



**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

---



**Ústav ošetřovatelství**

**Ošetřovatelská péče o nemocného  
po laparoskopické fundoplikaci**

*Nursing care of a patient after a laparoscopic  
fundoplication*

**případová studie**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Praha, duben 2009**

**Marta Pýchová**

**Autor práce:**

**Marta Pýchová**

**Bakalářský studijní program:**

**OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Bakalářský studijní obor:**

**Zdravotní vědy**

**Vedoucí práce:**

**Mgr. Jana Holubová**

**Pracoviště vedoucího práce:**

KU v Praze, 3. lékařská fakulta,  
Ústav ošetřovatelství

**Odborný konzultant:**

**Prim. MUDr. Václav Drahoňovský**

**Pracoviště odborného konzultanta:**

Městská nemocnice Neratovice  
Chirurgické oddělení

**Termín obhajoby:**

**duben 2009**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 1. dubna 2009

Marta Pýchová

.....

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Janě Holubové a MUDr. Václavu Drahoňovskému za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování bakalářské práce.

# Obsah

<b>OBSAH</b> .....	<b>5</b>
<b>1 ÚVOD</b> .....	<b>6</b>
<b>2 KLINICKÁ ČÁST</b> .....	<b>8</b>
2.1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ .....	8
2.1.1 <i>Přehled anatomie jícnu a žaludku</i> .....	9
2.1.2 <i>Epidemiologie</i> .....	10
2.1.3 <i>Patofyziologie</i> .....	10
2.1.4 <i>Klinický obraz</i> .....	12
2.1.5 <i>Komplikace refluxní choroby</i> .....	13
2.1.6 <i>Diagnostická vyšetření</i> .....	13
2.1.7 <i>Terapie</i> .....	15
2.1.8 <i>Operační technika</i> .....	17
2.1.9 <i>Příprava k operaci</i> .....	19
2.2 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM.....	21
2.2.1 <i>Souhrn lékařské anamnézy</i> .....	21
2.2.2 <i>Přehled vyšetření</i> .....	22
2.2.3 <i>Průběh hospitalizace</i> .....	22
2.2.4 <i>Farmakoterapie v průběhu hospitalizace</i> .....	23
<b>3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST</b> .....	<b>27</b>
3.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	27
3.2 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL V. HENDERSONOVÉ .....	28
3.3 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA .....	30
3.4 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY .....	32
3.5 KRÁTKODOBÝ PLÁN PÉČE.....	33
3.6 DLOUHODOBÝ PLÁN PÉČE .....	43
3.7 PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA.....	44
3.8 EDUKACE .....	45
3.9 PROGNÓZA .....	49
<b>4 ZÁVĚR</b> .....	<b>50</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>51</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK</b> .....	<b>54</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>55</b>

# 1 Úvod

Cílem bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocného po laparoskopické fundoplikaci. Nemocný V. K., 39 let, byl přijat k plánované hospitalizaci na chirurgické oddělení městské nemocnice s diagnózou gastroezofageálního refluxu a hiátové hernie k provedení antirefluxní plastiky.

V klinické části práce popisují patofyziologii, přehled anatomie, epidemiologii, klinický průběh onemocnění, možné komplikace, diagnostická vyšetření, léčbu refluxní choroby jícnu, laparoskopickou operační techniku a předoperační přípravu pacientů.

Základní údaje o nemocném, které popisují v následující části práce, jsem získala z lékařské dokumentace. Jsou zde uvedeny základní identifikační údaje, lékařská anamnéza, přehled vyšetření a průběh hospitalizace. Kapitulu uzavírá přehled farmakoterapie v průběhu hospitalizace pacienta.

V ošetrovatelské části bakalářské práce popisují metodiku ošetrovatelského procesu. Nemocného hodnotím podle ošetrovatelského modelu V. Hendersonové. K práci jsem použila informace získané vlastním pozorováním a měřením, ze zdravotnické dokumentace, od pacienta a od ostatních členů zdravotnického týmu. Informace o nemocném jsem zaznamenala do ošetrovatelského záznamu zpracovaného pro potřeby výuky oboru ošetrovatelství na 3. lékařské fakultě UK v Praze. Pacient byl poučen a souhlasil s tím, že těchto informací bude použito ke zpracování bakalářské práce. Na základě analýzy všech informací jsem stanovila aktuální ošetrovatelské diagnózy k nultému operačnímu dni a vypracovala podrobný plán ošetrovatelské péče k řešení jednotlivých problémů.

V textu popisují realizaci ošetrovatelských intervencí a zhodnocení účinnosti poskytované péče. Dále shrnují dlouhodobý ošetrovatelský plán, psychologickou problematiku nemocného, edukaci a prognózu onemocnění.

Práci uzavírá seznam zkratek, přehled použité i doporučené literatury a je přiložena ošetrovatelská dokumentace.

## 2 KLINICKÁ ČÁST

### 2.1 Charakteristika onemocnění

Gastroezofageální reflux je zpětný tok žaludečního obsahu ze žaludku do jícnu. Tento jev sám o sobě je fyziologický proces. U některých osob může být gastroezofageální reflux patologický, tzn., může způsobit poškození jícnu, faryngu, laryngu a respiračního ústrojí.

Termín refluxní choroba jícnu je používán pro patologické stavy, které vznikají při selhání antirefluxních mechanismů. Při opakovaném nebo dlouhodobém působení žaludečního obsahu na sliznici jícnu dochází k jejímu poškození.

Refluxní choroba jícnu je onemocnění způsobené patologickým gastroezofageálním refluxem, ezofagitida může nebo nemusí být přítomna. Nejčastějším projevem gastroezofageálního refluxu je refluxní ezofagitida. Refluxní choroba jícnu je dělena na endoskopicky pozitivní (zřetelná, endoskopicky prokazatelná ezofagitida), na endoskopicky negativní (chybí makroskopické známky slizničního poškození, ale jsou prokazatelné mikroskopické zánětlivé změny) a na extraezofageální refluxní chorobu, která zahrnuje chorobné procesy lokalizované v jiných orgánech (příčinou je reflux žaludečního obsahu).

Refluxní nemoc patří k nejčastějším onemocněním jícnu, bývá provázána hiátovou kýlou. Jedná se o chronické onemocnění se sklonem k častým vzplanutím. (16, 17)



### 2.1.1 Přehled anatomie jícnu a žaludku

Z hlediska antirefluxní plastiky, jde zejména o oblast jícnového hiátu bránice, terminálního úseku jícnu, ezofagogastrického spojení a horní třetiny žaludku.

Stručná topografie bráničního hiátu a ezofagogastrické junkce:

Pars abdominalis jícnu vystupuje z hiatus oesophageus bránice a navazuje na pars cardiaca žaludku. Na ventrální straně je překryta pobřišnicí a naléhá na játra. Na dorsální straně je spojena s aortou řídkým intersticiálním vazivem. Jícen je inervován oběma nn. vagi, sympatická vlákna vycházejí z krčního a hrudního sympatiku. Fundus žaludku je od jícnu oddělen zářezem. Kardie leží ve výši 10.-11. hrudního obratle vlevo od střední roviny. Curvatura minor se obrací proti játrům, s nimiž ji spojuje lig. hepatogastrikum (součást omentum minus). Curvatura major se obrací doleva a dolů a připojuje se na ni omentum majus.

Cirkulární svalovina v oblasti přechodu jícnu do žaludku tvoří funkční svěrač tzv. dolní jícnový svěrač, který uzavírá kardii a zabraňuje pronikání obsahu žaludku do jícnu.

Stavba jícnu:

Tunica mucosa má růžovou barvu, je kryta mnohvrstevnatým dlaždicovým epitelem. Přejít epitelu jícnu do cylindrického jednovrstevného epitelu žaludku je v oblasti kardie zřetelný a má podobu klikaté čáry, gastroezofageální junkce, světle růžová sliznice jícnu ostře přechází do oranžově červené sliznice žaludku.

Tunica muscularis je ve vnitřní straně uspořádána cirkulárně, povrchová vrstva má longitudinální průběh. V horní třetině jícnu je svalovina příčně pruhovaná, dolní třetina jícnu obsahuje hladkou svalovinu.

Tunica adventitia v krčním a hrudním oddílu spojuje jícen s okolními strukturami. Břišní oddíl jícnu je pokryt pobřišnicí. V průběhu jícnu jsou tři fyziologická zúžení: první je v místě přechodu hltanu do jícnu (mezi páteří a prstencovou chrupavkou), od řezáků je vzdáleno asi 15 cm a je způsobeno úpravou cirkulární svaloviny dolního svěrače hltanu. Druhé zúžení je v místě bifurkace trachey a je od řezáků vzdáleno asi 24 cm. Třetí zúžení je v místě průchodu jícnu bránicí asi 40 cm od řezáků. (12)

### **2.1.2 Epidemiologie**

Incidence refluxní choroby jícnu stoupá, ve Spojených státech amerických má každodenní refluxní obtíže 7-10 % populace. Gastroezofageální reflux se během života vyskytne až u 40 % Američanů. Esofagitida je nalezena u 15 % pacientů, kteří jsou vyšetřeni endoskopicky. Asi polovina nemocných, kteří jsou vyšetřeni pro obtíže, nemá makroskopické postižení jícnu, závažný endoskopický nálezn (Barrettův jícen nebo striktury) má poměrně malé procento pacientů. Odhad prevalence tohoto onemocnění ve Spojených státech amerických je 25-35 %. Roční mortalita na refluxní nemoc jícnu se udává 1:100 000. (6, 16)

### **2.1.3 Patofyziologie**

Refluxní choroba jícnu je způsobena onemocněním jícnové motility, nikoli poruchou kyselé sekrece. Zásadní roli hraje dysfunkce dolního jícnového svěrače, astrální hypomotilita a pravděpodobně i hiátová hernie. Souvislost mezi existencí refluxních obtíží v závislosti na BMI nebyla nalezena, ale byla prokázána souvislost mezi vyšším BMI a přítomností hiátové hernie. Za přítomnosti hiátové hernie je symptomatologie obvykle výraznější. Frekvence a délka refluxních epizod je za přítomnosti hiátové hernie vyšší,

přesto její pouhá existence nemusí znamenat refluxní obtíže a pacient může mít normální nález na jícnu. Vznik refluxní choroby je určován rovnováhou mezi faktory agresivními a ochrannými.

