



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE



3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Mgr. Jana Fialová

Ošetrovatelská péče o pacientku po císařském řezu

Nursing Care of the Patient after Caesarean Section

Bakalářská práce

Praha, květen 2014

Autor práce: **Mgr. Jana Fialová**

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Bakalářský studijní obor: **Všeobecná sestra**

Vedoucí práce: **Mgr. Tereza Bakusová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Konzultant práce: **MUDr. Marie Novotná**

Pracoviště konzultanta práce: **Masarykova městská nemocnice
v Jilemnici**

Předpokládaný termín obhajoby: **červen, 2014**

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

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 26. května 2014

Jana Fialová

Zde bych ráda poděkovala za pomoc a cenné rady při vedení ošetrovatelské části bakalářské práce paní Mgr. Tereze Bakusové a v teoretické části paní MUDr. Marii Novotné, které byly vždy ochotné a trpělivé při konzultacích. Ráda bych také poděkovala paní M. S. za ochotu mi poskytnout rozhovor a pomoci tak při realizaci mé bakalářské práce. V neposlední řadě chci poděkovat ochotným sestřičkám z oddělení, bez jejichž pomoci bych nemohla práci napsat.

Obsah

1. ÚVOD.....	1
2. TEORETICKÁ ČÁST.....	2
2.1 Hellp syndrom	2
2.2 Anatomie dělohy	3
2.2.1 Děloha	3
2.2.2 Stavba stěny dělohy	4
2.2.3 Cévní zásobení.....	5
2.3 Císařský řez.....	6
2.3.1 Podmínky a indikace k provedení císařského řezu	6
2.3.2 Anestezie při císařském řezu	9
2.3.3 Předoperační příprava	11
2.3.4 Operační metody a techniky císařského řezu.....	13
2.3.5 Druhy řezů na děložní stěně při císařském řezu	15
2.3.6 Pooperační péče.....	15
2.3.7 Komplikace při porodu císařským řezem	16
2.4 Základní údaje o pacientce	19
2.4.1 Lékařská anamnéza	19
2.4.2 Přijetí pacientky	19
2.4.3 Průběh porodu.....	20
2.4.4 Péče po operaci	21
2.4.5 Přehled farmakoterapie.....	26
3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	27
3.1 Ošetřovatelský proces	28
3.2 Model Virginie Hendersonové.....	30
3.3 Ošetřovatelská anamnéza pacientky	32
3.4 Ošetřovatelské diagnózy	36
3.4.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy	36
3.4.2 Potencionální ošetřovatelské diagnózy	44
3.5 Dlouhodobý plán ošetřovatelské péče	47
3.6 Psychika ženy po porodu	49
3.7 Edukace.....	51
4. ZÁVĚR	54

5. POUŽITÁ LITERATURA	56
------------------------------------	-----------

1. ÚVOD

V posledních letech neustále stoupá počet porodů provedených císařským řezem. Zatímco v roce 2003 bylo takto ukončeno 16,3% všech porodů (ÚZIS, 2004, s. 32) v roce 2012 již tento počet stoupl na 25,9% (ÚZIS, 2013, s. 36). Jak je vidět, žen které podstoupí tuto operaci, neustále přibývá. Proto jsem se rozhodla, prostřednictvím své bakalářské práce, přiblížit péči o ženu po císařském řezu. Toto téma bylo pro mne samotnou velice zajímavé vzhledem k mému věku, kdy začínám sama uvažovat o založení rodiny a mému okolí, které v tuto chvíli otázky porodu i mateřství řeší.

Svou práci jsem rozdělila na dvě části. Teoretická část seznamuje čtenáře s nejdůležitějšími oblastmi, které se týkají císařského řezu, jako jsou jednotlivé indikace k operaci, předoperační příprava, průběh operace a pooperační péče. V praktické části jsem se pak zaměřila na popis péče o konkrétní pacientku po tomto operačním výkonu. Uvedené informace jsem použila s ústním souhlasem pacientky a daného zařízení. V závěrečné části práce se pak věnuji různým oblastem, v nichž je matka v porodnici edukována.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Hellp syndrom

Tento syndrom se objevuje často jako komplikace u preeklampsie. Do nedávna byl proto pokládán jako její atypická forma. Dnes je již Hellp syndrom považován za samostatnou diagnózu. Jeho název pochází ze zkratk **H**emolýza – rozpad červených krvinek, **E**levace jaterních enzymů a **LP** – snížení trombocytů. Příčina tohoto onemocnění není dostatečně objasněna. Předpokládá se, že dochází k cévním spazmům a díky aktivovaným trombocytům k poškození endotelu cévní stěny. Následně se pak můžou objevit místní hemoragie, které poškozují především parenchymatózní orgány, jako jsou játra, plíce, ledviny atd. Mezi nejzávažnější komplikace, které mohou u matek nastat, patří DIC - diseminovaná intravaskulární koagulace, předčasné odloučení placenty, akutní renální selhání a ruptura jater (Dušková, 2010, online).

Hlavní příznaky Hellp syndromu jsou epigastrická bolest, bolest hlavy, pocit nauzei případně i samotné zvracení. U většiny pacientek se postupně také objeví hypertenze. Z krevních testů na Hellp syndrom pak ukazuje snížený počet krevních destiček, zvýšení jaterních testů především ALT a AST a změny v hemokoagulačních parametrech (Binder, 2014, online).

Tento syndrom je vázán na těhotenství, proto jako jediná bezpečná léčba pro matku i dítě, bývá provedení císařského řezu a ukončení těhotenství. Pro bezpečné provedení operačního výkonu je nutné minimálně $70 \times 10^9/l$ trombocytů. Má-li pacientka nižší počet krevních destiček, je nutné zajistit destičkovou náplavu (Binder, 2014, online). Po operaci je důležité pokračovat ve sledování hemokoagulačních parametrů a příznaků preeklampsie. Podle stavu pacientky a výsledků krevních testů podáváme antihypertenziva, magnesium sulfát, diuretika, nízkomolekulární heparin, erymasu a trombocytární náplavy (Dušková, 2010, online).

2.2 Anatomie dělohy

Podstatnou součástí mé bakalářské práce je vzhledem k jejímu zaměření také podrobnější pohled na anatomii dělohy. Do značné míry totiž určuje charakter prováděného lékařského zákroku.

2.2.1 Děloha

Děloha neboli uterus, je dutý svalový nepárový orgán, který slouží k zachycení oplozeného vajíčka a následně k ochraně a výživě vyvíjejícího se plodu až do samotného porodu. Tento ženský pohlavní orgán, jehož vzhled připomíná tvar hrušky, se nachází v pánevní dutině mezi močovým měchýřem a konečníkem. U žen, které nebyly dosud těhotné, dosahuje děloha velikosti 8 - 10cm a v nejširší své části měří nejvýše 5cm. Její váha se pohybuje kolem 50g. Během těhotenství dochází k výraznému zvětšení tohoto orgánu až do délky 30cm a hmotnosti 900g. Po porodu se opět děloha začne zatahovat, až se přiblíží své původní velikosti (Evans, 1994).

Děloha je tvořena z děložního těla (corpus uteri) a děložního hrdla (cervix uteri). Tyto dvě části jsou spolu propojeny pomocí úžiny nazývané isthmus uteri (Naňka, 2009).

Tělo dělohy (corpus uteri) je největší částí dělohy. Směrem dolů se tělo dělohy postupně zužuje. Jeho horní okraj (fundus uteri) je nejširší částí, v níž se spojuje přední a zadní část těla dělohy, které do sebe po stranách přechází hranami děložními (margines uteri). V horní části těla dělohy dále vybíhají rohy děložní (cornua uteri), jimiž ústí do dělohy vejcovody. Přední strana děložního těla naléhá na močový měchýř a zadní strana naléhá na konečník.

Děložní hrdlo (cervix uteri) je zúžená trubicovitá koncová část dělohy, která se člení na dvě části. Portio supravaginalis je horní část děložního hrdla, která se nachází nad poševním úponem, spojující dělohu k pochvě a portio vaginalis (děložní čípek), který se nachází pod poševním úponem a vystupuje do pochvy. Jeho velikost je přibližně 1cm a na jeho vrcholu se nachází zevní branka děložní (Naňka, 2009). Tato branka má před porodem průměr asi 5mm. Během porodu se průměr branky zvětší až na 10 cm, aby mohl plod snáze projít. Děložní hrdlo je pokryto sliznicí, která je upravena do řas tvaru palmového listu

a obsahuje mnoho malých žláz. Ty vylučují hlen, jenž nejen zvlhčuje pochvu, ale slouží i jako ochrana proti proniknutí bakterií (Evans, 1994).

Isthmus uteri, úžina spojující corpus uteri a cervix uteri, je dlouhá 1cm a je u netěhotné dělohy součástí kanálu děložního hrdla. V průběhu těhotenství se však stává součástí zvětšujícího se děložního těla - dolního segmentu děložního (Roztočil, 2008).

2.2.2 Stavba stěny dělohy

Děloha je svalový orgán, jehož silné stěny jsou tvořeny třemi vzájemně propojenými vrstvami hladké svaloviny. Tloušťka stěny dělohy se pohybuje mezi 10 až 15mm. Vnitřní vrstva stěny dělohy je vystlána děložní sliznicí (*endometrium*) (Evans, 1994).

Endometrium je tvořeno jednovrstevným cylindrickým epitelem, v kterém najdeme buňky s řasinkami spolu s buňkami sekrečními. Pod touto epitelovou vrstvou se nachází slizniční vazivo s tubulózními žlázkami (*glandulae uterinae*). V oblasti kanálku děložního hrdla se ve sliznici vyskytuje velké množství hlenových buněk, které vytvářejí hustý hlenovitý sekret. Ten v zevní brance děložní tvoří hlenovou zátku. Na děložním čípku v oblasti zevní branky přechází endometrium v mnohvrstevný dlaždicový epitel poševní (Roztočil a kol., 2008). Z funkčního pohledu můžeme sliznici dělohy rozlišit na dvě vrstvy. *Parst functionalis*, která se vlivem pohlavních hormonů z vaječníků během menstruačního cyklu mění a odlučuje, a *parst basalis*, která zůstává stejná i po porodu. Z této vrstvy se sliznice neustále obnovuje (Rokyta a kol., 2002).

Prostřední nejsilnější vrstva stěny dělohy (*myometrium*) je tvořena z 90% hladkou svalovinou. Dosahuje tloušťky 10-12mm a je tvořeno třemi neostře ohraničenými vrstvami z pruhů hladké svaloviny. Jednotlivými pruhy svaloviny prostupuje vazivo. Během těhotenství dochází k několikanásobnému zvětšení těchto svalových buněk. „*Po porodu se délka svalových pruhů zkracuje a jejich kontrakce zastavují krvácení z přetrhaných slizničních cév*“ (Roztočil a kol., 2008, s. 36). V průběhu šestinedělí se pak délka svalových vláken vrátí do původní délky.

Vnější povrch myometria je pokryt membránou (*perimetrium*). *Perimetrium* je obal, který je napevno spojen s vrstvou svaloviny. Přejíždí z močového měchýře na přední stranu dělohy a vytváří prohlubeň *excavatio vesicouterina*. Ze zadní části dělohy pokračuje peritoneum dále na konečník. Mezi konečníkem a dělohou tak vzniká *excavatio rectouterina*, která vystýlá Douglasův prostor. Ten je znám jako nejnižší uložený prostor v dutině břišní (Rokyta, 2002).

2.2.3 Cévní zásobení

Dělohu zásobuje okysličenou krví *a. uterina*. Tato tepna se u hrany děložní kříží s *ureterem*. U děložního hrdla se pak z této arterie odděluje *a. vaginalis*, která vede dolů podél stěny poševní. *A. uterina* pokračuje směrem k rohům děložním, kde se rozvětňuje. Odkysličená krev je odváděna *v. uterinae*, která sbírá krev z *plexus venosus uterinus* do *v. iliaca int.* (Roztočil, 2008).

2.3 Císařský řez

Císařský řez je nejběžnější operací v porodnictví, kterou se ukončuje těhotenství a porod. Při tomto zákroku dochází k operativnímu otevření břicha a dělohy. Následně je pak plod vybaven cestou břišní z dělohy ven (Čech a kol, 2006).

Díky záznamům v historických pramenech je velmi pravděpodobné, že tento operativní úkon byl znám již ve starověké Mezopotámii. Bohužel byl však až do objevení antibiotik provázen velkou úmrtností žen. Ty umíraly především na sepsi nebo na vykrvácení¹ (Roztočil a kol., 2008). V dnešní době je větší bezpečnost císařského řezu dána především moderní anesteziologií, transfuzní službou a dostupností širokospektrých antibiotik (Kobilková a kol., 2005).

2.3.1 Podmínky a indikace k provedení císařského řezu

Přestože je v dnešní době císařský řez běžnou operací, nemělo by se zapomínat na možné komplikace a úskalí, která mohou nastat. Je velmi důležité uvědomovat si možné důsledky svých rozhodnutí od indikace přes samotný průběh operace a akceptovat dané podmínky a indikace k tomuto úkonu. Cílem operace by mělo být zdraví ženy s dítětem, bez jakýchkoliv poškození či následků, ať zdravotních či psychických.

Podle Čecha a kol. (2006) se císařský řez dělí podle povahy indikací na dva druhy:

- *Primární (plánovaný)*, kdy indikace k císařskému řezu je známa už během těhotenství a je rozhodnuto o jeho provedení (např. onemocnění matky).

1

Teprve až ve 2. pol. 19. stol se začíná operační rána zašívát

- *Sekundární (neplánovaný)*, indikace se vyvinula náhle a nepředpokládaně došlo k ohrožení matky, nebo plodu, nebo obou zároveň.

Jednotlivé indikace k provedení císařského řezu Binder a kol. (2011) rozděluje podle toho, zda jsou čistě *porodnické* nebo *neporodnické* (na doporučení lékaře z jiného medicínského oboru). Dalším dělením indikací je rozdělení na *indikace ze strany matky*, kdy je ohroženo zdraví či život matky, nebo na *indikace ze strany plodu*, opět je ohroženo jeho zdraví či život, a na *indikace sdružené*. V tomto případě je ohrožen na zdraví jak plod, tak matka společně.

Ať už přistoupíme k císařskému řezu z jakéhokoli důvodu, je důležité, aby byla dodržena hlavní podmínka, jak jí uvádí Čech a kol. (2006) ve své knize na straně 516: „*Prakticky jedinou, avšak zásadní podmínkou je, že velká část plodu nemá být vstouplá a fixovaná hluboko v pánvi.*“

Roztočil a kol. (2008, s. 335) rozlišují následující indikace k císařskému řezu:

- *Nepoměr mezi plodem a porodními cestami*. Vzniká buď nadměrnou velikostí plodu, či různými úrazy a deformitami pánve na straně matky.
- *Patologické děje v malé pánvi*. Jedná se především o tumory dělohy a ovaria, kostní tumory a exostózy.
- *Pooperační stavy*
- *Porodnické krvácení*, jako je *placenta praevia*, *vasa praevia*, krvácení nejasné etiologie
- *Patologie naléhání plodu*. Jedná se o stav, kdy naléhá hlavička čelem nebo obličejem. Do této indikace patří i šikmá a příčná poloha plodu, poloha koncem pánevním – naléhání kolínky, nožičkami.
- *Velký plod*. Při hmotnosti plodu 4500g.
- *Primární kontraindikace použití břišního lisu*.

