

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U DĚTSKÉ PACIENTKY S DIAGNÓZOU TORZE ADNEX

Bakalářská práce

RADKA VANDŽUROVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s, PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. René Hanušová

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby práce:

Praha 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s použitím své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne 31. 3. 2009

Abstrakt

VANDŽUROVÁ, Radka: *Ošetrovatelská péče u dětské pacientky s diagnózou torze děložních adnex.* Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Praha 5. Bakalář v porodní asistenci. Školitel: PhDr. René Hanušová.

Tématem bakalářské práce je: Ošetrovatelská péče o dětskou pacientku s diagnózou torze děložních adnex. Práce je rozdělena na teoretickou část a část s praktickým zaměřením podle M. Gordonové. V teoretické části jsem se zajímala o gynekologii dětí a dospívajících obecně, anatomii reprodukčních orgánů a fyziologii rodidel. Zahrnula jsem zde i náhlé příhody břišní vyskytující se v gynekologii a málo publikované téma, které jsem si zvolila jako svojí bakalářskou práci. V poslední kapitole jsem se zaměřila na gynekologicko-chirurgickou péči, předoperační vyšetření, přípravu k operaci a v neposlední řadě i na pooperační péči.

V praktické části vypracované podle M. Gordonové jsem se zaměřila na pacientku ležící na oddělení konzervativní gynekologie Gynekologicko-porodnické kliniky 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Fakultní nemocnice Motol s diagnózou torze děložních adnex. Zjišťovala jsem její osobní údaje, anamnézu, stanovovala ošetrovatelské diagnózy a dle nich vypracovávala plán ošetrovatelské péče a následné hodnocení péče.

Klíčová slova: torze adnex, ošetrovatelská diagnóza, dětská gynekologie.

Abstract

VANDŽUROVÁ, Radka: *Nursing care of the child patient with a diagnosis of torsion uterine adnex.* Prague, 2009. Bachelor thesis. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. in Prague. Bachelor in midwifery. Supervisor: PhDr. René Hanušová.

The topic of thesis is: the nursing care of the child patient with a diagnosis of torsion uterine adnex. The work is divided into a theoretical part and practical part of the focus according to M. Gordon. In the theoretical part I was interested in gynecology of children and adolescents in general, anatomy and physiology of reproductive organs. I also include sudden events occurring in the abdominal gynecology and little published subject, which I chose as my thesis of torsion. In the last chapter I have focused on gynecological-surgical care, preoperative testing, preparation for surgery and also on post-operative care.

In the practical part prepared according to M. Gordon, I focused on the patient lying on the gynecological department Charles University in Prague-2nd Faculty of Medicine and Teaching hospital Motol with the diagnosis of torsion uterine adnex. I examined her personal data, medical history, establish nursing diagnoses and to prepare them according to plan nursing care and the subsequent evaluation of care.

Keywords: torsion uterine adnex, nursing diagnosis, gynecology of children.

Předmluva

Torze děložních adnex je závažné onemocnění postihující dívky a ženy všech věkových kategorií. Pozdní rozpoznání příznaků a opžděná léčba může vést i k trvalým následkům.

Tato práce vznikla ve snaze napsat text zaměřující se na dětskou gynekologii. Zvláště pak náhlé příhody břišní a torzi děložních adnex, na kterou se při stanovení diagnózy velmi často zapomíná. K napsání práce mě vedla i skutečnost, že o tomto onemocnění jsou zmínky jen v odborných publikacích, které se ale nezmiňují v textech pro laickou veřejnost.

Výběrem tématu práce jsem byla ovlivněna studiem porodní asistence a hlavně svou praxí na oddělení konzervativní gynekologie, kde jsou hospitalizovány dívky s tímto onemocněním. Materiál na zpracování práce jsem čerpala jak z knižních a časopiseckých publikací, tak i z elektronických médií.

Práce je především určena studentům porodní asistence, ale stejně tak v ní mohou najít informace a rady sestry a porodní asistentky z praxe, které pracují v gynekologických ambulancích a na odděleních gynekologie a dětské gynekologie.

Také bych velice ráda touto cestou poděkovala vedoucí své bakalářské práce PhDr. René Hanušové za praktické a cenné rady, konzultantskou činnost, podporu a především trpělivost, kterou mi poskytla při vypracování mé práce.

Obsah

Úvod	8
1 Gynekologie dětí a dospívajících obecně	9
1. 1 Zvláštnosti dětské gynekologie	9
1. 1. 1 Vaginoskopie	10
1. 1. 2 Prohlídka rodidel novorozence	10
1. 2 Psychika dětské pacientky	11
1. 2. 1 Charta práv hospitalizovaných dětí	11
1. 3 Práce zdravotní sestry v gynekologii dětí a dospívajících	12
2 Anatomie reprodukčních orgánů ženy	13
2. 1 Zevní rodidla	13
2. 2 Vnitřní rodidla	14
3 Fyziologie rodidel	16
3. 1 Novorozenecké a kojenecké období	16
3. 2 Klidové období – dětství	16
3. 3 Období puberty a adolescence	16
4 Náhlé příhody břišní v gynekologii	18
5 Torze děložních adnex	19
5. 1 Klinický obraz	19
5. 2 Diagnostika	19
5. 3 Terapie	20
6 Gynekologicko – chirurgická péče	21
6. 1 Předoperační vyšetření	21
6. 2 Předoperační příprava	21
6. 3 Pooperační péče	22

7 Praktická část podle M. Gordonové	23
7. 1 Identifikační údaje	23
7. 2 Anamnéza	23
7. 3 Status praesens	24
7. 4 Vyšetření	24
7. 5 Ošetrovatelská péče při hospitalizaci pacientky	25
7. 6 Ošetrovatelský proces dle M. Gordonové	30
7. 7 Ošetrovatelské diagnózy	32
7. 8 Hodnocení ošetrovatelské péče	36
Závěr, návrh pro praxi	38
Seznam použité literatury	39
Seznam použitých zkratk	
Seznam příloh	

Úvod

Práci jsem si rozdělila na dvě části. V první části se věnuji teorii, kde shrnuji poznatky načerpané studiem literatury a v části druhé se věnuji kazuistice podle M. Gordonové.

Teoretická část je rozdělena na šest větších okruhů. Zaměřila jsem se zde na charakteristiku dětské gynekologie, která se zabývá fyziologií a patologií rodidel v dětském věku a období dospívání. Dětská gynekologie je součástí oboru gynekologie a porodnictví a měla by působit hlavně preventivně, avšak počet onemocnění postihující dívky v každém věku je stále vysoký. Zvláštní pozornost si také zaslouží vyšetřovací metody v dětské gynekologii, kde se zabývám vaginoskopií a prohlídkou rodidel novorozence, při které se dá odhalit neprůchodnost částí ženského pohlavního ústrojí nebo nevyvinutí dělohy a pochvy. Tento okruh jsem se pokusila obohatit i o stručný popis toho, jak by měla vypadat práce zdravotní sestry v gynekologii dětí a dospívajících.

Další dvě kapitoly jsou věnované anatomii a fyziologii reprodukčních orgánů ženy, zvláště pak novorozeneckému a kojeneckému období, období puberty a adolescence.

Torze děložních adnex, diagnóza kterou se ve své práci zabývám, patří mezi náhlé příhody břišní. Proto v další, čtvrté kapitole, popisuji průběh těchto akutních stavů. Zabývám se jejich možnými komplikacemi a hlavně stanovením diagnózy, pro kterou je nezbytné zhodnocení anamnézy, klinických příznaků, klinických a paraklinických vyšetření a laboratorních testů.

Poslední dvě kapitoly zahrnují stručný popis klinického obrazu torze děložních adnex, diagnostiku i terapii, tedy gynekologicko – chirurgickou péči. Dále pak předoperační vyšetření a přípravu a pooperační péči.

Jak jsem již výše zmínila, práce má i část praktickou, a to v podobě kazuistiky podle modelu ošetřovatelské dokumentace dle M. Gordonové. Zde popisuji průběh léčby a věnuji se stanovení ošetřovatelských diagnóz a ošetřovatelské péči.

1 Gynekologie dětí a dospívajících obecně

Dětská gynekologie je specializovaný úsek, který se zabývá jak fyziologií, tak i patologií rodidel v dětském věku a je součástí oboru gynekologie a porodnictví. Gynekologie dětí a dospívajících je především zaměřena na prevenci, odhaluje a léčí nepravidelnosti v dětském věku a působí preventivně na rozvoj nemoci v dospělosti, například sterility. Takto je dětská gynekologie koncipována jejím zakladatelem profesorem Rudolfem Peterem (1900-1966). První dětská gynekologická ambulance v naší republice byla založena v Praze 12. září 1940. Rudolf Peter a jeho žák a spolupracovník docent Karel Veselý napsali první monografii dětské gynekologie, která vyšla ovšem pod německým názvem Kindergynäkologie v roce 1960. Velký význam mělo začlenění dětské gynekologie do syllabů přednášek, praktik a zkoušek z gynekologie a porodnictví na Fakultě dětského lékařství Karlovy univerzity v Praze (5).

