

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

KAZUISTIKA PACIENTA PO URETROPLASTICE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

IVA KOUDELKOVÁ, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Antonín Brisuda, FEBU

Praha 2016



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

Koudelková Iva
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

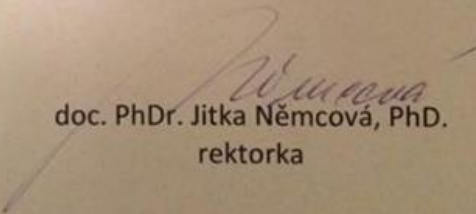
Na základě Vaší žádosti ze dne 27. 10. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Kazuistika pacienta po urethroplastice

Case Report: A Patient after Urethroplasty

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Antonín Brisuda, FEBU

V Praze dne: 2. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne.....

.....

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala MUDr. Antonínu Brisudovi, FEBU za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady, trpělivost, ochotu se mnou spolupracovat a vstřícnost při konzultacích, což přispělo k úspěšnému zkompletování této práce.

ABSTRAKT

KOUDELKOVÁ, Iva. *Kazuistika pacienta po uretroplastice*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Antonín Brisuda, FEBU. Praha: 2016. 52 s.

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku striktur močové trubice, jejich terapii, konkrétně chirurgickou terapii, a pooperační ošetrovatelskou péči u pacientů po plastice uretry. Skládá se ze dvou částí – teoretické a praktické. Teoretická část obsahuje historii, anatomické informace o mužské močové trubici, charakteristiku onemocnění, etiologii onemocnění, příznaky – objektivní a subjektivní, vyšetřovací metody, terapie (se zaměřením na plastiky uretry) a ošetrovatelskou péči u pacienta před a po výkonu z obecného hlediska. Praktická část, která je nosnou částí práce, obsahuje kazuistiku konkrétního pacienta, posouzení pacienta, ošetrovatelskou péči provedenou u konkrétního pacienta po dobu hospitalizace a doporučení pro praxi.

Klíčová slova

Močová trubice. Plastika uretry. Striktura uretry. Štěpy. Uretra. Zúžení močové trubice.

ABSTRACT

KOUDELKOVÁ, Iva. *Case Report: A Patient after Urethroplasty*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Antonín Brisuda, FEBU. Prague. 2016. 52 pages.

This bachelor's thesis is focused on urethral strictures, their therapy, particularly surgical treatment and post-operative nursing care of patients after urethroplasty. The thesis consists of two parts – theoretical one and practical one. The theoretical part includes history, anatomical information about the male urethra, characteristic of the disease, etiology, symptoms – objective and subjective, examination methods, therapy (focusing on urethroplasty) and nursing care of patients before and after surgery in general. The practical part, which is the fundamental part, contains case report of particular patient, patient assessment and individual nursing care plan and recommendation for practice.. The nursing care plan was performed for each patient during hospitalization.

Key words

Grafts. Narrowing of urethra. Urethra. Urethroplasty. Urethral stricture.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	9
SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ	11
1 HISTORIE	15
1.1 Využití štěpu dutiny ústní pro uretroplastiku.....	15
1.2 Rekonstrukce penilní uretry	16
1.3 Rekonstrukce bulbární uretry	16
1.4 Uretroplastika panuretrální striktury	17
1.5 Rekonstrukce zadní uretry	17
2 ANATOMIE MUŽSKÉ URETRY	19
2.1 Části uretry.....	19
2.2 Zakřivení urethry	19
2.3 Klinické dělení.....	20
3 ETIOLOGIE	21
3.1 Vrozené uretrální striktury.....	21
3.2 Získané uretrální striktury	21
3.2.1 Striktury uretry infekčního původu.....	21
3.2.2 Striktury uretry zánětlivého původu	22
3.2.3 Striktury uretry traumatického původu.....	22
3.2.3.1 Nepronikající poranění uretry.....	22
3.2.3.2 Pronikající uretrální poranění.....	23
3.2.3.3 Amputace – zranění.....	23
3.2.3.4 Tržná poranění močové trubice.....	23
4 PŘÍZNAKY	24
5 DIAGNOSTIKA	25
6 TERAPIE	26
6.1 Možnosti terapie obecně	26
6.2 Resekce a primární anastomóza	26
6.3 On-lay plastika	27
6.3.1 Základní typy záplat.....	27
7 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	28
7.1 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	28
7.1.1 Dlouhodobá předoperační příprava	28
7.1.2 Krátkodobá předoperační příprava.....	28

7.1.3 Bezprostřední předoperační příprava	28
7.2 POOPERAČNÍ PÉČE	29
8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO PLASTICE BULBÁRNÍ URETRY.....	31
8.1 ANAMNÉZA	32
8.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU	37
8.3 UTRŽIDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II	40
8.4 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	48
8.5 SITUAČNÍ ANALÝZA ke dni 13. 10. 2015 17:00 hod.....	49
8.6 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT dne 13. 10. 2015 17:00 hod.....	50
8.6.1 AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	50
8.6.2 POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY.....	50
8.7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U VYBRANÝCH DIAGNÓZ.....	52
8.8 Celkové zhodnocení péče.....	59
9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	60
ZÁVĚR	61
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	62
SEZNAM PŘÍLOH.....	65

SEZNAM ZKRATEK

a	Arteria
aa	Arteriae
anti HAV	Protilátky v séru hepatitidy A
anti HBA	Protilátky anti - hemoglobin v séru
anti HCB total	Protilátky v séru hepatitidy B
anti HCV	Protilátky v séru hepatitidy C
APE	Laparotomická apendektomie
APTT	Vyšetření krevní srážlivosti
AS	Akce srdeční
BMI	Body Mass Index
BWR	Bordetova - Wassermannova reakce
CA	Karcinom
CT	Počítačová tomografie
cps	Kapsle
D	Dech
ECS	Epicystostomie
EKG	Elektrokardiograf
FEBU	Fellow of the European Board of Urology
FF	Fyziologické funkce
GCS	Glasgow Coma Scale
HBsAG	Povrchový antigen hepatitidy B
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IgM	Imunoglobuliny M
INR	Protrombinový čas
i.v	Intravenózní
lat	Latinský
LDK	Levá dolní končetina
n	Nervus
NE l. sin	Nefrektomie vlevo
OUTI	Optická uretrotomie
P	Puls

PAD	Perorální antidiabetika
PMK	Permanentní močový katétr
PŽK	Periferní žilní katétr
reTURP	Opakovaná transuretrální resekce prostaty
RT	Radioterapie
RTG	Rentgen
sec	Secundam
tbl	Tablety
TEN	Tromb - embolická nemoc
TK	Krevní tlak
TRUS	Transrektální ultrasonografie
TT	Tělesná teplota
TUR	Transuretrální resekce
TURP	Transuretrální resekce prostaty
UFM	Uroflowmetrie
UZ	Ultrazvuk
v	Vena
VAS	Vizuální analogová škála
vv	Venae

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Anastomóza:** spojení
- Avulze:** odtržení
- Balanitis xerotica obliterans:** dermatologické onemocnění postihující mužské genitálie
- Bulbární uretra:** část zadní močové trubice
- Colliculus seminalis:** hrbolek na zadní stěně prostatické části mužské uretry
- Corpora cavernosa:** topořivá tělesa
- Diaphragma urogenitale:** ploténka mezi rameny pubických a sedacích kostí
- Dilatace:** rozšíření
- Distální:** topograficky dále od středu těla (močového měchýře)
- Ductuli prostatici:** drobné žlázné vývody prostaty, které ústí do uretry
- Fascie:** povázka
- Fibróza:** zhuštění vaziva ve tkáni
- Fossa navicularis:** lat. fyziologické rozšíření mužské uretry u zevního ústí
- Gonorrhoea:** kapavka
- Hydrokéla:** nahromadění tekutiny v obalech varlete
- Hypospádie:** vrozená anomálie uretry u mužů
- Iatrogenní:** způsobený lékařem
- Invaginace:** vnitřní vchlípení nějaké části orgánu do dalšího oddílu
- Juvenilní:** vyskytující se v mládí
- Lamina:** plátek
- Lymfedém:** otok způsobený stázou v mízním systému
- Obstrukce:** neprůchodnost
- Ostium urethrae externum:** ústí močové trubice vnější
- Ostium urethrae internum:** ústí močové trubice vnitřní
- Pars:** část
- Penektomie:** chirurgické odstranění penisu
- Penilní uretra:** přední močová trubice
- Periuretrální absces:** ohraničená zánětlivá dutina vyplněná hnisem v močových cestách
- Pethidin:** název účinné látky, analgetikum, opioid (firemní název například Dolsin)
- Post-mikční reziduální objem:** měření zbytku moče v močovém měchýři po vymočení

Recessus: vchlípenina

Resekce: odstranění části orgánu

Retrográdní urethrogram: vyšetření močových cest za pomoci kontrastní látky

Striktura: zúžení

Tunica albuginea: vazivový obal

Urethrokutanní fistula: píštěl z močových cest do kůže

Uroflowmetrie: měření rychlosti proudu moče za časovou jednotku

Uropatie: onemocnění nebo porucha močového systému

Valvula: chlopňová

Ventrální: přední

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání.

Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

ÚVOD

Striktury uretry jsou patologická zúžení způsobující obstrukci. Tyto obstrukční uropatie vedou ke zvýšení tlaku v močových cestách nad zúžením. V důsledku působení tlaku na stěnu močového měchýře dochází k jeho přestavbě a vzniku divertiklů, pseudodivertiklů. Zvýšený intravezikální tlak může při dlouhodobém působení negativně ovlivnit také funkci ledvin. Nejčastěji zúžení uretry vzniká na podkladě jizvy, která se vyvíjí po poranění uretry, a to z etiologického hlediska buď úrazového, iatrogenního (TUR, TURP, PMK) nebo infekčního. Z histologického hlediska se jedná o spongiofibrózu ve stěně uretry. Častěji se toto onemocnění vyskytuje u mužů. Nejčastější výskyt striktur je v pars spongiosa uretrae. Proto se v této práci budeme zabývat výhradně mužskou anatomii a fyziologií uretry (SOBOTKA, 2007).

Velkým problémem jsou časté recidivy striktur.

Toto onemocnění je v rámci chirurgických oborů mezi zdravotnickým personálem nepochybně známé. Nicméně ošetrovatelská péče o pacienty s tímto druhem onemocnění a konkrétně péče o pacienty po uretroplastice bulbární uretry je natolik specifická, že jsme se rozhodli ukázat demonstraci na ošetrovatelském procesu u konkrétního pacienta za využití modelu Marjory Gordnové a diagnóz dle NANDA I taxonomie II. 2012 - 2014 a NANDA I taxonomie II. 2015 - 2017.

Cílem této bakalářské práce a to hlavně její teoretické části, je podání ucelených informací o dané problematice.

Cílem praktické části práce je interpretovat specifické informace o péči o pacienty po uretroplastice na konkrétním případě, zpřístupnit tyto informace zdravotnickému personálu a edukovat ho, jak o pacienty po uretroplastice pečovat.

Vstupní literatura:

REYNARD, J. *Urological surgery*. New York: Oxford University Press, 2008, xxiii, 835 p. ISBN 0199299420.

FIALA, R., F. ZÁŤURA a R. REIF. *Striktura a trauma mužské uretry*. StudioGeo s. r. o., 1998. ISSN 1211-0795.

Popis rešeršní strategie:**Datum zadání rešerše:** 23. 11. 2015**Kde:** Knihovna 2. Lékařské fakulty.**Druh rešerše:** jednorázová rešerše.**Databáze:** Medline, Embase, BM Č/Česká lékařská bibliografie, BM S/Slovenská lékařská bibliografie.**Zadané časové období:** 2005 až 2015.**Časové omezení knihovnou na rešerši:** 2012 – 2015, přesah přehledových článků od 2010 – 2015.**Kategorie:** dospělí, střední věk, muži, staří, ženy.**Klíčová slova:** striktura uretry, plastika uretry, strictura urethrae.

