

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES PACIENTA S AFUNKČNÍM ADENOMEM
HYPOFÝZY**

Bakalářská práce

MARKÉTA MINÁŘOVÁ

Praha 2019

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES PACIENTA S AFUNKČNÍM ADENOMEM
HYPOFÝZY**

Bakalářská práce

MARKÉTA MINÁŘOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

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

Praha 2019



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

MINÁŘOVÁ Markéta

3AVS

Schválení tématu bakalářské práce

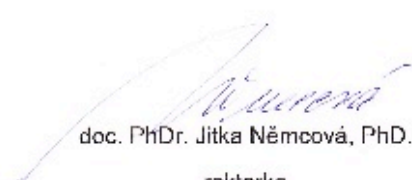
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces pacienta s afunkčním adenomem hypofýzy

Nursing Process in Patients with Afunctional Hypophysis Adenoma

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

V Praze dne 1. listopadu 2018



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Upřímné poděkování patří vedoucí této bakalářské práce Mgr. Eva Markové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a velkou trpělivost.

ABSTRAKT

MINÁŘOVÁ, Markéta. *Ošetrovatelský proces u pacienta s afunkčním adenomem hypofýzy*. Vysoká škola zdravotnická o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D., Praha 2019. Počet stran: 72.

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o pacientku s afunkčním adenomem hypofýzy. Cílem je popsat kazuistiku 63leté pacientky, která byla přijata na plánovanou operaci s hlavní diagnózou Hormonálně afunkční makroadenom hypofýzy. Specifickými cíli ošetrovatelské péče byly kontroly tamponády a denní diurézy. Popisujeme předoperační a pooperační péči v rozsahu 10 dnů realizovanou metodou ošetrovatelského procesu ve všech jeho fázích – posouzení zdravotního stavu pacientky, ošetrovatelská diagnostika, plánování ošetrovatelské péče, její realizace a hodnocení. Řešili jsme především ošetrovatelské problémy zaměřené na bolest, úzkost, kontroly tamponády a denní diurézy. Pacientce byla poskytnuta kvalitní ošetrovatelská péče dle standardů pracoviště, kde byla tato péče realizována.

Klíčová slova:

Adenom hypofýzy. Afunkční adenom. Ošetrovatelský proces.

ABSTRACT

MINÁŘOVÁ, Markéta. Nursing process of a patient with silent pituitary adenoma. Medical College. Educational degree: Bachelor (Bc.), Advisor: Mgr. Eva Marková, Ph.D., Prague 2019. Number of pages: 72.

The bachelor thesis analyzes a nursing care of a patient with silent pituitary adenoma. The paper describes a case report of a 63 year old female patient who was admitted to a planned surgery being diagnosed with Hormonal silent pituitary macroadenoma. Specific focus of the nursing care was on controlling the tamponade and the daily diuresis. The thesis describes preoperative and postoperative care within 10 days with the method of the nursing process with all its phases - assessment of the health condition, nursing diagnostics, nursing care planning, the implementation and evaluation. The primary focus of the paper is on nursing issues especially pain, anxiety, tamponade control and daily diuresis. The patient was provided with the quality nursing care according to the workplace standards.

Key words:

Pituitary adenoma. Silent adenoma. Nursing process.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	9
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ.....	10
SEZNAM TABULEK	11
ÚVOD	12
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE HYPOFÝZY	15
1.1 HYPOTHALAMO-HYPOFYZÁRNÍ SYSTÉM	15
1.2 ZRAKOVÁ DRÁHA	16
1.3 ADENOHYPOFÝZA A JEJÍ HORMONY	16
1.4 NEUROHYPOFÝZA A JEJÍ HORMONY	17
2 ADENOMY HYPOFÝZY	18
2.1 FUNKČNÍ ADENOM.....	18
2.1.1 PROLAKTINOMY.....	18
3 AFUNKČNÍ ADENOM	20
3.1 DIAGNOSTIKA AFUNKČNÍHO ADENOMU HYPOFÝZY	21
3.1.1 ENDOKRINOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ.....	21
3.1.2 OFTALMOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ.....	21
3.1.3 RADIOLOGICKÉ VYŠETŘOVACÍ METODY	21
3.2 TRANSNAZALNI ENDOSKOPICKA RESEKCE	22
4 VÝVOJ OPERACÍ AFUNKČNÍHO ADENOMU HYPOFÝZY	23
5 PŘEDOPERAČNÍ VYŠETŘENÍ U PACIENTA S AFUNKČNÍM ADENOMEM HYPOFÝZY	24
6 POOPERAČNÍ VYŠETŘENÍ PACIENTA S AFUNKČNÍM ADENOMEM HYPOFÝZY	26
7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S AFUNKČNÍM ADENOMEM HYPOFÝZY	28
8 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	55
8.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	59
ZÁVĚR.....	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
PŘÍLOHY	64

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

aAHY – afunkční adenom hypofýzy

ACTH – Adrenokortikotropní hormon, kortizol, činnost kůry nadledvin

ADH – Antidiuretický hormon

BMI – body mass index

CRH - kortikotropin uvolňující hormon

CT- výpočetní tomografie

EKG – elektrokardiografie

FSH – Folikulostimulační hormon,

i.v. – intravenózně

JIP – jednotka intenzivní péče

LH – Luteinizační hormon

p.o. – per os

PMK – periferní močový katetr

PRL – Prolaktin

PŽK – periferní žilní katetr

RTG – rentgenové záření

SpO₂ - saturace krve kyslíkem

STH – somatotropní hormon, růstový hormon

TSH – Tyreotropní hormon, činnost štítné žlázy

(VOKURKA a kol., 2016)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Ameningeální – nevykazující meningeální příznaky

Dekomprese – snížení tlaku v některém orgánu či prostoru

Fertilita – věk ženy od puberty do přechodu kdy je plodná

Galaktorea – tvorba a vylučování mléka mléčnou žlázou mimo období kojení laktace

Hemianopsie – omezení zorného pole

Hemianopsie – specifický výpadek zorného pole, který postihuje buď pravou, nebo levou polovinu zorného pole

Hypothyreóza – snížená funkce štítné žlázy

Infertilita – stav, kdy je pár schopen spontánní oplodnění, ale žena není schopna donosit živý plod

Izokorie – normální stav, kdy zornice pupily obou očí mají stejnou velikost

Oligospermie – porucha plodnosti muže

Profylaxe – ochrana před určitou nemocí, která by mohla nastat

(VOKURKA a kol., 2016)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ LÉKAŘEM DNE 03. 9. 2018	30
Tabulka 2 HODNOTY A ÚDAJE ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU dne 03. 9. 2018	32
Tabulka 3 LÉKOVÁ ANAMNÉZA (CHRONICKÁ MEDIKACE)	32
Tabulka 4 POSOUZENÍ ZE DNE 3. 9. 2018 – UTRŘIDĚNÍ INFORMACÍ	34–36
Tabulka 5 MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA KE DNI 3. 9. 2018	37
Tabulka 6 MĚŘENÍ FYZIOLOGICKÝCH FUNKCÍ ZE DNE 4. 9. 2018	40–41
Tabulka 7 MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA ZE DNE 4. 9. 2018	42
Tabulka 8 INFUZNÍ LIST ZE DNE 4. 9. 2018	43

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelským procesem u pacienta s afunkčním adenomem hypofýzy. *Adenomy hypofýzy představují 10–15 % všech nitrolebních nádorů. Mohou se vyskytovat jak v dětském, tak dospělém věku. Nerozlišují pohlaví, počet porodů, krevní skupinu, nehraje zde roli dědičnost, dokonce je neovlivní ani styl života.* (HOLUBOVÁ, 2013, s. 50)

Adenomy hypofýzy rostou pomalu a jsou benigní. Neznamená to, že jsou méně nebezpečné, než ostatní nádory a měl by na ně být brán větší zřetel. Důvodem k výběru tématu bakalářské práce byla jeho atraktivnost, komplexnost a v neposlední řadě také závažnost lékařské diagnózy. Ošetrovatelská péče zahrnuje předoperační i pooperační péči s důrazem na její precizní provedení, zejména zjištění ošetrovatelských problémů, jejich saturace a součinnost s lékaři v zajištění předoperační péče. Neméně důležitá je pooperační péče lékařů i sester, která musí být týmová z důvodu zajištění její kvality.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části: teoretickou a praktickou. V teoretické popisujeme v 1. kapitole anatomii hypofýzy a významné struktury, které jsou ovlivněny při růstu adenomu hypofýzy. V další kapitole vysvětlujeme hormony neurohypofýzy a adenohypofýzy a jejich důležitost při správné funkci hypofýzy. V samostatné 2. kapitole *Adenomy hypofýzy* jsou vysvětleny pojmy funkční a afunkční adenomy. Transnasální postup je nejpoužívanější technika v odstraňování adenomů hypofýzy a tomuto postupu je věnována 3. kapitola. Ve 3. kapitole je také vysvětlena diagnostika tohoto onemocnění. Ve 4. kapitole představujeme malé historické okénko, kde popisujeme vývoj operací afunkčního adenomu. Nedílnou součástí je předoperační péče, která má u pacienta s afunkčním adenomem hypofýzy svá specifika. V 5. kapitole jsou popsána jak běžná předoperační opatření, tak již zmiňovaná specifika péče. Pooperační péče je popsána v 6. kapitole.

V praktické části uvádíme kazuistiku pacientky, popisujeme všechny fáze ošetrovatelského procesu v předoperační a pooperační péči. Zachycujeme 10 dní hospitalizace na neurochirurgických oddělení v Nemocnici na Homolce.

Hlavním cílem práce je detailní popis kazuistiky 63leté pacientky, která byla přijata na plánovanou operaci s hlavní diagnózou Hormonálně afunkční makroadenom hypofýzy.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny tyto cíle:

Cíl 1: Popis onemocnění adenomu hypofýzy na základě rešerše literatury.

Cíl 2: Popis předoperační a pooperační péče včetně specifik této péče na základě rešerše literatury.

Pro tvorbu praktické bakalářské práce byl stanoven tento cíl:

Cíl 1: Detailní popis kazuistiky 63leté pacientky, která byla přijata na plánovanou operaci s hlavní diagnózou Hormonálně afunkční makroadenom hypofýzy.

Jako vstupní literaturu, která nám přinesla základní vodítka pro naši práci jsme použili *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci* od autorky Jitky Němcové.

Vstupní literatura:

BAXOVÁ, Jindřiška. 2006. Transnazální přístup k operaci hypofýzy. *Sestra*. **16**(11), 10-12. ISSN 1210-0404.

ELIÁŠKOVÁ a kol., 2007. *Přehled anatomie*. Univerzita Karlova v Praze. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1216-4.

GABALEC a kol., 2009. Klinicky afunkční adenomy hypofýzy - možnosti farmakologické léčby. **12**(2), 94-98. ISSN 1212-6853 (elektronická verze).

NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2017. *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., ISBN 978-80-88249-02-3.

ROZSYPALOVÁ a spol., 1996. *Ošetrovatelství I*. Praha: Informatorium. ISBN: 80-85427-93-1.

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE HYPOFÝZY

Hypofýza (*hypophysis cerebri* neboli podvěšek mozkový) je drobná žláza s vnitřní sekrecí, která řídí funkci všech ostatních žláz s vnitřní sekrecí. Je uložena v tureckém sedle klínové kosti a zavěšena stopkou ke spodině hypotalamu. Skládá ze dvou vývojově, funkčně i strukturně naprosto rozdílných částí. Hypofýzu dělíme na *lobus anterior* (adenohypofýza) a *lobus posterior* /neurohypofýza/ (ELIÁŠKOVÁ a kol., 2007), (GRIM a kol., 2014).

Adenohypofýza se vyvíjí během embryonálního vývoje z primitivní ústní dutiny. *Lobus anterior* je endokrinní žláza složená z pruhů epitelových buněk, která jsou hojně podstoupená krevními kapilárami. Produkuje hormony, které kontrolují činnost ostatních žláz s vnitřní sekrecí. Tvorba těchto hormonů je řízena v hypotalamu (ELIÁŠKOVÁ a kol., 2007), (GRIM a kol., 2014).

Neurohypofýza je výběžkem hypotalamu a skládá se z modifikovaných gliových buněk – pituicytů. Dále je tvořena z nervových vláken a kapilárních sítí. Do zadního laloku jsou transportovány z hypotalamu dva hormony oxytocin a antidiuretický hormon (vazopresin). Tyto hormony jsou zde pouze „skladovány“ nikoliv vytvářeny. Z neurohypofýzy jsou pak hormony podle potřeby uvolňovány do krve a odtud dopravovány k cílovým orgánům (ELIÁŠKOVÁ a kol., 2007), (GRIM a kol., 2014).

1.1 HYPOTHALAMO-HYPOFYZÁRNÍ SYSTÉM

V hypotalamu jsou uloženy hormony antidiuretický hormon a oxytocin. Z hypotalamu pak putují v transportních váčcích do neurohypofýzy, kde jsou uskladněny. Regulace těchto hormonů je řízena z hypotalamu, kdy se pomocí nervových vzruchů uvolňují váčky s hormony do krevního oběhu. Neurohypofýza se vyvíjí z mozkové tkáně, zatímco adenohypofýza z primitivní ústní dutiny během embryonálního vývoje. Je tudíž tvořena sekrečními buňkami a nikoli neurony. Tyto sekreční buňky produkují jednotlivé hormony adenohypofýzy. Jedná se somatotropní hormon (STH), tyreotropní hormon (TSH), folikulostimulační hormon (FSH), luteinizační hormon (LH), adrenokortikotropní hormon (ACTH) a prolaktin (PRL). Při nutnosti zvýšit produkci adenohypofyzárních

hormonů se v hypotalamu uvolní liberiny, které přes kapilární systém doputují do adenohypofýzy a buňky zde zvýší produkci požadovaného hormonu. V případě potřeby utlumit produkci adenohypofyzárních hormonů, hypotalamus uvolní statiny, které doputují do adenohypofýzy, kde inhibují sekreci daného hormonu (NAŇKA a kol., 2007), (POSPÍŠILOVÁ a spol., 2012), (GRIM a spol., 2014).

1.2 ZRAKOVÁ DRÁHA

Zraková dráha (*tractus opticus*) začíná v sítnici gangliovými buňkami a pokračuje zrakovým nervem (*nervus opticus*) do střední jámy lební. Zde je uložena chiasmatická ploténka důležitá tím, že zde dochází ke křížení části nervových vláken. Veškeré poruchy v chiasmatické ploténce, a za ní, postihují obě oči. Zraková dráha dále pokračuje optickým traktem (*tractus opticus*) do primárního zrakového centra. Celý tento úsek nazýváme primární zrakovou dráhou. V sekundární zrakové dráze se pokračuje optickou radiací až do nejvzdálenější části mozkového týlního laloku. Zde jsou uložena mozková zraková centra. Obrázek zrakové dráhy je v Příloze A. Signalizačními projevy u onemocnění v této oblasti jsou poruchy vidění, výpadky zorného pole a změny zorníčkových reakcí. Důležitým vyšetřením je perimetr zorného pole a dále jsou to neurologické vyšetřovací metody, které lékařům pomáhají najít nejen místo, ale i příčinu chorobného procesu (KVAPILÍKOVÁ, 2002).

