

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Labáková Jitka

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Labáková Jitka

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTŮ
S DEGENERATIVNÍM ONEMOCNĚNÍM KRČNÍ PÁTEŘE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Věra Berková

2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 4. 12. 2014

.....

Poděkování

Děkuji Mgr. Věře Berkové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

Anotace

Příjmení a jméno: Labáková Jitka

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelský proces u pacientů s degenerativním onemocněním krční páteře

Vedoucí práce: Mgr. Věra Berková

Počet stran - číslované: 72

Počet stran – nečíslované: 8

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 22

Klíčová slova: krční páteř - degenerativní onemocnění - operační přístupy - ošetrovatelský proces - edukační plán

Souhrn:

Jako téma své bakalářské práce jsem zvolila ošetrovatelský proces u nemocného s degenerativním onemocněním krční páteře. V části teoretické jsem se věnovala anatomii krční páteře a přilehlých struktur. Popsala biomechaniku a fyziologii páteře. Zabývala se příčinami a příznaky tohoto onemocnění, diagnostickými a léčebnými postupy. Zmínila se o ošetrovatelské péči o nemocné v intraoperačním období.

V části praktické jsem použila kvalitativní výzkum formou dvou kazuistik. První kazuistika se zabývá pacientkou operovanou předním přístupem ke krční páteři a druhá kazuistika pacientem operovaným přístupem zadním. Formou ošetrovatelského procesu jsem zhodnotila problémy pacientů v pooperačním období, zpracovala ošetrovatelský plán a doplnila potřebnou edukací. Porovnávala jsem ošetrovatelské problémy u těchto pacientů. Zmapovala jsem nejčastější komplikace v pooperační péči a zpracovala předoperační a pooperační manuál o nemocné s degenerativním onemocněním krční páteře.

Annotation

Surname and name: Labáková Jitka

Department: Nursing and Midwifery Assistance

Title of thesis: Nursing process in patients with degenerative diseases of the spine

Consultant: Mgr. Věra Berková

Number of pages- numbered: 72

Number of pages- unnumbered: 8

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 22

Key words: cervical spine - a degenerative disease - surgical approaches - nursing process - an educational plan

Summary:

As a topic of my thesis I chose the nursing process of patients with a degenerative disease of the cervical spine. In the theoretical part I focused on the anatomy of the cervical spine and adjacent structures. I described the biomechanics and the physiology of the spine. I dealt with the causes and symptoms of the disease, diagnostic and therapeutic procedures. I mentioned nursing care of patients in the intraoperative period.

In the practical part of the thesis I have used a qualitative research through two case studies. The first case study deals with a client who was operated using anterior approach to the cervical spine while the second case study describes a client who was operated using posterior approach to the cervical spine. I assessed the problems of both clients in the postoperative period in the form of nursing process, I have created the care plan and added the necessary education. I compared the nursing problems of these two clients. I mapped the most common complications in postoperative care and I have created preoperative and postoperative manual for patients with degenerative disease of the cervical spine.

OBSAH

Úvod	10
Teoretická část	11
1 Anatomie krční páteře	11
1.1 Stavba krčních obratlů	11
1.2 Meziobratlové ploténky (disci intervertebrales)	12
1.3 Vazy zad	12
1.4 Cévní zásobení	12
1.5 Mícha a míšní nervy	13
2 Biomechanika a fyziologie páteře	15
2.1 Ochranná funkce páteře	15
2.2 Pohyblivost páteře	15
2.3 Statická funkce páteře	15
2.4 Stabilita páteře	16
3 Degenerativní onemocnění krční páteře	17
3.1 Příčiny degenerativního onemocnění krční páteře	17
3.2 Příznaky degenerativního onemocnění krční páteře	19
4 Diagnostika degenerativního onemocnění krční páteře	20
4.1 Odběr anamnézy	20
4.2 Klinické vyšetření	20
4.3 Zobrazovací metody	21
5 Terapie degenerativního onemocnění krční páteře	22
5.1 Konzervativní léčba	22
5.2 Operační léčba	22
5.3 Zadní operační přístup ke krční páteři	23
5.4 Přední operační přístup ke krční páteři	24
5.5 Kombinované operační výkony	25

6	Ošetrovatelská péče v perioperačním období.....	26
6.1	Předoperační ošetrovatelská péče	26
6.2	Intraoperační péče.....	28
6.3	Pooperační péče	28
	Praktická část.....	30
7	Formulace problému	30
8	Cíl práce	30
9	Metodika.....	31
10	Vzorek respondentů.....	31
11	Kazuistika číslo 1	32
11.1	Průběh hospitalizace.....	35
11.2	Ošetrovatelský model.....	39
11.3	Ošetrovatelský plán	44
11.4	Edukační plán.....	49
12	Kazuistika číslo 2	50
12.1	Průběh hospitalizace.....	53
12.2	Ošetrovatelský model.....	57
12.3	Ošetrovatelský plán	60
12.4	Edukační plán.....	63
13	Manuál pro péči o pacienty s degenerativním onemocněním krční páteře	64
14	Diskuse	68
	Závěr.....	72

Seznam zdrojů

Seznam použitých zkratk

Seznam příloh

ÚVOD

Po ukončení střední zdravotnické školy jsem nastoupila na neurochirurgické oddělení ve FN Plzeň. Měla jsem ze svého nástupu velké obavy, protože tento obor je specializovaný a pokud jsem chtěla ošetrovatelskou péči provádět správně, aby byla pro pacienty užitek a dopomohla k jejich uzdravení, bylo nutné se s daným oborem seznámit do hloubky a porozumět problematice týkající se ošetrovatelské péče o neurochirurgického pacienta.

Postupem času, získáváním nových informací a zkušeností jsem této problematice porozuměla a dokázala rozlišit jaká péče u konkrétního onemocnění je pro pacienta přínosem a jaká by pro něj byla spíše neprospěšná. Proto jsem si pro svou bakalářskou práci vybrala téma týkající se právě ošetrovatelské péče.

Degenerativním onemocněním krční páteře se zabývám proto, že je považováno za civilizační chorobu. Věková hranice tohoto onemocnění klesá. Stává se velkým socioekonomickým problémem pro svou dlouhodobou léčbu. Bolest a doprovázející příznaky mohou zapříčinit dlouhodobou, neřídka i trvalou pracovní neschopnost. Tento proces se odráží také na psychice nemocného a je důležité tyto nemocné psychicky podporovat, dát jim co nejvíce srozumitelných informací a motivovat je do jejich budoucího života.

V teoretické části se zabývám anatomií krční páteře, biomechanikou a fyziologií páteře, příčinami vzniku degenerativního onemocnění krční páteře, jejich příznaky, diagnostikou a terapií.

V praktické části popisuji dvě kazuistiky u pacientů s degenerativním onemocněním krční páteře, operovaných odlišnými operačními přístupy ke krční páteři. U pacienta operovaného předním přístupem ke krční páteři a u pacienta operovaného přístupem zadním. Mám za cíl porovnat a rozlišit specifika ošetrovatelské péče a zhodnotit péči o nemocného u rozlišného operačního přístupu, zhotovit edukační plán u těchto nemocných. Touto prací bych chtěla zhodnotit své postřehy z praxe a pomoci se tak orientovat v ošetrovatelské péči o pacienty operované odlišnými přístupy ke krční páteři i nezasvěceným kolegyním a kolegům.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE KRČNÍ PÁTEŘE

Páteř je složena ze sedmi krčních obratlů (vertebrae cervicales, C1-C7), na které navazuje dvanáct obratlů hrudních (vertebrae thoracicae, Th1- Th12) a dále pokračují 5 obratli bederními (vertebrae lumbales, L1-L5), kostí křížovou tvořenou pěti srostlými obratli (vertebrae sacrales, S1-S5) a kostrčí srostlou třemi až pěti obratli (vertebrae coccygeae, Co). V oblasti krční páteře jsou obratle menší a zvětšují se směrem dolů, kde jsou více zatíženy. (1 str. 172)

1.1 Stavba krčních obratlů

Krční obratle patří k nejmenším a nejlehčím obratlům v průběhu celé páteře. Prvním krčním obratlem je atlas (C1), který má obrácené horní kloubní plošky proti týlním kondylům lebky, podpírá tak lebku a připomíná obra Atlase z řecké mytologie. Extenze a flexe hlavy je uskutečněna v těchto kloubech. Čepovce se dotýká ve spodních kloubních ploškách. Odlišuje se od ostatních obratlů tím, že nemá tělo ani trnový výběžek. Tato kost je tvořena předním a zadním obloukem (arcus anterior et posterior) a na každé straně ze zesílených postranních částí (massae laterales) s kloubními fasetami dole i nahoře.

Druhým krčním obratlem je čepovec (axis), odlišný stavbou od ostatních krčních obratlů zubem vybíhajícím nahoru z jeho těla. Tento zub, dens axis je původním tělem atlasu pozměněným embryonálním vývojem. Otáčí se kolem něj atlas i lebka a tento kloub umožňuje otáčení hlavy ze strany na stranu.

Třetí až sedmý krční obratle mají obdobnou stavbu a jsou pro ně typicky příznačné znaky. Tělo mají na bocích širší. Trnový výběžek (processus spinosus) mají rozštěpený a krátký, směřující přímo dozadu. Obratlový otvor (foramen ovale) má trojúhelníkovitý tvar a je velký. Příčné výběžky mají otvor (foramen processus transversi), kterým vedou obratlové cévy zásobující mozek. Dolní fasety jsou dole a směřují dopředu a horní fasety jsou uloženy nahoře směrem dozadu. Toto postavení dovoluje velké rozpětí pohybu jako rotaci, flexi, laterální flexi a extenzi krku. (1 str. 173)

1.2 Meziobratlové ploténky (disci intervertebrales)

Při chůzi, běhu a skákání ohrožují naši páteř kompresní síly, které jsou redukovány meziobratlovými ploténkami. Zároveň dovolují ohyb páteře. V oblasti krční páteře jsou meziobratlové ploténky nejslabší a zvětšuje se tak elasticita tohoto úseku páteře. Meziobratlové ploténky nejsou přítomné mezi kostí týlní a atlasem, ani mezi atlasem a axis. Každá meziobratlová ploténka je tvořena vnitřní částí, jádrem (nukleus pulposus) rosolovité povahy, které redukuje působení kompresivních sil na páteř. Další částí je obvodový prsteneček uspořádaný do dvanácti soustředných kruhů, vazivový prsteneček (anulus fibrosus). Vnější kruhy jsou tvořeny vazy a vnitřní kruhy chrupavkou. Tato struktura vymezuje nukleus pulposus, zabraňuje jeho přílišnému rozpětí při tlaku na páteř. Sjednocuje přilehlé obratle a vzdoruje napětí ovlivňující páteř. Uspořádání kolagenního vaziva podporuje odolnost páteře vůči krouživým pohybům. (1 stránky 170,172)

1.3 Vazy zad

Oporu páteře zajišťují dlouhé vazy páteře mezi, které patří podélný vaz přední a zadní (ligamentum longitudinale anterius et posterius) procházející od krku po os sacrum podél přední a zadní strany obratlů. Ligamentum longitudinale anterius je připevněné k obratlovým tělům a meziobratlovým ploténkám, je široké. Při velkém záklonu zamezuje hyperextenzi zad. Ligamentum longitudinale posterius je připevněné jen k meziobratlovým ploténkám, je slabé a úzké. Při velkém předklonu zamezuje hyperflexi zad. Ke krátkým vazům patří ligamentum flavum, žlutý vaz tvořený elastickou tkání. Je pevné a slučuje přilehlé obratle, při předklonu se natáhne a při narovnání se navrátí zpět do původní polohy. Mezi další krátké vazy páteře patří ligamenta interspinalia, intertransversaria, ligamentum supraspinale, nuchae. (1 str. 170)

1.4 Cévní zásobení

Arteriální větve extraspinálního cévního systému zajišťují cévní zásobení páteře. Velké extraspinální cévy jsou upevněné na přední ploše páteře. S tepnami cirkulují odpovídající žilní kmeny. Na povrchu obratlových těl a oblouků a v epidurálním prostoru jsou utříděny do žilních plexů žíly drénující osteoartikulární struktury páteře. (2 str. 306)

1.5 Mícha a míšňní nervy

Mícha, (medulla spinalis) je uložena v kanále páteřním a probíhá po celé délce páteře od velkého týlního otvoru lebky, (foramen magnum) a končí v úrovni prvního nebo druhého obratle bederního. Účastní se motorické a sensitivní distribuce od krku do celého těla, je ústředím reflexů, plní převodní funkci signálů mezi mozdem a tělem. Ochraňuje ji páteř, míšňní obaly a mozkomíšňní tekutina obdobně jako mozek. Epidurální prostor má vyplněn žilními pleteněmi a tukem. Subdurální prostor, pavučníce, subarachnoideální prostor a omozečnice v míšňním okolí jsou anatomicky shodné s mozgovými obaly.

Je rozdělena na segmenty umístěné nad odpovídajícím obratlem, podle počtu míšňních nervů z ní vybíhajících. Je utvořena zevně bílou hmotou a vnitřně hmotou šedou, stejně jako centrální nervová soustava, CNC. Šedá hmota je tvořena centrálním kanálkem míchy a zadní rohy, obsahující vmezeřené nervové buňky, které přijímají informace od senzitivních nervových buněk s těly umístěnými mimo míchu. Přední rohy jsou tvořeny motoneurony, zásobují svaly a šlachy. V krční a bederní oblasti jsou přední rohy největší, zásobují horní respektive dolní končetiny. Bílá hmota je utvořena nemyelizovanými a myelinizovanými axony zprostředkujícími komunikaci mezi míchou a mozdem.

Z míchy vychází 31 párů míšňních nervů, jednotlivé nervy se slučují se zadními, tvořenými senzitivními vlákny a předními kořeny, tvořenými vlákny motorickými. Nerv je uložen ve spoji předních a zadních kořenů v meziobratlových otvorech páteře proti kostěným pediklům obratlových oblouků. Větví se na přední větve, (ramus ventralis), které jsou silnější a inervují přední a postranní krajiny krku a trupu a celé končetiny. A zadní větve (ramus dorsalis), inervující zadní stranu krku a trupu. Větve míšňních kořenů jsou na rozdíl od kořenů tvořeny vlákny senzitivními i motorickými. Z krční páteře vychází osm krčních míšňních nervů (C1 – C8). Končetinový sval je inervován více než jedním míšňním nervem a tak porušení jednoho nervu nezpůsobí úplné ochrnutí končetinového svalu. (1 stránky 391-397)

Míšňní nervy se větví do nervových pletení. Inervaci krku zabezpečuje krční pleteň, (plexus cervicalis) představuje přední větve prvního až čtvrtého krčního nervu a většinou jsou nervy kožními. Inervují kůži krku, zadní části hlavy a nejvýše položenou část ramen. Zbylé větve inervují svaly přední krční oblasti.

Brániční nerv (n. phrenicus) tvořený vlákny třetího, čtvrtého i pátého krčního nervu, inervuje bránici, patří k nejvýznamnějším nervům krční pleteně. Zabezpečuje motorická i sensitivní vlákna tomuto životně důležitého dýchacího svalu. Porušením páteřní míchy nad třetím až pátým míšním nervem dochází k zástavě dechu.

Horní končetiny jsou inervovány pažní pletení (plexus brachialis) a představuje přední větve krčních nervů C5-C8. Větví se na pět kořenů a rozděluje se na přední větve C5 – Th1, vytváří horní, střední a dolní svazek (truncus). Ten se dále diferencuje na přední a inervuje přední část končetiny a zadní oddíl inervující zadní část končetiny. Vnikají do axily, kde se vytváří postranní, střední a zadní provazce.

Nejdůležitější periferní nervy pro horní končetinu jsou podpažní nerv (n. axillaris), patřící k zadnímu provazci, inervuje malý oblý a deltový sval. Sensitivními vlákny zásobuje kůži poloviny deltového svalu a pouzdro ramenního kloubu.

Svalově - kožní nerv (n. musculocutaneus) vycházející z postranního provazce, inervuje dvojhlavý sval pažní a hluboký sval pažní. Umožňuje kožní citlivost zevní strany předloktí.

Středový nerv (n. medianus) vychází ze středního a postranního provazce inervujícího většinu svalů přední strany předloktí a laterální části dlaně, pět vnitřních svalů vnější části dlaně a jedním z nich, sval, který staví palec do opozice vůči ostatním prstům.

Loketní nerv (n. ulnaris) vychází ze středního provazce a inervuje vnitřní část hlubokého flexoru prstů a vnitřní flexor zápěstí, většinu vnitřních svalů ruky a kůži její mediální strany. Kůže mediální třetiny ruky inervuje zadní větev.

Vřetenní nerv (n. radialis) vychází ze zadního provazce a je největší nervovou větví pleteně pažní. Inervuje zadní stranu horní končetiny počítaje extenzory, trojhavý sval pažní, kůži dorzolaterálního povrchu ruky, většinu natahovačů na předloktí. (1 stránky 426-432)

2 BIOMECHANIKA A FYZIOLOGIE PÁTEŘE

2.1 Ochranná funkce páteře

Kostěné struktury páteře chrání před poraněním míchu a odstupující nervové kořeny uložené v páteřním kanálu. Ten má v různých oddílech páteře odlišný průsvit a tvar. Úsek krční páteře má páteřní kanál ve tvaru trojúhelníku se zaoblenými úhly o velikosti 23 x 14 mm. Při poranění nebo degenerativním onemocnění páteře, naopak kostěné struktury mohou být důvodem porušení míchy nebo míšních kořenů.

