Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTKY S KAVERNÓZNÍM HEMANGIOMEM

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

DANĚK LUKÁŠ

Praha 2014

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

KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTKY S KAVERNÓZNÍM HEMANGIOMEM

Bakalářská práce

DANĚK LUKÁŠ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová RS, RM

Praha 2014

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

Daněk Lukáš
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 25. 9. 2013 Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetřovatelská péče u pacientky s kavernozním hemangiomem

Comprehensive Nursing Care for Patients with Cavernous Hemangioma

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 25. 9. 2013

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem získal podklady pro zpracování praktické části bakalářské práce s názvem Komplexní ošetřovatelská péče u pacientky s kavernózním hemangiomem v průběhu praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické o. p. s., Duškova 7, Praha 5. Bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně a všechny zdroje literatury jsem uvedl v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne: *Podpis*

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych rád poděkoval vedoucí bakalářské práce paní PhDr. Ivaně Jahodové, která mi i přes svou časovou vytíženost věnovala maximum úsilí, cenných rad a připomínek při konzultacích při tvorbě této práce. Dále bych chtěl poděkovat Nemocnici v Říčanech za svolení nahlédnout do dokumentace pacientky a ošetřovatelských standardů. Děkuji také celému týmu interního oddělení jmenované nemocnice pod vedením pana prim. MUDr. Kykala.

ABSTRAKT

DANĚK, Lukáš. *Komplexní ošetřovatelská péče u pacientky s kavernozním hemangiomem.* Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, Praha 2014. 69 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je komplexní ošetřovatelská péče u pacientky s kavernózním hemangiomem. Teoretická část práce zahrnuje patofyziiologii lidského těla postiženého kavernózním hemangiomem, diagnostiku onemocnění, seznámení s problematikou onemocnění, s komplikacemi a léčbou. Stěžejní částí praktické části bakalářské práce je rozsáhlá kazuistika pacientky s kavernózním hemangiomem, který postihuje celou pravou horní končetinu a komplexně celý organismus. Ošetřovatelský proces byla zpracováván na interním oddělení. Vypracovali jsme komplexní ošetřovatelský proces obecný, který je dostupný na internetových stránkách Vysoké školy zdravotnické. Cílem bakalářské práce je poukázat a přispět k lepší informovanosti o této nemoci pro sestry a zmapovat medicínskou a zejména ošetřovatelskou problematiku.

Klíčová slova
Hemangiom. Komplexní ošetřovatelská péče. Ošetřovatelský proces. Pacientka.

ABSTRACT

DANĚK, Lukas. *Comprehensive Nursing Care for Patients with Cavernous Hemangioma.* Medical College. Degree: Bachelor (Bc). Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová, Prague 2014, 69 pages.

The main subject matter is comprehensive nursing care for patients with cavernous hemangioma. The theoretical part includes the pathophysiology of the human body affected by cavernous hemangioma, diagnosis, familiar with the issues of disease, its complications and treatment. The main part of my bachelor thesis contains an extensive casuistry about a female patient with cavernous hemangiomas which affect the entire right hand including whole organism. The casuistry was prepared in the internal medicine department. The aim of my work is to refer and contribute to better awareness of the disease and to map the medical and nursing issues.

Key words:

Hemangioma, Comprehensive Nursing care, Nursing Process, Female Patient.

OBSAH

ÚVOD 14

1 CÉVNÍ MALFORMACE A HEMANGIOMY 15

1.1 DĚLENÍ CÉVNÍCH MALFORMACÍ 15

1.1.1 HEMANGIOMY 16

1.1.2 MERRITTOVÉ-KASABACHŮV SYNDROM 17

1.1.3 ŽILNÍ MALFORMACE 17

1.1.4 AV ZKRATOVÉ MALFORMACE 18

1.1.5 KLIPPELŮV-TRENAUNAYŮV SYNDROMU (KTS) 18

1.1.6 KLIPPELŮV-TRENAUNAYŮV-WEBERŮV SYNDROM 19

1.1.7 MAFFUCCIHO SYNDROM 19

1.1.8 BEANŮV SYNDROM 19

1.1.9 STURGEŮV-WEBERŮV-KRABBEŮV SYNDROM 20

1.1.10 OSLERŮV-WEBERŮV-RENDUŮV SYNDROM 20

1.2 VÝSKYT ONEMOCNĚNÍ 20

1.3 PŘÍČINY VZNIKU 20

1.4 LOKALIZACE 21

1.5 PŘÍZNAKY A PROJEVY ONEMOCNĚNÍ 21

1.6 KOMPLIKACE 21

1.6.1 TROMBOCYTOPENIE A KOAGULOPATIE 22

1.7 KLASIFIKACE A DIAGNOSTIKA 22

1.7.1 ANAMNÉZA 23

1.7.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ 23

1.7.3 ZOBRAZOVACÍ VYŠETŘENÍ 23

1.7.4 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ 25

1.7.5 HISTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ 25

1.8 TERAPIE 25

1.8.1 KONZERVATIVNÍ TERAPIE 25

1.8.2 RADIAČNÍ TERAPIE 26

1.8.3 CHIRURGICKÁ TERAPIE 26

1.9 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE 27
1.9.1 BIOLOGICKÉ POTŘEBY PACIENTŮ PŘI HOSPITALIZACI 28
1.9.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY 29
2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACINETKY S KAVERNOZNÍM HEMANGIOMEM 30
2.1 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 28. 7. 2013 34
2.2 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT 43
2.3 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 28.7.2013 50
2.4 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE TAXONOMIE II. NANDA INTERNATIONAL 2012-2014 51
2.5 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE 61
2.6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI 61
ZÁVĚR 64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 65
PŘÍLOHY

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

A-Feto	Alfa-fetoprotein
Alb	albumin
Amp.	ampule
aPTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
AV	arterio-venózní
B+C	bakteriologie a citlivost
CA-125	nádorový marker
CA-15-3	nádorový marker
CA-19-9	nádorový marker
CB	celková bílkovina
CEA	karcinoembryonální antigen
Cl	chloridový anion
CRP	C reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
CTA	počítačová tomografie + angiografie
DIC	diseminovaná intravaskulární koagulace
DK	dolních končetin
Ery	červené krvinky
FT4	volný tyroxin
Gluk	hladina cukru v krvi
HAK	hormonální antikoncepce
Hb	hemoglobin
HBV	hepatitida B
HCV	hepatitida C
IM	infarkt myokardu
INR	angl. zkr. International normalization ratio
ISSVA	The International Society for the Study of Vascular Anomalies
K	kálium (draslík)

KM	kyselina močová
KO	krevní obraz
Krea	kreatinin
KTS	Klippelův-Trenaunayův syndrom
LDH	vysokodenzitní lipoprotein
Leuko	leukocyty
LMWH	nízkomolekulární heparin
LTV	léčebná tělesná výchova
M+S	moč +sediment
MCH	střední hmotnost hemoglobinu v erytrocytech
MCV	střední objem erytrocytu
MR	magnetická rezonance
Na	sodík
Pg	prostoglandin
PHK	pravá horní končetina
PMK	permanentní močový katetr
PNC	penicilin
QUICK	Quickův test
RTG	rentgen
S+P	srdce+plíce
Sec	sekunda
TH	thorakální, hrudní
Thr	threonin
TSH	tyreotropní hormon
TU	tumor
UPT	umělé přerušení těhotenství
Urea	močovina
USG	ultrasonografie

(ŠAFRÁNKOVÁ, 2006), (HERDMAN, 2010).

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abúzus – nadměrné užívání, zneužívání

Aneurysma – výduť, trvalé vyklenutí

Arterie – tepna

Ascendentní – vzestupný, stoupající

Benigní – nezhoubný

Descendentní – sestupný, klesající

Dilatace – roztažení, rozšíření

Enchondrom – nezhoubný nádor kostní chrupavky

Hyperplazie – zvětšení orgánu, či jeho části

Kavernózní – dutinový

Koagulopatie – nemoc charakterizovaná zvýšenou krvácivostí

Kraniální – lebeční, horní

Kraniofaciální – kranio- týkající se lebky, faciální- týkající se obličeje

Kyfoplastika – metoda léčby osteoporotických zlomenin

Malformace – vrozená vývojová vada

Malnutrice – podvýživa

Megakaryocyt – buňka kostní dřeně

Menarché – první menstruační krvácení

Nomenklatura – názvosloví

Oligofrenie – slabomyslnost

Orofaryngeální – týkající se úst a hltanu

Paréza – částečná obrna

Plegie – úplná neschopnost volného pohybu, ochrnutí

Proliferace – bujení, novotvoření

Trombocytopenie – nedostatek krevních destiček

Vertebroplastika – miniinvazivní operační řečení osteoporotických zlomenin páteře

Viscerální – útrobní

Vitiligo – lat. bílá skvrna na kůži

(VOKURKA, 2004)

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 RTG srdce a plíce (1.)

Obrázek 2 RTG srdce a plíce (2.)

Obrázek 3 Kavernózní hemangiom obratle (1.)

Obrázek 4 Kavernózní hemangiom obratle (2.)

Tabulka 1 Indikace k odstranění hemangiomu

Tabulka 2 Identifikační údaje pacienta

Tabulka 3 Fyzikální vyšetření sestrou

Tabulka 4 Léková anamnéza

Tabulka 5 Gynekologická anamnéza

Tabulka 6 Laboratorní vyšetření z období 22.7.2013 – 28.7.2013

Tabulka 7 Test instrumentálních všedních činností podle Lawsona a Bodyho ze dne 28.7.2013

ÚVOD

Problematika cévních malformací je i přes nedostatek informačních zdrojů a publikací, velice rozsáhlé téma o onemocnění, které postihuje až 1,2-1,5 % lidské populace. Při množství lidí na planetě Zemi se to zdá jako zanedbatelné číslo, ale při prostém přepočtu zjistíme, že postihuje téměř 107 000 000 lidí. Původ onemocnění není známý, postihuje více ženy než muže. V dětském věku se objevují časně a poté pomalu involují. U vrozených cévních malformací, které se u lidí objevují sporadicky, bez rodinné zátěže se mohou projevit další komplikace spojené s tímto onemocnění cévního systému: např. rozvoj diseminované intravaskulární koagulopatie (DIC), srdeční selhání či předčasné úmrtí. Pokud se vrátíme do historie, zjistíme, že léčba těchto onemocnění je relativně "mladá". Teprve v roce 1982 byla sestavena 1. funkční klasifikace onemocnění. Od té doby samozřejmě došlo k pokroku v medicíně i technologických možnostech lidstva a jsme nyní schopni lépe diagnostikovat a léčit toto onemocnění.

Pro vypracování bakálářské práce jsme si vybrali pacientku, která byla hospitalizována na interním oddělení s diagnózou rozsáhlé hemangiomatózy. Toto onemocnění v dospělém věku člověka není příliš časté.

Tato práce si klade za cíl zvolení vhodného modelu k posouzení dle Taxonomie II NANDA International 2012-2014 a definování ošetřovatelské péče o pacienty s tímto onemocněním.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě hlavní části. Část teoretickou, která přibližuje problematiku onemocnění a část praktickou kde je zvolen model ošetřovatelské péče obecného ošetřovatelského procesu. Byly stanoveny ošetřovatelské diagnózy dle Taxonomie II NANDA International 2012-2014 a vypracován plán ošetřovatelské péče, realizace, vyhodnocení a celkové zhodnocení práce.

Práce bude nápomocna dalším zdravotnickým pracovníkům.

1 CÉVNÍ MALFORMACE A HEMANGIOMY

Cévní malformace jsou skupinou onemocnění, převážně vrozených, která se projevují patologickými spoji mezi artériemi a vénami. Většinou jde o kumulace abnormálně propojeného tepenného a žilního systému, kdy nedochází k výměně krevních plynů a zásobování tkání kyslíkem, ale dojde přímo ke komunikaci mezi tepnou a žílou bez normálně anatomicko funkční výměny živin. V důsledku toho vzniká vysoký průtok krve dutinou komunikace a k následnému vyklenutí "růstu" cévní anomálie, což může vést až k protržení žilní stěny s následným krvácením. Jelikož se jedná spíše o vrozené vývojové vady ke kterým dochází v období 4.-10.týdne embryonálního vývoje, upouští se v poslední době od teorie dědičné dispozice tohoto onemocnění. I přestože je toto onemocnění spíše záležitostí dětského věku, může se objevit i u dospělých pacientů, z důvodu "nevymizení". V těchto případech dochází spíše k náhodnému diagnostikování, například z důvodu bolestí zad, kdy se prokáže klinicky na MR či CT jako původce obtíží s hrozbou útlaku míšního kanálu, s následnou možnou parézou až plegií.

Častou lokalizací těchto anomálií jsou až v polovině případů hlava a krk a v 20-25 % končetiny. Mohou se však objevit kdekoliv v lidském těle. K léčbě a diagnostice se přistupuje multidisciplinárně z důvodu možných rozsáhlých orgánových změn a lokalizací. V léčbě se využívá farmokologické, radiační a chirurgické terapie (HERMAN, 2011).