1.3 ADENOHYPOFÝZA A JEJÍ HORMONY

Somatotropní hormon (STH) je růstový hormon nezbytný pro správný vývoj organismu. Stimuluje syntézu bílkovin a růst dlouhých kostí v epifýzách. U dětí nadbytek STH způsobuje nadměrný vzrůst, tzv. gigantismus. Naopak při vrozeném nedostatku somatotropního hormonu vzniká trpaslictví, tzv. nanismus. U dospělých se liší projevy nadbytečného STH tím, že vzhledem k ukončenému růstu kostí, nerostou dále do výšky, jako je to u dětí, ale zvětšují se koncové části těla. Nadprodukce STH u dospělých se označuje jako akromegalie (SCHREIBER, 2004).

Tyreotropní hormon (TSH) reguluje činnost štítné žlázy mechanismem složité zpětné vazby. Hlavní hormony produkované štítnou žlázou T3 (trijodtyronin) a T4 (tyroxin) při nízkých hladinách zvyšují sekreci TSH, tím se zvyšuje i sekrece T3 a T4. Dále také

nabývá na svém objemu. Důsledkem deficitu jodu vzniká struma. Deficit TSH způsobuje hypotyreózu (SCHREIBER, 2004).

Folikulostimulační hormon (FSH) stimuluje u žen růst folikulů ve vaječnících a podporuje tvorbu estrogeneru. U mužů zvyšuje spermatogenezi ve varlatech (SCHREIBER, 2004).

Luteinizační hormon (LH) společně s FSH podporuje růst ovariálních folikulů ve vaječnících. Ve zralých ovariálních folikulech vyvolává ovulaci a tvorbu žlutého tělíska (corpus luteum). Ten produkuje ženské pohlavní hormony - estrogény. U mužů LH zvyšuje produkci mužského pohlavního hormonu – testosteronu (SCHREIBER, 2004).

Adrenokortikotropní hormon (ACTH) řídí činnost kůry nadledvin. Kortizol je hormon produkovaný v nadledvinách a jeho regulace v těle je zásluhou složité zpětné vazby, která probíhá v adenohipofýze. Při deficitu kortizolu se pomocí hormonu CRH – kortikoliberin zvyšuje sekrece a naopak při nadbytku se pomocí CRH – kortikostatin sekreci snižuje (SCHREIBER, 2004).

Prolaktin (PRL) podněcuje v těhotenství vývoj prsů a tvorbu mateřského mléka. Experimentálně bylo dokázáno, že při přerušení spojení hypothalamu s neurohypofýzou dochází i u negravidačních žen k tvorbě mateřského mléka (SCHREIBER, 2004).

1.4 NEUROHYPOFÝZA A JEJÍ HORMONY

Antidiuretický hormon (ADH, vazopresin) se z hypothalamu dostává axonálním transportem do neurohypofýzy. ADH reguluje v lidském těle hospodaření s vodou přímým působením na ledvinné buňky (nefrony). Při nedostatku ADH tělo ztrácí vodu v nadměrném množství (polyurie). Nejzávažnější formou této hormonální poruchy je diabetes insipidus, kdy může docházet k extrémním ztrátám vody (až 20 litrů denně), což vede k totálnímu metabolickému rozvratu (SCHREIBER, 2004).

Oxytocin má zásadní úlohu na začátku porodu, kdy zapříčiňuje dostatečnou relaxaci hladkého svalstva porodních cest, rovněž vyvolává stahy dělohy, čímž porod urychluje (SCHREIBER, 2004).

2 ADENOMY HYPOFÝZY

Adenomy hypofýzy se týkají 10-15 % všech nitrolebních nádorů. Vyskytují se jak v dětství, tak v dospělém věku. Na jeho vznik nemá žádný vliv pohlaví, počet porodů, krevní skupina dědičnost, ani styl života. Jedná se o benigní tumory (HOLUBOVÁ, 2013, 50). *V jejich terapii se kombinují postupy neurochirurgické, radiační a medikamentózní.* (JEŽKOVÁ a kol., 2017) Maligní tumory se v oblasti tureckého sedla vyskytují raritně. Adenomy hypofýzy můžeme rozdělit hned z několika hledisek. Dle velikosti rozlišujeme mikroadenomy (velikost < 1cm), makroadenomy (velikost > 1cm) a gigantické makroadenomy (velikost > 5cm). Na základě hormonální aktivity dělíme adenomy na afunkční (bez hormonální aktivity) a funkční (zvýšená produkce hormonů). U funkčních adenomů hypofýzy může docházet k nadprodukcí jednoho či hned několika hormonů současně (JEŽKOVÁ a kol., 2017), (HOLUBOVÁ, 2013).

2.1 FUNKČNÍ ADENOM

Funkční adenomy hypofýzy se vyznačují nadprodukcí jednoho či hned několika hormonů současně. Jejich klasifikace je dána typem hormonem, který je v nadprodukcí. Hyperfunkce adenohypofýzy je téměř vždy známkou funkčního adenomu (MÁCA a kol., 2015).

2.1.1 PROLAKTINOMY

Prolaktinomy jsou adenomy s nadprodukcí prolaktinu, které patří mezi nejčastější, hormonálně aktivní tumory hypofýzy. Klinický obraz se liší u žen a mužů. U žen se ve fertilním věku projevuje poruchami menstruačního cyklu, které mohou vést až k infertilitě. Častým příznakem prolaktinumu je i galaktorea. Diagnostikován u žen bývá časně, kdy je tumor ve stádiu mikroadenomu, zatímco u mužů bývá nádor odhalen až ve stádiu makroadenomu, kdy počáteční klinické příznaky jsou způsobeny expanzivním růstem nádoru. Nadprodukce prolaktinomu u mužů se projevuje oligospermii a ztrátou libida (MÁCA a kol., 2015).

2.1.2 SOMATOTROPINOMY

Mezi druhé nejčastější hormonálně aktivní adenomy hypofýzy patří somatotropinomy, které se vyznačují zvýšenou produkcí růstového hormonu (STH). U dětí toto onemocnění vede k souměrnému nadměrnému růstu celého těla zejména do výšky (gigantismus). V dospělosti, po ukončeném růstu kostí, se nadprodukce STH projevuje nesouměrným zvětšováním akrálních částí těla (tzv. akromegalie), (KRŠEK, 2015).

2.1.3 KORTIKOTROPINOMY

Kortikotropinomy jsou tumory charakterizované nadprodukcí ACTH. Tento hormon svým přímým působením potencuje tvorbu kortizolu v kůře nadledvin (hyperkortisolismus). Pacienti trpící hyperkortisolismem mají zvýšenou tělesnou hmotnost, zvýšené hromadění tuku v oblasti břicha a měsícovitý obličej. Velmi často se objevuje tzv. býčí šíje. Typické jsou také široké, fialové strie, které se objevují na břiše, hýždích, stehnech či v axilách. Často nemocný trpí i po psychické stránce, objevují se u nich deprese a výkyvy nálad. Tyto klinické projevy se souhrnně označují jako Cushingova choroba (KRŠEK, 2015).

2.1.4 TYREOTROPINOMY

Nadprodukce tyreotropního hormonu (TSH) je poměrně vzácná. Klinické projevy jsou obrazem zvýšené funkce štítné žlázy. Diagnostika se potvrzuje pomocí laboratorních výsledků, kde by byla zvýšená koncentrace TSH při pozitivní diagnóze (KRŠEK, 2015).

2.1.5 GONADOTROPINOMY

Gonadotropinomy jsou tumory, které vznikají při zvýšené produkci luteinizačního hormonu (LH) a folikostimulačního hormonu (FSH). Podobně jako tyreotropinomy jsou velmi vzácné. Většinou se klinicky projevuje jako afunkční tumor. Jeho diagnostika bývá obtížná (KRŠEK, 2015).

3 AFUNKČNÍ ADENOM

Pojem afunkční adenom znamená, že adenom nezpůsobuje klinicky významnou hormonální nadprodukcí (NETULKA, 2011). *Klinicky afunkční adenomy představují přibližně třetinu všech adenomů hypofýzy* (GABALEC a kol., 2009, s. 94).

Tato skupina tumorů se klinicky projevuje až kompresí okolních struktur. Anatomicky nejbližší je chiasma opticum, kde probíhá křížení zrakových drah. Právě na tomto místě bývá komprese nejčastější. Pacienti v tomto případě mívají problém s viděním a stěžují si na výpadky zorného pole. Zrakové obtíže progredují velmi pozvolna a dají se objektivně ověřit až speciálním vyšetřením zorného pole pacienta (perimetrie). Přehled příznaků z lokálního útlaku okolních struktur je v Příloze B. Mezi další struktury ohrožené růstem AHY patří hypothalamus, kavernózní splav (sinus cavernosus) a čelní (frontální) a spánkový (temporální) mozkový lalok (KRŠEK, 2015), (MÁCA a kol., 2015).

Afunkční adenom může mít i endokrinologické příznaky, kdy pomocí komprese adenohipofýzy dochází ke změnám funkce hormonů. Funkce hormonů mohou mít poruchu buď hypofunkční, při které dochází k jejich poklesu nebo hyperfunkční, kdy se jedná o zvýšenou hladinu hormonů v těle (KRŠEK, 2015), (MÁCA a kol., 2015).

Když je porušeno více hormonů z hypofýzy, hovoříme o hypopituitarizmu. Poškození začíná u gonadotropní osy, pokračuje do růstového hormonu, kde je produkce nejcitlivější a jde dále do ACTH a TSH. Když dojde k porušení všech hormonů v hypofýze, hovoříme o panhypopituitarizmu (KRŠEK, 2015), (MÁCA a kol., 2015).

Pomocí tlaku na stopku hypofýzy mohou afunkční adenomy působit sekundární zvýšení hladin prolaktinu. Od pravých prolaktinomů se liší tím, že hladiny prolaktinu v krvi jsou podstatně nižší (KRŠEK, 2015), (MÁCA a kol., 2015).

3.1 DIAGNOSTIKA AFUNKČNÍHO ADENOMU HYPOFÝZY

Pro správnou diagnostiku adenomu a rozhodnutí o léčbě je zapotřebí endokrinologické a oftalmologické vyšetření. Pro kompletní potvrzení diagnózy je nezbytné grafické zobrazení pomocí magnetické rezonance (NETULKA, 2011).

3.1.1 ENDOKRINOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Pro správnou funkci lidského organismu jsou nezbytné fyziologické hladiny jednotlivých hormonů. Afunkční adenom může vytlačit zdravou hypofýzu a tím může dojít k výpadu hormonálních funkcí, která znamená narušení či ztrátu hormonální rovnováhy. Z tohoto důvodu se provádí biochemické vyšetření krve. Toto vyšetření jasně určí, zda jsou hormony ve fyziologickém rozmezí, či nikoli, a napoví, o jaký typ adenomu hypofýzy se jedná (SCHREIBER, 2014).

3.1.2 OFTALMOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Mezi časné příznaky AHY patří porucha zraku charakteristická výpadky zorného pole, které jsou způsobeny útlakem chiasma opticum. Mikroadenomy zpravidla nepůsobují oftalmologické problémy, zatímco u makroadenomů a gigantických makroadenomů to bývá typický iniciální příznak. Nezbytným oftalmologickým vyšetřením je měření zorného pole (perimetrie). Toto vyšetření je nebolestivé, neinvazivní a trvá pouze pár minut, díky čemuž bývá pacienty dobře tolerováno. Výsledky jsou k dispozici prakticky bezprostředně po skončení vyšetření. (MÁCA a kol., 2015).

3.1.3 RADIOLOGICKÉ VYŠETŘOVACÍ METODY

Základní radiologickou vyšetřovací metodou při zobrazení hypotalamo-hypofyzární oblasti je magnetická rezonance (MRI). Nezbytnou součástí vyšetření je intravenózní aplikace kontrastní látky, která umožňuje zviditelnit i ty struktury, které nejsou na klasickém MRI vidět. Na výsledných snímcích můžeme rozlišit přední i zadní lalok hypofýzy, určit velikost adenomu a také jasně definovat míru útlaku okolních struktur. Díky vysokému rozlišení MRI je možné zachytit adenomy již ve stádiu mikroadenomu. Afunkční adenom nemusí vždy utlačovat chiasma opticum nebo další sousední struktury

a zpravidla hladiny hormonů bývají v normě. V tomto případě se přistupuje konzervativně. Interval od stanovení diagnózy ke kontrolní MRI jsou tři měsíce. Při stacionárním nálezu se interval prodlužuje na šest měsíců. Pokud je u pacienta absolutní kontraindikace MRI (např. implantovaný kardiostimulátor, osteosyntetický materiál, kochleární implantát, neurostimulátor apod.) metodou volby je počítačová tomografie (CT), která je ale méně výtěžná než vyšetření MRI (MÁCA a kol., 2015).

3.2 TRANSNAZÁLNÍ ENDOSKOPICKÁ RESEKCE

Operace hypofýzy má dvě fáze. Nejdříve se musí zpřístupnit cesta do nosní přepážky. Pomocí odpreparování sliznice se zpřístupní cesta až ke spodině sfenoidální dutiny. Dále se po odstranění tureckého sedla začne odstraňovat adenom. Ukončení první fáze spočívá v zavedení nosních rozvěračů. Druhá fáze operace spočívá v samotném odstraňování adenomu, které je kontrolováno po celou dobu mikroskopem. Po odstranění adenomu se operace zakončuje nosní tamponádou. (YUAN, 2013)

Transnazální endoskopická technika je metodou minimálně invazivního přístupu k resekci adenomů hypofýzy. Její použití snižuje intra a pooperační morbiditu a přináší lepší kosmetické výsledky a pooperační komfort pro pacienty. Na základě našich výsledků a zkušeností s využitím transnazálního endoskopického přístupu a na základě literárních údajů, lze tuto techniku doporučit jako metodu první volby při resekci adenomu hypofýzy. (LIPINA, 2013, 266)

4 VÝVOJ OPERACÍ AFUNKČNÍHO ADENOMU HYPOFÝZY

První operaci adenomu hypofýzy provedl již v roce 1889 londýnský lékař Victor Horsley. Použil klasický transkraniální přístup (otevřená operace hlavy), kdy temporálním přístupem (přes spánkovou kost) pronikl až k tureckému sedlu, kde tumor resekoval. Německý neurochirurg Fedor Krause v roce 1905 dosáhl stejného cíle přístupem pod čelními laloky (subfrontální přístup). Tento přístup byl posléze vylepšen americkými neurochirurgy Frazierem, Heuerem, Cushingem a Dandym a stal se tak standardním přístupem při operacích AHY, který se praktikoval po celém světě (NCBI, 2015).

Ve stejném období Herman Schloffer, rakouský neurochirurg, začal jako první propagovat operace AHY přístupem skrze dutinu nosní a kost klínovou (transnasální transsfenoidální přístup). Svoji teorii pak úspěšně převedl v praxi roku 1906, kdy se pod jeho vedením uskutečnila historicky první operaci AHY tímto přístupem. Na počátku dvacátého století neurochirurgové dosahovali lepších výsledků transkraniálním přístupem (nižší mortalita, lepší dekomprese optického traktu) a tento přístup se tak stal v této době dominantním (NCBI, 2015).

