

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S VARIXY
DOLNÍCH KONČETIN**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Alžběta Bartíková

Praha 2018

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S VARIXY
DOLNÍCH KONČETIN**

Bakalářská práce

Alžběta Bartíková

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD.

Praha 2018



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

BARTÍKOVÁ Alžběta

3AVS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče o pacienta s varixy dolních končetin

Nursing Care of Patients with Varicose Venis in Lower Limbs

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne 1. listopadu 2017



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

.....

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Ivaně Jahodové, PhD., za vstřícné vedení mé práce, za cenné rady a připomínky, za věnovaný čas a především za trpělivost. Dále bych také chtěla poděkovat MUDr. Karlu Bartíkovi za poskytnutí odborné literatury a odborných rad a připomínek k danému tématu.

ABSTRAKT

BARTÍKOVÁ, Alžběta. *Ošetrovatelská péče o pacienta s varixy dolních končetin*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň vzdělání: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD. Praha. 2018. 59 s.

Tématem této bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta, který trpí varixy dolních končetin. Teoretická část této práce se komplexně zabývá varixy, jejich charakteristikou, vznikem, léčbou a také perioperační péčí o pacienta, který se rozhodl podstoupit operační zákrok odstranění varixů. Praktická část je zaměřena na ošetrovatelský proces u ženy, která podstoupila operaci varixů radiofrekvenční metodou. U pacientky bylo provedeno posouzení ošetrovatelských problémů a stanovení ošetrovatelských diagnóz dle třinácti domén NANDA I Taxonomie II. Dále byl rozpracován individuální ošetrovatelský plán, který byl realizován. Na závěr byla zhodnocena celá péče a bylo rozhodnuto, zda byl ošetrovatelský proces úspěšný.

Klíčová slova

Cévní chirurgie. Dolní končetiny. Křečové žíly. Ošetrovatelský proces. Radiofrekvenční léčba. Sklerotizace. Varixy.

ABSTRACT

BARTÍKOVÁ, Alžběta. *Nursing care of patients with varicose veins of lower limbs*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová, PhD. Prague. 2018. 59 pages.

The subject of this bachelor thesis is nursing care of a patient suffering from varicose veins in her lower limbs. The theoretical part of this thesis takes a complex look at varicose veins, their characteristics, formation and treatment. It also deals with the perioperative care of a patient who decided to undergo the surgery of removing those varicose veins. The practical part of this thesis is focused on nursing care of a woman who underwent surgical removal of varicose veins by the radiofrequency method. Her nursing problems were evaluated and her diagnosis specified according to thirteen domains NANDA I Taxonomy II. Subsequently, a nursing plan was elaborated and then applied. Finally, the provided nursing care was assessed and it was decided whether the process had been successful or not.

Keywords

Lower limbs. Nursing care. Radiofrequency treatment. Sclerotization. Varicose veins. Vascular surgery.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	13
1 KŘEČOVÉ ŽÍLY	15
1.1 ŽILNÍ SYSTÉM	15
1.2 PŘÍČINY VZNIKU A FAKTORY	16
1.3 PREVENCE	17
1.4 PATFYZIOLOGIE VZNIKU	18
1.5 KLINICKÝ OBRAZ	18
1.5.1 SUBJEKTIVNÍ PŘÍZNAKY	19
1.5.2 OBJEKTIVNÍ PŘÍZNAKY	19
1.5.3 TYPY VARIXŮ	19
1.6 KLASIFIKACE CHVI	21
2 DIAGNOSTIKA	22
2.1 TYPY DIAGNOSTIKY	22
2.2 BAREVNÁ DUPLEXNÍ SONOGRAFIE (CFM – COLOR FLOW MAPPING)	23
3 TERAPIE	24
3.1 FARMAKOTERPIE	24
3.2 KOMPRESNÍ TERAPIE	25
3.2.1 OBINANDLA NEBO PUNČOCHY?	26
3.2.2 KOMPRESNÍ BANDÁŽ	26
3.2.3 KOMPRESNÍ ELASTICKÉ PUNČOCHY	27
3.2.4 KONTRAINDIKACE KOMPRESNÍ TERAPIE	28
3.3 SKLEROTERAPIE	28
3.4 CHIRURGICKÁ TERAPIE	29

3.4.1 STRIPPING VENAE SAPHENAE.....	30
3.4.2 RADIOFREKVENČNÍ ABLACE (RFA)	30
3.4.3 ENDOVENOUS LASER ABLATION (EVLA)	30
3.4.4 OSTATNÍ METODY (méně užívané)	31
4 KOMPLIKACE ONEMOCNĚNÍ A RECIDIVA	32
4.1 KOMPLIKACE VARIXŮ	32
4.2 RECIDIVA	33
5 VARIXY V GRAVIDITĚ.....	35
6.1 VARIXY VULVY.....	35
6.2 PREVENCE	36
6 HISTORIE LÉČBY VARIXŮ	37
7 PERIOPERAČNÍ PÉČE O PACIENTA S VARIXY DOLNÍCH KONČETIN.....	39
7.1 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE	39
7.2 POOPERAČNÍ PÉČE	40
8 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACENTKU S VARIXY DOLNÍCH KONČETIN.....	42
ZÁVĚR.....	71
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	72
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO Anesteziologicko – resuscitační oddělení

CHVI Chronická venózní insuficience

JIP Jedinotka intenzivní péče

PDK Pravá dolní končetina

PŽK Periferní žilní katetr

(VOKURKA a kol., 2015).

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Avulze – odtržení, vytržení

Dilatace - roztažení

Epiziotomie – chirurgické nastřížení hráze

Hyperpigmentace – zvýšená pigmentace kůže

Idiopatický – bez známé příčiny

Indurace – chorobné zatvrdnutí kůže

Koagulace – srážení (např. krve)

Perimaleolární otoky – otoky okolo kotníků

Stagnace – nehybnost, váznutí

Valsavův manévr – usilovný výdech při zavřené hlasové štěrbině

Vena saphena magna – povrchová žíla dolní končetiny (velká skrytá žíla)

Vena saphena parva – povrchová žíla dolní končetiny (malá skrytá žíla)

Venózní insuficience – chorobný stav vznikající při dlouhodobé nedostatečnosti odtoku z dolních končetin

(VOKURKA a kol., 2015).

ÚVOD

Křečové žíly, varixy, pocity těžkých nohou, oteklé končetiny, krémy ulevující od pocitu těžkých a bolavých nohou – to vše dnes často slyšíme všude kolem sebe, ať už z časopisů, reklam či televizních pořadů. A není divu. Dnes už je jen málo lidí, kteří mohou říci, že je někdy netrápil pocit těžkých a bolavých nohou, po celém dni sezení, či stání v zaměstnání. Právě kvůli modernímu stylu života jsou dnes varixy více než častým onemocněním, které lidstvo trápí. Nejsou ale onemocněním akutním, tedy takovým, které by nás přímo ohrožovalo na životě. Z tohoto důvodu mají často pacienti tendence léčbu odkládat, léčit onemocnění podomácku vyrobenými prostředky, nebo neúčinnými krémy z reklam. K lékaři pak přicházejí s onemocněním již plně rozvinutým a taková léčba je pak mnohem více finančně a časově nákladná.

Záměrem této práce je čtenáři shrnout všechny důležité a základní informace a vyvrátit některé všeobecně zažití miskoncepce, které mezi lidmi o varixech kolují. Dále také čtenáře či potenciální pacienty informovat o moderních možnostech léčby, kterých je v poslední době opravdu mnoho. V praktické části budeme prezentovat názorný příklad ošetrovatelského procesu u pacientky, která podstoupila operační zákrok relativně moderní technikou radiofrekvenční ablace.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byl stanoven následující cíl:

Cíl: Předložit shrnutí odborných poznatků o křečových žilách, nastudovat problematiku a definovat perioperační ošetrovatelskou péči o pacienty s varixy dolních končetin.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Uskutečnit ošetrovatelský proces u pacientky, která podstoupila operaci varixů jinou než konvenční metodou.

Cíl 2: Rozpracovat, realizovat a zhodnotit individuální ošetrovatelský plán za využití třinácti domén NANDA I Taxonomie II.

Cíl 3: Vytvořit edukační materiál k správnému navlékání kompresních punčoch.

Vstupní literatura:

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

ŠTÁDLER, P. a kol., 2013. *Miniinvazivní přístupy v cévní chirurgii*. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 978-80-7345-296-4.

MACHOVCOVÁ, A., 2009. *Kompresivní léčba ve flebologii: průvodce pacienta*. Praha: Mladá fronta, 2009. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2091-6.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 4. doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5, Duškova 7, 150 00. ISBN 978-80-905728-1-2.

Rešeršní strategie:

Základními prameny pro vyhledávání zdrojů pro rešerši byl katalog Národní lékařské knihovny (Medvik), Jednotná informační brána, Souborný katalog ČR, databáze vysokoškolských prací a Discovery systém Summon. Časové rozmezí bylo od roku 2008 do roku 2018. Mezi vyhledanými zdroji byly vysokoškolské práce – 4, knihy – 19, ostatní – 18. Dohromady bylo nalezeno 41 záznamů. Využito z nich bylo pouze 9. Cizojazyčné zdroje byly využity 4. Ostatní zdroje byly vyhledány v katalogu Národní lékařské knihovny (Medvik) a dle doporučení odborníků. Zdroje starší více jak 10 let byly využity pouze k čerpání historických faktů. Z knihy *Křečové žíly* z roku 2006 jsme čerpali fakta, jejichž aktuálnost nám byla potvrzena odborníky.

1 KŘEČOVÉ ŽÍLY

Pro začátek je důležité si ujasnit, že křečové žíly a varixy je jedno a totéž. Jsou to povrchové žíly dolních končetin, u kterých došlo k dilataci cévní stěny v důsledku venózní insuficience. Postihuje více ženy než muže, a to v poměru cca 2:1. Řadí se do skupiny onemocnění civilizačních, neboť postihuje více jak polovinu obyvatelstva ve vyspělých zemích. Nicméně to ale neznamená, že jej neznali naši předkové. Pokud se podíváme i dál do historie lidstva, klidně až do dob antických, můžeme zjistit, že dokonce sám “otec medicíny“ Hippokrates možná křečovými žilami trpěl. Totiž při bližším ohledání Hippokratovy sochy v Národním archeologickém muzeu v Athénách, kde Hippokrates odkrývá jednu nohu zpod pláště, si na ní můžeme povšimnout dlouhých pletenců křečových žil. Je tedy vidět, že onemocnění není aktuální jen v naší době a nevyhnuli se mu ani takový velikáni, jako byl sám Hippokrates (NOVOTNÝ, 2014), (BELL et al., 1992).

1.1 ŽILNÍ SYSTÉM

Odvod krve z dolních končetin zaobstarávají žíly hluboké a žíly povrchové. Povrchové žíly jsou uloženy v podkoží a hluboký žilní systém je naopak, jak už napovídá sám název, uložen uvnitř svalstva dolních končetin a odvádí krev ze svalů a kostí. Tyto cévní soustavy jsou navzájem propojeny četnými žilami jak v lýtku, tak ve stehně. Tyto žíly, které propojují oba systémy, se nazývají spojky.

V případě tvorby varixů je nejčastěji postižena velká skrytá žíla (až z 80%), která vede z vnitřní strany chodidla a pokračuje přes lýtko a stehno až do třísla. Společně s ní může být postižena i malá skrytá žíla, která vede od vnější strany chodidla a v podkolenní jamce se napojuje na podkolenní žíly. Obě tyto žíly patří do povrchového žilního systému.

Problém v tvorbě varixů ovšem nepředstavují jen samotné žíly, nýbrž jejich chlopně. Chlopně jsou v podstatě ventily, které zabezpečují tok krve pouze jedním směrem, a to směrem k srdci. Otvírají se a zavírají změnou tlaku uvnitř cévy. Správně pracovat ale mohou jen tehdy, jsou-li nepoškozené a doléhají svými cípky k sobě (tzv. domykají). Pokud chlopně nedomykají, propouštějí tok krve i opačným směrem a zde začíná cesta za křečovými žilami (NOVOTNÝ a kol., 2014), (LEPŠÍ, 2006).

1.2 PŘÍČINY VZNIKU VARIXŮ A FAKTORY

Příčiny vzniku varixů nejsou v podstatě dodnes přímo definovány. Lékaři se v dnešní době shodují, že spíše než příčiny vzniku existují rizikové faktory, které vznik onemocnění podporují. Varixy tedy nezpůsobí jedna příčina, ale souběh několika faktorů dohromady. Vzniku onemocnění vlastně nemůžeme úplně předejít, můžeme jej pouze oddálit či snížit šanci jeho projevu. Nicméně s velmi nepatrnou šancí na úspěch (BARTÍK, 2017).

Genetika je asi nejsilnější faktor, co se vzniku křečových žil týče. Pokud máme v genech napsáno, že budeme mít modré oči, nezměníme to. Stejně tak je to s křečovými žilami. Pokud jimi trpí otec i matka, šance že potomek bude mít varixy je téměř 90%. Šance se sníží na polovinu, pokud onemocněním trpí pouze jeden rodič. A jestliže z rodiny se s onemocněním neléčil nikdo, máme cca 30% šanci, že se u nás onemocnění projeví. Varixy se lidově řečeno velice často dědí po přeslici, to znamená, že u pacientek které trpí tímto onemocněním, můžeme vysledovat zpětně výskyt žilního onemocnění u matky, babičky atd.

