovení kyseliny vanilmandlové v moči

- jedná se o málo citlivé a specifické vyšetření, při kterém zjišťujeme množství vyloučené kyseliny vanilmandlové v moči, sbírané 24 hodin
- pacient musí držet dietu 3 dny před sběrem, kdy nesmí jíst ovoce, zeleninu, čokoládu, čaj, kávu, sladká jídla, tavené a plátkové sýry, ořechy, žvýkačky, alkohol, minerálky s příchutí, ovocné džusy
- lékař pacientovi musí pokud možno vysadit veškerou terapii
- pacient sbírá moč 24 hodin po 3 denní dietě, kterou musí dodržovat i během sběru, po prvním vymočení se do sběrné nádoby aplikuje 20ml HCl (kyselina chlorovodíková), po 24 hodinách se změří množství moči a odebere se vzorek, který pošleme do laboratoře

Odběr katecholaminů z plazmy

- Katecholaminy noradrenalin, adrenalin a dopamin se tvoří ve dřeni nadledvin a hrají důležitou roli jako neurotransmittery a regulační látky. K patologicky zvýšenému vylučování katecholaminů dochází při nádorech dřene nadledvin.
- pacient drží dietu jako u sběru moče na kyselinu vanilmandlovou
- lékař pacientovi 2 týdny před odběrem musí vysadit léky

- odebíráme nesrážlivou žilní krev, po odběru zkumavku ihned vložíme do ledové tříště

Sběr moči na katecholaminy

- dietní opatření a vysazení léků je stejné jako u odběru krve na katecholaminy
- pacient sbírá moč 24 hodin po 3 denní dietě, kterou musí dodržovat i během sběru, po prvním vymočení se do sběrné nádoby přidá 10 ml 6 mol/l HCl, po 24 hodinách se změří množství moči a odebere se vzorek, který pošleme do laboratoře
- Referenční hodnoty: Noradrenalin: 130-620 nmol/24 hod, Adrenalin: 22-110 nmol/24 hod, Dopamin: 1240-13930 nmol/24 hod

Clonidinový supresivní test

- Clonidin inhibuje vyplavování noradrenalinu ze sympatických nervů, ale ne z feochromocytomu.
- Clonidin se podá perorálně v dávce 0,3mg, pokud hladina noradrenalin po 2 až 3 hodinách neklesne pod 500pg/ml, výrazně to svědčí o feochromocytomu, zatímco značný pokles plazmatického noradrenalin ukazuje na zdroj aminů v sympatických nervech.
- Kromě plazmatické hladiny noradrenalin snižuje clonidin u pacientů bez feochromocytomu plazmatický normetanefrin, proto když je zvýšená hladina normetanefrinu a absence jejího snížení po podání clonidinu znamená s vysokou pravděpodobností feochromocytom.

Glukagonový stimulační test

- Pro diagnostiku feochromocytomu je tento test nejvíce specifickým.
- Glukagon se podá intravenózně v dávce 1 mg, reakce katecholaminů na glukagon je velice rychlá, proto rozhodující je doba odběru krve. Trojnásobné zvýšení plazmatické hladiny noradrenalinu 2 minuty po podání glukagonu svědčí pro feochromocytom

Diagnostická lokalizace feochromocytomu

„Fechromocytomy, které se nacházejí v nadledvině, jsou zachyceny častěji než ty, které vycházejí z extraadrenální tkáně, protože lékaři se obvykle zaměřují na nadledvinu jako na hlavní zdroj tvorby katecholaminů.“

(Marek.J., 2004 strana 140)

Ultrazvukové vyšetření

- Prokazuje větší patologické útvary, zejména zvětšené nadledviny. Přínos je značně omezen u obézních osob.

Výpočetní tomografie (CT)

- CT lze využít k lokalizaci nádorů v nadledvině o velikosti od 1 cm, nebo extraadrenálně o velikosti nad 2 cm.
- Při použití CT se doporučuje použití kontrastní látky, ale tvrdí se že tyto látky vyvolávají vyplavení noradrenalinu, tudíž dochází k zvýšení krevního tlaku.
- Nevýhodou CT je, že z důvodu pooperačních změn, nebo chirurgických svorek, může dojít k nerozpoznání recidivy feochromocytomu.

Magnetická rezonance (MR)

- Výhodou MR je vysoká senzitivita k rozpoznání změn v nadledvině.
- Provádí se bez i s aplikací intravenózních kontrastních látek.
- Možností MR je zobrazení ve více rovinách a posouzení vztahu nádoru k okolním cévám.

Scintigrafie s využitím metajodobenzylguidinu (MIBG)

- Po intravenózní aplikaci metajodobenzylguidinu, který se dostane do feochromocytomu transportním systémem pro noradrenalin, umožní zachytit nádor téměř 100%.

Pozitronová emisní tomografie (PET) s použitím F-fluorodopaminu (F-DA)

- U pacientů s metastazujícím feochromocytomem zobrazí toto vyšetření velký počet ložisek, který se nezobrazil u (MIBG).

1.7 Terapie

Léčba feochromocytomu spočívá v jeho exstirpaci. Operace je indikována u všech nemocných, u nichž byl prokázán, bez rozdílu velikosti, uložení nádoru a hypertenzi.

1.7.1 Farmakoterapie

Léky, které potlačují účinky katecholaminů, jsou alfa-blokátory, které působí na alfa₁-receptory tak na alfa₂-receptory. Toto podání však bývá někdy doprovázeno tachykardií, tudíž bývá doporučeno za krátkou časovou dobu současně podávat beta-blokátory. Je možné také podávat alfa₁-blokátory, u kterých je méně vyjádřena tachykardie s následným podáváním beta-blokátorů.

„Podávání samotných beta-blokátorů je velmi nebezpečné pro možný vznik hypertenzní krize při blokádě vazodilatačních beta₂-receptorů při ponechání volných vazokonstrikčně působících alfa-receptorů. Při špatné toleranci (možnost vzniku výrazné ortostatické hypotenze) nebo při nedostatečném účinku kombinace alfa- a beta-blokátorů je také možné podávat blokátory kalciových kanálů. V případě inoperabilních nebo maligních nádorů jsou výše uvedené léky také léky volby. U maligních nádorů se totiž většinou spokojíme s touto symptomatickou terapií, neboť zatím, jak cytostatická terapie, tak i podávání inhibitorů syntézy katecholaminů, nebo terapeutické podávání I-metajodbenzylguanidinu nepřinesly zatím uspokojivé výsledky.“

(Widimský.J., 2002 strana 378)

„Abychom minimalizovali perioperační a pooperační komplikace, je nezbytnou součástí léčby feochromocytomu vhodná farmakoterapie. Předoperační farmakoterapie se zaměřuje na kontrolu hypertenze včetně hypertenzních krizí během odstranění feochromocytomu, na udržení stabilního krevního tlaku během operace, na omezení

vedlejších účinků při anestezii a zmírnění klinických projevů a příznaků daných vysokou plazmatickou hladinou katecholaminů.“

(Marek.J., 2004 strana 145)

Kritéria k zajištění adekvátní předoperační péče

- Krevní tlak nesmí být vyšší jak 160/90 mmHg,
- ortostatická hypotenze nesmí být nižší než 80/45 mmHg,
- nesmí se objevovat více než jedna komorová extrasystola během 5 minut a EKG záznam musí být bez nespecifických elevací nebo depresí úseku ST a invertovaných vln T.

1.7.2 Chirurgická léčba

„Chirurgické odstranění intraadrenálního feochromocytomu lze úspěšně provést laparoskopicky. Tato procedura v porovnání s tradiční transabdominální adrenalektomií minimalizuje hemodynamické změny navozené katecholaminy během operace, pooperační morbiditu, délku hospitalizace a finanční náklady. Vzhledem k vysoké incidenci bilaterálního postižení nadledvin u familiárního feochromocytomu, se u těchto pacientů provádí parciální adrenalektomie s cílem zachovat funkci nadledvin a předejít morbiditě spojené s farmakologickou substitucí hormonů kůry nadledvin.“

(Marek.J., 2004 strana 147)

Předoperační příprava

Zásada, že nemocný má být na operaci připraven psychicky i farmakologicky, platí u nemocných s feochromocytomem dvojnásob. Psychické vzrušení, strach z operace i vlastní úvod do anestezie může vyvolat prudké zvýšení krevního tlaku nebo i nebezpečnou hypertenzní krizi.

Nejčastější peroperační komplikace

- Hypertenzní krize,
- tachyarytmie,
- akutní infarkt myokardu
- hypotenze po exstirpaci tumoru.

Pooperační péče

Zahrnuje sledování fyziologických funkcí a celkového stavu pacienta, specifickým úkolem je obnovení autoregulačních mechanismů krevního tlaku.

1.7.3 Psychoterapie

Při práci s pacientem, který trpí touto nemocí musíme mít na paměti, že onemocnění má dosah na osobnost, životní styl a kvalitu života pacienta. Je třeba zajistit dostatečný příliv informací o nemoci a způsobech léčby. Dostatek informací pomáhá k lepší kontrole onemocnění a zlepšuje dobrou spolupráci nemocného se zdravotnickým personálem. U pacientů se objevuje při sdělení diagnózy i v průběhu onemocnění řada obraných mechanismů (protest). Je třeba si uvědomit, že nemoc narušuje základní potřebu jistoty a bezpečí, klienti mají sklon k úzkostnému a depresivnímu ladění (objevují se prvky nespolupráce, falzifikace výsledků měření, obavy z vývoje partnerských vztahů)

1.7.4 Prognóza po odstranění feochromocytomu

Prognóza je všeobecně velice dobrá, všechny obtíže, které nemocného řadu let sužovaly, po operaci vymizí. Objektivně pak mizí většina funkčních změn, které byly podmíněny nadprodukcí katecholaminů.

