

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM HYPOFÝZY**

Bakalářská práce

DOMINIK STRYJA, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

Praha 2016



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

Stryja Dominik
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

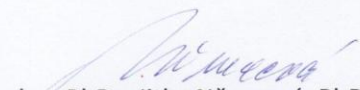
Na základě Vaší žádosti ze dne 23. 10. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s nádorovým onemocněním
hypofýzy

Nursing Process for Patients with Pituitary Gland Tumor

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH

V Praze dne: 11. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedl v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 5. 2016

Podpis.....

PODĚKOVÁNÍ

Rád bych tímto chtěl poděkovat pánu PhDr. Dušanovi Syslovi, PhD., MPH. za vedení mé bakalářské práce, cenné rady a připomínky. Dále bych chtěl poděkovat vedení neurochirurgické kliniky Fakultní nemocnice Ostrava za odborné rady.

ABSTRAKT

STRYJA, Dominik. *Ošetrovatelský proces u pacienta s nádorovým onemocněním hypofýzy*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD.,MPH. Praha. 2016. 63 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s nádorovým onemocněním hypofýzy. Teoretická část se zabývá etiologií, patofyziologií, klinickým obrazem, možnostmi léčby a jejím rozdělení. V neposlední řadě se budeme zabývat komplikacemi, které mohou nastat v pooperačním období a ošetrovatelskou péčí. V praktické části se budeme zabývat ošetrovatelským procesem u pacientky po transnazální revizi. Během léčby nenastaly žádné komplikace, které by prodlužovaly hospitalizaci.

Klíčová slova

Adenom hypofýzy. Ošetrovatelská péče. Pacient. Ošetrovatelský proces.

ABSTRACT

STRYJA, Dominik. Nursing process for patients with tumors of the pituitary gland. Nursing College, Public Service Company. Qualification degree: Bachelor (Bc.). Thesis supervisor: PhDr. Dušan Sysel, PhD.,MPH. Prague. 2016. 63 pages.

The bachelor thesis topic is Nursing process for patients with tumors of the pituitary gland. The theoretical part deals with the etiology, pathophysiology, clinical presentation, treatment options and its distribution. It also deals with complications that may occur in the postoperative period and nursing care. In the practical part the thesis deals with the distribution the nursing process itself for a patient after transnasal revision. During the treatment there were no complications that could prolong hospitalization.

Keywords

Pituitary adenoma. Nursing care. Patient. Nursing process.

PŘEDMLUVA

Když jsem se rozhodoval během studia na vyšší odborné škole, na kterém oddělení bych chtěl jednou pracovat, zaujala mě intenzivní péče. Po absolvování vyšší odborné školy jsem nastoupil na neurochirurgickou jednotku intenzivní péče. Ihned na začátku jsem zjistil, jak je nesmírně zajímavá neurointenzivní péče. Ve škole vás naučí jen základ, proto je důležitá praxe, která je pro absolventa větším přínosem. Získané vědomosti můžete uplatnit ve vlastní praxi, nebo je předat ostatním lidem. Toto téma jsem si vybral, protože mě zaujala náročnost operace a nové techniky v oblasti operačního přístupu a jejích postupů v průběhu výkonu.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM CIZÍCH SLOV

ÚVOD.....	14
1 PROBLEMATIKA NÁDORŮ HYPOFÝZY	15
1.1 ETIOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE ADENOMU HYPOFÝZY	15
1.2 KLINICKÝ OBRAZ.....	17
1.3 VYŠETŘOVACÍ METODY	17
1.3.1 KLINICKÉ VYŠETŘENÍ.....	17
1.3.2 ZOBRAZOVACÍ METODY	20
1.4 MOŽNOSTI LÉČBY ADENOMU HYPOFÝZY	20
1.4.1 INDIKACE LÉČBY PODLE TYPŮ NÁDORŮ	21
1.4.2 MOŽNOSTI CHIRURGICKÉ LÉČBY ADENOMU HYPOFÝZY	21
1.4.3 STEREOTAKTICKÁ RADIOCHIRURGIE ADENOMU HYPOFÝZY	23
1.4.4 ENDOKRINOLOGICKÁ LÉČBA.....	25
1.5 MOŽNÉ POOPERAČNÍ KOMPLIKACE.....	29
1.5.1 NEUROCHIRURGICKÉ KOMPLIKACE	29
1.5.2 NOSNÍ LIKVOREA	29
1.5.3 ENDOKRINOLOGICKÉ KOMPLIKACE	30
1.5.4 ORL KOMPLIKACE.....	30
1.6 KONTROLA STAVU DUTINY NOSNÍ LÉKAŘEM	31
2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	33
2.1 ZÁKLADNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	33
2.2 INTENZIVNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	34
2.2.1 MONITORACE FYZIOLOGICKÝCH FUNKCÍ.....	35

2.3	SPECIALIZOVANÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	37
3	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES ZAMĚŘENÝ NA PACIENTA S DANNÝM ONEMOCNĚNÍM.....	39
3.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	75
	ZÁVĚR.....	76
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	
	SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM ZKRATEK

ACI	arteria karotis interna
ACTH	adrenokortikotropní hormon
BMI	Body Mass Index
cm H ₂ O	centimetry vodního sloupce
CO ₂	oxid uhličitý
CT Ag	počítačová tomografie- angiografie
CVP	centrální žilní tlak
CŽK	centrální žilní katétr
č.	číslo
EKG	elektrokardiogram
ETCO ₂	spektrofotometrické měření obsahu CO ₂ ve vzduchu na konci výdechu
FLACC	Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – observační škála bolestí
GCS	Glasgow Coma Scale
FNO	Fakultní nemocnice Ostrava
FSH	folikulostimulační hormon
GH	Growth hormone (růstový hormon)
Gy	fyzikální jednotka Gray
HDL	vysokodenzní lipoprotein
HE	hematotoxilin- eozin
IGF- I	inzulinu podobný růstový faktor

i.v.	intravenózně
JIP	jednotka intenzivní péče
kPa	kilo Pascal
LH	luteinizační hormon
min.	minuta
mg	miligram
mm Hg	milimetry rtuťového sloupce
mm H ₂ O	milimetry vodního sloupce
MRI	magnetická rezonance
n.	nerv
NaCl	chlorid sodný
NCH	neurochirurgie
ORL	otorhinolaryngologie
PMK	permanentní močový katétr
PND	paranasální dutiny
PAS	histochemické vyšetření
tbl.	tabletky
TSH	tyreotropní hormon
VAS	vizuální analogová škála
Rtg	rentgen
S _p O ₂	saturace kyslíkem krve
ZLD	zevní lumbální drenáž

SEZNAM CIZÍCH SLOV

Adenom	nádor ze žláзовého epitelu
All in one	vše v jednom
Analgesedace	slabší forma anestézie
Anestézie	umělé uspaní pacienta, nebo znecitlivění části jeho těla
Anizokorie	rozdíl velikosti mezi pravou a levou zornicí
CyberKnife	Kybernetický nůž
Dekubit	proleženina
Expanze	rozpínavost
Exstirpace	chirurgické vynětí celistvých útvaru
GamaKnife	gama nůž
Hemiparéza	částečné ochrnutí jedné poloviny těla
Hypersekrece	nadměrná produkce
Kóma	těžký stav vědomí, při kterém pacient nereaguje na žádný podnět
Malignita	zhoubnost
Mydriáza	rozšíření zornice lidského těla
Mióza	zúžení zornice lidského těla
Pituitární apoplexie	vzácné onemocnění vznikající při akutním krvácení do hypofýzy
Reziduum	zbytek, zůstatek

Somnolence	lehčí porucha vědomí se sníženou bdělostí. Pacienta lze probudit dotykem, nebo oslovením
Sopor	těžší porucha vědomí. Pacienta lze probudit silným bolestivým podnětem, přičemž pacient nenabere plného vědomí
Swan- Ganzeho katétr	katétr určen pro měření minutového srdečního výdeje
Transkraniální	skrz lebku
Transnazální	skrz nos
Weaning	odpojování od plicní ventilace

(VOKURKA et al., 2009c).

ÚVOD

Adenomy hypofýzy řadíme do onkologického onemocnění a většinou jejich nález bývá na podkladě různých vyšetření. Pacient přijde k lékaři a ten provede diagnostiku a při potvrzeném zachycení nádoru v oblasti hypofyzární krajiny a určí další postup léčby. Klinické projevy závisí na typu nádorů.

Prevalence postižení adenomem hypofýzy je 20 pacientů na 100 000 lidí a incidence kolísá mezi 1-5 až 2 pacienti na 100 000 lidí za jeden kalendářní rok. Adenomy hypofýzy dělíme na dvě skupiny podle toho, zda jsou schopni produkovat hormony nebo ne. Od toho se potom odvíjí jejich klinický stav.

Adenom hypofýzy je nádorové onemocnění, které nejčastěji vychází z předního laloku hypofýzy. Tyto nádory dělíme do dvou skupin. Do první skupiny řadíme funkční adenomy nebo-li hormonálně aktivní a druhou skupinu zastupují afunkční adenomy (hormonálně neaktivní). První typ adenomu se projevuje hypersekrecí hormonů s odpovídajícím klinickým obrazem. Nádory afunkčního typu se projevují spíše útlakem hypofýzy a jejího okolí (NÁHLOVSKÝ, 2006).

V bakalářské práci se zabývá rozdělením, diagnostikou a léčbou nádorů. Teoretická část bakalářské práce je zaměřená na stručný přehled adenomů, jejich klinického obrazu, možné diagnostice, správné léčbě a možnými komplikacemi. V praktické části si rozebereme ošetrovatelský proces u pacientky s daným onemocněním.

Cílem bakalářské práce je vypracování ošetrovatelského procesu u dané pacientky po transnazální endoskopické operaci.

1 PROBLEMATIKA NÁDORŮ HYPOFÝZY

V teoretické části se budeme zabývat nádorovým hypofýzy, klinickým obrazem, diagnostikou a léčbou. Nádory hypofýzy nejčastěji objevující se v oblasti tureckého sedla, primárně vyrůstající z adenohypofýzy. Nádory hypofýzy nejčastěji jsou klasifikovány jako benigní nádory neboli adenomy (SAMEŠ, 2005).

1.1 ETIOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE ADENOMU HYPOFÝZY

Hypofýza se nachází v selární a paraselární oblasti. Adenomy hypofýzy představují okolo 10 – 15 % nitrolebních nádorů. Největší výskyt nádorů se objevují ve čtvrté dekádě věku bez rozdílu, jestli se jedná o muže, či ženu. Adenomy hypofýzy řadíme dle velikosti na mikroadenomy (do průměru 1 cm) a na makroadenomy (nad 1 cm). Obrovský adenom neboli gigantický adenom dosahuje rozměru až 2,5 cm, ale tyto nádory se vyskytují velmi vzácně. Posledním typem nádoru hypofýzy je invazivní adenom, který je diagnostikován v případě zjevné invaze do okolních tkání nebo struktur, jako je například kost, nebo mozková plena (LIPINA, 2013), (LIPINA et al., 2014), (SAMEŠ, 2005).

Makroskopický nádor jde o nádor solidně utvářený a v některých případech opouzdřený, na řezu šedorůžové barvy. Nedílnou součástí bioptického vyšetření jsou kromě základního barvení hematotoxilinem eozinem (HE) histochemické vyšetření PAS, stříbrící znázornění dle Gomoriho (retikulovaná vlákna) a imunohistochemické k průkazů hormonu, podle kterého se buňky dělí na laktotropní (mamotropní), somatotropní, kortikotropní, tyreotropní a gonadotropní (LIPINA et al., 2014, str. 66).

Přehled jednotlivých typů adenomu a jejich patofyziologie:

- prolaktinom – tento laktofilní adenom představuje 26 % všech adenomu. Patří mezi nejčastější adenomy. Histologický je tvořen nejčastěji chromofobními buňkami. Imunohistologie prokazuje pozitivně přítomnost prolaktinu;

- somatotropní adenom – patří mezi druhé nejčastější funkční adenomy (okolo 10 % všech nádorů hypofýzy). Imunohistologický je zde detekován růstový hormon a tento adenom se dělí na dva podtypy: hustě granulovaný a řídko granulovaný. Řídko granulovaný adenom roste rychleji a má sklony k agresivnějšímu průběhu a invazi do přilehlé kosti. U imunohistologické vyšetření je prokazována silná pozitivita růstového hormonu;
- adrenokortikotropní adenom – vyskytuje se podobně jako somatotropní hormon, v imunohistochemickém nálezu je prokazován adrenokortikotropní hormon (ACTH);
- tyreotropní adenom – jedná se o vzácný typ adenomu, tvoří pouze 1 % všech nádorů hypofýzy. Imunohistologickým vyšetřením se prokazuje pozitivita tyreotropního hormonu (TSH);
- gonadotropní hormon – tento adenom představuje 10 – 15 % pituitárních adenomů, který bývá postihován nejčastěji muži. Imunohistochemicky detekujeme přítomnost folikulostimulačního hormonu (FSH) a luteinizačního hormonu (LH);
- plurihormonální adenom – nádor produkující dva hormony. Buď prolaktin s růstovým hormonem a TSH, nebo FSH a LH. Výskyt tohoto adenomu je okolo 10 % všech adenomů;
- adenom z takzvaných nulových buněk – nemá imunohistomicky prokazatelnou produkci hormonu. Výskyt tohoto adenomu bylo zjištěno u starší populace a jeví se jako makroadenom;
- tichý adenom 3. podtypu – jde o vzácný non- kortikotropní adenom, postihující převážně mladší ženy jeví se jako makroadenom. Imunohistochemicky se prokazuje kombinace hormonů: růstového, TSH, LH, FSH. Tento adenom má klinicky agresivní chování;
- atypický adenom – invaze a rekurence tohoto adenomu do okolních struktur bývá velmi vysoká. Proliferační aktivita tohoto nádorů bývá vyšší než 3 % (LIPINA, 2013), (LIPINA et al., 2014), (SAMEŠ, 2005).