Pohlaví a vztah ke křečovým žilám není tak úplně jasný. Odhaduje se, že onemocněním trpí spíše ženy, nicméně tento fakt může být zkreslen tím, že na ženy působí více rizikových faktorů, které k tomuto onemocnění vedou, více se sledují a věnují větší pozornosti změnám na svém těle. Navštěvují tedy ordinaci lékaře častěji, protože jim onemocnění vadí spíše z estetického hlediska. Muži přicházejí až ve chvíli, kdy nejde jen o kosmetickou vadu, ale až když jim začínají varixy způsobovat zdravotní potíže, které je začínají omezovat v běžném chodu života.

Věk s pohlavím úzce souvisí. Čím vyšší věk, tím vyšší šance, že se onemocnění projeví. S vyšším věkem souvisí degenerace žilní stěny, její ochabování a ztráta elasticity a tím pádem může dojít k nedomykavosti žilních chlopní a varixy se mohou projevit. V tomto případě se můžeme obrátit na léky, které mohou zlepšovat kvalitu žilní stěny, ale jak už bylo zmíněno, křečové žíly jsou onemocnění multifaktoriální, tedy ani ten nejlepší preparát nám nemůže zajistit úplné odvrácení onemocnění.

Porod a hormony – tento faktor jde ruku v ruce s faktorem, kterým je pohlaví. Jak již bylo uvedeno, postižené jsou více ženy, než muži. Tento fakt se může zakládat na tom, že ženy v průběhu života prochází mnohem více a mnohem intenzivnějšími hormonálními změnami než muži. Počínaje začátkem menstruačního cyklu, těhotenstvím

(někdy i mnohočetným) a dále také menopauzou. V moderní době je také velmi časté užívání hormonální antikoncepce, která nám nepřírodným způsobem upravuje hladiny hormonů. Všechny tyto hormonální změny mohou mít vliv na kvalitu žilní stěny a podpořit tak vznik žilní insuficience.

Zaměstnání se zdá být velmi důležitým faktorem, velmi často totiž navštěvují ordinace cévních lékařů hlavně lidé, kteří buď sedí dlouhé hodiny za stolem – úředníci, řidiči a bankéři, nebo opačný extrém, lidé, kteří stojí dlouhé hodiny na nohách, zvedají těžká břemena a pracují s ohnutými koleny – automechanici, číšníci, kadeřnice či pracovníci u pásové výroby. Samozřejmě je prakticky nemožné, vybírat si zaměstnání s ohledem na to, jestli se nám u něj mohou rozvinout křečové žíly, nebo ne, už jen z toho důvodu, že čistě na tom rozvoj onemocnění opravdu nezávisí. Doporučené je tedy v každém případě dělat malé pauzy, protáhnout končetiny a změnit polohu, ve které pracujeme. Dále také pokud při zaměstnání dlouho sedíme, je dobré ve volném čase odpočívat aktivně, sportovat a snažit se rozproudit krev v končetinách.

Životní styl tzn. nedostatek pohybu, obezita a kouření, typ stravování, neudržovaný vysoký krevní tlak a v dnešní době celkem časté nošení upnutých kalhot z neprodyšných materiálů. To všechno jsou faktory, které mohou spíše ovlivňovat než přímo způsobovat vznik křečových žil. Dnes už se dokonce začíná ustupovat od myšlenky, že cigarety či obezita mohou přímo způsobovat křečové žíly, protože výskyt varixů jak u štíhlých, tak obézních lidí a kuřáků a nekuřáků se zdá být vyrovnaný (NOVOTNÝ a kol., 2014), (BARTÍK, 2017), (LIM et al., 2009).

1.3 PREVENCE

Za primární prevenci křečových žil můžeme považovat preventivní opatření, při jejichž dodržování zabráníme rozvoji onemocnění. Klasickými doporučeními jsou zdravý životní styl, vyvážená strava s velkým podílem vlákniny, pohyb alespoň hodinu denně, volné oblečení, nemít sedavé zaměstnání a zakončení koupele studenou sprchou. Doporučení je v dnešní době mnoho. Jak se ale lékaři čím dál tím častěji přesvědčují, na valnou většinu pacientů nemá primární prevence velký vliv. Může za to právě genetika, která nám dopředu rozvoj onemocnění určí.

V oblasti křečových žil tedy není žádná účinná prevence známa (BUREŠOVÁ, STRAKOVÁ, 2013), (BARTÍK, 2017).

I kdyby to děvče jedlo celý život jenom pohanku a mělo nohy u stropu, nastane chvíle, kdy se musí dojit alespoň vyčůrat a v tu chvíli se jí udělají křečové žíly.

Dr. Denton Cooley

1.4 PATFYZIOLOGIE VZNIKU

Křečové žíly, jak už bylo zmíněno, vznikají na podkladě chronické venózní insuficience – dále jen CHVI. *Termín žilní insuficience označuje neschopnost žilně-svalové pumpy dolních končetin odčerpat zpět k srdci všechnu do končetin přiváděnou krev* (HERMAN a kol., 2011, s. 183).

Žilně-svalovou pumpou se nazývá systém součinnosti svalů, kloubů a žil, který napomáhá odvodu krve z dolních končetin. Pumpování krve se děje hlavně při chůzi, kdy při každém kroku svaly posunují krev pomocí chlopní v žilách směrem k srdci, a tím se krev odvádí z končetin, tedy nezůstává v nich nahromaděna a nedochází ke stagnaci. Toto se ovšem děje v případě, že všechny složky žilně-svalové pumpy pracují tak, jak mají. Pokud některá ze složek selže, dochází k hromadění krve v žilách a ke vzniku žilní hypertenze. Kvůli zvýšenému tlaku v žilách dochází k rozpínání cévní stěny, která není pro takový přetlak určena, povoluje a dochází k její dilataci. Dilatace žilní stěny způsobí i to, že chlopně nedomykají a začínají propouštět krev oběma směry – dochází k tzv. refluxu.

V závislosti na tom se žilní stěna vyklenuje a v místech, kde žíla prochází těsně pod kůží, se stává viditelnou. Deformací žilní stěny dochází i k deformaci kožního povrchu (BARTÍK, 2017), (HERMAN a kol., 2011).

1.5 KLINICKÝ OBRAZ

To, jak vypadají varixy, už bylo v úvodu práce letmo zmíněno. Vakovité, tmavě modré široké žíly, které se formují do pletenců v oblasti bérce a mohou sahat až

do stehenní oblasti. Toto je asi nejznámější forma křečových žil, která se podvědomě vybaví každému, když se řekne “varixy“. To je ale jen jedna z mnoha forem, které na sebe onemocnění bere.

1.5.1 SUBJEKTIVNÍ PŘÍZNAKY

Mezi subjektivní příznaky onemocnění patří na prvním místě bolest končetin. Ta se projevuje už při prvních stádiích onemocnění. Při příchodu do ordinace pacienti často říkají: „Pane doktore, mě ty žíly strašně bolí.“. Zde narážíme na všeobecnou miskoncepci toho, že žíly mohou bolet. Žíly, na rozdíl od tepen, nejsou inervovány, to znamená, že není možné, aby nás žíly bolely. Co ale inervováno je, je tkáň okolo žil. Ta je díky dilataci žíly a přetlaku v ní utlačována a to je právě ta bolest, kterou pacienti pociťují (ŠTVRTINOVÁ, 2012).

Subjektivním příznakem je také například pocit těžkých nohou, pocit vnitřního napětí v končetině a noční křeče. Od těch je také odvozen název onemocnění, protože pacienti, kteří trpí onemocněním křečových žil, mnohem často zažívají nepříjemné noční křeče (HERMAN a kol., 2011).

1.5.2 OBJEKTIVNÍ PŘÍZNAKY

Mezi objektivní příznaky řadíme vše, co můžeme ve spojení s onemocněním na pacientovi pozorovat. V případě varixů se nejčastěji jedná o teleangiektázie a všeobecně různé typy rozšířených žil, perimaleolární otoky či celkový edém končetin, dermatitidy spojené s CHVI, hyperpigmentace kůže, či dokonce počínající bérkový vřed. Může docházet i ke ztrátě ochlupení na bérkách a nemálo běžné jsou i změny šlach, kloubů a nehtů v důsledku špatného prokrvení končetin (MACHOVCOVÁ, 2009).

1.5.3 TYPY VARIXŮ

Každá kniha udává trochu jiné dělení onemocnění. Nicméně všeobecně se varixy dají dělit dvěma způsoby. První dělení závisí na vzniku onemocnění a druhé na nálezu - lokalizaci a průsvitu varixů.

Dělení podle vzniku varixů:

Primární varixy (idiopatické)

Primární varixy patří k té častější formě onemocnění (více jak 80%). Jsou to právě ty varixy, které se zakládají na genetickém podkladu a kombinaci různých rizikových faktorů.

Sekundární varixy (posttraumatické)

Tento typ varixů se objevuje jakožto následek traumatu, nebo zánětu hlubokých žil. Pokud dojde k trombotizaci hlubokých žil a jejich neprůchodnosti, stává se povrchní žilní systém přemostěním pro krevní oběh v dolní končetině. Následkem vysokého tlaku pak dochází k rozšíření žilní stěny a její viditelnosti (ŠTVRTINOVÁ, 2012).

Dělení podle nálezu:

Metličkové varixy (teleangiektázie)

Nepředstavují zdravotní riziko, jsou spíše problémem kosmetickým. Tvoří útvary podobné pavučinkám, jsou zbarveny do červena a mohou se vyskytovat od bérce až po stehno. Důvodem výskytu je lehká insuficience žilní stěny a možnost léčby je buď laserem, radiofrekvenční metodou, nebo sklerotizací. Průsvit je cca do 1 mm.

Retikulární varixy

Jde o postižení menších subdermálních žil s průsvitem do cca 4 mm. Léčba se provádí ambulantně, a to sklerotizací a kompresními punčochami.

Kmenové varixy

Jsou velké rozšířené žíly, které podléhají deformaci žilní stěny a tvoří se především na velkých povrchních žilách (vena saphena magna, vena saphena parva a jejich větve). Často jsou doprovázeny edémem dolních končetin. Zde už se přistupuje k chirurgickému řešení problému (KALA a kol, 2011).

1.6 KLASIFIKACE CHVI

Pro klasifikaci závažnosti chronické venózní insuficience se dnes používá tabulka CEAP z roku 1994, která byla v roce 2004 poupravena do dnešní podoby.

Zkratka anglického CEAP je složena z písmen, které jsou počátkem slov, jež využíváme při klasifikaci závažnosti CHVI (KALA a kol., 2011).

C (clinical) – klinický vzhled onemocnění

E (etiology) – původ vzniku onemocnění

A (anatomy) – anatomické místo postižení

P (pathology) – patofyziologická porucha na žilním systému

2 DIAGNOSTIKA

Diagnostikovat CHVI dolních končetin může být mnohem těžší, než se zdá. CHVI má totiž příznaky velmi nespecifické a pestré. Často také může být považováno za úplně jiné onemocnění, protože příznaky, které pacient udává, jsou společné i pro jiná onemocnění než jen onemocnění žil - například onemocnění pohybového aparátu (MUSIL a kol., 2016).

2.1 TYPY DIAGNOSTIKY

Tak jako u každého jiného onemocnění i u křečových žil postupujeme od nejjednodušších vyšetřovacích metod k těm složitějším.

Začneme odběrem anamnézy. Zaměříme se na rodinnou anamnézu – zjišťujeme, zda se onemocnění žil již v rodině vyskytovalo, zda jím trpí oba rodiče, zda se s ním léčili atd. Dále nás zajímá sociální anamnéza, protože jak již bylo zmíněno, zaměstnání může být jeden z faktorů napomáhajících vzniku a může i napomáhat komplikacím léčby. U žen je důležitá gynekologická anamnéza kvůli prodělaným porodům a v neposlední řadě osobní anamnéza, kde zjišťujeme možný výskyt prodělaného žilního onemocnění (zánět, trombóza), (KARETOVÁ, 2011).

Druhá základní vyšetřovací metoda je bezpochyby pohled a pohmat. Toto vyšetření se dělá vestoje, aby byly žíly naplněné krví a dobře viditelné. *Sledujeme přítomnost otoku, náplň žil, známky zánětu (zarudnutí, palpační bolestivost) a kožní změny: skvrnité nebo splývající hyperpigmentace, induraci podkoží, ekzematizaci, hypotrofii až okrsky bílé atrofie, corona phlebectatica paraplantaris (teleangiektázie při vnitřním kotníku), jizvy po zhojených vředech apod.* (KARETOVÁ, 2011, s. 5).

Dnes pravděpodobně nejvyužívanější metoda při vyšetřování žil je sonografické vyšetření. Díky přesnosti a rychlosti vyšetření je dnes ultrazvuková sonografie naprostým standardem. Vyšetření je neinvazivní, pacienta nikterak nezatíží, trvá jen krátce, je nebolestivé a finančně nenákladné (BARTÍK, 2017).

Ultrazvukové vyšetření umožňuje přesnou anatomickou lokalizaci patofyziologických změn na žilním systému dolních končetin (MUSIL a kol., 2016, s. 70).

2.2 BAREVNÁ DUPLEXNÍ SONOGRAFIE (CFM – COLOR FLOW MAPPING)

Barevná duplexní sonografie, nebo-li barevný doppler (dále jen CFM), je pravděpodobně nejvyužívanější typ ultrazvuku, který se na vyšetřování cév dolních končetin využívá. Tento přístroj kombinuje využití pulzního doppleru s barevným zobrazením toku krve. Lékař je díky němu schopen vidět hemodynamiku v končetině – různé rychlosti a směry toku krve (MUSIL a kol., 2016).

