

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENY S MIMODĚLOŽNÍM
TĚHOTENSTVÍM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ANNA PEŠKOVÁ

Praha 2019

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENY S MIMODĚLOŽNÍM
TĚHOTENSTVÍM**

Bakalářská práce

ANNA PEŠKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD.

Praha 2019



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

PEŠKOVÁ Anna

3APA

Schválení tématu bakalářské práce

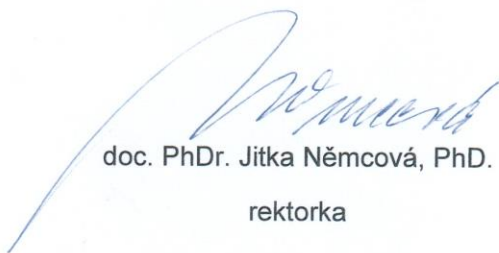
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče o ženy s mimoděložním těhotenstvím

Nursing Care of Women with Ectopic Pregnancy

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD.

V Praze dne 1. listopadu 2018



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 titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 19. 3. 2019

Anna Pešková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala PhDr. Ivaně Jahodové, PhD. za cenné rady a vedení této bakalářské práce a as. MUDr. Radovanu Vlčkovi za odborné rady při konzultacích.

ABSTRAKT

PEŠKOVÁ, Anna. *Ošetrovatelská péče o ženy s mimoděložním těhotenstvím*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD. Praha. 2019. 45 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o ženy s mimoděložním těhotenstvím. Teoretická část je zaměřena na vysvětlení termínu mimoděložní těhotenství, jeho příčiny vzniku, druhy a příznaky. Dále je popsána diagnostika a léčba mimoděložního těhotenství. V práci je popsán i ošetrovatelský proces, jeho dílčí fáze a role porodní asistentky v péči o pacientku s mimoděložním těhotenstvím. V praktické části je rozebrána kazuistika pacientky s diagnostikovaným mimoděložním těhotenstvím. Kazuistika je rozdělena na anamnézu, katamnézu a analýzu ošetrovatelské péče. Praktická část je zakončena doporučením pro praxi. Cílem teoretické části je vyhledání odborné literatury a vypracování přehledné práce na toto téma. Cílem praktické části je zpracovat kazuistiku pacientky, zanalyzovat ošetrovatelskou péči a vyvodit doporučení pro praxi.

Klíčová slova

Ektopické těhotenství. Graviditas extrauterina. Mimoděložní těhotenství. Náhlé příhody břišní. Ošetrovatelská péče.

ABSTRACT

PEŠKOVÁ, Anna. *Nursing Care of Women with Ectopic Pregnancy*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová, PhD. Prague. 2019. 45 pages.

The topic of this thesis is nursing care of women with ectopic pregnancy. The theoretical part is focused on the explanation of the term ectopic pregnancy, its causes, types and symptoms. The thesis describes diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. The thesis also describes the nursing process, its partial phase and the role of midwife in the care of a patient with ectopic pregnancy. The practical part analyzes the case report of a patient with diagnosed ectopic pregnancy. The case report is divided into anamnesis, catamnesis and analysis of nursing care. The practical part is concluded with a recommendation for practice. The aim of the theoretical part is to find professional literature and to elaborate a thesis on this topic. The aim of the practical part is to elaborate a case report of a patient, analyze nursing care and devise recommendations for practice.

Keywords

Acute abdomen. Ectopic pregnancy. Graviditas extrauterina. Nursing care.

OBSAH

SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD..... | 12 |
| 1 MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ | 14 |
| 1.1 FREKVENCE VÝSKYTU | 14 |
| 1.2 PŘÍČINY VZNIKU | 15 |
| 1.3 DRUHY MIMODĚLOŽNÍHO TĚHOTENSTVÍ..... | 16 |
| 1.3.1 TUBÁRNÍ TĚHOTENSTVÍ..... | 16 |
| 1.3.2 OVARIÁLNÍ TĚHOTENSTVÍ..... | 16 |
| 1.3.3 BŘIŠNÍ TĚHOTENSTVÍ | 17 |
| 1.3.4 CERVIKÁLNÍ TĚHOTENSTVÍ..... | 17 |
| 1.3.5 HETEROTOPICKÉ TĚHOTENSTVÍ | 17 |
| 1.4 PŘÍZNAKY | 17 |
| 1.5 DIAGNOSTIKA | 18 |
| 1.5.1 ANAMNÉZA..... | 18 |
| 1.5.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ | 19 |
| 1.5.3 GYNEKOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ..... | 19 |
| 1.5.4 LABORATORNÍ DIAGNOSTIKA | 19 |
| 1.5.5 ULTRASONOGRAFICKÁ DIAGNOSTIKA | 20 |
| 1.6 LÉČBA..... | 20 |
| 1.6.1 MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA | 20 |
| 1.6.2 CHIRURGICKÁ LÉČBA..... | 21 |
| 2 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE | 23 |
| 2.1 DLOUHODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA | 23 |

| | |
|---|-----------|
| 2.2 KRÁTKODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA | 23 |
| 2.3 PŘÍPRAVA PŘED URGENTNÍ OPERACÍ..... | 24 |
| 2.4 PŘÍPRAVA K OPERACI Z VITÁLNÍ INDIKACE | 24 |
| 3 POOPERAČNÍ PÉČE | 25 |
| 4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES..... | 26 |
| 4.1 POSOUZENÍ STAVU PACIENTKY..... | 26 |
| 4.2 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY | 28 |
| 4.3 PLÁNOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE..... | 29 |
| 4.4 REALIZACE PLÁNU PÉČE | 31 |
| 4.5 ZHODNOCENÍ OČEKÁVANÝCH VÝSLEDKŮ | 31 |
| 5 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY | 33 |
| 6 KAZUISTIKA ŽENY S MIMODĚLOŽNÍM TĚHOTENSTVÍM..... | 35 |
| 6.1 ANAMNÉZA..... | 36 |
| 6.2 KATAMNÉZA | 37 |
| 6.3 ANALÝZA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE..... | 44 |
| 6.4 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE | 54 |
| 7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI | 55 |
| 8 ZÁVĚR..... | 57 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 58 |
| PŘÍLOHY | |

SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ

| | |
|---|----|
| Tabulka 1 Identifikační údaje pacientky..... | 35 |
| Tabulka 2 Krevní obraz..... | 39 |
| Tabulka 3 Biochemie..... | 39 |
| Tabulka 4 Krevní obraz..... | 41 |
| Tabulka 5 Biochemie..... | 42 |
| Tabulka 6 Rozdělení diagnóz dle doby výskytu..... | 43 |

SEZNAM ZKRATEK

- ALT**-alaninaminotransferáza
aPPT-aktivovaný parciální tromboplastinový čas
AST-aspartátaminotransferáza
AVF-anteverze, anteflexe – sklon dělohy
EKG-elektrokardiogram
FF-fyziologické funkce
GEU-graviditas extrauterina
GGT-gama-glutamyltransferáza
Hb-hemoglobin
hCG-lidský choriový gonadotropin
IU-mezinárodní jednotka
IUD-nitroděložní těhotenství
i.v.-intravenózně
IVF-fertilizace in vitro
l.dx.-lateris dextri (vpravo)
l.sin.-lateris sinistri (vlevo)
LSK-laparoskopie
mmHg-milimetr rtuťového sloupce
NRS-numerická škála bolesti
P-srdeční pulsy
PŽK-periferní žilní katétr
RCUI-revize děložní dutiny pomocí kyret
RTG-rentgenové vyšetření
s.c.-subkutánně (do podkoží)
SE-salpingektomie
TEN-tromboembolická nemoc
TK-krevní tlak
TT-tělesná teplota
TU EBR-transfuze erytrocytů
TU FFP-transfuze plasmy
(HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014)

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Absces**-dutina vyplněná hnisem
- Adnexa**-vaječníky + vejcovody
- Afebrilní**-bez zvýšené tělesné teploty
- Amenorea**-vynechání minimálně dvou cyklů menstruace
- Anemie**-„chudokrevnost“, nízká hladina hemoglobinu
- Autologní transplantace**-transplantace vlastní tkáně (např. krvetvorné buňky)
- Cervix**-děložní čípek
- Decidua**-děložní sliznice vyskytující se během těhotenství
- Dolores hypogastrii**-bolest v podbříšku
- Embryotransfer**-přesun embrya do dělohy
- Endometrióza**-onemocnění, kdy se děložní epitel vyskytuje mimo dělohu
- Gametotransfer**-přesun oplodněného vajíčka do dělohy
- Hemoperitoneum**-krvácení do břicha
- Hypersekreční korporální endometrium**-těhotenská děložní sliznice produkující nadměrné množství hormonů
- In situ**-na místě
- In specula**-v gynekologických zrcadlech
- Intraabdominální**-uvnitř dutiny břišní
- Leukopenie**-nízká hladina leukocytů
- Menarche**-začátek první menstruace
- Metroragie**-krvácení z dělohy mimo menstruaci
- Nefropatie**-onemocnění ledvin způsobené diabetem
- Nekróza**-odúmrť tkáně
- Nidace**-uhnízdění oplozeného vajíčka na sliznici
- Peritoneum**-blána vystýlající dutinu břišní
- Per primam**-napoprvé, bez komplikací
- Splenektomie**-chirurgické odnětí sleziny
- Trombocytopenie**-nízká hladina trombocytů
- Viabilita**-životaschopnost

(HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014)

ÚVOD

V této bakalářské práci se budeme zabývat tématem mimoděložního těhotenství a s tím spojené ošetrovatelské péče. Jde o gynekologickou problematiku, která je v České republice na vzestupu, ale díky pokroku v diagnostice je dnes jednodušší jej odhalit a provést léčebný zákrok.

Mimoděložní těhotenství je stav, kdy oplodněné vajíčko niduje mimo děložní dutinu. Jedná se o velmi nebezpečnou situaci, při které může vzniknout akutní masivní krvácení do dutiny břišní a následně i ohrozit ženu na životě. Máme za to, že edukace budoucích lékařů, porodních asistentek i veřejnosti je velmi důležitá. Je nezbytné znát příznaky mimoděložního těhotenství, abychom mohli rozeznat, zda se o mimoděložní těhotenství jedná a dokázat naplánovat následnou léčbu.

Cílem této bakalářské práce je vytvořit přehledovou studii z českých i zahraničních zdrojů, srozumitelně vysvětlit co je mimoděložní těhotenství, diagnostiku, léčbu a ošetrovatelskou péči o pacientku s touto diagnózou. Do bakalářské práce jsme zahrnuli i kapitolu, která se zabývá rolí porodní asistentky v naší problematice. V první části, která je teoretickou částí, popisujeme zvolené téma práce. V druhé části rozebíráme a hodnotíme ošetrovatelskou péči v kazuistice pacientky, u které bylo diagnostikováno mimoděložní těhotenství.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny tyto cíle:

Cíl 1: Vyhledat odbornou literaturu o mimoděložním těhotenství.

Cíl 2: Vypracovat přehlednou práci s pomocí vyhledané odborné literatury na téma ošetrovatelské péče o ženy s mimoděložním těhotenstvím.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny tyto cíle:

Cíl 1: Zpracovat kazuistiku s mimoděložním těhotenstvím.

Cíl 2: Zanalyzovat ošetrovatelskou péči u pacientky a vyvodit doporučení pro praxi.

Vstupní literatura:

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL, 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

NĚMCOVÁ Jitka a kol., 2018. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*, 5. doplněné vydání.. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5, Duškova 7. ISBN: 978-80-88249-02-3.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ a kol., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0214-3.

Popis rešeršní strategie:

Rešerši české a zahraniční odborné literatury ke zvolenému tématu jsme si nechali vyhledat v katalogu Národní lékařské knihovny, v Jednotné informační bráně, v Souborném katalogu ČR, v Databázi vysokoškolských prací a v Online katalogu NCO NZO. Jako klíčová slova jsme použili mimoděložní těhotenství, ektopické těhotenství, náhlé příhody břišní v gynekologii a graviditas extrauterina. V rozmezí let 2009-2019 bylo nalezeno 14 českých odborných knih, 16 odborných článků a sborníků a 5 vysokoškolských prací. Zahraniční zdroje byly nalezeny 4. Dále jsme vyhledávali další zdroje pomocí internetu a jiných knihoven. Celkově jsme použili 23 zdrojů. Zdroje, které jsme nepoužili, nevyhovovaly našim požadavkům.

1 MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ

Mimoděložní těhotenství je stav, kdy se embryo vyvíjí mimo děložní dutinu. Nejčastěji se nachází ve vejcovodech, může se vyskytovat i ve vaječniku, dutině břišní, ale i v děložním rohu či jizvě po císařském řezu (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014). Proces ve většině případů končí úmrtím embrya, a to buď spontánně nebo v rámci léčby. Pacientka ve většině případů začne krvácet a při každém krvácení po amenoree bychom měli mít na paměti možnost výskytu mimoděložního těhotenství (KŘEPELKA, 2016). Bez včasné diagnostiky a léčby může tento stav vést k vážnému ohrožení života pacientky – krvácení do dutiny břišní. Při slabém krvácení se krevní sraženiny hromadí v Douglasově prostoru, při velkém krvácení vzniká akutní hemiperitoneum a šokový stav (SÁK, 2010). Nejsilnější krvácení vzniká při ruptuře vejcovodu, děložního rohu a v břišní dutině, kde placenta vrůstá do větších cév (ŠEBLOVÁ, KNOR a kol., 2018). Dále pak tento urgentní stav vede ke sterilitě, až smrti (PILKA, PROCHÁZKA, 2017).

1.1 FREKVENCE VÝSKYTU

Dle statistik ÚZIS jsme zjistili, že počet mimoděložních těhotenství se v posledních letech zvyšuje. Zaměřili jsme se na roky 2011-2016, kdy v roce 2011 bylo diagnostikováno 1172 případů GEU, v roce 2012 bylo diagnostikováno 1186 případů GEU, v roce 2013 bylo diagnostikováno 1265 případů GEU, v roce 2014 bylo diagnostikováno 1207 případů, v roce 2015 bylo diagnostikováno 1276 případů a v roce 2016 bylo diagnostikováno 1300 případů. Až na rok 2014 je viditelný vzestup případů výskytu mimoděložního těhotenství. Aktuálnější informace ÚZIS neposkytuje (ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2018).

Pokud žena prodělala mimoděložní těhotenství, má 7-13× větší pravděpodobnost, že se tento typ gravidity u ženy opět objeví (ROZTOČIL, BARTOŠ, 2011).

Další důvody zvyšování frekvence výskytu mimoděložního těhotenství jsou zvýšená prevalence sexuálně přenosných chorob, zlepšení diagnostiky mimoděložního těhotenství, zvýšené zavádění intrauterinních tělísek a metod asistované reprodukce (ROZTOČIL, BARTOŠ, 2011).

1.2 PŘÍČINY VZNIKU

Vše, co zabraňuje k fyziologickému doputování vajíčka do dělohy, může znamenat predispozici ke vzniku GEU (PILKA, PROCHÁZKA, 2017). Mimoděložní těhotenství vzniká nejčastěji díky změnám na vejcovodech po prodělaných infekcích. Další příčiny mohou být vrozené vady vnitřního genitálu, ložiska endometriózy nebo komplikovaný embryotransfer (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014). Máme několik rizikových faktorů, které zvyšují možnost výskytu mimoděložního těhotenství.

První z nich bychom zmínili pánevní zánět. Nejčastější příčinou zánětu je infekce způsobena *Chlamydia trachomatis* (KALIVODOVÁ, 2014). Existuje široké spektrum příznaků, od zánětu hrdla děložního k zánětu vejcovodů a hlubokému pánevnímu zánětu. Zánět vejcovodů zvyšuje riziko mimoděložního těhotenství 4× (PILKA, PROCHÁZKA, 2017).

Jako druhý rizikový faktor bychom zmínili chirurgické zákroky v malé pánvi. Mezi zákroky zvyšující riziko vzniku mimoděložního těhotenství patří zejména zákroky na adnexech a rozrušení srůstů v okolí vejcovodů a vaječnicků (PILKA, PROCHÁZKA, 2017).

Třetí rizikový faktor je užití metod asistované reprodukce. Nejčastěji je mimoděložním těhotenstvím komplikován gametotransfer do vejcovodů a embryotransfer a retrográdním průnikem do vejcovodů (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014). Vznik mimoděložního těhotenství též podporuje vícečetná ovulace a zvýšená hladina hormonů (PILKA, PROCHÁZKA, 2017).

Čtvrtý rizikový faktor je užití nitroděložního tělíska. Nitroděložní tělísko má sice antikoncepční účinky, ale při delším ponechání IUD in situ hrozí vznik aktinomykózy. Ta, vyskytující se v oblasti adnex, může způsobit patologické změny v transportu vajíčka a tudíž vede k riziku vzniku mimoděložního těhotenství (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014). Dále se riziko mimoděložního těhotenství zvyšuje pokud žena otěhotní s již zavedeným nitroděložním tělískem (PILKA, PROCHÁZKA, 2017).

Jako poslední rizikový faktor zvyšující možnost vzniku mimoděložního těhotenství bychom zmínili endometriózu. Pokud se endometrióza vyskytuje v tubární části adnex, způsobuje morfologické změny tubární výstelky a tato výstelka může být příčinou mimoděložního tubárního těhotenství (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014).

1.3 DRUHY MIMODĚLOŽNÍHO TĚHOTENSTVÍ

Pro určení druhu mimoděložního těhotenství je důležité jeho umístění. Na základě jednotlivých míst implantace oplozeného vajíčka rozeznáváme několik druhů mimoděložních těhotenství.

1.3.1 TUBÁRNÍ TĚHOTENSTVÍ

Nejčastěji plodové vejce niduje ve vejcovodech, a to z 97 %. 55 % připadá na ampulární část, 25 % istmickou část a 17 % na fimbriální část (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014). Komplikací tohoto těhotenství je ruptura vejcovodu. Rostoucí těhotenství ztenčuje stěnu vejcovodu a způsobí rupturu. Pro rupturu vejcovodu je typická ostrá bolest v podbřišku a tvorba hemoperitonea s rychlým nástupem šokového (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014) (ČEPICKÝ a kol., 2018).

Pokud embryo odumře v časnějším stádiu vývoje, je tubární peristaltikou vypuzováno do dělohy. Tento stav nazýváme tubární potrat. Peristaltiku vejcovodu pacientka cítí jako křeč v podbřišku, má nahnědlý výtok či krvácí tmavou krví s příměsí tkáně (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014).

Ultrasonograficky se tubární gravidita diagnostikuje podle prázdné děložní dutiny. Naopak ve vejcovodu je viditelná nehomogenní adnexální masa, gestační váček nebo embryo, u kterého je buď přítomna srdeční akce, nebo ne (KALIVODOVÁ, 2014).

1.3.2 OVARIÁLNÍ TĚHOTENSTVÍ

Oplozené vajíčko může též nidovat na folikulu nebo na vaječniku. Pro tento druh připadá 0,5 % případů. Jelikož zde nemá embryo dostatečnou výživu, odumírá. Komplikací však může být krvácení do Douglasova prostoru. Bolesti nejsou tak křečovité a jsou méně výrazné (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014).

Ultrasonograficky při diagnostice ovariálního těhotenství vidíme cystickou strukturu se širokým lemem na vaječniku nebo ve vaječniku. Je oddělena od žlutého tělíska a většinou obkolená ovariální kůrou (KALIVODOVÁ, 2014).

1.3.3 BŘIŠNÍ TĚHOTENSTVÍ

Frekvence abdominálních těhotenství je 0,3 %. Vzniká ojediněle, primárně může vzniknout usídlením na peritoneu, sekundárně při tubárním potratu či tubární ruptuře. Plodové vejce ve většině případů odumře a vstřebá se. Pokud se stane, že je plodové vejce infikováno, může vzniknout absces (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014). Při odstraňování placenty hrozí silné krvácení a poškození orgánů v břišní dutině. Je vhodné nechat placentu in situ a ta během času resorbuje (DUŠOVÁ, MAREČKOVÁ, 2009).

Ultrasonograficky vidíme prázdnou děložní dutinu a adnexa bez známek výskytu mimoděložního těhotenství. Gestační váček či embryo vidíme až v dutině břišní obklopené střevními kličkami (KALIVODOVÁ, 2014).

1.3.4 CERVIKÁLNÍ TĚHOTENSTVÍ

Stav, kdy oplozené vajíčko niduje do sliznice děložního hrdla. Podmínky pro růst jsou velmi nepříznivé, jelikož se embryo nevyvíjí v děložní dutině, ale je uloženo pod vnitřní brankou (ROZTOČIL, a kol. 2011). Choriové klky prorůstají hluboko do tkáně cervixu, žena silně krvácí a cítí velké bolesti (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014).

Ultrasonograficky vidíme prázdnou děložní dutinu. Při pohledu na cervix vidíme, že je soudkovitě tvarovaný a gestační váček se vyskytuje pod úrovní vnitřní branky (KALIVODOVÁ, 2014).

1.3.5 HETEROTOPICKÉ TĚHOTENSTVÍ

Heterotopické těhotenství je vyjimečný stav, kdy se vyskytují dvě embrya současně, a to způsobem, kdy jedno roste intrauterinně a druhé extrauterinně. Pacientka, pokud dojde k ruptuře tuby, cítí náhlou silnou bolest v podbříšku. U postiženého vejcovodu se provede laparoskopická salpingektomie. Díky malé invazivitě je až 76 % intrauterinních těhotenství ukončeno porodem v termínu (KRAJČOVIČOVÁ, 2014).

1.4 PŘÍZNAKY

V dnešní době se znaky mimoděložního těhotenství díky časně diagnostice už téměř nevyskytují. Nejčastěji se však projeví příznaky typické, jsou známy ale i příznaky méně typické a příznaky při pokročilém mimoděložním těhotenství. Průběh může být však zcela atypický (ROZTOČIL, a kol. 2011).

Příznaky typické se projeví v 50 % případů a vytvářejí tzv. klasickou triádu. U pacientky se vyskytne břišní nebo pánevní bolest, amenorea a metroragie, která se objeví právě po amenoree (ROZTOČIL, a kol. 2011).

Mezi příznaky méně typické řadíme palpační bolestivost v oblasti adnex, nejisté známky těhotenství a zvětšení dělohy (ROZTOČIL, a kol. 2011).

U pokročilého mimoděložního těhotenství cítí pacientka bolest pod lopatkou či ramenech, vzniká hemoragický šokový stav, somnolence, sopor, kóma až smrt (ROZTOČIL, a kol. 2011).

1.5 DIAGNOSTIKA

Typický obraz mimoděložního těhotenství je žena v plodném věku, která přichází k lékaři s bolestí v podbřišku, vaginálním krvácením, které se objevilo po sedmítýdenní amenoree (NOVOTNÝ, KRÁLÍČKOVÁ, 2010). Při těchto problémech je důležité provést u pacientky důkladnou diagnostiku. Diagnostika mimoděložního těhotenství má několik dílčích částí, a to sběr anamnézy, fyzikální, gynekologické a ultrasonografické vyšetření a laboratorní vyšetření biologického materiálu.

1.5.1 ANAMNÉZA

Jako první provedeme sběr anamnézy, což je souhrn informací o zdraví pacientky. Nejdříve odebereme osobní anamnézu, při níž se pacientky zeptáme na osobní údaje a informace o jejím zdraví od narození po současnost (vrozené vady, vážná onemocnění, operace, transfuze, alergie, interní onemocnění, závislosti) a problém, s nímž přichází k lékaři. Dále sepíšeme gynekologickou anamnézu, kde se zaměříme na datum poslední menstruace, délku menstruačního cyklu, zda se menstruace neopozdila či zda úplně nevynechala. Zeptáme se na prodělané infekce genitálu, gynekologické operační výkony. Důležité je pro nás i jestli pacientka už byla těhotná, počet těhotenství, průběh a jeho ukončení (potrat, vaginální porod, porod císařským řezem, velikost dítěte), průběh šestinedělí a délka kojení. Zeptáme se pacientky i na formu antikoncepce a jinou hormonální léčbu. Pokračujeme se sběrem rodinné anamnézy, při níž se zeptáme na onemocnění v rodině (diabetes mellitus, onkologické onemocnění, dědičná onemocnění a vrozené vady, závažná interní onemocnění). Jako poslední se zeptáme jak pacientka bydlí a s kým, zda pracuje a jestli nemá v zaměstnání nějaké škodlivé faktory. Při sepisování anamnézy změříme pacientce i fyziologické funkce (krevní tlak, srdeční

puls, tělesnou teplotu a počet dechů) a zeptáme se na charakteristiku vyprazdňování moči a stolice (SLEZÁKOVÁ, ANDRÉSOVÁ, KADUCHOVÁ a kol., 2017).

1.5.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Po sepsání anamnézy přistoupíme k fyzikálnímu vyšetření. Vyšetřujeme několika způsoby, a to pohledem (aspekci), poklepem (perkusí), poslechem (auskultací) a pohmatem (palpací) (SLEZÁKOVÁ, ANDRÉSOVÁ, KADUCHOVÁ a kol., 2017).

Pohledem posoudíme stav břicha, tvar prsů a pánve, podobu vulvy, ochlupení a hráze. Poklepem zjistíme případné změny v dutině malé pánve. Poslechem vyšetříme střevní peristaltiku. Pohmatové vyšetření provádíme per vaginam v gynekologických zrcadlech, kdy zjišťujeme přítomnost výtoku, stav sliznice vagíny a děložního čípku. Po vyšetření v zrcadlech následuje bimanuální vyšetření, kdy vyšetřujeme jednou rukou přes břišní stěnu a druhou vaginálně. Takto vyšetříme velikost dělohy, uložení vaječníků a případné rezistence v dutině břišní (SLEZÁKOVÁ, ANDRÉSOVÁ, KADUCHOVÁ a kol., 2017).

1.5.3 GYNEKOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Dále bychom zmínili gynekologické vyšetření. Ve vyšetřovacích zrcadlech je viditelné namodralé děložní hrdlo a při silném nitrobřišním krvácení může být vyklenutá zadní poševní klenba. Při vaginálním palpačním vyšetření hmatáme měkkou, prosáklou a mírně zvětšenou dělohu. V místě adnex bývá na postižené straně měkká rezistence o velikosti jednoho až dvou prstů a místo je na pohmat velmi bolestivé (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014).

1.5.4 LABORATORNÍ DIAGNOSTIKA

Další diagnostické vyšetření je laboratorní vyšetření. Začátek těhotenství lze potvrdit stanovením hladiny hCG v moči pomocí těhotenského testu. Pokud vyjde test pozitivně, je potvrzené, že je žena těhotná. Spolehlivost těhotenských testů je dnes už 99 % (PILKA, PROCHÁZKA, 2017). Pokud ale máme pochybnosti, sledujeme hladinu hCG v krvi. Při intrauterinním těhotenství se za normálních podmínek hladina hCG každých 48 hodin zdvojnásobí. Při hodnotě 1500-2000IU/l už bývá těhotenství v děložní dutině vidět (MCQUEEN, 2011). Pokud při vysoké hodnotě hCG neprokážeme výskyt intrauterinního těhotenství, je nutno zkontrolovat i okolí dělohy, jako jsou adnexa, cervix

či dutina břišní a potvrdit či vyvrátit výskyt mimoděložního těhotenství. Je tedy nutné i ultrasonografické vyšetření. (PILKA, PROCHÁZKA, 2017).

1.5.5 ULTRASONOGRAFICKÁ DIAGNOSTIKA

Nejdůležitější vyšetřovací metodou při diagnostice mimoděložního těhotenství je vyšetření ultrazvukem. V děloze je viditelná změněná sliznice, ale není přítomné plodové vejce. Je tudíž důležité prohlédnout oblast adnex, abychom potvrdili, zda se zde nevyskytuje plodové vejce. Při jeho nalezení stanovíme velikost, lokalizaci a viabilitu embrya. Ultrazvukovým vyšetřením také zjistíme, zda nedošlo k ruptuře vejcovodu a zda pacientka nekrvácí do Douglasova prostoru se vznikem hemoperitonea (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014). Úspěšnost objevení mimoděložního těhotenství při ultrasonografické diagnostice se pohybuje mezi 73-93 %. Při gestačním stáří více než 5,5 týdne bývá identifikace mimoděložního těhotenství téměř stoprocentní (BARNHART, 2009).

1.6 LÉČBA

Mimoděložní těhotenství lze léčit medikamentózně nebo chirurgicky. Způsob léčby se volí podle stavu a anamnézy pacientky, velikosti a umístění těhotenství, možnostech a zkušeností lékařského týmu (ROZTOČIL, a kol. 2011).

Pokud je pacientka hemodynamicky stabilní, je možné zvolit tzv. vyčkávací postoj. Volí se v případech, kdy u pacientky výrazně klesá hodnota hCG, jedná se o tubární těhotenství, které nekrvácí a průměr nemá větší než 3,5 cm (ROZTOČIL, a kol. 2011).

1.6.1 MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA

Medikamentózní léčba mimoděložního těhotenství spočívá v aplikaci methotrexátu. Methotrexát je cytotoxická látka, antagonist kyseliny listové, který zabraňuje růstu embrya. Aplikuje se 1ml/kg. Podává se buď intravenózně, intramuskulárně, perorálně a nebo lokálně pomocí jehly do embrya. Lokálně se aplikuje v případě, kdy je obtížné mimoděložní těhotenství odstranit chirurgicky, například v oblasti cervixu (ZDEŇKOVÁ, FANTA, CALDA, 2015). Před zahájením léčby musí být zvážena mnohá kritéria. Hodnotí se, zda je pacientka hemodynamicky stabilní, akutně nekrvácí a není potvrzena přítomnost hemoperitonea. Další kritérium je velikost embrya, kdy v největším rozměru nesmí překročit 3,5 cm. U pacientky nesmí být prokázány kontraindikace, jako jsou například přecitlivělost na methotrexát, kojení, alkoholismus,

leukopenie, trombocytopenie či porucha funkce jater a ledvin (PILKA, PROCHÁZKA, 2017). Terapie methorexátem může mít mnoho nežádoucích účinků, jako je nevolnost, průjem, trombóza, vypadávání vlasů, anemie, plicní fibróza nebo akutní hepatitida, ale při dávkách pro léčbu mimoděložního těhotenství jsou velmi vzácné. Pacientka, u které byla terapie methotrexátem, by měla s těhotenstvím počkat alespoň půl roku, aby zbývající methotrexát v těle nepoškodil nové embryo (ZDEŇKOVÁ, FANTA, CALDA, 2015).

1.6.2 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Nejčastější volba ukončení mimoděložního těhotenství je chirurgická léčba. Máme dva typy chirurgických operačních přístupů, a to laparotomii a laparoskopii.

Laparotomie je klasický operační přístup, kdy se vede přímý poloobloukovitý řez nad symfýzou (laparotomie podle Phannenstiela), nebo podélný řez od symfýzy k pupku (dolní střední laparotomie) (SLEZÁKOVÁ, ANDRÉSOVÁ, KADUCHOVÁ a kol., 2017). Laparotomie se nejčastěji volí, pokud nastane ruptura vejcovodu a je přítomno masivní nitrobršíšní krvácení. U laparotomických přístupů je výhodná rychlost provedení a dobrý přehled v operačním poli. Nevýhodou je zvýšené riziko vzniku infekce a pooperační kýly v sutuře (LUŇÁČEK, KONEČNÝ, MACHÁLEK, 2007-2012).

Laparoskopie je miniinvazivní chirurgická metoda, kdy se operuje pomocí laparoskopu. Vstupy jsou zajištěny přes stěnu břišní takzvanými porty, do kterých se následně vkládají operační nástroje (ŠIMŠA a kol., 2018). Díky minimální invazivitě ve spojení s dalšími výhodami, jako je optické zhodnocení situace v peritoneální dutině či krátká hospitalizace v nemocnici, se dnes využívá jako rutinní operační postup při řešení tubárního těhotenství. (ČEPICKÝ a kol., 2018). Pacientka se uvede to tzv. Trendelenburgovy polohy, což je poloha, kdy pacientka leží na zádech a její pánev je výše než hlava. Dutina břišní se naplní oxidem uhličitým pro lepší přehlednost, poté se zavede hlavní trokar s laparoskopem a 3 pomocné porty. Do dělohy je možnost zavést manipulační nástroj pro kontrolu pohybů dělohy. Bezpečná hodnota intraabdominálního tlaku je 12-15 mmHg (ŠIMŠA a kol., 2018).

Metod laparoskopického ošetření mimoděložního těhotenství máme hned několik, a to salpingostomii, salpingotomii a salpingektomii (ROZTOČIL, a kol. 2011).

Salpingostomie je metoda laparoskopického ošetření, kdy nařízneme stěnu vejcovodu, extrahujeme embryo a stěnu následně zašijeme. Tato metoda se může zvolit, pokud je velikost embrya méně než 2 cm. (ROZTOČIL, a kol. 2011).

Salpingotomie je metoda laparoskopického ošetření, kdy nařízneme stěnu vejcovodu, vyjmeme embryo, ale stěnu už nazpět nesešijeme (ROZTOČIL, a kol. 2011).

Salpingektomie je v našich podmínkách nejčastěji používaná metoda laparoskopického ošetření. Jde o stav, kdy se pacientce odstraní celý vejcovod postižený mimoděložním těhotenstvím (ROZTOČIL, a kol. 2011). Výkony zachovávající vejcovod jsou dnes ale opouštěny kvůli riziku opakování se vzniku GEU.

Pokud je pacientka hemodynamicky nestabilní, je primární podání krevních transfúzí. Pokračujeme akutní laparotomií, při které se odstraní krvácející ložisko a krvácení se zastaví. V dnešní době je však schopnost operatérů pracovat s laparoskopickou technikou na vysoké úrovni a díky tomu se používá i při případech masivního nitrobřišního krvácení a tudíž se od laparotomického přístupu ustupuje (ROZTOČIL, a kol. 2011).

V rámci pooperačního stavu se u pacientky může vyskytnout takzvaný Frenikův příznak. To je stav, kdy pacientku bolí ramena, který je způsoben zbytkem kapnometria v podbráničním prostoru (ŠIMŠA a kol., 2018).

2 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE

V rámci předoperační péče je nutné, aby u pacientky proběhlo interní předoperační vyšetření. Provedení předoperačního vyšetření může vézt k zabránění komplikací během operace. Rozsah vyšetření je dán zdravotním stavem pacientky, rozsahem a závažností operace, naléhavostí operace a volbou anestezie. Na vyšetření spolupracují chirurgové příslušného oboru (v našem případě gynekologové), kteří výkon provedou a anesteziolog, který provede předanesteziologické vyšetření, kde posoudí stav pacientky a vybere vhodnou anestezii (MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2018). Předoperační přípravu můžeme rozdělit na dlouhodobou, krátkodobou a z vitální indikace.

2.1 DLOUHODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Po rozhodnutí lékaře k plánované operaci se u pacientky provede interní předoperační vyšetření. Předoperační vyšetření obsahuje anamnézu pacientky. V té se zaměříme na prodělané onemocnění, rodinnou anamnézu, farmakologickou anamnézu, alergie a abúzy. Dále obsahuje klinické vyšetření, kde se zaměříme na vyšetření dýchacích cest a kardiovaskulárního systému, provedeme tedy EKG. Jako poslední část předoperačního vyšetření je laboratorní vyšetření biologického materiálu. Vyšetřujeme moč na biochemii a močový sediment. U krve vyšetřujeme krevní obraz, aPTT a Quickův test, glykemii, základní biochemii a krevní skupinu s Rh faktorem. Vyšetření je platné měsíc, vyšetření běžně provádí praktický lékař (ČOUPKOVÁ, SLEZÁKOVÁ, 2010) (MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2018).

2.2 KRÁTKODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Krátkodobá předoperační příprava se označuje jako příprava pacientky k operačnímu výkonu maximálně 24 hodin před výkonem. Obsahuje podpis všech potřebných informovaných souhlasů pacientky (informovaný souhlas s hospitalizací, výkonem, anestezii, nahlížením do dokumentace, přítomnost a péče studentů a souhlas s podáváním informací o zdravotním stavu). K pacientce na oddělení se dostává anesteziolog, který se seznámí se stavem pacientky a seznámí ji o anestezii a jejími riziky. Dále obsahuje fyzickou přípravu pacientky, kdy se hledí na to, aby pacientka minimálně 8 hodin lačnila. Kontrolujeme vylučování, pokud bude výkon náročnější, zvolíme

katetrizaci močového měchýře a dle doporučení lékaře provedeme očistné klyzma. Dále zavedeme periferní žilní katetr. Informujeme pacientku, aby se vysprchovala, odlakovala si nehty, odstranila piercing a šperky a vydezinfikujeme pupek. Pokud je potřeba, pacientku oholíme. Provedeme bandáž dolních končetin v rámci prevence tromboembolické nemoci a dle ordinace lékaře aplikujeme nízkomolekulární heparin a premedikaci k anestezii. Poučíme pacientku, aby po podání premedikace už nevstávala z lůžka. U pacientky probíhá i psychická příprava, kdy se snažíme snížit strach a úzkost z operace. Kdykoliv se nás proto pacientka na cokoliv zeptá, odpovíme. Před převozem na operační sál pacientku zkontrolujeme, zda je bez šperků, má bandáž dolních končetin, změříme fyziologické funkce (TK, P, TT) a i s dokumentací předáme perioperační sestře (ČOUPKOVÁ, SLEZÁKOVÁ, 2010).

2.3 PŘÍPRAVA PŘED URGENTNÍ OPERACÍ

U diagnózy, kdy se u pacientky prokáže přítomnost mimoděložního těhotenství, se setkáváme s nutností urgentního operačního výkonu. S nedostatkem času není možné u pacientky provést všechna vyšetření, které spadají pod interní předoperační vyšetření. Příprava se tudíž omezí na nejdůležitější vyšetření, a to na statimové vyšetření krevního obrazu, krevní skupiny a Rh faktoru a biochemického vyšetření krve, moči. Je nutné zavést periferní žilní katetr a permanentní močový katetr, zajistit bandáž dolních končetin a podat premedikaci dle anesteziologa. Poučíme pacientku, aby po podání premedikace už nevstávala z lůžka (ČOUPKOVÁ, SLEZÁKOVÁ, 2010).

2.4 PŘÍPRAVA K OPERACI Z VITÁLNÍ INDIKACE

U pacientek s mimoděložním těhotenstvím se můžeme setkat s nitrobřišním krvácením z důvodu ruptury vejcovodu. Tento stav je velice vážný a je nutné přistoupit k akutní operativní léčbě. Jelikož není dostatek času, všechna předoperační vyšetření se dělají přímo na operačním sále, kde si anesteziologická zavede periferní žilní katetr, z něj odebere všechny potřebné vzorky krve (KO, KS+Rh faktor, biochemie). Kvůli velké krevní ztrátě je nutné objednat krevní transfuze. Anesteziolog podá pacientce celkovou anestezii a přejde se k operačnímu výkonu.

3 POOPERAČNÍ PÉČE

Po skončení operace zůstává pacientka pod neustálým dohledem, dokud nemá stabilizovaný oběh a dostatečně spontánně nedýchá. Pacientka se převezve buď na jednotku intenzivní péče nebo na tzv. dospávací pokoj, který bývá součástí operačního traktu. V dokumentaci zkontrolujeme, zda operatér zapsal všechnu podanou medikaci a podané infuze, informace ohledně pohody pacientky a převazů ran. Důsledným dohledem sestry a včasným kontaktem lékaře předcházíme náhle vzniklým pooperačním komplikacím (ČOUPKOVÁ, SLEZÁKOVÁ, 2010).

U pacientky je nutné pravidelně kontolovat fyziologické funkce. Fyziologické funkce měříme dle ordinace lékaře, standardně se ale měří první hodinu po výkonu každých 15 minut, druhou hodinu každých 30 minut a následně do 24 hodin každých 60 minut (ČOUPKOVÁ, SLEZÁKOVÁ, 2010). Dle ordinace lékaře tišíme bolest a podáváme ATB. Pacientce zajistíme dostatečné množství vložek. V den operace pacientka s doprovodem sestry vstává a je vyzvána, aby se spontánně vymočila. Pokud se nevymocí do 6-8 hodin od zákroku, provedeme katetrizaci močového měchýře. Dále kontrolujeme navrácení střevní peristaltiky a to tím, že se pacientky ptáme, zda odchází střevní plyny. Stolice se u pacientky objeví 2-3 dny po výkonu. Vyprazdňování tlustého střeva závisí i na dietě, kdy po operaci má pacientka dietu 0 (tekutá strava), a následně dietu 1 (kašovitá strava). Dle ordinace lékaře provedeme případné vyšetření krve a moči. Dle stavu pacientky zajistíme kontakt s rodinou a pro zajištění psychické pohody s pacientkou příjemně komunikujeme. Pacientku edukujeme v péči o operační rány a pohybu z lůžka, na lůžko (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013) (POKORNÁ, 2012).

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetrovatelský proces je systémový komplexní výkon ošetrovatelské činnosti s důrazem co nejvíce přihlížet k individuálním potřebám ošetrovaného, řešit jeho problémy a předcházet jim (TÓTHOVÁ a kol., 2014, s. 16).

Ošetrovatelský proces je metoda poskytování ošetrovatelské péče a obsahuje několik plánovaných činností, u kterých je důležité dosáhnout určitého výsledku. Řadu vzájemně se propojujících činností během ošetrovatelské péče provádíme sami a nebo ve spolupráci pacientky, pokud to její zdravotní stav dovolí. Porodní asistentka pomocí ošetrovatelského procesu samostatně rozhoduje o nejlepším způsobu péče, dosahuje vytyčených výsledků a cílů (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

Ošetrovatelský proces má 5 fází, a to posouzení stavu pacientky, stanovení ošetrovatelské diagnózy, plánování ošetrovatelské péče, realizace plánu péče a vyhodnocení, zda došlo ke splnění cílů (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

4.1 POSOUZENÍ STAVU PACIENTKY

Posouzení stavu pacientky je první fáze ošetrovatelského procesu. V této fázi získá porodní asistentka o pacientce potřebné informace, které potřebuje k naplánování vhodné ošetrovatelské péče (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

Sběr informací se skládá z pěti činností. První je sběr dat, kdy porodní asistentka sesbírá od pacientky všechny informace, které souvisí s jejím zdravotním stavem (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

Druhá činnost je kontrola sebraných informací, kdy se porodní asistentka přesvědčí, že získané informace jsou pravdivé (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

Třetí činnost je uspořádání informací, kdy porodní asistentka získané informace roztřídí tak, aby mohla jednoduše a rychle identifikovat ošetrovatelský problém (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

Čtvrtá činnost je kontrola správnosti prvního dojmu, kdy si porodní asistentka utváří první obraz ošetrovatelského plánu péče a kontroluje, zda se shoduje se získanými

informacemi a zda přesně identifikovala ošetrovatelský problém (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

Pátá činnost je hlášení a zaznamenání získaných informací, kdy porodní asistentka podá lékaři důležité informace o pacientce. Dále všechny získané informace řádně zapíše do ošetrovatelské dokumentace (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

Všechny získané údaje od pacientky sepíšeme do anamnézy. Dále provedeme fyzikální vyšetření, které rozdělíme na subjektivní a objektivní. Subjektivní informace jsou takové, které nám řekne pacientka a objektivní informace jsou takové, které zjistí porodní asistentka. Fyzikální vyšetření, které provádí porodní asistentka, je zaměřené na somatický stav pacientky, provádí se od hlavy k patě a je potřebné k dokončení první fáze ošetrovatelského procesu (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

Ve fyzikálním vyšetření se zaměřujeme na charakteristiku kůže (choroby, barva, svědění, vlhkost), vlasů (barva, množství), nehtů. Dále vyšetřujeme hlavu (bolesti hlavy, závratě, únava), oči (poruchy vidění, infekce, bolest), uši (infekce, charakter sluchu), nos (rýmy, krvácení, alergie) a ústa (krvácení, bolesti, stav zubů, změna hlasu). Dále pokračujeme vyšetřením krku (bolest, otoky, pohyblivost), prsou (velikost, bolest, výtoky z bradavek, zda se pacientka vyšetřuje), dýchacího systému (kašel, potíže s dýcháním, bolesti, onemocnění dýchacího systému), kardiovaskulárního systému (onemocnění srdce, šelesty, krevní tlak, varixy), gastrointestinálního systému (nevolnost, zvracení, plynatost, charakter stolice, bolesti břicha) a močového a pohlavního systému (četnost močení, krev v moči, inkontinence, bolesti, věk při menarché, poslední menstruace, charakter krvácení, infekce). Na konci vyšetříme kosterní a svalový systém (bolesti svalů, kloubů, křeče, otoky), nervový systém (křeče, bezvědomí, nervové problémy, třes, zapomnětlivost) a endokrinní systém, kde se zaměříme, zda pacientka netrpí diabetem, nadměrnou chutí k jídlu, zda toleruje teplo a zimu (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

Na závěr první fáze ošetrovatelského procesu posoudíme potřeby pacientky dle 13 domén NANDA I taxonomie II a shrneme vše do ošetrovatelské situační analýzy (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

4.2 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Ošetřovatelská diagnóza má své definující charakteristiky a určujeme ji pomocí systému NANDA I taxonomie II. Diagnózu vyhledáváme podle určujících znaků, souvisejících a rizikových faktorů a definice.

NANDA I taxonomie II má 13 domén, které sdružují ošetřovatelské diagnózy. Diagnózy se dělí na aktuální, rizikové, podporující zdraví a syndromy. První doména se nazývá Podpora zdraví. Díky diagnózám spadající do této kategorie určujeme, zda pacientka „normálně funguje“, jestli má dostatek pohybu či jestli umí pečovat o své zdraví (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Druhá doména, Výživa, sdružuje ošetřovatelské diagnózy ohledně příjmu a využití výživných látek pro organismus. Zde určujeme, zda pacientka nemá například obezitu, poruchy příjmu potravy nebo poruchy trávení (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Třetí doména, Vylučování/výměna, sdružuje ošetřovatelské diagnózy ohledně vylučování odpadních látek z těla. Zde určujeme, zda pacientka netrpí poruchami funkce močového systému (například inkontinence moči, retence moči) a nebo poruchami funkce trávicího traktu (například inkontinence stolice, zácpa) (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Čtvrtá doména, Aktivita/odpočinek, obsahuje ošetřovatelské diagnózy, jejichž pomocí určujeme například kvalitu spánku, kvalitu sebepečce či problémy s pohybem (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Pátá doména, Percepce/kognice, obsahuje ošetřovatelské diagnózy ohledně poruch paměti, učení, řešení problémů či s nedostatkem znalostí (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Šestá doména, Sebepercepce, se zabývá ošetřovatelskými diagnózami ohledně vnímání sebe sama. U pacientky můžeme diagnostikovat například beznaděj, poruchy sebeúcty, narušený obraz těla (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Sedmá doména, Vztahy mezi rolemi, obsahuje ošetřovatelské diagnózy ohledně vztahů ve společnosti, v rodině. Pomocí této domény můžeme u pacientky diagnostikovat

například narušené procesy v rodině, neefektivní vztah či narušené rodičovství (HERDMAN, KAMITSURU, 2015)

Osmá doména, Sexualita, se zabývá ošetrovatelskými diagnózami poruch sexuality, neefektivního porodu či rizika narušení vztahu matky k plodu (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Devátá doména, Zvládání/tolerance zátěže, obsahuje ošetrovatelské diagnózy, kterými diagnostikujeme problémy zvládání životních událostí nebo problémy s reakcemi na zvládání zátěže. Patří sem diagnózy jako například úzkost a strach (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Desátá doména, Životní principy, se zabývá principy jednání, přesvědčení a rovnováhy mezi hodnotami. U pacientky můžeme díky této doméně diagnostikovat například zhoršenou religiozitu, morální strádání nebo snahu zlešit rozhodování (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Jedenáctá doména, Bezpečnost/ochrana, sdružuje ošetrovatelské diagnózy rizika infekce, rizik tělesného poškození a násilí. U pacientky můžeme díky této doméně diagnostikovat například riziko infekce, riziko krvácení, riziko pádu či narušenou intergitu tkáně (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Dvanáctá doména, Komfort, se zabývá ošetrovatelskými diagnózami ohledně bolesti, komfortu či sociálního komfortu. U pacientky můžeme diagnostikovat například akutní bolest, nauzeu či sociální izolaci (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Třináctá doména, Růst/vývoj, se zabývá progresí či problémy růstu a vývoje odpovídajícího k danému věku (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

4.3 PLÁNOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Plánování ošetrovatelské péče je velmi důležité, protože v této fázi určujeme cíle a plánujeme ošetrovatelskou strategii ke splnění určených cílů. Během plánování určíme priority ošetrovatelských diagnóz a stanovíme plán péče. Výstupem třetí fáze ošetrovatelského procesu je písemný plán péče, který přispívá k dobré komunikaci mezi pacientkou a zdravotnickým personálem a ke splnění námi určených cílů (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

Vytyčení priorit je pořadí zjištěných ošetrovatelských diagnóz, ve kterým se budou řešit. Nejčastější zásada pro určování priorit je podle aktuálního zdravotního stavu pacientky. Nejvyšší prioritu by měly mít diagnózy, které ohrožují pacientku na životě. Střední prioritu mají diagnózy ohrožující pacientčino zdraví (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

Dále se ve třetí fázi ošetrovatelského procesu stanovují očekávané výsledky. To nám slouží k měření realizace plánu péče, kdy pomocí splněných cílů můžeme posoudit, zda je plán péče úspěšný či neúspěšný. Splnění cílů hodnotíme podle somatických a psychických změn u pacientky. Je důležité vytyčit takové cíle, které se dají splnit vybaveností oddělení. Dále je důležité, aby byly cíle srozumitelné, aby byly zaměřeny na jednu danou pacientku a aby se nedaly pochopit více možnostmi. Cíle dělíme na krátkodobé a dlouhodobé. Krátkodobý cíl se určuje v rozmezí hodin, maximálně dnů. Splněním dílčích krátkodobých cílů je později jednodušší splnit cíl dlouhodobý. Dlouhodobé cíle se používají na delší časové období. Pacientka může mít k více ošetrovatelským diagnózám jeden dlouhodobý cíl. Nejčastěji se dlouhodobé cíle zaměřují na rehabilitaci či prevenci (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

Očekávané výsledky se v plánu péče určují ke každé diagnóze. Slovtvorně se očekávané výsledky píší v osobě „pacientka“ a důležité je určit, do kdy očekáváme výsledek, např. Pacientka necítí bolest do 30 minut od podání analgetik (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

Na závěr třetí fáze ošetrovatelského procesu plánujeme ošetrovatelské intervence. To jsou činnosti, které si plánujeme, abychom splnili plán péče a dostáli tak naplánovaných cílů. Rozdělujeme je na závislé intervence, které závisí na domluvě s lékařem, nezávislé intervence, které plánuje porodní asistentka sama a součinné, které se plánují s pomocí dalších odborníků (např. fyzioterapeut). Intervence se píší v rozkazovacím způsobu (např. posuď, vykonej, zapiš apod.) (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

Výsledkem plánování je plán ošetrovatelské péče. Obsahuje ošetrovatelské diagnózy sestavené dle priorit, stanovené výsledky a cíle péče, intervence a hodnocení péče. Plán péče píšeme hned po přijetí pacientky na oddělení a během hospitalizace plán doplňujeme a upravujeme dle stavu pacientky. Plány péče zjednodušují komunikaci mezi porodními asistentkami, zabraňuje, aby se o pacientku každá porodní asistentka starala jinak a pomáhá zhodnotit kvalitu péče o pacientku. Plán péče je součástí chorobopisu (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

4.4 REALIZACE PLÁNU PÉČE

Čtvrtá fáze ošetrovatelského procesu je fáze realizace. Úkolem je dosažení a splnění námi daných cílů a ošetrovatelských intervencí. Plán péče realizujeme podle stavu pacientky, daných standardů a s vědomím odpovědnosti. Vždy se řídíme ordinacemi lékaře, u kterých musí být podepsán. Plán péče realizujeme s ohledem na naši bezpečnost i bezpečnost pacientky. Dodržujeme úctu a důstojnost k pacientce, psychicky ji podporujeme. V této fázi je velmi důležité, aby porodní asistentka, která bude plán péče realizovat, měla dostatečné vědomosti a zkušenosti, které jsou k realizování potřeba. Každou realizaci zapíšeme do ošetrovatelské dokumentace s časovým údajem a naším podpisem (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

Ošetrovatelská dokumentace musí být vždy aktuální, úplná a přesná. Pokud se změni stav pacientky, musíme její dokumentaci řádně aktualizovat. Okamžité aktualizování a zapisování do dokumentace chrání pacientka před mylnou realizací ošetrovatelského plánu péče a chrání i porodní asistentku při vzniku komplikací a následných soudních sporů. Dokumentace také slouží jako hodnocení kvality vykonávané péče (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

4.5 ZHODNOCENÍ OČEKÁVANÝCH VÝSLEDKŮ

V páté fázi ošetrovatelského procesu se hodnotí účinnost ošetrovatelské péče a zda byly splněny cíle dle plánu péče. Hodnocení nám dává zpětnou vazbu, kterou můžeme použít k nalezení dalších potřeb pacientky. V této fázi také zjišťujeme, zda došlo k zlepšení či k zhoršení pacientčina zdravotního stavu a hodnotíme, zda reakce na námi stanovené diagnózy jsou po realizaci lepší či horší (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

Vyhodnocování plánu péče je důležitou organizační činností, neboť díky této fázi se porodní asistentka stává zodpovědná za své zrealizované intervence a díky tomu se rozpozná, zda je realizovala správně či nikoliv (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

Porodní asistentka by při dosažení cíle měla vědět, jaké reakce pacientky byly vytyčeny v cílech péče. Dále by měla vyhodnotit stav pacientky a zjistit, zda stav a reakce pacientky jsou v souladu s vytyčenými očekávanými výsledky (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

Dosažení výsledků má několik stupňů: výsledná kritéria jsou dosažena, cíle jsou splněny; určité změny v chování pacienta sice vznikly, ale nejsou splněna všechna výsledná kritéria, cíle jsou splněny částečně; nenastaly žádné změny ve zdravotním stavu pacienta, cíle nejsou splněny (TÓTHOVÁ a kol., 2014, s. 126).

5 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY

Porodní asistentka je pro ženu velmi důležitá osoba, protože je ženě vždy na blízku. Je potřeba u ženy navodit pocit bezpečí a důvěru, aby se nám svěřila se všemi problémy. Ženu doprovázíme v průběhu všech vyšetření a pobytu na gynekologickém oddělení. Během diagnostiky a léčby mimoděložního těhotenství pacientka prochází náročnou situací a proto je vhodné, abychom ženu edukovali o tom, co ji vše čeká. Vhodná psychologická podpora může pomoci pacientce alespoň zčásti zbavit strachu, úzkosti a pocitu neznáma.

Při první návštěvě porodní asistentka sepíše s pacientkou důkladnou anamnézu. Následně u gynekologického vyšetření pomáhá pacientce se zajištěním soukromí při odkládání spodní části oděvu a dopomáhá ke správné pozici na gynekologickém stole. Poté lékař připraví sterilní rukavice, sterilní gynekologická zrcadla, emitní misku a pomůcky k odběru biologického materiálu. Při samotném vyšetření asistuje lékaři při odběru biologického materiálu (SLEZÁKOVÁ, ANDRÉSOVÁ, KADUCHOVÁ a kol., 2017).

Při příjmu pacientky na gynekologické oddělení porodní asistentka uloží pacientku na daný pokoj. V rámci předoperační přípravy edukuje pacientku ohledně řádu oddělení, vyplní spolu informované souhlasy, zavede periferní žilní katetr a změní fyziologické funkce. Během předoperační přípravy se k pacientce dostaví anesteziolog, aby pacientku informoval o výběru anestezie. Dle ordinace lékaře porodní asistentka podá příslušnou premedikaci a aplikuje nízkomolekulární heparin v prevenci vzniku tromboembolické nemoci. Před výkonem porodní asistentka pacientce zabandážuje dolní končetiny a zkontroluje, zda má pacientka sundané všechny šperky a změní fyziologické funkce. Vše pečlivě zapisuje do ošetrovatelské dokumentace, kterou při předání pacientky na operační sál převezme perioperační sestra (ČOUPKOVÁ, SLEZÁKOVÁ, 2010).

Při přijetí pacientky z operačního sálu porodní asistentka zkontroluje, zda je operatérem zapsán průběh operace a naordinovány infuze či medikamenty. Po přeložení na lůžko porodní asistentka změní fyziologické funkce. Je nutné je měřit à 15 minut první hodinu po výkonu, druhou hodinu se měří à 30 minut a od třetí hodiny po výkonu se měří každou hodinu. Porodní asistentka podává tisíce léky proti bolesti, předepsaná antibiotika a kontroluje sílu krvácení. Kontrolujeme také močení a návrat střevní peristaltiky pro

anestezii. Je důležité také edukovat pacientku ohledně péče o operační ránu a pohybu z lůžka, na lůžko. Porodní asistentka též zajišťuje kontakt s rodinou pacientky, dovoluje její návštěvy na pokoji (ČOUPKOVÁ, SLEZÁKOVÁ, 2010) (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

Empatie a profesionální přístup zdravotního týmu pacientce pomáhá k psychické i fyzické pohodě.

6 KAZUISTIKA ŽENY S MIMODĚLOŽNÍM TĚHOTENSTVÍM

Následující kazuistika popisuje pacientku, která podstoupila léčbu mimoděložního těhotenství. Žena byla požádána o souhlas s využitím informací a zpracováním dostupných informací pro účely této bakalářské práce. Identifikační údaje pacientky a zdravotnického zařízení neuvádíme z důvodu dodržení díkce platné národní a evropské legislativy vztahující se k ochraně osobních údajů.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTKY:

Tabulka 1 Identifikační údaje pacientky

| | |
|---|--------------------------------|
| Datum narození: 1981 | Věk: 37 |
| Adresa trvalého bydliště: Praha | |
| Kontakt na osobu, které lze podat informace: partner | |
| Národnost: česká | Komunikační bariéra: ne |
| Státní příslušnost: ČR | Stav: svobodná |
| Vzdělání: vysokoškolské | Zaměstnání: jezdec koní |
| Datum přijetí: 23.11.2016 | Typ přijetí: akutní |
| Oddělení: gynekologické | |

Důvod přijetí udávaný pacientkou:

Odeslána od ošetřujícího gynekologa s podezřením výskytu GEU.

Medicínská diagnóza hlavní:

O001 – Tubární těhotenství v pahýlu levé tuby po SE

Medicínská diagnóza vedlejší:

R104 – Jiná a neurčená břišní bolest

6.1 ANAMNÉZA

RODINNÁ ANAMNÉZA

otec: 2003-Hodgkinův lymfom s relapsem v roce 2016 – autologní transplantace kostní dřeně, v mládí onemocnění malárií, nyní hypertenze

matka: stav po splenektomii, nyní revmatoidní artritida

matka otce: stav po cévní mozkové příhodě, sledována pro arytmií a hypertenzi, na terapii Warfarinu

otec otce: +74 let na srdeční selhání, diabetes mellitus (amputace dolních končetin a prstů horních končetin pro nekrózu, nefropatie)

děti: 0

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Předchozí onemocnění: 0

Trvající onemocnění: 0

Operace: 2013 – laparoskopická salpingektomie, pacientka si myslí, že vpravo

Úrazy: 2006 - zlomenina vnitřního kotníku vpravo

Transfuze: 0

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Menses: od 15 let

Typ: pravidelná

Poslední menstruace: 14. 10. 2016

Porody: 0

UPT: 0

Spontánní abort: 0

Menopauza: 0

Hormonální léčba: Crynone vag.

Stav po IVF

ABUSUS

Kouření: 5 cigaret denně

Alkohol: občas

Drogy: ne

ALERGICKÁ ANAMNÉZA

Pyl, prach, lékové neguje.

PRACOVNÍ A SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Jezdec koní, vdaná, bydlí s manželem.

6.2 KATAMNÉZA

23. 11. 2016, den hospitalizace č. 0

37letá pacientka přichází 23. 11. 2016 do gynekologické ambulance na doporučení ošetřujícího gynekologa s výskytem GEU po IVF. Při sepisování anamnézy zjištěno, že je pacientka po salpingektomii. Pacientka přesně neví, na které straně byla provedena, ale udává, že vpravo. V ambulanci následně proběhne vyšetření fyzikální, gynekologické, laboratorní i ultrasonografické.

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Kůže: fyziologického koloritu, bez patologických změn

Vlasy a nehty: bez patologických nálezů

Hlava: mezocefalická, bez bolesti

Oči: zornice izokorické, oční bulby ve fyziologickém postavení, skléry bílé, spojivky růžové

Uši: bez patologických nálezů, pacientka slyší dobře

Nos: bez bolesti a krvácení, pacientka netrpí častým výskytem rýmy

Ústa: rty a ústní sliznice růžové, vlhké, zuby vlastní, jazyk bez povlaku

Krk: pohyblivý, bez bolesti, pulzace karotid hmatná, štítná žláza nezvětšena, lymfatické uzliny nezvětšeny

Prsa: souměrná, bez známek výtoku z bradavek či poranění

Dýchací systém: dýchání čisté, bez vedlejších šelestů či pískotů, pacientka neudává bolest při dýchání, nekašle

Kardiovaskulární systém: akce srdeční pravidelná, bez šelestů, pacientka se s ničím neléčí

Gastrointestinální systém: pacientka nezvrací, netrpí problémy s vylučováním, bolest v podbříšku

Kosterní a svalový systém: horní a dolní končetiny bez patologických nálezů, DK bez varixů, kůže teplá, pružná, svaly nebolestivé, klouby volně pohyblivé

Nervový systém: reflexy v normě, jazyk pláží středem, pacientka nemá problémy s řečí či pamětí, křeče občas po větší fyzické námaze

Pacientka udává bolesti v podbříšku, nekrvácí, obědvala. Objektivně je pacientka kardiopulmonálně kompenzovaná, eupnoická, orientovaná. Kůže fyziologického koloritu. Afebrilní. Fyziologické funkce: TK: 116/63 mmHg, P: 80', TT: 36,6°C.

GYNEKOLOGICKÉ A ULTRASONOGRAFICKÉ VYŠETŘENÍ

Vaginální vyšetření: děloha v AVF, normální velikosti. Palpačně bolestivá, pohyby čípkem bolestivé, adnexa vpravo bolestivá. Douglasův prostor není vyklenut, palpačně není bolestivý. Toho času bez známek peritoneálního dráždění. In specula: pochva volná, čistá, děložní hrdlo uzavřeno.

Ultrazvukové vyšetření: děloha v AVF, normální velikosti. V pravé tubě lokalizováno embryo 18x22mm. V malé pánvi není volná tekutina.

Závěr: GEU l.dx., dolores hypogastrii, st. p. SE l.dx.

Doporučení: hospitalizace, ad LSK SE l.dx., statim KO, biochemie, aPTT, Quick test.

LABORATORNÍ VÝSLEDKY

Tabulka 2 Krevní obraz

| Krevní obraz - 23.11.2016 | Výsledek | Jednotka | Referenční meze |
|-------------------------------------|-----------------|---------------------|------------------------|
| Krevní skupina | B+ | | |
| Leukocyty | 7,5 | 10 ⁹ /l | 4,0-10,0 |
| Erytrocyty | 3,3 | 10 ¹² /l | 3,80-5,20 |
| Hemoglobin | 97 | g/l | 120-160 |
| Hematokrit | 0,346 | l/l | 0,350-0,470 |
| Střední objem erytrocytů | 81,5 | fl | 82,0-98,0 |
| Střední množství Hb v erytrocytu | 28 | pg | 28-34 |
| Střední koncentrace Hb v erytrocytu | 320 | g/l | 320-360 |
| Trombocyty | 349 | 10 ⁹ /l | 150-400 |
| Lymfocyty | 2,48 | 10 ⁹ /l | 0,80-4,00 |
| Monocyty | 0,54 | 10 ⁹ /l | 0,08-1,20 |
| Eozinofily | 0,62 | 10 ⁹ /l | 0,00-0,50 |
| Bazofily | 0,03 | 10 ⁹ /l | 0,00-0,20 |
| Neutrofily | 3,85 | 10 ⁹ /l | 2,00-7,00 |
| Quick test (INR) | 0,9 | | |
| aPTT | 27 | s | |

Tabulka 3 Biochemie

| Biochemie - 23.11.2016 | Výsledek | Jednotka | Referenční meze |
|-------------------------------|-----------------|-----------------|------------------------|
| Kreatinin | 64 | μmol/l | 49-90 |
| Kyselina močová | 214 | μmol/l | 150-350 |
| Urea | 3 | mmol/l | 2,0-6,7 |
| AST | 0,62 | μkat/l | 0-0,67 |
| ALT | 0,38 | μkat/l | 0-0,73 |
| GGT | 0,24 | μkat/l | 0-1,10 |
| Cholesterol | 6,46 | mmol/l | 2,9-5,0 |
| Triacylglyceroly | 2,02 | mmol/l | 0,45-1,7 |
| Glukóza (v plasmě) | 4,65 | mmol/l | 3,9-5,6 |
| Sodík | 135 | mmol/l | 136-145 |
| Draslík | 4,73 | mmol/l | 3,8-5,4 |
| Chloridy | 104 | mmol/l | 97-108 |
| hCG | 2842 | IU/l | |

Po sepsání anamnézy a ambulantním vyšetření je pacientce zaveden periferní žilní katétr, proveden odběr krve a podána analgetika. Pacientka v 17:59 předána k hospitalizaci na gynekologickém oddělení. Zde pacientka podepisuje informované souhlasy s hospitalizací, operačním výkonem a je edukována o chodu oddělení. Dále jsou pacientce zabandážovány dolní končetiny a aplikován Fraxiparine 0,3 ml s.c.

Ve 20:00 pacientka předána na operační sál k operačnímu výkonu. Pacientka je uvedena do celkové anestezie. Je provedena aseptická příprava operačního pole, dezinfekce břicha, pupku a vaginy se zevními roditeli a zarouškování operačního pole.

Ve 20:05 je zahájen výkon. Břišní dutina je naplněna oxidem uhličitým. Jedním otvorem v pupku je zaveden trokar s laparoskopem a třemi otvory v podbřišku jsou zavedeny operační nástroje. Pacientka je následně uvedena do Trendelenburgovy polohy, kdy je pacientka položená na zádech, ale pánev má výše než hlavu. Při vstupu do oblasti malé pánve je objeveno hemoperitoneum, z níž je evakuováno 1500 ml krve. Dále je zjištěna chyba v ultrazvukové diagnostice, protože GEU se nenachází v pravé tubě, ale v pahýlu tuby levé, který zbyl po LSK SE z roku 2013. Provedeno laparoskopické odstranění embrya i s pahýlem levé tuby. Pravá adnexa zachována. V závěru provedena kyretáž děložní dutiny, tvořena ve většině rozsahu těhotenskou deciduou. Pacientce bylo podáno antiemetikum (Degan) a opioid na bolest (Tramal).

Ve 21:45 je pacientka převezena na oddělení JIP. Tlakově je pacientka stabilní (TK: 116/67 mmHg, P: 78'), eupnoická, děloha normotonická, bolesti minimální, krvácení přiměřené. Pacientka je napojena na monitor na měření fyziologických funkcí a pokračuje se v infuzní terapii. Byly podány 4 transfuze erytrocytů a 2 transfuze krevní plasmy. Fyziologické funkce měříme v první hodině každých 15 minut, ve druhé každých 30 minut a následně podle ordinace lékaře každé dvě hodiny, protože není pacientka tlakově nestabilní.

Ve 22:00 je naměřen TK: 121/74, P: 75', TT: 36,4°C. Pacientka spí.

Ve 22:15 je naměřen TK: 118/70, P: 73'.

Ve 22:30 je naměřen TK: 122/71, P: 77'.

Ve 22:45 je naměřen TK: 125/73, P: 75'. Pacientka udává bolest v podbřišku. Po konzultaci s lékařem je pacientce podán Paracetamol Kabi 1000 mg i.v.

Ve 23:15 je naměřen TK: 122/72, P: 76'. Pacientka udává zmírnění bolestí.

Ve 23:45 je naměřen TK: 123/74, P: 73'. Pacientka spí.

24. 11. 2016, den hospitalizace č. 1

V 01:45 je naměřen TK: 119/69, P: 70'.

Ve 03:45 je naměřen TK: 121/70, P: 74'.

V 05:45 je naměřen TK: 118/68, P: 73'.

V 07:00 probíhá vizita. Operační rány zkontrolovány lékařem, které jsou následně sterilně překryty. Pacientce je naordinován kontrolní odběr KO a biochemie. Pacientka odpojena od monitoru pro měření fyziologických funkcí.

Dopoledne probíhá vertikalizace a návštěva WC. S chůzí nemá pacientka nejmenší problém, spontánně se vymočila.

Ve 12:00 je pacientka přeložena na standardní lůžkové oddělení. Fyziologické funkce při příjmu na oddělení TK: 123/74, P: 81', TT: 36,5°C. Pacientka je edukována o chodu oddělení a o místě signalizačního zařízení. Je zkontrolován charakter operačních ran, které jsou klidné a nekrvácí. Pacientka po kyretáži slabě krvácí. Může jíst.

Tabulka 4 Krevní obraz

| Krevní obraz - 24.11.2016 | Výsledek | Jednotka | Referenční meze |
|-------------------------------------|----------|---------------------|-----------------|
| Krevní skupina | B+ | | |
| Leukocyty | 9,8 | 10 ⁹ /l | 4,0-10,0 |
| Erytrocyty | 4,4 | 10 ¹² /l | 3,80-5,20 |
| Hemoglobin | 126 | g/l | 120-160 |
| Hematokrit | 0,397 | | 0,350-0,470 |
| Střední objem erytrocytů | 88,5 | fl | 82,0-98,0 |
| Střední množství Hb v erytrocytu | 31 | pg | 28-34 |
| Střední koncentrace Hb v erytrocytu | 349 | g/l | 320-360 |
| Trombocyty | 387 | 10 ⁹ /l | 150-400 |
| Lymfocyty | 3,16 | 10 ⁹ /l | 0,80-4,00 |
| Monocyty | 0,81 | 10 ⁹ /l | 0,08-1,20 |
| Eozinofily | 0,68 | 10 ⁹ /l | 0,00-0,50 |
| Bazofily | 0,1 | 10 ⁹ /l | 0,00-0,20 |
| Neutrofilly | 4,51 | 10 ⁹ /l | 2,00-7,00 |

Tabulka 5 Biochemie

| Biochemie - 24. 11. 2016 | Výsledek | Jednotka | Referenční meze |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|------------------------|
| Kreatinin | 59 | μmol/l | 49-90 |
| Kyselina močová | 206 | μmol/l | 150-350 |
| Urea | 3,31 | mmol/l | 2,0-6,7 |
| AST (aspartátaminotransferáza) | 0,6 | μkat/l | 0-0,67 |
| ALT (alaninaminotransferáza) | 0,36 | μkat/l | 0-0,73 |
| GGT (gama-glutamyltransferáza) | 0,28 | μkat/l | 0-1,10 |
| Cholesterol | 6,46 | mmol/l | 2,9-5,0 |
| Triacylglyceroly | 2,06 | mmol/l | 0,45-1,7 |
| Glukóza (v plasmě) | 4,3 | mmol/l | 3,9-5,6 |
| Sodík | 140 | mmol/l | 136-145 |
| Draslík | 4,97 | mmol/l | 3,8-5,4 |
| Chloridy | 101 | mmol/l | 97-108 |

25. 11. 2016, den hospitalizace č. 2

Pacientka je 2. den po LSK. Během vizity si na nic nestěžuje, bolest necítí, operační rány jsou klidné. TK: 120/69, P: 71', TT: 36,4°C. Cítí se dobře. Močí spontánně, špiní. Dolní končetiny jsou bez otoků a známek TEN. Ordinance lékaře: FF 1× denně, kontrola bolesti.

26. 11. 2016, den hospitalizace č. 3

Pacientka 3. den po LSK. Cítí se dobře, bolesti neguje, na stolicí zatím nebyla, flaty +. TK: 123/71, P: 69', TT: 36,3°C. Operační rány jsou klidné, sterilně překryté. Pacientka močí spontánně, špiní. Dolní končetiny bez otoků a známek TEN.

Po vizitě, zhodnocení stavu a domluvě s pacientkou lékař propouští pacientku do ambulantní péče. Pacientka je poučena o dalším plánu péče, je jí předána propouštěcí zpráva a odchází v doprovodu partnera.

Shrnutí průběhu péče z propouštěcí zprávy:

Hlavní diagnóza: O001 – Tubární těhotenství v pahýlu levé tuby po SE

Vedlejší diagnózy: K661 – Hemoperitoneum

Operace: 23. 11. 2018

Operační výkon: Laparoskopie-revize dutiny břišní, resekce pahýlu levé tuby s výskytem GEU, evakuace hemoperitonea (1500 ml) a RCUI.

Histologie:

Vzorek č. 1 – obsah dutiny děložní: Kyretáž tvořená ve většině rozsahu těhotenstkou deciduou. Dále zastiženy fragmenty hypersekrečního endometria. Choriové klky neprokázány.

Vzorek č. 2 – resekce pahýlu tuby: Potrhaná a prokrvácená vazivová část. Je prokázána infiltrace pravidelně strukturovanými choriovými klky.

Závěr: Mikroskopický nález je kompatibilní s tubární isthmickou graviditou vlevo. Korporální endometrium s deciduální reakcí. V kyretáži z děložní dutiny nejsou přítomny choriové klky.

Medikace: běžná perioperační medikace, analgetika, 4× TU EBR, 2× TU FFP, Fraxiparine 0,3 ml s.c.

Průběh hospitalizace: Po přijetí provedeno gynekologické vyšetření, GEU potvrzeno. Pacientka byla hospitalizována na gynekologickém oddělení a vzhledem k diagnóze provedena akutní laparoskopická revize. Výkon bez komplikací, po operaci byly podány 4 transfuze erytrocytů a 2 transfuze krevní plasmy. Další průběh hospitalizace na JIP i standardním oddělení bez komplikací. Pacientka bez obtíží, abebrilní, normotenzní, kardiopulmonálně kompenzovaná, propuštěna do ambulantní péče.

Doporučení: Pacientka se s propouštěcí zprávou dostaví ke svému registrujícímu gynekologovi, nejlépe do tří dnů od propuštění. Za 10-14 dní od operace návštěva zde na gynekologické ambulanci na odstranění stehů. V případě potíží návštěva ihned. Pacientka poučena o vhodném charakteru osobní hygieny a o nutnosti dodržení pooperačního režimu s vyloučením nadměrné fyzické aktivity a pohlavního styku po dobu 6 týdnů od zákroku. Pacientka rozumí, souhlasí.

6.3 ANALÝZA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

V této kapitole se budeme zabývat analýzou ošetrovatelské péče z pohledu porodní asistentky. K vyhledání a určení ošetrovatelských diagnóz jsme použili systém NANDA International taxonomie II, definice a klasifikace 2015-2017. Ošetrovatelskou diagnózu nejdříve určíme dle definice, určujících znaků, souvisejících faktorů či rizikových faktorů. Dále určíme její prioritu, krátkodobý a dlouhodobý cíl péče, očekávané výsledky péče, ošetrovatelské intervence a zrealizujeme ošetrovatelský plán péče. Na závěr zhodnotíme, zda jsme splnili cíle a výsledky péče. Diagnózy jsme nejdříve rozdělili do přehledné tabulky 6, a to do období před operací a po operaci a dále se je důkladně rozebrali v pořadí dle priorit.

Tabulka 6 Rozdělení diagnóz dle doby výskytu

| DOMÉNA | PŘED OPERACÍ | PO OPERACI |
|---------------------|-----------------------------|---|
| PODPORA ZDRAVÍ | X | X |
| VÝŽIVA | X | X |
| VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA | X | X |
| AKTIVITA, ODPOČINEK | X | 00093-Únava |
| PERCEPCE/KOGNICE | 00126-Nedostatečné znalosti | X |
| VZTAHY | X | X |
| SEXUALITA | X | X |
| ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE | 00148-Strach | X |
| ŽIVOTNÍ PRINCIP | | X |
| BEZPEČNOST, OCHRANA | | 00004-Riziko infekce 00206-Riziko krvácení 00044-Narušená integrita tkáně |
| KOMFORT | 00132-Akutní bolest | 00132-Akutní bolest |
| RŮST, VÝVOJ | | |

PŘED OPERACÍ

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; náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Určující znaky: změny ve fyziologických funkcích (krevního tlaku, pulsu), výraz bolesti v obličeji (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Související faktory: fyzikální původci zranění (GEU) (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Pacientka pocítí úlevu od bolesti do 30 minut od podání analgetik.

Očekávané výsledky: Pacientka udává zmírnění bolesti z NRS 6 na NRS 3.

Ošetřovatelské intervence pro porodní asistentku: Podej pacientce analgetika na zmírnění bolesti. Zapiš vše do dokumentace. Zkontroluj intenzitu bolesti po podání analgetik.

Realizace péče:

17:15-pacientce jsou podána analgetika, Analgin 5 ml i.v.

17:45-zkontrolovali jsme intenzitu bolesti po podání analgetik. Udává zmírnění bolesti. Vše je zapsáno v dokumentaci.

Hodnocení: Pacientka udala zmírnění bolesti, před podáním analgetik udávala NRS 6, nyní se bolest zmírnila na NRS 2. Cíl splněn.

Strach - 00148

Doména: 9. Zvládání/tolerance zátěže

Třída: 2. Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Určující znaky: znepokojení, pociťuje strach, pociťuje obavy, změny ve fyziologických funkcích (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Související faktory: neznámé prostředí (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Priorita: nízká

Cíl krátkodobý: Do operace pacientka nebude vykazovat známky strachu.

Očekávané výsledky: Pacientka do operační léčby GEU nebude udávat pocity strachu a bude v psychické pohodě.

Ošetřovatelské intervence pro porodní asistentku: Edukuj pacientku o průběhu hospitalizace. Edukuj pacientku o průběhu operace. Buď pro pacientku psychickou podporou. Vše zapisuj do dokumentace.

Realizace:

17:50-pacientka je edukována o průběhu hospitalizace a následném průběhu operačního výkonu. Vše je zapsáno do dokumentace.

Hodnocení: U pacientky lze pozorovat lehkou úlevu, ale v psychické pohodě není. Cíl částečně splněn.

Nedostatečné znalosti - 00126

Doména: 5. Percepce/kognice

Třída: 4. Kognice

Definice: Absence nebo nedostatek kognitivních informací souvisejících s konkrétním tématem (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Určující znaky: nepřesné provádění instrukcí, nedostatečné znalosti (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Související faktory: nedostatek informací (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Priorita: nízká

Cíl krátkodobý: Pacientka během příjmu pochopí léčebný postup a nutnost akutní operace.

Očekávané výsledky: Pacientka ví a chápe léčebný postup při hospitalizaci a je obeznámena s nutností akutní operace.

Ošetřovatelské intervence pro porodní asistentku: Informuj pacientku o jejím zdravotním stavu. Zjisti úroveň znalostí pacientky o budoucí léčbě. Vysvětli jak bude probíhat hospitalizace a operační výkon. Vyplň s pacientkou vstupní anamnézu a tím zjisti úroveň znalostí pacientky o jejím zdraví. Vše důkladně zapiš do dokumentace.

Realizace:

17:05-při sepisování vstupní dokumentace je zjištěna dobrá znalost rodinné a osobní anamnézy.

17:30-pacientka je informována o zdravotním stavu. Je zjištěna nízká úroveň znalostí o svém zdravotním stavu a budoucí léčbě.

17:50-pacientka je edukována o průběhu hospitalizace a operačního výkonu. Všem rozumí. Realizace je zapsána do dokumentace.

Hodnocení: U pacientky lze pozorovat zvýšení znalostí a pochopení důležitosti hospitalizace a operačního výkonu. Pacientka plně spolupracovala a nekladla odpor. Cíle byly splněny.

PO OPERACI

Riziko krvácení - 00206

Doména: 11. Bezpečnost/ochrana

Třída: 2. Tělesné poškození

Definice: Náchylnost ke snížení množství krve, což může ohrozit zdraví (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Rizikové faktory: léčba, komplikace spojené s těhotenstvím (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Priorita: vysoká

Krátkodobý cíl: U pacientky se nevyskytne krvácení z operačních ran nebo do břišní dutiny během tří dnů hospitalizace.

Dlouhodobý cíl: Pacientka bude vhodně informována o klidovém režimu, aby nenastalo krvácení z operačních ran či do břišní dutiny v průběhu 14 dní.

Očekávané výsledky: Pacientka během hospitalizace nekrvácí do dutiny břišní, ani z operačních ran. Pacientka nebude po ukončení hospitalizace akutně přijata pro krvácení z operačních ran nebo do dutiny břišní.

Ošetřovatelské intervence pro porodní asistentku: Edukuj pacientku o riziku krvácení. Kontroluj pacientku. Měř fyziologické funkce. Sleduj stav operačních ran. Informuj pacientku o klidovém režimu, aby předešla riziku krvácení z operačních ran nebo do dutiny břišní. Vše zapisuj do dokumentace.

Realizace:

Ihned po operaci-u pacientky je zkontrolováno krvácení z operačních ran a měřeny fyziologické funkce.

První pooperační den-pacientce jsou zkontrolovány operační rány. Pacientka je edukována o riziku krvácení a o klidovém režimu. Jsou změřeny fyziologické funkce.

Druhý pooperační den-pacientce jsou zkontrolovány operační rány. Pacientka dodržuje klidový režim. Jsou změřeny fyziologické funkce.

Třetí pooperační den-pacientce jsou zkontrolovány operační rány. Jsou změřeny fyziologické funkce. Při propuštění je pacientka znovu poučena o klidovém režimu.

Během hospitalizace vše zapisujeme do dokumentace.

Hodnocení: Pacientka nekrvácí do dutiny břišní, ani z operačních ran. Pacientka je informována o klidovém režimu. Cíle jsou splněny.

Riziko infekce – 00004

Doména: 11. Bezpečnost/ochrana

Třída: 1. Infekce

Definice: Náchyllost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Rizikové faktory: invazivní vstupy, změněná peristaltika, změna integrity kůže (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Priorita: vysoká

Krátkodobý cíl: U pacientky se nevyskytne infekce po dobu třídní hospitalizace.

Dlouhodobý cíl: Pacientka bude vhodně informována o charakteru hygieny, aby v domácí péči po dobu 14 dní nedošlo k rozvoji infekce.

Očekávané výsledky: U pacientky se nevyskytnou známky infekce – zarudnutí a teplo kolem PŽK a operačních ran, sekrece z operačních ran. U pacientky ne nevyskytnou známky infekce organismu. Pacientka pochopí edukaci o správné hygieně. U pacientky se nevyskytnou známky infekce během ambulantní péče.

Ošetřovatelské intervence pro porodní asistentku: Asepticky pečuj o operační rány a PŽK. Kontroluj okolí operačních ran a PŽK. Sleduj fyziologické funkce. Edukuj pacientku o správné hygieně. Vše řádně zapisuj do dokumentace.

Realizace:

Okamžitě po operaci-operace rány a PŽK jsou asepticky zkontrolovány. Jsou změřeny fyziologické funkce.

První pooperační den-operace rány a PŽK jsou asepticky zkontrolovány. Jsou změřeny fyziologické funkce. Pacientka je edukována o správné hygieně a prevenci infekce.

Druhý pooperační den-operace rány a PŽK jsou asepticky zkontrolovány. Jsou změřeny fyziologické funkce. Pacientka dodržuje správnou hygienu.

Třetí pooperační den-operace rány a PŽK jsou asepticky zkontrolovány, nejsou viditelné známky infekce. Jsou změřeny fyziologické funkce. Pacientka je při propuštění znovu edukována o správné hygieně a prevenci infekce.

Během hospitalizace vše zapisujeme do dokumentace.

Hodnocení: U pacientky se během hospitalizace nevyskytly známky infekce. Pacientka byla edukována o správné hygieně v oblasti invazivních vstupů. Cíle jsou splněny.

Narušená integrita tkáně – 00044

Doména: 11. Bezpečnost/ochrana

Třída: 2. Tělesné poškození

Definice: Poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů a/nebo vazů (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Určující znaky: poškozená tkáň (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Související faktory: chirurgický zákrok (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Cíl krátkodobý: Pacientce se během hospitalizace budou rány hojit bez komplikací.

Cíl dlouhodobý: Pacientce se operační rány zhojí do 14 dnů od operace per primam.

Priorita: střední

Očekávané výsledky: Pacientce se zhojí operační rány per primam do 14 dnů. U pacientky se nevyskytnou známky infekce.

Ošetřovatelské intervence pro porodní asistentku: Sleduj krvácení z operačních ran. Měř fyziologické funkce. Kontoluj výskyt známek infekce. Edukuj o správnosti dodržování tělesného klidu. Vše důkladně zapiš do dokumentace.

Realizace:

Ihned po operaci-operační rány a PŽK jsou asepticky zkontrolovány zda nekrvácí. Jsou změřeny fyziologické funkce.

První pooperační den-operační rány a PŽK jsou asepticky zkontrolovány zda nekrvácí a nejsou viditelné známky infekce. Jsou změřeny fyziologické funkce. Pacientka je edukována o správnosti dodržování klidu.

Druhý pooperační den-je zkontrolován charakter operačních ran a PŽK. Jsou změřeny fyziologické funkce. Pacientka dodržuje klidový režim.

Třetí pooperační den-operační rány a PŽK jsou asepticky zkontrolovány, nekrvácí a nejsou viditelné známky infekce. Jsou změřeny fyziologické funkce. Pacientka je při propuštění znovu edukována o správnosti dodržování klidového režimu.

Během hospitalizace vše zapisujeme do dokumentace.

Hodnocení: Operační rány se během hospitalizace hojí bez známek infekce či jiných komplikací. Úplné zhojení ran posoudíme při kontole s odstraňováním stehů. Cíle jsme částečně splnili.

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 pr takové poškození; náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Určující znaky: změny ve fyziologických funkcích (krevního tlaku, pulsu), výraz bolesti v obličeji (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Související faktory: fyzikální původci zranění (operace) (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Priorita: střední

Krátkodobý cíl: Pacientka pocítí úlevu od bolesti do 30 minut od podání analgetik.

Dlouhodobý cíl: Pacientka zná možnosti tišení bolesti při výskytu bolesti po propuštění do ambulantní péče.

Očekávané výsledky: Pacientka po podání analgetik udává zmírnění bolesti. Pacientka je schopna si říct o analgetika při pocitu bolesti. Pacientka zná možnosti tišení bolesti.

Ošetřovatelské intervence pro porořdní asistentku: Sleduj bolest v průběhu hospitalizace. Podej pacientce analgetika na zmírnění bolesti. Měř fyziologické funkce. Zkontroluj intenzitu bolesti po podání analgetik. Edukuj pacientku o možnostech tišení bolesti. Zapiš vše do dokumentace.

Realizace:

Ihned po operaci-pacientka udává bolest v podbřišku. Je jí podán Paracetamol Kabi 1000 mg i.v. Pravidelně jsou měřeny fyziologické funkce.

První pooperační den-pacientka neudává pocit bolesti. Jsou měřeny fyziologické funkce. Pacientka je edukována o možnostech tišení bolesti.

Druhý pooperační den-pacientka neudává pocit bolesti. Jsou měřeny fyziologické funkce. Pacientka dodržuje klidový režim.

Třetí pooperační den-pacientka neudává pocit bolesti. Jsou měřeny fyziologické funkce. Při propuštění jsou připomenuty možnosti tišení bolesti.

Během hospitalizace vše zapisujeme do dokumentace.

Hodnocení: Pacientka udala zmírnění bolesti, před podáním analgetik udávala NRS 5, po podání se bolest zmírnila na NRS 2. Pacientka zná možnosti tišení bolesti. Cíle jsou splněny.

Únava – 00093

Doména: 4. Aktivita/odpočinek

Třída: 3. Rovnováha energie

Definice: Celkově zmáhající dlouhodobý pocit vyčerpání a snížená schopnost fyzické a duševní práce na obvyklé úrovni (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Určující znaky: ospalost, nedostatek energie, únava (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Související faktory: úzkost, fyziologický stav (operace) (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Priorita: nízká

Cíl: Pacientka se cítí odpočínutá.

Očekávané výsledky: Pacientka bude během hospitalizace odpočívat a nabírat energii.

Ošetřovatelské intervence pro porodní asistentku: Respektuj nároky pacientky na klidný odpočinek. Zajisti klidné prostředí. V noci se chovej tiše a neruš pacientku, pokud to není nutné. Na požádání podej pacientce hypnotika pro lepší spánek. Vše důkladně zapiš do dokumentace.

Realizace:

Ihned po operaci-pacientce je zajištěno klidné prostředí. Respektujeme noční klid.

První pooperační den-pacientce je zajištěno klidné prostředí. Pacientka nežádá hypnotika, dokáže usnout sama.

Druhý pooperační den-pacientka odpočívá. Zbytečně ji nerušíme.

Třetí pooperační den-pacientka se cítí odpočínutá. Při propouštění je edukována o správnosti dodržování klidového režimu.

Během hospitalizace vše zapisujeme do dokumentace.

Hodnocení: Pacientka se cítí odpočínutá a pociťuje více energie. Cíl splněn.

6.4 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Dne 23. 11. 2016 byla přijata na gynekologické oddělení 37letá pacientka s potvrzenou diagnózou GEU, která se vyskytla po IVF. Téhož dne se ve večerních hodinách provedla laparoskopická resekce pahýlu tuby s embryem a kyretáž děložní dutiny. Během výkonu bylo evakuováno 1500 ml krve z hemoperitonea. Pacientce byly podány transfuze erytrocytů a plasmy. Pacientčin stav byl stabilizovaný, po výkonu převezena na JIP, kde byla napojena na monitor fyziologických funkcí a pod neustálým dohledem sester a lékařů.

První den po výkonu byla pacientka přeložena na standardní gynekologické oddělení, protože se u pacientky nevyskytly žádné komplikace. I zde byla pod dohledem porodních asistentek, které pečlivě monitorovaly fyziologické funkce, charakter operačních ran, sledovaly intenzitu krvácení a bolesti a byly pro pacientku psychickou podporou. Druhý den proběhl též bez komplikací, pacientka odpočívala po operaci.

Během celé hospitalizace se nevyskytly žádné komplikace a pacientka mohla být třetí den po operaci předána do ambulantní péče, Pacientka byla po celou dobu hospitalizace při vědomí, orientovaná časem i místem, spolupracovala a řídila se radami zdravotnického personálu. Hospitalizace se dá zhodnotit jako bezproblémová, kdy se podařilo pacientku propustit bez rizik komplikací během následujících dní.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Máme za to, že jedna z nejdůležitějších částí péče o ženu v reprodukčním věku je informování a následná edukace v tématu mimoděložního těhotenství. V dnešní době se sice nabízí mnoho možností, jak se žena v této problematice může informovat, ale bohužel ve většině případů nejsou informace zkontrolovány odborníkem či nejsou napsané podle odborné literatury. A proto si myslíme, že je vhodné, aby se ženy edukovaly už v rámci preventivních gynekologických prohlídek. Mimoděložní těhotenství se může vyskytnout u každé ženy a proto je důležité, aby byla správně edukována a při prvních možných příznacích tohoto typu těhotenství věděla, co má dělat. Největší důraz při edukaci by se měl klást u žen, u kterých se vyskytují nějaké rizikové faktory podporující vznik mimoděložního těhotenství.

V edukaci bychom se měli zaměřit na vysvětlení, co mimoděložní těhotenství je, jaké rizikové faktory mohou přispět k jeho vzniku a jak se může projevat. Je důležité zdůraznit dvě situace. Zaprvé, pokud žena po vynechání menstruace a pozitivním těhotenským testem začne krvácet, nebo zadruhé, pokud za těchto okolností pocítí ostrou bolest v podbříšku. V těchto situacích by se měla urgentně dostavit do nemocnice na kontrolu, zda se nejedná o mimoděložní těhotenství. Měla by při edukaci zaznít i informace, že tento druh těhotenství je akutní náhlá příhoda břišní a je nutná okamžitá léčba, protože při zanedbání nebo nerozpoznání tohoto typu těhotenství může nastat silné vnitřní krvácení, které může skončit až smrtí.

Při hospitalizaci pacientky na gynekologickém oddělení je pro porodní asistentku nejdůležitější mít výborně zvládnutou ošetrovatelskou péči a stanovení ošetrovatelského plánu péče. Dále by měla mít znalosti v prevenci možných komplikací. Pokud porodní asistentka dokáže správně reagovat na vzniklé komplikace, přispívá k celkové psychické pohodě pacientky. Porodní asistentka by si měla být vědoma, že stav pacientky s diagnostikovaným mimoděložním těhotenstvím je akutní stav a je důležitá důkladná observace, protože stav pacientky se může rychle zkomplikovat.

V péči o pacientku s mimoděložním těhotenstvím je nedílnou součástí také komunikace a psychická podpora ze strany zdravotnického personálu. Pokud se pacientka bude chtít na cokoli zeptat, porodní asistentky a lékaři by měli ochotně a srozumitelně odpovědět. Jen díky příjemné komunikaci docílíme toho, aby pacientky během léčby měly dostatek informací a tím se vyhly pocitu úzkosti, strachu z neznámé situace a pokud zjistíme nesprávné znalosti pacientky v této problematice, je vhodné je vyvrátit a podat správné informace. Pacientce by měl být po dobu hospitalizace umožněn styk s rodinou či jejími blízkými osobami.

