

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem prostaty

Adéla Matoušová

Bakalářská práce

2012

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Adéla Matoušová**
Osobní číslo: **Z09020**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Ošetřovatelská péče o pacienta s karcinomem prostaty**
Zadávací 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 soudobých poznatků, sběr informací, studium literatury.
2. Stanovení podmínek, metod a cílů práce.
3. Konzultace s vedoucím práce.
4. Vypracování kazuistiky a její zpracování.
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. **KLENER, P. Základy klinické onkologie. 1. vyd. Praha : Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-716-5.**
2. **KLIMENT, J. a kol. Karcinóm prostaty. Martin : Osveta, 2000. ISBN 80-88824-03-6.**
3. **MARKS, S. Rakovina prostaty : rodinný průvodce diagnózou, léčbou a možnostmi přežití. 1. vyd. Praha : Pragma, 1999. ISBN 80-7205-698-0.**
4. **SABRA, R. a kol. Karcinom prostaty do roku 2000. Praha : Maxdorf-Jessenius, 1996. ISBN 80-85800-60-8.**
5. **VORLÍČEK, J. a kol. Klinická onkologie pro sestry. 1. vyd. Praha : GRADA Publishing, 2006. ISBN 80-247-1716-6.**

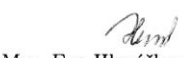
Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Eva Petrásková**
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2012**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 5. března 2012

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.

V Pardubicích dne 30. 4. 2012

Adéla Matoušová

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Evě Petráskové za odborné vedení, poskytnuté rady a připomínky a pomoc při vypracování této práce. Také děkuji personálu urologického oddělení a klientům za jejich ochotu a spolupráci.

Adéla Matoušová

Souhrn

Tématem bakalářské práce je „Ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem prostaty“. Tato práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části se zabývám anatomii a fyziologií prostaty, epidemiologií, etiologií a rizikovými faktory karcinomu prostaty. Dále se věnuji screeningu a patologii rakoviny prostaty, příznaky, diagnostikou a léčbou tohoto onemocnění.

V praktické části jsem vypracovala tři kazuistiky u pacientů po radikální prostatektomii. Dle kazuistik jsem vytvořila ošetrovatelský plán a navrhla mapu péče u pacienta po radikální prostatektomii.

Klíčová slova

prostata, karcinom prostaty, radikální prostatektomie, ošetrovatelská péče

Abstract

The theme of my bachelor's work is „The nursing care for patient with prostate cancer“. It is divided into theoretical and practical part. The theoretical part is about prostate anatomy and physiology, epidemiology, etiology and about carcinoma risk factors. Next I devote to prostate screening and pathology, carcinoma symptoms, diagnostic and its medical treatment. In practical part there are three case histories of patients after radical prostatectomy. According to these case histories I created a nursing plan and suggested a care map for the patients.

Key words

prostate, prostate cancer, radical prostatectomy, nursing care

Obsah:

ÚVOD	9
CÍLE	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Anatomie a fyziologie prostaty	11
1.1 Anatomie prostaty	11
1.2 Fyziologie prostaty	12
2 Epidemiologie karcinomu prostaty	13
3 Etiologie a rizikové faktory karcinomu prostaty	14
3.1 Hormonální vlivy	14
3.2 Genetické vlivy	14
3.3 Životospráva	14
3.4 Životní prostředí	14
4 Screening karcinomu prostaty	15
5 Patologie nádorového onemocnění prostaty	16
5.1 TNM klasifikace	16
5.1.1 Klasifikace nádoru prostaty	16
5.1.2 Stádia onemocnění	17
5.1.3 Histopatologický grading a Gleason skóre	17
6 Klinický obraz	19
7 Diagnostika	20
7.1 Digitální rektální palpce	20
7.2 Prostatický specifický antigen (PSA)	20
7.3 Transrektální ultrasonografie a punkční biopsie	20
7.4 Zobrazovací metody	21
8 Terapie karcinomu prostaty	22
8.1 Odložená léčba	22
8.2 Aktivní léčba	22
8.2.1 Kurativní léčba	23
8.2.2 Paliativní léčba	23
8.3. Radikální prostatektomie (RAPE)	23
8.3.1. Retropubický přístup	23
8.3.2. Perineální přístup	24
8.3.3 Laparoskopický přístup	24
8.3.4 Komplikace operace	24
8.4 Radioterapie	26
8.4.1 Zevní ozařování	26
8.4.2 Brachyradioterapie	26
8.4.3 Komplikace radioterapie	27
8.4.4 Příprava pacienta před radioterapií	27
8.4.5 V průběhu ozařování	28
8.5 Hormonální terapie	28
8.5.1 Orchiektomie	28
8.5.2 Medikamentózní léčba	28
8.5.3 Totální androgenní blokáda	29
8.5.4 Nežádoucí účinky	29
8.6 Chemoterapie	30
8.6.1 Nežádoucí účinky	30
8.7 Kryoterapie	30
PRAKTICKÁ ČÁST	31
1 Metodika	31
2 Ošetřovatelský proces	32
2.1 Fáze ošetřovatelského procesu	32
2.1.1 První fáze – posouzení	32

2.1.2 Druhá fáze – diagnostika	32
2.1.3 Třetí fáze – plánování	33
2.1.4 Čtvrtá fáze – realizace	33
2.1.5 Pátá fáze – vyhodnocení	33
3 Kazuistika č. 1	34
3.1 Průběh hospitalizace.....	35
3.2 Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách.....	38
3.3 Plán ošetrovatelské péče – ošetrovatelské diagnózy	40
4 Kazuistika č. 2.....	46
4.1 Průběh hospitalizace.....	46
4.2 Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách.....	50
4.3 Plán ošetrovatelské péče – ošetrovatelské diagnózy	52
5 Kazuistika č. 3.....	54
5.1 Průběh hospitalizace.....	54
5.2 Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách.....	59
5.3 Plán ošetrovatelské péče – ošetrovatelské diagnózy	61
DISKUZE.....	62
ZÁVĚR	63
Soupis bibliografických citací.....	64
Seznam použitých zkratk.....	66
Seznam příloh	67

ÚVOD

Karcinom prostaty je jedním z nejčastěji diagnostikovaných zhoubných nádorů u mužů a jeho výskyt neustále stoupá. Přes vysoký nárůst počtu nově zjištěných onemocnění, počet úmrtí na tuto nemoc naštěstí nestoupá, naopak se mírně snižuje. Pokroky při screeningových vyšetřeních umožňují karcinom diagnostikovat u mužů v nižším věku a převážně v časných stádiích. V tomto stádiu je možná radikální terapie a pacienti tak mají šanci na úplné uzdravení.

Ve své práci se zabývám ošetrovatelskou péčí o pacienta s karcinomem prostaty. Zaměřila jsem se především na pacienty s lokalizovaným karcinomem, kteří jsou přijati na urologické oddělení k radikální prostatektomii.

Karcinom prostaty byl diagnostikován i několika mým známým, proto mě toto téma zaujalo a vybrala jsem si ho, abych se dozvěděla více o této nemoci, možnostech a komplikacích její léčby.

CÍLE

Cílem práce bylo popsat problematiku karcinomu prostaty, vyšetření a léčbu tohoto onemocnění.

Dalším cílem bylo vypracovat ošetrovatelský proces u pacientů po radikální prostatektomii, zpracovat ošetrovatelský plán a navrhnout mapu ošetrovatelské péče u pacientů po této operaci.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Anatomie a fyziologie prostaty

1.1 Anatomie prostaty

Prostata – žláza předstojná je přídatná pohlavní žláza muže. Je uložena kolem počátku močové trubice, pod močovým měchýřem. Prostata má tvar komolého, mírně oploštěného kužele, obráceného bází vzhůru k močovému měchýři. Báze prostaty těsně přiléhá k močovému měchýři a vtlačuje se do ní krček močového měchýře (cervix vesicae). Hrot (apex) prostaty míří dopředu dolů k diaphragma urogenitale. Od báze k hrotu blíže přední straně prostaty probíhá močová trubice (urethra) a dělí tak žlázu na přední menší (preuretrální) část a zadní větší (retrouretrální) část. Prostata je složena z třiceti až padesáti tuboalveolárních žláz, které jsou zanořeny ve stromatu. Stroma se skládá z hladké svaloviny a vaziva. Hmotnost prostaty je asi dvacet gramů.

Povrch žlázy je tvořen vazivovým obalem (capsula prostatica) složeném ze dvou vrstev vaziva. První vrstva je pevně srostlá s vazivem a hladkou svalovinou prostaty. Druhá vrstva je husté vazivo, které zvenčí obaluje prostatu, poutá prostatu k okolí a představuje viscerální list pánevní fascie.

Z anatomického hlediska dělíme prostatu na laloky. Pravý lalok (lobus dexter) a levý lalok (lobus sinister) jsou postranní úseky. Střední lalok (lobus medius) uložený v hloubce za urethrou. Úžina prostaty (isthmus prostaticae) je střední část vpředu před urethrou mezi pravým a levým lalokem. Isthmus je složen jen z vaziva a svaloviny, neobsahuje žádné žlázy.

Z praktického hlediska se prostata člení na žlázové zóny. Zóna periuretrální obsahuje slizniční žlázy a obléhá těsně močovou trubici v horních dvou třetinách prostaty. Vnitřní zóna je uložena za periuretrální zónou a obsahuje submukózní žlázy. Vnější zóna obsahuje hlavní žlázy, které obklopují ze stran a zezadu vnitřní zónu.

Epitel tuboalveolárních žláz je jednořadý až víceřadý s plochými až vysokými cylindrickými buňkami. Tvar buňky závisí na sekreční a hormonální aktivitě a na stáří muže. Vysoké cylindrické buňky jsou vlastními činnými buňkami.

Žlázy prostaty ústí do prostatické části močové trubice 15-30 otvory (ductuli prostatici) umístěnými na zadní straně močové trubice.

Arteriální zásobení prostaty zezadu a ze strany vychází z arteria rectalis media a arteria vesicalis inferior a zdola a zředu z větve arteria pudenda interna. Žíly vytvářejí pleteň (plexus venosus prostaticus) na povrchu žlázy. Pleteň se spojuje s plexus venosus vesicalis a krev odtéká cestou venae vesicales do vena iliaca interna.

Mízní cévy odcházejí podél krevních cév do nodi iliaci externi et interni a přes mízní cévy rekta do nodi sacrales. Inervace prostaty je z míšních segmentů S3 a S4 cestou plexus hypogastricus inferior (Čihák, 2002, Weiss, 2010).

1.2 Fyziologie prostaty

Prostata produkuje tekutý, bezbarvý sekret, který tvoří 15-30 % objemu ejakulátu. Sekret obsahuje zinek, kyselinu citronovou, spermin a spermidin, prostaglandiny, imunoglobuliny, kyselou fosfatázu a proteázy. Zinek ovlivňuje metabolismus testosteronu v prostatě, ten se ve stromatu mění na účinnější dihydrotestosteron, který ovlivňuje stroma a žlázové buňky a udržuje prostatu v činnosti. Kyselina citronová má funkci pufru, prostaglandiny stimulují svalovinu dělohy a přispívají k pohybu spermií. Spermin ovlivňuje motilitu spermií a schopnost oplození vajíčka a proteázy způsobují řidnutí ejakulátu. Sekret také neutralizuje kyselou reakci poševní sliznice (Čihák, 2002, Dylevský, 2009, Weiss, 2010).

2 Epidemiologie karcinomu prostaty

Karcinom prostaty se vyskytuje převážně u mužů nad 50. let a je nejčastějším zhoubným nádorem urogenitálního systému. Kolem 80 % karcinomů prostaty je však diagnostikováno mužům ve věku 65 let a starším. Pravděpodobnost vzniku u mužů mladších 39 let je asi 1 : 10 000, ve věku 40 – 59 let 1 : 55 a u mužů nad 60 let 1 : 7,1. Výskyt karcinomu předstojné žlázy trvale stoupá, díky demografickému stárnutí populace.

Nejvyšší incidence karcinomu prostaty je v USA, naopak nejnižší výskyt je v asijských zemích, zejména v Číně. Nejvíce se vyskytuje u negroidní rasy, méně u europoidní a nejméně jsou postiženi lidé mongoloidní rasy. V průmyslově vyspělých zemích je prevalence karcinomu třikrát vyšší než v rozvojových zemích. Na této odlišnosti se podílí řada faktorů – vliv životního prostředí, životospráva, dostupnost diagnostických a léčebných postupů a nepřesnost statistických údajů (v rozvojových zemích neexistují onkologické registry, které jsou zdrojem přesných dat). Od zavedení PSA a screeningových vyšetření a včasné diagnostice onemocnění se zvýšil výskyt lokalizovaných nádorů a naopak se snížil výskyt metastatických karcinomů a úmrtí na tuto nemoc.

V Evropské unii je každoročně zjištěno asi 85 000 nových zhoubných novotvarů prostaty. Česká republika patří mezi státy s průměrným výskytem (Dvořáček, 2005, Kawaciuk, 2009 Vorlíček, 2006).

V roce 2001 bylo v České republice hlášeno 3 111 nových zhoubných onemocnění prostaty. Od roku 2005 je karcinom prostaty nejčastěji diagnostikovaným onkologickým onemocněním mužů (s výjimkou dg. C44 – jiný zhoubný novotvar kůže). V tomto roce bylo nahlášeno 4 846 případů. V roce 2009 počet vzrostl až na 6 154 onemocnění (viz příloha A). Statistiky z let 2010 a 2011 ještě nejsou zpracovány (ÚZIS, 2004, ÚZIS, 2008, ÚZIS, 2012).

3 Etiologie a rizikové faktory karcinomu prostaty

Etiologie karcinomu prostaty není přesně známá. Vznik karcinomu prostaty ovlivňují četné rizikové faktory, jako jsou věk, rasová příslušnost, hormonální a genetické vlivy, životospráva a faktory životního prostředí (Dvořáček, 2005, Kliment, 2000).

3.1 Hormonální vlivy

Androgeny mají zásadní vliv pro normální růst a funkci prostaty, ale i pro vznik karcinomu. Růst a normální funkce prostatického epitelu jsou závislé na testosteronu. Studie naznačují, že vysoký plazmatický poměr testosteronu a nízká hladina estrogenu jsou spojeny se středním až vysokým rizikem vzniku karcinomu. Převážná většina karcinomů je hormonálně závislých a potlačením androgenů může i regredovat, asi 20% pokročilých nádorů na hormonální léčbu nereaguje (Dvořáček, 2005, Kawaciuk, 2009).

3.2 Genetické vlivy

Familiární karcinom prostaty představuje vysoké riziko pro přímé příbuzné mužů s karcinomem předstojné žlázy. Familiární karcinom znamená zvýšený výskyt nádoru u mužů jedné rodiny. Riziko se zvyšuje s počtem postižených příbuzných. Muži s jedním příbuzným s karcinomem předstojné žlázy mají dvakrát vyšší riziko a muži s více příbuznými riziko pět až desetinásobné. Předpokládá se, že přibližně 10 % karcinomů má familiární podklad (Dvořáček, 2005, Kawaciuk, 2009, Sabra, 1996).

3.3 Životospráva

Rizikem pro vznik karcinomu je zvýšená konzumace živočišných tuků a červeného masa a kouření tabákových výrobků.

Naopak riziko snižuje konzumace ovoce a zeleniny (hlavně rajčat), sóji a jejích produktů a zeleného čaje, které mají antioxidační a antikancerogenní účinky. Dalšími antioxidanty jsou vitamín E a selen (Kawaciuk, 2009, Kliment, 2000).

3.4 Životní prostředí

Rizikový faktor představuje možný kontakt s kadmíem, izotopy kobaltu, železa, chromu, zinku, rtuť, radioaktivními materiály, herbicidy a pesticidy (Dvořáček, 2005, Kawaciuk, 2009 Kliment, 2000).

4 Screening karcinomu prostaty

Screening je vyšetřování a použití diagnostických testů k vyhledávání rizikových nebo nemocných osob bez příznaků nemoci u předem určené skupiny lidí.

Při screeningovém vyšetření je možné zachytit karcinom prostaty v časném stádiu. Dle doporučení ACS (Americká společnost rakoviny) by se mělo provádět screeningové vyšetření po 50. roce věku jednou ročně. Screening u mužů s vysokým rizikem (příbuzný s karcinomem, nebo muži černé pleti) se doporučuje od 45 let a u mužů s velmi vysokým rizikem (několik příbuzných s karcinomem v mladém věku) od 40 let každý rok.

U karcinomu prostaty se provádí odběr krve na prostatický specifický antigen (PSA) a palpační vyšetření prostaty per rectum. Vyšetření provádí obvodní lékař nebo urolog (Adam, 2011, Dvořáček, 2005).

5 Patologie nádorového onemocnění prostaty

Nejčastějším maligním nádorem prostaty je adenokarcinom tuboalveolárního (kanálkového) nebo acinózního (lalůčkového) původu. Více než 70 % karcinomů vyrůstá z periferní zóny prostaty, 15-20 % pochází ze zóny centrální a 10-15 % je ze zóny přechodné. Kromě adenokarcinomu se pak vzácně objevuje malobuněčný karcinom, dlaždicobuněčný karcinom a intraduktální karcinom.

Ve většině případů nádor roste velmi pomalu, i několik let, nakonec se však růst zrychluje. Začíná jako malá změna v několika buňkách a během let se svazek postupně zvětšuje.

Extraprostatické šíření karcinomu je nejčastější přes bázi prostaty s růstem do měkké tkáně podél semenných váčků, méně často se nádor šíří k rektu a vzácně do ductus ejaculatorius. Karcinom nejčastěji metastazuje do pánevních lymfatických uzlin, dále pak do kostí a plic. Méně časté je šíření do močového měchýře, jater a nadledvin (Dvořáček 2005, Kawaciuk, 2011, Marks, 1999).

5.1 TNM klasifikace

K určení rozsahu onemocnění (staging) se využívá TNM klasifikace zhoubných novotvarů. Klinická klasifikace – nálezy jsou získány na podkladě klinických vyšetření, zobrazovacích metod a biopsie. Patologická klasifikace – pooperační klasifikace. TNM klasifikace napomáhá při plánování léčby a umožňuje částečné určení prognózy. Hodnotí se tři složky: T určuje rozsah primárního nádoru, N označuje přítomnost nebo nepřítomnost metastáz v regionálních uzlinách a M určuje přítomnost nebo nepřítomnost vzdálených metastáz. Pro každý orgán je rozepsána specifická klasifikace (Dvořáček, 2005, Gospodarowicz a kol., 2011).

5.1.1 Klasifikace nádoru prostaty

Klasifikace se používá se jen při adenokarcinomu.

Tx – nelze hodnotit primární nádor

T0 – nejsou známky primárního nádoru

T1 – klinicky není zjištěn nádor

T1a – nádor je zjištěný náhodně histologicky v 5 % a méně resekované tkáně

T1b – nádor je zjištěný náhodně histologicky ve více než 5 %

T1c – nádor je zjištěný při punkční biopsii, prováděné při zvýšení PSA

T2 – nádor je omezen na prostatu, nešíří se přes pouzdro prostaty

T2a – nádor se vyskytuje v polovině jednoho laloku nebo méně
T2b – nádor se vyskytuje ve více než polovině jednoho laloku
T2c – nádor se vyskytuje v obou lalocích
T3 – nádor je rozšířen přes pouzdro prostaty
T3a – šíření extrakapsulární s postižením hrdla močového měchýře
T3b – nádor se šíří do semenných váčků
T4 – postižení okolních struktur (zevní svěrač, rektum, pánevní stěna)
NX – nelze hodnotit regionální uzliny
N0 – nejsou postiženy regionální uzliny
N1 – jsou přítomny metastázy v uzlinách
MX – nelze hodnotit regionální uzliny
M0 – nejsou přítomny vzdálené metastázy
M1 – přítomny vzdálené metastázy
M1a – postižení uzlin, jiných než regionálních
M1b – metastázy v kostech
M1c – jiná lokalizace vzdálených metastáz

5.1.2 Stádia onemocnění

Podle TNM klasifikace můžeme rozdělit rozsah onemocnění do čtyř stádií.

Stadium I - zahrnuje T1, T2a bez postižení uzlin a bez metastáz.

Stadium II - zahrnuje T2b, T2c bez postižení uzlin a bez metastáz.

Stadium III - zahrnuje T3 bez postižení uzlin a bez metastáz.

Stadium IV - zahrnuje T4 bez postižení uzlin a bez metastáz, jakékoliv T s postižením uzlin a bez metastáz, jakékoli T s postižením uzlin a vzdálenými metastázami.

5.1.3 Histopatologický grading a Gleason skóre

Histopatologický grading určuje stupeň diferenciacie nádoru.

GX – nelze hodnotit stupeň diferenciacie

G1 – dobře diferencovaný karcinom – lehká anaplazie (Gleason skóre 2-4)

G2 – středně diferencovaný – střední anaplazie (Gleason skóre 5-6)

G3-4 – nízce diferencovaný/nediferencovaný – výrazná anaplazie (Gleason skóre 7-10)

Gleason skóre (GS) je nejčastější používanou patologicko-anatomickou klasifikací. Hodnotí se architektonické uspořádání nádorových žlázek prostaty, hodnocení od 1-5. Nádorové

buňky podobné buňkám zdravým mají nízké GS, naopak více agresivní buňky mají vyšší hodnotu. Patolog stanovuje GS nejprve ze vzorku buněk, které představují většinu nádoru a poté ze vzorku, která představuje menšinu. Obě čísla se sčítají. Čím je hodnota GS vyšší, tím je nádor agresivnější (Dvořáček, 2005, Gospodarowicz a kol., 2011, Kawaciuk 2011).

6 Klinický obraz

V časném stádiu je nádor asymptomatický, v pozdějším stádiu se pak projevuje různými příznaky. Jsou to příznaky způsobené obstrukcí, a to oslabení proudu, zpomalené močení, nucení na močení, bolestivé a časté močení, nykturie, urgentní inkontinence, retence moči, nebo infekci močových cest s následnou hematurií. Poté příznaky způsobené prorůstáním nádoru do okolních tkání, jako je inkontinence moči, bolesti v podbřišku, impotenci, krev ve spermatu nebo obtíže při defekaci z důvodu útlaku rekta. Dále pak příznaky způsobené metastázami. Při metastázách v kostech se nemoc projeví bolestmi především kostí pánve, stehenních kostí a bederní páteře. Při metastázách na plicích to může být dušnost, kašel a plicní infekce (Kawaciuk, 2009, Marks, 1999, Vorlíček, 2006).

7 Diagnostika

Základním vyšetřením při diagnostice karcinomu prostaty je digitální rektální palpce a stanovení hodnoty prostatického specifického antigenu.

7.1 Digitální rektální palpce

Digitální rektální palpce se provádí vleže na levém boku, nebo ve stoje v předklonu s mírně pokrčenými nohama v kolenou. Prstem se přes konečník vyšetří celý zadní povrch prostaty (viz příloha B). Při normálním nálezu nahmatáme elastickou žlázu složenou ze dvou laloků oddělených rýhou. Zdravá prostata je nebolestivá, hladká a dobře ohraničená. Při karcinomu v časném stádium je na prostatě hmatný tvrdý, izolovaný, nejasně ohraničený uzel. Při progresi karcinomu je žláza asymetrická, tvrdá a nádor může prorůstat přes pouzdro prostaty do okolních tkání. V případě patologického nálezu na prostatě při palpaci následuje transrektální ultrasonografie (TRUS) a punkční biopsie (Kliment, 2000, Vorlíček, 2006).

7.2 Prostatický specifický antigen (PSA)

PSA se stanovuje v odebrané žilní krvi. PSA je glykoprotein vylučován epitelovými buňkami prostaty. Normální hodnoty v séru jsou nižší než 4 ng/ml, mírně zvýšené hodnoty od 4,1 – 10,0 ng/ml a patologické hodnoty jsou nad hodnotu 10,1 ng/ml. PSA může být zvýšeno i při benigní hyperplazii prostaty, ale může být i v rozmezí normálních hodnot při karcinomu. Jsou proto důležitá i další vyšetření. PSA je využíván pro screening, diagnostiku a pro monitorování léčby (Adam, 2011, Kliment, 2000).

7.3 Transrektální ultrasonografie a punkční biopsie

Transrektální ultrasonografie se provádí rektální sondou a zobrazuje celou tkáň prostaty. Umožňuje posoudit strukturu žlázy, její ohraničení, stav semenných váčků a změření objemu a rozměrů prostaty. TRUS a punkční biopsie se provádí na základě palpačního nálezu na prostatě a zvýšených hodnot PSA. Vzorek tkáně se odebírá pomocí bioptického odběrového systému – bioptické pistole pod transrektální sonografickou kontrolou (viz příloha B). Odběr se provádí vleže na levém boku transrektálně nebo perianálně. Na znecitlivění se používá Mesocain gel. Odebírá se několik vzorků ze změněné tkáně, které se odesílají na patologii k histologickému vyšetření. Před a po výkonu se preventivně podává chemoterapeutikum (Biseptol). Po vyšetření se mohou objevit komplikace jako krev v moči a stolici, infekce

močových cest, absces prostaty a zánět nadvarlat. Vyšetření se provádí ambulantně nebo za jednodenní hospitalizace (Adam, 2011, Sochorová a kol., 2010, Kliment, 2000).

7.4 Zobrazovací metody

Při průkazu karcinomu prostaty při histologickém vyšetření se dále provádí CT malé pánve ke zjištění přítomnosti nebo nepřítomnosti metastáz v regionálních uzlinách a scintigrafie skeletu ke zjištění vzdálených kostních metastáz. Také se provádí ultrazvukové (UZ) vyšetření ledvin ke zjištění městnání v ledvinách a rentgenový (RTG) snímek plic k vyloučení metastáz na plicích (Adam, 2011, Vorlíček, 2006).

8 Terapie karcinomu prostaty

Léčba karcinomu prostaty není univerzální, každý nádor je jedinečný a vyžaduje individuální přístup. Léčba a prognóza je závislá na stupni pokročilosti onemocnění.

Léčebný postup se vybírá dle histologie, hodnoty PSA, věku, celkového stavu nemocného a jeho předpokládané délky přežití a hlavně podle pacientova přání.

Z hlediska léčby dělíme karcinom na:

lokalizovaný karcinom (T1-2, N0, M0),

lokálně pokročilý karcinom (T3-4, N0, M0 nebo T3-4, N1, M0),

generalizovaný karcinom (M1),

recidivující karcinom (po definitivní léčbě),

hormon-independentní (rezistentní) karcinom.

Existují dvě možnosti, jak z léčebného hlediska přistupovat ke karcinomu prostaty – odložená léčba nebo aktivní léčba (Dvořáček, 2005, Kawaciuk, 2009, Vorlíček, 2005).

8.1 Odložená léčba

Odložená léčba je nejjednodušší a nejpřijatelnější pro pacienta. Vychází ze skutečnosti, že se, ve většině případů, karcinom vyvíjí velice pomalu (10 – 15 let). Pacient se intenzivně monitoruje. Tento způsob léčby se realizuje u starých a jinak závažněji nemocných mužů, kdy je očekávaná doba přežití kratší než doba, za kterou lze předpokládat, že se nádor projeví a ohrozí pacienta na životě. Sledování se volí u nemocných s karcinomem T1a a Gleason skóre do 4, starších 70 let, jejichž předpokládané přežití je méně než 10 let. Při objevení biochemické (PSA) nebo klinické progresse se ihned zahajuje radikální léčba (Dvořáček, 2005, Kawaciuk, 2009, Kliment, 2000).

8.2 Aktivní léčba

Aktivní léčbu dělíme na kurativní (lokální, definitivní) a paliativní.

Šanci na úplné vyléčení mají pouze muži, u nichž byl nádor odhalen v časných stádiích a je lokalizován pouze v prostatě. U mužů s karcinomem v časném stádiu se používá radikální způsob léčby odstraněním nebo zničením celého nádoru. Pokud nádor přeroste hranice prostaty, jedná se podle stupně progresse o lokálně pokročilý nebo metastatický karcinom, při tomto postižení se užívá paliativní terapie, která má jen dočasný efekt (Dvořáček, 2005, Kawaciuk, 2009, Vorlíček, 2006).

8.2.1 Kurativní léčba

Tato léčba zahrnuje radikální prostatektomii, zevní radioterapii, brachyterapii (vnitřní ozařování) a výjimečně kryoterapii. Nejčastějším a nejlepším způsobem je radikální prostatektomie. Kurativní léčebné postupy lze navzájem kombinovat a popřípadě doplnit hormonální terapií (Dvořáček, 2005, Kawaciuk, 2009, Marks, 1999).

8.2.2 Paliativní léčba

Paliativní léčba se užívá při pokročilém karcinomu, má jen dočasný efekt a zahrnuje hormonální terapii (androgenní blokádu, sekundární hormonální léčbu), radioterapii a chemoterapii nebo jejich kombinaci (Dvořáček, 2005).

8.3. Radikální prostatektomie (RAPE)

Radikální prostatektomie je nejstarší metodou léčby karcinomu předstojné žlázy. Do klinické praxe byla zavedena roku 1905. Tento zákrok je indikován u pacientů s lokalizovaným nádorem, kteří mají předpokládané přežití více než 10 let. Prostatektomie se provádí více způsoby, nejvíce se využívá retropubický přístup, dále je přístup perineální a nově se provádí prostatektomie laparoskopicky.

Radikální prostatektomie je odstranění celé prostaty včetně kapsuly a semenných váčků a popřípadě uzlin. Po odstranění prostaty zůstává na spodní části močového měchýře malý otvor. Na močovou trubici a hrdlo močového měchýře jsou aplikovány stehy, do močového měchýře je zaveden silikonový katétr, stehy se stáhnou a na hrdlo močového měchýře se přišije zbylá část močové trubice. Operace může trvat 2 – 4 hodiny. Před vytažením katétru (různě dlouho zavedený při jednotlivých přístupech) se provádí cystografie pro odhalení netěsnosti anastomózy – spojení hrdla a močové trubice (Brodžák a kol., 2011, Dvořáček, 2005, Kliment, 2000, Marks, 1999).

8.3.1. Retropubický přístup

Retropubický přístup je nejpoužívanějším způsobem při radikální prostatektomii. Operuje se v celkové anestezii. Řez začíná těsně pod pupkem a je veden k symfýze. Chirurg odkryje a zkontroluje lymfatické uzliny, ty se odstraní v případě, že jsou pochybnosti o tom, zda je karcinom ohraničený pouze na prostatu, nebo z dostupných vyšetření nebylo možno jednoznačně určit, zda větší nádor (T2) nepřestupuje pouzdro anebo netvoří metastázy v pánevních uzlinách. V těchto případech se provede lymfadenektomie s rychlým provedením

biopsie a poté se odstraní i samotná prostata. Uzliny se nemusí odstraňovat u pacientů, kdy výsledek biopsie ukazuje rakovinu nízkého stupně, PSA je nižší než 10 ng/l a GS nižší než 6.

Poloha při retropubické prostatektomii je hyperextenze a mírná Trandelenburgova poloha, kdy je nejvýše položená pánev. Při této operaci se může použít technika šetřící nervy, kdy se nepoškodí nervy zodpovědné za erekci penisu. Rizikem je možnost postižení nervů rakovinnými buňkami, doporučuje se tedy ponechat nervy na opačné straně, než se vyskytuje rakovina. Návrat erekce může trvat 12 – 18 měsíců. Při této operaci je možné odstranit katétr nejdříve osmý den po operaci a mobilizace pacienta až druhý pooperační den (Dvořáček, Kawaciuk, 2009, Marks, 1999, Vorlíček, 2006).

8.3.2. Perineální přístup

Při perineálním přístupu se vede polokruhový řez pod šourkem před konečníkem, pacient je při tomto způsobu v poloze vysoké litotomické polohy. Operuje se v celkové nebo svodné anestezii. Tento přístup je méně traumatizující pro tělo, je rychlejší zotavování a menší bolesti po operaci. Je vhodný pro velmi obézní muže. Mobilizace pacienta a přijímání normální stravy lze již první pooperační den. Propuštění z nemocnice je možné po třech dnech a vytažení katétru již pátý pooperační den.

Hlavní nevýhodou je nemožnost provést pánevní lymfadenektomii, tato operace se tedy provádí u pacientů s nádorem T1 a T2 (N0, M0) a PSA menší než 10 ng/l. Perineální přístup komplikuje i techniku šetřící nervy (Dvořáček, 2005, Marks, 1999).

8.3.3 Laparoskopický přístup

Při laparoskopickém přístupu se do břišní dutiny zavádí pět trokarů, přes které se operace provádí. Poloha je stejná jako při retropubickém přístupu. Při této operaci je především menší krevní ztráta (300 - 600 ml), anastomóza je kvalitní a katétr se může odstranit za 5 – 7 dnů. Při laparoskopii lze využít techniku šetřící nervy, ale není možné provést lymfadenektomii (Brod'ák a kol., 2011, Dvořáček, 2005, Kawaciuk, 2009).

8.3.4 Komplikace operace

Komplikace při operaci souvisejí s technikou a náročností operace a omezenou přehledností operačního pole. Častou komplikací je krvácení, z důvodu velkého množství cév v prostatě i jejím okolí. Při krvácení je nutno co nejrychlejší ošetření, jelikož hrozí velká krevní ztráta. V případě velkého krvácení je třeba dostatečné hrazení krevních ztrát.

Dalšími komplikacemi jsou roztržení rektální stěny, protětí nervus obturatorius a následné motorické a senzitivní postižení stehna.

Mezi pooperační komplikace patří stresová inkontinence, erektilní dysfunkce, striktura hrdla močového měchýře, hluboká žilní trombóza a plicní embolie a zánět močového ústrojí (Dvořáček, 2005, Kawaciuk, 2009, Marks, 1999).

8.3.4.1 Stresová inkontinence

Stresová inkontinence je lehký únik moči a po radikální prostatektomii se v časném období vyskytuje u většiny pacientů. Obvykle moč uniká jen při stresových podnětech, jako například smích, kašel, prudký pohyb apod. Přibližně 10 – 25 % pacientů nosí až několik měsíců po operaci vložky. Zlepšení lze dosáhnout během několika týdnů nebo měsíců posilováním svaloviny pánevního dna. Jen asi u 3 % pacientů je inkontinence významná a řeší se implantací umělého svěrače (Dvořáček, 2005, Kawaciuk, 2009).

8.3.4.2 Erekttilní dysfunkce

Erekttilní dysfunkce je neschopnost dosáhnout nebo udržet erekci, dostačující pro pohlavní styk. Porucha erektilní funkce je důsledkem poranění neurovaskulárních svazků přiléhajících k prostatě. Při zachování obou neurovaskulárních svazků je impotentních asi jen 30 % nemocných, při zachování jednoho svazku je impotentních asi 55 %. Horší erektilní funkce před operací inklinuje k dalšímu zhoršení erektilní funkce po zákroku. Vzhledem k věku pacientů nebývá tato komplikace hodnocena jako zásadní, je však nutno situaci s pacientem řešit. Pro sexuálně aktivní pacienty může ztráta erekce vést k výraznému zhoršení kvality života. Erekttilní funkci lze ovlivnit medikamentózně, vakuovým zařízením nebo implantací penilní protézy (Chazmin a kol., 2011, Kawaciuk, 2009, Vorlíček, 2006).

8.3.4.3 Striktura hrdla

Strikturu způsobuje zjizvená tkáň, která se tvoří na hrdle v místě anastomózy. Striktura hrdla se vyskytuje především u pacientů po předchozí transuretrální prostatektomii (TURP), při nadměrném krvácení při operaci a pooperačním úniku moče z anastomózy. Projevuje se postupně slábnoucím proudem moče, výjimečně trpí nemocní retencí moče. Řešením je opatrné naříznutí anastomózy, nebo jizevnatou tkáň odstranit transuretrální resekci (Kawaciuk, 2009, Marks, 1999).

8.4 Radioterapie

Radioterapie je konzervativní alternativou RAPE u lokalizovaného karcinomu a paliativní léčbou u pokročilého karcinomu. Radioterapie je léčba ionizujícím zářením. Dělí se dle polohy zdroje záření na zevní radioterapii (teleterapii) a vnější ozáření (brachyradioterapii). Obě metody se používají samostatně nebo se v některých případech mohou kombinovat. Výběr se řídí dle klinického stádia tumoru, stavu pacienta, jeho přání a dostupnosti léčebných modalit (Adam, 2011, Dvořáček, 2006, Klener, 2011).

8.4.1 Zevní ozařování

U zevní terapie je záření mimo tělo pacienta ve vzdálenosti asi 80 – 100 cm. Záření je zaměřeno do oblasti nádoru. Používá se konformní radioterapie, radioterapie modulovanou intenzitou paprsku (IMRT) a radioterapie těžkými částicemi. Při teleterapii se užívají lineární urychlovače. Účinná dávka pohybuje okolo 70 – 80 Gy.

Léčba je plánovaná pomocí CT simulátoru – zobrazení pacienta ve vysoké kvalitě. Při CT se zakreslí cílové struktury, provede se výpočet a verifikace před zahájením léčby.

Cílem konformní radioterapie je záření přizpůsobené tvaru léčené prostaty a omezení ozáření a poškození zdravých okolních tkání, umožňuje podání vyšší dávky záření.

Radioterapie modulovanou intenzitou paprsku (IMRT) je pokročilejší formou konformního záření a je nejpoužívanější metodou ozařování. Na rozdíl od konformního ozáření je upravena intenzita svazku záření. Pomocí této techniky je možno ozařovat geometricky složitější nádory a umožňuje ozáření s rozdílným rozložením dávky v cílovém orgánu. Během vlastního záření je kontrolována modulace intenzity a rozložení paprsku počítačem. Při využití této techniky je kladen důraz na zajištění fixní polohy pacienta při plánování léčby a ozařování. U tohoto způsobu je menší procento závažných komplikací v okolních tkáních.

Radioterapie těžkými částicemi využívá neutronového a protonového záření. Svou vyšší ionizací působí větší destrukci tkání (Adam, 2011, Dvořáček, 2005, Kawaciuk, 2009).

8.4.2 Brachyradioterapie

Při brachyterapii je zdroj záření zaveden do lůžka nádoru. Do prostaty se perineálním přístupem implantují radioaktivní zrna (jod, paladium, iridium). Moderní technika umožňuje trojrozměrné zobrazení prostaty s analytickým programem vyhodnocujícím dávku záření. Je možné katétr s radioaktivní látkou sledovat peroperačně a zavést jej na ideální místo.

Zavádění se provádí v poloze na zádech se zvednutýma nohama (Adam, 2011, Dvořáček, 2005, Kawaciuk, 2009, Vorlíček, 2006).

8.4.3 Komplikace radioterapie

Nežádoucí účinky jsou ovlivněny délkou trvání radioterapie, dávkou záření, objemem ozářené zdravé tkáně a její tolerance, věkem a individuální citlivostí pacienta. Podle rozsahu se nežádoucí účinky radioterapie dělí na systémové a místní. Mezi systémové patří únava, nechutenství, nevolnost, zvracení a psychické změny. Lokální změny jsou omezeny na ozařovanou oblast. Dále dělíme komplikace na akutní, chronické a velmi pozdní.

Akutní nežádoucí účinky se projevují již během radioterapie nebo bezprostředně po jejím skončení a do tří měsíců po ukončení odeznívají. Patří k nim kožní problémy (radiodermatitida) – zarudnutí, mokvání, olupování kůže, pálení a svědění kůže, ztráta ochlupení, dále průjmy, nucení na stolicí, enteroragie, urgentní močení až inkontinence moči a nykturie.

Chronické změny jsou nevratné, vyvíjejí se 3 – 18 měsíců od ukončení léčby. Nejčastěji je to postradiační proktitida (projevy krvácení z rekta a nucení na stolicí), změna pigmentace, suchá kůže, podkožní otok, řídnutí ozařovaných kostí, chronický průjem. Vzácně se může objevit chronická cystitida a snížení počtu spermií.

Velmi pozdní nežádoucí účinky se objevují za 5 – 15 let, jedná se především o vznik sekundárních malignit (Adam, 2011, Klener, 2011, Klementová, 2011).

8.4.4 Příprava pacienta před radioterapií

Při příjmu je provedeno klinické vyšetření, pacient je informován o průběhu léčby a nežádoucích účincích. Je důležitá psychická podpora pacienta a spolupráce s rodinou.

Následuje provedení plánovacího CT a zakreslení. Před plánovacím CT je vhodné mít naplněný močový měchýř a vyprázdňený konečník. Jednu hodinu před plánovacím CT a dále pak před ozařováním by se měl pacient vymočit a hned potom vypít 250 ml tekutin.

Jeden týden před CT a v době radioterapie je nutné dietní omezení – nedoporučuje se nadýmavá strava (luštěniny, cibule, česnek, zelí, atd.), ostrá kořeněná jídla, ořechy a celozrnné pečivo, minerální vody a pivo. Pacient by měl jíst pomalu a pečlivě žvýkat se zavřenými ústy, aby se zamezilo polykání vzduchu. Je vhodné vyprazdňování stolice pravidelně každý den.

Pacienta upozorníme na důležitost dostatečného odpočinku a kvalitního spánku. Nedoporučuje se zvýšená fyzická námaha, sportovní aktivity, sauna a termální koupele. Doporučuje se dostatečný příjem tekutin minimálně 2 l za den, ale omezení příjmu kofeinu, džusů a alkoholu (Adam, 2011, Klementová, 2011, Valentová, 2011).

8.4.5 V průběhu ozařování

Ověřujeme, popř. doplňujeme znalosti pacienta o průběhu léčby, sledujeme přítomnost a hodnotíme postradiační změny. K ochraně kůže můžeme pacientovi doporučit olivový nebo dětský olej. Při nevolnosti, zvracení a průjmech je nutno upozornit na dostatečný příjem tekutin, můžeme doporučit studené nápoje, malé porce stravy přijímané častěji, nenadýmavá, nedráždivá jídla. Dle ordinace lékaře se podávají antiemetika (např. Degan, Kytril, Ondasetron), antidiarhoika (např. Reasec, Smecta), při bolestech analgetika (např. Algifen, Novalgin, Tramal) (Klementová, 2011, Valentová, 2011).

8.5 Hormonální terapie

Hormonální léčba se užívá při lokálně pokročilém a generalizovaném karcinomu. Nádor však musí být hormonálně dependentní. Cílem této léčby je maximální snížení hodnot androgenů a zabránění účinku karcinomových buněk. Je prováděna bilaterální orchiektomie (oboustranné odstranění varlat) nebo se používá medikamentózní léčba (Dvořáček).

8.5.1 Orchiektomie

Orchiektomie je nejlepší možnou volbou a zabezpečuje rychlou eliminaci testosteronu. Je vhodná pro pacienty s těžkým kardiovaskulárním onemocněním. Kastrální hodnota testosteronu je trvalá, výkon lze provést ambulantně v lokální anestezii. K nevýhodám této metody patří psychické trauma, nevratná léčba, návaly horka, ztráta libida, impotence, a úbytek svalové hmoty (Kawaciuk, 2009, Dvořáček, 2005, Vorlíček, 2006).

8.5.2 Medikamentózní léčba

K léčbě karcinomu se užívají estrogeny, antiandrogeny, LHRH analoga. Podání těchto hormonů způsobuje reverzibilní medikamentózní kastraci.

8.5.2.1 Estrogeny

Estrogeny mají schopnost negativní zpětnou vazbou na úrovni hypothalamu výrazně snížit produkci LHRH (hormon uvolňující luteizační hormon) a LH (luteizační hormon) během 10 - 14 dní a dosažení kastrálních hodnot testosteronu. Léčba estrogeny se používá zřídka, kvůli vyššímu výskytu závažných komplikací, především kardiovaskulárních (IM, CMP, plicní embolie, trombóza). Výhodou je nízká cena (Dvořáček, 2005, Kawaciuk, 2009, Vorlíček, 2006).

8.5.2.2 LHRH analoga

Stimulují sekreci LH vazbou na LHRH receptory adenohipofýzy a zajišťují snížení hypofyzárního gonadotropinu. Zpočátku stimulují výdej testosteronu, poté následuje regulace přes LHRH receptory v hypofýze a pokles koncentrace testosteronu do 2 – 4 týdnů na kastrální hodnoty (Dvořáček, 2005, Kawaciuk, 2009).

8.5.2.3 Antiandrogeny

Antiandrogeny jsou látky, které působí přímo v prostatické buňce, mají antiandrogenní efekt a potlačují sekreci testosteronu. Používají se steroidní i nesteroidní antiandrogeny.

Steroidní antiandrogeny mají antigonadotropní a antiandrogenní účinek. Nejsou spojeny s vzestupem LH, testosteronu a estradiolu.

Nesteroidní antiandrogeny blokují účinky androgenů v prostatické tkáni, ale nemají gonadotropní účinek. Při jejich podávání je vzestup estradiolu, který tlumí vzestup testosteronu (Dvořáček, 2005).

8.5.3 Totální androgenní blokáda

Totální androgenní blokáda je chirurgická nebo medikamentózní kastrace s podáváním antiandrogenů. Tato léčba není indikována často, kvůli nežádoucím účinkům a ceně léčby. Její aplikace se zvažuje při akutním zhoršení stavu a velmi vysokých hodnotách PSA (Kawaciuk, 2009, Vorlíček, 2006).

8.5.4 Nežádoucí účinky

Komplikace antiandrogenní léčby jsou závislé na snížení plazmatické koncentraci testosteronu a interakci v cílových buňkách. Nežádoucími účinky jsou ztráta libida a potence,

osteoporóza s výrazným snížením kostní minerální denzity, návaly horka, svalová slabost a zhoršení kognitivních funkcí, gynekomastie a inkontinence (Adam, 2011, Marks, 1999).

8.6 Chemoterapie

Karcinom prostaty je obecně velmi málo citlivý na chemoterapii, proto se chemoterapie používá až po selhání hormonální léčby a u nemocných s hormonálně independentním karcinomem. Přináší dobrý paliativní efekt při skeletových metastázách. Má však toxický vliv na ledviny a játra.

Nejčastěji se využívá chemoterapeutikum Docetaxel, který má menší míru toxicity, nižší procento progresu, a lepší klinickou odpověď. Prodloužení života při léčbě tímto přípravkem může být až o 7 měsíců.

Dále se využívá Mitoxantrin s kortikosteroidy (Prednison). Při podávání tohoto přípravku dochází k subjektivnímu zlepšení stavu, ale minimálním objektivním známkám antitumorozní aktivity. Zajišťuje však zlepšení kvality života (Dvořáček, 2005, Kawaciuk, 2009, Vorlíček, 2006).

8.6.1 Nežádoucí účinky

Nežádoucími účinky chemoterapie jsou nevolnost, zvracení, záněty žil a lokální nekrózy, anafylaxe, průjemy, anémie, leukopenie, trombocytopenie a snížení počtu spermií (Dvořáček, 2005, Kawaciuk, 2009, Vorlíček, 2006).

8.7 Kryoterapie

Kryoterapie se využívá jen výjimečně a je považována spíše za experimentální metodu léčby. Je to kontrolované zmrazení prostaty s cílem zničit rakovinné buňky. Kryoterapie je indikována u rizikových nemocných. Výhody této léčby jsou nízká morbidita, minimální krevní ztráta a krátkodobá hospitalizace.

Provádí se pomocí 3 mm tenkých kryosond, které se zavádí do ložiska karcinomu pod ultrazvukovou kontrolou. Kompletní destrukce buňky vyžaduje až -40°C , využívá se tekutý dusík nebo argon. Kryoablace probíhá ve dvou zónách - centrální zóna buněčné nekrózy a periferní zóna s poškozením buněk, ale bez nekrózy. Při zákroku uretru chrání katétr, kterým proudí solný roztok ohřátý na $38 - 40^{\circ}\text{C}$ (Dvořáček, 2005, Marks, 1999).

PRAKTICKÁ ČÁST

1 Metodika

V praktické části jsem zpracovala tři kazuistiky u pacientů po radikální prostatektomii. Pracovala jsem metodou ošetrovatelského procesu. Klienty jsem vybrala s jejich souhlasem na urologickém oddělení nemocnice krajského typu. Byli seznámeni s ošetrovatelským procesem, jeho průběhem a vypracováním.

Údaje o pacientech jsem získala pozorováním, rozhovorem, vyšetřením pomocí testů a nahlížením do lékařské a ošetrovatelské dokumentace. Tyto údaje jsem zpracovala dle modelu funkčního zdraví podle Majory Gordonové a plán ošetrovatelské péče dle NANDA taxonomie II. Pracovala jsem s knihou NANDA International Ošetrovatelské diagnózy Definice a klasifikace 2009 – 2011.

Na základě získaných informací jsem také vypracovala mapu péče na dobu hospitalizace.

2 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je metoda poskytování ošetřovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které používá ošetřovatelský personál k posouzení individuálních potřeb klienta, k plánování, realizaci a vyhodnocení účinnosti ošetřovatelské péče.

Cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění ošetřovatelských problémů v oblasti individuálních potřeb (Marečková, 2006).

2.1 Fáze ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelský proces má pět fází:

posouzení,
diagnostika,
plánování,
realizace,
vyhodnocení.

2.1.1 První fáze – posouzení

V této fázi zjišťujeme stav individuálních potřeb klienta. Posouzení se orientuje na biologické, psychosociální, kulturní a duchovní potřeby klienta. Pokud některá z potřeb není ve funkční podobě odpovídající jeho věku, vývoji a kultuře, je dysfunkční a je ošetřovatelským problémem. Tento problém je standardně označen názvem ošetřovatelské diagnózy. Celé posouzení je vhodné konat podle účelné struktury (např. dle NANDA taxonomie II). Posouzení můžeme rozdělit do dvou kroků. V prvním kroku získáme anamnestické údaje studiem zdravotnické dokumentace a následně strukturovaným anamnestickým rozhovorem, vedeným dle diagnostických domén a nalezneme ošetřovatelské diagnózy (viz příloha D). Ve druhém kroku stanovíme určující znaky a související faktory nebo rizikové faktory. (Marečková, 2006)

2.1.2 Druhá fáze – diagnostika

Cílem diagnostiky je identifikování ošetřovatelských problémů klienta. Diagnostický závěr (ošetřovatelské diagnózy nalezené u klienta) je nutné zaznamenat do speciálního formuláře v ošetřovatelské dokumentaci. Posouzení a diagnostika se provádí při příjmu do

zdravotnického zařízení v návaznosti na běžné činnosti příjmu. Stanovení diagnostického závěru by mělo proběhnout do 24 hodin od přijetí (Marečková, 2006).

2.1.3 Třetí fáze – plánování

Při nalezení ošetrovatelských diagnóz je nutné naplánovat jejich řešení. Vytvoří se tedy individuální plán ošetrovatelské péče. Plány můžeme rozlišit na:

dlouhodobé,
střednědobé,
krátkodobé,
standardní,
vstupní,
průběžné.

Při plánování by mělo být zachováno pravidlo dokumentování důležitých položek, jimiž jsou:

ošetrovatelské diagnózy s číselným kódem,
ošetrovatelské cíle,
ošetrovatelské intervence,
plán realizace péče,
data pro vyhodnocení výsledků poskytované péče.

Plán by měl být vytvořen tak, aby bylo možné jeho obsah podle potřeby měnit a doplňovat. (Marečková, 2006)

2.1.4 Čtvrtá fáze – realizace

V této fázi je poskytována cílená individuální ošetrovatelská péče. Péče by měla vést k prevenci vzniku ošetrovatelských problémů, jejich odstranění nebo snížení intenzity.

(Marečková, 2006)

2.1.5 Pátá fáze – vyhodnocení

Posledním krokem je vyhodnocení účinnosti péče, která byla naplánována. Sestry zjišťují, zda byly cíle realistické, zda byly splněny a jestli byly intervence vhodné (Marečková, 2006).

3 Kazuistika č. 1

Muž 61 let přijat 5. února 2012 na oddělení urologie k radikální prostatektomii. V říjnu 2011 mu byla provedena TRUS s biopsií, dle histologického vyšetření průkaz karcinomu. V prosinci 2011 byl na MR malé pánve bez nálezu postižení uzlin a scintigrafii skeletu bez nálezu metastáz. Dle vyšetřovacích metod je diagnostikován adenokarcinom prostaty, klasifikace nádoru T1c, N0, M0, GS 3; při odběru krve je zjištěna hladina PSA 9,82. Pacient se s ničím neléčí.

Základní vyšetření sestrou

Pacient je upraven, měří 189 cm, váží 89 kg, BMI je 24,9. Pacient je při vědomí, GCS 15, pulz pravidelný - 87/min., krevní tlak 140/75, dech pravidelný - 18/min., teplota 36,4°C. Poloha aktivní, chůze přirozená, bez pomůcek, postoj vzpřímený, schopnost uchopit předmět rukou je dobrá. Zornice jsou izokorické, sliznice vlhké, růžové, bez defektů, pacient nemá zubní protézu, kůže je vlhká a bez defektů.

Informace zjištěné objektivním pozorováním

Pacient je plně orientován v čase, prostoru a vlastní osobě. Pozornost je úmyslná a stálá, udržuje oční kontakt, chápe myšlenky a otázky, řeč je plynulá.

Testy a hodnocení

Barthelův test základních všedních činností – 100 bodů = nezávislý

Úroveň soběstačnosti dle Gordonové:

najít se – 0

umýt se – 2, od 4. pooperačního dne 0

obléci se – 0

pohybovat se – 0

Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové – 33 bodů – není riziko vzniku dekubitů

Hodnocení rizika pádu dle Conleyové upraveno Juráskovou – 2 body – bez rizika pádu

(viz příloha C)

3.1 Průběh hospitalizace

1.den

Pacient přichází s interním předoperačním vyšetřením a s výsledky odběrů. Je seznámen s operačním výkonem, předoperační přípravou a pooperačním režimem. Lékař provede vstupní vyšetření. Dále je provedeno vyprázdnění střeva prázdnicími solemi (Fortransem), oholení operačního pole a dezinfekce pupku. Od půlnoci pacient lační. Je poučen o hodnocení bolesti na stupnici VAS. Na noc podána premedikace dle ordinace anesteziologa (Lexaurin 3 mg p.o.).

2. den / operační den

V rámci bezprostřední předoperační péče se pacient vymočí, sundá veškeré šperky, svleče se, obleče si anděla a elastické punčochy. Poté je podána premedikace dle anesteziologa (Lexaurin 3 mg p.o.).

Pacientovi je provedena RAPE s vezikulektomií, s extripací uzlin vpravo (bez metastáz), vlevo bez lymfadenektomie. Operace je provedena retropubickým přístupem. Na sále je zaveden silikonový močový katétr CH 20, hadicový drén, napojený na sběrný sáček, 2x periferní žilní katétr na levé horní končetině. Pacient je po operaci převezen na jednotku intenzivní péče urologického oddělení. Pacient dospává, při probuzení je klidný, orientovaný, a spolupracuje. Monitorujeme životní funkce (EKG, TK, P, SpO₂, TT), sledujeme bolest (VAS), krytí rány, funkčnost drénu a permanentního močového katétru, příjem/výdej tekutin a kontrolujeme barvu moči. Kyslíkovými brýlemi pacientovi podáváme kyslík 3 l/min. Provádí se kontrolní odběr krve na biochemii a hematologii (hodnoty v normě). Pacient má fyziologické funkce v normě, bolesti neudává, moč je hematurická, cítí uje nauzeu – podán Torecan, poté vymizení obtíží. Pacient dodržuje klid na lůžku, večer již popíjí čaj.

Medikace:

Infuzní terapie:

1. 500 ml Ringer laktátu (RL) 100 ml/h
2. 500ml fyziologického roztoku (FR) 100 ml/h
3. 500 ml Glukózy 5% (G 5%) 100 ml/h

Analgetika: Morfín 1% 1 amp. s.c. po příjmu na JIP

Morfín 1% 2 amp. + 48 ml FR kontinuálně 3 ml/h

Antiemetika: Torecan 1 amp. i.v. při nevolnosti

Antikoagulacia: Zibor 2500 j. s.c. v 17:00

Antibiotika: Ciplox 200 mg i.v. po 12 hodinách

3. den/1.pooperační den

Pacient je na JIP, při vědomí, orientovaný, klidný, spolupracuje, v noci spal. Monitorujeme fyziologické funkce, bolest, nauzeu, funkčnost drénu a PMK, vzhled moči, kontrolujeme žilní vstupy, příjem/výdej tekutin a odchod plynů. Fyziologické funkce jsou v normě, bolesti neudává, ráno pociťuje nauzeu – podán Torecan – vymizení obtíží, plyny odchází, pacientovi podáváme kyslík brýlemi 3 l/min. Moč je mírně hematurická, žilní vstupy jsou funkční, bez známek infekce. Je proveden převaz operační rány, rána je klidná, krytí suché, drény funkční. Provádí se kontrolní odběr krve na biochemii a hematologii (hodnoty v normě). Ranní hygiena provedena na lůžku s dopomocí. Pacient je poučen a provádí rehabilitaci na lůžku a je poučen o správném způsobu dýchání a odkašlávání. Pacient dodržuje klid na lůžku a dietu 0S – čaj.

Medikace:

Infuzní terapie:

1. 500 ml RL 100 ml/h
2. 500ml FR 100 ml/h
3. 500 ml G 5% 100 ml/h

Analgetika: Morfin 1% 2 amp. + 48 ml FR kontinuálně 2 ml/h

Antiemetika: Torecan 1 amp. i.v. při nevolnosti

Antikoagulacia: Zibor 2500 j. s.c. v 17:00

Antibiotika: Ciplox 200 mg i.v. po 12 hodinách

4. den/ 2. pooperační den

Pacient je na JIP, při vědomí, orientovaný, klidný, spolupracuje, v noci spal. Monitorujeme fyziologické funkce, bolest, nauzeu, funkčnost PMK a moč, funkčnost drénu, žilní vstupy, příjem/výdej tekutin a odchod plynů. Fyziologické funkce jsou v normě, bolesti neudává, nauzeu nepociťuje, plyny odchází. PMK je funkční, moč je mírně hematurická, 1. periferní žilní katétr je funkční, bez známek infekce, 2. PŽK je vytažen, místo je klidné. Pacientovi je proveden převaz, rána klidná, drén zkrácen do obvazu. Proveden kontrolní odběr krve na biochemii a hematologii (hodnoty v normě). Pacient poprvé vstává, ranní hygiena provedena u umyvadla s dopomocí. Pacient provádí RHB na lůžku, nevstává bez doprovodu a dodržuje dietu 0 – tekutá.

Medikace:

Analgetika: Morfín 1% 2 amp. + 48 ml FR kontinuálně 2ml/h

po dokapání kontinuální analgezie Analgin 1 amp. i.v. při bolesti

Antikoagulancia: Zibor 2500 j. s.c.

Antibiotika: Ciplox 200 mg i.v. po 12 hodinách

5. den/ 3. pooperační den

Pacient je přeložen na standardní oddělení, je při vědomí, orientovaný, spolupracuje, v noci se budil. Kontrolujeme FF 5x denně, bolest, funkčnost PMK a vzhled moči, odchod plynů a stolice. Pacient má fyziologické funkce v normě, bolesti neudává, PMK je funkční, moč je mírně hematurická, větry odchází, stolicí neměl. Byl proveden převaz, rána klidná, drén a PŽK vytaženy. Proveden kontrolní odběr krve na biochemii a hematologii (hodnoty v normě). Ranní hygiena provedena ve sprše, pacient si přechází. Dieta 1 – kašovitá.

Medikace:

Antibiotika: Ciplox 500 mg p.o. 1-0-1

Antikoagulancia: Zibor 2500 j. s.c. v 17:00

6. den / 4. pooperační den

Fyziologické funkce sledujeme 3x denně (v normě), PMK je funkční, moč fyziologická, bez příměsí, větry odchází, měl stolicí. Pacient se cítí rozlámaný, v noci se budil (léky na spaní nechce), pociťuje mírné bolesti při kašli a prudkém pohybu (VAS 1 – 2). Přejít na dietu 3s – racionální šetřící.

Medikace:

Antibiotika: Ciplox 500 mg p.o. 1-0-1

Antikoagulancia: Zibor 2500 j. s.c. v 17:00

7. - 9. den/5. - 7. pooperační den

Pacient pociťuje mírné bolesti při kašli a prudkém pohybu (VAS 1 – 2), má dietu 3s, moč je fyziologická, má pravidelnou stolicí 1x za dva dny. Při převazu dán na ránu Novikov. V noci se budí. FF v normě.

Medikace:

Antibiotika: Ciplox 500 mg p.o. 1-0-1

10. den/8. pooperační den

Pacient neudává žádné obtíže, dieta stále 3s, moč je fyziologická, stolice pravidelná. V noci spí dobře. FF v normě.

Medikace:

Antibiotika: Ciplox 500 mg p.o. ½ - 0 - ½

11. den/9. pooperační den

Pacientovi jsou vytaženy stehy z operační rány. Jinak je pacient bez obtíží, moč fyziologická. FF v normě.

Medikace:

Antibiotika: Ciplox 500mg p.o. ½ - 0 - ½

12. den/ 10. pooperační den

Pacientovi je provedena cystografie, anastomóza je v pořádku a permanentní močový katétr je vytažen. Pacient udává mírný tlak při močení.

Medikace:

Antibiotika: Ciplox 500mg p.o. ½ - 0 - ½

13.den/11.pooperační den

Pacient pociťuje mírný tlak při močení, moč je fyziologická.

Medikace:

Antibiotika: Ciplox 500mg p.o. ½ - 0 - ½

14.den/12. pooperační den

Pacient je propuštěn do domácího ošetřování. Je poučen o klidovém režimu, stravě, péči o ránu a kontrole u svého urologa.

3.2 Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách

Doména č. 1: Podpora zdraví

Pacient hodnotí svůj zdravotní stav jako narušený. Pro udržení zdraví jezdí na kole, plave, chodí na procházky a pracuje na zahradě. Pacient je bývalý kuřák, kouřil 35 let asi 30 cigaret denně, nyní 6 let nekouří. Alkohol pije příležitostně, nejčastěji pivo nebo víno. Pacient důsledně dodržuje lékařská a ošetrovatelská nařízení.

Doména č. 2: Výživa

Pacient je normální postavy, nadváhu nemá. Pacient má racionální dietu, normální chuť k jídlu. Jeho typický denní příjem stravy je snídaně, oběd, svačina a večeře. Nají se sám u stolu. Denně vypije 2 – 2,5 l tekutin, hlavně čaj a minerální vody. Pocit žízně, poruchy polykání a pálení žáhy nepociťuje. Poranění kůže a sliznic se hojí dobře.

Doména č. 3: Vylučování a výměna

Pacient má zavedený permanentní močový katétr CH 20. Moč je mírně hematurická, od 4. pooperačního dne čistá. Stolicí má pravidelně 1x/2dny, barva stolice je fyziologická, větry odchází. Pacient nezvrací a nepotí se.

Doména č. 4: Aktivita/odpočinek

Pacient jezdí pravidelně na kole, plave a chodí na procházky. Jeho denní aktivity jsou sport a práce okolo domu. Volný čas tráví aktivně (sportem) i pasivně (sledování TV, čtení novin a poslouchání rádia). Pacient spí doma po celou noc, po probuzení se cítí odpočatý, léky na spaní neužívá. V nemocnici má problém s usínáním a v noci se probouzí asi 2x – 3x za noc, z důvodu neznámého prostředí, ráno se cítí rozlámaný, léky na spaní však odmítá.

Doména č. 5: Percepce/kognice

Pacient nosí brýle na čtení. Problémy se sluchem a čichem nemá.

Doména č. 6: Sebepercepce

Pacient se hodnotí jako optimista, plně si důvěřuje, se vzhledem je částečně spokojený. Pacient měl strach z výkonu a pooperačního průběhu, ten zmírňuje dostatek informací o následující léčbě.

Doména č. 7: Vztahy mezi rolemi

Pacient je ve starobním důchodu, je rozvedený, doma bydlí s přítelkyní, má syna. Rodina má o něho zájem, navštěvují ho každý den. Žádné rodinné problémy nemá. Propuštěn do domácího prostředí, kde se o něho postará přítelkyně. Kontakt s lidmi je častý.

Doména č. 8: Sexualita

Touto doménou se pacient nechce zabývat.

Doména č. 9: Zvládání zátěže/tolerance zátěže

Pacientovo chování je asertivní a přátelské. Napětí prožívá málo a vyvolává ho tíživá situace jeho samého nebo příslušníka rodiny. Stresové situace zvládá většinou sám nebo s podporou rodiny.

Doména č. 10: Životní principy

Nejdůležitější pro pacienta je rodina a zdraví jeho samého i rodiny, dále peníze a záliby. Životním cílem je pro něj dobré zdraví a spokojenost rodiny. Pacient je ateista a nepotřebuje náboženský kontakt.

Doména č. 11: Bezpečnost/ochrana

U pacienta se dosud nevyskytla alergie. Závratě nepocítuje. Pacient má riziko infekce z důvodu zavedeného permanentního močového katétru, periferního žilního katétru, drénu a operační rány. Riziko pádu není.

Doména č. 12: Komfort

Pacient pocítuje mírnou nauzeu v operační den a 1. pooperační den, která po podání antiemetik ustupuje. Pacient udává mírnou bolest při prudkém pohybu, kýchnutí a kašlání.

Doména č. 13: Růst/vývoj

Růst a vývoj je v normě.

Zvažované ošetrovatelské diagnózy

00015 Riziko zácpy

00095 Nespavost

00093 Únava

00108 Deficit sebepéče při koupání

00148 Strach

00004 Riziko infekce

00046 Narušená integrita kůže

00044 Narušená integrita tkáně

3.3 Plán ošetrovatelské péče – ošetrovatelské diagnózy

00004 RIZIKO INFEKCE

(00046 Narušená integrita kůže, 00044 Narušená integrita tkáně)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organismy.

Rizikové faktory:

invazivní postupy

nedostatečná primární ochrana

Cíle:

U pacienta se neobjeví známky infekce po dobu hospitalizace.

Pacient je poučen a zná projevy infekce (zarudnutí, otok, bolest) od 1. dne hospitalizace.

Pacient je poučen a správně provádí hygienu genitálu (PMK) od 1. pooperačního dne.

Pacient je poučen o způsobu hygieny v okolí operační rány a permanentních žilních katétrů od 1. pooperačního dne.

Intervence:

Postupuj asepticky při převazech operační rány a PŽK.

Kontroluj funkčnost invazivních vstupů.

Kontroluj projevy infekce v oblasti invazivních vstupů a operační rány.

Pouč pacienta o způsobu hygieny v okolí operační rány a permanentních žilních katétrů.

Realizace:

Postupujeme asepticky při provádění převazů, každý den provádíme kontrolu okolí a funkčnosti a výměnu krytí PŽK, provádíme kontrolu funkčnosti drénu. Kontrolujeme, zda pacient provádí správně hygienu genitálu a okolí operační rány.

Hodnocení:

Pacient byl schopen vyjmenovat projevy infekce, správně prováděl hygienu genitálu a okolí operační rány. U pacienta se neobjevila infekce po celou dobu hospitalizace. Cíle byly splněny.

00095 NESPAVOST (00093 Únava)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 1: Spánek/odpočinek

Definice: Narušení množství a kvality spánku poškozující funkci.

Určující znaky:

Pacient uvádí aktuální nespokojenost se spánkem.

Pacient uvádí nedostatečnou regeneraci spánkem.

Pacient uvádí nedostatek energie.

Pacient uvádí potíže se spaním.

Pozorovaný nedostatek energie.

Související faktory:

přerušovaný spánek

strach

změna prostředí

Cíle:

Pacient se po probuzení cítí odpočatý.

Pacient spí alespoň 6 hodin v noci.

Pacient má dostatek energie na běžné úkony.

Intervence:

Zajisti klid a vhodné prostředí.

Aktivizuj pacienta přes den.

Doporuč pacientovi omezení spánku přes den.

Upozorni pacienta na možnost podání léků na spaní.

Realizace:

Před spaním vyvětráme pokoj a na oddělení zajistíme klid. Upozorníme pacienta, aby omezil spánek přes den a doporučíme mu jiné aktivity (sledování TV, křížovky, čtení pohyb – v rámci možností, atd.). Pacienta seznámíme s možností podání léků na spaní.

Hodnocení:

Pacient odmítá léky na spaní, budí se 2x-3x za noc. Od devátého dne hospitalizace spí dobře, ale stále pociťuje únavu a nedostatek energie.

00108 DEFICIT SEBEPÉČE PŘI KOUPÁNÍ

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se koupání/hygieny.

Určující znaky:

neschopnost umýt si tělo

neschopnost usušit si tělo

neschopnost získat nebo dostat se ke zdroji vody

Související faktory:

slabost

klid na lůžku

Cíle:

Pacient má zajištěny veškeré pomůcky k hygieně a umyje se s dopomocí na lůžku 1. pooperační den.

Pacient se umyje s dopomocí u umyvadla 2. pooperační den.

Pacient se umyje s dopomocí ve sprše 3. pooperační den.

Pacient je soběstačný v hygieně od 4. pooperačního dne.

Pacient je poučen o způsobu hygieny v okolí operační rány a permanentních žilních katétrů od 1. pooperačního dne.

Intervence:

Zajisti hygienické pomůcky k lůžku a dopomoc pacientovi s hygienou 1. pooperační den.

Dopomoc pacientovi k umyvadlu a s hygienou 2. pooperační den.

Doprovod' pacienta do sprchy a podle potřeby dopomoc s hygienou 3. pooperační den.

Pouč pacienta o způsobu hygieny genitálu, okolí operační rány a permanentních žilních katétrů.

Podporuj soběstačnost pacienta.

Hodnot' soběstačnost pacienta v hygieně.

Realizace:

Zajistíme veškeré pomůcky k hygieně, 1. pooperační den dopomůžeme pacientovi s hygienou zad, genitálu a nohou a poučíme pacienta o způsobu hygieny genitálu, okolí operační rány a PŽK. 2. pooperační den podporujeme pacienta v soběstačnosti v hygieně, dopomůžeme mu k umyvadlu a s hygienou zad. 3. pooperační den pacienta doprovodíme do sprchy, podáme mu potřebné pomůcky a v případě potřeby dopomůžeme s hygienou. Zhodnotíme soběstačnost v hygieně 3. a 4. pooperační den. Kontrolujeme, zda pacient provádí správně hygienu genitálu a okolí operační rány.

Hodnocení:

Pacient prováděl hygienu dle stanovaných cílů první pooperační dny, nepotřeboval dopomoc již 3. pooperační den. Pacient prováděl správně hygienu genitálu a okolí operační rány. Cíle byly splněny.

00148 STRACH

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímání ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

Určující znaky:

sděluje obavy

sděluje strach

kognitivní: identifikuje předmět strachu, podnět je vnímán jako ohrožení

behaviorální: zúžené zaměření na zdroj strachu

fyziologické: únava

Související faktory:

neznalost okolí

oddělení od podpůrného systému v potenciálně stresující situaci

Cíle:

Pacient je dostatečně informován o výkonu a pooperační péči od 1. dne hospitalizace.

Pacient bude každý den seznámen s ošetrovatelskými výkony a léčebným režimem na daný den od 1. dne hospitalizace.

Pacientovi je umožněn rozhovor s lékařem v případě jeho přání po celou dobu hospitalizace.

Pacientovi je umožněna návštěva rodiny od 2. pooperačního dne.

Intervence:

Zajisti rozhovor s lékařem v případě potřeby.

Seznam pacienta s denním léčebným režimem.

Komunikuj s pacientem a zjisti jeho obavy.

Umožni pacientovi kontakt s rodinou.

Realizace:

Pacienta informujeme o léčebném režimu, je mu umožněn rozhovor s lékařem. Návštěvy rodiny nejsou omezeny od 2. pooperačního dne.

Hodnocení:

Pacient je dle jeho slov dostatečně informován o jeho zdravotním stavu a léčebném režimu.

Pacienta každý den navštěvuje rodina. Cíle byly splněny.

00015 RIZIKO ZÁCPY

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 2: Funkce gastrointestinálního systému

Definice: Riziko snížení normální frekvence defekace doprovázené obtížným nebo nekompletním odchodem stolice anebo odchodem nepřiměřeně tvrdé, suché stolice.

Rizikové faktory:

funkční: nedávná změna prostředí, nedostatečná fyzická aktivita, oslabené břišní svaly

fyziologické: snížená motilita GIT, změna obvyklých jídel

farmakologické: opiáty

mechanické: operace prostaty

Cíle:

U pacienta se neobjeví zácpa po celou dobu hospitalizace.

Pacient se pravidelně vyprazdňuje po zatížení gastrointestinálního traktu po dobu hospitalizace.

Pacient zná prevenci a příznaky zácpy od 1. pooperačního dne.

Intervence:

Sleduj pravidelnost vyprazdňování stolice.

Informuj pacienta o příznacích zácpy.

Aktivizuj pacienta.

Kontroluj příjem tekutin, popřípadě doporuč pacientovi vyšší příjem tekutin.

Realizace:

Každý den sledujeme vyprazdňování stolice, informujeme pacienta o prevenci zácpy, doporučíme pacientovi pohyb a dostatečný příjem tekutin.

Hodnocení:

Pacient se pravidelně vyprazdňuje 1x/2dny, pije dostatečné množství tekutin a pohybuje se (přechází po chodbě). Pacient dokáže vyjmenovat příznaky zácpy. Cíle byly splněny.

4 Kazuistika č. 2

Muž, 62 let, 15. ledna 2012 přijat na oddělení urologie k radikální prostatektomii. V říjnu 2011 mu byla provedena TRUS prostaty s biopsií, dle histologického vyšetření průkaz karcinomu. V listopadu 2011 byl na MR malé pánve bez nálezu postižení uzlin a scintigrafii skeletu bez nálezu metastáz. Dle vyšetřovacích metod je diagnostikován adenokarcinom prostaty, klasifikace nádoru T2a, N0, M0, GS 5; při odběru krve je zjištěna hladina PSA 8,9. Pacient navštívil lékaře na základě doporučení svého bratra, který měl karcinom prostaty a je po radikální prostatektomii v roce 2010. Pacient se léčí s hypertenzí a dnou.

Základní vyšetření sestrou

Pacient je upraven, měří 176 cm, váží 86 kg, BMI je 27,7. Pacient je při vědomí, GCS 15, pulz pravidelný - 84/min., krevní tlak 145/90, dech pravidelný - 16/min., teplota 36,6°C. Poloha aktivní, chůze přirozená, bez pomůcek, postoj vzpřímený, schopnost uchopit předmět rukou je dobrá. Zornice jsou izokorické, sliznice vlhké, růžové, bez defektů, pacient nemá zubní protézu, kůže je vlhká a bez defektů.

Informace zjištěné objektivním pozorováním

Pacient je plně orientován v čase, prostoru a vlastní osobě. Pozornost je úmyslná a stálá, udržuje oční kontakt, chápe myšlenky a otázky, řeč je plynulá.

Testy a hodnocení

Barthelův test základních všedních činností – 100 bodů = nezávislý

Úroveň soběstačnosti dle Gordonové:

najít se - 0,

umýt se – 2, od 4. pooperačního dne 0,

obléci se – 0,

pohybovat se – 0.

Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové – 32 bodů – není riziko vzniku dekubitů.

Hodnocení rizika pádu dle Conleyové upraveno Juráskovou – 3 body – bez rizika pádu.

4.1 Průběh hospitalizace

1.den

Pacient přichází s interním předoperačním vyšetřením a s výsledky odběrů. Je seznámen s operačním výkonem, předoperační přípravou a pooperačním režimem. Lékař provede vstupní vyšetření. Dále je provedeno vyprázdnění střeva prázdnicími solemi (Fortransem),

oholení operačního pole a dezinfekce pupku. Od půlnoci pacient lační. Je poučen o hodnocení bolesti na stupnici VAS. Na noc podána premedikace dle ordinace anesteziologa (Lexaurin 3 mg p.o.).

2. den / operační den

V rámci bezprostřední předoperační péči se pacient vymočí, sundá veškeré šperky, svleče se, obleče si anděla a elastické punčochy. Poté je podána premedikace dle anesteziologa (Lexaurin 3 mg p.o.),

Pacientovi je provedena RAPE s vezikulektomií bez lymfadenektomie. Na sále je zaveden silikonový močový katétr CH 20, hadicový drén, napojený na sběrný sáček, 2 periferní žilní katétrů na levé horní končetině. Pacient je po operaci převezen na jednotku intenzivní péče urologického oddělení. Pacient dospívá, při probuzení je klidný, orientovaný, a spolupracuje. Monitorujeme životní funkce (EKG, TK, P, SpO₂, TT), sledujeme bolest (VAS), krytí rány, funkčnost drénu a permanentního močového katétru, příjem/výdej tekutin a kontrolujeme barvu moči. Kyslíkovými brýlemi pacientovi podáváme kyslík 3 l/min. Provádí se kontrolní odběr krve na biochemii a hematologii (hodnoty v normě). Pacient má zvýšený krevní tlak 150/90, ostatní fyziologické funkce jsou v normě, bolesti neudává, moč je mírně hematurická. Pacient je bez nauzey, dodržuje klid na lůžku, již od odpoledne popíjí čaj.

Medikace:

Infuzní terapie:

1. 500 ml RL 100 ml/h
2. 500ml FR 100 ml/h
3. 500 ml G 5% 100 ml/h

Analgezie: Morfin 1% 1 amp. s.c. po příjmu na JIP

Morfin 1% 2 amp. + 48 ml FR kontinuálně 3ml/h

Antikoagulacia: Zibor 2500 j. s.c. v 17:00

Antibiotika: Ciplox 200 mg i.v. po 12 hodinách

3. den/1.pooperační den

Pacient je na JIP, při vědomí, orientovaný, klidný, spolupracuje, v noci spal. Monitorujeme fyziologické funkce, bolest, nauzeu, funkčnost PMK a vzhled moči, funkčnost drénu, žilní vstupy, příjem/výdej tekutin a odchod plynů. Fyziologické funkce jsou v normě, bolesti neudává, nauzeu nepocituje, plyny odchází, pacientovi podáváme kyslík brýlemi 3 l/min. Moč je mírně hematurická, žilní vstupy jsou funkční, bez známek infekce. Je proveden převaz operační rány, rána je klidná, krytí suché, drén funkční. Provádí se kontrolní odběr krve na

biochemii a hematologii (hodnoty v normě). Ranní hygiena provedena na lůžku s dopomocí. Pacient je poučen a provádí rehabilitaci na lůžku a je poučen o správném způsobu dýchání a odkašlávání. Pacient dodržuje klid na lůžku a dietu 0S – čaj.

Medikace:

Infuzní terapie:

1. 500 ml Ringer laktátu (RL) 100 ml/h
2. 500ml fyziologického roztoku (FR) 100 ml/h
3. 500 ml G 5% 100 ml/h

Analgetika: Morfin 1% 2 amp. + 48 ml FR kontinuálně 2ml/h

Antikoagulacia: Zibor 2500 j. s.c. v 17:00

Antibiotika: Ciplox 200 mg i.v. po 12 hodinách

4. den/ 2. pooperační den

Pacient je na JIP, při vědomí, orientovaný, klidný, spolupracuje, v noci spal. Monitorujeme fyziologické funkce, bolest, funkčnost PMK a moč, drén, žilní vstupy, příjem/výdej tekutin a odchod plynů. Fyziologické funkce jsou v normě, bolesti neudává, nauzeu nepocituje, plyny odchází. PMK je funkční, moč je fyziologická bez příměsí, 1. periferní žilní katétr je funkční, bez známek infekce, 2. PŽK je vytažen, místo je klidné. Pacientovi je proveden převaz, rána klidná, drén zkrácen do obvazu. Proveden kontrolní odběr krve na biochemii a hematologii (hodnoty v normě). Pacient poprvé vstává, ranní hygiena provedena u umyvadla s dopomocí. Pacient provádí RHB na lůžku, nevstává bez doprovodu a dodržuje dietu 0 – tekutá.

Medikace:

Analgetika: Morfin 1% 2 amp. + 48 ml FR kontinuálně 2ml/h

po dokapání kontinuální analgezie Analgin 1 amp. i.v. při bolesti

Antikoagulancia: Zibor 2500 j. s.c.

Antibiotika: Ciplox 200 mg i.v. po 12 hodinách

5. den/ 3. pooperační den

Pacient je přeložen na standardní oddělení, je při vědomí, orientovaný, spolupracuje, v noci spal. Kontrolujeme FF 5x denně, bolest, funkčnost PMK a vzhled moči, odchod plynů a stolice. Pacient má fyziologické funkce v normě, bolesti neudává, PMK je funkční, moč fyziologická bez příměsí, větry odchází, stolici neměl. Proveden převaz, rána klidná, drén a PŽK vytaženy. Proveden kontrolní odběr krve na biochemii a hematologii (hodnoty v normě). Ranní hygiena provedena ve sprše, pacient si přechází. Dieta 1 – kašovitá.

Medikace:

Antibiotika: Ciplox 500 mg p.o. 1-0-1

Antikoagulancia: Zibor 2500 j. s.c. v 17:00

Chronická medikace: Prestarium 5 ½-0-0

Milurit 100 mg 1-0-0

6. den / 4. pooperační den

Fyziologické funkce sledujeme 3x denně (v normě), PMK je funkční moč fyziologická, bez příměsí, větry odchází, měl stolicí. V noci spal, bolesti neudává. Přejít na dietu 3s – racionální šetřící.

Medikace:

Antibiotika: Ciplox 500 mg p.o. 1-0-1

Antikoagulancia: Zibor 2500 j. s.c. v 17:00

Chronická medikace: Prestarium 5 ½-0-0

Milurit 100 mg 1-0-0

7. - 9. den/5. - 7. pooperační den

Pacient je bez obtíží, má dietu 3s, moč je fyziologická, má pravidelnou stolicí 1x denně. Při převazu dán na ránu Novikov. V noci se budí. FF v normě.

Medikace:

Antibiotika: Ciplox 500 mg p.o. 1-0-1

Chronická medikace: Prestarium 5 ½-0-0

Milurit 100 mg 1-0-0

10. den/8. pooperační den

Pacient neudává žádné obtíže, dieta stále 3s, moč je fyziologická, stolice pravidelná. V noci spí dobře. FF v normě.

Medikace:

Antibiotika: Ciplox 500 mg p.o. ½-0-½

Chronická medikace: Prestarium 5 ½-0-0

Milurit 100 mg 1-0-0

11. den/9. pooperační den

Pacientovi jsou vytaženy stehy z operační rány. Jinak je pacient bez obtíží, moč fyziologická. FF v normě.

Medikace:

Antibiotika: Ciprox 500 mg p.o. ½-0-½

Chronická medikace: Prestarium 5 ½-0-0

Milurit 100 mg 1-0-0

12. den/ 10. pooperační den

Pacientovi je provedena cystografie, anastomóza je v pořádku a permanentní močový katétr je vytažen. Pacient nemá potíže při močení.

Medikace:

Antibiotika: Ciprox 500 mg p.o. ½-0-½

Chronická medikace: Prestarium 5 ½-0-0

Milurit 100 mg 1-0-0

13.den/11.pooperační den

Pacient nemá obtíže při močení, moč je fyziologická.

Medikace:

Antibiotika: Ciprox 500 mg p.o. ½-0-½

Chronická medikace: Prestarium 5 ½-0-0

Milurit 100 mg 1-0-0

14.den/12. pooperační den

Pacient je propuštěn do domácího ošetřování. Je poučen o klidovém režimu, stravě, péči o ránu a kontrole u svého urologa.

4.2 Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách

Doména č. 1: Podpora zdraví

Pacient hodnotí svůj zdravotní stav jako částečně dobrý. Pro udržení zdraví chodí na procházky a pracuje na chatě. Pacient je bývalý kuřák, již 25 let nekouří. Alkohol pije pravidelně, 1 – 2 piva denně. Pacient důsledně dodržuje lékařská a ošetrovatelská nařízení.

Doména č. 2: Výživa

Pacient má mírnou nadváhu. Pacient má racionální dietu, normální chuť k jídlu. Jeho typický denní příjem stravy je snídaně, oběd, svačina a večeře. Nají se sám u stolu. Pocit žízně nemá, denně vypije 1,5 – 2 l tekutin, nejčastěji čaj a vodu, také vypije 3 kávy denně. Pocit žízně, poruchy polykání a pálení žáhy nepocituje. Poranění kůže a sliznic se hojí dobře.

Doména č. 3: Vylučování a výměna

Pacient má zavedený permanentní močový katétr CH 20. Moč je mírně hematurická, od 4. pooperačního dne čistá. Stolici má pravidelně 1x denně, barva stolice je fyziologická, větry odchází. Pacient nezvrací a nepotí se.

Doména č. 4: Aktivita/odpočinek

Pacient necvičí. Jeho denní aktivity jsou sport a práce okolo domu (sekání dříví, práce ve vlastní dílně). Volný čas tráví aktivně (procházky, práce okolo domu a na chatě) i pasivně (sledování TV, čtení novin). Pacient spí celou noc, po probuzení se cítí odpočatý, léky na spaní neužívá.

Doména č. 5: Percepce/kognice

Pacient nosí brýle na čtení. Problémy se sluchem a čichem nemá.

Doména č. 6: Sebepercepce

Pacient se hodnotí jako optimista, plně si důvěřuje, se vzhledem je částečně spokojený. Pacient měl strach z výkonu a pooperačním průběhu, po výkonu pociťuje mírný strach z nemoci, který pomáhá odstranit dostatek informací o následující léčbě a návštěvy rodiny.

Doména č. 7: Vztahy mezi rolemi

Pacient je ve starobním důchodu, je ženatý, doma bydlí s manželkou a dětmi, má 2 syny. Rodina má o něho zájem, navštěvují ho obden. Žádné rodinné problémy nemá. Bude propuštěn do domácího prostředí, kde se o něho rodina postará. Kontakt s lidmi je častý.

Doména č. 8: Sexualita

Touto doménou se pacient nechce zabývat.

Doména č. 9: Zvládání zátěže/tolerance zátěže

Pacientovo chování je asertivní a přátelské. Napětí prožívá málo a vyvolává ho nemoc a problémy někoho z rodiny. Stresové situace zvládá většinou sám nebo s podporou rodiny.

Doména č. 10: Životní principy

Nejdůležitější pro pacienta je rodina a zdraví, dále peníze, cestování a záliby. Životním cílem je pro něj dobré zdraví jeho i rodiny. Pacient je ateista a nepotřebuje náboženský kontakt.

Doména č. 11: Bezpečnost/ochrana

U pacienta se dosud alergie nevyskytla. Závratě nepocítuje. Pacient má riziko infekce z důvodu zavedeného permanentního močového katétru, periferního žilního katétru, drénu a operační rány. Riziko pádu není.

Doména č. 12: Komfort

Pacient nemá nauzeu, bolesti neudává.

Doména č. 13: Růst/vývoj

Růst a vývoj je v normě.

Zvažované ošetrovatelské diagnózy

00015 Riziko zácpy

00108 Deficit sebepéče při koupání

00148 Strach

00004 Riziko infekce

00046 Narušená integrita kůže

00044 Narušená integrita tkáně

4.3 Plán ošetrovatelské péče – ošetrovatelské diagnózy

00004 RIZIKO INFEKCE

(00046 Narušená integrita kůže, 00044 Narušená integrita tkáně)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organismy.

00108 DEFICIT SEBEPÉČE PŘI KOUPÁNÍ

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se koupání/hygienu.

00148 STRACH

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímání ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

00015 RIZIKO ZÁCPY

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 2: Funkce gastrointestinálního systému

Definice: Riziko snížení normální frekvence defekace doprovázené obtížným nebo nekompletním odchodem stolice anebo odchodem nepřiměřeně tvrdé, suché stolice.

5 Kazuistika č. 3

Muž, 72 let, přijat 12. února 2012 na oddělení urologie k radikální prostatektomii. V říjnu 2011 mu byla provedena TRUS s biopsií, dle histologického vyšetření průkaz karcinomu. V prosinci 2011 byl na MR malé pánve bez nálezu postižení uzlin a scintigrafii skeletu bez nálezu metastáz. Dle vyšetřovacích metod je diagnostikován adenokarcinom prostaty, klasifikace nádoru T2a, N0, M0, GS 6; při odběru krve je zjištěna hladina PSA 7,37. Pacient je diabetik na PAD, dále se léčí s hyperlipoproteinemií a chronickou žilní insuficiencí.

Základní vyšetření sestrou

Pacient je upraven, měří 171 cm, váží 82 kg, BMI je 28,1. Pacient je při vědomí, GCS 15, pulz pravidelný - 76/min., krevní tlak 145/90, dech pravidelný - 16/min., teplota 36,5°C. Poloha aktivní, chůze přirozená, bez pomůcek, postoj vzpřímený, schopnost uchopit předmět rukou je dobrá. Zornice jsou izokorické, sliznice vlhké, růžové, bez defektů, pacient nemá zubní protézu, kůže je vlhká a bez defektů.

Informace zjištěné objektivním pozorováním

Pacient je plně orientován v čase, prostoru a vlastní osobě. Pozornost je úmyslná a stálá, udržuje oční kontakt, chápe myšlenky a otázky, řeč je plynulá.

Testy a hodnocení

Barthelův test základních všedních činností – 100 bodů = nezávislý

Úroveň soběstačnosti dle Gordonové:

najít se - 0,

umýt se – 2, od 4. pooperačního dne 0,

obléci se – 0,

pohybovat se – 0.

Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové – 31 bodů – není riziko vzniku dekubitů.

Hodnocení rizika pádu dle Conleyové upraveno Juráskovou – 4 body – bez rizika pádu.

5.1 Průběh hospitalizace

1.den

Pacient přichází s interním předoperačním vyšetřením a s výsledky odběrů. Je seznámen s operačním výkonem, předoperační přípravou a pooperačním režimem. Lékař provede vstupní vyšetření. Dále je provedeno vyprázdnění střeva prázdnicími solemi (Fortransem),

oholení operačního pole a dezinfekce pupku. Od půlnoci pacient lační. Je poučen o hodnocení bolesti na stupnici VAS. Na noc podána premedikace dle ordinace anesteziologa (Lexaurin 3 mg p.o.).

2. den / operační den

V rámci bezprostřední předoperační péči se pacient vymočí, sundá veškeré šperky, svleče se, obleče si anděla a elastické punčochy. Poté je podána premedikace dle anesteziologa (Lexaurin 3 mg p.o.),

Pacientovi je provedena RAPE s vezikulektomií, bez lymfadenektomie. Operace je provedena retropubickým přístupem. Na sále je zaveden silikonový močový katétr CH 20, hadicový drén, napojený na sběrný sáček, 2 periferní žilní katétrů na levé horní končetině. Pacient je po operaci převezen na jednotku intenzivní péče urologického oddělení. Pacient dospává, při probuzení je klidný, orientovaný, a spolupracuje. Monitorujeme životní funkce (EKG, TK, P, SpO₂, TT), sledujeme bolest (VAS), krytí rány, funkčnost drénu a permanentního močového katétru, příjem/výdej tekutin a kontrolujeme barvu moči. Kyslíkovými brýlemi pacientovi podáváme kyslík 3 l/min. Provádí se kontrolní odběr krve na biochemii a hematologii. Pacient má ↓ hladinu hemoglobinu – 99 g/l, ostatní výsledky a hodnoty glykemie jsou v normě. Fyziologické funkce má v normě, bolesti neudává, moč je mírně hematurická, pociťuje nauzeu – podán Torecan, poté vymizení obtíží. Pacient dodržuje klid na lůžku, večer popíjí čaj.

Medikace:

Infuzní terapie:

1. 500 ml G 10% + 10 j. Actrapidu 100 ml/h – před výkonem
2. 500 ml RL 100 ml/h
3. 500ml FR 100 ml/h
4. 500 ml G 10% + 12 j. Actrapidu 100 ml/h

Analgezie: Morfin 1% 1 amp. s.c. po příjmu na JIP

Morfin 1% 2 amp. + 48 ml FR kontinuálně 3ml/h

Antiemetika: Torecan 1 amp. i.v. při nevolnosti

Antikoagulacia: Zibor 2500 j. s.c. v 17:00

Antibiotika: Ciplox 200 mg i.v. po 12 hodinách

3. den/1.pooperační den

Pacient je na JIP, při vědomí, orientovaný, klidný, spolupracuje, v noci spal. Monitorujeme fyziologické funkce, bolest, nauzeu, funkčnost PMK a vzhled moči, drén, žilní vstupy, příjem/výdej tekutin a odchod plynů. Fyziologické funkce jsou v normě, bolesti neudává, nauzeu nepocítuje, plyny odchází, pacientovi podáváme kyslík brýlemi 3 l/min. Moč je čirá bez příměsí, žilní vstupy jsou funkční, bez známek infekce. Je proveden převaz operační rány, rána je klidná, krytí suché. Provádí se kontrolní odběr krve na biochemii a hematologii, pacient má ↓ hladinu hemoglobinu – 94 g/l, ostatní výsledky a hodnoty glykemie jsou v normě. Ranní hygiena provedena na lůžku s dopomocí. Pacient je poučen a provádí rehabilitaci na lůžku a je poučen o správném způsobu dýchání a odkašlávání. Pacient dodržuje klid na lůžku a dietu 0S – čaj.

Medikace:

Infuzní terapie:

1. 500 ml G 10% + 10 j. Actrapidu 100 ml/h – před výkonem
2. 500 ml RL 100 ml/h
3. 500ml FR 100 ml/h
4. 500 ml G 10% + 8 j. Actrapidu 100 ml/h

Analgezie: Morfin 1% 1 amp. s.c. po příjmu na JIP

Morfin 1% 2 amp. + 48 ml FR kontinuálně 3ml/h

Antiemetika: Torecan 1 amp. i.v. při nevolnosti

Antibiotika: Ciplox 200 mg i.v. po 12 hodinách

4. den/ 2. pooperační den

Pacient je na JIP, při vědomí, orientovaný, klidný, spolupracuje, v noci spal. Monitorujeme fyziologické funkce, bolest, nauzeu, funkčnost PMK a moč, funkčnost drénu, žilní vstupy, příjem/výdej tekutin a odchod plynů. Fyziologické funkce jsou v normě, bolesti neudává, nauzeu nepocítuje, plyny odchází. PMK je funkční, moč je čirá bez příměsí, 1. periferní žilní katétr je funkční, bez známek infekce, 2. PŽK je vytažen, místo je klidné. Pacientovi je proveden převaz, rána klidná, drén zkrácen do obvazu. Proveden kontrolní odběr krve na biochemii a hematologii, má ↓ hladinu hemoglobinu – 84 g/l, ostatní výsledky a hodnoty glykemie jsou v normě. Pacientovi jsou podány dvě krevní transfúze, poté dochází ke zvýšení hladiny Hb na 101 g/l. Pacient poprvé vstává, ranní hygiena provedena u lůžka s dopomocí. Pacient provádí RHB na lůžku, nevstává bez doprovodu a dodržuje dietu 0 – tekutá.

Medikace:

Analgetika: Morfin 1% 2 amp. + 48 ml FR kontinuálně 2ml/h
po dokapání kontinuální analgezie Analgin 1 amp. i.v. při bolesti

Antikoagulancia: Zibor 2500 j. s.c.

Antibiotika: Ciplox 200 mg i.v. po 12 hodinách

Transfúze: 2 TU EBR

5. den/ 3. pooperační den

Pacient je přeložen na standardní oddělení, je při vědomí, orientovaný, spolupracuje, v noci spal. Kontrolujeme FF 5x denně, bolest, funkčnost PMK a vzhled moči, odchod plynů a stolice. Pacient má fyziologické funkce v normě, bolesti neudává, PMK je funkční, moč je čirá bez příměsí, větry odchází, stolicí neměl. Proveden kontrolní odběr na biochemii hematologii, má ↓ hladinu hemoglobinu – 108 g/l, ostatní výsledky a hodnoty glykemie jsou v normě. Byl proveden převaz, rána klidná, drén a PŽK vytaženy. Ranní hygiena provedena ve sprše, pacient si přechází. Dieta 1/9 – kašovitá diabetická.

Medikace:

Antibiotika: Ciplox 500 mg p.o. 1-0-1

Antikoagulancia: Zibor 2500 j. s.c. v 17:00

Chronická medikace: Siofor 850 mg 0-1-0

Glyvenol 400 mg 1-0-1

Apo-simva 20 mg 0-0-1

Indapamid stada 1,5 mg 1-0-0

6. den / 4. pooperační den

Fyziologické funkce sledujeme 3x denně (v normě), PMK je funkční, moč fyziologická, bez příměsí, větry odchází, měl stolicí, v noci spal, bolesti neudává. Přejít na dietu 9s – diabetickou šetřící.

Medikace:

Antibiotika: Ciplox 500 mg p.o. 1-0-1

Antikoagulancia: Zibor 2500 j. s.c. v 17:00

Chronická medikace: Siofor 850 mg 0-1-0

Glyvenol 400 mg 1-0-1

Apo-simva 20 mg 0-0-1

7. - 9. den/5. - 7. pooperační den

Pacient je bez obtíží, má dietu 3s, moč je fyziologická, má pravidelnou stolicí 1x za dva dny. Při převazu dán na ránu Novikov. FF v normě.

Medikace:

Antibiotika: Ciplox 500 mg p.o. 1-0-1

Chronická medikace: Siofor 850 mg 0-1-0

Glyvenol 400 mg 1-0-1

Apo-simva 20 mg 0-0-1

Indapamid stada 1,5 mg 1-0-0 – ob den

10. den/8. pooperační den

Pacient neudává žádné obtíže, dieta stále 3s, moč je fyziologická, stolice pravidelná. V noci spí dobře. FF v normě.

Medikace:

Antibiotika: Ciplox 500 mg p.o. ½ - 0 - ½

Chronická medikace: Siofor 850 mg 0-1-0

Glyvenol 400 mg 1-0-1

Apo-simva 20 mg 0-0-1

11. den/9. pooperační den

Pacientovi jsou vytaženy stehy z operační rány. Jinak je pacient bez obtíží, moč fyziologická. FF v normě.

Medikace:

Antibiotika: Ciplox 500mg p.o. ½ - 0 - ½

Chronická medikace: Siofor 850 mg 0-1-0

Glyvenol 400 mg 1-0-1

Apo-simva 20 mg 0-0-1

Indapamid stada 1,5 mg 1-0-0

12. den/ 10. pooperační den

Pacientovi je provedena cystografie, anastomóza je v pořádku a permanentní močový katétr je vytažen. Pacient udává mírný tlak při močení.

Medikace:

Antibiotika: Ciplox 500mg p.o. ½ - 0 - ½

Chronická medikace: Siofor 850 mg 0-1-0

Glyvenol 400 mg 1-0-1

Apo-simva 20 mg 0-0-1

13.den/11.pooperační den

Pacient neudává potíže při močení, moč je fyziologická.

Medikace:

Antibiotika: Ciplox 500mg p.o. ½ - 0 - ½

Chronická medikace: Siofor 850 mg 0-1-0

Glyvenol 400 mg 1-0-1

Apo-simva 20 mg 0-0-1

Indapamid stada 1,5 mg 1-0-0

14.den/12. pooperační den

Pacient je propuštěn do domácího ošetřování. Je poučen o klidovém režimu, stravě, péči o ránu a kontrole u svého urologa.

5.2 Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách

Doména č. 1: Podpora zdraví

Pacient hodnotí svůj zdravotní stav jako narušený. Pro udržení zdraví chodí na procházky a pracuje okolo domu. Pacient je bývalý kuřák, kouřil asi 20 – 30 cigaret denně, již 30 let nekouří. Alkohol nepije. Pacient dodržuje lékařská a ošetřovatelská nařízení.

Doména č. 2: Výživa

Pacient má nadváhu. Dodržuje dietu 9 – diabetickou. Má zachovanou normální chuť k jídlu. Jeho typický denní příjem stravy je snídaně, svačina, oběd, svačina a večeře. Nají se sám u stolu. Denně vypije 1,5 – 2 l tekutin, nejčastěji pije čaj a vodu. Pocit žízně, poruchy polykání a pálení žáhy nepociťuje. Poranění kůže a sliznic se hojí dobře.

Doména č. 3: Vylučování a výměna

Pacient má zavedený permanentní močový katétr CH 20. Moč je mírně hematurická, od 1. pooperačního dne čirá, bez příměsí. Stolicí má pravidelně 1x za dva dny, barva stolice je fyziologická, větry odchází. Pacient nezvrací a nepotí se.

Doména č. 4: Aktivita/odpočinek

Pacient chodí na procházky, denními aktivitami jsou práce okolo domu a nakupování. Volný čas tráví aktivně (procházky) a pasivně (sledování TV, čtení knih a poslouchání rádia). Pacient spí dobře, celou noc, po probuzení se cítí odpočatý, léky na spaní neužívá.

Doména č. 5: Percepce/kognice

Pacient nosí brýle na čtení i na dálku. Problémy se sluchem a čichem nemá.

Doména č. 6: Sebepercepce

Pacient se hodnotí spíše jako pesimista, důvěřuje si méně, se vzhledem je částečně spokojený. Pociťuje mírné obavy z nemoci, které zmírňují dostatek informací o léčbě a rodina.

Doména č. 7: Vztahy mezi rolemi

Pacient je ve starobním důchodu, je ženatý, bydlí s manželkou, má syna. Rodina má o něho zájem, navštěvují ho každý den. Rodinné problémy nemá. Propuštěn bude do domácího prostředí, kde se o něho rodina postará. Kontakt s lidmi je méně častý.

Doména č. 8: Sexualita

Touto doménou se pacient nechce zabývat.

Doména č. 9: Zvládání zátěže/tolerance zátěže

Pacientovo chování je přátelské. Napětí prožívá málo a vyvolává ho špatný zdravotní stav. Stresové situace zvládá většinou sám nebo s podporou rodiny.

Doména č. 10: Životní principy

Nejdůležitější pro pacienta je rodina a zdraví, dále peníze a záliby. Životním cílem je pro něj dobré zdraví. Pacient je katolík, náboženský kontakt však nepotřebuje.

Doména č. 11: Bezpečnost/ochrana

U pacienta se dosud nevyskytla alergie. Závratě nepociťuje. Pacient má riziko infekce z důvodu zavedeného permanentního močového katétru, periferního žilního katétru, drénu a operační rány. Riziko pádu není.

Doména č. 12: Komfort

Pacient pociťuje mírnou nauzeu v operační den, která po podání antiemetik ustupuje. Bolesti neudává.

Doména č. 13: Růst/vývoj

Růst a vývoj je v normě.

Zvažované ošetřovatelské diagnózy

00015 Riziko zácpy

00108 Deficit sebepéče při koupání

00148 Strach

00004 Riziko infekce

00046 Narušená integrita kůže

00044 Narušená integrita tkáně

5.3 Plán ošetrovatelské péče – ošetrovatelské diagnózy

00004 RIZIKO INFEKCE

(00046 Narušená integrita kůže, 00044 Narušená integrita tkáně)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organismy.

00108 DEFICIT SEBEPÉČE PŘI KOUPÁNÍ

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se koupání/hygiény.

00148 STRACH

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímání ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

00015 RIZIKO ZÁCPY

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 2: Funkce gastrointestinálního systému

Definice: Riziko snížení normální frekvence defekace doprovázené obtížným nebo nekompletním odchodem stolice anebo odchodem nepřiměřeně tvrdé, suché stolice.

DISKUZE

V teoretické části jsem se zabývala a podrobně se seznámila s nádorovým onemocněním prostaty, diagnostikou a možnostmi léčby. V praktické části mé práce jsem sledovala pacienty po radikální prostatektomii a sestavila jsem mapu péče na dobu hospitalizace pacienta (viz příloha E). Tato mapa je výstupem mé práce a je přehledným postupem ošetrovatelské péče o pacienta po operaci prostaty.

Hospitalizace u všech pacientů trvala 13 dní a 14. den byli poučeni a propuštěni do domácího ošetřování. Postup předoperační a pooperační péče byl velice podobný, mírně se lišil pouze u kazuistiky č. 3 z důvodu diabetického onemocnění pacienta - v infuzní léčbě dostával navíc G 10% s inzulinem. U tohoto pacienta byla také zjištěna, z důvodu vyšší krevní ztráty při operaci, snížená hladina hemoglobinu a byly mu podány dvě krevní transfuze. Žádné jiné komplikace se u pacientů po dobu hospitalizace neobjevily.

Pozitivní je, že pacienti po dobu hospitalizace převážně nepociťovali trvalou bolest, jen jeden pacient udával mírnou bolest při kašli a pohybu od 4. do 7. pooperačního dne. Domnívám se, že je to díky dostatečnému tlumení bolesti opiáty po operaci. Ostatní pacienti také mohli pociťovat občasnou mírnou bolest, ale neuvedli ji. Operační rána se hojila per primam u všech operovaných. Pacienti pociťovali strach z operace a pooperačního období, dostatkem informací se strach podařilo snížit. Psychické rozpoložení pacientů po operaci bylo dobré.

Na základě ošetrovatelských procesů, jsem zjistila, že nejčastějšími ošetrovatelskými diagnózami jsou riziko infekce, riziko zácpy, strach a deficit sebepéče při koupání.

ZÁVĚR

Karcinom prostaty je jedním z nejčastěji diagnostikovaných zhoubných nádorů. Ve většině případů jsou postiženi muži nad šedesát let. Díky screeningovému vyšetření jsou nádory diagnostikovány převážně v časných stádiích a pacient má tak šanci na uzdravení. Screening je velice důležitý, protože v časném stádiu je karcinom prostaty asymptomatický. Příznaky se objeví až v pokročilých stádiích, kdy již pacienti nemají šanci na úplné vyléčení.

Domnívám se, že by se mělo hovořit více o této nemoci, zvláště pak o preventivním vyšetření. Mnoho mužů z mého okolí není informováno o screeningu karcinomu prostaty. Informace mají pouze muži, kteří navštěvují urologa. Myslím, že by se do preventivního vyšetřování a podávání informací měli více zapojit praktičtí lékaři.

Vypracováním této práce a praxí na urologickém oddělení jsem si rozšířila své vědomosti i získala nové informace v oblasti diagnostiky a léčby tohoto onemocnění.

Ve své práci se zabývám pouze péčí o pacienta po dobu hospitalizace, ale ukončením hospitalizace pacientovi problémy nekončí. Mohou se objevit komplikace spojené s operací, jako jsou inkontinence moči a erektilní dysfunkce, které můžou výrazně snížit psychickou pohodu a kvalitu života pacienta. Je proto nutné povzbudit pacienta (popř. zajistit kontakt s psychologem), psychická podpora od rodiny a zapojení rodiny do péče.

Soupis bibliografických citací

1. ADAM, Z. a kol. *Obecná onkologie*. 1. vyd. Praha : Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-715-8.
2. ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. 2. doplň. vyd. Praha : GRADA Publishing, 2002. ISBN 978-80-247-0143-1.
3. DVOŘÁČEK, J. *Onkourologie*. 1.vyd. Praha : Galén, 2005. ISBN 80-7262-349-4.
4. DYLEVSKÝ, I. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha : GRADA Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3240-4.
5. GOSPODAROWICZ, M. K. a kol. *TNM klasifikace zhoubných novotvarů*. 7. vyd. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2011. ISBN 978-80-904259-6-5.
6. HERDMAN, T. H. *NANDA International Ošetrovatelské diagnózy : definice a klasifikace 2009 – 2011*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3423-1.
7. KAWACIUK, I. *Urologie*. 1. vyd. Praha : Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-626-7.
8. KLENER, P. *Základy klinické onkologie*. 1. vyd. Praha : Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-716-5.
9. KLIMENT, J. a kol. *Karcinóm prostaty*. Martin : Osveta, 2000. ISBN 80-88824-03-6.
10. MAREČKOVÁ, J. *NANDA – International diagnostika v ošetrovatelském procesy, NIC a NOC klasifikace*. Ostrava : Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-109-9.
11. MARKS, S. *Rakovina prostaty : rodinný průvodce diagnózou, léčbou a možnostmi přežití*. 1. vyd. Praha : Pragma, 1999. ISBN 80-7205-698-0.
12. SABRA, R. a kol. *Karcinom prostaty do roku 2000*. Praha : Maxdorf-Jessenius, 1996. ISBN 80-85800-60-8.
13. VORLÍČEK, J. a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha : GRADA Publishing, 2006. ISBN 80-247-1716-6.
14. WEISS, P. a kol. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha : GRADA Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.

Časopisy:

15. BROŽÁK, M.; KOŠINA, J.; VŠETIČKA, J.; HOLUB, L.; HUŠEK, P.; PACOVSKÝ, J. Extraperitoneální laparoskopická radikální prostatektomie. *Urologie pro praxi*. 2011, roč. 12, č. 1, s. 50–54. ISSN 1213-1768.

16. CHAZMIN, A.; VERMOUSEK, I.; ZACHOVAL, R. Prevence a možnosti léčby erektilní dysfunkce vzniklé po radikální prostatektomii. *Urologie pro praxi*. 2011, roč. 12, č. 2, s. 111–113. ISSN 1213-1768.

17. KLEMENTOVÁ, Y. Radioterapie karcinomu prostaty – nežádoucí účinky léčby. *Urologie pro praxi*. 2011, roč. 12, č. 1, s. 59–60. ISSN 1213-1768.

18. SOCHOROVÁ, N.; MIŠURDOVÁ, B. Asistence sestry při biopsii prostaty. *Urologie pro praxi*. 2011, roč. 11, č. 1, s. 45–46. ISSN 1213-1768.

Elektronické zdroje:

19. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. *Ústav zdravotnických informací a statistiky*. Praha : ÚZIS, 2012 [cit. 2011-12-09]. Novotvary 2009. Dostupný z WWW: <<http://www.uzis.cz/system/files/novot2009.pdf>>. ISSN 1210 857X.

20. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. *Ústav zdravotnických informací a statistiky*. Praha : ÚZIS, 2008 [cit. 2011-12-9]. Novotvary 2005. Dostupný z WWW: <<http://www.uzis.cz/system/files/novot2005.pdf>>. ISSN 1210 857X.

21. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. *Ústav zdravotnických informací a statistiky*. Praha : ÚZIS, 2004 [cit. 2011-12-09]. Novotvary 2001. Dostupný z WWW: <<http://www.uzis.cz/system/files/novot2001.pdf>>. ISSN 0862 576X.

22. VALENTOVÁ, E.; VAŇÁSEK, J., VÍŠKOVÁ, I. *Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně*. c2011 [cit. 2011-12-29]. Péče o nemocné při radioterapii karcinomu prostaty. Dostupný z WWW: <<http://www.linkos.cz/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologicky-konferencnich-abstrakt/abstrakta/cislo/4840/>>.

Seznam použitých zkratk

amp. - ampule
BMI – body mass index
CT – počítačová tomografie
CMP – cévní mozková příhoda
EBR – erytrocyty bez buffy coatu resuspendované
EKG - elektrokardiogram
FF – fyziologické funkce
FR – fyziologický roztok
G - glukóza
GCS – Glasgow coma scale
GS – Gleason skóre
Hb – hemoglobin
i.v. - intravenózní
IM – infarkt myokardu
JIP – jednotka intenzivní péče
LHRH – hormon uvolňující luteizační hormon
P - pulz
PAD – perorální antidiabetika
PMK – permanentní močový katétr
PSA – prostatický specifický antigen
PŽK – periferní žilní katétr
RAPE – radikální prostatektomie
RHB - rehabilitace
RL – Ringer laktát
RTG – rentgenový snímek
s.c. – subkutánní
SPO2 – saturace kyslíkem
TEN – trombembolická nemoc
TK – tlak krve
TRUS – transrektální ultrasonografie
TT – tělesná teplota
TU – transfuzní jednotka
VAS – vizuální analogová škála

Seznam příloh

Příloha A: Výskyt rakoviny prostaty

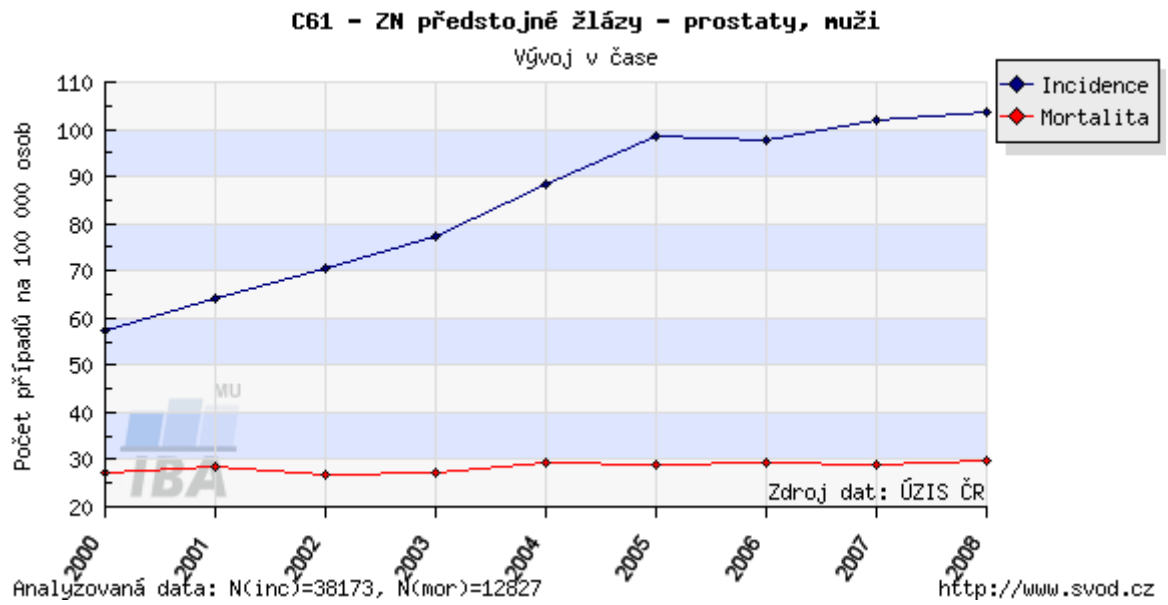
Příloha B: Vyšetření prostaty

Příloha C: Testy a hodnocení

Příloha D: Ošetrovatelský proces

Příloha E: Mapa péče

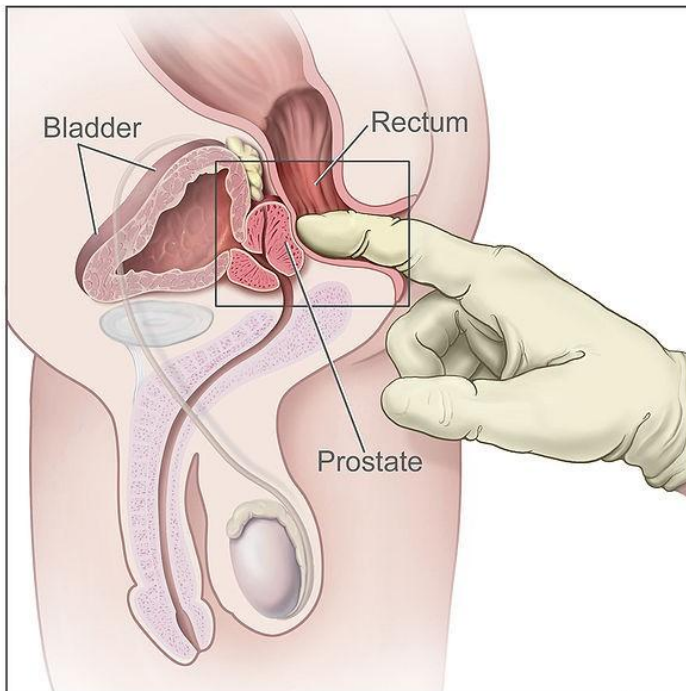
Příloha A: Výskyt rakoviny prostaty v ČR



„Dostupný z: <<http://www.svod.cz>>

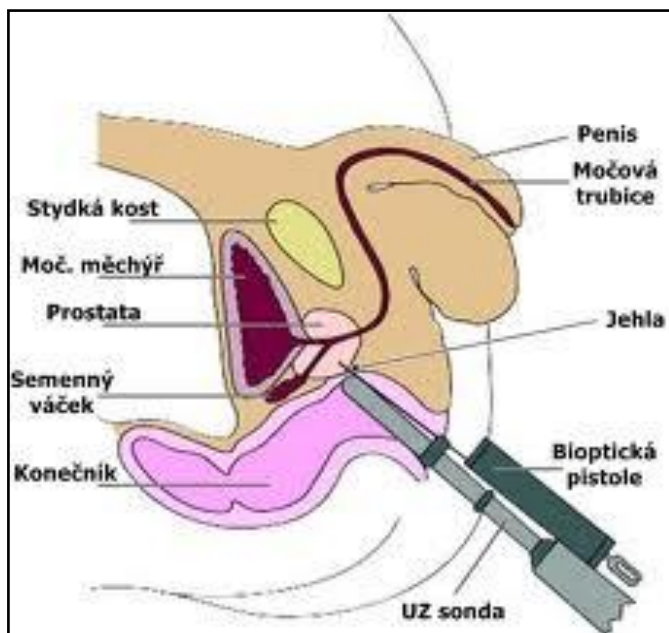
Příloha B: Vyšetření prostaty

Digitální rektální palpace



„Dostupný z: <<http://www.vylecit.cz/1002/rakovina-prostaty-strasak-vsech-muzu/>>“

Transrektální biopsie prostaty



„Dostupný z: <<http://www.stefajir.cz/index.php?q=biopsie-prostaty>>“

Příloha C: Testy a hodnocení

Barthelův test základních všedních činností

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

Hodnocení:

- 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**

„Dostupný z: <is.muni.cz/th/174363/pdf_b/Pr._c._2_Bartheluv_test.doc>

Stupnice hodnocení úrovně soběstačnosti dle Gordonové

0	plně soběstačný
1	potřebuje pomocné prostředky
2	potřebuje pomoc od další osoby, asistenci, dohled nebo edukaci
3	potřebuje pomoc od další osoby a pomocné prostředky
4	je závislý, na tělesné aktivitě se nepodílí

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

Rozšířená stupnice hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Schopnost spolupráce	úplná	4	vědomí	dobry	4
	malá	3		apatický	3
	částečná	2		zmatený	2
	žádná	1		bezvědomí	1
věk	do 10 let	4	pohyblivost	úplná	4
	do 30 let	3		částečně omezená	3
	do 60 let	2		velmi omezená	2
	nad 60 let	1		žádná	1
stav pokožky	normální	4	inkontinence	není	4
	alergie	3		občas	3
	vlhká	2		převážně močová	2
	suchá	1		moč i stolice	1
další nemoci	žádné	4	aktivita	chodí	4
	*	3		doprovod	3
		2		sedačka	2
		1		upoután na lůžko	1
tělesný stav	dobry	4	celkem		
	zhoršený	3			
	špatný	2			
	velmi špatný	1			

* diabetes mellitus, febrilie, anémie, kachexie, onemocnění cév, obezita, karcinom atd. podle stupně závažnosti 3 – 1 bod

Zvýšené riziko vzniku dekubitů je u pacienta, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko)

„Přepřacováno z: < is.muni.cz/th/204417/lf_m/Priloha_c._1_Norton_stupnice.pdf>“

Stupnice pro hodnocení rizika pádu dle Conleyové upraveno Juráskovou

Rizikové faktory pro vznik pádu		
Anamnéza		
DDD (dezorientace, demence, deprese)		3 body
věk 65 let a více		2 body
pád v anamnéze		1 bod
pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překlada na lůžkové odd.		1 bod
zrakový / sluchový problém		1 bod
užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnostika, tranquilizery, antidepressiva, antihypertenziva, laxantia)		1 bod
Vyšetření		
soběstačnost	úplná	0 bodů
	částečná	2 body
	nesoběstačnost	3 body
schopnost spolupráce	spolupracující	0 bodů
	částečně spolupracující	0 bodů
	nespolupracující	2 body
Přímý dotaz na pacienta (informace od příbuzných)		
Míváte někdy závratě?		3 body
Máte v noci nucení na močení?		1 bod
Budíte se v noci a nemůžete usnout?		1 bod
Hodnocení		
0 - 4 body	5 - 13 bodů	14 - 19 bodů
Bez rizika	Střední riziko	Vysoké riziko

„Přepřacováno z: < http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2007_0003.pdf>“

Příloha D: Ošetřovatelský proces

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

Jméno a příjmení studenta/ky:		
Ročník, obor:	Datum:	Hodnocení:

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

Jméno a příjmení (iniciály):	Věk:
Povolání, vzdělání:	Oddělení, pokoj:
Datum přijetí:	Operační výkon:
Plánované přijetí: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Pooperační den:
Hlavní diagnóza:	
Vedlejší diagnózy: 1. 2.	
3. 4.	
Důvod přijetí: (vyjádření dle klienta)	
Celkový vzhled, úprava:	
Konstituce:	Výška: Hmotnost: BMI:
Vědomí (GCS):	Paměť: <input type="checkbox"/> neporušená <input type="checkbox"/> zapomíná <input type="checkbox"/> částečně zapomíná <input type="checkbox"/> špatně si vybavuje <input type="checkbox"/> staropaměť
Chápe myšlenky a otázky (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy) <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Pozornost: <input type="checkbox"/> úmyslná <input type="checkbox"/> neúmyslná <input type="checkbox"/> stálá <input type="checkbox"/> nestálá <input type="checkbox"/> je roztržitý/á <input type="checkbox"/> jiné:	
Orientace: v čase <input type="checkbox"/> plně orientovaný/á <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> dezorientovaný/á	Oční kontakt: <input type="checkbox"/> udržuje <input type="checkbox"/> neudržuje
v prostoru <input type="checkbox"/> plně orientovaný/á <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> dezorientovaný/á	
v osobě <input type="checkbox"/> plně orientovaný/á <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> dezorientovaný/á	
Puls: frekvence pravidelnost kvalita	
Dýchání: frekvence pravidelnost kvalita	
dýchací fenomény kašel sputum	
kanya: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano druh:	datum zavedení: odsávání: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
Krevní tlak:	Tělesná teplota:
Periferní vstup: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano datum zavedení:	Centrální vstup: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano datum zavedení:
Poloha: <input type="checkbox"/> aktivní <input type="checkbox"/> pasivní <input type="checkbox"/> vynucená <input type="checkbox"/>	
Postoj: <input type="checkbox"/> vzpřímený <input type="checkbox"/> hemiparetický <input type="checkbox"/> hemiplegický <input type="checkbox"/> strnulý <input type="checkbox"/>	
Chůze: <input type="checkbox"/> přirozená <input type="checkbox"/> ataxie <input type="checkbox"/> kolébavá <input type="checkbox"/> antalgická <input type="checkbox"/> kulhání <input type="checkbox"/> paretická <input type="checkbox"/> spastická <input type="checkbox"/> parkinsonská <input type="checkbox"/>	
Abnormální pohyby: <input type="checkbox"/> tremor <input type="checkbox"/> choreatické <input type="checkbox"/> atetoidní <input type="checkbox"/> akineze <input type="checkbox"/> tik <input type="checkbox"/> jiné	
<input type="checkbox"/> křeče <input type="checkbox"/> tonické <input type="checkbox"/> klonické <input type="checkbox"/> tonicko-klonické	
Schopnost uchopit předmět rukou, stisk ruky:	
Klouby: omezení pohybu <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano zduření <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano deformity <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Svalový tonus: <input type="checkbox"/> snížený <input type="checkbox"/> zvýšený	
Poruchy citlivosti: <input type="checkbox"/> parestezie <input type="checkbox"/> anestezie <input type="checkbox"/> hypestezie	
Chybění části těla:	
Kompenzační pomůcky (jaké):	
Úroveň soběstačnosti (dle Gordonové): najíst se umýt se vykoupat se obléci se pohybovat se	
Kůže: <input type="checkbox"/> vlhká <input type="checkbox"/> suchá <input type="checkbox"/> snížený turgor <input type="checkbox"/>	
barva: <input type="checkbox"/> fyziologická <input type="checkbox"/> bledá <input type="checkbox"/> rubor <input type="checkbox"/> icterus <input type="checkbox"/> cyanóza <input type="checkbox"/> akrocyanóza <input type="checkbox"/> mramorovaná <input type="checkbox"/> pigmentace	
změny: <input type="checkbox"/> exantém <input type="checkbox"/> petechie <input type="checkbox"/> ekchymózy, sufuze <input type="checkbox"/> hematomy <input type="checkbox"/> pajizévký <input type="checkbox"/> jizvy <input type="checkbox"/> exkoriace <input type="checkbox"/> vesiculy <input type="checkbox"/> ulcus <input type="checkbox"/> edémy	
Kožní deriváty: změny a defekty	
Stav sliznic: <input type="checkbox"/> růžové <input type="checkbox"/> bledé <input type="checkbox"/> soor <input type="checkbox"/> afty <input type="checkbox"/> suché <input type="checkbox"/> jiné:	
Riziko dekubitů (dle Nortonové):	Dekubitus <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (příloha hodnocení dekubitů)
Stav operační rány:	Poslední převaz:
Drenáž: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano jaká: od kdy:	množství sekretu:
Kůže končetin: <input type="checkbox"/> beze změn <input type="checkbox"/> chladná <input type="checkbox"/> bledá <input type="checkbox"/> cyanotická <input type="checkbox"/> šupinková <input type="checkbox"/> bez ochlupení <input type="checkbox"/> ulcerace <input type="checkbox"/> zarudlý pruh:	
Periferní pulzace: <input type="checkbox"/> hmatná <input type="checkbox"/> nehmatná	
Edémy končetin: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> symetrické <input type="checkbox"/> asymetrické <input type="checkbox"/> jednostranné <input type="checkbox"/> DK P/L <input type="checkbox"/> HK P/L <input type="checkbox"/> oboustranné <input type="checkbox"/> měkké <input type="checkbox"/> tuhé	
<input type="checkbox"/> bolestivé <input type="checkbox"/> nebolestivé	
Edém celého těla: <input type="checkbox"/> nepřítomen <input type="checkbox"/> anasarka	Žíly DK: varixy <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
Výraz tváře: <input type="checkbox"/> febrilis <input type="checkbox"/> hippokratická <input type="checkbox"/> myxedematosa <input type="checkbox"/> tyreotoxica <input type="checkbox"/> adenoida <input type="checkbox"/> cushingoida <input type="checkbox"/> parkinsonica <input type="checkbox"/>	
Zornice: <input type="checkbox"/> izokorické <input type="checkbox"/> anizokorické <input type="checkbox"/> mióza P/L <input type="checkbox"/> mydriáza P/L reakce na světlo <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	
Nos: <input type="checkbox"/> bez výtoků <input type="checkbox"/> sekrece: <input type="checkbox"/> čirá <input type="checkbox"/> hlen <input type="checkbox"/> hnis <input type="checkbox"/> krev	
Dutina ústní: <input type="checkbox"/> dásně zduřelé <input type="checkbox"/> zarudlé <input type="checkbox"/> krvácivé <input type="checkbox"/> nekrózy <input type="checkbox"/> paradontóza <input type="checkbox"/> afty <input type="checkbox"/> soor jazyk:	
Chrup: <input type="checkbox"/> zdravý <input type="checkbox"/> sanován <input type="checkbox"/> kariézni <input type="checkbox"/> zubní protéza	
Zápach z úst: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> po acetonu <input type="checkbox"/> hnilobný <input type="checkbox"/> foetor hepaticus <input type="checkbox"/> po amoniaku <input type="checkbox"/> jiný	
Řeč: <input type="checkbox"/> plynulá <input type="checkbox"/> zárazy <input type="checkbox"/> dysartrie <input type="checkbox"/> afázie senzoričká <input type="checkbox"/> afázie motorická <input type="checkbox"/> dyslalie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> němý/á
Hlas: <input type="checkbox"/> dysfonie <input type="checkbox"/> afonie	

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU POTŘEB

Podpora zdraví	<p>Můj zdravotní stav hodnotím jako: <input type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> částečně dobrý <input type="checkbox"/> narušený <input type="checkbox"/> špatný <input type="checkbox"/> jiné:</p> <p>Abych si udržel/a zdraví: <input type="checkbox"/> sportuji <input type="checkbox"/> chodím na procházky <input type="checkbox"/> pracuji na zahradě <input type="checkbox"/> dodržuji zdravou výživu <input type="checkbox"/> využívám alternativní medicínu <input type="checkbox"/> nic <input type="checkbox"/> jiné:</p> <p>Kouření: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: množství doba</p> <p>Alkohol: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: druh: množství: frekvence:</p> <p>Nemoci, úrazy mající vliv na souč. zdravotní stav:</p> <p>Lékařská a ošetrovatelská nařízení dodržuji: <input type="checkbox"/> důsledně <input type="checkbox"/> občas <input type="checkbox"/> nedodržuji (důvod)</p> <p>Příčiny současného onemocnění:</p> <p>Při objevení současné nemoci jsem: <input type="checkbox"/> navštívil/a lékaře <input type="checkbox"/> poradil/a se s jinými zdravotníky <input type="checkbox"/> užil/a léky (jaké) <input type="checkbox"/> jiné:</p> <p>Osobní přání týkající se postupů při léčbě a zvládnání zdravotního stavu: <input type="checkbox"/> informace <input type="checkbox"/> jiné:</p>
Výživa	<p>Stav výživy: <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> obézní <input type="checkbox"/> kachektický <input type="checkbox"/> úbytek váhy za posledních 6 měsíců <input type="checkbox"/> přibyték na váze za posledních 6 měsíců</p> <p>Dieta: Chut': <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> narušená</p> <p>Dietní omezení: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano:</p> <p>Typický denní příjem jídla: <input type="checkbox"/> snídaně <input type="checkbox"/> svačina <input type="checkbox"/> oběd <input type="checkbox"/> svačina <input type="checkbox"/> večeře <input type="checkbox"/> II. večeře <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p> <p>Přidávky: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p> <p>Forma stravy: <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> kašovitá <input type="checkbox"/> tekutá Způsob přijímání stravy: <input type="checkbox"/> per os <input type="checkbox"/> sondou <input type="checkbox"/> pumpou <input type="checkbox"/> stomie</p> <p>Schopnost najíst se: <input type="checkbox"/> sám/a <input type="checkbox"/> u stolu <input type="checkbox"/> v lůžku <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> krmení</p> <p>Poruchy polykání: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p> <p>Pálení žáhy: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p> <p>Příjem tekutin za 24 h: <input type="checkbox"/> < 0,5 l <input type="checkbox"/> 0,5 – 1 l <input type="checkbox"/> 1 – 1,5 l <input type="checkbox"/> 1,5 – 2 l <input type="checkbox"/> 2 – 2,5 l <input type="checkbox"/> jiné</p> <p>Druh/množství: <input type="checkbox"/> čaj <input type="checkbox"/> voda <input type="checkbox"/> min. vody <input type="checkbox"/> pivo <input type="checkbox"/> mléko <input type="checkbox"/> káva <input type="checkbox"/> ovoc. šťávy</p> <p>Pocit žízně: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> snížený <input type="checkbox"/> nemám</p> <p>Poranění kůže a sliznic se hojí: <input type="checkbox"/> dobře <input type="checkbox"/> špatně (projevy)</p>
Vylučování a výměna	<p>Způsob močení: <input type="checkbox"/> sám na WC <input type="checkbox"/> s pomocí na WC <input type="checkbox"/> v lůžku <input type="checkbox"/> permanentní katétr č.: datum zavedení:</p> <p>Mikce: <input type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> problémy <input type="checkbox"/> noční močení <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> inkontinence: <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/> druh <input type="checkbox"/> pomůcky</p> <p>Diuréza: Příměsi moči: <input type="checkbox"/> krev <input type="checkbox"/> hlen <input type="checkbox"/> jiné:</p> <p>Stolice: <input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> průjem (char.) <input type="checkbox"/> zácpa (za kolik dní) <input type="checkbox"/> inkontinence: <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> meteorismus <input type="checkbox"/> flatulence <input type="checkbox"/> hemeroidy</p> <p>Doba vyprazdňování stolice: barva: Příměsi: <input type="checkbox"/> krev <input type="checkbox"/> hlen <input type="checkbox"/> jiné:</p> <p>Prostředky k vyprazdňování: <input type="checkbox"/> léky <input type="checkbox"/> jiné</p> <p>Zvracení: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano četnost: Příměsi:</p> <p>Pocení: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (kdy) <input type="checkbox"/> přiměřeně <input type="checkbox"/> nadměrně Odér: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p>
Aktivita - odpočinek	<p>Cvičím: <input type="checkbox"/> pravidelně <input type="checkbox"/> občas <input type="checkbox"/> necvičím Typ cvičení:</p> <p>Denní aktivity: <input type="checkbox"/> domácí práce <input type="checkbox"/> nakupování <input type="checkbox"/> práce okolo domu/bytu <input type="checkbox"/> jiné:</p> <p>Faktory bránící tělesné aktivitě: <input type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> svalové křeče (kde) <input type="checkbox"/> parézy/plegie (kde) <input type="checkbox"/> bolest <input type="checkbox"/> plicní onem. <input type="checkbox"/> srdeční onemocnění <input type="checkbox"/> onem. pohyb. aparátu <input type="checkbox"/> nezáměr o pohyb. aktivitu</p> <p>Volný čas trávím: <input type="checkbox"/> aktivně (jak) <input type="checkbox"/> pasivně (jak)</p> <p>Spím: <input type="checkbox"/> celou noc <input type="checkbox"/> problémy s usínáním (kdy usínám) <input type="checkbox"/> budím se brzo a už neusnu (kdy) <input type="checkbox"/> budím se v noci frekvence důvod <input type="checkbox"/> zpocený/á <input type="checkbox"/> spím přes den (kolik hod.) <input type="checkbox"/> spánková inverze: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p> <p>Po probuzení se cítím: <input type="checkbox"/> odpočatý/á <input type="checkbox"/> nevyspalý/á <input type="checkbox"/> rozlámaný/á <input type="checkbox"/> jiné:</p> <p>Zvyky:</p> <p>Léky: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (jaké, kolik, jak dlouho, jak často)</p>
Vnímání - poznávání	<p>Zrak: <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> zhoršený P/L <input type="checkbox"/> nevidomý/á</p> <p>Kompenzační pomůcky: <input type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> čočky <input type="checkbox"/> protézy P/L</p> <p>Sluch: <input type="checkbox"/> v pořádku <input type="checkbox"/> zhoršený P/L <input type="checkbox"/> neslyšící <input type="checkbox"/> šelest</p> <p>Kompenzační pomůcky: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano P/L</p> <p>Čich: <input type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> chybí <input type="checkbox"/> porucha</p>
Vnímání sebe sama	<p>Jsem: <input type="checkbox"/> optimista <input type="checkbox"/> pesimista <input type="checkbox"/> plně si důvěřuji <input type="checkbox"/> důvěřuji si méně <input type="checkbox"/> nedůvěřuji si</p> <p>Spokojenost se svým vzhledem: <input type="checkbox"/> spokojený/á <input type="checkbox"/> částečně spokojený/á <input type="checkbox"/> nespokojený/á</p> <p>Pocity: <input type="checkbox"/> strach (kdy) <input type="checkbox"/> úzkost (kdy) <input type="checkbox"/> hněv (kdy) <input type="checkbox"/> deprese (kdy)</p> <p>Co je pomáhá odstranit:</p>

Vztahy	<p>Jsem: <input type="checkbox"/> zaměstnaný/á <input type="checkbox"/> nezaměstnaný/á <input type="checkbox"/> inv. důchodce <input type="checkbox"/> starobní důchodce <input type="checkbox"/> student/ka <input type="checkbox"/> jiné:</p> <p>Bydlím: <input type="checkbox"/> sám/a <input type="checkbox"/> s partnerem <input type="checkbox"/> s partnerem a dětmi <input type="checkbox"/> s dětmi <input type="checkbox"/> s rodiči <input type="checkbox"/> u příbuzných <input type="checkbox"/> DD <input type="checkbox"/> jiné zařízení:</p> <p>Rodinné problémy: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Reakce rodiny na onemocnění: <input type="checkbox"/> zájem <input type="checkbox"/> nezáměr <input type="checkbox"/> ochota pomoci <input type="checkbox"/> jiné:</p> <p>Člen rodiny, který je mi nejbližší:</p> <p>Spokojenost se zaměstnáním/školou: <input type="checkbox"/> spokojený/á <input type="checkbox"/> nespokojený/á (s čím)</p> <p>Kontakty s lidmi: <input type="checkbox"/> časté <input type="checkbox"/> zřídka <input type="checkbox"/> jsem samotář <input type="checkbox"/> jiné:</p> <p>Chování k lidem: <input type="checkbox"/> asertivní <input type="checkbox"/> pasivní <input type="checkbox"/> agresivní <input type="checkbox"/> přátelské</p> <p>Propuštění plánováno do: <input type="checkbox"/> domácího prostředí <input type="checkbox"/> zařízení následné péče <input type="checkbox"/> domova důchodců <input type="checkbox"/></p> <p>Péče po propuštění: <input type="checkbox"/> nezajištěna <input type="checkbox"/> zajištěna (kým)</p> <p>Vzájemná spolupráce a součinnost se členy rodiny nebo doprovázející osobou, pokud je přítomna: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Jiné důležité informace:</p>
Sexualita	<p>Sexuální obtíže: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p> <p>Ženy</p> <p>Menstruace: menarche <input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/> cyklus / (dny) <input type="checkbox"/> bolestivá <input type="checkbox"/> nebolestivá <input type="checkbox"/> silná <input type="checkbox"/> slabá</p> <p>Antikoncepce: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (jaká)</p> <p>Klimakterické obtíže: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p> <p>Hormonální léčba: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano menopauza (od kdy) :</p> <p>Operace:</p> <p>Poslední preventivní gynekologická prohlídka: Samovyšetřování prsů: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p> <p>Muži</p> <p>Hyperplazie prostaty: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p> <p>Léčba:</p> <p>Operace:</p>
Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu	<p>Chování: <input type="checkbox"/> asertivní <input type="checkbox"/> pasivní <input type="checkbox"/> agresivní <input type="checkbox"/></p> <p>Napětí prožívám: <input type="checkbox"/> často (jak často):</p> <p>Co ho vyvolává: <input type="checkbox"/> rodina <input type="checkbox"/> škola <input type="checkbox"/> zaměstnání <input type="checkbox"/> okolí <input type="checkbox"/> nemoc <input type="checkbox"/> jiné:</p> <p>Co ho snižuje: <input type="checkbox"/> relaxace <input type="checkbox"/> kouření <input type="checkbox"/> alkohol <input type="checkbox"/> drogy <input type="checkbox"/> léky <input type="checkbox"/> jiné:</p> <p>Napětí snáším: <input type="checkbox"/> lehce <input type="checkbox"/> těžko</p> <p>Vyrovnam se: <input type="checkbox"/> rychle <input type="checkbox"/> chvíli mi to trvá <input type="checkbox"/> trvá mi to dlouho</p> <p>Stresové situace zvládám: <input type="checkbox"/> sama <input type="checkbox"/> s podporou rodiny <input type="checkbox"/> jiné:</p> <p>Strategie zvládání:</p> <p>Důležité změny mající vliv na současný psychický stav:</p>
Životní princip	<p>Určete pořadí následujících hodnot dle Vašich priorit: zdraví rodina víra práce peníze záliby cestování jiné</p> <p>Životní cíle:</p> <p>Spirituální potřeby (láska, naděje, víra, odpuštění, smysl života, smíření): <input type="checkbox"/> nechci se jimi zabývat</p> <p>Potřebuji: <input type="checkbox"/> rozhovor s: <input type="checkbox"/> lékařem <input type="checkbox"/> sestrou <input type="checkbox"/> příbuznými <input type="checkbox"/> psychologem <input type="checkbox"/> knězem <input type="checkbox"/> jinou osobou <input type="checkbox"/> knihu <input type="checkbox"/> jiné</p> <p>Náboženská víra je: <input type="checkbox"/> důležitá hodnota <input type="checkbox"/> občasná potřeba <input type="checkbox"/> nepřemýšlel/a jsem o tom <input type="checkbox"/> jiné:</p> <p>Jsem: <input type="checkbox"/> katolík <input type="checkbox"/> evangelík <input type="checkbox"/> jiné:</p> <p>Náboženský kontakt <input type="checkbox"/> nechci <input type="checkbox"/> chci: <input type="checkbox"/> kněze <input type="checkbox"/> pastora <input type="checkbox"/> jinou osobu:</p>
Bezpečnost - ochrana	<p>Alergická reakce: <input type="checkbox"/> nevyskytla se <input type="checkbox"/> ano v minulosti <input type="checkbox"/> ano nyní <input type="checkbox"/> opakovaně</p> <p><input type="checkbox"/> příčina</p> <p><input type="checkbox"/> charakter</p> <p><input type="checkbox"/> léky</p> <p>Riziko infekce: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (důvod)</p> <p>Závrat': <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p> <p>Riziko pádů: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (důvod)</p>
Komfort	<p>Bolest: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano viz. formulář Záznam hodnocení bolesti</p> <p>Nauzea: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p>
Růst a vývoj	<p><input type="checkbox"/> v normě <input type="checkbox"/> opožděný <input type="checkbox"/> regrese</p> <p><input type="checkbox"/> nesouměrný <input type="checkbox"/> neprospívání</p>

Poznámka: x modrý (fyziologie, norma)

x červený (patologie, abnormalita)

Příloha E: Mapa péče

Den hospitalizace		1.	2.	3.	4.
Pooperační den		-	operační den	1.	2.
Umístění pacienta		standardní odd.	JIP	JIP	JIP
Vyšetřovací metody		-	odběr	odběr	odběr
Monitorace	FF	TK, P, TT (2x/den)	TK, P, EKG, SPO2, TT po 30 min.	TK, P,EKG, SPO2, TT po 1 h	TK, P,EKG, SPO2, TT po 2 h
	funkčnost	drén, PMK, PŽK	drén, PMK, PŽK	drén, PMK, PŽK	drén, PMK, PŽK
	ostatní	-	P/V tekutin, vzhled moči, bolest, projevy infekce, nevolnost	P/V tekutin, vzhled moči, bolest, projevy infekce, nevolnost, odchod plynů	P/V tekutin, vzhled moči, bolest, projevy infekce, nevolnost, odchod plynů
Farmakoterapie	Infuze	-	1. 500 ml RL 2. 500 ml FR 3. 500 ml G 5%	1. 500 ml RL 2. 500 ml FR 3. 500 ml G 5%	1. 500 ml RL 2. 500 ml FR 3. 500 ml G 5%
	Analgetika	-	1. Morfin 1 amp. s.c. 2. Morfin 2 amp + 48 ml FR kontinuálně i.v.	Morfin 1% 2 amp + 48 ml FR kontinuálně i.v.	1. Morfin 1% 2 amp + 48 ml FR kontinuálně 2. Analgin i.v. p.p.
	Antibiotika	-	Ciplox 200 mg i.v. po 12 h	Ciplox 200 mg i.v. po 12 h	Ciplox 200 mg i.v. po 12 h
	Transfuze	-	při Hb pod 90 g/l	při Hb pod 90 g/l	při Hb pod 90 g/l
	Ostatní	chronická medikace, premedikace p.o.	premedikace p.o., Torecan 1 amp. i.v. při nevolnosti	Torecan 1 amp. i.v. při nevolnosti	Torecan 1 amp. i.v. při nevolnosti
Invazivní vstupy		-	PMK, 2x PŽK, drén	PMK, 2x PŽK, drén	PMK, 1x PŽK, drén
Převaz		-	-	dezinfekce, sterilní krytí	dezinfekce, drén zkrácen do obvazu, sterilní krytí, vytažen PŽK
Prevence TEN		-	elastické punčochy, Zibor s.c.	elastické punčochy, Zibor s.c.	Zibor s.c.
Kyslíková podpora		-	3 l/min kyslíkovými brýlemi	3 l/min kyslíkovými brýlemi	-
Výživa		3 (9)	NPO/0s	0s	0
RHB a pohybový režim		bez omezení	absolutní klid na lůžku, pacient dospává	absolutní klid na lůžku, RHB na lůžku - protahování HK, DK	1. vstávání po operaci, RHB na lůžku, chůze s doprovodem
Hygiena		sám ve sprše	před operací sám ve sprše	na lůžku s dopomocí	u umyvadla s dopomocí
Vyprazdňování		WC	PMK	PMK	PMK
		vyprázdnění střeva - Fortrans	-	-	-
Riziko dekubitů		32	26	26	29
VAS		-	0	0	0
Hodnocení soběstačnosti		100	50	50	75

Den hospitalizace		5.	6.	7.	8.
Pooperační den		3.	4.	5.	6.
Umístění pacienta		standardní odd.	standardní odd.	standardní odd.	standardní odd.
Vyšetřovací metody		odběr	-	odběr	-
Monitorace	FF	TK, P, TT (5x/den)	TK, P, TT (3x/den)	TK, P, TT (3x/den)	TK, P, TT (3x/den)
	funkčnost	PMK	PMK	PMK	PMK
	ostatní	vzhled moči, bolest, projevy infekce, stolice	vzhled moči, bolest, projevy infekce, stolice	vzhled moči, bolest, projevy infekce, stolice	vzhled moči, bolest, projevy infekce, stolice
Farmakoterapie	Infuze	-	-	-	-
	Analgetika	-	-	-	-
	Antibiotika	Ciplox 500 mg p.o. 1 - 0 - 1	Ciplox 500 mg p.o. 1 - 0 - 1	Ciplox 500 mg p.o. 1 - 0 - 1	Ciplox 500 mg p.o. 1 - 0 - 1
	Transfuze	při Hb pod 90 g/l	při Hb pod 90 g/l	při Hb pod 90 g/l	při Hb pod 90 g/l
	Ostatní	chronická medikace	chronická medikace	chronická medikace	chronická medikace
Invazivní vstupy		PMK	PMK	PMK	PMK
Převaz		dezinfekce, vytažen drén, sterilní krytí, vytažen PŽK	dezinfekce, sterilní krytí	dezinfekce, Novikov	-
Prevence TEN		Zibor s.c.	Zibor s.c.	-	-
Kyslíková podpora		-	-	-	-
Výživa		1	3s (9s)	3s (9s)	3s (9s)
RHB a pohybový režim		klid na lůžku, sám si přechází	klid na lůžku, sám si přechází	klid na lůžku, sám si přechází	klid na lůžku, sám si přechází
Hygiena		sám ve sprše	sám ve sprše	sám ve sprše	sám ve sprše
Vyprazdňování		PMK	PMK	PMK	PMK
		WC	WC	WC	WC
Riziko dekubitů		30	30	30	30
VAS		0	0-2	0-2	0-2
Hodnocení soběstačnosti		100	100	100	100

Den hospitalizace		9.	10.	11.	12.	13.
Pooperační den		7.	8.	9.	10.	11.
Umístění pacienta		standardní odd.	standardní odd.	standardní odd.	standardní odd.	standardní odd.
Vyšetřovací metody		-	-	odběr	cystografie	-
Monitorace	FF	TK, P, SPO2, TT (3x/den)	TT (3x/den)	TT (3x/den)	TT (3x/den)	TT (3x/den)
	funkčnost	PMK	PMK	PMK	-	-
	ostatní	vzhled moči, bolest, stolice, projevy infekce	vzhled moči, bolest, stolice, projevy infekce	vzhled moči, bolest, stolice, projevy infekce	bolest, močení, stolice	bolest, močení, stolice
Farmakoterapie	Infuze	-	-	-	-	-
	Analgetika	-	-	-	-	-
	Antibiotika	Ciplox 500 mg p.o. 1 - 0 - 1	Ciplox 500 mg p.o. ½ - 0 - ½	Ciplox 500 mg p.o. ½ - 0 - ½	Ciplox 500 mg p.o. ½ - 0 - ½	Ciplox 500 mg p.o. ½ - 0 - ½
	Transfuze	při Hb pod 90 g/l	při Hb pod 90 g/l	při Hb pod 90 g/l	při Hb pod 90 g/l	při Hb pod 90 g/l
	Ostatní	chronická medikace	chronická medikace	chronická medikace	chronická medikace	chronická medikace
Invazivní vstupy		PMK	PMK	PMK	-	-
Převaz		dezinfekce, Novikov	-	dezinfekce, vytažení stehů, Novikov	-	-
Prevence TEN		-	-	-	-	-
Kyslíková podpora		-	-	-	-	-
Výživa		3s (9s)	3s (9s)	3s (9s)	3s (9s)	3s (9s)
RHB a pohybový režim		bez omezení	bez omezení	bez omezení	bez omezení	bez omezení
Hygiena		sám ve sprše	sám ve sprše	sám ve sprše	sám ve sprše	sám ve sprše
Vyprazdňování		PMK	PMK	PMK	WC	WC
		WC	WC	WC	WC	WC
Riziko dekubitů		32	32	32	32	32
VAS		0-2	0	0	0	0
Hodnocení soběstačnosti		100	100	100	100	100