Hlavními histologickými rysy adenomu je ztráta acinárního nebo lobulárního uspořádání buněk, proto adenomy rostou solidně, někde trabekulárně až papilárně. Přítomnost jaderné pleomorfie a obrovských buněk není kritériem malignity nádorů (LIPINA et al., 2014, str. 66).

1.2 KLINICKÝ OBRAZ

Nejčastějšími příznaky bývají bolesti hlavy. Bolest odpovídá lokalizaci nádorů v mozku. Klinický obraz se bude lišit podle toho, zda nádory produkují hormony či ne. Mezi další příznak je epileptický záchvat. Adenomy hypofýzy rozdělujeme podle toho, zda nádory produkují, nebo neprodukují hormony. Nádory neprodukující hormony se nazývají hormonálně neaktivní adenomy, ale omezují funkci zdravé hypofýzy. Nádor nejčastěji prorůstá a nekontrolovatelně zvětšuje svou velikost a tím utlačuje zrakový nerv a tím pacient ztrácí zrak s omezením zorného pole do obou stran – bitemporální hemianopsie. Klinický obraz u hormonálně aktivních adenomů se rovná typickým syndromům endokrinním z nadprodukce hormonů. Pituitární apoplexie postihuje jak hormonálně aktivní, tak hormonálně neaktivní adenomy, nejčastější výskyt je u 3 – 9 % makroadenomů. Projevy jsou: bolesti hlavy, somnolencí, oftalmoplegií a celkovým zhoršením zraku. Je způsobena infarktem nádorů, nebo krvácením. Pokud dojde k průniku krvácení přes kapsulu, můžeme mluvit o subarachnoideálním krvácení. K bezvědomí dochází při intrakraniální hypertenzi a útlaku hypothalamu. Akutní hydrocefalus vzniká ze supraselární expanze (SAMEŠ, 2005).

1.3 VYŠETŘOVACÍ METODY

Vyšetřovací metody, při diagnostice nádorového onemocnění dělíme na klinické vyšetření a zobrazovací metody (SAMEŠ, 2005).

1.3.1 KLINICKÉ VYŠETŘENÍ

Základem vyšetření v neurochirurgii je neurologické vyšetření. Hodnotíme stav vědomí, stav zornic, monitorujeme bolest a hybnost končetin.

1.3.1.1 HODNOCENÍ STAVU VĚDOMÍ

Vědomí je stav, kdy je člověk schopen správně vnímat sebe i své okolí a správně reagovat na podněty vnějšího prostředí. Stav vědomí je odvislý od integrity vzestupného retikulárního aktivačního systému (pon, mezencefalon, thalamus) a dostatečné interakce mezi neurony mozkových hemisfér (SAMEŠ, 2005, str. 14).

Bdělost (vigilita - kvalitativní) a jasnost (lucidita - kvantitativní) patří mezi dvě základní složky vědomí. Dojde-li k poruše kvalitativní, není porušená bdělost. Projevy jsou: poruchy orientace, amence (stavy zmatenosti) a delirantní stavy (iluze, halucinace). Poruchy vědomí:

- somnolence – pacient reaguje na slovní podnět;
- sopor – pacient reaguje na algický podnět;
- kóma – pacient nereaguje – je v hlubokém bezvědomí.

Stav vědomí hodnotíme pomocí tzv. glasgowské stupnice – Glasgow coma scale. Minimum na stupnici je 3 – hluboké kóma a 15 – plné vědomí (TYLL, 2014).

Glasgow coma scale

Otevírání očí		Slovní odpověď		Motorická reakce	
Spontánně	4	Orientován	5	Pohyb na slovní příkaz	6
Na oslovení	3	Zmatený	4	Cílená flexe na bolest	5
Na bolest	2	Nepřiléhavá slova	3	Necílená flexe na bolest	4
Neotevře vůbec	1	Nesrozumitelné zvuky	2	Patologická flexe (dekortikace)	3
		Žádná	1	Extenze na bolest (decerebrace)	2
				Žádná odpověď	1

Zdroj: SAMEŠ, Martin. *Neurochirurgie: učebnice pro lékařské fakulty a postgraduální studium příbuzných oborů*. Praha: Maxdorf, 2005 str. 15

1.3.1.2 HODNOCENÍ STAVU ZORNIC

Dále hodnotíme velikost zornic a reakci zornic na osvit. Pozorujeme několik typů velikosti zornic: mydriáza, mióza, izokorie, a anizokorie. Pomocí světla testujeme reakci zornic neboli přímou fotoreakci - zúžení zornice při jejím osvit. Při nepřímé fotoreakci dochází k zúžení zornice při osvitu druhé zornice (LIPINA, et al., 2014), (SAMEŠ, 2005).

1.3.1.3 HODNOCENÍ BOLESTI

Bolest hodnotíme podle různých škál bolestí. U pacientů při vědomí hodnotíme bolest dle VAS stupnice – Vizuální analogová škála. Tato škála má rozmezí od 0 – 10. U pacientů s poruchou vědomí, nebo pediatrických pacientů hodnotíme bolest dle FLACC – (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) observační škála bolesti (KAPOUNOVÁ, 2007).

1.3.1.4 MONITORACE HYBNOSTÍ KONČETIN

Na končetinách vyšetřujeme motoriku ve všech segmentech, pyramidové jevy (iritační a zánikové), extrapyramidové jevy (třes, rigidita), reflexy a svalový tonus. Vyšetřujeme poruchy cití (bolest, dotek, diskriminace, vibrace apod.) (SAMEŠ, 2005). *V neurologickém vyšetření je velmi důležitá lateralizace= asymetrie (neurologický status jedné strany neodpovídá straně druhé – např. hemiparéza nebo anizokorie, lateralizace je vždy patologickým nálezem). Nejčastěji bývá neurologický obraz zkreslen farmakologicky (např. analgosedace, relaxace, doznívání celkové anestézie po operaci), nejen farmakologický může být obraz zkreslen, ale také intoxikací omamných, nebo návykových látek jako jsou: alkoholu, drogy a toxické látky. Toto musíme vzít v potaz při vyšetřování pacienta (Sameš, 2005, str. 14).*

1.3.2 ZOBRAZOVACÍ METODY

Mezi zobrazovací metody se řadí celá škála vyšetřovacích metod, ale my se zaměříme na techniky, které se užívají při diagnostice adenomu hypofýzy.

1.3.2.1 POČÍTAČOVÁ TOMOGRAFIE (CT)

Toto vyšetření řadíme mezi neinvazivní metodu, která spolu s magnetickou rezonancí (MRI) patří mezi nejvýznamnější vyšetřovací a zobrazovací techniky v neurologii a neurochirurgii. Pomocí opakovaných vyšetření můžeme sledovat, porovnávat a hodnotit dynamiku. Za pomoci podání kontrastní látky zlepšíme zobrazení. Pomocí moderních přístrojů jako je CT angiografie, nám umožňuje vytvořit tříprostorovou rekonstrukci a neinvazivní zobrazení cévního řečiště. Počítačová tomografie je v dnešní době už standardním vybavením každé nemocnice (SAMEŠ, 2005), (LIPINA, 2013).

1.3.2.2 MAGNETICKÁ REZONANCE (MRI)

Fyzikální princip není na rozdíl od CT založen na rentgenovém záření, ale na chování vodíkových dipólů v silném magnetickém poli. Vyloučení radiační zátěže umožňuje využití MRI u těhotných pacientek. Máme možnost vyšetření nejen v transverzálních a koronárních řezech, ale i v rovině sagitální umožňuje ještě lepší topografickou lokalizaci patologického procesu (SAMEŠ, 2005, str. 16). Absolutní kontraindikací vyšetření MRI jsou kovové implantáty, jako jsou například kovové kloubní náhrady, dlahy, nebo šrouby (SAMEŠ, 2005), (LIPINA, 2013).

1.4 MOŽNOSTI LÉČBY ADENOMU HYPOFÝZY

Adenomy hypofýzy jsou ve většině případů benigní nádory tvořící 10 – 15 % všech nitrolebečních (intrakraniálních) nádorů. Podle hormonální produkce, charakteru a biologického chování jsou indikovány k různým léčebným metodám, které zahrnují chirurgickou, hormonální, radiologickou léčbu, nebo jen sledování.

„Adenom hypofýzy je dnes nejčastějším nádorem operovaným transnazálním endoskopickým přístupem. Afunkční makroadenom je ideální indikací pro první operace začínajícího týmu (LIPINA et al., 2014, str. 163).

1.4.1 INDIKACE LÉČBY PODLE TYPŮ NÁDORŮ

Nádory hypofýzy hodnotíme podle těchto hledisek:

- hormonální aktivita adenomu;
- velikost adenomu;
- charakter růstu adenomu.

Na základě vyhodnocení těchto kritérií se indikuje léčba medikamentózní, operační nebo radiochirurgickou léčbu adenomu, dále je nutné stanovit nutnost radikální extirpace (NÁHLOVSKÝ, 2006).

1.4.2 MOŽNOSTI CHIRURGICKÉ LÉČBY ADENOMU HYPOFÝZY

K extirpaci nádoru v selární oblasti lze využít pterionální, subfrontální, transkraniální, nebo transnazální přístup. My si popíšeme chirurgickou léčbu transnazálním přístupem. Tato možnost chirurgické léčby se rozvíjí již od 90. let (LIPINA et al., 2014)

1.4.2.1 TRANSSNAZÁLNÍ ENDOSKOPICKÝ PŘÍSTUP

Endoskopické operace spodiny lební vyvolaly potřebu stanovit klasifikaci pro operační přístupy a konzultace mezi neurochirurgem a otorinolaryngologem na vedení a přístupu k jednotlivým oblastem. Endoskopický přístup v selární krajině má své výhody ve srovnání s transnazálním i transkraniálním přístupem (NÁHLOVSKÝ, 2006).

Využití endoskopu dovoluje oproti mikroskopu větší přiblížení se k nádoru a umožňuje díky snadnému natočení úhlové optiky (30° , 45°) pohled za roh. Tím jsou

vizualizovaná možná nádorová rezidua, která by při využití mikroskopu s přímým pohledem nebylo možné dosáhnout. Endoskopický přístup také znamená menší intranazální traumatizaci ve srovnání se sublabiálním přístupem. Oproti transkraniálnímu přístupu není při endoskopické operaci nutná retrakce (odtažení) mozku. Další výhodou endoskopického přístupu pro pacienta je absence pooperační jizvy s výrazně lepším kosmetickým efektem ve srovnání s kraniotomií. Považujeme ho za výhodnější i vzhledem k menší intranazální invazivně endoskopického přístupu, která je podmíněná spoluprací s otorinolaryngologem (LIPINA et al., 2014, str. 168).

Transnazální endoskopické přístupy klasifikujeme dle cíle, koridoru, kterým přistupujeme do oblasti, nebo dle roviny:

- dle koridoru – transpterygoidní transetmoidální, transnazální, transmaxilární, transsfenoidální;
- dle cíle – k supraselární cisterně, k tureckému sedlu, k přední jámě lební, ke kavernóznímu sinu, k hrotu pyramidy, ke klivu a odontoidu, k hrotu očnice
- dle roviny – transetmoidální, transfrontální, transsfenoidální, transklivární, transodontoidní, transplanární, transklivární (NÁHLOVSKÝ, 2006), (LIPINA et al., 2014).

Faktory zvětšující prostor pro manipulaci s nástroji:

- *lateralizace střední a horní skořepy;*
- *široké otevření klínové dutiny;*
- *resekce zadní části septa s vytvořením společné operační dutiny;*
- *resekce střední skořepy (případně lateralizace skořep po provedení etmoidektomie);*
- *otevření nového portu (např. zavedení endoskopu pře čelistní dutinu);*
- *nepoužívání šlachového systému na endoskopu (LIPINA et al., 2014, str. 138).*

Transnazální přístupy lze rozdělit na endoskopický přístup jednou nosní dírkou (monostrální) nebo dvěma nosními dírkami (binostrální). Monostrální přístup je užíván velmi zřídka a to jen při transeárním přístupu k mikroadenomu hypofýzy, nebo transetmoidálnímu přístupu do očnice (LIPINA et al., 2014).

Binostrální přístup (přístup oběma nosními dírkami po částečné resekcí nosního septa) je nejčastěji užívaným přístupem při endoskopické chirurgii spodiny lební. Umožňuje provádění čtyřruční chirurgie s dostatečným prostorem pro manipulaci s nástroji (LIPINA et al., 2014, str. 139).

Díky zlepšení prostorových podmínek má operatér dostatečný prostor pro manipulaci s nástroji, což někdy může být v relativně úzké dutině někdy obtížné. Díky tranznazální endoskopii je možnost využití mikrochirurgické preparace. Ke zvětšení prostorových podmínek je užívána lateralizace (rozšíření) střední skořepy, resekce zadní části septa, široká sfenoidotomie nebo resekce střední skořepy (LIPINA, et al., 2014).