1.1 Zvláštnosti dětské gynekologie

Gynekologie dětí a dospívajících se liší od gynekologie dospělých. Vyšetření se skládá ze zhodnocení vývoje druhotných pohlavních znaků jako jsou prsy, stydké ochlupení a ochlupení v podpaží (zhodnocení dle Tannerovy klasifikace) a zhodnocení celkového tělesného vzhledu pacientky, změření výšky, zvážení a srovnání s populační normou. Vlastní vyšetření má tři části - vyšetření pohledem (prohlídka vnějších rodidel a zhodnocení stavu jejich estrogenizace), vyšetření pochvy a děložního hrdla vaginoskopem a vyšetření pohmatem. Vyšetření palpací se provádí jedním prstem zavedeným do konečníku a palpací podbřišku druhou rukou (rektoabdominální vyšetření). U dětských pacientek věnujeme větší pozornost i řitnímu otvoru, stavu hygieny a eventuelně přítomnosti roupů. K vyšetření zevních rodidel lze použít i kolposkop, například při podezření na pohlavní zneužívání (forenzní vyšetření hymenu). Mezi další vyšetřovací metody patří sonografie, endokrinologická, urologická, genetická a další vyšetření podle okolností.

Vyšetření musí respektovat anatomické zvláštnosti reprodukční soustavy u dívek různého věku a musí být prováděno s vhodným psychologickým přístupem. Dětské pacientky, na rozdíl od dospělých žen, nechápu vyšetření a léčbu jako pomoc a proto nejsou dobře motivovány ke spolupráci.

Vyšetření by mělo proběhnout za přítomnosti matky a zdravotní sestry a bývá zahajováno anamnézou. Součástí anamnézy je i porodní hmotnost a průběh porodu, dědičné choroby, dosud prodělaná onemocnění, údaje o postnatálním tělesném a duševním vývoji. Ptáme se na symptomy nynějšího onemocnění. Pokud je dětská pacientka schopna konverzace, ptáme se i jí, ale informace získáváme především od matky. Je velmi důležité věnovat anamnéze dostatek času a hlavně být trpěliví (1, 5, 10).

1. 1. 1 Vaginoskopie

Vaginoskopie patří do endoskopických vyšetřovacích metod, které umožňují vizualizaci anatomických oblastí, jež nejsou přístupné přímému pozorování. Dříve měly endoskopické metody spíše diagnostický význam, dnes jsou nedílnou součástí operační terapie.

Vaginoskopie patří mezi vyšetřovací metody v dětské gynekologii. Umožňuje vyšetření pochvy a děložního hrdla u nedeflorovaných dívek. Vaginoskop je zaveden do pochvy otvorem v hymenu, jeho velikost se řídí věkem vyšetřované dívky a prostupností hymenu. Umožňuje lupové zvětšení 5 až 25krát a lze jím zjistit zdroj krvácení, případné poranění nebo slouží i k odstranění cizího tělíska. Dále je možné odebrat materiál na mikroskopické a kultivační vyšetření z děložního hrdla i poševních stěn, hormonální a onkologickou cytologii a speciálními kleštičkami odběr tkáně na bioptické vyšetření. Vaginoskopie je rovněž metodou, která umožní diagnostiku vrozených vývojových vad pochvy a děložního hrdla (9).

1. 1. 2 Prohlídka rodidel novorozence

Při této prohlídce je důležité si všimnout přítomnosti hlenu v rodidlech. Ten je znakem správného vývoje odvodných cest reprodukčních orgánů. Jeho chybění je signálem pro gynatrézii (vrozená neprůchodnost) různých částí ženského pohlavního ústrojí nebo aplázii (nevyvinutí) dělohy a pochvy (10).

1. 2 Psychika dětské pacientky

Každé dítě je v nemocničním prostředí vystrašené. Návštěva lékaře u většiny dětských pacientů vyvolává nejistotu, strach i nedůvěru. A to proto, že zde postupně získávají nepříjemné zkušenosti s různými bolestivými zákroky. Špatně může na dětského pacienta působit i pobyt v čekárně, pláč ostatních dětí, křik dítěte z ordinace nebo dlouhé čekání. Nepříznivě také působí i neobvyklost prostředí, převažující bílá barva, bílé oblečení personálu, pach z dezinfekčních prostředků. Někdy dojde k tomu, že si dítě strach z bílého pláště odnese i mimo nemocnici a pak odmítá například návštěvu kadeřníka.

Reakce dítěte v ordinaci jsou závislé i na jeho temperamentu a do velké míry jsou ovlivněny i výchovou. V případě, že dítě vyrůstá v rodině, kde si ostatní členové neustále stěžují na bolest, odmítají návštěvu lékaře nebo před ním vyprávějí hrůzostrašné zážitky z nemocnice, lze pak předpokládat, že dítě bude méně zvládnutelné (2).

1. 2. 1 Charta práv hospitalizovaných dětí

Přijetí dítěte do nemocnice je velmi náročná situace jak pro dítě samé, tak i pro matku a celou rodinu. Jeho chování může být nepřiměřené, dítě pláče, volá matku, odmítá spolupracovat s personálem, odmítá jíst a pít, může být apatické, zamlklé a bez jakéhokoli zájmu o okolí. Je to reakce na neznámou a novou situaci, na ztrátu jistoty a bezpečí. Proto je vhodné, ovšem jen pokud je to z provozních důvodů možné, přijímat dítě spolu s matkou či jiným dospělým členem rodiny.

„Tento požadavek je zakotven i v Chartě práv hospitalizovaných dětí, která byla schválena na 1. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech v květnu 1988. Kromě jiného je zde uvedeno:

- děti mají být přijímány do nemocnic pouze tehdy, jestliže péče, kterou vyžadují, jim nemůže být stejně dobře poskytnuta doma nebo při denní hospitalizaci,
- děti v nemocnici mají vždy právo mít u sebe své rodiče nebo jejich zástupce,
- děti a rodiče mají právo být informováni způsobem odpovídajícím jejich věku a úrovni chápání. Měla by být činěna opatření ke zmírnění fyzického a emočního stresu,

- děti mají být ošetřovány spolu s dětmi, se kterými mají stejné vývojové potřeby a nemají být přijímány na oddělení dospělých. Pro návštěvníky dětských oddělení by neměla platit žádná omezení, pokud se týká věku,
- o děti má pečovat personál, jehož vzdělání a zkušenosti mu umožňují reagovat na fyzické, emoční a vývojové potřeby dětí a jejich rodin,
- s dětmi má být zacházeno s taktem a pochopením a jejich soukromí má být respektováno“ (2).

1.3 Práce zdravotní sestry v gynekologii dětí a dospívajících

Přístup k dětem je specifický sám o sobě, natož v takové oblasti, jako je gynekologie. Odvíjí se od věku pacientky a komunikace je vedená především s rodiči. Důležitá je psychická i fyzická příprava pacientky, odběr rodinné i osobní anamnézy a asistence lékaři při vyšetření.

V každém věku je nutné především získat důvěru pacientky a rodičů, vyslechnout je, odpovídat na všechny dotazy a mít s nimi trpělivost. Při vyšetření je třeba klidem a laskavostí zaujmout pozornost dítěte, které s námi většinou bojuje díky velkému strachu z vyšetření, nového prostředí a navíc se stydí.

Hlavním problémem, na který narážíme, jsou obavy maminek, abychom vyšetřením dítě nepoškodili (např. nezbavili panenství).

Nejčastějšími problémy dětského věku jsou různá výtoková onemocnění, vulvitida, bolesti v podbříšku a později i menstruační obtíže. V případě potřeby si sestra promluví s rodiči o správných hygienických návycích (5, 8, 10).

2 Anatomie reprodukčních orgánů ženy

Rodidla dělíme na zevní, která jsou uložena na dolním pólu trupu a vnitřní, které mají své místo v pánevním prostoru. K reprodukčním orgánům přiřazujeme i prsy (4).

2.1 Zevní rodidla

Zevní rodidla tvoří hrma (mons pubis), velké stydké pysky (labia maiora pudendi), malé stydké pysky (labia minora pudendi), poštváček (clitoris), poševní předsíň (vestibulum vaginae), panenská blána (hymen) a hráz (perineum).

