OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S FEOCHROMOCYTOMEM

Bakalářská práce

VENDULA TICHÁČKOVÁ

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

Vedoucí práce: Mgr. Světla Krutská

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Datum předložení: 2011-03-31

Praha 2011

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne Vendula Ticháčková

.....

ABSTRAKT

TICHÁČKOVÁ, Vendula. Ošetřovatelská péče o pacienta s feochromocytomem. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: Mgr. Světla Krutská. Praha. 2011. s. 55.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetřovatelská péče o pacienta s feochromocytomem. Teoretická část popisuje charakteristiku feochromocytomu a specifikuje ošetřovatelskou péči. Vysvětluje ošetřovatelský proces a ošetřovatelský model dle Marjory Gordon. V empirické části je zpracován ošetřovatelský proces dle modelu Marjory Gordon u konkrétního pacienta s feochromocytomem. Dále obsahuje vypracované akutní a potenciální ošetřovatelské diagnózy, seřazené podle priority pacienta a edukaci o plánovaném vyšetření a celoživotní substituční terapii hydrokortisonem.

Cílem bakalářské práce je stát se zdrojem informací o feochromocytomu pro všeobecné sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky.

Klíčová slova: Feochromocytom. Ošetřovatelský proces. Pacient. Všeobecná sestra. Ošetřovatelské diagnózy. Edukace.

ABSTRACT

TICHÁČKOVÁ, Vendula. Nursing process in respect of a patient with a feochromocytom. Medical University of Prague, professional qualification level: bachelor. Tutor: Mgr. Světla Krutská. Prague. 2011. p. 55.

The major topic of bachelor laboris Nursing process in respect of a patient with a feochromocytom. The teoretical part describes characteristic of feochromocytom and specifications nursing care. It describes nursing process and nursing model by Marjory Gordon. In the empirical part is processed nursing process by model of Marjory Gordon for a particular patient with feochromocytom. Also containing developed actual and potential nursing diagnosis ordered by priority of patient and education of the scheduled examination and lifelong replacement therapy with hydrocortisone.

Aim of this thesis is to become a source of informations about feochromocytom for nurses and the other non-medical professionals.

Key words: Feochromocytom. Nursing process. Patient. Nurse. Nursing diagnosis. Education.

PŘEDMLUVA

Incidence feochromocytomu je poměrně nízká, ale i přesto je možné se s tímto onemocněním v praxi setkat. Bakalářská práce popisuje charakteristiku, formy, akutní stavy, diagnostiku a terapii feochromocytomu. Dále ošetřovatelský proces, dle modelu Marjory Gordon, u konkrétního pacienta. Je důležité poukázat na to, že ošetřovatelský proces by měl být vypracován vždy u jednotlivého pacienta a zdůraznit jeho individuální potřeby.

Tato bakalářská práce vznikla, aby sloužila jako zdroj informací pro studenty vyšších odborných škol a vysokých škol zdravotnických nelékařských oborů. A také pro již pracující všeobecné sestry. S feochromocytomem se mohou setkat na interním, chirurgickém, gynekologicko-porodnickém i pediatrickém oddělení.

Výběr tématu byl ovlivněn mým zaměstnáním. Pracuji jako zdravotnický asistent na interním oddělení v Praze, které se zabývá diagnostikou a terapií feochromocytomu.

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Světle Krutské za ochotu, všestrannou podporu a cenné rady při zpracování práce.

OBSAH

ÚVOD 10
TEORETICKÁ ČÁST 11
1 Charakteristika feochromocytomu 11
1.1 Etiologie a výskyt 11
1.2 Patogeneze 11
1.3 Formy feochromocytomu 12
1.4 Klinické projevy 13
1.5 Akutní stavy při feochromocytomu 14
1.6 Diagnostika 16
1.6.1 Laboratorní diagnostika 16
1.6.2 Morfologická diagnostika 17
1.7 Terapie 17
1.8 Prognóza 18
2 Specifika ošetřovatelské péče 19
2.1 Pobyt na interním oddělení ke stanovení diagnózy 19
2.2 Pobyt na chirurgickém oddělení 20
2.3 Pobyt na interním oddělení ke kontrolnímu vyšetření 20
2.4 Kvalita života pacientů s feochromocytomem 21
2.4.1 Pohybový režim 21
2.4.2 Psychologická problematika 21
3 Ošetřovatelský proces 22
4 Ošetřovatelský model Marjory Gordon 24
EMPIRICKÁ ČÁST 26
5 Příjem pacienta 26
5.1 Identifikační údaje 26

5.2 Okolnosti přijetí 26
5.3 Anamnéza 27
5.4 Objektivní nález 28
5.5 Diagnostický závěr 29
5.6 Přehled terapeuticko – diagnostických vyšetření 29
5.7 Fyzikální vyšetření provedené všeobecnou sestrou 30
5.8 Posouzení stavu potřeb dle Marjory Gordon 31
6 Ošetřovatelské diagnózy 38
6.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy 38
6.2 Potenciální ošetřovatelské diagnózy 47
7 Edukace 50
ZÁVĚR 53
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 54

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Identifikační údaje.....26

Tabulka 2 Klasifikace funkčních úrovní sebepéče.....34

Tabulka 3 Rizikové faktory pro vznik pádu.....35

Tabulka 4 Numerická škála bolesti.....36

Tabulka 5 Záznam o hodnocení bolesti.....40

Tabulka 6 Záznam o kontrole bolesti.....41

Tabulka 7 Záznam o ošetřování operační rány.....46

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI .....body mass index

CT .....výpočetní tomografie

DF .....dechová frekvence

EKG .....elektrokardiograf

MIBG .....metajodobenzylguanidin

MR .....magnetická rezonance

SpO_2 .....saturace tkání kyslíkem

TF .....tepová frekvence

TK .....krevní tlak

TT .....tělesná teplota

VMK .....vanilmandlová kyselina

ÚVOD

Téma bakalářské práce jsem si zvolila na základě vlastní zkušenosti. Pracuji na oddělení, které se zabývá diagnostikou tohoto onemocnění. Feochromocytom je nádor, který se nejčastěji nachází ve dřeni nadledvin. Příčina vzniku není známa, ale často se vyskytuje v souvislosti s některými genetickými syndromy. Vyskytuje se v několika formách. Produkuje katecholaminy, které způsobují typické klinické projevy, záchvatovitou hypertenzi, nadměrné pocení, palpitaci a bolesti hlavy. Při neléčeném feochromocytomu může dojít k akutním stavům, které ohrožují pacienta na životě. Diagnostika spočívá ve stanovení hladiny produkovaných katecholaminů a v následné lokalizaci nádoru. Jedinou volbou léčby je chirurgické odstranění, u maligní formy následuje chemoterapie a radioterapie.

Bakalářská práce se dělí na teoretickou a empirickou část. Teoretická část popisuje charakteristiku onemocnění, specifikuje činnosti ošetřovatelské péče pro všeobecnou sestru a vysvětluje pojem ošetřovatelský proces a ošetřovatelský model Marjory Gordon. Empirická část obsahuje kazuistiku konkrétního pacienta po chirurgickém odstranění feochromocytomu, se stanovenými ošetřovatelskými diagnózami a edukační plán.

Cílem této práce je poskytnout zdroj informací o tomto zřídka se vyskytujícím nádoru pro studenty nelékařských zdravotnických oborů a pro již pracující nelékařské zdravotnické pracovníky.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Charakteristika feochromocytomu

Feochromocytom je vzácný, ale zrádný neuroendokrinní nádor, který je charakteristický produkcí, shromažďováním a metabolismem katecholaminů, převážně noradrenalinu. K lékaři dovede pacienta především vysoký krevní tlak, objevující se záchvatovitě, společně s bolestí hlavy a zvýšeným pocením.

1.1 Etiologie a výskyt

Feochromocytom se nejčastěji vyskytuje ve věku 40-50 let s mírnou převahou u žen. Podle dnešních výzkumů, může být až 24 % dědičných (PACÁK, 2008). Jako příčina arteriální hypertenze je asi v 0,1 % případů. Vzhledem k rozličnému klinickému obrazu je diagnóza feochromocytomu stanovena v rámci vyšetřovacího programu u náhodně zjištěného maligního nádoru nadledviny (WIDIMSKÝ, et al., 2004). Příčiny vzniku feochromocytomu nejsou známé, ale mnohdy souvisí s genetickými syndromy.

Mnohočetná endokrinní neoplazie je autozomálně dědičný syndrom, který je tvořen medulárním karcinomem štítné žlázy, feochromocytomem a primární hyperparathyreózou. Vyskytuje se přibližně u jednoho jedince ze 40 tisíc. Dalším genetickým syndromem, který podporuje vznik feochromocytomu je např. Von Hippelův-Lindauův syndrom, způsobený mutací 3. chromosomu.

1.2 Patogeneze

Feochromocytomy se nacházejí většinou v nadledvině nebo v jejím blízkém okolí (PACÁK, 2008). Feochromocytomy, nacházející se mimo dřeň nadledvin se nazývají paragangliomy. „Sporadické feochromocytomy jsou většinou solitární, dobře ohraničené a opouzdřené, familiární nádory jsou většinou mnohočetné. Na podkladě histopatologického nálezu nelze rozlišit maligní feochromocytom od benigního i když je přítomna kapsulární invaze, vaskulární penetrance či přítomnost atypických jader

a vyšší počet mitóz.“ (STÁRKA, 2010, s. 52). Maligní nádory jsou zpravidla větší, více jak 5 cm, a obsahují více nekrotické tkáně než benigní nádory, které jsou tvořeny většími buňkami. Maligní feochromocytom buď výrazně prorůstá do přilehlých tkání, nebo jsou přítomny chromafinní buňky ve tkáních, kde se normálně nevyskytují, např. játra nebo plíce (PACÁK, 2008). Chromafinní buňky jsou schopny syntetizovat katecholaminy z aminokyseliny, zvané tyrozin. Konečným produktem této syntézy je norepinefrin. Extraadrenální feochromocytomy neprodukují epinefrin, zatímco adrenální produkují norepinefrin i epinefrin. Sekrece katecholaminů u feochromocytomu je variabilní. Kontinuální sekrece vyvolává trvalou hypertenzi. Záchvatovité vyplavování katecholaminů způsobuje paroxyzmální hypertenzi (WIDIMSKÝ et al., 2004).

1.3 Formy feochromocytomu

- **Feochromocytom u dětí**

Feochromocytom patří mezi nejčastější dětské neuroendokrinní nádory. Nejvíce ohroženi jsou chlapci před pubertou kolem 10. – 13. roku. Ve zhruba 50 % se jedná o familiární nebo bilaterální adrenální, většinou benigní formu feochromocytomu. Projevuje se setrvalou hypertenzí, u feochromocytomů produkujících adrenalin hypotenzí, dále velice často úbytkem hmotnosti, nauzeou, zvracením, zblednutím nebo zčervenáním, polyurií a polydipsií. „Stejně jako u dospělých pacientů by měla triáda bolesti hlavy, palpitace a pocení u dětí v kombinaci s hypertenzí vzbudit bezprostřední podezření na feochromocytom. U dětí je také více než 90 % feochromocytomů lokalizováno v břiše a z toho důvodu by měla být zobrazovací vyšetření směrována na tuto část těla.“ (PACÁK, 2008, s. 111 – 112)

- **Feochromocytom v těhotenství**

„Feochromocytom je v těhotenství vzácný, ale pokud není diagnostikován před porodem, jedná se o jeden z nejzávažnějších stavů s vysokou mateřskou mortalitou.“ (MAREK, 2004, s. 147) Mezi příčiny, jež vyvolají přímé podráždění nádoru, které způsobí výrazné uvolnění katecholaminů, patří tlak zvětšené dělohy, porodní kontrakce, gynekologické vyšetření nebo pohyby plodu. Hypertenzní krize nastává nejčastěji v období okolo porodu (PACÁK, 2008).

V první polovině těhotenství se nádor odstraňuje klasickým způsobem. Po 24. týdnu by se odstranění feochromocytomu mělo provést současně s císařským řezem.

- **Pseudofeochromocytom**

Pseudofeochromocytom způsobuje ve velkém počtu případů vážné paroxysmální hypertenze se zvýšeným nebo normálním krevním tlakem mezi záchvaty. Jedná se o pacienty, u nichž byla vyloučena přítomnost feochromocytomu. Výzkumy ukázaly, že záchvatu předchází rozčilení. Častěji se vyskytuje u žen s panickou poruchou nebo anxiozitou, návaly horka a bledostí (MAREK, 2004). Důležitou součástí diagnostiky je důkladná anamnéza, která může odhalit provokační momenty. Je znám ve dvou formách, přičemž sekundární forma je spojená s různými patologickými stavy, např. epilepsie (PACÁK, 2008). Pseudofeochromocytom se obvykle dobře léčí antihypertenzivy a psychoterapiií.

- **Maligní feochromocytom**

V případě potvrzení maligního feochromocytomu je důležité zjistit, zda je postižena jedna nebo obě nadledviny a zda nejsou přítomny metastázy. Klinické projevy jsou totožné s projevy benigního feochromocytomu. Pokud se v těle metastázy nachází, začíná se v léčbě farmakoterapií. Po chirurgickém odstranění je důležité, aby pacient podstoupil radioterapii a chemoterapii (MAREK, 2004).

1.4 Klinické projevy

Přítomnost feochromocytomu je charakterizována klinickými příznaky, které jsou následkem hemodynamického a metabolického působení katecholaminů. Bolest hlavy, palpitace a pocení jsou nespecifické symptomy, ale u hypertoniků, by měly vzbudit podezření na výskyt feochromocytomu, protože tato triáda patří k často uváděným symptomům u pacientů s feochromocytomem (PACÁK, 2008).

Nejčastějším klinickým znakem je trvalá nebo paroxysmální hypertenze, která postihuje až 90 % pacientů. Naproti tomu méně než 10 % pacientů má trvale normální krevní tlak. Feochromocytom se vyskytuje i při hypotenzi nebo střídání vysokého a nízkého krevního tlaku. U těchto pacientů je tedy zapotřebí pravidelně monitorovat a hodnotit krevní tlak (MAREK, 2004). Hypertenzní záchvat může být závažný a může

vést až akutnímu stavu, který vyžaduje urgentní lékařský zákrok a terapii. Je častý u pacientů s feochromocytomem produkujícím adrenalin (PACÁK, 2008). Záchvaty mohou trvat několik sekund až několik hodin, přičemž intervaly mezi jednotlivými záchvaty se liší. Podezření na feochromocytom by měly vyvolat neobvyklé projevy s paroxysmálním zvýšením krevního tlaku během diagnostických procedur (např. endoskopie), během narkózy nebo konzumace potravin a nápojů obsahujících tyramin (např. sýry, banány, čokoláda), při užívání léků (např. histamin) a při chemoterapii nebo močení (MAREK, 2004).

Bolest hlavy se vyskytuje u většiny pacientů. Dalším významným klinickým projevem je nadměrné pocení, kdy se pacient doslova „koupe v potu“. Dušnost, hmotnostní úbytek s normální chutí k jídlu, pocit tepla, celková slabost nebo poruchy vidění, způsobené vlivem katecholaminů na okohybné svaly jsou příznaky, objevující se při onemocnění feochromocytomem (PACÁK, 2008).

„S metabolickým působením katecholaminů pak souvisí i porucha glukózové tolerance nebo také rozvoj sekundárního diabetu mellitu s nutností podávání perorálních antidiabetik či inzulinu. K vzácným příznakům, které mohou být také první manifestací feochromocytomu, patří nekardiální plicní edém a srdeční selhání.“ (WIDIMSKÝ et al., 2004, s. 532)

Klinické příznaky feochromocytomu jsou méně často způsobeny útlakem vlastního tumoru nebo nadprodukcí jiných substancí (ZELINKA; TURKOVÁ; WIDIMSKÝ, 2009).

1.5 Akutní stavy při feochromocytomu

Akutní stavy spojené s feochromocytomem, vyžadující urgentní léčbu, vznikají buď následkem komplikací v souvislosti s lokalizací nádoru, anebo následkem orgánového postižení na podkladě působení vysokých koncentrací katecholaminů produkovaných nádorem (PACÁK, 2008). U poloviny pacientů s feochromocytomem je první manifestací některý z kritických stavů.

- **Arytmie**

Katecholaminy, které se vyplavují z nádoru, mohou vyvolat arytmii stimulací β-adrenoreceptorů. Nejčastější arytmií bývá sinusová tachykardie, ale byly zaznamenány i případy atriální nebo ventrikulární fibrilace. Příčiny vzniku mohou být stejné jako u hypertenzní krize.

- **Infarkt a ischémie myokardu**

Tento stav vzniká jako důsledek zvýšené spotřeby kyslíku při stimulaci srdeční akce nebo katecholaminy indukované vazokonstrikce koronárních arterií. Projevuje se změnami na EKG a oproti klasickému infarktu navíc značnou hypertenzí, nápadnou bledostí, profúzním pocením a paroxyzmálními ataky. Nález na koronárních tepnách při koronarografii je normální.

- **Katecholaminy indukovaná myokarditida a kardiomyopatie**

Nadbytek katecholaminů může vyvolat sterilní myokarditidu a kardiomyopatii (ZAMRAZIL; PELIKÁNOVÁ et al., 2007). „Prognóza pacientů s feochromocytomem, který se projeví akutním srdečním selháním, je špatná a k úmrtí na podkladě plicního edému může dojít během 24 hodin po nástupu klinických příznaků.“ (PACÁK, 2008, s. 102)

- **Hypertenzní krize**

„Hypertenzní krize je akutní, život bezprostředně ohrožující stav, charakterizovaný náhlým zvýšením krevního tlaku s poškozením a selháním životně důležitých orgánů. Postižen je především centrální nervový systém včetně změn na očním pozadí, kardiovaskulární aparát a ledviny.“ (WIDIMSKÝ et al., 2004, s. 361)

Může ji vyvolat změna polohy, příjem některých potravin, emoce, tlaková stimulace nádoru nebo léky. Vyžaduje co nejrychlejší kontrolu krevního tlaku. Při operaci pacienta s feochromocytomem je třeba brát zřetel na možné komplikace, související s hypertenzní krizí (ZAMRAZIL; PELIKÁNOVÁ et al., 2007).

- **Multiorgánové selhání**

Tento stav může být zaměněn se septikémií. Podezření na feochromocytom by mělo vzniknout, pokud léčba septického šoku není efektivní (PACÁK, 2008).

Klinicky se selhání projevuje hyper- nebo hypotenzí provázející mnohočetné orgánové selhání s encefalopatií a teplotami vyššími než +40 °C. V případě zhoršování stavu pacienta i přes intenzivní léčbu nadměrné produkce katecholaminů, je indikováno urgentní odstranění nádoru (ZAMRAZIL; PELIKÁNOVÁ et al., 2007).

K dalším akutním stavům, které mohou vznikat při onemocnění feochromocytomem, patří plicní edém, vyskytující se v průběhu onemocnění nebo resekci nádoru. Feochromocytom může v důsledku dlouhodobého přetížení katecholaminy s vazokonstrikcí vyvolat náhlou příhodu břišní, vyžadující emergentní chirurgický zásah (PACÁK, 2008).

1.6 Diagnostika

Základem pro cílenou a účelnou léčbu onemocnění je stanovení správné lékařské diagnózy. Při vyšetřování pacienta lékař postupuje vždy od metod jednoduchých, snadno proveditelných a nezatěžujících nemocného, až po speciální vyšetřovací metody. S ohledem na velkou variabilitu klinických projevů je často nejsložitějším problémem v diagnostice feochromocytomu vůbec na něj pomyslet.

Prvním krokem lékaře při diagnostice feochromocytomu je odebrání anamnézy. Kompletní anamnéza obsahuje osobní údaje pacienta, zápis o potížích, které pacienta přivedly k lékaři, osobní, pracovní, rodinnou a sociální anamnézu. U žen navíc gynekologickou anamnézu. Dalším krokem lékaře je vyšetření základních fyziologických funkcí (TK, TF, DF, TT) a fyzikální vyšetření pohledem, pohmatem, poklepem, poslechem a čichem (ŠAFRÁNKOVÁ; NEJEDLÁ, 2006).

1.6.1 Laboratorní diagnostika

Základním nástrojem laboratorní diagnostiky, při stanovení diagnózy feochromocytomu, je průkaz nadprodukce katecholaminů (adrenalin, noradrenalin) a jejich metabolitů. „Katecholaminy a jejich metabolity mohou být stanovovány

buď přímo v plazmě, nebo také v moči za 24 hodin. Všechna vyšetření vyžadují, aby byla provedena ve stabilizovaném stavu (tato podmínka je zvláště nutná pro vyšetření plazmatických hladin katecholaminů!) a pokud možno s dostatečným časovým předstihem vysazenou antihypertenzní medikací.“ (BLAHOŠ; ZAMRAZIL, 2006, s. 392) Také některé složky potravy mohou ovlivnit výsledky těchto biochemických vyšetření. Proto je nutné dva dny před odběrem a během provádění vyšetření dodržovat speciální dietu. Tato dieta zakazuje příjem kávy, čaje, ovoce, zeleniny, sýrů a sladkých pokrmů (PACÁK, 2008).

1.6.2 Morfologická diagnostika

K lokalizaci tumoru je vhodné přistoupit až co je diagnóza feochromocytomu laboratorně potvrzena. Téměř 98 % feochromocytomů se nachází v dutině břišní nebo malé pánvi, a proto je vhodné nejdříve vyšetřit tyto oblasti pomocí CT. Vyšetření MR je preferováno u těhotných žen, u dětí, a u nemocných s alergií na kontrastní látku. Další možnou vyšetřovací metodou je sonografické vyšetření, které má ovšem omezenou zobrazovací schopnost.

Jakmile se podaří lokalizovat zdroj nadprodukce katecholaminů, rozhoduje se, zda může být pacient indikován k operačnímu výkonu nebo zda se má podrobit ještě funkčnímu vyšetření. Funkční vyšetření rozpozná, jestli se jedná o maligní tumor, mnohočetný feochromocytom. Z metod funkčního zobrazení se nejčastěji využívá scintigrafie pomocí izotopu MIBG. Jeho senzitivita se udává do 95 % s velmi dobrou specificitou, senzitivita ale klesá u maligních nádorů (ZELINKA, 2007).

1.7 Terapie

Optimální terapií feochromocytomů je urychlené chirurgické odstranění nádoru, neboť nádor může kdykoliv vyvolat hypertenzní krizi (PACÁK, 2008). Aby se zminimalizovali perioperační a pooperační komplikace, je nezbytnou součástí léčby feochromocytomu vhodná farmakoterapie. Předoperační farmakoterapie se zaměřuje na kontrolu hypertenze včetně hypertenzních krizí během odstranění feochromocytomu, na udržení stabilního krevního tlaku během operace, na omezení vedlejších účinků při anestezii a zmírnění klinických projevů a příznaků daných vysokou plazmatickou hladinou katecholaminů (MAREK, 2004).

Důležité je tedy zajistit kardiální i metabolickou kompenzaci (ZAMRAZIL; HOLUB; KASALICKÝ, 2003). Nejdříve jsou pacientovi podávány α-adrenoceptorové blokátory, např. doxazosin, a poté β-blokátory, např. propanolol, pokud je přítomna tachykardie (STÁRKA, 2010).

V případě abdominálního feochromocytomu je zvolena laparoskopická operační metoda. Laparoskopie má výhodu rychlejšího zotavení pacienta a nižší morbiditu než laparotomie. V případě bilaterálního postižení nadledvin je vhodné provést laparoskopickou adrenalektomii se zachováním části kůry nadledvin, aby se zabránilo nutnosti doživotní substituce kortikoidů. Pacienti poté užívají kortikoidy pouze při zátěži organismu. Tento typ adrenalektomie se používá také u pacienta s unilaterálním feochromocytomem, u nichž byla opačná nadledvina již odstraněna nebo poškozena.

U maligního feochromocytomu musí být terapie doplněna chemoterapií a terapeutickým podáváním MIBG (PACÁK, 2008). Metastázy, hlavně do kostí a plic, se dále ovlivňují cytostatiky (ZAMRAZIL; HOLUB; KASALICKÝ, 2003).

1.8 Prognóza

Prognóza benigních nádorů je velmi dobrá, ale je možné do 10 let po odstranění feochromocytomu očekávat až 10 % recidivu s projevy vzdálených metastáz u původně benigního nádoru. Je nutné pravidelně sledovat i nemocné po úspěšné operaci (BLAHOŠ; ZAMRAZIL, 2006).

2 Specifika ošetřovatelské péče

Ke každému člověku musí všeobecná sestra při poskytování ošetřovatelské péče přistupovat individuálně a respektovat a uspokojovat jeho bio-psycho-sociální potřeby. V této kapitole je popsáno, jak nejčastěji probíhá hospitalizace pacienta s feochromocytomem a nejčastější činnosti, které všeobecná sestra musí vykonávat při péči o tohoto pacienta.

2.1 Pobyt na interním oddělení ke stanovení diagnózy

Pokud se u pacienta objeví typické klinické projevy, (bolest hlavy, palpitace, pocení, hypertenze nereagující na farmakoterapii), je objednán svým praktickým lékařem na plánované přijetí na lůžkové interní oddělení k potvrzení či vyvrácení diagnózy feochromocytomu. Při příjmu zhodnotí všeobecná sestra stav pacienta a určí stupeň soběstačnosti. Seznámí ho s oddělením a s domácím řádem oddělení. Pohybový režim těchto pacientů je většinou volný bez omezení, poloha na lůžku přirozená (ŠAFRÁNKOVÁ; NEJEDLÁ, 2006). Lékař provede vstupní vyšetření a stanoví vyšetřovací program na celou dobu hospitalizace, který obsahuje EKG, RTG srdce a plic, vyšetření očního pozadí, echokardiografické vyšetření srdce, sonografické vyšetření krčních tepen, specializovaná vyšetření na průkaz feochromocytomu, CT a MR (PACÁK, 2008). Výživa pacienta je upravena dle stanovených vyšetření. Hlavní úlohou všeobecné sestry je poučit pacienta o vyšetřovacím programu a dohlédnout na jeho správný průběh. Dále monitoruje celkový stav pacienta, fyziologické funkce, především TK pravidelně třikrát denně – může dojít k záchvatovité hypertenzi, a srdeční akci pravidelně dvakrát denně – může vzniknout arytmie nebo infarkt myokardu. Při bolestech hlavy podává analgetika dle ordinace lékaře. Pečuje o suché a čisté ložní prádlo pacienta (ŠARÁNKOVÁ; NEJEDLÁ, 2006). Potvrdí-li se diagnóza feochromocytomu a je indikován, ve většině případů, k laparoskopické adrenalektomii. Pacient odchází domů se stanoveným datem operace. Je poučen o vysazení α-blokátorů a β-blokátorů z farmakologické léčby a užívání léků dle ordinace lékaře (PACÁK, 2008).

2.2 Pobyt na chirurgickém oddělení

Pacient přichází na chirurgické oddělení den před operačním výkonem. S sebou přináší výsledky předoperačního vyšetření. Všeobecná sestra uloží pacienta na lůžko. Požádá lékaře, aby zajistil anesteziologické konzilium. Anesteziolog zhodnotí celkový zdravotní stav pacienta, zvolí vhodnou anestezii a předepíše premedikaci. Pacient se večer osprchuje, cenné věci a šperky si uloží do trezoru na oddělení. Všeobecná sestra ho poučí o tom, že musí od půlnoci lačnit, nesmí polykat léky a kouřit. Zodpoví pacientovi všechny jeho dotazy, aby zminimalizovala jeho strach a obavy. Podá mu premedikaci dle ordinace anesteziologa.

V den operace zajistí žilní vstup a těsně před transportem na operační sál požádá pacienta, aby se vymočil, zkontroluje, zda nemá zubní protézu, udělá mu bandáže dolních končetin a podá premedikaci dle ordinace anesteziologa.

Po operaci všeobecná sestra monitoruje celkový stav pacienta, fyziologické funkce, především TK – riziko vzniku hypertenzní krize nebo hypotenze, močení a operační ránu. Podává infuzní terapii a analgetika dle ordinace lékaře. První den po operaci je podávána pacientovi kašovitá dieta, druhý den již racionální. Během hospitalizace všeobecná sestra pečuje o pohodlí pacienta, pravidelně asistuje při převazu operační rány a pečuje o periferní žilní katétr. Pokud nedojde k žádným komplikacím, je třetí pooperační den pacient přeložen na lůžkové interní oddělení (SLEZÁKOVÁ, 2010).

2.3 Pobyt na interním oddělení ke kontrolnímu vyšetření

Pacient je přeložen na lůžkové interní oddělení ke kontrolnímu vyšetření. Všeobecná sestra při příjmu zhodnotí jeho celkový zdravotní stav a stupeň soběstačnosti. Lékař provede vstupní vyšetření a stanoví vyšetřovací program na celou dobu hospitalizace, který obsahuje ve většině případů odběry krve a moči na biochemické vyšetření, odběry krve na hematologické a hemokoagulační vyšetření, EKG a specializovaná vyšetření. Hlavní úlohou všeobecné sestry je tedy opět poučit pacienta o vyšetřovacím programu a dohlédnout na jeho správný průběh. Dále sleduje pravidelně třikrát denně TK a TF. Pravidelně převazuje operační ránu, hodnotí ji a vede pečlivý záznam o jejím ošetřování. V případě hojení per primam se stehy odstraňují sedmý nebo osmý pooperační den. Všeobecná sestra podává léky dle ordinace lékaře,

při bolestech analgetika. Pečuje o pohodlí pacienta. Poučí pacienta o dodržování speciální diety, která je nezbytná pro správný výsledek speciálních vyšetření. Lékař i všeobecná sestra musí pacienta poučit o celoživotní substituční terapii hydrokortizonem a o komplikacích při nedodržování terapie. Pokud nedojde ke komplikacím, odchází pacient po týdnu domů. Ke kontrolnímu vyšetření se dostaví za půl roku.

2.4 Kvalita života pacientů s feochromocytomem

U pacientů s diagnostikovaným feochromocytomem je kvalita života omezena především klinickými projevy onemocnění. Pacient trpí záchvatovitou hypertenzí, která ho omezuje v osobním i pracovním životě. U pacientů po chirurgickém odstranění feochromocytomu je kvalita života omezena celoživotní substituční terapií hydrokortisonem. Hydrokortison musí pacient neustále nosit u sebe a při jakékoliv zvýšené fyzické a psychické zátěži zvýšit užívanou dávku. Jednou za rok je hospitalizován na interním lůžkovém oddělení ke kontrolnímu vyšetření.

2.4.1 Pohybový režim

Pohybový režim pacienta s feochromocytomem je omezen operačním výkonem. Pacient může sportovat pouze rekreačně (PACÁK, 2008).

2.4.2 Psychologická problematika

Onemocnění člověka je provázeno obvykle nepříjemnými pocity, nejistotou, někdy i úzkostí nebo strachem. Schopnost zvládat onemocnění ovlivňuje věk, vývojové stadium, osobnost člověka, jeho vlastnosti a schopnosti a zařazení člověka ve společnosti. Úkolem všeobecné sestry je minimalizovat negativní projevy psychiky pacienta. Musí pomoci pacientovi se co nejrychleji adaptovat na nastálou situaci. Informuje ho o všech činnostech, které u něho vykonává. Laskavým přístupem realizuje ošetřovatelskou péči. A především umí naslouchat stížnostem a problémům pacienta (TRACHTOVÁ, 2001).

3 Ošetřovatelský proces

„Charakteristickým rysem moderního ošetřovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Uspokojování potřeb člověka se realizuje prostřednictvím ošetřovatelského procesu.“ (TRACHTOVÁ, 2001, s. 9) Ošetřovatelský proces je cyklická metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče, takže jeho složky za sebou následují v logickém pořadí. Individualizuje přístup k potřebám každého nemocného, zdůrazňuje zpětnou vazbu, která vede k opětovnému posouzení a k revizi plánu péče. Je použitelný u všech věkových skupin. Všeobecná sestra při tvorbě spolupracuje s nemocným, jeho rodinou nebo komunitou. Díky ošetřovatelskému procesu je nemocnému poskytována kvalitní, plánovaná, soustavná péče a uspokojují se jeho potřeby. Všeobecná sestra se důsledně a systematicky vzdělává, odborně roste a vyhýbá se konfliktům se zákonem.

Ošetřovatelský proces se skládá z 5 fází. Tvoří ho fáze posouzení, stanovení ošetřovatelské diagnózy, plánování, realizace a hodnocení. Všechny fáze se navzájem prolínají a ovlivňují.

- **Posouzení**

První fází ošetřovatelského procesu je posouzení. Zahrnuje sběr, třídění a ověřování údajů o zdravotním stavu pacienta. Údaje o emocionálních, intelektových, kulturních, tělesných a vývojových aspektech nemocného. Všeobecná sestra pacienta systematicky pozoruje, účinně s ním komunikuje, odebírá anamnézu a provádí sesterské fyzikální vyšetření.

- **Stanovení ošetřovatelské diagnózy**

Ošetřovatelská diagnóza je závěr o skutečném nebo potenciálním narušení zdravotního stavu pacienta. Ke stanovení této diagnózy využívá všeobecná sestra analýzu, tzn. rozložení celku na jednotlivé části.

Aktuální ošetřovatelský problém v současnosti existuje (KOZIEROVÁ; ERBOVÁ; OLIVIEROVÁ, 1995). Ten je tvořen strukturou PES. Písmeno P představuje název ošetřovatelského problému. E označuje etiologické související faktory a S charakteristické znaky (ŽIAKOVÁ; JAROŠOVÁ; ČÁP et al., 2005).

Potenciální ošetřovatelský problém spočívá ve výskytu rizikových faktorů, které mohou u nemocného vyvolat zdravotní problémy. Všeobecná sestra při této fázi tedy uspořádává údaje a pomocí kritického myšlení stanovuje ošetřovatelské diagnózy.

- **Plánování**

Třetí fáze, plánování, je série kroků, ve kterých všeobecná sestra a pacient vytyčují priority, zaznamenávají cíle s očekávanými výsledky. Zakládají písemný plán ošetřovatelské péče na odstranění nebo zmenšení zjištěných problémů nemocného. Všeobecná sestra vybírá a vypracovává ošetřovatelské strategie, které vedou k dosáhnutí cíle a píše sesterské intervence.

- **Realizace**

V této fázi dochází k vykonání ošetřovatelského plánu. Všeobecná sestra neustále shromažďuje údaje a vykonává předepsané ošetřovatelské činnosti. Při realizaci je důležité respektovat priority nemocného. Všeobecná sestra musí účinně komunikovat, laskavě ošetřovat pacienta, poskytovat mu rady a realizovat lékařské ordinace.

- **Hodnocení**

Poslední fáze ošetřovatelského procesu, hodnocení, posuzuje reakce pacienta na ošetřovatelskou péči a porovnává ji se stanovenými normami, tzn. výslednými kritérii. Všeobecná sestra zjišťuje, zda byla výsledná kritéria splněna částečně, plně nebo nesplněna. Pokud nebyla splněna, je třeba plán ošetřovatelské péče zrevidovat (KOZIEROVÁ; ERBOVÁ; OLIVIEROVÁ, 1995).

4 Ošetřovatelský model Marjory Gordon

Ošetřovatelský model Marjory Gordon je z hlediska holistické filosofie to nejkomplexnější pojetí člověka v ošetřovatelství. Všeobecná sestra může podle něho zhodnotit zdravotní stav zdravého i nemocného člověka. Zdravotní stav pacienta může být funkční a dysfunkční. Zdravotní stav člověka je vyjádřením bio-psycho-sociální integrace a prostředí. Poruchy v jednotlivých oblastech způsobují nerovnováhu celého lidského organismu. Funkční typ zdraví je ovlivněn faktory biologickými, duchovními, kulturními, sociálními a vývojovými. U dysfunkčního typu zdraví stanoví všeobecná sestra ošetřovatelské diagnózy podle priorit u konkrétních chorobných stavů, ale i u zdravého jedince, kdy v případě poskytnutí nesprávné ošetřovatelské péče dojde k narušení zdraví a ke vzniku choroby.

Základní stavbu modelu Marjory Gordon tvoří několik oblastí:

- Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví
- Výživa a metabolismus
- Vylučování
- Aktivita a cvičení
- Spánek, odpočinek
- Vnímání, poznávání
- Sebekoncepce , sebeúcta
- Plnění rolí, mezilidské vztahy
- Sexualita, reprodukční schopnost
- Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance
- Víra, přesvědčení, životní hodnoty
- Jiné

Při použití tohoto modelu získá všeobecná sestra komplexní informace k sestavení ošetřovatelské anamnézy, stanoví aktuální a potenciální ošetřovatelské diagnózy a poté naplánuje a zrealizuje ošetřovatelskou péči (TRACHTOVÁ, 2001).

EMPIRICKÁ ČÁST

5 Příjem pacienta

Pacient s bilaterálním feochromocytomem byl přeložen z chirurgického oddělení, kde byla provedena bilaterální adrenalektomie, s ponecháním levé nadledviny, kde byl odstraněn pouze tumor. Výkon proběhl 9. ledna 2011 bez komplikací laparoskopickou cestou.

5.1 Identifikační údaje

Tabulka 1 - Identifikační údaje

Jméno a příjmení: N. J.	***Důvod přijetí***: pobyt ke kontrolnímu vyšetření po bilaterální laparoskopické adrenalektomii
Věk: 35 let	***Datum přijetí***: 12. ledna 2011
Pojišťovna: 201	***Pooperační den***: 3.
Kontaktní osoba: manželka M. J., bydliště shodné s pacientem	***Datum propuštění***: 17. ledna 2011
Místo hospitalizace: lůžkové interní oddělení	***Plán individuální ošetřovatelské péče realizován***: 12. – 17. ledna 2011

5.2 Okolnosti přijetí

V roce 2008 navštívil pacient praktického lékaře a stěžoval si na bolest hlavy, návaly, zčervenání obličeje – „flash“, febrilie a nadměrné pocení. Měl zvýšený krevní tlak 180/115 mmHg a přechodně zvýšené hodnoty jaterních testů. Pacientovi byla diagnostikována arteriální hypertenze, která však nereagovala na antihypertenzní

farmakoterapii, proto byl hospitalizován na interním oddělení. Podstoupil CT - nalezen oboustranný ložiskový proces obou nadledvin. Z vyšetření metanefrinů v moči vzniklo podezření na feochromocytom. V listopadu 2010 byl pacient znovu přijat na interní oddělení a vyšetřen. Na základě výsledků vyšetření potvrzena přítomnost feochromocytomu a naplánována laparoskopická bilaterální adrenalektomie.

5.3 Anamnéza

Abusus

Pacient nekouří, alkohol pije příležitostně.

Alergologická anamnéza

Pacient uvádí alergii na Xorimax - antibiotikum, projevující se exantémem a otokem obličeje a krku.

Farmakologická anamnéza

Na chirurgickém oddělení:

Medikamentózní intravenózní terapie:

Augmentin 1,2 g i. v. á 8 hodin (6 – 14 – 22) – pouze jeden den - antibiotikum

Hydrocortison 50 mg i. v. á 8 hodin (6 – 14 – 22) – hormon, glukokortikoid

Quamatel 1 ampule i. v. á 12 hodin (6 – 18) – antiulcerózum

Infúzní terapie podávaná periferním žilním katétrem:

Glukóza 10 % 500 ml + 8 j humulínu R + 15 ml 7,5 % KCl / 4 hodiny

Aminoven 15 % 500 ml / 4 hodiny

Ringerův roztok 500 ml + 15 ml 7,5 % KCl / 4 hodiny

Nyní:

Helicid 10 mg tbl 0 – 0 – 1 (ráno – poledne – večer) - antiulcerózum

Hydrokortison 20 mg tbl podle potřeby – hormon, glukokortikoid

Lactulosa sol 5 ml – 5 ml – 5 ml (ráno – poledne – večer) – digestivum, laxativum

Stilnox 1 tbl 0 – 0 – 0 – 1 (ráno – poledne – večer – v noci) - hypnotikum

Novalgin 1 amp i. v. ve 100 ml fyziologického roztoku při bolesti (maximálně 3 amp i. v. / 24 hodin) – antipyretikum, analgetikum

Osobní anamnéza

Pacient měl v dětství běžná dětská onemocnění a úraz krční páteře. V únoru 2010 podstoupil laparoskopickou cholecystektomii. V březnu 2010 byl pacientovi diagnostikován duodenogastrický reflux a lehká antrální gastropatie na základě fibroskopie.

Pracovní anamnéza

Pacient pracuje jako technik v automobilovém závodě.

Rodinná anamnéza

Otec, narozen 1956 se léčí s arteriální hypertenzí. Prodělal onemocnění nadledvin, ale pacient neví jaké. Matka zemřela v 55 letech na rakovinu prsu. Má tři zdravé sourozence. Žije s manželkou, se kterou má dvě děti. Syn se léčí s astma bronchiale. Dcera je sledována v nefrologické poradně.

Sociální anamnéza

Pacient bydlí s manželkou a dětmi v rodinném domě. Sociální podmínky rodiny jsou uspokojivé.

5.4 Objektivní nález

Fyziologické funkce: TK 143/88 mmHg, TF 102/min, DF 14/min, TT 36, 5 °C, SpO_2 98 % bez kyslíku, výška 175 cm, váha 70 kg, BMI 23 kg/m^2 - norma. Pacient orientován, eupnoický, bez cyanózy a ikteru. Má první den zavedený periferní žilní katétr. Klidné jizvy po laparoskopické cholecystektomii. Operační rána po laparoskopické bilaterální adrenalektomii na pravém boku o velikosti 5 cm klidná, bez sekrece a otoku. Okolí rány klidné.

5.5 Diagnostický závěr

Pacient je po bilaterální laparoskopické adrenalektomii pro feochromocytom, kdy mu byla ponechána levá nadledvina, kde byl odstraněn pouze drobný tumor, který produkoval noradrenalin a pacient trpěl setrvalou hypertenzí. Dále byla pacientovi diagnostikována mírná forma hypokortikalismu. Pacient má duodenogastrický reflux a lehkou antrální gastropatii. Podstoupil laparoskopickou cholecystektomii.

5.6 Přehled terapeuticko – diagnostických vyšetření

Pacientovi bylo provedeno biochemické vyšetření krve a moči, hematologické a hemokoagulační vyšetření krve a EKG při příjmu na oddělení. V průběhu pobytu dále specializovaná vyšetření na zjištění volných močových katecholaminů. Při operaci byl odebrán vzorek nadledviny.

Biochemické vyšetření

Krev: Sodík: 143, Draslík: 4,0; Chloridy: 107; Vápník: 2,34; Fosfor anorganický: 1,46; Urea: 4,7; Kreatinin: 89; Močová kyselina: 328; Bilirubin celkový: 11,5; ALT:0,55; AST: 0,37; GMT: 0,57; Fosfatáza alkalická: 1,13; Bílkovina celková: 65,3; Cholesterol: 4,79; Triacylglycerol: 0,93; Cholesterol HDL: 0,92; Cholesterol LDL: 3,45; Glukóza: 4,5, CRP: 3, 4 mg/l

Moč: normální sediment i chemicky

Hodnoty provedených vyšetření jsou v normě.

Hematologické vyšetření

Krevní obraz: Leukocyty: 10,18; Erytrocyty: 4,78; Hemoglobin: 0,435; Barvivo erytrocytů: 31,6; Trombocyty: 334; Destičkový hematokrit: 0,333; Neutrofily: 43,5; Lymfocyty: 43,5; Monocyty: 6,8; Eozinofily: 5,8; Bazofily: 0,4

Hodnoty provedených vyšetření jsou v normě.

Hemokoagulační vyšetření

Quickův test INR: 1, 0, 1; APTT: 27,0 s

Hodnoty provedených vyšetření jsou v normě.

Vyšetření na volné močové katecholaminy

Epinefrin/h: 0,2 nmol/h; Norepinefrin/h: 10,1 nmol/h; Dopamin/h: 86,2 nmol/h

Hodnoty provedených vyšetření jsou v normě**.**

EKG

EKG křivka je fyziologická

Histologické vyšetření

Z výsledků biopsie vyplývá, že se jednalo o bilaterální feochromocytom nadledviny. Stanovení biologického chování tohoto nádoru je obtížné, ale v žádném ze vzorků nebyly nalezeny známky potenciálního maligního chování. Lze tedy předpokládat, že se jednalo o benigní formu feochromocytomu.

5.7 Fyzikální vyšetření provedené všeobecnou sestrou

Pacient orientovaný místem, časem a osobou. Glasgow Coma Scale 15 bodů. Klidný, optimistický, s dobrou náladou. Řeč plynulá. V stoje udržuje vzpřímenou polohu těla a mírně rozkročený postoj. Chodí sám, bez obtíží, s otevřenýma očima. Chůze je jistá, bez vrávorání. Vyhledává úlevovou vynucenou polohu od bolesti po operačním zákroku. Bolest nepociťuje vleže na zádech s pokrčenýma nohama. Pacient je normostenický. Měří 171 cm, váží 70 kg, BMI 24 kg/m^2 – norma**.**

Fyzikální vyšetření hlavy

Kůže hlavy růžová, pevná a pružná, přiměřeného kožního turgoru. Vlasy řídké, jemné, vlasová hranice ustupuje z čela. Víčka symetrická, bez edému. Oční bulby ve středním postavení, pohyblivé ve všech směrech. Spojivky růžové, jejich povrch vlhký. Skléry bílé. Rohovka průhledná. Zornice okrouhlé, izokorické, při osvětlení oka se zornice zúží.

Slyší dobře. Uši a nos bez sekrece. Rty růžové, souměrné. Jazyk plazí ve střední čáře, mírně povleklý. Sliznice růžové, vlhké. Tonzily malé, hladké, růžové. Chrup vlastní, sanován. Zápach z úst není přítomen.

Fyzikální vyšetření krku

Krční páteř pohyblivá. Lymfatické uzliny nezvětšené, nehmatné na obou stranách krku. Štítná žláza nehmatná.

Fyzikální vyšetření hrudníku

Hrudník atletický. Dýchání eupnoické, abdominální, bez stridorů, frekvence 14/min. Prsy symetrické, bez patologických změn. Srdeční akce pravidelná. Pulz hmatný, pravidelný, frekvence 102/min - tachykardie. Krevní tlak 140/88 mmHg – normotenze.

Fyzikální vyšetření břicha

Břicho souměrné, v úrovni hrudníku. Pacient udává napnutí břišních svalů. Jizvy po laparoskopické cholecystektomii. Operační rána po laparoskopické adrenalektomii na pravém boku klidná, bez sekrece. Velikost rány 5 cm. Okolí rány klidné. Třísla pevná, bez hmatných uzlin. Pacient uvádí nebolestivé scrotum, bez otoků.

Fyzikální vyšetření dolních končetin

Konfigurace a hybnost normální, nález na kloubech a svalech odpovídá věku. Svaly a šlachy pohmatově nebolestivé. Lymfatické uzliny nehmatné a nebolestivé. Prsty symetrické v ose, bez tvarových změn, růžové. Bez otoků a varixů. Bez známek flebitidy.

5.8 Posouzení stavu potřeb dle Marjory Gordon

- **Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví**

Pacient byl až do minulého roku zcela zdráv. V roce 2010 podstoupil operaci žlučníku. Po chirurgickém výkonu měl časté febrilie, často ho bolela hlava a nadměrně se potil. Později mu byl diagnostikován feochromocytom. Nyní je 3. den po operaci.

Operační rána klidná, bez sekrece a otoku. Okolí rány klidné. Má první den zavedený periferní žilní katétr. Není poučen o nutnosti celoživotní substituci kortikoidů.

Nemá problémy s dodržováním léčebného režimu a lékařských doporučení. Pacient nekouří, alkohol pije pouze příležitostně. Naposledy na oslavě narozenin své manželky, v prosinci 2010. Na preventivní prohlídky k praktickému lékaři nechodí. Samovyšetření varlat neprovádí.

Ošetřovatelský problém – neznalost a infekce, riziko vzniku

- **Výživa a metabolismus**

Doma: Pacient se stravuje pravidelně. Obvykle jí 5 x denně. Snídaně, oběd, svačina, večeře a druhá večeře. Denně vypije asi 2 – 3 litry tekutin. Nejčastěji minerální vody. Chuť k jídlu má dobrou. Jeho nejoblíbenější jídlo je pečené nebo smažené vepřové maso s bramborovou kaší. Naopak nevyhledává ovoce, ryby a luštěniny. Snaží se jíst nekořeněná jídla, kvůli diagnostikovanému gastroduodenálnímu refluxu. Ale od té doby, co užívá Helicid 10 mg tbl (0 – 0 – 1) nemá zažívací obtíže. V poslední době nezaznamenal žádný váhový úbytek ani přírůstek. Pravidelně jednou za půl roku navštěvuje stomatologa.

Během hospitalizace: Na chirurgickém oddělení ordinována první den po operaci kašovitá dieta, druhý den racionální. Nemocniční strava mu chutná. Má chuť k jídlu. Pacient není poučen o dietě na VMK, ani o sběru moči. Chrup má vlastní, sanován. Kožní turgor přiměřený. Pacient afebrilní, 36, 5 °C. Měří 171 cm a váží 70 kg. BMI 24 kg/m^2 – norma.

Měřící techniky – BMI, výživová anamnéza

Ošetřovatelský problém - neznalost

- **Vylučování**

Doma: Pacient nemá problémy s močením. Barva moče je slámově žlutá. Vyprazdňuje se pravidelně každé ráno, a proto neužívá žádná laxantiva. Není schopen popsat vzhled exkretů.

Během hospitalizace: Neudává obtíže s močením. Barva moče je slámově žlutá, bez příměsí. Na stolici byl naposledy 9. ledna 2011. Má pocit plnosti a napjatých břišních svalů. Užívá změkčovadla stolice – Lactulosa sol. 5ml – 5ml – 5ml. Nepotí se.

Ošetřovatelský problém – zácpa

- **Aktivita, cvičení**

Doma: Pacient pravidelně necvičí ani nesportuje. Chodí na procházky se psem. V létě jezdí s rodinou na cyklistické výlety – délka trasy většinou v rozmezí 15 – 30 km. Ve svém volném čase rád hraje na kytaru, čte sci-fi literaturu a sleduje televizní noviny.

Během hospitalizace: Cítí se trochu unavený po operačním výkonu. Prochází se po oddělení, čte knihy a sleduje televizi. Kód pro funkční úroveň: 0 Pacient je plně soběstačný a nezávislý (Tabulka 2 - Klasifikace funkčních úrovní sebepéče).

Tabulka 2 - Klasifikace funkčních úrovní sebepéče

Celková pohyblivost	***kód 1-5***
Schopnost najíst se	***kód 1-5***
Schopnost umýt se	***kód 1-5***
Schopnost vykoupat se	***kód 1-5***
Schopnost obléci se	***kód 1-5***
Schopnost dojít si na toaletu	***kód 1-5***
Schopnost pohybovat se na lůžku	***kód 1-5***
Schopnost udržovat domácnost	***kód 1-5***
Schopnost nakoupit si	***kód 1-5***
Schopnost uvařit si	***kód 1-5***

Kódy pro funkční úroveň:

0 Nezávislý, soběstačný pacient

1 Potřebuje minimální pomoc, používá sám zařízení, sám zvládne 75 % činností

2 Potřebuje menší pomoc, dohled, radu. Sám zvládne 50 % činností

3 Potřebuje velkou pomoc (od druhé osoby nebo od přístroje), sám zvládne méně než 25 % činností

4 Zcela závislý na pomoci druhých, potřebuje úplný dohled

5 Absolutní deficit sebepéče, žádná aktivní účast. Potřebuje úplnou pomoc nebo není schopen pomáhat

Měřící techniky – Klasifikace funkčních úrovní sebepéče

Ošetřovatelský problém - nenalezen

- **Spánek, odpočinek**

Doma: Pacient spí 6-8 hodin denně. Potíže s usínáním nemá. Sny se mu nezdají. Je zvyklý před spaním provést osobní hygienu a chvíli si číst. Dobře se mu usíná při pokojové teplotě 18 °C, v mírném polosedu.

Během hospitalizace: Cítí se stále neodpočatý. Přes den spí hodinu po obědě. Večer má potíže s usínáním kvůli hluku a horku na pokoji, také ho bolí operační rána. Celkově spí maximálně tři hodiny denně. Během noci se několikrát probouzí. Užívá Stilnox 1 tbl před spaním. Vzhledem k užívání hypnotik jsem zhodnotila riziko pádu (Tabulka 3 - Rizikové faktory pro vznik pádu).

Tabulka 3 - Rizikové faktory pro vznik pádu

Odpověď ANO = 1 bod ***Riziko vzniku pádu = 2 a více bodů***	
věk 70 let a více.....NE	***inkontinence***.....NE
pooperační období.....ANO	***dezorientace***.....NE
závratě.....NE	***užívání léků (hypnotika)***.....ANO
zrakový/sluchový problém.....NE	***pád v anamnéze***.....NE
epilepsie.....NE	***problémy s pohyblivostí***.....NE
Počet bodů: 2 body = riziko vzniku pádu	

Měřící techniky – Rizikové faktory pro vznik pádu

Ošetřovatelský problém – spánek porušený a poranění, zvýšené riziko

- **Vnímání, poznávání**

Pacient slyší dobře, nepoužívá žádné sluchové kompenzační pomůcky. Má problémy se zrakem – krátkozrakost. Používá zrakové kompenzační pomůcky – brýle. Rozhoduje se obtížněji. O svém zdravotním stavu a léčebných opatřeních se cítí dostatečně informován. Občas pociťuje mírnou bolest (stupeň 3, Tabulka 4 Numerická škála bolesti) operační rány, v klidu i při pohybu. Úleva přichází při zaujmutí úlevové polohy, vleže na zádech s pokrčenýma nohama, a podání analgetik, Novalgin 1 amp i. v. ve 100 ml fyziologického roztoku, do periferního žilního katétru.

Tabulka 4 - Numerická škála bolesti

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10		
Žádná	***Střední***	***Nesnesitelná***

Měřící techniky – numerická škála bolesti

Ošetřovatelský problém – bolest akutní a kožní integrita porušená

- **Sebekoncepce, sebeúcta**

Pacient se hodnotí jako silná osobnost, sanguinik a cholerik. Je spokojen se svým vzhledem. Při rozhovoru na mě pacient působil sebevědomým a vyrovnaným dojmem.

Ošetřovatelský problém - nenalezen

- **Plnění rolí, mezilidské vztahy**

Doma: Bydlí s rodinou (manželkou a dvěma dětmi) v rodinném domě. Vztahy v rodině hodnotí jako výborné. Manželka snáší jeho hospitalizaci dobře, dětem se stýská. V zaměstnání má dobrý kolektiv spolupracovníků.

Během hospitalizace: V nemocnici ho nikdo nenavštěvuje, protože je daleko od místa bydliště. S manželkou a dětmi si pravidelně telefonuje. S ostatními pacienty vychází dobře.

Ošetřovatelský problém - nenalezen

- **Sexualita, reprodukční schopnost**

Pacient vede uspokojivý aktivní sexuální život.

Ošetřovatelský problém - nenalezen

- **Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance**

Pacientovi před 2 lety zemřela matka, na kterou byl velice vázán. Tehdy mu nejvíce pomohla manželka, která je mu oporou při zvládání všech zátěžových situací. Stres pociťoval před operací.

Ošetřovatelský problém - nenalezen

- **Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

Do budoucna pacient plánuje s manželkou další dítě. Víra v Boha je pro něho velice důležitá. Pravidelně jednou za měsíc chodí ke zpovědi. Na prvním místě jeho žebříčku hodnot je rodina, zdraví a poté dobré zaměstnání.

Ošetřovatelský problém – nenalezen

- **Jiné**

S pacientem se mi spolupracovala velice dobře. Je spokojen s chováním a přístupem zdravotnického personálu.

Ošetřovatelský problém – nenalezen

6 Ošetřovatelské diagnózy

Stanovila jsem aktuální a potenciální ošetřovatelské diagnózy.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

Bolest akutní, související s traumatizací tkáně při operačním výkonu, projevující se vyhledáváním úlevové polohy a stížnostmi pacienta

Spánek porušený, související s pobolíváním operační rány, nadměrným hlukem na pokoji a nevyhovující pokojovou teplotou, projevující se potížemi s usínáním a nočním probouzením

Zácpa, související se změnou prostředí a stravovacích návyků, projevující se pocity plnosti, napětím břišního svalstva, změnou střevních zvuků a nepravidelným vyprazdňováním

Kožní integrita porušená, související s mechanickým poškozením, projevující se ránou na pravém boku, o velikosti 5cm

Potenciální ošetřovatelské diagnózy:

Infekce, riziko vzniku, související s operační ránou a zavedením periferního žilního katétru

Poranění, zvýšené riziko, související s užíváním hypnotik

6.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

Bolest akutní, související s traumatizací tkáně při operačním výkonu, projevující se vyhledáváním úlevové polohy a stížnostmi pacienta

Priorita: Střední

Dlouhodobý cíl: Pacientova bolest je odstraněna (do 4 dnů)

Krátkodobý cíl: Pacientova bolest je zmírněna (do 24 hodin)

Výsledná kritéria: Pacient verbalizuje zmírnění bolesti (do 12 hodin)

Pacient dosáhne fyzické a psychické pohody (do 24 hodin)

Pacient předvede, jaké využívá úlevové polohy (do 12 hodin)

Pacient si osvojí metody napomáhající ke zmírnění bolesti (do 24 hodin)

Intervence:

- Posuď chování pacienta (primární sestra, sestra ve službě)
- Všimni si vlivu bolesti na každodenní návyky (sestra ve službě)
- Posuď častost, charakter, lokalizaci a zhoršující faktory bolesti (sestra ve službě)
- Akceptuj pacientovo vnímání a líčení bolesti (primární sestra, sestra ve službě)
- Všímej si neverbálních projevů pacientovy bolesti a dalších objektivních příznaků (primární sestra, sestra ve službě)
- Doporuč pacientovi uklidňující zaměstnání během dne (primární sestra, sestra ve službě)
- Zajisti klidné prostředí (primární sestra, sestra ve službě)
- Založ záznam o zhodnocení bolesti, který pravidelně zaznamenávej pokaždé, když se bolest objeví (primární sestra, sestra ve službě)
- Založ záznam o kontrole bolesti, který pravidelně zaznamenávej pokaždé, když se bolest objeví (primární sestra, sestra ve službě)
- Doporuč pacientovi způsoby, jak zmírnit bolest (primární sestra, sestra ve službě)
- Asistuj při ošetřování operační rány (sestra ve službě)
- Postupuj šetrně a asepticky při převazování operační rány (sestra ve službě)
- Podávej medikaci dle ordinace lékaře (primární sestra, sestra ve službě)

- Informuj pravidelně lékaře o zdravotním stavu pacienta (primární sestra, sestra ve službě)

Realizace: 12. – 17. ledna 2011

Promluvila jsem si s pacientem a založila záznam o zhodnocení bolesti (Tabulka 5 – Záznam o hodnocení bolesti). Dále jsem založila záznam o kontrole bolesti (Tabulka 6 - Záznam o kontrole bolesti). Doporučila jsem pacientovi čtení jeho oblíbené sci-fi literatury a sledování televize. Naučila jsem pacienta, jak fixovat operační ránu při kašli, přidržet dlaní. Prováděla jsem pravidelně převazy operační rány. Postupovala jsem asepticky a šetrně. Zajistila jsem klidné prostředí. Každý den po obědě jsem pacientovi pustila na 30 minut relaxační hudbu. Podávala jsem analgetika dle ordinace lékaře – Novalgin 1 amp i. v. ve 100 ml fyziologického roztoku.

Tabulka 4 - Záznam o hodnocení bolesti

Datum	***Intensita bolesti***	***Šíření bolesti***	***Trvání bolesti***
12. 1. 2011	stupeň 3	na celé břicho	občasná, v klidu, pohybu, dopoledne, večer
13. 1. 2011	stupeň 3	na celé břicho	občasná, v klidu, při pohybu, v poledne, v noci
14. 1. 2011	stupeň 2	na pravou stranu břicha	občasná, v klidu, při pohybu, večer, v noci
15. 1. 2011	stupeň 2	nešíří se	občasná, v klidu, v noci
16. 1. 2011	stupeň 1	nešíří se	občasná, v klidu, v noci
17. 1. 2011	žádná	-	-

Tabulka 5 – Záznam o kontrole bolesti

Datum	***Čas***	***Stupeň bolesti***	***Medikace***	***Kontrola efektu***	***Čas***
12. 1. 2011	10:00	3	Novalgin 1 amp ve 100 ml FR	stupeň bolesti 1	11:00
	19:00	3	Novalgin 1 amp ve 100 ml FR	stupeň bolesti 1	20:30
13. 1. 2011	12:00	3	Novalgin 1 amp ve 100 ml FR	stupeň bolesti 1	13:00
	21:00	2	Novalgin 1 amp ve 100 ml FR	stupeň bolesti 1	22:00
14. 1. 2011	16:00	2	Novalgin 1 amp ve 100 ml FR	stupeň bolesti 1	17:30
	21:30	2	Novalgin 1 amp ve 100 ml FR	stupeň bolesti 1	22:00
15. 1. 2011	22:00	2	Novalgin 1 amp ve 100 ml FR	stupeň bolesti 1	23:00
16. 1. 2011	19:45	1	Novalgin 1 amp ve 100 ml FR	bez bolesti	20:30
17. 1. 2011	-	0	-	-	-

Hodnocení:

Cíle splněny. Pacient verbalizuje odstranění bolesti.

Spánek porušený, související s pobolíváním operační rány, nadměrným hlukem na pokoji a nevyhovující pokojovou teplotou, projevující se potížemi s usínáním a nočním probouzením.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacient spí celou noc (do 4 dnů)

Cíl krátkodobý: Pacient spolupracuje při řešení nespavosti (do 24 hodin)

Výsledná kritéria: Pacient usíná v klidném prostředí (do 12 hodin)

Pacient usíná do 30 minut po uložení ke spánku (do 24 hodin)

Pacient je ve fyzické a psychické pohodě (do 24 hodin)

Intervence:

- Posuď užívání kofeinu (sestra ve službě)
- Zjisti, zda má pacient spánkové rituály (primární sestra)
- Zjisti okolnosti, které pacienta při spánku ruší (primární sestra, sestra ve službě)
- Všimni si fyzických známek únavy (primární sestra, sestra ve službě)
- Pouč pacienta o omezení nadměrného příjmu tekutin před spaním (sestra ve službě)
- Zajisti aktivitu a zaměstnání pacienta během dne (sestra ve službě)
- Zajisti klidné prostředí a pohodlí pacienta (sestra ve službě)
- Pouč pacienta o způsobech, jak zlepšit usínání (sestra ve službě)
- Využij pomůcky proti hluku (sestra ve službě)
- Podávej medikaci dle ordinace lékaře (primární sestra, sestra ve službě)
- Informuj pravidelně lékaře o zdravotním stavu pacienta (primární sestra, sestra ve službě)

Realizace: 12. – 16. ledna 2011

Promluvila jsem si s pacientem o jeho spánkových rituálech, užívání kofeinu a okolnostech, které ruší jeho spánek. Pacient tekutiny obsahující kofein nemůže pít, protože musí dodržovat dietu na VMK. Poučila jsem ho o omezení nadměrného příjmu tekutin před spaním. Doporučila jsem mu, aby se přes den procházel po oddělení, četl knihy a sledoval televizi. Vyvětrala jsem pokoj, upravila pacientovi lůžko a namasírovala záda večer před ulehnutím. Uvařila jsem mu meduňkový čaj, který usnadňuje usínání. Dala jsem pacientovi k dispozici ušní tampony proti hluku. Podala jsem mu medikaci dle ordinace lékaře – při bolesti Novalgin 1 amp i. v. ve 100 ml fyziologického roztoku, Stilnox 1 tbl.

Hodnocení:

Cíle splněny částečně. Pacient spolupracuje při řešení nespavosti. Nespí celou noc, i při používání ušních tamponů se v noci budí, kvůli hluku na pokoji.

Zácpa, související se změnou prostředí a stravovacích návyků, projevující se pocity plnosti, napětím břišního svalstva, změnou střevních zvuků a nepravidelným vyprazdňováním

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacient se vyprazdňuje pravidelně jednou denně (do 3 dnů)

Cíl krátkodobý: Pacient pociťuje uvolnění břišního svalstva (do 24 hodin)

Výsledná kritéria: Pacient spolupracuje při léčbě zácpy (do 12 hodin)

Pacient chápe nutnost dostatku příjmu tekutin (do 12 hodin)

Pacient si osvojí nácvik defekačního reflexu (do 24 hodin)

Intervence:

- Pouč pacienta o nutnosti dostatečného příjmu tekutin (primární sestra)
- Prober s pacientem obvyklé návyky spojené s vyprazdňováním stolice (primární sestra)

- Posuď míru aktivity pacienta během dne (sestra ve službě)
- Urči délku trvání zácpy (primární sestra)
- Doporuč nácvik defekačního reflexu (primární sestra, sestra ve službě)
- Zajisti schůzku s nutričním terapeutem (primární sestra)
- Vyšetřuj pravidelně pacientovi břicho (sestra ve službě)
- Podávej medikaci dle ordinace lékaře (primární sestra, sestra ve službě)
- Informuj pravidelně lékaře o zdravotním stavu pacienta (primární sestra, sestra ve službě)

Realizace: 12. – 15. ledna 2011

Poučila jsem pacienta o nutnosti dostatečného příjmu tekutin, alespoň 2, 5 litru denně. Zajistila jsem pacientovi schůzku s nutričním terapeutem, který mu vysvětlil význam konzumace vlákniny. Promluvila jsem si s ním o obvyklých návycích spojených s vyprazdňováním stolice. Pacient je zvyklý jít na stolici vždy hned po probuzení. Doporučila jsem pacientovi procházky po oddělení několikrát denně. Určila jsem délku zácpy. Provedla jsem s pacientem nácvik defekačního reflexu, podala jsem mu 500 ml vlažné vody každé ráno hned po probuzení. Za půl hodiny poté se pacient pokusil vyprázdnit. Podala jsem mu medikaci dle ordinace lékaře – Lactulosa sol. 5 ml – 5 ml – 5 ml. Vyšetřila jsem pacientovi břicho pohmatem pravidelně dvakrát denně.

Hodnocení:

Cíle splněny. Pacient pociťuje značné uvolnění břišního svalstva a vyprazdňuje se pravidelně 1 x denně, vždy ráno po probuzení.

Kožní integrita narušená, související s mechanickým poškozením, projevující se ránou na pravém boku o velikosti 5 cm

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacient dosáhne zhojení operační rány (do 3 dnů)

Cíl krátkodobý: Pacientovi byly zajištěny optimální podmínky pro hojení (do 24 hodin)

Výsledná kritéria: Pacient zná a dodržuje léčebná a preventivní opatření (do 12 hodin)

Pacient zná možné komplikace spojené s ránou (do 12 hodin)

Pacient přijímá dostatek tekutin (do 12 hodin)

Intervence:

- Zjisti, jak se pacientovi hojily předchozí operační rány (primární sestra)
- Pouč pacienta o nutnosti dostatečného příjmu tekutin (primární sestra)
- Charakterizuj vlastnosti operační rány pravidelně každý den (primární sestra, sestra ve službě)
- Kontroluj pravidelně každý den okolí rány (sestra ve službě)
- Založ záznam o ošetřování operační rány a pečlivě pravidelně každý den dokumentuj veškeré změny (primární sestra, sestra ve službě)
- Převazuj pravidelně každý den operační ránu, postupuj asepticky a šetrně (sestra ve službě)
- Udržuj krytí rány v suchu a čistotě (sestra ve službě)
- Pouč pacienta o léčebných a preventivních opatřeních (primární sestra, sestra ve službě)

Realizace: 12. – 17. ledna 2011

Poučila jsem pacienta o nutnosti dostatečného příjmu tekutin. Promluvila jsem si s pacientem o průběhu hojení předchozí operační rány po cholecystektomii, ta se hojila bez komplikací. Charakterizovala jsem vlastnosti operační rány. Založila jsem záznam o ošetřování operační rány (Tabulka 7 - Záznam o ošetřování operační rány). Převazovala jsem operační ránu pravidelně 1 x denně, postupovala jsem asepticky. Upozornila jsem pacienta, aby udržoval krytí operační rány v suchu a čistotě.

Kontrolovala jsem pravidelně okolí rány. Doporučila jsem pacientovi, aby nosil pohodlné volné triko, nejlépe z bavlny. 17. 1. 2011 byly vytaženy stehy.

Tabulka 7 - Záznam o ošetřování operační rány

Datum	***Den léčby***	***Průběh hojení***	***Subj. příznaky***	***Lokální terapie***
12. 1. 2011	1.	rána klidná, bez sekrece, okolí mírně začervenalé	bolest stupeň 3	Inadine, sterilní krytí, okolí promazáno Indulonou
13. 1. 2011	2.	rána klidná, bez sekrece, okolí mírně začervenalé	bolest stupeň 2	Inadine, sterilní krytí, okolí promazáno Indulonou
14. 1. 2011	3.	rána klidná, bez sekrece, okolí mírně začervenalé	bolest stupeň 2	Inadine, sterilní krytí, okolí promazáno Indulonou
15. 1. 2011	4.	rána klidná, bez sekrece, okolí klidné	bolest stupeň 1	sterilní krytí, okolí promazáno Indulonou, 1 x denně sprchovat
16. 1. 2011	5.	rána klidná, bez sekrece okolí klidné	bolest stupeň 1	sterilní krytí, okolí promazáno Indulonou, 2 x denně sprchovat
17. 1. 2011	6.	rána klidná, bez sekrece, okolí klidné, stehy ex	bez bolesti	okolí a jizva promazány Indulonou, 2 x denně sprchovat

Hodnocení:

Cíle splněny. Pacient dosáhl zhojení operační rány. Rána se zhojila per primam.

6.2 Potenciální ošetřovatelské diagnózy

Infekce, **riziko vzniku** související s operační ránou a zavedením periferního žilního katétru

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacient nedostane infekci během hospitalizace (do konce pobytu)

Cíl krátkodobý: Pacient spolupracuje při předcházení vzniku infekce (do 12 hodin)

Výsledná kritéria: Pacient rozumí rizikovým faktorům vzniku infekce (do 12 hodin)

Pacient dodržuje léčebná a preventivní opatření (do 12 hodin)

Pacient usiluje o včasné zhojení operační rány (do 12 hodin)

Intervence:

- Pouč pacienta o možnostech vzniku infekce (primární sestra, sestra ve službě)
- Postupuj asepticky při zavádění periferního žilního katétru, výměnu prováděj každý 3. den (sestra ve službě)
- Sleduj místo a okolí vstupu periferního žilního katétru (primární sestra, sestra ve službě)
- Převazuj pravidelně periferní žilní katétr a operační ránu (sestra ve službě)
- Postupuj asepticky při převazování operační rány (sestra ve službě)
- Pozoruj objektivní příznaky zánětu (sestra ve službě)
- Sleduj výsledky laboratorních vyšetření (sestra ve službě)

Realizace: 12. – 16. ledna 2011

Poučila jsem pacienta o možnostech vzniku infekce. Denně jsem prováděla převazy periferního žilního katétru, při kterých jsem kontrolovala místo vstupu, otok končetiny a známky zánětu. 14. ledna 2011 jsem pacientovi měnila periferní žilní katétr. Postupovala jsem asepticky.

16. ledna 2011 jsem dle ordinace lékaře pacientovi periferní žilní katétr odstranila. Každý den jsem asepticky převazovala operační ránu. Kontrolovala jsem okolí rány.

Hodnocení:

Cíle splněny. K infekci během hospitalizace nedošlo.

Poranění, **zvýšené riziko**, související s užíváním hypnotik.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacient se neporaní (do konce pobytu)

Cíl krátkodobý: Pacient chápe možná rizika poranění (do 12 hodin)

Výsledná kritéria: Pacient se nachází v bezpečném prostředí (do 12 hodin)

Pacient zná nebezpečné faktory (do 12 hodin)

Pacient zná účinky hypnotik (do 12 hodin)

Intervence:

- Pouč pacienta o nebezpečí poranění následkem pádu (primární sestra, sestra ve službě)
- Pouč pacienta o účincích hypnotik (primární sestra, sestra ve službě)
- Pouč pacienta o omezení nadměrného příjmu tekutin před spaním (sestra ve službě)
- Uprav okolí lůžka (sestra ve službě)
- Zajisti signalizaci k lůžku (primární sestra, sestra ve službě)
- Pouč pacienta o vhodné obuvi (primární sestra, sestra ve službě)
- **Realizace**: 12. – 17. ledna 2011

Poučila jsem pacienta o nežádoucích účincích užívání hypnotik a o nebezpečí poranění následkem pádu. Doporučila jsem mu, aby spolkl Stilnox 1 tbl těsně před ulehnutím na lůžko. Dále o omezení nadměrného příjmu tekutin před spaním, kvůli

močení během noci. Odstranila jsem předměty z okolí lůžka. Zajistila jsem signalizaci pacientovi k lůžku a poučila ho, o jejím ovládání. Doporučila jsem mu obuv s plnou patou. Rozsvítila jsem noční světlo nade dveřmi.

Hodnocení:

Cíle splněny. Během hospitalizace nedošlo k poranění následkem pádu, ani k dalšímu poranění.

7 Edukace

Při rozhovoru s pacientem jsem zjistila, že není informovaný o vyšetřovacím programu a celoživotní substituční terapii hydrokortisonem. Stanovila jsem tedy ošetřovatelskou diagnózu, na základě které jsem pacienta edukovala.

Neznalost, související s diagnostickými a léčebnými postupy opatřeními, projevující se slovním vyjádřením pacienta

Priorita: Střední

Téma edukace: Vyšetření na volné močové katecholaminy

Forma edukace: Verbální a písemná forma

Poskytnutí informací: Pacientovi

Cíl edukace: Pacient chápe postup vyšetření, dodržuje dietní opatření, které musí dodržovat před a během vyšetření

Edukace:

Při příjmu pacienta (12. ledna 2011) jsem ho poučila o dietě na VMK, kterou musel dodržovat dva dny před sběrem moči (13. – 14. ledna 2011) a v průběhu sběru moči (15. - 16. ledna 2011) na volné močové katecholaminy. Pacient byl poučen, že nesmí jíst ovoce, zeleninu, polévky, ovocné přesnídávky, koprovou a rajskou omáčku, kořeněná jídla a sladká jídla, jako jsou vánočky, nákypy, piškoty, moučníky, med, džem, čokoládu a žvýkačky. Dále nesmí konzumovat ořechy, tavené a plátkové sýry. Nesmí pít ovocné džusy, ochucené minerálky, zrnkovou kávu, čaj s citronem, ovocné čaje a alkohol. Doporučila jsem pacientovi potraviny, které jsou vhodné. K snídani např. rohlík, veku, máslo, žervé bez příchutě nebo bílý jogurt. K obědu a k večeři si může pacient dát dušené maso bez koření (vepřové, hovězí, kuře, filé), brambory, rýže, těstoviny, houskový knedlík, slaný tvaroh a šunku. Může pít bílou kávu z melty, mléko, slabý čaj bez citronu, stolní a pitnou vodu a minerální neochucenou vodu. Dala jsem pacientovi leták s bližšími informacemi o povolených a zakázaných potravinách.

Poučila jsem pacienta, že v den začátku sběru (15. ledna 2011) bude mít připravený sběrný džbánek s kyselinou chlorovodíkovou na WC, která je nezbytnou součástí vyšetření na volné močové katecholaminy. V 6:00 se naposledy vymočí do WC a dále bude močit pouze do sběrného džbánku. 16. ledna 2011 se naposledy vymočí do sběrného džbánku. Z celého množství moče za 24 hodin odebere všeobecná sestra 30 ml vzorku, který odešle do příslušné laboratoře.

Hodnocení edukace: Cíl byl splněn. Pacient chápe postup vyšetření a dodržuje dietní opatření.

Téma edukace: Celoživotní substituční terapie hydrokortisonem

Forma edukace: Verbální a písemná forma

Poskytnutí informací: Pacientovi a jeho manželce

Cíl: Pacient a jeho manželka chápou podstatu onemocnění a možná rizika spojená s nedodržováním terapie

Edukace:

Pacientovi byla provedena oboustranná adrenalektomie, ale byla mu ponechána část levé nadledviny, kde byl odstraněn pouze tumor. Nemusí trvale užívat hydrokortison. Ale pacient byl poučen o tom, že je nutné užít hydrokortison 20 mg 2 tablety při každé fyzické a psychické zátěži, stresu.

Dostal průkaz pacienta trpícího hypokortikalismem, která obsahuje tyto informace:

- Identifikační údaje pacienta
- V případě bezvědomí, těžkých stavů, jako je průjem, sepse, stav s výraznou bolestí, zvracení nebo úraz a jiné závažné stavy, při kterých není možný perorální příjem, musí být dávka hydrokortisonu podána injekčně v dávce 100 mg i. v. nebo i. m. po 4 – 8 hodinách podle závažnosti stavu
- V případě febrilních interkurentních onemocnění je nutné substituční dávku hydrokortisonu zdvojnásobit při teplotě pod 38 °C, ztrojnásobit mezi 38 – 39 °C a podat 200 – 400 mg u těžkých horečnatých stavů – nad 39 °C

Obsahuje i informace o zajištění operačních výkonů:

- Drobné chirurgické výkony v lokální anestezii a stomatochirurgické výkony je nutné zajistit 100 mg hydrokortisonu i. v. nebo i. m. 1 hodinu před výkonem
- Velké operační výkony v celkové anestezii (dle konkrétního výkonu): večer před operací – 100 mg i. m., ráno v den operace – 100 mg i. m. nebo i. v., v průběhu operace – 100 mg do infúze, při dlouhém výkonu eventuálně při poklesu krevního tlaku opakovaně
- Po operaci v operační den a první pooperační den 50 – 100 mg á 8 hodin i. v. nebo i. m.
- Druhý pooperační den 25 – 50 mg á 8 hodin
- Třetí pooperační den 25 mg ráno a odpoledne i. v., i. m. nebo p. o.
- Čtvrtý pooperační den při nekomplikovaném průběhu přechod na obvyklou substituci

Pacient byl poučen o nutnosti nosit neustále tento průkaz, společně s tabletami hydrokortisonu, u sebe.

Hodnocení edukace: Cíl splněn. Pacient a jeho manželka chápou podstatu onemocnění a možná rizika spojená s nedodržováním terapie. Průkaz nosí pacient neustále u sebe.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala zpracováním ošetřovatelského procesu podle Marjory Gordon u pacienta, který byl hospitalizován na lůžkovém interním oddělení ke kontrolnímu vyšetření a nastavení substituční terapie hydrokortisonem, po provedené oboustranné adrenalektomii, v souvislosti s feochromocytomem, s ponecháním levé nadleviny, kde byl odstraněn pouze nádor. Pacient byl hospitalizován 6 dní.

U pacienta jsem stanovila čtyři aktuální a dvě potenciální diagnózy. Pomocí vypracování intervencí a realizace ošetřovatelské péče se mi podařilo dosáhnout cílů u pěti z nich. Dále jsem pacienta edukovala o celoživotní substituční terapii hydrokortisonem. Hodnoty provedených kontrolních vyšetření byly v normě, proto nemusí užívat hydrokortison pravidelně každý den, ale jen při zvýšené fyzické nebo psychické zátěži.

Protože výsledky histologického vyšetření prokázali, že se jednalo o benigní nádor, bude pacient kontrolován pravidelně jednou ročně. Důvodem je možnost recidivy benigního nádoru s projevy vzdálených metastáz.

Výskyt feochromocytomu je velmi nízký, ale přesto se s ním člověk může setkat, ať už v roli ošetřující všeobecné sestry nebo v roli pacienta. Proto je důležité nepodceňovat klinické příznaky a vyhledat odbornou lékařskou péči.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BLAHOŠ, Jaroslav; ZAMRAZIL, Václav. 2006. *Endokrinologie: Interdisciplinární obor*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-788-7

2. DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. 2000. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Z angl. orig. přel. Ivana Suchardová. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8

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

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

5. NEJEDLÁ, Marie. 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1150-8

6. PACÁK, Karel. 2008. *Feochromocytom*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-519-2

7. STAŇKOVÁ, Marta. 2001. *Hodnocení a měřící techniky v ošetřovatelské praxi*. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-323-6

8. STÁRKA, L. aj. 2010. *Endokrinologie*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-328-8

9. SLEZÁKOVÁ, Lenka. 2010. Ošetřovatelství v chirurgii I. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3129-2

10. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena; NEJEDLÁ, Marie. 2006. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1148-6

11. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena; NEJEDLÁ, Marie. 2006. *Interní ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1777-8

12. TRACHTOVÁ, E. aj. 2001. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-324-8

13. WIDIMSKÝ, J. aj. 2004. *Hypertenze*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-515-9

14. ZAMRAZIL, Václav; PELIKÁNOVÁ, Terezie. 2007. *Akutní stavy v endokrinologii a diabetologii*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-478-2

15. ZAMRAZIL, V.; HOLUB, V.; KASALICKÝ, P. 2003. *Endokrinologie.* Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-380-6

16. ŽIAKOVÁ, K.; JAROŠOVÁ, D.; ČÁP, J. 2005. *Ošetřovatelství:Konceptuální modely a teorie*. Ostrava: Ostravská Univerzita v Ostravě, 2005. ISBN 80-7368-068-8

Internetové zdroje

17. ZELINKA, Tomáš. 2007. *Feochromocytom* [online]. [cit. 2011 – 25 - 02]. Dostupné z WWW: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2007/01/09.pdf>.

18. ZELINKA, T; TURKOVÁ, H.; WIDIMSKÝ, J. 2009. *Feochromocytom* [online]. [cit. 2011 – 10 – 01]. Dostupné z WWW: < http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2009/06/05.pdf>.