Při vyšetřování CHVI sledujeme především funkci chlopní, reflux do povrchového žilního systému a reverzi toku v žilách hlubokých. Nejlépe je toto všechno viditelné v tříslu, protože zde dochází k soutoku žil z obou systémů. Pokud ale potřebujeme zjistit funkčnost spojek v jiných částech žilního systému, můžeme přikládat sondu i na jiná místa. Při vyšetřování požádáme pacienta, aby silněji zakašlal, nebo využijeme Valsavova manévru (CHOLT, 2019).

Dříve, před vynalezením ultrazvuku, byly využívány různé testy. Nejznámější byly Perthesův a Trendelenburgův. Vyšetření žil pomocí testů spočívalo přikládáním škrtidla na končetinu a hodnocení funkce spojek mezi hlubokým a povrchním žilním systémem (BARTÍK, 2017).

3 TERAPIE

Již v úvodu jsme se zmiňovali, že křečové žíly jsou s námi od nepaměti a že jimi trpěli naši předkové tisíce let nazpět. A i naši předkové uměli toto onemocnění léčit, nebo se o to alespoň pokoušeli. Bohužel s velmi malou úspěšností, pravděpodobnými ztrátami na životech kvůli vykrvácení či pozdější infekci a také kvůli neúplné znalosti lidské anatomie. Díky pokroku doby a medicíny se ale dnes křečové žíly staly onemocněním, které dokážeme celkem úspěšně léčit.

Díky pokroku dnes známe více než jeden typ léčby. Lékař tedy může zvolit tu techniku, která je pro pacienta vzhledem k jeho anamnéze a stavu onemocnění nejlepší.

Existují praktiky konzervativní i intervenční. Konzervativní léčba zahrnuje různá režimová opatření, diety, léčbu perorálními venofarmaky a nošení kompresních punčoch. Nicméně tento typ léčby neléčí příčinu onemocnění, ale pouze symptomy, znamená to že pacient dříve nebo později, pokud mu to jeho zdravotní stav umožní, musí podstoupit léčbu intervenční, aby se úplně zbavil obtíží (MUSIL, 2012).

Mezi intervenční metody řadíme především skleroterapii a operační léčbu. Typů operační léčby je více. Jednotlivé metody rozpracujeme v následujících kapitolách.

3.1 FARMAKOTERPIE

V dnešní době, kdy je onemocnění křečovými žilami na vzestupu, se na trhu objevilo mnoho přípravků od různých farmaceutických firem, určených k jejich léčbě. Pravdou je, že většina přípravků je spíše doplněk stravy, jehož použití vám nemůže ublížit, ale jeho léčebný efekt není zaručen.

Farmakologicky dnes ještě varixy zcela vyléčit neumíme. Léčivé přípravky nám ale pomáhají mírnit obtíže, které sebou onemocnění nese – bolest, otok v podkoží a zánětlivé projevy.

Existují venofarmaka, která jsou užívána k léčbě CHVI. Tyto léky zvyšují napětí žilní stěny, její odolnost a napomáhají mikrocirkulaci krve v cévách.

Vedle perorálních tablet je vhodné varixy léčit i přípravky k vnějšímu použití. Důležitá je hydratace kůže, která je kvůli varixům namáhána, praská, může trpět dermatitidou a je náchylná k infekci. Hydratovaná pokožka je schopná se bránit vnějším vlivům a lépe se přizpůsobit vnějšímu tlaku z otoku (CHALOUPKA, 2015).

Léčba pomocí ATB

Pokud se varikózní onemocnění komplikuje zánětem, nejsou antibiotika hlavním léčebným prostředkem, jelikož se jedná ve valné většině případů o zánět sterilní. Využíváme proto k léčbě zánětu prostředky ke zmírnění bolesti a snažíme se odstranit otok. Proto je na místě ochlazení místa zánětu – ledování a současné polohování končetiny, eventuálně kompresní terapie. Antibiotika použijeme v případě febrilií a podezření na sekundární infekci trombů ve varixech. K této komplikaci však dochází vzácně a s odstupem několika dnů po začátku onemocnění (BARTÍK, 2017).

3.2 KOMPRESNÍ TERAPIE

Kompresní terapie je základem a nedílnou součástí léčení křečových žil a jiných žilních onemocnění. Může být využita samostatně, nebo jako součást jiného terapeutického zákroku.

Ke kompresní terapii využíváme buď krátkotažná, či dlouhotažná obinadla, nebo speciální elastické punčochy určené ke kompresi.

Proces kompresní terapie se může zdát velmi jednoduchý, ale špatně navlečená punčocha může pacientovi i ublížit. Je tedy velmi důležité, aby lékař či sestra pacienta správně edukovali o kompresi dolních končetin a o správném bandážování, či navlékání kompresních punčoch.

Nevýhodou kompresní terapie je, že neřeší přímo příčiny onemocnění, ale jejich důsledky. Pokud tedy varixy léčíme pouze kompresí, po sundání punčoch či obinadel se příznaky vrací v řádu hodin či dní. Potom je důležité poradit se s lékařem na některé z invazivních metod a vyléčit tak příčinu, která onemocnění způsobuje (MACHOVCOVÁ, 2009).

Mechanismus žilní komprese

Působením vnějšího tlaku dochází ke stlačení žilní stěny, a tím také ke snížení objemu krve v povrchovém žilním řečišti. Kvůli tomu se snižuje žilní reflux a žilní hypertenze, dochází tak ke zmírnění rozvoje onemocnění. Zrychluje se také mikro i makrocirkulace krve a dochází ke zlepšení žilního návratu krve z dolních končetin.

Kompresní terapie má zároveň i protizánětlivý účinek. Díky rychlejšímu průtoku krve v žilách se leukocyty nehromadí na žilní stěně a nedochází tak ke sterilním zánětům.

Odstraněním všech výše uvedených problémů, které s onemocněním souvisí, dochází i k úlevám od bolestí a pocitů těžkých nohou (NAVRÁTILOVÁ, 2008).

3.2.1 OBINANDLA NEBO PUNČOCHY?

Zda je pro pacienta lepší punčocha nebo bandáž, rozhoduje cévní lékař. Důležité je přihlídnout k životnímu stylu a fyzickým možnostem pacienta a také na typ onemocnění, se kterým pacient za lékařem přišel.

Pro domácí léčbu je zcela určitě pro pacienta vhodnější kompresní elastická punčocha, protože pacient si často neumí vhodně zabandážovat končetiny a kýžený výsledek se potom nedostaví. Dále jsou bandáže nepraktické pro každodenní život, protože tvoří silnou vrstvu, která se často špatně vejde pod oblečení. V průběhu dne mají také bandáže vlivem pohybů končetin tendence povolovat, sesouvat se a tím také nepravidelně zaškrcovat končetinu.

Bandáže jsou naopak vhodné při hospitalizaci pacienta, neboť bandážování provádí školený personál a v nemocnici je zajištěn vhodný a čistý materiál (KARETOVÁ a kol., 2011), (BARTÍK, 2017).

3.2.2 KOMPRESNÍ BANDÁŽ

Pokud lékař rozhodne o naordinování bandáží, musí specifikovat, zda použijeme obinadla krátkotažná či dlouhotažná. Dále také může lékař doporučit dvojistou bandáž, pokud je nutná silnější komprese.

Krátkotažná obinadla – jak už napovídá sám název, jsou obinadla s malou až žádnou roztažností. Mají tedy velký kompresní účinek, ale nejsou pro pacienta pohodlná pro dlouhodobější nošení. Využívají se hlavně v akutní fázi onemocnění.

Dlouhotažná obinadla – jsou obinadla, která mají vysokou elasticitu, tedy při pohybu pacienta tolik neomezují jako obinadla krátkotažná. Nejsou ale vhodná pro akutní fázi onemocnění. Spíše než pro léčbu jsou ale vhodná pro podporu cévního oběhu v dolních končetinách.

Při bandážování dolních končetin využíváme spíše obvaz klasový než klasický a vždy začínáme u prstů nohy. Důležité je nevynechávat patu a obmotat obinadlo i kolem ní (ŠVESTKOVÁ, 2013).

3.2.3 KOMPRESNÍ ELASTICKÉ PUNČOCHY

Mohou se využívat jak ve fázi akutní, tak i chronické. Výhodou oproti bandážím je, že punčochy mají požadovanou kompresi po celé své délce. Podmínkou je, že pacient musí mít správnou velikost punčochy – pokud je punčocha krátká, nebo příliš dlouhá, neplní punčocha funkci optimální komprese.

Existuje více druhů punčoch. Dle délky se punčochy rozdělují na ty, které dosahují pouze pod kolena a na ty, které dosahují až ke tříslům. Existují i punčochové kalhoty. Pro pacienty trpící obezitou se vyrábí i punčochy s úchytem v pase.

Dle komprese se punčochy rozdělují do 4 tříd:

1. Lehká komprese – využívány spíše jako podpůrná léčba při pocitech únavy dolních končetin.
2. Středně silná komprese – ordinovány při projevech CHVI či po operačním zákroku.
3. Silná komprese – ordinovány především při flebotrombóze.
4. Extra silná komprese – hlavně pro pacienty s chronickými zatvrdlými otoky dolních končetin.

I z estetického hlediska existuje velké množství punčoch, aby byly uzpůsobeny potřebám pacienta. S plnou špičkou, bez špičky, pro dámskou část pacientů se vyrábí i punčochy s krajkou a vybírat můžeme i z různých barev (tělové, černé...) (ČERNOHORSKÁ, 2016), (ŠVESTKOVÁ, 2013).

3.2.4 KONTRAINDIKACE KOMPRESNÍ TERAPIE

Tak jako pro každou jinou léčebnou metodu, tak i pro kompresní terapii existují situace, kdy nemůžeme tuto techniku aplikovat.

Kontraindikacemi jsou:

- pokročilé postižení tepenného systému;
- dekompenzované srdeční selhávání s projevy kardiálního edému;
- bakteriální infekce kůže a podkoží;
- srdeční arytmie;
- dekompenzovaná hypertenze;
- gangrenózní končetina (ČERNOHORSKÁ, 2016).

3.3 SKLEROTERAPIE

Skleroterapie, nebo-li sklerotizace, je v cévní chirurgii velice populární ambulantní metodou, jak se zbavit viditelných teleangiektázií a varixů. Výhod má hned několik - pacient není uváděn do narkózy, metoda není příliš bolestivá a není ani moc časově náročná.

Je to metoda nevyžadující drahé vybavení, technicky relativně jednoduchá a její účinnost při dostatečné zkušenosti dosahuje 80% (ŠTÁDLER a kol., 2013, s. 159).

Sklerotizace je prováděna tak, že se žíla napíchne tenkou jehlou a je do ní aplikována sklerotizující látka – používá se ve formě roztoku, nebo pěny. Ta vyvolá na žilní stěně chemickou zánětlivou reakci. Následně se vpich do žíly stlačí přilepením sterilního tampónu a po zákroku se okamžitě nasadí kompresní punčochy, které poškozené žíly stlačí. Punčochy se pak musí nosit nepřetržitě ještě jeden až dva týdny po zákroku. Do poškozené a stlačené žíly nemůže dál proudit krev, žíla po čase odumírá, a tělo ji odstraní jakožto poškozenou tkáň.

Výběr, zda bude sklerotizace prováděna napěněním léčebného roztoku či jeho čistě tekutou formou, záleží na typu varixu a rozhodnutí lékaře. Napěněný roztok má větší objem a snadněji pronikne ke stěnám cévy, nicméně napěňování roztoku je časově náročné a celkově je tato technika náročnější na provedení. Aplikuje se tedy spíše na varixy, na které nestačí klasická sklerotizace.

Výsledek skleroterapie je vhodné zkontrolovat provedením duplexní sonografie.

Může se stát, že při vpravování sklerotizující látky do žíly, trocha roztoku unikne i mimo žílu do jejího okolí, což může být pro pacienta bolestivé. V tomto případě se udělá tzv. “obstřík“ lokálním anestetikem, které okolí žíly znecitliví a nařadí uniklé množství sklerotizující látky na neškodnou koncentraci (KARETOVÁ, 2011), (ŠTÁDLER, 2013).

Nevýhodou této techniky je bezpochyby to, že stejně jako kompresní terapie neléčí příčinu nemoci, ale pouze její projev. Další nevýhodou této techniky je, že se s ní dají odstranit jen varixy do určité velikosti (4mm). Velké a rozvětvené varixy se pak odstraňují operačně (NOVOTNÝ, 2014).

3.4 CHIRURGICKÁ TERAPIE

Operační metodou řešíme u varixů především jednu z hlavních příčin vzniku tohoto onemocnění. To znamená, že při zákroku se zaměřujeme hlavně na odstranění příčin refluxu, kterými jsou především spojky a nedomykavé chlopně velkých žil.

Chirurgická metoda léčby varixů je nejúspěšnější invazivní metoda, kterou může pacient podstoupit.

V dnešní době máme na výběr řadu chirurgických metod, kterých může lékař využít. Léčba tedy může být individuální, dle potřeb pacienta, a podle typu a závažnosti jeho onemocnění.

Podle potřeb může lékař kombinovat i více technik najednou, aby bylo dosaženo co nejlepších výsledků léčby (NOVOTNÝ, 2014).

3.4.1 STRIPPING VENAE SAPHENAE

Tato ne příliš šetrná metoda je jedním z nejdéle využívaných řešení při nedostatečné funkci malé a velké safény. Při této metodě se v podstatě kmen safén doslova vytrhává, je to tedy metoda s velkou bolestivostí a dlouhou dobou rekonvalescence.

Při výkonu se udělá drobný řez buď u vnitřního kotníku (dlouhý stripping), nebo na vnitřní straně kolenního kloubu (krátký stripping), kam se zavede plastový či kovový vodič, který má na konci tzv. olivku. Ta se protáhne žilou až do třísla, kde se udělá další malý řez, kterým se olivka vytáhne ven. Vodič má na druhém konci kalich, který má ostrý okraj. Tím, jak se vodič se protahuje žilou ven, řeže odstupující větve a zároveň tím zadržuje žílu, která se na něj "nahrnuje". Nakonec se žíla i s vodičem vytáhne ven (NOVOTNÝ, 2014).

3.4.2 RADIOFREKVENČNÍ ABLACE (RFA)

Tato relativně nová a moderní metoda se stává u pacientů celkem oblíbenou, neboť bolestivost po operaci je mnohem menší až žádná. Doba rekonvalescence je poměrně kratší než u klasického strippingu. Jedinou nevýhodou je zde to, že výkon není hrazen pojišťovnou a sondu, která se pro výkon používá, musí hradit pacient.

Při tomto typu výkonu se udělá podobný řez, jako u strippingu. Do žíly se řezem zavede sonda, která má na konci elektrodu. Chirurg za použití ultrazvuku nastaví elektrodu přesně do místa, kam potřebuje a přes přístroj zahřeje elektrodu na 120 stupňů Celsia. Kvůli teplu dojde k denaturaci žilní stěny a vytvoření trombu. Žíla se tedy stane neprůchodnou a tělo ji postupně odbourá jakožto poškozenou tkáň (NOVOTNÝ, 2014).

3.4.3 ENDOVENOUS LASER ABLATION (EVLA)

Provádí se podobně jako RFA. Do žíly se zavede vlákno, které má na konci laserovou elektrodu. Přístroj ohřeje elektrodu a laserový paprsek podobně jako u RFA denaturuje žilní stěnu. Dochází k jejímu vazivovatění a následnému vstřebání (NOVOTNÝ, 2014).

3.4.4 OSTATNÍ METODY (méně užívané)

ClariVein – do žíly je zaveden katetr, který je zakončen něčím, co se podobá vrtulce. Ta se motorkem roztočí až na 3500 otáček za minutu, a tím dochází k mechanickému poškození žilní stěny. Za rotace vrtulky je do žíly aplikován sklerotizační roztok, který se současně rotací vrtulky napěňuje. Dochází tak zároveň i k chemickému poškození žíly a zvýšení účinnosti zákroku.

Lepidlo – do žil je aplikováno speciální lepidlo pro uzávěr velkých žilních kmenů.

Flebektomie – spíše než jako samostatná technika je flebektomie používána jako technika doprovodná. Používá se tedy společně s ostatními chirurgickými zákroky. Touto technikou se odstraňují povrchové varixy, které představují buď kosmetický, nebo zdravotní problém. Nad žílou se udělá drobný řez, háčkem se žíla zachytí a povytáhne z rány ven a pomocí peanových klíštěk se vyjme. Delší větve se dle potřeby extrahují pomocí několika řezů (NOVOTNÝ, 2014).

Na závěr kapitoly je nutné dodat, že po všech chirurgických typech léčby varixů je nutné nosit kompresní punčochy. O délce nošení rozhodne lékař podle stupně CHVI a typu chirurgického výkonu.

4 KOMPLIKACE ONEMOCNĚNÍ A RECIDIVA

Tak jako u každého jiného onemocnění i zde mohou v jeho průběhu nastat komplikace.

4.1 KOMPLIKACE VARIXŮ

Existují komplikace, které nejsou spojeny s léčbou, ale spíše vývojem onemocnění jako takovým a existují komplikace, které mohou nastat po některém z léčebných zákroků.

Komplikace onemocnění:

Tromboflebitida – je zánět povrchových žil, a to především zánět sterilní, není tedy třeba podávat ATB (zánět na bakteriálním podkladě bývá vzácný). Zánět většinou vzniká vlivem mechanického poškození žilní stěny či stagnace krve ve varikózních žilách, a pokud není léčen, je zde riziko přestupu zánětu do hlubokého žilního řečiště a vzniku embolie. Léčí se především kompresní terapií a podáváním venofarmak (KARETOVÁ, 2011).

Flebotrombóza - je zánět hlubokých žil a je také mnohem závažnější než tromboflebitida, neboť u tohoto onemocnění je velké riziko embolie a případného úmrtí. Vlivem zánětu dochází k narušení vnitřní výstelky žilní stěny, srážení krve a vzniku trombu, který žílu uzavře. Odtržením části trombu vznikne “vmetek“ a může způsobit embolii plicnice. Rizikovými faktory pro vznik flebotrombózy jsou vrozené poruchy koagulace a dlouhodobá nehybnost. Toto onemocnění můžeme zařadit i do pooperačních komplikací, neboť může vzniknout i po operačním výkonu (HERMAN a kol., 2011).

Bércový vřed – pravděpodobně nejzávažnější, ale celkem vzácná komplikace CHVI, která postihuje hlavně spodní třetinu dolní končetiny. Bércový vřed se obtížně a dlouho léčí, v některých případech musí pacient podstoupit i amputaci končetiny. Z hlediska ošetřovatelství je toto velmi vážná komplikace, která potřebuje intenzivní a specializovanou ošetřovatelskou péči (LEPŠÍ, 2006).

Komplikace léčby:

Pacientů, kteří se po zákroku obrací na lékaře s komplikacemi, je méně než 5%. Důležité je rozlišit, zda se jedná o drobné potíže, nebo o opravdové komplikace léčby, které je nutné řešit.

Alergická reakce – při sklerotizaci povrchových varixů může dojít k alergické reakci na vpichovanou látku a následnému anafylaktickému šoku, nicméně tato komplikace je mimořádně vzácná.

Infekce – po chirurgickém odstranění varixů zůstávají jen malé chirurgické rány, nicméně i ty se mohou infikovat. Tato komplikace vzniká vzácně a řeší se punkcí hnisavého ložiska a lokálním ošetřením.

Poškození senzitivních nervů – při složitějších operacích varixů může dojít k poškození některých senzitivních nervů dolní končetiny. Při poškození menších nervových větvíček se obvykle výpadek citlivosti vrátí po několika týdnech zpět do normálu, nicméně poškození většího nervového kmene může vést ke snížení citlivosti až k trvalé lokální ztrátě citu (NOVOTNÝ, 2014).

Často také komplikace vznikají neukázněností pacientů, kteří neuposlechnou pokynů lékaře a nepečují o varixy tak, jak jim bylo doporučeno.

4.2 RECIDIVA

Bohužel i přes velký pokrok v léčbě, recidiva varixů je naprosto běžným jevem. Různé zdroje udávají různá čísla, ale některá se vyšplhala až na 60%. Vidíme tedy, že čísla nejsou malá. O tom, co recidivu způsobuje, se můžeme jen dohadovat, protože úplně stejně jako u vzniku varixů neexistuje řádné vysvětlení, proč se někomu onemocnění vrátí a někomu ne, stejně tak neexistuje po operaci žádná známá a účinná prevence, která by opětovnému vzniku varixů předešla.

Dále také můžeme vyšší hodnotu čísel přičítat tomu, že neexistuje žádná přesná definice “recidivy varixů“. Nejčastěji se setkáváme s definicí doktora Perrina, že za recidivu varixů můžeme považovat přítomnost varixů na končetině, která byla pro varixy už operována.

Recidivy můžeme také rozdělit podle toho, na jakém podkladě vznikly – zda došlo k selhání metody, kterou byly varixy léčeny, či prostě jen dochází k progresi CHVI (NOVOTNÝ, 2014), (HERMAN a kol., 2011).

5 VARIXY V GRAVIDITĚ

O křečových žilách v těhotenství se prakticky nemluví. Tu a tam je o nich zmínka v některém z časopisů pro maminky, v některé knížce je tomuto tématu věnováno pár řádků, ale v podstatě se dělá, že toto téma neexistuje. Paradoxně ale může být těhotenství spouštěcím mechanismem pro vznik tohoto onemocnění a průběh gravidity se tím může výrazně komplikovat.

V těle ženy dochází již v prvních týdnech těhotenství k velkým změnám. Dochází ke změnám hormonálním, psychickým a fyzickým a vlivem těchto změn může docházet ke zhoršení funkcí některých orgánů či jiných částí organismu.

Placenta produkuje masivní množství hormonů, které ovlivňují nejen koagulaci, ale také kvalitu a tonus žilní stěny. Bylo zjištěno, že v průběhu těhotenství se postupně zhoršuje průtok krve v hlubokých žilách na dolních končetinách. Tím se také zvyšuje riziko hluboké žilní trombózy. Ke zhoršení průtoku krve v hlubokých žilách napomáhá i tlak hlavičky dítěte, která tlačí na pánev a může utlačovat některé důležité odvodné žíly.

Cévní nestabilita je běžný jev projevující se až u 50% všech těhotných. Není tedy divu, že jsou varixy, hemeroidy a varikozity v oblasti vulvy celkem běžným problémem komplikujícím graviditu (HERMAN a kol., 2011).

6.1 VARIXY VULVY

Varixy vulvy jsou mimo těhotenství celkem vzácný jev, nicméně v období těhotenství se s nimi už můžeme setkat častěji. Mohou se vyskytovat jak samostatně, tak i za doprovodu klasických varixů na dolních končetinách.

Projevují se v různých formách, od malých rozšířených žilek na velkých stydkých pyscích až po útvary, které mohou deformovat vzhled rodidel. I přes to je ale léčba varixů vulvy v těhotenství pouze konzervativní a snažíme se spíše zmírnit příznaky, jakými je bolest, pálení či svědění. Pokud jsou útvary velké, je zde riziko, že se při porodu některý z útvarů protrhne, a protože je oblast vulvy při porodu hodně prokrvená, jde krvácení špatně zastavit, což může mít fatální následky pro rodičku. Nemožná je také episiotomie, což je další aspekt, který nám může komplikovat porod. Pokud jsou tedy varixy na vulvě

přítomné, lékař, který vede porod, by se měl spíše obrátit na chirurgickou formu porodu, kterou je císařský řez (HERMAN a kol., 2011).

6.2 PREVENCE

Jak tedy varixům v těhotenství předejít? Varixy jsou onemocnění z velké části dědičné, tedy pokud je měl jeden z rodičů, můžeme předpokládat, že je potomek bude mít též. Pokud tedy chce žena v blízké době založit rodinu, je vhodné podívat se na dolní končetiny své matky a otce, zda někdo z nich netrpí CHVI. Pokud tomu tak je, je dobré navštívit ordinaci cévního lékaře, který zjistí riziko rozvoje varixů v graviditě a doporučí další postupy (BARTÍK, 2017).

6 HISTORIE LÉČBY VARIXŮ

O křečových žilách se ve většině zdrojů píše, že je to onemocnění civilizační, že postihuje lidi v moderních zemích a souvisí s dnešním moderním stylem života. Křečové žíly tu s námi ale byly od nepaměti. Téměř ve všech knihách, které se nějakým způsobem zmiňují o historii křečových žil, je vždy zmíněna právě ona socha Hippokratova (460 př. n. l – 377 př. n. l.), kterou jsme i my hned v úvodu první kapitoly zmínili, na které je dobře vidět, že sám otec medicíny se s tímto onemocněním léčil.

Medicína byla sice v této době ještě stále tzv. v plenkách a lidé teprve začínali přicházet na to, jak vlastně lidské tělo funguje, ale Hippokrates už v této době objevil, že právě ony rozšířené a viditelné žíly mohou mít souvislost se vznikem bércových vředů a už tehdy ordinoval lidem přikládat na ránu bylinky, ocet a dvojistou bandáž s lehkou kompresí. Tím položil základy pro kompresní terapii, která je dodnes nejdůležitější součástí při léčení varixů.

Po Hippokratovi – ale stále ještě v letech před naším letopočtem – přišli další lékaři, kteří už se pouštěli i do složitějších zákroků než jen bandážování.

Za zmínku určitě stojí Aulus Cornelius Celsus. Lékař, který jako jeden mezi prvními začal s operací varixů rozříznutím podkoží a avulzí poškozené žíly tupým hákem. Tento zákrok musel být nesmírně bolestivý, přihlédneme-li k faktu, že anestezie byla vynalezena až o několik stovek let později.

S příchodem křesťanství přišla i doba temnoty, nevědomosti a všemožných zákazů. Vědy a s nimi i lékařství se tedy moc nerozvíjely. Církev zakazovala pitvy, neboť je považovala za kacířské. Knihy a spisy, které byly plné vědomostí, se pálily, neboť vědomosti byly pouze výsadou církve a lidé, kteří projevíli byt' jen malou touhu po vědomostech, které byly za hranicí únosnosti, nastavenou církví byli prohlášeni za heretiky a upáleni.

Lékaři tedy sázeli hlavně na bylinky a vůli boží.

Nemůžeme ovšem říci, že by se téměř 15 století lékařství nikam neposunulo. Za církevními zády se ti nejstatečnější přeci jen snažili přijít na nové věci a, tak ke konci středověku, kdy moc církve slábla a přicházelo období renesance, zase lékaři začínali léčit

varixy a bérkové vředy novými technikami. Odstraňovala se mrtvá tkáň, přikládaly se obklady s oxidem olovnatým a praktikovala se - v té době velmi oblíbená – technika pouštění žilou.