„U benigních tumorů je velmi dobrá, ačkoliv je možné v 10letém sledování očekávat až 10% recidivu tumoru s projevy vzdálených metastáz u původně benigních tumorů. Proto je nutné i po úspěšné operaci nádoru pacienty nadále pravidelně sledovat.“

(WIDIMSKÝ JIŘÍ jr., 2002 strana 378)

2 Ošetrovatelská péče u pacienta s feochromocytomem

V této části jsou popsány obecné zásady ošetrovatelské péče a možné ošetrovatelské diagnózy u pacienta s feochromocytomem.

2.1 Ošetrování nemocných

2.1.1 Příjem na oddělení, volba pokoje, poloha nemocného

Pacient je přijímán na standardní jednotku interního oddělení, kdy lékař diagnostikuje feochromocytom, dále je odeslán na endokrinologické oddělení.

Při příchodu na oddělení zhodnotíme stupeň soběstačnosti pacienta, dle výsledků hodnocení provedeme příslušná opatření. Poloha pacienta je ve většině případů přirozená a pohybový režim je volný.

2.1.2 Sledování nemocného

- Monitorujeme základní fyziologické funkce (TK, P, D, TT),
- sledujeme příznaky onemocnění, pokud se u pacienta objeví známky komplikací jako například hypertenzní krize, arytmie, palpitace, křeče, bolesti na hrudi, neprodleně informujeme lékaře,
- kontrolujeme dodržování léčebného režimu,
- sledujeme účinky léků a výsledky laboratorních vyšetření.

2.1.3 Hygienická péče

Zhodnotíme stupeň soběstačnosti pacienta a provedeme opatření dle výsledků, pacient si většinou hygienu zajišťuje sám, jen musíme pacienta poučit, aby nepoužíval příliš horkou nebo studenou vodu.

2.1.4 Výživa

Pacienta poučíme o nutnosti se stravovat pravidelně 5x-6x denně v menších porcích, měl by omezit alkohol, sůl, tuky a cholesterol v potravě. Doporučíme pacientovi, aby jedl dostatek ovoce, zeleniny bílého masa, ryb a rybího tuku, který snižuje periferní resistenci a viskozitu krve.

2.1.5 Vyprazdňování

Sledujeme množství moči a pravidelnost stolice.

2.1.6 Spánek a odpočinek

Snažíme se pacientovi zajistit dostatečný odpočinek jak po fyzické, tak po psychické stránce. Pečujeme o kvalitní spánek (úprava lůžka, hygiena, lehká strava na noc, omezení kávy, čaje, minimalizace hluku na oddělení, předčasné buzení pacienta,...)

2.2 Možné ošetrovatelské diagnózy

- 00053 Sociální izolace
- 00132 Akutní bolest
- 00133 Chronická bolest
- 00093 Únava
- 00134 Nauzea
- 00146 Úzkost
- 00148 Strach
- 00095 Porušený spánek
- 00122 Porucha smyslového vnímání
- 00069 Neefektivní zvládnání zátěže
- 00059 Sexuální dysfunkce
- 00161 Ochota doplnit deficitní vědomosti
- 00162 Ochota ke zlepšení léčebného režimu
- 00082 Riziko perioperačního poškození
- 00094 Riziko intolerance aktivity

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 Posouzení stavu pacienta

3.1 Identifikační údaje

Paní S. H. narozená v roce 1970 (37 let), vdaná, žije s manželem a 2 dětmi v rodinném domě. Pracuje jako účetní pro firmu svého manžela. Kontaktní osoba je manžel K. H., Praha.

Pacientka je hospitalizována na interním oddělení, kde jí byl diagnostikován feochromocytom pravé nadledviny.

3.2 Výtah z lékařské dokumentace

RA : matka 64 let léčí se s hypertenzí, podstoupila hysterektomii před 4 lety pro myomatózu, otec zemřel v 62 letech na CMP, léčil se s DM II. typu a hypertenzi, bratr od 29 let DM I. typu

OA : 3 roky se léčí s hypertenzí, která špatně reagovala na farmakologickou léčbu, porucha glukózové tolerance, deprese, APPE v roce 1995, fraktura femuru při autonehodě

FA: Isoptin SR 240 mg ½ - 0 – 0 (antiarytmikum, antihypertenzivum)

Seropram 1 – 0 – 0 (antidepresivum)

Hypnogen 1 tabletky na noc (anxiolitikum)

Capoten-užít při obtížích, pacientka je poučena (hypotenzivum, inhibitor ACE, vazodilatans)

Alergie : neguje

Abusus: exkuřák asi 10 let, alkohol pravidelně nepije, pouze příležitostně

No : Paroxysmální hypertenze, pacientka udává občasnou slabost, vertigo, nauzeu, mravenčení v prstech, občasné palpitace, bolesti hlavy, pocity horkosti, dušnost, pocit tlaku na hrudi.

Stav při přijetí:

TK: 190/100 P: 105' D: 18' TT: 36,8°C Hmotnost: 85 kg Výška: 165 cm

3.2.1 Vyšetření

Volné močové katecholaminy:

Epinefrin/h: 11,9 nmol/h, Epinefrin/g Kr: 180,3 nmol/g Kr

Norepinefrin/h: 59,6 nmol/h, Norepinefrin/g Kr: 567,1 nmol/g Kr

Dopamin/h: 124,3 nmol/h, Dopamin/g Kr: 1169,7 nmol/g Kr

3.2.2 Závěr při příjmu

Arteriální hypertenze, špatně reagující na léčbu k dovyšetření

Porucha glukózové tolerance

Deprese

St.p. fraktury femuru

St.p. APPE v roce 1995

3.3 Fyzikální vyšetření sestrou

ZÁPIS VYŠETŘENÍ HLAVY

Tabulka 1: zápis vyšetření hlavy

Orgán	Norma	Odchylka od normy
Vědomí	Orientovaný	Orientovaná
Dýchání	Eupnoe, stridor 0	Eupnoe
Poloha	Aktivní	Aktivní
Chůze	Bez obtíží	Bez obtíží
Tremor	0	0
Výživa, BMI	Eutrofický	Obezita, BMI 31, 2
Kůže	Růžová bez ikteru, defektů, hematomy 0	Jizva po operaci APPE a po chirurgické repozici fraktury stehenní kosti
Kožní turgor	Normální	normální
Vlasy	Husté	Husté
Nehty	Hladké	0
Facies	-	-
Čítí	V normě	Občas mravenčení v prstech
Motorika	Pohyblivý	Pohyblivá
Řeč	Plynulá	Plynulá
Hlas	Bez patologického nálezu	Bez patologického nálezu
Lebka - velikost	normocefalická	Není odchylka od normy
Lebka - tvar	mezocefalická	Brachycefalická
Hlava - poklep	nebolestivá	Nebolestivá
Držení hlavy	přirozené	Není odchylka od normy
Výstupy V. nervu	nebolestivé	nebolestivé
Inervace III. nervu	správná	správná
Příušní žláza	nezvětšená	nezvětšená
víčka	Bez nálezu, edém 0	Bez nálezu, edém 0
Oční bulby	Ve středním postavení	Ve středním postavení

Zorné pole	Souvislé 160°	Souvislé 160°
Spojivky	růžové	růžové
Skléry	bílé	bílé
Rohovka	Průhledná, korneální reflex +	Průhledná, korneální reflex +
Zornice - tvar	okrouhlé	okrouhlé
Zornice - velikost	izokorické	Izokorické, fotoreakce +
Boltec	Bez nálezu	Velikost boltce normální
Zvukovod	Bez sekrece	Bez sekrece
Sluch	Slyší dobře	Slyší dobře
Nos	Bez výtoku	Bez výtoku
Rty - tvar	Souměrné, růžové	Souměrné, fyziologická barva
Jazyk	Plazí ve střední čáře	Plazí ve střední čáře
Jazyk - povrch	Růžový, vlhký, mírně povleklý	Růžový, vlhký
Patrové oblouky	Růžové hladké	Růžové hladké
Tonzily	Malé, hladké, růžové	Hladké, růžové
Dásně	růžové	Růžové
Chrup	Vlastní : zdravý/ sanován	Vlastní, sanován

ZÁPIS VYŠETŘENÍ KRKU

Tabulka 2: Zápis vyšetření krku

Vyšetření	Norma	Odchylka od normy
Krční páteř	pohyblivá	pohyblivá
Pulzace karotid	symetrická	symetrická
Náplň jugulárních vén	nezvýšená	nezvýšená
Lymfatické uzliny	Oboustranně nehmatné	nehmatné
Glandula thyroidea	nehmatná	Nehmatná, bez patologie

