



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Jana Borková

**Perioperační ošetrovatelská péče o pacientku
při rekonstrukci prsu po mastektomii
pro karcinom prsu**

*Perioperative nursing care
of the breast cancer patient during
breast reconstruction after mastectomy*

Bakalářská práce

Praha, duben 2010

Autor práce: Jana Borková

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Zdravotní vědy

Vedoucí práce: **Mgr. Renata Vytejšková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3.LF UK Praha**

Odborný konzultant: **Doc. MUDr. Aleš Nejedlý**

Pracoviště odborného konzultanta: **Klinika plastické chirurgie**

Fakultní nemocnice Královské

Vinohrady

Datum a rok obhajoby: 14. duben 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla použita ke studijním účelům.

V Praze dne 17.března 2010

Jana Borková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Doc. Mudr. Aleši Nejedlému a Mgr. Renatě Vytejškové za rady a pomoc při zpracování této práce. Ta by však nemohla vzniknout bez vstřícné spolupráce ze strany paní E.K., které tímto také děkuji.

Zvláštní poděkování patří mému manželovi za trpělivost a podporu během celého mého studia.

Obsah

ÚVOD.....	6
1. KLINICKÁ ČÁST.....	7
1.1 Vývoj, anatomie a fyziologie prsu.....	7
1.2 Onemocnění prsu.....	8
1.2.1 Základní rozdělení onemocnění prsu.....	8
1.2.2 Nádorová onemocnění prsu – typy, příznaky a rizikové faktory.....	9
1.2.3 Diagnostika zhoubného nádoru.....	11
1.2.4 Možnosti v terapii karcinomu prsu a jejich komplikace.....	13
1.2.5 Psychologická a sociální pomoc ženám po mastektomii.....	17
1.2.6 Prognóza a prevence nádorových onemocnění prsu.....	18
1.3 Rekonstrukční výkony po mastektomii.....	19
1.3.1 Rekonstrukce prsu vlastní tkání-anatomické poměry stěny břišní.....	19
1.3.2 Volný TRAM lalok a DIEAP lalok.....	20
1.3.3 Rekonstrukce areolomamilárního komplexu-AMK.....	20
2. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE.....	21
2.1 Lékařská anamnéza.....	21
2.1.1 Farmakoterapie.....	23
2.2 Průběh hospitalizace.....	26
2.2.1 Předoperační příprava pacientky.....	26
2.2.2 Průběh operace.....	29
2.2.3 Pooperační průběh 7.-19.4. 2009.....	30
3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	32
3.1 Specifika práce sestry pro perioperační péči na operačním sále.....	32
3.2 Charakteristika ošetrovatelského procesu.....	35
3.2.1 Význam ošetrovatelského procesu.....	35
3.3 Ošetrovatelský model.....	36
3.3.1 Charakteristika modelu funkčních vzorců zdraví podle Marjory Gordon.....	36
3.4 Ošetrovatelská anamnéza.....	38
3.4.1 Sběr informací podle modelu funkčních vzorců zdraví podle M. Gordon.....	39
3.5 Peoperační ošetrovatelské diagnózy.....	47
3.5.1 Dlouhodobý plán péče.....	56
3.6 Hodnocení psychického stavu paní E.K.....	58
3.7 Edukace pacientky.....	60
ZÁVĚR.....	63
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	65
SEZNAM TABULEK V TEXTU.....	67
SEZNAM PŘÍLOH.....	67

ÚVOD

Tato bakalářská práce je případovou studií 54leté pacientky, která podstoupila rekonstrukci pravého prsu volným TRAM lalokem po mastektomii pro karcinom.

Pro všechny takto postižené ženy je velmi přínosné, když mohou „vyměnit“ epitézu za „vlastní tkáň.“ Je nutné si však uvědomit, že to není jen fyzický aspekt, který hraje zásadní roli v životě nemocné. Psychika je v tomto případě na stejné úrovni důležitosti.

Pracuji na operačním sále Kliniky plastické chirurgie Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze, kde lékaři rekonstrukci prsu volným tkáňovým přenosem často provádějí a proto jsem si toto téma vybrala.

V klinické části se zabývám problematikou nádoru prsu obecně, v ošetrovatelské části jsem se soustředila zejména na ošetrovatelskou péči o pacientku na operačním sále při rekonstrukci prsu.

Ve své práci uvádím i informace, které sestra na operačním sále běžně nezjišťuje, ale pro komplexní pohled na perioperační ošetrovatelskou péči jsou nezbytné.

1. KLINICKÁ ČÁST

1.1 Vývoj, anatomie a fyziologie prsu

Prs (mamma) je párovým orgánem, v němž je u žen uložena největší kožní žláza – mléčná (glandula mammaria) [17].

V embryonálním životě se u žen i mužů zakládá pruh epitelového ztlustění – mléčná lišta. Ta probíhá od axily k inuině v axiloinguinální čáře a vytvářejí se v ní základy žláz, z nichž se u žen nakonec vyvine žláza mléčná. U mužů jsou základy mléčných žláz také vyvinuty, ale v pubertě nedojde k jejich změně [4].

Vývoj a růst mléčné žlázy, jako i produkce, sekrece a exkrece mateřského mléka, jsou závislé na hormonálních faktorech. Jimi jsou hlavně estrogeny (steroidní pohlavní hormony), které stimulují proliferaci žlázového epitelu, růst alveolů, lobulů a mlékovodů v prsní žláze. Dále se na růstu alveolů a lobulů podílí progesteron – gestagen, derivát cholesterolu.

Při řízení laktace se uplatňuje především hormon adenohipofýzy prolaktin. Sekreci a eejkci mateřského mléka způsobuje hormon neurohipofýzy oxytocin. Jeho vylučování je řízeno přímo podrážděním bradavky sáním dítěte a jde o tzv. pozitivní zpětnou vazbu [4,15].

Správně vyvinutý prs zasahuje od 3. k 6. žebru a jeho tvar je individuální. Je kryt jemnou kůží a na vrcholku je opatřen širokým, pigmentovaným dvorcem (areola mamme) s vystouplou bradavkou (papilla mamme).

Větší část objemu prsu zabírá tukový polštář, v němž je uložena vlastní mléčná žláza [17]. Jejím základem jsou tzv. terminální duktálně-lobulární jednotky. Ty se skládají z acinů (tubulů) a intralobulárních úseků terminálních vývodů - duktů.

Žláza je složena z 18 až 20 laloků (lobi mamme) a dělí se na menší lalůčky (lobuli mamme), jejichž vývody (ductae mamme) ústí na vrcholu bradavky [4,7].

Oporu prsu proti hrudníku tvoří malý a velký prsní sval. Cévní zásobení žlázy se liší podle kvadrantů. Vnitřní kvadranty zásobují krví perforátorové větve arteria thoracica interna, zevní kvadranty jsou závislé na arteria mammaria externa a větvích interkostálních arterií. Žilní systém tvoří kruhovitá síť pod areolou, odkud krev odtéká do velkých žil.

Nervové zásobení prsu je zprostředkováno z nn. intercostales II.-VI. a z nn. supraclaviculares.

Pleteně mizních cév jsou pod areolou a pod kůží prsu a odvádějí lymfu do hlubokých lymfatických pletení, odkud proudí do regionálních uzlin, zejména do axily. Proto se šířící nádor objeví v pokročilejším stádiu v těchto uzlinách a je třeba tyto odstranit současně se žlázou, aby se zabránilo dalšímu rozsevu [4].

1.2 Onemocnění prsu

1.2.1 Základní rozdělení onemocnění prsu

Vrozené vady – např. hypoplazie, aplazie, polymastie, amastie

mamilla inverta (vpáčená bradavka)

Vrozené resp. získané vady – gigantomastie

asymetrie prsů

hyperplazie

Záněty (mastitidy) – nejčastější výskyt je po porodu

Úrazy

Nádory – benigní, maligní [7,11]

1.2.2 Nádorová onemocnění prsu – typy, příznaky a rizikové faktory

Zhoubným nádorem, rakovinou, obecně nazýváme onemocnění, za nímž se skrývá skupina více než 100 různých chorob. Ačkoliv každý druh se od jiného liší v mnoha ohledech, všechna mají společný, alespoň v určité fázi nekontrolovatelný růst buněk, které se vymkly kontrolním mechanismům pacientova organismu. Překotně a bez kontroly rostoucí buňky tvoří nádor.

V případě, že se nádorové buňky uvolní z místa vzniku a šíří se lymfou nebo krví, mohou se tvořit další dceřiné tumory – metastázy [1].

Základní dělení nádorů prsu

- a) benigní nádory
- b) maligní nádory neinvazivní
- c) maligní nádory invazivní

ad a) Jedná se především o epitelové nádory, z nichž nejrozšířenějším typem je fibroadenom, který se tvoří často u žen do 30 let. Jedná se o dobře ohraničené ložisko uložené nejčastěji v horním zevním kvadrantu [7].

ad b) Do této skupiny patří karcinomy in situ, jejichž epitelové buňky vykazují některé změny charakteru karcinomu. Ty však nepřesahují bazální membránu epitelu a mohou být duktální a lobulární [4].

ad c) Tyto nádory rostou infiltrativně (invazivně) a destruktivně. Patří sem invazivní duktální karcinom, který tvoří 70-80% všech karcinomů prsu a metastazuje do podpažních lymfatických uzlin a do kostí. Dále do této skupiny spadá invazivní lobulární karcinom (5-10% všech karcinomů prsu) – na rozdíl od jiných nádorů bývá oboustranný a šíří se do vzdálených míst v těle, např. do dělohy, ovaria, do mozku a kostní dřeně. Třetí nejčastější typ je medulární karcinom (1-5% všech karcinomů prsu), který se objevuje spíše u mladších žen [7].

Nejčastější příznaky onemocnění prsu:

- vtahování kůže – za tímto příznakem se skrývá většinou rezistence, která při souhybech svou částečnou fixací vtahuje kůži
- důlkovatění – rezistence v prsu vtahuje část tkáně tak, že zevně je patrná určitá změna tvaru - důlek
- váznutí při souhybu – asymetrie prsu při pohybech paží
- nepravidelnost či retrakce bradavky
- pomerančová kůra – infiltrace drobných lymfatických cév kůže připomíná pomerančovou kůru
- asymetrie ze zvětšeného objemu prsu
- sekrece z bradavky, zejména krvavá
- zarudnutí a oteplení kůže připomínající zánět
- rozšířená žilní pletěň
- exulcerace různého typu – patří k pozdním příznakům [2]

Rizikové faktory karcinomu prsu

Mezi významné rizikové faktory pro vznik karcinomu prsu patří tzv. faktory životního stylu: alkohol, špatné stravovací návyky (např. vysoký příjem živočišných tuků), obezita, snížená fyzická aktivita a kouření.

Další skupinu tvoří faktory osobní anamnézy: vyšší věk – zvýšené riziko u žen nad 50 let, rasa (u bělošské populace je riziko vyšší než u Asiatek nebo černošek) a dřívější onemocnění prsu – nezhoubné patologické změny prsní tkáně.

Rizikové faktory hormonální a gynekologické v sobě zahrnují nástup první menstruace (menarché) před 12. rokem života, pozdější nástup menopauzy, věk při prvním porodu – zvýšené riziko u žen po 30. roce věku, počet porodů – ženy,

kteře rodily vícekrát, mohou mít snížené riziko v důsledku kratšího období pod vlivem estrogenů. Hladinu těchto hormonů také přímo ovlivňuje kojení a byl potvrzen jeho ochranný účinek před zhoubným onemocněním prsu. Vliv na vznik karcinomu prsu mohou mít i gynekologické operace nebo hormonální léčba.

Nesmíme opomenout i faktory genetické , kdy se musí brát zřetel na výskyt zhoubných nádorů v rodině – např. na základě přítomnosti genů BRCA 1 a BRCA 2, kdy nosičky těchto genů nemusí onemocnět, ale je potřeba, aby byly sledovány odborným lékařem. Riziko vzniku karcinomu je také samozřejmě vyšší, pokud onemocněly pokrevní příbuzné.

U žen, které onemocněly nádorem v jednom prsu je větší pravděpodobnost, že nemoc zasáhne i prs druhý [1].

1.2.3 Diagnostika zhoubného nádoru

Ve většině případů onemocnění prsu přichází žena k lékaři s problémem, že si náhodou nahmatala bulku v prsu. Nejčastější lokalitou bývá jeho zevní horní kvadrant. Po takovém nálezu lékař odebere od pacientky anamnestické údaje, palpačně vyšetří prsy i oblast axil a odešle ženu na další nezbytná vyšetření.

Zobrazovací metody k diagnostice karcinomu prsu:

Metody používající ionizační záření

mammografie – provádí se ve dvou projekcích

galaktografie (duktografie)

pneumocystografie

výpočetní tomografie (CT)

metody scintigrafické – používající i.v. aplikaci izotopů

pozitronová emisní tomografie (PET)

Metody používající jiné energetické zdroje

ultrasonografie

magnetická rezonance

Metody navazující

Tyto mají za účel upřesnit typ léze. Patří sem punkční cytologie, punkční biopsie, excize tkáně a exstirpace podezřelých útvarů.

V dnešní moderní době je důležitou vyš. metodou pro určení karcinomů také stanovení nádorových markerů [2].

Z výše uvedeného je patrné, že trojice vyšetření - klinické vyšetření, zobrazovací metody a morfologie, jsou základem pro stanovení diagnózy. Rozhodné stanovisko k tomu, o jaký nádor se jedná, zaujímá patolog, který vyšetří podezřelou tkáň a určí diagnózu. Poté se k diagnóze a k dalšímu postupu léčby vyjádří mammární tým v čele s klinickým onkologem.

Rozsah onemocnění se stanovuje pomocí tzv. TNM klasifikace. T (tumor - nádor) – velikost tumoru v prsu v největším průměru v cm, jeho šíření do kůže nebo svalů hrudní stěny. N (nodul – uzlina) – postižení lymfatických uzlin. M (vzdálené metastázy) – informace o případném rozšíření nádorového postižení do vzdálených orgánů [1].

Histologické vyšetření odebraných tkání (celý nádor popř. spádové uzliny) provádí opět patolog. Ten stanoví tzv. „grading“ – stupeň diferenciacie nádorových buněk a „staging“ – stanovení velikosti nádoru, jeho rozsah a další klinické znaky. Označuje se čísly od 0 do IV. Tyto hlavní skupiny jsou ještě rozděleny do podskupin pro přesnější odlišení nádoru, z nichž každá má jinou prognózu a vyžaduje jinou léčbu [1,7].

1.2.4 Možnosti v terapii karcinomu prsu a jejich komplikace

Rozhodnutí, jakou léčbu zvolit, by mělo být záležitostí celého týmu odborníků. Ten tvoří klinický onkolog, chirurg, radiační onkolog, rentgenolog, patolog, popř. další specialisté.

Léčbu vede ve většině případů klinický onkolog. Ten by měl pacientce sdělit postup léčby a důvody, které k této léčbě vedou. Připadá-li v úvahu několik variant terapie, vysvětlí lékař všechny výhody a nevýhody jednotlivých řešení.

Pokud si to pacientka přeje, je rozhovoru s lékařem přítomna i osoba jí blízká. Ta může být ženě oporou nejen v rozhodování o léčbě, ale i v období perioperačním.

Mezi nejčastější terapeutická řešení karcinomu prsu patří: chirurgický zákrok, radioterapie a systémová terapie [1].

Chirurgická léčba může být buď radikální tzn. odstranění celého prsu, v indikovaných případech se spádovými uzlinami nebo záchovná tzv. prs šetřící operace, kdy se nádor a okolní tkáň odstraní v různém rozsahu (prs není postižen z hlediska celku). Způsob a rozsah provedení operace má velký význam pro následný rekonstrukční výkon [4].

Základní chirurgické výkony u operabilního karcinomu prsu:

- mastektomie - nejčastěji prováděný výkon pro karcinom mléčné žlázy. Vlastní ablace se provádí z kožní incize, která zpravidla respektuje uložení tumoru v jednotlivých kvadrantech prsu. Řez má být veden tak, aby od okraje tumoru byl zachován tři až čtyřcentimetrový lem nádorem nepostižené tkáně [2].
- axilární lymfadenektomie (exenterace axily) – jedná se o výkon přidružený k ablaci prsu, protože ve většině případů, kdy nejsou palpačně zjištěny změny v axile, jsou uzliny již nádorem postiženy

- výkon zachovávající prs (konzervativní chirurgický výkon) - indikovány k tomuto postupu jsou tumory do velikosti dvou až tří centimetrů, které neinfiltrují kůži či pektorální sval [2]
- kvadrantektomie – spočívá v odstranění jednoho kvadrantu prsu včetně kůže nad a fascie velkého prsního svalu pod odstraňovanou žlázou [4]
- lumpektomie – je exstirpace tumoru s lemem nepostižené tkáně [2]

Mezi zásadní pooperační komplikace po ablaci prsu s exenterací axily patří postmastektomický syndrom a lymfedém.

U prvně jmenované komplikace dochází po různě dlouhé době po operaci k bolestivosti, která je popisována jako stahování nebo pálení v okolí operační jizvy a zadní partie paže. Na operované straně se relativně často vyvíjí syndrom zmrzlého ramene, jelikož tuto paži pacientka podvědomě šetří a drží ji v nepřírozeném postavení.

Bolest může být též způsobena radiační fibrózou (podkožním zjizvenatěním) pojivové tkáně v oblasti pažního pletence a druhotným poškozením nervově cévního svazku. Bývá často spojena s otokem paže – lymfedémem [1].

Postmastektomickým komplikacím lze předcházet včasnou fyzikální rehabilitací, masážemi jizvy a cvičením paže.

Druhou nejčastější komplikací je lymfedém paže, který se může objevit i za několik let po mastektomii. Vzhledem k rozsahu operace dochází k poškození lymfatického systému a tím k nesprávnému toku lymfy. Na její průtok má vliv i řada zevních vlivů, jako je okolní teplota nebo pohyb.

Léčba lymfedému je obtížná. Nemocná by měla paži držet co nejčastěji ve zvýšené poloze, přikládat bandáž a provádět speciální rehabilitační cviky [1].

Radioterapie má své místo v léčbě karcinomu prsu, i když tento nepatří k výrazně radiosenzitivním nádorům. Tato metoda může být zařazena v době

předoperační, pooperační nebo jako součást paliativní komplexní léčby. Snahou radiační léčby je vpravit do cílového objemu letální nádorovou dávku (Letal Tumor Dose – LTD) během určité doby [2].

Ovšem radiační léčba má svá rizika v podobě poradiačních změn, které můžeme rozdělit na časné a pozdní. Mezi nejobvyklejší časné změny řadíme erytém, mezi pozdní atrofii kůže a podkožní fibrózu.

Šetrnější radiační metodou je ozařování zblízka-brachyterapie. Využívá se zde nejčastěji intersticiální aplikace iridiových drátků. Tím je možné užít vysokých dávek záření přímo k nádoru nebo do oblasti, v níž byl nádor uložen a nedochází při ní k poškození okolní tkáně [1,2].

Systémová léčba využívá metod chemických, hormonálních a biologických. Léky, které se podávají, se dostanou do krevního oběhu a tím postihují všechny buňky v těle. Nejčastějším způsobem podávání léčiv je nitrožilní aplikace – injekce nebo infuze [1].

Hormonální léčba využívá k léčbě karcinomu prsu mechanismu blokády estrogenových receptorů nebo cytostatického působení hormonálních přípravků na nádorové buňky, či působením růstových faktorů. Nejvýznamnějším antiestrogenem je Tamoxifen. Za variantu hormonální léčby lze považovat také ovariectomii. Ta se provádí za účelem odstranění zdroje hormonů, které působí na karcinom stimulačně [4].

Indikační skupiny systémové léčby

- 1) adjuvantní
- 2) neadjuvantní
- 3) paliativní

ad 1) Používá se u žen po předchozí chirurgické léčbě, kdy byl odstraněn celý nádor a nemocná by měla být bez aktuálních známek choroby. Adjuvantní

léčbou sledujeme zničení předpokládaných možných nádorových mikroložisek. Cílem je prodloužení beznádorového intervalu a celkové doby přežití až vyléčení.

ad 2) Tato léčba se aplikuje u žen s nádorem v pokročilém stadiu, který je technicky operabilní nebo u žen, u kterých je primární operace omezená pro velikost nádoru. Cílem neadjuvantní chemoterapie je zmenšení primárního tumoru a zlepšení operability.

ad 3) U žen s metastatickým nádorem prsu je snahou systémové paliativní léčby navození částečné nebo kompletní remise, usnadnění života pacientky a jeho prodloužení [1].

Mezi bezprostřední nežádoucí účinky systémové protinádorové léčby patří nevolnost a zvracení, reakce v místě vpichu při nitrožilním podání, alergické reakce, horečka, zimnice a třesavka. Tyto příznaky se objevují v rozpětí hodin až dnů po aplikaci většiny cytostatik.

K dalším, časným komplikacím, dochází po dnech až týdnech po prodělané chemoterapii:

- úbytek leukocytů - leukopenie
- infekce v důsledku snížené obranyschopnosti organismu
- úbytek trombocytů - trombocytopenie
- alopecie – ztráta vlasů
- zánět sliznice úst – stomatitida
- zánět sliznice střeva a průjem
- zácpa
- poškození kůže a nehtů
- úbytek červených krvinek – anemie

- poškození jaterní tkáně

- poškození plic

Po několika letech od ukončení léčby se mohou objevit problémy spojené s neplodností nebo druhotná zhoubná onemocnění.

I hormonální léčba má své komplikace. Jsou však méně výrazné v porovnání s komplikacemi při podávání cytostatik. Jedná se spíše o nepříjemné psychické stavy, u pacientek dochází k nástupu menopauzy, k návalům horka, zvýšenému pocení. Mohou trpět i depresemi a přibírat nepřiměřeně na váze. Dochází i ke ztrátě zájmu v sexuální oblasti [1].

1.2.5 Psychologická a sociální pomoc ženám po mastektomii

Podpořit psychiku ženy by měl v první řadě lékař už při podezření na zhoubný nádor. Měl by pacientce přesně a srozumitelně vysvětlit důvod i rozsah operace. Je velmi důležité, aby žena získala k lékaři důvěru, což je podstatné ve všech etapách léčby.

V případech, kdy žena nezvládá psychicky novou situaci, je žádoucí opakovaná konzultace u psychologa či psychiatra.

Největší oporu a pomoc najde většina pacientek ve své rodině. Pokud ani to nestačí, existuje nyní řada organizací pomáhajících takto postiženým ženám. Kontakty na ně by měly být k dispozici nejen v ordinaci lékaře, ale v dnešní době lze na internetu najít mnoho odkazů, týkajících se pomoci ženám s rakovinou prsu. Je to například Aliance žen s rakovinou prsu, Mamma Help nebo Eva 35, což je projekt zaměřený na mladé ženy do 35 let s rakovinou prsu.

Nepříznivou sociální situaci pacientky, pokud nastane, lze řešit pomocí sociálních pracovníků. Je k dispozici i nabídka domácí péče odborníky, možnost umístění v domech s pečovatelskou službou, pomoc při shánění pomůcek nutných k pohybu a ošetřování pacienta, sociální příspěvky, umístění v hospicu apod. [1].

K dobrému psychickému stavu nemocné také přispěje, vrátí-li se zpět do zaměstnání. Samozřejmě ve chvíli, kdy to zdravotní stav dovoluje.

I lázeňská léčba může být velmi prospěšná nejen po fyzické stránce. Změna prostředí zapůsobí blahodárně i na psychiku nemocné.

1.2.6 Prognóza a prevence nádorových onemocnění prsu

Pro další osud pacientky je nezbytné posoudit veškeré faktory, které mohou pomoci v odhadu prognózy a v odhadu (predikci) možné odpovědi na léčbu. Podle klinického stadia lze určit délku přežití pacientky [1].

V praxi jsou posuzovány i negativní prognostické faktory. Krátká anamnéza u nemocných s rozsáhlejším nálezem svědčí o velmi výrazné růstové potenci. Za nepříznivou se považuje velikost primárního nádoru nad 5cm, fixace k okolí ukazuje na agresivitu. Se zvětšující se velikostí primárního nádoru se zvyšuje pravděpodobnost metastáz do regionálních lymfatických uzlin [2].

V oblasti nádorových onemocnění prsu sice neexistuje primární prevence, ale sekundární prevencí lze zabránit progresi, v té době ještě vyléčitelných, nádorů.

Vzhledem k tomu, že onemocnění prsu je v mnoha případech diagnostikovatelné pouhým pohmatem, nabízí se možnost sekundární prevence karcinomu prsu u žen samotných. Tou je samovyšetřování prsů, které by se mělo stát součástí života každé ženy.

Osvěta by v tomto směru měla vycházet od obvodních gynekologů, praktických lékařů, přes media, až po internetové odkazy s podrobným návodem k tomuto jednoduchému preventivnímu vyšetření.

1.3 Rekonstrukční výkony po mastektomii

Účelem každé rekonstrukce je zmírnění asymetrie vzniklé chirurgickým zákrokem, což umožní pacientce odložit epitézu. Plastický chirurg usiluje při operaci o to, aby docílil symetrii prsů, co se týče nejen velikosti, ale i tvaru.

Způsob rekonstrukce lékař zvažuje podle mnoha kritérií. Je potřeba vzít v první řadě v úvahu celkovou ztrátu kůže po ablaci a její kvalitu. Druhá úvaha o typu rekonstrukce souvisí s předešlou. Týká se objemu prsu, tj. zda použít implantát či využít vlastní tkáň k doplnění objemu.

Z uvedeného vyplývá základní dělení pacientek za prvé na ty, které potřebují rekonstruovat pouze chybějící objem (po subkutánní mastektomii či kůži šetřící mastektomii). U nich lze použít buď implantát nebo lalok. Druhou skupinu tvoří ženy, které potřebují jak kůži, tak objem. U nich se může použít lalok (pokud je dostatečně velký) nebo lalok s implantátem [4].

Rekonstrukce prsu se provádí buď zároveň v době při odstranění prsu (okamžitá, primární rekonstrukce) nebo později po skončení případné chemoterapie a radioterapie (odložená, sekundární rekonstrukce) [4].

1.3.1 Rekonstrukce prsu vlastní tkání – anatomické poměry břišní stěny

Oblast břicha pod pupkem je výhodným odběrovým místem pro lalok. Poskytuje dostatek kůže a tukové tkáně, kterou lze odebrat na vhodné cévní stopce, ať již s částí přímého svalu břišního – forma TRAM laloku nebo bez přímého břišního svalu – forma perforátorového tzv. DIEAP laloku.

V oblasti břicha lze popsat dva cévní systémy. Za prvé povrchový – a. a v. epigastrica superficialis, a. a v. circumflexa ilium superficialis, které jsou kožními cévami. Druhý systém je hluboký, tvořený a. a v. epigastrica inferior (profunda), a. a v. circumflexa ilium profunda, a. a v. epigastrica superior (pokračování a. a v. thoracica interna) a laterálně interkostálními cévami, které zásobují svaly břicha [4].

1.3.2 Volný TRAM lalok a DIEAP lalok

Na naší klinice je nejpoužívanější technikou při rekonstrukci prsu tzv. volný TRAM lalok – Transverse Rectus Abdominis Muscle lalok. Jedná se o přenos tkáně z podbříšku, jehož cévní zásobení je přímým pokračováním a. epigastrica inferior do přímého svalu břišního a přes muskulokutánní perforátory do tuku a kůže laloku.

Lalok se po vypreparování kompletně oddělí od břicha, volně se přenesse na hrudník, kde se pomocí mikroneurovaskulární techniky napojí na příjmové cévy, většinou a. a v. thoracica interna, a tím se obnoví prokrvení laloku. Po dokončení cévních anastomóz provede lékař modelaci přeneseného laloku, aby objem i tvar odpovídal prsu druhému [4].

Kromě TRAM laloku existuje také varianta obdobného laloku, kde není odběrem postižen přímý sval břišní – perforátorová forma, tzv. DIEAP lalok (Deep Inferior Epigastric Artery Perforator). Mobilizace tohoto laloku spočívá v preparaci nejméně jednoho z perforátorů, vycházejících z tukové vrstvy laloku přes fascii a sval k vlastním cévám stopky. Tento typ laloku používají lékaři na naší klinice v případě příznivých anatomických poměrů pro jeho zvednutí.

1.3.3 Rekonstrukce areolomamilárního komplexu - AMK

Rekonstrukce bradavky a dvorce je konečnou operací, která dodává rekonstruovanému prsu vzhled původního. Některé pacientky vyjádřily názor, že teprve po tomto operativním zákroku získaly pocit, že nový prs patří k jejich tělu [4].

Podle zkušeností lékařů naší kliniky je nejlepší naplánovat rekonstrukci AMK nejdříve za 3-6 měsíců od posledního operačního zásahu na rekonstruovaném prsu (redukce tkáně, modelace). Rekonstrukce bradavky a dvorce se na našem pracovišti provádí v jedné době, technikou použití místního kožně podkožního laloku pro rekonstrukci neomamily a přenosem kožního štěpu pro rekonstrukci neoareoly.

2. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE

Paní E.K. byla přijata na standardní oddělení Kliniky plastické chirurgie 6.4.2009 k rekonstrukčnímu chirurgickému řešení po mastektomii pro karcinom vpravo.

Mastektomie byla provedena v září 2008 na onkochirurgii v Praze 4 a v prosinci téhož roku dal onkolog souhlas k rekonstrukci prsu. V lednu paní E.K. navštívila naši kliniku, aby s plastickým chirurgem probrali možnosti rekonstrukčního výkonu.

U paní K. byla zvolena metoda využívající autologní tkáň – volný TRAM lalok. Rekonstrukce prsu touto technikou je operace hodně náročná jak pro pacientku, tak pro ty, kteří ji provádějí. Jedná se o superspecializovanou operaci, kterou rutinně ovládá v České republice jen několik pracovišť.

Pacientka byla hospitalizována na Klinice plastické chirurgie FNKV od 6.4. do 19.4. 2009. Operaci podstoupila 7.4. 2009

2.1 Lékařská anamnéza

Lékařskou anamnézu zaznamenal lékař při příjmu pacientky 6.4.v 8.15 hod.

Paní E.K. 54 let

RA: otec zemřel na karcinom hrtanu, jinak nádorová anamnéza negativní

OA: operace TE v dětství, před 8 lety hysterektomie

St.p. mastektomii vpravo v září 2008 pro DCIS (duktální karcinom in situ),
sentinelová uzlina negat.

Úrazy: st.p. fraktury dist. předloktí vlevo

Thyreopatie

Medikace: Euthyrox 100mg 1-0-0

Tamoxifen 0-1-0

Alergie: nikl, chrom

Kouření: O

Alkohol: pouze výjimečně

Káva: jedna denně

Sociální anamnéza: pokojská v hotelu, bydlí sama, svobodná, bezdětná

N.O. Pacientka přijata k elektivní operaci – rekonstrukci prsu TRAM lalokem

vpravo. Jedná se o st.p. ablaci pro DCIS v září 2008, adjuvantně

hormonoterapie – Tamoxifen. Onkolog proti rekonstrukci nemá námitek.

Status localis: Hrudník: se stranovou asymetrií – st.p. ablaci pravého prsu, jizva

horizontálně v laterální části se srůsty, levý prs bpn. Axily bez hmatných rezistencí.

Břicho: v podbříšku dostatek měkkých tkání k rekonstrukci.

Lékařské diagnózy: duktální karcinom pravého prsu C 50.9

získané chybění prsu Z 90.1

jiné určené poruchy štítné žlázy E 07.8

Předoperační vyšetření:

V rámci předoperačního vyšetření bylo 30.3.2009 provedeno u pacientky interní vyšetření a kontrolní vyšetření v onkologické ambulanci v Praze 4, kde je paní E.K. dispenzarizována.

Pro posouzení stavu nemocné bylo internistkou provedeno celkové vyšetření pohledem, poslechem, poklepem, pohmatem a EKG vyšetření. Laboratorně byla vyšetřena krev a moč: krevní obraz, biochemické a hematologické vyšetření krve, APTT, Quickův test a vyšetření moči a sedimentu.

Praktická lékařka shledala pacientku schopnou podstoupit chirurgický výkon v celkové anestezii.

Při onkologickém vyšetření lékař zkontroloval jizvu po mastektomii, která byla klidná, bez patologie a provedl pohmatové vyšetření břicha. Dále bylo provedeno RTG vyšetření srdce a plic, ultrazvuk břicha a scintigrafie skeletu.

Všechna vyšetření byla v pořádku a nenasvědčovala na jakákoliv metastatická ložiska či aktivitu onemocnění. Hodnoty nádorových markerů byly v normě a proto onkolog rekonstrukci prsu pacientce doporučil.

2.1.1 Farmakoterapie

V této části uvádím stručně přehled léků, užívaných pacientkou pro základní a přidružené onemocnění a dále léky ordinované ošetřujícím lékařem pouze v souvislosti s operačním výkonem.

V informaci „použití“ uvádím hlavně indikaci vztahující se k popisovanému případu a dávkování, které bylo naordinováno paní E.K. Nepopisuji farmakologické přípravky použité pro celkovou anestezii, protože toto spadá spíše do kompetence anesteziologické sestry.

Chronická medikace:

Euthyrox – indikační skupina: hormon štítné žlázy

léková forma: tablety 100 mg

dávkování: 1-0-1 p.o.

použití: léčba netoxické strumy, tyreoiditidy, substituční léčba

hypothyreózy všech typů

Tamoxifen – indikační skupina: antiestrogen, cytostatikum

léková forma: tablety 20 mg

dávkování: 0-1-0 p.o.

použití: k léčbě karcinomu prsu

Medikace v průběhu hospitalizace:

Diazepam – indikační skupina: anxiolytikum

léková forma: tablety 10 mg

dávkování: jednorázově 1 tableta p.o. 6.4. ve 23.00 hod

použití: úzkost, napětí, strach

Dithiaden – indikační skupina: antihistaminikum

léková forma: tablety

dávkování: jednorázově 1 tableta p.o. 7.4. v 7.30 hod

použití: všechny typy alergických reakcí

Fragmin – indikační skupina: antikoagulans, antiagregans

léková forma: injekční roztok

dávkování: jednorázově 2 500 mj s.c. 7.4. v 7.30 hod

použití: prevence srážení krve, profylaxe tromboembolie v souvislosti s chirurgickým výkonem

Dolsin – indikační skupina: analgetikum

léková forma: injekční roztok

dávkování: 50mg i.m. 7.4. v 7.45 hod – součást premedikace

50mg i.m. 8.4. ve 22.00 hod – pro utišení bolesti

50mg i.m. 9.4. v 18.00 hod – pro utišení bolesti

použití: premedikace před celkovou anestézií, závažné druhy akutní bolesti

Atropin – indikační skupina: parasymptikolytikum

léková forma: injekční roztok

dávkování: jednorázově jako součást premedikace 0.5mg i.m. v 7.45 hod

použití: premedikace před celkovou anestézií

Cefazolin – indikační skupina: širokospektré antibiotikum

léková forma: injekční rozpustný prášek-podáván i.v. ve 100ml

fyziologického roztoku

dávkování: od 7.4. 6.00hod 1g každých 6 hodin i.v.

od 11.4. 6.00 hod 1g každých 8 hodin i.v.

od 14.4. 12.00 hod změněn na perorální formu širokospektrého antibiotika

použití: infekce vyvolané grampozitivními i gramnegativními mikroby

(v popisovaném případě jsou tato antibiotika podávána z důvodu prevence infekce)

Duracef – indikační skupina: širokospektré antibiotikum

léková forma: kapsle

dávkování: 14. – 16.4. 500 mg p.o. každých 12 hod (12-24)

použití: infekce vyvolané grampozitivními i gramnegativními

mikroby (v popisovaném případě jsou tato antibiotika podávána z důvodu prevence infekce)

Neurol – indikační skupina: anxiolytikum, antidepresivum

léková forma: tablety

dávkování: od 7.4. 18.00 hod do 9.4. 18.00 hod 0.25mg p.o. po 12 hod

použití: úzkost, doprovázející různá onemocnění

Novalgin – indikační skupina: analgetikum, antipyretikum

léková forma: injekční roztok – v 1 ampuli 500mg ,
tablety - v 1tabletě 500mg účinné látky

dávkování: 7.4. v 15. hod ampule i.v.

11.4. v 17. hod ampule i.v.

13.4. ve 23.30 hod 1 ampule i.v.

14.4. v 6.00 hod 1 tableta p.o.

použití: silné bolesti po operacích

Anopyrin – indikační skupina: antiagregans, analgetikum,
antipyretikum, antirevmatikum

léková forma: tablety

dávkování: od 15.4. 6.00 hod 200mg p.o. po 12 hod

tato medikace trvá nadále půl roku po propuštění pacientky
do domácího ošetřování

použití: snížení krevní srážlivosti

Vasodilatační infuze: 7.- 13.4. kontinuálně 24 hodin denně

fyziologický roztok 500ml, Heparin 5000 mj, Agapurin 2 ampule,
Mesocain 1% 20ml

Heparin – indikační skupina: antikoagulans

léková forma: injekční roztok

dávkování: od 7.4. 12.45 hod do 13.4. 7.00 hod 5 000mj i.v.

ve fyziologickém roztoku kontinuálně 24 hod

použití: profylaxe a terapie všech forem trombóz a tromboembolií
jakékoliv lokalizace v žilním tepenném systému

Agapurin – indikační skupina: vazodilatans

léková forma: injekční roztok 20mg účinné látky v 1ml

dávkování: od 7.4. 12.45 hod do 13.4. 7.00hod 2 ampule i.v.

ve fyziologickém roztoku kontinuálně 24 hod

použití: koagulační poruchy, v tomto případě podpora udržení
průchodnosti cévních anastomóz na přeneseném laloku

Mesocain – indikační skupina: lokální anestetikum, antiaritmikum

léková forma: 1% injekční roztok

dávkování: od 7.4. 12.45 hod do 13.4. 7.00 hod 20ml i.v.

ve fyziologickém roztoku kontinuálně 24 hod

použití: u tohoto druhu operace se Mesocain podává

jako prevence spasmu cévních anastomóz na přeneseném
laloku

Od 6.4. 15.00 hod do 10.4. 9.00 hod byly podávány kromě fyziologického roztoku
ještě další infuzní roztoky: Hartmanův roztok

Ringerův roztok

glukóza 10% + 8j Inzulínu

Od 10.4. 9.00 byla zrušena ordinace glukózy a 11.4. i Ringerova roztoku. 12. a
13.4. byl podáván kromě vazodilatačních infuzí roztok Hartmannův 500ml/24
hod. Infuzní terapie byla ukončena 14.4. v 8.00 hod a poté byla pacientka
přeložena na standardní oddělení [18].

2.2 Průběh hospitalizace

Pacientka byla přijata na standardní oddělení Kliniky plastické chirurgie
6.4.2009 v 9.00 hod.

Chirurgický výkon byl proveden 7.4.2009 v době od 8.30 do 12.00hod.

Paní K. velmi dobře spolupracovala nejen v den příjmu, ale i na operačním sále
bezprostředně před výkonem. Na jednotce intenzivní péče byla ukázněnou a
trpělivou pacientkou, což jistě přispělo i k bezproblémovému hojení operační rány
na břiše i na rekonstruovaném laloku per primam.

Po sedmi dnech strávených na JIP byla paní K. **14.4. v 8.30 hod přeložena**
na standardní oddělení a 19.4.2009 v 9.30 hod propuštěna do domácího
ošetřování.

2.2.1 Předoperační příprava pacientky

Dlouhodobá příprava zasahovala v podstatě do období, kdy pacientka
prodělala v září 2008 mastektomii pravého prsu. Od onkologa se dozvěděla o
rekonstrukci prsu a rozhodla se operaci podstoupit. V lednu 2009 navštívila naši

kliniku a domluvila se s lékařem na rekonstrukci prsu tkáňovým přenosem. Lékař nemocné vysvětlil postup operace a rizika, která s sebou takto rozsáhlý výkon můžou přinést. Také paní E.K. poučil o požadovaných předoperačních vyšetřeních a přiblížil pooperační průběh.

Před rekonstrukčním výkonem absolvovala pacientka **30.3. 2009 předoperační vyšetření** uvedená v klinické části „2.1 Lékařská anamnéza.“

3.4.2009 přišla pacientka na ambulanci naší kliniky, kde ji lékař znovu podrobně seznámil s výkonem, předoperační přípravou a pooperačním průběhem.

Krátkodobá příprava 6.4. - po sepsání příjmové dokumentace lékařem a zhotovení fotodokumentace byla paní E.K. přijata v 9.00hod na standardní oddělení naší kliniky. Po veškerých formalitách, které doprovázejí příjem (sepsání všech důležitých údajů, poučení pacientky o provozu oddělení apod.) odebrala sestra nemocné krev na zjištění krevní skupiny, z důvodu objednání erytrocytové masy k operaci do rezervy.

Ve 14.00 podstoupila pacientka v lokální anestezii zavedení centrálního žilního katétru (CŽK) do vena subclavia sin.. Tento výkon byl proveden na Klinice anestezie a resuscitace FNKV a je na našem pracovišti u plánovaného rekonstrukčního výkonu TRAM lalokem běžnou součástí předoperační přípravy.

Důvodů k zavedení CŽK je několik: 1)Poloha pacientky na operačním stole , kdy má nemocná pokrčené horní končetiny v loktech a prsty rukou podložené pod hýžděmi.2)Většina pacientek prodělala chemoterapii a jejich periferní žíly nebývají kvalitní. 3)Den před operací je zahájena infuzní terapie, která přetrvává nejméně sedm dní po operaci. 4)CŽK je pro pacientku komfortnější. 5)Okamžitý kvalitní žilní vstup při případné operační revizi.

Po návratu na oddělení v 15.00 sestra zkontrolovala krytí CŽK a dle ordinace lékaře podávala infuzní roztoky (fyziologický a Hartmanův roztok). Bolest v místě vpichu pacientka neudávala, jen sdělila, že ve chvíli zavádění katétru cítila tlak, který se po chvíli zmírnil.

Sestra pacientku poučila o tom, že dostane v 17 hod lehkou večeři a od té doby nesmí už nic jíst. Do půlnoci může nemocná přijímat tekutiny per os od půlnoci už pít nesmí, aby při operaci nedošlo ke komplikacím ze strany gastrointestinálního traktu.

Ve 21.00 provedla sestra u nemocné očistné klyzma, indikované z důvodu chirurgického výkonu v krajině břišní. Poté se pacientka osprchovala a oholila si sama pubické ochlupení a axilu na operované straně. Sestra pouze zkontrolovala správnost oholení a současně i čistotu pupku.

Dále sestra pacientku uvědomila o dalších opatřeních před operací: před odjezdem na sál nesmí být nemocná nalíčená, musí odložit šperky a hodinky a pokud má nalakované nehty, je třeba je odlakovat.

V přípravě k operaci nesmíme zapomenout ani na psychiku nemocné. Je třeba, aby lékař i sestra pacientku uklidnili a zodpověděli všechny případné dotazy, což se také stalo.

Bezprostřední příprava 7.4. začala od půlnoci, kdy byla pacientka znovu sestrou poučena, že nesmí už nic jíst ani pít. Z toho důvodu byly lékařem naordinovány infuzní roztoky, aby byla zajištěna dobrá hydratace organismu.

V 6.30 podstoupila pacientka ještě jednou očistné klyzma a poté se osprchovala.

V 7.30 aplikovala sestra na oddělení paní K. Fragmin 2 500mj s.c. z důvodu prevence TEN a pomohla pacientce s navléknutím stehenních kompresivních elastických punčoch na dolní končetiny.

V 7.45 se nemocná vymočila a byla jí aplikována premedikace dle ordinace anesteziologického lékaře – Atropin 0,5ml i.m. a Dolsin 50mg i.m.. Poté již paní K. nesměla vstávat z lůžka, aby nedošlo k pádu vlivem medikace.

Před odjezdem na operační sál sestra zkontrolovala, zda nemocná odložila šperky a hodinky, zda není nalíčená a nemá nalakované nehty a změřila pacientce fyziologické funkce (viz. tab. č.1 str. 39).

Veškeré úkony, které sestra na oddělení u pacientky provedla, zaznamenala do dokumentace se svým podpisem.

Po příjezdu pacientky do sálového traktu jsem spolu s anesteziologickou sestrou pacientku převzala od sestry z oddělení. Po identifikaci nemocné nám kolegyně nesdělila žádné závažné informace, které by byly pro průběh anestezie a samotného výkonu podstatné. Premedikaci snesla pacientka dobře, alergii na léky a na desinfekční prostředky nepotvrdila.

Z pohledu sálové sestry je v bezprostřední předoperační přípravě pacientky důležité hlavně její bezpečné uložení na operačním stole, dodržení všech aseptických postupů a dalších opatření, popsanych v části „3.5 Ošetrovatelské diagnózy a jejich realizace.“

2.2.2 Průběh operace

Operace byla provedena 7.4.2009 od 8.30hod do 12.00.hod.

Po uvedení pacientky do celkové anestezie provedl operatér spolu s asistentem dezinfekci operačního pole roztokem Betadine. Instrumentářky pomohly při zarouškování operačního pole, které u tohoto typu operace sahá od ramen nemocné k podbříšku. Dbaly přitom na přísnou sterilitu a správnost provedení. Během operace podávaly sestry lékařům nástroje buď na výzvu nebo dle zkušeností bez výzvy a průběžně sledovaly počet vydaného, a s pomocí obíhající sestry i vráceného, materiálu k sušení ran.

Na naší klinice se hlavní operatér vždy soustředí na odběr laloku v krajině břišní a zkušený asistent připravuje na hrudníku prostor pro lalok a příjmové cévy. Na počátku operace v oblasti hrudníku odstranil lékař jizvu po mastektomii, kterou jsme, po označení mediálního pólu stehem, odeslali k histologickému vyšetření. Poté lékař vytvořil prostor pro lalok a přístup k příjmovým cévám. V této fázi byl resekován chrupavčitý úpon IV. žebra a lékař připravil mammární svazek.

V okamžiku, kdy byl na břiše připraven TRAM lalok s cévní stopkou a na hrudníku byly připraveny příjmové cévy, dal hlavní operatér pokyn instrumentářce, aby si zajistila vše potřebné pro odpojení laloku a k jeho volnému přenosu - cévní svorky, ligatury z pleteného silonu 3/0 a speciální nůžky.

Po odpojení byl lalok přenesen do oblasti hrudníku, kde lékaři provedly arteriální a venózní anastomózy end to end, tzn. konec ke konci, Prolenem 9/0, s použitím mikrochirurgického instrumenária a mikroskopu. Poté operatér odstranil cévní svorky a lalok se začal prokrvovat. Následně chirurg adaptoval lalok do defektu tak, aby maximálně imitoval prs druhý.

Pod lalok byly vloženy dva Redonovy drény CH 14, které lékař vyvedl mimo ránu a zafixoval ke kůži Ethilonem 3/0. Dále byl lalok „usazen“ pomocí Vicrylu 3/0, Monocrylu 4/0 a Ethilonu 3/0.

Po odstranění části přímého břišního svalu dochází k narušení fascie. K její sutuře byl použit pevný šicí materiál PDS 0 L00P a pro podporu stěny břišní přiložil lékař síťku pro chirurgické účely, CHS100 o rozměrech 200x300mm, kterou zajistil stehy z Prolenu 2/0.

Do krajiny břišní byly zavedeny tři Redonovy drény. Jeden CH 12 do prostoru po odběru přímého svalu břišního a dva CH 14 do podkoží. Všechny byly vyvedeny mimo ránu a přifixované ke kůži Ethilonem 3/0.

Dále byl defekt na bříše uzavřen po vrstvách Vicrylem 3/0 a intradermálním stehem Monocrylu 3/0. Pupek, který byl na začátku operace separován, vyšil lékař na kůži Ethilonem 4/0. Všechny Redonovy drény byly sterilně napojeny na odsávací lahve.

Na všechny sutury byly použity proužky sterilní náplasti Omnifix. Ty lékař překryl sterilními mulovými čtverci s fyziologickým roztokem a následně suchým krytím. V oblasti rekonstruovaného laloku jsem obvazy přelepila nealergizující náplastí v proužcích tak, aby bylo možno lalok kontrolovat pohledem a Dopplerovým přístrojem. Na bříše jsme použili přes krytí rány široký pruh náplasti Omnifix a poté připevnili speciální břišní pás.

Operace proběhla bez komplikací, za aseptických podmínek a s použitím sterilních pomůcek i materiálu. Počet sušené i nástrojů souhlasil, což jsme s kolegyněmi potvrdily svými podpisy do operačního listu (viz. příloha č. 3).

2.2.3 Pooperační průběh 7. – 19. 4. 2009

Po operaci byla pacientka uložena do vyhřátého lůžka do polosedu, s pokrčenými dolními končetinami pro odlehčení břišní stěny, a převezena na JIP.

K invazivním vstupům měla pacientka, kromě předoperačně aplikovaného CŽK, zaveden bezprostředně před operací anesteziologickou sestrou PMK a peroperačně vloženo do operačních ran 5 Redonových drénů. Na dolních končetinách byla ponechána sekvenciální komprese, kterou jsme přiložili

bezprostředně před operací (viz. str. 52 „Riziko TEN z důvodu dočasné imobility v souvislosti s celkovou anestézií“).

Na JIP byly první dvě hodiny sledovány fyziologické funkce – krevní tlak, puls, dechová frekvence a saturace O₂- po 15 min, další hodinu po 30 min a dále po hodině. Dle ordinace lékaře byly podávány léky, O₂ maskou a infuzní roztoky. Současně byl sledován odpad z Redonových drénů a diuréza.

Součástí pooperační péče po rekonstrukci TRAM lalokem je nejen pravidelná kontrola krytí operačních ran, ale i kontrola laloku pohledem a Dopplerovým ultrazvukovým přístrojem, což sestry prováděly současně s kontrolou FF.

V den operace, při večerní vizitě, zkontroloval lékař krytí operačních ran a provedl vyšetření Dopplerovým přístrojem.

1. den po operaci, odpoledne, se pacientka pod dohledem rehabilitační sestry naučila vstávat přes neoperovanou stranu a postavila se u lůžka. Bylo tedy možné odstranit sekveciální kompresi.

Převaz obou operačních ran byl lékařem proveden 1. den po operaci a dále rána na břicho byla převazována ob den a na rekonstruovaném laloku denně. Převazy byly prováděny za aseptických podmínek.

Redonovy drény byly postupně odstraněny 3., 5., a 6. den po operaci. I zde bylo nutné dbát při převazech na sterilní přístup.

Vzhledem k tomu, že po operaci pacientka nepřijímala nic per os, pouze i.v., sledovaly sestry diurézu a dbaly na pečlivou hygienu v okolí PMK, aby nedošlo ke vzniku infekce v této oblasti. Katétr byl odstraněn 3. den po operaci.

CŽK byl převazován 1x za 48 hod a 7. den po operaci jej lékař odstranil. Konec katétru byl odeslán na bakteriologické vyšetření.

Pooperační průběh od 7.4. na JIP proběhl bez komplikací a pacientka byla 14.4 přeložena na standardní oddělení. Ani další pooperační období nepřineslo negativní změny ve stavu nemocné. Pacientce byla podávána antibiotika per. os. ještě do 16.4. a Anopyrin, který pacientky po operaci TRAM lalokem užívají dalších 12 týdnů po zákroku.

Pacientka byla 19.4. propuštěna do domácího ošetřování.

3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

Jak jsem již napsala v úvodu mé práce, setkávám se na operačním sále často s pacientkami, které přicházejí na naši kliniku k rekonstrukci prsu po mastektomii pro karcinom prsu. To je z mého pohledu velmi znepokojivé, ale po každém rekonstrukčním zákroku mě těší, že jsem spolu s lékaři pomohla nemocné ženě najít znovu sebevědomí a chuť do života. Proto jsem si toto téma vybrala.

Moje práce pojednává o 54leté ženě, která se pro karcinom pravého prsu podrobila mastektomii. Nesmířila se však se skutečností, že by měla žít bez jednoho prsu. Proto se rozhodla navštívit Klinikou plastické chirurgie FNKV, kde jí lékař nastínil možnosti rekonstrukce prsu. Byl zvolen rekonstrukční výkon volným TRAM lalokem, jakožto optimální varianta v případě paní E.K.

V perioperační ošetrovatelské péči se jedná o pohled na ošetřování nemocného, které je poskytováno metodou ošetrovatelského procesu, jak před operací (předoperační), při operaci (peroperační) a následně po samotné operaci (pooperační). Z uvedených tří fází je nejvíce specifická část, kdy se pacient dostává na operační sál, aby podstoupil chirurgický zákrok.

Vzhledem k tomu, že pracuji jako sestra pro perioperační péči na operačním sále, zabývám se ve své bakalářské práci zejména ošetrovatelskou péčí o pacientku v období peroperačním. Začátek tohoto období lze ohraničit příjezdem nemocné do operačního traktu a za ukončení peroperační péče můžeme považovat okamžik, kdy je pacientka předána na jednotku intenzivní péče.

Hlavním cílem perioperační péče je vytvořit optimální podmínky ke zvládnutí operační zátěže a k nekomplikovanému hojení operační rány.

3.1 Specifika práce sestry pro perioperační péči na operačním sále

Kvalifikačním předpokladem sestry pro perioperační péči je ukončené studium v oboru Všeobecná sestra. V průběhu působení na operačním sále by si měla tato sestra doplnit kvalifikaci pomaturitním specializačním studiem, zaměřeným na instrumentování na operačním sále.

Sestra pro perioperační péči se na operačním sále dostává do kontaktu s pacientem sice jen na krátkou dobu, ale to jí nebrání v tom, aby pracovala

systematicky podle standardů, s přihlédnutím k aktuálním potřebám pacienta a typu operace.

Ošetrovatelskou dokumentaci na operačním sále na našem pracovišti představuje Operační list (viz příloha č.3), do kterého sestry zaznamenávají všechny podstatné údaje o pacientovi a o okolnostech, za kterých je výkon prováděn.

Sestry pro perioperační péči jsou nedílnou součástí týmu, jehož všichni členové mají jeden společný cíl. Tím je co nejlepší péče o pacienta, který přichází sice s obavami, ale s důvěrou v kvalifikovaný a profesionální přístup všech zdravotníků i pomocného personálu.

Povinností perioperační sestry, instrumentářky, je dobrá znalost operačních výkonů, jejich postupů a vlastních instrumentačních technik. Zároveň musí v roli „manažerky“ zajišťovat provoz operačního sálu, včetně koordinace jednotlivých činností pracovníků jí podřízených. Musí znát technické, přístrojové a materiální vybavení, dodržovat a kontrolovat plnění zásad asepse (soubor opatření, která mají zabránit mikrobiální kontaminaci sterilního prostředí, tkání, materiálů, léčiv apod.) a hygienicko-epidemiologického režimu [22].

Sálová sestra zajišťuje stálou pohotovost pracoviště k operačním výkonům, je povinna vést dokumentaci související s poskytováním perioperační péče, znát krizové situace i rizika a zvládat je [20].

Pozice sestry pro perioperační péči na operačním sále je dvojitá. V první z nich je sestra přímo účastníkem u operačního stolu, sterilně oblečená. Provádí „rouškování“ instrumentačních stolků a připravuje sterilní nástroje za aseptických podmínek. Pomáhá při dezinfekci operačního pole a jeho „zarouškování.“ Instrumentuje, tzn. že včas a přesně podává potřebné nástroje a pomůcky operatérovi a asistentům, asistuje, je odpovědná za funkčnost a sterilitu nástrojů během operace.

Ve spolupráci s obíhající sestrou a lékařem provádí instrumentářka před ukončením operace početní kontrolu mulového materiálu, roušek a nástrojů, což ztvrdí sestry svým podpisem v operačním listě (viz.příloha č.3)..

Druhou, velmi důležitou a odpovědnou pozicí sálové sestry je tzv. „obíhání.“ Tento název pro pomocnou sestru (ovšem také atestovanou

instrumentářku), která během operace zajišťuje hladký průběh operace, je velmi příznačný. Sestra je v podstatě neustále v pohybu – běhá. Tvoří spojku mezi operačním týmem a okolím [5].

Před operací pomáhá obíhající sestra s přípravou nástrojů, přístrojů (které musí umět obsluhovat), je odpovědná za správné uložení pacienta na operačním stole a musí umět manipulovat se zařízením, které operační stůl ovládá.

Snad při každém chirurgickém výkonu se používá elektrochirurgický přístroj, který musí umět sestra na operačním sále obsluhovat. V elektrochirurgii se jedná o průchod vysokofrekvenčního elektrického proudu tkání za účelem jejího řezání nebo koagulace. Během použití prochází proud z aktivní elektrody tkání pacientova těla do zpětné elektrody, která obnovuje proud a vrací ho do generátoru (výňatek z uživatelské příručky pro elektrochirurgický generátor).

Z výše uvedeného je pro obíhající sestru nejdůležitější umístit správně zpětnou (neutrální) elektrodu na pacientovo tělo, aby nedošlo k poškození kůže operovaného.

Na naší klinice se u rekonstrukční operace volným TRAM lalokem používá standardně sekvenciální vzduchová komprese (viz. příloha č.6), se kterou musí umět sestra manipulovat.

Sekvenciální komprese je zařízení složené z malého kompresoru, spojeného s návleky s komorovým systémem. Tyto návleky přikládáme pacientce na dolní končetiny cirkulárně od kotníků po stehna a zajišťujeme je suchým zipem. Přístroj reaguje na cévní odpor DKK nemocné a tím si automaticky řídí svoji funkci.

Po spuštění zařízení dochází k postupnému naplnění jednoho a střídavě druhého návleku vzduchem od kotníků ke stehnům. Tím je efektivně udržován krevní oběh dolních končetin během operace a v časném pooperačním období, kdy je pacientka nejvíce ohrožena TEN.

Obíhající sestra dále provádí záznamy do operačního listu, kde uvádí údaje o pacientovi a dále sem umísťuje štítky, prokazující sterilitu veškerého použitého materiálu, nástrojů, jednorázových operačních plášťů a roušek k zarouškování pacienta (viz. příloha č.2). Zapisuje i údaje do provozních deníků používaných přístrojů – operačního mikroskopu, koagulačních přístrojů, kompresivních

návleků na dolní končetiny, vyhřívací dečky na operační stůl, elektrického ohřívače na fyziologický roztok.

Ošetrovatelské diagnózy, které se na operačním sále stanovují, jsou většinou potenciální a vycházejí z posouzení konkrétních ohrožujících faktorů, které sestra vyhodnotí a poté provede všechna opatření, aby k ohrožení pacienta nedošlo.

3.2 Charakteristika ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces je vědecká metoda řešení problémů nemocných, které může profesionálně ovlivnit sestra. Je to logická metoda poskytování ošetrovatelské péče založená na 5 komponentách

1. shromažďování údajů
2. stanovení ošetrovatelských diagnóz
3. stanovení cílů
4. realizace ošetrovatelských intervencí
5. vyhodnocení reakce nemocného na poskytovanou péči

Ošetrovatelský proces je série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce při individualizované ošetrovatelské péči [16].

3.2.1 Význam ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces je základem individualizované vstřícné ošetrovatelské péče. Vede ke zvyšování kvality a efektivity různých metod a technik použitých při ošetrování nemocných.

Sestry tráví s pacientem mnohem více času, než lékař, a proto jej mohou lépe poznat nejen jako člověka s danou nemocí. Při volném rozhovoru lze navodit ovzduší důvěry tak, že sestry nahlédnou hluboko do soukromí nemocného. To jim umožňuje lépe pochopit jeho potřeby a péče se tak stává kvalitnější a efektivnější.

Ošetrovatelský proces zvyšuje profesní pravomoc a tvořivost sester a přináší jim lepší pocit pracovní spokojenosti a seberealizace. Všechny složky ošetrovatelské péče jsou zcela adresné, takže každý člen ošetrovatelského týmu

nese konkrétní odpovědnost za tu část péče, kterou je povinen u daného pacienta zajistit.

U pacientů, s nimiž se obtížně spolupracuje, pomáhá ošetrovatelský proces snáze pochopit příčiny jejich chování a najít vhodný způsob, jak k nim přistupovat.

Koncepce ošetrovatelského procesu vytváří také základ správného přístupu ke zdravým či nemocným v průběhu profesní přípravy. Dává studujícím zdravotních škol příležitost, aby se v průběhu studia učili komplexnímu pohledu na ošetřování nemocného a na práci s ním, s jeho rodinou i s komunitou [16].

3.3 Ošetrovatelský model

Ošetrovatelský model je označením pro strukturu, v jejímž rámci se ošetrovatelská péče poskytuje. Patří sem role sestry, potřeby nemocného a plánované cíle péče [21].

Ve své práci jsem použila model funkčních vzorců zdraví podle M. Gordon. Je to model přehledný, který mi dal možnost pacientku lépe poznat a pochopit její pocity v době přijetí k hospitalizaci a poté ještě jednou ve chvíli, kdy jsem sní hovořila bezprostředně před operací.

3.3.1 Charakteristika modelu funkčních vzorců zdraví podle

Marjory Gordon

Model je výsledkem grantu, který v 80. letech minulého století financovala federální vláda USA. Je odvozený z interakcí osoba – prostředí. Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce. Při kontaktu s pacientem/klientem sestra identifikuje funkční nebo disfunkční vzorce zdraví.

Vzorce jsou úseky chování jedince v určitém čase a reprezentují základní ošetrovatelské údaje v subjektivní a objektivní podobě. Základní strukturu tvoří dvanáct oblastí, označených autorkou jako dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být buď funkční, nebo dysfunkční [13].

Dvanáct vzorců zdraví M. Gordon obsahuje:

- 1. vnímání – udržování zdraví**, obsahuje vnímání zdraví a pohody jedincem a způsoby, jakými se stará o vlastní zdrav
- 2. výživa – metabolismus** zahrnuje způsob přijímání potravy a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu
- 3. vylučování** zahrnuje exkreční funkci střev, močového měchýře a kůže
- 4. aktivita – cvičení** obsahuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami, zahrnuje aktivity denního života, volného času a rekreační aktivity
- 5. spánek – odpočinek** zahrnuje způsob spánku, oddechu, relaxace
- 6. citlivost (vnímání) - poznávání** obsahuje schopnost smyslového vnímání a poznávání, včetně bolesti a poznávací (kognitivní) schopnosti jedince: orientace, řeč, paměť, abstraktní myšlení, schopnost rozhodování atd.
- 7. sebepojetí – sebeúcta** vyjadřuje, jak jedinec vnímá sám sebe, jakou má o sobě představu
- 8. role – vztahy** obsahuje přijetí a plnění životních rolí a úroveň interpersonálních vztahů
- 9. reprodukce – sexualita** zahrnuje reprodukční období a sexualitu, včetně spokojenosti, změn
- 10. stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance** obsahuje celkový způsob tolerance a zvládání stresových či zátěžových situací
- 11. víra – životní hodnoty** obsahuje individuální vnímání životních hodnot, cílů a přesvědčení, včetně víry (náboženského vyznání) a transcendentna (to, co překračuje naši rozumovou a smyslovou zkušenost), které jedince ovlivňují
- 12. jiné** [13].

3.4 Ošetrovatelská anamnéza

Pacientka E.K. byla přijata na standardní oddělení Kliniky plastické chirurgie 6.4.2009. V tento den odpoledne jsem ji navštívila na pokoji, abych ji lépe poznala a získala informace k ošetrovatelské anamnéze. Další údaje jsou ze zdravotnické dokumentace, z pozorování, měření a od ostatních členů týmu.

Ošetrovatelskou anamnézu jsem odebrala 6.4.2009 v 15.30 hodin při návštěvě pacientky na standardním oddělení naší kliniky (viz. příloha č.2). V té chvíli byla paní E.K. na pokoji sama, takže nebyl problém s intimitou pro rozhovor. Myslím, že jsem získala svým empatickým přístupem důvěru pacientky, protože se mnou hovořila velmi otevřeně a bez větších zábran.

Z anamnestických údajů je pro sálovou sestru důležitá sice jen část a jejich sběr popsanou metodou není běžnou součástí práce sálové sestry. Avšak pro komplexní pohled na ošetrovatelskou péči jsou uvedená data podstatná.

Proto v rámci celistvého pohledu na perioperační péči uvádím v konkrétních vzorcích dle M. Gordon ještě navíc údaje, které mi pacientka poskytla bezprostředně před operací. To mi umožnilo v některých bodech přehodnotit pohled na rizika spojená s operačním výkonem. K průběžnému přehodnocení dochází také během operačního výkonu.

K přehodnocení některých zásadních informací došlo v den operace 7.4.2009 při převzetí na operační sál v 8.15 hod, kdy jsem měla možnost hovořit s pacientkou nerušeně v předsálí.

Údaje o nemocné:

Jméno: E.K.

Věk: 54 let

Výška a hmotnost: 174cm/70kg

BMI 23,12

Bydliště: xxx

Stav: svobodná

Povolání: pokojská v hotelu

Alergie: nikl, chrom

Osoba, kterou lze informovat o zdravotním stavu: matka

Tabulka č.1

Základní fyziologické funkce paní E.K. v perioperačním období

	6.4. 15.30	7.4. 7.45	7.4. 12.15
tělesná teplota	36,8°C	36,7°C	37,1°C
krevní tlak	120/80	115/75	110/70
puls	80	76	74
dechová frekvence	18	14	16

3.4.1 Sběr informací podle modelu funkčních vzorců zdraví

M. Gordon

Tyto informace jsem získala od pacientky v den jejího příjmu na oddělení naší kliniky tj. 6.4.2009 v 15.30 hod a podruhé 7.4.2009 v 8.15 hod, bezprostředně před operací, kdy došlo v některých bodech k přehodnocení zejména potenciálních rizik.

1. Vnímání zdraví

Informace získané den před operací

Paní E.K. vždy celkem dbala o své zdraví tím, že nikdy nekouřila a alkohol pije pouze při zvláštních příležitostech. Jedna káva denně k snídani je pro ni postačující dávka kofeinu.

Pacientka chodí pravidelně na všechny potřebné preventivní prohlídky.

To, že není v jejím pravém prsu něco v pořádku, zjistil lékař při běžném mamologickém vyšetření, kde bylo zachyceno malé ložisko. Po dalších nezbytných vyšetřeních byla vyslovena diagnóza – duktální karcinom.

Na doporučení lékařů podstoupila paní E.K. mastektomii vpravo. Sama říká, že ještě na operačním sále jí chirurg uklidňoval tím, že se dá „vyrobit prs nový.“ S touto myšlenkou se jí podařilo lépe zvládnout těžké období po operaci.

Pacientka si uvědomuje rizika spojená s další operací, ale chce se opět cítit jako „celá žena.“ Jen má strach, aby se operace zdařila, protože je lékařem poučena i o možnostech komplikací, které mohou v pooperačním průběhu nastat.

Před další operací, rekonstrukčním výkonem, vnímá paní situaci spíš jako vysvobození ze „zakletí neplnohodnotného člověka.“

Informace získané bezprostředně před operací

Názor na zvolení operačního výkonu paní E.K. nezměnila. Těší se stále na to, až bude „celou ženou.“ Větší strach nepocituje, možná jen obavu z pooperačního průběhu. Ten, jak sama říká, sice nedokáže ovlivnit fyzicky, ale psychicky snad ano. To je velmi dobrý přístup, protože v pooperačním průběhu je psychika operované velmi důležitá.

2. Výživa a metabolismus

Informace získané den před operací

Pacientka je zvyklá jíst dost nepravidelně. Říká, že po jídle sáhne až ve chvíli, kdy pocituje hlad. Samozřejmě si uvědomuje, že to není ideální model stravování, ale jí vyhovuje. Pokles ani úbytek hmotnosti nepozoruje, v jídle není vybíravá a nedodrží žádnou dietu. Přiznává, že má ráda sladké, hlavně moučníky.

Vzhledem k tomu, že paní K. měří 174cm a váží 70kg je její BMI 23, což je výsledek ukazující na normální hmotnost.

Příjem tekutin je u pacientky kolem 2l denně. Pije hlavně neperlivé nápoje a zelený čaj.

Kůži má paní bez známek dehydratace, sliznice jsou vlhké a růžové. V místě, kde byla provedena ablace, zůstala jizva, která se podle pacientky dlouho hojila (asi 1 měsíc). Dnes je mírně vystouplá bez známek zánětu a deformace.

Večer před operací dostala v 17 hodin pacientka pouze lehkou večeři, což bylo poslední jídlo před výkonem. Od půlnoci již měla zakázáno i cokoli pít. Tato opatření jsou standardní před každou operací v celkové anestezii.

Informace získané bezprostředně před operací

Pacientka mi sdělila, že bez problémů dodržela veškerá doporučení ohledně omezení jídla a pití před operací.

Od půlnoci, kdy pacientka již nepřijímala ani tekutiny per os, byly podávány infuzní roztoky, a to fyziologický 500ml a Hartmanův 2x500ml, pro udržení dobré hydratace organismu nemocné i jako prevence TEN.

3. Vylučování

Informace získané den před operací

Paní E.K. močí 5-6x denně, spontánně bez potíží. Na stolici chodí pravidelně 1x denně, většinou po snídani. Nepoužívá žádná projímadla, s kontinencí problémy nemá.

V souvislosti s prodělanou hysterektomií má občas problémy se zvýšeným pocením, což zatím nijak neřešila.

Den před operací, 6.4. ve 21.00 hod, podstoupila pacientka očistné klyzma, z důvodu vyprázdnění střev v souvislosti s operací v krajině břišní.

Informace získané bezprostředně před operací

Pacientka podstoupila v den operace v 6.30 hod ještě jednou očistné klyzma, což zaznamenala sestra na oddělení do dokumentace.

Na operačním sále byl pacientce zaveden anesteziologickou sestrou permanentní močový katétr. Děje se tak z důvodu sledování diurézy v průběhu operace a v pooperačním období. Během operace kontroloval diurézu anesteziolog, který nehlásil v této oblasti žádný problém.

Při operaci byly pacientce zavedeny do operačních ran Redonovy drény, z důvodu sledování pooperační sekrece z ran. Jeden drén CH 12 byl vložen do místa, kde byla spolu s lalokem odstraněna část přímého břišního svalu. Dva drény CH14 umístil lékař do podkoží v břišní krajině. Pod rekonstruovaný lalok zavedl operatér dva drény CH14. Všechny drény byly sterilně napojeny na odsávací lahve.

4. Aktivita, cvičení

Informace získané den před operací

Pacientka, jak sama řekla, není vůbec sportovně založená, ale chodí ráda na dlouhé procházky. Když má dovolenou, nejraději cestuje po světě tam, kde je moře a teplo.

Paní K. se pohybuje samostatně, bez kompenzačních pomůcek. Nemá žádné pohybové problémy a je plně soběstačná, což ukázal i výsledek Barthelova testu (viz. příloha č.2).

Také riziko pádu a riziko vzniku dekubitů (dle rozšířené stupnice Nortonové) u pacientky při příjmu k hospitalizaci nehrozilo (viz. příloha č.2).

Po ablaci prsu nepocítovala a ani dnes nepocítuje žádné změny v pohyblivosti a citlivosti paže na operované straně.

Z kompenzačních pomůcek používala pacientka jen epitézu.

Informace získané bezprostředně před operací

Ve chvíli, kdy byla pacientka přivezena do operačního traktu, byly její smysly již částečně ovlivněny premedikací a aktivita snižena, což je adekvátní odpovědí na podaná farmaka. Proto zvládla např. přesunutí z převozového lůžka na operační stůl pouze s pomocí.

Riziko pádu tedy hrozilo hlavně po medikaci před operačním výkonem a při probouzení z celkové anestezie. Po přehodnocení bezprostředně před operací jsem dospěla k výsledku 3, což sice není vysoká hodnota, ale přesto byla pacientka pádem ohrožena.

Operace, kterou pacientka podstoupila trvala 3,5 hodiny a po celou dobu byla nemocná v celkové anestezii a tudíž plně imobilizována.

Pro riziko vzniku dekubitů na operačním sále jsem přehodnotila skóre z 33 bodů na 19. To byla hodnota nasvědčující zvýšenému nebezpečí vzniku dekubitů a po přehodnocení Barthelova testu, jsem dospěla k hodnotě 65 bodů, což ukazovalo na lehkou závislost na pomoci druhé osoby (viz. příloha č.2).

5. Spánek a odpočinek

Informace získané den před operací

Spánek je pro paní K. hodně důležitý. Sdělila mi, že když nespí alespoň 8 hodin denně, je druhý den unavená. S usínáním problémy nemá, žádné léky na spaní neužívá. Nejraději si před spaním čte.

Večer den před operací byl pacientce ordinován Diazepam 10mg p.o. pro klidnější spánek.

Informace získané bezprostředně před operací

Paní E.K. mi sdělila, že spala celkem dobře 6 hodin. Přikládala to i večerní medikaci. Jediné, co jí trochu vadilo, byl CŽK, kvůli němuž se bála měnit polohu.

Vzhledem k tomu, že operace byla prováděna v celkové anestezii, bylo třeba aplikovat půl hodiny před výkonem premedikaci, která sestávala z Dolsinu 50mg i.m. a Atropinu 0,5mg i.m.

6. Vnímání, poznávání

Informace získané den před operací

Pacientka byla ve chvíli rozhovoru plně při vědomí, orientovaná místem i časem. Z kompenzačních pomůcek smyslů používá jen brýle na čtení. Sluch má v pořádku. S pamětí údajně zatím nemá problémy.

Nepocit'uje žádnou bolest v místě jizvy po odstranění prsu a ani žádné jiné bolestivé vjemy neudává. V této době neužívá žádná analgetika.

Informace získané bezprostředně před operací

Paní E.K. mi po příjezdu na předsálí sdělila, že se cítí trochu ospalá a zesláblá, což bylo nejspíš následkem podání premedikace před výkonem. Jinak byla nemocná při smyslech a orientovaná v prostoru i v čase.

7. Sebepojetí, sebeúcta

Informace získané den před operací

Pacientka má přiměřené sebevědomí. Je to pohledná a příjemná žena, která dbá na svůj zevnějšek. Proto je pro ni velmi důležité, aby rekonstrukční operace dopadla dobře. Sama pro to udělá, co bude v jejích silách.

Přiznává, že období, kdy prodělala první operaci – odstranění prsu, zvládala velmi těžko. Říká, že si připadala „jako zrůda.“ Jen díky podpoře matky, bratrovy rodiny a kamarádek vše překonala a rozhodla se bojovat s osudem.

Informace získané bezprostředně před operací

Bezprostředně před operací nedošlo v této oblasti ke změnám v názoru pacientky.

8. Role a vztahy

Informace získané den před operací

Paní E.K. bydlí sama ve dvoupokojovém bytě. Je svobodná a bezdětná. Jak přiznává, dlouho „přebírala“, až se nakonec nevdala. Má matku, kterou často navštěvuje a bratra, jehož děti nahrazují paní K. vlastní rodinu.

Po první operaci, která změnila paní K. život, jí nejvíc v domácnosti pomohl bratr a jeho manželka. Nebylo to však potřeba dlouho, protože paní K. je velice silná žena a nedokáže být delší dobu v nečinnosti.

Pacientka mi řekla, že po dobu, co bude na JIP si nepřeje, aby ji kdokoliv, z rodiny či známých, navštěvoval. Je si vědoma toho, že bude po operaci potřebovat klid a také nechce, aby ji příbuzní a známí viděli neupravenou a v nemocniční košili. Telefonické rozhovory s blízkými však nezavrhovala.

Paní K. dobře spolupracovala s veškerým ošetřujícím personálem a se mnou hovořila vstřícně a otevřeně.

Informace získané bezprostředně před operací

V této oblasti neshledávám žádné zásadní změny, které by byly důležité pro peroperační péči

9. Sexualita a reprodukce

Informace získané den před operací

Začátek menarché udává pacientka ve 13 letech. V roce 2000 provedena hysterektomie pro myomatózu. Od té doby trpí paní občas návaly horka a zvýšeným pocením.

Odstranění prsu znamenalo pro paní K. obrovský zásah nejen do oblasti fyzické, ale i psychické. Byla to pro ni ztráta symbolu ženství a trvalo jí několik dní po mastektomii, než se odhodlala podívat do zrcadla.

Informace získané bezprostředně před operací

Paní E.K. mi nesdělila žádné nové informace. Hlavně se těšila na to, až jí lékaři „vyrobí nový prs“ a ona se bude opět cítit jako žena.

10. Stres, zátěžové situace

Informace získané den před operací

Pacientka mi sdělila, že stresové situace zvládala vždy s klidem. Ale od chvíle, kdy se dověděla o své nemoci, začala být nervóznější a podrážděná. Po mastektomii byla hodně psychicky nevyrovnaná. Doufala však, že nejhorší období má za sebou a že po rekonstrukci prsu bude opět žít normální život.

V rámci rozhovoru, který jsme s nemocnou vedly den před operací, jsem jí srozumitelně vysvětlila, co jí ve fázi přípravy na operaci. Tím jsem zmírnila pacientčinu určitou nervozitu a obavu z neznámého prostředí.

Informace získané bezprostředně před operací

Po příjezdu pacientky do sálových prostor byla pacientka optimisticky naladěná a upřímně mi sdělila, že je to pro ni velký den a na operaci se těší. Také zmínila, že jí hodně pomohl rozhovor se mnou den před operací a díky němu nepocítuje větší obavy z operace.

11. Víra, životní hodnoty

Informace získané den před operací

Paní E.K. kdysi věřila v Boha. Nyní věří v život. Přeje si hlavně zdraví a štěstí celé své rodiny. Ráda by se také vrátila ke své práci, kterou má ráda a která jí umožňuje být stále v kontaktu s lidmi.

Informace získané bezprostředně před operací

Názor nemocné v této oblasti se bezprostředně před operací nezměnil. Naopak se domnívám, že mě pacientka utvrdila v tom, že zdraví a život, jsou pro ni tím nejcennějším

12. Jiné

Informace získané den před operací

Když jsem s pacientkou sepisovala ošetrovatelskou anamnézu byla nemocná hodinu a půl po zavedení CŽK do v. subclavia sin., což pro ni byla neznámá situace. Bolest v místě vpichu neudávala, jen mi sdělila, že cítila tlak ve chvíli zavádění katétru.

Informace získané bezprostředně před operací

Pacientka mi řekla, že si během noci na CŽK „moc nezvykla“. Bála se otočit na bok, aby nedošlo k vytažení katétru a stále cítila na kůži v podklíčkové krajině „něco cizího“. Chápala však důležitost tohoto venózního přístupu.

Tabulka č.2

Posouzení rizik spojených s hospitalizací a jejich přehodnocení v souvislost s pobytem na operačním sále

	zhodnocení 6.4. v 15.30	přehodnocení 7.4. v 8.15
riziko pádu	riziko pádu nehrozí, skóre 0	riziko pádu je zvýšené, skóre 3
riziko dekubitů - hodnocení dle Nortonové	riziko dekubitů nehrozí, skóre 23	riziko dekubitů hrozí, skóre 19

riziko TEN	riziko TEN je nízké	riziko TEN je zvýšené
riziko snížené soběstačnosti dle Barthelova testu	výsledek testu 100	výsledek testu 65
invazivní vstupy	1.den zaveden CŽK do v.subclavia sin, hrozí riziko infekce	v průběhu operace kromě CŽK zaveden PMK a Redonovy drény, riziko infekce je zvýšené

3.5 Peroperační ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila na základě analýzy informací z ošetrovatelské anamnézy dne 6.4.2009 v 15.30 hod. K přehodnocení diagnóz a hlavně rizik, spojených s operačním výkonem, došlo 7.4.2009 v 8.15 hod.

Krátkodobý plán péče byl stanoven na dobu 3,5 hodiny (viz. příloha č.4). K vyhodnocení plánu péče došlo 7.4.2009 ve 12.15 hod., po „probuzení“ pacientky z celkové anestezie.

Ošetrovatelskou péči o pacientku na operačním sále jsem prováděla v roli „obíhající“ sestry, často s pomocí sálového sanitáře. Odpovědnost za všechny úkony má ale vždy sestra.

Ošetrovatelské diagnózy, které jsem u pacientky stanovila, jsou všechny potenciální. Ve své práci jsem si tedy určila vzhledem ke krátkému pobytu pacientky na operačním sále, pouze krátkodobé cíle péče.

Některé popsané ošetrovatelské diagnózy končí s ukončením operace, jiné přetrvávají do pooperačního období.

Přehled ošetrovatelských diagnóz

1. Riziko infekce z důvodu porušení tkáňové integrity v souvislosti s operačním výkonem
2. Riziko pádu v souvislosti s podáním medikace před operací, během operace a při probouzení z celkové anestezie
3. Riziko perioperačního poškození kůže v souvislosti s použitím elektrochirurgických přístrojů

4. Riziko TEN z důvodu dočasné imobility v souvislosti s celkovou anestezií
5. Riziko vzniku dekubitů v souvislosti s dočasnou imobilitou v celkové anestezii
6. Riziko periferní neurovaskulární dysfunkce horních končetin z důvodu dočasné imobility v souvislosti s celkovou anestezií

1. Riziko infekce z důvodu porušení tkáňové integrity v souvislosti s operačním výkonem

Cíl ošetrovatelské péče

- u pacientky nedojde k rozvoji známek infekce v časném pooperačním období

Ošetrovatelský plán

- před operací zkontrolovat u pacientky správnost oholení
- při operaci použít sterilní pomůcky a materiál
- dodržet správnou předoperační přípravu operačního týmu
- operaci provést za aseptických podmínek
- drény z operačních ran sterilně napojit na odsávací lahve
- operační rány sterilně překrýt
- na operační sál umožnit přístup pouze zdravým zaměstnancům

Realizace

Po uložení pacientky na operační stůl jsem diskrétně zkontrolovala čistotu pupku nemocné a současně oholení axilární a pubické oblasti.

Ve chvíli, kdy byla pacientka anesteziologem připravována k narkóze, pomáhala jsem dvěma instrumentářkám (vzhledem k tomu, že tento typ operace vyžaduje dva operační týmy) s přípravou nástrojů a potřebných pomůcek.

Sterilitu nástrojů jsem zkontrolovala podle štítků na kontejnerech s nástroji. Štítky jsou součástí sálové ošetrovatelské dokumentace (viz. příloha č.3). Kromě toho sálové sestry na závěr operace potvrzují svým podpisem dodržení aseptických postupů. Všichni z přímých účastníků operace (operatér, asistenti, instrumentářky) musí provést před oblečením jednorázových sterilních oděvů a rukavic, chirurgické mytí a dezinfekci rukou.

Čepice, která zakrývá vlasy a maska přes ústa a nos jsou samozřejmostí u všech přítomných na operačním sále.

Poté, co byla pacientka uvedena do celkové anestezie, zavedla anesteziologická sestra pacientce permanentní močový katétr napojený na sběrný sáček.

Instrumentářky dohlédly na správnost dezinfekce operačního pole a jeho zarouškování sterilními jednorázovými rouškami. Tím se také snižuje možnost vzniku peroperační infekce. Po uzavření operačních ran a napojení Redonových drenů na sterilní odsávací soupravy, bylo použito sterilní krytí (viz. kap.2.2.2 Průběh operace).

Během výkonu jsem dbala na to, aby na operačním sále nebyl přítomen nikdo s projevy jakékoli choroby (kašel, rýma, kožní vyrážka...), což je v prevenci infekce velmi důležité. Ze své pozice mohu zabránit přístupu na sál např. medikům nebo pomocnému personálu, pokud k tomu shledám vážný důvod. K tomuto opatření během operace nedošlo.

Lékaři a sestry, kteří se účastní operace, musí sami zvážit svůj zdravotní stav a zodpovědně tím přistupovat i k pacientovi.

Dále jsem dohlížela na to, aby v době operace nebyl v jednu chvíli pohyb většího počtu osob na sále. Týká se to opět hlavně mediků, kteří na naše operační sály v rámci výuky docházejí.

Hodnocení

Operace proběhla za všech aseptických podmínek a pravidel výše uvedených. Nedošlo k žádným mimořádným událostem, které by ohrozily pacientku infekcí.

Bezprostředně po operaci nelze zhodnotit, zda došlo k rozvoji infekce, proto ošetřovatelská diagnóza „riziko infekce“ přetrvává i v pooperačním období. Krátkodobý cíl pro peroperační období byl však splněn.

2. Riziko pádu v souvislosti s podáním medikace před operací, během operace a při probouzení z celkové anestezie

Cíl ošetrovatelské péče

- nedojde k pádu pacientky během pobytu v operačním traktu

Ošetrovatelský plán

- pacientku bezpečně přeložit z transportního lůžka na sálové převozové lůžko
- po příjezdu do operačního traktu poučit pacientku o tom, že si nesmí na transportním lůžku sedat, ani z něj vstávat
- pacientku nenechávat bez dohledu sálového personálu
- bezpečně nemocnou přeložit z transportního lůžka na operační stůl
- uložit správně pacientku na operačním stole
- zafixovat dolní končetiny nemocné popruhem
- při probouzení z celkové anestezie mít pacientku pod stálým dohledem
- pacientku bezpečně přeložit z operačního stolu do lůžka a pod dohledem převézt na JIP

Realizace

Pacientku přivezl do operačního traktu sanitář za doprovodu sestry ze standardního oddělení. Paní E.K. jsem spolu s anesteziologickou sestrou převzala, jakož i veškerou dokumentaci o nemocné. Pacientce jsme se sálovým sanitářem pomohli přemístit se z převozového lůžka na transportní lůžko, určené pouze pro transport v sálovém traktu.

Kolegyně z oddělení nám předala informace o nemocné, z nichž jsou pro nás podstatné ty, které se týkají reakce pacientky na premedikaci, vnímání okolí, orientace a aktuální pohyblivosti. Neshledaly jsme žádná závažná fakta.

Paní jsem poučila, že se nemá pokoušet o sezení nebo vstávání z transportního lůžka z důvodu, aby nedošlo k pádu, což dodržela.

Poté jsem spolu se sálovým sanitářem pomohla přemístit se paní E.K. z transportního lůžka na operační stůl. Nejbezpečnější způsob je, když sanitář zajišťuje stabilitu lůžka a pomáhá nemocné s přemístěním na jedné straně a obíhající sestra na straně druhé. Přesvědčila jsem se, zda má nemocná na obou

stranách operačního stolu vedle těla stejně velký prostor, aby ležela ve středu stolu.

Operační stůl je sice dostatečně široký a stabilní, ale i tak jsme pacientce zafixovali dolní končetiny nad kolena textilním popruhem (viz. příloha č.5), upevněným po stranách operačního stolu kovovými háky.

Během operace došlo na přání operátéra ke změně polohy pacientky z lehu do polosedu. Po tomto manévru jsem zkontrolovala, zda nedošlo k posunu pacientčina těla na operačním stole.

Při probouzení z celkové anestezie se může stát, že je pacientka dezorientovaná, pod vlivem medikace a je potřeba zvýšeně dbát na riziko pádu. Proto byla nemocná v této chvíli pod dohledem nejen anesteziologického lékaře a sestry, ale i mým. Důležitá je zde i role sanitáře.

Když anesteziologický lékař nemocnou probudil z celkové anestezie a dal pokyn k převozu na JIP, pomohli jsme pacientce s přemístěním z operačního stolu do vyhrátého lůžka. Poté jsme s anesteziologickou sestrou předaly paní K. do péče kolegyním na JIP.

Hodnocení

V průběhu pobytu v operačním traktu nedošlo k pádu pacientky. Ošetrovatelská diagnóza však přetrvávala i v pooperačním období, dokud pacientka nenabyla úplně vědomí a nezačala se aktivně pohybovat mimo lůžko. Krátkodobý cíl byl však splněn.

3. Riziko peroperačního poškození kůže v souvislosti s použitím elektrochirurgických přístrojů

Cíl ošetrovatelské péče

- v průběhu operace nedojde k poškození kůže pacientky v souvislosti s použitím elektrochirurgických přístrojů

Ošetrovatelský plán

- pacientku uložit na operační stůl tak, aby se žádnou částí těla nedotýkala kovových částí operačního stolu

- pacientku na operačním stole uložit tak, aby se na žádném místě jejího těla nedotýkala kůže na kůži
- před operací zkontrolovat veškeré příslušenství k elektrochirurgii, sterilní i nesterilní
- použít pouze originální neutrální elektrody k používanému generátoru
- pacientce přiložit neutrální elektrody tak, aby pevně přiléhaly ke kůži
- do generátoru nezapojovat mokré příslušenství
- k dezinfekci operačního pole nepoužívat prostředky obsahující těkavé látky
- v průběhu operace průběžně kontrolovat správnou funkci obou generátorů
- po operaci zkontrolovat kůži pacientky

Realizace

Nemocnou jsme spolu se sanitářem uložili na operační stůl tak, aby se žádnou částí těla nedotýkala kovových částí operačního stolu a také aby se nikde nedotýkala kůže na kůži. Proto jsem v oblastech, kde měla paní K. podsunuté natažené prsty rukou po hýžděmi, oddělila kožní plochy složenou látkovou roušku (viz. příloha č.5).

Pacientce jsme spolu se sanitářem přiložili originální samolepící jednorázové neutrální elektrody na levé a na pravé stehno (viz příloha č.5) tak, aby při dezinfekci operačního pole, roztokem Betadine bez obsahu těkavých látek, nedošlo k zatečení pod elektrody a tím ke špatné funkci koagulačních přístrojů. Místa přiložení elektrod jsem zapsala do operačního listu (viz. příloha č.3).

Do generátoru jsme zapojili suché a nepoškozené kabely neutrálních elektrod a zkontrolovali, zda příslušenství k elektrochirurgickému přístroji (kabely k přístrojům i k nožnímu ovládání pro bipolární koagulaci) není zjevně poškozené. Totéž provedly instrumentářky při přípravě sterilních pomůcek k operaci (aktivní elektrody, bipolární pinzety a příslušné kabely).

Správnou funkci přístrojů jsem spolu s instrumentářkami průběžně kontrolovala během operace prostřednictvím kontrolního signálního světla na koagulačním přístroji, které má mít při správné funkci zelenou barvu. Při nesprávné funkci přístroje se kontrolní světlo zbarví do červena a dojde i k akustické signalizaci, což se během operace nestalo.

Po odstranění neutrálních elektrod jsem zkontrolovala místa po přiložení, zda nedošlo ke změnám na kůži nemocné, které by mohly být samozřejmě i alergického původu.

Žádné změny jsem nezaznamenala, což jsem zapsala do operačního listu (viz. příloha č.3).

Hodnocení

Oba elektrochirurgické přístroje nesignalizovaly během operace žádnou poruchu. U paní E.K. nedošlo k žádným projevům poškození kůže. Cíl péče byl splněn.

4. Riziko TEN z důvodu dočasné imobility v souvislosti s celkovou anestezií

Cíl ošetrovatelské péče

- u pacientky se neobjeví příznaky TEN

Ošetrovatelský plán

- zkontrolovat, zda má pacientka správně navlečené stehenní kompresivní elastické punčochy
- pacientce správně přiložit sekvenciální kompresi na dolní končetiny
- v průběhu operace průběžně kontrolovat funkčnost vzduchové komprese
- po operaci zkontrolovat prokrvení dolních končetin
- sekvenciální kompresi pacientce ponechat do pooperačního období

Realizace

Po uložení nemocné na operační stůl jsem zkontrolovala, zda má pacientka správně navlečené stehenní kompresivní elastické punčochy. Poté jsem spolu se sanitářem upevnila na dolní končetiny nemocné speciální vzduchové návleky (viz. příloha č.6). Upozornila jsem pacientku, že vyzkoušíme funkčnost přístroje a že ucítí na DKK střídavě mírný tlak. Vysvětlila jsem nemocné, z jakých důvodů toto zařízení používáme a že je bude mít i v pooperačním průběhu do doby, než vstane z lůžka a začne se více pohybovat (viz.kap. 3.1 Specifika práce sestry...). Po operaci jsem zkontrolovala prokrvení dolních končetin.

Hodnocení

Během operace anesteziolog nehlásil žádné známky poruch krevního oběhu. Sekvenciální komprese byla během operace plně funkční. Prokrvení končetin po operaci bylo dobré. Ošetrovatelská diagnóza však stále přetrvávala i v pooperačním období, dokud nebyla pacientka vertikalizována a nezačala se aktivněji pohybovat mimo lůžko. Krátkodobý cíl na operačním sále byl ale splněn.

5. Riziko vzniku dekubitů v souvislosti s dočasnou imobilitou v celkové anestezii

Cíl ošetrovatelské péče

- pacientka nejeví známky počínajících dekubitů

Ošetrovatelský plán

- pacientku uložit na operační stůl pokrytý originální antidekubitární podložkou
- operační stůl pokrýt čistou a hladkou látkovou podložkou
- pacientku na operačním stole uložit do požadované polohy pro danou operaci
- riziková místa podložit antidekubitárními podložkami

Realizace

Paní E.K. jsme spolu se sanitářem uložili na operační stůl pokrytý čistou látkovou podložkou bez povrchových nerovností.

Operační stůl je originálně vybaven antidekubitární podložkou, která pacientku dostatečně chránila proti působení tlaku na predilekční místa na zádech, zejména v sakrální oblasti a pod lopatkami.

Proti otlakům na patách jsem použila antidekubitární „botičky“, které jsem pacientce připevnila pomocí suchých zipů na obě nohy (viz. příloha č.6).

Dalším rizikovým místem pro vznik ischemie je hlava, opírající se v occipitální krajině v malém rozsahu o podložku. Zde jsem podložila nemocné antidekubitární podložku ve tvaru kola.

Hodnocení

Po ukončení operace jsem pacientce odstranila antidekubitární „botičky“, zkontrolovala jsem prokrvení kůže na patách, stejně tak occipitální krajinu u nemocné.

Kůže na ohrožených místech byla růžová, bez známek ischemie. Prokrvení dolních končetin bylo dobré. Krátkodobý cíl péče na operačním sále byl splněn.

Ošetrovatelská diagnóza však přetrvávala do pooperačního období do chvíle, než byla pacientka schopná pohybovat se aktivněji na lůžku i mimo něj.

6. Riziko neurovaskulární dysfunkce horních končetin z důvodu dočasné imobility v souvislosti s celkovou anestezií

Cíl ošetrovatelské péče

- během operace nedojde k útlaku nervů a cév horních končetin

Ošetrovatelský plán

- horní končetiny podložit antidekubitárními pomůckami v oblasti loktů a zápěstí
- dohlédnout na to, aby měla pacientka prsty rukou, podložené pod hýžděmi, natažené
- po operaci zkontrolovat prokrvení a cití horních končetin

Realizace

Horní končetiny měla nemocná pokrčené v loktech a natažené prsty byly podložené pod hýžděmi (viz. příloha č.5).

Při polohování pacientky jsem dohlédla na správné podložení horních končetin. V oblasti ramen postačovalo měkké originální pokrytí operačního stolu. Pod lokty a pod zápěstí jsem umístila antidekubitární podložky. Zkontrolovala jsem, zda prsty na rukou pacientky jsou pod hýžděmi natažené.

Hodnocení

Po probuzení z celkové anestezie neudávala pacientka žádné změny v cití horních končetin a já jsem neshledala žádné změny v jejich prokrvení.

Krátkodobý cíl byl splněn, ale ošetrovatelská diagnóza přetrvávala do doby, než úplně odezněly účinky celkové anestezie a pacientka byla schopná nezpochybnitelně potvrdit nepoškozené cití horních končetin.

3.5.1 Dlouhodobý plán péče

Z pozice sálové sestry nemohu sice plánovat u pacientky dlouhodobou ošetrovatelskou péči, ale pro komplexní pohled jsem zařadila alespoň přehled přetrvávajících rizik v pooperačním období od 7.4. do 19.4.

Přetrvávající ošetrovatelské diagnózy:

- riziko infekce
- riziko pádu
- riziko TEN
- riziko vzniku dekubitů
- riziko neurovaskulární dysfunkce horních končetin

Riziko vzniku infekce hrozilo do období, než se zahojily obě operační rány a do chvíle, než byly odstraněny invazivní vstupy: PMK, Redonovy drény a CŽK.

Do té doby sestry dodržovaly správnou hygienu v okolí PMK, převazy operačních ran a CŽK byly prováděny za aseptických podmínek a antibiotika byla podávána v pravidelných intervalech od 7.4.

PMK byl odstraněn 3. den po operaci. Nedošlo k žádným projevům infekce v této oblasti.

Redonovy drény byly odstraněny postupně 3., 5. a 6. den po operaci, podle množství odpadu, které odváděly. Také zde nebyly zaznamenány známky infekce v okolí zavedených Redonových drénů.

CŽK byl sterilně převazován každých 48 hod a odstraněn 7. den po operaci. Místo vpichu bylo sterilně zakryto a celá oblast podklíčkové krajiny byla na půl hodiny zatížena sáčkem s pískem. Konec CŽK byl odeslán na bakteriologické vyšetření. V místě vpichu nedošlo k infekčním projevům.

Nevstřebatelné stehy na operačních ranách byly odstraněny 12. den po operaci. Podávání antibiotik bylo ukončeno 16.4. Rány se zhojily per primam.

Dlouhodobý cíl byl splněn, nedošlo k projevům infekce v souvislosti s poškozením integrity kůže ani ze strany invazivních vstupů.

Další ošetrovatelskou diagnózou, která přetrvávala do pooperačního období bylo riziko pádu, zejména z důvodu doznívajících účinků medikace, podávané při celkové anestezii, a v souvislosti s podáváním léků k utišení bolesti.

Pacientka byla na JIP pod stálým dohledem ošetřujícího personálu a ve chvíli, kdy se postavila u lůžka a začala chodit, u ní byla přítomna i rehabilitační sestra. Do doby, než nemocná nabyla jistotu v pohybování se mimo lůžko, byla stále pod dohledem sester. I tento cíl péče byl splněn, u pacientky nedošlo k pádu.

U všech pacientů, kteří podstupují několikahodinovou operaci a nevstávají z lůžka hned po operaci, hrozí riziko vzniku TEN. Proto jsme u paní E.K. ponechali sekvenciální kompresi na DKK do chvíle, než se postavila u lůžka a začala chodit, což bylo 1. den po operaci. Kromě toho byly pacientce aplikovány vazodilatační infuze, obsahující Heparin, který je lékem zabraňujícím srážení krve. Po přeložení na standardní oddělení bylo zahájeno podávání Anopyrinu, který pacientky užívají ještě dalších 12 týdnů po zákroku. Ošetrovatelský cíl byl splněn, nedošlo k projevům TEN.

Co se týče rizika vzniku dekubitů, které přetrvává do pooperačního období, bylo potřeba, aby měla pacientka v časném pooperačním období správně podložené paty antidekubitárními podložkami do chvíle, než se začala druhý den po operaci aktivněji pohybovat. I tento cíl ošetrovatelské péče byl splněn, nedošlo k projevům počínajících dekubitů.

Na to, aby bylo možné zhodnotit, zda nedošlo k neurovaskulárnímu poškození horních končetin, bylo potřeba počkat do druhého dne po operaci. Tehdy sestra na JIP mohla konstatovat, že cíl ošetrovatelské péče byl splněn. K žádnému neurovaskulárnímu poškození nedošlo.

Podle informací, získaných z dokumentace a od ošetřujícího personálu na JIP a standardním oddělení, byla všechna rizika v pooperačním období od 7.4 do 19.4. eliminována a pacientka byla propuštěna do domácího ošetřování.

Paní E.K. nadále docházela na kontroly na naše pracoviště, což jsem průběžně sledovala v dokumentaci, informovala jsem se u ošetřujícího lékaře a s pacientkou jsem při kontrole v říjnu 2009 hovořila.

V prosinci 2009 se nemocná podrobila konečné fázi rekonstrukční operace, rekonstrukci AMK. U této operace jsem byla přítomná v roli instrumentářky u operačního stolu.

Informace o bezproblémovém pooperačním průběhu po druhém rekonstrukčním zákroku jsem získala jak od pacientky, kterou jsem během druhé hospitalizace navštívila, tak z dokumentace a od ošetřujícího lékaře.

3.6 Hodnocení psychického stavu paní E.K.

Ve chvíli, kdy se pacient dozví, že je onkologicky nemocný, zhroutí se mu svět. Na druhou stranu se od nemocného očekává, že se bude snažit „nedat se“ a nepoddát se nemoci a že se bude neustále snažit zlepšovat svůj zdravotní stav a dělat vše pro to, aby se uzdravil. Toto lze očekávat spíše u krátkodobě nemocných.

Vážně a chronicky nemocní musí vzdor své nemoci dělat mnohé, na co nemají dost sil. Jak fyzických tak psychických [6]. Jsou samozřejmě více unavení a nedokážou všechno, co mohli dělat před onemocněním. Po psychické stránce mohou na ně negativně působit např. i kontroly na onkologii, kde kolem sebe vidí ještě víc nemocí postižené a třeba i mnohem mladší pacienty, než jsou sami.

Ve fázi, kdy pacient řeší svůj zdravotní problém může procházet těmito několika etapami.

Etapy zvládnání nemoci podle Shontze (1975):

a) Šok

Tento stav je charakterizován psychicky jako ustrnutí na jedné straně a zděšené chování na straně druhé. Z psychologického hlediska jde o mentální odpoutávání se daného člověka od reality (duchanepřítomnost).

b) Usebrání

Po relativně krátké době šoku dochází u pacienta, u něhož se vážně změnil zdravotní stav, k psychickému návratu do skutečnosti. Nejde však o zcela normální mentální stav. Emoce má pacient výrazně negativní, nacházíme u něho obavy, strach, zármutek, žal, pocity bezmoci.

c) Stažení ze hry

V této fázi pacient - tentokrát vědomě – odchází do únikového mentálního osamění. Vněm je mu dána možnost popření všeho a tím ulehčení duševní tíhy, která přišla s objevením závažného onemocnění. Toto stažení ze hry umožňuje pacientovi změnu pohledu na jeho danou situaci. Dává mu též příležitost k vypracování plánu dalšího postupu.

d) Tvorba programu k řešení krize

Udržení celkové rovnováhy je u člověka jedním z hlavních cílů veškerého chování. Z tohoto hlediska je nemoc chápána jako narušení rovnováhy. To je třeba odstranit a stav vyrovnat [6].

Podle sdělení nemocné jsem usoudila, že si těmito etapami v obdobné formě prošla i ona sama. Po mastektomii prý byla opravdu ve velkém šoku. Stále se ptala sama sebe „proč právě já?“ a chodila jako tělo bez duše. Trvalo několik dní, než se odvážila podívat na sebe do zrcadla a několik týdnů vždy po večerním sprchování dlouho plakala a myslela na odchod ze světa.

Nakonec si paní E.K. uvědomila, že s odstraněním prsu život nekončí, ale nechtěla se smířit se skutečností, že by její tělo zůstalo „nekompletní.“ Šanci na kvalitnější život jí nastínil již lékař na onkochirurgii, který ji po mastektomii upozornil na možnost rekonstrukce prsu na naší klinice.

Od chvíle, kdy paní K. poprvé navštívila naši kliniku (v lednu 2009), se její psychický stav hodně zlepšil. Naděje, že bude mít na místě jizvy opět prs, a ještě k tomu „vyrobený“ z vlastní tkáně, ji vrátila chuť do života. V dubnu 2009 podstoupila pacientka rekonstrukční výkon. V době její hospitalizace jsem také získala výše uvedené informace.

Na operaci se paní E.K. těšila a přání být opět „celou ženou“ se jí splnilo. S výsledkem operace je velmi spokojená a dodalo jí to opět ztracené sebevědomí. Našla si dokonce přítele a žije plnohodnotný život. Vrátila se i do zaměstnání a raduje se z každého nového dne.

Všechno, co je uvedené v posledním odstavci. mi pacientka sama sdělila v době druhé hospitalizace na naší klinice v prosinci 2009, kdy absolvovala rekonstrukci AMK.

3.7 Edukace pacientky

Dnešní medicína klade stále větší důraz na zapojení pacienta do své léčby. Na lékařích a sestrách je, aby pacienta naučili vše potřebné, co může mít význam hlavně v pooperačním období. Naprosto nepřipustné je odbýt pacienta brožurkou nebo návodem. V edukačním rozhovoru je nutné dbát na trpělivý přístup, podpořený názornou ukázkou a pochvalou nemocného. Nesmíme zapomínat na závěrečné shrnutí a ověření si, zda pacient vše správně pochopil [19].

Abychom dodrželi zásady správné komunikace s pacientem, musíme dbát na to, aby naše sdělení bylo stručné, jasné a používáme běžné slovní obraty. Při komunikaci s nemocným nelze zapomínat i na vliv neverbálních projevů.

Při přípravě edukačního rozhovoru je nutné zvážit jeho načasování. Bereme zřetel na psychický stav pacienta a jeho případnou únavu. Dále je třeba zajistit patřičné soukromí k rozhovoru a posoudit, zda my sami máme dostatek času na zodpovězení otázek pacienta [19].

S paní E.K. jsem edukační rozhovor vedla již při mé první návštěvě nemocné 6.4.2009 na pokoji standardního oddělení na naší klinice. Pacientku jsem se snažila seznámit se vším, co jí na operačním sále před výkonem čeká.

Paní K. jsem řekla, v jaké poloze bude uložena na operačním stole. Dále způsob a důvod přikládání neutrálních elektrod, nutnost podložení molitanovým válcem pod kolena a podložení horních končetin v oblasti loktů a zápěstí. Zdůraznila jsem také důležitost přiložení sekvenciální komprese a antidekubitárních „botiček“. Nemocná vše dobře pochopila a neměla žádné dotazy.

Při propuštění pacientky do domácího ošetřování vedla edukační rozhovor s nemocnou sestrou na standardním oddělení i ošetřující lékař.

Obecná doporučení lékařem naší kliniky pacientkám po operaci volným TRAM lalokem

1. klidový režim do zhojení operačních

2. pracovní neschopnost dodržet nejméně 3 týdny (záleží na pracovním zařazení pacientky)
3. nelehat si 4 týdny na bok operované strany
4. nelehat si 12 týdnů na břicho
5. 12 týdnů po operaci používat střídavě břišní pás a speciální stahovací kalhoty
6. nezvedat těžší břemena nejméně 12 týdnů
7. 12 týdnů po operaci užívat Anopyrin 200mg 2x denně

Pooperační péče o jizvu

Edukece ohledně péče o jizvu přichází k nemocné jak od lékaře tak od sestry na standardním oddělení. Já jsem na toto téma s pacientkou hovořila den před jejím odchodem z nemocnice, kdy jsem ji ještě krátce navštívila.

Pooperační jizva je v počáteční době červená, tuhá a suchá. Proto lékaři na naší klinice doporučují týden po odstranění stehů tlakové masáže jizev. Ty spočívají v tlaku prstů ruky na jizvu po dobu cca půl minuty a poté povolením tlaku na stejnou dobu. Tyto masáže je vhodné provádět 2x denně s použitím neperfémovaného krému či nesoleného sádla a masírovat jizvu po celé její délce. Tím dochází k urychlení hojení jizvy a její neovaskularizaci.

Dále je možné, pro lepší hojení jizvy, použít speciální gelové plátky. Ty si pacientka přikládá přímo na jizvu pod spodní prádlo, které působí mírným tlakem a nahrazují do určité míry tlakové masáže. Gelové plátky také udržují vlhkost jizvy.

Průběh kontrolních vyšetření

Na kontrolu pozval pacientku lékař za týden po propuštění z nemocnice. Při ní bylo vše v pořádku a další návštěva na naší klinice byla domluvena za dva měsíce, tedy v červnu 2009. Jizvy se hojily bez problémů.

Poté přišla paní E.K. na kontrolu 9. října. V té době došlo již k maturaci jizev na laloku a ten dosáhl i svoji finální pozici (viz. příloha č.7). Pacientka spolu

s lékařem mohli tedy začít uvažovat o rekonstrukci areolomamilárního komplexu. Termín k operaci byl stanoven na 1.12.2009.

Informace o průběhu kontrol jsem získala z dokumentace, od ošetřujícího lékaře a v říjnu z krátkého rozhovoru s pacientkou při její návštěvě na naší klinice.

Závěr

V klinické části jsem se zmínila o skutečnosti, že primární prevence u karcinomu prsu neexistuje. Ovšem pravidelné samovyšetřování a mamologické vyšetření mohou předejít rozsáhlejší léčbě a jejím následkům.

Radikální operací u nádorového onemocnění prsu je mastektomie. V mnoha případech však lze nemocným ženám zkvalitnit život rekonstrukčním zákrokem, který je nadějí na plnohodnotný život.

Tak to vnímala i pacientka, o které jsem psala v ošetrovatelské části práce. Paní E.K. byla a stále je silná žena, která se nedokázala smířit s následky svého závažného onemocnění a rozhodla se pro rekonstrukční výkon. I když bude doživotně v péči onkologa, doufám společně s ní, že nejhorší období života má za sebou.

Seznam použitých zkratk

a.	arterie
APTT	aktivovaný parciální protrombinový čas
AMK	areolomamilární komplex
BMI	Body Mass Index
BRCA	breast cancer
CT	computed tomography
CŽK	centrální žilní katétr
DCIS	duktální karcinom in situ
DIEAP	Deep Interér Epigastric Artery Perforator
DKK	dolní končetiny
FF	fyziologické funkce
i.v.	intravenózně
JIP	jednotka intenzivní péče
LTD	Letal Tumor Dose
mg	miligram
mj	mezinárodní jednotka
ml	mililitr
NO	nynější onemocnění
OA	osobní anamnéza
PET	pozitronová emisní tomografie
p.o.	per os
RA	rodinná anamnéza
RTG	rentgen
s.c.	subkutánní aplikace
st.p.	stav po...
TNM	tumor, nodus, metastázy
TRAM	Transverse Rectus Abdominis Muscle
v.	véna

Seznam použité literatury

1. Abrahámová, J., Povýšil, C., Horák, J. a kolektiv. *Atlas nádorů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 328 s., ISBN 80-7169 7710
2. Abrahámová, J. a kolektiv *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 144 s., ISBN 978-80-247-3063-9
3. Doenges, M.E., Moorhouse, M.F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 568 s., ISBN 80-247-0242-8
4. Dražan, L., Měšťák, J. *Rekonstrukce prsu po mastektomii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2006. 168 s., ISBN 80-247-1123-0
5. Duda, M. a kolektiv. *Práce sestry na operačním sále*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 392 s., ISBN 80-7169-642-0
6. Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2002. 200 s., ISBN 80-247-0179-0
7. Mačák, J., Mačáková, J. *Patologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2004. 348 s., ISBN 80-247-0785-3
8. Maďar, R., Podstatová, R., Řehořová, J. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2006. 180 s., ISBN 80-247-1673-9
9. Marečková, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2006. 264 s., ISBN 80-247-1399-3
10. Mikšová, Z., Froňková, M., Zajíčková, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2006. 172 s., ISBN 80-247-1443-4
11. Měšťák, J. a kolektiv. *Úvod do plastické chirurgie*. 1. vyd. Praha: Karolinum 2005. 125 s., ISBN 80-246-1150-3
12. Nováková, J., Haschová, I., Malíková, I. Bezpečnost pacienta na operačním sále. *Florence*, 2006, roč. II, č. 12, s. 39-40.
13. Pavlíková, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2006. 152 s., ISBN 80-247-1211
14. Reindlová, V. Ošetrovatelské diagnózy na operačním sále. *Florence*, 2007, roč. III, č. 2, s. 76-77.

15. Rokyta, R. a kolektiv. *Fyziologie*. 2. vyd. Praha: ISV 2008. 426 s., ISBN 80-86642-47-X
16. Staňková, M. *České ošetřovatelství 3 – Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe*. Brno: NCO NZO 2005. 49 s., ISBN 80-7013-282-5
17. Stingl, J. a kolektiv. *Základy anatomie pro bakalářské studium blok V*. Praha: Univerzita Karlova 3. lékařská fakulta Anatomický ústav 2001.
18. Švihovec, J., Novotná, H., Kašparová, L. a kolektiv. *Pharmindex breviř*. Praha: MediMedia Information 2002. ISBN 80-86336-04-2
19. Venglářová, M., Mahrová, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing 2006. 144 s., ISBN 80-247-1262-8
20. Vlasáková, D. Specifika práce sestry na operačním sále. *Florence*, 2007, roč. III, č. 1, s. 45.
21. Workman, B. A., Bennet, C.L. *Klíčové dovednosti sester*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing 2006. 260 s., ISBN 80-247-1714-X
22. Zeman, M. a kolektiv. *Chirurgická propedeutika*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing 2003. 524 s., ISBN 80-7169-705-2

Seznam tabulek v textu

Tabulka č.1 str. 39 Základní fyziologické funkce v perioperačním období

Tabulka č.2 str. 46 Posouzení rizik spojených s hospitalizací a jejich přehodnocení
v souvislosti s pobytem na operačním sále

Seznam příloh

Příloha č.1 Souhlas s použitím formulářů a fotografií

Příloha č.2 Ošetrovatelská anamnéza a hodnotící škály

Příloha č.3 Operační list

Příloha č.4 Plán péče

Příloha č.5 Správná poloha pacientky na operačním stole

Příloha č.6 Sekvenciální komprese a antidekubitární „botičky“

Příloha č.7 Pacientka před rekonstrukcí prsu a půl roku po rekonstrukci

Příloha č. 1 Souhlas s použitím formulářů a fotografií

Doc. MUDr. Aleš Nejedlý
primář Kliniky plastické chirurgie FNKV

Bc. Renata Mertová
vrchní sestra Kliniky plastické chirurgie FNKV

Žádost o souhlas s použitím formulářů a fotografií Kliniky
plastické chirurgie FNKV pro tvorbu bakalářské práce.

Žádám o použití formulářů pro ošetrovatelskou dokumentaci
Kliniky plastické chirurgie FNKV (ošetrovatelská anamnéza a
operační list) uvedených v příloze č.2 a 3.

Také žádám o souhlas s použitím fotografií z archívu Kliniky
plastické chirurgie, které budou uvedeny v příloze č.7 a fotografií
zhotovených autorkou práce na operačním sále Kliniky plastické
chirurgie FNKV uvedených v příloze č.5 a 6.

Veškeré uvedené přílohy se stanou součástí mé bakalářské
práce.

Jana Borková studentka 3.LF UK

S. Nejedlý,
11/2 2010
Nejedlý
Doc.MUDr. Aleš Nejedlý

Bc. Renata Mertová

11/2 2010 *Renata Mertová*
Mertová
Mertová Renáta
49931

FAKULTNÍ NEMOCNICE
KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
ŠROBAROVA 50, 100 34 PRAHA 10
KLINIKA PLASTICKE CHIRURGIE

Příloha č. 2 Ošetřovatelská anamnéza a hodnotící škály



FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
ŠROBÁROVA 50, 100 34 PRAHA 10
 Klinika/oddělení:

-štítek-
 E.K. 54 LET

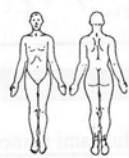
OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

(ošetřovatelskou anamnézu zpracujte do 24 hodin po přijetí k hospitalizaci)

PŘIJETÍ K HOSPITALIZACI			
Hlavní důvod přijetí: REKONSTRUKCE PRSU VPRÁVO			
Datum přijetí: 6.4.2009	Čas: 9 ⁰⁰	Rodina informována: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Hospitalizace: <input checked="" type="checkbox"/> první <input type="checkbox"/> opakovaná:	<input type="checkbox"/> akutní	<input checked="" type="checkbox"/> plánovaná	
Překlad: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	Pacient přeložen z:		
Alergie: <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano	Jaká: MILK, CHROM		
Nesnášenlivost léčivých přípravků: NEUDA'VA'			
Informace podávat komu: MATCE			

SHRNUTÍ RIZIK	
<input type="checkbox"/> zrakové postižení	<input checked="" type="checkbox"/> riziko pádů, skóre: 0
<input type="checkbox"/> sluchové postižení	<input checked="" type="checkbox"/> riziko dekubitů, Norton skóre: 33
<input type="checkbox"/> tělesné postižení	<input checked="" type="checkbox"/> stupeň závislosti, Barthelův test, skóre: 100
<input type="checkbox"/> mentální postižení	<input type="checkbox"/> alergie na desinfekční prostředky:
<input type="checkbox"/> problémy s řečí	<input type="checkbox"/> nutriční riziko
<input type="checkbox"/> neznalost jazyka (cizinec)	

1. DÝCHÁNÍ	
Potíže: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne	Dušnost: <input type="checkbox"/> noční, <input type="checkbox"/> námahová, <input type="checkbox"/> klidová, <input type="checkbox"/> cyanóza
Kašel: <input type="checkbox"/> ano, jaký <input checked="" type="checkbox"/> ne	


2. VYŽIVA, HYDRATACE	
Dieta: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, jaká:	Diabetik: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> PAD: <input type="checkbox"/> Inzulin
Příjem potravy: p.os: <input checked="" type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> NGS/od: <input type="checkbox"/> PEG/od: <input type="checkbox"/> i.v./od: <input type="checkbox"/> umělý chrup: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne
Výška: 174 cm	Váha: 70 kg
BMI: 23	Denní příjem tekutin p.o. / 24 hodin cca: 2 l
Kůže: <input checked="" type="checkbox"/> v normě <input type="checkbox"/> suchá <input type="checkbox"/> vlhká	Sliznice: <input checked="" type="checkbox"/> vlhké <input type="checkbox"/> suché <input type="checkbox"/> afty
<input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> opruzeniny <input type="checkbox"/> hematomy	<input type="checkbox"/> soor <input type="checkbox"/> krusty
<input checked="" type="checkbox"/> léze, rány, jizvy hrudníku vpravo	Dehydratace: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
Dekubity: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, stupeň, lokalizace -	

3. VYLUCOVÁNÍ		
Močení: <input checked="" type="checkbox"/> spont., bez obtíží	Stolice: <input checked="" type="checkbox"/> bez obtíží <input checked="" type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná	Pocení:
<input type="checkbox"/> pleny <input type="checkbox"/> PMK <input type="checkbox"/> stomie: typ.....	<input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> nadýmání	<input type="checkbox"/> v normě
<input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> retence	<input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> stomie, typ	<input checked="" type="checkbox"/> nadměrné občas
<input type="checkbox"/> časté močení <input type="checkbox"/> bolestivé močení	<input type="checkbox"/> poslední stolice: 6.4.6 ⁰⁰	
<input type="checkbox"/> nykturie - frekvence	<input type="checkbox"/> užívá projímadlo	

4. AKTIVITA		
<input checked="" type="checkbox"/> chodí sám <input type="checkbox"/> chodí s pomocí	Tělesný handicap:	Kompenzační pomůcky:
<input type="checkbox"/> pohyblivý v lůžku	<input type="checkbox"/> amputace / paréza / plegie	<input type="checkbox"/> hůl/berle <input type="checkbox"/> chodítka <input type="checkbox"/> vozík
<input type="checkbox"/> ležící nepohyblivý	<input type="checkbox"/> onemocnění pohybového aparátu	
Úroveň soběstačnosti: <input checked="" type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> nesoběstačný (zhodnocení stupně závislosti podle Barthelova testu)		
<input type="checkbox"/> 0 - 40 vysoce závislý <input type="checkbox"/> 45 - 60 závislost středního stupně <input type="checkbox"/> 65-95 lehká závislost <input checked="" type="checkbox"/> 96-100 nezávislý		
Abusus: <input type="checkbox"/> alkohol... <input type="checkbox"/> cigarety.../den <input type="checkbox"/> jiné návykové látky.....		

5. SPÁNEK			
průměrně ...hod	<input type="checkbox"/> problémy s usínáním	<input type="checkbox"/> časté buzení	<input type="checkbox"/> nespavost <input type="checkbox"/> únava
Užívá hypnotika <input checked="" type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano - jaká	<input type="checkbox"/> návyk	<input type="checkbox"/> noční zmatenost

6. SMYSLOVÉ VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ

Vědomí: <input checked="" type="checkbox"/> při vědomí, orientovaný <input type="checkbox"/> orientován pouze <input type="checkbox"/> dezorientovaný/zmatený/neklidný <input type="checkbox"/> agresivní: verbálně/fyzicky <input type="checkbox"/> porucha vědomí : somnolence / sopor / koma	Smyslový handicap: <input checked="" type="checkbox"/> porucha zraku <input type="checkbox"/> porucha sluchu <input type="checkbox"/> porucha řeči Kompenzační pomůcky: <input checked="" type="checkbox"/> brýle / čočky <input type="checkbox"/> naslouchátko <i>kačtem'</i>
Bolest: <input checked="" type="checkbox"/> nemá bolest <input type="checkbox"/> bolest akutní / chronická Kde/kdy (v souvislosti s) : Analgetika..... Intenzita bolesti : 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Riziko pádu : <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne (dle zjištění skóre rizika pádu)	

7. SEBEROJETÍ

Pacient při příjmu: <input checked="" type="checkbox"/> spolupracuje <input type="checkbox"/> má strach <input type="checkbox"/> apatický <input type="checkbox"/> nespolupracuje	<input checked="" type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> rozrušený <input type="checkbox"/> konfliktní <input type="checkbox"/> vyžaduje zvláštní přístup	<input type="checkbox"/> euforický <input type="checkbox"/> smutný	Komunikace: <input checked="" type="checkbox"/> v normě <input type="checkbox"/> obtížná – bariéra <input type="checkbox"/> odmítá komunikovat <input type="checkbox"/> nelze
--	---	---	---

8. MEZILIDSKÉ VZTAHY – SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ

Bydlí: s rodinou sám asistence pečovatelské služby podpora charitou bezdomovec
 zanedbaný z domova zanedbaný z jiného zařízení
Kontakt sociální sestry: ne ano , proč.....

9. SEXUALITA A REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

Žena: menstruace: pravidelná/nepravidelná/silná/slabá
 antikoncepce
 menopauza, event. obtíže *oběma zrytované / totem'*

Muž: obtíže s prostatou : ano/ne
 jiné obtíže.....

10. OSTATNÍ

přeje si návštěvu duchovního
byl seznámen Právy pacienta, domácím řádem a službami nemocnice ano ne /proč

Anamnézu zpracoval/a:

Datum a čas:

Podpis:

Bodina'

6.4.15 30

E.K.

Propouštěcí rozhovor dne:

Pacient informován o propuštění	Pacient (rodina) poučen/i o:
Doprava pacienta zajištěna: vlastní <input type="checkbox"/> sanitka <input type="checkbox"/>	režimu v domácím prostředí
Předány uložené cennosti a osobní věci	stravování
Vydány léky a recepty	užívání LP, poslední podání ve FNKV:
Předány zdravotní pomůcky	další kontrole:
Předána propouštěcí zpráva / PN, lístek na peníze/ Péče HC zajištěna:	
.....	
.....	
Podpis sestry	Podpis pacienta

Hodnotící škály

POSOUZENÍ RIZIKA PÁDU			
AKTIVITA:	SKÓRE:	AKTIVITA	SKÓRE:
Neomezený pohyb	(0)	Žádné smyslové poruchy	(0)
Při pohybu používá pomůcky	1	Smyslový deficit, vizuální/sluchový:	1
Potřebuje pomoc při pohybu	1	Mentální status – orientován	(0)
Neschopen přesunu	1	Občasná/noční dezorientace	1
Nevyžaduje pomoc při vyprazdňování	(0)	Dezorientace/demence	1
V anamnéze nikturie/ inkontinence	1	Věk 18 – 75 let	(0)
Vyžaduje pomoc při vyprazdňování	1	Věk 75 let a výše	1
Neužívá rizikové léky	(0)	Pád v anamnéze	1
Užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní léky, benzodiazepiny.			1
Při skóre vyšším jak 3 jsou preventivní opatření vzniku pádu nutná!			

ZÁKLADNÍ NUTRIČNÍ SCREENING			
Hmotnost	70 kg	Výška	174 cm
		BMI (kg:m ²)	23
Nelze li pacienta změřit a zvážit			2
Nelze li od pacienta získat informace			3
A) Věk:	do 65 let		(0)
	nad 65 let		1
	Nad 70 let		3
B) BMI:	20 - 35		(0)
	18 – 20, nad 35		1
	pod 18		2
C) Ztráta hmotnosti (nechtěná):	žádná		(0)
	do 3kg/3 měsíce		1
	3 kg – 6 kg/ 3 měsíce nebo volné šatstvo		2
D) Jídlo za poslední 3 týdny:	beze změn v množství		(0)
	poloviční porce		1
	jí občas nebo nejí		2
E) Projevy nemoci:	žádné		(0)
	bolesti břicha, nechutenství		1
	zvracení, průjem nad 6/den		2
F) Faktor stressu:	žádný		0
	střední		1
	vysoký		(2)
Střední faktor stressu - chronické onemocnění, diabetes mellitus, menší a nekomplikovaný chirurgický výkon Vysoký faktor stressu <i>pro oběh od 7.4. dále</i> - akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP či ARO			
Index: (A + B + C + D + E + F)	2		
0 - 3	(0)	bez nutnosti zvláštní intervence	
4 - 7	+	nutné vyšetření nutričním terapeutem, speciální dieta	
8 →	!	malnutrice ohrožující život či průběh choroby, bezpodmínečně nutná léčba	

ROZŠÍŘENÁ STUPNICE NORTONOVÉ								
Ochota ke spolupráci	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Tělesný stav	Duševní stav	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
plná 4	<10 4	normální 4	žádné 4	dobry 4	v pořádku 4	chodí bez pomoci 4	plná 4	žádná 4
malá 3	<30 3	šupinatá, suchá 3	Lehká forma 3	obstojný 3	apatický, bez účasti 3	chodí s pomocí 3	lehce omezená 3	někdy 3
částečná 2	<60 2	vlhká 2	středně těžká forma 2	špatný 2	pomatený 2	potřebuje inval. vozík 2	velmi omezená 2	většinou moč 2
žádná 1	>60 1	rány/alergie 1	Těžká forma 1	velmi špatný 1	v bezvědomí 1	ležící na lůžku 1	plně omezená 1	moč i stolice 1

Nebezpečí vzniká při 25 bodech a méně

BARTHLELV TEST ZÁKLADNÍCH DĚNNÍCH ČINNOSTÍ			POSOUZENÍ AKTUÁLNÍHO PSYCHICKÉHO STAVU				
Příjem potravy a tekutin:	samostatně bez pomoci	10	Vědomí	celé jméno	1	0	
	s pomocí	5		datum narození	1	0	
	neprovede	0		věk	1	0	
Oblékání:	samostatně bez pomoci	10	Chování	jaký je teď měsíc, den	1	0	
	s pomocí	5		datum	1	0	
	neprovede	0		kolik je hodin/asi/ kde jsme : město, nemocnice	1	0	
Koupání:	samostatně nebo s pomocí	5	Skóre 0 - 3 : informuj lékaře 0				
	neprovede	0	Skóre 2 a více: informuj lékaře 0	Emoce	Chování		
Osobní hygiena:	samostatně nebo s pomocí	5			nespolupracuje	1	0
	neprovede	0			opozice	1	0
	Kontinence moči:	plně kontinentní			10	agrese	1
občas inkontinentní		5			odmítá léčbu	1	0
trvale inkontinentní		0			hyperaktivní	1	0
Kontinence stolice:	plně kontinentní	10	zpomalený	1	0		
	občas inkontinentní	5	nezájem	1	0		
	trvale inkontinentní	0	Skóre 2 a více: informuj lékaře 1				
Použití WC:	samostatně bez pomoci:	10	deprese	plačtivost	1	0	
	s pomocí	5		strach, úzkost, napětí	1	0	
	neprovede	0		smutek, pesimismus	1	0	
Přesun na lůžko - židli:	samostatně bez pomoci	15	euforie	deprese	1	0	
	s malou pomocí	10		apatie	1	0	
	vydrží sedět	5		euforie	1	0	
	neprovede	0		Skóre 2 a více: informuj lékaře 1			
Chůze po rovině:	samostatně nad 50m	15					
	s pomocí 50m	10					
	na vozíku	5					
	neprovede	0					
Chůze po schodech:	samostatná bez pomoci	10					
	s pomocí	5					
	neprovede	0					
0-45 vysoce závislý 46 - 60 závislost středního stupně 61 - 95 lehká závislost 96 a více nezávislý			100				

Příloha č. 3 Operační list

Operační list Klinika plastické chirurgie				
Štítek pacienta	Operatér		Anestezie	Operace Datum
Příjmení <i>K.</i>	<i>Doc. VEJEDLÝ</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	celková	sál 1. 7.4.09
Jméno <i>E.</i>	Instrumentářka		svodná periferní blok	sál 2. Začátek-íez
R.Č.	<i>KLAŠKOVÁ SHUTVA</i>		svodná centrální spinální	sál 3. 830
Pojišťovna	Obíhající sestra		svodná centrální epidurální	sál 4. Konec- sutura
	<i>BORKOVÁ</i>		lokální	US 1200
	Sanitář			AMB.s. Trvání celkem
	<i>FRANC</i>			3h 30min
Typ operace	Poloha pacienta	Neutrální elektroda	Pálení	Kontrola pokožky po elektrodě
<input type="checkbox"/> akutní	<input checked="" type="checkbox"/> na zádech	<input type="checkbox"/> záda	<input checked="" type="checkbox"/> Mono	<input checked="" type="checkbox"/> bez poškození
	na břiše	<input checked="" type="checkbox"/> LDK	<input checked="" type="checkbox"/> Bipo	zarudlá
<input checked="" type="checkbox"/> plánovaná	na boku	<input checked="" type="checkbox"/> PDK	<input type="checkbox"/> Bez	
	gynekologická	<input type="checkbox"/> hýždě		oper.s.č.4
		<input type="checkbox"/> č. koagulace		Ev.č. F3B 25553A
		Příložit: <i>BORKOVÁ</i>		oper.s. Ev.č. F5F 39060A
		<i>FRANC</i>		
Alergie	Močový katetr	Turniket	Rouškování	Dezinfekce
<input checked="" type="checkbox"/> Ano	<input checked="" type="checkbox"/> Ano <i>č. 14</i>	Ano	Bavlna	Cutaept
<input type="checkbox"/> Ne	Ne	tlak	<input checked="" type="checkbox"/> Jednorázové	Betadina
<i>NIKL CHROM</i>	<i>ZAVEDEN NA OS</i>	Od: Do:		
Sádra	Umělý kloub		Odběr štěpů	
<input type="checkbox"/> nos	<input type="checkbox"/> šlachový implantát		<input checked="" type="checkbox"/> Ano	
<input type="checkbox"/> končetina	<input type="checkbox"/> mammární implantát		<input type="checkbox"/> Ne	
	<input type="checkbox"/> dentální implantát		Lokalita <i>BRICHTO</i>	
Vyšetření	Drén		Šití viz druhá strana	
<input type="checkbox"/> bakteriologie	<input checked="" type="checkbox"/> Redon		Monofil	
<input checked="" type="checkbox"/> histologie	korytkový		Vstřebatelný	
<input type="checkbox"/> jiné	rukavicový			
	žádný		Sarže:	
Krytí	Dlaha		Porucha integrity kůže	
<input type="checkbox"/> Vata+ elastické obinadlo	K. dráty		Oděrky	
<input checked="" type="checkbox"/> Tape	Poldi 5		Běrcový vřed	
<input type="checkbox"/> Masťný tyl	Poldi 7		Dekubity	
<input checked="" type="checkbox"/> Tamponáda	Prospon		Pokálení	
<input checked="" type="checkbox"/> Obklady <i>FR</i>			Tracheostomie	
			Komplikace	
Štítek o sterilizaci	steriGLIN® Containerlabel Class 1 Indicator - ISO 11140-1	steriGLIN® Containerlabel Class 1 Indicator - ISO 11140-1		
	Exp: 2.04.2009	Exp: 4.04.2009		
	LOT: [redacted]	LOT: [redacted]		
	Autoclave: 04.04.2009	Autoclave: 10.04.2009		
	Name: [redacted]	Name: <i>POWERTZ</i>		
	STEAM processed schwarz-noir black-negro	STEAM processed schwarz-noir black-negro		
	4F78H62204 LOT 422583	4F78H62204 LOT 422583		

Implantáty a indikátory:

Použitá síta

ZAKL-KONT
MIKROKAZETA

Poranění operační skupiny

Svědci

Lékař dal pokyn k přepočítání nástrojů a sušení

Datum:

7.4.09

Podpis:

Zdena Klásková
64730

Vladimíra Smutná
81706

Prohlašuji, že během operace byly dodrženy aseptické postupy a použité materiály byly sterilní.

Podpis obíhající sestry:

Jana Borková
6514

Podpis instrumentářky:

Zdena Klásková
64730

Vladimíra Smutná
81706

SÍTI:

ETHILON 4/0 AMZCDQQO
PROLEN 7/0 ADEG83
ETHILON 3/0 AK2HRBQO
VICRYL 3/0 AM8KRBM0
METENY SILON EP215 5684106
VICRYL 3/0 UARGHWQO.
PDS II XAW 42E1 P-34
PROLEN 2/0 XKE4TD
MONOCRYL 3/0 ALM1PZ
MONOCRYL 4/0 BB5DDPV

Kimberly-Clark REF 90016
LOT JK8285072 Expiration Date 201309
(01) 10680651900163
(10) JK8285072 (17) 201309

Kimberly-Clark REF 90016
LOT JK8285072 Expiration Date 201309
(01) 10680651900163
(10) JK8285072 (17) 201309

Kimberly-Clark REF 88764
LOT AC8397B Expiration Date 2013-12
(01) 1068065188764 8
(10) AC8397B (17) 201312

Kimberly-Clark REF 90016
LOT JK8285072 Expiration Date 201309
(01) 10680651900163
(10) JK8285072 (17) 201309

Kimberly-Clark REF 90016
LOT JK8285072 Expiration Date 201309
(01) 10680651900163
(10) JK8285072 (17) 201309

Kimberly-Clark REF 90016
LOT JK8285072 Expiration Date 201309
(01) 10680651900163
(10) JK8285072 (17) 201309

Kimberly-Clark REF 90016
LOT JK8285072 Expiration Date 201309
(01) 10680651900163
(10) JK8285072 (17) 201309

Kimberly-Clark REF 90016
LOT JK8285072 Expiration Date 201309
(01) 10680651900163
(10) JK8285072 (17) 201309

Kimberly-Clark REF 89603
LOT AC8205C Expiration Date 2013-07
(01) 1068065189603 8
(10) AC8205C (17) 201307

Kimberly-Clark REF 90016
LOT JK8285072 Expiration Date 201309
(01) 10680651900163
(10) JK8285072 (17) 201309

Kimberly-Clark REF 89618
LOT AC8182C Expiration Date 2013-08
(01) 1068065189618 3
(10) AC8182C (17) 201308

Kimberly-Clark REF 89618
LOT JK8306072 Expiration Date 201309
(01) 10680651891218
(10) JK8306072 (17) 201310

Kimberly-Clark REF 90016
LOT JK8285072 Expiration Date 201309
(01) 10680651900163
(10) JK8285072 (17) 201309

Příloha č. 4 Plán ošetrovatelské péče 7.4.2009

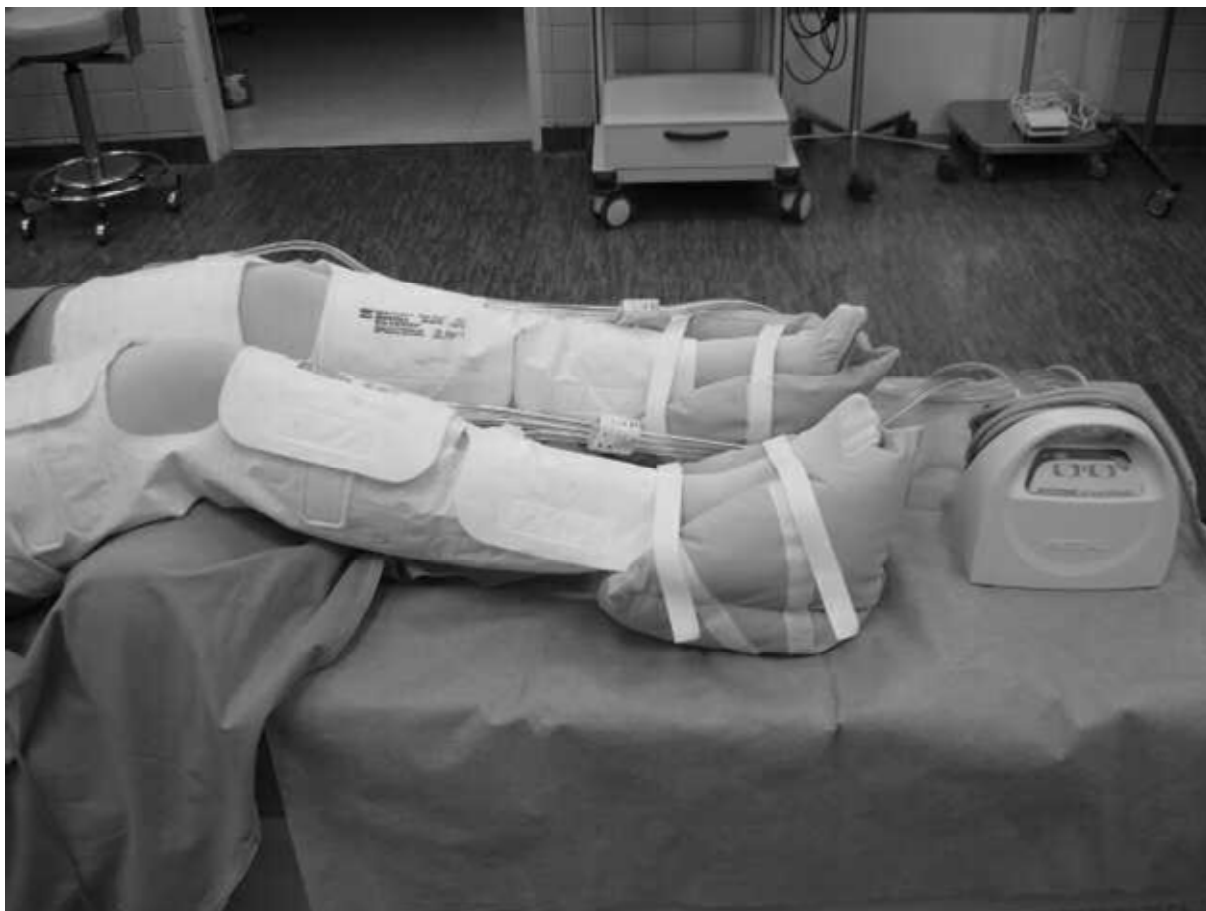
Oš. diagnózy v 8.30 hod	Cíl oš. péče	Plán péče na 3,5 hod	Hodnocení ve 12.00 hod
Riziko infekce z důvodu porušení tkáňové integrity v souvislosti s operačním výkonem	V časném pooperačním období nedojde k rozvoji známek infekce	Operovat za aseptických podmínek s použitím sterilních pomůcek. Na operační sál umožnit přístup pouze zdravým zaměstnancům	Operace proběhla za aseptických podmínek. Bezprostředně po operaci nelze hodnotit, zda nedošlo k rozvoji infekce. Oš. diagnóza přetrvává do pooperačního období
Riziko pádu v souvislosti s podáním medikace před operací, během operace a při probouzení z narkózy	Nedojde k pádu pacientky v operačním traktu	Poučit pacientku o tom, že musí v klidu ležet na transportním lůžku. Na operační stůl uložit pacientku bezpečně, stejně tak ji přeložit po operaci na lůžko. Pacientka bude stále pod dohledem sálového personálu	V průběhu pobytu pacientky v operačním traktu nedošlo k jejímu pádu. Oš. diagnóza přetrvává i v pooperačním období
Riziko peroperačního poškození v souvislosti s použitím elektrochirurgických přístrojů	V průběhu operace nedojde k poškození pacientky v souvislosti s použitím elektrochirurgických přístrojů	Zkontrolovat příslušenství generátorů. Bezpečně uložit pacientku. Neutrální elektrody přiložit správně. Během operace kontrolovat funkci přístrojů. Po operaci zkontrolovat kůži pacientky	Elektrochirurgické přístroje i příslušenství bylo během operace plně funkční. Po operaci se u pacientky neprojevovalo žádné poškození kůže.

Riziko TEN z důvodu dočasné imobility v souvislosti s celkovou anestezií	U pacientky se neobjeví příznaky TEN	Přiložit správně sekvenciální kompresi na DKK. V průběhu operace kontrolovat funkci přístroje. Po operaci zkontrolovat prokrvení DKK. Návleky ponechat i v pooperačním období	Během operace nedošlo k žádným komplikacím ze strany krevního oběhu. Oš. diagnóza přetrvává do pooperačního období
Riziko vzniku dekubitů v souvislosti s dočasnou imobilitou v celkové anestezií	U pacientky se neobjeví žádné známky počínajících dekubitů	Pacientku uložit na operační stůl tak, aby veškerá predilekční místa byla správně podložena. Po operaci zkontrolovat kůži na rizikových místech	Po operaci byla kůže na rizikových místech beze změn, ale tato diagnóza přetrvává i do pooperačního období
Riziko periferní neurovaskulární dysfunkce horních končetin z důvodu dočasné imobility v souvislosti s celkovou anestezií	Během operace nedojde k útlaku nervů a cév horních končetin	Horní končetiny podložit v rizikových místech. Po operaci zkontrolovat cití a prokrvení horních končetin	Pacientka po probuzení z anestezie neudávala žádné změny v cití horních končetin, prokrvení bylo dobré. Oš. diagnóza přetrvává do pooperačního období

Příloha č. 5 Správná poloha pacientky na operačním stole



Příloha č. 6 Sekvenciální vzduchová komprese a antidekubitární „botičky“



Příloha č.7 Pacientka před rekonstrukcí prsu a půl roku po rekonstrukci