Základním přístupem do spodiny lební, který se užívá nejčastěji je přes trasfenoidální koridor (cesta přes klínovou dutinu) neboli tzv. vstupní brána ke spodině lební. Při vstupu odstraňujeme přední stěnu klínové dutiny a obvykle zadní část septa nosního včetně rostrum sphenoidale (ostrá předozadní hrana na kterou nasedá kost radličná) k zajištění co největšího prostoru pro čtyřruční operování. Během operace postupujeme přes přední stěny klínové dutiny směrem k zadnímu etmoidálnímu sklípku. Pomocí transfenoidální přístupové cesty můžeme řešit patologii v oblasti tureckého sedla (adenomy hypofýzy). Díky využití endoskopu s úhlovou optikou může neurochirurg zkoumat možnost přítomnosti rezidua adenomu do stran (LIPINA et al., 2014).

Kontraindikace endoskopického přístupu:

- u pacientů, kteří trpí intranazální infekcí nebo jinou patologií nosní dutiny;
- pacienti, kteří mají intrakraniální anomálie např. aneurysma na arterii karotis interna (ACI);
- poslední kontraindikací je komorbidita a poruchy koagulace (NÁHLOVSKÝ, 2006), (LIPINA et al., 2014).

1.4.3 STEREOTAKTICKÁ RADIOCHIRURGIE ADENOMU HYPOFÝZY

Léčba zářením je základní neoperační modalitou léčby nádorů spodiny lební. S ohledem na velmi intimní vztah nádorů k nervovým strukturám, zejména

k strukturám optické dráhy, je nutno použít moderních technik radioterapie (stereotaxe, brachyterapie), které umožňují přesné dodání vysoké dávky záření (LIPINA et al., 2014).

Nežádoucí účinky mohou být:

- přechodné zvětšení objemu léze vlivem iradiačního edému s následným neurologickou symptomatologií;
- hypopituitarismus nebo neuritida očního nervu;
- poradiradiační mukozitidy.

Mezi nejrozšířenější ozařovací systémy pro léčbu v selární krajině je GamaKnife a CyberKnife. Než dojde k léčbě pomocí těchto radio- přístrojů, je nutné pomocí magnetické rezonance nebo počítačové tomografii přesně zaměřit nádor. Nazaměření se podílí tým lékařů a fyziků. Jejich cílem je zakreslení tumorózní infiltrace, na které navazuje výpočet dávkové distribuce pomocí jednoho nebo více izocenter (LIPINA et al., 2014).

Pro správnou volbu ozařovacího plánu jsou důležité dva základní aspekty, funkční schopnost nádoru a jeho vzdálenost k optickému nervu (LIPINA et al., 2014, str. 291).

Po dokončení ozařovacího plánu je pacient připraven na samotnou léčbu ozařování. Výhodou CyberKnife oproti GamaKnife je ten, že může ozařovat nádory kdekoliv v těle. U GamaKnife je hlava připevněna do rigidního kovového rámu. Princip ozařování pomocí GamaKnife spočívá v záření probíhající všemi směry najednou a u CyberKnife dochází k ozařování pomocí jednotlivých svazků, které se sbíhají do cílového prostoru. Při radioterapii, zůstává samozřejmostí co největší snaha o ušetření nepostížené části hypofýzy, i když následná substituční léčba často bývá potřebná. Nutná potřeba ozařovací dávky k zástavě hypersekrece je 35 Gy (Gy -jednotka Gray) u afunkčního adenomu jedávka o velikosti <20 Gy. Ale při vzdálenosti adenomu od n. opticus (optického nervu) menší než 1-2 mm, je obvykle použití jedné frakce záření velmi problematické (LIPINA, et al., 2014), (NÁHLOVSKÝ, 2006), (SAMEŠ, 2005).

1.4.4 ENDOKRINOLOGICKÁ LÉČBA

Endokrinologická léčba je nedílnou součástí komplexní terapie pacientů s nádory v selární krajině v předoperačním i pooperačním období. U některých druhů adenomu je pak dokonce terapií první volby, která působí nejen odeznění klinických příznaků, ale i morfologické zmenšení nádorů. Léčbu lze rozdělit dle klinických potíží:

- léčba hormonální nadprodukce;
- léčba hypopituitarizmu;
- léčba vodní a minerálové nerovnováhy (LIPINA et al., 2014).

1.4.4.1 LÉČBA HORMONÁLNÍ NADPRODUKCE

Léčba hormonální nadprodukce se týká funkčních nádorů hypofýzy, jejichž produkce vyvolává klinickou symptomatologii. V případě prolaktinomu je první volba medikamentózní léčbou a jejím cílem je normalizace hodnot prolaktinu i morfologické zmenšení, nebo úplné vymizení nádoru. U ostatních funkčních nádorů hypofýzy je primární léčba chirurgická exstirpace, medikamentózní terapie spolu s radiochirurgií je alternativní cestou při jejím neúspěchu (SAMEŠ, 2005), (LIPINA et al., 2014).

Léčba hyperprolaktinémie

Hyperprolaktémii lze ovlivnit za jakékoliv příčiny, ve většině případů podáváním dopaminergních agonistů.

Normalizace cyklu bývá dosaženo v 80 – 90 % případů a normoprolaktinémie v 70 – 80 % (LIPINA et al., 2014, str. 296).

Dávka potřebná pro tento efekt se velmi individuálně liší a někdy je tak vysoká, takže není tolerována pro vedlejší účinky, které jsou velmi časté u těchto léků. Jedná se hlavně o gastrointestinální potíže – škytavka, zácpa, nauzea, zvracení, únava, ospalost a hypotenze s ortostatickými příznaky. Léčba je užívání bromokriptin

(Pardolen Novartis) pokud efekt není dostatečný, nebo tento lék není tolerován, je indikován kabergolin (Dostinex). U prolaktinomu dochází při konzervativní terapii ke zmenšení nádoru u více než 50 % případů a jen méně než pětina léčených nevykazuje žádnou změnu velikosti (LIPINA et al., 2014), (SAMEŠ, 2005).

Léčba akromegalie a gigantizmu

Léčbu medikamentózní cestou uplatňujeme po neúspěšném operačním výkonu k překlenutí intervalu do nástupu efektu radiochirurgie. Okolo jedné třetiny pacientu s akromegálií dochází k poklesu GH a IGF- I, obtíže se zlepšují při podávání dopaminergními agonisty. Zejména u smíšených nádorů, produkujících také prolaktin a tam, kde nejsou hladiny GH a IGF- I velmi vysoké. V praxi se užívá zejména kabergolin. Ovšem větší úspěšnost má v praxi léčba somatostatinovými analogy. Léčba těmito analogy vede k uspokojivým výsledkům kontroly akromegálií asi u poloviny případů, ale jsou i případy bohužel rezistentní. U podstatné části pacientů je možno prokázat po terapii znatelné zmenšení nádoru, u poloviny nemocných již za 3 měsíce (LIPINA et al., 2014), (SAMEŠ, 2005).

Léčba Cushingovy choroby

Terapie medikamentózní cestou je možná pomocí blokády steroidogenezy v nadledvinách. Podáváme kotokonazol, nebo amonigluthemid. Tuto skupinu léčiv podáváme buď jako přípravu na operaci, nebo po aktinoterapii k překlenutí doby potřebné pro nástup jejího efektu. U Cushingovy choroby dochází k zpětnovazebné zvýšení adrenokortikotropního hormonu obvykle zabrání plné kompenzaci. Blokátory steroidogenezy patří mezi velmi účinné u nádoru nadledviny, kde je potřeba podávat nižší dávku jako prevence hypokorticismu. Účinnost nového analogu somatostatinových receptorů pasireotidu byla prokázána jako účinnější léčba Cushingové choroby (LIPINA et al., 2014).

Léčba hypersekrece tyreotropního hormonu

Zůstane-li po operačním výkonu autonomní vylučování tyreotropního hormonu, je indikována v první řadě terapie somatostatinovým analogem, podobně jako u akromegalie. Tato léčba vede ve většině případů k normalizaci hladin hormonu štítné žlázy a k poklesu tyreotropního hormonu. Asi u poloviny pacientu se zmenší i reziduální nádor (LIPINA et al., 2014).

1.4.4.2 SUBSTITUČNÍ LÉČBA HYPOPITUITARIZMUS

Substituční terapie by měla být zpravidla indikována na základě prokázaného hormonálního deficitu. V případě pooperačně nebo chronické snížené funkce adenohipofýzy je nutné především hradit nedostatečností kortikoidů, tyreotropního hormonu, růstového hormonu a gonadotropinu. Odlišná metoda léčby je pak v případě akutní hypopituitární krize (LIPINA et al., 2014).

Náhrada kortizolu

Kortikoidy nahrazujeme pomocí hydrocortizonu. Pacient musí být vždy edukován, že při interkurentním onemocnění (teplota, úraz) má sám zvýšit dávky. Někteří pacienti jsou schopni upravovat dávky i podle denní aktivity (LIPINA et al., 2014).

Náhrada růstového hormonu

Náhrada růstovým hormonem u dospělých jedinců je těžkém deficitu uznanou a ze zdravotního pojištění hrazenou indikací. Léčba vyžadující denní aplikaci rekombinačního GH. Dávka je zvolena tak, aby došlo ke stabilizaci hladiny IGF- I. Náhrada vede k prokazatelnému úbytku množství tuku a vzestupu tělesné hmoty, snížení HDL cholesterolu a často k subjektivnímu zlepšení (LIPINA et al., 2014).

Náhrada tyreotropního hormonu

Náhrada sekundární hypotyreózy spočívá v podávání tyroxinu obdobně jako u primární hypotyreózy. Při zahájení léčby je vždy nutné, pokud nebyla prokázána normální hypofyzární rezerva pro adrenokortikotropní hormon inzulínovým testem, začít nejdříve terapií kortikoidy. Substituční dávku odvozujeme od hladiny volného tyroxinu v séru (LIPINA et al., 2014).

Substituce gonadotropinu

Nedostatečnost gonadotropinu léčíme u pacientek cyklickým podáváním estrogenů nebo gestagenů vždy ve spolupráci s gynekologem, který vybírá vhodný preparát. Ženy středního věku je třeba často edukovat a přesvědčovat o nutnosti substituce estrogeny pro obnovení menstruačního cyklu a jako prevenci možné

osteoporózy. U mužů provádíme náhradu testosteronem pro obnovení spermiogenezi (LIPINA et al., 2014).

Léčba hypopituální krize

Při podezření na hypopituitální krizi je základem léčby ihned po odběru krve na hladiny plazmatického kortizolu a adrenokortikotropního hormonu započat terapii aplikací hydrokortizonem v infúzích. Infúzemi glukózy a fyziologického roztoku je nutno řídit hyponatremii, a hypoglykémii. Katecholaminy indikujeme jen tehdy, jestliže nevede-li náhrada k úpravě tlaku (LIPINA et al., 2014).

1.4.4.3 LÉČBA PORUCH MINERÁLNÍCH A VODNÍ ROVNOVÁHY

Nejznámější poruchou minerální a vodní rovnováhy je diabetes insipidus. Toto onemocnění je velmi závažným klinickým projevem onemocnění selární krajiny. Neřešitelnost tohoto onemocnění končí úmrtím pacienta. Včasná diagnostika a adekvátní léčba je významná nejen předoperačně, ale i po operačním výkonu v selární krajině. Léčba akutní diabetes insipidus zahrnuje úpravu hypoosmolality a dehydratace séra. První pomoc je podáním infúzní terapie pro korekci objemu a doplnění vody. Při rychlém poklesu osmolarity séra by mohlo dojít k otoku mozku. K úpravě objemu se užívá aplikace fyziologického roztoku později glukózy. Zároveň lze aplikovat desmopresin. Při chronické léčbě spočívá aplikace desmopresinu (Minirin-Ferring) sublinguálně až 3x denně. Diabetes insipidus, který vzniká poúrazově, nebo pooperačně může být jen přechodně, trvá-li však delší dobu než jeden měsíc, jedná se o formu trvalou. (LIPINA et al., 2014).

Léčba hyponatremie

V akutní fázi těžké hyponatremie vyžaduje léčba korekci infúzní léčbou. Vybíráme hypertonický nebo izotonický roztok NaCl dle stavu hydratace, při hyperhydrataci spolu s Furosemidem. Furosemid sníží osmolaritu moči, takže infuze fyziologického roztoku postačí k úpravě hyponatremie. Chronická léčba spočívá v asymptomatické hyponatremii při syndromu neadekvátní sekreci antidiuretického hormonu má za cíl omezit přísun tekutin na 800 – 1000 ml za 24 hodin, což vede během 2 – 3 dnů k váhovému úbytku 2 – 3 kg, k normalizaci natremie a výdeje sodíku

moči. Účinné léčiva jsou inhibitory vasopresinového receptoru v ledvinných tubulech – tolvaptan 1x denně (LIPINA et al., 2014).

1.5 MOŽNÉ POOPERAČNÍ KOMPLIKACE

Endoskopická chirurgie transnazálním přístupem představuje nejen novou techniku pro exstirpaci adenomu hypofýzy, ale i nový způsob resekce intraduktálních patologií spodiny lebeční. Možné komplikace lze rozdělit na neurochirurgické komplikace (intraduktální) a komplikace z přístupové cesty (ORL komplikace) (LIPINA et al., 2014).

1.5.1 NEUROCHIRURGICKÉ KOMPLIKACE

Neurochirurgické komplikace rozdělujeme podle různých hledisek:

- dle etiologie rozdělujeme na cévní neurologické, cévní, endokrinologické, systémové z úniku mozkomíšního moku.
- z časového hlediska se rozdělují na časně (pooperační) a pozdní (pooperační).

