

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S VARIXY

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ELIŠKA KEREKOVÁ

PRAHA 2009

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S VARIXY

Bakalářská práce

ELIŠKA KEREKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.

PRAHA 5

Vedoucí práce: Mgr. Marie Vlachová

Stupeň kvalifikace: Bakalář
Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce 2009-03-31
Datum obhajoby:

Praha 2009

PROHLÁŠENÍ

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

Praha 31. března 2009

.....

ABSTRAKT

KEREKOVÁ, Eliška. *Ošetrovatelský proces u pacienta s varixy*. Praha 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická o.p.s.. Bakalář v ošetrovatelství. Školitel: Mgr. Marie Vlachová.

Bakalářská práce se zabývá problematikou klienta s varixy na dolních končetinách.

Teoretická část bakalářské práce se zaměřuje na anatomii a fyziologii hlubokého a povrchového systému žil dolních končetin. Také jsou zde uvedeny vyšetřovací metody, klinický obraz a terapie varixů dolních končetin.

V praktické části práce jsou uvedeny detailní informace o klientovi, který trpěl varixy a podstoupil plánované operační odstranění žilních městků. Informace o klientovi jsou získávány pomocí systému sběru informací dle Marjory Gordon. Nosnou částí práce je plán ošetrovatelské péče, který rozebírá jednotlivé ošetrovatelské diagnózy.

Data získaná za zdravotnické dokumentace jsou v bakalářské práci uvedena se souhlasem klienta.

Klíčová slova: varixy, dolní končetiny, operační řešení, žilní městky,
„křečové žíly“

ABSTRAKT V ANGLICKÉM JAZYCE

KEREKOVÁ, Eliška. *The nursing process of the patient with varicose veins*. Praha 2009. Bachelor work. Vysoká škola zdravotnická o.p.s.. Školitel: Mgr. Marie Vlachová.

My bachelor work deals with problems with varicose veins on lower limbs.

My bachelor work has a theoretical part. This part is focused on anatomy and physiology of the deep and surface vein system. You can read the chapter about the investigation methods, clinical manifestation and medical treatment of the varicose veins there.

I have elaborated the information about the patient suffering from the varicose veins in the practical part of my bachelor work. He came to the hospital owing to an operation. Surgeons removed all his extensive varicose veins on his lower limbs. I get the information about the patient according to the system of Marjory Gordon. The main part of my bachelor work elaborates the nursing process. I read all documentation with the patient's permission.

Key words: varicose veins, lower limbs, operation.

PŘEDMLUVA

Onemocnění žilními městky je typické pro obyvatele vyspělých zemí světa a souvisí se životním stylem a pracovním zařazením. Protože mnoho lidí nežije zdravě a v mnoha případech ani jejich práce není pro prevenci vzniku varixů ideální, setkávám se s lidmi trpícími žilními městky velmi často. Právě zkušenosti získané nejen během vykonávání praxe v nemocnici, ale i v osobním životě při kontaktu s lidmi trpícími varixy, byly hlavním důvodem výběru tématu.

Pro zaznamenání informací od klienta jsem postupovala dle systému sběru informací dle Marjory Gordon. Tento systém záznamu dat považuji za velice praktický. Dobře se s ním pracuje, je jasný a stručný.

Veškeré informace jsem čerpala z odborné literatury uvedené v kapitole seznam literatury. Praxi, kde jsem se seznámila s klientem, jehož případ jsem ve své práci zpracovala, jsem vykonávala na chirurgickém oddělení Fakultní nemocnice v Motole.

Práce je určena studentům oboru ošetrovatelství, kteří se o problematiku varixů zajímají.

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Marii Vlachvé za podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracovávání mé bakalářské práce.

SAZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

VSM – vena saphena magna

VSP – vena saphena parva

DIB – distální insuficientní bod

PIB – proximální insuficientní bod

CVI – chronická venózní insuficience

ICHDK – ischemická choroba dolních končetin

i.v. – intravenózní

PŽK – periferní žilní katetr

Obsah

ÚVOD	10
1 TEORETICKÁ ČÁST	
1.1 HISTORIE LÉČBY ONEMOCNĚNÍ ŽILNÍHO SYSTÉMU DOLNÍCH KONČETIN	11
1.2 ANATOMIE ŽILNÍHO SYSTÉMU DOLNÍCH KONČETIN.....	12
1.2.1 Povrchový žilní systém	12
1.2.2 Spojkový systém žil dolních končetin.....	12
1.2.3 Hluboký žilní systém.....	13
1.2.4 Chlopně žil dolních končetin.....	13
1.3 FYZIOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE ŽILNÍHO SYSTÉMU DOLNÍCH KONČETIN	14
1.3.1 Primární varixy.....	15
1.3.2 Sekundární varixy	15
1.4 EPIDEMIOLOGIE VARIXŮ DOLNÍCH KONČETIN	16
1.5 VYŠETŘOVACÍ METODY	17
1.5.1 Inspekce.....	17
1.5.2 Palpace	17
1.5.3 Funkční testy	17
1.5.4 Ultrazvukové vyšetření.....	18
1.5.5 Pletyzmografie	18
1.5.6 Flebografie	19
1.6 KLINICKÝ OBRAZ VARIXŮ DOLNÍCH KONČETIN	20
1.7 LÉČBA VARIXŮ DOLNÍCH KONČETIN	23
1.7.1 Režimová léčba	23
1.7.2 Antistatická cvičení	23
1.7.3 Fyzikální léčba	23
1.7.4 Kompresivní terapie	24
1.7.5 Medikamentózní terapie	26
1.7.6 Kompresivní skleroterapie	27
1.7.7 Terapie laserem	28
1.7.8 Chirurgická léčba	28

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 ZÁZNAM INFORMACÍ Z ROZHOVORU S PACIENTEM	30
2.1.1 Vnímání zdraví, snaha o udržení zdraví.....	30
2.1.2 Výživa a metabolismus	31
2.1.3 Vylučování	31
2.1.4 Aktivita – cvičení	32
2.1.5 Spánek – odpočinek	32
2.1.6 Vnímání (citlivost) - poznávání.....	33
2.1.7 Sebepojetí – sebeúcta	33
2.1.8 Role mezilidské vztahy	34
2.1.9 Sexualita – reprodukční schopnost.....	34
2.1.10 Stres – tolerance, zvládání.....	34
2.1.11 Víra/přesvědčení – životní hodnoty	34
2.2 ZÁZNAM FYZIKÁLNÍHO (SCREENINGOVÉHO) VYŠETŘENÍ SESTROU	35
2.3 ANALÝZA ZÍSKANÝCH INFORMACÍ.....	37
2.4 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	38
2.4.1 Akutní bolest 00132	39
2.4.2 Deficit sebepéče při hygieně 00108	40
2.4.3 Deficit sebepéče při vyprazdňování 00110	41
2.4.4 Zhoršená pohyblivost 00085	42
2.4.5 Porušený spánek 00095	43
2.4.6 Porušená kožní integrita 00046	44
2.4.7 Riziko infekce 00004	45
2.4.8 Deficitní znalost v oblasti pooperační péče a pooperačního režimu 00126.....	46
2.5 EDUKACE PACIENTA	46
ZÁVĚR.....	49
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	50
SEZNAM PŘÍLOH	52

ÚVOD

Námětem mé bakalářské práce jsou městky žil dolních končetin. Problémy s varixy trpí 25% populace mezi 30.–70. rokem života. S přibývajícím věkem se výskyt zvyšuje až na 70%. V mém okolí je mnoho lidí, kteří trpí varixy. Zkušenosti s touto problematikou byly hlavním impulzem, který mě přivedl k nápadu zabývat se žilními městky podrobněji.

Jedna z prvních informací, kterou jsem se o tzv. křečových žilách dozvěděla mne velice zaujala. Byla to informace o výskytu. Varixy postihují obyvatele vyspělých zemí, zejména ty jedince, kteří mají „sedavé“ zaměstnání a trpí obezitou. Žilní městky postihují více ženy a na jejich vzniku se podílí i dědičnost.

Česká republika patří mezi vyspělé země. Stále více lidí v práci dlouho stojí nebo sedí. Obezita, jako důsledek nevhodného životního stylu, je jednou z vážných hrozeb lidstva. Podílí se na vzniku mnoha zdravotních komplikací a má vliv na vznik varixů.

Problematika varixů není „mrtvé téma“, týká se mnoha lidí, mnoha lidí v mém okolí. Toto je hlavním důvodem výběru tématu mé bakalářské práce.

1.1 HISTORIE LÉČBY ONEMOCNĚNÍ ŽILNÍHO SYSTÉMU DOLNÍCH KONČETIN

O rozšířených žilách se zmiňuje již **Ebesův** papyrus asi z roku 1550 př. n. l. Historie léčby žilních městků sahá až do Hippokratových dob. **Hippokrates** (460 až 377 př. n. l.) užíval kompresivní obvaz a ve svém díle „De vulneribus“ doporučoval křečové žíly propichovat. Všiml si také, že se varixy neobjeví před pubertou a že jsou některé národy postiženy častěji.

Chirurgickou léčbu popisuje nelékař **Aulus Cornelius Celsus** (asi 25 př. n. l. až 50 n. l.) v díle „De medicina“. Píše, že nemocné žíly se buď odstraní žhavým železem, nebo se vyříznou.

Plutarchos (asi 50-120 n. l.) popisuje kazuistiku římského konzula **Caua Maria**, který si nechal operovat varixy. Operace byla provedena bez anestezie, byly nutné četné incize k odstranění varixů. **Marius** vydržel řezání i odstraňování varixů bez ucuknutí. Když se však chirurg chystal operovat i na druhé končetině, **Marius** odmítl s tím, že bolest je větší než přínos operace.

Řek **Claudius Galen** (asi 131-200) popisuje nejen operaci varixů, ale i kompresivní obvaz, který se má přikládat.

V 17. století přesně popisuje operaci varixů **Johannes Scultetus Ulmensis** (1595-1640) ve svém díle „Armamentarium chirurgicum“. Operační techniku se naučil od svého učitele **Hadriana Spighelia** v Padově. **Fabricius de Aquapedente** (1537-1619) varixy podvazoval, a to vždy nad a pod varixem.

Popis jednotlivých operačních postupů předkládá v roce 1867 **Adolf von Bardeleben**, který jako jeden z prvních zavedl do praxe operaci popsanou **Trendelenburgem**.

Trendelenburg (1844-1924) zveřejnil v roce 1891 práci „Ueber die Unterbindung der Vena saphena magna bei Unterschnkelvaricen“, ve které shrnul své zkušenosti s operační metodou řešení varixů.

Sklerotizace byla odmítnuta chirurgickým kongresem v Lyonu v roce 1894 a znovu zavedena **Sicardem** v roce 1911. Ve stejnou dobu prováděl sklerotizaci i **Paul Linser**. Oba si při léčbě syfilidy salvarsanem všimli, že intravenózní injekce sklerotizující žíly na končetinách. Toho využili k léčbě varixů, a proto jsou považováni za otce moderní sklerotizace. (Herman, 2003)

1.2 ANATOMIE ŽILNÍHO SYSTÉMU DOLNÍCH KONČETIN

Žilní systém dolních končetin se skládá z povrchového, spojkového a z hlubokého žilního systému.

1.2.1 Povrchový žilní systém

Povrchový žilní systém je tvořen žilami vena saphena magna (dále jen VSM) a vena saphena parva (dále jen VSP). Jejich počátkem je rete venosum plantare a rete venosum dorsale pedis. Rete venosum plantare (příloha č. 1) je podkožní síť chodidla, má spojení a odtok do rete venosum dorsale pedis (příloha č. 2).

V. saphena magna začíná před vnitřním kotníkem, probíhá směrem kraniálním po ventromediální ploše bérce, za mediálním epikondylem kosti stehenní a dále po ventromediální ploše stehna (příloha č. 3). Proniká přes fascii v hiatus safenus a vlévá se do v. femoralis (příloha č. 4). Na svém počátku má VSM průměr 3-5 mm, v místě ústí do v. femoralis 4-6 mm, celkem má 6-14 chlopní. Na stehně přibírá v. saphena accessoria medialis (v. posteriomedialis) a v. saphena accessoria lateralis (v. anterolateralis). Zejména v. saphena accesoria často vytváří velké varixy, které se sbíhají po anterolaterální straně stehna přes koleno až na bérec. VSM před svým ústím do v. femoralis přijímá v. pudenda externa, v. epigastrica superficialis a v. circumflexa ilium superficialis (příloha č. 5). Vyústění těchto vén nebývá konstantní a přehlédnutí jejich uspořádání během operačního řešení může být příčinou recidivy.

V. saphena parva začíná za zevním kotníkem, probíhá po zadní straně bérce a v jeho proximální části proniká přes popliteální fascii a vlévá se do v. poplitea (příloha č.7). Fascii proráží v různé výši, to ovšem nijak neovlivňuje rozmístění varixů v jejím průběhu, které často bývají právě v oblasti její horní části. VSP mívá 5 chlopní, v místě ústí má průměr 2-3mm. (Herman, 2003)

1.2.2 Spojkový systém žil dolních končetin

Perforující žily spojují povrchový, epifasciální, a hluboký, subfasciální, venózní systém a prostupují fascií. Obecně se udává, že asi 20 % krve z dolní

končetiny odtéká povrchovými žilami a 80 % hlubokými žilami. Perforátorů je nejvíce na mediální straně bérce, jejich typické umístění je na vertikále probíhající asi 1,5-2cm za vnitřním kotníkem (příloha č. 6). (Čihák, 1997)

Direktní spojky – přímé - spojují přímo povrchový a hluboký žilní systém. Spojky vedou krev z povrchového žilního systému do v. femoralis, v. poplitea, vv. tibiales anteriores et posteriores, vv. fibulares.