Agresivní faktory:

- složení refluktátu (HCl, pepsin, žlučové soli, pankreatické enzymy)
- přechodná relaxace dolního jícnového svěrače
- snížení tonu dolního jícnového svěrače: léky (anestetika, anticholinergika, betalotyka, benzodiazepiny, blokátory kalciového kanálu, dopamin, nitráty, opiáty, progesteron, teofylin) potraviny (tuk, cibule, česnek, pečivo, čokoláda, pepermint) kouření, obezita
- evakuace žaludku a nedostatečná pylorická kompetence
- anatomické poměry: Hissův úhel, hiátová hernie.

Ochranné faktory:

- antirefluxní bariéra (dolní jícnový svěrač)
- lumenální očista (gravitace, peristaltika, sliny)
- tkáňová rezistence.

Patologickým se gastroezofageální reflux stává tehdy, jestliže svým působením vyvolává soustavnou symptomatologii. Jeho objektivizace se opírá o pH-metrické vyšetření, kdy za patologický kyselý reflux považujeme pH pod 4 a alkalický s pH nad 7, alespoň v padesáti epizodách za 24 hodin, nebo trvá-li déle než jednu hodinu za 24 hodin. Po refluxu dochází k jícnovému clearance kyseliny a čas, po který zůstává pH sliznice nízké, je nazýván čas jícnového clearance kyseliny. Jeden z hlavních obranných mechanismů je polykání slin (obsahují slinný bikarbonát) vytvořených v ústech a peristaltikou dopravených do jícnu. (6, 12, 17)

V současnosti je diskutován vliv přítomnosti skluzné hiátové hernie na refluxní nemoc jícnu. Její výskyt zároveň s nálezem refluxní choroby je velmi častý (80-90 %, dle některých autorů až 98 %), což vede k úvahám o kauzálním

vztahu mezi nimi. Naproti tomu jsou lidé s hiátovou hernií, kteří příznaky refluxní nemoci nemají. (7, 26)

#### 2.1.4 Klinický obraz

Příznaky gastroezofageálního refluxu neodpovídají závažnosti onemocnění, tíže příznaků není závislá na stupni zánětu jícnu. Symptomatologie je rozdělována na jícnovou a mimojícnovou.

Jícnová symptomatologie:

**Pyróza** je nejčastějším příznakem patologického refluxu, vyskytuje se u 73-83 % nemocných. Jde o pálení za hrudní kostí, které se pohybuje z epigastria směrem vzhůru. Nejčastěji se objevuje po jídle, v horizontální poloze nebo v předklonu.

**Regurgitace** je snadné vtékání žaludečního obsahu do jícnu nebo do úst. Regurgitovaný obsah má většinou kyselou, někdy hořkou příchut'.

**Dysfagie** je obtížné polykání, subjektivní pocit váznutí sousta.

**Odynofagie** je bolest při polykání umístěná za sternem. Odynofagie a dysfagie se vyskytují spíše u těžších forem zánětu.

**Záchvatové slinění** projevující se náhlou tvorbou velkého množství slin. Jedná se o ochranný mechanismus, protože vyvolá polykání, peristaltiku a zvýšenou očistu epitelu.

**Globus** je pocit cizího tělesa v krku, bez prokázané příčiny.

**Říhání** je vyvoláno usilovným polykáním slin a často i vzduchu. Může být i jediným příznakem u nemocných.

**Bolest na hrudi** může být ostrá nebo tupá, vyzařuje z hrudníku do paže nebo krku.

Část nemocných s refluxní chorobou je zcela symptomatická a onemocnění se projeví až komplikacemi.

Mimójícnová symptomatologie:

**Symptomatologie v oblasti hlavy a krku:** pocit suchosti krku, pálení v ústech a ztráta chuti, zápach z úst a snadné vznikání zubního kazu, chronický kašel a chraptot, noční kašel, pocity dušení, stridor, apnoe.

**Bronchopulmonální postižení:** bronchitida, opakující se pneumonie, plicní absces, astma.

**Symptomatologie při dráždění n. vagu:** bradykardie, bronchokonstrikce, spánkový apnoický syndrom. (16, 17)

### 2.1.5 Komplikace refluxní choroby

**Strikтуры** (zúžení jícnu) u pacientů s dlouhodobým, obvykle neléčeným onemocněním. Projevují se dysfagií. Léčí se dilatací.

**Barretův jícen** je metaplastická náhrada jícnového dlaždicového epitelu epitelem cylindrickým. Je zde riziko přechodu do malignity (adenokarcinom jícnu).

**Krvácení** nebo **ulcerace** nebývají častou komplikací. (16, 17)

### 2.1.6 Diagnostická vyšetření

Základem pro diagnózu refluxní choroby je anamnéza, endoskopické a histologické vyšetření. Dále se používá rentgenové vyšetření, pH-metrie, scintigrafie, manometrie a diagnostický terapeutický test.

**Anamnéza:** cílené dotazy na obtíže nemocného, sledování jícnové i mimojícnové symptomatologie. Je nutno pamatovat, že někteří pacienti mohou být zcela bez obtíží.

**Endoskopické vyšetření a histologie:** při podezření na refluxní chorobu je endoskopie spolu s biopsií vyšetřením první volby, protože je nejcitlivějším vyšetřením k diagnostikování a určení závažnosti nemoci. Endoskopie by měla být provedena u všech nemocných s podezřením na refluxní chorobu jícnu, dále pak jako kontrolní vyšetření po léčbě s odstupem 2-3 měsíců a při změně symptomatologie. Makroskopický nález refluxní ezofagitidy (dále RE) je klasifikován stupněm 1 až 4 a popisuje změny patrné nad gastrezofageální jankcí:

1. katarální-erytematózní RE (zarudnutí, zduření sliznice)
2. hypertrofická RE (hypertrofickoatrofické změny, hemoragie, afty, drobné, převážně lineární defekty sliznice)
3. ulcerózní RE (výrazné zánětlivé vředové změny na celém obvodu sliznice)
4. chronické stadium RE (stenozující jizevnaté změny a tvorba vředu)

**Rentgenové vyšetření:** kontrastní vyšetření baryovou suspenzí, které se podává ústy. Vyšetření odhaluje stenózy jícnu, gastroezofageální reflux, hiátové hernie a motorické funkce jícnu.

**pH-metrie:** ambulantní 24 hodinové vyšetření, slouží k záznamu pH prostředí jícnu a žaludku pomocí zavedené elektrody. Nutná je zde spolupráce pacienta, který zaznamenává dobu jídla, ulehnutí a svých obtíží do deníkové karty. Metoda zjišťuje spontánní reflux a měří stupeň expozice jícnu kyselinou. Za pozitivní výsledek je považována doba expozice sliznice jícnu refluktátem o pH nižším než 4 více než 4 % sledovaného času.

**Radionuklidová vyšetření:** scintigrafie má význam při zjišťování postprandiálního refluxu. Zobrazuje průchod radioaktivní látky jícnem a následnou evakuaci žaludku. Jako neinvazivní vyšetření se osvědčila u dětí a u nemocných s plicními komplikacemi.

**Manometrie:** měření tlaku dolního jícnového svěrače. Vyšetření je obtížně dostupné, nemá zásadní význam k určení diagnózy, používá se v souvislosti s chirurgickým výkonem.

**Diagnostický terapeutický test:** provádí se u pacientů s lehčími typickými symptomy. Po dobu 14 dní se podává inhibitor protonové pumpy (omeprazol 20 - 40 mg/den). Vymizení symptomů potvrzuje diagnózu. (6, 16, 17)

### 2.1.7 Terapie

Refluxní choroba jícnu je chronické onemocnění. Léčba je zaměřena na zmírnění poškození, která vznikají vlivem patologického refluxu. Cílem léčby je odstranění symptomů, zhojení ezofagitidy, léčba a prevence vzniku komplikací, prevence relapsů a zlepšení kvality života nemocných. Základem léčby jsou dietní a režimová opatření, farmakoterapie a eventuálně léčba chirurgická.

Dietní a režimová opatření:

Jíst častěji a menší porce, nepolehávat po jídle, nejíst těžká jídla na noc, vyvarovat se nočních přesnídávek. Dle individuální snášenlivosti vyloučit potraviny a nápoje, které snižují tonus dolního jícnového svěrače (cibule, česnek, čokoláda, čerstvé pečivo, tuky, pepermint, alkohol, kola, čaj, džusy, káva). Dále je nutná znalost léků, které snižují tonus dolního jícnového svěrače (anestetika, anticholinergika, benzodiazepiny, beta blokátory, blokátory kalciového kanálu, dopamin, isoprenalin, opiáty, progesteron, teofylin). Nevhodné je kouření cigaret. Doporučuje se redukce tělesné váhy, zvýšení hlavové části lůžka při spaní a vyvarovat se situací, kdy dochází k dlouhodobému zvyšování nitrobřišního tlaku (opakované ohýbání, předklánění a zvedání břemen, nošení těsného oblečení).

Farmakologická léčba:

Antacida neutralizují kyselinu solnou v žaludeční šťávě, rychle přinášejí úlevu, ale doba trvání účinku je krátká (např. Anacid, Gastrogel, Maalox, Rennie, Tums). Sukralfát je závislý na současné přítomnosti kyseliny v jícnu. Podává se ve formě suspenze při léčbě jícnových vředů (např. Ulcogant, Venter)

Prokinetika upravují motilitu jícnu a žaludku a napomáhají jejich vyprazdňování. Zvyšují tlak dolního jícnového svěrače, zvyšují jícnové kontrakce a tvorbu slin, tím zabraňují zpětnému toku žaludečního obsahu do jícnu. Do této skupiny patří: metoclopramid (Cerucal, Degan), domperidon (Motilium), itoprid (Ganaton).

Systémová suprese kyseliny:

Antagonisté  $H_2$  receptorů snižují výdej žaludeční kyseliny, zmenšují objem žaludečního obsahu a tím i objem refluktátu. Obvykle zahajují léčbu refluxní exofagitidy. Patří sem ranitidin (Ranisan, Ranital), cimetidin (Cimetidin, Primamet), famotidin (Famosan, Quamatel).

Inhibitory protonové pumpy blokuji  $H^+/K^+ATP$ asu v žaludečních buňkách sliznice a snižují tak produkci žaludeční kyseliny velmi účinně po dobu 24 hodin. Patří mezi nejúčinnější lékovou skupinu v léčbě refluxní choroby: omeprazol (Gasec, Helicid, Nosec), pantoprazol (Controloc), esomeprazol (Nexium), lanzoprezol (Lanzul). (16, 17)

Chirurgická léčba:

Chirurgická léčba spočívá v provedení fundoplikace, tj. obalení uvolněného dolního jícnu manžetou, vytvořenou ze žaludečního fundu. Operaci lze provést klasicky z břišního nebo hrudního přístupu, ale v současné době převládá řešení laparoskopickou technikou. Cílem operace je zajistit bezproblémovou



pasáž potravy, zabránit refluxu žaludečního obsahu zpět do jícnu, umožnit odříhnutí a popřípadě i zvracení. (26)

### **2.1.8 Operační technika**

Na rozdíl od klasických otevřených operací, probíhá laparoskopie v uzavřeném prostoru, do kterého je omezen přístup několika porty. Manipulační prostor je zajišťován rozpětím dutiny břišní insuflovaným plynem (CO<sub>2</sub>) a polohováním nemocného. Založení kapnoperitonea může u kardiopulmonálně nemocných vést ke komplikacím. Další nevýhodou je nemožnost přímého palpačního vyšetření orgánů a na rozdíl od otevřeného přístupu se většinou prodlužuje délka výkonu.