- *Stav po prodělaném eklamptickém záchvatu.* Patří sem i *preeklampsie* (tlak vyšší 160/110)
- *Akutní a chronické stavy u matky.*
- *Vícečetné těhotenství.* Patří sem jiná poloha dvojčat než podélná hlavičkou, nezralé plody do 1500g, nadměrně velké plody, tři a více plodů, monoamniální dvojčata atd.
- *Floridní nebo přeléčený karcinom v malé pánvi.* Příkladem může být nádor v děložním hrdle, v rectu.
- *Matka s HIV*
- *Zánět plodových obalů choria při životaschopnosti plodu.* Zánětem bývá postižena i plodová voda.
- *Nepostupující porod.* Jedná se o porod, kdy 3 hodiny přetrvává nález při pravidelných děložních kontrakcích.
- *Akutní a chronická hypoxie plodu.*
- *Prolaps pupečníku.* Obzvláště pokud plod leží podélně hlavičkou, je tato indikace značně akutní.
- *Vrozená vada plodu, která nelze porodit přirozenou cestou.*
- *Rh inkompatibilita.* Při neúspěšné konzervativní léčbě, zhoršujícím se stavu plodu a nesplnění podmínek pro klasický porod.
- *Prodloužené těhotenství.* Pokud nedojde k porodu po dvou opakovaných indukcích.
- *Jizva na děloze.* Způsobená např. stavy po metroplastice, v některých případech po předchozím provedení císařského řezu atd.

- *Zatížená porodnická anamnéze.* Jsou to případy, kdy se v anamnéze rodičky nachází například komplikovaný porod s perinatálním úmrtím plodu, silné porodnické poranění nebo krvácení.
- *Psychologická indikace.* Velké obavy matky o zdraví dítětem, které by bylo porozeno přirozenou cestou. Strach z porodních bolestí a komplikací během porodu atd.
- *Císařský řez na ženě umírající či mrtvé.* U mrtvé matky (po úrazu) může plod přežít v jejím těle až 20 minut.

V současné době bývají nejčastějšími indikacemi k císařskému řezu hypoxie plodu, dále nepostupující porod, stav po předchozím císařském řezu a poloha plodu koncem pánevním. Nesmíme však zapomenout ani na nemedicínské faktory, které hrají velký vliv při rozhodování. Jedná se především o zkušenosti či strach lékaře z možných komplikací během porodu. Z části hraje roli také změna právních podmínek a strach ze stoupajících žalob na zdravotníky (Lomíčková, 2009).

2.3.2 Anestezie při císařském řezu

Císařský řez je gynekologická operace, která jako všechny operace vyžaduje znecitlivění. Druh analgezie je potřeba volit tak, aby nedošlo k narušení bezpečnosti matky i plodu a zároveň umožňovalo dostatečné pohodlí pro operujícího lékaře.

Nejpoužívanější analgezií je *regionální anestezie*. Její výhody spočívají v minimálním riziku aspirace pro matku, tak i její celkově dobré snášenlivosti. „Podává se celkově méně léků, s nižším rizikem dlouhodobého ovlivnění“ (Doležal a kol., 2007, s. 279). Tento způsob anestezie umožňuje lepší pooperační tlumení bolesti, tak i brzkou mobilizaci. Narozené dítě je živější a může být hned na sále přiloženo k matce, protože ta zůstává při vědomí. Nic tak nebrání tomu, aby došlo k vzájemnému navázání vztahu mezi matkou a dítětem a následně i podpoře nástupu kojení. Regionální anestezii můžeme rozdělit podle technik podání na epidurální, spinální a kombinovanou.

U *epidurální anestezie* podáváme anestetikum do epidurální oblasti. Nejdříve je nutno zajistit žilní vstup, aby v případě snížení krevního tlaku mohly být rodiče rychle podány farmaka. Následně ženu posadíme na okraj postele s nohama dolů nebo ji položíme na levý bok. Při tom rodička tlačí hlavu k hrudi a vytvoří takzvaně kočičí hřbet. Po zarouškování a dezinfekci kůže lékař znecitliví oblast vpichu a zavede katetr do oblasti L3-L4. Ten se následně vyvede a upevní na rameni ženy. Anestetikum lze do katetru libovolně přidávat, a tak zajistit různě dlouhou anestezii. Po císařském řezu se smí epidurální katetr ponechat zavedený ještě 24hodin, kdy může sloužit k pooperační analgezii.

Spinální anestezie se provádí ve stejné oblasti a podobně jako epidurální anestezie. Rozdíl je v tom, že u spinální anestezie zavádí lékař jehlu hlouběji do *subarachnoidálního prostoru*. Lokální anestetikum začne působit hned po podání, není potřeba zavádět katetr a stačí ho velmi malé množství (2-3ml). Aby nedošlo k bolestem hlavy, které mohou být způsobeny odchodem malého množství mozkomíšního moku, je důležité nechat ženu po anestezii ležet několik hodin ve vodorovné poloze.

Další možností je *analgezie kombinovaná*. Jde o spojení epidurální a spinální anestezie s cílem získat výhody obou těchto metod. Tato metoda umožňuje rychlý nástup anestezie a zároveň možnost účinně tlumit poporodní bolest. Nejdříve lékař postupuje jako u spinální analgezie, kdy pomocí jehly pronikne tvrdou plenou, aplikuje anestetikum a následně zavádí katetr pro pooperační analgezii. Lékař musí dávat pozor, aby se katetr nedostal otvorem tvrdé pleny do subarachnoidálního prostoru (Pařízek a kol, 2002).

Kontraindikace u jednotlivých metod regionální anestezie se neliší. Lokální anestetikum se nesmí podat (Doležal a kol., 2007, s 280):

- pokud s tím rodička nesouhlasí
- v její anamnéze se objevila alergická reakce na podávané anestetikum
- je-li v místě vpichu infekce

- akutní krvácení ženy
- akutní hypoxie plodu
- při poruchách krevní srážlivosti

Mezi nejčastějšími nežádoucími účinky regionální anestezie bývá uváděn nízký krevní tlak, retence moči či postspinalní bolest hlavy (Pařízek a kol., 2002).

V některých případech, kdy nelze použít regionální anestezii, musíme použít při císařském řezu *analgezií celkovou*. Ta je používána při akutních situacích, kdy je ohrožen plod a musí být vybaven v co nejkratším čase. Má ty výhody, že je technicky jednoduchá, nástup účinku je téměř okamžitý, dochází při ní k dobré svalové relaxaci a bývá při ní nízký výskyt hypotenze. Může ale mít i několik závažných nežádoucích komplikací. Jedná se především o aspiraci žaludečního obsahu či neúspěšného pokusu o intubaci. Jako další riziko se objevuje propustnost analgezie přes placentu k plodu, kdy mu může způsobit respirační tíseň. Proto k vybavení plodu musí dojít v co nejkratší době, nejlépe do 3 minut. Vzhledem k celkové analgezií je rodička ochuzena o prožitek z nově narozeného, tak i o první kontakt s ním (Pařízek a kol., 2002).

2.3.3 Předoperační příprava

U některých rodiček je indikace k císařskému řezu dopředu známa anebo se předpokládá, že k tomuto zákroku s velkou pravděpodobností dojde. V těchto případech přijmeme ženu na oddělení a provedeme jí komplexní předoperační vyšetření. To se skládá z kontrolního zhodnocení indikace k císařskému řezu, jejíž součástí je i posouzení aktuálního porodnického nálezu. Dále je nutno, jako u běžné předoperační přípravy, odebrat rodičce krev, abychom získali výsledky týkající se jejího krevního obrazu, koagulačního testu a krevní skupiny. Poté odebereme k vyšetření i moč a provedeme EKG. Pokud je u pacientky potřeba, upraví se anémie, kompenzuje se *diabetes mellitus*, či se léčí různé druhy infekce. Velmi zásadní je i léčba *hypertenze* a *preeklampsie*, pokud jsou zjištěny. V některých případech je nutno před zákrokem aplikovat širokospektrá antibiotika. Jedná se o situace, kdy žena má horečku, nebo u protahovaného

porodu, kdy plodová voda odešla před 6 hodinami před operací, u obézních žen atd. (Čech a kol., 2006).

Nesmíme zapomenout, že jako před každým operačním zákrokem také u císařského řezu je nutný písemný souhlas rodičky. Spolu s pacientkou znovu zkontrolujeme alergie, úrazy a srozumitelně ji seznámíme s průběhem operace. Ujistíme ji, že je v rukou profesionálních doktorů a zeptáme se, pokud není nikdo z rodiny přítomen u porodu, koho chce žena informovat. Poté požádáme rodičku, aby si odložila veškeré cennosti, popřípadě umělý chrup a veškeré pečlivě zdokumentované věci uložíme. Před samotným úkonem ji oholíme, podáme očistné klyzma a žena se jde osprchovat. „*U plánovaných operací se jako prevence aspirace HCL podávají antagonisté H2 receptorů*“ (Doležal a kol., 2007, s. 216). U všech žen pak podáváme nízkomolekulární heparin a bandážujeme jim dolní končetiny, jako prevenci trombembolické nemoci. Na operačním sále ukládáme rodičku na bok pootočenou o 15-20 stupňů. Snažíme se zkrátit dobu polohy na zádech a předejít tak syndromu dolní duté žíly, kdy plod utiskne dolní dutou žílu a následně se omezí průchod krve z dolní končetiny do srdce. Poté zavedeme ženě močový katetr, abychom mohli sledovat odchod a zbarvení moči. Než přijde anesteziolog je potřeba ještě zajistit dva žilní vstupy. Jelikož během operace dojde k určité ztrátě krve, podáme preventivně 1/2l krystaloidního roztoku, jako doplnění tělního objemu.

Anesteziolog po svém příchodu na operační sál informuje rodičku, jak se má chovat před nástupem anestezie, jak dlouho bude přibližně operace probíhat, kde se probudí (pokud jde o celkovou anestezii) a kdo se bude starat o dítě bezprostředně po narození. Poté přistoupíme k dezinfekci operačního pole a zarouškování. Během operace dbáme, aby nedošlo k podchlazení pacientky (Doležal a kol., 2007).

Pokud se však jedná o porod akutní a neodkladný, kdy musíme rychle ukončit těhotenství, provádíme před operací i během jejího průběhu jen nejdůležitější opatření. Většinou si v tomto případě základní vyšetření zajišťuje sám anesteziolog, na kterém je také rozhodnutí, jak postupovat pokud pacientka jedla. Rychle zajistíme žilní vstupy a odebereme krev na vyšetření. V akutních

stavech jako je například *děložní hyperaktivita* či *hypoxie plodu*, podáváme akutní tokolýzu na utlumení stahů dělohy. Všechny akutní operace nesou vyšší riziko komplikací (Čech a kol., 2006). I u akutního císařského řezu nesmíme zapomenout na písemný souhlas rodičky s výkonem.

2.3.4 Operační metody a techniky císařského řezu

Metody provedení císařského řezu se dělí do dvou základních skupin. V první skupině se nachází *konzervativní metody*, které jsou charakteristické ponecháním dělohy ženě. Do druhé skupiny *radikálních metod* spadají ty operace, kde je nutné dělohu odebrat.

1. Konzervativní metody

Supracervikální transperitoneální císařský řez. V dnešní době se jedná o nejpoužívanější operační metodu. Operace se zahajuje laparotomií a jsou používány tři přístupy (Zábranský, 1997):

- Střední dolní laparotomie: operační řez je veden mezi pupíkem a sponou v sagitální rovině. Jeho délka bývá kolem 10 až 12cm. Vzhledem k rychlosti provedení tohoto řezu je používán v případech, kde je vážně ohrožena matka nebo plod a je potřeba mimořádně rychlého zásahu. Tento řez se provádí při očekávaných komplikacích a je možné ho provést i ve staré pooperační jizvě. U této techniky může docházet ke vzniku hernií.
- Příčná suprapubická laparotomie neboli laparotomie podle Pfannenstiela: Řez má tvar polooblouku a je veden 2-3cm nad sponou na horní hraně pubického ochlupení v délce minimálně 14cm. Tento řez bývá nejčastěji používán vzhledem k větší pevnosti břišní stěny, ale také pro dobrý kosmetický efekt a vzácný výskyt hernií.
- Laparotomie podle Joel Cohena: Řez je podobný řezu podle Pfannenstiela, ale je veden výše a nemá obloukovitý tvar. Některými bývá proto považován jako jeho modifikace. Vzhledem k tomu, že

vrstvy břišní stěny jsou preparovány tupě, tak nedochází k velkému krvácení.

Nejen u Supracervikálního řezu, ale i u ostatních uvedených metod se začíná laparotomií – otevřením dutiny břišní.

Cervikokorporální císařský řez. Řez je veden stejně jako u korporálního řezu ve střední čáře. Jeho horní část zasahuje do děložního těla a dolní část řezu prochází dolním děložním segmentem. Tento způsob je výhodnější než korporální. Bývá používán u předčasných porodů, kdy je nerozvinut dolní děložní segment (Čech a kol., 2006).

Korporální (klasický) císařský řez. Tento řez se provádí ve střední čáře od fundu směrem k děložnímu isthmu. Dříve byl tento operační postup používán jako jediný. Dnes už se tato technika používá jen výjimečně, protože u ní dochází k velkému poškození dělohy. U dalšího těhotenství pak hrozí ruptura dělohy. Další nevýhodou je možnost vzniku rozsáhlých adhezí v děloze (Čech a kol., 2006).

Extraperitoneální císařský řez. Tato metoda je technicky náročná a dříve se prováděla při infekci v dutině děložní, aby se zabránilo jejímu rozšíření do dutiny břišní. Technika spočívá v posunutí močového měchýře doprava od přední stěny dělohy. Dostane se tak volný přístup k dolnímu děložnímu segmentu, aniž by se porušilo peritoneum. V dnešní době vzhledem k dobré dostupnosti antibiotik se tato technika nepoužívá (Roztočil a kol., 2008).

2. Radikální metody

Zde uvedu přehled a stručný popis radikálních metod u císařského řezu podle Čecha a kol. (2006).

Císařský řez s následnou supravaginální amputací dělohy. Technika spočívá v podélném řezu, kdy je vybaven plod a následně dochází k odstranění těla dělohy. Díky vyššímu riziku krvácení z ponechaného děložního hrdla je tento postup v současnosti zavrhován.

Císařský řez s následnou hysterektomií. Bývá prováděn při nezastavitelném krvácení z dělohy, karcinomu děložního hrdla a také při placenta accreta, kdy placenta vrůstá do stěny dělohy. Po vybavení plodu je děloha odejmuta. Tato operace bývá spojena s větší ztrátou krve.

Extirpace těhotné dělohy. K tomuto postupu docházelo dříve a jen ve výjimečných případech, kdy se v děloze nacházel mrtvý infikovaný plod. Děloha tak byla amputována spolu s nevybaveným plodem. V dnešní době díky antibiotikům se už tento postup nevyskytuje.

2.3.5 Druhy řezů na děložní stěně při císařském řezu

V této části bych ráda uvedla několik nejpoužívanějších základních řezů na děloze při supracervikálním transperitoneálním císařském řezu, jak jej uvádí Záborský (1997).

Příčný řez podle Gepperta. Řez je veden uprostřed dolního segmentu přes stěnu děložní až k blanám. Jeho tvar by měl být v mírném oblouku, aby napodoboval průběh svalových vláken. V dnešní době bývá velmi často používán.

Obloukovitý řez podle Fuchse. Jeho tvar připomíná písmeno U a končí rovnoběžně s děložními hranami. Doporučuje se u nezralých plodů při málo rozvinuté děložní oblasti.

Podélný řez. Řez se provádí v dolním děložním segmentu. Používá se u nerozvinutého segmentu u předčasných porodů.

Spirální řez. Tento řez má esovitý tvar, který kopíruje svalová vlákna a jeho osa vede jako uhlopříčka dolního segmentu. Umožňuje tak lépe vybavit hluboko vstoupilou hlavičku.

