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

KAZUISTIKA U PACIENTA PŘED A PO OPERACI VARIXŮ NA DOLNÍ KONČETINĚ

Bakalářská práce

MARKÉTA MATOUŠKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář
Název studijního oboru: Všeobecná sestra
Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Praha 2016

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

Matoušková Markéta
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 30. 10. 2015 Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Kazuistika u pacienta před a po operaci varixů na dolní končetině

Causuistry of a Patient Before and After Operation of Lower Limb Varicose Vein

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

V Praze dne: 2. 11. 2015

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 17. 3. 2016 *podpis*

POD’nKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou podĺkovala vedoucí práce paní Mgr. Eva Marková, Ph.D. za odborné vedení, trpĺivost a ochotu, kterou mi v prŢbĺhu mé práce vĺnovala.

V Praze dne 17. 3. 2016 *podpis*

ABSTRAKT

MATOUŠKOVÁ, Markéta. *Kazuistika u pacienta před a po operaci varixů na dolní končetině*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalářský (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Praha. 2016. 51 s.

Tématem bakalářské práce je kazuistika u pacienta před a po operaci varixů na dolní končetině. Práce charakterizuje varixy na dolních končetinách. Toto onemocnění nepostihuje jen ženy, ale i muže ve vzácných případech i děti. Cílem práce je detailně popsat případ pacienta s varixy na dolní končetině. V práci se popisuje definice a historie léčby varixů. Dále je nastíněná anatomie, fyziologie a patofyziologie žil na dolních končetinách. Jsou tam zmíněny komplikace, prevence, diagnostika, terapie a ošetřovatelská péče před a po operaci varixů. Nosnou část bakalářské práce tvoří ošetřovatelský proces, který byl vypracován za využití konceptuálního modelu funkčního zdraví dle Marjory Gordonové. Ke stanovení diagnóz byla využita publikace NANDA I taxonomie II.

Klíčová slova

Varixy. Ošetřovatelská péče. Pacient. Všeobecná sestra.

ABSTRACT

MATOUĠKOVÁ, Markéta. *Causuistry of a Patient before and after Operation of Lower Limb Varicose Vein*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Prague. 2016. 51 pages.

The theme of bachelor´s thesis is the causuistry of a patient before and after operation of lower limb varicose vein. The disease characterizes varicose veins of the lower extremities. This affects not only women but in rare cases also men and children. The aim of the thesis is to describe in detail the cases of patients with varicose veins in the lower limb.There is included the definition and history of the treatment of varicose veins. Further more the thesis describes the anatomy, physiology and pathophysiology veins of the lower extremities. There is also mentioned complications, prevention, diagnosis, therapy and nursing care before and after varicose vein surgery. The main part of the thesis consists of the nursing process, which was drawn up for the use of the conceptual model of functional health by Marjory Gordon. To establish the diagnosis publication to NANDA I taxonomy II was used.

Keywords

Varicose veins. Nursing care. Patient. General nurse.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD 13

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE CÉV 14

1.1 STAVBA CÉV 14

1.2 CÉVY DOLNÍCH KONČETIN 14

2 PATOFYZIOLOGIE ŽIL NA DOLNÍ KONČETINĚ 16

3 VARIXY DOLNÍCH KONČETIN 17

3.1 HISTORIE 17

3.2 EPIDEMIOLOGIE 18

3.3 RIZIKOVÉ FAKTORY 18

3.4 PŘÍZNAKY 19

3.5 TYPY VARIXŮ 19

4 DIAGNOSTIKA VARIXŮ 20

4.1 ANAMNÉZA 20

4.2 KLINICKÉ VYŠETŘENÍ 20

4.3 ZOBRAZOVACÍ VYŠETŘOVACÍ METODY 21

5 TERAPIE VARIXŮ 22

5.1 FYZIKÁLNÍ TERAPIE 22

5.2 KOMPRESIVNÍ TERAPIE 22

5.3 MEDIKAMENTÓZNÍ TERAPIE 24

5.4 SKLEROTERAPIE 24

5.5 TERAPIE LASEREM 24

5.6 CHIRURGICKÁ TERAPIE 25

6 KOMPLIKACE VARIXŮ 27

7 PREVENCE VARIXš 28

8 OĠETř OVATELSKÁ PÉĻE Př ED A PO OPERACI VARIXš 29

8.1 Př ÍPRAVA K OPERACI 29

8.2 POOPERAĻNÍ PÉĻE 30

9 OĠETř OVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S VARIXY NA DOLNÍ KONĻETIN'n 32

10 ZHODNOCENÍ OĠETř OVATELSKÉ PÉĻE 61

11 DOPORUĻENÍ PRO PRAXI 62

ZÁV'nR 63

SEZNAM POUĢITÉ LITERATURY 64

Př ÍLOHY

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 UtŚdĎní informací dle domén nanda I taxonomie II é é . 39

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení

BMI – Body mass index

CVK – Centrální venózní katétr

D – Dech

EKG – Elektrokrardiograf

i. m. – Intramuskulární

i. v. – Intravenózní

JIP – Jednotka intenzivní péče

LDK – Levá dolní končetina

P – Puls

PDK – Pravá dolní končetina

p. o. – Per orální

PMK – Permanentní močový katétr

TK – Krevní tlak

TT – Tělesná teplota

USG – Ultrasonografie

VAS – Vizuální analogová škála

VSM – Vena saphena magna

VSP – Vena saphena parva

(VOKURKA, 2009), (KOLEKTIV, 2007).

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Ablace – snesení, odnětí

Antalgická poloha – poloha působící proti bolesti

Ascedentní – vzestupný

Descendentní – sestupující, sestupný

Dilatace – rozšíření

Endovaskulární – uvnitř cév

Extenze – napřímení

Extracelulární – tekutina v těle uložená mimo buňky

Hemokoagulace – srážení krve způsobené aktivací koagulačních faktorů

Hyperpigmentace – zvýšená produkce pigmentu

Insuficience – nedostatečnost, selhávání

Ischemie – místní nedokrevnost tkání nebo orgánů

Lumen – vnitřek trubicovitého orgánu

Paréza – částečná ztráta hybnosti končetiny

Peritonitis – zánět pobřišnice

Plegie – úplná ztráta hybnosti končetiny

Proximální – blíže k trupu, hlavě

Reflux – zpětný tok

Revaskularizace – obnovení cévního zásobení

Skléry – oční bělimo

Trombus – krevní sraženina

Ulcus ventriculi – žaludeční vřed

Venotonika ï látky zpevňující žilní stěnu

Vulnus ï rána

(VOKURKA, 2009), (KOLEKTIV, 2007)

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je zpracování problematiky u pacienta před a po operaci varixů na dolních končetinách z ošetřovatelského hlediska. Cílem práce je detailně popsat případ pacienta s varixy na dolní končetině.

Varixy dolních končetin jsou v populaci velice rozšířeným onemocněním. Vyskytují se jak u mužů, tak i u žen. Ženy jsou tímto onemocněním postiženy častěji. Příznaky varixů by se neměly podceňovat, je nutné zjistit jejich příčinu a odpovídajícím způsobem ji řešit. Lehčí formy varixů většinou představují spíše kosmetický problém, těžší formy spojené s bolestmi dolních končetin, otoky, křečemi a kožními změnami jsou pro jedince zatěžující. Varixy představují nebezpečí komplikací, které vyplývají z porušené funkce žilního systému. Patří mezi ně zánět žil, žilní trombóza nebo bércový vřed. Při konzervativní léčbě je důležitá životospráva, redukce hmotnosti, omezení dlouhého stání, přiměřená sportovní aktivita jako je jízda na kole, chůze a vhodná kompresivní terapie. Zásadní léčba spočívá v chirurgickém řešení vzniklých problémů. Pokud nemocný podstoupí chirurgickou léčbu varixů, je třeba, aby v pooperační péči nebylo nic opomenuto a pacient byl řádně edukován o dodržování všech opatření, které zabrání výskytu pooperačních komplikací a přispějí k časnému uzdravení. Moderní techniky ale umožňují i léčbu ambulantním způsobem za použití lokální anestezie. V práci je nastíněna historie léčby varixů, jejich výskyt mezi obyvatelstvem, anatomie a fyziologie cév na dolních končetinách, patofyziologie, příznaky a typy varixů. Dále je uvedena kazuistika u pacientky před a po operaci varixů na dolní končetině, v této části práce jsou stanoveny ošetřovatelské diagnózy během tří dnů.

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE CÉV

Cévní systém je tvořen uzavřenou strukturou trubic. V jednotlivých částech se liší stavbou a propustností stěn. Cévy vedoucí okysličenou krev se nazývají tepny *arteriae*, tepénky *arteriolae* a tepenné vlásečnice *capillare*. Tepnami vede jasně červená krev. Na ně navazuje žilní systém vedoucí odkysličenou krev. Je tvořen žilními kapilárami, žilkami *venulae* a žílami *venae*. Žilami proudí tmavě červená krev, která odvádí z tkání odpadní produkty. Krev umožňuje transport krevních plynů, stálost vnitřního prostředí *homeostázu* a přívod živin, minerálů, hormonů a vitamínů do tkání (STLOUKALOVÁ, 2012).

1.1 STAVBA CÉV

Stěna tepen je silná, pevná a pružná. Je tvořena třemi vrstvami. Vnitřní vrstva *tunica intima* je tvořena vazivem, které je pokryto endotelovými buňkami. Střední vrstva *tunica media* obsahuje hustě rozložena jemná svalová vlákna. Mezi vnitřní a střední vrstvou je uložena subendotelová vrstva. V ní mají velké tepny bohatě rozložena elastická vlákna, která umožňují konstrikci a dilataci stěn. Vnější vrstva *tunica adventitia* je tvořena řídkým vazivem, které spojuje tepnu s okolím. Stěna žil má obdobnou vrstevnatou strukturu jako stěna tepen, ovšem prostřední vrstvaje slabší. Vnitřní vrstva vytváří kapsovité chlopně umístěné zvláště na dolních končetinách. Chlopně slouží k tomu, aby krev proudila k srdci a nedošlo k jejímu zpětnému chodu v žilách. Jednotlivé typy cév se odlišují tím, že mají některou vrstvu více nebo méně vyvinutou. Tepny mají svalovou vrstvu vždy silnější. V kapilárách je zcela redukovaná střední a zevní vrstva, tvoří jí tedy pouze endotel, který je snadno propustný (STLOUKALOVÁ, 2012), (VIGUÉ, 2012), (PARKER, 2007).

1.2 CÉVY DOLNÍCH KONČETIN

Břišní tepna *aorta abdominalis* se na úrovni čtvrtého bederního obratle větví a vznikají společné tepny kyčelní *arteria iliaca communis*. Ty se rozdělují na vnitřní tepnu kyčelní *arteria iliaca interna*, která zásobuje orgány malé pánve, a na zevní tepnu kyčelní *arteria iliaca externa* zásobující zejména dolní končetiny. Ze stehenní tepny *arteria femoralis* vedou další menší větve. Zákolenní tepna *arteria poplitea* se dále dělí na

tepnu přední holení *arteria tibialis anterior* a kmen holeňo-lýtkový *truncus tibiofibuláris*. Kmen se dále rozděluje na tepnu lýtkovou *arteria peronea* a zadní tepnu holenní *arteria tibialis posterior.* Z tepen vedou pak drobné tepénky. Mezi povrchové žíly patří *vena saphena magna a vena saphena parva*. Vena saphena magna se vine okolo vnitřního kotníku a vnitřní strany lýtka. V tříselné krajině se spojuje ve stehenní žílu. Vena saphena parva vede okolo vnějšího kotníku přes zákolenní jamku do zákolenní žíly. Krev je odváděna hlubokým žilním systémem směrem ke srdci, k němuž patří přední a zadní holenní žíla *vena tibialis anterior at posterior* a zákolenní žíla *vena poplitea,* která pokraľuje jako stehenní žíla *vena femoralis*. Z dolních konľetin proudí krev do dolní duté žíly hlubokými žilami. Povrchové žíly majíľetné chlopně zabraňující zpětnému toku a hromadění krve ve tkáních a v hlubokém žilním systému dolních konľetin Mezi povrchovým a hlubokým žilním systémem se nacházejí spojky neboli perforátory. Spojky jsou spojovací zařízení, kudy odtéká krev z povrchových žil do žil hlubokých. Jejich mnoho, přiľemž většina z nich připadá na chodidlo a bérec (STLOUKALOVÁ, 2012), (VIGUÉ, 2012), (PARKER, 2007).

