

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství

Bakalářské studium ošetrovatelství

Ošetrování pacientky po chirurgickém řešení epilepsie

Nursing of patient after surgical solution of epilepsy

2006/2007

Adéla Němcová

Vedoucí práce: Mgr. Dana Jurásková MBA

Obsah

1. Úvod.....	1
2. Klinická část.....	2
2.1. Charakteristika onemocnění.....	2
2.2. Epileptickochirurgická léčba.....	8
2.3. Pooperační péče v neurochirurgii.....	10
2.4. Identifikační údaje.....	12
2.5. Lékařská anamnéza a diagnóza.....	13
2.6. Diagnosticko – terapeutická péče.....	14
3. Ošetrovatelská anamnéza a současný stav.....	21
3.1. Základní potřeby pacientky.....	21
3.2. Psychosociální potřeby pacientky.....	24
4. Ošetrovatelské diagnózy.....	27
5. Ošetrovatelské plány, cíle, realizace, hodnocení.....	28
6. Edukace.....	34
7. Ošetrovatelský závěr a ošetrovatelská prognóza.....	35
8. Použité zkratky.....	36
9. Použitá literatura.....	37
10. Zdroje informací.....	37
11. Přílohy	

1. Úvod

Před několika měsíci jsem začala pracovat na neurochirurgické jednotce intenzivní péče. Jako téma pro napsání své bakalářské práce jsem si zvolila pacientku indikovanou k resekci farmakorezistentního epileptického ložiska v temporální oblasti, které vzniklo jako následek evakuace intrakraniálního benigního tumoru – gliomu. Tuto pacientku jsem zvolila z několika důvodů – velmi mě zajímalo řešení její diagnózy (způsob provedení) a také mě zaujal osud mladé ženy, která díky svému onemocnění strávila velkou část svého života mezi zdmi nemocnic. Práce s ní mě obohatila o mnohé zkušenosti, jak z profesního, tak z lidského hlediska.

2. Klinická část

2.1. Charakteristika onemocnění

Intrakraniální tumory

Klasifikace nádorů CNS je velmi rozsáhlá. Rozlišujeme 9 velkých skupin neuroepitálních nádorů, mezi které patří i gliomy.

Z klinického hlediska jsou pro častý výskyt nejvýznamnější. Vycházejí z gliových buněk. Gliomy nízkého stupně malignity – low grade gliomas – jsou astrocytomy. Typickým obrazem je hemisférový nádor rostoucí infiltračně. Klinicky se projeví ložiskovým neurologickým nálezem, podle lokalizace nádoru. Časté jsou poruchy hybnosti, řeči, psychické změny. Epileptický záchvat může být 1. příznakem i malého nádoru. Astrocytomy tvoří asi 40 % všech nitrolebečních nádorů.

Podle WHO se rozdělují do 4 stupňů. První dva – low grade gliomas – jsou benigní. Dělení je založeno na histopatologických charakteristikách nádorů. V benigním astrocytomu nádorové buňky rostou mezi zachovanými buňkami normální mozkové tkáně. Nádor je málo buněčný, bez mitóz. Benigní nádor může být dlouho bez klinických příznaků. Diagnózu určí zobrazovací metody (CT, MRI). U příznivě uložených astrocytomů se dává přednost léčbě chirurgické před radiační.

Úvod k epilepsii

Epilepsie je nejčastější ze všech závažných neurologických onemocnění, a to jak u dospělých, tak dětských pacientů. Její incidence se ve vyspělých zemích pohybuje mezi 24 – 53 / 100 000 jedinců za rok. V rozvojových zemích je až trojnásobně vyšší. Prevalence aktivní epilepsie = poměrný počet pacientů s epilepsií, kteří prodělali v posledních 5 letech alespoň 1 epileptický záchvat – je v populaci 0,5 – 1 %. V české republice tak v současnosti žije 70 000 pacientů s aktivní epilepsií. Především pro svou četnost představuje toto onemocnění významný zdravotnický i sociální problém v každé společnosti.

Obecně u standardně léčené epilepsie je prognóza příznivá. U většiny pacientů po čase dojde k úplnému vymizení záchvatů a mnohdy i k vymizení specifických EEG projevů. U 20 – 30 % pacientů se ani při správné léčbě nepodaří dosáhnout bezzáchvatového stavu. V takových případech se jedná o farmakorezistentní epilepsii (= refrakterní, intraktabilní). U intraktabilních pacientů se může postupně rozvinout řada funkčních a strukturálních změn včetně vzniku sekundárních epileptických ložisek. Tím se epileptický proces významně

posiluje (stoupá frekvence a intenzita záchvatů). Současně se může projevit i řada psychických změn patrných v interiktálním období. Tyto změny vedou ke zhoršení kvality života postižených jedinců. Při odhadované 0,2 – 0,3 % prevalenci farmakorezistentní epilepsie žije dnes v České republice asi 20 – 30 000 farmakorezistentních pacientů. Péče o ně představuje problém zdravotnický, sociální i ekonomický. Řada z nich vyžaduje opakovanou nemocniční nebo trvalou ústavní péči. Častá je invalidita a nezaměstnanost.

Režimová opatření u pacientů s epilepsií

Součástí léčby epilepsie je i přiměřená životospráva.

Spánkový režim by měl být pravidelný s naplněním fyziologické potřeby spánku.

Dieta. Pacienti s prokázanou epilepsií nebo podezřením na epilepsii mají zakázané užívání alkoholu (pokud nemocný ví, že nepatrné množství alkoholu mu nepřináší žádné obtíže, mohou příležitostně alkohol užít). V dietě nejsou vhodná kořeněná jídla, koncentrovaná káva, čaj, větší množství kakaa, čokolády. V některých případech jsou přesně stanoveny dietní opatření.

Fyzická aktivita. Doporučován je individuální dozor u lyžování, plavání. Nevhodné jsou sporty ve výškách, pod hladinou a takové, co způsobují mikrotraumata hlavy (box aj.).

Pracovní omezení. Pro epileptiky není vhodná práce ve výškách, s otevřenými stroji, s otevřeným ohněm a dále v místech, kde by mohli ohrozit sebe nebo okolí. Zcela zakázané je vykonávat profesi řidiče. Nevhodné jsou noční směny.

Zásady první pomoci při epileptickém záchvatu

1. Odstranění předmětů, které by mohly způsobit zranění, uvolnění oděvu kolem krku
2. Nebránit záškubům v tonické křeči, nebránit automatismům, pokud nehrozí nebezpečí zranění, neotvírat násilím ústa, vyčkat konce záchvatu
3. Při trvajícím poruše vědomí stabilizovaná poloha, trojitý Esmarchův hmat, vyčkat návratu vědomí
4. Při pozáchvatové dezorientaci slovně pacienta uklidnit
5. Zjistit, zda nedošlo ke zranění
6. Zjistit anamnézu – pokud jde o léčeného pacienta a nedošlo ke zranění, nepřetržává dezorientace, pak není nutný transport do nemocnice.

Ten je indikován když: - jde o první záchvat

- jde o kumulaci záchvatů

- jde o status epilepticus
- přetrvává dezorientace
- došlo k poranění, které vyžaduje ošetření

Kontaktní adresa

Společnost E – Czech Epilepsy Association, Liškova 3, 142 00 Praha 4

- vydává časopis Aura s aktuálními informacemi o epilepsii, pořádá pobyty pro děti i dospělé, zprostředkovává poradenství, vzdělávací a klubovou činnost

Klasifikace epilepsií

Prvním všeobecně přijímaným způsobem dělení epileptických záchvatů je klasifikace navržená Mezinárodní ligou proti epilepsii (International League Against Epilepsy – ILAE) v roce 1981.

Záchvaty jsou nejprve rozděleny na parciální (fokální, lokální) a generalizované. Parciální záchvaty se následně dělí na simplexní a komplexní v závislosti na přítomnosti či nepřítomnosti vědomí.

Parciální záchvaty

Parciální epileptické záchvaty jsou podmíněny umístěním epileptogenní zóny v ohraničené oblasti jedné mozkové hemisféry. Nejčastějším místem vzniku částečných záchvatů jsou spánkové laloky. Část pacientů pociťuje před tímto záchvatem varování čili auru. Ta je podmíněna záchvatem omezeným na malou oblast mozkové kůry a představuje parciální simplexní záchvat. Jestliže nedochází k dalšímu šíření záchvatu do okolních oblastí mozku, může být pacientovo vědomí plně zachováno. Šíří-li se epileptický výboj do dalších oblastí mozku (limbického systému), rozvíjí se záchvat parciální komplexní. Pokud dochází k rozšíření původně parciálního záchvatu na celý mozek, vzniká záchvat celkových křečí (druhotně generalizovaný záchvat). U pacientů, kteří auru nemají, může na parciální charakter jejich záchvatů upozornit přetrvávání neurologického příznaku např. částečné ochrnutí poloviny těla.

Simplexní parciální záchvaty jsou často příznakem jiného onemocnění mozku (cévní, nádorové aj.). Mezi klinické příznaky patří křeče jedné i více svalových skupin na jedné polovině těla, zvláštní tělesné či útrobní pocity (chuťové, sluchové...), poruchy prožívání (iluze již viděného aj.), částečná nebo úplná ztráta vědomí, automatické chování (olizování, manipulace s částmi vlastního těla, neadekvátní reakce na podněty z okolí).

Obecné dělení parciálních záchvatů

- A. Simplexní
- B. Komplexní
- C. Parciální záchvaty s dalším vývojem do generalizovaných tonicko – klonických záchvatů

Klinické dělení parciálních záchvatů

- A. Simplexní parciální
- B. Komplexní parciální
- C. Parciální záchvaty s dalším vývojem do generalizovaných záchvatů

Generalizované záchvaty

Odlišují se tím, že již na počátku záchvatu je epileptickým výbojem symetricky postižena celá mozková kůra. V důsledku toho nemocný ztrácí vědomí hned na začátku záchvatu. Aura není přítomna. Pacienti však mohou i hodiny před záchvatem pociťovat podrážděnost. U dospělých jsou nejčastější záchvaty celkových křečí. Na začátku záchvatu celkových křečí pacient ztuhne, někdy vykřikne, často si pokouše jazyk. V důsledku křečí svalů hrtanu a dýchacích svalů nedýchá a může promodrat v obličeji. Nemocný padá. Postupně se objevuje přerývané dýchání, slinění a rytmické symetrické pohyby všech končetin. Pauzy mezi těmito pohyby se stávají delšími, až postupně ustanou. Na konci záchvatu je časté pomočení. Velmi častá je pozáchvatová bolest hlavy, únava a spánek. Po probuzení si často nemocní stěžují na svalovou bolest v důsledku křečí. Na takové záchvaty si pacient nepamatuje.

Z dětského věku přetrvávají u dospělých tzv. absence. Nemocný se při nich zahledí. Často se vyskytuje třes víček, hlavy. Takové záchvaty trvají několik vteřin.

Tzv. myoklonické záchvaty se projevují velmi krátkým mimovolným záškubem celého těla či horních končetin nebo hlavy. Nejčastěji se objevují ráno po probuzení. Někdy se může stát, že při nich pacient upadne, ale ihned přichází k sobě. Absence a myoklonické záchvaty se mohou kombinovat se záchvaty celkových křečí. U některých nemocných se záchvaty objevují v noci.

Obecné dělení generalizovaných záchvatů

- A. Absence
- B. Myoklonické
- C. Klonické
- D. Tonické

E. Toniccko – klonické (GTC)

F. Atonické (astatické)

Epilepsie temporálního laloku

Temporální laloky zaujímají jen malou část mozkových hemisfér. Z epileptologického hlediska jsou však významné. Právě pacienti s epilepsií temporálního laloku (TLE) jsou až ze 75 % farmakorezistentní. Záchvaty vycházející z temporálních laloků jsou obvykle doprovázeny aurou či poruchou vědomí, poruchou kognitivních funkcí. Oproti nízké účinnosti farmakologické léčby u pacientů s TLE stojí možnost chirurgického řešení. Podle etiologie a rozsahu postižení je úspěšnost zákroků 60 – 80 %. Různé varianty temporálních resekcí jsou v současnosti nejčastějším epileptochirurgickým výkonem. Operační řešení má statisticky nižší rizika než jsou rizika sdružená s celoživotní nekompenzovanou epilepsií.

Diagnostické metody

Podrobné anamnestické, neurologické, interní, EEG, základní laboratorní vyšetření;

Neurozobrazovací vyšetření

Magnetická rezonance – MRI

Vysoká kvalita obrazu spolu s dokonalým kontrastem činí z MRI nejcitlivější neurozobrazovací metodu pro průkaz epileptogenních lézí. Předností MRI je nepřítomnost ionizujícího záření, vyšší specifita a možnost zobrazování v různých rovinách. Výtěžnost MRI zobrazení závisí na charakteru léze, technice (příslušenství přístroje...), erudici neuroradiologa.

Počítačová tomografie – CT

Přínos CT je u pacientů s epilepsií omezený, neboť má jen průměrnou rozlišovací schopnost při zobrazení měkkých tkání. Umožňuje zobrazování pouze v transverzální rovině. V jiných rovinách dochází k degradaci obrazu. Předností CT proti MRI zůstávají nižší náklady, lepší dostupnost a kratší doba potřebná k vyšetření.

Funkčně zobrazovací vyšetření

Jednofotonová emisní tomografie – SPECT

Používá se pro stanovení regionální cerebrální perfuze. Před samotným vyšetřením se i.v.aplikuje radiofarmakum. Radiofarmakum prostupuje hematoencefalickou bariérou, vychytává se v mozkové tkáni v závislosti na aktuálním prokrvení. Pomáhá určit zónu počátku záchvatu.

Pozitronová emisní tomografie – PET

Jedná se o nukleárně zobrazovací metodu, pomocí které je možné různými modifikacemi radiofarmak měřit metabolismus, krevní průtok, pH, transport aminokyselin, distribuci antiepileptik.

Funkční magnetická rezonance – fMRI

Moderní vyšetřovací metoda umožňující nepřímo v mozku detekovat anatomické oblasti, aktivující se v průběhu prováděného kognitivního, motorického nebo jiného úkolu.

Farmakorezistence

Definice

Pacient s epilepsií může být považován za farmakorezistentního, jestliže u něj do dvou let od zahájení léčby není dosaženo uspokojivé kompenzace záchvatů při použití nejméně 2, lépe však 3 správně volených antiepileptik podávaných v maximálních tolerovaných dávkách, ať již v monoterapii nebo v kombinacích.

Příčiny farmakorezistence

V současnosti je k dispozici více než 20 antiepileptik. Pacienti s intraktabilní epilepsií jsou rezistentní k účinkům širokého spektra antiepileptik i přes jejich rozdílné mechanismy účinků. Možným mechanismem vzniku intraktability je skupina proteinů lokalizovaných v hematoencefalické bariéře. Hematoencefalická bariéra reguluje vstup látek (včetně antiepileptik) do mozku. Tato bariéra obsahuje i tzv. transportéry (specifické aktivní mechanismy), jejichž zvýšené množství vede k vyplavování antiepileptik z mozku, tím snížení jejich koncentrace a účinku.

Intraktabilita zásadně ovlivňuje prognózu a terapeutické postupy, zejména indikaci k epileptochirurgické léčbě.

2.2. Epileptochirurgická léčba

Indikace k epileptochirurgické léčbě

První úspěšné pokusy ovlivnit chirurgickou léčbou průběh epilepsie proběhly již na konci 19. století, kdy Victor Horsley provedl první operace tohoto typu. V průběhu 20. století docházelo k rozvoji operačních postupů a diagnostických metod a tím rostl a stále roste počet pacientů indikovaných k epileptochirurgickým výkonům.

Potencionálními kandidáty k epileptochirurgické léčbě je 5 – 10 % pacientů (5 – 10 000 nemocných v ČR).

Obecné indikace

Významné jsou především tyto faktory:

1. farmakorezistentní epilepsie
2. očekávané zvýšení kvality života při potlačení záchvatů
3. případná rizika operace nepřevyšují její pravděpodobný přínos
4. pozitivní motivace nemocného

Epileptochirurgický výkon by měl vést k úplnému odstranění epileptogenní zóny a celoživotní remisi. Protože však všechny dostupné diagnostické metody poskytují pouze přibližnou informaci o rozsahu epileptogenní zóny, výsledek operace je nejistý. Navíc ne vždy je možné odstranit celou epileptogenní zónu (technické důvody, obavy z poškození zdravé či funkčně významné korové oblasti).

AWAKE operace

Indikace:

Resekční a diskonekční výkony v elokventních nebo perielokventních regionech kortexu.

Při těchto výkonech se kombinují metody peroperačních a intraoperačních stimulačních technik. Nemocný je buď v celkové nebo lokální (AWAKE) anestezii. Druhou možností je provádět přímo resekční neokortikální operační výkon s kontinuálním sledováním neurologických funkcí AWAKE nemocného.

Hlavní zásady anestezie při AWAKE operacích

Úkolem anesteziologa je zajistit rychlé a dle požadavků opakované probuzení nemocného z celkové anestezie pro účely příslušného neurologického testování (‚asleep – awake-asleep‘)

1. používá se i.v. propofol + nízké dávky fentanylu
2. nosní airway
3. manitol pro mozkovou relaxaci a protekci
4. nepoužívají se svalová relaxancia
5. pacient je v semilaterální poloze se zajištěním volné pozice krku a volných dýchacích cest
6. obličej je otočen k anesteziologovi, je zajištěn volný přístup k nemocnému a možnost kontaktu s ním
7. ložisku kontralaterální dolní a horní končetina musí být viditelné a volné pro testování základních pohybů, v kontralaterálním zápěstí nesmí být zajištěna arteriální linka
8. rigidní fixace hlavy nemocného je možná, fixátor nesmí nemocného nadměrně obtěžovat (Mayfieldova fixace - viz příloha č. 1)
9. důkladná lokální anestezie operační rány v předpokládaném rozsahu kožní incize

Několik kontraindikací AWAKE operace

- nezralí nebo nekooperující nemocní
- obézní pacienti s potenciálními ventilačními problémy (spánková apnoe)
- IQ pod 70

2.3. Pooperační péče v neurochirurgii

Pooperační péče je jen součástí celé neurochirurgické problematiky, ale její význam narůstá. Možnosti, jak uchránit pacienta před možnými komplikacemi po provedeném operačním výkonu, se stále zvyšují, a to za použití nových a dokonalejších diagnostických a monitorovacích metod intenzivní medicíny. Navzdory selektivním a vysoce specializovaným postupům v neurochirurgii, je třeba stále chápat lidský organismus jako bio-psycho-sociální celek. Velkou pozornost je třeba věnovat výsledné kvalitě života pacientů v neurointenzivní péči – obnova mentálních a kognitivních funkcí.

Pooperační sledování pacientů

Neurologické vyšetření a jeho pravidelné opakování v potřebných časových intervalech – stanovených dle stavu pacienta, spolu s hodnocením změn dynamiky jeho vědomí, patologického nálezu na hlavových nervech a vývoje lateralizace na končetinách, je základem kvalitní monitorace a včasného zjištění případné komplikace. Nezbytností je dostatek personálu. Ke zhodnocení základního neurologického obrazu patří: stanovení GCS ve všech 3 složkách (otevírání očí, slovní a motorická odpověď), stav zornic (šířka, fotoreakce), zhodnocení motorické odpovědi každé končetiny. Podle závažnosti operační diagnózy, předoperačního stavu pacienta a vlastního průběhu operace lékař JIP po domluvě s operujícím neurochirurgem rozhodne o rozsahu pooperační monitorace pacienta.

Individuálně podle aktuálního stavu pacienta je vedena farmakoterapie, výživa, analgosedace, farmakologická kontrola hyper a hypotenze, převazy, RTG vyšetření. Nedílnou součástí je od samého začátku RHB – u nemocných v bezvědomí se provádí pasivní cvičení, které zabrání vzniku kontraktur, psychologická péče popř. logopedická péče. Na JIP zůstávají pacienti po nekomplikovaných výkonech.

Péče o drény

Redonův drén může při přílišném podtlaku netěsnou suturou tvrdé pleny nasávat likvor a způsobit likvorovou hypotenzi nebo i krvácení v operačním poli. Přílišným vypouštěním likvoru dochází k bolestem hlavy.

Specifika ve farmakoterapii

Preventivní antiepileptická péče je nutností u mnoha pooperačních stavů, zvláště tehdy, když se intrakraniální proces projevoval epileptickým paroxysmem.

Preventivní podávání antibiotik – používají se širokospektrá s dobrým průnikem do likvoru (např. cefalosporiny III. generace)

Substituční hormonální terapie

Používá se u všech výkonů v selární krajině (hydrokortizon)

Prevence TEN

Používá se nízkomolekulární heparin, bez zvýšení rizika krvácivé komplikace

Pooperační bolesti

Po intrakraniálních výkonech jsou bolesti v operační ráně poměrně malé, na které stačí běžná analgetika.

Terapie zduření mozku

Vzrůst objemu mozkové tkáně může nastat zvýšením obsahu vody – edémem nebo zvýšením cévní náplně – hemodynamickým zduřením. Nejčastěji edém mozku doprovází nádory a neuroinfekce. Příznivě reaguje na terapii steroidy (dexametazon). Při opakovaném podání osmoticky aktivních látek (Manitol) může dojít k rebound fenoménu: Manitol se dostane porušenou bariérou do tkáně a stahuje na sebe vodu, tím situaci zhorší.

2.4. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: I.M. (oslovení: paní I.)

Rodné číslo: 7900000/000

Věk: 29

Stav: vdaná, žije s manželem a synkem v domku

Vyznání: bez vyznání

Adresa: Karlovy Vary
Vzdělání: středoškolské
Povolání: účetní (toho času na mateřské dovolené)
Národnost: česká
Pojišťovna: 111
Telefon: má – mobil
Osoba, kterou lze kontaktovat: manžel

Datum příjmu: 02.04. 2007

Data mého ošetřování: 2.,3.,5.,10.4.2007

2.5. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZA

LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA

Osobní anamnéza

Běžná dětská onemocnění, úrazy: fraktura levého nártu, operace: pupeční kýla (1989), resekce gliomu T sin. grade II (2/91), reoperace resekce gliomu T sin. grade II (4/92), přechodně zhoršení řeči, bez onkologické terapie, na MRI nález dlouhodobě stabilní nicméně přetrvávají

T záchvaty (automotorické), refrakterní na terapii, na video – EEG zachyceno 6 záchvatů (záchvaty: 2005 – 42, 2006 – 76, 2007 – zatím 12)

Alergie: 0, klíště neguje

Abusus: kouří (1 x denně)

alkoholismus - příležitostně

Rodinná anamnéza

bezvýznamná

Gynekologická anamnéza

Menses od 12-ti let – pravidelný, porody – 1x spontánní, kojila, potraty: 0, gyn. operace: 0, chodí na kontroly

Farmakologická anamnéza viz Údaje o aplikovaných léčivech

Timonil 600mg retard tbl PO 1 – 0 –1

Lamictal 100mg tbl PO 1 – 0 –1

Lyrica 150mg tbl PO 1 – 0 –1

Pyridoxin 20mg tbl PO 2 – 2 - 2

LÉKAŘSKÁ DIAGNÓZA

Základní diagnóza

Farmakologicky rezistentní epilepsie s SPS a CPS – sekundární

Diagnostický souhrn

Symptomatická epilepsie a epileptický syndrom s komplexními parciálními záchvaty, hypermetabolismus ložiska T sin. (dle PET), dominance sin. hemisféry, indikována k operačnímu řešení (AWAKE)

2.6. DIAGNOSTICKO-TERAPEUTICKÁ PÉČE

Stav při přijetí

Celkový stav: TK 110/65, puls 74, tělesná teplota: 36,5stupňů Celsia, 59 kg, 167 cm

Při vědomí, orientovaná, spolupracuje, únava normální, bez dysartrie, pravačka

Hlava: normální nález, poklep nebolestivý, výstupy n.V. nebolestivé, zornice izokorické, foto +, bulby volně, bez nystagmu, lehce vázne pravý koutek, plazí středem

Krk: šíje volně, ameningeální

Hrudník: dýchání čisté, srdeční ozvy pravidelné

HKK: spontánní hybnost v normě, v Ming. udrží, taxe přesná, síla symetricky přiměřená, čítí neporušeno symetr.

DKK: spontánní hybnost v normě, v Ming. udrží, taxe přesná, Lassegue volně bilat., bez známek varixů, bez otoků, čítí neporušeno symetr., pulsace perif.cév hmatná, chůze normální;

DIAGNOSTICKÁ PÉČE

Zobrazovací metody

CT mozku nativ: 2.4.07

Závěr: Bez známek krvácení, bez ischemie, pneumocefalus;

CT mozku nativ: 3.4.07 – kontrola po včerejším vyšetření

Závěr: stav je stejný, ubylo plynu, došlo k mírnému rozšíření komor k normálu, otok 1. hemisféry mírný, středové struktury bez posunu, bez krvácení;

Laboratorní vyšetření ze dne 13.3.07 – biochemie, moč + sediment, moč chemicky, hematologie, hemokoagulace, serologie – vše v normě

Biochemické vyšetření krve - 2.4.07

název vyšetření	výsledek	jednotky	referenční interval	hodnocení
Na serum	134,0	mmol/l	132,0 – 150,0	norma
K serum	4,0	mmol/l	3,40 – 5,40	norma
Cl serum	103,2	mmol/l	94,0 – 110,0	norma
Glukoza	6,42	mmol/l	3,60 – 5,70	+
Osmolalita	279,0	mosmol/l	278,0 – 305,0	norma

3.4., 4.4., 5.4., 6.4.07 byly všechny výše uvedené hodnoty v normě

krevní obraz - 2.4.07

název vyšetření	výsledek	jednotky	referenční interval	hodnocení
hematokrit	0,33	arb.j.	0,36 – 0,48	-

ostatní vyšetřované hodnoty byly v normě

Fyziologické funkce – uvádím vždy rozmezí, ve kterém se hodnoty pohybovaly během celého dne; saturace O₂ uvádím s použitím oxygenoterapie;

Datum	puls/min.	dech/min.	TK	IBP	TT (stupně Celsia)	CVP	saturoce O2 (v %)
2.4.07	60 - 67	14 - 17	100/50 – 120/60	120/60 – 125/65	36,2 – 37,4	0	97 - 100
3.4.07	60 - 78	15 - 16	100/60 – 110/70	110/60 – 125/70	36,0 – 37,2	2,5 – 3,0	97 - 100
5.4.07	70 - 80	14 - 16	110/60 – 120/60	4.4. EX	37,5 – 37,7	3,0 – 4,5	EX
10.4.07	70 - 82	16 - 18	100/60 – 120/65		36,5 – 36,8	4,0	

Bilance tekutin

Datum	Příjem tekutin/ml	Výdej tekutin/ml
2.4.07	450 (i.v.)	450
3.4.07	2440 (i.v. + PO)	1750
5.4.07	1550 (PO)	1050
10.4.07	dimise v ranních hodinách	

Předoperační vyšetření

Interní vyšetření- bez kontraindikace k výkonu v celkové anestezii

Biochemické vyšetření krve a moče - bez kontraindikace k výkonu

Krevní odběr na krevní skupinu: A Rh- (žádost o TRF 2x EBR)

TERAPEUTICKÁ PÉČE

Předoperační příprava

2.4. - D=0 od 24h (1.4.)

- oholení operačního pole, BDK

- zaveden CŽK, 2x PŽK, IBP, PMK, 1 Redonův drén na sání – na sále

Pooperační péče, infúzní terapie a farmakoterapie 2.4.

Pacientka přivezena ze sálu ve 14:15, zákrok trval 4 hodiny;

- kontrola stavu vědomí, orientace, zornic - izokorické, foto +, hybnosti (GCS 3, 4, 2 = 9 – viz příloha číslo 2), krvácení
- plná monitorace fyziologických funkcí (TK, tep, dech, TT, saturace, EKG, IBP)
- péče o Redonův drén – kontrola množství odvedené krve – za 24hod. odvedl 200ml tmavě červené krve
- péče o PMK – odváděl čirou moč
- péče o PŽK, IBP, CŽK – kontrola funkčnosti, aseptické převazy dle potřeby
- bandáže DKK, KNL
- péče o oči, dutinu ústní, kůži
- kontrola příjmu a výdeje tekutin za 24 hodin
- kontrola iontů, glukózy, osmolality a krevního obrazu
- riziko vzniku dekubitů dle Nortonové: 25 (viz přílohy - Hodnotící techniky)

Medikace: viz Údaje o aplikovaných léčivech

Torecan inj. i.v. při zvracení – neaplikováno

Apaurin 1g i.v. při epileptickém záchvatu - neaplikováno

Infuzní terapie: spádově

1. Rivotril 1 amp. v 50ml fyziologického roztoku kape 15 min. á 8 hod.
2. Plasma – lyte 148 1000ml kape 12 hodin
3. Ringerův roztok 500ml kape 6 hodin
4. Dexamed 1 amp. ve 20 ml fyziologického roztoku kape 10 min. á 6 hod.
5. Ranisan 1 amp. ve 20ml fyziologického roztoku kape 10 min. á 8 hod.
6. Ringerův roztok 500ml + 20ml 7,5% KCl kape 6 hodin
7. Algifen 1 amp. ve 100ml fyziologického roztoku kape 30min při bolesti á 8hod.

3.4. – 1. pooperační den

- kontrola stavu vědomí, orientace, zornic- izokorické, foto +, hybnosti, (GCS 3, 6, 2 - 3 = 11), krvácení
- plná monitorace fyziologických funkcí (TK, tep, dech, TT, saturace, EKG, IBP)
- péče o Redonův drén – kontrola množství odvedené krve – za 24hod. odvedl 330ml tmavě červené krve
- péče o PMK – odváděl čirou moč
- péče o 1x PŽK (LHK – předloktí), IBP, CŽK – kontrola funkčnosti, aseptické převazy dle potřeby
- bandáže DKK, KNL
- aseptický převaz operační rány + dezinfekce Betadine
- kontrola příjmu a výdeje tekutin za 24 hodin
- hygiena na lůžku, péče o oči, dutinu ústní, kůži - masáž
- kontrola iontů, glukózy, osmolality
- riziko vzniku dekubitů dle Nortonové: 29 (viz přílohy - Hodnotící techniky)
- 1 PŽK ex (PHK – předloktí)

Medikace: viz Údaje o aplikovaných léčivech

Lamictal 100 mg tbl PO 1 – 0 – 1

Timonil 600 retard tbl PO 1 – 0 – 1

Lyrica 150 mg tbl PO 1 – 0 – 1

Pyridoxin léčiva tbl PO 2 – 2 – 2

Torecan inj. IV 1 – 1 – 1 při zvracení - neaplikováno

Infuzní terapie: spádově

1. Plasma – lyte 148 1000ml kape 24 hodin (electrolit sol.)
2. Dexamed 1 amp. ve 20 ml fyziologického roztoku kape 10 min. á 6 hod.
3. Ranisan 1 amp. ve 20ml fyziologického roztoku kape 10 min. á 8 hod.
4. Algifen 1 amp. ve 100ml fyziologického roztoku kape 30min při bolesti á 8hod.

5.4. – 3. pooperační den

- kontrola stavu vědomí, orientace, zornic- izokorické, foto +, hybnosti, (GCS 4, 6, 3 =13), krvácení
- plná monitorace fyziologických funkcí (TK, tep, dech, TT, saturace, EKG)
- péče o PMK – odváděl čirou moč

- péče o CŽK – kontrola funkčnosti, aseptické převazy dle potřeby
- bandáže DKK
- aseptický převaz operační rány + dezinfekce Betadine
- kontrola příjmu a výdeje tekutin za 24 hodin
- hygiena na lůžku, péče o oči, dutinu ústní, kůži – masáž
- RHB s fyzioterapeutkou, vertikalizace, LTV
- kontrola iontů, glukózy, osmolality
- Redonův drén, IBP, PŽK, KNL ex 4.4.

Medikace: viz Údaje o aplikovaných léčivech

Timonil 600 retard	tbl	PO	1 – 0 – 1
Lamictal 100 mg	tbl	PO	1 – 0 – 1
Lyrica 150 mg	tbl	PO	1 – 0 – 1
Gutalax	10 gtt	PO	1 - 0 - 0

10.4. – 8. pooperační den

- kontrola stavu vědomí, orientace, zornic- izokorické, foto +, hybnosti, GCS 4, 6, 5 = 15, krvácení
- monitorace TK, pulsu 6x denně
- péče o CŽK – kontrola funkčnosti, aseptický převaz
- bandáže DKK
- hygiena ve sprše s dopomocí
- aseptický převaz operační rány + dezinfekce Betadine
- RHB s fyzioterapeutkou, vertikalizace
- PMK ex 6.4.

Medikace: viz Údaje o aplikovaných léčivech

Timonil 600 retard	tbl	PO	1 – 0 – 1
Lamictal 100 mg	tbl	PO	1 – 0 – 1
Lyrica 150 mg	tbl	PO	1 – 0 – 1
Algifen	tbl	PO	1 – 1 – 1 při bolesti

Dietoterapie

Před nástupem do zdravotnického zařízení dodržovala pac. dietu č.3. Od 24h 1.4. měla dietu číslo 0. Od 3.4. se opět vrací k dietě číslo 3 - kašovitě.

Fyzioterapie

1. pooperační den – KNL, dechová gymnastika
2. pooperační den – cvičení na lůžku s fyzioterapeutkou, sed
3. pooperační den – vertikalizace, LTV
8. pooperační den – vertikalizace, LTV

Údaje o aplikovaných léčivech

název léku	generický název	indikační skupina	způsob podání	nežádoucí účinky
Algifen	metamizolum natricum monohydricum, pitolfenoni hydrochloridum	analgetikum, spasmolytikum	IV, PO	reakce z přecitlivělosti – kožní reakce, poruchy krvetvorby, pocení
Apaurin	diazepamum	anxiolytikum	IV	spavost, únava, svalová ochablost, deprese
Dexamed inj.	dexamethasoni natrii phosphas	hormon ze skupiny kortikoidů	IV	potlačení osy hypotalamus – hypofýza – nadledvina, bezbolestné odbourávání kostí, systémové reakce
Gutalax	natrii picosulfas	laxancium	PO	průjmové stavy, bolesti břicha, nauzea

KCl	kalií chloridum	prevence a léčba hypokalémie	IV	dráždění sliznic gastrointestinálního traktu
Lamictal	lamotrigin	antiepileptikum	PO	útlum, diplopie, bolesti hlavy
Lyrica	pregabalin	antiepileptikum	PO	zvýšená chuť k jídlu, diplopie, snížení libida
Plasma – lyte	Na, K, Mg, Cl, acetát, glukonát	infundabilium	IV	porucha funkce ledvin, hyperhydratace, dekompenzovaná srdeční insuficience
Pyridoxin	pyridoxini hydrochloridum	vitamín	PO	pálení žáhy, nevolnost
Ranisan inj.	ranitidini hydrochloridum	antiulcerosum	IV	bolest hlavy, závratě, sucho v ústech
Ringerův roztok	Na+ K+ Ca2+ Cl-	infundabilium	IV	hyperhydratace, hyperchloremie, edémy
Rivotril inj.	clonazepanum	antiepileptikum, antikonvulzivum	IV	únava, malátnost, neklid
Timonil	karbamazepin	antiepileptikum	PO	diplopie, neklid, nauzea
Torecan inj.	thiethylperazinum	antiemetikum	IV	extrapiramidové poruchy - reverzibilní

3. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A SOUČASNÝ STAV

Informace jsem sbírala 2., 3., 5., 10.4. 2007

Byl to pacientčin 0., 1.,3.,8. hospitalizační den na JIP

SUBJEKTIVNÍ NÁHLED PACIENTKY NA NEMOC A HOSPITALIZACI

Pacientka se celkově necítí moc dobře. Až do nynějška ji trápilo asi 20 epileptických záchvatů se ztrátou vědomí za měsíc. Vzhledem k tomu, že má doma malého synka, se kterým byla až doted' na mateřské dovolené, ji velmi trápí odloučení. Od operace si slibuje, že její záchvaty pominou nebo se alespoň velmi eliminují a ona se zas brzy vrátí domů ke své rodině. Ze

zároku obavy samozřejmě měla, stejně tak z výsledku operace. Doufá, že brzy bude v pořádku. Velkou oporou je pro ni manžel, rodiče a syn. Každý den se těší, že ji přijdou navštívit.

OBJEKTIVNÍ HODNOCENÍ SESTRY

Pacientka po příjezdu ze sálu byla výrazně spavá, na oslovení reagovala jen otevřením očí a mírnou elevací hlavy, byla velmi spavá. Hybnost na horních i dolních končetinách výrazně oslabena. (Glasgow score viz. dále). Tlakově hypotenzní. Měla nízkou saturaci kyslíku v krvi. Zornice izokorické foto + . Operační rána – temporálně vlevo, 7cm dlouhá, klidná, bez prosaku či fluktuace.

V průběhu hospitalizace se její stav velmi zlepšil včetně expresivní fatické poruchy. Paní I. se velmi snažila spolupracovat. Od operace očekává, že selepší její zdravotní stav, aby se mohla naplno věnovat rodině a zálibám. Pacientka zná svou diagnózu.

3.1. ZÁKLADNÍ POTŘEBY PACIENTKY

Dýchání

Před hospitalizací pacientka neměla problémy s dýcháním.

V prvních pooperačních dnech byla nutná oxygenoterapie, neboť pacientka měla nízkou saturaci kyslíku v krvi. Saturace se ustálila na normálních hodnotách. Pacientka žádné další obtíže neměla.

Hydratace

Před hospitalizací pitný režim víceméně dodržovala. Byla zvyklá vypít 1000 – 1500 ml tekutin denně. Někdy méně. Hlavně ovocné čaje. V průběhu hospitalizace musela být nucena ke zvýšenému příjmu tekutin. V pooperační době byla dostatečně hydratována.

Neměla suché sliznice ani oschlé rty. Kožní turgor v normě – břicho.

Alkohol pila pouze příležitostně ve velmi malém množství.

Výživa

Pacientka dodržovala dietu číslo 3. V jídle vybírává prý nikdy nebyla, ale nesnáší koprovou omáčku. Snažila se vždy vařit co nejzdravěji, vyhýbala se smaženým jídlům, protože jí nedělala dobře na žaludek. Měla vždy velmi ráda zeleninové saláty. Linii si nikdy nehlídala. Prý díky pravidelnému režimu synka se naučila jíst méně a častěji. Před hospitalizací vážila, při své výšce 167cm, 59kg. (BMI 21,2). Se svou váhou byla spokojená.

V průběhu hospitalizace cítila menší úbytek váhy (asi 1-2 kg BMI 20,4).

1. pooperační den měla dietu číslo 0 a od 2. pooperačního dne dietu číslo 3 – kašovitou. Pacientka měla dobrý vlastní chrup. Ve stravování byla soběstačná. Dispepsií netrpěla.

Vyprazdňování

V domácím prostředí se pacientka vyprazdňovala pravidelně 1x denně. Nyní měla problémy se vyprázdnit v důsledku omezené možnosti pohybu, a také pobyt v cizím prostředí jí její situaci příliš neusnadnil. I při dostatečném zajištění soukromí měla problém vyprázdnit se do podložní mísy. Pacientka musela využít účinku laxativ.

Až do 4. pooperačního dne měla zaveden PMK. Do 6. pooperačního dne užívala podložní mísu. Od 7. pooperačního dne chodila s doprovodem na WC. Po vytažení PMK neměla žádné potíže s mikcí (vymočila se do 8 hodin od ex) Příliš se nepotila, jen v období kdy se u ní objevila hypertermie.

Aktivita psychická a fyzická

Paní I. se s manželem ráda věnovala pěší turistice, ale jinak co se týká jiných sportů se považuje za „lenocha“. Má na to vliv i její onemocnění.

V pooperačním období k ní docházela fyzioterapeutka. Pod jejím dohledem prováděla dechovou gymnastiku, cvičení na lůžku a nácvik sedu a chůze.

Paní I. neměla se zrakem ani sluchem žádné problémy.

Spánek – odpočinek

Se spánkem prý žádné problémy nikdy neměla. Byla zvyklá uléhat podle toho, kdy usnul syn. Spala přibližně 6-7h. Během noci ji občas probouzel syn. S opětovným usnutím neměla problémy. Hypnotika nikdy neužívala.

Během prvních pooperačních dní byl její spánek mělký – bolest, pobyt v cizím prostředí. Hypnotika ale odmítla – nechtěla si na ně zvykat.

Potřeba tepla – pohodlí

Pacientka měla velmi ráda teplo. Na jeho nedostatek či nepohodlí si v průběhu hospitalizace nestěžovala.

V pooperačním období bylo pohodlí mírně narušeno nutností 24h pobytu na lůžku, ale v zásadě byla spokojená.

Potřeba být bez bolesti

Před hospitalizací netrpěla paní I. žádnými bolestmi. Předtím než byla schopná spolupráce, bylo velice obtížné určit jak charakter, tak intenzitu bolesti. Během prvních pooperačních hodin zamítavým gestem hlavy odmítla analgetika i ledování operační rány. V následujících dnech již byla pacientka schopna na VAS zhodnotit intenzitu bolesti. Označila číslo 1 - 3. Analgetika odmítla až do 7.4., neboť jí pomohlo ledování operační rány. Bolest označila jako tupou. A podle výrazu tváře bylo zřejmé, že se zhoršuje při pohybu. Úlevu přinesl odpočinek. V pooperačním období měla pacientka možnost využít analgetik (viz farmakologická terapie). (více viz. Ošetřovatelské diagnózy)

Hygiena

Pacientka byla před operačním zákrokem při hygienické péči zcela soběstačná. Dbala o svůj vzhled. Kůže bez eflorescencí.

Do 7. pooperačního dne jsme u pacientky prováděli hygienu na lůžku. Od 7. pooperačního dne byla pacientka schopna s doprovodem dojít do sprchy a za pomoci sestry zvládnout hygienu.

Kůže byla bez eflorescencí, operační rána – temporálně vlevo, 7cm dlouhá, bez prosaku či fluktuace

Sexualita

Paní I. žije s manželem. Na svůj sexuální život si nestěžovala. V budoucnu plánují další děti.

3.2. PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY PACIENTKY

Existenciální potřeby

Potřeba zdraví

Před operačním zákrokem pacientka dodržovala zásady zdravé výživy. Jen pitný režim jí dělal občas problém. Příležitostně se napije alkoholu a kouří v průměru 1 cigaretu za den. Aktivně se s manželem věnovali pěší turistice.

Zdravotní stav nutí paní I. k výrazným úpravám životního stylu, což ji velmi omezuje. Věří, že jí operace pomůže zbavit se problémů.

Během pooperačního období má obavy z úspěšnosti operace. Dbala rad lékařů i ostatního ošetřujícího personálu.

Soběstačnost

Pacientka byla před operačním zákrokem zcela soběstačná ve vykonávání všech základních i vyšších potřeb. Snažila se vyhýbat zvýšené námaze.

Po operačním zákroku byla v prvních několika dnech odkázána na pomoc ošetř. personálu při uspokojování svých potřeb. Ještě nějaký čas bude trvat její závislost na pomoci druhých.

Bydlení

Paní I. žije s manželem a synkem (1rok) v domku se zahradou. Tento způsob bydlení jim vyhovuje.

Sociální a ekonomické jistoty

Pacientka na začátku hospitalizace ani v pooperačním období nebyla soc. izolována – každý 2. den měla návštěvu. Stýskalo se jí.

Paní I. nepociťuje ekonomické nedostatky.

Informace, adaptabilita

Paní I. má prý nemá velké problémy přijímat změny.

V prvních pooperačních dnech byla komunikace s pacientkou velmi obtížná díky expresivní fatické poruše. Pacientka byla v průběhu celé hospitalizace informována o všech výkonech a úkonech, které byly nutné při vykonávání ošetrovatelské péče (převazy apod.) (viz přílohy – Edukační záznam). Ošetřující personál se vždy snažil vše vysvětlit, co možná nejjednoduší a nejsrozumitelnější formou. V pozdějším období se již pacientka mohla ptát sama, na vše, co zajímalo ji a její rodinu. Na množství ani kvalitu informací, které jí poskytli lékaři a ošetřující personál, si nestěžovala.

Potřeby lidské, afiliační

Paní I. je 5 let šťastně vdaná. Spokojeně žije se svým manželem a synkem v rodinném domku se zahradou. S komunikací nikdy problém neměla. V době hospitalizace ji navštěvoval manžel a rodiče. Jsou pro ni velkou oporou.

Sebepojetí – vnímání sebe sama

Pacientka na mě působila kladným dojmem a přiměřeným sebevědomím. Sama sebe vnímá občas jako melancholického člověka, ale to je dáno i jejími dlouhotrvajícími zdravotními problémy. Měla zájem o dění kolem sebe. Nevyhýbala se očnímu kontaktu.

Seberealizace – sebeaktualizace

Paní I. je v současné době na mateřské dovolené, a tak většinu času věnovala péči o svého synka, kterého velmi miluje. Také ráda čte, vaří, stará se o zahradu. Občas jdou s manželem za kulturou (divadlo, výstavy apod.). Ráda se schází se svými kamarádkami. V pooperačním období její hlavní aktivitou odpočinek a RHB. Necítila se sociálně izolována - navštěvoval ji manžel a rodiče. Stýskalo se jí.

Duchovní potřeby

Pro pacientku je oporou její manžel, synek a rodiče. Věří na osud. Je bez vyznání.

4. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Akutní bolest v místě operační rány projevující se grimasami;

Porucha soběstačnosti z důvodu pooperačního stavu;

Dočasná porucha komunikace z důvodu neurologického onemocnění;

Porušení kožní integrity z důvodu operačního zákroku;

Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů;

Riziko pádu, úrazu z důvodu pooperačního stavu a možného epileptického záchvatu;

Riziko vzniku TEN z důvodu operačního výkonu, upoutání nemocné na lůžko;

8. Změna ve vyprazdňování moče z důvodu permanentního močového katetru;

9. Obavy z důvodu úspěšnosti operace a budoucnosti;

10. Stesk z důvodu odloučení od rodiny (hlavně synka);

11. Porucha vyprazdňování z důvodu pobytu v cizím stresujícím prostředí;

5. OŠETŘOVATELSKÉ PLÁNY, CÍLE, REALIZACE, HODNOCENÍ

2.4.07

1. Akutní bolest v místě operační rány projevující se grimasami;

Cíl: pacientka vnímá zmírněnou bolest, která je pro ni únosná;

Plán:

- zhodnotit intenzitu, charakter bolesti (vést záznam) viz příloha
- zajistit pohodlí
- odhalit způsoby přinášející úlevu
- podávat analgetika dle ordinace lékaře

Realizace: V prvních hodinách po operaci bylo obtížné zjistit intenzitu a charakter bolesti.

Zamítavým gestem hlavy odmítla analgetika i ledování operační rány. Charakter bolesti se mi nepodařilo zjistit. Pacientka měla zajištěné pohodlí. Ve 22:30 byla podávána analgetika dle ordinace lékaře (viz. výše).

V následujících dnech již byla pacientka schopna na VAS zhodnotit intenzitu bolesti. (viz přílohy – Hodnocení bolesti) Označila číslo 1 - 3. Co se týkalo charakteru bolesti, pacientka ji popsala jako tupou. Analgetika odmítla až do 7.4., neboť jí pomohlo ledování operační rány a vyhledání úlevové polohy.

Hodnocení: Protože ledování operační rány, vyhledání úlevové polohy a analgetika vždy dobře zabraly, lze cíl považovat za splněný. Pacientka 10.4. opustila JIP bez udání bolesti.

2.4.07

2. Porucha soběstačnosti z důvodu pooperačního stavu;

Cíl: Pacientka bude částečně soběstačná;

- Plán:
- zjistit stupeň soběstačnosti pacientky (viz přílohy – Hodnotící techniky)
 - provádět hygienickou péči, krmení oblékání, podávání nápojů
 - zajistit všechny potřebné pomůcky k lůžku (vč. signalizace)
 - zajistit bezpečnost nemocné
 - motivovat pacientku, poskytnout jí dostatek času
 - zajistit aktivní nácvik soběstačnosti, přizpůsobit se schopnostem nemocné
 - zajistit spolupráci s fyzioterapeutem
 - aktivně zapojit rodinu

Realizace: Protože pacientka musela v důsledku pooperačního stavu dodržovat klid na lůžku, byla závislá na zdravotnickém personálu při uspokojování fyziologických potřeb. V celém průběhu mého ošetřování na JIP jsem sledovala úroveň soběstačnosti pacientky. Zajišťovala jsem základní potřeby pacientky a snažila se ji motivovat ke spolupráci. Zajistila jsem všechny potřebné pomůcky k lůžku a dbala na pacientčinu bezpečnost (postranice). Pacientka se snažila aktivně zapojit do sebek péče – omytí si obličeje. Každý den k ní docházela fyzioterapeutka, a ta díky rehabilitačním cvikům ještě více prohlubovala a zlepšovala schopnosti mé pacientky. Rodiče i manžel se snažili také zapojit – hovořili s ní, podněcovali ji ke spolupráci.

Hodnocení: Díky obrovské snaze a motivaci paní I. docházelo k postupnému a rychlému obnovování soběstačnosti.

2.4.07

3. Dočasná porucha komunikace z důvodu neurologického onemocnění; (expresivní fatická porucha)

Cíl: Společně s pacientkou nacházím vhodné metody neverbální komunikace a ona sama pociťuje zlepšení komunikace;

- Plán:
- zajistit pomůcky k neverbální komunikaci (tužka, papír, abeceda, slovník pro fatiky)
 - motivovat a edukovat pacientku
 - holisticky přistupovat k pacientce
 - zajistit možnost návštěv rodinných příslušníků a přátel

Realizace: Během prvních pooperačních hodin jsem se snažila s pacientkou komunikovat pomocí domluvených gest – souhlasné a zamítavé pokývání hlavou, stisk ruky apod.

V průběhu dalších dní jsem se nadále snažila o rozvoj jejích komunikačních dovedností. Paní I. se po mně snažila zopakovat jednoduchá slova (použití slovníku pro fatiky) a již 3.4. byla schopna říci AHOJ, ANO, TÁTA. Postupem času se velmi zlepšovala ve vyjadřování, ale bude to trvat ještě nějakou dobu než se její řeč ustálí v normálu.

Hodnocení: V rámci pacientčinych možností došlo k velkému pokroku. Cíl se ale podařilo splnit jen částečně. Při přeložení na standartní neurologické oddělení jsem ji svěřila do péče logopeda.

2.4.07

4. Porušení kožní integrity z důvodu operačního zákroku;

Cíl: Pacientka je uchráněna od vzniku infekce;

Plán:

- pravidelná kontrola operační rány
- asepticky postupovat při převazech, převazy provádět dle potřeby/indikace
- včas rozpoznat známky infekce
- sledovat celkový stav pacientky

Realizace: Operační ránu jsem pravidelně kontrolovala a prováděla asepticky převazy (dezinfekce Betadine + sterilní krytí). Operační rána byla bez sekrece, bez fluktuace. Na pohmat jen mírně bolestivá. Sledovala jsem množství odvedené krve Redonovým drénem na sání. Hodnoty jsou uvedeny výše. Sledovala jsem celkový stav pacientky.

Hodnocení: Cíl se v průběhu hospitalizace na JIP splnit podařilo. V době mého ošetřování se u pacientky neobjevily žádné známky zánětu.

2.4.07

5. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů; (PŽK, CŽK, IBP a drénu)

Cíl: Pacientka je uchráněna od vzniku infekce;

Plán:

- pravidelně kontrolovat invazivní vstupy
- asepticky postupovat při převazech,
- převazy provádět dle potřeby/indikace
- včas rozpoznat známky infekce

- sledovat celkový stav pacientky

Realizace: Invazivní vstupy jsem pravidelně kontrolovala a prováděla asepticky převazy (dezinfekce Betadine + sterilní krytí). Sledovala jsem celkový stav pacientky. V době mého ošetřování se u pacientky neobjevily žádné známky zánětu.

Hodnocení: Cíl se v průběhu hospitalizace na JIP splnit podařilo.

2.4.07

6. Riziko pádu, úrazu z důvodu pooperačního stavu a možného epileptického záchvatu;

Cíl: Pacientka bude uchráněna od pádu, úrazu;

- Plán:**
- poučit nemocnou o nebezpečí pádu, úrazu
 - upravit vhodně okolí lůžka
 - zajistit pomůcky pro bezpečí (postranice apod.)
 - vysvětlit techniku chůze, zajistit doprovod, doporučit vhodnou obuv, ortopedické pomůcky (edukace fyzioterapeutem)

Realizace: Dbala jsem o pacientčino bezpečí – užití postranic, vysvětlila jsem jí hrozící nebezpečí a nutnost dodržovat KNL. V následujících dnech jsem pacientce zajišťovala doprovod na WC, do sprchy. Vysvětlení techniky chůze, doporučení vhodných ortopedických pomůcek a obuvi se ujala fyzioterapeutka, která k ní denně docházela.

Hodnocení: Cíl se splnit podařilo;

2.4.07

7. Riziko vzniku TEN z důvodu operačního výkonu, upoutání nemocné na lůžko;

Cíl: U pacientky se neprojeví komplikace spojené s TEN;

Plán: - informovat pacientku o nutnosti cvičení DKK

- kontrolovat funkčnost BDK
- sledovat příznaky TEN
- časně mobilizovat nemocnou
- zajistit elevaci DKK
- sledovat barvu a teplotu DKK
- zajistit hygienu a ošetření DKK
- podávat antikoagulantia dle ordinace lékaře

Realizace: Prováděla jsem pravidelnou kontrolu DKK. Zajišťovala jsem elevaci DKK, sledovala jsem barvu a teplotu DKK, kontrolovala jsem funkčnost BDK a denně jsem

prováděla hygienickou péči DKK. Pacientka byla také poučena o nutnosti cvičení a denně k ní docházela fyzioterapeutka.

Hodnocení: U pacientky se neobjevily žádné známky TEN; cíl se podařilo splnit;

2.4.07

8. Změna ve vyprazdňování moče z důvodu permanentního močového katetru;

Cíl: Pacientka bude uchráněna od vzniku infekce;

Po zrušení PMK bude pacientka fyziologicky vyprazdňovat moč;

- Plán:
- pravidelně kontrolovat PMK
 - včas rozpoznat známky infekce
 - sledovat příjem a výdej (24 diuréza), barvu, příměsi, zápach moči
 - dbát na dostatečnou hygienu genitálií
 - sledovat celkový stav pacientky
 - pravidelně měnit sběrný sáček, kontrolovat průchodnost
 - doporučit vhodné cviky ke zpevnění pánevního dna
 - dle ordinace lékaře zrušit PMK, zajistit vyšetření urikultu
 - edukovat pacientku o nutnosti vymočení se do 8 hodin po zrušení PMK

Realizace: Pacientku jsem poučila o nutnosti zavedení PMK – dodržování KNL v důsledku pooperačního stavu a možnosti vzniku komplikací díky elevaci. Pravidelně jsem kontrolovala PMK a prováděla výměny sběrného sáčku. Dbala jsem na dostatečnou hygienu genitálií.

Sledovala jsem celkový stav pacientky, příjem a výdej (24 diuréza), barvu, příměsi, zápach moči

Hodnocení: V době mého ošetřování se u pacientky neobjevily žádné známky zánětu. Po zrušení PMK (6.4.) se pacientka do 8 hodin spontánně vymočila.

Cíl se v průběhu hospitalizaci na JIP splnit podařilo.

5.4.07

9. Obavy z důvodu úspěšnosti operace a budoucnosti;

Cíl: Pacientka udává zvýšení pocitu psychické pohody;

- Plán:
- z gestikulace a mimiky se snažit rozpoznat pacientčinu náladu a ladění
 - umístit pacientku na klidný pokoj

- dostatečně pacientku i její rodinu informovat o všem, co ji čeká a zodpovědět dotazy
- projevit empatii
- naslouchat jí
- v případě potřeby zajistit spolupráci s psychologem

Realizace: Každý z ošetrovatelského týmu se velmi snažil o empatický přístup k pacientce. Lékaři pacientce vysvětlili průběh celého operačního zákroku. Poté, co jsem si pacientku přivezla ze sálu, jsem ji poučila o monitoraci fyziologických funkcí, diagnostických vyšetřeních, farmakoterapii, infuzní terapii, pohybovém režimu, dietním režimu. Všechny informace jsem samozřejmě opakovala a doplňovala o nové v průběhu celé hospitalizace. (viz přílohy Edukační záznam). Pacientka na to reagovala pousmáním nebo přikývnutím, což bylo známkou, že porozuměla. O informace se rovněž zajímala pacientčina rodina. Po zlepšení řečových schopností se mohla zeptat na vše, co ji zajímalo. Spolupráce s psychologem nebyla nutná.

Hodnocení: cíl se podařilo splnit je částečně - je jasné, že určité obavy u ní stále přetrvávaly.

5.4.07

10. Stesk z důvodu odloučení od rodiny (hlavně synka);

Cíl: pacientka pocít'uje zlepšení psychické pohody;

Plán: - projevit empatii, všimnout si psychického ladění pacientky

- umožnit kontakt s rodinou
- umožnit, aby pacientka u sebe měla nějaký předmět, který jí bude připomínat domov
- motivovat pacientku, že odloučení je jen dočasnou záležitostí

Realizace: Snažila jsem se vždy o citlivý přístup k pacientce. Na stolku měla vystavenou fotografii synka a návštěvy rodiny byly kdykoliv umožněny, členové rodiny byli pro pacientku motivujícím faktorem.

Hodnocení: Cíl se podařilo splnit vždy jen na krátký čas. Pacientka velmi ráda mluvila o své rodině a plánech do budoucna;

5.4.07

11. Porucha vyprazdňování stolice z důvodu pobytu v cizím stresujícím prostředí;

Cíl: Pacientka se vyprázdní;

- Plán: - zajistit stravu bohatou na vlákninu
- zajistit dostatečnou hydrataci
 - zjistit (ne)oblíbená jídla
 - edukovat pacientku o nacvičení vyprazdňovacího reflexu
 - zaznamenávat frekvenci a charakter stolice
 - zajistit soukromí při vyprazdňování
 - časně aktivizovat pacientku

Realizace: Abych pacientku zbavila pocitu plnosti, který pociťovala, snažila jsem se zjistit pacientčina (ne)oblíbená jídla a zajistit jí stravu bohatou na vlákniny. Manžel jí nosil ovoce a zeleninu. Sledovala jsem u pacientky příjem tekutin, poučila jsem ji o nacvičení vyprazdňovacího reflexu. Pacientka denně prováděla cvičení s fyzioterapeutkou.

Zaznamenávala jsem frekvenci i charakter stolice a vždy se snažila zajistit soukromí;

Hodnocení: Pacientka se vyprázdnila s použitím laxantiva;

6. EDUKACE

Lékaři edukovali pacientku i její rodinné příslušníky o nutných diagnostických vyšetřeních, průběhu celého zákroku i o možných komplikacích.

Po příjezdu ze sálu jsem pacientku poučila o monitoraci fyziologických funkcí, oxygenoterapii, farmakoterapii, infuzní terapii, pohybovém režimu, dietním režimu, prevenci TEN, kontrolních diagnostických vyšetřeních. V následujících dnech jsem paní I. Poučila o používání slovníku pro fatiky. Když se u pacientky objevila zácpa poučila jsem ji o nacvičení vyprazdňovacího reflexu. Všechny informace jsem samozřejmě opakovala a doplňovala o nové v průběhu celé hospitalizace. (viz přílohy - Edukační záznam)

Fyzioterapeutka, která za pacientkou denně docházela, ji edukovala o nutnosti časně aktivizace, RHB cvičeních, ortopedických pomůckách, vhodné obuvi.

Edukovala jsem také rodinu o opatřeních, která bylo nutné dodržovat, když přišli pacientku navštívit.

7. OŠETŘOVATELSKÝ ZÁVĚR A OŠETŘOVATELSKÁ PROGNÓZA

Informace jsem sbírala 4 dny.

Paní I. jsem si pro své pozorování vybrala, protože mě zajímalo řešení její diagnózy a byla ochotná se mnou spolupracovat. V současné době je její zdravotní stav zlepšil a prognóza je snad příznivá. Pacientka byla hospitalizována na neurochirurgické JIP do 10.4.07 a poté přeložena do jiného zdravotnického zařízení k doléčení. Kontrolní MRI je naplánovaná na srpen 07 s následnou kontrolou na naší klinice.

8. Použité zkratky:

BDK	bandáž dolních končetin
CGS	Glasgow coma scale
CPS	komplexní parciální záchvaty
CT	počítačová tomografie
CVP	centrální žilní tlak
CŽK	centrální žilní katetr
DKK	dolní končetiny
fMRI	funkční magnetická rezonance
HKK	horní končetiny
IBP	arteriální katetr
KLD	klid na lůžku
LTV	léčebná tělesná výchova
MRI	magnetická rezonance
PET	pozitronová emisní tomografie
PHK	pravá horní končetina
PMK	permanentní močový katetr
PO	per os
PŽK	periferní žilní katetr
RHB	rehabilitace
SPECT	jednofotonová emisní počítačová tomografie
SPS	simplexní parciální záchvaty
TEN	tromboembolická nemoc
TK	krevní tlak
TLE	epilepsie temporálního laloku
TT	tělesná teplota
VAS	vizuální analogová škála

9. Použitá literatura

Brázdil, M., Hadač, J., Marusič, P., kolektiv autorů: Farmakorezistentní epilepsie. Triton, Praha, 2004, ISBN 80-7254-562-0

Dbalý, V.: Epileptochirurgie dospělých. Grada, Praha, 2004, ISBN 80-247-0598-2

Hanscomb, A., Hughes, L.: Epilepsie. Pharma, Havlíčkův Brod, 1999

Náhlovský, J., kolektiv autorů: Neurochirurgie. Galén, Praha, 2006, ISBN 80-246-1202-X

Plas, J., kolektiv autorů: Neurochirurgie. Galén, Praha, 2000, ISBN 80-7262-075-4, Karolinum, Praha, 2000, ISBN 80-246-0187-7

Waberžinek, G., Krajíčková, D., kolektiv autorů: Základy speciální neurologie. Karolinum, 2006, ISBN 80-246-102

10. Zdroje informací

pacientka, rodina

lékař, zdravotní sestry

3. dokumentace, literatura

Seznam příloh

1. Mayfieldův fixatér
2. Glasgow score
3. Vstupní ošetřovatelský záznam
4. Dokumentace neurochirurgie JIP
 - Edukační záznam
 - Hodnotící techniky
 - Hodnocení bolesti
 - Realizace ošetřovatelského plánu
5. Plán ošetřovatelské péče