2.2 Pohyblivost páteře

Pohyblivost páteře je souhrnem pohybů mezi dílčími obratli. Z více než 50 procent patří krční oddíl páteře k nejvíce pohyblivé části páteře. Flexe a extenze v oblasti páteře až šestého krčního obratle je možná o úhlu 22° a rotace v oblasti prvního až druhého krčního obratle o úhlu 2 x 23°. Nakolik jsou pohyblivé jednotlivé úseky páteře a zda jsou obratle připojeny ke kostem nebo volné, stanovují meziobratlové ploténky. Nástrojem mobility páteře jsou meziobratlová kloubní spojení, meziobratlové destičky, páteřní vazy a svaly páteře. Pohybový segment je základní funkční jednotkou páteře, tvořený dvěma přilehlými obratli, vsunutými meziobratlovými ploténkami, meziobratlovými klouby a vazivovými strukturami. Zde dochází k pohybům obratlů. Aktivními pohyby páteře jsou rotace hlavy a trupu, úklony, předklon a záklon neboli pohyby rotační. Pohyby pasivní jsou umožněny pouze v malé míře v podobě translačních pohybů. Jakýkoli pohyb páteře je složený sestavou translačních a rotačních pohybů. Pohyby jsou děleny na pohyby hlavní a pohyby sdružené.

2.3 Statická funkce páteře

Udržuje rovnováhu hlavy a trupu, drží tak padesát procent váhy těla. Zajišťuje ji vertikální systém pilířů. V oblasti krční páteře úsekem C0 až C2 dvěma pilíři. Poddajnost páteře je zvětšena účelně prospěšnými lordotickými a kyfotickými zakřiveními, v oblasti krční páteře vypouklé vpřed neboli krční lordóza. Zároveň je díky těmto zakřivením možná i větší zátěž páteře.

2.4 Stabilita páteře

Pro porozumění patologických stavů jsou klíčové koncepty stability a instability páteře. Dle Angtuaca a Bineta představuje stabilita páteře stav, kdy v kanálu páteřním nedojde k poškození či dráždění nervových struktur pod vlivem působení fyziologické zátěže.

Pro dobrou orientaci k určení stability páteře byl vytvořen dvousloupcový koncept stability (Holdsworth 1963, 1970), o který se v dnešní době pro svou jednoduchost opírají některé klasifikace zlomenin páteře a třísloupcové koncepty stability (Denis 1983, Louis 1975). V současné době je Denisova teorie uznávána jako podklad pro hodnocení biomechaniky páteře a Louisova teorie se v klinické praxi nerozvinula. Stabilitu páteře rozdělujeme na vertikální, účastní se jí obratlová těla a ploténky. Horizontální, za kterou odpovídají meziobratlové klouby a ploténky, páteřní vazy.

Naopak instabilita představuje dle Whitea a Panjabiho stav, kdy při působení fyziologické zátěže má páteř zmenšenou schopnost zachovat takové postavení obratlů, které nezpůsobí bezprostřední nebo následné poranění míchy nervových kořenů a míchy a nevyvíjeli se tak deformity a bolestivost.

Za akutní instabilitu považujeme patologický proces s hrozícím poraněním nervových struktur v rané době. Chronická instabilita páteře se vyznačuje postupným zhoršujícím patologickým procesem vedoucím k poranění nervových struktur během měsíců až roků. Určení stability či nestability páteře má vliv na druh léčby a operační řešení. (2 stránky 306-309)

3 DEGENERATIVNÍ ONEMOCNĚNÍ KRČNÍ PÁTEŘE

Degenerativní onemocnění krční páteře (spondylosis cervicalis) je onemocnění léčené již z historie. Prvotní nastínění chirurgické léčby postižené krční ploténky je z roku osmnáct set padesát devět. Postupem času se poznatky této problematiky vyvíjely a samotná diagnostika dosáhla značného pokroku inovací radiologických diagnostických metod, zejména nukleární magnetické rezonance. Rovněž operační terapie dosáhla progresu v podobě nových operačních technologií a mikrochirurgie.

Věková hranice tohoto onemocnění se pohybuje v období středního věku až stáří, počínaje čtvrtou dekádu věku. Postihuje všechny profese a postižené provází dlouhodobou pracovní neschopností, nezdědka končí až invaliditou. Tímto se stává vážným socioekonomickým problémem.

V poslední době není výjimkou snížení věkové hranice pro degenerativní onemocnění páteře. Za příčinu tohoto jevu je považováno nepřizpůsobení zátěže páteře současnému životnímu stylu. K jeho rozvoji dopomáhá nepřiměřené držení krční páteře v předklonu a nefyziologická poloha hlavy ve spánku. Částečný vliv mají i prodělaná mikrotraumata hlavy, způsobená nejen při sportu a není jim věnována zvláštní pozornost. Velký podíl má proces stárnutí, který se projevuje ve všech segmentech páteře a postihuje nejvíce zatížené oblasti páteře. Procesem degenerace postižených struktur páteře postupně dochází k zúžení a deformování tvaru páteřního kanálu, který dle stupně postižení může zapříčinit až kompresi nervových struktur a míchy. (2 str. 353) (3 str. 128)

3.1 Příčiny degenerativního onemocnění krční páteře

Proces stárnutí se uplatňuje již ve druhé dekádě věku, kdy se zhoršuje cévní zásobení meziobratlové ploténky. Dochází k postupné ztrátě vody, rozpadu kolagenních a úbytku elastických vláken. Působení statické zátěže napomáhá k vytvoření trhlin, meziobratlová ploténka se rozpadá a tvoří úlomky. Tyto změny postihující meziobratlovou ploténku jsou označovány jako diskopatie. Obvodový prstenec anulus fibrosus je poškozen a může dojít k výhřezu určitého úseku meziobratlové ploténky do kanálu páteřního. Stav kdy dochází k vyklenutí disku, je nazýván protruze. Výhřez substance mimo hranici anulus fibrosus je pojmenován jako extruze. (3 str. 128) (4 str. 76)

Pokud nedojde k vyhřeznutí meziobratlové ploténky, nadále se její výška snižuje a obratlová těla se navzájem dotýkají. Postupným procesem degenerace se vytváří (osteocondróza) degenerativně změněný disk s tvorbou osteofytů obratlových těl, (spondylartróza) projevující se na intervertebrálních a unkovertibrálních skloubeních. V kloubech se snižuje produkce synoviální tekutiny, dochází k poškozením chrupavky a kloubního pouzdra s opakujícími se sublucacemi až tvorbou osteofytů. Pokud se osteofyty utvářejí na okrajích obratlových těl, značí zhoršenou pohyblivost pohybového segmentu. Na zadní straně dopomáhají ke vzniku stenózy v páteřním kanále. Tento patologický proces označujeme jako (cervikální spondylózu). (4 str. 76)

Výhřez části krční meziobratlové ploténky postupně může pozměnit pozici meziobratlových kloubů do sublucace, způsobí jejich opotřebením a zbytněním a výsledkem je vznik laterální stenózy páteřního kanálu. Identický proces se projevuje i na unkovertibrálních kloubech a zapříčiní stenózu v prostoru foramen intervertebrale. Pokud se postižený meziobratlový disk vyklenuje proti zadnímu podélnému vaz, dráždí jej a následně fibrotizuje a osifikuje, na zadních okrajích obratlových těl se utvoří osteochondotické valy a páteřní kanál se tak zúží zepředu. Zúžení páteřního kanálu zezadu nastane fibrotizací a zřasením žlutého vaz. Konečným důsledkem těchto degenerativních pochodů je stenóza páteřního kanálu a jejímu vzniku může napomoci vrozeň zúžený kanál páteřní. Na páteři dochází ke ztrátě krční lordózy, je poškozena její dynamika a statika. (2 str. 354)

Degenerativní proces se postupně vyvíjí ve více pohybových segmentech a rozšiřuje se na okolní kostěné a měkké tkáně. Výsledný dopad procesu degenerace spočívá v kompresi míchy, míšních kořenů a nervů v kanálu páteřním zapříčiněný nejen hernií ploténky, ale i kostními změnami, osteofyty, které jsou příčinou stenózy páteřního kanálu a intervertebrálních foramin. Nejběžnější jsou lokalizace postižení pátého až šestého a šestého až sedmého krčního obratle a v menší míře čtvrtého až pátého krčního obratle a sedmého krčního až prvního hrudního obratle. (2 str. 354) (4 str. 77)

Nejzávažnější forma cervikální spondylózy je cervikální spondylogenní myelopatie, (CSM). Je ovlivněna multifaktoriálně, na jejím vzniku se podílejí činitelé mechanické, dynamické a cévní. Nejprve se rozvíjí funkční postižení dlouhých míšních drah a následuje morfologické poškození míchy se vznikem myelopatického ložiska. Závažnější důsledek změn na míchu má postižení několika pohybových segmentů páteře. (2 stránky 354-355)

3.2 Příznaky degenerativního onemocnění krční páteře

Počáteční lehké degenerativní změny na krční páteři se projevují vertebrálním syndromem v podobě paravertebrálních spazmů, akutními nebo chronickými blokádami krční páteře, bolestmi šíje a mezi lopatkami a omezením pohyblivosti páteře. Hernie disku se manifestuje v podobě rychle postupujících příznaků. Typický je Lhermittův příznak, *decharge electrique*. Projevuje se při předklonu hlavy pocitem elektrické rány procházející kolem páteře. Bolest se objevuje neočekávaně. (5 str. 83)

Pokročilé degenerativní změny na krční páteři způsobují útlak nervových struktur a projevují se vznikem symptomů příznačných pro příslušnou komprimovanou strukturu. Pokud se jedná o útlak míšních kořenů, nazývá se komplex provázejících symptomů radikulopatie. Projevuje se cervikobrachiálním syndromem, který se vyznačuje bolestí vystřelující z krční páteře do horních končetin v příslušných dermatomech. Nejčastěji se vyskytuje v oblasti krční páteře v úrovni šestého a sedmého patologicky změněného obratle a postižením sedmého míšního nervu v dermatomu druhého a třetího prstu a konečků všech prstů, parézou *musculus triceps* a extensorů zápěstí. Druhou nejčastěji postiženou oblastí je pátý a šestý krční obratel s postižením šestého míšního kořene v dermatomu laterální strany předloktí a palce s parézou *musculus triceps*. Třetí nejčastěji postiženou oblastí je sedmý krční a první hrudní obratel s postižením osmého krčního míšního kořene v dermatomu čtvrtého a pátého prstu a parézou svalů ruky. V malé míře se vyskytuje také v oblasti čtvrtého a pátého krčního obratle s postižením pátým krčním míšním kořenem v dermatomu ramene a parézou *musculus deltoideus*. Míšní kořeny mohou být zasáhnuty jednostranně nebo oboustranně. (5 str. 83) (4 str. 77)

Syndrom provázející útlak míchy myelopatie (CSM) se projevuje radikulární poruchou cití na horních končetinách, na trupu je porucha disociovaná, v rozsahu komprimovaných segmentů je chabá paréza, postižení dlouhých míšních drah se projevuje spasticitou distálně od komprese. Dále je přítomna ztráta síly na horních končetinách, parestezie celých rukou a prstů, poruchy jemných pohybů rukou a prstů. Nemocní mají problémy se zapínáním knoflíků a psaním na klávesnici. Poruchy chůze se objevují u pokročilé myelopatie. Sfincterové příznaky se projevují jako imperativní mikce

z hyperaktivity detruzoru močového měchýře. Pro tento syndrom je typický pomalý mnohaletý vývoj a dlouhými obdobími stagnace nebo regrese symptomů. (2 str. 355)

Cervikokraniální syndrom se vyznačuje bolestí vyzařující do týla hlavy a dochází k ní při útlaku zadních větví míšních kořenů. Dysfáгии způsobují větší přední osteofyty obratlových těl. Pokud dojde k útlaku obratlových arterií, objevují se závratě s ataxií a dalšími symptomy provázející postižení zadní jámy lební a tento syndrom nazýváme vertebrobazilární insuficience. (6 stránky 310-311) (2 str. 355)

4 DIAGNOSTIKA DEGENERATIVNÍHO ONEMOCNĚNÍ KRČNÍ PÁTEŘE

4.1 Odběr anamnézy

Při odběru anamnestických údajů přistupujeme ke každému nemocnému individuálně. U degenerativního onemocnění krční páteře se zaměřujeme na získávání informací o prvních příznacích, jak dlouho trvají, za jakých okolností vznikly, zda se jejich průběh zhoršuje či zmenšuje nebo jsou neměnné. Zjistíme doposud podstoupené vyšetřování a léčbu, charakter, lokalizaci a projekci bolesti, poruchy motoriky, informace o funkci sfinkterů, poruchy citlivosti, závratě. Zaměřujeme se na anamnézu pracovní. (6 stránky 103-105)

4.2 Klinické vyšetření

Zahrnuje všeobecné, neurologické a ortopedické vyšetření nemocného. K zjištění míry poškození nervových struktur, určení orientační výšky léze a rozsah motorických a senzitivních poruch napomáhá neurologické vyšetření. Lékař vyšetřuje statiku a dynamiku páteře, hybnost, svalovou sílu, trofiku, citlivost končetin. Součástí vyšetřování kořenových syndromů jsou provokační manévry vyvolávající kořenové dráždění Spurlingův test a cervikální komprese. (6 stránky 105-120) (7 str. 96)

4.3 Zobrazovací metody

Diagnostika degenerativního onemocnění není jednoduchá.

Provádí se skiagrafické vyšetření, které informuje o skeletu, dokáže zobrazit spondylotické změny na obratlích, zakřivení páteře, osteofyty, osteochondrotické valy, snížení meziobratlového prostoru a zúžení kanálu páteřního. RTG páteře se provádí v různých projekcích, základem je předozadní a bočná. Nativní snímky v šikmé projekci prokáží foraminální stenózu. Dále se provádí snímky dynamické v boční projekci, zobrazující pozici bloku páteře, nestabilitu a deformity v předklonu, neutrální poloze a záklonu. (2 stránky 309-310) (3 str. 130)

Výpočetní tomografie zobrazí rozměry a tvar páteřního kanálu a skeletární změny. Perimyelografické vyšetření umožňuje zobrazit subarachnoideální prostor kolem míchy po podání kontrastní látky lumbální punkcí páteře za pomoci počítačové tomografie. V současné době jsou tato vyšetření nahrazována magnetickou rezonancí, indikována jsou pouze v případech, kdy nelze z nějakého důvodu provést MR. (3 str. 130) (2 str. 310)

Nenahraditelná při diagnostice degenerativního onemocnění na krční páteři je magnetická rezonance. Dokáže zobrazit hernii meziobratlového disku, rozsah stenózy páteřního kanálu, změny uvnitř míchy a degenerativní proces na ploténce. Dobře zobrazuje spinální vazy a nervové struktury.

K diferenciální diagnostice u degenerativního onemocnění krční páteře dopomáhají elektrofyzilogické metody. Elektromyografie rozliší poškození kořene od periferního nervu, jeho umístění a rozsah porušení, zjišťuje poškození míšních funkcí. Evokované potenciály umožňují zhodnotit funkce míchy při spondylogenní myelopatii. (4 str. 77) (5 str. 83) (3 stránky 25-27)

5 TERAPIE DEGENERATIVNÍHO ONEMOCNĚNÍ KRČNÍ PÁTEŘE

5.1 Konzervativní léčba

Je aplikována u nemocných, u kterých lze předpokládat, že symptomy degenerativního onemocnění krční páteře je možné odstranit bez operačního zásahu. Je indikován klidový režim, nejčastěji v podobě dlouhodobé pracovní neschopnosti nemocného. Nasazujeme měkký krční límec, který působí nejen jako zevní opora a napomáhá k mírné imobilizaci krční páteře, ale i myorelaxačně a napomáhá léčbě bolesti. Do budoucnosti je doporučena změna způsobu života. Součástí konzervativní léčby je fyzikální rehabilitace a léčebný tělocvik pod dohledem odborníka.

Medikamentózní léčba spočívá v aplikaci analgetik, myorelaxancií, kortikoidů, vazodilatancií, nesteroidních antirevmatik a vitamínů. Ke zmírnění obtíží se provádí obstříky lokálními anestetiky v podobě intramuskulární nebo intradermální aplikace do míst s maximální bolestí. Další možností je epidurální nebo kořenový obstřík, který je specializovaným výkonem prováděným za přísně sterilních podmínek a za rentgenové kontroly.

Jak již bylo zmíněno, konzervativní terapie degenerativního onemocnění pouze zmírňuje symptomy, samotný degenerativní proces neodstraní, dokáže však zmenšit míšň a kořenový edém, zlepšit prokrvení míchy a mírnit bolesti. Léčba je dlouhodobá s častým návratem obtíží, dokáže však nemoc na dlouhou dobu stabilizovat. (2 str. 356) (6 str. 318)

5.2 Operační léčba

Degenerativní proces na krční páteři nelze operačně odstranit, lze jen operativně uvolnit degenerativním procesem utlačované míšň nervy a kořeny, zlepšit prokrvení míchy, eventuálně provést stabilizační a rekonstrukční výkon páteře a udržet celistvost a funkci pohybového segmentu.

Operativní řešení je indikováno u nemocných s progredujícím neurologickým nálezem a dlouhodobou bolestí. Operování jsou nemocní s výhřezem meziobratlové ploténky s vzestupným vývojem bolesti a postupujícím radikulárním postižením a s akutní

poruchou míšních funkcí. Operačně jsou léčeni také nemocní, kteří jsou dlouhodobě konzervativně léčeni pro cervikální spondylogenní myelopatii s trvalou progresí, se středně těžkou a těžkou cervikální spondylogenní myelopatií s progresí tří až šesti měsíců při konzervativní terapii. Dále pak nemocní s benigním průběhem a málo vyjádřenými příznaky s kritickou stenózou kanálu páteřního.