2 PATOFYZIOLOGIE ŽIL NA DOLNÍ KONČETINĚ

Venózní krev z dolní končetiny je odváděna hlubokým žilním systémem, povrchovým žilním systémem teče pouze 10 % odkysličené krve. Oba systémy jsou propojeny prostřednictvím velké a malé safény a řady perforátorů. Krev je vytlačována pomocí chlopenního systému proti gravitaci směrem k srdci. Ve varixech je tok porušen a pak v žilách na dolní končetině dochází ke stáze a reflexu. Ve varikózní žíle dochází k oslabení chlopenního aparátu a zhoršení nedomykavosti žilních chlopní. Prvotní příčina a důsledky varixů jsou nejisté. Podstatou jejich vzniku je porucha chlopenního aparátu, která je zpočátku kompenzovaná pomocí svalové pumpy, ale pokud selžou svaly lýtka, dochází ke zpětnému patologickému toku krve v žilách a jejich dilataci. Tato teorie je známá již od dob trendeleburga, ale získala trhliny, když některé studie prokázaly, že vznik varixů není vázán na nedomykavost chlopní a dva hlavní kmeny vena saféna magma a vena saféna parva, ale může se objevit na libovolném místě. Výzkum z roku 2009 se soustředí na strukturální a biochemické změny v cévní stěně podle této hypotézy důsledkem vzniku varixů je patologická změna v buňkách cévní stěny a extracelurální matrix. Když dojde k znehodnocení extracelurální matrix, vede to k dilataci žilní stěny (NOVOTNÝ, 2014).

3 VARIXY DOLNÍCH KONČETIN

Definice doktorky Cetkovské zní: „*Varixy jsou ohraničené vinuté dilatace žil, vytvářející až výrazné konvoluty, jejichž podkladem je žilní insuficience s prům. žilní hypertenzí.*“ (CETKOVSKÁ, 2010, s. 44)

Varixy dělíme na primární a sekundární. **Primární varixy** se objevují bez předchozího onemocnění žil, patologický proces začíná v povrchovém žilním systému. Patogeneze primárních varixů vede k abnormální stavbě žilní stěny a insuficienci chlopní povrchových žil, což způsobí návrat krve z hlubokého žilního systému do povrchového. **Sekundární varixy** se objevují po předešlém onemocnění hlubokých žil, začátek onemocnění začíná právě zde. Mezi příčiny onemocnění hlubokého žilního systému patří trombóza, dysplazie chlopní, útlak zevně a arteriovenózní zkrat. Pokud dojde k nějaké takové příčině, vzniká přesun odkysličené krve z hlubokého žilního systému do povrchového (ČÍŽEK, 2012).

3.1 HISTORIE

O žilních městkách se zmiňuje již egyptský Ebersův papyrus asi z roku 1550 př. n. l.. Historie léčby sahá do dob Hippokratových, který uvádělo používání kompresivního obvazu ve svém díle De vulneribus a doporučoval propichování varixů. Vypozoroval, že kýlové žíly se neobjeví před pubertou a některé národy jsou postiženy více než druhé. Chirurgickou léčbu popisuje až nelékař Aulus Cornelius Celsus v díle De Medicína. Jeho technika spočívá v odstranění žil žhavým železem nebo vyříznutí žilních městků. Vypalování se provádělo tak, aby nebyl poškozen okraj kožní rány, a vzniklé operační rány se léčily přípravky na popáleniny. Vyříznutí se provádělo naříznutím kůže nad žílou, okraje rány se roztáhly háky a nožem se oddělila žíla od okolní tkáně. Pak se pod žílu zasunul tupý háček, aby ji bylo možné zaškrtit. Následně byl proveden řez, který žílu přetnul. Stejný postup se opakoval na druhé straně postižené žíly. Pokud byly odstraněny kýlové žíly kompletně, přiložily se k sobě okraje tkáně a zalepily náplastí na hojení ran. Římský konzul Caius Marius si nechal operovat varixy bez anestezie či jakéhokoliv utlumení. Po operaci jedné končetiny Marius odmítl operaci druhé z důvodu, že bolest je větší než přínos operace. V jiném případě řek Claudius Galen popsal operaci žilních městek a také se zmínil o stažení dolní končetiny obvazem (HERMAN, 2014).

3.2 EPIDEMIOLOGIE

Křečové žíly jsou nejčastějším žilním onemocněním, které se řadí mezi civilizační choroby. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR zveřejnil počty hospitalizování v nemocnicích v ČR v roce 2012. Statistiky zaznamenaly, že varixy jsou 13. nejčastější onemocnění oběhové soustavy. V roce 2012 bylo hospitalizováno 13 394 pacientů v průměrném věku 53 let. Počet hospitalizací s operací varixů činil 9 880, z toho u 74 pacientů došlo k pooperačním komplikacím a 51 pacientům prodloužily pobyt s nemocniční nákazy. V roce 2002 byl hospitalizován přibližně stejný počet pacientů jako v roce 2012, ale počet zemřelých byl čtyřikrát větší. Na kožním oddělení je to čtvrté nejčastější onemocnění. V roce 2012 bylo hospitalizováno z důvodu této nemoci 8 997 žen, a mužů o polovinu méně. Lze tedy usoudit, že v České republice jsou více varixy postiženy ženy než muži. Na základě porovnání údajů roku 2002 a 2012 usuzuji, že postupem let se snižuje počet hospitalizovaných s varixy o jednu třetinu (ÚZIS ČR, 2003), (ÚZIS ČR, 2013).

3.3 RIZIKOVÉ FAKTORY

K rizikovým faktorům u varixů patří dědičnost, pohlaví, věk, nadváha, gravidita a další faktory.

Rodinná zátěž znamená, že při výskytu varixů u obou rodičů platí, že potomek má 90% pravděpodobnost jejich výskytu.

Pohlaví se řadí mezi neovlivnitelné rizikové faktory. Obecně se udává, že výskyt varixů je u žen rozšířenější, ale v mnoha studiích se zjištění značně liší. Poměr výskytu mezi muži a ženami se uvádí 1,5:3,5.

Věk je významným faktorem. U dětí jsou varixy velmi vzácné, nicméně pokud dítě má genetickou predispozici, mohou se objevit už v dospívání.Vztah mezi výskytem varixů a věkem je lineární. Po šedesátém roce se rozdíly v prevalenci varixů mezi muži a ženami vyrovnává.

Nadváha je považována za jeden z faktorů zvýšeného výskytu varixů. Udává se, že obézní ženy ve městech jsou postiženy varixy častěji než běžná populace.

Gravidita je významným rizikovým faktorem pro vznik křečových žil. Původci jejich výskytu v těhotenství jsou zvýšený objem krve, hormonální změny a útlak pánevních cév dělohou. Typy varixů jsou v průběhu těhotenství velmi různé. Objevují se už v brzké fázi těhotenství. Po porodu mohou vymizet ale většinou přetrvávají. Ženy po

dvou a více porodech jsou více ohrożeny żilními můstkami. Na dilataci żilní stěny se podílí zvýšená hladina progesteronu a receptorů progesteronu v żilní stěně. Dalším rizikovým faktorem, který ovlivňuje vznik varixů, je povolání. U jedinců, kteří při práci stojí, je vyšší riziko. Důvodem je právě vzpřímený stoj. Porucha pevnosti pojivové tkáně se také řadí mezi rizikové faktory. Kouření, hypertenze a obstipace nejsou faktory příliš významnými.(NOVOTNÝ, 2014).

3.4 Příznaky

Příznaky křečových żil se mohou lišit dle závažnosti postiżení. Mohou se zhoršovat během sezení či stání a vymizí vleże nebo při chůzi. Dle Marsshalla rozdělujeme klinické příznaky na čtyři stadia. První stadium se projevuje pouze kosmeticky, objevují se malé, ale viditelné żilky. Toto stadium je jinak bez obtíżí. Druhé stadium více obtěżuje, objevuje se únava, tlak v dolních končetinách a svědění. V noci často nastupují křeče. Třetí stadium je alarmující, tehdy se objevují otoky v okolí kotníků, změní se pigmentace kůże. Ve čtvrtém stadiu se objeví bércový vřed (KARGES, 2010).

3.5 TYPY VARIXů

Varixy dělíme dle poškození na metličky, retikulární, kmenové a nekmenové varixy a insuficientní perforátory.

Metličky jsou dilatované intradermální żíly, které jsou vidět pouhým okem a mají různé tvary lineární, větvené, pavoučkovité a papulární. Jedná se pouze o kosmetickou vadu. Jejich zbarvení může być tmavomodré i červené. Šířka metliček se uvádí od 0,1 mm do 1 mm.

Retikulární varixy jsou síťovité a podkożně ulożené. Tyto varixy představují kosmetický problém. Jejich velikost je 1 – 4 mm.

Kmenové varixy postihují żíly vena saphena parva a magna. V začátcích jsou nevýznamné, ale v pokročilém stadiu vytváří tubulární varixy. Potom se objevují uzly a konvoluty.

Nekmenové varixy jsou ty, které vychází z větví vena saphena magna a parva. Postiżené větve jsou i v distální části stehna, v oblasti podkolení jamky a uprostřed lýtka. Vyskytují se jednotlivě, ale častěji jsou přítomny s kmenovými varixy.

Insuficientní perforátory se objevují výjimečně v souvislosti s jinými varixy. Názor na význam spojek mezi chirurgy není jednotný (HERMAN, 2011).

4 DIAGNOSTIKA VARIXš

Varixy jsou ļasto na dolních konļetinách viditelné, proto pacienti pŚicházejí za lékaŚem s konkrétním problémem. Cílem vyġetŚovacích metod je urļení typu a rozsahu poruchy ġilního systému na dolních konļetinách. ZjiġŠuje se stav hlubokého ġilního, ale i povrchového systému. Vļasné diagnostikování varixŢ je dŢleġité, aby se zapoļala léļba a tím i pŚedcházelo moġným komplikacím.

4.1 ANAMNÉZA

DŢleġité je zjistit subjektivní a objektivní potíġe. Pátrá se v rodinné anamnéze, jestli nŊkdo v rodinŊ nemá varixy ļi jakékoliv onemocnŊní ġil. ZjiġŠují se úrazy ļi operace na dolních konļetinách. Významným údajem je poļet tŊhotenství. Ve farmakologické anamnéze je dobré vŊdŊt, jestli ġena uġívá hormonální antikoncepci, substituļní hormonální léļbu nebo psychiatrické léky. V pracovní anamnéze je dobré vŊdŊt, jakou polohu osoba zaujímá pŚi práci. DŢleġitým zjiġtŊním je, jestli pacient zapoļal léļbu u jiného lékaŚe, a pokud ano, jaká lékaŚská opatŚení byla zahájena (HERMAN, 2011).

4.2 KLINICKÉ VYĠETř ENÍ

Klinické vyġetŚení spoļívá v provedení fyzikálních vyġetŚení pohledem, poklepem. Pohled neboli inspekce je provádŊn výhradnŊ ve svislé poloze. Pacient je svleļený. VyġetŚují se obŊ dolní konļetiny ze vġech stran, od tŚísla aġ po chodidlo. Hodnotí se trofické zmŊny, pigmentace a barva kŢġe. Porovnávají se obŊ konļetiny, není-li viditelný otok. Hodnotí se typ a rozsah varixŢ. U obézních pacientŢ je mnohdy vyġetŚení obtíġné. Pohmat neboli palpace je významnou souļástí fyzikálního vyġetŚení. Pohmatem se vyġetŚuje celý prŢbŊh veny sapheny magna a parva. Dotykem se kontroluje koġní teplota. PŚi pohmatu na konļetinách se zjiġŠuje, jestli pacient nepociŠuje bolest. Plantární znamení udává bolestivost pŚi pohmatu na plantŊ pŚed kostí patní. Toto znamení se objevuje u tromboflebitidy plosky. Jsou i dalġí znamení, která se ale vyuġívají ménŊ Dále se provádí funkļní testy, je jich nŊkolik druhŢ.Pro jejich malou spolehlivost se preferují pŚístrojová vyġetŚení. NejpouġívanŊjġí je trendelenburgŢv test. Pacient leġí ve vodorovné poloze. Nataġenou dolní konļetinu vyzvedne, aby se vyprázdnily ġíly. Poté se pŚiloġí ġkrtidlo a pacient se postaví. Po povolení ġkrtidla se sleduje se naplnŊní varixŢ shora. Celý test se opakuje, ale po postavení pacienta se

nechá turniket na stehnŀ zataģený. Naplnŀní varixŢ do nŀkolika vteŚin svŀdļí o ġpatné schopnosti spojek nebo veny safény parva (PTÁKOVÁ MALECHOVÁ, 2011).

4.3 ZOBRAZOVACÍ VYĠETř OVACÍ METODY

Ultrasonografie

Ultrasonografie je metoda pŚi vyġetŚování cévního Śeļiġtŀ pacientŢ pŚed zaloģením zkratu, kdy se ve vŀtġinŀ pŚípadŢ jasnŀ zobrazí anatomické pomŀry cév v dané lokalitŀ (JANOUĠEK, 2008). Je to neinvazivní vyġetŚovací metoda. VyġetŚení je provádŀno vleģe, ale v nŀkterých publikacích se uvádí, ģe pŚi vyġetŚení insuficience chlopní se tento výkon dŀlá ve stoje. Tato metoda se vyuģívá pŚed operací a nŀkdy bŀhem operace. Zobrazuje ģilní náplŘ a její rychlost, hodnotí se prŢmŀr ģíly a velikost reflexu pŚi onemocnŀní ģil (NOTVOTNÝ, 2014).

Pletyzmografie

Pletysmografie je vyġetŚovací metoda, která mŀŚí reflux v ģilách celé dolní konļetiny. Vyuģívá se k posouzení funkce ģilní pumpy.PatŚí mezi neinvazivní vyġetŚovací metody. K vyġetŚení se pouģívá pŚístroj nazývaný pletysmograf. PŚístroj vytváŚí záŚení, které vysílá sondou do kŢģe a podkoģí a, zaznamenává kŚivku, která je pak hodnocena specializovaným lékaŚem (MUSIL, 2008).

Flebografie

Flebografie znamená vyġetŚení ģil za pomoci kontrastní látky a rentgenu. Je to invazivní metoda, je postupnŀ nahrazována neinvazivními zpŢsoby. Flebografii dŀlíme na ascendentní a descendentní. Ascendentní urļuje anatomické pomŀry v ģilním systému a descendentní udává informace o pŚítomnosti a rozsahu reflexu v nŀm. Více se uģívá izotopová flebografie, která je lépe tolerovaná pacientem (PTÁKOVÁ MALECHOVÁ, 2011).

5 TERAPIE VARIXš

V souļasné dobŊ medicína nabízí ģiroký výbŊr postupŢ v oblasti pŚi léļení varixŢ. Mezi metody léļby varixŢ dolních konļetin patŚí terapie fyzikální, kompresivní, medikamentózní, sklerotizaļní, laserová a chirurgická. Tyto léļby se mohou navzájem kombinovat a doplŃovat. Pro vhodné zvolení léļby je dŢleģité pŚedoperaļní vyģetŚení. PŚi výbŊru typu léļby rozhoduje závaģnost klinického obrazu, patofyziologické poruchy varixŢ a celkový zdravotní stav pacienta. Konzervativní zpŢsob léļby volíme, pokud je chirurgická léļba kontraindikována. Konzervativní léļba má vģak význam pouze po dobu aplikace léļby, je tedy pouze doplŃkovou léļbou varixŢ. Chirurgická léļba odstraní varikózní ģíly, ale nezabrání opŊtnému navrácení. Proto je dŢleģité vyuģití i konzervativní léļby, aby nedocházelo k recidivŊ (FROLKOVÁ, 2012).

5.1 FYZIKÁLNÍ TERAPIE

Fyzikální léļba zahrnuje manuální masáģ, lymfatickou drenáģ, intermitentní kompresivní léļbu. **Manuální masáģ** podporuje cirkulaci krve, efekt bývá doļasný. Nedoporuļuje se v akutním stadiu ģilní trombózy. **Lymfatická drenáģ** je speciální druh masáģe. Vede k zmenģení otokŢ na bílkovinném podkladŊ. Je uģiteļná u pokroļilé ģilní nedostateļnosti, kdy jde i o poruchu odvodu mízy. Je to technicky a ļasovŊ nároļný zpŢsob léļby, musí ji provádŊt specializovaný pracovník. Tato léļba je vģdy doplnŊna noģením elastických punļoch vyģģí kompresivní tŚídy. TŚetím zpŢsobem léļby je **intermitentní kompresivní léļba**. Provádí se ve speciálním zaŚízení ve tvaru boty nebo válce. ZaŚízení se skládá z nafukovacích mŊchŢ. PŚístroj mŊchy nafukuje a vyfukuje tak, aby vyváŚel tenzní vlnu vytlaļující edémový podkoģní mok od nohy k trupu. Je vhodné jí pouģívat k pŚedcházení ģilním zánŊtŢm u leģících pacientŢ nebo u ģilní nedostateļnosti (PEœÁZOVÁ, 2007).

5.2 KOMPRESIVNÍ TERAPIE

Kompresivní terapie je po staletí základem léļby bércového vŚedu venózní etiologie. Uģívá se buŅ samostatnŊ, nebo se kombinuje s dalģími léļebnými technikami. Cílem komprese je vytvoŚit vnŊjģí tlak na stŊnu povrchových i hlubokých ģil, aby nedocházelo ke stagnaci krve a usmŊrnil se tok proti gravitaci. Tlakem dochází k sníģení prŢsvitu ģíly a urychlení toku. NejļastŊjģí onemocnŊní, které se léļí kompresivní terapií, jsou

primární a sekundární varixy, chronická nedostatečnost, bércový vřed, zánět žil dolních končetin a lymfedém. K bandážování se používá elastické obinadlo, které se přikládá vždy ráno, kdy je končetina bez otoku. Obinadla jsou 8 – 10 cm široká. Při aplikaci obinadla je nutné dbát, aby maximální tlak byl v krajině kotníků. Nad kotníky se postupně snižuje až pod koleno nebo až na stehno. Obinadlo se přikládá, tak aby byla překryta jedna polovina předchozí otáčky. Správné přiložení bandáže se zjistí večer, kdy se zhodnotí otok kotníku. Pokud je kotník oteklý je třeba obvaz více utáhnout. Na noc se bandáž obvykle sundává. Alternativou bandážování jsou kompresivní elastické punčochy dále jen KEP. KEP má řadu výhod jsou nenápadné a navlečení bývá jednodušší. Pokud jsou předepsány správně, dobře na noze drží a splňují požadovaný účinek. Správně předepsané KEP musí splňovat tato kritéria: dostatečný tlak v oblasti kotníků a dostatečná šířka stehenní části, aby se tlak vzhůru snižoval. KEP nesmí končetinu nikde zaškrcovat, pata musí být vždy plná a komprese musí odpovídat diagnóze pacienta. Komprese dělí do čtyř tříd.

Kompresivní třídy (KT) podle německé normy a indikace:

- **I.** **KT (18 – 21 mmHg)** - velmi lehká komprese - využívá se jako prevence žilní trombózy, tedy u pacientů v těhotenství či u dědičné dispozice k varixům.
- **II.** **KT(23 – 32 mmHg)** - středně silnou kompresi vyžadují primární varixy, chronická žilní insuficience, stavy po operacích varixů, po sklerotizaci žil, otoky dolních končetin v těhotenství, tromboflebitidy, stavy po flebotrombóze, otoky smíšeného původu a prevence žilní trombózy u vysoce rizikových pacientů.
- **III.** **KT (34 – 46 mmHg**) - silná komprese je nutná u otoků lymfatického původu, posttrombotického syndromu, po zhojených recidivujících bércových vředech.
- **IV.** **KT (nad 49 mmHg)** - velmi silná komprese, využívá se u lymfedémů či elefantiázy (MACHOVCOVÁ, 2009, s. 23).

I přes řadu výhod má KEP také určité nevýhody, např. KEP mohou drážditi kůži, v místě ohybu se mohou zařezávat a není možné je aplikovat na defekty. Problematický výběr je u asymetrických končetin. Pokud nastane regrese, je důležitá změna velikosti KEP. Kompresivní léčba není vhodná u poruch prokrvení končetin, u otoků kloubů a při pokročilém stadiu městnavé srdeční slabosti. Při aplikaci bandáže je nutná opatrnost

u pacientů s tenkou kůžičkou kůží a u paréz a plegií končetiny (MACHOVCOVÁ, 2009).

5.3 MEDIKAMENTÓZNÍ TERAPIE

Medikamentózní léčba předepisuje u klientů, u nichž chirurgická léčba není indikovaná, nebo je předepisována současně s chirurgickou terapií. Venoaktivní látky mohou být syntetického, přírodního a polosyntetického původu. Často se jedná o kombinované přípravky. Venotonika způsobují vzestup tonu žilní stěny, zvýšení podkožního tlaku kyslíku, pokles aktivace leukocytů, produkci mediátorů zánětu, snížení viskozity krve a zlepšení lymfatické drenáže. Patří sem i léky s protisrážlivým a protizánětlivým účinkem. V počátečních fázích otoků dolních končetin se podávají léky s diuretickým účinkem. Venofarmaka nejsou podávána preventivně, aby nedocházelo k rozvoji varixů. Dalšími indikovanými preparáty jsou látky k zevnímu užití, jako jsou gely, masti, spreje, roztoky (HERMAN, 2011).

5.4 SKLEROTERAPIE

Sklerotizační léčba je metoda uzávěru průsvitu varikozních a metličkovitých vén injekcí dráždivého roztoku do lumen. Sklerotizace je velmi stará metoda. Dříve se často objevovaly komplikace, proto se od této metody ustoupilo. V posledním desítiletí se opět stala populární díky novým sklerotizujícím látkám. Známe tři možné přístupy: francouzská technika, v německy mluvících zemích se užívá metoda podle Sigga poslední je irská Feganova škola. Školy se liší způsobem aplikace, polohou a léčebným postupem. Výběr sklerotizační látky je závislý na průběhu a velikosti žíly. Kontraindikací skleroterapie je alergie na kontrastní látku, těhotenství, edém končetiny, infekce a trombofilní stav (KARETOVÁ, 2007).

5.5 TERAPIE LASEREM

Laserová léčba varixů je moderní miniinvazivní metoda vhodná k ošetření i rozsáhlých varixů, ne však pro každého pacienta. Výkon si hradí klient sám. Tato metoda vyžaduje kvalitní předoperační duplexní sonografické vyšetření. Na jeho podkladě lze laserové ošetření nabídnout vybrané skupině klientů. Operace se provádí ambulantně v lokálním znecitlivění. Jedná se o endovaskulární katetrizační postup. Do žíly v úrovni kolene nebo těsně se zavede malým řezem vlákno diodového laseru. Pod kontrolou zraku nebo

ultrazvuku se zavede vlákno v rozsahu poġkozené ġíly, kterou je nutné odstranit. Pomocí spuġtŊného laserového generátoru a pomalého vytahování vlákna se ġíla ze své vnitŚní strany zataví (NOVOTNÝ, 2014).

5.6 CHIRURGICKÁ TERAPIE

Základním cílem chirurgické terapie je úplné odstranŊní varikózních ġil, bez následného výskytu recidiv a s nejlepġím kosmickým efektem. Indikací k chirurgické terapii jsou velké subjektivní potíġe, ļasté zánŊty ġil, prodŊlané nebo hrozící krvácení z varixu, vŚed ġilního pŢvodu a kosmetické dŢvody. Kontraindikací je závaġný celkový stav, upoutání nemocného na lŢġko, ischemická choroba dolních konļetin 3. a 4. stupnŊ a akutní zánŊty ġil. Relativní kontraindikací je tŊhotenství (PTÁKOVÁ MALECHOVÁ, 2011).

Stripping vena saphena

Podvázání velké safény se provádí v místŊ vtoku vena saphena magna do stehenní ġíly. Rozsah operace je dle poġkození ġil. VŊtġinou se provádí aġ ke kolenu se zachováním bércového úseku, a to tak, aby byla ponechána moġnost pozdŊjġího pouġití ġil k revaskularizaļnímu výkonu. Tento výkon musí být doplnŊn o odstranŊní vŊtvících se ġil dané cévy. Operace malé safény je obdobný výkon jako na velké safénŊ (NOVOTNY, 2014).

Fleboktomie

Fleboktomii pŚedstavil ġvýcarský dermatolog v roce 1956, od té doby se postupnŊ vyvíjela. Incize se provádí hrotnatým skalpelem, vloġí se do ní háļek, jehoġ pomocí se uchopí ļást ġíly a vyjme se skrz incizi. Vpichy se provádí v co nejdelġích úsecích (NOVOTNY, 2014).

SvŊtlem navigovaná fleboektomie

Tato metoda vznikla v USA ve snaze sníġit poļet incizí, zabránit poġkození koġních nervŢ, sníġit pooperaļní bolest a výskyt hematomŢ. Prvním krokem je zavedení endoskopického zaŚízení, kterým se podsvítí podkoġí a aplikuje se anestetikum. Druhým Śezem se zavede odsávání a nástroj s chránŊnými noġi. Mezi moġné komplikace patŚí reakce na lokální anestetikum, zánŊt a neúplné odstranŊní varikózní ġíly (KRAJÍļEK, 2007).

