



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



Ústav ošetrovatelství

**Petra Hloušková**

**Ošetrovatelská péče o pacienta s benigní  
hyperplazií prostaty**

*Nursing care about a patient with benign  
prostatic hyperplazia*

*bakalářská práce*

Praha, květen 2014

Autor práce: **Petra Hloušková**

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Bakalářský studijní obor: **Všeobecná sestra**

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Konzultant: **MUDr. Ivan Kolombo, FEBU**

Pracoviště konzultanta práce: **Urologická klinika, FNKV v Praze**

Datum a rok obhajoby: **červen 2014**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předloženou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Zároveň souhlasím s tím, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a elektronická verze nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne 20. května 2014

.....

Petra Hloušková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Marii Zvoníčkové a MUDr. Ivanu Kolombovi, FEBU za jejich cenné rady a připomínky, které mi pomohly při zpracování bakalářské práce.

## **Obsah:**

<b>Úvod</b> .....	<b>5</b>
<b>1. KLINICKÁ ČÁST</b> .....	<b>6</b>
1.1 Charakteristika onemocnění .....	6
1.1.1 Anatomie .....	6
1.1.2 Stavba a zóny prostaty .....	7
1.1.3 Poloha, syntopie, fixace.....	8
1.1.4 Cévní zásobení, lymfatická drenáž, inervace .....	9
1.1.5 Klinické poznámky.....	9
1.1.6 Patologie a patofyziologie .....	10
1.1.7 Etiologie .....	10
1.1.8 Symptomatologie BHP .....	10
1.1.8.1 Mezinárodní prostatické symptomové skóre - IPSS.....	12
1.1.9 Diagnostické metody .....	12
1.1.10 Léčba BHP .....	14
1.1.11 Pooperační komplikace po TURP .....	16
1.2 Základní údaje o pacientovi.....	18
1.2.1 Průběh hospitalizace .....	18
<b>2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST</b> .....	<b>23</b>
2.1 Ošetrovatelský proces.....	23
2.2 Ošetrovatelská anamnéza dle modelu Marjory Gordonové .....	23
2.3 Ošetrovatelské diagnózy k 1. pooperačnímu dni (16. 7.) .....	28
2.4 Dlouhodobý plán péče .....	31
2.5 Psychologické zhodnocení pacienta .....	32
2.6 Prognóza .....	33
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>34</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>35</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK</b> .....	<b>36</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b> .....	<b>38</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>39</b>
<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>40</b>

## Úvod

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o pacienta s diagnózou benigní hyperplazie prostaty. Pacient byl hospitalizován na urologické klinice, kam byl přijat pro chirurgické řešení. Byla provedena transuretrální resekce prostaty - TURP.

Pacienta s touto diagnózou jsem si vybrala na základě mé souvislé praxe na urologické klinice.

Práci jsem rozdělila na dvě hlavní části. Část klinickou a část ošetrovatelskou. V klinické části popisuji anatomii, fyziologii a patologii prostaty a také etiologii se symptomatologií benigní hyperplazie prostaty. Dále zde popisuji diagnostické metody a léčbu. V této části také uvádím základní údaje o pacientovi a popisuji zde průběh hospitalizace. V ošetrovatelské části charakterizuji ošetrovatelský proces a uvádím ošetrovatelskou anamnézu. Pro zpracování ošetrovatelské části jsem si zvolila model Marjory Gordonové.

# 1. KLINICKÁ ČÁST

## 1.1 Charakteristika onemocnění

Benigní hyperplazie prostaty (BHP) je nejčastějším onemocněním starších mužů. Není život ohrožující, ale příznaky jsou pro nemocné velice obtěžující. 60 % šedesátiletých mužů má diagnostikovanou BHP a celkově BHP trpí 25 % mužů v populaci. (3, 7)

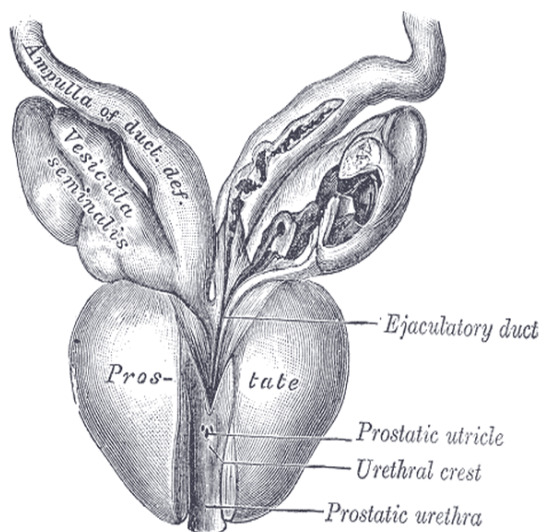
### 1.1.1 Anatomie

Prostata - předstojná žláza je mužská pohlavní žláza. Je uložena pod močovým měchýřem a obklopuje močovou trubici. Žláza má tvar komolého kužele, který je přirovnáván tvarem i velikostí ke kaštanu. Tvoří sekret, který je součástí ejakulátu. Při narození váží přibližně 3 - 5 g, u dvacetiletého zdravého muže váží asi 20 g. (2)

Na prostatě rozlišujeme bázi (basis prostatae), hrot (apex prostatae), přední a zadní plochu (facies anterior et posterior). (4)

Prostatou prochází močová trubice (pars prostathica urethrae) a vstříkovací kanálek (ductus ejaculatorius). Na zadní straně močové trubice se nachází podélná hrana (crista urethralis) po jejíchž stranách je vkleslina (sinus prostaticus), kam ústí vývody prostatických žlázek. (2)

**Obrázek č. 1 - Prostata**



**Zdroj:** [http://www.androgeos.cz/cs\\_CZ/prostata-semenne-vacky](http://www.androgeos.cz/cs_CZ/prostata-semenne-vacky)

### **1.1.2 Stavba a zóny prostaty**

Prostata se skládá z 30 - 50 tubuloalveolárních žláz, hladké svaloviny a vazivového stromatu. Hladká svalovina spolu s vazivovým stromatem prostupuje prostatou a obklopuje jednotlivé žlázy. Hladká svalovina ve stěně prostatického úseku močové trubice se při ejakulaci kontrahuje a vypuzuje prostatický sekret, který vytváří tubuloalveolární žlázy. Prostatický sekret tvoří až 30 % ejakulátu. Žlázy jsou vystlány jednořadým až víceřadým epitelem. Na stav epitelu má vliv hormonální stimulace a věk. (1, 4)

V současné době se prostata dělí do tří zón dle Mc Neala (viz obrázek č. 2). Lze rozlišit periferní, centrální a přechodnou zónu.

- **Periferní zóna** - je nejobtavnější. Žlázy periferní zóny tvoří 70 % objemu prostaty a jsou dlouhé a rozvětvené. Produkují největší část sekretu. Dosahují až k povrchu zadní plochy a pokračují po bočních plochách prostaty. Epitel žláz může být zdrojem maligních buněk, na jejichž podkladě vzniká karcinom prostaty.

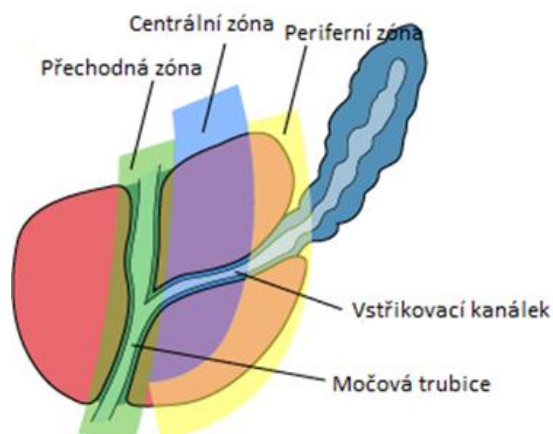


- **Centrální zóna** - také je nazývána vnitřní zónou. Obsahuje podslizniční žlázy. Tvoří asi 25 % objemu prostaty. Je lokalizovaná okolo vstříkovacích kanálků od báze po coliculus seminalis.

- **Přechodná zóna** - tato zóna je nejmenší a tvoří pouze 5 % objemu prostaty. Je umístěna okolo uretry nad coliculus seminalis.

Benigní hyperplazie prostaty vzniká na základě hyperplazie žláz přechodné zóny a periuretrálních žláz. (4)

### Obrázek č. 2 - Zóny prostaty



**Zdroj:** <http://www.pathologyoutlines.com/topic/prostateanatomy.html> - upraveno

#### 1.1.3 Poloha, syntopie, fixace

Prostata je uložena hluboko v malé pánvi. Báze prostaty naléhá na spodinu močového měchýře. Jeho krček se do prostaty zanořuje. Přední plocha (facies

anterior) je obrácena ke stydké sponě. Zadní plocha (facies posterior) je přivrácena ke konečníku a oddělena vazivovou ploténkou (fascia rectoprostatica). Proto je prostatu možné hmatat při vyšetření per rectum. Zaoblené boční plochy prostaty se dotýkají musculus levator ani. Hrot prostaty naléhá na diaphragma urogenitale. (2)

#### **1.1.4 Cévní zásobení, lymfatická drenáž, inervace**

Zásobení prostaty arteriální krví pochází z více zdrojů. Jsou to větve arteria rectalis media, arteria pudenda interna a arteria vesicalis inferior.

