

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
PO OPERACI PÁTEŘE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ILONA OTEPKOVÁ

Praha 2019

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
PO OPERACI PÁTEŘE**

Bakalářská práce

ILONA OTEPKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Karolina Moravcová

Praha 2019



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

OTEPKOVÁ Ilona
3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

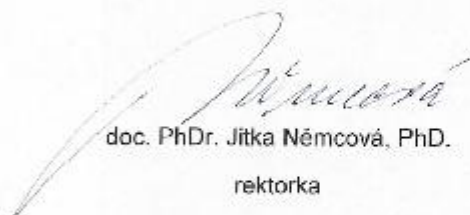
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta po operaci páteře

Nursing Process in Patients after Spinal Surgery

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Karolina Moravcová

V Praze dne 1. listopadu 2018


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Karolině Moravcové za vstřícný přístup a cenné rady při zpracování mé bakalářské práce.

ABSTRAKT

OTEPKOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelský proces u pacienta po operaci páteře*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Karolina Moravcová. Praha. 2019. 64 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacientky po operaci páteře. Práce charakterizuje nemoci páteře, kterými trpí stále větší počet lidí, kteří jsou v produktivním věku, což znamená nejen finanční zátěž pro společnost, ale také například důvod výskytu deprese této věkové skupiny. Cílem práce je detailně popsat a analyzovat ošetrovatelský proces u pacientky po operaci páteře krátce po operačním výkonu. Stěžejní částí práce je jak kazuistika pacientky, tak charakteristika ošetrovatelské péče, kterou jsme pacientce poskytli za pomoci modelu Marjory Gordon. Na základě získaných informací zformulujeme ošetrovatelské diagnózy, které jsou následně rozpracovány do plánu ošetrovatelské péče, realizovány a dále zhodnoceny. Ke stanovení diagnóz je použita NANDA I Taxonomie II 2015 - 2017. V závěru práce je zhodnocení efektu poskytnuté péče. V části věnované doporučení pro praxi jsou také uvedeny způsoby, kterými lze předcházet či zpomalit degenerativní onemocnění páteře. Výstupem je také leták, který může sloužit jako informativní souhrn pro pacienty po operaci bederní páteře se stabilizací.

Klíčová slova

Nemoci páteře. Nursing care after spinal surgery. Operace páteře. Ošetrovatelská péče po operaci páteře. Spinal surgery.

ABSTRACT

Otepková, Ilona. *Nursing Process in Patients after Spinal Surgery*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Karolina Moravcová. Prague. 2019. 64 pages.

The topic of this thesis is the nursing process of a patient after spine surgery. The work characterizes the diseases of the spine, which suffer from an increasing number of people who are of working age, which means not only financial burden for society, but also the reason for the occurrence of depression of this age group. The aim of this work is to describe and analyze the nursing process in a patient after spine surgery shortly after surgery. The main part of the work is both the case report of the patient and the characteristics of nursing care, which we provided to the patient with the help of Marjory Gordon model. Based on the information obtained, we formulate nursing diagnoses, which are then elaborated into a nursing care plan, implemented and further evaluated. NANDA I Taxonomy II 2015 - 2017 is used for diagnosis. Practical recommendations also include ways to prevent or slow down degenerative diseases of the spine. The output is also a leaflet that can serve as an informative summary for patients after lumbar spine surgery with stabilization.

Keywords

Vertebral disease. Nursing care after spinal surgery. Spinal surgery. Nursing process after spinal surgery. Spinal surgery.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	12
1 BOLESTI ZAD.....	14
2 ANATOMIE PÁTEŘE A MÍCHY.....	15
3 VERTEBROGENNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	17
3.1 Degenerativní onemocnění páteře.....	19
3.2 Zánětlivé onemocnění.....	24
3.3 Vrozené vady.....	24
3.4 Úrazy páteře a míchy.....	25
3.5 Nádory.....	27
4 CHIRURGICKÁ LÉČBA.....	30
4.1 Předoperační péče.....	31
4.2 Intraoperační péče.....	32
4.3 Pooperační péče.....	33
5 POTŘEBY NEMOCNÝCH PO PORANĚNÍ MÍCHY....	34
6 CVIČENÍM PROTI BOLESTEM ZAD A DALŠÍ MOŽNOSTI ALTERNATIVNÍ LÉČBY.....	37
7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	39
7.1 Anaméza.....	41
7.2 Základní fyzikální vyšetření sestrou	43
7.3 Předoperační příprava.....	46
7.4 Utřídění informací dle modelu Marjory Gordonové.....	47
7.5 Medicínský management.....	51

7.6	Situační analýza ke dni 8. 1. 2019.....	52
7.7	Stanovení ošetrovatelských diagnóz.....	52
7.8	Rozpracované ošetrovatelské diagnózy.....	53
8	ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	60
9	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	61
	ZÁVĚR.....	64
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	
	PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

MUS	Medically Unexplained Symptom
MR	Magnetická rezonance
CT	Computer tomography
EMG	Elektromyografie
FBSS	Failed back surgery syndrome
EKG	Elektokardiogram
RTG	Rentgen
SCI	Spinal cord injury
PET	Pozitronová emisní tomografie
TU	Transfuse unit
BMI	Body mass index

(VOKURKA a kol., 2010)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Spondylochirurgie –chirurgie páteře a míchy

Ventrální –přední

Dorzální –zadní

Komorbidity – současný výskyt několika onemocnění

Vertebrogenní –mající původ v páteři

Atonie –ztráta napětí

Neuralgie –krutá bolest pociťovaná v průběhu nervu

Transverzální –příčný

Syndrom –typická kombinace příznaků

Prolaps –výhřez

Stenóza –abnormální zúžení

Spondylóza –nezánětlivé onemocnění meziobratlových plotýnek

Spondylolistéza – posun obratle dopředu vůči obratli níže umístěnému

Spinální –páteřní

Spondyloartóza –artróza meziobratlových kloubů

Diskopatie –onemocnění meziobratlové plotýnky

Paraparéza –částečné ochrnutí poloviny těla

Radikulopatie –postižení míšního kořene

Myelopatie –nezánětlivé onemocnění míchy

Iradiace –vyzařování

Degenerativní –opotřeбенý věkem

Infiltrace –vnikání

(VOKURKA a kol., 2010)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Přehled farmakoterapie.....53

Tabulka 2 Laboratorní vyšetření ze dne 7. 1. 2019...53

ÚVOD

Pro bakalářskou práci jsme si vybraly téma ošetrovatelského procesu u pacienta po operaci páteře. Nemoci páteře mají v posledních letech stoupající incidenci a některými odborníky jsou označovány za „epidemii“.

Mezi nejčastější důvody operačního řešení patří degenerativní onemocnění páteře. V mnoha případech je však dostačující vhodná rehabilitace a režimová opatření.

Hlavním cílem bakalářské práce je popis a analýza případu pacientky po operaci páteře krátce po operačním výkonu.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1:

Zmapovat aktuální medicínskou, ošetrovatelskou a psychosociální problematiku pacientů s onemocněním páteře, které lze řešit chirurgickou léčbou.

Cíl 2:

Popsat specifika ošetrovatelské péče u pacientů po operacích páteře na spondylochirurgických jednotkách.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1:

Detailně popsat ošetrovatelskou péči, kterou jsme pacientce poskytli na základě zhodnocení zdravotního stavu s následným určením ošetrovatelských diagnóz, stanovením cílů, sestavením plánu realizace a zhodnocením poskytnuté péče krátce po operačním výkonu

Vstupní literatura

HERDMAN, T. H. a S. KAMITSURU, ed., 2010. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

HOCH, J. a J. LEFFLER., 2013. *Textbook of surgery: current surgical diagnosis and treatment*. Prague: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-375-6.

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

ŠTĚTKÁŘOVÁ, I., 2017. *Moderní farmakoterapie v neurologii*. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-529-3.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem *Ošetrovatelský proces u pacienta po operaci páteře*, proběhlo v období říjen 2008 až prosinec 2018. Pro vyhledávání bylo použito katalogu knihoven systému Medvik, knihy (=monografie), Bibliographia medica Čechoslovaca (BMČ – články), Theses (registr vysokoškolských kvalifikačních prací), Internet a CINAHL.

Vyhledávací období pro rešerši (PŘÍLOHA) bylo stanoveno od roku 2009 do 2018. Pro tvorbu bakalářské práce byly z rešerše využity 23 knih, 4 články a 2 elektronické zdroje.

1 BOLESTI ZAD

„Téměř třetina dospělých v České republice trpí bolestmi zad, svalů a kloubů.“
(GRILLPARZEROVÁ, 2009, s.5)

„Po onemocnění horních cest dýchacích zaujímá onemocnění bederní páteře druhé místo v žebříčku patientské návštěvnosti u lékařů prvního kontaktu a představuje též vysoký podíl na žádostech o přiznání invalidního důchodu. Jde o jednu z nejčastějších příčin pracovní neschopnosti, protože postihuje nemocné zejména v produktivním věku. Finanční náklady na léčbu vertebropatů jsou proto enormní. Dnes je zdokumentováno přibližně padesát faktorů, které významně ovlivňují výsledek léčby onemocnění bederní páteře.“
(HART, 2014, s. XI)

Bolesti páteře, ať už krční, nebo bederní, je jedno z nejběžnějších onemocnění lidí v produktivním věku. Nazýváme jej **Epidemií bolesti zad**. (HOCH a kol., 2013)

Pacienti trpící bolestmi zad přichází k lékaři, avšak až v 33 % nelze najít organický podklad. Pro tyto symptomy se vžil název Medically Unexplained Symptoms /MUS/ a bohužel nesou vyšší riziko psychiatrické komorbidity. Přibližně 50-75% pacientů s MUS trpí depresivní poruchou. (KUKAN a kol., 2012)

„S bolestmi zad se v životě potká téměř každý z nás, a proto jsou často považovány za civilizační chorobu.“ (ŠRÁMEK, 2015, s. 12)

2 ANATOMIE PÁTEŘE A MÍCHY

Páteř (lat. *columna vertebralis*) představuje osu vzpřímeného těla. Skládá se z 33 až 34 obratlů (lat. *vertebrae*). (BEZDIČKOVÁ a kol., 2010)

Rozeznáváme dva typy prohnutí páteře, takzvanou lordózu, kdy oblouk směřuje dovnitř a kyfózu, kdy je oblouk vyklenut dozadu. Rozeznáváme tedy tři přirozená zahnutí páteře, a to krční lordózu, hrudní kyfózu a bederní lordózu. (KUČEROVÁ, 2018)

Obratle jsou kosti krátké a jsou nepravidelného tvaru. Rozeznáváme tělo obratle, ze kterého vybíhá obratlový oblouk s výběžky. Obratlový oblouk s tělem uzavírá obratlový otvor. Rozeznáváme:

- 7 krčních obratlů (lat. *vertebrae cervicales*), označujeme C1 – C7
 - 12 hrudních obratlů (lat. *vertebrae thoracicae*), označujeme Th1 – Th 12
 - 5 bederních obratlů (lat. *vertebrae lumbales*), označujeme L1 – L5
 - 5 křížových obratlů, které jsou srostlé v kost křížovou (lat. *os sacrum*), označujeme S1 - S5
 - 4 – 5 kostrčních obratlů srostlých v kost kostrční (lat. *os coccygis*)
- (BEZDIČKOVÁ a kol., 2010)

První dva krční obratle se odlišují tvarem a mají specifickou funkci. První krční obratel, zvaný Atlas (nosič), spojuje páteřní sloupec s hlavou. Druhý krční obratel, který nazýváme Axis (čepovec), společně s atlasem umožňuje pohyby hlavy. Obratle dokáží nést váhu našeho těla a vytváří ochranný vnitřní kanál, skrze nějž vede mícha. (KUČEROVÁ, 2018)

Mícha navazuje na mozkový kmen a končí v páteřním kanálu přibližně v oblasti prvního až druhého lumbálního obratle. Dále pak v míšním vaku pokračují míšní kořeny (lat. *cauda equina*). Rozeznáváme centrálně uloženou šedou hmotu a periferní bílou hmotu. Ventrální polovina míchy (bílá i šedá hmota) zodpovídá za motorické funkce a dorzální polovina za senzitivní funkce. (TYLL a kol., 2014)

Chrupavčité meziobratlové destičky, neboli ploténky (lat. *Disci vertebrales*) jsou vsunuty mezi obratlová těla. Tyto destičky jsou různě vysoké, pružné a zajišťují pevnost a schopnost páteře pohybovat se všemi směry. Nejvyšší destičky nalézáme v úseku bederní páteře, takže ji činí velmi pohyblivou, ale také nejsnáze zranitelnou výhřezem nebo roztržením ploténky.

