

**Vysoká –kola zdravotnická, o. p. s.**

**Praha 5**

**OTĚT OVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S AKROMEGALIÍ**

**BAKALÁ SKÁ PRÁCE**

**ALENA GAJDOŤOVÁ, DiS.**

**Praha 2012**

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

**ODVĚTIVÝ PROCES U PACIENTA  
S AKROMEGALIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ALENA GAJDOŠOVÁ, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: V-obecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2012



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00*

**Gajdošová Alena**  
**3. B VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 17. 10. 2011 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u pacienta s akromegalií

*Nursing Process for Patient with Acromegaly*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 17. 10. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 25. března 2012

*Alena Gajdošová*  
.....

Děkuji PhDr. Ivaně Jahodové za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

V Praze dne 25. března 2012

*Alena Gajdošová*

---

## ABSTRAKT

GAJDOŤOVÁ, Alena. *O-et ovatelský proces u pacienta s akromegalií*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň klasifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová. Praha. 2012. 56s.

Tématem bakalářské práce je šO-et ovatelský proces u pacienta s akromegalií. Teoretická část bakalářské práce obsahuje anatomii podvřku mozkového (hypofýzy), epidemiologii, etiologii, klinický obraz, laboratorní nálezy, zobrazující metody a lébu akromegalie. Dále je uveden stručný popis o-et ovatelského procesu a o-et ovatelského modelu dle Marjory Gordonové. Praktická část práce se zabývá kazuistikou pacientky, kterou toto onemocnění postihlo. Nejdlejší částí je o-et ovatelská anamnéza dle Marjory Gordon, kde podle šFunkčního vzorce zdraví jsou zjiřeny o-et ovatelské problémy. Podle nich byly sestaveny jednotlivé o-et ovatelské diagnózy. A ty jsou dále řazeny podle priorit pacientky. V práci dojde i k celkovému zhodnocení o-et ovatelské pé e, která byla vykonána podobu hospitalizace pacientky. Součástí zhodnocení o-et ovatelské pé e budou také doporučení týkající se onemocnění akromegalie, které lze využít v praxi.

Klí ová slova

Adenom hypofýzy. Akrální řst. Akromegalie. Gigantismus. Řstový hormon. Somatotropin.

## ABSTRACT

GAJDOŠOVÁ, Alena. *The nursing process on the patient with acromegaly*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Classification degree: Bachelor (Bc.). Head of the bachelor's thesis: PhDr. Ivana Jahodová. Praha. 2012. 56s.

The topic of the bachelor's thesis is "Nursing process on a patient with acromegaly." Theoretical part contains the anatomy of the pituitary gland (pituitary), epidemiology, etiology, clinical picture, laboratory findings, displaying methods and treatment of the acromegaly. The following part is about a brief description of the nursing process and nursing model by Marjory Gordon. The practical part deals with the case of the patient, affected by this disease. The most important part is the nursing anamnesis by Marjory Gordon, where the "Functional health pattern" helps to discover nursing problems. According to the "Functional health pattern", nursing diagnosis are determined and further sorted by priorities of the patient. The paper will also evaluate the overall nursing care, which was done during the patient's hospitalization. The evaluation of nursing care will also provide advice on the acromegaly disease, which can be used in practice.

### Key words

Abnormal growth. Acromegaly. Gigantism. Growth hormone. Pituitary adenoma. Somatotropin

# OBSAH

ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ÁST.....	13
<b>1 ANATOMIE PODVĚSKU MOZKOVÉHO (HYPOFÝZA) .....</b>	<b>13</b>
1.1 Přední lalok hypofýzy (adenohypofýza).....	13
1.1.1 Hormony adenohypofýzy .....	14
1.2 Zadní lalok hypofýzy (neurohypofýza).....	15
<b>2 AKROME GALIE.....</b>	<b>16</b>
2.1 Epidemiologie.....	16
2.2 Etiologie .....	17
2.3 Klinický obraz .....	18
2.3.1 Příznaky způsobené tumorem hypofýzy .....	18
2.3.2 Zvětšení akrálních partií a kloubní obtíže .....	19
2.3.3 Příznaky kardiovaskulárního, respiračního a zafévacího systému.....	19
2.3.4 Další příznaky .....	20
2.4 Laboratorní nálezy .....	21
2.5 Zobrazovací metody.....	23
2.6 Léčba.....	23
2.6.1 Farmakoterapie.....	24
2.6.2 Chirurgická a neurochirurgická léčba .....	25
2.6.3 Radioterapie .....	25
<b>3 MARJORY GORDON.....</b>	<b>27</b>
3.1 Ošetovatelský proces dle Marjory Gordonové.....	27
3.2 Ošetovatelský model dle Marjory Gordonové .....	28
PRAKTICKÁ ÁST.....	29
<b>4 OŠETOVATELSKÁ DOKUMENTACE DLE MARJORY GORDON.....</b>	<b>29</b>
<b>5 OŠETOVATELSKÁ ANAMNÉZA DLE MARJORY GORDON .....</b>	<b>35</b>
<b>6 SLEDOVÁNÍ NEMOCNÉHO V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE .....</b>	<b>39</b>
<b>7 OŠETOVATELSKÝ PROCES - OŠETOVATELSKÉ DIAGNÓZY.....</b>	<b>41</b>
7.1 Akutní bolest hlavy .....	42
7.2 Porušený obraz těla.....	43



7.3 Porušený spánek .....	44
7.4 Únava .....	46
7.5 Úzkost .....	47
7.6 Riziko zácpy .....	48
<b>8 ZHODNOCENÍ OVLIVNĚNÍ ŽIVOTNÍHO STYLU A ZDRAVOTNÍHO STAVU PŘI POUŽITÍ PÉČE.....</b>	<b>50</b>
ZÁVĚR.....	52
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	53
SEZNAM PŘÍLOH.....	56

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Ruce a nohy mohou dosáhnout až obřích rozměrů .....	17
Obrázek 2 Leksell v gama n fl.....	26
Tabulka 1 Normální hodnoty IGF-1 .....	23
Tabulka 2 Farmakologická terapie.....	32
Tabulka 3 Glykémie v průběhu hospitalizace.....	39
Tabulka 4 Krevní tlak a puls v průběhu hospitalizace .....	39
Tabulka 5 Telesná teplota v průběhu hospitalizace .....	40
Tabulka 6 Příjem a výdej tekutin v průběhu hospitalizace.....	40

# SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ, ZNAČEK A ZKRATEK

- ACTH** í í í í í í ...adenokortikotropin (adrenokortikotropní hormon)
- ADH** í í í í í í ..antidiuretický hormon
- aPTT** í í í í í í ..aktivovaný parciální tromboplastinový čas
- CT** í í í í í í í ..pořádková tomografie
- EEG** í í í í í í ..elektroencefalografie
- ECHO** í í ..í í í í ..echokardiografie
- EKG** í í í í í í ..í í ..elektrokardiografie
- FSH** í í í í í í ...folitropin (folikulostimulační hormon)
- IGF-1** í í ..í í í í ..inzulínu podobný růstový faktor 1
- IGF-2** í í ..í í í í ..inzulínu podobný růstový faktor 2
- LH** í í í í í í í ..lutropin (luteinizační hormon)
- MR** í í í í í í í ....magnetická rezonance
- NANDA** í í í í í í ..í ..North American Nursing Diagnostic Association  
(Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy)
- oGTT** í í í í í í í ..orální glukózový toleranční test
- PRL** í í í í í í í .. prolaktin
- STH** í í í í í í í .. somatotropin (růstový hormon)
- TSH** í í í í í í í ...tyreotropin (tyrotropní hormon)
- ORL** í í í í í í í ..otorinolaryngologie

# SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZ

**Akrální r** st ó zv t-ení okrajových ástí t la

**Morbidita** ó nemocnost

**Mortalita** ó úmrtnost

**Subkutánní** ó zp sob aplikace n kterých lék pod k fi

**Termoregulace** ó udrflování teploty

# ÚVOD

Akromegalie se vyskytuje v úvodu ve světě. Lidé, kteří tímto onemocněním trpí se chybně považují za obry a často několik let ani netuší, že jsou nemocní. Přitom jde o závažnou hormonální poruchu způsobenou nadprodukcí růstového hormonu. V roce 2011 se v České republice léčilo 400 lidí s akromegalií, ale podle odhadů je pacientů jedna na milion. Jde o závažné onemocnění, o kterém drtivá většina obyvatel neví (KŘÍŽEK, 2011).

Cílem bakalářské práce je informovat odbornou i laickou veřejnost o této nemoci, jejím průběhu, příznacích a léčbě. Druhým cílem je navrhnout a realizovat individuální plán ošetřovatelské péče o pacienta s akromegalií.

Bakalářská práce má dvě části, a to teoretickou a praktickou. V teoretické části je první kapitola věnována anatomii hypofýzy a hormonům způsobující akromegalii. Druhá kapitola se zabývá výše jmenovanému onemocněním, jeho příčinami, příznaky, diagnostikou a léčbou. V poslední kapitole teoretické části je stručně uveden popis ošetřovatelského procesu a ošetřovatelské dokumentace dle Marjory Gordon. Praktickou část tvoří tématický celek, který se skládá z ošetřovatelské dokumentace, ošetřovatelské anamnézy a posouzení potřeb pacientky dle funkčních vzorců zdraví. Dle získaných informací od nemocné, ze zdravotnické dokumentace a dalších členů ošetřovatelského týmu byly stanoveny ošetřovatelské diagnózy podle NANDA domén. U diagnóz byl určen cíl, výsledná kritéria a vypracován plán, realizace a zhodnocení ošetřovatelské péče. V závěru práce byla celkově zhodnocena ošetřovatelská péče za dobu hospitalizace pacientky. Práce byla dále obohacena o doporučení pro praxi.

# TEORETICKÁ ÁST

## 1 Anatomie podvysku mozkového (hypofýza)

Hypofýza (viz příloha B) je funkční endokrinní žláza, která je do velké míry nadřazená všem ostatním žlázám s vnitřní sekrecí. Je pívně oválné tělíčko, světlé, rýhované, které je zavěšené stopkou na spodním hypotalamu. Uložena je v tureckém sedle kosti klínové (sella turcica) pod zkrácením zrakových nervů (nervus opticus). Funkcí hypotalamu je řízení hypofýzy a regulace adenohypofýzy. Délka hypofýzy činí asi 10 mm, šířka 13 mm, výška 6 mm, hmotnost hypofýzy se pohybuje mezi 0,5 g a 0,7 g, u žen je žláza o něco hmotnější než u mužů, v těhotenství se do značné míry zvětšuje. Podle struktury a funkce se hypofýza dělí na přední lalok (adenohypofýza) a zadní lalok (neurohypofýza) (IHÁK, 2002, s. 419 - 420).

### 1.1 Přední lalok hypofýzy (adenohypofýza)

Adenohypofýza je klasická endokrinní žláza, která se skládá z několika žlázových buněk produkujících šest hlavních peptidových hormonů (STH, ACTH, TSH, LH, FSH, PRL - viz kapitola 1.1.1). Adenohypofýza slouží jako řídicí žláza pro mnohé další (periferní) endokrinní žlázy a sama je řízena z hypotalamu (ROKYTA, 2002, s. 212).