Operační terapie má nejlepší výsledky u nemocných, u kterých příznaky netrvají déle než šest měsíců, s minimálními míšními příznaky a málo rozvinutou poruchou cití. Nemocní s radikálním postižením mají lepší prognózu, než u kterých se rozvinuly příznaky postižení míchy s neúplným zlepšením a latencí šesti až dvanácti měsíců. Malé nebo žádné zlepšení stavu lze očekávat u nemocných s těžkou poruchou cití na horních končetinách.

Operační léčba není indikována u nemocných starší věkové kategorie s chronickou těžkou cervikální spondylogenní myelopatií a u nemocných, kteří nebudou mít do budoucna užitek pro jiné současné závažné onemocnění. (2 str. 357)

5.3 Zadní operační přístup ke krční páteři

Zadní přístup ke krční páteři byl do roku devatenáct set padesát nejčastější operační technikou léčby cervikální spondylogenní terapie. Lze jím dosáhnout dostatečné dekomprese páteřního kanálu a nervových struktur jako obratlových oblouků, žlutého vazů a intervertebrálních kloubů. Odstranit kompresi zepředu bez rizika poškození míchy touto technikou není možno.

Nejvíce užívanou technikou je klasický zadní přístup do kanálu páteřního laminektomie. Používána je u dorzálně uložených lézí, u lézí v oblasti prvního až třetího krčního obratle a sedmého krčního až prvního hrudního obratle, u cirkulárních stenóz kanálu páteřního, u nemocných, u kterých je přední přístup rizikový nebo nesnadný. Provádí se jeden segment nad a pod místem komprese míchy. Laminektomie víceetážová je v pooperačním období ohrožena kyfotizací krční páteře oslabením zadního páteřního sloupce a z tohoto důvodu není doporučována u mladších nemocných s instabilitou a hypermobilitou páteře.

Laminoplastika, laminotomie je modernější a upřednostňující operační technikou s menším výskytem pooperačních kyfóz. Obratlové oblouky se neodstraňují, pouze se protnou. Nejčastější variantou je dvéřová (open door) a sagitální (french door)

laminoplastika. Používá se k dekompresi páteřního kanálu u víceetážových stenóz s útlakem zepředu i zezadu. Neprovádí se u hypermobility a instability krční páteře.

Foraminotomie patří k jednoduchým výkonům s minimem poškození struktur páteře. Používá se u laterálního výhřezu meziobratlové ploténky, u izolované stenózy foramen intervertebrale, při hypertrofii a fibrotizaci žlutého vazy. Nepoužívá se při vyjádřených míšních příznacích a lézí uložených mediálně. (2 stránky 357-358)

Poloha nemocného při zadním operačním přístupu ke krční páteři je na břiše s obličejem podepřeným speciální opěrkou. Crutchfieldova svorka nebo HALO zajišťuje trakci. Vypodloženy jsou oblast sterna a pánve, česky a hlezenní klouby, břicho volně prověšeno. Ramena mohou být stažena pruhy náplasti připevněnými k operačnímu stolu. Provádí se rentgenové kontroly.

Kožní řez je proveden podélně v ose těla ve střední čáře v rozsahu dle délky operovaného segmentu s pěti centimetrovým plusem na obě strany. Rizikové jsou prostory mezi obratlovými oblouky, žluté vazy v oblasti prvních dvou krčních obratlů pro časté krvácení žilních pletení. Rána se uzavírá pevným stehem fascie s šijovým svalstvem, vstřebatelným stehem podkoží a monofilem kůži. (2 str. 214)

5.4 Přední operační přístup ke krční páteři

Přední operační přístup je novodobější operační technikou a provádí se při převažující přední kompresi míchy. Používá se od padesátých let devatenáctého století a převažují nad přístupem zadním. Lze jím docílit uspokojivé dekomprese kanálu páteřního, obnoví se výška meziobratlového prostoru, komprimovaná přední míšní tepna a radikulární tepny se uvolní a dojde k lepšímu prokrvení míchy.

V současnosti je upřednostňovaný standardizovaný operační postup dle Caspara. Využívá se k odstranění meziobratlové ploténky, zadních osteochondrotických valů, zadního podélného vazy, zadních osteofytů a umožňuje přední dekompresi. Následně se pak uvolní míšní kořen snesením apozic na unkovertebrálních kloubech. Poté navazuje meziobratlovou přední fúzí kostním štěpem či implantátem bez dlahy v podobě karbonové nebo titanové klíčky, biokeramikou a dalšími. V současnosti směřuje chirurgická terapie k náhradě meziobratlové ploténky endoprotézou a tedy zachováním mobility operovaného segmentu. Operovat se dá v jednom a více segmentech.

Pokud je třeba odstranit tři a více obratlových těl provádí se mediální somatektomie zvaná Boniho operace. Operační výkon, při kterém lze docílit dostatečné dekomprese kanálu páteřního bez fúze a stabilizace je anterolaterální přístup dle George, který je obměnou přístupu předního. U víceetážové stenózy krční páteře je preferována mediální somatektomie dvou a více obratlových těl a jejich náhrada auto- nebo alogenním kostním štěpem před víceetážovou diskektomií.

K nevýhodám předních operačních přístupů patří, nemožnost dosahu zadních patologií krční páteře, pokud není použita endoprotéza nedostatečná mobilita páteře a fúze obratlových těl akceleruje v sousedních pohybových segmentech degenerativní změny. K výkonům předním přístupem ke krční páteři se používají mikroskopy, vysokoobrátkové frézy a mikroinstrumentaria. (2 stránky 358-359)

Nemocný je při operaci předním přístupem v poloze na zádech. Hlavu a šíji má vypodloženou speciální opěrkou. HALO, Crutchfieldova svorka nebo třibodový integrovaný držák zajišťuje trakci hlavy. Pruh náplasti přes čelo zajišťuje fixaci ke straně, ramena jsou rovněž fixována a stažena distálně pruhy náplasti. Operační stůl je vybaven rentgenovou transparentní deskou v oblasti krční páteře.

Tímto operačním přístupem je snadno dosažitelná přední plocha páteře od druhého krčního obratle, až k prvnímu obratli hrudnímu. Kožní řez je veden, buď podélně šikmo a je vhodný pro rozsáhlejší přístup k delšímu úseku páteře nebo příčně šikmo k jedné až dvěma etážím, tento řez je kosmeticky prospěšnější. Při dosažení krční páteře se zakládají rozvěrače dle Caspara nebo Hohmannovy minielevatoria. Na závěr operace se sešívá mutulus platysma vstřebatelným stehem, podkoží pouze v případě, že je mohutné. Intradermálním pokračujícím stehem se sešívá kůže. Rizikové je zakládání elevatorií s možností poranění vertebrálních arterií a nervus laryngeus rucurens. (2 str. 214)

5.5 Kombinované operační výkony

Kombinované výkony implementují výhody zadního a předního přístupu, jsou náročné a provádí se ve dvou dobách. Provádí se u těžkých stenóz kanálu páteřního při přední i zadní kompresi a je možné tak odstranit nejvíce možných etiopatogenetických faktorů. (2 str. 359)

6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V PERIOPERAČNÍM OBDOBÍ

Perioperační období zahrnuje období od počátku indikace pacienta k operaci až k jeho úplnému uzdravení po operaci. Ošetrovatelská péče je poskytována nemocnému již v době před operací, dále v době operace a po operaci. Je jednotně ustanovena ve standardech nemocničního zařízení a doplňována péčí, která vyhovuje individuálním potřebám každého nemocného. Zabývá se potřebami nemocných nejen v oblasti tělesné, ale i duševní. (8 str. 26) (9 str. 88)

6.1 Předoperační ošetrovatelská péče

Do předoperačního období započítáváme dobu, kdy je nemocný poučen o nutnosti provedení operace, až po převzetí nemocného na operačním sále. Předoperační péče o nemocného se odvíjí od toho, zda je operační výkon plánový či urgentní. V případě degenerativního onemocnění krční páteře se jedná většinou o operace plánované. Avšak v situaci, kdy dojde k postižení míchy a kořene se zhoršujícími se ložiskovými neurologickými známkami. A u spondylogenní myelopatie s předešlým lehkým poraněním páteře a zhoršením míšních příznaků, pak se jedná o výkon urgentní. (9 stránky 88-89) (10 stránky 190-191)

U plánovaných výkonů, má nemocný příhodnější podmínky pro adaptaci na nastávající situaci. A je k operaci připravován nejen po stránce tělesné, ale také po stránce duševní. Toto období je charakterizováno operační přípravou dlouhodobou. Při příjmu na oddělení nemocný zpravidla přichází již s výsledky předoperačního vyšetření. Předoperační vyšetření obnáší interní vyšetření, včetně provedení elektrokardiografu, v případě nemocného staršího čtyřiceti let a klasifikovaného v první skupině schválené americkou anesteziologickou společností. Rentgenové vyšetření srdce a plic, chemické vyšetření moče a vyšetření krve na hematologický, biochemický a sérologický rozbor. U žen je žádáno ještě vyšetření gynekologické. Předoperační vyšetření je požadováno v určité časové lhůtě, závislé na závažnosti ostatních chorob nemocného. A je žádoucí posoudit celkový stav nemocného vzhledem k těmto onemocněním. Nemocný přichází částečně seznámen s operačním výkonem. (8 stránky 26-33) (9 stránky 90-93)

Při příjmu zdravotní sestra odvede nemocného na pokoj a obeznámí ho s chodem oddělení a řádem nemocnice. Při komunikaci s nemocným je kladen důraz na základy etiky

a srozumitelnost podávaných informací. Všeobecná sestra poskytuje ošetrovatelskou péči dle své kompetence. Odebere sesterskou anamnézu, která je nezbytným článkem k utřídění informací a naplánování ošetrovatelské péče o nemocného. Provádí u nemocného měření fyziologických funkcí a fyzikální vyšetření, kontroluje dostupné předoperační vyšetření a v případě patologických výsledků informuje ošetřujícího lékaře. Doplňuje naordinované laboratorní náběry, včetně odběru na krevní skupinu a Rhesus faktoru nemocného a objednává krevní jednotky v případě potřeby. Od nemocného získává potřebné informace formou rozhovoru a pozorování. Doplňují se zobrazovací vyšetření k úplné diagnostice degenerativního onemocnění krční páteře a konečné rozvaze operačního výkonu. Všeobecná sestra připravuje na zobrazovací vyšetření nemocného dle schváleného standardu. Rovněž nemocného informuje o provedení anesteziologického vyšetření a asistuje při něm. Aplikuje naordinované medikamenty dle ordinace lékaře. Edukuje nemocného o pooperačním pohybovém režimu a názorně jej nemocnému předvede. (8 stránky 26-33) (9 str. 95)

Den před operací je započata krátkodobá předoperační příprava nemocného, kontinuálně přechází z péče dlouhodobé. Všeobecná sestra kontroluje dokumentaci nemocného, pokud nalézá patologický výsledek či nedostatek v komplectaci dokumentů, informuje lékaře a zabezpečí jejich komplexnost. Asistuje při anesteziologickém vyšetření nemocného, pokud je třeba dle anesteziologa doplnit vyšetření, zkontrolovat laboratorní výsledek či změnit a aplikovat medikaci nemocnému, plní tyto ordinace dle kompetence. Edukuje nemocného v oblasti lačnění, dbá na vyprázdnění stolice u pacienta a hygienickou péči. Zavádí pacientovi za aseptických podmínek periferní žilní katétr. (8 stránky 34-35) (9 str. 96)

Péče dlouhodobá přechází rovněž plynule v operační péči bezprostřední a to přibližně dvě hodiny před operačním výkonem nemocného. Sestra opět zkontroluje dokumentaci nemocného a intervence provedené v rámci krátkodobé předoperační péče. Kontroluje lačnění, oholení operačního pole. Aplikuje medikace dle ordinace a premedikaci. Dbá na vyprázdnění močového měchýře. Nasazuje elastické punčochy nebo bandáže v prevenci tromboembolické nemoci a kontroluje vyjmutí dentálních protéz, odstranění protetických pomůcek, šperků a ostatních nežádoucích propriet nemocného. Odváží nemocného s potřebnou dokumentací na operační sál. Po celou dobu s nemocným komunikuje a podává mu srozumitelné informace a ověřuje si, že nemocný dané informace správně pochopil a dodržel. (8 stránky 36-37) (9 str. 97)

6.2 Intraoperační péče

Je časový úsek ohraničený dobou od přijetí pacienta na předsálí, až do doby jeho převzetí zpět na standardní oddělení nebo jednotku intenzivní péče. Zde péči o pacienta zabezpečuje personál operačního sálu, operačním tým. (8 str. 40) (9 str. 99)

6.3 Pooperační péče

Je obdobím, kdy je pacient po operaci předán do péče sestře na pooperační pokoj nebo JIP a končí celkovým uzdravením z operačního výkonu. Po přivezení nemocného na pokoj je péče zaměřena na prevenci pooperačních komplikací. Nemocný je probuzen z anestezie a navrácí se mu vědomí, bdělost a obranné reflexy. V tomto období je pacientovi poskytována bezprostřední pooperační péče.

Při transportu na operační pokoj je nutné pacienta přesunout z překladiště na předsálí s ohledem na operovanou krční páteř a neprovádět s pacientem rotaci ani předklony či záklony hlavy. Hlavu necháváme fixovanou v rovině s osou těla, ze stran přikládáme speciální válec jako zarážku při možném pohybu. Včas pacientovi připomene, že nesmí rotovat s krční páteří. Lůžko je v rovině, popřípadě zvednuto v úhlu maximálně třiceti stupňů. Kontroluje se hybnost a citlivost HK a DK.

Po příjezdu na pooperační pokoj všeobecná sestra provede záznam do dekurzu pacienta. O příjezdu informuje ošetřujícího lékaře. Hlavu lze pacientovi vypodložit nízkou, měkkou molitanovou podložkou, aby byla v ose. Pooperační péče je zaměřena na sledování vitálních funkcí. Kontrolujeme hodnoty tepové frekvence, krevního tlaku, saturaci kyslíku. Hodnoty zaznamenává do akutní karty v intervalu patnácti minut s následným prodloužením. Aplikuje kyslíkovou terapii pomocí kyslíkové polomasky. Monitoruje nauzeu či zvracení a zaměřuje se na prevenci aspirace. Pacient v tomto období nepřijímá nic per os. Později zkouší tekutiny po lžičkách. V prvních pooperačních dnech je indikováno dietní opatření v podobě kašovitě stravy. Všeobecná sestra podává léky dle ordinace lékaře a monitoruje bolest pacienta. Aplikuje infúzní terapii a antibiotika intravenózně, analgetika formou intramuskulární a chronickou medikaci dle ordinace lékaře. Kontroluje močení, pokud se nemocný spontánně nevymočí do šesti až osmi hodin po operaci, zavádí permanentní močový katétr, někdy je zaváděn již na operačním sále. Monitoruje bilanci tekutin. Odebírá pacientovi krev na laboratorní screening dle ordinace anesteziologa a ošetřujícího lékaře. Pokud má pacient zaveden redonův drén, kontroluje a

zapisuje odvod tekutiny. Kontroluje operační ránu. Kontroluje tělesnou teplotu a zapisuje do dekurzu a akutní karty nemocného. Dopomáhá nemocnému s hygienou a sleduje rovněž jeho psychický stav. První pooperační den provádí kontrolní rentgenový snímek krční páteře.

Edukuje nemocného o dodržování pooperačního klidu, postupně provádí rehabilitační cvičení a dopomáhá nemocnému při vstávání z lůžka a chůzi. Nacvičuje soběstačnost pacienta. Při ošetrovatelském procesu využíváme objektivních testů a škál. Poskytováním ošetrovatelské pooperační péče usilujeme o účelnou rekonvalescenci pacienta a jeho včasný návrat k původnímu životu. Následná péče je zaměřena na rehabilitaci a napomáhá návratu k předchozímu životu. (8 stránky 47-49) (9 stránky 99-105)

PRAKTICKÁ ČÁST

7 FORMULACE PROBLÉMU

Degenerativní onemocnění krční páteře je časté onemocnění, postihující většinou dolní úsek krční páteře. Může se projevit u nemocných už v mladém věku, typickým obdobím je však čtvrtá dekáda věku. Nejčastěji tedy postihuje pacienty v produktivním věku a omezuje jejich všední aktivity a pracovní činnost. Bolest a doprovodné příznaky jsou příčinou dlouhodobé pracovní neschopnosti nezřídka končící až trvalou invaliditou. Tímto se toto onemocnění stává problémem socioekonomickým. Projevuje se obrazem chronického onemocnění, degenerativní proces na páteři nelze zastavit, lze pouze dosáhnout zmírnění doprovázejících bolestí či operativně odstranit příčinu útlaku nervových struktur krční páteře. Proces degenerace však nadále pokračuje. Nemocný je ohrožen vznikem ztráty citlivosti až hybnosti horních končetin. To samozřejmě negativně ovlivňuje i psychiku nemocného. Pacienti se pak stávají závislími na ošetřujícím personálu, rodinných příslušnících a svých blízkých. Každý pacient se s touto životní situací vyrovnává po svém a je velmi důležité ke každému z nich přistupovat individuálně, získat jeho důvěru. Motivovat ho a získat ho ke spolupráci, napomoci ke zkvalitnění jeho života.

Ve své bakalářské práci bych se chtěla věnovat do hloubky těmto pacientům a porovnat ošetrovatelskou péči a komfort u odlišných operačních přístupů, prováděných k odstranění nežádoucích příznaků a ke zkvalitnění jejich života.

8 CÍL PRÁCE

Zjistit výskyt společných ošetrovatelských problémů v pooperačním období.