ZÁPIS VYŠETŘENÍ HRUDNÍKU

Tabulka 3: Zápis vyšetření hrudníku

Vyšetřovaná oblast	Norma	Odchylka od normy
Hrudník	Atletický, astenický, pyknický	Fyziologický tvar
Dechová vlna	Šíří se symetricky	Občasná dušnost, nyní bez patologie
Prsy	Symetrické, rezistence 0	Bez rezistence
Fremitus pectoralis	Oboustranně symetrický	symetrický
Plíce - poklep	Plný, jasný	Bez patologie
Dýchání	Čisté sklípkové	Občasná dušnost, nyní čisté sklípkové
Vedlejší dechové šelesty	0	0
Bronchofonie	Oboustranně symetrická	Bez patologie
Pleurální třecí šelest	0	0
Srdeční krajina	Bez vyklenutí	Bez vyklenutí
Úder hrotu	neviditelný	neviditelný
Akce srdeční	pravidelná	Tachykardie, nyní 98´
Ozvy	ohraničené	ohraničené

ZÁPIS VYŠETŘENÍ BŘICHA

Tabulka 4: Zápis vyšetření břicha

Vyšetřovaná oblast	Norma	Odchylka od normy
Břicho	v/pod úrovní hrudníku, souměrné, poklep bubínkový	Souměrné, mírně nad úrovní hrudníku, poklep bubínkový
Šíření dechové vlny	Šíří se až k tříslům	Nyní bez patologie
Břicho, kůže	Hladká, beze změn	Hladká, beze změn
Barva kůže břicha	Světlá, do růžová	Bez patologie
Břicho, pohmat	Měkké, nebolestivé	Měkké, nebolestivé

Rezistence	0	0
Břicho, poslech	borborygmy	borborymy
Játra	Nepřesahují pravý oblouk žeberní	Nepřesahují pravý oblouk žeberní
Konzistence	měkká	měkká
Okraj	Ostrý, spíše se nepodaří vyšetřit	Ostrý, spíše se nepodaří vyšetřit
Povrch	Hladký, spíše se nepodaří vyšetřit	Hladký, spíše se nepodaří vyšetřit
Bolestivost	nebolestivá	nebolestivá
Pulzace	0	0
Hepatojugulární reflux	0	0
Slezina	nenaráží	nenaráží
Ledviny	nehmatné	nehmatné
Tapottement	0	0
Uretrální body	nebolestivé	nebolestivé
Močový měchýř	Nepřesahuje symfýzu, nebolestivý	Nepřesahuje symfýzu, nebolestivý

ZÁPIS VYŠETŘENÍ KONČETIN

Tabulka 5: Zápis vyšetření končetin

Vyšetřovaná oblast	Norma	Odchylka od normy
Edémy	0	0
Prsty	Symetrické v ose bez tvarovaných změn, růžové	Symetrické v ose bez tvarovaných změn, růžové
Kůže končetin	Teplá pružná se zachovanými adnex	Kůže teplá pružná se zachovanými adnex, na pravé končetině mírné varikózní změny
Periferní pulzace	Hmatné	Hmatné
Žíly	Varixy 0, lýtka pohmatově nebolestivá	Mírné varikózní změny na pravé DK, lýtka pohmatově nebolestivá
Klouby	Tvar ušlechtilý, klouby volně pohyblivé	Tvar ušlechtilý, klouby volně pohyblivé
Svaly a šlachy	Pohmatově nebolestivé	Pohmatově nebolestivé
Lymfatické uzliny	Nehmatné, nebolestivé	Bez patologie
Šlachové reflexy	Oboustranně výbavné	Bez patologie

3.4 Posouzení stavu potřeb pacienta dle „Functional Health Patterns“

3.4.1 Podpora zdraví

Pacientka svůj zdravotní stav vnímá jako narušený, pro udržení a zlepšení svého zdravotního stavu dodržuje dietní opatření, chodí na pravidelné kontrolní prohlídky, dodržuje léčebný režim doporučený lékařem, užívá pravidelně předepsané léky, chodí na procházky, zahradničí. V roce 2004 měla autonehodu, při níž si způsobila frakturu pravého femuru, která byla následně chirurgicky léčena. Exkuřák už 10 let, alkohol pije pouze příležitostně a velice málo.

Ošetrovatelský problém: vnímání zdravotního stavu narušené

3.4.2 Výživa

Pacientka dodržuje dietní opatření doporučené lékařem. Snaží se jíst pouze celozrnné pečivo, hodně zeleniny, ovoce a zařazuje do svého jídelníčku více rybího masa. Chuť k jídlu má dobrou, jen při „záchvatu“ udává nauzeu, nechutenství, někdy zvracení. Snaží se stravovat 5x denně.

Pacientka vypije asi 1-1,5l tekutin za den, převážně vodu nebo minerální vodu, vypije asi 4 kávy denně. Hmotnost pacientky je stálá (ale není s ní spokojená musí zhubnout a nejde jí to) BMI má 31,2 (obezita) . Stav kůže je dobrý, kožní turgor je v normě, sliznice růžové, vlasy a nehty dobré. Chrup sanován.

Ošetrovatelský problém: nauzea, nechutenství, riziko dehydratace, obezita BMI 31,2

3.4.3 Vylučování a výměna

Pacientka je plně kontinentní, uvádí pravidelné močení, bez patologických příměsí, v noci jde asi 1x na WC. Stolice je pravidelná bez patologických příměsí (1x za 1 - 2 dny), barva stolice je fyziologická, žádné vyprazdňovací návyky neudává, pacientka udává že občas má sklon k zácpě, ale pomáhají ji bylinkové čaje. Neudává pocit nadměrného pocení.

Pacientka obtíže s dýcháním v klidu neudává, jen při „záchvatu“ pocíťuje dušnost, která sama v klidu odezní a mimo „záchvat“ se nevyskytuje.

Ošetrovatelský problém: riziko zácpy

3.4.4 Aktivita – odpočinek

Pacientka udává dostatečný pocit síly a životní energie, jí dle vlastního názoru nechybí. Volný čas tráví nejraději na zahrádce, procházkami, kde načerpá novou energii, hodně času se snaží strávit se svou rodinou (v kině, divadle, rodinné výlety, ...). Relaxace pro ni znamená přečíst si hezkou knížku, nebo poslouchat hudbu. Únavu nepocítuje.

Spánek pacientka udává narušený, na zlepšení kvality spánku užívá 1 tabletku Hypnogenu na noc.

Schopnosti denních aktivit hodnotí takto:

- Schopnost najíst se: 0
- Schopnost umýt se: 0
- Schopnost vykoupat se: 0
- Schopnost upravit se: 0
- Celková pohyblivost: 0
- Schopnost dojít si na toaletu: 0
- Schopnost obléci se: 0

Po stránce kardiovaskulární a pulmonální odezvy pacientka normálně žádné obtíže neudává, pokud se objeví „záchvat“ pocítuje nepříjemný tlak na hrudi, někdy až bolest, mravenčení v konečcích prstů, dušnost i klidovou, nepříjemné bušení srdce, závratě, nevolnost, návaly horkosti většinou tyto příznaky v klidu a vleže odezní.

Ošetrovatelský problém: narušený spánek, při „záchvatu“ bolest, závratě, nevolnost

3.4.5 Vnímání – poznávání

Pacientka nemá žádné problémy se sluchem. Slyší velmi dobře a nepoužívá naslouchátko. Pacientka používá brýle na dálku, očního lékaře navštěvuje 1x za rok při pravidelné kontrole kvality zraku.

Pacientka má dobrou krátkodobou i dlouhodobou paměť, nemá velké problémy se zapomínáním a netrpí žádnými výpadky paměti. Rozhoduje se rychle, velmi lehce si osvojuje nové poznatky a učí se logickým odvozováním. Nejlépe se učí novým věcem, které si může vyzkoušet.

Pacientka udává při „záchvatu“ nepříjemné mravenčení v konečcích prstů, vertigo, nauzeu, tyto příznaky samy odezní, nejrychleji vleže a klidu. Ráda by se dozvěděla nějaké nové informace o svém onemocnění.

Ošetrovatelský problém: deficit informací, nauzea, vertigo

3.4.6 Vnímání sebe sama

Pacientka se snaží spoléhat sám na sebe. Chápe se jako silná osobnost, která nebyla nikdy závislá na ostatních, se svým vzhledem je spokojená. Pacientka občas trpí depresi, má strach, že bude muset být do budoucna odkázána na pomoc druhých, a zatím si to nechce vůbec připustit.

Ošetrovatelský problém: strach

3.4.7 Vztahy

Pacientka bydlí se manželem, dcerou, synem a tchánem v rodinném domě se zahradou. Problémy s rodinou nemá. Běžné rodinné problémy řeší s pospolitostí a rozvahou. Pracuje jako účetní pro firmu svého manžela a se svou prací je spokojena, protože má dostatek času na svou rodinu. Pacientka netrpí pocitem osamění, je společenská, a jak říká, hned se dá s každým do řeči. Ráda chodí s rodinou do divadla, kina, na rodinné výlety.

3.4.8 Sexualita

Pacientka žádné sexuální obtíže neudává a sexuální vztahy udává jako dobré. Menstruaci má od 13 let, je pravidelná, mírně bolestivá a cyklus má 29 dnů. Byla 3 x těhotná, 2x porodila a jedenkrát prodělala přirozený potrat. Problémy v těhotenství žádné neměla. Chodí na pravidelné gynekologické prohlídky, každého půl roku, vzhledem na genetickou zátěž (matka prodělala hysterektomii pro myomy). Žádné gynekologické operace nepodstoupila.

