

Univerzita Karlova v Praze

1.lékařská fakulta

Studijní program : Ošetřovatelství

Studijní obor : Ošetřovatelství

ID studijního oboru: 5341R003

Alena Kašajová

Ošetřovatelská kazuistika u pacientky s hematurií

The Nursing Case Study of a Patient with Haematuria

Bakalářská závěrečná práce

Vedoucí závěrečné práce:

PhDr. Pavla Pavlíková

Praha : 12.03.2009

Čestné prohlášení

Prohlašuji tímto, že jsem závěrečnou bakalářskou práci vypracovala samostatně.
Všechny použité informační zdroje jsem uvedla.

V Praze dne : 12.3.2009

Alena Kašajová

Poděkování

Děkuji PhDr. Pavle Pavlíkové za odborné vedení závěrečné bakalářské práce, za projevenou ochotu a laskavost, kterou mně při konzultacích věnovala.

V Praze dne : 12.3.2009

Alena Kašajová

Obsah	Strana
A. Úvod	4
B. Klinická část	6
1. CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ	6
1.1 Hematurie	6
1.2 Cystická onemocnění ledvin	8
1.3 Infekce močových cest	9
1.4 Cystitis	10
2. ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE	14
2.1 Identifikační údaje	14
3. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZA	15
3.1 Lékařská anamnéza	15
3.2 Lékařská diagnóza	17
4. DIAGNOSTICKO – TERAPEUTICKÁ PÉČE	18
4.1 Přehled provedených vyšetření	18
4.2 Přehled terapie	25
4.3 Stručný průběh hospitalizace	30
C. Ošetrovatelská část	31
1.OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A SOUČASNÝ STAV PACIENTKY	31
1.1 Subjektivní náhled nemocné na nemoc a hospitalizaci	31
1.2 Hodnocení sestrou	31
1.3 Základní fyziologické potřeby	31
1.4 Psychosociální potřeby	34
2. PŘEHLED OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	35
3. PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	36
4. EDUKACE	46
5. OŠETŘOVATELSKÝ ZÁVĚR A OŠETŘOVATELSKÁ PROGNÓZA	48
D. Použitá literatura, zdroje informací	49
E. Seznam příloh	50

A. Úvod

Pracuji jako staniční sestra na Oddělení dětské chirurgie a traumatologie v Praze, a to od srpna roku 2005. K vypracování ošetřovatelské kazuistiky jsem si vybrala pacientku, která byla hospitalizovaná na oddělení dětské chirurgie pro dysurické obtíže s makroskopickou hematurií. Jednalo se o sedmnáctiletou dívku, která svoje zdravotní potíže chápala jako velmi nepříjemné a zpočátku se i poněkud negativisticky chovala. Pacientku jsem pro svoji závěrečnou práci zvolila z několika důvodů. Dívka mě zaujala svým postojem ke svému onemocnění i k nutné hospitalizaci a svojí ochotou ke spolupráci. To mezi malými pacienty dětského chirurgického oddělení není zcela běžné. K výběru pacientky přispěly i moje zkušenosti endoskopické urologické sestry ze dvou pracovišť mého dřívějšího působení - dětské urologie ve FN Brno a dospělé urologie ve FN Bulovka v Praze. I dnes se na svém pracovišti na Oddělení dětské chirurgie a traumatologie o urologické pacienty zajímám, často je připravuji a doprovázím na vyšetření, snažím se zkušenosti předávat svým kolegyním.

Do urologické ambulance i k hospitalizaci na oddělení dětské chirurgie přichází děti s infekcí močových cest poměrně často. A také u mojí vybrané pacientky se makroskopická hematurie při vyšetření prokázala jako jeden z příznaků zánětu dolních cest močových.

Dospívající dívka i její matka souhlasily se zpracováním kazuistiky za účelem závěrečné bakalářské práce.

Infekce močových cest (IMC) patří v dětském věku mezi nejčastější onemocnění. V pediatrické literatuře se opakovaně uvádí, že se po zánětlivých onemocněních horního a dolního respiračního traktu jedná o druhé nejčastější onemocnění u dětí vůbec. Ve většině případů IMC v akutním průběhu neohrožuje dítě na životě a ani výskyt pozdních následků není vzhledem k incidenci onemocnění tak závažný. Přesto představuje IMC všude na světě závažný pediatrický problém – svými příznaky obtěžuje dětského pacienta, zneklidňuje rodiče, a v některých případech přece jen ohrožuje pacienta svými pozdními následky. Péče o pacienta s recidivující nebo chronickou IMC představuje opakované návštěvy rodičů s dítětem ve zdravotnickém zařízení, řadu diagnostických procedur, které mohou být i invazivní - rentgenová a izotopová vyšetření s rizikem radiace, dlouhodobá chemoprolaxe s rizikem vedlejších účinků léků. Děti mohou být na podkladě diagnózy vyřazeny z různých

aktivit a později mohou mít omezen i výběr povolání. Zanedbatelné nejsou ani finanční náklady spojené s péčí o děti s touto diagnózou.(3)

B. Klinická část

1. CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

1.1 Hematurie

Hematurie je definována jako zvýšený počet červených krvinek v moči. Při mikroskopické hematurii je barva moči nenápadná, při makroskopické hematurii je moč tmavočervené, červené nebo tmavohnědé barvy (uvádí se přirovnání k vodě po vyprání masa, při významné hematurii se uvádí i přirovnání „ coke- coloured urine“ – moč jako coca–cola).

Mikroskopická hematurie je u dětí poměrně častým nálezem a často je zachycena náhodně při preventivním vyšetření. V některých případech je možné příčinu hematurie odhalit snadno jednoduchým vyšetřením, jindy se příčina prokazuje velmi obtížně. J. Dušek uvádí Galvestonovu studii, zahrnující téměř 12 000 školních dětí. Tato studie zjistila zvýšený počet erytrocytů v moči nejméně v jednom ze 4 vzorků u 4 % dětí. (2)

Prevalence hematurie u školních dětí se udává od 0,5 % do 1 % (dívky 1 %, chlapci 0,5 %). Je zřejmé, že při tak vysoké frekvenci izolované mikroskopické hematurie je prognóza dětí většinou dobrá, ale u některých může být příznakem závažného onemocnění uropoetického traktu. Různá onemocnění ledvin se mohou projevovat stejným nálezem v moči. Například akutní glomerulonefritida, IgA – nefropatie nebo hemoragická cystitida se mohou manifestovat jako makroskopická hematurie. Mikroskopická hematurie může být přítomna u benigní familiární hematurie, u nefrotického syndromu s minimálními změnami, ale i u Alportova syndromu, což je nejvýznamnější zástupce hereditárních glomerulopatií; jedná se o progresivní nefropatii, která u mužských pacientů progreduje do stadia chronické renální insuficience, většinou až v dospělém věku. (2)

Stejně jako u jiných nefropatií můžeme příčiny hematurie rozdělit na prerenální, renální a postrenální. Prerenálními příčinami jsou všechny stavy, při kterých je uropoetický systém zcela v pořádku a příčina hematurie je mimo ledviny a vývodné močové cesty. Nejčastější **prerenální příčinou hematurie** jsou koagulační poruchy způsobené:

- nedostatkem koagulačních faktorů, např. hemofilie;

- snížením počtu krevních destiček či poruchou jejich funkce (trombocytopenie, trombastenie), např. idiopatická trombocytopenická purpura a další;
- po léčích, např. dikumarolové preparáty (Pelentan), kyselina sulfosalicylová (Acylpyrin)

Renální příčiny hematurie jsou častější než prerenální a je možné je rozdělit do několika skupin. Glomerulární hematurie se vyskytuje u akutní glomerulonefritidy, IgA-nefropatie (Bergerova nefritida), chronické glomerulonefritidy (mezangiálně – proliferativní, membranózní, fokálně – segmentální atd.), glomerulonefritida při systémových onemocněních (systémový lupus erythematoses, anafylaktoidní purpura atd.), rychle progredující glomerulonefritida, hereditární nefritidy (Alportův syndrom, benigní familiární hematurie, familiární glomerulonefritidy), fokálně – segmentální glomeruloskleróza, lipoidní nefróza.

Až u 20 % dětí s lipoidní nefrózou je přítomna mikroskopická hematurie a nemusí znamenat horší prognózu nemoci. J.Dušek uvádí, že u dětí s hematurií byla nalezena glomerulární hematurie až u 75 % dětí. (2)

Neglomerulární hematurie se vyskytuje u postižení tubulů a intersticia ledvin, například u infekce močových cest, metabolického postižení ledvin (hyperurikémie, zvýšené vylučování oxalátů a vápníku, nefrokalcinóza), u tubulointersticiální nefritidy, při analgetické neuropatii a akutní tubulární nekróze. Neglomerulární hematurie může vzniknout i na podkladě cévních hemodynamických poruch přímo v ledvině, jako např. při trombóze renální žíly, cévních malformacích (hemangiom, aneurysma, arteriovenózní píštěl). Další příčinou této hematurie jsou tumory ledvin – Wilmsův tumor, angiomyom, karcinom. Neglomerulární hematurii také způsobují vrozené vady ledvin – cystická onemocnění ledvin, izolované cysty, ale i urolitiáza, hydronefróza, trauma.

Postrenální příčiny hematurie jsou způsobeny patologickým procesem postihujícím močové cesty (ureter, močový měchýř, uretra), jako např. bakteriální záněty (hemoragická cystitida), obstrukce močových cest samotné nebo spojené s dilatací, urolitiáza a úrazy močových cest. Některé léky, resp. jejich degradační produkty, mohou podrážděním sliznice dutého systému vyvolat mikroskopickou nebo makroskopickou hematurii (cyclophosphamid).

Hematurie může být projevem velkého počtu onemocnění ledvin a močových cest. U jednoho dítěte může být hematurie příznakem benigního onemocnění, u jiného je projevem onemocnění, které je ohrožuje na životě, proto je třeba její příčinu osvětlit.

Rozsah a rychlost vyšetření záleží na stupni a charakteru hematurie a na dalších faktorech. (2)

Vzhledem k tomu, že pro zpracování ošetrovatelské části jsem si zvolila dívku s diagnózami haematuria macroscopica, cystis corticalis renis, cystitis acuta, recidivující infekce močových cest, pojednám v následujícím textu o dalších zmíněných diagnózách.

