

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Ošetrovatelství

ID studijního oboru: 5341R003

**Renáta Mertová**

**Ošetrovatelská kazuistika u pacientky po rekonstrukci pravého prsu břišním lalokem  
na oddělení plastické chirurgie**

*Nursing Case Report in Patient after right Breast Reconstruction with Abdominal  
Flap at the Departement of Plastic Surgery*

Bakalářská závěrečná práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Helena Chloubová

Praha, 03. 03. 2009

### *Poděkování*

*Mé poděkování patří paní V. M. za to, že mi poskytla řadu cenných informací a souhlasila s jejich uvedením v mé závěrečné práci.*

*Děkuji rovněž své vedoucí práce PhDr. Heleně Chloubové za cenné rady, laskavý a vstřícný přístup po celou dobu mého studia.*

*V Praze dne 3. 3. 2009*

*Renáta Mertová*

*Prohlášení*

*Prohlašuji, že závěrečnou práci jsem zpracovala zcela samostatně s vědomím a souhlasem paní V. M. a uvedla všechny zdroje informací v seznamu literatury.*

*V Praze dne 3. 3. 2009*

*Renáta Mertová*

## ÚVOD

Pacientku s rakovinou prsu jsem si vybrala záměrně z několika důvodů. Jedná se o nejčastější zhoubné nádorové onemocnění u žen. Toto onemocnění vnímám velmi citlivě a osobně, neboť má matka před několika lety touto chorobou onemocněla. Od ní vím mnohé o strachu, studu, odporu a nepřijmutí sama sebe. Rakovina prsu zasáhne navždy ženskou duši a tím pronikne do všech oblastí života ženy, její rodiny a společnosti. Po sdělení diagnózy je žena zasažena strachem z téměř hmatatelné přítomnosti nevléčitelného onemocnění, k němuž se přidává zoufalství a lítost nad ztrátou prsu, znamenající symbol ženství a mateřství. Je to nemilosrdné onemocnění, při kterém se výrazným způsobem změní část ženského těla. Po odejmutí prsu vznikne „děsivá asymetrie,“ na kterou si většina žen pravděpodobně nikdy nezvykne.

Ženská prsa představují jeden z nejdůležitějších aspektů ženské krásy. Jako symbol zdroje výživy byla odnepaměti zobrazována v podobě sošek či obrazů. „*V krajích tzv. Úrodného půlměsíce představovala prsa znak blahobytu a jejich model byl uctíván v domovech a svatyních obdobným způsobem, jakým moderní křesťané uctívají kříž a obrazy Panny Marie.*“<sup>2</sup> Ve starém Egyptě byli faraónové znázorňováni u prsu kojící bohyně Isis, jejíž soška je považována za původní vzor pro vyobrazení Kojící madony ze 14. století. Z pohledu dějin představují další významný atribut - erotický symbol. Ve 4. století před Kristem byla bohyně lásky Afrodita vyobrazována se zřetelně se rýsujícími či zcela odhalenými prsy. V pozdním středověku nechal namalovat francouzský král Karel VII. obraz své konkubíny Agnès Sorelové. Tam je znázorněna v celé své kráse s obnaženým ňadrem. Poprvé v historii byl vyobrazen smyslný prs, vystupující ze živůtku.

Existují i mnohá vyobrazení žen, u nichž se předpokládá, že trpěly zhoubným nádorem prsu. Jeden z velmi známých uměleckých děl je Rembrandtův obraz s názvem „Betsabé v lázni.“ Pro to, jak dalece představovala prsa symbol ženské krásy, hovoří i řada případů ze starověku a středověku. Ženy a dívky byly tehdy krutě trestány za různá provinění zohavením prsů nebo jejich odříznutím. V křesťanské ikonografii je zobrazována svatá Agáta s podnosem, na němž jsou položeny oba její prsy odejmuté během tortury. Tato žena, která zemřela mučednickou smrtí na Sicílii ve 13. století, se stala v 19. století patronkou žen po amputaci prsu. Snaha moderních žen o odstranění tabuizování tohoto problému a pomoci společnosti pochopit problémy postižených žen, umět se na ně dívat a milovat je takové, jaké jsou, vrcholila v 80. letech minulého století v USA.

---

<sup>2</sup> DRAŽAN, L., MĚŠŤÁK, J. *Rekonstrukce prsu po mastektomii*. Praha: Grada Publishing, 2006, kap. 3, s. 56. ISBN 80-247-1123-0

Jedna z prvních odvážných žen, která veřejně ukázala světu své postižení je spisovatelka Deena Metzgerová. Po ní zejména v USA následovala celá řada dalších portrétů, které burcovaly svým emočním nábojem a velmi pomohly ženským organizacím bojujícím za změnu postoje vlád různých zemí k problematice karcinomu prsu (1).

Také má pacientka se dívá na svět s novou nadějí podobně jako ženy na fotografiích. Uvědomuje si, že od života dostala další šanci a daleko více než kdy předtím vnímá všední okamžiky každého dne, říká, že se naučila radovat z maličkostí a vážit si jich. Jsem velmi ráda, že mohu pracovat na tak vysoce specializovaném pracovišti, které se věnuje rekonstrukční operativě u pacientek po ablaci prsu. Při péči o ně se tak mohu spolupodílet na jejich návratu do normálního života.

---

<sup>1</sup> ABRAHÁMOVÁ, J., DUŠEK, L. a kolektiv. *Možnosti včasného záchytu rakoviny prsu*. Praha: Grada Publishing, 2003, kap. 1, s. 11-17.

# KLINICKÁ ČÁST

## ***1. Charakteristika onemocnění***

### ***1.1 Etiologie***

Karcinom prsu se může vyskytnout v kterémkoli věku. Je vzácný u žen mladších 25 let, ovšem s přibývajícím věkem jeho incidence stoupá a dosáhne vrcholu v období menopauzy a po 50. roce věku. Je nejčastějším zhoubným nádorem žen. Incidence se každoročně zvyšuje o 1 – 2%. Mortalita se zvyšuje rovněž, ale její růst je méně strmý než nárůst nově diagnostikovaných případů. Pokles mortality je přisuzován jednak důsledněji prováděnému screeningu, jednak úspěchům adjuvantní léčby. Mezi rizikové faktory vzniku karcinomu prsu patří například mnohaletá hormonální stimulace především estrogeny, časná menarché a pozdní menopauza, první těhotenství po 35.roce, familiární výskyt, vyšší věk, atypická duktální nebo lobulární hyperplazie, či sama žena je prokazatelně nositelkou onkosupresorových genů BRCA1 a BRCA2 (7, 8).

### ***1.2 TNM klasifikace a prognostické faktory***

K hodnocení nádorů je důležitá typizace nádoru dle jeho histologické struktury a stupeň diferenciaci vyjádřený v TNM systému. Klasifikace TNM je založena na přesném stanovení rozsahu primárního nádoru (T), stavu regionálních uzlin (N) a přítomnosti nebo nepřítomnosti vzdálených metastáz (M).

*Kategorie T* označuje tři základní charakteristiky tumoru, tj. jeho velikost, postižení kůže a hlouběji uložených struktur. Vychází z klinického vyšetření před operací, které je doplněno některou ze zobrazovacích metod (mammografie, ultrasonografie) a přesným nálezem během operace (7,8).

*Kategorie N* označuje rozsah postižení regionálních axilárních uzlin. Velmi důležité je stanovit jejich velikost a vztah k okolí. Takto musí být vyšetřeno alespoň 10 uzlin. Palpační vyšetření se při nejasnosti doplňuje ultrasonografií.

*Kategorie M* označuje vzdálené metastázy a zde je potřeba doplnit další vyšetření, jako ultrasonografii břicha, magnetickou rezonanci, rentgenový snímek skeletu a hrudníku, CT a

---

<sup>7</sup> KLENER, P. *Klinická onkologie*. Praha: Galén, 2002, s. 103-106. ISBN 80-7262-151-3

<sup>8</sup> KLENER, P., VORLÍČEK J., et al. *Podpůrná léčba v onkologii*. Praha: Galén, 1998  
ISBN

scintigrafii skeletu.

### **1.3 Klinické příznaky**

V počátečním stadiu růstu karcinomu nemusejí být žádné klinické příznaky. Při zvětšení se tumor projeví jako nebolestivá hmatná rezistence, kterou může žena náhodou objevit při provádění hygieny nebo při samovyšetřování. Místa lokalizace jsou nejčastěji v horním zevním kvadrantu, méně často centrálně pod dvorcem, horním vnitřním kvadrantu, v zevním dolním a nejméně ve vnitřním dolním kvadrantu, kde je prognóza horší. Někdy dochází ke změně konfigurace prsu, jeho zvětšení, jindy k retrakci či zmenšení. Mohou být přítomné povrchové změny na bradavce, výtok, vpáčení nebo vtahování kůže. Vzácněji jsou prvním příznakem hmatné axilární uzliny (7, 8).

### **1.4 Diagnostika karcinomu prsu**

#### **1.4.1 Samovyšetřování**

Metoda samovyšetřování je doporučována u žen již po 20. roku věku a žena ho provádí sama, nejlépe do třetího dne po skončení menstruace, kdy jsou prsy bez napětí. Pro ženy které nemenstruují, je vhodný kterýkoliv dobře zapamatovatelný den v měsíci. Samovyšetřování má svá pevná pravidla a přesné postupy. V gynekologických či mamologických ambulancích je k dispozici řada příruček zabývajících se touto problematikou. V nich jsou podrobně popsány postupy, včetně názorných fotografií, existují i videokazety s podrobnou instruktáží. Dostupné jsou i výukové silikonové prsní fantomy s nasimulovanými rezistencemi (7, 8).

#### **1.4.2 Klinické vyšetření**

Patří mezi základní vyšetření. Jeho součástí musí být pečlivě napsaná osobní a rodinná anamnéza. Následuje celkové vyšetření pacientky, se speciálním zaměřením na prsy. Pohledem zjišťujeme symetrii prsů, jejich tvar, souhyb s dýchacími pohyby, pravidelnost areol, stav bradavek a kůže. Pohmatem se vyšetřují symetricky všechny kvadranty a posuzuje se velikost rezistence, její pohyblivost proti hrudní stěně a kůži, ohraničení a konzistence. Někdy lze na kůži vidět rozšířenou žilní pletěň, která může svědčit o maligním procesu. Také vzhled kůže, připomínající pomerančovou kůru je známkou nádoru (7, 11).

---

<sup>7</sup> KLENER, P. *Klinická onkologie*. Praha: Galén, 2002, s. 79-84. ISBN 80-7262-151-3

<sup>8</sup> KLENER, P., VORLÍČEK J., et al. *Podpůrná léčba v onkologii*. Praha: Galén, 1998  
ISBN

80-

902501-2-2

## **1.5 Zobrazovací metody**

### **1.5.1 Mamografie**

Je to rentgenové vyšetření s vysokými rozlišovacími schopnostmi a následuje až po klinickém vyšetření prsů a axil. Mělo by předcházet biopsii z důvodu odhalení dalších suspektních ložisek. Současně je vyšetřována kontralaterální strana. Má mimořádný význam také pročasné odhalení recidivy.

### **1.5.2 Ultrasonografie**

Je v pořadí druhá nejdůležitější vyšetřovací metoda. Pod ultrazvukovou kontrolou se mohou provádět cílená bioptická vyšetření. Její přednost spočívá v absenci ionizujícího záření. Nehodí se pro screening zhoubných nádorů u asymptomatických žen.

### **1.5.3 Magnetická rezonance**

Je to vysoce senzitivní metoda při detekci karcinomu mléčné žlázy. Má velmi omezené indikace, neboť cena vyšetření je vysoká. Při této metodě může být aplikována pacientce intravenózně kontrastní látka.

### **1.5.4 Duktografie**

Metoda slouží k odhalení intraduktálních karcinomů. Je obdobou mamografie, ale na rozdíl od ní jsou mlékovody plněny kontrastní látkou. Zásadní indikací k provedení duktografie je jednostranná serózní až krvavá sekrece z bradavky (7).

### **1.5.5 Pozitronová emisní tomografie**

Používá se méně často při primární diagnostice. Slouží například k rozlišení útvarů nenádorového původu a k diagnostice metastáz ve vnitřních mammárních uzlinách (7).

---

<sup>7</sup> KLENER, P. *Klinická onkologie*. Praha: Galén, 2002, s. 79-84. ISBN 80-7262-151-3

<sup>11</sup> VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ H. a kol.: *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vydání, Praha 2006, s. 274-275. ISBN 80-247-1716-6

## ***1.6 Laboratorní vyšetření***

### **1.6.1 Biochemické vyšetření krve**

Jaterní testy, urea, kreatinin, elektrolyty, nádorové markery CEA, CA 15-3 a TPA, CYFRA 21-1, katepsin D a další.

### ***1.6.2 Hormonální receptory***

Jejich stanovení má mimořádný význam. Vyšetřují se v tkáňovém řezu a vypočítávají se procenta buněk vykazující nádorovou aktivitu.

### **1.6.3 Hematologické vyšetření**

Je důležité pro přehled, jak organismus pacientky toleruje léčbu a zdali nedochází ke kritickému dřevému útlumu. Při vyšetření kostní dřeně lze objevit nádorové buňky, mikrometastázy (7).

## ***1.7 Terapie chirurgická a možné komplikace***

### ***1.7.1 Různé typy operací***

#### ***Mastektomie***

Spočívá v odstranění celé mléčné žlázy a podle rozsahu nádoru dvorce, bradavky a různě velké části prsu včetně kožního krytu.

#### ***Rozšířená radikální mastektomie***

Odstraňují se také nitrohruční uzliny. Výkon je prováděn vyjímečně při léčbě primárně inoperabilního karcinomu v kombinaci s neoadjuvantní a adjuvantní onkologickou léčbou.

#### ***Modifikovaná radikální mastektomie***

Provádí se v kombinaci s axilární lymfadenektomií, zůstanou zachovány oba prsní svaly. Odstraňuje se nejméně 10 uzlin.

#### ***Modifikovaná radikální mastektomie s modelací***

Pokud je nádor malý, uložený dostatečně hluboko a prs má ptotický tvar, je možné pomocí zbylé kůže a silikonového mammárního implantátu po mastektomii okamžitě vymodelovat a zrekonstruovat prs nový (2).

#### ***Totální mastektomie***

Odstranění celého prsu a ponechání lymfatických uzlin, pokud na nich není zjištěn patologický nález.

---

<sup>2</sup> DRAŽAN, L., MĚŠŤÁK, J. *Rekonstrukce prsu po mastektomii*. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 32-35. ISBN 80-247-1123-0

<sup>7</sup> KLENER, P. *Klinická onkologie*. Praha: Galén, 2002, s. 84-100. ISBN 80-7262-151-3

### Subkutánní mastektomie

Odstraněna je celá žláza při zachování kožního krytu prsu, dvorce i bradavky. Častým důvodem jsou preventivní operace u diagnostikovaných polycystických mastopatií.

### **Záchovné operace**

Mají význam v odstranění tumoru a části prsu za předpokladu vzniku co nejmenší deformace prsu. Na volbě optimálního způsobu léčby při záchovných operacích by se měla podílet i pacientka (2).

#### **1.7.2 Komplikace chirurgické terapie**

Zvýšená teplota, provázející až 40% výkonů, většinou rychle a spontánně odeznívající, je považována za obraz normálního pooperačního stavu. Komplikaci značí zvýšená tělesná teplota přetrvávající nebo nastupující až po 5. pooperačním dni. Tento stav může svědčit o vzniku a rozvoji infekci v ráně nebo příslušné dutině. Zánětlivé komplikace představuje infekce kůže a podkoží, absces, flegmona, lymfadenitida, či lymfangoitida. Na základě zánětlivých změn a otoků ve tkáních vzniká riziko *dehiscence* operační rány, což vede k sekundárnímu hojení rány a vzniku nápadných a širokých jizev. Dále ve výčtu komplikací následují komplikace *respirační*, například laryngotracheitida, aspirace, pneumonie, plicní edém, apnoe, bronchopneumonie nebo embolie. *Poruchy srdečního rytmu* mohou vzniknout v důsledku podání léků používající se při anestezii. Rizikovými faktory vzniku *tomboflebitidy* či *flebotrombózy* jsou městnání žilní krve v důsledku imobilizace na lůžku nebo aktivace koagulačních faktorů při trvání operace delší dobu než 30 minut (12).

---

<sup>2</sup> DRAŽAN, L., MĚŠŤÁK, J. *Rekonstrukce prsu po mastektomii*. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 32-35. ISBN 80-247-1123-0

<sup>12</sup> ZEMAN, M., a kolektiv. *Chirurgická propedeutika*. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o. 2000, s. 305-328 ISBN 80-7169-705-2

## **1.8 Terapie onkologická a její komplikace**

### **1.8.1 Radioterapie**

*Kurativní radioterapie* je možná a je aplikována především u nádorů ohraničených. Používají se vysokoenergetické zdroje záření. Jsou to lineární urychlovače a izotopové ozařovače. Následuje po chirurgickém výkonu, u nádorů větších, než je 5cm a při III. klinickém stadiu nemoci. Záření se zpravidla zahajuje až po skončené adjuvantní chemoterapii. Další variantou je použití brachyradioterapie s intersticiální aplikací iridiových drátků.

*Paliativní radioterapie* se používá ve formě neoadjuvantního ozáření. Týká se nádorů pokročilých, neodpovídajících na léčbu nebo s cílem nádor zmenšit a umožnit operační výkon. Nemá kurativní účinek, ale působí analgeticky a může navodit dlouhodobou remisi onemocnění.

### **1.8.2 Chemoterapie**

V současnosti se používá kombinovaná chemoterapie. *Adjuvantní chemoterapie* následuje po chirurgické léčbě. *Neoadjuvantní chemoterapie* je metodou léčby u žen s pokročilým, ale technicky operabilním nádorem, kdy cílem je zmenšení nádoru a zlepšení operability.

*Paliativní chemoterapie* je hlavní léčebnou metodou již diseminovaného onemocnění. Volí se kombinace cytostatik a zkracování intervalů mezi léčebnými cykly (8).

### **1.8.3 Hormonální léčba**

U žen před menopauzou je indikována ovariectomie. Po menopauze je vhodná léčba antiestrogeny, z nichž je nejrozšířenější Tamoxifen.

### **1.8.4 Komplikace onkologické terapie**

*Infekce* u onkologicky nemocných představují častou a velmi závažnou komplikaci vzhledem k jejich značně oslabenému imunitnímu systému. Imunodeficit organismu je způsoben jednak samotným nádorovým onemocněním a také velmi výrazně onkologickou léčbou, neboť řada cytostatik má poměrně silné vedlejší účinky. Mohou se objevit infekční nebo trombotické komplikace kolem zavedeného injekčního katetru či portu, častý je uzávěr jeho průchodnosti. Pro pacienta je velmi stresující silná

*bolest* která souvisí s účinkem radioterapie. Dochází při ní k poškození nervových zakončení např. postradiační neuritida. Při léčbě cytostatiky vzniká zánět a

---

<sup>8</sup> KLENER, P., VORLÍČEK J., et al. *Podpůrná léčba v onkologii*. Praha: Galén, 1998, s. 51-55.  
ISBN 80-902501-2-2

*poškození sliznic* gastrointestinálního traktu, tvorba aftů a bolestivých vřidků. K rychle nastupujícím nežádoucí účinkům protinádorové léčby patří silná *nevolnost* a *zvracení*.

Nevolnost a zvracení mohou vést ke snížení příjmu potravy a tekutin a tím ke zhoršení celkové energetické bilance, narušení vodní a iontové rovnováhy. Při léčbě chemoterapií a radioterapií dochází často k *hematologické toxicitě*, granulocytopenii, trombocytopenii nebo anemii. Při radioterapii je klinickým projevem erytém, suchá deskvamace, svědění kůže, vypadávání vlasů a snížení činnosti mazových a potních žláz. Vzhledem k obrovskému množství nežádoucích účinků je onkologická léčba ve většině případů velmi špatně psychicky a fyzicky snášena, řada pacientů ji radši přeruší a odmítne nadále v léčbě pokračovat (7).

## ***1.9 Terapie plastické chirurgie***

Po ukončení onkologické léčby a na základě příznivého onkologického nálezu žena může podstoupit další etapu léčby. Vzhledem ke zvyšujícímu se počtu časně diagnostikovaných nádorů prsu u stále mladších žen získává rekonstrukce prsu stále větší rehabilitační význam ve smyslu navrácení žen do osobního a společenského života. Úkolem každé rekonstrukce je snaha o znovuobnovení celistvosti hrudníku a odstranění asymetrie způsobené primární operací. V tomto smyslu *rekonstrukce prsu zapadá do komplexní léčby pacientky a nelze ji nikdy považovat za výkon provedený z kosmetické indikace*.

### **1.9.1 Rekonstrukce mamárními implantáty**

Provádějí se zejména u žen, které mají malá, pevnější prsa s minimální ptózou. Při vhojování implantátu dochází ke tvorbě vazivového pouzdra.

Komplikací je srašťování pouzdra ( tzv. kapsula) a tím ke změně tvaru a velikosti prsu. Vznik kapsuly není časově vázán na pooperační období, může se vytvořit i za několik let po operaci (2).

### **1.9.2 Rekonstrukce pomocí laloků z živé tkáně**

Výhoda spočívá v náhradě vlastní tkání, nedochází k tvorbě vazivového pouzdra. Laloky jsou převážně tvořeny tukovou tkání s vlastní cirkulací a umožňují vytvořit prs přirozeného tvaru.

---

<sup>2</sup> DRAŽAN, L., MĚŠTÁK, J. *Rekonstrukce prsu po mastektomii*. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 47-48, s. 59-101. ISBN 80-247-1123-0

<sup>7</sup> KLENER, P. *Klinická onkologie*. Praha: Galén, 2002, s. 257-277. ISBN 80-7262-151-3

Komplikace představuje ztrátu laloku nebo jeho části při poruchách cirkulace lalokem, dehiscence rány nebo břišní kýla (2).

### ***1.9.3 Rekonstrukce kombinací implantátu a místního laloku***

Podle somatického nálezu a zdravotního stavu lze tento typ indikovat pacientkám s minimem podkožního tuku nebo rovného a plochého břicha. Nejčastěji se provádí transpozice fasciokutánního laloku ze submammární oblasti do nářezu původní jizvy po mastektomii. Implantát se vkládá pod částečně odpojený velký prsní sval. Komplikace spočívá ve vytvoření kapsulární kontrakce (2).

## ***1.10 Ošetrovatelská péče po operaci***

### ***1.10.1 Ošetrovatelská péče po ablaci prsu***

Pacientky po ablaci prsu se ve většině případů vrací z operačního sálu dle ordinace lékaře na jednotku intenzivní péče nebo na standardní chirurgické oddělení. Po převozu ze sálu pacientku přebírá sestra spolu s dokumentací. Tu tvoří úplný chorobopis, v němž jsou vyznačeny přesné ordinace pro zbylý čas operačního dne. Každý úkon, který sestra u pacientky provedla, musí být přesně zaznamenán, včetně času, identifikace a čitelného podpisu. Pacientka je uložena do polohy na zádech se zvednutým hrudníkem. Při ukládání na lůžku je třeba zajistit nepoškození drénů a katétrů, aby nedošlo k jejich dislokaci nebo k útlaku. Sestra kontroluje a provádí úpravu bandáže obou dolních končetin a tím předchází riziku vzniku tromboembolických komplikací. Kontroluje stav obvazu, zdali je nebo není prosáknutý krví a dbá, aby byl dobře upevněn. Pracuje dle psaných pokynů lékařem, v pravidelných intervalech měří krevní tlak, puls, dech, tělesnou teplotu, oxygenaci. Provádí záznam o měření příjmu a výdeji tekutin, podává léky dle ordinací

lékaře. Sleduje projevy bolesti, krvácení, zánětlivých komplikací, celkový stav pacientky a průběžně informuje lékaře (12). Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je psychická podpora a edukační činnost. Týká se pacientek jak po ablaci, tak po rekonstrukční operaci prsu a zmiňují se o ní v oddíle 1.10.2.

---

<sup>2</sup> DRAŽAN, L., MĚŠŤÁK, J. *Rekonstrukce prsu po mastektomii*. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 59-109. ISBN 80-247-1123-0

<sup>12</sup> ZEMAN, M., a kolektiv. *Chirurgická propedeutika*. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o. 2000 s. 295- 303. ISBN 80-7169-705-2

### **1.10.2 Ošetrovatelská péče po rekonstrukci prsu**

Pacientka je přivezena z operačního sálu vždy na jednotku intenzivní péče. Uložena je do polohy na zádech se zvednutým hrudníkem a nohama, které jsou navíc pokrčené v kolenou. Ošetrovatelská péče o pacientku po rekonstrukční operaci zahrnuje všechny úkony a ošetrovatelské postupy, které popisují u pacientky po ablaci prsu v předešlém oddíle 1.10.1 .

Sestra navíc hodnotí v pravidelných intervalech perfuzi laloku Dopplerovým ultrazvukem a v případě zhoršení perfuze rekonstruovaného laloku, nebo známek počínající ischemie *okamžitě* informuje lékaře. Při hodnocení celkového stavu používá hodnotících prostředků používaných na jednotlivých pracovištích ( stupnice dle Nortonové, Melzakova škála intenzity bolesti, vizuální analogová škála, Barthelův test všedních činností nebo riziko vzniku pádu). Sestra se spolupodílí na včasné rehabilitaci pacientky, časně pohybové aktivitě a dechové gymnastice. Pomáhá pacientce s hygienickou péčí a postupně se stává její psychickou oporou. Právě psychická podpora, citlivý, taktní a vnímavý přístup sestry jsou nesmírně důležité u žen po ablaci prsu.

Při manipulaci s pacientkou dbá na ochranu redonů a katetrů tak, aby nedošlo k jejich vytržení ze zavedených tělních dutin. Také dle platných standardů ošetřuje redonovy drény, močovou cévku a centrální žilní katetr (13). K pravidelným povinnostem sestry patří kontrola operační rány. Kontroluje především, jestli není obvaz prosáklý krví nebo jinou tekutinou. Většinou stačí navázat obvaz další vrstvou sterilních čtverců. Při silnějším krvácení ihned kontaktuje a informuje lékaře. Při jakékoliv manipulaci v okolí operačních ran dodržuje přísně aseptické postupy. Zajišťuje úpravu lůžka, čisté, suché a nezmačkané oblečení, pečuje o kůži a svojí rehabilitační činností působí preventivně proti vzniku imobilizačního syndromu. Neoddělitelnou součástí ošetrovatelské péče je edukační činnost a spolupráce s rodinou pacientky. U žen po ablaci prsu nastává obrovský zvrát ve smyslu negativního vnímání jejich těla (5). Cítí se být ohroženy ve své sociální roli ženy a manželky, vnímají změnu tělesného

vzhledu velmi záporně a těžko se s ním smiřují. Jsou tak ohroženy jejich psychosociální potřeby, jako sebepojetí, lásky a rodiny a bezpečí. Proto je důležitý empatický a citlivý přístup zdravotníků. Je třeba, aby sestra poskytla informace týkající se následné léčby, možnosti opatření vhodných epitéz a odpovídajícího spodního prádla.

---

<sup>5</sup> CHLOUBOVÁ, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných- vztahové potřeby. Základní potřeby člověka. *Osobní rádcce zdravotní sestry*. Praha: Verlag Dashöfer, 2004, č. 5, 4/ 15.2.3, s. 1-8. ISSN 1214-0079

<sup>13</sup> Standard Fakultní nemocnice Královské Vinohrady č. 94, Péče o Redonovy drény

Pacientka by měla dostat informace o různých sdruženích žen s podobným postižením, o možnostech rehabilitační léčby a rekonstrukčních operacích nejen formou ústní, ale také písemnou. Před propuštěním z hospitalizace by měla být informována o riziku vzniku lymfedému a možnostech jeho léčby (8). O edukaci podané u mé pacientky se podrobněji zmiňuji v závěru ošetrovatelské práce na straně 65.

### **1.11 Prognóza onemocnění**

U onkologické diagnózy velmi záleží na mnoha faktorech. Mezi hlavní považují systematickou a plošnou informovanost a prevenci, včasnou diagnostiku za použití všech dostupných diagnostických možností, typ nádoru, jeho klasifikace TMN a hodnoty dalších prognostických faktorů, včasné operativní řešení a cílená onkologická léčba. Velmi důležité je poučení pacientek po ablaci prsu o významu následných celkových prohlídek, majících význam v odhalení recidivy zhoubného nádoru a metastáz (7).

---

<sup>7</sup> KLENER, P. *Klinická onkologie*. Praha: Galén, 2002, s. 84-100. ISBN 80-7262-151-3

<sup>9</sup> STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství* Praha: Karolinum, 1996, s. 65-71. ISBN 80-7184-243-5

## ***2. Identifikační údaje o pacientce***

Jméno a příjmení	V. M.
Oslovení	paní M.
Věk	43 let, r. č. 000000/1111
Vyznání	bez vyznání
Stav	vdaná
Vzdělání	úplné střední s maturitou
Povolání	jednatelka firmy
Národnost	česká
Bydliště	České Budějovice
Pojišťovna	207
Kontaktní osoba	manžel, t. č. 111 111 111

Datum přijetí k hospitalizaci: 29. 10. 2008

Důvod přijetí: Stav po ablaci pravého prsu 11/ 2006 pro maligní  
phyllodes  
označení diagnózy je C 509  
rekonstrukce prsu po ablaci TRAM

Datum operace: 30. 10. 2008

Doba mé ošetrovatelské péče: před operací 29. - 30. 10. 2008 na standartním oddělení  
po operaci 30. 10. - 4. 11. 2008 na JIP

Pacientka byla přijata na lůžkové oddělení Kliniky plastické chirurgie FNKV v dopoledních hodinách dne 29. 10. 2008, z důvodu plánované operace rekonstrukce pravého prsu po ablaci. Následující den po přijetí se podrobila operaci. Celková doba hospitalizace na klinice trvala od 29. 10. - 17. 11. 2008.

V kazuistice je zachyceno období prvních 5ti dnů hospitalizace, kdy jsem pacientku ošetřovala. V den příjmu jsem odebrala vstupní ošetřovatelskou anamnézu na standardním oddělení, uložila pacientku na pokoji a poskytla potřebné informace. Po operaci jsem pacientku provázela na JIP, kde jsem ji měla možnost ošetřovat 4 první pooperační dny.

### **3. Lékařská anamnéza a diagnóza**

#### **3.1 Lékařská anamnéza v den příjmu 29. 10. 2008**

**Rodinná anamnéza:** matka 65 let zdravá, s ničím se neléčí

otec + 65 letech IM

dcera zdravá

nádorová anamnéza negativní

**Osobní anamnéza:** 3 /05 excize low grade phyllodes pravého prsu

9/ 06 široká excize pro recidivu

11/ 06 ablace pravého prsu

**Alergie:** Na Jodisol, jiné lékové neguje.

**Farmakologická anamnéza:** 0

**Sociální anamnéza:** Pracuje jako jednatelka firmy, bydlí s rodinou.

**Abusus:** 0

**Gynekologická anamnéza:** Dle preventivní gynekologické prohlídky bpn (16).

Na Klinikou plastické chirurgie přichází pacientka z důvodu příjmu k hospitalizaci již kompletně vyšetřena a zaléčena gynekologem, chirurgem - mammologem a onkologem. U těchto specialistů zůstává pacientka dále sledována v rámci pravidelných a preventivních prohlídek. Všichni výše zmínění specialisté by nedoporučili rekonstrukční výkon, pokud by pacientka nebyla zcela zdravá. Odebírání gynekologické anamnézy na ambulanci Kliniky plastické chirurgie by bylo z výše uvedených důvodů duplicitní informací. Během hospitalizace je pacientka několikrát edukována o problematice a prevenci nádorového onemocnění jak lékaři, tak sestrami. Toto zdůvodnění, na základě mého dotazu, proč není odebírána gynekologická anamnéza, mi bylo poskytnuto vedoucím lékařem Kliniky plastické chirurgie.

**Nynější onemocnění:** Pacientka přijata k elektivní operaci - rekonstrukci pravého prsu TRAM lalokem, st. p. ablaci pravého prsu na jiném pracovišti. TMN klasifikace T2, N0, MX, onkolog nemá námitek proti rekonstrukci (16).

### ***Status localis:***

*Hrudník:* Na pravé straně hrudníku v pektorální krajině obloukovitá čerstvá jizva, kožní kryt je mírně pod napětím. Místní podmínky nejsou vhodné pro rekonstrukci thorakodorzálním lalokem. Kontralaterálně ptotický prs velikosti D ( odpovídá označení konfekční velikosti podprsenek). V druhé etapě se dá předpokládat nutnost redukce levé strany k získání symetrie.

*Břicho:* V podbřišku je tkáňový nadbytek, ne však v rozsahu možném pro dosažení stranové symetrie po rekonstrukci levého prsu. Kožní kryt bez patologických eflorescencí. Na nákresu vysvětlen pacientce lékařem princip rekonstrukce i etapový postup. Nákres rekonstrukční operace uvádím v příloze č. 9.

*Otoky:* V anamnéze nejsou popisovány otoky horních ani dolních končetin. Při odebírání ošetřovatelské anamnézy zjištěna jemná asymetrie horních končetin. Pravá ruka byla mírně oteklá, kůže lehce napjatá, bez zarudnutí. Otok dosahoval úrovně zápěstí pravé ruky (18).

Pacientka přijata k výkonu, do dokumentace přiložen podepsaný informovaný souhlas s celkovou anestezií, podáním krevní transfuze a operačním výkonem (16).

**3.2 Lékařská diagnóza:** St. p. ablaci pravého prsu 11/ 2006 pro maligní phyllodes

C 509

Rekonstrukce pravého prsu po ablaci volným TRAM

lalokem

---

<sup>16</sup> Informace z dokumentace pacientky

<sup>18</sup>

## **4. Diagnosticko- léčebná péče**

### **4.1 Diagnostická péče předoperační**

**4.1.1 Fyziologické funkce při příjmu 29. 10. 2008 v 10:15 :** TK - 125/ 85

P - 68´

**v operační den 30. 10. 2008 v 4:55 :** TT - 36,4°C

**v 6:45:** TK -125/ 80

P- 64´

**BMI:** 21 ( vypočítáno v den příjmu 29. 10. 2008 dle vzorce  $\text{váha} : \text{výška}^2$  na základě informací z příloženého interního vyšetření ve zdravotní dokumentaci )

**Vědomí 29.10. a 30. 10. 2008:** Pacientka je plně při vědomí, na všechny otázky odpovídá přiléhavě, bez prodlev a aktivně spolupracuje (17).

#### **4.1.2 Interní vyšetření 22. 10. 2008**

Pacientka před rekonstrukcí pravého prsu. V roce 2005 jí byla provedena extirpace z pravého prsu- benigní nález, pak ale zjištěna opět bulka v pravém prsu, provedena extirpace s pozitivní histologií, následuje 11/06 ablace pravého prsu.

**Alergie:** Jodisol

**Léky trvale:** 0

**Subjektivně:** Cítí se dobře, bolesti na hrudi nemívá, palpitace nepocítuje, dýchá se dobře, zažívací ani dysurické potíže nejsou, stolice je pravidelná bez patologických příměsí, melenu ani čerstvou krev ve stolici nezpozorovala.

**Objektivně:** Eupnoe, váha 58 kg, míra 165 cm, jazyk vlhký, náplň krčních žil přiměřená, na plicích dýchání sklípkovité, čisté, poklep plný, jasný. Srdeční akce pravidelná, P 68/min., ozvy ohraničené, bez šelestů. Břicho v niveau, měkké, pohmatné, bez rezistencí, bez známek peritoneálního dráždění, nebolestivé, hepar a lien nezvětšeny, přiměřená hydratace i výživa. BMI – 21, DK bez otoků a známek zánětu (16).

**Fyziologické funkce:** TK - 130/ 90

P - 68´

TT - 36,4°C (13)

---

<sup>16</sup> Informace z dokumentace pacientky

<sup>17</sup> Rozhovor

**Ekg:** sinusový rytmus PQ 0,16 QRS 0,08, QT 0,38, ST izoelektrická křivka bez ložiskových ischemických změn, bez vývoje od 4/07.

**Závěr:** St. p. ablaci pravého prsu s následnou plastikou

Pacientka je kardiopulmonálně kompenzovaná, schopna výkonu v celkové anestezii (16).

#### **4.1.3 Onkologické vyšetření 10. 10. 2008**

Vystavené na základě žádosti chirurga, který prováděl ablaci mammy.

Dg. Maligní phyllodes tumor pravé mammy

Dosavadní léčba: excize low grade phallodes 4. 3. 2006, jen sledovaná, nyní široká excize recidivy 22. 9. 2006, s následnou ablací.

TNM – stadium T2 N0 MX

---

histologie: maligní phyllodes tu s invazí, vysokou atypií, 32 mm, 6 negativních uzlin

Nyní sonografie v normě, nejsou onkologické kontraindikace rekonstrukce.

Objektivně: Nález je beze změn, lokálně bez progresu (16).

#### **4.1.4 Gynekologické vyšetření 15. 10. 2008**

Zevní rodidla bpn., pochva bpn.

Palpačně: děloha normální, velká, tuhá, AVF Adnexa a parametria bpn.

Kolposkopie: K1

Cytologie: L 83

Poslední menstruace 2. 4. 2007, menses pravidelně

Subjektivně bez potíží

Závěr: Gynekologický nález v normě, nejsou známky zánětlivého onemocnění (16).

---

<sup>16</sup> Informace z dokumentace pacientky

#### 4.1.5 Laboratorní vyšetření předoperační 11. 10. 2008

Tabulka č. 1 *Sérologické vyšetření krve* (16)

<i>Název vyšetření</i>	<i>Výsledek, jednotky</i>	<i>Referenční meze</i>		<i>Hodnocení</i>
Urea	4,5 mmol/l	2,9	8,2	
Kreatinin	71 umol/l	44	115	
Sodík	139 mmol/l	135	144	
Draslík	4,5 mmol/l	3,5	5,1	
Chloridy	102 mmol/l	93	109	
Osmolalita	288 mmol/kg	278	300	
Bilirubin	13,0 umol/l	0	18,0	
ALT	0,25 ukat/l	0,05	0,60	
AST	0,40 ukat/l	0,05	0,50	
Alkalická fosfatáza	0,89 ukat/l	0,58	1,74	
Glukóza	5,1 mmol/l	3,3	5,8	

Tabulka č. 2 *Biochemické vyšetření moče a sedimentu* (16)

<i>Název vyšetření</i>	<i>Výsledek, jednotky</i>	<i>Referenční meze</i>	<i>Hodnocení</i>
pH	5,1	5,5	
U- Bílkovina	0	0	
U- Glukóza	0	0	
U- Aceton	0	0	
U- Urobilinogen	0	0	
U- Bilirubin	0	0	
U- Krev	0	0	
U- Erytrocyty	4 -5	5	
U- Leukocyty	0- 4	5	
U- Epitelie	1- 4	4	

---

<sup>16</sup> Informace z dokumentace pacientky

Tabulka č. 3 *Hematologické a hemokoagulační vyšetření* (16)

<i>Název vyšetření</i>	<i>Výsledek, jednotky</i>	<i>Referenční meze</i>		<i>Hodnocení</i>
Erytrocyty	4,40	3,8	4,9	
Hemoglobin	138 g/l	120	160	
Hematokrit	0,386	0,37	0,47	
Objem ery	87,7 fl	80	97	
Hb ery	31,4 pg	28	34	
Hb koncentrace	358 gHb/lery	310	370	
Distrb. šíře ery.	12,1%	0	15,2	
Trombocyty	299	130	350	
Leukocyty	7,2	4	10	
FW za 1 hod.	1	5	10	
FW za 2 hod.	4	6	20	
Quick. Test INR	0,81	0,80	1,2	
APTT	33,9	30,0		↑
Warfarinizace	INR 2 - 4			

---

<sup>16</sup> Informace z dokumentace pacientky

## 4.2 Diagnostická péče pooperační

### 4.2.1 Fyziologické funkce

#### 0. operační den 30. 10.

Pacientka byla nepřetržitě monitorována, dle ordinace byl TK, P a saturace O<sub>2</sub> měřen každou hodinu po dobu 24 hodin, TT po příjezdu z operačního sálu v 15:10, 17:00 a 5:00 hodin (16). Přehled je uveden v tabulkách č. 4a., 4b.

Tabulka č. 4a

<i>hodina</i>	<i>TK</i>	<i>P</i>	<i>O<sub>2</sub></i>	<i>TT</i>	<i>hodina</i>	<i>TK</i>	<i>P</i>	<i>O<sub>2</sub></i>
13:21	141/71	74	100%		19:00	123/81	90	98%
14:00	130/78	71	100%		20:00	86/47	67	99%
15:00	122/69	73	99%	37.5	21:00	107/64	73	98%
16:00	116/76	78	99%		22:00	107/73	76	98%
17:00	118/77	76	100%	37,2°C	23:00	112/73	80	98%
18:00	124/78	84	98%		24:00	113/65	78	99%

Tabulka č. 4b

<i>hodina</i>	<i>TK</i>	<i>P</i>	<i>O<sub>2</sub></i>
1:00	<i>Revize na operačním sále</i>		
2:00			
3:00	137/81	71	100%
4:00	114/66	70	100%
5:00	112/55	75	99%
6:00	108/78	73	100%

### **1. pooperační den 1. 11.**

Monitorace pacientky pokračuje ve stejných intervalech jako předchozí den, pouze s vynecháním měření saturace O<sub>2</sub>. Přehled je uveden v tabulce č. 5.

Tabulka č. 5

<i>hodina</i>	<i>TK</i>	<i>P</i>	<i>TT</i>	<i>hodina</i>	<i>TK</i>	<i>P</i>	<i>TT</i>	<i>hodina</i>	<i>TK</i>	<i>P</i>
6:00	107/78	73	37,4°C	14:00	122/65	85		22:00	122/68	73
7:00	110/73	73		15:00	121/59	90		23:00	120/68	67
8:00	113/51	71		16:00	112/60	97		24:00	115/59	66
9:00	108/56	68		17:00	116/62	94	37,5	1:00	120/62	64
10:00	113/58	70		18:00	124/67	90		2:00	119:71	59
11:00	123/60	76		19:00	126/72	76		3:00	118/66	62

### **2. pooperační den 2. 11.**

Monitorace pokračuje stejně, jako v předchozích dnech, bez patologických výkyvů a ukazatelů.

### **3. pooperační den 3. 11.**

Stav pacientky se zlepšuje, monitorace fyziologických funkcí nadále po jedné hodině, bez patologických změn.

### **4. pooperační den 4. 11.**

Fyziologické funkce zcela v normě, monitorace nadále po 1 hodině.

#### **4.2.2 Příjem + výdej tekutin**

##### **0. pooperační den 30. 10.**

Příjem tekutin i.v. / 24 hodin = 5 000 ml

Výdej tekutin / 24 hodin = 5 100 ml

Specifická váha moče v rozmezí od 1012 - 1006

##### **1. pooperační den 1. 11.**

Příjem tekutin i.v. / 24 hodin = 8 490 ml

Příjem tekutin p.o. / 24 hodin = 0

Výdej tekutin / 24 hodin = 6 200

Specifická váha moče v rozmezí od 1016 - 1008

**2. pooperační den 2. 11.**

Příjem tekutin i.v. / 24 hodin = 2 700 ml

Příjem tekutin p.o./ 24 hodin = 1 550 ml

Výdej moče / 24 hodin = 4 240 ml

Specifická váha moče v rozmezí od 1006 – 1002

**3. pooperační den 3. 11.**

Příjem tekutin i.v. / 24 hodin = 3 250 ml

Příjem tekutin p.o./ 24 hodin = 2 250 ml

Výdej moče / 24 hodin = 4 160 ml

Specifická váha moče již neměřena, vzhledem k vyrovnané bilanci tekutin

**4. pooperační den 4. 11.**

Příjem tekutin i.v. / 24 hodin = 2 000 ml

Příjem tekutin p.o./ 24 hodin = 3 100 ml

Výdej moče / 24 hodin = 4 980 ml

**4.2.3 Laboratorní vyšetření**

Tabulka č. 6 *Sérologické vyšetření krve 1. 11. 2008*

<i>Název vyšetření</i>	<i>Výsledek, jednotky</i>	<i>Referenční meze</i>		<i>hodnocení</i>
S-Natrium	134 mmol/l	135	146	↓
S- Kalium	3,65 mmol/l	3,8	5,4	↓
S-Chloridy	107 mmol/l	97	109	
S-Urea	3,25 mmol/l	2,83	8,35	
S-CB	45,0 g/l	65,0	85,0	↓

Tabulka č. 7 *Hematologické a hemokoagulační vyšetření 1. 11. 2008*

<i>Název vyšetření</i>	<i>Výsledek, jednotky</i>	<i>Referenční meze</i>		<i>hodnocení</i>
WBC	9,4	4,0	10,0	
Erytrocyty	3,40	4,50	5,9	
HGB	136 g/l	121	176	
HCT	0,39	0,40	0,52	↓
MCH	30,60	28	33	
MCHC	378 g/l	330	360	
PLT	207	139	335	
Quickuv test	15,6 s	11,0	15,0	↑
Quick kontrola	12,7s			
INR	1,29	0,8	1,2	↑
APTT/R	1,26	0,8	1,2	↑
APTT test	43,6 s	28,0	38,0	↑
APTT kontrola	34,5			

Tabulka č. 8 *Hematologické vyšetření 3. 11. 2008*

<i>Název vyšetření</i>	<i>Výsledek, jednotky</i>	<i>Referenční meze</i>		<i>hodnocení</i>
WBC	8,8	4,0	10,0	
ERY	3,9	4,50	5,9	↓
HGB	100,8	121	176	↓
HCT	31,9	0,40	0,52	↓
MCH	30,8	28	33	
MCHC	340,9	330	360	
PLT	224	139	335	

Tabulka č. 9 *Sérologické vyšetření krve 3. 11. 2008*

<i>Název vyšetření</i>	<i>Výsledek, jednotky</i>	<i>Referenční meze</i>		<i>hodnocení</i>
S-Natrium	136 mmol/l	135	146	
S-Kalium	4,45 mmol/l	3,8	5,4	
S-Chloridy	108 mmol/l	97	109	
S-CB	54,0	65	85	↓
S-Osmolalita	292	275	295	
S-Glukosa	5,4	3,6	6,10	

### **4.3 Léčebná péče předoperační**

#### **4.3.1 Farmakologická léčba 29. 10. 2008**

V rámci předoperační farmakologické přípravy jsou anesteziologem naordinovány infuze do CŽK. Zaveden byl na anesteziologicko - resuscitačním oddělení službu majícím lékařem v 16:30 hodin do vena subclavia l. sin. Seldingerovou technikou. Zafixován u 15 cm 3 stehy. Aplikována heparinová zátka. Správnost polohy katétru byla bezprostředně po aplikaci zkontrolována pomocí rentgenového snímku srdce a plic, kde lékařem popisována nepřítomnost pneumotoraxu a jeho poloha v HDŽ. Následoval transport pacientky sanitním vozem zpět na Kliniku plastické chirurgie. Od 22:00 začala pacientce předoperační infuzní terapie.

1. 22:00 – 24:00 H1/1 500ml (tab. č. 10a., s. 31)

2. 24:00 – 04:00 R1/1 500m (tab. č. 10a., s. 31)

3. 04:00 – 24:00 H1/1 500ml

Součástí večerní premedikace byl anesteziologem rovněž naordinován Diazepam 10 mg ( analgetikum, anodynum) perorálně za účelem sedace pacientky a dosažení klidného spánku před operačním výkonem. V 17:15 byl službu mající lékařkou naordinován odběr vzorku krve a objednána 1xTU erytrocytového koncentrátu (EK) do rezervy na následující operační den.

**0. operační den - 30. 10. 2008**

- 6:00 do CŽK aplikace Augmentinu 1,2g ( antibiotikum) do FR1/1 100 ml (tab. č.10a.)  
6:30 po dokapání antibiotika byla do CŽK napojena infuze FR1/1 500 ml  
6:45 aplikace Fraxiparinu 2500j. s.c. do levé paže (antitromboticum)

Premedikace spočívala v intramuskulární aplikaci Dolsinu 50mg spolu s 0,5 mg Atropinem ( parasympatikolytikum) do musculus gluteus maximus. Premedikace byla podána v 8:00 hodin, na výzvu z operačního sálu.

#### **4.3.2 Dietoterapie 29. 10. 2008**

Pacientka neměla ani v minulosti žádné dietní omezení, proto v den příjmu jí lékař naordinoval k obědu dietu č. 3. Změna nastala večer, neboť vzhledem k operačnímu výkonu v oblasti břicha už nesměla večerjet, mohla pouze pít do 24:00 hodin.

0. operační den - 30. 10. 2008

Pacientka od půlnoci nesměla pít ani jíst.

#### **4.3.3 Fyzioterapie a pohybový režim 30. 10. 2008**

Pacientka neměla při pohybu žádné problémy, naopak, fyzickou aktivitu vítá. V den příjmu žádné kompenzační pomůcky neměla a nepoužívala. Od 22:00 hodin měla naordinované infuze a pokud cítila potřebu jít na toaletu sousedící s pokojem, zvonkem přivolala sestru a mohla po odpojení a zaslepení katetru dojít úplně sama.

#### **4.3.4 Standartní ošetrovatelská předoperační příprava 29. 10. 2008**

Večer službu mající sestra zkontrolovala, jestli má pacientka oholenou pravou axilu a podbříšek a provedla očistné klyzma Yalem. Průběžně kontrolovala místo vstupu CŽK, které bylo sterilně kryto průhledným Tegadermem. Dohlížela na dodržování lačnění a plnila ordinace lékaře. Pracovní postupy zaznamenávala do zdravotní dokumentace (9, 10).

0. operační den - 30. 10. 2008

Sestra mající noční službu v 5:00 hodin ráno změřila TK, P, TT. Následně dostala pacientka druhé očistné klyzma, poté se šla osprchovat. Po očištění se převlékla do operační košile a už s mou pomocí si navlékla na nohy stahovací punčochy, dosahující až na stehna. Během těchto úkonů jsem jí podávala informace o tom, co bude následovat dál, jaký bude další postup (9, 10).

---

<sup>9</sup> STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství* Praha: Karolinum, 1996 ISBN 80-7184-243-5

<sup>10</sup> TRACHTOVÁ, E. a kol.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu* Brno: IDV PZ

## ***5. Chirurgická terapie***

### ***5.1 Operační výkon dne 30. 10. 2008 - Rekonstrukce pravého prsu volným TRAM lalokem***

Začátek operace: 8:15

Konec operace: 13:15

Délka trvání: 5 hodin

Anestezie celková endotracheální (ETA)

Operační protokol: V klidné ETA provedena excize jizvy po mastektomii, která odeslána na histologické vyšetření. Následuje mobilizace kůže oběma směry a resekován mediální úsek 4. žebra, vypreparovány příjmové cévy a v. mamma interna. Na břicho odebrán lalok velikosti 32 x 12 cm s částí pravého přímého svalu břišního na dolním hlubokém epigastrickém svazku. Po odběru laloku provedena sutura svalové fascie, po její mobilizaci obdobné mobilizaci a sutuře kýlní branky, oslabené místo přešito prolenovou síťkou, která fixována Prolenem síly 2/0. Mobilizace kožního krytí proximálně až k žeberním obloukům, sesun distálně a vytvořen nový otvor pro pupek. Kontrola krvácení, zavedeny Redonovy drény do svalové pochvy a pod kůži. Lalok přenesen na hrudník, provedeny cévní anastomózy end to end, poté se lalok dobře prokrvuje. Fixace svalové části laloku k hrudníku, modelace laloku podle levého prsu, zaveden Redonův drén, sutura po vrstvách. Oblklady, krytí břišní pas. Po dobu operace ležela pacientka v poloze se zvednutým hrudníkem o 30% a pokrčenýma nohama v kolenou. Extubována ve 13:20, na jednotku intenzivní péče byla převezena při plném vědomí a s obnovenými reflexy.

### ***Operační výkon 1. 11. 2008 - Operační revize, reanastomóza věny stopky laloku pro žilní trombózu v oblasti laloku***

Začátek operace: 0:45

Konec operace: 3:00

Délka trvání : 2 hodiny 15 minut

Anestezie celková endotracheální (ETA)

Operační protokol: V klidné ETA rozpuštěna sutura při horním obvodu laloku, lalok odklopen částečně distálně a postupováno k cévám stopky. Zde nalézáme trombózu

v místě žilní anastomózy. Provedena resekce anastomózy, vyjmut trombus, ale odtok z laloku se neobnovuje. Proti sejmuto ligaklip ze druhé komitanti vény, která dobře odvádí. Provedena nová žilní anastomóza mezi touto žilou a v. mammaria interna. Spuštěny svorky, průchodnost arteriální i žilní anastomózy je dobrá, lalok se začíná pomalu prokrvovat. Po dokončení anastomózy podán bolus 2500j. Heparinu. Sutura po vrstvách (16).

## **5.2 Péče o invazivní vstupy**

### **5.2.1 Péče o operační rány**

#### **0. operační den - 30. 11.**

Operační rána na břicho byla sterilně překryta a celé břicho staženo do široké sterilní roušky. Takto překrytá byla bez převazu do následujícího dne. Modelovaný lalok na hrudníku byl téměř celý překrytý sterilními čtverci, pouze v horní části byl odkryt na ploše 7x5 cm. Po 20ti minutách jsem kontrolovala barvu kůže, rychlost kapilárního návratu, teplotu laloku a Dopplerovým ultrazvukem jeho prokrvení pomocí zvukových jevů. Vzhledem ke zhoršující se perfuzi, bledé kůži s náznakem mramorování a pomalému kapilárnímu návratu službu mající lékař rozhodl o revizi operační rány. Po návratu ve 3:25 sestra pokračovala po 15ti minutách ve stejném režimu kontroly perfuze laloku až do ranní vizity.

#### **1. pooperační den - 1. 11.**

Rána na *břiše* byla pod sterilními čtverci přelepena speciální náplastí – tape, která byla nastříhána do požadovaných rozměrů, vysterylizována parním sterilizátorem v centrální sterilizaci ve foliích, při teplotě 121°C. Náplast, o rozměrech 4 cm šíře a 45 cm délky, bývá obvykle vyměněna 4. pooperační den po prvním krátkém sprchování. Po odkrytí sterilních čtverců jsem suturu přes tape přetřela Betadinou a následně překryla sterilními čtverci, navlhčenými roztokem Nitrofurantoinu. Poté jsme s lékařem pacientce oblékli břišní pás. Rána byla klidná, bez známek počínající infekce. Sutura modelovaného *laloku* byla rovněž chráněna tapem. Následně po očištění a dezinfekci Betadinou jsem suturu překryla sterilními čtverci a šetrně přelepila úzkou hypoalergenní náplastí. Musela jsem při převazu dbát na to, abych zpřístupnila místo ke kontrole laloku, kterou jsme prováděly dle ordinace lékaře 1krát za hodinu. Nález zůstal zcela v normě, lalok byl teplý, s normálním návratem, rovněž tak vyšetření pomocí ultrazvuku.

### **2. a 3. pooperační den - 2. 11., 3. 11**

Následující 2 dny probíhaly naprosto přesně. Rány jsme převazovali denně, hojení pokračovalo bez komplikací. Perfuzi laloku jsme sledovali nadále v intervalech po jedné hodině.

### **4. pooperační den - 4. 11.**

S přihlédnutím k velmi dobré hojivosti dovolil lékař krátkou sprchu celého těla. Poté jsme odstranili mokré tape na obou ranách a po toaletě Betadinou opět přelepili sterilním tape. Následovalo přiložení suchých sterilních čtverců a upevnění břišního pásu. Kontrola laloku po třech hodinách.

### **5.2.2 Péče o Redonovy drény**

#### **0. pooperační den - 30. 10.**

Pacientka měla zavedeny 4 Redonovy drény, označené čísly.

Drén č. 1 byl zavedený pod zmodelovaný lalok na hrudníku, 2., 3. a 4. zavedené do rány na břicho po odpojení laloku. Kontrola podtlaku, sledování barvy a množství odváděné tekutiny a průchodnosti a po hodině po celou dobu, kdy je měla pacientka zavedené. Denně jsme sterilně převazovali místa vstupů drénů do operačních ran. Pokud byly naplněné do  $\frac{3}{4}$ , byly vyměněny, neboť takto naplněné jsou pro pacientku která se má pohybovat těžké, zvláště při takovémto počtu. Velmi důležitá byla kontrola odzátkování hadiček vedoucích z redonů po příjezdu pacientky ze sálu. Konečné měření spolu se záznamem v dokumentaci se provádělo vždy následující den v 5:00 hod (13).

#### **1. pooperační den - 1. 11**

1. redon z laloku na hrudníku 60 ml	3. redon 100 ml
2. redon 150 ml	4. redon 80 ml

#### **2. pooperační den - 2. 11.**

1. redon 100 ml ( 160)	3. redon 80 ml (180)
2. redon 100 ml ( 250)	4. redon 20 ml (100)

---

<sup>13</sup> Standard Fakultní nemocnice Královské Vinohrady č. 94, Péče o Redonovy drény

### **3. pooperační den - 3. 11. Provedeno kontrolní hematologické vyšetření viz. str. 24-26**

1. redon 40 ml (200)	3. redon 30 ml (210)
2. redon 50 ml (300)	4. redon 10 ml (110)

### **4. pooperační den - 4. 11.**

1. redon 60 ml (260)	3. redon 30 ml (240)
2. redon 40 ml (340)	4. redon 20 ml (130)

## **5.2.3 Péče o centrální žilní katetr**

### **0. pooperační den - 30. 10.**

Místo vpichu a zavedení dvojcestného CŽK v levé nadklíčkové krajině, sterilně kryté průhledným Tegadermem. Průběžná kontrola průchodnosti katetru, barvy kůže, otoku a pocíťování bolesti v místě vpichu vedoucí k časně diagnostice případného rozvoje zánětu či hematomu. Denně jsme prováděly sterilní převazy Tegadermem, rovněž tak výměnu sterilního infuzního setu.

Tímto způsobem se postupovalo také v následující pooperační dny (13).

## **5.2.4 Péče o permanentní močový katetr**

### **0. pooperační den - 30. 10.**

Kontrola průchodnosti katetru, množství a barvy moče, patologických příměsí, čirosti, správného zavedení. Kontrola, jestli není povytažen, zdali jeho okolí je suché, neobtéká moč nebo jestli na něm pacientka neleží (13).

### **1. pooperační den - 1. 11.**

Stejně, jako v den operace, pacientka neudávala žádné dysurické obtíže. Podbříšek měla při vyšetření měkký a prohmatný, bez pocitu nucení na močení, pálení či řezání. Tělesnou teplotu měla lehce zvýšenou na 37,2°C – 37,5°C, což bylo vzhledem k náročné operaci hodnoceno lékařem za zcela v mezích normy.

### **2. pooperační den - 2. 11.**

Permanentní močový katetr byl večer odstraněn, pacientka dokázala vymočit spontánně čirou moč, nadále zůstávala bez dysurických obtíží.

### **5.3 Farmakologická léčba pooperační**

#### **0. operační den - 30. 10.**

Pacientka byla převezena z operačního sálu na JIP ve 13:25 hodin se zavedeným CŽK v levé v. subclavia a s infuzí G10% 250 ml - vykapala ve 14:25.

#### **5.3.1 Infuzní terapie**

1. 14:30 - 19:45 H 1/1 500 ml = 100 ml/ hod., infusní pumpou
2. 14:00 - 08:00 G 10% 500 ml + 20 ml KCl 7, 45% + 20 ml MgSO<sub>4</sub> 10%
3. 13:20 FR1/1 500 ml + 7.500j. Heparinu + 20 ml 1% Mesocainu  
+ 40 mg Agapurinu, kontinuálně infuzní pumpou
4. 13:25 - 00:45 FR1/1 20ml + 10 ml Fentanylu = 1,0ml/hod. lineomatem

Po návratu z operačního sálu ( 1. 11. ve 3:05 ) pokračováno v infuzní terapii řízené infuzní pumpou a lineomatem (6).

5. R 1/1 500 ml ( 150 ml ze sálu)
6. 03:10 - 21:10 FR1/1 500 ml + 5.000j. Heparinu + 20 ml 1% Mesocainu  
+ 40 mg Agapurinu
7. 03:10 - 21:15 FR1/1 20 ml + 10 ml Fentanylu = 1,0ml/hod
8. 8:00 - 16:00 - 24:00 FR1/1 80 ml + 2 ml Novalgin

#### **5.3.2 Transfúzní terapie**

10:10 - 12:00 Erytrocytový koncentrát 1x TU

#### **Další intravenózně podané medikace**

- 6:00 - 14:00 - 22:00 Augmentin 1,2 intravenózně po 8 hodinách v 80 ml FR1/1  
6:00 - 16:00 - 24:00 Primamet 1ml i.v.

#### **5.3.3 Perorální terapie**

Pacientka neměla ordinovanou žádnou perorální medikaci.

---

<sup>6</sup> KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy ošetřování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005, s. 93-104.

***Souhrnný přehled infuzní a transfúzní terapie ordinované v 0. operační den***

Tabulka 10a.

H1/1 - Hartmann	Izotonický infuzní roztok	Na <sup>+</sup> 130, K 4,0, Ca <sup>3</sup> , Cl <sup>-</sup> 112, laktát 28, osm. 277
F1/1 - Fyziologický roztok	Izotonický infuzní roztok	Na <sup>+</sup> 154, Cl <sup>-</sup> 154, osm. 308
G 10% - Glukóza 10%	Hypertonický infuzní roztok	Glucosum 100g v 1 litru Aqua pro injectione 1000ml osm. 555 mOsm./l
Ringerův roztok	Izotonický infuzní roztok	Na <sup>+</sup> 147, K 4, Ca 5, Cl <sup>-</sup> 156, osm. 308
Erytrocytový koncentrát	Náhrada erytrocytů z důvodu krevních ztrát	

***Souhrnný přehled medikací ordinovaných v 0. operační den***

Tabulka 10b.

<b><i>Medikace</i></b>	<b><i>Generický název</i></b>	<b><i>Indikační skupina</i></b>
Fraxiparine 2.500j.	Dalteparin	antitromboticum,
Dolsin 50 mg	Pethidin	analgetikum, anodynum
Atropin 0,5 mg	Atropini Sulfas	parasympatikolytikum
Fentanyl	Fentanylum	analgetikum, anodynum
Mesocain 1%	Trimecain	lokální anestetikum
Heparin	Heparin	antikoagulans
Augmentin 1,2g	Amoxicilinum	antibiotikum
Kalium Chloratum 7,45%	Kalii Chlorati	draslík
Magnesium Sulfuricum 10%	Magnesii Sulfas	magnezium
Primamet	Cimetidinum	antagonista H2 - receptorů
Agapurin	Pentoxifyllinum	vazodilatans
Furosemid 10mg	Furosemidum	diuretikum

### **1. pooperační den - 1. 11.**

1. R 1/1 500 ml ( zbytek 150 ml ze sálu)
2. FR1/1 500 ml + 5.000j. Heparinu + 20 ml 1% Mesocainu  
+ 40 mg Agapurinu kontinuálně
3. 7:15 - 10:10 G 10% 500 ml + 8j. HMR
4. 7:15 - 10:10 R1/1 500 ml
5. 15:00 - 19:00 G 10% 500 ml
6. 3:10 - 9:20 FR1/1 20 ml + 5 ml Fentanylu = 1,0ml/hod  
6:00 - 14:00 - 22:00 Augmentin 1,2g i.v.  
8:00 - 16:00 - 24:00 Primamet 100 mg. i.v.  
14:00 Novalgin 500mg i.v.  
21:00 Dolsin 50mg i.v.  
18:30 Frontin 0,25 mg p.o

#### *Transfúze*

- 10:10 -12:00 Erytrocytový koncentrát 1x TU

### **2. pooperační den - 2.11.**

1. 21:20/24 hod. FR1/1 500 ml + 10.000j. Heparinu + 20 ml 1% Mesocainu  
+ 40 mg Agapurinu kontinuálně
2. 10:30, 19:40 FR1/1 80 ml + Novalgin 500 mg
3. 7:15 - 10:00 H1/1 500 ml
4. 10:10 - 12:30 R1/1 500 ml
5. 12:30 - 16:30 G 10% 500 ml + 8j HMR + 10 ml KCl 7,45%
6. 17:00 - 23:00 R1/1 500 ml  
6:00 -14:00 - 22:00 Augmentin 1,2g i.v.  
8:00 -16:00 - 24:00 Primamet 100 mg i.v.  
23:00 Dolsin 50mg i.v.

### **3. pooperační den - 3. 11.**

1. 21:20/24 hod FR1/1 500 ml + 10.000j. Heparinu + 20 ml 1% Mesocainu  
+ 40 ml Agapurinu kontinuálně
2. 20:30 FR1/1 80 ml + Novalgin 500 mg  
6:00 - 14:00 - 22:00 Augmentin 1,2g i.v.

8:00 - 16:00 - 24:00 Primamet 100 mg. i.v.

23:00 Dolsin 50mg i.v

#### **4. pooperační den - 4. 11.**

1. 21:20/ 24 hod FR1/1 500 ml + 7.500j. Heparinu + 20 ml 1% Mesocainu  
+ 40 ml Agapurinu kontinuálně
2. 10:00 - 13:00 H1/1 500 ml
3. 14:00 - 18:00 R1/1 500 ml
4. 21:45 FR1/1 80 ml + Novalgín 1 ampule

6:00 - 14:00 - 22:00 Augmentin 1,2g i.v

8:00 -16:00 - 24:00 Primamet 100 mg i.v.

21:45 Dolsin 50mg i.v.

( pacientka měla naordinovaný ale nepřála si ho - zaznamenáno v dokumentaci)

### **5.4 Dietoterapie**

#### **0. operační den - 30. 10.**

Pacientka měla v ordinacích dietu 0/S - čajovou

#### **1. operační den - 1. 11.**

Změna na dietu 1. A. Strava se skládala z čaje k snídani, a čistého bujónu k obědu a večeři. Ten pacientka vypila brčkem, v množství po 200 ml v každé dávce.

#### **2. operační den - 2. 11.**

Změna na dietu 1.B. piškoty + čaj ke snídani, polévka se sypáním a kousky rýže k obědu a Nutridrink s vanilkovým pudinkem k večeři.

#### **3. operační den - 3. 11.**

Následující 3 dny lékař naordinoval dietu 1. C – kašovitou.

#### **4. pooperační den - 4. 11.**

Jako zpestření stravy dostávala navíc jogurty, které jí donesl manžel. Každá změna diety v časném pooperačním období byla možná pouze na základě postupného obnovování střevní peristaltiky.

## ***5.5 Fyzioterapie***

### ***0. pooperační den - 30. 10.***

Pacientka byla uložena do polohy na zádech, s podloženým hrudníkem o 30% a pokrčenýma nohama v kolenou. Její stav byl hodnocen dle Barthelova testu jako nesoběstačná, potřebující úplnou pomoc s absolutním deficitem sebepěče (viz. příloha č. 5)

### ***1. pooperační den - 1. 11.***

Během dopoledne pacientku navštívila fyzioterapeutka. Aktivizace pacientky byla prováděna na lůžku. Pod odborným vedením procvičovala rameno na operované straně v částečném rozsahu flexi a abdukci. Následovala dechová cvičení, nácvik hlubokého nádechu nosem a dlouhého výdechu ústy. Dechová cvičení byla směřována do lokalizace sternu, pod klíční kost a do dolní hrudní oblasti. Na závěr pokračovala v procvičování dolních končetin, rovněž v částečném rozsahu pohybu.

### ***2. pooperační den - 2. 11.***

Pokračování procvičování horních a dolních končetin na lůžku již v plném rozsahu pohybu. Následoval nácvik sezení a postavení u lůžka. Vše probíhalo pomalu a plynule, jednotlivé cviky na sebe navazovaly. Pacientka za pomoci sestry vstala u lůžka a dokázala několik kroků na místě.

Stejná cvičení se opakovala odpoledne téhož dne za asistence sestry. Po celou dobu cvičení byl kladen důraz na správné dýchání.

### ***3. pooperační den - 3. 11.***

Tytéž úkony jako předchozí den, s přidáním chůze po pokoji a na toaletu. Pacientka zvládla dobře, od tohoto dne mohla po odpojení infuzí a upevnění redonů (zajištění sestrou) dojít sama na toaletu. Toaleta byla součástí JIP.

## **5.6 Psychoterapie**

S pacientkou jsem hovořila velmi často v prvních dnech po operaci, kdy ležela na jednotce intenzivní péče. Po jejím přeložení na standartní oddělení jsme se také několikrát měly možnost vidět a pohovořit spolu. Celou dobu jí vadila asymetrie hrudníku, připadalo jí, že se na ní každý dívá. Také nemohla nosit pěkné krajkové prádlo. Proto přivítala možnost rekonstrukční operace. Před operací byla nadšená a plná plánů. Vůbec si nedokázala představit, o jak náročný výkon se jedná a jak budou pro ni těžké první pooperační dny, přestože byla lékařem velmi dobře a podrobně informována. Sama říkala, že její netrpělivost a těšení na výsledek operace způsobily to, že podané informace moc nevnímala a snad ani nechtěla o možných komplikacích slyšet a přemýšlet. Postupně jak nabývala sil, soběstačnosti a pomalu se mohla sama pohybovat, tak se její psychický stav výrazně zlepšoval. Velmi tomu napomohly dvě návštěvy manžela, který se k ní choval moc hezky a taktně. Po ukončení hospitalizace se dostavila na první ambulantní kontrolu nalíčená, pěkně upravená a celá zářila. Po dlouhé době si oblékla upnutou halenku, která zdůrazňovala její křivky. Říkala, že si nyní připadá po letech opět krásně a žensky. Vysoce hodnotila podporu manžela a své rodiny po celou dobu její nemoci, léčení a následné rekonstrukční operaci (6, 17).

---

<sup>6</sup> KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy ošetřování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005, s. 13-24.

ISBN 80-246-0845-6

<sup>17</sup> Rozhovor

## ***6. Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení stavu před operací***

### ***29. 10. a po operaci 30. 10.***

#### ***6.1 Subjektivní náhled nemocné na nemoc a hospitalizaci***

##### ***29. 10. den před operací***

Paní M. udává, že byla celý život zdravá, nikdy vážněji nestonala. V rodině se nevyskytlo nádorové onemocnění. O to víc ji zaskočila diagnóza, pro kterou podstoupila mastektomii. Bála se, že ji tělesně poznamenanou manžel opustí a ona zůstane úplně sama a se strachem, kdy choroba udeří znovu. Pohled na hrudník s jedním prsem byl pro ní šokující. Už tehdy se přesvědčila, jaká je síla rodiny, když drží její členové v těžkých chvílích při sobě a jak pevný kruh bezpečí vytvářejí kolem nejslabšího. Asi jí nikdy neopustí strach z preventivních prohlídek ale uvědomuje si jejich nezbytnost. Naučila se nahlas si připustit, že vážně onemocněla, ale opět se uzdravila život jí pokračuje dál a může být stejně plnohodnotný, jako před operací. O možnosti rekonstrukce se dozvěděla od svého ošetřujícího lékaře na chirurgii. Dlouho se nerozmýšlela zdali operaci podstoupí i přes námitky manžela. Manžel se o ní bál a nebyl rád, když se pro operaci rozhodla, ale její přání respektoval (15).

##### ***2. 11. po operaci***

Ten den mi říkala, že kdyby jen tušila, jak bude pro ni náročné pooperační období, operaci by nepodstoupila. Stěžovala si, jak moc jí bolí záda v nucené poloze na lůžku. Bylo jí smutno a dle jejích slov se zlobila na celý svět. Byla rozladěná z toho, že nemohla změnit polohu na lůžku, doma byla zvyklá usínat na břicho nebo na boku (15).

##### ***3. 11. po operaci***

Cítila se mnohem lépe, především po cvičení s fyzioterapeutkou. Vracela se ke svému včerejšímu splínu a říkala, že včera na ní dolehl opět strach z recidivy karcinomu a stesk po rodině (15).

##### ***4. 11. po operaci***

Pacientka říká, že je jí opět o kousek lépe než v předchozích dnech, jak psychicky, tak fyzicky (15).

---

<sup>15</sup> Informace od pacientky

## **6.2 Stručné hodnocení sestrou**

### **30. 10. před operací**

Pacientka je příjemná kultivovaná paní. Odpovídá na dotazy sestry krátce a přiléhavě, nemá tendenci se svěřovat, ve svých emocích působí dojmem stálé sebekontroly. Pečlivě zrakem registruje dění na sesterně, chování, vystupování a mimické projevy zdravotníků. Přeje si být informována o předpokládaném průběhu hospitalizace a je ochotna spolupracovat. Doufá, že pobyt v nemocnici nebude příliš dlouhý (17, 18).

### **1.- 4. den po operaci**

Rekonstrukce prsu a následná revize laloku pacientce ubrala poměrně hodně fyzických a psychických sil. Zpočátku ne moc dobře snášela pohled na drény, které se plnily krví, vadilo jí, že nemůže vstát z postele a byla velmi nešťastná z nucené polohy na zádech. U pacientek po těchto typech operací je bolest zad velmi častá a je těžce snášená nemožnost změny polohy na lůžku. Proto začínáme již první pooperační den s aktivizací pacientek pod vedením fyzioterapeuta, neboť po cvičení cítí výraznou úlevu. Bolest zad je způsobena dlouhodobou asymetrií hrudníku po ablaci prsu, jednostrannou zátěží páteře zvláště u žen s velkými prsy a nepohodlnou polohou na lůžku po operaci, ve které pacientka musí trávit minimálně 10 dnů. Stýskalo se jí po manželovi a chtěla domů. Krizový byl druhý pooperační den, kdy s personálem moc nechtěla komunikovat. Jak jí postupně přibývalo fyzických sil, tak začala kladně přehodnocovat svůj zdravotní stav a dostávala se do lepší nálady. Definitivní zlom k lepšímu nastal v okamžiku, kdy 4. pooperační den při převazu viděla výsledek operace v zrcadle. Tehdy nám řekla, že má obrovskou radost a prožité trápení stálo za to (15, 17, 18).

---

<sup>15</sup> Informace od pacientky

<sup>17</sup> Rozhovor

<sup>18</sup> Pozorování

## **6.3 Základní fyziologické potřeby**

### *Dýchání*

#### *29. 10. Ošetřovatelská anamnéza*

**Pacientka je nekuřačka celý život. Nikdy s dýcháním problém neměla, vážně nemocná s respiračním systémem také nebyla. Bolesti na hrudníku nemá. Dýchání hodnoceno jako klidové, bez patologických jevů (10).**

#### *29. 10. Hodnocení před operací*

**Při chůzi do schodů se nezadýchává. Na pacientce nepozorují žádné známky dušnosti. Rty mají růžovou barvu, zrovna tak nehtová lůžka.**

#### *30. 10. Hodnocení po operaci*

Pacientka bezprostředně po příjezdu z operačního sálu vlivem hypotermie dýchá rychle, rty a nehtová lůžka mají promodralou barvu. Stav se upravuje asi po 15ti minutách, ve kterých bylo pomocí vyhřátého lůžka a přikrývek dodáno teplo. Od té doby pacientka dýchá klidně vzduch zvlhčený mobilním zvlhčovačem. Uložena do polohy se zvednutým hrudníkem o 30°. Nemá známky cyanózy na rtech ani na nehtových lůžkách, saturace O<sub>2</sub> monitorována po hodině - v normě. Redonův drén č. 1 vyveden z modelovaného laloku na hrudníku, odsává pod tlakem, při dýchání nedráždí (10).

#### *1. pooperační den - 1. 11.*

Operační ránu délky 42 cm na břiše má zpevněnou třídílným břišním pásem, vysokým 32 cm. Pod dohledem fyzioterapeutky provádí dechová cvičení a nácvik dýchání hrudníkem s vyloučením břišních svalů včetně nácviku odkašlávání.

## **2. pooperační den - 2. 11.**

Pokračování dechové rehabilitace po celou dobu hospitalizace na JIP, tj. 8 dní. Pacientka odkašlává opatrně a zhluboka, nezadýchává se, zahleněná není, na rtech a nehtových lůžkách nejsou patrné žádné známky cyanózy a při dotazu pocít nedostatku vzduchu či dechovou tíseň neguje. Dýchání se zapojením břišních svalů neumožňuje pevný břišní pás. V pooperačním období nebyly pozorovány známky dušnosti ani namáhavého dýchání.

---

<sup>10</sup> TRACHTOVÁ, E. a kol.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu* Brno: IDV PZ  
1999, s. 110-123. ISBN 80-7013-285-X

## ***Bolest***

### ***29. 10. Ošetřovatelská anamnéza***

Pacientka uvádí, že bolest snáší dobře. Na bolesti hlavy netrpí, ale často má bolesti zad. Pokud víc namáhá pravou ruku ta oteče a také bolí, ale ne dnes. Analgetika užívá zcela výjimečně, nechce žádné chemické přípravky. Když si jde zaplavat a zacvičit, bolesti jí ustupují a cítí se mnohem lépe. Po ablaci pravého prsu před dvěma lety neměla výrazné problémy se zvládním bolestivých stavů po operaci. Dnes bolesti neudává žádné (6).

### ***29. 10. Hodnocení před operací***

Pacientka se pohybuje naprosto bez obtíží. Při příjmu s ní hovořím asi 30 minut. Během této doby sedí pohodlně na židli, úlevové polohy nevyhledává a ze židle vstává bez opory rukou. Ruce zapojuje obě. Na přímý dotaz neguje bolest v oblasti zavedeného centrálního žilního katetru.

### ***30. 10. Hodnocení po operaci***

Bezprostředně po převozu z operačního sálu pláče a nařiká, že má bolesti na hrudníku a břiše. Po aplikaci analgetik během několika minut odeznívají a během následujících 20ti hodin žádné bolesti nemá ( příloha č. 4)

### ***1. pooperační den - 1. 11.***

Pacientka si stěžuje na tupé a pálivé bolesti zad a nepohodlí na lůžku. Tyto obtíže popisuje i v následujících dnech, nikoliv v takové intenzitě. Snižují se úměrně ke zvyšující se fyzické aktivitě pacientky ( příloha č. 4).

---

<sup>6</sup> KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy ošetřování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005, s. 87-92.  
ISBN 80-246-0845-6

## ***Hydratace***

### ***29. 10. Ošetřovatelská anamnéza***

Dbá na pitný režim, vypije denně asi 3 litry tekutin. Preferuje vody nesycené CO<sub>2</sub> a bez příchuti, zelený čaj, po snídani a obědě bílou kávu. Na pocity žízně si nestěžuje.

### ***29. 10. Hodnocení před operací***

Na pacientce nepozoruji žádné patrné známky dehydratace, nemá oschlé sliznice, ani suchou kůži. Polyká bez obtíží, nohy a levá ruka neatékají. Všimám si, že pravou ruku od prstů do výše zápěstí má nepatrně silnější než levou. Asymetrie je jemná, kůže na pravé ruce nepatrně napjatá, výrazně se neleskne. Na můj dotaz týkající se otoku mi pacientka sděluje, že jí někdy oteče celá pravá horní končetina až k pravému rameni.

### ***30. 10. Hodnocení po operaci***

Po příjezdu z operačního sálu má lehce oschlé rty. Proto jemně zvlhčeny čtvercem namočeným ve vlažné vodě a ošetřeny štětičkou s glycerínem. Sliznice v dutině ústí suché nejsou. Hydratace dostatečně zajištěna infuzní terapií. Pacientka si na pocit žízně nestěžuje. Důsledná kontrola příjmu a výdeje tekutin. Podrobný přehled bilance tekutin uvádím na straně 23 a 24. Pravá ruka je stále mírně oteklá, otok se nezvětšuje, ani nešíří, stav od předchozího dne nezměněn (9).

### ***1. pooperační den - 1. 11.***

Pacientka nepřijímá tekutiny perorálně, pouze infuzní terapie. Nadále sledování bilance tekutin. Na pocit žízně si nestěžuje.

### ***2. pooperační den - 2. 11.***

Perorální příjem tekutin v množství 1550 ml/24 hodin v kombinaci infuzní terapie. Nejsou známky dehydratace ani hyperhydratace. Bilance tekutin vyrovnaná. Dolní končetiny a levá ruka bez otoku, na pravé ruce přetrvává prakticky neměnný se jemný otok do úrovně pravého zápěstí.

---

<sup>9</sup> STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetřovatelství* Praha: Karolinum, 1996 ISBN 80-7184-243-5

## ***Výživa***

### ***29. 10. Ošetřovatelská anamnéza***

Hlídá si váhu do 60ti kg. Od doby, kdy vážně onemocněla v roce 2006 se snaží jíst zdravé potraviny. Do svého jídelníčku zařadila hodně ovoce a zeleniny. Preferuje dietní stravu s nižším obsahem tuků, jídlo připravuje na olivovém oleji, používá zásadně přírodní třtinový cukr. Dyspeptickými obtížemi netrpí, ráda se dobře nají. Většinou nevečeří po 17:00 hodině večer. Pacientka je štíhlé postavy. K zubaři chodí jednou ročně na preventivní prohlídky (10).

### ***29. 10. Hodnocení před operací***

Chrup má svůj a sanován, sliznice dutiny ústní je dostatečně zvlhčená, bez bolestivých vřídků. Povrh rtů je neporušený, rozpraskané ústní koutky ani herpes nepozorují. Rty mají růžovou barvu. Pacientka je plně soběstačná, bez pohybového omezení a při všech činnostech zapojuje obě ruce. BMI je 21.

### ***30. 10. Hodnocení po operaci***

V operační den nesmí pacientka dostat potravu ani nápoje perorálně. Tekutiny jsou dodávány v podobě infuzních roztoků. Jejich množství a podrobný rozpis uvádím na straně 32, 34 a 35. Na pocit hladu si nestěžuje. Po obou operacích zvracela žaludeční šťávy.

#### ***1. pooperační den - 1. 11.***

Pacientka vypila celkem s chutí hovězí bujon za asistence sestry k obědu i k večeři. U oběda pravou ruku nezapojuje, má jí mírně podloženou. Levou rukou si přidržuje brčko, sestra drží misku s bujónem. Při večeři zkouší držet brčko rukou pravou, kterou po 5ti minutách vymění za ruku levou. Nemá žádné dyspeptické obtíže.

#### ***2. pooperační den - 2. 11.***

Dokáže se už najíst sama. Snědla celou porci k obědu a polovinu porce k večeři. Při jídle zapojuje obě ruce, sestra pomáhá upravit polohu pacientky při stravování.

## ***Vyprazdňování***

### ***29. 10. Ošetřovatelská anamnéza***

*Močení:* V minulosti netrpěla žádnými dysurickými obtížemi, záněty močových cest, ani onemocněním ledvin. V současné době nemá rovněž žádné pocity pálení, řezání

při močení a nechodí častěji močit, než je obvyklé. Je plně kontinentní, moč udrží i při namáhavých činnostech a plném močovém měchýři.

*Stolice:* Na stolici chodí pravidelně 1 – 2krát denně během dopoledne. Stolicí má formovanou, nepozoruje patologické příměsi jako krev a hlen. Nerada chodí na toaletu v cizím prostředí, vadí jí představa, že jednu toaletu používá více lidí, bojí se nákazy hepatitidy. Na stolici byla naposledy včera dopoledne (10).

### **29. 10. Hodnocení před operací**

*Močení:* Stav odpovídá informacím podaným pacientkou, je bez obtíží, moči spontánně.

*Stolice:* Večer dostala pacientka očistné klyzma Yalem. Vyprázdnila se jednou, stolice byla řídká (po Yalu zcela normální stav), bez bolestí v oblasti břicha a konečníku.

### **30. 10. Hodnocení po operaci**

*Močení:* Ráno, před aplikací premedikace se byla vymočit na toaletě. Na žádné problémy si nestěžovala. Na operačním sále, ještě před samotným výkonem zaveden za dodržování aseptických podmínek permanentní močový katetr CH 20.

*Stolice:* Ráno před celkovou toaletou dostává očistné klyzma Yalem, stolice je pouze jednou, prakticky vodová. Pacientka se cítí být dokonale vyprázdněná, bez tenesmů.

### **1. pooperační den - 1. 11.**

*Močení:* Moč je odváděna zavedeným permanentním katetrem. Pacientka neudává žádné dysurické obtíže. Barva moči je světle žlutá, čirá, bez známek hematurie. Přehled příjmu a výdeje tekutin uvádím na straně 21 a 22.

*Stolice:* Stolici nemá, plyny odcházejí. Nemá pocit plnosti a nutkání na stolici. V průběhu dalších pooperačních dnů byla na stolici na podložní míse, od 4. pooperačního dne mohla dojít s pomocí sestry na toaletu. Během hospitalizace má stolici spíše tuhou konzistenci, s četností 1krát za 2 dny. Defekace je nebolestivá, ale přervává pocit nedostatečného vyprázdnění.

### **2. pooperační den - 2. 11.**

*Močení:* Večer odstraněn močový katetr, pacientka se dokáže vymočit sama, nemá pocit rezistence a bolestivého tlaku v podbřišku, nadále bez dysurie.

*Stolice:* Plyny odcházejí, vyprázdněno na podložní míse malé množství tuhé stolice.

Defekaci má pacientka nebolestivou. Pocit nedostatečného vyprázdnění přetrvává, ale pacientka odmítá glycerínový čípek.

### ***Aktivita tělesná a duševní***

#### ***29. 10. Ošetrovatelská anamnéza***

Denně chodí do práce a dopravuje se vlastním vozem. Zaměstnána je jako jednatelka firmy. Ve svém volném čase se věnuje sportu, 2 krát týdně chodí plavat. Věnuje se rodině, studuje angličtinu a ráda čte. Televizi ani vidět nemusí, preferuje poslech rádia (10).

#### ***29. 10. Hodnocení před operací***

Do nemocnice si přinesla malé rádio se sluchátky, knihu a několik časopisů. Je pohyblivá a plně soběstačná.

#### ***30. 10. Hodnocení po operaci***

Pacientka leží na lůžku, hrudník podložen přibližně o 30°, nohy pokrčeny a položeny do zvýšené polohy a pravá ruka také mírně pokrčena v lokti a podložena v oblasti předloktí a ruky. Na hrudníku a bříše má dvě operační rány. Z rány na hrudníku vyveden redonův drén č. 1., z rány na bříše vyvedeny redonovy drény s označením 3., 4. a 5. Moč odvádí permanentní močový katetr. S pacientkou manipulujeme velice šetrně. Je zcela závislá na pomoci sester a její stav hodnotím dle Barthelova testu, v příloze č. 5 ( absolutní deficit sebezpečí, potřebuje úplnou pomoc a není schopna pomáhat).

#### ***1. pooperační den – 1. 11.***

Od tohoto dne začíná postupná aktivizace pacientky, za účelem předcházení pooperačních komplikací, imobilizačního syndromu a obnovení fyzické a psychické kondice. Cvičení bylo prováděno na lůžku, pacientka se snažila spolupracovat. Procvičovala obě horní končetiny. Pravou rukou zkoušela úchop prsty a při podávání večere byla schopná krátce pravou rukou pomáhat držením brčka. Při manipulaci se snažila mírně natáčet a pohybovat rukama. Není schopna sebezpečí, ale dokáže slovy vyjádřit svá přání a potřeby závislosti, hodnotím dle Bathelova testu v příloze č. 5.

---

<sup>10</sup> TRACHTOVÁ, E. a kol.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu* Brno: IDV PZ 1999, s. 26-48. ISBN 80-7013-285-X

V následujících dnech se její stav zlepšoval, byla schopna se najíst bez pomoci na lůžku, z nočního stolku si podala skleničku s nápojem a sama se napila. Při činnostech zapojovala obě ruce. Od 3. pooperačního dne chodila na toaletu s doprovodem.

#### ***4. pooperační den - 4. 11.***

Teprve od tohoto dne má zájem po chvilkách poslouchat rádio ze sluchátek, předchozí pooperační dny odpočívala a hodně spala. Její fyzická a psychická kondice se pomalu zlepšuje především díky každodenní ranní a odpolední rehabilitaci. Dle hodnocení Nortonové potřebuje velkou pomoc od sestry, sama zvládne asi 30% činností.

### ***Spánek***

#### ***29. 10. Ošetrovatelská anamnéza***

Doma nespí moc dobře, potřebuje mít absolutní klid a tmu. Někdy se jí špatně usíná, někdy se časně probouzí a už neusne. Neužívá žádná hypnotika, ani sedativa. Výraznou denní únavu necítí. Někdy usíná na zádech a občas na boku. Na břicho nikdy nespí (6).

#### ***29. 10. Hodnocení před operací***

Pacientka zcela při vědomí, nepůsobí unaveně, kruhy pod očima nemá. Odpovídá přiměřeně a přiléhavě. Dle večerní lékové ordinace jí byl podán Diazepam 10 mg perorálně v 9:00 sedativa.

#### ***30. 10. Hodnocení po operaci***

Ráno si pochvalovala, jak se dobře vyspala a cítí se být velmi odpočínutá.

#### ***1. pooperační den - 1. 11.***

Budí se několikrát v průběhu noci, ruší ji zvuková signalizace monitorů, infuzních pump, chrápání spolupacientů nebo hlučnost zvlhčovače vzduchu. Během svého pobytu na JIP měla takovýchto nocí s přerušovaným spánkem víc. Opravdu dobře se vyspala zpět po přeložení na standardní oddělení, kde byla sama na jednolůžkovém pokoji.

---

<sup>6</sup> KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy ošetrování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005, s. 79-86.  
ISBN 80-246-0845-6

## ***Teplo a pohodlí***

### ***29. 10. Ošetrovatelská anamnéza***

Má ráda teplo, ale zimou netrpí, neboť je stále v pohybu a nestačí prochladnout. Díky aktivnímu pohybu a plavání je poměrně otužilá (10).

### ***30. 10. Hodnocení před operací***

Doma ani zde v nemocnici nemá pocit nepohodlí a je v tepelné pohodě.

### ***30. 10. Hodnocení po operaci***

Z operačního sálu přivezena prochládlá, třesoucí se, se známkami cyanózy na rtech a nehtových lůžkách. Kůže studená, piloerекce. Stav upraven po 15ti minutách. Během hospitalizace si několikrát v prvních pooperačních dnech stěžovala na pocit tělesného nepohodlí, na zimu již nikoliv.

## ***Očista, hygiena a stav kůže***

### ***29. 10. Ošetrovatelská anamnéza***

Denně se sprchuje a pečuje o kůži celého těla pleťovým mlékem. Vlasy si myje 2 krát týdně, pedikúru a manikúru každý týden sama. S kožním onemocněním se neléčí a nikdy neléčila (10).

### ***29. 10. Hodnocení před operací***

Je to pěstěná a upravená paní, která zřejmě velmi dbá na svůj vzhled. Kůži má na dotyk teplou, zdravě vypadající bez viditelných lézí.

### ***30. 10. Hodnocení po operaci***

Ráno se sprchuje sama. Po operaci je v prvních dnech hygienická péče prováděna na lůžku s pomocí sestry. Na pravé straně hrudníku má operační ránu oválného tvaru délky 37 centimetrů, na břicho pod pupíkem příčnou operační ránu délky 45 centimetrů. Na hrudníku, 2 centimetry od pravého dolního konce operační rány je vyveden redonův drén č. 1, na břicho, asi 2 centimetry levého konce operační rány je vyveden redonův drén č. 2 a 2 centimetry od pravého konce operační rány jsou vyvedeny redonovy drény č. 3 a 4. Zaveden dvojcestný centrální žilní katetr v oblasti vena subclavia sinistra. Zaveden

permanentní močový katetr. V prvních 15ti minutách po operaci kůže studená, bledá s piloerekcí, poté stav upraven. Kůže není suchá, kožní turgor v normě, bez zjevných poranění. Lehce oschlé rty po operaci zvlhčeny vlažnou vodou a ošetřeny štětičkou s glycerínem.

V následujících pooperačních dnech pacientka tráví na lůžku, hygienickou péči vykonává sestra a pacientku postupně vede k aktivitě. Zapojuje ruce, podrží si lahvičku s redonem a mírně se dokáže pootočit dle pokynů a za pomoci sestry. 6. pooperační den se může pacientka za asistence sestry krátce osprchovat. Místa porušené integrity kůže jsou denně dezinfikována a sterilně překryta (10).

#### ***6.4 Psychosociální potřeby***

Vnímá bez výrazných změn jak před operací, tak po operaci.

#### ***Potřeby existenciální***

##### ***Zdraví***

#### ***29. 10. Hodnocení před operací***

Při diagnostice karcinomu mammy před několika lety výrazně přehodnotila svůj žebříček hodnot. Zdraví brala jako samozřejmost, kterou se moc nezaobírala. Když onemocněla a uvědomila si, že může umřít, náhle začala za zdravý život bojovat. Změnila životní styl, jídelníček a především své myšlení. Více se začala chránit před stresem, naučila se rozlišovat události důležité od méně důležitých a radovat se z maličkostí a zdánlivě obyčejných věcí. Těšila se, až bude zase moci začít sportovat (6, 9, 10).

#### ***1. 11. Hodnocení po operaci***

Potřeba zdraví je silně vnímána tak , jak byla před operací.

## ***Bezpečí a pomoci***

### ***29. 10. Hodnocení před operací***

Chce se co nejdříve vrátit domů k rodině, do svého pohodlí a k věcem, které má ráda. To vše jí poskytuje domov. Důvěřuje lékařům a personálu kliniky. Na umírání občas myslí, rozhodně méně často než před dvěma lety (6, 9, 10).

### ***1. 11. Hodnocení po operaci***

Bez výrazné změny, touží být doma u rodiny, ve svém prostředí.

## ***Soběstačnosti***

### ***29. 10. Hodnocení před operací***

Důležitý je pro ní pocit soběstačnosti. Do určité míry má ráda svou nezávislost, tak jak jí rodinný život dovolí. Sport jí pomáhá v otužilosti a v překonávání překážek. Není ráda, pokud je závislá na pomoci druhých lidí.

### ***30. 10. Hodnocení po operaci***

Soběstačnost byla po operaci výrazně změněna. Pacientka hodnocena jako zcela závislá ve všech svých činnostech na pomoci sestry. V den operace si na nesoběstačnost nestěžovala. Začala jí vadit až od prvního pooperačního dne. Proto se velmi snažila, aby se rychle dostala zpět do dobré fyzické kondice. Pacientka byla povzbuzována a vedena k rehabilitaci, přiměřené jejímu zdravotnímu stavu. Snaha sester byla neprovádět drobné činnosti za pacientku, ale aktivně jí při nich poskytovat podporu. Od prvního pooperačního dne zapojovala postupně pravou ruku. Ačkoliv byla ležící, dokázala se najíst nejprve s pomocí, od 2 pooperačního dne sama. Stav soběstačnosti v jednotlivých dnech byl sledován, hodnocen a veden v dokumentaci pacientky a je přílohou č. 3 (6, 17).

## ***Informací***

### ***29. 10. Hodnocení před operací***

Dostatek informací srozumitelně podaných je pro ni důležitý. Pokud je nemá, cítí se v cizím prostředí nepříjemně. Nečiní jí problém se ptát, ale radši by byla, kdyby jí informace vhodnou formou podávali zdravotníci aktivně (6).

### ***1. 11. Hodnocení po operaci***

Na nedostatek informací si nestěžuje, potřeba se nezměnila. Nečiní jí problém se zeptat. Cítí se být informována dostatečně.

## ***Potřeby afilační – vztahové***

### ***Lásky a rodiny***

#### ***29. 10. Hodnocení před operací***

Má stabilní rodinné zázemí, dceru a manžela. Pokud se vyskytují v rodině nějaké problémy, tak se o nich vůbec nezmiňuje. O svém manželovi mluví v superlativech, o dceři moc nehovoří.

#### ***1. 11. Hodnocení po operaci***

Pacientka hodnotí a vnímá stejně jako před operací.

### ***Komunikace***

#### ***29. 10. Hodnocení před operací***

Je komunikativní, ale zdrženlivá. Nedělá jí problém se na cokoli zeptat, při odpovědích je věcná, ale ne nepříjemně odměřená, pouze nechce zabíhat do podrobností (18).

#### ***1. 11. Hodnocení po operaci***

Během hospitalizace se její způsob komunikace příliš nemění.

### ***Sebepojetí a sebeúcta***

#### ***29. 10. Hodnocení před operací***

Působí dojmem vyrovnané a umírněné ženy. Mám ale pocit, že se její sebevědomí rozplyne při pohledu do zrcadla na své tělo změněné po ablaci v roce 2006. Citlivě vnímá svou fyzickou odlišnost od doby po ablaci a srovnává se s jinými ženami. Nelíbí se jí vlastní tělo, které není tak pěkné jako dřív a stydí se za něj. Trápí se pocitem méněcennosti,

vyhýbá se pohledům na své nahé tělo. Má vysokou potřebu psychické i tělesné intimity. Případá si poznamenaná a snaží se fyzickou vadu maskovat oblečením. Při chůzi po ulici často kontroluje letmým pohledem v obraze skleněných výkladních skříní, jestli není patrná asymetrie v oblasti hrudníku. Sama sebe pojímá jako méněcennou, ve srovnání s jinými ženami. Myslím si, že si sama sebe přestala vážit. Možná, že trpí pocitem selhání, že není tak silná, jako bývala před nemocí. Dle mého názoru, pokud není člověk schopen mít rád svoji fyzickou podobu, má vážný psychický problém – nemá se úplně rád jako celistvá osobnost. To je asi případ této pacientky (5,18).

#### ***4. 11. Hodnocení po operaci***

Když viděla při převazu výsledek operace, celá se rozzářila. Několikrát nahlas opakovala „ Já mám obě prsa a jsem zase celá “ a přes obvazy pohmaty rukou hodnotila změnu anatomických poměrů hrudníku. Ten den nám řekla, že ji nikdy manžel neviděl po operaci bez podprsenky, ačkoliv spolu sexuálně žili zcela normálně. Potkala jsem ji nedávno na ambulanci když přišla na kontrolu. Oblečená byla ve vypasované halence, byla nalíčená a její snaha po nenápadnosti byla pryč. Výrazná byla změna v očích. Už se nebála pohledu ostatních, působila velmi vyrovnaně a silně. Myslím si, že rekonstrukční operace jí neskutečně pomohla k opětovnému nabytí sebevědomí a sebeúcty (18).

### ***Seberealizace a sebeaktualizace***

#### ***29. 10. Hodnocení před operací***

Pacientka se přes svůj fyzický a psychický handicap dokázala uplatnit jak v rodinném, tak pracovním životě. Svoji energii chce věnovat sobě, rodině i práci. Opustila cestu kariéry a nelituje. Nyní má zaměstnání klidné a více času pro rodinu. Ráda by se naučila malovat obrazy a plánuje, že se zapíše do kurzu (6, 9).

#### ***4. 11. Hodnocení po operaci***

Pacientka nezměnila názor na tuto potřebu a vnímá ji stejně. Myslím si, že snaha o uskutečnění jejích plánů do budoucna bude výrazně podepřena pocitem radosti a štěstí, který evidentně prožívala při pohledu na zrekonstruovanou a symetrickou část svého těla. Pozitivní naladění její mysli bude mít vliv na její komunikaci s okolím. Dle mého názoru bude otevřenější a přátelská. Také by se u ní časem mohl zmírnit pocit nutnosti stálé sebekontroly a ostražitosti.

## ***Životní a duchovní hodnoty***

### ***29. 10. Hodnocení před operací***

Preferuje svou rodinu a klid domova. Dříve, před onemocněním velmi tvrdě pracovala na své kariéře. Její rodinu obstarávala manželova maminka, která se velkou částí starala i o výchovu své vnučky. Když jí byla sdělena diagnóza karcinomu prsu začala dle svých slov přemýšlet o smyslu života a o omezené době lidského bytí na světě. Odešla ze zaměstnání a začala trávit více času s rodinou. Našla zalíbení v plavání. Rodina má soukromý bazén, takže nemusí řešit problémy s převlékáním se před cizími lidmi. Našla si poklidné zaměstnání u malé firmy, kde je spokojená, kariéru budovat nechce, dává přednost klidnému způsobu života. Občas s manželem chodí do divadel a tráví společné dovolené. Věřící v Boha není, ale věří ve svou rodinu, dobré lidi a lásku (15).

### ***1. 11. Hodnocení po operaci***

Během hospitalizace není žádná změna ve vnímání těchto potřeb.

## **7. Ošetrovatelské diagnózy - seznam**

### **Předoperační**

#### **1. Porucha sebepojetí z důvodu anatomické změny po ablaci pravého prsu**

projevující se skrýváním postižené části těla pomocí volného oblečení, pocity smutku a méněcennosti při pohledu do zrcadla, uzavřeností, obavou z odmítnutí druhých lidí, snahou být nenápadná a zvýšenou sebekontrolou

**2. Ohrožení existenciálních potřeb bezpečí a jistoty z blížícího se operačního výkonu a pobytu v neznámém prostředí** projevující se studem a pocitem ohrožení, zvýšenou ostražitostí, zkoumavým pohledem, napjatým výrazem v obličeji a nervozitou

### **Pooperační, řazeny dle stupně důležitosti z pohledu pacientky**

**1. Dyskomfort pro vynucenou léčebnou pooperační polohu, nepohodlné lůžko a prostředí** projevující se verbalizací problémů, pocity bolestivosti a tlaku v oblasti zad a podrážděností

**2. Porušený spánek v důsledku nadměrného hluku, osvětlení a nedostatku soukromí** projevující se stížnostmi na tyto rušivé faktory, probouzením několikrát za noc, zvýšenou podrážděností

**3. Deficit sebepéče v péči o hygienu a kůži z důvodu náročného operačního výkonu a dvou rozsáhlých operačních ran** projevující se obtížnou pohyblivostí na lůžku, bolestivostí při pohybu, fyzickou závislostí na personálu, pocitem upocenosti, nepohodlí a nečistoty.

**4. Hypotermie vzniklá v důsledku dlouhého operačního výkonu a s ním spojených tepelných a krevních ztrát z organismu** projevující se třesem, promodralými rty a nehtovými lůžky, drkotáním zubů, studenou a mramorovanou kůží, piloerekcí (3)

---

<sup>3</sup> DOEGENES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2001, s. 170-440. ISBN

**5. Porušená integrita tkání v oblasti operačních ran a invazivních vstupů 4 redonů a centrálního žilního katetru s rizikem zhoršené perfuze laloku** projevující se bledou až mramorovanou barvou kůže laloku, výrazně zpomaleným kapilárním návratem, krvácením ze sutury a vznikem infekce

**6. Akutní bolest vycházející z operačních ran a invazivních vstupů 4 redonů**, projevující se mimickými projevy, mírným verbalizováním a naříkáním

**7. Obtížné vyprazdňování stolice pro operační rány a léčebný klid na lůžku** projevující se obtížnou a někdy bolestivou defekací tuhé stolice, pocitem nedostatečného vyprázdnění

**8. Změna močení pro zavedený permanentní močový katetr v pooperačním období** projevující se zavedením močového katetru a zabráněním aktivního používání svěračů a kontroly močení samotnou pacientkou

**9. Riziko aspirace žaludečního obsahu v důsledku utlumení dávicího a kašlacího reflexu po aplikaci anestetik a opiátů**

projevující se dušností, tachykardií, pokašláváním, bolestí na hrudi, neklidem

**10. Riziko nedostatečného dýchání způsobeného bolestí z operační rány na hrudníku a bolestmi v oblasti zad** projevující se mělkým dýcháním, pocitem nedostatku vzduchu a dechové tísně, úzkostí (3)

---

<sup>3</sup> DOEGENES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2001, s. 170-440.

## **7.1 Předoperační ošetrovatelské diagnózy, cíle, plány, realizace a hodnocení**

### **1. Porucha sebepojetí z důvodu anatomické změny po ablaci pravého prsu**

projevující se skrýváním postižené části těla pomocí volného oblečení, pocity smutku a méněcennosti při pohledu do zrcadla, uzavřeností, obavou z odmítnutí druhých lidí, snahou být nenápadná a zvýšenou sebekontrolou

**Cíl:** pacientka se prohlíží dokáže přijmout sama sebe  
pacientka se naučí vnímat se jako přitažlivou ženu  
pacientka se přestane stále zabývat změnou svého těla a sebekontrolou  
pacientka se seznámí s problémy ostatních, stejně postižených žen

**Plán:** hovořit s pacientkou o jejích pozitivních a negativních pocitech  
zjistit míru její informovanosti o různých sdruženích pacientek se stejným postižením a nabídnout pomoc při hledání informací o této problematice

**Realizace:** Při svém jednání jsem s pacientkou jednala vždy slušně a zdvořile. Dávala jsem jí najevo, že ji respektuji jako osobnost. Během hospitalizace jsem se snažila navázat vztah důvěry a porozumění. Povíдалa mi o svých prožitých pocitech od počátku nemoci po současnost. Prozradila, že by se ráda dozvěděla víc o životě jiných žen s podobným postižením a jejich způsobech vyrovnání se handicapem, ale že zatím k tomuto kroku nenašla odvalu. Dodala jsem informace o rekondičních pobytech, výstavách fotografií doplněných textem pacientek samotných a módních přehlídkách na zahajovacích večerech veletrhů Styl a Kabo. Hovořily jsme i o podobném postižení slavných žen, jejich odvaze prezentovat své onemocnění na veřejnosti a o jejich činnosti v organizacích které sdružují a pomáhají ženám se stejným onemocněním. Zde by také našla způsob, jak se naučit ovládat svou úzkost a pomocí vhodné relaxace a cvičení měnit své chování a své myšlení.

**Hodnocení:** 4.11. Cíle splněny částečně. 4 pooperační den bylo předčasné hodnotit takto složitý a citlivý problém se kterým se pacientka potýká delší dobu. Přesto jsem měla dobrý pocit z kladného přijetí výsledku operace. Hodnotím jako cíle částečně splněné, neboť na konečné hodnocení je možné pomýšlet až s odstupem času.

**2. Ohrožení existenciálních potřeb bezpečí a jistoty z blížícího se operačního výkonu a pobytu v neznámém prostředí** projevující se studem a pocitem ohrožení, zvýšenou ostražitostí, zkoumavým pohledem, napjatým výrazem v obličeji a nervozitou

**Cíl:** pacientka je dostatečně informována o plánovaných postupech a průběhu hospitalizace  
pacientka má možnost aktivně sdělit personálu své obavy a umí své negativní pocity vyjádřit, nestydí se hovořit o svých obavách  
pacientka vnímá snížení úzkosti a strachu

**Plán:** sestra umí zhodnotit v jaké fázi náročné životní situace se pacientka nachází  
všímá si verbálních a neverbálních projevů  
nabídne a umožní rozhovor z s lékařem nebo sestrou  
jedná vlídně, trpělivě a ochotně  
opakovat informace dle potřeby  
soustavně vytváří klidnou a důvěryhodnou atmosféru  
dokáže akceptovat osobnost pacientky, nevychovává, ale respektuje ji a dává možnost ventilaci negativních pocitů

**Realizace:** Pacientku jsem přijímala na oddělení 30. 10. v dopoledních hodinách. Byla informována o uspořádání jednotlivých místností a režimu na oddělení. Seznámila jsem ji s pravidly a dodržováním domácího řádu a také, kde si může přečíst práva pacientů. Několikrát jsem zopakovala, že kdyby měla problém a potřebovala pomoc nebo si jen chtěla popovídat, kde najde sestru v denní nebo noční dobu. Během své hospitalizace se seznámila s pacientkou hospitalizovanou na stejném oddělení a také po rekonstrukční operaci. Jednou mi řekla, že když se úplně uzdraví jiné ženy operované pro karcinom prsu, tak ona také ( identifikace).

**Hodnocení:** 29. 10. Cíle splněny. Na pacientku zapůsobilo klidné a nekomplikované prostředí, vlídné přijetí, respektování intimity, dostatek informací a ochotný personál. Ocenila, že má možnost kdykoliv oslovit lékaře nebo sestru aniž by měla nepříjemný pocit, že obtěžuje.

## **7.2 Pooperační ošetrovatelské diagnózy, cíle, plány, realizace a hodnocení**

*řazeny z pohledu pacientky*

**1. Dyskomfort pro vynucenou léčebnou pooperační polohu, nepohodlné lůžko a prostředí** projevující se verbalizací problémů, pocity bolestivosti a tlaku v oblasti zad a podrážděností

**Cíl:** pacientka cítí úlevu od tlaku a bolestivosti v zádech

pacientka umí vstát sama z lůžka a je dostatečně aktivizována

pacientka dokáže popsat lokalizaci bolesti

pacientka se bude cítit pohodlně a spokojeně

**Plán:** úprava lůžka, suché a vypnuté povlečení

včasná mobilizace pacientky

podložení tlakem namáhaných míst měkkými antidekubitními koly a klíny

ranní a večerní masáž zad

kontrola predilekčních míst

aktivní komunikace s pacientkou

dechová rehabilitace

tlumení bolesti

**Realizace:** Od prvního pooperačního dne byla zahájena rehabilitace fyzioterapeutkou zahrnující dechová cvičení, včetně hlubokého dýchání a obou horních končetin. Vzhledem k velké asymetrii po ablaci pravého prsu v roce 2006 měla pacientka rozsáhlé degenerativní změny na páteři a spasmy svalového aparátu. Pokud se mohla pohybovat a cvičit, mohla bolesti zad do určité míry kompenzovat. Proto jsme se snažili pacientku včas mobilizovat, aby mohla změnit polohu a vstát z lůžka bez pomoci druhé osoby. Tím, že se stala 4. pooperační den soběstačná ve vstávání z lůžka, mohla také aktivně sama přispívat k zmírnění bolesti a pocitu rozlámanosti. Každé ráno a večer ji sestra namasírovala záda od krční páteře až po sakrální oblast Francovkovým krémem.

**Hodnocení:** 1. 11. Cíle nesplněny. Pacientka si stěžuje na pocit rozlámanosti.

2. 11. Cíle splněny částečně. Pacientka cítí úlevu po cvičení a masážích zad.

4. 11. Cíle splněny částečně. Bolest zad přetrvává, ale je výrazně slabší, pacientka

má možnost kvalitněji odpočívat.

## **2. Porušený spánek v důsledku nadměrného hluku, osvětlení a nedostatku soukromí**

projevující se stížnostmi na tyto rušivé faktory, probouzením několikrát za noc, zvýšenou podrážděností

**Cíl:** pacientka bude spát klidně celou noc

pacientka se bude po probuzení cítit odpočínutá, jak po strážce duševní, tak tělesné

pacientka se nebude v noci často budit

**Plán:** úprava lůžka

snaha o eliminaci rušivých vlivů

pokusit se zajistit potřebný klid a soukromí

vyvětrat pokoj před spaním

**Realizace:** Pacientka po operaci ležela na JIP. Zajistit úplnou nehlučnost a tmu bylo nemožné. Po skončení večerní hygieny jsme pacientce namasírovaly záda a natřely Francovkovým krémem. Mohla poslouchat rádio se sluchátky do uší, aby nebyli rušeni jiní pacienti. JIP má celkem pět lůžek a všechna byla obsazena pacienty po operacích. Během jejího pobytu se na JIP několikrát za noc přijímali tři lidé s úrazem. Provoz na JIP se neobejde bez hluku a světla. I když se personál snaží v noci pohybovat, pracovat a hovořit co nejtíšeji, mít tlumené světlo, pacientka se stále budila. Hypnotikum odmítla.

**Hodnocení:** 4. 11. Cíle nesplněny. Na JIP s pěti pacienty v jedné místnosti není možné zajistit absolutní tmu a bezhlučnost, kterou vyžadovala, neboť doma tak byla zvyklá usínat. Pacientka se dobře vyspala hned první noc po svém překladu zpět na standartní stanici, kde měla jednolůžkový pokoj.

## **3. Deficit sebepečce v péči o hygienu a kůži z důvodu náročného operačního výkonu a**

**dvou rozsáhlých operačních ran** projevující se obtížnou pohyblivostí na lůžku,

bolestivostí při pohybu, fyzickou závislostí na personálu, pocitem upocenosti, nepohodlí a nečistoty

**Cíl:** pacientka má pocit tělesné pohody a čistoty

pacientka je spokojená s provedenými úkony a spolupracuje v rámci svého pohybového omezení

pacientka dokáže popsat své problémy související s hygienou

pacientka si udrží zdravý vzhled kůže celého těla

pacientka postupně zvládne hygienickou péči zcela sama

**Plán:** kontrola stavu kůže, pečlivě dbát, aby nedošlo k poranění kůže dolních končetin

shrnutými nebo zaškrcenými stahovacími punčochami

péče o lůžkoviny, jejich vypnutí, čistotu

pomoc při ranní a večerní hygieně, včetně péče o chrup a učesání vlasů

umožnit umytí rukou po vyprazdňování

**Realizace:** Naše snaha v den operace spočívala v úpravě lůžka, čisté a suché košili, otření obličeje a rukou vlhkou žínkou. Rty jsme ošetřovali štětičkami s borglycerínem. Od prvního pooperačního dne byla pacientka aktivována a zapojována do péče o svou hygienu.

Po večerní toaletě jsem jí namazala kůži těla zvláčňujícím mlékem Menalind.

První tři dny jsme zajišťovali hygienickou péči na lůžku a čtvrtý den se mohla umýt v koupelně na židli s mou pomocí. Očista celého těla v koupelně byla spojeno s mytím vlasů.

**Hodnocení:** 1. 11. Cíle splněny částečně. Pacientka má pocit čistoty, ale hygienickou péči sama nezvládne.

3. 11. Cíle splněny částečně. Pacientka si dokáže umýt obličej, horní končetiny a částečně pravou stranu trupu. Je spokojená, že umí víc, než v předchozích dnech.

4. 11. Cíle splněny. Pacientka je schopna dojít do koupelny a umýt se u umyvadla.

**4. Hypotermie vzniklá v důsledku dlouhého operačního výkonu a s ním spojených tepelných a krevních ztrát z organismu** projevující se třesem, promodralými rty a nehtovými lůžky, drkotáním zubů, studenou a mramorovanou kůží, piloerekcí

**Cíl:** pacientka cítí teplo a pohodlí  
pacientka nebude ohrožena komplikacemi kardiovaskulárního a respiračního systému z důvodu hypotermie

**Plán:** zabránit dalším ztrátám tepla přidáním přikrývky  
uložit na vyhřáté lůžko  
převléknout do suché košile  
kontrola TK, P, TT, saturace O<sub>2</sub>  
měřit hodinovou diurézu

**Realizace:** Hodinu před uložením na JIP jsem prohřála lůžkoviny na lůžku vyhřívací dečkou. Pacientku jsme rychle převlékly do nahřáté a suché košile. Byla přikrytá dvěma dekami. Napojena na monitor, pomocí něhož byly sledovány všechny naordinované parametry. V místnosti se neotvíralo okno, neproudil studený vzduch. Během patnácti minut přestala mít známky podchlazení, dýchala klidně, kapilární návrat v mezích normy.

**Hodnocení:** 30. 10. Cíle splněny po patnácti minutách.

**5. Porušená integrita tkání v oblasti operačních ran a invazivních vstupů 4 redonů a centrálního žilního katetru s rizikem zhoršené perfuze laloku,** projevující se bledou až mramorovanou barvou kůže laloku, výrazně zpomaleným kapilárním návratem, krvácením v oblasti sutury a vznikem infekce

**Cíl:** pacientka má rány převazovány sterilně za dodržení hygienických podmínek  
pacientka má kontrolu modelovaného laloku po jedné hodině Dopplerovým ultrazvukem a také hodnocení kapilárního návratu laloku  
pacientka má denně vyměněn sterilní Tegaderm a infuzní set  
pacientka má redonovy drény průchodné a ve stálém podtlaku  
pacientka aktivně upozorní na varovné projevy komplikací

**Plán:** edukovat pacientku o vhodném klidovém a pohybovém režimu a vysvětlit jí, proč musí ležet v poloze na zádech  
průběžná kontrola obvazů, kryjících operační rány

sledování barvy kůže laloku

kontrola průchodnosti a podtlaku redonů okamžitě po příjezdu z operačního sálu

kontrola perfuze laloku okamžitě po převzetí z operačního sálu

provádět převazy za aseptických podmínek

sledovat projevy bolesti, otoky, TT., stesky pacientky

zajistit čisté lůžkoviny i prádlo pacienta

udržovat čistotu a suché prostředí kolem močového katetru a dbát na jeho polohu

měřit fyziologické funkce

**Realizace:** Ihned po návratu ze sálu jsem zkontrolovala čistotu obvazů a pacientku jsme převlékly do čisté košile. Redony jsem umístila do košíčků připevněných k lůžku, zkontrolovala jejich průchodnost a množství tekutiny. Následovala kontrola perfuze laloku. Při manipulaci s pacientkou jsem dbala, aby nedošlo k vytržení drénu z rány, ani k povysunutí nebo dislokaci močového katetru. Okolí stehů pod průhledným Tegadermem kryjícím vstup bylo CŽK klidné a nezarudlé. Náplast byla měněna denně a označena datem převazu. Každá intervence u pacientky byla pečlivě a čitelně zaznamenána do dokumentace. Převazy a měření redonů bylo prováděno denně.

**Hodnocení:** 3. 11. Cíle splněny. Rány se hojily primárně, bez infekčních komplikací.

**6. Akutní bolest vycházející z operačních ran a invazivních vstupů 4 redonů** projevující se mimickými projevy, mírným verbalizováním, nařikáním

**Cíl:** pacientka cítí postupnou úlevu od bolesti

pacientka má pooperační režim a spolupracuje v léčbě

pacientka zaujímá úlevovou polohu

pacientka komunikuje a včas ohlásí nastupující bolest a zmírnění bolesti

**Plán:** všimnout si mimoslovní komunikace, výrazu tváře, studených končetin

registrovat intenzitu, charakter a stupeň bolesti a pečlivě zaznamenat do dokumentace

vysvětlit význam předepsané léčebné polohy a možnosti úlevy

zajistit klid a odstranit rušivé elementy

upravit lůžko k pohodlnému ležení  
podávat analgetika dle ordinace lékaře a sledovat dobu jejich účinku  
kontrola operačních ran  
zahájit včasnou mobilizaci

**Realizace:** Těsně po převozu pacientka ze sálu naříkala a stěžovala si na bolest v oblasti operačních ran. Okamžitě jsem podala naordinovanou analgetickou léčbu intravenózní cestou. Bolest byla kontinuálně tlumena v prvních dnech po operaci, v dalších dnech jsem aplikovala analgetika dle ordinace lékaře. Nejvíce si pacientka stěžovala bolest zad, vznikající na podkladě nutné pooperační polohy na zádech. Každý den v rámci večerní toalety jsem já nebo službu mající sestra pacientce záda namasírovala Francovkovým krémem. Masáž jí byla příjemná, cítila úlevu. Od 1. pooperačního dne k ní docházela fyzioterapeutka. Cvičení přinášelo také úlevu od bolestí a působilo preventivně proti bolestivému ztuhnutí zad a končetin. Pacientka se velmi snažila, byla moc šikovná a dobře s námi spolupracovala.

**Hodnocení:** 30.10. Cíle splněny. Bolest kontinuálně tlumena, pacientka nenaříkala, nestěžovala si na bolest.

1. 11. Cíle splněny. Pacientka byla velmi dobře analgeticky zajištěna, zvládla i rehabilitaci na lůžku, klidně spala.

2. 11. Cíle splněny částečně. Stěžuje si na bolesti v zádech. Chtěla by změnit polohu na lůžku. Akceptuje, že musí ležet na zádech ještě několik dní, ale smiřuje se s tím těžko. Pomáhají masáže zad, naordinovaná analgetika a sedativa.

**7. Obtížné vyprazdňování stolice pro operační rány a léčebný klid na lůžku** projevující se obtížnou a někdy bolestivou defekací tuhé stolice, pocitem nedostatečného vyprázdnění

**Cíl:** pacientka je informovaná o příčinách změněné defekace a spolupracuje na odstranění příčin  
pacientka má obnovené normální fungování střev  
pacientka netrpí bolestivou stolicí  
pacientka cítí, že je dostatečně vyprázdněná  
pacientka se nestydí požádat o podložní mísu

**Plán:** informovat pacientku o příčinách obtížného vyprazdňování

zajistit dostatečnou hydrataci

aktivně nabízet podložní mísu

cvičení dolních končetin a časná aktivizace

při vyprazdňování zajistit dostatek soukromí

v poloze na podložní míse umožnit pokrčení nohou

vždy připravit umyvadlo s teplou vodou a mýdlem na umytí rukou

pokud lékař dovolí vstát, doprovodit pacientku na toaletu

**Realizace:** Vzhledem k operaci v oblasti břicha bylo u pacientky od prvního pooperačního dne velmi indikované sledování vyprazdňování a odchod plynů. Vše bylo přesně zaznamenáváno do dokumentace. Na základě záznamů měl lékař přehled o obnovování střevní peristaltiky, mohl měnit dietní opatření a během několika dnů převést pacientku na normální stravu.

**Hodnocení:** 2. 11. Cíle splněny částečně. První stolici měla druhý den po operaci, defekace byla bez bolesti, ale nemá pocit úplného vyprázdnění.

4. 11. Cíle splněny. Za pomoci sestry došla na toaletu a byla na stolici. Cítila výraznou úlevu.

**8. Změna močení pro zavedený permanentní močový katetr v pooperačním období** projevující se zavedením močového katetru a zabráněním aktivního používání svěračů a kontroly močení samotnou pacientkou

**Cíl:** pacientka je edukována o významu zavedeného permanentního močového katetru a spolupracuje při ošetřování, udržení hygieny a prevenci komplikací  
pacientka bude mít zavedený močový katetr po dobu nezbytně nutnou  
pacientka nebude pociťovat pálení, řezání,  
pacientka nebude poškozená infekcí močových cest  
pacientka bude dostatečně hydratovaná

**Plán:** udržovat suché a čisté okolí genitálií

kontrola polohy močového katetru a průchodnosti

šetrná manipulace s pacientkou, aby nedošlo k vytržení katetru  
sledovat příjem a výdej tekutin, barvu moče  
vysvětlit pacientce příznaky močové infekce

**Realizace:** Pacientka byla dostatečně zajištěna infuzní léčbou. Při provádění hygieny a manipulaci s pacientkou jsme přidržovali katetr tak, aby nedošlo k jeho povytažení. Zároveň jsme kontrolovali, aby byl čistý a suchý. Bilance příjmu a výdeje tekutin byla vyrovnaná, moč čirá, bez patologických příměsí. Pacientka negovala dysurické obtíže. Po zrušení močového katetru 2. pooperační den pacientka močila spontánně, bez bolestí. Ani v následujících dnech se neobjevily příznaky infekce močových cest.

**Hodnocení:** 1. 11. Cíle splněny. K žádným komplikacím nedošlo, pacientka byla bez stesků.

**9. Riziko aspirace žaludečního obsahu v důsledku utlumení dávicího a kašlacího reflexu po aplikaci anestetik a opiátů** projevující se dušností, tachykardií, pokašláváním, bolestí na hrudi, neklidem

**Cíl:** pacientka neaspiruje žaludeční obsah  
pacientka důsledně dodrží lačnění před operací

**Plán:** podat podrobně a srozumitelně informace proč nejíst před operací  
průběžně pacientce připomínat důležitost lačnění  
po operaci kontrolovat stav dutiny ústní  
kontrola stavu vědomí  
odsátí hlenů a slin podle potřeby  
elevace trupu  
sledovat příznaky nevolnosti, při zvracení naklonit hlavu na stranu, pokud lze,  
posadit a pečlivě vyčistí dutinu ústní  
podávat antiemetika dle ordinace lékaře  
zajistit průchodnost dýchacích cest

**Realizace:** Pacientka zvracela hodinu po příjezdu ze sálu. Byla při vědomí a měla snahu

spolupracovat. Zvracela pouze žaludeční šťávy. Po kontrole dutiny ústní a očištění obličeje jsem jí převlékla znečištěnou košili a uložila na lůžku. Podruhé zvracela v noci, po revizi operační rány. V obou případech cítila okamžitou úlevu a téměř okamžitě opět usnula.

**Hodnocení:** 1. 11. Cíle splněny. Pacientka neaspirovala.

**10. Riziko nedostatečného dýchání způsobeného bolestí z operační rány na hrudníku a bolestmi v oblasti zad** projevující se mělkým dýcháním, pocitem nedostatku vzduchu a dechové tísně, úzkostí

**Cíl:** pacientka dokáže dýchat bez námahy, hrudník se při nádechu symetricky rozpíná  
pacientka není dušná, bez cyanózy, s normální dechovou frekvencí  
pacientka není postižena žádnou pooperační dechovou komplikací

**Plán:** zvýšená poloha hrudníku asi o 30°  
udržovat průchodnost dýchacích cest  
vlhčit vdechovaný vzduch zvlhčovačem  
pod vedením fyzioterapeuta zajistit dechová cvičení

**Realizace:** Od prvního pooperačního dne pacientka za odborné asistence fyzioterapeutky prováděla pomalu a plynule dechovou gymnastiku, nácvik hlubokého nádechu a dlouhého výdechu. Nádechy byly lokalizovány směrem do obou podklíčkových oblastí, dále do sternu a dolních hrudních pólů. Následující dny mohla pacientka cvičení provádět v polosedě v kombinaci cviků horních a dolních končetin. Během dne jsem jí k aktivnímu prodýchávání několikrát pobídla, provedla za mé asistence.

**Hodnocení:** 1. 11. Cíle splněny. Pacientka není dušná, nemá známky zahlenění, dokáže odkašlat, saturace O<sub>2</sub> v normě.

4. 11. Cíle splněny. Pacientka je plně zrehabilitovaná, dýchání bez patologických fenoménů.

## **8. Edukace**

Pacientka byla propuštěna zcela zahojená po 17ti dnech hospitalizace. Během pobytu na standartním oddělení i na jednotce intenzivní péče byla vždy informována o dalších postupech léčby. Břišní pás jí lékař oblékl ještě na operačním sále, podprsenku dostala po 10ti dnech po operaci. Břišní pás a speciální zpevněnou podprsenku bude muset nosit ještě 2 měsíce. Přikládání pásu je důležitou prevencí vytvoření kýly v jizvě a podprsenka nošená ve dne i v noci brání prověšování laloku a tím i ošklivému roztažení jizev. Lékař doporučil absenci pohlavního styku na jeden měsíc. Sestra poučila pacientku, jak správně se má břišní pás a podprsenka oblékat a kdy nosit (4, 9).

Ještě před přeložením z JIP se mi pacientka svěřila, že neví, co má dělat s otékající pravou rukou. Když více fyzicky pracuje nebo v horkých letních dnech jí pravá ruka otéká až k rameni. Asymetrie rukou je nápadná, z hlediska kosmetického pro pacientku nepříjemná a obtížně maskovatelná. Už před časem jí to bylo vysvětleno lékařem, matně si vzpomíná, že jí odesílal na rehabilitaci, ale nešla tam. Bylo jí hloupé se lékaře ptát znova, myslela si, že otoky přejdou samy. Vysvětlila jsem jí, že při operaci, u které jí bylo odňato prso a několik uzlin, došlo k narušení lymfatického systému a tekutina, která za normálních okolností je lymfatickými cévami odváděna, hromadí se ve tkáních a vzniká otok paže. Doporučila jsem jí podkládat paži do zvýšené polohy pomocí klínku nebo polštáře, provádět pumpovací cviky a nosit kompresivní punčochu, jejíž délka sahá od prstů ruky až po rameno. Pomocí punčochy je zvýšen tlak na tkáň horní končetiny zvnějšku a tím se zvýší odtok lymfy a žilní krve. Kompresie musí být na předloktí, případně ruce silnější než na horní části paže. Vysvětlila jsem pacientce, že poukaz na kompresivní punčochu má oprávnění psát jen lékař a k dostání je v prodejnách zdravotnických potřeb, kde ji eventuálně zhotoví na míru. Další možností jsou lymfatické masáže, během kterých se zvyšuje zpětný transport lymfy, venózní krve a tekutiny z mezibuněčného prostoru. Masáže provádějí na specializovaných fyzioterapeutických pracovištích, opět na základě doporučení lékaře. Na otékající ruce by neměla nosit žádné šperky, hodinky ani upnuté manžety oblečení (4,9).

Lymfedém je chronický problém, jehož léčba vyžaduje od pacientky trpělivý přístup. Dále jsem se zmínila o držení těla. Upozornila jsem ji na chybné držení těla, které způsobuje bolesti zad, což je častý problém u žen po amputaci prsu, zvláště, pokud má prsa velká. Kontrolu lze dobře provést při pohledu do zrcadla, kdy vidí, jestli má obě ramena ve

stejně výši. Také má pacientka měla tendenci nosit rameno na zdravé straně níž. V opačném případě vznikají svalové kontraktury, vyvolávající bolest zad, šíje a hlavy.

Pacientka si musí pravou ruku chránit před poraněním. Drobná kožní poranění, řezné ranky, škrábance nebo štípnutí od hmyzu se mohou špatně hojit při zpomaleném krevním oběhu v paži. Nejsou zde vhodné odběry krve, aplikace nitrožilních injekcí a infuzí. Injekční aplikace léků do podkožních tkání na postižené straně může podpořit sklon k městnání v horní končetině.

Při rozhovoru jsme se dostaly k tématu opalování. Pacientka do solária nechodí a v létě se opaluje pod slunečníkem, před přímým sluncem se chrání. Péče o jizvy je důležitá, po 14ti dnech od konce hospitalizace bude muset začít masírovat jizvy. Provádějí se krátké tlakové masáže za účelem urychlení vyžrávání jizvy. Jako nejvhodnější prostředek k ošetření jizev se stále jeví nesolené vyškvařené sádlo. Způsob masáží jsem názorně předvedla.

Na závěr jsem pacientku ubezpečila, že pokud by potřebovala radu a pomoc týkající se jejího onemocnění, může kdykoliv zavolat na oddělení nebo přijít osobně. Ostatně, tuto informaci podáváme a pomoc nabízíme každému pacientovi, který je hospitalizován na naší klinice. Tuto možnost pomoci také řada pacientů využívá (4, 9).

## ***9. Závěr a prognóza onemocnění***

Pacientka se rozhodla pro rekonstrukční operaci pravého prsu přibližně za 2 roky po ablaci pravého prsu a následné léčbě chemoterapií. Jizva na pravé straně hrudníku byla zhojená.

Při příjmu se jevila jako vyrovnaná a komunikativní osobnost, přes mírné projevy nervozity způsobené cizím prostředím, odloučením o rodiny a očekávaným operačním výkonem. Od prvního dne hospitalizace spolupracovala a komunikovala s personálem i s pacienty, ačkoliv sama společnost nevyhledávala. Dne 30. 10. podstoupila rekonstrukční operaci pravého prsu a o několik hodin později další operaci pro žilní trombózu v oblasti rekonstruovaného laloku. Její stesky během hospitalizace se týkaly především nucené polohy na lůžku a s ní spojených bolestí zad a špatné kvality spánku. Negativní pocity ustoupily do pozadí v okamžiku, kdy pacientka uviděla zrekonstruovaný prs a obnovenou symetrii hrudníku. Od prvního pooperačního dne pilně rehabilitovala pod odborným vedením fyzioterapeutky a sester. Obě operační rány na hrudníku a břicho se hojily per primam. Po 7 dnech od operace byla pacientka přeložena na standartní oddělení a po 14ti

dnech hospitalizace propuštěna do domácího léčení zahojená, soběstačná a šťastná. Odcházela v doprovodu manžel. Přibližně za půl roku od této operace se podrobí dalšímu zákroku, při kterém jí lékař vymodeluje bradavku a dvorec. Zároveň bude modelován i levý prs tak, aby bylo dosaženo přirozené symetrie s pravou stranou.

---

<sup>4</sup> HUSSAINOVÁ, M., *Praktický rádce pro ženy po operaci prsu*. Praha: Erika, 1993 ISBN 80-85612-26-7

<sup>9</sup> STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství* Praha: Karolinum, 1996 ISBN 80-7184-243-5

## *10. Seznam použitých zkratek*

tzv.	takzvaný
TNM	klasifikace nádorů TNM ( tumor, nodus, metastázy)
BRCA1, BRCA2	geny, jejichž mutace má vliv na vznik karcinomu
CT	počítačová tomografie
CEA	karcinoembryonální antigen
CYFRA 21-1	nádorový marker
CA 15-3	nádorový marker
TPA	tkáňový polypeptidový antigen
cm	centimetr
TRAM	Transverse Rectus Abdominus Muscle
FNKV	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
st. p.	stav po
bpn	bez patologického nálezu
TDL	Thotakodorzální lalok
ALT	alaninaminotransferáza
AST	aspartátaminotransferáza
Hb ery	hemoglobin erytrocyty
FW	sedimentace
APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
Quick	protrombinový čas k vyšetření koagulace krve
TK	krevní tlak
P	puls
O2	označení pro kyslík
ml	mililitr
CB	celková bílkovina
WBC	leukocyt
HGB	hemoglobin
HCT	hematokrit

MCV	střední objem erytrocytů
MCH	střední hmotnost erytrocytů
PLT	trombocyty
INR	protrombinový čas, test hemokoagulace
CŽK	centrální žilní katetr
HDŽ	horní dutá žíla
mg	miligram
TU	jednotka pro množství 400 - 450 ml krve
s.c.	subcutánně
i.v.	intravenózně

## 11. Seznam literatury a použitých zdrojů

1. ABRAHÁMOVÁ, J., DUŠEK, L. a kolektiv. *Možnosti včasného zachytu rakoviny prsu*. Praha: Grada Publishing, 2003, s.xx. ISBN 80-247-0499-4
2. DRAŽAN, L., MĚŠŤÁK, J. *Rekonstrukce prsu po mastektomii*. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 32-101. ISBN 80-247-1123-0
3. DOEGENES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2001, s. 170-440. ISBN 80-247-0242-8
4. HUSSAINOVÁ, M., *Praktický rádce pro ženy po operaci prsu*. Praha: Erika, 1993. s. xx. ISBN 80-85612-26-7
5. CHLOUBOVÁ, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných- vztahové potřeby. Základní potřeby člověka. *Osobní rádce zdravotní sestry*. Praha: Verlag Dashöfer, 2004, č. 5, 4/ 15.2.3, s. 1-8. ISSN 1214-0079
6. KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy ošetřování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005, s. 13-24, 46-54, 79-87, 93-104. ISBN 80-246-0845-6
7. KLENER, P. *Klinická onkologie*. Praha: Galén, 2002, s. 79-277, 495-511. s. 79-277, 495-511. ISBN-80-7262-151-3
8. KLENER, P., VORLÍČEK J., et al. *Podpůrná léčba v onkologii*. Praha: Galén, 1998, s. 51-151. ISBN 80-902501-2-2
9. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetřovatelství* Praha: Karolinum, 1996, s.XX ISBN 80-7184-243-5
10. TRACHTOVÁ, E. a kol.: *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu* Brno: IDV PZ 1999, s. 7-182. ISBN 80-7013-285-X
11. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ H. a kol.: *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vydání, Praha 2006, s. 274-275. s. 274-275. ISBN
12. ZEMAN, M., a kolektiv. *Chirurgická propedeutika*. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o. 2000, s. 133-152, 295-303, 305-328. ISBN 80-7169-705-2
13. Standard Fakultní nemocnice Královské Vinohrady č.
14. Vstupní ošetřovatelský záznam
15. Informace od pacienta
16. Informace z dokumentace pacientky
17. Rozhovor
18. Pozorování

