



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Věra Růžičková

**Ošetrovatelská péče o nemocného po
prostatektomii**
Nursing Care of a Patient after Prostatectomy

Bakalářská práce

Praha, květen 2011

Autor práce: **Věra Růžičková**

Studijní program: **Ošetrovatelství**

Bakalářský studijní obor: **Všeobecná sestra**

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Holubová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF UK v Praze**

Odborný konzultant: **Doc. MUDr. Jaroslav Novák, CSc.**

Pracoviště odborného konzultanta: **Urologická klinika FN Bulovka, Praha**

Datum a rok obhajoby: **červen 2011**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům. Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická, nahraná do studijního informačního systému SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 5. května 2011

.....
Věra Růžičková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu primáři Doc. MUDr. Jaroslavu Novákovi, CSc. za jeho odborné vedení klinické části mé bakalářské práce. Mgr. Janě Holubové děkuji za její cenné rady a skvělou spolupráci. Děkuji pacientovi J.W. za jeho ochotu a souhlas k poskytnutí informací. A děkuji touto cestou svému manželovi za jeho obětavost a trpělivost.

Obsah

Úvod	7
1. Klinická část	8
1.1 Charakteristika onemocnění	8
1.1.1 Anatomický popis	8
1.1.2 Fyziologie	12
1.1.3 Benigní hyperplazie prostaty – BHP	13
1.1.4 Patologie	14
1.1.5 Symptomatologie	15
1.1.6 Diagnostický postup	16
1.1.7 Léčba BHP	21
<i>1.1.7.1 Pozorné sledování</i>	20
<i>1.1.7.2 Medikamentózní léčba</i>	20
<i>1.1.7.3 Fyzikální léčba</i>	22
<i>1.1.7.4 Léčba mechanickými pomůckami</i>	25
<i>1.1.7.5 Chirurgická léčba</i>	25
1.2 Základní údaje o pacientovi	30
1.2.1 Identifikační údaje	30
1.2.2 Lékařská anamnéza	30
1.2.3 Předoperační vyšetření	31
1.2.4 Stav při přijetí	32
1.2.5 Anesteziologické vyšetření	33
1.2.6 Průběh operačního výkonu	33
1.2.7 Přehled vyšetření v průběhu hospitalizace	34
1.2.8 Farmakoterapie	35
1.2.9. Průběh hospitalizace od 24.3. do 27.3. na urologii JIP	40
1.2.9 Průběh hospitalizace od 28.3. do 2.4. na urologii oddělení	45
2. Ošetrovatelská část	47
2.1. Charakteristika ošetrovatelského procesu	47
2.2. Model fungujícího zdraví Marjory Gordon	50
2.3. Ošetrovatelská anamnéza podle Marjory Gordon	54

2.4. Přehled ošetrovatelských diagnóz	60
2.5. Krátkodobý ošetrovatelský plán	61
2.5.1 <i>Aktuální ošetrovatelské diagnózy</i>	61
2.5.2 <i>Potencionální ošetrovatelské diagnózy</i>	65
2.6. Dlouhodobý ošetrovatelský plán	69
2.7. Hodnocení psychického stavu nemocného	72
2.8. Edukace nemocného	73
3. Závěr	76
4. Seznam použité literatury	77
5. Seznam zkratk	78
6. Seznam obrázků	79
7. Seznam příloh	80

Úvod

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče u pacienta J.W. 57 let, který byl přijat na urologické oddělení plánovaně. Důvodem hospitalizace bylo operační řešení benigní hyperplazie prostaty, transvezikální prostatektomie – TVPE.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, klinickou a ošetrovatelskou. V klinické části se zabývám anatomií a fyziologií prostaty. Dále se pak věnuji charakteristice onemocnění benigní hyperplazie prostaty, zde popisuji epidemiologii, etiopatogenezi a patologii. Důležitou součástí je pak popis symptomatologie, diagnostických postupů a druhů léčby. Podrobněji pak popisuji operační postup transvezikální prostatektomie, způsob provedení a možné komplikace. Na konci klinické části uvádím základní údaje o pacientovi J.W. z lékařské dokumentace, identifikační údaje, lékařskou anamnézu, předoperační vyšetření a stav při přijetí. Dále zde zmiňuji jeho vyšetření anesteziologem a průběhu operačního zákroku. Vše je doplněno přehledem vyšetření z průběhu hospitalizace a seznámením s kompletní farmakoterapií. Klinickou část uzavírá podrobný popis průběhu hospitalizace den po dni od přijetí po propuštění.

V ošetrovatelské části jsem nejprve popsala charakteristiku ošetrovatelského procesu, následuje „Model fungujícího zdraví“ podle Marjory Gordonové. Obecná charakteristika jednotlivých oblastí se stala návodem pro ošetrovatelskou anamnézu, kterou jsem sepsala druhý pooperační den na JIP. Z těchto získaných informací o pacientovi jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelské diagnózy jsou rozděleny na aktuální a potencionální. Po té navazuje krátkodobý a dlouhodobý plán ošetrovatelské péče. Ošetrovatelská část pak pokračuje psychologickým zhodnocením pacienta a edukačním plánem. Závěrem uvádím prognózu z hlediska ošetrovatelské péče.

Na konci bakalářské práce uvádím seznam zdrojů, ze kterých jsem čerpala. Přílohy jsou seznam literatury, seznam zkratk, seznam obrázků a seznam příloh.

1. Klinická část

1.1. Charakteristika onemocnění

1.1.1 Anatomický popis – Předstojná žláza, prostata

Prostata je svalově-žláznatý orgán, součást mužského reprodukčního systému. Je tvořena žlázami, vazivem a hladkou svalovinou. Uložena je těsně pod močovým měchýřem, kde prstencovitě obklopuje začátek močové trubice. Má tvar komolého kužele, o velikosti kaštanu, který je předozadně zploštělý. Tvoří sekret, který je součástí ejakulátu. Horní plocha, **basis prostatae**, je obrácena ke spodině močového měchýře a vrchol, **apex prostatae**, směřuje dolů a dopředu proti diafragma urogenitale. (Elišková M., Naňka O., 2006, s.204)

Prostatou prochází močová trubice, **pars prostatica urethrae**. Na zadní stěně uretry je vytvořena podélná hrana, crista urethralis, s vyvýšeninou, **colliculus seminalis** (verumontanum). Na vrcholu vyvýšeniny je slepý kanálek, utriculus prostatici, a po jeho stranách vyústění **ductus ejaculatorii**. Ductus ejakulatorii prochází prostatou od jejího zadního horního okraje šikmo dolů, dopředu a mediálně k uretře. Po stranách hrany je vkleslina, sinus prostatici, kam ústí 15 – 30 prostatických žlázek. (Elišková M., Naňka O., 2006, s.204, Grim M. Druga R., 2005, s.148)

Makroskopicky se prostata dělí na pět žlázových laloků, které jsou však zřetelné pouze během vývoje. V dospělosti jsou tyto laloky spojeny v kompaktní žlázu. Na povrchu prostaty jsou patrné pouze laterální laloky, pravý a levý. Dále je patrný **zadní lalok**, kdežto dva malé laloky leží v hloubce. **Střední lalok** leží za uretrou, v úhlu mezi ní a oběma ductus ejakulatorii. **Přední lalok**, v němž však převažuje vazivo a svalovina, leží před uretrou.

Poloha a syntopie

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

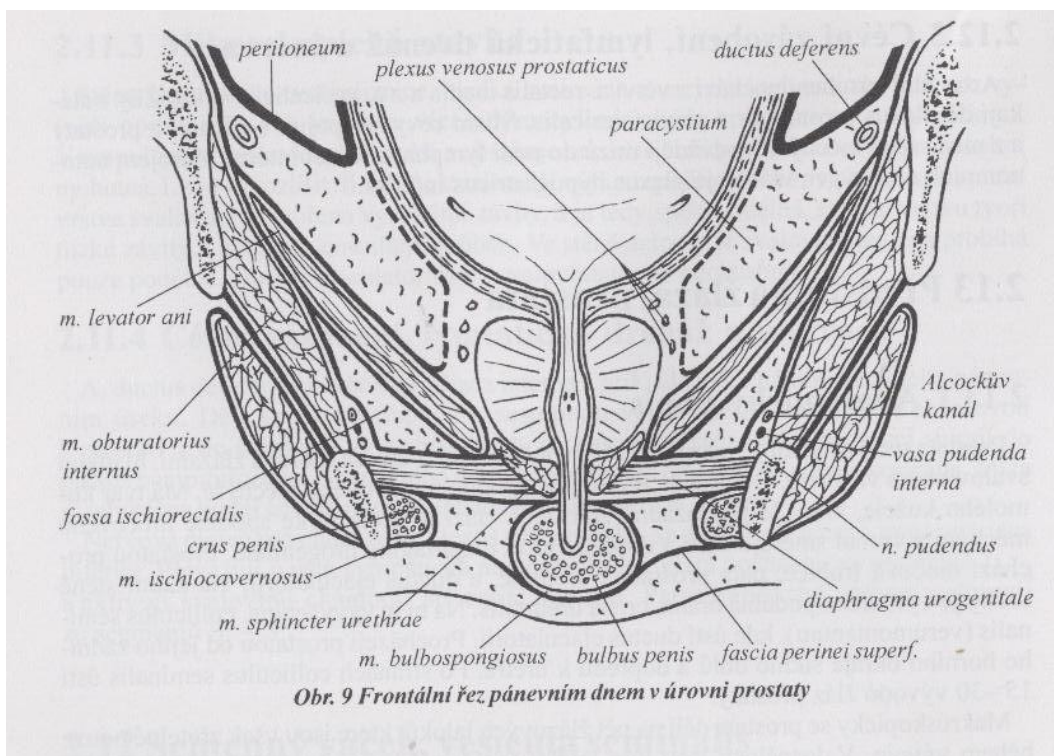
přivracena ke konečníku a oddělena od něho vazivovou ploténkou, fascia rectosprostatica (Denonvilliersi, septum rectovesicale). Per rektum je prostata hmatná přes přední stěnu rekta, **zadní** lalok. Zaoblené boční plochy prostaty se dotýkají m. levator ani. **Apex** prostaty naléhá na diafragma urogenitale. (Grim M. Druga R., 2005, s.148)

Povrch prostaty je pokryt vazivovým obalem, **capsula propria**, zvenku na něj naléhá žilní pletěň, plexus venosus prostatici. Žilní pletěň spolu s prostatou obaluje **capsula periprostatica**, která je součástí viscerálního listu pánevní fascie. (Grim M. Druga R., 2005, s.149)

Fixace

Prostata je fixována spojením krčkem močového měchýře, průběhem močové trubice a vazivem. Ke sponě stydké ji připevňují, ligamenta puboprostatica a k okolním orgánům ji fixuje spojení periprostatického pouzdra s viscerální pánevní fascií. (Grim M. Druga R., 2005, s.148)

Obrázek č. 1 Frontální řez pánevním dnem (Dvořáček J., 1998, s.46)



Stavba

Prostatu tvoří 30 – 50 tubuloalveolárních žláz, hladká svalovina a vazivové stroma. Žlázy tvoří prostatický sekret, který je při ejakulaci vypuzován do uretry a tvoří až 30% objemu ejakulátu. Žlázy jsou vystlány jednořadým až víceřadým epitelem, jehož stav je podmíněn hormonální stimulací a věkem. Hladká svalovina prostupuje prostatou spolu s vazivovým stromatem a obklopuje jednotlivé žlázy. Část předního úseku prostaty je při přední čáře tvořena pouze vazivem a hladkou svalovinou. Hladká svalovina ve stěně prostatického úseku uretry nad colliculus seminalis, navazuje na svalovinu krčku močového měchýře, m. sphincter uretrae internus, kontrahuje se při ejakulaci a zároveň brání vniknutí ejakulátu do močového měchýře. (Elišková M., Naňka O., 2006, s.204, Grim M. Druga R., 2005, s.149)

Zóny prostaty

V současné době se prosadilo členění prostaty, dle McNeala, do tří zón. Jsou vymezeny podle vývojového původu žlázy, podle jejich polohy a podle biomedicínských hledisek. Podstatnou část prostaty (95%) tvoří dvě biologicky rozdílné žlázové složky, periferní a centrální zóna. Mezi nimi je třetí přechodná zóna. (Elišková M., Naňka O., 2006, s.204)

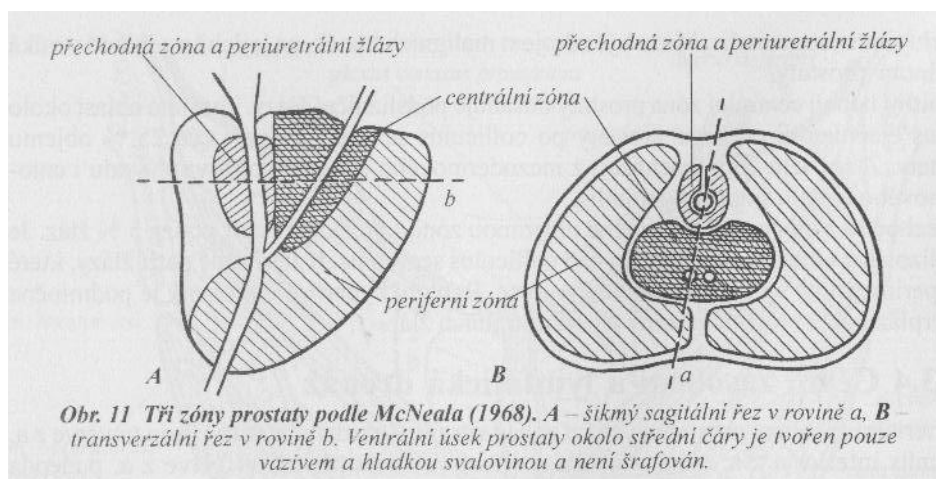
Periferní zóna prostaty je nejobjemnější. Obsahuje dlouhé a rozvětvené žlázy. Dosahují k povrchu zadní plochy prostaty a pokračují dopředu po jejích laterálních plochách. Zóna má na transverzálním řezu tvar podkovy, která je vpředu otevřená. Její žlázy jsou nazývány hlavními žlázami prostaty, protože zaujímají 70% jejího objemu a produkují největší část sekretu. (Grim M. Druga R., 2005, s.149)

Centrální neboli vnitřní zóna obsahuje podslizniční žlázy. Zaujímá oblast okolo ductus ejakulatorii od baze prostaty po colliculus seminalis. Tvoří cca 25% objemu prostaty. (Grim M. Druga R., 2005, s.149)

Přechodná zóna je třetí a nejméně objemnou zónou prostaty. Tvoří pouze 5% objemu žláz. Je lokalizována okolo uretry v úseku nad colliculus seminalis. K této

zóně patří žlázy, které leží parauretrálně ve sliznici močové trubice. Benigní hypertrofie prostaty je podmíněna hyperplazií žláz přechodné zóny a periuretrálních žláz. (Grim M. Druga R., 2005, s.149)

Obrázek č. 2 Tři zóny prostaty dle McNeala (Dvořáček J., 1998, s.48)



Arteriální zásobení prostaty

Tepenné zásobení prostaty vychází z více zdrojů. Zezadu a ze strany jsou to větve a. vesicalis inferior a z a. rectalis media zepředu a zdola přicházejí větve z a. pudenda interna. Všechny arterie vytvářejí ve vazivovém pouzdru prostaty síť, ze které pronikají dovnitř žlázy jednotlivé větve, přičemž cévy pravé a levé strany nejsou propojeny. Silnější intraprostatické cévy probíhají zejména na rozhraní centrální a periferní zóny. (Grim M. Druga R., 2005, s.149)

Venózní zásobení prostaty

Žíly tvoří pletěň zavzatou mezi vazivové obaly na povrchu prostaty. Krev z této pleteně odtéká do v. iliaca interna buď přímo, nebo přes žíly močového měchýře. (Grim M. Druga R., 2005, s.149)

Lymfatická drenáž

„Mízní cévy prostaty doprovázejí krevní cévy a ductus deferens. Odvádějí mízu jednak do nodi lymphatici iliaci interni et externi, jednak navazují na mízní cévy

konečníku a přes ně do nodi lymphatici sacrales.“ (Grim M. Druga R., 2005, s.149)

Inervace

„Prostata je bohatě inervována. Sympatická, parasympatická a senzitivní nervová vlákna přicházejí cestou plexus hypogastricus inferior a tvoří na povrchu prostaty pleteň, která obsahuje také gangliové buňky.“ (Grim M. Druga R., 2005, s.149)

1.1.2 Fyziologie

Prostata produkuje sekret, který tvoří 15-30 % objemu ejakulátu. Výměšek je tekutý, bezbarvý, kyselé reakce (pH 6,4). Obsahuje zinek, kyselinu citrónovou, prostaglandiny, polyaminy – spermin a spermidin, imunoglobuliny, kyselou fosfatázu a proteázy.

Zinek ovlivňuje metabolismus testosteronu v prostatě a váže se na buněčnou membránu spermií.

Kyselina citrónová ve formě citrátů má funkci pufru.

Prostaglandiny stimulují svalovinu dělohy a přispívají tím k transportu spermií.

Spermin ovlivňuje pohyblivost spermií a jejich schopnost oplodnit vajíčko.

Proteázy způsobují řídnutí ejakulátu.

Ke svému růstu a správné funkci potřebuje prostata mužské pohlavní hormony čili androgeny, z nich pak především testosteron. 90 % androgenů v mužském organismu je testosteron, který se tvoří v Leydigových buňkách varlat, zbývajících 10% se tvoří v kůře nadledvin a jsou to androgeny steroidní povahy. Steroidní androgeny mají modulující vliv. 98 % testosteronu je vázáno na bílkoviny krevní plazmy (sex hormon binding globulin – SHBG). Po transkripci genů dochází k tvorbě specifických bílkovin, které působí na stroma i na žlázové buňky a udržují prostatu v činnosti.

1.1.3 Benigní hyperplazie prostaty - BHP

Jedná se o nemaligní zvětšení prostaty na podkladě zmnožení stromálních a epiteliálních buněk. Má výraznou závislost na věku nemocného. (3)

Epidemiologie

„Anatomická hyperplazie prostaty byla v autoptických studiích prokázána již ve třetí dekádě života v 8%, v páté již ve více než 40%, v šesté v 70% a u mužů starších 80 let ve více než 80%. Prevalence hyperplazie prostaty se od čtvrté věkové dekády rychle zvyšuje a na konci deváté dosahuje téměř 100%. Specifická věková prevalence v autopsiích je obdobná bez ohledu na etnický nebo geografický původ.“ (Kawaciuk I., 2009, s.379)

Etiopatogeneze

Etiopatogeneze BHP je multifaktoriální. Morfogeneze není dosud zcela objasněna. Je nepochybné, že růst prostaty je ovlivňován hormonálně a že souvisí s produkcí testosteronu. Do etiopatogeneze prostaty vstupuje také řada růstových faktorů zajišťujících lokální kontrolu účinku androgenů a epiteliální odpovědi. Interakce mezi růstovými faktory a steroidními hormony mohou alternovat rovnováhu mezi proliferací a apoptózou při vývoji BHP. (Kawaciuk I., 2009, s.380)

BHP má obdobnou incidenci u sexuálně aktivní populace i v celibátu. Pokračování sexuální aktivity ve vyšším věku nezvyšuje ani nesnižuje predispozici k BHP. Muži s nižší tělesnou hmotností mají prostaty menší. Protože zřejmě tuková tkáň je hlavním zdrojem aromatizace testosteronu na estrogen, který pravděpodobně hraje důležitou roli v patofyziologii BHP. (1)

U mužů v rodinách, kde byli mužští příslušníci operováni pro BHP, je kumulativní pravděpodobnost prostatektomie na věku 66% proti 17% u kontrolní skupiny. Existuje tedy zřejmě i dědičnost pro BHP. (3)

1.1.4 Patologie

Jedná se o uzlovité zbytnění tkáně prostaty, především v periuretrální oblasti a v tzv. přechodné zóně. Do hyperplasticky se zvětšující periuretrální žlaznaté tkáně postupně vrůstají muskulární, fibrotické a stromální komponenty ze základů prostaty uložených nad seminálním kolikulem. Podle převahy jednotlivých histologických složek BHP rozeznáváme typ stromální, fibromuskulární, muskulární, fibroadenomatózní a fibromyoadenomatózní. Periferní prostatická tkáň je přitom postupně komprimována až do tak zvaného chirurgického pouzdra, které je převážně tvořeno fibrózní tkání a hladkou svalovinou. (3)

„Pouzdro hraje důležitou roli ve vývoji prostatické symptomatologie, protože zřejmě přenáší tlak tkáňové expanze na močovou trubici a vede ke zvýšení uretrálního odporu. Velikost prostaty nekoreluje se stupněm obstrukce.“ (Kawaciuk I., 2009, s.381)

„V hyperplastické prostatě je většinou 50 – 70% žlaznaté epiteliální tkáně a 30 – 50% fibromuskulární stromální tkáně. Existuje ale určitý pleomorfismus v poměru stromální a epiteliální tkáně. U malých prostat je predominantní stromální složka u velkých prostat složka epiteliální. Signifikantní objem prostaty tvoří hladká svalovina.“ (Kawaciuk I., 2009, s.381)

Hypertrofie svaloviny detruzoru močového měchýře, kompenzující překážku odtoku, vede k zesílení stěny měchýře a snížené elasticitě. Svalovina měchýře se stává nadměrně aktivní a nestabilní, při déle trvajícím onemocnění, nedokonalém vyprazdňování měchýře se svalovina stane ochablou a neschopnost vyvinout tlak dostatečný k překonání odporu obstrukce a může vést ke stavu paradoxní ischurie, kdy moč odkapává po kapkách (když tlak v měchýři chvilkově převyší odpor výtoku). (12)

1.1.5 Symptomatologie

BHP se většinou projevuje symptomy dolních močových cest – LUTS (lower urinary tract symptoms). Samotná symptomatologie v žádném případě k diagnóze BHP nevede. BHP je v každém případě nutné potvrdit dalšími vyšetřeními, a to především na podkladě vyloučení jiných závažných onemocnění dolních močových cest. (1)

Příznaky v průběhu onemocnění

„BHP se začíná projevovat mikčním diskomfortem. Nejvíce obtěžuje časté močení v noci, nykturie, kdy se překrví malá pánev a prostata, s následným nucením k mikci. Ráno je vymočení obtížnější. Přes den, kdy se při pohybu prokrvení prostaty trochu zmenší, se obtíže výrazně zlepšují nebo nemusí být žádné. Začíná hypertrofovat detruzor, který v tomto stadiu ještě stačí kompenzovat zvýšený intravezikální odpor. Vyprazdňovací obtíže se v průběhu onemocnění pohybují jako po sinusoidě. Frekvence nykturie se zvětšuje na 5 – 10 mikcí za noc. Nemocný si začíná močit na špičky bot, má pocit neúplného vyprázdnění měchýře po vymočení a na jeho fyzickém i psychickém stavu se projevuje nevyspání. Při vyšetření se nalezne výraznější hypertrofie detruzoru s trabekulární přestavbou svaloviny měchýře a různě velké reziduum moče po mikci jako známka postupné dekompenzace stavu. Zhoršující se obtíže nakonec vedou ke kompletní retenci moče. Někdy se objevuje ischuria paradoxa, kdy stálým tlakem moče zatěžovaný sfinkter ochabuje a měchýř přetéká, což se projevuje trvalým odkapáváním moče. U pomočujících se starších nemocných musíme na tuto možnost vždy pomyslet.“ (Kawaciuk I., 2009, s.381)

Obstrukční symptomatologie – zahrnuje slabší a líný proud moče, retardaci startu mikce, neschopnost ukončit mikci náhle – s postmikčním odkapáváním moče, pocit nekompletního vyprázdnění měchýře, močovou retenci a paradoxní ischurii. (1)

Iritativní symptomatologie – představuje sníženou jímavost močového měchýře, spojenou často s vývojem detruzorové instability. Zahrnuje nejvíce

obtěžující symptomy, jako je polakisurie, nykturie a urgence až urgentní inkontinence. (1)

„Chronická retence moče – neoznačuje retenci v pravém slova smyslu, ale objemné močové reziduum po mikci, které představuje výraznou periferní překážku v odtoku moče z ledvin. Má za následek bilaterální hydronefrózu s rozvojem urémie a někdy urosepsy. Často je přítomna močová infekce a někdy komplikující cystolitiáza.“ (Kawaciuk I., 2009, s.381)

Mezinárodní prostatické symptomové skóre – IPSS (International Prostate Symptom Score)

Slouží k základnímu zhodnocení závažnosti obtíží nemocných a monitorování úspěchu léčby nebo naopak progresu onemocnění. Tento dotazník je doporučován WHO ke standardizaci mikční symptomatologie u BHP. Skórovací systém sestává ze sedmi otázek, z toho čtyř na mikční symptomy a tří na jímací. Nemocný odpovídající na otázky může dosáhnout celkem 35 bodů, přičemž za symptomatologii mírné stupně je považováno bodové rozpětí 0 – 7 bodů, příznaky středně těžké 8 – 19 body a příznaky těžké pak 20 – 35. (1), (příloha č. 1)

1.1.6 Diagnostický postup

1/ „Anamnéza – měla by detailně objasnit souvislost obtíží s předchozími operačními výkony, zejména v malé pánvi, onemocněními nebo medikací ovlivňující funkci močového měchýře.“ (Kawaciuk I., 2009, s.382)

2/ Vyšetření per rektum – patří mezi základní vyšetření nemocného s BHP. Toto vyšetření by se mělo provádět rutinně při každém přijetí do nemocnice, a to nejen na urologické oddělení. U mužů nad 50 let by mělo být prováděno rutinně 1krát ročně v rámci preventivní onkologické prohlídky (POP). Normální nezvětšená prostata by měla být o velikosti kaštanu (3x2cm), měla by být hladká, symetrická, elastická, ohraničená, nebolestivá a sliznice rekta by měla být posunlivá. Jakákoli změna od těchto parametrů by měla být zaznamenána. (3)

„Při retenci moče lze někdy nad sponou stydkou hmatat rozepjatý močový měchýř s typickým poklepovým při krácení.“ (Kawaciuk I., 2009, s.382)

3/ Ultrasonografické vyšetření prostaty

Transrektální – TRUS - diagnostický ultrazvuk je vhodný k posouzení objemu prostaty, k posouzení echotextury prostatické tkáně a diferenciaci eventuálního karcinomu prostaty, dále k provedení cílené transrektální biopsie prostaty z vybraného ložiska a posouzení vztahu ložiskových změn k pouzdru prostaty, semenných váčků a rektu. Objem prostaty vypočítáme násobením všech tří rovin vedených prostatou a výsledek dělíme dvěma (výška x šířka x délka/2). Moderní UZ přístroje mají funkci automatického výpočtu. Při indikaci prostaty k otevřené operaci nebo k transuretrální resekci je vhodné vypočítaný objem zmenšit o 15%. Jedná se o tkáň prostaty, kterou neresekujeme, její pouzdro. (3)

Transabdominální - méně vhodné vzhledem k větší disperzi UZ vln při průchodu břišní stěnou k prostatě, a používá se zejména tam, kde se provádí spíše orientačně nebo při měření postmikčního rezidua. (3)

4/ Objem reziduální moče – stanovujeme jej pomocí transabdominálního UZ. Objem reziduální moče nekoreluje s dalšími symptomy dolních močových cest. Větší reziduum >200ml indikuje aktivnější léčebný postup. Opakovaná hodnota >300ml již představuje chronickou retenci moče s potencionální obstrukcí horních močových cest. (1)

5/ Vyšetření moče

Doporučuje se při primárním vyšetření nemocného s BHP. Zahrnuje chemické vyšetření, zhodnocení močového sedimentu, zde mohou být hlavně erytrocyty, leukocyty a bakterie. Cytologické vyšetření je třeba zvažovat u nemocných se závažnějšími jímacími symptomy a hematurii nebo kuřáctvím v anamnéze. (1)

6/ Kreatinin v séru – Přibližně jeden z deseti nemocných s BHP má známky renální insuficience. Většinou není tato vysoká koncentrace způsobena pouze

intravezikální obstrukcí. Příčinou jsou jiná onemocnění jako diabetes mellitus nebo hypertenze. Vyšší hladina indikuje k vyšetření horních močových cest. (1)

7/ BHP a prostatický specifický antigen - PSA

PSA – je glykoprotein o jediném řetězci, který obsahuje 93% aminokyselin a 7% glycidů. Vyskytuje se ve vysoké koncentraci v prostatickém sekretu, je produkován epiteliálními buňkami prostaty. U nemocných s BHP je sérová hladina zpravidla nižší než 4 ng/ml, avšak toto neplatí zcela absolutně. Je důležitým, screeningovým markerem karcinomu prostaty. (3)

PSA v séru existuje ve dvou formách. Ve více než 80% cirkuluje jako komplex PSA s alfa1-antichymotrypsinem nebo alfa2-makroglobulinem a zbytek jako volný – free PSA (fPSA). Sérový poločas PSA po odstranění veškeré prostatické tkáně je 2 – 3 dny. Po radikální prostatektomii je koncentrace PSA nedetekovatelná za 10 – 12 týdnů. Poločas fPSA je jen 2 – 3h. Ze séra vymizí prostřednictvím glomerulární filtrace nebo tvorby nových komplexů s antiproteázami. (3)

„Poměr fPSA/cPSA (volný/celkový) představuje užitečnou hodnotu při odlišení karcinomu od BHP.“ (Dvořáček J., 1998, s.1210)

PSA v séru se stanovuje u všech mužů s LUTS před volbou vhodné léčby. Při narušení buněčné membrány prostatických buněk se PSA uvolňuje do krevního oběhu. K tomu dochází u karcinomu prostaty, BHP, ale také u prostatitidy, po močové retenci, instrumentaci v dolních močových cestách a vyšetření per rectum. Důležitá je také skutečnost, že PSA v séru s věkem stoupá. (1)

K zajímavým výsledkům dospěli Marks et al. se svou studií. Srovnali hladinu PSA v séru u pacientů před TURP a po něm s odstupem 6 měsíců, po dobu 5 let. Zjistili, že pokles je vázán na množství resekované tkáně, za každý gram lze odečíst 0,11 ng/ml PSA. Pooperační hodnota PSA přetrvávala celých 5 let po zákroku. Přechodová zóna tedy přispívá k vzestupu PSA u BHP nejvíce, a proto po TURP by měla hladina PSA klesat prakticky k nule. Neklesne-li, musíme pátrat po karcinomu prostaty. (3)

8/ Urodynamické vyšetření

„Urodynamika vnáší do problematiky BHP funkční hledisko a zkoumá koordinaci jímací a vyprazdňovací schopnosti dolních močových cest.“ (Dvořáček J., 1998, s.1210)

Uroflowmetrie – vzhledem k BHP je spíše orientační metodou při zjišťování infravezikální obstrukce. Používáme jí jako nástroj ke sledování účinnosti zvolené terapie pro BHP. Vyšetření se provádí na průtokoměru. Pacient močí do speciálně upravené toalety a močový paprsek dopadá na rotující disk, který je proudem moče brzděn. Hodnotí se tvar uroflowmetrické křivky, zda je průtok souvislý nebo přerušovaný, dále maximální a průměrný průtok moče, mikční objem a doba močení. Průtok moče se uvádí v ml/s. (3), (12)

Tlakově průtokové studie (pressure–flow studies) PQ studie – dokáže diferencovat mezi infravezikální obstrukcí a hypokontraktibilitou detruzoru. Může předejít zklamání z neuspokojivého výsledku invazivního řešení správnou identifikací měchýřové dysfunkce místo BHP a volbou medikamentózní léčby. (1)

Současně se zaznamenává průtok moče uroflowmetrií a intravezikální tlak. Výsledky jsou počítačově zpracovány do podoby tlakově-průtokové křivky, která je poté vyhodnocena na nomogramech. K měření intravezikálního tlaku lze použít suprapubický nebo transuretrální přístup. (12)

Plnicí cystometrie – nemocní, kteří mají výrazné iritativní příznaky, mohou mít též neinhibované kontrakce během vyšetření. Zbytnělá prostata se zřejmě podílí na nestabilitě detruzoru, po operaci dochází k výraznému ústupu symptomů. Nestabilita detruzoru však není specifickou známkou BHP, a proto se cystometrie k diagnostice ani sledování úspěchu léčby nehodí. (3)

Je měřen vztah intravezikálního tlaku a objemu močového měchýře. Intravezikální tlak je dán součtem detruzorového a intraabdominálního tlaku. Dvoukanálový uretrální katétr tenkého kalibru je zaveden do močového měchýře, kde měří intravezikální tlak. Při plnicí cystometrii je jeden katétr používán ke snímání tlaku a druhý k plnění močového měchýře irigační tekutinou.

Urodynamický přístroj odečítá intraabdominální tlak od tlaku intravezikálního. Výsledkem je detruzorový tlak, který vyjadřuje aktivitu samotného močového měchýře. (12)

9/ Vylučovací urografie

Nepatří do standardního algoritmu vyšetření u nemocných s BHP. Indikuje se pouze u nemocných, kteří mají v anamnéze nějaké urologické onemocnění (urolitiáza..) nebo hematurii, jež může být projevem komplikované BHP. (1)

Zobrazuje morfologické a funkční změny dutého systému ledvin a vývodných močových cest. Po zhotovení nativního snímku aplikujeme kontrastní látku do žíly a po té v časových intervalech snímáme nemocného.

10/ Cystouretroskopie

Není indikována standardně u BHP. Volíme u mužů s hematurií v anamnéze, karcinomem močového měchýře, cystolitiázou nebo po operacích na dolních močových cestách.

„Prohlížení močové trubice uretroskopem s přímou optikou. Při vyšetření je uretra dilatována a oplachována proudem sterilní irigační tekutiny. Následně je provedeno vyšetření močového měchýře cystoskopem s šikmou optikou, prohlížení i postranní stěny měchýře. Při vyšetření je močový měchýř naplněn sterilní tekutinou (150-300 ml) tak, aby jeho dutina byla zcela rozepjata.“ (12)

1.1.7 Léčba BHP

„Léčba BHP by měla dosáhnout zlepšení LUTS, snížení intravezikálního odporu, zlepšení vyprazdňování močového měchýře, zklidnění instability detruzoru a zlepšení renální insuficience. Měla by zabránit dalším epizodám makroskopické hematurie, infekce močových cest a retence moče. Ani LUTS, ani zvětšená prostata nejsou důvodem k invazivnímu řešení BHP. Jen když prostatické změny zvyšují uretrální odpor, a tím poruší rovnováhu mezi emulsní silou měchýře a průchodností uretry, je indikována léčba směřující k redukci infravezikální obstrukce.“ (Kawaciuk I., 2009, s.384)

1.1.7.1 Pozorné sledování (watchful waiting)

Tento postup volíme u nemocných, kde nejsou symptomy tak obtěžující, aby výrazně ovlivňovaly kvalitu života. Komplikace spojené s léčbou jsou vnímány jako větší dyskomfort než nepohodlí symptomů a existuje určitá skupina nemocných, co léčbu odmítá zcela. Tento způsob léčby se také může brát jako první stupeň v terapeutické kaskádě. U řady pacientů obstrukce a symptomy neprogredují tak, aby si stav vyžadoval řešení. Postup sledování předpokládá edukaci a uklidnění pacienta, pravidelné kontroly a poradenství v otázkách životního stylu. (1)

Alternativní léčba BHP

Všechny neoperační způsoby léčby BHP. Medikamentózní, fyzikální a léčba mechanickými pomůckami.

1.1.7.2 Medikamentózní léčba

Alfa – blokátory – Aktivace alfa₁ receptorů působí kontrakci prostatické, uretrální a kavernózní hladké svaloviny. Blokování alfa receptorů snižuje kontraktilitu hladké svaloviny v hrdle měchýře a pouzdru prostaty, a tím zmenšuje dynamickou složku infravezikální obstrukce. Nežádoucí účinky vazodilatace, závratě, posturální hypotenze, světloplachost, únavnost a tachykardie. Zřídka se při terapii objevuje redukce množství ejakulátu. Pozitiva této léčby jsou, rychlý

nástup účinku a zlepšení symptomatologie. doxazosin, tamsulosin, terazosin a alfuzosin (1)

Inhibitory 5 alfa – reduktázy – v prostatické buňce blokuje konverzi testosteronu na účinný dihydrotestosteron. Odpovědí organismu je snížení velikosti prostaty (z důvodu indukce epiteliální apoptózy a atrofie a malými změnami na stromatu) a významná redukce obstrukčních příznaků a maximem až po 6 – 12 měsících léčby. Nežádoucí účinky se ojediněle vyskytuje erektilní dysfunkce, snížení libida a zmenšení množství ejakulátu, které obvykle ustupují po 1 roce léčby. finasterid, dutasterid (Martínková J., 2007, s.243 – 244)

„Kombinovaná léčba: Je účinnější v redukci rizika progresu BHP, rizika akutní retence moče a nutnosti invazivní léčby.“ (Kawaciuk I., 2009, s.385)

Fytoterapeutika – Rostlinné extrakty v současné době jsou hodně populární. Tyto extrakty mají příznivé účinky na mikční obtíže způsobené BHP. Neobsahují čistou účinnou látku a mechanismus účinku není zcela jasný. Teprve dlouhodobé studie objasní skutečnou účinnost a bezpečnost těchto preparátů. tadenan (africká trpasličí palma), prostatonin (kopřiva), Adenol-forte (výhonky topolu), Prostenal uno... (3)

1.1.7.3 Fyzikální léčba

Hypertermie a termoterapie (TUMT)

Hypertermie je definována jako lokální aplikace tepelné energie do tkáně prostaty, která je zahřívána v rozmezí 42 – 45°C. Při hypertermii nedochází ke strukturálnímu poškození buněčných organel ani k poškození struktury tkáně. Dochází jen nejspíše k určitým změnám metabolismu buněk. V současné době se tato metoda již nepoužívá.

Termoterapií rozumíme aplikaci tepelné energie, která v místě prostatické tkáně vyvolá zvýšení teploty nad 45°C. Při teplotách nad 45°C dochází ke strukturálnímu poškození buněčných proteinů, a tak k významnému zásahu do

metabolismu buněk. Při teplotách nad 64°C jde o ireverzibilní koagulaci bílkovin, nad 70°C dochází k termální ablaci tkáně. (3)

Výkon se provádí bez anestezie, transuretrálně zavedením přístroje do močové prostatické uretry. S využitím mikrovln, které penetrují do prostatické tkáně do hloubky 5mm. Teplota při výkonu se měří rektálně.

Terapie vysokofrekvenčními vlnami – TUNA

„Nízkofrekvenční vlny mají hlubší penetraci do tkáně a vyvolávají větší nekrózy než vysokofrekvenční vlnění používané při hypertermii. Fokální teplota na konci sondy dosahuje 110°C, což má za následek tvorbu ohraničených nekrotických zón v těsném okolí sondy. Výkon se provádí v lokální anestezii transuretrálně pomocí sondy se dvěma jehlami za současné kontroly transrektálního ultrazvuku - TRUS. Teplota v uretře dosahuje teploty 41°C.“ (Dvořáček J., 1998, s.1232)

Ultrazvuková terapie – HIFU (High-Intensity Focused Ultrasound)

Účinek ultrazvukových vln na biologickou tkáň je mechanický a termický. Mechanický je roven účinkům extrakorporální litotrypsi, kdy tlak vlny vzniklé v mediu elektrickým výbojem je přenášen za pomoci fokusace na konkrément. Výsledkem je fragmentace a kavitace. U tkáně je pak účinkem rozpad buněk. V okolí kde intenzita UZ nebyla tak silná dochází k ischemizaci a následné nekróze. U HIFU je zde i termický účinek, tedy efekt termické ablace. Buňky v centru absorbují energii a dochází ke zvyšování teploty 80 – 90°C. Bílkoviny v buňce jsou koagulovány. Provádí se při transrektální ultrasonografii – TRUS. (3)

LASER

V současné době se jedná o velmi moderní metodu. Laserová vlákna jsou dnes součástí endoskopického instrumentária. Lasery využívají elektromagnetického záření jak k vytváření hluboké koagulační nekrózy, tak k vaporizaci tkáně. Čím nižší je výkon laseru a čím delší dobu trvá jednotkový impuls, tím je hloubka penetrace tepelné energie vyšší a dochází ke koagulaci prostaty. Naopak čím je

výkon vyšší a doba impulsu kratší, tím je menší penetrace, o to však vyšší energie musí být vstřebána povrchem prostaty a dochází k vaporizaci. (1,3), (obrázek č. 3)

„**Druhy laserů:** Jako aktivní médium, které rozhoduje o vlnové délce a tedy vlastnostech konkrétního laseru a podle kterého lasery i označujeme, může sloužit plyn (neon, CO₂), tekutina (rhodamin-B) nebo pevná látka (neodymium, holmium).“ (Dvořáček J., 1998, s.344 – 345)

Neodymium: YAG laser – nejčastěji používaným laserem v urologii. Důvodem pro jeho širokou aplikaci zvláště v endoskopii, je možnost vedení tenkými vlákny a nízká absorpce ve vodném prostředí. Proniká poměrně hluboko do tkáně (3 – 4mm), kde vyvolává převážně koagulaci při zachování strukturální integrity. Vyzařuje paprsky vlnové délky 1064nm, které se nacházejí v infračervené části spektra, tedy neviditelné části spektra a během výkonu musí proto být doprovázeno viditelným vodícím paprskem. (2)

KTP laser - využívá kalium titanyl-fosfátový krystal, který zdvojnásobí frekvenci Nd: YAG laseru za cenu určité ztráty energie. Výsledkem je poloviční vlnová délka 532nm a jiné vlastnosti. Účinek na tkáň se podobá argonovému laseru, pohybuje se na hranici vaporizace a koagulace při nižší hloubce průniku do tkání, což je výhodné například k provedení incize. (2)

Holmium: YAG laser – vzácný prvek je umístěný v yttrium-aluminium gernetovém krystalu. Médium je excitováno zábleskem xenonové lampy a emituje paprsky vlnové délky 2100nm. Jedná se o pulzní laser, u kterého lze na vrcholu pulzu dosáhnout výkonu až v oblasti kilowatů. Hloubka penetrace do tkání je minimální, v jejich povrchových vrstvách však vyvolává explozivní vaporizaci, umožňující velmi přesné a jemné incize. Výhodou je i schopnost kontaktní dezintegrace konkrementů. (2)

Argonový laser – je viditelný modrozelený paprsek vlnové délky 488 – 514nm, emitovaný ionizovaným argonem po excitaci přímým elektrickým výbojem. Je absorbován tělními pigmenty, což vysvětluje jeho využití v léčbě kožních

hemangiomů. Vzhledem k nižším dosažitelným výkonům je však v endoskopických indikacích nahrazován Nd: YAG laserem. (2)

CO₂ laser – CO₂ jako aktivní médium je u tohoto typu laseru excitován elektrickým výbojem. Vyzařuje pulzním nebo kontinuálním způsobem paprsky o vlnové délce 10 600nm. Vysoká vlnová délka znesnadňuje jejich přenos flexibilními vlákny a zabraňuje širšímu použití u endoskopických výkonů. Hloubka tkáňové penetrace je minimální (0,02mm), což umožňuje precizní využití u kožních lézí, například v oblasti zevního genitálu. (2)

Barvivové lasery – využívají často k excitaci argonový nebo kryptonový laser. Volbou vhodného typu barviva jako aktivního média lze přesně stanovit výslednou vlnovou délku (v rozmezích 400 – 800nm). Jsou využívány při dezintegraci močových konkrementů. (2.)

Kryoterapie

Využívá náhlého ochlazení prostatické žlázy na minus 180 °C, které vede k destrukci tkáně. V současné době se k léčbě BHP nepoužívá. (12)

1.1.7.4 Léčba mechanickými pomůckami

Stenty a spirály

Urostenty a urospirály jsou permanentní intrauretrální luminizovaná tělesa, která se zavádějí do prostatické uretry s cílem dosáhnout její dilatace, a tak odstranit infravezikální obstrukci. Jsou řešením pro pacienty, kteří nemohou být operováni z interního hlediska a farmakologická léčba je u nich neúčinná nebo nechtějí být operováni. Umožňují dobrou evakuaci močového měchýře, pokud jsou zavedeny do prostatické uretry za podmínek sterilní moče, pak je výrazně omezeno riziko inkrustací na jejich povrchu. Stenty jsou za 8 – 12 týdnů překryty epitelem močových cest, takže nadále nepřicházejí do styku s močí. U stentů lze provádět i cystoskopii. (3), (obrázek č. 4)

Balonová dilatace prostaty

V podstatě jde o hrubou metodu endourologické komisurotomie. Při rozpětí balonu v prostatické uretře dochází k laceraci prostaty na předem nekontrolovaném místě a následné krvácení není o nic méně rizikovější než jakákoli incize prostaty při dobrém endoskopickém přehledu. V současné době se od ní již zcela upustilo. (3)

1.1.7.5 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba BHP má dokumentovanou historii sahající až do středověku, kdy bylo známo, že se stoupajícím věkem narůstají u mužů mikční obtíže. Již od 17. století se můžeme setkat s cévkováním (Jan Jesenius). Na pražské Karlově univerzitě bylo založeno první urologické oddělení při I. chirurgické klinice roku 1872 a vedením byl pověřen doc. Weiss.

První plánované suprapubické prostatektomie provedli von Dittel a Belfield v letech 1885 a 1886, avšak teprve Freyerův popis enukleace prostaty a tamponáda lůžka (počátek 20. století) výrazně zpopularizovaly tuto metodu. Retropubický přístup enukleace prostaty doznal největší popularity v druhé polovině 40. let s publikacemi Millina, a to především s lepší peroperační hemostázou. V dnešní době je pro BHP indikována spíše TVPE s enukleací adenomu a ošetření lůžka hemostatickými stehy doplněnými kompresí lůžka balonkovou cévkou. (3)

Chirurgická léčba je indikována u nemocných s opakovanou retencí moče, recidivující infekcí v močových cestách, při zvětšujícím se močovém reziduu, recidivující makroskopické hematurii, cystolitíaze a výrazných subjektivních potížích.

„Absolutní indikací je chronická retence moče s bilaterální hydronefrózou a hyperazotémií, kdy je nutné nejprve zavedením PMK, zřídka na oboustranné punkční nefrostomii, konsolidovat ledvinné funkce.“ (Kawaciuk I., 2009, s.388)

Transuretrální incize prostaty – TUIP

TUIP je vhodná a nenáročná metoda k ošetření subvesikální obstrukce u nemocných s malou prostatou do 30g, kteří jsou zároveň riziková z interního hlediska. Vhodnými kandidáty jsou též mladí pacienti s výraznou mikční symptomatologií. Krátký operační čas, výrazně nižší procento retrogránní ejakulace a možnost obejít se prakticky ve 100% případů bez transfuze jsou nepřehlédnutelné výhody tohoto operačního postupu. (3)

„Výkon představuje jednu nebo dvě hluboké elektrodiscize hrdla močového měchýře u č. 5 a č. 7 a prostaty až přes chirurgické pouzdro. Při založeném středním laloku prostaty nebo endovezikálně zvětšené prostatě je možné výkon doplnit klínovitou resekcí části prostaty mezi oběma incizemi.“ (Kawaciuk I., 2009, s.389)

Transuretrální resekce prostaty – TURP

TURP je nejčastěji prováděnou operací u mužů po 50. roce věku a druhou nejčastější operací vůbec (po operaci katarakty) v populaci rozvinutých zemí světa. V současné době není technický problém provést TURP u jakkoli velké prostaty, záleží jen na zkušenosti operátora a správné indikaci, aby bylo dosaženo dobrého výsledku a zabráněno komplikacím. K TURP jsou zpravidla indikováni pacienti s vyšší interní zátěží. (3)

Pomocí endoresektoru zavedeného přes močovou trubici do měchýře se postupně resekční kličkou vysokofrekvenčním proudem odstraní zbytnělá prostatická tkáň až na chirurgické pouzdro prostaty. Krvácení staví operátor průběžně koagulačním proudem. (1) „Kompletní TURP spočívá v tom, že prostatu „vykrájíme“ kličkou kolem celého obvodu a po zastavení krvácení (kontrola při zastavené laváži) vidíme od koliku až do měchýře. Po vysunutí přístroje do bulbární uretry se má kontrahovat příčně pruhovaný svěrač v oblasti kolikulu a do měchýře není vidět.“ (Dvořáček J., 1998, s.1223), (obrázek č. 5)

Transvezikální prostatektomie – TVPE

První operaci v českých zemích provedl v roce 1939 na Bulovce profesor MUDr. Karel Kovařovic, tehdejší primář oddělení.

Transvezikální či suprapubická prostatektomie je dnes indikována výjimečně a velká pracoviště uvádějí její zastoupení v operativě onemocnění prostaty do 10 – 15%. Je vhodná též v těch případech, kde je nutno řešit i další patologii dolních močových cest – např. objemnou cystolitiázu či velký divertikl. V našich podmínkách je indikace k TVPE z hlediska samostatné prostaty, pouze tehdy, byla-li při ultrazvukovém vyšetření zjištěna hmotnost prostaty nad 60g. Jsou však i pracoviště, kde je prováděna dvoudobá transuretrální prostatektomie adenomů výrazně přesahující 100g. (3)

TVPE byla mnohými autory modifikována. Základem operace však zůstávají 4 body: **Bezpečný přístup do močového měchýře** – znamená neotevřít peritoneální dutinu. **Enukleace adenomu prostaty** – jde o problematiku, jak se dostat do správné vrstvy k provedení enukleace. **Ošetření prostatického lůžka a Bezpečná sutura měchýře** – zásada použití nevstřebatelného materiálu do močových cest a pokud možno vynechání sliznice močového měchýře. (3)

Transvezikální prostatektomie se provádí v celkové či svodné anestézii z podélného řezu v podbřišku. Řez je veden od stydké kosti směrem k pupku, otevírá se močový měchýř. Operátor pomocí prstu enukluuje zvětšenou prostatu z lůžka. Po odstranění tkáně je vhodně provést kontrolu krvácení. Vzhledem k tomu, že uretrální větve a prostatica vstupují do prostatického pouzdra na č. 5 a č. 7, zakládají se zpravidla na těchto místech hemostatické stehy ze vstřebatelného materiálu. Lůžko je možno obšít matracovými stehy i na jiných místech, kde je patrné krvácení (3, 9, 12), je nutné dát pozor na uretrální ústí. Po té se do lůžka prostaty zavádí močový katétr, pokud je trojcestný odpadá nutnost založení epicystostomie. Uzávěr močového měchýře zpravidla nečiní potíže, je třeba si jen uvědomit zásadu použití nevstřebatelného materiálu do močových cest a pokud možno vynechání sliznice močového měchýře. Šije se jen stěna detruzoru.

Drenáž prevesikálního prostoru na 2 – 3 dny je povinností (prevence subfasciálního abscesu). V případě, že jsme nepoužili trojcestného katétru, je vhodné ponechat na 12 – 24 hodin permanentní laváž fyziologickým roztokem přes epicystostomii. Objem balónku není nutné plnit tak, aby odpovídal hmotnosti enukleovaného adenomu prostaty. Jde hlavně o to, aby komprese balónku měla hemostatický účinek a balónek cévky nevyklouzl z lůžka do močového měchýře. (3)

Komplikace

Mezi časné komplikace patří: **Krvácení** bývá nejčastěji do 24hodin po operaci. **Urinózní sekrece**, tam kde cévka dobře nedrénuje močový měchýř. **Zánět v ráně**, kolem 3. dne bývá spojen s infekcí v ráně (infikovaná moč), nesterilním ošetřováním rány, špatné zavedení drénu nebo jeho předčasné odstranění.

Jako pozdní komplikace se mohou objevit: **Inkontinence moče** následkem poškození svěrače při enukleaci nebo při ponechání reziduálního laloku prostaty. **Striktura hrdla močového měchýře a močové trubice, retence moče, tvorba sekundární cystolitiázy, impotence.** (3)

1.2 Základní údaje o pacientovi

Pacient J.W., byl přijat na naší urologickou kliniku dne 23.3.2011 k plánované operaci – transvezikální prostatektomii, pro benigní hyperplazii prostaty. Ošetřovatelská anamnéza byla odebrána a sepsána 26.3.2011 na oddělení JIP, 2. pooperační den, 4. den hospitalizace.

1.2.10 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: J.W.

Věk: 57 let

Bydliště: Praha

Národnost: česká

Stav: ženatý

Vzdělání: základní, vyučen mechanikem měřících přístrojů

Povolání: mechanik pro měření a regulaci

Osoba pro kontakt: manželka

1.2.2 Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza: Otec zemřel na Ca plic, neví v kolika letech. Matka zemřela, nezná příčinu úmrtí, ani zda měl sourozence, vyrůstal v dětském domově. Obě děti jsou zdravé.

Osobní anamnéza: Operace 0. Úrazy 0. Běžné dětské nemoci, četné angíny. V 17 letech mu byla diagnostikována hepatitis, léčen 10 let do roku 1981 ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, dispenzarizován tamtéž. Nyní je stále pozitivní na hepatitis A + B. Léčen pro Hypertenzi od roku 2005. Očkování proti tetanu rok 1998.

Sociální anamnéza: Ženatý, žije s manželkou, synem, snachou a vnučkou v rodinném domě. V současné době se stará o manželku, která je léčena pro depresivní syndrom. Chodí do práce, mechanik měřících a regulačních přístrojů, na plný úvazek. Práce je fyzicky nenáročná.

Abusus: Alkohol – 0 Káva – občas s mlékem Nekuřák

AA: vosí bodnutí – otoky

Farmakologická anamnéza:**Plendil ER 5mg 1tbl – 0 – 0****Tritace 10 1 tbl – 0 - 0**

Nynější onemocnění: Pacient J.W. pozoroval poslední rok a půl mikční potíže, hlavně v noci, kdy byl nucen vstát a jít se vymočit. K lékaři jej donutilo jít před 6 měsíci akutní zhoršení příznaků. Pacient snědl chilli papričky a zapil je slivovicí, po té se nemohl vymočit. Od té doby je v ambulantní péči urologa, kde mu byla diagnostikována benigní hyperplazie prostaty. BHP byla zpočátku léčena alfa-blokátorem, pacient udává i zlepšení subjektivních příznaků, ale při kontrolním ultrazvuku, bylo zjištěno zbytkové reziduum 40 – 60 ml opakovaně. Urolog jej tedy odesílá na naši urologickou kliniku s doporučením na operační řešení. Při krevních vyšetřeních byla hodnota PSA 10,8, proto byla ještě provedena biopsie prostaty s potvrzením diagnózy BHP. Vzhledem k velikosti prostaty, 75 g, je pacientovi doporučena transvezikální prostatektomie.

1.2.3 Předoperační vyšetření

Pacient J.W. navštívil svého praktického lékaře a podle instrukcí podaných na urologické ambulanci, absolvoval následující vyšetření nutná k provedení zákroku. Předoperační vyšetření byla provedena dne 17.3.2011.

RTG S+P

Čerstvé infiltrativní změny nejsou patrné, vyšší stav bránice, úhly ostré, hily jsou přiměřené. Srdce nezvětšené.

EKG

Sin. Rytmus, tepová frekvence 76, převodní intervaly v normě, křivka bez ložiskových ischemických změn.

Krevní skupina: A1 Rh(D)pozit.

Hematologie + biochemie: Pacient s sebou neměl výsledky krevních testů, proto mu byla krev znovu odebrána po přijetí. Pacient přišel na lačno.

Bakteriologické vyšetření moče: negativní

Interní předoperační vyšetření – závěr:

Schopen plánovaného výkonu v celkové anestezii. CAVE HBsAg pos. anam.

1.2.4 Stav při přijetí

Fyzikální vyšetření

Výška: 180 cm

Váha: 95 kg

BMI: 29,32

TK: 120/70 mmHg

Puls: 75/min

Dech: 14/min

TT: 36,6°C

Přítomný stav

- ❖ **Vědomí:** Pacient při vědomí, orientován místem, časem a osobou, na otázky odpovídá přiměřeně, řeč plynulá, soběstačný, mírně hyperstenický, poloha aktivní, chůze přirozená, třes 0.
- ❖ **Hlava:** lebka na poklep nebolestivá, normocefalická, držení hlavy přirozené, inervace hl. nervů správná, vlasy husté
- ❖ **Oči:** isokorické, reakce na osvit +, skléry bílé, spojivky růžové, víčka: bpn
- ❖ **Uši, nos:** zvukovod bez sekrece, sluch - bpn, nos bez výtoku
- ❖ **Rty:** souměrné, růžové
- ❖ **Chrup:** vlastní sanován, dásně růžové
- ❖ **Jazyk:** růžový, vlhký
- ❖ **Krk:** bez zvýšené náplně krčních žil, šelest 0, štítná žláza nezvětšena, uzliny oboustranně nehmatné, krční páteř pohyblivá
- ❖ **Hrudník:** symetrický, pyknický, dechová vlna se šíří symetricky,
- ❖ **Plíce:** poklep plný, jasný, dýchání čisté sklípkové v celém rozsahu
- ❖ **Srdce:** srdeční krajina bez vyklenutí, akce srdeční pravidelná 2 ozvy, systolický šelest
- ❖ **Břicho:** měkké, prohmatné, palpačně nebolestivé, peristaltika +
- ❖ **Játra:** přesahují pravý oblouk žeberní o tři prsty, konzistence měkká, palpačně nebolestivá
- ❖ **Slezina:** nenaráží

- ❖ **Ledviny:** bimanuálně nehmatné, tapotement oboustranně negativní, ureterální body nebolestivé, močový měchýř nepřesahuje symfýzu, nebolestivý
- ❖ **Genitál:** bpn.
- ❖ **Per rectum:** prostata hladká ohraničená, střední benigní nález
- ❖ **Páteř:** pohyblivá, fyziologické zakřivení, bez skoliózy a blokad
- ❖ **Klouby:** klouby volně pohyblivé, bez deformit
- ❖ **Šlachy:** pohmatově nebolestivé, šlachové reflexy oboustranně výbavné
- ❖ **Dolní končetiny:** periferní pulzace hmatná, varixy 0, lýtka pohmatově nebolestivá, kůže končetin teplá, pružná se zachovalými adnexy, otoky 0

1.2.4 Anesteziologické vyšetření

Anesteziologické předoperační vyšetření provedl anesteziolog v den přijetí pacienta, tedy den před operačním výkonem. Vysvětlil pacientovi možnosti a rizika spojená s anestezií a po té pacient podepsal informovaný souhlas. Lékař zkontroloval předoperační vyšetření, která si pacient přinesl s sebou a naordinoval večerní a ranní anesteziologickou přípravu.

23.3. na noc Oxazepam 1 tbl per os

Ve 20 hod změřit TK,P

24.3. Ráno v 7:15 hod aplikovat Atropin 0,5 mg + Dolsin 100 mg i.m.

- změřit TK,P, ponechat Plendil 5 mg, nechat zapít 1 douškem vody.

1.2.5 Průběh operačního výkonu

Operační protokol

V klidné spinální anestezii sectio alta, mezi stehy otevřen močový měchýř, stěna m.m. bez organických změn, obříznuto hrdlo a enukleován adenom cca 35g. Na hrdlo několik hemostatických stehů, cévka 22 CH / 40 ml. Do m.m. 14 CH epicystostomie, sutura stěny m.m. pokračovacími stehy, zkouška vodotěsnosti – vyhovuje. Drén do Retziova prostoru, sutura rány po anatomických vrstvách. Bez příhod, prep. na histologii.

Anesteziologický záznam

Začátek anestezie: 10:30 hod

Konec anestezie: 12:00 hod

Délka anestezie: 1hod 30 min

Ranní premedikace: 7:15 hod Dolsin 100 mg i.m.

7:15 hod Atropin 0,5 mg i.m.

10:30 hod Augmentin 1,2 g ve F 1/1 100 ml i.v.

7:00 hod Plendil 5 mg 1 tbl per os

Podané léky v průběhu anestezie: Marcain 0,5% 3 ml - vpich L2 - 3

Midazolam 4 mg i.v.

Ringerfundin 1000 ml i.v.

Krevní ztráta byla střední – do 500 ml.

1.2.6 Přehled vyšetření v průběhu hospitalizace pacienta

Název vyšetření	Výsledek	Jednotky	Referenční interval	Výsledek
<i>Hematologie</i>	23.3.			25.3.
Leukocyty	6	10 ⁹ /l	4,0 - 10,0	11,7
Erytrocyty	4,99	10 ¹² /l	4,5 - 6,3	4,68
Hemoglobin	160	g/l	140 - 180	147
Hematokrit	0,465	l/l	0,380 - 0,520	0,43
Destičky	231	10 ⁹ /l	140 - 440	177
Quick	14,0	s	10,5 – 15,9	
INR	1,08		0,8 – 1,2	
APTT	37,8	s	25,3 – 38,1	
R	1,19		0,8 – 1,2	
<i>Biochemie</i>				
Glukoza	5,4	mmol/l	3,3 - 6,1	6
Natrium	140	mmol/l	132 - 149	138
Kalium	3,97	mmol/l	3,8 - 5,5	4,55
Chloridy	105	mmol/l	97 - 108	104
ALT	0,98	ukat/l	< 0,80	
ALP	1,36	ukat/l	0,5 / 2,0	
AST	0,75	ukat/l	< 0,65	
BLR	24	ukat/l	0,0 / 20,0	
CHES	184	ukat/l	80 / 190	
GMT	0,46	ukat/l	< 1,10	
Urea	4,77	mmol/l	2,0 - 7,5	
Kreatinin	97	ukat/l	35,0 - 109	

1.2.7 Farmakoterapie

„**ATROPIN 1 ml / 0,5 mg i.m., i.v. (*atropini sulfas monohydricus*)**

IS: Parasympatikolytikum

I: Antidotum při otravě inhibitory acetylcholinesterázy, premedikace před celkovou anestézií, při akutním infarktu k zvládnutí bradykardicko-hypotenzního syndromu, fibrilace a flutter předsíní s pomalou komorovou odpovědí, bradykardie a bradykardické arytmie jako následek parasympatotonie nebo předávkování beta-sympatolytiky. Pomocný lék při bradyarytmích vyvolaných předávkováním digitálisovými glykozidy. Akutní extrapyramidové dyskinezy na začátku léčby neuroleptiky. Používá se v kombinaci se spazmoanalgetiky a papaverinem

Kontraindikace: Glaukom, organická stenóza pyloru, hypertrofie prostaty, mukoviscidóza, hypertyreóza, tachykardie, vysoká teplota, poruchy vyprazdňování močového měchýře. Sinusová bradykardie při sick sinus syndromu je refrakterní na atropin a jeho podání může vyvolat posttachykardickou asystolii. Atropin je kontraindikován také při tachykardiích, těžké poruše acidobazické rovnováhy a v hypoxii

Nežádoucí účinky: V terapeutických dávkách útlum sekrece slinných žláz, mydriáza, zvýšení nitroočního tlaku, porucha akomodace, fotofobie, tachykardie, retence moče, bolesti hlavy, obstipace. Ve vyšších dávkách hypertermie vyvolaná bloádou pocení, záškuby až svalové křeče, halucinace, zmatenost až ztráta vědomí. Nedoporučuje se podávat gravidním ženám pro riziko následné tachykardie u novorozenců.

AUGMENTIN 1,2 g i.v. (*amoxicillinum natricum*)

IS: antibiotikum, kombinovaný penicilin

I: pro krátkodobou léčbu bakteriálních infekcí, které jsou vyvolány mikroorganismy citlivými na Augmentin

Kontraindikace: Augmentin nesmějí užívat pacienti, kteří měli alergickou po předchozím podání antibiotik penicilinového nebo cefalosporinového typu, pacienti s infekční mononukleózou, pacienti s poruchami jater a dále pacienti, u nichž použití Augmentinu nebo jiného penicilinového antibiotika v minulosti vyvolalo jaterní poruchy či žloutenku.

Nežádoucí účinky: kožní a slizniční kandid, závratě, bolest hlavy, průjem

DIPIDOLOR 2ml/15mg i.m. (*piritramidum*)

IS: analgetikum, anodynum

I: silné a velmi silné bolesti doprovázející nádorová onemocnění a pooperační bolesti

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, kóma, respirační deprese

Nežádoucí účinky: únava, ospalost, nevolnost, zvracení, zácpa, žlučnickový záchvat nebo obtíže při močení, hypotenze, svědění kůže a vyrážka

DOLSIN 2 ml / 100 mg i.m. (*Pethidini hydrochloridum*)

IS: analgetikum, anodynum

I: k léčbě silné akutní bolesti po těžkých úrazech, operacích a k léčbě chronické bolesti při zhoubných nádorech, používá se k premedikaci před anestezií

Kontraindikace: přecitlivělost na léčivou látku pethidin-hydrochlorid , preexistující dechová , úrazy hlavy , zvýšení nitrolebečního tlaku , křečové stavy , otrava křečovými jedy a lokálními anestetiky, akutní otrava alkoholem nebo alkoholismus, při závažné diabetické acidóze , náhle vzniklé srdeční arytmie a akutní IM, těžká porucha funkce jater , porfyrie , léčba inhibitory MAO a ještě dva týdny po jejím ukončení, zvýšená funkce štítné žlázy , Addisonov choroba

Nežádoucí účinky: nevolnost a zvracení, s frekvencí pod 1% se objevuje zácpa, nízký krevní tlak, psychické změny spojené s dezorientací, ospalostí, zmateností

FYZIOLOGICKÝ ROZTOK (*Natrii chloridum: 9,0 g/l, 1 ml roztoku obsahuje 9 mg natrii chloridum, mmol/l: Na⁺: 154 Cl⁻: 154*)

IS: Infúzní roztok

I: k léčbě izotonické extracelulární dehydratace, léčbě deplece sodíku , použití jako vehikulum nebo rozpouštědlo kompatibilních léčiv pro parenterální podání

Kontraindikace: Roztok je kontraindikován u pacientů s hypernatrémii nebo hyperchlorémií. Je třeba zvážit kontraindikace ve vztahu k přidávaným léčivým přípravkům

Nežádoucí účinky: Při běžné léčbě se neočekávají nežádoucí účinky. Nežádoucí účinky mohou být spojeny s technikou podání.

FRAXIPARINE 0.3 ml s.c. (*Nadroparinum calcicum*)

IS: Antikoagulans, antitrombotikum

I: Profylaxe tromboembolické choroby v perioperačním období, zejména v oblasti ortopedie a všeobecné chirurgie, léčba tromboembolické choroby, prevence krevního srážení během hemodialýzy, léčba nestabilní anginy pectoris a non-Q infarktu myokardu

Kontraindikace: přecitlivělost na nadroparin nebo na některou z pomocných látek, trombocytopenie po nadroparinu v anamnéze, aktivní krvácení nebo zvýšené riziko krvácení v souvislosti s poruchami krevní srážlivosti (s výjimkou diseminované intravaskulární koagulace, která není způsobena heparinem), organická poškození se sklonem ke krvácení, např. aktivní žaludeční či

duodenální vřed, cévní mozkové příhody s krvácením, akutní infekční endocarditis, těžké poškození ledvin

Nežádoucí účinky: krvácivé projevy v různých místech, častěji u pacientů s dalšími rizikovými faktory, Malé krevní výrony v místě vpichu, reakce v místě vpichu

GLUKÓZA 5% i.v. (*Glucosum monohydricum*)

IS: infúzní roztok

I: nosný roztok pro kompatibilní elektrolytové koncentrace a léky

Kontraindikace: hyperglykémie, hypokalémie, acidóza

Nežádoucí účinky: Za předpokladu respektování kontraindikací, nejsou známy.

MARCAINE 0,5% INJ (*bupivacaini hydrochloridum*)

IS: Anestetikum

I: Chirurgická anestezie - prolongované nervové blokády a epidurální anestezie. Akutní léčba bolesti, např. léčba pooperační a poporodní bolesti

Kontraindikace: u pacientů se známou přecitlivělostí na lokální anestetika amidového typu, nedoporučuje se těhotným a kojícím ženám, intravenózní regionální anestezie

Nežádoucí účinky: celková a lokální neurotoxicita, komorové arytmie, fibrilace komor, náhlý kardiovaskulární kolaps a smrt byly hlášeny v souvislosti s podáváním přípravku takovými postupy lokální anestézie, které mohou vést ke vzniku vysokých systémových koncentrací bupivakainu

MIDAZOLAM 1 mg / 1 ml i.v. (*midazolamum*)

IS: hypnotikum, sedativum

I: sedativum před diagnostickými nebo léčebnými výkony, sedativum při úvodu do celkové anestézie, spánek vyvolávající léčivo na počátku celkové anestézie, sedativum tvořící součást kombinované anestézie, sedativum v intenzivní péči

Kontraindikace: těhotenství a kojení, alkoholické nápoje, onemocněním ledvin, jater nebo srdce

Nežádoucí účinky: srdeční zástavu, změny srdeční frekvence, pokles krevního tlaku, rozšíření krevních cév, útlum dýchání či zástavu dechu, dechovou tíseň, křeče hlasivek, zmatenost, euforie, ha

NOVALGIN 5ml/2,5GM i.v. (*metamizolum natriicum monohydricum*)

IS: analgetikum, antipyretikum

I: silná akutní nebo chronická bolest, horečka nereagující na jinou léčbu

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, na jiné pyrazolony nebo pyrazolidiny, podávání pacientům s anamnézou bronchiálního astmatu, kopřivky,

angioedému nebo rinitidy po jiných NSA, útlum krvetvorby, jaterní porfyrie, defekt glukózo – 6 – fosfát dehydrogenázy, hypotenze nebo nestabilní krevní oběh, podávání kojencům ve věku do 3 měsíců nebo s tělesnou hmotností pod 5 kg, i.v. aplikace kojencům ve věku 3 – 11 měsíců, 3. trimestr těhotenství, kojení
Nežádoucí účinky: anafylakticko / anafylaktoidní reakce, svědění, pálení a rudnutí, kopřivka, otoky, dyspnoe, gastrointestinální potíže, těžký angioedém, bronchospasmus, srdeční arytmie, hypotenze, oběhový šok, leukopénie, agranulocytóza, trombopénie, u pacientů s chorobou ledvin může dojít k akutnímu selhání ledvin

OXAZEPAM 5 mg tbl (*oxazepamum*)

IS: Anxiolytikum

I: užívá se pro zmírnění nervozity, napětí, úzkosti a neklidu, u duševních depresí se zvýšenou dráždivostí, u nespavosti provázené úzkostí a ke zmírňování příznaků při odvykací alkoholové kúře

Kontraindikace: nepoužívá při přecitlivělosti na účinnou látku a na benzodiazepiny nebo na některou jinou složku přípravku, u myasthenia gravis, toxikomanie, akutní otravy alkoholem či jinými látkami tlumícími centrální nervový systém, u akutní dechové nedostatečnosti

Nežádoucí účinky: únavnost, ospalost, závratě, méně často zapomnětlivost až zmatenost, bolesti hlavy, nejasné vidění, obtíže při mluvení - porucha výslovnosti, kožní vyrážka

PLAZMALYTE ROZTOK i.v. (*NaCl 5,26 g/l, KCl 0,37 g/l, MgCl 0,30 g/l, Natrii acetat trihydricus 3,68 g/l, Natrii gluconas 5,02 g/l*)

IS: infúzní roztok

I: k náhradě tekutin, k náhradě tekutin během chirurgických výkonů, při hemoragickém šoku a klinických stavech vyžadujících rychlou transfuzi krve, u mírné až střední metabolické acidózy, a to i v případě poruch laktátového metabolismu

Kontraindikace: hyperchlorémií, hypernatrémií, hyperkalémií, selháním ledvin, srdeční blokadou, metabolickou nebo respirační alkalózou, hypokalcémií nebo hypochlorhydrií, současně užívajících kalium šetřící diuretika

Nežádoucí účinky: pouze ojedinělé, spíše závislé na způsobu podání roztoku

PLENDIL ER 5 / 10mg tbl per os (*Felodipinum*)

IS: Vazodilatans, selektivní blokátor vápníkového kanálu s převažujícím vaskulárním efektem.

I: Používá se k léčbě hypertenze a k prevenci stenokardie vyvolané anginou pectoris.

Kontraindikace: přecitlivělost na kteroukoli složku léku, nestabilní angina pectoris, 1 měsíc po IM, těhotenství a kojení, hypotenze

Nežádoucí účinky: bolest hlavy, zarudnutí v obličeji, periferní otoky

RINGERŮV ROZTOK i.v. (NaCl 8,60 g, KCl 0,30 g, CaCl 0,33 g)

IS: infundabilium

I: Hypovolemie, hyponatremie, dehydratace, zejména se zvýšenými ztrátami natria (zvracení, popálení, průjmy, extrémní perspirace), akutní doplnění intravaskulárního volumu, iontové dysbalance, hypochloremická alkalóza, ztráta chloridů.

Kontraindikace: Hyperhydratace, renální selhávání (oligurie až anurie), srdeční dekompenzace, těžší stupeň hypertenze.

Nežádoucí účinky: Možnost účinků je spojena s neodpovídající infúzní terapií.

RINGERFUNDIN i.v.

IS: infúzní roztok

I: Náhrada ztráty extracelulární tekutiny v důsledku izotonické dehydratace, pokud hrozí nebo je vyvinuta acidóza.

Kontraindikace: hypervolemie, těžká městnavá srdeční slabost, renální selhání s oligurií nebo anurií, těžký povšechný edém, hyperkalemie, hyperkalcemie, metabolická alkalóza

Nežádoucí účinky: Po nitrožilním podání solí hořčiku byly občas popsány reakce z přecitlivělosti projevující se kopřivkou. Ostatní příznaky, byly spojeny s technikou podání.

TRAMAL 100 mg / 2 ml (tramadoli hydrochloridum)

IS: Analgetikum, anodynum

I: lék proti bolesti, který patří do skupiny opiátů, ovlivňujících centrální nervový systém. Zmírňuje bolest působením na zvláštní nervové buňky v míše a v mozku.

Kontraindikace: při hypersenzitivitě na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku, akutní otravě alkoholem, hypnotiky, analgetiky, opioidy nebo jinými psychotropními látkami, u pacientů léčených inhibitory MAO v současnosti nebo v posledních 14 dnech, u pacientů s epilepsií, která není dostatečně léčbou kontrolována, při substituční léčbě drogové závislosti

Nežádoucí účinky: nauzea, závratě, palpitace, tachykardie, posturální hypotenze nebo kardiovaskulární kolaps, ospalost, bolesti hlavy

TRITACE 10 mg tbl per os (Ramiprilum)

IS: ACE inhibitory (inhibitory enzymu konvertujícího angiotenzin).

I: snižuje ve Vašem těle tvorbu látek, které mohou zvyšovat krevní tlak, uvolňuje a rozšiřuje krevní cévy, ulehčuje srdci udržování krevního oběhu v těle

Kontraindikace: přecitlivělost na kteroukoli složku léku, potíže s ledvinami, spočívající ve sníženém zásobování ledvin krví, těhotenství a kojení, hypotenze

Nežádoucí účinky: suchý kašel, tachykardie, palpitace, bolest hlavy, nauzea“
(13)

1.2.8 Průběh hospitalizace od 24.3. do 27.3. na urologii JIP

Druhý den hospitalizace, 0. pooperační den

Pacient byl přijat z operačního sálu na urologický JIP ve 12 hod 15 min po transvezikální prostatektomii pro benigní hyperplazii prostaty. Operační výkon proběhl bez komplikací, ve spinální anestezii. Krevní ztráty byly střední, do 500 ml. Infuzní terapie v průběhu operačního výkonu, hrazení ztrát tekutin, Ringerfundin 1000 ml i.v.

V průběhu operace byl pacientovi zaveden permanentní močový katétr, epicystostomie a silastikový drén v místě operační rány a periferní žilní katétr do LHK.

Obvaz byl suchý, neprosakoval. Pacient byl kardiopulmonálně kompenzován a zcela při vědomí, orientován. Bolesti neměl. DK zavázány elastickými obinadly, jako součást předoperační přípravy.

Pacient byl po příjezdu připojen na monitor, kde mu byl měřen TK, P v pravidelných intervalech, EKG a SaO₂ nepřetržitě. Pacientovi byl podáván O₂ brýlemi. Močový sáček byl zavěšen na lůžko postele, stejně tak silastikový drén. Infuzní roztok do PŽK a lavážovací tekutina do trvalé irigace, byly zavěšeny na stojan u lůžka.

Monitorace vitálních funkcí: První dvě hodiny jsme pacientovi měřili, pomocí monitoru, TK, P každých 15 minut, po té se TK,P měřil po hodině. Hodnoty TK se pohybovaly v rozmezí 100/60 – 125/75. Pulzy v rozmezí 76 – 89 za minutu. SaO₂ neklesala pod 97%. EKG křivka byla bez patologických abnormalit.

Odvod z drénu: Silastikový drén – odvedl 100 ml.

Epicystostomie: Podáno 6000 ml irigační tekutiny, F1/1 2000 ml.

Permanentní močový katétr: Podle operačního záznamu bylo do balonku aplikováno 40 ml aqua pro injektione. Balónek zde tamponuje místo po vyjmutí prostaty. PMK odvedl do rána 2200 ml moče.

PMK odvádí silně hematurickou moč, proto trvá irigace epicystostomií. Sestry kontrolují průchodnost PMK a podle potřeby močový měchýř vyplachují.. Je nutné zachovat PMK průchozí, aby nedošlo k tamponádě močového měchýře, zvýšení tlaku v místě po odstranění prostaty a obnovení krvácení, popřípadě k výměně PMK. V dalších dnech je průchodnost PMK a péče o trvalou irigaci

nejdůležitějším úkolem sestry u pacienta po transvezikální prostatektomii.

Bilance tekutin: Tekutiny per os začal pacient přijímat cca 2 hodiny po operaci.

Příjem: Per os – 600 ml

Výdej: Drén – 100 ml

PŽK – 1800 ml

PMK – 2200 ml

Příjem – 2400 ml / Výdej – 2300 ml

Ordinace lékaře – medikace

- ❖ Dieta – pouze čaj po lžičkách
- ❖ Fraxiparine 0,3 ml s.c. – ihned po příjezdu na JIP
- ❖ Plazmalyte 1000 ml
- ❖ G5% 500 ml
- ❖ Augmentin 1,2 g / F1/1 100 ml – po 8 hodinách (8 – 16 – 24)
- ❖ Tramal 100 mg 1 amp a Novalgin 1 amp / F 1/1 100 ml bolusově ve 20 h.

Tlumení bolesti

Po odeznění spinální anestezie pacient udával bolesti na čísle 5 nebo 6, pomocí stupnice od 1 do 10.

Na tento den bylo k pacientovi k dispozici naordinováno:

- ❖ Dipidolor 1 amp. i.m. po 6 hodinách, aplikováno v 17 hod.
- ❖ Tramal 100 mg amp. a Novalgin 1 amp. / F 1/1 100 ml po 6 hodinách, aplikováno ve 21 hod. a ve 4 hod.

Prevence TEN

- ❖ Bandáže DK, Fraxiparine 0,3 ml s.c., aplikován po příjezdu na JIP

Třetí den hospitalizace, 1. pooperační den

Pacient se subjektivně cítí lépe než v operační den, v noci trochu spal. Ráno je schopen se podílet na hygieně dutiny ústní a přední části těla, mimo DK. Hygiena proběhla na lůžku za pomoci sestry. Obvaz sákne, výměna 3 krát za den podle potřeby. Drén v ráně ponechán. PMK je volně průchodný, odvádí hematurickou moč, trvalá irigace epicystostomií ponechána. PŽK je funkční, bez známek zarudnutí, průchodná. DK bez známek TEN. Kožní integrita není porušena. V dopoledních hodinách přišla za pacientem fyzioterapeutka, která jej naučila LTV na lůžku, dechová cvičení, oběhová a poprvé se pacient posadil na lůžku. Dle ordinace lékaře se mohl i posadit, ale pacient se necítil, točila se mu hlava.

- ❖ Fraxiparine 0,3 ml s.c.
- ❖ G5% 500 ml 2x
- ❖ Tramal 100 mg 1 amp. a Novalgin 1 amp. / F1/1 100 ml
- ❖ Digidolor 1 amp i.m.

Tlumení bolesti: Dnes pacient v oblasti operační rány nepocítuje žádné bolesti, pokud je v klidu, jen při změně polohy. Dyskomfort spojený se zavedeným PMK a balónkem v operačním lůžku se začíná zmenšovat. Tlaky a tenze se zmírňují.

- ❖ Tramal 100 mg 1 amp. a Novalgin 1 amp. / F1/1 100 ml – 12:15 hod
- ❖ Digidolor 1 amp i.m. – 22:30 hod

Prevence TEN: Ráno po hygieně pacienta u lůžka jsem pacientovi znovu převázala bandáže. DK bez známek TEN. Po LTV jsem bandáže odstranila, pacient se postavil a prošlapoval nohy na místě. Přes den na lůžku cvičí.

- ❖ Fraxiparine 0,3 ml s.c. – aplikovala jsem v 8 hod

Pátý den hospitalizace, 3. pooperační den

Pacient se cítí velmi dobře. Ranní hygienu zvládá sám, sestra umyla jen záda. Hygiena proběhla u lůžka. Obvaz lehce prosakuje kolem epicystostomie a drénu. PMK je průchodný, vede lehce hematurickou moč, po dobu hygieny je irigace zastavena. PŽK je vytažena, místo vpichu je bez známek zánětu. Pacientovi je zavedena nová PŽK do PHK a kryta Askina soft i.v. DK bez TEN. Kožní integrita není poškozena. V dopoledních hodinách přišla fyzioterapeutka, pacient dnes LTV chůze. Po LTV se pacient cítí dobře.

Monitorace vitálních funkcí: Pacient byl zcela odpojen od monitoru, podle ordinace lékaře.

- ❖ TK, P byl měřen sestrou každé 3 hodiny. Hodnoty v rozmezí od 135/70 do 145/75. Pulzy od 74 do 82 za minutu.
- ❖ TT změřena 2x denně. Ráno – 36,7 °C, večer – 36,3 °C.

Odvod z drénu: Silastikový drén – stopa.

Epicystostomie: Trvalá irigace ponechána jen do vykapání vaku s F1/1. Po té zrušena. Epicystostomie byla ponechána.

Permanentní močový katétr: Vede slabě hematurickou moč. Po dokapání trvalé irigace vede hematurickou moč. Sestry kontrolují průchodnost, pacient je poučen

Ordinace lékaře – medikace

- ❖ Fraxiparine 0,3 ml s.c.
- ❖ Plendil 5 mg per os
- ❖ Tramal 100 mg 1 amp.

Sedmý den hospitalizace, 5. pooperační den

- ❖ Pacientovi byl měřen TK, P 2x denně, TT 2x denně.
- ❖ Při převazu lékař odstranil zbytek drénu, obvaz je suchý.
- ❖ V balónku PMK je ponecháno 10 ml. Večer byl PMK měněn, protože pacientovi vypadl při tlačení na stolicí. Nová náplň balónku 20 ml.
- ❖ Proti bolesti dostal pacient Tramal 100 mg per os.
- ❖ Podána chronická medikace a Fraxiparine 0,3 ml s.c.

Osmý den hospitalizace, 6. pooperační den

- ❖ Pacientovi byl měřen TK, P 1x denně. TT 2x denně.
- ❖ Obvaz byl suchý, rána klidná, ošetřena Novikovem.
- ❖ PMK vede slabě hematurickou moč. Náplň balónku 20 ml.
- ❖ Proti bolesti dostal pacient Tramal 100 mg 1 amp. i.m. na noc.
- ❖ Podána chronická medikace a Fraxiparine 0,3 ml s.c.

Devátý a desátý den hospitalizace, 7. a 8. pooperační den

- ❖ Pacientovi byl měřen TK, P 1x denně. TT 2x denně.
- ❖ Rána klidná.
- ❖ PMK vede téměř žlutou moč. Náplň balónku 20 ml.
- ❖ Proti bolesti nechtěl pacient žádný lék.
- ❖ Podána chronická medikace a Fraxiparine 0,3 ml s.c.

Jedenáctý den hospitalizace, 9. pooperační den

- ❖ Pacientovi byl měřen TK, P 1x denně. TT 2x denně.
- ❖ Rána klidná. Vytažena polovina stehů z rány.
- ❖ PMK vytažen, kontrola močení. Pacient močí.
- ❖ Podána chronická medikace a Fraxiparine 0,3 ml s.c.

Dvanáctý den hospitalizace, 10. pooperační den

Pacientovi byly odstraněny stehy z rány. Ráno změřen TK, P a TT. Pacient byl propuštěn do domácího léčení.

2. Ošetrovatelská část

2.1. Charakteristika ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces je základním metodistickým rámcem, který umožňuje realizaci cílů v ošetrovatelství. Přístup ke každému nemocnému/klientovi je individualizovaný a použitelný jak v nemocniční tak v terénní péči.

Ošetrovatelský proces je soubor propojených činností, které se provádějí ve prospěch pacienta nebo za jeho spolupráce při individualizované ošetrovatelské péči. V důsledku těchto ošetrovatelských činností se sestra může samostatně rozhodnout pro nejvhodnější způsob péče a dosáhnout stanovených cílů, které může měřit a hodnotit z hlediska pokroku, kterého pacient dosáhl.

Pro ošetrovatelský proces je velmi důležitá samotná aktivní činnost sestry, odrážející se od detailnějších informací a citlivých zjištění o pacientovi, na základě sběru dat, který je součástí ošetrovatelské anamnézy. Mnoho pacientů není schopno pro svůj závažný zdravotní stav sdělit jakékoli informace nebo signalizovat své potřeby. Buď se tak děje z neznalosti či různých důvodů nechce nebo nemůže spolupracovat. Proto ošetrovatelský proces potřebuje aktivní (nabízenou) ošetrovatelskou péči.

Ošetrovatelský proces je rozdělen do pěti fází. Každá fáze na sebe navazuje, prolínají se a cyklicky se opakují. Proces musí být uplatněn jako celek, protože každý krok je zcela závislý na předchozí či nastávající fázi. Je to tedy kontinuální, cyklický a nikdy nekončící vztah mezi sestrou a pacientem.

Sestra se nejprve musí s nemocným seznámit, shromáždit o něm co nejvíce informací, zjistit a pojmenovat jeho základní problémy. Dále si sestra naplánuje jeho správné ošetřování, ke kterému se rozhodne za spolupráce pacienta nebo jeho rodiny. Nakonec zhodnotí efekt poskytované ošetrovatelské péče. Spolu s poskytovanou péčí zjišťuje sestra další informace a plán neustále upravuje a doplňuje, aby odpovídal aktuálním potřebám i potencionálním problémům tohoto nemocného. (7)

Fáze ošetrovatelského procesu

- 1. „Zhodnocení nemocného - („kdo je můj nemocný?“)**
 - ❖ ošetrovatelská anamnéza,
 - ❖ zhodnocení nemocného pomocí – rozhovoru, pozorování, testování, měření.

- 2. Stanovení ošetrovatelských potřeb, problémů, diagnóz – („co ho trápí?“)**
 - ❖ ošetrovatelské problémy identifikované sestrou,
 - ❖ problémy pocíťované nemocným,
 - ❖ dohoda s nemocným o pořadí jejich naléhavosti.

- 3. Vypracování individualizovaného plánu ošetrovatelské péče – („co pro něj mohu udělat?“)**
 - ❖ stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče,
 - ❖ návrh vhodných opatření pro jejich dosažení,
 - ❖ dohoda s nemocným o pořadí naléhavosti jejich provedení.

- 4. Realizace aktivní individualizované péče**

- 5. Zhodnocení efektu poskytnuté péče – („pomohla jsem mu?“)**
 - ❖ objektivní změření účinku péče,
 - ❖ zhodnocení fyzického a psychického komfortu nemocného,
 - ❖ úprava ošetrovatelského plánu.“ (Staňková M., 2003, s.15)

Význam ošetrovatelského procesu

OP je základem pro poskytování individualizované vstřícné ošetrovatelské péče. Vede ke zvyšování kvality a efektivity různých metod a technik používaných při ošetřování nemocných. Sestry znají pacienta mnohem lépe. Seznamují se detailněji s jeho starostmi, potížemi a jeho osobností. Díky individuálnímu přístupu sestra lépe chápe a odhaluje jeho potíže. Po té může snadněji stanovit

ošetřovatelské diagnózy. OP umožňuje každému členovi ošetřovatelského týmu, aby se zapojil samostatně do uspokojování potřeb nemocného a přispíval tím k aktivní ošetřovatelské péči. Nejde zde již o pasivní vykonávání lékařských ordinací. Všechny složky ošetřovatelské péče jsou přesně definovány, takže každý člen ošetřovatelského týmu nese konkrétní odpovědnost za tu část péče, kterou je povinen u daného pacienta zajistit. Plánovaná a cílevědomá individualizovaná péče přináší mnohem víc prospěchu i chronicky nemocným a nemocným v terminálním stavu, u nichž již nelze očekávat vyléčení. U pacientů, s nimiž se obtížně spolupracuje, pomáhá ošetřovatelský proces snáze pochopit příčiny jejich chování a najít vhodný způsob, jak k nim přistupovat.

OP umožňuje se zapojit do péče o nemocného každému členu ošetřovatelského týmu a být platným článkem, který může najít svůj cíl a své uplatnění v každé fázi ošetřovatelského procesu. Je dobrým základem pro studenty, kteří hledají a učí se správný přístup ke zdravému či nemocnému, v průběhu profesní přípravy. Umožňuje komplexní pohled na ošetřování nemocného a na práci s ním, s jeho rodinou i s komunitou. (7)

„Přínos individualizované ošetřovatelské péče:

A. pro nemocného

1. je ordinovaná a řízená sestrou,
2. je „šitá na míru“, odpovídá potřebám nemocného,
3. je systematická, založená na ošetřovatelském procesu,
4. vyvolává aktivitu nemocného a jeho rodiny,
5. udržuje (zvyšuje) soběstačnost nemocného.

B. pro sestru

1. zvyšuje samostatnost práce sestry,
2. zvyšuje kompetenci a odpovědnost,
3. vyvolává pozitivní zpětnou vazbu,
4. zlepšuje sebereflexi a seberealizaci v profesi.“(Staňková M., 2003, s.9)

2.2. Model fungujícího zdraví podle Marjory Gordonové

Ve své bakalářské práci jsem použila pro ošetřovatelskou anamnézu model fungujícího zdraví podle Margory Gordon. Již s ním delší dobu pracuji a v praxi se mi osvědčil.

Dr. Marjory Gordon v současné době působí na Boston College, Chesnut Hill, Massachusetts, v USA. Na zdejší univerzitě je profesorkou ošetřovatelství a koordinátorkou v oblasti „Ošetřovatelské péče o dospělé“ na. Přednáší a vyučuje studenty a věnuje se jak ošetřovatelské teorii, tak klinické praxi. Její další činností je výzkum v oblasti ošetřovatelských diagnóz a plánování péče. Model funkčního zdraví, je výsledkem grantu, který byl v 80. létech financován federální vládou USA.

Dr. Marjory Gordon je prezidentkou The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

Pomáhá sestřám se zaváděním ošetřovatelských diagnóz do praxe tím, že jako přednášející vede semináře a praktická cvičení.

Podle tohoto modelu, může sestra kvalifikovaně zhodnotit zdravotní stav jak zdravého, tak i nemocného člověka. Zdravotní stav pacienta může být funkční nebo dysfunkční a při použití tohoto modelu sestra získá komplexní informace k sestavení ošetřovatelské anamnézy, pak stanoví aktuální a potencionální ošetřovatelské diagnózy a může pak efektivně naplánovat i realizovat svoji péči.

„Funkční typy zdraví“ pacientů jsou obecně odvozeny z interakce člověka a prostředí. Funkční typy zdraví jsou ovlivněny biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a duchovními faktory.

Pro dysfunkční typ zdraví je charakteristické, že sestra stanoví ošetřovatelské diagnózy podle priorit a vytvoří plán ošetřovatelské péče nejen u konkrétních chorobných stavů, ale i relativně zdravých jednotlivců, kdy v případě neposkytnutí adekvátní ošetřovatelské péče dojde k závažnému narušení zdraví a vzniku choroby. (8)

Abychom mohly posoudit, zda se jedná o typ funkčního nebo dysfunkčního zdraví, je nutné mít úroveň znalostí a dovedností sestry, zejména z oblastí klinické propedeutiky psychologie a používání určitých standardních nástrojů

nap: Výchozí individuální zdravotní stav, Normy stanovené pro věkovou skupinu, Normy kulturní, společenské atd.

„Základní strukturu tohoto modelu tvoří celkem dvanáct oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotní stavu člověka (jakmile podle nich sestra získá důležité informace).“ (Trachtová E., 2003, s.167)

„Obecná charakteristika jednotlivých oblastí:

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Tato oblast zahrnuje například to, jak klient/pacient vnímá svůj zdravotní stav a pohodu a jakým způsobem o své zdraví pečuje.

Zahrnuje individuální zdravotní stav, jeho důležitost ve vztahu k současným aktivitám a plánům do budoucna.

Obsahuje také informace o tom, jak si klient/pacient uvědomuje a zvládá rizika spojená se svým zdravotním stavem a životním stylem, jaká je úroveň jeho celkové péče o zdraví např.: dodržování aktivit, které podporují tělesné a duševní zdraví, dodržování lékařských a ošetřovatelských doporučení a následné péče v případě nemoci.

2. Výživa a metabolismus

Tato oblast popisuje způsob příjmu jídla a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu. Dále různé typy projevů, které svědčí o způsobu lokálního zásobení výživnými látkami.

Zahrnuje individuální způsob stravy a příjmu tekutin, denní dobu příjmu potravy, kvalitu a kvantitu konzumovaného jídla a tekutin, zvláštní preference určitého druhu jídla, užívání náhradních výživných látek a vitamínových preparátů.

U malých dětí pak kojení a způsob krmení kojence.

Dále zde patří hodnocení stavu kůže, kožní defekty, poranění a celková neschopnost hojení ran.

Patří sem také stav vlasů, nehtů, slizničních membrán, stav chrupu, tělesná teplota, výška a hmotnost.

3. Vylučování

Tato oblast obsahuje informace o způsobu vylučování (tlustého střeva, močového měchýře a kůže). Zahrnuje individuálně vnímanou pravidelnost ve vylučování,

používání obvyklého postupu při vyprazdňování nebo používání projímadel, potíže nebo poruchy při vyprazdňování, tvar, kvantita a kvalita exkretů. Eventuálně triky používané k řízení vylučování.

4. Aktivita, cvičení

Popisuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami ve volném čase a při relaxaci.

Zahrnuje základní denní životní aktivity (sebepečí, soběstačnost), které vyžadují vynaložení energie a úsilí jako je hygiena, vaření, nakupování, stravování, práce, udržování domácnosti atd.

Obsahuje také všechny typy cviků, jejich kvantitu i kvalitu, včetně sportů, které jsou typické pro jednotlivce.

Faktory, které jednotlivci brání v provozování aktivit, např. dušnost, angina pectoris, neuromuskulární poruchy, svalové křeče při námaze, onemocnění srdečními nebo plicními chorobami atd.

Patří zde i způsob trávení volného času a činnosti, které v něm jednotlivce vykonává. Zdůrazňujeme ty činnosti, které mají pro jednotlivce největší důležitost.

5. Spánek, odpočinek

Popisuje způsob spánku, odpočinku, relaxace. Trvání doby spánku během 24 hodin (noc, den). Zahrnuje individuální vnímání kvantity a kvality spánku a odpočinku a také vnímání úrovně životní energie získané odpočinkem.

Ptáme se také na způsob navození spánku, usínání, přerušování doby spánku, obvyklé činnosti před spaním, eventuálně užívání medikamentů na spaní.

6. Vnímání, poznávání

Popisuje způsob smyslového vnímání a poznávání. Patří sem přiměřenost smyslového vnímání, jako je sluch, zrak, chuť, čich, dotek a používání kompenzačních pomůcek nebo protéz.

Úroveň vědomí, mentálních funkcí.

Netrpí bolestí, eventuálně jak je bolest tlumena.

Dále zde patří i zhodnocení poznávacích (kognitivních) schopností jako je schopnost učení, myšlení, rozhodování, paměť, způsob slovního vyjadřování atd.

7. Sebekoncepce, sebeúcta

Popisuje emocionální stav a vnímání sebe sama. Zahrnuje individuální názor na sebe, vnímání svých schopností, zálib, talentu (v oblasti tělesné, citové, poznávací), celkového vzhledu, vlastní identity (totožnosti), celkového pocitu vlastní hodnoty, celkový způsob emocionální reakce.

Způsob nonverbálních projevů jako je držení těla, způsob pohybu, oční kontakt, hlas a způsob řeči.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Popisuje způsob přijetí a plnění životních rolí a úroveň mezilidských vztahů. Zahrnuje individuální vnímání životních rolí a z toho vyplývajících závazků a odpovědnosti. Rozvážnost a snášení tíhy zodpovědnosti v současné životní situaci.

Soulad nebo narušení vztahů v rodině, zaměstnání, ve vztahu ke společnosti (trestná činnost), plnění povinností ve vztahu k rolím.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Popisuje uspokojení nebo neuspokojení v sexuálním životě nebo se svým pohlavím. Zahrnuje poruchy nebo potíže jednotlivce v této oblasti.

Zahrnuje reprodukční období ženy (premenstruální, menstruální cyklus, porody, potraty, postmenopauza) a problémy s tím související.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Nejdůležitější životní změny v posledních dvou letech.

Popisuje celkový způsob tolerance a zvládnání stresových situací. Zahrnuje individuální rezervy nebo kapacitu ve zvládnání narušování vlastní integrity, způsoby zvládnání stresu, podpora rodiny a jiných podpůrných systémů.

Vnímání vlastní schopnosti řídit a zvládat běžné situace.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Popisuje individuální vnímání životních hodnot, cílů nebo přesvědčení / včetně náboženské víry a transcendence (to, co přesahuje smyslové nebo rozumové poznání) /, které jednotlivce vedou nebo ovlivňují jeho volbu nebo rozhodování.

Zahrnuje vše, co je v životě vnímáno jako důležité, např. kvalita života, prožívání konfliktů v hodnotách, víře nebo očekávání, které se vztahují ke zdraví.

12. Jiné“ (Trachtová E., 2003, s.167 – 169)

2.3. Ošetrovatelská anamnéza podle Marjory Gordon

Pacient J.W., 57 let, byl přijat na urologickou kliniku k plánovanému operačnímu řešení benigní hyperplazie prostaty. Při zpracování ošetrovatelské anamnézy, 26.3.2011, je pacient již po operaci a leží na JIP. Stav po transvezikální prostatektomii, 2. pooperační den a 4. den hospitalizace.

Nejvíce informací pro ošetrovatelskou anamnézu mi pacient sdělil sám při rozhovoru a následném příjemném vyprávění. Další informace mi ochotně poskytl ošetřující lékař, sestřičky, fyzioterapeutka a sanitárky, pečující o pacienta v průběhu celé hospitalizace.

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pacient byl za svůj život již mnohokrát hospitalizován. Tato hospitalizace je po delší době a na operaci byl vůbec poprvé. Když mu bylo 17 let, diagnostikovali mu infekční hepatitidu a léčil se 10 let ve Fakultní všeobecné nemocnici v Praze. Hospitalizace už by dnes nespočítal, bylo jich mnoho. Od té doby nemá problém s nemocnicemi, nebojí se a nemocniční prostředí vnímá jako přátelské. Má pozitivní zkušenosti s lékaři a celým personálem.

Nynější hospitalizace je pro onemocnění benigní hyperplazie prostaty, kdy přišel k vyřešení nepříjemných průvodních příznaků, k operaci. Prvních příznaků si začal všimnout asi před 18 měsíci. V noci ho začalo budit nucení na močení, přestal proto pít na noc a příznaky se na čas vytratily. Po nějaké době se opět navrátily s větší intenzitou, také přes den se objevovalo nucení na močení a po vymočení nenastala úplná úleva. Nejprve si sám zakoupil vitamíny a doporučené přípravky z reklamy, ale účinek se nedostavil. Postupně se příznaky ustálily na noční buzení 4x za noc a přes den se příznaky také zintenzivněly. K lékaři nechtěl sám dříve jít, protože si myslel, že to má stresový původ a nechtěl obtěžovat s maličkostmi. K lékaři byl nucen dojít neplánovaně. Při oslavě narozenin vypil slivovici a k tomu chilly papričky. Opakovaně se snažil vymočit, ale jen ukapával. Na urologické ambulanci mu zavedly na dva dny permanentní močový katétr. Po následných vyšetřeních mu byla nejprve nasazena medikamentózní léčba. Příznaky částečně odezněly, ale byla mu doporučena operace, se kterou souhlasil. Byl rád, že se vše vyřeší a nebudou ho trápit příznaky, které jsou velmi

nepříjemné a v noci se znovu vyspí. Zaměstnání nemá fyzicky náročné, a tak se tam bude moct brzy vrátit a znovu nastoupit. Dokonce dva jeho kolegové mají zkušenosti s touto operací, takže se sám přesvědčil o pozitivním efektu tohoto zákroku. Dobu strávenou bezprostředně po operaci doma bude trávit na zahradě, odpočívat a pomalu se odstávat zpět do kondice.

2. Výživa, metabolismus

Pacient se doma i v práci stravuje 5x denně a dbá na svou životosprávu, hlavně kvůli předešlému onemocnění jater, musí se prý šetřit. Na obědy chodí do závodní jídelny a nosí svačiny z domova. Podle vlastních slov nejí moc přepálení, solí málo a ani majonézy a tatarčky v jídelníčku nemusí mít. Od dětství nejí nastavovanou kaši. Jeho chutě se za dobu nemoci nezměnily. Zvláštní dietu dodržoval jen v akutním vzplanutí hepatitis. V operační den před operací nejedl ani nepil, po operaci nic nejedl, jen navečer mohl po doušcích pít. 1. pooperační den mohl pít čaj nebo tekutiny bez bublinek. Dnes snědl polévku, chutnala mu a těší se na večerní. Při jídle sedí a má nohy z lůžka. Polévku jí sám.

Z tekutin má nejraději vodu z kohoutku, ale občas si udělá čaj nebo slabou kávu s mlékem. Střídá čaje a minerální vody. Nejoblíbenější tekutinu nemá. Alkohol pije jen příležitostně. Za den vypije 1,5 – 2 l tekutin. V nemocnici má dostatek tekutin, pije i čas podávaný sestrou, prý se čaj hodně chuťově zlepšil. Od té doby co je nemocný svůj příjem tekutin nezvýšil, jen na čas omezil večerní příjem tekutin, aby nemusel tak často v noci na toaletu močit.

Celkově si myslí, že má nadváhu, asi 10 – 15 kg. Přibral za poslední rok 10 kg, má starosti s manželkou a řeší je i dobrým jídlem. Hodnota BMI (Body Mass Index) je 29,32 - nadváha. Index tělesné hmotnosti je číslo používané jako měřítko obezity. Index se spočítá vydělením hmotnosti daného člověka druhou mocninou jeho výšky.

Chrup má v pořádku, zubní protézu prozatím nemá, k zubaři chodí pravidelně a nemá potíže s kousáním a rozměňňováním potravy.

Stav kůže uspokojivý, turgor kůže je v normě. Kůže byla vyšetřena pohledem a pohmatem. Pohledem byla beze změn pigmentace, bez vyrážky, exantému, krvácení a kožních novotvarů. Pohmatem byla kůže suchá, teplá, pružná a po vytvoření kožní řasy na předloktí PHK se kůže navrátila po uvolnění lehce do

přirozeného stavu. Na LHK zaveden periferní žilní katétr, v podbřišku operační řez se stehy a zavedeným drénem, epicystostomií s trvalou irigací a Redon drénem. Rána je klidná, překrytá suchým sterilním obvazem.

3. Vylučování

Doma se pacient vyprazdňuje pravidelně, dopoledne a navečer. Stolicí hodnotí jako normální, bez příměsí. Žádné cviky, ani léky nemusel nikdy používat. Před operací vyprázdněn projímadlem i klyzmatem, podle svých slov vyčištěn na pár dní dopředu. Zatím na stolicí od operace nebyl. Po podání klyzmatu se vyprázdnil, ale vzala ho křeč do zevního svěrače močové trubice a nemohl se vymočit několik hodin. Lékař jej jednorázově vycévkoval.

Potíže s močením jej přivedly na urologickou ambulanci a po té i na operaci. Slibuje si od operace znovu plynulé močení a noční odpočinek bez buzení a nucení na močení. Prozatím má pacient zavedený permanentní močový katétr. Po jeho vytažení budou pacientovi doporučeny cviky a režim pro lepší a brzký návrat kvalitního močení. Po propuštění domů bude pacient dodržovat všechny rady a cviky na zlepšení mikce. Proto je prý zde, aby se vše zlepšilo.

Potí se přiměřeně, nepocituje že by bylo něco výjimečného, stejně tak zápach.

4. Aktivita, cvičení

Doma pacient chodí na pravidelné procházky se svou manželkou, i několik kilometrů denně. Své volné chvíle rád tráví se svou rodinou, tedy dvěma syny a jejich dětmi. Pracuje na zahradě, na které v loňském roce dokončili se synem přestavbu. Přečte si rád dobrou knihu s historickou tematikou, podívá na filmy, nejraději se dívá na pohádky nebo české filmy pro celou rodinu. Pokud má čas, tak rád vaří.

Zde v nemocnici je ještě připoután na lůžko, ale už se může posadit. Několikrát za den si rehabilituje, čte knihy nebo si povídá se spolupacienty.

Hygienu dutiny ústní zvládá sám, stejně tak se umyje na většině těla, po té požádá sestru nebo sanitárku o umytí zad a umytí genitálu, kde je zaveden močový katétr a kam si kvůli operační ráně nemůže dosáhnout. Pro věci na stolku si dosáhne sám a obslouží se i u jídla, které je mu stolováno k lůžku, na stolovací stolek.

Po propuštění domů se o sebe opět postará, neměl potíže s chůzí ani sebedečicí a nepředpokládá, že se to významně změní. V prvních dnech mu bude nápomocna

manželka a rodina, která s ním žije.

5. Spánek, odpočinek

Doma měl poslední měsíce pacient problémy se spaním. Dobře usíná, pravidelně kolem 22 hod, ale po půlnoci se musí dojít vymočit. Po té opět usne a ještě dvakrát jde nad ránem močit. Pokud jde do práce, vstává v 5 hod, ale když je víkend a nemusí do práce, vstane kolem 7 hod. Dobře se mu usíná u televize. Na spaní nikdy nebral žádné léky a ani v nemocnici žádné léky na spaní nepotřebuje. V nemocnici spí přerušovaně, protože měl bolesti nebo se něco na JIP dělo. Přes den se mu podaří několikrát usnout, ale jen krátce. První dva pooperační dny spal jen krátce, vždy ho vzbudily bolesti v oblasti operační rány a genitálií. Po aplikaci injekce proti bolesti, Tramal 100mg 1 amp a Novalgin 1 amp do 100 ml F1/1, pacient do půl hodiny usnul. Nepředpokládá, že by po návratu domů potřeboval léky na spaní, věří, že vymizením příznaků spojených s nemocí bude opět klidně celou noc spát.

Když se doma ráno probudil, cítil se unavený, zde se cítí více odpočatý, i před den po chvilce spánku. Nemusí na nic myslet a nedělá si starosti. Každé ráno se cítí lépe a těší se na nový den a na pokroky spojené s hojením, rehabilitací a celkovou náplní dne.

6. Vnímání, poznávání

Pacient je zcela při vědomí, je orientován časem i prostorem. Jeho projev je kultivovaný a slovní zásoba je bohatá.

Pacient slyší dobře, při rozhovoru jsem neměla problém, i když jsme někdy jen šeptali. V zaměstnání pracuje u měřicích a regulačních strojů a podle jeho slov jsou tyto stroje hlučné. Každý rok je proto zaměstnavatel posílá na pravidelnou preventivní prohlídku na ORL.

Pacient je dalekozraký, nosí brýle a na dálku, podle svých slov vidí dobře. Chodí na oční pravidelné prohlídky každé dva roky.

Na paměť si nestěžuje, i když přiznává, že to bývalo lepší. Po celou dobu rozhovoru udržel pozornost a vídal zcela k tématu a pohotově.

Bezprostředně po operaci pacient nepocíťoval žádnou bolest, do odeznění spinální anestezie. Po té začal pocíťovat tlaky a bolesti v oblasti močového měchýře a uretry. Po aplikaci předepsaných analgetik sestrou, Tramal 100mg 1 amp a

Novalgin 1 amp do 100ml F1/1 nebo Dipidolor 1 amp i.m. Pacient do rána necítil větší bolesti, jen dyskomfort z dráždění cévky, zavedené do močového měchýře. S informovaností o svém zdravotním stavu je pacient spokojen. Informací před operačním výkonem dostal pacient dostatek, včetně informovaných souhlasů, kde uvítal, že si je mohl ještě znovu pročit a později se zeptat na podrobnosti. Svou situaci zde chápe pozitivně a je si vědom toho, že se doma musí šetřit. K operaci se rozhodl sám, rodinu o všem informoval a na vše je připravil.

7. Sebepojetí, sebeúcta

Sám sebe hodnotí jako člověka, který měl v životě nakonec štěstí. Nestěžuje si na těžkosti nebo problémy, které se mu staví do cesty. Pokud se objeví překážka, snaží se jí překonat sám. Má veskrze pozitivní myšlení. Pokud se dostane pod tlak, tak se zastaví a popřemýšlí co dál

Zlost ani vztek nejsou jeho povaze vlastní, zatím nikdy nepodlehł okolním nátlakům a nepropadl depresi. Má jen obavy o svou ženu, která se léčí na depresivní syndrom přiznává, že je lehce nervózní a nervozitu si kompenzuje dobrým jídlem. Původně si myslel, že příznaky jako je nucení na močení jsou právě nervového původu.

Svůj vzhled hodnotí jako uspokojivý, ví že mám pár kilo nadváhu, ale to se prý všechno spraví. Je schopen si v domě vše opravit, zvládá menší venkovní opravy i práci na zahrádce.

Nyní v nemocnici bere své tělo jako v podstatě již zdravé, jen mu musí dopomocť zpátky do kondice. Těší se na pohodu, která ho čeká po úplném uzdravení.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacient bydlí v rodinném domě spolu se svou manželkou, synem a jeho rodinou. S manželkou mají dva syny. Syn, který s nimi žije, má dcerku. Druhý syn žije nedaleko, jen několik kilometrů. Často se navštěvují, vždy se těší na dvě vnučky. Pokud byly v rodině jakékoli problémy, vždy se je snažili vyřešit dohromady jako rodina. V současné době jsou obě jeho děti spokojené. Nejvíce se nyní věnuje své nemocné manželce, která se pomalu zotavuje. Chce to hodně trpělivosti a lásky. Manželka nenese jeho hospitalizaci lehce, denně musí být informována, že je vše v pořádku a byly jí zvýšeny dávky jejích léků proti depresi. Pacient věří, že po příchodu domů se vše zklidní a čas, který s ní pak stráví, díky neschopence, vše

zahojí.

Pacient si velmi své rodiny váží, i všech svých přátel. V domku, kde žijí, mají dobré sousedy a vztahy mezi sebou. Je to klidnější lokalita a lidé se tam znají a pomáhají si.

Zde v nemocnici zatím nechce žádné návštěvy na JIP, rodina souhlasila.

Manželka na návštěvu vůbec nepřijde, i na radu jejího ošetřujícího lékaře. Synové za pacientem přijdou, až bude na lůžkovém oddělení. Vnučky jsou ještě příliš malé na návštěvy, ale prý mu nakreslí obrázky.

S pacienty i personálem nemá problémy, rád se zapojuje do diskuzí, ale někdy má raději svůj klid.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Před tímto tématem jsem se nejprve pacienta zeptala, zda mu nebude vadit o sexualitě mluvit. Dále jsem ho upozornila, že může kdykoli otázku odmítnout nebo přerušit rozhovor. Pacientovi nečiní potíže na toto téma hovořit a souhlasil. Pacient je stále sexuálně aktivní se svou manželkou, díky jeho nemoci se ovšem frekvence pohlavního styku prodloužila, hlavně v posledním roce, a ani prožitek již není tak kvalitní. Po operaci doufá, že se i tato oblast zlepší.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Pacient nebývá nervózní, snaží se vždy všude přijít včas. Pokud má nějaké úkoly či povinnosti, plní je co nejdříve, aby se nemusel znepokojovat a být v časovém presu. Má rád svůj klid a odvedenou práci vždy poctivě, což ale vyžaduje i u ostatních.

Alkohol konzumuje pouze výjimečně, občas si dá s manželkou víno nebo pivo po dobrém obědě. Nekouří, ani ho to nikdy nelákalo. Jiné drogy nikdy nezkusil.

Mezi důležité změny za poslední dva roky zmiňuje narození vnučky, již zmiňované onemocnění manželky a své vlastní onemocnění.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacient není věřící. Je ateista. Dříve se, jako asi každý z nás, touto myšlenkou zabýval hlouběji, ale nyní je smířen se svou podstatou bytí.

Věřící ve svou rodinu, v její soudržnost a vztahy v ní. Splnil se mu sen o velké rodině a rodinném domku, je šťastný a spokojený. Má do budoucna jediné přání, aby byli všichni jeho blízcí živí a zdraví.

12. Jiné

Pacient se mi na konci rozhovoru svěřil, že jeho touha po rodině nejsou jen krásná slova, ale toužil po ní od dětství. Od svých 3 let vyrůstal v dětském domově, později na internátu a ubytovně. Na své rodiče si nepamatuje, a proto chtěl toto vše vynahradit svým vlastním dětem.

2.4. Přehled ošetrovatelských diagnóz

Ošetrovatelské diagnózy byly sestaveny na základě ošetrovatelské anamnézy. Všechny aktuální ošetrovatelské diagnózy se vztahují ke druhému pooperačnímu dni, kdy pacient ležel na JIP. Ošetrovatelská anamnéza byla sestavena na základě informací od pacienta, z dokumentace a od ošetřujícího personálu.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. Bolest z důvodu operačního zákroku
2. Porucha spánku z důvodu bolesti, osvětlení a hluku
3. Porucha sebeděže v oblasti hygieny z důvodu operačního zákroku

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

4. Riziko infekce z důvodu operační rány, invazivních vstupů, permanentního močového katétru a aplikaci injekcí
5. Riziko TEN z důvodu operačního zákroku a imobility
6. Riziko časných komplikací z důvodu operačního zákroku

2.5. Krátkodobý ošetrovatelský plán

2.5.1. Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. Bolest z důvodu operačního zákroku

Cíl ošetrovatelské péče:

- ❖ zmírnit bolest do 30 minut po podání analgetika
- ❖ zmírnit bolest na stupeň č. 3 (podle analogové stupnice od 1 do 10)

Plán ošetrovatelské péče:

- ❖ zjistit intenzitu bolesti podle analogové stupnice od 1 do 10
- ❖ zjistit charakter bolesti, typ, lokalizaci a trvání
- ❖ poučit pacienta o včasném sdělení a vyžádání léku
- ❖ akceptovat jeho líčení bolesti
- ❖ vysvětlit pacientovi příčinu bolesti
- ❖ provést záznam o průběhu a intenzitě bolesti
- ❖ vybízet pacienta k vyjádření i jiných pocitů spojených s bolestí
- ❖ aplikovat analgetické léky podle ordinace lékaře (Dipidolor 1 – 1 amp i.m., Tramal 100 mg 1 amp a Novalgin 1 amp / F1/1 100 ml)
- ❖ sledovat účinek analgetických léků, ale i nežádoucích účinků
- ❖ zajistit pacientovi klid na lůžku
- ❖ monitorovat fyziologické funkce TK, P, D
- ❖ nacvičovat s pacientem správný sed na lůžku
- ❖ naučit pacienta úlevovou techniku dechové relaxace

Realizace:

Pacient J.W uvádí bolest v oblasti operační rány ráno v 5 hodin. Pacient již uměl zacházet s analogovou stupnicí bolesti, a proto označil bolest na stupnici od 1 do 10 stupněm číslo 4. (0 – nepocítuje bolest, 1 – 2 mírná bolest, 3 – 5 střední bolest, 6 – 9 silná bolest, 10 – nesnesitelná bolest).

Charakter bolesti je pomalu se stupňující bolest v oblasti operační rány, hlavně v podbřišku, kde jsou vyveden drén a epicystostomie. Bolest trvá asi již asi 45 minut.

Pacient mi sdělil, že nás nechtěl obtěžovat zbytečně, ale když bolest neustupovala, musel nás zavolat. Vysvětlila jsem pacientovi, že je velmi důležité, aby na svou bolest upozornil již při prvních náznacích.

Při líčení pacientových stezeků nezpochybňuji ani slovně, ani neverbálně, váhu

jeho slov. Věřím mu, že jeho bolesti jsou takové, jaké je líčí.

Vysvětlila jsem pacientovi co je největší příčinou bolesti. Operační rána je zatím velmi citlivá, proces hojení probíhá a vše se hojí dobře. Drén a epicystostomie, které jsou zavedeny v ráně, dráždí při změně polohy pacienta a tak pacient pociťuje bolesti hlavně při těchto pohybech.

Do dokumentace jsem zaznamenala čas, charakter a intenzitu bolesti. Zaznamenala jsem také aplikované analgetikum a jeho účinek.

V průběhu dnes se aktivně ptám pacienta, zda nepociťuje ještě jiné pocity nebo dyskomfort spojený s bolestmi po operačním zákroku. Pacient se mi svěřil, že má mírné bolesti ještě v oblasti hrdla močového měchýře a uretry. Dále na stejném místě pociťuje tlaky a tenze.

Po aplikaci analgetických léků, Tramal 100mg 1 amp a Novalgin 1 amp do 100ml F1/1, vždy pociťuje úlevu již po 30 minutách, na stupeň číslo 3. Nežádoucí účinky jsem nezaznamenala. Ani pacient žádné nepociťuje.

Pacient leží na JIP a je od ostatních pacientů oddělen látkovou zástěnou. Nikdo jej záměrně nevyrušuje a pacient odpočívá.

S pomocí fyzioterapeutky se pacient při LTV naučil správně si sedat na lůžku.

Osvědčenou metodou proti bolestem a hlavně proti tenzím a tlakům spojeným s pooperačním stavem po tomto typu zákroku, jsem pacienta naučila správnou dechovou relaxaci. Jedná se o abdominální dýchání. Pacient se zcela soustředí na nádechy a výdechy, pravidelně se nadechuje nosem a vydechuje ústy.

Pacient byl po celý den připojen na monitor a tak jsem měla možnost nepřetržitě sledovat jeho fyziologické funkce TK, P, D. Při bolestech se TK pohyboval kolem 165/95 a pulzy kolem 90 – 100 za minutu. Dýchání se zrychlilo až na 25 dechů za minutu.

Pacient udával při hodnocení bolesti analogovou stupnicí od 1 do 10 nejvíce stupeň číslo 4. Ke zmírnění bolesti, po aplikaci analgetik, došlo přibližně za 30 minut. Pacient po té udával stupeň číslo 2. Za hodinu pak stupeň číslo 1. Hodnoty fyziologických funkcí se po zmírnění bolesti celkově snížily. TK 130/85, pulzy 82 za minutu, počet dechů za minutu byl 18.

Hodnocení:

Při mé službě došlo ke zmírnění bolesti a pacient se cítil lépe. Cíl byl splněn.

2. Porucha spánku z důvodu bolesti, osvětlení a hluku

Cíl ošetrovatelské péče:

- ❖ pacient spí v noci alespoň 5 - 6 hodin bez přerušení
- ❖ pacient se bude cítit ráno odpočatý

Plán ošetrovatelské péče:

- ❖ aktivizovat pacienta během dne
- ❖ aplikovat analgetika podle ordinace lékaře, alespoň 1 hodinu před usnutím (Dipidolor 1 amp i.m.)
- ❖ sledovat účinek analgetik, ale i vedlejší účinky
- ❖ umožnit pacientovi vykonat večerní hygienu
- ❖ vyvětrat místnost před usnutím, upravit pacientovi lůžko
- ❖ snažit se zajistit klid a ztlumit světla
- ❖ v noci budit pacienta jen v nejnútnejším případě

Realizace:

Pacient J.W. si mně opakovaně stěžoval, že se nevyspí. Již doma jej v noci trápily urgencye na močení a ani po zákroku se zatím nevyspal dostatečně.

Přes den pacient rehabilitoval s fyzioterapeutkou a po jejím odchodu i v průběhu celého dne sám. Chvillemi si četl a povídal se spolupacienty.

Při večerní vizitě se lékař pacienta zeptal, zda by nechtěl lék na spaní, ale pacient odmítl.

Aplikovala jsem pacientovi lék proti bolesti (Dipidolor 1 amp i.m.) a asi po 40 minutách se dostavil plný účinek analgetika. Pacient si už nestěžoval na bolesti. Žádné vedlejší účinky jsem nepozorovala a ani pacient si nestěžoval.

Přinesla jsem pacientovi umyvadlo s vlažnou vodou k lůžku a položila jej na servírovací stolek. Pacient se posadil a sám si zvládnul omýt obličej, hrud', ruce a vyčistit si zuby. Po té jsem pacientovi umyla záda a namazala je Francovkovou emulzí. Potom si pacient lehnul na lůžko a já omyla genitálie a třísla, kde byla zaschlá krev, která obtéká kolem PMK. Nakonec jsem ještě omyla PMK. Upravila lůžko, vypnula prostěradlo, převlékla povlak na dece a vyměnila podložku pod pacientem, která byla mokrá. Pacient se cítil příjemně.

Když se pacient znovu přikryl, otevřela jsem okno a nechala je 20 minut otevřené. Světla svítla jen na sesterně a v pokoji bylo příšeří, které zapříčinily svítící

monitory. U pacienta volím na monitoru režim „Privacy“, kdy obrazovka ztmavne.

V noci jsme pacienta vzbudili jen při odkrytí, které bylo nutné pro manipulaci s PMK a trvalou irigací epicystostomií, po té vždy hned usnul.

Hodnocení:

Pacient spal celkově 4 hodiny, po té se probudil, napil, sestra mu vyměnila močový sáček a pokračoval ve spaní až do 6 hodiny ranní, kdy jej sestra probudila a podala mu teploměr. V noci se neprobudil, ani když sestra kontrolovala obvaz a epicystostomii. Ráno se probudil a byl odpočatý, poprvé po několika měsících se vyspal v kuse tolik hodin. Cíl byl splněn.

3. Porucha sebepěče v oblasti hygieny z důvodu operačního zákroku

Cíl ošetrovatelské péče:

- ❖ pacient provede osobní hygienu samostatně podle svých možností
- ❖ pacient bude mít pocit čistoty a spokojenosti

Plán ošetrovatelské péče:

- ❖ připravit pacientovi všechny hygienické potřeby k lůžku
- ❖ zjistit teplotu vody, která pacientovi vyhovuje
- ❖ respektovat soukromí pacienta při hygieně

Realizace:

Ráno kolem šesté hodiny jsem přišla k pacientovi a oznámila mu, že je čas na hygienu. Zeptala jsem se ho, jestli si zvládne vyndat hygienické potřeby ze stolku sám. Některé potřeby si pacient vyndal ze šuplíku, ale na některé nedosáhl. S jeho dovolením jsem mu je ze stolku vyndala sama. Hygienické potřeby jsem položila na rozložený stolec a pomohla pacientovi se posadit.

Pacient si chtěl nejprve vyčistit zuby. Zeptala jsem se ho, jak studená má asi být voda a pak jsem mu přinesla pohár se studenou vodou a emitní misku. Po hygieně dutiny ústní jsem sklídila potřeby k čištění zubů a přinesla pacientovi umyvadlo s teplejší vodou, tak jak to má on rád. Pacient si umyl obličej, horní končetiny, hrudník a nohy. Po té jsem pacientovi umyla záda a namazala je Francovkovou emulzí, což ho velmi osvěžilo. Stolec jsem odsunula stranou a pomohla pacientovi, aby se položil zpátky na lůžko. Pak jsem pacientovi omyla místa

kolem obvazu a hlavně oblast genitálií a perineální oblast. Pacient si sice na tato místa dosáhl, ale obával se, aby si nezatáhl za PMK nebo za drén a epicystostomii. Pacient ještě nemohl dlouho setrvat v sedě a být ohnutý, protože měl zavedeny drén a epicystostomii, popřípadě by měl bolesti.

Po celou dobu hygieny jsme si s pacientem povídali. Na JIP jsou pacienti mezi sebou odděleni látkovou plentou, a tak bylo zajištěno soukromí na hygienu.

Po dokončení hygieny jsem vyměnila ložní prádlo a vyvětrala místnost.

Do dokumentace jsem provedla zápis o hygieně a vyhodnotila Barthel test. Pacient měl tento den součet bodů 60, což je závislost středního stupně. (příloha č. 4)

Hodnocení:

Pacient provede hygienu samostatně, podle svých možností a očekávání. Po dokončení hygieny a výměně ložního prádla se pacient cítil výborně, čistě a svěže. Cíl byl splněn.

2.5.2. Potencionální ošetřovatelské diagnózy

4. Riziko infekce z důvodu operační rány, invazivních vstupů, permanentního močového katétru a aplikaci injekcí

Cíl ošetřovatelské péče:

- ❖ zabránit vzniku infekce

Plán ošetřovatelské péče:

- ❖ informovat pacienta o počátečních příznacích infekce
- ❖ kontrolovat a ošetřujeme operační ránu a invazivní vstupy
- ❖ dodržovat aseptický přístup k operační ráně a invazivním vstupům
- ❖ kontrolovat a pečovat o PMK
- ❖ kontrolovat a sledovat místa po aplikaci injekcí

Realizace:

Pacientovi jsem vysvětlila, jak vypadají příznaky lokální (otok, zarudnutí, bolest, místní teplota, porucha funkce) i celkové. Pokud by na sobě některý z těchto příznaků pozoroval, měl okamžitě upozornit sestru. TT změřena 2x denně. Při ranní vizitě jsme pacientovi sundali obvaz z operační rány a odložili obvaz na emitní misku. Lékař si sterilním peánem vzal podávaný sterilní tamponěk a zhora, tak abych se nedotkla tamponku, jsem na něj nalila dezinfekci „Cutasept“. Po té

lékař oťel operační ránu dezinfekcí, okolí drénu a epicystostomie, dohromady dvěma tamponky. Na to jsem lékaři podala sterilní střížené čtverce a po několika vrstvách jsme celý obvaz překryli břišní rouškou. Během dne jsem často kontrolovala celistvost obvazu, zda je obvaz suchý a bez sekrece. Večer se převaz opakoval.

Před aplikací infuzní terapie jsem nejprve zkontrolovala celistvost lepení a jestli není na kůži patrné zarudnutí. Po té jsem kanylu propláchla fyziologickým roztokem. Kanyla byla průchozí a pacient nepocíťoval nepříjemné projevy paravazace. Po vykapání infuzí jsem PŽK opět propláchla a uzavřela zátkou.

Dvakrát denně jsem provedla zhodnocení dle Maddona a zapsala do dokumentace. Stupnice dle Maddona od 0 – do IV. Stupeň 0 – bez bolesti a reakce v místě vpichu. Stupeň I. – je přítomna bolest, není reakce v místě vpichu a okolí. Stupeň II. – je přítomna bolest i reakce v místě vpichu a okolí. Stupeň III. – přítomna bolest, otok, zarudnutí v místě vpichu či bolestivý pruh v průběhu žíly. Stupeň IV. – přítomný hnis zarudnutí, otok a bolestivý pruh v průběhu žíly. Při druhém až čtvrtém stupni není nutná extrakce žilního katétru.

Permanentní močový katétr byl neustále promýván trvalou irigací epicystostomií, i přesto jsme kontrolovala jeho průchodnost a všímala si zabarvení a příměsí moči. Dále jsem se zaměřila na oblast okolí PMK, předkožku, třísla a perineum. PMK obtékala směsí irigační tekutiny, moče a krve. Pacienta jsem často omývala a udržovala jej v čistotě a v suchu. Ložní prádlo, zejména podložku a povlak na deku jsem měnila podle potřeby.

Při aplikaci injekcí jsme vždy dodržovala aseptický postup., místo vpichu řádně dezinfikovala a zalepila náplastí po aplikaci. Během dne jsem místa vpichu zkontrolovala a všímala si změn okolní kůže a na pohmat zatvrdlin.

Hodnocení:

Pacient byl obeznámen s problematikou vzniku infekce a příznacích. Operační rána se hojila per primam, okolí rány bylo klidné. Invazivní vstupy včetně PŽK byly klidné, bez zarudnutí. PŽK byla bez paravazace a průchodná. TT byla v normě. Místa po aplikaci injekcí nevykazovala známky infekce. Cíl byl splněn.

5. Riziko TEN z důvodu operačního zákroku a imobility

Cíl ošetrovatelské péče:

- ❖ pacient je informován o prevenci TEN
- ❖ včas rozpoznáme příznaky TEN

Plán ošetrovatelské péče:

- ❖ informovat pacienta o nutnosti cvičení DK na lůžku a včasné mobilizaci
- ❖ sledovat barvu a teplotu DK
- ❖ provádět a kontrolovat celistvost bandáží DK
- ❖ provádět antikoagulační léčbu dle ordinací lékaře
- ❖ sledovat projevy krvácení

Realizace:

Spolu s fyzioterapeutkou jsme pacienta poučily o nutnosti cvičení na lůžku. Pacient již ví, proč má cvičit a zná cviky, které může procvičovat během dne i během noci. Pozvolna si osvojil techniky na prokrvení HK i DK. Poučily jsme pacienta i o správném dýchání. Pacient se během LTV naučil správně se pohybovat na lůžku z boku na bok a provedl dokonce nácvik sedu.

Ráno po hygieně, jsem pacientovi zavázala elastickými obinadly DK a přitom jsme zkontrolovala barvu kůže, celistvost ochlupení a prohmatala pacientovi lýtka. Pacient nejevil známky TEN, na otázku, zda necítí bolesti nebo horkost odpověděl negativně. Během dne jsme měla často možnost kontrolovat celistvost bandáží. Večer pacient požádal o umyvadlo, během hygieny je měl pacient sundané. DK jsme opět zkontrolovala, promazala a znovu zavázala elastická obinadla.

Pacientovi jsme dnes aplikovala Fraxiparine 0,3 ml s.c. dle ordinace lékaře. Aplikovala jsem vedle obvazu rány na břicho.

Během dne jsem žádné projevy krvácení, které by směřovaly k antikoagulační léčbě, nezaznamenala.

Hodnocení:

Pacient byl informován o důvodech a způsobu prevence TEN. Během dne se žádné projevy TEN neobjevily. Ani krvácivé projevy spojené s antikoagulační léčbou. Cíl splněn.

6. Riziko časných komplikací z důvodu operačního zákroku

Cíl ošetrovatelské péče:

- ❖ včas rozpoznáme komplikace

Plán ošetrovatelské péče:

- ❖ sledovat fyziologické funkce a stav vědomí
- ❖ kontrolovat obvaz a operační ránu
- ❖ sledovat funkčnost drénu, epicystostomie a PMK
- ❖ sledovat průchodnost PŽK
- ❖ kontrolovat bilanci tekutin
- ❖ sledovat případné krvácení, barvu kůže, prokrvení
- ❖ hodnotit subjektivní příznaky pacienta

Realizace:

Pacient byl připojen na monitor. EKG křivka, SaO₂ a pulz byly snímány nepřetržitě. TK byl měřen po hodině. Naměřené hodnoty byly v normě. Pacient byl při vědomí, orientovaný časem a prostorem.

Operační ránu jsme dvakrát za den převázaly, obvaz jsem kontrolovala v průběhu celého dne.. Při každém převazu operační rány jsem hodnotila stav kůže, jestli není podrážděná, neulpívají na ní kousky náplasti nebo lepidla z ní. Do konce mé služby se v okolí operační rány, invazivních vstupů ani poblíž drénu a epicystostomie neobjevily známky začervenání, pacient neudával pálení nebo svědění kůže. Bez známek infekce a krvácení

Drén odváděl sekreci a byl průchodný. Patologické příměsi v drénu nebyly přítomny. Okolí drénu bylo klidné a bez krvácení a známek infekce.

Epicystostomie byla průchozí, irigační tekutina odváděna do močového měchýře bez potíží. PMK odvádí hematurickou moč, bylo třeba jí často kontrolovat a podle potřeby proplachovat irigační tekutinou přes epicystostomii nebo Janetovou stříkačkou.

PŽK byla zavedena před dvěma dny, průchozí a bez známek infekce. Pacient nepocíťoval bolest, v okolí se neobjevil otok ani zarudnutí. PŽK nejevila známky zánětu ani paravazace, infuzní terapie volně kapala. Pacient nepocíťoval bolest, pálení ani jiný dyskomfort v souladu s PŽK. V noci po vykapání infuzí ji noční sestra vyjmula a místo otřela dezinfekcí a přelepila náplastí.

Příjem a výdej tekutin jsem pečlivě zaznamenávala. Pacient přijímal tekutiny per os a parenterálně. Výdej tekutin PMK. Po odečtení vykapané irigační tekutiny přes epicystostomii byl výsledek fyziologický.

V průběhu dne jsme pacienta mnohokrát odkryla a omyla, při tom jsem měla možnost hodnotit barvu kůže, případné krvácení a celkové prokrvení. Veškerá má pozorování byla negativní. Pacient se i cítil dobře.

Hodnocení:

Pacient byl bez známek časných komplikací. Fyziologické funkce byly v normě, zcela orientován časem i prostorem. Okolí invazivních vstupů a operační rány byly klidné. Drén, epicystostomie, PMK a PŽK byly průchozí. Bilance tekutin podle záznamů fyziologická. Pacient se cítil dobře. Cíl splněn.

2.6. Dlouhodobý ošetrovatelský plán

V prvních dnech po operaci zůstal pacient na JIP, po dobu čtyř dnů. Pacientovi byly kontinuálně monitorovány vitální funkce, stav vědomí a celkový zdravotní stav. Pacientovi byly podávány léky podle ordinace lékaře. Pacient se cítil unavený, spal minimálně, bolesti a dyskomfort spojený se zavedením PMK byl tlumen analgetiky podle potřeby. Přeazy rány, drénů a epicystostomie byly prováděny pravidelně ráno a večer. Někdy přes den i podle potřeby. Invazivní vstupy byly sterilně kryty, pravidelně kontrolovány sestrou a ošetřovány. Fyzioterapie probíhala postupně, pacient se aktivně na tomto procesu podílel. Přístup pacienta ke svému tělu, stavu po operaci i k ostatním spolupacientům a personálu byl výborný. Pacient se rád zapojoval do konverzace, povzbuzoval ostatní pacienty a nestěžoval si na své nepohodlí, které cítil vzhledem k typu zákroku, který pacient podstoupil.

Pacienta nejvíce trápily bolesti v oblasti operační rány a tlakové bolesti v místě prostatického lůžka, kde byl naplněn balónek permanentního močového katétru, který jej dráždil. Balónek byl naplněn množstvím tekutiny shodným s váhou vyoperované prostaty a sloužil jako tamponáda. Bolesti v oblasti operační rány pacient charakterizoval jako tupé, silnější, plošné, obtěžující hlavně při pohybu na lůžku, později i mimo lůžko. Na analogové stupnici od 1 do 10 označil pacient v prvních dnech nejčastěji stupeň 4. Po aplikaci analgetik dle ordinace lékaře

(Dipidolor i.m.) se bolesti zmírnily do 30 minut na stupeň 2 a po další hodině téměř vymizely. Od třetího pooperačního dne se tyto bolesti ozývaly 1x denně, většinou ve večerních hodinách. Bolesti spojené s balónkem PMK charakterizoval pacient jako vlnovité, svíravé, řezavé až pálivé, vystřelující do močové trubice třísel a varlat. Zde pacient označoval bolesti také stupněm 4, někdy i 5. Tento typ bolesti byl pro něj hůře snesitelný než předešlý. Po podání analgetik (Tramal 100mg 1 amp a Novalgin 1 amp / 100 ml F1/1) se charakter bolestí změnil na tupější, ale tlaky a svíravé pocity neustávají. Pro pacienta byla velmi příhodná relaxační technika hlubokého dýchání. Soustředil se na prodávání bolestí, uvolnil tím i napětí a charakter bolesti se měnil. Vzdáleně cítil tlak a tenzi, ale pokud se na ně nesoustředil, tak i usnul. S bolestmi souvisela i průchodnost PMK a jeho trvalá irigace, kterou jsme musely stále kontrolovat a udržovat. V případě nutnosti PMK proplachovat Janetovou stříkačkou. Po každém zprůchodnění PMK se dostavila úleva, byla odstraněna příčina. Během hospitalizace se náplň balónku snižovala a pacient již dyskomfort spojený s náplní přestal pociťovat od snížení náplně o 20 ml, tedy na polovinu. Poslední dny před propuštěním již léky proti bolesti pacient nevyžadoval.

Již v předoperačním období trpěl pacient nedostatkem spánku. Důvodem bylo časté nucení na močení. V den přijetí po klyzma, se pacient nemohl vymočit, a tak mu lékař zavedl PMK a ponechal jí do operace. Po večerní premedikaci, dle ordinace anesteziologa, spal celou noc. V pooperačním období na JIP spal pacient první dva dny vždy jen krátce hodinu nebo dvě kvůli bolestem a hluku a světlu v místnosti. Po domluvě se sestrou se situace řešila tlumením bolesti analgetiky, snížením hluku na minimum, a i monitor byl přizpůsoben nočnímu šeru, byl zvolen statut „Privacy“. Místnost byla na noc vyvětrána, pacient měl možnost večerní hygieny na lůžku a snažily jsme se dodržet jeho večerní zvyky. Mezi druhým a třetím pooperačním dnem se pacient v noci vyspal po dobu 6 hodin. Cítil se čerstvě a plný síly. Po dobu, kdy měl pacient zaveden PMK se v noci již nebudil, spal a po probuzení se cítil odpočatý. Po vytažení PMK spal tvrdě. Sestra jej vždy vzbudila v pravidelných intervalech na močení. Po té vždy usnul do 10 minut a spal. Ráno se cítil opět odpočatý.

Velmi důležitou a obsáhlou součástí péče o pacienta byla péče o kožní integritu a

prevenci infekce. Před úvodem do anestezie dostal pacient nitrožilně ATB, jako profylaktické opatření. Ošetrovatelská péče zaměřená na prevenci infekce byla úzce spjata s celkovou kontrolou a péčí oblastí kůže nacházející se v přímém okolí. Pacient měl na JIP poskytovánu celkovou hygienu, za dopomoci sestry, dvakrát denně. Na oddělení se pacient umyl pacient za přítomnosti sestry jedenkrát denně. Při hygieně jsem měla možnost pravidelně kontrolovat a posoudit celkový stav kůže pacienta. Všimla jsem si hlavně barvy kůže a kožního turgoru, teploty pokožky, zda nejsou po těle oděrky nebo otlaky, otoky nebo odlupující se kůže. Při převlékání lůžka jsem si pak všimla případného neobvyklého zápachu, množství potu zda není ložní prádlo vlhké a zkroucené. Dále byla pacientovi každý den převazována dvakrát denně operační rána. Lékař i sestry měly možnost hodnotit stav hojení, eventuelně upozorovat první známky lokální infekce. Operační rána se zhojila per primam. Po odstranění epicystostomie, a drénu dostal pacient na ránu tekutý obvaz Novikov, ránu sestra kontrolovala minimálně dvakrát denně. Postupné odstraňování epicystostomie, drénu a PMK se obešlo bez komplikací jak mechanických, tak zánětlivých. PŽK jsem měla možnost zkontrolovat několikrát za den, při aplikaci nitrožilních léků. Zhodnocení místa vpichu, kontrola celistvosti lepení a průchodnost kanyly. Vše bylo zaznamenáno do dokumentace – datum zavedení, způsob krytí a hodnocení dle Madonny. Každých 72 hodin se PŽK odstranila a podle potřeby zavedla nová. Po celou dobu hospitalizace pacient nevykazoval známky flebitis.

Součástí prevence TEN byly bandáže DK a pravidelná aplikace nízkomolekulárního heparinu. V den operace měl pacient zavázané elastickými obinadly obě DK. Po příjezdu na JIP mu byl aplikován fraxiparine 0,3 ml s.c. dle ordinace lékaře. Tuto dávku dostával po celou dobu hospitalizace. Bandáže měl pacient na DK do té doby, než začal sám chodit. Při ranní hygieně jsem pacientovi vždy bandáže sundala. Prohlédla jsem DK a při hygieně si všimla, za mé úchopy nebo zmačknutí lýtka pacienta nebolí. Teplota pokožky byla souměrná, po hygieně jsem pacientovi zavázala nové bandáže. Od prvního pooperačního dne měl pacient předepsánu rehabilitaci. Fyzioterapeutka pacienta učila nejprve dechová cvičení a cvičení na lůžku, kdy zapojoval DK i HK. Pacient si je opakoval několikrát denně. Postupem času se mohl pacient posadit na lůžku i

mimo něj. Nakonec, když byl již bez trvalé irigace, lékař naordinoval i rehabilitaci chůze. Rehabilitace byla součástí nejen prevence TEN, ale i časných komplikací, lepšího celkového hojení a lepšího psychického stavu pacienta.

2.7. Hodnocení psychického stavu nemocného

Psychologie nemocných

Každý člověk prožívá průběh nemoci odlišně. Je to zapříčiněno mnoha důvody a faktory. Důležité jsou osobnostní rysy nemocného, jeho nálady, obavy a naděje. Pokud se setkal již v životě s nemocí, popřípadě byl hospitalizován, záleží na tom, jestli jeho zkušenost byla pozitivní nebo negativní. Velmi mohou ovlivnit nemocného zkušenosti jeho blízkých, rodiny, spolupracovníků a přátel. Průběh může ovlivnit i sociální situace, ve které se nyní nemocný nachází.

Projevy vůči zdravotníkům mohou být různé, od apatie až po agresivitu. Pokud se nemocný domnívá, že se mu zdravotník nevěnuje nebo s ním zachází jako s věcí, nerespektuje jeho individualitu či zlehčuje jeho potíže a nevyslyší jej, přestává mu věřit a cítí že je se svými starostmi opuštěný a bezbranný. (10)

„Každé onemocnění působí na člověka více či méně nepříznivě a ovlivňují jeho chování a reakce, emoční projevy, event. i některé rysy osobnosti.“ (Čechová V., Mellanová A., Rozsypalová M., 2003, s.72)

Intenzita emočních reakcí nemocného nemusí odpovídat závažnosti onemocnění, mnozí lidé prožívají emočně velmi silně právě lehká onemocnění. Překvapivě klidněji někdy prožívají sdělení závažnější diagnózy, pokud jim v daném okamžiku onemocnění nepůsobí žádné somatické potíže či omezení. Opakují-li se některá onemocnění často, bývá organismus vyčerpán, v únavě se odolnost celého organismu snižuje, emoční reakce mohou být prudší, silnější, méně odpovídající stavu onemocnění. (10)

Pacient J.W. byl po celou dobu našeho rozhovoru uvolněný, komunikativní a živě reagoval na mé dotazy. Byl zcela orientován s realistickým pohledem na svět. Pacient mi ochotně poskytl souhlas s použitím jeho osobních dat a informací o jeho stavu. Svěřil se mi, že již několikrát si jej vybrali medicí k podobnému rozhovoru, když ležel v jiné nemocnici.

V samých počátcích svého onemocnění nepřikládal příznakům velkou pozornost. Asi rok si myslel, že tyto příznaky způsobuje stres, protože jeho manželka onemocněla a on se o ni doma staral. Po vyšetření a následném doporučení k operaci ihned souhlasil a celkově byl rád, že se jeho stav opět zlepšil.

V nemocnici byl hospitalizován již opakovaně a nemocniční prostředí mu, podle jeho slov, nečiní problém. Na JIP se pacient cítil dobře, se sestrami i lékaři vycházel velmi dobře. Byl přátelský a milý i k ostatním pacientům.

V pooperačním období se dostavily bolesti i dyskomfort spojený s PMK. Velmi personálem, bolesti ohlásil v jejich počátku a dbal doporučení ohledně dechové relaxační techniky. Několikrát denně si na lůžku cvičil LTV, podle jeho slov mu pohyb zvedal i náladu. Při každém odstranění katétru nebo drénu říkal, že je to další krůček k domovu. Celkově byl pozitivní a dodával odvalu i ostatním pacientům.

Vzhledem k pacientovým předchozím hospitalizacím a zkušenostem se zdravotnickým personálem se nebál prostředí ani zdravotníků. Jeho zkušenosti nebyly vždy pozitivní, ale i tak se dokázal pozitivně dívat na svět. Velkou motivací pro něj byla rodina, hlavně vnoučata. Také se chtěl co nejdříve dostat zpět domů k nemocné manželce, která o něj měla velký strach.

2.8. Edukace nemocného

„Pojem edukace je odvozen z latinského slova educio, educare, což znamená vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.“ (Juřeníková P., 2010, s.10)

„Edukační proces je činností lidí, při které dochází k učení“...(Juřeníková P., 2010, s.10)

Edukace ve zdravotnictví hraje významnou roli v rámci primární, sekundární a terciální prevence. Přispívá tedy k předcházení nemocí, udržení či navrácení zdraví, přispívá ke zkvalitnění života jedince.

Edukační proces prováděný v nemocničním prostředí se hlavně soustřeďuje na sekundární prevenci.

Sekundární prevence – edukace probíhá u již nemocných. Snažíme se ovlivnit

vědomosti, dovednosti a postoje jedince tak, aby došlo k pozitivnímu vlivu na jeho uzdravení a nedošlo k možným komplikacím. Edukace je převážně zaměřena na dodržování léčebného režimu, udržení soběstačnosti a na prevenci recidivy onemocnění. (9)

Pacient J.W. byl v průběhu hospitalizace mnohokrát edukován. Nejčastěji edukaci provedla všeobecná sestra, lékař a fyzioterapeut. Mnoho oblastí edukace bylo již zmíněno v plánech a realizaci ošetrovatelských diagnóz. O každé edukaci byl veden edukační záznam, který je součástí dokumentace.

Edukace při propuštění

Při propuštění sdělila sestra z oddělení pacientovi zásady a úkony, které jsou pro něj nezbytné po propuštění do domácího ošetřování.

Hygiena

Pacient byl propuštěn s odstraněnými stehy z rány. Poučen o tom, že by se neměl koupat ve vodní lázni minimálně do kontroly na ambulanci.

Pacient je poučen jak se starat o jizvu, jemná masáž sprchou vlažnou vodou a po osušení mazat jizvu mastným krémem nebo neslaným sádlem.

Vyprazdňování

Pacient nemá problémy s vyprazdňováním stolice. Součástí pooperačního období je znovu se učit močit. Pacient by měl močit po malých porcích, zpočátku přes den každé dvě hodiny, v noci každé tři hodiny. Pokud by moč předržel, došlo by ke zvýšení tlaku v močovém měchýři a možnému pozdnímu krvácení. Již v nemocnici po vytažení PMK tento režim dodržoval. V prvních dvou týdnech se jím i nadále musí držet. V průběhu močení zastavovat proud moči, aby znovu zesílil ochablý vnitřní svěrač močového měchýře.

Domácí práce

Pacienta sestra poučila o pozvolné zátěži. První dva týdny po propuštění by neměl nosit břemena těžší než 2kg.

Pacient by neměl vykonávat žádné domácí práce první dva týdny po operaci, ani mytí nádobí. Dalších 6 týdnů by neměl luxovat zametat, vytírat a podobně. Stejně tak nevykonávat práce na zahradě. K plné zátěži pozvolna dojde až za 6 měsíců od operace.

Denní režim

Velmi důležitý je pravidelný spánek a režim dne. Pacient by měl často odpočívat a nebýt unavený. Zpočátku si neplánovat mnoho aktivit na jeden den, dodržovat pooperační klid i doma. Na procházky dle vlastního uvážení, zpočátku jen na krátkou vzdálenost a pozvolna zatěžovat.

Sexuální aktivita

Sexuálně aktivní může začít pacient být asi po 6 týdnech od operačního zákroku. Jinak hrozí pozdní pooperační krvácení.

Řízení automobilu

Pacient byl poručen, že smí řídit po prvních 6 týdnech a na kratší vzdálenosti.

Zaměstnání

Do svého zaměstnání se pacient může navrátit po 6 – 8 týdnech.

Lékařské kontroly

Pacient byl informován, že se má dostavit ke svému praktickému lékaři do 3 pracovních dnů po propuštění. Na urologickou ambulanci se má pacient dostavit za dva týdny od propuštění v kterýkoli všední den bez objednání.

Pacient všem doporučením a důvodům porozuměl, zopakoval, nebylo třeba vysvětlovat je víckrát. Edukace proběhla slovně v soukromí na vyšetřovně.

Pacient byl spokojen s péčí sester a celého zdravotnického týmu. Po odchodu domů se navrátil k rodině, do dobrého sociálního zázemí. Při kontrole na ambulanci proběhlo vše bez komplikací, pacient dodržuje zásady a poučení, které dostal při propuštění.

Prognóza u tohoto pacienta je velmi dobrá. Již při propuštění se cítil pacient lépe, byl odpočatý, spánkový deficit byl odstraněn a pacient udržel moč. Předpokládá se plný návrat do pracovního procesu, sociálního zařazení a úplné ustoupení příznaků spojených s pooperačním stavem.

3. Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo vypracovat případovou studii u pacienta po transvezikální prostatektomii. Tito pacienti, kteří leží na urologické JIP, zasluhují pozornost a obeznámení s touto problematikou. Péče o ně bývá mnohdy zdoluhavá a pro pacienty často nepříjemná, z hlediska dyskomfortu spojeným s pooperačním stavem, až vyčerpávající. Oproti minulým letům se s těmito pacienty již nesetkáváme tak často, díky lepším diagnostickým metodám a osvětě v rámci preventivních vyšetření a rozeznání prvních příznaků.

Práce byla zpracována a rozdělena na dvě části, klinickou a ošetrovatelskou. V klinické části jsem popsala anatomii a fyziologii prostaty. Soustředila jsem se na popsání onemocnění benigní hyperplazie prostaty, na epidemiologii, etiopatogenezi, symptomatologii, diagnostiku a léčbu.

V ošetrovatelské části se zabývám problematikou ošetrovatelského procesu, jeho charakteristikou a „Modelem fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové. Dále jsem stanovila krátkodobý a dlouhodobý ošetrovatelský plán. V závěru této části se zmiňuji o psychologické zhodnocení pacienta a edukačním plánu.

Pacient J.W byl po celou dobu hospitalizace v dobré psychické i fyzické pohodě, byl komunikativní, vždy mi vycházel vstříc při rozhovorech i při ošetrovatelské péči. Během celé hospitalizace na urologickém oddělení se nevyskytly žádné komplikace související s ošetrovatelskou péčí.

Seznam použité literatury

- 1/ Kawaciuk I.: Urologie, Galen, 2009, s.531, ISBN 978-80-7262-627-7
- 2/ Dvořáček J. a kol.: Urologie I.díl, Praha: ISV, 1998, s.515,
ISBN 80–85866–30-7
- 3/ Dvořáček J. a kol.: Urologie III.díl, Praha: ISV, 1998, s.577,
ISBN 80-85866-30-7
- 4/ Martínková J. a kol.: Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů, Praha, Grada Publishing, 2007, s.379, ISBN 978-80-247-1356-4
- 5/ Elišková M. a Naňka O.: Přehled anatomie, Univerzita Karlova v Praze – Karolinum, 2006, s.307, ISBN 80-246-1216-X
- 6/ Grim M. a Druga R. et al.: Základy anatomie 3. Trávicí, dýchací, močopohlavní a endokrinní systém, Praha: Galen, 2005, s.163, ISBN 80-7262-302-8
- 7/ Staňková M.: České ošetřovatelství 3: Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe, Ediční řada – Praktické příručky pro sestry, 2003, IPVZ Brno, s.50, ISBN 80-7013-282-5
- 8/ Trachtová E. a kolektiv: Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu, NCONZO Brno, 2003, s.168, ISBN 80-7013-324-4
- 9/ Juřeníková P.: Zásady edukace v ošetřovatelské praxi, Grada, 2010, s.80, ISBN 978 – 80 – 247 – 2171 – 2
- 10/ Čechová V., Mellanová A., Rozsypalová M.: Speciální psychologie, NCONZO, 2003, s.173, ISBN 80 – 7013 – 386 - 4
- 11/ Staňková M.: České ošetřovatelství 6: Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi, Ediční řada – Praktické příručky pro sestry, NCONZO Brno, 2004, s.55, ISBN 80 – 7013 – 323 - 6

Jiné zdroje

- 12/ Benigní hyperplazie prostaty - informace pro praktického lékaře
Prof. MUDr. Pacík D., CSc. *Urologická klinika FN Brno, Lékařská fakulta, MU –*
www.europauomo.cz/prispevky/bhp.doc, staženo v listopadu 2010
- 13/ <http://www.farmaceutika.info/item/list>, staženo v dubnu 2010

Seznam zkratek

AA	alergická anamnéza
amp	ampule
BHP	benigní hyperplazie prostaty
BPN	bez patologického nálezu
cm	centimetr
CSK	cystoskopie
DM	diabetes mellitus
g	gram
I	indikace
IM	infarkt myokardu
i.m.	intramuskulární
IPSS	mezinárodní stupnice prostatických symptomů
IS	indikační skupina
JIP	jednotka intenzivní péče
kg	kilogram
LTV	léčebná tělesná výchova
LUTS	symptomy dolních močových cest (lower urinary tract symptoms)
mg	miligram
m.m.	močový měchýř
NPO	nihil per os
OP	ošetřovatelský proces
PMK	permanentní močový katétr
PSA	prostatický specifický antigen
PŽK	periferní žilní katétr
s.c.	subcutánní
TRUS	transrektální ultrasonografie
TUIP	transuretrální incize prostaty
TVPE	transvezikální prostatektomie
UZ	ultrazvuk

Seznam obrázků

Obrázek č. 1 Frontální řez pánevním dnem (Dvořáček J., 1998, s.46)

Obrázek č. 2 Tři zóny prostaty dle McNeala (Dvořáček J., 1998, s.48)

Obrázek č. 3 Laserová vaporizace prostaty (Dvořáček J., 1998, s.1237)

Obrázek č. 4 Intraprostatický stent (Kawaciuk I., 2009, s.385)

Obrázek č. 5 Transuretrální resekce prostaty (Kawaciuk I., 2009, s.389)

Obrázek č. 6 Transvezikální prostatektomie (Kawaciuk I., 2009, s.388)

Seznam příloh

Příloha č. 1 Mezinárodní stupnice prostatických symptomů (Dvořáček J., 1998, s.1206)

Příloha č. 2 Ošetřovatelská anamnéza (Ústav teorie a praxe ošetřovatelství, 1. LF UK v Praze)

Příloha č. 3 Ošetřovatelský plán ARO, JIP

Příloha č. 4 Barthelův test základních všedních dovedností (Staňková M., 2004, s.35)

Příloha č. 3 je použita se souhlasem hlavní sestry nemocnice FN Bulovka v Praze, Mgr. Petry Pipkové.