Dílčí cíle

Zmapovat nejčastější komplikace ošetrovatelské péče u pacientů po operaci krční páteře pro degenerativní onemocnění.

Vytvořit předoperační a pooperační manuál pro péči o pacienty po operaci krční páteře pro degenerativní onemocnění.

Výzkumné otázky

Jaké ošetrovatelské problémy jsou shodné u pacientů operovaných předním nebo zadním přístupem?

Jaké jsou nejčastější pooperační komplikace v ošetrovatelské péči o tyto pacienty.

Jak zpřehlednit předoperační a pooperační péči o tyto pacienty?

9 METODIKA

Pro praktickou část bakalářské práce jsem vybrala kvalitativní výzkum v podobě kazuistiky. Mohu tak do hloubky sledovat ošetrovatelské problémy pacientů a porovnat je vzhledem k odlišným operačním přístupům. Kazuistiky zhodnotím stejným ošetrovatelským modelem, modelem funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordon, použiji vhodné měřicí škály a formou ošetrovatelského procesu zhodnotím ošetrovatelské problémy. Zmapuji nejčastější komplikace v ošetrovatelské péči a vytvořím manuál předoperační a pooperační péče o pacienty s tímto onemocněním.

10 VZOREK RESPONDENTŮ

Výběr respondentů byl záměrný, kritériem byli dva pacienti přijati pro degenerativní onemocnění krční páteře s následným operativním řešením. Jeden pacient indikovaný k operaci předním přístupem k páteři a druhý indikovaný k operaci zadním přístupem. Hospitalizováni byli na Neurochirurgické klinice Fakultní nemocnice Plzeň v období od 6. 4. do 17. 4. 2015.

11 KAZUISTIKA ČÍSLO 1

Nynější onemocnění:

Pětapadesátiletá žena byla přijata k plánované operaci stenózy páteřního kanálu v oblasti C3 – C7. Více než pět let měla bolesti šíje. Poslední rok s propagací po zevní straně levé horní končetiny do palce ruky vlevo. Největší obtíže má večer a při fyzické námaze. V noci se probouzí bolestí.

Osobní anamnéza:

Od roku 2006 v péči diabetologa pro diabetes mellitus II. typu. Od roku 2008 se léčí pro arteriální hypertenzi. Od roku 2009 je pravidelně kontrolována na gynekologické ambulanci pro klimakterické potíže. Dislipoproteinémie, chronické polyartritické obtíže. Na EKG susp. IM na přední stěně dlouhodobě bez vývoje. Bez anginózních potíží. Dle hodnocení srdečního selhání NYHA II. Nodózní eufunkční struma. Stav po infekční hepatitidě typu B, hepatopatie, těžká jaterní steatóza dle sonografie. Dle UASG angioliptom levé ledviny v roce 2009.

Hlavní lékařská diagnóza:

M 48. 02 Zúžení páteře, krční krajina – stenóza kanálu páteřního C3 – C6

Vedlejší lékařská diagnóza:

I 10 Arteriální hypertenze

E 119 Diabetes mellitus II. Typu bez komplikací

Rodinná anamnéza:

Otec zemřel v 74 letech na pneumonii. Matka se léčí pro arteriální hypertenzi, prodělala IM v 68 letech, žije v domově důchodců, nesoběstačná, ležící. Má dva sourozence, starší bratr se léčí s hypertrofií prostaty, aterosklerózou. Mladší sestra se rovněž léčí pro arteriální hypertenzi. Má jednu zdravou dceru.

Sociální anamnéza:

Je rozvedená, delší dobu žila sama se svou dcerou. Když se dcera osamostatnila, našla si přítele, s kterým nyní sdílí společnou domácnost.

Pracovní anamnéza:

Je zaměstnána jako pomocná síla v kuchyni.

Farmakologická anamnéza:

Trvale užívá: Lozap H 50/12,5 ½ tbl – 0 – 0 tbl.

Glimepirid Mylan 4 mg 1 – 0 – 0 tbl.

Ibuprofen 400 mg 2 – 3 tbl. / d při bolesti

Fyziologické funkce:

TK - 140/85 mmHg

P - 78/ minutu

TT - 36,5 °C

D - 20/ minutu

Ošetřovatelská anamnéza:

BMI - 31,39 (obezita I. stupně)

Výška - 145 cm

Hmotnost - 66 kg

Kompenzační pomůcky: brýle

Vědomí: normální

Orientace: orientována osobou, místem i časem

Komunikace: bez problému

Dieta: diabetická dieta (175 glycidů)

Vylučování: obstipace, laxantiva neužívá, močí bez problému

Dýchání: při větší fyzické námaze se zadýchá

Stav kůže: suchá, snížený kožní turgor

Bolest: chronické bolesti šíje trvající již 5 let, bolesti rozšiřující se po zevní straně levé horní končetiny až do palce ruky

Čítí: parestezie v levé horní končetině

Motorika: frustní spastická kvadruparéza, s lehkou levostrannou převahou

Alergie: neudává

Spánek: narušený, v noci se budí bolestí

Návyky: nekouří, alkohol příležitostně

Víra: nevěřící

Plánované propuštění: do domácí péče

Použité hodnotící škály:

Barthelův test běžných denních činností

Při příjmu: nezávislý, (100 b.)

Po operaci: závislost středního stupně, (55 b.)

Před propuštěním: nezávislý (100 b.)

Vizuální analogová škála bolesti

Při příjmu: středně silná bolest (2. stupeň)

Po operaci: středně silná bolest až velmi silná (2 - 3. stupeň)

Před propuštěním: mírná (1. stupeň)

Interference bolesti s denními aktivitami

Při příjmu: 2. stupně

Po operaci: 2. - 3. stupeň

Před propuštěním: 1. stupně

Rozšířená stupnice dle Nortonové

Hodnoceno pouze po operaci: 25 bodů, (riziko vzniku dekubitů)

Klasifikace tíže tromboflebitid dle Maddonna - TTM

Hodnoceno pouze po dobu zavedení PŽK - 0

11.1 Průběh hospitalizace

1. den hospitalizace

Pacientka byla přijata k plánované operaci pro stenózu páteřního kanálu C3 – C6 v dopoledních hodinách. Při příjmu odevzdala žádané předoperační vyšetření. Byla odvedena na pokoj. Seznámena se zařízením pokoje a umístěním hygienických zařízení. Odebraly jsme ošetřovatelskou anamnézu, změřily fyziologické funkce a provedly fyzikální vyšetření.

Pacientce jsme doporučily během dne zvýšit příjem tekutin. Nabraly jsme kompletní předoperační laboratorní screening a objednaly 2 x RES dle ordinace operátora. Pacientku jsme informovaly o právech pacientů, chodu oddělení a provozním řádu nemocnice. Po celou dobu rozhovoru spolupracovala, na otázky odpovídala adekvátně. Kontrolními otázkami jsme se ujistily, že porozuměla podaným informacím.

V průběhu dne byla vyšetřena a přijata ošetřujícím lékařem a informována o operačním zákroku. Podepsala souhlas s operací a byla informována, že ještě proběhne

anesteziologické vyšetření. Kontrolovaly jsme hladinu krevního cukru v podobě glykemického profilu. Byla poučena o předoperační přípravě a pooperačním režimu a poučena, že od pŕlnoci nesmí jíst, pít a kouřit.

2. den hospitalizace

Pacientka od pŕlnoci nejedla a nepila. Udávala, že v noci nemohla spát. Měla strach z operace, když usnula, probudila ji bolest šíje a levé horní končetiny. Po rozhovoru se sestrou noční směny se její obavy z operace zmírnily. Na bolest byla aplikována analgetika dle ordinace lékaře. Kontroly fyziologických funkcí a glykemického profilu proběhly bez patologického nálezu.

Pacientka byla z důvodu závažnosti doprovázejících chorob zařazena do operačního programu jako první v pořadí. Sama provedla, s delší časovou prodlevou, ranní a předoperační hygienu. Bezprostřední předoperační příprava probíhala bez komplikací. Premedikace byla podána půl hodiny před operací. Na operační sál byla odvezena dle operačního rozpisu a zde byla provedena Diskektomie a snesení přilehlých dorzálních a foraminálních osteofytů C3/4, C4/5 a C5/6, mezitělová fúze C3 - C4- C5- C6 předním přístupem.

Z operačního sálu byla pacientka přivezena v 12.30 hodin. S polohou hlavy v rovině s osou těla, opakovaně byla poučena o zákazu rotací, předklonů a záklonů hlavy. Operační výkon proběhl bez komplikací. Byla při vědomí, orientována časem, místem i osobou. Z operačního sálu se vrátila se zavedeným periferním žilním katétrek velikosti G 14. Byla ordinována kyslíková terapie polomaskou. Byla napojena na monitor a v intervalech 15 minut byly kontrolovány a zapisovány hodnoty vitálních funkcí. Upozornily jsme ji na časté nafukování manžety při neinvazivního měření krevního tlaku a na přítomnost saturačního čidla na ukazováku pravé horní končetiny.

Hodnoty vitálních funkcí:

12.30 – 13.30 hodin, měření vitálních funkcí v intervalu 15 minut

STK: 122-140 mmHg

DTK : 80-90 mmHg

P: 97 - 80/ minutu

SpO₂: 98 - 99 %

14.00 - 17.00, měření vitálních funkcí v intervalu 30 minut

STK: 140 - 150 mmHg

DTK: 80 -70/ minutu

P: 80 - 70 / minutu

SpO₂: 99 %

Dále měříme hodnoty vitálních funkcí v intervalu 60 minut a prodlužujeme interval po 3 hodinách. Ve stejných intervalech kontrolujeme hybnost a čítí HK a DK. Pacientka je bez poruchy hybnost. Má nauzeu, dbáme na prevenci aspirace. Nepodáváme tekutiny per os, nahrazujeme infúzní terapií dle ordinace anesteziologa a posléze ošetřujícího lékaře.

Kontrolujeme krytí operační rány, které je minimálně prosáklé krví. Profylakticky podáváme antibiotika intravenózně v podobě Kefzolu 1g 4 x denně. Kontrolujeme místo vpichu zavedeného žilního katétru, okolí vpichu je bez známek infekce. Pacientku jsme upozornily na možné polykací obtíže. Udává bolest operační rány, podáváme intramuskulárně analgetika Dynastat 20 mg po 6 hodinách, v mezidobí při bolesti Novalgin amp.

Jako prevenci dekubitů doporučujeme odlehčení pánve při pokrčených kolenech, lze polohovat na boky s asistencí ošetrovatelského personálu v ose těla. Pacientce byl na operačním sále zaveden permanentní močový katétr Foley číslo 14. Kontrolujeme barvu a množství moče. Monitorujeme příjem a výdej tekutin. Bilance tekutin je vyrovnaná. Stolici neměla. Hodnoty glykemií se pohybovaly v rozmezí 5,3 – 13,1 mmol/l. V noci spala málo, usnula až kolem 2 hodiny ráno.

3. den hospitalizace

Pacientka byla plačtivá, cítí se unavená, potřebovala by se vyspat. Celková koupel byla provedena na lůžku s dopomocí ošetrovatelského personálu, polohována. Kůže bez defektů. Při ranní vizitě si stěžuje na bolesti břicha, na stolici nebyla. Nauzea přetrvává. Pokračujeme v infúzní terapii, podáváme čaj po malých dávkách. Naordinován Degan 1amp. intravenózně a jednorázově. Po ranní vizitě byl vykonán převaz lékařem za asistence sestry, při kterém se jeví operační rána klidná, nekrvácí, bez známek infekce.

Pokračujeme v glykemickém profilu, hodnoty se udržovaly v rozmezí 9 – 10 mmol/l. Perorální antidiabetika od operace nepodáváme, Actrapid subkutánně dle doporučení konziliárního internisty. Pokračujeme v kontrolách hybnosti končetin. Pacientka udává, že brnění v LHK ustupuje a hybnost HK a DK vyšetřujeme bez poruchy. V rámci prevence TEN aplikujeme Fraxiprine 0,3 ml subkutánně 1 x denně. Od operace má pacientka zabandážované DK. S rehabilitační sestrou provádí pasivní i aktivní cviky.

Hodnoty TK a P provádíme v intervalu 3 hodin. TT měříme 2 x denně. V odpoledních hodinách za pacientkou přišla klinická psycholožka. Po rozhovoru se cítí lépe. Těší se, až se prospí. Zkoušíme již příjem stravy ústy kašovitou diabetickou dietou. Hůře polyká, ale s pomocí zvládla malé množství stravy. Udává stále bolesti operační rány, v podávání analgetik pokračujeme dle ordinace lékaře. Bilance tekutin je vyrovnaná, moč bez patologického nálezu. Aplikujeme poslední dávku intravenózních antibiotik. V noci spala lépe, snaží se spolupracovat. Emocionální citlivost přetrvává, ještě je plačtivá.

4 - 7. den hospitalizace

Cítí se lépe, v noci spala, již se nebojí. Původní bolesti ustoupily, operační rána bolí v menší míře. Je bez poruchy hybnosti končetin. Hodnoty krevního cukru a krevní tlak a pulz kontrolujeme 2 x denně. Nausea odezněla. Již podáváme perorální antidiabetika. Ukončujeme infúzní terapii a dbáme na dostatečný příjem tekutin. Odstraňujeme zavedený periferní žilní katétr. Okolí vpichu je bez známek infekce.

Provádíme kontrolní pooperační rentgen krční páteře, po zhlédnutí operátorem pacientku vertikalizujeme. Zpočátku posazujeme na lůžku s krčním límcem a provádíme cviky DK. S odstupem času postavujeme a nacvičujeme chůzi s oporou dvou osob. Na lůžko pokládáme pacientku ze sedu přes levý nebo pravý bok. Odstraňujeme bandáže dolních končetin. Pacientka je chvílemi ještě plačtivá, bojí se, že to nezvládne. Odstraňujeme zavedený permanentní močový katétr a poučujeme nemocnou o nutnosti vymočení do 6 - 8 hodin po odstranění. Močila, problémy neměla. Bolesti břicha se zmírnili, stolice je nepravidelná.

Pacientka byla převezena z pooperačního pokoje zpět na svůj původní pokoj. Cítí se dobře, udává pouze mírné bolesti břicha. Polykání se zlepšilo a dnes dostala tuhou diabetickou stravu. Bilance tekutin z předešlého dne byla vyrovnaná. Kůže a kožní turgor normální. Sama rehabilituje chůzi s nasazeným krčním límcem, na lůžku se posazuje.

Spolupracuje, je klidná a není plačtivá. V odpoledních hodinách jí pravidelně navštěvuje dcera a přítel. Analgetika již nepožaduje. Stolica dnes byla a s močením problémy nemá. Má radost, že se zbavila původních bolestí a že to zvládla. Těší se domů.

Zvládá ranní hygienu bez pomoci, sama se vysprchovala. Polykání je uspokojivé. Pitný režim dodržuje. Krytí operační rány není prosáklé a rána již nebolí. Chodí po oddělení s nasazeným krčním límcem. Ve večerních hodinách sleduje televizi na společenské místnosti a vesele komunikuje s ostatními pacienty.

Byla informována o následném propuštění do domácího ošetřování. Byla potěšena. Je soběstačná. Bez bolestí a poruchy hybnosti. Hodnoty glykémie měříme 1 x denně a jsou v normě. Krční límec si umí nasadit sama. Byla poučena, že má dodržovat klidový režim a s chůzí to nepřehánět.

8. den hospitalizace

Cítí se unavená, v noci nemohla spát, byla neklidná. Má obavy z propuštění domů. Obává se, že to doma nezvládne. Po rozhovoru s lékařem a sestrou se cítí lépe. Je poučena o režimu v domácí péči. Rovněž fyzioterapeut podal pacientce informace vztahující se k rozvíjení krční páteře, pohybům a činnostem, kterým se v domácí péči má vyvarovat. Informujeme pacientku i o průběhu propuštění. Měla návštěvu. V noci spala klidně.

9. den hospitalizace

Cítí se dobře, po dobu celé hospitalizace se nevyskytli žádné pooperační komplikace, cítí úlevu od původních potíží. Je čilá a soběstačná. Chůzi rehabilituje s nasazeným krčním límcem. Hybnost končetin je ve všech segmentech dobrá. Je afebrilní a kardiopulmonálně kompenzovaná. Hodnoty glykemií jsou v normě. Po vizitě je proveden převaz operační rány a odstraněny kožní stehy. Rána se hojí per primam. S polykáním již problémy nemá. Jí a pije dostatečně. Poučena o nutnosti nošení krčního límce po dobu 6 týdnů s následnou kontrolou na neurochirurgické ambulanci.

11.2 Ošetřovatelský model

Pro realizaci ošetřovatelského procesu jsem si vybrala ošetřovatelský model vytvořený Marjory Gordon: Model funkčních vzorců zdraví, považovaný za standardní model využívaný v ošetřovatelství. Představuje nejúplnější pojetí člověka v rámci

ošetřovatelství z pohledu holistické filozofie. Vyvozený ze vzájemného působení osoby a prostředí. Je využíván v zahraničí, ale i v České republice a napomáhá k sestavení sesterských dokumentací.