Vyhledání odborných publikací, které jsou vhodné pro tvorbu bakalářské práce s názvem *Kazuistika pacienta po uretroplastice*, proběhlo v listopadu roku 2015. Rešerše k danému tématu byla zadána knihovně 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Jako klíčová slova byla zvolena striktura uretry, plastika uretry, strictura urethrae. Jednalo se o hromadné vyhledávání publikovaných článků a knih zabývajících se danou problematikou, jak v anglickém jazyce, tak slovenském a českém jazyce, které byly vydány od roku 2005 po současnost. Knihovnou toto období bylo omezeno na roky 2012 – 2015 z důvodu množství nalezených odkazů na toto téma. Převážná část článků byla v anglickém jazyce. V českém a slovenském jazyce bylo nalezeno minimum. Z nalezených záznamů pro tvorbu bakalářské práce nebylo využito nic, a to z toho důvodu, že se převážně jednalo o odkazy na abstrakt nebo výtisky nebyly dostupné k vypůjčení.

Veškeré materiály použité k tvorbě práce byly vyhledány osobně pomocí www.google.com, nebo pomocí <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, dále k tvorbě bylo využito několik odborných knih.

1 HISTORIE

Z historického hlediska je zmínka o strikturách uretry už od pradávna.

První zmínky jsou už ve starověké Indii, kdy byly prováděny uretrální dilatace za pomoci rákosu lubrikovaného pastou ghí.

V Řecku Sokrates žertoval o pacientech, kteří měli slabý proud moče. Epicurus spáchal sebevraždu, když už si nadále nemohl dilatovat své zúžení uretry.

V Římě v prvním století Celsus popisuje externí uretrotomii pro léčbu zúžení.

V Arábii byla praktikována uretrotomie po mnoho let, pak zanikla.

V letech 1510 – 1590 Ambroise Pare znovu zavedl uretrotomii, vynalezl přístroj na „seškrábání“ uretry.

Roku 1795 se používaly stříbrné katetry s lancetou pro uretrotomii.

V roce 1817 Civiale z Paříže vynalezl vnitřní uretrotom.

James Guthrie, což byl anglický vojenský chirurg, popsal dilataci uretry v roce 1825.

Maisonneuve vylepšil vnitřní uretrotom přidáním vláknového vodiče v roce 1848.

Kapavka způsobovala zánětlivé striktury, které postihly např. krále Jindřicha IV. nebo císaře Napoleona.

V roce 1875 Fessenden Otis, což byl profesor urogenitálních chorob z New Yorku na vysoké škole lékařů a chirurgů, popsal použití uretrometru pro správnou dilataci uretry (dostupné z: <https://strictureurethra.wordpress.com/article/history-of-urethroplasty/>, 2016).

1.1 Využití štěpu dutiny ústní pro urethroplastiku

Roku 1894 Sapezhko provedl urethroplastiku s využitím štěpu z ústní sliznice.

Tyrmos roku 1902 používal štěpy z ústní sliznice pro močové píštěle.

V roce 1941 Humby použil štěp ústní sliznice u osmiletého chlapce s hypospádií, výkon byl neúspěšný.

Burger a kolektiv používali štěpy z dutiny ústní v malé klinické sérii u psů v roce 1992. V témže roce Dessanti a kolektiv napsali zprávu o využití sliznice močového měchýře a dutiny ústní pro opravu hypospádií.

V následujícím roce El-Kasaby a kolektiv utvořili štěp ze sliznice dolního rtu.

V roce 1996 Morey a McAninch vypracovali podrobný popis hlavní techniky využití štěpů bukální sliznice a popsali náhradu ventrální cestou pro plastiku bulbární uretry (dostupné z: <https://strictureurethra.wordpress.com/article/history-of-urethroplasty/>, 2016).

1.2 Rekonstrukce penilní uretry

Johanson představil opravu striktury uretry bez využití ústního slizničního štěpu v roce 1953.

Roku 1999 Hayes a Malone používají štěp sliznice dutiny ústní jako hřbetní vložku u pacientů s hypospádií.

V roce 2000 Kulkarni a kolektiv popisují penilní invaginaci k léčbě přední a panurethrální striktury.

V roce 2001 Asopa a kolektiv použili štěp z bukální sliznice jako hřbetní vložku u dospělých pacientů k jednodobým uretroplastikám (dostupné z: <https://strictureurethra.wordpress.com/article/history-of-urethroplasty/>, 2016).

1.3 Rekonstrukce bulbární uretry

Jak již bylo zmíněno, v roce 1996 Morey a McAninch publikovali podrobný popis hlavní techniky štěpů bukální sliznice a popsali náhradu ventrální cestou pro plastiku bulbární uretry. V témže roce Barbagli a kolektiv popsali plastiku bulbární uretry, jako dorsální náhradu využili štěp z bukání sliznice.

Iselin a Webster informovali o léčbě striktur za pomoci anastomózy se štěpem augmentovaným z dorsální uretry v roce 1998.

V roce 2006 začal používat Barbagli a kolektiv fibrinové lepidlo v uretroplastikách, o dva roky později informovali o šetrném rekonstruktivním výkonu se zachováním pro bulbospongiózních svalů a nervů (dostupné z: <https://strictureurethra.wordpress.com/article/history-of-urethroplasty/>, 2016).

1.4 Uretroplastika panuretrální striktury

V roce 1953 Johanson provedl dvoudobou uretroplastiku - ventrální otevření penilní uretry a 2. dobu provedenou o 6 měsíců později.

V roce 1993 McAninch a kolektiv odebrali kruhový fasciokutánní štěp z holé kůže penisu.

V roce 2009 Kulkarni a kolektiv provedli techniku, kdy z jedné strany penilní invaginace zachovali boční přívod krve do uretry.

Barbagli a kolektiv v roce 2010 podporovali perineální uretrostomii s Blandyho štěpovou technikou pro komplexní striktury uretry nebo u pacientů nezpůsobilých k definitivní operaci (dostupné z: <https://strictureurethra.wordpress.com/article/history-of-urethroplasty/>, 2016).

1.5 Rekonstrukce zadní uretry

Už v roce 1962 Pierce a kolektiv provedli celkovou abdominální pubectomii pro expozici zadní uretry.

Roku 1968 Paine a Coombes provedli konec ke konci (end-to-end) anastomózu po resekci jizvy a stydké kosti (břišní přístup).

V roce 1973 Waterhouse a kolektiv provedli kombinovaný přístup: perineální abdominoplastiku (dostupné z: <https://strictureurethra.wordpress.com/article/history-of-urethroplasty/>, 2016).

V průběhu let je vidět velký progres v léčbě. Současnou podobu terapie už ovšem můžeme pozorovat v 60. letech 20. století. Od té doby se pouze technika vylepšila, ale principy zůstali podstatě stejné (dostupné z: <https://strictureurethra.wordpress.com/article/history-of-urethroplasty/>, 2016).

2 ANATOMIE MUŽSKÉ URETRY

Uretra (močová trubice) je vývodnou cestou močovu. Začíná ve stěně spodiny močového měchýře (vesica urinaria) jako ostium urethrae internum a ústí jako ostium urethrae externum (meatus) na glans penis (žalud pyje). Mužská uretra je dlouhá kolem 20 cm u dospělého muže a má esovitý tvar. Dělí se na několik částí, a to na pars intramuralis, pars prostatica, pars membranacea, pars spongiosa. Dále na močové trubici popisujeme zakřivení curvatura subpubica a curvatura prepubica. U muže močová trubice odvádí z těla moč, ale odvádí také ejakulát (ROKYTA, 2015), (ČIHÁK, 2013).

2.1 Části uretry

Pars intramuralis – jedná se o 0,5 cm dlouhý úsek probíhající stěnou močového měchýře. Z jeho stěny dále pokračuje hladká svalovina jako musculus sphincter vesicae.

Pars prostatica – část dlouhá 3 až 4 cm. Prochází prostatou. Na její zadní stěně do trubice vstupuje colliculus seminalis. Na jeho bocích ústí ductus ejakulatorii a na jeho vrcholu utriculus prostaticus. Vedle boků colliculus seminalis ústí do žlábků ductuli prostatici, vývody prostatických žlázek. Při colliculus seminalis má průřez trubice srpkovitý tvar. Močová trubice je zde mírně rozšířená.

Pars membranacea – část dlouhá 2 cm. Prochází skrze diaphragma urogenitale. Jedná se o nejužší úsek trubice. V této části má při průřezu hvězdicovitý vzhled. Na rozhraní pars membranacea a pars spongiosa ústí bulbourethrální žlázy.

Pars spongiosa – úsek dlouhý přibližně 15 cm. Probíhá v corpus spongiosum penis. Těsně před zevním ústím se močová trubice podélně rozšiřuje ve 2 cm dlouhou větvenitou fossa navicularis urethrae – v její horní dorsální stěně je valvula fossae navicularis a z jejího horního okraje vychází recessus fossae navicularis. Průřez trubice v pars spongiosa má tvar příčné štěrby, v ostium urethrae externum má tvar svislé štěrby (<http://www.atlasloveka.upol.cz/cs/cs02/cs0206/cs020602.html#o5>, 2015).

2.2 Zakřivení urethry

Curvatura subpubica – zakřivení na začátku pars spongiosa, které je rozšířené v ampulla urethrae. Zde mění močová trubice průběh ze svislého směru, a dále probíhá dopředu a lehce vzhůru. Jedná se o fixní zakřivení.

Curvatura prepubica – mění směr průběhu opět ve svislý. Vyrovnává se při ztopoření penisu, ale zakřivení lze vyrovnat i při zavedení permanentního močového katétru (<http://www.atlasloveka.upol.cz/cs/cs02/cs0206/cs020602.html#o5>, 2015).

2.3 Klinické dělení

Urethra posterior = zadní uretra = pars intramuralis, membranacea, prostatica a jedná se o takzvaná urethra fixa.

Urethra anterior = přední uretra = pars spongiosa, takzvaná urethra mobilis (ŠEDÝ a kol., 2010).

Obrázek uretry je přiložen v přílohách.

3 ETIOLOGIE

Uretrální striktura všeobecně odkazuje na předchozí uretrální onemocnění nebo na proces jizvení zahrnující spongiózní erektilní tkáň v corpus spongiosum. Mezi příčiny tohoto onemocnění se řadí předchozí trauma močové trubice, infekce močových cest, iatrogenní poranění močové trubice způsobené předchozími výkony na vylučovacím traktu, dále poranění samotným pacientem při využívání různých sexuálních pomůcek nebo využívání různých cest k dosažení sexuálního vzrušení. Obecně se dělí příčiny tohoto onemocnění na vrozené a získané (SCHREITER, 2006).

3.1 Vrozené uretrální striktury

Termín vrozená striktura byla použita k definování striktur bez identifikovatelné etiologie, avšak zúžení může být definováno pouze jako vrozené, pokud není zánětlivé povahy, je krátké délky, a není spojeno s historií traumat močové trubice. Tato omezení vymezují používání výrazu "vrozené zúžení" pouze u striktur přední močové trubice zjištěných u dětí v přirozeném místě v embryologickém vývoji, kde dochází k fúzi struktur (tj. zadní a přední močové trubice) před tím, než dojde k erekci. Z diagnostického hlediska se jedná o vzácné onemocnění (SCHREITER, 2006).

3.2 Získané uretrální striktury

3.2.1 Striktury uretry infekčního původu

Zánětlivé striktury spojené s gonorrhoeou jsou v současné době mnohem méně časté než tomu bylo v minulosti. S využitím rychlé a účinné léčby antibiotiky striktury způsobené kapavkou vidáme již sporadicky. Role chlamydií a *Ureaplasma urealyticum* (tj. nespecifická urethritis / NSU /) v rozvoji striktur přední močové trubice je nejasná (SCHREITER, 2006).

3.2.2 Strikтуры uretry zánětlivého původu

Zde byl nedávný nárůst striktur spojených s balanitis xerotica obliterans (BXO), které jsou spíše zánětlivé strikтуры, než izolované, traumaticky vyvolané jizvy. BXO obvykle začíná zánětem žaludu a obecně vede ke stenóze meatu, nežli ke skutečné striktuře fossa navicularis. I když příčina tohoto zánětu distální penilní kůže a močové trubice je neznámá, literatura uvádí možnost bakteriální infekce s výslednými kožními změnami. Zde jsou také určité důkazy, že průběh striktury nakonec zasahuje celou přední močovou trubici, z toho důvodu může být porušen vysoký tlak močení, což vede k přechodu moči do žláz Littré, fibrózní zánět. Zdali změny močové trubice a fibrózy vznikají na podkladě bakteriálního původu, nebylo dobře definováno (SCHREITER, 2006).