Žíly tvoří mezi oběma vazivovými obaly na povrchu prostaty žilní pletěň (plexus venosus prostaticus). Z pleteně může krev odtékat přímo do vena iliaca interna, nebo přes žíly močového měchýře. Důležité jsou spojky mezi žilními pleteněmi prostaty a pleteněmi páteřního kanálu. Tudy může metastazovat karcinom prostaty do páteře. (1, 5)

Lymfatickou drenáž obstarávají mízní cévy doprovázející krevní cévy a chámovod (ductus deferens). Odvádějí mízu do nodi lymphatici iliaci interni et externi a také navazují na mízní cévy konečníku, přes které ústí do nodi lymphatici sacrales. (2)

Prostata je bohatě inervována. Nervová vlákna pocházejí z plexus hypogastricus inferior a jsou převážně vegetativní. Tvoří na povrchu prostaty pletěň (plexus prostaticus) s četnými gangliovými buňkami. (1)

#### **1.1.5 Klinické poznámky**

*„Z periferních žláz prostaty vzniká často karcinom, naopak ze žláz přechodní zóny a periurethrálních žláz dochází k benigní hyperplazii prostaty (BHP) ... Při benigní hyperplazii prostaty se odstraňuje pouze zvětšená část prostaty, která může být pak následně i zdrojem nádorového bujení.“*  
(NAŇKA, ELIŠKOVÁ, ELIŠKA, 2009, s. 211)

### 1.1.6 Patologie a patofyziologie

BHP je patologicko - anatomická diagnóza, jde o uzlovitě zbytnění prostaty v periuretrální tkáni a přechodné zóně zmnožením epiteliálních buněk a buněk stromatu. (7)

### 1.1.7 Etiologie

Příčiny vzniku BHP jsou multifaktoriální a nejsou dosud zcela objasněny. Existuje více teorií vzniku. Růst prostaty je ovlivňován hormonálně (androgeny a estrogeny). Vliv má hlavně dihydrotestosteron (DHT), na který prostata citlivě reaguje. DHT je derivát testosteronu. Vzniká konverzí z testosteronu pomocí enzymu 5 $\alpha$ -reduktázy. Ve středním věku také začne klesat hladina androgenů a zvyšuje se hladina estrogenů. Estrogeny zvyšují citlivost tkáně prostaty na DHT a tím navozují růst prostaty. Protože se DHT váže na specifický steroidní receptor, aktivují se proonkogeny produkující růstové faktory. (3)

### 1.1.8 Symptomatologie BHP

Zvětšená prostata tvoří překážku v odtoku moče. Projevuje se příznaky dolních močových cest (anglická zkratka LUTS - Lower Urinary Tract Symptoms). Ne však všichni s BHP musí mít LUTS.

Příznaky jsou rozděleny na:

- **vyprazdňovací (mikční)** - pacient může pociťovat pomalejší začátek močení, slabší proud moče, odkapávání moče po vyprázdnění, retenci močového měchýře, pocit nedokonalého vymočení.

- **jímací** - měchýř neudrží dostatečnou náplň, pak pacient pocítuje časté nucení na močení (polakisurie) a noční močení (nykturie).

Tyto příznaky jsou pro nemocné velice obtěžující. Potíže se zhoršují v noci, kdy dojde k překrvení malé pánve a prostaty. Následuje nucení na močení. Potom bývá nejobtížnější močení ráno po probuzení. Během dne kdy je prokrvení malé pánve a prostaty menší se obtíže zlepšují, nebo dokonce mohou vymizet. Obtíže na nemocného působí psychicky i fyzicky. Například se může projevovat únava z nevyspaní, protože frekvence nykturie může být 5 - 10 močení za noc. Může se objevit i paradoxní ischurie, kdy je svěrač zatěžován stálým tlakem moče. Svěrač ochabuje a měchýř přetéká. To se projeví stálým odkapáváním moče. (3)

#### **1.1.8.1 Mezinárodní prostatické symptomové skóre - IPSS**

Mezinárodní prostatické symptomové skóre (viz příloha č. 1) slouží ke zhodnocení subjektivní závažnosti příznaků, jejich vlivu na kvalitu života, dále ke sledování úspěšnosti léčby, nebo progresu onemocnění. Skóre obsahuje sedm otázek. Čtyři otázky se věnují mikčním a tři jímacím příznakům. Odpovědi jsou hodnoceny 0 - 5 body. Je možné získat 0 - 35 bodů. Součet bodů se hodnotí následovně:

- 0 - 7      mírné obtíže
- 8 - 19     střední obtíže
- 20 - 35    závažné obtíže

Otázka kvality života stojí samostatně. Její bodové ohodnocení (0 - 6) vyjadřuje index kvality života vzhledem k potížím s močením. (3)

### 1.1.9 Diagnostické metody

#### Doporučená vyšetření:

**Anamnéza** - měla by být pečlivá. Lékař zjišťuje jaké má pacient mikční příznaky. A to nykturii, polakisurii, oslabený proud moče, pocit nedokonalého vymočení. Dále se ptá na systémová onemocnění (diabetes, hypertenze, choroby jater a ledvin), která by mohla léčbu BHP zkomplikovat. Zjišťuje prodělané operace, zejména v malé pánvi. V rodinné anamnéze se ptá na výskyt BHP a karcinomu prostaty. Zajímá se o neurologická onemocnění a sexuální obtíže. Dále některé léky mohou mít vliv na funkci močového měchýře (diuretika, psychofarmaka, anticholinergika).

Jako doplněk k anamnéze slouží **mikční diář**. Pacient si vede jedno až třídní záznam. Do diáře si zapisuje čas močení a objem moče. Může dopsat zda měl pocit urgency, či byla přítomna inkontinence.

Dotazník **IPSS** (viz výše) také doplňuje anamnézu.

**Vyšetření per rectum** - je velmi důležité. Během vyšetření se hodnotí velikost, konzistence a ohraničenost prostaty a její bolestivost. (7)

#### **Laboratorní vyšetření:**

- **Vyšetření moče** - obsahuje chemické vyšetření a hodnocení močového sedimentu (mohou být přítomny erytrocyty, leukocyty a bakterie). Cytologie moče je indikována u pacientů s výraznými jímacími příznaky a hematurii, nebo u kuřáků.

- **Kreatinin v séru** - kreatinin slouží jako ukazatel funkce ledvin. Zvýšené hodnoty kreatininu jsou indikací k vyšetření horních cest močových.

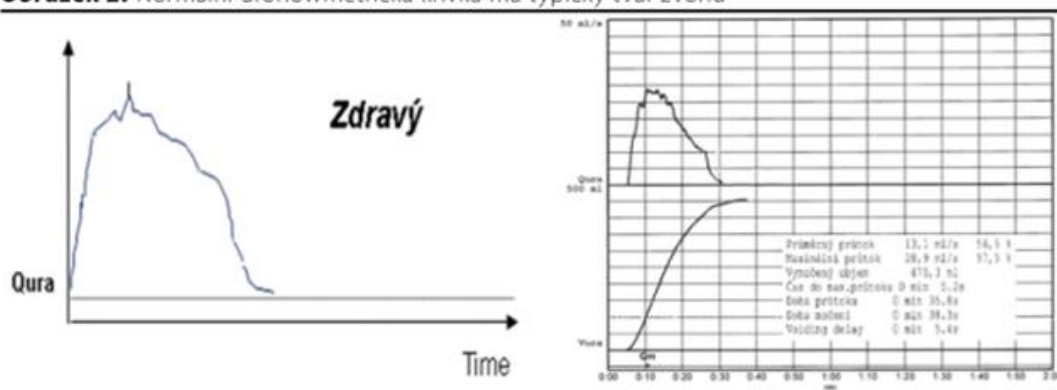
- **Prostatický specifický antigen (PSA)** - stanovení hodnoty PSA v séru má vliv na volbu vhodné léčby. Vyšší hodnoty PSA v séru jsou u BHP, ale i u karcinomu prostaty, prostatitidy, po močové retenci či po instrumentálních vyšetřovacích metodách/zákrocích na dolních močových cestách. (3)

Hranice normy hladiny PSA je ve čtyřiceti letech 2,5 ng/ml, v padesáti letech 3,5 ng/ml, v šedesáti letech 4,5 ng/ml a v sedmdesáti letech do 6,5 ng/l. (7)