Hrmu (mons pubis) tvoří tuková vrstva zpevněná vazivem, kterou kryje kůže. Je to vyklenutí tvaru malého polštářku nad dolní částí podbřišku a před stydkou sponou. U dospělé ženy je hrma ochlupená.

Velké stydké pysky (labia maiora pudendi) jsou kožní valy, které vychází z hrmy. Vzadu jsou spojeny zadní komisurou. U dospělé ženy je kožní kryt více pigmentovaný a mírně pokryt ochlupením. Kůže na vnitřních plochách má slizniční charakter. Stydké pysky na sebe naléhají ve střední čáře a tím tvoří stydkou štěrbinu (rima pudendi), pokud je od sebe oddálíme, uvidíme ostatní části zevních rodidel. V zadní třetině velkých stydkých pysků jsou uloženy glandulae vestibulares maiores Bartholini, což jsou žlázy o velikosti hrachu s vývodem v rýze mezi malými stydkými pysky a panenskou blánou.

Malé stydké pysky (labia minora pudendi) jsou kožní řasy tvořené elastickým vazivem a žilní sítí. Jsou kryty jemnou kůží bez ochlupení s početnými žlázkami. Malé stydké pysky se vpředu rozštěpují na dvě raménka. Zevní přechází na horní plochu poštváčku a tvoří praeputium clitoridis (předkožku), a vnitřní raménka přirůstají zesponu k poštváčku jako jeho frenulum clitoridis (uzdička). Dozadu se malé stydké pysky snižují a přejdou do ztracena nebo se spojí a vytvoří jamku poševní předsíně (fossa navicularis).

Poštváček (clitoris) je velký jako malá fazole a je tvořen houbovým tkanivem, které se při pohlavním vzrušení naplní krví a ztopoří se.

Poševní předsíň (vestibulum vaginae) je prostor, který ohraničují malé stydké pysky. Vpředu je zevní ústí močové trubice a pod ním ostium vaginae (poševní vchod), vzadu je prostor poševní předsíně ohraničen zadní komisurou velkých

stydkých pysků.

Panenská blána (hymen) je pevná slizniční řasa, může mít tvar kruhovitý, poloměsíčitý, s jedním nebo více otvory, neúplně uzavírající poševní vchod. Při prvním pohlavním styku dojde k defloraci, okraje panenské blány se roztrhnou na více cípů, může to doprovázet i krvácení. Při porodu dojde k dotrhání zbytku panenské blány a kolem poševního vchodu se vytvoří vroubkovaný lem (carunculae myrtiformes).

Hráz (perineum) je uložena mezi zadní komisurou velkých stydkých pysků a řitním otvorem. Je zhruba 3 až 5 cm vysoká. Tvoří ji přední část řitního svěrače a zevně je zesilována zevním řitním svěračem (musculus sphincter ani externus). Hráz je součástí měkkých porodních cest (4, 10).

2. 2 Vnitřní rodidla

Mezi vnitřní rodidla patří děloha, vaječníky a vejcovody. Zevní a vnitřní rodidla spojuje pochva.

Pochva (vagina) je trubicovitý orgán, dole ústí do poševní předsíně, vzadu nahoře se upíná na střední třetinu děložního hrdla, takže jeho dolní část je v pochvě. Tato část je tak zvaný děložní čípek (portio vaginalis cervicis uteri). Mezi ním a poševními stěnami jsou poševní klenby, mělkí přední, hlubší zadní a dvě postranní. Přední a zadní poševní stěna na sebe naléhá. Poševní stěnu tvoří vazivová a svalová vlákna, díky kterým je stěna poddajná a roztažitelná. Pochvu vystýlá vrstevnatý dlaždicový epitel. Počet vrstev epitelu se mění v závislosti na menstruačním cyklu v období pohlavní zralosti. V období pohlavní zralosti je sliznice krytá tenkou vrstvou mazlavé hmoty, která vzniká transsudací vaginálního a cervikálního hlenu. Pochva dospělé zdravé ženy je za normálních okolností osídlena bacilem mléčného kvašení (*Lactobacillus Döderleini*), jehož působením dojde ke zkvašení glykogenu z odloupaných povrchových buněk poševní sliznice na kyselinu mléčnou.

Děloha (uterus) je dutý svalový orgán tvaru hrušky. U dospělé ženy 8 cm dlouhý, ve fundu 5 cm široký a jeho předozadní průměr je 3 až 4 cm. Děloha je vůči pochvě uložena v anteverzi a k hrdlu je skloněna v anteflexi. Děložní tělo (corpus uteri) tvoří horní objemnější část, děložní hrdlo (cervix uteri) je užší část směřující dolů. Děložní úžina (isthmus uteri) je přechod děložního těla v hrdlo.

Vejcovody (tubae uterinae) jsou párové trubicovité orgány dlouhé 10 až 12 cm odstupující od děložních rohů do stran. Nejužší intramurální část prostupuje děložním rohem, dále pokračuje úzkou istmickou částí a ústí rozšířenou ampulou do břišní dutiny. Stěna vejcovodu je tvořena svalovou vrstvou s možností peristaltického pohybu. Zevně je vejcovod pokryt peritoneem, které vespod tvoří duplikaturu, na níž je vejcovod zavěšen na tak zvaný mesosalpinx. Vejcovodem putuje oplozené vajíčko do dutiny děložní.

Vaječníky (ovaria) jsou párové ovoidní orgány. Jsou zavěšené na peritoneální řase na zadní list širokého vazů pod vejcovodem. Dělohu a vaječník spojuje ligamentum ovarii proprium. Peritoneální řasa (plica suspensoria ovarii) probíhá směrem k pánevní stěně od vaječníku. Peritoneální řasou je vaječník zavěšen na pánevní stěně. Vejcovody a vaječníky zahrnujeme pod společný název děložní adnexa (4, 10).

3 Fyziologie rodidel

Ve fyziologických pochodech ženského organismu jsou zřetelně více vyjádřeny některé základní biologické rytmy než je tomu u muže. Jsou to jednak dlouhodobé rytmy (období života), jednak měsíční rytmy v období zralosti úzce související s generační funkcí (1, 10).

3.1 Novorozenecké a kojenecké období

V tomto období je organismus dítěte ještě pod vlivem mateřských estrogenů. Příliv estrogenů nekončí podvázáním pupečníku, jejich vliv přetrvává na různých tkáních reprodukční soustavy zhruba 6 až 8 týdnů po porodu. Estrogeny způsobují fluor neonatalis (proliferace děložní sliznice s tvorbou hlenu). I poševní epitel může proliferovat, to způsobí rohovatění povrchových buněk, které obsahují glykogen. Někdy pozorujeme zduření mléčné žlázy. Všechny tyto změny můžeme nazvat novorozeneckou hormonální krizí.

Období kojenecké nastává při vymizení dočasných změn způsobených zvýšenou hladinou estrogenů a trvá do konce prvního roku života (1, 4, 10).

3.2 Klidové období – dětství

Klidové období je charakteristické takřka nulovými hladinami estrogenů, proto je v tomto období minimální anatomický rozvoj a funkční klid. Trvá zhruba do 8. roku života a poslední jeho část je kolem 9. roku života a to prepubertální věk (10).

3.3 Období puberty a adolescence

Puberta (odvozeno od latinského pubere - pokrýti se peřím) je přechod z klidového období do období pohlavní zralosti. V tomto období dozrávají sexuální centra v hypotalamu a ovaria začnou tvořit estrogeny. Kolem 11. roku života se začnou postupně formovat prsy, což znamená růst mléčné žlázy, změnu dvorce s bradavkou do kuželovitého tvaru a uložení tuku kolem zvětšeného žlázového parenchymu. Tento celý proces se nazývá telarche. Asi o rok později se rozvíjí pubarche, což je ochlupení na zevních rodidlech a adrenarche – ochlupení v podpažních jamkách. Pubarche a adrenarche se děje částečně i pod vlivem androgenů. Dalším důležitým mezníkem v dospívání dívek je menarche – první krvácení z rodidel, které se dostaví okolo 13. roku života. Toto první krvácení můžeme označit jako pseudomenstruaci, protože

obvykle nedojde ke kompletnímu ovulačnímu cyklu.

Mezi 11. a 13. rokem si můžeme všimnout rychlého tělesného růstu, který ustane kolem 17. roku uzavřením epifyzárních štěrbin dlouhých kostí. Období po menarche se označuje jako adolescence a trvá zhruba do 18. roku života dívky. Na jeho konci je dívka připravena k plnění generační funkce ženy.