1.2 Cystická onemocnění ledvin

Cystická onemocnění ledvin (CL) jsou charakterizována vznikem solitárních nebo mnohočetných cyst v ledvinách. Jejich nebezpečí tkví v útlaku okolního parenchymu, jež vede k jeho destrukci a zániku. Nejčastější komplikací cystických onemocnění je infekce a hematurie. Z hlediska diagnostického jsou cysty ledvin expanzivními procesy, které je nutné odlišit od pravých tumorů. Existují však také cystické nádory.

Etiologie:

Za hlavní příčinu vzniku cyst se pokládá méněcennost některých tubulárních buněk. Pro část cyst ledvin je typický familiární výskyt. Cysty ledvin mohou být součástí cystického postižení i jiných orgánů.

Klasifikace:

Modifikovaná klasifikace podle Bernsteina – Gardnera nejlépe vyhovuje v klinice: korové solitární cysty, korové mnohočetné cysty, polycystické ledviny dospělých, polycystóza u dětí, renální multicystická dysplazie, dřevňová houbovitá ledvina („sponge kidney“) a extraparenchymové cysty ledvin. (1)

Korové solitární cysty

Korové solitární cysty jsou obvykle jednostranné, mohou být mnohohložiskové. Liší se od polycystických ledvin z histologického i klinického hlediska. Při pólové lokalizaci mohou dislokovat nebo komprimovat ureter a vést ke vzniku hydronefrózy.

Klinický obraz:

Klinicky se projevují jen objemnější cysty, většinou intermitentní neuralgií a gastrointestinálními obtížemi svádějícími k ulcerózní nebo biliární etiologii. Při sekundární infekci se objevují vedle teplot nevolnost, silné bolesti v boku, mikroskopická nebo makroskopická hematurie. (1)

Diagnostika:

Vyšetření moči, ultrasonografie ledvin, intravenózní vylučovací urografie, která ozřejmí deformace dutého systému, CT pro odlišení tumoru, renální arteriografie před resekci ledviny.

Terapie:

Většina nevyžaduje žádnou. Metodou léčby je perkutánní punkce a instilace absolutního alkoholu, resekce renálního pólu s cystou. Moderním způsobem je jejich perkutánní otevření, odstranění části stěny cysty a elektrokoagulace výstelky. (1)

1.3 Infekce močových cest

Infekcí močových cest (IMC) nebo také uroinfekcí rozumíme onemocnění charakterizovaná přítomností bakterií (bakteriurie) a zánětlivých buněk (pyurie) v moči, provázená klinickými příznaky.

Podle vyvolávající příčiny je dělíme na bakteriální, virové, parazitární a způsobené houbami (kvasinkami). Na základě přítomnosti či nepřítomnosti typických histopatologických změn dělíme infekce močových cest na nespecifické a specifické. (1)

Infekce močových cest patří v dětském věku mezi nejčastější onemocnění. Nejčastějšími vyvolavateli IMC jsou u dětí, stejně jako u dospělých, gramnegativní mikroorganismy. Podíl jednotlivých mikrobů se liší dle klinického obrazu, je rozdílný u akutních respektive recidivujících a chronických IMC, roli hraje i věk pacienta. Rezistentní kmeny se vyskytují u dětí s významnými poruchami odtoku moči na funkčním či anatomickém podkladě (neurogení, resp. dysfunkční močový měchýř, u dětí se spina bifida, vezikoureterální reflux, hydronefróza atd.).

Bakterie se do močových cest dostávají nejčastěji ascendentní cestou – močovou trubicí do močového měchýře, přes močovody pak do pánvičky a ledvinného parenchymu. Okolí ústí močové roury je u dětí běžně osídleno gramnegativními i grampozitivními mikroby, které mohou být přítomny i v distálních partiích uretry, za normálních okolností však nikoliv v její proximální části a močovém měchýři. U pacientek s recidivující IMC se prokázalo, že denzita bakterií v okolí zevního ústí uretry je významně vyšší než u žen, které netrpí IMC. Již brzy po narození jsou přítomny v periuretrální oblasti aerobní i anaerobní mikroorganismy. U děvčátek

převládají v kojeneckém věku enterobakterie a enterokoky, u chlapců je vyšší podíl kmene *Proteus species*. Densita periuretrálního osídlení je vyšší v nízkých věkových skupinách, to je jeden z důvodů, proč je IMC tak častá u kojenců a batolat. Není pochyb o tom, že se na tomto faktu podílí i inkontinence moči a stolice, se stoupajícím věkem se počet mikrobů v okolí uretry snižuje. (3)

1.4 Cystitis

Pokud se mikroby dostanou až do měchýře, představuje pro ně moč kultivační médium a začnou se při teplotě 37°C rychle pomnožovat.

Důvody průniku bakterií z oblasti zevního ústí uretry do měchýře jsou různé. Nejčastěji je to porucha normální funkce močového měchýře ve smyslu dokonalého vyprazdňování. Přerušované močení (typické pro tzv. dysfunkční močový měchýř) je jedním z důvodů ascenze mikrobů. Tato funkční porucha má za následek turbulentní proudění v distální uretře, které vede k „nasávání“ moči z této oblasti (kde jsou přirozeně přítomny mikroby) do močového měchýře. Nedokonalé vyprázdnění močového měchýře na podkladě funkční poruchy představuje rizikový faktor – mikroby se pak v měchýři mohou pomnožovat a chybí ten nejjednodušší způsob, jak se jich může s odcházející močí organismus zbavit. Hypotonie svalstva močového měchýře může u dětí vést k významnému poklesu mikcí během 24 hodin a opět zvyšuje riziko pomnožení mikrobů přímo v měchýři. V anamnéze dětí s chronickou IMC se častěji vyskytují i poruchy vyprazdňování stolice (častá obstipace), které mohou ovšem být v souvislosti s poruchou svalstva měchýře.

Začátek sexuální aktivity adolescentů zvyšuje rizika vzestupu infekce, jsou známy termíny „honeymoon cystitis“ tzv. líbánková cystitida. Pro běžnou pediatriickou praxi má v diferenciální diagnostice význam tzv. vezikovaginální influx (reflux), který není v dětském věku nijak vyjimečný.

Toto vše platí samozřejmě především v případě krátké ženské uretry a má jen malý význam u chlapců, resp. mužů, kde je uretra podstatně delší. Ale i u mužského pohlaví se mohou mikroby dostat až do měchýře. (3)

Klinický obraz cystitis u dětí

U kojenců a batolat s recidivující nebo chronickou infekcí močových cest se na podkladě anomálií uropoetického traktu vyskytují většinou zcela nespecifické příznaky: nechutenství, neprospívání, bledost; teploty u chronického průběhu již většinou nestojí v popředí.

Teprve děti starší než 2 roky většinou samy hlásí symptomy, které jsou typické pro cystitis, tj. dysurie, polakisurie, bolesti břicha nad symfýzou, podezřelý je pláč nebo patrný dyskomfort během močení. U starších dětí se vždy ptáme na počet mikcí v době potíží a v období bez symptomů. Ptáme se na enurézu primární i sekundární, způsob mikce (zda je plynulá, bez viditelného úsilí, nepřerušovaná, dítě samo neodkládá močení, i když je zřejmé, že močový měchýř je plný). Zjišťujeme, jak vypadá makroskopicky moč, zda je čirá, zkalená, obsahuje příměsi, krev, jestli nadměrně pění. Nesmí chybět informace o frekvenci vyprazdňování stolice a eventuelní přítomnosti parazitů. (3)

Diagnostika cystitis

Mikrobiologické vyšetření moče

Je stejně jako u dospělých základním vyšetřením. U dětí je důraz kladen především na zvláštnosti při odběru moči na kultivaci, jinak věk pacienta nemá v podstatě na mikrobiologickou diagnostiku žádný vliv.

Při infekci močových cest je obecně výhodné, když moč před mikcí je už delší dobu v močovém měchýři, kde je příležitost k pomnožení bakterií. Proto se např. doporučuje vyšetřovat ranní moč, která se shromažďovala delší dobu v měchýři. Požadavek delšího setrvání moči v měchýři nemůže být splněn u kojenců, batolat a u dětí s enuresis nocturna, protože močí často, respektive pomočují se. (3)

Fyzikální vyšetření

Vyšetření břicha se provádí se zaměřením na lokalizovanou citlivost, bolestivost v oblasti ledvin, nad měchýřem, v bederní krajině (Israeliho hmat, tapotement) a dále na možnou rezistenci.

Vyšetření sakrální krajiny: stigmata v sakrální krajině – drobné vklesliny, zvýšené ochlupení, lipomy, konfigurace dolních končetin.

Vyšetření zevního genitálu: u chlapců, zda lze stáhnout předkožku, známky balanitidy, lokalizace vyústění uretry – menší nebo větší hypospadie, charakter *meatus urethrae*, výtok z uretry, zarudnutí ústí.

U děvčat se zjišťuje výtok z vaginy, zarudnutí zevního genitálu, lokalizace uretrálního ústí, synechie labií.

Měření krevního tlaku odpovídající technikou klasickým rtuťovým tonometrem. (3)

Zobrazovací metody

Sonografické vyšetření uropoetického traktu

Musí být provedeno u každého dítěte s obrazem akutní pyelonefritidy a recidivující infekce močových cest. Vyšetření se zaměřením zejména na ledviny a močový měchýř.