3.2.3 Strikтуры uretry traumatického původu

Mnoho uretrálních striktur je výsledkem traumatu (obvykle trauma při výrazném rozkročení dolních končetin), což je zpočátku často nerozpoznatelné až do prvních pozorovatelných symptomů typických pro strikтуры uretry. Traumata mohou vzniknout neinfiltrativně, infiltrativně, amputací nebo jako avulzní zranění. Ačkoliv k iatrogenním zraněním močové trubice stále dochází, s rozvojem menších endoskopů a omezení indikací pro cystoskopie v juvenilním období u mužů, se s těmito poraněními setkáváme stále méně často než v minulosti (SCHREITER, 2006).

3.2.3.1 Nepronikající poranění uretry

Nepronikající zranění pohlavních orgánů může vzniknout z drtivé nebo náhle vznikající deformující síly na penis (tj., tupé trauma, pohmožděniny nebo zlomeniny corpora cavernosa či močové trubice). Tyto síly způsobují vážné poškození vnitřních struktur bez narušení kůže. Kdykoli je penis zraněn nebo dojde při náhlém rozkročení k traumatu hráze nebo šourku, mělo by být vyloučeno poranění močové trubice.

Termín zlomenina penisu znamená rupturu tunica albuginea kolem kavernózních těles. Tyto zlomeniny jsou obvykle způsobeny během sexuálního styku při nárazu hráze na ztopořený penis. V některých případech vznik tohoto zranění může být slyšitelný, následuje ho okamžitá intenzivní bolest, otok a odeznění erekce a sexuálního vzrušení. V jiných případech může dojít k okamžité bolesti s následnou bolestivou erekcí. Dojde k minimálnímu otoku, nedojde k odeznění erekce a často jen k malému poranění.

U těchto pacientů se předpokládá, že došlo jen k narušení vnějšího lamina tunica albuginea nebo narušení obou lamina tunica albuginea. Velmi často si tito pacienti opožděně stěžují na boční zakřivení, odsazení nebo zatvrdnutí penisu v erekci (SCHREITER, 2006).

3.2.3.2 Pronikající uretrální poranění

Pronikající poranění penisu často zahrnují i poranění močové trubice. Liší se v závislosti na zdroji traumatu. Zranění způsobené na základě nízké rychlosti vyžaduje důkladné vyšetření, odstranění cizího materiálu a anatomickou úpravu chirurgem. Při výrazném poničení tkáně, tržné rány způsobené nízkou rychlostí projektilu, je primárně indikovaná rekonstrukce. Rány způsobené vysokou rychlostí někdy vyžadují suprapubickou drenáž moči a odloženou chirurgickou rekonstrukci (SCHREITER, 2006).

3.2.3.3 Amputace – zranění

Amputační poranění penisu jsou ideálně ošetřeny microreimplantací. Nicméně v některých případech amputací penisu dojde k znehodnocení amputované části útočником nebo není amputovaná část nalezena. Tito pacienti by pak měli být nadále léčeni, jako pacienti po částečné penektomii (SCHREITER, 2006).

3.2.3.4 Tržná poranění močové trubice

Tržná poranění pohlavních orgánů vznikají nejčastěji při snížení elasticity kůže. Nejčastějším mechanismem vzniku bývá, že se oděv zachytí o genitál, dojde k rotačnímu pohybu, nebo když pacient je účastníkem dopravní nehody, a dojde k traumatickému roztržení oděvu a prudkému odtrhnutí od pacientova těla. Příležitostně se též stávají avulzní poranění při využívání vakuových zařízení na penis při léčbě erektilní dysfunkce. Závažnost avulzních zranění se může lišit od minimálních zranění až například po tzv. „vykleštění“. „Vykleštění“ znamená poranění hlubokých struktur, řešení je složitější vyžadující individuální přístup (SCHREITER, 2006).

4 PŘÍZNAKY

Mezi jednotlivé příznaky se řadí:

- váhavé a přerušované močení,
- špatný proud moči a snížený kalibr močení,
- neúplné vyprázdnění močového měchýře,
- nykturie,
- bolest při močení,
- zadržování moči,
- uretrální krvácení,
- infekce močových cest,
- periuretrální absces,
- urethrotunnální fistula (REYNARD, 2008) (SCHREITER, 2006).

5 DIAGNOSTIKA

Ve většině případů jsou pacienti se strikturou močové trubice dále vyšetřováni urologem na podkladě symptomů dolních močových cest. V závislosti na místě postižení močové trubice se odvíjejí příznaky.

Eventuelně může být striktura identifikována při neúspěšném pokusu o zavedení močového katétru. Dále se pacientům při podezření na strikturu uretry provádí uroflowmetrie, měření postmikčního rezidua. Lze využít vyšetření moče na kultivaci a citlivost k vyloučení infekčního onemocnění. Mikční cystouretrografie (UCG) a ureteroskopie pořídí nejužitečnější informace ohledně lokalizace, počtu a délce striktury.

Zřídka mohou být využity další zobrazovací metody. Monografii uretry lze využít před operací nebo intraoperativně, pokud je to žádoucí. Tento postup je velmi dobře snášen pacientem a poskytuje velmi přesné a správné informace o délce striktury. Výhodou sonografie je přenosnost ultrazvukového přístroje a absence záření. Nicméně hodnocení zadních a distálních předních urethrálních striktur je omezené. Počítačová tomografie (CT), urethrografie a virtuální urethroskopie byly také využívány, ale existují pouze omezené údaje, a proto by měly být považovány pouze za experimentální (dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3193738/>, 2015).

6 TERAPIE

6.1 Možnosti terapie obecně

Možnosti léčby závisí na umístění, příčině a délce striktury. Dále rozhodují komorbidity a preference pacienta.

- uretrální dilatace
- optická uretrotomie (protěti striktury pod optickou kontrolou)
- excize striktury s primární anastomózou uretry
- incize a on-lay uretroplastika. Striktura není vyříznuta, štěp z bukální sliznice nebo předkožky je aplikován ventrálně (technika McAninch, San Francisco), nebo dorzálně (Barbagli) na zúžení, které bylo podélně incidováno (řez je prodloužen do normální močové trubice na obou stranách striktury).
- kombinace resekce a on-lay plastiky
- lalok z kůže penisu nebo předkožky (lalok má svůj cévní závěs a je tedy živý)
- Johansonova uretroplastika (dvoudobá plastika penilní uretry)
- perineální uretrotomie
- uretrální stent je kontraindikován u striktur na zadní močové trubici, jeho role v přední močové trubici je omezena (Jordan).

Tubulizované štěpy mají vysoký výskyt následných striktur (REYNARD, 2010), (osobní zkušenosti MUDr. Antonín Brisuda, FEBU).

6.2 Resekce a primární anastomóza

Resekce a anastomóza zahrnuje chirurgické odstranění zúžených segmentů a znovu napojení obou konců poté, co byly uvolněny a mobilizovány. Nejlépe se hodí pro krátké striktury postihující bulbární nebo membránózní močovou trubici (ZIMMERMAN, 2011), (MARTINS, 2015).

6.3 On-lay plastika

Využívá se u dlouhých striktur penilní nebo bulbární uretry, kdy není možná resekce a anastomóza. Jedná se o podélné protěti striktury a všíť záplaty do vzniklého defektu (MARTINS, 2015).

6.3.1 Základní typy záplat

Existují dva základní typy záplat:

Stěp – kůže předkožky (pokud není pacient po cirkumcizi a souhlasí) nebo sliznice dutiny ústní

Lalok –*kůže penisu* (málo chlupů) – everze sec. Orandi (uvolnění kožního laloku z okraje rány)

Lalok předkožky – uvolnění pruhu předkožky na cévním závěsu, jeho mobilizace a implantace do místa striktury (Mc Anninch) – on-lay bulbární uretry (dostupné z: <http://www.urologymatch.com/node/1824>, 2016).

Fotografie jednotlivých plastik a fotografie štěpu jsou k naleznutí v přílohách.

7 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

7.1 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

7.1.1 Dlouhodobá předoperační příprava

Návštěva obvodního lékaře (laboratoř: biochemie - ionty, urea, kreatinin, glykémie, jaterní enzymy, krevní obraz + diferenciál, koagulace - INR + APTT, krevní skupina, BWR, HIV, anti HCV, anti HAV, anti HBA, HBsAG, anti HCB total, IGM, moč na kultivaci a citlivost), návštěva internisty (EKG - křivka a popis, RTG srdce a plíce, rozhodnutí o únosnosti anestezie), u diabetiků konzilium a vysazení PAD (zdroj: empirické zkušenosti, MUDr. Antonín Brisuda, FEBU).

Záleží na požadavcích nemocničního zařízení.

7.1.2 Krátkodobá předoperační příprava

Podepsání souhlasů s výkonem, anestezí, anesteziologické vyšetření, oholení operačního místa (šourek, hráz), prevence TEN, edukace pacienta a informovanost o ošetrovatelské péči, nácvik pooperačního režimu (u striktury bulbární uretry nesmí pacient sedět cca 3 měsíce po výkonu, tudíž se musí naučit vstávat tak, aby nezatížil hráz), premedikace od anestezie, u diabetika vysazení PAD, sledování hodnot glykémie a eventuelní kompenzace a převedení na inzulín (zdroj: empirické zkušenosti), (MUDr. Antonín Brisuda, FEBU).

7.1.3 Bezprostřední předoperační příprava

Sundání šperků, odlíčení, vyndání zubní protézy, měření tlaku, podání premedikace dle anesteziologického konzilia, kontrola oholení operačního pole, bandáže dolních končetin jako prevence TEN, kontrolní měření tlaku. U diabetiků podání infúze 10 % Glukózy s inzulínem dle hodnot ranní glykémie, eventuelně přidání kalia. U pacientů s chronickou bronchitidou, dle ordinace anesteziologického konzilia, podání infúze fyziologického roztoku se Syntophyllinem a Solu-Medrolem (zdroj: empirické zkušenosti), (MUDr. Antonín Brisuda, FEBU).

7.2 POOPERAČNÍ PÉČE

- **FF**

Měření tlaku, pulsu, dechu, saturace kyslíku, vědomí dle ordinací lékaře (zdroj: empirické zkušenosti), (MUDr. Antonín Brisuda, FEBU), (NEJEDLÁ, 2006).

- **Mikce**

Vzhled moče v PMK (zároveň i vylepení PMK na břicho k prevenci sekundární striktury v penoskrotálním ohbí uretry), ECS, ECS zůstává pacientům tak dlouho, dokud nemočí minimálně 3 dny bez problému po zhojení uretroplastiky. PMK zaveden na 2 - 3 týdny (zdroj: empirické zkušenosti), (MUDr. Antonín Brisuda, FEBU), (NEJEDLÁ, 2006).

- **Peristaltika**

Odchod stolice do 72 hod, odchod plynů do 48 hod po výkonu (při použití opiátových analgetik, např. pethidin) (zdroj: empirické zkušenosti), (MUDr. Antonín Brisuda, FEBU)

- **Výživa**

V den operace nic per os, pouze čaj po 4 hodinách nebo dle ordinace ošetřujícího lékaře od odeznění anestezie, nadále dle ošetřujícího lékaře postupné zatížení gastrointestinálního traktu (zdroj: empirické zkušenosti), (MUDr. Antonín Brisuda, FEBU), (NEJEDLÁ, 2006).

- **Medikace**

Včasné podávání léků dle ordinací lékaře, navíc po výkonu dle ošetřujícího lékaře podávat preventivně Androcur tablety jako prevenci erekce cca na 10 dní, antibiotická clona intravenózně cca 5 až 10 dní (aminopeniciliny) dle empirických zkušeností jako prevence infekce (zdroj: empirické zkušenosti), (MUDr. Antonín Brisuda, FEBU), (NEJEDLÁ, 2006).

- **Rána**

Kontrola prosaku rány, jak u bulbární uretry, tak u penilní uretry. U penilní uretry udržovat funkční bandáž penisu, převazy dle ordinací lékaře (zdroj: empirické zkušenosti), (MUDr. Antonín Brisuda, FEBU), (NEJEDLÁ, 2006).

- **Pohybový režim**

V den operace klid na lůžku, dále včasná mobilizace, u bulbární uretry se nesmí sedět cca 3 měsíce po výkonu, lze využívat kompenzačních pomůcek jako je například nafukovací kruh k sezení. Pacienti po výkonu nesmějí v průběhu 3 měsíců například jezdit na kole, aby nedošlo k útlaku močové trubice v místě po výkonu. Vstávání z lůžka přes bok a bez posazování (zdroj: empirické zkušenosti), (MUDr. Antonín Brisuda, FEBU), (NEJEDLÁ, 2006).

- **Drény**

Sledovat odvody a funkčnost drenáže, nejčastěji se zavádí podtlaková drenáž (Redonův drén), odstranění drénu dle ošetřujícího lékaře (zdroj: empirické zkušenosti), (MUDr. Antonín Brisuda, FEBU), (NEJEDLÁ, 2006).

- **Psychika nemocného**

Psychologická podpora, dostatečná edukace nejen ze strany ošetřujícího lékaře, ale i ze strany ošetřovatelského personálu. Pokud by bylo potřeba, nutná psychologická podpora ze strany psychologa (zdroj: empirické zkušenosti), (MUDr. Antonín Brisuda, FEBU), (NEJEDLÁ, 2006).

- **Spiritualita**

Umožnit pacientovi komunikovat s knězem, či s jiným příslušníkem různých vyznání dle přání pacienta. Eventuelně doporučit místo v soukromí k vykonávání religiózních praktik (zdroj: empirické zkušenosti), (MUDr. Antonín Brisuda, FEBU), (NEJEDLÁ, 2006).

- **Sexualita**

Nutno edukovat pacienta o sexuální abstinenci minimálně po dobu rekonvalescence nebo jak pacientovi doporučí lékař. Informovat pacienta o podávání Androcuru k potlačení erekce po dobu cca 10 dní po výkonu (zdroj: empirické zkušenosti), (MUDr. Antonín Brisuda, FEBU), (NEJEDLÁ, 2006).

8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO PLASTICE BULBÁRNÍ URETRY

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: XY

Pohlaví: muž

Datum narození: 2. 10. 1936

Věk: 79 let

RČ: 36XXXXXXXX

Číslo pojišťovny: 111

Vzdělání: vysokoškolské

Zaměstnání: stavební Ing.

Stav: ženatý

Státní příslušnost: ČR

Datum přijetí: 12. 10. 2015

Typ přijetí: plánované přijetí

Oddělení: Urologická klinika

Ošetřující lékař: MUDr. Brisuda, FEBU

Důvod přijetí udávaný pacientem:

"Přišel jsem na plánovaný výkon, jelikož mám dlouhodobý problém s močením."

Medicínská diagnóza hlavní:

N 99.1 - Striktura uretry po výkonu

Medicínské diagnózy vedlejší:

C61 Zhoubný novotvar předstojné žlázy - prostaty

E221 Hyperprolaktinemie

K409 Jednostranná neurčitá tříselná kýla bez neprůchodnosti n. gangrény

D179 Nezhoubný lipomatózní novotvar neurčené lokalizace

I482 Stav po kardioverzi

I159 Sekundární hypertenze

HODNOTY A ÚDAJE ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU dne 12. 10. 2015

TK: 122/78

Výška: 189 cm

P: 79/ min

Hmotnost: 112 kg

D: nevyšetřováno

BMI: 32 - mírná obezita

TT: 37°C

Pohyblivost: plně mobilní

Stav vědomí: při vědomí

Orientace místem, časem, osobou:
orientován

Řeč, jazyk: čeština

Krevní skupina: 0, Rh pozitivní

Nynější onemocnění:

Striktura uretry, zhoubný novotvar předstojné žlázy, sekundární hypertenze, hyperprolaktinemie.

Informační zdroje:

Pacient, lékař a pacientova zdravotnická dokumentace.

8.1 ANAMNÉZA

Anamnéza odebraná v den příjmu na Urologickou kliniku. 12. 10. 2016 v 17:00 hod.

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka:

"Prodělala CA prsu."

Otec:

"Měl tumor žaludku."

Sourozenci:

"Mám pouze bratra, který se léčí s vysokým tlakem."

Děti:

"Jsou zdravé."

OSOBNÍ ANAMNÉZA**Překonaná a chronická onemocnění:**

"Prodělal jsem rakovinu prostaty a léčím se trvale s vysokým krevním tlakem."

Hospitalizace a operace:

"Prodělal jsem doposud ve svém životě tyto výkony:

2004 - OUTI+TURP, 12/2006 - reTURP, 2011 - TRUS, 3-5/2012 – RT, 2/2015 - UFM."

Úrazy:

"Nevzpomínám si, ale asi jsem něco v mládí měl."

Transfúze:

"Nikdy jsem neměl."

Očkování:

"Veškerá základní povinná očkování jsem měl."

Léková anamnéza (chronická medikace)

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Prestarium Neo	tbl.	5 mg	1 – 0 – 0	ACE inhibitor
Torvacard	tbl.	10 mg	1 – 0 – 0	statiny
Propanorm	tbl.	150 mg	1 – 0 – 1	antiarytmikum
Tamurox	tbl.	0,4 mg	1 – 0 – 1	antagonista alfa 1A/ 1D

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Léky:

Neguje.

Potraviny:

Neguje.

Chemické látky:

Neguje.

Jiné:

Neguje.

ABÚZY

Alkohol:

"Dříve příležitostně na nějaké akci, nyní už skoro vůbec nepiji."

Kouření:

"Nekouřím."

Káva:

"Každé ráno piji silnou kávu ke snídani."

Léky:

Neguje.

Jiné návykové látky:

Neguje.

UROLOGICKÁ ANAMÉZA U MUŽŮ

Překonaná urologická onemocnění:

Zhoubný novotvar prostaty.

Samovyšetřování varlat:

Samovyšetření neprovádí.

Poslední návštěva u urologa:

7. 10. 2015

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Stav:

"Ženatý. Žiji s rodinou v rodinném domě."

Bytové podmínky:

"Vlastním rodinný dům."

Vztahy, role a interakce:

"Jsem ženatý, žiji v dlouholetém vztahu s manželkou, mám 2 děti, syn a dcera, kteří už jsou dospělí a mají své vlastní rodiny."

Záliby:

"Rád čtu, technika, stavby."

Volnočasové aktivity:

"Cestování, pokud to zdraví dovolí, filozofie."

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Vzdělání:

"Vysokoškolské vzdělání, stavební inženýr."

Pracovní zařazení:

"Nyní jsem důchodce."

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého:

"Dlouhá léta jsem pracoval jako stavební inženýr, dělal jsem přesně to, co jsem vystudoval. Bohužel už jsem ve věku, kdy jsem musel ustoupit mladší generaci, nějaký pátek už to bude."

Vztahy na pracovišti:

"Jelikož už nepracuji, tak žádné. Ale dříve jsme měli velice dobré vztahy, když jsem pracoval."

Ekonomické podmínky:

"Pobírám důchod a vzhledem k mé práci z dřívějšíka jsem zaopatřen."

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA**Religiózní praktiky:**

"Jsem nevěřící a nepraktikuji."

8.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU

Hlava	<i>Objektivně:</i> Mesocefalická, poklepově nebolestivá. <i>Subjektivně:</i> "Nepociťuji jakýkoliv problém."
Oči	<i>Objektivně:</i> Oční bulby ve středním postavení, dobře pohyblivé. Skléry bez ikteru, spojivky růžové, zornice izokorické. <i>Subjektivně:</i> "Trpím krátkozrakostí. Nosím brýle na čtení."
Uši, nos	<i>Objektivně:</i> Bez známek defektu. <i>Subjektivně:</i> "Mám trochu nedoslýchavost."
Rty	<i>Objektivně:</i> Bez známek virového onemocnění, hydratované. <i>Subjektivně:</i> "Mívám často suché rty a používám balzámy."
Dásně, sliznice dutiny ústní	<i>Objektivně:</i> Bez povlaku, růžové. <i>Subjektivně:</i> "Na problémy s dásněmi netrpím."
Jazyk	<i>Objektivně:</i> Jazyk plazí ve střední čáře, bez povlaku. <i>Subjektivně:</i> "Trpíval jsem na afty."
Tonzily	<i>Objektivně:</i> Hrdlo klidné. <i>Subjektivně:</i> "Na angínu nebo na jiná onemocnění moc netrpím."
Chrup	<i>Objektivně:</i> Vlastní, bez kazů. <i>Subjektivně:</i> "Dodržuji pravidelné půlroční prohlídky u zubaře, a čistím si zuby pokud možno po každém jídle."
Krk	<i>Objektivně:</i> Štítná žláza a uzliny nezvětšeny, náplň krčních žil přiměřená, šíje volná. <i>Subjektivně:</i> "Někdy mě bolí šíje, ale může to být ze špatné polohy ve spánku."
Hrudník	<i>Objektivně:</i> Souměrný, poklep plný a jasný. <i>Subjektivně:</i> "Nepociťuji problém."

Plíce	<p><i>Objektivně:</i> Dýchání čistě sklípkové.</p> <p><i>Subjektivně:</i> "Při velké námaze se zadýchávám."</p>
Srdce	<p><i>Objektivně:</i> AS pravidelná, 2 ohraničené ozvy.</p> <p><i>Subjektivně:</i> "Někdy když se rozčílím, tak pocítuji tlak na hrudi."</p>
Břicho	<p><i>Objektivně:</i></p> <p><i>Pohled:</i> břicho nad úrovní hrudníku, souměrné, žilní kresba není patrná.</p> <p><i>Palpačně:</i> Nebolestivé, játra a slezina nezvětšeny. Ledviny nehmatné. Podbřišek volný, bez peristaltického dráždění, bez hmatné rezistence, měchýř za sponou.</p> <p><i>Poklepově:</i> Bubínkový.</p> <p><i>Poslech:</i> Peristaltika pozitivní.</p> <p><i>Tapotment:</i> Bilaterárně negativní.</p> <p><i>Subjektivně:</i></p> <p>"Někdy na sobě pozoruji nafouklé břicho, ale na zácpu nebo průjem netrpím."</p>
Játra a žlučník	<p><i>Objektivně:</i> Nezvětšena, žlučník nehmatný.</p> <p><i>Subjektivně:</i> "Problémy se žlučníkem nebo s játry jsem neměl. Prakticky nepiji."</p>
Slezina	<p><i>Objektivně:</i> Nezvětšena.</p> <p><i>Subjektivně:</i> "O žádných problémech nevím."</p>
Genitál	<p><i>Objektivně:</i> Varlata ve skrotu, bilaterárně, nebolestivá, bez patologických rezistencí. Penis bez patologických příznaků.</p> <p><i>Subjektivně:</i> "Jediný problém je nyní s močením, jak tam mám to zúžení. Strašně těžko se mi močí."</p>
Uzliny	<p><i>Objektivně:</i> Nezvětšeny.</p>

Páteř	<p><i>Objektivně:</i> Ve středním postavení bez patologických známek.</p> <p><i>Subjektivně:</i> "Nepocituji na sobě žádné problémy s páteří. Jen mě někdy bolí za krkem, jak jsem už říkal."</p>
Klouby	<p><i>Objektivní:</i> Aktivní a pasivní pohyblivost v kloubech je nebolestivá a není omezena.</p> <p><i>Subjektivní:</i> "Někdy mě pobolívají kolena."</p>
Reflexy	<i>Objektivně:</i> V pořádku.
Čítí	<i>Objektivně:</i> V pořádku.
Periferní pulzace	<i>Objektivně:</i> V pořádku.
Varixy	<p><i>Objektivně:</i> Bez výraznějších varixů.</p> <p><i>Subjektivně:</i> "Lékař mi řekl, že mám pouze nějaké malé vnitřní varixy."</p>
Kůže	<p><i>Objektivně:</i> Bez známek ekzémů, vnějšího poranění.</p> <p><i>Subjektivně:</i> "Na vyrážky, či nějaké problémy s kůží netrpím."</p>
Otoky	<p><i>Objektivně:</i> Bez otoků.</p> <p><i>Subjektivně:</i> "Všechno v tomto směru je u mě v pořádku."</p>

8.3 UTRŽIDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMĚN NANDA I TAXONOMIE II

Posouzení ze dne 13. 10. 2015

1. Podpora zdraví

- Uvědomování si zdraví
- Management zdraví

Objektivně:

Díky operativnímu výkonu je pacient z důvodu celkové anestezie upoután na lůžko.

Subjektivně - doma, při hospitalizaci:

"Doma se snažím dělat vše proto, abych jen neležel, ale vykonával hodně pohybu a aktivit. Jde mi jak o psychiku, tak i o fyzický stav. Nechci zůstat pak někomu na obtíž. Tady teď musím díky operaci ležet, ale doufám, že mi to pomůže a budu moci hned chodit."

Ošetrovatelský problém:

Riziko syndromu křehkosti ve stáří - 00231

Priorita:

Střední.

2. Výživa

- Příjem potravy
- Trávení
- Vstřebávání
- Metabolizmus
- Hydratace

Objektivně:

Pacient trpí mírnou obezitou. BMI je 32. Nyní nesmí z důvodu operačního výkonu přijímat stravu a tekutiny per os. Tekutiny dle ošetřujícího lékaře lze podávat až 4 hodiny po výkonu a stravu lze přijímat až 1. pooperační den.

Subjektivně - doma a při hospitalizaci:

"Doma jím vše, speciální dietu nadržím, v jídle se moc neomezuji, ale díky svému onemocnění jsem se nyní snažil omezit živočišné tuky a snažím se i hodně pít, vypiji kolem 2 l za den. Teď bych se taky napil, mám sucho v ústech, ale vím, že ještě nemohu, ale

hned jak budu moci pít, prosil bych donést čaj."

Ošetrovatelský problém:

Obezita - 00232

Riziko sníženého objemu tekutin - 00028

Snaha zlepšit rovnováhu tekutin - 00160

Priorita:

Střední.

Objektivně:

Pacient nyní 2 hodiny po operačním výkonu má zavedený PMK a ECS, které odvádějí lehce hematurickou až čirou moč. Moč odchází volně.

Subjektivně - doma, při hospitalizaci:

"Mám trochu pocit, že potřebuji močit. A trochu se bojím, že budu trpět zácpou, jelikož se teď moc nehýbu a myslím si, že narkóza mi k pravidelnému vyprazdňování také nepomohla. Také se cítím nadmutý."

Ošetrovatelský problém:

Riziko zácpy - 00015

Priorita:

Střední.

Objektivně:

Nyní do 1. pooperačního dne předepsaný klid na lůžku. Minimálně 3 měsíce po výkonu nesmí pacient sedět. Trpí sekundární hypertenzí.

Subjektivně - doma, při hospitalizaci:

"Doma se snažím fungovat normálně, ale vím, že do zítřka nesmím chodit a musím jen ležet. Také vím, že

3. Vylučování a výměna

- Funkce močového systému
- Funkce gastrointestinálního systému
- Funkce kožního systému
- Funkce dýchacího systému

4. Aktivita – odpočinek

- Spánek, odpočinek
- Aktivita, cvičení
- Rovnováha energie
- Kardiovaskulární-pulmonální reakce
- Sebepečce

nebudu moci sedět a budu muset vstávat z postele bez posazení. Budu si jen muset zjistit, z které polohy se mi bude vstávat nejlépe. A hlavně jak se odsud pak dostanu bez sezení, když budu moci domů.“

Ošetrovatelský problém:

Riziko syndromu nepoužívání - 00040

Zhoršená tělesná pohyblivost - 00085

Zhoršené sezení - 00237

Zhoršená schopnost přemísťování se - 00090

Riziko zhoršené kardiovaskulární funkce - 00239

Riziko neefektivní renální perfuze - 00203

Riziko snížené srdeční tkáňové perfuze - 00200

Riziko neefektivní cerebrální tkáňové perfuze - 00201

Riziko neefektivní periferní tkáňové perfuze - 00228

Deficit sebepéče při koupání - 00108

Deficit sebepéče při oblékání - 00109

Deficit sebepéče při vyprazdňování - 00110

Priorita:

Střední.

Objektivně:

Pacient je po výkonu orientován místem, časem, osobou, při vědomí a komunikativní. Reaguje na oslovení a na nebolestivé podněty. Komunikace je bez problémů. Sám udává snahu učit se, jak bude nyní během pooperačního režimu vstávat z lůžka, aniž by u toho seděl.

Subjektivně - doma, při hospitalizaci:

"Doma v tomto směru nemám jakýkoliv problém.

5. Percepce/kognice

- Pozornost
- Orientace
- Kognice
- Komunikace

Ted' hned jak budu moci vstát z postele, chci si hned zkusit, jak to půjde chodit s těmi pytlíky a hlavně jak vůbec budu vstávat z postele, aniž bych si sedl. Budu se to muset naučit a najít si nejlepší polohu, aby mě to nebolelo a hlavně abych něco nepokazil. Rád se něčemu přiučím."

Ošetrovatelský problém:

Snaha zlepšit znalosti - 00161

Priorita:

Střední.

Objektivně:

Pacient nyní působí velice sebevědomým dojmem, i 2 hodiny po výkonu. Nemá velké zábrany.

Subjektivně - doma, při hospitalizaci:

"Já současnou operační ránu neřeším, stejně to vidět není, a až se to zhojí, tak se to ani nepozná. A v mém věku už skoro nemám co řešit. Hlavní je, že to pak bude fungovat jak má. A to, jestli mě vidíte vy, tak si myslím, že jste takových jako já viděla."

Ošetrovatelský problém:

Pacient v dané doméně nemá žádný problém.

Priorita:

/

Objektivně:

Pacient trvale žije v manželském svazku několik desítek let. Má jisté sociální zázemí a rodina má zájem o jeho osobu i o jeho zdravotní stav.

Subjektivně - doma a při hospitalizaci:

"Mám manželku, která už se mnou žije hromadu let,

6. Sebepercepce

- Sebepojetí
- Sebeúcta
- Obraz těla

7. Vztahy mezi rolemi

- Role pečovatелů
- Rodinné vztahy
- Plnění rolí

a děti s vnoučaty. Všichni držíme spolu. Už jen teď mi několikrát volali a ještě dnes se na mě přijdou podívat. Všichni jsme se o sebe navzájem vždy starali, tak se nebojím, že by mi nikdo nepomohl."

Ošetrovatelský problém:

Pacient v dané doméně nemá žádný problém.

Priorita:

/

8. Sexualita

- Sexuální funkce
- Reprodukce

Objektivně:

Pacient je 2 hodiny po operaci uretry. Má zavedenou ECS a PMK. Byl použit předkožkový lalok, tudíž má i operační ránu nejen na hrázi, ale i v okolí glans penis. Bude teď po dobu 10 dní užívat Androcur, aby nedošlo k erekci.

Subjektivně - doma a při hospitalizaci:

"Sexuálně ve svém věku skoro už nežiji. A nyní ani není jakákoliv možnost, jelikož se všemi hadicemi, co mám, to není možné. Navíc teď musím být sexuálně zdrženlivý."

Ošetrovatelský problém:

Sexuální dysfunkce - 00059

Priorita:

Střední.

9. Zvládání/tolerance zátěže

- Posttraumatické reakce
- Reakce na zvládání zátěže
- Neurobehaviorální stres

Objektivně:

Pacient působí sebevědomým a jistým dojmem. Bez známek úzkostných stavů a strachu. Mluví orientovaně a cíleně.

10. Životní principy

- Hodnoty
- Přesvědčení
- Soulad hodnot/
přesvědčení/jednání

Subjektivně - doma a při hospitalizaci:

"Celý život jsem se potýkal s náročnou prací. Musel jsem vše organizovat, hodně jsem cestoval a měl jsem mnoho zodpovědnosti. Organizoval jsem i rodinu. Teď jsem rád, že si díky tomu odpočinu a někdo se teď bude starat o mě, a já si zase mohu vyzkoušet, jaké je to být opečováván."

Ošetrovatelský problém:

Pacient v dané doméně nemá žádný problém.

Priorita:

/

Objektivně:

Pacient je nevěřící. Jedná podle svého uvážení. Nechce v tomto směru nijak radit.

Subjektivně - doma a při hospitalizaci:

"V Boha nebo jiné bohy nevěřím. Myslím si, že život máme takový, jaký si ho uděláme sami. Je jedno, v co věříte. Já věřím sám v sebe a v to, co sám dokážu. To je dle mého nejpodstatnější. Bez toho člověk nedokáže nic. Musíte mít někoho rád, věřit v co chcete a mít z něčeho radost. Pak budete šťastní a spokojení."

Ošetrovatelský problém:

Pacient nemá v dané doméně žádný problém.

Priorita:

/

11. Bezpečnost – ochrana

- Infekce
- Fyzické poškození
- Násilí
- Environmentální rizika
- Obranné procesy
- Termoregulace

Objektivně:

Pacient má ze sálu zavedený PŽK, PMK a ECS. Má operační ránu na hrázi a v okolí glans penis. Z důvodu operačního výkonu musí mít elastickou bandáž penisu. Po výkonu jsou naordinovaná antibiotika, jako prevence infekce a zánětu. Z hlediska věku, užívaných léčiv, smyslových omezení a operačním výkonem v celkové anestezii, je u pacienta vyšší riziko pádu. Má dnes předepsaný klid na lůžku.

Subjektivně - doma a při hospitalizaci:

"Mám teď všechny ty hadičky. Nemohu dnes ještě chodit a sám se osebe úplně starat. Teď si také nejsem moc jistý sám sebou, takže je dobře, že nemohu chodit a mohu si dnes poležet."

Ošetrovatelský problém:

Riziko infekce - 00004

Riziko krvácení - 00206

Riziko pádu - 00155

Riziko perioperačního zranění při manipulaci - 00087

Riziko poranění močového ústrojí - 00250

Riziko periferní neurovaskulární dysfunkce - 00086

Narušená integrita kůže - 00046

Riziko prodloužení pooperačního zotavení - 00246

Narušená integrita tkáně - 00044

Riziko nerovnováhy tělesné teploty – 00005

Riziko vaskulárního traumatu – 00213

12. Komfort

- Tělesný komfort
- Komfort prostředí
- Sociální komfort

Priorita:

Střední.

Objektivně:

Pacient nyní po výkonu vizuálně bez známek bolesti, na VAS označuje bolest nyní hodnotou 3. Udává mírný pocit nucení na močení a pálení uretry. Dnes má od rodiny přislíbenou návštěvu.

Subjektivně - doma a při hospitalizaci:

"Doma jsem před výkonem pociťoval nucení na močení, problematické močení. Spíše mi to vůbec nešlo. Jinak, že by mě něco vyloženě obtěžovalo, si stěžovat nemohu. Teď mě trochu pálí v močové trubici a pociťuji, jako kdybych potřeboval močit. Teď mě to trochu bolí, začínám cítit, že to trochu přichází k sobě. Vidím to na takovou 3."

Ošetrovatelský problém:

Akutní bolest - 00132

Priorita:

Střední.

Objektivně:

Z mého pohledu v této doméně nemá pacient žádný problém.

Subjektivně - doma a při hospitalizaci:

"Nikdy jsem neměl v tomto směru problémy."

Ošetrovatelský problém:

Pacient v této doméně nemá žádný problém.

Priorita:

/

13. Růst/vývoj

- Růst
- Vývoj

8.4 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření:

EKG po výkonu.

Výsledky:

Jednalo se o sinusový rytmus.

Konzervativní léčba:

Pacient byl přijat k chirurgickému řešení jeho problému.

Dieta:

V běžném životě má pacient dietu číslo 3 - Racionální. Dnes, v den výkonu nic per os. Nyní- 2 hodiny po výkonu ještě nesmí přijímat nic per os, později- 4 hodiny po výkonu až do 1. pooperačního dne má pouze dietu 0S - čajovou. Od 1. pooperačního dne se smí vrátit k dietě číslo 3 - Racionální.

Pohybový režim:

Nyní předepsaný klid na lůžku. Od 1. pooperačního dne smí chodit nebo ležet, ale nesmí sedět.

RHB:

Nutná aktivizace pacienta 1. pooperační den.

Medikamentózní léčba:

Název léku	Forma/cesta podání	Síla	Dávkování	Skupina
Prestarium neo	per os	5 mg	1 - 0 - 0	ACE inhibitor
Torvacard	per os	10 mg	1 - 0 - 0	statiny
Propanorm	per os	150 mg	1 - 0 - 1	antiarytmikum
Tamurox	per os	0, 4 mg	1 - 0 - 1	antagonista alfa 1A/ 1D
Androcur	per os	100 mg	1 - 0 - 1	antiadrogeny
Unasyn	i.v.	3 g	8 - 16 - 24	antibiotika

Analgin	i.v.	5 ml	při bolesti po 8 hod	spasmolitikum
Plasmalyte	i.v.	1000 ml	po výkonu na 5 hod	izotonický krystaloid

Chirurgická léčba (výkon, kdy):

Plastika bulbární uretry dne 13. 10. 2015

8.5 SITUAČNÍ ANALÝZA ke dni 13. 10. 2015 17:00 hod

Pacient je dvě hodiny po plánovaném operačním výkonu na bulbární uretře v celkové anestezii na standardním oddělení. Komunikuje a je při vědomí. Po příjezdu ze sálu se u pacienta měřily FF á 15 minut až doposud. Tlakově stabilní. Po celou dobu bez nevolnosti. Během výkonu mu byla zavedena ECS, má PMK a PŽK. PMK a ECS odvádí lehce hematurickou moč. PMK vylepeno na břicho, nutná kontrola vylepení. Pacientovi kape infuze Plasmalyte 1000 ml. Nyní pociťuje bolest na VAS 3/ 10 v místě operační rány. Operační rána je bez prosaku, na perineu tlaková bandáž, současně na penisu elastická bandáž. Nyní nesmí pacient ještě užívat tekutiny per os. Dle ordinace lékaře je smí užívat až 4 hodiny po výkonu.

Má předepsaný klid na lůžku do 1. pooperačního dne. Až 1. pooperační den je mu dovoleno chodit. Dnes smí pouze přijímat tekutiny.

8.6 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT dne 13. 10. 2015 17:00 hod

8.6.1 AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Akutní bolest - 00132

Narušená integrita tkáně - 00044

Narušená integrita kůže - 00046

Zhoršené sezení - 00237

Zhoršená tělesná pohyblivost - 00085

Zhoršená schopnost přemístování se - 00090

Deficit sebepéče při koupání - 00108

Deficit sebepéče při oblékání - 00109

Deficit sebepéče při vyprazdňování - 00110

Obezita - 00232

Sexuální dysfunkce – 00059

8.6.2 POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Riziko infekce - 00004

Riziko krvácení - 00206

Riziko pádu - 00155

Riziko perioperačního zranění při manipulaci - 00087

Riziko poranění močového ústrojí – 00250

Riziko vaskulárního traumatu – 00213

Riziko syndromu křehkosti ve stáří - 00231

Riziko sníženého objemu tekutin - 00028

Riziko zácpy - 00015

Riziko syndromu nepoužívání - 00040

Riziko zhoršené kardiovaskulární funkce - 00239

Riziko neefektivní renální perfuze - 00203

Riziko snížené srdeční tkáňové perfuze - 00200

Riziko neefektivní cerebrální tkáňové perfuze - 00201

Riziko neefektivní periferní tkáňové perfuze - 00228

Riziko periferní neurovaskulární dysfunkce - 00086

Riziko prodloužení pooperačního zotavení - 00246

Riziko nerovnováhy tělesné teploty – 00005

8.6.3 EDUKAČNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Snaha zlepšit znalosti – 00161

8.7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U VYBRANÝCH DIAGNÓZ

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA

Název + kód:

ZHORŠENÉ SEZENÍ - 00237

Doména:

4. AKTIVITA/ ODPOČINEK

Třída:

2. AKTIVITA/ CVIČENÍ

Definice:

Omezená schopnost samostatně a cíleně zaujmout nebo udržet klidovou polohu, která je podporována hýžděmi a stehny a při které je trup vzpřímený.

Určující znaky:

Zhoršená schopnost zatížit trup váhou těla.

Zhoršená schopnost sedět ve vzpřímené poloze.

Související faktory:

Bolest.

Předepsané držení těla.

Operační výkon na bulbární uretře.

Rizikové faktory:/

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

Pacient chápe, že nesmí sedět ve vzpřímené poloze bez užití kompenzačních pomůcek po dobu 3 měsíců.

Pacient chápe, že nesmí vstávat z lůžka z polohy vsedě a dodržuje léčebný režim.

Pacient chápe, že nesmí po propuštění z nemocnice provozovat aktivity vsedě (jízda na kole, řízení).

Priorita:

Střední.

Očekávané výsledky:

Pacient si osvojí využití kompenzačních pomůcek k poloze vsedě.

Pacient si osvojí vstávání z lůžka bez polohy vsedě.

Pacient si osvojí léčebný režim po dobu hospitalizace.

Pacient si osvojí léčebný režim během hospitalizace a bude dodržovat zákaz sedavých aktivit v domácí péči.

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

Buď pacientovi na blízku, naslouchej mu, edukuj ho, podporuj ho slovně v naordinovaném režimu a doporuč mu vhodné techniky pro polohování a vstávání z lůžka (lékař, všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář).

Podej dostatek informací dle svých kompetencí tak aby jim porozuměl (lékař všeobecná sestra, zdravotnický asistent).

Dávej prostor pro možné dotazy pacienta (všeobecná sestra, zdravotnický asistent).

Nabídní pacientovi různé alternativní metody pro kompenzaci bolesti, edukuj ho o nich, pomoz mu vyhledat úlevovou polohu, podávej léky dle ordinace lékaře, sleduj jejich účinek, veď záznam (všeobecná sestra, zdravotnický asistent). Do konce směny si ověř, že pacient danému režimu porozuměl.

Realizace:

Sestra je pacientovi kdykoliv k dispozici.

Sestra poskytuje pacientovi dostatek informací dle svých kompetencí.

Sestra učí pacienta vstávat z lůžka, bez pozice vsedě.

Sestra učí pacienta využití kompenzačních pomůcek pro polohu vsedě.

Sestra upozorní pacienta na nutnost absence sedu po dobu minimálně 3 měsíců.

Sestra doporučí pacientovi polohu vestoje, polosedě, vsedě na nafukovacím kruhu.

Sestra učí alternativní metody pro kompenzaci bolesti, pomáhá pacientovi vyhledat

úlevovou polohu, podává léky dle ordinace lékaře, sleduje účinek léků, vede záznam do ošetrovatelské dokumentace.

Sestra si před ukončením denní směny ověří, že pacient danému režimu porozuměl.

Hodnocení:

Pacient porozuměl nutnosti vstávat z lůžka bez polohy vsedě.

Pacient pochopil využití kompenzačních pomůcek pro polohu vsedě.

Pacient po výkonu dodržoval polohu vleže a vpolosedě.

Pacient byl informován o nutnosti absence sedu po dobu 3 měsíců.

Pacient pohybovému režimu do konce denní směny porozuměl.

Cíl byl splněn. Pacient verbalizuje, že porozuměl pohybovému režimu. Je ochotný se podílet na léčebném pohybovém režimu.

Poznámky:

Je důležité, aby ošetřující personál u pacientů po plastice bulbární uretry byl dostatečně informován o specifikách péče a pohybovém režimu pacienta.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA

Název + kód:

ZHORŠENÁ TĚLESNÁ POHYBLIVOST - 00085

Doména:

4. AKTIVITA/ ODPOČINEK

Třída:

2. AKTIVITA/ CVIČENÍ

Definice:

Omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin.

Určující znaky:

Omezený rozsah pohybu.

Diskomfort.

Související faktory:

Snížení svalové síly.

Neuromuskulární poškození.

Bolest.

Farmaka.

Naordinované omezení pohybu.

Rizikové faktory:**Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):**

Pacient bude pohyblivý a soběstačný do konce hospitalizace.

Pacient bude v rámci lůžka soběstačný a pohyblivý do konce denní směny.

Priorita:

Střední.

Očekávané výsledky:

Pacient je plně mobilní do konce hospitalizace.

Pacient je do konce denní směny schopný samostatného pohybu v rámci lůžka a zná možná rizika nedostatečné mobilizace v rámci lůžka.

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

Podávej léky na bolest dle ordinace lékaře, aby došlo ke snížení působených faktorů (všeobecná sestra).

Edukuj pacienta o pohybovém režimu (všeobecná sestra, zdravotnický asistent).

Povzbuzuj pacienta k aktivizaci v rámci lůžka (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatelka, sanitář).

Informuj pacienta o riziku pádu a jeho prevenci (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatelka, sanitář).

Informuj pacienta o nutnosti dodržování pooperačního pohybového režimu (všeobecná sestra).

Dej pacientovi signalizaci na dosah ruky, dodej pomůcky doplňující lůžko a všechny

osobní věci, které pacient potřebuje (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatelka, sanitář).

Zaznamenávej vše do ošetřovatelské dokumentace (všeobecná sestra, zdravotnický asistent).

Realizace:

Podávání léků dle ordinace lékaře.

Edukace pacienta o pohybovém režimu v rámci lůžka, o zákazu polohy vsedě.

Povzbuzování pacienta k aktivizaci v rámci lůžka.

Informování pacienta o riziku pádu a uskutečnění prevence pádu.

Informování pacienta o nutnosti dodržování pooperačního pohybového režimu.

Zpřístupnění signalizace a osobních věcí na dosah ruky pacienta, využití pomůcek doplňující lůžko jako jsou zábrany, brázdička.

Provedení záznamu do ošetřovatelské dokumentace.

Hodnocení:

Pacient byl informován a edukován o novém pohybovém režimu, zákazu polohy vsedě.

Pacient byl povzbuzován k aktivizaci v rámci lůžka ihned po odeznění anestezie.

Pacient byl informován o možném riziku pádu a jeho prevenci.

Pacient byl informován o nutnosti dodržovat pooperační pohybový režim.

Pacientovi bylo zpřístupněno signalizační zařízení a jeho osobní věci ihned po příjezdu z operačního sálu na dosah ruky. Byly mu dodány i pomůcky doplňující lůžko jako je hrazdička, zábrany.

Vše bylo zaznamenáno do ošetřovatelské dokumentace.

Cíl byl splněn. U pacienta nedošlo k pádu, pacient dodržoval pooperační pohybový režim. Do konce denní směny se sám polohoval v lůžku do polohy na bocích, polosedu a akceptoval zákaz polohy vsedě a zákaz chůze a stoje.

Poznámky:

Je nutné, aby pacientovi neustále omezení někdo opakoval. V důsledku celkové anestezie může pacient hůře vnímat a ihned po příjezdu ze sálu si edukaci a podané informace po úplném procitnutí nebude pamatovat.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA**Název + kód:****SNAHA ZLEPŠIT ZNALOSTI - 00161****Doména:****5. PERCEPCE/ KOGNICE****Třída:****4. KOGNICE****Definice:**

Vzorec kognitivních informací vztahujících se ke konkrétnímu tématu nebo k jejich získání, který lze posílit.

Určující znaky:

Projevuje zájem učit se.

Související faktory:**Rizikové faktory:****Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):**

Pacient bude informován a edukován do konce denní směny.

Pacient bude informován a edukován průběžně a kdykoliv si o edukaci a informace zažádá.

Pacient si osvojí nový pohybový režim během hospitalizace.

Priorita:

Střední.

Očekávané výsledky:

Pacient je plně mobilní v rámci lůžka do konce denní směny.

Pacient je plně mobilní do konce hospitalizace.

Pacient má osvojenou techniku vstávání z lůžka bez polohy vsedě do konce hospitalizace.

Pacient je edukován a informován o aktuálním pohybovém režimu a technikách vstávání z lůžka.

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

Dopomož pacientovi k pohybu v lůžku.

Edukuj a informuj pacienta průběžně o aktuálním pohybovém režimu a prevenci pádu.

Edukuj pacienta o technice vstávání z lůžka.

Edukuj pacienta o možnostech pohybu v lůžku.

Realizace:

Informování pacienta o nutné aktivizaci v rámci lůžka a vhodných cvičení v lůžku.

Edukace pacienta v průběhu denní směny o pohybovém režimu a prevenci pádu a jeho rizicích. Informování pacienta o možnosti využívání kompenzačních pomůcek doplňující lůžko.

Edukace pacienta o technikách vstávání z lůžka.

Hodnocení:

Pacient byl informován a edukován o nutné aktivizaci v rámci lůžka a byl informován a edukován o vhodných cvičeních v lůžku.

Pacient edukován o pohybovém režimu a prevenci pádu. Informován o možnosti využívání kompenzačních pomůcek doplňující lůžko.

Pacient byl edukován o technikách vstávání z lůžka bez polohy vsedě.

Cíl byl splněn. Pacient do konce směny byl obeznámen o nutnosti klidového režimu v operační den. Osvojil si techniku rehabilitačních cviků a preventivních cviků TEN v rámci lůžka. Osvojil si využívání pomůcek doplňující lůžko. Aktivně

naslouchal edukaci o pohybovém režimu a sám zkoušel polohy v lůžku, ze kterých mu půjde nejlépe vstávat, aniž by potřeboval sedět.