Zlom přišel až díky Normanu Dottovi, žákovi Cushinga, který roku 1956 publikoval excelentní výsledky u transsfenoidálního přístupu a získal si tak pozornost celé neurochirurgické obce, zejména pak Gerarda Guiota a Julese Hardyho, kteří v jeho práci pokračovali. Transsfenoidální přístup se posléze stal nejrozšířenějším přístupem při operaci AHY (NCBI, 2015).

Další revoluci v operativě zajistil zejména technologický vývoj. V 60. letech začínají neurochirurgové používat k operacím mikroskop, který za použití jemnějších mikro nástrojů razantně zmenšil invazivitu celého výkonu. S technologickým vývojem a rozšířením endoskopických technik netrvalo dlouho a endoskop se stal nepostradatelným nástrojem u transnasálního transsfenoidálního přístupu. V současné době se touto endoskopickou technikou odoperuje nejvíce pacientů s adenomem hypofýzy (NCBI, 2015).

5 PŘEDOPERAČNÍ VYŠETŘENÍ U PACIENTA S AFUNČNÍM ADENOMEM HYPOFÝZY

Operace AHY je plánovaný zákrok, při kterém je pacient den před operací přijímán na neurochirurgické standartní oddělení. Po přijetí na oddělení je seznámen s nemocničním řádem. Zdravotní sestra edukuje pacienta ohledně prováděných vyšetření, operace a chodu oddělení. Pacientovi se dává prostor na případné dotazy. Nejdříve je s pacientem sepsán souhlas s hospitalizací a souhlas s vyšetřením na virus lidského imunodeficitu (HIV). Interní předoperační vyšetření je prováděno internistou v den příjmu, nebo ho má pacient hotové od praktického lékaře. Výsledky nemohou být starší než dva týdny. Jedná se o vyšetření RTG srdce + plíce (u věku nad 40 let a u kuřáků), EKG vyšetření (elektrokardiogram), kterým se zjistí elektrická aktivita srdce. Pokud je vyšetření EKG s nejasným závěrem, je doporučeno doplnit vyšetřením ECHO (echokardiografie). U krevního obrazu nás zajímají zejména hodnoty minerálů, jaterní testy, renální funkce a zánětlivé markery. Před operací se měří míra srážlivosti krve (Quickův test, aPTT, trombocyty). U pacientů s nízkou srážlivostí krve užívajících antikoagulantia je vysoké riziko nadměrného krvácení během operace. Dále se zjišťuje se krevní skupina pacienta, v případě komplikovaných výkonů, kde se očekává větší ztráta krve, musí být připravena dopředu krevní transfuze. Pacient v tomto případě schvaluje podání krevní transfuze a podepisuje informovaný souhlas. Při odebrání moči pacienta se měří pH moči a močový sediment.

Pacientovi se měří nejméně třikrát denně krevní tlak (TK), pulz (P), teplota (TT) a saturace krve kyslíkem (SpO₂). Nehty pacienta nesmí být umělé ani nalakované, neboť tyto úpravy mohou zkreslovat hodnoty SpO₂. Vzhledem k tomu, že operace je prováděna v celkové anestezii, přichází zpravidla den předem za pacientem na oddělení anesteziolog, který pacienta informuje o plánované anestezii a poučí jej o možných rizicích. Pacient poté podepíše souhlas s celkovou anestezii. Před operací je nezbytné, aby pacient lačnil (6 - 8 hodin), což v praxi znamená, že od večere nekonzumuje pevnou stravu ani tekutiny. Je zakázáno kouřit 24 hodin před výkonem, mohla by se zhoršit pooperační regenerace. Pacient provádí den před výkonem celkovou hygienu.

Na sále nesmí mít pacient na sobě řetízky, náušnice apod., v případě použití defibrilátoru by došlo ke spálení kůže. Kontaktní čočky musí být před operací vyjmuty

z důvodu možné infekce. Snímatelná zubní protéza musí odebrána, aby nehrozilo zapadnutí protézy do hrtanu a tím následné udušení pacienta. Pacientovi po operaci je nařízen klid na lůžku. U klidového režimu je zvětšené riziko trombózy (krevní sraženiny), zejména hluboké žilní trombózy dolních končetin. Trombóza způsobuje ischemii (nedokrevnost), čímž ohrožuje pacienta. Jako prevence proti jejímu vzniku se již před operací přikládají bandáže na dolní končetiny.

Některá pracoviště u pacientů s AHY provádějí další specifická vyšetření. Jedním z nich je výtěr dutiny nosní. Jedná se o cenné vyšetření, které nás seznámí s mikroflórou v dutině nosní pacienta a odhalí patogenní bakterie, které by potencionálně mohly způsobit závažné pooperační infekční komplikace. Vyšetření se provádí pomocí sterilní, výtěrové zkumavky. Krouživými pohyby se vytře nosní dutina a poté se výtěrová zkumavka pošle s žádankou na oddělení mikrobiologie. Součástí předoperačního vyšetření je také MRI snímek, který operatérovi zobrazuje tvar a velikost tumoru a rovněž jeho vztah k okolním strukturám. Pokud nemá pacient toto zobrazení hotové, musí se dodělat při příjmu. Kromě klasického krevního obrazu se vyšetřují před operací i hladiny hypofyzárních hormonů, které slouží jako referenční hodnoty při jejich vyšetřování v pooperačním období. Těsně před výkonem se na sále zavádí periferní močový katetr (PMK), který odvádí moč z močového měchýře do sběrného sáčku. Díky PMK získáme sterilní moč, kterou můžeme posílat do laboratoře a zjišťovat přesný výdej.

Důležitá, avšak často opomíjená, je psychická podpora pacienta. Nervozita, strach či úzkost z operace je pochopitelnou součástí pacienta v předoperačním období. Je důležité, aby měl pacient veškeré informace o tom, jak se bude v den operace postupovat. Od pacienta se zjistí, zda si přeje, aby informace o jeho zdravotním stavu byly konzultovány s rodinou či příbuznými. V dnešní době je v každé nemocnici možnost duchovních služeb. Pacient je s tímto obeznámen a je mu nabídnuta možnost návštěvy kaplana po celou dobu hospitalizace. Pacient je před operací premedikován. Jsou mu podány léky na uklidnění (např. Neuro1), které jsou předepsány lékařem. Kvalitní odpočinek a spánek je před výkonem důležitý. Usnout před operací v nemocničním prostředí bývá ale častým problémem, který se řeší podáním hypnotik (léky na spaní).

6 POOPERAČNÍ VYŠETŘENÍ PACIENTA S AFUNKČNÍM ADENOMEM HYPOFÝZY

Po operaci je pacient převezen na jednotku intenzivní péče (JIP) neurochirurgického oddělení. Pacient se zotavuje z anestezie a po celou dobu je monitorován. První dvě pooperační hodiny se kontinuálně monitorují fyziologické funkce (TK, P, SpO₂, DF, TT). Sestra musí kontrolovat stav zornic. Velikost zornic je velmi důležitým faktorem nejen po operaci AHY. U tlumeného pacienta nesymetrické zornice a výrazná mydriáza (rozšíření zornice nad 4 mm) svědčí pro pooperační komplikaci a v těchto případech se provádí statim CT mozku. Naopak mióza (zúžení zornic) bývá při tlumení či při odtlumování příznačná a je způsobena účinkem opiátů.

Vzhledem k pooperačnímu vlivu analgosedace je pro zachování správných hodnot SpO₂ dáváno pacientů kyslíkové podpory. Je možné korigovat průtok kyslíku brýlemi. Kyslíkové brýle mají ve svém středu krátké katetry, které se zavádějí na kraj nosních průduchů. Hodnota průtoku se uvádí v litrech za minutu.

Při poklesu efektu opiátů a analgetik podaných během výkonu se u pacienta objevují první pocity pooperační bolesti. V tomto případě jsou podány analgetika dle ordinace lékaře, aby byly bolesti eliminovány.

Pacient se nejdříve dvě hodiny po příjezdu ze sálu poprvé zkusí po douškách napít. Sestra provede pooperační náběry krve, aby se zjistilo, zda jsou všechny hodnoty v normách.

Nosní tamponáda je zavedena na konci operačního výkonu do nosní dutiny a zůstává po dobu tří až pěti dnů. Kontroluje se, zda skrze ni neuniká větší množství sekretu. Po vyndání tamponády, kterou provádí ORL lékař, si pomocí nosního spreje pacient provádí výplachy nosní dutiny. Výplach se provádí 5x denně po dobu 14 dní. Nejlépe vyhodnoceným sprejem na výplach je Vincentka. Vincentka je nosní sprej, který ošetřuje sliznici nosohltanu a pomáhá udržovat fyziologickou a čistící schopnost nosní sliznice, zároveň podporuje obranu před infekcemi. Pacient se první tři týdny musí vyhýbat činnostem zvyšující intrakraniální tlak, např. smrkání, kýchání, tlačení na stolicí a sex (KRŠEK, 2007), (MELIKOĞLU, 2018).

Kontrola bilance tekutin a specifická hmotnost moči je po operaci AHY nezbytná. Bilance tekutin udává, jaké množství tekutin bylo přijato a kolik vyloučeno za určitou časovou jednotku. Ideální je bilanční rovnováha. Specifická hmotnost moči znamená hustotu moči, která se měří urometrem. Pomocí urometru můžeme zjistit, jestli se hustota moči pohybuje v normě. Specifická hmotnost moči nesmí klesnout pod 1004 kg/m³. Normální hodnota denní diurézy (tzn. množství moče za 24 hod), je 500-2500 ml/24 hod. Po operaci se může stát, že dojde k disbalanci tekutin, která je způsobena neschopností koncentrovat moč z důvodu porušením sekrece ADH do krve (tzv. diabetes insipidus). U diabetu insipidu se postupuje konzervativně pomocí podání Desmopresinu, který zamezí nadměrnému vylučování tekutin tak, že podporuje jejich zpětné vstřebávání v tubulech ledvin. U diabetes insipidus vzniká polyurie, kde se hodnoty moči pohybují nad 2500ml/ hod. (GABALEC a kol., 2009), (BAXOVÁ, 2006).

Po operaci AHY je pacient hospitalizován po dobu 7-10 dní. První pooperační den je možná vertikalizace pacienta (GABALEC a kol., 2009).

7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S AFUNKČNÍM ADENOMEM HYPOFÝZY

Hlavním cílem bakalářské práce je vypracování kazuistiky 63leté pacientky, která byla přijata na plánovanou operaci s hlavní diagnózou Hormonálně afunkční makroadenom hypofýzy. Dále byly stanoveny také specifické cíle ošetrovatelské péče – kontrola tamponády, kde nesmí být žádný sekret, a kontrola denní diurézy. Sběr dat pro realizaci ošetrovatelského procesu, který je zde zaznamenán ve všech jeho fázích, byl proveden v Nemocnici Na Homolce na neurochirurgickém oddělení intenzivní péče. Ošetrovatelský proces byl realizován u pacientky v období předoperační a pooperační péče, popisujeme detailněji první a druhý den hospitalizace (tj. nultý den pooperační), dále třetí až desátý den hospitalizace, tj. první až osmý den pooperační. Posouzení zdravotního stavu pacientky bylo provedeno dle domén NANDA I Taxonomie II (HERDMAN a kol., 2010) první den hospitalizace. Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny rovněž dle NANDA I Taxonomie II (Herdman, Kamitsuru, 2015), ale nejsou detailněji rozpracovány, uvádíme pouze souhrn poskytnuté ošetrovatelské péče. Nultý pooperační den opět popisujeme podrobněji, zachycujeme nejen doplnění ošetrovatelské anamnézy, ale i ošetrovatelské diagnózy (akutní bolest a úzkost). Další dny hospitalizace a pooperační péče popisujeme ve zkrácené verzi, tedy souhrn poskytnuté ošetrovatelské péče. Z důvodu ochrany osobních údajů pacientky nejsou některé identifikační údaje v anamnéze uvedeny. Data jsou shromážděna na základě rozhovorů s pacientkou a jejího pozorování, analýzou zdravotnické dokumentace, dále rozhovorů s ošetřujícím lékařem a sestrami. Informace a obrázky z operačního sálu jsou ze dne operace pacientky, kde autorka bakalářské práce byla osobně přítomna.

Popis případu

Pacientce (63 let) se zhoršovalo periferního vidění, výrazněji vlevo po dobu jednoho roku. Pacientka udává, že se jednalo o šedý zákal. Oční lékař ji vyšetřil v dubnu v roce 2018 pomocí perimetru, kde se zjistilo, že má temporální, hemianoptický výpad vlevo. Na očním oddělení jí byla ihned vypsána žádanka na MR vyšetření. Týden na to bylo pacientce provedeno MR vyšetření. Ze snímků MR byl diagnostikován makroadenom hypofýzy. Poté se muselo zjistit, zda se jedná o hormonálně funkční či afunkční adenom. Bylo jí tedy provedeno endokrinologické vyšetření, které vyhodnotilo

adenom jako afunkční. Na endokrinologickém vyšetření a MR byla pacientka v nemocnici v Příbrami. Pacientka dostala doporučení a byla pozvána na kontrolní MR do Nemocnice Na Homolce. V Nemocnici Na Homolce se přeměřovala velikost adenomu z předešlého vyšetření. Velikost byla stále stejná jako na předešlé MR z Příbrami. Z MR se zjistila jasná komprese zrakové dráhy, která objasnila pacientky zhoršené periferní vidění. Pacientka byla lékařem edukována o tom, co afunkční adenom znamená a byla jí indikováno operativní odstranění za pomoci endoskopu v celkové anestezii.

Hospitalizační den a jeho průběh

Dne 3. 9. 2018 přijela pacientka do Nemocnice Na Homolce v 9. 00 hodin na centrální příjem, kde s ní administrativní pracovnice vyřídila nejdůležitější formality (ověření totožnosti a osobních údajů, zdravotní pojištění). Od administrativní pracovnice dostala informace, kam má dále pokračovat.

Pacientka byla navigována na standardní lůžkové oddělení, neurochirurgii. Na lůžkovém oddělení si pacientku přebíral ošetrovatelský personál (všeobecné sestry, sanitáři), který pacientku uložil na lůžko. K lůžku nejdříve přišel lékař a udělal příjmové vyšetření, které popisujeme dále (viz. Tabulka 1).

Anamnéza

Lékařem bylo v rámci alergologické anamnézy zjištěno, že pacientka měla v minulosti po Klacidu (makrolidové antibiotikum se středně širokým spektrem účinku na různé bakteriální druhy) (příbalový leták) alergickou reakci ve formě exantému. Jiné alergie byly negovány. Pacientka udala, že žádné abúzy nemá. V sociální anamnéze se u pacientky zjistily kladné vztahy s rodinou. Pacientka žije v bytě s manželem, má jedno dítě. Její záliby jsou čtení, křížovky a šití. Mezi její volnočasové aktivity patří zejména procházky se psem v přírodě. Uvedla, že poslední dobou ji procházky pomáhaly s psychickým stavem, který nebyl před operací dobrý. V pracovní anamnéze pacientka uvedla, že je již v důchodu. Její dosažené vzdělání je výuční list v oboru švadlena. Dříve tuto práci vykonávala, nyní je šití pouze jejím koníčkem. Její ekonomické podmínky jsou dobré. V otázce o religiózních praktikách pacientka uvádí, že nevěří v nikoho jiného než v samu sebe.