Mikční cystoureografie (MCUG)

Představuje u dětí s IMC často základní vyšetření, které musí ale být standardizováno. Obvyklé je plnění močového měchýře kontrastní látkou zavedenou cévkou, láhev se sterilním roztokem kontrastní látky je umístěna cca 70 cm nad symfýzu dítěte ležícího na zádech na vyšetřovacím stole. Kontrastní látka se napouští do měchýře tak dlouho, až se vyrovná tlak a další tekutina už do cévky nenatéká. Hodnotí se především přítomnost vezikoureterálního refluxu (VUR) a jeho stupeň, velikost a náplň močového měchýře. MCUG je rovněž nepostradatelná pro posouzení průběhu a tvaru uretry. (3)

Diferenciální diagnostika mezi cystitidou a pyelonefritidou v pediatrické praxi

Rozlišení akutní cystitidy od akutní pyelonefritidy je u dětí zásadní a musí být provedeno rychle, léčba je totiž odlišná a každá hodina prodlení představuje u probíhající akutní pyelonefritidy riziko vzniku jizev v ledvinném parenchymu. Pro orientační zhodnocení v pediatrické praxi, včetně primární péče, se osvědčují tzv. Jodalova kritéria podle švédského pediatra Jodala:

Akutní pyelonefritida je pravděpodobná, když:

- dítě má teplotu vyšší než 38.5°C,
- FW vyšší než 25 mm za první hodinu,
- je přítomna leukocytóza s posunem doleva,
- v séru je zvýšeno CRP (3)

Léčba cystitis u dětí

Jedná se především o léčbu antibakteriální. Doporučení, jak léčit dítě s infekcí močových cest, vychází především z věkové kategorie a prvního klinického zhodnocení, zda se jedná o infekci dolních či horních močových cest.

Další léčebná opatření u cystitis

Léčba infekce dolních cest močových u dětí se neomezuje jen na antimikrobiální přípravky, ale patří sem i zajištění dostatečné diurézy, ta vyžaduje zvýšený příjem tekutin. Důležité jsou i častější mikce (rodiče dostávají za úkol vyplňovat tzv. mikční kartu), patří sem i léčebné cvičení břišních svalů a pánevního dna. Protože pediatri ošetřují dnes i adolescenty ve věku do 18 let, je třeba upozorňovat, že opakované IMC mohou být spojeny i se sexuálně přenosnými infekcemi a adolescenti by měli být v tomto smyslu i vyšetřeni. Řada děvčat po 15. roce věku dnes používá kontraceptiva, která mohou nepříznivě ovlivnit transport moči.

Zajímavá jsou sdělení o probiotických, jsou to mikroorganismy, které osídlují člověka a jejich přítomnost je pro zdraví výhodná. Donedávna bylo věnováno přítomnosti těchto mikroorganismů (laktobacily, bifidní flóra) v okolí zevního ústí uretry u pacientů s recidivujícími infekcemi močových cest (respektive cystitidami) málo pozornosti. Objevují se ale údaje, že tato probiotická flóra má důležitou roli v prevenci opakovaných infekcí močových cest. (3)

Ošetrovatelská péče

Cíle:

- ulevit nemocnému od potíží,
- předcházet komplikacím z dalšího poškození,
- pečlivě sledovat vyprazdňování a další fyziologické funkce,
- zajistit uspokojení základních potřeb nemocného,
- dostatečně nemocného informovat o předcházení zánětlivým onemocněním a o vlastním onemocnění. (4)

2. ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

2.1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení:	M.M.
Věk:	17 let
Pojišťovna:	207
Povolání :	studentka střední školy
Vzdělání:	základní, neukončené střední
Rodinný stav:	svobodná
Bydliště :	Praha 8
Telefon:	mobilní telefon
Kontaktní osoba :	matka I.M.
Datum přijetí:	07.10.2008
Doba mého ošetřování:	07.10. - 10.10.2008

3. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZA

3.1 Lékařská anamnéza

Osobní anamnéza :

Dispenzarizace : urologická ambulance Oddělení dětské chirurgie a traumatologie
duben 2005 – květen 2007

Operace : 0

Úrazy: 0

Transfúze: 0

Běžné dětské choroby : varicellu neprodělala

Jiná onemocnění : vážněji nestonala, 2x ataka cystitis

Očkování: řádně dle očkovacího kalendáře, navíc proti klíšťové encefalitidě
a meningokokové infekci

V dubnu 2005 přišla do akutní ambulance s bolestmi břicha, bolestmi hlavy, zvýšenou teplotou a zvracením. Byla provedena vyšetření k vyloučení náhlé příhody břišní. Součástí celkového vyšetření u dívky bylo i sonografické vyšetření, které odhalilo parenchymovou cystu pravé ledviny.

Po kompletním urologickém vyšetření v květnu 2005 byly u dívky stanoveny diagnózy :
Status post colicam abdominalem

Cystis renis lateris dextrae parapelvica

Cystitis regionis trigoni, paratrigoalis et colli vesicae urinarie gravis

Hypertrophia trabecularis vesicae urinarie diffusa levis

Vulvovaginitis verissimiliter.

Pacientka absolvovala terapii a další kontrolní vyšetření – sonografie (září 2005) a CT (říjen 2005) - kdy byla potvrzena stacionární korová cysta pravé ledviny s kalcifikacemi ve stěně cysty; kontrolní cystoskopie (říjen 2005) se závěrem svědčícím pro výrazné zlepšení stavu: cystitis chronica granularis regionis baseos trigoni.

Poslední kontrolní sonografie byla u pacientky provedena v roce 2007.

Alergologická anamnéza :

Suspektní potravinové alergie (opakovaně exantém po nejasném, pravděpodobně potravinovém, spouštěči), alergologem nevyšetřena.

Farmakologická anamnéza :

Hormonální antikoncepce – Chloe tablety.

Luivac 1 tableta 1x denně.

Rodinná anamnéza :

Matka zdravá, otec hypertenze.

Sourozenci: syn otce – 25 let, zdrav

V rodině se vyskytly : matka otce infarkt myokardu před 50. rokem,

otec matky karcinom prostaty, matka matky karcinom prsu,

jiné závažnější choroby v rodinné anamnéze nejsou.

Gynekologická anamnéza:

Nyní hormonální antikoncepce, menstruace pravidelná, toho času menstruaci nemá.

Sociální anamnéza :

Dívka bydlí s rodiči v třípokojovém bytě 1.kategorie, má svůj pokoj, nevlastní dospělý bratr (syn otce) s touto rodinou nežije, dívka studuje 3. ročník gymnázia, má dobré studijní výsledky, doma ani ve škole nemá problémy, doma nechovají žádné domácí zvíře.

Nynější onemocnění:

Do urologické ambulance Oddělení dětské chirurgie a traumatologie se pacientka dostavila 23.9.2008 pro těžké dysurické potíže při recidivě infekce močových cest a současné recidivě vulvovaginitidy. Nasazena léčba Nizoral (1 tableta denně) a dle citlivosti od 26.9.2008 přidána antibiotika – Amoksiklav tablety (1g po 12 hodinách). 4.října 2008 pacientka ukončila užívání Amoksiklavu a 8.října měla přijít do urologické ambulance na plánovanou kontrolu.

U pacientky však za dva dny po ukončení léčby antibiotiky došlo k recidivě dysurických potíží, a když se odpoledne druhého dne obtíží objevila makroskopická hematurie, dívka se dostavila v doprovodu své matky do akutní ambulance Oddělení dětské chirurgie a traumatologie.

Nauseu neudávala, nezvracela, stolici měla pravidelnou, v normě, bez patologických příměsí.

Renální kolika vyloučena.

Poslední menstruaci měla před 18-ti dny, užívá hormonální antikoncepci .

Status: dysurie, bolest v oblasti ústí uretry, makroskopická hematurie.

Vzhledem ke klinickému nálezu byla pacientka přijata k dovyšetření a observaci na lůžkové oddělení.

3.2 Lékařská diagnóza

Cystitis acuta regionis trigoni recidivans. Haematuria macroscopica.

Cystis corticalis renis lateris dextrae cum calcificationem.

Recidivující infekce močových cest.

Vulvovaginitis recidivans acuta exacerbans.

4. DIAGNOSTICKO – TERAPEUTICKÁ PÉČE

4.1 Přehled provedených vyšetření

- Fyzikální vyšetření

Objektivní nález při přijetí:

Váha: 65 kg, výška: 176 cm,

TK: 128/72 mmHg, Tep: 89/min., Dech: 12/min., Teplota: 36,4°C

Pacientka je při vědomí, je orientovaná, spolupracuje.

Neurologicky orientačně bez patologického nálezu, ameningeální.

Stav výživy – eutrofická, BMI = 21

Kostra, svalstvo bez deformit, kůže čistá.

Páteř, končetiny – bez deformit, plně funkční.

Hlava:

mesocefalická, bez deformit, poklep nebolestivý, nekřaplavý, zornice izokorické, na osvit a konvergenci reagují, nystagmus : 0

rty prokrvené, lehce oschlé, dutina ústní bez patologického nálezu, chrup zdrav, jazyk lehce povleklý, hrdlo klidné, tonzily nezvětšeny, nos bez sekrece, uši čisté, bez sekrece ze zvukovodů

Krk:

volně pohyblivý, lymfatické uzliny nezvětšené, nebolestivé, tyreoida nezvětšena.

Hrudník:

bez deformit, dýchání oboustranně sklípkové, bez vedlejších fenoménů.

Srdce – akce pravidelná , 2 ohraničené ozvy.

Břicho:

v niveau, dýchá celé, měkké, prohmatné, bez rezistence, peritoneální známky: 0,

hepar a lien nezvětšeny; per rektum ampula volná, Douglas bez vyklenutí a infiltrátu, nebolestivý.

Genitál bez výtoku, klidný.