Popisuje pacienta jako jedince s funkčním nebo dysfunkčním typem zdraví. Kdy u dysfunkčního typu zdraví, jsou potíže vyvolány narušením některé z oblastí bio-psycho-sociálních interakcí a projeví se aktuálním onemocněním nebo potencionálním problémem. Představuje 12 vzorců zdraví, z nichž každý reprezentuje danou část zdraví s dysfunkčním nebo funkčním vzorcem (11 stránky 99-101)

1. vnímání zdraví – udržování zdraví

Subjektivně: V posledním roce se necítí zdravotně dobře. Již pět let jí trápí bolesti šije a poslední rok ji bolí levá ruka. Kvůli bolesti špatně spí a nezvládá své zaměstnání ani domácí práce. Cítí se vyčerpaná. Je toho na ní už moc. Snažila se cvičit, ale přitížilo se jí a přestala. Jakmile vynaloží větší úsilí, zadýchá se. Léčí se s cukrovkou a nemůže si dát na co má chuť, většinou to nevydrží a dietu poruší, má ráda sladké. Bojí se potom jít na kontrolu do poradny, aby se paní doktorka nezlobila.

Objektivně: Pacientka se mi jeví, že je dlouhodobou bolestí vyčerpaná a nemá dostatečnou motivaci k dodržování léčebných opatření. Náladu má spíše depresivní a snaží se ulevit si v porušování diety. Neuvědomuje si, možné komplikace, které si tímto jednáním může přivodit. Nevidí samu sebe jako osobu zodpovědnou za své zdraví. Má pocit, že dodržování léčebných opatření jí omezuje.

2. výživa - metabolismus

Subjektivně: Jídlo má ráda, od té doby co má zakázané sladké má na něj chuť. Když vidí přítele, jíst něco co ona nemůže, nevydrží to a dá si s ním. Ovoce a zeleninu moc nemusí, občas si dá jablko. Pití za den moc nevypije, pije pouze, když dostane žízeň nebo je jí horko. Chutná jí nemocniční čaj, po operaci měla velkou žízeň, ale bylo jí na zvracení, tak nemohla pít. Když mohla začít víc pít, moc se jí ulevilo, ale polykání jí po operaci bolelo, bála se, že se zakucká.

Objektivně: Obezita I. stupně. Po operaci měla nauzeu a rovněž si stěžovala na bolesti břicha. Tekutiny zpočátku přijímala pouze po lžičkách a dostatečná hydratace byla zajištěna infúzní terapií. Vzhledem k přednímu operačnímu přístupu ke krční páteři zhoršené polykání, v době kdy odezněla nauzea, dostávala kašovitou diabetickou stravu. Zpočátku přijímala potravu po lžičkách a jedla malé porce, měla obavy, že se jídlem udusí, odmítala jíst. Tuhá strava jí chutnala více, jedla pomalu.

3. vylučování

Subjektivně: S močením problémy nemá. Se stolicí je to horší, trpí zácpou. Někdy jde na stolicí třeba až po třech nebo čtyřech dnech. Často jí pak bolí břicho. Často se potí a je jí to nepříjemné.

Objektivně: Již při příjmu, při fyzikálním vyšetření jsme zjistili, že má suchou kůži a zhoršený kožní turgor, před operací jsme doporučily a dohlížely na zvýšení příjmu tekutin. Při sledování diurézy měla tmavě zbarvenou moč, se zvýšeným příjmem tekutin se barva moče upravila. Bilanci tekutin měla v normě. Po operaci si při ranní vizitě stěžovala na bolesti břicha, vyšetření břicha potvrdilo pouze sníženou peristaltiku střev. Laxantiva neužívá žádná, aplikovaly jsme Degan amp. intravenózně. V době pooperační imobilizace se zvýšeně potila.

4. aktivita - cvičení

Subjektivně: Sportovala v mládí, s přibývajícím věkem a nemocemi, spíše odpočívala. Ráda chodila na procházky, ale do kopce se zadýchá a pak už nemůže. Domácí práce nezvládala, Odpočívá při čtení knížek nebo sleduje oblíbené pořady v televizi. Po operaci se bála, že se nebude moci zvednout z postele, rehabilitační sestřička byla moc hodná a ukázala jí jak cvičit na lůžku a jak si nasadit krční límec a posadit se. Má pocit, že tu všem přiděluje práci a brečela.

Objektivně: Při rehabilitaci spolupracovala s fyzioterapeutkou, po cvičení byla unavená. Byla lítostivá a plačtivá. Pozitivní uznání negovala, připadala si nemotorná. V období po operaci byla nutná pomoc v oblasti hygieny, oblékání a stravování. Postupně jsme nacvičovaly soběstačnost. Při propuštění do domácí péče byla zcela soběstačná.

5. spánek - odpočinek

Subjektivně: Poslední rok se budí v noci bolestmi, hrozí se každé noci. Ve dne se jí daří bolest zvládat lépe. Ale je unavená a pospává. Pak nemůže večer dlouho usnout. A tak to jde stále dokola, už si ani nepamatuje, kdy spala nepřerušovaně celou noc. Po operaci taky nemohla spát, rušily jí zvuky přístrojů. Když se vrátila na svůj pokoj, byla už klidnější a spala dobře.

Objektivně: Po operaci v noci nespala. Ráno působila unaveným dojmem, byla plačtivá. Pospávala chvílemi přes den. Po přestěhování z pooperačního pokoje spala téměř celou noc. Spánek se postupně upravoval.

6. Citlivost (vnímání) - poznávání

Subjektivně: Ve škole se moc učit nechtěla. Nešlo jí to. Myslí si, že paměť má dobrou, ale pamatuje si jen to, co považuje za nutné. Když má bolesti, nemá o nic zájem a nechce ani komunikovat se svým přítelem. To jí potom i mluvení unavuje. Na nic se nesoustředí a vnímá jen bolest. Cítí se unavená, až se vyspí, bude jí lépe.

Objektivně: Orientovaná osobou, místem i časem. Používá brýle na čtení. Při mluvení artikuluje dobře. Vzhledem k únavě je mluva pomalejší a hůře si vybavuje pojmy. Po upravení spánkového deficitu se mluva upravila. Informace vztahující se k pooperačnímu režimu pochopila správně, pokud si nebyla jistá, zeptala se.

7. sebepojetí - sebeúcta

Subjektivně: Usuzuje, že je komunikativní a vstřícná. Má ráda veselé lidi. Od doby kdy onemocněla a nemocí přibývalo, stáhla se do samoty a přestala mít zájem o druhé lidi. Má pocit jako by jí tělo, chtělo potrestat. Má pár dobrých známých a ví, že se na ně může v případě potřeby obrátit. Velkou oporu má ve své dceři, ta jí drží nad vodou.

Objektivně: Pacientka na mne působila dojmem nízké sebeúcty. Neuměla se pochválit. Byla lítostivá a měla emocionální výkyvy. Neadekvátně se vyrovnávala se zátěží a má sníženou motivaci. Byla konzultována s klinickou psychologičkou a po rozhovoru se cítila po psychické stránce lépe. S odezněním zhoršeného pooperačního stavu, bolestí a strachu se jí poměrně ulevilo.

8. role - vztahy

Subjektivně: V bývalém manželství nebyla šťastná, bývalý manžel hodně pil a měla s ním časté konflikty. Nechtěla, aby dcera vyrůstala v takovém prostředí a požádala o rozvod. Dceru vychovávala sama, až když se osamostatnila, našla si přítele. Nyní je ve vztahu spokojená. Těší se na vnoučata.

Objektivně: K ošetrovatelskému personálu se chovala vstřícně, za poskytnutou péči vždy poděkovala. Na návštěvu za ní docházel její přítel a dcera.

9. reprodukce - sexualita

Subjektivně: Již je v přechodu a mívá potíže, dochází na pravidelné gynekologické kontroly. Nemenstruuje od 53 let.

Objektivně: Je léčena pro klimakterické potíže. Na gynekologické kontroly dochází pravidelně. Má jednu dceru.

10. Stres, zátěžové situace – zvládání tolerance

Subjektivně: V minulosti zvládala stres lépe, nyní už se toho na ní navalilo tolik, že často pláče. Špatnou náladu se snaží zahnat dobrým jídlem. Hodně jí pomáhá přítel, nejen s domácími pracemi, ale má pocit, že jí rozumí. Dcera jí dokáže uklidnit a zvednout jí náladu. Z operace měla velký strach.

Objektivně: Pacientka ve mně vzbuzovala dojem emoční přecitlivělosti. Velmi často plakala. Jevila známky vyčerpanosti a únavy.

11. víra – životní hodnoty

Subjektivně: Nejdůležitější je pro ni dcera, přeje si, aby byla šťastná a zdravá. Doufá, že se jí v životě bude dařit lépe než jí.

Objektivně: Má velmi dobrý vztah se svou dcerou a přítelem. Často jí navštěvují. Často o nich hovoří.

12. jiné

U pacientky jsem v žádné další oblasti neshledala dysfunkční vzorec zdraví.

11.3 Ošetrovatelský plán

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. 00132 Akutní bolest související s provedeným operačním zákrokem, projevující se:

Subjektivně: slovní projev, sténání, grimasy

Objektivně: bolestivý výraz v obličeji, vzdychání, neklid

Cíl: Pacientka rozumí příčině bolesti, bolest bude zmírněna nebo odstraněna do 30 minut po podání naordinovaného analgetika

Ošetrovatelské intervence: Vysvětlí příčinu bolesti, zajisti klidné prostředí, bolest posud' a monitoruj, podávej analgetika dle ordinace lékaře v pravidelných intervalech, sleduj účinnost analgetik, všímej si projevů pacientky, psychicky jí podporuj.

Hodnocení: Pacientka správně pochopila příčinu bolesti, bolest jsme zhodnotily dle vizuální analogové škály bolesti, podávaly jsme analgetika v pravidelných intervalech, bolest se postupně mírnila, při propuštění bolest nebyla přítomna.

2. 00134 Nauzea související s podáním celkové anestezie, projevující se:

Subjektivně: pocit na zvracení, přítomnost kyselé chuti v ústech, bolesti břicha

Objektivně: časté polykání, zvýšené slinění, říhání, pocení

Cíl: Po odeznění celkové anestezie je schopna přijímat tekutiny a potravu bez komplikací, nepocítuje pocit na zvracení.

Ošetrovatelské intervence: Vysvětlí příčinu nevolnosti, tekutiny podávej po lžičkách, chybějící tekutiny doplňuj infúzní terapií dle ordinace lékaře, příjem tekutin sleduj a zaznamenej do dokumentace, monitoruj příznaky dehydratace, podávej léky ke zmírnění nauzey dle ordinace lékaře, monitoruj bolesti břicha a změny oznam ošetřujícímu lékaři.

Hodnocení: Po odeznění celkové anestezie vymizel pocit na zvracení, přijímá tekutiny a stravu per os bez komplikací.

3. 00103 Porušené polykání v souvislosti s provedeným operačním zákrokem, projevující se:

Subjektivně: pocit překážky v krku, bolestivé polykání

Objektivně: zdlouhavé polknutí, opakované polykání, zvýšené slinění

Cíl: Po dobu poruchy polykání nedojde u pacientky k aspiraci tekutin a stravy, nedojde ke snížení příjmu tekutin a stravy.

Ošetrovatelské intervence Pacientku informuj o příčině zhoršeného polykání, kontroluj a zaznamenávej bolestivost, podávej analgetika dle ordinace lékaře, zajisti vhodnou polohu při příjmu tekutin a stravy, tekutiny a stravu podávej po malých dávkách a dopřej jí dostatek času, k pití tekutin používej tenkou hadičku, podávej kašovitou stravu.

Hodnocení: U pacientky nedošlo po dobu zhoršeného polykání k aspiraci, tekutiny a stravu přijímala s dopomocí.

4. 00093 Únava související s psychogenními, tělesnými, situačními faktory a faktory prostředí, projevující se:

Subjektivně: ospalostí, vyčerpáním,

Objektivně: unavené rysy v obličeji, emoční labilita, zpomalené tempo řeči, horší výbavnost pojmů

Cíl: Po minimalizaci vyvolávajících příčin se pacientka cítí odpočatá. Cítí se emocionálně vyrovnaná.

Ošetrovatelské intervence: Zjistí příčinu únavy, zabezpeč příjemné a klidné prostředí pro odpočinek, dopomáhej při denních aktivitách, vyslechni pacientku a zabezpeč dostatečné informace, přistupuj k pacientce vlídně a nespěchej, zbytečně neruš.

Hodnocení: Pacientce se po zmírnění vyvolávajících příčin vedoucích k únavě ulevilo, uklidnila se, odpočinula si, došlo k úpravě emoční lability.

5. 00091 Zhoršená pohyblivost na lůžku v souvislosti s dodržáním pooperační polohy, projevující se:

Subjektivně: nepohodlím a zvýšeným úsilím se sama pohybovat na lůžku a dosáhnout příjemné polohy

Objektivně: není schopna sama se otočit na boky, zvednout se na lůžku v zájmu udržení vhodné pooperační polohy

Cíl: Po dobu nutného pooperačního klidu na lůžku pacientka dokáže za asistence ošetrovatelského personálu zaujmout pohodlnou a bezpečnou polohu. Zná důvod důležitosti dodržování správných pohybů při změně polohy.

Ošetrovatelské intervence: Pouč pacientku o nutnosti dodržování pooperační polohy na lůžku, upozorni ji na komplikace způsobené nedodržováním, aktivně nabízej pomoc, zajisti signalizační zařízení u lůžka, pouč pacientku o správně prováděných pohybech při polohování, k polohování využij vhodné pomůcky.

Hodnocení: Pacientka spolupracuje a ovládá změnu polohy na lůžku s pomocí ošetrovatelského personálu po dobu pooperačního klidu. Dokáže vyjmenovat komplikace vzniklé nedodržováním vhodných pohybů.

6. 000102, 00108, 00109, 00110 Deficit sebepěče ve všech oblastech související s pooperačně omezeným pohybovým režimem, projevující se:

Subjektivně: lítostí nad nemožností sebepěče, pocitem bezmoci a studu

Objektivně: neschopnost umýt se, obléct se, najíst se a pečovat o vyprázdnění

Cíl: Pacientka si postupně osvojí nový způsob provádění sebepěče ve všech oblastech za asistence ošetrovatelského personálu. Pocit studu a bezmoci bude zmírněn nebo zcela odstraněn.

Ošetrovatelské intervence: Zjistí úroveň nesoběstačnosti, vysvětlí, že se jedná pouze o přechodný stav, navíc s pacientkou vhodné postupy sebepěče s ohledem na možný rozsah

pohyblivosti, pobízej ji k aktivitě, zajisti dostatečné soukromí, dopomáhej a nespěchej, zajisti dosažitelnost signalizačního zařízení a bezpečnost.

Hodnocení: Po splnění intervencí si pacientka osvojila nové postupy k dosažení sebepěče ve všech oblastech. Pocit studu a bezmoci byl odstraněn.

7. 00069 Neefektivní zvládnání zátěže v souvislosti s dlouhodobě zhoršeným zdravotním stavem, projevující se:

Subjektivně: pocitem nezvládnutí situace, smutkem, pláčem, pocitem vyčerpání,

Objektivně: emocionální labilita, unavené rysy obličeji, negativní pohled do budoucnosti

Cíl: Pacientka v době hospitalizace slovně vyjádří své obavy a pocity. Projeví snahu o zlepšení psychického stavu.

Ošetrovatelské intervence: Zjistí, jak pacientka posuzuje svou současnou a budoucí situaci, navrhni rozhovor s klinickým psychologem, pobízej ke komunikaci, snaž se jí rozptýlit, motivuj ji do budoucího života, zvol laskavý přístup, zprostředkuj dostatečné informace a ověř, zda jim správně porozuměla, pouč pacientku o použití relaxačních technik.

Hodnocení: Pacientka po provedení ošetrovatelských intervencí vyjadřovala své obavy a pocity. Aktivně se zapojila, po rozhovoru s klinickým psychologem došlo k úpravě psychického stavu. Získala reálný náhled na svou momentální i budoucí situaci, dokázala najít i pozitivní stránky své situace.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

8. 00015 Riziko zácpy v souvislosti se špatnými stravovacími návyky a způsobem života

Cíl: U pacientky během hospitalizace nedojde ke vzniku výrazných příznaků zácpy. Pacientka zná zásady přispívající k pravidelnému vyprazdňování stolice.

Ošetrovatelské intervence: Zjistí pravidelnost stolice v domácím prostředí, zjistí stravovací návyky a pitný režim pacientky v domácím prostředí, doporuč dostatek vlákniny v domácí stravě, zdůrazni zásady potřebné k dosažení normální stolice, pečuj o pitný režim, zajisti

dostatek soukromí při vyprazdňování, zaznamenávej četnost stolice do dokumentace, sleduj bolesti břicha a přítomnost namáhavé defekace.

Hodnocení: Pacientka porozuměla zásadám potřebným k pravidelnému vyprazdňování stolice a dokáže je vyjmenovat. Během hospitalizace nedošlo k výrazným problémům v oblasti vyprazdňování stolice.

9. 00046 Riziko porušení kožní integrity

Cíl: U pacientky po dobu zhoršené mobility nedojde k poruše kožní integrity.

Ošetrovatelské intervence: Pacientku pouč o důvodu včasné pooperační mobilizace, dopomáhej ke změně polohy na lůžku, motivuj ji k aktivní rehabilitaci, prováděj zvýšenou hygienu pokožky, dbej na čistotu a suchost lůžka, kontroluj predilekční místa

Hodnocení: U pacientky nedošlo k poškození kožní integrity po dobu zhoršené pohyblivosti.

10. 00155 Riziko pádů v souvislosti s pooperačním stavem

Cíl: Pacientka zná faktory související s rizikem pádů v pooperačním období, zná prostředky vhodné k prevenci pádů.

Ošetrovatelské intervence: Pacientku pouč o rizicích způsobujících pády, zajisti vše potřebné k lůžku, aktivně nabízej pomoc, snaž se o včasnou pooperační mobilizaci, zajisti signalizační zařízení v dosahu.

Hodnocení: Pacientka dokáže vyjmenovat rizika pádů v pooperačním období a dodržuje zásady k prevenci pádů.

11. 00004 Riziko infekce v souvislosti se zavedením PMK a PŽK

Cíl: U pacientky nedojde po dobu zavedeného PMK a PŽK ke známkám infekce.

Ošetrovatelské intervence: O zavedený PMK a PŽK pečuj a manipuluj s ním za aseptických podmínek, kontroluj okolí vpichu PŽK a okolí zavedeného PMK a změny zaznamenej do dokumentace.

Hodnocení: Během zavedeného PMK a PŽK nedošlo u pacientky ke známám infekce.

11.4 Edukační plán

ÚČEL: Vysvětlit pacientce důležitost nácviku a dodržování správného polykání po operaci.

CÍL: Pacientka je poučena a zná důvody dodržování správné techniky polykání po operaci krční páteře předním přístupem.

Pomůcky: Sklenička s vodou, tenká hadička nebo brčko.

Výukové metody: Teoreticko - praktické

Kognitivní oblast:

- 1. Specifický cíl:** Pacientka pochopí důležitost nácviku a dodržování pooperačního pitného režimu a správného polykání.

Hlavní body plánu: Seznam pacientku s významem nácviku a dodržování správného polykání.

Časová dotace: 5- 10 minut

Hodnocení: Pacientka dokáže popsat správnou techniku a komplikace způsobené poruchou polykání po operaci krční páteře z předního přístupu.

Psychomotorická oblast:

- 2. Specifický cíl:** Pacientka pochopí správnou techniku polykání a naučí se správně napít, aby nedošlo k aspiraci.

Hlavní body plánu: Seznam Pacientku s pomůckami a správným postupem při nácviku polykání.

Časová dotace: 10 – 15 minut

Hodnocení: Pacientka názorně předvede správné napití aniž by došlo k zakuckávání. Osvojila si správnou techniku polykání.

Afektivní oblast:

- 3. Specifický cíl:** Pacientka bude mít prostor pro sdělení svých obav a pocity z nácviku pití tekutin.

Hlavní body plánu: Vyzvi pacientka k vyjádření svých obav a pocitů.

Časová dotace: 5 – 10 minut

Hodnocení: Pacientka nemá obavy, je dostatečně poučena jak správně pít tekutiny.

12 KAZUISTIKA ČÍSLO 2

Nynější onemocnění:

Čtyřiačtyřicetiletý muž byl přijat pro kořenovou lézi C8 vlevo s těžkými atrofiemi levé ruky. Postupné bolesti a parestezie po ulnární straně LHK do 3. – 5. prstu, zhoršuje se i hybnost levé ruky. V minulosti odstraněna hernie disku C5/6 a C6/7. RTG páteře prokazuje správné postavení implantátů, proběhla déza C5 - 7. MRI C páteře prokazuje pokračující degenerativní změny na krční páteři s maximem C7/T1, kde je nejspíše laterálně vlevo protruze se zúžením levostranného intervertebrálního foramen.

Osobní anamnéza:

Prodělal běžné dětské nemoci, v roce 2013 odstranění hernie disku C5/6 a C6/7, po operaci bez obtíží, trvala horší hybnost a obratnost PHK. Stav po listeriové meningoccefalitis v roce 2014.

Úrazy: V sedmnácti letech pád z koně na záda a na bok, fraktura čtyř žeber vlevo.

Operace: Plastika vazů pravého kolene jako následek pádu v roce 2000.

Odstranění hernie disku C5/6 a C6/7 v roce 2013 na Neurochirurgické klinice.

Hlavní lékařská diagnóza:

M 50.1 Onemocnění krční meziobratlové ploténky s radikulopatií. Hernie disku C7/Th1 laterálně vlevo

Rodinná anamnéza:

Otec zemřel v 54 letech na Ca plic

Matka zemřela v 64 letech, léčila se se slinivkou

Dva sourozenci: bratr po operaci C páteře na Neurochirurgické klinice

Dvě dcery: tři a jedenáct let - zdraví

Sociální anamnéza:

Je ženatý, žije s manželkou v rodinném domě.

Pracovní anamnéza:

Pracuje jako řidič.

Farmakologická anamnéza:

Tramal 50 mg cps při bolesti

Fyziologické funkce:

TK - 123/90

P - 95/ minutu

TT – 36,6 °C

D – 16/minutu

Ošetřovatelská anamnéza:

BMI: 23,7 norma

Výška: 186 cm

Hmotnost: 82 kg

Kompenzační pomůcky: žádné

Vědomí: normální

Orientace: Orientován osobou, místem i časem

Komunikace: bez problému

Dieta: racionální, číslo 3

Vylučování: bez problémů

Dýchání: bez problémů

Stav kůže: normální

Bolest: krční páteře a LHK

Čítí: naznačená taktilní a algická hypestezie od C5

Motorika: předchozí potíže PHK vymizely, na LHK slabší dukce prstů, lehce síla stisku vlevo

Alergie: neguje

Spánek: neporušený

Návyky: kouří asi 20 cigaret denně, alkohol příležitostně

Víra: ateista

Plánované propuštění: do domácí péče

Použité hodnotící škály:

Barthelův test běžných denních činností

Při příjmu: nezávislý, 100 bodů

Po operaci: lehká závislost, 65 bodů

Před propuštěním: 100 bodů

Vizuální analogová škála bolesti

Při příjmu: středně silná bolest, 3. stupeň

Po operaci: 3. - 2. stupeň

Před propuštěním: mírná bolest, 1. stupeň

Interference bolesti s denními aktivitami

Při příjmu: bolesti 4. stupně

Po operaci: bolesti 3. stupně

Před propuštěním: bolesti 1. stupně

Riziko vzniku dekubitů

Hodnoceno pouze po operaci: nízké riziko, 32 bodů

Klasifikace tíže tromboflebitid dle Maddona - TTM

Hodnoceno po dobu zavedení PŽK - 0

12.1 Průběh hospitalizace

Pacient byl přijat na standardní oddělení pro doporučení z neurochirurgické ambulance. V následujících dnech byl vyšetřován a po upřesnění diagnostiky a stanovení operačního řešení byl stanoven termín operace.

1. - 3. den hospitalizace

Byl seznámen s chodem oddělení, řádem nemocnice a s právy pacientů. Byl odveden na pokoj a seznámen s vybavením pokoje a prostorovým uspořádáním oddělení, hygienickými zařízeními. Byla odebrána ošetrovatelská anamnéza, změřeny fyziologické funkce, provedeno fyzikální vyšetření. Zjištěna tachykardie přičiněná bolestí. Bolest jsme zhodnotily a zaznamenáváme do dokumentace. Podáváme analgetika ve formě tablet dle ordinace lékaře a sledujeme jejich účinnost. V podávání pokračujeme v pravidelných intervalech.

Pacient je soběstačný. V průběhu dne vyšetřen ošetřujícím lékařem, bylo provedeno elektrofyzilogické vyšetření. Druhý den bylo provedeno vyšetření krční páteře magnetickou rezonancí. Před vyšetřením byl poučen o odstranění kovových předmětů, podepsal souhlas s provedením MR. Zavedly jsme PŽK a zároveň nabraly kompletní předoperační screening, včetně KS a Rhesus faktoru, vyšetření proběhlo bez komplikací a zavedený PŽK jsme odstranily. Kontrolovaly jsme hybnost HK a DK. Ke zhoršení hybnosti nedošlo.

4. – 6. Den hospitalizace

Bylo provedeno interní předoperační vyšetření a elektromyelografické vyšetření a v odpoledních hodinách jsme poučeného a s naordinovanými analgetiky propustili pacienta domů na propustku. Byl informován o termínu operace v den po návratu z propustky. Z propustky se vrátil 6. den hospitalizace v odpoledních hodinách. Hybnost HK nebyla zhoršena, hybnost DK bez poruchy. Bolest s analgetickou terapií zvládal dobře. Bylo provedeno anesteziologické vyšetření bez zvláštních doporučení. Pacient byl poučen o provedení operace ošetřujícím lékařem. Podepsal souhlas s podáním anestezie a s provedením operace. Byl rovněž poučen o nutnosti dodržení nepřijímat nic per os od 24 hodin a nekouřit. V noci spal dobře.

7. den hospitalizace

Ráno byl odpočatý, spal dobře. Bolesti se nezhoršily, hybnost HK a DK nezhoršena. Předoperační a ranní hygienu zvládl sám. Od půlnoci nepil a nejedl. Zavedly jsme PŽK velikosti G 14. Před odjezdem na operační sál se vymočil a nasadil si elastické

punčochy k prevenci TEN. Předoperační příprava probíhala bez komplikací. Byl odvezen na operační sál, kde byla odstraněna hernie disku C7/T1 ze zadní foraminotomie vlevo.

Po příjezdu z operačního sálu na rovném lůžku v poloze na zádech s hlavou v rovině. Při vědomí, ještě spavý, orientován osobou, místem a časem. Poučen o zákazu rotací, předklonů a záklonů hlavy. Hybnost LHK stejná jako před operací, LHK a DK bez poruchy hybnosti. Klient byl převezen na svůj pokoj a napojen na monitor s neinvazivním měřením fyziologických funkcí. Zpočátku kontroly v intervalu 15 minut s prodlužováním intervalů. V nočních hodinách již v intervalu po 3 hodinách.

Fyziologické funkce

Interval po 15 minutách 4x

STK: 118 - 126 mmHg

DTK: 74 - 84 mmHg

P: 49 - 51/minutu

D: 16 - 20/minutu

SpO2: 98 – 99 %

Dále kontrolujeme fyziologické funkce v intervalech 4x po 30 minutách, 4 x po 60 minutách a posléze po 3 hodinách. Patologické hodnoty jsme u pacienta nenaměřily. Pulz se stabilizoval na hodnotu 58 – 64/ minutu.

Kyslíkovou terapii jsme podávaly O2 polomaskou. Objevila se mírná nauzea, nezvracel. Bolest jsme zhodnotily a zapisovaly do dokumentace, původní bolesti byly stejné jako před operací, přidala se bolest operační rány na zadní straně krku, kterou jsme zhodnotily stupněm 3. Podávaly jsme intramuskulárně analgetika dle ordinace lékaře v pravidelných intervalech po 6 hodinách Dynastat 20 mg a v mezidobí po 3 hodinách Novalgin 1 amp. Intravenózně podáváme profylakticky Kefzol 1g 3 x denně.

Po 6 hodinách po operaci začínáme podávat čaj po lžičkách, ve večerních hodinách již pije s asistencí sestry pomocí tenké hadičky. Do večerních hodin pokračujeme v infúzní terapii dle anesteziologa, další infúze již nepodáváme. Krytí operační rány je mírně prosáklé, zavedený redonův drén číslo10, odvádí tekutinu tmavě červené barvy, nadále

kontrolujeme vzhled a množství odvedené tekutiny v intervalech po 1 – 3 – 6 hodinách do druhého dne. Pacient spolupracuje, dodržuje klidový režim a zákaz rotací hlavy. Spontánně se vymočil po 6 hodinách po přivezení z OS do močové láhve. Množství a barva moče bez patologického nálezu. V noci spal dobře.

8. den hospitalizace

Cítí se odpočatý, v noci spal dobře. Provedly jsme ranní hygienu na lůžku, spolupracoval. Nezvracel, tekutiny toleruje dobře, množství přijatých tekutin odpovídalo normě. Bolesti při polykání neudává. Ke snídani dostal racionální kašovitou dietu, snědl 1/3 jogurtu. Polohu na lůžku měnil za pomoci ošetrovatelského personálu otáčením na boky. Byl proveden převaz operační rány ošetřujícím lékařem za asistence sestry a odstraněn redonův drén. Množství odvedené tekutiny bylo 150 ml, tmavě červené tekutiny. Operační rána nekrvácela a byla bez známek infekce.

Aplikovaly jsme poslední dávku antibiotik a odstranily jsme PŽK. Okolí zavedení PŽK bez známek infekce. Bolesti jsou při pravidelném podávání analgetik mírnější. Hybnost LHK stejná jako před operací. PHK a DK bez poruchy hybnosti. S močením potíže nemá. Močí do močové lahve. Byl proveden kontrolní RTG krční páteře a po kontrole operátorem jsme nemocného začaly vertikalizovat. Nejprve byl nasazen krční límec a následně posazen na lůžku s DK dolů z lůžka. Následně udává, že se cítí dobře, postavily jsme ho u lůžka s oporou dvou osob. Obešly jsme s ním lůžko a s časovým odstupem délku chůze prodlužovaly. Pacient byl poučen, že pokud se bude chtít projít nebo dojit si na WC nejdříve použije signalizační zařízení a vstane z lůžka, až za asistence ošetrovatelského personálu. Vždy při vertikalizaci musí mít nasazen krční límec. Spal dobře.

9. den hospitalizace

S doprovodem došel do sprchy. Hygienu zvládl pouze s minimální pomocí. Spolupracuje a dodržuje pooperační léčebný režim. Dietu podáváme ještě kašovitou. Pitný režim dodržuje. Dojde s doprovodem na WC. Stolice byla. Bolesti operační rány se zmírnily a bolesti LHK jsou stejné, již je zná, po podání analgetik se zmírní a neobtěžují

pacienta. Porucha cití a parestezie LHK jsou stejná jako před operací. Poučen o klidovém režimu.

9. – 13. den hospitalizace

Pacient je soběstačný. Ke snídani již podáváme tuhou stravu dietu číslo 3. Rehabilituje chůzi. Bolest je mírná analgetika Tramal 1 tbl. při bolesti. Cítí se dobře. Na zítra má naplánováno propuštění do domácí péče. Domů se těší. Byl již seznámen s pooperačním pohybovým režimem. Měkký krční límec s sebou.

14. den hospitalizace

Po převazu operační rány a odstranění stehů pacienta propouštíme do domácí péče s následnou kontrolou na neurochirurgické ambulanci. V případě výskytu komplikací kontrola ihned. Došlo k ústupu bolestí v horní končetině a postupně se mírní i brnění prstů LHK. Analgetika nadále doporučujeme užívat v případě potřeby.

12.2 Ošetrovatelský model

1. vnímání zdraví - udržování zdraví

Subjektivně: Kdyby neměl problémy s páteří, cítil by se úplně zdrav. Snaží se o správnou životosprávu, pouze cigarety se neumí vzdát, i když ví, že otec zemřel na rakovinu plic. Krátí mu čas strávený v automobilu, neumí si ji odpustit. Virózu měl před půl rokem.

Objektivně: Kouří 20 cigaret denně, zkoušel přestat, ale nejde to. Alkohol pije příležitostně, 2-3 x do týdne si zajde na pivo. Uvědomuje si zodpovědnost za své zdraví.

2. výživa - metabolismus

Subjektivně: Pitný režim dodržuje, nejráději má čistou vodu, ta mu zažene žízeň, sladké nápoje nepreferuje. Teplé jídlo má každý den, v jídle si nevybírání, sní téměř vše. Nemá rád lososa. Stravuje se pravidelně a nepřejídá se. Snaží se kvůli dcerám, záleží mu na tom.

Objektivně: BMI naměřen u pacienta v mezích normy. Netrpí dehydratací. Udává, že pitný režim dodržuje. Sliznice jsou vlhké a kožní turgor normální.

3. vylučování

Subjektivně: Na stolicí chodí pravidelně každý den. S močením rovněž problémy nemá. Potí se nadměrně pouze při fyzické námaze.

Objektivně: Udává, že s vyprazdňováním problémy nemá. Po operaci močí spontánně do močové lahve, po vertikalizaci si docházel na WC. Stolice byla pravidelná.

4. aktivita - cvičení

Subjektivně: Než začal mít problémy s PHK aktivně se věnoval tenisu, s bolestmi už to nešlo. V mládí jezdil na koni, navštěvoval jezdecký oddíl. V sedmnácti letech spadl z koně, ale nikdy se dalšího pádu nebál. Teď se věnuje hlavně dětem. Docházel pravidelně na rehabilitaci.

Objektivně: Pacient je soběstačný, v pooperační době se aktivně podílel na rehabilitaci. Vertikalizace proběhla bez komplikací. Věděl, co ho čeká z předchozí operace.

5. Spánek - odpočinek

Subjektivně: Se spánkem problémy nikdy neměl. Spí rád. Kdyby mohl, dokázal by prospat celý den. Kvůli svému zaměstnání vstává ráno velmi brzy a večer už bývá ospalý, někdy usne dřív než jeho dcery.

Objektivně: V noci spal klidně, po probuzení byl odpočatý. Během hospitalizace dodržoval klidový režim.

6. Citlivost (vnímání) - poznávání

Subjektivně: Ve škole studoval průměrně. S učením problémy neměl, pokud ho učivo bavilo. Čte rád cestopisné časopisy. Brýle nenosí, slyší dobře.

Objektivně: Zrak i sluch v normě. Řeč plynulá, dobře artikuluje. Pojmy si vybavuje dobře. Na otázky odpovídá adekvátně. Podaným informacím porozuměl dobře. Informace si zjišťuje sám z různých zdrojů.

7. Sebepojetí - sebeúcta

Subjektivně: Pacient sám sebe hodnotí jako nekonfliktní, komunikativní osobu. Pouze, když má bolesti, tak mu do smíchu není. Myslel si, že po první operaci už bude mít klid, bohužel začala bolet i druhá ruka.

Objektivně: Pacient působí vyrovnaně. Není konfliktní. Spolupracuje.

8. Role - vztahy

Subjektivně: V manželství je spokojený, děti mu dělají radost. Rodina je pro něj vším. Přiznává, že se mu stýská po rodině.

Objektivně: Rodina za ním na návštěvy nejezdí, bydlí daleko. O manželce a dětech mluví často. Těší se, až bude propuštěn domů.

9. Reprodukce - sexualita

Subjektivně: Udává, že nemá žádné problémy.

Objektivně: Má dvě dcery.

10. Stres, zátěžové situace – zvládnání, tolerance

Subjektivně: Vzhledem s problémy s HK se obává o ztrátu zaměstnání. Potřebuje se finančně postarat o rodinu. Často nad tím přemýšlí. Doufá, že to zvládne.

Objektivně: Po dobu hospitalizace se u pacienta neobjevil emocionální výkyv. Vhodné doplnit informace ohledně vývoje jeho budoucího zdravotního stavu.

11. Víra – životní hodnoty

Subjektivně: Není věřící, věří sám v sebe.

Objektivně: Rodina je pro pacienta nejdůležitější.

12. jiné

U pacienta jsem v žádné další oblasti neshledala dysfunkční vzorec zdraví.

12.3 Ošetrovatelský plán

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. 00132 Akutní bolest v souvislosti s provedeným operačním zákrokem, projevující se:

Subjektivně: slovním vyjádřením, grimasy

Objektivně: Při dotazu na bolest pacient odpověděl, že má bolesti za krkem, že ho tlačí operační rána.

Cíl: Během 30 minut po podání analgetika dojde k odstranění nebo zmírnění bolesti.

Ošetrovatelské intervence: Bolest zhodnot' a monitoruj, prováděj pravidelné zápisy do dokumentace. Pokládej otázky směřované na bolest, vybízej pacienta k vyjádření svých pocitů. Podávej analgetika dle ordinace lékaře v pravidelných intervalech. Kontroluj účinnost a efekt analgetik. V případě přetrvávajících bolestí informuj lékaře. Pouč pacienta o klidovém režimu. Zajisti klidné prostředí.

Hodnocení: U pacienta do 30 minut po aplikaci analgetik došlo ke zmírnění bolesti.

2. 00134 Nausea v souvislosti s podáním celkové anestezie, projevující se:

Subjektivně: pocitem na zvracení, zvýšeným sliněním

Objektivně: tachykardie, zblednutí a opocení

Cíl: Po odeznění účinku celkové anestezie odezní u pacienta pocit na zvracení. U pacienta nedojde k aspiraci.

Ošetrovatelské intervence: Doporuč pacientovi polohu na boku a pamatuj na pomalou manipulaci při otáčení, kontroluj stav pacienta, zajisti pomůcky vhodné k odplivnutí přebytečných slin, nepodávej nic per os, tekutiny doplň naordinovanými infúzemi, zajisti jejich naordinování lékařem, pacienta psychicky podporuj. Minimalizuj riziko aspirace.

Hodnocení: U pacienta nedošlo po dobu pocitu na zvracení k aspiraci. Po odeznění účinků celkové anestezie pocit na zvracení odezněl.

3. 00091 Zhoršená pohyblivost na lůžku v souvislosti s dodržením pooperační polohy, projevující se:

Subjektivně: nepohodlím a zvýšeným úsilím se sám pohybovat na lůžku a dosáhnout příjemné polohy.

Objektivně: Pacient není schopen sám se otočit na boky, zvednout se na lůžku v zájmu udržení vhodné pooperační polohy.

Cíl: Po dobu nutného pooperačního klidu na lůžku pacient dokáže za asistence ošetřovatelského personálu zaujmout pohodlnou a bezpečnou polohu. Zná důvod důležitosti dodržování správných pohybů při změně polohy.

Ošetřovatelské intervence: Pouč pacienta o nutnosti dodržování pooperační polohy na lůžku, upozorni ho na komplikace způsobené nedodržením, aktivně mu nabízej pomoc, zajisti signalizační zařízení u lůžka, pouč ho o správně prováděných pohybech při polohování, k polohování využij vhodné pomůcky.

Hodnocení: Pacient spolupracuje a ovládá změnu polohy na lůžku s pomocí ošetřovatelského personálu po dobu pooperačního klidu. Dokáže vyjmenovat komplikace vzniklé nedodržením vhodných pohybů.

4. 00102, 00108, 00109, 00110 Deficit soběstačnosti ve všech oblastech v souvislosti s pooperačním stavem, projevující se:

Subjektivně: verbalizací o pomoc druhé osoby

Objektivně: neschopností samostatně se najíst, obléct, umýt a vyprázdnit se

Cíl: Po dobu nedostatečné soběstačnosti bude o uspokojení potřeb pečovat ošetřovatelský personál. Pacient se bude aktivně podílet na úkonech, které zvládne sám.

Ošetřovatelské intervence: K pacientovi přistupuj s ochotou pomoci, zajisti k lůžku potřebné pomůcky, zhodnot' úroveň soběstačnosti, podporuj ho k aktivitám, které zvládne sám, zajisti dosažitelnost signalizačního zařízení, ujisti pacienta, že se jedná pouze o dočasný stav.

Hodnocení: U pacienta po dobu deficitu sebekpěče byly uspokojeny jeho potřeby. Aktivně se podílel na úkonech, kterých byl schopen.

5. 00148 Strach v souvislosti s deficitem informací ohledně vývoje současného onemocnění, projevující se:

Subjektivně: pocit strachu z budoucnosti, bušení srdce

Objektivně: nervozitou, pacient se zajímá o získání informací ohledně jeho budoucího vývoje současného onemocnění

Cíl: Doplnit deficitní informace v oblasti vývoje současného onemocnění. U pacienta dojde k uklidnění a zmírnění pocitů strachu po doplnění deficitních informací.

Ošetrovatelské intervence: Vyslechni pacienta, zprostředkuj mu všechny dostupné informace dle své kompetence, zajisti rozhovor pacienta s ošetřujícím lékařem, dej mu dostatek času na promyšlení kladených otázek, ověř si, že podaným informacím porozuměl.

Hodnocení: Po dobu hospitalizace jsme u klienta doplnily deficit informací. Klientův strach se zmírnil.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

6. 00004 Riziko infekce v souvislosti se zavedením invazivních vstupů (PŽK, Redonův drén)

Cíl: U pacienta nedojde po dobu zavedení invazivních vstupů k projevům infekce.

Ošetrovatelské intervence: kontroluj známky infekce u zavedených vstupů, veď pečlivě dokumentaci o zavedených invazivních vstupech, k invazivním vstupům přistupuj za aseptických podmínek, zabraň možnému rozpojení či vytažení, podávej antibiotika určená k profylaxi dle ordinace lékaře, o zavedených vstupech informuj pacienta a pouč ho o bezpečnostních opatřeních.

Hodnocení: U pacienta po dobu zavedení invazivních vstupů nedošlo ke vzniku infekce.

7. 00155 Riziko pádů v souvislosti s pooperačním stavem

Cíl: Pacient zná faktory související s rizikem pádů v pooperačním období, zná prostředky vhodné k prevenci pádů.

Ošetrovatelské intervence: Pacienta pouč o rizicích způsobujících pády, zajisti vše potřebné k lůžku, aktivně nabízej pomoc, snaž se o včasnou pooperační mobilizaci, zajisti signalizační zařízení v dosahu pacienta.

Hodnocení: Pacient dokáže vyjmenovat rizika pádů v pooperačním období a dodržuje zásady k prevenci pádů.

12.4 Edukační plán

ÚČEL: Vysvětlit pacientovi zásady pro nutnost nasazení krčního límce při každé vertikalizaci.

CÍL: Pacient po provedení edukace akceptuje nasazení krčního límce při každé vertikalizaci.

Pomůcky: Správná velikost krčního límce.

Výukové metody: Teoreticko - praktické

Kognitivní oblast

Specifický cíl: Pacient definuje důležitost nasazení krčního límce při každé vertikalizaci.

Hlavní body plánu: Vysvětlím pacientovi jak a kdy nasazovat krční límec v domácím prostředí.

Časová dotace: 5-10 minut

Hodnocení: Pacient akceptoval důležitost správného nasazení krčního límce při každé vertikalizaci.

Psychomotorická oblast

Specifický cíl: Pacient prokáže dovednost správné manipulace k nasazení krčního límce.

Hlavní body plánu: Pacientovi názorně předvedu jak správně nasadit krční límec.

Časová dotace: 5-10 minut

Hodnocení: Pacient prezentuje správnou techniku nasazení krčního límce při každé vertikalizaci.

Afektivní oblast:

Specifický cíl: Pacient vyjádří své obavy a pocity z ošetřování o svojí krční páteř po operaci.

Hlavní body plánu: Pacienta vyslechnu, budu ho motivovat a pobízet, aby se zbavil obav z ošetřování sebe sama v domácí péči.

Časová dotace: 5-10 minut

Hodnocení: Po vyslechnutí pacienta a diskusi s ním, udává, že jeho obavy z používání krčního límce a možného vzniku komplikací v domácím prostředí jsou minimální a bude mít snahu to zvládnout.

13 MANUÁL PRO PÉČI O PACIENTY S DEGENERATIVNÍM ONEMOCNĚNÍM KRČNÍ PÁTEŘE

Vytvořením manuálu pro péči o pacienty s degenerativním onemocněním krční páteře bych chtěla zpřehlednit ošetrovatelskou péči v předoperačním a pooperačním období. A dopomoci tak k lehčí orientaci v problematice ošetrovatelské péče pro všeobecné sestry, které s ošetřováním, těchto pacientů nemají zkušenosti a studentům.

Předoperační ošetrovatelská péče

Příjem pacienta na oddělení:

- ✓ Představ se pacientovi, seznam ho s prostředím oddělení
- ✓ Informuj pacienta o jeho právech, o chodu oddělení a řádu nemocnice

- ✓ Vyzvi ho k předložení předoperačních vyšetření
- ✓ Odeber ošetřovatelskou anamnézu
- ✓ Změř fyziologické funkce – TK, P, D, TT
- ✓ Proveď fyzikální vyšetření, kontroluj hybnost HK a DK
- ✓ Informuj pacienta o plánovaných vyšetřeních
- ✓ Zkontroluj předoperační vyšetření, v případě negativního nálezu informuj ošetřujícího lékaře
- ✓ Dopln chybějící náběry dle ordinace ošetřujícího lékaře, objednej krevní jednotky v případě ordinace lékaře
- ✓ Asistuj při vyšetřeních pacienta
- ✓ Průběžně podávej pacientovi dostatečné informace a ověř si, že informacím porozuměl
- ✓ Zjistí termín operace z operačního plánu a zajisti informovanost pacienta ošetřujícím lékařem
- ✓ Podávej medikaci dle ordinace
- ✓ Splň doporučení z interního a anesteziologického vyšetření
- ✓ Zkontroluj úplnost dokumentace a informovaných souhlasů
- ✓ Večer před operací pouč pacienta o nutnosti dodržení doporučení od 24 hodin NEJÍST, NEPÍT, NEKOUŘIT
- ✓ V den operace pouč pacienta o předoperační očištění, odložení šperků, kovových předmětů, odstranění zubních protéz, úschově cenností
- ✓ V případě potřeby zaveď PŽK, místo vpichu označ datem zavedení a zaznamenej do dokumentace
- ✓ Zkontroluj úplnost dokumentace
- ✓ Aplikuj medikaci dle anesteziologa
- ✓ Dbej na vyprázdnění močového měchýře
- ✓ Premedikaci aplikuj dle uvedeného času
- ✓ Zajisti nasazení elastických punčoch
- ✓ Pouč pacienta, aby již nevstával z lůžka
- ✓ Zajisti signalizační zařízení na dosah pacienta
- ✓ Zajisti odvoz pacienta na operační sál s kompletní dokumentací a doporučenou medikací (infúze, ATB, infúzní set)

Pooperační ošetrovatelská péče

- ✓ Při převzetí pacienta z operačního sálu zkontroluj stav vědomí, hybnosti horních a dolních končetin, celkový stav
- ✓ Dodrž polohu nemocného – na zádech, na rovném lůžku, bez polštáře, možná pouze speciální molitanová podložka
- ✓ V případě komplikací (zvracení) otočení pacienta na bok v ose páteře s pokrčenými DK v kolenou, zvednutí lůžka pod hlavou maximálně 30°
- ✓ Převzetí dokumentace pacienta
- ✓ Po příjezdu na standardní oddělení měř fyziologické funkce -TK, P, D, SpO₂, TT v intervalu 15 minut po dobu 1 hodiny, 30 minut po dobu 2 hodin, 60 minut do stabilizace hodnot, dále po 3 hodinách do stabilizace stavu
- ✓ Naměřené hodnoty zaznamenej do akutní karty
- ✓ Zajisti O₂ nebulizaci polomaskou
- ✓ Pacienta pouč o zákazu rotací, předklonů a záklonů hlavy
- ✓ Pacientovi průběžně podávej informace dle své kompetence
- ✓ Monitoruj a zhodnoť bolest - podávej analgetika v pravidelných intervalech dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek.
- ✓ Informuj ošetřujícího lékaře o návratu pacienta z operačního sálu
- ✓ Pouč pacienta o možných polykacích potížích při operaci z předního přístupu ke krční páteři
- ✓ Tekutiny podávej minimálně po 6 hodinách po operaci, po malých dávkách, pomocí tenké hadičky
- ✓ Stravu v podobě kašovitě diety dle stavu pacienta, nejdříve druhý den po operaci, postupný přechod na tuhou stravu
- ✓ Kontroluj krytí operační rány, změny hlas lékaři
- ✓ V případě zavedeného redonova drénu kontroluj množství a barvu odvedené tekutiny a zapisuj do dokumentace.
- ✓ Kontroluj průběžně hybnost horních a dolních končetin, zaznamenávej do dokumentace a změny hlas lékaři.
- ✓ Asepticky pečuj o invazivní vstupy, kontroluj okolí zavedení, zaznamenej délku zavedení.
- ✓ Kontroluj příjem a výdej tekutin a řádně zapisuj.
- ✓ Monitoruj nauzeu, zvracení – dbej na prevenci aspirace.

- ✓ Aplikuj medikaci dle ordinace.
- ✓ Při zavedeném PMK kontroluj množství, barvu moči.
- ✓ Pokud pacient nemá zavedený PMK, zajisti spontální vyprázdnění močového měchýře do 6-8 hodin po operaci, v případě nezdaru zajisti zavedení PMK.
- ✓ Dbej na dodržování klidového režimu
- ✓ Invazivní vstupy zruš dle kompetence a ordinace ošetřujícího lékaře, pokud již nejsou potřebné
- ✓ Prováděj hygienu na lůžku, dopomáhej pacientovi v oblastech sebepéče
- ✓ 1-2. pooperační den zajisti provedení pooperačního RTG krční páteře, po ordinaci ošetřujícím lékařem postupně vertikalizuj pacienta s nasazeným krčním límcem.(sed na lůžku s oporou zad, sed na lůžku s DK dole z lůžka, stoj, chůze s oporou dvou osob)
- ✓ Asistuj při převazu operační rány a při odstranění kožních stehů 7. pooperační den.
- ✓ Zajisti klidné propuštění pacienta do domácí péče nebo následné péče dle stavu a předej dostatek informací.

DISKUSE

Jako téma bakalářské práce jsem zvolila problematiku ošetrovatelské péče o klienty s degenerativním onemocněním krční páteře. Toto onemocnění postihuje ne malé množství populace v produktivním věku. Proces stárnutí se započíná na obratlovém disku již okolo 20. roku života, pozvolna se rozvíjí a přechází na okolní struktury páteře.

Toto onemocnění nelze zastavit, lze jej pouze zpomalit dodržováním správného životního stylu a omezením jednostranné zátěže krční páteře. Pacienti udávají řadu nepříjemných příznaků v podobě bolestí šíje s vyzařováním do HK, postupem času může dojít až k poruchám čítí a hybnosti. Při déletrvajícím útlaku nervových struktur dojde k nezvratným změnám na míše a pacienti navždy ztratí možnost hybnosti horních končetin. Nemocní se stávají závislými na péči druhé osoby a zanechává to v nich psychické následky. Přichází o svůj dosavadní plnohodnotný život a musí se vyrovnat s těžkou životní situací.

Z tohoto důvodu jsem se zaměřila na kvalitativní výzkum, abych mohla do hloubky sledovat jednotlivé případy a vyzdvihnout ošetrovatelské problémy v pooperačním období. Operace prováděné pro degenerativní onemocnění krční páteře se provádějí ze zadního operačního přístupu a tato dříve používaná operační technika, je dnes nahrazována technikou novější - operačním přístupem předním. Cílem mé práce je porovnání ošetrovatelských problémů u pacientů operovaných odlišnými operačními přístupy a zjištění, zda se ošetrovatelské problémy shodují a lze využít jednotný postup při ošetrovatelském procesu. Ke svému výzkumu jsem využila případové studie díky, které mi bylo umožněno zabývat se jednotlivými pacienty od přijetí k operaci, až po propuštění do domácí péče. Výběr klientů byl záměrný.

Uskutečněnou ošetrovatelskou péčí jsem zjistila, že klienty po operaci krční páteře předním i zadním operačním přístupem, trápí v období po operaci bolest operační rány, kterou mírníme analgetiky podávanými v pravidelných intervalech. Bolesti jsou provokovány pohybem nemocného na lůžku a vymizí do několika dnů. Snažíme se předcházet úmyslné provokaci bolestí a analgetika podáváme půl hodiny před plánovanou rehabilitací. Dopomáháme pacientovi v nelezení úlevové polohy s dodržováním fyziologického postavení v ose páteře. Předchozí chronické bolesti jsou minimalizovány operačním zákrokem a jsou závislé na rozsahu zasažených struktur a útlaku nervových kořenů probíhajícího procesu stárnutí.

K dalšímu shodnému ošetrovatelskému problému počítám výskyt nauzey a zvracení, provázející podání celkové anestezie. K vymizení projevů, dochází po odeznění účinku podaných anesteziologických medikací a u každého klienta je průběh potíží individuální. Obtíže klientů se snažíme zmírnit nebo odstranit podáním antiemetik dle ordinace lékaře. Dbáme na dostatečný příjem tekutin náhradou infúzními roztoky po dobu trvání obtíží. Kontrolujeme stav pacienta a rovněž dbáme na prevenci aspirace jako v případě obtíží s polykáním. Tento ošetrovatelský problém se vyskytuje u pacientů operovaných oběma operačními přístupy.

Mezi následující shodné ošetrovatelské problémy lze zahrnout poruchu spánku a únavu v souvislosti s psychickou a fyzickou zátěží pacienta vyvolanou podstoupeným operačním zákrokem. Průběh je zcela individuální a závislý na mnoha faktorech. Únavu a poruchu spánku se snažíme odstranit postupy vedoucími k odpočinku a relaxaci pacienta. Minimalizujeme rušivé podněty prostředí, k pacientům volíme klidný přístup a dáváme prostor k adaptaci na jejich pooperační stav.

Ošetrovatelský problém týkající se omezení hybnosti pacienta v souvislosti s operačním výkonem a pooperační polohou a v souvislosti s neurologickým deficitem motorických funkcí končetin již před operací, je shodným jevem v ošetrovatelské pooperační péči u obou operačních přístupů. Pacienti jsou po přivezení z operačního sálu uloženi do vodorovné polohy na zádech a s omezenou rotací hlavy. Tudíž jsou zcela závislí na péči poskytované ošetrovatelským personálem. Pacienty v této oblasti edukujeme a snažíme se je motivovat ke spolupráci a včasné pooperační mobilizaci. Při mobilizaci postupujeme s co nejméně možným zatěžováním páteře. K opěrné fixaci používáme krční límec a nasazujeme při jakékoli změně polohy a chůzi. Pacientovi k zlepšení pohyblivosti dopomáhá fyzioterapeut.

Z výše uvedeného vyplývá i shodný problém v uspokojení potřeb pacientů z oblasti sebepečce při oblékání a úpravě zevnějšku, při koupání a hygieně, při jídle a při vyprazdňování. K provedení těchto úkonů je zapotřebí možnost neomezeného pohybu a neporušených funkcí motoriky.

Taktéž ošetrovatelský problém týkající se strachu je shodným jevem provázející pacienty po operaci degenerativního onemocnění operovanými z předního nebo zadního přístupu. Může být zapříčiněný nedostatkem informací nebo nepochopením podaných informací. Proto u pacientů průběžně po celou dobu hospitalizace podáváme informace dle

své kompetence, popřípadě se snažíme informace zprostředkovat jinou kompetentní osobou. Kontrolujeme, zda pacient podané informace správně pochopil a neváháme je i opakovat. V případě potřeby konzultujeme klinickou psycholožku, která má nezastupitelnou úlohu v problematice pacientů s degenerativním onemocněním krční páteře.

Zbylé aktuální problémy jsou vyvolány individuálním vývojem pooperačních komplikací závislých na dodržování zdravého životního stylu a podpory zdraví a doprovodnými nemocemi pacientů.

Nejčastějším ošetrovatelským problémem u operací prováděných jen přístupem předním je problém s polykáním. Problémy vyvolává operační přístup k páteři, rozkrytím anatomických struktur přední části krku. Následnou reakcí tkání dochází k jejich otoku a po dobu obranné reakce organismu pacienti popisují pocit přítomnosti překážky v krku. Tento průvodní jev většinou vymizí do několika dnů po operaci. U déletrvajících potíží je etiologie přičítána poškození anatomických struktur a záleží na rozsahu poranění. Dochází k němu pouze ojediněle. V období několika prvních dní po operaci podáváme pacientovi kašovitou stravu k usnadnění zhoršeného polykání. Tekutiny podáváme nemocnému tenkou hadičkou po malých dávkách. Nutný dohled a asistence sestry k zamezení vzniku aspirace. U pacientů operovaných ze zadního přístupu k páteři se tento problém nevyskytuje.

Mezi potenciální ošetrovatelské diagnózy v problematice pooperačních ošetrovatelských problémů u pacientů operovaných předním i zadním přístupem patří riziko vzniku infekce v souvislosti zavedených invazivních vstupů a operačním výkonem u obou operačních přístupů. Minimalizujeme vznik infekce aseptickým ošetřováním těchto vstupů a omezenou manipulací s nimi. Pokud invazivní vstupy nejsou nezbytné, okamžitě je odstraníme.

Dalším shodným problémem, zjišťuji riziko pádu a riziko porušení kožní integrity. Riziko pádu u pacientů při rehabilitaci chůze vzniká v souvislosti s předchozím upoutáním na lůžko po dobu 1-2 dnů po operaci. V případě zhoršeného stavu pacienta i déle. Riziko porušení kožní integrity u pacientů se objevuje s také v souvislosti s dočasnou imobilitou.

Porovnáním obou ošetrovatelských plánů jsem dospěla k závěru, že ošetrovatelskou péčí o pacienty po operaci krční páteře pro degenerativní onemocnění operovaných zadním nebo předním přístupem lze poskytovat modelovým ošetrovatelským plánem. Při vytváření ošetrovatelských diagnóz je potřeba vždy postupovat individuálně a s přihlédnutím k individuálnímu pooperačnímu stavu každého pacienta. Při porovnání ošetrovatelských diagnóz vyplynulo, že jediný ošetrovatelský problém, který lze aplikovat pouze u pacientů operovaných předním přístupem je porušené polykání. Kvantitativní výzkum by mohl ještě výsledky mého zkoumání upřesnit statistickými daty. V závěru bakalářské práce jsem zpracovala manuál k předoperační a operační péči o nemocné s degenerativním onemocněním krční páteře. Je určený pro všeobecné sestry a studenty.

ZÁVĚR

Téma bakalářské práce ošetrovatelský proces u pacientů s degenerativním onemocněním krční páteře jsem si vybrala z toho důvodu, že onemocnění postihuje všechny sociální vrstvy v produktivním věku a tímto se stává socioekonomickým problémem, neboť řada nemocných je v dlouhodobé pracovní neschopnosti, která neznídko končí dočasnou nebo trvalou invaliditou.

Degenerativní proces na páteři počíná od 20. Roku života a neustále pokračuje. Toto onemocnění nelze zastavit a jediným možným východiskem je v řadě případů operační odstranění degenerativně změněných struktur páteře, které podle stupně postižení utlačuje nervové kořeny a míchu a způsobuje příznaky odpovídající utlačenému míšnímu kořenu. Pacienti trpí chronickými bolestmi a poruchami cití a hybnosti HK. Postupně ztrácejí schopnost sebezpečí a jsou odkázáni na pomoc druhých.

Ve své práci, která je rozdělena na teoretickou a praktickou část se věnuji problematice těchto nemocných s cílem porovnání ošetrovatelských problémů u pacientů operovaných modernějším přístupem ke krční páteři předním přístupem a starší operační technikou přístupem zadním. Ošetrovatelská péče se odvíjí od stupně postižení těchto nemocných, ale ošetrovatelské diagnózy k realizaci ošetrovatelského plánu jsou shodné.

Práci je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V části teoretické popisujeme anatomii krční páteře a přilehlých struktur. Dále je popsána biomechanika a fyziologie páteře. Zabýváme se příčinami a příznaky tohoto onemocnění, diagnostickými a léčebnými postupy. Zmiňujeme se o ošetrovatelské péči o nemocné v intraoperačním období.

Praktická část se věnuje problematice těchto nemocných s cílem porovnání ošetrovatelských problémů u pacientů operovaných modernějším přístupem ke krční páteři předním přístupem a starší operační technikou přístupem zadním. Ošetrovatelská péče se odvíjí od stupně postižení těchto nemocných. Výsledkem práce je také Manuál pro péči o pacienty s degenerativním onemocněním páteře. Ten je určený pro všeobecné sestry ošetřující nemocné s touto diagnózou a také pro studenty, kteří plní na Neurochirurgické klinice praktickou výuku.

Závěrem je nutné říci, že ke každému pacientovi musíme přistupovat jako k individualitě a s přihlédnutím k jeho bio-psycho-sociálním potřebám.

SEZNAM ZDROJŮ

1. **MARIEB, Elaine N. a MALLAT, Jon.** *Anatomie lidského těla.* 1.vyd.Brno : CP Books, a.s., 2005. str. 863 . 80-251-0066-9.
2. **NÁHLOVSKÝ, Jiří.** *Neurochirurgie.* 1.vyd. Praha : Galén, 2006. str. 581 . 80-726-2319-2.
3. **NAVRÁTIL, Luděk a kolektiv.** *Neurochirurgie.* 1.vyd.Praha : Karolinum, 2012. str. 165 . 978-80-246-2068-8.
4. **SMRČKA, Martin a PŘIBÁŇ, Vladimír a kolektiv.** *Vybrané kapitoly z neurochirurgie pro studenty lékařské fakulty.* 1.vyd.Brno : Masarykova univerzita, 2005. str. 99 . 80-210-3188-1.
5. **PLASS, Jaroslav et al.** *Speciální chirurgie.* Praha : Galén, c 2000. str. 111. 80-726-2075-4.
6. **Zdeněk, AMBLER.** *Základy neurologie.* Praha : Galén, 2006. str. 351. 80-7262-433-4.
7. **SAMEŠ, Martin a kol.** *Neurochirurgie.Učebnice pro lékařské fakulty a postgraduální studium příbuzných oborů.* 1.vyd.Praha : MAXDORF, 2005. str. 127 . 80-7345-072-0.
8. **JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ, Renáta.** *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium.* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2013. str. 256. 978-80-247-4412-4.
9. **MIKŠOVÁ, Zdeňka, FROŇKOVÁ, Marie a ZAJÍČKOVÁ, Marie.** *Kapitoly z ošetrovatelské péče II aktualizované a doplněné vydání.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. str. 172. 80-247-1443-4.
10. **BEDNAŘÍK, Josef a KADAŇKA, Zdeněk.** *Vertebrogenní neurologické syndromy.* Praha : 1. vyd. TRITON s. r. o, 2000. str. 215. 80-7254-102-1.
11. **PAVLÍKOVÁ, Slavomíra.** *Modely ošetrovatelství v kostce.* Vyd.1. Praha : Grada Publishing,a.s., 2006. str. 152. 80-247-1211-3.

12. **NEJEDLÁ, Marie.** *Fyzikální vyšetření pro sestry.* 1.vyd. Praha : Grada Publishing,a.s., 2006. str. 248. 80-247-1150-8.
13. **SKALICKÁ, Hana a kolektiv.** *Předoperační vyšetření.* Praha : Grada Publishing,a.s., 2007. str. 152. 978-80-247-1079-2.
14. **VYTEJČKOVÁ, Renata a kolektiv.** *Ošetrovatelské postupy II.* Praha : Grada Publishing,a.s., 2013. str. 272 + 16 barevné přílohy. 978-80-247-3420-0.
15. **TÓTHOVÁ, Valerie a kol.** *Ošetrovatelský proces a jeho realizace.* Praha : TRITON, 2009. str. 159. 978-80-7387-286-1.
16. **SVĚRÁKOVÁ, Marcela.** *Edukační činnost sestry Úvod do problematiky.* Praha : Galén, 2012. str. 63. 978-80-7262-845-2.
17. **JUŘENÍKOVÁ, Petra.** *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi.* Praha : Grada Publishing,a.s., 2010. str. 80. 978-80-247-2171-2.
18. **VYTEJČKOVÁ, Renata a kolektiv.** *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I.* Praha : Grada Publishing,a.s., 2011. str. 232 + 24 stran barevné přílohy. 978-80-247-3419-4.
19. **DOENDES, Marilyn E.** *Kapesní průvodce zdravotní sestry.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2001. str. 565. 80-247-0242-8.
20. **VYTEJČKOVÁ, Renata a kolektiv.** *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I.* Praha : Grada Publishing,a.s., 2011. str. 232 + 24 stran barevné přílohy. 978-80-247-3419-4.
21. **ROZSYPALOVÁ, M. a ŠAFRÁNKOVÁ, A.** *Ošetrovatelství I.* Praha : Informatorium spol. s r.o., 2002. str. 232. 80-86073-96-3.
22. **TOMAGOVÁ, M.** *Potreby v ošetrovatel'stve.* Martin : Osvete, 2008. str. 196. 978-80-8063-270-0.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CSM - cervikální spondylogenní myelopatie

JIP - jednotka intenzivní péče

HK - horní končetina

DK - dolní končetina

EKG - elektrokardiografie

IM - infarkt myokardu

NYHA - New York Health Association

TK - krevní tlak

P - pulz

TT - tělesná teplota

D - dech

BMI - body mass index

STK - systolický krevní tlak

DTK - diastolický krevní tlak

SpO₂ - saturace krve kyslíkem

KS - krevní skupina

MR - magnetická rezonance

RTG- rentgen

PŽK - periferní žilní katétr

PMK - permanentní močový katétr

SEZNAM PŘÍLOH

1. Povolení sběru informací ve FN Plzeň
2. Dermatomy
3. Poloha na lůžku po operaci krční páteře
4. Měkký a tvrdý krční límec

Příloha 1 Povolení sběru informací ve FN Plzeň



Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Dr. E. Benešova 17, 325 01 Plzeň - Bory
ojedl. Světový 10, 324 01 Plzeň - Lochotín
IČO 00699061 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní

Jitka Lubáková

Študentka oboru Všeobecná sestra

Katedra ošetrovatelství a porodní asistencie, Fakulta zdravotnických studií

Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** sběr informací o ošetrovatelských metodách, používaných u pacientů *Neurochirurgického oddělení (NCH)* FN Plzeň, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Ošetrovatelský proces u nemocných s degenerativním onemocněním krční páteře*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra osloveného pracoviště souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně provádíte.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění.
- **Sběr informací pro Vaši bakalářskou práci budete provádět v době své, školou schválené, odborné praxe a pod přímým vedením Mgr. Bc. Věry Berkové, vrchní sestry NCH.**
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, pokud budou uvedeny ve Vaší práci, musí být anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Zdravotnickému oddělení / klinice či Organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráce s Vámi zaměstnanci pociťovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců FN Plzeň s Vámi.

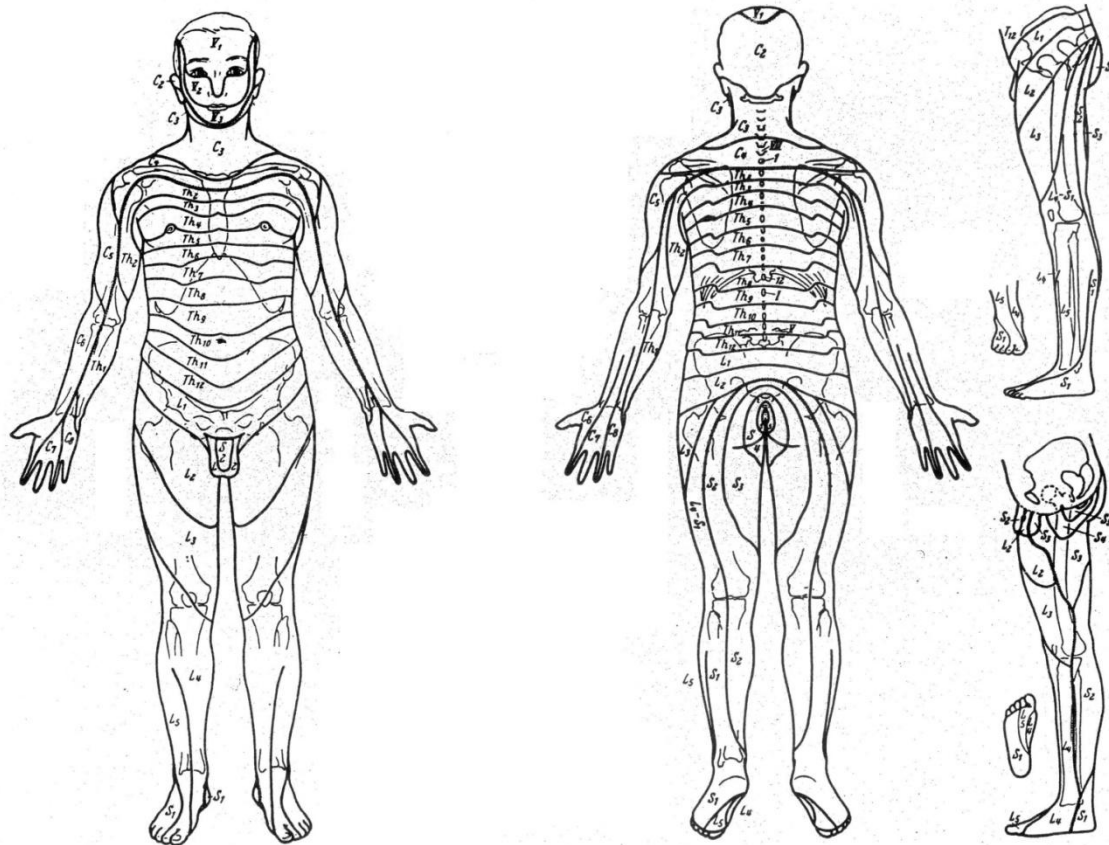
Přejí Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Věra Berková
náměstka pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň
tato povolení nespolečně s Vámi

Útvar ošetrovatelské péče FN Plzeň
Dr. E. Benešova 17, 325 01 Plzeň - Bory
IČO 00699061

27. 2. 2015

Příloha 2 Dermatomy



Příloha 3 Poloha na lůžku po operaci krční páteře



Zdroj: vlastní

Příloha 4 Měkký a tvrdý krční límec



Zdroj: vlastní