Těla, oblouky i výběžky obratlů jsou spojeny pevnými vazy, které omezují posun obratlů. (BEZDIČKOVÁ a kol., 2010)

3 VERTEBROGENNÍ ONEMOCNĚNÍ

Vertebrogenní onemocnění lze rozdělit na:

- funkční poruchy, které zahrnují blokády krční páteře, okcipitální neuralgie, cervikokraniální syndromy, cervikobrachiální syndromy, protruze (vyklenutí), blokády v bederní oblasti, lumbalgie, lumbago a prolapsy disků
- vývojové změny zahrnující spinu bifidu, meningokélu, stenózu spinálního kanálu
- zánětlivá onemocnění, ke kterým patří spondylitidy, Bechtěrevova nemoc, koxitidy, epidurální abscesy a herpes zoster
- nezánnětlivé artropatie obsahující například tortikolis, spondylozy a spondylolistézy, koxartróza
- další onemocnění jakými jsou nádory, úrazy, neuropatie (SLEZÁKOVÁ, 2014)

Definice vertebrogenních obtíží dle Štětkářové:

„Vertebrogenní obtíže jsou spojeny s degenerativními změnami páteře (spondylóza, spondyloartróza, diskopatie) a nejčastěji se projevují jako prosté bolesti zad (akutní blokády krční a hrudní, lumbalgie). Pokud dochází k dráždění nervových struktur z komprese (foraminální stenóza, diskogenní etiologie apod.), vzniká radikulopatie, myelopatie či myeloradikulopatie.“ (ŠTĚTKÁŘOVÁ, 2017, s. 307)

Definice vertebrogenního algického syndromu dle Vokurky:

„Vertebrogenní algický syndrom (zkr. VAS) – bolestivé onemocnění páteře provázející poruchy jejích kloubů, vazů, meziobratlových plotének, okolních svalů apod. Projevuje se bolestmi v příslušném úseku páteře, často je patrná iradiace bolestí: do hlavy (cervikokraniální syndrom), ramen a horních končetin (cervikobrachiální syndrom), hrudníku či dolních končetin (lumbalgie, ischialgie). Diferenciálně diagnosticky mohou tyto bolesti

připomínat např. koronární příhodu či onemocnění vnitřních orgánů. Bývá porucha hybnosti páteře, je patrný spasmus paravertebrálních svalů. Při neurologickém vyšetření je třeba pátrat po event. útlaku míšních kořenů (kořenový syndrom) při prolapsu meziobratlové ploténky. Terapie analgetiky, infiltrací lokálních anestetik, klidem; význam má fyzioterapie a důležitá je prevence (cvičení, rehabilitace aj.)“ (VOKURKA a kol., 2015, s. 1073)

Definice kořenového syndromu dle Vokurky:

„Kořenový (radikulární) syndrom – soubor příznaků které jsou vyvolány útlakem míšního kořene, nejčastěji výhřezem (prolapsem) meziobratlové ploténky. Projevuje se poruchami v oblasti, která je zásobena nervy z příslušného kořene. Častý je výhřez zejm. v dolní části bederní (lumbální) páteře. Projevuje se bolestmi vystřelujícími do dolní končetiny, poruchami jejích svalů s atrofii, narušenou chůzí, narušenými reflexy a porušenou citlivostí. K jednoduchým diagnostickým zkouškám patří Lasegueův manévr aj.“ (VOKURKA a kol., 2015, s. 539)

„Bolesti dolních zad (Low Back Pain, LBP) je termín převzatý z anglofonního prostředí. Jedná se o klinický syndrom definovaný bolestí, zvýšeným svalovým napětím a pocitem ztuhlosti v oblasti mezi dolním okrajem žeber a gluteálními rýhami s případnou projekcí bolesti do dolních končetin.“ (KUKAN a kol., 2012, s. 292)

Epidemiologie vertebrogenního onemocnění

Jednou z nejčastějších příčin pracovní neschopnosti je bolest zad. Rentgenologicky můžeme prokázat spondylózu a spondylartrózu až u 70% pacientů v 50.roce života a mezi 60 a 65 lety až u 95% pacientů. Nález však nemusí odpovídat s obtížemi pacienta.

Rizikové faktory

Obtíže jsou horší po provokujícím faktoru, jako je například nadměrná, jednostranná zátěž, intenzivní cvičení, počínající infekční nemoc. Většina akutních problémů, jako je krční a hrudní blokáda a lumbalgie, spontánně odeznívají do několika dnů až týdnů. Somatické faktory jsou méně významné u chronické bolesti zad. Zde hrají důležitou roli spíše faktory psychologické, ekonomické a sociální. (ŠTĚTKÁŘOVÁ, 2017)

3.1 Degenerativní onemocnění páteře

S věkem se chrupavka postupně opotřebovává a ztenčuje. Chrupavka mění své vlastnosti, i když zůstane na svém místě. Jedná se zejména o usazování soli vápníku, což má za následek ztrátu pružnosti chrupavky. Ztráta pružnosti meziobratlové ploténky je pozorována již po čtyřicátém roku života. (PETR, 2018)

K degenerativním změnám také patří redukce obsahu vody v ploténce, stejně tak snížení počtu kolagenových vláken s následnou destrukcí ploténky. V konečném stádiu dochází k deformitě meziobratlového prostoru, utlačení nervových struktur nebo míchy, které jsou způsobeny změnami v kostech. Až 90% všech degenerativních změn postihuje lumbosakrální páteř. Výskyt výhřezu meziobratlové ploténky je v oblasti: L3/4 – 5%, L4/5 – 45%, L5/S1 – 50%. (CHRASTINA, 2010)

Většina prostých akutních bolestí páteře je způsobena natažením nebo natržením svalových vláken, vazivových úponů a svalové fascie. Svalové spasmy jsou časté především u ochablých a netréovaných svalů. Vzniká v nich otok s metabolickými změnami a tyto pak vyvolávají bolest. Prudkou rotací může dojít až k poškození, či vyhřeznutí meziobratlové ploténky. Může také dojít k útlaku kořene, nebo míchy.

U radikulopatie dochází k mechanickému útlaku kořene a příslušného cévního zásobení například výhřezem disku. Jsou přítomny zánětlivé změny s otokem kořene. (ŠTĚTKÁŘOVÁ, 2017)

Za vznik myelopatie v oblasti krční páteře je častěji zodpovědna osteochondróza s osteofyty, které utlačují krční páteřní kanál a míšní kořeny. (HOCH a kol., 2013)

Toto onemocnění většinou postihuje jedince v 5. - 6. dekadě.

U spinální lumbální stenózy dochází k útlaku jednoho, někdy i více kořenů, projevuje se neurogenními klaudikacemi a je typická u starších jedinců. (ŠTĚTKÁŘOVÁ, 2017)

Klaudikace neurogenní, neboli spinální pseudoklaudikace jsou „bolesti dolních končetin vznikajících při pohybu a způsobené onemocněním páteře. Klaudikační interval je různě

dlouhý, bolest nemusí vznikat pravidelně, úlevu přináší změna polohy, posazení, přičemž odeznění bolesti může trvat delší dobu.“) (VOKURKA a kol., 2015, s.516)

Klinický obraz

Velmi důležitá je anamnéza. Pacienta se ptáme, jak a za jakých okolností potíže vznikly, například bolest vzniklá po intenzivní fyzické námaze, po zvednutí těžkého břemene, po pádu. Zjišťujeme charakter bolesti, lokalizaci, kam bolest vyzařuje, zda má na bolest vliv poloha, pohyb.

Akutní krční ústřel vzniká při náhlém prudkém pohybu hlavou, po prochlazení, při nevhodné poloze při spánku. Je patrná blokáda krční páteře s omezenou pohyblivostí do všech stran a nepřirozené držení těla – často úklon hlavy na jednu stranu. Zejména v oblasti svalových úponů jsou přítomny svalové spazmy a lokální bolestivé body.

Hrudní blokády lokalizujeme ve více pohyblivých částech hrudní páteře, v přechodu krční a hrudní páteře a v dolní části přechodu do bederního úseku. I v těchto případech je častou příčinou vzniku vadné držení těla při práci, přetížení, či prudký pohyb, nebo spánek v nevhodné poloze.

Akutní bolesti v oblasti bederní páteře nazýváme *lumbago*. Tyto vznikají při výrazném předklonu s rotací, či při prudkém zvednutí těžkého břemene z předklonu. Vyznačuje se bolestí v lumbosakrální krajině bez vyzařování do dolních končetin. (ŠTĚTKÁŘOVÁ, 2017)

Lumbagem nazýváme akutní vertebropatii, provázenou bolestmi, které závisejí na pohybu v lumbální oblasti. Je často spojena s držením těla v předklonu (vynucená poloha).

Lumbalgie jsou bolesti nižší intenzity v lumbální oblasti a jsou chronické a opakující se.

Lumboischiadický syndrom (ischias, lumboischialgie) je souhrnné označení pro diskogenní radikulární projevy v úseku lumbosakrálním, kde bolest vystřeluje do dolní končetiny v dermatomech L5 a S1, méně často v L4 a S2. (SLEZÁKOVÁ, 2014)

Cervikální myelopatie je spojena s bolestmi v úseku krční páteře a ramen. Časté jsou poruchy chůze, poruchy jemné motoriky prstů, parestázie a zhoršená citlivost na končetinách a trupu. Poruchy chůze mívají spastický charakter, nemocní popisují jako nemožnost začít chůzi, nedokáží se rozběhnout, nebo jít rychle. (ŠTĚTKÁŘOVÁ, 2017)

Dle Griffitha postihuje toto onemocnění převážně dospělé ve věku 40 až 60 let, ve stejném poměru muže i ženy. Muži však mají tendenci onemocnět v dřívějším věku, než ženy. Jako možnou prevenci uvádí prevenci úrazů krku používáním bezpečnostních pásů v automobilech, dodržováním správné úrovně výšky hlavy, když odpočíváme a udržovat se v dobré kondici v takové míře, jak je jen možné. (GRIFFITH a kol., 2012)/

Hlavním znakem *lumbální stenózy* jsou chronické bolesti zad, které vyzařují do dolních končetin po boční nebo zadní straně. Jsou přítomny neurogenní klaudikace, které nutí nemocného se po určité době zastavit a předklonit se či podřepnout. Jízda na kole nečiní obtíže, kdežto chůze z kopce, při které je páteř v extenzi, ano. Bývají sníženy reflexy na dolních končetinách, dochází k omezení extenze bederní páteře, hypotrofii lýtek, či stehien. Při déletrvajících obtížích lze nalézt obraz chronického syndromu kaudy s polyradikulární lézí.

Varovné příznaky u bolesti zad s potenciálním ohrožením nervového systému:

- u *kořenové léze* se jedná o intenzivní bolesti, které vyzařují v příslušném dermatomu a nereagují na běžnou analgetickou léčbu. Je zde přítomnost pozitivních napíacích manévřů na končetinách a výskyt snížené citlivosti nebo svalové oslabení na končetině, které se může projevit například zhoršením stoje na patě nebo špičce při postižení L5 a S1.
- u *syndromu kaudy* nalézáme intenzivní kořenové bolesti v dolních končetinách, poruchy sfinkterů, které se nejčastěji projevují nucením na močení a poruchy sexuálních funkcí. Také jsou přítomny poruchy sedlovitého cití a poruchy cití na končetinách v příslušných dermatomech a oslabení dolních končetin.

- u *míšní komprese* dochází k poruše citlivosti na končetinách a trupu, ke svalovému oslabení se zhoršením chůze.

Diagnostika

Pokud jsou přítomny varovné příznaky (viz výše), vždy provádíme rentgenové vyšetření k vyloučení fraktury, zánětu či nádoru a k určení rozsahu degenerativních změn a posunu obratlů s případnou nestabilitou. Dále pak provádíme základní vyšetření séra jako FW, krevní obraz, C-reaktivní protein. Vyšetření MR nám zobrazí míšní léze spolu s degenerativními změnami páteřního kanálu, zobrazí nám stav meziobratlových plotének, stupeň degenerativních změn i přímou kompresi míchy. Někdy doplňujeme i vyšetřením CT, které lépe rozliší kostní struktury.(ŠTĚTKÁŘOVÁ, 2017)

CT je zkratka pro computed tomography – zobrazuje nám spolehlivě poranění kostních struktur páteře, míru stenózy kanálu. Je metodou první volby u polytraumat. MR je zkratkou pro magnetickou rezonanci a je nejlepší metodou, jak zobrazit měkké tkáňové struktury, umožní posoudit poranění míchy, meziobratlových plotének a vazivových struktur. Je třeba dbát na pacienty s kontraindikací (kardiostimulátory, implantáty). (HRABÁLEK, 2011)

Pomocná diagnostika

EMG – elektromyografie – vyšetření, kterým můžeme prokázat degeneraci svalů v odpovídající kořenové inervační oblasti. (BEZDIČKOVÁ a kol., 2010) Tato metoda zachycuje a zaznamenává elektrické akční potenciály, které vznikají při činnosti kosterního svalstva. Přístroj je vybaven elektrodami, zesilovačem, procesorem a obrazovkou. Používají se dvě techniky, konduktivní a jehlová. Tím se stimuluje nerv a poté se měří rychlost vedení vzruchu a velikost elektrické odpovědi ve výkonném svalu. Výsledkem je křivka. Jehlová technika je často používána v průběhu neurochirurgických operací.

Prognóza

Obtíže odeznívají během několika dní u akutních bolestí jako je krční ústřel a lumbago. Do 2 -3 měsíců je bez bolesti až 90% nekomplikovaných případů. Bohužel až u poloviny osob se obtíže opakují.

Při nálezů komprese, například výhřezem ploténky, zhroucením obratle, tlakem nádoru, je řešením akutní operace a prognóza pak dále závisí na prvotní příčině obtíží.(ŠTĚTKÁŘOVÁ, 2017)

Klasifikace

Akutní bolesti zad můžeme dělit podle přítomnosti nebo nepřítomnosti varovných příznaků a poruch nervového systému:

- 1) prosté, nespecifické bolesti zad, které jsou obvykle bez jasného organického podkladu
- 2) bolesti zad, které jsou vyvolány závažným organickým onemocněním páteře, jako například tumor, infekce, či trauma
- 3) bolesti kořenové (radikulární), kdy bývá nejčastější příčinou komprese nervového kořene, je nutno diferencovat od bolesti pseudoradikulární (KUKAN a spol., 2012)

Prosté bolesti zad mohou být léčeny u praktického lékaře, kdežto komplikované případy s potenciálním postižením nervového systému by měly být v péči specialistů.

Léčba

U prostých bolestí zad (akutní krční blokáda, bolesti mezi lopatkami a akutní lumbago) je cílem návrat funkce co nejdříve, doporučujeme omezení pohybu, které provokují bolest. Pokud jsou bolesti velmi intenzivní, je vhodný klid na lůžku, který by neměl trvat déle než 3-4 dny. Posléze doporučujeme návrat k aerobní aktivitě nezatěžující páteř, jako je například chůze, plavání, či jízda na kole. Je třeba vynechat zátěž se zvedáním těžkých břemen a neprovádět prudké pohyby a také omezit zátěž v sedu. Chiropraktickou manipulaci nedoporučujeme, protože může být v akutním stadiu riziková, obzvláště v oblasti krční páteře.(ŠTĚTKÁŘOVÁ, 2017)

Dle Griffitha může dojít ke zmírnění obtíží příkládáním obkladů a masáží. Doporučuje se pokud možno vyhnout se klidu na lůžku (maximálně 1 – 2 dny) a jakmile bolest začne ustupovat, začít se cvičením, při kterém se má pacient soustředit na posílení břišního a zádového svalstva a cviky, které pomáhají zlepšit flexibilitu a nácvik správného postojení těla. Do léčby také zahrnuje zanechání kouření a redukci váhy u nadváhou trpících pacientů. (GRIFFITH a kol., 2012)

Farmakologická léčba je důležitá při intenzivních bolestech. Používáme analgetika, nesteroidní antirevmatika, eventuálně opioidy. Pokud jsou přítomny svalové spazmy, je možno podat myorelaxancia. Pokud je bolest lokalizována, můžeme použít lokální anestetika k obstríkům bolestivých bodů, nebo přímo ke kořeni s CT navigací a kontrolou. U kořenových syndromů velmi dobře zabírá nárazová vysoká dávka kortikosteroidů.

Rehabilitační léčba má nezastupitelné místo u akutních i chronických bolestí zad. Používáme reflexní masáže, ultrazvuk, aplikaci tepla, chladu, nebo diadynamické proudy. Cvičení se doporučuje po odeznění akutní bolesti. (ŠTĚTKÁŘOVÁ, 2017)

Chirurgická léčba – tomuto způsobu léčby je věnována zvláštní kapitola.