• **Fyziologické funkce**

Fyziologické funkce měřeny dle ordinace lékaře:

7.10.2008 po 4 hodinách

8.-9.10.2008 po 6 hodinách

10.10.2008 po 8 hodinách, po výkonu v CA měření po 20 min. po dobu 2 hodin

Naměřené hodnoty uvádím v tabulce č.1

Tabulka č. 1 Fyziologické funkce

<i>Datum</i>	<i>Čas</i>	<i>TK mmHg</i>	<i>P/ min.</i>	<i>TT°C</i>
7.10.2008	18,00	115/64	84	36,6
	22,00	120/65	86	36,4
	24,00	110/55	78	37,0 ↑
8.10.2008	4,00	105/55	65	36,8
	8,00	110/60	70	36,7
	12,00	115/60	70	36,6
	18,00	115/60	70	36,8
	24,00	113/55	65	36,7
9.10.2008	6,00	106/59	64	36,6
	12,00	118/64	68	36,7
	18,00	117/70	72	36,7
	24,00	112/64	68	36,7
10.10.2008	6,00	107/57	72	36,8
	10,40	110/70	60	36,7
	11,00	108/65	68	36,8
	11,20	110/68	70	36,8
	11,40	110/65	68	36,7
	12,00	108/68	70	36,7
	12,20	110/70	66	36,8
	12,40	107/66	65	36,9
	18,00	106/67	60	37,0 ↑

- **Bilance tekutin**

Tabulka č.2 Bilance tekutin

<i>Datum</i>	<i>Příjem intravenózně</i>	<i>Příjem perorálně</i>	<i>Příjem celkem</i>	<i>Výdej moči / specifická hmotnost</i>
<i>7.10.2008</i>	500 ml	250 ml	750 ml	680 ml, sp.hm. 1010
<i>8.10.2008</i>	1000 ml	1800 ml	2800 ml	2450 ml, sp.hm. 1011
<i>9.10.2008</i>	200 ml	2200 ml	2400 ml	2200 ml, sp.hm. 1009
<i>10.10.2008</i>	800 ml	1500 ml	2300 ml	1850 ml, sp.hm. 1006

- **Laboratorní vyšetření**

Hemokoagulační vyšetření

Tabulka č.3 Hemokoagulační vyšetření

	<i>7.10.2008</i>	<i>8.10.2008</i>	<i>Referenční hodnoty</i>
<i>Quickův test</i>	14,3 s	-	10,6 - 14,9 s
<i>QT INR</i>	1,15	-	0,80- 1,20
<i>APTT</i>	35,7 s	-	26,8 - 40,2 s
<i>APTT R</i>	1,06	-	0,80- 1,20
<i>Krvácivost</i>	-	2 min 00 sec	-

Hematologické vyšetření

Tabulka č.4 Hematologické vyšetření

	<i>7.10.2008</i>	<i>10.10.2008</i>	<i>Referenční hodnoty</i>
<i>Leukocyty</i>	16,0 x 10 ⁹ /l ↑	5,7 x 10 ⁹ /l	4,0 - 10,0 x 10 ⁹ /l
<i>Erytrocyty</i>	3,75x 10 ¹² /l ↓	3,61x10 ¹² /l ↓	4,20 - 5,40 x 10 ¹² /l
<i>Hemoglobin</i>	121,0 g/l	115,0 g/l	120,0 -160,0 g/l
<i>Hematokryt</i>	0,333 l/l ↓	0,335 l/l ↓	0,370-0,460 l/l
<i>Trombocyty</i>	219 x 10 ⁹ /l	216 x 10 ⁹ /l	140 – 440 x 10 ⁹ /l

FW – sedimentace

Tabulka č.5 FW

	<i>7.10.</i>	<i>10.10.</i>
<i>FW 1hod./2hod.</i>	16/20	18/26

Biochemické vyšetření krve

Tabulka č.6 Biochemické vyšetření krve

	<i>7.10.</i>	<i>10.10.</i>	<i>Referenční hodnoty</i>
<i>glykemie</i>	5,00 mmol/l	4,36	3,3 - 6,1 mmol/l
<i>natrium</i>	142,5 mmol/l	140,4	132 -149 mmol/l
<i>kalium</i>	3,77 mmol/l ↓	4,09	3,8 - 5,5 mmol/l
<i>chloridy</i>	110 mmol/l ↑	112 ↑	97 -108 mmol/l
<i>calcium</i>	-	2,33 mmol/l	2 - 2,75mmol/l
<i>urea</i>	4,04 mmol/l	2,70	2 - 7,5 mmol/l
<i>kreatinin</i>	88 μmol/l	78	35 -100 μmol/l
<i>bilirubin</i>	-	7 μmol/l	0 - 20 μmol/l
<i>kyselina močová</i>	201 μmol/l	169	120 -360 μmol/l
<i>CRP</i>	0,8 mg/l	11,2 ↑	0 - 8 mg/l
<i>celková bílkovina</i>	-	61 g/l ↓	65 - 80 g/l
<i>albumin</i>	-	37 g/l	32 - 45 g/l
<i>cholesterol</i>	-	4,33 mmol/l	0 - 5,2 mmol/l
<i>HDLC</i>	-	1,31 mmol/l ↓	1,6 - 3 mmol/l
<i>LDLC</i>	-	2,23 mmol/l	1 - 3,8 mmol/l
<i>triglyceridy</i>	-	1,52 mmol/l ↑	0 - 1,4 mmol/l

Biochemické vyšetření moče

Tabulka č.7 Biochemické vyšetření moče, vyšetření močového sedimentu

	7.10.	8.10.	9.10.cévkovaná	10.10.cévkovaná
Chemicky:				
<i>bílkovina</i>	3	3	2	negat.
<i>krev</i>	4	4	3	negat.
<i>leukocyty</i>	500/ μ L	500/ μ L	500/ μ L	25/ μ L
<i>pH</i>	6.0	5,5	6,0	5.5
<i>hustota</i>	-	-	1.008	1.011
Močový sediment:				
<i>erytrocyty</i>	4 a.j. 12990/ μ L	4 a.j. 822/ μ L	2 a.j. 113/ μ L	0 a.j. 6/ μ L
<i>leukocyty</i>	-	4 a.j. 5113/ μ L	4 a.j. 1707/ μ L	1 a.j. 34/ μ L
<i>bakterie</i>	-	3 a.j.	2 a.j.	-
<i>epitelie</i>	-	-	0 a.j. 2/ μ L	0 a.j. 2/ μ L
<i>hlen</i>	-	1 a.j.	-	1 a.j.

Tabulka č.8 Biochemické vyšetření sbírané moče za 24 hodin a vzorku séra

	10.10.	Referenční hodnoty
Clearence kreatininu	1,134 ml/s ↓	1,5 – 2,3 ml/s

Mikrobiologické vyšetření

Tabulka č.9 Mikrobiologické vyšetření moče

	8.10.	9.10. cévkovaná	10.10.cévkovaná
Primokultivace	Escherichia coli	E.coli	sterilní
Pomnožení	-	-	sterilní
Kultivace na plísňe a kvasinky	negativní	negativní	negativní

Antibiogram: u všech vzorků jsou Escherichia coli citlivá na všechna testovaná antibiotika.

Tabulka č.10 Mikrobiologické vyšetření vaginálního fluóru

	10.10.
Primokultivace	sterilní
Kultivace na GO	negativní
Kultivace na plísňe a kvasinky	negativní

• **Ostatní vyšetření**

8.10.2008 Sonografie ledvin a močového měchýře

Pravá ledvina : 108x44x44 mm , parenchym šíře 14 mm

Levá ledvina: 111x48x51 mm , parenchym šíře 15 mm

Závěr:

Korová cysta pravé ledviny o velikosti 18x12 mm se dvěma okrsky kalcifikací v její stěně, větší o velikosti 6x3 mm, menší do velikosti 3 mm, ostatní nález přiměřený věku, močový měchýř bez postmikčního rezidua.

9.10.2008 Mikční cystouretrografie

Po aplikaci 260 ml kontrastní látky se naplnil močový měchýř, který je obvyklého tvaru, hladkých kontur. Známky aktivního ani pasivního refluxu nejsou patrné. Po mikci se měchýř zcela vyprázdnil.

9.10.2008 Konzilium : pediatrické předoperační vyšetření

Závěr:

Dívka kardio-pulmonálně kompenzovaná, bez známek respiračního infektu, schopna výkonu v celkové anestezii.

10.10.2008 Cystouretroskopie a kalibrace uretry

Vyšetření bylo provedeno v celkové anestezii.

Kalibrace uretry:

Na zevním i vnitřním ústí uretry volně pro Ch 26.

Závěr:

Normální kalibrační nález vzhledem k věku.

Velký zející introitus vaginae, okrouhlý, s rozeklanými a zarudlými slizničními okraji.

Cystoskopie:

Cystoskop Ch 14, jímavost močového měchýře 400 ml. Sliznice hladká, lesklá, růžová. Jemná trabekulární hypertrofie stěny difúzně, s ložisky překrvení. Trigonum větší, symetrické, se známkami chronické granulační cystitidy na celém trigonu i paratrigonálně. Ústí obou ureterů na vyvýšených rozích trigona, vpravo šikmé štěrbinovité s cirkulárním slizničním valem, vlevo tvaru stadionu s hlubokou zející štěrbinou, jejíž okraje jsou zduřelé a překrvené. Obě ústí jsou domykavá, jen s občasnou kontrakcí. Při basi trigona a v hrdle výrazné překrvení jako známka akutní recidivy zánětu.

Závěr:

Cystitis chronica granularis regionis trigoni et paratrigoalis, baseos trigoni et colli vesicae urinarie acute exacerbans;

Hypertrophia trabecularis vesicae urinarie diffusa

Ložisko čerstvého krvácení nenalezeno ani v močovém měchýři ani v uretře.

4.2 Přehled terapie

- Léky aplikované per os

Tabulka č.11 Léky aplikované per os

<i>Název léku</i>	<i>Generický název</i>	<i>Den podání léku</i>	<i>Dávkování Čas podání</i>	<i>Indikační skupina</i>	<i>Nežádoucí účinky</i>
<i>Aescin</i>	α - aescinum	8.10.2008 9.-10.10.	1cps.á6hod. v 6-12-18-24 1cps.á12hod. v 6-18 hod.	Antiflogistikum, veno farmakum	Nevolnost, tachykardie, návaly horka, alergické kožní reakce
<i>Buscopan</i>	Butylscopolamini bromidum	8.10.2008 9.10. 10.10.	1cps.á6hod. v 6-12-18-24 1cps.á8hod. v 8-16-24 1cps.á12hod. v 6-12 hod.	Spasmolytikum	Sucho v ústech, zrychlená nepravidel. akce srdeční, poruchy akomodace
<i>Algifen 500 mg</i>	Metamizolum natrium monohydricum	8.-9.10. 10.10.	1tbl.á8hod. v 6-14-22 1tbl.á12hod. v 6-18 hod.	Spasmolytikum, analgetikum	Poruchy krvetořby ospalost, závratě, nauzea
<i>Nizoral</i>	Ketoconazolum	8.-10.10.	1tbl.denně ve12 hod.	Antimykotické antibiotikum	Nauzea, zvracení, průjem,

<i>Luivac</i>	Lysatum bacteriale mixtum	8.-10.10.	1tbl.denně v 9 hod.	Imunomodulans	Vyjímečně lehké nevolnosti
<i>Diazepam</i> 5 mg	Diazepamum (benzodiazepin)	10.10.	2tbl. v 9 hod.	Anxiolytikum (součást premedikace)	Únava, spavost, poruchy chování, halucinace