8 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce pro teoretickou část bylo vyhledat odbornou literaturu o mimoděložním těhotenství a vypracovat přehlednou práci s pomocí vyhledané odborné literatury na téma ošetrovatelské péče o ženy s mimoděložním těhotenstvím. Cílem praktické části práce bylo zpracovat kazuistiku pacientky s mimoděložním těhotenstvím, zanalyzovat ošetrovatelskou péči u pacientky a vyvodit doporučení pro praxi.

V teoretické části jsme vysvětlili, co je mimoděložní těhotenství, jeho příčiny, druhy a příznaky. Dále jsme popsali diagnostiku mimoděložního těhotenství a jeho medikamentózní a operační způsob léčby. Dále jsme popsali druhy předoperačních příprav a pooperační péči. Zaměřili jsme se i na vysvětlení ošetrovatelského procesu a jeho fází. V poslední kapitole teoretické části jsme popsali roli porodní asistentky v této problematice.

V praktické části jsme podrobně popsali kazuistiku ženy s výskytem mimoděložního těhotenství po IVF v pahýlu vejcovodu po salpingektomii prodělané v mládí. V analýze ošetrovatelské péče jsme rozebrali ošetrovatelské diagnózy před a po operačním výkonu. Na závěr jsme zhodnotili ošetrovatelskou péči a vyvodili doporučení pro praxi.

Stanovené cíle byly splněny. Doufáme, že tato bakalářská práce by mohla být využita jako materiál pro studium porodní asistence i pro další zdravotnické obory.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARNHART, Kurt T., 2009. Ektopické těhotenství. *Gynekologie po promoci*, **9**(6), 4-11. ISSN 1213-2578.

ČEPICKÝ, Pavel a kol., 2018. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5604-2.

ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ, 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3129-2.

DUŠOVÁ, Bohdana a Jana MAREČKOVÁ, 2009. *Úvod k péči porodní asistentky o ženu s patologickým a rizikovým těhotenstvím*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií. ISBN 978-80-7368-611-6.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL a kol., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2015-2017*. Přeložila Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5412-3.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.

KALIVODOVÁ Daniela, 2014. Těhotenství neznámé lokalizace. *Postgraduální medicína*, **16**(5), s. 478-481. ISSN 1212-4184.

KRAJČOVIČOVÁ Renáta, 2014. Mimoděložní těhotenství. *Agnis revue*, **7**(2), s. 24-26. ISSN 2464-5435.

KŘEPELKA Petr, 2016. Praktický management krvácení v prvním trimestru gravidity. *Gynekologie a porodnictví*, **1**(1), s. 36-38. ISSN 2533-4689.

LUŇÁČEK Libor, Jakub KONEČNÝ a Libor MACHÁLEK, 2007-2012. Kožní řezy a přístupy v břišní chirurgii. *Fotografický interaktivní atlas člověka*. [online]. [cit. 10-01-2019]. Dostupné z: <http://www.atlascloveka.upol.cz/cs/cs03/cs030402.html>

MCQUEEN, Anne, 2011. Ectopic pregnancy: risk factors, diagnostic procedures and treatment. *Nursing Standard* [online], **25**(37), s. 49-56. ISSN 0029-6570.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2018. Doporučený postup interního předoperačního vyšetření před elektivními operačními výkony. *Věstník*. [online], č. 1, s. 35-49. [cit. 15-01-2019]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vestnik-c1/2018_14762_3810_11.html

NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2018. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů*. 5. doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-88249-02-3.

NOVOTNÝ, Zdeněk a Milena KRÁLÍČKOVÁ, 2010. Bolest spojená s ektopickou graviditou. *Moderní gynekologie a porodnictví*, **19**(4), 383-386. ISSN 1211-1058.

PILKA, Radovan a Martin PROCHÁZKA, 2017. *Gynekologie*. 2. opravené vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5158-9.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I*, 2011. 1.vydání. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-3557-3.

POKORNÁ Jitka, 2012. Dietní systém. [online]. [cit. 10-01-2019]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1411/podzim2012/BAVY031c/Dietni_system.pdf

ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ, 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.

SÁK, Petr, 2010. *Vybrané kapitoly z gynekologie pro porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-235-9.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ a kol., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0214-3.

ŠEBLOVÁ, Jana, Jiří KNOR a kol., 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0596-0.

ŠIMŠA, Jaromír a kol., 2018. *Lexikon operačních výkonů*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-452-4.

TÓTHOVÁ, Valérie a kol., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualizované vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.

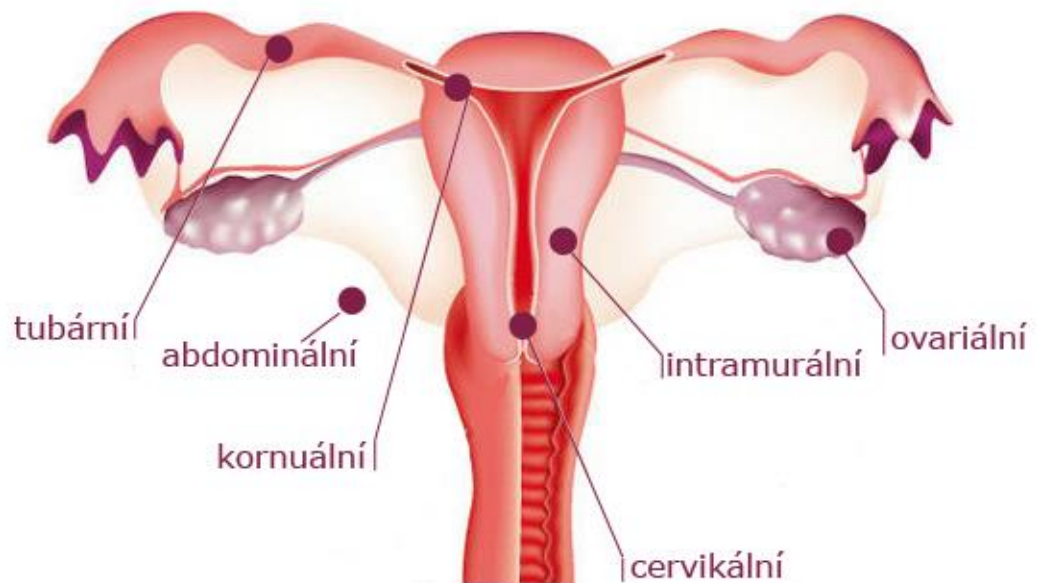
ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2018. *Potraty 2016*. Praha: ÚZIS ČR. ISBN 978-80-7472-172-4.

ZDEŇKOVÁ Anna, Michal FANTA a Pavel CALDA, 2015. Metotrexát v léčbě ektopické gravidity. *Aktuální gynekologie a porodnictví*. [online], č. 7, s. 27-32. ISSN 1803-9588. [cit. 06-01-2019]. Dostupné z: <https://www.actualgyn.com/clanek/2015/169>

PŘÍLOHY

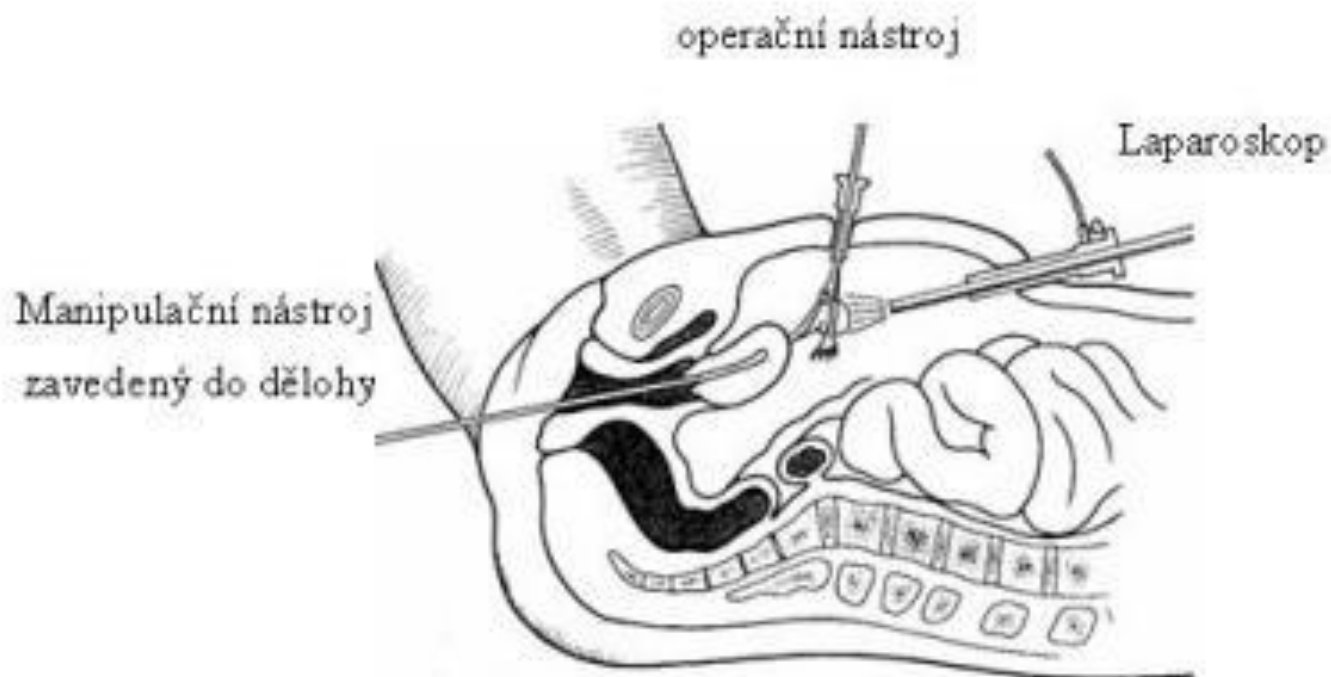
| | |
|---|-----|
| Příloha A Výskyt mimoděložního těhotenství..... | II |
| Příloha B Laparoskopická léčba..... | III |
| Příloha C Tubární gravidita..... | IV |
| Příloha D Čestné prohlášení..... | V |

Příloha A Výskyt mimoděložního těhotenství



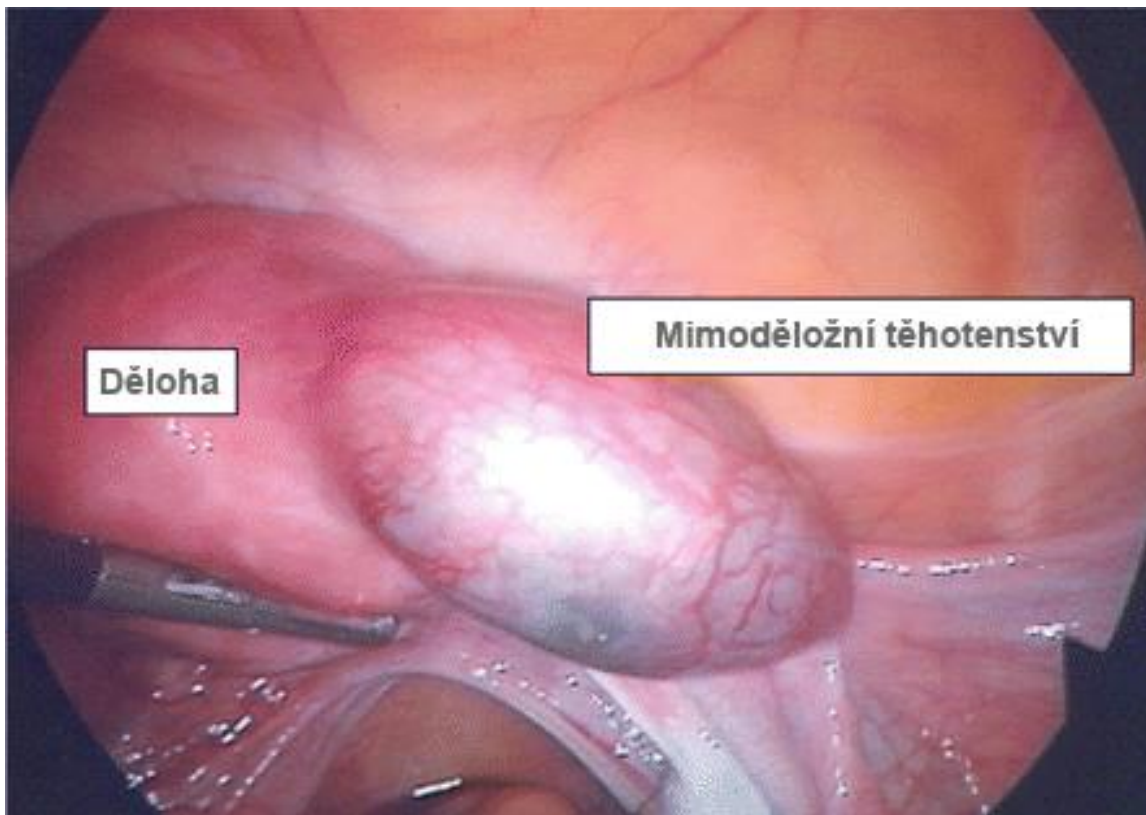
Zdroj: <http://mimodelozni-tehotenstvi.cz/mimodelozni-tehotenstvi/mimodelozni-tehotenstvi-formy>

Příloha B Laparoskopická léčba



Zdroj: <http://www.onhb.cz/article.asp?nArticleID=151&nLanguageID=1>

Příloha C Tubární gravidita



Zdroj: <https://www.gynweb.cz/tehotenstvi-a-porod/mimodelozni-tehotenstvi/mimodelozni-tehotenstvi-a-jeho-formy>

Příloha D Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelská péče o ženy s mimoděložním těhotenstvím v rámci studia/odborné praxe realizované na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5 se souhlasem sledované pacientky.

V Praze dne 19. 3. 2019

.....

Pešková Anna