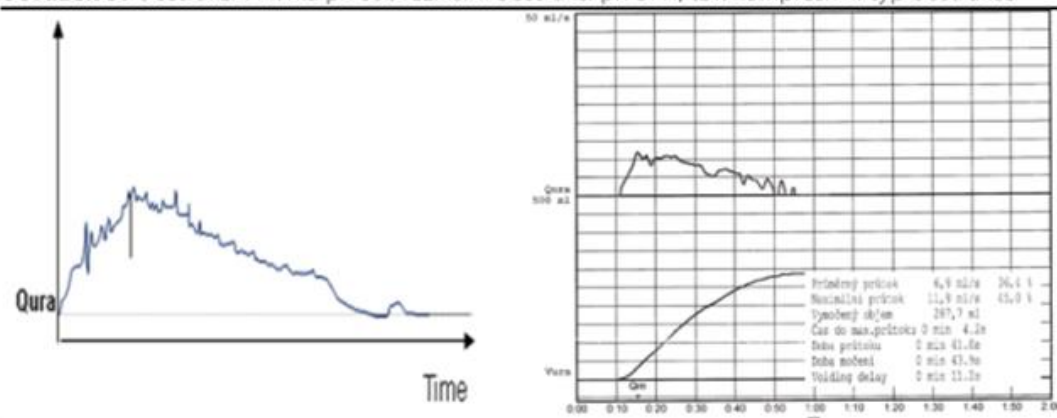
**Uroflowmetrie** - měří se průtok moče uretrou. Na získané křivce se hodnotí několik parametrů.  $V_{\text{void}}$  (celkový objem moče),  $Q_{\text{max}}$  (maximální průtok dosažený při mikci),  $Q_{\text{ave}}$  (průměrný průtok moče), čas močení a čas do dosažení  $Q_{\text{max}}$ . Srovnání křivky u zdravého muže s typickou křivkou u nemocného s BHP (viz obrázek č. 3 ). (14)

**Obrázek č. 3 - Srovnání křivky u zdravého muže s typickou křivkou u nemocného s BHP.**

**Obrázek 2.** Normální uroflowmetrická křivka má typický tvar zvonu



**Obrázek 3.** Obstrukční křivka při subvezikální obstrukci při BPH, tzv. kompresivní typ obstrukce



**Zdroj:** <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2013/04/06.pdf>

**Ultrasonografie** - provádí se transabdominálně, nebo transrektálně. Slouží k upřesnění rozměru prostaty, charakteru tkáně a odhadu její hmotnosti. Pomocí transabdominální ultrasonografie zjišťujeme objem reziduální moče. (3, 7)

### **Volitelná vyšetření:**

Vyšetření, která nepatří mezi standardní vyšetření nemocného s BHP.

**Vylučovací urografie** - provádí se jen u pacientů, u kterých je nějaké urologické onemocnění nebo mají hematurii v anamnéze, protože se takto může projevat komplikovaná BHP.

**Cystoureteroskopie** - endoskopické vyšetření dolních močových cest.

**Urodynamické metody** - cystometrie, tlakově průtoková studie. Slouží k vyšetření tlaku a průtoku moče.

Pomocí vyšetření je nutné BHP odlišit od karcinomu prostaty, neurogení poruchy vyprazdňování močového měchýře a překážek v močových cestách (striktury uretry/hrdla močového měchýře, urolitiázy a cizího tělesa). (3)

#### **1.1.10 Léčba BHP**

Je několik možností způsobu léčby BHP. Patří sem pozorné sledování, medikamentózní léčba, operační léčba a alternativní metody.

**Pozorné sledování** - označované jako **watchful waiting**. U mnohých pacientů se považuje za první stupeň léčby. Volí se tam, kde příznaky LUTS, nebo BHP pacienta neobtěžují natolik, aby zvolil medikamentózní či jinou léčbu. Pacient, který je pozorně sledován, je edukován o životním stylu, chodí na pravidelné kontroly.

**Medikamentózní** - mezi medikamenty užívané při léčbě BHP patří  $\alpha$ -blokátory, inhibitory 5 $\alpha$ -reduktázy a fytopreparáty. (3)

- **Alfa-blokátory** - snižují napětí hladké svaloviny, která je při BHP zmnožená v oblasti prostaty a tím zlepšují průtok moče v oblasti hrdla močového měchýře. Mezi  $\alpha$ -blokátory patří doxazosin, tamsulosin, alfuzosin a terazosin. (7)

- **Inhibitory 5 $\alpha$ -reduktázy** - působí na zmenšení objemu prostaty. Blokují přeměnu testosteronu na DHT. Než dojde ke zmenšení prostaty je nutné preparáty s inhibitory 5 $\alpha$ -reduktázy užívat nejméně 6 měsíců. Mezi inhibitory 5 $\alpha$ -reduktázy patří finasterid a dutasterid.

- **Kombinovaná léčba** - jsou nasazeny jak  $\alpha$ -blokátory, tak inhibitory 5 $\alpha$ -reduktázy. Nasazení obou skupin léčiv má větší účinek ve snížení rizika zhoršování BHP.

- **Fytopreparáty** - jsou ve světě populární. Ale neobsahují čistou účinnou látku. Zatím také není jasný mechanismus účinku a chybí data jaká je bezpečnost fytotherapeutik při dlouhodobém užívání. Patří sem např. extrakt z plodů malé trpasličí palmy (*Serenoa repens*), nebo extrakt z kůry slivoně africké (*Pygeum africanum*).

**Chirurgická** - chirurgická léčba BHP je indikována v případech kdy má nemocný opakovanou retenci moče, opakující se infekce močových cest, zvětšující se močové reziduum, cystolitiázu a nebo výrazné subjektivní obtíže.

- **Transvezikální prostatektomie (TVPE)** - jde o otevřenou prostatektomii. Operatér po otevření močového měchýře enukleuje prstem zbytnělou tkáň prostaty. Pacientovi se zavede permanentní močový katetr (PMK). Nafouknutí balonku PMK snižuje pooperační krvácení a provádí se kontinuální proplach močového měchýře pro zabránění tvorby krevních sraženin (koagul). Tento typ operace je indikován u pacientů s větší prostatou nad 80 - 100 g.

- **Transuretrální resekce prostaty (TURP)** - je indikována u prostat do hmotnosti 60 g. Chirurg zavede endoresektor do močového měchýře



přes močovou trubici. Pomocí resekční kličky s vysokofrekvenčním proudem odřezává zbytnělou tkáň prostaty (až na chirurgické pouzdro). V průběhu výkonu se krvácení staví koagulačním proudem. Následně se vypláchne močový měchýř od koagul a resekované tkáně. Pacientovi se zavede PMK. Nafouknutý balonek PMK snižuje pooperační krvácení, jako u předchozího typu operace a také se provádí kontinuální proplach močového měchýře.

U TURP může vzniknout jako komplikace výkonu **TUR syndrom**. Při TURP dochází k absorpci irigační tekutiny do oběhu. Syndrom se projevuje různými příznaky (např. hypertenze, hypotenze, dušnost, nauzea...), které mohou končit až srdečním selháním. Prevence TUR syndromu představuje používání izotonického irigačního roztoku (1,5 % roztok glycinu) a doba trvání zákroku pod 90 minut.

- **Transuretrální incize prostaty (TUIP)** - je indikována většinou u prostat do hmotnosti 30 g. Postup je podobný jako u TURP, ale chirurg provede pouze jeden až dva hluboké řezy ve tkáni prostaty.

**Alternativní metody** - do alternativních metod patří intraprostatické stenty, termické metody (vznik koagulační nekrózy v místě a následné zmenšení objemu prostatické tkáně) a lasery. (3)

### 1.1.11 Pooperační komplikace po TURP

Pooperační komplikace můžeme rozdělit na časně a pozdní.

- **Časně** - sem patří zejména masivní hematurie.
- **Pozdní** - v 80 - 90 % se vyskytuje retrográdní (suchá) ejakulace.

Při ejakulaci se semeno dostane do močového měchýře a je potom vymočeno.

Jedna z nejčastějších pozdních komplikací po TURP je striktura uretry. Vyskytuje

se ve 4 - 28 %. Ve 3 - 5 % se objevuje erektilní dysfunkce. Je buď psychogenní, nebo organická. Trvalá inkontinence moče se vyskytuje velmi zřídka (do 1 %).

Operace prostaty jsou považovány za relativně bezpečné, protože mortalita po zákrocích se pohybuje pod 1 %. (3)

## 1.2 Základní údaje o pacientovi

78 letý pacient M.W. byl 14. 7. 2013 v 7:00 přijat na standardní oddělení urologické kliniky pro plánovanou operaci transuretrální resekci prostaty (TURP) z důvodu benigní hyperplazie prostaty.

