

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S ONEMOCNĚNÍM HODGKINŮV LYMFOM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

DANA VOLKOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Iva Řehořová

Praha 2012

## Prohlášení

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 26. 1. 2012

## Poděkování

Svou práci jsem realizovala na I. interní klinice oddělení C, Všeobecné fakultní nemocnice, touto cestou bych proto chtěla poděkovat lékařům za ochotu a vstřícnost při spolupráci, svým kolegyním za trpělivost a pracovní učení. Velké díky své vedoucí práce, staniční sestře Mgr. Ivě Řehořové za velkou trpělivost její ochotu a vedení pracovního týmu.

## **ABSTRAKT**

VOLKOVÁ, Dana. *Ošetrovatelský proces u pacienta s onemocněním Hodgkinův lymfom*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Iva Řehořová. Praha. 2012. 84 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s Hodgkinovým lymfomem v průběhu hospitalizace. Zaměřuje se na pacienta a jeho bio-psycho-sociální potřeby během léčby. Ošetrovatelský tým má významnou roli v jeho léčebném procesu zejména proto, že tímto onemocněním trpí především mladí lidé. Teoretická část práce charakterizuje příznaky onemocnění, jeho ucelenou diagnostiku včetně vyšetřovacích metod a léčbu. Popisuje radioterapii a různé typy chemoterapií. Věnuje se ambulantní léčbě a hospitalizaci v průběhu onemocnění. V části praktické se věnuje ošetrovatelskému procesu na hematologickém oddělení, dále edukaci a péči o pacienta, která je zaměřená na všechny jeho potřeby a věnuje také pozornost komplikacím onemocnění.

Klíčová slova: Edukace. Hodgkinův lymfom. Hematoonkologie. Ošetrovatelský proces. Všeobecná sestra.

## **ABSTRACT**

VOLKOVÁ, Dana. *Nursing management in a patient with Hodgkin lymphoma*. College of Health, o.p.s. Degree qualifications: Bachelor (Bc). Leader: Mgr. Iva Řehořová. Prague. The 2012<sup>th</sup>. 84 pages.

The primary objective of the graduation theses was the nursing management in a patient with Hodgkin lymphoma during the hospitalization. The major concerns are bio-psycho-social requirements of the patient during the therapy. The nursing team plays the key role in the treatment due to the fact, that especially young people suffer from this disease. The first part – theory describes symptoms of the disease, its diagnostics including examination methods and treatment. Radiotherapy and various types of chemotherapies are explained. The outpatient therapy and hospitalization during treatment are mentioned. The second practical part deals with nursing management at the Department of Hematooncology, education and everyday care for a patient. It is focused on all the requirements of the patient and looks for the complication of the disease.

Keywords: Education. Hodgkin lymphoma. Hematooncology. Nursing management. Nurse.

# OBSAH

## SEZNAM TABULEK

## SEZNAM ZKRATEK

## TEORETICKÁ ČÁST

ÚVOD.....	11
1. Lymfom.....	12
2. Hodgkinův lymfom.....	14
2.1 Historie onemocnění.....	14
2.2 Incidence onemocnění.....	14
2.3 Etiologie a patogeneze.....	14
2.4 Průběh Hodgkinova lymfomu.....	15
2.4.1 Příznaky Hodgkinovy lymfomu.....	15
3. Diagnostika onemocnění Hodgkinova lymfomu.....	17
3.1 Invazivní vyšetření.....	17
3.2 Histologická klasifikace Hodgkinova lymfomu.....	18
3.3 Laboratorní vyšetření.....	19
3.4 Zobrazovací vyšetření.....	19
3.5 Klinická stádia Hodgkinova lymfomu.....	20
4. Léčba Hodgkinova lymfomu.....	22
4.1 Radioterapie.....	22
4.1.1 Nežádoucí účinky.....	23
4.2 Chemoterapie.....	24
4.2.1 Cytostatika používaná k léčbě Hodgkinova lymfomu.....	24
4.2.2 Nežádoucí účinky.....	25
5. Prognóza a prevence komplikacím.....	27
6. Ambulantní léčba.....	28
7. Hospitalizační léčba.....	29
8. Specifika ošetrovatelské péče.....	30
8.1 Komunikace.....	30
8.2 Žilní přístupy pacienta při podávání chemoterapie.....	30
8.2.1 Kanylace periferní žíly.....	31

8.2.2 Kanylace centrální žíly.....	31
8.2.3 Port – implantovaný katétr.....	31
8.3 Aplikace chemoterapie.....	32
8.4 Vedení dokumentace.....	32
8.5 Výživa.....	32
8.6 Psychologický přístup a podpora pacienta.....	33
8.7 Nejčastější ošetrovatelské problémy.....	33

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

9. Ošetrovatelský proces u pacienta s onemocněním Hodgkinův lymfom.....	35
10. Anamnéza pacienta.....	36
11. Kazuistika.....	38
11.1 Vyšetření nemocného .....	39
11.2 Fyzikální vyšetření sestrou.....	44
11.3 Situační analýza.....	45
12. Posouzení stavu potřeb dle Marjory Gordonové.....	46
13. Vyhodnocení diagnóz aktuálních a potencionálních.....	50
14. Rozpracování jednotlivých diagnóz dle NANDA taxonomie I.....	51
15. Zhodnocení ošetrovatelské péče.....	69
16. Doporučení pro praxi.....	70
ZÁVĚR.....	72

## **SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

## **PŘÍLOHY**

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Identifikační údaje pacienta.....	35
Tabulka 2 Farmakologická anamnéza.....	36
Tabulka 3 Alergologická anamnéza.....	36
Tabulka 4 Krevní rozbor ze dne 25. 1. 1012.....	40
Tabulka 5 Transfuze.....	41
Tabulka 6 Infuzní terapie .....	41
Tabulka 7 Léky perorální a intravenózní.....	42
Tabulka 8 Antibiotická terapie.....	43



# SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

**ATB** - antibiotika

**APTT** - aktivovaný parciální trombinový čas

**a.** - arterie

**BMI** - body mass index

**CD** - cluster of differentiation, antigen na povrchu buněk

**CNS** - centrální nervová soustava

**CT** - výpočetní tomografie

**CR** - kompletní remise

**CRP** - C-Reaktivní Protein

**EB virus** - virus Epstein Barrové

**FW** – sedimentace

**Gy** – gray – ionizující záření (jednotka)

**HAK** - hormonální antikoncepce

**HIV** - Human Immunodeficiency Virus, virus lidské imunitní nedostatečnosti

**i.v.** - intravenózní

**IPS** – mezinárodní prognostické skóre

**KCl** - kalium chloratum

**MR** - magnetická resonance

**MMT** - masivní mediastinální tumor

**NaCl** - natrium chloratum, fyziologický roztok

**NRS** - numerical rating scale = numerická hodnotící škála bolesti

**P** - puls

**PET** - pozitronová emisní tomografie

**PR** - parciální remise

**SPO<sub>2</sub>** - parciální tlak saturovaného kyslíku

**SD** - stabilní choroba

**US** - ultrasonografie, ultrazvukové vyšetření

**TK** - krevní tlak

**TT** - trombinový čas

**v.** - vena, žíla

**WHO** - světová zdravotnická organizace

## Úvod

Není lepšího pocitu, než když se mladý člověk se závažnou chorobou může vrátit zpět do běžného života. Mnoho jich toho dosáhne, když se zhoubné onkologické onemocnění začne léčit včas. Práce seznamuje s interním oborem konkrétně hematoonkologickou problematikou, záměrně jsme si vybrali mladou pacientku s onemocněním Hodgkinův lymfom, abychom tuto chorobu podali v souvislosti především s mladými lidmi. V teoretické části se seznámíme s diagnostickými, vyšetřovacími metodami, radioterapií a chemoterapeutickými cykly. V části praktické se věnujeme ošetrovatelskému procesu u pacientky s komplikacemi při podávané chemoterapii. Používaný je model Marjory Gordonové, jelikož úspěšnost vyléčitelnosti této choroby je nad hranici 80%. Pro pacienta nejdůležitější komplexní péče, tj. bio-psycho-sociální. Souhra lékařů, sester, nutričních terapeutů i jiného ošetrovatelského personálu, jediné tato spolupráce je pro pacienta léčebná. Cílem práce je proto seznámit Vás s ošetrovatelskou problematikou pacientů s Hodgkinovým lymfomem a objasnit Vám navrhnutý plán léčebné péče.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Lymfomy

Hodgkinův lymfom je nádorové onemocnění, které patří do skupiny lymfomů.

### **Definice lymfomů**

Lymfomy jsou nádory, které vycházejí z nekontrolovatelného bujení nádorově změněných lymfocytů, které jsou součástí obranného systému organismu proti infekcím a nádorům. Lymfomy postihují nejen lymfatické uzliny, ale i kterékoliv jiné orgány (VOKURKA, 2008, s. 51). Lymfomy zahrnují heterogenní skupinu krevních onemocnění, kde jednotlivé typy lymfomů se liší svým biologickým chováním od pomalu probíhajících až po agresivní typy. Aktuální klasifikace lymfomů podle World Health Organization (WHO rozlišuje celkem 80 typů lymfomů). Tato klasifikace dále charakterizuje lymfomy na základě jejich povrchových antigenů (B, T a NK lymfomy), dále na základě jejich genetických vlastností a biologického chování. Tyto charakteristiky pak ovlivňují jejich schopnost odpovědi na léčbu.

Lymfomy patří až na několik výjimek, k nejlépe léčitelným zhoubným nádorům. V případech kdy není možné plné uzdravení, lze alespoň výrazně zkvalitnit a prodloužit život pacienta. Lymfomy jsou velice pestrou skupinou nádorů.

### **Nízce agresivní (indolentní) Non-Hodgkinské lymfomy**

Indolentní lymfomy jsou charakteristické pozvolným průběhem, akutně neohrožující život pacienta. Medián délky přežití neléčených pacientů je v rozmezí 5 – 10 let. Někdy jsou možné spontánní remise. Lymfomy nízce agresivní jsou středně citlivé na léčbu. U diseminovaných forem se doporučuje zahájit léčbu až je nemoc symptomatická. Výjimečně je léčba indikována ihned po zjištění diagnózy u lokalizovaných forem a to v klinickém stádiu I a II, kdy je možno dosáhnout kombinací radioterapie a chemoterapie úplného uzdravení (VOKURKA, 2008, s. 51-58).

## **Agresivní Non-Hodgkinské lymfomy**

Tyto lymfomy mají klinicky rychlejší průběh, dobře však odpovídají na léčbu. Medián délky přežití u neléčených pacientů je několik měsíců, zřídka přesahuje rok. Jako podskupinu je můžeme rozdělit na nevléčitelné choroby – do této skupiny patří mnohočetný myelom a vyléčitelné lymfomy, kde můžeme zařadit např. velkobuněčný B lymfom. Pokud má chemoterapie kurativní potenciál je léčba zahájena co nejdříve po stanovení samotné diagnózy. Pokud je léčba pouze paliativní, je chemoterapie indikována až se nemoc projeví symptomaticky (ADAM, 2001, s. 212).

## **2 Hodgkinův lymfom**

Hodgkinův lymfom, Hodgkinova choroba, maligní lymfogranulom všechny tyto názvy vyjadřují jednu chorobu. Nemoc patří k maligním onemocněním lymfatického systému. Choroba postihuje zpočátku jen lymfatické uzliny, pak se šíří lymfatickými cestami a hematogenně do dalších orgánů (ADAM et al., 2001). Toto systémové onemocnění je dnes moderní léčbou, jednou z nejlépe vyléčitelných nemocí (KLENER, 2006, s. 471-472).

### **2.1 Historie nemoci**

Onemocnění Hodgkinovým lymfomem bylo poprvé popsáno roku 1832 profesorem Hodgkinem. Roku 1872 Langhans popsal klinické a histologické zvláštnosti této nemoci. Sternberg a Reedová roku 1898 definitivně popsali a ilustrovali buňky této nemoci, jejichž jména nesou dodnes jejich název (Příloha A, B). Základy histologické klasifikace Hodgkinova lymfomu byly položeny až v roce 1963 Lukesem (ADAM, 2001, s. 417).

### **2.2 Incidence onemocnění**

Výskyt Hodgkinova lymfomu je 2,4/100 000 žen a 3,1/100 000 mužů, ročně. Toto onemocnění je častější u mužů a mladých lidí (KLENER, 2006, s. 471-472).

### **2.3 Etiologie a patogeneze**

Hodgkinův lymfom se liší od ostatních lymfomů přítomností velkého počtu reaktivních lymfocytů, které mnohokrát převyšují počet vlastních maligních buněk tedy Hodgkinových a Reedové-Sternbergových buněk (ADAM et al., 2001). Jejich původ byl mnoho let záhadou, teprve až metody molekulární biologie umožnily určení buněčné linie, z nichž tyto buňky vycházejí. Podařilo se prokázat přestavbu genu pro imunoglobuliny a potvrdit jejich původ z B lymfocytů. V nádorové transformaci a proliferaci B lymfocytů se uplatňuje infekce EB virem. Svědčí proto nejen vyšší frekvence infekční mononukleózy v anamnéze (u přibližně 50 % pacientů), ale zejména průkaz genomu EB viru v 50 – 70% případů nemocných Hodgkinovým lymfomem.

Nádorové buňky u Hodgkinova lymfomu tvoří v bioptických vzorcích méně než 1 % všech buněk lymfatické uzliny. Tyto buňky tvoří chemokíny, které vedou ke shlukování nenádorových mononukleárních buněk. Nenádorové buňky tvoří anti-apoptické proteiny, které umožňují delší přežití nádorových buněk. Ke známým chemokínům, které jsou tvořeny nádorovými buňkami, patří TARC (thymus and activation related chemokine). Je přítomen v lymfatických uzlinách a v séru u Hodgkinova lymfomu. Nádorové buňky tvoří cytokíny, které jsou zodpovědné za celkové příznaky (např. horečky), hyperplazii uzlin, fibrózu a za hojnou příměs eozinofilů v postižené uzlině (KLENER, 2006, s. 471-472).

## **2.4 Průběh Hodgkinova lymfomu**

Nemoc postihuje nejčastěji krční uzliny dále uzliny mediastinální, axilární a inguinální. Lymfom se dále šíří lymfatickou cestou do dalších mízních uzlin a také hematogenně do ostatní orgánů (plíce, játra, kostní dřeň, skelet, atd.).

### **2.4.1 Příznaky Hodgkinova lymfomu**

Příznaky jsou souhrn projevů, které specifikují danou nemoc. B symptomy nejsou specifické pro určitý typ lymfomu. Patří k nim: teplota nad 38° C (Pel-Ebsteinova typu), pokles tělesné hmotnosti o více než 10 % v průběhu 6 měsíců a zvýšené pocení (zejména noční poty). Vyskytují se přibližně u třetiny pacientů s Hodgkinovým lymfomem. K dalším příznakům, které se mohou vyskytnout u Hodgkinova lymfomu, ale neovlivňují jeho prognózu, patří svědění kůže (výskyt u 10 – 15 % pacientů), bolesti kostí a zřídka tzv. alkoholová bolest (bolest v místě postižení po vypití i jen malého množství alkoholu). Symptomatická hyperkalcémie je spojená s postižením kostí nebo s poruchou metabolismu vitamínu D. Kožní postižení se objevuje zřídka, ale v souvislosti s Hodgkinovým lymfomem byla popsána ichtyóza, multifonní erytém, nodosní erytém, kožní nekrózy nebo hyperpigmentace (VAKKALANKA, 2011, s. 34).