Neuromodulační léčba se uplatňuje u těžkých chronických bolestivých stavů, jako je například „failed back surgery syndrome“ (FBSS, syndrom selhání chirurgické léčby). Jedná se o podávání opioidů s kontinuálním uvolňováním pomocí pumpových systémů. V některých případech lze s úspěchem použít neurostimulátory, kdy zavedeme stimulační elektrodu do epidurálního prostoru v blízkosti dolní hrudní míchy. Neurostimulační léčba podléhá přísným schvalovacím kritériím a provádíme ji jen na specializovaných pracovištích, jako je například ÚVN Praha. Pacienty s déletrvajícími bolestmi léčíme v ambulancích pro léčbu chronické nemoci a musí být přihlédnuto k možnosti výskytu úzkosti a deprese z důvodu dlouhodobé psychické zátěže. (ŠTĚTKÁŘOVÁ, 2017)

3.2 Zánětlivé onemocnění

Zánětlivé onemocnění CNS je vážný stav, který může být život ohrožujícím. Akutní neurochirurgická řešení jsou indikována u pacientů se subdurálním empyémem, epidurálním

empyémem a epidurálním abscesem. Další skupinou mohou být pooperační záněty – osteomyelitidy. Léčba je chirurgická. Spočívá v odstranění hnisu, zánětlivé tkáně a přechodné drenáží. Léčba primárního zánětlivého ložiska je vždy nezbytná. (HOCH a kol., 2013)

3.3 Vrozené vady

Spina bifida occulta – porucha uzavření obratlového oblouku, bez protruze míšních obalů, naléz u 20 – 30% populace. Většinou asymptomatická. Zjišťujeme pomocí RTG, CT nebo MR. Většinou v úrovni L5/S1. Není potřeba žádné léčby, pozornost by měla být věnována při operacích páteře v dané oblasti.

Meningokéla – herniace (vyhřeznutí) meningeálního obsahu s mozkomíšní tekutinou skrze defekt v páteři. Většinou bez neurologického deficitu, nízká incidence přidružených anomálií a hydrocefalu. Diagnostikujeme pomocí RTG,CT, MR. Léčíme chirurgickou rekonstrukcí s dobrým efektem. (CHRASTINA, 2010)

3.4 Úrazy páteře a míchy

Definice:

„Míšní poranění (SCI, spinal cord injury) je definováno jako dočasně či trvale perzistující částečná či úplná změna motorických, senzitivních a autonomních funkcí míchy, včetně sfinkterových a reflexních funkcí, kaudálně od místa léze.“ Rozlišujeme primární a sekundární postižení. Primární vzniká přímo při úrazu, sekundární je nejčastěji způsobeno poruchami mikrocirkulace, edémem či sekundárním útlakem při epidurálním krvácení. Používáme škálu AIS – American Spinal Injury Association Impairment Scale

Epidemiologie

V České Republice je zhruba 300 až 350 nových případů ročně, což znamená 3 – 3,5/1 milion obyvatel. Na spinálních jednotkách je hospitalizováno asi 50 – 70 pacientů s poraněním míchy.(ŠTĚTKÁŘOVÁ, 2017)

Zlomeniny páteře představují 5% všech úrazů a v 15 – 45% bývá poranění páteře spojeno s poraněním míchy. Krční páteř je nejzranitelnější a bývá postižena ve 42%, hrudní ve 30% a bederní asi ve 28%. Asi u 20% nemocných dochází k poranění více jak jednoho obratle. (HRABÁLEK, 2011)

Etiologie

Nejčastěji se setkáváme s pády, dopravními nehodami, sportovními úrazy, skoky do vody a dále například s úrazy cyklistů a lyžařů. Dochází tak ke zlomeninám obratlů, luxacím, poškození ligament a meziobratlových plotének, mícha je poškozena buď přímým tlakem, nebo může být stlačena, natažena. (ŠTĚTKÁŘOVÁ, 2017)

Počet úrazů má stále vzestupnou tendenci. Kromě výše jmenovaných příčin, přibývají poslední dobou také úrazy způsobené při parašutismu a paraglidingu. Méně frekventovanými poraněními jsou ale také útok nožem a střelné zranění. (CHRASTINA, 2010)

Prognóza

Závisí na typu postižení. Při kompletní lézi mají pacienti jen minimální šanci na úpravu, a to méně než 5%, v případě, že kompletní léze přetrvává déle než 72 hodin, možnost zlepšení již není. U nekompletních lézí, jsou-li senzitivní funkce zachovány, je pravděpodobnost 50%, že bude pacient chodit.

Klinický obraz

Je dán dle lokalizace – krční, hrudní, nebo bederní úsek a dále podle transverzálního rozsahu. Kompletní transverzální míšní léze se projevuje ztrátou motorických, senzitivních a reflexních funkcí v místě poranění. Je spojeno s rozvojem míšní atonie, tak zvaného míšního šoku. Ten může trvat hodiny, několik dnů, vzácně až týdny. U nekompletní transverzální léze nacházíme částečné zachování míšních funkcí, jako hybnost a cití pod místem léze. Nejčastěji se setkáváme s kvadruparézou, nebo paraparézou.

Diagnostika a pomocná vyšetření

Důležitá je anamnéza úrazového děje, neurologické vyšetření. Je třeba imobilizovat páteř nemocného, například límcem nebo použitím imobilizačního lůžka. Provádíme rentgenové vyšetření, CT, MR a při podezření na avulzi (odtržení) míšních kořenů je třeba doplnit CT myelografií.

Klasifikace

Míšní komocí nazýváme otřes míchy, který se vyznačuje přechodnou poruchou míšních funkcí. Tyto poruchy se upravují do 24 hodin do úrazu.

O *míšní kontuzi* hovoříme, pokud dojde k přímému poškození míšních tkání traumatem, nebo sekundárně v důsledku krvácení do míchy.

Při *míšní kompresi* se již jedná o stlačení míchy s jejím následným poškozením. Příčinou bývá výhřez ploténky, fragment zlomené kosti, nebo krvácení.

Whiplash syndrom, nebo-li flekčně-extenční poranění krční páteře vzniká následkem prudkého pohybu hlavy dozadu a dopředu při dopravních nehodách. Typickým příznakem jsou úporné bolesti hlavy a krční páteře, někdy poruchy rovnováhy a pocitu na zvracení.

Léčba

Naprosto zásadní je imobilizace poraněné části páteře – krční límec, imobilizační vakuové lůžko. Pacienti s akutním poraněním míchy vyžadují specializovanou péči v traumacentru se zajištěním včasného spondylochirurgického zákroku. Následně by měl být pacient umístěn na spinální jednotce. Chirurgická léčba spočívá v časně dekompresi útlaku míchy a stabilizaci instabilního páteřního segmentu. (ŠTĚTKÁŘOVÁ, 2017)

3. 5 Nádory páteře

Nádory páteře mohou být primární nebo metastázy. Metastázy jsou 25 krát častější, než primární nádory.

Extradurální tumory představují 55%
Intradurální extramedulární tumory 40%
Intramedulární tumory 5% (CHTASTINA, 2010)

Extradurální nádory

Tyto nádory rostou v kostních strukturách páteře, epidurálním prostoru, nebo měkkých tkáních paravertebrálně s propagací do páteřního kanálu. Nejčastěji se jedná o spinální epidurální metastázy. Většinou se jedná o metastázy karcinomu plic, prsu, prostaty a ledvin. Do této skupiny řadíme metastázy, chordom, osteoidní osteom, aneurysmální kostní cystu, chondrosarkom, hemangiom, plasmocytom, eozinofilní granulom a Ewingův sarkom.

Příznakem bývá bolest, která se zhoršuje při zátěži a také se mohou objevit parézy a poruchy močení.

Diagnostikujeme pomocí MR páteře a vyšetřením PET (pozitronovou emisní tomografií).

Léčba závisí na rychlosti rozvoje neurologických příznaků. Při rychle se rozvíjející symptomatologii bývá indikována akutní chirurgická léčba s cílem uvolnit míchu. Dále je zvažována onkologická léčba, radioterapie. Léčba může být ale také jen paliativní.

Intradurální extramedulární nádory

Jedná se o nádory uložené v durálním vaku, které komprimují míchu nebo míšní kořeny. Typicky se jedná o meningiom a schwannom.

Příznaky závisí na velikosti a lokalizaci tumoru, většinou dochází k lokálním a radikulárním bolestem, rozvoji parézy.

Diagnostikujeme pomocí vyšetření MR.

Léčba je chirurgická při symptomatických nádorech, menší nádory lze pravidelně kontrolovat pomocí MR a pro operační léčbu se rozhodnout v případě jejich růstu.

Intramedulární nádory

Tyto nádory rostou přímo v míšní tkáni. Řadíme sem astrocytom, ependymom, vzácněji glioblastom, dermoid, epidermoid, teratom, hemangioblastom.

Příznakem jsou bolesti typicky v leže a převážně v noci, následuje motorický deficit a poruchy chůze.

Diagnostikujeme pomocí MR, případně spinální angiografie. Při lumbální punkci obvykle prokazujeme zvýšenou bílkovinu.

Léčba spočívá v radikálním chirurgickém odstranění nádoru. Následně nemusí být indikována radioterapie. U vysokostupňových astrocytomů bez jasné hranice je doporučována limitovaná excize nebo biopsie s následnou radioterapií, eventuelně chemoterapií. (ŠTĚTKÁŘOVÁ, 2017)

Tumory kaudy

Jedná se o neurinomy a ependymomy.

Symptomy jsou polyradikulární problémy, které způsobuje komprese kořenů kaudy. Jedná se o senzitivní, motorické a sfinkterové obtíže.

Diagnostikujeme pomocí MR a léčba spočívá v chirurgické resekci a možné radioterapie u ependymomu. (CHRASTINA, 2010)

Jako u všech nádorových onemocnění jsou důležité kontroly ke sledování dynamiky onemocnění. (ŠTĚTKÁŘOVÁ, 2017)

4 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Chirurgickou léčbu jednoznačně volíme v případě akutní nebo chronické progredující poruchy nervového systému, jako je útlak kořene nebo míchy foraminální stenózou, výhřez meziobratlové ploténky, fraktura, spondylodiscitida, metastáza. Dekompresní operaci je třeba provést při míšní kompresi v případě traumatu, nádoru, epidurálního hematomu či syndromu kaudy, a to do 24 hodin. (ŠTĚTKÁŘOVÁ, 2017)

U výhřezu krční ploténky se provádí operace z předního přístupu, mikrodisektomie s mezitělovou fúzí a náhrada umělou plénkou. Při výhřezu bederní ploténky se provádí exstirpace ploténkových hmot a exkochleace ploténky. (BEZDIČKOVÁ a kol., 2010)

Dle Harta je výběr léčby degenerativního onemocnění bederní páteře často kontroverzní. Konzervativní léčba by měla být vedena individuálně, komplexně, po dostatečně dlouhou dobu a měla by být metodou první volby. Až při jejím selhání by mělo být přistoupeno k léčbě chirurgické, pokud je indikováno. (HART, 2014)

Spondylochirurgie je chirurgická subspecializace, která se zabývá chirurgickou léčbou onemocnění páteře s výjimkou operací novotvarů vyrůstajících z míchy a míšních kořenů. Z hlediska strategie lze spondylochirurgické výkony rozdělit na prosté dekomprese a instrumentované výkony se spinálními implantáty, které řeší stabilizaci páteře. Instrumentované výkony se provádí s dekompresí či bez ní. Prosté dekomprese jsou vedeny nejčastěji zadním přístupem a dochází při nich k odstranění části kostěné struktury nebo meziobratlové ploténky, cílem je uvolnění komprimované míchy či míšních kořenů. (TYLL a kol., 2014)

4.1 Předoperační péče

Pacienty k plánovanému operačnímu výkonu přijímáme na standardní neurochirurgické oddělení den před výkonem. Pacienti přichází s kompletním předoperačním vyšetřením. Všeobecná sestra se pacientům představí, seznámí s oddělením, domácím řádem, chodem a režimem oddělení, vysvětlí používání signalizace. Odebíráme ošetřovatelskou anamnézu, stanovujeme aktuální i potenciální ošetřovatelské diagnózy, uspořádáme plán

ošetřovatelské péče dle priorit pacientů, a ten následně realizujeme. S pacienty podepisujeme Souhlas s hospitalizací. Při provádění ošetřovatelského procesu dbáme na individuální potřeby nemocného, provádíme edukaci a dbáme na empatický přístup.

Operatér seznamuje pacienty s operačním výkonem a riziky s ním spojené a podepisuje s nimi Souhlas s operačním výkonem.

Anesteziolog seznámí pacienty s postupem a principem anestezie a podepisuje s nimi Souhlas s anestézií.

Pacientům je nabízena možnost návštěvy perioperační sestrou, psychologem, kaplanem a to kdykoli během hospitalizace.

Pacienty seznamujeme se jménem operátora a pořadím, ve kterém jsou uvedeni v operačním programu.

Dále pacienta seznamujeme s předoperačním a pooperačním režimem. Pokyny máme popsány v Poučení pacienta před operací bederní/krční páteře. Všechny body s pacientem prodiskutujeme a zodpovíme případné dotazy.

U pacientů k plánované operaci páteře se stabilizací odebíráme krev na krevní skupinu a objednáváme 2TU do rezervy.

V rámci předoperační přípravy podáváme večeři jako poslední jídlo, pacient od půlnoci lační, nepije, nekouří. Hodinu až hodinu a půl po večeři zavádíme 2 glycerinové čípky, vyprázdnění zapisujeme do dokumentace. K večerním lékům podáváme premedikaci, pokud lékař anesteziolog nějakou předepsal. Večer nebo ráno v den operace všeobecná sestra zavádí pacientům periferní žilní katétr. Ráno změní fyziologické funkce a podá ranní premedikaci, kterou pacient zapije pouze douškem vody. Poté se pacient vysprchuje. Po telefonické výzvě z operačního sálu pacienty požádáme o vyprázdnění, sejmutí šperků, vyjmutí zubních protéz a obléknutí kompresních punčoch. Podáváme předepsanou premedikaci a antibiotika. Pacienta odvážíme na lůžku na operační sál, pokud budeme provádět operaci na krční páteři, přikládáme do lůžka předem připravený krční límec.