Činnost je regulována základním mechanismem endokrinní regulace tzv. zpětnou vazbou. Příkladem je sekrece TSH (tyreotropin), která je přímo tlumena nadbytkem hormonů štítné žlázy anebo kortizol tlumící tvorbu ACTH (adenokortikotropin). Dalším mechanismem je hypotalamické řízení. Jednotlivá jádra hypotalamu produkují jednak jednoduché oligopeptidy, které stimulují činnost buněk adenohypofýzy respektive sekreci jejich hormonů (tzv. liberiny), jednak látky, které sekreci tlumí (tzv. statiny) (ANDL, 1996, s. 24).

Onemocnění adenohipofýzy jsou poměrně vzácná, jejich výskyt nepřesahuje jedno onemocnění na několik tisíc obyvatel. Postihují každou věkovou skupinu. Nejčastěji patřícími onemocněními jsou benigní adenomy adenohipofýzy, primární nebo metastatické karcinomy (ANDRÁŠEK, 1996).

### 1.1.1 Hormony adenohipofýzy

**Somatotropin (STH)** nebo lidský stromotropin je proteinové povahy, který podporuje růst, proteosyntézu v buňkách tkání, transport a využití aminokyselin z krve. Významný je jeho stimulační účinek na chrupavky. Působí na růst kostí do délky. V játrech a ledvinách vznikají proteiny zvané somatomediny (inzulínu podobné růstové faktory IGF-1 a IGF-2), které pak prostřednictvím receptorů cílových tkání, zejména kostí a svalů, působí zvýšení proteosyntézy v buňkách. Nadbytek somatotropinu za dobu růstového období způsobí nadměrný růst těla, tzv. gigantismus. Přebytek v dospělosti, kdy už růstové období vede k zvýšenému růstu akraálních částí těla (prsty, brada, nos), k tzv. akromegalii. Nedostatek somatotropinu v dětství způsobí trpasličí vzrůst, tzv. hypofyzární nanismus (IŘÁK, 2002).

**Adenokortikotropin (ACTH)** je trofický hormon, který stimuluje růst kůry nadledvin, tvorbu a produkci glukokortikoidů, především kortizolu. Nedostatek ACTH má za následek sníženou váhu těla, snížený obsah proteinu a nukleových kyselin. Naopak chronické nadměrné působení vede k adrenokortikální hyperplazii a hypertrofii (IŘÁK, 2002; KLENER aj., 1997).

**Tyrotropin (TSH)** je glykoprotein, který je vyloučen tyrotropními buňkami adenohipofýzy. Skládá se ze dvou podjednotek alfa a beta. Vyvolává růst buněk štítné žlázy, zvyšuje metabolismus a stimuluje tvorbu a sekreci hormonů štítné žlázy (ASTL, 2007; IŘÁK, 2002).

**Lutropin (LH)** působí u žen na buňky stromy ovariálního folikulu, vyvolává ovulaci, působí na konečné dozrání oocyta a řídí tvorbu a funkci žlutého tělíska (IŘÁK, 2002).

**Foliotropin (FSH)** vyvolává u žen zrání vajíčkových váčků a zvyšuje produkci estrogenů. U mužů FSH podporuje tvorbu spermií (DYLEVSKÝ, 2009).

Mammotropní buňky produkují **prolaktin (PRL)**, který působí sekreci mléka v mléčné žláze a účastní se jejího dalšího udržování. Normální hladina PRL je u ženy nezbytná pro tvorbu hormonů v ováriu. U mužů PRL působí jako prostatický růstový faktor (IHÁK, 2002; ROKYTA, 2002).

## 1.2 Zadní lalok hypofýzy (neurohypofýza)

Neurohypofýza je výchlipka spodiny tetí komory a není považována za endokrinní žlázu v pravém slova smyslu. Slouží jako rezervoár hormonů produkovaných v hypothalamu a hormony uvolňuje do těla podle potřeb organismu. Známé dva neurohypofyzární hormony a to vasopresin (ADH - antidiuretický hormon) a oxytocin. Tyto hormony jsou axonálním prouděním dopraveny do neurohypofýzy a z nervových zakončení v neurohypofýze jsou uvolněny do oběhu (NAVRÁTIL aj., 2003).

Funkcí ADH je hlavní regulace osmolality. Jeho sekrece je stimulována vzestupem osmolality a jeho zvýšená koncentrace v krvi působí v ledvinách zvýšenou resorpcí vody, čímž osmolalitu opět snižuje (NAVRÁTIL aj., 2003, s. 212).

Oxytocin zvyšuje kontrakce hladké svaloviny dělohy při porodu. Jeho účinek je během prvních měsíců těhotenství blokován progesteronem. Po porodu působí na hladkou svalovinu vývodu mléčné žlázy (ROKYTA aj., 2002, s. 183).



## 2 Akromegalie

šAkromegalie je charakterizována zv t-ením akrálních partií t la a vnit ních orgán . Abnormáln zvý-ená sekrece r stového hormonu (hypersomatotropismus) p ed uzav ením r stových -t rbin vede k nadm rnému r stu - gigantismuø (STÁRKA aj, 2005, s. 72).



Zdroj: Kr-ek, Michal. Akromegalie a gigantismus, 2011, [online]

Teřánek, Ji í. Akromegalie, 2011, [online]

**Obrázek 1 - Ruce a nohy mohou dosáhnout afl ob ích rozm r**

### 2.1 Epidemiologie

Akromegalie je velmi vzácné onemocn ní. Epidemiologická data o výskytu se li-í v závislosti na geografické oblasti a metodologii studií. Výskyt akromegalie je odhadován na 3 afl 4 nové p ípady na milion obyvatel za jeden rok. Roz-í ení nemoci se odhaduje p iblifn na 40 afl 70 p ípad na milion obyvatel (KR<sup>T</sup>ĚK, 2012).

Nejast j-í výskyt akromegalie je okolo 30 roku flivota, druhá vlna p ichází po menopauze. Nemoc za íná v pubert , velmi vzácná je akromegalie u d tí. ast j-í výskyt je u flen a to v pom ru 3 : 2 (STÁRKA aj, 2005).

Pacienti, kte í trpí akromegalií v t-inou p icházejí k léka i ve chvíli, kdy se u nich nemoc pln rozvinula a za ínají je ohrofovát dal-í p idruflené choroby (KR<sup>T</sup>ĚK, 2011).

Den akromegalie v eské republice p ipadá na 14. ervna. Jeho cílem je upozornit írokou ve ejnost, informovat o projevech onemocn ní s ohledem na d lefitost v asného stanovení diagnózy a mofnostech lé by (KR<sup>T</sup>ĚK, 2011).

## 2.2 Etiologie

Klinické projevy akromegalie jsou zp sobeny nadm rným mnoflstvím r stového hormonu v krvi a jeho ú inkem na tkán . Za patologických okolností je sekrece r stového hormonu do ur ité míry autonomní. P evaflující p í inou akromegalie jsou tumory ze somatotrofních bun k (somatotropinomy). V naprosté v t-in se jedná o nezhoubné tumory, tzv. adenomy hypofýzy, které jsou slofleny z r zných typ bun k. N kdy jsou nacházeny adenomy i v jiných endokrinních orgánech (KR<sup>T</sup>ĚK, 2012).

M flé být p ítomna izolovaná sekrece r stového hormonu s jinými hormony adenohypofýzy. P íkladem adenom s kombinovanou sekrecí jsou nej ast j-í adenomy produkující r stový hormon a prolaktin. A proto mohou být v adenomu p ítomny dv populace bun k, bu ky produkující r stový hormon a bu ky produkující prolaktin (smí-ené adenomy ze somatotrof a prolaktotrof ), nebo se m flé jednat o adenomy z bun k produkujících sou asn r stový hormon a prolaktin (mamosomatotrofní adenomy). Adenomy mohou produkovat spole n s r stovým hormonem i jiné hormony, nap . tyreotropní hormon nebo alfa podjednotku glykoproteinových hormon (plurihormonální adenomy). Krom benigních adenom se vzácn objevují s r stovým hormonem karcinomy (KR<sup>T</sup>ĚK, 2012).

## 2.3 Klinický obraz

První příznaky onemocnění, které přivádí pacienty k lékaři, nejsou vždy způsobeny typickým akromálním růstem. Dvě třetiny pacientů s jinými příznaky jako jsou bolesti hlavy, otoky rukou, parestezie, neobratnost v rukou, bolesti kloubů, amenorea, nadměrným pocením. Souběžně s akromegalií si často není vědom své nemoci. Polovina nemocných bývá při prvním vyšetření nemocná přes 10 let. Obvyklá je také celková slabost, únavnost, poruchy spánku a tachykardie (STÁRKA aj, 2005).

Celkový vzhled bývá nápadný na první pohled (viz příloha E), protože typické změny postihují obličej, ruce a nohy. Pokud vznikne nemoc dříve, není je ukončen růst, může být nemocný i nápadně vysoký (gigantoakromegalie), (KRTOUK, 2012).

### 2.3.1 První příznaky způsobené tumorem hypofýzy

Adenomy hypofýzy způsobující akromegalii dělíme na mikroadenomy a makroadenomy. Mikroadenomy jsou menší než 1 cm a jejich výskyt je přibližně ve 20 až 40 %. Mikroadenomy se většinou v klinickém obrazu nepodílejí. Makroadenomy jsou větší než 1 cm a objevují se u pacientů v zastoupení přibližně v 60 až 80 %. Makroadenomy kromě syndromu akromegalie mohou utlačovat zdravou hypofyzární tkáň. Může dojít i k útlaku nervus opticus a tak vést k poruchám zorného pole a v nejzávažnějších případech až ke ztrátě zraku (KRTOUK, 2012).

U velkých makroadenomů mohou být přítomny první příznaky z útlaku hypothalamu, ke kterým lze zařadit poruchu termoregulace, poruchu chuti a příjem potravy, poruchy pocitu žízně a příjem tekutin, diabetes insipidus, poruchy spánku, poruchy autonomního nervového systému a poruchy chování. U gigantických adenomů může vzácně dojít k prvnímu příznaku útlaku mozkových struktur například temporálního laloku a vznik temporální epilepsie, frontálního laloku (poruchy chuť, poruchy osobnosti) nebo centrálních struktur (bolesti hlavy, hydrocefalus, psychózy, demence), (KRTOUK, 2012).

### 2.3.2 Zvětšení akrálních partií a kloubní obtíže

Lebka je zvětšená s vystupujícími nadornicovými oblouky. Také je typické zvětšení elistí a to především dolní (viz příloha F). V dle sledku r stu elistí dochází k rozestupu zubů. V prodlouženém oblouku je dominující nos a brada. Výraz tváře je melancholický a apatický. Mohou být zvětšeny i bolce, rty a měkké patro. Na zvětšeném jazyku jsou hypertrofické papily. Zvětšení jazyka (viz příloha D) může bránit ke správné artikulaci. Hrtan je u mužů i u žen zvětšený, hlasivky hypertrofické a hlas je hrubší (STÁRKA aj, 2005).

Toto onemocnění také postihuje ruce a nohy, které se také nápadně zvětší. Dochází k rozvětvení do obrazu tzv. kolikovitých prstů, které jsou ztluměné, krátké a neohrabané. Nohy se zvětší především do šířky, nápadně zejména v oblasti paty. Nemocný si většinou končetin zpravidla tak, že si nemůže sundat prsten nebo si nemůže obout boty (KRTOŤEK, 2012).