Do cévních komplikací zahrnujeme, jak krvácivé, tak ischemické komplikace vzniklé následkem operace. Obojí mohou vznikat, jak časně, tak i pozdně. V pooperačním období se můžeme setkat s infekční komplikací. Ta zahrnuje vznik abscesu nebo meningitidě. Jendou z častých komplikací u pacientů ve vyšším věku je hluboká žilní trombóza s následnou plicní embolizací nebo pneumonií. Tato komplikace je spojena s dlouhodobou imobilizací těchto pacientů (LIPINA et al., 2014).

1.5.2 NOSNÍ LIKVOREA

Je jednou z nejčastějších pooperačních komplikací rozšířených transnazálních endoskopických technik a souvisí s technickou obtížností uzavřít velkou komunikaci mezi likvorovými cestami a dutinou nosní. Uzavření defektu v oblasti dury

je samostatnou částí operace, která vysoce ovlivňuje riziko vzniku pooperačních komplikací a musí jí být věnována stejná pozornost jako samotné resekcii tumoru. K uzavření durálního defektu bylo popsáno několik metod. K uzavření se užívají tukové nebo fasciové štěpy, umělé náhrady dury a nasoseptálního laloku (LIPINA et al., 2014).

1.5.3 ENDOKRINOLOGICKÉ KOMPLIKACE

Tato komplikace vzniká nejčastěji při operacích adenomu hypofýzy a kraniofariengeomu, které souvisejí s hypotalamo- hypofyzárním systémem. Diabetes insipidus, nebo pooperační hypopituitarismus vzniká na podkladě poškození hypotalamu, adeno- nebo neurohypofýzy. Prevence vzniku této komplikace je šetrná operační technika v oblasti hypotalamu se šetřením jeho cévního zásobení i identifikace a šetření stopky hypofýzy. Další prevenci, ale v případě adenomu hypofýzy je předoperační radiologická i pooperační identifikace adenohypofýzy s jejím šetřením (LIPINA et al., 2014).

1.5.4 ORL KOMPLIKACE

V této kapitole se výhradně zaměříme výhradně na extradurální komplikace. Mezi jednu z nejčastějších komplikací je krvácení. Krvácení souvisí s bohatým cévním zásobením nosu a vedlejších nosních dutin. Během operačního zákroku dochází ke krvácení z drobných slizničních zdrojů, které většinou spontánně přestává. K většímu zdroji krvácení dochází při odstraňování zadní části septa, kde vedou větve a. sphenopalatina. Prevence spočívá především v šetrné operační technice. Jako preventivní opatření se během operace lokálně vkládá mul s vazokonstrikčním roztokem, ze systémových opatření je možno použít parenterální aplikace hemostyptik. Při operaci hraje rovněž důležitou roli vedení celkové anestézie v řízené hypotenzi, operační poloha pacienta s hlavou jako nejvýše uloženou částí těla. Jako další techniky při zástavě krvácení se užívá cílená bipolární koagulace, anemizací muly, nosní tamponády z mulu, nebo balónkové tamponády. U pacientů v pooperačním období je typické tvorbou krustu v operované oblasti. Jako prevenci

aplikujeme izotonický roztok (Vincentka, fyziologický roztok) na nosní sliznici ve formě kapek, sprejů, inhalačních nebo laváží. Důležitá je pravidelná pooperační endoskopická kontrola na ORL ambulanci (kontrola pozice kostěné části přepážky nosní a pozice skořep), poučení pacienta o prevenci a vzniku krevních krust. Při nedostatečné ventilaci, odstraňování krust a obstrukce vývodu může vést ke vzniku pooperační rinosinusity. Tento výskyt je udáván až u 20 % postižených pacientů (LIPINA et al., 2014).

1.6 KONTROLA STAVU DUTINY NOSNÍ LÉKAŘEM

Pooperační péče o nosní dutinu a její cíl je klidné hojení nosu a paranasálních dutin (dále PND) s prevencí blokády ostí a prevencí funkčních poruch nosu a PND. Prevence je složená z:

- monitorování krvácení;
- vytažení tamponády (pokud je založena);
- z následné péče (opatrné odstraňování krust, koagul);
- monitorace případné likvorey.

Prevence možného vzniku komplikací vychází z blokády ostí paranasálních dutin začíná již na konci operace, kdy se snažíme struktury v nosní dutině vrátit do původního postavení. Díky naložené nosní tamponádě můžeme nosní struktury udržet v řádném postavení (LIPINA et al., 2014).

Nosní tamponáda

Široké spektrum užívaných tamponád od vstřebatelných materiálu po nevstřebatelné. Příčiny pro naložení tamponády jsou v zásadě dva – zastavení krvácení a zajištění pozice nosních struktur či plastiky durálního defektu v žádném postavení. Nebezpeční krvácení z nosní dutiny je zejména tam, kdy byla operace vedena v hypotenzi a na konci operace či v časném pooperačním období dojde ke zvýšení krevního tlaku a krvácení z poraněných sliznic v dutině nosní. V případě většího durálního defektu je pak nosní tamponáda dalším podporujícím faktorem zajišťující stabilitu provedené plastiky zejména v rizikovém časném pooperačním období. Nosní

tamponáda je vyjmuta ORL lékařem 1. – 4. Pooperační den. Odstranění tamponády je provedena velmi opatrně, zejména pokud byla provedena durální plastika (LIPINA et al., 2014).

Postup po vytažení nosní tamponády

Po odstranění nosní tamponády si pacient stiskne křídla nosní po dobu 15. min a je požádán, aby vše, co zateče do krku, vyplivoval. Tím zajistíme kontrolu eventuelně množství krve vytékající přes nosohltan. Srážení krve je možné podpořit aplikací anemizáčnických nosních kapek. Pokud není zjevné krvácení či aktivní likvoreja, pacient si po cca 12 hodinách začne proplachovat nos solným roztokem mořské vody ve spreji asi 10krát denně. Mezi čtvrtým a sedmým dnem hospitalizace (těsně před propuštěním do domácí péče) je u pacienta provedena endoskopická kontrola s opatrným odstraněním krust. K další kontrole je pacient pozván cca do dvou týdnů po operačním výkonu (LIPINA et al., 2014).

Odstraňování sraženin, krust z dutiny nosní

K zajištění průchodnosti nosní dutiny a ostií PND je pooperačně nutné odstraňovat krusty a krevní sraženiny z nosní dutiny. Vzhledem k zákazu smrkání kdy je nemožné samočištění, je nutné čistit nos opakovanými proplachy, lavážemi nosní dutiny solnými roztoky nebo solnými nosními spreji. Tuto techniku je třeba provádět několik týdnů od operačního výkonu samotným pacientem. Největší tvorba krust je tvořena v prvních několika týdnech po operaci. Během této doby je nutné tyto krusty odstraňovat pod endoskopickou kontrolou. V případě vzniku srůstu závisí další krok na jejich lokalizaci a symptomatologii. Srůst může být umístěn v oblasti významné jak pro dýchání, tak v místě významném pro drenáž a ventilace PND. Srůsty nejčastěji odstraňujeme nůžkami. Vzhledem k úzkým poměrům v dutině nosní je nutné vložení překážky (nosní tamponády) proti vzniku nových srůstu, někdy přes veškerá opatření nelze vzniku srůstu zabránit (LIPINA et al., 2014).

2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Poskytovaná ošetrovatelská péče a její rozsah je na oddělení intenzivní péče závislá na diagnóze a zdravotním stavu pacienta. S nestále vyvíjejícím se zdravotnictvím, se vyvíjí také i potřeby pacienta a nároky na ošetrovatelskou péči. V praxi bývá, že všeobecná sestra má daleko užší vztah k pacientovi než lékař. Proto je nutné, aby sestra znala všechny jeho potřeby, poradila mu, vysvětlila například, co se bude dít apod. Sestra by měla vždy maximálně podporovat jeho soběstačnost a pomáhat nebo doplňovat jeho nedostatky. V této kapitole si nastíníme problematiku základní, intenzivní a specializované ošetrovatelské péče (KAPOUNOVÁ, 2007).

2.1 ZÁKLADNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Do základní ošetrovatelské péče řadíme: výživa, vyprazdňování, hygiena a prevence dekubitů (KAPOUNOVÁ, 2007).

Výživa

Výživa patří mezi přední lidské základní potřeby, které je potřeba uspokojovat. Způsob podávání stravy je různorodý, od příjmu orálním až po příjem parenterálním. Úloha všeobecné sestry je dohlížet na příjem stravy, dále musí být schopná pacientovi zvolit vhodnou dietu s ohledem na jeho zdravotní stav. U pacientů při vědomí volíme způsob podávání potravy orální cestou. Pacientům v bezvědomí nebo neschopny polykat zavádíme nasogastrickou sondu. Péče o tuto sondu spočívá v pravidelném polohování jako prevence dekubitů a udržování průchodnosti pomocí proplachů čisté vody. Typy sond: gastrická, duodenální a chirurgicky vyvedená perkutání endoskopická gastrostomie, jejunostomie. Pokud pacient není schopen přijímat potravu touto cestou je nutné podání parenterální výživy dle ordinace lékaře. Parenterální výživu dělíme na: jednotlivé roztoky samostatně balené nebo tzv. all in one – systém dvou nebo tří vaků, které obsahují různé druhy nutrice. Tyto vaky se smísí těsně před podáním. Ošetrovatelské péče spočívá v kontrole místa zavedení, buď centrálního, nebo periferního žilního katétru. Musíme sledovat možné známky infekce,

alergickou reakci a správné rychlosti podávání výživy. Dále je nutné sledovat výživové markery z krevních odběrů a na patologické změny upozornit lékaře (TOMEK, 2014).

Vyprazdňování

Péče o vyprazdňování je nesmírně důležitá. Všeobecná sestry musí dohlížet, aby pacient byl pravidelně vyprazdňován a udržovat lůžko čisté. Při vyprazdňování jak moče, tak stolice hodnotíme hustotu, příměsi, barvu, zápach. Pomůcky, které pacienti při vědomí využívají: močová láhev, močový sáček, pojízdný klozet, podložní mísa, jednorázové pleny nebo podložky. U pacientů v bezvědomí se volí permanentní močová katetrizace. Zde spočívá ošetrovatelská péče o katétr, jeho polohování jako prevence dekubitů, udržování průchodnosti a kontroly místa zavedení z důvodu možného vzniku infekce. Při vyprazdňování stolice je nutné abychom udrželi pacienta hygienicky čistého z důvodů možných vzniku defektu a opruzenin (KAPOUNOVÁ, 2007).

Hygiena

Hygiena je základem ošetrovatelské péče. Správně provedena ošetrovatelská péče je vizitkou práce všeobecné sestry. Důležitá je péče o pokožku, pravidelné promazávání, celková koupel jak na lůžku, tak v místnosti určené ke koupání pacientu. Pacienti, kteří jsou upoutáni na lůžko a tím ohrožení možným vznikem proleženin (dekubitu). Abychom předešli vzniku těchto komplikací je nutné pacienty pravidelně polohovat, promazávat pokožku krémy a lůžko udržovat čisté a vypnuté. Do celkové hygieny také musíme zařadit péči o dutinu ústní, nosní a péči o oči. V poslední řadě nesmíme opomenout zmínit celkovou hygienu po vyprázdnění pacienta. Vždy je potřeba zvolit vhodný prostředek při toaletě pacienta (BURDA, 2015).

2.2 INTENZIVNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Intenzivní ošetrovatelská péče je zaměřená na péči o pacienty na jednotkách intenzivní péče nebo na odděleních anesteziologicko-resuscitačních.

2.2.1 MONITORACE FYZIOLOGICKÝCH FUNKCÍ

Monitorace pacienta patří mezi neodkladnou součást intenzivní ošetrovatelské péče. Monitoring rozumíme jako opakované nebo trvalé sledování a hlídání pacientových fyziologických funkcí a činnosti přístrojů. Monitoring slouží k včasné detekci patologických hodnot a možné terapeutické intervenci.

Monitorace dýchacího systému

Frekvenci ventilačních pohybů hrudníku jsou snímány pomocí EKG elektrod. Monitorace ventilace patří mezi základní fyziologický parametr. Pomocí pulzní oxymetrie (S_pO_2), která patří do metody neinvazivního měření saturace hemoglobinu kyslíkem. Princip měření saturace je založen na okysličeném hemoglobinu, který pohlcuje méně světla v červené oblasti než redukovaný hemoglobin. Fyziologické hodnoty saturace jsou v rozmezí mezi 95 – 98 %. Faktory, které mohou ovlivňovat měření saturace: anemie, chladná ákra, interus a porucha prokrvení aker. Kapnometrie a kapnograf slouží k měření CO_2 na konci výdechu $ETCO_2$ (exspirium). Fyziologické hodnoty $ETCO_2$ jsou v rozmezí 4,7 – 6 kPa (KAPOUNOVÁ, 2007), (TYLL, 2014).