Výhodou miniinvazivní chirurgie ve srovnání s klasickou chirurgií je zejména omezení zátěže nemocného a snížení pooperačních bolestí. Minimalizuje se výskyt pooperačních komplikací (stěvní parézy, tromboembolické komplikace). Zkracuje se doba hospitalizace, rekonvalescence je rychlejší a pacient se rychleji vrací do běžného života.

Laparoskopický operační přístup a míra spokojenosti takto operovaných pacientů změnil pohled na indikaci chirurgického výkonu. Do úvahy je třeba vzít mnoho dalších faktorů, např. operační riziko, věk pacienta, špatnou snášenlivost dlouhodobé medikace u mladších pacientů a spolupráci nemocného. K výkonu bývají indikováni pacienti v těchto případech:

- každodenní obtíže trvající déle než jeden rok
- neúspěšná medikamentózní léčba
- rychlý návrat obtíží po vysazení farmak
- opakované ezofagitidy
- pokles tlaku dolního jícnového svěrače po 10 mmHg

- pozitivní pH-metrický nález
- proběhlé krvácení do GIT z ezofagitidy
- mimojícnové komplikace
- peptická stenóza jícnu
- Barretův jícen
- hiátová, paraezofageální a smíšená kýla. (3)

Nejčastěji prováděným výkonem je Nissenova-Rossettiho fundoplikace, jejímž principem je obalení dolní části jícnu žaludečním fundem v rozsahu 360 stupňů a sešití vytvořené manžety před jícnem. Vedle této metody existují výkony, kdy se jícen obaluje pouze částečně a okraje manžety se fixují k jícnu (Toupetova zadní 270 stupňová fundoplikace, Thalova a Dorova hemifundoplikace). V případě současné existence hiátové kýly nebo defektu bránice se kýla reponuje a defekt sešije. Při velkém defektu lze vložit polypropylenovou síťku k posílení sutury.

Pacient je operován v celkové anestézii. Při výkonu leží v poloze na zádech v obrácené Trendelenburgově poloze s abdukovánými dolními končetinami. Do jícnu má zavedenou silnou sondu k prevenci příliš těsně ušité manžety. Vytvoří se pneumoperitoneum a do dutiny břišní je zavedeno pět trokarů: kamera (4 prsty pod mečíkem ve střední čáře), nástroj na elevaci levého jaterního laloku (v pravém podžebří laterálně), fixační kleště na žaludek (v levém podžebří laterálně), dva pracovní trokary (v pravém podžebří, blíže ke střední čáře a v levém podžebří, v klavikulární čáře). Nekomplikovaný výkon trvá obvykle 90 minut. (3, 12, 21, 26)

Peroperační komplikace:

- krvácení (nejčastěji z malých cév)
- pneumotorax (při podezření provést RTG plic, eventuálně provést drenáž)

- pneumomediastinum (vznikne průnikem vzduchu přes hiátus do mediastina, neléčí se)
- perforace jícnu nebo žaludku.

Pooperační komplikace:

- dysfagie (jejich stupeň závisí na těsnosti manžety, na jejím uložení, na sutuře hiátu, mohou přetrvávat několik týdnů, vyjímečně vyžadují dilatační terapii, při potřebě se provádí RTG a endoskopie)
- dislokace manžety (projeví se obnovením pyrózy a regurgitací žaludečního obsahu, dle stupně obtíží je nutná reoperace)
- gas bloat syndrom (po operaci poměrně častý, je způsobený těsnou manžetou a nemožností unikání polknutého vzduchu ven ze žaludku)
- denervační syndrom z narušené vagové inervace (projeví se dilatací žaludku, průjmy, meteorismem). (12)

### **2.1.9 Příprava k operaci**

Cílem předoperační přípravy je prevence peroperačních a pooperačních komplikací, jejich odstranění nebo zmírnění. Součástí přípravy nemocného k plánovanému výkonu je i informování a edukace pacienta o všem, co bude následovat, jestliže se k výkonu rozhodne. Aktivní přístup nemocného, který ví, co ho čeká a spolupracuje na svém uzdravování, je nenahraditelný.

Celková příprava:

Celková příprava nemocného k laparoskopické fundoplikaci se neliší od jiných laparoskopií. K základnímu předoperačnímu vyšetření patří interní vyšetření spolu s EKG křivkou a RTG plic, laboratorní vyšetření krevního obrazu, hemokoagulace, jaterních a renálních testů, mineralogram, chemická

a mikroskopická analýza moči. Rozsah a eventuální další vyšetření se provádějí dle zdravotního stavu pacienta, přidružených chorob a požadavků lékaře.

Součástí celkové předoperační přípravy je poučený souhlas nemocného s výkonem a jeho průběhem. Svým podpisem nemocný potvrzuje, že byl informován o důvodu operace, rozsahu a způsobu provedení plánovaného výkonu, následné léčbě, o možných komplikacích a předpokládané délce hospitalizace.

Další součástí předoperační přípravy je anesteziologické konzilium. Anesteziolog zhodnotí všechna předoperační vyšetření, doplní anesteziologickou anamnézu, posoudí míru rizika operace dle ASA (American Society of Anesthesiologists) v kategoriích I.-V., určí anesteziologickou přípravu (lačnění, podání léků), předepíše premedikaci a prepremedikaci, poučí pacienta o povaze anesteziologického výkonu a získá jeho souhlas podepsáním formuláře.

Nejméně šest hodin před výkonem nemocný zůstane lačný a nesmí kouřit. Pokud pacient užívá chronickou medikaci, poslední dávku si vezme večer před operací nebo dle pokynů anesteziologa. Prepremedikace se podává obvykle perorálně večer před operací. Slouží k navození spánku před zákrokem. Premedikace se u plánovaných operací aplikuje intramuskulárně 45 minut před výkonem. Účelem premedikace je zmírnit napětí a stres, snížit sekreci v ústech a v dýchacích cestách, usnadnit nástup anestezie, snížit pooperační výskyt nauzey a zvracení, snížit objem a kyselost žaludečního obsahu a oslabit vagové reflexy.

Místní příprava:

Před laparoskopickou fundoplikací probíhá na oddělení standardní místní příprava. Nemocnému se den před výkonem doporučí vyprázdnění tlustého

střeva pomocí glycerinových čípků. Příprava operačního pole oholením v rozsahu od prsních bradavek k podbřišku se provádí večer před operací, ráno je nemocný vyzván k celkové koupeli, ženy se nemalují a mají odlakované nehty. Před odjezdem na sál jsou nemocnému zabandážovány dolní končetiny, vyčištěn pupek lihobenzínem a nemocný je vyzván k vyprázdnění močového měchýře. Pacient odkládá protetické pomůcky, šperky a sponky z vlasů, je oděn pouze do ústavního prádla. Poté je aplikována premedikace a nemocný již nevstává z lůžka. (3, 14, 20, 25, 27)

## **2.2 Základní údaje o nemocném**

Pan V. K., 39 let, byl hospitalizován od 16. do 21. října 2008 na chirurgickém oddělení městské nemocnice v Neratovicích. Pro gastroezofageální reflux a hiátovou hernii zde podstoupil plánovaný výkon: provedení laparoskopické antirefluxní plastiky (fundoplikace).

Příjmové diagnózy: Gastroezofageální refluxní onemocnění s ezofagitidou

Hernia hiatus axialis

Diabetes insipidus centralis, komp. Th.

### **2.2.1 Souhrn lékařské anamnézy**

RA: nevýznamná

AA: Biseptol, prach, plísně, roztoče, pyly

SA: řidič, montážní dělník

OA: asi 5 let refluxní obtíže, asi 6 let diabetes insipidus, vážněji nestonal, kuřák 10 cigaret denně, káva 4-5 denně, pivo příležitostně.

FA: Loseprazol 20mg 1-0-1, Duspatalin 1-0-1, Minirin nasal spr. 1-0-1

Nynější onemocnění:

Subjektivně: již déle míval pyrózy, regurgitace, od letošního února se potíže akcentovaly, takže vyšetřen a nyní je indikován k operaci. Medikace situaci zlepšila.

Objektivně: na břicho operován nebyl, výška 178 cm, váha 88 kg, BMI 28.

### **2.2.2 Přehled vyšetření**

Fibroskopie: zde průkaz hernie 3 cm, regurgitace šťáv do jícnu, refluxní ezofagitida II. stupně.

RTG pasáž jícnu: V jícnu stál zpěněný obsah, nad bránicí je hernie o velikosti vejce, reflux se daří vyvolat snadno, dosahuje vysoko, ale nakonec do jícnu na 2x projde žaludeční bublina a za ní semikontrastní žaludeční obsah.

Interní předoperační vyšetření:

EKG: SR, fyziologická křivka,

RTG S+P: normální nález

Laboratorní nález: v normě

### **2.2.3 Průběh hospitalizace**

Na základě předchozích vyšetření byl pacient indikován k provedení fundoplikace a byl přijat na chirurgické oddělení nemocnice v Neratovicích k plánované operaci v celkové anestezii. Předoperační vyšetření byla provedena jeho praktickým lékařem v místě bydliště. Po příjmu bylo doplněno anesteziologické konzilium a byla provedena předoperační příprava.

Operační výkon: Laparoskopická fundoplikace podle Nissena Rossetti

Po výkonu byl pacient přeložen na jednotku intenzivní péče z důvodu monitorování životních funkcí. Operační výkon i pooperační období proběhlo klidně, pacient byl první pooperační den přeložen zpět na standardní oddělení. Zde postupné zatížení stravou, dietní zátěž toleruje dobře, příjem stravy bez větších dysfagií, předoperační obtíže vymizely. Pacient je afebrilní, subjektivně se cítí dobře, pasáž je obnovena, bolesti břicha nemá, rány klidné, hojí se per primam intentionem. čtvrtý pooperační den je pacient propuštěn do domácího léčení. Kožní stehy jsou ponechány. Pacient je seznámen s plánem ambulantních kontrol: kontrola a vyndání stehů na chirurgické ambulanci v místě bydliště za deset dní, za šest týdnů kontrola v ambulanci operátora, při obtížích kdykoli dříve. Kontrola u svého gastroenterologa a praktického lékaře do tří dnů od propuštění.