3.4.9 Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Pacientka netrpí stresem, v minulosti pro ni byl velkým stresovým zážitkem úmrtí otce s kterým se již, jak sama udává, vyrovnala. V současnosti udává strach z budoucnosti, jaký bude průběh nemoci, jaká bude léčba a jak se dokáže vůbec

v budoucnu postarat o svou rodinu. Tento strach se snaží odstranit komunikací s lékařem (jaký bude průběh léčby, jestli hrozí nějaké následky, ...), relaxací, nastudováním literatury a svém onemocnění. Ve své rodině má úplnou podporu. Rodina je schopna se o pacientku postarat v domácí léčbě.

Ošetrovatelský problém: strach

3.4.10 Životní princip

Pacientka je katolička, víru udává jako občasnou potřebu a návštěvu duchovního, nepotřebuje. Víra ji nezavazuje k žádnému omezení.

Uspořádání životních hodnot sestavené pacientkou:

1. Rodina,
2. zdraví,
3. práce, záliby,
4. peníze,
5. víra,
6. cestování.

3.4.11 Bezpečnost a ochrana

Pacientka prodělala běžné infekce, při pobytu v nemocnici je ohrožena nozokomiální nákazou. Je zde i riziko pádu, jak pacientka sama udává, při „záchvatu“ se jí začne točit hlava a musí si sednout, aby neupadla. Pacientka nemá známky sebepoškozování, ani sebevražedné myšlenky.

Ošetrovatelský problém: riziko pádu, riziko infekce

3.4.12 Komfort

Pacientka udává akutní bolest hlavy při „záchvatu“, která je doprovázena vertigem, nauzeou, někdy i zvracením, mravenčením prstů, pocitem horkosti. Při bolesti většinou užije Ibalgin 400 mg k jejímu odstranění a jde si na chvíli lehnout.

Ošetrovatelský problém: bolest hlavy, nauzea

3.4.13 Růst/vývoj

Pacientka netrpí mentální retardací, ani opožděným vývojem.

4 Ošetrovatelské péče

4.1 Seznam ošetrovatelských diagnóz dle priorit pacientky

- **00148 Strach**
- **00132 Akutní bolest**
- **00134 Nauzea**
- **00001 Nadměrná výživa**
- **00095 Porušený spánek**
- **00015 Riziko zácpy**
- **00155 Riziko pádu**
- **00028 Riziko deficitu tělesných tekutin**
- **00004 Riziko infekce (z důvodu nedostatečné imunity)**
- **Edukační diagnóza: 00163 Ochota ke zlepšení výživy**

4.2 Plán ošetrovatelské péče

1. 00148 Strach z budoucnosti z důvodu prognózy onemocnění, nezkušeností s onemocněním projevující se verbalizací, častým dotazováním

CD: - pacientka nepocituje strach a nejeví známky strachu do 1 měsíce

CK: - pacientka udává zmírnění pocitu strachu na snesitelnou míru do 1 týdne

VK: - pacientka zná příčinu strachu do 1 dne

- pacientka má dostatek informací o svém onemocnění do 3 dnů

- pacientka zná prognózu do 5 dnů

Intervence: - naslouchej pacientce a nebagatelizuj strach neustále (primární sestra)

- podávej dostatek informací o průběhu léčby a vyšetření každý den (primární sestra)

- sleduj projevy strachu (pláč, úzkost, neklid) každý den (primární sestra)

- snaž se odvést pozornost od problému neustále (primární sestra)

- zajisti lékaře, aby podal pacientce dostatek informací o onemocnění, léčbě a prognóze onemocnění do 2 dnů (primární sestra)

- o změnách informuj lékaře neprodleně (primární sestra)

- podávej léky dle ordinace lékaře každá den (primární sestra)

- plň ordinace lékaře každý den (primární sestra)

Realizace: -zajistila jsem lékaře, aby pacientce podal dostatek informací o onemocnění, léčbě a prognóze

- sledovala jsem projevy strachu po celou dobu hospitalizace

- snažila jsem se zabavit a odvést pozornost pacientky

- podávala jsem léky dle ordinace lékaře po celou dobu hospitalizace

- plnila jsem ordinace lékaře po celou dobu hospitalizace

Hodnocení: - efekt částečný, pacientka udává zmírnění strachu, pacientka je plně informována o svém onemocnění lékařem

2. 00132 Akutní bolest hlavy (intenzity 5 na VAS 1-5) z důvodu záchvatovitého onemocnění projevující se verbalizací, sníženou chutí k jídlu

CD: - pacientka nemá bolest hlavy do 1 měsíce

CK: - pacientka udává zmírnění bolesti ze stupně 5 na stupeň 2 do 14 dnů

VK: - pacientka zná úlevovou polohu do 2 hodin

- pacientka zná příčinu bolesti do 2 dnů

- pacientka zná příčinu nauzey do 2 dnů

Intervence: - edukuj pacientku o úlevové poloze do 2 hodin (primární sestra)

- zjisti stupeň, charakter a přesnou lokalitu bolesti do 2 hodin a následně každý den zapisuj stupeň bolesti (primární sestra)

- edukuj pacientku o účincích léků do 2 hodin (primární sestra)

- sleduj verbální i neverbální projevy bolesti neustále (primární sestra)

- zajisti klidné prostředí do 2 hodin (primární sestra)

- pouč pacientku o příčině bolesti do 1 dne (primární sestra)

- pouč pacientku o příčině nauzey do 1 dne (primární sestra)

- podávej léky dle ordinace lékaře dle potřeby (primární sestra)

- plň ordinace lékaře každý den (primární sestra)

Realizace: - edukovala jsem pacientku o úlevové poloze, příčině bolesti a nauzey, účincích léků do 2 hodin

- zjistila jsem stupeň, charakter a přesnou lokalitu bolesti do 2 hodin a poté jsem každý den zaznamenala stupeň bolesti a její změny

- podávala jsem léky dle ordinace lékaře po celou dobu hospitalizace

- plnila jsem ordinace lékaře po celou dobu hospitalizace

Hodnocení: - efekt částečný, u pacientky došlo ke snížení bolesti ze stupně 5 na stupeň 3, pacientka bolest verbalizuje méně

3. 00134 Nauzea z důvodu záchvatovitého onemocnění projevující se nechutenstvím, pocitem na zvracení, verbalizací

CD: - pacientka netrpí nauzeou do 14 dnů

CK: - pacientka udává zlepšení nevolnosti do 1 týdne

VK: - pacientka zná příčinu nevolnosti do 2 dnů

- pacientka přijímá dostatečné množství stravy a tekutin do 2 dnů

- pacientka zná vhodné potraviny a tekutiny do 1 dne

Intervence: - zjistí příčinu nevolnosti do 2 hodin (primární sestra)

- pouč pacientku o důležitosti dostatečného příjmu stravy a tekutin do 1 dne (primární sestra)
- edukuj pacientku o nevhodných potravinách a tekutinách do 1 dne (nutriční terapeut)
- informuj pacientku o příčině nevolnosti do 2 hodin (primární sestra)
- doporuč pacientce, aby jídlo přijímala v malých porcích, aby nedošlo k přílišnému zaplnění žaludku do 1 dne (primární sestra)
- sleduj u pacientky příjem tekutin a stravy průběžně (primární sestra)
- pouč pacientku nutnosti zvýšené hygieny dutiny ústní do 2 hodin (primární sestra)
- sleduj u pacientky příznaky dehydratace každý den (primární sestra)
- podávej medikaci dle ordinace lékaře (primární sestra)

Realizace: - poučila jsem pacientku o nevhodných potravinách, tekutinách a o důležitosti dostatečného příjmu tekutin

- doporučila jsem pacientce, aby jídlo přijímala v menších porcích
- sledovala jsem příznaky dehydratace

Hodnocení: - efekt částečný, pacientka nezvracela, pocíťovala nauzeu 1x po celou dobu hospitalizace

4. 00001 Nadměrná výživa z důvodu nadměrného příjmu v poměru k metabolickým požadavkům projevující se BMI 31,2 (normální hodnota 18,5-24,9)

CD: - pacientka dosáhne ideální hmotnosti dle svého zdravotního stavu a konstituce do 10 měsíců

CK: - pacientka zhubne 2kg za 1 měsíc.

VK: - pacientka zná zdravý životní styl do týdne.