4.2 Intraoperační péče

Pacienta přijímáme na operační sál ve filtru operačních sálů. Při předání provádíme kontrolu jména a plánovaného operačního výkonu. Dále je pacient převezen na předsálí, kde je proveden bezpečnostní proces, při kterém se pacienta ptáme na jméno, rok narození, druh výkonu, na který k nám přichází, operovanou stranu, alergie, zda od půlnoci lační, aktivně se vyptáváme na přítomnost alergií a případných komplikací u předchozích operačních výkonů, kontrolujeme, zda byla podána premedikace a antibiotika. Všechny informace porovnáváme s dokumentací a o provedení bezpečnostního procesu provádíme záznam. Pacient na operačním sále je ohrožen rizikem pádu, vznikem infekce, rizikem popálení a rizikem porušení kožní integrity, který může vzniknout při špatné poloze pacienta a nedostatečném využití pomůcek omezujících tlak. Všeobecná sestra tedy musí zajistit bezpečný průběh operace včetně neustálé kontroly dodržování aseptického přístupu, správnosti dezinfekce operačního pole včetně dostatečného zaschnutí a zarouškování, kontroluje správné přiložení neutrální elektrody při používání monopolární elektrokoagulace, dohlíží na polohování a zodpovídá za zajištění pacienta na operačním stole. Všeobecná sestra na operačním sále vyhotovuje ošetrovatelskou dokumentaci operačního sálu, která je po operaci vložena do dokumentace pacienta. Všechny operace vykonáváme v celkové anestézii, většinou z předního přístupu u operací na krční páteři a zadního přístupu na bederní páteři. Po operaci je pacient probuzen a bezpečně extubován, v případě, že se jednalo o výkon na krční páteři, nasazujeme krční límec. Pacienty převážíme dle stavu na JIP nebo dospávací pokoj, kde je pacient sledován do doby, kdy kompletně odezní anestézie.

4.3 Pooperační péče

Po přijetí zpět na standardní oddělení kontrolujeme fyziologické funkce v pravidelných intervalech, kontrolujeme operační ránu a odvodnou drenáž, hybnost a citlivost končetin, je možné napojení na monitor ke sledování křivky EKG a/nebo pulsního oxymetru ke sledování saturace hemoglobinu kyslíkem. Při snížených hodnotách aplikujeme kyslík dle

ordinace lékaře. Po výkonu na krční páteři také kontrolujeme polykání, mluvení, dýchání a zornice. Lékař předepisuje analgetika, která podáváme v počátku v pravidelných časových intervalech, později dle hodnocení bolesti pacientem, kterou pravidelně monitorujeme. Po výkonech prováděných na bederní části páteře podkládáme pod nemocného polštář, který slouží jako komprese, aby nedošlo ke krvácení a otoku. Po dvou hodinách po výkonu jej vyjímáme, přinášíme pacientům čaj a mohou začít pít. Vybízíme je k dostatečnému pití, v případě potřeby podáváme přes noc infúzi k doplnění tekutin. Pacient by se měl vymočit do 8 hodin po výkonu. U všech druhů operací je pacient v klidu na lůžku do druhého dne, kdy se provádí kontrolní rentgenové vyšetření, na základě kterého lékař určí, zda můžeme pacientům po výkonu na krční páteři sejmout krční límec a zda mohou vstávat z lůžka. První vertikalizaci vždy provádíme s fyzioterapeutem, který předem pacienty edukuje o správném provedení. Do sprechy pacienty vždy doprovázíme a při této příležitosti provádíme kontrolu a převaz rány. Fyzioterapeut navštěvuje pacienty každý den po dobu jejich pobytu a během prvních dvou dnů po operaci je naučí správné techniky vstávání z lůžka a chůze. Odvodný drén většinou odstraňujeme 1. - 2. den po operaci. Pacienti jsou až na výjimky propouštěni do domácího ošetření 6. den po operaci. Před odchodem domů jsou pacienti dostatečně poučeni, jaká omezení pro ně platí a jak se bezpečně pohybovat. Pacienti po operaci krční páteře musí používat krční límec i po propuštění, pokud hrozí riziko otřesů. Pacienti po operaci bederní páteře bez stabilizace musí stále dodržovat techniku vstávání přes břicho a vyhýbání se poloze v sedu. Tyto opatření platí do první kontroly na neurochirurgické ambulanci, která bývá 10. – 14. den po operaci. Při této kontrole se extrahují stehy z operační rány.

5 POTŘEBY NEMOCNÝCH PO PORANĚNÍ MÍCHY

V České republice máme čtyři spinální jednotky: v Praze Motole, Brně, Ostravě a Liberci.

Délka hospitalizace pacientů se liší dle postižení a na množství komplikací. Délka hospitalizace u paraplegiku je okolo 2 měsíců. Ze spinálních jednotek pacienti míří do rehabilitačních ústavů, kde se připravují na další život v domácím prostředí. Důvodem chronických pacientů jsou převážně komplikace ve formě dekubitů.

Základní pojmy:

Plegie znamená úplnou ztrátu hybnosti.

Paréza pak částečnou ztrátu hybnosti

Pentaplegie je poškození páteře v úseku C1 – C3. Tito pacienti zůstávají na trvalé plicní ventilaci.

Tetraplegie vzniká při lézi v segmentech C4 – C7, kdy pacientům zůstává částečná hybnost horních končetin a dochází k úplné ztrátě pohyblivosti těla a dolních končetin.

Paraplegie vzniká při lézi v oblasti hrudní a bederní páteře.

Při poranění nad 6. hrudním obratlem vzniká nebezpečné riziko rozvoje *autonomní dysreflexie*, což se projevuje náhle vzniklou hypertenzí.

Fyzioterapie a ergoterapie jsou nedílnou součástí péče o pacienty po poranění míchy. Fyzioterapie má za úkol udržet či obnovit ztracené pohybové funkce. Ergoterapie má za cíl dosažení maximální soběstačnosti a nezávislosti, ale také aktivní začlenění do společnosti a zvýšení kvality života. Každý pacient má svůj individuální plán odpovídající jeho potřebám. (ŠAMÁNKOVÁ, 2011)

U pacientů na spinálních jednotkách dbáme na prevenci tromboembolických komplikací. Metodami fyzické prevence jsou bandáže dolních končetin či kompresní punčochy a také časná mobilizace a fyzioterapie. Farmakologickou metodou je podávání léků ze skupin antikoagulancií, či aplikace heparinu.

Zvláštní pozornost také věnujeme prevenci vzniku infekce. Dbáme na dodržování aseptických postupů, což znamená, že vše, co přijde do styku s otevřenou ránou nebo vnímavým jedincem, je sterilní. (JAHODOVÁ, 2009)

Vybrané potřeby u pacientů po poranění míchy:

- potřeba dýchání – pacienti po poranění krční páteře mohou být zaintubováni, nebo s tracheostomií a potřebují udržovat průchodnost dýchacích cest. Na odstranění tracheostomické kanyly musíme pacienta dobře připravit, a to jak psychicky, tak v rámci dechové rehabilitace.
- potřeba výživy – u pacientů v akutním stadiu je pravidelný nález nižších hodnot celkové bílkoviny a albuminu. Je důležité, aby každý, kdo pomáhá pacientovi s příjmem potravy, na něj měl dostatek času, dokud se nezlepší pacientova soběstačnost. Pacienti mohou mít problém s polykáním, někdy mohou trpět nechutenstvím. Je proto dobré používat doplňky, popřípadě enterální či parenterální výživu.
- potřeba vylučování – při postižení nad sakrálním úsekem vzniká obraz reflexního střeva způsobující retenci stolice. Spojení mezi míchou a střevem je zachováno. Při postižení ve výši sakrálního úseku vzniká chabý obraz plegie, chybí peristaltický reflex. Je zde riziko inkontinence pro hypotonický sfinkter. Pacient se tedy vyprazdňuje po podání čípku, který podáváme každý třetí den. Po postižení míchy rozlišujeme dysfunkce močového měchýře dvojího typu – spastický, nebo ochablý močový měchýř. U spastického močového měchýře dochází k časté aktivitě detruzoru, kontrakce nastávají dříve, než je měchýř naplněn. Nejsou porušeny nervy mezi měchýřem a míchou, ale dochází k porušení přenosu vzruchů do mozku, proto mozek neovládá vyprazdňování. U ochablého močového měchýře je poškozeno nervové spojení mezi měchýřem a míchou. Měchýř se naplňuje a roztahuje, poté moč vyteče, ale měchýř se nevyprázdní zcela a zůstává roztažen. Používány jsou tedy močový katétr, epicystotomie, urinální kondom.

- potřeba čistoty – provádění hygieny je plánované, měl by být dostatek času, samozřejmě zajištěna intimita pacienta. Zúčastňuje se ergoterapeut, který pomalu a postupně nacvičuje přesuny s pacientem a vede k soběstačnosti.
- potřeba spánku – spánek je nezbytný pro zachování psychické pohody pacienta, má regenerační význam. I přes noc pacienty polohujeme a cévkujeme, a tak je nedostatek spánku bohužel nejčastější stížností pacientů. Zvýšené nároky na vyšší potřebu odpočinku a spánku je nutno respektovat.
- potřeba být bez bolesti – na bolest musíme reagovat a řešit ji. Někdy stačí pacientovi změnit polohu, někdy je nutné podání analgetik.

Proces adaptace na změněný zdravotní stav probíhá velmi individuálně, pacient prochází určitými fázemi, která mohou trvat různě dlouhou dobu. (ŠAMÁNKOVÁ, 2011)

Sestra by měla umět pacientovi pozorně naslouchat a být ticho, když je to nutné. Komunikace sestry mají odpovídat fázi, ve které se pacient nachází. Při popírání by měla verbálně podporovat odmítání pacienta pro jeho ochrannou funkci, při hněvu by měla pomoci pacientovi pochopit, že hněv je normální reakcí při pocitech bezmoci. Ve fázi vyjednávání pacienta poslouchá a podporuje, aby se vypovídal a zbavil se strachu, při fázi deprese projevuje svoji účast dotekem a dovolí pacientovi vyjádřit lítost. Ve fázi akceptování podporuje pacienta v jeho účasti na léčebném procesu a pomáhá pochopit rodinné chování pacienta. Sestra by měla respektovat to, zda se nemocný chce začít bavit či ne, trpělivě toleruje výbuchy hněvu. Pokud je to vhodné, umožní pacientovi duchovní podporu či nabídne využití relaxačních technik. (BOROŇOVÁ, 2010)

6 CVIČENÍM PROTI BOLESTEM ZAD, ALTERNATIVNÍ METODY LÉČBY

Dle Slimákové může být nadměrné sezení podobně nebezpečné, jako kouření. Zvyšuje riziko předčasného úmrtí a pojí se s běžnými zdravotními riziky. Nejvíce jsou ohroženi lidé se sedavým způsobem zaměstnáním. Nárazové cvičení, i když například cvičíme jednu hodinu denně, bohužel nevyváží 8 – 10 hodin sezení. Tomuto riziku se také vystavují lidé, kteří několik hodin denně sedí před televizní obrazovkou, nebo jen tak na pohovce. Delší sezení omezuje svalovou činnost, zpomaluje pohyb lymfy a tím se zpomaluje odstraňování škodlivých látek z těla. Krev proudí pomaleji, svaly spalují méně energie a zvyšuje se riziko onemocnění srdce a cév. Zároveň sezení vede k přibývání na váze a omezení pohybu střev, s čímž souvisí nadýmání, pálení žáhy či zácpa. Degenerují kosti, nedostatek pohybu má za následek řidnutí kostní tkáně. Při práci namáháme krční páteř, většina lidí sedí v nesprávné poloze a následně trpí bolestí krku a zad. Nadměrné sezení může dokonce vést až k výhřezu ploténky. Každý pohyb je tedy prospěšný a je důležitější, jak často si stoupneme, než jak dlouho stojíme. Měli bychom tedy přehodnotit aktivity, u kterých sedíme. (SLIMÁKOVÁ, 2016)

V knize Naše záda si můžeme udělat několik jednoduchých testů, které nám ukáží, v jaké kondici naše záda jsou a hned jsou nám také doporučeny jednoduché, ale účinné cviky. Dozvíme se také mnoho zajímavostí a informací o alternativní léčbě. Tato kniha je kolektivním dílem, kde se setkávají odborníci z oborů tradiční čínské medicíny, ortopedie, psychologie a osteopatie. (GRILLPARZER, 2009)

Dle Smíška jsou všechny fáze degenerace plně nebo částečně reverzibilní pravidelným cvičením spirálně stabilizovaných cviků. „Zdravotní stav se dá upravit tak, abychom žili bez bolestí. V životním stylu však regenerace musí převažovat nad degenerací.“ (SMÍŠEK a kol., 2013, s. 7) „Spirální svalové řetězce protáhnou páteř směrem vzhůru, protažením léčí nebo regenerují poškozené disky.“ (SMÍŠEK a kol., 2013, s. 14)

Spirální stabilizaci páteře se autoři věnují i v jejich další knize, kde představují 11 základních cviků. SM systém je originální metoda jak léčit poruchy páteře a jak jim předcházet. (S – stabilizace, M - mobilizace) Tyto cviky jsou určeny k léčbě skoliózy, K

docílení stabilní chůze po operaci kyčle, k léčbě komplikací po operaci páteře a k léčbě výhřezu meziobratlového disku bez operace páteře. Při spirální stabilizaci se posilují šikmé svaly břišní, využívá se strečinku a dokáží se posílit břišní svaly tam, kde je jiný způsob kontraindikován. Slouží mimo jiné také jako prevence vzniku vadného držení těla a chybné koordinace při běhu a chůzi. (SMÍŠEK a kol., 2014)

V 50. letech minulého století založil Robin McKenzie nový diagnosticko – terapeutický systém (MDT – terapeutická metoda dle McKenzie). Tato metoda je založena na stanovení diagnózy a přiřazení do příslušného syndromu a autoterapii. Hlavním smyslem této metody je naučit pacienta, jak si sám pomoci při akutních stavech a těmto stavům předcházet. Jedná se většinou o jeden jednoduchý cvik, který pacient cvičí několikrát za den. (www.mckenziemetoda.cz)

Fyzioterapeut je vyškolen v McKenzie institutu. McKenzie terapeutů stále přibývá po celém světě. V ČR se můžeme s certifikovaným McKenzie terapeutem setkat například v ÚVN Praha Střešovice, kde pracuje zakladatelka a předsedkyně McKenzie pobočky od roku 2013. (1. Setkání české a slovenské vojenské neurologie, ÚVN, 2018)

7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Cílem této části práce je detailně popsat ošetrovatelskou péči, kterou jsme poskytli 67 leté pacientce po operaci páteře. Na základě informací o pacientce zhodnotíme zdravotní stav pacientky a následně vyhledáme ošetrovatelské problémy, stanovíme ošetrovatelské diagnózy, u kterých určíme cíle a očekávané výsledky. Dále sestavíme plán realizace a závěrem zhodnotíme ošetrovatelskou péči.