Kloubní obtíže postihují asi třetinu nemocných, ale mírné bolesti v končetinách a zádech jsou téměř pravidelné. Kloubní změny postihují prakticky všechny klouby. U pacientů s dokonalejším růstem a uzavřenými růstovými ploténkami nedochází k růstu kostí do délky, ale dojde ke tvarovým změnám kloubních ploch, bujení chrupavek, poruchám artikulace na kloubních plochách a k předčasnému rozvoji degenerativních změn. Tyto změny vedou k omezení hybnosti a bolesti. Ke změnám dochází i v oblasti páteře, vzniká předčasná artróza meziobratlových kloubů páteře a degenerativní onemocnění meziobratlových destiček, typický je vznik hyperkyfózy. Popsané změny vedou u pokročilých případů k výrazným obtížím, k funkčnímu omezení a zhoršení kvality života. Tyto změny přetrvávají často i po úspěšné léčbě (STÁRKA aj, 2005; KRTOŤEK, 2012).

### 2.3.3 Příznaky kardiovaskulárního, respiračního a zátěžového systému

Postižení kardiovaskulárního systému je typické u pacientů trpících akromegalií a významně se také podílí na morbiditě a mortalitě nemocných. Arteriální hypertenze je diagnostikována například u 50 % pacientů. U většiny pacientů s hypertenzí dochází k hypertrofii levé srdeční komory. K akromegalické kardiomyopatii přidáme kromě

hypertrofii myokardu, také intersticiální fibrózu a lymfocytární infiltraci myokardu. Tyto kardiomyopatie mají za následek diastolickou a později i systolickou dysfunkci levé komory. U pacientů s akromegalií jsou běžné poruchy srdečního rytmu a poruchy vedení vzruchu v myokardu. Kromě uvedených změn dochází k rozvoji aterosklerózy a na kardiálním postižení se podílí i ischemická choroba srdeční (KRTEK, 2012).

Typické je postižení horních cest dýchacích. Tam dochází ke zvětšení vedlejších dutin nosních a hrtanu a následkem toho dochází k typickým změnám hlasu. Kombinace kyfoskoliózy s dysfunkcí dýchacích svalů může dojít k hypoventilaci. U pacientů s akromegalií se často vyskytují poruchy spánku a syndrom spánkové apnoe (KRTEK, 2012).

Zvětšení vnitřních orgánů (organomegalii) se nevyhýbá ani zařívacímu traktu. Zvětšené jsou i slinné žlázy, dochází ke zvětšení jater a sleziny. U pacientů se často objevují onemocnění žlučníku a žlučových cest, a to především díky cholelitiáze a polypům žlučníku (KRTEK, 2012).

#### **2.3.4 Další příznaky**

U pacientů se často vyskytuje onemocnění štítné žlázy například hypertyreóza, hypotyreóza, zvětšení štítné žlázy a struma (KRTEK, 2012).

U lidí trpících akromegalií dochází k poruše metabolismu skoro všech základních živin, vody i elektrolytů. Nadbytek růstového hormonu způsobuje inzulínovou rezistenci. U více než 50 % nemocných je diagnostikován diabetes mellitus nebo poruchy glukózové tolerance. V krvi je přítomná zvýšená hladina cukru. Růstový hormon působí opačně než inzulín. Diabetes pravděpodobně vzniká u vrozené dispozice (KRTEK, 2012).

Bolesti hlavy jsou velmi úporné, jejich etiopatogeneze je nejasná. Více než na velikosti tumoru hypofýzy závisí na hormonální aktivitě. U části pacientů může být přítomna zvýšená nitrolební tlak a syndrom karpálního tunelu. Výskyt karpálního tunelu

se uvádí ve 20 až 50 % případů. Na jeho rozvoji se podílí především zmnoflení vaziva a edém v oblasti karpálního kanálu. Při úspěšné léčbě akromegalie dochází k úpravě syndromu karpálního tunelu i bez chirurgického zákroku (KRTOČEK, 2012).

K psychickým změnám přidáme depresi, somnolenci a nervozitu. Při šíření nádoru do okolí můžeme nalézt neurologické odchylky, epileptické křeče a závratě (KRTOČEK, 2012).

Kůže bývá ztlustlá s astými kožními erupcemi a pigmentacemi. V podkoží dochází k otoku a zmnoflení vazivových vláken. U lidí s akromegalií dochází k zvětšení potních žláz a ke zvýšenému pocení a zvětšení mazových žláz. Nehtová lůžka jsou rozšířená, vlasy bývají husté a hrubé, vousy a ochlupení bohaté a zmnoflené (STÁRKA a kol., 2005).

Menstruační cyklus je součástí každé zdravé dívky a ženy. Je známkou toho, že se pohlavní žlázy vyvinuly dobře. Menstruace a procesy zrání a uvolňování vajíčka jsou řízeny hormonálně. Rostoucí adenom snižuje tvorbu LH a FSH. Výsledkem této poruchy je nepravidelnost menstruačního cyklu a jeho úplné vymizení (amenorea). Tato porucha postihuje až 70 % žen trpících akromegalií. S tímto onemocněním je také spojen pokles sexuální touhy (libida) a impotence (MAREK, 2012c).

## 2.4 Laboratorní nálezy

Prvním krokem k potvrzení nebo vyloučení diagnózy je stanovení koncentrací růstového hormonu v séru. Jednorázové vyšetření hladiny růstového hormonu nemusí být prokazné. S vysokými hodnotami STH se setkáváme i u zdravých jedinců. Každopřípadem nadprodukce růstového hormonu slouží k potvrzení stanovení růstového hormonu v průběhu oGTT (orálního glukózového tolerančního testu). Zatímco u zdravých osob se podáním glukózy hodnoty růstového hormonu snižují k bazálním hodnotám, u pacientů s akromegalií k výraznému poklesu nedochází. Dalším ukazatelem růstového hormonu je stanovení sérové koncentrace inzulínu podobného růstového faktoru IGF-1 a srovnání s normami pro příslušnou věkovou skupinu. U naprosté většiny pacientů je přítomna akromegalie adenom hypofýzy (STÁRKA, 2010).

Prkaz hypersekrece r stového hormonu STH je základním vy-et ením akromegalie. Koncentrace r stového hormonu se stanovuje t ikrát za sebou v jednotlivých intervalech a dále v pr b hu oGGT. V n kterých p ípadech m fle být koncentrace STH i u akromegalie v norm . Rozdíl je v tom, fle mnofství STH u pacient s akromegalií nikdy neklesá k tzv. bazálnímu hodnotám. Normální hodnoty STH v krvi jsou 0, 0620, 0 µg/l (KR<sup>T</sup>ĚK, 2012).

IGF-1 je r stový faktor, který je podobný inzulínu, a je ozna ován jako somatomedin. Podílí se na ízení r stu, metabolismu, p effvání a vyzrávání bun k. Vznikají p eváfn v játrech. Bu ky citlivé na p sobení IGF-1 byly nalezeny i v mozku. IGF a r stový hormon tak mají pravd podobn vliv i na vývoj centrální nervové soustavy. Hladiny IGF-1 v pr b hu dne zásadn nekolísají. P i zvý-ené koncentraci v krevním vzorku je prokazateln zvý-ená hladina r stového hormonu. Mnofství IGF-1 je závislé na v ku, na stavu výflivy nebo funkci -títné flázy (MAREK, 2012b).

**Tabulka 1 - Normální hodnoty IGF-1**

V k	Normální hodnoty IGF-1 (µg/l)
15 - 16	249 - 642
16 - 20	271 - 550
20 - 24	265 - 410
25 - 29	220 - 360
30 - 44	185 - 335
45 - 60	160 - 250

Zdroj: Marek, Josef; 2012, [online]

Orální glukózový toleran ní test (oGTT) je standardní diagnostický test, který se používá p i onemocn ní diabetes mellitus a p i poru-ení glukózové tolerance. Hladiny krevního cukru jsou m eny ráno nala no a potom znovu po podání 75 g glukózy. Diabetes je pozitivní pokud je glykémie nala no vy-í nefl 7, 0 mmol/l anebo je dv

hodiny po podání glukózy vyšší než 11,1 mmol/l. Porucha glukózové tolerance je diagnostikována, pokud je glykémie nalačno nižší než 7,0 mmol/l a glykémie dvě hodiny po podání glukózy je mezi 7,0 a 11,1 mmol/l. (AUTORSKÝ KOLEKTIV, 2007, s. 166)

## 2.5 Zobrazovací metody

Rentgenové nálezy patří mezi základní lékařské vyšetření akromegalie. Skelet je charakteristicky změněn. Na snímcích je viditelné ztlouštění akrálních částí, zejména mandibuly a zejména lebečních dutin, zejména frontální části. Nepřehlédnutelné jsou i typické nálezy akromegalické artropatie na velkých i drobných kloubech v etn páteři (STÁRKA aj, 2005).

Důležitě je posouzení nitrolebního nálezu, zejména tureckého sedla a jeho okolí. Často změny, kdy tumor neporušuje kostní strukturu, ale pouze tkáň hypofýzy, lze odhalit pouze s použitím tomografií (CT) a ještě lépe magnetickou rezonancí (MR), která umožňuje zobrazení i malých adenomů. Později se objevuje dvojitý obrys tureckého sedla a balónovité rozšíření. Jestliže tumor roste nitrolebně, dochází k poruchám optických drah, což způsobuje poruchy zorného pole. K posouzení o tomto nálezu je nutné konzilium s oftalmologem. Pro zhodnocení neurologických změn, například tlak na hypothalamus, jsou nutné neurologické metody (EEG - elektroencefalografie), (STÁRKA aj, 2005).

## 2.6 Léčba

Akromegalie je závažné onemocnění, které je nutné včas a účinně léčit. V případě, že akromegalie není léčená, může pacientovi zkrátit a snížit kvalitu života (KRTOŤEK, 2012).

Cílem léčby je odstranění nebo redukce adenomu hypofýzy a kontrola jeho růstu, potlačení sekrece růstového hormonu a také vysokých hladin IGF-1 (KRTOŤEK, 2012).



Možnosti lé by akromegalie jsou farmakoterapie, chirurgie (neurochirurgie) a radioterapie (KRŤEK, 2012).

Lé bou akromegalie se v české republice specializují ty i odborná pracovi-t a to III. interní klinika - klinika endokrinologie a metabolismu ve V–obecné fakultní nemocnici v Praze, II. interní klinika Fakultní nemocnice v Hradci Králové, III. interní klinika Fakultní nemocnice v Olomouci a III. interní klinika Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brn (KRŤEK, 2011).

### 2.6.1 Farmakoterapie

Medikamentózní lé ba se ásto vyuffívá jako dopln ní k chirurgické a radia ní lé b . Cílem je sníflit hladiny r stového hormonu v krvi a omezení jeho p sobení. U n kterých p ípad m fe být chirurgický výkon nevhodný a tehdy se volí dlouhodobá, ásto i doflivotní farmakologická lé ba. Máme k dispozici t i skupiny lék - dopaminerní agonisty, analoga somatostatinu a antagonisty r stového hormonu (STÁRKA, 2010).

Lé ba *dopaminerními agonisty* je ú inná pouze u n kterých nemocných. Obvykle se vyuffívá kabergolin a pot ebné dávky se pohybují okolo 3 mg týdn . Úsp –nost kabergolinu u pacient s nízkou hormonální aktivitou (IGF-1 pod 750 g/l) je p íblifn 30 %. U akromegalií s vy–í sekrecí r stového hormonu je úsp –nost lé by 17 % (MAREK aj., 2010).