• Léky aplikované intramuskulárně

Tabulka č. 12 Léky aplikované intramuskulárně

<i>Název léku</i>	<i>Generický název</i>	<i>Den podání léku</i>	<i>Dávkování Čas podání</i>	<i>Indikační skupina</i>	<i>Nežádoucí účinky</i>
<i>Kanavit</i>	Phytomenadionum Vitamín K ₁	7.10.2008 8.10.	1 ml á 6hod v 18-24hod. 1 ml v 6 hod.	Vitamín	Kožní alergické reakce
<i>Atropin 0,5 mg</i>	Atropini sulfas monohydricum	10.10.	1 ml v 9hod. součást premedikace	Parasympatiko- lytikum	Útlum sekrece slinných žláz, mydriáza, porucha akomodace, tachykardie bolesti hlavy, hypertermie
<i>Dolsin 50 mg</i>	Pethidini hydrochloridum	10.10.	1 ml v 9hod. součást premedikace	Analgetikum, anodynum	Závratě, sedace, nauzea, útlum dýchacího centra, hypotenze, zácpa, závislost

• Léky aplikované intravenózně

Tabulka č. 13 Léky aplikované intravenózně

<i>Název léku</i>	<i>Generický název</i>	<i>Den podání léku</i>	<i>Dávkování Čas podání</i>	<i>Indikační skupina</i>	<i>Nežádoucí účinky</i>
<i>Dicynone 250 mg</i>	Etamsylatum	7.10.2008 8.10.	2 ml á 6 hod. v 18-24 2 ml v 6 hod.	Antihemoragikum	Alergické kožní reakce, nauzea, průjem
<i>Ringerův roztok</i>	Roztok iontů Na,K,Ca,Cl	7.10.2008 10.10.	500 ml v 18-22 500 ml v 10-14	Infuzní roztok	×
<i>Plasmalyte</i>	Roztok iontů Na,K,Mg,Cl, acetát, glukonát	7.-8.10.	1000 ml v 22-08 hodin	Infuzní roztok	Zřídka alergické reakce, svědění, křeče
<i>Zinacef 750 mg</i>	Cefuroximum natrium	9.-10.10.	750mg. á 8 hod. v 6-14-22 hodin	Antibiotikum cefalosporinové řady	Kožní alergické projevy, přemnožení kvasinek
<i>Fyziologický roztok</i>	0,9 % roztok NaCl	9.-10.10.	100 ml á 8 hod. 6-14-22 (k aplikaci Zinacefu)	Infuzní roztok	×

- Léky aplikované per rektum

Tabulka č.14 Léky aplikované per rektum

<i>Název léku</i>	<i>Generický název</i>	<i>Den podání léku</i>	<i>Dávkování Čas podání</i>	<i>Indikační skupina</i>	<i>Nežádoucí účinky</i>
<i>Suppositorium glycerini</i>	Glycerolum	8.10.2008	2 čípky ve 13 hod.	Laxativum	Vyjímečně dráždění rekta, svědění
<i>Bisacodyl suppositorium</i>	Bisacodylum	8.10.	1 čípek ve 13 hod.	Laxativum	Při vyšších dávkách bolesti břicha, křeče
<i>Algifen suppositorium 1 g</i>	Metamizolum natrium monohydricum	10.10.	1 čípek v 10,40hod.	Spasmolytikum analgetikum	Kožní alergické reakce, poruchy zraku, ospalost, nevolnost, závratě

- Dietoterapie

7.10 2008 v den příjmu dietní omezení – čajová dieta (0/S)

8.10. zatížena stravou : tekutá až kašovitá dieta (0 – S/K)

9.10. dietní omezení z důvodu přípravy k vyšetření: kašovitá dieta (S/K)

10.10. dietní omezení z důvodu vyšetření v CA : ráno lačná (poslední pití ve 4 hod.), odpoledne čaj (za 3 hodiny po anestezii), večer piškoty

- Pohybový režim

Pacientka nemá nařízen klidový režim, naopak jí byla doporučena chůze. Pouze po podání premedikace a po vyšetření v celkové anestezii klid na lůžku.

4.3 Stručný průběh hospitalizace

Pacientka M.M. byla přijata na oddělení Dětské chirurgie a traumatologie dne 7.10.2008 ve večerních hodinách. Pacientka v minulosti již byla pro infekci dolních cest močových hospitalizovaná a léčená. Nyní došlo k recidivě zánětlivého onemocnění a po neúspěšné ambulantní léčbě a po skončení léčby antibiotiky vyhledala pacientka odbornou pomoc v akutní ambulanci dětské chirurgie pro silné dysurické obtíže a makroskopickou hematurii.

Po přijetí pacientky na lůžkové oddělení byla dívka poučena o režimu na oddělení a o léčebném režimu dle ordinace lékaře. Byla jí zavedena periferní žilní kanyla do žíly na hřbetu levé ruky, podávány infúze a ordinované léky, odebrány vzorky krve a moči k vyšetření. U pacientky byly měřeny fyziologické funkce, sledována bilance tekutin se zaměřením na množství a vzhled moči, bolestivost a četnost močení.

Druhého dne 8.10.2008 si do své péče přebral pacientku dětský urolog, který ordinoval další postupy, vyšetření a léčbu k odhalení a odstranění příčin dysurických obtíží s hematurii. Naplánoval vyšetření sonografie (8.10.2008), mikční cystouretrografie (9.10.2008) a cystoskopie s kalibrací uretry v celkové anestezii (10.10.2008).

9.10.2008 byla zahájena léčba antibiotiky na prokázanou kolibacilární infekci dolních cest močových.

Dívka hospitalizaci snášela docela dobře. Zpočátku příliš nekomunikovala a byla skleslá, ale spolupracovala velmi dobře. Informace i edukaci přijímala s pochopením, ošetrovatelským intervencím se nebránila. Její hospitalizace proběhla bez problémů a komplikací. Všechna vyšetření vyloučila závažnější onemocnění a potvrdila diagnózu redivující infekce dolních cest močových, cystitis.

Rodina pacientky také dobře spolupracovala, dívku navštěvovali její blízcí i přátelé, nejčastěji matka a kamarádka.

C. Ošetrovatelská část

1. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A SOUČASNÝ STAV PACIENTKY

1.1 Subjektivní náhled pacientky na nemoc a hospitalizaci

Pacientka má obavu z vývoje svého onemocnění, doufala, že po ambulantní léčbě dysurických potíží způsobených infekcí dolních cest močových, bude v pořádku a zdravá. Návrat obtíží a zejména viditelná příměs krve v moči dívku vystrašily a přiměly ji dostavit se do ambulance dětské chirurgie večer před dnem, na kdy měla plánovanou kontrolu na tomto pracovišti. Nepočítala však s tím, že bude přijata k hospitalizaci. Pacientka se obává, co bude následovat, jaká vyšetření a léčbu bude muset podstoupit. Vzpomíná na své minulé hospitalizace na tomto oddělení a na nepříjemná vyšetření.

1.2 Hodnocení sestrou

Pacientka M. byla přijata na naše oddělení pro dysurické obtíže a masivní hematurii po přeléčené infekci močových cest a její recidivě. Dívka byla zprvu trochu negativistická, zklamaná, že léčba její obtíže neodstranila. Hospitalizaci chápe jako nutnou nepříjemnost, bude muset podstoupit vyšetření a další léčbu, bude omezena léčebným režimem i režimem oddělení, zamešká ve škole a bude vytržena ze svého prostředí. Dívka je soběstačná, a protože je pravák, neomezuje ji v sebepěči nijak významně ani i.v. kanyla zavedená do hřbetu levé ruky ihned po přijetí na oddělení.

1.3 Základní fyziologické potřeby

Potřeba dýchání

Potíže s dýcháním pacientka neudává, dýchá volně, pravidelně, dechová frekvence 12 dechů za minutu, nemá žádné známky nachlazení, nekašle.

Potřeba hydratace

Pacientka nevykazuje známky dehydratace. Po přijetí na oddělení může pít čaj a má ordinovány infúze, 500 ml Ringerova roztoku na 4 hodiny, poté 1000 ml Plasmalytu na 10 hodin. Nemá nauzeu, ani nezvracela.

Dívka udává, že doma pije dostatečné množství tekutin, většinou neslazenou jemně perlivou vodu nebo minerálky, alkohol ani kávu nepije.

Potřeba výživy

Pacientka je dospívající dívka, která dbá o svůj vzhled, je sportovně založená a daří se jí udržovat štíhlou postavu, aniž by se trápila dietami. (BMI = 21). Podle jejích slov si v jídle dost vybírá, nejí všechno. V anamnéze udává podezření na potravinovou alergii, několikrát exantém, nezjistila dosud, po které potravině a u alergologa zatím vyšetřena nebyla. Chrup má zdravý, kompletní, sliznice dutiny ústní jsou růžové barvy, jazyk nepovleklý.

Po přijetí na oddělení má pacientka dietní omezení, první den (večer 7.10.2008) jen dieta čajová 0/S.

Vyprazdňování moče a stolice

Vyprazdňování moče

Pacientka byla přijata k vyšetření a léčbě dysurických obtíží, má tedy problémy při vyprazdňování moče. Při močení cítí pacientka silné řezání a bolest v oblasti ústí uretry, má opakované nucení na močení, a když se ještě přidala makroskopická hematurie, vystrašená dívka vyhledala pomoc na ambulanci našeho oddělení.

U pacientky se sleduje diuréza, a protože pro masivní hematurii bylo vysloveno lékařem podezření na urolitiázu, musí dívka močit přes sítko k záchytu eventuálně vymočeného konkrementu. Současně jí byla naordinována spasmolytika, analgetika (Algifen, Buscopan) a venofarmaka, antiflogistika (Aescin). Pacientka vzhledem k příjmu tekutin močí dostatečně.