2.3.6 Pooperační péče

Ihned po skončení operace je žena převezena na jednotku intenzivní pooperační péče. Na tomto oddělení stále pokračujeme v neustálé kontrole fyziologických funkcí. Jedná se o tlak, tepovou frekvenci, dechovou frekvenci, oxymetrii a EKG křivku. Dále se zajímáme o stav vědomí pacientky, krvácení a pooperační ránu. Je-li potřeba, provádíme opakovaně krevní odběr na vyšetření

krevního obrazu a koagulace. Důležité je také sledovat příjem a výdej tekutin, který měříme každých 12 hodin. Měření výdeje je usnadněno díky zavedenému močovému katetru se sběrným sáčkem. Pokud má žena zaveden *Redonův drén*, sledujeme denní množství odsáté tekutiny (Macků a kol., 1995).

Dále pokračujeme v tlumení pooperační bolesti, v rehydrataci nebo podávání krevní náhrady pokud je potřeba. Nepřestáváme v podávání medikace, jako jsou antibiotika, uterotonika a jiné. Některým ženám bývá po operačním zákroku nevolno od žaludku, proto je potřeba dávat pozor, aby nedošlo eventuálně k aspiraci zvracení (Čech a kol., 2006).

V rámci prevence TEN podáváme *antikoagulancia* a necháváme ženám zabandážované dolní končetiny. Po probuzení edukujeme o nutnosti měnění polohy na lůžku, tedy otáčení se z boku na bok i pohybu dolních a horních končetin. Nejpozději do 24 hodin od provedení sekce nabádáme ženu, aby vstala z lůžka a pomalu se začala pohybovat. Stále sledujeme pooperační ránu, zatahování dělohy a množství i konzistenci lochií.

Za 6 hodin po skončení operace může žena začít přijímat tekutiny per os. Dieta je ze začátku tekutá, postupně se však převádí přes kašovitou na normální stravu.

Přes všechny úkony nesmíme zapomenout na důležitost kontaktu matky s dítětem. Snažíme se proto, aby dítě bylo k matce na JIP donášeno a přikládáno. Podporujeme tak nejen vztah mezi matkou a dítětem, ale i včasný nástup laktace (Macků a kol., 1995).

Dobu, kterou stráví žena na tomto oddělení, určuje její zdravotní stav, většinou se však jedná o 1 až 2 dny. Poté je přeložena na oddělení šestinedělí, kde je společně i s matkami, které rodily přirozenou cestou.

2.3.7 Komplikace při porodu císařským řezem

Pokud je potřeba ukončit těhotenství pomocí císařského řezu, tedy porodnickou operací, je třeba počítat s tím, že pro ženu je tento zákrok náročnější, než pokud by šlo o fyziologický porod. Čech a kol. (2006) pak uvádí, že u těchto žen bývá šestkrát větší výskyt komplikací, které jsou spojeny s operací.

Komplikace lze základně rozdělit podle toho, zda se vyskytují u matky nebo dítěte. Doležal a kol. (2007) je dělí podle doby vzniku na peroperační, postoperační a pozdní. Jiný pohled na dělbu uvádí Roztočil a kol. (2008), který rozděluje komplikace na anesteziologické, chirurgické, neonatologické a pooperační. Právě podle tohoto rozdělení uvedu některá rizika blíže.

Anesteziologické komplikace. Do této skupiny spadá Mendelsonův syndrom, který vzniká při aspiraci žaludečního obsahu při celkové anestezii. Další komplikace spojené s celkovou anestezí mohou být akutní edém plic, porucha ventilace, *laryngospasmus* a *hypotenze*. Samozřejmě sem patří i komplikace související s epidurální a spinální anestezí, jako jsou bolesti hlavy, nevolnost atd.

Chirurgické komplikace. Jedná se především o krvácení, které vzniklo jako následek ruptury hran či stěny dělohy při operaci. Dále se vyskytuje u *placenty praevia* a *placenta accreta*. Může být také způsobeno při nechtěném poranění jiného orgánu, nejčastěji močového měchýře, který se nachází u dělohy, výjimečně však i střeva. Silné krvácení může vést k rozvoji *hemoragického* šoku a následně být i příčinou syndromu DIC. Jako další riziko spojené s krvácením může být tvorba hematomu. V těchto případech lze krvácení zastavit pouze chirurgicky. Pokud však toto řešení nepomůže, musí se provést *hysterektomie*. Ta se však provádí až jako poslední možné řešení.

Neonatologické komplikace. K poranění plodu může dojít při jeho vybavování z dutiny břišní, zvláště pokud je plod nezralý. Týká se to především oblasti hlavy plodu, vnitřních orgánů nebo končetin. Větší riziko poranění se vyskytuje i u plodu, který je vybavován z dělohy v poloze podélné koncem pánevním nebo poloze příčné. Dále může být plod nechtěně poraněn skalpelem a to v případě odtoku plodové vody a naléhání hlavičky na dolní segment děložní.

Pooperační komplikace. V období po operaci může dojít k několika různým druhům komplikací. Jedná se především o embolii, infekci, alergii, respirační, urologické a *gastroenterologické* problémy.

Embolie patří mezi velmi závažné komplikace. Nejčastěji se vyskytuje *tromboembolie*, výjimečně se však lze setkat i s embolií plodovou vodou či

vzduchovou. Proto se po operacích klade velký důraz na prevenci a to jak podáváním *antikoagulancií*, tak i bandážováním končetin či brzkém vstáváním z lůžka.

Jako další komplikace bývá uváděno riziko vzniku infekce. To může být způsobeno zavedením permanentního močového katetru, z invazivních žilních vstupů, tak i z odtoku plodové vody a vaginálního vyšetření. Může dojít tak k infekci v pooperační ráně, močových cest, adnexitis, endometritis atd. Pokud není včas zahájena léčba antibiotiky, může infekce vést až k sepsi.

U gastrologických problémů se jedná nejčastěji o vznik *paralytického ilea*. Objevuje se i porušená motilita střev. Jejimi projevy jsou bolesti břicha, nechutenství a pocit napnutého břicha.

Jako další závažné komplikace mohou být pooperační krvácení, které se projevuje nadměrnou bolestí hlavy, hrudníku, břicha či končetin. Tak i respirační problémy jako je *pneumonie*. U urologických komplikací se lze setkat s retencí moče, pooperačních *cystitid*.

Některé komplikace po císařském řezu se mohou však objevit až při dalším těhotenství. Jedná se o poruchy placentace, riziko ruptury jizvy na děloze a vzniku protahované děložní činnosti.

Komplikace vzniklé císařským řezem ve vyspělých zemích postupně klesají. Může za to zvyšující se počet provedených operací, a tím i větší zkušenost operačního týmu, tak i objevení a snadná dostupnost širokospektrých antibiotik.

2.4 Základní údaje o pacientce

2.4.1 Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza: otec - Diabetes mellitus 1. typu na inzulinu, hypertenze
babička – Diabetes mellitus 1. typu

Pracovní anamnéza: vysokoškolské vzdělání, pracuje pro reklamní společnost,
nyní mateřská dovolená

Sociální anamnéza: vdaná, žije spolu s manželem v třípokojovém bytě, sociální
poměry dobré

Osobní anamnéza: prodělala běžné dětské choroby, hypofisární dysfunkce
polyurie, polydypsie – sledována v endokrinologickém
ústavu nyní – Diabetes incipidus, nekuřačka, alkohol
příležitostně

Farmakologická anamnéza: Minirin 0,2mg tbl. p. o. ½ - 0 – ½

Alergologická anamnéza: neguje

Gynekologická anamnéza: menstruace od 16 let, pravidelný cyklus 28/4 dní,
březen 2012 indukovaný abort v 16. týdnu pro vrozenou
vývojovou vadu – Di George syndrom, poslední menstruace
14. 5. 2013

Nynější těhotenství: gravidita po spontánní koncepci, doposud bez obtíží, datace
těhotenství dle ultrazvukového vyšetření souhlasí,
v těhotenství aminocentéza pro věk matky a pozitivní
Triple test na AFP, normální karyotyp 46XY

2.4.2 Přijetí pacientky

Třicetí pěti letá pacientka ve 41. týdnu (40 + 5, II/I) přichází 24. 2. 2014
ve 04:19 hod. do porodnice pro nepravidelné kontrakce od 21:00, které postupně
ustoupily, ale začala silná bolest v nadbřišku. Pacientka bez nausey, nezvracela.
Bolest hlavy i poruchy vizu neguje. Udává průjem. Bez kontrakcí, plodová voda
zůstala zachována, nekrvácí. Pohyby plodu cítí.

Aktuální stav: Výška: 163cm; Hmotnost před těhotenstvím: 50kg;
Hmotnost při přijetí: 72kg; Příbytek na váze: 22kg; BMI: 27;
TT: 36,3°C; TK: 159/91; Tep: 71/min; D: 20/min.

Lehké varixy v tříselech, EKG v normě.

Ultrazvukové vyšetření: 1 živý plod; akce srdeční přítomná; pohyby plodu přítomny; poloha plodu podélná hlavičkou; postavení pravé; placenta na přední straně; mimo dolní děložní segment; plodové vody přiměřené množství; graviditas hebdominalis 40 + 5.

Vaginální vyšetření: Sakrálně zbytek hrdla 3cm v průměru; hlava volně naléhá v zachovalém vaku blan.

Vzhledem k bolestem v epigastriu a vysokému krevnímu tlaku odběr krve na krevní obraz, biochemii, koagulaci a krevní skupinu. Dif. Dg. Preeklampsie, incip. HELLP syndrom.

V 08:00 hod. 24. 2. 2014 na základě zjištěné elevace krevního tlaku a posunu v laboratorních výsledcích potvrzen a diagnostikován HELLP syndrom a indikováno ukončení gravidity per S. C.

TK: 165/92, Trombocyty $120 \times 10^9/L$ ($150 - 400 \times 10^9$), ALT 0,95 ukat/l ($0,25 - 0,70$), AST 0,83 ukat/l ($0,30 - 0,70$), ostatní hodnoty v normě

2.4.3 Průběh porodu

Operace začala 24. 2. 2014 v 08:00 a celá proběhla ve spinální anestezii. Na začátku operace byly nasazeny pacientce elastické punčochy, zaveden permanentní močový katetr a periferní žilní katetr do LHK. Podány krystaloidy a ATB. Po zavedení anestezie byla provedena desinfekce a zarouškování operačního pole. Poté byla otevřena dutina břišní z příčného řezu dle Pfannenstiela, protnuta plika vezikouterinní a sesunut močový měchýř kaudálně. Následně provedena hysterektomie z příčného obloukovitého řezu dle Gepperta. Otekla čirá plodová voda. Vybaven záhlavím 1 živý, křičící plod na pupečníku. Předán pediatrovi. Manuálně vybavena placenta a provedena revize dutiny děložní. Sutura hysterotomie zašita pokračujícím vicrylovým stehem. Revize krvácení, drobná ložiska stavíme koagulací a opichem. Revize adnex a appendix. Po sečtení nástrojů a roušek uzavřena dutina břišní po anatomických vrstvách.

Zavedeny 2 drény (1x intraabdominálně, 1x subfasciálně). Operace proběhla bez komplikací. Moč po operaci čirá, žlutá. Krevní ztráta 500ml.

Na operačním sále podáno: Ringer 1300ml, Oxytocin 5j. i. v., ATB: Cefazolin 2g i.v..

Vybaven 1 živý mužský plod, hmotnost 3020g, délka 48cm, APGAR skóre 9-10-10

2.4.4 Péče po operaci

Po ukončení operace byla pacientka převezena na oddělení JIP.

0. pooperační den

Monitorace FF: TK, P, D + SpO2 každých 15min, dále po 1hodině, od 18:00 TK po 2hodinách dle ordinace lékaře, TT 2x denně

TK v rozmezí 177/88 – 113/56, Pulz v rozmezí 110 – 64, ostatní FF v normě

Tabulka č. 1: Fyziologické funkce 0. pooperační den

Čas	TK	P	SpO2 v %	D	TT	Čas	TK	P	SpO2 v %	D	TT
8:15	155/74	76	100	23	35,9	16:00	136/76	69	100	11	
8:30	163/83	68	96	14		17:00	136/69	90	99	19	
8:45	155/92	64	100	10		18:00	132/64	92	99	17	36,5
9:00	165/92	80	96	12		20:00	140/65	106	99	18	
10:00	173/97	64	100	11		22:00	142/74	110	99	17	
11:00	164/89	82	100	17		0:00	137/67	84	99	14	
12:00	175/66	78	96	14		1:00	121/53	82	96	10	
13:00	168/80	85	100	14		3:00	122/57	80	96	12	
14:00	177/88	88	98	10		6:00	113/56	88	98	19	36,3
15:00	138/67	75	100	14							

Zdroj: vlastní

Dieta: 0S – čajová, pacientka pije po uplynutí 2hodin od operace, vypila 1800ml tekutin za 24h.

Vylučování: zaveden Foleyův katetr č. 18 – sledována bilance tekutin, příjem za 22h. na oddělení 3900ml (1800ml p. o. plus 2100ml. infuze)

výdej za 22h. na oddělení 4400ml, dále sledována hustota a barva moči, moč čirá bez zápachu

stolice žádná, plyny odcházejí

drény – sledování množství, barva a hustota odpadu, podtlakový drén za 22h. odvedl 40ml a drén na spád 100ml odpadu, odvedená tekutina naředěná

Hygiena: na lůžku s dopomocí sestry, výměna vložek, oplachy rodidel

Rehabilitace: klidový režim na lůžku až do rána, procvičování dolních končetin v rámci prevence TEN a obnovy střevní peristaltiky, elastické punčochy

Rána: čistá, nekrvácí, ošetřena Cutaseptem a kryta Cosmoporem E

Laktace: zatím žádná, dítě přikládáno dětskou sestrou, edukace ohledně kojení

Očistky: odcházejí, krvácení přiměřené

Děloha: hmatná dosahující k pupku

Medikace: Fragmine 2500j s. c. ve 12:00, Dipidolor 3amp./40ml FR i. v. (1-2ml/h.) v 8:15, bolus 2ml Dipidolor směsi v 9:30, Nepresol 50mg/50ml FR (3ml/h postupně snižovat, ve 3:00 stop), Dicloream 100mg supp. p. r. při bolesti, Perfalgan 1g i. v. při bolesti SOS, Plasmalyte 1000ml s glukózou 5% + 6j. Humulin R + 20ml MgSO₄ 20% + Celaskon i. v. (125ml/h) v 8:45, Plasmalyte 1000ml s glukózou 5% + 6j. Humulin R +10ml Calcium Biotika i. v. (125ml/h) v 17:00, Diazepam 5mg 1tbl. p. o. na noc podáno ve 22:00, Vasocardin 50mg tbl. p. o. ½ v 6:00, ½ v 14:00, ½ ve 22:00, Minirin 0,2 mg tbl. p. o. ½ - 0 - ½ pacientka užívá sama

Výsledky vyšetření: Trombocyty $85 \times 10^9/L$ ($150 - 400 \times 10^9$), Leukocyty $13,4 \times 10^9/L$ ($4 - 10 \times 10^9$), ALT 1,46 ukat/l ($0,25 - 0,70$), AST 1,19 ukat/l ($0,30 - 0,70$), Antitrombin III 79% ($80 - 120\%$), D – DIMER 3,684mg/l ($0,010 - 0,450$), ostatní hodnoty v normálním rozmezí

1. pooperační den

Monitorace FF: TK, P, D + SpO₂ po 2 hodinách, TT 2x denně – všechny FF byly v normálním rozmezí, blíže v plánu péče.