š*Analoga somatostatinu* n kdy odstraní úpornou bolest hlavy nevysv tlitelné etiologie akromegalických pacient . K nej ast j–ím nefláduocím ú ink m analog somatostatinu pat í p echodn po aplikaci pr jem, mírné abnominální bolesti, vytvo ení cholecystolitiázy. Úsp –ná lé ba akromegalických pacient s potla ením bazálních hodnot STH pod 2, 5 g/l snifluje zvý–enou mortalitu a prodlufluje pr m rnou délku flivota k pr m ru celé populace (HÁNA, 1998, s. 24). V sou asnosti se uffívá k lé b akromegalie lanreotid a octeotid. Tyto preparáty se pomalu uvol ují a podávají se obvykle jednou za 4 týdny, u lanreotidu v dávce 60 afl 120 mg a u octreotidu v dávce 20 afl 30 mg (KRŤEK, 2012).

Zástupcem *antagonist r stového hormonu* je pegvisomant. Používá se k léčbě pacientů, jejichž hormonální aktivita nejsou schopni normalizovat analoga somatostatinu. Obvykle se podává 10 až 20 mg, někdy až 40 mg pegvisomantu subkutánně každý den. Pegvisomant je schopen zcela zablokovat biologické účinky r stového hormonu. Účinnost léčby se monitoruje pomocí koncentrace IGF-1. Jeho nevýhodou je, že nevede ke změně velikosti tumoru hypofýzy. Nežádoucím účinkem je hepatopatie s elevací jaterních enzymů, jejich aktivita se musí monitorovat (KRTOUK, 2012).

### 2.6.2 Chirurgická a neurochirurgická léčba

Pokud není dostatečně účinná konzervativní - medikamentózní terapie nebo tumor ohrožuje zrak, je indikovaná *chirurgická léčba*. Přístup k adenomu je obtížný, proto se volí cesta transnazální (ORL metodou se proniká k hypofýze z dutiny nosní po oddlabání spodiny tureckého sedla), (STÁRKA aj., 2005).

*Neurochirurgická metoda* spoívá v preparaci nad nedominantní mozkovou hemisférou a po jejím odklopení přistupuje neurochirurg shora k hypofýze (STÁRKA aj., 2005).

Snahou neurochirurga je odstranění adenomu. Obvykle dochází k většinou k menšímu poškození zbylé tkáně hypofýzy. Při obou metodách dochází často k recidivám nádoru, proto se často indikuje zevní ozáření (STÁRKA aj., 2005).

### 2.6.3 Radioterapie

K zevnímu ozáření se používá penetrantních zdrojů (linární urychlovač, betatron, kobaltových zdrojů) a nejnovějším typem ozáření je bodavé, tzv. Leksellův gama nůž (STÁRKA aj., 2005).

Pokud je adenom malý a dostatečně vzdálený od zrakových nervů může se primárně indikovat ozáření Leksellovým gama nůžem. Častěji indikací k ozáření bývá

potlačení aktivity zbytk adenomu, které nebylo možné odstranit operativním výkonem (HÁNA, 1998).

Úinek Leksellového gama nože, normalizace hladiny růstového hormonu a IGF-1 je možné pozorovat za několik měsíců i po delším intervalu. Ozářený tumor se postupně zmenšuje, v optimálním případě zcela zaniká (STÁRKA, 2010).

Leksell v gama nož je moderní přístroj určený k léčbě mozkových tumorů. Přístroj je radionuklidový zářič, který vysílá velmi silné záření na předem daný cíl. Laická veřejnost si ho může představit jako rentgen. Záření gama nožem je tak silné, že dokáže zahubit buňky a tím napomoci k zničení ložiska zhoubného tumoru. Proto se využívá především v neurochirurgii mozkových nádorů. Leksell v přístroj pacienta ozařuje a tím šetří tumor zvaný. Mozek díky této metodě není narušen (TEFÁNEK, 2011).



Zdroj: Tefánek, Jiří. Leksell v gama nož [online]. 2011

**Obrázek 2 - Leksell v gama nož**

## 3 Marjory Gordon

Marjory Gordonová roku 1974 identifikovala jedenáct okruhů vzorců chování. Model funkčního zdraví uveřejnila roku 1987. Je profesorkou a koordinátorkou ošetřovatelských a do roku 2004 byla prezidentkou NANDA (North American Nursing Diagnostic Association), (PAVLÍKOVÁ, 2006).

### 3.1 Ošetřovatelský proces dle Marjory Gordonové

Široké pojetí Gordonové je ošetřovatelský proces identifikace a řešení problémů v péči o pacienta. Je to způsob, jakým ošetřovatelskou péči poskytujeme, vyřadíme znalosti a dovednosti sester. Za nejdůležitější část ošetřovatelského procesu Gordonová považuje: 1. identifikaci ošetřovatelského problému použitím diagnostického procesu (sběr informací, diagnostické zhodnocení, diagnostické označení skutečného nebo potenciálního problému) a 2. řešení problému (výsledek projekce, plánování péče, intervence, výsledek hodnocení), (PLEVOVÁ, 2011, s. 185).

Všeobecné sestry sbírají informace o zdravotním stavu pacienta pomocí rozhovoru, pozorování a fyzikálního vyšetření. K získání informací o pacientovi se využívá dvanáct oblastí, ke kterým Marjory Gordonová navrhla specifické otázky. Tyto otázky jsou odlišné u dětí, dospívajících a dospělých, rodin, komunit a kriticky nemocných (PLEVOVÁ, 2011).

Po zhodnocení stanoví sestra ošetřovatelské diagnózy jako proces, který představuje nahromadění, interpretaci a shlukování informací a pojmenování ošetřovatelských diagnóz (PLEVOVÁ, 2011).

Ošetřovatelské diagnózy se podle Marjory Gordonové definují konceptuálně a strukturálně. Konceptuální definice vyjadřuje aktuální a potenciální problém pacienta, který sestra může řešit nezávisle na lékaři. Naopak strukturální definice ošetřovatelské diagnózy se zabývá strukturou aktuální diagnózy podle PES formátu.

Písmeno P označuje o-etovatelský problém, písmeno E etiologické a související faktory a poslední písmeno S značí příznaky. Štuktura potencionální diagnózy zahrnuje strukturu PRF. Písmeno P znamená název potencionálního o-etovatelského problému a RF rizikové faktory (PLEVOVÁ, 2011, s. 185).

### **3.2 O-etovatelský model dle Marjory Gordonové**

Pi kontaktu s pacientem sestra identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorec zdraví. Základní strukturou modelu je dvanáct oblastí, označených jako dvanáct vzorců zdraví. Každý vzorec představuje určitou část zdraví (PAVLÍKOVÁ, 2006).

Dvanáct vzorců zdraví obsahuje vnímání (udržování) zdraví, vlivu (metabolismus), vylučování, aktivitu (cvičení), spánek (odpočinek), citlivost (poznávání), sebepojetí (sebeúctu), role (vztahy), reprodukci (sexualitu), stres a zátlkové situace, víru a životní hodnoty a jiné. Popisem a hodnocením dvanácti vzorců zdraví umožní sestřám rozpoznat funkční (ve zdraví) a dysfunkční chování, které se objevuje u pacientů v nemocnici (PAVLÍKOVÁ, 2006).

ŠDysfunkční vzorec je projevem aktuálního onemocnění jedince, nebo může být znakem potencionálního problému. Když sestra takový vzorec identifikuje, musí ho označit, zformulovat o-etovatelskou diagnózu a pokračovat v ostatních krocích o-etovatelského procesu (PAVLÍKOVÁ, 2006, s. 101).

Model funkčních vzorců zdraví splňuje požadavek pro systematické o-etovatelské hodnocení zdravotního stavu pacienta v jakémkoliv systému zdravotní péče, včetně primární, sekundární a terciární (PAVLÍKOVÁ, 2006).

## PRAKTICKÁ ÁST

Pacientka byla přijata na interní oddělení D2 do Všeobecné fakultní nemocnice v Praze dne 2. 5. 2011. Ošetřovatelskou péči o pacientku jsme prováděli ve dnech od 2. 5. 2011 do 6. 5. 2011 od 7:00 do 15:30 hodin. Zdravotní stav pacientky jsme zhodnotili na základě zkoumání zdravotnické dokumentace, anamnestického rozhovoru a pozorování pacientky. Na sestavení ošetřovatelské anamnézy jsme si vybrali šfunkční vzorec zdraví od Marjory Gordonové. Ošetřovatelské diagnózy jsou sestaveny podle priorit pacientky.

### 4 Ošetřovatelská dokumentace dle Marjory Gordon

#### Identifikační údaje:

**Iniciály:** T. B.

**Pohlaví:** žena

**Datum narození:** 13. 6. 1950

**Věk:** 52 let

**Adresa:** Praha 8

**Pojišťovna:** 207

**Stav:** vdaná

**Státní příslušnost:** česká

**Datum přijetí:** 2. 5. 2011

**Důvod přijetí:** diagnostické vyšetření

**Den pobytu:** 1. den

**Oddělení:** III. interní klinika oddělení divizní 2

**Příjem:** opakované přijetí

**Dny ošetřovatelské péče:** 2. 5. 2011 - 6. 5. 2011

**Důvod přijetí udávaný pacientkou:** Podstoupit vyšetření

**Hlavní medicínská diagnóza:** Suspektní akromegalie

**Vedlejší medicínské diagnózy:**

- Arteriální hypertenze
- Diabetes mellitus II. typu
- Polynodozní struma

**Nyn j-í onemocn ní:** V lednu 2011 byla pacientka svým praktickým léka em poslána na endokrinologickou ambulanci. Na endokrinologii byla zji-t na polynodozní struma a byly viditelné akromegalické rysy. Laboratorní výsledky prokázaly vysokou hladinu IGF-1, která byla 370 µg/l (norma je 160 - 250 µg/l) a bazáln vysokou hladinu r stového hormonu, která inila po prvním vy-et ení 24, 5 µg/l, po druhém 23, 9 a po t etím 24, 4 (norma je 0 afl 20, 0 µg/l). Dal-ím vy-et ením byla magnetická rezonance, kde nebyly zji-t ny patologické zm ny na hypofýze. V roce 2010 byla pacientce diagnostikovaná suspektní akromegalie. Ufl p ed lety si pacientka musela sundat snubní prsten a ufl p es 8 let se nadm rn potí. V období dosp losti se jí zv t-ila noha skoro o 2 ísla. St fluje si na ob asné bolesti hlavy v oblasti temene. P i ch zi do schod a p i zát fli je pacientka du-ná. St fluje si na no ní mo ení (nykturii), na toaletu se budí n kdy afl 4krát za noc. Chu k jídlu je zachována. Stolica v domácím prost edí pravidelná. Pacientka byla p ijata na III. interní kliniku D2 ve 13:30 hod. 2. 5. 2011.

**Status praesens (z léka ské dokumentace):** P i v domí, orientovaná, kontakt dobrý. Nadváha. e jasná, srozumitelná. Poloha aktivní. Postoj vzp ímený, ch ze volná.

**Hlava:** lebka normocefalická, poklepov nebolestivá, vlasy husté, hrubé a krátké.

**O i:** o ní bulby ve st edním postavení, pohyblivé, spojivky bledé, skléry bílé, rohovka pr hledná. Brýle nosí na dálku.