Monitorace kardiovaskulárního systému

Kardiovaskulární systém je zpravidla monitorován pomocí křivky EKG. Touto monitoraci můžeme sledovat srdeční rytmus, frekvenci, odhalit patologické funkce srdečního rytmu a frekvence. Dále můžeme detekovat ischemické změny, účinky léku, sledovat funkce kardiostimulátorů a slouží jako diferenciální diagnostika při zástavě oběhu. Standardně na odděleních intenzivní péče využíváme tři nebo pět svodové EKG. Krevní tlak měříme dvěma metodami: neinvazivně a invazivně

- neinvazivní měření krevního tlaku: měříme pomocí tlakové manžety, tonometru, fonendoskopu. Posloucháme takzvané Korotkové fenomény. V dnešní době na moderních přístrojích lze nastavit časové rozmezí pro měření tlaku;
- invazivní měření tlaku měříme pomocí zavedeného arteriálního katétru do příslušné artérie (nejčastěji a. radialis). Toto měření se využívá u kriticky nemocných pacientů k nepřetržité monitoraci. S invazivním měřením krevního tlaku vznikají také možné komplikace. Každý invazivní vstup

je možnou bránou vzniku infekce, proto je nutné o zavedený katétr každodenně pečovat. Nutná je kontrola okolí vstupu, nejméně jednou denně přelepovat a dezinfikovat. Náhodné podání farmak do artérie může mít za následek její ischemie, nekróze a následné ztráty příslušné končetiny;

- monitorace centrálního žilního tlaku (CVP) – princip spočívá v tlaku, který je vyvíjen na stěnu horní duté žíly při jejím ústí do pravé síně během žilního návratu. Nejčastější důvod tohoto monitoringu je u kritických pacientů hodnotit funkci pravé komory a náplně intravaskulárního řečiště. Abychom mohli monitorovat CVP, je nutné, aby lékař zavedl CŽK (centrální žilní katétr). Nejčastějším místem zavedení tohoto katétru je v. subclavia, nebo v. jugularis. Měření provádíme tím, že „nulu“ umístíme do úrovně pravé srdeční síně. Fyziologické hodnoty CVP je v rozmezí mezi 0 – 8 mm Hg. Z ošetrovatelského hlediska je nutné pečovat o CŽK, protože se jedná také o invazivní vstup (KAPOUNOVÁ, 2007).

Monitorace tělesné teploty

Tělesnou teplotu měříme dvěma způsoby. Způsoby měření:

- monitoring neinvazivní cestou – je mnohem rozšířenější. Měříme pomocí digitálních teploměrů, rtuťové teploměry, kožní čidla, Tympanální teploměr (měření pomocí infračerveného světla).
- Monitoring invazivní cestou – měření pomocí čidel, které jsou zavedeny do tělesných dutin nebo otvorů. Typy čidel: jícnové čidlo, čidlo napojené na permanentní močový katétr a čidlo součástí Swanova- Ganzova katétru.

Fyziologická hodnota je v rozmezí 35 – 37 °C. Úkolem všeobecné sestry je zhodnotit stupeň teploty a patologické hodnoty hlásit lékaři (KAPOUNOVÁ, 2007).

Monitoring bolesti

Bolest je účelná, sloužící jako varovný signál, který upozorňuje na možné ohrožení. Receptory, které jsou uloženy pod kůží zachycující bolest, mohou být drážděny termicky, chemicky nebo mechanicky. Bolest rozdělujeme podle délky trvání na akutní a chronickou. Akutní bolest se dostavuje ihned po podráždění jednoho z receptoru pod kůží. Tento typ bolesti můžeme charakterizovat jako ostrou, pálivou

vycházející z podkoží, svalu, či kloubu. Klinický obraz bolesti: hypertenze, tachypnoe, pocení na ploskách rukou a nohou, dilatace zorniček apod. Chronická bolest trvajících v rozmezí okolo 3 – 6 měsíců i déle. Chronickou bolest připisujeme onemocnění pohybového aparátu, onkologickým onemocněním a fantomové bolesti. Klinický obraz těchto pacientů je nespavost, zácpa, nechutenství, psychické potíže a obecné snížení motorické aktivity. Dále hodnotíme lokalizaci bolesti. Snadno dokážeme lokalizovat bolest u dospělých orientovaných pacientů. Intenzitu bolesti sledujeme pomocí různých škál monitorujících bolest. K měření bolesti u pacientů při vědomí užíváme stupnici VAS – vizuální analogová škála, je to stupnice od 0 – 10. U pacientů v bezvědomí, nebo u pacientů neschopných komunikace užíváme hodnotící škálu FLACC, u které hodnotíme neklid, nařikání, pláč, motorický neklid, hypoventilace, tachykardie, hypertenze apod. Intenzitu bolesti rozdělujeme na bolest malou, střední, velkou a nesnesitelnou (KAPOUNOVÁ, 2007).

K pacientovi trpícímu bolesti musíme přistupovat přísně individuálně a dodržet určité zásady při ošetřování pacientů trpících bolestí. Důležité je pacienta vybít, k co nejpřesnějšímu popisu bolesti (zde je důležitá empatie a pozornost sestry), věřit pacientovi, že ho to bolí, vybít ho k zaujatí úlevové polohy, a zaměřit se na jeho potřeby (KAPOUNOVÁ, 2007).

Léčba bolesti (farmakoterapie) patří mezi nejčastější léčbu bolestí k jeho zmírnění či odstranění. Léky používající se na odstranění bolesti (analgetika) se podávají v pravidelných dávkách dle ordinace lékaře. Analgetika rozdělujeme na neovoidní analgetika, slabé opioidy a silné opioidy. Tyto léčiva podáváme v podobě: tablet, mastí, kapek, náplastí, prášku nebo intravenózně (do žíly). Způsob podání: orálně, nasálně, intramuskulárně (do svalu), transdermálně (do podkoží), intravenózně, rektálně, epidurálně (do páteřního kanálu). Do ošetrovatelské péče patří aplikace těchto léků dle ordinace lékaře, pravidelně kontrolovat účinek léků, možnou alergickou reakci, vedlejší účinky apod. (KAPOUNOVÁ, 2007).

2.3 SPECIALIZOVANÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ve specializované ošetrovatelské části se zaměříme na problematiku našeho tématu. Do víme se, jak pečovat o nosní tamponádu, zevní lumbální drenáž, hygiena

horních cest dýchacích a striktní monitorace bilance tekutin. Pacienti po operaci adenomu hypofýzy bývají umístěni na neurochirurgickou jednotku intenzivní péče na pozorování. Specializovaná ošetrovatelská péče se zaměřuje na:

- kontrolou operačního místa – jelikož se jedná o transnazální operaci, bude zavedená nosní tamponáda (mul, balónková tamponáda). Všeobecná sestra kontroluje a hodnotí prosak tamponády z důvodu možné likvorey či krvácení. Dále se budeme ptát, zda nezatéká tekutina do krku;
- zevní lumbální drenáž – pokud pacient má zavedenou drenáž, nastavíme tlak v mm H₂O dle ordinace lékaře. Zpravidla nastavujeme nejnižší hodnotu z důvodu prevence nitrolební hypotenze a s ní související nauzea, zvracení a bolesti hlavy. Kontrolujeme odpady co 6 hodiny a zapisujeme. Hodnotíme místo a okolí vpichu, zavedení zevní lumbální drenáže nejméně jednou denně. Jako prevenci infekce provádíme dezinfekci a přelepení místa vpichu nejméně jedenkrát denně;
- sledování diurézy a specifické váhy moče – pacientům zavádíme na operačním sále permanentní močový katétr. Ten slouží k monitoraci diurézy kvůli rizikům polyurických fází. Specifickou váhu moče měříme za pomoci urometru. Ošetrovatelská péče spočívá v aseptickém ošetřování permanentního močového katétru, sledování diurézy a příjmu tekutin. Na sledování diurézy striktně dohlížíme. Polyurické fáze vedou k odplavování iontů a její následnou disbalanci (LIPINA et al, 2014), (TYLL, 2014).
- příprava pacienta na kontrolní vyšetření pomocí magnetické rezonance. Příprava spočívá ve správné edukaci, kterou stvrzuje podpisem do informovaného souhlasu. Dle ordinace lékaře podáme premedikaci jako prevenci na možnou alergickou reakci díky podání kontrastní látky. Pacient by lačni několik hodin před výkonem, popíjet tekutiny v malé míře ovšem může. Zkontrolujeme funkčnost periferního nebo centrálního žilního katétru. Na konci edukace by měl být poučen, že po vyšetření musí hodně pít z důvodu odbourání kontrastní látky (RADIOLOGICKÁ SPOLEČNOST, 2016).

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES ZAMĚŘENÝ NA PACIENTA S DANÝM ONEMOCNĚNÍM

Ošetrovatelský proces je racionální, systematická metoda řešící problémy v přístupu k ošetrovatelství, který se zaměřuje na práva pacienta a přistupuje přísně individuálně k danému pacientovi podle možností a účasti pacienta na péči, včetně rozhodování. V praxi to znamená, že ošetrovatelský proces je mezinárodním standardem ošetrovatelské praxe a je základem pro zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský proces se skládá z pěti kroků:

- posuzování;
- diagnostika
- plánování
- realizace
- hodnocení (SYSEL et al., 2011).

Posuzování

Zahrnuje sběr dat a třídění údajů o zdravotním stavu pacienta. Jedná se o informace o tělesných, společenských, kulturních, emocionálních, intelektových, duševních a spirituálních aspektech, které lze získat z různých zdrojů. Tyto informace získáváme pomocí rozhovorů, pozorování a fyzikálním vyšetření sestrou (SYSEL et al., 2011).

Diagnostika

Cílem tohoto kroku je vyhodnocení potřeb, problému pacienta a formulace závěrů ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelská diagnóza je závěrem aktuálního nebo potencionálního ohrožení, nebo narušení pacienta a jeho zdravotního stavu. Aktuální ošetrovatelská diagnóza se stanovuje na daný problém v současnosti a potencionální diagnózy stanovujeme v rizikových faktorech, které mohou pacienta ohrožovat jeho zdravotní stav v budoucnu (SYSEL et al., 2011).

Plánování

Základem plánování je formulace cíle, stanovení výsledných kritérií a zápis plánu ošetrovatelských intervencí, díky kterému chce ošetrovatelský tým dosáhnout stanoveného cíle. Tento krok zahrnuje sérii činností, ve kterých sestra ve spolupráci s nemocným vytyčuje priority a formuluje cíle, kterých chce dosáhnout. Písemný plán stanovených ošetrovatelských intervencí slouží ke koordinaci poskytované ošetrovatelské péče (SYSEL et al., 2011).

Realizace

Tento krok znamená vykonávání naplánovaných ošetrovatelských intervencí, zásahů a záznamy o tom, kdy a jak byly tyto intervence vykonané a s jakým výsledkem (SYSEL et al., 2011).

Hodnocení

Cílem hodnocení je stanovit rozsah dosažených cílů, které jsme si stanovili. Hodnocení se provádí během hospitalizace a při ukončování hospitalizace pacienta. Pokud dojdeme k závěru, že cíle nebyly splněny je třeba následně celou diagnózu přeformulovat, nebo stanovit novou ošetrovatelskou diagnózu a její následné cíle (SYSEL et al., 2011).

Pacientka 68 letá přijatá 27. 4. 2016 na Neurochirurgickou JIP FNO z centrálních operačních sálů po transnazální endoskopické revizi a plastice tukovým štěpem. Pacientka prodělala v jedenáctém měsíci tohoto roku transnazální endoskopickou operaci adenomu hypofýzy.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: P. P.

Pohlaví: žena

Datum narození: XX

Věk: 68

Adresa bydliště a telefon: Opava, XXX XXX XXX

Adresa příbuzných: Opava, XXX

Rodné číslo: XXXXXX/XXX

Číslo pojišťovny: 211

Vzdělání: střední vzdělání s výučním listem

Zaměstnání: starobní důchod

Stav: rozvedená

Státní příslušnost: česká

Datum přijetí: 26. 4. 2016

Typ přijetí: primární

Oddělení: Neurochirurgická JIP B

Ošetřující lékař: XY

Dorozumívací jazyk: čeština

Důvod přijetí udávaný pacientem: v domácím prostředí trpěla nauzeou, zvracením a bolestmi hlavy.

Medicínská diagnóza hlavní: Nauzea s opakovaným zvracením.

Medicínské diagnózy vedlejší:

- stav po transnazální endoskopické exstirpaci adenomu hypofýzy;
- stav po zevní lumbální drenáži (24. 3. 2016);
- kolísavá hypertenze;
- opakovaná paréza n. VII. vpravo

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 170/100

Výška: 165 cm

P: 70'

Hmotnost: 68 kg

D: 12/min.

BMI: 24,97

TT: 36,6 °C

Pohyblivost: bez lateralizace

Stav vědomí: při vědomí (GCS – 15)

Krevní skupina: 0+

Nynější onemocnění:

Pacientka po operaci 24. 3. 2016 transnazální endoskopické exstirpaci adenomu hypofýzy – zevní lumbální drenáž, pooperační CT mozku s vyhovujícím nálezem, jen známky objemnějšího pneumocefalu, po výkonu observace a stabilizace na NCH JIP, kde postupný weaning a extubace, v prvních dnech dominovala spavost při pneumocefalu. Nicméně se stav postupně upravoval a pacientka začala velmi pozvolna vertikalizovat. Posléze překládá na standardní oddělení. Na standardním oddělení provedeny série ORL vyšetření s vyhovujícím nálezem, MR mozku bez známek rezidua. Během hospitalizace bolesti oblasti šíje, řešeno analgetiky – opiáty, analgetické infuze. Dne 21. 4. 2016 propuštěná do domácí péče. Od propuštění domů zhoršující se nauzea, opakované zvracení žaludečních šťáv, jídla bez bolesti hlavy. Pacientka přijatá dne 26. 4. 2016 na Neurochirurgickou kliniku ve Fakultní nemocnici Ostrava. Nyní jen mírná cefalea – frontálně, bez průjmu, hybnost bez lateralizace. Přijatá pro došetření CT mozku, CT Ag, dle nálezů další postup.