### 1.2.1 Průběh hospitalizace

Pacient byl přijat 14. 7. 2013 k plánované operaci zbytnělé prostaty. Před přijetím k hospitalizaci byl pacient svým praktickým lékařem odeslán k předoperačnímu vyšetření. 8. 7. pacient absolvoval RTG srdce a plic a odběry krve na biochemické, hemokoagulační vyšetření a vyšetření krevního obrazu.

11. 7. bylo pacientovi natočeno EKG.

#### **1. den hospitalizace (14. 7.)**

Lékař s pacientem sepsal lékařskou anamnézu. Pacienta v průběhu dne navštívil anesteziolog a provedl předanesteziologické vyšetření.

#### **Lékařská anamnéza:**

NO: Objektivní nález: 78 letý pacient s Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS) na terapii Omnicem, elevace PSA na 23 mg/ml, kontrolní PSA 10,5 mg/ml, zvažována TURP

UA: Hyperplazia prostatae, elevace PSA, biopsie prostaty negativní, LUTS

RA: matka zemřela v 87 letech dle pacienta stářím, otec v 83 letech také stářím.

Sourozence nemá. Syn 47 let a dcera 45 let jsou zdraví.

OA: běžné dětské nemoci

úrazy - v 6 letech prasklý meniskus

operace - st.p. operaci hemoroidů v roce 2006

SA + PA: Žije s manželkou v rodinném domě. Děti je pravidelně navštěvují. Nyní starobní důchodce, dříve pracoval u vodáren jako montér.

FA: Omnic tocas 0,4 0-1-0

AA: neguje

Abuzus: kouření neguje, alkohol neguje

Důvod k přijetí: TURP

**Stav při příjmu:**

Výška: 174 cm Váha: 64 kg BMI: 21 - norma

TK 153/69 P 58' TT 36,2 °C

**Fyzikální vyšetření:**

**hlava, krk, hrudník** - bez patologického nálezu

**břicho** - měkké, nebolestivé, bez rezistence

**končetiny** - bez otoků nebo příznaků TEN

**moč** - čirá

**bederní krajina, ledviny** - nehmatné a nebolestivé

**močový měchýř** - nehmatný

**zevní genitál** - penis, varlata i nadvarlata bez patologie

**per rektum** - prostata střední, hladká, elastická, ohraničená, nebolestivá, sliznice rekta v dosahu prstu bez patologie

**Vyšetření anesteziologem:**

Hb: 135 g/l Koagulace: INR 1,08

ASA: II

Anestezie: SAB

CŽK: ne

Premedikace: Prevence trombembolické nemoci (TEN) - Clexane 0,4 ml s.c. ve 20:00, ráno: Oxazepam 1 tbl p.o.

Pacient byl uveden na pokoj, byly mu předány informace o právech pacientů, chodu a organizaci oddělení a byla mu odebrána ošetrovatelská anamnéza.

Pacient je bez bolesti. Ráno byl na stolici. Pacientovi byla zavedena periferní žilní kanylka (PŽK) do levé horní končetiny a permanentní močový

katetr (PMK). Večer bylo provedeno pacientovi očistné klyzma a podána prevence TEN dle předpisu anesteziologa - Clexane 0,4 ml s.c. ve 20:00. Od půlnoci je pacient lačný, jinak má předeepsanou dietu č. 3.

## **2. den hospitalizace - operační den (15. 7.)**

Pacient je od půlnoci lačný a byla mu podána premedikace - Oxazepam 1 tbl p.o. a antibiotická profylaxe - Gentamycin 320 mg. Pacient se osprchoval, zubní protézu má pacient fixní. Pacient byl v operačním programu jako první. Pomohla jsem mu navléknout kompresivní punčochy velikosti M. Změřila jsem pacientovi fyziologické funkce (TK 130/70, P 60', D 17, TT 36,5 °C).

### **Operační protokol:**

Operace: řešení subvezikální obstrukce

Zahájení operace: 15. 7. 2013, 7:45

Ukončení operace: 15. 7. 2013, 8:59

Anestezie: spinální

Doba trvání operace: 1:14 h

Operační diagnóza: N40

*Popis operace:* Po předchozím předoperačním bezpečnostním procesu zaveden resektoskop. V lumen močového měchýře je patrná trabekulární hypertrofie, obě ústí bez patologického nálezu, daleko od hrdla. Následuje resekce od hrdla směrem k apexu, respektive kolikulu. Koagulace spodiny, výplach resekované tkáně 60g - ad histologické vyšetření. Trojcestný PMK - balonek naplněn na 30 ml - zítra upustit o 10 ml, dle stavu PMK ve středu odstranit.

Operace proběhla bez komplikací. Pacient byl ze sálu v 9:30 převezen na urologickou JIP, kde byl napojen na monitor ke kontinuální monitoraci fyziologických funkcí. Fyziologické funkce se pohybovaly v mezích normy (TK 125-130/65-70, P 58'-75', D 16-18, SpO<sub>2</sub> 97-100%).

Postupně jsem plnila ordinace lékaře a sledovala stav pacienta a odpady z močové cévky (bez koagul). Příjem tekutin (p.o., i.v., laváž) 6400 ml, výdej

4700 ml. PMK a PŽK funkční.

Pacient si odpoledne stěžoval na bolest v podbřišku. Na desetistupňové vizuální analogové škále (VAS) udával číslo 5. V 15:30 jsem mu tedy aplikovala Tralgit 100 mg i.v. dle ordinace lékaře. Za 30 minut pacient udával zlepšení bolesti na č. 2. Dále byl pacientovi aplikován Clexane 0,4 ml s.c. ve 20:00. Na noc si pacient nežádal lék na spaní. Spal klidně celou noc.

### **3. den hospitalizace - 1. pooperační den (16. 7.)**

Dnes byl pacient z JIP přeložen na standardní pokoj urologického oddělení. Ráno zvládl pacient sám hygienu s malou pomocí u umyvadla.

Pacient dnes již nemá předepsaná ATB, ani jiné infuze. Lékař předepsal Algifen gtt. p.o. 30-30-30 při bolesti na VAS nad 4. Dále lékař předepsal měření TK a P 3× denně (TK 119/72 P 76', TK 125/80 P 68', TK 119/72 P 84'), TT 2× denně (TT 36,0 °C, TT 36,5 °C) a sledování P+V. Příjem (p.o., laváž) 5000 ml a výdej 3500 ml.

Dnes jsem pacientovi z balonku močové cévky upustila 10 ml, v balonku je 20 ml. Laváž močového měchýře byla dnes po dokapání v 13:15 odstraněna. Po odstranění laváže mohl pacient volně vstávat z lůžka a došel si na toaletu na stolicí. PŽK je funkční a PMK odvádí moč růžové barvy. Pacient udával lehkou bolest podbřišku do stupně 2, nechtěl nic proti bolesti. Dnes, protože již se pacient samostatně pohyboval, mohl svléknout kompresivní punčochy. Dále jako prevenci TEN pacient dostává Clexane. Ve 20:00 byl aplikován Clexane 0,4 ml s.c. Pacient nemá problém se spánkem ani při hospitalizaci, spal celou noc.

### **4. den hospitalizace - 2. pooperační den (17. 7.)**

Měření TK a P je předepsáno 2× denně (TK 129/74 P 76', TK 134/84 P 70') a TT 2× denně (TT 36,2 °C, TT 36,5 °C).

Pacient zvládl hygienu sám ve sprše a též byl na stolicí. Dnes byla pacientovi odstraněna PŽK. PMK odvádí středně starohematurickou moč bez koagul. Příjem

tekutin byl 5000 ml a výdej 3600 ml. Dnes byl pacient bez bolestí. Ve 20:00 byl aplikován Clexane 0,4 ml s.c.

### **5. den hospitalizace - 3. pooperační den (18. 7.)**

Měření TK a P 2× denně (TK 134/84 P 70', TK 130/80 P 72'), TT 2× denně (TT 36,2 °C, TT 36,0 °C). Pacient je soběstačný, bez potíží.

#### **Vyšetření při ranní vizitě:**

Subjektivně - bez obtíží

Objektivně - afebrilní, břicho měkké, palpačně nebolestivé, aperitoneální, klidné. Tapotement bilaterálně negativní. PMK středně starohematuricky bez koagul - dnes odstranit.

Po vizitě odstraněn PMK. Pacient měl bolesti podbříšku na stupni 2, podala jsem mu 30 kapek Algifen gtt p.o. Pacient po 30 minutách udával úlevu. Má bolesti na stupni 2 i odpoledne, ale nechce nic na bolest.

Pacient po odstranění PMK močí spontánně bez obtíží.

Ve 20:00 byl aplikován Clexane 0,4 ml s.c. Spí celou noc.