Vyprazdňování stolice

Stolici má pravidelně, neudává zácpu ani průjmy, či patologické příměsi. Poslední stolice byla ráno v den příjmu (7.10.2008)

Potřeba tělesné a duševní aktivity

Dívka je sportovně založená, studuje střední školu, ve škole nemá problémy, učí se dobře. Ráda čte, občas jde do kina nebo do divadla se svým přítelem či kamarádkou. Po maturitě plánuje studium na vysoké škole, a to buď přírodní vědy nebo archeologii. Na začátku hospitalizace je pacientka spíše skleslá, příliš aktivity vzhledem k jejím obtížím, přípravě k vyšetření a léčebnému režimu nevykazuje. Je klidná, i když trochu vystrašená, první večer spíše pasivní, příliš nekomunikuje ani s ostatními dívkami na pokoji (ve čtyřlůžkovém pokoji jsou další dvě pacientky, obě jsou mladší).

Potřeba spánku a odpočinku

Pacientka doma potíže se spánkem nemá, v nemocnici tráví většinu času na lůžku, odpočívá. V noci ji ruší podávání léků, měření fyziologických funkcí a dění na pokoji či na oddělení. Vždycky ale znovu usne.

Potřeba být bez bolesti

Vzhledem k tomu, že pacientka byla přijata právě pro obtížné a bolestivé močení provázené hematurií, potřebu být bez bolesti pociťuje velmi intenzivně. Chce už být zase v pořádku, proto podstupuje vyšetření i léčbu s tímto vědomím a velmi dobře spolupracuje. Lékař dívce předepsal analgetika a další farmaka, která u pacientky pomohou k ústupu dysurických obtíží a bolesti.

Potřeba tělesné hygieny

Pacientka je dospívající dívka, která má již vypěstované hygienické návyky a potřebu být čistá a upravená. Protože není za hospitalizace omezena v pohybu, zvládá sebezpečí dobře, bez pomoci. Sprchuje se 2x denně, na WC si dojde.

Stav kůže

Pacientka má kůži čistou, bez vyrážek, bez jizev a bez jakýchkoliv projevů kožního onemocnění či zanedbání osobní hygieny.

Sexuální potřeby

Dospívající pacientka měla pohlavní styk, užívá hormonální antikoncepci, nyní právě prožívá rozchod se svým přítelem. Pravděpodobně je to další důvod její skleslosti.

1.4 Psychosociální potřeby

Potřeba zdraví

Souvisí s potřebou být bez bolesti. Dívka spolupracuje, chce už mít všechna vyšetření za sebou, doufá, že léčba bude úspěšná a ona bude moci být propuštěna z nemocnice. Trochu se ale obává, že se její potíže mohou zase v budoucnu vrátit. Má dojem, že tak silné obtíže ještě neměla, zejména tak masivní hematurii, i když v minulosti již zánětlivé onemocnění močových cest prodělala.

Potřeba bezpečí a pomoci

Pacientka chápe, že v nemocnici je proto, že pouze důkladné vyšetření a intenzivní léčba během hospitalizace jí pomůže zbavit se obtíží. Místem bezpečí je pro dívku domov a rodina, ale rozumí tomu, že odborné pomoci se jí dostane v nemocnici. Do ambulance se dostavila právě z důvodu potřeby pomoci .

Potřeba informací

Při příjmu byla pacientka i doprovázející matka lékařem informovaná o nutnosti hospitalizace, vyšetření příčin jejích obtíží i léčbě. Na oddělení byla dále informovaná o režimu na oddělení, o dietním omezení, o přípravě k vyšetření, o nutnosti sledování příjmu a výdeje tekutin (močení do sběrné nádoby), o nutnosti aplikace i.v. kanyly k podání infúzí a léků. S dívkou jsem mluvila klidně a sledovala jsem ji, zda mě dobře vnímá, protože byla vystrašená ze svého zdravotního stavu a trochu i neklidná z nutnosti hospitalizace, se kterou při návštěvě ambulance nepočítala. Matku jsem také uklidnila, že dostane každý den informace od lékaře a může denně dceru navštěvovat během návštěvních hodin na oddělení.

2. PŘEHLED OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Pořadí ošetřovatelských diagnóz jsem stanovila na základě vlastního uvážení podle časové posloupnosti jejich vzniku.

7.10.2008 *Aktuální ošetřovatelské diagnózy*

- Úzkost související s odloučením od rodiny a nutnou hospitalizací
- Strach z nového vzplanutí obtíží a viditelné hematurie
- Akutní bolest při močení z důvodu zánětlivého onemocnění

Potenciální ošetřovatelské diagnózy

- Riziko infekce z důvodu zavedení periferní žilní kanyly a intravenózní aplikace léků
- Riziko vzniku nevyrovnaného příjmu a výdeje tekutin

9.10.2008 *Aktuální ošetřovatelská diagnóza*

- Strach z vyšetření mikční cystoureografie a zavedení močového katetru

Potenciální ošetřovatelská diagnóza

- Riziko infekce z důvodu zavedení močového katetru
- Riziko časných komplikací z důvodu podávání antibiotik

10.10.2008 *Aktuální ošetřovatelská diagnóza:*

- Strach z vyšetření v celkové anestezii

Potenciální ošetřovatelské diagnózy:

- Riziko vzniku nevolnosti nebo zvracení po podání premedikace a po celkové anestezii
- Riziko infekce po vyšetření cystoskopem

3. PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

▪ *Úzkost související s odloučením od rodiny a nutnou hospitalizací*

Cíl: Pacientka si uvědomuje podstatu úzkosti.

Zmírnění eventuálně odstranění úzkosti.

Ošetrovatelské intervence:

- promluvit s pacientkou o její úzkosti
- informovat pacientku o výkonech
- seznámit pacientku s prostředím, provozem oddělení, s možností návštěv rodiny i přátel na oddělení
- vytvořit vstřícný a důvěryhodný vztah

Realizace:

Základní informace jsem dívce podala ve večerních hodinách v den přijetí. Ráno 8.10.2008 jsem znovu s pacientkou hovořila o její úzkosti, informovala jsem ji o výkonech. I když většinu informací dostala již večer a později i od noční sestry, ráno jsem dívku ještě seznámila s oddělením a jeho provozem a o možnosti návštěv jejích blízkých v návštěvní době, tedy od 14,30 do 17,30 hod. ve všedních dnech a od 13,00 do 20,00 hod. o víkendu. Ujistila jsem ji, že nebude od rodiny odloučena, že může kdykoliv použít svůj mobilní telefon ke spojení se svými blízkými a že její pobyt v nemocnici bude omezen jen na dobu nezbytnou pro vyšetření a léčbu jejích obtíží.

Hodnocení:

Vzhledem k tomu, že se jedná o dospívající rozumnou dívku, uvědomuje si podstatu úzkosti, cíl byl splněn 8.10.2008.

Pacientka chápe, že dál zůstane v kontaktu s rodinou po dobu nutné hospitalizace, je ráda, že si může u sebe ponechat mobilní telefon a těší se na návštěvy. Cíl byl splněn 9.10.2008, pacientka se zbavila své úzkosti a nadále snáší klidně hospitalizaci a dobře spolupracuje.

■ ***Strach z nového vzplanutí obtíží a viditelné hematurie***

Cíl: Zmírnění nebo odstranění strachu.

Ošetrovatelské intervence:

- hovořit s pacientkou o jejím strachu
- zajistit kontakt a rozhovor pacientky s lékařem o důvodu jejích obav
- zajistit odpoutávací techniky

Realizace:

Hovořila jsem s pacientkou o jejím strachu, o tom, jak ji vystrašila viditelná příměs krve v moči, jak se jí vrátily dysurické obtíže v krátké době po ukončení ambulantní léčby. Dívka měla strach, že se nevyлéčí, že krev v moči může znamenat závažnější onemocnění, než je infekce močových cest. Snažila jsem se dívku uklidnit a upozornila jsem lékaře, že pacientka by potřebovala mluvit o svých obavách i s ním. Lékař s dívkou promluvil po sonografickém vyšetření, kdy ji mohl uklidnit, nález korové cysty zůstává beze změn a ostatní nález je také v normě. Na lůžkovém oddělení dětské chirurgie pracují pedagogičtí pracovníci. Učitelé i vychovatelé s pacientkou M. pracovali během dopoledne, při školní výuce a výtvarných činnostech se docela dobře podařilo dívku odpoutat od jejích obav a strachu.

Hodnocení:

Dívka se trochu zklidnila ve svých obavách po příznivém výsledku sonografie, rozhovoru s lékařkou a se mnou, a také pomocí odpoutávacích technik, zejména výtvarných činností. Cíl byl 8.10.2008 splněn částečně, u pacientky došlo ke zmírnění jejího strachu a obav. Cíl byl splněn 10.10.2008, kdy ani cystoskopie neprokázala závažnější onemocnění, pacientka se zbavila strachu po ujištění, že bude brzy propuštěna do domácí péče.

■ *Akutní bolest při močení z důvodu zánětlivého onemocnění*

Cíl: Odstranění či zmírnění dysurických obtíží.

Ošetrovatelské intervence:

- sledovat příjem a výdej tekutin
- sledovat příměsi a barvu moči
- sledovat četnost močení a množství moči
- sledovat pálení, řezání a bolest při močení
- podávat analgetika a spasmolytika podle ordinace lékaře
- zajistit dostatečný příjem tekutin

Realizace:

Pacientku jsem poučila, že musí močit do sběrné nádoby, a to přes sítko, protože vzhledem k masivní hematurii u ní vzniklo podezření na přítomnost konkrementu v močových cestách. Vybízela jsem ji k dostatečnému příjmu tekutin, podávala jsem jí kromě čaje i doporučenou minerální vodu a příjem zapisovala do dokumentace.

Pacientka trpěla při příjmu bolestivým močením, řezáním a pálením. Založila jsem jí analgetický list, abychom mohly sledovat intenzitu jejich obtíží. Podle stupnice bolesti 0-10 uváděla pacientka silnou bolest na úrovni stupně 7. Každý následující den uváděla dívka ústup bolesti a spolu jsme tuto skutečnost zakreslily do stupnice bolesti analgetického listu, viz příloha č.3.

Podávala jsem analgetika a spasmolytika dle ordinace lékaře. Od třetího dne hospitalizace nasazena léčba antibiotiky cíleně dle vykultivovaného původce infekce; antibiotika jsem podávala pravidelně podle ordinace lékaře.