S převratnou novinkou přišel lékař Richard Wiseman (1622–1676), který vynalezl předchůdce naší kompresní punčochy. Byla to punčocha, která měla po celé své délce šněrování. Tedy navlékla se na nohu, zašněrovala se a utáhla jako korzet, čímž působila stejnou kompresi po celé své délce, navíc se utahováním nebo povolováním tkaniček mohla volit síla komprese. Jako materiál pro výrobu těchto punčoch, využíval Wiseman nejčastěji psí kůži, protože byla jemnější a prodyšnější než třeba kůže hovězí.

V 19. století označil Theodor Billroth operování varixů za naprosto nemístné a zbytečné, neboť mnoho pacientů po zákroku onemocnělo flebotrombózou a zemřelo na následnou embolii.

Když uběhlo pár let a šílenství kolem tohoto výroku opadlo, začali chirurgové zase zkoumat možnosti, jak zefektivnit léčbu křečových žil. Jméno Friedrich Trendelenburg je v ošetrovatelství poměrně známé a byl to právě on, kdo jako první napsal o úspěšnosti léčby při podvázání velké skryté žíly, čímž položil základ pro moderní techniky operací v cévní chirurgii.

Dnes máme technik pro léčbu varixů mnoho, ale je velmi zajímavé vidět, že základní kámen pro léčbu byl položen před více jak dvěma tisíci lety (ROYLE, SOMJEN, 2007).

7 PERIOPERAČNÍ PÉČE O PACIENTA S VARIXY DOLNÍCH KONČETIN

Pojem perioperační péče zahrnuje péči v období okolo operace, tj. před, během a po ní. Jako každá jiná ošetrovatelská péče mají i tato jednotlivá období svá specifika, na která je třeba brát zřetel při ošetřování chirurgického pacienta (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013, s. 26).

7.1 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE

Tato péče počíná rozhodnutím lékaře o operaci a končí v době, kdy pacient vstoupí na operační sál. Nelze tedy přesně říci, jak dlouho předoperační období trvá. U plánovaného výkonu může trvat měsíce, u akutního jen hodiny. Délka se tedy liší od typu výkonu. V tomto období se snaží zdravotnický personál zajistit co nejlepší podmínky ke zvládnutí výkonu (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

U pacientů s varixy dolních končetin začíná předoperační období většinou v ambulanci cévního lékaře, který provede veškerá nutná vyšetření a rozhodne o operačním zákroku. Po souhlasu pacienta s operací, lékař a sestra pacienta edukují o průběhu operace a o pooperačním období. Informovanost pacienta o průběhu zákroku je důležitá, neboť snižuje riziko úzkosti a nervozity pacienta ze zákroku. Důležité je také edukovat pacienta o předoperačním období – co má a nemá před zákrokem dělat, popřípadě jaké léky má brát nebo vysadit. Pacient musí přicházet k výkonu maximálně připravený, aby mohl zákrok proběhnout hladce.

U varixů je velmi důležité pacienta poučit o kompresní terapii, neboť ta je nedílnou součástí pooperační péče. Ještě před nástupem na výkon by měl pacient zvládat správně navléknout kompresní punčochu a při nástupu k hospitalizaci by měl pacient jeden pár punčoch vlastnit. Ten mu předepíše cévní lékař a je proplácen pojišťovnou.

Důležitá je také péče o kůži na dolních končetinách. Je dobré po sprchování nohy mazat zvláčňujícím krémem, aby byla pokožka hydratovaná, neboť se po zákroku bude mnohem lépe hojit, než kůže suchá.

Při nástupu do nemocnice je pacient ještě jednou edukován zdravotnickým personálem o tom, jak bude výkon probíhat a také jak bude probíhat jeho hospitalizace.

Před výkonem pacient vždy podepisuje informovaný souhlas (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013), (MUCHOVÁ, 2010).

7.2 POOPERAČNÍ PÉČE

Tato část ošetrovatelského procesu začíná po předání pacienta ze sálu na oddělení. Existuje pooperační péče bezprostřední a následná.

Bezprostřední část pooperační péče je zaměřena hlavně na předejití pooperačním komplikacím, jakými jsou např. hypoventilace, hypotermie či krvácení. Následná pak na rehabilitaci a na co nejjednodušší návrat pacienta do normálního chodu života.

Po operaci je tedy pacient převezen na tzv. dospávací pokoj, kde je minimálně dvě hodiny sledován. Sledují se především vitální funkce, kterými je tlak, puls a saturace kyslíkem. V této fázi je také důležité sledovat bolest pacienta a popřípadě podat analgetika. V případě že je pacientův stav ohrožen, je převezen na JIP či ARO.

V případě, že je pacient bez komplikací, je převezen zpět na svůj pokoj, kde je sledován především příjem a výdej tekutin, stav rány a bolest pacienta. Dle ordinace lékaře jsou mu podány léky (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

U pacientů po operaci varixů dolních končetin není tento postup jiný.

Co se týče bolesti, mívají pacienti nejčastěji bolesti v operačních rankách, výjimečně v celých končetinách. Na ty podáváme analgetika dle rozhodnutí lékaře.

Po operaci nelze považovat za chybu pacienta znovu edukovat o důležitosti kompresní terapie, neboť punčochy či bandáže bude pacient následně nosit minimálně další 2-4 týdny. Vhodné je také zmínit, že po zákroku se mohou objevit pooperační hematomy, lehký pooperační otok či dočasná ztráta citu v některých částech končetiny. To vše ale časem vymizí. Pokud ne, je nutné, aby pacient informoval lékaře.

O délce hospitalizace po chirurgickém zákroku rozhodne lékař. V případě, že je pacient bez komplikací, odchází většinou druhý den po zákroku domů. Poté dochází

na domluvené kontroly do cévní ambulance, kde se rozhoduje o dalším průběhu případné léčby či rehabilitaci (MUCHOVÁ, 2010).

8 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACENTKU PO OPERACI VARIXŮ RADIOFREKVENČNÍ METODOU

Pacientka A. N. byla přijata na chirurgické oddělení dne 4. 2. 2018 pro plánovaný zákrok odstranění varixů na obou dolních končetinách radiofrekvenční metodou z důvodu pokročilé venózní insuficience. Pacientka je pro toto onemocnění dlouhodobě léčena, neboť první příznaky se u pacientky objevily po prvním těhotenství v roce 1975, kdy poprvé absolvovala lékařskou prohlídku a vyšetření žil dolních končetin. Pacientka byla léčena konzervativně, a to kompresní terapií a venofarmaky, které však nepřinášely žádoucí výsledek a pacientce dlouhodobě úlevu. Byla jí tedy lékařem doporučena konzultace na chirurgické ambulanci ke zvážení možné operační léčby.

Operaci absolvovala v roce 1986 konvenční metodou – stripping velké sapheny a varixů obou dolních končetin. Po zákroku byla pacientka dlouhou dobu bez obtíží, ale okolo roku 1998 začala mít pocity těžkých nohou hlavně po delším stání a současně se začaly objevovat nové varikózní žíly na obou dolních končetinách. Po konzultaci v ambulanci cévního chirurga v roce 2006 nejprve absolvovala konzervativní léčbu sklerotizací venektázií a drobnějších varixů doplněnou medikamentózní léčbou. Po několikaleté přestávce se objevily na pravém bérce dva drobné defekty, jejichž příčinou byl pravděpodobně varikózní komplex – recidiva. Po zhojení defektů byla pacientce navržena reoperace, tentokrát radiofrekvenční metodou, kterou se rozhodla podstoupit.

U pacientky byl prováděn individuální ošetrovatelský proces od příjmu až do propuštění dne 6. 2. 2018. Pacientce byly při příjmu změřeny fyzikální funkce, byla poučena o řádu zdravotnického zařízení a na základě anamnestického rozhovoru, zdravotnické dokumentace a pozorování pacientky byl navržen individuální ošetrovatelský plán, který byl pravidelně aktualizován.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE:

Jméno a příjmení: X. Y.	Rodné číslo: 480000/00
Datum narození: 1948	Věk: 69 let

Adresa trvalého bydliště: <i>Pec pod Sněžkou</i>	
Kontaktní osoba, které lze předat informace: <i>dcera</i>	
Pohlaví: <i>žena</i>	Číslo pojišťovny: <i>207</i>
Jazyk: <i>český</i>	Stav: <i>vdova</i>
Vzdělání: <i>středoškolské</i>	Státní příslušnost: <i>česká</i>
Zaměstnání: <i>majitelka horského pensionu</i>	Národnost: <i>česká</i>
Datum přijetí: <i>4. 2. 2018</i>	Typ přijetí: <i>plánované</i>
Oddělení: <i>chirurgie A</i>	Ošetřující lékař: <i>MUDr. Bartík</i>

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Plánovaný zákrok odstranění varixů dolních končetin.

Medicínská diagnóza hlavní:

Venózní insuficience

Medicínské diagnóza vedlejší:

0

Hodnoty a údaje zjištěné při příjmu:

TK: *125/70*

P: *75'*

D: *16 – 17/min*

TT: *36,7 °C*

Výška: *175 cm*

Hmotnost: *77 kg*

BMI: *25*

Orientace místem, časem, osobou:
orientovaná

Stav vědomí: *při vědomí*

Pohyblivost: *bez omezení*

Řeč: *plynulá*

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Matka: *zemřela v 98 letech stářím, varixy na obou dolních končetinách - neléčené*

Otec: *zemřel v 50 letech na úraz*

Sourozenci: *bratr žije*

Děti: *dvě dcery, zdraví*

Osobní anamnéza

Překonaná chronická onemocnění: *infekční mononukleóza v 18 letech*

Hospitalizace a operace: *opakovaně operace kolena po úrazu (1986, 2004)*

Úrazy: *distorze kolenního kloubu PDK (1986, 2004)*

Transfúze: *0*

Očkování: *povinná dětská očkování*

Farmakologická anamnéza

Pacientka neužívá žádnou chronickou medikaci

Abúzy

Alkohol: *příležitostně večer 2 - 3 dcl červeného vína*

Kouření: *nekuřačka*

Káva: *2 šálky denně*

Léky: *pacientka neudává*

Jiné návykové látky: *pacientka neudává*

Sociální anamnéza

Stav: *vdova*

Bytové podmínky: *žije ve svém pensionu, kde má celé patro zařízené jako byt*

Vztahy, role, interakce: *Do nedávna se starala o svou maminku, která s ní žila v pensionu. Po její smrti žije pacientka v pensionu sama, ale denně se vídá s oběma dcerami, které ji jezdí do pensionu vypomáhat. Často za ní také chodí její tři vnuci. S bratrem se nevidá, protože žije v zahraničí.*

Záliby: *lyžování, horská příroda, v létě ráda jezdí k moři*

Volnočasové aktivity: *chůze po horách s trekingovými holemi, lyžování, příležitostně sauna*

Pracovní anamnéza

Vzdělání: *středoškolské – hotelová škola*

Pracovní zařazení: *majitelka horského pensionu, přemýšlí, že po této sezóně přenechá pension svým dvěma dcerám a půjde do důchodu*

Ekonomické podmínky: *velmi dobré*

Alergologická anamnéza

Léky: *pacientka neudává*

Potraviny: *má podezření na alergii na celer - kopřivka*

Chemické látky: *pacientka neudává*

Jiné: *pacientka neudává*

Gynekologická anamnéza

Menarché: *ve 13 letech*

Antikoncepce: *pacientka nikdy nežívala hormonální antikoncepci*

Porody: 2

Ukončená těhotenství: 0

Menopauza: *v 56 letech*

Potíže klimakteria: *Pacientka pociťovala návaly, pocení a změny nálad. Brala tedy chvíli hormonální substituci, která jí ale nedělala dobře, přešla tedy na bylinné čaje, které jí byly lékařem doporučeny.*

Spirituální anamnéza

Pacientka není věřící.

KATAMNÉZA

Pacientka přichází 14. 7. 2017 do chirurgické ambulance v Trutnově na doporučení praktického lékaře pro recidivu varikózních žil na levé dolní končetině. Na základě klinického vyšetření chirurgem byla pacientce navržena reoperace metodou strippingu varikózních žil. Vyhlídka na několikátýdenní rekonvalescenci v pooperačním období byla pro pacientku s ohledem na její zaměstnání natolik nepřijatelná, že navrhovanou operaci odmítla. Souhlasila tedy s konzervativním způsobem léčení elastickou kompresí punčochami a medikamentózní léčbou Detralex v dávce 1-2 tablet denně.

Během dalších měsíců se konzervativní léčba ukázala málo účinná a přetrvávající obtíže ve formě otoků a těžkých nohou po celodenní zátěži pacientku posléze nutily vyhledat znovu lékařskou pomoc.

Na začátku prosince 2017 vyhledala na radu kamarádky vyšetření v cévní chirurgické ambulanci v Praze. Zde byla vyšetřena barevnou duplexní sonografií a byla oboustranně zjištěna residua po předchozí operaci – ponechané dlouhé pahýly venae saphenae magnae s insuficiencí chlopní saphenofemorálních junkcí. Do periferie směřující větve nasedající na pahýly saphen byly považovány za možnou příčinu otoků a rozvoje recidivy varikózního komplexu. Tento nálezn byl indikací k reoperaci. Pacientce tedy byla navržena reoperace ablací pahýlů venae saphenae magnae radiofrekvenční metodou s peroperačním použitím ultrazvuku, spojenou s flebektomií viditelných varixů.

Krátkodobá rekonvalescence v trvání jednoho až dvou týdnů byla pro pacientku přijatelná a souhlasila s provedením operačního zákroku.

Pacientce byla praktickým lékařem provedena všechna potřebná předoperační vyšetření, která byla v pořádku, a umožnily pacientce podstoupit operační zákrok.

Pacientka nastoupila na chirurgické oddělení A v Nemocnici Na Františku 4. 2. 2018 v 11:20 hodin. Byla poučena ohledně nemocničního řádu a o jejím výkonu, dále jí byly změřeny fyziologické funkce, které odpovídaly normě. Ještě tentýž den podstoupila předanesteziologické vyšetření, jehož výsledek prokázal, že pacientka je schopna podstoupit zákrok. Pacientka byla dále edukována, že od půlnoci nesmí nic

per os, včetně cigaret. Dále byla poučena, jak bude probíhat pooperační období a byla zdůrazněna důležitost nošení elastických punčoch. Pacientka byla při vědomí, orientovaná a měla zájem na spolupráci se zdravotnickým personálem.

Druhý den hospitalizace byla pacientka předána na operační sál. Operační zákrok proběhl bez komplikací.

Třetí den hospitalizace byla pacientka bez bolestí a komplikací, byla tedy edukována sestrou jak správně nosit kompresní punčochy a propuštěna ošetřujícím lékařem do domácí péče, kde o ni pečovaly dcery.

14. 2. 2018 se dostavila na kontrolu do cévní ambulance, kde jí byly lékařem odstraněny stehy a provedeno vyšetření barevnou duplexní sonografií, které prokázalo, že zákrok byl úspěšný.

Na podzim roku 2018 bylo naplánováno odstranění drobných venektázií a metliček sklerotizací a kosmetickou radiofrekvencí.

ANALÝZA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetřovatelský proces byl zpracováván 0. – 1. pooperační den. Dle fyzikálního vyšetření a třinácti domén NANDA I Taxonomie II jsme vyhodnotili pacientčin stav po operaci, stanovili ošetřovatelské diagnózy a seřadili je podle priorit. Poté jsme vypracovali ošetřovatelský plán a realizovali jej. Na závěr jsme zhodnotili, zda bylo dosaženo naplánovaných cílů.

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU

Pacientka byla přijata po zákroku na standardní oddělení 5. 2. 2018 v 14:10 z dospávacího pokoje. Fyzikální vyšetření bylo provedeno v 16:00 v tentýž den. Pacientka je při vědomí, působí klidným dojmem a bez problémů spolupracuje. Kladeným otázkám rozumí, odpovídá srozumitelně, řeč je plynulá.

Hlava: *nebolestivá, bez deformit, tvar lebky mezocefalický*

Oči: *zornice izokorické, bez sekretu, bez zarudnutí, skléry bílé a víčka nepokleslá, brýle pouze na čtení*

Uši, nos: *bez výtoků*

Rty: *růžové, sušší, souměrné*

Dásně, sliznice dutiny ústní: *dásně a sliznice vlhké, růžové*

Jazyk: *bez povlaku, ve středním postavení*

Tonzily: *bez povlaku, nezvětšené*

Chrup: *vlastní, bez známek zánětu*

Krk: *nehmatné uzliny, pulzace karotid hmatná, štítná žláza nezvětšená*

Hrudník: *symetrický*

Plíce: *poklep jasný, dýchání čisté, bez vedlejších fenoménů*

Srdce: *srdeční akce pravidelná*

Břicho: *souměrné, kůže bez defektů, hladká, na pohmat nebolestivé*

Játra: *nepřesahují žeberní oblouk*

Slezina: *nezvětšená*

Uzliny: *nehmatné, nezvětšené*

Páteř: *nebolestivá, fyziologicky zakřivená*

Klouby: *nebolestivé, hybnost zachována*

Reflexy: *zachovalé*

Periferní pulzace: *hmatná*

Varixy: *vyoperovány*

Kůže: *teplá, pružná, hydratovaná*

Otoky: *lehké otoky okolo operačních ran*

UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I

TAXONOMIE II

Provedeno 5. 2. 2018 v 16:20. Pacientka je hospitalizována na standardním oddělení a je 4 hodiny po zákroku.

<p>1) Podpora zdraví</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uvědomování si zdraví • Management zdraví 	<p>Subjektivně: <i>S prvním těhotenstvím jsem přestala kouřit a už nezačala. Alkohol jen málo, pouze červené víno, když na něj mám večer chuť, tak 2 – 3 dcl.</i></p> <p>Objektivně: <i>Pacientka nekouří, alkohol pije jen málo.</i></p> <p>Ošetřovatelský problém: <i>Nebyl nalezen.</i></p> <p>Priorita: <i>0</i></p>
<p>2) Výživa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Příjem potravy • Trávení • Vstřebávání • Metabolismus • Hydratace 	<p>Subjektivně: <i>Dietu už v mém věku nadržím, ráda se dobře najím, ale hlídám se. Jím v podstatě všechno. Nejraději mám řízek se salátem. Vody vypiju cca 2 – 3 litry denně a dvě kávy s mlékem.</i></p> <p>Objektivně: <i>Pacientka měří 175 cm a váží 77 kg. Její BMI je 25, což je i v jejím věku norma. Pije dostatek tekutin, kožní turgor má normální.</i></p> <p>Ošetřovatelský problém: <i>Nebyl nalezen.</i></p> <p>Priorita: <i>0</i></p>

<p>3) Vylučování a výměna</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funkce močového systému • Funkce GIT • Funkce kožního systému • Funkce dýchacího systému 	<p>Subjektivně: <i>S močením problémy nemám, na stolici chodím celkem pravidelně po ranní kávě. S dýcháním problém nemám, s mou prací nachodím denně i několik kilometrů.</i></p> <p>Objektivně: <i>Pacientka nemá s vyprazdňováním problém, stolice byla naposledy včera ráno (4. 2.), bez příměsi, normální konzistence. Dýchání pravidelné, bez vedlejších fenoménů.</i></p> <p>Ošetřovatelský problém: <i>Nebyl nalezen.</i></p> <p>Priorita: 0</p>
<p>4) Aktivita – odpočinek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spánek, odpočinek • Aktivita, cvičení • Rovnováha, energie • Kardiovaskulární – pulmonální reakce • Sebepéče 	<p>Subjektivně: <i>Poslední dobou mám někdy problém s usínáním. Jsem trochu nervózní, protože nevím, co bude s pensionem, až půjdu do důchodu. Unavená bývám, zvlášť při lyžařské sezóně, ale to je tím, že v 70ti letech už není legrace vést celý pension. Fungovat ale zvládám normálně. Když mám chvílku volno, jdu si zalyžovat, v létě chodím s trekingovými holemi po horách.</i></p> <p>Objektivně: <i>Pacientka se poslední dobou cítí unavená, hlavně kvůli množství práce. Poslední dobou má také problémy s usínáním, léky na spaní ale nebere. Odpočívá aktivně. Působí upraveným a čistým dojmem.</i></p> <p>Ošetřovatelský problém: <i>Nebyl nalezen.</i></p> <p>Priorita: 0</p>

<p>5) Percepce/kognice</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pozornost • Orientace • Kognice • Komunikace 	<p>Subjektivně: <i>Myslím, že pozornost a orientaci mám v pořádku, když zvládám vést celý pension. (směje se) Svůj zdravotní stav si uvědomuji. Nevadí mi být na pokoji ještě s někým jiným, aspoň si popovídám a přijdu na jiné myšlenky.</i></p> <p>Objektivně: <i>Pacientka je plně orientovaná, na dotazy odpovídá srozumitelně, s komunikací problém nemá, je hovorná.</i></p> <p>Ošetřovatelský problém: <i>Nebyl nalezen.</i></p> <p>Priorita: <i>0</i></p>
<p>6) Sebepercepce</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sebepojetí • Sebeúcta • Obraz těla 	<p>Subjektivně: <i>Myslím, že v mém věku už je člověk tak nějak smířený a spokojený sám se sebou. Já bych na sobě nic neměnila, snad jen být o pár let mladší, pár věcí udělat jinak. A taky se zbavit těch viditelných varixů, abych si v létě u moře nedělala ostudu.</i></p> <p>Objektivně: <i>Pacientka působí sebevědomě a spokojeně sama se sebou, je vidět, že o sebe pečuje.</i></p> <p>Ošetřovatelský problém: <i>Nebyl nalezen.</i></p> <p>Priorita: <i>0</i></p>
<p>7) Vztahy mezi rolemi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Role pečovatelů • Rodinné vztahy • Plnění rolí 	<p>Subjektivně: <i>Jsem maminka a babička, s dcerami mám skvělý vztah, vnuci mě mají myslím taky rádi. Jsem ten typ babičky, co jim vždycky za mamčinými zády dá nějakou tu korunu. (směje se) Vidám se s nimi téměř ob den. Někdy i častěji. Všichni mi pomáhají s pensionem, i když mají</i></p>

	<p><i>vlastní starosti. Občas mi chybí manžel, byli jsme spolu dlouho a byl mou velkou oporou. Nedávno mi zemřela maminka, o kterou jsem se dlouho starala. Bylo to v jejím věku spíše vysvobození, ale to víte, byla to maminka, tak se mi po ní taky občas zasteskne.</i></p> <p>Objektivně: <i>Pacientka udržuje s rodinou dobré vztahy, do nedávna se starala o svou starou a nemohoucí maminku. Stýská se jí po manželovi, který zemřel před pár lety. Občas se sejde s dlouholetými přáteli na kávu.</i></p> <p>Ošetrovatelský problém: Nebyl nalezen.</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>8) Sexualita</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexuální funkce • Reprodukce 	<p>Subjektivně: <i>Od smrti manžela jsem nikoho neměla a ani o to nestojím. Navíc v mém věku už má člověk jiné starosti.</i></p> <p>Objektivně: <i>Pacientka je už po klimakteriu, které nebylo nijak bouřlivé. Příznaky nejdříve tlumila léky, později čaji.</i></p> <p>Ošetrovatelský problém: Nebyl nalezen.</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>9) Zvládání/tolerance zátěže</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posttraumatické reakce • Reakce na zvládání zátěže • Neurobehaviorální stres 	<p>Subjektivně: <i>Myslím, že takový ten každodenní stres zvládám dobře, měla jsem akorát trochu strach ze zákroku, ale teď když už to mám za sebou, tak už je to v pořádku a cítím se lépe.</i></p>

	<p>Objektivně: <i>Pacientka zvládá stres dobře, je ráda, že má operaci za sebou. Stres nebo strach nepociťuje.</i></p> <p>Ošetrovatelský problém: <i>Nebyl nalezen.</i></p> <p>Priorita: <i>0</i></p>
<p>10) Životní principy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hodnoty • Přesvědčení • Soulad hodnot/ přesvědčení/ jednání 	<p>Subjektivně: <i>Tak v mém věku už chce být člověk hlavně zdravý, záleží mi na tom, aby moje děti a vnoučata byla zdravé a hlavně že se ta operace zadařila.</i></p> <p>Objektivně: <i>Pacientka má ve svém životě stanovené určité priority a hodnoty, které nepotřebují přehodnotit.</i></p> <p>Ošetrovatelský problém: <i>Nebyl nalezen.</i></p> <p>Priorita: <i>0</i></p>
<p>11) Bezpečnost – ochrana</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infekce • Fyzické poškození • Násilí • Environmentální rizika • Obranné procesy • Termoregulace 	<p>Subjektivně: <i>Nikdy jsem neměla žádné sebevražedné sklony. Nemyslím si, že bych byla nějaký agresivní typ ani vůči ostatním. Akorát za volantem si občas zanádvám, to jo. Hlava se mi už po anestezii netočí, ale na vstávání se ještě necítím.</i></p> <p>Objektivně: <i>Pacientka nejeví známky agresivity, působí vyrovnaně. Dále má zaveden PŽK (1. den). PŽK bylo zkontrolováno, pacientka udává, že místo vpichu nebolí ani nepálí. Zarudnutí nebylo pozorováno. Je 0. den po operaci a má operační rány. Pacientce je dovoleno vstát na WC, ale pouze v doprovodu sestry.</i></p>

	<p>Ošetřovatelský problém: <i>Riziko infekce, riziko pádu, narušená integrita tkáně.</i></p> <p>Priorita: <i>Střední, střední, střední.</i></p>
<p>12) Komfort</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tělesný komfort • Komfort prostředí • Sociální komfort 	<p>Subjektivně: <i>Cítím se stále ještě trochu unavená, asi po té narkóze, ale jinak je mi dobře. Ty nohy mě moc nebolí, cítím je akorát trochu při pohybu. Taky ty obvazy nejsou moc pohodlné. Jinak se tu necítím nijak špatně, pan doktor i sestřičky jsou na mě hodné a kolegyně vedle na lůžku je velmi milá a dobře se mi s ní povídá.</i></p> <p>Objektivně: <i>Pacientka je cca 4 hodiny po operaci, jedna ranka lehce prosakuje. Lůžko má polohovací, bylo jí doporučeno dát si operované končetiny do vyvýšené polohy.</i></p> <p>Ošetřovatelský problém: <i>Zhoršený komfort, akutní bolest.</i></p> <p>Priorita: <i>střední, vysoká</i></p>
<p>13) Růst/vývoj</p> <ul style="list-style-type: none"> • Růst • Vývoj 	<p>Subjektivně: <i>S růstem jsem neměla v dětství problémy.</i></p> <p>Objektivně: <i>Nelze posoudit.</i></p> <p>Ošetřovatelský problém: <i>Nebyl nalezen.</i></p> <p>Priorita: <i>0</i></p>

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

5. 2. 2018

Ordinovaná vyšetření: 0

Výsledky: 0

Konzervativní léčba:

Dieta: 3

Výživa: *per os (dle stavu pacientky)*

Pohybový režim: *dnes klid na lůžku, použití WC v doprovodu sestry*

RHB: 0

Medikamentózní léčba:

NOVALGIN 500 mg - i. v. - á 6 h při bolestech více jak 4/10 na numerické škále bolesti (analgetika)

Premedikace:

DORMICUM 7,5 mg - per os - na zavlání (midazolam)

Chirurgická léčba:

5. 2. 2018 Radiofrekvenční ablace venae saphenae magnaе, phlebectomia

SITUAČNÍ ANALÝZA

5. 2. 2018

0. operační den

Ráno v 7:30 v den operace byla pacientka edukována ohledně převozu na operační sál a ohledně patřičné hygieny obou dolních končetin. Bylo jí upraveno lůžko a na postel složen empír, do kterého se pacientka později převlékla. Vzhledem k pacientčíně samostatnosti zvládla ranní hygienu sama. Před odvozem na sál přišel za pacientkou chirurg, který jí provedl mapping křečových žil, při kterém si na pacientce vyznačil, kudy povede operační řezy a které křečové žíly budou odstraněny. Pacientka potvrdila, že od půlnoci nejedla, nepila a nekouřila. V 9:35 jí byly změřeny fyziologické funkce. TK: 128/75, P: 73', D: 16/min, TT: 36,5 °C, SpO2: 98 %. V 9:40 byla pacientce podána premedikace, přičemž byla poučena, že již nesmí vstávat z postele. Vše bylo zapsáno do dokumentace. Poté byla pacientka převezena i s dokumentací do předsálí a v 9:45 předána personálu operačních sálů.