### **6. den hospitalizace - 4. pooperační den (19. 7.)**

Dnes je po ranní vizitě pacient propuštěn do domácího ošetřování. Byl mu doporučen klidový režim a zvýšený příjem tekutin. Pacient se má vyvarovat zvýšené fyzické námahy a prochladnutí. Do tří dnů pacient navštíví praktického lékaře. Za 14 dní je pacient objednan na urologickou kliniku na kontrolu k výsledku histologie. Kontrolu absolvuje u svého urologa v místě bydliště.

Domů pacienta odveze syn. Pacientovy byly předány kontakty na urologickou kliniku pro dotazy, nebo případné obtíže.

## **2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST**

V ošetřovatelské části se zabývám charakteristikou ošetřovatelského procesu a dále zde uvádím ošetřovatelskou anamnézu a ošetřovatelský proces u pacienta M.W. Ošetřovatelská část také obsahuje dlouhodobý plán péče.

Pro zhodnocení stavu pacienta jsem si vybrala model Marjory Gordonové. Tento model jsem si vybrala proto, že mi připadá přehledný a jako nejvhodnější pro zvoleného pacienta. Hodnotí 12 oblastí zdraví.

### **2.1 Ošetřovatelský proces**

Ošetřovatelský proces je způsob poskytování ošetřovatelské péče. Jsou to vzájemně propojené činnosti, které jsou základem pro poskytování individualizované péče. Jedná se o systematický přístup k ošetřování pacientů. Ošetřovatelský proces má těchto pět fází:

- zhodnocení nemocného
- stanovení ošetřovatelských diagnóz
- plán péče
- realizace navržených intervencí
- zhodnocení efektu poskytnuté péče (6)

### **2.2 Ošetřovatelská anamnéza dle modelu Marjory Gordonové**

Ošetřovatelskou anamnézu jsem odebrala 1. pooperační den (16. 7.), kdy byl pacient přeložen z JIP na standardní oddělení. Údaje pro anamnézu jsem získala rozhovorem s pacientem, z dokumentace, vlastním pozorováním a od ostatních členů zdravotnického týmu.



## **1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví**

**Subjektivně:** Pacient je po operaci, je rád, že už nebude mít takové problémy s močením. Pacient znal důvody hospitalizace. Není to pro něj první zkušenost s hospitalizací v nemocnici. Z operace neměl obavy, protože mu lékař vše vysvětlil a zákrok bral jako přirozenou součást léčby. Onemocnění bere jako průvodní jev svého věku.

**Objektivně:** Pacient podle toho co říká, ale i podle neverbální komunikace je klidný a vyrovnaný se svým zdravotním stavem. Hospitalizace ho nějak výrazně neomezila v jeho životě, protože je již v důchodu a má podporu ze strany manželky a svých dětí, které je pravidelně navštěvují i s vnoučaty.

## **2. Výživa, metabolismus**

**Subjektivně:** Pacient udával při přijetí výšku 173 cm a váhu 63 kg. Jeho BMI je 21 (norma). S jídlem nemá potíže, v nemocnici sní většinou vše, co dostane k jídlu. Pouze mu nechutná nemocniční čaj. Doma je zvyklý jíst pravidelně. Řekl, že není vybíravý. Během dne doma vypije asi 1000 ml, alkohol nepije vůbec. Většinou čisté nesyčené vody či čaje. Pacient sám říká, že jeho příjem tekutin je nedostatečný, ale nedaří se mu zlepšit. Kávu pije pouze dopoledne, obvykle 1 šálek denně. Alkohol pije příležitostně.

**Objektivně:** Během hospitalizace má pacient ordinovanou dietu č. 3. Dnes 1. pooperační den má chuť k jídlu, snědl celou snídani. Infuze už dnes nemá ordinovány. Kůže je normální, bez známek dehydratace. Na stupnici Nortonové dosáhl 33 bodů, nemá riziko dekubitů.

Pacient je schopný se najíst sám u stolu na pokoji. Má fixní umělou zubní náhradu, se kterou nemá problémy.

### **3. Vylučování**

**Subjektivně:** Před operací chodil doma na WC během noci (až 4×). Doma udává občasné delší intervaly mezi stolicemi, projímadla neužívá.

**Objektivně:** Pacient má trojcestný PMK zavedený při operačním výkonu dne 15.7. Odvádí moč růžové barvy. Na stolicí byl naposledy dne 14.7. Pocení je v normě.

### **4. Aktivita, cvičení**

**Subjektivně:** Doma je pacient zvyklý na větší tělesnou aktivitu. Každý den ráno cvičí pozice z Hatha jógy. Věnuje se spolu s manželkou práci na zahradě a drobným opravám na domě. Donedávna chodili na procházky se psem.

**Objektivně:** V testu Barthelové základních denních činností pacient dosáhl 90 bodů - lehce závislý. Ráno vykonal s doprovodem hygienu u umyvadla. Vertikalizován byl již včera sestrou, bez problému. Jako prevence TEN byly pacientovi již před operací navléknuty kompresní punčochy vel. M. Je poučen proč je má nosit. Jako další prevenci TEN má předepsaný Clexane 0,4 ml s.c ve 20:00. Na dobu hospitalizace si s sebou z domova přinesl knihu, které se věnuje, nebo se baví se spolupacienty.

### **5. Spánek, odpočinek**

**Subjektivně:** Během noci se před operací až 4× probouzel kvůli nucení na močení. Po příchodu z WC neměl problém znovu usnout. Průměrně spí 6-7 hodin denně, rád si jde na hodinu odpočinout po obědě. Někdy se mu během odpočinku podaří i usnout. Rituál před spaním má pouze jeden, nechá vyvětrat v místnosti těsně před ulehnutím.

**Objektivně:** Hypnotika neužívá.

## **6. Vnímání, poznávání**

**Subjektivně:** Udává zhoršení paměti a vzpomínání si na slova. Stěžuje si, že hůře slyší na pravé ucho.

**Objektivně:** Pacient je orientován místem, časem i osobou. Je klidný a spolupracuje. Během sběru anamnézy a v průběhu hospitalizace byla komunikace s pacientem v normě, občas potřeboval jen krátkou chvíli na vzpomnutí si na slovo, či jméno osoby, o které vyprávěl.

Pacient nemá problémy se zrakem, brýle nepoužívá. Hůře slyší na pravé ucho, ale naslouchátko nemá. Neužívá žádné pomůcky k chůzi.

Bolest má v oblasti podbřišku, z důvodu operačního výkonu. Bolest dnes ráno udával na škále VAS na č. 2, nic proti bolesti si nevyžádal.

## **7. Sebekoncepce, sebeúcta**

**Subjektivně:** Pacient sám sebe popisuje jako nekonfliktního člověka a optimistu. Nemá rád, když se lidé hádají a nemají mezi sebou dobré vztahy. V souvislosti s hospitalizací nemá žádné problémy. Operační výkon bere jako přirozenou součást léčby. Doslova řekl „těším se, až nebudu muset tak často na záchod“.

Pacient prožívá smutek ze ztráty psa, který mu zemřel asi týden před hospitalizací. Prý si na něho každý den vzpomene.

**Objektivně:** Je klidný a se všemi během hospitalizace spolupracuje a aktivně se zajímá o průběh léčby.

## **8. Plnění rolí, mezilidské vztahy**

**Subjektivně:** Pacient je téměř 50 let ženatý. Se svou ženou bydlí v rodinném domě. Spolu mají syna a dceru, kteří se svými rodinami bydlí jinde. Děti je pravidelně navštěvují i s vnoučaty.

Věří, že po návratu z hospitalizace se pomalu vrátí ke svému původnímu životnímu stylu, před vznikem problémů se zvětšenou prostatou.

**Objektivně:** Pacient má dobré rodinné zázemí a podporu rodiny.

### **9. Sexualita, reprodukční schopnost**

**Subjektivně:** Pacient měl již delší dobu problémy se zvětšenou prostatou. Během dne chodil často močit, nucení na močení ho probouzelo i během noci. Na téma sexuality se mnou pacient nechtěl více mluvit.

**Objektivně:** Pacienta jeho stav před operací trápil. Nyní se těší na lepší stav po operaci a odstranění PMK.

### **10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance**

**Subjektivně:** Sám říkal, že všechny problémy překonávali společně s manželkou. Říkal, že v životě problémy přicházejí a zase odcházejí. Snaží se vše řešit v klidu a co možná nejdříve. Aktuálně prožívá stres ze zdravotního stavu manželky, která má potíže se srdcem. Navíc je teď trochu smutný ze ztráty psa.

**Objektivně:** Pacient je klidný a vyrovnaný. Smutek projevil až ve chvíli, kdy jsme se o jeho problémech bavili. Nerad projevuje emoce před ostatními lidmi.

### **11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

**Subjektivně:** Pacient není věřící. Ale myslí si, že „něco nad námi“ existuje. Na prvních místech v žebříčku hodnot je pro něho rodina a zdraví.