#### **2.2.4 Farmakoterapie v průběhu hospitalizace**

Premedikace a prepremedikace:

na noc:

- Dithiaden 20 mg tbl 1 tbl
- Famosan 40 mg tbl 1 tbl
- 

před výkonem:

- Fraxiparin 0,4 ml s.c.
- Dolsin 100 mg i.m.
- Atropin 0,5 mg i.m.

Pooperační medikace:

Analgesie:

- Novalgin 1 amp. i.v p.p.
- Dolsin 100 mg i.m. 4x denně

Ostatní:

- Fraxiparin 0,4 ml s.c. 1x denně
- Ranital 1 amp i.v. večer po operaci
- Famosan 20 mg 1-0-1 p.o. od 1. pooperačního dne
- Minirin spray 1-0-1 po celou dobu hospitalizace

Atropin

Indikační skupina: parasimpatikolytikum.

Indikace: Premedikace před celkovou anestézií (snižuje sekreci v respiračním ústrojí, upravuje frekvenci tepu a arteriální tlak v průběhu anestezie, pokud stimulace nebo vagus vyvolá náhlý pokles frekvence srdce). Antidotum při intoxikaci inhibitory acetylcholinesterázy. Pomocný lék při bradykardii, kterou vyvolávají digitálová kardiotonika.

Nežádoucí účinky: V terapeutických dávkách útlum sekrece slinných žláz, mydriáza, zvýšení nitroočního tlaku, porucha akomodace, fotofobie, tachykardie, retence moče, bolesti hlavy, obstipace. Ve vyšších dávkách hypertermie vyvolaná bloádou pocení, záškuby až svalové křeče, halucinace, zmatenost až ztráta vědomí.

Dolsin

Indikační skupina: analgetikum, anodynum

Indikace: Přípravek je indikován k léčbě silné akutní bolesti po těžkých úrazech, operacích a k léčbě chronické bolesti při zhoubných nádorech. Potlačuje dušnost při selhání srdce, plicním edému, plicní embolii, karcinomu plic nebo při jiných závažných plicních onemocněních spojených s dušností. Uvolňuje křeče hladkého svalstva zažívací soustavy a při ledvinové kolice. Používá se k premedikaci před anestézií. Používá se k tlumení bolestivých porodních kontrakcí.

Nežádoucí účinky: Při obvyklém dávkování se nežádoucí reakce vyskytují asi u 4 % pacientů (nevolnost a zvracení).

Předávkování: Příznakem lehkého předávkování jsou euforie a ospalost. Těžká intoxikace je charakterizována sympatolytickým syndromem: nízkým krevním



tlakem, zpomalenou srdeční frekvencí, studenou pokožkou, nízkou tělesnou teplotou, útlumem dýchání, až bezvědomím.

#### Famosan

Indikační skupina: Antacida, antiulceróza, antagonist H<sub>2</sub> receptorů.

Indikace: žaludeční a dvanáctníkový vřed, bulbitida (zánět sliznice dvanácterníku), refluxní esofagitida (zánět sliznice jícnu na podkladě zpětného toku žaludečního obsahu), Zollinger-Ellisonův syndrom, dyspeptický syndrom spojený s žaludeční hypersekrecí a hyperaciditou (zažívací obtíže, projevující se nechutenstvím, nevolností, pálením žáhy, nadýmáním, pocity plnosti, případně bolestmi břicha, spojené se zvýšenou produkcí nadměrně kyselé žaludeční šťávy). Nežádoucí účinky: je snášen velmi dobře. Mohou se vyskytnout bolesti hlavy, závratě, sucho v ústech, nevolnost, zvracení, nadýmání, zácpa, průjem, nechutenství.

#### Fraxiparin

Indikační skupina: antikoagans, antitrombotikum.

Indikace: Profylaxe tromboembolické choroby v perioperačním období, zejména v oblasti ortopedie a všeobecné chirurgie. Léčba tromboembolické choroby. Prevence krevního srážení během hemodialýzy. Léčba nestabilní anginy pectoris a non-Q infarktu myokardu.

Nežádoucí účinky: krvácivé projevy, malé krevní výrony v místě vpichu, zvýšení transaminás (většinou přechodné).

#### Minirin

Indikační skupina: antidiuretikum

Indikace: Centrální diabetes insipidus (mimořádná žízeň a neustálé vytváření velkého množství zředěné moče). K léčení primárního nočního pomočování u dětí od stáří 5 let s normální schopností koncentrovat moč. K testování schopnosti ledvin koncentrovat moč. Při mozkolebečních poraněních, po operacích mozku a při některých dalších onemocněních mozku k potlačení zvýšené tvorby moči.

Nežádoucí účinky: bolest hlavy, bolest žaludku, nevolnost, neprůchodnost nosu nebo krvácení z nosu.

### Novalgin

Indikační skupina: analgetikum, antipyretikum

Indikace: Přípravek se používá při silné akutní nebo chronické bolesti poraněných tkání (po úraze nebo po operaci), při bolesti hlavy, bolesti zubů, při nádorových onemocněních a při dalších bolestivých stavech, jako např. bolesti kloubů. Při záchvatech bolesti vznikajících při spazmech hladkého svalstva, např. při kolice ledvin nebo při bolestech žlučníku. Ke snížení horečky, která nereflakuje na jinou léčbu.

Nežádoucí účinky: anafylaktická reakce, kožní příznaky (svědění, pálení, zarudnutí, kopřivka, otoky), dyspnoe, gastrointestinální obtíže.

Předávkování: nauzea, zvracení, bolesti břicha, zhoršení funkce ledvin, vzácněji centrálně nervové příznaky (závrať, somnolence, kóma, křeče) a pokles tlaku krve.

### Ranital

Indikační skupina: antiulceróza, antagonist H<sub>2</sub> receptorů

Indikace: krátkodobá terapie akutního duodenálního vředu, udržovací terapie duodenálního vředu, krátkodobá terapie akutního benigního žaludečního vředu, udržovací terapie žaludečního vředu, refluxní ezofagitida, terapie patologických stavů, při kterých jsou secernována nadměrná množství žaludeční kyseliny, profylaxe aspirace kyselého žaludečního obsahu během celkové anestezie, profylaxe krvácení v horních úsecích GIT.

Nežádoucí účinky: vyskytují se velmi zřídka a bývají mírné. (29)

## **3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST**

### **3.1 Ošetřovatelský proces**

Při poskytování ošetřovatelské péče byla použita metodika ošetřovatelského procesu. Je to systematická metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče, kdy se ve prospěch nemocného provádí soubor vzájemně propojených činností. Ošetřovatelský proces vyžaduje aktivní přístup sestry a umožňuje individualizovanou ošetřovatelskou péči na základě rozpoznání potřeb nemocného. Skládá se z pěti po sobě jdoucích kroků.

Význam ošetřovatelského procesu spočívá ve zkvalitnění ošetřovatelské péče, nemocnému dává možnost aktivního zapojení a ovlivnění poskytované péče, zvyšuje kompetenci a odpovědnost sester.

#### **Fáze ošetřovatelského procesu:**

##### **1. Zhodnocení nemocného (shromažďování údajů)**

Zhodnocení umožňuje identifikovat problémy a potřeby pacienta. Zahrnuje identifikační údaje, informace o současném zdravotním stavu a anamnestické údaje. Zdrojem informací je nemocný, od kterého lze informace získat rozhovorem nebo pozorováním, zdravotnická dokumentace, rodina a ostatní členové zdravotnického týmu. Získané údaje se zaznamenávají do ošetřovatelské dokumentace.

##### **2. Stanovení ošetřovatelské diagnózy**

Ošetřovatelská diagnóza vychází z anamnestických údajů a vyjadřuje ošetřovatelské problémy pacienta, které je oprávněna řešit sestra. Obsahuje slovní vyjádření problému a jeho příčiny. Ošetřovatelské diagnózy se řadí podle závažnosti a naléhavosti jejich řešení.

### **3. Plánování ošetrovatelské péče (stanovení cílů)**

Ošetrovatelským plánem rozumíme stanovení cílů (předpokládaných výsledků péče) a návrhů činností, které mají řešit jednotlivé ošetrovatelské problémy a vést k dosažení stanovených cílů. Cíle lze stanovit krátkodobé a dlouhodobé, krátkodobý cíl se týká několika hodin až dnů, dlouhodobý cíl může směřovat až do domácí péče. Při plánování činností je důležitá spolupráce s nemocným a zajištění kontinuity péče. K tomuto účelu slouží písemné plány.

### **4. Provedení navržených opatření (realizace)**

Realizace plánu znamená praktické provedení jednotlivých činností. Součástí realizace je i soustavné přehodnocování plánu podle momentálního stavu pacienta a tím i poskytování neplánované péče, je-li potřeba. Další součástí realizace je zhodnocení možností pacienta a jeho aktivní zapojení do ošetrovatelské péče.

### **5. Hodnocení efektu poskytované péče**

Při vyhodnocení se porovnávají dosažené výsledky s plánovanými cíli. Hodnocení se účastní sestra i pacient. Sestra by měla získat objektivní hodnoty, pacient hodnotí efekt péče subjektivně a vyjadřuje svoje pocity. Pokud nebylo cílů dosaženo, hodnocení se stane podkladem pro tvorbu nového ošetrovatelského plánu. (15, 23, 24)

## **3.2 Ošetrovatelský model V. Hendersonové**

Ke zhodnocení nemocného a stanovení plánu péče byl použit ošetrovatelský model V. Hendersonové. Vzhledem k rozsahu bakalářské práce jsou ošetrovatelské diagnózy podrobně stanoveny a rozpracovány pouze na jeden ošetřující den, v tomto případě nultý operační den, při překladi pacienta z operačního sálu na jednotku intenzivní péče.

Definice ošetřovatelství podle V. Hendersonové: „Jedinečnou funkcí sestry je pomáhat člověku, nemocnému nebo zdravému, provádět činnosti přispívající k udržení nebo návratu jeho zdraví, případně klidné smrti, které by prováděl bez pomoci, pokud by měl potřebnou sílu, vůli nebo znalosti. Sestra mu tedy pomáhá dosáhnout co nejvyššího stupně samostatnosti.“ (10)

Ošetřovatelský model V. Hendersonové navazuje na teorii A. Maslowa. Lidská bytost je celistvá a nezávislá, tvořena čtyřmi základními složkami (biologickou, psychickou, sociální a spirituální). Vychází z obecných lidských potřeb, které jsou vlastní všem lidem bez rozdílu rasy, kultury, věku, temperamentu, intelektu a sociálního zázemí. Způsob naplňování potřeb se však liší podle individuality konkrétního jedince a je ovlivněno okolnostmi. Důraz je kladen na posouzení pacienta a identifikování oblastí ve kterých potřebuje pomoc. Cílem péče je podpořit nezávislost a dosáhnout co možná nejvyššího stupně soběstačnosti nemocného.