Radiofrekvenční ablace

Ablace využívá kontaktu elektrody s žilní stěnou, což vede k destrukci cévy. Teplo vytvářené během ablace je zvláštní v tom, že vzniká elektrickým odporem cévní stěny. Účinnost je 99 % s nepatrnými pooperačními bolestmi a hematomy (KRAJÍČEK, 2007).

Endovenózní termická ablace

Metoda je známá od roku 1959, ale pro časté komplikace byla na 30 let zapomenuta. Až nové technologie dovolily tuto metodu znovu využívat. Metoda spočívá v termickém odejmutí endotelu a přilehlým kolagenních vláken v cévní stěně. Výsledkem ablace je zastavení postiženého žilního kmene. Céva se postupně degraduje na vazivový pruh. Přínosem této metody je malá invize, lokální znecitlivění, kosmetický efekt a krátká rekonvalescence (NOVOTNÝ, 2014).

CHIVA a ASVAL

Technika CHIVA je založena na principu zachování drenáže vena saféna magna do hlubokého žilního systému. Cílem této metody je snížit hydrostatický tlak. Technika ASVAL zahrnuje ponechání vena saféna magna a odstranění všech nedostatečných přítoků. Technika je vhodná pro kosmetické výkony (NOVOTNÝ, 2014).

Kryochirurgie

Tato metoda je málo rozšířená. Kryosonda se zavádí retrográdně až ke kolennímu kloubu poté se konec ochladí. Díky ochlazení je možné safénu preparovat bez dalších incize. U této metody byla zaznamenána vyšší pooperační bolestivost (NOVOTNÝ, 2014).

6 KOMPLIKACE VARIXš

Varixy nejsou akutním onemocnŁním, ale i pŚesto pŚedstavují vážný zdravotní problém. Komplikacemi jsou bércové vŚedy, zánŁty żil a ruptura varixu. NejłastŁjší komplikací je zánŁt povrchových żil neboli tromboflebitida. ZánŁt se projevuje zduŚením kŚełové żíly, bolestí a zarudnutím. Léłba je konzervativní aplikacemi studených obkladŢ a pŚikládáním bandáże. ZávaznŁjší komplikací je flebotrombóza, která mŢże vzniknout z tromboflebitidy. Dochází do kritického stavu, kdy trombus vzniklý v dolních konłetinách dojde k dŢležité cévŁ a zpŢsobí ischemii orgánu. Léłba je odlišná dle pŢvodu ischemie. Další závažnou komplikací je bércový vŚed, který vzniká na podkladŁ ischemie tkánŁ Prvním pŚíznakem je místní zarudnutí. KŢže je tenká, suchá. U vzniklého defektu je vŚed s rovnými ohranił enými okraji. Léłba je zdlouhavá (NAVRÁTIL, 2008).

7 PREVENCE VARIXŠ

Prevence pochází z latinského slova *praevenire*, což znamená předcházet. Prevence je soustava opatření, která mají předcházet nějakému nežádoucímu úkazu. Prevenci dělíme na primární, sekundární a terciární.

Primární prevence je cílena na celkovou populaci. Zaměřuje se na předcházení nežádoucím jevům.

Sekundární prevence se snaží zachytit nežádoucí jevy v počátku a včasně zakročit, aby se nežádoucí úkaz neprohluboval. Patří sem i preventivní prohlídky, jejichž účinnost spočívá v tom, že dokáží zachytit prvotní začátky onemocnění. Terciární prevence má za úkol, aby se nevítaný jev neopakoval. Zde je snaha snížit následky onemocnění na minimum. K hlavním rizikovým faktorům varixů patří věk, dědičná dispozice a pohlaví. Jejich působení může být sníženo řadou preventivních opatření. Mezi vedlejší rizikové faktory se řadí těhotenství, špatný životní styl, druh zaměstnání. V rámci primární prevence je vhodné zamezit vlivu rizikových faktorů nebo je minimalizovat na minimum. Aby nedocházelo k vývoji žilní nedostatečnosti, je třeba dodržovat zásady zdravého životního stylu. Pohybová aktivita je prospěšná pro správné fungování svalově žilní pumpy. Mezi vhodné pohybové aktivity patří chůze, plavání, jízda na kole, míčové hry a různá cvičení k posílení žilního oběhu. Při výběru zaměstnání je dobré brát zřetel na to, aby zaměstnání nebylo spojeno s dlouhodobým stáním, sezením či zvedáním a nošením těžkých břemen. Vhodná poloha dolních končetin je zvýšená i během nočního odpočinku. Elektivní účinek má sprchování chladnou vodou, nedochází tím k rozšíření cév po horké koupeli. Důležitá je volba oblečení a obuvi. Oděv musí být pohodlný a volný, aby nežkrtil. Nedoporučuje se nosit ponožky, podkolenky a punčochy s pevnou gumičkou. Boty by měly mít podpatek vysoký nanejvýš tři centimetry. Vhodné jsou v obuvi ortopedické vložky. (BUREŠOVÁ, 2012).

8 OŽETŘOVATELSKÁ PÉČE PŘED A PO OPERACI VARIXŮ

Chirurgie je základní lékařský obor zabývající se prevencí, diagnostikou a operační léčbou různých onemocnění. K zajištění nejvyšší odborné úrovně v chirurgické péči se vyžaduje specializované vzdělání zdravotnických pracovníků, ale i technické a materiální vybavení (SLEZÁKOVÁ, 2010).

Perioperačním obdobím rozumíme dobu před, během a po operaci. Zahrnuje tři fáze:

Předoperační – začíná rozhodnutím pro chirurgický zásah a končí převozem pacienta na operační sál. Je to období, kdy se pacient připravuje psychicky a fyzicky na výkon.

Intraoperační – začíná uložením pacienta na operační stůl a končí přijetím pacienta na pooperační ošetřovací jednotku.

Pooperační – období po operaci, která začíná přijetím pacienta na jednotku intenzivní péče nebo pooperační pokoj a končí až úplným kompletním zotavením z operace (MIKŠOVÁ, 2006, s. 88).

8.1 PŘÍPRAVA K OPERACI

Předoperační přípravu dělíme na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Při dlouhodobé předoperační přípravě pacient přichází s interním doporučením, které nesmí být starší 14 dnů. Toto doporučení obsahuje základní biochemické vyšetření moči a krve, výsledky krevního obrazu, hemokoagulace, EKG, rentgenové vyšetření srdce i plic a výsledky klinického vyšetření. Pacient trpící chronickým onemocněním, musí mít chorobu kompenzovanou. Diabetik léčený perorálními antidiabetiky je převáděn na inzulinoterapii. Krátkodobá předoperační příprava je časově omezena na 24 hodin před operací, kdy je pacient přijímán na oddělení. Setra je povinna pacienta seznámit s provozem oddělení, uložit ho na lůžko, poskytnout mu informace o zákroku, nnakolik je to v její kompetenci. Pacient je připravován somaticky a psychicky. Fyzická příprava je zaměřena na přípravu operačního pole, spočívá v oholení celé dolní končetiny. Hodnotí se stav končetiny, zejména na případný výskyt plísňového onemocnění. Důležitá je edukace pacienta, aby od půlnoci nepřijímal žádné tekutiny, potravu a nekouřil. Ráno a večer se provádí hygiena. Pacient je poučen o čistotě končetiny, odlakování nehtů, odložení šperků a protetických pomůcek. Dále je informován

o uložení cenností do trezoru. Sestra si připraví pomůcky potřebné v den operace, jako jsou molitanová dlaha k elevaci operované končetiny, emitní miska, empír, elastická punčocha a inkontinentní pomůcky. Anesteziologická příprava znamená návštěvu anesteziologa, který bude aplikovat anestezii během operace, u pacienta na oddělení. Seznámí pacienta s anestezií a rozhodne o druhu a době aplikace premedikace. Psychický stav pacienta se snaží sestra a lékař co nejvíce zlepšit zodpovězením jeho otázek a vhodnou komunikací. Cílem je zamezení strachu z výkonu. Večer sestra plní ordinace anesteziologa a chirurga. Chirurg na vyšetřovně za pomoci sestry pacientovi zakresluje ve stoje místo terapeutického výkonu a vyžádá si ultrazvukové vyšetření se zakreslením perforátorů.

Bezprostřední příprava začíná dvě hodiny před výkonem. Sestra se ujišťuje, zda pacient provedl hygienu a nepoužíval kosmetické přípravky, odložil šperky, případně protetické pomůcky. Zkontroluje operační pole, aplikuje bandáž na neoperovanou dolní končetinu a změří fyziologické funkce. Také se ujistí, že pacient nejedl, nepil a nekouřil. Před nástupem pacienta na operační sál ho vyzve k vymočení a obléknutí empíru. Aplikuje premedikaci dle ordinace anesteziologa a zajistí předání pacienta na operační sál (SLEZÁKOVÁ, 2007), (JANÍKOVÁ, 2013).

8.2 POOPERAČNÍ PÉČE

Pooperační péči dělíme na bezprostřední a následnou. Bezprostřední péče je zaměřena na prevenci pooperačních komplikací a následná péče je orientovaná především na rehabilitaci. V případě nutnosti nepřetržitého sledování pacienta bývá převezen z operačního sálu na JIP nebo ARO. V prvních 24 hodinách po operaci doznívá anestezie. Stav se hodnotí po 15 minutách nebo dle standardu daného oddělení. Z pohledu sestry se jedná o rizikové období. Sestra kontroluje vitální funkce, projevy pooperačních komplikací, bolest a psychický stav pacienta. Zabandážovaná operovaná končetina je na lůžku umístěna do elevované polohy. Veškeré ordinace po operaci jsou v dokumentaci zapsané lékařem. Podle druhu použité anestézie nebo ordinace lékaře se podávají tekutiny. V rámci bezprostřední pooperační péče sestra sleduje bilanci tekutin, vitální funkce, operační ránu, výsledky průběžných vyšetření, případné pooperační komplikace. Také aplikuje léky a infúze dle ordinace lékaře. Pečuje o pohybový režim a hygienu pacienta. Při prosakování operační rány se přidávají ťtverce a nabaluje se. Důležitá je kontrola vymočení pacienta, které by mělo proběhnout do osmi hodin od

operace, jinak dochází k jednorázovému cévkování. Neočekávané komplikace sestra hlásí lékaři. První den po operaci je důležité začít s mobilizací pod dohledem sestry. Provede se sterilní převaz a kontrola operované dolní končetiny. Sestra před propuštěním edukuje pacienta, jak je třeba pečovat o operovanou dolní končetinu a správně překládat bandáž na dolní končetinu elastickým obinadlem. Pacient je informován o nutnosti dlouhodobé komprese a edukován o elevování dolní končetiny a pohybovém režimu. Sestra upozorní pacienta jak rozpoznat komplikace, jako jsou abnormální bolest, začervenání či zvýšená teplota, které ukazují na vývoj infekce, popřípadě jak se zachovat u jejich vypuknutí. Do domácího prostředí jde pacient s pozvánkou na kontrolu za 14 dní na chirurgické ambulanci a datem vyndání stehů u praktického lékaře (SLEZÁKOVÁ, 2007), (JANÍKOVÁ, 2013).

9 OĠETř OVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S VARIXY NA DOLNÍ KONĻETIN’n

Pacientka X. X. ve vĿku 40 let byla pŚijatá dne 11. 2. 2016 k plánované operaci varixŢ na pravé dolní konļetinĿ Individuální oġetŚovatelská péļe byla u pacientky provádĿná dne 11. 2. 2016 aġ 13. 2. 2016. Na základĿ analýzy zdravotnické a oġetŚovatelské dokumentace, anamnestického rozhovoru a pozorování pacientky byl vyhodnocen její zdravotní stav. Posouzení aktuálního stavu jsme provedly dle koncepļního modelu Majory Gordon. Dále jsme formulovali oġetŚovatelské diagnózy a dle priorit pacientky jsme navrhli individuální plán oġetŚovatelské péļe, který jsme pravidelnĿ vyhodnocovali a aktualizovali.

Pacientka byla pouļena o léļebném Śádu. Podepsala informovaný souhlas s hospitalizací a souhlas s poskytováním informací.