Poznámky:

Je nutné si edukaci ověřit, zdali pacient všemu rozuměl. Ověření může v tomto případě fungovat i praktický nácvik. Pacient může ukázat pohyby, polohy a cviky.

8.8 Celkové zhodnocení péče

Pacient byl plánovaně hospitalizován na urologické klinice Fakultní nemocnice v Motole celkem 8 dní. První den hospitalizace ošetrovatelský personál provedl krátkodobou předoperační přípravu, edukoval pacienta o průběhu hospitalizace a co může po výkonu očekávat. Nutná byla u pacienta i psychická příprava, jelikož pacient po výkonu nebude moci po dobu 3 měsíců sedět, tudíž bude muset upravit svoje návyky.

Po operaci měl pacient velice kladný přístup k ošetrovatelské péči, a velice rychle si osvojil novou techniku vstávání z lůžka, aniž by seděl. Bolest zvládal velice dobře a minimálně užíval analgetika.

První pooperační den začal hned bez pomoci chodit. Projevoval snahu být soběstačný. Po celou dobu hospitalizace byl klidný, komunikativní, nekonfliktní a měl velkou potřebu informovat ošetrovatelský personál o filozofických přístupech k životu, jelikož se tímto oborem hodně zabýval v soukromí a chtěl své znalosti předat dál. Kladně přijal i fakt, že se ještě v domácí péči bude muset starat o ECS a PMK, jelikož byl 8. hospitalizační den propuštěn domů i s vývody.

9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Ošetrovatelský personál se může setkat s pacientem trpícím strikturou uretry na chirurgických odděleních – převážně urologii. Není to ale pravidlo. Tito pacienti mohou také docházet do ambulantní péče praktického lékaře, následně k ambulantnímu urologovi a všude se vyskytuje zdravotnický personál, který by měl umět pacientovi poradit v péči.

Zdravotnický personál by si sám měl aktivně vyhledávat informace k problematice různých onemocnění a hlavně pokud se týkají jejich oboru. Ačkoliv se může zdát, že právě striktury uretry a následně jejich terapie pomocí plastiky uretry nejsou časté, opak je pravdou. Mnoho sester v dnešní době nezná pooperační péči u pacientů po těchto výkonech a specifika dané ošetrovatelské péče.

Důležitým opatřením je včasná edukace pacienta jak ze strany lékaře, tak i ze strany sestry. Proto je nezbytnou nutností, aby všeobecná sestra měla základní informace, které může předat pacientovi.

Specifikem u pacientů po plastice bulbární uretry je to, že pacient by se měl naučit vykonávat vše vestoje, nebo vleže. Nesmí po dobu 3 měsíců sedět, aby nedošlo k utlačení operovaného místa a opětovnému poškození bulbární uretry. Pokud bude chtít sedět, je nutné ho informovat o nezbytnosti využití kompenzační pomůcky, kterou je nafukovací kruh. Dále je důležitá sexuální abstinence a prevence erekce. Dále se pak sleduje vylepení PMK na břicho z důvodu prevence vzniku sekundární striktury uretry..

Je důležité pacienty naučit pečovat o ECS a PMK, jelikož po určitou dobu budou mít tyto vstupy zavedeny i v domácí péči.

Sestra by měla být vlídná, trpělivá a ochotná při kterékoliv péči a mělo by to být standardem. Měla by si najít k pacientovi cestu, aby si získala pacientovu důvěru, a to z toho důvodu, že se jedná o problém na velice choulostivé, citlivé a významné části těla muže.

ZÁVĚR

Předmětem bakalářské práce je problematika striktur uretry. Toto onemocnění není pro pacienty jakkoliv příjemné. Léčba onemocnění se prakticky v průběhu posledních přibližně 30 let nijak nemění a je stále stejná, jak vyplývá, při pročitání odborné literatury.

K plastice uretry musí být pacient indikován urologem. Z terapeutického hlediska má tento výkon nejmenší výskyt recidivy onemocnění.

Cílem teoretické části bylo shrnutí všech všeobecných poznatků týkajících se historie, anatomie a fyziologie mužské močové trubice, charakteristikou onemocnění, etiologií, diagnostikou, příznaky onemocnění, terapií a to konkrétně plastikami uretry, včetně specifik ošetrovatelské péče.

V praktické části byl na kazuistice pacienta po plastice bulbární uretry demonstrován ošetrovatelský proces. Konkrétně byl zvolen pacient po plastice bulbární uretry z toho důvodu, že v ošetrovatelské péči po tomto výkonu zdravotnický personál zapomíná edukovat pacienta o tom, že nesmí sedět a mnohdy to ani samotný personál neví.

Proto jsou v praktické části bakalářské práce rozpracovány diagnózy zaměřené na problematiku pohybu a edukaci o pohybovém režimu. Ačkoliv ostatní diagnózy jsou také nepopíratelně důležité, prioritou byla názorná ukázka specifikací ošetrovatelské péče hlavně v rámci pohybu pacienta a předepsaných omezení.

Cíle bakalářské práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Augmented Anastamotic Urethroplasty with Buccal Mucosal Graft Ventral Onlay. In: *UROLOGYMATCH* [online]. Washington University St. Louis, MO: Washington University, 2016 [cit. 2016-01-30]. Dostupné z: <http://www.urologymatch.com/node/1824>.

Atlas člověka: Močové cesty. *Fotografický interaktivní atlas člověka* [online]. Olomouc: Libor Luňáček, 2012 [cit. 2015-12-02]. Dostupné z: <http://www.atlascloveka.upol.cz/cs/cs02/cs0206/cs020602.html#o5>.

ČIHÁK, R., GRIM, M. (ed.). *Anatomie*. 3., upr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2013, 497 s. ISBN 978-80-247-4788-0.

DOENGES, M. E. a M. F. MOORHOUSE. *Kapesní průvodce zdravotní sestry: definice*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2001, 565 s. ISBN 80-247-0242-8.

HAMPLOVÁ, Lidmila, Jana HLINOVSKÁ, Petr HULINSKÝ, Ivana JAHODOVÁ, Soňa JEXOVÁ, Ilona MAURITZOVÁ, Ondřej MĚCHURA a Jitka NĚMCOVÁ. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: TEXT PRO POSLUCHAČE ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ*. Praha, 2015. ISBN 978-80-904955-9-3. Vysokoškolská skripta. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5, Duškova 7, 150 00. Vedoucí práce Jitka Němcová.

HAMPSON, L. A., MCANINCH, J. W., & BREYER, B. N. (2014). Male urethral strictures and their management. *Nature Reviews. Urology*, 11(1), 43–50. <http://doi.org/10.1038/nrurol.2013.275>.

HERDMAN, T (ed.). *Ošetrovatelské diagnózy: definice*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2013, xxxiii, 550 s. ISBN 978-80-247-4328-8.

HERDMAN, T a Shigemi KAMITSURU (eds.). *Ošetrovatelské diagnózy: definice*. 1. české vydání. Praha: Grada, 2015, xxiii, 439 stran. ISBN 978-80-247-5412-3.

KAGGWA, S., GALUKANDE, M., DABANJA, H., & LUWEESI, H. (2014). Outcomes of Dorsal and Ventral Buccal Graft Urethroplasty at a Tertiary Hospital in Uganda. *ISRN Urology*, 2014, 316819. <http://doi.org/10.1155/2014/316819>.

MARTINS, F. E., KULKARNI, S. B., JOSHI, P., WARNER, J., & MARTINS, N. (2015). Management of Long-Segment and Panurethral Stricture Disease. *Advances in Urology*, 2015, 853914. <http://doi.org/10.1155/2015/853914>.

MANG, Ch. *History of Urethroplasty: Timeline* by Sanjay B Kulkarni MS, FRCS and Mang L Chen, MD [Internet]. Version 11. URETHRAL STRICTURES. 2012 Feb 9. Available from: <https://strictureurethra.wordpress.com/article/history-of-urethroplasty/>.

NEJEDLÁ, M. a M. F. MOORHOUSE. *Fyzikální vyšetření pro sestry: definice*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 248 s., [16] s. barev. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1150-8.

Proceedings of the Annual Symposium & Plenary Session on Regenerative Medicine (PASRM). (2013). *Journal of Stem Cells & Regenerative Medicine*, 9(2), 40–47.

REYNARD, J. *Urological surgery*. New York: Oxford University Press, 2008, xxiii, 835 p. ISBN 0199299420.

ROKYTA, R. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015, xxxi, 680 stran. ISBN 978-80-247-4867-2.

SCHREITER, F a G JORDAN. *Urethral reconstructive surgery*. 1st ed. Heidelberg: Springer, 2006, x, 222 s. ISBN 3-540-41226-3.

SIEGEL, J., TAUSCH, T. J., SIMHAN, J., & MOREY, A. F. (2014). Innovative approaches for complex penile urethral strictures. *Translational Andrology and Urology*, 3(2), 179–185. <http://doi.org/10.3978/j.issn.2223-4683.2014.04.04>.

SOBOTKA, R. Striktura uretry. In: *Medicabaze.cz lékařské repetitorium online* [online]. Praha: Triton, 2007 [cit. 2016-01-30]. Dostupné z: http://www.medibaze.cz/index.php?sec=term_detail&categId=6&cname=Genetika&termId=2249&tname=Beckerova+svalov%C3%A1+dystrofie&h=empty#jump.

ŠEDÝ, J., L. JAROLÍM a J. ŠPAČKOVÁ. *Klinická anatomie penisu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010, 86 s. ISBN 978-80-7387-320-2.

The Center for Reconstructive Urology. *The Center for Reconstructive Urology* [online]. 333 City Boulevard West, Suite 1240 Orange, CA 92868, 2016 [cit. 2016-01-30]. Dostupné z: <https://www.centerforreconstructiveurology.org/urethral-stricture/open-repair-urethroplasty/#.VsVImLQrKt>.

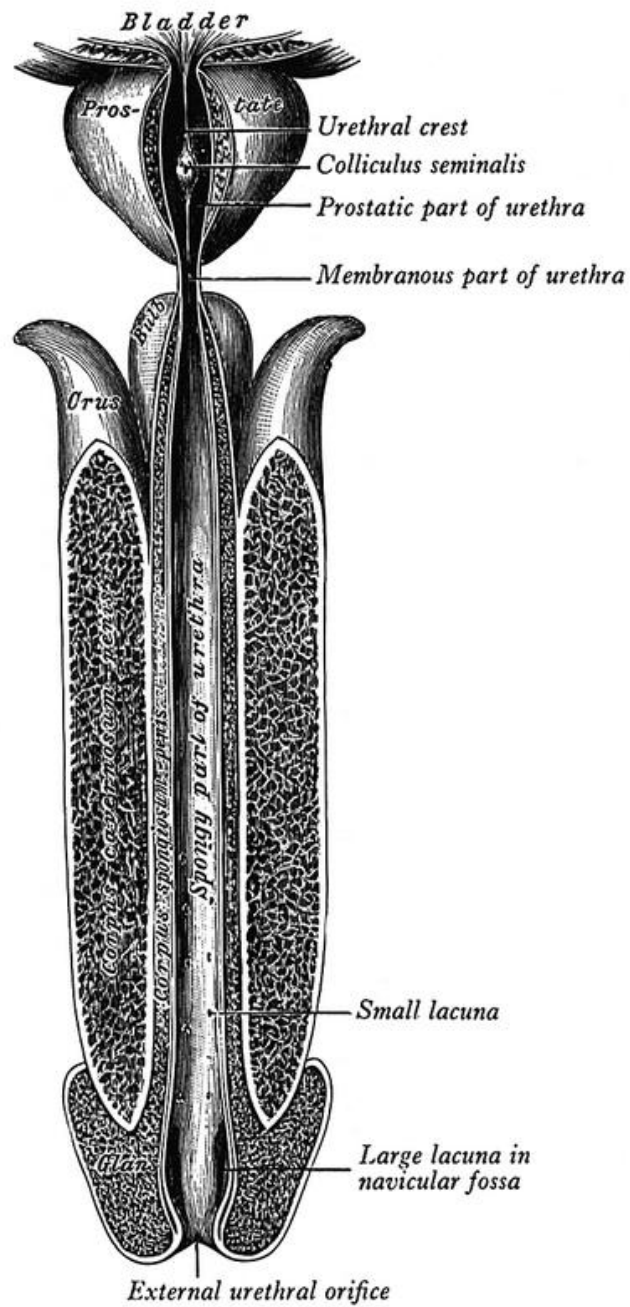
VOKURKA, M. a J. HUGO. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

ZIMMERMAN, W. B., & SANTUCCI, R. A. (2011). Buccal mucosa urethroplasty for adult urethral strictures. *Indian Journal of Urology: IJU: Journal of the Urological Society of India*, 27(3), 364–370. <http://doi.org/10.4103/0970-1591.85441>.