Čtrnáct komponentů základní ošetřovatelské péče:

- pomoc pacientovi normálně dýchat
- pomoc pacientovi při příjmu potravy a tekutin
- pomoc pacientovi při vylučování
- pomoc pacientovi při udržování optimální polohy (chůze, sezení, ležení, změna polohy)
- pomoc pacientovi při spánku a odpočinku
- pomoc pacientovi při výběru vhodného oděvu, při oblékání a svlékání
- pomoc pacientovi při udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí (oděv, prostředí)
- pomoc pacientovi při udržování tělesné čistoty, upravenosti a ochraně pokožky
- pomoc pacientovi vyvarovat se nebezpečí z okolí a předcházet zranění sebe i druhých

- pomoc pacientovi při komunikaci s ostatními, při vyjadřování potřeb, emocí, pocitů a obav
- pomoc pacientovi při vyznávání jeho víry
- pomoc pacientovi při práci a produktivní činnosti
- pomoc pacientovi při odpočinkových a rekreačních aktivitách
- pomoc pacientovi při učení, při objevování, uspokojování zvědavosti (což vede k normálnímu vývoji a zdraví).

Role sestry spočívá v povinnosti udržovat nebo navracet nezávislost pacienta a pomáhat v situaci, kdy si sám nemůže zajistit své základní potřeby. Nedílnou součástí je plnění terapeutického plánu lékaře a spolupráce se všemi členy ošetřujícího týmu. Ošetřovatelské intervence mají nahradit to, co nemocnému chybí. (2, 22)

### **3.3 Ošetřovatelská anamnéza**

Zhodnocení nemocného bylo provedeno podle modelu Hendersonové po převzetí pacienta z operačního sálu. Pro získávání informací o nemocném bylo použito následující: metoda rozhovoru s pacientem, pozorování, záznamy ze zdravotnické dokumentace a informace od ošetřujícího personálu.

Při převzetí pacient pospává, budí se na oslovení, je orientovaný.

Tělesné funkce:

TK 150/90 mmHg,

P 82/min,

EKG: frekvence srdeční akce je pravidelná, rytmus sinusový.

Dýchání: pacient dýchá klidně a pravidelně s dechovou frekvencí 16 dechů za minutu. Je uložen v poloze na zádech, bez polštáře, se zvednutou hlavovou

části lůžka. Kyslík podán kyslíkovou maskou rychlostí 8 l/hod, SpO<sub>2</sub> 96 %. Nepocítuje dechovou nedostatečnost. V anamnéze kouření cigaret (10 denně).

Tělesná teplota: po příjezdu ze sálu byla naměřena teplota v axile 36,2°C. Na dotaz pacient odpovídá, že zima mu není a druhou přikrývku nepotřebuje.

Spánek a odpočinek: bolest břicha pacient nemá, pocítuje bolesti v ramenou, jejich intenzitu hodnotí stupněm 2 na analogové škále bolesti.

Výživa a tekutiny: pacient smí dnes per os přijímat pouze čaj dle tolerance, nejdříve za dvě hodiny po výkonu. Dokapává F1/1 500 ml ze sálu, další infuzní terapie není ordinována. Nemocný pocítuje žízeň a sucho v ústech.

Vyprazdňování: pacient nemá zaveden permanentní močový katétr, poslední stolice den před operací. Je plně kontinentní.

Pohyb a udržování vhodné polohy těla (chůze, sezení, změna polohy): bezprostředně po výkonu klidový režim, postel je opatřena hrazdičkou. Mobilizaci zahájit ještě dnes po odeznění anestezie a dle aktuálního stavu pacienta.

Vhodné oblečení: pacient je po příjezdu ze sálu oblečen sestrou do ústavní košile, která je dostatečně volná, pohodlná, neškrť nemocného a umožňuje snadné vykonávání ošetrovatelských intervencí.

Hygiena a ochrana pokožky: způsob provedení večerní hygieny zhodnotit aktuálně po domluvě s pacientem a dle stupně jeho mobilizace. Zaveden permanentní žilní katétr, operační rány kryty obvazem, neprosakují.

Ochrana před nebezpečím: prevence rizik vyplývajících z celkové anestézie a provedení chirurgického výkonu (udržování volných dýchacích cest

a dýchání, monitorování fyziologických funkcí a bilance tekutin k odhalení krvácení nebo zhoršení stavu nemocného).

Komunikace s ostatními, vyjadřování obav, potřeb: spolupráce s pacientem je dobrá, nemá problémy s komunikací. Signalizaci má v dosahu. Ke komunikaci s rodinou používá mobilní telefon.

Vzhledem k hodnocení pacienta bezprostředně po operačním výkonu a k plánu ošetrovatelské péče pro nultý operační den, nebyly otázky vyznávání náboženské víry, práce, produktivní a odpočinkové činnosti aktuální a pacient na ně nebyl dotazován.

Učení (edukace): nemocný je v nové životní situaci a nemá dostatek zkušeností s pooperačním průběhem a s prevencí pooperačních komplikací.

### **3.4 Ošetrovatelské diagnózy**

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny v den operace po přeložení pacienta z operačního sálu na jednotku intenzivní péče. Ošetrovatelské diagnózy a jejich pořadí byly stanoveny na základě zdravotnické dokumentace, rozhovoru s pacientem, podle jeho aktuálního zdravotního stavu a předchozích zkušeností ošetřující sestry:

- Riziko vzniku pooperačních komplikací (oběhových, dechových, porušení vodní a elektrolytové rovnováhy) z důvodu anestezie, operačního výkonu a chronického onemocnění
- Bolest v důsledku operačního výkonu
- Pocit žízně a sucha v dutině ústní z důvodu nemožnosti přijímat tekutiny p.o. bezprostředně po operačním výkonu
- Riziko porušení provedené sutury v důsledku zvracení



- Omezení pohybu a snížená soběstačnost v oblasti hygieny a vyprazdňování jako následek pooperačního stavu
- Riziko retence moči následkem operačního výkonu v dutině břišní a přetrvávání účinku anestetik
- Riziko vzniku tromboembolické nemoci jako následek operačního zákroku
- Riziko vzniku infekce z důvodu porušení kožní integrity operačním zásahem a zavedeným periferním žilním katétrem
- Změna v příjmu potravy z důvodu celkové anestezie a operace GIT.

### **3.5 Krátkodobý plán péče**

#### **1. Riziko vzniku pooperačních komplikací (oběhových, dechových, porušení vodní a elektrolytové rovnováhy) z důvodu anestezie, operačního výkonu a chronického onemocnění**

Cíl:

Včasné rozpoznání příznaků značících možnost vzniku komplikací.

Plán péče:

- nepřetržitě monitorovat srdeční akci
- monitorovat TK+P první dvě hodiny v půlhodinových, dále v hodinových intervalech, sledovat hypotenzi, tachykardii
- nepřetržitě monitorovat saturaci
- podávat zvlhčený O<sub>2</sub> kyslíkovou maskou 8 l/hod
- kontrolovat rány a sledovat krvácení
- každých šest hodin provádět bilanci tekutin
- sledovat množství a barvu moče
- sledovat pocity silné žízně, suchost sliznic, pokles kožního turgoru

- každých šest hodin měřit tělesnou teplotu digitálním teploměrem v axile
- všechny naměřené hodnoty zaznamenávat do denního záznamu
- sledovat vědomí, posuzovat vzhled, chování a projevy pacienta
- včas adekvátně reagovat na měnící se stav pacienta a informovat lékaře
- správné nastavení alarmových hodnot
- podat medikaci dle ordinace lékaře
- provést odběry a vyšetření dle ordinace lékaře
- poučit pacienta o provádění dechového cvičení
- zkontrolovat, zda má pacient v dosahu signalizaci.

Realizace:

Pacientovi byl kontinuálně podáván kyslík kyslíkovou maskou rychlostí 8 l/hod a měřena saturace hemoglobinu v krvi. Hodnoty SpO<sub>2</sub> se pohybovaly v rozmezí 94-99 %. TK byl měřen první dvě hodiny každou půl hodinu, dále v hodinových intervalech spolu s dechovou frekvencí a kontrolou vědomí, tělesná teplota byla měřena po šesti hodinách, křivka EKG byla sledována kontinuálně. Naměřené hodnoty se během dne pohybovaly v rozmezích: systola: 155-135 mmHg, diastola: 90-80 mmHg, P: 70'-90', DF: 14'-16', TT: 36,3°C-36,9°C. Všechny naměřené hodnoty byly zapisovány do denního záznamu pacienta.

Pacientovi bylo dáno k ruce signalizační zařízení a byl poučen, aby hlásil jakékoli změny svého zdravotního stavu. Při každé příležitosti bylo kontrolováno krytí operační rány, obvazy nebyly prosáklé. Pacient měl za 24 hodin příjem 900 ml a výdej 600 ml. Byla provedena krevní vyšetření (acidobazická rovnováha, urea, kreatinin, glykémie, sérové elektrolyty) dle ordinace a o výsledcích byl informován lékař. Dle ordinace byl aplikován Ranital 1 apm. i.v.

Pacient byl také poučen o provádění dechových cvičení, bylo mu doporučeno alespoň jednou za hodinu provést několikrát za sebou hluboký nádech

a výdech. Opakovanými dotazy bylo kontrolováno, zda dechová cvičení provádí.

Hodnocení:

U pacienta nenastaly dechové a oběhové komplikace v souvislosti s operací. Naměřené hodnoty životních funkcí se pohybovaly ve fyziologických rozmezech. Bilance příjmu a výdaje tekutin byla vyrovnaná. Poslechový nález na plicích byl čistý.

## **2. Bolest v důsledku operačního výkonu**

Cíl:

Pacient udává do půl hodiny od aplikace analgetik zmírnění nebo odstranění bolesti.

Plán péče:

- zjistit, zda umí pacient kvantifikovat bolest pomocí analogové škály bolesti
- všimnout si projevů bolesti a sledovat její intenzitu pomocí analogové škály bolesti každé dvě hodiny
- podávat dostatek informací o příčině bolesti a účinku analgetik
- aplikovat analgetika dle ordinace lékaře: Dolsin 100mg i.m. 4x denně, Novalgin 1 amp i.v. p.p.
- sledovat vedlejší účinky analgetik
- omezit vliv bolesti na spánek
- poučit pacienta o technice vstávání z lůžka a přidržení rány při odkašlávání
- poučit pacienta o nutné včasné signalizaci bolesti.