V období pohlavní zralosti, které se též nazývá generační nebo reprodukční či fertilní probíhají na pohlavních orgánech ženy čtyřtýdenní cyklicky se opakující změny – sexuální cyklus. V reprodukčním systému probíhá ovariální, endometrální, cervikální, mamární a vaginální cyklus (1, 10).

4 Náhlé příhody břišní v gynekologii

Akutní příhody v gynekologii jsou náhle vzniklé stavy, které se vyznačují rychlým nástupem obvykle uprostřed plného zdraví. Jindy mohou navázat na již probíhající onemocnění. Rychlý průběh těchto akutních stavů vyžaduje neodkladný terapeutický, většinou operační zákrok s následnou intenzivní péčí.

Vzhledem k závažnosti náhlých příhod je nutné brát na vědomí i možnost vzniku šokového stavu a jeho komplikací, jako je například diseminovaná intravaskulární koagulopatie nebo šokové změny v orgánech jako jsou plíce a ledviny a podobně.

Diagnóza náhlé příhody se stanoví na základě zhodnocení anamnézy, klinických příznaků, fyzikálního vyšetření, laboratorních testů a paraklinických vyšetření (rentgen, sonografie, počítačová tomografie, magnetická rezonance a podobně). Současně je nutné zajistit nezbytná opatření k zabezpečení vitálních funkcí a transport do zdravotnického zařízení. Lékař provede diferenciální diagnostiku a poté stanoví terapeutický postup. Při klinickém vyšetření je nutné sledovat celkový stav, úroveň vitálních funkcí, vědomí, schopnost spolupráce, dýchání, zbarvení kůže, činnost uropoetického systému (diuréza, dysurie, hematurie a podobně), činnost trávicího ústrojí, krvácení z rodidel a v neposlední řadě bolest, její lokalizaci a charakter.

Gynekologické náhlé příhody břišní můžeme rozdělit podle klinických symptomů do několika skupin.

Dělení podle klinických symptomů:

1. Poranění zevních rodidel (po pádu, koitu, masturbaci a podobně)
2. Krvácivé příhody – a to krvácení zevní (poranění, abortus a podobně), nebo krvácení vnitřní (mimoděložní těhotenství, ruptura ovariální cesty a podobně)
3. Bolestivé příhody (mezi ně patří torze děložních adnex nebo torze ovariální cesty)
4. Zánětlivé příhody (např. akutní pelveoperitonitis, ruptura pyosalpingu a podobně) (1, 7, 10, 11).

5 Torze děložních adnex

Torze děložních adnex patří mezi nejčastější náhlé příhody břišní gynekologického původu. K torzi děložních adnex může dojít jak u normálních, tak především u patologicky změněných adnex za předpokladu pohyblivé či stopkaté struktury, která se následně otočí a zaškrtní cévní zásobení. Nejčastěji se jedná o ovariální tumor (nejčastěji cysta) nebo hypermobilní zdravá adnexa (1, 7, 10).

5.1 Klinický obraz

Torze probíhá buď pozvolna nebo prudce, kdy dojde zaškrcením cév v cévní stopce k dystrofickým změnám až nekróze. Po otočení cévní stopky se objeví prudké bolesti, nauzea, zvracení, zástava odchodu plynů a stolice, zrychlený nitkovitý tep, chladná a opocená kůže. Může dojít až k rozvoji šokového stavu. Jestliže dojde k ruptuře cysty ovaria s krvácením do dutiny břišní připomíná klinický obraz prasklé mimoděložní těhotenství.

U dětí nebývá počáteční fáze tak dramatická, příznaky mohou být mírnější. To často způsobí pozdní transport do nemocnice a tím pádem i pozdní léčbu, což má většinou nepříznivé důsledky jako je např. nutnost radikálního operačního výkonu - adnexektomie (1, 7, 10).

5.2 Diagnostika

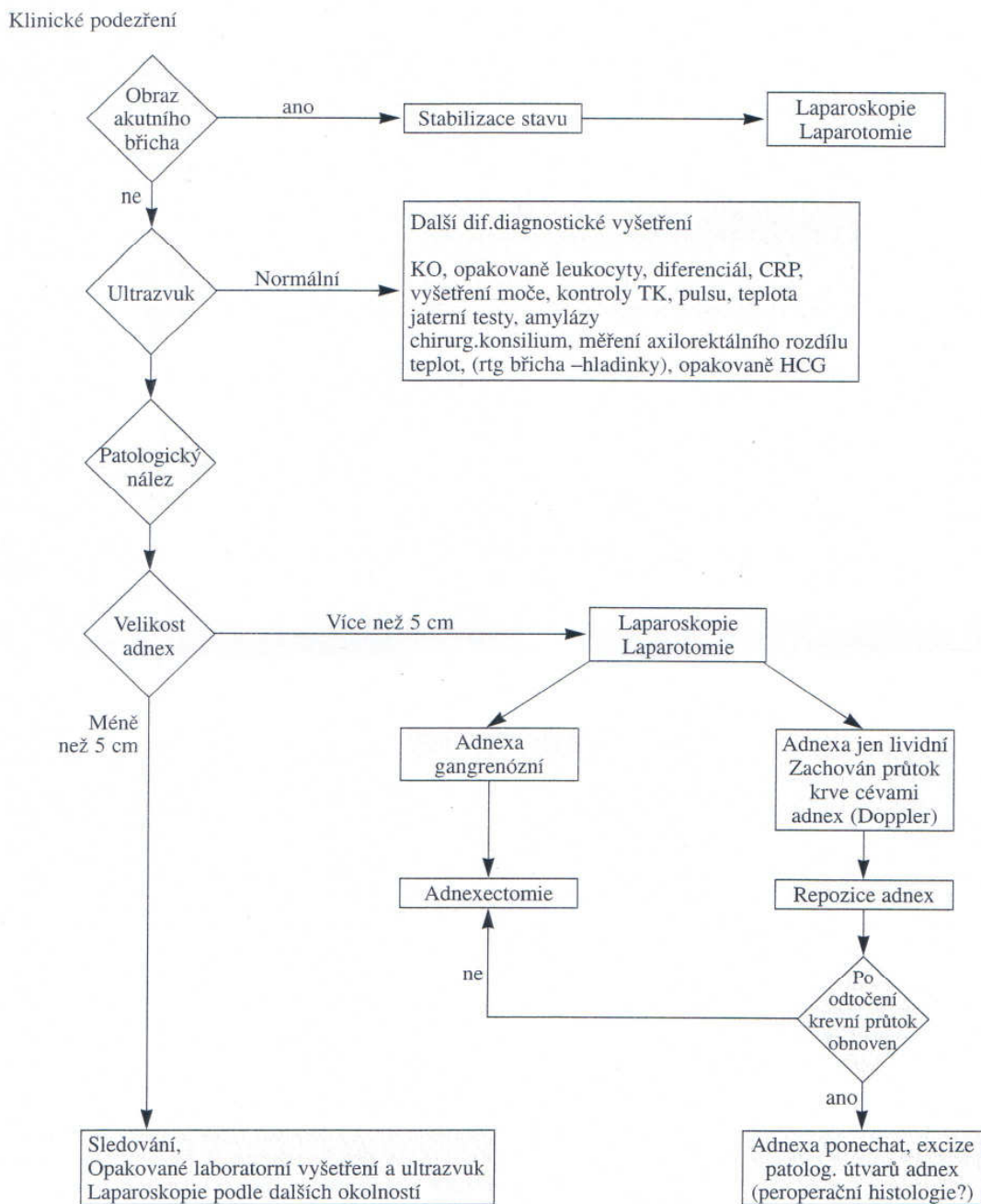
Diagnóza se stanoví na základě anamnézy, klinického vyšetření a laboratorních výsledků. Při fyzikálním vyšetření zjistíme vzedmuté břicho s velkou palpační bolestivostí v podbříšku. Je přítomna i defense musculaire (napětí břišních svalů vzniklé při dráždění pobříšnice). Vyšetřením per vaginam nebo per rectum nahmatáme bolestivou rezistenci vedle dělohy. Konečnou diagnózu můžeme potvrdit pomocí sonografického vyšetření.

Diferenciální diagnózou může být apendicitis, adnexitis, absces adnex, mimoděložní těhotenství, ruptura ovariální cysty (1, 10).

5.3 Terapie

Léčba je ve velké většině případů chirurgická. Laparoskopie je v současné době metodou volby, která rovněž potvrdí definitivní diagnózu. Snahou je vždy zachovat generační a hormonální funkce vaječníku. V závažných případech je nutné provést radikální adnexektomii. V příznivých případech se provádí derotace adnex nebo pouze parciální resekce ovaria (10).

Schéma diagnostického a léčebného postupu (13).



6 Gynekologicko – chirurgická péče

Pokud je torze adnex řešena operační cestou, přistupuje se v dnešní době nejčastěji k endoskopické metodě – laparoskopii.

Laparoskopickou technikou je možné provádět některé operační výkony, jako jsou např. parciální resekce ovaria, adnexektomie nebo reposice adnex. Výkon probíhá v celkové anestezii.

Laparoskopie má několik fází. Po trojfázové dezinfekci kůže břicha, zarouškování operačního pole, zavedení Veresovy jehly do dutiny břišní a insuflaci vzduchu (založení pneumoperitonea), se z incize kůže v oblasti pupeční jizvy zavede trokar, jimž se zasune laparoskop do dutiny břišní. Operační nástroje se do dutiny břišní zavádí zvláštními vpichy v podbříšku (1, 7, 12).

6.1 Předoperační vyšetření

Mezi základní předoperační vyšetření patří vyšetření kardiovaskulárního systému (fyzikální vyšetření, RTG srdce, EKG), vyšetření respiračního systému (fyzikální vyšetření, RTG plic), vyšetření moče (biochemicky i mikroskopicky), vyšetření krve (FW, KO, CRP, skupinová příslušnost v ABO a Rh systému, krvácivost, srážlivost, protrombinový komplex, celkový biochemismus, BWR, HIV u rizikových skupin), vyšetření a závěrečné posouzení internistou.

Rozsah předoperačního vyšetření je dán naléhavostí operace a specifikou onemocnění (3, 7).

6.2 Předoperační příprava

Operačnímu zákroku musí předcházet předoperační příprava. Její rozsah je závislý na onemocnění, které k indikaci operace vedlo, na druhu operačního výkonu (rozsahu, obtížnosti, míře zátěže), celkovém klinickém a laboratorním nálezů, přítomnosti vedlejších chorob a tělesné a duševní kondici pacientky. Předoperační přípravu dělíme na přípravu celkovou (somatická, psychická a sociální), místní (příprava operačního pole), obecná (tělesná čistota, lačnost), speciální (zvláštnosti a specifické problémy pacientky) a bezprostřední (úkony prováděné 24 hod. před výkonem, vč. premedikace).

Součástí předoperační přípravy je i „písemný souhlas“ pacientky s operačním výkonem (6, 7, 13).

6.3 Pooperační péče

Pacientka je následujících 24 hodin pod stálou kontrolou na jednotce intenzivní péče. Sleduje se celkový stav a fyziologické funkce. Dále se kontroluje kanyla – její průchodnost a funkčnost, dren – množství a barva sekretu, jeho funkčnost a podtlak, permanentní močový katetr, nasogastrická sonda, diuréza a bilance tekutin a v neposlední řadě krvácení a stav rány (7, 11).

7 Praktická část podle M. Gordonové

7.1 Identifikační údaje

Iniciály: Z. L.

Datum narození: 20. 12. 1995

Věk: 13 let

Zdravotní pojišťovna: 111 (Všeobecná pojišťovna)

Bydliště: Praha

Vzdělání: žákyně základní školy

Kontaktní osoba: matka L. B.

7.2 Anamnéza

Nynější onemocnění (NO):

Pacientka byla přijata na doporučení svého obvodního gynekologa pro pobolívání břicha a podbřišku, hlavně při pohybu, ráno dvakrát zvracela. Zjištěna cysta ovaria, která se postupně zvětšuje. Jiné potíže neudává. Pacientka byla uložena na oddělení konzervativní gynekologie k dalším vyšetřením.

Osobní anamnéza (OA):

Bežná dětská onemocnění, operace: 0, úrazy: 0, transfuze: 0.

Gynekologická anamnéza (GA):

Menarche: 12 let, cyklus: 28-30/ 5, pravidelný, nebolestivý, PM: 30. 1. 2009.
Porody: 0, spont. abort.: 0, sectio caesara: 0, UPT: 0, mimoděložní těhotenství: 0.
Hormonální antikoncepce: 0, hormonální terapie: 0, lokální estrogeny: 0.

Farmakologická anamnéza (FA):

Xyzal 5mg (antihistaminikum) při obtížích 0-0-1 tbl.

Alergická anamnéza (AA):

Koně, pyly (lehká polinóza).

Rodinná anamnéza (RA):

Bezvýznamná.

Sociální anamnéza (SA):

Pacientka je žákyně základní školy. Žijě v bytě s matkou a jejím manželem, rodiče se rozvedli.

Abusus:

Alkohol: 0, kouření: 0, návykové látky: 0, káva: 0.

7.3 Status praesens

Krevní tlak (TK): 120/70, tepová frekvence (TF): 68/minuta, tělesná teplota (TT): 36,9 °C, hmotnost: 63 kg, výška: 170 cm, Body mass index (BMI): 21,8 (normální váha).

Pacientka je při vědomí, orientovaná, spolupracuje, hydratace v normě, kardiopulmonálně kompenzovaná, dýchá volně, afebrilní. Břicho měkké, volně prohmatné, bez hmatné rezistence, peristaltika přítomna, dolní končetiny bez otoků a známek zánětu. Bez zjevných známek jiného onemocnění, traumatu nebo malignity.

Gynekologický nález: sekundární pohlavní znaky; vaginoskopie: v pochvě přítomnost sekretu, překrvená sliznice, děložní hrdlo je normálního tvaru, hymen neporušen.

Vyšetření per rectum: hmatná pubertální děloha v anteverziflexi a v sinistropozici, k ní přiléhá spíše nepohyblivá lehce bolestivá cystická rezistence cca 6 cm, vpravo bez patologických změn.

7.4 Vyšetření

Laboratorní vyšetření:

Biochemie:

Natrium 140 mmol/l; Kalium 4,6 mmol/l; Chlór 104 mmol/l; AST 0,36 ukat/l; ALT 0,30 ukat/l; bilirubin 18 umol/l; Urea 3,1 mmol/l; Krea 51 umol/l; CRP 0,7 mg/l

Hematologie, krevní obraz:

Erytrocyty $5,84 \cdot 10^{12}/l$; hemoglobin 14,1 g/l; hematokrit 42,6; leukocyty $11,2 \cdot 10^9/l$; trombocyty $365 \cdot 10^9$; Quick 115,4; APTT 31,4. Sedimentace (FW) 12/39

HCG neg.; AFP neg.

Onkologické markery:

CA 125; CA 72-4

Moč:

Specifická hmotnost 1020 kg/m^3

pH 5,5; bílkovina +

Ultrazvukové vyšetření:

Děloha v antevertexflexi, 77 x 39 x 29 mm, z dělohy je patrné pouze hrdlo a ovarium vlevo 36 x 18 mm, volná tekutina v malé pánvi není zobrazena. Možná diagnóza: cysta ovaria, adnextumor.

Kardiologické konzilium:

Mírný prolaps mitrální chlopně, hemodynamicky nevýznamný.

7.5 Ošetrovatelská péče při hospitalizaci pacientky

1. den – 11. 2. 2009

Přijetí pacientky na oddělení konzervativní gynekologie Gynekologicko-porodnické kliniky 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Fakultní nemocnice Motol na doporučení obvodního lékaře. Po vyšetření (anamnéza, fyzikální vyšetření, gynekologické vyšetření, vaginoskopie, laboratorní vyšetření, sono břicha) byla pacientka uložena na pokoj a v přítomnosti matky poučena o průběhu další léčby. Pacientce byl doporučen klid na lůžku, dieta bez omezení. Stěžuje si na bolesti břicha, naordinovány léky na bolest (Dicloream 50 mg supp. rect. při bolesti - antiflogistikum, max. 3 x denně, Tralgit 50 mg – analgetikum při bolesti) a na nauzeu, zvracení (Degan 10 mg/2ml – antiemetikum, max. 3x denně po 8 hodinách).

17. 00 – měření teploty, komunikace s pacientkou.

19. 00 – večerní lékařská vizita.

21. 00 – kontrola celkového stavu pacientky. Noční klid.

2. den – 12. 2. 2009

6. 00 – měření teploty, ranní hygiena. Pacientka si žádá léky na bolest (Diclorem 50 mg).

7. 00 – lékařská vizita, měření fyziologických funkcí (krevní tlak, pulz, dech).

11. 00 – pacientka se již cítí lépe, léky na bolest jí pomohly, močí spont., břicho měkké, nebolestivé, afebrilní, normotenzní, nekrvácí, nešpiní. Komunikace s pacientkou, kontrola celkového stavu. Klid na lůžku.

17. 00 – měření teploty, komunikace s pacientkou, má strach z nemocnice a výkonu co ji čeká, odpoledne ji potěšila návštěva maminky.

19. 00 – večerní lékařská vizita.

23. 00 – pacientka si žádá léky na tišení bolesti (Tralgit 50 mg 1 amp i.m.), dnes již nezvrací. Noční klid.

3. den – 13. 2. 2009

6. 00 – měření teploty, ranní hygiena.

7. 00 – lékařská vizita, měření fyziologických funkcí (krevní tlak, pulz, dech).

11. 00 – pacientka zatím nežádá léky na bolest, bez potíží, nezvrací, nauzeu nemá, nekrvácí, nešpiní, břicho klidné. Zítřka kardiologické konzilium. Komunikace s pacientkou, kontrola celkového stavu. Klid na lůžku.

17. 00 – měření teploty.

19. 00 – večerní lékařská vizita.

21. 00 – kontrola celkového stavu pacientky, komunikace, dnes bez léku na tišení bolesti. Noční klid.

4. den – 14. 2. 2009

6. 00 – měření teploty, ranní hygiena.

7. 00 – lékařská vizita, měření fyziologických funkcí (krevní tlak, pulz, dech).

11. 00 – dnes kardiologické konzilium, není nutná speciální příprava na vyšetření.

Závěr kardiologického konzilia: mírný prolaps mitralis, hemodynamicky nevýznamný. Pacientka se cítí dobře, bolesti nemá, břicho měkké, nebolestivé, kompenzována. Kontrola celkového stavu. Klid na lůžku.

17.00 – měření teploty, komunikace s pacientkou.

19. 00 – večerní lékařská vizita.

21. 00 – kontrola celkového stavu pacientky, komunikace, pacientka si žádá lék na tišení bolesti (Diclorem 50 mg). Klid na lůžku.

5. den – 15. 2. 2009

6. 00 – měření teploty, ranní hygiena.

7. 00 – lékařská vizita, měření fyziologických funkcí (krevní tlak, pulz, dech).

11. 00 – pacientka nežádá léky na bolest, i přes mírné pobolívání v podbříšku, břicho měkké, afebrilní. Zítra ARO konzilium před plánovanou laparoskopií na den 17. 2. 2009. Kontrola celkového stavu.

17. 00 – měření teploty, komunikace s pacientkou, má strach z operace, návštěva maminky ji uklidnila.

19. 00 - večerní lékařská vizita.

21. 00 – kontrola celkového stavu pacientky. Noční klid.

6. den – 16. 2. 2009

6. 00 – měření teploty, ranní hygiena.

7. 00 – lékařská vizita, měření fyziologických funkcí (krevní tlak, pulz, dech).

11. 00 – kontrola celkového stavu, pacientka se cítí lépe, pociťuje jen mírnou bolest břicha, léky na tišení bolesti nežádá, afebrilní, kompenzovaná.

13. 00 – ARO konzilium, dnes ve 14. 00 a 17. 00 očistné klyzma, odpoledne jen tekutiny, od půlnocní lační, Oxazepam 10 mg per os (anxiolitikum) ve 22.00, zítra 17. 2. 2009 v 6. 00.

14. 00 – vysvětlí výkonu, aplikace očistného klyzmatu

17. 00 – aplikace očistného klyzmatu, oholení. Měření teploty, kontrola stavu pacientky.

19. 00 - večerní lékařská vizita.

21. 00 – kontrola celkového stavu pacientky. Noční klid.

22. 00 – podán Oxazepam 10 mg per os.

7. den – 17. 2. 2009 – operační den

6. 00 - měření teploty, ranní hygiena. Podán Oxazepam 10 mg per os. Zavedena i.v. kanylka na levou horní končetinu, aplikace infúze Ringerova roztoku 1000 ml i.v. (250 ml/hod), Amoksiklav 1,2 g (antibiotika) k výkonu i.v. jednorázově. Bandáže dolních končetin. Zaveden permanentní močový katetr.

7. 00 – lékařská vizita, měření fyziologických funkcí (krevní tlak, pulz, dech). Ordinace lékaře: Degan 10mg při nauze, max. 3 x denně, Hypnogen 10 mg na noc, Tralgit 100 mg i.m. při bolestech po 4 až 6 hodinách, Dicloreum 50 mg supp rect max. 3 x denně při bolesti. Antikoagulační terapie: Fraxiparine 0,3 ml po 24 hodinách vždy ve 20. 00.

8. 00 – laparoskopie – zjištěn ovoidní útvar 8 x 5 x 3 cm vycházející z pravých andex s torzí o 360 stupňů, byla provedena pravostranná adnexektomie, vzorek odeslán k histologickému vyšetření.

Po operačním výkonu: pacientka uložena na jednotku intenzivní péče, měření fyziologických funkcí (TK, P, D 8 x po 15 minutách, 4 x po 30 minutách, dále každou hodinu, saturace každou hodinu, při nižší SO₂ 95% a méně aplikace kyslíku), bandáže dolních končetin, péče o operační ránu.

12. 00 – kontrola celkového stavu pacientky, měření fyziologických funkcí dle ordinace lékaře, pacientka spí.

17. 00 – pacientka si žádá léky na tišení bolesti (Tralgit 100 mg i.m.), kontrola celkového stavu, měření fyziologických funkcí. Návštěva maminky.

19. 00 – večerní lékařská vizita. Fyziologické funkce v normě, pacientka kompenzována. Převaz operační rány, rána klidná, šití klidné. Permanentní močový katetr ex.

20. 00 – podán Fraxiparine 0,3 ml, měření fyziologických funkcí.

21. 00 – kontrola celkového stavu pacientky, měření fyziologických funkcí. Noční klid.

22. 00 – pacientka žádá léky na tišení bolesti (Tralgit 100 mg i.m.)

8. den – 18. 2. 2009

6. 00 – měření teploty a fyziologických funkcí, ranní hygiena, pacientka spont. močí, vstává sama z postele, bandáže dolních končetin ex, kanylka ex.

7. 00 – lékařská vizita, překlád zpět na standartní oddělení konzervativní gynekologie. Pacientka se cítí dobře, pociťuje mírnou bolest v podbřišku, močí

spontánně, větry zatím 0. Sutyry klidné, břicho měkké, prohmatné, dolní končetiny bez známek otoku a zánětu. Převas operační rány. Dnes bujón, zítra kašovitá strava.

11. 00 – kontrola stavu pacientky, pociťuje bolest v podbřišku, ale léky na tišení bolesti zatím odmítá.

17. 00 – měření teploty, podán Tralgit 100 mg i.m.

19. 00 – večerní lékařská vizita.

20. 00 - podán Fraxiparine 0, 3 ml, měření fyziologických funkcí.

21. 00 – kontrola celkového stavu pacientky, noční klid.

9. den – 19. 2. 2009

6. 00 – měření teploty, ranní hygiena.

7. 00 – lékařská vizita, měření fyziologických funkcí (krevní tlak, pulz, dech).
Pacientka se cítí dobře, bolesti mírné, větry +. Zítra podle stavu propuštění do domácího ošetřování. Dnes kašovitá strava.

11. 00 – kontrola stavu pacientky, komunikace s pacientkou.

17. 00 – měření teploty.

19. 00 – večerní lékařská vizita.

20. 00 - podán Fraxiparine 0, 3 ml, měření fyziologických funkcí.

21. 00 – kontrola celkového stavu pacientky, noční klid.

10. den – 20. 2. 2009

6. 00 – měření teploty, ranní hygiena.

7. 00 – lékařská vizita, měření fyziologických funkcí (krevní tlak, pulz, dech).
Pacientka se cítí dobře, bolesti mírné, pouze při pohybech. Dnes propuštění do domácího ošetřování. Kontrola v pondělí 23. 2. 2009 u svého dětského gynekologa, stehy ex za 7 dní.

10. 00 – ukončení hospitalizace, pacientka odchází spolu s matkou do domácího ošetření.

6. 3. 2009

Výsledek histologie: hemoragická nekróza ovaria.

7.6 Ošetrovatelský proces dle M. Gordonové

Anamnéza:

Pacientka Z. L., narozena 20. 12. 1995, hospitalizována na oddělení konzervativní gynekologie na doporučení obvodního lékaře z důvodu pobolívání břicha a podbříšku a zvracení. Pacientka je žákyně základní školy, žije s matkou a jejím manželem v bytě v Praze.

Krevní tlak: 110/60, tep: 64/min. pravidelný, tělesná teplota: 36,7 °C, dech: 18/min. pravidelný, kůže: růžová, léze 0.

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové: 33 bodů (žádné riziko)

Mentální bodový test dle Gaida: 9 bodů

Riziko pádu: 0 bodů

Léky:

Degan 10 mg při nauze (antiemetikum) 1 – 1 – 1, i. m.

Hypnogen 10 mg na noc (hypnotikum) 0 – 0 – 1, per os.

Tralgit 100 mg při bolesti (analgetikum) po 4 – 6 hod., i.m.

Diclorem 50 mg při bolesti (antiflogistikum) 1 – 1 – 1, per rectum.

Fraxiparine 0,3 ml (antikoagulancia) po 24 hod., vždy ve 20.00, s.c.

1. Vnímání zdraví

Pacientka se cítí po operaci lépe, i přesto, že trpí mírnými bolestmi břicha. Svůj zdravotní stav hodnotí jako částečně dobrý, narušený pouze touto operací. I přesto má ještě mírné obavy z dalšího průběhu léčby.

Ošetrovatelský problém: Bolest břicha, strach.

2. Výživa, metabolismus

Výška: 170 cm, hmotnost: 63 kg, BMI: 21,8 (normální váha).

Pacientka se stravuje 4 krát denně, převážně ve školní jídelně. Stravu přijímá per os, forma stravy je nyní tekutá. V běžném životě nemá potíže s přijímáním stravy, nemá žádná dietní omezení. Pitný režim dodržuje, vypije 1,5 – 2 litry tekutin denně.

Ošetrovatelský problém: 0

3. Vylučování – moče, stolice, potu

Pacientka nemá obtíže s vylučováním moče a stolice. Frekvence vylučování stolice je 5 – 6 krát do týdne.

Ošetrovatelský problém: 0

4. Aktivita, cvičení

Pacientka nemá problémy s pohybovou aktivitou, v běžném životě pravidelně cvičí ve škole a odpoledne se spolužáky. Doma bez problému vykonává běžné domácí práce. Nyní má klid na lůžku, ovšem je schopna sama pouze s malou oporou vsát a jít například do koupelny. Pacientka je soběstačná.

Ošetrovatelský problém: Únava po operaci.

5. Spánek, odpočinek

Pacientka spí klidně celou noc, cítí se odpočatá, i přesto dostává léky na spaní (Hypnogen). Necítí se v nemocnici dobře, a proto má problémy s usínáním.

Ošetrovatelský problém: Poruchy spánku.

6. Smyslové vnímání, bolest

Pacientka je plně orientována, její vědomí je jasné, nezastřené, paměť neporušená. Řeč je plynulá. Nepotřebuje kompenzační pomůcky. Bolest břicha je mírná až střední.

Ošetrovatelský problém: Bolest břicha.

7. Sebepojetí

Pacientka je optimistka, většinou se cítí veselá. Nyní má pouze strach z prostředí nemocnice a nepřítomnosti rodičů. Strach a smutek pomáhá odstranit přítomnost matky a kamarádů.

Ošetrovatelský problém: Strach, smutek.

8. Role – mezilidské vztahy

Pacientka bydlí s matkou a jejím manželem, rodiče se rozvedli, ovšem v kontaktu s otcem je pravidelně. Oba rodiče ji v nemocnici navštěvují. Je žákyní základní školy.

Ošetrovatelský problém: 0

9. Sexualita, reprodukční schopnosti

Menarché od 12 let, cyklus 28 – 30/ 5 dnů, pravidelný, nebolestivý.

Ošetrovatelský problém: 0

10. Stresové zátěžové situace

Pacientka se v běžném životě nepotýká se stresovými situacemi. Pouze větší zátěž pro ni znamenal rozvod rodičů a svatba matky, s tím je už smířená. Nyní pro ni znamená stresovou situaci pouze pobyt v nemocnici a její onemocnění.

Ošetrovatelský problém: Stres z onemocnění.

11. Víra, životní hodnoty

Pacientka je nevěřící, nikdy nebyla k víře vedena, ani o tom doposud nepřemýšlela.

Ošetrovatelský problém: 0

12. Jiné

Pacientka zodpověděla všechny dotazy bez větších obtíží. Má strach z pobytu v nemocnici a chybí ji rodiče a kamarádi. Je schopna a ochotna dodržovat všeskerá lékařská doporučení, pokud povedou k jejímu uzdravení.

7.7 Ošetrovatelské diagnózy

Aktuální diagnózy

Bolest akutní v důsledku operační rány projevující se verbalizací problému, podrážděností a vyhledáváním úlevové polohy.

Definice:

Stav, kdy pacientka vnímá a vyjadřuje přítomnost silného a nepříjemného pocitu a nepohodlí.

Cíl:

Zmírnit nebo zcela eliminovat bolest.

Odhalit a odstranit vyvolávající příčinu.

Výsledná kritéria:

Pacientka je klidná a udává snížení bolesti.

Pacientka zná příčinu bolesti.

Intervence:

Zjistí charakter, intenzitu lokalizaci a vyvolávající nebo zhoršující faktory bolesti.

Podávej léky na tišení bolesti dle ordinace lékaře.

Sleduj účinky a nežádoucí účinky podaných léků.

Sleduj fyziologické funkce (puls, krevní tlak, tělesná teplota, dech).

Pouč pacientku o způsobu tlumení bolesti, např. úlevová poloha.

Realizace:

Pacientce jsem podávala léky dle ordinace lékaře a sledovala jejich účinek, měřila jsem a zaznamenávala fyziologické funkce, intenzitu, charakter a lokalizaci bolesti. Poučila jsem pacientku o způsobu mírnění bolesti a úlevových polohách.

Hodnocení:

Pacientka hodnotí bolest jako mírnější, našla úlevovou polohu, která jí vyhovuje a ulevuje od bolesti.

Porucha integrity tkáně v důsledku operační rány projevující se porušením kůže v oblasti břicha.**Definice:**

Stav, při kterém dochází k porušení celistvosti tkáně vlivem např. mechanického poškození (operační zákrok).

Cíl:

Rána se zhojí per primam.

Výsledná kritéria:

Porušená tkáň je zhojena bez známek zánětu.

Pacientka je poučena o péči o ránu.

Intervence:

Kontroluj stav rány a ránu pravidelně ošetřuj.

Pouč pacientku o péči o operační ránu, informuj ji o způsobu hygieny.

Informuj lékaře o možných počínajících známkách infekce.

Realizace:

Pacientce jsem pravidelně ošetřovala operační ránu dle ordínce lékaře. Poučila jsem jí o správné hygieně a péči o ránu, vysvětlila jsem ji možné komplikace na které má v případě jejich výskytu upozornit.

Hodnocení:

Rána se zhojila bez komplikací a známek infekce.

Strach z důvodu hospitalizace a odloučení od rodiny projevující se nervozitou a verbalizací problému.**Definice:**

Strach je subjektivní prožitek vyvolaný ztrátou bezpečí, nedostatkem zkušeností a obavou před něčím konkrétním.

Cíl:

Snížit nebo úplně eliminovat projevy strachu a jeho prožívání.

Výsledná kritéria:

Pacientka zná a uvědomuje si příčiny vyvolávající strach.

Pacientka má dostatek informací o možném řešení situace.

Pacientka nemá somatické projevy strachu.

Intervence:

Zjistí příčiny a zdroje strachu.

Komunikuj s pacientkou a vytvoř prostředí vzájemné důvěry.

Informuj pacientku o možnostech řešení problému.

Realizace:

Komunikovala jsem s pacientkou a nabídla jí možnost mé přítomnosti v nepřítomnosti její matky. Poučila jsem jí o jejím zdravotním stavu.

Hodnocení:

Strach se podařilo zmírnit poučením pacientky a zlepšením jejího zdravotního stavu.

Potencionální diagnózy**Riziko infekce v důsledku zavedení intravenózní kanyly.****Cíl:**

Místo vpichu je bez známek infekce.

Výsledná kritéria:

Pacientka je zná důvod zavedení i.v. kanyly.

Místo vpichu je bez známek infekce.

Intervence:

Informuj pacientku o důvodech zavedení i.v. kanyly.

Pravidelně i.v. kanylu převazuj a ošetřuj dle ošetrovatelských standardů týkajících se i.v. vstupů a aplikace léků.

Informuj pacientku o příznacích počínající infekce.

Místo vpichu pravidelně kontroluj a vše zaznamenávej do dokumentace.

Riziko vstupu infekce v operační ráně.**Cíl:**

Operační rána je bez známek infekce.

Výsledná kritéria:

Infekce nevznikla.

Pacientka zná zásady správné hygieny a prevence vzniku infekce a dodržuje je.

Intervence:

Sleduj stav operační rány.

Dodržuj všechna opatření zamezující vznik infekce – čisté a sterilní pomůcky, jednorázové pomůcky.