Dieta: 0 tekutá - bujón, pacientka sama popíjí neslazený čaj, poučena o nevhodnosti některých nápojů a nutnosti dostatečného příjmu tekutin

Vylučování: Foleyův katetr č. 18 (2. den), nadále sledována bilance tekutin
příjem za 24h. 2700ml (2200ml p. o. a 500ml i. v.)

výdej za 24h. 2800ml, moč čirá bez zápachu

stolice žádná, plyny odcházejí

drény – po vertikalizaci pacientky do redonu nepřibyla žádná tekutina, do drénu na spád 30ml, dle ordinace lékaře EX, rány očištěny Cutaseptem, přiložen sterilní čtverec a přelepeny náplastí

Hygiena: pacientka dopoledne došla s doprovodem sestry k umyvadlu, odpoledne doprovozena do sprchy, výměna vložek, nutná mírná pomoc sestry

Rehabilitace: cviky na lůžku, procvičování dolních končetin v rámci prevence TEN, vertikalizace, poučena o vstávání z lůžka přes bok

Rána: čistá, ošetřena Cutaseptem a přelepena Cosmoporem E, po odpolední hygieně ve sprše zůstává nezakryta, pacientka poučena v péči o ránu

Laktace: dítě nadále přikládáno dětskou sestrou po 3hodinách

Děloha: hmatná, očistky odcházejí

Medikace: Fragmine 2500j s. c. ve 12:00, Dicloream 100mg supp. p. r. při bolesti, Perfalgan 1g i. v. podán v 8:00 a 16:30 při bolesti, Transmetil 500mg i. v. 1 amp. v 9:00, Glukóza 10% 500ml + 6j. Humulin R, Diazepam 5mg 1tbl. p. o. na noc dle potřeby, Vasocardin 50mg tbl. p. o. ½ tbl. v 6:00, v 14:00 a ve 22:00, Minirin 0,2 mg tbl. p. o. ½ - 0 - ½ - pacientka užívá sama

Výsledky vyšetření: Trombocyty $60 \times 10^9/L$ ($150 - 400 \times 10^9$), Leukocyty $11,9 \times 10^9/L$ ($4 - 10 \times 10^9$), ALT 4,93 ukat/l (0,25 – 0,70), AST 3,36 ukat/l (0,30 – 0,70), Antitrombin III 75% (80 – 120%), Fibrinogen 4,56g/l (2 – 4), D – DIMER 1,465mg/l (0,010 – 0,450), ostatní hodnoty v normálním rozmezí

2. pooperační den

Pacientka přeložena na oddělení šestinedělí.

Monitorace FF: TK, P 4x denně, hodnoty v rozmezí 110/58 – 138/75, TT 2x denně – všechny FF v normě

Dieta: č. 1 - kašovitá, pacientka sama pije čaj a neperlivou vodu

Vylučování: Foleyův katetr ex, pacientka močila, stolice žádná, plyny odcházejí

Odstraněn permanentní žilní katetr z levé horní končetiny.

Hygiena: pacientka zvládá hygienu samostatně, chodí sama bez pomoci na WC i do sprchy, operační rána sprchována, sprcha pacientce dělá dobře, používá síťové kalhotky, vložky, pacientka soběstačná, chůze v mírném předklonu s držením se v podbřišku

Rána: operační rána klidná, bez známek infekce, rány po drénech očištěny dezinfekcí a kryty Cosmoporem E

Laktace: dítě přinášeno sestrou na kojení, vytvořeno mlezivo, začíná se rozbíhat laktace, pacientka se zlepšuje v technice kojení, edukována dětskou sestrou v oblasti péče o dítě

Děloha: retrahovaná, 1palec pod pupek, očistky odcházejí, bez zápachu

Medikace: Fragmine 2500j s. c., Diclorem 100mg supp. p. r. při bolestech, Dipidolor i. m. při bolestech, Vasocardin 50mg tbl. dle interního konzilia., Transmetil 500mg 1amp. , Minirin 0,2 mg tbl. ½ - 0 - ½ pacientka užívá sama

Výsledky vyšetření: Trombocyty $70 \times 10^9/L$ ($150 - 400 \times 10^9$), Leukocyty $10,4 \times 10^9/L$ ($4 - 10 \times 10^9$), ALT 3,18 ukat/l ($0,25 - 0,70$), AST 1,09 ukat/l ($0,30 - 0,70$), Fibrinogen 4,56g/l ($2 - 4$), D – DIMER 0,795mg/l ($0,010 - 0,450$), ostatní hodnoty v normálním rozmezí

3. pooperační den

Monitorace FF: TK, P 4x denně v rozmezí 113/60 – 130/73, TT 2x denně vše v normě

Dieta: č. 2 – šetřící, pacientka vypila 2,5l tekutin

Vylučování: pacientka močí bez obtíží, plyny odcházejí, stolice byla

Hygiena: pacientka zvládá hygienu samostatně

Děloha: hmatná na dva palce pod pupek, očistky odcházejí, bez zápachu

Laktace: kojení se pomalu rozbíhá. Pacientka má dítě přes den u sebe a pravidelně ho přikládá k prsu.

Medikace: Fragmine 2500j s. c., Dicloream 100mg supp. p. r. při bolesti, Dipidolor i. m. při bolesti, Vasocardin 50mg tbl. p. o. dle interního konzilia, Transmetil 500mg tbl. p. o. 1 – 0 – 0, Minirin 0,2 mg tbl ½ - 0 – ½ -pacientka užívá sama

Výsledky vyšetření: Trombocyty $95 \times 10^9/L$ ($150 - 400 \times 10^9$), Leukocyty $11,2 \times 10^9/L$ ($4 - 10 \times 10^9$), ALT 2,1 ukat/l (0,25 – 0,70), AST 0,84 ukat/l (0,30 – 0,70), Fibrinogen 4,2g/l (2 – 4), ostatní hodnoty v normálním rozmezí

4. pooperační den

Tlak měřen 4 x denně, v rozmezí 110/60 – 135/72, teplota 37,5°C pravděpodobně v souvislosti s laktací. Pacientka dostala 1 tabletu Paralenu, nadále bez teploty. Dieta č. 2 šetřící. Vylučování bez problémů, dnes bez stolice.

Pacientka hygienu zvládá sama bez pomoci. Očistky odcházejí v menší intenzitě, bez zápachu. Děloha retrahovaná, 2 palce pod pupek. Rána čistá, bez známek infekce. Prsa nalitá, citlivá. Dítě u pacientky i přes noc.

Pacientka ultrazvukově vyšetřena v oblasti hysterotomie, nález v normě.

Medikace: Fragmine 2500j s. c., Dicloream 100mg supp. p. r. při bolestech, Paralen 500 1tbl. p. o., Vasocardin 50mg tbl. p. o. dle interního

konzilia, Transmetil 500mg tbl. p. o. 1 – 0 – 0, Minirin 0,2 mg tbl ½ - 0 – ½ pacientka užívá sama

Výsledky vyšetření: Trombocyty $143 \times 10^9/L$ ($150 - 400 \times 10^9$), Leukocyty $12 \times 10^9/L$ ($4 - 10 \times 10^9$), Erytrocyty $3,12 \times 10^{12}/L$ ($3,8 - 5,2 \times 10^{12}$), ALT 2,67 ukat/l ($0,25 - 0,70$), AST 1,23 ukat/l ($0,30 - 0,70$), ostatní hodnoty v normě

5. pooperační den

FF a TT v normálním rozmezí 115/62 – 130/68, dieta č. 2 – šetřící. Vylučování bez obtíží, stolice byla, očistky odcházejí, intenzita se snižuje. Děloha hmatná na 3 prsty pod pupek. Rána klidná. Laktace rozběhlá, kojení pacientka zvládá bez větších problémů. Medikace: Dicloream 100mg supp. p. r. při bolesti, Vasocardin 50mg tbl. p. o. dle interního konzilia, Transmetil 500mg tbl. p. o. 1 – 0 – 0, Minirin 0,2 mg tbl. ½ - 0 – ½ pacientka užívá sama

Výsledky vyšetření: Erytrocyty $3,4 \times 10^{12}/L$ ($3,8 - 5,2 \times 10^{12}$), ALT 0,85 ukat/l ($0,25 - 0,70$), ostatní hodnoty v normě

6. pooperační den

Pacientka byla propuštěna domů. FF v normálním rozmezí, rána klidná, dobře se hojící. Krevní výsledky bez patologicky významných hodnot. Pacientka soběstačná, kojící. Péči o dítě zvládá. Ráno podáno Transmetil 500mg 1tbl. Minirin 0,2 mg tbl. ½ - 0 – ½ pacientka užívá sama

Před propuštěním do domácího prostředí byla pacientka edukována o režimu během šestinedělí. Dále byla informována, že v případě jakýchkoliv komplikací v době šestinedělí se má dostavit do porodnice na gynekologii.

2.4.5 Přehled farmakoterapie

Vzhledem k rozsahu práce je přehled farmakoterapie uveden v příloze č. 1.

3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

V teoretické části jsem se zabývala anatomickou stavbou dělohy, jednotlivými indikacemi k císařskému řezu, předoperační přípravou, technikami provedení této porodnické operace a pooperační péčí.

V ošetrovatelské části bych se proto ráda blíže zaměřila na konkrétní popis péče o ženu po císařském řezu, který jí byl indikován na základě rozvíjejícího se HELLP syndromu. Při popisu péče budu postupovat podle ošetrovatelského procesu, který umožňuje systematický a individuální přístup k pacientovi.

Posuzování jednotlivých potřeb jsem prováděla podle modelu ošetrovatelské péče Virginie Hendersonové. Tento model jsem si zvolila nejen proto, že přistupuje komplexně ke člověku se všemi jeho bio-psycho-sociálními a spirituálními potřebami, ale také pro roli sestry, která je v tomto modelu udržovat nebo pomáhat navracet pacientovi jeho nezávislost. Vzhledem k tomu, že jsem se zaměřila na popis ošetrovatelské péče o ženu, která se v tu dobu nacházela na jednotce intenzivní péče, přišel mi tento model jako nejvhodnější. Pacientka po císařském řezu se nachází na tomto oddělení nejen v nové sociální roli matky, ale také v souvislosti s operačním zákrokem jsou některé oblasti naplňování potřeb dočasně pozměněny. Sestra zde tak hraje zásadní roli nejen v péči o pacienta, ale i v oblasti učení, aby mohla být soběstačnost pacientu co nejdříve navrácena a nedošlo k jeho poškození. Jedná se například o nácvik správného vstávání, péče o ránu, kojení či edukaci o nutnosti dodržování zvýšené hygieny.

3.1 Ošetrovatelský proces

Jedná se o teorii systematického a individuálního ošetrovatelského způsobu práce s nemocným. Je založena na vnímavém přístupu a dobré komunikaci sestry s pacientem, jeho rodinou či okolím. Jedině tak může zdravotní sestra přesně identifikovat a řešit jednotlivé problémy a potřeby pacienta jak tělesného, tak psychického, sociálního či duchovního rázu. Cílem ošetrovatelského procesu je prevence, odstranění či zmírnění těchto problémů.

Ošetrovatelský proces je cyklický proces skládající se z pěti fází, které na sebe navazují a ovlivňují se. Jednotlivé fáze uvádí Staňková ve své knize *Základy teorie ošetrovatelství* (1996).

Zhodnocení nemocného

Základem dobré a kvalitní péče je sběr co nejvíce informací o nemocném. Sestra se tedy snaží zodpovědět otázku „kdo je můj nemocný?“ (s. 84). Používá k tomu metody rozhovoru, pozorování, studium dokumentace či různé druhy měření. Hodnocení nemocného se skládá ze dvou částí a to z ošetrovatelské anamnézy a zhodnocení aktuálního stavu pacienta.

Sestavení ošetrovatelské diagnózy

Na základě sesbíraných informací o pacientovi identifikuje zdravotní sestra jeho potřeby a problémy. Následně sestaví ošetrovatelské diagnózy. Ty dělíme na aktuální, vyjadřující aktuální problém či potřebu a potencionální, problémy, které mohou nastat. Spolu s pacientem pak seřadí sestra jednotlivé diagnózy podle jejich naléhavosti.

V dnešní době je velmi často používaná taxonomie ošetrovatelských diagnóz NANDA pocházející z USA.

Sestavení plánu ošetrovatelské péče

V této fázi sestra, na základě zjištěných a seřazených diagnóz podle naléhavosti, tvoří plán péče. Nejprve si stanoví ke každé diagnóze cíle, kterých by chtěla pomocí naplánovaných intervencí dosáhnout. Cíle mohou být krátkodobé, týkající se následujících hodin či dnů, nebo dlouhodobé, vztahující se k delším

úsekům, jako je například konec hospitalizace. Všechny cíle by měly být však konkrétní a měřitelné, aby bylo možno posoudit jejich dosažení. Následně sestaví sestra jednotlivé ošetrovatelské intervence tak, aby vedly k dosažení určeného cíle. Na plnění jednotlivých intervencí se nepodílí jen ošetřující personál, ale i sám pacient, popřípadě jeho rodina.

Realizace ošetrovatelského plánu

Spočívá v realizaci jednotlivých navržených intervencí, které by měly vést k dosažení stanovených cílů. Ošetrovatelský plán se může upravovat podle aktuální situace a stavu pacienta. Jednotlivé kroky se pak uvádí do ošetrovatelské dokumentace. Na této fázi by se neměla podílet jen zdravotní sestra, ale jeli to možné i sám pacient, popřípadě jeho rodina.

Hodnocení ošetrovatelské péče

Aby sestra poznala, zda naplánované intervence byly účinné, a bylo dosaženo tak vytyčeného cíle, musí provést zhodnocení. Pokud nedojde ke splnění daného cíle, musí navrhnout změnu v ošetrovatelském plánu a určit nové potřeby pacienta.

3.2 Model Virginie Hendersonové

V popředí tohoto modelu stojí pacient, jako člověk se svými všemi potřebami. Tyto potřeby můžeme rozdělit do čtyř základních oblastí a to na potřeby biologické, psychické, sociální a spirituální. V běžném životě je jedinec schopen si tyto potřeby uspokojovat sám.

Pokud mu však do života vstoupí nemoc a on se tak ocitne v těžkém životním období, kdy není schopen si všechny své potřeby sám uspokojit, potřebuje pomoc, aby opět nabral potřebnou sílu, vůli či vědomosti a mohl znovu plnohodnotně žít. Cílem tohoto modelu je tedy poskytovat ošetrovatelskou pomoc lidem tak, aby se jim co nejvíce udržela jejich soběstačnost, a tím i nezávislost na svém okolí a oni se mohli vrátit do hodnotného života.

Pokud jedinec není schopen vzhledem ke snížené soběstačnosti plně uspokojovat své potřeby, zastupuje ho v těchto oblastech zdravotní sestra vhodnou ošetrovatelskou péčí. Pavlíková (2006) tuto myšlenku shrnuje a vhodně říká: *„Prvořadou povinností sestry je tedy pomáhat pacientovi s jeho denním životním režimem nebo s těmi činnostmi, které běžně vykonával sám bez pomoci, když měl dostatek sil, vůle a vědomostí“* (s. 47).

Jak už jsem uvedla, Hendersonová ve svém modelu dělí potřeby člověka do čtyř základních oblastí. Jednotlivé oblasti pak nadále rozpracovává do 14 jednotlivých potřeb (Pavlíková, 2006, s. 46).