V gynekologické anamnéze je u pacientky zaznamenána menopauza již 10 let. V klimakteriu neuvedla žádné problémy. Před menopauzou měla pravidelnou

menstruaci, bez bolestí. Má za sebou jeden spontánní porod. Rodinnou anamnézu vyhodnotil lékař jako nevýznamnou.

Lékařem bylo provedeno fyzikální vyšetření, které uvádíme v tabulce 1.

Tabulka 1 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ LÉKAŘEM DNE 03. 9. 2018

Hlava	Hlava na poklep a tlak je nebolestivá, orientačně je pacientka v normě.
Oči	Oční štěrby symetrické, bulby jsou ve středním postavení, pohyblivé všemi směry. Zornice jsou izokorické. Heminaopsie, která je výraznější na levé straně. Oční štěrby symetrické. Bulby jsou ve středním postavení, pohyblivé všemi směry.
Uši, nos	Slyší dobře. Uši a nos ve fyziologickém postavení, bez známek zánětu a sekrece.
Dásně, sliznice dutiny ústní	Zuby má pacientka vlastní. Hydratace přiměřená.
Jazyk	Řeč a polykání v normě. Jazyk při plazení ve střední čáře, bez povlaku.
Chrup	Chrup má pacientka vlastní.
Krk	Hrdlo klidné. Štítná žláza nehmatná. Náplň krčních žil je přiměřená.
Hrudník	Hrudník je symetrický, při dýchání se rovnoměrně rozvíjí. Hrudní chvění symetrické na obou stranách hrudníku. Poklep je plný a jasný na obou stranách hrudníku.
Plíce	Eupnoe, bez dušnosti. Dýchání čisté, sklípkové. DF 18/min, SpO2 98.
Srdce	Srdeční akce je pravidelná, ozvy jasné a bez šelestů. TK 140/76 mmHg.
Břicho	Břicho je měkké a nebolestivé.
Játra	Játra a slezina nezvětšené.
Uzliny	Uzliny jsou nezvětšené.

Páteř	Krční páteř je volně pohyblivá, ameningeální. Páteř je na poklep nebolestivá, statika a dynamika páteře přiměřená. Stoj a chůze normální.
Reflexy	V normě.
Čítí	Orientačně v normě.
Periferní pulzace	Pulzace je hmatná až do periferie.
Kůže	Bez ikteru a cyanózy, přiměřeně hydratovaná.
Otoky	Dolní končetiny bez otoků.

Fyzikální vyšetření realizované lékařem ze dne 3. 9. 2018 uvádí patologický jev u očí. Kvůli dekompresi zrakové dráhy adenomem vzniká heminaopsie, která je výraznější na levé straně. Ostatní hodnoty jsou u pacientky v normě. Lékař uzavřel diagnostický proces se závěrem:

Medicínská diagnóza hlavní:

D352 Nezhoubný novotvar – hypofýza (Hormonálně afunkční makroadenom hypofýzy)
G935 Komprese – stlačení – mozku

Medicínská diagnóza vedlejší:

Arteriální hypertenze

Dále lékař pacientku poučil o charakteru onemocnění a možnostech terapie se zaměřením na způsob a průběh operačního zákroku. Po slovním odsouhlasení s navrženým postupem léčby musela pacientka podepsat informované souhlasy. Jednalo se o souhlas s hospitalizací, souhlas s vyšetřením na virus lidského imunodeficitu (HIV), souhlas s operačním výkonem, souhlas s transfuzí krve a transfuzních přípravků a souhlas s vyšetřením na magnetické resonanci. Po pročtení a podpisu u všech souhlasů měla pacientka část příjmu za sebou.

Poté sestry provedly příjmové vyšetření (viz. Tabulka 2), kde byly zjišťovány hodnoty fyziologických funkcí a byl posouzen zdravotní stav pacientky.

Tabulka 2 HODNOTY A ÚDAJE ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU dne 03. 9. 2018

TK: 140/97mmHg	Výška: 165 cm
P: 60/min	Hmotnost: 78 kg
DF: 14/min	BMI: 28,7 (nadváha)
TT: 36,0 °C	Pohyblivost: normální
Stav vědomí: při vědomí	Orientace místem, časem, osobou: ano
Řeč, jazyk: český, řeč bez potíží	Krevní skupina: A

U pacientky je zvýšený krevní tlak (TK:140/97mmHg), vzhledem k tomu, že pacientka trpí hypertenzí a má již nasazenou léčbu, nejedná se o zásadní problém. Pomocí hodnoty indexu tělesné hmotnosti (Body Mass Index – BMI) můžeme zjistit velikost nadváhy. Vzorec pro výpočet vypadá takto: $BMI = \text{tělesná váha (kg)} / \text{tělesná výška}^2 \text{ (m)}$. U naší pacientky byl tedy vypočítán: $BMI = 78 / 1,65^2 = 28,7$. Z výpočtu se u pacientky zjistila lehká nadváha.

Pacientka uvedla jako důvod přijetí: „Mám tumor na hypofýze a musí mi ho odstranit operací“.

Dále byly pacientce odebrány léky, které dlouhodobě užívala. Po dobu hospitalizace v nemocnici musí brát pouze léky naordinované lékařem a podávané všeobecnou sestrou. V následující tabulce (Tabulka č. 3), je seznam chronické léčby pacientky, kterou užívala doma před příchodem do nemocnice.

Tabulka 3 LÉKOVÁ ANAMNÉZA (CHRONICKÁ MEDIKACE)

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
PERINDOPRIL KRKA	TBL	4 MG	1-0-0	ANTIHYPERTENZIVA
NEUROL	TBL	0, 25MG	DLE POTŘEBY	BENZODIAPEZINY

V chronické medikaci pacientka užívá Perindopril Krka 4mg, jedná se o lék, který snižuje krevní tlak. Lék užívá 1x denně, a to v ranních hodinách. Pacientka uvedla, že ji toto dávkování běžně stačí k stabilizaci hypertenze. Po zjištění u praktického lékaře v Příbrami, že má pacientka adenom hypofýzy, se psychicky zhroutila a bylo jí doporučeno užívat Neurol 0, 25 mg dle potřeby pro redukování úzkosti. Užívala jej poslední tři měsíce před nástupem k hospitalizaci do Nemocnice Na Homolce. Pacientka se díky Neurolu mohla věnovat denním činnostem a pocity úzkosti měla pod kontrolou. V průměru lék užívala 2x denně, ráno a večer před spaním.

V odpoledních hodinách 1. dne hospitalizace následovala kontrola anesteziologem, který pacientce podal informace o přípravě před celkovou anestézií v následující den. Pacientka vše pochopila a podepsala s anesteziologem souhlas s celkovou anestézií. Další návštěvou pro pacientku byla nutriční terapeutka, která sestavuje skladbu jídelníčku. Vzhledem k tomu, že pacientka nemá žádné výhrady a změny v jídelníčku (diabetes mellitus, vegetariánství apod.), byl jí přidělen racionální stravovací režim.

Posuzování bolesti

Bolest je vždy subjektivní zážitek. (NĚMCOVÁ, 2011, s. 148) Proto je pro všeobecnou sestru těžké objektivně hodnotit pacientovu bolest. Pro hodnocení bolesti existují různé škály, díky kterým se lépe vyhodnocuje pacienta bolest. Pro ošetrovatelský proces této bakalářské práce byla zvolena Vizuelní hodnotící škála.

Vizuální hodnotící škála (metoda VAS – Visual Analogue Scale) je jednoduchá, srozumitelná a rychlá. (NĚMCOVÁ, 2011, s. 151) Jde o dlouhou vodorovnou čáru, kde jsou slovně označeny oba extrémní body, tj. nulová bolest a nejvyšší možná bolest. Sestra požádá pacienta, aby jí ukázal, kde na se na čáře objevuje jeho intenzita bolesti. (NĚMCOVÁ, 2011)

U pacientky bylo naměřeno VAS – 0, tedy první den hospitalizace netrpí žádnými bolestmi.

Glasgow Coma Scale (GCS) – jedná se o stupnici, pomocí které vyhodnotíme míru vědomí člověka.

VAS škála a GCS test jsou uvedeny v příloze bakalářské práce (viz Příloha C, D)

U pacientky bylo vyhodnoceno 15 bodů **GSC** se tedy rovná 15 bodů, což znamená, že pacientka je bez poruchy vědomí.

První den hospitalizace byl zahájen sběr dat v rámci 1. fáze ošetrovatelského procesu. Posouzení zdravotního stavu pacientky (viz tab. č. 4) dle domén NANDA I TAXONOMIE II (HERDMAN a kol., 2010) bylo provedeno sestrou 3. 9. 2018 (1. den hospitalizace).

Tabulka 4 POSOUZENÍ ZE DNE 3. 9. 2018 – UTRŘIDĚNÍ INFORMACÍ

<p>1. Podpora zdraví (155)</p> <p>Uvědomování si zdraví</p> <p>Management zdraví</p>	<p>Pacientka má dostatek zájmových aktivit, jako je šití, procházky do přírody se psem a čtení.</p> <p>V nemocnici: Pacientka nechce vykonávat žádné aktivity, soustředí se na operaci.</p> <p>Ošetrovatelský problém: žádný</p>
<p>2. Výživa</p> <p>Příjem potravy</p> <p>Trávení</p> <p>Vstřebávání</p> <p>Metabolismus</p> <p>Hydratace</p>	<p>Pacientka nemá problém s příjmem potravy, snaží se jíst zdravěji, více ovoce a zeleniny.</p> <p>V nemocnici se pacientka těší na jídlo, slyšela od známé, která byla před dvěma lety na chirurgickém výkonu v nemocnici Na Homolce, že se tu vaří velmi dobře.</p> <p>Denně vypije 1, 5 – 2 l vody.</p> <p>Ošetrovatelský problém: žádný</p>
<p>3. Vylučování a výměna</p> <p>Funkce močového systému</p> <p>Funkce gastrointestinálního systému</p> <p>Funkce kožního systému</p> <p>Funkce dýchacího systému</p>	<p>Pacientka si nestěžuje na úniky moči. Stolicí má pravidelnou. Její kůže je v některých místech sušší, což pacientka ví a pořídila si speciální hydratační krém z lékárny (Excipial lipolotio).</p> <p>Nemá pocity dušnosti a s dýcháním nemá problém. V nemocnici si bude muset zvyknout na sdílené toalety, ale nevidí v tom velký problém. Se sdílenou koupelnou před hospitalizací počítala.</p> <p>Ošetrovatelský problém: žádný</p>
<p>4. Aktivita – odpočinek</p> <p>Spánek, odpočinek</p> <p>Aktivita, cvičení</p>	<p>Se spánkem pacientka měla po oznámení nynější diagnózy problémy. Po nastavení Neurolu se pacientce dobře spí a nemá s tím už problém. Je zvyklá z domova chodit spát kolem 22. 00 hodiny. Ráno vstává v 7.30 hodin. V nemocnici se lehce</p>

Rovnováha energie Kardiovaskulární-pulmonální reakce Sebepéče	obává režimu, s kterým ale byla obeznámena a počítá, že bude jiný, než ho měla doposud doma. „Jsem v nemocnici a ne v hotelu přece, je mi jasné, že to nebude jako doma.“ Pacientka chce zkusit usnout před operací sama a až když s tím bude mít problém, nechá si donést léky na spaní. Má nejraději procházky se psem v přírodě, které jí dodávají fyzickou aktivitu do běžného života. Ošetrovatelský problém: žádný
5. Percepce/kognice Pozornost Orientace Kognice Komunikace	Pacientka má zhoršené vidění levého zorného pole, které bylo také první indikací k MR, kde byla zjištěna diagnóza afunkčního adenomu hypofýzy. Pacientka se původně domnívala, že jde o šedý zákal. Je ráda, že konečně ví, proč ji vidění na levé straně tak zlobilo. Pacientka netrpí zmateností, je orientovaná místem i časem. Ví, jak se jmenuje oddělení a pamatuje si dnešní datum a rok. Ošetrovatelský problém: zhoršené vidění levého oka Priorita: střední
6. Sebepercepce Sebepojetí Sebeúcta Obraz těla	Staví se k operaci pozitivním způsobem a vidí v ní velkou naději na zlepšení současného zdravotního stavu. Sebe vidí jako ženu, která pracovala a vydělávala celý život peníze a společně s manželem zvládla zatím všechna dosavadní úskalí. Rodina je pro ni velkou podporou. Ošetrovatelský problém: žádný
7. Vztahy mezi rolmi Role pečovatелů Rodinné vztahy Plnění rolí	V této doméně nezjištěn žádný ošetrovatelský problém.
8. Sexualita Sexuální funkce Reprodukce	Pacientka uvedla, že po sdělení současné diagnózy se její libido snížilo. Soustředí se hlavně na zdraví, které je pro ni prvořadé. Manžel prý vše akceptuje a svou ženu plně chápe. Ošetrovatelský problém: žádný
9. Zvládání/tolerance zátěže Posttraumatické reakce Reakce na zvládání zátěže Neurobehaviorální stres	Pacientka trpí poslední tři měsíce, tedy od zjištění diagnózy, pocity úzkosti a strachu. Bojí se, že se neprobere z anestezie. Uvádí také, že neví jistě, jestli všechno dobře dopadne. „Můžu jenom doufat, že to doktoři dají všechno pryč a já tu dál budu. Držím se, co to jde, ale občas mě prostě dožene strach.“ Ošetrovatelský problém: úzkost ze smrti a strach Priorita: střední

10. Životní principy Hodnoty Přesvědčení Soulad hodnot/ přesvědčení/jednání	Při otázce na víru pacientka sděluje, že není úplným ateistou, ale věří zejména na osud. „Co se má stát se stane“. Ošetrovatelský problém: žádný
11. Bezpečnost – ochrana Infekce Fyzické poškození Násilí Environmentální rizika Obranné procesy Termoregulace	Pacientka má alergii na Klacid, který spadá do antibiotických léčiv. Dříve na něj měla pacientka reakci ve formě exantému. Lékaři a zdravotnický personál je s tímto faktem obeznámen. Ošetrovatelský problém: Riziko alergické reakce. Priorita: střední
12. Komfort Tělesný komfort Komfort prostředí Sociální komfort	Pacientka nepocítuje žádnou bolest. Není zde žádný ošetrovatelský problém.
13. Růst/vývoj Růst Vývoj	V této doméně neuvádí žádný ošetrovatelský problém.

Pacientka byla poučena o pohybovém režimu, který měla den před operací volný. Mohla se volně pohybovat po oddělení a v případě si zajít do bufetu v přízemí nemocnice. Stravovací režim byl nastaven racionální, což v praxi znamená normální strava. Její poslední jídlo byla večeře v 18:00 hodin, po které už měla zakázáno jakékoliv další konzumaci jídla. Mohla ještě před spaním pít trochu vody, poté byla zakázána i konzumace tekutin.

Předoperační vyšetření u pacientky probíhalo kontrolou interního vyšetření, které měla pacientka hotové z větší části od svého praktického lékaře z Příbrami. Do interního vyšetření u pacientky spadalo RTG srdce + plíce, EKG křivka, snímek z MR, krevní obraz a krevní skupina. V Příbrami byly endokrinologem zkontrolovány hladiny hypofyzárních

hormonů, které po operaci složily jako referenční hodnoty při vyšetřování. Pacientce byl v Nemocnici Na Homolce proveden výtěr nosní dutiny, který provedla všeobecná sestra. Pomocí sterilní tyčinky se odebral vzorek nosní mikroflóry a byl odeslán na mikrobiologické vyšetření.