Indirektní spojky – nepřímé – vedou krev přes žíly svalů lýtka a stehna.

1.2.3 Hluboký žilní systém

Hluboké žíly dolní končetiny provázejí stejnojmenné tepny, na noze a bérce jsou zdvojené a navzájem spojené plexem vén. U distálního konce m. popliteus se hluboké žíly bérce spojují a vytvářejí v. poplitea (příloha č. 8). V. poplitea mívá 2-3 chlopně a ústí do ní v. saphena parva. Místo, kde ústí VSP není konstantní.

1.2.4 Chlopně žil dolních končetin

Žíly všech tří systémů mají chlopně, které zajišťují jednosměrný tok krve, fungují-li správně. Chlopně mají dva košíčky, které jsou v oblasti nohy orientovány tak, že umožňují tok krve z hloubky k povrchu, na bérce jsou však orientovány obráceně. Chlopně se nacházejí ve všech vénách distálně od v. iliaca communis, více jich je v hlubokém než v povrchovém žilním systému, rovněž směrem periferním jich přibývá. Nejvíce chlopní je v bércových vénách (7-19). Téměř všechny perforátory mají chlopně, pravidelná je také přítomnost chlopně v místě ústí do sběrné vény. Chlopně umožňují tok krve směrem k srdci a brání toku opačnému. (Herman, 2003)

1.3 FYZIOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE ŽILNÍHO SYSTÉMU DOLNÍCH KONČETIN

Ačkoli se zdá, že hlavní funkce žil dolních končetin je jen pasivní transport krve k srdci, pravdou je, že žilní systém je hemodynamicky daleko aktivnější a složitější než systém tepenný. Žíly nejen, že transportují krev zpět k srdci, ale také regulují tělesnou teplotu, balancují srdeční výdej a jsou rezervoárem krve.

Díky struktuře své stěny, vyznačující se tenkostěnností a elasticitou, mají žíly unikátní schopnost dilatace a konstriktce. Tyto vlastnosti dovolují vénám plnit nejen zmíněný komplex funkcí, ale také umožňují velké změny krevního objemu s malými změnami tlaku.

Povrchové a hluboké žíly spolu s perforátory tvoří jednotný funkční systém. Hluboký žilní systém odvádí krev ze svalů a hlubokých struktur bérce a stehna. Chlopně v hlubokých žilách umožňují tok krve směrem k srdci a po rozpětí brání toku opačnému. Spojky mezi hlubokým a povrchovým systémem jsou odpovědné za odtok krve z povrchového systému do hlubokého. Chlopně spojek brání přeplňování povrchového systému.

Žilní návrat ovlivňují tyto mechanismy:

- a) srdeční činnost – působí efektem vis a tergo (přenesení systoly levé komory na vény cestou kapilár) a vis a fronte (nasávací efekt pravé srdeční síně)
- b) dýchání - při inspiriu vzniká negativní nitrohruční tlak, který potencuje nasávací efekt srdeční činnosti
- c) gravitace
- d) žilně-svalová pumpa – vypuzuje krev při systole centrálním směrem, díky stlačení hlubokých žil a intramuskulárních sinusů mezi pevnými strukturami, jako jsou fascie a kostní klenba.

Varixy se dělí na *primární* a *sekundární*. U primárních varixů je hluboký žilní systém neporušený, ale sekundární varixy vznikají jako komplikace onemocnění hlubokých žil. (Herman, 2003)

1.3.1 Primární varixy

Příčina primárních varixů je nejasná. Jedná se o multifaktoriální onemocnění, přičemž významnou roli hrají genetické faktory. Díky vrozené méněcennosti pojivové tkáně žilní stěny dochází k jejímu oslabení, dilataci a následné insuficienci chlopní. Vzniká reflux krve do povrchových žil a jeho přeplňováním dochází k další dilataci. Krev v dilatovaných žilách stagnuje, navíc vázne zpětná resorpce vody z intersticia. Trvá-li tento stav déle, selhávají kompenzační mechanismy lymfatického systému a vzniká edém. Vedle vzniku edému zapříčiňuje porucha mikrocirkulace nedostatečný přísun kyslíku a hromadění metabolitů v kůži a podkoží, postupně se vyvíjejí trofické změny charakterizované vznikem zánětlivě ischemických ulcerací - bérceových vředů - *ulcus cruris venosum* (příloha č. 14).

Důvody a mechanismy žilní dilatace nejsou zcela objasněny. Vyšetření elektronovým mikroskopem potvrzuje degeneraci stěny varikózní žíly. Je velmi pravděpodobné, že dochází ke kombinaci dědičných dispozic a postnatálních faktorů. (Lepší, 2003)

1.3.2 Sekundární varixy

Sekundární varixy vznikají jako důsledek poškození nebo uzávěru hlubokého žilního systému a perforátorů. Příčinou bývá nejčastěji trombóza. Postupně sice dojde k rekanalizaci, destrukce chlopní hlubokých žil i perforátorů je však trvalá. Následná chronická žilní insuficience je příčinou refluxu do povrchového žilního systému, který ještě zesiluje při zapojení žilně svalové pumpy. Tok krve v žilách ztrácí svůj směr z periferie do centra a krev se neefektivně přelévá mezi hlubokým a povrchovým žilním systémem. Dochází k chronickému přeplňování povrchového i hlubokého žilního systému, k jeho dilataci a vzniku varikozit.

Chronická žilní insuficience mnohdy přechází až do stadia ulcerací. (Herman, 2003)

1.4 EPIDEMIOLOGIE VARIXŮ DOLNÍCH KONČETIN

Varixy dolních končetin jsou jedním z nejrozšířenějších onemocnění, vyskytujících se ve vyspělých zemích na celém světě. Varixy patří mezi choroby, které postihují pouze lidskou populaci, u zvířat se vůbec nevyskytují. Je velmi pravděpodobné, že vznik tohoto onemocnění souvisí se vzpřímeným držením těla.

Na vzniku varixů se podílí mnoho faktorů, vedle dědičnosti, i věk a pohlaví. S přibývajícím věkem stoupá i výskyt varixů. Za významný rizikový faktor se považuje právě ženské pohlaví. Ženy jsou žilními městky postiženy mnohokrát častěji než muži. Na vzniku varixů u žen má nemalý podíl také těhotenství se svými hormonálními vlivy – díky estrogenům klesá tonus hladkého svalstva. Jako další nezanedbatelný faktor je uváděno pracovní zařazení – žilními městky trpí častěji lidé, kteří v zaměstnání stojí.

Na vzniku varikozit se podílí i geografické vlivy. Varixy přicházejí s moderní civilizací. Jejich prevalence je velice nízká např. v Africe. (Herman, 2003)

1.5 VYŠETŘOVACÍ METODY

1.5.1 Inspekce

Při inspekci se pacient vyšetřuje vždy vestoje a svlečený. Je nutné důkladně prohlédnout obě dolní končetiny, zepředu i zezadu, od třísla až po nohy. Hodnotí se typ a rozsah varixů, pigmentace a barva kůže.

1.5.2 Palpace

Palpací se vyšetřuje celý průběh VSM, VSP a oblasti výskytu perforátorů.

1.5.3 Funkční testy

Testů je mnoho a není třeba je provádět všechny, bohužel nejsou zcela spolehlivé.

- funkční testy:

Test zakašláním (Tomayer)

Provádí se u stojícího nemocného, vyšetřující vyhmatá VSM u vstupu do v. femoralis v třísle a pacient zakašle. Při insuficienci chlopní je patrný reflux.

Schwarcův test

U stojícího pacienta se poklepe na VSM v oblasti pod třísem, je-li insuficientní, je možno detekovat prsty druhé ruky vlny na VSM nad kolenem. (Příloha č.9, obr. č. 1)

Trendelenburgův test

Pacientovi se elevuje končetina a po vyprázdnění žil se stehno stáhne gumovým obinadlem. Pacient se postaví a po povolení obinadla je možné pozorovat naplnění varixů shora, což svědčí pro inkompetenci VSM. Následně se test opakuje, ale po postavení pacienta necháme obinadlo utažené. Naplní-li se varixy, svědčí to pro inkompetenci spojek VSP.

Modifikovaný Trendelenburgův test

Ležícímu nemocnému se elevuje natažená dolní končetina, po vyprázdnění žil se pod třísla, nad a pod koleno naloží škrtidlo, pak se pacient postaví. Naplní-li se varixy do 30 vteřin, je to známka insuficience perforátorů. Pak se uvolní škrtidlo pod kolenem. Naplnění varixů je známkou insuficience VSP. Naplní-li se varixy po uvolnění škrtidla nad kolenem, svědčí to pro

insuficienci spojky na stehně. Nakonec se uvolní nejvýše naložené škrtidlo. Náplň varixů je známka inkompetence ústí VSM (příloha č.9, obr. 2).

Perthesův test

U stojícího pacienta zavážeme gumové obinadlo na stehno nebo na bérec pod kolenem a necháme ho dvě minuty chodit. Je-li hluboký žilní systém průchodný a perforátory kompetentní, městky vymizí.

Prattův test

U ležícího pacienta se vyprázdní elevací končetiny žíly a po zaškrcení ústí VSM škrtidlem se přiloží elastické obinadlo od špiček prstů až do třísla. Pacient se postaví a při ponechaném škrtidle se postupně snímá obinadlo. V místě insuficietního perforátoru dojde k vyklenutí. Obinadlo se odmotává dále směrem distálním, pátrá se po dalších insuficietních perforátorech. (Herman, 2003)

1.5.4 Ultrazvukové vyšetření

Ultrazvukové vyšetření má zásadní význam. Postupně nahradilo klasické funkční testy a rentgenovou kontrastní venografií. Jeho předností je vedle přesné diagnostiky a opakovatelnosti vyšetření, také nízká zátěž pro pacienta.

Ultrazvukový přístroj dává obraz jednotlivých žilních úseků v různé hloubce tkáně. Při vybavení přístroje tzv. „Dopplerem“ je možné hodnotit i proudění krve. Proudění je vidět jako barevně odlišený tok uvnitř cévy. Ostatní struktury jsou zobrazeny černobíle. Při vyšetření lze také hodnotit šíři žilního lumen, kompresibilitu žilního lumen, jeho obsah, průchodnost žíly, funkci žilních chlopní a funkci perforátorů.

S rozvojem technologie došlo ke zkvalitnění sonografických přístrojů. 3D ultrasonografie umožňuje lepší zobrazení a tím urychlení diagnostiky. (Lepší, 2003)

1.5.5 Pletyzmografie

Pletyzmografie je neinvazivní vyšetřovací metoda. Jejím principem je registrace odraženého infračerveného záření vyslaného sondou do kůže a podkoží. Tato metoda se využívá k posouzení funkce žilně-svalové pumpy.

Pacient během vyšetření provádí plantární a dorzální flexe v hlezenním kloubu, přístroj registruje změny volumu jak v průběhu cvičení, tak i po něm.

Během cvičení dojde u zdravého člověka k vyprázdnění žil, čímž dochází ke zmenšení objemu končetiny. Po ukončení cvičení se objem končetiny znovu obnovuje tak, jak se plní žíly. U zdravého člověka je doba potřebná k náplni žil delší než 20 sekund, u pacientů s žilní inkompetencí způsobí žilní reflux rychlejší plnění, čas potřebný k náplni žil je kratší než 20 sekund.

1.5.6 Flebografie

Flebografie je invazivní vyšetřovací metoda využívající kontrastní látku, čímž vystavuje pacienta rentgenovému záření. Při ascendentní flebografii je možné sledovat tok krve z končetiny, při descendentní pak reflux. Je-li kontrastní látka aplikována do varixu, jedná se o varikografii.

Flebografie podává přesný anatomický obraz zobrazeného žilního řečiště, popřípadě lokalizuje trombózu, dokáže určit její rozsah, zobrazuje kolaterální oběh a perforátory. Do nástupu ultrasonografie byla flebografie hlavní vyšetřovací metodou, ale v současnosti je na ústupu. (Herman, 2003)

1.6 KLINICKÝ OBRAZ VARIXŮ DOLNÍCH KONČETIN

K příznakům žilních městků patří krom **viditelných varikozit** ještě **bolesti, křeče, snadná únavnost končetin, pocit těžkých nohou** a v pokročilých stádiích také **perimaleolární otok**. Otok není bolestivý, neomezuje v pohyblivost hlezenního kloubu, na pohmat je měkký a lze v něm prstem vytlačit důlek. Patrné jsou i **kožní změny**. Kůže ztrácí svoji pružnost, je tvrdá, vyhlazená, lesklá a málo pohyblivá vůči podkladu. Mění se i její zbarvení, je poseta světle až tmavě hnědými drobnými tečkami, které místy splývají ve větší plošky.