**Objektivně:** Největší oporu má opravdu v rodině.

## **12. Jiné**

Pacient již nechtěl nic dalšího sdělit.

### **2.3 Ošetrovatelské diagnózy k 1. pooperačnímu dni (16. 7.)**

Na základě ošetrovatelské anamnézy odebrané 1. pooperační den (16.7.) jsem určila níže uvedené diagnózy:

1. Riziko pooperačních komplikací z důvodu operačního výkonu
  - a) riziko krvácení
  - b) riziko oběhového selhání
  - c) riziko infekce
2. Riziko trombembolické nemoci
3. Bolest z důvodu operačního výkonu

#### **1. Riziko pooperačních komplikací z důvodu operačního výkonu**

Z didaktických důvodů jsem diagnózu rozdělila na 3 části:

- a) riziko krvácení
- b) riziko oběhového selhání
- c) riziko infekce

**Cíl:** včasná identifikace rizik

#### **Intervence:**

- monitorovat vitální funkce
- sledovat místní známky infekce v okolí invazivních vstupů (PŽK a PMK)
- aseptický přístup při manipulaci s katetry
- sledovat celkové známky infekce

- sledovat vzhled moče v PMK a močovém sáčku
- sledovat průchodnost PMK
- zaznamenávat do dokumentace

### **Realizace a hodnocení:**

Pacientovi jsem měřila TK a P dle ordinace lékaře, a v průběhu dne jsem kontrolovala stav pacienta. Naměřené hodnoty byly v normě (TK 119/72 P 76', TK 125/80 P 68', TK 119/72 P 84'). TT měl pacient také v mezích normy (TT 36,0 °C, TT 36,5 °C). PŽK má pacient zaveden 3. den, okolí PŽK je klidné, bez známek infekce. Pacient je poučen, že má upozornit sestru, když ho okolí vpichu bude svědit, bolet, nebo bude zarudlé. PMK je dnes zaveden 2. den. Je průchodný, nejsou v něm koagula a odvádí moč růžové barvy. Pacient dnes vykonával hygienu sám s malou pomocí, proto jsem ho upozornila na zvýšenou hygienu v okolí ústí močového katetru. Kontinuální laváž jsem dnes po dokapání odstranila. Pacient má u lůžka připraveno signalizační zařízení.

Cíl se podařilo splnit. Pacient z místa operačního výkonu nekrvácí. Má vitální funkce v normě a je bez místních i celkových známek infekce.

### **2. Riziko tromboembolické nemoci**

**Cíl:** minimalizovat riziko vzniku tromboembolické nemoci na minimum

#### **Intervence:**

- ponechat pacientovi kompresivní punčochy do doby, než bude sám vstávat z lůžka a chodit
- edukovat pacienta o tělesné aktivitě
- aplikace Clexane 0,4 ml s.c.
- sledovat známky tromboembolické nemoci

### **Realizace a hodnocení:**

Pacient má na sobě kompresivní punčochy. Dnes po dokapání laváže pacient mohl samostatně vstávat z lůžka, proto již mohl odpoledne punčochy svléknout. Pacienta jsem edukovala o vhodnosti pohybu a aktivní rehabilitace. Sám provádí vleže plantární flexi a extenzi. 1× denně dochází za pacientem rehabilitační sestra se kterou dnes dopoledne prováděl rehabilitaci chůzí. Ve 20:00 byl pacientovi aplikován Clexane 0,4 ml s.c.

Cíl byl splněn, pacient je bez známek tromboembolické nemoci.

### **3. Bolest z důvodu operačního výkonu**

**Cíl:** pacient bude do 30 minut od podání analgetik udávat snížení bolesti minimálně na č. 2 na VAS

#### **Intervence:**

- sledovat intenzitu a lokalizaci bolesti
- aplikovat ordinovaná analgetika v případě bolesti
- sledovat pacientovu mimiku a neverbální komunikaci
- zaznamenávat do dokumentace

### **Realizace a hodnocení:**

Pacient má předepsaný Algifen gtt. 30-30-30 při bolesti na VAS nad 4. Udával bolest v podbříšku na stupni č. 2. I přes opakovaný dotaz si pacient na bolest nic nevyžádal. Pacient si našel úlevovou polohu v polosedě s mírně pokrčenými končetinami. V této poloze udával zlepšení hodnoty bolesti na č. 1. Cíl byl splněn, protože pacient měl bolest na stupni č. 2 a nevyžádal si podání analgetik.

## 2.4 Dlouhodobý plán péče

Dlouhodobý plán péče navazuje na krátkodobý plán. Plánuji v něm péči o pacienta od 4. dne hospitalizace (2. pooperační den) do 6. dne hospitalizace (4. pooperační den), kdy byl pacient propuštěn do domácího ošetřování.

V dlouhodobém plánu budu pokračovat ve sledování problémů stanovených v krátkodobém plánu. Stále je aktuální riziko krvácení, proto je nutné sledovat vzhled moče, jestli pacient nekrváčí z místa operačního výkonu. Dále měřit fyziologické funkce a sledovat celkový stav pacienta. Z hlediska rizika infekce je potřeba sledovat místní i celkové známky infekce. Zaměřit se na okolí PŽK, kvůli místním známkám infekce jako je zduření, bolest, zarudnutí nebo teplota v místě zavedení. Typ krytí, které má pacient je nutné vyměňovat každý den. U PMK kontrolovat vzhled moče a reakce pacienta, zda nepocítuje pálení nebo bolesti. Kvůli celkovým známkám infekce se bude nadále měřit TT 2× denně.

Stále trvá riziko TEN. Pacient má elastické punčochy. Jako prevenci TEN má předepsaný Clexane 0,4 s.c. ve 20:00, proto se bude pokračovat v jeho aplikaci. Po odstranění kontinuální laváže močového měchýře se bude moci pacient pohybovat samostatně a bude moci svléknout kompresivní punčochy.

Také je potřeba věnovat pozornost bolesti. Budeme se pacienta ptát, jestli pocítuje bolest a v případě bolesti podávat ordinovaná analgetika a kontrolovat jejich efekt. Pro odstranění menší bolesti pacient zná svoji úlevovou polohu.

Protože má pacient PMK budu pacienta edukovat o možných problémech po jeho odstranění. Pacient může pociťovat nucení na močení, anebo nepříjemný pocit při močení, který za krátkou dobu odezní. Kontrolovat pacienta po odstranění PMK zda močí bez potíží. Dále pacienta poučit o zvýšeném pitném režimu a režimu po propuštění z nemocnice. Předat pacientovi kontakt na oddělení v případech nějakých dotazů, či potíží.



## **2.5 Psychologické zhodnocení pacienta**

### **Prožívání nemoci**

Pacient je již po operaci. Období po operaci a hospitalizaci pacient prožíval klidně. Je rád, že po operaci již nebude mít takové problémy s močením jako dříve. Má také podporu v rodině.

### **Postoj k nemoci**

Onemocnění bere pacient jako průvodní jev svého věku. Od lékaře měl dostatek informací o zákroku a již měl zkušenost s hospitalizací. Proto neměl obavy. Obával se vpichu při spinální anestezii. Po promluvě s anesteziologem byl na vpich při anestezii připraven.

### **Reakce na pobyt v nemocnici**

Pacient již měl zkušenost s hospitalizací. Tato hospitalizace byla plánovaná, pacient měl dostatek času se připravit. Na pobyt v nemocnici se dobře adaptoval, s personálem i spolupacienty komunikuje bez problémů. Hospitalizace pacienta výrazně neomezila v jeho životě, protože je v důchodu.

### **Zhodnocení komunikace**

Pacient je spíše tichý, ale komunikuje bez obtíží. Subjektivně udává zhoršení paměti, ale objektivně je komunikace v normě. Občas potřebuje malou chvíli na vzpomnutí si na slovo, nebo jméno. Pacient se aktivně zajímá o svůj stav. Bez problémů se zeptá na vše, co mu není jasné, nebo co ho zajímá.

## **Motivace k léčbě**

Motivací k operační léčbě pacientovi bylo ukončení potíží, které měl kvůli zvětšené prostatě. Rád by se vrátil ke svému životnímu stylu před vznikem obtíží. Proto je odhodlán řídit se doporučeními lékaře.

## **2.6 Prognóza**

Operace proběhla bez komplikací a během hospitalizace neměl pacient potíže. Proto by již neměl mít problémy, které měl v souvislosti se zvětšenou prostatou. Lůžko se po operaci zhojí asi za 4 - 8 týdnů, pak se pacient může zcela vrátit ke svému způsobu života. Měl by však dodržovat doporučení lékaře, která nejsou příliš omezující. Vyvarovat se prochladnutí a velkého tlaku na prostatu (například jízda na kole), pít dostatek tekutin. Je možná recidiva hyperplazie prostaty, může postihnout až 20 % operovaných za osm let po první operaci. (8)

## **Závěr**

Cílem mé práce bylo vypracovat případovou studii u pacienta po transuretrální resekci prostaty. BHP je nejčastější benigní nádor v urologii a nejčastější onemocnění starších mužů. Prostatektomie tak patří k nejčastěji prováděným výkonům v rozvinutých zemích. TURP je nazývána „zlatým standardem“ v chirurgické léčbě BHP. (7) Proto se s pacienty po TURP na urologických odděleních často setkáváme.