Ordinovaná vyšetření: Mikrobiologie – nos výtěr

Výsledek vyšetření: nalezen *Staphylococcus aureus*

Byla nasazena antibiotická léčba (viz. tab. 5), která slouží zároveň jako proylaxe.

Tabulka 5 MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA KE DNI 3. 9. 2018

Název léku	Forma/cesta podání	Dávkování	Skupina
Neurol 0,25mg	Per os	1-1-1-1	benzodiazepiny
Perinopril Krka 4mg	Per os	1-0-0-0	antihypertenziva
AMOKSIKLAV 1,2G	i.v.	1-1-1-1	antibiotikum
AMPICILIN 1,0G	i.v.	1-1-1-1	antibiotikum

SITUAČNÍ ANALÝZA ke dni 3. 9. 2018

Na základě posouzení zdravotního stavu pacientky (1. fáze ošetrovatelského procesu) lékařem zjištěné anamnézy a fyzikálního vyšetření bylo zjištěno, že má pacientka zhoršené vidění na levém oku v důsledku adenomu hypofýzy. Musí užívat antihypertenziva ke kompenzaci hypertenze, anxiolytikum k redukci úzkosti a navození

spánku. Významnými ošetrovatelskými problémy, které byly zjištěny v 5. doméně jsou úzkost a strach ze smrti související se závažnou diagnózou. V doméně č. 11 bylo zjištěno riziko alergické reakce na antibiotikum (Klacid).

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT dne 3. 9. 2018

Ze situační analýzy vyplynuly ošetrovatelské problémy: zhoršené vidění na levém oku, dohled nad užíváním léků, úzkost, strach ze smrti a riziko alergické reakce. Na základě zjištěných ošetrovatelských problémů (2. fáze ošetrovatelského procesu), byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I Taxonomie II (HERDMAN, KAMITSURU, 2010), které uvádíme v přehledu podle priorit a jsou rozděleny na aktuální a rizikové.

Na základě zjištěných ošetrovatelských problémů v 1. fázi ošetrovatelského procesu byly stanoveny následující ošetrovatelské diagnózy:

Opomíjení jedné strany těla (00123)

Doména 6: Percepce/Kognice

Třída 1: Pozornost

Definice:

Zhoršení senzorycké a motorické reakce, psychického vnímání a prostorové pozornosti těla a odpovídajícího okolního prostředí, charakterizované nedostatečnou pozorností k jedné straně a přehnanou pozorností ke straně druhé. Zanedbávání levé strany je závažnější a trvalejší než zanedbávání pravé strany (HERDMAN, KAMITSURU, 2010).

Určující znaky:

- neschopnost zaregistrovat osoby přibližující se z opomíjené strany
- Hemianopsie
- vizuálně prostorové opomíjení jedné strany

Související faktor:

- poškození mozku (tumor)

Úzkost ze smrti (00147)

Doména 9: Zvládání tolerance/ Zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice:

Vágní, nelehký pocit diskomfortu nebo děsu vytvořený vnímáním skutečného nebo imaginárního ohrožení něčí existence (HERDMAN, KAMITSURU, 2010).

Určující znaky:

- uvádí strach z předčasné smrti
- uvádí strach z procesu umírání

Související faktory:

- nejistá prognóza
- předvídání nepříznivých následků celkové anestezie

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, 2010).

Určující znaky:

- uvádí obavy
- uvádí strach

Kognitivní – identifikuje předmět strachu

Fyziologické – únava

Související faktory:

- přirozené (obavy z operace a výsledku)

Riziko alergické reakce (00217)

Doména 11: Bezpečnost/ Ochrana

Třída 5: Obranné procesy

Definice:

Riziko nadměrné imunitní odpovědi nebo reakce na látky (HERDMAN, KAMITSURU, 2010).

Rizikové faktory:

- léky (penicilin)

Zde uvádíme v souhrnu realizovanou ošetrovatelskou péči, která byla pacientce poskytnuta první den hospitalizace, tedy před operací adenomu. U pacientky se dělal

mikrobiologický stěr z nosní dutiny, ke byla nalezena bakterie - *Staphylococcus aureus*. Z tohoto důvodu byla pacientce nasazena antibiotická léčba, která bude po operaci sloužit i jako profylaxe. Riziko alergické reakce je tedy jedním z ošetrovatelských problémů, které všeobecné sestry musí hlídat. Pacientka má z utlačování zrakové dráhy adenomem, zhoršené periferní vidění levé strany. Z tohoto důvodu byl nalezen ošetrovatelský problém – Opomíjení jedné strany těla. Na tento problém musí brát všeobecná sestra zřetel. Pro usnadnění orientace bude nejlepší, když s pacientkou projde celé oddělení, nabyde tak lepšího pocitu jistoty. Nejlépe k pacientce přicházet z pravé strany, aby mohla zaznamenat příchod zdravotnického personálu. Úplné vyřešení problému má nastat po odstranění adenomu hypofýzy. Pacientka uvádí časté úzkosti, kterými trpí poslední tři měsíce. Všeobecné sestry se snaží s ní hovořit o denním plánu a vysvětlovat jí, co ji čeká za vyšetření. Vyslechnou ji a hovoří s pacientkou klidným hlasem. V případě silného stavu úzkosti je podán Neurol 0,25mg, 1 tableta.

Hospitalizační den a jeho průběh

Druhý den hospitalizace sestra doplnila ošetrovatelskou anamnézu o aktuální problémy, které souvisejí s pooperační péčí. Pacientka vstávala v 6:00 hodin ráno. Udávala, že se na oddělení vyspala dobře, ale musela si ve 22:00 hodin říct o jednu dávku Neurolu 0,25mg navíc, tedy 1 tabletu. Nad ránem se vzbudila s pocitem nepříjemného strachu. Byl ji proto podán opět Neurol 0,25mg a bylo zvýšeno dávkování z 0,25mg na 0,5mg (1 tbl. per os). Z důvodu hypertenze (145/98mmHg) byl pacientce podán Perinopril Krka 0,4mg 1 tbl. per os. Snažila se ještě usnout, ale už nezaspala. V 7:00 hodin pacientka provedla ranní hygienu. Následně ji byly všeobecnou sestrou provedeny bandáže dolních končetin, které jsou běžnou součástí předoperačního procesu jako prevence proti trombóze. Naměřené hodnoty fyziologických funkcí pacientky z 2. hospitalizačního dne, jsou uvedeny v Tab. 6. Pacientka byla bez bolestí, takže VAS = 0. A byla plně při vědomí, GCS = 15 bodů.

Tabulka 6 MĚŘENÍ FYZIOLOGICKÝCH FUNKCÍ ZE DNE 4. 9. 2018

TK: 145/98mmHg
P: 65/min
D: 17/min
TT: 36,1 °C

SpO₂: 98 %
Moč + specifická hmotnost: 1050ml/ 1033g
Poslední stolice: 3.9., formovaná

Dále byla zkontrolována všeobecnou sestrou, jestli na sobě nemá žádné řetízky, náušnice apod. Poté byla pacientka odvezena sanitářem na operační sál. Operace probíhala od 9:00 do 14:35 hodin. Pro představu, jak vypadá endoskopická resekce adenomu, je uveden v Příloze (F, G) obrázek, který byl autorkou bakalářské práce pořízen přímo z operace pacientky.

Po operaci byla pacientka převezena na jednotku intenzivní péče (JIP) neurochirurgického oddělení. Příjezd pacientky z operačního sálu na oddělení je zaznamenán v 15:30 hodin. Zde se jí ujala všeobecná sestra, která měla pacientku na starost. Pacientka přijela se zavedeným PMK (periferní močový katétr), PŽK (periferní žilní katétr) a nosí tamponádou. Periferní katétr byly zavedeny v narkóze před samotnou operací, aby byla pacientka ušetřena bolestem a nepříjemnostem s tím spojenými. Od operátora (lékař, který operaci prováděl) byl nařízen polosed na lůžku. Sestra tedy dopředu nainstalovala lůžko do této polohy. Po uložení byla připojena na kontinuální měření EKG (elektrokardiograf), SpO₂ (saturace krve kyslíkem), TK (krevní tlak), P (puls), DF (dechová frekvence) a každou hodinu jí byla měřena TT (tělesná teplota). Vzhledem k pooperačnímu vlivu anestezie je pro zachování správných hodnot SpO₂ dávana pacientům kyslíková podpora. V našem případě měla pacientka kyslíkové brýle, které byly podány na 3 l za minutu po dobu prvních dvou hodin od příjezdu ze sálu. Následně byl zavolán lékař z NCH - JIP oddělení, který zkontroloval pooperační stav a případné komplikace. Pacientka byla při vědomí s lehkou bolestí a dospávala na lůžku. Po kontrole lékař naordinoval medikamentózní léčbu, viz Tab. 7.

Tabulka 7 MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA ZE DNE 4. 9. 2018

Název léku	Forma/cesta podání	Dávkování	Skupina
PERINOPRIL KRKA 4MG	p.o.	1-0-0-0	Antihypertenzivum
NEUROL 0,5MG	p.o.	1-1-1-1	Benzodiazepiny
HYDROCORTISON SOLUBILE 100MG	i.v.	0-1-0-1	Glukokortikoidy
ORTANOL 20MG	p.o.	1-0-1-0	Inhibitory protonové pumpy
CLEXANE INJ. 0,4ML	i.v.	1-0-0-0	Nízkomolekulární heparin
NOVALGIN 1G	p.o. nebo i.v.	dle bolesti	Analgetikum
PERFALGAN 1G	i.v.	dle bolesti	Analgetikum
AMOKSIKLAV 1,2G	i.v.	1-1-1-1	Antibiotikum
AMPICILIN 1,0G	i.v.	1-1-1-1	Antibiotikum
HYLAK FORTE 30ML	p.o.	1-1-0-1	Prospěšné bakterie - GIT
MINIRIN 0,1MG	p.o.	Při výrazně negativní bilanci	Desopresiny
DIAZEPAN 5MG	p.o.	dle potřeby	Benzodiazepiny
LETROX 50UG	p.o.	1-0-0-0	Funkce štítné žlázy

Po příjezdu ze sálu byl pacientce podán i.v., Perfalgan 1g, který působí jako analgetikum (proti bolesti). Pacientka vyhodnotila bolest č. 4 na VAS škále. Je důležité, aby analgetická terapie byla kontinuální a bolest nepřetrvávala či negadovala. Dále byla nasazena antibiotická léčba i.v., Amoksilav 1, 2g a Ampicilin 1g. Vzhledem k jejímu úzkostnému stavu byl podán Neurol 0,5, který již mohla užít orálně. Navíc k pacientky úzkostnému stavu byl doplněn lék Diazepam 5g, který patří do lékové skupiny benzodiazepinů a stejně jako Neurol má pacientce pomoci se zvládnutím psychického napětí.

Endokrinologickým konsiliem byla naordinována kortikoterapie. Byl nastaven Hydrocortisol i.v., 100mg. Po laboratorních výsledcích se při stabilní situaci bude Hydrocortisol postupně redukovat. Dále byl pacientce naordinován Letrox 50ug, který byl předepsán preventivně pro správnou funkci štítné žlázy. Minirin 0, 1mg spadá do skupiny desopresinů a byl předepsán také z preventivních důvodů. Lze s ním předcházet diabetes insipidus, který se projevuje zvětšeným výdejem moči. *Choroba je způsobena neschopností koncentrovat moč buď v důsledku chybění sekrece antidiuretického hormonu (centrální, hypotalamický či neurogení diabetes insipidus), nebo jeho neúčinnosti v ledvinách (nfrogenní diabetes insipidus).* (, 2013, s. 22)

Infúze je podání většího množství tekutiny do organismu jinou cestou než trávícím ústrojí – většinou přímo do krevního oběhu intravenózní cestou, výjimečně subkutánně. (ROZSYPALOVÁ, 1996, s. 81)

Vzhledem k lačnění, zákazu konzumace vody a ztráty krve ze sálu, došlo u pacientky v organismu k různým změnám a narušení vodní a elektrolytové rovnováhy. Řešením vodní rovnováhy je podání infuzních roztoků (viz Tab. 8 Infuzní list) a pro disbalanci elektrolytů se do infuzních přípravků přidávají aditiva, která ordinuje lékař na základě laboratorních výsledků z pooperačních náběrů. Pooperační náběry se provádí do dvou hodin po příjezdu ze sálu. Před tím, než byly vyhodnocené výsledky, se podávala běžná pooperační infuze s aditivou, (BAXOVÁ, 2006).

Tabulka 8 INFUZNÍ LIST ZE DNE 4. 9. 2018

Start (čas)	Název infuze	Objem (ml)	Rychlost	Aditiva	Konec (čas)
15:35	Ringerův roztok	500	125 ml/h	+MgSO4 20 % 1 amp, + Ca-Gluconicum 1 amp, NaCl 30ml	20:00
20:05	Fyziologický roztok 0,9 %	500	83 ml/h	7,45 % KCl 30 ml	03:00

Náběry krve provádí všeobecná sestra. (ROZSYPALOVÁ, 1996) Pacientky výsledky pooperačních náběrů na minerály, glykemii a krevní obraz (viz foto autorky v Příloze E).

Pacientka spala do 18:00 hodin. Po probuzení byla trochu zmatená a vystrašená. Sestry se jí snažily uklidnit, ale pacientka začala plakat a být více úzkostná. Byl ji tedy podán Neurol 0, 5mg. Po 15 minutách se stav pacientky uklidnil. Poté si pacientka dala večeři, z které snědla pouze poloviční porci. Vzhledem k pooperačnímu klidovému režimu byla provedena večerní hygiena u lůžka s dopomocí sestry. Pacientka zavolala domů svému manželovi a dceři a ohlásila jim, že operace proběhla v pořádku a že se ozve až se dozví více informací od operátéra. Ten večer byla pacientka unavená a pospávala do druhého dne.

SITUAČNÍ ANALÝZA ke dni 4. 9. 2018

Pacientka byla ráno úzkostná a měla strach z operace, která probíhala od 9:00 do 14:35 hodin. Po operaci byla převezena na JIP neurochirurgického oddělení. Významný ošetrovatelský problém, který byl zjištěn v 2. doméně, je riziko nerovnováhy elektrolytů, kdy u pacientky hrozí riziko zhoršení endokrinologických funkcí hypofyzárních hormonů. V doméně č. 5 nastal ošetrovatelský problém u akutní zmatenosti, neboť pacientka po příjezdu ze sálu byla velmi zmatená a měla strach. Úzkosti se pacientka po operaci nezbavila, nacházíme tedy ošetrovatelský problém úzkost v doméně č. 9. Vzhledem k zavedení PŽK, PMK a nosní tamponády je zjištěno v doméně č. 11 riziko infekce. V téže doméně nacházíme i riziko alergické reakce z důvodu nově nasazené antibiotické léčby a předešlé alergické reakce na Klacid (antibiotikum). V doméně č. 12 zjišťujeme akutní bolest (VAS 4), kterou pacientka po operaci trpěla. Dále je nastavený klid na lůžku a nutný polosed, který je pro pacientku vyhodnocen jako diskomfortní poloha. Ošetrovatelskou diagnózu nalézáme jako zhoršený komfort také v doméně č. 12.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT dne 4. 9. 2018

Na základě zjištěných ošetrovatelských problémů z druhého hospitalizačního dne byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I Taxonomie II (HERDMAN,

KAMITSURU, 2010), které uvádíme v přehledu podle priorit a jsou rozděleny na aktuální a rizikové.

Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice:

Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců (HERDMAN, KAMITSURU, 2010).

Určující znaky:

- zvýšená agitovanost
- zvýšený neklid

Související faktory:

- věk nad 60 let

Úzkost (00146)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice:

Vágní nelehký pocit diskomfortu nebo děsu, který je provázený autonomní reakcí (zdroj často nespecifický nebo dané osobě neznámý), pocit obav způsobený očekáváním nebezpečí. Je to výstražný signál, který varuje před hrozícím nebezpečím a umožňuje dané osobě přijmout opatření, aby hrozbě čelila (HERDMAN, KAMITSURU, 2010).

Určující znaky:

- neklid

Emoční:

- úzkostlivost

- strach

Tělesné:

- třes v rukou

Související faktory:

- stres
- ohrožení zdravotního stavu

Akutní zmatenost (00128)

Doména 5: Percepce/kognice

Třída 4: Kognice

Definice:

Náhly začátek reverzibilních poruch vědomí, pozornosti, kognice a percepce, které se vyvinou za krátké časové období (HERDMAN, KAMITSURU, 2010).

Určující znaky:

- zvýšená agitovanost
- zvýšený neklid

Související faktory:

- věk na 60 let

Zhoršený komfort (00214)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Třída 2: Komfort prostředí

Třída 3: Sociální komfort

Definice:

Vnímaný nedostatek uvolnění, úlevy a transcendentnosti ve fyzických, psychospirituálních, environmentálních, kulturních a sociálních dimenzích (HERDMAN, KAMITSURU, 2010).

Určující znaky:

- úzkost
- pocit diskomfortu
- povzdechy

Související faktory:

- vedlejší účinky spojené s nemocí

Riziko infekce (00004)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice:

Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy (HERDMAN, KAMITSURU, 2010).

Rizikové faktory:

- nedostatečná primární ochrana – porušená kůže
- prostředí se zvýšeným výskytem patogenů

Riziko nerovnováhy elektrolytů (00195)

Doména 2: Výživa

Třída 5: Hydratace

Definice:

Riziko porušení rovnováhy elektrolytů v séru, které může poškodit zdraví (HERDMAN, KAMITSURU, 2010).

Rizikové faktory:

- nedostatečný objem tekutin
- vedlejší účinky související s léčbou

Riziko alergické reakce (00217)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 5: Obranné procesy

Definice:

Riziko nadměrné imunitní odpovědi nebo reakce na látky (HERDMAN, KAMITSURU, 2010).

Rizikové faktory:

- léky (penicilin)

Pro potřeby bakalářské práce rozpracováváme detailněji 2 ošetrovatelské diagnózy:

- **Akutní bolest (00132)**
- **Úzkost (00146)**

Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice:

Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců (HERDMAN, KAMITSURU, 2010).

Určující znaky:

- zvýšená agitovanost
- zvýšený neklid

Související faktory:

- věk nad 60 let

Priorita: střední

Krátkodobý cíl: Pacientka nepocítuje žádné bolesti v klidovém režimu. Intenzita bolesti bude 0 – 1 na 10 stupňové VAS škále do jednoho týdne.

Dlouhodobý cíl: Pacientka nepocítuje bolest při lehké fyzické aktivitě. Pacientka udává intenzitu bolesti 0 na 10 stupňové VAS škále do dvou týdnů.

Očekávané výsledky:

Pacientka spolupracuje při monitoraci intenzity bolesti. Pomocí 10 stupňové VAS škály dokáže určit svoji míru intenzity bolesti do 10 minut.

Pacientka chápe signalizačním zařízením u lůžka, díky kterému si přivolá pomoc sestry při bolestech - ihned.

Pacientka užívá analgetika dle hodnoty VAS, které jsou naordinována lékařem dle potřeby, tj. hodnota VAS nad 1 – ihned.

Pacientka je bez doprovodných emočních projevů bolesti, jako je pláč a vzdychání – 1 hodiny.

Pacientka nepocituje žádné bolesti v klidovém režimu – do 1 týdne.

Pacientka nepocituje bolest při lehké fyzické aktivitě – do 2 týdnů.

Plán intervencí od 4. 9. 2018 do 5. 9. 2018

1. Sleduj intenzitu bolesti s pomocí 10 stupňové VAS škály bolesti – každou hodinu, všeobecná sestra.
2. Vnímej u pacientky doprovodné emoční projevy bolesti jako je pláč, vzdychání – průběžně po celou pracovní směnu, všeobecná sestra.
3. Edukuj pacientku o signalizačním zařízení, kterým si může přivolat pomoc v případě, že všeobecná sestra nebude na blízku, a bude mít bolesti – do 1 hodiny, všeobecná sestra.
4. Edukuj pacientku o důležitosti včasného podchycení bolesti – do 1 hodiny, všeobecná sestra.
5. Podávej analgetika ordinované lékařem dle potřeby pacientky – VAS vyšší než 1, všeobecná sestra.
6. Zapisuj během pracovní směny intenzitu bolesti – každou hodinu, všeobecná sestra.
7. Zapisuj podaná analgetika do medikamentózního listu – ihned po podání analgetika, všeobecná sestra.

Hodnocení 4. 9. 2018

Při pravidelném hodnocení bolesti pacientka udává její intenzitu v průměru na hodnotě 1 na 10 stupňové VAS škále. Rozumí, že bolest se může později dostat do větší intenzity, když nebude včas podchycena. V případě pocitu bolesti použije signalizační zařízení k zavolání všeobecné sestry. Krátkodobý ani dlouhodobý cíl zatím nebyl splněn, nicméně intenzita bolesti se snížila v klidovém režimu.

Dále pokračují intervence: 1, 2, 5, 6 a 7.

U pacientky je zapotřebí stále sledovat intenzitu bolesti v hodinových intervalech, podávají se jí analgetika dle potřeby a dle ordinace lékaře (VAS nad 1) a pravidelně jejich podání se zapisuje do medikamentózního listu.

Úzkost (00146)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice:

Vágní nelehký pocit diskomfortu nebo děsu, provázený autonomní reakcí (zdroj často nespecifický nebo dané osobě neznámý), pocit obav způsobený očekáváním nebezpečí. Je to výstražný signál, který varuje před hrozícím nebezpečím a umožňuje dané osobě přijmout opatření, aby hrozbě čelila (HERDMAN, KAMITSURU, 2010).

Určující znaky:

- neklid

Emoční:

- úzkostlivost
- strach

Tělesné:

- třes v rukou

Související faktory:

- stres
- ohrožení zdravotního stavu

Priorita: střední

Krátkodobý cíl: Pacientka zvládá poznat, když na ní přichází pocity úzkosti a snaží se o nich hovořit a podchytit je – do 1 týdne.

Dlouhodobý cíl: Pacientka nepociťuje úzkost – do 2 týdnů.

Očekávané výsledky:

Pacientka má dostatek informací o ošetrovatelském plánu, který ji v daný den čeká – do 1 hodiny.

Pacientka vycítí, kdy úzkost přichází a přivolá všeobecnou sestru – vždy.

Pacientka dle potřeby a dle ordinace lékaře užívá benzodiazepiny, pro potlačení úzkosti.

Pacientka se snaží přijít na důvod, co spouští úzkostné stavy – do 2 dnů.

Pacientka je obeznámena s možností využít psychologickém konsiliu – do 5 dnů.

Plán intervencí od 4. 9. 2018 do 5. 9. 2018

1. Sleduj pravidelně projevy úzkosti (ustaranost, zvýšená frekvence dýchání, nervozita, zvýšené napětí atd.) a v případě jejího výskytu buď pacientce na blízku – denně, všeobecná sestra.
2. Hovoř průběžně s pacientkou o jejích úzkostech a obavách – denně, všeobecná sestra.
3. Netlač na pacientku a nevyvíjej nátlak na odpovědi, snaž se mluvit co nejlídněji – denně, všeobecná sestra.
4. Zkus najít s pacientkou vhodnou metodu na odvrácení úzkostlivého myšlení na pozitivní – do 2 dnů, všeobecná sestra.
5. Zkonzultuj s lékařem v případě zhoršování psychického stavu možnost využití psychologického konsilia – do 5 dnů, všeobecná sestra.
6. Informuj rodinu o psychickém stavu (souhlas s poskytováním informací pacientkou udělen) a zkuste společně zjistit, co by pacientce mohlo ulevit od úzkosti – do 1 dne, všeobecná sestra.
7. Zapisuj pravidelně záznamy do ošetrovatelské dokumentace – denně, všeobecná sestra.

Hodnocení 4. 9. 2018

Pacientka se cítí lépe, když přesně ví, co jí v daný moment čeká, např. když sestry vysvětlí, jaké léky podávají (jak i.v. tak per os.). Stále trpí úzkostmi, ale vždy si řekne všeobecné sestře o léky pro potlačení tohoto stavu. Pacientka ještě nezjistila důvod, co ji tento úzkostný stav navozuje. Krátkodobý a dlouhodobý cíl splněn částečně. Dále pokračují všechny intervence (1–7). S pacientkou je zapotřebí více komunikovat a postupně zjišťovat vhodné metody pro zlepšení psychického stavu. Dále je žádoucí pohovořit s rodinnými příslušníky a společně zkusit vymyslet způsoby, které by pacientce pomohly. V případě, že se pacientky úzkostný stav nebude zlepšovat, bude se konzultovat s lékařem o případném psychologickém konsiliu.

Dále uvádíme souhrnně realizaci ošetrovatelské péče v dalších fázích ošetrovatelského procesu. Akutní zmatenost u pacientky odezněla do hodiny od příjezdu z operačního sálu. Jednalo se o stav, kdy pacientka měla navozený stav zmatenosti z proběhlé anestézie. Vzhledem k věku pacientky se nejedná o velmi atypický pooperační

jev. Všeobecné sestry pacientku uklidňovaly a vysvětlovaly jí, kde se právě nachází a proč. Akutní zmatenost vymizela sama od sebe po dospání na lůžku. Polosed nebyl velmi komfortní polohou, ale po edukaci lékařem začala pacientka chápat, že se jedná o důležitou intervenci pro předcházení pooperačních komplikací. Ulevilo se jí, když byla obeznámena s faktem zítřejší možné vertikalizace. Rizika infekce se stále hlídají. Je nutné dodržovat antiseptický režim při manipulaci s PŽK a PMK. V případě úniku sekretu z nosní tamponády je nutné zavolat ihned lékaře. U rizika nerovnováhy elektrolytů je pravidelně kontrolována diuréza a měření specifické hmotnosti moči. Pacientce byly lékařem naordinovány infuzní roztoky s aditivy, které mají upravit pooperační disbalanci tekutin a elektrolytů. V případě zvýšeného výdaje moči je tento fakt všeobecnou sestrou oznámen ihned lékaři. Mohlo by se jednat o diabetes insipidus. Zatím nebyl vyzorován problém s nasazenou antibiotickou léčbou. Vzhledem k předešlé negativní reakci na Klacid je nadále pozorováno riziko alergické reakce.

3. – 5. hospitalizační den, 1. – 3. pooperační den

(5. 9. – 7. 9. 2018)

U pacientky se pokračovalo v pooperační péči na neurochirurgickém JIP oddělení. První pooperační den byla pacientka vertikalizovaná fyzioterapeutem. Začínala nejdříve s úplným sedem, z kterého se nadále postavila a začala s krátkou chůzí. V odpoledních hodinách už zvládala chůzi po oddělení. V tomto ohledu se pacientce velmi ulevilo, protože lépe akceptovala polosed, který byl nařízen operátérem do třetího pooperačního dne. Akutní bolest začala ustupovat a pacientka v druhém pooperačním dni měla pouze Novalgin 500mg, 2 tablety (VAS 2). Dále se pokračovalo s antibiotickou léčbou, která byla ukončena třetí pooperační den. Vše proběhlo bez komplikací. Kontrola denní diurézy byla bez výkyvů. Medikamentózní léčba zůstávala stejná. Úzkosti se u pacientky nezhoršily, ale ani výrazně nezlepšily. Nebyla zjištěna příčina, která vyvolává úzkosti. Cítila se lépe, když jí byly podávány informace o provázených vyšetřeních a podaných lécích od všeobecných sester. Velmi ji uklidňovalo oznamování pooperačního průběhu od lékaře. Pacientka dále pokračovala v užívání benzodiazepinů, ale v menších dávkách. Neproběhla žádná alergická reakce na aplikovanou antibiotickou léčbu. Vzhledem

k dobrému pooperačnímu průběhu se rozhodlo, že se pacientka bude překládat na SIP (semi-intenzivní péče) neurochirurgického oddělení.

6. - 8. hospitalizační den, 4. – 6. pooperační den

(8. 9. – 10. 9. 2018)

Na SIP oddělení již pacientka není pod kontinuálním měřením fyziologických funkcí, měření probíhá pravidelně, několikrát denně. V pátém pooperačním dni byla odebrána ORL lékařem nosní tamponáda. Po vyndání tamponády byla pacientka edukována lékařem o důležitosti výplachu nosní dutiny. Výplach nosním sprejem Vincentka prováděla na oddělení 5x denně. Dále byla obeznámena s tím, že nesmí smrkat a kýchat. Při potřebě na stolicí musela tento fakt oznámit všeobecné sestře, kterou byly následně podány čípky. Pacientka musela eliminovat jakýkoliv intrakraniální tlak. Všeobecná sestra stále kontrolovala sekrety z nosní dutiny. Bolesti byly zredukovány a pacientka neužívá žádné analgetika. U pacientky již nebyla potřeba aplikace infuzních roztoků, či jiných i.v. léků. Denní diuréza a specifická hmotnost moči byla v normě. Pacientce byly šestý pooperační den zrušeny PŽK i PMK a riziko infekce je tedy u pacientky podstatně nižší. Pacientka je soběstačná, provádí sama hygienu a chodí bez problému. Úzkosti stále cítí, ale už nemá pocity strachu.

9. - 10. hospitalizační den, 7. - 8. pooperační den

Pacientka byla sedmý pooperační den přeložena na standartní neurochirurgické oddělení. V tento den byly nabrány hormony TSH, T3 a T4, kde bylo zjištěno, že hodnoty jsou nižší. Z tohoto důvodu byl navýšen Letrox z původních 50ug na 100ug. Tableta Letroxu se má brát nalačno, 30 minut před jídlem. Dále byla laboratorně zkontrolována hladina kortisolu, která byla v normě referenčních mezí a pacientka bude pokračovat v léčbě Hydrocortison 10mg, 2x denně a cílem bude, lék postupně vysazovat.

Pacientce bylo oznámeno, že osmý pooperační den bude propuštěna domů. O pacientku bude ze strany rodinných příslušníků postaráno. Její manžel má dva dny dovolené, aby mohl o manželku pečovat. Pacientka měla doporučený domácí fyzicky i psychicky šetřící režim. Dále musí v Příbrami navštěvovat svého spádového, praktického lékaře, ORL lékaře a endokrinologa. Musí aplikovat minimálně 10 dní nosní sprej Vincentka a sledovat sekreci z nosu. V případě, že by měla podezření na likvoreu

musí ihned na ORL kontrolu. Jestliže bude bez komplikací, byla jí nastavena kontrola na začátku dalšího měsíce. V případě zhoršení zdravotního stavu měla kontaktovat spádového neurologa nebo ambulanci v Nemocnici Na Homolce.

8 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Uvedli jsme kazuistiku 63leté pacientky, která byla přijata pro plánovanou operaci s hlavní diagnózou Hormonálně afunkčního adenomu hypofýzy. Byly stanoveny specifické cíle ošetrovatelského procesu, kterými byly kontroly tamponády a denní diurézy. Diagnostika novotvaru byla určena již v Příbrami po magnetické resonanci. Na operaci do Nemocnice Na Homolce byla přijata po třech měsících od zjištění diagnózy. První hospitalizační den byla pacientka přijata na standartní lůžkové oddělení neurochirurgie. Zde bylo provedeno fyziologické vyšetření lékařem, kde se zjistil patologický jev u očí. Z důvodu utlačení zrakové dráhy adenomem, měla pacientka zhoršené periferní vidění levé strany. Kromě hlavní diagnózy (aAHY), je u pacientky zaznamenána vedlejší diagnóza a to hypertenze. Pacientka měla chronickou medikaci – Perinopril Krka 4mg, který měla ordinovaný od svého interního lékaře proti hypertenzi. Dalším chronickým lékem byl Neurol 0,25mg, tento lék proti úzkostem pacientka užívala od zjištění hlavní diagnózy v Příbrami.

Pacientka byla poučena lékařem o charakteru onemocnění a průběhu operačního zákroku. Poté podepsala všechny informované souhlasy. Všeobecnou sestrou byly odebrány a poté posuzovány hodnoty a údaje o pacientce. Byla naměřena hypertenze (TK:140/97mmHg), která je podchycena chronickou léčbou, takže se nejednalo o zásadní ošetrovatelský problém. Dále byla zjištěna lehká nadváha (BMI = 28,7). Ani toto není bráno jako závažný ošetrovatelský problém. Ostatní pacientky hodnoty byly v normě.

První den hospitalizace navštívil pacientku anesteziolog a podal informace o celkové anestezii a přípravě před jejím podáním. Stravovací režim měla pacientka racionální. Měla zakázáno od večere konzumovat jídlo a tekutiny. Pacientka posuzovala bolest pomocí VAS škály. Pro vyhodnocení míry vědomí byla použita GSC a její bodové hodnocení. Pohybový režim měla první den hospitalizace volný a mohla se pohybovat po oddělení.

Předoperační vyšetření měla pacientka z větší části hotové z Příbrami. Do interního vyšetření bylo zahrnuto RTG srdce + plíce, EKG křivka, snímek z magnetické resonance, krevní obraz a krevní skupina. Z endokrinologie byly zkontrolovány hladiny hypofyzárních hormonů. V rámci předoperačního vyšetření se v Nemocnici Na Homolce doplnil stěr z nosní dutiny. Z laboratorních výsledků mikrobiologie byla nalezena

přítomnost bakterie *Staphylococcus aureus*. Z tohoto důvodu byla nastavena antibiotická léčba již den před operací, která byla brána i jako profylaxe v pooperačním stavu.

V prvním dni hospitalizace byl posuzován zdravotní stav pacientky dle domén NANDA I TAXONOMIE II (HERDMAN, KAMITSURU, 2010) a byly stanoveny tyto ošetrovatelské diagnózy – opomíjení jedné strany těla, úzkost ze smrti, strach a riziko alergické reakce.

O druhém hospitalizačním dni hovoříme jako o nultém operačním dni. V tento den byla pacientka po ránu úzkostná a měla strach z operace. Byla jí dána podpora ze strany všeobecných sester, které s pacientkou hovořily o operačním výkonu a rozptýlovaly její obavy a strachy. Hovor s všeobecnými sestrami pacientku zcela neuklidnil, byl jí tedy podán Neurol 0,5mg pro potlačení úzkosti. Dále byly změřeny fyziologické funkce, které byly v normě. Pacientka byla po ranní hygieně zkontrolována všeobecnou sestrou, zda nemá náramky, řetízky a je připravena na operaci. Byla provedena desinfekce nosní dutiny. Sanitářem byla poté odvezena na operační sál. Operace probíhala od 9:00 – 14:35 hodin. Po operaci byla pacientka převezena na neurochirurgický JIP. Ze sálu pacientka přijela se zavedeným PMK, PŽK a nosní tamponádou. Operátorem byl nařízen polosed po dobu tří dnů. Po uložení pacientky na lůžko byla připojena na kontinuální měření EKG, SpO₂, TK, P, DF a každou hodinu jí byla měřena TT. Sledování pacientky a monitorování vitálních funkcí je jednou ze zásadních úkolů ošetrovatelského procesu v pooperační péči. Význam monitorace stoupá při použití invazivních postupů, jak je tomu v případě naší pacientky (ROKYTA, 2009). Pacientka trpěla lehkou akutní zmateností, spojenou s doznívající anestézií. Bolest pacientka udávala na VAS škále 4, byl jí tedy ihned podán i.v. Perfalgan 1g. Pacientce byla podána v 15:35 hodin infuze Ringerova roztoku a byla přidána aditiva. Dále se po příjezdu ze sálu pokračovalo v antibiotické léčbě, byla podána i.v. antibiotika - Amoksilav 1,2g a Ampicilin 1g. Po zhruba dvou hodinách spánku se pacientka probudila a měla silný, úzkostný stav. Byl jí tedy podán Neurol 0,5mg, 1 tableta per os. Po čtvrt hodině se pacientky psychický stav uklidnil. Pooperační stav si vyžadoval klidový režim, večerní hygiena tedy byla provedena za asistence všeobecné sestry u lůžka pacientky. Pacientka večer oznámila svůj pooperační stav rodině a až do rána druhého dne spala. Z druhého hospitalizačního dne byly zjištěny nové ošetrovatelské problémy a stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I Taxonomie II (HERDMAN, KAMITSURU, 2015), následně byly seřazeny dle priorit. Jednalo se o akutní bolest, úzkost, akutní

zmatenost, zhoršený komfort, riziko infekce, riziko nerovnováhy elektrolytů a riziko alergické reakce. Nejvýznamnějšími ošetrovatelskými problémy, které jsou autorkou bakalářské práce detailněji rozpracovány, byly akutní bolest a úzkost.

Akutní bolest byla posuzována dle VAS škály, když se jednalo o VAS větší než 1, bylo nutné podání analgetik naordinovaných lékařem. *Bolest je obecný fenomén, který provází většinu onemocnění člověka. Je málo chorob, při kterých člověka nic nebolí. A to jak u onemocnění somatických, psychických. Téměř vždy se objevuje bolest. Proto také bolest patří k nejstarším popisovaným patologickým jevům. Z toho, že při každé nemoci se objevuje nějaký bolestivý fenomén, vyplývá podstata bolesti a její klasifikace. Bolest podle délky trvání a projevu dělíme na akutní a chronickou.* (ROKYTA a spol., 2009, s. 29)

Nultý a první pooperační den měla pacientka stále bolesti a vyžadovala analgetickou medikaci. V druhém pooperačním dni již pacientka udávala VAS 1 i při lehké fyzické aktivitě. Krátkodobý cíl byl druhý pooperační den u akutní bolesti splněn, neboť pacientka udávala intenzitu bolesti v klidovém režimu 0–1. Docílit intenzity bolesti 0 na 10 stupňové VAS škále při fyzické aktivitě se u druhého pooperačního dne nepodařilo. Dosáhnout dlouhodobého cíle se podařilo až 4. pooperační den, kdy pacientka již neudávala bolest ani při lehké fyzické aktivitě. V ošetrovatelském problému úzkost, jsme měly krátkodobý cíl, aby pacientka zvládala poznat příchod úzkosti, hovořila o ni a uměla ji podchytit. U dlouhodobého cíle jsme chtěli dosáhnout, aby pacientka netrpěla již žádnými úzkostmi. Nultý pooperační den jsme zjistili, že se pacientka cítí lépe, když je obeznámena s tím, co ji v daný den čeká. Dále když je ji vysvětlena podaná medikace a má informace o svém pooperačním stavu od lékaře. Pocit úzkosti jsme v tento den nepodchytily, ale pacientka se otevřeně na dané téma bavila. V dalších dnech se psychický stav zlepšoval, ale pocitům úzkosti se až do konce hospitalizace plně nezbavila. Pacientka dále užívala benzodiazepiny.

Je zde důležité podotknout, že závislost na benzodiazepinech je poměrně nebezpečná. Jejich účinek je velmi rychlý a pro pacienty má tlumivé, uspokojujivé účinky a zároveň se po něm dobře spí. Velmi rychle si na něj pacient zvyká a tím pádem se závislost na tento druh léků stává častým jevem. I přes svoje zdravotní důsledky je lékařskou veřejností často přehlížena (HONZÁK a kol., 2018).

Nastavené ošetrovatelské cíle tedy byly splněny pouze částečně. Psychologické konsilium nakonec svoláno nebylo.

Do 4. pooperačního dne pacientka zůstala na neurochirurgickém JIP, kde začínala již od prvního pooperačního dne s postupnou vertikalizací. Vertikalizace je prováděna fyzioterapeutem, který stanoví terapeutický plán a vybere specifické prostředky k dosažení stanovených cílů (SCHUSTEROVÁ, 2004). Úkolem včasné vertikalizace je zamezit v akutním stádiu nemoci imobilizačnímu syndromu, deformitám na kostře a kontraktuře svalů a šlach (ROZSYPALOVÁ, 1996).

Pacientka udávala zhoršený komfort z důvodu nutného polosedu na lůžku, díky vertikalizaci se tento ošetrovatelský problém dosti eliminoval. Ve 3. pooperačním dni už polosed nebyl nutný, tím byl zhoršený komfort eliminován úplně. Vzhledem k dobrému pooperačnímu stavu se pacientka 4. pooperační den přesouvá na neurochirurgické SIP oddělení, kde již není pod kontinuálním měřením fyziologických funkcí. Překlad na SIP oddělení s klidnějším chodem, měl na pacientku psychický kladný vliv. V 5. pooperačním dni bylo na oddělení ORL konsilium, které rozhodlo o odstranění tamponády. Poté byla pacientka edukována o následné péči nosní dutiny, a to výplachem pomocí nosního spreje Vincentka, 5x denně. V 6. pooperačním dni byly pacientce odebrány PŽK a PMK, riziko infekce hrozilo pouze v souvislosti s pobytem v nemocnici (nákazy spojené se zdravotní péčí).

Dále jí byly nabrány hormony TSH, T3 a T4, kde byly zjištěny nižší hodnoty. Byl tedy navýšen Letrox z původních 50ug na 100ug. Tabletou Letroxu bude brát nalačno, 30 minut před jídlem. Byla jí laboratorně zkontrolována hladina kortisolu, která byla v normě referenčních mezí. Pacientka tedy pokračovala v léčbě Hydrocortison 100mg, 2x denně a postupně se lék bude vysazovat.

Pacientka byla v 7. pooperačním dni přeložena na standartní neurochirurgické oddělení, kde jí bylo oznámeno, že další den bude propuštěna domů, kde bude muset dodržovat šetřící režim. Byla obeznámena o vyplachování nosní dutiny po dobu 10 dnů v domácí péči a kontrolovat případnou sekreci z nosní dutiny. Dále bude pravidelně navštěvovat svého spádového, praktického lékaře, ORL lékaře a endokrinologa.

8.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Aby sestra mohla nemocného dobře ošetřovat a poskytovat mu individualizovanou péči, měla by pacienta dostatečně poznat. U hospitalizovaných pacientů se nejčastěji zabývá somatickými problémy, ale psychická stránka pacienta je často opomenuta. V práci sestry nesmí chybět empatie a evalvace pacienta, která může v mnoha případech pomoci k rychlejšímu vyléčení a navrácení chuti do života.

Doporučení pro všeobecné sestry:

- kontrola sekretu u tamponády
- kontrola denní diurézy, která musí být v normě
- zajímat se o pacienta, ptát se co ho trápí
- evalvace pacienta
- diskutovat s rodinou a hledat případná řešení psychických problémů
- nevytvářet falešné naděje

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme popsali adenom hypofýzy, předoperační a pooperační péči včetně specifik péče o pacienta s tímto onemocněním na základě rešerše literatury. Tím jsme splnili cíle teoretické části bakalářské práce. Hlavním cílem bylo popsat kazuistiku 63leté pacientky, která byla přijata na plánovanou operaci s hlavní diagnózou Hormonálně afunkční makroadenom hypofýzy. Dále jsme stanovili specifické cíle ošetrovatelské péče: kontrola tamponády a denní diurézy. Pacientka byla ošetrována metodou ošetrovatelského procesu, která byla nedílnou součástí lékařské péče. Ošetrovatelský proces jako systematická metoda navazujících činností ošetrovatelské péče umožnil efektivní vyhledávání ošetrovatelských problémů a jejich řešení. Zdravotní stav byl průběžně sledován lékařem i sestrou. Na péči se podíleli také anesteziolog, fyzioterapeutka i praktické sestry a ošetrovatelé. Sestra sledovala především možnou sekreci z operační rány, diurézu a bolest po operaci. Vhodnou formou podpory byla pozornost věnována pacientčině psychickému stavu, neboť trpěla úzkostmi a strachem. Pacientka byla o výkonech a činnostech, které u ní byly prováděny, podrobně informována. U všech ošetrovatelských výkonů byla dodržována hygienicko-epidemiologická opatření a aseptické postupy. Lékařská i ošetrovatelská péče, která byla pacientce poskytnuta vedla k úspěšnému postupnému hojení operační rány s nekomplikovaným průběhem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAXOVÁ, Jindřiška. 2006. Transnazální přístup k operaci hypofýzy. *Sestra*. **16**(11), 10-12. ISSN 1210-0404.

ELIÁŠKOVÁ a kol., 2007. *Přehled anatomie*. Univerzita Karlova v Praze. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1216-4.

GABALEC a kol., 2009. Klinicky afunkční adenomy hypofýzy - možnosti farmakologické léčby. **12**(2), 94-98. ISSN 1212-6853 (elektronická verze).

GRIM a kol., 2014. *Základy anatomie*. Praha: Univerzita Karlova - Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2855-4.

HERDMAN, T. Heather a kol., 2010. *Ošetřovatelské diagnózy*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-5412-3.

HOLUBOVÁ, Jana. 2013. Adenomy hypofýzy aneb Nosem až do mozku. *Sestra*., **23**(5), 50-52.

HONZÁK, Radkin a kol., 2018. *Všichni žijem' v blázinci: současnost očima psychiatra*. Vydání druhé. V Praze: Vyšehrad. ISBN 978-80-7601-003-1.

JEŽKOVÁ a kol., 2017. Léčba hypofyzárních adenomů. *Časopis lékařů českých*. **156**(5), 266-270.

KRŠEK, Michal a spol, 2007. Přirozený průběh afunkčních adenomů hypofýzy. *Revue endokrinologie*, **10**(2), 23-25. ISSN 1801-6413.

KRŠEK, Michal, 2015. Diferenciální diagnostika selárních expanzí. *Interní medicína pro praxi*. **17**(4), 169-172.