Informační zdroje: lékařská zpráva, ošetřovatelská dokumentace

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Matka: po smrti

Sourozenci: sestra a bratr

Otec: po smrti

Děti: syn a dcera

Osobní anamnéza

Překonané a chronické onemocnění: infekční hepatitida.

Hospitalizace a operace: 24. 3. 2016 – transnazální endoskopická exstirpace meningotelematozního meningeomu

Úrazy: ne

Transfuze: ne

Očkování: běžné očkování

Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Helicid zentiva	tbl.	20 mg	1-0-0	Antacidum
Lyrica	tbl.	75 mg	1-0-1	Antiepileptikum
Ultracod	tbl.	500 mg	Při VAS nad 3 maximálně 4 x denně	Analgetikum
Kapidin	tbl.	10 mg	1-0-0	Vazodilatans
Tezeo	tbl.	80 mg	1-0-0	Antihypertenzivum

Alergologická anamnéza

Léky: kabergolin, nesnášenlivost prekaria - epistaxe

Potraviny: ne

Chemické látky: ne

Jiné: ne

Abúzy:

Alkohol: občas

Kouření: ne

Káva: 3x denně

Léky: ne

Jiné návykové látky: ne

Gynekologická anamnéza

Antikoncepce: ne

Menopauza: ano (od 1998)

Potíže klimakteria: návaly

Samovyšetřování prsou: ano

Poslední gynekologické vyšetření: 25. 5. 2015

Sociální anamnéza

Stav: rozvedená

Bytové podmínky: bydlí sama v bytové jednotce

Vztahy, role a interakce v rodině: s dcerou a synem se navštěvují cca 2x týdně

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: pacientka má několik přátel, aktivně se schází, s bývalým manželem se nestýká

Záliby: četba, procházky, návštěvy přátel, zahrádka

Pracovní anamnéza

Vzdělání: střední s výučním listem

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: odchod do starobního důchodu (2013)

Ekonomické podmínky: neudává problémy

Spirituální anamnéza

Pacientka není věřící.

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 27. 4. 2016

Popis fyzického stavu:		
SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Hlava a krk:	<p>„Hlava: bolí mě trochu hlava.</p> <p>Oči: spatně vidím na dálku (nosím brýle) bolesti nemám.</p> <p>Nos: pociťuji útlak v nose, nemůžu dýchat přes nos, nepociťuji žádnou tekutinu, která by tekla přes nosní tamponádu.</p> <p>Dutina ústní: cítím sucho v ústech.</p>	<p>Hlava: normocefalická, zevní lumbální drenáž (ZLD) nastavena na 8 cm H₂O. Okolí vpichu klidné, bez známek infekce.</p> <p>Oči: otevírá spontánně, zorničky izokorické reagující na osvit.</p> <p>Nos: zavedená nosní tamponáda (1. den), bez prosaku, nos mírně oteklý.</p> <p>Dutina ústní: suchá, bez defektu,</p>

	<p>Uši: slyším dobře.</p> <p>Krk: nemám ztuhlý krk.“</p>	<p>jazyk plazí středem.</p> <p>Uši: čisté bez defektu a sekretu.</p> <p>Krk: pulsace hmatné, trojcestný centrální žilní katétr (1. den) do vena subclavia dextra – okolí zavedení klidné.</p>
<p>Hrudník a dýchací systém:</p>	<p>„Dýchá se mi dobře, nebolí mě na hrudníku.“</p>	<p>Pacientka dýchající spontánně, bez bronchospasmu, bez saturačních poklesů, frekvence dechů 12/min., dýchaní je čisté bez vrzotu a pískotu.</p>
<p>Srdečně cévní systém:</p>	<p>„Necítím, že by mi srdce silně bušilo a nepociťuji útlak na hrudi. Se srdcem se neléčím, tak by neměl být problém. Léčím se jen smírně vysokým tlakem.“</p>	<p>Pacientka normokardická, normotenzní bez hypertenzních špiček.</p>
<p>Břicho a GIT:</p>	<p>„Se zažíváním nemám problémy, stolici mám pravidelnou, snažím se pravidelně jíst. Břicho mě nebolí.“</p>	<p>Břicho palpačně nebolestivě, dobře prohmatatelné, poslechově slyšitelná peristaltika. Pacientka dneska vyprázdněná.</p>

<p>Močový a pohlavní systém:</p>	<p>„S močením obtíže nemám. Trpím na záněty močového měchýře, ale v posledním roce jsem zánět neměla.“</p>	<p>Ženský genitál. Pacientka zajištěna permanentním močovým katétrem č. 16 (2. den). Katétr odvádí jemně nažloutlou moč bez příměsi. Místo vstupu klidné bez známek infekce. Zaveden z důvodu náročné operace a pro přesnější vedení bilance tekutin.</p>
---	--	---

<p>SYSTÉM:</p>	<p>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:</p>	<p>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:</p>
<p>Kosterní a svalový systém:</p>	<p>„Svaly mě nebolí, jen se cítím slabá, jak musím stále ležet, kosti mě nebolí. Jen se cítím celkově ztuhlá z toho ležení.“</p>	<p>Dolní končetiny bez otoků, pulsace hmatná, horní končetiny taktéž bez otoku. Pro klid na lůžku nelze zhodnotit stoj pacientky. Poklepově nebolestivá, hybnost přiměřená.</p>
<p>Nervový systém a smysly:</p>	<p>„Brnění v nohou ani rukou necítím, kromě čichu mám zachovalé všechny smysly. V minulosti jsem mívala parézy VII nervu vpravo.“</p>	<p>Hybnost všemi končetinami bez lateralizace. Čítí neporušené. Jen porucha zraku, kterou kompenzuje nošením brýlí na dálku. Nyní bez parézy n. VII.</p>

Imunologický systém:	„Cítím se být zdravá. Z nemocí mívám jen sezónní nemoci.“	Lymfatické uzliny nezvětšeny
Kůže a její adnexa:	„Nevím, že bych měla změny na kůži, jen v pubertě jsem měla akné.“	Kůže anikterická, cyanózy, kožní turgor v normě,

Poznámky z tělesné prohlídky: prohlídka proběhla v poklidu. Pacientka neměla problémy odpovědět na otázky různého typu zaměření.

AKTIVITA DENNÍHO ŽIVOTA dne 27. 4. 2016

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování:	Doma	„Doma jím pravidelně, a snažím se jíst zdravě.“	Nelze
	V nemocnici	„Nemocniční strava mi chutná a snažím se sníst co nejvíc.“	Dieta č. 3, racionální, sní celou porci.

Příjem tekutin:	Doma	„Doma vypiju okolo dvou litrů tekutin za den, mám ráda čaj, minerálku.“	Nelze
	V nemocnici	„Tady piju čaj, který dostávám, nejraději ho mám ale oslazený, vypiju okolo 2 konviček za den. Musím tady hodně pít.?”	Příjem tekutin vzhledem k bilanci je dostatečný.
Vylučování moče:	Doma	„Doma chodím tak 4x až 5x denně. Nepocit’uji zatím problémy při močení.“	Nelze
	V nemocnici	„Tady nechodím na záchod, protože mám zavedený katétr. Cítím, že ho tam mám, ale nebolí mě to.“	Zavedeny PMK č. 16, který odvádí mírně nažloutlou moč. Výdej moči je vzhledem k příjmu dostatečný.

Vylučování stolice:	Doma	„Chodím pravidelně 1x denně během dopoledne, problémy se stolicí nemívám.“	Nelze
	V nemocnici	„Dnes jsem byla ráno na toaletě, ale na podložní míse.“	Pacientka vyprázdněná na podložní mísu. Stolica byla tuhá bez příměsí.
Spánek a bdění:	Doma	„Doma spím dobře, když mě nebolí hlava.“	Nelze
	V nemocnici	„V nemocnici se často budím, kvůli pípajícím monitorům, a sestřičky tady často chodí.“	Pacientka se 1 – 2x budí během noci, kvůli podání medikace.
Aktivita a odpočinek:	Doma	„Doma se snažím odpočívat, když mě hlava bolí.“	Nelze

	V nemocnici	„Teď chodit nemohu, musím jenom ležet.“	Pacientka leží, ale snaží se zapojovat do denních aktivit, které ji dovolují v rámci lůžka.
Hygiena:	Doma	„Hygienu provádím sama.“	Nelze
	V nemocnici	„Koupu se tady 1x denně na lůžku.“	Pacientka se koupe každý den a po vyprázdnění je prováděná hygiena o řitní otvor a genitálie.
Soběstačnost:	Doma	„Doma jsem soběstačná ve všech ohledech.“	Nelze
	V nemocnici	„Tady jsem soběstačná jen v posteli.“	Pacientka soběstačná v rámci lůžka, dopomoc je prováděná ošetrovatelským personálem.

Posouzení psychického stavu		
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí:	„Je mi dobře.“	Při vědomí.
Orientace:	„Jsme v nemocnici. Dnes je středa 27. 4. 2016.“	Orientovaná všemi směry. Časem a místem.
Nálada:	„Mám dobrou náladu.“	V dobré náladě.
Paměť:	„Pamatuji si vše dobře.“	Nemá problémy s pamětí.
Myšlení:	„Nemám problémy s myšlením.“	Pacientka myslí logicky.
Temperament:	„Jsem optimista.“	Optimistická

Sebehodnocení:	„Nerada se hodnotím, přijde mi to namyšlené.“	Pacientka je klidná a vyrovnaná.
Vnímání zdraví:	„Snažím se dodržovat správnou životosprávu.“	Myslí racionálně a snaží se dbát o své zdraví.
Vnímání zdravotního stavu:	„Bohužel se mi stalo to, co se mi stalo, ale věřím, že se to spraví a bude už jenom dobře.“	Je vyrovnaná se svou nemocí a je optimistická.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění:	„Měla jsem strach, ale taky jsem si věřila, že to zvládnou.“	Pacientka je vyrovnaná v rámci svého onemocnění.
Reakce na hospitalizaci:	„Neprožívala jsem to nějak emocionálně.“	Pacientce nevadí hospitalizace.
Adaptace na onemocnění:	„Zvládám to, jak se dá.“	Po psychické stránce je v pohodě.

<p>Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres):</p>	<p>„Nemám strach a úzkostmi netrpím.“</p>	<p>Pacientka je v psychické pohodě.</p>	
<p>Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sororigenie):</p>	<p>„Lékaři i sestřičky jsou tady ke mně hodní. Nemám s nikým problémy.“</p>	<p>Pacientka spolupracuje s personálem.</p>	
<p>Posouzení sociálního stavu</p>			
		<p>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</p>	<p>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</p>
<p>Komunikace:</p>	<p>Verbální</p>	<p>„ Nemám problémy komunikovat, jen mě trápí ty tampóny v nose.“</p>	<p>Pacientka komunikuje bez problému, ale je slyšitelná bariéra v nosní dutině.</p>

	Neverbální	„Nevím, že bych nějak rozhazovala například rukama.“	Oční kontakt, mimika.
Informovanost:	O onemocnění	„Jsem zde po opakované operaci.“	Pacientka je dostatečně informována o svém zdravotním stavu.
	O diagnostických metodách	„Se všemi zákroky, které jsem prodělala, nebo mě čekají, jsem informována.“	Pacientka je informována.
	O specifikách ošetrovatelské péče	„Vždy jsem informována, co se bude dít.“	Pacientka dostatečně informována.
	O léčbě a dietě	„Znám svůj průběh léčby i dietu, o všem jsem informována.“	Pacientka dostává dostatečný přísun informací.

	O délce hospitalizace	„Pán doktor mi říkal, jak dlouho tady asi budu, pokud nebudou žádné komplikace.“	Pacientka edukována o předpokládané délce hospitalizace od svého ošetřujícího lékaře.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace:	Primární role (související s věkem a pohlavím):	„Jsem žena a je mi 68 let.“	Primární role není nijak ovlivněna.
	Sekundární role (související s rodinou a společenskými funkcemi):	„Jsem matka, babička a teta.“	Sekundární role je ovlivněná hospitalizací.
	Terciální role (související s volným časem a zálibami):	„Mám ráda své děti i vnuky. Taký hodně navštěvuji své kamarádky, ráda čtu a sleduji televizi.“	Terciální role je ovlivněná hospitalizací.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření na NCH JIP B dne 27. 4. 2016:

Fyzikální vyšetření: vyšetření pohmatem, poklepem, poslechem a vyšetření fyziologických funkcí

Laboratorní vyšetření krve: biochemické a hematologické vyšetření

Biochemie		Norma	Krevní obraz		Norma
Na	141 mmol/l	(136-145)	Leukocyty	15.4 x 10⁹/l	(4-10)
K	4.4 mmol/l	(3.5-5.3)	Erytrocyty	3.9	(3.8-5.2)
Cl	101 mmol/l	(95-110)	Hemoglobin	113.0 g/l	(120-160)
Osm v séru	282 mosm/kg	(275-295)	Hematokrit	0.344%	(0.350-0.470)
Urea v séru	4,6 mmol/l	(2.9-7.5)	Lymfocity	9.0%	(20.0-45.0)
Kreat.	44 umol/l	(49-90)	Trombocyty	458 x 10⁹/l	(150-400)
Gly	5.44 mmol/l	(3.6-5.5)			
CRP	72 mg/l	0-10			

Moč: biochemicky (moč a sediment) – výsledky jsou negativní

Konzervativní léčba:

Dieta: č. 3 (racionální) **Pohybový režim:** klidový režim na lůžku

Fyzioterapie: zatím neindikována

Invazivní vstupy: centrální žilní katétr (CŽK – vena subclavia dx.) zavedená dne 26. 4. 2016 na centrálních operačních sálech. Zkontrolována pod rtg.