Realizace:

Pacient byl informován, že může v souvislosti s laparoskopickým výkonem pociťovat bolesti v ramenu, které lze tlumit farmakologicky. Byl dotázán, zda

se již setkal s hodnocením bolesti pomocí analogové škály a požádán, aby ohodnotil intenzitu své bolesti číselně na stupnici od nuly do deseti, kde nula značí žádnou bolest a desítka bolest nesnesitelnou. Dále mu bylo vysvětleno, jaká analgetika a v jakých časových intervalech mu mohou být aplikována a byl vyzván ke spolupráci při léčbě své bolesti.

Pacient uvádí bolest v ramenu, její intenzitu ohodnotil číslem dvě (mírná bolest). Dle ordinace lékaře a po domluvě s pacientem byla podána ampule Novalginu i.v. Po podání analgetik byla sledována reakce na podání s ohledem na možný vznik anafylaktické reakce a pacient byl poučen, aby hlásil změny ve zdravotním stavu (dušnost, svědění, pálení). Bylo zkontrolováno, zda má po ruce signalizaci a byl proveden záznam o podání do dekurzu. Po půl hodině od aplikace značí pacient intenzitu bolesti stupněm jedna (nepatrná bolest), po dvou hodinách stupněm nula. Pacient po zbytek dne bolesti nepocítuje, pouze v případě vstávání z lůžka a při otáčení na lůžku označuje bolest stupněm jedna. Proto je po dohodě s ním a dle ordinace lékaře na noc aplikován Dolsin 100 mg i.m. k odstranění bolesti během noci.

Při vstávání z lůžka byl nemocný poučen o technice vstávání (nejprve se otočit na bok, poté se zvednout do sedu), tak aby to pro něho bylo co nejméně bolestivé a minimalizoval napětí v operované oblasti. Také byl poučen, jak si chránit operovanou oblast při odkašlávání.

Hodnocení:

Cíl se podařilo splnit. Bolest se po podání analgetik do stanoveného časového limitu zmírnila.

### **3. Pocit žízně a sucha v dutině ústní z důvodu nemožnosti přijímat tekutiny per os bezprostředně po operačním výkonu**

Cíl:

Pacient nemá pocit žízně a sucha v ústech

Plán péče:

- informovat o omezení příjmu per os po operaci
- svlažovat ústa vodou nebo pagavitovými štětičkami
- upozornit nemocného, kdy může začít pít.

Realizace:

Pacientovi bylo vysvětleno, že bude moci začít pít čaj po douškách za dvě hodiny po výkonu z důvodu odeznívání anestezie, rizika aspirace a vzniku nauzey. A byla mu nabídnuta možnost svlažovat si ústa mulovými čtverci s vodou a pagavitovými štětičkami. Po dvou hodinách od výkonu začal po douškách polykat vlažný čaj.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Podle svých slov pacient žízeň ani sucho v ústech nepociťoval.

#### **4. Riziko porušení provedené sutury v důsledku zvracení**

Cíl:

Pacient nebude zvracet.

Plán péče:

- sledovat nemocného, zda nemá nauzeu
- dle potřeby podat antiemetika
- připravit emintní misku a buničinu na dosah pacienta.

Realizace:

Pacient byl ve dvouhodinových intervalech dotazován, zda nemá nucení na zvracení. Byl informován, že by neměl zvracet z důvodu ochrany sutury a o možnosti podání léku proti zvracení, kdyby pociťoval nucení zvracet. Byl vyzván, aby v případě obtíží upozornil sestru.

Hodnocení:

Pacient nezvracel a nauzeu nepociťoval. V této oblasti nebylo potřeba dalších intervencí.

## **5. Omezení pohybu a snížená soběstačnost v oblasti hygieny a vyprazdňování jako následek klidového režimu po operaci**

Cíl:

Pacient nepociťuje nedostatek v oblasti hygieny a vyprazdňování. Do dvanácti hodin od operace plná mobilizace pacienta.

Plán péče:

- dohlédnout na hygienickou péči a dohodnout se s pacientem o postupu při poskytování pomoci
- zapojit nemocného do hygienické péče
- umístit pomůcky k provedení hygieny v dosahu pacienta
- osobní a ložní prádlo měnit dle potřeby
- při vyprazdňování na lůžku chránit intimitu pacienta
- zahájit včasnou mobilizaci
- motivovat ke spolupráci.

Realizace:

Signalizační zvonek byl umístěn tak, aby na něj pacient bez problémů dosáhl a byl sestrou vyzván, aby se nebál ho v případě potřeby použít. Pacient byl poučen o klidovém pooperačním režimu a upozorněn na to, že vstávat bude moci jen s pomocí sestry. Při vlastním vstávání mu byla vysvětlena technika jak vstát, aby to pro něj bylo co nejšetrnější a nejméně namáhavé. Po předchozí domluvě a za asistence sestry byla večerní hygiena pacienta provedena na pokoji vsedě u umyvadla. Nemocný si vyčistil zuby a umyl se dle svých potřeb, záda mu umyla a promazala sestra a také ho doprovodila na toaletu. Na noc bylo upraveno lůžko a vyvětrán pokoj.

Hodnocení:

Na lůžku se pacient pohyboval sám, z důvodů bezpečnosti byl při pohybu mimo lůžko doprovázen sestrou. Spokojenost a pohodlí pacienta bylo zajištěno spoluprací sestra-pacient. Do dvanácti hodin po operaci byl pacient vertikalizován a byl plně mobilní.

## **6. Riziko retence moče následkem operačního výkonu v dutině břišní a přetrvávání účinku anestetik**

Cíl:

Pacient se spontánně vymočí do osmi hodin od operace.

Intervence:

- ptát se pacienta, zda nemá nucení na močení
- znát techniky podporující spuštění mikce
- sledovat příjem tekutin
- sledovat, zda nemá pacient bolesti za sponou stydkou
- umístit v dosahu pacienta močovou láhev
- respektovat stud a soukromí pacienta.

Plán péče:

Pacientovi po výkonu vykapal F1/1 500 ml i.v. a vypil 200 ml čaje. Byl každé dvě hodiny dotazován, zda necítí potřebu močit. Z rozhovoru vyplynulo, že preferuje chůzi na toaletu před močovou láhví. Vzhledem ke svému zdravotnímu stavu mohl za doprovodu sestry dojít na toaletu, kde spontánně vymočil 600 ml moči.

Hodnocení:

Cíl byl splněn, pacient se spontánně vymočil do osmi hodin po operaci.

## **7. Riziko vzniku tromboembolické nemoci jako následek operačního zákroku**

Cíl:

Pacient nebude mít tromboembolické komplikace

Plán péče:

- podávat antikoagulantia dle ordinace lékaře
- sledovat projevy krvácivosti
- bandáže dolních končetin před vstáváním z lůžka
- kontrolovat funkčnost bandáží
- poučit pacienta jak cvičit dolními končetinami
- sledovat známky TEN (barvu a teplotu končetin)
- časná mobilizace.

Realizace:

V operační den byl aplikován Fraxiparin 0,4 ml s.c. s premedikací a provedena bandáž dolních končetin. Po příjezdu ze sálu bylo zkontrolováno, zda jsou bandáže funkční a dobře drží. Pacientovi bylo vysvětleno riziko vzniku komplikací a byl poučen, jak má provádět preventivní cvičení dolními končetinami. Ve večerních hodinách po operaci byl vertikalizován do sedu se svěřenými dolními končetinami. Protože to jeho zdravotní stav umožňoval, došel v doprovodu sestry na toaletu.

Hodnocení:

Pacient spolupracoval, během odpoledne dvakrát cvičil s dolními končetinami a měl sám zájem vstát s pomocí sestry z lůžka. Chůze v doprovodu sestry. Neměl známky tromboembolických komplikací.



## **8. Riziko vzniku infekce z důvodu porušení kožní integrity operačním zásahem a zavedeným periferním žilním katétre**

Cíl:

Hojení per primam, včasné odhalení projevů infekce v okolí operačních ran a v místě zavedení permanentního žilního katétru.

Plán péče:

- v operační den převazovat rány pouze, je-li to nutné, od druhého dne denně za aseptických podmínek
- poučit pacienta o hygieně vzhledem k operačním ranám
- sledovat známky infekce při převazu
- datum zavedení kanyly zaznamenat do dokumentace
- sledovat okolí kanyly, zarudnutí, bolestivost, dobu zavedení
- před aplikací do kanyly dezinfikovat místo vstupu a kontrolovat její funkčnost
- sledovat tělesnou teplotu.

Realizace:

Operační rány byly kontrolovány v průběhu dne při každé příležitosti, obvazy byly suché a dobře držely, nebylo potřeba je převazovat. Kanylu měl pacient zavedenou ze sálu, nepůsobila mu žádné komplikace, okolí nebylo zarudlé. Po dokapání infuze byla do kanyly aplikována heparinová zátka a kanyla uzavřena bajonetovým uzávěrem. Před každou další aplikací medikace bylo dezinfikováno místo vstupu a po ukončení aplikace byla kanyla znovu uzavřena výše popsaným způsobem. Tělesná teplota během dne nepřesáhla 36,9° C.

Hodnocení:

Cíl byl splněn částečně. V okolí zavedeného PŽK nebyly patrné známky infekce, při manipulaci s kanylou bylo postupováno asepticky. Operační rány

nebyly převážány a okolí ran nemohlo být zhodnoceno. Celkové známky infekce (horečka, bolest v ráně) pacient neměl.

## **9. Změna v příjmu potravy z důvodu celkové anestezie a operace GIT**

Cíl:

Pacient dodržuje dietní omezení, ví o možných obtížích při polykání.

Plán péče:

- informovat nemocného o dietním režimu po operaci
- upozornit na možné obtíže při polykání
- doporučit osvojení vhodných stravovacích návyků
- informovat o nevhodných nápojích.

Realizace:

Po odeznění anestezie začal nemocný po domluvě se sestrou opatrně polykat vlažný čaj. Stoleček byl umístěn tak, aby na něj bez problémů dosáhl. Byl upozorněn na možnost pocitu váznutí sousta v jícnu při polykání z důvodu možného otoku v operované oblasti. Nemocnému bylo vysvětleno, že stravou bude zatížen postupně podle toho, jak se mu bude polykat a jak bude stravu tolerovat. První den po operaci dostane pouze tekutou stravu, druhý den kašovitou a od třetího dne, bude-li bez obtíží, šetřící dietu. Zároveň byl upozorněn na nevhodnost pití sycených stolních vod a koncentrovaných ovocných šťáv.