Medicínská diagnóza pŚi pŚíjmu:

183.9 Ģilní mĿstky na dolních konļetinách bez vŚedu nebo zánĿtu

Medicínské diagnózy vedlejġí:

K261 Ulcus ventriculi per. prepylorici preforans. seroma in vulneris parvus 2011

K650 Peritonitis diffusa

F102 Nikotinismus

Z 988 Stp operaci pravého kolene ï menisky 2009

DŢvod pŚijetí udávaný pacientkou:

Pacientka vyjádŚila pŚíjem na chirurgické oddĿlení tĿmito slovy. ĂByla jsem pŚijatá na chirurgické oddĿlení, aby mi odstranily kŚeļové ġíly na pravé konļetinĿ S operací jsem souhlasila, protoġe mĿ obtĿġovali noļní kŚeļe, které byly nesnesitelné. Noha mi otékala a cítila jsem únavu v konļetinách. Jeden z dŢvodŢ pro odstranĿní kŚeļových ġil byl kvŢli vzhledu, omezovalo mĿto nosit ġaty.ñ

Hodnoty a údaje zjištěné při příjmu:

TK: 125/80 **P:** 64/min., pravidelný

D: 17/min. **TT:** 36,4 °C

Výška: 173 cm **Hmotnost:** 75 kg

BMI: 25

Orientace místem, časem, osobou: plně orientovaný

Stav vědomí: plné, jasné

Pohyblivost: bez omezení

řeč: plynulá

LÉKAř SKÁ ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka má od tĎhotenství varixy na obou dolních konļetinách. PŚed dŢchodem jí zjistily hypertenzi. Ģádnou operaci neprodĎlala. Otec se léļí s hypertenzí, jinak zdráv. Sestra prodĎlala operaci varixŢ na levé dolní konļetinĎ Má dva syny jeden 15 let zdrav a druhý13 let také zdráv.

Osobní anamnéza:

V dĎtství prodĎlala bĚžné infekļní onemocnĎní. V roce 2009 pád ze ģebŚíku operace pravého kolene ï menisky. V roce 2011 perforace ģaludeļního vŚedu a peritonitida diffusa. Transfúze podána pŚi akutní operaci ģaludeļního vŚedu. Oļkování povinné.

Farmakologická anamnéza:

Vessel due F 1 ï 0 ï 1

Gynekologická anamnéza:

Menarche v 15 letech. Menstruaļní cyklus dlouhý 6 dní, pravidelný, ģádné problémy pŚi menstruaci nemá. Antikoncepci nebere. Dva porody bez komplikací, ģádné potraty. SamovyģetŚování prsu neprovádí. Na gynekologické prohlídky chodí dvakrát do roka.

Alergologická anamnéza

Alergii na léky neguje. NĎkolikrát reakce na jahody projevující se enantémem

Abúzy:

Alkohol pije pŚíleģitostnĎ Káva 1 x dennĎ kouŚení od puberty pravidelnĎ cca 10 aģ 15 cigaret dennĎ Drogy neguje.

Sociální a pracovní anamnéza:

Pacientka je rozvedená teŅ ģije s pŚítelem a dĎtmi v bytĎ Vztahy v rodinĎ a mimo ni jsou dobré. Její záliby jsou jízda na kole, vaŚení a kdyģ má ļas ráda se sejde s pŚáteli. Nyní pracuje jako ģvadlena. Vztahy na pracoviģti jsou pŚátelské. Finanļní ohodnocení uspokojivé.

Spirituální anamnéza:

Pacientka je katoliļka. Náboģenské obŚady navģtĎvuje kaģdou nedĎli s matkou. Duchovní tíseŇ neverbalizuje.

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU A LÉKAŘEM

Pacientka byla přijatá dne 11. 2. 2016 v 11:30. Posouzení stavu jsem prováděla tentýž den a čerpala jsem ze zdravotnické ošetřovatelské dokumentace, pozorováním a rozhovorem s pacientkou.

Hlava

Subjektivně: „Mám občasné bolesti hlavy."

Objektivně: Hlava normocefalická, mezocefalická, bez deformit, poklepově nebolestivá, držení hlavy přirozené, čití na obličeji bez poruch.

Oči

Subjektivně: „Nosím brýle od dvaceti let. Pravidelně chodím na prohlídky ke své oční doktorce."

Objektivně: Oční štěrbiny symetrické, spojivky vlhké a růžové. Bulby ve středním postavení volně hybné všemi směry. Zornice okrouhlé, izokorické, fotoreakce +, skléry subikterické, bez sekretu.

Uši, nos

Subjektivně: „Problémy se sluchem a nosem nemám."

Objektivně: Uši a nos bez výtoku.

Rty

Subjektivně: „Občas se mi na horním rtu udělá opar."

Objektivně: Růžové, souměrného tvaru.

Dásně, sliznice dutiny ústní

Subjektivně: „Trpím na afty, vytváří se mi po kupovaných rajčatech"

Objektivně: Sliznice bez povlaků, růžové. Dásně růžové, nezduřené, bez krvácivých projevů. Bez poruchy polykání.

Jazyk

Subjektivně: „Bez problému."

Objektivně: Plazí ve střední čáře. Povrch růžový a vlhký."

Tonzily

Subjektivně: „Nepociťuji obtíže."

Chrup

svému zubaři."

Objektivně: Vlastní řídí sanován.

Krk

Subjektivně: „Nikdy mě nebolí za krkem. Se štítnou žlázou se neléčím.“

Objektivně: Krční páteř pohyblivá, palpačně nebolestivá. Pulzace karotid symetrická, náplň jugulárních žil nezvýšená. Lymfatické uzliny oboustranně nehmatné. Štítná žláza nehmatná.

Hrudník

Subjektivně: „Bolesti na hrudi nemám.“

Objektivně: Symetrický, bez deformit. Klinicky pevný.

Plíce

Subjektivně: „Dýchá se mi dobře.“

Objektivně: Poslechově dýchání čisté sklípkové ve všech polích, bez přítomnosti šelestů. Poklep plný, jasný.

Srdce

Subjektivně: „Obtíže nemám, vysoký tlak nemívám.“

Objektivně: Srdeční krajina bez vyklenutí. Úder hrotu neviditelný, akce srdeční pravidelná 64´, ozvy ohraničené.

Břicho

Subjektivně: „Bolestmi břicha netrpím. Na stolici chodím pravidelně.“

Objektivně: Povrchová a hluboká palpace bez hmatné rezistence. Poklep diferencovaně bubínkový. Peristaltika slyšitelná oblenělá. Lymfatické uzliny oboustranně nehmatné, hernie nepřítomné.

Játra

Subjektivně: „Problémy s játry nemám.“

Objektivně: Nepřesahují pravý žeberní oblouk.

Slezina

Subjektivně: „Nepociťuji problémy.“

Objektivně: Slezina nezvětšena, na ruku nenarazí.

Genitál

Subjektivně: „Často trpím na výtoky. Pravidelně navštěvuji gynekologa.“

Objektivně: Nebolestivý, bez zduření, bez výtoku.

Uzliny

Objektivně: Lymfatické uzliny nehmatné, nebolestivé.

Páteř

Subjektivně: „Nikdy mě nebolí záda, ale po odpočinku je to v pořádku.“

Objektivně: Fyziologické zakřivení, hybnost ve všech segmentech vůči trupu a habitu přiměřená, palpační i poklepově obratlové trny nebolestivé.

Klouby

Subjektivně: V dětství jsem měla úraz kolene na lyžích. Od té doby mě bolí levé koleno při změně počasí.“

Objektivně: Tvar uhlechtilý, klouby volně pohyblivé.

Reflexy

Objektivně: Výbavné.

Lýtí

Objektivně: V normě

Periferní pulzace

Objektivně: Periferní pulzace hmatná.

Varixy

Subjektivně: „Křečové žíly na obou končetinách se mi objevily při těhotenství mého prvního syna. V posledních letech se zvětšily.“

Objektivně: Varikózní změny na obou dolních končetinách. Hyperpigmentace bérců více na pravé straně. Při těžších hlubokých žilách nebolí.

Kůže

Subjektivně: „Nemám vyrážky ani jiná poranění kůže.“

Objektivně: Růžová, bez ikteru a eflorescencí. Kožní turgor přiměřený. Vlasy husté, nehty hladké.

Otoky

Subjektivně: „Otoky mám v oblasti kotníků.“

Objektivně: Mírný edém v oblasti kotníků.

Tabulka ļ. 1

UTř ÍD'nNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II

Posouzení ze dne 11. 2. 2016

1. Podpora zdraví Uvnitř domování si zdraví Management zdraví	**Subjektivní:** „Od puberty kouřím minimálně pět krabiček denně." **Objektivně při hospitalizaci:** Pacientka kouří od puberty. Od příjmu na oddělení tedy nekouřila. **Ošetřovatelský problém:** Chování náchylné ke zdravotním rizikům. **Priorita:** Střední
2. Výživa Příjem potravy Trávení Vstřebávání Metabolizmus Hydratace	**Subjektivní:** „Žádnou dietu nedržím. Snažím se jíst pravidelně, ale obtížně se najím, až když mám hlad. Problémy s trávením nemám. Vždy denně vypiju 2–2,5 litru nealkoholických nápojů." **Objektivně při hospitalizaci:** Kožní turgor je přiměřený. Při výšce 173 cm a váze 75 kg je BMI 25,0. Mezi neoblíbené potraviny patří ryba a tvaroh. Pacientka má alergii na jahody. **Ošetřovatelský problém:** Nebyl zjištěn ošetřovatelský problém. **Priorita:** 0
3. Vylučování a výměna Funkce močového systému Funkce gastrointestinálního systému	**Subjektivní:** „Potíže s močením nemám. Dříve jsme měla problémy se zácpou, ale nyní chodím na stolici pravidelně každý druhý den. Dýchá se mi dobře." **Objektivně při hospitalizaci:** Močení bez potíží. Stolice byla naposledy ráno 11. 2. 2016 normální konzistence, barvy a bez patologických příměsí. Střevní peristaltika je

Funkce kogního systému Funkce dýchacího systému	zachována. Dýchání je pravidelné, typ a hloubka dýchání je normální. Dechová frekvence je 17/minutu, saturace je 99 % bez aplikace kyslíku. **Ogetšovatelský problém:** Nebyl zjištěn ogetšovatelský problém. **Priorita:** 0
4. Aktivita i odpoinek Spánek, odpoinek Aktivita, cviení Rovnováha energie Kardiovaskulární-pulmonální reakce Sebepée	**Subjektivně:** „Doma spím bez problémů. Ráda se věnuji kolektivním sportům. S dětmi jsem začala jezdit na kole. Obas se cítím unavená, ale to když je náročný den v práci. **Objektivně při hospitalizaci:** Pacientka se cítí odpoinutá. Je soběstačná, nejeví známky zanedbávání. Žádné léky na spaní neužívá. **Ogetšovatelský problém:** Nebyl zjištěn ogetšovatelský problém. **Priorita:** 0
5. Percepce/kognice Pozornost Orientace Kognice Komunikace	**Subjektivně:** „O operaci vím jen to, co mi řekl doktor. Nějaké poznatky mám z internetu. Jsem společenská, ráda poznávám nové lidi a povídám si s nimi.“ **Objektivně při hospitalizaci:** Pacientka je plně orientovaná místem, časem a osobou. Nejeví známky zmatenosti. Snaží se získat nové informace o průběhu operace a pooperačního období. Získaným informacím rozumí, pamatuje si je. Pacientka komunikuje bez problémů s nemocničním personálem i s pacientkama na pokoji. Na oslovení reaguje přiměřeně. **Ogetšovatelský problém:** Pacientka nemá dostatek informací o operaci a pooperačním období.