Hodnocení:

Cíl byl splněn částečně. I když po cílené léčbě a dostatečném příjmu tekutin obtíže pomalu ustupovaly, dalšími invazivními metodami (zavedení močového katetru při mikční cystourethrografii a vyšetření pomocí kalibrační sondy a cystoskopu) byly dolní cesty močové dále drážděny a ohrožovány infekcí. Po dobu mého ošetřování se pacientka zcela dysurických obtíží nezbavila, došlo u ní pouze ke zmírnění obtíží.
10.10.2008.

■ **Riziko infekce z důvodu zavedení periferní žilní kanyly a intravenózní aplikace léků**

Cíl: Minimalizovat riziko vzniku infekce.

Ošetrovatelské intervence :

- sledovat místa vpichu
- dodržovat aseptické postupy
- sledovat funkčnost, délku zavedení
- dbát na pravidelnou výměnu krytí, pomůcek
- informovat o počátečních příznacích infekce

Realizace :

Pacientce jsem za dodržení aseptických podmínek zavedla intravenózní kanylu (PŽK). Sledovala jsem (a v mé nepřítomnosti sestra ve službě) funkčnost PŽK, místo invazivního vstupu a při každé manipulaci (aplikace infúze a léků) jsme já i moje kolegyně dodržovaly aseptické postupy.

Hodnocení :

Cíl byl splněn 10.10.2008, pacientka nejevila známky infekce ze zavedené periferní žilní kanyly (PŽK) a intravenózního podávání léků. 10.10.2008 (4. den od zavedení) PŽK nebyla již plně funkční, proto byla noční sestrou zrušena a při ranních krevních odběrech zavedena nová i.v.kanyla do kubity levé horní končetiny.

■ **Riziko vzniku nevyrovnaného příjmu a výdeje tekutin**

Cíl: Pacientka má stabilizovaný objem tekutin.

Nenastane porucha hydratace.

Ošetrovatelské intervence:

- zajistit a nabízet příjem tekutin
- sledovat rovnováhu mezi příjmem a výdejem
- všimnout si změn fyziologických funkcí
- kontrolovat kožní turgor a stav sliznic
- sledovat otoky

Realizace:

Pacientka nevykazovala známky dehydratace. Po přijetí na oddělení mohla pít čaj a měla ordinovány infúze, 500 ml Ringerova roztoku na 4 hodiny, poté 1000 ml Plasmalytu na 10 hodin. Protože byla přijata na oddělení večer, vykapalo jí do půlnoci 1. dne hospitalizace 500 ml Ringerova roztoku a vypila 250 ml čaje. Do rána dokapaly infúze (Plasmalyte asi v 9 hodin) a vypila 500 ml čaje. Druhého dne dle ranní ordinace lékaře doporučené množství příjmu tekutin byly 3 litry, s nutností tento příjem sestrou sledovat a zapisovat do dekurzu. Pacientka měla tekutou dietu, dostala tedy ke snídani bílou kávu a k obědu a večeři polévku. Protože tekutiny přijímala perorální formou velmi dobře, nebylo již nutno doplňovat tekutiny infúzemi. Od třetího dne hospitalizace měla dívka naordinovaná antibiotika v i.v. formě, ta byla podávána ve 100 ml fyziologického roztoku, dostala tedy za 24 hodin 300 ml fyziolog. roztoku i.v. a měla doporučené množství příjmu tekutin perorálně 2,5 – 3 litry denně. V den, kdy dívka podstoupila vyšetření v celkové anestezii, mohla pít čaj do 6 hodin ráno (4 hodiny před anestezii), během anestezie aplikováno 500 ml Ringerova roztoku i.v. na 4 hodiny a za 2 hodiny po ukončení celkové anestezie mohla začít pít čaj. Pacientka neměla potíže s příjmem tekutin per os, nezvracela ani neměla po anestezii nauzeu, nebyla tedy nutná již další aplikace infúzních roztoků, kromě podání antibiotik. Pacientce jsem nabízela tekutiny, sledovala jsem rovnováhu mezi příjmem a výdejem tekutin, sledovala jsem, zda nedochází u pacientky ke změnám fyziologických funkcí, kontrolovala jsem, zda nedochází k výskytu otoků zejména na obličeji a končetinách a sledovala jsem kožní turgor a stav sliznic.

Hodnocení:

Pacientka nevykazovala známky poruchy hydratace, měla vyrovnaný a dostatečný příjem i výdej tekutin, měla stabilizovaný objem tekutin, cíl byl splněn 10.10.2008.

■ ***Strach z vyšetření mikční cystoureografie a zavedení močového katetru***

Cíl: Zmírnění nebo odstranění strachu z vyšetření a zavedení močového katetru.

Ošetřovatelské intervence:

- promluvit s pacientkou o jejím strachu a obavách
- vysvětlit pacientce postup při vyšetření a zavedení močového katetru

- přistupovat k pacientce vlídně a s porozuměním

Realizace:

Pacientka byla lékařem informována, že bude absolvovat vyšetření – mikční cystouretrafii, jejíž součástí bylo zavedení močového katetru z důvodu naplnění močového měchýře kontrastní látkou. Dívka při přípravě k vyšetření projevila obavy a strach. Promluvila jsem si s pacientkou o jejím strachu. Poučila jsem ji o průběhu vyšetření a snažila jsem se ji uklidnit. Vyšetření již v minulosti podstoupila a pamatuje si ho jako nepříjemné, zejména zavedení močového katetru. Dívku jsem ujistila, že její pocity chápu, ale už je zase o něco starší od posledního vyšetření, a když bude dobře spolupracovat, nepříjemnost výkonu bude minimální a zavedení katetru nebude bolestivé. Dívku jsem na vyšetření doprovodila, uklidňovala jsem ji a při výkonu jsem asistovala lékaři.

Hodnocení:

Pacientka absolvovala vyšetření i zavedení močového katetru navzdory počátečnímu strachu dobře. Byla klidná a velmi dobře spolupracovala. Cíl byl splněn 9.10.2008.

■ **Riziko infekce z důvodu zavedení močového katetru**

Cíl: Minimalizovat riziko vzniku infekce.

Ošetrovatelské intervence:

- dodržovat aseptické postupy
- podávat antibiotika podle ordinace lékaře

Realizace :

Při zavedení močového katetru při vyšetření – mikční cystouretrafii - jsem používala a podávala lékaři potřebný materiál sterilní a určený k jednomu použití, abych vyloučila možnost zanesení infekce do močových cest, použila jsem účinný a nedráždivý dezinfekční prostředek, dbala jsem na dodržení aseptických postupů. K aplikaci kontrastní látky do močového měchýře jsem použila sterilní fyziologický roztok a sterilní infúzní soupravu určenou k jednorázovému použití.

Antibiotika jsem podávala podle ordinace lékaře.

Hodnocení:

U pacientky se neprojevily nové známky infekce močových cest. Dysurické obtíže, pro které byla dívka hospitalizována, byly účinkem léčebného režimu a farmakoterapie již méně intenzivní. Cíl byl splněn 9.10.2008.

■ **Riziko časných komplikací z důvodu podávání antibiotik**

Cíl : Pacientka bude bez komplikací.

Včasně odhalení komplikací.

Ošetrovatelské intervence :

- sledovat fyziologické funkce, včetně stavu vědomí
- hodnotit subjektivní příznaky u pacientky
- hodnotit objektivní příznaky u pacientky

Realizace :

Při intravenózní aplikaci infúze 100 ml fyziologického roztoku se 750mg Zinacefu jsem upozornila dívku, aby hlásila jakoukoliv změnu, nevolnost, pocity svědění kůže, pocity dušnosti. Změřila jsem jí fyziologické funkce podle ordinace lékaře a sledovala dívku, zda u ní nedochází ke změně zdravotního stavu, k projevům alergické reakce na antibiotika - kožní projevy, pocity dušnosti apod. Pacientka dle alergologické anamnézy nikdy alergickou reakci na léky včetně antibiotik neměla. V anamnéze udává pouze podezření na potravinovou alergii, a sice exantém po dosud neznámé potravíně.

Hodnocení :

Pacientka byla bez komplikací, neprojevila se u ní žádná alergická reakce ani jiná komplikace v souvislosti s intravenózním podáním antibiotik. Cíl byl splněn 10.10.2008.

▪ ***Strach z vyšetření v celkové anestezii***

Cíl: Odstranění nebo zmírnění strachu pacientky před vyšetřením v celkové anestezii.

Ošetrovatelské intervence:

- promluvit s pacientkou o jejím strachu
- ohleduplně provést poučení a přípravu před vyšetřením
- podat premedikaci včetně léku ke zklidnění dle ordinace lékaře

Realizace:

Promluvila jsem s pacientkou o jejím strachu, ujistila jsem ji, že bude během vyšetření klidně spát a vzbudí se, až bude mít výkon hotový, nemusí se bát bolesti. Poslala jsem dívku na WC, aby se před podáním premedikace vymočila a potom se v koupelně důkladně osprchovala. Hodinu před plánovaným začátkem vyšetření jsem dívce podala premedikaci dle ordinace lékaře anesteziologa –

Diazepam 10 mg perorálně a Atropin 0,5 mg a Dolsin 50 mg intramuskulárně.

Dívce jsem vysvětlila, že již nesmí vstávat z lůžka a že podané léky jí pomohou ke zklidnění.

Hodnocení:

Pacientka po rozhovoru a podání premedikace zůstala klidně ležet na lůžku, snažila se pospávat, a když jsem ji vezla na endoskopický sálek, nevykazovala známky strachu. U pacientky došlo ke zmírnění strachu, cíl byl splněn 10.10.2008.

▪ ***Riziko vzniku nevolnosti nebo zvracení po podání premedikace a po celkové anestezii***

Cíl: Pacientka netrpí nevolností a nezvrací po podání premedikace a po celkové anestezii.