Hodnocení:

Nemocný dodržel dietní režim. Do šesti hodin od operace vypil 200 ml čaje, nauzeu ani větší dysfagie neměl. O možných obtížích při polykání byl informován.

### **3.6 Dlouhodobý plán péče**

V průběhu hospitalizace se zdravotní stav nemocného zlepšoval a cítil se lépe. Hlavní náplní ošetrovatelské péče bylo pravidelně monitorovat a hodnotit bolest, předcházet vzniku pozdních pooperačních komplikací, správně ošetřovat operační rány dle standardu oddělení, aplikovat medikaci dle ordinace, edukovat pacienta v oblasti příjmu potravy.

První pooperační den byla provedena kontrolní laboratorní vyšetření, pokračováno v provádění prevence TEN aplikováním Fraxiparinu 0,4 ml s.c. a byly znovu zabandážovány dolní končetiny. Dle ordinace byla podána medikace: Famosan 20 mg 1 tbl p.o. a Minirin spray do nosu. Pacient byl aktivně zapojen do sledování a léčby své bolesti. Na analogové škále bolesti označil stupeň bolesti břicha číslem nula, stupeň bolesti v ramenu číslem jedna. Analgetika nechtěl. Během noci bolesti neměl, vyspal se dobře. Pacient provedl ranní hygienu v koupelně, asistence sestry nebyla potřeba. Operační rány byly sterilně převázány, kanyla byla zrušena. V okolí operačních ran ani v místě zavedené kanyly nebyly patrné známky infekce. Pacient měl naordinovanou tekutou dietu, byl poučen o nevhodnosti pít perlivou vodu a koncentrované ovocné šťávy. Dechová cvičení prováděl sám, bez vyzvání. Stolicí neměl. Jeho stav byl stabilizovaný: TK: 130/80 mmHg, P: 80/min, SpO<sub>2</sub>: 100%, D: 16/min, TT: 36,3°C. Po vizitě byl pacient během dopoledne přeložen na standardní oddělení.

#### **3. – 6. den hospitalizace**

**3. a 4. den** hospitalizace (1. a 2. pooperační den) udával pacient bolestivost v oblasti ramen na analogové škále bolesti do výše prvního stupně. Analgetika během dne nevyžadoval, farmakologické tišení bolesti využíval pouze na noc, kdy mu byl před spaním aplikován Dolsin 100 mg i.m. Od pátého dne bolesti v ramenu neměl.

Po celou dobu hospitalizace byla prováděna prevence TEN aplikováním Fraxiparinu 0,4 ml s.c. 1x denně, bandážovány dolní končetiny, pacient znovu poučen o nutnosti pohybu a procvičování DK. Několikrát za den nemocný prováděl dechová cvičení.

**4. den** hospitalizace (2. pooperační den) byly pooperační rány kryty balzámem Novikova a pacientovi bylo dovoleno sprchovat operovanou oblast bez použití mýdla.

Dietní terapie probíhala standartním způsobem: první pooperační den tekutá dieta, druhý pooperační den kašovitá dieta, od třetího pooperačního dne šetřící dieta. Nemocný polykal bez větších obtíží. Byl informován o nutnosti jíst pomalu, malé porce častěji denně, dobře kousat, dostatečně zapíjet jednotlivá sousta a vynechat z jídelníčku rýži a bílé maso. Šestý den hospitalizace byl pacient propuštěn do domácího ošetřování.

### **3.7 Psychosociální problematika**

Nemoc sama o sobě představuje psychickou zátěž, a pokud snižuje kvalitu života (svým průběhem nebo důsledky) je vnímána jako náročná životní situace. Úkolem nemocného je vyrovnat se se změněným zdravotním stavem a přijímat léčebné a diagnostické procedury, které často nejsou příjemné. Reakce na tuto zátěž nemusí odpovídat představě zdravotníka nebo rodiny. Způsob prožívání choroby a psychické reakce na nemoc ovlivňuje průběh onemocnění. Proto je duševní stránka nemocného důležitou součástí jak léčebné, tak i ošetrovatelské péče.

Každá hospitalizace zasahuje do soukromí člověka, narušuje jeho běžný způsob života a přináší s sebou množství nepříjemných situací. Úkolem zdravotnického personálu je nezvyšovat negativní dopad hospitalizace, pomoci

nemocnému se adaptovat na nemocniční prostředí, vytvořit vztah důvěry a získat nemocného pro spolupráci na vyšetření a léčbě. (11, 13, 18)

Pacient měl nepříjemné zkušenosti ze začátků svého onemocnění, kdy měl několik let trvající obtíže, které mu velmi znepríjemňovaly život. Cítil se nemocný, věděl, že není v pořádku a měl zájem situaci řešit. Navštívil několik odborníků, ale nebyl spokojen s účinností léčby a jeho obtíže se nadále zhoršovaly. V operaci viděl řešení svých zdravotních problémů a očekával, že se po rekonvalescenci vrátí do normálního plnohodnotného života. K rozhodnutí podstoupit chirurgický výkon přispěl i pozitivní příklad z rodiny. Jeho tchán je po provedené fundoplikaci a je v současné době bez obtíží.

Po dobu hospitalizace pacient spolupracoval na svém uzdravování a dodržoval pokyny ošetřujícího personálu. Komunikace s ním byla bez problémů, nemocný se choval vstřícně nejen k ošetřovatelskému personálu, ale také k ostatním pacientům. Pobyt v nemocnici bral jako nutnost a dle jeho slov byl s průběhem hospitalizace spokojen. Obranné mechanismy se během pobytu v nemocnici u pacienta neprojevíly, na nové prostředí se adaptoval velmi dobře.

Vzhledem k velké vzdálenosti bydliště a krátké době hospitalizace, nemocný návštěvu rodiny neočekával a považoval ji za zbytečnou. Se svými blízkými byl v telefonickém kontaktu. Na den propuštění měl domluvený odvoz z nemocnice autem. Předpokládal, že rekonvalescence bude trvat přibližně šest týdnů a poté se vrátí do zaměstnání.

### **3.8 Edukace**

Edukace je významnou součástí péče o zdraví. Jejím cílem je předat nemocnému informace, které mu umožní chovat se tak, aby bylo udrženo nebo

zlepšováno jeho zdraví. O účinnosti edukace rozhoduje nejen postoj edukovaného ke svému zdraví a jeho motivovanost, ale také způsob, kterým je edukace prováděna, srozumitelnost, použití terminologie, které nemocný rozumí, jasná a efektivní komunikace a dostatek času.

Aby sestra mohla na nemocného účinně výchovně působit, musí s ním umět navázat kontakt. To může být někdy znesnadněno porušenou psychikou nemocného vlivem nemoci, nevhodnou komunikací ze strany sestry nebo organickými poruchami ze strany nemocného (porucha sluchu, řeči, zastřené vědomí). Povzbuzování nemocného, projevování zájmu a respektování jeho osobnosti přispívá k možnosti pozitivně ovlivňovat jeho zdraví a získat nemocného pro spolupráci. (4, 9)

### **Edukace před operací**

Edukace pacienta začala ještě před hospitalizací během ambulantních návštěv. Lékař nemocnému vysvětlil princip operace, způsob, kterým se provádí, možné komplikace, předpokládanou délku hospitalizace, její průběh a omezení vyplývající z chirurgického zákroku. Upozornil nemocného, že délka pracovní neschopnosti bývá obvykle 3-6 týdnů. Dále pacienta požádal, aby navštívil svého praktického lékaře k provedení interního předoperačního vyšetření, které by nemělo být starší než čtyři týdny před plánovaným výkonem. Všechny informace včetně náležitostí potřebných při příjmu a během hospitalizace (chronická medikace, toaletní potřeby, kompenzační pomůcky) byly pacientovi poskytnuty i v písemné podobě.

Pacient byl přijat k hospitalizaci den před plánovaným výkonem. Byl seznámen s oddělením a s možností uložit si cennosti do trezoru (neměl zájem tuto možnost využít). Byla mu ukázána manipulace se zvukovou signalizací a byl informován o možnosti nepřetržitých návštěv s výjimkou operačního dne, kdy z důvodu únavy není návštěva doporučena. Nemocný se zajímal o telefonní číslo na sesternu, protože z důvodu vzdálenosti jeho bydliště

návštěvu nepředpokládal a rodina se na jeho zdravotní stav dotazovala telefonicky. Pacient byl poučen, aby se během odpoledne vyprázdnil pomocí glycerinových čípků. Dále, že k večeři dostane již jen lehkou stravu, od půlnoci zůstane lačný a nesmí kouřit cigarety. Po domluvě se sestrou si operační pole oholil sám v požadované šíři a ráno před výkonem provedl celkovou koupel. Byl poučen, aby ze své chronické medikace nevysazoval Minirin spray a pokračoval v aplikaci 2x denně i v den operace. Pacient byl seznámen s tím, že po operačním výkonu bude z preventivních důvodů převezen na jednotku intenzivní péče a na oddělení se vrátí až následující den.

Dále byl pacient informován o prevenci vzniku TEN (bandáž dolních končetin, aplikace nízkomolekulárního Heparinu) a byl zdůrazněn význam zahájení cvičení (plantární flexe) již v den operace. S nemocným byl také proveden nácvik hlubokého dýchání (nafukování rukavice) a vysvětlena nutnost prevence plicních komplikací v pooperačním období. Před aplikací premedikace, byl nemocný poučen o účincích atropinu (sucho v ústech, tachykardie, porucha akomodace) a požádán, aby po její aplikaci již neopouštěl lůžko z důvodu bezpečnosti a prevence pádu. Dále aby odložil kompenzační pomůcky, pokud je má (kontaktní čočky, brýle, zubní protéza).

### **Edukace po operaci**

Po operaci bylo pokračováno v edukaci prevenci TEN (časná mobilizace, vysvětlení důležitosti pohybu, cvičení dolními končetinami) a v prevenci plicních komplikací (dechová gymnastika). Pacient byl dále poučen v oblasti péče o rány (sprchování bez mýdla až po ošetření balzámem Novikova, promazávání jizev po vyndání stehů), byl seznámen s technikou vstávání z lůžka a přidržování rány při odkašlávání. Vzhledem k zavedenému perifernímu žilnímu katétru byly nemocnému vysvětleny příznaky komplikace (zarudnutí, pálení, otok) a byl požádán, aby při jakýchkoli nepříjemných pocitech informoval sestru. Bylo mu vysvětleno, že periferní žilní katétr mu bude z preventivních důvodů ponechán do druhého dne. Dále byl nemocný

poučen, že vstávat z lůžka bude moci již večer po operaci, ale pouze s pomocí sestry, samostatný pohyb mu bude umožněn až následující den. Pacient byl informován, že není vhodné, aby po operaci zvracel, z důvodu ochrany provedené sutury a byl vyzván hlásit pocit nauzey sestře.