	Priorita: vysoká
6. Sebepercepce Sebepojetí Sebeúcta Obraz tě la	**Subjektivně:** „Jsem spíše extrovert a optimistka v jednom. Mám přátele, na které se mohu spolehnout. Období po rozvodu bylo těžké, ale od doby co mám nového přítele, se cítím šťastná.“ **Objektivně při hospitalizaci:** Pacientka nejeví známky beznadě je nebo snížené sebeúcty. **Ošetřovatelský problém:** Nebyl zjištěn ošetřovatelský problém. **Priorita:** 0
7. Vztahy mezi rolemi Role pečovatelů Rodinné vztahy Plnění rolí	**Subjektivně:** „Mám dva syny. V rodině máme dobré vztahy, pravidelně se scházíme. S bývalým manželem udržujeme přátelský vztah kvůli synům. Nyní žiju 3 roky s přítelem. V práci jsem spokojená máme tam dobrý kolektiv.“ **Objektivně při hospitalizaci:** Pacientka žije ve společné domácnosti s přítelem a syny již několik let. V rodině mají dobré vztahy. Rodina informovaná o zdravotním stavu pacientky. **Ošetřovatelský problém:** Nebyl zjištěn ošetřovatelský problém. **Priorita:** 0
8. Sexualita Sexuální funkce Reprodukce	**Subjektivně:** „Nemám problémy. Menstruaci mám pravidelnou.“ **Objektivně při hospitalizaci:** Pacientka neudává žádnou sexuální dysfunkci. **Ošetřovatelský problém:** Nebyl zjištěn ošetřovatelský

	problém. **Priorita:** 0
9. Zvládání/tolerance zátěže Posttraumatické reakce Reakce na zvládání zátěže Neurobehaviorální stres	**Subjektivně:** Bojíme se operace. Doufám, že nebudu mít z operace nějaké následky. Bezmocně si nepřipadám, nějak to dopadne.“ **Objektivně při hospitalizaci:** Pacientka je trochu úzkostná, má strach z operace, ale snaží se všemu porozumět. **Ošetřovatelský problém:** Pacientka má strach. **Priorita:** vysoká
10. Životní principy Hodnoty Přesvědčení Soulad hodnot/ přesvědčení/ jednání	**Subjektivně:** „Vím, že každá operace má svá rizika. Proto doufám, že bůh bude držet nad mnou ochrannou ruku a co nejdříve se vrátím domu.“ **Objektivně při hospitalizaci:** Pacientka nevyjadřuje potřebu přehodnocení svého životního stylu, názorů a přesvědčení. Nevyžaduje návštěvu duchovního. **Ošetřovatelský problém:** Nebyl zjištěn ošetřovatelský problém. **Priorita:** 0
11. Bezpečnost i ochrana Infekce Fyzické poškození Násilí Environmentální rizika Obranné procesy	**Subjektivně:** „Alergii mám pouze na jahody, těm se vyhýbám. Nikdy jsem se nepokusila o sebepoškozování nebo sebevraždu, takové lidi odsuzuji.“ **Objektivně při hospitalizaci:** Pacientka nemá zavedený CVK ani PMK. Nesledujeme známky násilí vůči sobě nebo okolí. Tělesná teplota je stabilní, potíže s dýcháním nemá. **Ošetřovatelský problém:** Nebyl zjištěn ošetřovatelský

Termoregulace	problém. **Priorita:** 0
12. Komfort Tělesný komfort Komfort prostředí Sociální komfort	**Subjektivně:** „Cítím se v pořádku. Nemám žádné bolesti. Jsem na pokoji s dvěma ženami, ale nemám pocit, že bych někoho omezovala.“ **Objektivně při hospitalizaci:** Pacientka nemá žádnou bolest. S pacientky nemá žádné problémy. **Ošetřovatelský problém:** Nebyl zjištěn ošetřovatelský problém. **Priorita:** 0
13. Růst/vývoj Růst Vývoj	**Subjektivně:** „Během dospívání jsem neměla problémy s růstem.“ **Objektivně při hospitalizaci:** Nelze hodnotit. **Ošetřovatelský problém:** Nebyl zjištěn ošetřovatelský problém. **Priorita:** 0

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Pacientka byla přijata 11. 2. 2016. Byly jí naordinované vyšetření USG žil k označení perforátorů na PDK a předanestetické vyšetření.

Výsledky vyšetření

Předanestetické vyšetření dne 11. 2. 2016

Schopen k výkonu v celkové anestezii.

USG žil k označení perforátorů PDK 11. 2. 2016

VSM vpravo - s širokým významným reflexem v třísle, varixy jdoucí na stehno přítomen insuf. Dodů v perforátor. na stehně na bérci insuf. cockett. spojky na všech úrovních plus další z paralelně jdoucí varikózně změněnou podkožní větví.

VSP vpravo -s významným reflexem v podkolení, dilataci lumen s varikozitami uprostřed výšky lýtka, s insuf. spojkami do hlubokých svalových žil a do povodí VSM je přítomna proximální extenze kmene až do vena profunda femoris.

Konzervativní léčba:

Pacientka byla tento den přijatá. Pohybový režim byl bez omezení. Naordinovaná dieta byla racionální (D – 3). Výživa byla per os.

Medikamentózní léčba

VESSEL DUE F, p. o., 1 – 0 – 1, sulodexidum

CLEXANE 0,2ML, s. c., 100mg/ml, 1 – 0 – 1, antikoagulancium

SITUAĻNÍ ANALÝZA

Situaļní analýza ke dni 11. 2. 2016

40letá pacientka X. X. pŚijatá 11. 2. 2016 v 11:30 na chirurgické oddĚlení pro plánovanou operaci varixŢ na pravé dolní konļetinĚ.

Pacientka proģívá strach z operace. Pro zmírnĚní strachu, se chce co nejvíce dozvĚdĚt informací o pŚedoperaļním období a prŢbĚhu operace. Pacientce bylo vysvĚtleno, jak bude probíhat pŚedoperaļní období. Stanovila jsem 2 oģetŚovatelské diagnózy, a z toho byla vypracována oģetŚovatelská diagnóza strach.

Denní harmonogram

Pacientka byla v pŚíjmové ambulanci, kde jí byly zmĚŚeny fyziologické funkce TK ï 125/80, P ï 64/min., TT ï 36,4 °C, D ï 17/min. a zkontrolovaly pŚedoperaļní vyģetŚení od svého praktického lékaŚe. Poté byla pacientka odvedena k lékaŚce, která provedla lékaŚskou anamnézu a zkontrolovala vģechny výsledky v pŚedoperaļním vyģetŚení. LékaŚka vypsala ģádanky na anesteziologické vyģetŚení a ultrazvukové vyģetŚení perforátorŢ. Poté byla pŚijatá na chirurgické oddĚlení. Pacientka byla uloģena na tŚílŢģkový pokoj, kde byla sebrána oģetŚovatelská anamnéza. V 11:45 byla na anesteziologickém vyģetŚení. Po obĚdĚ pacientka byla na ultrazvuk perforátorŢ, kde jí bylo zakresleno 9 bodŢ pomocí kŚíģkŢ. PŚi povídání pacientka projevila strach z operace. Pacientce bylo vysvĚtleno, jak bude probíhat pŚedoperaļní období. Po vyģetŚení pacientka poslouchala hudbu z pŚehrávaļe. Veļer jí byla podána veļeŚe, kterou snĚdla. V 18:00 jí byla podána medikace dle ordinace lékaŚe. Poté byla pouļena, ģe nesmí od pŢlnoci nic jíst pít a kouŚit. PŚed veļerní hygienou byla pacientce oholena celá dolní konļetina aģ ke tŚíslu. Veļerní hygienu zvládla sama bez pomoci.

OgetŚovatelské diagnózy jsou Śazeny dle priorit. Stanoveno dle NANDA I taxonomie II. OgetŚovatelské diagnózy. Definice & klasifikace 2015ï 2017.

OgetŚovatelské diagnózy dne 11. 2. 2016

00148 Strach

00188 Chování náchylné ke zdravotním rizikŢm

OGETř OVATELSKÁ DIAGNÓZA 1

Strach (00148)

Doména 9: Zvládání/ tolerance zátěže

TŚída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohroženení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpeļí.

Urļující znaky:

- znepokojení
- pociŠuje strach
- pociŠuje obavy

Související faktory:

- neznámé prostŚedí
- pŚirozená reakce na stimuly

Priorita: vysoká

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

Krátkodobý cíl: Pacientka sníţený strach z operace do 1 hodiny.

Dlouhodobý cíl: Pacientka nejeví ţádný strach z operaļního zákroku do zaļátku operace.

Oţekávané výsledky:

- Pacientka ví z ţeho má strach do 10 minut.
- Pacientka dokáţe hovořit o strachu do 1 hodiny.
- Pacientka se snaţí eliminovat zdroj strachu do poţátku operace.

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

1. Podej pacientce dostatek informací do 10 minut sestra.
2. Informuj pacientku během předoperační přípravy do poţátku operace, sestra.
3. Mluv s pacientkou o jejím strachu do poţátku operace, setra.
4. Naslouchej a povzbuzuj pacientku do poţátku operace, sestra.
5. Odreaguj jí od zdroje strachu (poslech hudby, televize, luštění) do poţátku operace, sestra, ošetřovatelka.
6. Pozoruj neverbální i verbální projevy související se strachem do poţátku operace, sestra.

Realizace:

11. 2. 2016

- Pacientku jsme průběţně informovali v předoperačním období.
- S pacientkou jsme komunikovali o jejich obavách.
- Zúčastně jsme naslouchaly jejím obavám.
- Pravidelně jsme sledovali neverbální i verbální projevy strachu.
- Umoţnili jsme mu poslech oblíbené hudby pomocí sluchátek.
- Informovali jsme jí o vyuţití místnosti pro sledování televize.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacientka byla informovaná operaci z pohledu lékaře a sestry. Tím byl minimalizovaný strach. Pacientka pociťovala úlevu. Dlouhodobý cíl není splněn, díky tomu ošetřovatelská diagnóza pokraţuje do druhého dne.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Dne 12. 2. 2016 je Pacientka hospitalizovaná druhý den na chirurgickém oddělení a nultý operační.

Konzervativní léčba:

Pacientce byl naordinován klid na lůžku. Pacientky dieta je nihil per os.

Medikamentózní léčba

VESSEL DUE F, p. o., 0 ï 0 ï 1, sulodexidum

HELICID, p. o., 20mg, 1 ï 0 ï 0, omeprazolum

CLEXANE 0,2ML, s. c., 100mg/ml, 0 ï 0 ï 1, antikoagulancium

NOVALGIN, i. v., 500mg, á 4 hodiny při bolesti více jak 3 VAS 14:30, analgetikum

Premedikace:

ATROPIN, i. m., 0,5mg, 1 ampule na zavolání, parasympatikolytikum

DIPIDOLOR, i. m., 7,5mg, 1 ampule na zavolání, analgetikum, anodynum

Infúzní terapie:

Pacientce před operací byl podán Chlorid sodný 0,9% 250ml kape 150ml/hod v 10:00.

Chirurgická léčba (výkon, kdy):

U pacientky proběhne chirurgický zákrok krossektomie, stripping VSM + ligace spojek dne 12. 2. 2016.

Situační analýza dne: 12. 2. 2016

Pacientka je hospitalizovaná druhý den na chirurgickém oddělení a nultý operační den.

U pacientky bylo stanoveno 15 ošetřovatelských diagnóz. Byly rozpracovány tři, které se jevily jako nedůležitější. Riziko pádu bylo stanoveno díky aplikované premedikaci, která může způsobit pád. Pacientka byla edukována a chápala rizika, které mohou nastat. Po operaci jí byly stanoveny další dvě diagnózy. Ošetřovatelská diagnóza akutní bolest byla z počátku mírněna úlevovou polohou. Pacientce nepomohla, proto jí byla aplikovaná medikace podle lékaře. Pro dlouhodobý cíl je nutné preventivně předcházet bolesti a snažit se jí zmírnit úlevovými polohami a relaxačními metody. Další diagnóza byla stanovena riziko infekce. Riziko infekce může vzniknout díky aplikovanému PVK. PVK byl zavedený první den. Na kůži se neobjevily žádné známky infekce.

Denní harmonogram

Pacientka byla poučena o hygieně a úpravě zevnějšku, kterou musí dodržet před operačním výkonem. Následně byla opakovaně upozorněna, že nesmí jíst, pít a kouřit před operací. Po úpravě lůžka dostala empír, ranní hygienu zvládla sama. Pacientce byla podána ranní medikace dle ordinace lékaře, kterou zapila dvěma doušky čisté vody, poté zůstala na pokoji a poslouchala hudbu. Před operací jí byla podána infúze a změřeny fyziologické funkce TK – 125/75, P – 70/min, TT – 36,5°C a přiložena vysoká bandáž na levou dolní končetinu. V 10:30 se jí aplikovala premedikace po telefonické domluvě. Vše bylo zaznamenáno do dokumentace. V 10:45 pacientka byla předána s dokumentací na operační předsálí. Pacientka po operaci byla převezena na pooperační pokoj, kde strávila dvě hodiny, a spontánně se vymočila. V 14:00 byla pacientka převezena na chirurgické oddělení, byla v bdělém stavu, měla zavedenou periferní žilní kanylu v levé horní končetině ve vena cubití. Při kontrole operačního místa nebyly zaznamenány žádné komplikace. Pacientka při pohybu na lůžku projevovala mimickými grimasy bolest. Bolest, hodnotila na 7/10 podle VAS. Zaujala úlevovou polohu, složený polštář pod končetinama. Pacientka úlevu od bolesti nepociťovala, proto jí byla aplikována analgetika podle ošetřovatelské dokumentace. Po 10 minutách byl zkontrolován účinek, zda se jí ulevilo. Podle VAS hodnotila na 2/10. Pacientka usnula a spala až do 18:00.

Byly jí zkontrolované fyziologické funkce. TK ï 115/80, P ï 69´, D ï 16/min, TT ï 36,8 °C. Vġe bylo zapsáno do dokumentace. Na operaļním poli, bylo zjiġtěno mírné prosáknutí obvazu. Bolest ġádnou neudávala. Pacientka dostala tekutiny na noļní stolek a byla pouļena, aby pila ļaj po lġiļkách. Pacientka se pohybovala na lŢġku bez pomoci. Veļerní hygienu zvládla na lŢġku s pomocí oġetŚovatelky.