1.1 DĚLENÍ CÉVNÍCH MALFORMACÍ

„Názvosloví užívané pro cévní anomálie bylo dlouho chaotické s nejednotnou nomenklaturou a chybějícím klasifikačním systémem. Lékaři popisovali různé cévní anomálie charakterizované postižením kůže, měkkých tkání, krevních a lymfatických cév. Pro omezené diagnostické možnosti v minulosti často unikala anatomická a patofyziologická podstata těchto onemocnění, a proto byly opisovány a klasifikovány pouze na základě klinického nálezu a označovány jmény lékařů, kteří je popsali" (HERMAN, 2011, s.229).

1.1.1 HEMANGIOMY

Nejedná se o pravé cévní nádory, ale o cévnaté benigní nádory dětského věku. Pomocí histologického vyšetření zjišťujeme míru hyperplazie endotelu. Tyto benigní nádory procházejí rychlou proliferační fází. Jejich růst je rychlý až převyšující růstový vývoj dítěte. Po této proliferační fázi přichází fáze involuce, kdy dochází k pomalému resorbování. Jedná se o velmi dobře ohraničené cévní nádory, které převážně najdeme na horní polovině těla. Až v polovině případů na hlavě a krku. Jejich lokalizace však není pouze místní, v mnoha případech se mohou objevovat současně i v jiných orgánových soustavách. Nebezpečnými hodnotíme tzv. kraniofaciální a orofaryngeální hemangiomy. Tyto dva typy jsou úzce spojené s poruchami příjmu potravy a obstrukcí dýchacích cest. U pacientů s kavernózními hemangiomy se setkáváme s rozvojem koagulopatií a trombocytopénií, kdy v hemangiomech dochází k trombóze. Viscerální hemangiomy mohou být příčinou srdečního selhávání z důvodu městnání krve. Kožní hemangiomy jsou zdrojem masivních krvácení, která se dají řešit lokální terapií, ale musí být většinou dořešena chirurgickou intervencí. K léčbě se přistupuje pouze u velmi komplikovaných hemangiomů.

V počáteční fázi léčby se přistupuje k miniinvazivním metodám a farmakoterapii. Samostatnou kapitolou jsou obratlové a kraniální hemangiomy. Tyto hemangiomy se vyskyují především ve vyšším věku než ostatní typy a postihují více ženy než muže. Obratlové hemangiomy mohou být lokalizovány na všech oblastech páteře, ale nejvíce v oblasti hrudní a bederní. Mohou být buď kapilární nebo kavernózní. Jsou tvořeny velkými dutinami, které jsou zásobovány krví z intercostálních a lumbálních artérií. Postupným zvětšováním může dojít k utlačení páteřního kanálu a následným bolestem v místě útlaku až k paréze či plegii příslušného oddílu. Protože jejich průběh je ve většině případů asymptomatický, bývají diagnostikovány náhodně, většinou při probíhajícím CT či MR vyšetření páteře indikovaných z důvodu axiálních bolestí či z důvodu neurologického deficitu.

Léčba je většinou chirurgická resekce a páteřní stabilizace. Avšak jde o velice obtížnou proceduru neboť může dojít k profuznímu krvácení (HERMAN, 2011). Radiační terapie se hodí spíše pro léčbu radiosenzitivnějších nádorů. Injekce etanolu

intralezionálním přístupem může způsobit nekrózu a následnou patologickou frakturu obratlového těla. V nových možnostech léčby se spíše používá vertebroplastika a balonová kyfoplastika. Cílem léčby je zajistit co nejlepší dekompresi nervové tkáně a stabilizovat páteř (HERMAN, 2011).

1.1.2 MERRITTOVÉ-KASABACHŮV SYNDROM

Autozomálně dědičné onemocnění patřící do skupiny kavernózních hemangiomů, vyznačující se trombocytopenickou purpurou. V krevních vyšetřeních se často prokáže trombocytopenie až anemie. Dochází ke zmnožení megakaryocytů v kostní dřeni, které však nedokáží „dozrát". Projevuje se rozsáhlým krvácením do sliznic a kůže. Klinickým projevem je tvorba ohraničených hmatných purpur s petechiemi. Léčba probíhá podáváním transfuzních přípravků, trvalou monitorací KO, INR, QUICK, aPTT. Podáváním LMWH v malých pravidelných dávkách a podáváním steroidů. U život ohrožujících hemangiomů se provádí plazmaferéza nebo chemoterapie (HERMAN, 2011).

1.1.3 ŽILNÍ MALFORMACE

Řadíme do skupiny vývojových anomálií, kdy mluvíme o skupině vrozených cévních malformací. Postihují především oblast končetin. Jde o změny v uložení žil a počtu žil, žilních chlopní a o nedostatečný vývoj žilního systému nebo jeho patologické utváření během ontogeneze. Postihují většinou kůži, svaly, kosti a klouby. Jsou spojené ve většině případů z kostními abnormalitami. Projevují se buď izolovaně nebo arteriovenózním zkratem.

Mezi malformace řadíme:

- Ageneze – chybění žíly nebo její části, již na základě embryonálního vývoje.
- Aplazie – špatný vývoj žilního segmentu, kdy je zachován embryonální vývoj.
- Hypoplazie –nedostatečně vyvinutý žilní segment až o 50 % oproti normě.
- Dysplazie – postižená žíla se liší velikostí a strukturou.
- Žilní aneurysma – místní dilatace žilní oblasti oproti normě,alespoň o 50 %.
- Atrofie – zmenšení žilního průsvitu v důsledku degenerativního procesu.

- Venodilatace – může být vrozená či získaná.
- Duplikace „zdvojení" žíly – je většinou plně funkční.

Nízkoprůtokové žilní malformace jsou přítomné již při vývoji a v novorozeneckém věku člověka avšak projevit se mohou až později. Jedná se o měkké namodralé malformace, které narozdíl od hemangiomů neprocházejí rychlým vývojem a neinvolují. Symptomatologicky se projevují dle lokalizace, v pánevní oblasti mohou utlačovat močové a pohlavní ústrojí a může dojít k vnitřnímu krvácení a sexuální dysfunkci. Léčba spočívá v přesné diagnostice a zjištění anatomického postižení dané oblasti žilního segmentu. První metodou léčby je komprese kdy se snižuje otok a zabrání se rozvoji chronických komplikací (HERMAN, 2011).

1.1.4 AV ZKRATOVÉ MALFORMACE

V případě těchto malformací dochází k přímé komunikaci mezi tepenným a žilním řečištěm a k ignoraci kapilární sítě cév. Rozlišují se tři skupiny těchto malformací:

- Kmenové – většinou jsou lokalizované na horních končetinách a postihují i sousední cévy
- Difuzní – jsou lokalizované na dolních končetinách, kdy je přítomen velký shluk arteriovenózních spojek.
- Lokalizované (fokální) – jsou utvořeny ze zmnožených cévních svazků a většinou jsou lokalizovány na kůži, tyto malformace jsou velice destruktivní a rychle rostou, klinickými projevy jsou masivní krvácení a riziko zvýšení srdečního výdeje, které může vést až k srdečnímu selhání. Léčba je většinou zvolena radiační s následnou chirurgickou intervencí, popřípadě sklerotizací (HERMAN, 2011).

1.1.5 KLIPPELŮV-TRENAUNAYŮV SYNDROMU (KTS)

Jedná se o skupinu onemocnění, které řadíme do tzv. skupiny hemolymfatických malformací. Jde o komplexní cévní malformaci, postihující kapiláry,žíly a lymfatické cévy (MUSIL, 2012). Toto onemocnění je poměrně vzácné. Může být lokalizováno na

končetinách a trupu, na hlavě a krku však málo. V laboratorním vyšetření je přítomna zvýšená hladina D-dimerů, fibrinu a bývá prodloužen protrombinový čas. U pacientů s KTS bylo zjištěno, že čím větší malformace je, tím se i současně zvyšuje riziko embolie. Vyšetření spočívá v komplexním klinickém vyšetření, laboratorních a zobrazovacích metodách, kdy jako první je provedeno USG vyšetření dolních končetin či dle lokalizace, kde jsou prokázány aplazie a hypoplazie žilního systému. Léčba u pacientů postižených KTS je založena na konzervativní terapii. Používá se kompresivní bandáž končetiny nebo punčocha II. kompresní skupiny a podávání venofarmak. Při neúspěchu konzervativní terapie se mohou provést chirurgické zákroky, kdy indikací k zákroku jsou varixy či žilní malformace s příznaky chronické žilní insuficience (HERMAN, 2011).

1.1.6 KLIPPELŮV-TRENAUNAYŮV-WEBERŮV SYNDROM

Klinický obraz, vyšetřovací metody a konzervativní terapie jsou stejné jako u předchozího onemocnění. S tím rozdílem, že se jedná o vysoko průtokovou malformaci u kterého důsledkem velkého množství spojek s vysokým krevním průtokem může dojít k srdečnímu selhání(HERMAN, 2011).

1.1.7 MAFFUCCIHO SYNDROM

Vzácná vrozená porucha mezenchymových tkání klinicky se projevující deformitami skeletu, výskytem onchondromů. Na kůži a orgánech jsou diagnostikovány angiomy a vitiligo. V případě Maffucciho syndromu musí být pacient pod pravidelným dohledem, vzhledem k povaze onemocnění je zde až o 20% vyšší riziko vzniku chondrosarkomů(HERMAN, 2011).

1.1.8 BEANŮV SYNDROM

Autozomálně dědičné onemocnění vyskytující se v gastrointestinálním traktu, kde může vyvolat chronické okultní krvácení do trávicího ústrojí (HERMAN, 2011).

1.1.9 STURGEŮV-WEBERŮV-KRABBEŮV SYNDROM

Onemocnění, které je lokalizováno v oblasti první větve trigeminu, mozku a oka. Dochází k útlaku okolní tkáně, což vzhledem k lokalizaci může vést až ke špatnému vývoji mozku, k epileptiformním křečím, oligofrenii a glaukomu (HERMAN, 2011).

1.1.10 OSLERŮV-WEBERŮV-RENDUŮV SYNDROM

Dědičné onemocnění projevující se opakovanými epistaxemi. Diagnosticky je velice důležitá rodinná anamnéza a sledování projevů nemoci. Z miniinvazivních vyšetření se provádí kožní biopsie. Léčba probíhá ve správném diagnostikování lokalizace malformací. Při rozsáhlejších a opakovaných epistaxích je nutná hospitalizace pacienta a podávání krevních derivátů, podáváním hormonální antikoncepce můžeme eliminovat skrytá vnitřní krvácení do trávicího ústrojí. Pro léčbu epistaxí se používá elektrokauterizace a různé druhy tamponád (HERMAN, 2011).

1.2 VÝSKYT ONEMOCNĚNÍ

„Jedná se spíše o postižení dětského věku, kdy postupným vývojem dochází k involuci onemocnění. Prevalence v populaci je přibližně 1,2-1,5 %, kdy přibližně dvě třetiny jsou diagnostikovány jako cévní malformace a čtvrtina je převážně lymfatického původu. Vrozené cévní malformace jsou přítomné již při narození. Postihují obě pohlaví, některé více ženy, jiné více muže. Všechny skupiny těchto onemocnění vznikají nedostatečným vývojem či zastavením cév v embryonálním stadiu" (HERMAN, 2011, s. 219).

1.3 PŘÍČINY VZNIKU

Příčina vzniku cévních malformací je založena na chybném vývoji cévního systému v období embryonálního vývoje plodu mezi 4. a 10. týdnem vývoje, kdy dochází k náhradě a přestavbě cévního systému. Dojde k nevstřebání a zmnožení AV

spojek a k vytvoření hemangiomatózních poruch. Některá onemocnění jsou autozomálně dědičná (HERMAN, 2011).

1.4 LOKALIZACE

Jelikož se jedná o cévní onemocnění, může postihovat kteroukoliv lokalizaci na nebo uvnitř lidského těla. Většina cévních malforací se vyskytuje na trupu, hlavě a krku, končetinách a z malé části na vnitřních orgánech, zde se vyskytují převážně kavernózní hemangiomy. U lymfatických malformací je lokalizace převážně vnitřní či orofaciální oblasti (HERMAN, 2011), (SPETZLER, 2008).

1.5 PŘÍZNAKY A PROJEVY ONEMOCNĚNÍ

Každá ze skupin je velice specifikovatelnou nomenklaturou, která je klasifikována dle mezinárodních směrnic těchto onemocnění a opírá se o včasnou a přesnou diagnostiku. Tato onemocnění jsou diagnostikována již v novorozeneckém věku a je velice důležité správně určit druh malformace a zvolit správné řešení. Příznakově jsou tato onemocnění „tichá", dochází k projevům, které jsou často chybně diagnostikovány jako projev jiných onemocnění, nebo se například při zobrazovacích vyšetřeních náhodně zjistí. Mohou způsobovat abnormální anatomické odchylky, multiorgánová selhání, rozsáhlá krvácení, přestavbu tkání, kostí (PENKA, 2009).

1.6 KOMPLIKACE

Komplikace jsou specifické pro každý typ onemocnění ze skupiny cévních malformací. Může však dojít ke komplikacím, které jsou již samostatnou kapitolou a je nutno je nepodceňovat a soustředit se na řešení těchto problémů. Příkladem jsou různé formy trombocytopenie, koagulopatie a rozvoj až chronické diseminované intravaskulární koagulace.

1.6.1 TROMBOCYTOPENIE A KOAGULOPATIE

Vznikají nepoměrem mezi novotvorbou a zánikem trombocytů. Příčinou těchto stavů může být selhání tvorby či urychlený zánik krevních destiček v kostní dřeni. U cévních malformací dochází většinou k nedostatečnému vývoji megakaryocytů a jejich zániku před dovršením vývoje. V tomto případě se jedná o amegakarocytovou trombocytopenii.

Průběh a prognóza těchto anomálií závisí na příčinách a mechanismech vzniku, které vedly k zániku nebo nedostatečnému vývoji megakaryocytů. Léčba se tedy zaměřuje na odstranění vyvolávající příčiny. Nasazení farmakoterapie v podobě hemostyptik a úpravě hemostázy. Koagulopatiemi, jsou krvácivé stavy, kde příčinou krvácení jsou snížené koncentrace či aktivita plazmatických koagulačních faktorů. Tyto typy nejsou příliš častými komplikacemi cévních malformací. Naopak závažnou komplikací je tzv. diseminovaná vaskulární koagulopatie (DIC), kterou řadíme do skupiny krvácivých stavů.

Syndrom DIC je závažnou komplikací v řadě lékařských odvětví. Může vést k těžkému poškození orgánů z důvodu tvorby mnohočetných krevních sraženin které mohou vést k embolizaci a následné ischemii tkání a orgánů. Klinicky může probíhat v akutní, ale i chronické formě, kdy charakter ovlivňuje rychlost a množství vyvolávajícího faktoru. Diagnosticky se musí stanovit rychle z důvodu možných orgánových selhání. Profylaxně se podává Heparin ve vysokých dávkách a antitrombin III. s podáváním krevních derivátů (NAVRÁTIL, 2008).

1.7 KLASIFIKACE A DIAGNOSTIKA

Klasifikace cévních malformací byla vytvořena až v roce 1982. Šlo o první moderní klasifikaci založenou na klinických, histologických a cytologických kritériích cévních malformací. V roce 1996 vznikla mezinárodní klasifikace ISSVA, která rozděluje cévní anomálie na vrozené cévní malformace podle převažující cévní struktury a na cévní tumory (HERMAN, 2011).

1.7.1 ANAMNÉZA

Je nedílnou součástí zavedení pacienta do programu pro sledování a léčbu cévních malformací. Rodinná a osobní anamnéza jsou důležité pro včasnou a správnou diagnostiku určitých typů onemocnění. Zjišťujeme dobu, kdy se poprvé onemocnění projevilo, jaký má průběh a možné komplikace. Nedílnou součástí je aktuální zhodnocení stavu pacienta vzhledem k vyvoji onemocnění a možného vzniku komlikací. Ošetřující personál zjišťuje možnou souvislost s již probíhajícím onemocněním.

1.7.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Při podezření na cévní malformace se snažime zmapovat rozsah postižení (pohledem, pohmatem) v místě lokalizace. Zaměřujeme se na anomálie vzniklé onemocněním, které by mohly vést k možným komplikacím (krvácení). Všímáme si projevů jako jsou: porušená kožní a tkáňová integrita, krvácivé projevy, anatomické anomálie, otoky, pulzace na cévách. Pátráme po existujících komplikacích (axiální bolesti, neurologické poruchy – parézy, plegie).

1.7.3 ZOBRAZOVACÍ VYŠETŘENÍ

Při diagnostice cévních malformací a hemangiomů se užívají tyto zobrazovací metody – ultrasonografie, nativní RTG, CT a MR venografie, scintigrafie, flebografie.

Ultrasonografické vyšetření

Ultrazvukové vyšetření je první volbou vyšetření cévních malformací. Jedná se o neinvazivní vyšetření které dokáže prokázat rozsah postižení AV zkraty. Příprava pacienta před tímto vyšetřením je zaměřena spíše na edukaci, kdy je pacientovi vysvětleno jak vyšetření probíhá, co je možně díky vyšetření diagnostikovat (MUSIL, 2008).

Metody ultrazvukového vyšetření používané v diagnostice cévních malformací:

- B-mód (brightness mode),
- jednorozměrné zobrazení
- Dopplerovská ultrasonografie, využitím této metody lze získat informace o pohybu tkání, krve. Měří se čas za který se pulzace z krevního toku vrátí zpět k sondě.

Nativní RTG

CT venografie (CTA)

Jde o neinvazivní vyšetření, během něhož dochází k aplikaci kontrastní látky do žíly. Nejčastěji používanou kontrastní látkou, jsou jodové kontrastní látky, které, ale mohou způsobovat nebezpečné alergické reakce. Výhodou CT je i možnost kombinace s jinými metodami vyšetření jako je například angiografie.

MR venografie

Je v současnosti nejpoužívanější metodou k diagnostice cevních malformací a AV zkratů.

Celotělová scintigrafie

Celotělová scintigrafie je zobrazovací metoda z oboru nuklární medicíny, při využití gama záření.

Transarteriální perfuzní scintigrafie

Dojde k i.v. aplikaci radionuklidové látky u které dojde k „vychytání" v plicním parenchymu a při následném scintigrafickém vyšetření je možno pozorovat přítomnost AV malformací či trombózy.

Radionuklidová lymfoscintigrafie

K této diagnostické metodě se přistupuje většinou před plánovaným operačním zákrokem, kdy den před výkonem je pacientovi podáno malé množství radiaktivní látky, která se následně šíří lymfatickým systémem a je zobrazována za pomoci gamakamery.

Ascendentní a descendentní flebografie

Ascendentní a descendentní flebografie se nevyužívají v diagnostice, ale před plánovanou chirurgickou či endovasculární léčbou

1.7.4 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Laboratorní vyšetřením u pacientů s cévními malformacemi se provádí z krve. Odebírají se krevní obraz, D-dimery, INR, aPTT. V krevním obraze hodnotíme hlavně hladinu krevních destiček, která by u zdravého člověka měla dosahovat fyziologické hodnoty 140-350 $10^{\wedge 9}$/l. Dále sledujeme HB a HTK pro včasnou diagnostiku krvácení. Hodnotu D-dimerů sledujeme hlavně z důvodu možného vyloučení embolie. INR, aPTT k možnému podchycení krvácivých stavů a k průkazu rozvíjejícího se DIC (HERMAN, 2011).

1.7.5 HISTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Na základě histologického vyšetření dostáváme přesnou odpověď o druhu a charakteru onemocnění. Každá z výše popsaných cévních malformací, má jiný histologický nález a tudíž je velice důležité tuto metodu provádět z důvodu správného následného nasazení terapie (MAČÁK, 2012).

1.8 TERAPIE

Terapie v případě cévních malformací a hemangiomů je velice komplikovaná. Je kombinací všech oborů medicíny.

1.8.1 KONZERVATIVNÍ TERAPIE

U pacientů trpících AV malformacemi je nutno přesně diagnostikovat druh onemocnění pro volbu vhodné léčby. „Léčba žilních malformací závisí na symptomech a potencionálních komplikacích jako jsou například: městnavé srdeční selhání, ischemie, krvácení, ulcerace, funkční postižení" (MUSIL, 2012, s. 242). Před zahájením

jakékoliv invazivnější terapeutické metody musí být provedeno CT nebo MR k určení přesné lokalizace a rozsahu onemocnění.

1.8.1.1 PERKUTÁNNÍ SKLEROTIZACE ETANOLEM

Léčebná metoda spočívá v aplikaci etanolové pěny, která je pod songrafickou kontrolou injekčně vpravována přímo do malformací. Po aplikaci dochází k chemické reakci mezi krví a samotnou látkou. Po aplikaci se provádí kontrolní angiografie (PIZINGER, 2011).

1.8.1.2 VENOFARMAKA

Léčba této skupiny onemocnění v oblasti podávání venofarmak, je velice složitá. Jedná se o podávání terapeuticky velice nejednotnou skupinu léčiv, která se používají při léčbě chronických žilních onemocnění, léky zpevňující cévní stěnu, léky s protiedématózním účinkem. Většinou se podávají v kombinaci s vitamíny. V posledních letech se podávají neselektivní Beta-blokátory, například Propanolol (MAREK, 2010).

1.8.1 RADIAČNÍ TERAPIE

Radiační terapie začala být v léčbě hemangiomu využívána ve Spojených státech v roce 1930. Léčba se používala hlavně na léčbu kavernózních a kapilárních hemangiomů i v dětském věku. Bohužel radiační terapie má spoustu nežádoucích účinků a možných komplikací, proto se od této metody léčby ustupuje a využívá se již jen zřídka (HERMAN, 2011).

1.8.2 CHIRURGICKÁ TERAPIE

Chirurgická terapie u léčby cévních malformací spočívá v přesné perioperační diagnostice, která přesně určí zda je malformace vázána na důležité cévy, zda je vůbec možnost tyto svazky bezpečně chirurgicky odstranit. Musíme si uvědomit, že vždy při

zásahu do těchto anomálií hrozí velmi vysoké riziko krvácení. Například kavernózní hemangiomy se odstraňují pouze ve fázi kdy involují nebo když vznikne velký útlak okolní tkáně vzniklou malformací (HERMAN, 2011), (SMITH, 2008).

Tabulka 1 Indikace k odstranění hemangiomu

Hemangiomy s lokalizací, které znemožňují základní životní funkce, ohrožují život pacienta (uši, nos, hltan, dýchací cesty)
Hemangiomy v rámci difuzní neonatální hemangiomatózy
Hemangiomy u kterých hrozí riziko vzniku krvácení, traumatu
Hemangiomy s AV zkraty, které mohou způsobit srdeční selhání

Zdroj: (HERMAN, 2011)

1.9 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Specifika ošetřovatelské péče se u pacientů s hemangiomy či cévními malformacemi jsou dána dle specializace oddělení, na kterém je pacient hospitalizován. Léčba hemangiomatózy spočívá v multidisciplinární spolupráci mnoha lékařských oborů. Proto i specifika ošetřovatelské péče se dělí dle oborů. Pacient je přijímán na oddělení cévní nebo plastické chirurgie, interní oddělení a další. Léčbou kavernózních hemangiomů se v České republice zabývá pouze několik specializovaných pracovišť i lékařů. Nejdůležitější je včasná diagnostika, která i v případě ošetřovatelské péče napomůže v péči o pacienty s tímto onemocněním. Ve většině případů se velké hemangiomy v dospělém věku objevují zřídka. Jsou spíše problémem dětských pacientů. Problémem zůstává neléčená forma již velkých malformací u dospělých jedinců. Nejdůležitější úlohou všeobecných sester a lékařů při péči o pacienty s tímto onemocněním je edukace, pravidelná monitorace projevů onemocnění a minimalizování následků neléčených malformací.

1.9.1 BIOLOGICKÉ POTŘEBY PACIENTŮ PŘI HOSPITALIZACI

Poloha, pohybový režim:

Pacienti s hemangiomy a cévními malformacemi, nejsou nijak omezováni v pohybovém režimu, jedná se spíše o režim prevence vzniku komplikací, jako je krvácení a u imobilních pacientů vznik proleženin.

Hygiena:

Při příjmu pacienta k hospitalizaci, provádí sestra zhodnocení zdravotního stavu a stanovuje plán ošetřovateské péče. Dle potřeby dopomáhá pacientovi s prováděním hygienické péče.

Výživa a hydratace:

U pacientů s kavernózními hemangiomy, může dojít k poruchám příjmu potravy z několika důvodů. Hemangiomy se mohou objevit v orofaciální oblasti znemožňující fyziologický příjem stravy. Další komplikací může být útlak vnitřních orgánů s následnou dysfunkcí například jater. Tyto dysfunkce se později mohou projevit sníženým příjmem stravy a nedostatečnou výživou s následným rozvojem malnutricie. V některých případech je nutné zavedení periferního nebo centrálního žilního katetru, který při kombinaci s enterální výživou zajistí dostatečnou výživu pacienta.

Vyprazdňování:

Sestra při příjmu na oddělení též hodnotí stupeň soběstačnosti při vyprazdňování. Dále stanoví intervence individuálně dle rozsahu postižení pacienta.

Spánek:

Sestra dbá na kvalitní odpočinek a spánek nemocného, zvláštní opatření jsou nutná jen v případě pacientů, kteří potřebují komplexní ošetřovatelskou péči z důvodu postižení několika orgánových struktur.

Sledování pacienta:

U pacientů s hemangiomy je sledování zaměřeno hlavně na projevy onemocnění a eliminování možných projevů komplikací při hemangiomatóze.

1.9.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY

Důležitou součástí ošetřovatelské péče je i posouzení psychického stavu a komunikace s pacientem. Jedná se o onemocnění, které svým postižením cevních svazků, může vytvářet nevzhledné komplikované deformace jakékoliv části těla. Z tohoto důvodu může být pacientův psychický stav narušen, může trpět pocitem méněcennosti a strachem jak bude přijat okolní společností. Proto je nutné aby se zdravotnický personál k těmto pacientů choval empaticky a snažil se porozumět všem aspektům, které souvisí s tímto onemocněním. Nedílnou a velmi důležitou součástí sesterské práce je také komunikace spacientem. Velkou roli hraje edukace pacientů a rodiny (TRACHTOVÁ, 2006).

2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACINETKY S KAVERNOZNÍM HEMANGIOMEM

Následující část práce rozpracovává ošetřovatelský proces pomocí didaktické pomůcky projektu školy, Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. v Praze, podle něhož jsme provedli podrobné posouzení pacienta. Na základě zjištěných ošetřovatelských problémů jsme stanovili aktuální a potenciální ošetřovatelské diagnózy, dle Taxonomie II. - NANDA INTERNATIONAL 2012–2014, které jsme seřadili podle priorit. Dále jsme vytvořili plán ošetřovatelské péče, který jsme realizovali od 28.7.2013 do 8.8.2013, v závěru hodnotíme a analyzujeme poskytovanou péči s cílem navrhnout doporučení pro praxi. Měli jsme možnost u pacientky aplikovat ošetřovatelskou péči po celou dobu její hospitalizace a zmapovat tak vývoj jejího onemocnění.

Tabulka 2 Identifikační údaje pacienta

Jméno a příjmení: X.Y.	Pohlaví: žena
Datum narození: 1947	Věk: 66
RČ: XXXXX	Číslo pojišťovny: 2xx
Vzdělání: vyučena	Zaměstnání: plný invalidní důchod
Stav: vdaná	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 22.7.2013	Typ přijetí: léčebný
Oddělení: interní oddělení	

Zdroj: https://vszdrav.cz

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Poslední týden se necítím dobře, trpím zácpou a hůře se mi dýchá. Cítím se slabá. Navíc mi začala krvácet rána na pravé ruce, která nejde zastavit, chodila jsem na pravidelné převazy do ambulance na hojení ran, ale podle mého názoru se stav nelepší. Moje psychika je spíše horší než lepší, mám strach z další hospitalizace v nemocnici. Nemám moc dobré zkušenosti s nemocnicemi.

Medicínská diagnóza hlavní:

- D180 kavernózní hemagiom - mnohočetné lokalizace, v oblasti pravé poloviny hrudníku, PHK s deformacemi, jedná se o stav po opakovaných operacích

Medicínské diagnózy vedlejší:

- G820 Paraparéza DKK cévní etiologie při hemangiomatóze
- L030 Phlegmona antebrachii l.dx
- R15 Inkontinence stolice
- R32 Neurčená inkontinence moči
- R263 Imobilita

Tabulka 3 Fyzikální vyšetření sestrou při příjmu

TK: 125/68	Výška: 167 cm
P: 76’	Hmotnost: 50 kg
D: 15/min	BMI: 17,93
TT: 37,6	Pohyblivost: částečně imobilní (paraplegie)
Stav vědomí: plně při vědomí	Krevní skupina: A+

Zdroj: https://www.vszdrav.cz

Nynější onemocnění:

Pacientka léčící se od dětství s četnou hemangiomatózou, byla přivezena rodinou pro celkové zhoršení stavu na interní ambulanci Nemocnice Říčany a.s., k dovyšetření aktuálního zdravotního stavu. Pacientka je částečně imobilní z důvodu paraplegie dolních končetin, způsobené prorůstajícím hemangiomem v oblasti TH páteře. Lehká subfebrilie nutná k dovyšetření.

Informační zdroje:

Zdravotnická dokumentace, rodina, anamnéza od pacientky.

ANAMNÉZA

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka: zemřela v 78 letech na IM

Otec: zemřel v 68 letech na IM

Sourozenci: sourozence nemá

Děti: nemá

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Překonaná a chronická onemocnění:

V roce 1963 a 1968 pacientka prodělala kontakt s HBV a HCV, nyní negativní. Trpí vrozenými kavernózními hemangiomy na pravé horní končetině, pravé polovině zad a hrudníku, kavernózní hemangiom postihuje i TH páteř kdy je utlačena mícha a v roce 2007 došlo následkem útlaku k paraplegii DK. Pacientka trpí chronickou obstipací a má trvale zaveden permanentní močový katetr.

Hospitalizace a operace:

Stav po opakovaných chirurgických zákrocích na hemangiomu zad, hrudníku a PHK.

Úrazy:

Pacientka neprodělala žádné vážnější úrazy.

Transfúze:

Na jaře roku 2013 byly pacientce z důvodu amegakarocytové anemie naordinovány dvě aplikace Erymasy pro zvýšení krevních faktorů.

Tabulka 4 Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
VASOCARDIN	tbl.	50 mg	1/2 – 0 – 1/2	Antihypertenzívum
VEROSPIRON	tbl.	25 mg	1 – 0 – 0	diuretikum
DETRALEX	tbl.	60	1 – 0 - 1	venotonikum
NEURONTIN	tbl.	300 mg	1 – 1 – 1	antiepileptikum
ASCORUTIN	tbl.	50 mg	1 – 0 – 1	látka stabilizující kapiláry
URSOSAN	tbl.	250 mg	1 – 0 – 1	hepatika

Zdroj: ošetřovatelská dokumentace

Alergologická anamnéza:

Léky: PNC, ofloxin

Pacientka netrpí žádnou potravinovou alergií ani alergií způsobenou chemickými látkami. Alergická reakce na PNC byla zjištěna v roce 1969, kdy po prvním chirurgickém výkonu na hemangiomu byla pacientce nasazena antibiotika z penicilinové řady, projev alergie byl vázán na dýchání, kdy došlo k dušnosti a otoku dýchacích cest.

Abúzy:

Pacientka je abstinent, nekouří ani není závislá na jiných návykových látkách.

Tabulka 5 Gynekologická anamnéza

Gynekologická anamnéza
Menarché: 1959 Cyklus: do 32 let normální Trvání: 28/5 Intenzita, bolesti: mírné PM: 20 A: 0 UPT: 0 Antikoncepce: 0 Menopauza: ve 32 letech Potíže klimakteria: O Samovyšetřování prsou: spíše pouze u gynekologa Poslední gynekologická prohlídka: březen 2013

Zdroj: https://www.vszdrav.cz

SOCIÁLNÍ A PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Pacientka žije v rodinném domku s manželem. Dům je bezbariérově přizpůsoben potřebám pacientky, která trpí paraplegií DKK a částečnou parézou PHK. Na přesun používá pacientka invalidní vozík a pro usnadnění manipulace s pacientkou

byl zakoupen hydraulický zvedák. Pacientka doma spí na polohovatelném lůžku s aktivní anti dekubitní matrací. Péči o pacientku v domácím prostředí zajišťuje rodina s pomocí agentury domácí péče.

VZTAHY, ROLE A INTERAKCE:

Záliby: ráda čte, komunikuje se zbytkem rodiny

Volnočasové aktivity: Ráda se kouká na televizi, pacientka je závislá na pomoci rodiny, volnočasové aktivity jsou závislé na možnostech rodiny. Vzhledem k onemocnění a zdravotnímu stavu pacientky se spíše jedná o možnosti chodit na procházky.

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Pacientka je ateista. Ale říká, že v něco věří, ale bůh to není.

2.1 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 28. 7. 2013

POPIS FYZICKÉHO STAVU

- **Hlava a krk**
  - **Subjektivně:** „Hlava ani krk mě nebolí“
  - **Objektivně:** Hlava normálního tvaru, bez deformit, na poklep nebolestivá. Zornice izokorické, fotoreakce bilaterálně, bulby ve středním postavení, skléry aniktericképojivky prokrveny, hrdlo klidné, jazyk plazí středem. Oči, uši, nos bez výtoku. S polykáním pacientka problémy nemá, čití na obličeji bez poruch. Krční páteř pohyblivá, krk souměrný, bez deformit. Štítná žláza nehmatná, uzliny nehmatné. Karotidy tep symetricky, bez šelestu. Náplň krčních žil v normě, šíje volná.

- **Hrudník a dýchací systém**
  - **Subjektivně:** „S dýcháním mám problémy, cítím, že se nemohu dodechnout.“
  - **Objektivně:** Hrudník je asymetrický, kavernózní hemangiom na pravé straně hrudníku, stav po excizi mammy zdeformované onemocněním v roce 1976. Lévá strana v pořádku nepostižena. Poslechově dýchání temné na pravé straně, s lehkými vrzoty. Počet dechů 17/min. Saturace bez podaného kyslíku 92 %.

- **Srdce a cévní systém**
  - **Subjektivně:** „Občas mívám zvýšený krevní tlak, ale jinak žádné problémy se srdcem nepociťuji.“
  - **Objektivně:** Srdeční akce pravidelná (68/min), pulz dobře hmatný na a. radialis na levé horní končetině na pravé není možné hodnotit ani měřit. TK: 135/80 torr. Dolní končetiny bez známek patologických změn (otoky, flebotrombóza). Permanentní žilní katétr je zaveden do levé horní končetiny (předloktí).

- **Břicho a gastrointestinální trakt**
  - **Subjektivně:** „Břicho mě nyní nebolí, pociťuji pouze tlak v břiše. Trpím chronickou zácpou. Užívám lactulozu 3x denně. Pro bolest břicha bylo moje stravování doma horší, po podávání infuzí se mi chuť k jídlu vrací. V nemocnici mi přidávají ještě Nutridrink 3x denně, docela mi chutná a něco do polévky. Pro doplnění bílkovin mi je podávána do žíly podpora.”
  - **Objektivně:** Břicho měkké, prohmatné, na levém konci jater hmatný útvar, dle UZ hemangiom 15x8cm. Palpačně toho času nebolestivé. Poslechově je peristaltika pomalejší. Tapotment negativní. Pacient nauzeou ani zvracením netrpí. Trpí chronickou zácpou, užívá léčiva ze skupiny laxativ – Lactulosa sirup 3x denně pro podporu vylučování. Protifar dle ordinace lékaře,

- **Vylučovací a pohlavní ústrojí**
  - **Subjektivně**: „Na stolici chodím obvykle tak jednou za 3 dny. Z důvodu mé nepohyblivosti mám obtíže i s močením, jsem závislá na zevedené cévce a musím docházet na pravidelné kontroly, protože trpím na časté záněty.“
  - **Objektivně**: Pacientka je trvale sledována na urologické ambulanci, kam i dochází k pravidelným výměnám PMK, z důvodu onemocnění, paraplegii DK a imobilitě je vysoké riziko vzniku infekcí močových infekcí – viz anamnéza.

- **Pohybový aparát**
  - **Subjektivně**: „Hemangiom na PHK mě výrazně omezuje v plnění všech denních činností, od roku 2010 jsem důsledkem prorostlého hemangiomu do páteře upoutána na invalidní vozík a jsem plně závislá na pomoci rodiny a agentury domácí péče.”
  - **Objektivně**: Pacientka je pohybově závislá na pomoci rodiny. Pohyb je kompenzován za pomoci invalidního vozíku, hydraulického zvedáku a polohovatelnému lůžku, které pacientka používá. Její pohyblivost je omezená z důvodu paraplegie DK a spastické parézy PHK, která je postižena rozsáhlým hemangiomem.

- **Nervový systém**
  - **Subjektivně**: „Dnes je 28.7.2013. Jsem hospitalizovaná na interním oddělení v nemocnici v Říčanech.“
  - **Objektivně**: Při vědomí. Orientován místem, časem, osobou a prostředím. Paměť zcela v pořádku. Smyslová citlivost v normě, reflexy vybavené.

- **Endokrinní systém**
  - **Subjektivně**: „Nevím, že bych se léčila s nějakým onemocněním. Nikdy jsem na endokrinologii sledována nebyla.“

- **Objektivně**: V anamnéze nemá žádné potíže s endokrinním systémem. Štítná žláza je nezvětšena, není anomálie v krevních odběrech.

- **Imunologický systém**
  - **Subjektivně**: „Alergii mám na PNC, ofloxin a rtuť."
  - **Objektivně**: Lymfatické uzliny nezvětšené, nebolestivé.

- **Kůže a její adnexa**
  - **Subjektivně**: „Mám krvácející ránu na lokti pravé ruky. Krvácení je obtížně zastavit, kůže je na pravé ruce z důvodu hemangiomu velmi tenká. Není to první porušení kůže s krvácením z této ruky, při jakékoliv činnosti může v oblasti kde mám hemangiom vzniknout krvácení."
  - **Objektivně**: Kůže je oblastech hemangiomu velice tenká, kožní turgor je v těchto místech nehodnotitelný. Jinak je kožní turgor v normě, kůže je dostatečně hydratovaná. Na PHK krvácející defekt s porušené malformace.

Poznámky z tělesné prohlídky: Pacientka v době prohlídky mírně neklidná.

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

- **Stravování**
  - **Doma**: „Kvůli strachu ze špatného vylučování, jím málo. Pociťuji bolesti břicha, proto jím málo."
  - **V nemocnici**: „Nemocniční strava je dobrá, prospívají mi nutridrinky."
  - **Objektivně**: Při příjmu na interní oddělení, ordinace sipping Nutridrink 3xdenně, intravenózní terapie Cabiven periferal pro doplnění živin k podpoře nutrice a hojení rány. Protifar 3x denně + cabiven peripheral i.v..

- **Příjem tekutin**
  - **Doma**: „Denně vypiji kolem 1,5 litru. Piju hodně čaj.“
  - **V nemocnici**: „V nemocnici musím pít více, lékaři nejsou spokojeni.“
  - **Objektivně**: Příjem tekutin je snížený dle potřeb pacientky.

- **Vylučování moče**
  - **Doma**: „Mám zavedenou cévku, trpím na časté močové infekce.“
  - **V nemocnici**: „Je mi lépe než doma, byla mi zavedena nová cévka a doktor říkal, že pošle moč na vyšetření.“
  - **Objektivně**: Pacientka částečně soběstačná, má zaveden PMK č.18, moč byla odeslána k vyšetření B+C a M+S.

- **Vylučování stolice**
  - **Doma**: „Doma chodím na stolici tak jednou za tři dny, velice se vyprazdňování bojím, protože jsem závislá na pomoci druhých lidí, nechci být ostatním členům rodiny na obtíž.
  - **V nemocnici**: „V nemocnici je to stejné jako doma, jen nechci obtěžovat sestřičky, z předchozích hospitalizací mám nepříjemný zážitek z provádění hygieny.“
  - **Objektivně**: Pacientka spíše než obtíže spojené s vyprazdňováním, které jsou přímo souvislé s následky onemocnění má strach z provádění hygienické péče, ať už personálem nemocnice nebo rodiny.

- **Spánek a bdění**
  - **Doma**: „Doma spím tak maximálně 4 hodiny, vždy mě potom přichází manžel otočit abych neměla proleženiny.“
  - **V nemocnici**: „V nemocnici spím hůře nejsem zvyklá na lůžko, na kterém ležím. Sestřičky mě chodí pravidelně během noc i ve dne polohovat. Spím v noci málo, i proto jsem přes den hodně unavená.“
  - **Objektivně**: Pacientka při hospitalizaci spí velmi málo hrozí vznik narušení kvality péče.

- **Aktivita a odpočinek**
  - **Doma**: „Doma jsem závislá na pomoci rodiny, i přesto velmi často chodíme na procházky. V době kdy k nám dochází sestřička z domácí péče, se mnou i cvičí a pomáhá mi v běžných denních činnostech.“
  - **V nemocnici**: „V nemocnici jsem dost unavená z důvodu toho, že nejsem zvyklá na tohle prostředí.“
  - **Objektivně**: Pacientka je v nemocnici hodně unavená, má strach z dalšího vývoje hospitalizace i z nadcházejících vyšetření.

- **Hygiena**
  - **Doma**: „V hygieně jsem plně závislá na svém okolí.“
  - rodina, která za mnou 2x denně chodí a berou mě do koupelny.“
  - **Objektivně**: Pacientce je částečně dopomáháno při hygieně. Velkou roli v provádění hygieny hraje rodina, která za pacientkou dochází na návštěvy 2x denně.

- **Samostatnost**
  - **Doma**: „Jsem plně závislá na rodině.“
  - **V nemocnici**: „Ve všem mi pomáhají sestřičky a personál nemocnice.“
  - **Objektivně**: Imobilní pacientka závislá na dopomoci při běžných denních činnostech.

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU

- **Vědomí**
  - **Subjektivně**: „Jsem plně při vědomí.“
  - **Objektivně**: Vědomí plné, jasné.

- **Orientace**
  - **Subjektivně**: „Jsem plně orientovaná časem i prostorem.“
  - **Objektivně**: Pacientka je zcela orientovaná místem, časem, osobou, prostorem.

- **Nálada**
  - **Subjektivně**: „Jsem celkově smutná, protože od doby kdy mě postihla bezmocnost, tak jsem plně závislá na pomoc druhých. Dále se bojím jak se bude vyvíjet hospitalizace, bojím se výsledků probíhajících vyšetření, nebo vyšetření které mě teprve čekají“
  - **Objektivně**: Pacient má zhoršenou náladu kvůli svému onemocnění, udává nejistotu z vývoje onemocnění.

- **Staropaměť**
  - **Subjektivně**: „Věci z minulosti si pamatuji velmi dobře.“
  - **Objektivně**: Pacientka si vše velmi dobře pamatuje.

- **Novopaměť**
  - **Subjektivně**: „Nepociťuji, že bych měla nějaký problém.“
  - **Objektivně**: Paměť pacientky je v pořádku.

- **Myšlení**
  - **Subjektivně**: „Přemýšlím o budoucnosti, dostávám se často do depresí.“
  - **Objektivně**: Pacientka trpí depresemi.

- **Temperament**
  - **Subjektivně**: „Jsem hodně v depresích, jsem spíše melancholik.”
  - **Objektivně**: Pacientka je z důvodu onemocnění v depresích i přes velkou snahu rodiny se cítí psychicky špatně.

- **Sebehodnocení**
  - **Subjektivně**: „Nevím.“
  - **Objektivně**: Pacientka i přes nejistou odpověď, působí dojmem, že má strach. V průběhu hospitalizace sdělila, že se bojí dalšího postupu léčby.

- **Vnímání zdraví**
  - **Subjektivně**: „Léčím se s onemocněním již od dětství, posledních 6 let se moje onemocnění více a více zhoršuje, navíc se k tomu přidalo i to ochrnutí.“
  - **Objektivně**: Pacientka je jen částečně smířena se svým chronickým onemocněním, ale cítí se vždy beznadějně, od té doby co je částěčně imobilní propadá depresím. Má strach z budoucnosti.

- **Vnímání zdravotního stavu**
  - **Subjektivně**: „Chci co nejdříve zpět domů, ale chci aby se vyřešily mé aktuální problémy s vylučováním, dýcháním a krvácející ránou na ruce.“
  - **Objektivně**: U pacientky převládá strach z budoucnosti, chce se co nejdříve navrátit do domácího prostředí.

- **Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění**
  - **Subjektivně**: „Mám strach, že se opět zhoršil nález a rozsah mého onemocnění, doufám, že se zahojí rána na lokti a bude problém s hemangiomem na pravé ruce řešitelný.“
  - **Objektivně**: Pacientka má strach, doufá, že se aspoň částečně vrátí do běžného života.

- **Reakce na hospitalizaci**
  - **Subjektivně**: „Bojím se budoucnosti, ale věřím, že mi hospitalizace pomůže vyřešit některé z mých problémů.“
  - **Objektivně**: Pacientka je s hospitalizací smířená.

- **Adaptace na onemocnění**
  - **Subjektivně**: „Na toto onemocnění a sním spojené komplikace si asi nikdy nezvyknu.“
  - **Objektivně**: Pacientka jen málo věří ve vyřešení medicínských problémů spojených s primárním onemocněním.

- **Projevy jistoty a nejistoty**
  - **Subjektivně**: „Bojím se, že se díky vyšetřením, které mi za hospitalizaci budou provedeny, dozvím něco co nechci.“
  - **Objektivně**: Pacientka projevila strach z budoucnosti.

- **Zkušenosti s předcházející hospitalizací**
  - **Subjektivně**: „Byla jsem už mockrát hospitalizována v nemocnici, při mé jedné hospitalizaci jsem se setkala s velmi hrubým zacházením, při provádění hygienické péče ze strany ošetřujícího personálu nemocnice. V téhle nemocnici však personálu důvěřuji.“
  - **Objektivně**: Pacientka vyjádřila negativní zkušenost s jednou z minulých hospitalizací, s péči personálu souhlasí, nebrání se jí, ale stále je poznat, že má strach.

POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU

- **Komunikace – verbální**
  - **Subjektivně**: „Myslím si, že nemám žádný problém.“
  - **Objektivně**: Pacientka je komunikativní.

- **Komunikace – neverbální**
  - **Subjektivně**: „Moje projevy jsou spíše v úšklebcích.“
  - **Objektivně**: Verbální komunikace byla doprovázena i neverbálními v podobě mimiky a gest.

- **Informovanost o onemocnění**
  - **Subjektivně**: „Informace o svém onemocnění mám všechny. Spíše čekám na výsledky probíhajících vyšetření.“
  - **Objektivně**: Pacientka byla o svém zdravotním stavu plně informována.

- **Informovanost o budoucích vyšetřeních**
    - **Subjektivně**: „Od lékařů a personálu jsem plně informována o nadcházejících vyšetřeních, která mě ještě čekají.“
    - **Objektivně**: Pacientka je plně informována o všech vyšetřeních, které podstoupí.

- **Informovanost o léčbě a dietě**
    - **Subjektivně**: „Jsem dostatečně informovaná.“
    - **Objektivně**: Pacientka je plně informovaná o dietním režimu, léčbě. Se vším souhlasí.

SOCIÁLNÍ ROLE A JEJICH OVLIVNĚNÍ NEMOCI, HOSPITALIZACÍ A ZMĚNOU ŽIVOTNÍHO STYLU V PRŮBĚHU NEMOCI A HOSPITALIZACE

- **Primární role (role související s věkem a pohlavím)**
    - **Subjektivně**: „Jsem žena, bude mi 67 let.“
    - **Objektivně**: Žena,66 let.

- **Sekundární role (role související s rodinou a společenskými funkcemi)**
    - **Subjektivně**: „Jsem manželka, bohužel jsem nikdy neměla děti. Nikdy jsem z důvodu onemocnění nepracovala, jsem plně invalidní důchodce.“
    - **Objektivně**: Manželka, v plném invalidním důchodu. Hospitalizace pacientky neovlivňuje sociální role pacientky.
    -

2.2 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření:

- Laboratorní vyšetření: KO, koagulační faktory, biochemické vyšetření krve, moč B+C, sedimentové vyšetření, 22.7.2013
- RTG S+P: 22.7.2013
- Sonografické vyšetření břicha: 23.7.2013
- CT angio: 26.7.2013

- Konzilium na plastické chirurgii FNKV ke zvážení dalšího postupu u defektu a hemangiomu na pravé horní končetině

Výsledky:

Tabulka 6 Laboratorní vyšetření z období 22.7.2013 – 28.7.2013

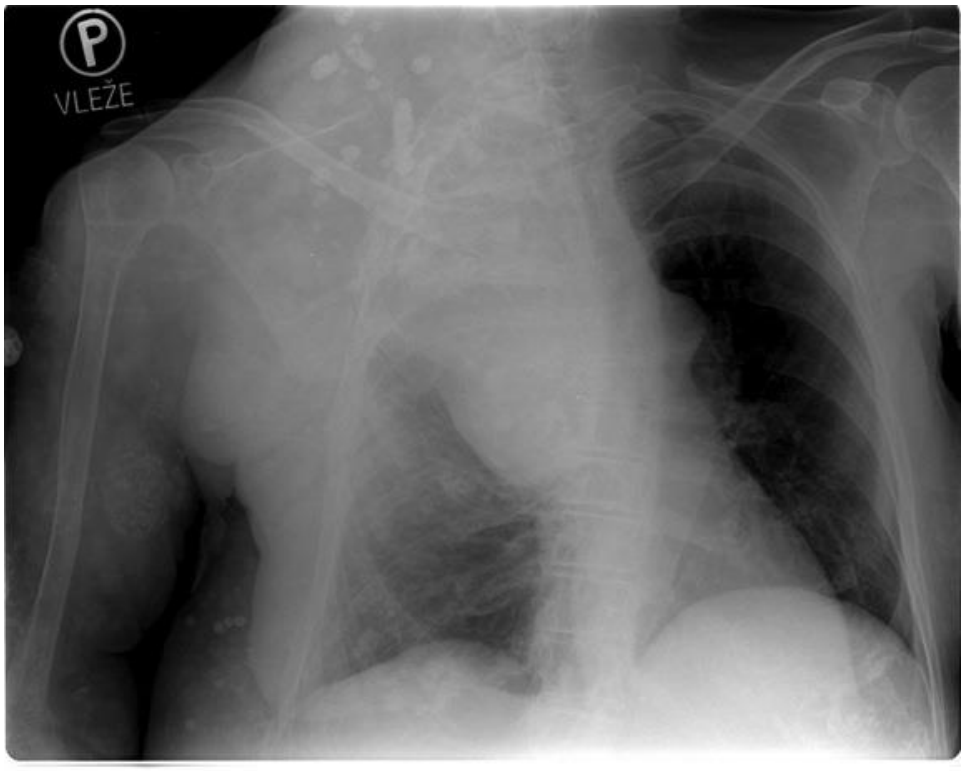
	22.7.	26.7.	Norma	Jednotky
Krevní obraz				
Ery	2,55	2,83	4-5,2	10^12/l
HB	82,0	91,0	120-160	g/l
HTK	24,80	27,30	37-47	%
MCV	97	97	81-100	Um^3
MCH	32,2	32,2	26-34	Pg
MCHC	33,1	33,3	31-36	g/100ml
Thr	115	129	140-350	10^9/l
Leuko	9,5	9,1	4-9	10^9/l
Biochemické vyšetření krve				
Gluk	5,80	6,70	3,9-6	mmol/l
LDH		0,75	2,25-3,58	ukat/l
Alb	19,2	2,1	34-50	g/l
CB	70,0	12,0	66-83	g/l
Urea	4,40	3,20	1,7-8,35	mmol/l
Krea	36,0	24,0	53-115	umol/l
KM		201	140-340	umol/l
Na	138,0	137,0	135-145	mmol/l
K	3,40	3,30	3,8-5,4	mmol/l
Cl	96,4	98,5	97-109	mmol/l
CRP	29,0	51,0	0-5	mg/l
TSH		1,010	0,3-3,7	mIU/l
FT4		12,25	10-25	Pmol/l

Koagulace				
Quick	1,67	1,52		sec
Q-INR	1,67	1,52	0,8-1,3	
aPTT		46,0	28-45	s
Q-tnor	12,6	12,6		Sec
CA-125	483		0-35	U/ml
CA-15-3	5,5		3,89-34	U/ml
CA-19-9	5,5	5,5	0-37	U/ml
CEA	4,95	4,95	0-2,5	ng/ml
A-Feto	0,3	0,3	0-4,6	IU/ml

Zdroj: ošetřovatelská dokumentace

RTG S+P ze dne 22.7.2013

Obrázek 1 RTG srdce a plíce (1.)

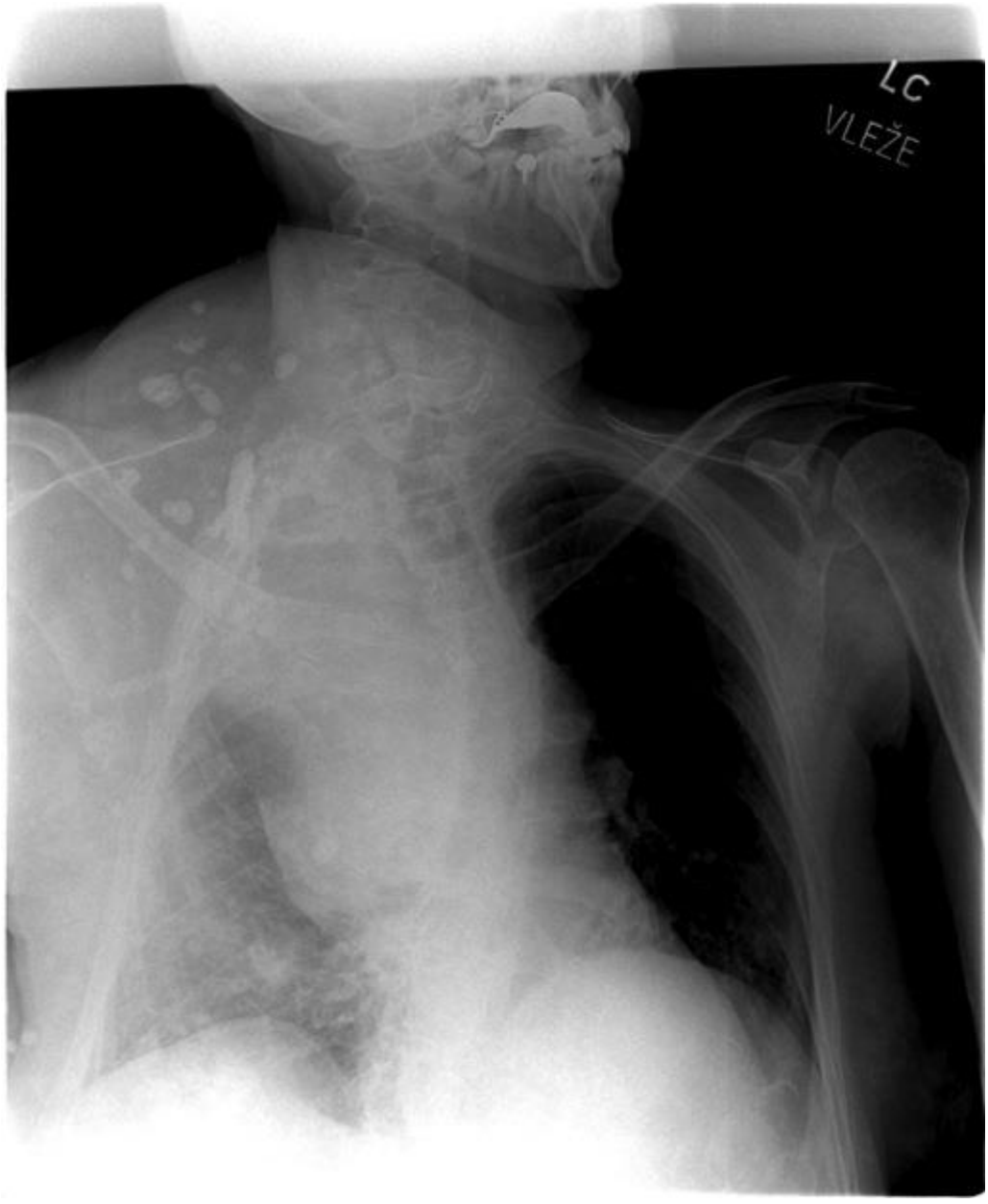


Zdroj: ošetřovatelská dokumentace

Popis RTG S+P

Bránice hladká, úhly volné, srdce hraniční velikosti, L plicní křídlo bpn, jen výraznější cévní kresba perihilosně, vpravo syté zastření celého horního a mediální části středního plicního pole, kaudální ohraničení je poměrně ostré - objemný TU. Mnohočetné hemangiomy v měkkých tkáních na L polovině hrudníku, zvláště nad klíčkem.

Obrázek 2 RTG srdce a plíce (2.)



Zdroj: ošetřovatelská dokumentace

SONOGRAFICKÉ VYŠETŘENÍ BŘICHA ze dne 23.7.2013

Pankreas: Zcela kryt solidním útvarem vycházejícím ze sleziny.

Játra: Normální velikost, tvar a hladké ohraničení. Homogenní parenchym bez ložiskových lézí. Normální echogenita. Normální morfologie intrahepatických žlučových cest a cév. Mezi levým okrajem jater a sleziny objemný hemangiom.

Žlučník/žlučové cesty: Normální velikost a šíře, bez známek zánětlivého zesílení stěny, konkrementů či sludge. Ductus hepatocholedochus je přehledný v celém rozsahu.

Ledviny: Obě ledviny přehledné, s normálním dechovým souhybem, normální velikosti. Parenchym je oboustranně homogenní a normální šíře. Bez patrných konkrementů, městnání či patologických expanzí.

Slezina: Zcela vyplněna cystickým útvarem - hemangiom 15x8 cm.

Závěr: Objemný hemangiom sleziny.

Pro srovnání přikládáme závěr předchozího sonografického vyšetření břicha, kde je zřejmá regrese onemocnění.

ZÁVĚR PŘEDCHOZÍHO VYŠETŘENÍ Z ROKU: 2009

Sonografie epigastria a malé pánve:

Retroperitoneum: Retroperitoneum je dobře hodnotitelé, bez zvětšených lymfatických uzlin nebo jiných patologických expanzí. Normální obraz aorty a v. cava inf.

Pankreas: Homogenní parenchym bez patrných ložiskových lézí či známek zánětu. Velikost orgánu je v mezích normy.

Játra: Mírná hepatomegalie, v mdcl 17 cm, mezi levým okrajem jater a slezinou objemný cytsický útvar - hemangiom, kaudálně zasahující do malé pánve. Morfologie intrahepatických žlučových cest a cév v normě.

Žlučník/žlučové cesty: Normální velikost a šíře, bez známek zánětlivého zesílení stěny. Ductus hepatocholedochus je přehledný v celém rozsahu.

Ledviny: Obě ledviny jsou přehledné, s normálním dechovým souhybem, normální velikosti. Parenchym je oboustranně homogenní a normální šíře. Bez patrných konkrementů, městnání či patologických expanzí. Mezi pravou ledvinou a játra se zdá drobný kavernózní hemaniom o velikosti cca 3 cm, nicméně bezpečná identifikace pro malou hybnost není možná.

Slezina: Zvětšená, hemangiom, nepravidelných tvarů.

Dutina břišní: Bez známek volné tekutiny.

Závěr: Hemangiom sleziny, hemangiom mezi játry a slezinou, drobný hemangiom mezi pravou ledvinou a játry.

Obrázek 3 Kavernózní hemangiom obratle (1.)

Zdroj: ošetřovatelská dokumentace 5/2013

Obrázek 4 Kavernózní hemangiom obratle (2.)

Zdroj: ošetřovatelská dokumentace 5/2013

Konzervativní léčba:

Dieta: 3 **Pohybový režim:** plně závislá

RHB: LTV terapie

Výživa: Protifar 3x2 odměrky, Nutridink compact 1-1-1

Medikamentozní léčba:

Per os: Vasocardin 50 1/2-0-1/2, Verospiron 25 1-1-1, Kanavit 10-10-10 kapek, Detralex 1-0-1, Neurontin 1-1-1, Ascorutin 1-0-1, Ursosan 1-0-1, Helicid 20 1-0-0,

Intra venózní:

Antibiotická terapie:

U pacientky byla nasazena antibiotická terapie již při příjmu z důvodu rozvíjejícího se plicního infektu a to Klacid 500mg každých 12 hodin, analgetická a antiulcerózní terapie Fyziologický roztok 250ml + 1 amp Algifen + 1 amp Helicid 40 dvakrát denně. Pro podporu nutrice byl naordinován pacientce Cabiven peripheral.

Chirurgická léčba (výkon, kdy):

U pacientky není naplánována chirurgická terapie, z důvodu vysokého rizika krvácení, v minulých letech byly provedeny rozsáhlé chirurgické intervence pro odstranění hemangiomu, ablace pravého prsu, odstranění části malformace na PHK.

2.3 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 28.7.2013

Pacientka byla přijata na interní oddělení Nemocnice Říčany a. s. pro celkové zhoršení zdravotního stavu a vzniklé komplikace. Dnes je 6. den hospitalizace, pacientka se probudila v 7:20, přes noc spala hůře, není zvyklá na prostředí v kterém je hospitalizovaná. Pacientka má zavedený periferní žilní katetr k aplikaci antibiotik a nutriční podpory jako prevence malnutricie. Pacientce je prováděn převaz a kontrola PŽK. Za pacientkou dochází rodina na návštěvy, dopomáhají jí v hygienické péči. Pacientka má defekt na lokti pravé horní končetiny, která je ošetřovaná dle ordinace lékaře. Pacientka má naordinovanou infuzní analgetickou a antiulcerózní terapii k podpoře příjmu stravy. Pacientka je mírně unavená, jak z nastaveného režimu tak z důvodu, že kvůli pobytu v nemocnici má narušený spánek. Dále je ordinována RHB péče, která se skládá z LTV, nácviku běžných denních činností pomocí kompenzačních pomůcek. V průběhu dne podávána chronická medikace dle rozpisu a ordinace lékaře. Psychický stav pacientky je zhoršený z důvodu hospitalizace.

2.4 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE TAXONOMIE II NANDA INTERNATIONAL 2012-2014

Diagnózy byly stanoveny dle NANDA I - Taxonomie II dle pomůcky: HERDMAN, T., 2013. *Ošetřovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2012–2014*. Přel. P. Kudlová. 1. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

1. Narušená integrita tkáně (00044)
2. Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)
3. Narušený vzorec spánku (00198)
4. Funkční inkontinence moči (00020)
5. Dysfunkční gastrointestinální motilita (00196)
6. Nevyvážená výživa (00002)

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

1. Riziko infekce (00004) z důvodu porušené integrity kůže
2. Riziko infekce (00004) z důvodu zavedení PMK
3. Riziko infekce (00004) z důvodu zavedení PŽK
4. Riziko pádů (00155)
5. Riziko vzniku stresového syndromu z přemístění (00149)

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

Ošetřovatelská diagnóza 1: Narušená integrita tkáně(00046)
Doména 11: Bezpečnost/ochrana
Třída 2: Fyzické poškození
Definice: Poškození sliznice, rohovky, kůže anebo podkožních tkání
Určující znaky: Poškozená tkáň (např. korneální, slizniční, kůže, podkoží)
Související faktory: změněný oběh, mechanické faktory, nutriční faktory
Priorita: vysoká

Cíl krátkodobý: Pacientka se zapojí do preventivních i léčebných opatření do 24 hodin.

Cíl dlouhodobý: Pacientka má zhojené tkáňové léze bez komplikaci do konce hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- Pacientka má vždy dostatek informací o nutnosti dodržování režimu při hojení rányod prvního dne hospitalizace.
- Pacientka má proveden převaz defektu, denně
- Pacientka se aktivně podílí na preventivních opatřeních vzniku dalších poranění, do 24 hodin.
- Rána nekrvácí, proces hojení probíhá bez známek infekce

Plán intervencí: 28.7.2013 – 8.8.2013

1. Urči základní typ rány – do 24 hodin, všeobecná sestra.
2. Sleduj výsledky laboratorních testů k prevenci komplikací spojených s krvácením a otevřeným defektem – vždy po odběru, do konce hospitalizace, všeobecná sestra.
3. Urči hloubku poranění a poškození kůže – dle nutnosti, do konce hospitalizace, všeobecná sestra.
4. Dokumentuj ránu popisem, obrazem pro pozdější srovnání – každý den, do konce hospitalizace, všeobecná sestra.
5. Poraněnou oblast udržuj v čistotě, chraň ji před infekcí, prováděj důsledně bariérovou ošetřovatelskou péči – dle potřeby, každý den, do konce hospitalizace, všeobecná sestra.
6. Používej vhodný obvazový materiál dle ordinace lékaře – vždy při převazu rány, do konce hospitalizace, všeobecná sestra.
7. Edukuj pacientku o dodržování léčebného režimu – do 24 hodin, dle potřeby, všeobecná sestra.

Realizace 6.den hospitalizace, 28.7.2013

U pacientky bylo provedeno celkové zhodnocení zdravotního stavu, v 9:00 byl proveden převaz defektu za aseptických podmínek za použití vhodného obvazového

materiálu. Defekt na předloktí v terénu hemangiomu, byl zhodnocen dle The Wound healing continuum. Pacientce byla ordinována vlhká metoda hojení ran. Technika převazu je spojena s očištěním rány a okolí roztokem Prontosan, přiložení Melgisorb Ag, Actisorb plus, Zetuvit a provedeno přiložení obvazu. Vše zaznamenáno do dokumentace. Pacientka byla edukována o nutnosti dodržování léčebného režimu a způsobu léčby defektu včetně intravenózní terapie Cabivenem Peripheral, který obsahem živin přispívá k hojení ran a napomáhá prevenci malnutricie, která pacientce hrozí z důvodu sníženého příjmu stravy. Defekt byl zdokumentován a vše bylo zapsáno do dokumentace.

Realizace 9. den hospitalizace, 31.7.2013

V intervencích bylo pokračováno beze změn. Pacientka byla na konzultaci o léčbě defektu a hemangiomu na klinice plastické chirurgie FNKV, kde bylo pacientce doporučeno operační řešení a to amputace postižené končetiny. Pacientka nesouhlasí a žádá v pokračování ve zvolené terapii hojení ran. Postup hojení ran zaznamenán do dokumentace.

Realizace 13. den hospitalizace, 4.8.2013

Pokračování ve zvolených intervencích. Pacientka se cítí lépe, stav rány se zlepšuje, dochází téměř ke zhojení defektu. Pacientka dodržuje všechna zvolená doporučení, navržená v době hospitalizace, které vedou ke zhojení rány.

Realizace 17. den hospitalizace, 8.8.2013

Ve zvolených intervencích bylo pokračováno i v dalších dnech hospitalizace. Celkový zdravotní stav pacientky byl zlepšen, rána byla zhojena bez známek infekce a pacientka byla v dopoledních hodinách propuštěna do ambulantního režimu ošetřování.

Hodnocení:

- Cíl byl splněn. Defekt byl zhojen bez známek infekce. Pacientka udává zlepšení stavu. Je plně edukovaná o dalším postupu léčby a prevence vzniku dalších defektů.

- Ošetřovatelské intervence pokračují v domácím ošetřování a to v bodu 7.

Ošetřovatelská diagnóza 2: Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)

Doména 4.: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita

Definice: Omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin

Určující znaky: obtíže při otáčení, omezená schopnost provádět hrubé motorické dovednosti

Související faktory: neuromuskulární poškození

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka si osvojí postupy a způsoby vedoucí ke zvládání běžných denních činností do konce hospitalizace

Cíl krátkodobý: Pacientka je plně edukovaná o všech možnostech RHB a o opatřeních vedoucích k prevenci vzniku defektů/proleženin z důvodu narušené pohyblivosti do 24 hodin

Výsledná kritéria:

- Pacientka má zachovanou kožní integritu bez kontraktur, dekubitů – do konce hospitalizace
- Pacientka má zachovanou sílu a funkci postižené nebo kompenzující části těla – během hospitalizace
- Pacientka má osvojené postupy, umožňující opětovné provádění denních činností – do konce hospitalizace
- Pacientka je plně edukovaná o používání kompenzačních pomůcek při běžných denních činnostech – do 24 hodin

Plán intervencí: 28.7.2013 – 8.8.2013

1. Posuď intenzitu bolesti – do 24 hodin, všeobecná sestra.
2. Zhodnoť stav výživy – do 3 dnů, všeobecná sestra.
3. Urči stupeň nepohyblivosti – do 24 hodin, všeobecná sestra, fyzioterapeut.
4. Edukuj pacientku o používání kompenzačních pomůcek – dle potřeby, do konce hospitalizace, všeobecná sestra.

5. Dopomáhej a motivuj pacientku při provádění běžných denních činnosti – denně, dle potřeby, do konce hospitalizace – všeobecná sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut.

Realizace 6. den hospitalizace, 28.7.2013

Bylo provedeno celkové zhodnocení zákadních denních činností ADL neboli test funkční soběstačnosti (tabulka 7). Pacientka byla edukována o správném používání kompenzačních pomůcek a režimu polohování k prevenci vzniku defektů na kůži, proleženin a kontraktur. U pacientky byl zaléčen infekt dýchacích cest a pacientka byla zařazena do skupiny pacientů s intenzivnějším RHB režimem.

Realizace 8. den hospitalizace, 30.7.2013

7.-8. den hospitalizace bylo pokračováno ve zvolených intervencích beze změny. Pacientce bylo za pomoci rodiny dopomáháno s hygienou po celý den. Byl prováděn nácvik vstávání z lůžka za pomocí kompenzačních pomůcek, aby byla pacientka schopna zvládat pohyb na lůžku i samostatně v domácím prostředí.

Realizace 12. den hospitalizace, 3.8.2013

Pacientka plní naordinovanou RHB dle rozvrhu, osvojila si základní dovednosti vedoucí ke zlepšení samostatnosti v plnění základních denních činností. Pacientce byla doporučena následná terapie na RHB oddělení, pacientka ji odmítá, chce se vrátit do domácího prostředí. Edukace rodiny o metodách RHB v domácím prostředí.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacientka je plně edukovaná a dodržuje nastavený režim léčby a opatření vedoucí ke zlepšení vzorce zdraví.

Dlouhodobý cíl byl splněn. Pacientka si osvojila postupy a způsoby vedoucí ke zvládání běžných denních činností.

Tabulka 7 Test instrumentálních všedních činností podle Lawsona a Bodyho ze dne 28.7.2013

Činnost:		**Hodnocení:**	**Body:**
01.	**Telefonování**	Vyhledá samostatně číslo,vytočí je	10
		Zná několik čísel,odpovídá na zavolání	**05**
		Nedokáže používat telefon	00
02.	**Transport**	Cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
		Cestuje,je-li doprovázen,vyžaduje pomoc druhé osoby	**05**
		Speciálně upravený vůz	00
03.	**Nakupování**	Dojde samostatně nakoupit	10
		Nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	**05**
		Neschopen bez podstatné pomoci	00
04.	**Vaření**	Uvaří samostatně celé jídlo	10
		Jídlo ohřeje	05
		Jídlo musí být připraveno druhou osobou	**00**
05.	**Domácí práce**	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací,provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	10
		Provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	05
		Potřebuje pomoc při většině prací nebo s v domácnosti prací neúčastní	**00**
06.	**Práce okolo domu**	Provádí samostatně a pravidelně	10
		Provede pod dohledem	05
		Vyžaduje pomoc,neprovede	**00**
07.	**Užívání léků**	Samostatně v určenou dobu správnou dávku,zná názvy léků	10
		Užívá,jsou-li připraveny a připomenuty	**05**
		Léky musí být podány druhou osobou	00
08.	**Finance**	Spravuje samostatně,platí účty,zná příjmy a výdaje	10
		Zvládne drobné výdaje,potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	**05**
		Neschopen bez pomocí zacházet s penězi	00
25 b. Pacientka je závislá na pomoci rodiny nebo personálu nemocnice			
2 Hodnocení		Závislí	00-40 bodů
		Částečně závislí	41-75 bodů
		Nezávislí	76-80 bodů

Realizace 8. den hospitalizace, 30.7.2013

7.-8. den hospitalizace bylo pokračováno ve zvolených intervencích beze změny. Pacientce bylo za pomoci rodiny dopomáháno s hygienou po celý den. Byl prováděn nácvik vstávání z lůžka za pomocí kompenzačních pomůcek, aby byla pacientka schopna zvládat pohyb na lůžku i samostatně v domácím prostředí.

Realizace 12. den hospitalizace, 3.8.2013

Pacientka plní naordinovanou RHB dle rozvrhu, osvojila si základní dovednosti vedoucí ke zlepšení samostatnosti v plnění základních denních činností. Pacientce byla doporučena následná terapie na RHB oddělení, pacientka ji odmítá, chce se vrátit do domácího prostředí. Edukace rodiny o metodách RHB v domácím prostředí.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacientka je plně edukovaná a dodržuje nastavený režim léčby a opatření vedoucí ke zlepšení vzorce zdraví.

Dlouhodobý cíl byl splněn. Pacientka si osvojila postupy a způsoby vedoucí ke zvládání běžných denních činností.

Ošetřovatelská diagnóza 3: Narušený vzorec spánku (00198)
Doména 4.: Aktivita/odpočinek
Třída 1.: Spánek/odpočinek
Definice: Časově omezená narušení množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů
Určující znaky: uvádí stavy bdělosti, změna normálního vzorce spánku
Související faktory: neznámé prostředí (vč. vybavení) pro spánek

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka má zlepšený spánek a odpočinek do 1 týdne.

Cíl krátkodobý: Pacientka má uzpůsobené prostředí, ke zlepšení spánku a odpočinku z důvodu přesunutí z domácího/známého prostředí do 24 hodin.

Výsledná kritéria:

- Pacientka má zlepšený spánek a odpočinek – do 1 týdne
- Pacientka si osvojí způsoby vedoucí ke zlepšení kvality spánku. – do 24 hodin
- Pacientka netrpí spánkovým deficitem – do konce hospitalizace

Plán intervencí: 28.7.2013

1. Zjisti přítomnost faktorů, které vedou k vytvoření negativních reakcí pacientky na hospitalizaci a následně k narušení spánku – každý den, po celou dobu hospitalizace, všeobecná sestra.

2. Zjisti od pacientky, co způsobuje narušení spánku – do 24 hodin, všeobecná sestra.
3. Pečuj o soukromí pacientky – denně, do konce hospitalizace, zdravotnický personál, všeobecná sestra.

Realizace 6. den hospitalizace, 28.7.2013

Pacientka byla poučena o možnostech uspůsobení prostředí, které by vedlo ke zlepšení pocitu z pobytu ve zdravotnickém zařízení. Pacientka byla po převazu a po proběhlých terapeutických zákrocích přesunuta na jednolůžkový pokoj, sama věří, že pokud nebude na pokoji s dalšími nemocnými její stav se zlepší. Za svoje „postižení" jak sama říká, se stydí. Rodina přivezla pacientce její antidekubitní matraci a hydraulický zvedák ke zlepšení manipulace. Pacientka byla edukována o zapojení dalších denních aktivit do léčebného režimu, které by vedli k návratu fyziologického vzorce spánku. Vše zaznamenáno do dokumentace.