Práci jsem rozdělila na dvě části. Část klinickou a část ošetrovatelskou. V klinické části jsem se zabývala anatomií prostaty, diagnostikou a léčbou BHP. V ošetrovatelské části jsem uvedla ošetrovatelskou anamnézu podle modelu Marjory Gordonové a ošetrovatelské diagnózy spolu s dlouhodobým plánem péče o pacienta.

## Seznam použité literatury:

1. DVOŘÁČEK, Jan. *Urologie: I. díl*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 1998. 515 s. ISBN 80-858-6630-7.
2. GRIM, Miloš, DRUGA, Rastislav et al. *Základy anatomie*. 3. Trávicí, dýchací, močopohlavní a endokrinní systém. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 163 s., il. ISBN 80-726-2302-8.
3. KAWACIUK, Ivan. *Urologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 531 s. ISBN 978-80-7262-626-7.
4. NAŇKA, Ondřej, ELIŠKOVÁ, Miloslava, ELIŠKA, Oldřich. *Přehled anatomie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-612-0.
5. PETROVICKÝ, Pavel. *Systematická, topografická a klinická anatomie*. VI. Močopohlavní ústrojí. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova - Vydavatelství Karolinum, 1995. 248 s. ISBN 987-80-247-3530-6.
6. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství: Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi*. Praktické příručky pro sestry. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 55 s. ISBN 80-701-3323-6.
7. VERNER, Pavel. *Benigní hyperplazie prostaty: současný přístup k farmakologické léčbě*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. 84 s. Farmakoterapie pro praxi, sv. 6. ISBN 80-734-5074-7.
8. JAROLÍM, L.: Chirurgická léčba benigní hyperplazie prostaty [on-line]. Česká společnost pro sexuální medicínu, 9. 2. 2010 [cit. 11. 5. 2014]. Dostupné z: <http://www.cssmweb.cz/news/chirurgicka-lecba-benigni-hyperplazie-prostaty/>

## Seznam použitých zkratk:

<b>AA</b>	alergická anamnéza
<b>ATB</b>	antibiotikum
<b>BHP</b>	benigní hyperplazie prostaty
<b>BMI</b>	body mass index
<b>cm</b>	centimetr
<b>CŽK</b>	centrální žilní katetr
<b>č.</b>	číslo
<b>D</b>	dech
<b>DHT</b>	dihydrotestosteron
<b>EKG</b>	elektrokardiogram
<b>FA</b>	farmakologická anamnéza
<b>g</b>	gram
<b>gtt.</b>	guttae (kapky)
<b>h</b>	hodina
<b>Hb</b>	hemoglobin
<b>INR</b>	international normalized ratio (mezinárodní normalizovaný; poměr)
<b>i.v.</b>	intravenózní podání
<b>IPSS</b>	international prostatic symptom score (mezinárodní prostatické symptomové skóre)
<b>JIP</b>	jednotka intenzivní péče
<b>kg</b>	kilogram
<b>l</b>	litr
<b>LUTS</b>	lower urinary tract symptoms (příznaky dolních močových cest)
<b>ml</b>	mililitr
<b>mg</b>	miligram
<b>NO</b>	nynější onemocnění
<b>OA</b>	osobní anamnéza
<b>P</b>	puls
<b>PA</b>	pracovní anamnéza

<b>PMK</b>	permanentní močový katetr
<b>p.o.</b>	per os
<b>PSA</b>	prostatický specifický antigen
<b>Q<sub>ave</sub></b>	průměrný průtok moče
<b>Q<sub>max</sub></b>	maximální průtok moče
<b>RA</b>	rodinná anamnéza
<b>RTG</b>	rentgen
<b>SA</b>	sociální anamnéza
<b>SAB</b>	subarachnoidální anestezie
<b>s.c.</b>	subkutánní aplikace
<b>st.p.</b>	stav po
<b>SpO<sub>2</sub></b>	saturace krve kyslíkem
<b>tbl.</b>	tableta
<b>TEN</b>	trombembolická nemoc
<b>TK</b>	tlak krve
<b>TT</b>	tělesná teplota
<b>TUIP</b>	transuretrální incize prostaty
<b>TUR</b>	TUR syndrom (komplikace při TURP)
<b>TURP</b>	transuretrální resekce prostaty
<b>TVPE</b>	transvezikální prostatektomie
<b>UA</b>	urologická anamnéza
<b>VAS</b>	vizuální analogová škála
<b>V<sub>void</sub></b>	vymočený objem

## **Seznam obrázků:**

**Obrázek č. 1:** Prostata

**Obrázek č. 2:** Zóny prostaty

**Obrázek č. 3:** Srovnání křivky u zdravého muže s typickou křivkou u nemocného s BHP

## **Seznam příloh:**

**Příloha č. 1:** Mezinárodní prostatické symptomové skóre - IPSS

**Příloha č. 2:** Ošetrovatelská anamnéza

**Příloha č. 3:** Plán péče



## Přílohy:

### Příloha č. 1

#### Mezinárodní prostatické symptomové skóre - IPSS

	Vůbec ne	Asi v 1/5 případů	V méně než 1/2 případů	Asi v 1/2 případů	Ve více než 1/2 případů	Téměř vždy	<u>SKÓRE:</u>
<b>Neúplné vyprázdnění:</b> Jak často jste během posledního měsíce měl po vymočení pocit nevyprázdněného močového měchýře?	0	1	2	3	4	5	
<b>Frekvence:</b> Jak často jste během posledního měsíce musel znovu močit dříve než za 2 hodiny po předchozím vymočení?	0	1	2	3	4	5	
<b>Přerušované močení:</b> Jak často jste během posledního měsíce pozoroval, že se močení několikrát přerušilo a znovu začalo?	0	1	2	3	4	5	
<b>Naléhavost:</b> Jak často jste během posledního měsíce jen s potížemi močení oddálil?	0	1	2	3	4	5	
<b>Oslabení proudu moče:</b> Jak často jste během posledního měsíce měl slabý proud moči?	0	1	2	3	4	5	
<b>Tlačení na močení:</b> Jak často jste během posledního měsíce musel tlačit, abyste začal močit?	0	1	2	3	4	5	
<b>Noční močení:</b> Jak často jste během posledního měsíce musel v noci kvůli močení vstávat? (Průměrně za noc)	Nikdy	1x	2x	3x	4x	5x a více	
<b>Celkové skóre:</b>							

#### Hodnocení kvality života vzhledem k mikčním obtížím

<b>Kvalita života:</b> Jak byste se cítil, kdybyste měl mít v budoucnu stejné obtíže s močením jako nyní?	Výborně 0	Dobře 1	Převážně dobře 2	Střídavě 3	Převážně špatně 4	Špatně 5	Nesnesitelně 6
<b>Index kvality života:</b>							

**Zdroj:** [www.cus.cz/pro-odborniky/pro-praxi/dotazniky-a-kalkulatory/](http://www.cus.cz/pro-odborniky/pro-praxi/dotazniky-a-kalkulatory/)

Příloha č. 2

Ošetrovatelská anamnéza

**Ošetrovatelská anamnéza**

Oddělení : *Urologická klinika*  
Datum a čas odběru anamnézy : *16.7.2013, 7:00*

Jméno (iniciály) : *M.W.* Pohlaví : *M* Věk : *48 let*

Datum přijetí : *14.7.2013* Datum propuštění : *19.7.2013*

Stav : *ženatý* Povolání : *diplomovaný (obřívne manžel u rodáku)*

Rodina informována :  ano  ne

Diagnóza při přijetí (základní) : *benigní hyperplazie prostaty*

Chronická onemocnění :  
.....  
.....  
.....

Infekční onemocnění :  NE  ANO  
Režimová opatření : .....

Léčba:  
Operační výkon : *transuretrální resekce prostaty - TURP* Pooperační den : *1*

Farmakoterapie : *algifen 30-30-30 - při bolesti na VAS nach 4*

Jiné léčebné metody : .....

Má nemocný informace o nemoci :  ano  ne  částečně

Alergie :  ano  ne jaké : .....

Fyziologické funkce : P : *46'* TK : *119/72* D : *16'* SpO2 : *99%* TT : *36°C*

Hmotnost : *64kg* Výška : *174cm*

**1) Vědomí**

stav vědomí :  při vědomí  porucha vědomí  bezvědomí GSC : .....