Medikamentózní léčba:

– **per os:**

Helicid 20mg	6:00	antacida
Lyrica 75 mg	20:00	antiepileptika
Ultracod	6:00-12:00-18:00-24:00	analgetikum
Vasocardin 50	6:00-18:00	sympatolytikum
Kapidin 10 mg	6:00	vazodilatans
Tezeo 80 mg	6:00	hypotenzivum

– **intravenózní, infúzní roztoky:**

Paracetamol 1g + 100 Fyziologického roztoku		
Edicin 1g + 200 ml Ringerův roztok	14:00-2:00	antibiotikum
Ringerův roztok 1000 ml + 20 ml Kalium Chloratum 7,5%		

Chirurgická léčba: 0

SITUAČNÍ ANALÝZA:

Pacientka 68 letá byla přijatá 26. 4. 2016 v 17:45 z centrálního operačního sálu po doznívající analgézii na Neurochirurgickou jednotku intenzivní péče ve Fakultní nemocnici Ostrava. Pacientka byla při příjmu spavá normokardická (135/85 torrů), normotenzní (65 tepů/min.), saturačně stabilní (95%) bez kyslíkové podpory, subfebrilní (37,6 °C). Pacientka přivezena při vědomí ale pro spavost napočítána GCS – 14, jinač orientována všemi směry, zorničky izokorické reagující na osvit. V operační ráně zavedená tamponáda, která nevykazuje známky prosaku. Z operačního sálu pacientka zajištěna permanentním močovým katétrem, centrálním žilním katétrem a zevní lumbální drenáží. Při příjmu byly odebrány kontrolní odběry a dle odběru nasazená antibiotická a infúzní terapie. Pacientka byla umístěna na box. Pro zavedenou nosní tamponádu a vyvedenou zevní lumbální drenáž, musí dodržovat klid na lůžku, proto byla odkázána na péči a pomoc ošetrovatelského týmu.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ podle NANDA Taxonomie 15/17 ze dne 27. 4. 2016 a jejich uspořádání podle priorit

Seznam aktuálních ošetřovatelských diagnóz:

Akutní bolest v důsledku operačního výkonu projevující se tachykardiemi, hypertenzi, grimasou v obličeji

Narušený spánek v souvislosti s hospitalizací, projevující se častým buzením během noci

Porušená integrita kůže v souvislosti se zavedením centrálního žilního katétru a zevní lumbální drenáže, projevující se slovním vyjádřením pacienta

Deficit sebepéče v oblasti hygieny v souvislosti s klidem na lůžku, projevující se slovním vyjádřením pacienta

Seznam potencionálních ošetřovatelských diagnóz:

Riziko infekce v souvislosti se zavedením zevní lumbální drenáže, centrálního žilního katétru a permanentního močového katétru

Riziko narušení integrity tkáně v souvislosti s klidem na lůžku

Riziko pádu v souvislosti s klidovým režimem

Ošetřovatelská diagnóza:

Akutní bolest v důsledku operačního výkonu projevující se tachykardiemi, hypertenzi a grimasou v obličeji

Název, kód: 00132

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně či popsany pomocí termínu pro takové poškození

(Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem.

Určující znaky:

- Změny ve fyziologických funkcích (např. krevní tlak, srdeční rytmus, dýchání)
- Nesoustředěné chování
- Expresivní chování
- Výrazy bolesti v obličeji
- Vyhledávání antalgické polohy
- Rozšíření zornic
- Vlastní hlášení o intenzitě bolesti (např. VAS)

Související faktory:

- Fyzikální původci zranění (např. absces, operace, trauma)

Rizikové faktory:

- Operační rána
- Zavedení centrálního žilního katétru a zevní lumbální drenáže

Priorita: střední

Cíl (krátkodobý): pacientka nepocítuje bolest do konce hospitalizace (7 dní)

Očekávané výsledky:

- Pacientka nebude trpět bolestí do konce hospitalizace.
- Pacientka dokáže vyjádřit intenzitu bolesti do konce hospitalizace.
- Pacientka oznámí zmírnění bolesti VAS do č. 2 do konce hospitalizace.

Plán intervencí:

- Monitorace bolesti dle škály VAS co 4 hod. a změny intenzity bolesti zapisovat do zdravotnické dokumentace. (sestra)
- Edukuj pacienta o nutnosti hlášení sestře při pocitu bolesti. (sestra)
- Při bolesti podávat analgetika dle ordinace lékaře. (sestra)
- Monitoruj účinek analgetik. (sestra)
- Případně změny nahlas lékaři. (sestra)

Realizace:**27. 4. 2016**

- 7:00 pacientka je edukována o způsobu hodnocení bolesti. (sestra)
- 10:00 pacientka udává bolest VAS č. 4 (sestra)
- 10:05 aplikace analgetik dle ordinace lékaře 5 ml Novalgin i. v. (sestra)
- 10:35 přehodnocení bolesti, pacientka udává nyní bolest VAS č.1 (sestra)
- 10:40 proveden záznam o změně bolesti do zdravotnické dokumentace (sestra)

28. 4. 2016

- 9:30 pacientka udává bolest VAS č. 3 (sestra)
- 9:35 aplikace analgetik dle ordinace lékaře 5 ml Novalgin i. v. (sestra)
- 10:05 přehodnocení bolesti, pacientka udává nyní bolest VAS č. 1 (sestra)
- 10:07 proveden záznam o změně bolesti do zdravotnické dokumentace (sestra)

29. 4. 2016

- 11:15 pacientka udává bolest VAS č. 3 (sestra)

- 11:20 aplikace analgetik dle ordinace lékaře 2 ml Novalgin i. v. (sestra)
- 11:50 přehodnocení bolesti, pacientka udává bolest VAS č. 1 (sestra)
- 11:52 proveden záznam o změně bolesti do zdravotnické dokumentace (sestra)

30. 4. 2016

- 8:20 pacientka udává bolest VAS č. 4 (sestra)
- 8:25 aplikace analgetik dle ordinace lékaře 5 ml Novalgin i. v. (sestra)
- 8:55 přehodnocení bolesti, pacientka udává bolest VAS č. 1 (sestra)
- 8:56 proveden záznam o změně bolesti do zdravotnické dokumentace (sestra)

1. 5. 2016

- 13:10 pacientka udává bolest VAS č. 3 (sestra)
- 13:15 aplikace analgetik dle ordinace lékaře 5 ml Novalgin i. v. (sestra)
- 13:45 přehodnocení bolesti, pacientka udává bolest VAS č. 0 (sestra)
- 13:46 proveden záznam o změně bolesti do zdravotnické dokumentace (sestra)

2. 5. 2016

- 8:20 pacientka udává bolest VAS č. 3 (sestra)
- 8:25 aplikace analgetik dle ordinace lékaře 2 ml Novalgin i. v. (sestra)
- 8:55 přehodnocení bolesti, pacientka udává bolest VAS č. 0 (sestra)
- 8:56 proveden záznam o změně bolesti do zdravotnické dokumentace (sestra)

3. 5. 2016

- 9:00 na dotaz pacientky zda cítí bolest, odpověděla dle stupnice VAS č. 1 (sestra)

- 9:05 analgetika nepodána (sestra)

Hodnocení:

- Pacientka jasně prokázala, že rozumí hodnoticí škále bolesti VAS.
- Pacientce jsme aplikovali analgetika intravenózně dle ordinace lékaře, které působily s efektem.
- Po 30 min. od aplikace analgetik pacientka udává úlevu snížením stupnice VAS na č 1.
- Cíl byl splněn.

Ošetrovatelská diagnóza:

Narušený spánek v souvislosti s hospitalizací, projevující se častým buzením během noci po dobu hospitalizace.

Název, kód: 00198

Doména 4: Aktivita/ odpočinek

Třída 1: Spánek/ odpočinek

Definice: Časově omezená narušení množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů.

Určující znaky:

- Změna normálního vzorce spánku
- Potíže s usínáním
- Nespokojenost se spánkem
- Pocit nedostatečného odpočinku

- Nechtěné probuzení

Související faktory:

- Narušení způsobené spolunocležníkem.
- Okolní bariéry (např. hluk, teplota, vlhkost, světlo, neznámé prostředí).
- Nedostatek soukromí při spánku.
- Vzorec spánku nepostačuje ke znovunabytí energie (např. kvůli odpovědnosti pečovatele)

Rizikové faktory:

- Hluk na oddělení.
- Chrápota vedle spícího pacienta.
- Neúplná tma na oddělení.
- Cizí prostředí.

Priorita: střední

Cíl (krátkodobý): pacientka bude spát klidně celou noc do třetího dne hospitalizace.

Očekávané výsledky:

- Pacientka spí celou noc v průběhu hospitalizace.
- Pacientka se probudí odpočatá.
- Pacientka nebude mít narušený kvalitní spánek.

Plán intervencí:

- Zjistí kvalitu spánku. (sestra)
- Zjistí spánkové zvyklosti. (sestra)
- Zajistí tiché a klidné prostředí pro kvalitní spánek. (sestra)

- Nabádej pacienta během dne k aktivitám. (sestra)
- Monitoruj průběh spánku. (sestra)

Realizace:

27. 4. 2016

- 14:00 aktivizace pacienta během dne v rámci možností dovolujícím její zdravotní stav. (sestra)
- 22:00 zajištění klidného prostředí pro spánek. (sestra)
- 24:00 aplikovat léky dle ordinace lékaře a sledování jejich účinků. (sestra)
- 3:00 monitorace kvality spánku. (sestra)
- 6:00 pacientka se probouzí (sestra)

28. 4. 2016

- 10:00 zajištění aktivizace pacientky v rámci možností. (sestra)
- 22:00 zajištění klidného prostředí pro spánek. (sestra)
- 24:00 aplikovat léky dle ordinace lékaře a sledování jejich účinků. (sestra)
- 3:00 monitorace kvality spánku. (sestra)
- 6:00 pacientka se probouzí (sestra)

29. 4. 2016

- 10:30 zajištění aktivizace pacientky během dne v rámci možností. (sestra)
- 22:00 zajištění klidného prostředí pro spánek. (sestra)
- 24:00 aplikovat léky dle ordinace lékaře a sledování jejich účinků. (sestra)
- 3:00 monitorace kvality spánku. (sestra)
- 6:00 pacientka se probouzí (sestra)

Hodnocení:

- Pacientka udává po probuzení pocit odpočinku.
- V noci spí více jak 8 hodin.
- Cíl byl splněn.

Ošetrovatelská diagnóza:

Porušená integrita kůže v souvislosti se zavedením centrálního žilního katétru a zevní lumbální drenáži, projevující se slovním vyjádřením pacienta

Název, kód: 00046

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Změna epidermis a/nebo dermis.

Určující znaky:

- Změny integrity.
- Průnik cizího tělesa přes kůži.

Související faktory:

Vnější

- Věkové extrémny
- Hypertermie
- Mechanické faktory (např. střížné, tažné, síly, imobilita, smýkání apod.)
- Farmaka

Vnitřní

- Změny objemu tekutin
- Změny metabolismu
- Změny turgoru
- Nevyvážená výživa
- Tlak na kostní výčnělky

Rizikové faktory:

- Průnik infekce
- Horečky
- Imobilizace

Priorita: střední

Cíl (krátkodobý): nedojde ke vzniku infekce do 7 dní.

Očekávané výsledky:

- Okolí místa vpichu bez známek infekce do 7 dní.
- Centrální žilní katétr je funkční po celou dobu zavedení do 7 dní.
- Zevní lumbální drenáž je po celou dobu zavedení funkční do 7 dní.