1. normální dýchání
2. dostatečný příjem potravy a tekutin
3. vylučování
4. pohyb a udržování vhodné polohy
5. spánek a odpočinek
6. vhodné oblečení
7. udržování fyziologické tělesné teploty
8. udržování upravenosti a čistoty těla
9. odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe nebo druhých

10. komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů
11. vyznávání vlastní víry
12. smysluplná práce
13. hry a účast na různých formách odpočinku a rekreace
14. učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení

Vzhledem k tomu, že základní potřeby mají všichni lidé stejné, bez ohledu na svoji diagnózu, mohou tak sloužit jako podklad pro plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Je důležité, aby zdravotní sestra dobře a vhodně komunikovala s pacientem za účelem dobrého sběru dat, neboť jejich uspokojování může probíhat různými způsoby, vzhledem ke kulturním odlišnostem a individualitě každého jedince. Jedině na základě kvalitního sběru dat informací o pacientovi může být poskytnuta kvalitní péče.

3.3 Ošetřovatelská anamnéza pacientky

Ošetřovatelskou anamnézu jsem odebrala 1. pooperační den ráno na jednotce intenzivní péče, kde byla pacientka hospitalizovaná. Potřebné informace jsem získala nejen rozhovorem s pacientkou, ale i na základě informací od ošetřujícího personálu a z lékařské dokumentace. Ke sběru dat jsem použila ošetřovatelskou anamnézu Ústavu ošetřovatelství 3. LF UK.

Normální dýchání

Pacientka je nekuřačka a před otěhotněním nikdy vážně netrpěla na problémy spojené s dýcháním. Nyní neudává žádné problémy. Dýchá spontánně s dechovou frekvencí 18 vdechů za minutu a SpO₂ 99%.

Dostatečný příjem potravy a tekutin

Paní M. S. při příjmu měřila 163cm a vážila 72kg (BMI 27 – nadváha). Během těhotenství přibrala 22kg. Byla zvyklá se stravovat několikrát denně a dodržovat správnou životosprávu. Při těhotenství se jí to ale moc nedařilo. Jedla větší porce, hodně sladkého a snížila také pohybovou aktivitu. Pacientka se chce opět začít stravovat zdravě. Vzhledem k tomu, že chce kojit, nechce držet žádná diety. Pacientka udává, že vypije denně kolem 2 – 2,5l tekutin. Alkohol pije příležitostně. Je zvyklá pít jednu až dvě kávy denně.

Nultý pooperační den byla pacientka na čajové dietě. Pila čaj a neperlivou vodu. Příjem tekutin byl 3900ml, z toho 1800ml vypila pacientka sama a zbytek činil infuze. Na dnešní den je pacientka převedena z čajové diety na dietu tekutou – bujon. Pije neslazený čaj a neperlivou vodu.

Vylučování

Pacientka neuvádí, že by měla během těhotenství problémy s pálením, nebo řezáním při močení. Pouze se zvýšila jeho frekvence. Nyní má zaveden druhým dnem Foleyův katetr č. 18 a je sledována bilance tekutin. Za včerejší den odvedl PMK 4400ml moči. Moč byla čirá, bez zápachu.

Stolici před otěhotněním i v době těhotenství měla téměř pravidelnou jednou za dva dny. Občas se objevily problémy se zácpou, které se projevovaly pocitem plnosti. Stolice od příjmu nebyla.

Pohyb a udržování vhodné polohy

Pacientka neměla s pohybem dříve žádné problémy. Nyní je v klidovém režimu na lůžku vzhledem k operaci, která proběhla ve spinální anestezii. Procvičuje dolní končetiny, jak jí bylo ukázáno sestrou. Sama mění polohy v lůžku.

Dle lékařské dokumentace na dnešní den naplánovaná vertikalizace a chůze. Pacientka má z vertikalizace mírné obavy. Bojí se bolesti při vstávání a cítí se slabě.

Spánek a odpočinek

Se spaním neměla paní M. S. nikdy problémy a neužívala žádné léky. Noc před porodem skoro vůbec nespala díky bolesti v epigastriu a celkovému rozrušení z porodu. Po operaci pacientka na chvíli zabrala a spala přibližně jednu hodinu. Na noc dostala Diazepam a usnula po 22. hodině. Spala celou noc. Nyní se cítí trochu unaveně a zároveň rozrušeně z nové situace.

Vhodné oblečení

I když si pacientka přinesla svoji vlastní noční košili, tak prozatím má nemocničního anděla. Byla jí vysvětlena praktičnost tohoto oblečení díky rozstřiženým zádkům a nutnosti dobrého přístupu k tělu, tak i z důvodu odcházejících očítků a možnosti umazání košile. Po první vertikalizaci a hygieně dostane nemocniční košili. Pacientka tomu rozumí a nemocniční oděv jí zatím nevadí. Souhlasí, že je zatím praktičtější. Pacientka je v oblasti oblékání i jiných všedních činností dle Barthelova testu základní všedních činností středně závislá – 45b viz příloha č. 2: ošetrovatelská anamnéza.

Udržování fyziologické tělesné teploty

Nultý pooperační den se teplota pacientky na JIP pohybovala v rozmezí 35,9 – 36,5°C. Dnes ráno (1. pooperační den) byla teplota 36,3°C, tedy v normálním fyziologickém rozmezí. Teplota se nyní měří 2x denně ráno digitálním teploměrem v 6:00 a večer v 18:00. Vždy je zaznamenána do dokumentace. Teplota pokoje pacientce vyhovuje. Sestra může pomoci tělesnou teplotu pacienta udržovat pomocí topení, klimatizace, či správně zvoleného druhu přikrývky.

Udržování upravenosti a čistoty těla

Před i v období těhotenství byla pacientka zvyklá se sprchovat dle potřeby a čistit si zuby 2x denně. Po operaci sestra rodiče oplachovala roditelkou vodou a vyměňovala jí vložky na posteli. Vzhledem k diagnóze pacientky a operaci, která proběhla ve spinální anestezii (12h po operaci nutno zůstat v lůžku), lékař naordinoval vertikalizaci až na druhý den. Večerní hygiena tedy též proběhla v lůžku. Pacientka by dnes ráda šla do sprchy, ale má obavy z bolesti, a zda vše v pořádku zvládne.

Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe nebo druhých

Pacientka byla 0. pooperační den v klidovém režimu na lůžku. Z jedné strany má danou postranici, aby jí usnadnila pohyb v lůžku. Z druhé strany postele má na dosah stoleček s pitím a jiné pro pacientku důležité věci. Na dosah u lůžka je dáno i signalizační zařízení pro přivolání sestry, kdyby paní M. S. cokoli potřebovala. Těmito opatřeními se snažíme minimalizovat riziko pádu.

Dalším rizikem pro pacientku z okolí je riziko vzniku infekce ze zavedených invazivních vstupů a z operační rány. Pacientka má zaveden PMK, PŽK a drény. Nesmíme opomenout i riziko infekce z odcházejících očištěk.

Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů

Komunikace je u paní bezproblémová. Je plně při vědomí, orientovaná jak časem, místem tak i osobou. Řeč je plynulá, srozumitelná. Problémy se sluchem nemá. Včera byl u ní manžel. Dnes má opět odpoledne přijít spolu s maminkou rodičky.

Pacientka vyjádřila mírnou obavu z kojení. Kojit by chtěla, ale má strach, zda se laktace dobře rozběhne, protože včera měla problémy s přísátím dítěte. Dítě usínalo a nechtělo pít.

Vyznávání vlastní víry

Pacientka se nehlásí k žádnému náboženství. Věří v osud. To co se má stát se tane. Je šťastná z narozeného syna a těší se na budoucnost.

Smysluplná práce

Dříve pacientka považovala za smysluplnou práci převážně činnosti, které dělala v práci. Nyní se těší, až bude pečovat o syna a učit se novým věcem. Narození syna vnímá jako velký životní předěl.

Hry a účast na různých formách odpočinku a rekreace

Po císařském řezu se pacientka cítila velmi vyčerpaná. Díky analgezii si mohla odpočinout a na chvíli odpoledne i usnout. Spala i celou noc.

Učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji zdraví a využívání dostupných

Paní M. S. je zvědavá. Obdivuje práci sester na oddělení, zvláště obsluhu jednotlivých přístrojů. Nikdy předtím nebyla na oddělení JIP. Občas se zeptá na přípravky, které jsou jí podávány či jak některé věci fungují. Také se ptala na péči o dítě. Některé informace si načetla předem v literatuře či se vyptala kamarádek, ale bude ráda, když jí to zdravotnický personál přesto vše ukáže.

3.4 Ošetrovatelské diagnózy

Jednotlivé ošetrovatelské diagnózy byly sestaveny na základě sběru anamnestických dat k 1. pooperačnímu dni, kdy pacientka ještě pobývala na jednotce intenzivní péče. Tento den jsem si vybrala, protože dle mého názoru je z hlediska ošetrovatelské péče nejnáročnější. Jednotlivé diagnózy jsem pak rozřadila do dvou skupin podle jejich aktuálnosti na diagnózy aktuální a diagnózy potencionální. Jednotlivé diagnózy ve skupinách jsou dále řazeny podle jejich důležitosti. Míru důležitosti jsem odvodila od Maslowovy hierarchie potřeb.

Seznam ošetrovatelských diagnóz k 1. pooperačnímu dni

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

- Akutní bolest způsobená operačním výkonem
- Riziko vzniku krvácení související s diagnózou HELLP syndrom
- Snížená soběstačnost v oblasti hygieny v souvislosti s operačním výkonem
- Porucha tkáňové integrity způsobená operačním výkonem
- Riziko pádů související s pooperačním stavem
- Pocit strachu z pozdního nástupu laktace způsobený nedostatečnými informacemi v oblasti kojení a jejich technik

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

- Riziko vzniku infekce související s odchodem lochií, operační ránou a se zavedením PŽK, PMK a drénů
- Riziko vzniku TEN v souvislosti s operačním výkonem

3.4.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Akutní bolest způsobená operačním výkonem

Cíl ošetrovatelské péče:

- pacientka bude umět používat škálu bolesti
- pacientka bude udávat zmírnění nebo odstranění bolesti
- bolest nebude pacientku omezovat v zahájení pohybové aktivity

Plán ošetrovatelské péče:

nauč pacientku používat škálu bolesti
lokalizuj místo, charakter a intenzitu bolesti
sleduj v pravidelných intervalech intenzitu bolesti pomocí škály bolesti
podávej analgetika dle ordinace lékaře a ujisti se o jejich účinnosti
sleduj verbální i neverbální projevy bolesti u pacientky
informuj pacientku o úlevových polohách
zajisti signalizační zařízení na dosah pacientky
vše zaznamenej do dokumentace

Realizace plánu péče:

Nejprve jsem pacientce vysvětlila, jak na pomyslné hodnotící škále určí intenzitu bolesti (0 – žádná bolest, 10 – nesnesitelná bolest). Míru aktuální bolesti určila stupněm 4 v oblasti operační rány. Bolest se zesílí vždy při změně polohy či pohybu. Na základě této informace a ordinace lékaře byl pacientce v 8:00 podán Perfalgan 1g i. v. a byla upozorněna, že pokud bude mít bolesti, má je hlásit. Signalizační zařízení jí bylo dáno na dosah ruky. Po 30 min. jsem se byla ujistit, zda analgetika zabrala a paní M. S. pociťuje úlevu. Následně jsem ji poučila o úlevových polohách na boku s pokrčenými koleny. Upozornila jsem ji, že je důležité při otáčení se na bok, dávat pozor jak na hadičky od drénů, tak hadičku od PMK, aby nedošlo k jejich vysunutí. Pokud bude potřebovat, může na mne kdykoli zazvonit a já ji pomohu přemístit sběrné nádoby od drénů na druhou stranu postele. Vysvětlila jsem jí, jak vstávat z postele přes bok, aby nedošlo k přílišnému namáhání břišních svalů a následné zhoršení bolesti. Při změně polohy v lůžku, tak i při chůzi si pacientka přidržovala rukou operační ránu. Během směny jsem v pravidelných čtyřhodinových intervalech zjišťovala intenzitu bolesti. Další analgetika (Perfalgan 1g i. v.) byl pacientce podány v 16.30. Vše bylo zaznamenáno do dokumentace.

Hodnocení poskytnuté péče:

Pacientka umí používat škálu bolesti. Po podání analgetik vždy pociťovala úlevu. Během dne cítila mírnou bolest, která se při změně pohybu zvýšila.

Rozmezí bolesti během dne se pohybovalo od 1 – 4. Předepsaná analgetika byla dostačující. Bolest ji nebránila ve vertikalizaci a následné hygieně.

Riziko vzniku krvácení související s diagnózou HELLP syndrom

Cíl ošetrovatelské péče:

včasné odhalení krvácení

Plán ošetrovatelské péče:

pravidelně kontroluj krevní tlak

sleduj operační ránu, rány po drénech a PŽK

sleduj množství odpadu z drénů

sleduj množství krvácení z dělohy

sleduj výsledky krevních odběrů (krevní obraz, koagulace)

zajisti signalizační zařízení k pacientce

krvácení zaznamenej do dokumentace

Realizace plánu péče:

Pacientce byl kontrolován každé 2 hodiny krevní tlak spolu s ostatními fyziologickými funkcemi. Hodnoty tlaku byly po celý den v normě a neukazovaly na žádné krvácení.

Tabulka č. 2: Fyziologické funkce 1. pooperační den

Čas	TK	P	SpO2 v %	D	TT	Čas	TK	P	SpO2 v %	D	TT
6:00	113/56	86	100	18	36,3	18:00	124/79	88	100	12	36,6
8:00	128/67	84	100	19		20:00	129/69	82	100	14	
10:00	127/70	67	99	12		22:00	126/70	80	98	16	
12:00	137/82	70	100	20		0:00	124/67	82	100	14	
14:00	126/70	69	96	14		3:00	118/58	78	97	12	
16:00	129/67	74	100	17		6:00	115/58	78	100	18	36

Zdroj: vlastní

Dále jsem sledovala odpad z drénů. Za včerejší den se nacházelo v podtlakovém drénu 40ml a v drénu na spád 100ml naředěné tekutiny. Ráno po vertikalizaci pacientky nateklo do drénu na spád 30ml tekutiny a množství odpadu

v redonu zůstalo nezměněno. Vzhledem k malému odpadu a na základě rozhodnutí lékaře byly oba drény pacientce vyndány, kryty sterilními čtverci a přelepeny Cosmoporem E. V průběhu celého dne jsem kontrolovala krytí na operační ráně i na ranách po drénech, zda nedochází k prosáknutí krytí a tím krvácení. Kontrolovala jsem i lepení na PŽK. Při výměně vložek jsem věnovala pozornost i množství odcházejících lochií. Krvácení bylo přiměřené. Pacientka měla po celý den u postele na dosah zvoneček a byla poučena, že kdyby zpozorovala prosakující krytí na některé z ran, má mne hned informovat. Vzhledem k tomu, že riziko krvácení souvisí s diagnózou HELLP syndromu, u kterého dochází k posunu hodnot u trombocytů a v koagulaci, je důležité sledovat výsledky u těchto prvků v krevních testech.

Tabulka č. 3: Zvýšené hodnoty 1. pooperační den

	fyziologické rozmezí	výsledek	jednotky
Trombocyty	150 - 400	60	10 ⁹
Fibrinogen	2 - 4	4,56	g/L
antitrombin III	80 - 120	75	%
D - DIMER	0,010 - 0,450	1,465	mg/L

Zdroj: vlastní dle výsledků laboratoře

Hodnocení poskytnuté péče:

Během dne nedošlo k rozvoji DIC (diseminovaná intravaskulární koagulace). Krvácení v přiměřené míře. Tlak byl pravidelně sledován, v normálních fyziologických hodnotách. Nízký počet trombocytů, ostatní hodnoty lehce za hranicí.

Snížená soběstačnost v oblasti hygieny v souvislosti s operačním výkonem

Cíl ošetřovatelské péče:

pacientka bude mít uspokojeny potřeby v oblasti hygieny
během 12hodin dojde pacientka do sprchy, kde provede hygienu

Plán ošetrovatelské péče:

zajisti všechny věci potřebné k hygieně a umístí je na dosah
doprovodí pacientku k umyvadlu i do sprchy
pomoz pacientce s výměnou vložek a hygienou
pomoz pacientce s oblékáním

Realizace plánu péče:

Barthelův test základních všedních činností vyšel pacientce 45bodů – středně závislá vzhledem k včerejší operaci a ještě neproběhlé první vertikalizaci. Při ranním rozhovoru vyjádřila paní M. S. přání osprchovat se, ale zároveň i mírný strach z tohoto úkonu. Domluvili jsme se spolu, že nejdříve provede ranní hygienu u umyvadla a do sprchy půjde odpoledne. Ráno byly pacientce podány analgetika. Byla tedy bez bolesti. Poté jsem pacientce vysvětlila techniku vstávání. Vstala tak dle mých instrukcí bez použití hrazdičky, otočením se na bok a pomalým odstrkováním přes loket a sundáváním nohou z postele až do sedu. Chvilí zůstala sedět v lůžku, aby se jí netočila hlava. Poté s mou pomocí vstala a došla k umyvadlu, kde se posadila na židli, vyčistila si zuby, opláchla obličej a učesala se. Všechny potřebné pomůcky měla pacientka přichystané na dosah ruky. Následně jsem ji opět doprovodila do lůžka, kde si přes bok opět do něj lehla. Během vertikalizace pacientka více zakrvácela, proto jsem jí opláchla rodidla teplou vodou v lůžku a vyměnila jí vložku. Pod pacientku jsem dala i novou podložku. Odpoledne proběhla hygiena ve sprše. Pacientka sama vstala přes bok. Doprovodila jsem ji do sprchového koutu. V době, kdy byla pacientka ve sprše, proběhla úprava a výměna lůžkovin v její posteli. Pacientka si sama sundala košili spolu se síťovými kalhotkami a vložkou, kterou jsem vyhodila do infekčního odpadu. Poté se pacientka posadila na sedátko a sama se umyla. Všechny potřebné pomůcky jsem jí předem nachystala, aby je měla po ruce. Poučila jsem jí, aby operační ránu sprchovala čistou vodou bez mýdla. Dále jsem jí informovala o velké infekčnosti odcházejících očístků a nutnosti používat dvě žínky i dva ručníky. Připomenula jsem jí i nutnost umytí rukou po každém kontaktu s vložkou. Po osušení a oblečení jsem ji opět doprovodila k lůžku. Pacientka se po sprše cítila lépe.

Hodnocení poskytnuté péče:

Pacientka provedla ranní hygienu u umyvadla a odpoledne se celá umyla ve sprše. Sprcha jí udělala dobře a zlepšila její pocit ze sebe samé. U druhého vstávání bylo vidět, že se její soběstačnost zlepšila. V Barthelově testu se posunula na 90b – lehce závislá.

Porucha tkáňové integrity způsobená operačním výkonem

Cíl ošetrovatelské péče:

operační rána ani rány po drénech nebudou jevit známky infekce
pacientka během 12hodin bude umět o rány správně pečovat

Plán ošetrovatelské péče:

sleduj rány a případné projevy infekce
přistupuj k ranám asepticky a minimalizuj riziko infekce
porad' pacientce časté sprchování rány
upozorni pacientku na nutnost dodržovat hygienu rukou
porad' pacientce vhodné oblečení

Realizace plánu péče:

Z drénů jsem sundala krytí. Okolí drénů nejevilo známky infekce. Následně jsem okolí odezinfikovala Cutaseptem, otřela sterilními tampóny a drény vyndala. Ránu jsem překryla sterilními čtverci a přelepila náplastí. Operační rána také bez známek infekce a bez sekrece. Okolí očištěno Cutaseptem a kryto Cosmoporem E.

Odpoledne ve sprše jsem pacientce ukázala, jak si sprchovat operační ránu. Doporučila jsem jí, aby rány oplachovala pouze čistou vodou bez mýdla, nejlépe několikrát denně. Je nutné udržovat rány v čistotě. Prádlo, které je v kontaktu s ranami by mělo být také čisté. Důležitá je i správná a častá hygiena rukou, aby se do ran nezanesla infekce. Poradila jsem jí, aby nosila bavlněné spodní prádlo, které by nedráždilo rány. Pacientka po hygieně dostala čistou košili a měla

sít'ované kalhotky, které jsou prodyšné. Po sprše operační rána nechána nezakryta. Rány po drénech byly přelepeny.

Hodnocení poskytnuté péče:

Jak operační rána, tak rány po drénech jsou bez zarudnutí a nejeví známky infekce. Pacientka ví jak o rány pečovat.

Riziko pádů související s pooperačním stavem

Cíl ošetrovatelské péče:

minimalizovat riziko pádu

Plán ošetrovatelské péče:

zajisti signalizační zařízení na dosah ruky od pacientky

dbej na správné vstávání pacientky z lůžka

dbej na vhodnou obuv u pacientky

zajisti doprovod pacientce

Realizace plánu péče:

Pacientka poprvé vstávala ráno k umyvadlu. Vstala dle mých instrukcí přes bok, aby nebyly namáhány břišní svaly. Chvilí zůstala sedět na lůžku. Vsedě na posteli si nazula páskové pantofle, a pak s mou pomocí vstala z postele. Vzala jsem pacientce do ruky odpadní nádoby od drénů i PMK. Ujistila jsem se, zda se pacientce netočí hlava a s mou mírnou podporou šla pomalu do koupelny. Pacientka si volnou rukou přidržovala operační ránu. Po hygieně jsem ji opět doprovodila zpátky do lůžka. Pacientka se pak sama pod mým dohledem opět přes bok položila. Signalizační zařízení jsem umístila pacientce na dosah od lůžka. Poučila jsem ji, aby když bude chtít vstávat z postele, aby zazvonila na sestřičku, která ji doprovodí. Odpoledne při vstávání do sprchy si byla pacientka jistá jak při vstávání z lůžka, tak i při chůzi. Tyto činnosti zvládala bez pomoci.

Hodnocení poskytnuté péče:

Během služby nedošlo k pádu pacientky. Paní M. S. získala jistotu při vstávání z lůžka i při chůzi.

Pocit strachu z pozdního nástupu laktace způsobený nedostatečnými informacemi v oblasti kojení a jejich technik

Cíl ošetrovatelské péče:

pacientka si osvojí techniky kojení
pacientka získá jistotu při kojení
dítě bude dobře sát

Plán ošetrovatelské péče:

ukaz pacientce techniky kojení
zkontroluj techniku kojení pacientky
informuj pacientku o průběhu nástupu laktace

Realizace plánu péče:

Pacientce bylo pravidelně po třech hodinách přinášeno dítě dětskou sestrou. Byly jí ukázány různé techniky kojení, z nichž si paní M. S. vybrala jednu, která jí nejvíce vyhovuje. Dětská sestřička se podívala na přikládání dítěte k prsu a poradila pacientce, jak si dítě lépe podržet. Dítě se bez problémů přisálo. Sestřička jí také vysvětlila, že mléko se začne tvořit až několik dní po porodu. To pacientka nevěděla a bála se, že dítě bude mít hlad, když hned neměla mléko. Byla moc ráda, že se dítě přisálo a je vše v pořádku. Ví, že kdyby nastal problém s přikládáním, sestřička jí ráda pomůže. Byla též poučena o nutnosti dodržovat zvýšenou hygienu rukou a v péči o prsa.

Hodnocení poskytnuté péče:

Pacientka byla seznámena s různými technikami kojení. Dítě se bez problémů přisálo. Dále byla edukována v péči o prsa a potřebě zvýšené hygieny. Nyní paní M. S. nevyjadřuje obavy z kojení.

3.4.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy

Riziko vzniku infekce související s odchodem lochií, operační ránou a se zavedením PŽK, PMK a drénů

Cíl ošetrovatelské péče:

- minimalizovat riziko vzniku infekce
- včasné odhalení vzniku infekce

Plán ošetrovatelské péče:

- informuj pacientku o příznacích infekce
- vysvětli důležitost hygieny
- pomoz s hygienou v oblasti genitálu a zajisti dostatečnou výměnu vložek
- přístupuj ke všem invazivním vstupům asepticky
- kontroluj okolí místa vstupu PŽK a drénů, sleduj případné známky infekce
- kontroluj okolí operační rány a sleduj případné známky infekce
- kontroluj polohu a průchodnost PMK
- kontroluj barvu a množství odpadu z PMK a drénů
- zajisti, aby byla pacientka v čistotě
- měř TT

Realizace plánu péče:

Informovala jsem pacientku o vysoké infekčnosti odcházejících lochií a z tohoto důvodu potřebu zvýšené hygieny. Vysvětlila jsem jí důležitost časté hygieny genitálu a včasné měnění vložek. Dále jsem pacientce doporučila zvýšenou hygienu rukou právě před a po manipulaci s vložkou, nebo před kojením. Informovala jsem jí i o projevech infekce jako je zvýšená teplota, pálení, či řezání v oblasti močového měchýře.

Paní M. S. jsem ráno provedla oplach rodidel vodou v lůžku a vyměnila vložku. Vyměnila jsem i podložku pod pacientkou. Dále byly vložky měněny dle potřeby. Po obědě si pacientka vyměňovala vložky již sama. Odpoledne šla pacientka do sprchy, kde byla provedena celková hygiena. Pacientce byla

převlečena postel a dostala čistou noční košili. Během dne bylo sledováno množství a konzistence odcházejících lochií.

Po ranní hygieně u umyvadla jsem pacientce sundala krytí z operační rány. Rána byla bez zarudnutí a bez sekrece. Odezinfikovala jsem ji Cutaseptem a přelepila Cosmoporem E. Odpoledne jsem operační ránu osprchovala vodou bez mýdla a opatrně osušila. Rána zůstala volně bez krytí.

Krytí okolo vstupů drénů jsem odstranila. Následně jsem okolí odezinfikovala Cutaseptem a otřela pomocí sterilních tamponků. Okolí vstupu bylo bez zarudnutí a nejevilo známky infekce. Drény celkem odvedly 40ml a 130ml naředěného odpadu. Lékař rozhodl o jejich odstranění. Rány po vstupech byly zakryty sterilními čtverci a přelepeny náplastí.

U PŽK jsem sundala krytí a zkontrolovala okolí vstupu. Následně jsem pomocí 10ml FR propláchla katetr, abych zjistila jeho funkčnost. Pacientka necítila při proplachování žádnou bolest, ani pálení. Kůže v okolí zůstala beze změn. Odezinfikovala jsem okolí a následně přelepila krytím určeným na kanyly. Spojovací set jsem fixovala náplastí, aby nedošlo k nechtěnému vytržení kanyly.

Okolí vstupu PMK bylo ráno očištěno v lůžku při oplachování rodidel teplou vodou. Odpoledne ve sprše pak proběhla opět hygiena v oblasti zavedení PMK čistou vodou a osušeno ručníkem určený na genitál. Pacientka si nestěžuje na bolest ani pálení v oblasti močových cest. Cévka je dobře fixována a odvádí čistou moč.

Teplota byla měřena 2 krát denně. Ráno bylo naměřeno pomocí digitálního teploměru 36,3°C a večer 36,6°C.

Hodnocení poskytnuté péče:

Pacientka byla poučena o důležitosti hygieny. Ona sama, ani místa okolí invazivních vstupů nejevila známky infekce. Očistky odcházely v přiměřeném množství a byly bez zápachu. Operační rána i rány po drénech jsou bez zarudnutí. Paní M. S. byla celý den bez teploty.

Riziko vzniku TEN v souvislosti s operačním výkonem

Cíl ošetrovatelské péče:

- minimalizovat riziko vzniku TEN
- včasné odhalení příznaků TEN

Plán ošetrovatelské péče:

- podávej antikoagulancie dle ordinace lékaře
- co nejdříve vertikalizuj pacientku
- sleduj příznaky TEN – barva a prokrvení dolních končetin

Realizace plánu péče:

Pacientka ráno vstala z lůžka a došla do koupelny, kde si u umyvadla vyčistila zuby, umyla obličej a učesala se. Po hygieně se opět vrátila do lůžka. Odpoledne pak pacientka došla do koupelny, kde ve sprše proběhla celková hygiena. Během dne pak sama procvičovala dolní končetiny podle včerejších instrukcí, které dostala od sestry. V lůžku se pacientka pohybovala sama dle potřeby. Dolní končetiny nejevily známky TEN (změna barvy, zvýšenou teplotu, bolest atd.).

Dle ordinace lékaře byl ve 12:00 pacientce preventivně podán Fragmine 2500j s. c., který dostala i předešlý den.

Hodnocení poskytnuté péče:

Pacientka byla vertikalizována. Ordinace proběhla dle lékaře. Paní M. S. nejeví známky TEN.

3.5 Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče

Péče o pacientku 2. pooperační den

Pacientka byla druhý den přeložena na oddělení šestinedělí. Tlak je měřen 4x denně a TT 2x za den. Nadále probíhá kontrola krevních hodnot. Dieta kašovitá, pije neslazený čaj a vodu. Během tohoto dne si vzala v 10:00 na bolest Diclorem 100mg supp. p. r. a po zbytek dne byla bez bolesti či se slabou bolestí v operační ráně. Bolest nadále sledujeme. V tento den byl pacientce vyndán PMK. Bylo jí připomenuto, aby dostatečně pila a nedošlo tak ke vzniku infekce v močových cestách. Paní M. S. se 2 hodiny po odstranění cévky vymočila. Dále jí byl vyndán i PŽK. V tuto chvíli nemá již žádný invazivní vstup. Nadále probíhá oplachování operační rány. Rány po drénech byly odezinfikovány a přelepeny náplastí. Okolí ran je bez známek infekce. Pacientka je soběstačná, sama si dojde na záchod i do sprchy. Hygienu se snaží dodržovat, ve sprše byla 3 krát. Očistky odcházejí v normě, děloha částečně retrahovaná. Prevence TEN nadále trvá. Dítě bylo pravidelně přinášeno sestrou na kojení. Dnes byla také pacientka edukována v péči o dítě (vážení, přebalování a koupání).

Péče o pacientku 3. a 4. pooperační den

Fyziologické funkce jsou měřeny 4x denně. Ráno krevní odběry. Dieta šetřící. Bolest mírná v ráně, pacientka na ni nechtěla žádná analgetika. Bylo jí sundáno krytí z ran po drénech a necháno nezakryto. Rány čisté, bez známek infekce. Paní M. S. je soběstačná, nutnost zvýšené hygieny nadále trvá. Na stolici byla. Dítě má již u sebe po celou dobu. Pravidelně ho sama přikládá, technika kojení se zlepšila. Péči o syna zvládá bez problémů. Očistky odcházejí v normě, bez zápachu. Děloha se nadále zatahuje. Provedena ultrazvuková kontrola dělohy, vše v pořádku. Objevila se zvýšená teplota v souvislosti s laktací. Pacientka si stěžovala na citlivá prsa. Dostala na ně studený obklad.

Péče o pacientku 5. a 6. pooperační den

Fyziologické funkce nadále měřeny 3x denně, vše v normě. Nadále sledujeme i krevní hodnoty. Dieta šetřící. Rány bez sekrece a známek infekce. Očistky odcházejí v menší míře, bez zápachu. Dítě bylo u pacientky i přes noc.

Péči v pořádku zvládla, dítě přibírá na váze. Během 6. pooperačního dne byla pacientka kolem oběda propuštěna domů. Pacientce byly dány propouštěcí zprávy a byla poučena o náležitostech, které jsou potřeba učinit po opuštění z porodnice.