- pacientka si každý den zařadí do svého programu nějakou tělesnou aktivitu do (cvičení, procházka) 1dne
- pacientka si monitoruje hmotnost každý týden ve stejný den a hodinu do 1 týdne

Intervence: - kontaktuj nutričního terapeuta do 2 hodin (primární sestra)

- pouč pacientku o redukční dietě do 2 hodin (primární sestra)

- pouč pacientku o následcích obezity do 2 hodin (primární sestra)
- zdůrazní nutnost dostatečného příjmu tekutin do 2 hodin (primární sestra)
- zjistí životosprávu pacientky do 1 dne (nutriční terapeut)
- zjistí přístup pacientky k jídlu do 1 dne (nutriční terapeut)
- motivuj pacientku ke snížení váhy do 2 dnů (primární sestra)
- povzbuzuj pacientku k dalšímu úbytku hmotnosti každý den (primární sestra)
- aktivizuj pacientku každý den (primární sestra)
- postupně zvyšuj tělesnou aktivitu pacientky (primární sestra)
- kontroluj váhu pacientky 1x týdně do 1 týdne (primární sestra)

Realizace: - kontaktovala jsem nutričního terapeuta, který poučil pacientku pitném režimu a následcích obezity

- aktivizovala a postupně zvyšovala tělesnou aktivitu pacientky každý den
- monitorovala jsem váhu pacientky

Hodnocení: - efekt částečný, pacientka zná redukční dietu, následky obezity a nutnost dostatečného pitného režimu, pacientka si zaznamenává příjem tekutin a za první týden zhubla 1 kg

5. 00095 Porušený spánek z důvodu změny prostředí, rušivých vlivů projevující se verbalizací, častým buzením a špatným usínáním

CD: - pacientka má fyziologický spánek do 2 týdnů

CK: - pacientka udává zlepšení spánku a odpočinku do 1 týdne

VK: - pacientka přes den nepospává do 5 dnů

- pacientka usne do 30 minut po ulehnutí do 5 dnů
- pacientka si nalezne zájmovou aktivitu do 3 dnů
- pacientka ví, o možnosti použití léku na spaní do 1 dne
- pacientka zná účinky léků do 1 dne
- pacientka zná příčinu poruchy spánku do 1 dne

Intervence: - zjistí příčinu poruchy spánku do 1 dne (primární sestra)

- pouč pacientku o příčině poruchy spánku do 1 dne (primární sestra)
- zjistí návyky před spaním, které měla pacientka v domácím prostředí do

- 1 dne (primární sestra)
- aktivizuj pacientku během dne každý den (primární sestra)
- posuď souvislost poruchy se základním onemocněním do 1 dne (primární sestra)
- pouč pacientku o omezení příjmu tekutin před spaním do 1 dne (primární sestra)
- edukuj pacientku o nevhodných potravinách, které by neměla jíst před spaním do 1 dne (primární sestra)
- zajisti klidné prostředí před spaním každý den (primární sestra)
- pozoruj fyzické známky únavy každý den (primární sestra)
- podávej léky dle ordinace lékaře každý den (primární sestra)

- Realizace:** - poučila jsem pacientku o omezení příjmu tekutin a nevhodném jídle před spaním
- aktivizovala jsem pacientku během dne každý den
 - zjistila jsem návyky před spaním v domácím prostředí a umožnila je praktikovat v nemocnici po dobu hospitalizace
 - podávala jsem léky dle ordinace lékaře každý den
- Hodnocení:** - efekt úplný, pacientka po podání tabletky hypnogenu před spaním, spí celou noc a neudává poruchu spánku, usíná do 30 minut po ulehnutí a užití tabletky

6. 00015 Riziko zácpy z důvodu snížené pohybové aktivity

CD: - pacientka má fyziologické vyprazdňování po celou dobu hospitalizace

CK: - pacientka zná a umí vyjmenovat možné komplikace zácpy do 2 dnů

- Intervence:** - pouč pacientku o nutnosti zvýšit tělesnou aktivitu do 1 dne (primární sestra)
- aktivizuj pacientku po celou dobu hospitalizace (primární sestra)
 - edukuj pacientku o vhodných potravinách do 1 dne (nutriční terapeut)
 - pouč pacientku o nutnosti dostatečného příjmu tekutin do 1 dne (primární sestra)
 - kontroluj barvu, konzistenci a frekvenci vyprazdňování stolice každý den (primární sestra)

- pouč pacientku o účincích léků do 1 dne (primární sestra)
- podávej léky dle ordinace lékaře (primární sestra)

Realizace: - poučila jsem pacientku o nutnosti zvýšené tělesné aktivity, o vhodných potravinách a důležitosti pravidelného jídelníčku, o nutnosti dostatečného příjmu tekutin, o účincích léků

- kontrolovala jsem barvu, konzistenci a frekvenci vyprazdňování stolice každý den
- aktivizovala jsem pacientku během dne každý den
- podávala jsem léky dle ordinace lékaře každý den

Hodnocení: - efekt úplný, u pacientky nedošlo ke vzniku zácpy v průběhu hospitalizace, pacientka přijímá dostatek tekutin a zná vhodné potraviny

7. 00155 Riziko pádu z důvodu základního onemocnění

CD: - pacientka se po celou dobu hospitalizace nezraní

CK: - pacientka zná režim oddělení do 1 dne

Intervence: - zajisti bezpečné okolí do 2 hodin (primární sestra)

- odstraň nebezpečné předměty do 2 hodin (primární sestra)
- pouč pacientku o signalizačním zařízení do 2 hodin (primární sestra)
- o případném pádu neprodleně informuj lékaře (primární sestra)
- plň ordinace lékaře každý den (primární sestra)
- podávej léky dle ordinace lékaře každý den (primární sestra)

Realizace: - zajistila jsem bezpečné prostředí do 2 hodin

- odstranila jsem nebezpečné předměty z okolí do 2 hodin
- poučila jsem pacientku o signalizačním zařízení do 2 hodin
- plnila jsem ordinace lékaře každý den
- podávala jsem léky dle ordinace lékaře každý den

Hodnocení: - efekt úplný, u pacientky nedošlo k pádu po celou dobu hospitalizace,

8. 00028 Riziko deficitu tělesných tekutin z důvodu sníženého příjmu tekutin

CD: - pacientka má rovnováhu tělesných tekutin po celou dobu hospitalizace

CK: - pacientka zná nutnost dodržování pitného režimu do 1 dne

Intervence: - pouč pacientku o důležitosti dostatečného a pravidelného příjmu tekuti do 2 hodin (primární sestra)

- pouč pacientku o vhodných tekutinách do 2 hodin (primární sestra)
- kontroluj kožní turgor a stav sliznic každý den (primární sestra)
- plň ordinace lékaře každý den (primární sestra)

Realizace: - poučila jsem pacientku o důležitosti dostatečného příjmu tekutin

- poučila jsem pacientku o vhodných tekutinách
- kontrolovala jsem kožní turgor a stav sliznic po celou dobu hospitalizace
- plnila jsem ordinace lékaře každý den

Hodnocení: - efekt úplný, u pacientky nedošlo po celou dobu hospitalizace k deficitu tělesných tekutin, pacientka si zapisuje příjem tekutin, každý den

9. 00004 Riziko infekce z důvodu snížené imunity

CD: - pacientka je bez známek infekce po celou dobu hospitalizace

CK: - pacientka zná a vyjmenuje možné způsoby podpory imunity do 1 dne

Intervence: - sleduj známky infekce po celou dobu hospitalizace (primární sestra)

- edukuj pacientku o možnosti vzniku infekce do 2 hodin (primární sestra)
- edukuj pacientku o vhodných způsobech podpory imunity
- o změně informuj lékaře ihned (primární sestra)
- podávej léky dle ordinace lékaře, každý den (primární sestra)

Realizace: - edukovala jsem pacientku o možnosti vzniku infekce

- sledovala jsem projevy infekce po dobu ošetřování pacientky
- podávala jsem léky dle ordinace lékaře

Hodnocení: - u pacientky nedošlo ke vzniku infekce, pacientka neudává příznaky infekce

5 Edukace pacienta/klienta

5.1 Edukační list

Edukační list viz. příloha 1

Téma edukace: Redukce hmotnosti

Pacientku jsem edukovala v oblasti výživy, a to z důvodu potřebné snížení hmotnosti a změně životního stylu z důvodu obezity a poruchy glukózové tolerance. Pacientku jsem edukovala formou letáků a verbálně rozhovorem.

Edukační anamnéza:

Pacientka byla v době edukace hospitalizována na interním oddělení, nepoužila jsem žádných speciálních pomůcek, u pacientky neexistovala žádná komunikační bariéra, v době edukace nebyla pacientka pod vlivem léků, které by edukaci a její pochopení nějakým způsobem ovlivnily. Organizační forma byla individuální. Jako formu edukace jsem použila leták a verbálně jsem to pacientce vysvětlila pomocí instrukcí a názorným sestavením jídelníčku na jeden den.

5.2 Edukační plán

Edukační diagnóza:

00163 Ochota ke zlepšení výživy z důvodu nadměrného příjmu v poměru k metabolickým požadavkům projevující se BMI 31,2 a zájmem pacientky o redukci hmotnosti (normální hodnota 18,5-24,9)

CD: - pacientka dosáhne BMI 23,9 do 10 měsíců

CK: - pacientka zhubne 2kg za 1 měsíc.

VK: - pacientka zná zdravý životní styl do týdne.