Plán intervencí:

- Sleduj známky infekce v okolí místa vpichu. (sestra)
- Prováděj jednou denně dezinfekci okolí místa vpichu. (sestra)
- Při dezinfekci a manipulaci s centrálního žilního katétru a zevní lumbální drenáží přistupuj přísně asepticky. (sestra)

- Edukuj pacientku o nemanipulaci s kanylou a drenáží. (sestra)
- Sleduj zánětlivé markery z krevních odběrů. (sestra)
- Jakoukoliv změnu hlas lékaři. (sestra)

Realizace:

27. 4. 2016

- 7:30 přísné aseptické ošetřování místa zavedení centrálního žilního katétru a zevní lumbální drenáže. (sestra)
- 10:00 aplikace léku dle ordinace lékaře. (sestra)
- 12:00 kontrola odpadu ze zevní lumbální drenáže. (sestra)
- 12:00 pravidelná kontrola polohování pacientky. (sestra)
- 14:00 kontrola výživových markerů. (sestra)
- 24 hodin denně monitorování fyziologických funkcí. (sestra)
- 15:00 každou změnu hlas lékaři a prováděj zápis do zdravotnické dokumentace. (sestra)
- 15:00 edukace pacientky a správnou manipulaci s centrálním žilním katétrem a zevní lumbální drenáží. (sestra)

28. 4. 2016

- 7:30 přísné aseptické ošetřování místa zavedení centrálního žilního katétru a zevní lumbální drenáže. (sestra)
- 10:00 aplikace léku dle ordinace lékaře. (sestra)
- 12:00 kontrola odpadu ze zevní lumbální drenáže. (sestra)
- 12:00 pravidelná kontrola polohování pacientky. (sestra)
- 14:00 kontrola výživových markerů. (sestra)

- 24 hodin denně monitorování fyziologických funkcí. (sestra)

29. 4. 2016

- 7:30 přísné aseptické ošetřování místa zavedení centrálního žilního katétru a zevní lumbální drenáže. (sestra)
- 10:00 aplikace léku dle ordinace lékaře. (sestra)
- 12:00 kontrola odpadu ze zevní lumbální drenáže. (sestra)
- 12:00 pravidelná kontrola polohování pacientky. (sestra)
- 14:00 kontrola výživových markerů. (sestra)
- 24 hodin denně monitorování fyziologických funkcí. (sestra)

30. 4. 2016

- 7:30 přísné aseptické ošetřování místa zavedení centrálního žilního katétru a zevní lumbální drenáže. (sestra)
- 10:00 aplikace léku dle ordinace lékaře. (sestra)
- 12:00 kontrola odpadu ze zevní lumbální drenáže. (sestra)
- 12:00 pravidelná kontrola polohování pacientky. (sestra)
- 14:00 kontrola výživových markerů. (sestra)
- 24 hodin denně monitorování fyziologických funkcí. (sestra)

1. 5. 2016

- 7:30 přísné aseptické ošetřování místa zavedení centrálního žilního katétru a zevní lumbální drenáže. (sestra)
- 10:00 aplikace léku dle ordinace lékaře. (sestra)
- 12:00 kontrola odpadu ze zevní lumbální drenáže. (sestra)
- 12:00 pravidelná kontrola polohování pacientky. (sestra)

- 14:00 kontrola výživových markerů. (sestra)
- 24 hodin denně monitorování fyziologických funkcí. (sestra)

2. 5. 2016

- 7:30 přísné aseptické ošetřování místa zavedení centrálního žilního katétru a zevní lumbální drenáže. (sestra)
- 10:00 aplikace léku dle ordinace lékaře. (sestra)
- 12:00 kontrola odpadu ze zevní lumbální drenáže. (sestra)
- 12:00 pravidelná kontrola polohování pacientky. (sestra)
- 14:00 kontrola výživových markerů. (sestra)
- 24 hodin denně monitorování fyziologických funkcí. (sestra)

3. 5. 2016

- 7:50 zevní lumbální drenáž vytáhnutá okolí vpichu kompresivně zalepeno. (sestra)
- 8:00 centrální žilní katétr vytáhnutý a místo vpichu kompresivně zalepeno. (sestra)
- 9:00 kontrola okolí po zavedení zevní lumbální drenáže a centrálního žilního katétru.

Hodnocení:

- Okolí místa v pichu klidné, bez známek infekce. Predilekční místa promazávány. Bez další poškozené kožní integrity. Cíl splněn.

Ošetřovatelská diagnóza:

Deficit sebepéče v oblasti hygieny v souvislosti s klidovým režimem, projevující se slovním vyjádřením pacienta.

Název, kód: 00108

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Definice:

Zhoršená schopnost samostatně provádět nebo dokončit aktivity týkající se koupání

Určující znaky:

- Zhoršená schopnost dostat se do koupelny.
- Zhoršená schopnost usušit si tělo.
- Zhoršená schopnost umýt si tělo.

Související faktory:

- Úzkost
- Snížená motivace
- Překážky v prostředí
- Bolest
- Slabost

Rizikové faktory:

- Imobilita
- Zavedená zevní lumbální drenáž.

<ul style="list-style-type: none"> – Náročnost operace – Nosní tamponáda
<p>Priorita: střední</p> <p>Cíl (krátkodobý): pacientka bude schopná sebeobsluhy do tří dnů.</p>
<p>Očekávané výsledky:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacientka bude vždy čista. – Pacientce bude provedena nejméně jednou denně celková toaleta. – Ošetřující personál bude dopomáhat pacientce při hygieně.
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zajisti soukromí pacientky při hygieně. (sestra) – Udržuj lůžko čisté. (sestra) – Kontroluj predilekční místa. (sestra) – Zajisti hygienu po vyprázdnění pacientky. (sestra) – Prováděj celkovou toaletu pacientky nejméně jednou denně. (sestra)
<p>Realizace:</p> <p>27. 4. 2016</p> <ul style="list-style-type: none"> – 6:30 provedená ranní toaleta na lůžku. (sestra) – 6:30 dopomoc při hygieně. (sestra) – 6:40 kompletní převlečení lůžka. (sestra) – 6:45 predilekční místa promazávána. (sestra)

28. 4. 2016

- 6:30 provedená ranní toaleta na lůžku. (sestra)
- 6:30 dopomoc při hygieně. (sestra)
- 6:45 predilekční místa promazávána. (sestra)

29. 4. 2016

- 6:30 provedena hygiena na lůžku, pacientka se sama umyla. (sestra)

Hodnocení:

- Pacientka udržována v čistotě. Pokožka čistá a dostatečně hydratována.
- Cíl byl splněn.

Zhodnocení ošetrovatelské péče

Pacientka byla hospitalizována od 26. 4. 2016 na Neurochirurgické jednotce intenzivní péče po transnazální endoskopické revizi. Pooperační ošetrovatelská péče u pacientky byla velmi specifická pro operační výkon. Během pobytu na JIP u pacientky neproběhly žádné komplikace související s operací. Od začátku operace se u pacientky nasadila antibiotická terapie a monitorace fyziologických funkcí, bolesti a kontrola operačního pole. Pacientka byla zajištěna centrálním žilním katétrem, který byl po celou dobu hospitalizace udržován funkční a přelepován za aseptických kautel. Permanentním močovým katétrem, který byl zaveden pro přesné vedení bilance tekutin. Bilance tekutin byla v poměru příjem a výdej v normě. Zevní lumbální drenáž byla zavedena po dobu zavedení nosní tamponády. Drenáž odváděla čirý likvór. Okolí zavedení drenáže bylo klidné bez známek infekce a ošetřováno za přísných aseptických postupů. Pacientka musela po celou dobu zavedení drenáže a nosní tamponády udržovat přísný klid na lůžku. Pacientka aktivně spolupracovala při léčbě. Den před přeložením na standardní oddělení Neurochirurgické kliniky lékař z ORL vytáhnul nosní tamponádu. Po vytažení nosní tamponády jsme začali s výplachem nosní dutiny.

Dne 3. 5. 2016 pacientka přeložena na standardní oddělení Neurochirurgické kliniky.
Pacientka byla spokojená s hospitalizací a péčí, která jí byla poskytována.

3.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro ošetrovatelský personál

- zaměřit se na behaviorální stránku člověka
- včasné odhalení patologických hormonálních příznaků
- pracujte a aktualizujte standardy u daného pacienta
- včasné odhalit pooperační komplikaci
- účastnit se seminářů zaměřené na nádory hypofýzy
- účastnit se na studiích zaměřených na dané onemocnění
- aktivně se podílejte na pacientových potřebách

Doporučení pro pacienta

- konzultace o obsahu informovaných souhlasů
- poučení o bezpečnosti na oddělení (např. riziko pádu, poučit ho o přístrojové vybavení lůžka)
- projevujte zájem o své onemocnění
- aktivně se podílejte na léčbě
- nebojte se vyslovit dotaz nebo nesouhlas
- dbejte na bezpečnost sebe sama při manipulaci se zevní lumbální drenáží

ZÁVĚR

Diagnostika adenomu hypofýzy představuje určité obavy pro pacienty. Ale díky moderním technikám operace si nikdo z okolí po zotavení nemusí všimnout, že pacient podstoupil odstranění nádoru z oblasti hypofýzy. Ale jako každá operace, tak i transnazální endoskopické operace mají své komplikace, proto je zde nesmírně důležitá spolupráce pacienta se zdravotnickým personálem, aby se včas odhalila komplikace a vyřešila. Nezbytně důležitá je profesní péče poskytována celým zdravotnickým týmem.

Cílem bakalářské práce bylo vypracování ošetrovatelského procesu u pacientky s daným onemocněním a doporučením pro praxi. Po získání všech potřebných informací byly stanoveny aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy. Veškeré cíle bakalářské práce se nám podařilo úplně splnit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAR, M., ŠKOLOUDÍK, D., 2011. *Speciální neurologie: pro studenty bakalářských oborů*. Ostrava: Lékařská fakulta Ostravské univerzity v Ostravě. ISBN 978-80-7368-961-2

BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5333-1.

BUŽGOVÁ, R., PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.

FILIP, M., 2013. *Neurochirurgie: Vybrané kapitoly pro studenty bakalářského směru: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. ISBN 978-80-7464-334-7.

HERDMAN, T a Shigemi KAMITSURU (eds.), 2016. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. 10. vydání, 1. české vydání. Překlad Pavla Kudlová. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9

LIPINA, R., 2013. *Neurointenzivní péče: studijní opora*. Ostrava: ostravská univerzita, 76 s. ISBN 978-80-7464-335-4.

LIPINA, R., et al., 2014. *Transnazální endoskopická chirurgie spodiny lební: mozkové nádory a likvorea*. 1. vydání. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 347 s. Medicína hlavy a krku. ISBN 978-80-7311-139-7

MAČÁK, J., MAČÁKOVÁ J., DVOŘÁČKOVÁ J., 2012. *Patologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3530-6

MATOUŠEK, P., 2014. *Základy endoskopických operací hypofýzy a rinobaze: monografie*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Lékařská fakulta. ISBN 978-80-7464-505-1

MIKŠOVÁ, Z., et al, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1443-4

NÁHLOVSKÝ, Jiří, c2006. *Neurochirurgie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-319-2

NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2015. *Skripta k předmětu Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalarské práci*. 3. doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. ISBN 978-80-904955-9-3.

RADIOLOGICKÁ SPOLEČNOST, 2016. *Magnetická rezonance* [online]. [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: <http://www.crs.cz/cs/informace-pro-pacienty/magneticka-rezonance-mr.html>

ROZŠÍŘENÝ TRANSNAZÁLNÍ ENDOSKOPICKÝ PŘÍSTUP K NÁDORŮM LEBEČNÍ SPODINY A OČNICE, 2011. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie* [online]. Ostrava, [cit. 2016-04-22]. Dostupné z: http://www.csmn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/rozsireny-transnazalni-endoskopicky-pristup-k-nadorum-lebecni-spodiny-a-ocnice-38125?confirm_rules=1

SAMEŠ, M., 2005. *Neurochirurgie: učebnice pro lékařské fakulty a postgraduální studium příbuzných oborů*. Praha: Maxdorf, 127 s. ISBN 80-7345-072-0.

SEDLÁŘOVÁ, P., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8

SWEARINGEN, Brooke a Beverly M BILLER., c2008. *Diagnosis and management of pituitary disorders*. Totowa, N.J.: Humana Press, Contemporary endocrinology (Totowa, N.J.: Unnumbered). ISBN 1597452645.

SYSEL, D. et al., 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. V Tribunu EU vyd. 2. Brno: Tribun EU Librix.eu. ISBN 978-80-263-0001-4.

TOMEK, A., 2014. *Neurointenzivní péče*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Mladá fronta Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3359-6

THEODORE, H., SCHWARTZ, VIJAY, K, ANAND., 2012. *Endoscopic pituitary surgery: endocrine, neuro-ophthalmologic, and surgical management*. New York: Thieme. ISBN 9781604063479.

TYLL, T., et al., 2014. *Neuroanestezie a základy neurointenzivní péče*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta., Aeskulap. ISBN 978-80-204-3148-6

VOKURKA, M., HUGO, J., c2009. *Velký lékařský slovník*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5

SEZNAM PŘÍLOH

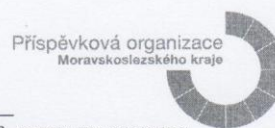
Příloha A Rešerše	I
Příloha B Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bak. práce	II
Příloha C Čestné prohlášení	III



Moravskoslezská vědecká knihovna v Ostravě, příspěvková organizace

Číslo rešerše: III-7868
Název rešerše: Ošetřovatelský proces u pacienta s nádorovým onemocněním hypofýzy
Jazykové omezení: čeština, angličtina
Časové omezení: 2005-2015
Klíčová slova: hypofýza, nádory hypofýzy, ošetřovatelství
Zpracovala: Mgr. Pavlína Szóke

Záznamy jsou řazeny v pořadí monografie, články (z tisku, z časopisů) - abecedně dle autorů.



U knih, které jsou k vypůjčení v MSVK v Ostravě, je uvedena signatura. Knihy bez signatury jsou k dispozici v jiných knihovnách ČR (viz http://aleph.nkp.cz/F/CA5179II3RXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8FI5M2HDAI-18714?func=file&file_name=find-b&local_base=SKC Tyto knihy je možno objednat prostřednictvím meziknihovní vypůjční služby v naší knihovně).
U článků je nutné vyhledat celý časopis.

Příloha B protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bak. práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Dominik Stryja, DiS.	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník III.
Téma práce	Ošetrovatelský proces u pacienta s nádorovým onemocněním hypofýzy	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Fakultní nemocnice Ostrava, 17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava-Poruba Neurochirurgická JIP 2	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

podpis
FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA
podpis pro ošetrovatelskou péči
7. listopadu 1790, 708 52 Ostrava-Poruba

Ve Všetivě dne 15. 4. 2016


podpis studenta

Příloha C čestné prohlášení

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracoval/a údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „Ošetrovatelský proces u pacienta s nádorovým onemocněním hypofýzy“ v rámci studia realizované na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 31.5.2016



.....

Jméno a příjmení studenta