Další příznaky onemocnění se vyskytují v pozdějších fázích onemocnění a způsobují útlak orgánů a tkání v důsledku nárůstu lymfatické tkáně. Patří mezi ně syndrom horní duté žíly: při zhoršení průtoku krve horní dutou žilou se krev hromadí v hlavě, krku a horních končetin, dochází k otokům těchto částí. Dalšími projevy tlaku mediastinální lymfomové masy na okolí jsou: neinfekční kašel, pleurální a perikardiální výpotky (ADAM, 2001, s. 418-420).



### 3 Diagnostika onemocnění Hodgkinovým lymfomem

Základem úspěšné léčby Hodgkinova lymfomu je určení správné diagnózy a pečlivé vstupní vyhodnocení klinického stádia a prognostických faktorů. Pro diagnózu Hodgkinova lymfomu je nutné histologické vyšetření uzliny nebo jiného nádorem postiženého místa.

#### 3.1 Invazivní vyšetření

Všechny tyto invazivní metody vyžadují speciální přípravu a následný odpočinek. Mohou se provádět ambulantně nebo formou hospitalizace při očekávaných komplikacích nebo zhoršeném stavu pacienta. Po důkladné kontrole krevního obrazu a koagulace a biochemických nálezů. Ke všem invazivním zákrokům je nutný písemný souhlas pacienta.

**Exstirpace lymfatické uzliny** – odebrání zvětšené lymfatické uzliny na histologický rozbor vzorku v analgosedaci a místním znecitlivění. Zákrok vyžaduje lačnění 4-5 hodin před výkonem, po zákroku je nutná monitorace životních funkcí. Lékaři při výkonu asistuje všeobecná sestra. Následná péče o kůži a krytí rány. Lymfatická uzlina je pak v nativním stavu bez fixace odnesena do ústavu patologie.

**Trepanobiopsie** – odběr vzorku kostní dřeně z lopaty kosti kyčelní na histologické vyšetření, provádí se vleže na břiše v analgosedaci nebo v místním znecitlivění. Před analgosedací se vyžaduje lačnění 4 – 5 hodin před výkonem. Lékař specialista za asistence všeobecné sestry a anesteziologa provádí biopsii kosti z crista iliaca posteriori superior z lopaty kosti kyčelní pomocí speciální trepanobiopické jehly. Při výkonu je nutná monitorace životních funkcí zejména saturace kyslíku při podávání anestetik. Po zákroku je nutný klid na lůžku 2 hodiny a lačnění 1 hodinu po výkonu. Monitorace životních funkcí TK, P, SpO<sub>2</sub> po 15 minutách po dobu dvou hodin. Důležitá je kontrola místa vpichu z hlediska možného krvácení po zákroku.

**Sternální punkce** – aspirace 2 ml kostní dřeně ze sternální kosti ve výši 2. mezižebří, není nutno lačnění. Provádí se bez analgosedace pouze v lokálním znecitlivění na lůžku. Lékař aspiruje kostní dřeň tenkou sternální jehlou za asistence všeobecné sestry a následně aspirovanou kostní dřeň roztírá na připravená sklíčka. Důležitá kontrola místa vpichu (KLENER, 2002, s. 582).

### 3.2 Histologická klasifikace Hodgkinova lymfomu

WHO klasifikace Hodgkinova lymfomu a frekvence jednotlivých typů.

**I. typ s převahou lymfocytů (LP)** – charakteristický je malým počtem buněk R – S, a bohatou lymfocytovou infiltrací. Prognosticky je nejlepší. Výskyt je 6%.

**II. typ nodulárně sklerotický (NS)** – v histologickém obraze má četná uzlovitá ložiska složená s atypických retikulárních buněk lymfocytů. Prognosticky horší než typ I. Výskyt je 70%.

**III. typ smíšené buněčnosti (MC)** – vyznačuje se pestrými cytologií s četnějšími R – S buňkami. Prognóza je nejistá. Výskyt je 22%.

**IV. typ chudý na lymfocyty** - histologický obraz je chudý na jakékoliv buňky, jsou zmnožené atypické R – S buňky. Tato forma má nejhorší prognózu. Vyskytuje se ve 2%.

**V. Neklasifikovatelný** (KLENER, 2006, s. 471-472).

### 3.3 Laboratorní vyšetření u Hodgkinova lymfomu

K vstupním vyšetřením patří: sedimentace erytrocytů, krevní obraz s diferenciálním rozpočtem leukocytů, základní koagulační vyšetření (aktivovaný parciální tromboplastinový čas, protrombinový čas), vyšetření krevní skupiny, biochemické vyšetření (urea, kreatinin, kyselina močová, mineralogram, glykémie, bilirubin, jaterní testy, laktátdehydrogenáza, celková bílkovina, albumin, CRP, elektroforéza bílkovin séra, kvantitativní stanovení hladiny imunoglobulinů), beta-2-mikroglobulin, vyšetření hladin hormonů (FT3, FT4, TSH, FSH, LH, estradiol, progesteron, testosteron), sérologické vyšetření hepatitid A, B, C, dále vyšetření anti-HIV 1, 2. Dále je vhodné serologické vyšetření na přítomnost toxoplasmosy a lymfské boreliózy. Tyto onemocnění mohou způsobit zvětšení uzlin infekčního původu (BELADA, 2011, s. 13).

### 3.4 Zobrazovací vyšetření

**Rentgenové vyšetření srdce a plic** v zado-přední projekci se změřením šířky hrudníku a šířky mediastina. Pokud je šířka mediastina větší než 1/3 šířky hrudníku, jde o masivní mediastinální tumor, který je hodnocen jako rizikový faktor.

**Výpočetní tomografie** – rentgenologické vyšetření (CT) vyšetření krku, hrudníku, břicha a malé pánve umožňuje určit lokalizaci a velikost postižených uzlin a je základním vyšetřením pro určení stádia nemoci.

**Sonografii krku a břicha** je možné rovněž použít k posouzení zvětšených lymfatických uzlin, ale vysoká variabilita těchto vyšetření a omezené možnosti diagnostiky v případě nadměrného tuku nebo při plynatosti upřednostňuje CT.

**Magnetická rezonance** se používá při podezření na postižení kostí a páteře. Je také schopná detekovat difusní i fokální postižení kostní dřevě a postižení centrálního nervového systému, které se objevuje u Hodgkinova lymfomu velice zřídka.

**Fluorin-18-fluoro-2-deoxy-D-glukosová pozitronová emisní tomografie (FDG-PET)** využívá faktu, že nádorová tkáň má vyšší aerobní glykolýzu ve srovnání s normální tkání a rutinně se používá u Hodgkinova lymfomu při vstupním určení stádia onemocnění a po ukončení léčby na potvrzení dosažené odpovědi na léčbu (ADAM, 2008, s. 170).

### **3.5 Klinická stádia Hodgkinova lymfomu**

Klinické stádium je jedním z prognostických faktorů u Hodgkinova lymfomu a jeho určení je důležité pro určení rozsahu a intenzity léčby.

**Stádium I.** – jedna lokalizovaná, postižená lymfatická oblast (I) nebo jednoho extralymfatického orgánu (I E)

**Stádium II.** – postižení dvou nebo více lymfatických oblastí na jedné straně bránice (II) nebo postižení jednoho extralymfatického orgánu na téže straně bránice (II E)

**Stádium III.** – postižení lymfatických uzlin na obou stranách bránice, které může být doprovázeno lokálním postižením extralymfatického orgánu (III E) nebo sleziny (III S)

**Stádium IV.** – diseminované onemocnění s difúzním postižením extralymfatických orgánů, nezávisle na postižení uzlin

#### **Ke klasifikaci stádia přidáváme symbol A nebo B:**

A – bez celkových příznaků (hmotnostní úbytek nad 10% za 6 měsíců, teplota nad 38<sup>0</sup>C, noční pocení)

B – s celkovými příznaky (BELADA, 2011, s. 16).

## **K prognosticky nepříznivým faktorům řadíme:**

- v časných stádiích (I a II)

- a. Masivní mediastinální tumor  $\geq 1/3$  šířky hrudníku měřeno podle RTG snímku
- b. Extranodální postižení
- c. Sedimentace erytrocytů nad 50/hod (bez B symptomů), nad 30/hod (s B symptomy)
- d. Postižení 3 a více skupin lymfatických uzlin

- mezinárodní prognostické skóre (IPS) - v pozdních stádiích III, IV

- Věk  $\geq 45$ let
- Pohlaví: mužské
- Stádium IV
- Počet leukocytů  $\geq 15 \times 10^9/l$
- Počet lymfocytů  $< 0.6 \times 10^9/l$  nebo lymfocytů  $< 8\%$
- Albumin  $< 40g/l$
- Hemoglobin  $< 105g/l$  (BELADA, 2011, s. 32).

## 4 Léčba Hodgkinova lymfomu

V léčbě Hodgkinova lymfomu se uplatňuje zejména chemoterapie a radioterapie. Transplantace kmenových buněk je vyhrazena pro pacienty s relapsem (návratem onemocnění) (KLENER, 2002, s. 582).

### 4.1 Radioterapie

Ozařování na postižená místa se dnes standardně používá v stádiích I. a II. po dvou nebo 4 cyklech chemoterapie. U pokročilých stádií III a IV je radioterapie indikována, pokud po 6 cyklech chemoterapie zůstává aktivní reziduální lymfomová tkáň. Radioterapie probíhá v pracovních dnech (pondělí až pátek), po dobu 3 – 4 týdnů. Vlastní léčba není bolestivá, nepříjemné jsou nežádoucí účinky této léčby. V průběhu ozařování o pacienta pečují radiační onkolog, sestra specialista a radiologický laborant. Tento personál je speciálně vyškolený pro danou práci. Radioterapie je v České republice hrazena zdravotní pojišťovnou. V průběhu radioterapie se nosí nemocniční oblečení, probíhá ve speciální místnosti, která zabraňuje dalšímu šíření záření.

Ozařovaná část těla je odhalena a zafixována proti pohybu. Během ozařování není nutné držet speciální dietu, ale vhodné je zvýšit příjem bílkovin kvůli ztrátě energie spojené s léčbou. Po ukončení radioterapie je nutné i nadále chodit na pravidelné kontroly a domluvit se s lékařem na dalším postupu léčby (KLENER, 2002, s. 583).

*Ošetřovatelská péče při radioterapii:*

- sestra se podílí na přípravě pacienta před radioterapií – poučí pacienta, že léčba není bolestivá
- edukuje pacienta o péči zářených míst – pacient musí dávat pozor, aby ozařované pole, které je zakreslené na těle nesmylo
- podává informace o radiačním syndromu a místní reakci zářeného pole – pacient je informován, že se projevuje nauzeou až zvracením, průjmem a únavou

- sleduje ozařovací pole, stav pokožky, zarudnutí, ošetřuje pokožku dle stavu – obklady, masti (VORLÍČEK et al., 2006, s. 81).

#### 4.1.1 Nežádoucí účinky spojené s radioterapií

**Postradiační syndrom** – únava až spavost. Snížení chuti k jídlu. Záleží na lokalizaci a velikosti ozařované plochy. Speciální léčba není nutná, postačí dostatek odpočinku a zdravá strava, dostatek bílkovin, vlákniny.

**Poškození krvetvorby** (neutropenie, trombocytopenie, anémie) – největší riziko je u velkoobjemových ozáření v kombinaci s myelotoxickou chemoterapií. Léčba je upravena dle konkrétního stavu u pacienta (SPURNÝ, 2005).

**Poškození kůže** závisí na dávce záření, lokalizaci ozařovaného místa. Může vzniknout erytém až ulcer. Léčba – je nutné poučit pacienta o hygieně s použitím vody bez mýdla, které by mohly kůži více vysušit. Vhodné je lokálně zajistit péči epitelizační mastí (HAŠKOVÁ, 2005).

**Poškození kožních adnex** – projevuje se zejména alopecií (vypadáváním vlasů) v ozařované oblasti většinou po třech týdnech od zahájení radioterapie. K růstu nových vlasů dochází do tří měsíců, nedojde-li k růstu ani do šesti měsíců, vlasy zpravidla již nenarostou.

**Poškození sliznic** – stomatitida, mukositida, xerostomie (rychlý pokles slinění, který se postupně prohlubuje). Doporučená léčba je lokálními ústními desinfekčními roztoky a analgetiky. Vysazení nebo omezení léků, které omezují salivaci.

**Poškození reprodukčních orgánů** – reprodukční orgány jsou značně radiosenzitivní, k poškození dochází již po malých radiačních dávkách. U mužů dochází k přechodné azoospermii. K trvalé sterilitě vedou dávky vyšší než 6 Gy. U žen dochází k opoždění menstruačního cyklu, nebo poškození sliznic dutiny děložní a poševní. Dávka nad 50 Gy vede k trvalé sterilitě ženy.

## 4.2 Chemoterapie

Systémová chemoterapie je hlavní léčebnou metodou u pacientů s Hodgkinovým lymfomem. Princip účinku cytostatik je zabránění nádorovému bujení (KLENER, 2002, s. 145). V současnosti se nejčastěji využívá kombinace chemoterapie ABVD nebo BEACOPP. U starších pacientů s nemocemi srdce a/nebo plic se používá schéma COPP. Chemoterapie je převážně podávána intravenózně, do žíly a část v tabletách perorálně. Dávky cytostatik se vypočítávají na m<sup>2</sup> povrchu těla (KLENER, 2006, s. 474).

*Ošetrovatelská péče o nemocného s chemoterapií:*

- tato péče vyžaduje odborné znalosti a dovednosti
- důležitá je komunikace mezi sestrou a pacientem – pacienta podporuje, stimuluje a umožňuje mu projevit jeho obavy
- aplikuje antiemetika a chemoterapii
- sleduje nežádoucí účinky chemoterapie – nauzeu, zvracení a pacientův celkový stav
- sleduje a ošetřuje žilní katétr
- používá ochranné pomůcky (VORLÍČEK et al., 2006, s. 108).

### 4.2.1 Cytostatika používané pro léčbu Hodgkinova lymfomu

(zkratka podávaného cyklu – názvy účinných látek cytostatik, časový plán podání)

#### **COPP**

*cyclophosphamid, vincristin, procarbazin, prednison*

Cyclophosphamid a vincristin se podává 1. a 8. den intravenózně, natulan a prednison v tabletkách od 1. dne celkem 14 dní.

Cyklus se podává v 4 týdenních intervalech celkem 6 až 8krát.

#### **ABVD**

*adriamycin, bleomycin, vinblastin, dacarbazin*



Léčiva se podávají 1. a 15. den intravenózně.

Cyklus se podává v 4 týdenních intervalech celkem 2 až 6krát.

## **BEACOPP**

*bleomycin, etoposid, adriamycin, cyclophosphamid, onkovin (vincristin), procarbazin, prednison*

Adriamycin a cyklofosfamid se podávají intravenózně den 1, etoposid intravenózně ve dnech 1 až 3, bleomycin a vinblastin intravenózně den 8, procarbazin v tabletkách den 1 a 7 a prednison v tabletkách den 1 až 14.

Cyklus se opakuje v 3týdenních intervalech celkem 6krát (BELADA, 2011, s. 114).

### **4.2.2 Nežádoucí účinky chemoterapie**

Nežádoucí účinky můžeme rozdělit na bezprostřední, časné, oddálené a pozdní podle doby vzniku. Dále je možné rozdělit nežádoucí účinky podle systémů, které chemoterapie poškozuje.

**Bezprostřední** se vyskytují v průběhu hodin a dní po aplikaci chemoterapie. Mezi nejdůležitější řadíme – nevolnost až zvracení, záněty žil v místě aplikace chemoterapie, lokální nekrózy, horečka, třesavka, hypertenze, hypotenze, kožní alergické reakce.

**Časné** se vyskytují v období dnů až týdnů po podání chemoterapie. Mezi nejdůležitější řadíme trombocytopenii, alopecii, stomatitidu, průjem, psychózy, paralytický ileus.