Informace jsme získali pomocí rozhovoru s pacientkou, přímým pozorováním, ze zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace, rozhovorem se zdravotním personálem účastnícím se na péči o pacientku.

Časová data a identifikační údaje pacientky byly změněny z důvodu dodržení díkce platné národní a evropské legislativy vztahující se k ochraně osobních údajů. Pacientka dala ústní souhlas s uvedením jejího případu v bakalářské práci.

Sběr anamnestických údajů byl realizován za pomoci ošetrovatelského modelu Funkčních vzorců zdraví Marjory Gordon. Jako struktura pro klasifikaci ošetrovatelských domén a tříd byla použita NANDA I Taxonomie II 2015 – 2017 (HERDMAN A KAMITSURU, 2015), podle které byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy.

V této části je zaznamenáván první a druhý den hospitalizace na spondylochirurgickém oddělení. Paní Marie po příchodu na oddělení byla seznámena s ošetrovatelskou jednotkou a ošetrovatelským personálem. Byla seznámena s chodem oddělení, Právy nemocných a obdržela identifikační náramek. Pacientku jsme poučili o používání signalizačního zařízení a ovládání lůžka. Paní Marie přinesla platné interní vyšetření, kdy byla shledána plně schopnou operačního výkonu. Přinesla s sebou také svoji zdravotnickou dokumentaci a výsledky vyšetření dle pokynů, které obdržela při poslední návštěvě ve spondylochirurgické ambulanci. Souhlas s hospitalizací byl podepsán a pacientka uvedla, že o jejím zdravotním stavu mohou být informováni její děti a manžel. Do dvou hodin od přijetí byla s pacientkou sepsána ošetrovatelská dokumentace. Pacientku navštívil operátor a vysvětlil jí postup operace a možné komplikace. Byl podepsán Souhlas

s operačním výkonem. Pacientka také byla navštívena lékařem anesteziologem, který ji vyšetřil a seznámil s principy anestézie a upozornil na případná rizika celkové anestézie.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTKY

Jméno a příjmení: paní Marie

Datum narození: XX.XX.1952

Rodné číslo: 52XXXXXXXX

Věk: 67

Pohlaví: žena

Vzdělání: středoškolské

Zaměstnání: důchodkyně, dříve úřednice

Národnost: česká

Státní občanství: ČR

Stav: vdaná

Datum příjmu: 7. 1. 2019

Čas příjmu: 9:30

Typ příjmu: plánovaný

Účel příjmu: diagnostický

Oddělení: spondylochirurgické standardní oddělení neurochirurgické kliniky

Důvod přijetí udávaný pacientkou:

Přišla jsem na operaci. Bolesti jsou čím dál horší a častější

NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

Pacientka se dostavila do nemocnice k plánovanému operačnímu výkonu pro spondylolistézu L4/5. Podle slov paní Marie: *Problémy se zády už mám několik let, dokonce už jsem měla jít na operaci před čtyřmi lety, ale před nástupem do nemocnice bolesti ustoupily, tak jsem nešla. Posledních pár měsíců se ale bolesti zhoršují, nyní už to bolí do kyčle, kříže. Předtím to bylo jen do nohou.*

Medicínská diagnóza hlavní:

Spondylolistéza; mnohočetné postižení páteře

HODNOTY A ÚDAJE ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU

TK: 150/80 mmHg

P: 64/min., pravidelný

TT: 36,7 °C

SpO2: 96%

Stav vědomí: při vědomí, orientovaná místem, časem, osobou

Výška: 160 cm

Váha: 65 kg

BMI: 25.39

Pohyblivost: subjektivně někdy částečně omezená z důvodu chronické bolesti. Volný pohybový režim. Chůze stabilní.

Řeč: plynulá

Krevní skupina: nezjištěna

Z výše uvedených hodnot vyplývá, že pacientka měla při příjmu vyšší krevní tlak a také vyšší BMI pacientky již ukazuje na nadváhu. Ostatní údaje jsou přiměřené věku a v normě. (CETLOVÁ, 2012)

Ošetřovatelská anamnéza a vstupní fyzikální vyšetření sestrou byly odebrány první den hospitalizace. Posouzení zdravotního stavu bylo provedeno den po operaci, tedy třetí den hospitalizace, který byl zároveň prvním pooperačním dnem.

7.1 Anaméza

Následující informace byly získány rozhovorem s pacientkou.

Osobní anamnéza

V dětství pacientka prodělala běžná dětská onemocnění, vážněji nestonala. Důvodem k hospitalizaci byly do současnosti pouze dva porody a operace apendektomie. Léčí se s hypertenzí, na kontroly k lékaři chodí a předepsané léky užívá. Úrazy žádné neměla, transfúze nikdy nedostala. Očkování proběhlo podle očkovacího kalendáře, v rámci prevence se nechává pravidelně očkovat proti chřipce.

Rodinná anamnéza

Matka se léčila s ischemickou chorobou srdeční, zemřela na infarkt v 85 letech. Otec měl cukrovku, užíval inzulin, také měl problémy se srdcem, zemřel na infarkt ve věku 52 let. Paní Marie má dvě dcery. Starší dcera (45 let) je vdaná, má jedno dítě, pracuje jako učitelka. Mladší dcera (42 let) je svobodná, pracuje jako účetní. Obě děti i vnučka jsou zdravé a s ničím se neléčí.

Farmakologická anamnéza

Pacientka si do nemocnice přinesla léky, které užívá již delší dobu. Byly to tyto léky:

- [Nebivolol Sandoz

- Prestarium Neo

Přesná gramáž, dávkování a užívání léků jsou uvedeny v tabulce č. xxx

Gynekologická anamnéza

Pacientka má dvě dcery, které se narodily přirozeným porodem, obě těhotenství i porody probíhaly bez komplikací. Paní Marie nikdy nepoužívala hormonální antikoncepci, nikdy nepodstoupila umělé přerušování těhotenství, neměla žádný potrat. Samovyšetření prsů neprovádí, ale pravidelně chodí na preventivní prohlídky ke gynekologovi i do mamografické

poradny. Paní Marie říká, že klimakterium přišlo někdy okolo 52 let a neměla v tom období žádné větší obtíže.

Alergologická anamnéza

Paní Marie neudává žádné alergie.

Abúzy

Paní Marie v minulosti kouřila, alkohol užívala jen společensky. Uvádí, že od doby, kdy se začala léčit s vysokým krevním tlakem, přestala užívat alkohol úplně a postupně přestala i kouřit, Kávu pije dvakrát denně, velmi slabou, „spíše kvůli chuti“. Jiné návykové látky neužívá.

Psychologická anamnéza

Pacientka má dobré vztahy se svými dětmi a oporu ve svém manželovi. Věří, že operace ji pomůže od problémů se zády a zbaví jí chronické bolesti. Avšak sama se svěřuje, že má z operace strach a samotný pobyt v nemocnici, v neznámém prostředí ji znervózňuje.

Sociální a pracovní anamnéza

Paní Marie je vdaná, žije ve spokojeném a funkčním manželství. Dříve pracovala jako úřednice na poště a před 5 lety odešla do důchodu. S manželem žijí v rodinném domku na vesnici. Starší dcera s rodinou bydlí blízko, často se navštěvují. Paní Marie a její manžel jsou věřící a pravidelně chodí navštěvovat kostel, kde našli spoustu dobrých přátel, s kterými se navštěvují i ve volném čase.

7.2 Základní fyzikální vyšetření sestrou

Hlava

Subjektivně: *Někdy mne hlava bolí, když méně piji, nyní mne ale hlava nebolí.*

Objektivně: Hlava normocefalická, bez deformit, nebolestivá na pohmat a poklep.

Oči

Subjektivně: *Brýle na dálku nosím asi od 20 let, na kontroly k očnímu lékaři chodím pravidelně.*

Objektivně: Víčka jsou symetrická, oční bulby ve středním postavení, pohyblivé, skléry bílé, zornice okrouhlé, izokorické, spojivky růžové. Kompenzace brýlemi dostatečná.

Uši, nos

Subjektivně: *Žádné problémy s nosem ani sluchem nemám.*

Objektivně: Uši i nos bez známek patologické sekrece či úrazu.

Rty

Subjektivně: *V tomto období mívám popraskané rty, ale mastičku mám s sebou.*

Objektivně: Rty jsou růžové, bez cyanózy, souměrné, bez znatelného poškození.

Dásně, sliznice dutiny ústní

Subjektivně: *Žádné problémy nemívám.*

Objektivně: Dutina ústní růžová, vlhká, bez povlaku. Dásně bez otoku a známek krvácení, beze skvrn.

Jazyk

Subjektivně: *Nemám problém.*

Objektivně: Vlhký, růžový, bez povlaku, jazyk plazí ve střední čáře.

Tonzily

Subjektivně: *Nemám žádný problém, v krku mě nebolí.*

Objektivně: Hladké, nezvětšené.

Chrup

Subjektivně: *Zuby mám vlastní, k zubnímu lékaři chodím pravidelně, navštěvuji i dentální hygienistku. Zuby si čistím dvakrát denně.*

Objektivně: Chrup vlastní, sanovaný.

Krk

Subjektivně: *Obtíže nemám, se štítnou žlázou se neléčím.*

Objektivně: Pohyblivost krční páteře dobrá, krk souměrný, štíhlý, bez otoků, štítná žláza a krční uzliny nehmatné, pulzace oboustranná, hmatná.

Hrudník

Subjektivně: *Bolesti na hrudníku necítím.*

Objektivně: Hrudník souměrný, při dýchání se rozvíjí rovnoměrně, prsy bez hmatné rezistence.

Plíce

Subjektivně: *Dýchá se mi dobře.*

Objektivně: Poklep plný, jasný, dýchání čisté, sklípkové.

Srdce

Subjektivně: *Mám vysoký krevní tlak, beru na to léky.*

Objektivně: Akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené, bez šelestů.

Břicho

Subjektivně: *Bolesti břicha nemám, stolici mám pravidelnou.*

Objektivně: Břicho je měkké, nebolestivé, bez hmatné rezistence, souměrné, poklep bubínkový, peristaltika slyšitelná.

Genitál

Subjektivně: *Nemám problém.*

Objektivně: Genitál ženský, bez výtoku.

Uzliny

Subjektivně: *Zvětšené uzliny nemám.*

Objektivně: Uzliny nehmatné.

Páteř

Subjektivně: *Bolesti v zádech mám už řadu let, někdy je to lepší, někdy horší, ale posledních pár měsíců se to zase zhoršuje a bolest od páteře už cítím i tam, kde předtím nebyla, zhoršuje se i citlivost v nohou.*

Objektivně: Páteř pohyblivá, bolestivá, zakřivení fyziologické.

Klouby

Subjektivně: *Problémy s klouby nemívám.*

Objektivně: Pohyblivost kloubů dobrá, ušlechtilý tvar.

Reflexy

Objektivně: Pacientka má přiměřený stisk ruky a na otázky reaguje přiměřeně a klidně.

Varixy

Subjektivně: *Mám několik malých křečových žil. Lékař řekl, že je to zatím spíše estetický problém.*

Objektivně: Dolní končetiny symetrické bez otoků, bez kožních změn, či defektů, dobře prokrvené. Na obou končetinách viditelné povrchové metličkové varixy.

Kůže

Subjektivně: *Vyrážky nemívám. Pravidelně používám tělové mléka, suchou pokožku mám jen občas.*

Objektivně: Kůže elastická, přiměřené hydratace, kožní turgor dobrý, bez ikteru a cyanózy. Bez jizev a eflorescence.

Otoky

Subjektivně: *Problémy s oteklými kotníky nemívám.*

Objektivně: Pacientka bez otoků.

7.3 Předoperační příprava

Po přijetí k hospitalizaci jsme pacientce sdělili přibližný čas operace dle operačního protokolu na následující den.

Večer, den před výkonem podáváme pacientce dle ordinace lékaře anesteziologa Oxazepam 10mg p.o. a 2 glycerinové čípky p.r. dle zvyklosti oddělení. Večer je také zaveden periferní žilní katétr do zápěstí pravé horní končetiny.

Ráno v den operace jsme změřili pacientčiny fyziologické funkce (TK 125/80, P 62´) a vyzvali jsme ji k provedení celkové hygieny ve sprše, kterou zvládla bez pomoci. Poté jsme pacientce pomohli navléci kompresní punčocháče, které slouží jako prevence tromboembolické nemoci. Při této příležitosti jsme se přesvědčili, že pacientka má

odlakované nehty a nemá žádné šperky. Cíleně jsme se zeptali, zda od noci nepila a nejedla. Po telefonické výzvě z operačního sálu žádáme pacientku o návštěvu toalety a podáváme dle ordinace lékaře – anesteziologa Grandaxin 50mg p.o. a Morphin 10mg s.c. jako premedikaci a v rámci profylaxe jsme podali dle ordinace lékaře Azepo 2g/100 ml fyziologického roztoku. S touto infúzí odvážíme pacientku na sál, kde se jí ve filtru operačních sálů ujímá sálový personál. Po operaci je pacientka převezena na dospávací pokoj.

7.4 Utřídění informací dle domén Nanda I Taxonomie II

Utřídění informací je provedeno den po operaci, kdy se pacientka cítí odpočatá a bez bolesti. Informace byly získány rozhovorem s pacientkou a ze zdravotnické dokumentace.

1. Doména: PODPORA ZDRAVÍ

Paní Marie si myslí, že úroveň jejího zdraví je dobrá, má kolem sebe přátele jejího věku, kteří jsou více nemocní. Nemocná často nebývá, dbá o své zdraví. Na preventivní prohlídky chodí pravidelně, vlastně ji trápí jen problémy se zády, které způsobují bolesti a občasné zhoršení citlivosti levé dolní končetiny. Uvádí, že si myslí, že nebude mít problémy s dodržением pooperačních opatření. Na otázku: Co pro Vás můžeme udělat, můžeme Vám s něčím pomoci, odpovídá, že jí zatím nic nenapadá.

2. Doména: VÝŽIVA

Pacientka je první den po operaci, ode dneška může jíst, v operační den nejedla, tekutiny začala přijímat dvě hodiny po výkonu. Chrup má vlastní, upravený, ke stomatologovi chodí pravidelně, o chrup se stará.

Paní Marie uvádí, že se snaží o zdravý životní styl. Snaží se jíst zdravé potraviny, protože si uvědomuje, že její otec trpěl cukrovkou a proto je potřeba být opatrná. Říká, že často by ráda jedla více, ale musí se ovládat, protože se bojí cukrovky a také se bojí, že by přibrala na váze, což by mohlo zhoršit její problémy se zády. Dietou by to však nenazvala. Myslí si, že pije dostatečně, okolo 2 litrů tekutin denně, převážně vodu a ovocné čaje, kávu v přiměřeném množství. Uvádí, že zde chuť k jídlu necítí, myslí si, že je to změnou prostředí a stresem, který považuje za přirozený, když se jedná o operační výkon. Už se těší, až si doma uvaří kávu. BMI pacientky při příjmu je 25,39 – nadváha. Kožní turgor má pacientka přiměřený.

Použitá měřicí jednotka: BMI, nutriční screening

Ošetřovatelský problém: nadváha

Priorita: nízká

3. Doména: VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA

Pacientka přijela z operačního sálu s permanentním močovým katétrem. Říká, že jí to nijak neomezuje, naopak je ráda, že nemusí nikoho obtěžovat, když cítí potřebu. Moč je světle žluté barvy, bez příměsí. Doma problémy s močením nemá, ale obává se, že by mohla mít problémy se zácpou z důvodu změny prostředí. Udává, že tyto problém mívá, když je třeba na dovolené a podobně. Před operací stolici měla, od té doby zatím na stolici nebyla. V domácím prostředí má stolici pravidelnou jedenkrát denně, formovanou, bez příměsí. Pacientka se potí přiměřeně, otoky končetin nemá, s dýcháním problém nemá, po operaci byla saturace dostatečná, nebylo potřeba podávat kyslík.

Použitá technika: bilance tekutin

Ošetrovatelský problém: riziko zácpy

Priorita: nízká

4. Doména: AKTIVITA/ODPOČINEK

Paní Marie spí doma většinou dobře, někdy si připravuje meduňkový čaj, který jí pomáhá lépe usnout. Udává, že v nemocnici usíná později, než je zvyklá, protože, neustále myslí na to, že je v nemocnici, chybí ji domácí prostředí, stejně tak není zvyklá spát v jednom pokoji s více osobami (sdílí pokoj s dalšími 2 pacientkami). V době našeho rozhovoru pacientka leží v posteli, zaujímá úlevovou polohu na boku a čeká na rentgenové vyšetření, které bude zhodnoceno lékařem a bude rozhodnuto, zda může s fyzioterapeutem vstát z lůžka. V domácím prostředí se snaží čas trávit aktivně, podle toho, co jí bolest zad dovolí. Ví, že pohyb je důležitý a těší se až ji fyzioterapeutka naučí cviky, které bude doma po operaci cvičit. Od operace si slibuje nejen úlevu od bolesti, ale také očekává, že bude po čase více fyzicky aktivní než doposud. Těší se, že si bude moci užívat více hraní s vnučkou na zahradě. Zde, v nemocnici hodlá trávit volný čas s knihou a má také křížovky, které ráda ve volném čase luští. Při příjmu byl proveden Barthel test základních všedních činností, při příjmu měla pacientka skóre 100, nyní je upoutaná na lůžko vzhledem k pooperačnímu režimu, tudíž činnosti provádí s dopomocí, což její skóre snižuje 70, na stupeň lehké závislosti. Pacientka dodržuje předepsaný režim, ale už se těší, až opustí lůžko a nebude závislá na pomoci ostatních.

Použitá měřicí technika: Barthel test základních všedních činností

Ošetrovatelské problémy: deficit sebeděče, dočasné upoutání na lůžko z důvodu pooperačního režimu

Priorita: střední

5. Doména: PERCEPCE/KOGNICE

Paní Marie udrží pozornost, je orientovaná místem, časem, osobou, komunikuje bez potíží, plynule a srozumitelně odpovídá na otázky. Poruchou sluchu netrpí, nosí brýle na dálku již dlouhou dobu, necítí to jako omezení, je na ně zvyklá. Při posuzování vědomí pomocí Glasgow Coma Scale dosáhla pacientka 15 bodů, což znamená plné vědomí.

Použitá měřicí technika: Glasgow Coma Scale

6. Doména: SEBEPERCEPCE

Pacientka sama sebe vnímá jako optimistickou osobu, která je šťastná ve svém osobním životě, má ráda svoji roli manželky a matky, nyní i babičky. Je ráda, že má oporu ve své rodině a také je ráda, že na svůj věk nemá žádné velké zdravotní problémy. Pobyt v nemocnici ji dělá nervózní, špatně snáší cizí prostředí, ale chápe, že je to nezbytné a dočasné. Pomáhá jí, že může bez omezení telefonovat se svými nejbližšími a těší se na jejich odpolední návštěvu. Také se zde seznámila s jednou pacientkou, se kterou si rozumí, takže se jí daří snášet pobyt v nemocnici přeci jen trochu lépe, než se obávala.

7. Doména: VZTAHY MEZI ROLEMI

Paní Marie dříve pracovala jako úřednice na poště, nyní si dle jejích slov užívá důchodu. Říká, že je šťastně vdaná a má svou rodinu blízko. Bydlí v rodinném domku s manželem, starší dcera s rodinou bydlí poblíž, takže se často navštěvují. Trochu je jí líto, že mladší dcera bydlí dále, ale jsou v kontaktu. Paní Marie s manželem také pravidelně navštěvují kostel, kde mají svůj okruh přátel, se kterými se navštěvují a chodí spolu například na výlety. Pacientka uvádí, že osamělostí určitě netrpí.

8. Doména: SEXUALITA

Pacientka má dvě dcery, hormonální antikoncepci nepoužívala, klimakterium začalo přibližně ve věku 52. V rámci prevence chodí ke gynekologovi a do mamografické poradny pravidelně. Žádnou gynekologickou operaci nepodstoupila.

9. Doména: ZVLÁDÁNÍ/TOLERANCE ZÁTĚŽE

Paní Marie uvádí, že zátěžové situace zvládá dobře, oporu má ve své rodině a víře. Hospitalizaci a operaci vnímá jako „nutné zlo“, ví, že je to něco, co jí pomůže a ví, že se může spolehnout na pomoc zdravotníků, když bude něco potřebovat. Přeje si, aby neměla žádné komplikace a mohla tak brzy zpět domů. Doposud nejhorší situace v jejím životě nastala při úmrtí jejích rodičů, ale říká, že je to něco, co patří k životu a že i když to bolí, musí si každý najít cestu, jak se s tím vyrovnat.

10. Doména: ŽIVOTNÍ PRINCIPY

Pro paní Marii je náboženství velmi důležité, s manželem jsou katolíci, pravidelně navštěvují bohoslužby alespoň jednou týdně. V církvi našli i své přátele, s kterými mají mnoho společného. V náboženství paní Marie vidí oporu a naději, další velmi důležitou hodnotou v jejím životě je její rodina. Pacientka byla seznámena, že se v areálu nemocnice nachází kaple, kde se pravidelně konají bohoslužby a že má možnost, aby za ní kaplan přišel na návštěvu kdykoli bude chtít. Paní Marie tuto nabídku oceňuje, ale říká, že zatím necítí potřebu jí využít.

11. Doména: BEZPEČNOST/OCHRANA

Paní Marie neudává žádné alergie a ani nikdy neprodělala žádné vážné infekční onemocnění. Večer před operací jsme jí zavedli periferní žilní katétr, na sále byl paní Marii zaveden permanentní močový katétr a z operační rány je nyní vyveden Redonův drén, který pod tlakem odvádí přebytečnou tekutinu z operační rány. Předoperačně byl proveden test Riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové, které bylo 33. Po operaci je pacientka upoutána na lůžko a její skóre nyní dosahuje 29 bodů, což však znamená, že není zvýšeno riziko vzniku dekubitů. Periferní žilní katétr je sledován dle Klasifikace tíže tromboflebitid podle Maddona, nyní je katétr bez reakce v okolí a pacientka necítí bolest v okolí katétru, tedy stupeň 0. Riziko pádu je sledováno pomocí Stupnice pádu Morse. Při přijetí pacientka dosáhla 15 bodů – bez rizika, nyní po operaci, kdy je pacientka v lůžku a má periferní žilní katétr dosahuje 35 bodů, což již znamená střední riziko pádu.

Ošetřovatelské problémy: riziko infekce a pádu

Použité měřicí techniky: Klasifikace tíže tromboflebitid podle Maddona, Stupnice dle Nortonové, Stupnice pádu Morse

Priorita: střední

12. Doména: KOMFORT

Paní Marie říká, že ji bolesti zad trápí už několik let, říká, že léky od bolesti si bere zřídka, zkouší bolest vydržet, ví, že zas poleví. Občas si zajde na masáže, cítí po nich úlevu, někdy si dává teplé obklady na záda. Nyní se však bolesti zhoršily natolik, že už to musí řešit a proto je nyní tady. Při přijetí pacientka udává bolest, nabízená analgetika však odmítá. Od operace je bolest monitorována v pravidelných intervalech a jsou podávány analgetika dle rozpisu lékaře a dle bolesti pacientky. Při hodnocení škály bolesti používáme numerickou škálu a pacientka ví, že se může kdykoliv obrátit na zdravotnický personál ohledně snížení bolesti. Nyní při rozhovoru s pacientkou pacientka označuje bolest číslem 2, které se snížilo z čísla 6 po podání analgetik. Tuto bolest pacientka již považuje za akceptovatelnou.

Ošetrovatelský problém: bolest

Použitá technika: numerická škála bolesti

Priorita: střední

13. Doména: RŮST, VÝVOJ

Pacientka neudává žádné potíže týkající se oblasti růstu a vývoje. Paní Marie měří 160 cm a váží 65 kg.

7.5 Medicínský management

Laboratorní vyšetření ze dne 7. 1. 2019

Erytrocyty 5,18

Leukocyty 10,1

Trombocyty 392

Hemoglobin 132

Hematokrit 0,42

Na 136 mmol/l

Cl 102 mmol/l

K 4,2 mmol/l

INR 1,05

APTT 30,2s

Přehled farmakoterapie k 8. 1. 2019

Nebivolol Sandoz TBL 5mg p.o. ½-0-0 beta blokátor

Prestarium Neo TBL 5mg p.o. ½-0-0 ACE inhibitor

Paracetamol 1g/100 ml i.v. max po 8 hodinách max. 4xdenně analgetikum

Novalgin 1g/100ml i.v. max po 8 hodinách analgetikum

Neodolplase 250ml i.v. max po 12 hodinách analgetikum

7.6 Situační analýza ke dni 8. 1. 2019

Paní Marie je 67 letá pacientka, která byla přijata k plánované operaci bederní páteře se stabilizací pro spondylolistézu L4/5.

Nyní je 3 hodiny po **operačním výkonu**, pravidelně po 3 hodinách měříme fyziologické funkce, vědomí, bolest, citlivost v končetinách, sledujeme bilanci tekutin. Nyní je paní Marie při vědomí, orientovaná místem, časem, osobou, událostí, fyziologické funkce jsou ve fyziologickém rozmezí, citlivost dolních končetin je dobrá, **bolest** je nyní na čísle 4. Analgetika podáváme dle ordinace lékaře. Komprese pod zády je již vytažena, pacientka byla poučena jak se v lůžku otáčet a zvládá bez pomoci. Nyní už může i pít, čaj má v dosahu u lůžka. Nauzeu nemá, subjektivně se cítí dobře. **Operační rána** neprosakuje, je sterilně kryta, **Redonův drén** odvádí, zatím 20 ml. Pacientka má také **periferní žilní katétr** v zápěstí pravé horní končetiny, který jsme zavedli včera, katétr bez otoku, bolesti, zarudnutí. Ze sálu paní přijela s **permanentním močovým katétrem**, který odvádí tmavě žlutou moč. Pacientka je poučena o pooperačním režimu, tedy **nutnosti zůstat v lůžku** do příštího dne, kdy bude provedeno kontrolní RTG vyšetření, signalizační zařízení má na dosah.

7.7 Stanovení ošetřovatelských diagnóz

Ošetřovatelské diagnózy byly určeny dle NANDA I Taxonomie II. Jsou zde uvedeny všechny ošetřovatelské diagnózy, které byly u pacientky stanoveny 2. den hospitalizace, tedy 0. pooperační den.

1. Akutní bolest (00132)
2. Narušená integrita tkáně (00044)
3. Narušená integrita kůže (00046)
4. Zhoršená pohyblivost na lůžku (00091)
5. Deficit sebepěče při koupání (00108)
6. Deficit sebepěče při oblékání (00109)
7. Deficit sebepěče při stravování (00102)
8. Deficit sebepěče při vyprazdňování (00110)
9. Narušený vzorec spánku (00198)
10. Riziko krváčení (00206)
11. Riziko pádu (00155)
12. Riziko infekce (00004)
13. Riziko syndromu nepoužívání (00040)
14. Riziko zácpy (00015)
15. Nadváha (00233)

7.8 Rozpracované ošetrovatelské diagnózy

V této podkapitole uvádíme dvě podrobně rozpracované ošetrovatelské diagnózy, které jsme stanovily pomocí NANDA I Taxonomie II. Tyto ošetrovatelské diagnózy jsme vybraly vzhledem k aktuálnosti daného stavu pacientky po operaci.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA 1

Akutní bolest (00132)

Doména: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: „Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem.“ (HERDMAN, KAMITSURU, 2015, s.404)

Určující znaky:

- Vyhledávání antalgické polohy
- Vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál – numerická škála

Související faktory:

- Fyzikální původci zranění - operace

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Pacientka udává snížení bolesti ze stupně 4 na stupeň 2 numerické škály do druhého pooperačního dne.

Cíl dlouhodobý: Pacientka je bez bolesti (stupeň 0 na numerické škále bolesti) při propuštění z hospitalizace.

Očekávané výsledky:

Pacientka rozumí příčinám bolesti do 2 hodin

Pacientka umí používat numerickou škálu bolesti do 1 hodiny

Pacientka ví, jak používat signalizační zařízení do 1 hodiny

Pacientka je poučena, že má použít signalizační zařízení pro přivolání pomoci, pokud bude potřeba zaujmout úlevovou polohu v lůžku, nebo bude bolest přetrvávat do 1 hodiny

Pacientka je informována o předepsaných lécích na bolest ošetřujícím lékařem, způsobu a frekvenci jejich podání do 2 hodin

Pacientka se v noci nebudí z důvodu bolesti od 2. pooperačního dne

Intervence:

Promluv s pacientkou o bolesti, ptej se na lokalizaci, charakter, nástup a trvání bolesti, jak často a intenzivně se bolest objevuje. Všeobecná sestra – po 3 hodinách, v případě potřeby kdykoliv, kdy pacientka potřebuje.

Ujisti se, že pacientka rozumí způsobu používání numerické škály bolesti, dohodni se s pacientkou na používání této škály pro hodnocení její bolesti. Všeobecná sestra – do 1 hodiny.

Aktivně si všímej neverbálních projevů bolesti, přihlídni ke zhodnocení. Všeobecná sestra – po 3 hodinách.

Ujisti se, že pacientka umí používat signalizační zařízení, v případě potřeby znovu vysvětlí. Vysvětlí pacientce, že může signalizační zařízení použít kdykoli k přivolání sestry, uveď příklady, v kterých může signalizační zařízení použít (bolest přetrvává, potřebuje zaujmout úlevovou polohu). Všeobecná sestra – do 1 hodiny.

Zajisti, aby signalizační zařízení bylo vždy v dosahu pacientky. Všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitář – do 5 minut.

Edukuj pacientku jakým způsobem se může v lůžku otáčet a aktivně jí pomáhej. Všeobecná sestra – do 1 hodiny.

Informuj pacientku o předepsaných lécích na bolest, jejich podání a frekvenci. Všeobecná sestra – do 1 hodiny.

Podávej léky dle ordinace lékaře. Všeobecná sestra – dle ordinace lékaře.

Sleduj účinek a vedlejší účinek podaných léků, pohovoř o účinku s pacientkou. Všeobecná sestra – vždy po podání léků do 30 minut.

Zajisti klidné prostředí, v případě, že je pacientka na pokoji s více lidmi, zajisti dostatek soukromí, preferuj pokoj s pacienty stejné věkové skupiny. Všeobecná sestra – do 1 hodiny.

Sleduj pravidelně fyziologické funkce. Všeobecná sestra – dle ordinace lékaře nebo dle potřeby.

Prováděj záznamy do zdravotnické a ošetřovatelské dokumentace. Všeobecná sestra – průběžně.

Informuj lékaře o případných změnách stavu pacientky. Všeobecná sestra – dle potřeby.

Realizace:

0. pooperační den

- 14.30 pacientka přivezena zpět na oddělení po operaci Stabilizace L4/5 páteře. Pacientka přivezena z dospávacího pokoje, kde strávila první hodinu po operaci.
- 14.30 pacientka při vědomí, orientovaná, spolupracuje, komunikuje – pacientku přebírá na oddělení službu konající lékař a všeobecná sestra.
- 14.30 měříme fyziologické funkce, kontrolujeme invazivní vstupy, kontrola komprese rány (polštář zasunut pod zády), kontrola drénu, kontrola hybnosti dolních končetin – všeobecná sestra.

- 14.30 pacientka přijela s infúzí Neodolpasse a hydratační infúzí (fyziologický roztok) - kontrola infúzí- všeobecná sestra, lékař.
- 14.32 pacientce dáváme do lůžka signalizační zařízení, ujišťujeme se, že jej umí používat, uvádíme příklady, kdy jej může použít – všeobecná sestra.
- 14.33 vysvětlujeme pacientce, že komprese pod zády musí mít ještě další hodinu. Tuto hodinu by měla zůstat ležet na zádech – lékař.
- 14.35 pacientky se ptáme na bolest, charakter, intenzitu, ujišťujeme se, že zná použití numerické škály bolesti, všímáme si pozorně neverbálních projevů bolesti. Pacientka udává bolest na čísle 6, zápisy do dokumentace.
- 14.41 pacientka je poučena o předepsaných lécích na bolest, o podání a frekvenci – všeobecná sestra.
- 14.45 kontrola fyziologických funkcí, invazivních vstupů, drénu, pacientka uvádí, že bolest se zmírňuje, záznam do dokumentace – všeobecná sestra.
- 15.00 kontrola fyziologických funkcí, invazivních vstupů, drénu, ukončení infúze Neodolpasse a fyziologického roztoku. Pacientka udává zmírnění bolesti z čísla 6 na číslo 3 až 4. Bolest cítí tupou v oblasti operační rány. Pacientce sdělujeme, že dle rozpisu lékaře mají být podány další léky na bolest za hodinu, ale že pokud chce, mohou být podány dříve. Pacientka odmítá, říká, že hodinu počká. Záznam do dokumentace – všeobecná sestra.
- 15.30 kontrola fyziologických funkcí, kontrola vědomí, hybnosti dolních končetin, záznam do dokumentace – všeobecná sestra.
- 15.30 vyndáváme kompresi (polštář, který má pacientka za zády) a edukujeme o možnosti otáčení v lůžku v ose páteře, pomáháme se zaujetím nové polohy, ptáme se na bolest, pacientka uvádí spíše číslo 4, za půl hodiny si nechá dát něco na bolest, záznam do dokumentace – všeobecná sestra.
- 15.30 dáváme pacientce k lůžku čaj a informujeme pacientku, že již může pít – ošetřovatelka.
- 16.00 kontrola fyziologických funkcí, invazivních vstupů, drénu, záznam do dokumentace – všeobecná sestra.
- 16.00 stupeň bolesti 4, bolest tupá v operační ráně. Podáváme infúzi Paracetamol 10mg/ml 100ml i.v. dle ordinace lékaře, pacientka poučena, aby případné nežádoucí účinky hned hlásila, podání léku zaznamenáváme do dokumentace – všeobecná sestra.
- 16.30 kontrola pacientky – pacientka udává úlevu od bolesti, stupeň 2, cítí se unavená, chtěla by spát. Poloha v lůžku jí vyhovuje.
- 19.00 pacientka pospává. Kontrola fyziologických funkcí, hybnosti dolních končetin, drénu, ptáme se na bolest. Pacientka uvádí bolest na čísle 3. Nabízíme jí, že má dle ordinace lékaře možnost podání dalšího léku na bolest, pacientka však chce ještě vyčkat, záznam do dokumentace – všeobecná sestra.
- 20.00 podáváme další infúzi Neodolpasse proti bolesti dle ordinace lékaře. Pacientka udává stupeň bolesti 5. Záznam do dokumentace – všeobecná sestra.

- 20.30 kontrola pacientky, ukončení infúze, pacientka udává stupeň bolesti 2, chce se jí spát – všeobecná sestra.
- 21.00 kontrola fyziologických funkcí, vědomí, hybnosti dolních končetin, rány, drénu, dopomoc při změně polohy. Pacientka se cítí dobře, je jen ospalá, uvádí, že zatím další léky na bolest nepotřebuje.
- 24.00 kontrola pacientky, pacientka spí, nebudíme ji – všeobecná sestra.

Hodnocení (druhý pooperační den):

Krátkodobý cíl byl splněn, pacientka udává snížení bolesti na stupeň 2 do druhého pooperačního dne. Pacientka se naučila pracovat s numerickou škálou hodnocení bolesti již před operací a považuje to za jednoduchý nástroj, jak mapovat intenzitu bolesti. Sama říká, že již před operací bolesti měla, ale není ten typ, který hned vše řeší medikací. Proto přizpůsobujeme medikaci dle intenzity jejích bolestí. Pacientka spolupracuje se zdravotnickým personálem a je ráda, že se bolest dá jednoduše „zvládnout“.

Hodnocení (pátý pooperační den):

Dlouhodobý cíl byl splněn. Pacientka při propuštění udává, že nepocítuje bolest, pokud je v klidu. Při chůzi bolest cítí, ale říká, že by tuto bolest neřešila léky. Udává, že se vše postupně zlepšuje a těší se až se bude moci plně věnovat všem fyzickým aktivitám.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA 2

Narušená integrita tkáně (00044)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: „Poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů a/nebo vazů.“ (HERDMAN, KAMITSURU, 2015, s. 370)

Určující znaky:

- poškozená tkáň

Související faktory:

- chirurgický zákrok
- změny citlivosti

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Pacientka ví, jak pečovat o ránu, do 3dnů.

Cíl dlouhodobý: Operační rána je zhojena bez komplikací (per primam) do 14 dnů po operaci.

Očekávané výsledky:

Pacientka ví, jak bude pečováno o ránu do 3 hodin

Pacientka ví, jak bude pečováno o ránu po propuštění z nemocnice do 4 dnů

Pacientka umí rozpoznat známky zánětu do 24 hodin

Pacientka nejeví známky infekce v operační ráně po dobu hospitalizace

Pacientce bude včas odstraněn drén do 48 hodin

Ošetrovatelské intervence:

Kontroluj prosakování rány do obvazu. Všeobecná sestra – každé 3 hodiny po přijetí pacientky po dobu 24 hodin, dále 3 krát denně.

Kontroluj funkčnost drénu, odvedené množství, charakteristiku odpadu v drénu. Všeobecná sestra – každé 3 hodiny po přijetí, dále minimálně 3krát denně.

Zhodnot' stav operační rány – tvar, velikost, bolest, stav okolí rány, sekrece, zápach. Všeobecná sestra - vždy při převazu rány nebo dle potřeby.

Informace o stavu rány pečlivě zaznamenávej v příslušné dokumentaci. Všeobecná sestra – minimálně jednou denně.

Vysvětli pacientce, jak budou probíhat převazy rány. Všeobecná sestra – do 2 hodin.

Nauč pacientku jak pečovat o ránu v domácím prostředí, zdůrazni hygienu rukou. Všeobecná sestra do 4 dnů.

Edukuj pacientku o možných známkách zánětu. Všeobecná sestra – do 24 hodin.

Vždy dodržuj aseptický postup při převazování rány. Všeobecná sestra – při převazu rány.

Zajisti vhodný obvazový materiál, kterým bude rána fixována, sleduj, zda se neobjeví případná kožní reakce na obvazový materiál. Všeobecná sestra – vždy při převazu rány.

Udržuj ránu v čistotě a suchém prostředí, kontroluj, zda rána nejeví známky infekce. Všeobecná sestra – vždy při převazu rány.

Vysvětli pacientce účel drénu a péči o něj. Všeobecná sestra – do 2 hodin.

Edukuj pacientku v jakých případech má volat zdravotnický personál (nechtěné vytažení drénu, rozpojení, náhlé krvácení do drénu). Všeobecná sestra – do 1 hodiny.

Odstraň drén za aseptických podmínek dle ordinace lékaře. Všeobecná sestra, lékař – dle ordinace lékaře.

Informuj lékaře při známkách infekce v operační ráně nebo nezvyklém krvácení do drénu. Všeobecná sestra – v případě potřeby.

Realizace:

0. pooperační den

- 14.30 pacientka přivezena zpět na oddělení po operaci Stabilizace L4/5 páteře. Pacientka přivezena z dospávacího pokoje, kde strávila první hodinu po operaci.
- 14.30 kontrola drénu a rány. Drén funkční, odvádí, rána neprosakuje. Všeobecná sestra, lékař.
- 14.30 založena ošetrovatelská dokumentace vztahující se k operační ráně a péči o drén. Všeobecná sestra.
- 14.35 pacientce jsme vysvětlily účel drénu a poučily ji, že je třeba oznámit, kdyby došlo k náhodnému vytažení nebo rozpojení drénu. Také by měla zdravotnický personál informovat, kdyby si všimla většího množství odvedené krve v krátkém čase. Všeobecná sestra.
- 14.45 kontrola drénu a rány. Drén funkční, odvádí, rána neprosakuje. Všeobecná sestra.
- 15.00 kontrola drénu a rány. Drén funkční, odvádí, rána neprosakuje. Pacientku poučujeme o převazu rány, první proběhne 1. pooperační den, kdy bude pacientka po kontrolním rentgenu moci vstát z lůžka a za dopomoci fyzioterapeuta bude moci navštívit sprchu, ve které jí všeobecná sestra ránu poprvé převáže. Všeobecná sestra.
- 15.30 odstranění komprese v podobě polštáře, nyní můžeme lépe kontrolovat, zda rána prosakuje, případně není-li drén zalomen. Pacientka zaujímá jinou polohu v lůžku. Drén je funkční, odvádí a rána neprosakuje. Všeobecná sestra.
- 16.00 kontrola pacientky, drén funkční, odvádí, operační rána neprosakuje. Všeobecná sestra.
- 19.00 kontrola pacientky, drén funkční, odvádí, operační rána neprosakuje. Všeobecná sestra.
- 21.00 kontrola pacientky, drén funkční, odvádí, operační rána neprosakuje. Všeobecná sestra.
- 24.00 pacientka spí, drén funkční, odvádí. Všeobecná sestra.

1. pooperační den

Po provedeném rentgenovém vyšetření na lůžku můžeme pacientku vertikalizovat. Fyzioterapeut a všeobecná sestra pacientce pomáhají navštívit sprchu, kde při hygieně provádíme první převaz rány. Při této příležitosti také pacientku poučujeme o příznacích zánětu a jak o ránu pečovat. Ránu kryjeme vhodným obvazovým materiálem a zaznamenáváme vše do dokumentace. Později téhož dne je vyměněna Redonova láhev.

2. pooperační den

Pomáháme pacientce při ranní hygieně ve sprše. Při této příležitosti drén za aseptických podmínek dle ordinace lékaře vytahujeme. Dále provádíme kontrolu rány a převaz, zaznamenáváme do dokumentace.

5. pooperační den

Po dobu hospitalizace nejeví operační rána známky zánětu. Ránu sterilně kryjeme a opět pacientce připomínáme, jak o ránu pečovat a jak rozpoznat známky infekce, zdůrazňujeme hygienu rukou při převazu. Pacientku propouštíme do domácí péče, informujeme ji, že v případě jakýchkoli dotazů se s námi může spojit telefonicky.

12. pooperační den

Pacientka přichází na kontrolu do naší neurochirurgické ambulance. Rána je klidná, zhojená, stehy jsou odstraněny.

Hodnocení (2.pooperační den):

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacientka rozumí a ví, jak pečovat o ránu. Po dobu hospitalizace jí s převazy pomáhá všeobecná sestra, v domácí péči jí bude pomáhat někdo z rodiny. Dokáže popsat, jak se bude o ránu starat a jaké by byly případné známky infekce.

Hodnocení (13.pooperační den):

Dlouhodobý cíl byl splněn. Rána byla zkontrolována 12. Pooperační den v ambulanci, rána byla klidná, zhojená, stehy byly odstraněny.

9 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Paní Marie byla přijata na spondylochirurgické standardní oddělení neurochirurgické kliniky fakultní nemocnice v Praze dne 7. 1. 2019 k provedení operace na páteři, Stabilizaci spondylolistézy L4/5. První den hospitalizace jsme pacientku seznámily s ošetřovatelskou jednotkou a jejím chodem. S pacientkou byla sepsána ošetřovatelská dokumentace, navštívil ji lékař a anesteziolog, byla poučena o hospitalizaci, plánovaném operačním výkonu, celkové anestézii. Byl podepsán souhlas s hospitalizací, operačním výkonem a souhlas s podáním anestézie. Pacientku jsme seznámily s pořadím, ve kterém byla zařazena v operačním programu na budoucí den. S pacientkou si povídáme o pooperačním režimu a jak budeme vyhodnocovat bolest po celou dobu hospitalizace. Druhý den hospitalizace podstupuje pacientka operační výkon, v odpoledních hodinách se vrací zpět na spondylochirurgické standardní oddělení. Operační výkon proběhl bez komplikací, stejně jako pooperační průběh. V krátkém čase po návratu pacientky z operačního sálu vypracováváme situační analýzu, na základě které stanovujeme 15 ošetřovatelských diagnóz. Jednalo se o tyto diagnózy: Akutní bolest, Narušená integrita tkáně, Narušená integrita kůže, Zhoršená pohyblivost na lůžku, Deficit sebekpěče při koupání, Deficit sebekpěče při oblékání, Deficit sebekpěče při stravování, Deficit sebekpěče při vyprazdňování, Narušený vzorec spánku, Riziko krvácení, Riziko pádu, Riziko infekce, Riziko syndromu nepoužívání, Riziko zácpy, Nadváha. Vybraly jsme si dvě diagnózy, které jsme podrobně rozpracovaly. První pooperační den bylo pacientce provedeno rentgenové vyšetření na lůžku a lékař po kontrole dal svolení k vertikalizaci. Pacientku od tohoto dne navštěvoval fyzioterapeut několikrát denně a učil ji, jak postupně páteř zatěžovat. Během hospitalizace se pacientka všechny cviky naučila. Redonův drén byl odstraněn do 48 hodin po operaci. Ránu jsme denně převazovaly, po dobu hospitalizace se neobjevily známky zánětu. Pátý pooperační den pacientku propouštíme do domácího ošetření s poučením, jak se starat o ránu. Pacientka přichází na kontrolu do spondylochirurgické ambulance 12. pooperační den, kde jí byly odstraněny stehy a rána je zhojena, bez známek zánětu. Pacientka snášela hospitalizaci velmi dobře, spolupracovala s námi velmi dobře, byla komunikativní. Trochu jí byla nepříjemná změna prostředí, která měla vliv na spánek. Pacientka zároveň však říká, že to bere jako přirozenou věc a že jakmile se dostane domů, bude zase vše v pořádku. Pacientka si péči chválí, je ráda, že výkon podstoupila, těší se, že se postupně vrátí do běžného života a začne zapojovat další fyzické aktivity, které kvůli bolestem před operací nemohla dělat. Ošetřovatelskou péči můžeme tedy celkově hodnotit jako efektivní.

10 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Vertebrogenní onemocnění je jedno z nejčastějších onemocnění a ovlivňuje jak člověka v jeho každodenních aktivitách, tak celou společnost, protože osob s tímto onemocněním neustále přibývá. Toto onemocnění postihuje čím dál více mladší věkové skupiny a je velmi častým důvodem k pracovní neschopnosti. Zdravotníci se často setkávají s názorem, že tomuto onemocnění lze předcházet správným životním stylem a cvičením, dokonce lze tímto způsobem i onemocnění zmírnit, nebo oddálit. Chirurgové však často doporučují operační řešení, v kterém vidí efektivní řešení situace. Je důležité, aby každý pacient byl posuzován individuálně a bylo mu nabídnuto veškeré spektrum možnosti léčby právě daného problému. V následujících doporučeních tedy předkládáme i rady, které nejsou jen od lékařů, ale také od fyzioterapeutů, kteří mají s těmito pacienty bohaté zkušenosti. Jako výstup z bakalářské práce jsme vytvořily leták, který může sloužit jako informativní souhrn pro pacienty po operaci bederní páteře se stabilizací.

Doporučení pro management nemocnic:

- podpora vzdělávání lékařů, sester, fyzioterapeutů v odborném směru
- umožnění účasti na odborných stážích, workshopech, konferencích
- umožnění spolupráce s firmami, i zahraničními, nabízejícími nové operační řešení, implantáty, sledovat aktuální dění v oboru
- podporovat a motivovat zaměstnance pozitivním způsobem

Doporučení pro zdravotnický personál:

- zajímat se o obor, o novinky, účastnit se vzdělávacích akcí včetně zahraničních
- poskytovat individuální péči každému nemocnému na základě jeho/její bio-psycho-socio-spirituálních potřeb

- mluvit s pacienty srozumitelně, nepoužívat odbornou terminologii, ujistit se, že nám rozumí
- dbát na soukromí pacientů a být empatický
- klást důraz na prevenci a edukaci nejen pacientů, ale i jejich blízkých
- být obhájcem nemocného v situacích, kdy potřebuje
- pravidelně sledovat psychický stav nemocného a adekvátně reagovat při změnách

Doporučení pro pacienty:

- s lékařem si dostatečně promluvte o vaší nemoci, pokud máte otázky, ptejte se. Před operací se ujistěte, že je to nejlepší východisko pro vás
- dodržujte léčebný režim, pokud máte otázky, ptejte se
- fyzioterapeut vás bude učit cviky, které jsou vhodné přesně pro vás. Naučte se je a cvičte tak, jak je vám doporučeno
- provádějte správnou péči o ránu, dodržujte hygienu při převazu
- dodržujte termíny návštěv na ambulanci a rehabilitačním oddělení
- nebojte se vyhledat lékaře nebo zavolat do spondylochirurgické ambulance v případě jakýchkoli dotazů nebo problémů

Doporučení pro rodiny pacientů:

- podporujte své blízké v léčebném režimu
- buďte trpěliví, naslouchejte

- pomáhajte při péči o ránu
- podporujte své blízké při cvičení a návratu do fyzických aktivit

Doporučení pro veřejnost, která se zajímá o své zdraví a chce předcházet bolestem zad:

- dodržujte zdravý životní styl, vyhýbejte se stresu, nepijte alkohol, nekuřte, nepoužívejte návykové látky
- udržujte si normální váhu
- vyhýbejte se sezení, nebo využívejte aktivní sed s pomocí balanční podložky nebo gymnastického míče
- využijte televizních reklam k chůzi, pohybu
- telefonujte ve stoje nebo při chůzi
- každý pohyb je prospěšný, pokud můžete, začněte více chodit, cvičte. Kdykoliv, kdekoliv.
- spěte na boku, používejte matrace a polštáře, které představují dobrou oporu
- pokud spíte v poloze na břicho, dejte si polštář pod spodní část břicha, abyste uvolnili páteř
- naučte se správnému držení těla
- zajímejte se o vlastní zdraví, pečujte o něj jako o dar, udržujte se v kondici

(www.everydayhealth.com)

(SLIMÁKOVÁ,2016)

ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma *Ošetrovatelský proces u pacienta po operaci páteře* měla stanoveny tři cíle. Hlavním cílem bakalářské práce bylo popsat a analyzovat případ pacientky po operaci páteře krátce po operačním výkonu. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V první (teoretické) části, se krátce věnujeme anatomii páteře a míchy. Dále pak rozdělení vertebrogenního onemocnění s definicemi, klinickým obrazem, diagnostikou a možnou léčbou. Podrobněji se pak věnujeme chirurgické léčbě, kde se detailněji zmiňujeme o předoperační, intraoperační a pooperační péči a to již přímo z oddělení, ke kterému se vztahuje praktická část bakalářské práce. V následující části je popsána ošetrovatelská péče u nemocných po poranění míchy a je tak přiblížena ošetrovatelská činnost na spinálních jednotkách. Poslední část je věnována prevenci a alternativním metodám léčby. V této části bylo našim cílem zmapovat aktuální medicínskou, ošetrovatelskou a psychosociální problematiku nemocných s onemocněním páteře, které lze léčit chirurgickou léčbou. Dalším cílem této části bylo popsat specifika ošetrovatelské péče u pacientů po operacích páteře na spondylochirurgických jednotkách. Tyto cíle byly splněny.

V druhé (praktické) části bylo našim cílem podrobně popsat ošetrovatelskou péči, kterou jsme pacientce poskytly na základě zhodnocení zdravotního stavu s následným určením ošetrovatelských diagnóz, stanovením cílů, sestavením plánu realizace a zhodnocením poskytnuté péče krátce po operačním výkonu. Zpracovaly jsme ošetrovatelský proces podle modelu Marjory Gordonové u pacientky po operaci páteře Stabilizaci pro spondylolistézu L4/5. Pacientka souhlasila s uveřejněním jejího případu v této bakalářské práci. Vybrány byly 2 ošetrovatelské diagnózy, které jsme detailně zpracovaly včetně rozpisu realizace a zhodnocení provedené péče. Cíl této části byl splněn.

Součástí bakalářské práce bylo také vypracování informačního letáku, kde jsou uvedeny základní informace pro pacienty po operaci páteře se stabilizací. Tento leták si může pacient v klidu přečíst, připravit si otázky, v případě potřeby si ponechat u sebe po dobu hospitalizace.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. setkání české a slovenské vojenské neurologie, 6. listopadu 2018, Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, Neurologické oddělení

BOROŇOVÁ, J., 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Plzeň: Maurea. ISBN 978-80-902876-4-8.

BEZDIČKOVÁ, M. a L. SLEZÁKOVÁ., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3130-8.

CETLOVÁ, L., L. DRAHOŠOVÁ a I. TOČÍKOVÁ., 2012. *Hodnotící a měřicí škály pro nelékařské profese*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2012. ISBN 978-80-87035-45-0.

Cvičení v kanceláři., 2017. *Zázraky medicíny*. Brno: Extra Publishing, 2017, (10), 45. ISSN 2464-7659.

GRIFFITH, H. W., S. W. MOORE, K. YODER, a kol., 2012. *Complete guide to symptoms, illness & surgery*. Rev. 6th ed. New York, NY: Penguin Group (USA) Incorporated. ISBN 978-0-399-16151-3.

GRILLPARZER, M., 2009. *Naše záda*. Praha: Svojtka & Co.. ISBN 978-80-256-0031 -3

HART, R., 2014. *Degenerativní onemocnění páteře*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-067-7.

HERDMAN, T. H. a S. KAMITSURU, ed., 2010. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

HOCH, J. a J. LEFFLER., 2013. *Textbook of surgery: current surgical diagnosis and treatment*. Prague: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-375-6.

HRABÁLEK, L., 2011. *Poranění páteře a míchy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2842-0.

CHRASTINA, J., 2010. *Neurosurgery for medical students*. Brno: Masaryk University. ISBN 978-80-210-5140-9.

JAHODOVÁ, J., 2009. Ošetrovatelská péče na Spinální jednotce. In: *Poranění míchy*. s. 69-80. ISBN 9788070135044

KUČEROVÁ, K., 2018. *Úžasné lidské tělo: jak to funguje?*. Brno: CPress. ISBN 978-80-264-1957-0.

KUKAN, M. a P. KUKANOVÁ. 2012. Low back pain a deprese - vzájemný vztah. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 75(3), 291-295. ISSN 1210-7859.

PETR, J., 2018. Kde leží limity lidského těla?. *Zázraky medicíny*. Brno: Extra Publishing, (11), 36-40. ISSN 2464-7659.

SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4868-9.

SLIMÁKOVÁ, M., 2016. Varování! Sezení může zabíjet. *Zázraky medicíny*. Brno: Extra Publishing, (7-8), 22-25. ISSN 2464-7659.

SMÍŠEK, R. a K. SMÍŠKOVÁ a Z. SMÍŠKOVÁ., 2014. *Léčba výhřezu meziobratlového disku bez operace: spirální stabilizace páteře : metoda Spirální stabilizace páteře : SMíšek Systém : [léčba potíží po operacích páteře : FBS - failed back surgery syndrome]*. Praha: Richard Smíšek. ISBN 978-80-87568-43-9.

SMÍŠEK, R. a K. SMÍŠKOVÁ a Z. SMÍŠKOVÁ., 2013. *Spirální stabilizace páteře: 11 základních cviků : léčba a prevence bolesti zad metodou SM-systém : SMíšek systém : funkční stabilizace a mobilizace páteře*. 4. rozšířené vydání. Praha: Richard Smíšek. ISBN 978-80-87568-20-0.

ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠRÁMEK, J., 2015. *Chirurgická léčba degenerativního postižení bederní páteře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5362-1.

ŠTĚTKÁŘOVÁ, I., 2017. *Moderní farmakoterapie v neurologii*. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-529-3.

TYLL, T., a V. DOSTÁLOVÁ a D. NETUKA., 2014. *Neuroanestezie a základy neurointenzivní péče*. Praha: Mladá fronta, Aeskulap. ISBN 978-80-204-3148-6.

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

www.mckenziemetoda.cz

www.everydayhealth.com/pain-management/back-pain/quick-tips-to-help-prevent-back-pain.aspx

CO MNE ČEKÁ PO OPERACÍ BEDERNÍ PÁTEŘE SE STABILIZACÍ

- PO OPERACI BUDETE PŘEVEZENI NA DOSPÁVACÍ POKOJ
- NÁSLEDNĚ SE VRACÍTE ZPĚT NA SVŮJ POKOJ NA ODDĚLENÍ
- PO NÁVRATU NA ODDĚLENÍ VÁM LÉKAŘ ROZEPÍŠE LÉKY NA BOLEST, KTERÉ MÁTE MOŽNOST PŘI BOLESTECH DOSTÁVAT V URČITÝCH ČASOVÝCH INTERVALECH
- PO DOBU DVOU HODIN OD OPERACE MÁTE POD ZÁDY POLŠTÁŘ, KTERÝ SLOUŽÍ JAKO KOMPRESSE RÁNY
- PO DVOU HODINÁCH BUDETE MOCI ZAČÍT PÍT
- V PRAVIDELNÝCH INTERVALECH VÁM BUDEME KONTROLOVAT OPERAČNÍ RÁNU, HYBNOST KONČETIN, MĚŘIT KREVNÍ TLAK A ODTOK DO DRENÁŽE, BUDEME SE PTÁT NA BOLEST
- JAKÝKOLIV PROBLÉM PO OPERACI HLASTE OŠETŘUJÍCÍMU PERSONÁLU, NEBOJTE SE POUŽÍT SIGNALIZAČNÍ ZAŘÍZENÍ
- JE POTŘEBA, ABYSTE SE DO 8 HODIN OD UKONČENÍ OPERACE VYMOČIL/A
- KLID NA LŮŽKU JE NUTNO DODRŽET DO DRUHÉHO DNE DO PROVEDENÍ KONTROLNÍHO RENTGENU A ZHODNOCENÍ LÉKAŘEM. NÁSLEDNĚ VYČKÁTE PŘÍCHODU FYZIOTERAPEUTA, KTERÝ S VÁMI NACVIČÍ TECHNIKU VSTÁVÁNÍ Z LŮŽKA
- POKUD MÁTE JAKÝKOLIV DOTAZ, NEBOJTE SE NA NÁS OBRÁTIT