Oġetŝovatelské diagnózy jsou ŝazeny dle priorit. Stanoveno dle NANDA I taxonomie II. Oġetŝovatelské diagnózy. Definice & klasifikace 2015ï 2017.

Oġetŝovatelské diagnózy dne 12. 2. 2016

00148 Strach

00161 Snaha zlepġit znalosti

00155 Riziko pádu

00132 Akutní bolest

00004 Riziko infekce

00044 Naruġená integrita tkánĎ

00239 Riziko zhorġené kardiovaskulární funkce

00110 Deficit sebepéļe pŝi vyprazdĎování

00108 Deficit sebepéļe pŝi koupání a hygienĎ

00214 Zhorġený komfort

00182 Snaha zlepġit sebepéļi

00039 Riziko aspirace

00174 Riziko oslabení lidské dŢstojnosti

00067 Riziko duchovního strádání

00188 Chování náchylné ke zdravotním rizikŢm

OŕETřOVATELSKÁ DIAGNÓZA 2

Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

TŠída 1: TĚlesný komfort

Definice: NepŠíjemný smyslový a emoţní záţitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poţkození tkánĚ nebo popsaný pomocí termínŢ pro takové poţkození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s oţekávaným nebo pŠedvídatelným koncem.

Urţující znaky:

- NesoustŠedĚné chování
- Expresivní chování (neklid)
- Vyhledávání antalgické polohy

Související faktory:

Fyzikální pŢvodci zranĚní (operace)

Priorita: vysoká

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

Krátkodobý cíl: Pacientka uvádí zmírnĚní bolesti na numerické ţkále k mĚŠení bolesti z 7/10 na 2/10 do 1 dne.

Dlouhodobý cíl: Pacientka je zcela bez bolestí dle numerické ţkály k mĚŠení bolesti 0 z 10 do ukonţení hospitalizace.

Oţekávané výsledky:

- Pacientka zná ţíselnou ţkálu k mĚŠení bolesti a umí ji pouţít do 10 minut.
- Pacientka zná a umí využít úlevové polohy do 2 hodin.
- Pacientka je informován o moţnostech podávání analgetik do 1 hodiny.

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

1. Nauč pacientku používat VAS škálu k určení závažnosti bolesti do 10 minut, sestra.
2. Důkladně posuň a lokalizuj bolest, vlastního charakteru, závažnosti a zhoršujících faktorů dle vhodné škály do 10 minut, sestra.
3. Informuj pacientku o možnosti podávání vhodných analgetik dle ordinace lékaře, sestra.
4. Sleduj žádoucí i nežádoucí účinky podaných analgetik vždy po aplikaci, sestra.
5. Respektuj pacientky vnímání a líčení bolesti vždy, sestra, lékař.
6. Pozoruj neverbální projevy související s bolestí, průběžně, sestra.
7. Pomoz pacientce najít vhodnou úlevovou polohu do 30 minut, sestra.
8. Zajisti klidné a příjemné prostředí do 1 hodiny, ošetřovatelka.
9. Pečuj o pohodlí nemocné a umožni mu vhodné uklidňující zaměstnání (poslech hudby, sledování televize) do 1 hodin, ošetřovatelka.
10. Vždy vše pečlivě zaznamenej do zdravotní dokumentace, sestra.

Realizace:

12. 2. 2016

- Pacientku jsme naučili pracovat s VAS škálou pro měření bolesti.
- Pravidelně jsme lokalizovali a důkladně posoudili bolest vlastního charakteru, závažnosti a zhoršujících faktorů.
- Pacientku jsme informovali o možnosti podávání vhodných analgetik.
- Pacientce podáváme pomocí CVK předepsaná analgetika a sledovali jsme jejich účinek.
- V pravidelných intervalech jsme vyhodnocovali a zaznamenávali do dokumentace naměřené hodnoty základních fyziologických funkcí a intenzity bolesti.
- Pravidelně jsme sledovali neverbální projevy bolesti.
- Pacientku jsme informovali o vhodné úlevové poloze a naučili jsme ho ji správně využít dle potřeby (složený polštář pod koleny).
- Umožnili jsme mu poslech oblíbené hudby pomocí sluchátek.
- Veškeré výkony jsme zaznamenali do zdravotní dokumentace.

Hodnocení:

Pacientka byla po operaci seznámena s použitím mírnící úlevy bolesti, vhodnou úlevovou polohou a analgezií. Všem informacím porozuměla. Pravidelně jsme sledovali subjektivní i objektivní projevy bolesti a dle ordinace lékaře jsme aplikovali analgetika. Akutní bolest se podařilo snížit z 7/10 na 2/10. Krátkodobý cíl se podařilo splnit, pacientka uvádí úlevu. K dosažení dlouhodobého cíle je nutno pokračovat ve stanovených intervencích tlumících bolest farmakologickou formou i relaxačními metodami.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA 3

Riziko infekce (00004)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Náchylnost k napadení a množení ase patogenní organizmy, což může vést k oslabení zdraví.

Rizikové faktory:

- invazivní vstupy

Priorita: střední

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

Krátkodobý cíl: Pacientka rozumí nutnosti ošetřování invazivních vstupů do 2 hodin.

Dlouhodobý cíl: Pacientka nejeví známky infekce po dobu zavedení invazivních vstupů po dobu zavedení.

Očekávané výsledky:

- Pacientka nejeví známky infekce po dobu zavedení CVK.
- Pacientka akceptuje nutnost ošetřování invazivních vstupů do 30 minut.
- Pacientka umí rozpoznat známky pokračující infekce do 30 minut.

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

1. U všech invazivních zákroků a vstupů dodržuj aseptický postup, vždy, sestra.

2. Vgímej si místních známek infekce u vyústnhí invazivních vstupT vgdy pSi manipulaci, sestra.
3. OgetSuj incize a místa vpichT vhodným roztokem, pravidelnO vymnRuj krytí, dennO, sestra.
4. Informuj pacientku o projevech vznikající infekce do 30 minut, sestra.

Realizace:

12. 2. 2016

- Pacientce jsme vysvnlili dTvod zavedení invazivních vstupT, pravidelnO si ovnSujeme, ge podaným informacím rozumí.
- CVK jsme pravidelnO 1x dennO pSevazovali, postupujeme dle standardT oddnlení.
- PravidelnO jsme sledovali funkl nost a prTchodnost invazivních vstupT.
- NOkolikrát dennO jsme u pacientky pátrali po místních známkách vznikající infekce.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splnOn úplnO. Pacientka byla informována o dTvodech ogetSování invazivních vstupT, chápe jejich úl el, umí rozpoznat známky pol ínající infekce. Ve vybraných intervencích pokral ujeme pro splnOní dlouhodobého cíle. BOhem realizace nagich intervencí se ale neprojevily známky infekce, kTge v okolí vpichu je bez zarudnutí, pacientka byl afebrilní.

OGETř OVATELSKÁ DIAGNÓZA 4

Riziko pádu (00155)

Doména 11: Bezpel nost/ochrana

TSída 2: TOlesné pogkození

Definice: Náchylnost k pádTm, které mohou zpTsobit fyzickou újmu, cog mTže ohrozit zdraví.

Rizikové faktory:

- farmaka
- pooperační zotavení

Priorita: střední

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

Krátkodobý cíl: Pacientka chápe, proč může dojít k pádu do 30 minut.

Dlouhodobý cíl: U pacientky nedojde k pádu během hospitalizace.

Očekávané výsledky:

- Pacientka je informována o rizicích pádu souvisejících s operačním výkonem, před operačním výkonem do 30 minut.
- Pacientka akceptuje všechna preventivní opatření bránící pádu v průběhu hospitalizace do 30 minut.

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

- Informuj pacientku o rizicích pádu spojených s operačním výkonem, před operačním obdobím do 30 minut, sestra.
- Sleduj rizikové faktory výskytu pádu po dobu hospitalizace, ošetřovatelka.
- Zajisti bezpečný transport pacientky vždy, sestra, sanitář

Realizace:

12. 2. 2016

- Pacientka byla informována o rizicích pádu souvisejících s operačním výkonem
- Převoz pacientky na operační předsálí

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn, pacientka je informovaná a chápe, proč může dojít k pádu. Pacientka akceptuje preventivní opatření bránicí pádu. Dlouhodobý cíl dále pokračuje, pacientka během dne se snažila chodit bez pomoci, ale stále nemá jistotu.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Dne 13. 2. 2016 je pacientka hospitalizovaná tŚetí den na chirurgickém oddĺení a zahájila první pooperaļní den.

Konzervativní léļba:

Pacientce je naordinovaná dieta racionální (D ï 3). Výġivu pŚijímá per os. Pohybový reġim je zmĺnĺn na pohyb po pokoji. Byla jí napsaná rehabilitace, nácvik vstávání, chŢze, sebeobsluhy. Pacientce naordinovánn pŚevaz PDK ï sterilní krytí a vysoká bandáġ, LDK ï nízká bandáġ

Medikamentózní léļba

VESSEL DUE F p. o. 1 ï 0 ï 1 Sulodexidum

TRAMAL i. m. 100mg á 4 hodiny pŚi bolesti více jak 3 VAS analgetikum

Situační analýza dne 13. 2. 2016

Pacientka je hospitalizovaná třetí den na chirurgickém oddělení a zahájila první pooperační den. U pacientky jsem stanovila 10 ošetřovatelských diagnóz. Z toho byl rozpracovaný deficit sebepéče při koupání. Pacientka se nedokázala dostat do koupelny bez pomoci, jelikož jí to nedovolí slabost a bolest po operaci.

Denní harmonogram

Ráno byla pacientka edukována o vhodném vstávání z lůžka. Hygienu zvládla s dopomocí ošetřovatelky. Při malé lékařské vizitě se provedl sterilní převaz operované končetiny. Operovaná končetina byla klidná mírně otoklá s velkými hematomy. Poté jí byla přiložena na PDK vysoká bandáž a na LDK nízká bandáž. Přitom byla edukována jak správně přiložit bandáž na dolní končetinu. Snídani snědla celou. Při rozdávání léků jí byla podaná chronická medikace. Pacientka jevila známky bolesti, měla strnulou tvář a byla neklidná. Pacientka hodnotí bolest dle VAS 3/10. Léky proti bolesti odmítá. Při lékařské vizitě bylo naordinováno vyndání PVK, při vyndání bylookolí vpichu klidné bez známek infekce. Po desáté hodině se pacieentka procházela po chodbě, její chůze byla nejistá. V 13:00 po obědě si zažádala o injekci proti bolesti. Bolest hodnotila dle VAS na 6/10 po 10 minutách po aplikaci hodnotila bolest 3/10. Chůzi po pokoji zvládla sama. Operační rána během dne byla bez komplikací. V rámci edukace se bandáž během dne jednou upravovala za pomoci sestry. Večerní hygienu zvládla pacientka s pomocí ošetřovatelky.

Oġetŝovatelské diagnózy jsou ŝazeny dle priorit. Stanoveno dle NANDA I taxonomie II. Oġetŝovatelské diagnózy. Definice & klasifikace 2015ï 2017.

Oġetŝovatelské diagnózy dne 13. 2. 2016

00132 Akutní bolest

00004 Riziko infekce

00155 Riziko pádu

00044 Narugená integrita tkánĎ

00239 Riziko zhorġené kardiovaskulární funkce

00161 Snaha zlepġit znalosti

00214 Zhorġený komfort

00182 Snaha zlepġit sebepéļi

00067 Riziko duchovního strádaní

00188 Chování náchylné ke zdravotním rizikŢm

OŕETřOVATELSKÁ DIAGNÓZA 5

Deficit sebepéče při koupání (00108)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provádět nebo dokončit aktivity týkající se koupání.

Určující znaky:

- zhoršená schopnost se dostat do koupelny
- zhoršená schopnost získat nebo dostat se ke zdroji vody
- zhoršená schopnost opatřit si potřeby ke koupání
- zhoršená schopnost umýt si tělo

Související faktory:

- bolest
- slabost

Priorita: střední

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

Krátkodobý cíl: Pacientka je umytá do 1 hodiny.

Dlouhodobý cíl: Pacientka se sama umyje do 3 dnů.

Očekávané výsledky:

- Pacientka chápe nutnost doprovodu do koupelny do 30 minut.
- Pacientka má připravené hygienické pomůcky do 30 minut.
- Pacientka bude provádět hygienu dle svého zdravotního stavu po dobu hospitalizace
- Ošetřující personál dopomůže s hygienou po dobu omezeného pohybu.