**U-i, nos:** bez výtoku. U-ní bolce mírn zv t-ené, nos velmi výrazný.

**Rty:** velké, soumrné a ervené.

**Dutina ústní:** sliznice jsou r flové, bez povlaku, bez známek dehydratace, v t-í slinivost.

**Jazyk:** r flový, vlhký, lehce povleklý, plazí ve st ední á e.

**Tonzily:** hladké, nezv t-ené.

**Chrup:** horní zubní protéza, mírní rozestup dolního chrupu a zvý-ená kazivost.

**Krk:** kr ní páte dobe pohyblivá. Pulzace karotid hmatná, symetrická. Nápl kr ních fiil nezvý-ená, -títná fláza na pohled a pohmat zv t-ená. Lymfatické uzliny nezv t-eny.

**Hrudník:** symetrický, klenutý, bez zm n tvaru a postavení, bez deformit. Dýchací pohyby symetrické.

**Plíce:** eupnoe, poklep plný a jasný.

**Srdce:** srde ní akce nepravidelná, systola 95 za minutu.

**B icho:** soumrné, dýchací pohyby viditelné v celém rozsahu. St na povolená, bez edému, bez jizev a strií. B icho m kké, prohmatné, palpa n a poklepop nebolestivé. Poklep bubínkový. Peristaltika dobe sly-itelná.

**Uzliny:** nehmatné, nebolestivé.

**Páte :** pohyblivá a nebolestivá, fyziologické zak ivení v bo ním i zadním pohledu v celém rozsahu.

**ití:** p im ené.

**Periferní pulzace:** oboustrann hmatné.

**K fle:** r flová a dobe hydratovaná. Zvý-ené pocení.

**Kon etiny:** ztlut lé, krátké prsty na rukách, zv t-ené nohy v oblasti nártu a paty.

**Edémy:** nep ítomné.

**Rodinná anamnéza:** Matka 73 let, lé í se s hypertenzí a DM II. typu. Otec zem el, ve v ku 77 let, na srde ní selhání. Bratr, ve v ku 48 let, je zdrav. Dcera pacientky, ve 25 letech, zcela zdráva.



**Osobní anamnéza:**

- *Chronické onemocnění:* Polynodózní struma od roku 2011  
Suspektní akromegalie diagnostikována od roku 2010  
Diabetes mellitus II. typu od roku 2002  
Arteriální hypertenze od roku 1999
- *Hospitalizace a operace:* Apendektomie (chirurgické odstranění slepého stěva) roku 1987
- *Úrazy:* ve 12 letech zlomenina holenní kosti
- *Transfúze:* 0

**Farmakologická anamnéza:***Tabulka 2 - Farmakologická terapie*

<i>Název léku</i>	<i>Forma</i>	<i>Síla</i>	<i>Dávkování</i>	<i>Základní indikace skupina</i>	<i>Základní indikace</i>
<b>Euthyrox</b>	Tbl. (tableta)	50 mg	1-0-0 (na la no)	Hormon -títné flázy	Lé ba netoxické strumy, tyreoiditidy
<b>Glyclada</b>	Tbl.	30 mg	1-0-1	Perorální antidiabetikum	Diabetes mellitus II. typu
<b>Kabergolin</b>	Tbl.	0, 5 mg	1-0-0	Dopaminergní agonista	Lé ba akromegalie
<b>Novalgín</b>	Tbl.	500 mg	0-0-1 (dále dle pot eby, maximáln 3krát za den)	Analgetikum, antipyretikum	Silná akutní nebo chronická bolest

<b>Rhefluin</b>	Tbl.	50 mg	1-0-0	Diuretikum, antihypertenzivum	Mírná af- st ední hypertenze
<b>Siofor</b>	Tbl.	500 mg	1-0-1	Perorální antidiabetikum	Diabetes mellitus II. typu
<b>Zolpidem</b>	Tbl.	10 mg	0-0-0-1 (podle pot eby)	Hypnotikum	Krátkodobá lé ba nеспavosti

Zdroj: vlastní konstrukce

**Alergie:** Pacientka neudává žádné alergie.

**Abusus:** Od 16 let kouřila 10 cigaret denně, ve svých 27 letech přiznala graviditu s kouřením přestala. Nyní uřínekou í v bec. Alkohol pije pouze příležitostně. Kávu pije 2krát denně.

**Gynekologická anamnéza:** Menarche (první menstruace) od 14 let. Ve 27 letech porodila zdravou holčičku. Umělé přerouzení těhotenství nepodstoupila. Menopauza od 48 let. Poslední gynekologická prohlídka v listopadu 2010.

**Sociální, pracovní anamnéza:** Paní T. B. žije s manželem v rodinném domě. Pracuje jako zapisovatelka na městském soudu v Praze. Jako kontaktní osobu pacientka uvedla svého manžela.

**Vyšetření přijetí:**

- FF (TK, P, TT, D)
- RTG srdce a plíce
- ECHO (echokardiografie)
- EKG (elektrokardiogram) - ergometrie, holter

- Glykémie
- KO (krevní obraz) + diferenciál, Quick, aPTT, Na, K, Cl, P, Mg, Fe
- kyselina močová, urea, kreatinin, jaterní testy a bilirubin, glykovaný hemoglobin, celková bílkovina, albumin
- STH po 30 minutách 3krát, IGF-1
- TSH, volný T3 (Trijodtyronin), volný T4 (tyroxin), kortizon, LH, FSH, prolaktin
- Mo chemicky + sediment

#### **Fyzikální vyšetření sestrou:**

**TK:** 150/95 mm Hg

**P:** 72/min.

**D:** 17/min.

**TT:** 36,7 °C

**Výška:** 168 cm

**Váha:** 79 kg

Pacientka je při v domí, orientovaná místem, časem, osobou. Spolupracující. Důvěřuje při námaze. Pacientka je odnaučena kú a ka. Trpí nadváhou, její BMI (Body Mass Index) je 28. Celkový vzhled při sobě upraven. Na obličeji viditelné akromegalické rysy: výrazný nos, velké rty, rozestup zubů na dolním chrupu, zvětšené ušní bolce. Prsty na rukou krátké a ztuhlé. Je soběstačná, hygienu a jiné základní potřeby zvládá bez pomoci. Kůže je růžová a dobře hydratovaná a kožní turgor je v normálu. Chůze normální, bez potřeby kompenzačních pomůcek. Riziko pádu nehrozí. Pacientka je krátkozraká a od 16 let nosí nastálo brýle. Má horní zubní protézu. Alergie neexistuje.

#### **Ordinace po dobu hospitalizace:**

- Dieta číslo 9 (diabetická)
- TK + P: 2krát denně
- TT: 2krát denně
- Bilance tekutin P + V (příjem a výdej tekutin) za 24 hodin
- Glykémie: 3krát denně
- Režim: pohybový

## 5 Ošetřovatelská anamnéza dle Marjory Gordon

Informace byly získány na základě pozorování a rozhovoru s pacientkou, která byla velmi vstřícná a veškeré dotazy zodpověděla.

- ***Vnímání zdraví - udržování zdraví***

Pacientka v posledním roce neprodělala žádné nachlazení. V minulém roce zjištěna polynodální struma. Manžel se snaží být manželce co nejvíce na blízku, proto jí často doprovází při pravidelných návštěvách praktického i odborného lékaře. Pacientka je diabetička, v domácím prostředí se stravovala pravidelně, s dodržováním dietního režimu nemá problémy. Alergie neudává. Pokyny lékaře a sestry respektuje. Pro udržení zdraví dodržuje léčebný režim. Největším problémem je brzké propuštění.

**Použitá metodická technika:** 0

**Ošetřovatelský problém:** 0

- ***Výživa a metabolismus***

Pacientka se snaží pečlivě dodržovat diabetickou dietu. Má velmi ráda sladké, proto se ho snaží nahradit DIA (diabetickými) sušenkami nebo zákusky. Během posledního roku přibrala 1 kilogram. Problémy s polykáním nemá. Nechutenstvím netrpí. Její váha je 79 kilogramů, výška 168 centimetrů a její BMI je 28. Denně vypije 1,5 až 2,5 litru tekutin, převážně minerálních vod a ovocného džusu. Kávu si dopřává káždé ráno a odpoledne. Kůže je dobře hydratována. Kůže má normální turgor. Sliznice jsou vlhké, dostatečně hydratované, jazyk bez povlaků. Ke zubnímu lékaři chodí pravidelně dvakrát do roka. Má horní zubní protézu.

**Použitá metodická technika:** BMI - 28 (nadváha)

**Ošetřovatelský problém:** nadváha (nízká priorita)

- ***Vylučování***

Pacientka v domácím prostředí chodí pravidelně na toaletu. Uvádá, že má problém s vyprazdňováním stolice v cizím prostředí. Každodenně se do dokumentace zaznamenávala defekace. Močí bez obtíží, moč má jasnožlutou barvu. Před 8 lety se pacientka nadměrně potí.

**Použitá medicínská technika:** 0

**Obtíživý zdravotní problém:** riziko zácpy

- ***Aktivita a cvičení***

Pacientka má volný pohybový režim na oddělení. V poslední době si stěžuje, že má méně energie a cítí se unavená. Ve svém životě nikdy pravidelně nesportovala, ve volném čase se věnuje rekreaci. Jejím koníkem je pěstování kytek a starání se o svou zahrádku. Ráda si zajde na procházku do centra Prahy nebo do lesa. Je plně soběstačná. Chce být fyziologická a držet si vlastní váhu.

**Použitá medicínská technika:** 0

**Obtíživý zdravotní problém:** únava

- ***Spánek, odpočinek***

Celý život spala pravidelně kolem 7 až 8 hodin denně. Poslední dobou má narušený spánek, užívá lék na spaní (Zolpidem). Nykturie někdy až 4krát za noc. Aktivní a pasivní odpočinek vyplývá sledováním televize, ráda čte, plete a prochází se se svým psem.

**Použitá medicínská technika:** 0

**Obtíživý zdravotní problém:** porucha spánku

- ***Citlivost (vnímání) a poznávání***

Pacientka neudává problémy se sluchem. Nosí brýle na dálku. K o nímu lékaři chodí pravidelně, poslední návštěva byla před 1 rokem. Pacientka je pí v domě a plně orientovaná všemi kvalitami. Během rozhovoru je soustředěná, hovoří souvisle a po celou dobu udržuje o ní kontakt. Paměť má velmi dobrou, učení jí přeložky dobré. Snáší se udržet všeobecný pohled, proto hodnotě a lučí křížky. Typně snáší bolesti hlavy, které se objevují především na večer nebo v noci. Od bolesti hlavy jí pomáhají analgetika, klidné prostředí a odpočinek.

**Použitá měřicí technika:** denní záznam bolesti podle Melzacka (viz příloha G)

**Ošetřovatelský problém:** bolest hlavy

- ***Sebepojetí, sebeúcta***

S náročnými situacemi se snaží bojovat sama, nechce zatěžovat rodinu. Odreagovává se především svými koníčky, jakými jsou zahradničení, procházky a tenis. Velmi se učitelná přístek do rodiny a ať se stane babičkou. Pacientka o sobě tvrdí, že je optimistka, jak udává, bere život s nadhledem. Pacientka si je v domě tělesných změn. Velmi tělesně se s tím vyrovnává. Jako žena si připadá velmi neohrabaná a mohutná. Nejvíce jí překáží nadměrné pocení a akné rýst končetin, zvláště u nich bolí, rozstup zubů, velmi výrazný nos.