**Oddálené** nežádoucí účinky se vyskytují týdny až měsíce po léčbě. Zejména se projevují anémií, hyperpigmentací, periferní neuropatií, zácpou, Cushingovým syndromem (BREVÍŘ, 2008).

**Pozdní** se projevují měsíce až roky po léčbě. K pozdním komplikacím řadíme kardiovaskulární poškození, vznik sekundárních nádorů, poruchy funkce štítné žlázy, sterilitu, kataraktu, osteoporózu, a jiné (KLENER, 2002, s. 262).

## **Systémové rozdělení nežádoucích účinků**

**Hematologická toxicita** – poškození krvetvorby, které se projevuje anémií, trombocytopenií, neutropenií.

**Gastrointestinální toxicita** – poškození sliznic (mukositida) v dutině ústní, v jícnu s poruchou polykání, v tenkém a tlustém střevě (průjmy, kolitidy).  
Dyspeptický

syndrom se projevuje nevolností až zvracením.

**Poškození jater a pankreatu.**

**Poškození kůže a kožních adnex** – změna pigmentace, erytém.

**Kardiotoxicita** – poškození srdce nebo ovlivnění srdečního rytmu (arytmie).

**Vaskulární toxicita.**

**Pneumotoxicita** – záněty plic a plicního parenchymu, tvorba pleurálních výpotků.

**Nefrotoxicita, urotoxicita** – poškození ledvin a močového měchýře s tím spojené poškození jejich funkce.

**Neurotoxicita** – poškození nervového systému, projevující se různými neurologickými symptomy.

**Gonadální toxicita** – poškození nebo změna funkčnosti reprodukčních orgánů muže a ženy. U mužů jde o snížený pohyb spermií až úplnou neplodnost. U žen ztráta menses a neplodnost což vede k předčasnému přechodu. U obou pohlaví dochází ke ztrátě libida (KLENER, 2002, s. 263-275).

## 5 Prognóza a prevence komplikací

Hodgkinův lymfom je jedno z nejlépe léčitelných maligních (zhoubných) onemocnění. Jeho prognóza je velmi dobrá, protože až 80% pacientů podstupující správnou a včas zahájenou léčbu se vyléčilo (KLENER, 2002, s. 580). K prognóze se vztahují i léčebné odpovědi:

**CR** – kompletní remise = úplné vymizení všech detekovatelných klinických známek nemoci a přidružených symptomů pokud byly přítomny. Slezina a játra zvětšené před léčbou nesmí být hmatná a musí mít normální velikost.

**PR** – parciální remise = nejméně 50% zmenšení u 6 největších uzlin nebo uzlinových infiltrátů. Játra ani slezina nejsou zvětšená.

**SD** – stabilní choroba = nesplňuje kritéria CR, PR ani progresu. PET zůstává pozitivní v již lokalizovaných místech.

**Relaps** – návrat choroby u pacientů, kteří byli již po úvodní léčbě v kompletní remisi (CR).

**Progrese** – nárůst další lymfomové masy u pacientů kteří byli v parciální remisi (PR) nebo měli stabilní chorobu (BELADA, 2011, s. 36-38).

### PREVENCE KOMPLIKACÍ V PRŮBĚHU LÉČBY

Pro oslabenou imunitu po podané cytotoxické léčbě je samozřejmostí u všech pacientů omezení kontaktu s větším počtem lidí, omezení cestování v hromadných dopravních prostředcích. Pacient dostane od lékaře tzv. profylaktická antibiotika, která pacientovi v první fázi pomůžou v boji proti infekcím. Dále to je zvýšení bílkovinového příjmu a dostatek vitamínů, pravidelné užívání předepsané medikace, dostatečná osobní hygiena a dostatek odpočinku a pohybu (CHOCENSKÁ, 2009, s. 52).

## 6 Ambulantní léčba

Ambulantní léčba je velmi častou variantou léčebného procesu u pacientů s Hodgkinovým lymfomem. Dochází na specializovaná pracoviště tzv. denní stacionáře. Při příjmu si všeobecná sestra zapíše pacienta do seznamu, nahlásí ho lékaři sloužícímu na denní nemocnici. Pacient při první návštěvě podepisuje informovaný souhlas s aplikací chemoterapie. Lékař po prohlídce a kontrole pacienta zadá do systému požadovanou chemoterapii.

Cytostatika ředí ve speciálních ředírnách vyškolený personál. Následuje uložení pacienta na lůžko. Pokud chemoterapii zvládá dobře, postačí nastavitelné křeslo. Všeobecná sestra dostane od lékaře denní dekurz s předepsanými léčivými. Jako prevence nežádoucích účinků se podávají antiemetika – léky proti zvracení. Poté následuje samotné podání léčby. Cykly se podávají v bolusových injekcích, infuzích, tabletách a subkutánních injekcích. Pacientům je při příjmu na denní nemocnici napíchnuta periferní žilní kanyla pro potřebnou aplikaci. Při ukončení aplikace cyklu se lékař s pacientem domluví na dalším léčebném postupu.

Pacient pravidelně dochází na ambulanci na krevní odběry – kontrolu krevního obrazu a biochemických nálezů. U pacientů po dosažení kompletní remise probíhají kontroly první dva roky jednou za 3 měsíce, dále dva roky dvakrát ročně a pak již jen roční kontrola. Pokud laboratorní kontrola signalizuje možné změny v organismu, je to indikací k odeslání na podrobnější zobrazovací vyšetření (ADAM, 2001, s. 430).

Podle cíle, který je možné léčbou dosáhnout rozlišujeme dva typy léčby. První je kurativní – léčba se podává s cílem vyléčení a paliativní – léčbou není možné dosáhnout vyléčení, pouze umožňuje kvalitní prodloužení života (krevní deriváty, opioidy).

## 7 Hospitalizační léčba

Pokud je pacient ve špatném zdravotním stavu či si lékaři nejsou jisti bezproblémovým průběhem a očekávají komplikace doprovázející léčbu, volí se k podání chemoterapeutické léčby hospitalizace. Pokoje by měli být dvoulůžkové maximálně třílůžkové s vlastním sociálním zařízením pro předcházení infekce. Po uložení pacienta na lůžko všeobecná sestra zavede periferní žilní katétr a odebere krev na laboratorní rozbor. Lékař pacienta vyšetří, zhodnotí krevní výsledky a rozepíše pacientovi chemoterapii.

Chemoterapie se podává intravenózně - do žíly cestou zavedené periferní kanyly a per os - ústy pacient polyká tablety. Lékař podává dle výsledků infuzní roztoky na doplnění iontů popř. krevní deriváty, aby udržel homeostázu pacienta.

Po podání chemoterapeutického cyklu je pacient denně sledován, edukován o následném pravidelném užívání medikace, je zhodnocen jeho fyzický stav, krevní výsledky a po ukončení léčebného cyklu je propuštěn do domácí péče.

## **8 Specifika ošetrovatelské péče**

Optimální péče o pacienty může být dosažena jen multidisciplinárním přístupem při vzájemné spolupráci lékaře, všeobecné sestry, pacienta a dalších zúčastněných na léčbě. Základním úkolem sestry v péči o pacienta je komunikace s pacientem a jeho rodinnými příslušníky, péče o žilní vstupy a vlastní aplikace chemoterapie, sledování nežádoucích vedlejších účinků chemoterapie a vedení dokumentace.

### **8.1 Komunikace**

Považuje se za důležitý aspekt lékařské a ošetrovatelské péče s dalekosáhlým dopadem. Je základní a nedílnou součástí péče, kterou sestry poskytují. Efektivní komunikace je nezbytná, aby mohli pacienti rozhodovat o své péči a získali informace o možnostech léčby a vedlejších účincích léčby. Cílem této komunikace je vytvořit prostředí důvěry a spolupráce ve prospěch pacienta, poskytovat průběžné informace a zpětně získat od pacienta informace o jeho zdravotním stavu. Dobrá komunikace dále zajišťuje tlumení strachu, úzkosti a stresu. Při správné komunikaci mohou sestry lépe pacienta edukovat v oblasti léčby, garantují jednotný a srozumitelný tok informací s respektem k individuálním okolnostem a potřebám pacienta. Povzbuzují a psychicky podporují pacienta a jeho blízké po celou dobu léčby (VORLÍČEK et al., 2006, s. 108).

### **8.2 Žilní přístupy pacienta při podávání chemoterapie**

Nejčastější způsob podání chemoterapie je intravenózní aplikace. Do žilního řečiště zavádíme kanylu. Kanylace dělíme na periferní a centrální. Periferní kanyly zavádí sestra, většinou při příjmu pacienta. Kanyly centrální zavádí výhradně lékař. Port je možné zavést při předpokladu dlouhodobé aplikace chemoterapie, která trvá víc měsíců.

### **8.2.1 Kanylace periferní žíly**

Jde o základní zabezpečení krátkodobého přístupu do žilního řečiště. Zavádíme většinou po dobu 96 hodin, pokud výrobce neuvádí jinak. Důležitá je správná manipulace, fixace, každodenní kontrola místa vpichu jako prevence před místním zánětem, popř. flebitidou. Kanylace probíhá asepticky, při zatažení škrtidla na horních končetinách do v. cephalica, v. basilica. Dolní končetiny nejsou vhodné, bolestivost, vyšší riziko zánětu (MÁLEK, 2011, s. 97), (Příloha C).

### **8.2.2 Kanylace centrální žíly**

Indikací k této kanylaci je spolehlivé, bezpečné zajištění dlouhodobého žilního přístupu. Využíváme pro aplikaci vysokomolekulárních roztoků (10% NaCl) a látek vysoce dráždicích periferní žilní stěnu (7,45% KCl). Centrální žilní katétr zavedený do v. subclavia nebo do v. jugularis je možné použít i na měření centrálního žilního tlaku. Používají se jednocestné, dvoj-až trojcestné kanyly a dialyzační katétr. Nejčastěji volíme přístup do v. subclavia, v. jugularis interna dále do v. femoralis – kde počítáme s větším rizikem infektu kvůli místu uložení vény. Nejčastější komplikací je katérová sepse (VOKURKA, 2005, s. 113), (Příloha D).

### **8.2.3 Port**

Intravenózní implantabilní systém je složen z komůrky a silikonové membrány. Katétr je nejčastěji zaveden do v. subclavia, veden podkožně a ukončen titanovou/umělohmotnou komůrkou se silikonovou membránou. Napichujeme speciální Huberovu jehlu, kolmo na komůrku. Zavedení je invazivní na speciálním sálku za aseptických podmínek v lokální anestezii. Katétr se uzavírá čistým heparinem, množstvím dle typu katétru. Vždy je nutné odtahovat, určené množství heparinu! (KLENER, 2002, s. 159), (Příloha E).

### **8.3 Aplikace chemoterapie**

Vlastní aplikace chemoterapie vyžaduje od sester hluboké teoretické znalosti o účincích podávaných cytostatik a jejich vlastnostech a o vedlejších účincích. Při aplikaci se sestra řídí ordinací lékaře, dodržují precizně časový rozvrh premedikace a vlastní aplikace. Při kontinuálním podání, kdy je chemoterapie aplikována pře pumpu sestru kontroluje v pravidelných intervalech průběh podání. Vždy po podání sestra musí propláchnout katéetrovou linku. Vždy pracuje soustředěně a nepodceňuje detaily.

Únik léčiva mimo cílovou cévu (ale i podezření na únik) cytostatického léčiva hlásí sestra lékaři a dále vždy ošetřuje tak, jako by k úniku mimo žilu došlo. Prvním krokem je zastavení aplikace a snaha o aspiraci uniklého léčiva. Dále následuje ošetření podle standardu ošetřování extravazátů jednotlivých cytostatických léčiv, poučení pacienta a řádná dokumentace (VORLÍČEK, 2006).

### **8.4 Vedení dokumentace**

Nedílnou součástí práce všeobecné sestry je plánování a provádění péče, průběžná kontrola, hodnocení a zaznamenávání všech předepsaných údajů. Při přípravě a aplikaci chemoterapie se jedná o kontrolu vícestupňovou, ověřující si cytostatická léčiva přebíraná z lékárny a předávaná k aplikaci. Svým podpisem sestry potvrzují zavedení a ošetřování periferních katétrů, aplikaci do centrálních venózních vstupů. Provádí pravidelné zápisy o výskytu a míře vedlejších účinků chemoterapie a sleduje příjem a výdej tekutin (VORLÍČEK, 2006, s. 110 – 111).

### **8.5 Výživa**

Vstupní hodnocení výživy je důležité pro srovnání pozdějšího vývoje výživy. Pokud pacient jeví známky malnutrice nebo je v riziku vzniku podvýživy, ihned intervenujeme ve prospěch pacienta. V období léčby je velmi důležité nepřestat jíst, protože chuť k jídlu je kolísavá. Při léčbě musí strava obsahovat dostatečné množství vitamínů, minerálních látek a stopových prvků. V této době je můžeme doplnit i formou doplňků výživy. Dále je velmi důležité hlídat dostatečný příjem tekutin. Tekutiny jsou důležité pro vyplavení nepotřebných zbytků léků (metabolitů) z těla. Potřebné množství tekutin je alespoň 2,5 litru /den, při některých terapiích až 4litry/den.



Základní živiny slouží jako zdroj energie a výstavby tkání. Jejich potřeba je značná (desítky až stovky gramů za den) a organismus potřebuje přísun bílkovin, sacharidů a tuků pro správnou funkci pravidelný příjem hlavních živin v optimálním množství (STARNOVSKÁ, 2007).

## 8.6 Psychologický přístup a podpora pacienta

Sestry, které pracují na hematonekologii, se setkávají s pacienty v různých fázích odezvy na jejich chorobu. K tomu, aby mohly včas rozpoznat změny psychiky u svých pacientů a účinně jim pomáhat, měly by znát fáze psychické odezvy na závažné zdravotní stavy, jak je definují teorie Kubler-Rossové či Horowitz: šok, popření, agrese, smlouvání, deprese a smíření (HRSTKOVÁ, 2004).

Při ošetřování pacientů je sestra pacientovi jak fyzicky, tak i psychicky nejbližší. Sestra je první a třeba i jediná, které pacient svěří své vnitřní pocity, emoce, nálady (ZACHAROVÁ, E. 2011. s. 19-20). Proto zachová klid v krizových situacích, svým klidným chováním sníží emoční úzkost pacienta. Naslouchá pacientovi, povzbuzuje ho, chválí za každý i malý úspěch. Projevuje zájem, je ematická a reaguje na potřeby pacienta (VORLÍČEK, 2006, S. 168-170).

## 8.7 Nejčastější ošetřovatelské problémy

**Strach/Úzkost** – ve spojení se situačními krizemi, hrozící či již nastalou změnou zdravotního/socioekonomického stavu, plnění rolí. Způsobu interakce: strach ze smrti, oddělení od rodiny, interpersonálního přenosů pocitů. Projeví se znepokojením, pocity nepřiměřenosti/bezmoci, nespavostí, zvýšeným napětím, neklidem, koncentrací na vlastní osobu.

**Snížený příjem tekutin** - riziko se zvyšuje při gastrointestinálních ztrátách (zvracení), nepřiměřeném příjmu potravy a tekutin (stomatitida a nechutenství), ztrátách abnormálními cestami (zavedené kanyly, rány), zvýšený metabolismus.

**Porucha výživy** - ve vztahu k neschopnosti přijímat přiměřeně výživu (nauzea, zvracení, nechutenství), zvýšený metabolismus; projevující se úbytkem tělesné hmotnosti až vyhublostí, odporem k jídlu, poruchou chuťových vjemů, kvasinkovou infekcí v ústech, zánětem dutiny ústní, průjmem anebo zácpou.