Dalším obtěžujícím projevem varixů dolních končetin je **ekzém a dermatitida**. Kůže je nadměrně zranitelná. Ekzémy nejvíce postihují pigmentované plochy, ale i kůži v průběhu varikozit. Postižená místa pacienta svědí, což vede ke škrábání. Škrábáním narušený kožní povrch je pak predispozicí k infekci, hlavně zlatým stafylokokem.

Příznaky doprovázející varixy se zhoršují během dne i roku, svého maxima dosahují navečer a v letních měsících. Potíže se obvykle dostaví po delším stání nebo sezení. Ke zvýraznění obtíží může také dojít u žen v období menzes. Intenzita subjektivních obtíží nemusí vždy korelovat s velikostí varixů.

Pacienti často zaujímají úlevovou polohu s elevovanými dolními končetinami, ulehčení také přináší chlad a komprese.

Jak již bylo zmíněno, rozlišují se varixy primární a sekundární. Primární varixy bývají nejprve pouze kosmetickou závadou. Jejich typickým projevem je pocit tíže v nohách a výše popsané obtíže.

U sekundárních varixů dochází daleko rychleji ke kožním změnám a edému vedoucímu k ulceraci. Otok bývá u sekundárních žilních městků těžšího stupně a sahá často až na dolní část stehna. (Lepší, 2003)

Dále rozlišujeme několik typů varixů:

Metličky

Jsou dilatované intradermální žíly. Mohou být lineární, větvené, pavoučkovité, papulární (příloha č.10). Pro pacienta jsou především kosmetickou obtíží, mohou ale být i bolestivé. Metličky jsou buď tmavomodré, palpovatelné, široké většinou kolem 1mm, nebo červené, jemné, o průměru kolem 0,1mm.

Retikulární varixy

Jsou síťovité varixy, uložené subdermálně, obtěžující pacienta spíše jen kosmeticky.

Kmenové varixy

Jsou vinuté, vakovitě rozšířené povrchové žíly, lokalizované v průběhu kmenových vén (VSM/VSP), tj. na ventromediální ploše stehna a bérce a na dorzální straně lýtko (příloha č.15). V počátečních stádiích jsou klinicky nevýznamné, v pokročilejších mohou však tvořit prosté tubulární varixy a po sléze pak velké uzly.

Při kmenové insuficienci se rozlišuje proximální a distální insuficientní bod. V distálním insuficientním bodu je funkční chlopeň a varikózní úsek žíly přechází do suficientního. Přímo nad touto funkční chlopní se nachází ústí varikózní větve (příloha č.11).

Insuficience kmene VSM

Dle lokalizace distálního insuficientního bodu je možné rozčlenit kmenové varixy VSM do čtyř stádií:

1. stadium – distální insuficientní bod (dále jen DIB) se nachází v třísle,
2. stadium : DIB se nachází v oblasti stehna,
3. stadium : DIB se nachází v oblasti bérce,
4. stadium : DIB se nachází na noze (příloha č.12).

Při kompletní kmenové insuficienci se nachází proximální insuficientní bod (dále jen PIB) v třísle. Ale může být lokalizován kdekoli jinde v průběhu VSM.

Insuficience kmene VSP

Onemocnění mívá pozvolnější průběh než při postižení VSM, nakonec ale vede také k dekompenzaci a rozvoji dermatologické symptomatologie. Podle lokalizace distálního insuficientního bodu lze rozlišit tři stádia:

1. stadium : DIB se nachází ve fossa poplitea,
2. stadium : DIB se nachází na lýtku,
3. stadium : kmenové varixy dosahují až k noze (příloha č.13).

Nekmenové varixy

Nekmenové varixy jsou ty, které vycházejí z větví VSM/VSP. Zejména se jedná o v. saphena accessoria medialis et lateralis (příloha č.16), v. arcuata anterior (příloha č.17) et posterior.

Insuficientní perforátory

Perforátory spojují povrchový a hluboký žilní systém. Jejich postižení se vyskytuje většinou spolu s jinými typy varixů nebo s postižením hlubokého žilního systému. (Herman, 2003)

Typy varixů dolních končetin:

Metličky	0,1 – 1,0 mm intradermální žilní plexus
Retikulární varixy	1,0 – 4,0 mm subdermální žilní plexus
Kmenové varixy	VSM a/ nebo VSP
Nekmenové varixy	větve VSM / VSP
Insuficientní perforátory	různé lokalizace

1.7 LÉČBA VARIXŮ DOLNÍCH KONČETIN

Všechny metody léčby varixů dolních končetin jsou léčebnými metodami paliativními, nikoli etiologickými.

1.7.1 Režimová léčba

Životní styl je faktor, který ovlivňuje budoucí vývoj žilní nedostatečnosti dolních končetin. Pohybová aktivita má velmi prospěšný vliv na žilní systém dolních končetin a ovlivňuje příznivě i subjektivní potíže nemocných. Mezi vhodné pohybové aktivity patří chůze, vykonávaná během nejběžnějších denních činností, např. během cesty do zaměstnání, dále pak plavání, jízda na kole, jogging, běh na lyžích, míčové hry, akvagymnastika, tanec, golf.

V zaměstnání i doma by se pacient s varixy měl vyhnout dlouhodobému sezení či stání. Dlouhé cesty autem by měl pravidelně po 50 minutách alespoň na 10 minut přerušit. Velmi prospěšná je také elevace dolních končetin a to nejen během sledování televize nebo četby, ale i během nočního odpočinku, o 15cm v úhlu 10 stupňů. Doporučovány jsou též studené, až ledové obklady či aplikace studené vody na konci koupele.

1.7.2 Antistatická cvičení

Antistatické cvičení je sada cviků, kterou by měl pacient s varixy provádět pravidelně 2x denně – vždy ráno a večer.

1.7.3 Fyzikální léčba

Manuální masáž

Manuální masáž podporuje cirkulaci krve v končetinách. Význam manuální masáže pro léčbu varixů dolních končetin není doposud zcela objasněn, její efekt je, bohužel, dočasný.

Lymfatická drenáž

Lymfatická drenáž je specifický druh masáže. Jde o jemné masírování v průběhu mízních cév, které je užitečné v případech pokročilé žilní nedostatečnosti. Léčba musí být vždy doplněna nošením elastických kompresivních punčoch vyšší kompresní třídy (viz. dále). (Lepší, 2003)

1.7.4 Kompresivní terapie

Efekt kompresivní terapie spočívá ve zlepšení funkce žilně-svalové pumpy a lymfatické drenáže. Hlavním důvodem selhání žilně-svalové pumpy je chlopenní inkompetence. Inkompetentní chlopně se mohou stát kompetentními přiblížením svých cípů, právě při působení zevního tlaku. Účinnost kompresivní terapie závisí na základní chorobě, vyvinutém tlaku, poloze těla a kompresivním materiálu.

Po předchozí úspěšné terapii stabilizuje zevní komprese dosažený stav bez otoku a mnohdy i bez bolesti, a to i při zátěži. Po prodělání hluboké žilní trombózy je tendence ke vzniku otoků a k trofickým změnám. Avšak správně aplikovaná kompresní terapie dokáže zabránit vzniku těchto projevů chronické venózní insuficience. Kompresní terapie zamezuje vzniku večerních otoků a pocitu těžkých nohou u pacientů s lehkým postižením žilního systému dolních končetin a v graviditě. Kompresivní léčba obinadly i punčochami je mnohem účinnější, pokud pacient chodí.

Kompresivní terapie je indikována po operaci varixů na přibližně 4-6 týdnů. Pacienti s nekomplikovanými varikózními žilami kontinuální kompresivní léčbu nepotřebují. Ta je indikována jen za zvláštních podmínek jako jsou těhotenství nebo nadměrná zátěž stáním či sezením.

Kompresivní terapie není vhodná u akutních stavů, ekzémů, u mokvavých dermatóz, infekcí, dekompenzované srdeční insuficience, diabetické mikroangiopatie a při současném výrazném postižení tepenného systému.

Indikace kompresivních punčoch:

Indikace	Třída			
	I.	II.	III.	IV.
Pocit těžkých nohou	+	-	-	-
Gravidita	+	+	-	-
Statický edém	-	+	-	-
Kompresie po sklerotizaci a po operaci	-	+	-	-
Večerní otoky	-	+	-	-
Povrchní flebitis	-	+	-	-
Varixy s insuficientními perforátory	-	+	+	-
Posttrombotický syndrom	-	-	+	-
Lymfedém	-	-	+	-

Punčochy jsou vyráběny v několika velikostech, mohou být lýtkové, polostehenní, stehenní, punčochové kalhoty a punčochové kalhoty těhotenské.

Kompresivní punčochy jsou vyráběny ve čtyřech třídách, které se liší stupněm komprese. Podle závažnosti postižení žilního systému se předepisují punčochy různé třídy. (Herman, 2003)

Definice tříd:

Třída	Tlak kPa	mmHg	Třída	Tlak kPa	mmHg
I.	2,45-2,80	18-21	III.	4,85-6,20	36-46
II.	3,35-4,30	25-32	IV.	nad 7,8	nad 59

Kompresivní obvaz musí sahat od prstů až do proximální části stehna a zakrývat i celou patu. Obvaz se přikládá při dorzální flexi v hlezenním kloubu. Nesmí pacientovi způsobovat otlaky, zářezy ani bolest.

Správně přiložený obvaz má největší kompresi v oblasti hlezna, směrem proximálním komprese klesá. Používáme více obinadel šíře 8-10 cm, širší obinadlo je neforemné, užší se zařezává. Kompresivní obvaz se přikládá ráno na lůžku a sejmem se až večer opět na lůžku.

Historie kompresivní terapie

Bandážování končetin je velmi starým léčebným prostředkem. Znali a používali ho již staří Egypťané a **Hippokrates**. Jako obvazový materiál užívali plátěné obvazy napuštěné hojivými pryskyřicemi nebo vytvářeli obvazy z vosku. **Giovanni Michele Savonarola** v 15. století popsal poprvé přikládání bandáže směrem od okrajových částí končetiny centrálně. **Fabricio d'Aquapendente** v 16.-17. uvedl do léčení šňěrovací punčochy vyrobené ze psí kůže. **Ch. A. Theden**, hlavní chirurg pruského krále Bedřicha Velikého, patřil mezi velké propagátory bandážování jako terapie křečových žil, nechal k sobě sešívát jednotlivé otočky obinadla.

Objev gumy a její zpracování tkalcovským stavem v 19. století dal základ pro výrobu elastických obinadel a punčoch. Nejstarší byla lepící obinadla vyrobená z náplasti. Počátkem 20. století byl zaveden zinkoklihoový obvaz, následovala pružná kreповá obinadla z bavlny a vlněné příze a nepružná obinadla vyrobená z flanelu. Poslední desetiletí znamenala významný přínos ke zvýšení kvality těchto výrobků. Použití polyamidu a polyuretanu dodává těmto materiálům výrazně lepší pružnost a přizpůsobivost. (Herman, 2003)

1.7.5 Medikamentózní terapie

Medikamentózní terapie venoaktivními preparáty je indikována u pacientů, kteří nemohou podstoupit léčbu chirurgickou nebo současně s ní. Jedná se o léčbu podpůrnou. Příznaky onemocnění žilního systému se mohou u žen objevit pouze v období menstruace nebo se v tomto období zhoršují. To je další indikace venoaktivních preparátů.

Venoaktivní preparáty zvyšují tonus žilní stěny, snižují aktivitu leukocytů, viskozitu krve a zvyšují lymfatickou drenáž.

V širším pojetí sem také patří antikoagulancia, analgetika antiflogistika a diuretika.

Mezi nejvíce užívané farmaceutické výrobky patří např.: Aescin, Ascorutin, Anavenol, Cilkanol, Detralex, Ginkor fort, Glyvenol, Reparil, Venorutol, Antistax, aj.

Venoaktivní léky mohou vést ke zlepšení stavu, zásadní postavení má ale léčba chirurgická. (Lepší, 2003)

1.7.6 Kompresivní skleroterapie

Kompresivní skleroterapie je efektivní metoda v léčbě varixů, spočívá v injekční aplikaci sklerotizačního roztoku přímo do vény. Je to rychlá metoda, která nevyžaduje hospitalizaci ani pracovní neschopnost a dá se opakovat.

Foam sklerotizace je aplikace sklerotizační látky ve formě pěny. Výhodou pěny je delší působení agens na žilní stěnu, než je tomu u běžného roztoku, který se rychle odplaví. Roztok ve formě pěny má také větší objem, tím se snižuje množství potřebné ke sklerotizaci. Aplikaci je možné sledovat ultrazvukem, protože pěnový sklerotizační roztok je částečně echogenní.

Po aplikaci se přikládá na sklerotizovanou venu longeta a následně kompresivní obvaz. Doporučuje se komprese na dobu 6 týdnů. Pacient by měl mít přiměřenou pohybovou aktivitu.

Kompresivní skleroterapie je indikována k odstranění subjektivních potíží, zabránění komplikacím a z kosmetických důvodů. Kontraindikována je při alergii na sklerotizační látku, hluboké žilní trombóze, celkové nebo místní infekci, kritické ischemii dolních končetin, otocích dolních končetin, nemožnosti přiložit kompresivní obvaz, imobilitě pacienta, hyperkoagulabilitě (deficit proteinu C a S) a v graviditě.