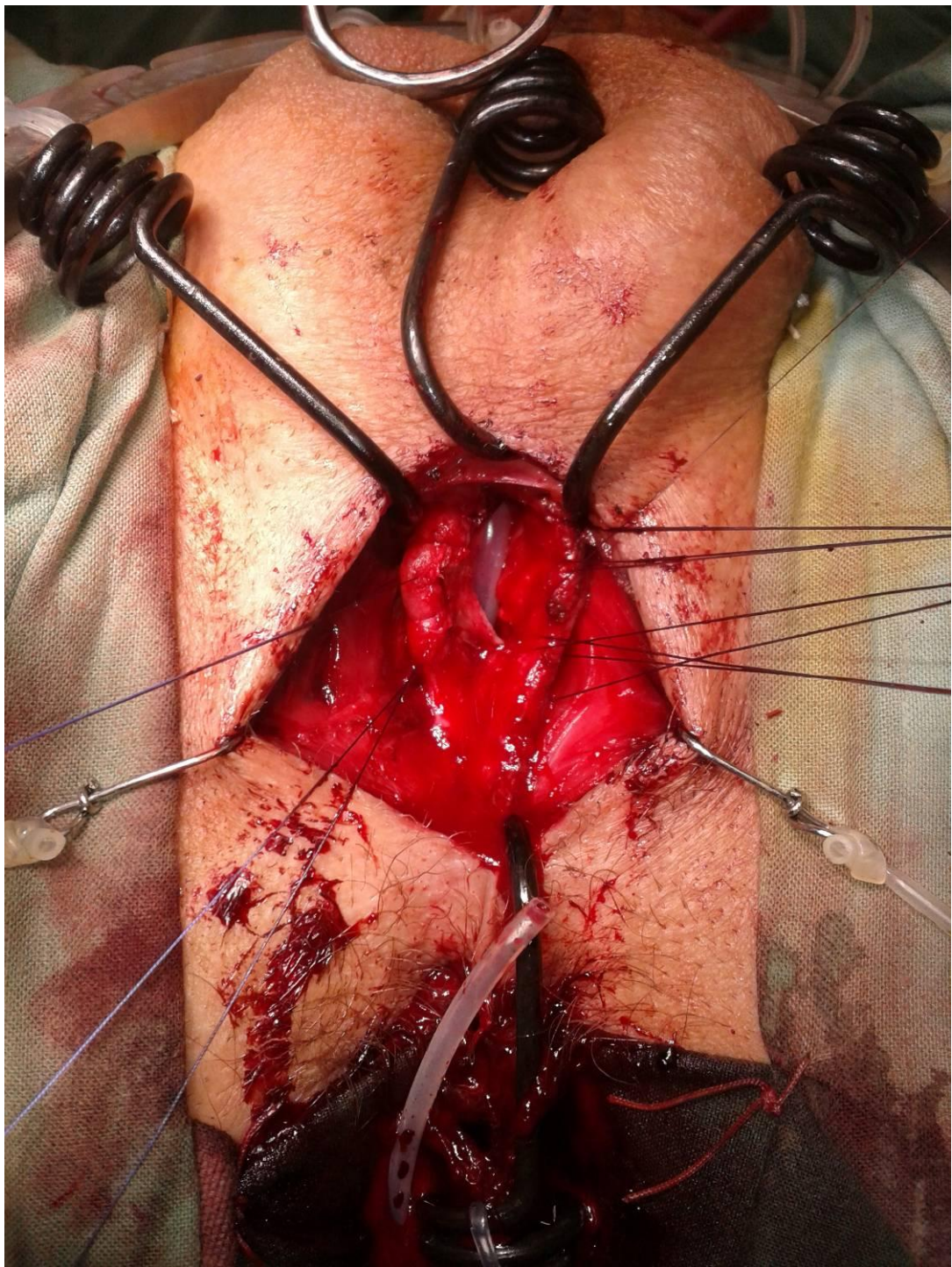
SEZNAM PŘÍLOH

OBRÁZEK 1: Močová trubice.....	I
OBRÁZEK 2: On-lay plastika bulbární uretry (štěp předkožky).....	II
OBRÁZEK 3: Orandiho laloková plastika penilní uretry.....	III
OBRÁZEK 4: Štěp z předkožky.....	IV
POTVRZENÍ SPRÁVNOSTI PŘEKLADU ABSTRAKTU.....	V-VI
ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ.....	VII
REŠERŠE.....	VIII

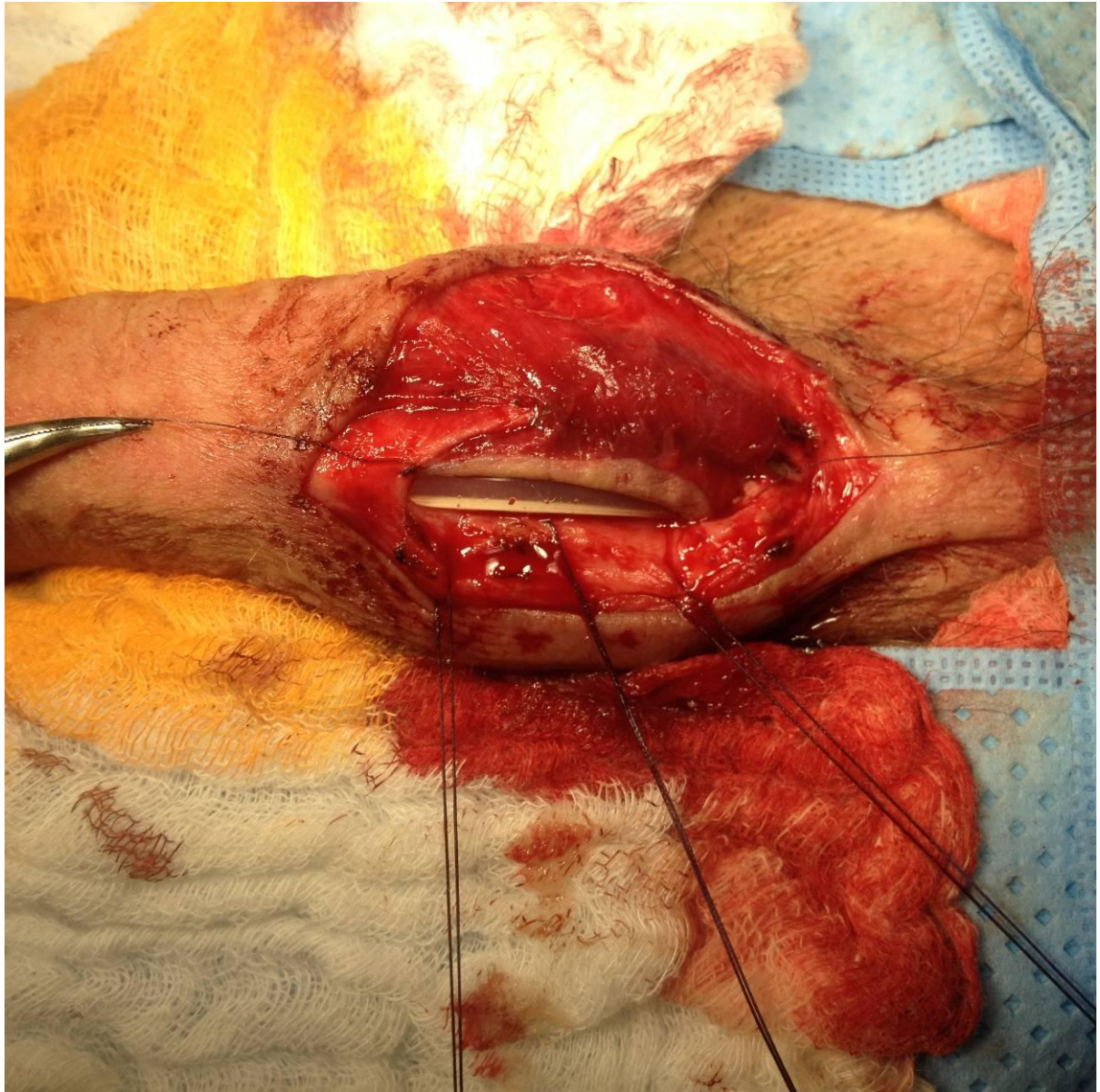
PŘÍLOHY



Obrázek 1: Močová trubice, Dostupné z: http://www.androgeos.cz/cs_CZ/mocova-trubice



Obrázek 2: On-lay plastika bulbární uretry (štěp předkožky), autor: MUDr. Antonín Brisuda, FEBU



Obrázek 3: Orandiho laloková plastika penilní uretry, autor: MUDr. Antonín Brisuda, FEBU



Obrázek 4: Štěp z předkožky, autor: MUDr. Antonín Brisuda, FEBU

POTVRZENÍ SPRÁVNOSTI PŘEKLADU ABSTRAKTU

Dobrý večer,

překopíroval jsem si to do textu a přejel anglickým korektorem, podtržená slova, která korektor neznal, jsem vyhledal v lékařské slovníku. V tom smyslu to máte bez chyby. Také nevidím nějaké chyby ve stavbě vět a v užití slov.

Co se týče členu bych udělal několik změn, je to někde ale diskutabilní, a vynechal bych podmět it u vložené věty. Změny jsou ve vašem textu, vždy jsem tam připsal pár xxxx.

Přeji hodně úspěchů a zdravím a samozřejmě nic nechci.

Jan Langr

Dne 12. 2. 2016 v 10:32 Iva Koudelková napsal(a):

ABSTRACT

KOUDELKOVÁ, Iva. *Case Report: A Patient after*

Urethroplasty. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.).

Supervisor: MUDr. Antonín Brisuda, FEBU. Prague. 2016.

pages.

This bachelor's thesis is focused on urethral strictures, their therapy, particularly surgical treatment and postoperative nursing care of patients after Urethroplasty. It consists of two parts – theoretical and practical. The theoretical part includes anatomical information about the male urethra, characteristic of disease, etiology, symptoms – objective and subjective, examination methods, therapy (focusing on Urethroplasty) and nursing care of patients before and after surgery in general.

The practical part, which is supporting part, xxxxx contains Case Report of a xxxxx particular patient, patient assessment, individual nursing care plan which was performed for a particular patient during hospitalization and recommendation for practice.

Key words

Grafts. Narrowing of xxxxx urethra. Urethra. Urethroplasty. Urethral stricture.

--

LANGR-tech

Ing. Jan Langr

Žichlínek 205

563 01 Lanškroun

Czech Republic

GSM: +420 777 080 954

Tel: +420 463 351 047

Fax: +420 463 351 059

e-mail: info@langr-tech.cz

www.langr-tech.cz

zdroj: osobní emailová korespondence s Ing. Jan Langr, soudní překladatel

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ STUDENTA K ZÍSKÁNÍ PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Věc: Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/ podklady pro praktickou část bakalářské práce pod názvem *Kazuistika pacienta po uretroplastice* s ústním souhlasem zúčastněné osoby.

Zúčastněná osoba byla zároveň informována o dodržení zákonné mlčenlivosti o skutečnostech, které jsme se při zpracování údajů/ podkladů dozvěděli.

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta

REŠERŠE

KAZUISTIKA PACIENTA PO URETROPLASTICE

Iva Koudelková, DiS.

Jazykové vymezení: čeština, angličtina, slovenština

Klíčová slova: striktura uretry, plastika uretry strictura urethrae

Časové vymezení: 2005-2015

Druhy dokumentů: vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje

Počet záznamů: 166 (vysokoškolská práce: 1, knihy: 3, články a příspěvky ve sborníku: 61, elektronické zdroje: 101)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011(česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny: katalog knihovny 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy

- specializované databáze (EBSCO, PubMed, Medline, Embase, BMČ/ Česká lékařská bibliografie, BMS/ Slovenská lékařská bibliografie)