KVAPILÍKOVÁ, Květa, 2002. Oči očima očního lékaře. 5. část - zrakový nerv - zraková dráha. *Česká oční optika*. **43**(2), 8-9. ISSN 1211-233X.

- LIPINA, Radim, 2013. Adenomy hypofýzy: výsledky operační léčby transnazální endoskopickou technikou. *Neurologie pro praxi*, **14**(5), 262-266. ISSN 1213-1814.
- MÁCA a kol., 2015. Komplexní léčba adenomů hypofýzy. *Onkologie*, **9**(5), 218-220.
- MELIKOĞLU et. al., 2018. Nursing Care of an Individual with Pituitary Tumor. *The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing*, **7**(2), 86-92. Dostupné také z: <http://www.jnnn.pl/index.php/neurological-and-neurosurgical/article/view/200/195>
- NCBI. 2015. *National Center for Biotechnology Information* [online]. USA [cit. 2019-03-01]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4750488/>
- NĚMCOVÁ a kol., 2011. *Repetitorium ošetrovatelství*. Praha. Maurea. ISBN: 978-80-902876-7-9.
- NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., ISBN 978-80-88249-02-3.
- NETULKA, David, 2011. Léčba adenomů hypofýzy. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, **74**(3), 240-252. ISSN 1210-7859.
- POSPÍŠILOVÁ a spol., 2012. *Anatomie pro bakaláře II*. Liberec: Technická univerzita. ISBN 978-80-7372-849-6.
- ROKYTA, Richard, 2009. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.
- ROZSYPALOVÁ a spol., 1996. *Ošetrovatelství I*. Praha: Informatorium. ISBN: 80-85427-93-1.
- SCHREIBER, Vratislav, 2004. *Hormony a lidská mysl*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-433-0.

SCHUSTEROVÁ, Bronislava, 2004. *Kraniocerebrální poranění: význam včasné vertikalizace u nemocných po kraniotraumatech: Společnost rehabilitační a fyzikální medicíny*. Praha.

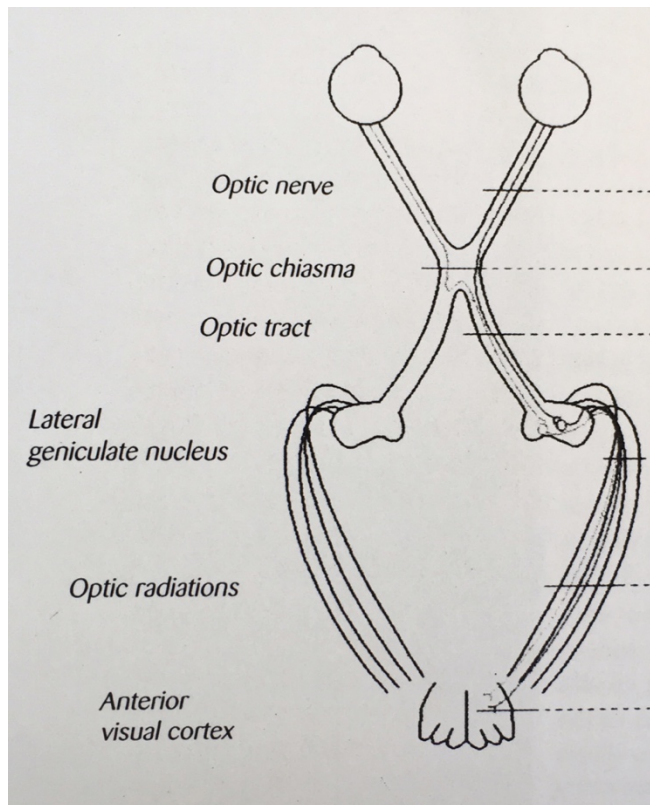
VOKURKA a kol., 2016. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-807-345-464-7.

YUAN, Wen, 2013. Managing the Patient With Transsphenoidal Pituitary Tumor Resection. *Journal of Neuroscience Nursing*, **45**(2), 101-107. ISSN 0888-0395.
Dostupné také z: <https://insights.ovid.com/crossref?an=01376517-201304000-00007>

PŘÍLOHY

Příloha A – Křížení zrakové dráhy	I
Příloha B – Přehled příznaků z lokálního útlaku okolních struktur	II
Příloha C – Vizuální analogová škála	III
Příloha D – Glasgowská stupnice hloubky vědomí	IV
Příloha E – Pooperační výsledky pacientky, ze dne 4. 9. 2018	V
Příloha F – Endonazální endoskopická transsfenoidální resekce	VI
Příloha G – Odpreparovaný adenom	VII
Příloha H – Rešerše	VIII

Příloha A – Křížení zrakové dráhy



Zdroj: KVAPILÍKOVÁ, 2002, s. 8.

Příloha B Přehled příznaků z lokálního útlaku okolních struktur

Tabulka 2. Přehled příznaků z lokálního útlaku okolních struktur (upraveno dle Melmed, S.: Evaluation of pituitary masses. In: DeGroot, L.J., Jameson, J.L. (eds.) Endocrinology, 4th Edition, 2001, Saunders, Philadelphia, USA, s. 283

Utlačovaná struktura	Klinické příznaky
Tractus opticus	Bitemporální hemianopsie Horní kvadrantové nebo bitemporální defekty zorného pole Slepota Skotomy
Hypothalamus	Poruchy termoregulace Poruchy příjmu potravy Poruchy příjmu tekutin a pocitu žízně Diabetes insipidus Poruchy spánku Poruchy chování Dysfunkce vegetativního nervového systému
Sinus cavernosus	Ptosa, diplopie, ophthalmoplegie Poruchy čítí v obličeji
Frontální lalok	Poruchy osobnosti Poruchy čichu
Temporální lalok	Temporální epilepsie
Útlak centrálních partií	Bolesti hlavy Hydrocefalus Psychózy Demence

Zdroj: KRŠEK, 2015, s. 172.

Příloha C – Vizuální analogová škála



Zdroj: *Nemocnice Na Homolce*, 2017 [online]. Dostupné z: <https://www.homolka.cz/pro-pacienty/11610-informace-o-hospitalizaci/11611-nemusite-snaset-bolest/>

Příloha D – Glasgowská stupnice vědomí

Otevření očí	
spontánní	4
na oslovení	3
na bolest	2
bez reakce	1
Slovní odpověď	
orientovaná	5
zmatená	4
nekomunikuje	3
nesrozumitelné zvuky	2
žádná odpověď	1
Reakce na bolest	
provede na příkaz pohyb	6
lokalizuje podnět (pohyb k podnětu)	5
úniková reakce (pohyb od podnětu)	4
necílená flexe končetiny (dekortikační reakce)	3
necílená extenze končetiny (decerebrační reakce)	2
nereaguje	1
Lehká porucha vědomí	13-15 bodů
Střední porucha vědomí	9-12 bodů
Závažná porucha vědomí	3-8 bodů

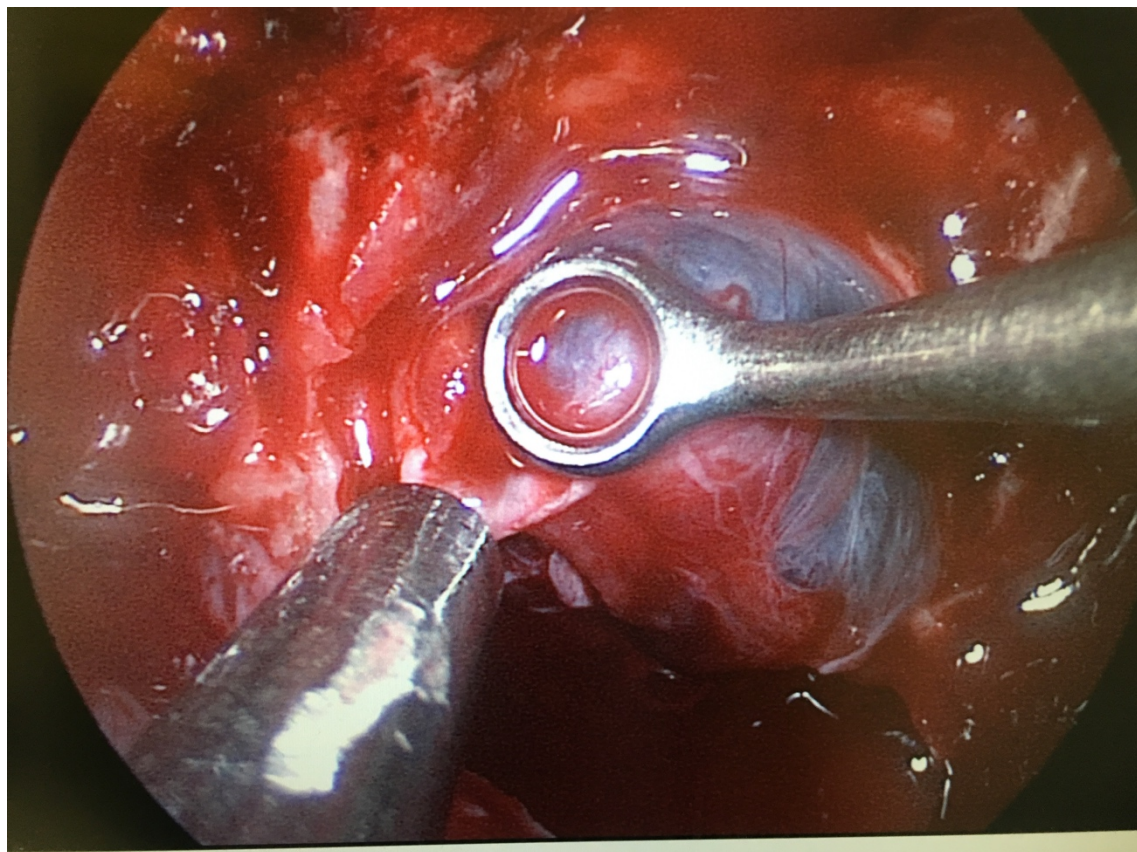
Zdroj: Dostupné z: <http://pfyziolmysl.upol.cz/?p=3974>

Příloha E – Pooperační výsledky pacientky, ze dne 4. 9. 2018

10	Sodík	139 mmol/l	{	135-146	}		{.x.}
11	Draslík	3.4 mmol/l	{	3.6-5.5	}	L	x{...}
12	Chloridy	104 mmol/l	{	97-115	}		{.x.}
50	Glykemie	8.47 mmol/l	{	3.30-5.60	}	H	{...}x
318 KREVNÍ OBRAZ							
319	Hemoglobin	131 g/l	{	120-160	}		{.x.}
320	Erytrocyty	4.38 10 ¹² /l	{	3.80-5.20	}		{.x.}
321	Hematokrit	0.39 l/l	{	0.35-0.47	}		{.x.}
324	MCHC	339.00 g/l	{	320.00-360.00	}		{.x.}
325	MCV	88.4 fl	{	82.0-98.0	}		{.x.}
326	Leukocyty	16.9 10 ⁹ /l	{	4.0-10.0	}	WH	{...}.<x
327	Trombocyty	283 10 ⁹ /l	{	150-400	}		{.x.}

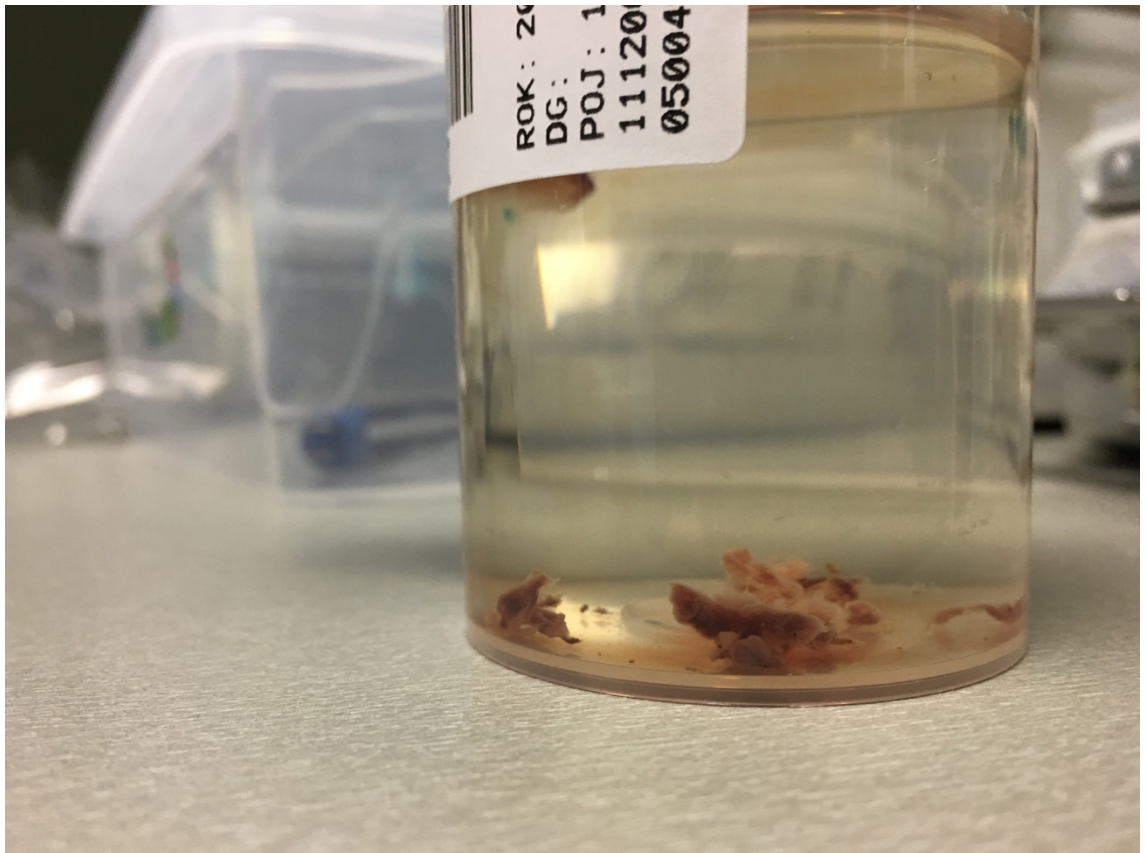
Zdroj: autorka bakalářské práce, [cit. 2019-03-01].

Příloha F – Endonazální endoskopická transsfenoidální resekce



Zdroj: foto autorky bakalářské práce, 2019.

Příloha G – Odpreparovaný adenom



Zdroj: foto autorky bakalářské práce, 2019.

Příloha H – Rešerše

Rešerše

Jméno: Markéta Minářová

Název práce: Ošetrovatelský proces pacienta s afunkčním adenomem hypofýzy

Jazykové vymezení:

čeština, angličtina, slovenština

Rešeršní strategie

je kombinací různých způsobů hledání - neváže se pouze na klíčová slova

Klíčová slova: Adenom hypofýzy. Afunkční adenom. Ošetrovatelský proces.

Časové vymezení:

2005-2018

Druhy dokumentů:

v záznamech viz pole „PT“, popř. „RT“)

KNIHY (=monografie), sborníky, ČLÁNKY, popř. kapitoly knih či články ze sborníků, abstrakta

Počet záznamů: 25

Použité prameny:

Katalogy knihoven systému Medvik – knihy (=monografie)

Bibliographia medica Čechoslovaca (BMČ – články)

Theses - registr vysokoškolských kvalifikačních prací

Internet

MEDLINE