3.6 Psychika ženy po porodu

Porod a první okamžiky po něm bývají pro ženu velmi silným a emočně nabitým zážitkem. Do krve ženy se začnou vyplavovat hormony oxytocin a endorfin, které přispívají k vytvoření vazby mezi ní a dítětem, ale také díky nim může prožívat pocity euforie a štěstí. Kromě působení hormonů prochází žena i somatickými změnami a ocitá se v nové roli matky. Všechny tyto oblasti působí na psychiku ženy, která tak prochází velikými převraty. První dny po porodu většina matek prožívá pocity uvolnění a zvýšeného sebevědomí (Slezáková a kol., 2011). U některých žen tyto pocity přetrvávají. Prožívají radost z nově narozeného dítěte, přijmou bez problému svou novou roli matky a prožívají vnitřní pocity štěstí. U 70 % rodiček se tento stav během prvního týdne po porodu ale změní. Začnou být plačtivé, úzkostné, podrážděné, mohou se objevit poruchy spánku či snížené sebevědomí. Často dochází i k narušení vztahu k dítěti. Tento stav, který je označován jako poporodní blues, většinou kolem 10. dne po porodu ustoupí. U 10 % žen se můžeme setkat s poporodní depresí. Ta se může objevit kdykoliv během jednoho roku od ukončení těhotenství. Většinou se ale první příznaky objeví mezi 4. a 6. týdnem po porodu a neliší se od příznaků běžné deprese. V tomto případě je nutné vyhledat odbornou lékařskou pomoc. U mizivého počtu rodiček (0,1 %) se setkáváme mezi 2. a 3. poporodním dnem s laktační psychózou. Vyskytuje se převážně u žen s psychiatricky zatíženou anamnézou a je vždy nutné vyhledat pomoc psychiatra (Roztočil a kol., 2008).

Jak je vidět, psychika rodičky opravdu po porodu prochází velkými změnami. Komplikovaný porod, či porod císařským řezem toto období nijak neulehčují. Žena se tak někdy musí vyrovnávat i s nepříjemnými tělesnými či psychickými zážitky. Může prožívat i pocity zklamání ze špatného porodu či nutnosti provést císařský řez a vnímat tuto situaci jako zklamání ve své roli ženy.

Psychický stav pacientky

Pacientka vzhledem k bolestem v nadbříšku měla ze začátku hospitalizace obavy týkající se zdraví dítěte. Byla připravená na normální porod, když celé těhotenství probíhalo bez komplikací a porod císařským řezem ji trochu znejistil, zda je opravdu vše v pořádku. Přiznává však, že tato možnost porodu jí přišla na

mysl již cestou do porodnice. Zpětně je ráda, že má vše za sebou. Je pro ni důležité zdravé dítě a ne způsob porodu. Pacientka je ráda, že operace proběhla ve spinální anestezii a ona mohla syna hned vidět. Tvrdí, že to byl jeden z nejhezčích okamžiků. Po operaci byla na pacientce vidět únava a zároveň touha po každém kontaktu s dítětem. Byla si ale vědoma, že se nyní nedokáže sama o dítě postarat, a proto ho nemůže mít u sebe. Nejdříve se musí sama trochu zotavit. Je klidná, ví, že je o dítě dobře postaráno. Pacientka během celé hospitalizace dobře komunikovala i spolupracovala s personálem. První dny po porodu se objevily sice obavy týkající se kojení a tvorby mléka, ale ty brzy vymizely. Druhý pooperační den byla paní M. S. přeložena na oddělení šestinedělí, kde byla spolu se synem. Hospitalizaci i péči o dítě zvládla bez problémů. Je šťastná a hrdá na své dítě. Toto bylo patrné hlavně při návštěvách v průběhu hospitalizace. Během celé hospitalizace pocítovala oporu ve svém manželovi, který za ní pravidelně docházel.

3.7 Edukace

Narození prvního dítěte je velká událost v životě ženy. Najednou se ocitá v úplně nové situaci, v které ještě nikdy před tím nebyla. Vše je nové, a proto je velmi důležitá role sestry, která je ženě na blízku, učí jí novým dovednostem, vše vysvětluje a provází jí tímto obdobím. Edukace pacientky tedy probíhala během celého jejího pobytu v porodnici, tak i těsně před odchodem do domácího prostředí. Podílely se na ní jak porodní asistentky, které mají na starosti péči o matku, tak i dětské sestry. Týkala se především oblastí výživy, péče o jizvu, péče o prsa, techniky kojení, rehabilitace a péče o dítě. Následně blíže popíši edukaci pacientky, která se týkala bezprostředně jí samotné.

Výživa

Pacientka byla poučena o nutnosti dostatečného příjmu tekutin v době kojení. Jako vhodné tekutiny jí byly doporučeny neperlivé vody, ovocné či bylinné čaje a zředěné šťávy. Naopak by se měla vyvarovat nasyceným vodám, černému čaji, kávě a alkoholu. Důležitý je i pestrý jídelníček s dostatkem živin a čerstvých potravin. Vyvarovat by se měla nadýmavým potravinám (čerstvé pečivo, luštěniny, vejce atd.) a ostrým či hodně kořeněným jídlům. Během kojení by měla pacientka dodržovat správnou životosprávu, jako je pravidelné stravování, nekouřit a dostatek odpočinku. Během kojení by se pak neměla snažit hubnout.

Péče o jizvu

Paní M. S. byla poučena o častém sprchování jizvy, dodržování hygieny a nošení neдрáždivého oblečení. Vyvarovat by se měla i zvedání a nošení těžkých věcí. Po odstranění stehů je možné jizvu mazat krémy podporující hojení (např. Bepanthen mast) či provádět tlakovou masáž (krouživými pohyby masírovat okolí rány).

Péče o prsa

Paní M. S. byla poučena, že prsa by se měli mít jen čistou vodou bez použití mýdla. Není dobré umývat prsa před a po kojení, aby nedošlo k narušení

jemné kůže a tím i popraskání bradavek. Po kojení je dobré nechat prso s bradavkou volně oschnout na vzduchu. Vhodné je též používání bavlněných podprsenek. Někdy může být nalévání prsou mlékem bolestivé. V těchto případech pomáhá na ně přikládání studených obkladů. Před kojením je pak naopak dobré přiložení teplého obkladu či vypití teplého nápoje. Důležitá je také správná technika kojení. Je důležité, aby i přes bolest žena nepřestala kojít.

Technika kojení a přikládání dítěte k prsu

Aby bylo kojení úspěšné, je důležitá poloha dítěte a správné přisátí se sáním. Pacientce bylo vysvětleno, že je důležité, aby zvolila polohu pohodlnou jak pro ni, tak pro dítě. Vždy by měla přikládat dítě k prsu a ne naopak. Měla by ho držet tak, aby se prsty nedotýkala dvorce a aby byla bradavka v úrovni pusinky dítěte. Pokud bradavkou podráždí pusinku dítěte, vyvolá se u něj sací reflex. Pacientka byla upozorněna na důležitost uchopení pusinkou dítěte nejen bradavku, ale i část dvorce. V tomto případě se tedy bude nos a brada dítěte dotýkat prsu.

Pacientce byly ukázány různé polohy při kojení. Na oddělení JIP jí bylo nejdříve ukázáno kojení vpolosedě s podloženýma nohama, která je vhodná pro ženy po císařském řezu. Pacientka má polštář pod kolena, který jí podpírá dolní končetiny a druhý polštář na břicho, aby chránil jizvu po operaci. Dítě leží na předloktí matky. Jako další poloha byla pacientce ukázána poloha vleže, kdy matka spolu s dítětem leží na boku. Na oddělení šestinedělí byly pak pacientce ukázány poloha vsedě a poloha fotbalová.

Pacientka ze začátku měla problémy se správným držením prsu. Také si byla nejistá v držení dítěte při kojení. Sestřička se první dny koukala na pacientku, jak přikládá dítě a opravovala ji.

Rehabilitace

Po operaci byla pacientka edukována o procvičování dolních končetin v rámci prevence TEN. Další den bylo pacientce vysvětleno vstávání a lehání do lůžka přes bok, aby nebyla namáhána sutura rány. Během hospitalizace pak za paní M. S. docházela rehabilitační sestřička, která jí poučila o cvicích, které může

cvičit a dala jí domů jejich seznam s návodem na cvičení. Dále byla poučena o klidovém režimu během šestinedělí. Pacientka ví, že nesmí zvedat ani nosit v této době těžké věci.

Před propuštěním z porodnice dostala pacientka propouštěcí zprávu, kterou odevzdá svému obvodnímu lékaři. Dále je potřeba, aby se domluvila se svým gynekologem na kontrole po uplynutí šestinedělí. Pokud by měla jakékoli problémy během šestinedělí (horečka, silné krvácení atd.), může pacientka přijet do gynekologické ambulance v porodnici.

Druhá zpráva, která byla pacientce dána, náležela pediatrovi, s kterým byla pacientka domluvená už před nástupem do porodnice, že přijme její dítě do péče. Pediatr by měl převzít dítě do dvou dnů od propuštění z nemocnice.

Dále byl pacientce předán kontakt do laktační poradny, kam se může kdykoli obrátit s jakýmkoliv problémem týkajícím se kojení.

4. ZÁVĚR

Ve své práci jsem se zaměřila na popis péče o pacientku po císařském řezu, který jí byl indikován ve 41. týdnu těhotenství na základě diagnózy HELLP syndrom. Hlavní pozornost věnuji péči o ženu během 1. pooperačního dne, který se dle mého názoru jeví jako nejnáročnější na ošetrovatelský proces.

V teoretické části jsem blíže popsala a vysvětlila co je to HELLP syndrom, jednotlivé indikace k císařskému řezu, předoperační přípravu, metody a techniky provedení císařského řezu a pooperační péči. V klinické části se pak věnuji přijetí pacientky a průběhu porodu.

Stěžejní v celé práci je pak ošetrovatelská část. Zde na podkladě získaných informací od pacientky a z dokumentace sestavuji jednotlivé ošetrovatelské diagnózy a plánuji krátkodobý ošetrovatelský plán na 12 hodin pro 1. pooperační den.

Celý porod probíhal ve spinální anestezii bez komplikací. Avšak vzhledem k závažné diagnóze byla pacientka hned po porodu převezena na oddělení JIP. Zde probíhalo sledování krevních testů, pacientka dostala antihypertenziva, magnesium sulfát, nízkomolekulární heparin a hepatika. Celkový stav ani krevní výsledky nebyly však tak špatné, aby bylo potřeba přistoupit k podání erymasy či trombocytární náplavy. Pacientka byla tak 2. pooperační den přeložena na oddělení šestinedělí.

Ve své práci jsem se zaměřila na péči k 1. pooperačnímu dni, protože tento den se mi jevil jako nejnáročnější na ošetrovatelskou péči. Bylo potřeba nejen předcházet možným lékařským komplikacím, jako je např. sledování krevních hodnot ohledně případné možnosti rozvoje DIC, ale také sledovat a tlumit bolest, neboť ta je hlavní překážkou v navrácení soběstačnosti a bývá příčinou podrážděné nálady pacientky. Na tento den byla naplánována i první vertikalizace a celková hygiena ve sprše. První pooperační den je pro ženu velmi náročný nejen z hlediska vlastní rekonvalescence, ale také po psychické stránce, kdy si zvyká na novou roli matky, která s sebou přináší učení se novým věcem. V tomto období

je proto velmi důležitá role sestry, která o matku pečuje a provází jí tímto obdobím.

Paní M. S. byla propuštěna 6. pooperační den. Žádná komplikace se u í během hospitalizace nevyskytla. Péči o sebe a dítě dobře zvládla.

5. POUŽITÁ LITERATURA

Binder, T. Hellp syndrom. [online]. Kamenice: Porodnice.cz, 2014 [cit. 22. dubna 2014]. Dostupné z <http://lekari.porodnice.cz/hellp-syndrom-0>

Binder, T. a kol. *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 2011. 297 s. ISBN 978-80-246-1907-1.

Čech, E. a kol. *Porodnictví*. Praha: Grada, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.

Doležal, A. a kol. *Porodnické operace*. Praha: Grada, 2007. 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.

Dušková, H. Kazuistika pacientky s Hellp syndromem. [online]. Sestra, 2010 [cit. 22. dubna 2014]. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/kazuistika-pacientky-s-hellp-syndromem-449178>

Evans, N. *Těhotenství a porod od A do Z*. Hodkovičky: Pragma, 1994. 333 s. ISBN 80-7205-510-0.

Kobilková, J. a kol. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, 2005. 368 s. ISBN 80-7262-315-X.

Lomíčková, T. Změnily se indikace k císařskému řezu? *Aktuální gynekologie a porodnictví*, 2009, roč. 1, s. 42-44. ISSN 1803-9588.

Macků, F. a kol. *Kompendium gynekologických operací*. Praha: Grada, 1995. 599 s. ISBN 80-7169-154-2.

Naňka, O. *Přehled anatomie. Druhé, doplněné vydání*. Praha: Galén, 2009. 416 s. ISBN 978-80-7262-612-0.

Pařízek, A. a kol. *Porodnická analgezie a anestezie*. Praha: Grada, 2002. 535 s. ISBN 80-7169-969-1.

Pavlíková, S. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.

Rokyta, R. *Somatologie I. a II.* Praha: Eurolex Bohemia, 2002. 264 s. ISBN 80-86432-49-1.

Roztočil, A. a kol. *Moderní porodnictví.* Praha: Grada, 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

Slezáková, L. a kol. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví.* Praha: Grada, 2011. 269 s. ISBN 978-80-247-3373-9

Staňková, M. *Základy teorie ošetřovatelství.* Praha: Karolinum, 1996. 180 s. ISBN 80-7184-243-5.

Švihovec, J. a kol. *Breviř 2010.* Praha: Medical Tribune CZ, 2010. 1254 s. ISBN 978-80-87135-21-1

ÚZIS. Rodička a novorozenec 2003. [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2004 [cit. 28. dubna 2014]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/rodicka-novorozenec>

ÚZIS. Rodička a novorozenec 2012. [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2013 [cit. 28. dubna 2014]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/rodicka-novorozenec>

Zábranský, F. *Technika císařského řezu.* Praha: Galén, 1997. 133 s. ISBN 80-85824-69-8.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AFP	-	alfafetoprotein
ATB	-	antibiotika
ALT	-	alaninaminotransferáza
AST	-	aspartátaminotransferáza
BMI	-	Body Mass Index
D	-	dechová frekvence
Dg.	-	diagnóza
EKG	-	elektrokardiogram (snímá elektrickou aktivitu srdce)
FF	-	fyzilogické funkce
FR	-	fyzilogický roztok
i. m.	-	intramuskulární
i. v.	-	intravenózní
j.	-	jednotka
JIP	-	jednotka intenzivní péče
LHK	-	levá horní končetina
P	-	puls
PLT	-	trombocyty
p. o.	-	per os
PŽK	-	permanentní žilní katetr
PMK	-	permanentní močový katetr
s. c.	-	subkutánní
S. C.	-	Caesarean Section
SpO ₂	-	saturace
supp.	-	čípky
Tbl.	-	tableta
TEN	-	trombembolická nemoc
TK	-	krevní tlak
TT	-	tělesná teplota

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Přehled použité farmakoterapie

Příloha č. 2: Ošetřovatelská anamnéza pacientky

Příloha č. 3: Plán ošetřovatelské péče

Příloha č. 1: Přehled použité farmakoterapie

Dané informace použity z Brevíře 2010 (Švihovec, 2010).

Calcium Biotika

Indikační skupina: Mineralium.

Indikace: Hypokalcemie, hyperkalemie, hypermagnezemie, otrava fluoridy a kyselinou šťavelovou.

Nežádoucí účinky: Rychlá aplikace – vazodilatace a křídová pachut' v ústech, nadměrné množství - obstipace, bolesti břicha, svalová slabost, polyurie, zmatenost.

Cefazolin 2,0g

Indikační skupina: Širokospektré antibiotikum.

Indikace: Infekce vyvolané grampozitivními i gramnegativními mikroby citlivými na cefazolin, infekce urogenitálního traktu, infekce kůže a měkkých tkání, septicemie, infekce respiračního traktu, endokarditis.

Nežádoucí účinky: Nauzea, zvracení, průjem, alergické reakce.

Diazepam 5mg

Indikační skupina: Anxiolytikum, sedativum, centrální myorelaxans.

Indikace: Úzkost, strach, pocit napětí, neklid, epilepsie.

Nežádoucí účinky: Únava, ospalost, malátnost, zpomalené reakce, bolest hlavy, nauzea.

Diclorem 100mg

Indikační skupina: Nesteroidní antirevmatikum, antiflogistikum.

Indikace: Zánětlivá a degenerativní revmatická onemocnění, akutní dna, posttraumatické a pooperační otoky a záněty, bolestivé a zánětlivé afekce v gynekologii.

Nežádoucí účinky: Bolest hlavy, závratě, spavost, nauzea, průjem, otoky, dezorientace, srdeční poruchy.

Dipidolor 2ml/15mg

Indikační skupina: Analgetikum.

Indikace: Silné a velmi silné bolesti doprovázející nádorové onemocnění a pooperační bolesti, u nichž jsou indikovány opiáty.

Nežádoucí účinky: Závislost, bolest hlavy, nauzea, zvracení, hypotenze, respirační selhání.

Fragmin 2500j

Indikační skupina: Nízkomolekulární heparin, antikoagulans.

Indikace: Profylaxe tromboembolie v souvislosti s chirurgickým výkonem, léčba akutní trombózy hlubokých žil a plicní embolie, prevence srážení krve v mimotělním systému při hemodialýze.

Nežádoucí účinky: Krvácení, alergická reakce.

Humulin R

Indikační skupina: Antidiabetikum, biosyntetický lidský inzulin.

Indikace: Léčba diabetes mellitus a jeho stabilizace.

Nežádoucí účinky: Hypoglykémie, pokles tlaku, problémy s dýcháním, vyrážka, pocení, zrychlený tep.

Magnesium Sulfuricum biotika 20%

Indikační skupina: Myorelaxans, homeostatikum

Indikace: Léčba křečových stavů, spazmofilní neuropatie, preeklampsie, eklampsie, tetanie.

Nežádoucí účinky: Pocení, pokles krevního tlaku, poruchy srdeční činnosti, nauzea, svalová slabost, hypotermie.

Minirin 0,2mg

Indikační skupina: Antidiuretikum.

Indikace: Diabetes insipidus, primární enuresis nokturna, nykturia.

Nežádoucí účinky: Hyponatrémie, bolest hlavy, bolest břicha, nauzea, závratě, zvracení, hypertenze, malátnost, zmatenost.

Nepresol (Dihydralazin)

Indikační skupina: antihypertenziva s přímým vazodilatačním účinkem

Indikace: léčba těhotenské hypertenze

Nežádoucí účinky: hypotenze, abrupce placenty

Oxytocin

Indikační skupina: Uterotonikum, galaktokinetikum.

Indikace: Indukce porodu, stimulace slabých stahů děložních, řízení děložní práce při lékařském vedení porodu, hypotonie a atonie děložní po porodu, galaktokinetikum při retenci mléka.

Nežádoucí účinky: Poporodní krvácení, snížení koncentrace protrombinu, zvracení, arytmie, alergická reakce.

Perfalgan 10mg/ml

Indikační skupina: Analgetikum, antipyretikum.

Indikace: krátkodobá léčba středně silných bolestí po chirurgických výkonech a ke krátkodobé léčbě horečnatých stavů.

Nežádoucí účinky: Neklid, pokles krevního tlaku, vyrážka, svědění, bušení srdce.

Plasmalyte roztok s glukózou 5%

Indikační skupina: elektrolyty se sacharidy

Indikace: náhrada tekutin během chirurgických výkonů, mírná až střední metabolická acidóza, náhrada tekutin s dodávkou sacharidů

Nežádoucí účinky: otoky, kožní vyrážka, problémy s dýcháním

Transmetil 500mg

Indikační skupina: Hepatica

Indikace: u dospělých při léčbě intrahepatální cholestázy, chronického zánětu jater a žlučových cest

Nežádoucí účinky: porucha spánkového rytmu

Vasocardin 50

Indikační skupina: Antihypertenzivum.

Indikace: Hypertenze, angina pectoris, tachykardie, prevence migrény.

Nežádoucí účinky: Nevolnost, zvracení, sucho v ústech, slabost, bolest hlavy, závratě, vyrážka, nízký krevní tlak, pomalá tepová frekvence.

Příloha č. 2: Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelská anamnéza

(Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

Oddělení: VIP

Datum a čas odběru anamnézy: 15. 8. 14 7⁰⁰

Jméno (iniciály): MS Pohlaví: Ž Věk: 35

Datum přijetí: 14. 8. 14

Stav: WAKO Povolání: ASISTENTKA V REKONV. SPOL

Rodina informována o hospitalizaci: ano ne

Diagnóza při přijetí (základní): HELLP syndrom, sezio caesaria

Chronická onemocnění: Diabetes insipidus

Infekční onemocnění: NE ANO

Režimová opatření: klid na lůžku, rehabilitace

Léčba:

Operační výkon: sezio caesaria Pooperační den: 1

Farmakoterapie: Fraxipar 1500, s.c. 1x, Pentafgan 1g, s.c. 1x, píl. bolesti

Diazepam 5mg, p.o. na noc ak potřeby, lasocidum 50mg, p.o. 2x 1x 1x-2x

Transmetil 500mg, temp. s.c., Munita 2, 3mg, 1x s.o. 1x-2x

Jiné léčebné metody:

Má nemocný informace o nemoci: ano ne částečně

Alergie: ano ne jaké:

Fyziologické funkce: P: 80/min TK: 100/60 D: 18/min SpO2: 99% TT: 36,3 °C

1) Vědomí

stav vědomí: při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC: 15/...

Orientovaný Deorientovaný

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba) běžné choroby
Dispenzarizována v endokrinologickém ústavu - Diabetes insipidus

Úrazy: ano ne jaké:

6) Výživa, metabolismus

Dieta: O-tekuta - byzon Nutriční skóre:

Hmotnost: 72,6 kg Výška: 163 BMI: 27

Chuť k jídlu: ano ne

Potíže s přijímáním potravy: ano ne jaké:

Užívá doplňky výživy: ano ne jaké:

Enterální výživa / Parenterální výživa PLASMAKIT S 5% GLUKOZOU + B; MAMMILL

Denní množství tekutin: 1800 ml P.O. Druh tekutin: čaj, neperlivá voda

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ano ne o kolik: 22,6 zvýšení

Umělý chrup: ano ne horní dolní

Potíže s chrupem: ano ne

7) Vyprazdňování

problémy s močením: ano pálení řezání retence inkontinence
 ne

problémy se stolicí: ano průjem zácpa inkontinence
 ne

stolice pravidelná: ano ne

datum poslední stolice: 23. 2

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení: 2

Rektální odvodný systém:

Stomie:

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: klid v lůžku, rehabilitace

Barthel test: 45b

Riziko pádu: ANO skóre: 35b NE

Pohyblivost: chodící samostatně chodící s pomocí

ležící pohyblivý ležící nepohyblivý

pomůcky jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : 6,7 hodina usnutí : 22:30

poruchy spánku : ano ne jaké :

hypnotika : ano ne

návyky související se spánkem : hypnotika medicínskou vzhledem k porodnímu stavu
úzkost, změně prostředí a pooperačnímu stavu

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem : ano ne jaké :

potíže se sluchem : ano ne jaké :

porucha řeči : ano ne jaká :

kompenzační pomůcky : ano ne jaké :

orientace : orientován

dezorientovaný místem časem osobou

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav : klidný rozrušený z nové role

Pocit strachu nebo úzkosti : ano ne z podmínek nástupu laktace

Úroveň komunikace a spolupráce : dobrá obtížná

Plánování propuštění

Bydlí doma sám : ano ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění : manžel

kontakt s rodinou : ano ne

12) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : intravaskulární Datum zavedení : 24.2.

Permanentní močový katétr : ano ne

i.v. vstupy : ano periferní datum zavedení : 24.2. kde : LHK

Stav : funkční, místo vpichu klidné

centrální datum zavedení : kde :

stav :

ne

Sonda : ano ne jaká : datum zavedení :

Stomie : ano ne jaká : stav :

Endotracheální kanyla : ano ne č.ETR : datum zavedení:

Tracheotomie : ano ne č.: od kdy:

Arteriální katétr : ano ne

Epidurální katétr: ano ne

Jiné invazivní vstupy:.....

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

1. Barthelové test základních všedních činností (ADL - activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0

Zdroj: Staňková, M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

0-40 bodů: vysoce závislý

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý

100 bodů: nezávislý

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobry 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Ne 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Částečně omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Ležící 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Stupnice pádů Morse			
	Body		Body
1. pády v anamnéze: nynější nebo v posledních 3 měs.	ne:0 ano:25	6. duševní stav vědomí si svých možností zapomíná na svá omezení	0 15
2. vedlejší diagnóza	ne:0 ano:15		
3. pomůcky k chůzi klid na lůžku/pomoc sestry	0	Celkem	
berle/hůl/chodítko nábytek	15 30	Míry rizika bez rizika	Hodnocení 0 - 24
4. i.v. vstup	ne:0 ano:20	nizké riziko vysoké riziko	25 - 50 ≥ 51
5. chůze/pohyb normální/klid na lůžku/imobilní slabá chůze zhoršená	0 10 20	25 bodů a více: postupuj dle SR č. 11 / 2010	
Zdroj: Prevence pádů ve zdravotnictví, Cesta k dokonalosti a zvyšování kvality, Grada 2007, str. 79			

Zdroj: Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK

Příloha č. 3: Plán ošetrovatelské péče

Datum a čas: 25. 2. 2014 v 7:00			
Aktuální ošetrovatelské diagnózy			
Diagnóza	Cíle	Plán péče	Hodnocení péče
Akutní bolest způsobená operačním výkonem	- pacientka bude umět používat škálu bolesti - pacientka bude udávat zmírnění nebo odstranění bolesti - bolest nebude pacientku omezovat v zahájení pohybové aktivity	- nauč pacientku používat škálu bolesti - lokalizuj místo, charakter a intenzitu bolesti - sleduj v pravidelných intervalech intenzitu bolesti pomocí škály bolesti - podávej analgetika dle ordinace lékaře a ujisti se o jejich účinnosti - sleduj verbální i neverbální projevy bolesti u pacientky - informuj pacientku o úlevových polohách - zajisti signalizační zařízení na dosah	Pacientka umí používat škálu bolesti a zná úlevové polohy. Po podání analgetik vždy pocívala úlevu. Během dne cítila mírnou bolest, která se při změně pohybu zvyšila. Rozmezí bolesti během dne se pohybovalo od 1 – 4. Předepsaná analgetika byla dostačující. Bolest ji nebránila ve vertikalizaci a následné hygieně.
Riziko vzniku krvácení související s diagnózou HELLP syndrom	- včasné odhalení krvácení	- pravidelně kontroluj krevní tlak - sleduj operační ránu, rány po drénech a PŽK - sleduj množství odpadu z drénů - sleduj množství krvácení z dělohy - sleduj výsledky krevních odběrů (krevní obraz, koagulace) - zajisti signalizační zařízení k pacientce	Během dne nedošlo k rozvoji DIC. Krvácení v přiměřené míře. Tlak byl pravidelně sledován, v normálních fyziologických hodnotách. Nízký počet trombocytů, fibrinogen, antitrombin, D-dimer lehce za hranicí.
Snížená soběstačnost v oblasti hygieny v souvislosti s operačním výkonem	- pacientka bude mít uspokojeny potřeby v oblasti hygieny - během 12hodin dojde pacientka do sprchy, kde provede hygienu	- zajisti všechny věci potřebné k hygieně a umístí je na dosah - doprovod pacientku k umyvadlu i do sprchy - pomoz pacientce s výměnou vložek a hygienou - pomoz pacientce s oblékáním	Pacientka provedla ranní hygienu u umyvadla a odpoledne se celá umyla ve sprše. Sprcha jí udělala dobře a zlepšila její pocit ze sebe samé. U druhého vstávání bylo vidět, že se její soběstačnost zlepšila. V Barthelově testu se posunula z 65b na 90b.
Porucha tkáňové integrity způsobená operačním výkonem	- operační rána ani rány po drénech nebudou jevit známky infekce - pacientka během 12hodin bude umět o rány správně pečovat	- sleduj rány a případné projevy infekce - přístupuj k ranám asepticky a minimalizuj riziko infekce - porad' pacientce časté sprchování rány - upozorni pacientku na nutnost dodržovat hygienu rukou - porad' pacientce vhodné oblečení	Jak operační rána, tak rány po drénech jsou bez zarudnutí a nejeví známky infekce. Pacientka ví a umí o rány pečovat.
Riziko pádu související s pooperačním stavem	- minimalizovat riziko pádu	- zajisti signalizační zařízení na dosah ruky od pacientky - dbej na správné vstávání pacientky z lůžka - dbej na vhodnou obuv u pacientky - zajisti doprovod pacientce	Během služby nedošlo k pádu pacientky. Paní M. S. získala jistotu při vstávání z lůžka i při chůzi.
Pocit strachu z pozdního nástupu laktace způsobený nedostatečnými informacemi v oblasti kojení a jejich technik	- pacientka si osvojí techniky kojení - pacientka získá jistotu při kojení - dítě bude dobře sát	- ukaž pacientce techniky kojení - zkontroluj techniku kojení pacientky - informuj pacientku o průběhu nástupu laktace	Pacientka byla seznámena s různými technikami kojení. Dítě se bez problémů přisálo. Dále byla edukována v péči o prsa a potřebě zvýšené hygieny. Pacientka nejeví obavy z kojení.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy			
Riziko vzniku infekce související s odchodem lochií, operační ránou a se zavedením PŽK, PMK a drénů	<ul style="list-style-type: none"> - minimalizovat riziko vzniku infekce - včasné odhalení vzniku infekce 	<ul style="list-style-type: none"> - informuj pacientku o příznacích infekce - vysvětli důležitost hygieny - pomoz s hygienou v oblasti genitálu a zajisti dostatečnou výměnu vložek - přístupuj ke všem invazivním vstupům asepticky - kontroluj okolí místa vstupu PŽK a drénů, sleduj případné známky infekce - kontroluj okolí operační rány a sleduj případné známky infekce - kontroluj polohu a průchodnost PMK - kontroluj barvu a množství odpadu z PMK 	Pacientka byla poučena o důležitosti hygieny. Ona sama, ani místa okolí invazivních vstupů nejevila známky infekce. Očistky odcházely v přiměřeném množství a byly bez zápachu. Operační rána i rány po drénech jsou bez zarudnutí. Paní M. S. byla celý den bez teploty.
Riziko vzniku TEN v souvislosti s operačním výkonem	<ul style="list-style-type: none"> - minimalizovat riziko vzniku TEN - včasné odhalení příznaků TEN 	<ul style="list-style-type: none"> - podávej antikoagulancie dle ordinace lékaře - co nejdříve vertikalizuj pacientku - sleduj příznaky TEN – barva a prokrvení dolních končetin 	Pacientka byla vertikalizována. Ordinace proběhla dle lékaře. Paní M. S. nejeví známky TEN.

Zdroj: vlastní