**Poškození sliznice v dutině ústní** - bývá vyvolané vedlejšími účinky léků nebo chemoterapie, dehydratací a malnutricí; vede ke vzniku vředů, leukoplakie, snížené tvorbě slin a bolesti.

**Obraz těla porušený** v důsledku anatomických či strukturálních změn, alopecie, poklesu hmotnosti; projeví se negativním přístupem k vlastnímu tělu, nadměrným zabýváním se změnami, pocity bezmoci a změnami v sociálním prostředí.

**Snížená odolnost** při nepřiměřené výživě, farmakoterapii, odchylkám v krevním obrazu, jako přímý účinek nádorového onemocnění; projeví se poruchou hojení, deficitem imunity, nechutenstvím, únavou.

**Akutní bolest** bývá způsobená z důvodu poruchy celistvosti sliznice dutiny ústní anebo chronická bolest vztahující se k nádorovému onemocnění.

**Infekce** může být způsobena z důvodu snížení počtu leukocytů, neadekvátní péčí o centrální žilní katétr nebo nedodržováním hygienicko-epidemiologického režimu, porušováním dietních opatření.

**Nechutenství** způsobené tumorózním postižením trávicího traktu, chemoterapeutickým režimem anebo způsobené bolestivou reakcí na sliznici dutiny ústní.

**Porucha polykání** potravy z důvodu bolesti při polykání.

**Porucha spánku** v důsledku bolesti, strachu, úzkosti anebo způsobená změnou prostředí.

**Průjem** v důsledku působení nežádoucích účinků podávané chemoterapie.

**Zácpa** v důsledku užívání léčiv ovlivňující vyprazdňování nebo způsobená snížením pohyblivosti nemocného a jeho celkového režimu (VORLÍČEK, 2006, s. 301-317).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 9 Ošetřovatelský proces u pacienta s Hodgkinovým lymfomem

Ošetřovatelský proces byl realizován na I. Interní klinice hematologie, Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Pacientka byla přijata na oddělení dne 25. 1. 2012 ve 12 hodin. Ošetřovatelskou péči o pacientku jsem prováděla od 25. 1. 2012 – 30. 1. 2012. Pacientku jsem uložila na dvoulůžkový pokoj. Pokoj vybaven vlastním sociálním zařízením a sprchou, signalizačním zařízením. Na základech pozorování pacientky, anamnestickém rozhovoru, studia dokumentace a péče samotné jsem zhodnotila zdravotní stav, situační analýzu, vypracovala anamnézu dle modelu Marjory Gordonové. Zformulovala jsem ošetřovatelské diagnózy, určila priority a postupovala dle navržených intervencí. Plán jsem aktualizovala pravidelně dle stavu pacientky.

*Tabulka 1 Identifikační údaje*

<b>Jméno, příjmení:</b> Z. L.	<b>Oddělení:</b> I. Interní klinika, oddělení C
<b>Datum narození:</b> 1991	<b>Typ přijetí:</b> neplánovaný
<b>Věk:</b> 21	<b>Délka hospitalizace:</b> 5 dní
<b>Pohlaví:</b> žena	<b>Datum přijetí:</b> 25. 1. 2012
<b>Pojišťovna:</b> 111	<b>Důvod přijetí:</b> prekolapsový stav, febrilie, nauzea
<b>Stav:</b> svobodná	<b>Ošetřující lékař:</b> MUDr. M.J.
<b>Bydliště:</b> Praha 4	<b>Medicínská diagnóza hlavní:</b> Hodgkinův lymfom, C 81.1, diagnostikovaný 11/2011
<b>Bydliště příbuzných:</b> matka, otec = dtto	
<b>Vzdělání:</b> středoškolské	
<b>Zaměstnání:</b> student	
<b>Státní příslušnost:</b> ČR	

## 10 ANAMNÉZA

**Rodinná anamnéza (RA)** – rodiče zdraví, sourozence nemá.

**Osobní anamnéza (OA)** – mezi 3. – 6. rokem prodělala opakovaně pneumonie. V dětství prodělala salmonelovou infekci, ostatní sledovaná onemocnění nekuje, stp. fraktury levé klíční kosti 2krát. Operována nebyla.

### Farmakologická chronická anamnéza (FM)

*Tabulka 2 Farmakologická anamnéza*

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Herpesin	Tbl.	400mg	0-0-1	Antivirotikum
Mykomax	Cps.	100mg	0-1-0	Antimykotikum
Helicid	Cps.	20mg	1-0-0	Omeprazol

### Alergologická anamnéza (AA)

*Tabulka 3 Alergologická anamnéza*

Název léku	Forma	Síla	Projevy alergické reakce	Skupina
Cotrimoxazol	Tbl.	960mg	Kožní erytém, svědění kůže	Antibiotikum
Ciprinol	Tbl.	500mg	Otok očí, tachykardie, kolapsový stav	Antibiotikum

**Abusus** - kouří 2-3 cigarety denně. Alkohol příležitostně, spíše ne. Drogy ne. Káva příležitostně.

**Gynekologická anamnéza (GA)** - menstruace od 13 let. Cyklus pravidelný, bez používání hormonální antikoncepce. Na gynekologii pravidelně nechodí. Menstruační bolesti nejuje. Porody 0. Potraty 0.

**Pracovní anamnéza** – studentka literární akademie

**Nynější onemocnění** – Pacientka s Hodgkinovým lymfomem po 2 cyklech eskalovaného BEACOPP a 1 cyklu ABVD (17. 1. dopich den 15), od 19.1. aplikovala Neupogen (růstový faktor leukocytů), po každé aplikaci cca 2-3 hodiny teplota 38°C se zimnicí, bolestmi kostí, výraznou nauzeou, 23. 1. na ambulantní kontrole aplikována Neulasta (růstový faktor leukocytů), večer po aplikaci febrilní 38°C, následující den již jen přes 37°C, ale brala Paralen. V noci na dnešek zimnice, třesavka, dnes ráno začala zvracet šťávy, asi 5krát Kytril tbl. (antiemetikum) nepomáhal, dále hnědá kašovitá stolice 3krát, bez příměsí. Ráno 37,5°C. Asi 5 dní nechutenství, téměř nic nejí, málo pije, delší dobu má v břiše křeče, postupně se zhoršující.

## 11 Kazuistika

Dne 27. 10. 2011 slečna L., ambulantně vyšetřena pro zvětšené uzliny, které si sama nahmatala. Nález byl bagatelizován, dále již nevyšetřována. Po progresi roku 2011, v říjnu, vyhledala lékaře, vyšetřena na ORL ve Všeobecné fakultní nemocnici, kde byla provedena extirpace uzlin. Vzorek poslán na patohistologický screening. Po-té vzhledem k nálezu odeslána na hematooonkologickou ambulanci k dovyšetření, diagnostikována zatím pro zvětšené uzliny nejasné etiologie. 15.11 2011 po trepanobioptickém odběru kostní dřeně na sálku hematologické ambulance, detekovány buňky atypických retikulárních lymfocytů.

Nyní 20–letá pacientka s lékařskou diagnózou Morbus Hodgkin. Léčena ambulantně na denním stacionáři Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Léčena cykly eskalovaného BEEACOPP a cykly ABVD, již po prvním cyklu proběhla alopecie. Pacientka si sama doma vždy aplikovala Neupogen nebo Neulastu – pokaždé s reakcí tj. teplotou přes 38°C nebo hypertermií, která na druhý den ustoupila po Paralenu. Další cykly aplikovány také ambulantně po důkladné krevní a biochemické kontrole. Po naplánovaných 6 cyklech, pacientku čeká ozařování mediastina a uzlin na krku.

### **Objektivní nález u příjmu (status praesens)**

TK 90/50 torru, puls 90 /minutu, saturace O<sub>2</sub> 96%.

Při vědomí, orientována, spolupracující, aktivní poloha na lůžku, hybnost normální, vitální funkce stabilní. Bez ikteru, cyanózy, krvácivých projevů. Hydratace hraniční, přiměřené výživy, bledá.

**Hlava** – poklepově nebolestivá, dutiny nebolestivé, uši a nos normální konfigurace, bez výtoků. Bulby ve středním postavení, volně pohyblivé všemi směry, bez nystagmu, zornice izokorické, reagující na osvit i konvergenci, spojivky bledé. Skléry bez oktetu. Jazyk plazí ve střední čáře, sušší, bez povlaku, sliznice suché, hrdlo klidné.

**Krk** – pohyb volný, karotidy tepou symetricky. Náplň krčních žil není zvýšená. Štítná žláza nezvětšena. Krční lymfatické uzliny bilaterálně ojediněle hráškové uzlinky.

**Hrudník** – symetrický, dýchání čisté sklípkové bez vedlejších fenoménů, poklep plný jasný. Akce srdeční pravidelná, 2 ozvy, ohraničené, bez šelestu. Axilární uzliny nehmatné.

**Břicho** – pod niveau hrudníku, dýchá v celém rozsahu, měkké, volně prohmatné, citlivější v epigastriu, bez rezistence, poklep diferencovaně bubinkový. Játra a slezina nezvětšeny. Peristaltika poslechově zachována. Bez peritoneálních příznaků, bez klinických známek ascitu. V třísle nehmatné uzliny.

**Končetiny** – bez atrofických změn, otoků, a známek zánětu. Pulsace hmatná do periferie.

### **11.1 Provedená vyšetření při přijetí**

**RTG vyšetření hrudníku** – plíce jsou bez čerstvých infiltrativních změn, rozšíření horního mediastina je menší, než při minulém vyšetření, pleurální štěrbiny bez výpotku, port katétr nadále zprava zaveden do horní duté žíly.

**Sonografické vyšetření břicha** – slinivka přehledná v úseku hlavy nezvětšená, játra mají normální velikost, přiměřenou echogenitu, homogenní strukturu, žlučovody jsou štíhlé, žlučník bez litiázy. Ledviny normální velikosti, přiměřené šířky a echogenity parenchymu, duté systémy bez dilatace a litiázy. Slezina je nezvětšená, močový měchýř málo naplněn, uzliny v retroperitoneu a pánvi nezvětšeny. Stěna tračnicku není zesílena, bez známek kolitidy.

Závěr: Normální sonografický obraz vyšetřených břišních orgánů.

## Laboratorní hodnoty

Tabulka 4 Krevní rozbor ze dne 25. 1. 2011

(Interpretace výsledků, dle norem laboratoří Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.)

Druh vyšetření	Laboratorní název	Hodnota ze dne 25. 1. 2011	Referenční hodnota
<b>Krevní obraz</b>	Leukocyty	<b>1,38 - ↓</b>	4,10 - 10,2 $10^9/l$
	Erytrocyty	<b>3,41 - ↓</b>	3,54 - 5,18 $10^{12}/l$
	Hemoglobin	<b>91 - ↓</b>	135 - 174 g/l
	Trombocyty	<b>336 - ↑</b>	131 - 364 $10^9/l$
Manuální diferenciál	Neutrofilů absolutní	<b>0,70 - ↓</b>	1,8 - 7,0 $10^9/l$
	Lymfocyty absolutní	<b>0,20 - ↓</b>	1,00 - 4,80 $10^9/l$
	Monocyty absolutní	0,40	0,10 – 0,80 $10^9/l$
Koagulační vyšetření	Quickův test	0,99	0,88- 1,25 l
	APTT	26,1	25,9 – 40,0 s
	Trombinový čas	<b>11,9 - ↓</b>	12,0 – 18,0 s
<b>Biochemické vyšetření</b>	Na	137	135 - 150 mmol/l
	K	3,5	3,5 - 5,5 mmol/l
	Cl	99	98 - 110 mmol/l
	Urea	2,3	2,0 – 6,7 mmol/l
	Kreatinin	56	44 – 104 $\mu\text{mol}/l$
	Albumin	37,0	25 – 53 g/l
	Celková bílkovina	70,0	65 – 85 g/l
	C – reaktivní protein	<b>141,3 - ↑</b>	< 7,0



*Tabulka 5 Transfuze*

Podáno <b>26. 1. 2012</b>	Druh
2 (TU) jednotky ERD ozář.	Erymasa deleukotizovaná ozářená

*Tabulka 6 Infuzní terapie*

Datum	Medikace	Časové podání
25. 1. 2011	1000 ml FR  1000 ml FR  + 40 ml 7,45% KCl  + 1 amp. 20% MgSO <sub>4</sub>	2 hod. (500ml/hod.)  6 hod. (166ml/hod.)
26. 1. 2012	1000 ml FR  + 40 ml 7,45% KCl	6 hod. (166ml/hod.)
27. 1. 2012	1000 ml FR  + 50 ml 7,45% KCl	6 hod. (166ml/hod.)
28. 1. 2012	0	0
29. 1. 2012	0	0
30. 1. 2012	0	0

*Tabulka 7 Léky intravenózní a perorální*

Datum	Medikace	Interval podání/Léková skupina
25. 1. 2011	Ondemet 1 amp. Degan 1 amp.	6-12-18-24 hod./ Antiemetika
26. 1. 2012	Degan 1 amp.	6-12-18-24 hod./ Antiemetika
27. 1. 2012	Degan 1 amp.	6-12-18-24 hod./ Antiemetika
	Loperon cps.	Antidiarhoikum
	Ibalgin 400 tbl.	Analgetikum
	Neurol 0,25mg tbl.	Antidepressivum,hypnotikum
28. 1. 2012	0	0
29. 1. 2012	0	0
30. 1. 2012	0	0

Tabulka 8 Antibiotická terapie

Datum	ATB (i.v)	Interval podání	ATB (p.o)	Interval podání
25. 1. 2011	Tazocin 4,5 g Efloran 500 mg	6-12-18-24 hod. 6-14-22 hod.	0	0
26. 1. 2012	Tazocin 4,5 g Efloran 500 mg	6-12-18-24 hod. 6-14-22 hod.	Herpesin 400mg, tbl. Mykomax 100mg cps.	0-0-1  1-0-0
27. 1. 2012	Tazocin 4,5 g	6-12-18-24 hod.	Herpesin 400mg, tbl.  Mykomax 100mg cps.  Entizol 250 mg	0-0-1  1-0-0  2-2-2
28. 1. 2012	Tazocin 4,5 g	6-14-22 hod.	Herpesin 400mg, tbl.  Mykomax 100mg cps.  Entizol 250 mg	0-0-1  1-0-0  2-2-2
29. 1. 2012	Tazocin 4,5 g	6-14-22 hod.	Herpesin 400mg, tbl.  Mykomax 100mg cps.  Entizol 250 mg	0-0-1  1-0-0  2-2-2
30. 1. 2012	0	0	0	0

## **11.2 Fyzikální vyšetření sestrou**

**Celkový vzhled:** při vědomí, kontakt navazuje bez obtíží, psychický stav rozrušený. Mobilita neomezená, kožní turgor snížený.