Pacientovi byl vysvětlen důvod pooperačních bolestí v ramenu, byl seznámen s možností farmakologického tišení bolesti a hodnocením bolesti pomocí analogové škály. Bylo mu vysvětleno, které léky na bolest má naordinované a v jakých časových intervalech je může dostávat. Zároveň byl požádán, aby oznámil sestře, kdyby byl účinek analgetik nedostatečný

Další oblastí, ve které bylo nutné nemocného poučit, byl dietní režim po operaci. V operační den měl povolen pouze čaj po odeznění účinku anestezie (po dvou hodinách od výkonu). Pokud se mu bude dobře polykat první den po operaci, bude mít tekutou dietu, druhý den kašovitou, od třetího dne šetřící dietu. Také byl informován, že se mohou objevit obtíže při polykání a pocit váznutí sousta v dolním jícnu, které by měly odeznít během několika týdnů. Bylo mu doporučeno jíst vsedě, plně soustředěný, dobře kousat, polykat malá sousta, hodně je zapíjet vodou, vyvarovat se polykání vzduchu a rozdělovat si jídlo do menších a častějších porcí. Dále mu bylo řečeno, které potraviny má v pooperačním období vynechat: rýže, bílé maso, sycené vody a koncentrované ovocné šťávy.

### **Edukace při propuštění**

Při propuštění byla nemocnému připomenuta dietní a režimová omezení. Bylo mu doporučeno vyvarovat se větší fyzické zátěži a nesportovat po dobu šesti týdnů. Dále byla zdůrazněna nevhodnost zvedání těžkých břemen a práce v předklonu. Pacient byl také seznámen s plánem ambulantních kontrol: do tří dnů se s propouštěcí zprávou nahlásit u svého praktického lékaře a gastroenterologa, vyndání stehů desátý pooperační den na chirurgické ambulanci v místě bydliště, kontrola v ambulanci operátéra za šest týdnů, při



obtížích kdykoli dříve. S sebou dostal Famosan 20 mg tbl na tři dny a byl informován, že další balení mu předepíše praktický lékař.

### **3.9 Prognóza**

Antirefluxní plastika by měla úplně a trvale zbavit nemocného jeho obtíží a vyléčit případné komplikace (krvácení, vřed). V ideálním případě umožní pacientovi vést normální životní styl bez omezení a medikace. Prognóza je velmi dobrá. Antirefluxní plastika přináší velmi dobré až výborné výsledky v 90 %. Přechodně se po operaci může vyskytnout tzv. postfundoplikační syndrom: lehká dysfagie, pocit plnosti žaludku, zvýšená plynatost a nemožnost odříhnutí. Příčinou bývá příliš těsně založená manžeta a je nutná dilatace. Chirurgický tým v Neratovicích uvádí ve své studii z roku 2006 výsledky u sta operovaných po dvou a pěti letech ve srovnávání s předoperačním stavem. Udává zde 96% úspěšnost na pyrózu a regurgitaci, 4 % pacientů bere trvale antirefluxní medikaci, každodenní dysfagie má sedm operovaných ze sta, počet reoperací je pod 2 %. Dále uvádí, že provedená laparoskopická antirefluxní operace zlepšuje kvalitu života nemocného na úroveň zdravé populace a tento stav trvá i po pěti letech od operace. (8, 12, 26)

## 4 ZÁVĚR

Nemocný V. K., 39 let, s diagnózou gastroezofageální reflux a hiátová hernie, stav po laparoskopické antirefluxní plastice, byl hospitalizován celkem šest dnů na chirurgickém oddělení. Bezprostřední pooperační období strávil nemocný z preventivních důvodů na jednotce intenzivní péče. Po celou dobu hospitalizace byl pacient v celkově dobrém stavu, výkon i pooperační průběh snesl bez komplikací. Dietní režim toleroval dobře, polykal bez větších problémů a předoperační obtíže vymizely. Z ošetrovatelského hlediska nebyla péče o nemocného komplikovaná, zaujímal aktivní postoj v péči o své zdraví, spolupráce a komunikace s ním byla dobrá. Do domácího ošetřování byl propuštěn podle plánu čtvrtý den po operaci edukován ohledně režimových opatření a plánu ambulantních kontrol.

## Seznam použité literatury

1. ADAMS, B., HAROLD C. E.: Sestra a akutní stavy od A do Z. Praha: Grada, 1999, 488 s., ISBN 80-7169-893-8
2. ARCHALOUSOVÁ, A.: Přehled vybraných ošetrovatelských modelů. Hradec Králové: Nukleus, 2003, 99 s. ISBN: 80-86225-33-X.
3. CZUDEK, S., DUDA, M. a kol.: Miniinvazivní chirurgie. Český Těšín: Těšínská tiskárna, 1996, 231 s.
4. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M.: Speciální psychologie. Brno: IDVPZ, 2001. 173s. ISBN 80-7013-342-2
5. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada, 1996, 576 s., ISBN 80-7169-294-8
6. DOSEDĚL, J.: Refluxní choroba jícnu. Postgraduální medicína, 2001, roč. 3, č. 9, s. 954-957.
7. DRAHOŇOVSKÝ, V., KMEŤ, L., HNUŤA, J., ŠVAMBERK, P.: Diagnostika a výskyt hiátové hernie, kauzální vztah skluzné hiátové hernie a refluxní nemoci jícnu. Čes a slov. Gastroent. A Hepatol., 2004, roč. 58, č. 2, s. 46-54.
8. DRAHOŇOVSKÝ, V., KMEŤ, L., PECÁK, P., VRBENSKÝ, L.: Laparoskopická antirefluxní operace dle Nissena-Rossettiho-výsledky u 100 operovaných po 2 a 5 letech ve srovnání s předoperačním stavem. Čes. a Slov. Gastroenterologie a Hepatologie, 2006, roč. 60, č. 1, s. 17-25.
9. HANZULÍKOVÁ, J.: Informovaný pacient – spokojený pacient, zdravotník v roli edukátora. Diagnóza v ošetrovatelství, 2006, roč. 2, č. 6, str. 276-280
10. INC Základní principy ošetrovatelské péče. Vydavatelství, rok vydání neuvedeno.
11. JOBÁNKOVÁ, M. a kol.: Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. Brno: IDV PZ, 2002, 225 s. ISBN 80-7013-365-1
12. KALA, Z. a kol.: Refluxní choroba jícnu. Diagnostika a chirurgická léčba. Praha: Grada, 2003, 148s. ISBN 80-247-0431-5

13. KŘIVOHLAVÝ, J.: Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002, 200 s.  
ISBN 80-247-0179-0
14. KUBICOVÁ, L. a kol.: Chirurgické ošetrovatelství. Martin: Osveta, 2000,  
118 s. ISBN 80-8063-049-6
15. LEMON I. Učební texty pro sestry a porodní asistentky. Brno: IDVPZ,  
1996.
16. LUKÁŠ, K. a kol.: Refluxní choroba jícnu. Praha: Karolinum, 2003, 209 s.  
ISBN 80-246-0506-6
17. LUKÁŠ, K., ŠVESTKA, T.: Refluxní choroba jícnu a vředová choroba  
gastroduodena. Diagnostika a léčba v každodenní praxi. Praha: Triton,  
2002, 208 s. ISBN 80-7254-309-1
18. MELLANOVÁ, A.: Psychologie v ošetrovatelství 1. část. Praha: Státní  
pedagogické nakladatelství, 1989, 150 s. ISBN 80-7066-065-1
19. MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., HERNOVÁ, R., ZAJÍČKOVÁ, M.:  
Kapitoly z ošetrovatelské péče I. Praha: Grada, 2006, 248 s.  
ISBN 80-247-1442-6
20. MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., HERNOVÁ, R., ZAJÍČKOVÁ, M.:  
Kapitoly z ošetrovatelské péče II. Praha: Grada, 2006, 172 s.  
ISBN 80-247-1443-4
21. PAFKO, P. a kol.: Praktická laparoskopická a torakoskopická chirurgie.  
Praha: Grada, 1998.
22. PAVLÍKOVÁ, S.: Modely ošetrovatelství v kostce. Praha: Grada, 2006,  
152 s. ISBN 80-247-1211-3
23. STAŇKOVÁ, M.: Jak provádět ošetrovatelský proces. Brno: NCO NZO,  
2004, 66 s. ISBN: 80-7013-283-3
24. STAŇKOVÁ, M.: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe.  
Brno: NCO NZO, 1999, 49 s. ISBN: 80-7013-282-5
25. VAŇKOVÁ, M.: Předoperační ošetrovatelská péče. Diagnóza  
v ošetrovatelství, 2006, roč. 2, č. 9, s. 343.
26. ZEMAN, M. et al.: Speciální chirurgie. Druhé vydání. Praha: Galén, 2006,  
575 s. ISBN 80-7262-260-9

27. ZEMAN, M. a kol.: Chirurgická propedeutika. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2003, 524 s. ISBN 80-7169-705-2
28. ZVONÍČKOVÁ, M., SVOBODOVÁ, H., TRČKOVÁ, M.: Miss Virginia Avelen Hendersonová. Diagnóza v ošetrovatelství, 2005, roč. 1, č. 1, str. 25-26

**Jiné zdroje:**

29. <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php> . 26.12 2008 20:00 hod

## Seznam zkratek

amp.	ampule
ASA	Americká asociace anesteziologů
BMI	body mass index
D	dech
DK	dolní končetiny
EKG	elektrokardiograf
F1/1	fyziologický roztok
GIT	gastrointestinální trakt
i.m.	intramuskulárně
i.v.	intravenózně
JIP	jednotka intenzivní péče
n.	nervus
n.n.	na noc
P	pulz, tep
p.p.	při potřebě
PŽK	periferní žilní katétr
RE	refluxní ezofagitida
RTG	rentgen
s.c.	subkutánně
S+P	srdce a plíce
SpO <sub>2</sub>	saturace krve kyslíkem
SR	sinusový rytmus
TEN	tromboembolická nemoc
TK	krevní tlak
tbl.	tableta
TT	tělesná teplota
UK	Univerzita Karlova

## **Seznam příloh**

**Příloha č. 1: Ošetřovatelský záznam**

**Příloha č. 2: Plán ošetřovatelské péče**