Operační zákrok proběhl bez komplikací, pacientka byla převezena na dospávací pokoj, kde jí byly 2 hodiny monitorovány fyziologické funkce. Po dvou hodinách měla naměřené fyziologické hodnoty v normě, byla tedy v 14:10 převezena zpět na svůj pokoj, kde jí byly podány tekutiny, a protože měla pacientka bolesti 6/10 na numerické škále bolesti, byla jí podána analgetika – NOVALGIN 500 mg i. v. Bolest se po podání analgetik zmírnila na 2/10. Později bylo uděláno fyziologické vyšetření sestrou a rozhovor s pacientkou ohledně vyhledání ošetrovatelských problémů. Poté byly zkontrolovány operační rány, které až na jednu, která lehce prosakovala, byly v pořádku. Na lékařův pokyn se na ranku tedy navázaly další sterilní čtverce. Pacientka má naordinovaný klid na lůžku, dojít na WC si může, ale pouze s doprovodem sestry. Po vyšetření sestrou pacientka až do večere spala. Po probuzení udávala bolest 3/10 a v doprovodu sestry si došla na WC a vymočila se. Pacientka nepociťovala nevolnost, byla jí tedy podána večere, kterou z části snědla. V 18:10 jí byly změřeny fyziologické funkce – TK: 114/76, P: 67', D: 15/min, TT: 36,4 °C, SpO2: 99 %. Vše bylo zapsáno do pacientčiny dokumentace. V doprovodu sestry pacientka zvládla večerní hygienu a až do večerních hodin si četla.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A SEŘAZENÍ DLE PRORIT

Ošetřovatelské diagnózy jsme stanovili dle třinácti domén NANDA I Taxonomie II Ošetřovatelské diagnózy, Definice a klasifikace 2015 – 2017.

Dne 5. 2. 2018 v 2. hospitalizační den a 0. pooperační den, kdy byla již pacientka po zákroku, bylo nalezeno 5 ošetřovatelských diagnóz, které byly seřazeny dle priorit. Z toho byly vybrány 3 diagnózy, které byly rozpracovány, a byl navržen individuální plán ošetřovatelské péče.

Ošetřovatelské diagnózy ze dne 5. 2. 2018:

Diagnózy zaměřené na problém:

Akutní bolest - 00132

Narušená integrita tkáně - 00044

Zhoršený komfort – 00214

Rizikové (potenciální):

Riziko infekce - 00004

Riziko pádu – 00155

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA 1

Akutní bolest (00132)

Doména: 12. Komfort

Třída: 1. Tělesný komfort

Definice: *Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů 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:

- *Výraz bolesti v obličeji (při pohybu dolními končetinami)*
- *Vyhledávání antalgické polohy*
- *Vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizované škály bolesti (Numerická škála bolesti)*

Související faktory:

- *Fyzikální původci zranění (operace – operační rána)*

Priorita: *Střední*

Cíl:

Krátkodobý cíl: *Pacientka udává snížení pooperační bolesti z 6/10 na numerické škále bolesti, na alespoň 3/10 – do 1 dne.*

Očekávané výsledky:

- *Pacientka umí využít metody ke zmírnění bolesti – do 10 minut.*
- *Pacientka pociťuje úlevu od bolesti z 6/10 na 3/10 – do 20 minut po podání analgetik.*
- *Pacientka nemá bolestivý výraz v obličeji při pohybu dolními končetinami – do 20 minut po podání analgetik.*
- *Pacientka využívá relaxačních technik ke zmírnění bolesti – po celou dobu hospitalizace.*

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

- *Zjistí příčinu pacientčiny bolesti a informuj o ní pacientku – ihned, sestra.*
- *Edukuj pacientku, jak bolest ovlivnit (využití úlevové polohy, možnost podání analgetik dle ordinace lékaře, využití relaxační techniky) – ihned, sestra.*
- *Edukuj pacientku, jak využívat numerickou škálu k určení bolesti – ihned, sestra.*
- *Posud' s pacientkou na škále bolesti sílu její bolesti – ihned, sestra.*
- *Podej pacientce analgetika a sleduj jejich účinky – do 10 minut, sestra.*
- *Zhodnoť, zda analgetika a úlevová poloha pacientce pomáhají snížit bolest – do hodiny, sestra.*
- *Komunikuj s pacientkou ohledně její bolesti a sleduj její verbální i neverbální projevy – á 30 minut, sestra.*
- *Zajisti pacientce příjemné a pohodlné prostředí (vyvětrej, umožni sledování televize či jinou relaxační techniku) – průběžně po dobu hospitalizace, sestra.*
- *Vše pečlivě zapiš do dokumentace – průběžně po dobu hospitalizace, sestra.*

Realizace:

5. 2. 2018 – 0. pooperační den

- *14:10 – pacientka převezena z dospávacího pokoje na pokoj standardní, při vědomí, orientovaná. Pociťuje bolest v místech operačních ran. Je edukována ohledně zdroje její bolesti, jak využívat numerickou škálu bolesti a o možnostech*

úlevové polohy, relaxačních technik a podání analgetik. Na numerické škále udává sílu bolesti 6/10.

- *14:20 – pacientce byla podána analgetika dle ordinace lékaře (NOVALGIN 500 mg i. v.).*
- *14:35 – pacientka pociťuje úlevu.*
- *14:45 – pacientka udává sílu bolesti 2/10. Je upozorněna, že je nutné sestře nahlásit případné zhoršení bolesti.*
- *15:10 – pacientka odpočívá, telefonuje rodině a blízkým.*
- *15:40 – pacientka je vzhůru, čte si časopis a rozmlouvá se spolubydlicí. Nejeví známky bolesti.*
- *16:00 – pacientka je vyšetřována sestrou, sílu bolesti udává 2/10.*
- *17:30 – pacientka pospává a nejeví známky bolesti.*
- *17:50 – pacientka volá signalizačním zařízením sestru, potřebuje doprovodit na WC, sílu bolesti udává 3/10. Sledují se spolubydlicí TV.*

6. 2. 2018 – 1. pooperační den

- *6:30 – pacientka je vzhůru, zvládla samostatně vykonat ranní hygienu. Udává, že je zcela bez bolesti.*
- *8:30 – pacientce je udělán převaz obou dolních končetin. Nepociťuje bolest ani v jedné z končetin.*
- *10:00 – pacientka je zcela bez bolesti a jiných pooperačních komplikací, je tedy lékařem informována, že bude propuštěna do domácí péče.*

Hodnocení:

Pacientka byla edukována ohledně bolesti a možnostech jejího zmírnění až odstranění. Informacím porozuměla a spolupracovala. Byla kontinuálně sledována sestrou, které ochotně sdělovala stav její bolesti. Podařilo se nám zmírnit bolest na numerické škále bolesti z 6/10 na 2/10 do 1 hodiny. Krátkodobý cíl byl tedy splněn. Večer udávala pacientka bolest 3/10, která přes noc úplně vymizela. Další den byla pacientka zcela bez bolesti, a to až do propuštění z oddělení. Léčba bolesti tedy byla úspěšná.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA 2

Riziko pádu (00155)

Doména: 11. Bezpečnost/ ochrana

Třída: 2. Tělesné poškození

Definice: *Náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví.*

Rizikové faktory:

- *Pooperační zotavení*
- *Farmaka (anestezie)*

Priorita: *Střední*

Cíl:

Krátkodobý cíl: *Pacientka po celou dobu hospitalizace neupadne.*

Očekávané výsledky:

- *Pacientka respektuje všechna bezpečnostní opatření, aby nedošlo k jejímu pádu (nevstává bez sestry z lůžka, má zvednutou zábranu u postele) – do 20 minut.*
- *Pacientka nebude vykazovat rizikové chování (sama vstávat z lůžka bez doprovodu sestry) – po celý 0. pooperační den.*

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

- *Edukuj pacientku o riziku jejího pádu spojeným s jejím pooperačním stavem – ihned, sestra.*
- *Edukuj pacientku, že z lůžka může vstávat pouze v doprovodu sestry či ošetřovatelky – ihned, sestra.*
- *Informuj pacientku, kde se v její blízkosti nachází signalizační zařízení na přivolání sestry – do 10 minut, sestra.*
- *Aktivně nabízej pacientce doprovod na WC – každou hodinu, sestra.*
- *Sleduj případné rizikové chování pacientky spojené s rizikem pádu (pacientka sama vstává z lůžka, chodí po pokoji bez doprovodu...) – každých 30 minut, sestra.*
- *Vše zapisuj do dokumentace – sestra.*

Realizace:

5. 2. 2018 – 0. pooperační den

- *14:10 - Pacientka je po příjezdu z dospávacího pokoje na standardní oddělení edukována o riziku pádu, je poučena o přítomnosti signalizačního zařízení, kterým může přivolat sestru a je jí nabídnut doprovod na WC. Pacientka udává, že nepociťuje potřebu vyprázdnění.*
- *15:15 – Pacientce je opět nabízen doprovod na WC, tentokrát pacientka nabídku přijímá a poprvé po příjezdu na oddělení vstává se sestrou z postele. Nepociťuje vertigo.*
- *15:20 – Pacientka ulehá zpět do postele.*
- *16:30 – Pacientce je nabízen doprovod na WC, ale pacientka nepociťuje potřebu.*
- *17:30 – Pacientka pospává.*
- *17:50 – Pacientka volá signalizačním zařízením sestru, protože potřebuje doprovod na WC.*
- *17:55 – Pacientka ulehá zpět do postele.*
- *18:40 – Pacientka vstává se sestrou, aby vykonala večerní hygienu.*

6. 2.2018 – 1. pooperační den

- *6:30 – Pacientka již může vstávat z lůžka bez doprovodu sestry, sama zvládá ranní hygienu.*
- *8:30 – Pacientka přichází na ošetřovnu, aby jí byl udělán převaz dolních končetin.*
- *V odpoledních hodinách odchází pacientka z oddělení domů za doprovodu dcery.*

Hodnocení:

Pacientka pochopila rizika jejího pádu a snažila se mu předejít. Z lůžka vstávala pouze za doprovodu sestry. Za celou dobu pacientčina pobytu v nemocnici nedošlo k jejímu pádu. Krátkodobý cíl byl tedy splněn.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA 3

Riziko infekce (00004)

Doména: *11. Bezpečnost/ ochrana*

Třída: *1. infekce*

Definice: *Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.*

Rizikové faktory:

- *Invazivní postupy (PŽK, operační výkon)*

Priorita: *Střední*

Cíl:

Krátkodobý cíl: *Pacientka nejeví známky infekce po celou dobu hospitalizace.*

Očekávané výsledky:

- *Pacientčin invazivní vstup (PŽK) nejeví známky ani infekce lokální (zarudnutí, svědění, pálení), ani infekce celkové (febrilie)*
- *Pacientčiny operační rány nejeví známky infekce – po celou dobu hospitalizace.*

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

- *Edukuj pacientku, jak vypadají počínající znaky infekce u zavedeného PŽK – sestra, do 10 minut.*
- *Edukuj pacientku, že v případě výskytu některého z příznaků infekce musí okamžitě upozornit sestru – sestra, do 10 minut.*

- *Při manipulaci s invazivním vstupem dodržuj aseptické postupy – sestra.*
- *Aktivně kontroluj místo vpichu PŽK – sestra, při každé manipulaci s PŽK jinak á 6 hodin.*
- *Při převazu operačních ran zkontroluj, zda nejeví známky infekce – sestra, při převazu.*
- *Průběžně zapisuj do dokumentace – sestra, po celou dobu hospitalizace.*

Realizace:

5. 2. 2018 – 0. pooperační den

- *Pacientka má zaveden periferní žilní katetr v levé horní končetině od 4. 2. 2018.*
- *Před odjezdem na sál je pacientka tázána, zda jí místo vpichu nebolí či nepálí. Pacientka vše neguje. Místo vpichu nevykazuje známky zarudnutí.*
- *14:10 – Pacientka přijíždí z dospávacího pokoje na standardní oddělení. Jsou jí podávána analgetika i.v. Místo vpichu PŽK nevykazuje známky infekce.*
- *18:10 – Pacientce jsou měřeny fyziologické funkce. Místo vpichu PŽK nevykazuje známky infekce.*

6. 2.2018 – 1. pooperační den

- *8:30 – PŽK odstraněn – místo vpichu nejeví známky infekce. Udělán převaz operačních ran. Rány nevykazují žádné známky infekce.*

Hodnocení:

Pacientka po celou dobu hospitalizace neprojevila žádné známky infekce či sepse. Místo vpichu PŽK je bez zarudnutí či otoku, operační rány čisté. Krátkodobý cíl byl tedy splněn.

CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE

Pacientka s diagnostikovanou venózní insuficiencí byla plánovaně přijata na oddělení Chirurgie A 4. 2. 2018 v Nemocnici Na Františku na plánovaný zákrok odstranění křečových žil radiofrekvenční metodou. Operace byla naplánována na 5. 2. 2018. Při příjmu pacientka nevykazovala žádné známky strachu či úzkosti, neboť byla od lékaře velmi dobře informována, jak bude zákrok probíhat. Byla odebrána anamnéza, pacientka byla informována o chodu oddělení a byl jí zaveden PŽK do levé horní končetiny. Pacientka od půlnoci nepřijímala nic per os. Ráno před výkonem zvládla sama provést patřičnou hygienu dolních končetin a oholit se. Později přišel chirurg, který provedl mapping křečových žil, a pacientce bylo doporučeno, aby se převlékla do empíru, čekala na převoz na sál, a co nejméně vstávala z lůžka. Pacientka byla později na příkaz se sálu premedikována dle ordinace lékaře - Dormicum 7,5 mg per os a poté převezena na sál.

Po příjezdu z dospávacího pokoje na standardní oddělení bylo pacientce zjištěno 5 ošetrovatelských diagnóz, přičemž tři, které se nám zdály nejdůležitější, byly podrobněji rozpracovány. Rozpracována byla akutní bolest (00132), riziko pádu (00155) a riziko infekce (00004). U těchto tří diagnóz byly stanoveny cíle, kterých bylo postupně prováděním ošetrovatelského procesu dosaženo. Akutní bolest byla snížena na numerické škále z 6/10 na 2/10, později večer se lehce zvýšila na 3/10, ale do druhého dne bolest zcela vymizela. Riziko pádu jsme snížili edukací pacientky a doprovázením pacientky pokaždé, když potřebovala vstát z lůžka. Druhý den už pacientka chodila zcela bez problémů. K pádu u pacientky tedy za celou dobu hospitalizace nedošlo. Riziko infekce jsme snížili aktivním sledováním zavedeného PŽK, operačních ran a dodržováním aseptických postupů při manipulaci s nimi. Pacientka odcházela z nemocnice bez jakýchkoliv příznaků infekce.

Všechny krátkodobé cíle byly splněny. Dlouhodobé cíle nebyly možné naplánovat a zrealizovat, jelikož byla pacientka hospitalizována pouze 3 dny. Kontrola bolesti by měla proběhnout v ambulanci cévního lékaře, která je naplánována na 14. 2. 2018.

Poslední den hospitalizace (den 3.) byla pacientka vyšetřena lékařem, jenž nenalezl žádné komplikace, které by bránily v propuštění pacientky do domácí péče, byla tedy propuštěna.

Pacientce byly v průběhu hospitalizace několikrát měřeny fyziologické funkce, které byly v normě.

Pacientka po celou dobu hospitalizace ochotně spolupracovala s nemocničním personálem a byla dle jejích slov s péčí velmi spokojena.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě našich poznatků z praxe bychom chtěli vyzdvihnout dvě věci.

Prvním velmi častým problémem je, že pacienti podceňují nošení kompresních punčoch. Ať už špatným navlékáním a nošením – např. nahrnuté punčochy v podkolenní jamce. Nebo nesprávným nošením punčoch po operaci – pacienti se v nich v prvních dnech po zákroku nesprchují, na noc je sundávají, neboť je nepohodlné v nich spát a tím poté zvyšují riziko neúčinnosti operačního zákroku.

Prvním doporučením pro praxi je určitě dbát na správné nošení kompresních punčoch. Pacientům je vhodné zjednodušeně vysvětlit, jak kompresní punčochy fungují a klidně i vícekrát zdůraznit důležitost dodržování jejich nošení. Vhodné je také vysvětlit pacientovi rizika, která sebou přináší nesprávné nošení punčoch – zaškrcování končetiny, neúčinnost komprese, snížení účinku operačního zákroku atd.

Druhým problémem, kterého jsme si v praxi povšimli, je, že mají pacienti tendence onemocnění zlehčovat a odkládat jeho léčbu. To sebou nese mnohá rizika, z nichž některá jsou až život ohrožující, např. rozvinutí bércevého vředu či zánětu hlubokých žil.

Druhým doporučením do praxe je tedy určitě vysvětlit pacientům rizika neléčené chronické venózní insuficience a edukovat je o různých možnostech a způsobech léčby.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou varixů dolních končetin. To je v dnešní době velmi rozšířené onemocnění, často ale v rané fázi pacienti opomíjené, neboť jim nezpůsobuje problémy, se kterými mají nutkání jít k lékaři. Tato práce měla za cíl shrnout poznatky o křečových žilách a usnadnit tak čtenáři pochopení tohoto onemocnění. Zároveň také zvýšit povědomost o tomto onemocnění ve společnosti a snížit tím tak procento pacientů, kteří přicházejí do ordinací lékařů pozdě, s již plně rozvinutým onemocněním.

Praktická část bakalářské práce měla za cíl prezentovat individuální případ pacientky, která podstoupila operační zákrok odstranění varixů jinou než konvenční metodou. Byla rozpracována kazuistika a pomocí třinácti domén NANDA I Taxonomie II byly stanoveny ošetrovatelské problémy. Ty byly později rozpracovány, byly stanoveny cíle a vypracovány intervence a ty jsme potom realizovali.

Posledním cílem bylo vytvořit edukační materiál k správnému navlékání kompresních punčoch. Tento manuál naleznete v této práci v přílohách.

Všechny cíle naší práce byly úspěšně dosaženy.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARTÍK, K., 2017. Rozhovor vedený 6. 10. 2017 a 10. 11. 2017 v ordinaci Cévní Ambulance s.r.o v Českém Brodě na téma *Varixy dolních končetin*.

BELL, P. et al., 1992. *Surgical management of vascular disease*. London - Philadelphia: WB Saunders. ISBN 0702015148.

BUREŠOVÁ, J. a J. STRAKOVÁ, 2013. Problematika primární prevence varixů dolních končetin očima laické veřejnosti. *Dermatologie pro praxi*, **7**(3), 143-144. ISSN 1802-2960. [cit. 27. 12. 2017] Dostupné také z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/archive.php>

ČERNOHORSKÁ, J., 2016. Kompresivní pomůcky v ordinaci praktického lékaře. Aneb jak se v nich zorientovat? *Practicus*. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, **15**(9), 18-27. ISSN 1213-8711. [8. 12. 2017]. Dostupné také z: <http://www.practicus.eu/archiv>

HERDMAN, H. a S. KAMITSURU, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015 - 2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

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

HNÁTEK, L., 2011. Terapie varixů. Současné možnosti intervenční léčby křečových žil. *Angis revue*, **4**(3-4), 6-9. ISSN 2464-5435.

CHALOUPKA, F., 2015. Tvorba žilních městků jako vyústění chronické žilní nedostatečnosti dolních končetin. *Causa Subita*, **18**(1), 6-9. ISSN 1212-0197. [cit. 29. 11. 2017] Dostupné také z: https://issuu.com/causa-subita/docs/causa_subita_1_2015_final

CHOLT, M., 2013. *Cévní sonografie: repetitorium ultrazvukové cévní diagnostiky a atlas nálezů na DVD*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3974-8.

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

KALA, Z., a kol., 2011. *Perioperační péče o pacienta v cévní chirurgii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-536-5.

KARETOVÁ, D. a kol., 2011. *Chronická žilní onemocnění: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-52-7.

LEPŠÍ, P., 2006. *Křečové žíly*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-381-4.

LIM, C. a A. DAVIES, 2009. Pathogenesis of primary varicose veins. *British Journal of Surgery* [online]., **96**(11), 1231-1242 DOI: 10.1002/bjs.6798. ISSN 00071323. [cit. 28. 11. 2017]. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/bjs.6798>

MACHOVCOVÁ, A., 2009. *Kompresivní léčba ve flebologii: průvodce pacienta*. Praha: Mladá fronta, 2009. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2091-6.

MUCHOVÁ, I., 2010. Indikace a příprava pacienta s pokročilou žilní nedostatečností k operaci varixů a léčebná opatření po operaci. *Medicína pro praxi*. **7**(8-9), 322-324. ISSN 1803-5310. [20. 12. 2017] Dostupné také z: <https://www.medicinapropraxi.cz/archive.php>

MUSIL, D., 2016. *Ultrazvukové vyšetření žil dolních končetin*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5597-7.

MUSIL, D., 2012. Chronické žilní onemocnění – podceňované i přeceňované, co nového? *Interní medicína pro praxi*. **14**(3), 96-100. ISSN 1212-7299. [cit. 15. 11. 2017]. Dostupné také z: <http://www.internimedcina.cz/archiv.php>

NAVRÁTILOVÁ, Z., 2008. Kompresivní terapie u žilních onemocnění. *Interní medicína pro praxi*. **10**(10), 449–455. ISSN 1212-7299. [cit. 11. 11. 2017]. Dostupné také z: <http://www.internimedcina.cz/archiv.php>

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 4. doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5, Duškova 7, 150 00. ISBN 978-80-905728-1-2.

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

ROYLE, J. a G. SOMJEN, 2007. Varicose Veins: Hippocrates to Jerry Moore. *ANZ Journal of Surgery* [online]., **77**(12), 1120-1127 DOI: 10.1111/j.1445-2197.2007.04331.x. ISSN 1445-1433. [cit. 15. 12. 2017]. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1445-2197.2007.04331>

ŠTÁDLER, P. a kol., 2013. *Miniinvazivní přístupy v cévní chirurgii*. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 978-80-7345-296-4.

ŠTVRTNOVÁ, V. et al., 2012. *Bolešť končatín*. Bratislava: SAP, 2012. ISBN 978-80-89607-05-1.

ŠVESTKOVÁ, S., 2013. Kompresivní terapie v praxi. *Praktické lékařství*. **9**(3), 117-119. ISSN 1803-5329. [1. 12. 2017] Dostupné také z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/archive.ph>

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

PŘÍLOHY

Příloha A – Varixy dolních končetin	I
Příloha B – Manuál k navlékání kompresních punčoch	II
Příloha D – Rešeršní protokol	VI
Příloha E – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	VII

Příloha A – Varixy dolních končetin



Obrázek 1 Viditelné varikózní útvary na bérce i stehně



Obrázek 2 Varixy v bércevní oblasti

Zdroj obrázků: Archiv autora

Detailní manuál k navlékání kompresních punčoch



1. Uchopíme punčochu za lem, tak aby imitovala směr naší nohy. Tedy špička směřovala dopředu, pata dozadu.

2. Místo nohy, do punčochy ale provlékneme ruku. Dlaň bude natočena směrem k patě.



3. Zevnitř punčochu uchopíme, jako bychom chtěli nabrat “špetku soli“. Tedy punčochu zevnitř sevřeme palcem a ukazováčkem, těsně nad vyznačením paty.



4. Druhou rukou uchopíme punčochu za lem a přetáhneme ji přes ruku. První rukou punčochu zevnitř stále držíme.

5. Po stažení punčochy z ruky nám vznikne “žlábek“. Ten uchopíme oběma rukama, tak aby bylo vyznačení paty stále nasměřováno k naší patě.



6. Punčochu nasadíme na nohu.



7. Udělaný “žlábek“ přetáhneme až přes patu.

8. Opět uchopíme lem punčochy a přetáhneme jej před chodidlo.



9. Teď už vytahujeme punčochu, tak jak jsme zvyklí. Snažíme se, aby byla punčocha úplně napnutá, nikde se nehrnula a neškrtila nás. Punčochu vytáhneme až úplně k tříslu, co nejvíc to jde.

10. A takto vypadá správně natažená kompresní punčocha.



Punčocha se nám nesmí nikde hrnout, nikde by neměly být tzv. “faldíky“ a neměla by nás nikde škrtit. Je vhodné si první punčochy kupovat pod dohledem odborníka, který doporučí vhodný model a velikost. Špatně zvolená punčocha totiž může vést k nepříjemným zdravotním komplikacím.

Pro jednodušší navlékání je také možné ve specializovaných prodejnách zakoupit speciální navlékače punčoch.

Zdroj obrázků: Archiv autora

Odborný dohled: MUDr. Karel Bartík



OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S VARIXY DOLNÍCH KONČETIN

Klíčová slova:

Varixy, křečové žíly, dolní končetiny, sklerotizace, cévní chirurgie, ošetrovatelský proces, radiofrekvenční léčba

Rešerše č. 23/2017

Bibliografický soupis

Počet záznamů:	celkem 41 záznamů (vysokoškolské práce – 4, knihy – 19, ostatní – 18)
Časové omezení:	2008 - současnost
Jazykové vymezení:	čeština, angličtina, slovenština
Druh literatury:	kvalifikační práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku
Datum:	22. 9. 2017

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
- Discovery systém Summon

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelská péče o pacienta s varixy dolních končetin v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5 s informovaným souhlasem pacientky.

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta