

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

Jitka SOLDÁNOVÁ

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

**Ošetrovatelská péče o pacienta po amputaci dolní
končetiny**
Jitka Soldánová

Bakalářská práce
2011

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jitka SOLDÁNOVÁ**
Osobní číslo: **Z08032**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Ošetřovatelská péče o pacienta po amputaci dolní
končetiny**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury a sběr informací.
2. Stanovení podmínek, metod a cílů.
3. Modelový ošetřovatelský proces u pacienta po amputaci dolní končetiny.
4. Zhotovení plánu ošetřovatelské péče u pacienta po amputaci dolní končetiny.
5. Kritické zhodnocení a doporučení.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

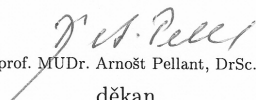
Seznam odborné literatury:

1. DUDA, M. a kol. Práce sestry na operačním sále. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-642-0
2. DUNGL, P. a kol. Ortopedie. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0550-8.
3. NEJEDLÝ, A. a kol. Základy replantační chirurgie. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0315-7
4. SOSNA, A. a kol. Základy ortopedie. 1. vyd. Praha : Triton, 2001. ISBN 80-7254-202-8.
5. ZEMAN, M. a kol. Chirurgická propedeutika. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-705-2

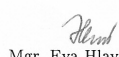
Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Marie Holubová
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 30. listopadu 2010

Termín odevzdání bakalářské práce: 18. července 2011


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 15. února 2011

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 27. 4. 2011

Jitka Soldánová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Marii Holubové za odborné vedení, cenné připomínky a trpělivost. Dále děkuji za spolupráci pacientům, o kterých práce pojednává a klinikám, kde probíhal sběr dat.

Souhrn

Tématem mé bakalářské práce je „Ošetrovatelská péče o pacienta po amputaci dolní končetiny.“

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se věnuji anatomii kostí a kloubů dolní končetiny, vlastním amputacím, syndromu diabetické nohy, ošetrovatelské péči u pacientů po amputaci, rehabilitaci a protetice. V praktické části jsem vypracovala tři kazuistiky u pacientů po amputaci dolní končetiny, které jsem sledovala do deseti dnů po amputaci. Sběr anamnestických dat probíhal formou rozhovorů s pacienty a s nahlédnutím do jejich ošetrovatelské a lékařské dokumentace. Následně jsem, dle vypracovaných kazuistik, navrhla standardní ošetrovatelský plán a mapu péče u pacienta po amputaci dolní končetiny.

Klíčová slova

Amputace dolní končetiny, ošetrovatelská péče, ošetrovatelské diagnózy, mapa péče

Title

Nursing care by patient after an amputation of lower limb

Summary

The topic of my thesis is “Nursing care of patients after lower limb amputation.”

The work is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part is devoted to the anatomy of bones and joints of lower limb, amputations own, diabetic foot syndrome, nursing care of patients after amputation, rehabilitation and prosthetics. In the practical part, I developed three case histories of patients after amputation of lower limb, which I watched within seven days after amputation. Data collection was conducted through interviews with patients and insight into their nursing and medical documentation. Then I prepared according to case reports, proposed standard nursing care plan and a map in a patient after amputation of lower limb.

Key words

Amputation of the lower limb, nursing care, nursing diagnosis, care map

Obsah:

Úvod.....	9
Cíl.....	10
I. TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Kost.....	11
1.1 Obecná stavba kosti	11
1.2 Cévy a nervy kostí	12
1.3 Kostí volné dolní končetiny	12
2 Kloub	12
2.1 Klouby volné dolní končetiny.....	13
3 Amputace	13
3.1 Indikace k amputacím	13
3.2 Syndrom diabetické nohy	14
3.2.1 Diagnostika syndromu diabetické nohy	14
3.3 Historický vývoj amputací.....	15
3.4 Typy amputací dolní končetiny	15
3.5 Typy amputací dolní končetiny dle jejich autorů	15
3.6 Gilotinové (cirkulární amputace).....	16
3.7 Lalokové amputace	16
3.8 Komplikace amputací	17
4 Ošetrovatelská péče o pacienta před amputací dolní končetiny	17
4.1 Příprava pacienta k amputaci	17
4.1.1 Dlouhodobá příprava.....	17
4.1.2 Krátkodobá příprava.....	18
4.1.3 Bezprostřední příprava	18
5 Ošetrovatelská péče o pacienta po amputaci dolní končetiny	18
5.1 Fantomové bolesti	19
5.2 Sekundární hojení rány	20
5.3 Moderní obvazový materiál	20
5.4 Oplachy rány	20
5.5 V.A.C. terapie	21
5.6 Bandážování pahýlu.....	21
6 Rehabilitace	22
7 Protetika	22
II. PRAKTICKÁ ČÁST	23
1 Metodika	23
2 Statistické údaje	23
3 Kazuistika č. 1.....	26
3.1 Průběh hospitalizace	28
3.2 Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách	30
3.3 Plán ošetrovatelské péče – Ošetrovatelské diagnózy.....	32
4 Kazuistika č. 2.....	39
4.1 Průběh hospitalizace	41
4.2 Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách	43
4.3 Plán ošetrovatelské péče – Ošetrovatelské diagnózy.....	45
5 Kazuistika č. 3.....	46

5.1	Průběh hospitalizace	48
5.2	Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách	50
5.3	Plán ošetrovatelské péče – Ošetrovatelské diagnózy	52
III. DISKUZE		53
IV. ZÁVĚR		54
Soupis bibliografických citací		55
Seznam zkratk		57
Seznam příloh		58

Úvod

Ve své bakalářské práci se věnuji ošetrovatelské péči o pacienta po amputaci dolní končetiny. Své sledování jsem zaměřila na pacienty s chronickými onemocněními, které vedou ke vzniku chronických defektů na dolních končetinách, a to především s diabetem mellitem. Tito pacienti jsou ohroženi sekundárním hojením ran a vznikem syndromu diabetické nohy. I zdánlivě banální a drobná poranění dolní končetiny může skončit pro pacienta s diabetem amputací.

S pacienty po amputaci jsem se setkávala na své praxi na chirurgii, v nemocnici fakultního typu. Za tuto dobu jsem vytvořila deset kazuistik u pacientů s vysokými amputacemi. Do bakalářské práce byly vybrány tři vzorově vypracované kazuistiky.

U těchto pacientů je velmi důležité zahojení operační rány, což bývá v důsledku základního onemocnění problematické a správné přikládání bandáží na pahýl, které je nutné pro jeho vytvarování a přiložení protéz.

Další podstatnou složkou ošetrovatelské péče je časné zahájení rehabilitace. U pacientů starších a ve zhoršeném zdravotním stavu se doporučuje pořízení invalidního vozíku a především je nutná pomoc a péče ostatních členů rodiny a to psychická i fyzická.

Cíl

Cílem mé bakalářské práce je popsat a definovat typy amputací a následnou léčbu operační rány, vypracovat ošetrovatelský proces u 3 pacientů po vysoké amputaci DK – in femore, vypracovat ošetrovatelský plán u pacienta po amputaci dolní končetiny a navrhnout mapu ošetrovatelské péče pro pacienty po vysoké amputaci.

Dalším cílem je získat a zpracovat statistické údaje o amputacích DK v nemocnici fakulního typu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Kost

Latinsky os, ossis. Je to živý, plastický orgán, mající svou velikost, tvar, polohu a strukturu, která se během života mění a přestavuje. Je zapojena do metabolismu minerálů. Souborem kostí je kostra, která tvoří pevnou část těla. Kostí jsou pevné, tvrdé a mají žlutobílou barvu. (Dylevský, 2009; Petrovický a kol., 2001)

Dělíme je na dlouhé, krátké a ploché. Dlouhé kosti jsou uprostřed štíhlé a duté (diafysy) a na koncích se rozšiřují (metafysy). Metafysy jsou vyplněny kostní trámčinou a mají vlastní cévní zásobení. Navazuje na ni epifysa a během růstu se od metafysy odděluje růstovou ploténkou. Krátké kosti mají různý tvar a často je nacházíme na končetinách. Ploché kosti jsou tvořeny povrchovými lamelami. Je to např. lebka, lopatka. (Petrovický a kol. 2001)

1.1 Obecná stavba kostí

Na stavbě kosti se podílí kostní tkáň a jejími složkami jsou kostní buňky (osteocyty), osteoklasty, amorfni a vláknitá mezibuněčná hmota.

Na povrchu kosti je vazivová okostice, pod ní je kostní tkáň a uvnitř kostních dutin je kostní dřev. (Dylevský, 2009)

Na povrchu kosti je silná a tuhá okostice (periosteum). Je dobře prokrvená a inervovaná. Periost je vyživován cévami. Má dvě vrstvy: fibrosní (z kolagenního vaziva) a kambiovou (má více buněk a cév než vrstva fibrosní a zásobuje 1/3 kompakty). Kostní kompakta je silný deskovitý nebo trubicovitý povrch kosti. Má svou architektoniku a jejími jednotkami jsou kostní lamely a v jejich stěnách jsou uloženy kostní buňky.

Uvnitř kostí je kostní spongióza a to hlavně v kloubních koncích. Tvoří kostní architektoniku. Architektonickou jednotkou je kostní trámec a ten dává kosti obrovskou pevnost

Kostní dřev (medulla ossium) je tkáň měkké konzistence, která vyplňuje dřevové dutiny uvnitř diafyz dlouhých kostí. Je složena z jemných sítí vazivových buněk a cévních pletení. V mládí je v kostech hlavně červená kostní dřev, ve které vznikají krvinky a věkem se červená dřev nahrazuje tukovou tkání (žlutá kostní dřev). Ze žluté kostní dřevě vzniká kostní dřev šedá a to díky ztrátě tuků ve stáří. Krvinky se v dospělosti tvoří ve spongióze krátkých a plochých kostí. (Dylevský, 2009; Petrovický a kol., 2001)

1.2 Cévy a nervy kostí

Je velké množství tepen kostí, které jsou většinou jemné. Z hlavního tepenného zásobení jsou to periostální cévy, arteriae nutriciae (v každé kosti je většinou jedna), arteriae metaphysariae (jedná se o samostatné tepny, které jdou do metafys v blízkosti růstové ploténky a účastní se osifikace) a arteriae epiphysariae (zásobují epifysy v období růstu a po dokončení osifikace zanikají a jejich funkci přebírají metafyzární a nutritivní tepny). Kostní žíly probíhají společně s tepnami, ale i samostatně v kanálcích. Inervace kostí je zabezpečena díky četným nervům v periostu a odtud nervy vedou do kostní dřeně. V periostu je množství receptorů pro bolest a tlak. (Petrovický a kol. 2001)

1.3 Kostí volné dolní končetiny

Kostru volné dolní končetiny tvoří stehenní kost (femur). Jedná se o největší dlouhou kost v lidském těle. Do kloubní jamky (acetabula) zapadá kulovitou hlavicí. Hlavici a tělo femuru spojuje dlouhý krček (colum femoris). Nad krčkem rozeznáváme velký chocholík (trochanter major) a pod krčkem malý chocholík (trochanter minor). Na tyto trochantery se upínají hýžděové svaly. Dolní konec femuru se rozšiřuje a tvoří svými hrboly hlavicí kolenního kloubu. (Dylevský, 2009; Petrovický a kol., 2001)

Další kostí je holenní kost (tibia) na palcové straně a lýtková kost (fibula) na straně malíkové. Tibia se na horním konci rozšiřuje a tvoří kondyly, dolní konec tvoří velký vnitřní kotník (malleolus). Dolní konec fibuly tvoří zevní kotník a obě kosti společně tvoří bérce a jejich spojením v místě kotníků vzniká vidlice, tvořící jamku hlezenního kloubu. (Dylevský, 2009)

Češka (patella) je zaokrouhlená kost, hmatná v celém rozsahu, která tvoří konturu kolene. Její přední plocha má drsný povrch a její zadní plocha nese kloubní chrupavku. (Petrovický a kol. 2001)

2 Kloub

Latinsky articulatio, je pohyblivé spojení kostí. Je tvořen pouzdrem, kloubními konci a pomocnými zařízeními kloubu chrupavčitými destičkami (menisky a disky). Ty mají za úkol vyrovnávat zakřivení hlavic a jamek.

Klouby dělíme, dle tvaru styčných kloubních ploch, na kulovité, elipsovité, válcovité, kladkovité, sedlovité a ploché.

Kloubní pouzdro je složeno ze synoviální a fibrózní (vazivové) vrstvy. Fibrózní vrstva tvoří vnější obal, který místy zesilují vazy (ligamenta). Synoviální vrstva vystýlá kloubní dutinu a je tenká. Zvlhčuje ji synovie, která je produkována buňkami výstelky.

Kloubní hlavice společně s kloubní jamkou tvoří styčnou plochu kloubu. Jejich povrch je kryt hyalinní chrupavkou. (Dylevský, 2009)

2.1 Klouby volné dolní končetiny

Kolenní kloub (articulatio genus) je největší kloub lidského těla. Je tvořen kostí stehenní, holenní a čéškou, tudíž tvoří složený kloub. Mezi vyjmenované klouby jsou vsunuty menisky (meniscus medialis a meniscus lateralis). Jsou to největší menisky v těle a jsou tvořeny z vazivové chrupavky a kromě obvodu nemají cévní zásobení a to vede ke špatné regenerační schopnosti.

Kloubní pouzdro kolenního kloubu je pevné a po obvodu kloubních ploch se upíná na tibií pomocí zesílených vazů (lig. collaterale mediale, lig. collaterale laterale, lig. popliteum arcuatum, lig. cruciatum anterius, lig. cruciatum posterius). (Dylevský, 2009; Petrovický a kol., 2001)

3 Amputace

Amputace je snesení periferní části těla, včetně krytu měkkých tkání, s přerušením skeletu, která vede k funkční a kosmetické změně. (Dungl a kol., 2005)

3.1 Indikace k amputacím

Dřív patřila k nejčastějším indikacím různá poranění, ale s nástupem mikrochirurgie a cévní chirurgie zůstává, z traumatických indikací, pouze ireverzibilní traumatická ischemie. K dalším indikacím patří dlouhodobé lokální infekty, nebo akutní sepse způsobená místní infekcí, nekrózy z důvodu syndromu diabetické nohy, popálení, omrzliny, poranění elektrickým proudem, různé tumory, afunkce, jako jsou vrozené vady následky traumat nebo operací.

Pro omezení subjektivních faktorů, při rozhodování o indikaci k amputaci, byly vypracovány bodovací systémy a jako jeden z nejužitečnějších je skóre pro rozsah rozdrčení končetiny MESS. Toto skóre hodnotí postižení podle energie úrazového mechanismu, tlakové stability, ischemického postižení a věku pacienta. (Dungl a kol., 2005) (viz. příloha č. 2)

3.2 Syndrom diabetické nohy

Je to jedna z komplikací diabetu mellitu a je hlavní příčinou amputací. Těm předchází vznik defektů a gangrén. Jejich léčba je finančně velmi nákladná a dlouhodobá, ale i přesto nezhřídkou končí letálně.

Syndrom diabetické nohy je definován jako ulcerace, destrukce a infekce hlubokých tkání spojená s neuropatií a angiopatií. Diabetická ulcerace nohou je rána nepřesahující podkoží tkáně (povrchová), nebo penetrující podkoží tkáně zasahující fascie, svaly nebo šlachy (hluboká). Gangréna je nekróza kůže, svalů, šlach, kloubů nebo kostí. Nekróza je vlhká nebo suchá neživá tkáň. (Rybka a kol., 2006; Rybka, 2007)

3.2.1 Diagnostika syndromu diabetické nohy

Základní informace se zjistí z anamnézy. Zjišťuje se kompenzace DM a jeho komplikace, sledují se rizikové faktory aterosklerozy, kouření, klaudikační bolesti, ale i jakou obuv pacient používá.

Po zajištění anamnestických údajů následuje fyzikální vyšetření jako je inspekce, palpce nebo auskultace. Inspekce se zaměřuje na poruchy kůže, kostní deformity a deformace. Palpací se sledují pulsace a teplota končetiny, citlivost na dotyk pomocí filamentových vláken, které se přiloží na plantární stranu palce a vnímání vibrací, kdy se na dorzum palce a vnitřního kotníku přiloží graduovaná ladička. Jako poslední je auskultace tepen. (Rybka, 2007; Bartoš a kol., 2000)

Mezi důležitá vyšetření patří neinvazivní vyšetřovací metody, jako je Dopplerovské vyšetření, které se provádí pomocí ultrazvukového detektoru, který využívá odrazu ultrazvukových vln od pohybujícího se předmětu. Při vyšetření se pacientovi nad kotník dá manžeta tonometru, ta se nafoukne a sonda přiložená za kotníkem, pod manžetou, snímá signál tepny. Signál tepny se ztratí a při vypouštění vzduchu se sleduje stupnice tonometru. Ve chvíli, kdy se signál opět objeví, tak se zapíše tlak v mm Hg.

Další neinvazivní metodou je duplexní sonografie, která je levná a jednoduchá a lze jí vyšetřit téměř všechny cévy, orgány a tkáně v těle. Výsledný obraz je kombinací změn v barevném spektru, které určuje významnost stenózy tepny. V neposlední řadě sem můžeme zahrnout CT a CT angiografii. Jedná se o rentgenologická vyšetření, kdy se u CT angiografie intravenózně podá kontrastní látka. Zobrazují vrstvy a výsledným obrazem je řez částí těla s různými strukturami.

Magnetická rezonance je vyšetření pomocí působení magnetického pole a radioaktivních vln na protony a jejich vychýlení a časový průběh je zaznamenán a zachycen pomocí počítače. Sleduje změny struktury skeletu a měkkých tkání.

Zřídka se používá i scintigrafie. Což je radioizotopové vyšetření, které sleduje zánětlivé poškození měkkých tkání. (Vokurka, Hugo, 2004; Rybka, 2007; Krajíček a kol., 2007)

Jako doplňující vyšetřovací metoda se používá funkční polohový test, kdy pacient leží, má elevované končetiny v kyčlích, do úhlu 90° a provádí flexi a extenzi v hlezenním kloubu. Při bolesti svěsí končetiny z lůžka a od té doby se počítá čas do zčervenání dorza nohy (norma je do 5 s), první žilní náplně (norma do 10s) a překrvení nohy (norma do 15 s). (Rybka, 2007; Vokurka, Hugo, 2004)

3.3 Historický vývoj amputací

Patří k nejstarším historicky doloženým výkonům. První zmínky jsou z roku 5000 před Kristem. Hippokrates v 5. století př. n. l. popsal tři indikace k amputaci: odstranění neúčinných částí končetin, snížení invalidity a záchrana života. Tyto indikace jsou platné i dnes. Mimo tyto indikace měly i charakter určitého rituálu (obětní) nebo trestu (znemožnění útěku, odstrašující znetvoření). Nejvíce se však amputace rozvinuly během válek a to díky válečným poraněním. Gilotinové amputace bez anestezie, kdy se krvácející pahýl zaškrtil, nebo ponořil do horkého oleje, nahradila ligatura velkých cév a infekční komplikace snížilo zavedení aseptických postupů, odložení primárního stehu a objevení ATB. (Dungl a kol., 2005; Sosna, 2001)

3.4 Typy amputací dolní končetiny

Obecně je dělíme na vysoké a nízké. Vysoké amputace, to jsou ty v oblasti nad úrovní kotníku, které jsou rizikové pro svou závažnost a bývají u nich problémy s RHB a protézami. Z nízkých amputací, to jsou ty pod úrovní kotníku. Jejich nevýhodou je obtížné nalezení vhodné obuvi. (Rybka a kol., 2006)

Mezi typy amputací dolní končetiny patří exartikulace v kyčli, amputace ve stehně s krátkým nebo středním pahýlem, amputace s velmi dlouhým stehenním pahýlem, exartikulace v koleně, amputace v bérce, kdy je pahýl ultrakrátký, krátký, nebo střední, amputace v oblasti hlezna a amputace v oblasti nohy. (Sosna a kol., 2001)

3.5 Typy amputací dolní končetiny dle jejich autorů

Amputace dle Symea je odstranění nohy a distální části bérce. Dorzální kožní lalok se přetáhne dopředu. Vytvoří se nášlapný pahýl a díky zachovalé integritě distálního svalstva se

zlepšuje biomechanika chůze. Nevýhodou je nevzhledný, objemný vzhled konce pahýlu, který může činit problémy při nazouvání obuvi.

Amputace v Lisfrankově koubu je snesení metatarzálních kostí a amputace v Chopartově kloubu je snesení kostí v místě talonavikulárního a kalkaneokuboidního kloubu (viz příloha č. 1)

Amputace dle Pirogova je snesení kostí nohy mimo dorzálních tří čtvrtin patní kosti. Zachovává Achillovu šlachu a tvoří nášlapný pahýl. Amputace dle Scharpa je snesení části nohy v transmetatarzální oblasti

Amputace dle Callandera je snesení končetiny v oblasti kondylů femuru, kdy je zachován dlouhý stehenní pahýl. Podobná jako amputace dle Callandera, je amputace dle Stokes-Grittiho. Ale u ní je zachována i ventrální polovina česky. (Smutný, 2009; Sosna a kol., 2001)

3.6 Gilotinové (cirkulární amputace)

Základní řez je veden po obvodu končetiny, kdy se přeruší pouze kůže a po jejím stáhnutí se přeruší svaly. V této části se podvážou cévy a ošetří se nervy. Jako poslední se provede přerušení skeletu. Zatímco u původních cirkulárních amputací se končetina oddělila pouze jedním řezem. Tento typ amputace je otevřený a tím pádem po operaci následovala náplast'ová kožní trakce, revize a sutura pahýlu. V současné době se pahýl musí před uzávěrem rány upravit, aby bylo možné na pahýl dobře nasadit protézu. Tato úprava se dělá reamputací. (Dungl a kol., 2005; Vokurka, Hugo, 2004)

3.7 Lalokové amputace

Dělí se na otevřené a zavřené. Při otevřené lalokové amputaci vznikne na pahýlu delší kožní lalok, který se založí a dočasně se přišije přeloženou plochou k sobě. Pahýl je v tomto případě kryt mastným tylem a je zde naložena náplast'ová kožní trakce. Rána se asi 2 týdny převazuje, a jakmile jsou patrné granulační plochy, kožní laloky se uvolní a přišijí se k sobě.

Lalokové amputace jsou specifické v tom, že se před operací musí naplánovat, kam se umístí laloky měkkých tkání. Je to z toho důvodu, aby se mohla odstranit patologická tkáň, aby se skelet přerušil v dostatečné výši, kdy počítáme s následnou retrakcí měkkých tkání, ale i pro správné vymodelování pahýlu. Zároveň se musí počítat se zachováním motoriky pahýlu. Té se dosáhne pomocí myoplastiky. Ta spočívá v napojení přerušovaných svalů na antagonisty (např. flexor se našije na extenzor). Jako další způsob zachování motorických funkcí je myodéza, kdy se vytvoří nový svalový úpon a tím se předejde kontrakturám. (Dungl a kol., 2005; Vokurka, Hugo, 2004)

3.8 Komplikace amputací

Mezi komplikace amputací patří vytvoření krevního hematomu, kterému lze předejít správnou drenáží. Dále může vzniknout kožní nekróza, kterou lze v případě menšího rozsahu, nechat zhojit per secundam, což znamená, že se pomalu vytvoří granulační tkáň a po několika týdnech vznikne tuhá jizva. U nekrózy většího rozsahu je nutná operační revize. Z dalších komplikací může vzniknout dehiscence rány, která vyžaduje revizi, nekrektomii, drenáž a následně se znovu zašije. Z příčin ischemie, špatné úrovně amputace nebo arteriálního uzávěru může vzniknout gangréna.

Při nesprávném přiložení elastické bandáže, na operačním sále, na pahýl se může vytvořit otok a při pozdě započatém pooperačním polohování a cvičení se mohou vytvořit kloubní kontraktury pahýlu. Jako jejich prevence se uvádí provedení myoplastik nebo myodéz.

K velmi častým komplikacím patří fantomové obtíže, do nichž zařazujeme fantomové pocity a fantomové bolesti. U fantomových pocitů má pacient dojem, že amputovanou končetinu stále má. Tento stav je normální a měl by během několika měsíců odeznít. Ale u fantomových bolestí se již musí podávat analgetika, může být i nezbytná neurochirurgická revize, kdy se musí zkontrolovat nervový pahýl). (Dungl a kol., 2005; Vokurka, Hugo, 2004)

„Stav po amputaci končetin vyžaduje komplexní terapeutický přístup, obsahující poznatky a postupy ortopedie, ortotiky, neurologie, terapie bolesti, sociální a pracovní rehabilitace a psychologie. Amputace kterékoliv končetiny je pro člověka vždy výrazným zásahem do integrity organismu. Vedle somatického poškození má ztráta ojetiny následky psychické.“ (Kolář a kol., 2009, s. 533)

4 Ošetřovatelská péče o pacienta před amputací dolní končetiny

4.1 Příprava pacienta k amputaci

4.1.1 Dlouhodobá příprava

Do dlouhodobé předoperační přípravy zahrnujeme základní interní předoperační vyšetření jako je screeningové vyšetření krve (biochemie, hematologie, hemokoagulace, odběr krve na krevní skupinu a Rh faktor nebo sérologie), screeningové vyšetření moči, EKG, RTG srdce a plic. Může se odebrat krev na autotranzfúzi. U jinak zdravých pacientů je předoperační vyšetření platné jeden měsíc, u stabilizovaných s lehkým a středně závažným onemocněním 14 dnů, u nestabilních a rizikových pacientů se tato doba zkracuje na 12 – 24 hodin. U pacientů s různými specifickými onemocněními je možná spolupráce se specializovanými odděleními, jako je například diabetologie. Anesteziologické vyšetření shrnuje závěry všech vyšetření a anesteziolog doporučuje typ anestezie, hodnotí míru operačního rizika a určuje

další specifika krátkodobé předoperační přípravy, jako je podání premedikace. (Mikšová a kol., 2006)

V období před amputací je nezbytné přimět ke komunikaci nejen pacienta, ale i jeho rodinu. Pacientovi musí být poskytnuty všechny dostupné informace od lékaře, všeobecné sestry, fyzioterapeuta a protetiky. Pacient by měl dostat informace o účelu amputace a dalším postupu, který bude před i po amputaci následovat, o možnosti kosmetických úprav a protéz. Před operací by měl pacient provádět cvičení na podporu pohyblivosti kloubů, aby se předešlo kontrakturám. Měl by mít možnost konzultovat svůj stav s lékaři, fyzioterapeuty, protetiky, ale i s ostatními pacienty, kteří užívají protézy. Pacient by se potom měl aktivně zajímat RHB a tu i aplikovat. Je nutné posilovat končetinu, která nebude amputována. U amputované končetiny je třeba posilovat stehenní svaly, které budou potřeba pro uložení lůžka protézy. Pacient se musí zaměřit i na horní končetiny. Ty pak budou mít úlohu v práci s podpažními nebo francouzskými berlemi. (Smutný, 2009)

4.1.2 Krátkodobá příprava

Pacienti, přijatí k amputaci dolní končetiny jsou nejčastěji přijímáni na chirurgická oddělení. Nejčastěji se jedná se o plánovaný výkon. Před amputací je třeba, aby pacient podepsal informovaný souhlas. Před operací se provede odběr krve na krevní skupinu, protože se předpokládá podání krevní transfúze. Probíhá standardní předoperační příprava. A to lačnění 8 hodin před výkonem, oholení operačního pole a zajištění žilního vstupu. Návlek sebeobsluhy, seznámení s kompenzačními pomůckami a možností tišení bolesti. Důležitá je psychická příprava ze strany zdravotnického personálu. (Juřeníková a kol., 1999; Mikšová a kol. 2006)

4.1.3 Bezprostřední příprava

Spočívá v kontrole lačnění pacienta, zajištění sundání šperků, zubní protézy, odlakování nehtů, provedení hygieny, kontrola fyziologických funkcí, operačního pole, u diabetiků je to individuální příprava, jako je odběr krve na glykémii a přednostní zařazení do operačního programu. Nakonec se zajistí podání premedikace a převoz pacienta s veškerou dokumentací na operační sál. (Juřeníková a kol., 1999; Mikšová a kol. 2006)

5 Ošetřovatelská péče o pacienta po amputaci dolní končetiny

Pacient po amputaci je převezen na JIP, kde je zajištěna vhodná poloha na lůžku a to nejčastěji Fowlerova. Probíhá zde monitorace kardiovaskulárního stavu (puls, krevní tlak,

teplota a barva akrálních částí těla), sledování dýchání (frekvence, pravidelnost, poměry nádechu a výdechu, zapojení pomocných dýchacích svalů a dechový objem), sledování operační rány, odpadů z drénů, invazivních vstupů, sledování bolesti a její tišení, monitorace rovnováhy příjmu a výdeje tekutin (močení), monitorace neurologického a psychického stavu, zajištění pohodlí a bezpečnosti a povzbuzení k RHB. Dle ordinace lékaře se provádí odběry krve na biochemické a hemokoagulační vyšetření a velmi důležitá je prevence vzniku tromboembolické nemoci, které lze zabránit bandáží dolní končetiny, podáním antikoagulancií a časnou mobilizací pacienta. V den operace by pahýl měl být bez podložení, protože tím se zabrání poruše prokrvení končetiny. Později se pahýl elevuje, aby se zabránilo vzniku otoku.

První převaz se většinou provádí druhý pooperační den. Ten probíhá za aseptických podmínek, kdy se rána opláchne desinfekčním roztokem a následně se na ni může přiložit mastný tyl a suché sterilní krytí. Okolí pahýlu musí být teplé, prokrvené a bez známek infekce. Od této doby se převazy provádí denně.

V období po amputaci by měl být zajištěn kontakt pacienta s rodinou. Pacient by měl mít možnost hovořit o svých potížích nejen s veškerým zdravotnickým personálem, ale i s psychologem. (Mikšová a kol, 2006)

5.1 Fantomové bolesti

„Skoro všichni pacienti po amputaci mají nějakou formu fantomových pocitů. To znamená, že mají pocit, jako kdyby amputovaná končetina byla přítomná. Téměř 85 % také pociťuje bolesti amputované končetiny, zejména pokud byla bolest přítomna již před amputací. Fantomové pocity mohou po čase zvolna vymizet, pacientovi se často zdá, jakoby se končetina zasouvala a zkracovala. U většiny pacientů však fantomové pocity přetrvávají.“ (Kolektiv autorů, Vše o léčbě bolesti, 2006, s. 202)

Pacienti často fantómovou bolest popisují jako drtivou, trhavou, šokující, vystřelující nebo pociťují pálení a křeče. Je třeba se pacientů na fantómové bolesti zeptat a upozornit je, že tyto pocity jsou u pacientů po amputaci časté.

Pro snížení fantomových bolestí se doporučuje epidurálně podat 1 až 3 dny před operací infuze s opioidy a lokálním anestetikem. Po amputaci se osvědčila neinvazivní léčba TENS, což je transkutánní elektrická stimulace nervu, kdy se pomocí jednoduchého přístroje přenáší bezbolestný elektrický proud do periferních nervů nebo přímo do bolestivé oblasti. U fantomových bolestí se doporučuje TENS používat kontinuálně a musí být předepsána lékařem.

Z invazivních metod se v léčbě fantomových bolestí používají nervové blokády a injekce lokálních anestetik a steroidů do pahýlu. Chirurgické techniky jako je odstranění další části pahýlu, nejsou účinné. (Kolektiv autorů, Vše o léčbě bolesti, 2006)

5.2 Sekundární hojení rány

„Rána se hojí sekundárně, má-li velký rozsah a vyskytuje-li se značná ztráta tkáně. Sekundární hojení se od primárního odlišuje delším časem hojení, větší jizvou, větší náchylností k infekci.“ (Mikšová a kol., 2006, s. 107)

Faktory, které ovlivňují hojení ran, se dělí na vnitřní a vnější. Mezi vnitřní faktory patří cévní zásobení, stav výživy, obezita, některé léky, stav imunity, kouření, stres, dehydratace, diabetes mellitus nebo tuberkulóza. Mezi zevní faktory patří předoperační stav a příprava. (Mikšová, 2006)

5.3 Moderní obvazový materiál

Moderní obvazový materiál splňuje požadavky na vlhké hojení ran, které urychluje reepitelizaci a nezvyšuje výskyt infekce. Zajišťuje stabilní vlhké prostředí, teplotu, pH, výměnu plynů a je bariérou proti infekci. Volba moderního obvazového materiálu vychází z požadavků rány, vlastností krytí a tolerance pacientem.

Většina moderního krytí působí na ránu komplexně. Například krytí obsahující stříbro má protizánětlivé účinky (redukce erytému), snižuje množství neutrofilů v ráně, snižuje aktivitu matrix-metaloproteáz, které brání hojení, působí baktericidně a urychluje reepitelizaci. Nestříbrná součást krytí zajišťuje vlhké prostředí, absorbuje exsudát, předchází maceraci okrajů rány a minimalizuje bolesti při převazech. Rezistence bakterií na stříbro je zatím vzácná.

Základní dělení krytí vychází z jeho funkce. Dělí se na primární krytí, které se aplikuje na povrch rány a sekundární, které fixuje krytí primární a adsorbuje exsudát. Primární krytí můžeme dále rozdělit na adherentní (přilnavé) a neadherentní (nepřilnavé). (Stryja, 2008)

5.4 Oplachy rány

Oplachy jsou indikovány při převazech nekrotických, infikovaných a povleklých ran. Pomáhají k čištění rány, podporují prokrvení a tím vedou k urychlení hojení.

Je možné je provést pomocí proudu roztoku, otření rány a okolí pomocí tamponu, nebo je možné provést obklad rány.

Jako vhodné roztoky se uvádí Ringerův roztok (sterilní iontový roztok), Chlorhexidin (vodný roztok k výplachům ran), sloučeniny jodu, Prontosan (sterilní antiseptický roztok), Dermacin a Octenisept (antiseptické roztoky). (Stryja, 2008)

5.5 V.A.C. terapie

V.A.C. terapie je neinvazivní metoda, která se využívá při hojení akutních i chronických ran. Hojení je podporováno aktivním uzávěrem rány a působením lokalizovaného a kontrolovaného podtlaku. Odpady z rány jsou odváděny pomocí hadic do sběrných nádob.

Mezi výhody systému V.A.C. patří snižování bakteriální zátěže u infikovaných ran, urychlení čisticí fáze hojení, snížení spotřeby ATB, celkových výdajů na léčbu a umožnění časně mobilizace pacientů.

System V.A.C. se využívá při selhání tradičních postupů a v případech, kdy by bylo další pokračování tradiční léčby nákladné a dlouhé. V.A.C. je možné využít jak na rány hluboké, tak povrchové, povleklé, infikované, exsudující i čisté a granulující.

Absolutní kontraindikací použití V.A.C. je nekróza, suchá gangréna a malignita v ráně. Z relativních kontraindikací je to neléčená osteomyelitida, poruchy srážlivosti, nevyšetřená píštěl, obnažené cévy, šlachy a nitrobršíšní orgány na spodině rány. (Stryja, 2008)

5.6 Bandážování pahýlu

Zahajuje se po zahojení operační rány nebo při první výměně obvazu. Dobré bandážování pahýlu je velmi důležité pro správné uchycení protézy. Cílem je vytvořit kónický pahýl. A to je zajištěno pevným a stabilním tlakem na pahýl, který je silnější na jeho konci. Pahýl musí být zabandážován během celého dne, vyjma mytí nebo prohlídky kůže. Během této doby se doporučuje pahýl deset minut masírovat. Celodenní bandážování neplatí pro amputace v důsledku cévních onemocnění. Zde se bandáž na noc sundává. Bandáž se přikládá rovnoměrně, aby se předcházelo vzniku vrásek, a to osmičkovým tahem. Používá se elastické obinadlo, které zabraňuje tvoření otoků. Při špatné aplikaci bandáže obinadlo sklouzává, a v tom případě se musí znovu aplikovat. Po správné aplikaci je možné obinadlo fixovat proužky náplasti, přes vrchol pahýlu. Při pulsaci pahýlu se bandáž musí odstranit a znovu převázat. Po několikátýdenním bandážování je možné používat správnou protézu. (Smutný, 2009) (viz. příloha č. 3)

6 Rehabilitace

Bezprostředně po amputaci, a jakmile je pacient schopen, tak se přistupuje k jeho vertikalizaci. A to za pomoci chodítek s podpažními podporami, bradlových chodníků, podpažních a francouzských holí. Postupně může pacient chodit bez jakékoliv opory, nebo jen s oporou jedné vycházkové nebo francouzské hole, které je vždy na straně zachované končetiny a vykročí současně s protézou. Jakmile pacient zvládne stoj, doporučuje se začít nacvičování rovnováhy a posléze i chůze. Po amputaci se nedoporučuje dlouhodobé sedění pro riziko vzniku flekčních kontraktur. (Kolář a kol., 2009)

7 Protetika

Zabývá se způsoby náhrady ztracených částí těla a náhradou omezených nebo ztracených pohybových funkcí a to mechanickými pomůckami – protézami. (Sosna a kol., 2001)

Používá-li pacient po amputaci protézu nejen jako kosmetický doplněk, ale i jako prostředek k chůzi, tak mluvíme o funkčním protézování. Pacient ale musí splňovat jisté fyzické, psychické a sociální podmínky. Z fyzických podmínek by mohlo být problémem např. postižení transportního systému. (Kolář a kol., 2009)

Protézy jsou složeny ze tří základních částí – lůžka, trubkové konstrukce a chodidla. Lůžko má mít tvar pahýlu, a aby bylo dobře fixováno, tak se používá přísavná technika. Ve spodní části lůžka je adaptér, na který je napojena trubková konstrukce. Ta je vyrobena z lehkého, pevného, kovového materiálu a je obalena měkkým plastem, který má připomínat tvar končetiny. Na trubkovou konstrukci dále pak nasedá chodidlo. Součástí protézy je kolenní kloub. Kolenní kloub má uzávěru, kterou lze při nejistotě při chůzi využít. Jinak se používá kloub s brzdou, která se uzavře při došlapu na patu. Hlezenní kloub je u protézy vždy. (Sosna a kol, 2001; Kolář a kol., 2009; Smutný, 2009)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

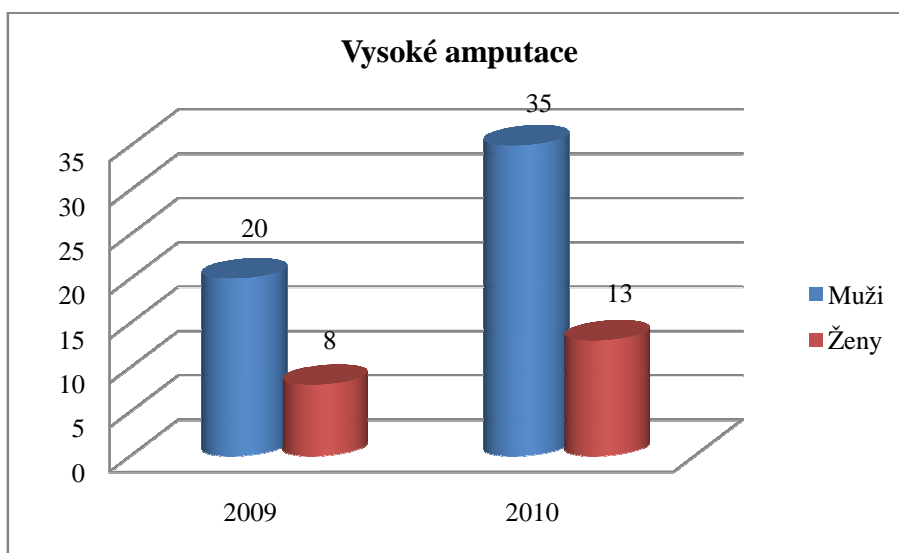
1 Metodika

V praktické části jsem vypracovala tři kazuistiky u pacientů po amputaci dolní končetiny. Anamnestické údaje jsem zpracovala dle modelu funkčního zdraví podle Marjory Gordonové. Strukturu posouzení a plán ošetrovatelské péče jsem vypracovala podle NANDA taxonomie II. Informace jsem získala při rozhovorech s pacienty, v nemocnici fakulního typu, a z lékařské a ošetrovatelské dokumentace. Na základě získaných informací jsem vypracovala ošetrovatelské diagnózy.

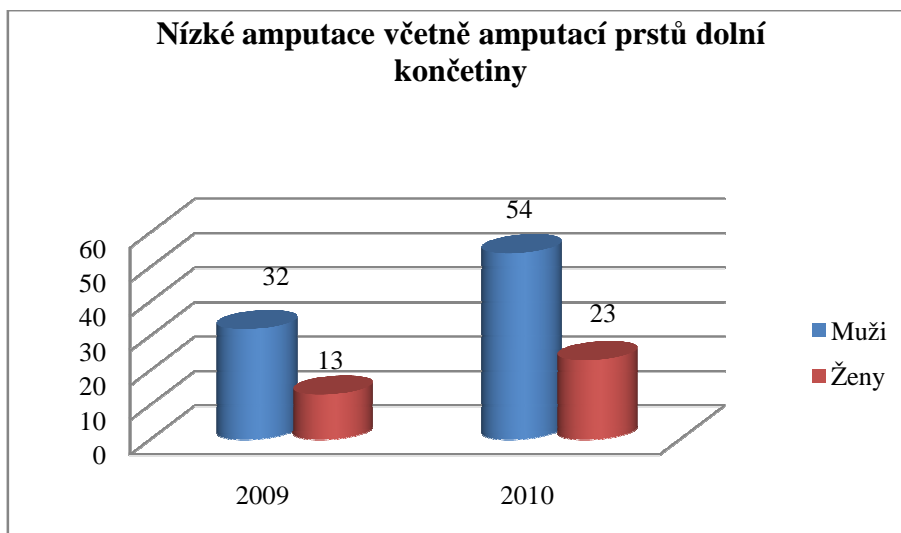
2 Statistické údaje

V této části jsem se zaměřila na sběr statistických údajů o hospitalizaci pacientů po amputaci dolní končetiny. Uvedená data jsem získala z oddělení chirurgie, z nemocnice fakulního typu, kde probíhal i sběr anamnestických údajů. Počet lůžek na chirurgii je 80, z toho 15 lůžek patří JIP a 15 lůžek patří oddělení vaskulární chirurgie.

Získané statistické údaje jsou z let 2009 a 2010. Za tato období bylo hospitalizováno celkem 76 pacientů s vysokými amputacemi a 122 pacientů s nízkými amputacemi, včetně amputací prstů na dolní končetině.



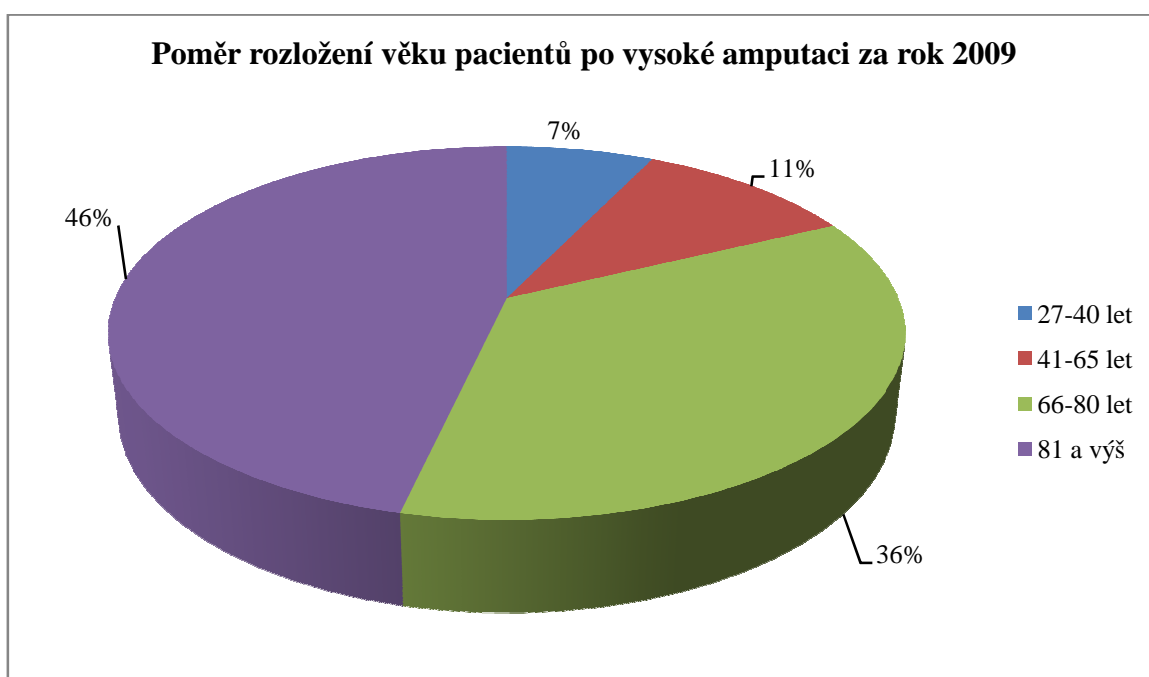
Obrázek č. 1. Graf Počtu vysokých amputací



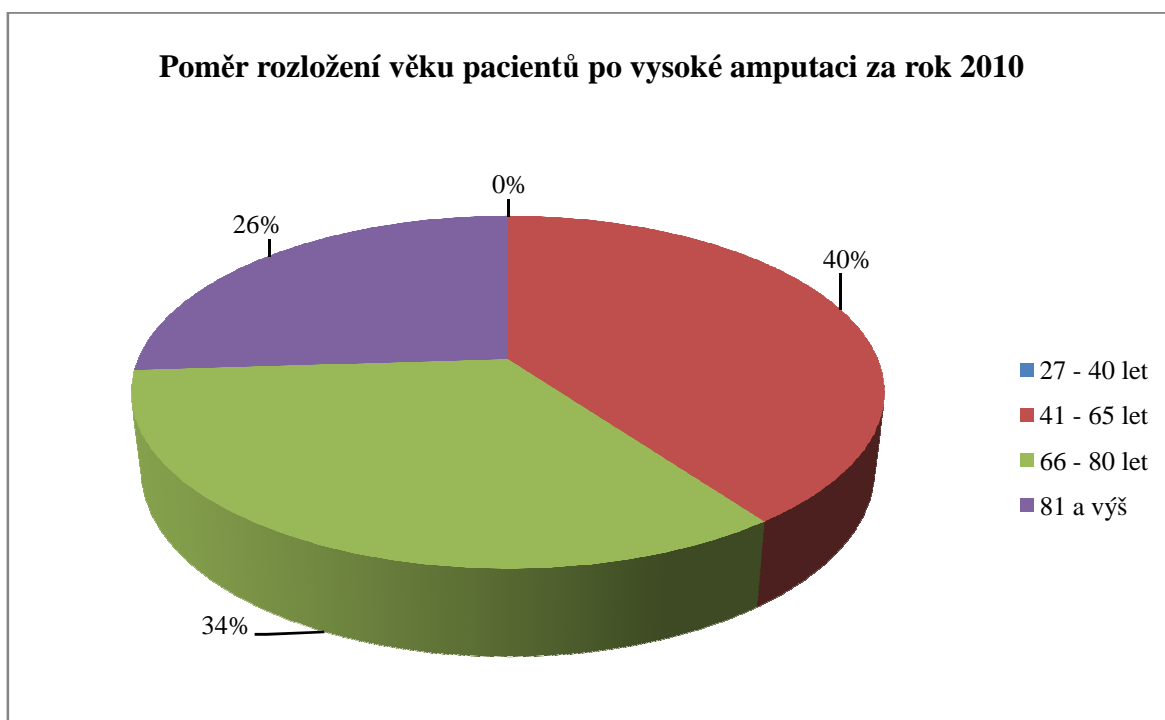
Obrázek č. 2 Graf Počtu nízkých amputací včetně amputací prstů na dolní končetině

Dále jsem vyhodnotila poměr věku pacientů. Ze získaných údajů vyplývá, že v roce 2009 se poměr věku pacientů nad 81 let, po amputaci dolní končetiny, blížil k padesáti procentům. Naopak za rok 2010 počet pacientů v tomto věkovém rozmezí klesnul a nejvíce amputací podstoupili pacienti ve věkové hranici 41 – 65 let.

Průměrný věk pacientů po vysoké amputaci za rok 2009 byl 73 let a za rok 2010 70 let. Z toho vyplývá, že počet vysokých amputací stoupá a snižuje se průměrný věk u amputovaných pacientů.



Obrázek č. 3 Graf Poměr věku pacientů po vysoké amputaci dolní končetiny za rok 2009



Obrázek č. 4 Poměr věku pacientů po vysoké amputaci dolní končetiny za rok 2010

3 Kazuistika č. 1

Pan L. D., 65 let, byl dne 26. 11. 2010 přeložen, z dermatologie, na chirurgii. Na dermatologii mu byl zaléčen mikrobiální ekzém DK. Nález gangrény IV. a V. prstu LDK. Dle anamnézy mu před 2 měsíci spadla cihla na LDK a po 14 dnech prsty zčernaly. LDK – perimaleolární otok, exantém s krustami, celé DK s maximem na bérkách. Pulsace hmatné v třísele, distálněji ne. IV. a V. prst nekrotický. 27. 11. 2010 mu byly prsty IV. a V. transmetatarsálně amputovány. Od této doby byla rána léčena obklady s Dermacynem. Rána byla převazována 3x denně. Pro nehojící se ránu a postup gangrény je indikována amputace ve stehně LDK.

Anamnéza

- Osobní anamnéza – prodělal běžná onemocnění
- Farmakologická anamnéza – Milurit 100mg 0-1-0, Furon 40mg 1-1-1, Betaxa 20 1-0-0, Helicid 20mg 1-0-0, Siofor 500 1-1-1,
- Alergická anamnéza – nevyskytla se alergická reakce
- Sociální anamnéza – žije s manželkou, je ve starobním důchodu
- Pracovní anamnéza – dříve pracoval jako zámečnický ve strojírenském podniku
- Nynější onemocnění - operace 27.11. 2010 amputatio digitorum IV. et V. transmetatarsalis l.sin. v lokální anestezii

Hlavní diagnóza

Gangrena diabetica digitorum IV. et V. pedis l.sin.

Vedlejší diagnózy

Diabetes mellitus II. typu

Hypertenze

Dna

Medikace

- Milurit 100mg 0-1-0 (antiuratika)
- Fraxiparin 0,4 á 24hod (antikoagulancia)
- Furon 40mg 1-1-1 (diuretika)
- Tiapridal 1-1-1 (antipsychotika)
- Betaxa 20 1-0-0 (antihypertenziva)
- Unasyn 1,5mg á 8hod (ATB)
- Helicid 20mg 1-0-0 (antacida)
- Novalgin 1g á 6 hod (analgetikum)

- Plasmalyte 100ml 1x denně (infundabilia)
- Glukosa 10% 500ml + 12j. HMR 1x denně (infundabilia)

Základní screeningová vyšetření sestrou

- Celkový vzhled, úprava – spíše neupravený, pyknik
- Výška – 170cm , váha – 94kg , BMI – 32 mírná obezita
- Stav vědomí, orientace – při vědomí, Glasgow Coma Scale – 14
- Puls – 77‘, pravidelný
- Dech – 14‘, eupnoe, bez dýchacích fenoménů a kašle
- Krevní tlak – 110/75 mmHg
- Tělesná teplota – 36, 8°C
- Poloha – aktivní
- Chůze – zatím pouze sed na invalidním vozíku a stoj s oporou chodítka
- Rozsah pohybu kloubů – bez omezení
- Stisk ruky, schopnost uchopit předmět rukou – pevný, schopen
- Zornice – izokorické
- Nos – bez sekrece
- Dutina ústní, chrup – dásně a sliznice dutiny ústní mají fyziologickou barvu, pacient používá horní a dolní zubní protéza
- Zrak – v pořádku
- Sluch – v pořádku
- Stav kůže – suchá, bledá, ekzém na DK mikrobiálního původu,
- Operační rána – klidná, bez známek infekce

Informace získané objektivním pozorováním

- Orientace – orientovaný
- Pozornost – úmyslná, stálá
- Oční kontakt – udržuje
- Chápe myšlenky a otázky – ano
- Řeč – plynulá

Testy a škály

- Barthelův test základních všedních činností – 60bodů – závislost středního stupně (viz příloha č. 5)
- Hodnocení dekubitů dle Nortonové - 23 – zvýšené riziko vzniku dekubitů (viz. příloha č. 6)

- Úroveň soběstačnosti dle Gordonové (viz příloha č. 7)
 - Najít se - 1
 - Umýt se - 2
 - Vykoupat se - 3
 - Obléci se - 1
 - Pohybovat se - 3
- Vizuální analogová škála – 4-6

Předoperační vyšetření

Klinické vyšetření – pohled, pohmat, poslech

Interní vyšetření – schopen výkonu v CA

Laboratoř – KO, biochemie v normě

3.1 Průběh hospitalizace

1.den/0. poop.den – pacient je převezen za sálu na JIP. Zaujímá Fowlerovu polohu. Probíhá monitorace TK, P, SpO₂, TT. Rána je bez prosaků, P má zaveden 3x Redonův drén, 2 PŽK a PMK. Z infúzní terapie je podána Glukosa 5% 1000ml + 40ml 7,5% KCl + 10j HMR. Kyslíková terapie je nastavena na 4l/min. K tišení bolesti je podán Tramal 100mg po 6 hod i.v. a Perflgan 100mg i.v. Pacient udává bolest na škále VAS 3- 4. Z vyšetření je proveden odběr krve na KO a biochemii. Výsledky jsou v pořádku. Večer je podán čaj po lžičkách – dieta 0S. P je klidný, probuzený, komunikuje. Má klid na lůžku.

2.den/1. poop.den – pacient je na JIP ve Fowlerově poloze, probíhá monitorace TK, P, SpO₂, TT. Dnes je první převaz operační rány. Svrchní obvazy jsou bez prosaků. Rána se hojí se per primam. Okolí rány je desinfikováno roztokem Betadine, je dáno suché krytí a elastické obinadlo. Jsou ponechány 3 RD. Z důvodu špatného stavu periferních žil a paravenosního vedení je zaveden CŽK. 2 PŽK jsou vytaženy, PMK je ponechán. Z infuzní terapie je přidána Glukosa 10% 1000ml + 16j HMR, Volulyte 6% 250ml po 8 hod., Ringerfundin 1000ml. Pokračuje se v O₂ terapii 4l/min. K tišení bolesti je podán Tramal 100mg po 6 hod i.v., Perflgan 100mg i.v. Bolest pacient udává na stupnici VAS 2 – 3. Je měřena glykemie 3x denně, odběr krve na krevní obraz, biochemii, hemokoagluaci. Je proveden kontrolní RTG plic po zavedení CŽK. Výsledky jsou v pořádku. Pacient dostává dietu číslo 9. Z rehabilitace pacient provádí pasivní cvičení v lůžku. Pro pocit slabosti se nechce posadit. Je klidný, komunikuje.

3.den/2. poop.den – pacient je na JIP ve Fowlerově poloze, probíhá monitorace TK, P, SpO₂, TT. Dnes je druhý převaz operační rány. Je vytažen 1 Redonův drén. Operační rána je desinfikována roztokem Betadine a je dáno suché sterilní krytí. Ze zavedených vstupů je ponechán CŽK a PMK. Z infúzní terapie je podána Glukosa 10% 1000ml, Ringerfundin 1000ml. Pokračuje O₂ terapie 4l/min. Na bolest je podán Tramal 100mg i.v. po 6ti hodinách. Pacient je bez klidových bolestí. Během RHB udává bolest na stupni 3 VAS. Z odběrů je proveden odběr glykemie 3x denně a odběr krve na biochemii a krevní obraz. Podána dieta číslo 9. Z RHB pacient provádí posazování na lůžku. Je klidný, komunikativní, vyrovnaný. Navštívila ho manželka a děti.

4.den/3. poop.den – pacient je na JIP v aktivní poloze dle pacienta, probíhá monitorace TK, P, SpO₂. Je proveden převaz operační rány, při němž je vytažen 2. Redonův drén. Rána je čistá, klidná, bez známek infekce, na ránu je dáno suché sterilní krytí a desinfekce roztokem Betadine. Ponechán CŽK a PMK. Z infúzní terapie je podána Glukosa 10% 1000ml. Pokračuje se v O₂ terapii 4l/min. Na bolest je podán Tramal 100mg i.v. po 6ti hodinách. Pacient je bez klidových bolestí. Při RHB udává bolest na stupni 2 - 3. Z odběrů proveden odběr glykemie 3x denně a odběr krve na krevní obraz a biochemii. Výsledky jsou v pořádku. Pacientovi je podána dieta číslo 9 k lůžku. Pokračuje v RHB vstáváním z lůžka a chůzí o podpažních berlích. Je klidný, komunikuje.

5.den/4. poop.den – pacient je na JIP v aktivní poloze dle pacienta, probíhá monitorace TK, P, SpO₂. Je proveden převaz operační rány poslední RD je ponechán. Rána je čistá, klidná, bez známek infekce, na ránu je dáno suché sterilní krytí a desinfekce roztokem Betadine. Ponechán CŽK a PMK. Z infúzní terapie je podána Glukosa 10% 1000ml. Pokračuje se v O₂ terapii 4l/min. Pacient je bez klidových bolestí, při RHB udává bolest na stupni 1 – 2 VAS. Dle potřeby má naordinován Tramal 100mg i.v. Z odběrů proveden odběr glykemie 3x denně. Pacientovi je podána dieta číslo 9 k lůžku. Pokračuje v RHB vstáváním z lůžka, chůzí o berlích. Má dobrou náladu, z důvodu návštěvy příbuzných.

6.den/5. poop.den – pacient je na JIP v aktivní poloze dle pacienta, probíhá monitorace TK, P, SpO₂. Rána je klidná, hojí se per primam, zůstává 1 RD a přikládání suchého sterilního krytí a desinfekce roztokem Betadine. Je ponechán CŽK a vytažen PMK, pacient močí do močové lahve, kterou má připravenou u lůžka. Pacient je bez infúzní terapie, O₂ terapie je nezměněna, pokračuje na 4l/min. Pacient je bez klidových bolestí, při RHB udává bolest na

stupni 1 – 2 VAS. Dle potřeby má naordinován Tramal 100mg i.v. Z odběrů proveden odběr glykemie 3x denně. Pacientovi je podána dieta číslo 9 k lůžku. Pokračuje v RHB, posazováním na lůžku, vstáváním z lůžka a chůzí o berlích.

7.den/6. poop.den – pacient přeložen na standardní chirurgické oddělení, v aktivní poloze. Měření FF je prováděno 2x denně. Drén je napojen na injekční stříkačku. Při převazu rány je proveden oplach Prontosanem a je dáno sterilní krytí. nakonec je přiložena bandáž. Je odstraněn CŽK. Konec je poslán na k + C. Pacient je již bez infúzní terapie a O2 terapie. Pacient je bez klidových bolestí. Dle potřeby má naordinován Tramal 100mg p.o. Nebyly naordinovány odběry, mimo glykemie 3x denně. Je podávána dieta číslo 9. Pacient se nají sám u stolu. Pacient se pohybuje pomocí invalidního vozíku. Z psychického hlediska působí klidně a vyrovnaně.

8. – 10.den/7. – 9.poop.den – pacient je hospitalizován na standardním chirurgickém oddělení. Zaujímá aktivní polohu. Měření FF je prováděno 2x denně. Je vytažen RD, rána je převazována denně. Je bez známek infekce. Je proveden oplach Prontosanem a je dáno sterilní krytí, jsou vytaženy stehy a to každý druhý. Pacient je bez bolestí. Dle potřeby má naordinován Tramal 100mg p.o. Nebyly naordinovány odběry, mimo glykemie 3x denně. Je podávána dieta číslo 9. Pacient se nají sám u stolu, pohybuje se pomocí invalidního vozíku. Hospitalizace byla ukončena 10. pooperační den a pacient byl propuštěn do domácího léčení, kde je mu pomoc zajištěna rodinou. Pacient je smířen se současným zdravotním stavem.

3.2 Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách

Diagnostická doména č. 1 – PODPORA ZDRAVÍ

Pacient hodnotí svůj zdravotní stav jako dobrý. Aby si udržel zdraví, tak pracuje na zahradě, dělá různé domácí práce. Pacient je kuřák. Vykouří 10 – 15 cigaret denně. Během hospitalizace nekouřil, to je od 26.11. Alkohol pije příležitostně a to především pivo. Během posledního roku měl jednu operaci a to amputaci IV. a V. prstu na levé noze. Amputaci předcházela pád cihly na prsty nohy. Lékařská a ošetrovatelská nařízení se snaží dodržovat. Pravidelně navštěvuje praktického lékaře.

Diagnostická doména č. 2 – VÝŽIVA

Pacient je obézní. Dodržuje diabetickou dietu, ale to ne příliš důsledně. Chut' k jídlu má zachovalou. Pravidelný příjem stravy je snídaně, oběd, svačina a večeře. Je schopen se najíst sám v lůžku. Pocit žízně má zachovalý. Za den vypije asi 1- 1,5l tekutin, a to především neslazeného čaje a neslazené vody. Poranění kůže a sliznic se hojí špatně (nehojící se defekty na DK).

Diagnostická doména č. 3 – VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA

Pacient močí v lůžku do močové lahve. Problémy s močením neudává. Denně vymočí 1400ml. Moč je bez zápachu, žluté barvy. Stolice je pravidelná, 1x denně. Má fyziologickou barvu, bez příměsí. V poslední době pacient nezvracel a zvýšeně se nepotí.

Diagnostická doména č. 4 – AKTIVITA/ODPOČINEK

Pacient pravidelně necvičí. Z denních aktivit se věnuje pracím okolo domu a tak tráví i volný čas. Domácí práce ho baví. Nyní pacient používá invalidní vozík. S fyzioterapeutkou se v chodítku, postaví u lůžka.

Pacient doma spí celou noc. V nemocnici se 1x za noc budí. Pravděpodobně z toho důvodu, že není ve známém prostředí. Přes den spí asi 1-2 hodiny, a to i doma. Po probuzení je odpočatý. Léky na spaní nechce.

Diagnostická doména č. 5 – VNÍMÁNÍ/POZNÁVÁNÍ

Pacient má na čtení dioptrické brýle. Slyší dobře. S čichem problémy nemá.

Diagnostická doména č. 6 – VNÍMÁNÍ SEBE SAMA

Pacient se hodnotí jako optimista. Plně si důvěřuje a se svým vzhledem je částečně spokojený a to z důvodu amputované končetiny. V nemocnici občas pociťuje strach z budoucnosti, ale když pak přijde na návštěvu manželka, tak se cítí lépe.

Diagnostická doména č. 7 – VZTAHY

Pacient je ve starobním důchodu, žije s manželkou v domě. Žádné významné rodinné problémy neřeší. Vztahy v rodině jsou dobré. Manželka pacienta navštěvuje každý den. Pacient je asertivní a má časté kontakty s lidmi. Propuštěn bude do domácího prostředí, kde se o něj bude starat manželka.

Diagnostická doména č. 8 – SEXUALITA

Pacient se touto oblastí nechce zabývat.

Diagnostická doména č. 9 – ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE/ODOLNOST VŮČI STRESU

Pacient má asertivní, přátelské chování. Napětí prožívá zřídka a většinou ho vyvolává nemoc. Pro snížení napětí pacient kouří nebo tráví čas povídáním si s manželkou. Většinou se s napětím i rychle vyrovná. Stresové situace zvládá sám nebo s pomocí manželky.

Diagnostická doména č. 10 – ŽIVOTNÍ PRINCIP

Nejdůležitějšími hodnotami pro pacienta jsou rodina a zdraví. Ostatní už není tak důležité. Jako svůj cíl pacient udává, že chce mít spokojenou rodinu. Potřebuje zdraví. Pacient není věřící a nepotřebuje náboženské kontakty.

Diagnostická doména č. 11 – BEZPEČNOST/OCHRANA

Pacient neudává žádnou alergickou reakci. Má riziko infekce a to z důvodu zavedení PŽK, dekubitu na PDK a operační rány na LDK. Nepocítuje závrať. U pacienta je riziko pádu a to z důvodu amputované končetiny.

Diagnostická doména č. 12 – KOMFORT

Pacient pocítuje bolest v místě operační rány. Udává stupeň číslo 4-5 na stupnici VAS. Tišení bolesti je zajištěno podáním analgetik dle ordinace lékaře. Nauzeu pacient nepocítuje.

Diagnostická doména č. 13 – RŮST A VÝVOJ

Je v normě.

3.3 Plán ošetrovatelské péče – Ošetrovatelské diagnózy

AKUTNÍ BOLEST – 00132, (PORUŠENÝ SPÁNEK – 00095)

Diagnostická doména - Komfort

Třída - Tělesný komfort

Určující znaky

- Sdělení nebo označení bolesti
- Očividné důkazy bolesti
- Porucha spánku

Související faktory

- Poškozující agens (operační rána)

Cíl

- Pacient zná vyvolávající příčinu bolesti 1. den hospitalizace a je seznámen s úlevovou polohou
- Pacient chápe škálu VAS 1. den hospitalizace a dokáže ji verbalizovat
- Pacient je obeznámen s možností podání analgetik po 6 hodinách a dále dle potřeby 1. den po operaci
- Pacient udává bolest na škále VAS maximálně na stupni 4, do 30 min po podání analgetik
- Pacient má po celou dobu hospitalizace bolest tlumenu do VAS 4
- Pacient spí alespoň 6 hodin v noci a po probuzení se cítí odpočatý

Intervence

- Sleduj stupeň bolesti alespoň 3x denně a vždy půl hodiny po podání analgetik, zapisuj do dokumentace každý den
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře nebo dle potřeby pacienta
- Vysvětli pacientovi škálu VAS
- Zajisti fyzikální tišení bolesti, jako je např. led
- Zajisti pacientovi klid před usnutím, a splnění jeho rituálů
- Informuj pacienta o možnosti podání hypnotik

Realizace

U pacienta se 3x denně sleduje a zaznamenává stupeň bolesti na škále VAS. Pacientovi jsem škálu VAS vysvětlila a tuto škálu chápe. Analgetika jsou podávána dle ordinace lékaře a dle potřeby pacienta. Na oddělení je zajištěn po 22 : 00 hod klid.

Zhodnocení

Pacient chápe stupnici VAS, zná vyvolávající příčinu bolesti, udává bolest maximálně do stupně 4, ví o možnosti podání analgetik dle potřeby. Udává, že spí dobře. Spí 6 hod denně. Hypnotika nepožaduje.

STRACH – 00148

Diagnostická doména – Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Třída – Reakce na zvládání zátěže

Určující znaky

- Zvýšená tenze

- Snížené sebehodnocení

Související faktory

- Přirozený zdroj strachu (hospitalizace, operace)
- Odloučení od opory v situaci, která navozuje stres
- Přemýšlení o domově

Cíl

- Pacient má dostatek informací o svém zdravotním stavu od 1. dne hospitalizace
- Pacient má zajištěn rozhovor s lékařem, kdykoliv dle potřeby pacienta
- Pacient má zajištěný rozhovor s psychologem dle potřeby
- Pacient má umožněnou návštěvu příbuzných, kdykoli po dohodě

Intervence

- Zajisti rozhovor s lékařem, dle potřeby pacienta
- Zajisti dle potřeby rozhovor pacienta s psychologem
- Umožni pacientovi kontakt s rodinou kdykoliv během dne
- Edukuj pacienta o možnosti podání hypnotik před usnutím

Realizace

Pacient nepotřeboval kontakt s psychologem. Denně za ním chodila manželka a psychicky ho podporovala. I přes informování, že může dle potřeby dostat hypnotika, tak je nepožadoval.

Zhodnocení

Pacient ví vše, co potřebuje, o své diagnóze. Rozhovor s lékařem proběhl první den hospitalizace a poté denně během vizit. Kontakt s rodinou nebyl omezen návštěvními hodinami.

ZHORŠENÁ POHYBLIVOST – 00085 (RIZIKO PÁDŮ – 00155, PORUŠENÁ CHŮZE – 00088)

Diagnostická doména - Aktivita - odpočinek

Třída – aktivita – pohyb

Určující znaky

- Nestabilita vzpřímené polohy těla
- Změny chůze (amputace DK)

Související faktory

- Bolest
- Ztráta integrity kostní struktury

Cíl

- Pacient má zajištěné signalizační zařízení po celou dobu hospitalizace
- Pacient se bude cítit bezpečně po celou dobu hospitalizace
- Pacient neupadne po celou dobu hospitalizace
- Pacient bude mít dostatek kompenzačních pomůcek na dosah ruky po celou dobu hospitalizace
- Pacient si sám umyje horní polovinu těla 2. den po operaci
- Pacient zvládne do 5. pooperačního dne chůzi o berlích a pohyb na invalidním vozíku
- Pacient má při chůzi zajištěný doprovod a při přesunu na invalidní vozík po celou dobu hospitalizace

Intervence

- Zajisti pacientovi signalizační zařízení a kontroluj jeho funkčnost
- Zajisti pacientovi k hygieně plastové umyvadlo
- Odstraň z dosahu všechny pomůcky, které by mohly pacientovi bránit při chůzi nebo při jízdě na vozíku
- Zajisti pacientovi přístup ke kompenzačním pomůckám
- Zajisti pacientovi doprovod při chůzi o berlích

Realizace

Pacient měl na dosah signalizační zařízení, dle potřeby zazvonil. Z pokoje byla odstraněna židle, která bránila při jízdě na invalidním vozíku.

Zhodnocení

Pacient po celou dobu hospitalizace neupadl, měl zajištěny všechny pomůcky, podle potřeby si zavolal pomoc k přesunu na vozík nebo naopak. Při chůzi měl zajištěn dohled a oporu. Do 2. dne po operaci si sám umyl horní polovinu těla a 5. den po operaci zvládnul chůzi o berlích a pohyb na invalidním vozíku. Cíle byly splněny.

PORUŠENÝ OBRAZ TĚLA – 00118

Diagnostická doména – Vnímání sebe sama

Třída - Tělesný obraz

Určující znaky

- Sleduje, že vnímá změnu svého pohledu na zevnějšek, strukturu nebo funkci těla
- Chybí část těla

- Potřebuje více tělesného prostoru (aby byl schopen využívat předměty v okolí)

Související faktory

- Chirurgický zákrok (amputace)

Cíl

- Pacient po amputaci akceptuje sebe sama
- Pacient hovoří o svých pocitech do 5. dne po operaci
- Pacient je psychicky vyrovnán se změnou tělesného vzhledu do konce hospitalizace

Intervence

- Všímej si emočních změn a chování klienta
- Vyslechni obavy pacienta a jeho otázky
- Pacienta psychicky podporuj každý den
- Pacienta pochval za každý pokrok
- Zajisti možnost návštěv kdykoli během dne po celou dobu hospitalizace

Realizace

Pacient je podporován v každém pokroku v rehabilitaci. Zdravotnický personál má k pacientovi empatický přístup.

Zhodnocení

Pacient vnímal amputaci jako součást svého života. Byl smířen, psychicky vyrovnaný. Do 5. dne po amputaci byl schopen hovořit o svých pocitech.

RIZIKO INFEKCE – 00004 (PORUŠENÁ TKÁŇOVÁ INTEGRITA - 000144, PORUŠENÁ KOŽNÍ INTEGRITA – 00046)

Diagnostická doména – Bezpečnost - ochrana

Třída – Infekce

Rizikové faktory

- Invazivní procedury (PMK, CŽK, operační rána, RD)
- Prostředí zvýšeně vystavené patogenům
- Nedostatečný primární ochranný systém (poraněná kůže)

Cíl

- Pacient nebude mít známky infekce po celou dobu hospitalizace
- Převazy vstupů a operační rány jsou prováděny asepticky každý den
- Invazivní vstupy jsou ošetřovány a převazovány dle standardů

- Žádný ze vstupů nejeví známky infekce (zarudnutí, otok, teplota) po celou dobu jejich zavedení

Intervence

- Sleduj a zapisuj stav operační rány a u převazu postupuj asepticky
- Zajisti výměnu invazivních vstupů dle standardů
- Sleduj funkčnost a stav invazivních vstupů

Realizace

Během hospitalizace na JIP byly pacientovi vytaženy 2 RD, PMK a po přeložení na standardní oddělení i CŽK. Zůstal 1 RD, napojený na injekční stříkačce a operační rána.

Zhodnocení

Pacient neměl po celou dobu hospitalizace známky infekce, invazivní vstupy byly měněny dle standardů a převazy probíhaly za aseptických podmínek. Cíle byly splněny.

RIZIKO NEVYVÁŽENÉHO OBJEMU TĚLESNÝCH TEKUTIN – 00025

Diagnostická doména – Výživa

Třída – Hydratace

Rizikové faktory

- Invazivní výkony (Redonovy drény)

Cíl

- Pacient bude edukován o nutnosti příjmu alespoň 2,5 litru tekutin za den, 1. den hospitalizace
- Pacient bude mít možnost doplnit tekutiny, kdykoli podle potřeby, po celou dobu hospitalizace
- Pacient bude mít vyvážený poměr příjmu a výdeje tekutin po celou dobu hospitalizace
- U pacienta bude sledován a zapisován příjem a výdej tekutin do 6. dne po operaci

Intervence

- Zajisti pacientovi, k ruce, dostatek vhodných tekutin
- Pobízej pacienta k dostatečnému příjmu tekutin
- Sleduj a zapisuj příjem a výdej tekutin

Realizace

Pacient byl 1 den hospitalizace edukován o nutnosti přijímat alespoň 2,5 litru tekutin za den. Tekutiny měl zajištěny jak od rodiny (minerální vody), tak od zdravotnického personálu (neslazený čaj a voda).

Zhodnocení

Pacient měl po celou dobu hospitalizace dostatek tekutin na nočním stolku, mimo 8 hodin před operací a 6 hod po operaci. Po tuto dobu mu tekutiny byly nahrazeny intravenózním podáním. Do 6. dne po operaci mu byl sledován příjem a výdej tekutin, který byl vyvážený.

OCHOTA KE ZLEPŠENÍ LÉČEBNÉHO REŽIMU – 00162 (OCHOTA KE ZLEPŠENÍ VÝŽIVY – 00163)

Diagnostická doména – Podpora zdraví

Třída – Povědomí o zdraví

Určující znaky

- Nemocný si přeje lépe zvládat léčbu onemocnění a prevenci komplikací
- Nemocný volí denní činnosti na podporu léčby nebo prevence onemocnění přiměřeně
- Nemocný jí pravidelně
- Konzumuje odpovídající stravu a tekutiny

Cíl

- Pacient jí pravidelně a dodržuje diabetickou dietu po celou dobu hospitalizace
- Pacient zná rizika obesity 1. den hospitalizace
- Pacient je poučen o diabetické dietě 1. den hospitalizace
- Pacient je poučen o správném polohování pahýlu 1. den po operaci
- Pacient se aktivně zapojuje do RHB režimu každý den

Intervence

- Pouč pacienta o nutnosti dopomoci při nácvičku chůze
- Pouč pacienta o správném polohování pahýlu
- Pouč pacienta o nutnosti dodržování léčebného režimu
- Pouč pacienta o nutnosti dodržování rehabilitačního režimu

Realizace

Byl poučen ohledně všech intervencí, chápe je.

Zhodnocení

Pacient po celou dobu hospitalizace dodržoval diabetickou dietu, aktivně se zapojoval do RHB, během odpoledne trávil čas na invalidním vozíku a nacvičoval správnou techniku jízdy.

4 Kazuistika č. 2

Pan A. K., 67 let, přeložen 7. 12. 2010 z geriatricke k amputaci LDK ve stehně, pro hnisající defekt na patě a vlhké gangréně IV. prstu. Má hmatné pulzace na arteria femoralis, distálněji je končetina teplá. Špička palce PDK je nekrotická, celý palec fialovočerné barvy, dekubit na patě se suchou nektrózou a na sacru je stržený kožní kryt. Rána je povrchová, bez známek infekce, je velikosti 2 x 2 cm.

Anamnéza

- Osobní anamnéza – diabetik na PAD
- Farmakologická anamnéza – Minidiab 1-1-1, Milurit 100mg 0-1-0, Lokren 20mg ½-0-0, Lorista 50 mg 1-0-0
- Alergická anamnéza – nevyskytla se alergická reakce
- Sociální anamnéza – žije v bytě s manželkou, starobní důchodce
- Pracovní anamnéza – dříve pracoval jako dělník

Hlavní diagnóza

Gangrena pedis l.sin.

Vedlejší diagnózy

Hypertenze

Ischemická choroba dolních končetin

DM II. typu na PAD

Dna

Medikace

- Milurit 100mg 0-1-0 (antiuratika)
- Lokren 20mg ½-0-0 (antihypertenziva)
- Lorista 50mg 1-0-0 (antihypertenziva)
- Hylak forte 2ml 3x denně (antiulcerotika)
- Kalnormin 1-1-1 (ionty)
- Actrapid 6-14j. 3x denně dle glykemie (insulin)
- Furosemid 20mg 1-0-0 (diuretika)
- Augmetin 1,2g á 8 hod (ATB)

- Tramal 100mg á 6 hod (analgetika)
- Perfalgan 100mg á 8 hod (analgetika, antipyretika)

Základní screeningová vyšetření sestrou –

- Celkový vzhled, úprava – neupravený, normostenický
- Výška – 176cm , váha – 86kg , BMI – 27 - nadváha
- Stav vědomí, orientace – při vědomí, částečně orientovaný, Glasgow Coma Scale – 13
- Puls – 68‘, pravidelný
- Dech – 16‘, eupnoe bez dýchacích fenoménů
- Krevní tlak – 130/60 mmHg
- Tělesná teplota – 36,9°C
- Poloha – aktivní
- Chůze – neprovede
- Rozsah pohybu kloubů – s omezením kloubů DK
- Stisk ruky, schopnost uchopit předmět rukou – pevný, schopen uchopit bez obtíží
- Zornice – izokorické
- Nos – bez sekrece
- Dutina ústní, chrup – bez zarudnutí, má horní i dolní zubní protézu
- Zrak – v normě
- Sluch – v normě
- Stav kůže – suchá, bledá, s dekubity na sacru a na patě PDK
- Operační rána – klidná, bez prosaků a známek infekce

Informace získané objektivním pozorováním

- Orientace – částečně orientovaný
- Pozornost – úmyslná, stálá
- Oční kontakt – udržuje
- Chápe myšlenky a otázky – ano
- Řeč – plynulá

Testy a škály

- Barthelův test základních všedních činností – 40bodů – vysoce závislý (viz příloha č. 5)

- Hodnocení dekubitů dle Nortonové – 21 – zvýšené riziko vzniku dekubitů (viz příloha č. 6)
 - Úroveň soběstačnosti dle Gordonové (viz. příloha č. 7)
- Najíst se - 1
 - Umýt se - 2
 - Vykoupat se - 3
 - Obléci se - 2
 - Pohybovat se - 3
- Vizuální analogová škála – 4-6

Předoperační vyšetření

Klinické vyšetření – pohled, pohmat, poslech

Interní vyšetření – schopen výkonu v CA

Laboratoř – KO, biochemie v normě

4.1 Průběh hospitalizace

1. den – přijat na chirurgické oddělení. Zaujímá aktivní polohu. Pacient je soběstačný v rámci lůžka, potřebuje dopomoc při posazování. Sledování FF 2x denně (TK, P, TT). Provedena předoperační vyšetření. Dle nich je pacient schopen výkonu v CA. Proveden převaz dekubitu na sacru – Versiva, na patu Mepilex heel. Z oddělení geriatrické má pacient zavedený PMK 2. den a PŽK 1. den. Bolest udává na stupni 2 – 3 VAS. Dle potřeby má naordinován Tramal 100 mg p.o. Z odběrů je naordinován odběr krve na krevní obraz, biochemii a hemokoagulaci. Dostává dietu číslo 9, od půlnoci je lačný.

2. den/0 poop.den – po operaci je pacient převezen na JIP, ve Fowlerově poloze. Je probuzený, ale dezorientovaný. Probíhá monitorace TK, P, SpO₂, TT. Operační rána je bez prosaku. Má zavedeny 2 Redonovy drény z rány, PMK a PŽK. Podán kyslík na 2l/min. K inhalaci je podáno Ambrobene 4 ml 3x denně. Z infuzní terapie podána Glukosa 10% + 24j HMR + 60ml 7,5% KCl, 5% Glukosa 1000ml + 28j HMR + 60ml 7,5% KCl, Vloulyte 6% 250ml. Pacientovi byla podána 2x TU a 2x mražená plasma krevní skupiny 0 Rh+. Sledována bolestivost. Ale pro zhoršenou spolupráci nelze hodnotit škálu VAS. Na bolest je aplikován Tramal 100 mg po 6 hod a Perflgan 100 mg. Byla odebrána krev na biochemii a hematologii. Výsledky odběrů – K – 3,4 mmol/l ↓, Hb 63g/l ↓, Ery 2,21 10¹². Pacient večer dostal čaj po lžičkách – dieta 0S. Má naordinován klid na lůžku. Z důvodu neklidu a špatné spolupráce je mu naordinován Tiapridal 100 mg i.v. po 6 hodinách.

3. den/1. poop.den – pacient je na JIP ve Fowlerově poloze. Probíhá monitorace TK, P, SpO₂, TT. Je převázán dekubitus na sacru a patě. Pokračuje se v přikládání stejného obvazového materiálu, na sacrum – Versiva, na patu Mepilex heel. Pahýl je bez prosaků. Dnes je operační rána bez převazu. Podána O₂ terapie na 2l/min. K inhalaci je podáno Ambrobene 4 ml 3x denně. Je zaveden 2x PŽK, zůstává ponechán 2x RD a PMK Z infuzní terapie podána Glukosa 10% 1000ml + 24j HMR + 60ml 7,5% KCl, 5% Glukosa 1000ml + 28j HMR + 60ml 7,5% Kcl, 2x TU EBR a 2x mražená plasma. Sledována bolestivost, pro zhoršenou spolupráci nelze hodnotit škálu VAS. Na bolest aplikován Tramal 100 mg po 6 hod a Perflgan 100 mg. Z odběrů je proveden odběr krve na KO, biochemii, hemokoagulace. Výsledky jsou v pořádku. Podána dieta číslo 9 k lůžku pacienta. Pacient je ležící, nechce z důvodu neklidu spolupracovat s fyzioterapeuty. Na neklid je mu podán Tiapridal 100 mg i.v. po 6 hodinách.

4. den/2. poop.den – pacient je na JIP a zaujímá aktivní polohu. Probíhá monitorace TK, P, SpO₂, TT. Je proveden první převaz operační rány, ta je bez známek infekce. Okolí operační rány je desinfikováno Prontosanem, je kryto sterilním krytím a elastickým obinadlem. Vytažen 1 Redonův drén. Z invazivních vstupů je ponechán 1 PŽK, PMK. Z infuzní terapie podána Glukosa 10% 1000ml + 16j HMR + 40ml 7,5% KCl, 5% Glukosa 1000ml + 20j HMR. Je ponechána O₂ terapie na 2l/min. K inhalaci je podáno Ambrobene 4 ml 3x denně. Proti bolesti je naordinován Tramal 100mg i.v. po 6 hod. Pacient je bez klidových bolestí. Z odběrů je proveden odběr krve na KO, biochemii. Výsledky jsou v pořádku. Podána dieta číslo 9 k lůžku pacienta. Z RHB se pacient posazuje v lůžku. Postavení není možné kvůli kontrakturám na DK. Pacient je klidný, orientovaný, spolupracuje. Dnes ho navštívila manželka.

5. den/ 3. poop.den – pacient je na JIP a zaujímá aktivní polohu. Probíhá monitorace TK, P, SpO₂, TT. Je proveden převaz operační rány, ta je bez známek infekce. Okolí operační rány je desinfikováno Prontosanem, kryto sterilním krytím a elastickým obinadlem. Vytažen i 2. Redonův drén. Z invazivních vstupů je ponechán 1 PŽK a PMK. Z infuzní terapie je podána Glukosa 10% 1000ml + 16j HMR, 5% Glukosa 1000ml + 20j HMR. Je ponechána O₂ terapie na 2l/min. K inhalaci zůstává Ambrobene 4 ml 3x denně. Proti bolesti je naordinován Tramal 100mg po 6 hod. Pacient je bez klidových bolestí. Podána dieta číslo 9 k lůžku pacienta. Z RHB se pacient pokračuje v posazování v lůžku a cvicích na lůžku. Pacient je klidný, orientovaný, spolupracuje.

6. den/ 4. poop.den – pacient je na JIP a zaujímá aktivní polohu. Probíhá monitorace TK, P, SpO₂, TT. Je proveden převaz operační rány, ta je bez známek infekce. Okolí operační rány je desinfikováno Prontosanem, kryto sterilním krytím a elastickým obinadlem. Z invazivních vstupů je zůstává PŽK a PMK. Z infuzní terapie je podána Glukosa 10% 1000ml + 16j HMR. Je ponechána O₂ terapie na 2l/min. K inhalaci zůstává Ambrobene 4ml 3x denně. Proti bolesti je naordinován Tramal 100 mg po 6 hod. Pacient je bez klidových bolestí. Podána dieta číslo 9 k lůžku pacienta. Z RHB se pacient pokračuje v posazování v lůžku a cvicích na lůžku. Pacient je klidný a spolupracuje.

7.den/5.poop.den – pacient přeložen na standardní chirurgické oddělení, zaujímá aktivní polohu na lůžku. Je proveden převaz operační rány, ta je bez známek infekce. Okolí operační rány je desinfikováno Prontosanem, kryto sterilním krytím a elastickým obinadlem. Je proveden převaz sacra a paty. Obvazový materiál zůstává nezměněn. Z invazivních vstupů je zaveden nový PŽK a PMK. Z infuzní terapie je podána Glukosa 10% 1000 ml + 16j HMR. Je vysazena O₂ terapie. Proti bolesti je naordinován Novalgin 1 g i.v. á 6 hod. Pacient je bez klidových bolestí. Podána dieta číslo 9 k lůžku pacienta. Pacient rehabilituje na invalidním vozíku. Pacient je klidný, orientovaný, spolupracuje. S manželkou tráví návštěvu na chodbě na invalidním vozíku.

8.-10.den/6.-9.poop.den – pacient je na standardním chirurgickém oddělení, zaujímá aktivní polohu na lůžku. Je proveden převaz operační rány, ta je bez známek infekce a vytažení stehů ob steh. Okolí operační rány je desinfikováno Prontosanem, kryto sterilním krytím a elastickým obinadlem. Z invazivních vstupů je zůstává PŽK a je vytažen PMK. Pacientovi je k lůžku dána močová lahev. Je vysazena infúzní terapie. Proti bolesti je naordinován Novalgin 1g i.v dle potřeby. Pacient je bez klidových bolestí. Podána dieta číslo 9 k lůžku pacienta. Pacient rehabilituje na invalidním vozíku. Pacient je klidný a spolupracuje. Pacient byl 10. pooperační den přeložen na oddělení geriatric.

4.2 Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách

Diagnostická doména č. 1 – PODPORA ZDRAVÍ

Pacient hodnotí svůj zdravotní stav jako špatný a to z důvodu amputované končetiny. Pro udržení zdraví nic nedělá. Nekouří, alkohol pije příležitostně a to spíše tvrdý. Na současný stav má vliv onemocnění DM. Lékařská nařízení dodržuje. Nemá žádná osobní přání.

Diagnostická doména č. 2 - VÝŽIVA

Pacient má normální stav výživy. Dodržuje diabetickou dietu. Chut' k jídlu má zachovalou, ale v nemocnici mu jídlo nechutná. Denně sní snídani, oběd, svačinu a večeři. Je schopen se, v lůžku, sám najíst. Problémy s polykáním nebo pálením žáhy nemá. Denně vypije 1 - 1,5 litru tekutin a to většinou čaje nebo minerálních vod. Má zachovalý pocit žízně. Poranění kůže a sliznic se mu hojí špatně a to z důvodu DM.

Diagnostická doména č. 3 – VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA

Má zaveden permanentní močový katétr. Denní množství moči je 1500 ml. Moč je bez příměsí, má žlutou fyziologickou barvu. Na stolici chodí pacient pravidelně a to 1x za den. Je částečně inkontinentní. Během dne chodí na podložní mísu, na noc se mu dává plena. Stolice má fyziologickou barvu a je normální konzistence. Pacient v poslední době nezvracel, potí se normálně.

Diagnostická doména č. 4 – AKTIVITA/ODPOČINEK

Pacient necvičí, pouze v nemocnici rehabilituje s fyzioterapeuty. Během dne se dívá na televizi. Spí celou noc bez problémů. Po probuzení je odpočatý. Léky na spaní nebere.

Diagnostická doména č. 5 – VNÍMÁNÍ/POZNÁVÁNÍ

Pacient má normální zrak, sluch i čich. Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky.

Diagnostická doména č. 6 – VNÍMÁNÍ SEBE SAMA

Pacient neví, jak by se ohodnotil, se svým vzhledem je nespokojený.

Diagnostická doména č. 7 – VZTAHY

Pacient je ve starobním důchodu. Bydlí v bytě s manželkou. Problémy v rodině neudává. Manželka chodí na návštěvy do nemocnice každý den. Pacient se chová spíše agresivně. Je plánován překlad zpět na geriatrii.

Diagnostická doména č. 8 – SEXUALITA

Nechce se jí zabývat.

Diagnostická doména č. 9 – ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE/ODOLNOST VŮČI STRESU

Pacient je někdy agresivní. O této doméně se pacient nechce bavit.

Diagnostická doména č. 10 – ŽIVOTNÍ PRINCIP

Pacient už nemá žádný životní cíl. Je nevěřící. Náboženský ani jiný kontakt nepotřebuje.

Diagnostická doména č. 11 – BEZPEČNOST/OCHRANA

U pacienta se nevyskytla žádná alergická reakce. Má riziko infekce a to z důvodu operační rány, zavedení PMK a PŽK. Závratě nepociťuje. Má riziko pádu a to z důvodu amputované končetiny.

Diagnostická doména č. 12 – KOMFORT

Pacient má bolesti a to na stupnici VAS od 3-6. Bolest je tlumena podáním analgetik dle ordinace lékaře.

Diagnostická doména č. 13 – RŮST A VÝVOJ

V normě.

4.3 Plán ošetrovatelské péče – Ošetrovatelské diagnózy

AKUTNÍ BOLEST – 00132

Diagnostická doména - Komfort

Třída - Tělesný komfort

STRACH – 00148

Diagnostická doména – Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Třída – Reakce na zvládání zátěže

ZHORŠENÁ POHYBLIVOST – 00085 (RIZIKO PÁDŮ – 00155, PORUŠENÁ CHŮZE – 00088)

Diagnostická doména - Aktivita - odpočinek

Třída – Aktivita – pohyb

PORUŠENÝ OBRAZ TĚLA – 00118,

Diagnostická doména – vnímání sebe sama

Třída - Tělesný obraz

RIZIKO INFEKCE – 00004 (PORUŠENÁ TKÁŇOVÁ INTEGRITA - 000144, PORUŠENÁ KOŽNÍ INTEGRITA – 00046)

Diagnostická doména – Bezpečnost - ochrana

Třída – Infekce

RIZIKO NEVYVÁŽENÉHO OBJEMU TĚLESNÝCH TEKUTIN – 00025

Diagnostická doména – Výživa

Třída – Hydratace

OCHOTA KE ZLEPŠENÍ LÉČEBNÉHO REŽIMU – 00162

Diagnostická doména – Podpora zdraví

Třída – Povědomí o zdraví

5 Kazuistika č. 3

Pan L. B. 63 let, diabetik na PAD. Přijat 15. 6. 2011 na oddělení chirurgie pro diabetickou gangrénu na levé patě. Dle pacienta začala pata cca před měsícem černat. Indikována vysoká amputace LDK.

Anamnéza

- Osobní anamnéza – prodělal běžná dětská onemocnění, Stp. Implantaci femoropolpliteálního bypassu v roce 2009
- Farmakologická anamnéza – Prestarium Neo ½ - 0 - 0, Coryol 12,5 ½ - 0 -1/2, Vessel Due F 1–0–1, Helicid 20 1–0–0, Furorese 125 mg ½-0–0, Milurit 100 0–1–0, Diaprel MR 1–0–0, Agapurin retard 1-0-0, Diclofenac 50 mg 1–1–1,
- Alergická anamnéza - nejuje
- Sociální anamnéza – bydlí s manželkou, je ve starobním důchodu
- Pracovní anamnéza – dříve pracoval jako zedník

Hlavní diagnóza

Gangrena pedis l. sin.

Vedlejší diagnózy

DM na PAD od roku 2007, ICHDK, esenciální hypertenze, ICHS,

Medikace

Fraxiparine 0,3 ml 1 – 0 – 1 (antikoagulancium)

Novalgin 1g i.v. po šesti hodniách (analgetikum)

Morphin 1% 1 ml s.c. po šesti hodinách, dle potřeby (ovoidní analgetikum)

Perfalgan 1 g i.v. po osmi hodinách dle potřeby (analgetikum, antipyretikum)

HMR dle glykemie (insulin)

Hydrokortison 100 mg

Torecan 1 ampule

Základní screeningová vyšetření sestrou –

- Celkový vzhled, úprava – upravený, pyknik
- Výška – 186 cm, váha – 115 kg, BMI – 33 – mírná obezita
- Stav vědomí, orientace – při vědomí, orientovaný místem, časem, osobou, Glasgow Coma Scale – 15 bodů
- Puls – 81', pravidelný
- Dech – 15', eupnoe, bez dýchacích fenoménů a kašle
- Krevní tlak – 115/70
- Tělesná teplota – 36,8°C
- Poloha – aktivní
- Chůze – o berlích
- Rozsah pohybu kloubů – bez omezení
- Stisk ruky, schopnost uchopit předmět rukou – schopen, bez obtíží
- Zornice – izokorické
- Nos – bez výtoků
- Dutina ústní, chrup – zubní protéza horní a dolní
- Zrak – dioptrické brýle na čtení
- Sluch – bez obtíží
- Stav kůže – suchá, fyziologické barvy
- Operační rána – klidná, bez známek infekce

Informace získané objektivním pozorováním

- Orientace – plně orientovaný
- Pozornost – stálá, úmyslná
- Oční kontakt – udržuje
- Chápe myšlenky a otázky – chápe, bez obtíží
- Řeč – bez poruch, plynulá

Testy a škály

- Barthelův test základních všedních činností – 65 bodů – lehká závislost (viz. příloha č. 5)
- Hodnocení dekubitů dle Nortonové – 24 bodů – riziko vzniku dekubitů (viz. příloha č. 6)
- Úroveň soběstačnosti dle Gordonové (viz. příloha č. 7)

Najíst se - 1

Umýt se - 2

Vykoupat se - 3

Obléci se - 1

Pohybovat se - 2

- Vizuální analogová škála – 5 - 6

Předoperační vyšetření

Klinické vyšetření – pohled, pohmat, poslech

Interní vyšetření – schopen výkonu ve spinální anestezii

Laboratoř – KO, biochemie v normě

5.1 Průběh hospitalizace

1.Den - přijat na chirurgické oddělení. Pacient zaujímá aktivní polohu. Probíhá měření TK, P, TT 2x denně. Je zaveden PŽK a PMK. Jsou provedena předoperační vyšetření. Dle interního vyšetření je pacient schopen výkonu v CA. Pacient má dietu číslo 9. Od půlnoci je lačný. Pacient je soběstačný, při vědomí.

2.den/0 poop. den – po amputace in femore LDK je pacient převezen na JIP ve Fowlerově poloze. Pacient je převezen v 9 : 50, FF jsou v normě, O₂ terapie 4l/min. Pacient je při vědomí, orientovaný. V 10 : 30 prosakuje krytí a klesá TK ze 115/80 mmHg na 80/50 mmHg a dále na 60/50 mmHg. Pacient má tachykardii 114', je somnolentní. Je zahájen volumoterapie (10% Glukosa 1000 ml + 20 jednotek HMR, Ringer 1000 ml, Solulyte 6% 250 ml po šesti hodinách, Volulyte 6% 500 ml, 2x Ringerfundin 1000 ml) je zajištěn CŽK. Podán Noradrenalin 2 ampule/20 ml s 5% Glukosou kontinuálně 2ml/hod, Dicynone 2 ampule po šesti hodinách. Převoz pacienta zpět na operační sál. Při revizi pahýlu nalezena stříkající arterie, provedla se ligatura, proplach peroxidem vodíku a následně se provedla sutura. Podána 1 TU EBR. Po převezení pacienta ze sálu jsou FF v normě, pacient je při vědomí. Je podána 2. TU EBR. Morphin 2 ml/h. VAS na stupni 4. Pacient má v ráně zavedený hadicový

drén - otevřený – vyvedený do krytí. Večer dostal čaj po lžičkách – dieta OS. Má klid na lůžku, je orientovaný, komunikuje, spolupracuje.

3.den/1. poop. den – pacient je na JIP a zaujímá Fowlerovu polohu. Probíhá monitorace TK, P, SpO₂, TT. Dnes je operační rána bez převazu. Krytí neprosakuje. Zůstává zaveden hadicový drén. Pacient si vytáhnul PŽK a CŽK - byl zmatený – podán Apaurin 10 mg. Zaveden nový PŽK. Zůstává zaveden PMK. Z infúzní terapie podána 10% Glukosa 1000 ml + 16 j. HMR, Ringerfundin 1000 ml. Dicynone ex, podána Augmetin 1,2 g po 8 hod, Furosemid 20 g. O₂ terapie snížena na 3l/min. Bolesti má na stupnici VAS 3, tlumeny podáním Morphinu 2 ml/h. Odběry krve na KO, biochemii. Jsou v normě. RHB probíhá na lůžku, cítí se dobře.

4.den/2. poop. den – pacient je na JIP a zaujímá Fowlerovu polohu. Probíhá monitorace TK, P, SpO₂, TT. Byl proveden první převaz operační rány. Je bez známek infekce. Okolí rány je očištěno roztokem Betadine a dáno suché krytí a elastické obinadlo. Krytí neprosakuje. Zůstává zaveden hadicový drén. Zůstává zaveden PŽK a PMK. Z infuzní terapie podána 10% Glukosa 1000 ml + 16 j. HMR, Volulyte 6% 250 ml po šesti hodinách. O₂ terapie zůstává na 3l/min. Bolesti má na stupnici VAS 3, tlumeny podáním Tramalu 100 mg i.v. po 6ti hodinách. Kontrola glykemie 3x denně. Odběry krve na KO, biochemii. Jsou v normě. Podána dieta číslo 9, k lůžku pacienta. Z RHB posazování na lůžku. Pacient je klidný, orientovaný a spolupracuje.

5.den/3. poop. den – pacient je na JIP a zaujímá Fowlerovu polohu. Probíhá monitorace TK, P, SpO₂, TT. Byl proveden převaz operační rány. Je bez známek infekce. Okolí rány je očištěno roztokem Betadine a dáno suché krytí a elastické obinadlo. Zůstává zaveden hadicový drén. Zůstává zaveden PMK. A je zaveden nový PŽK, pacient byl v noci zmatený a PŽK si vytáhnul. Z infuzní terapie podána 10% Glukosa 1000 ml + 16 j. HMR, O₂ terapie zůstává na 3l/min. Pacient je bez bolesti. Ty jsou tlumeny podáním Tramalu 100 mg i.v. po 6ti hodinách. Kontrola glykemie 3x denně. Odběry krve na KO, biochemii. Jsou v normě. Podána dieta číslo 9, k lůžku pacienta. Z RHB vstávání s berlemi u lůžka. Je klidný, spolupracuje.

6.den/4. poop. den – Pacient je přeložen na standardní oddělení. Zaujímá aktivní polohu. Probíhá sledování TK, P, TT 2x denně. Byl proveden převaz operační rány. Je bez známek

infekce. Okolí rány je očištěno roztokem Betadine a dáno suché krytí a elastické obinadlo. Zůstává zaveden hadicový drén, PMK a PŽK. Je vysazena O₂ a infúzní terapie. Pacient je bez bolesti. Ty jsou tlumeny podáním Tramalu 100 mg i.v. po 6ti hodinách. Kontrola glykemie 3x denně. Podána dieta číslo 9, ke stolu. Z RHB chůze o berlích, invalidní vozík. Pacient je klidný, spolupracuje.

7.-10.den/5.-8. poop. den – Pacient je na standardním oddělení. Zaujímá aktivní polohu. Probíhá sledování TK, P, TT 2x denně. Byl proveden převaz operační rány. Je bez známek infekce. Okolí rány je očištěno roztokem Betadine a dáno suché krytí a elastické obinadlo. Je vytažen hadicový drén, PŽK a PMK (pacient močí do močové lahve, kterou má připravenou u lůžka). Pacient je bez bolesti. Ty jsou tlumeny podáním Tramalu 100 mg p.o. dle potřeby. Kontrola glykemie 3x denně, biochemie, KO, hemokoagulace. Výsledky jsou v pořádku. Podána dieta číslo 9, ke stolu. Z RHB chůze o berlích, invalidní vozík. Pacient je propuštěn 9. pooperační den domů, kde má zajištěnou péči rodiny.

5.2 Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách

Diagnostická doména č. 1 – PODPORA ZDRAVÍ

Pacient hodnotí svůj zdravotní stav jako špatný z důvodu amputace. Dle pacienta začala pata cca před měsícem černat. Navštívil svého obvodního lékaře a ten ho poslal na nynější hospitalizaci. Pro udržení zdraví chodí na procházky se psem. Denně vykouří 5 – 10 cigaret. Alkohol pije příležitostně.

Diagnostická doména č. 2 - VÝŽIVA

Denně sní 3 jídla (snídaně, oběd, večeře), vypije asi 2500 ml tekutin a to většinou čisté vody. Za posledního ½ roku nijak výrazně nezměnil svou hmotnost. Chuť k jídlu má zachovalou. Dietní omezení se snaží dodržovat. Rány se mu hojí špatně, z důvodu DM. Má zubní protézu horní i dolní. Kůže je fyziologické barvy.

Diagnostická doména č. 3 – VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA

Pacient má pravidelnou stolici 1x denně, fyziologické barvy. Projímadla neužívá. S močením obtíže nemá. Pocení je v normě, bez výrazného zápachu.

Diagnostická doména č. 4 – AKTIVITA/ODPOČINEK

Pacient pravidelně necvičí, jen na procházce se protahuje, volný čas tráví u televize nebo na zahradě. Po obědě přibližně 30 min spí.

Diagnostická doména č. 5 – VNÍMÁNÍ/POZNÁVÁNÍ

Sluch má v pořádku, nosí dioptrické brýle na čtení, paměť má neporušenou, bolest vnímá přiměřeně. Řeč má plynulou, je plně orientovaný.

Diagnostická doména č. 6 – VNÍMÁNÍ SEBE SAMA

Pacient je spíše uzavřený, subjektivně má dobrou náladu, v nemocnici mu nic nechybí.

Diagnostická doména č. 7 – VZTAHY

Bydlí s manželkou v rodinném domě, má 2 dcery. V rodině problémy nemají. Manželka ho chodí navštěvovat každý den. Má zájem. Dcery bydlí daleko, ale už jej byly také navštívit.

Diagnostická doména č. 8 – SEXUALITA

Nechce se jí zabývat.

Diagnostická doména č. 9 – ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE/ODOLNOST VŮČI STRESU

Subjektivně stres zvládá přiměřeně. Podle toho, čeho se to týká. Většinou se se vším vyrovná sám. Problémy řeší v přírodě, při procházkách.

Diagnostická doména č. 10 – ŽIVOTNÍ PRINCIP

Nejdůležitější hodnotou je pro něj zdraví a rodina. Je ateista, nepotřebuje kontakt s duchovním.

Diagnostická doména č. 11 – BEZPEČNOST/OCHRANA

Alergická reakce se u něj nevyskytla. Má riziko vzniku infekce a to z důvodu zavedení PŽK a operační rány. Má riziko pádu z důvodu stavu po amputaci dolní končetiny. Závratě nemívá.

Diagnostická doména č. 12 – KOMFORT

Nyní bolest nemá, ale při zvýšené námaze a převazech operační rány má bolest na stupnici VAS 2-4.

Diagnostická doména č. 13 – RŮST A VÝVOJ

V normě.

5.3 Plán ošetrovatelské péče – Ošetrovatelské diagnózy

AKUTNÍ BOLEST – 00132 (PORUŠENÝ SPÁNEK - 00095)

Diagnostická doména - Komfort

Třída - Tělesný komfort

STRACH – 00148

Diagnostická doména – Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Třída – Reakce na zvládání zátěže

ZHORŠENÁ POHYBLIVOST – 00085 (RIZIKO PÁDŮ – 00155, PORUŠENÁ CHŮZE – 00088)

Diagnostická doména - Aktivita - odpočinek

Třída – aktivita – pohyb

PORUŠENÝ OBRAZ TĚLA – 00118

Diagnostická doména – Vnímání sebe sama

Třída - Tělesný obraz

RIZIKO INFEKCE – 00004 (PORUŠENÁ TKÁŇOVÁ INTEGRITA - 000144, PORUŠENÁ KOŽNÍ INTEGRITA – 00046)

Diagnostická doména – Bezpečnost - ochrana

Třída – Infekce

RIZIKO NEVYVÁŽENÉHO OBJEMU TĚLESNÝCH TEKUTIN – 00025

Diagnostická doména – Výživa

Třída – Hydratace

OCHOTA KE ZLEPŠENÍ LÉČEBNÉHO REŽIMU – 00162 (OCHOTA KE ZLEPŠENÍ VÝŽIVY – 00163)

Diagnostická doména – Podpora zdraví

Třída – Povědomí o zdraví

III. DISKUZE

Ve své práci se věnuji pacientům s diabetem mellitem, kteří mají indikaci k vysoké amputaci dolní končetiny. Většinou jsou přijímáni plánovaně na chirurgické oddělení. Přibližně do 3. – 4. pooperačního dne jsou hospitalizováni na JIP. V den operace dostávají pacienti EBR, jsou monitorovány základní životní funkce a dbá se na sledování prosaků z operační rány a na odpady z RD, dodržují klid na lůžku. V tomto období je velice důležité důsledné tišení bolesti. Opiáty a další analgetika se podávají intravenosně.

První pooperační den se pacienti posazují a následný den již mohou zkusit stoj u lůžka s berlími. Také se dělá první převaz operační rány, kdy se okolí desinfikuje a dále se přiloží suché krytí. Dbá se na správné přikládání elastických obinadel, které je důležité pro správné tvarování amputačního pahýlu.

Po přeložení na standardní ošetrovací jednotku pacient, nacvičuje chůzi o berlích a pohyb pomocí invalidního vozíku.

Za jako velmi důležitou považuji kontrolu psychického stavu pacienta a empatický přístup zdravotníků, podporu rodiny a možnost rozhovoru s psychologem. S psychologem jsem se ale během své praxe nesešla. To považuji jako nedostatečné vnímání psychických potřeb pacientů.

Ve své bakalářské práci jsem sestavila mapu ošetrovatelské péče u pacientů po amputaci dolní končetiny. Mapa zaznamenává hospitalizaci od prvního dne před amputací, kdy se provedou nezbytná předoperační vyšetření a pak sleduje hospitalizaci na JIP, která trvá do 4. - 5. pooperačního dne. Následně sleduje průběh hospitalizace na standardním oddělení chirurgie. Pacienty jsem sledovala od prvního do desátého dne po amputaci. Toto časové rozmezí jsem si vybrala z toho důvodu, že je pro pacienty jak fyzicky, tak psychicky náročné a vyžaduje velkou péči zdravotníků. Také pro mě bylo velmi důležité, vybrat do kazuistik pacienty, kteří budou stejné věkové kategorie, s onemocněním DM s indikací k vysoké amputaci, a aby u nich byla určitá míra spolupráce.

IV. ZÁVĚR

Amputace dolní končetiny je závažné zásah do života člověka. Může vést ke změně sociálních rolí, vyčlenění z pracovního života, ale i omezení běžných činností.

Amputací neustále přibývá kvůli rostoucímu počtu cévních onemocnění a i díky rostoucí incidenci DM. Důraz by proto měl být kladen na prevenci těchto onemocnění a to především vhodnou životosprávou, dodržováním léčebného režimu a pravidelným lékařským prohlídkám.

Ve své bakalářské práci uvádím tři kazuistiky, na jejichž podkladě jsem vypracovala ošetrovatelský proces a mapu péče. Na základě vypracovaného ošetrovatelského procesu jsem zjistila, že mezi nejčastější diagnózy patří akutní bolest, deficit sebeděže, riziko pádu, porušený obraz těla, porucha spánku, riziko infekce nebo zhoršená pohyblivost.

Díky této práci jsem měla možnost sem získat nové poznatky o této problematice a rozšířit si vědomosti o protetice.

Soupis bibliografických citací

1. BARTOŠ, V. a kol. *Praktická diabetologie*. 2. vyd. Praha : Maxdorf, 2000. ISBN 80-59912-17-1
2. BRADDOM, R.L. et al. *Handbook of physical medicine and rehabilitation*. Philadelphia, Pennsylvania, USA : Elsevier Inc. 2004. ISBN 0-7216-9448-9
3. DUNGL, P. a kol. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0550-8.
4. DYLEVSKÝ, I. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing 2009. ISBN 978-80-247-3240-4
5. JUŘENÍKOVÁ, P. a kol. *Ošetrovatelství*. 1. vyd. Uherské Hradiště : Středisko služeb školám Uherské Hradiště, 1999.
6. KOLÁŘ, P. a kol. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1
7. KOLEKTIV AUTORŮ, *Vše o léčbě bolesti*. 1. Vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1720-4
8. KRAJÍČEK, M. a kol. *Chirurgická a intervenční léčba cévních onemocnění*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-0607-8
9. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha : Grada 2006. ISBN 80-247-1399-3
10. MIKŠOVÁ, Z. a kol. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*, 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1443-4
11. NEJEDLÝ, A. a kol. *Základy replantační chirurgie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0315-7
12. PETROVICKÝ, P. a kol. *Anatomie s topografií a klinickými aplikacemi – I. svazek*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2001. ISBN 80-8063-046-1
13. RYBKA, J. *Diabetes mellitus – komplikace a přidružená onemocnění*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1671-8
14. RYBKA, J. a kol. *Diabetologie pro sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1612-7
15. SMUTNÝ, M. *Informace pro pacienty po amputaci končetiny*. 1. vyd. Praha : Federace ortopedických protetiků technických oborů, 2009. ISBN 978-80-254-3820-6
16. SOSNA, A. a kol. *Základy ortopedie*. 1. vyd. Praha : Triton, 2001. ISBN 80-7254-202-8

17. STRYJA, J. *Repetitorium hojení ran*, 1. vyd. Semily : Geum, 2008. ISBN 978-80-86256-60-3
18. VOKURKA, M., HUGO J. *Praktický slovník medicíny*. 7. rozš. vyd. Praha : Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-009-7
19. ZEMAN, M. a kol. *Chirurgická propedeutika*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-705-2

Seznam zkratek

DK – dolní končetina

Lig. – ligamentum

ATB – antibiotika

DM – diabetes mellitus

CT – počítačová tomografie

RTG – rentgen

EKG - elektrokardiogram

DK – dolní končetina

VAS – vizuální analogová škála

LDK – levá dolní končetina

PDK – pravá dolní končetina

PAD – perorální antidiabetika

CA – celková anestezie

RD – Redonův drén

KO – krevní obraz

FF – fyziologické funkce

PMK – permanentní močový katétr

PŽK – periferní žilní katétr

CŽK – centrální žilní katétr

TU – transfúzní jednotka

JIP – jednotka intenzivní péče

Seznam příloh

Příloha č.1 - Chopartův a Lisfrankův kloub DK

Příloha č.2 - MESS – hodnocení rozsahu rozdrčení končetiny

Příloha č.3 - Bandážování pahýlu

Příloha č.4 - Hodnocení bolesti

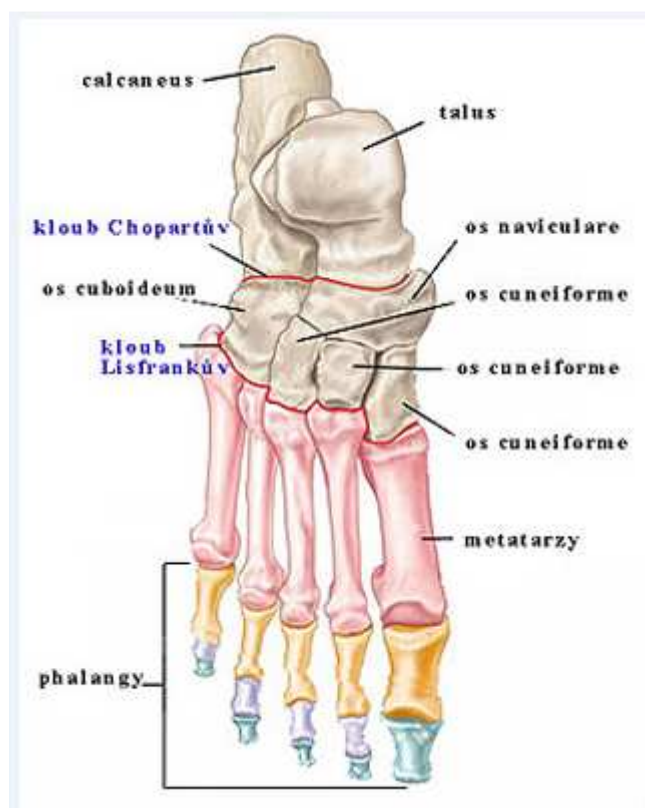
Příloha č.5 - Barthelův test

Příloha č.6 - Rozšířená stupnice Nortonové

Příloha č.7 - Úroveň soběstačnosti dle Gordonové

Příloha č.8 - Mapa péče

Příloha č. 1 - Chopartův a Lisfrankův kloub DK



„Dostupný z: <http://medicina.ronnie.cz/c-7517-mate-ploche-nohy-co-s-tim-i.html>“.

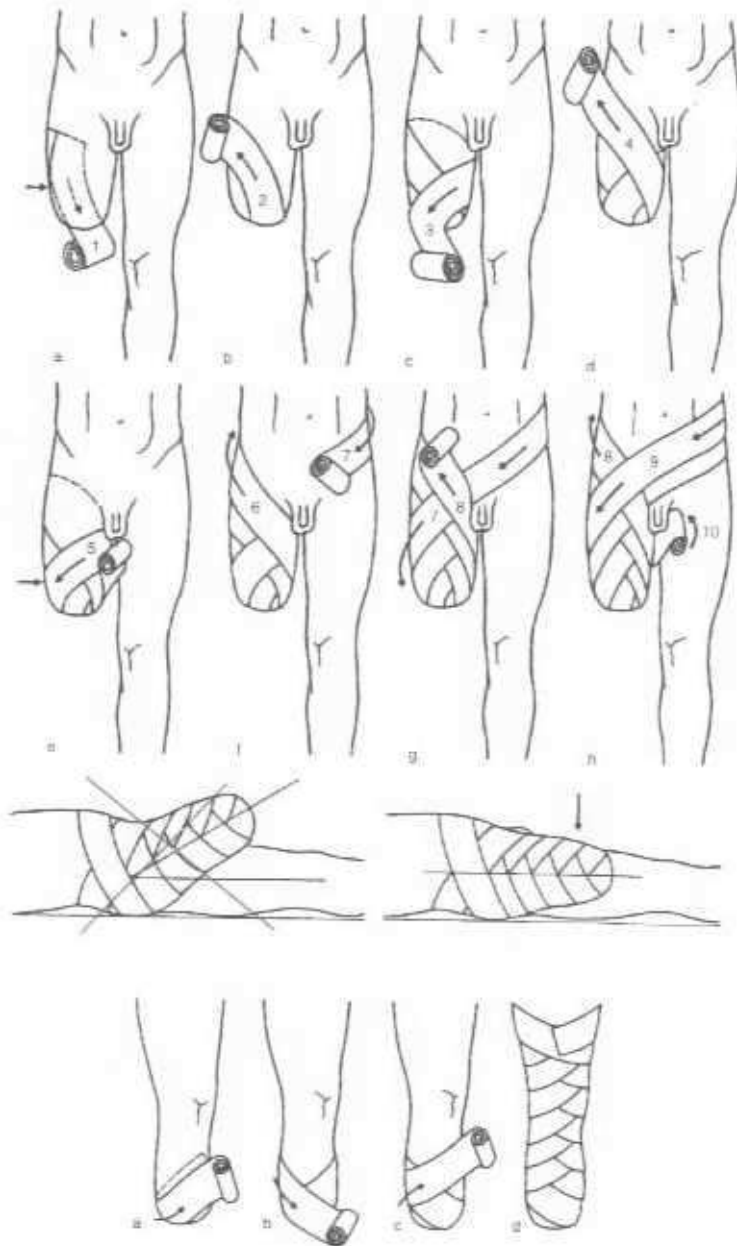
Příloha č.2 - MESS – hodnocení rozsahu rozdrčení končetiny

Tab. 6.1 MESS – hodnocení rozsahu rozdrčení končetiny

I. Úrazová energie		
1.	Nízká energie – jednoduché zlomeniny a průstřely	1 bod
2.	Střední energie – otevřené nebo víceetážové zlomeniny, větší pohmoždění	2 body
3.	Vysoká energie – vstřel zblízka, vysokorychlostní střelné zranění	3 body
4.	Masivní rozdrčení – důlní, železniční zranění	4 body
II. Tlaková stabilita		
1.	Normotenzní hemodynamika – TK stabilní i během operace	0 bodů
2.	Přechodná hypotenze – TK stabilizován infuzní terapií	1 bod
3.	Prolongovaná hypotenze – systolický tlak pod 90 mm Hg	2 body
III. Ischemické postižení – při ischemii delší než 6 hodin se body zdvojnásobují		
1.	Žádné – hmatná pulzace, bez známek ischemie	0 bodů
2.	Lehké – oslabená pulzace, bez známek ischemie	1 bod
3.	Střední – nedetekovatelná pulzace (Doppler), obleněný kapilární návrat, oslabená motorika	2 body
4.	Těžké – chladná a nehybná končetina, necitlivost, bez kapilárního návratu	3 body
IV. Věk		
1.	Do 30 let	0 bodů
2.	Mezi 30–50 roky	1 bod
3.	Více než 50 let	2 body

(DUNGL, P. a kol. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0550-8)

Příloha č. 3 - Bandážování pahýlu



„Dostupný z: < <http://www.maprotetika.cz/navod.html> >“

Příloha č.4 - Hodnocení bolesti

Kazuistika č. 1

Příjmení, jméno studenta/tkyně: **PODOLNOVÁ VITKA**

Ročník, obor: **III, W**

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Průmyslová 395, tel. 466 670 550

ZÁZNAM HODNOCENÍ BOLESTI

Příjmení, jméno, iniciály: **L.D.**
 Rok narození: *** 1945**
 DG: **Gangrene diabet.pedus i.n.**

DATUM	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6
Hod													
VAS 10													
9													
8													
7													
6													
5													
4													
3													
2													
1													
MEDIKACE - NAZEV, DÁVKA, ČAS, ZPŮSOB APLIKACE	21.12. Abrelgin 1g. 2x štod Parafalgan 100mg i.n. Tymanal 100mg 2x štod												
DATUM	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6
Hod													
VAS 10													
9													
8													
7													
6													
5													
4													
3													
2													
1													
MEDIKACE - NAZEV, DÁVKA, ČAS, ZPŮSOB APLIKACE	22.12. Novalgin 1g 2x štod Parafalgan 100mg i.n.												

Bolest: akutní chronická

Co ji tiší: **Analgikum**

Co ji vyvolává: **Bolest**

Vliv na vznik negat.emocií - jakých: **klauz**

Hodnocení bolesti studentkou/tem: **Pacient udává bolest max na stupni 2-4. Bolest je dlouhá a hluboká. Hlavně do večera. Dělat analgetika nepotřebuje.**

Bolest: akutní chronická

Co ji tiší: **Analgikum**

Co ji vyvolává: **Bolest**

Vliv na vznik negat.emocií - jakých: **klauz**

Hodnocení bolesti studentkou/tem: **Pacient udává hlubokou bolest na stupni VAS na 1-2. Dělat analgetika nepotřebuje.**

Podpůrné prostředky:

RHB: **klauz na 100mg**

úlevová poloha: **.....**

psychoterapie: **.....**

adjuvanti medikace: **.....**

jiné: **.....**

Podpůrné prostředky:

RHB: **RHB na 100mg**

úlevová poloha: **klauz na 100mg**

psychoterapie: **.....**

adjuvanti medikace: **.....**

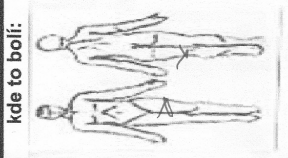
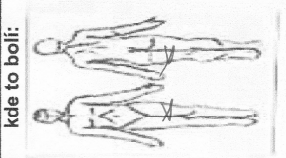
jiné: **.....**

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Průmyslová 395, tel. 466 670 550

Přijetí, jméno studenta/ky: *Alena Frolimová*
 Ročník, obor: *III. / V1*

ZÁZNAM HODNOCENÍ BOLESTI

Přijetí, jméno, iniciály: *A.L.*
 Rok narození: *1945*
 DG: *Gangrena prstu (LIII)*

DATUM	Hod	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6			
	Hod																
	VAS 10																
	9																
	8																
	7																
	6																
	5																
	4																
	3																
	2																
1																	
MEDIKACE - NÁZEV, DÁVKA, ČAS, ZPŮSOB APLIKACE		<i>Tramal 100mg z 6hod</i> <i>Pentelgen 100mg</i>															
Podpůrné prostředky: RHB: <i>12 / 12</i> úlevová poloha: <i>leže</i> psychoterapie: <i>leže</i> adjuvatní medikace: <i>leže</i> jiné: <i>leže</i>		kde to bolí: 		jak to bolí: tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> svíravá <input type="checkbox"/> řezavá <input type="checkbox"/> pulsující <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pálivá <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná <input type="checkbox"/>										kde to bolí: 		Podpůrné prostředky: RHB: <i>12 / 12</i> úlevová poloha: <i>leže</i> psychoterapie: <i>leže</i> adjuvatní medikace: <i>leže</i> jiné: <i>leže</i>	
Bolest: <input checked="" type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická Vnímána: <input checked="" type="checkbox"/> přiměřeně <input type="checkbox"/> zvýšeně - kdy:		Co ji tíší: <i>Analgetikum, lež</i> Co ji vyvolává: <i>12 / 12</i> Vliv na vznik negat. emocí - jakých: <i>žádných</i> Hodnocení bolesti studentkou/tem: <i>Pacient udává bolest ne stupněm VAS 3-5.</i> <i>Podání Pentelgeny d.p.</i> <i>12 / 12 ne léž.</i> <i>oamitid RHB</i>													Bolest: <input checked="" type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická Vnímána: <input checked="" type="checkbox"/> přiměřeně <input type="checkbox"/> zvýšeně - kdy:		
Bolest: <input checked="" type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická Vnímána: <input checked="" type="checkbox"/> přiměřeně <input type="checkbox"/> zvýšeně - kdy:		Co ji tíší: <i>Analgetikum, lež</i> Co ji vyvolává: <i>RHB</i> Vliv na vznik negat. emocí - jakých: <i>žádných</i> Hodnocení bolesti studentkou/tem: <i>Pacient vnímá bolest</i> <i>žádnou další cplivou</i> <i>analgetik nepožaduje.</i>													Bolest: <input checked="" type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická Vnímána: <input checked="" type="checkbox"/> přiměřeně <input type="checkbox"/> zvýšeně - kdy:		
MEDIKACE - NÁZEV, DÁVKA, ČAS, ZPŮSOB APLIKACE		<i>Tramal 100mg z 6hod</i>															

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Průmyslová 395, tel. 466 670 550

Příjmení, jméno, iniciály: L.B.
 Rok narození: *1944
 DG: Gangrene pedis l. sin.

Příjmení, jméno studenta/ky: KOLÁŘKOVÁ
 Ročník, obor: III, VS

ZÁZNAM HODNOCENÍ BOLESTI

DATUM	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6
Hod													
VAS 10													
9													
8													
7													
6													
5													
4													
3													
2													
1													
MEDIKACE - NAZEV, DÁVKY, ČAS, ZPŮSOB APLIKACE	Novalgin 1g i.m. 6hod Morphin 10 i.m. 6hod Morphin 10 i.m. 6hod a.p.												

kde to bolí:

jak to bolí:

tupá
 bodavá
 kolikovitá
 svíravá
 řezavá
 pulsující
 vystřelující
 pálivá
 neurčitá
 jiná

Podpůrné prostředky:
 RHB: ...
 úlevová poloha: ...
 psychoterapie: ...
 adjuvatní medikace: ...
 jiné: ...

Bolest: akutní chronická

Vnímána: přiměřeně zvýšeně - kdy:

Co ji tiší: Analgetika
 Co ji vyvolává: Rýchlost
 Vliv na vznik negat. emocí - jakých: /

Hodnocení bolesti studentkou/tem:
 P hochotní bolest, n. VAS n.
 Myrmi 6. G. Me. neodurovň.
 Novalgin i.m. po 6hod. Morphin
 a.p. Sahn udalec/žé
 Morphin nepotřebuje

DATUM	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6
Hod													
VAS 10													
9													
8													
7													
6													
5													
4													
3													
2													
1													
MEDIKACE - NAZEV, DÁVKY, ČAS, ZPŮSOB APLIKACE	Novalgin 1g i.m. 6hod												

kde to bolí:

jak to bolí:

tupá
 bodavá
 kolikovitá
 svíravá
 řezavá
 pulsující
 vystřelující
 pálivá
 neurčitá
 jiná

Podpůrné prostředky:
 RHB: ...
 úlevová poloha: ...
 psychoterapie: ...
 adjuvatní medikace: ...
 jiné: ...

Bolest: akutní chronická

Vnímána: přiměřeně zvýšeně - kdy:

Co ji tiší: Analgetika
 Co ji vyvolává: Rýchlost
 Vliv na vznik negat. emocí - jakých: /

Hodnocení bolesti studentkou/tem:
 Pacient neocelene bolesti:
 jen po RHB - ventilátoru
 bolest n. Myrmi 2-3.
 Bolest je temene
 podclim Novalginu 6 hod.

Příloha č.5 - Barthelův test

Kazuistika č. 1

Barthelův test základních všedních činností (ADL – Activities of Daily Living)

Jméno pacienta: L.D.

Datum narození pacienta (věk): 65 let

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
5.	Kontinence moči	plně kontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	plně kontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
Celkem			

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**
 ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**
 ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**
 ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

60 bodů

* zaškrtněte jednu z možností

**Barthelův test základních všedních činností
(ADL – Activities of Daily Living)**

Jméno pacienta: *A.K.*

Datum narození pacienta (věk): *67 let*

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	<u>10</u> 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 <u>5</u> 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 <u>0</u>
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	<u>5</u> 0
5.	Kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 <u>5</u> 0
6.	Kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	<u>10</u> 5 0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 <u>0</u>
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 <u>5</u> 0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 <u>5</u> 0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 <u>0</u>
Celkem			

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**
 ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**
 ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**
 ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

45 bodů

* zaškrtněte jednu z možností

**Barthelův test základních všedních činností
(ADL – Activities of Daily Living)**

Jméno pacienta:..... L. B.

Datum narození pacienta (věk): 63 let

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	<u>10</u> 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	<u>10</u> 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	<u>5</u> 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	<u>5</u> 0
5.	Kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	<u>10</u> 5 0
6.	Kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	<u>10</u> 5 0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 <u>5</u> 0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 <u>10</u> 5 0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 <u>5</u> 0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 <u>0</u>
Celkem			

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**
 ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**
 ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**
 ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

70 bodů

* zaškrtněte jednu z možností

Příloha č.6 - Rozšířená stupnice Nortonové

Kazuistika č. 1

Tab. č. 10: Rozšířená stupnice podle Nortonové

Bodů	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění dle odpov. stupně	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	úplná	< 10	normální	žádné	dobry	dobry	chodí	úplná	není
3	malá	< 30	alergie	diabetes, teplota, kachexie	zhoršený	apatický	s doprovodem	částečně omezená	občas
2	částečná	< 60	vlhká	anémie, ucpávání tepen, obezita, karcinom	špatný	zmatený	sedáčka	velmi omezená	převážně moč
1	žádná	> 60	suchá		velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moč + stolice

Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

23

Kazuistika č. 2

Tab. č. 10: Rozšířená stupnice podle Nortonové

Bodů	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění dle odpov. stupně	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	úplná	< 10	normální	žádné	dobry	dobry	chodí	úplná	není
3	malá	< 30	alergie	diabetes, teplota, kachexie	zhoršený	apatický	s doprovodem	částečně omezená	občas
2	částečná	< 60	vlhká	anémie, ucpávání tepen, obezita, karcinom	špatný	zmatený	sedáčka	velmi omezená	převážně moč
1	žádná	> 60	suchá		velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moč + stolice

Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

21

Kazuistika č. 3

Tab. č. 10: Rozšířená stupnice podle Nortonové

Bodů	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění dle odpov. stupně	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	úplná	< 10	normální	žádné	dobrý	dobrý	chodí	úplná	není
3	malá	< 30	alergie	diabetes, teplota, kachexie	zhoršený	apatický	s doprovodem	částečně omezená	občas
2	částečná	< 60	vlhká	anémie, ucpávání tepen, obezita, karcinom	špatný	zmatený	sestačka	velmi omezená	převážně moč
1	žádná	> 60	suchá		velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moč + stolice

Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

24

Příloha č. 7 - Úroveň soběstačnosti dle Gordonové

kategorie	hodnocení
0	plně soběstačný
1	je třeba pomocných prostředků
2	je třeba asistenci a dohledu
3	je třeba asistenci a dohledu a pomocných prostředků
4	závislý, na péči se nepodílí

(MAREČKOVÁ J.; JAROŠOVÁ D. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, 2005. ISBN 80-7368-030-0.)

Příloha č. 8 - Mapa péče

Den hospitalizace		1. den	2. den	3. den
Pooperační den		Před operací (standard. odd.)	0. pooperační den (JIP)	1. pooperační den (JIP)
Vyšetřovací metody		Krevní obraz, biochemie, hemokoagulace	Krevní obraz, biochemie, hemokoagulace	Krevní obraz
		Doppler cév		
		Anesteziologické vyšetření, souhlas s výkonem		
Fyziologické funkce		2x denně (TK, P, TT) SpO2)	Monitorace fyziologických funkcí (TK, P, TT, SpO2)	Monitorace fyziologických funkcí (TK, P, TT, SpO2)
Farmakoterapie	infuze		Glukosa 10% 1000ml + HMR, Glukosa 5% 1000 ml + HMR, 3x Vloulyte 6% 250ml, Ringerfundin 1000ml	Glukosa 10% 1000ml + HMR, Vloulyte 6% 250ml, Ringerfundin 1000ml
	transfuze		2 x EBR	1 x EBR
	ATB		Profylakticky (Augmetin 1,2 g)	Profylakticky (Augmetin 1,2 g)
	analgetika	Dle potřeby (Tramal 100mg p.o.)	Novalgin 1g i.v. po 6ti hod, Perfalgan 100mg po 8hod,	Novalgin 1g i.v. po 6ti hod, Perfalgan 100mg po 8hod,
	ostatní	Chronická medikace, večerní premedikace	Ranní premedikace	Chronická medikace
Invazivní vstupy		PŽK	PŽK	PŽK
		PMK	PMK	PMK
			RD	RD
Operační rána, převaz			Sterilní krytí, RD	Sterilní krytí, bez převazu, RD odvádí
Prevence TEN		Antikoagulans s.c. (Fraxiparine 0,4 ml)	Antikoagulans s.c. (Fraxiparine 0,4 ml)	Antikoagulans s.c. (Fraxiparine 0,4 ml)
Výživa		9	NPO, 0/S	9
P + V tekutin	Příjem per os	2000 ml	500 ml	1500 ml
	Příjem i.v.		3750 ml	2250 ml
	výdej	1500 ml	3000 ml	2500 ml

RHB		Klid na lůžku	Posazování na lůžku
Hygiena	Na lůžku s dopomocí	Na lůžku s dopomocí	Na lůžku s dopomocí
Vyprazdňování	PMK	PMK	PMK
	Na lůžku	Na lůžku	Na lůžku
Riziko vzniku dekubitů (Nortonová)	24 bodů – riziko	19 bodů – riziko	22 bodů – riziko
VAS	4 - 6	6 - 8	4 - 6
Hodnocení soběstačnosti (Barthel)	60 bodů – závislost středního stupně	40 bodů – vysoce závislý	45 – závislost středního stupně

Den hospitalizace		4. den	5. den	6. – 7.den	8. – 10. den
Pooperační den		2. pooperační den (JIP)	3. pooperační den (JIP)	4.-5. poop.den (standard. odd.)	6.-9. poop.den (standrd. odd.)
Vyšetřovací metody		Krevní obraz, biochemické vyšetření	Krevní obraz, biochemické vyšetření	Biochemické vyšetření, hemokoagulace	
Fyziologické funkce		Monitorace fyziologických funkcí (TK, P, TT, SpO2)	Monitorace fyziologických funkcí (TK, P, TT, SpO2)	2x denně (TK, P, TT)	2x denně (TK, P, TT)
Farmakoterapie	infuze	Glukosa 10% 1000ml + HMR, Ringerfundin 1000 ml,	Glukosa 10% 1000ml + HMR,		
	transfuze				
	ATB	Profylakticky	Dle hodnot zánětlivých markerů	Dle hodnot zánětlivých markerů	Dle hodnot zánětlivých markerů
	analgetika	Tramal 100mg i.v. po 6ti hod)	Dle potřeby (Tramal 100mg i.v. po 6ti hod)	Dle potřeby (Tramal 100mg i.v. po 6ti hod)	Dle potřeby (Tramal 100mg i.v. po 6ti hod)
	ostatní	Chronická medikace	Chronická medikace	Chronická medikace	Chronická medikace
Invazivní vstupy		PŽK PMK RD	PŽK PMK RD		
Operační rána, převaz		Sterilní krytí, desinfekce Prontosanem, RD vede	Sterilní krytí, desinfekce Prontosanem, RD ex	Sterilní krytí, desinfekce Prontosanem	Sterilní krytí, desinfekce Prontosanem
Prevence TEN		Antikoagulans s.c. (Fraxiparine 0,4 ml)	Antikoagulans s.c. (Fraxiparine 0,4 ml)	Antikoagulans s.c. (Fraxiparine 0,4 ml)	Dle hodnot hemokoagulace
Výživa		9	9	9	9
P + V tekutin	Příjem per os	2000 ml	2000 ml	2500 ml	2500 ml
	Příjem i.v.	2000 ml	1000 ml		
	Výdej	3400 ml	2500 ml	1500 ml	2000 ml
RHB		Posazování na lůžku, vstávání z lůžka	Posazování na lůžku, vstávání z lůžka	Chůze o berlích, invalidní vozík	Chůze o berlích, invalidní vozík
Hygiena		Na lůžku	Na lůžku	Na lůžku	Na lůžku

	s dopomocí	s dopomocí	s dopomocí	s dopomocí
Vyprazdňování	PMK	Močová lahev	Močová lahev	Močová lahev, WC
	Na lůžku	Na lůžku	Na lůžku	Na lůžku, WC
Riziko vzniku dekubitů (Nortonová)	23 bodů - riziko	23 bodů - riziko	25 bodů - riziko	25 bodů - riziko
VAS	3 - 5	3 - 4	1 - 2	0 - 1
Hodnocení soběstačnosti (Barthel)	50 – závislost středního stupně	60 - závislost středního stupně	70 – lehká závislost	70 – lehká závislost