Orientovaný  Deorientovaný



### 5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba)..... *Pacient je artizim', nebývá žádnou jinou chorobou. Sluší slyší na pravi' ucho.*

Úrazy:  ano  ne jaké: *praskly' meniskus v 6 letech*

Prodělaná dětská onemocnění: *běžná' dětská' onemocnění'*

Infekční onemocnění:  ano  ne jaká: .....

### 6) Výživa, metabolismus

Dieta:..... *č.3* ..... Nutriční skóre:..... *0.6* .....

Chuť k jídlu:  ano  ne

Potíže s přijímáním potravy:  ano  ne jaké: .....

Jakým druhům potravin dává přednost: *není' vybraný'*

Užívá doplňky výživy:  ano  ne jaké: .....

Enterální výživa ..... Parenterální výživa.....

Denní množství tekutin: *1500ml* ..... Druh tekutin: *nesycená' voda, čaj'*

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době:  ano  ne o kolik: .....

Umělý chrup:  ano  ne  horní  dolní *-fixní'*

Potíže s chrupem:  ano  ne

### 7) Vyprazdňování

problémy s močením:  ano  pálení  řezání  retence  inkontinence  
 ne

problémy se stolicí:  ano  průjem  zácpa  inkontinence  
 ne

stolice pravidelná:  ano  ne

poslední stolice: *14.7.2013*

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

**Močový katétr** počet dní zavedení:..... *2* .....

Rektální odvodný systém:.....

Stomie.....

### 8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: .....

Barthel test: *90.6 - lehce zadržely'*

Riziko pádu: ANO skóre.....

NE

Pohyblivost :  chodící samostatně  chodící s pomocí  
 ležící pohyblivý  ležící nepohyblivý  
 pomůcky jaké : .....

### 9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : ..... *6-7* ..... hodina usnutí : ..... *23:00* .....  
poruchy spánku :  ano  ne jaké : .....  
hypnotika :  ano  ne  
návyky související se spánkem : ..... *před usnutím v místnosti* .....  
..... *vytvořil* .....

### 10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem:  ano  ne jaké : .....  
potíže se sluchem:  ano  ne jaké : ..... *hůře slyší na P nebo* .....  
porucha řeči:  ano  ne jaká : .....  
kompenzační pomůcky:  ano  ne jaké : .....

orientace :  orientován  
 dezorientovaný  místem  časem  osobou

### 11) Sebepojetí, sebevědomí – hodnocení psychosociálního stavu

je raději :  sám  v kolektivu  
co si myslí o svém zevnějšku a o sobě : ..... *ma'na sebe racionálníma hled* .....  
pocit zlosti, vzteku :  ano  ne  
pocit strachu :  ano  ne z čeho : .....  
pocit úzkosti :  ano  ne  
jak klient vyjadřuje negativní emoce: ..... *snazí se rozumně domluvit* .....  
emocionální stav : ..... *klidný* .....  
Úroveň komunikace a spolupráce: ..... *pacient je komunikativní* .....

### 12) Role, vztahy

vztah klienta k ostatním lidem : ..... *přátelský, vstřícný* .....  
bydlí doma sám :  ano  ne  
kdo bude o klienta pečovat po propuštění : ..... *manželka* .....  
kontakt s rodinou :  ano  ne

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UKO

### 13) Reprodukce, sexualita

počet porodů : .....

počet potratů : .....

antikoncepce :  ano  ne

jaká : .....

pravidelnost menstruace :  ano  ne

Klimakterium :  ano  ne

problémy s prostatou :  ano  ne

jaké : *ž. po operaci*

pohlavní onemocnění :  ano  ne

jaké : .....

zvláštnosti v sexuálním chování : .....

### 14) Stres, zátěžové situace

psychický stav :  klidný  rozrušený  úzkostný  depresivní  strach

prožívá nějaké napětí :  ano  ne jaké, z čeho : .....

způsob odreakování : *počtyb* .....

kouření :  ano  ne kolik : .....

alkohol :  ano  ne kolik : .....

drogy :  ano  ne jaké : .....

### 15) Víra

Víra  ano  ne jaká : .....

### 16) Invazivní vstupy

Drény :  ano  ne jaké : ..... Datum zavedení : .....

Permanentní močový katétr :  ano  ne

i.v. vstupy :  ano  periferní datum zavedení : *14.7.* kde : *LHK*

Stav : *funkční, ekol. biolue'*

centrální datum zavedení : ..... kde : .....

stav : .....

ne

Sonda :  ano  ne jaká : ..... datum zavedení : .....

Stomie :  ano  ne jaká : ..... stav : .....

Endotracheální kanyla :  ano  ne č.ETR : ..... datum zavedení : .....

Tracheotomie :  ano  ne č. : ..... od kdy : .....

Arteriální katétr :  ano  ne

Epidurální katétr :  ano  ne

Jiné invazivní vstupy : .....

## Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

### 1. Barthelové test základních všedních činností ( ADL - activities of daily living )

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

90 b.

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

**Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:**

0-40 bodů: vysoce závislý

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý

100 bodů: nezávislý

### 2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobrý 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

32 b.

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

### 3. Hodnocení nutričního stavu

#### NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m <sup>2</sup> ) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

0 b.

#### Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

### 4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

#### Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu		
<b>Anamnéza:</b>		
<input type="checkbox"/> DDD ( dezorientace, demence, deprese)		3 body
<input checked="" type="checkbox"/> věk 65 let a více		2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze		1 bod
<input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladi na lůžkové odd.		1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém		1 bod
<input type="checkbox"/> užívání léků ( diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepresiva, laxativa)		1 bod
1 bod		
<b>Vyšetření</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Soběstačnost		
- úplná	0b	
- částečná	2b	
- nesoběstačnost	3b	
<input checked="" type="checkbox"/> Schopnost spolupráce		
- spolupracující	0b	
- částečně	1b	
- nespolepracující	2b	
<b>Přímým dotazem pacienta ( informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)</b>		
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě?	ANO	3 body
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?	ANO	1 bod
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout ?	ANO	1 bod
<b>Celkem:</b>		
0-4 body	Bez rizika	
5 – 13 bodů	Střední riziko	
14 – 19 bodů	Vysoké riziko	

3 b.

#### Ošetrovatelské zhodnocení

Pacient je 1. den po operaci BHP. Provedeny  
rytkem TURP. Ma' karedeuy' PMK, pro kontinencialni'  
lavak' pokretny' doprovod pri' eluzi.  
Pacient je komunikativni', orientovany'  
a klidny'. Hluk' slysi' na P. ucho, nema'  
zina' smyslora' omereni'. Ma' bolest r  
podbrisku na VAS na stupni e. 2.



Příloha č. 3  
Plán péče

1. pooperačním den - 16.7.

Datum	Ošetřovatelská diagnóza	Cíle (krátkodobé, dlouhodobé)	Plán ošetřovatelské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
15.7.	Riziko pooperačních komplikací z důvodu operačního výkonu a) riziko krvácení b) riziko otělového selhání c) riziko infekce	Neasna' identifikace rizik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• monitorovat vitální funkce</li> <li>• sledovat místní známky infekce v oblasti, maximálně 18 stupňů (Pěk a PMK)</li> <li>• aspirický/místní pro m ampulaci z laborky</li> <li>• sledovat celkové známky infekce</li> <li>• sledovat viditelnost moči v PMK a měření v určité</li> <li>• sledovat směrlost PMK</li> <li>• stará se o udržování do deku - mentace</li> </ul>	Pacient z místa operace - mlko vyložou nebráží. Na vitální funkce - normě a je bez známek, celkový stav směrlost, infekce.	
16.7.	Riziko trombembolické nemoci	Minimalizovat riziko vzniku trombembolické nemoci na minimum.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• poslehat pacientovi ko mpressioni primocody do dlehy, než bude v rámci vstávat z lůžka a chodit.</li> <li>• sledovat pacienta o těsně až v 17h</li> <li>• aplikace Clexane 0,4 ml sc.</li> <li>• sledovat známky trombembolické nemoci.</li> </ul>	Pacient je bez známek trombembolické nemoci.	
16.7.	Pobyt z důvodu operace mlko vyložou	pacient bude do 30 minut od podání analgetik udávat směrnost bolesti minimum na 0-2 na VAS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sledovat intenzitu a lokalizaci bolesti</li> <li>• aplikovat orální morang</li> <li>• du algeho v případě bolesti</li> </ul>		

1. pooperační den - 16.7.

Datum	Ošetrovatelská diagnóza	Cíle (krátkodobé, dlouhodobé)	Plán ošetrovatelské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
			<ul style="list-style-type: none"><li>• sledovat pacientovu vitalitu a reverzibilitu komunikace</li><li>• zaznamenávat do dokumentace</li></ul>	Pacient má bolest na stupni 0.2 a nevyžaduje podání analgetik.	