- pacientka si každý den zařadí do svého programu nějakou tělesnou aktivitu do (cvičení, procházka) 1dne
- pacientka si monitoruje hmotnost každý týden ve stejný den a hodinu do 1 týdne

Intervence: - kontaktuj nutričního terapeuta do 2 hodin (primární sestra)

- pouč pacientku o redukční dietě do 2 hodin (primární sestra)
- pouč pacientku o následcích obezity do 2 hodin (primární sestra)
- zdůrazni nutnost dostatečného příjmu tekutin do 2 hodin (primární sestra)
- zjisti životosprávu pacientky do 1 dne (primární sestra)

- zjistí přístup pacientky k jídlu do 1 dne (primární sestra)
- motivuj pacientku ke snížení váhy do 2 dnů (primární sestra)
- povzbuzuj pacientku k dalšímu úbytku hmotnosti každý den (primární sestra)
- aktivizuj pacientku každý den (primární sestra)
- postupně zvyšuj tělesnou aktivitu pacientky (primární sestra)
- kontroluj váhu pacientky 1x týdně do 1 týdne (primární sestra)

Realizace: - kontaktovala jsem nutričního terapeuta, který poučil pacientku pitném režimu a následcích obezity

- aktivizovala a postupně zvyšovala tělesnou aktivitu pacientky každý den
- monitorovala jsem váhu pacientky

Hodnocení: - efekt částečný, pacientka zná redukční dietu, následky obezity a nutnost dostatečného pitného režimu

5.2.1 Cíl edukačního plánu

Snížit tělesnou hmotnost o 2kg za měsíc a za 10 měsíců o 20kg, tudíž se dostane na BMI 23,9 což je normální hodnota.

5.2.2 Význam

Pochopení důležitosti snížení hmotnosti a změně životního stylu vzhledem k onemocnění, které pacientka má.

5.2.3 Technika

Pacientce jsem poskytla ukázky jídelního lístku pro redukční dietu a energetické hodnoty potravin. Doporučila jsem jí vhodné potraviny a kombinace potravin, které by měla během dne sníst. Promluvila jsem si s pacientkou jaké problémy jí dělá dodržování diety a čemu nerozumí. Poté jsem jí umožnila vyzkoušet si sama napsat jídelníček odpovídající redukční dietě na jeden den dopředu, následně jsme ho společně zkontrolovaly.

5.2.4 Kontrolní otázky pro sestru

Kontrolní otázky:	Správné odpovědi:
1.Pro jaké klienty je důležitá redukce hmotnosti?	1. Pro klienty s vysokým BMI, kteří trpí obezitou.
2.Jaká je nezbytná podmínka ze strany klienta pro snížení hmotnosti?	2. Spolupráce klienta, dostatečná motivace klienta.

5.2.5 Postup při zaškolování pacienta

- Seznámení klienta s problémem.
- Motivovat klienta ke spolupráci.
- Naplánovat s klientem reálné cíle, které chcete dosáhnout.
- Pomozte klientovy se sestavením jídelníčku.
- Promluv si s klientem co mu dělalo největší problémy nebo co nepochopil a zpětně mu to vysvětlí

5.2.6 Kontrolní otázky pro pacienta, klienta

Kontrolní otázky:	Správné odpovědi:
1.Proč je pro vás důležité snížit hmotnost?	1. Aby u mě nedošlo ke vzniku komplikací z důvodu obezity.
2.Jak budete provádět kontrolu redukce hmotnosti?	2. Každý týden v pondělí ráno před snídaní ve stejném oblečení aby nedošlo ke zkreslení údaje.

5.3 Edukační záznam - realizace

Pacientce jsem poskytla informace v oblasti redukční diety a pohybové aktivitě. Doporučila a ukázala jsem jí sestavit si jídelníček na den dopředu, pravidelné sledování tělesné hmotnosti jednou týdně ve stejný den a nejlépe i ve stejnou hodinu a stejném oblečení, aby nedošlo k přílišné odchylce. Poté jsem jí doporučila pravidelné procházky a činnost která vede ke zvýšené tělesné aktivitě

6 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Ošetrovatelskou péči na interním oddělení bych u pacientky zhodnotila jako úspěšnou, protože po stanovení ošetrovatelských diagnóz a uspořádání dle priorit pacientky, kdy pro ni bylo nejdůležitější odstranění strachu z prognózy onemocnění a průběhu léčby, se většina diagnóz vyřešila, nebo pacientka byla poučena o jejich řešení, na kterém sama nadále pracovala.

Sama pacientka udávala zlepšení psychického stavu po podání informací a vysvětlení dalšího průběhu léčby a prognózy lékařem. Dále se povedlo zmírnit bolesti hlavy při záchvatu a snaží se držet redukční dietu a získávat další informace o zdravém životním stylu, vytvořila si tabulku, kde bude zapisovat svoji váhu jedenkrát týdně, a za první týden hospitalizace zhubla 1 kg.

7 Prognóza

Pacientka byla z interního oddělení přeložena na chirurgické oddělení, kde podstoupí operativní odstranění feochromocytomu a z největší pravděpodobností i celé nadledviny, poté by se její zdravotní stav měl vrátit do normálu, a krevní tlak s poruchou glukózové tolerance upravit. Pokud pacientka bude nadále držet redukční dietu, o které jsem ji edukovala, tak i do 10 měsíců nebude trpět obezitou a její BMI bude v normě.

8 Závěr

Zdraví? Podle WHO: Zdraví je bez rozdílu pohlaví, věku, rasy nebo společenského postavení nejvyšší lidskou hodnotou. Není to pouze absence nemoci, ale i stav tělesné, duševní a sociální pohody.

Pro mě je to nyní termín hlubokého významu. Jeden den je člověk plný energie, ale vzápětí se probouzí celý unavený, zesláblý, bez nálady a mnohdy i s životem na ruby. Tak jak sytý hladovému nevěří, zdravý zas netuší, co všechno může obnášet nemoc. Často si nevážíme svého zdraví, jelikož nám přijde tak samozřejmé.

Ve své bakalářské práci jsem se snažila popsat klinický obraz, diagnostiku a postup u speciálních vyšetření, komplikace a léčbu feochromocytomu. Následně jsem nasbíraná data zpracovala a vytvořila ošetrovatelský proces se všemi jeho atributy – anamnézou, diagnózou, plánem, realizací a hodnocením. Vše respektovalo individuální potřeby pacientky, včetně edukačních materiálů na téma redukční dieta.

Doufám, že moje práce bude jedním z informačních zdrojů pro lékaře, zdravotní sestry, studenty medicíny, středních zdravotnických škol, ale také i širokou veřejnost, která by o toto téma projevila zájem.

Díky osobnímu kontaktu s pacientkou jsem pochopila, co znamená být nemocný. Nemoc je náročná životní situace, která nám změní pohled na svět a na život samotný. Chraňme své zdraví, je jen jediné a jedno z nejcennějších věcí co máme.

9 Seznam informačních zdrojů

9.1 Seznam literatury

BOLEDOVIČOVÁ, M.; MATULAY, S. *Výskum v ošetrovatel'stve*. Nitra: Univerzita Konstantina Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied s zdravotníctva , 2007, s. 122
ISBN 978-80-89245-03-1

DONGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2001, s. 568
ISBN 80-7169-294-8.

JUŘENÍKOVÁ, P.; HŮSLOVÁ, J.; PETROVÁ, V. *Ošetrovatel'ství-učební text pro střední zdravotnické školy*. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám Uherské Hradiště, 1999, s.228

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo 1*. 1. vyd..
Martin: Osveta, 1995. 836 s.
ISBN 80-217-0528-0

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo 2*. 1. vyd..
Martin: Osveta, 1995. 635 s.
ISBN 80-217-0528-0

MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatel'ské diagnózy v nanda doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 264
ISBN 80-247-1399-3

MAREK, J. A KOLEKTIV. *Endokrinní hypertenze*. Praha: Galén, 2004
ISBN 80-7262-270-6

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatel'ství I*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 2002. 187 s.
ISBN 80-246-429-9

NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 248
ISBN 80-247-1150-8

RICHARDS, Ann., EDWARDS, Sharon. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha:
Grada Publishing, 2004. 376 s.
ISBN 80-247-0932-5

ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství II*. 1.vyd. Praha: Grada
Publishing, 2006. 212 s.
ISBN 80-247-1777-8

TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: IDPVZ,
1999, 186 s.
ISBN 80-7013-285- X

VOKURKA, M., HUGO, J., 2004. *Velký lékařský slovník*. Praha: MAXDORF s.r.o.,
2004.
ISBN 80-7345-058-5, s.1001

WIDIMSKÝ, J., jr. *Arteriální hypertenze-minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2000
ISBN 80-7254-082-3

WIDIMSKÝ, J., jr. A KOLEKTIV. *Arteriální hypertenze-současné klinické trendy*.
Praha: Triton, 2006
ISBN 80-7254-790-9

WIDIMSKÝ, J. A KOLEKTIV. *Hypertenze*. Praha: Triton, 2002
ISBN 80-7254-249-4

9.2 Internetové zdroje

Kyselina vanilmandlová v moči (VMK) (on line) dostupné na: http://www.klinlab.cz/laboratore/biochemie/bio_0075.asp, 13. ledna 2008

Lehnert, H.: Feochromocytom (on line) dostupné na: <http://www.medical-tribune.cz/archiv/mpp/155/4404>, 7. ledna 2008

10 Seznam příloh

Příloha č.1: Záznam o edukaci

Příloha č. 2: Redukční dieta



ZÁZNAM O EDUKACI list č 1.

Vypracoval/a: **Hájková Romana** Studijní skupina: **3. BVS**

JMÉNO, PŘIJMENÍ: (iniciály)		S. H.		ODDĚLENÍ:	interní oddělení		
LÉKAŘSKÁ DIAGNÓZA:		1) Art. hypertenze		EDUKOVANÝ JE:	<input checked="" type="checkbox"/> PA pacient	<input type="checkbox"/> RO rodina	<input type="checkbox"/> OST ostatní
		2) porucha glukóзовé tolerance		VZTAH K ZARÍZENÍ:		<input checked="" type="checkbox"/> hospitalizovaný	
		3) feochromocytom k dg.				<input type="checkbox"/> ambulantní	
		4) St.p. APPE				<input type="checkbox"/> účastník vzdělávací akce	
		5) St.p. fraktury femoru				<input type="checkbox"/> jiné:	
EDUKACE JE ZAMĚŘENA:		<input type="checkbox"/> vstupní informace		POUŽÍVÁNÍ POMŮCEK, ZÁVISLOST NA PŘÍSTROJI:			
		<input checked="" type="checkbox"/> jednorázové vzdělávání		<input type="checkbox"/> naslouchadla		<input type="checkbox"/> inzulín	
		<input type="checkbox"/> průběžné vzdělávání		<input type="checkbox"/> respirační terapie		<input type="checkbox"/> stomie	
		<input type="checkbox"/> reedukace		<input type="checkbox"/> zubní protéza		<input type="checkbox"/> medikace	
		<input type="checkbox"/> informace při propuštění		<input type="checkbox"/> berle/vozik		<input type="checkbox"/> neschopnost řeči	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> dialýza		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		MEDIKACE OVLIVŇUJÍCÍ EDUKACI:			
FORMA EDUKACE:	REAKCE NA EDUKACI:			EXISTUJÍCÍ KOMUNIKAČNÍ BARIÉRA:			
<input type="checkbox"/> UK - ukázka	<input checked="" type="checkbox"/> DT - dotazy			<input type="checkbox"/> smyslová:	<input type="checkbox"/> sluch	<input type="checkbox"/> zrak	<input type="checkbox"/> chuť
<input checked="" type="checkbox"/> LE -letáček	<input checked="" type="checkbox"/> VP - verbální pochopení			<input type="checkbox"/> fyzická:			
<input checked="" type="checkbox"/> VE -verbálně	<input type="checkbox"/> OV - odmítnutí výuky			<input type="checkbox"/> jazyková	<input type="checkbox"/> cizí jazyk:		
<input type="checkbox"/> VI - video	<input type="checkbox"/> NO - nutno opakovat			<input type="checkbox"/> řeč, čtení, psaní: <input type="checkbox"/> afázie <input type="checkbox"/> dysfázie <input type="checkbox"/> apraxie <input type="checkbox"/> dyslexie <input type="checkbox"/> koktání			
<input type="checkbox"/> TV - televize	<input type="checkbox"/> NE - nezájem			<input type="checkbox"/> etnické:			
<input type="checkbox"/> PI - písemně	<input type="checkbox"/> NP - neschopnost pochopit			<input type="checkbox"/> duchovní:			
<input checked="" type="checkbox"/> IN - instrukce	<input checked="" type="checkbox"/> PD - prokázána dovednost			<input type="checkbox"/> psychické: <input type="checkbox"/> stres <input type="checkbox"/> úzkost <input type="checkbox"/> deprese <input type="checkbox"/> jiné			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> neschopnost řeči <input type="checkbox"/> afázie..... <input type="checkbox"/> jiné			
EDUKAČNÍ POTŘEBA V OBLASTI:				<input type="checkbox"/> iatrogenní <input type="checkbox"/> lékař <input type="checkbox"/> sestra <input type="checkbox"/> léky <input type="checkbox"/> jiné			
<input checked="" type="checkbox"/> 1. PODPORA ZDRAVÍ		<input type="checkbox"/> 7. VZTAHY		<input type="checkbox"/> biorytmus <input type="checkbox"/> „sova,, <input checked="" type="checkbox"/> „skřivan,,		<input type="checkbox"/> bolest: <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
<input type="checkbox"/> 2. VÝŽIVA		<input type="checkbox"/> 8. SEXUALITA		<input type="checkbox"/> akutní nemoc <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO		<input type="checkbox"/> prognóza:	
<input type="checkbox"/> 3. VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA		<input type="checkbox"/> 9. ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE		PLÁNOVANÉ TÉMA EDUKACE: název			
<input type="checkbox"/> 4. AKTIVITA - ODPOČINEK		<input type="checkbox"/> 10. ŽIVOTNÍ PRINCIP		<input checked="" type="checkbox"/> Redukce hmotnosti			
<input type="checkbox"/> 5. VNÍMÁNÍ - POZNÁNÍ		<input type="checkbox"/> 11. BEZPEČNOST - OCHRANA		ZDROJ INFORMACÍ: <input checked="" type="checkbox"/> osvětový materiál			
<input type="checkbox"/> 6. VNÍMÁNÍ SAMA SEBE		<input type="checkbox"/> 12. KOMFORT		EDUKAČNÍ ANAMNÉZU ODEBRAL/A, podpis: Hájková Romana			
		<input type="checkbox"/> 13. RŮST/VÝVOJ		<input type="checkbox"/>			



EDUKAČNÍ ZÁZNAM – REALIZACE

DATUM Od - do	EDUKAČNÍ POTŘEBA V OBLASTI: (číslo) TÉMA EDUKACE: (název, vypsát) FORMA EDUKACE: (zkratka)	REAKCE NA EDUKACI: (zkratka)	DOPORUČENÍ/ŘEŠENÍ:	PŘÍJEMCE EDUKACE (vztah k nemocnému)	EDUKÁTOR: (podpis)
	2 - výživa	VP (verbální pochopení)	Kontrolovat efekt jak	pacient	Sestra Hájková
	Téma: Redukce hmotnosti	DT (dotazy)	klient dodržuje dietu		
	Forma edukace:	PD (prokázána dove - dnost)	Na konci týdne si		
	LE (letáček)		zkontrolovat		
	VE (verbálně)		jestli došlo k redukci		
	IN (instrukce)		a jestli dodržuje dietní		
			opatření		



Plán ošetrovateľskej péče

II. f. diagnostika		III. f. plánování		IV. f. realizace	V. f. vyhodnocení
č.	Ošetrovateľská diagnóza	Ciele výsledná kritéria	Intervence	Realizace	Hodnocení
	00163 Ochota ke zlepšení výživy z	EC: - pacientka dosáhne	- kontaktuj nutričního terapeuta do 2	- kontaktovala jsem	- efekt částečný,
	důvodu nadměrného příjmu v	BMI 23,9 do 10 měsíců	hodin	nutričního	pacientka zná
	poměru k metabolickým	- pacientka zhubne	- pouč pacientku o redukční dietě do	terapeuta, pitném	redukční dietu,
	požadavkům projevující se BMI 31,2	2kg za 1 měsíc	2 hodin	režimu a následcích	následky obezity a
	a zájmem pacientky o redukci		- pouč pacientku onásledcích obezity	obezity	nutnost
	hmotnosti		do 2 hodin	- aktivizovala a	dostatečného pitného
	(normální hodnota 18,5-24,9)		- zdůrazni nutnost dostatečného	postupně	režimu
			příjmu tekutin do 2 hodin	zvyšovala tělesnou	
			- zjistí životosprávu pacientky	aktivitu pacientky	
			do 1 dne	každý den	
			- zjistí přístup pacientky k jídlu	- monitorovala jsem	
			do 1dne	váhu pacientky	
			- motivuj pacientku ke snížení váhy		
			do 2 dnů		
			- povzbuzuj pacientku k dalšímu		
			úbytku hmotnosti každý den		
			- aktivizuj pacientku každý den		
			- postupně zvyšuj tělesnou aktivitu p		



TÉMA EDUKACE Redukční dieta

TÉMA EDUKACE:	Redukční dieta		
EDUKÁTOR:	Sestra Romana Hájková		
EDUKANT:	S. H.	ORGANIZAČNÍ FORMA:	
PODMÍNKY:		<input checked="" type="checkbox"/> individuální	<input type="checkbox"/> týmová <input type="checkbox"/> diferencovaná
ČAS: od - do	13 - 15 hodin	<input type="checkbox"/> skupinová	<input type="checkbox"/> hromadná <input type="checkbox"/>
VÝUKOVÉ CÍLE: <i>kognitivní, afektivní, psychomotorické</i>	kognitivní, psychomotorické	DIDAKTICKÉ POMUCKY:	
		<input type="checkbox"/> model	<input checked="" type="checkbox"/> textový materiál <input type="checkbox"/> televize
		<input type="checkbox"/> zobrazení	<input type="checkbox"/> počítač <input type="checkbox"/>
METODY:	POUŽITÉ METODY:		
<i>a) SLOVNÍ (např. vysvětlení, přednáška, rozhovor, diskuse, dramatizace, písemná práce, práce - učebnicí, knihou, letákem aj)</i>	1. slovní - vysvětlení redukční diety, rozhovor		
<i>b) NÁZORNĚ DEMONSTRAČNÍ (např. pozorování, předvádění, modely, demonstrace obrázků, projekce, TV, ideo aj)</i>	2. názorně demonstrační - ukázka letáků, tabulek		
<i>c) PRAKTICKÉ ČINNOSTI: (např. nácvik pohybových činností, nácvik pracovních dovedností, grafické a výtvarné činnosti)</i>	3. praktické činnosti - nácvik sestavování jídelníčku		
	MOTIVACE K VÝUCE: <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		
OBSAH TÉMATU:	OVĚŘOVÁNÍ ÚROVNĚ DOSAŽENÝCH CÍLŮ U EDUKANTA:		
Pacientce jsem vysvětlila redukční dietu, domluvily jsme se na cíli, který je schopna splnit. Poskytla jsem jí informační materiál, tabulky energetických hodnot potravin. S pacientkou jsme si ukázaly sestavování jídelníčku na jeden den dopředu a poté si to pacientka zkoušela sama pod mou kontrolou. Poté jsme si promluvily o věcech, kterým ještě nerozumí a problémech, které nastaly, a zpětně jsem jí to vysvětlila.	<input checked="" type="checkbox"/> průběžné	<input type="checkbox"/> dílčí	<input type="checkbox"/> závěrečné
	<input checked="" type="checkbox"/> rozhovorem	<input type="checkbox"/> testem	<input type="checkbox"/> analýzou modelových úloh
	<input type="checkbox"/> zkoušením	<input type="checkbox"/> srovnáním	<input checked="" type="checkbox"/> kladením otázek
	<input type="checkbox"/> prezentací	<input type="checkbox"/> obhajobou	<input type="checkbox"/> individuální výstup
	<input checked="" type="checkbox"/> předvedením	<input type="checkbox"/> učení ostat.	<input type="checkbox"/> srovnání s ostatními eduk.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> praktické provedení
	EFEKT - EVALVACE VÝSLEDKŮ VÝUKY EDUKÁTOREM:		
	<input type="checkbox"/> ÚPLNÝ	<input type="checkbox"/> ČÁSTEČNÝ	<input type="checkbox"/> ŽÁDNÝ <input type="checkbox"/>
	SEBEHODNOCENÍ EDUKOVANÉHO: EFEKT		
EDUKACI PROVEDL/A podpis Hájková Romana	<input checked="" type="checkbox"/> ÚPLNÝ	<input type="checkbox"/> ČÁSTEČNÝ	<input type="checkbox"/> ŽÁDNÝ <input type="checkbox"/>