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

1. Zhodnoť, zda je deficit dočasný či trvalý a zda se bude vyvíjet do 10 minut, sestra.
2. Připrav pacientce pomůcky k hygieně do 30 minut, ošetřovatelka, sestra.
3. Doprovoď pacientku do koupelny do 30 minut, ošetřovatelka, sestra.
4. Podporuj pacientku k samostatnosti po dobu omezeného pohybu, ošetřovatelka, sestra.
5. Dopomoz pacientce s hygienou po dobu omezeného pohybu, ošetřovatelka, sestra.
6. Respektuj pacientky rituál provádění hygienické péče a soukromí při provádění hygienické péče po dobu hospitalizace, ošetřovatelka, sestra.

Realizace:

13. 2. 2016

- Pacientku jsme doprovodili do koupelny.
- Pacientce jsme připravili pomůcky k hygieně.
- Pacientce jsme dali židli k umyvadlu.
- Pacientce jsme pomohli umýt záda.
- Dopřáli jsme pacientce soukromí při hygieně.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacientka byla šikovná a téměř celou hygienu zvládla sama. Dlouhodobý cíl není splněn, proto diagnóza bude pokračovat dále.

10 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

1 den hospitalizace 11. 2. 2016

Pacientka X. X. přijatá na plánovanou operaci varixů na dolní končetině. Pacientka projevovala strach z operace. Chápe příčinu strachu a snaží se jí zvládnout pomocí relaxačních metod. S pacientkou jsem promluvila o předoperačním období, jak bude probíhat z ošetřovatelského hlediska. Lékař jí informoval o průběhu operace. Krátkodobý cíl byl splněn. Pacientka vypadala spokojeně a udávala zmírněný strach.

2 den hospitalizace 12. 2. 2016

Pacientka X. X. bylo stanoveno riziko pádu, protože jí byla aplikovaná premedikace, která by mohla zapříčinit pád. Pacientka byla edukována a chápala rizika, které mohou nastat. Krátkodobý cíl byl splněn. Pacientka plnila vše co jí bylo doporučeno. Dlouhodobý cíl není splněn. Další diagnóza byla stanovena akutní bolest. Úlevová poloha nepomohla. Pacientka, udává zmírnění bolesti až podání medikace, kterou předepsal lékař. Před podáním medikace bolest hodnotila 7/10 dle VAS. Po podání medikace bolest zhodnotila 2/10. Tím byl krátkodobý cíl splněn. Pro dlouhodobý cíl je nutné preventivně předcházet bolesti a snažit se jí zmírnit úlevovými polohami a relaxačními metody. Poslední diagnóza byla stanovena riziko infekce. Riziko infekce může vzniknout díky aplikovanému PVK. PVK byl zavedený první den. Na kůži se neobjevily žádné známky infekce. Ošetření PVK se provedlo po aplikaci léku proti bolesti. Krátkodobý cíl byl splněn. U pacientky se neprojevily žádné místní ani celkové známky infekce. Krátkodobé cíle byly splněny, proto pokračujeme ve vybraných intervencích k dosažení cílů dlouhodobých.

3 den hospitalizace 13. 2 2016

Pacientka X. X. je první den po operaci u pacientky jsem stanovila deficit sebepéče při koupání. Pacientka se nedokáže dostat do koupelny bez pomoci, jelikož jí to nedovolí slabost a bolest po operaci. Pacientka byla odvedena do koupelny a bylo jí dopomoženo s hygienou. Točila se jí hlava při stání, proto k umyvadlu byla postavena židle. Krátkodobý cíl byl splněn.

11 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Léčba varixů na dolní končetině je i přes rozvoj metod v medicíně je velmi riziková. Vyžaduje zkušený tým složený z více klinických oborů, zásadní je správné posouzení onemocnění a k tomu zvolený postup léčby. Vždy je důležitá spolupráce pacienta se zdravotnickým týmem a naopak. Pacienta se snažíme udržovat v psychické pohodě, ale nesmíme podceňovat jeho líčení obtíží a strachu. Z důvodu nevhodného životnímu stylu jsme všichni potenciálními pacienty. Proto je důležité, aby se každý jedinec zamyslel nad svým životním stylem a snažil se ho změnit.

Doporučení pro pacienta:

Během hospitalizace i po propuštění dodržovat kompresi dolní končetiny, aby nedošlo ke komplikacím a recidivě varixů na dolní končetině. Dále dodržovat léčebný režim i po propuštění ze zdravotnického zařízení, pravidelně chodit návštěvy k praktickému lékaři. Dobré je najít si vhodnou sportovní aktivitu jako je jízda na kole či procházky. Vyhnout se stání na jednom místě nebo naopak sedavému způsobu života a dodržovat správnou životosprávu.

Doporučení pro sestry:

Věnovat pacientům s takovýmto onemocněním dostatek času a zájmu, být oporou. Nepodceňovat subjektivní vyjádření potíží. Celoživotní vzdělávání pro získání nejnovějších informací. Zvolit správnou metodu edukace a vhodný edukační materiál pro pacienta, rodinu a blízké. Poskytnout prostor a dostatek času pro zodpovězení dotazů.

ZÁV’nR

Bakaláśská práce se zabývá kazuistika u pacienta pśed a po operaci varixŢ na dolní konļetinĐ Cílem této bakaláśské práce bylo detailnĐ popsat pśípad pacienta pśed a po operaci varixŢ na dolní konļetinĐ

V této práci jsme pozorovali pacientku bĐhem tśí dnŢ. V prvním dnu jsme stanovili dvĐ oģetśovatelské diagnózy. Z toho jsme rozpracovali oģetśovatelskou diagnózu strach. Pacientce bylo podáno dostatek informací pro zmírnĐní strachu v pśedoperaļním období. Den poté byly rozpracovány tśi oģetśovatelské diagnózy. Riziko pádu bylo jeģtĐ stanoveno v pśedoperaļním období, kde byly provedeny vģechny intervence. Poté byla stavena oģetśovatelská diagnóza akutní bolest. Pacientce jsme se snaģily zmírnit bolest pomocí úlevové polohy, která nebyla úļinná, tak jsme aplikovali analgetika dle ordinace lékaśe, které jí pomohly. Tśetí oģetśovatelská diagnóza nultého operaļního dne byla riziko infekce. Pacientce jsme pravidelnĐ dle stanovených intervencí hodnotily známky infekce. U pacientky se známky infekce neprojevovaly. Poslední den pozorování jsme rozpracovaly oģetśovatelskou diagnózu deficit sebepéļe pśi koupání. Pacientka se snaģila být samostatná, ale i pśesto jsme museli dopomoc s hygienou. BĐhem tśí dnŢ byla pacientka vstśícná a mĐla velkou snahu se zapojením do oģetśovatelského procesu, mohu tedy usoudit, ģe pacientka bude dodrģovat doporuļení, které jí byly podány od sestry a lékaśe.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BUREŠOVÁ, J., 2012. *Znalost a dodržování primární prevence varixů dolních končetin u laické veřejnosti*. Brno: Bakalářská práce. Masarykova univerzita, lékařská fakulta. Dostupné na: https://is.muni.cz/th/359040.

CETKOVÁ, P, 2010. *Kožní změny u interních onemocnění*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1004-4.

ČÍŽEK, V, 2012. *Průvodce cévními chorobami pro pacienty*. 1.vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-297-1.

FROLKOVÁ, I, 2012. *Varixy jako kosmetický problém*. Zlín, bakalářská práce (Bc.). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta technologická. Dostupné na: http://theses.cz/id/ip4qjd.

HERMAN, J a kol. 2003. *Chirurgie varixů dolních končetin*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0252-5.

HERMAN, J a kol., 2011. *Cévní onemocnění v klinické praxi*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3335-7.

JANÍKOVÁ, E., R. ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetřovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.

JANOUŠEK. L. a kol., 2008. *Hemodialyzační arteriovenózní přístupy*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2547-5.

KARETOVA, D., 2007. *Angiologie pro praxi*. 2.rozšířené vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-001-4.

KARGES, W. a kol., 2011. *Vnitřní lékařství stručné repetitorium*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3108-7.

KRAJÍČEK, M. a kol., 2007. *Chirurgická a intervenční léčba cévních onemocnění*. 1.vyd, Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0607-8.

KOLEKTIV AUTORŠ , 2007. *Výkladový ošetřovatelský slovník*. Překlad Veronika DiCara, Helena Vidovičová. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2240-5.

MACHOVCOVÁ, A., 2009. *Kompresivní léčba ve flebologii- průvodce pacienta.* 1.vyd. Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2091-6.

MIKŠOVÁ, Z., 2006. *Kapitoly z ošetřovatelské péče II*. 1. aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1443-4.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetřovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

MUSIL, D. a kol., 2008. *Ultrazvukové vyšetření žil dolních končetin*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2161-3.

NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

NAVRÁTIL, L. a kol., 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8.

NOVÁKOVÁ, Iva, 2011. Ošetřovatelství ve vybraných oborech dermatologie, oftalmologie, ORL stmatologie. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3422-4.

NOVOTNÝ, K a kol., 2014. *Ambulatní operace křečových žil miniinvazivní a endovaskulární přístupy* 1.vyd. Praha: Maxdorf, ISBN 978-80-7345-363-3.

PARKER, S, 2007. *Lidské tělo*. Praha: Knižní klub. ISBN 978-80-242-2211-0.

PEŘÁZOVÁ, V., 2/2007. *Dermatologie pro praxi*. Praha: Solen, s.r.o., s. 86, citováno: 5. 2. 2016. ISSN 1803-5337. Dostupné na: http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2007/02/11.pdf.

PTÁKOVÁ MALECHOVÁ, J., 2011. *Rozdíly v poskytování ošetřovatelské péče u nemocných po operaci varixů dolních končetin operovaných ambulantně a při hospitalizaci*. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné na: http://theses.cz/id/q3a985.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2007.*Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty pediatrie, chirurgie*. Vyd.1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2040-1.

SLEZÁKOVÁ, L a kol., 2010. *Ošetřovatelství v chirurgii I.* 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3129-2.

STLOUKALOVÁ, Z, 2012. *Anatomický atlas*. 1.vyd. Praha: Svojtka & Co. ISBN 978-80-256-0739-8.

ÚZIS ČR, 2003. *Hospitalizovaní*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [online] [cit. 2016-02-19]. ISSN 1210-873. Dostupné z: http://www.uzis.cz/.

ÚZIS ČR, 2013. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [online] [cit. 2016-02-18]. ISBN 978-80-7472-090-1. Dostupné z: http://www.uzis.cz/.

VIGUÉ,J. 2012. *Atlas lidského těla*. 8.Vyd. Čestlice: Rebo. ISBN 978-80-255-0475-8.

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., 2013. *Ošetřovatelská dokumentace ï Marjory Gordon 2*. Diagnostické domény M. Gordon ï 13 domén konceptního modelu. [online] [cit. 2014-01-22]. Dostupné z: https://sharepoint.vszdrav.cz/.

VOKURKA, M. a kol., 2009. *Velký lékařský slovník*. 9. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf ISBN 978-80-7345-202-5.

Př ÍLOHY

PŚíloha A ï Reġerġe I

PŚíloha B ï Povolení..... II

PŚíloha C ï Ļestné prohlášġení studenta k získání podkladŢ..... III

PŚíloha A ï Reġerġe

KAZUISTIKA PACIENTA Př ED A PO OPERACI VARIXš NA DOLNÍ KONĻETIN'n

Markéta Matouġková

Jazykové vymezení: ļeġtina, angliļtina

Klíļová slova: varixy, oġetŚ*, nemoci cév, operace, chirurg*, varicose veins, surgery, nursing

Ļasové vymezení: 2005ï 2015

Druhy dokumentŢ: vysokoġkolské práce, knihy, ļlánky a elektronické zdroje

Poļet záznamŢ: 68 (knihy: 15, ļlánky a pŚíspĪvky ve sborníku: 49, kvalifikaļní práce: 4)

Databáze:

Medvik (Katalogy NLK, Bibliographia Medica Ļechoslovaca)

Theses.cz

Medline Complete

Cinah Complete

PŚloha B ï Povolení

NEMOCNICE TÁBOR, a.s.

POVOLENÍ

Pro : Studentku Markétu Matouškovou – VŠZ Praha – 3. ročník Bc. studia v oboru – všeobecná sestra

Předmět povolení : studijní práce –rozhovor s pacientem

Oddělení : chirurgické

Doba povolení : od 8.2.2016 do 29.2.2016

V Táboře dne 8.2.2016

.....

Mgr. Helena Plocková
hlavní sestra

Nemocnice Tábor, a.s.
kpt. Jaroše 2000
390 03 Tábor
14

Příloha C – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje pro praktickou část bakalářské práce s názvem Kazuistika u pacienta před a o operaci varixů na dolní končetině v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 17. 3. 2016 .....

Jméno a příjmení studenta