Cílem sklerotizace je chemické poškození žilní stěny a její následná fibrotizace. Toto toxické působení není specifické jen na žilní stěnu, ale může poškodit i okolní struktury. Dochází k tomu zejména při aplikaci sklerotizační látky paravenózně nebo dokonce intraarteriálně. Komplikace však mohou nastat i při intravenózní aplikaci, závisí to na množství a koncentraci roztoku. Komplikace sklerotizace jsou bolest v místě aplikace sklerotizačního roztoku, povrchní flebitis, nekróza, pigmentace, dysestezie, hypestezie, intraarteriální aplikace, alergická reakce na sklerotizační roztok, hluboká žilní trombóza a embolizace do a. pulmonalis jsou komplikace velmi vzácné.

Malé varixy (retikulární varixy)

V léčbě retikulárních varixů má sklerotizace dominantní postavení. Indikace je většinou kosmetická.

Velké nekmenové varixy (perforátory, varixy z povodí přítoků VSM a VSP a recidivující varixy)

Sklerotizace je indikována až po důkladném vyšetření, zejména u recidivujících varixů.

Kmenové varixy VSM

Není jednotný názor, zda kmenové varixy sklerotizovat či operovat. Sklerotizace kmenových varixů má, bohužel, mnohem vyšší procento recidivy než léčba chirurgická.

1.7.7 Terapie laserem

Tato metoda je výhodná v jednoznačném cílení výkonu pouze na viditelné a opticky jednoznačně definovatelné patologie, bez postižení okolních struktur. Jedná se o bezkontaktní ošetření bez nutnosti narušení kožní integrity (příloha č.18). Nevýhodou je zejména nízká penetrace.

1.7.8 Chirurgická léčba

Cílem chirurgické léčby je přerušení patologického refluxu v epifasciálním žilním systému, případně také přerušení inkompetentních perforátorů a inkompetentních žilních úseků. Toho musí být dosaženo co možná nejméně invazivně při respektování kosmetického hlediska (příloha č.19).

Indikace chirurgické léčby:

- subjektivní potíže nemocného,
- předejití komplikacím varixů,
- kosmetické hledisko.

Kontraindikace chirurgické léčby:

- akutní hluboká žilní trombóza,
- zánětlivý proces kůže dolních končetin,
- gravidita,
- věk nad 70 let,
- těžké aterotrombotické změny tepen dolních končetin.

V literatuře je popsáno mnoho postupů chirurgické léčby. Jedná se např. o tzv. striping VSM, VSP, invaginační striping, perforační invaginační striping, endoskopická mobilizace VSM, flebektomie z miniincizí, kryochirurgie u operací povrchového žilního systému, chirurgicky se také řeší perforátory a hluboký žilní systém.

Před operací je pacientovi oholena celá operovaná končetina až k oblasti třísla. Poté operátor stojícímu pacientovi nesmývatelnou tužkou označí varixy (příloha č.20), protože v horizontální poloze na operačním stole dojde k vyprázdnění vén a ty již nebudou vidět. U žen se doporučuje vysadit několik týdnů před operací hormonální antikoncepci z obavy před vznikem flebotrombózy pro obsah estrogenů.

Komplikace chirurgické terapie:

Perioperační komplikace:

Krvácení z větví VSM a VSP doprovází striping.

Poranění velkých cév – dochází k němu nejčastěji při preparaci VSM. Je poraněna sama VSM nebo jiné femorální cévy, častěji vény.

Pooperační komplikace:

Hematomy se nejčastěji vyskytují v průběhu VSM. Malé hematomy se vstřebají u velkých však vzniká riziko jejich infekce.

Neurologické komplikace jsou nejčastěji parestazie na ventromediální ploše stehna, způsobené poraněním n. saphenus.

Tromboflebitida může postihnout část kmene VSM a VSP.

Flebotrombóza a plicní embolie - jejich incidence je však nízká. (Herman, 2003)

2.1 ZÁZNAM INFORMACÍ Z ROZHOVORU S PACIENTEM

Pan K.J., 64 let, přišel k operačnímu řešení varixů na obou dolních končetinách. Pacient byl hospitalizován od pondělí 28.7.2008 do pátku 1.8.2008. Dne 29.7.2008 mu byly operačně odstraněny varixy na obou dolních končetinách. Informace jsem získávala v průběhu celé jeho hospitalizace. Při získávání dat o „svém“ klientovi jsem postupovala dle systému sběru informací dle M. Gordon (příloha č.24)

2.1.1 Vnímání zdraví, snaha o udržení zdraví

Pacient považuje svůj zdravotní stav za velice dobrý, cítí se dobře. O odstranění varixů začal přemýšlet, jak sám uvádí, spíše z estetických důvodů, kvůli přítelkyni.

Nejprve navštívil svého obvodního lékaře, aby se s ním dohodl na dalším postupu. Obvodní lékař mu vzhledem k jeho věku doporučil podstoupit operační řešení co nejdříve. Také ho varoval před možnými pozdějšími komplikacemi (bércovými vředy), které by mohly nastat v případě, že by se nedal operovat. Nakonec varování před možnými komplikacemi napomohlo rozhodnutí operaci podstoupit.

Pan K.J. nikdy vážněji nestonal ani neměl úraz. *„Když jsem ještě pracoval, neměl jsem příliš času na sport, ale jakmile to jen šlo, hýbal jsem se. Také jsem nikdy nekouřil a nemám rád tučné. Myslím, že díky tomuto životnímu stylu nemám zdravotní problémy.“*

Pan K.J. je v důchodu, dříve podnikal se synem – vedl obchod se sportovním zbožím. Dodnes v případě potřeby synovi vypomáhá. Je rozvedený, v současné době žije s přítelkyní v bytě v Praze 6 v panelovém domě.

Ve volném čase se rád věnuje četbě, jízdě na kole, v zimě lyžování, rád chodí na procházky, s kamarády si občas zahraje fotbal, miluje cestování.

Pan K.J. byl zdravý, vážněji nestonal. Nepřihodil se mu vážnější úraz, pouze před lety měl zlomenou nohu – nehoda při sportu. Pacient nebere žádné léky, nemá alergii, nikdy nekouřil, matka měla varixy na dolních končetinách.

Pacient po dobu pobytu v nemocnici dodržoval všechna doporučení, která mu byla dána. Vždy dodržoval léčebný režim.

2.1.2 Výživa a metabolismus

Doma se stravuje pan K.J. pravidelně třikrát denně. Udává, že se nepřejídá. Váží 79 kg. Protože je už v důchodu, má více času si jídlo vychutnat. *„Už tak nespěchám, jako když jsem pracoval. Mám spoustu času si jídlo užít. Jím rád. Nejraději mám pořádné maso, jakkoli upravené. Sýry si dávám občas. Zeleninu a ovoce mám nejraději čerstvé. Ryby příliš nemusím, ale občas si je dám, záleží na úpravě. Nesnáším kopr a jídlo z něj uvařené. Mojí největší neřestí je pití dobrého vína, které miluji. Snažím se dodržovat pitný režim, hlavně když sportuji, hodně se potím. Denně vypiji kolem 2 – 2,5 litru tekutin, nejčastěji ve formě ochucených, ale ne příliš sladkých minerálních vod.“*

V den nástupu do nemocnice předepsal lékař panu K.J. dietu číslo 3, tedy racionální. V den operace pacient nic nejedl. Dny po operaci měl opět dietu číslo 3, racionální. Jídlo v nemocnici mu příliš nechutnalo, ale dle svých slov *„to vydrží, když je tu jen na chvíli“*. Jídlo sní v pokoji u stolu. Pije minerální vody, které si kupuje. S polykáním problémy neměl.

Rány se mu vždy hojily dobře, na kůži těla nemá defekty, má vlastní udržovaný chrup, na sále před operací mu byla do levé horní končetiny zavedena i.v. flexila. Na dolních končetinách má několik operačních ran se stehy, které jsou klidné, neprosakují, jsou kryté suchými sterilními čtverci.

2.1.3 Vylučování

Vyprazdňování bez potíží, projímadla neužívá. Na stolici chodí klient pravidelně, vždy ráno. První den po operaci na stolici nebyl, byl až druhý den. Neudával neobvyklou konzistenci nebo barvu výkalů.

V den operace močil na lůžku do močové nádoby. Druhý den po operaci, kdy byl vertikalizován, si byl schopen dojít na WC. Moč dle jeho slov má normální světle žlutou barvu, bez příměsí. Příjem a výdej tekutin se pacientovi neměřil.

Při sportování se obvykle potí, během běžných denních aktivit nadměrné pocení nezaznamenal.

2.1.4 Aktivita – cvičení

Pacient velmi rád a často sportuje, udržuje se tím v kondici. V mládí se věnoval lehké atletice. Zúčastnil se dokonce závodů, kde vynikl v hodu oštěpem. Po odchodu ze střední školy se sportu věnuje pouze jako koníčku. Dokud chodil denně do práce, nezbývalo mu na sport mnoho času. Dnes, když už je v důchodu, může se svým oblíbeným činností více věnovat. Pouze v případě potřeby pomáhá synovi v jeho obchodě. Nikoli pravidelně, jen když ho o to syn požádá.

S přítelkyní často jezdí na výlety na kole, během zimní sezóny lyžují na horách. Pacient šibalsky dodává, že sport dělá velice rád, ale že „*už nemá takovou výdrž, jako když mu bylo dvacet*“. Zná své možnosti, nepřepíná se.

Pan K.J. velice rád cestuje, má rád teplo, slunce, moře a plavání, proto navštěvuje jižní státy.

Během volných chvil čte, baví ho válečná tematika. Pan K.J. se zajímá o veškeré dění, „*má rád přehled*“, kupuje si pravidelně noviny Mladou frontu Dnes, sleduje televizní zpravodajství. V televizi také nevynechá sportovní zpravodajství nebo sportovní přenos. Během jeho pobytu v nemocnici den po operačním výkonu se hrálo důležité fotbalové utkání, pan K.J. se velice živě zajímal o to, zda bude nějakým způsobem možné, aby mohl toto utkání sledovat.

Během prvního dne po operaci nebyl pan K.J. plně soběstačný ve vyprazdňování, používal močovou láhev. Po vertikalizaci byl schopen dojít si na WC, umýt se u umyvadla, napít se. Sledoval také svůj vytoužený fotbalový zápas ve společenské místnosti.

Od prvního pooperačního dne byl opět plně soběstačný v oblasti hygieny, stravování, vyprazdňování a pohybu. Úroveň sebepéče a soběstačnosti je velice dobrá.

2.1.5 Spánek – odpočinek

„Dnes cítím menší potřebu spánku než zamlada. Dřív bych prospal celou noc a ještě odpoledne bych si na chvíli zdřímnul. Dnes si chodím lehnout kolem půlnoci a probouzím se před šestou hodinou. Během dne se snažím nespát, pouze odpočívat. Večer pak nemám problémy s usnutím nebo s probouzením během noci. Léky na spaní jsem nikdy neužíval a ani dnes je

nepotřebuji. Považuji svůj spánek za kvalitní. Sny si bohužel nepamatuji. Před spaním si většinou čtu. Ani tady v nemocnici nemám problémy se spánkem, jen v noci po operaci mě bolely nohy, tak jsem si řekl sestře o lék proti bolesti. Další noc jsem léky už nepotřeboval.“

Pobyt v nemocnici trávil pan K.J. četbou knihy (Rommel, Liška pouště, od Davida Irvinga), četbou novin, odpočinkem a sledováním televize. Čas mu zde příliš neutíkal, spíše se nudil, ale sám říkal, že tu chvilku to vydrží. Nejvíce mu v nemocnici chyběla volnost pohybu, „*možnost kdykoli odejít*“, procházky a soukromí.

2.1.6 Vnímání (citlivost) - poznávání

Pan K.J. slyší dobře, brýle má na čtení i na dálku. K očnímu lékaři nechodí pravidelně, jde k němu vždy, když pocítí změnu ve vidění. Je si vědom toho, že by měl očního lékaře navštěvovat pravidelně.

Nepozoroval vážnější změny paměti, rozhoduje se rychle, sám o sobě si myslí, že má logické uvažování. Orientuje se a odpovídá přiměřeně. Řeč je srozumitelná.

Pacient si nestěžuje na nedostatek informací o svém stavu. Udává, že s ošetřujícím lékařem se mu velice dobře komunikuje a že v případě nejasností se mu vždy dostalo kvalitního vysvětlení.

Po operaci pociťoval pan K.J. bolest v nohách, proto požádal sestru o léky proti bolesti. Po jejich aplikaci „*se bolest výrazně zmírnila*“.

2.1.7 Sebepojetí – sebeúcta

Sám sebe hodnotí jako „*pohodáře – sportáka*“. Všechny konflikty, pokud už vznikly, se vždy snaží řešit v klidu a rozumnou dohodou.

Na otázku v čem je dobrý odpovídá bez zaváhání! „*V lyžování a v obchodu. Myslím si, že mám obchodního ducha!*“

Fakt, že je v důchodu jej ani trochu nedeprimuje, jako prý mnohé ostatní. „*Mám spoustu času na všechny své koníčky, synovi pomáhám, když potřebuje, a na peníze si také nestěžuji. S přítelkyní máme přátelský vztah.*“

V současné době mu nejvíce vadí, že nemá úplnou volnost pohybu, chybí mu soukromí, hlavně při hygieně. Těší se, až bude zase doma a až se mu zcela zhojí operační rány. Náladu měl přiměřenou stavu.

2.1.8 Role mezilidské vztahy

Pan K.J. bydlí s přítelkyní v bytě v panelovém domě v Praze 6. Má dva dospělé syny, kteří již oba založili rodiny. Starší syn má dceru a syna, mladší má syna. Oba žijí ve spokojených partnerských vztazích.

S bývalou manželkou (od rozvodu uplynulo téměř dvacet let) se pacient stýkal *„hlavně, když bylo něco potřeba vyřešit ohledně synů, které měla ve své péči. Teď už se moc nevidáme, má vlastní život.“* Přítelkyně má vlastní dceru a vnučku.

Na návštěvu do nemocnice za panem K.J. chodí přítelkyně. Přinese mu vždy to, o co ji požádá.

Pan K.J. vystudoval střední průmyslovou školu, pracoval jako strojní technik. V 90. letech začal se synem podnikat, ale teď už je v důchodu a synovi jen vypomáhá.

2.1.9 Sexualita – reprodukční schopnost

Pan K.J. žije s přítelkyní, prý *„už léta“*, oba již v minulosti prožili manželské svazky a netouží po oficiálním potvrzení svého vztahu. Oba mají děti s bývalými partnery a po společných již netouží. Děti pana K.J. a jeho přítelkyně spolu nemají problémy, rozumí si, *„čas od času se scházejí u nás doma, na Vánoce nebo při výročích.“*

Na další podrobnosti ze sexuálního života jsem se neptala.

2.1.10 Stres – tolerance, zvládání

„V mém věku už mě nic nemůže vystresovat! Jsem v důchodu a mám klídek. Když pomáhám synovi v obchodě, snažím se brát všechno v pohodě! V minulosti v práci, když jsem byl mladší a rozbouřenější, jsem se mnohokrát rozčílil zbytečně. Ze všeho mi pak pomohl sport a četba.“

Pan K.J. nekouří, „tvrdý“ alkohol také nepije, miluje víno a dobré jídlo, jehož příprava jej prý vždy dokonale uklidní.

2.1.11 Víra/přesvědčení – životní hodnoty

Pan K.J. v Boha nevěří, do kostela nechodí. Je spokojen se svým životem, užívá si ho a rád by, aby to v budoucnu bylo stejné.

2.2 ZÁZNAM FYZIKÁLNÍHO (SCREENINGOVÉHO) VYŠETŘENÍ SESTROU

Celkový vzhled, úprava zevnějšku: oholen, upraven, ostříhán, denně si převlékal čisté pyžamo,

Slizniční membrány: v normě, vlhké, bez viditelných defektů,

Zuby: vlastní chrup udržovaný

Slyší šepot: ano

Přečte novinové písmo: ano, potřebuje brýle

Potřebuje brýle: ano i na dálku,

Puls/počet: 68/min **Pravidelnost:** ano **Jakost/síla:** hmatný

Dýchání: 16/min **Pravidelnost:** ano **Hloubka:** v normě

Dýchací zvuky: bez vnějších fenoménů **Krevní tlak:** 120/70

Stisk ruky: přiměřená síla **Může zvednout tužku:** ano

Rozsah pohybu v kloubech: neomezen **Svalová pevnost:** v normě

Kůže: opálená, na těle beze změn, na obou DK operační rány, sterilně kryté, neprosakují

Kožní léze: O

Kostní výběžky: beze změn

Chůze: částečné omezení v důsledku bolesti operačních ran na DK

Držení těla: v normě

Chybění části těla: O

Kódy pro funkční úroveň soběstačnosti 0-5:

Schopnost najít se: O

Okoupat se: O

Schopnost dojít si na toaletu: O

Schopnost obléknout se O

Nakoupit si: nehodnoceno

Nynější hmotnost: 79 kg

Výška: 180 cm

Umýt se: O

Celkový pohyb: O

Pohyb na lůžku: O

Uvařit si:	nehodnoceno
Udržovat domácnost:	nehodnoceno
Kanyly intravenózní:	měl pouze v den operace na LHK
Odsávání:	neměl
Močový katétr:	neměl

OBJEKTIVNÍ POZOROVÁNÍ

(vnímání, verbální i jiné neverbální projevy)

v průběhu získávání informací a vyšetření:

Orientace (místem, časem, osobou): zcela orientován

Chápe myšlenky a otázky: (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy):

schopen porozumět myšlenkám i otázkám

Řeč, způsob vyjadřování: řeč je plynulá

Hlas a způsob řeči: hlas je hlubší, řeč je rychlejší

Úroveň slovní zásoby: velice dobrá

Oční kontakt: udržuje

Rozsah pozornosti: schopen udržet pozornost

Nervozita (rozrušení nebo uvolnění) rozsah 1-5 : uvolněn, stupeň 1

Pasivní, agresivní, asertivní projevy v komunikaci rozsah 1-5:

pasivita – stupeň 1, agresivita – stupeň 1, asertivita – stupeň 4

Vzájemná spolupráce a součinnost se členy rodiny nebo doprovázející osobou, pokud je přítomna: nesledováno

Součástí screeningového vyšetření bylo i hodnocení soběstačnosti v základních všedních činnostech dle Barthela (příloha č.21).

2.3 ANALÝZA ZÍSKANÝCH INFORMACÍ

Muž

64 let

důchodce

rozvedený

doba hospitalizace – 5 dní

2. den operace varixů bilaterálně

DG: Rozsáhlé kmenové varixy v povodí VSM bilaterálně, horší
vlevo

Terapie:

Fraxiparin 0,4 ml s.c.

Večer a ráno před operací Oxazepam tbl.

Při bolesti po operaci Dipidolor á 8 hodin.

Monitoring:

TK, P 1x denně, po operaci TK, P á 30 minut po dobu 2 hodin

TT 3x denně

Kontrola operační rány, převaz – denně

Kontrola i.v. flexily

V příloze č.22 a 23 dále uvádím výsledky předoperačních vyšetření a chirurgickou operační vložku.

2.4 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Spolu s klientem jsme stanovili ošetřovatelské diagnózy dle jeho priorit:

2.4.1 AKUTNÍ BOLEST – 00132

2.4.2 DEFICIT SEBEPÉČE PŘI KOUPÁNÍ A HYGIENĚ - 00108

2.4.3 DEFICIT SEBEPÉČE PŘI VYPPRAZDŇOVÁNÍ – 00110

2.4.4 ZHORŠENÁ POHYBLIVOST – 00085

2.4.5 PORUŠENÝ SPÁNEK - 00095

2.4.6 PORUŠENÁ KOŽNÍ INTEGRITA - 00046

2.4.7 RIZIKO INFEKCE - 00004

2.4.8 DEFICITNÍ ZNALOST - 00126

2.4.1 Akutní bolest 00132

Akutní bolest v operačních ranách na obou dolních končetinách, z důvodu poškození tkáně plánovaným operačním výkonem, na stupni č. 6 (na stupnici 0-10), projevující se stížnostmi na bolest, poruchou spánku, žádostmi o podání analgetika, bolestivým výrazem v obličeji.

CD: Pacient je zcela bez bolesti do 5 dnů.

CK: Pacient konstatuje zmírnění bolesti alespoň o 3 stupně do 2 hodin.

VK: Pacient si nestěžuje na bolest do 3 hodin.

Pacient konstatuje zlepšení kvality spánku do 48 hodin.

Pacient je poučen o časových intervalech podávání analgetik do 1 hodiny

Pacient je poučen o úlevových polohách do 1 hodiny.

Pacient nemá bolestivý výraz v obličeji do 3 hodin.

Intervence:

Podávej analgetika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinky, stále, sestra.

Sleduj intenzitu a charakter bolesti, stále, sestra.

Sleduj bolestivý výraz pacienta i další neverbální projevy bolesti, stále, sestra a ostatní zdravotnický personál.

Sleduj kvalitu spánku do 48 hodin, sestra.

Pouč pacienta o časových intervalech podávání analgetik do 1 hodiny, sestra.

Pouč pacienta o úlevových polohách do 1 hodiny, sestra.

Realizace:

Podávala jsem analgetika dle ordinace lékaře, sledovala a zaznamenávala jsem jejich účinky, i neverbální projevy pacienta. Sledovala jsem kvalitu spánku. Poučila jsem pacienta o úlevových polohách i o intervalech podání analgetik.

Hodnocení:

Pacient konstatoval zmírnění bolesti o 3 stupně do 2 hodin a do 5 dnů byl bez bolesti – efekt úplný.

Grafický záznam hodnocení bolesti (podle Institutu Gustave Roussy) viz příloha číslo 25.

2.4.2 Deficit sebek péče při hygieně 00108

Deficit sebek péče při hygieně z důvodu pooperačního klidového režimu a bolesti v dolních končetinách, projevující se neschopností umýt si trup těla a záda, vyžadováním podání pomůcek a poklesem bodů v Barthelově testu všedních činností na 85 bodů.

CD: Pacient je zcela soběstačný ve vykonávání hygieny do druhého dne.

CK: Pacient je ve vykonávání hygieny soběstačný v maximální možné míře do 10 hodin.

VK: Pacient vyjádří pochopení nutnosti dodržovat pooperační klidový režim do 1 hodiny.

Pacient vykoná hygienu na lůžku do 10 hodin.

Pacient konstatuje, že si je vědom nabízené pomoci personálu do 10 hodin.

Pacient konstatuje, že je spokojený s vykonáním osobní hygieny do 10 hodin.

Pacientovo hodnocení Barthelova testu všedních činností je opět 100 bodů do 24 hodin.

Intervence:

Pouč pacienta o nutnosti dodržovat klidový režim na lůžku, do 10 minut, sestra.

Zajisti pacientovy potřebné pomůcky pro vykonání hygieny na lůžku do 10 hodin, sestra, ostatní personál.

Nabídní pacientovi pomoc při vykonávání hygieny do 1 hodiny, sestra, ostatní personál.

Realizace:

Pomohla jsem pacientovi vykonat hygienu na lůžku, sám si umyl obličej a genitál, vyčistil si zuby.

Hodnocení:

V den operačního výkonu byl pacient maximálně soběstačný ve vykonávání hygieny, od druhého pooperačního dne byl ve vykonávání hygieny zcela soběstačný – efekt úplný.

2.4.3 Deficit sebeděče při vyprazdňování 00110

Deficit sebeděče při vyprazdňování z důvodu pooperačního klidového režimu a bolesti v dolních končetinách, projevující se žádostí o pomoc při vyprazdňování, poklesem bodů v Barthelově testu všedních činností na 85 bodů.

CD: Pacient je zcela soběstačný ve vyprazdňování do druhého dne.

CK: Pacient je ve vyprazdňování soběstačný v maximální možné míře do 18 hodin.

VK: Pacient vyjádří pochopení nutnosti dodržovat pooperační klidový režim do 1 hodiny.

Pacient názorně prokáže schopnost manipulovat s močovou lahví do 10 minut.

Pacient vykoná potřebu na lůžku do močové lahve, popř. mísy do 6 hodin.

Pacient využívá signalizační zařízení při signalizaci svých potřeb do 5 minut.

Pacientovo hodnocení Barthelova testu všedních činností je opět 100 bodů do 24 hodin.

Intervence:

Zajisti pacientovi pomůcky pro vyprazdňování do 10 minut, sestra, ostatní personál.

Pouč pacienta o nutnosti dodržovat klidový režim do 10 minut, sestra.

Pouč pacienta o fungování signalizačního zařízení do 10 minut, sestra, ostatní personál.

Dbej o pravidelné vylévání močové lahve pacienta, sestra, ostatní personál.

Realizace:

Pacientovi jsem zajistila všechny potřebné pomůcky, poučila jsem ho o klidovém režimu i o signalizačním zařízení. Močovou láhev jsem pravidelně vylévala.

Hodnocení:

V den operačního výkonu byl pacient maximálně soběstačný ve vyprazdňování, od druhého pooperačního dne byl ve vyprazdňování zcela soběstačný – efekt úplný.

2.4.4 Zhoršená pohyblivost 00085

Zhoršená pohyblivost z důvodu bolesti v ranách na dolních končetinách, projevující se omezeným rozsahem pohybu, obtížemi při otáčení se, pomalými pohyby.

CD: Pacient se pohybuje bez omezení do 5 dnů.

CK: Pacient si zachová pohyblivost v maximální možné míře do 5 dnů.

VK: Pacient nemá omezený rozsah pohybů na lůžku do 5 dnů.

Pacient nemá obtíže při otáčení na lůžku do 5 dnů.

Pacient se při pohybu na oddělení pohybuje přiměřeně rychle do 5 dnů.

Pacient vyjádří pochopení důvodů zhoršené pohyblivosti do 5 minut.

Intervence:

Aktivizuj pacienta ve všech činnostech, stále, veškerý personál.

Nabídní pacientovi pomoc při všech činnostech, vždy, veškerý personál.

Dopřej pacientovi dostatek času na vykonávání činností spojených s vykonáváním hygieny, vyprazdňováním, oblékáním, vždy, veškerý personál.

Zajisti pacientovi veškeré pomůcky a umísti je tak, aby na ně pacient dosáhl, vždy, veškerý personál.

Realizace:

Zhodnotila jsem zhoršenou pohyblivost u pacienta a dle jeho potřeb jsem mu pomáhala ve vykonávání veškerých činností při zachování maximální soběstačnosti.

Hodnocení:

Pacient se do 5 dnů pohyboval bez omezení – efekt úplný.

2.4.5 Porušený spánek 00095

Porušený spánek z důvodu narušení spánkového rytmu, omezení pohybu na lůžku a neznámého místa na spaní, projevující se stížnostmi na nedostatečné odpočívání, probouzením se během noci, denním nespáváním.

CD: Pacient má neporušený spánek do 72 hodin.

CK: Pacient spí nerušeně alespoň 5 hodin do 48 hodin.

VK: Pacient konstatuje zlepšení kvality spánku a odpočinku do 48 hodin.

Pacient konstatuje, že je dostatečně odpočatý do 72 hodin.

Pacient vyjádří pochopení důvodů zhoršení kvality spánku do 24 hodin.

Pacient upraví svůj spánkový režim a nespává během dne do 24 hodin.

Intervence:

Vyslechni pacientovy stížnosti na nekvalitní spánek, vždy, veškerý personál.

Edukuj pacienta o správném spánkovém rytmu, do 12 hodin, sestra.

Sleduj kvalitu spánku a odpočinku, stále, veškerý personál.

Sleduj pacientovo nespávání během dne, stále, veškerý personál.

Najdi spolu s pacientem vhodnou polohu, která by mu vyhovovala do 5 hodin, sestra.

Realizace:

Sledovala jsem kvalitu spánku u pacienta. Edukovala jsem ho o správném spánkovém režimu.

Hodnocení:

Pacient konstatoval výrazné zlepšení kvality spánku do 48 hodin – efekt částečný.

2.4.6 Porušená kožní integrita 00046

Porušená kožní integrita z důvodu operačních ran na obou dolních končetinách projevující se porušením kožního povrchu.

CD: Pacient má neporušenou kožní integritu do 20 dní.

CK: Pacientova kůže se hojí bez komplikací do 5 dnů.

VK: Pacient vyjádří pochopení příznaků infekce a nutnosti je nahlásit sestře do 1 hodiny

Pacient dodržuje dostatečnou hygienu okolí rány do konce hospitalizace.

Rány pacienta nejeví známky infekce do 5 dnů.

Tělesná teplota pacienta je ve fyziologickém rozmezí po celou dobu hospitalizace.

Intervence:

Sleduj ránu, zda nejeví známky infekce, při převazu (ošetření) rány, sestra.

Monitoruj tělesnou teplotu pacienta, denně, sestra.

Edukuj pacienta o lokálních a celkových známkách infekce do 2 hodin, sestra.

Edukuj pacienta o nutnosti dodržovat dostatečnou hygienu okolí rány do 2 hodin, sestra.

Prováděj převaz a ošetření rány dle ordinace lékaře, sestra.

Realizace:

Pečovala jsem o rány pacienta dle ordinace lékaře, sledovala jsem jejich stav i celkový stav pacienta. Edukovala jsem jej o péči o rány.

Hodnocení:

Rány se pacientovi hojily per primam až do ukončení hospitalizace – efekt úplný

2.4.7 Riziko infekce 00004

Riziko infekce v důsledku provedeního invazivního operačního výkonu a zavedením žilního vstupu.

CD: Pacient nemá riziko infekce do 5 dnů.

CK: Pacient má snížené riziko infekce v maximální možné míře do 5 dnů.

Intervence:

Sleduj možné lokální i celkové projevy infekce, do konce hospitalizace, sestra.

Edukuj pacienta o projevech infekce do 2 hodin, sestra.

Prováděj převaz a péči o ránu dle ordinace lékaře, sestra.

Pracuj za přísně aseptických podmínek, vždy, sestra.

Pečuj o žilní vstup, denně, setra.

Realizace:

Pečovala jsem o rány a okolí PŽK a dle zásad asepsy a dle ordinace lékaře, sledovala jsem projevy infekce. Edukovala jsem pacienta o možných projevech infekce.

Hodnocení:

Pacient byl do konce hospitalizace bez známek infekce – efekt úplný.

2.4.8 Deficitní znalost v oblasti pooperační péče a pooperačního režimu 00126

Analýzou získaných informací jsem stanovila diagnózu deficitní znalost v oblasti pooperační péče, proto bylo nutné sestavit spolu s pacientem plán edukace pacienta.

2.5 EDUKACE PACIENTA

Deficitní znalost v oblasti pooperačního režimu a zásad chování po propuštění do domácí péče, z důvodu nedostatku zkušeností s daným problémem, projevující se verbálními žádostmi o informace.

Deficitní znalost v oblasti pooperační péče – způsobu používání elastických punčoch, z důvodu nedostatku zkušeností s daným problémem, projevující se žádostmi o informace.

Cíl edukace:

Pacient je informován o pooperačním režimu, vhodné fyzické zátěži, o skladbě stravy, o celkovém životním stylu do 4 dnů.

Pacient je dostatečně poučen o zásadách chování po propuštění do domácí péče do 4 dnů.

Pacient je zcela informován o způsobu používání elastických punčoch do 3 dnů.

VK:

Pacient prokáže znalosti o pooperačním režimu – vhodné fyzické zátěži, skladbě stravy a životním stylu do 4 dnů.

Pacient prokáže znalosti zásad chování po propuštění do domácí péče do 4 dnů.

Pacient prokáže schopnost sám si nasadit elastické punčochy do 3 dnů.

Pacient prokáže znalost zásad při nasazování elastických punčoch do 3 dnů.

Příjemce edukace: Pacient

Edukátor: Sestra

Obsah edukace:

Pooperační režim - skladba stravy v domácí péči, fyzická zátěž v době po operaci i později, celkový životní styl.

Zásady chování po propuštění do domácí péče.

Způsob používání elastických punčoch.

Zásady při používání elastických punčoch.

Zaměření edukace:

Průběžné vzdělávání – opakování nebo doplnění informací při vyjádření jejich nedostatku pacientem.

Informace při propuštění - doplnění informací o zásadách chování po propuštění do domácí péče.

Organizační forma:

Individuální - průběžné vzdělávání, informace při propuštění, nácvik dovedností.

Metoda edukace:

Slovní - individuální – popis a vysvětlení, odpovědi na otázky (opakování a doplnění informací, chování po propuštění do domácí péče).

Názorně demonstrační - individuální – nácvik dovednosti – způsob použití a nasazení elastických punčoch

Časové rozvržení:**První část**

Třetí den hospitalizace, první pooperační den – informace o způsobu používání elastických punčoch a zásadách používání elastických punčoch. Názorná ukázka nasazování elastických punčoch. Samostatné nasazení elastických punčoch pacientem.

Odpovědi na otázky pacienta.

Druhá část:

Čtvrtý den hospitalizace, druhý pooperační den – informace o pooperačním režimu - fyzické zátěži v době po operaci i později, vhodné stravě a životním stylu a zásadách chování po propuštění do domácí péče.

Odpovědi na otázky pacienta.

Třetí část:

Pátý den hospitalizace, den propuštění – opětovné ověření všech sdělených informací, doplnění informací.

Odpovědi na otázky pacienta.

Didaktické pomůcky:

- elastické punčochy
- brožura – „Křečové žíly – základní informace pro pacienty“

Realizace:**První část:**

Při rozhovoru jsem pacientovi předala veškeré potřebné informace o zásadách používání elastických punčoch a zodpověděla všechny jeho dotazy. Společně jsme oblékli elastické punčochy. O správnosti nasazování elastických punčoch jsem se přesvědčila. Pochopení informací jsem ověřila zpětným dotazováním. Zodpověděla jsem dotazy pacienta. První část edukace probíhala na pokoji pacienta.

Druhá část:

Při rozhovoru jsem pacientovi vysvětlila zásady chování v době po propuštění do domácího ošetřování. Dále jsme hovořili o vhodné fyzické zátěži, skladbě stravy a životním stylu. Pochopení informací jsem ověřila zpětným dotazováním. Zodpověděla jsem dotazy pacienta. Druhá část edukace probíhala opět na pokoji pacienta.

Třetí část:

Před propuštěním pacienta jsem jej požádala o stručné shrnutí informací o zásadách chování v domácí péči a o nošení elastických punčoch.

Hodnocení:

Pacient byl spokojen s množstvím a kvalitou podaných informací. Dotazy směřovaly pouze k ujištění se o správném pochopení či zapamatování si některých informací.

Pacient odpověděl po ukončení edukace správně na ověřovací otázky.

V závěru edukace byl pacient schopen správně nasadit elastické punčochy.

Edukační cíl byl splněn – pacient byl dostatečně informován.

ZÁVĚR

Ve své práci jsem se zabývala problematikou žilních městků. Snažila jsem se pohlížet komplexně na danou problematiku. Detailně jsem se zaměřila na anatomii, patofyziologii, terapii a prevenci.

Během praxe jsem se seznámila s pacientem s varixy, který přišel k jejich plánovanému operačnímu odstranění. Během rozhovoru s ním jsem se dozvěděla mnoho zajímavých informací, které jsem uvedla v své práci.

Sběr informací jsem prováděla podle systému Marjory Gordonové. Tento systém jsem si vybrala pro jeho praktičnost. Považuji ho za aplikovatelný u mnoha pacientů, připadá mi jasný, stručný a přehledný. Velice dobře se mi s ním pracovalo.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové : NUCLEUS HK, 2003, ISBN 80-86225-33-x
2. ČIHÁK, Radomír *Anatomie 3*. Praha : Grada Publishing s.r.o., 1997. ISBN 80-7169-140-2
3. DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha : Grada Publishing s.r.o., 2001. ISBN 80-247-0242-8
4. ELIŠKOVÁ Miloslava, NAŇKA Ondřej. *Přehled anatomie*. Praha : Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1216-x
5. HERMAN, Jiří. *Varixy dolních končetin a jejich léčba*. Olomouc : Univerzita Palackého Olomouc, 2002. ISBN 80-244-0513-x
6. HERMAN, Jiří. *Chirurgie varixů dolních končetin*. Praha : Grada Publishing s.r.o., 2003. ISBN 80-247-0252-5
7. HOCH, Jiří; LEFFLER Jan a kol.. *Speciální chirurgie*. 2. aktualizované vydání. Učebnice pro lékařské fakulty. Praha : Maxdorf, 2001. ISBN 80-85912-06-6
8. JUŘENÍKOVÁ, Petra; HŮSKOVÁ, Jitka; PETROVÁ, Věra; TOMÁNKOVÁ, Dana. *Ošetrovatelství – učební text pro střední zdravotnické školy – 2. část*. Uherské Hradiště. Středisko služeb školám, 1999.
9. LEPŠÍ, Petr. *Křečové žíly*. Praha : TRITON s.r.o., 2003. ISBN 80-7254-381-4
10. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*, Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3
11. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství, systémový přístup I.*, díl. Praha : Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0429-9.
12. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství 6, Hodnocení a měřicí techniky*. Brno: IDV PZ, 2001. ISBN 80-7013-323-6
13. TRACHTOVÁ, Eva; FOJTOVÁ Gabriela; MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDV PZ v Brně, 2001. ISBN 80-7013-324-4
14. VALENTA Jiří a kol.. *Základy chirurgie*. Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha : Galén 2007. ISBN 978-80-7262-403-4

15. VODIČKA Josef a kol.. *Speciální chirurgie*. Praha : Karolinum, 2006.
ISBN 80- 246-1101-5

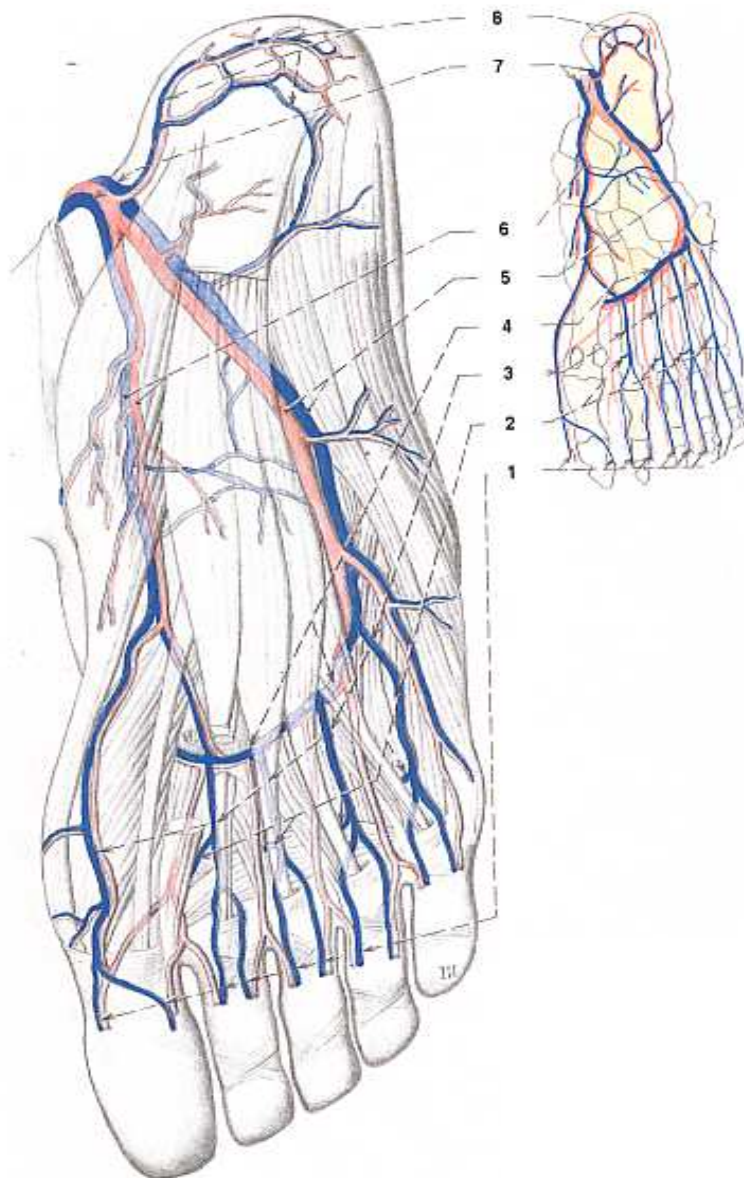
16. Zeman Miroslav a kol.. *Speciální chirurgie*. Druhé doplněné a
přepřacované vydání. Praha : Galén 2004. ISBN 80-7262-260-9

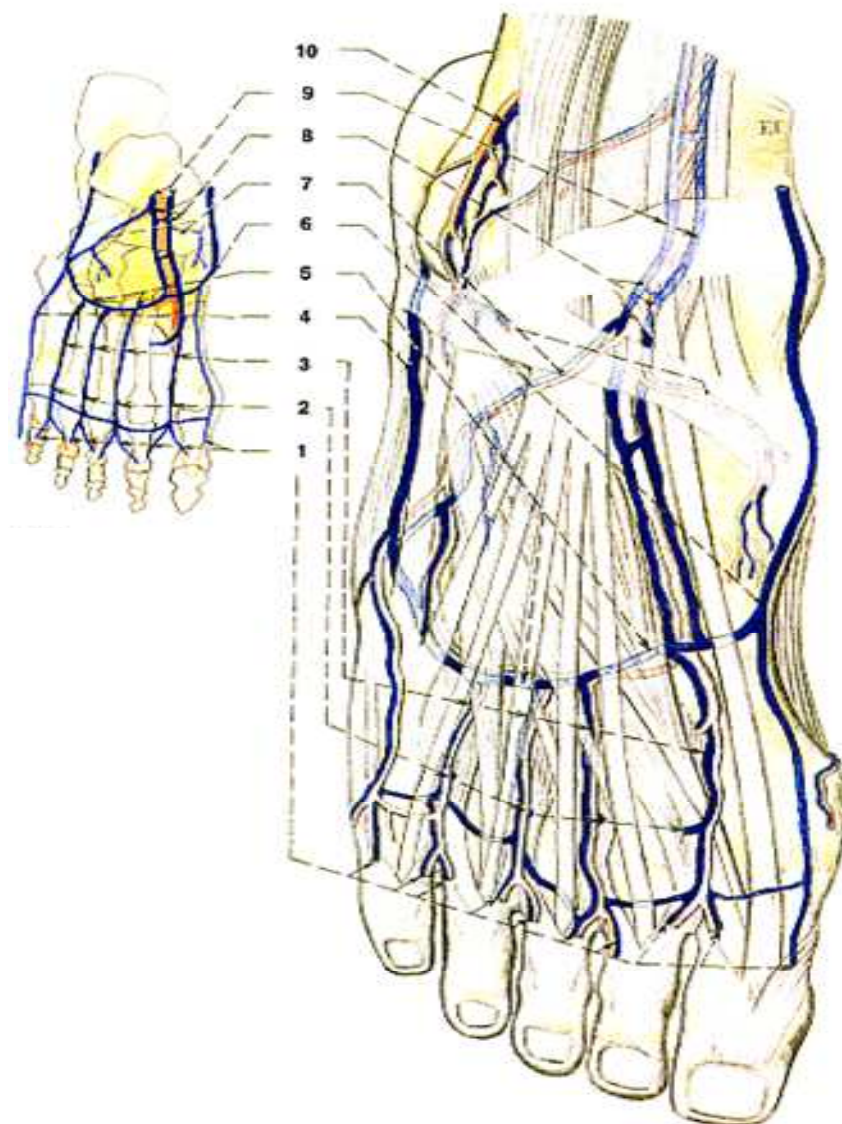
SEZNAM PŘÍLOH

1. Hluboké žíly v planta pedis
2. Hluboké žíly hřbetu nohy
3. Povrchové žíly dolní končetiny, pohled zředu a z mediální strany
4. Vena femoralis a její přítoky
5. VSM a její větve
6. Poloha hlavních transfaciálních spojek povrchového a hlubokého žilního řečiště
7. Povrchové žíly dolní končetiny, pohled zezadu a z laterální strany
8. Hluboké žíly bérce
9. Schwartzův test – obr 1
Modifikovaný Trendelenburgův test – obr. 2
10. Typy metliček
11. Distální insuficientní bod kmenové varikozity
12. Schematické znázornění čtyř stadií insuficience kmen VSM
13. Schematické znázornění tří stadií insuficience kmene VSP
14. Ulcus cruris venosum
15. Varixy v povodí VSP
16. Varixy v povodí VS accessoria lateralis
17. Varixy v povodí v. arcuata anterior
18. Varixy před terapií laserem
Stav po terapii laserem
19. Chirurgická terapie
20. Předoperační značení varixů
21. Barthelův test všedních činností
22. Výsledky předoperačních vyšetření
23. Chirurgická operační vložka
24. Schéma systému sběru informací dle Gordonové
25. Grafický záznam hodnocení bolesti (podle Institutu Gustave Roussy)

Hluboké žíly v planta pedis

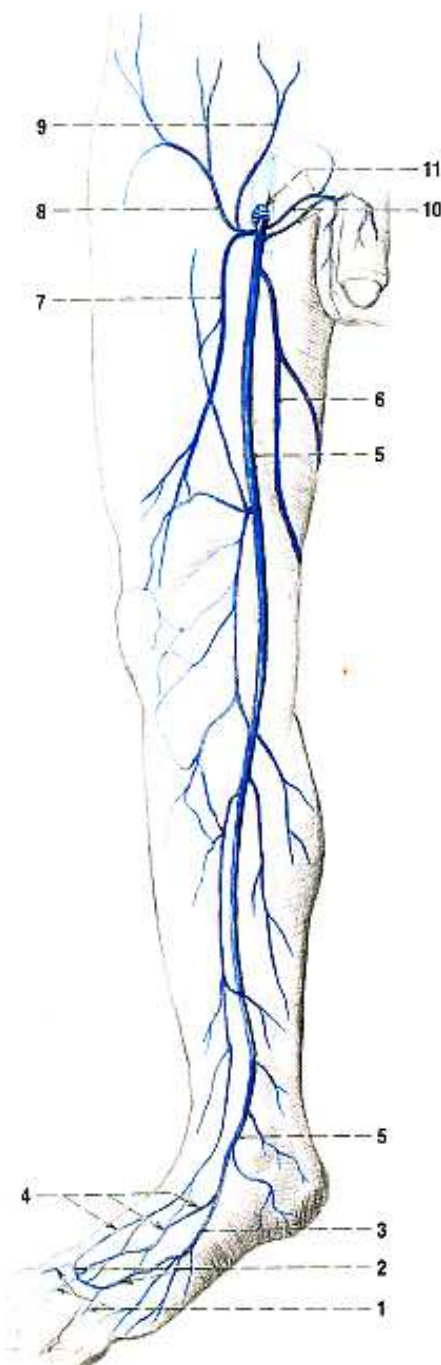
1. vv. digitales plantares
2. vv. intercapitulares (vv. perforantes)
3. vv. metatarsales plantares
4. arcus venosus plantaris
5. v. et a. plantaris lateralis
6. v. et a. plantaris medialis
7. vv. tibiales posteriores
8. rete venosum v oblasti paty





Hluboké žíly hřbetu nohy

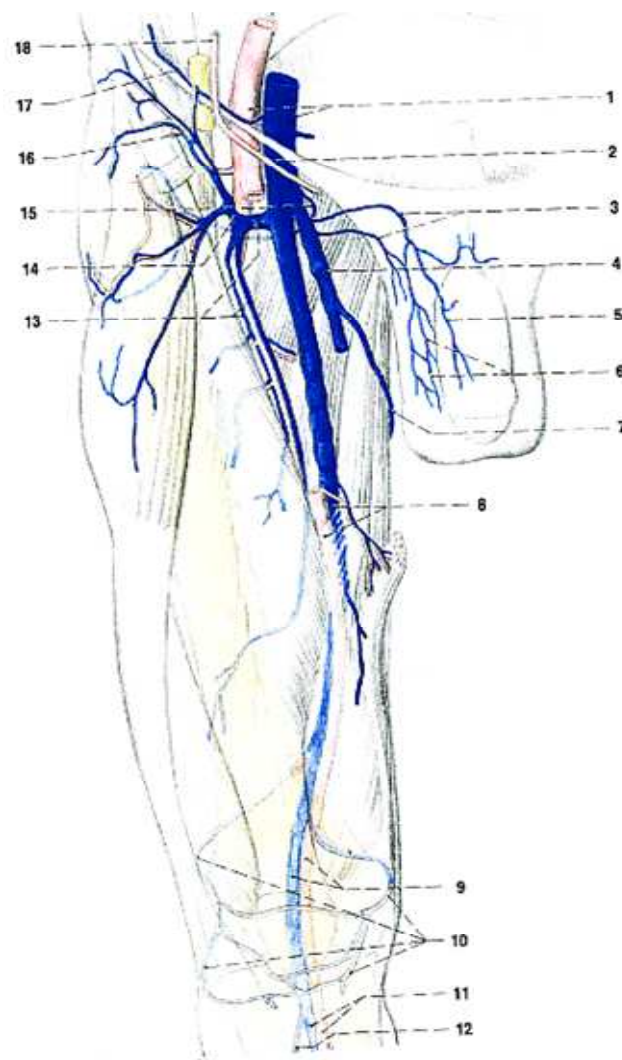
1. vv. digitales dorsales
2. vv. intercapitulares (vv. perforantes)
3. vv. metatarsales dorsales
4. v. marginalis lateralis
5. arcus venosus dorsalis pedis
6. v. marginalis medialis
7. v. matatarsalis medialis et lateralis
8. vv. dorsales pedis
9. vv. tibiales anteriores
10. tepenný ramus perforans fibularis a doprovodné žíly



**Povrchové žíly dolní končetiny,
pohled zředu a z mediální strany**

1. vv. digitales dorsales
2. arcus venosus dorsalis pedis
3. v. marginalis medialis
4. rete venosum dorsale pedis
5. v. saphena magna

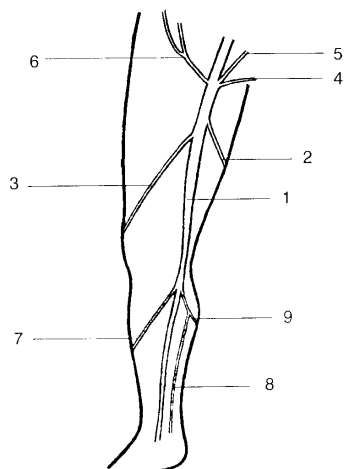
6. v. saphena accessoria
7. v. cutanea femoris anterior
8. v. circumflexa ilium superficialis
9. v. epigastrica superficialis
10. vv. pudendae externae
11. hiatus saphenus



Vena femoralis a její přítoky

- | | |
|---|--|
| 1. v. et a. iliaca externa | 11. v. et a. tibialis posterior |
| 2. v. femoralis | 12. v. tibialis anterior |
| 3. vv. pudendae externae | 13. v. profunda femoris (vv. profundae femoris) et a. profunda femoris |
| 4. v. saphena magna | 14. v. circumflexa femoris lateris |
| 5. v. dorsalis pedis superficialis | 15. v. circumflexa femoris medialis |
| 6. vv. scrotales anteriores | 16. v. circumflexa ilium superficialis |
| 7. v. saphena accessoria | 17. v. circumflexa ilium profunda |
| 8. v. et a. femoralis v canalis adductorius | 18. a. testicularis |
| 9. v. et a. poplitea | |
| 10. vv. genus | |

Příloha č. 5

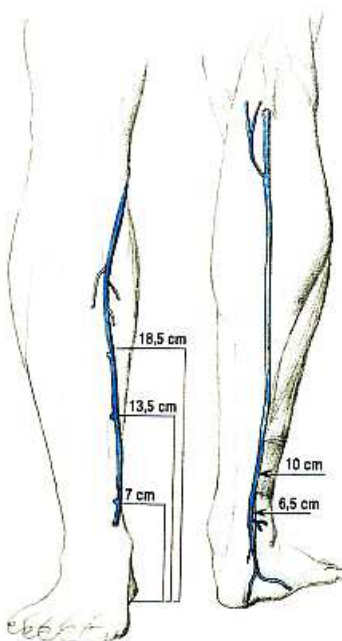


Obr. 3.1 VSM a její větve

1 – v. saphena magna, 2 – v. saphena accessoria medialis, 3 – v. saphena accessoria lateralis, 4 – v. pudenda externa, 5 – v. epigastrica superficialis, 6 – v. circumflexa ilium superficialis, 7 – v. arcuata anterior, 8 – v. arcuata posterior, 9 – spojka s v. saphena parva

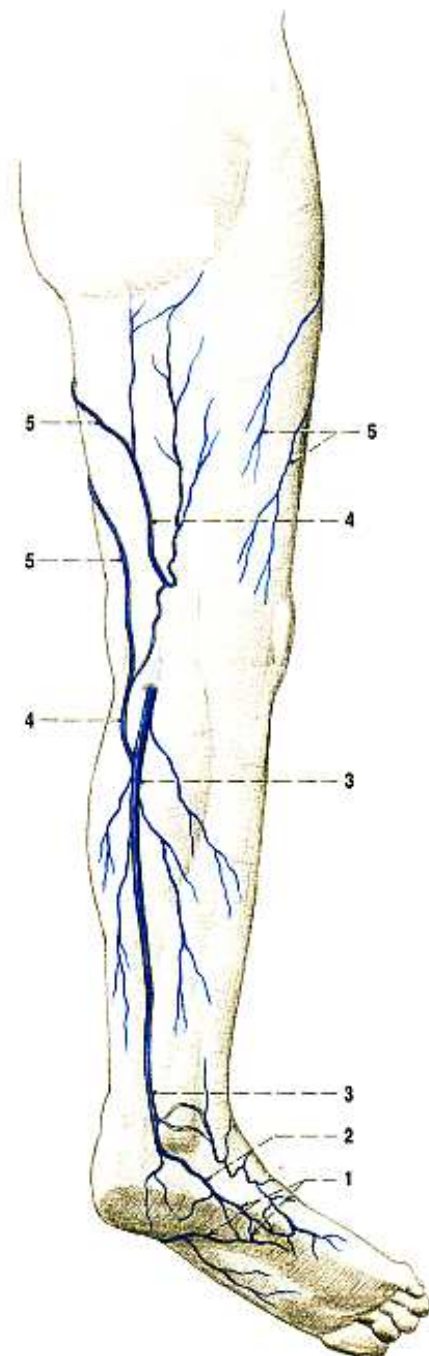
Příloha č. 6

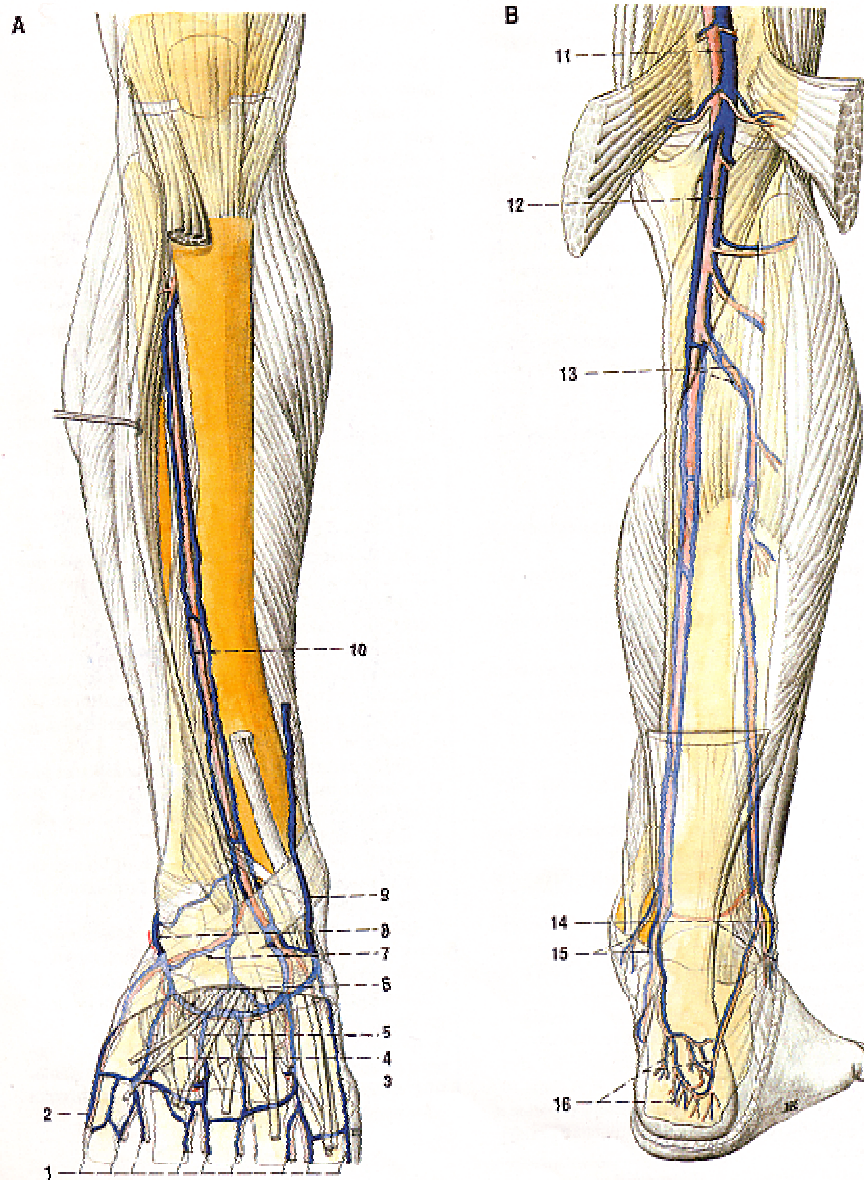
Poloha hlavních transfaciálních spojek povrchového a hlubokého žilního řečiště



Povrchové žíly dolní končetiny, pohled zezadu a z laterální strany

1. rete vanosum plantare
2. v. marginalis lateralis
3. v. saphena parva
4. v. femoropoplitea
5. přítoky do řečiště v. saphena magna





Hluboké žíly bérce

A přední strana

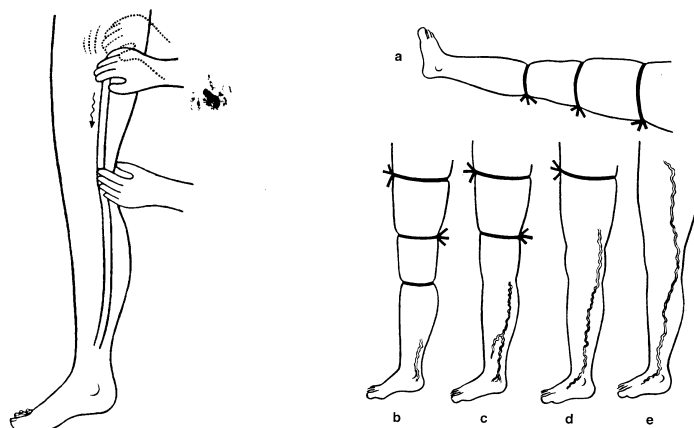
B zadní strana

1. vv. digitales dorsales pedis
2. v. marginalis lateralis
3. v. marginalis medialis
4. vv. intercapitulares (vv. perforantes)
5. vv. metatarsales dorsales
6. arcus venosus dorsalis pedis
7. vv. tarsales mediales et laterales
8. v. saphena parva
9. v. saphena magna
10. vv. tibiales anteriores

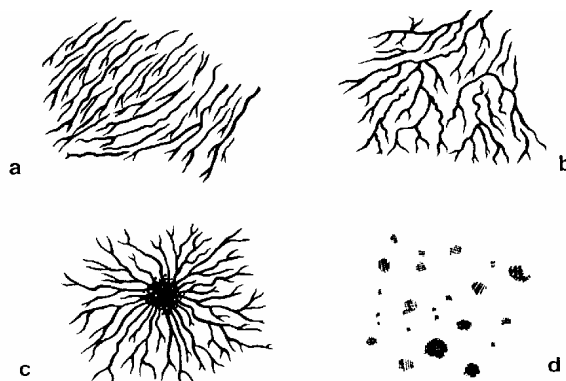
11. v. et a. poplitea
12. vv. tibiales posteriores et a. tibialis posterior
13. vv. fibulares spolu s a. fibularis
14. vv. maleolares laterales (venae fibularis)
15. vv. maleolares mediales (venae tibialis posterioris)
16. rete venosum calcaneare (s odtokem do v. tibialis posterior a do a. fibula)

Schwartzův test obr. č. 1

Modifikovaný Trendelenburgův test obr. č. 2



Typy metliček

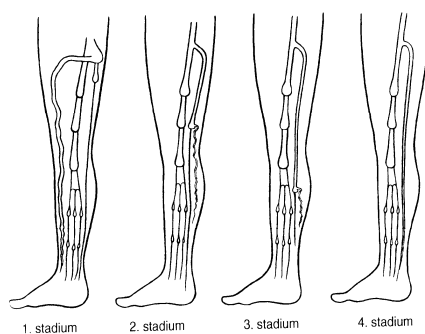


a lineární, b větvené, c pavoučkovité, d papulární

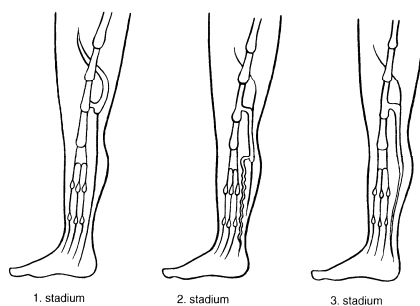
Distální insuficientní bod kmenové varikozity



Schematické znázornění čtyř stadií insuficience kmene VSM



Schematické znázornění tří stadií insuficience kmene VSP



Příloha č. 14



Ulcus cruris venosum

Příloha č. 15



Varixy v povodí VSP

Příloha č. 16



Varixy v povodí VS
accessoria lateralis

Příloha č. 17



Varixy v povodí v. arcuata anterior

Příloha č. 18



Varixy před operaci laserem



Stav po terapii laserem

Chirurgická terapie



Odstranění varixů za použití Smetanova nože



Poloha pacienta při operaci VSM



Vypreparovaná insuficientní VSP



Insuficientní ústí VSP s větvemi



Předoperační značení

**Barthelův test základních všedních činností
(ADL – activity daily living)**

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1.najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4.osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5.kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6.kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
7.použití WC	samostatně, bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8.přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9.chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10.chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5

Hodnocení stupně závislosti:

0 – 40 bodů	vysoce závislý
45 - 60 bodů	závislost středního stupně
65 - 95 bodů	lehké závislost
96 – 100 bodů	nezávislý

VÝSLEDKY PŘEDOPERAČNÍCH VYŠETŘENÍ

Cévní poradna 14.7. 2008

Pacient přichází pro varixy obou dolních končetin. Flebitidy ani trombózu nikdy neměl. Otoky nebo křeče neudává.

Obj.: Rozsáhlé kmenové varixy v povodí VSM bilat., horší vlevo.

Interní závěr 23.7. 2008

AA: negat.

FA: nebere

OA: vředy, embolie, tromboza, větší op. O,

není hypertonik, není diabetik,
nestonal – po interní stránce nemá dech. obtíže, ani stenokardie
nekouří

EKG – bez lož. změn, přiměřená křivka, žádná patologie EKG

RTG S+P srd. stín nezvětšen, bez ložiskových změn

Obj.: eupnoický, růžový bez ikteru, spojivky prokrvené, AS prav.
66/min,

ozvy ohran., karotidy bez šelestu, uzliny, štítná žláza nezv., hepar,
lien nezv., poměrně rozsáhlé varixy na DK, bez zn. zánětu, pulzace
dobré do periferie, dých. sklípkové, baze suché

Zá.: Oboustranné rozsáhlé varixy k op. řeš. v CA

Objektivní interní nález v mezích normy. Kardiopulm. je pac. komp

Příloha č. 23

CHIRURGICKÁ OPERAČNÍ VLOŽKA

V klidné CA začínáme na LDK. Incize nad vnitřním kotníkem, preparujeme VSM, kterou ligujeme periferně a sondujeme flexibilní sondou nad koleno, dále nelze proconvolut varixů.

Dále incize v inguině, opět vypreparováváme VSM až ke vstupu do v. femoralis, provádíme crossectomii. Poté retrográdně sondujeme do kontaktu s flexibilní sondou.

Na obou koncích VSM přerušujeme a provádíme stripping.

Varikózní větve extrahujeme z jednotlivých incizí. Var. convolut na bérce a stehně. V oblasti bérce ligujeme i perforátor. Dále prošíváme

Vicryl stehem varikózní žíly na dorzu nohy. Provádíme suturu ran ve 2 vrstvách a bandážujeme do třísla.

Vpravo následně obdobný postup.

Dle anesteziologického záznamu trvala anestézie 2 hodiny a 30 minut.

Byl podán:

Thiopental 3,5 % 350 mg

Succinyl 80 mg

Sufenta 6 + 5 ml

1. Fyziologický roztok 1000 ml

2. Hartman 1000 ml

Dále byl ordinován:

Dipidolor 1 amp i.m. při bolesti na zotavovacím pokoji

SCHÉMA SYSTÉMU SBĚRU INFORMACÍ DLE GORDONOVÉ Příloha č. 24