**Dutina ústní:** rty prokrvené, bez cyanózy, jazyk mírně povleklý, chrup sanován

**Bolest:** bez bolesti

**Sluch:** slyší dobře

**Zrak:** v pořádku bez nutnosti kompenzace

**Puls:** zrychlený 102´

**Dýchání:** zrychlené 25/min

**Krevní tlak:** 90/50 torru

**Schopnost uchopit předmět rukou a stisk ruky:** stisk přiměřený, schopna všeho

**Kůže:** neikterická, bez petechií a cyanózy

**Kožní defekty:** nejsou

**Chůze:** v rovině, bez závratě

**Držení těla:** přímé, bez patologie

**Chybění části těla:** 0

**Alergie:** ATB (cotrimoxazol, ciprinol)

**Výška:** 164cm

**Váha:** 54 kg

**BMI :** 21 bodů

**Tělesná teplota:** 37,3 °C

**I. V. linka** – port

### 11.3 Situační analýza

Nyní s. Z., přichází na naše oddělení v doprovodu matky, po ambulantní aplikaci prvního cyklu ABVD a Neulasty, (druhý den od aplikace), pro zimnice, třesavky, zvracení, kašovitou stolicí nejasné etiologie. Téměř nic nejí a nepije i přes nátlak rodičů. Delší dobu křeče v břiše postupně progredující. Pacientce změřeny fyziologické funkce, výrazně hypotenzní, subfebrilní. I-hned uložena na lůžko, pokoj je vybaven vlastním sociálním zařízením a sprchou, signalizačním zařízením. Na základech pozorování pacientky, anamnestickém rozhovoru, studia dokumentace a péče samotné jsem zhodnotila zdravotní stav, situační analýzu, vypracovala anamnézu dle modelu Marjory Gordonové. Zformulovala jsem ošetrovatelské diagnózy, určila priority a postupovala dle navržených intervencí. Plán jsem aktualizovala pravidelně dle stavu pacientky.

## **12 POSOUZENÍ „Funkčních vzorců zdraví“ DLE MODELU MARJORY GORDONOVÉ**

### **1. Vnímání zdraví - snaha o udržení zdraví**

Pacientka vnímá svůj zdravotní stav na pomyslné střední čáře. Dodržuje doporučení lékaře, cítí se aktuálně slabá, tím že má teploty. S nemocí je smířená, udělá vše proto, aby se uzdravila. Má velké plány. Při potížích navštíví vždy lékaře, nic nepodceňuje – proto je zde.

Použitá měřicí technika: Barthelův test všedních činností – 100b (Příloha F)

Ošetřovatelský problém: Únava, hypertermie.

### **2. Výživa, metabolismus**

Pacientka si před léčbou držela stálou hmotnost, nyní zhubla za poslední půl rok asi 10 kg, nárazově po chemoterapiích, teď ale postupně nabírá. Je schopna přijímat stravu ústy, poruchy polykání nemá. Po poslední chemoterapii doma zvracela, měla průjem. Poslední dva dny cítí, že nejí dostatečně, přiznává, že trpí nechutenstvím. Vzhledem k nechutenství doporučená dieta č. 14 (výběrová). Tekutiny pro průjem moc nepijme. Sliznice suché. Pacientka bez vlasů. Váha 54kg, výška 164cm.

Použitá měřicí technika: BMI 21 = tělesný hmotnostní index. (Příloha G)

Ošetřovatelský problém: Nechutenství, nauzea, neznalost v oblasti dietních opatření.

### **3. Vylučování**

Močení bez bolesti, moč bez příměsí. Inkontinence není. Vylučování zvládá sama na WC. Pacientka má tuhou stolicí, pravidelně, bez nutnosti laxancií. Před dvěma dny začala průjmovitá stolice. O konečník pečuje sama.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: Průjem, neznalost potřeba poučení.

### **4. Aktivita, cvičení**

Pacientka se cítí unavená ale zároveň plná energie. Cvičí pravidelně, chodí na procházky, pokud jí není nevolno. Doma se pohybuje bez problémů stejně tak v městském prostředí. Kompenzační pomůcky nepotřebuje. Plně soběstačná.

Použitá měřicí technika: Nortonova škála rizika dekubitů – 32b. (Příloha H)

Ošetřovatelský problém: Únava.

### **5. Spánek, odpočinek**

V domácím prostředí má spánek kvalitní bez nutnosti hypnotik. Pravidelný režim. Přes den nespí. Budí se nepravidelně. Cítí se odpočatá. V nemocničním prostředí neusne, pro změnu prostředí.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: porucha spánku.

## **6. Citlivost, vnímání, pojetí**

Pacientka je při vědomí, spolupracuje. Zrak v pořádku bez kompenzace, sluch také. Řeč plynulá, kontakt bez omezení. Orientace místem, časem i osobou. Paměť neporušená – odpovídá adekvátně. Pozornost stálá. Udává bolesti – lokalizace dutina břišní a dutina ústní pro exstirpaci zubů.

Použitá měřicí technika: metoda NRS bolesti = 7 (Příloha Ch)

Ošetřovatelský problém: bolest, omezení pohybu v rámci bolesti.

## **7. Sebepojetí, sebeúcta**

Pacientka se hodnotí jako optimistka po celý život. Strach nemá, má podporu rodiny, smutná není. Se svým vzhledem je v rámci možností k jejímu zdravotnímu stavu spokojená. Nervózní není, má podporu maminky, v nemocnici je poprvé, jinak si zvykla na sestry i lékaře.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: není

## **8. Role, vztahy**

Pacientka bydlí s rodiči v bytě. Sourozence nemá. Rodinné problémy nemá, v rodině má velkou podporu. Rodina se nesmířila s nemocí, na vše reagují přehnaně starostlivě. Je studentkou VŠ v prvním ročníku. Na škole má spoustu kamarádů, momentálně se stýká jen s minimem lidí, aby zabránila infekci. K lidem se chová velmi asertivně, přátelsky.

Použitá měřicí technika: 0.

Ošetřovatelský problém: není, pacientka má velkou oporu v rodině a chová se velmi přátelsky k okolí.



## **9. Reprodukce**

Pacientka má přítele, dále se vyjadřovat nechce. Děti chce mít, až skončí s léčbou, doufá, že je mít může. Vše ji bylo vysvětleno lékaři. Menstruace pravidelná, HAK neužívá.

Použitá měřicí technika: 0.

Ošetřovatelský problém: není, pacientka byla edukována o ochraně reprodukce, děti v budoucnu chce.

## **10. Stres**

Napětí pacientka necítí, ve stresu byla ze začátku onemocnění. Stres má když dojde ke zhoršení zdravotního stavu, to teď necítí, v tom jí pomáhá rodina a rychle se s tím vyrovná.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: není, pacient stres zvládá.

## **11. Víra**

Pacientka neudává víru. Je ateista. V rodině jsou věřící, nevadí jí to, na štědrý den si zajde do kostela, jinak nemá potřebu.

Použitá měřicí technika: 0.

Ošetřovatelský problém: není, pacientka není v rozporu s vírou, žádnou nevyznává (PAVLÍKOVÁ, 2006).

Plán ošetřovatelské péče. Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda. Je to cyklický děj, který se u pacienta neustále mění v ohledu na jeho zdravotní stav (BOROŇOVÁ, 2010).

## **13 Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie I. – aktuální**

Seznam ošetrovatelských diagnóz dle priorit nemocného.

**NEVOLNOST** z důvodu chemoterapie, projevující se nauzeou, nechutenstvím a minimálním příjmem tekutin.

**BOLEST** akutní z důvodu otevřené rány po extirpaci zubů a bolesti v dutině břišní projevující se verbalizací pacientky a zaujmutí úlevové polohy.

**PRŮJEM** z důvodu infekce projevující se naléhavým nucením na stolicí, četností vodnaté, zapáchající stolice nejméně 4krát denně.

**HYPERTERMIE** z důvodu infekce projevující se zvýšenou teplotou nad hranici normy, třesavkou, zimnicí.

**OBRAZ TĚLA PORUŠENÝ** z důvodu podávání cytostatické léčby projevující se ztrátou ochlupení včetně vlasaté části.

**SPÁNEK** porušený z důvodu změny prostředí, omezením pohybu na lůžku projevující se probuzením se během noci a neschopností znovu usnout.

**ÚNAVA** z důvodu podávání chemoterapie projevující se pocitem chybění energie, zvýšenou potřebou odpočinku.

**NEZNALOST POTŘEBA POUČENÍ** z důvodu nedostatku zkušeností, neznalosti zdrojů informací projevující se verbalizací (DOENGES, 2001).

### **Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie I. - potencionální**

Infekce riziko vzniku (port) z důvodu napíchnutí portové jehly a snížení obranyschopnosti.

## 14 Rozpracování jednotlivých diagnóz

**NEVOLNOST** z důvodu chemoterapie, projevující se nauzeou, nechutenstvím a minimálním příjmem tekutin.

**Priorita:** vysoká

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka je bez nevolnosti – do 24 hodin.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka je bez nevolnosti a zvracení – do 2 hodin od přijetí.

**Výsledná kritéria:** Pacientka ví, co dělat v případě zvracení – ihned.

Pacientka spolupracuje se zdravotnickým personálem – ihned.

Pacientka umí přivolat zdravotnický personál – ihned.

Pacientka ví, že jíst bude po malých soustech – do 1 hodiny.

Pacientka přijímá tekutiny po malých douškách – do 1 hodiny.

Pacientka zná příčinu nevolnosti – do 1 hodiny.

**Plán intervencí:** Sleduj vitální funkce a celková stav pacientky /denně/ všeobecná

sestra, zdravotnický asistent.

Komunikuj s pacientkou o nevolnosti a monitoruj ji /denně/

všeobecná sestra, ošetřovatelka.

Podávej léky (antiemetika) a sleduj jejich účinek dle ordinace

lékaře /ve službě/ všeobecná sestra.

Zapisuj do ošetřovatelské dokumentace efektivitu podávaných

léků /denně/ všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

**Realizace: 25. 1. 2012 – 28. 1. 2012**

**25. 1. 2012** – Den přijetí pacientky, zhodnotila jsem její zdravotní stav. Zajistila jsem emitní miskou k ruce pro případ zvracení. Vyškolená sestra zajistila žilní vstup napíchnutím Hubertovy jehly do portu pacientky, já jsem pod odborným dohledem odebrala krevní odběry, intravenózně byly podány ordinované léky Degan 1 amp. a Ondemet 1 amp. (antiemetika), které se dále podávaly v pravidelných intervalech po 6 hodinách. Reakce na antiemetika byla s okamžitým efektem.

**26 – 27. 1. 2012** podáván pouze Degan 1 amp. po 6 hodinách, pacientce plně dostačující, bez pocitu na zvracení.

**28.1 2012** Venózní aplikace Degan 1 amp. byla lékařem ukončena. Pacientka bez pocitu na zvracení.

**Hodnocení: 28. 1. 2012**

EFEKT ÚPLNÝ. Pacientce podávány v akutním stavu antiemetika, která zabránila nauzei a předešla zvracení. Pacientka plně komunikuje a spolupracuje se zdravotnickým personálem, cítí se dobře. Pacientka ví jak rozpoznat a zvládnout nauzeózní stav. Již 4 den bez antiemetik a nauzey. **Cíl splněn.**

**BOLEST** akutní z důvodu otevřené rány po extirpaci zubů a bolesti v dutině břišní projevující se verbalizací pacientky a zaujmutí úlevové polohy.

**Priorita:** Vysoká

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka je spokojená a bez bolesti do 2 dnů.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka pociťuje snížení bolesti do 1 hodiny.

**Výsledná kritéria:** Pacientka je seznámena s podáváním analgetik a zná jejich

nežádoucí účinky – před podáním léčiva.

Pacientka umí zhodnotit bolest na škále NRS – okamžitě.

Pacientka ví jak užívat úlevovou polohu – do 2 hodin.

**Plán intervencí:** Sleduj vitální funkce a celkový stav / průběžně přes den a dle ordinace

lékaře/ všeobecná sestra.

Doporuč, navrhní efektivní využití úlevové polohy /do 2 hodin/

všeobecná sestra, fyzioterapeut.

Edukuj pacientku o nežádoucích účincích analgetik/ před podáním

analgetik/ všeobecná sestra.

Navrhni pravidelnou monitoraci bolesti pomocí škály NRS /3x denně/

všeobecná sestra.

Podávej analgetika a sleduj jejich účinek /dle ordinace lékaře/

všeobecná sestra.

Pravidelně zaznamenávej, zhodnoť do ošetřovatelské dokumentace

intenzitu před a po podání léčiv /s podáním medikace/ všeobecná

sestra.

### **Realizace: 25. 1. 2012 – 28. 1. 2012**

**25. 1. 2012** Při příjmu jsem pacientku uložila na lůžko, zajistila pohodlí, podáním deky navíc. Zhodnotili jsme bolest dle škály NRS – pacientka označila bolest číslem 7. Podala jsem pacientce dostatek informací o ordinovaných analgetících a jejich nežádoucích účincích. Změřila jsem vitální funkce a zhodnotila celkový stav. Pacientka byla velmi hypotenzní a tachykardická. Podána hydratace a 1 amp. Analginu (analgetikum). Pravidelně jsem se tázala na bolest před podáním a po vykapání analgetik a zapisovala do ošetrovatelské dokumentace, Analgin s efektem. Zajistila jsem konzultaci s fyzioterapeuty. Pacientka odeslána na sonografické vyšetření břicha pro vyloučení kolitidy. Kolitida vyloučena.

**26. 1. 2012** Pacientka zaujímala úlevovou polohu, bolesti nepocítuje. Vitální funkce měřeny 4x denně. Cítí se slabší.

**27. 1. 2012** Podán Ibalgin 400mg p. o. (analgetikum), na bolesti hlavy po extirpaci zubů – s efektem.

**28. 1. 2012** Pacientka bez nutnosti zaujmout úlevovou polohu, diagnóza bolest ukončena.

### **Hodnocení: 28. 1. 2012**

EFEKT ÚPLNÝ. Pacientka byla dostatečně edukována o úlevové poloze, bylo jí vyhověno ve všech oblastech. Analgetika podána první a třetí den. Úlevovou polohu zaujímala taktéž pouze první tři dny. Čtvrtý den pacientka sedí, chodí bez zjevných bolestí. **Cíl splněn.**

**PRŮJEM** z důvodu infekce projevující se naléhavým nucením na stolicí, četností vodnaté, zapáchající stolice nejméně 4krát denně.

**Priorita:** vysoká

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka má tuhou formovanou stolicí – do 4 dnů.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka nemá defekty v okolí konečníku – do 24 hodin.

**Výsledná kritéria:** Pacientka je edukována o nutnosti dodržování dietního režimu –  
ihned.

Pacientka užívá předepsanou medikaci – ihned.

Pacientka ví jak pečovat o okolí konečníku – ihned.

**Intervence:** Odeber výživovou anamnézu a navrhní stravovací dietu /při příjmu

pacienta/ všeobecná sestra, zdravotnický asistent a nutriční terapeut.

Edukuj pacientku ve správnosti péče o konečník jako prevence před erozí sliznice /při příjmu pacientky/ všeobecná sestra.

Zaznamenávej četnost, množství a možné příměsi /denně/ sestra ve službě.

Pečuj o pohodlí a čistotu lůžka /denně/ všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatelka.

Dbej na pitný režim pacienta /denně/ všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

Aplikuj léky, sleduj jejich účinek a zaznamenávej do dokumentace /dle ordinace lékaře/ všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

**Realizace: 25. 1. 2012 – 30. 1. 2012**

**25. 1. 2012** Pacientka seznámena s prostředím, zajištěno soukromí při vyprazdňování, samostatným WC na pokoji. Edukována v péči o konečník, o omytí. Zahájena léčba antibiotiky. Odeslán výtěr z konečníku na kultivační a mykologický rozbor. Poučena

nutriční terapeutkou o dietě při průjmovitých stolicích - čaj dle tolerance suché pečivo, rohlík. Dostatečná infuzní terapie. Na stolicí byla 6krát.

**26. 1. 2012** Pacientka snáší antibiotickou léčbu dobře. Nasazen intravenózně Efloran 500 mg. po 8 hodinách. Dostatečná infuzní terapie. Na stolicí byla 4krát, stále neformovaná, zapachající. Začala jíst tuhou stravu.

**27. 1. 2012** Dnes pacientce změněna antibiotická léčba z Efloranu intravenózně podávaného na perorální Entizol ve stejné gramáži. Stolice byla 4x, kašovitá, bez zápachu. Nasazen tabletový Loperon tbl. Okolí konečníku nepodrážděné a bez bolesti v této oblasti.

**28. 1. 2012** Léky proti průjmu podle potřeby, stolice kašovitá, 3krát. Pacientka pije dostatečně, tuhou stravu jí všechnu.

**29. 1. 2012** Pacientka pocítuje výrazné zlepšení, na stolicí byla 2krát, stolice tuhá, formovaná. Jí a pije dostatečně bez nutnosti infuzní terapie.

**30. 1. 2012** Antibiotika lékařem exována. Pacientka má tuhou, formovanou stolicí, bolesti neudává.

#### **Hodnocení:**

EFEKT ÚPLNÝ. Pacientka při příjmu edukována nutriční terapeutkou o nutnosti dodržování diety. Velmi se snažila, stolice formovaná do 4 dne, již třetí den kašovitá bez zápachu. Bolesti břicha spojené s průjmem odezněly. Okolí konečníku bez defektu.

**Cíl splněn.**



**HYPERTERMIE** z důvodu infekce projevující se zvýšenou teplotou, třesavkou, zimnicí.

**Priorita:** Střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka má fyziologickou tělesnou teplotu – do 4 dnů.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka má snížení hypertermie – do 12 hodin.

**Výsledná kritéria:** Pacientka umí přivolat zdravotnický personál – ihned.

Pacientka ví jak si měřit tělesnou teplotu – ihned.

Pacientka umí rozpoznat počátek hypertermie – do 6 hodin.

**Plán intervencí:** Edukuj pacientku o použití signalizačního zařízení /ihned/ všeobecná

sestra, zdravotnický asistent.

Edukuj pacientku jak rozpoznat příznaky hypertermie, zčervenání, návaly horkosti a o měření tělesné teploty/ ihned/ všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

Sleduj fyziologické funkce a celkový stav a zapisuj do dokumentace /4x denně/ všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

Odeber hemokulturu /dle ordinace lékaře/ všeobecná sestra.

Aplikuj antipyretika, antibiotika, infuzní terapii dle ordinace lékaře /v časových intervalech dle ordinace/ všeobecná sestra.

**Realizace: 25. 1. 2012 – 30. 1. 2012**

**25. 1. 2012** Při příjmu pacientce změřena tělesná teplota, 37,8 °C. Dle ordinace lékaře odebrána hemokultura aerobní. Provedeny výtěry na kultivaci, citlivost a mykologii z krku, úst, nosu, konečníku a moče. Pacientce podány antipyretika – s efektem. Tělesná teplota měřena 4x denně. Nasazeny antibiotika intravenózně Efloran 500mg a Tazocin 4,5g.

**26. 1. 2012** Pacientka afebrilní po celý den, měřeno 4x denně.

**27. 1. 2012** Při ranní kontrole, naměřena teplota 37,3 °C. Hlášeno lékaři ve službě, ponecháno bez antipyretik s následným přeměřením. Pacientka po přeměření afebrilní. Kontrolováno 4x denně.

**28. 1. 2012, 29. 1. 2012, 30. 1. 2012** Pacientka po celý den afebrilní, měřeno 4x denně.

**Hodnocení:**

EFEKT ÚPLNÝ. Pacientka dostatečně edukována v oblasti podávání antipyretik a nezbytností podávání antibiotik. Spolupracovala, po konzultaci s lékařem byla klidná, teplotu si měřila pravidelně čtyřikrát denně a při pocitu horkosti. **Cíl splněn.**

**OBRAZ TĚLA PORUŠENÝ** z důvodu léčby podávání cytostatické léčby projevující se ztrátou ochlupení včetně vlasaté části.

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka sama sebe akceptuje – do 3 dnů.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka užívá kompenzační pomůcky – do 2 dnů.

**Výsledná kritéria:** Pacientka ví kde si zajistit kompenzační pomůcky – do 24 hodin.

Pacientka chápe tělesné změny v důsledku podávané chemoterapie – do 24 hodin.

Pacientka má dostatek informací o kompenzačních pomůčkách – do 2 dnů.

**Intervence:** Obstaraj edukační materiál s kompenzačními pomůckami tj. paruky, šátky

/1x za hospitalizaci/ všeobecná sestra.

Zhodnot' s pacientkou subjektivní změny v jejím vzhledu, v časovém sledu

/1x za hospitalizaci/ všeobecná sestra.

Edukuj pacientku v oblasti fyziologických změn a s tím spojenou ztrátu a

nárůst ochlupení /1x za hospitalizaci/ všeobecná sestra.

Komunikuj s pacientem ohledně ztráty vlasů /1x za hospitalizaci/

všeobecná sestra.

Zajisti konzultaci s nemocničním kaplanem /1x za hospitalizaci/ všeobecná

sestra.

**Realizace: 25. 1. 2012 – 27. 1. 2012**

**25. 1. 2012** Při příjmu přišla pacientka v čepici, když si jí sundala, šlo vidět, že je jí to nepříjemné. Ihned jsem reagovala, ptala jsem se jí, zda-li jí není zima, jestli má nějaký šátek apod. Odpovídala klidně, že nemá, byla unavená. Domluvili jsme na další den,

souhlasila s návštěvou kaplanky. S rodiči pacientky jsme prodiskutovali způsoby náhrad vlasů.

**26. 1. 2012** Dnes pacientka klidnější, otevřeně mluvila o alopecii a s tím spojené zápory (zima). Návštěva kaplanky proběhla v pořádku, pacientka je nevěřící, komunikace jí nic nedá ale ani nevezme. Má čas na studium materiálu, který jsem ji poskytla.

**27. 1. 2012** Pacientka i rodina si pročetli edukační materiál, o kompenzaci šátky a parukami. Jsou spokojeni, paruku nevyužijí ale šátky si určitě koupí, myslí si, že jí budou slušet. Pacientka usměvavá, komunikující.

### **Hodnocení:**

EFEKT ČÁSTEČNÝ. Pacientka je smířená se ztrátou vlasů, která bude přetrvávat po dobu půl roku. Na začátku hospitalizace byla ostýchavá, když se zlepšil její zdravotní stav, komunikovala a aktivně se vyptávala. Poskytla jsem edukační materiál pacientce i rodičům pacientky, byli spokojeni a plánují nákup šátků na pokrývku hlavy. **Cíl splněn částečně.**

**SPÁNEK** porušený z důvodu změny prostředí, omezením pohybu na lůžku projevující se probuzením se během noci a neschopností znovu usnout.

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka má kvalitní spánek – do 4 dnů.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka nemá problémy s usínáním – do 2 dnů.

**Výsledná kritéria:** Pacientka je dostatečně aktivizována - v průběhu hospitalizace.

Pacientka je edukována o důležitosti aktivity během dne – do 6 hodin.

Pacientka zná a používá návyky před spaním – do 24 hodin.

**Intervence:** Umožni pacientovi použít návyky před spaním - vyvětrat, mít rozsvíceno

světlo /denně/ všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

Aktivizuj pacienta během dne dle možností jeho fyzického stavu /denně/ zdravotnický personál.

Edukuj pacienta o dodržení spánkového režimu /1x za dobu hospitalizace/ všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

Podej léky na spaní dle ordinace lékaře, sleduj jejich účinek a zaznamenej vše do dokumentace /při potřebě pacienta/ všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

**Realizace:**

**26. 1. 2012** Pacientka přes noc spala, bez podání medikace, byla unavená z průjmů a běhání na wc.

**27. 1. 2012** Druhý den hospitalizace přes den pospávala, poučena o aktivitě během dne, zapojena do ranní hygieny. Večer nemohla usnout, vyvětrána místnost, bez efektu. Podána tbl. Neuro 0,25mg. (antidepresivum, hypnotikum) na spaní s efektem.

**28. 1. 2012** Pacientka unavená, denní aktivita - ustlaní lůžka a procházka po chodbě s maminkou. Večer nemohla usnout, dlouho četla. Medikaci odmítla.

**29. 1. 2012, 30. 1. 2012** Pacientka se snaží přes den aktivizovat, poslouchá rádio, píše na PC. Přes den aktivní, spolupracuje. Večer vyvětráno, s efektem. Bez potřeby medikace, spala celou noc.

**Hodnocení:**

EFEKT ČÁSTEČNÝ. Pacientka má problémy s usínáním a spánkem samotným v nemocničním prostředí. Edukovala jsem ji v oblasti nácviků před spaním, vysvětlila nutnost dostatečné denní aktivity. Druhý den na noc podána 1 tableta Neurolu 0,25 mg s efektem. Třetí den medikaci odmítla. Následující dny po pohovoru s rodiči a dostatečné denní aktivitě kvůli zlepšení stavu spala bez potřeby medikace. **Cíl splněn částečně.**

**ÚNAVA** z důvodu podávání chemoterapie projevující se pocitem chybění energie, zvýšenou potřebou odpočinku.

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka je aktivní – do 5 dnů.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka se cítí odpočatá – do 3 dnů.

**Výsledná kritéria:** Pacientka rozpozná a ví jak únavě předcházet – do 24 hodin.

Pacientka umí použít relaxační techniky – do 3 dnů.

Pacientka vykonává běžné denní činnosti bez zjevné únavy – do 3 dnů.

**Intervence:** Zjistí aktuální důvod únavy /ihned/ všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

Zapoj pacienta, při dobré fyzické kondici, do denních aktivit pacientů tj.

stlaní lůžka /denně/ zdravotnický personál.

Zajisti konzultaci s rehabilitační sestrou ohledně pravidelného rozložení

fyzické aktivity /1x za hospitalizaci/ všeobecná sestra, zdravotnický

asistent.

Nauč pacienta aktivně odpočívat, používat relaxační techniky/ 1x za

hospitalizaci/ fyzioterapeut.

**Realizace: 25. 1. 2012 – 30. 1. 2012**

**26. 1. 2012** Pacientku jsem uložila na lůžko, promluvili jsme si o únavě, aktuálně má průjem a bolesti. Dále ji nebudu obtěžovat, neschopna aktivit.

**27. 1. 2012** Dnes se pacientka cítí lépe, bolesti snesitelnější, ráno se zapojila do běžných aktivit, stlaní lůžka a spolupráce při ranní úpravě. Konzultace s fyzioterapeutem zítra.

**28. 1. 2012** Pacientka se cítí odpočatě, proběhla konzultace s fyzioterapeutem o efektivním využití volného času a nácvik základních relaxačních technik.

**29. 1. 2012** Pacientka je odpočatá, využila nabízených relaxačních technik. Břicho jí nebolí, je usměvavá. Pomáhá při ranních aktivitách.

**30. 1. 2012** Pacientka se cítí lépe než před čtyřmi dny ale uznává, že chemoterapie jí ovlivňuje stále, pociťuje zlepšení, ale není to ono. Aktivitu se snaží rozkládat efektivně v průběhu dne.

**Hodnocení:**

EFEKT ČÁSTEČNÝ. Pacientka při příjmu měla průjmy což je původem akutní únavy. Únava z podávané chemoterapie je bohužel nejčastější diagnózou, zajistila jsem konzultaci s fyzioterapeutem na naučení relaxačních technik, pacientka byla ráda a spolupracovala. Po odeznění bolestí spojených s průjmem se pacientka aktivně zapojila do všedních činností a rozplánovala si všední den. Odcházela částečně odpočatá. **Cíl splněn částečně.**



**NEZNALOST POTŘEBA POUČENÍ** z důvodu nedostatku zkušeností, neznalosti zdrojů informací projevující se verbalizací.

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** pacientka chápe léčebný proces – do 2 dnů.

**Cíl krátkodobý:** pacientka má adekvátní chování v různých situacích – do 24 hodin.

**Výsledná kritéria:** Pacientka má dostatek zdrojů informací – do 24 hodin.

Pacientka se aktivně účastní léčebného procesu - do 24 hodin.

Pacientka nežadá o další informace – do 2 dnů.

**Intervence:** Edukuj pacientku ohledně aktuálního stavu, v rámci kompetence /denně/

všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

Komunikuj s pacientkou o průběhu hospitalizace /denně/ všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

Ptej se aktivně, při jakémkoliv kontaktu s pacientkou zda všemu rozumí /denně/ všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

Doporuč pacientce zapisovat si otázky, na které nezná odpověď, zhodnot, poskytni adekvátní odpověď na tyto otázky /denně se ptej/ všeobecná sestra, zdravotnický asistent, popř. ošetřující lékař.

**Realizace: 25. 1. 2012 – 30. 1. 2012**

**25. 1. 2012** Den přijetí a uložení pacientky na lůžko, při prvním kontaktu jsem se představila. Zavedla pacientku na lůžko, seznámila s chodem oddělení, podala materiály z oddělení k dispozici. Doporučila jsem jí, si sepsat otázky, které by ji zajímaly. Vysvětlila jsem v časové posloupnosti, jak bude probíhat hospitalizace, bez nepředpokladatelných komplikací. Pacientka všemu rozumí, je klidná, pročítá si edukační materiál.

**26. 1. 2012** Pacientka za vše děkuje. Materiál prostudovala i s rodinou. Otázky nemá. Těší se domů.

**27. 1. 2012, 28. 1. 2012, 29. 1. 2012, 30. 1. 2012** Pacientka se táže minimálně, usměvavá, klidná, plně spolupracuje.

**Hodnocení:**

EFEKT ÚPLNÝ. Pacientka při příjmu edukována ve všech oblastech, bylo ji představeno oddělení i personál. Dostala edukační materiál a náznak průběhu hospitalizace. Rodiče byly také edukováni. Pacientce zodpovězeny všechny otázky. Velmi ukázněná a empatická. **Cíl splněn.**

..

## Potencionální

**Infekce riziko vzniku** (port) z důvodu napíchnutí portové jehly a snížení obranyschopnosti.

**Priorita:** vysoká

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka je bez známek infekce – po celou dobu hospitalizace.

**Intervence:** Edukuj pacientku v péči o port a riziko infekce /při napíchnutí jehly/

vyškolená sestra.

Kontroluj místo vpichu /denně/ všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

Převazuj portový vstup /dle potřeby/ všeobecná sestra, zdravotnický asistent

### Realizace – po dobu hospitalizace

**25. 1. 2012** – Pacientce při příjmu vyškolená sestra napíchla portovou jehlu. Udává mírný tlak v místě, ovšem ihned odezněl. Aspirace krve je volná, odtahujeme Heparinovou zátka 0,6 ml. Port zafixován netransparentním krytím a vypodložen sterilními čtverci.

**26. 1. 2012, 27. 1. 2012** – Pravidelně kontroluji místo vpichu vždy při převazu (po hygieně). Bez známek zarudnutí. Přepíchnuta portová jehla, dle standardu oddělení. Proveden každodenní záznam do portové karty.

**28. 1. 2012, 29. 1. 2012, 30. 1. 2012** – Místo vpichu bez známek infekce, pravidelný převaz po hygieně. Poslední den pacientka již bez medikace, před odchodem do domácího prostředí, aplikována Heparinová zátka dle portového průkazu 0,6ml, kde byl proveden zápis sestrou specialístkou, která port uzavřela a vytáhla jehlu z portu.