Realizace 10. den hospitalizace, 1.8.2013

Ve zvolených intervencích se pokračovalo beze změny 7.-9. den hospitalizace. U pacientky došlo k výraznému zlepšení spánkového deficitu, vzhledem ke zlepšení fyzického i psychického stavu došlo u pacientky ke zlepšení spánku I odpočinkových aktivit.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn. Byly zjištěny rušivé faktory, které vedly k porušení vzorce spánku. Tyto faktory byly eliminovány a spánkový deficit byl navrácen zpět do normy.

Dlouhodobý cíl zlepšení spánku byl splněn, pacientka se cítí odpočinutá, již si na deficit spánku nestěžuje. Není nutno pokračovat ve stanovených intervencích.

Potencionální ošetřovatelské diagnózy

Ošetřovatelská diagnóza 1: Riziko infekce (00004) z důvodu narušené tkáňové integrity

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy

Rizikové faktory: traumatizovaná tkáň, malnutrice, zavedení invazivních vstupů

Priorita: Vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacientka má zhojenou kožní lézi bez projevů infekce, všechny invazivní vstupy (PMK, PŽK) jsou bez projevů infekce - do konce hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacientka je plně edukovaná o prevenci a zásadách, které zabraňují vzniku infekce – do 24 hodin.

Výsledná kritéria:

- Pacientka je plně edukovaná o riziku vzniku infekce a její prevenci – do 24 hodin.
- Pacientka dodržuje léčebný režim dle doporučení ošetřujícího zdravotnického personálu – denně, do konce hospitalizace**.**

Plán intervencí: 28.7.2013

1. Edukuj pacientku o nutnosti dodržování nastaveného režimu vedoucího k prevenci infekce – do 24 hodin, všeobecná sestra.
2. Monitoruj možné projevy infekce (zarudnutí, teplotu) - denně, do konce hospitalizace, všeobecná sestra.
3. V případě projevů infekce, proveď izolaci pacientky – do konce hospitalizace, všeobecná sestra.
4. Při ošetřování a převazech rány postupuj dle zásad asepse a sterility – denně, do konce hospitalizace, všeobecná sestra.
5. Dodržuj přísný hygienický režim, zásady správného mytí rukou – denně, do konce hospitalizace, všeobecná sestra.

Realizace 6. den hospitalizace 28.7.2013

Pacientka byla edukována o nutnosti dodržování léčebného režimu a preventivních opatření, které vedou k prevenci infekce. Zkontrolovány všechny invazivní vstupy a ošetřeny dle pravidel bariérové ošetřovatelské péče. Tj. převaz a kontrola PŽK a jeho průchodnost, dnes 3. den od zavedení, místo vpichu klidné, bez známek infekce. Proveden převaz a zaznamenáno do dokumentace. Kontrola PMK a jeho funkčnosti. PMK zaveden 15. den, proto výměna za asistence lékaře. Zaznamenáno do dokumentace. Zaveden nový katetr č. 18., zaveden via uretra. Místo zavedení klidné bez známek infekce. Proveden převaz rány antebrachii PHK převazovým materiálem dle ordinace lékaře. Zaznamenáno do dokumentace. Převaz rány se vzhledem ke krvácení provádí dle potřeby a monitoruje se místo poranění á 2 hodiny.

Realizace 17. den hospitalizace 8.8.2013

Ve stanovených intervencích bylo pokračováno 7. až 17. den hospitalizace, všechny invazivní vstupy jsou ošetřovány dle standardů asepse. Všechny invazivní vstupy jsou kontrolovány pro zachycení možných komplikací a projevů infekce. Vše je zaznamenáváno do dokumentace. Pacientka a rodina byli plně edukováni o všech opatřeních týkajících se prevence vzniku infekce.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn, pacientka a rodina jsou plně informováni o všech preventivních opatřeních, která vedou k zamezení vzniku infekce.

Dlouhodobý cíl byl splněn, pacientka dodržuje ordinovaný režim a řídí se všemi doporučeními.

Není potřeba pokračovat ve zvolených intervencích.

2.5 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE

Zdravotní stav pacientky se během hospitalizace výrazně zlepšil, všechny stanovené cíle ošetřovatelské péče se podařilo splnit před propuštěním do domácího ošetřování. V době hospitalizace byla pacientce naordinována komplexní terapie, která byla sestavena dle individuálních potřeb nemocné. Od 1. dne hospitalizace se pacientka aktivně zapojovala do všech činností a opatření vedouci ke zlepšení vzorce zdraví.

Pro zlepšení zdravotního stavu pacientky byla zvolena infuzní terapie analgetická a antiulcerózní, která vedla ke zlepšení tolerance výživy, ke snížení malnutricie a k podpoře hojení defektu na PHK. Ke zlepšení hojení rány byl zvolen model ošetřování dle The Wound healing continuum, zhojení rány proběhlo bez projevů infekce.

Pacientka byla přijata s rovíjejícím se infektem dýchacích cest, terapeuticky vyřešen podáváním ATB a léčba byla podpořena rehabilitačním režimem. V době hospitalizace byla pacientka zařazena do intenzivního rehabilitačního režimu, který dopomohl pacientce zvládat a naučit se využívat kompenzačních pomůcek při provádění běžných denních činností. Pacientka byla propuštěna v celkově zlepšeném stavu.

Pacientka i její rodina byla poučena o všech opatřeních, která je nutno dodržovat po propuštění do domácího ošetřování.

2.6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V době ošetřování pacientky s kavernózním hemangiomem, jsme získali mnoho nových zkušeností a poznatků k problematice tohoto onemocnění, které není příliš časté. V průběhu ošetřování jsme navrhli několik doporučení pro zdravotnický personál, pacienty s tímto onemocněním i laickou veřejnost.

Doporučení pro zdravotnický personál:

- Edukovat pacienta o problematice onemocnění, možnostech léčby a preventivních opatřeních vedoucí k zachování stáleho vzorce zdraví.

- Prohlubovat znalosti v oblastech ošetřování pacientů s tímto onemocněním na různých odděleních zabývajících se touto problematikou.

- Naučít se rozpoznávat možné komplikace s pojené s onemocněním.

- Vytvořit plán péče se zaměřením komplexní péče, která bude zahrnovat biopsychosociální potřeby pacientů.

Doporučení pro pacienty:

Pacient s diagnózou kavernózního hemangiomu musí získat co možná nejvíce informací o průběhu nemoci, možnostech léčby, případných komplikacích a specializovaných pracovištích zabývajících se touto problematikou.

Pacient se nesmí bát o své nemoci hovořit s lékařem a zdravotnickým personálem, protože právě oni mu pomohou zvládnout jeho zdravotní stav, aby kvalita jeho života byla tímto problémem co nejméně ovlivněna.

V neposlední řadě musí pacient informovat své nejbližší a nebát se požádat o pomoc. Měli by dodržovat režim, který nastaví jejich ošetřující lékař a aktivně se zapojit do všech opatření ke zlepšení kvality jejich života.

Konkrétní doporučení pro pacienty se vztahuje k prevenci vzniku komplikací. Jelikož se jedná o onemocnění, při kterém dochází ke zmnožení tepen a žil, je velmi vysoké riziko krvácení při poranění těchto malformací. Doporučením tedy při výskytu tohoto onemocnění u pacienta je vyvarovat se aktivitám, které by mohly vést k poranění

těchto anomálií. Jedná se o náročné sportovní aktivity a aktivity s velkou fyzickou zátěží.

Z důvodu, že projevem onemocnění mohou být různé deformity tělesných struktur, jde o velmi těžkou psychickou zátěž při zrcadlení obrazu těla zejména u žen, dívek a dětí. Musíme si uvědomit, že se jedná o onemocnění postihující člověka komplexně. Důležitou součástí při této vzniklé situaci je vyhledání odborné psychologické pomoci.

V hygienické péči se zaměřujeme na prevenci před poškozením otěrem, otlakem. Jinak výraznější omezení není. Nedoporučuje se vystavovat hemangiomy působení kosmetických výrobků, ty totiž nejsou testovány na takto postižené kůži, ale na zdravé tkáni.

ZÁVĚR

Kavernózní hemangiom, je onemocnění které postihuje pacienty bez rozdílu pohlaví a jedná se o onemocnění, které řadíme mezi vrozené vývojové vady. Tyto anomálie se vytváří již v embryonálním vývoji člověka. Onemocnění má většinou asymptomatický průběh a pokud se objeví v novorozeneckém věku většinou vymizí. Toto onemocnění se v dětském věku projevuje zmnožením arteriol a venul, kdy dochází spíše ke vzhledovým obtížím pacienta. V některých případech je rozvoj nemoci rychlý a je nutno přistoupit kromě přesné diagnostiky i k léčebný intervencím. Léčba je velice komplexní od farmakoterapie a radioterapie přes miniinvazivní chirurgické zákroky až po radikální chirurgickou terapii, která řeší situace kdy cévní malformace zasahuje do běžného pacientova života a utlačuje funkci vnitřních orgánů. Pro prohloubení poznatků o tomto onemocnění jsme si stanovili tyto cíle:

Cíl 1.: Zpracování problematiky kavernózního hemangiomu. Vytvoření komplexního materiálu, který obsahuje etiologii, symptomatologii, diagnostiku a terapii. Cíl byl splněn.

Cíl 2.: Popsat specifika ošetřovatelské péče u pacientky trpící tímto onemocněním. Cíl byl splněn.

Cíl 3.: V praktické části této práce jsme sestavili ošetřovatelský proces u pacientky, která se s tímto onemocněním léči již od dětství. Od roku 2006 došlo ke zhoršení zdravotního stavu pacientky, progresi obtíží a krůstu hemangiomu na PHK i na vnitřních orgánech. Sestavením ošetřovatelského procesu jsme vytvořili systém opatření k uspokojení všech biopsychosociálních potřeb pacientky. Byly stanoveny ošetřovatelské diagnózy dle Taxonomie II NANDA INTERNATIONAL 2012 – 2014, vytvořen plán ošetřovatelské péče, realizace a zhodnocení. Cíl byl splněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Cavernous malformation and hemorrhage risk. [online]. Department of Neurological Surgery and Center for Image-Guided Neurosurgery, University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, PA 15213, USA. kondziolkads@upmc. [cit. 201-12-10]. Dostupné z: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23258518

HERDMAN, T.H. ed., 2013. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace : 2012-2014: definitions and classification : 2012-2014*. 1. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8

HERMAN, J. a D. MUSIL et. al., 2013. *Žilní onemocnění v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3335-7

JAKUBÍKOVÁ, J., 2012. *Vrozené anomálie hlavy a krku*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4064-5

LANZINO, G. and F.R. SPETZLER, 2008. *Cavernous malformation of the brain and spinal cord*. New York: Thieme medical publishers, Inc. ISBN 978-1-58890-343-3

MAČÁK, J., J. MAČÁKOVÁ, J. DVOŘÁČKOVÁ, 2012. *Patologie*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-7770-2

MORRIS, D.C., 2001. *Chapman's Orthopaedic surgery,3 rd*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN: 0-7817-1487-7.

MUSIL, D. et al., 2008. *Ultrazvukové vyšetření žil dolních končetin*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2161-3.

NAHUM, H. et. al., 2004. *Traité d'imagerie médicale*. 2. vyd. Paříž: Lavoisier. ISBN 978-2-257-2058-10

NAVRÁTIL, L. et al., 2013. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory.* 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8

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

Ošetřovatelská dokumentace [online]. Vysoká škola zdravotnická: Sharepoint. © 2008. [cit. 2014-01-12]. Dostupné z: https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/Ošetřovatelské%20dokumentace.aspx

PENKA, M. a A. BULIKOVÁ, 2009. *Neonkologická hematologie*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2299-3

PIZINGER, K., 2011. *Kožní pigmentové projevy*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0616-4

SADLER, T.W., 2010 *Langmanova lékařská embryologie*. 10. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2640-3

ŠAFRÁNKOVÁ, A. a M. NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1148-6

SMITH, M.T., 2008. *Percutaneous vertebroplasty*. Cambridge. ISBN 97-805-2186-5920

TRACHTOVÁ, E. a D. MASTILIAKOVÁ a G. FOJTOVÁ, 2006. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-701-3324-4

Vascular tumor of bones [online]. Department of pathology, Atlanta 2014. [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24680180

VIDIM, T. et al., 2011. *Onemocnění viscerálních cév diagnostika, chirurgická a endovaskulární léčba.* Praha: Maxdorf. ISBN 987-80-7345-248-3

VOKURKA, M. a J. HUGO, 2004. *Velký lékařský slovník*. 4. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-037-2

VORLÍČEK, J. a J. ABRAHÁMOVÁ, H. VORLÍČKOVÁ et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada ISBN 978-80-247-3742-3

PŘÍLOHY

Příloha A – Čestné prohlášení ……I

Příloha A

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ STUDENTA K ZÍSKÁNÍ PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracoval podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Komplexní ošetřovatelská péče u pacientky s kavernózním hemangiomem v rámci výuky a praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 15.3.2014

……
Jméno a příjmení studenta