Informuj pacientku o projevech infekce a o zásadách péče o operační ránu.

Pravidelně operační ránu převazuj.

Všímej si možných příznaků infekce – zvýšená tělesná teplota, otok, bolest, pocení,

třes.

Podávej léky dle ordinace lékaře.

Nedostatek informací o průběhu léčby.

Cíl:

Pacientka chápe podané informace a rozumí průběhu léčby.

Výsledná kritéria:

Pacientka zná charakteristiku svého onemocnění a dokáže jí sama popsat.

Pacientka zná průběh léčby.

Intervence:

Informuj pacientku o jejím onemocnění a průběhu léčby.

Poskytni jí čas na zpracování podaných informací a dej jí prostor pro otázky.

7.8 Hodnocení ošetrovatelské péče

Pacientka Z. L. byla přijata dne 11. 2. 2009 na oddělení konzervativní gynekologie Gynekologicko-porodnické kliniky 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Fakultní nemocnice Motol pro pobolívání v podbřišku a občasné zvracení. Po odebrání anamnézy, fyzikálním a gynekologickým vyšetřením byla uložena na pokoj. Po podání analgetik dle ordinace lékaře verbalizuje úlevu.

Následující dny se její stav mírně zlepšuje, bolesti nejsou tak časté, zvracení nekuje. Léky na bolest podány max. 2 x denně. Z důvodu plánovaného laparoskopického výkonu na den 17. 2. 2009 byla pacientka odeslána na kardiologické konzilium, kde byl zjištěn mírný prolaps mitrální chlopně, hemodynamicky nevýznamný. Den před operací byla provedena předoperační příprava, pacientka vše dobře snášela, její obavy z operace zmírnila přítomnost matky. V den operace byla zavedena periferní i.v. kanyla a permanentní močový katetr.

Operace proběhla bez komplikací (pravostranná adnexektomie) a pacientka byla na jeden den přijata na jednotku intenzivní péče, kde jí byly pravidelně měřeny fyziologické funkce a podány léky dle ordinace lékaře.

Den po operaci byla zpět přeložena na standartní oddělení, močí spontánně,

periferní žílní kanyla byla odstraněna. Dále byly sledovány fyziologické funkce (TK, P, TT, D, saturace, vyprazdňování moče a stolice) které byly v průběhu hospitalizace v normě. Operační rána byla pravidelně převazována a ošetřována, na konci hospitalizace bez známek infekce. Třetí den po operaci byla pacientka propuštěna do domácího ošetřování. Histologicky zjištěna pouze nekróza ovaria.

Hospitalizace proběhla bez větších komplikací, pacientka spolupracovala. Prognóza je relativně příznivá.

Závěr, návrh pro praxi

Na závěr bych chtěla říci. Jsem velmi ráda za to, jaké téma mé bakalářské práce jsem si zvolila. Zpracování kazuistiky u pacientky s onemocněním torze děložních adnex na oddělení konzervativní gynekologie Gynekologicko-porodnické kliniky 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Fakultní nemocnice Motol je přínosem nejen pro mě, ale pevně doufám, že bude přínosem i pro ostatní, a to jak studenty porodní asistence, tak i porodní asistentky a sestry v praxi.

Ošetrovatelská kazuistika, kterou jsem zpracovala dokazuje jak je důležité nepodceňovat jakékoliv příznaky a při stanovení diagnózy myslet na všechna možná onemocnění.

Pacientka, se kterou jsem při psaní této práce spolupracovala, byla třináctiletá dívka. Velmi dobře spolupracovala a tím mi mou práci značně ulehčila. Jak jsem v textu uvedla, torze děložních adnex má u dětí mírnější průběh a příznaky nejsou tak závažné. Proto často dojde k pozdní léčbě a tím pádem i k jejich nekróze. Potom je nutné je odstranit, tak jako tomu bylo v tomto případě. Pevně věřím v to, že zpracování mého propagačního materiálu, určeného rodičům a dívkám, pomůže a zabrání další pozdní návštěvě lékaře a pozdní léčbě.

Seznam použité literatury

1. CITTERBART, K. aj, *Gynekologie*, 1. vyd, Praha: Galén, 2001, 242 s.
2. ČECHOVÁ, V. aj, *Speciální psychologie*, 4. vyd, Brno: NCO NZO, 2003, 173 s, ISBN 80-7013-386-4.
3. DOENGES, M.; MOORHOUSE, M. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, USA, Colorado: David company, translation Grada Publishing, spol, s.r.o, 2001, ISBN 80-247-0242-8.
4. ELIŠKOVÁ, M.; NAŇKA, O. *Přehled anatomie*, 1. vyd, Praha: Karolinum, 2006, s. 208-219, ISBN 80-246-1216-X.
5. HOŘEJŠÍ, J. *Práce sestry v gynekologii dětí a dospívajících*, Instrumentárka, 1998, roč. 5, č. 1, s. 9-11.
5. FARKAŠOVÁ, D. a kolektiv, *Ošetrovatel'stvo – teória*, Martin: Print, 2001, 133s, ISBN 80-8063-086-0.
6. *Chirurgie*, přednášky Doležal, J. VOŠZ a SZŠ 5. května, Praha, 2006.
7. KOLAŘÍKOVÁ, A. a kolektiv, *Gynekologické ošetrovatel'stvo*, Martin: Osveta, 2000, 133 s, ISBN 80-8063-052-6.
8. KRHOUNKOVÁ, D. *Vaginoskopie*, dostupné na: www.detska-gynekologie.cz.
9. MACKŮ, F.; ČECH, E. *Gynekologie*, 1. vyd, Praha: Informatorium, 2002. 171 s, ISBN 80-7333-001-6.
10. *Ošetrovatel'ství*, přednášky Tošovská, B. VOŠZ a SZŠ 5. května, Praha, 2006.
11. POKORNÝ, J. *Lékařská první pomoc*, 1. vyd, Praha: Galén, 2005, 351 s, ISBN 80-7262-214-5.

12. REPKOVÁ, A. a kolektiv, *Gynekologické ošetrovatel'stvo*, 1.vyd, Martin: Osveta, 138 s, ISBN 80-8063-236-7.

13. TOŠNER, J. *Torse adnex*, *Gynekolog*, 2003, roč. 12, č. 4, s. 166.

Seznam použitých zkratk

AA.....	alergická anamnéza
ARO.....	anesteziologicko-resuscitační oddělení
BMI.....	body mass index
BWR.....	Bordetova-Wassermannova reakce
CRP.....	C-reaktivní protein
D.....	dech
EKG.....	elektrokardiografie
FA.....	farmakologická anamnéza
FW.....	sedimentace erytrocytů
GA.....	gynekologická anamnéza
HIV.....	virus lidské imunodeficiency
i.m.....	intramuskulárně
i.v.....	intravenózně
KO.....	krevní obraz
max.....	maximálně
např.....	například
NO.....	nynější onemocnění
OA.....	osobní anamnéza
PM.....	poslední menstruace
RA.....	rodinná anamnéza
RTG.....	rentgen
SA.....	sociální anamnéza

s.c..... subkutanní
TF..... tepová frekvence
TK..... krevní tlak
TT..... tělní teplota
vč..... včetně

Seznam příloh

Příloha č. 1.....Tabulka č. 1 – Tannerova klasifikace

Příloha č. 2.....Tabulka č. 2 – Vizuální škála bolesti – grafická

Příloha č. 3.....Tabulka č. 3 – Vizuální škála bolesti – verbální

Tabulka č. 1 - Tannerova klasifikace

Vývoj prsů	
M 1	Preadolescentní, jen elevace bradavky (9-10 let)
M 2	Stadium poupěte, elevace dvorce (10-11 let)
M 3	Elevace i s okolím
M 4	Areola i mamila vystupují nad úroveň prsu (12-13 let)
M 5	Areola i mamila jsou v úrovni (13-14 let)

Vývoj pubického ochlupení	
P 1	Žádné
P 2	Nárůst dlouhého světlého rovného ochlupení - pubarché
P 3	Ochlupení je tmavší, hrubší, více vlnité
P 4	Ochlupení jako u dospělých, pouze na menší ploše
P 5	Adultní ženy – horizontální ohraničení

Tabulka č. 2 - Vizuální škála bolesti – grafická

Pacient na deseticentimetrové úsečce označí, kam by zařadil svou bolest z hlediska její síly od 0 ("žádná bolest") do 10 ("nejhorší bolest, jakou si dovede představit").

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

Tabulka č. 3 – Vizuální škála bolesti – verbální

0	žádná bolest
1	mírná bolest
2	středně silná bolest
3	velmi silná bolest
4	krutá bolest
5	nesnesitelná bolest