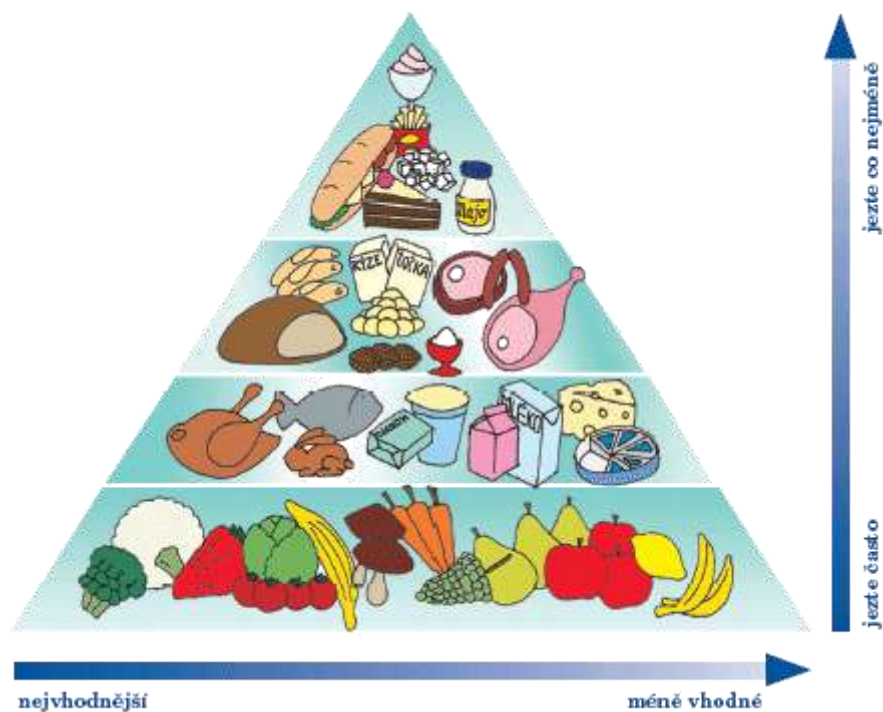
Redukční dieta

Jak se správně stravovat a čeho se naopak při jídle vyvarovat.

- Rozdělte svůj denní energetický příjem nejlépe do 5 porcí. Poslední jídlo jezte 4 hodiny před usnutím.
- Jídlo si vychutnejte - nejezte rychle. Jezte u stolu – ne ve stoje, při jídle nečtěte noviny ani nesledujte televizi.
- Nesnažte se dojíst celou porci za každou cenu. Doby, kdy nad Vámi stáli rodiče a nutili všechno sníst, jsou dávno pryč a jenom Vy jste pánem svého talíře!
- Budete-li používat menší talíře, budou menší i porce.
- Vyvarujte se nevědomého automatického požívání v průběhu dne.
- Rozlišujte pocit hladu od „chuti na něco“. Jezte jen tehdy, když máte hlad.
- Ze začátku si zapisujte si vše co během dne sníte – množství potravin a jejich energetickou hodnotu. Jen tak získáte přehled o přijaté energii.
- Neponechávejte nevhodná a pro Vás "láková" jídla (např. cukrovinky, čokoládu, trvanlivé salámy apod.) volně dostupná, aby Vás nelákala ke konzumaci.
- Při stravování v restauraci si z jídelního lístku vybírejte pro Vás vhodná jídla.
- Různé oslavy, večírky či recepce jsou zkouškou Vaší pevné vůle. Prohlédněte si nabídku jídel a nápojů a vyberte si z nich ty, které Vám chutnají a současně splňují kritéria redukčního jídelníčku.
- Dávejte přednost pokrmům vařeným před smaženými a před omáčkami, rovněž užívejte s mírou soli a koření.
- Pokud Vás večer „přepadne“ hlad, dopřejte si nízkoenergetické jídlo s vyšším obsahem vlákniny - např. zeleninový salát nebo ovoce.
- Pocit nasycení „dorazí“ do mozkového centra za 20 minut, dopřejte mu tuto cestu a nedojídejte se.
- Nezapomínejte na pitný režim – denní objem přijatých tekutin by se měl pohybovat mezi 2,5 až 3 litry. Nejvhodnějším nápojem je čirá voda, minerální vody, ovocné čaje, ředěné ovocné šťávy.

Správný redukční jídelníček by měl být pestrý.

Z jídelníčku vyřazujte pouze potraviny s vysokým obsahem energie, a to především bohaté na tuky a sacharidy. Naopak jídla si vybírejte pokud možno ze všech druhů potravin.



Dodržování redukční diety neznamena střídat několik málo druhů potravin v různých variacích. Takovýto jídelníček nejspíše dlouho nedodržíte, a i po úspěšném snížení hmotnosti Vám hrozí návrat k původním jídelním návykům a opětovný přírůstek váhy:

V nízkenergetické dietě jsou důležité potraviny obsahující polysacharidy (tzv. komplexní nebo složené cukry), jako je chléb, rýže, těstoviny. Nejnižší obsah energie z příloh mají brambory. Sacharidy by měly tvořit asi 55 % celkového obsahu energie.

Základem redukční diety je snížení obsahu tuků na 30 % celkového příjmu energie. Snížení obsahu tuků dosáhnete jednak výběrem vhodných druhů potravin, a rovněž použitím omezeného množství tuku při přípravě jídel. Všechny tuky obsahují dvojnásobné množství energie ve srovnání se sacharidy a bílkovinami, jsou tedy

kaloricky dvojnásobně vydatné. Jejich sytící účinek je přitom nejnižší. Jednotlivé druhy tuků se přitom liší svým složením. Živočišné tuky obsahují nasycené mastné kyseliny a cholesterol, které mají nepříznivé zdravotní účinky: Rostlinné a rybí tuky v tekuté formě mají vysoký obsah nenasycených mastných kyselin, které kladně ovlivňují stav srdce a cév. Při ztužování rostlinných tuků těchto mastných kyselin ubývá a proto jsou vhodnější tuky tekuté.

Bílkoviny získáváme z poloviny z živočišných zdrojů, tedy z masa a masných výrobků, mléka a mléčných výrobků se sníženým obsahem tuku. Druhou polovinu by měly tvořit rostlinné zdroje, tedy luštěniny; obilné výrobky a zelenina.

Zelenina obsahuje velké množství vitaminů, minerálů a současně i vlákniny, která navozuje pocit sytosti a má příznivý účinek na metabolické poruchy provázející nadváhu. Denně ji zařazujte nejméně 2-3 x (cca 300 -400 g/den). Nezapomeňte na 1 porci ovoce denně.

V neposlední řadě se soustřeďte i na dostatečný příjem tekutin ve formě neslazených nápojů (neslazená a minerální voda, ovocné čaje).

Správně sestavený redukční jídelníček by se měl pohybovat mezi 4000 - 6000 kJ. Bez lékařského dohledu by neměl klesnout pod 4000 kJ.

Použité potraviny jsou v nízkotučné úpravě (tvaroh, jogurt, mléko, sýry s obsahem 30 % tuku v sušině). Při přípravě jídel bylo použito minimální množství tuku. Zelenina a ovoce zařazené do jídelníčku jsou dostupné na trhu po celý rok. Masová jídla jsou připravena z bílých libových mas bez kůže. Uvedený jídelníček je pouze orientační.

Pokrmy uvedené

v jednotlivých dnech se dají vzájemně zaměňovat. Cílem je dodržet maximální energetický příjem 6 000 kJ za den.