**Použitá měřicí technika:** 0

**Ošetřovatelský problém:** porušený obraz těla

- ***Role a vztahy***

Bydlí s manželem v malém rodinném domku v Praze. Dcera bydlí nedaleko a často se navštěvují. Rodina jeví velký zájem o svého blízkého, je velmi soudruživá, vzájemně si pomáhají. Manžel chodí na návštěvu každý druhý den a denně si volají. Dcera je vytížená, spíše matce telefonuje a navštěvuje ji především o víkendu.

V nemocnici jsou pro ní velkou oporou. Svou práci má ráda, se svými kolegy v práci vychází velmi dobře.

**Použitá měřicí technika:** 0

**Ošetřovatelský problém:** 0

- ***Reprodukce, sexualita***

Pacientka má o 5 let staršího manžela. Vztah funguje a trvá už 31 let. S manželem mají jednu dceru. V 48 letech se dostala do menopauzy. Pacientka si sama uvědomuje pokles sexuální touhy (libida). Žádné pohlavní choroby neprodělala.

**Použitá měřicí technika:** 0

**Ošetřovatelský problém:** pokles sexuální touhy

- ***Stres, závažné situace***

Se stresem a závažnými situacemi se pacientka vyrovnává bez problémů za pomoci rodiny a přátel. Mezi nejdůležitější změny v uplynulých dvou letech považuje zjištění onemocnění. Myslí si, že není dostatečně informována o svém zdravotním stavu a o své nemoci.

**Použitá měřicí technika:** 0

**Ošetřovatelský problém:** nedostatek informací

- ***Víra a životní hodnoty***

Pacientka je ateistka. Mezi její životní hodnoty patří – aštný a spokojený život, zdraví její i celé rodiny.

**Použitá měřicí technika:** 0

**Ošetřovatelský problém:** 0

## 6 Sledování nemocného v průběhu hospitalizace

- Glykémie

*Tabulka 3 - Glykémie v průběhu hospitalizace*

	2. 5. 2011	3. 5. 2011	4. 5. 2011	5. 5. 2011	6. 5. 2011
<b>Ráno</b>	-	4, 7 mmol/l	5, 5 mmol/l	4, 3 mmol/l	3, 9 mmol/l
<b>Poledne</b>	7, 1 mmol/l	4, 4 mmol/l	6, 2 mmol/l	4, 8 mmol/l	5, 3 mmol/l
<b>Večer</b>	8, 2 mmol/l	3, 8 mmol/l	4, 8 mmol/l	5, 2 mmol/l	4, 6 mmol/l

Zdroj: vlastní konstrukce

Fyziologické hodnoty glykémie při odběru venózní krve činí 4, 2 mmol/l až 6, 0 mmol/l. Normální hodnota kapilární krve nala no je vyší o 0, 1 mmol/l - 0, 3 mmol/l (MIKŠOVÁ aj., 2006b).

- Krevní tlak a puls

*Tabulka 4 - Krevní tlak a puls v průběhu hospitalizace*

	2. 5. 2011	3. 5. 2011	4. 5. 2011	5. 5. 2011	6. 5. 2011
<b>Ráno</b>	-	TK: 155/90 P: 84´	TK: 135/75 P: 72´	TK: 145/70 P: 79´	TK: 135/80 P: 80´
<b>Večer</b>	TK: 125/70 P: 70´	TK: 165/95 P: 88´	TK: 140/70 P: 69´	TK: 145/75 P: 77´	TK: 130/70 P: 73´

Zdroj: vlastní konstrukce

Průměrná hodnota krevního tlaku u dospělého člověka je 120/80 mm Hg (torr). Hypotenze nebo-li nízký krevní tlak je diagnostikován pokud je systolický tlak nižší než 100 (např. 100/60 mm Hg). Za arteriální hypertenzi (vysoký krevní tlak) se považují hodnoty vyšší jak 150/90 mm Hg (MIKŠOVÁ aj., 2006a).



U pulzu hodnotíme frekvenci, rytmus, kvalitu a rozdílnost. Místa palpačního měření pulzu jsou postupně tepny: a. (arteria) temporalis, a. carotis, a. brachialis, a. radialis, a. femoralis, a. poplitea, a. tibialis posterior, a. dorsalis pedis. Fyziologické hodnoty frekvence pulzu za minutu u dospělé ženy činí v průměru okolo 75 tepů za minutu (MIKŠOVÁ aj., 2006a).

- **Tělesná teplota**

*Tabulka 5 - Tělesná teplota v průběhu hospitalizace*

	2. 5. 2011	3. 5. 2011	4. 5. 2011	5. 5. 2011	6. 5. 2011
<b>Ráno</b>	-	36,4 °C	36,7 °C	36,4 °C	36,3 °C
<b>Večer</b>	36,5 °C	36,5 °C	36,8 °C	36,6 °C	36,4 °C

Zdroj: vlastní konstrukce

Místa pro měření tělesné teploty jsou podpaří (axila), konečník (rektum), těleso, pochva (vagina), ústa a kůže. Normální hodnota teploty těleso jsou 36 °C až 36,9 °C. Tělesná teplota není stejná na všech místech těleso, například měření teploty v konečníku se provádí 0,5 °C a měření teploty v ústech provádíme 0,3 °C (MIKŠOVÁ aj., 2006a).

- **Příjem a výdej tekutin**

*Tabulka 6 - Příjem a výdej tekutin v průběhu hospitalizace*

	Hodina	Per os	Infuzní terapie	Příjem	Výdej
<b>2. 5. 2011</b>	13:30 - 6:00	900 ml	0	900 ml	1100 ml
<b>3. 5. 2011</b>	6:00 - 6:00	2000 ml	0	2000 ml	1750 ml
<b>4. 5. 2011</b>	6:00 - 6:00	1750 ml	0	1750 ml	1500 ml
<b>5. 5. 2011</b>	6:00 - 6:00	2100 ml	0	2100 ml	1900 ml
<b>6. 5. 2011</b>	6:00 - 6:00	1950 ml	0	1950 ml	2100 ml

Zdroj: vlastní konstrukce

## 7 O-et ovatelský proces - o-et ovatelské diagnózy

O-et ovatelské diagnózy jsou stanovené z problém uvedených v sesterské anamnéze podle modelu Marjory Gordonové. Stanovené diagnózy jsou říslovány dle o-et ovatelských diagnóz v NANDA doménách, rozd lené na aktuální a potencionální a zároveň jsou se azeny abecedn .

Na následující stran jsou o-et ovatelské diagnózy se azené podle priorit pacientky.

Rozpracované jsou pouze aktuální diagnózy st ední priority a potencionální diagnóza.

### **Aktuální o-et ovatelské diagnózy:**

- **Akutní bolest (00132)** hlavy z d vodu onemocn ní centrální nervové soustavy projevující se neverbálními projevy pacientky.
- **Neefektivní sexuální život (00065)** z d vodu endokrinologického onemocn ní projevující se poklesem sexuální touhy. (nízká priorita)
- **Poru-ený obraz t la (00118)** z d vodu akrálního r stu kon etin projevující se obavami z odmítání lidmi a strachem z jejich reakce.
- **Poru-ený spánek (00095)** z d vodu astého no ního mo ení projevující se trojím i více etným probuzením v pr b hu noci.
- **Únava (00093)** z d vodu nedostatku spánku projevující se pospáváním b hem dne a neschopností vykonávat b flné denní innosti.
- **Úzkost (00146)** z d vodu zm ny zdravotního stavu projevující se slovním vyjád ení obavy.

### **Potencionální o-et ovatelské diagnózy:**

- **Riziko zácpy (00015)** z d vodu nedávné zm ny prost edí.

## 7.1 Akutní bolest hlavy

z důvodu onemocnění centrální nervové soustavy projevující se neverbálními projevy pacientky.

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka se cítí odpočatá a její bolest je zmírněna

**Cíl krátkodobý:** Pacientka nepociťuje bolest více než 2 hodiny

### Výsledná kritéria:

Pacientka chápe příčinu vzniku bolesti více než 1 dne

Pacientka je schopná o bolestech hlavy a jejich projevech mluvit více než 1 dne

Pacientka se naučí metody zmírňující bolest více než 1 dne

Pacientka dodržuje farmakologický režim více denně

Pacientka klidně spí více denně

Pacientka udává, že její bolest je zmírněna více než 3 dny

### Plán intervencí:

Zjistí lokalizaci, charakter, intenzitu a trvání bolesti (Denní záznam bolesti podle Melzacka) více než 3 hodiny více než všeobecná sestra

Pozoruj neverbální projevy pacientky více než vždy více než všeobecná sestra, ošetřovatelka

Sleduj fyziologické funkce (TK, P) 2krát denně více než všeobecná sestra

Zhodno vliv bolesti na tělesnou a duševní pohodu více než vždy více než všeobecná sestra

Zajisti klidné prostředí pro pacienta více než vždy více než všeobecná sestra, ošetřovatelka

Pečuj o pohodlí pacientky (úlevová poloha, klidné prostředí, atd.) více než vždy více než všeobecná sestra, ošetřovatelka

Podávej analgetika dle ordinace lékaře více než vždy více než všeobecná sestra

Sleduj nežádoucí účinky léků více než vždy více než všeobecná sestra

Zapoj pacientku do aktivit, které by mohly odvést pozornost od bolesti o do 3 dn o  
v-eobecná sestra

**Realizace: 2. 5. 2011 - 6. 5. 2011**

Pacientka byla seznámena s odd lením a ulofena na klidný dvojl ílkový pokoj s vlastní koupelnou a toaletou. Bolest hlavy hodnotila podle záznamu bolesti íslem 3 (intenzivní bolest). Byl zalofen denní záznam o sledování bolesti. Test hodnocení bolesti jsme opakovali. Bolesti hlavy se pacientka snařila odstranit pomocí úlevové polohy, studeným obkladem a zhasnutým sv tlem. Kdyřl tyto metody nezabraly, zařládala si o analgetika, která jí byla podaná dle ordinace léka e.

**Hodnocení: 6. 5. 2011**

Cíl byl áste n spln n: Pacientka udává zmírn ní ařl áste né vymizení bolesti hlavy. Podle záznamu bolesti hodnotila bolest hlavy íslem 1 (mírná bolest). Nau čila se zvládat metody, které zmír ují její bolest.

## **7.2 Poru-ený obraz t la**

z d vodou akrálního r stu kon etin projevující se obavami z odmítání lidmi a strachem z jejich reakce.

**Priorita:** st ední

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka je trvale smí ena s t lesnými zm nami

**Cíl krátkodobý:** Pacientka má snahu o problému hovo it o do 1 dne

**Výsledná kritéria:**

Pacientka chápe své t lesné zm ny bez pocitu mén cennosti o do 3 dn

Pacientka se akceptuje i se svými t lesnými zm nami o do 5 dn

Pacientka hledá informace o svém problému a snařlí se najít zp soby na jeho p ekonání o denn

### **Plán intervencí:**

Posu fyzický a psychický stav pacientky o do 3 hodin o v-eobecná sestra

V-ímej si chování, známky smutku nebo p íznak deprese o vřdy o v-eobecná sestra, o-et ovatelka

V-ímej si emo ních zm n o vřdy o v-eobecná sestra, o-et ovatelka

Vyslechni pacient iny obavy a otázky o do 1 dne o v-eobecná sestra

Mluv s pacientkou o tom, co ji tíflí a trápí o vřdy o v-eobecná sestra

Doporu pacientce a její rodin , aby spolu hovo ili o svých pocitech o do 2 dn o v-eobecná sestra

Pora pacientce vhodné oble ení, aby skryla svoje t lesné zm ny o do 3 dn o v-eobecná sestra

### **Realizace: 2. 5. 2011 - 6. 5. 2011**

Pro rozhovor s pacientkou bylo zvoleno klidné, ní ím a níkým neru-ené prost edí. Snahou bylo vytvo it terapeutický vztah plný vzájemné d v ry. Pacientku jsme vyslechli, snaffili jsme se jí porozum t a promluvili jsme s ní o tom, co jí momentáln nejvíce tíflí a trápí. Léka jí sd lil, že zm ny na jejím t le pat í k onemocn ní.

### **Hodnocení: 6. 5. 2011**

Cíl byl spln n áste n : Pacientka pochopila t lesné zm ny, které jsou d vodem jejího onemocn ní.

## **7.3 Poru-ený spánek**

z d vodu astého no ního mo ení projevující se trojím i více etným probouzením v pr b hu noci.

**Priorita:** st ední

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka během noci spí nepřetržitě bez nutkání na močení

**Cíl krátkodobý:** Pacientka má zajištěné klidné prostředí ke spánku a cítí se odpočatá do 2 dn

**Výsledná kritéria:**

Pacientka ve večer usíná do 30 minut po ulehnutí do lůžka o denn

Pacientka se neprobouzí a ráno ji neví 2krát za noc, po probuzení do 15 minut znovu usne o denn

Pacientka postupně obnovila fyziologický styl svého biorytmu (změna pitného režimu) o do 3 dn

Pacientce se zlepšila kvalita spánku o do 3 dn

Pacientka se cítí dostatečně odpočatá o denn

**Plán intervencí:**

Posuďte příznaky poruchy spánku o do 1 dne o všeobecná sestra

Zjistěte spánkové rituály o do 2 hodin o všeobecná sestra

Sledujte okolnosti spánku (chrápání, mluvení ze spaní) a dokumentujte délku spánku o vždy o všeobecná sestra

Informujte se o subjektivních pocitech pacientky o do 3 hodin o všeobecná sestra

Zjistěte každou okolnost, která spánek narušuje o do 1 dne o všeobecná sestra, ošetřovatelka

Omezte příjem tekutin ve večerních hodinách o vždy o všeobecná sestra, ošetřovatelka

Podejte léky na bolest a spaní dle ordinace lékaře o vždy o všeobecná sestra

Snažte se eliminovat rušivé elementy o vždy o všeobecná sestra, ošetřovatelka

**Realizace: 2. 5. 2011 - 6. 5. 2011**

Před spaním byl pacientce vyvraťán pokoj a naklepán polštář. Je zvyklá z domova na svůj polštářek, který si přinesla. Pacientka si každodenně, ve 21:00 hodin, popíjela tabletku na spaní (Zolpidem). Doporučili jsme jí, aby se alespoň hodinu před

spaním vyhnula podnětům, které by jí mohly rozrušovat a vyvarovala se kofeinu a také omezila tekutiny ve večerních hodinách, aby měla nerušený spánek.

### **Hodnocení: 6. 5. 2011**

Cíl byl splněn: Pacientka spí minimálně 5 hodin denně a ráno po probuzení se cítí odpojatá.

## **7.4 Únava**

z důvodu nedostatku spánku projevující se ospáváním během dne a neschopností vykonávat běžné každodenní činnosti.

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka je odpojatá, má dostatek energie během dne

**Cíl krátkodobý:** Pacientka provádí účinná opatření proti únavě do 1 dne

### **Výsledná kritéria:**

Pacientka si je v domě, což způsobuje její únavu do 1 dne

Pacientka se cítí odpojatá a má více energie do 3 dnů

Pacientka provádí účinná opatření proti únavě do 1 dne

Pacientka vykonává běžné činnosti v požadované míře do 1 dne

### **Plán intervencí:**

Zajíměj se o celkový stav pacientky (hydratace, výživa) do 1 dne dovedná sestra, zdravotní sestra

Vyhodnoť stupeň poruchy spánku do 1 dne dovedná sestra

Zlepšuj kvalitu spánku do 2 dnů dovedná sestra

Zajíměj se o životní styl pacientky do 1 dne dovedná sestra

Zjistí, jak pacientka vnímá příznaky únavy do 3 hodin dovedná sestra

Povzbuzuj pacientku k aktivitám během dne vždy o všeobecná sestra, ošetřovatelka

Vytvořte prostředí zmírující únavu (vyvětraná místnost, dostatek světla) vždy o všeobecná sestra, ošetřovatelka

### **Realizace: 2. 5. 2011 - 6. 5. 2011**

Pacientka si stěžovala na únavu během dne. Bylo jí doporučeno, aby přes den svůj volný čas zaplnila nějakou činností (např. čtením, luštěním, koukáním na televizi). V odpoledních hodinách navštívila pacientku rodina, se kterou chodila do parku. Vycházky měla povolené od lékaře. Na noc si vyřadila lék na spaní (Zolpidem), který měla předepsaný v dokumentaci. Ráno pacientka udávala, že se cítí odpočatá a má více energie.

### **Hodnocení: 6. 5. 2011**

Cíl byl splněn: Pacientka se cítí dostatečně odpočatá.

## **7.5 Úzkost**

z důvodu změny zdravotního stavu projevující se slovním vyjádřením obavy.

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka má dostatek informací o svém zdravotním stavu a cítí se klidněji

**Cíl krátkodobý:** Pacientka má snahu vyjádřit své pocity úzkosti do 1 dne

### **Výsledná kritéria:**

Pacientka má dostatek informací denně

Pacientka je schopná vyjádřit své pocity úzkosti do 3 hodin



### **Plán intervencí:**

Zjistí přítomnost úzkosti (od pacientky i rodinných příslušníků) do 3 hodin od vstupu do nemocnice sestry

Sleduj projevy úzkosti od sestry od nemocnice sestry, ošetřovatelka

Zjistí stupeň (mírný, střední, silný) do 3 hodin od nemocnice sestry

Naslouchej pacientce se zájmem od sestry od nemocnice sestry

Informuj pacientku o všem, co jí bude dle od sestry od nemocnice sestry, ošetřovatelka

Umožni pacientce vyjádřit emoce (hněv, pání, atd.) od sestry od nemocnice sestry, ošetřovatelka

Zapoj pacientku do aktivit, které by mohly odvést pozornost od úzkosti od sestry od nemocnice sestry, ošetřovatelka

### **Realizace: 2. 5. 2011 - 6. 5. 2011**

S pacientkou jsme komunikovali klidně a bez spěchu. Snažili jsme se jí naslouchat a umožnili jsme jí popsat její pocity. Při jakémkoliv výkonu a vyšetření byla pacientka informována, co se jí bude dle a pro. Paní T. B. chtěla získat více informací o svém zdravotním stavu, proto měla domluvenou konzultaci s jejím ošetřujícím lékařem, který zodpověděl veškeré její dotazy. Po rozhovoru s lékařem se jí ulevilo a po zbytek pobytu na oddělení si pacientka nestěžovala na žádnou úzkost.

### **Hodnocení: 6. 5. 2011**

Cíl byl splněn: Úzkost vymizela poté, co se pacientka dozvěděla informace o svém zdravotním stavu.

## **7.6 Riziko zácpy**

z důvodu nedávné změny prostředí.

**Priorita:** nízká

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka upravila svoji životosprávu tak, aby pravidelně chodila na stolicí

**Cíl krátkodobý:** Pacientka netrpí zácpou o dobu hospitalizace

**Plán intervencí:**

Zhodno vliv příjemu potravy na funkci střev o do 3 dnů o všeobecná sestra

Sleduj barvu, zápach, konzistenci, množství a frekvenci stolice o vředy o všeobecná sestra, ošetřovatelka

Zjistí neřádnou úinky léků, které pacientka užívá, jestli nezpůsobují zácpu o do 2 dnů o všeobecná sestra

Zajisti dostatek soukromí při vyprazdňování o vředy o všeobecná sestra, ošetřovatelka

Pouč pacientku o významnosti vlákniny v potravě o do 3 hodin o všeobecná sestra

Vysvětli pacientce možnosti používání projímadel o do 1 dne o všeobecná sestra

**Realizace: 2. 5. 2011 - 6. 5. 2011**

U pacientky jsme zapisovali, ode dne přijetí do dokumentace, frekvenci defekace. Sledovali jsme její barvu, zápach, konzistenci a množství. Pacientka žádné bolesti při defekaci neudávala. Edukovali jsme jí, že musí denně vypít alespoň 1500 ml tekutin a do svého jídelníčku zařadit vlákninu, která podporuje střevní funkci, a která je obsažena v luštěninách, obilninách, bramborách, zelenině a ovoci.

**Hodnocení: 6. 5. 2011**

Cíl byl splněn: Pacientka po dobu své hospitalizace dodržovala pitný režim a pochopila, jak je nutná vláknina v jejím jídelníčku. Zácpa po dobu hospitalizace nevznikla.

## 8 Zhodnocení o-et ovatelské pé e

V rámci léka ské a o-et ovatelské pé e se celkový stav pacientky zlep-il. Hospitalizaci sná-ela velmi dobře, spolupracovala. Pacientka je pln seznámena se svým onemocněním, komplikacemi, které ji provází, a s nutností dodrřování farmakologické terapie a správné řivotosprávy. Do-lo ke zlep-ení psychického stavu a s pacientkou se poda ilo navázat d v ryhodný vztah. Za dobu hospitalizace ke zhor-ení stavu nedo-lo. Pacientka si je v doma, ře se n které problémy, co se týkají její diagnózy, nedají odstranit a po ítá s dal-í pot ebnou hospitalizací a vy-et eními. Paní T. B. se snaří aktivn zapojovat do lé by, sama si vyhledává informace o své nemoci, je velmi vytrvalá. Poci uje, ře má velkou oporu v rodinn , která ji má velmi ráda a snaří se s ní být co nej ast ji. Pacientka s o-et ovatelskou pé í byla spokojena a řádné střílnosti po dobu hospitalizace nem la.

### Doporu ení pro pacientku:

- Pe ovat o svojí du-evní a t lesnou pohodu (vydatný spánek, dostatek odpo inků, pokud mořno vyvarovat se stresu).
- Doporu it informa ní materiály, odkázat pacientku nap . na internetové stránky [www.akromegalie.cz](http://www.akromegalie.cz).
- Zú astnit se eského dne akromegalie, který se koná kařdoro n 14. ervna.
- Oble ením, klobouky a lí ením se dají n které p íznaky řáste n zakrýt.
- Vyrovnat se s onemocněním a vnímat sebe samu jako silnou osobnost, kterou pohledy a posm -ky ostatních lidí nezasko í.
- Dodrřovat dietní opat ení (diabetickou dietu), zásady správné výřivky a pitný řeffim (ve ve erních hodinách tekutiny omezit, aby spánek nebyl naru-en no ním mo ením).
- Dodrřet odpovídající hmotnost, aby se snížila zát řl na klouby.
- Uřlívát pravideln léky p edepsané od léka e.
- P i komplikacích nebo zhor-ení stavu kontaktovat svého o-et ujícího léka e.

### **Doporučení pro rodinu:**

- Naslouchat pacientce.
- Seznámit blízké okolí pacientky s nemocí, kterou trpí a tím se vyvarovat možným nevhodným otázkám, mýlených na pacientku.
- Psychicky podpořit, například doprovodit na den akromegalie, aby se necítila sama.
- Vykonávat běžné denní činnosti a aktivity, na které byla rodina zvyklá (například návštěvy, výlety).

### **Doporučení pro veřejnost:**

- Seznámení se s tímto onemocněním.
- Nevnímat nemocné jako šibřů, snažit se zachovat dekorum při setkání s akromegalikem, například v městské hromadné dopravě.
- Posmíváním a šikáním nemocnému na sebev domů nepůjdeme.

### **Doporučení pro všeobecné sestry:**

- Zajímat se a obohatit si znalosti o tomto onemocnění.
- Všímat si příznaků typických pro akromegalii (výrazný nos, zvětšené rty, uši, dolní čelist, rozstup zubů, zvětšení akrálních částí těla).

## ZÁV R

Akromegalie je endokrinologické onemocnění, které může postihnout každého člověka bez ohledu na pohlaví a věk. Toto onemocnění je vzácné, závažné a často velmi podceňované. Je to onemocnění, které svému nositeli dokáže snížit kvalitu života. Proto neinformovaná veřejnost může pacientům, trpícím tímto onemocněním velmi ublížit. Výsměchy a projevy opovržení okolí nemocnému na sebevaldomy nepidají.

Zdravotnický personál nejen, že poskytuje kvalitní zdravotnickou péči, která je od nich očekávána, ale také by měl být schopen poskytnout psychickou podporu pro pacienty, kteří trpí tímto onemocněním. A měl by být připraven na setkání s tímto onemocněním a včas rozpoznat příznaky typické pro toto onemocnění (např. výrazný nos, brada, ušní bolce, zvětšené rty, ztlumělé a krátké prsty, atd.).

Cíl, který byl stanoven na začátku bakalářské práce, byl splněn. Studenti byli seznámeni s onemocněním, s jeho příznaky, s jeho příznaky, diagnostikou, léčbou a v neposlední řadě s realizací plánu ošetřovatelské péče o pacientku T. B.

Snahou této bakalářské práce bylo upozornit, že akromegalie je velmi časté onemocnění. Přesto včasnou diagnostikou a léčbou má nemocný možnost vést kvalitní a dlouhý život.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- AND L, Michal. aj. 1996. *Vnitní lékařství V. díl*, vyd. Praha : Karolinum. 1996. 24 s. ISBN 80-7184-316-4.
- ASTL, Jaromír. 2007. *Chirurgická léčba nemocí štítné žlázy*. vyd. Praha : Maxdorf, s.r.o., 2007. 44 s. ISBN 80-7345-000-7.
- AUTORSKÝ KOLEKTIV. *Výkladový slovník lékařského slovníku*. 2007. vyd. Praha : Grada Publishing. 2007. ISBN 80-247-2240-5.
- BLAHO<sup>TM</sup>, Jaroslav; BLEHA, Otakar. 1988. *Endokrinologie*. Praha : Avicenum, 1988. 72-76 s. ISBN neuvedeno.
- IHÁK, Radomír. 2002. *Anatomie 2*. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. 342, 419, 420, 423 s. ISBN 80-247-0143.
- DYLEVSKÝ, Ivan. 2009. *Funkce anatomie*. vyd. Praha : Grada Publishing, 2009. 425 s. ISBN 80-247-3240-4.
- HÁNA, Václav. 1998. *Endokrinologie-minimum pro praxi*. vyd. Praha : Triton, 1998. 23-24 s. ISBN 80-7254-000-9.
- KA<sup>TM</sup>PAROVÁ Lenka; NOVOTNÁ Hana. aj. 2005. *Breviář*. vyd. Praha : Grada Publishing. 2010. 541 - 1182 s. ISBN 978-80-87135-21-1
- KLENER, Pavel. aj. 1997. *Vnitní lékařství IV. díl*. vyd. Praha : Karolinum, 1997. 48 s. ISBN 80-7184-456-x.
- KR<sup>TM</sup>ŤEK, Michal. 2011. *Doktorka.cz. Akromegalie: nemoc se záhadným názvem* [online]. 1999-2011, [cit. 2012-02-09]. Dostupné z WWW : <<http://zdravi.doktorka.cz/akromegalie-nemoc-se-zahadnym-nazvem/>>. ISSN 1213-1903.
- KR<sup>TM</sup>ŤEK, Michal. 2012. *Zdn.cz. Akromegalie a gigantismus* [online]. 1999-2011, [cit. 2012-02-09]. Dostupné z WWW : <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/akromegalie-a-gigantismus-459218>>. ISSN 1214-7664.
- MAREK, Josef. 2012a. *Endokrinní systém akromegalie. Novinky* [online]. 2012, [2012-01-21]. Dostupné z WWW :

<<http://www.akromegalie.cz/novinky/akromegalie-a-statistika-67>>. ISSN 1803-019X.

- MAREK, Josef. 2012b. Endokrinní systém akromegalie. *IGF-1* [online]. 2012, [2012-02-03]. Dostupné z WWW : <<http://www.akromegalie.cz/igf-i>>. ISSN 1803-019X.
- MAREK, Josef. 2012c. Endokrinní systém akromegalie. *Poruchy menstrua ního cyklu (amenorea)* [online]. 2012, [2012-02-03]. Dostupné z WWW : <<http://www.akromegalie.cz/poruchy-menstruacniho-cyklu-amenorea>>. ISSN 1803-019X.
- MAREK, Josef. aj. 2010. *Farmakoterapie vnit ních nemocí*. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. 350 s. ISBN 80-247-2639-7.
- MAREŠOVÁ, Jana. 2006. *O-et ovatelské diagnózy v nanda doménách*. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 258 s. ISBN 80-247-1399-3.
- MIKŠOVÁ, Z. aj. 2006a. *Kapitoly z o-et ovatelské pé e I*. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 62 - 70 s. ISBN 80-247-1442-6.
- MIKŠOVÁ, Z. aj. 2006b. *Kapitoly z o-et ovatelské pé e II*. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 22 - 23 s. ISBN 80-247-1443-4.
- NAVRÁTIL, Leoš. aj. 2003. *Vnit ní léka ství pro neléka ské fakulty*. vyd. Praha : Manus, 2003. 211-212 s. ISBN 80-86571-02-5.
- PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2006. *Modely o-et ovatelství v kostce*. vyd. Praha : Grada Publishing. 2006. 99 - 102 s. ISBN 80-247-1211-3.
- PLEVOVÁ, Ilona. *O-et ovatelství I. díl*. 2011. vyd. Praha : Grada Publishing. 2011. 185 s. ISBN 80-247-3557-3.
- ROKYTA, Richard. aj. 2002. *Somatologie I. a II. díl*. vyd. Praha : Eurolex Bohemia, 2002. 183 s. ISBN 80-86432-49-1.
- STÁRKA, Luboslav. *Endokrinologie*. 2010. vyd. Praha : Triton, 2010. 23-30 s. ISBN 80-7387-328-8.
- STÁRKA, Luboslav; ZAMRAZIL, Václav. aj. 2005. *Základy klinické endokrinologie*. vyd. Praha : Maxdorf, s.r.o., 2005. 56-57 s. ISBN 80-7345-066-6.

- <sup>TM</sup>ŠTEFÁNEK, Jiří. 2011. Medicína, nemoci, studium na 1.LF UK. *Leksell v gama n fl* [online]. 2011, [cit. 2012-02-07]. Dostupné z WWW : <<http://www.stefajir.cz/?q=lekselluv-gama-nuz>>.

Seznam literatury je zpracován dle normy ISO 690: 2.



## SEZNAM P ÍLOH

P íloha A - estné prohlá-ení .....	I
P íloha B - Hypofýza.....	II
P íloha C - Nejvyšší ech m ící 224 cm .....	III
P íloha D - Klasický obli ej akromegalika.....	IV
P íloha E - Klinické projevy u pacienta s akromegalií.....	V
P íloha F - Rentgenový snímek elisti .....	VI
P íloha G - Denní záznam bolesti podle Melzacka.....	VII

## **Příloha A - Čestné prohlášení**

### **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

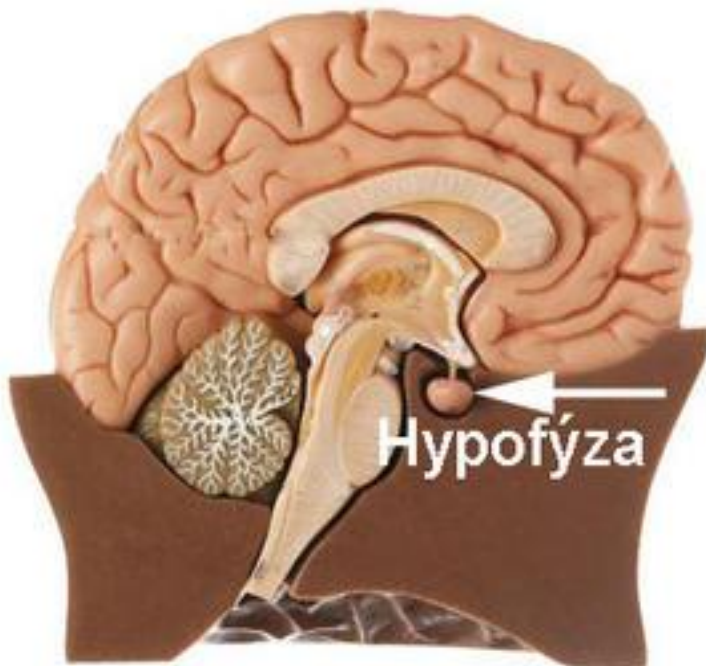
Prohlašuji, že podklady k bakalářské práci jsem získala se souhlasem pacienta a zdravotnického zařízení v průběhu odborné praxe ve Všeobecné fakultní nemocnici v období od 2. května 2011 do 6. května 2011.

V Praze dne 2. března 2012

*Alena Gajdošová*  
.....

Zdroj: vlastní konstrukce

## Příloha B - Hypofýza



Zdroj: (<http://www.prolaktin.cz/podvesek-mozkovy>)

**Příloha C - Nejvyšší čech mříčí 224 cm**



Zdroj: (<http://www.1000nej.cz/nejvyssi-cech.html>)

**Příloha D - Klasický obličej akromegalika**



Zdroj: (<http://www.stefajir.cz/?q=akromegalie>)

**P íloha E - Klinické projevy u pacienta s akromegalií**



Zdroj: (<http://www.megru.uzh.ch/j3/module/endokrinologie/endo.php?uniId=E24130&di=40>)

**P íloha F - Rentgenový snímek elisti**



Zdroj: (<http://www.akromegalie-herrmann.de/akromegalie/tag/akromegalie-diabetes-mellitus/>)

## Příloha G - Denní záznam bolesti podle Melzacka

**NÁVOD:** Zaznamenejte intenzitu bolesti číslem v příslušné kolonce

0 - žádná

1 - mírná

2 - nepříjemná

3 - intenzivní

4 - velmi

5 - nesnesitelná

Uveďte počet hodin spánku a počet tablet, které jste užívali na tlámení bolesti.

	Ráno	Poledne	Večer	Noc	Léky	Spánek
Pondělí						
Úterý						
Středa						
Čtvrtek						
Pátek						
Sobota						
Neděle						

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5829.pdf>