**Hodnocení:**

Pacientka po celou dobu hospitalizace měla místo vpichu portové jehly bez známek infekce. Denně převazováno, vždy po hygieně. Třetí den přepíchnuta portová jehla dle standardu oddělení. Před propuštěním pacientky jehla vytažena, aplikován Heparinová zátka dle portového průkazu a pacientka i rodina edukováni o následné péči o kůži. **Cíl splněn.**

## 15 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Pacientka přišla dne 25. 2. 2012 s průjmy, bolestmi, velmi dehydratovaná a hypotenzní. Objektivně bez vlasů, v doprovodu maminky. I-hned po napíchnutí portové jehly vyškolenou sestrou, vyřešen iontový rozvrat podáním fyziologického roztoku s minerály, nasazením antibiotické léčby intravenózní cestou. Pacientka se stabilizovala do 2 dne, po podání dvou jednotek deleukotizované erymasy. Ten samý den problémy s usínáním podána tableta na spaní – s efektem. Antibiotická léčba byla podávána i perorálně, včetně chronické medikace pacientky. Průjmy ustály čtvrtý den, pacientka edukována nutriční terapeutkou, fyzioterapeutem o úlevových polohách a všeobecnou sestrou o léčebném režimu. Čtvrtý den se cítila dobře, komunikovala, byla aktivní velmi společenská. I přesto že je ateistka, promluvila si s nemocniční kaplankou.

Byly ji doporučeny pokrývky hlavy, jako šátky, popř. paruka, podán edukační materiál a brožury. Komunikace s maminkou i pacientkou probíhala na pokoji, nebyla ničím rušena. Nechali jsme prostor pro otázky. Pacientka zhodnotila, že lepší budou šátky, byla nadšená. Pátý den pacientka normosaturovaná, afebrilní, normotenzní, cítí se v pořádku, lékařem medikace exována, ponechána pouze chronická medikace se kterou pacientka následně odchází do domácí péče v doprovodu rodičů.

Pacientka má příznivou prognózu, její stav se výrazně zlepšil, bohužel i komplikace patří k léčbě zhoubného onemocnění. Dle dalšího ambulantního docházení, podstoupila ozařování s následnou PET-CT kontrolou.

## 16 Doporučení pro praxi

Tato práce je výstupním materiálem, pro návrh ošetrovatelské péče u pacientů s onemocněním Hodgkinovým lymfomem.

Doporučení pro pacienta:

- Nošení pokrývky hlavy, jako šátky, popř. paruka
- Dodržovat pravidelný denní režim
- Dodržovat dietní opatření
- Dbát na osobní hygienu
- Stýkat se s nejbližším okolím (přáteli, rodinou)
- Vyhýbat se místům s velkým počtem lidí (městská doprava, hypermarkety)
- Pravidelná fyzická aktivita
- Nepodceňovat svůj zdravotní stav, dodržování medikace

Doporučení pro rodinu:

- Pozitivně motivovat, plánovat společné aktivity
- Sleduj změny v oblasti chování pro předejití deprese a stavům úzkosti
- Nereagovat přehnaně starostlivě – nechat pocit svobody
- Pomocť v rámci možností, nevnučovat svůj názor
- Vždy být nablízku, udržet rodinné zázemí

#### Doporučení pro zdravotnický management:

- Nutriční terapeut navrhne edukační materiál pro pacienty s tímto onemocněním zaměřený na dietní opatření při léčbě
- Vrchní sestra navrhne společné schůzky pro pacienty s tímto onemocněním
- Zdravotnický personál se představí při prvním kontaktu, včetně pracovního zařazení
- Před jakýmkoliv výkonem u pacienta (včetně stlaní lůžka, zavedením periferní kanyly, podání léku) vždy dostatečně objasni situaci
- Zdravotnický personál vždy zachází vlídně, respektuje přání a potřeby pacienta
- Zdravotnický personál ponechá prostor na dotazy pacienta
- Zdravotnický personál umožní návštěvy nejbližšímu okolí
- Pozitivně motivuj a i při sebemenší maličkosti pacienta pochval
- Zdravotnický personál reaguje na tělesné změny pacienta okamžitě, spolupracuje s lékařem, řídí se plánem ošetrovatelské péče

## ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo navrhnout ošetrovatelský proces u pacienta na hematoonkologickém oddělení s onemocněním Hodgkinův lymfom. Teoretická část popisuje onemocnění v začátcích, jeho vyšetřovací metody, je to podrobné ucelení z mnoha odborných knih, předních onkologických lékařů a sester. Zakončeno specifiky péče o onkologické pacienty jako je komunikace, aplikace chemoterapie a přístup k těmto pacientům. Celá praktická část je zaměřená na pacientku s tímto onemocněním, popisuje vstupní vyšetření při jejím příjmu. Krevní rozbor z prvního hospitalizačního dne. Infuzní terapii, perorální a antibiotickou medikaci v průběhu 5 dnů. Model Marjory Gordonové nám poskytl výstupní body pro určení ošetrovatelských diagnóz. Pacientka byla velmi pozorná a důsledně dodržovala veškerá doporučení zdravotnického personálu. Vzhledem k jejímu mladistvému věku, je plná životní síly, má velkou podporu rodiny a to je velmi důležité. Celý tým z Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, I. Interní kliniky hematoonkologie ji věnoval veškerou profesionální, odbornou péči.

Společně jsme sestavili ošetrovatelský plán a podle něj se dopracovali ke zdárnému vyléčení za pomoci celého ošetrovatelského týmu.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAM, Z. aj. 2008. *Hematologie Přehled maligních hematologických nemocí*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-2502-4.

ADAM, Zdeněk.; VORLÍČEK, Jiří. 2001. *Hematologie II: Přehled maligním hematologických nemocí*. Praha : Grada Publishing, 2001. 680 s. ISBN 80-247-0116-2.

BELADA, David; TRNĚNÝ, Marek. 2011. *Diagnostické a léčebné postupy u nemocných s maligními lymfomy IV*. Hradec Králové : HK CREDIT s.r.o, 2011. 138 s. ISBN 978-80-86780-48-1.

BOROŇOVÁ, Jana. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Praha : Mauera, s.r.o., 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.

DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry: Druhé, přepracované a rozšířené vydání*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.

HAŠKOVÁ, Libuše. 2005. Akutní reakce na kůži po ozáření a jejich ošetřování. In *Onkologická péče*, 2005, roč. IX, č. 3, s. 10-11. ISSN 1224-5602.

HRSKOVÁ, Dana. 2004. *Psychoterapeutická podpora personálu na onkologickém oddělení*. In *Onkologická péče*. 2004, roč. VIII, č.3 ,s. 22-23. ISSN 1214-5602.

CHOCENSKÁ, E.; MÓCIKOVÁ, H.; DĚDEČKOVÁ, K. 2009. *Průvodce pacienta onkologickou léčbou*. Praha : Forsapi. 2009. 123 s. ISBN 978-80-87250-02-0.

KLENER, Pavel. 2002. *Klinická onkologie*. Praha : Galén, 2002. 686 s. ISBN 80-7262-151-3.

KLENER, P. aj. 2006. *Vnitřní lékařství: třetí, přepracované a doplněné vydání*. Praha : Galén, 2006. 1158 s. ISBN 80-7262-430-X.

MÁLEK, J. aj. 2011. *Praktická anesteziologie*. Praha : Grada Publishing, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3642-6.

NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací: text pro posluchače zdravotnických studijních oborů*. Plzeň : Maurea s.r.o., 2011. 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6.

PAVLÍKOVÁ, Stanislava. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha : Grada Publishing, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.

Onkologie/Hematologie. 2008. *Breviř*. Praha : Medical Tribune CZ., 2008. ISBN 978-80-87135-08-2.

SPURNÝ, Vojtěch. 2005. Chemoradioterapie. In *Onkologická péče*, 2005, roč. IX, č. 3, s. 10-11. ISSN 1224-5602.

STARNOVSKÁ, Tamara. 2007. *Výživa při nádorovém onemocnění*. Praha : Nutricia, 2007. 40 s. ISBN 978-80-239-9055-3.

VOKURKA, S. aj. 2005. *Ošetrovatelské problémy a základy hemoterapie*. Praha : Galén, 2005. 140 s. ISBN 80-7262-299-4.

VORLÍČEK, J. aj. 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha : Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.

VAKKALANKA B, aj. Neutropenia and Neutropenic Complications in ABVD Chemotherapy for Hodgkin Lymphoma. *Adv Hematol*. 2011;2011:656013. Epub 2011 May 2.

ZACHAROVÁ, E. 2011. Psychosociální aspekty při ošetrování onkologického pacienta. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2011, roč. 21, č. 5, s. 19-20.

Seznam literatury je zpracován dle normy ISO 690: 2.

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Buňky Reedové-Sternberga v histologickém obrazu

Příloha B Buňky Reedové-Sternberga v cytologickém obrazu

Příloha C Periferní žilní kanyla

Příloha D Centrální žilní kanyla

Příloha E Port

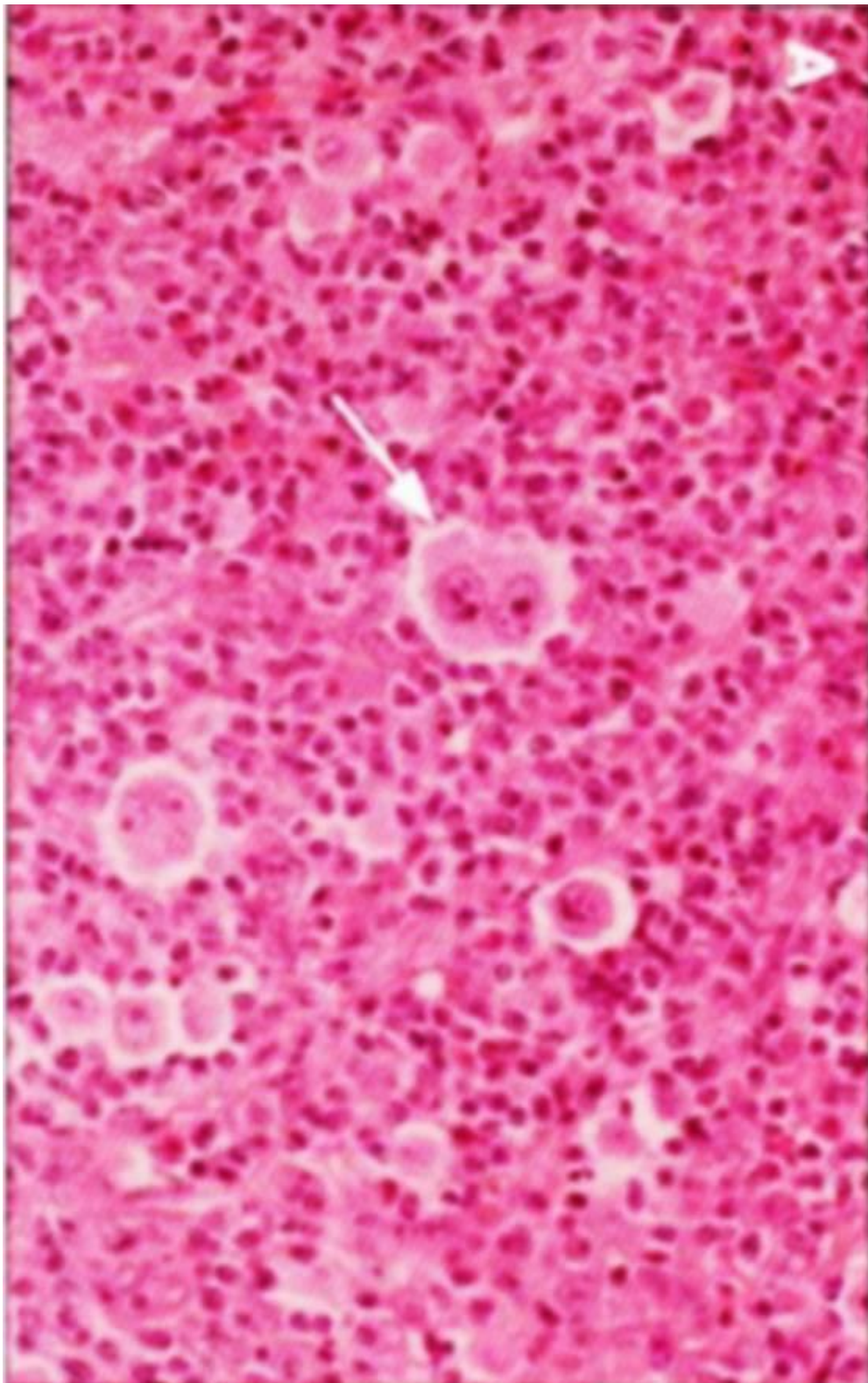
Příloha F Barthelův test denních činností

Příloha G Body mass index

Příloha H Nortonová stupnice rizika dekubitů

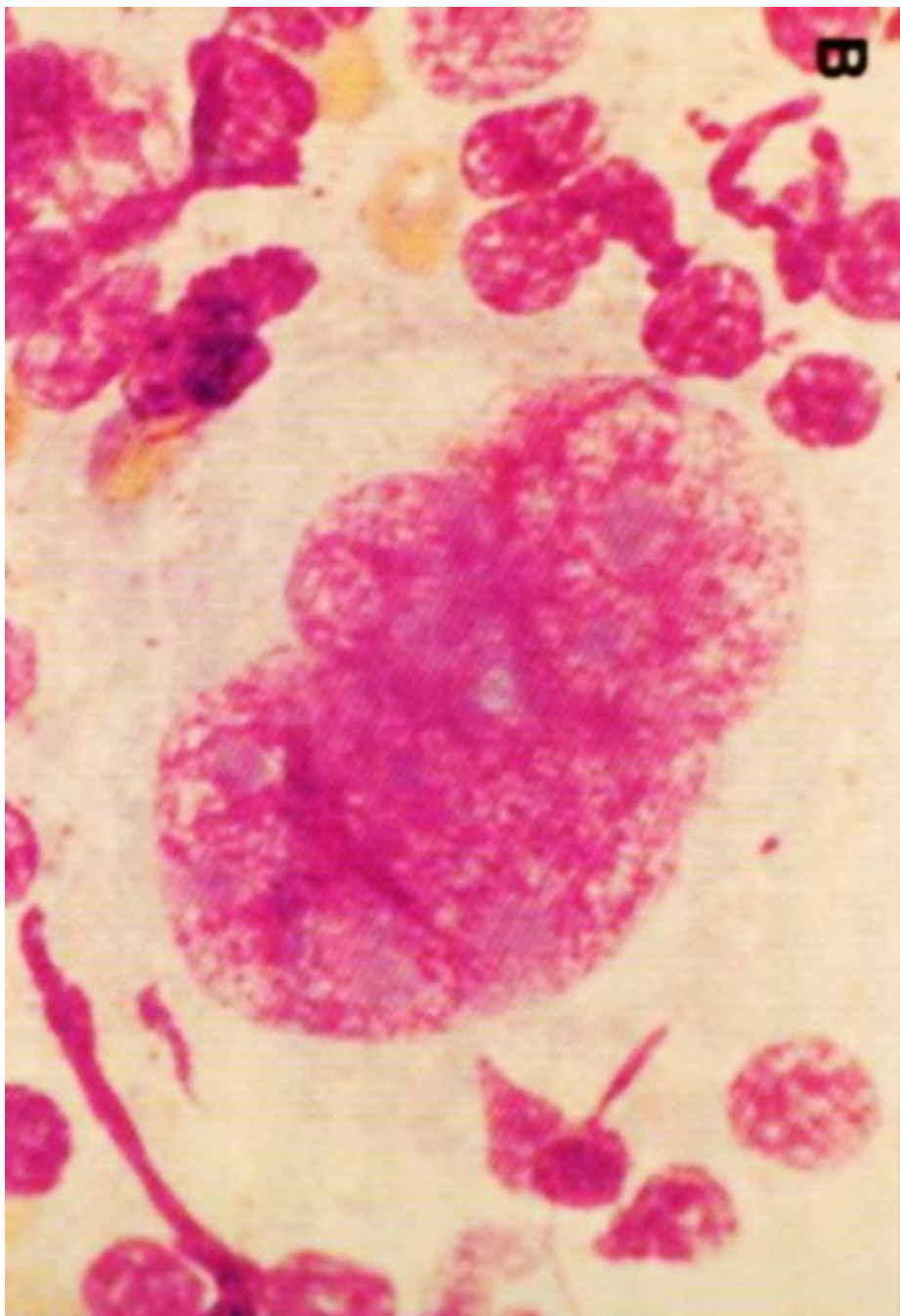
Příloha Ch Hodnocení bolesti na stupnici NRS