Ošetrovatelské intervence:

- zajistit, aby byla pacientka lačná před podáním premedikace a celkovou anestezii
- promluvit s pacientkou, aby byla před podáním premedikace a celkovou anestezii

- klidná
- podat premedikaci dle ordinace lékaře
 - sledovat známky nevolnosti
 - po celkové anestezii sledovat známky nevolnosti či zvracení
 - podat emitní misku
 - podat tekutiny per os až za 2 hodiny po celkové anestezii (CA) dle ordinace lékaře

Realizace:

Pacientku jsem poučila, že před CA musí být lačná, může se napít naposledy čaje ráno v 6 hodin (4 hodiny před CA). Promluvila jsem s ní o jejím strachu z vyšetření v CA, po rozhovoru byla klidnější a po aplikaci premedikace zůstala ležet na lůžku klidně. Neměla nauzeu ani se jí nechtělo zvracet. Celková anestezie trvala 40 minut (10,00 -10,40 hod.), pacientka byla předána na oddělení probuzená, při vědomí a orientovaná. Na lůžku ještě dospávala, neměla nauzeu ani nezvracela. Na sálku byla aplikována infúze – 500 ml Ringerova roztoku. Pacientku jsem sledovala a měřila u ní fyziologické funkce dle ordinace lékaře, k lůžku jsem jí nachystala emitní misku a buničinu. Po dvou hodinách byla dívka zcela probuzená a začala pít po lžičkách čaj. Odpoledne, když pacientka vypila 2 hrnky čaje bez známek nevolnosti, dostala k jídlu dětské piškoty a k večeri již měla kaši.

Hodnocení:

Pacientka netrpěla nevolností ani nezvracela po podání premedikace a po celkové anestezii. Cíl byl splněn 10.10.2008.

■ ***Riziko infekce po vyšetření cystoskopem***

Cíl: Minimalizovat riziko vzniku infekce.

Ošetřovatelské intervence:

- pacientka je před vyšetřením řádně omytá
- používat při cystoskopii sterilní nástroje a pomůcky
- dodržovat při cystoskopii aseptické postupy
- podat antibiotika dle ordinace lékaře

- sledovat a hlásit lékaři známky infekce po cystoskopii
- sledovat fyziologické funkce dle ordinace

Realizace:

Pacientka se byla před vyšetřením osprchovat . Na endoskopickém sálku ambulantní části oddělení dětské chirurgie jsou použity vždy sterilní nástroje a pomůcky. Lékař i asistující sestra dodržují při práci zásady asepse. Pacientka měla 2. den ordinovaná antibiotika v intravenózní formě. Riziko vzniku infekce při cystoskopii bylo minimální. Dívku jsem sledovala po cystoskopii a měřila jí fyziologické funkce. Pacientka nejevila žádné známky vzniku nové infekce, byla afebrilní, pouze večer 10.10.2008 měla TT 37°C.

Hodnocení:

Pacientka nevykazovala žádné nové známky infekce po cystoskopii, cíl byl splněn 10.10.2008.

4. EDUKACE

Edukační proces je nezbytnou součástí úspěšné léčby, který začíná prvním kontaktem pacienta se zdravotnickým personálem a prakticky nikdy nekončí. Edukace pacienta i jeho rodinných příslušníků je výchova ke zvládnání nemoci a k lepší spolupráci se zdravotníky. Je vždy individualizovaná a je součástí ošetrovatelského procesu u každého pacienta.

7.10.2008 byla pacientka poučena na ambulanci lékařem o nutnosti přijetí k hospitalizaci, k dovyšetření příčin jejích problémů a k účinné léčbě. Na oddělení jsem ji poučila o režimu na oddělení, dále o nutnosti zavedení periferní žilní kanyly (PŽK) a aplikaci infúze, odebrání vzorku moči a krve k základnímu biochemickému a hematologickému vyšetření, sledování příjmu a výdeje tekutin, měření fyziologických funkcí, o dietním omezení – mohla pít jen čaj; a uložila jsem ji na lůžko.

Ráno 8.10.2008 jsem s pacientkou hovořila o tom, jaký plán vyšetření a léčby jí stanovil lékař a dále pokračovala v edukaci. Každý den měla naplánovaná vyšetření a léčebný režim. Poučila jsem ji o sonografickém vyšetření, které měla absolvovat toho dne – ráno měla zůstat do vyšetření lačná a nevymočená. Po návratu z vyšetření mluvila pacientka s lékařem, ten ji informoval o dalším plánu vyšetření. Já jsem ji poučila o nutnosti dodržení dietního opatření (toho dne byla postupně zatěžována stravou – dieta tekutá 0 až kašovitá S/K), pitného režimu (vypít 2,5 – 3 litry tekutin za 24 hodin), o nutnosti sledování bilance tekutin i nadále, o nutnosti dodržování hygieny a čistoty, o sledování fyziologických funkcí, o podávání léků, o nutnosti pravidelného vyprazdňování moče i stolice. Poučila jsem dívku také o možnosti návštěv jejích blízkých na oddělení a o možnosti telefonického kontaktu s nimi.

Odpoledne jsem dívku poučila o aplikaci čípků a klyzmat k vyprázdnění.

9.10.2008 jsem pokračovala v edukaci o přípravě k vyšetření mikční cystoureografie a o způsobu provedení.

Po zjištění prvních bakteriologických nálezů v moči lékař pacientce ordinoval antibiotika k intravenóznímu podání, poučila jsem tedy pacientku o možném riziku vzniku nežádoucí reakce na tyto léky, sledovala jsem ji a dotazovala se na nepříjemné pocity, svědění kůže, nevolnost či pocity dušnosti.

10.10.2008 jsem pacientku edukovala dále o přípravě k cystoskopii v celkové anestezii, o nutnosti lačnění před celkovou anestezí, o důkladném omytí a o nutnosti

dodržení klidu na lůžku po podání premedikace a po návratu z endoskopického sálku až do úplného probuzení, kdy může vstát z lůžka pouze se sestrou. Poučila jsem ji, že může mít po CA nauzeu a připravila jsem jí k lůžku emitní misku pro případ zvracení. Dále jsem pacientku sledovala, měřila fyziologické funkce a opakovaně ji edukovala.

Pacientka za krátkou dobu hospitalizace absolvovala množství vyšetření, výkonů a intervencí, při kterých u ní byla vyžadována neustálá spolupráce, proto byl v podstatě každý můj rozhovor s pacientkou edukací.

5. OŠETŘOVATELSKÝ ZÁVĚR A OŠETŘOVATELSKÁ PROGNÓZA

Pacientka M.M. byla přijata ve večerních hodinách dne 7.10.2008 na oddělení dětské chirurgie k vyšetření a léčbě dysurických obtíží a makroskopické hematurie. Dospívající dívka byla vystrašená, zneklidnila ji zejména viditelná příměs krve v moči. Nutnost hospitalizace však přijala jen nerada, obávala se odloučení od rodiny, přátel, vadilo jí, že zamešká ve škole a měla strach z nepříjemných výkonů.

Na oddělení již před několika lety ležela, také pro infekci dolních cest močových. Absolvovala tenkrát všechna vyšetření, která ji čekají i při této hospitalizaci.

Dívka byla skleslá, příliš nekomunikovala, ale přesto spolupracovala. Po léčbě její obtíže ubývaly na intenzitě a dívce bylo lépe, byla také přístupnější k rozhovoru. Dívka byla zcela soběstačná, byla u ní nutná pouze edukace. Dodržovala všechna doporučení, která se týkala úpravy pitného režimu, vyprazdňování, hygieny. Léčbu snášela velmi dobře, režim na oddělení i léčebný režim bez problémů přijala.

Všechny ošetřovatelské cíle byly u pacientky splněny před propuštěním do domácí péče a pacientku již žádná rizika z hlediska ošetřovatelské péče neohrožují. Dívka je soběstačná a její zdravotní stav doma bude vyžadovat jen sebekpěči nebo laickou péči rodiny, zejména matky.

Pacientce bylo doporučeno i nadále dodržovat pitný a hygienický režim, pravidelné vyprazdňování moče i stolice, prevence nachlazení a pravidelné užívání lékařem naordinovaných léků. Matka byla poučena a informována lékařem při propuštění o další péči, o režimu, o užívání léků a kontrole v urologické ambulanci oddělení dětské chirurgie dne 17.10.2008.

Při dodržení všech doporučení a lékařem vedené následné terapie je riziko nové recidivy onemocnění minimalizované. U dívky se jednalo sice o opakovanou infekci dolních cest močových, nyní komplikovanou masivní hematurií, ale toto onemocnění nekomplikovala žádná vrozená vývojová vada močového systému, je tedy v tomto případě vysoká pravděpodobnost úplného uzdravení bez následků. Již dřívější vyšetření u pacientky odhalila vrozenou cystu v kůře pravé ledviny, ale ta zůstává nadále „němá“. Vyšetření při této hospitalizaci prokázala, že se u pacientky jedná o lokalizaci bakteriální infekce v dolních cestách močových a pohlavních (cystitis a vulvovaginitis), nikoli v horních cestách močových (pyelonefritis).

D. Použitá literatura, zdroje informací

1. DVOŘÁČEK, J., *Urologie*. In: *Speciální chirurgie*. Praha: Galén, 2001 (575 s.).
ISBN 80-7262-093-2
2. DUŠEK, J., JANDA, J., *Vybrané vyšetřovací metody v dětské nefrologii*. In: *Dětská nefrologie*. Praha: Galén, 2006 (261 s.). ISBN 80-7262-378-8
3. JANDA, J. et al., *Dětská nefrologie*. Praha: Galén, 2006 (261 s.).
ISBN 80-7262-378-8
4. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., *Interní ošetřovatelství II*.
Praha: Grada Publishing, 2006 (211 s.). ISBN 80-247-1777-8
5. TEPLAN, V., HORÁČKOVÁ, M., BÉBROVÁ, E., JANDA, J. a kol., *Infekce ledvin a močových cest v dospělém a dětském věku*.
Praha: Grada Publishing, 2004 (252 s.). ISBN 80-247-0566-4
6. ZEMAN, M. et al., *Speciální chirurgie*. Praha: Galén, 2001 (575 s.).
ISBN 80-7262-093-2

Zdroje informací

Rozhovor s pacientkou

Pozorování pacientky

Dokumentace pacientky

Ostatní členové ošetřovatelského týmu

E. Seznam příloh

Příloha č.1 Vstupní záznam

Příloha č.2 Plán ošetrovatelské péče

Příloha č.3 Analgetický list

Příloha č.4 Edukační záznam

Příloha č.5 Informovaný souhlas pacienta s hospitalizací a prováděnými výkony

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

V dne

_____ jméno a příjmení zájemce