Příloha A Buňky Reedové-Sternberga v histologickém obraze



*(Fotografie z knihy KLENER et. al., Vnitřní lékařství, třetí přepracované vydání, 2006)*

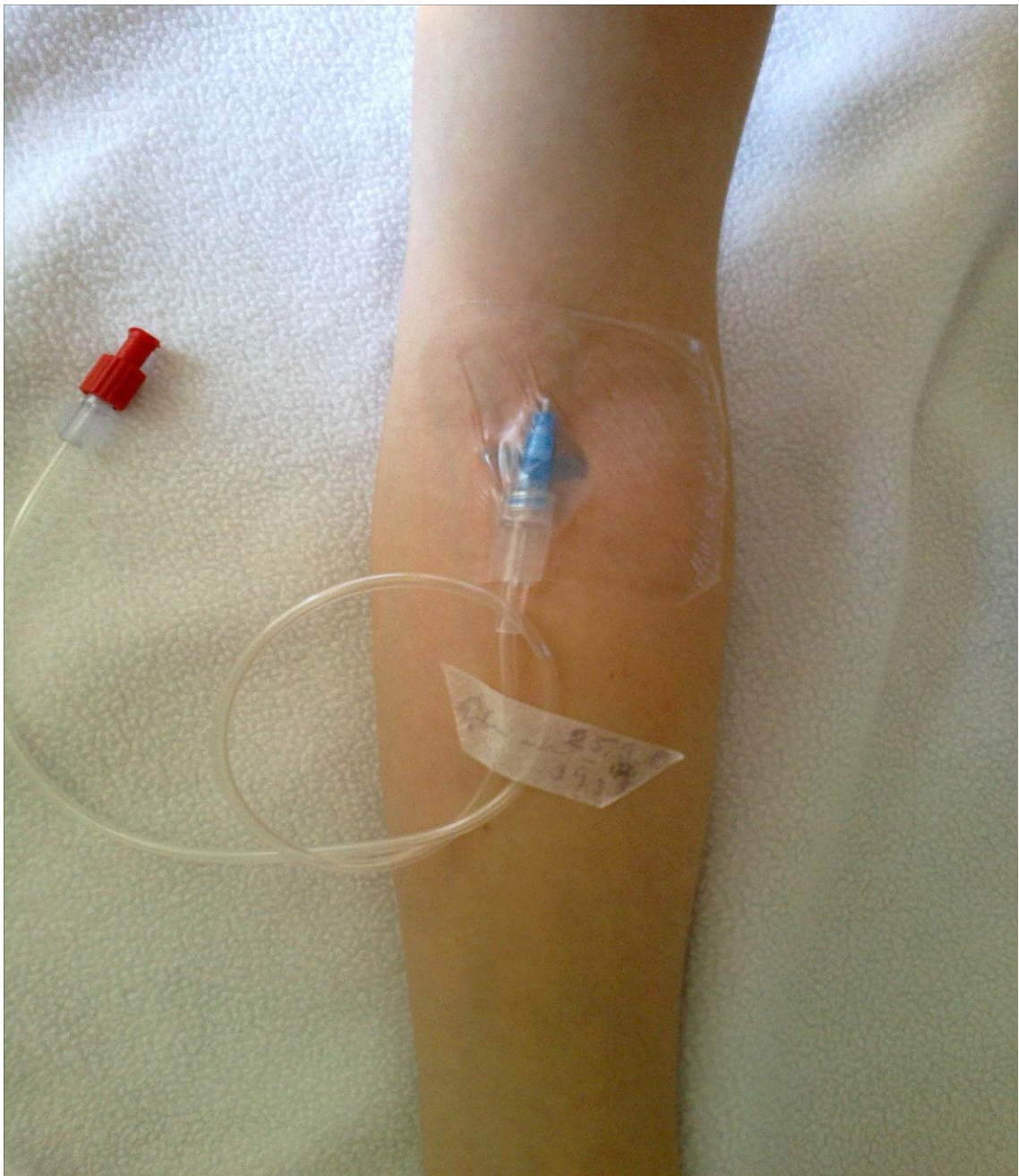
Příloha B Buňky Reedové-Sternberga v cytologickém obraze



*(Fotografie z knihy KLENER e. al., Vnitřní lékařství, třetí přepracované vydání, 2006)*



Příloha C Periferní žilní kanyla



*(Vyfoceno se souhlasem pacienta, pacient si nepřál být zveřejněn.)*

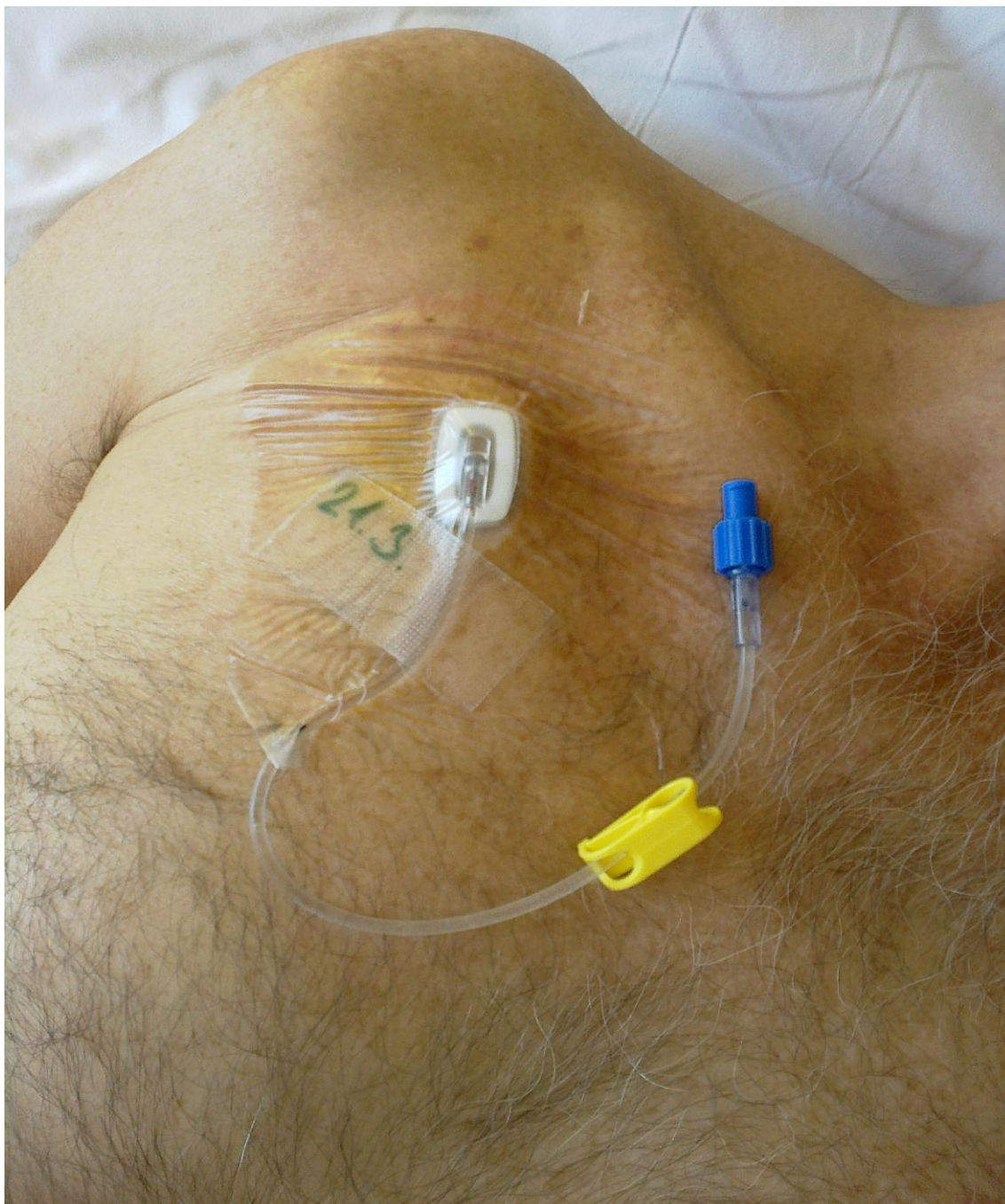
Příloha D Centrální žilní kanyla



*(Vyfoceno se souhlasem pacienta, pacient si nepřál být zveřejněn.)*



Příloha E Port



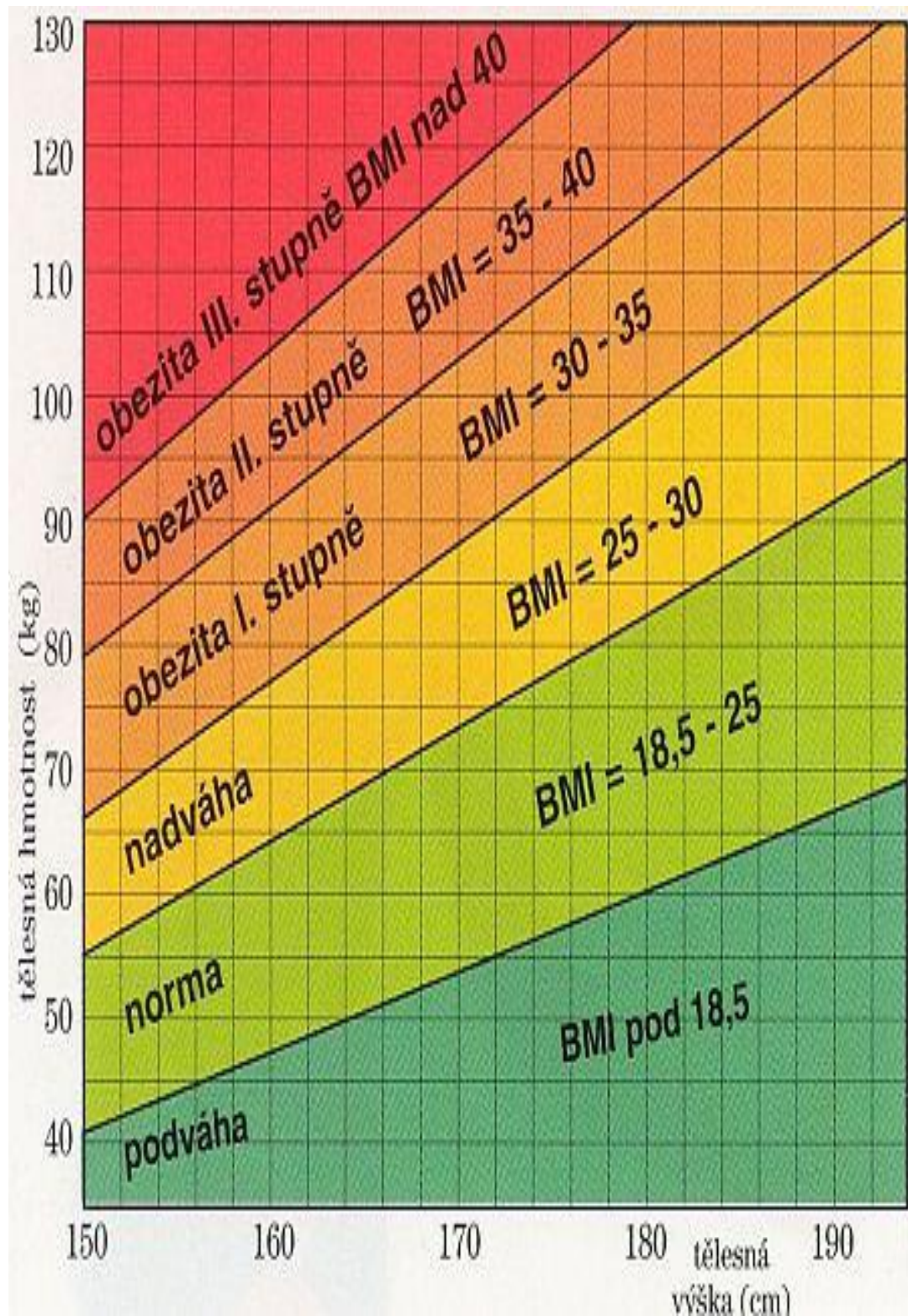
*(Vyfoceno se souhlasem pacienta, pacient si nepřál být zveřejněn.)*



## Příloha F Barthelův test denních činností

Najezení, napití	samostatně bez pomoci	10	10
	s pomoci	5	5
	neprovede	0	0
Oblékání	samostatně bez pomoci	10	10
	s pomoci	5	5
	neprovede	0	0
Koupání	samostatně, s pomoci	5	5
	neprovede	0	0
Osobní hygiena	samostatně, s pomoci	5	5
	neprovede	0	0
Kontinence moči	plně kontinentní	10	10
	občas kontinentní	5	5
	trvale kontinentní	0	0
Kontinence stolice	plně kontinentní	10	10
	občas kontinentní	5	5
	trvale kontinentní	0	0
Přesun na lůžko, židli	samostatně bez pomoci	15	15
	s malou pomoci	10	10
	vydrží sedět	5	5
	neprovede	0	0
Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15	15
	s pomoci 50 m	10	10
	na vozíku	5	5
	neprovede	0	0
Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10	10
	s pomoci	5	5
	neprovede	0	0
Hodnocení rizika	0 nezávislý 100-96 b	doma	nyni
	1 lehká závislost 95-65 b		
	2 střední závislost 60-45 b		
	3 vysoce závislý 40- 0 b		

Příloha G Body mass index



## Příloha H Nortonová stupnice rizika dekubitů

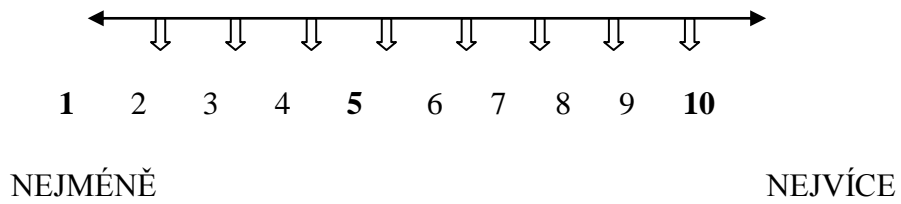
Pomocí rozšířené Nortonové stupnice se cíleněji zachytí důvody pro nebezpečí vzniku proleženin. Riziko vzniku proleženin vzniká při > 25bodech součtem z každé oblasti

Ocnota ke spolupráci/ motivaci	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění (podle stupně projevu)	Tělesný stav	Duševní stav	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
Prá 4	< 4	normální	žádné	dobrý	v pořádku	chodí bez pomoci	plná	žádná
Mála 3	< 30	šupinatá, suchá	lehká forma	obstojný	apatický, bez účasti	chodí s pomocí	trochu omezená	někdy 3
Částečná 2	< 60	vlhká	sředně těžká forma	špatný	pomalý	potřebuje inval. vozík	velmi omezená	většinou 2
Žádná 1	> 60	rány/ alergie, popáskaná (podle stupně projevu)	těžká forma	velmi špatný	Bezvědomí	ležící na lůžku	plně omezená	moc a stolice 1

## Příloha Ch Hodnocení bolesti na stupnici NRS

Nejjednodušší škálování bolesti, kdy 1 máme za nejméně a 10 za nejvíce. Lokalizaci určíme pomocí figurek.

Číselná hodnotící škála = NRS (numerical rating scale)



LOKALIZACE BOLESTI:

