

UNIVERZITA KARLOVA  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav pro péči o matku a dítě*



**Lada Nováková**

**Péče o pacienta s abdominoplastikou**

*Care of a patient with abdominoplasty...*

*Bakalářská práce*

Praha, květen 2021

Autor práce: Lada Nováková

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Rusová Monika**

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

Odborný poradce: **MUDr. Miletín Jakub**

Pracoviště odborného poradce: **Fakultní Nemocnice Motol, Oddělení  
plastické chirurgie**

Předpokládaný termín obhajoby: 24.06.2021

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracoval/a samostatně a použil/a výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 14. května 2021

**Lada Nováková**

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala všem, kteří mi byli nápomocní u vypracování této bakalářské práce. Hlavně věnuji svůj dík paní Evě, která mi umožnila svým souhlasem nahlížet a zpracovat její zdravotnickou dokumentaci k vytvoření této bakalářské práce. Další velké poděkování věnuji panu MUDr. Jakubovi Miletínovi z oddělení Plastické chirurgie FN Motol, který mi byl v této práci odborným poradcem. Nakonec velký dík za obrovskou trpělivost a vstřícnost pro paní Mgr. Moniku Rusovou z Ústavu ošetrovatelství 3. LF UK, která trpělivě vedla mou bakalářskou práci od začátku až do konce.

# Obsah

<b>OBSAH</b> .....	<b>5</b>
<b>ÚVOD</b> .....	<b>6</b>
<b>1. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>7</b>
1.1. ABDOMINOPLASTIKA .....	7
1.1.1. <i>Historie abdominoplastiky</i> .....	7
1.2. INDIKACE, KONTRAINDIKACE A KOMPLIKACE .....	9
1.2.1. <i>Indikace</i> .....	9
1.2.2. <i>Kontraindikace</i> .....	9
1.2.3. <i>Komplikace</i> .....	10
1.3. HOJENÍ RAN .....	10
1.4. KÝLA V JIZVĚ .....	11
<b>2. ANATOMIE BŘICHA</b> .....	<b>11</b>
2.1. BŘICHO (ABDOMEN) .....	11
2.1.1. <i>Svaly břicha (musculi abdominis)</i> .....	12
2.1.2. <i>Inervace břišních svalů</i> .....	13
2.1.3. <i>Cévní zásobení</i> .....	13
2.1.4. <i>Kůže (cutis)</i> .....	14
2.2. PŘEDOPERAČNÍ, POOPERAČNÍ PÉČE .....	15
2.2.1. <i>Předoperační péče</i> .....	15
2.2.2. <i>Pooperační péče</i> .....	18
2.2.3. <i>Rehabilitace – včasná edukace</i> .....	19
<b>3. PRAKTICKÁ ČÁST – KAZUISTIKA</b> .....	<b>19</b>
3.1. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA .....	20
3.2. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA .....	22
3.3. PRŮBĚH HOSPITALIZACE .....	23
3.3.1. <i>Zahájení hospitalizace</i> .....	23
3.3.2. <i>Třetí den hospitalizace</i> .....	24
3.3.3. <i>Čtvrtý den hospitalizace</i> .....	27
3.3.4. <i>Pátý den hospitalizace</i> .....	30
3.3.5. <i>Následné dny hospitalizace</i> .....	35
3.4. DLOUHODOBÁ PÉČE .....	35
3.4.1. <i>Edukace pacienta</i> .....	36
3.4.2. <i>Pohybový režim a pomůcky</i> .....	37
3.4.3. <i>Ošetrovatelský problém</i> .....	38
<b>4. DISKUSE</b> .....	<b>42</b>
<b>5. ZÁVĚR</b> .....	<b>45</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>46</b>
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK: .....	50
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ .....	51
SEZNAM PŘÍLOH .....	51
PŘÍLOHY.....	52
OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA .....	52

## Úvod

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu časté zkušenosti s pacienty upoutanými na lůžko z důvodu imobilizace po operačním výkonu. V této práci jsem se věnovala především problematice včasné a správné mobilizace pacientky po kombinované abdominoplastice v rámci ošetrovatelské péče. Vybrala jsem si pacientku, která spadá do rizikové skupiny s ohledem na její vyšší věk, kombinovaný výkon, nadváhu a nedostatečné pohybové zvyklosti.

Celá bakalářská práce je rozdělená na teoretickou a praktickou část, kde praktická část je zpracována chronologicky, kde je zaznamenán průběh následných tří dnů po operačním výkonu, kde se věnuji edukaci a názorné instruktáži ke správné a včasné mobilizaci pacientky po abdominoplastice. Upozorňuji na důležitost nošení kompenzační pomůcky, v tomto případě kompresního pásu. Následné seznámení s průběhem dlouhodobé péče, jaké jsou podmínky předcházení postoperačním komplikacím, které mohou vzniknout i několik dní či týdnů po operačním výkonu.

Již v dřívějších dobách se prováděly plastické operace, hlavně v období válek, kdy např. při boji byl protivníkovi uťat nos a samozřejmě nechtěl, aby každý viděl, že byl poražen. Často se provádějí nejen z důvodu estetického, jak poukazují média, ale také pro zlepšení kvality života. V dnešní moderní době není neobvyklé indikovat plastické operace pacientům ve vyšším věku, i když tato kategorie pacientů vnáší do plastických operačních výkonů větší rizikové faktory než mladší pacienti. Jsou však studie, které potvrzují jisté zlepšení fyzických a psychických aspektů života u pacientů po plastické operaci ve vyšším věku.

# 1. Teoretická část

## 1.1. *Abdominoplastika*

Abdominoplastika je komplexní operační výkon sloužící k rekonstrukci přední břišní stěny, která ztratila svoji původní strukturu a funkci následkem fyziologických (stav po porodech, velké ztrátě hmotnosti), patologických (kýly, vrozené a poúrazové vady břišní stěny) a iatrogenních (pooperační jizvy, kýly v jizvách) vlivů. Cílem abdominoplastiky je funkčně rekonstruovat svalovou břišní stěnu při zachování či obnovení pěkného vzhledu břicha včetně pupku.

### 1.1.1. Historie abdominoplastiky

Historie oboru chirurgie je staré jako léčitelství samo. První záznamy o plastických operacích pocházejí ze staré Indie, a to z indické encyklopedie *Ajurvéda*. Lidé z kmene Koomasů zhotovovali nosy z kůže tváře nebo čela. Nos je považován za jednu z nejvýznamnějších částí obličeje, a proto byl často na důkaz pokoření nebo při zranění v boji či ze zlomyslnosti poraněn a například zlodějům byl nos jako trestem za jejich činy uříznut. Dokonce ve staroegyptském papyru, vzniklém tři tisíce let před naším letopočtem se píše nejasný návod, jak učinit starého muže mladším (Měšťák, Molitor, Měšťák, Kalinová, 2015). Celá staletí se tento obor vyvíjel až do dnešní podoby. Hlavní význam měly válečné konflikty, ze kterých vyplynulo mnoho různých zranění nejen válečníků, ale i civilistů, a ty daly tomuto oboru možnost se zdokonalovat. „Moderní éra operace stěny břišní se datuje podle literatury od r. 1870, do té doby resekce převislého břicha zpravidla souvisela s operací velkých ventrálních kýl.“<sup>1</sup> Z počátku se operace soustředily na převislou část měkkých tkání, až později se stala dermolipektomie (odstranění tukové tkáně s částí kůže) klasickou operací, která se věnovala konturování a modelaci břišní stěny. V Evropě o dermolipektomii informovali Demarx a Marx v r. 1890. První vzniklá literatura o této metodě byla přiřazena v r. 1899 Kellymu z USA. Po prvotních zkušenostech v následujících letech jsou popsány různé

---

<sup>1</sup> PINTÉR, Ludovít. *Estetická chirurgie*. Ilustroval Josef BAVOR. Hradec Králové: Nucleus HK, 2007. Edice plastické chirurgie. ISBN 978-80-87009-23-9, s. 287.

postupy při operaci břišní stěny. Do r. 1978 byly operace zaměřeny na korekce kůže a podkoží, až od r. 1978 se začaly výkony věnovat i muskuloaponeurotickým systémem (podkožní vazivově svalový obal) břišní stěny<sup>2</sup>. Nejvýznamnějším mezníkem v nové éře bylo období 1. světové války, kdy dochází k rychlému rozvoji plastické chirurgie a chirurgie vůbec v několika zemích. Tento nárůst byl důsledkem těžkých válečných zranění. V tomto období měli klíčovou roli v rozvoji plastické chirurgie francouzští chirurgové Morestin a Ombrédann, angličané Gillies a Kilner, v německu Lexer, v rusku Limberg, v Československu doktor F. Burian a mnoho dalších chirurgů. Akademik František Burian byl vynikající vědec a skvělý chirurg, který byl obdařen neobyčejnou zručností a invencí. Tyto schopnosti mu dopomohli stát se plastickým chirurgem světové úrovně. Vychoval spoustu skvělých plastických chirurgů jako je prof. Václav Karfík, prof. Helena Pešková, prof. Miroslav Fára, prof. Radana Königová atd. Důležitost plastické chirurgie jako oboru byla potvrzena skutečností, že v r. 1930 byla založena francouzská společnost plastické a estetické chirurgie, na to navázala v r. 1931 americká společnost plastické a estetické chirurgie. Následně se v Paříži roku 1935 konal první kongres plastické chirurgie. Rozvoj tohoto oboru přinesla i druhá světová válka. Ve všech zemích po druhé světové válce vznikaly odborné ústavy plastické chirurgie, v Anglii a USA byly u každé větší nemocnice. Také v roce 1946 vyšel odborný časopis plastické chirurgie *Plastic and Reconstructive Surgery*. Ve Stockholmu v roce 1955 se konal první sjezd obnovené Mezinárodní společnosti plastické chirurgie. Účast na sjezdu byla nevídaná, sjeli se chirurgové z celého světa. V Československu byla plastická chirurgie uznána v roce 1932 jako samostatný obor. Zásahu na tom měl tehdejší ministr zdravotnictví prof. Arnold Jirásek za velkého přispění doktora F. Buriana. Dnes v České republice je obor plastické chirurgie zastoupen pěti univerzitními klinikami, třemi pražskými a dvěma brněnskými (Měšťák, Molitor, Měšťák, Kalinová, 2015). V dnešní době je mnoho technik a způsobů provedení abdominoplastiky, každá z technik je pojmenována podle zakladatele, který tuto techniku objevil a popsal. Nejčastěji používané techniky (obrázek č. 1)

---

<sup>2</sup> PINTÉR, Ludovít. *Estetická chirurgie*. Ilustroval Josef BAVOR. Hradec Králové: Nucleus HK, 2007. Edice plastické chirurgie. ISBN 978-80-87009-23-9, s. 287



## **1.2. Indikace, kontraindikace a komplikace**

### **1.2.1. Indikace**

Indikací k abdominoplastice je ztráta původní struktury a tím i funkce břišní stěny. Nejčastějšími příčinami jsou ochablost břišní stěny po náhlé ztrátě nitrobřišního objemu (porod, rychlá masivní ztráta hmotnosti, bariatrie) často spojená s rozestupem přímých svalů, dále ventrální kýly ať už v přirozených oblastech nejmenšího odporu nebo v jizvách. I samotné jizvy mohou narušovat vzhled i funkci břišní stěny. V neposlední řadě může být abdominoplastika provedena pouze jako kosmetický výkon.

Vždy je nutný pečlivý výběr klienta, jednak co se týče celkového stavu, jednak co do místního nálezu.

### **1.2.2. Kontraindikace**

Kromě obecných kontraindikací, které platí pro jakoukoliv operaci (porucha krevní srážlivosti, akutní infekce, dekompenzace vnitřních chorob aj.) je v případě abdominoplastiky nutno klást důraz na další stavy, které se mohou stát relativní kontraindikací. Patří mezi ně porucha prokrvení periferních tkání například při silném kuřáctví, špatně kompenzovaném diabetu a dalších chorobách, poruchy hojení například při imunosupresi, poruchách krevetvorby, malnutrici či jaterní lézi a především obezita (BMI větší než 30), která je zásadním rizikovým faktorem pro všechny plastické operace. Kromě obecné poruchy prokrvení ztučněných tkání a zvýšení sekrece z ran je při zvažování abdominoplastiky vzít do úvahy také fakt, že velký objem nitrobřišního tuku může způsobit selhání sutury rozestupu přímých břišních svalů.

### **1.2.3. Komplikace**

Komplikace výkonu v oblasti břicha je v plastické chirurgii hned několik. Ve většině případů bývá operační výkon rozsáhlé povahy, tím pádem velký řez, velká plocha odkryté tkáně a velká plocha tukové tkáně, která se špatně hojí. Po operaci mohou vznikat hematomy a séromy, které jsou nejčastější komplikací u abdominoplastik. V případě velkého hematomu nebo séromu je nutná revize rány nebo její punkce. Dalšími komplikacemi mohou být dehiscence (rozpad rány) operační rány, nekróza rány hlavně u diabetiků a kuřáků, infekce v operační ráně kontaminací z okolní kůže klienta nebo z důvodu ischemie při velkém zhmoždění tukové tkáně, též může být přetrvání necitlivosti kůže břicha (dočasná necitlivost je normální a časem se upraví), neuspokojivý vzhled, porucha prokrvení. Vyvarováním se komplikací po operačním výkonu je správný výběr klienta, správné naplánování plastické operace a výběrem operační techniky (Pinter, 2007).

### **1.3. *Hojení ran***

Hojení ran je složitý proces, který vyžaduje spolupráci mnoha tělních systémů. První fází je tzv. zánětlivá fáze, kdy organismus potřebuje odstranit z rány všechny patogeny. Na scénu přicházejí leukocyty, histiocyty, fibroblaty, které cizorodé látky rozpoznají a následně je pohltní. Lokální vyplavení histaminu rozšíří kapiláry a způsobí tak lymfatickou blokádu, která způsobí místní otok. Tato fáze hojení ran trvá 3 dny. Následuje proliferační (granulační) fáze, kdy se v ráně začnou tvořit nové cévy, a začne se objevovat granulační tkáň, která je podkladem pro novou epitelizaci. Vzniká tak nová tkáň vytvářející jizvu. Tato fáze začíná 4. den a trvá 8-12 týdnů někdy i rok, pokud je tato fáze moc rychlá nebo pomalá, vznikají tak atrofické nebo hypertrofické jizvy. Další, a to třetí fází hojení je maturační fáze, kdy jizva dozrává a to tím, že měkne a zploští, zanikají kapiláry, z čehož jizva zbledne. Tato fáze trvá 6-9 měsíců, u dětí i dva roky (Měšťák, Molitor, Měšťák, Kalinová, 2015).

## **1.4. Kýla v jizvě**

Kýla v jizvě se vytvoří převážně iatrogenním původem, méně častý je úrazový původ. Jejich četnost je řadí na druhé místo v počtu všech kýl. Přesné číslo výskytu není možné určit, jelikož si jejich přítomnost mnoho lidí neuvědomuje a jsou nebolestivé, mnozí chodí pro ošetření k jinému chirurgovi, nežli je operoval. Také je časté uskřínutí kýly z důvodu adheze (spojení povrchu orgánů abnormálním jizvením). Strangulace (zaškrcení) není tak obvyklá.

Četnost výskytu kýly v jizvě záleží na několika okolnostech. Většinou se vyskytuje u žen, které mají po operačním výkonu řez ve střední čáře od pupku dolů, často po hysterektomii. Nemalý vliv na vytvoření kýly je obezita, potom špatná životospráva a vznik karcinomu, kachexie, avitaminóze C, hypoproteinémie. Kýlu často způsobí sekundární hojení rány po dehiscenci či infekci v ráně. Dalším možným důvodem je drén v ráně, pokud je zaveden přímo v řezu rány, zůstane po vytažení drénu místo, které se nedostatečně zhojí a tím je místo oslabené a při zvýšení břišního tlaku může dojít k porušení. Kýla se může vytvořit v časném pooperačním období, pokud je břišní stěna namáhána zvracením, škytavkou, kašlem, nafouknutí (distenze) břicha, obstipací, fyzickou námahou a dojde k selhání sutury laparotomie. Kýly se převážně objeví v prvních měsících po operačním výkonu (Lichtenstein, 1994).

## **2. Anatomie břicha**

### **2.1. Břicho (abdomen)**

Břicho (abdomen) je součástí trupu, samotné břicho se vymezuje od dolního okraje hrudníku, to znamená od mečovitého výběžku hrudní kosti (processus xiphoideus) podél spodního okraje žeber (7. – 10 žebro po 12. žebro) hrudního koše až k trnu Th 12. Vnitřní hranici tvoří bránice, která sahá vpravo až do 4. mezižebří a vlevo do 5. mezižebří. Dolní hranici břicha kopíruje okraj kyčelního hřebene až ke tříselnému ohbí nad zevními pohlavními orgány. Vnitřní hranice

spodního okraje břišní dutiny je rovina velké pánve, tj. horní část pánve.<sup>3</sup> Mezi těmito rámci jsou rozepjaté svaly, které vytvářejí válcovitou dutinu břišní, kde její přední část je samotné břicho. V břišní dutině jsou uloženy orgány, které snadno mění svou polohu a objem (Pintér, 2007).

### **2.1.1. Svaly břicha (musculi abdominis)**

Břišní stěnu vytváří všechny svaly břišní, podílí se na výdechu a jako břišní lis vytvářejí nitrobřišní tlak, který je potřebný k vypuzení moče, při porodu, kýchnutí, kašli, dýchání atd. (Kachlík, 2018).

Hlavní svaly břicha se rozdělují podle anatomických směrů na ventrální (rovina transverzální, směr od středu ven z přední strany), laterální (rovina frontální, směr od středu ven do strany), dorzální (rovina transverzální, směr od středu dozadu) (Pintér, 2007).

Ventrální (přední strana) sval břicha je přímý sval břišní (m. rektus abdominis), který se pne od mečíku hrudní kosti po sponu stydké kosti. Po celé své délce je 3 až 4krát příčně přerušen šlachovitými pruhy. Laterální (boční strana) skupina břišních svalů tvoří ploché vnější a vnitřní šikmé svaly břišní (m.obliquus externus et internus abdominis) a příčný břišní sval (m.transversus abdominis), které jsou složitě upevněny na trnech obratlů v lumbální krajině, odkud se sbíhají v aponeurózy obalující přímý břišní sval, které se spojují uprostřed trupu v bílý pruh (linea alba) od mečíku hrudní kosti na stydkou sponu. Spodní okraje aponeuróz vnějšího šikmého svalu pokračují jako zesílený tříselný vaz (ligamentum inguinale) a nad ním se aponeuróza rozděluje v tříselný prsteneček (anulus inguinalis superfaciealis) odtud vyústí tříselný kanál (canalis inguinalis), kterým často pronikají tříselné kýly (hernie inguinalis). Dorzální (zadní) skupinu břišních svalů tvoří bederní čtvercový sval (m. quadratus lumborum) jde od posledních žebířů až ke hřebeni kyčle, vytváří zadní břišní stěnu a vytváří tah na žebra směrem dolů (Kachlík, 2018).

---

<sup>3</sup> Učebnice HS. [on-line]. Břišní krajiny. [cit. 8.2.2021] Dostupné z: <<http://ucebnice.horskasluzba.cz/cz/zdravotni-specialni-cast/traumatologie/bricho>>

### 2.1.2. Inervace břišních svalů

Inervace břišní stěny je důležitou součástí i viscerální inervace dutiny břišní. Má velký vliv na správnou diagnostiku břišní stěny při peritonitidách, jelikož povrchové a vnitřní nervy vzájemně spolupracují. Za hlavní inervaci břišní stěny jsou zodpovědné mezižeberní (interkostální) nervy a nervy z bederní pleteně (n. iliohypogastricus a n. ilioinguinalis) (Pinter, 2007), (Rohen a Lütjen-Drecoll, 2018). Nervy různě procházejí celou břišní stěnou až na povrch do oblasti podkoží.

### 2.1.3. Cévní zásobení

Cévní zásobení břišní stěny je zajištěno hlubokými a povrchovými cévními systémy. Hlavní větví cévního zásobení je a. epigastrica superior a a. epigastrica inferior, další důležitou cévou je a. epigastrica profunda, dále a. circumflexa ilium superficialis, a. epigastrica superficialis, aa. intercostales komunikuje s větvemi rr. Intercostales anteriores. „A. epigastrica superior probíhá hlouběji než pochva m. rectus abdominis a je pokračováním a. mammaria interna. Tato arterie je dominantní pro myokutánní lalok, užívaný při rekonstrukčních výkonech označovaných jako TRAM (transversal abdominal musculocutaneous flap) má spojky s a. epigastrica inferior, která je větví a. iliaca externa.“<sup>4</sup> Zásobení bočního úseku břišní stěny zajišťuje šest interkostálních arterií a čtyři lumbální arterie a též a. circumflexa ilium profunda. Tyto arterie probíhají jako nervově cévní svazky a volně anastomozují (propojují) s epigastrickým systémem. Z chirurgického hlediska jsou tyto cévní svazky dobrou orientací pro zapamatování si rozdělení jednotlivých cévních zón v zásobení břišní stěny. Povrchový venozní (žilní) systém zajišťují v. epigastrica superior, vv. intercostales, v. axillaris. Odvod krve z dolní poloviny břicha odvádí v. epigastrica inferior a v. circumflexa ilium superficiale. Také hluboký žilní systém se podílí na odvodu krve, názvy těchto žil jsou stejné jako arterie, které jsou

---

<sup>4</sup> PINTÉR, Ludovít. *Estetická chirurgie*. Ilustroval Josef BAVOR. Hradec Králové: Nucleus HK, 2007. Edice plastické chirurgie. ISBN 978-80-87009-23-9, s. 282.

v jejich blízkosti. Každý cévní rámec jako arterie (tepny) a vény (žíly) procházejí přes svaly a jejich pochvy do podkoží až na povrch kůže. Jejich názvy se liší podle toho, kde se nacházejí a s jakými cévami se vzájemně propojují. Také jsou doprovázeny lymfatickým systémem, který z supraumbilikální oblasti odvádí lymfu do hrudních a axilárních uzlin a z infraumbilikální oblasti je odváděna do povrchových tříselných uzlin. Lymfatický systém téměř kopíruje cévní systém (Pintér, 2007).

#### **2.1.4. Kůže (cutis)**

Kůže je největší organ lidského těla, má ochrannou funkci, kdy kryje a chrání hlouběji uložené orgány. Ale má též funkci vylučovací, kdy potními žlázami odchází část vody a některé ionty, také má podíl na řízení tělesné teploty, dokáže vytvořit provitamin D, důsledkem její senzibility cítíme teplo, chlad, bolest, tlak, dokáže vstřebávat látky rozpustné v tucích. Přibližná velikost kůže dospělého člověka činí 1,6 – 1,8 m<sup>2</sup>.

Základní stavbou kůže je pokožka (epidermis) a škára (dermis), k nim patří i přídatné orgány jako jsou chlupy, nehty, žlázy to vše spojeno s hlubokým podkožím (hypodermis).

Pokožka (epidermis) je to nejpovrchnější vrstva kůže, kterou tvoří vícevrstevný dlaždicový epitele, silný cca 0,1 mm, na dlaních až 1 cm a na patách 3-4 mm. Její povrch je chráněn před UV zářením melaninem, který je obsažen v keratinocytech, ty jsou součástí pokožky. Pokožka se dokáže obnovit za 15-30 dní.

Škára (dermis) se skládá z hojně prokrvené vrstvy vazivové tkáně o síle 0,5 – 2,5 mm, pod ní je síťovaná vrstva obsahující svazky kolagenních a elastických vláken, mezi nimi se objevují místa, kde jsou svazky hladké svaloviny, hlavně kolem chlupů a jejich mazových žláz. Také mají vliv na napětí kůže.

Podkoží (hypodermis) tvoří vazivová tkáň mezi škárou a hlouběji uloženými vrstvami těla, jeho hustot kolísá a na některých částech těla je velmi řídké a posunlivé. Mění se také vrstva tukové tkáně, která závisí na stupni výživy a nemalý podíl má pohlaví. Třeba u žen je více tukové tkáně na břicho, hýždích a

stehnech nežli u mužů. Na některých místech je podkoží součástí kosterních svalů, jako je tomu na obličeji a krku (Kachlík, 2018).

## **2.2. Předoperační, pooperační péče**

### **2.2.1. Předoperační péče**

Předoperační péče je období před operačním výkonem, není časově vymezeno, je to období péče o pacienta od doby rozhodnutí pacienta k výkonu do předání pacienta na sál. Příprava před výkonem se různí, záleží na naléhavosti operačního výkonu a na celkové připravenosti pacienta. Hlavním cílem je co nejlepší načasování správných podmínek k výkonu a předejít tak pooperačním komplikacím. Lékař informuje pacienta o naléhavosti, účelu, povaze, důsledcích operačního výkonu a zapojí pacienta do přípravné fáze. Pacient podepsáním všech informovaných souhlasu, které se vztahují k operačnímu výkonu, porozuměl všem informacím a souhlasí s výkonem. Předoperační péče se dělí na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední (Janíková, Zeleníková, 2013).

#### ***Dlouhodobá předoperační péče***

Rozsah dlouhodobé předoperační péče záleží na celkovém stavu pacienta, jeho případných vedlejších onemocnění a na typu plánované operace. Časový rámec není přesně určen, mohou to být týdny ale i měsíce před výkonem. Do dlouhodobé předoperační přípravy se zahrnuje:

- Anamnéza
- Fyzikální vyšetření
- Vyšetření fyziologických funkcí (TK, P, TT, D, SpO<sub>2</sub>)
- Vyšetření krve – biochemické, hematologické (KO + diff, Quikuv test, aPTT), určení krevní skupiny + Rh faktor
- Vyšetření moči (moč + sediment)
- EKG - nemusí být u pacientů s nízkým anesteziologickým rizikem (ASA I.) a pacient do 40 let

- RTG srdce a plic – není vždy nutné, hlavně u pacientů nad 60 let, kuřáků 40 let plus, u pacientů s kardiorespirační nemocí v anamnéze, u cizinců ze zemí s výskytem TBC
- Interní předoperační vyšetření – při nezměněném zdravotním stavu může být platné až 1 měsíc, u rizikových pacientů týden až 14 dní dle závažnosti rizika
- Určení anesteziologického rizika (ASA I - V)
- U žen gynekologické vyšetření
- Léková příprava dle specifík – u diabetiků inzulinová terapie, PAD (perorální antidiabetika), hemokoagulačního léčiva (Warfarin, Clopidogrel, Pradaxa, Eliquis...), onkologická terapie aj.

### ***Krátkodobá předoperační příprava***

Krátkodobá příprava před výkonem plynule navazuje na dlouhodobou předoperační přípravu. Tato příprava probíhá v rámci hospitalizace 24 hodin před samotným výkonem. Zahrnuje doplňková vyšetření a edukaci pacienta o režimu před operačním výkonem.

Patří sem:

- Rozhovor s pacientem, edukace o režimu na oddělení, seznámení o právech pacientů, o režimu před výkonem.
- Kontrola dokumentace, hlavně informované souhlasy (s anestezií, s hospitalizací, s operačním výkonem, s podáním transfuzních přípravků)
- Asistence u anesteziologického vyšetření, kde anesteziolog seznámí pacienta s alternativami anestezie a jejich možnými komplikacemi, nastaví pacientovi premedikační medikaci a společně podepíše informovaný souhlas s anestezií.
- Příprava operačního pole dle instrukcí operátora (oholení či odmaštění operačního pole)
- Příprava gastro-intestinálního traktu u abdominoplastiky (dnes již výjimečně pouze formou mikroklyzmatu)



- Edukace o dietě, kdy dospělý pacient je obeznámen o nutnosti lačnění 6 – 8 hodin před výkonem, při předpokladu, že se tuhá strava stráví za 6 hodin a tekutiny za 2 hodiny.
- Aplikace léku – premedikace, ATB (v jednorázové dávce jako chráněné koagulum), aj.
- Edukace a dohled nad celkovou hygienickou péčí, záleží na soběstačnosti pacienta – čisté a krátké nehty (u pacientek s gelovými nehty musí být alespoň jeden prst bez gelového nehtu).
- Zavedení invazivního vstupů dle požadavků lékaře s ohledem na předpokládaný rozsah abdominoplastiky (PŽK, PMK)

### ***Bezprostřední předoperační příprava***

Bezprostřední přípravou před výkonem je myšleno období do 2 hodin před samotným výkonem.

Tato příprava zahrnuje:

- Měření fyziologických funkcí + kontrola stavu pacienta
- Zajištění značení operačního pole, úpravy kardiostimulátorů před výkonem a dalších potřebných výkonů dle ordinace lékaře
- Kontrola lačnění – premedikace per os nejpozději 2 hodiny před výkonem s douškem tekutiny
- Sejmutí šperků, vyjmutí zubních náhrad
- Oholení operačního pole dle instrukcí operátora
- Hygienická péče o oblast pupku, dezinfekce pupku malým mulovým tamponem namočeným v dezinfekci na kůži nebo se malý mulový tampon s desinfekcí těsně před odjezdem na sál vloží do pupku
- Sepsání cenností a sbalení věcí
- Prevence trombo embolické nemoci zhotovením bandáží DK nebo aplikace elastických punčoch
- Zavedení periferního žilního katetru (PŽK) dle ordinace lékaře k podání intravenózní terapie před výkonem

- Vyprázdnění močového měchýře, zavedení permanentního močového katetru (PMK), doprovod na WC dle stavu a potřeb pacienta či ordinace lékaře.
- Kontrola - identifikace pacienta (identifikační náramek), dokumentace, souhlasy, výsledky vyšetření, bezpečnostní protokol.
- Odvoz pacienta na sál a jeho předání do péče zdravotnímu personálu na sále

### ***Intraoperační období***

Zahrnuje veškerou péči o pacienta v průběhu operačního výkonu a celkový čas strávený na operačním sále.

### **2.2.2. Pooperační péče**

Pooperační péči u abdominoplastiky zahrnuje bezprostřední péči a následnou péči po operačním výkonu na oddělení JIP, kde je zajištěná monitorace fyziologických funkcí a sledování možných pooperačních komplikací. Zajištění příjmu tekutin a stravy dle ordinace lékaře na základě stavu pacienta, typu a rozsahu operačního výkonu. Po stabilizaci stavu se pacient převezve na standardní oddělení k následné pooperační péči. Sestra sleduje pacienta jako celek, všímá si individuálních potřeb pacienta a dle toho sestaví plán ošetrovatelské péče, jako je monitorace fyziologických funkcí (FF), stav operační rány, příjem a výdej tekutin, příjem stravy, funkčnost drénů a jejich odvod, podání ordinované medikace a její účinky, sleduje stav invazivních vstupů, duševní stav pacienta, spánek a odpočinek, plní ordinace lékaře a vše zaznamenává do dokumentace. Pacientovi po abdominoplastice se bezprostředně po výkonu na operačním sále aplikuje kompresní pás, který následně zabraňuje nežádoucím pooperačním komplikacím způsobeným nepřiměřenou zátěží či tlakem na břišní stěnu. Po příjezdu ze sálu sestra kontroluje účinnost komprese, zda pacient kompresi toleruje a dle toho je zvolena síla komprese. Postupem času se frekvence sledování snižuje a následuje aktivní rehabilitace s podporou sebeděže (Janíková, Zeleníková, 2013).

### **2.2.3. Rehabilitace – včasná edukace**

U každého člověka je míra pohybu známkou zdraví. Tím, že jsme každý jedinečný, máme různé míry potřeby pohybu. Ale pro všechny z nás je pohyb důležitý ke zvládnutí běžných denních činností (Vytejková, Sedlářová, Wirthová, Holubová, 2011) Včasná edukace pacienta o pohybovém režimu je velmi důležitá v celkové rekonvalescenci a zmírnění následků po operačním výkonu. Správně informovanému pacientovi může včasný a správně provedený pohyb zkrátit celkovou rekonvalescenci i o několik dní.

Pacienti při výkonech v oblasti břišní stěny nemají představu o správném pohybu v lůžku a mimo něj. Nejprve je limituje bolestivost operační rány a zvyky, které dříve při pohybu dělali, jsou po operačním výkonu nežádoucí. Pacienti často používají hrazdu nesprávným způsobem, a tak si mohou operační ránu poškodit. Jelikož je pacientovo omezení jen krátkodobé, lékaři za této situace nepožadují fyzioterapeutickou intervenci, kterou by fyzioterapeut pacienta správně edukoval a naučil správné pohyby v lůžku i mimo něj. Proto musí edukaci provést sestra. Záleží však na tom, do jaké míry je sestra schopna správně pacienta informovat a vést.

## **3. Praktická část – KAZUISTIKA**

Praktická část přiblíží problematiku ošetrovatelské péče u pacientky po abdominoplastice. Obsahem kazuistiky je lékařská anamnéza, ošetrovatelská anamnéza, záznam ošetrovatelské péče a edukace sestrou o fyzioterapii těsně po operačním výkonu, po dobu tří dnů z celkových osmi dnů hospitalizace pacientky, osvětlení ošetrovatelských problémů po abdominoplastice, následná rehabilitace, dlouhodobá péče, diskuse, závěr.

K vypracování kazuistiky jsem si vybrala 74letou pacientku, která byla přijata k plastice kýly v jizvě s následnou abdominoplastikou. O pacientku jsem se starala od třetího dne hospitalizace po dobu následujících tří dnů, kdy osmý den pacientka ve stabilním stavu odcházela do domácího léčení.

Pacientka je vdova, bydlí sama, pracuje jako praktická lékařka, rodiče už nemá, otec se léčil s hypertenzí, jinak v rodině žádná závažná onemocnění nebyla. Sama se léčí s esenciální hypertenzí, hypothyreózou, alergií na prach. V lednu 2019 prodělala gynekologickou operaci (hysterektomii) provedenou řezem ve střední čáře, následně v březnu téhož roku u pacientky proběhla těžká laryngitida, kdy při protrahovaném kašli cítila prasknutí v oblasti operační rány. Z počátku tomu nevěnovala velkou pozornost, protože zjevně na sobě nepozorovala žádnou změnu. Pacientka s obezitou II. stupně (BMI 39) měla celý profesní život sedavé zaměstnání s malou pohybovou aktivitou, kdy i postupné fyziologické stárnutí mělo vliv na stav a strukturu pojivových tkání v oblasti břicha a tím i vliv na postupné hojení operační rány. V červenci 2020 pacientka přišla na ambulanci 1. Chirurgie FN Motol s bolestivou kýlou v místě jizvy po hysterektomii. Po vyšetření lékařem byla pacientka naplánována k operačnímu výkonu na září 2020.

Pacientka byla seznámena s podmínkami spojenými s mou Bakalářskou prací a se všemi podmínkami souhlasila a ochotně mi podepsala souhlas s odebráním ošetřovatelské anamnézy a všech důležitých dat potřebných k napsání této práce. Kazuistiku jsem psala podle vzoru modelu Marjory Gordon „Model funkčního typu zdraví“. Tento model jsem zvolila proto, že podle něj lze přehledně vytvořit ošetřovatelský plán péče, který mohu sestavit podle individuálních potřeb a zvyklostí pacienta.

### **3.1. Lékařská anamnéza**

Lékařská anamnéza odebrána lékařem v den nástupu pacientky k hospitalizaci 02. 09. 2020 v 10:40 hodin

#### **ANAMNÉZA:**

**DG:** K432 Kýla v jizvě bez neprůchodností nebo gangrény

Abdominoplastika

*Důvod k přijetí:* Pacientka přijata plánovaně k plastice kýly v jizvě po středočárové laparotomii a k abdominoplastice.

**RA:** oba rodiče již nemá, otec se léčil s hypertenzí, matka byla zdráva, syn zdrav

**OA:** *Nemoci:* arteriální hypertenze; hypothyeroza; DM -0; IM – 0; TBC+ hepatitidy+HIV – 0; onemocnění plic -0; CMP – 0; ICHS – 0; ICHDK – 0; Ca prsu vlevo 2007; žaludeční choroby – 0; duševní onemocnění - 0

*Operace:* 2007 parciální mastektomie vlevo s exenterací axily pro karcinom (radioterapie+chemoterapie), 1/2019 hysterectomie + adnexectomie + omentectomie

*Úrazy:* neguje

*Návyky:* káva 2xd; alkohol nepije; nekouří; jiné návykové látky neguje

**FA:** Lokren 20 mg tbl p.o. 1-0-0; Prestarium Neo Forte 10 mg tbl. p.o. 1-0-0; Letrox 50 ug tbl. p.o. 1-0-0

**AA:** prach, lékovou neguje

**GA:** jeden porod, nástup menopauzy v cca 54 letech; 1/2020 Hysterektomie+adnexectomie+ omentectomie, pacialní mastektomie vlevo a exenterace axily vlevo

**PA:** pracuje jako lékařka – původně internistka, t.č. praktická lékařka

**SA:** vdova; žije sama, v rodinném domě; se synem má dobrý vztah, navštěvují se

**NO:** pacientka přichází plánovaně k plastice kýly po laparotomii a abdominoplastice

*Celkový stav:* Pacientka je při plném vědomí; orientovaná časem, místem, osobou; spolupracuje; afebrilní; bez cyanózy; bez ikteru; dobré výživy s obezitou 2. stupně, BMI 39,0; hydratace dostačující; klidová eupnoe; momentálně bolest VAS – 0, bolestivost v oblasti kýly v jizvě jen při námaze

Výška: 168, Hmotnost: 110 kg, TK: 137/78, P: 65/ min, TT: 36,4 °C, DF: 17/ min

*Hlava:* zornice izokorické; reagují na osvit; bulby ve středním postavení; skléry bílé; spojivky prokrvené; uši, nos bez výtoku; výstup V. nervu nebolestivý; mimické svaly inervovány v normě; hrdlo klidné; jazyk plazí středem, bez povlaku

*Krk:* uzliny a štítná žláza nezvětšená; náplň krčních žil nezvětšená; pulsace karotid symetrická

*Hrudník:* souměrně klenutý; poklep plný jasný; dýchání je oboustranně čisté, sklípkové v celém rozsahu; akce srdeční pravidelná; srdce pokleповě nezvětšené, II ohraničené ozvy

*Břicho:* nad úrovní hrudníku; měkké, volně prohmatné; nebolestivé, bez známek peritoneálního dráždění; bez rezistence; jizva po středočárové laparotomii v ní volná kýla, defekt fascie asi 20x20 cm; játra a slezina nezvětšeny, poklep diferencovaně bubínkový; poslech – peristaltika přiměřeně slyšitelná, klidná; tapotment oboustranně negativní; per rectum u příjmu nevyšetřeno

*Končetiny:*

HK – bez otoků, hybnost bez omezení, pokožka čistá, hydratovaná, kožní řasa v normě

DK – bez otoků; bez patrných varixů; bez známek TEN; pohyblivost v normě, pohyb v kloubech v normě; bez defektů; kůže čistá, hydratovaná

*Subjektivně:* pacientka se cítí před výkonem mírně nervózní, ale fyzicky se cítí dobře

### **Diagnostický závěr:**

K432 Kýla v jizvě bez neprůchodností nebo gangrény

Hernia in cicatrice post laparotomiam

M. hypertonicus

Hypothyreosis

St. p. mastectomia partialis I. sin. et exenterationem axillae I. sin., st. p. radiotherapiam, st. p. chemotherapiam, st. p. hysterectomiam et adnexectomiam bilat.

### **Individuální léčebný plán (plán péče):**

Operace 3. 9. 2020

## **3.2. Ošetřovatelská anamnéza**

Odebrání ošetřovatelské anamnézy jsem u pacientky provedla formou rozhovoru v následný den po operačním výkonu (4.9.2020), kdy byla přeložena z 1. Chirurgie JIP na standartní oddělení 1. Chirurgie II. stanici. Pacientka s vyplněním ošetřovatelské anamnézy souhlasila.

Pro odběr anamnézy jsem použila formulář „Ošetřovatelská anamnéza“ z 3. lékařské fakulty UK Ústavu ošetřovatelství viz příloha č. 1.

### **3.3. Průběh hospitalizace**

#### **3.3.1. Zahájení hospitalizace**

Pacientka přišla v doprovodu syna 2. 9. 2020 na ambulanci 1. Chirurgie FN Motol k plánovanému příjmu. Na ambulanci byla lékařem odebrána lékařská anamnéza, podepsány veškeré souhlasy, které souvisí s operačním výkonem, s hospitalizací, zkontrolována veškerá předoperační vyšetření, která si pacientka zajistila cestou praktického lékaře a následně sepsán plán péče na standardním oddělení. Poté byla pacientka odvedena v doprovodu sanitáře na 1. Chirurgii FN Motol II. stanici, kde byla umístěna na pokoj. Ošetrovatelský personál sepsal s pacientkou vstupní ošetrovatelskou anamnézu a seznámil ji s režimem na oddělení a režimem před výkonem. V den příjmu proběhlo anesteziologické vyšetření, kdy anesteziolog schválil pacientku k výkonu a byl podepsán souhlas s anestezií a předepsaná premedikace.

V den operace 3. 9. 2020 proběhla příprava k výkonu, kontrola lačnění, měření FF, příprava a označení operačního pole operátérem + dezinfekce pupku, aplikace elastických punčoch jako prevence TEN (trombo embolické nemoci), kontrola dokumentace. Pacientka odjela na operační sál v 7:55 hod, kde ji byl v celkové anestezii vytvořen řez do tvaru T. Po zanoření kýly vložena síťka Parietene light 30x15 cm a postupným uzavírání operační rány odstraněny srpkovité části kožních laloků vpravo o velikosti 770 g a vlevo 600 g (obrázek č.2). Po výkonu byl pacientce nasazen kýlní pas (obrázek č. 3) a poté z operačního sálu byla pacientka převezena na chirurgický JIP k monitoraci FF, kde setrvala do druhého dne 4. 9. 2020, kdy byla v dopoledních hodinách přeložena ve stabilním stavu na II. stanici 1. Chirurgie FN Motol.

### **3.3.2. Třetí den hospitalizace**

*První pooperační den (4.9.2020)*

Překlad pacientky z chirurgického JIPu proběhl 4. 9. 2020 v 9:30 hodin. Pacientku jsem si převzala s veškerou dokumentací a osobními věcmi. Při předání byla pacientka ve stabilním stavu, při vědomí, Barthel skóre 25 bodů (vysoká závislost, tab. č. 1 ), Nortonové skóre 24 bodů (riziko dekubitu, tab. č. 2), riziko pádu dle Conleyové 13 bodů (střední riziko, tab. č. 3), Glasgow Coma Scale 14 bodů (tab. č. 4) spolupracovala jen na výzvu, protože byla vyděšená z překlada, cítila se velmi unaveně a nevěděla, co se bude dít dál. Při převzetí jsem se pacientce představila celým jménem, následně jsem zkontrolovala její identifikační náramek, po té fyziologické funkce (TK: 125/88, P: 78', D: 16, TT: 36,9°C), krytí operační rány, které bylo čisté a bez prosaku, míru komprese kýlního pásu (ten pacientka obdržela hned po operačním výkonu), stav zavedených tří Redonových drénů, všechny tři byly s podtlakem a jejich odvod činil: č.1 20 ml, č.2. 40 ml, č.3. 0 ml. Zkontrolovala jsem funkčnost zavedeného permanentního močového katetru – Nelatonův č. 16 (PMK), stav periferního žilního katetru a všimla jsem si nedostatečné mobility. Zkontrolovala jsem horní i dolní končetiny, zda nedošlo k nějakému poranění. Pacientka měla na dolních končetinách antitrombotické punčochy.

Také jsem pacientce vysvětlila, že dnes bude mít klid na lůžku a od následujícího dne budeme nacvičovat pohyb mimo lůžko. Také jsem pacientku upozornila, že nyní není žádoucí, aby používala k pohybu v lůžku tzv. hrazdičku, mohla by si tím poškodit operační ránu.

Následně po konzultaci s lékařem se operační rána dnes nepřevazovala, protože neuplynulo 48 hodin od operace a nic nenasvědčovalo krvácivému stavu. Poté jsem pacientce vysvětlila, že se nemusí ničeho obávat, upozornila jsem na signalizační zařízení a vysvětlila jí, za jakých okolností má toto zařízení použít. Opětovně jsem pacientku seznámila s režimem na standardním oddělení, ukázala jsem jí, kde je na pokoji WC a sprcha, poté jsem pacientce vysvětlila obsluhu polohování lůžka. Ihned jsem požádala pacientku o zpětnou vazbu, zda dosud všem informacím rozuměla. Odpověděla, že ano. Dále jsem pacientku upozornila na důležitost správného pohybu v lůžku, jelikož v prvních pooperačních dnech se



k lůžku fyzioterapeut nepožaduje, proto jsem vysvětlila pacientce techniku pohybu na lůžku sama. Říkám tomu pohyb housenky. Při potřebě pohybu těla směrem k hornímu čelu lůžka si ve vodorovné poloze pacientka pokrčí nohy v kolenou, a pokud to sama nezvládne tak s mou asistencí, kdy ji při pokrčených nohou chodidla přidržím, na ploše lůžka se pacientka odráží od nohou a při tom se kývavými pohyby v ramenu postupně posouvá vzhůru k hlavové části lůžka. Někdy se dá též pomoci mírným pozvednutím lůžka v oblasti nohou. Pacientka se snažila spolupracovat, ale její citové rozpoložení ji bránilo k dosažení uspokojivého pohybového efektu. Pacientku jsem se snažila v tomto ohledu uklidnit a ujistila ji, že po čase nácvičku to bude zvládat lépe. Na pomoc jsem si přivolala kolegyni, která mi pomohla pacientku pomocí polohovací pomůcky vysadit výše v lůžku. Poté jsem pacientce ukázala, jak se správně na lůžku otáčet na bok, aby využila postranice lůžka k otočení se a opět s pomocí pokrčených nohou v koleni, kdy váha nohou naklánějících se na požadovanou stranu a zároveň otočení hlavy na tu stranu, musí být v souladu s nataženou paží k té dané straně. Celý nácvik jsme prováděly v pomalém tempu, aby se pacientka mohla na tento úkon správně soustředit. Byly jsme obě spokojené, že otočení na lůžku proběhlo lépe nežli posouvání. Též kýlní pás hraje svou důležitou roli v pohybu. Ten je vyroben z pevného, ale pružného materiálu. Tyto pásy jsou vyrobeny v různých variantách, pacientka měla tzv. tříbodový, kdy se jedna strana pásu dělí na tři menší pásky pokryté suchým zipem, které jsou kompaktní s protější částí, přes kterou se tyto pruhy překrývají, a tím se lépe nastavuje požadovaná komprese. Tento pás je umístěn v oblasti těsně nad kyčelními výčnělky a pacientce nedovolí nadměrně namáhat břišní svaly. Také jsem pacientce sdělila, že při pocitu ke kašli a kýchnutí si musí rukou přidržet oblast operační rány a vytvořit tam mírný protitlak. Kdyby tak nebylo, mohla by si v místě operační rány potřhat stehy a následně si vyhřeznout opětovně kýlu a narušit tak celkový stav. Požádala jsem pacientku o zpětnou vazbu, zda informacím porozuměla. Ta odpověděla, že ano. Jelikož jsem si její odpovědi nebyla zcela jistá, řekla jsem jí, že pokud by si něčím nebyla jistá, aby se neváhala na cokoli zeptat.

Postupně jsem její osobní věci uložila do šatní skříně na pokoji a do stolečku u lůžka. Do skleničky jsem nalila čaj a stoleček jsem natočila tak, aby na něj

pacientka lépe dosáhla. Zvedla jsem část lůžka pod nohama, aby pnutí břišní stěny z důvodu natažených nohou polevilo a zvedla jsem podhlavník, aby se pacientka mohla pohodlně napít. Veškerá zjištění jsem zapsala do dokumentace.

V 10:40 hod. si pacientka stěžuje na bolest v operační ráně VAS 2-3. Zkontrolovala jsem odvod z drénů a krytí operační rány, zda nezačala operační rána krváčet. Nic nenasvědčovalo patologickým projevům a pacientce jsem podala intravenózní analgetika dle rozpisu lékaře Novalgin 500 mg/ 2ml (1 ampule) + F 1/1 100 ml kapat rychlostí 300ml /h.

11:45 hod. kontrola efektu analgetik. Pacientka pociťuje úlevu i nervozita z překladu opadla a začala lépe spolupracovat. Seznámila jsem pacientku s možností sledovat TV a podala ji dálkové ovládání. Ta nabídku využila.

12:30 hod. nastal čas oběda a pacientka byla v lůžku velmi nízko. Opět jsme se s pacientkou pokusily o posouvací manévr, aby byla k obědu ve správné poloze v sedě. Pacientka byla více v klidu a manévr se z velké části podařil správně. Následně jsem pacientce podala lehký oběd dietu č.0M – tekutá lisovaná, v podobě lisované polévky. Položila jsem misku s polévkou na vysouvací plochu stolečku a přisunula blíže k pacientce. Ta mi sdělila pocit nechutenství a stravu odmítala. Snažila jsem se jí vysvětlit důležitost stravování v období rekonvalescence, aby snáze pochopila, že na začátku není nutné sníst celou porci, prozatím stačí sníst jen tolik, kolik zvládne. Nakonec se pacientce podařilo sníst ½ porce polévky bez pocitu nauzei.

14:00 kontrola pacientčina stavu, zda Redonovy drény jsou s podtlakem, kýlní pás plní svou funkci, krytí operační rány bylo bez prosaku. Pacientka se cítila dobře. Přinesla jsem pacientce malou konvičku s čajem a ukázala jí, jak si může čaj do skleničky dolít sama. Souhlasila.

16:00 hodin podány ATB, která jsou rozepsána po 8. hodinách, Azepo 2 g + FR 1/1 100ml, kape 30 min., zároveň si pacientka stěžuje na bolestivost v operační ráně VAS 3. Zkontrolovala jsem krytí operační rány, sílu tlaku kýlního pásu a podtlaku Redonových drénů. Krytí operační rány bylo čisté, kýlní pás byl na správném místě a se správnou kompresí. Jelikož má pacientka zavedený jeden PŽK, tak jsem pacientce nejprve podala ATB, která jsem již měla připravená k podání a šla jsem si připravit analgetickou medikaci Paracetamol 10mg/ml (100

ml) i.v. dle rozpisu lékaře rychlostí 300ml/h, kterou jsem podala ihned po dokapání ATB.

17:30 po hodině jsem zkontroloval efekt analgetik, pacientka pociťovala úlevu. Jelikož byl zároveň čas večere, opět jsem s pacientkou provedla posouvací manévr v lůžku. Nyní pacientka o dost lépe spolupracovala. Následně jsem pacientce připravila na stoleček večeři v podobě lisované polévky. Nyní pacientka neměla zábrany polévku sníst. Doporučila jsem pacientce, aby s požitím stravy nespěchala a snažila se jíst pomaleji, nežli je zvyklá. Pacientka s mým doporučením souhlasila. Tentokrát se jí podařilo sníst celou porci polévky bez pocitu nauzei. Vše jsem zaznamenala do dokumentace.

18:30 před koncem mé směny jsem šla pacientku zkontrolovat, zda nemá nějaké potřeby, které zatím sama nezvládne. Redonovy drény byly s podtlakem, krytí operační rány bylo suché bez prosaku, kompresní kýlní pás byl mírně vysunutý směrem k hrudníku, tak jsem ho s pacientčinou spoluprací upravila. Pacientce jsem při svém odchodu popřála dobrou noc.

### **3.3.3. Čtvrtý den hospitalizace**

*Druhý pooperační den (5.9.2020)*

Ráno v 6:00 se měří fyziologické funkce, kdy TK139/67 P 74 TT 36,6 SpO<sub>2</sub> 97%, následně odečet odvodu z drénu č.1 - 0ml, č.2 - 10ml, č.3 – 50ml a byl proveden odběr krve na biochemické a hematologické vyšetření (KO).

6:45 hodin jsem se šla s pacientkou pozdravit a s dopomocí ošetřovatelky proběhla ranní hygiena na lůžku a úprava lůžka, přitom jsem zkontrolovala její stav, funkčnost periferního žilního katetru (PŽK), též okolí katetru, zda nejsou známky zarudnutí a funkčnost permanentního močového katetru (PMK). Také jsem se s pacientkou domluvila na dnešním nácviku sedu s nohama z lůžka a stoje u lůžka. Pacientka se svěřila, že má velké obavy o zvládnutí pohybu. Ujistila jsem ji, že budeme postupovat pomalu a jen s ohledy na její stav. Mírně se uklidnila a souhlasila.

7:15 hodin proběhla ranní vizita operátérem, pacientka vyšetřena v leže na zádech, odepnut kýlní pás a krytí operační rány sejmuto. Lékař pacientce prohmatal oblast břicha, kde nebyly zjištěny žádné patologické změny. Odstraněn

drén č. 1 a proveden převaz rány. Rána s plastickým stehem krytá tapy, vitální. Lékař rozhodl PMK ještě ponechat z důvodů nedostatečné pacientčiny mobility, antitrombotické punčochy na dolních končetinách ponechány do plné mobilizace. Následně zkontroloval výsledky dnešních odběrů krve, kde nenašel žádné závažné abnormality a zapsal vše do dnešního dekurzu. Výsledky odběru krve viz. tab. č. 5 a 2. Dále PŽK též ponecháno pro pokračující léčbu intravenózní ATB medikace.

7:40 hod. nastal čas snídaně, a tak jsme s pacientkou před snídaní zopakovaly manévr otočení se na levý bok, kde měla stoleček a z pozice na boku jsme pomalu pouštěli nohy z lůžka a zároveň s podporou levé ruky v lokti a pravé ruky, která se odtlačuje o část zábrany v hlavové části lůžka, tělo zvedaly do sedu. Trochu jsem pacientce pomohla přizvednutím podhlavní části lůžka. Když se pacientka dostala do sedu, srovnala jsem jí nohy tak, aby měla celá chodidla na zemi a mírně kolena od sebe a správnou výšku lůžka. Následně jsem se pacientky zeptala, zda se jí točí hlava a zda jí sed není nepříjemný. Odpověděla, že se jí hlava trochu točí, ale sed jí vyhovuje, jen netuší, jak dlouho to vydrží. Ujistila jsem ji, že točení hlavy za chvíli ustane a pokud bude mít pocit, že už sed nezvládne, pomohu jí si opět lehnout. Sed byl důležitý prozatím jen ke snídani. Přinesla jsem snídani dietu č. 3 – racionální. Dnes měla pacientka dva kusy bílého pečiva, máslo, med, jablko a bílou kávu. Pacientka byla nadšená, že má normální stravu. Pacientce jsem doporučila pitný režim okolo 2 l tekutin za 24 hodin. Doma pacientka byla zvyklá vypít okolo 1,5 l tekutin za den. Pomohla jsem pacientce s přípravou snídaně a následně si ji snědla sama. V sedu v průběhu snídaně se mi pacientka svěřila, že pociťuje mírnou bolest v místě operační rány VAS 1-2.

8:00 hodin jsem přinesla pacientce ranní chronickou medikaci společně s analgetiky.

Chronická medikace:

Lokren 20 mg tbl. p.o. 1-0-0

Prestarium neo forte 10 mg tbl. p.o. 1-0-0

Letrox 50 mcg tbl. p.o. 1-0-0

Analgetika:

Novalgín 500 mg/2ml (1 amp) + FR 1/1 100 ml, kape 20 min

ATB:

Azepo 2g + FR 1/1 100 ml, kape 30 min

Nejprve jsem podala analgetickou medikaci a hned na to jsem podala ATB.

Po snídani mě pacientka požádala o pomoc s lehnutím do lůžka, sama totiž stále tyto pohybové manévry nezvládne. Bojí se, že něco pokazí. Pacientce jsem opětovně vysvětlila, jakým způsobem si má ze sedu lehnout. Stále má tendenci chytat se za hrazdičku, kterou jsem následně z lůžka odstranila.

9:30 hodin jsem šla pacientku zkontrolovat, zda byla analgetická léčba účinná. Po příchodu na pokoj jsem se chtěla pacientky zeptat, zda bolest, kterou pociťovala při sedu, už ustala či nikoli, ale pacientka pospávala. Z této situace jsem usoudila, že pacientka už bolesti nemá.

12:00 hodin je čas před obědem, a tak jsem šla pacientku opět zkontrolovat, jelikož za celou dobu nepoužila signalizační zařízení, zajímalo mě, zda je v pořádku. Podívala jsem se na funkčnost R drénů a funkčnost kýlního pásu. Pacientka byla vzhůru a v lůžku byla sesunutá do spodní části lůžka a kýlní pás měla posunutý k hrudníku. Zeptala jsem se, proč nepoužila zvoneček, abych ji přišla pomoci dříve se v lůžku srovnat, odpověděla, že nechtěla obtěžovat. Ujistila jsem ji, že potřeba pomoci není obtěžování a že pro ni není dobré ležet zkroucená v lůžku. Potom jsme nejprve upravily pozici a kompresi kýlního pásu a následně jsem opět pacientce vysvětlila, jak se posunout v lůžku do horní části, tak aby co nejméně namáhala břišní lis. Zjistila jsem, že pacientka stále hledá hrazdičku. Ukázala jsem ji, jak si má pomoci s použitím loktů a ramen. Po srovnání pacientky v lůžku jsem pacientku opět instruovala ke správné technice posazení s nohami z lůžka. Pacientka se snaží pokynům vyhovět, ale stále ji správná technika posazení moc nejde. I přes to jsem pacientku za snahu pochválila.

12:30 hodin je doba obědů, pacientka již sedí s nohami z lůžka, a tak jsem jí podala oběd dietu č. 3 – racionální. Dnes měla zeleninovou polévku s nočky, pečené kuře s rýží a porci hruškového kompotu. Pacientka byla s obědem spokojená a snědla ½ porce polévky, ¾ porce hlavního jídla, kompot si nechala na svačinu. Také jsem pacientku upozornila, aby se nezapomněla napít. Sama si nalila z konvičky čaj, kterou měla připravenou na stolečku a pochválila dnešní oběd. Cca ve 13:00 hod. si pacientka zazvonila o pomoc opět uložit do lůžka. Pacientka se cítila velmi unavená.

16:00 hodin jsem přinesla pacientce ATB – Acefa 2g i.v. + FR 1/1 100 ml rychlostí 200ml/h dle rozpisu lékaře, zkontrolovala jsem funkčnost PŽK, to bylo funkční bez známek zánětu a ATB podala. Při tom jsem pacientce připomněla nutnost pitného režimu a podala ji skleničku s čajem.

17:30 hodin přivezli večeři, a tak jsem šla pacientce pomoci si sednout. Tentokrát si pacientka už sama připravovala správnou polohu lůžka, aby se mohla otočit na levý bok. Byla jsem mile překvapená, jak si pacientka vede. Pomohla jsem jí jen se dostat do sedu. Na stoleček jsem ji připravila večeři dietu č. 3 – racionální, na tácu měla 2 ks celozrnné housky, plátkový sýr, máslo a rajče. Pacientka si večeři připravila sama a požádala mě o teplý ovocný čaj. Ten jsem jí po chvíli přinesla. Byla moc ráda.

18:10 hodin jsem šla za pacientkou změřit tělesnou teplotu (TT) dle ordinace lékaře a zeptat se, zda nepotřebuje uložit do lůžka. Všimla jsem si, že pacientka snědla jednu housku se sýrem a rajče, čaj vypila. Zkoušela si lehnout sama, ale nedokázala dát nohy do lůžka. Pomohla jsem ji uložit a srovnat se v lůžku. Upozornila jsem ji, že příště si má přivolat pomoc. Kýlní pás měla mírně posunutý, tak jsme společně kýlní pás upravily. Zároveň jsem zkontrolovala oba Redonovy drény, zda jsou s podtlakem, zeptala jsem se, zda pacientka pociťuje bolest a jestli ještě něco potřebuje, že za chvíli končím službu, tak ať má na noc vše potřebné. Odpověděla, že jí nic nebolí a že vše má, jen jestli bych ji nedolila čaj do konvičky. Konvičku s čajem jsem záhy donesla a postavila na stoleček. Naměřenou TT 36,5°C a přehodnocený Barthelové test na 30 bodů (vysoká závislost, tab. č. 6) jsem zapsala do dokumentace.

18:50 hodin jsem se šla s pacientkou rozloučit a popřát dobrou noc.

### **3.3.4. Pátý den hospitalizace**

*Třetí pooperační den (6.9. 2020)*

6:00 hodin se měří fyziologické funkce TK 140/80 P 76 TT 36,6°C, SpO<sub>2</sub> 96%, provádí se odečet odvodu z drénu č.1 - 10 ml a č. 2 - 10ml.

V 6:30 hodin mi začíná pracovní směna, a tak jsem šla pozdravit pacientku. Zároveň jsem se pacientky zeptala, jak se vyspala a zda má nějaké bolesti, že bych dnes ráda pokročila v pohybu u lůžka a mimo něj. Pacientka se mi

svěřila, že v noci nespala moc dobře a že se momentálně cítí velmi unavená. Tak jsem pacientku uklidnila, že nebudeme spěchat a v průběhu dne s ohledem na to, jak se bude cítit, budeme zkoušet stoj vedle lůžka a pár kroku u lůžka. I přes snahu pacientku ujistit, že vše bude dobré, měla pacientka trochu ustrašený výraz v obličejí.

Okolo 6:50 hodin jsem začala chystat pacientku k ranní hygieně a opětovně jsem jí připomenula, jak má postupovat, aby se správně posadila na lůžku s nohama z lůžka. Bylo znát, že jsme předchozí den tento manévr často opakovaly, protože pacientka si dnes při posazování vedla moc dobře. Mou pomoc využila jen v konečné fázi zvedání těla. Ještě jsem jí pomohla se srovnat, aby sed byl opravdu stabilní. Připravila jsem jí na stolek umyvadlo a kalíšek na vyčištění chrupu. Když se pacientka umyla, pomohla jsem jí převléci noční košili a upravila jsem lůžko.

Po hygieně pacientka zůstala sedět, bylo 7:30 hodin a přivezli snídani. Dnes je neděle, a tak pacientka dostala na dietu č. 3 několik plátků vánočky, máslo, jahodovou marmeládu a bílou kávu. Pacientka má ráda sladké a motivace dobré snídane jí mírně spravila náladu. Podala jsem pacientce snídani na stoleček a popřála jí dobrou chuť.

Asi za 20 minut jsem se šla podívat, zda pacientka již dosnídala a zda nemá nějakou bolest. Pacientka bolest neguje, jen mne požádala o pomoc zvednout nohy do lůžka. Musím však podotknout, že dnes má pomoc nebyla tak markantní jako předchozí den. Pacientka se více snažila sama uložit. Dále jsem pacientce opět připomněla důležitost pitného režimu a donesla jsem jí čistou konvičku s čajem a položila na stoleček, aby měla pacientka čaj na dosah.

8:00 hodin jsem pacientce podala chronickou medikaci tj.:

Lokren 20 mg tbl. p.o. 1-0-0

Prestarium neo forte 10 mg tbl. p.o. 1-0-0

Letrox 50 mcg tbl. p.o. 1-0-0

ATB:

Azepo 2 g + FR 1/1 100 ml, kape 30 min

V 8:10 hodin proběhla ranní vizita službu majícím lékařem, který vyšetřil pacientku v poloze v leže. Zároveň lékař s mou asistencí provedl převaz operační

rány a řádného nastavení kýlního pásu. Operační rána byla čistá, vitální bez známek zánětu, Redonovy drény č. 2 a č. 3 byly ještě ponechány, ATB medikace zůstala ve stejném režimu. Následně lékař rozhodl, že dnes odstraníme PMK, aby měla pacientka důvod k častějšímu pohybu, antitrombotické punčochy stále ponechány, jelikož pacientčina mobilita je nedostačující. Vše zapsal do dnešního dekurzu.

10:15 hodin jsem šla pacientce odstranit PMK a zároveň jsem měla v úmyslu pacientku zvednout z lůžka. Když jsem přišla na pokoj, pacientka sledovala TV. Vysvětlila jsem jí, co mám v úmyslu udělat a jak budeme postupovat. Pacientka souhlasila. Jen podotkla, co když to na WC nestihne, až bude potřebovat močit. Upozornila jsem ji, že v takové situaci tu má signalizační zařízení a někdo z ošetřujícího personálu přijde a pomůže jí. Právě proto, aby zvládla chůzi s doprovodem na WC, budeme nyní procvičovat stoj a pár kroků okolo lůžka. Odstranila jsem PMK a vyzvala pacientku k pohybu do sedu. Pozorovala jsem, jak postupuje a v nejistých chvílích jsem pacientku instruovala, při postupu do sedu. Když pacientka seděla, upozornila jsem ji na důležitost pozice plosek nohou, o nutnosti pevné pozice na zemi. Pacientka přikývla na srozuměnou. Pod nohy jsem podložila protiskluzovou podložku a dále jsem ukázala pacientce, jak si může do stoje pomoci přizvednutím lůžka, ale s podmínkou, že plosky chodidel jsou stále pevně na zemi. To se docílí jen tím, že se při postupném přizvednutím lůžka pacientka posouvá více dopředu a tím postupně přenáší váhu těla na nohy a plosky chodidel. Když bylo lůžko cca v  $\frac{3}{4}$  stoje pacientky, kdy její pozice připomínala sed na barové stoličce, jsem lůžko více nezvyšovala a pacientku jsem jen lehce přidržela a ona sama se postavila. Byla nadšená, že to dokázala a usmívala se. Poté jsem pacientku vyzvala, aby jen mírnými kývavými pohyby těla přenášela váhu těla z pravé nohy na levou a zopakovala to na každou nohu 5x. Když pacientka nácvik provedla, zeptala jsem se, zda je unavená nebo jestli zvládne ještě jeden cvik. Odpověděla, že snad ano. Ujistila jsem ji, že pokud bude mít pocit, že to nezvládne, tak se posadíme, aby si odpočinula. Přikývla, že rozumí. Pokračovaly jsme v nácviku. Dále jsem pacientku vyzvala, aby se pokusila napodobit chůzi čápa, ale na místě. Nácvik jsem ji názorně předvedla. Pacientku jsem přidržovala a ona zvládla udělat krok



2x. Pochválila jsem její výkon a vysvětlila jí, jak si bez námahy opět sednout. Bylo znát, že pohyb pacientku unavil. V sedu jsem ještě pacientku pobídla, aby se napila a zeptala jsem se na bolest. Bolest neměla. Následně byla ráda, že si může zase lehnout. Byla jsem spokojená s pacientčínými pokroky.

V 12:15 hodin se blížil čas oběda, nastala chvíle pacientku zkontrolovat a pobídnout ji, aby se posadila k obědu. Přišla jsem na pokoj, a nežli jsem pacientce stačila povědět, že je čas se posadit, sdělila mi, že nutně potřebuje na WC. Zeptala jsem se, zda se cítí na to, abychom zkusily spolu dojít na WC. Odpověděla, že sama neví. Následně se pacientka skoro sama posadila, podložila jsem nohy protiskluznou podložkou a začala jsem zvedat lůžko, aby se pacientka lépe dostala do stoje. Když se postavila, tak mi sdělila, že se na cestu na WC necítí, proto jsem ji nechala opět posadit a přivezla jsem na pokoj mobilní klozet. Přesun na klozet byl stejný, jako byl pohyb do stoje, jen s následným mírným pootočením. Pacientka byla na pokoji sama, a tak neměla potíže s intimitou. Podala jsem jí signalizační zařízení na dosah, aby po provedené potřebě mohla přivolat pomoc. Zvedání z klozetu bylo pro pacientku mnohem obtížnější nežli z lůžka, jelikož se mobilní klozet nedá zvedat, a proto jsem pacientce poradila, aby si dobře srovnala nohy a následně se mírně předklonila dopředu, chytla se za madla klozetu a mírným zhoupnutím s pomocí vzepření se o ruce, zvedla. Pacientka setrvala chvíli ve stoje a já odsunula klozet stranou, abychom měly více místa na pohyb. Využila jsem situaci, kdy pacientka stála, na úpravu jejího lůžka. Pak pacientka s mou asistencí udělala asi tři kroky u lůžka, aby se mohla posadit na lůžko. Připravila jsem jí stoleček na oběd, který přivezli v průběhu naší mobilizace, pro pacientku dietu č. 3 a dnes měla kuřecí nudličky po čínsku s bulgurem a hovězí polévkou s kapáním. Pacientka snědla celou porci a moc si stravu pochvalovala. Pacientku jsem pobídla, aby si udržovala dostatečný pitný režim. Kývla na srozuměnou a chopila se pohárku. Po obědě a všem tom pohybu byla pacientka unavená a pomalu se uložila do lůžka.

Jelikož pacientka málo kdy použije signalizační zařízení, aby si přivolala pomoc, šla jsem se v 14:15 h na pacientku podívat. Po příchodu na pokoj jsem zjistila, že pacientka sledovala TV a u toho usnula. Nechala jsem ji tedy odpočívat.

V 16:00 jsem přinesla pacientce ATB medikaci dle rozpisu lékaře, Azepo 2 g + FR 1/1 100ml na 30 minut. Následně jsem se pacientky zeptala, zda něco potřebuje, třeba na toaletu nebo zda má nějakou bolest. Odpověděla, že ani ne. Zkontrolovala jsem kompresi a umístění kýlního pásu a upozornila ji, že kdyby něco potřebovala, má tu signalizační zařízení. Usmála se a přikývla.

Cca v 16:20 hodin pacientka zvoní. Při příchodu na pokoj mě pacientka upozorňuje, že ji dokapala infuze a že by tedy potřebovala na WC. Ukončila jsem infuzní ATB terapii a pobídla jsem pacientku k pohybu do sedu. Najednou z ničeho nic začala hledat hrazdičku. Upozornila jsem ji, že jsme už o tom hovořily, že hrazdička pro ni není vhodná pomůcka. Zasmála se a řekla, že na to úplně zapomněla. Poté se do sedu dostala přes bok úplně sama. Dále jsem ji jen navigovala, co má udělat, aby se postavila. Bylo vidět, že už jsme to cvičily a šlo jí to moc dobře. Setrvali jsme chvíli ve stoje. Zeptala jsem se, zda je vše v pořádku, jestli se cítí na to jít na WC. Souhlasila, že se pokusí. Přidržovala jsem drény a pacientka se přidržovala mě. Pomalým tempem jsme došly na WC na pokoji. Byl to velký výkon. Pacientka však neměla dost sil se zvednout z WC. Uklidnila jsem ji a protiváhovým manévrem jsem jí pomohla se postavit. Ve stoje již byla stabilnější a s mou podporou se vrátila na lůžko. Podotkla, že by si dříve nikdy nemyslela, jak obtížné bude chodit na WC. Ale byla ráda, že to dokázala. Pochválila jsem ji za výkon a nabídla jí sklenku s čajem, aby se napila.

V 17:40 hodin jsem pacientce přinesla večeři, dietu č. 3. Na podnose měla 2 krajíčky chleba, 50g šunky, másličko a jablko. Pacientka se již sama dokázala posadit. Opět jsem ji pochválila, jak jí to pěkně jde. Večeři si připravila sama. Po večeři pacientka zůstala sedět na lůžku a sledovala TV.

V 18:15 hodin jsem šla pacientce změřit TT a zároveň se zeptat, jestli je vše v pořádku. Pacientka byla viditelně spokojená a potvrdila, že nic nepotřebuje. Zkontrolovala jsem množství čaje v konvičce, zda jsou drény č. 2 a č. 3 s podtlakem, funkčnost a umístění kýlního pásu. Nenašla jsem žádné nedostatky. Změřenou TT 36,6°C a přehodnocený Barthelové test na 60 bodů (lehce závislý, tab. č. 7) jsem zapsala do dokumentace.

Posléze před odchodem v 18:45 hodin jsem se s pacientkou rozloučila a popřála ji dobrou noc.

### **3.3.5. Následné dny hospitalizace**

4. *pooperační den (7.9. 20),*

5. *pooperační den (8.9.20),*

6. *pooperační den (9.9.20)*

Čtvrtý, pátý a šestý pooperační den jsem pacientku již neměla na starosti, ale pacientka se výrazně zlepšila, kdy čtvrtý pooperační den pacientce lékař odstranil oba Redonovy drény, operační ránu měla čistou a vitální. Začala se pohybovat okolo lůžka, v doprovodu chodila na WC a celkově dobře prospívala.

Pátý pooperační den již zvládala sama pohyb i mimo lůžko.

Šestý pooperační den byla pacientka v dopoledních hodinách propuštěna do domácí péče a edukována operátorem o termínu kontroly operační rány s odstraněním plastických stehů v ambulanci chirurgické kliniky FN Motol.

Pacienti po operačních výkonech kýly v jizvě jsou hospitalizováni do 10 dnů, záleží však na vývoji stavu konkrétního pacienta. Pacientka, kterou jsem si na vypracování této bakalářské práce vybrala, měla kombinovaný výkon, tj. kýlu v jizvě současně s abdominoplastikou, kde byly zavedeny tři Redonovy drény. Pacientčina délka hospitalizace byla ovlivněna jejím psychickým a fyzickým stavem, včasnou mobilizací, odvodem z redonových drénů a vývojem hojení operační rány.

### **3.4. Dlouhodobá péče**

Pro pacienty po operačním výkonu jako je kýla v jizvě a abdominoplastika je dlouhodobá ošetrovatelská péče velmi důležitá. Začíná již přijetím pacienta k hospitalizaci, kdy dochází k několika edukačním rozhovorům a doporučením od ošetrovatelského personálu, který pacienta seznámí s celkovým průběhem hospitalizace. Následně při dimisi je opět pacient poučen o režimu v domácí péči, nesmí zvedat těžší břemena nad 2 kg, vyvarovat se vyšší fyzické námaze, jak po extrakci stehů jizvu masírovat, kdy postupně sprchovat, o kontrole na chirurgické ambulanci u operátora, je poučen o nošení kompresních punčoch do plné mobilizace a nošení kompresního kýlního pasu, který by měl pacient nosit při fyzické aktivitě asi 6–8 týdnů, ale záleží na doporučení operátora po první

kontrole po dimisi. Kompresní pás je důležitou součástí rekonvalescence, pomáhá pacientům snížit namáhavost operačního pole, zlepšit mobilitu, snížit bolestivost a předejít opětovnému vzniku kýly. Pacientům je doporučena návštěva u praktického lékaře do 3 dnů od propuštění z důvodu předání propouštěcí zprávy.

### **3.4.1. Edukace pacienta**

Edukace pacienta je nedílnou součástí rozhovoru s lékařem a ošetřujícím personálem při nástupu do zdravotnického zařízení. Správně vedená edukace pacientovi usnadní proces adaptace, orientace a rekonvalescenci ve zdravotnické zařízení i mimo něj.

Pacientka byla již před nástupem a při nástupu do zdravotnického zařízení edukována lékařem o plánovaném operačním výkonu a jeho předpokládaném průběhu, byla poučena o vedlejších účincích léčiv, o důslednosti dodržování pohybových aktivit po operačním výkonu, byla srozuměna o postupu pooperačního režimu v domácím prostředí, o nejružnějších krátkodobých omezeních. Edukace proběhla formou verbálního rozhovoru. Pacientka měla tímto možnost si celou situaci promyslet a byl jí dán prostor na otázky.

Jakmile byla pacientka umístěna v nemocničním zařízení, byla opět edukována o režimu na oddělení chirurgie II. stanici 1. Chirurgie FN Motol, byla poučena o právech a povinnostech, seznámena se zdravotnickým personálem, seznámena s celkovým zařízením na pokoji. Edukace na oddělení proběhla verbálně i nonverbálně ukázkami, jak používat vybavení umístěné na pokoji (polohovatelné lůžko, signalizační zařízení, stoleček u lůžka atd.)

Den před operačním výkonem pacientku navštívil anesteziolog, který pacientce vysvětlil typ předpokládané anestezie, také jaké mohou být vedlejší postanesteziologické komplikace.

Pro pacientku to byla spousta informací a v situaci, kdy se rozhodla pro operační výkon, byla z celé situace velmi nervózní a některé informace jednoduše vytěsnila. Proto bylo nutné pacientce edukační informace týkající se hlavně pohybu v lůžku a mimo něj opětovně zopakovat i v průběhu celé hospitalizace.

Při propuštění byla pacientka opět edukována o podmínkách po propuštění. Tato edukace probíhala ústně (verbální formou) a zahrnovala informace o výživě, odpočinku, pohybovém režimu a jeho limitech, o užívání chronické medikace, léčivech na tlášení bolesti i varování o jejich nežádoucích účincích, dále pak o následné kontrole u operátora a nutnosti navštívit svého praktického lékaře a informovat ho o návratu do domácího léčení. Všechny tyto informace pacientka obdržela i písemnou formou v podobě propouštěcí zprávy, kde byly sepsány všechny důležité informace o průběhu hospitalizace, které zahrnují popis léčebných postupů, užívané medikaci, doporučení o následném procesu rekonvalescence a termínu návštěvy u operátora. Pacientka byla poučeno o předání propouštěcí zprávy svému praktickému lékaři. Ten z následných informací pacientce doporučí následné kroky při rekonvalescenci.

### **3.4.2. Pohybový režim a pomůcky**

Operace kýly v jizvě s následnou abdominoplastikou vyžaduje specifický pohybový režim s použitím kompresního kýlního pásu, který je nedílnou součástí v prevenci recidivy kýly v jizvě a v prevenci poškození operační rány po abdominoplastice při rekonvalescenci. Pacientce byl aplikován tzv. tříbodový pás (obrázek č. 3+4), u kterého je možné lépe nastavit kompresi ve třech rozsahových úrovních. Pás pacientka musí nosit po celou dobu rekonvalescence. Ta může trvat 6-8 týdnů s ohledem na zhojení operační rány a na fyziologii pacientčiny svalové a kožní tkáně. Ve starším věku je svalstvo částečně ochablé a lehko dochází k jeho opětovnému narušení. Pacientka je 74letá dáma po jednom porodu, nebyla sportovně založená a měla sedavé zaměstnání. Tudiž i její svalová síla byla velmi nízká. Proto pacientce byl doporučen postupný pohybový režim. Též je doporučeno vyvarovat se zvedání břemen těžších 2 kg po celou dobu rekonvalescence.

Za hospitalizace těsně po výkonu bylo nutné pacientku každý den instruovat o správném provádění pohybových úkonů. Pacientka byla přijata plánovaně, ke krátkodobé hospitalizaci, a proto instruktáž neprováděl

fyzioterapeut ale ošetrovatelský personál, hlavně sestra, která měla v danou chvíli pacientku na starosti. Pro pacientku byla tato první fáze velmi obtížná. Neustále měla sklony k naučeným pohybovým stereotypům, jako je zvedání se z lehu přímo do sedu, používání hrazdičky bez pokrčených dolních končetin. I pohyb v lůžku byl pro ni problém, najednou nevěděla, jak se otočit, jak se vysunout, aby si mohla natáhnout nohy. Vše se musela naučit i přes to, že lůžko = postel bylo celý život známé prostředí, kam chodila každý den spát. Najednou díky narušení části těla – vyřazením z provozu, se celkově pacientce narušila pohybová aktivita a tím náhle ztratila víru ve své schopnosti. Tato problematika postihuje většinu pacientů po operačních výkonech v oblasti břicha.

### **3.4.3. Ošetrovatelský problém**

Ve své bakalářské práci jsem se k určení ošetrovatelského problému inspirovala „Modelem funkčního typu zdraví“ od Marjory Gordon. Jelikož pacientka měla v průběhu hospitalizace v každém bodě tohoto modelu omezení, vybrala jsem si dva hlavní body - *Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví* a *Aktivita a cvičení*, kterým jsem se věnovala nejvíce po celou dobu péče o pacientku.

#### ***1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví***

Před operačním výkonem byla pacientka zvyklá trávit svůj volný čas mezi přáteli a v blízkosti syna. Pacientka je vdova a o domácnost se zvládala postarat sama, samu sebe vnímala vcelku pozitivně, necítila se nemocná. Nikdy moc nesportovala, celou pracovní kariéru měla sedavé zaměstnání, ráda se rozmazlovala dobrým jídlem. Občas vnímala své nedostatečné pohybové aktivity vinou své nadváhy, párkrát se snažila zhubnout, ale kila, která prý nabrala v těhotenství, už nikdy neshodila. Změnu ve zdravotním stavu pociťovala až po menopauze. Cítila se často unavená a citově nevyrovnaná.

Po operačním výkonu se její postoj k sobě velice změnil. Byla nešťastná z toho, co se to s ní děje, že se nemůže pořádně pohybovat. Byla zklamaná ze

stravy, která ji nechutnala. Celou situaci vnímala velmi negativně a obávala se, že bude muset ležet v posteli po celý zbytek života.

Postupným zlepšováním se v pohybových aktivitách bylo na pacientce vidět celkové zlepšení vnímání svého zdravotního stavu, zvyšovala se jí chuť dělat nové věci.

## **2. *Výživa – metabolismus***

Pacientka před operačním výkonem ráda jedla. Jedla pravidelně 3 – 4 denně, nikdy se ve stravě neomezovala. Pitný režim nebyl zrovna dostačující, pila okolo 1 l tekutin, převážně vodu, čaje moc nemusí a 2x denně kávu. První den po operačním výkonu pacientka pocítovala nechutenství, ale postupně se jí chuť k jídlu vracela. Z počátku dostávala lisovanou stravu a postupně přecházela na stravu racionální. Během hospitalizace si pacientka na stravu nestěžovala, podávaná strava ji chutnala. Počáteční množství stravy byla polovina porce, postupně však tolerovala celou porci.

## **3. *Vylučování***

V běžném životě pacientka měla nepravidelné vyprazdňování, s vyprazdňováním moči potíže neměla. Krátce po operačním výkonu pacientka potřebovala pomoci s vylučováním. Byl ji krátkodobě zaveden PMK, ten se třetí pooperační den odstranil. Poté pacientka krátce potřebovala pomoci na podložní mísu a postupem zlepšení mobility použila mobilní klozet a následně jen doprovod na WC.

## **4. *Aktivita a cvičení***

Před operačním výkonem pacientka nikdy moc aktivně nežila. Proto její svalová síla byla dost omezená. Nejvíce to bylo poznat po operačním výkonu, kdy se nebyla schopna sama ani otočit. Potřebovala pomoc při jakémkoli pohybu. Bylo nutné pacientku naučit, jak určité pohyby správně provést. Z počátku byla pacientka dost negativistická, ale po postupném opakování postupů se zlepšovala a zvládala ty nejzákladnější pohybové úkony jako je otočení se na bok, sed a

posléze stoj. Po zvládnutí stoje a prvních kroků bylo na pacientce vidět nadšení z toho, co dokázala. Změnila i svůj postoj k celkové rekonvalescenci.

### **5. Spánek – odpočinek**

V domácím prostředí před nástupem do ZZ pacientka neměla žádné zvláštní zvyklosti týkající se spánku. Usínala bez obtíží, spala okolo 6 hodin a chodila spát cca ve 22 hodin a vstávala obvykle okolo páté hodiny ranní. Před výkonem byla pacientka značně nervózní z průběhu operace, a tak dostala ve 22 hodin tzv. premedikaci ke zklidnění. Následně po celou hospitalizaci pacientka pociťovala často únavu a pospávala i v průběhu dne. Což nemělo významný vliv na kvalitu nočního spánku.

### **6. Vnímání (citlivost) – poznávání**

Pacientka nosí multifokální brýle, protože trpí kombinovanou vadou zraku tzv. myopií (krátkozrakost) a hypermetropií (dalekozrakost). Se sluchem potíže nemá a s řečí taky ne. Před operačním výkonem byla pacientka orientovaná a komunikovala bez potíží. Druhý den po operačním výkonu bylo pacientčino vnímání lehce zastřené pro mírnou zmatenost při překlada z chirurgického JIPu na chirurgické standardní oddělení. V průběhu dne se vnímání upravilo, jen měla mírné obavy, co bude dál.

### **7. Sebepojetí – vnímání sebe sama**

Samu sebe hodnotila vcelku pozitivně. Byla se sebou spokojená, obezitu si uvědomovala, ale zjistila, že to nedokáže změnit a tak se s tím smířila. Po operaci se cítila spíše na obtíž, cítila zvláštní dyskomfort a přecitlivělost. V průběhu hospitalizace se se citová dysbalance upravila. Nakonec byla na sebe pyšná, že zvládala všechny potřebné úkony, aby mohla jít do domácího léčení. Dokonce kýlní pás vnímá pozitivně, prý má konečně pas.



### ***8. Role – mezilidské vztahy***

Je vdova, bydlí sama v rodinném domě se zahradou. S prací okolo domu jí pomáhá syn, se kterým má velmi dobrý vztah. Často se navštěvují. Syn ji doprovodil do nemocnice, ale musel odjet na služební cestu, tak ji nemohl v průběhu hospitalizace navštívit, ale každý den si telefonovali.

### ***9. Sexualita – reprodukční období***

Pacientce je 74 let, nyní již po menopauze, prodělala hysterectomii a adnexetomii. Po smrti manžela zůstala sama, prý nikdo nebyl takový jako on. Ale nevdává jí to.

### ***10. Stres – tolerance, zvládání***

Stres nezvládá moc dobře, často se cítí přecitlivělá. Za hospitalizace se z počátku cítila rozladěná a citlivější na různé dění okolo ní. Ale po zklidnění a nabytí jistoty, nežádoucí pocity vymizely.

### ***11. Životní hodnoty – přesvědčení (víra)***

Se svým životem byla spokojená, zaměstnání ji naplňovalo, vztah se synem má dobrý, má i pár přátel. Občas se sejdou a jdou na kafičko. Věří, že se bude moci věnovat svým koníčkům jako dříve. Byla vychovaná v katolické rodině, ale sama se k Bohu nijak neupíná, ani do kostela nechodí. Občas zašla se synem o Vánocích na půlnoční mši.

### ***12. Jiné***

Zavedený periferní žilní katetr na předloktí PHK pacientka vnímala vcelku pozitivně, v manipulaci s předměty osobní potřeby jí nepřekáží. PMK téměř nevnímá, jen se bojí, aby si nějak neublížila, když se snaží na lůžku pohnout. Zavedené Redonovy drény jí překáželi i bolestivost rány jí přišla vyšší než posléze bez dvou (ze tří). Bála se v lůžku pohybovat.

## 4. Diskuse

Už tři tisíce let před naším letopočtem je ve staroegyptském papyru zmínka o plastické operaci, jak udělat starého muže mladým. Také v literatuře z konce 19. století jsou zaznamenány pomyslné abdominoplastiky, které popisují odstranění převislé kůže po operacích velkých ventrálních kýl. Celá staletí lidských životů se plastická chirurgie vyvíjela a vyvíjí se až do dnešních dnů. Plastická chirurgie se stala nedílnou součástí obecné chirurgie. Dostává se do popředí hlavně z estetického hlediska, ale nezanedbatelné jsou rekonstrukční pooperační a pouhazové výkony a ze základního hlediska navrácení zdraví a kvality života. V dnešní době jsou též časté plastické operace ve vyšším věku. Tyto operace jsou komplikovanější s ohledem na fyziologické stárnutí organismu, proto i následná rekonvalescence a rehabilitace může být obtížnější nežli u pacienta v nižší věkové kategorii.

Má bakalářská práce seznamuje s plastickou chirurgií v abdominální oblasti. Zaměřuje se na ošetrovatelskou péči o pacienta po abdominoplastice. Dělí se na teoretickou a praktickou část, kde praktická část poukazuje na pooperační ošetrovatelskou péči, problematiku navrácení pacientovi soběstačnosti a celkovou rekonvalescenci. Je zaměřena na ošetrovatelskou péči o 74letou pacientku po abdominoplastice, které byl indikován kombinovaný výkon, kde se prováděla plastika kýly v jizvě s následnou abdominoplastikou provedenou T řezem. Touto technikou byly odebrány dva kožní laloky o celkové hmotnosti 1370 g. Studie podobných výkonů je popsána v článku *Does Abdominoplasty Add Morbidity to Incisional Hernia Repair? A Randomized Controlled Trial* z časopisu *Surgical Innovation* 2016, kde je srovnávána efektivita výkonů opravy kýly s operačním výkonem opravy kýly současně s abdominoplastikou, tak jak to podstoupila pacientka v mé práci. Současně se tato studie zaměřuje na kvalitu života po těchto výkonech. Ukázalo se zlepšení rekonvalescence u pacientů s obezitou a velkou kýlou, kteří podstoupili takto kombinované výkony. Dokonce je zmíněn pozitivní vliv na soběstačnost pacienta, lepší hygienu, vnímání těla, snížení depresí, a dokonce četnost recidivy kýly v jizvě se také snížila. Je tu zmíněno i správné a včasné používání kompresního kýlního pásu, ale také jeho nevhodné použití při inoperabilních kýlách. Také článek *Program monstrózních kýl*

v *Kýlním centru Liberec z časopisu Rozhledy v chirurgii 2016* upozorňuje na problematiku operability a rekonstrukce břišní stěny u velkých kýl. Kde se snaží ukázat, že „První plastika má nejlepší šanci stát se plastikou poslední.“<sup>5</sup> Je to tzv. koncept poslední operace. Píše se tu o pečlivém zhodnocení pacienta k plastické operaci velkých kýl, důležitost předoperační a pooperační edukace a následné důležitosti rekonvalescence.

Pohyb je důležitou součástí rekonvalescence a je považován za jeden ze základních znaků dobrého zdraví. Pohyb většinou všichni vnímáme jako samozřejmost. Avšak když se z nějakého důvodu stane, že člověk přijde o část svého pohybového aparátu a musí se naučit, jak znovu používat své schopnosti a dovednosti správným způsobem, vzniká často problém s tím, že pacient velmi často tuto ztrátu kompenzuje, například nesprávným používáním jiné části těla. Pro představu uvedeme jednoduchý příklad, kdy se říznete do ukazováku nedominantní ruky, o kterém si myslíte, že se dá nahradit. Záhy zjistíte, že i když ho nahradíte prostředníkem, ukazovák vám v práci velmi chybí a jelikož při úchopu natáčíte ruku jinak, než byla zvyklá, začnete nadměrně namáhat jiné části celé paže. Stejně to je i u pacientů po abdominoplastice, kdy je limituje bolest a strach se pohnout, aby si operační ránu nepoškodili. Nevědí si rady a nejsou sami schopni si pomoci. Proto je důležitá edukace, která by měla být i před výkonem, aby pacient měl představu o následném pohybovém režimu po výkonu a měl by si techniku správného pohybu vyzkoušet. Po výkonu se opět pacient edukuje o postupu pozvolné rekonvalescence. K takovému účelu by bylo dobré využívat názorné informační letáky, ze kterých by pacient nabyl představu o správném využívání pohybových technik a kompenzačních pomůcek. Třeba *Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol* má na svých stránkách k dispozici informační letáky pro pacienty po operacích v abdominální oblasti, kde upozorňují na důležitost správného držení těla, správného dýchání během pohybu, různé instrukce, jak správně sedat, vstávat atd. S podobným informačním letákem se setkáte ve Fakultní nemocnici Olomouc, který je

---

<sup>5</sup> ŠKACH, Jiří, Romana HARCUBOVÁ, Veronika PETRÁKOVÁ, Lucie BRZULOVÁ, Michaela KREJBICHOVÁ a Karolína KOČMANOVÁ. Program monstrózních kýl v Kýlním centru Liberec. *Rozhledy v chirurgii*. 2016, **95**(5), 177-187. Dostupné z: doi:10.1097/SAP.0000000000001613

k dispozici nejen pro pacienty po abdominálních operacích, ale i pro širokou veřejnost (obrazek č. 5 a č. 6). Často se tato fáze rekonvalescence dosti podceňuje a informační letáky jsem u žádného pacienta po operaci břicha neviděla a ani samotní pacienti o takové možnosti neslyšeli.

Pacient po abdominoplastice stráví v nemocniční péči okolo 5 dnů, u krátkodobé hospitalizace se na 1. Chirurgii ve Fakultní nemocnici Motol odborná fyzioterapie nepožaduje, proto pacienta edukuje zdravotní sestra, která by měla tuto dovednost znát a umět pacienta správně instruovat. Tato skutečnost je proto, že vytiženost fyzioterapeutů je vysoká, a tudíž je obtížné každého pacienta po abdominálním výkonu navštěvovat.

Existují i vzdělávací programy formou několika hodinového kurzu, jak správně s pacientem manipulovat a jak pacienta instruovat ke správně provedenému pohybu i jak používat kompenzační pomůcky. Tyto kurzy však nejsou často v nabídce vzdělávacích programů pro sestry a nižší ošetrovatelský personál, který s pacientem tráví většinu času v nemocnici. Řada klinik u svých sester a nižšího ošetrovatelského personálu znalost těchto dovedností nepožaduje.

## 5. Závěr

V dnešní moderní době není ničím neobvyklým, že se plastické operace provádějí nejen z estetického hlediska, ale čím dál častěji pro zkvalitnění běžného života i pacientům vyššího věku.

Ošetrovatelská péče, která je předmětem mé bakalářské práce, je věnována problematice obnovení pacientovy fyzické aktivity pro běžné denní činnosti. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, kde první část je teoretická a druhá část je praktická, ta poukazuje na podceňovanou, ale důležitou edukaci pacienta po velkém výkonu. Seznamuje o důležité pozici zdravotnického personálu v této problematice a o nutnosti vzdělávání ve fyzioterapii, používání kompenzačních pomůcek a informačních materiálů, kdy nabyté znalosti využijí k vedení pacientovy postupné rekonvalescence, a tím předejdou možným zdravotním komplikacím po operačních výkonech. Práce je strukturovaná chronologicky, seznamuje se třemi dny po operačním výkonu a jsou rozepsány tak, aby dostatečně nastínila problematiku snížených pohybových dovedností a schopností pacienta těsně po operačním výkonu.

Cílem mé práce bylo upozornit na důležitost správného vedení pacientky k fyzické aktivitě, o důležitosti nabytí její důvěry v ošetrovatelský personál, docílení vzájemné spolupráce a zkrátit tak její rekonvalescenci. V popisu ošetrovatelské péče se cíl vzájemné důvěry a spolupráce naplnil a pacientka díky tomu téměř každou hodinu, každý den dělala obrovské pokroky a tím se významně zlepšila fyzicky i psychicky, což byl můj cíl. Bohužel v době, kdy jsem se o pacientku starala a sbírala informace k mé bakalářské práci, jsem o existujících informačních letácích nevěděla já, ani nikdo z ošetrovatelského personálu na oddělení, kde pracuji. Díky tomu, že jsem se o nich dozvěděla, mohla jsem tak nabyté informace předat ostatním sestřám a nižšímu ošetrovatelskému personálu. Jsem ráda, že se mi při zpracovávání této práce významně otevřely obzory v této problematice.

## Seznam použité literatury

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.

KACHLÍK, David. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-4101-0 (online: pdf).

LICHTENSTEIN, Irving L. *Plastika kýly - nové směry*. Jinočany: H & H, 1994. ISBN 80-85787-70-9.

MĚŠŤÁK, Jan, Martin MOLITOR, Ondřej MĚŠŤÁK a Lucie KALINOVÁ. *Základy plastické chirurgie*. Vydání druhé. V Praze: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2874-5.

PINTÉR, Ludovít. *Estetická chirurgie*. Ilustroval Josef BAVOR. Hradec Králové: Nucleus HK, 2007. Edice plastické chirurgie. ISBN 978-80-87009-23-9.

ROHEN, Johannes W. a Elke LÜTJEN-DRECOLL. *Anatomie v přehledech a schématech: Anatomie : die Lerntafeln*. Přeložil Ondřej NAŇKA. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-247-1823-1 (pdf.)

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3419-4.

### **Internetové zdroje**

BOCKOVÁ, Markéta, Jiří HOCH a Lukáš FRAJER. Perineální hernie - plastika pomocí laloku přímého břišního svalu. *Rozhledy v chirurgii*. 2016, **95**(5), 206-209. ISSN 0035-9351. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/rozhledy-v-chirurgii-clanek/perinealni-hernie-plastika-pomoci-laloku-primeho-brisniho-svalu-58483>

DOLEŽEL, Radek a Miroslav RYSKA. Plastická chirurgie pokročilého věku. *Rozhledy v chirurgii*. 2019, **98**(4), 183-184. Dostupné z: doi:10.1097/SAP.0000000000001613

DRAŽAN, Luboš. Abdominoplastika – operace estetická i léčebně-preventivní. *Časopis Lékařů českých*. 2018, **157**(6), 298-301. Dostupné z: doi:10.1097/SAP.0000000000001613

EAST, Barbora a E. F. MUYSOMS. Uzávěr laparotomie – víme jak?(Doporučení Evropské kýlní společnosti). *Rozhledy v chirurgii*. 2015, **94**(2), 57-63. ISSN 0035-9351. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/rozhledy-v-chirurgii-clanek/uzaver-laparotomie-vime-jak-doporuceni-evropske-kylni-spolecnosti-51091>

JURKOVICĚ, Adam, Jiří BARTOŠ, Vladimír BENČURIK, Lubomír MARTÍNEK a Matěj ŠKROVINA. Instilačná podtlaková terapia ULTRAVAC v terapii infikovaných laparotómií s fascitídou – priebežné výsledky prospektívnej randomizovanej štúdie. *Rozhledy v chirurgii*. 2019, **98**(4), 152-158. Dostupné z: doi:10.33699/PIS.2019.98.4.

KŘÍŽOVÁ, Eva. *Prevence vzniku kýly v jizvě: edukační materiál pro pacienty* [online]. Olomouc: Fakultní nemocnice Olomouc, [2015] [cit. 2021-01-05]. Dostupné z: [https://www.fnol.cz/pdf/pacientske\\_brozurky/FNOL\\_Prevence%20vzniku%20kily%20v%20jizve.pdf](https://www.fnol.cz/pdf/pacientske_brozurky/FNOL_Prevence%20vzniku%20kily%20v%20jizve.pdf)

Kolektiv fyzioterapeutů Kliniky rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2.LF UK a FN Motol, *Cvičební program určený pro pacienty s břišní kýlou* [online]. Praha: Fakultní nemocnice Motol, [2019] [cit. 2021-14-5]. Dostupné z: [https://www.fnmotol.cz/\\_sys\\_/FileStorage/download/3/2619/cvicebni-program-pro-pacienty-s-brisni-kylou.pdf](https://www.fnmotol.cz/_sys_/FileStorage/download/3/2619/cvicebni-program-pro-pacienty-s-brisni-kylou.pdf)

Kolektiv fyzioterapeutů Kliniky rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2.LF UK a FN Motol, *Doporučení pro pacienty po operaci v oblasti břicha* [online]. Praha: Fakultní nemocnice Motol, [2019] [cit. 2021-14-5]. Dostupné z: [https://www.fnmotol.cz/\\_sys\\_/FileStorage/download/3/2740/doporuceni-pro-pacienty-po-operaci-v-oblasti-bricha.pdf](https://www.fnmotol.cz/_sys_/FileStorage/download/3/2740/doporuceni-pro-pacienty-po-operaci-v-oblasti-bricha.pdf)

KULHÁNEK, Josef a Ondřej MĚŠŤÁK. Rekonstrukce rozsáhlých defektů stěny břišní metodou separace komponentů. *Rozhledy v chirurgii*. 2013, **92**(11), 640-643. ISSN 0035-9351. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/rozhledy-v-chirurgii-clanek/rekonstrukce-rozsahlych-defektu-steny-brisni-metodou-separace-komponentu-43355>

MĚŠŤÁK, Jan. Plastická chirurgie pokročilého věku. *Rozhledy v chirurgii*. 2018, **97**(1), 5-10. Dostupné z: doi:10.1097/SAP.0000000000001613

MOLITOR, Martin, Ondřej MĚŠŤÁK, Pavel POPELKA, Lenka VÍTOVÁ, Veronika HROMÁDKOVÁ a Jan MĚŠŤÁK. PULMONARY EMBOLISM AFTER ABDOMINOPLASTY – ARE WE REALLY ABLE TO AVOID ALL COMPLICATIONS? CASE REPORTS AND LITERATURE REVIEW. *ACTA CHIRURGIAE PLASTICAE*. 2016, **57**(1), 35-38. Dostupné z: doi:10.1097/SAP.0000000000001613

MORENO-EGEA, Alfredo, Álvaro CAMPILLO-SOTO, German MORALES-CUENCA, et al. Does Abdominoplasty Add Morbidity to Incisional Hernia Repair? A Randomized Controlled Trial. *Surgical Innovation*. 2016, **23**(5), 474-480. ISSN 1553-3506. Dostupné z: doi:10.1177/1553350616646480  
MUNOZ-RODRIGUEZ, Joaquin Manuel, Javier LOPEZ-MONCLUS, Carlos SAN MIGUEL MENDEZ, et al. Outcomes of abdominal wall reconstruction in patients with the combination of complex midline and lateral incisional hernias. *Surgery*. 2020, **168**(3), 532-542. ISSN 00396060. Dostupné z: doi:10.1016/j.surg.2020.04.045

NAHABEDIAN, Maurice Y., Anissa G. NAHABEDIAN, German MORALES-CUENCA, et al. Panniculectomy. *Nursing*. 2017, **47**(10), 32-38. ISSN 0360-4039. Dostupné z: doi:10.1097/01.NURSE.0000524753.74764.5e

SWIATEK, Peter R., Shepard P. JOHNSON, Lu WANG, et al. Effect of Posthospital Syndrome on Health Care Utilization After Abdominal Contouring Surgery. *Annals of Plastic Surgery*. 2018, **81**(6), e4-e11. ISSN 1536-3708. Dostupné z: doi:10.1097/SAP.0000000000001613

ŠEVČÍKOVÁ, Alena. *Co by vás mělo zajímat po operaci kýly: (tříselné, pupeční, v jizvě) : edukační materiál pro pacienty* [online]. Olomouc: Fakultní nemocnice Olomouc, [2015] [cit. 2021-01-05]. Dostupné z: [https://www.fnol.cz/pdf/pacientske\\_brozurky/1CHIR\\_Operace%20kyly.pdf](https://www.fnol.cz/pdf/pacientske_brozurky/1CHIR_Operace%20kyly.pdf)

ŠKACH, Jiří, Romana HARCUBOVÁ, Veronika PETRÁKOVÁ, Lucie BRZULOVÁ, Michaela KREJBICHOVÁ a Karolina KOČMANOVÁ. Program monstrózních kýl v Kýlním centru Liberec. *Rozhledy v chirurgii*. 2016, **95**(5), 177-187. Dostupné z: doi:10.1097/SAP.0000000000001613

ŠVÁB, J., R. VLASAK, Luděk SEHR, M. FRIED, Jaroslav KALVACH, Marie PEŠKOVÁ a Vladimír BALAŠ. Kýly v jizvě po laparotomii. *Plzeňský lékařský sborník. Supplementum*. 1987, (55), 237-241. ISSN 0139-603X.



VYSLOUŽIL, Kamil, Ivo KLEMENTA, Lubomír STARÝ, Miloslav DUDA, Pavel ZBOŘIL, P. SKALICKÝ a Michael DLOUHÝ. Intraabdominálně uložená síťka při řešení rozsáhlých kýl v laparotomii. *Rozhledy v chirurgii*. 2005, **84**(6), 310-313. ISSN 0035-9351.

Učebnice HS. [on-line]. Břišní krajiny. [cit. 8.2.2021]. Dostupné z: <<http://ucebnice.horskaslužba.cz/cz/zdravotni-specialni-cast/traumatologie/bricho>>)

### ***Seznam použitých zkratek:***

a.– arteria - tepna

aa – arteriae - tepny

aj. – a jiné

atd. – a tak dále

BMI – body mass index

cca – lat. cirka = přibližně

ČAS – Česká asociace sester

FF – fyziologické funkce

FAB – Floating abdominoplasty – kloizavá abdominoplastika

GCS – Glasgow Coma Scale

i.v. – intravenozní – nitrožilní

KO – krevní obraz

l - litr

m. – musculus – sval

mg – miligram

ml - mililitr

mm. – musculi – svaly

n. – nervus – nerv

nn. nervi – nervy

NRS – Nutritional Risk Screening – hodnocení nutričního rizika

PMK – permanentní močový katetr

PŽK - periferní žilní katetr

Tzv. – tak zvaně

ZZ – zdravotnické zařízení

## ***Seznam obrázků, tabulek a grafů***

**Tab. č. 1:** Barthelové test základních všedních činností(ADL – activites of daily living), první pooperační den

**Tab. č. 2:** Hodnocení rizika vzniku dekubitu – rozšířená stupnice Nortonové

**Tab. č. 3:** Hodnocení nutričního stavu – NRS (Nutritional Risk Screening)

**Tab. č. 4:** Hodnocení rizika pádu u pacienta – Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

**Tab. č. 5:** Hodnocení vědomí – GCS (Glasgow Coma Scale)

**Tab. č. 6:** Výsledky biochemického a hematologického vyšetření ve FN Motol

**Tab. č. 7:** Barthelové test základních všedních činností(ADL – activites of daily living), druhý pooperační den

**Tab. č. 8:** Barthelové test základních všedních činností(ADL – activites of daily living), třetí pooperační den

**Obrázek č. 1:** Časté operační techniky.....

**Obrázek č. 2:** Ilustrační foto kombinovaného chirurgického zákroku – operace kýly s následnou abdominoplastikou.....

**Obrázek č. 3:** Ilustrační foto tříbodového kompresního kýlního pásu.....

**Obrázek č. 4:** Edukační materiál pro pacienty po operaci kýly (tříselné, pupeční, v jizvě) z Fakultní nemocnice Olomouc.....

**Obrázek č. 5:** Edukační materiál o správném pohybovém režimu pro pacienty z Fakultní nemocnice Olomouc.....

## ***Seznam příloh***

**Příloha č. 1:** Ošetřovatelská anamnéza (Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

**Příloha č. 2:** Informovaný souhlas s vyšetřením studentem/kou 3. LF UK obor Všeobecná sestra (Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

## ***Přílohy***

### ***Ošetrovatelská anamnéza***

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

*Oddělen:* 1. Chirurgie FN Motol, II. stanice

*Datum a čas odběru anamnézy:* 4. 9. 2020 v 10 hod

*Jméno (iniciály):* E. Š. *Pohlaví:* žena *Věk:* 74 let

*Datum přijetí:* 2. 9. 2020

*Stav:* vdova

*Povolání:* lékařka

*Rodina informována o hospitalizaci:* ano  ne

*Diagnóza při přijetí (základní):* K432 Kýla bez neprůchodností nebo gangrény

*Chronická onemocnění:*

Hyperhyreozza

Art. hypertenze

.....  
*Infekční onemocnění:* NE  ANO

*Režimová opatření:* klidový režim

*Léčba:*

*Operační výkon:* 3. 9. 2020

*Pooperační den:* 1. den

*Farmakoterapie:*

Lokren 20 mg tbl. per os 1-0-0

Prestarium NEO Forte 10 mg tbl. per os 1-0-0

Letrox 50 ug tbl. per os 1-0-0

ATB: Azepo 2 g i.v. + F1/1 100 ml á 8 hod, kape 20 min (8-16-24)

*Analgetika:*

Při bolesti VAS do 3:

Novalgin 1000 mg (1 amp) i.v. + F1/1 100 ml max. á 6 hod  
Paracetamol 10 mg/ml (1 amp 100ml) i.v. max. á 6 hod  
Při bolesti VAS nad 3:  
Dipidolor 7,5 mg/ml (1 amp) i.m. max. á 8 hod

.....  
*Jiné léčebné metody:* Kýlní pás

.....  
*Má nemocný informace o nemoci:* ano X                      ne                      částečně

*Alergie:*            ano X                      ne                      *jaké:* prach

*Fyziologické funkce:* P : 78' TK : 125/88 D : 16 SpO2 : 96% TT : 36,6°C

### **1) Vědomí**

*stav vědomí:*            při vědomí X                      porucha vědomí                      bezvědomí

GSC : 15

Orientovaný X

Dezorientovaný

.....  

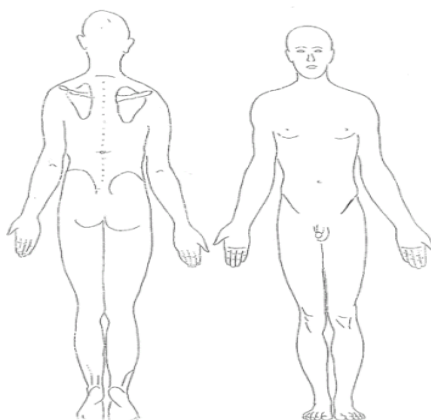
### **2) Bolest**

*Bolest:*                      ano X                                      akutní                                      chronická

tupá                      bodavá X (až pálivá)                      křečovitá                      svalová                      jiná

ne

*lokalizace:*



Intenzita: /----/----/----/----/----/----/----/----/----/----/  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Klidová bolest VAS 1-2, při zakašlání a pohybu VAS 6

.....

### **3) Dýchání**

potíže s dýcháním: ano ne  
dušnost: ano X klidová námahová X noční  
ne  
kuřák: ano neX kašel : ano X ne  
při větší prašnosti

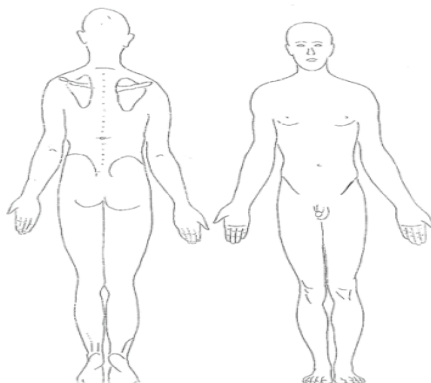
.....

### **4) Stav kůže**

změny na kůži: ano X ekzém otoky dekubity jiné X  
ne

Riziko vzniku dekubitů – *Nortonové skóre*: 23 bodů

Lokalizace:



*Hodnocení rány*: 1. pooperační den rána ponechaná s pooperačním krytím

*Ošetření rány*: Krytí operační rány čisté bez prosaku.

### **5) Vnímání zdraví**

*Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba)*

Cítí se trochu unaveně a precitlivěle, dříve nemocná nebyvala, vše se změnilo až po menopauze. Nadváhu si uvědomuje, hodně přibrala v těhotenství, pak už kila navíc neshodila a také ráda jí.

.....

Úrazy:           ano                   ne X                   jaké:

## **6) Výživa, metabolismus**

*Dieta:* 0M – tekutá lisovaná, dle tolerance

*Nutriční skóre:*

*Hmotnost:* 109 Kg   *Výška:* 168 cm           *BMI:* 38,62

*Chuť k jídlu:*     ano X                   ne

*Potíže s přijímáním potravy:*     ano     ne X                   jaké:

.....

*Užívá doplňky výživy:*           ano                   ne X                   jaké :

*Enterální výživa:*     ne

*Parenterální výživa:* ne

*Denní množství tekutin:*     1,5 l   *Druh tekutin:* černý čaj, kohoutková voda

*Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době:*   ano X     ne

o kolik :     - 1300g kožního laloku

*Umělý chrup:*     ano           ne X                   horní                   dolní

*Potíže s chrupem:*           ano                   ne X

.....

## **7) Vyprazdňování**

*problémy s močením:*           ano                   ne X

          pálení           řezání           retence           inkontinence

*problémy se stolicí:*           ano                   ne X

          průjem           zácpa           inkontinence

*stolice pravidelná:*           ano X                   ne

*datum poslední stolice:*     2. 9. 2020

*Způsob vyprazdňování:*     podložní mísa           ano

                                  Inkontinenční pomůcky     ne

                                  Toaletní křeslo           ne

                                  Močový katétr           ano     číslo: 16

*počet dní zavedení:*   2. den

Rektální odvodný systém    ne

Stomie                    ne

.....  
**8) Aktivita, cvičení**

*Pohybový režim:*        dnes klidový na lůžku

Barthel test:    25 bodů

Riziko pádu:    ANO X                    skóre    13 bodů                    NE

Pohyblivost :    chodící samostatně                    chodící s pomocí

ležící pohyblivý X

ležící nepohyblivý

pomůcky

jaké :

.....  
**9) Spánek, odpočinek**

*počet hodin spánku:*    5 – 6 h                    *hodina usnutí:*        22:00 – 23:00

*poruchy spánku:*        ano X                    ne                    *jaké:*    spánek během dne

*hypnotika:*                ano                    ne X

*návyky související se spánkem:*    žádné zvláštní zvyklosti nemá

.....  
**10) Vnímání, poznávání**

*potíže se zrakem:*        ano X                    ne                    *jaké:*    dalekozrakost+krátkozrakost

.....  
*potíže se sluchem:*        ano                    ne X                    *jaké:*

.....  
*porucha řeči:*                ano                    ne X                    *jaká:*

.....  
*kompensační pomůcky:*    ano X                    ne                    *jaké:*    brýle

*orientace:*                orientován    X

dezorientovaný                    místem                    časem                    osobou

.....





## Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

**Tab. č. 1:**

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

První pooperační den

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4.osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
5.kontinence moči	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
6.kontinence stolice	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
7.použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
9.chůze po rovině	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
		25bodů

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

### **Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:**

00-40 bodů: vysoce závislý

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý

100 bodů: nezávislý

**Tab. č. 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	Dobrý 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. 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	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

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

**23 bodů**

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

**Tab. č. 3:**

Hodnocení nutričního stavu

**NRS – Nutritional Risk Screening**

Je BMI (kg/m <sup>2</sup> ) 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.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

**Tab. č. 4:**

## Zhodnocení rizika pádu u pacienta

**Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS**

Rizikové faktory pro vznik pádu	
Anamnéza:	
<input type="checkbox"/> DDD ( dezorientace, demence, deprese)	3 body
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více	2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze	1 bod
<input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladu na lůžkové odd.	1 bod
<input type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém	1 bod
<input type="checkbox"/> užívání léků ( diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa)	1 bod
<b>1 bod</b>	
Vyšetření	
<input type="checkbox"/> Soběstačnost	
- úplná	0b
- částečná	2b
- nesoběstačnost	3b
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce	
- spolupracující	0b
- částečně	1b
- nespolupracující	2b
Přímým dotazem pacienta ( informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)	
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě?	ANO 3 body
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?	ANO 1 bod
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout ?	ANO 1 bod
Celkem:	
0-4 body	Bez rizika
5- 13 bodů	<b>Střední riziko</b>
14- 19 bodů	Vysoké riziko
13 Bodů	

**Tab. č. 5:**

## Hodnocení vědomí

**Glasgow Coma Scale**

**Zdroj:** NEUWIRTH, J. Sledování a hodnocení fyziologických funkcí. In: KOLEKTIV AUTORŮ *Základy ošetrování nemocných*. Praha : Karolinum, 2005, s. 46-56. ISBN 80-246-0845-6

Hodnocený parametr	Reakce	Body
Otevření očí	spontánně otevřené	4
	na slovní výzvu	3
	na bolestivý podnět	2
	oči neotevře	1
Slovní odpověď	přiléhavá	5
	zmatená	4
	jednotlivá slova	3
	hlásky, sténání	2
	neodpovídá	1
Motorická reakce	pohyb podle výzvy	6
	na bolestivý podnět účelný pohyb	5
	na bolestivý podnět obranný pohyb	4
	na bolestivý podnět jen flexe	3
	na bolestivý podnět jen extenze	2
	na bolestivý podnět nereaguje	1
<b>Hodnocení:</b>	15 bodů - pacient při plném vědomí	
	3 body - pacient v hlubokém bezvědomí	14 bodů

**Tab. č. 6:**

Výsledky biochemického a hematologického vyšetření ve FN Motol

## a) Biochemické vyšetření – separace séra

Komponent	Hodnota	Referenční meze
Sodný kation	143 mmol/l (+)	137 - 144
Draselný kation	4,2 mmol/l (+)	3,9 – 5,3
Chloridy	107 mmol/l (+)	98 – 107
ALT	0,20 ukat/l (+)	0,10 – 0,63
GGT (GMT)	0,45 ukat/l (+)	0,15 – 0,95
Bilirubin celkový	7,1 umol/l (+)	3,0 – 19,0
Bilirubin přímí	2,8 umol/l ()+	0,2 – 2,0
Močovina	9,3 mmol/l ()+	2,9 – 8,2
S-KREA		
Kreatinin	101 umol/l ()+	42 – 80
eGFR-krea (CKD-EPI)	0,80 ml/s/ 1,73 m <sup>2</sup>	
Celková bílkovina	59,3 g/l +()	62,0 – 77,0
CRP-HS	102,1 mg/l +()	0,0 – 0,5

## b) Hematologické vyšetření – KO

Komponent	Hodnota	Referenční hodnota
WBR	11,1 x 10 <sup>9</sup> /l ()*	4,0 – 10,0
RBC	4,64 x 10 <sup>12</sup> /l (*)	3,80 – 5,20
HGB	133 g/l	120 – 160
HCT	0,406 l/l (*)	0,350 – 0,470
MCV	87,5 fl (*)	82,0 – 98,0
MCH	28,7 pg (*)	28,0 – 34,0
MCHC	327,6 gúl (*)	320,0 – 360,0
RDW	14,0 % (*)	10,0 – 15,2
PLT	237 x 10 <sup>9</sup> /l (*)	150 – 400
MPV	11,0 fl (*)	7,8 – 11,0
PCT	0,260 % (*)	0,120 – 0,350
PDW	13,3 fl (*)	9,0 – 17,0
P-LCR	33,3 % (*)	15,0 – 35,0
NRBC	0,0 % (*)	0,0 – 0,0

**Tab. č. 7:**

Barthelové test základních všedních činností(ADL – activities of daily living),  
druhý pooperační den

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
4.osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
5.kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
6.kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
7.použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
9.chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
		<b>35 bodů</b>

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

### Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

00-40 bodů: vysoce závislý

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý

100 bodů: nezávislý

**Tab. č. 8:**

Barthelové test základních všedních činností(ADL – activities of daily living),  
třetí pooperační den

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

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

### **Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:**

00-40 bodů: vysoce závislý

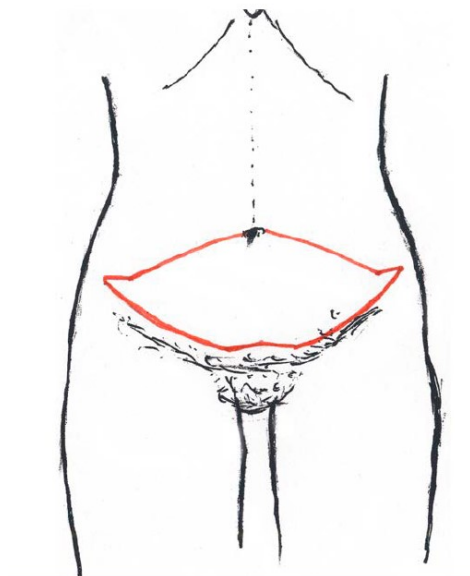
45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý

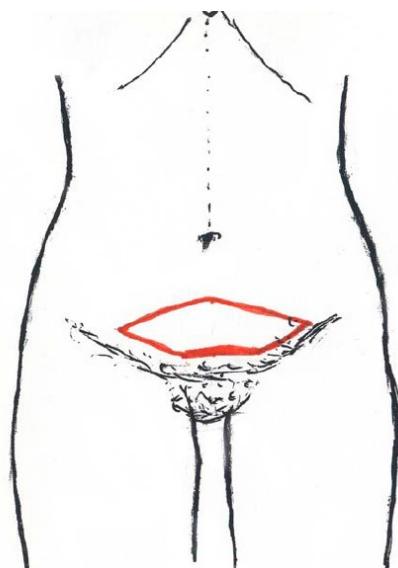
100 bodů: nezávislý



**Obrázek č. 1:**  
Časté operační techniky

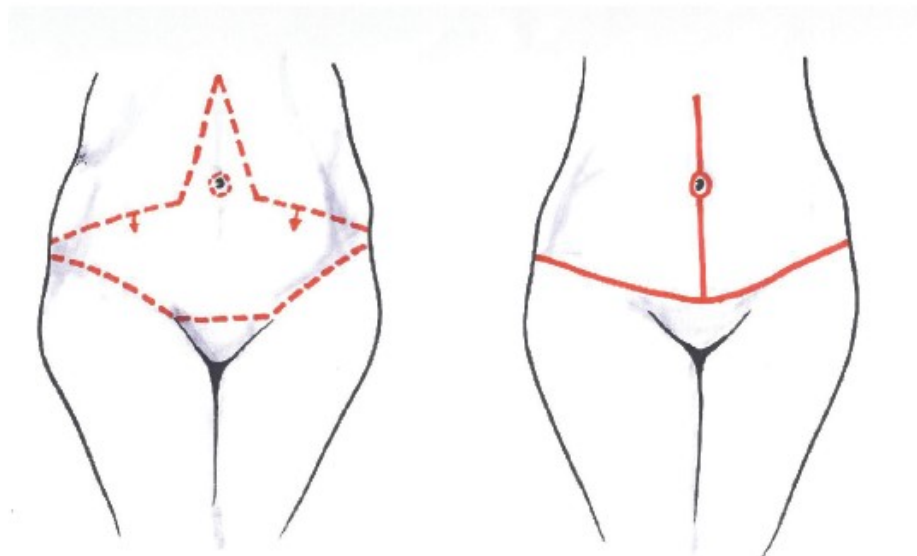


Rozsah odstranění kožního převisu  
při klasické abdominoplastice



Rozsah odstranění kožního převisu  
při miniabdominoplastice případně  
při plovoucí abdominoplastice (FAB)

Zdroj: DRAŽAN, Luboš. Abdominoplastika – operace estetická i léčebně-preventivní. *Časopis Lékařů českých*. 2018, 157(6), 298-301. Dostupné z: doi:10.1097/SAP.0000000000001613



**Klasická rekonstrukční abdominoplastika s řezem do tvaru kotvy (Fleur – de - lis)**

Zdroj: ŠKACH, Jiří, Romana HARCUBOVÁ, Veronika PETRÁKOVÁ, Lucie BRZULOVÁ, Michaela KREJBICHOVÁ a Karolína KOČMANOVÁ. Program monstrózních kýl v Kýlním centru Liberec. *Rozhledy v chirurgii*. 2016, 95(5), 177-187. Dostupné z: doi:10.1097/SAP.0000000000001613

**Obrázek č. 2:**

Ilustrační foto kombinovaného chirurgického zákroku – operace kýly s následnou abdominoplastikou.



Zdroj: MORENO-EGEA, Alfredo, Álvaro CAMPILLO-SOTO, German MORALES-CUENCA, et al. Does Abdominoplasty Add Morbidity to Incisional Hernia Repair? A Randomized Controlled Trial. *Surgical Innovation*. 2016, 23(5), 475. ISSN 1553-3506. Dostupné z: doi:10.1177/1553350616646480

- a) Pacientka s velkým infraumbilicálním řezem a kýlou
- b) Intraoperační pohled zobrazující opravu kýly pomocí sítě
- c) Diastáza přímého svalu s plikací
- d) Abdominoplastika a dva snesené kožní laloky

**Obrázek č. 3:**

Ilustrační foto tříbodového kompresního kýlního pásu.



**Zdroj:** Vlastní foto

#### Obrázek č. 4:

Edukační materiál pro pacienty po operaci kýly (tríselné, pupeční, v jizvě)  
z Fakultní nemocnice Olomouc.



FAKULTNÍ NEMOCNICE OLMOUC

## CO BY VÁS MĚLO ZAJÍMAT PO OPERACI KÝLY (TRÍSELNÉ, PUPEČNÍ, V JIZVĚ)

EDUKAČNÍ MATERIÁL PRO PACIENTY

**CO BY VÁS MĚLO ZAJÍMAT PO OPERACI KÝLY  
(TRÍSELNÉ, PUPEČNÍ, V JIZVĚ)**

Vážená paní, vážený pane,

do rukou dostáváte brožurku, ve které najdete odpovědi na Vaše nejčastější otázky a také bude Vaším pomocníkem v pooperačním období v domácím prostředí. Pokud byste v ní nenašli odpovědi na všechny Vaše otázky, zeptejte se přímo nás, rádi Vám je zodpovíme.

### CO TO JE KÝLA?

Kýla je vyklenutí nástěnné pobřišnice (blána, která kryje dutinu břišní zevnitř) přes oslabené místo v břišní stěně. Vytvoří se malý vak, do kterého se mohou vtlačit části orgánů dutiny břišní, čímž se pod kůží vytvoří znatelná bulka. Kýly se nejčastěji vyskytují v oblasti třísla, dále pupku a kýly v jizvách po břišních operacích.

### CO JE PŘÍČINOU?

Příčina může být vrozená – oslabení některých struktur stěny tělní nebo může být kýla získaná, např. po opakované velké fyzické námaze. Taktéž se může kýla vytvořit v oslabeném místě po operaci.

### MŮŽE DOJÍT KE KOMPLIKACÍM?

Nejčastější komplikací kýly je její uskřínutí – porucha cévního zásobení obsahu kýly s rizikem jeho odumření, což je nebezpečné zejména u střeva, kdy hrozí zánět pobřišnice, proto je třeba kýlu operovat včas. Dalšími komplikacemi jsou srůsty v kýle, zánět obsahu, poruchy funkce střev či enormní zvětšení kýly s nemožností vpravení obsahu zpět

FAKULTNÍ NEMOCNICE OLMOUC  
profesionalita a lidský přístup

do dutiny břišní při operaci, k čemuž dochází rovněž u příliš dlouho ponechané resp. zanedbané kýly.

### JAKÝ JE PRINCIP OPERAČNÍ LÉČBY?

Operace spočívá v plastickém zpevnění tělní stěny, někdy spoužitím podpůrných materiálů, tzv. síťky. Operace se provádí buď klasicky, to znamená otevřeným přístupem kožním řezem nebo laparoskopicky.

### JE NUTNÉ PO OPERACI NĚCO DODRŽOVAT?

Po operaci je nutná včasná, ale šetrná rehabilitace s přísným vyloučením fyzické zátěže po dobu 3 měsíců. Je třeba vědět, že každá plastika kýly je ohrožena tzv. recidívou (znovu-vytvořením). Tomu lze předejít jen dodržováním všech uvedených doporučení. Dietní omezení není zapotřebí. Ve vybraných případech, většinou u stavů po operacích rozsáhlých kýly, může lékař po individuální dohodě doporučit v pooperačním období po určitou dobu nosit břišní pás, zejména při činnostech v průběhu dne. Břišní pás si vyzvednete v den propuštění na naší ambulanci.

### HOSPITALIZACE

Délka hospitalizace závisí na náročnosti operace s přihlédnutím k přidruženým onemocněním a možným komplikacím, pohybuje se obvykle mezi 3–5 dny.

Informace o svém zdravotním stavu získáte od ošetřujícího lékaře. Dotazy směřujte na dobu ranní vizity, kdy se Vám ošetřující lékař osobně věnuje.

### PROPUŠTĚNÍ

Termín Vašeho propuštění stanoví ošetřující lékař. V den ukončení hospitalizace obdržíte prostřednictvím staniční sestry **propouštěcí zprávu**, se kterou se budete hlásit do tří pracovních dnů u svého praktického lékaře. V propouštěcí zprávě bude uvedeno datum odstranění stehů na naší ambulanci, případně datum další kontroly. Stehy Vám může odstranit i praktický lékař nebo Vás praktický lékař odešle na chirurgickou ambulanci ve Vaší spádové oblasti.

Pokud Vám v průběhu hospitalizace byly přidány nové léky, ošetřující lékař Vám na ně při propuštění vystaví recept.

Máte-li vystaven doklad o pracovní neschopnosti (PN), při propuštění Vám vyplíšeme Potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény (lístek na peníze), dále pokračuje PN u praktického lékaře.

### JAK PEČOVAT O OPERAČNÍ RÁNU

**Hygienická péče.** Od třetího pooperačního dne můžete ránu krátce sprchovat vodou, řádně osušit a ponechat bez krytí. Po odstranění stehů sprchujte ránu s použitím neдрáždivého mýdla. Jakmile se Jizva zcela zhojí, je možná běžná koupel.

**Ošetření Jizvy** provádějte mastí urychlující hojení. Dle individuální snášenlivosti můžete použít např. měsíčkovou mast, calcium pantothenicum, bepantnen nebo domácí sádlo nesolené.

### VELMI DŮLEŽITÉ

**PŘED OŠETŘOVÁNÍM RÁNY SI VŽDY PEČLIVĚ UMYJTE RUCI.**

V případě nutnosti převazů operační rány máte možnost využití poradny pro léčbu ran na naší ambulanci v ÚT a ČT 14:00–15:00 hod. nebo Vám zajistíme Agenturu domácí péče.

### RADY A DOPORUČENÍ

#### DŮLEŽITÁ JE TAKÉ SPRÁVNÁ ŽIVOTOSPRAVA

- Jezte 5× denně
- Jezte v klidu, jídlo pečlivě rozkousejte
- nepřejídejte se, ale ani nehladovte
- Jídlo konzumujte v přiměřené teplotě, zažívacímu traktu škodí jak příliš studená, tak i horká jídla
- omezte potraviny s velkým obsahem cholesterolu

- volte stravu smíšenou s dostatkem ovoce, zeleniny, kaloricky vyváženou
- denně vypijte dostatečné množství tekutin (2 l)
- omezte alkohol, syčené nápoje, nekuřte!!
- dostatečně spěte
- vyvarujte se stresu

**Přiměřená tělesná aktivita** – vyberte si pohybovou aktivitu, která Vám přináší radost a uspokojení, vhodné jsou pravidelné procházky, postupně plavání a jízda na kole (rekreačně).

**Rekonvalescence** je individuální, po laparoskopické operaci 2–3 týdny, po klasické 6–8 týdnů, záleží na profesi a na tom, jak se budete cítit.

### DŮLEŽITÉ

Pokud by se u Vás po propuštění vyskytly problémy (zarudnutí rány, teploty, bolesti), kontaktujte naši ambulanci či ambulanci v místě bydliště. V případě neodkladných obtíží je možno mimo ordinální hodiny navštívit Oddělení urgentního příjmu FN Olomouc.

### DŮLEŽITÉ KONTAKTY

#### I. CHIRURGICKÁ KLINIKA – AMBULANCE (BUDOVA „A“)

Po–Pá: 7:00–15:15 hod., tel. +420 588 443 308

#### ODDĚLENÍ URGENTNÍHO PŘÍJMU (BUDOVA „A“)

(mimo ordinální dobu I. chirurgické kliniky)

tel. +420 588 442 653

*Hodně štěstí a zdraví.*

### INFORMAČNÍ ZDROJE

I. chirurgická klinika

### VYPRACOVALA

**Bc. Alena Ševčíková, I. chirurgická klinika**

Edukační opora pro pacienty.

### ODBORNÍ KONSULTANTI

**prof. MUDr. Michael Dlouhý, CSc., I. chirurgická klinika**

**Mgr. Věra Smolíková, I. chirurgická klinika**



FAKULTNÍ NEMOCNICE  
OLOMOUC

### FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC

I. P. Pavlova 6, 779 00 Olomouc

tel.: +420 588 441 111 / e-mail: info@fnol.cz

[www.fnol.cz](http://www.fnol.cz)



PEČUJEME O VÁS UŽ OD ROKU 1896.

Číslo dokumentu: Fm-L009-027-EM-044

**Zdroj:** ŠEVČÍKOVÁ, Alena. *Co by vás mělo zajímat po operaci kýly: (tříselné, pupeční, v jizvě)* : edukační materiál pro pacienty [online]. Olomouc: Fakultní nemocnice Olomouc, [2015] [cit. 2021-01-05]. Dostupné z: [https://www.fnol.cz/pdf/pacientske\\_brozurky/1CHIR\\_Operace%20kyly.pdf](https://www.fnol.cz/pdf/pacientske_brozurky/1CHIR_Operace%20kyly.pdf)

## Obrázek č. 5:

Edukační materiál o správném pohybovém režimu pro pacienty z Fakultní nemocnice Olomouc.

### Vhodná poloha při delším pobytu na lůžku



V individuálních případech (např. při komplikovaném hojení rány) je nutno nosit břišní pás, který vám předepíše lékař.



### Zpracovala:

Eva Křížová, Univerzita Palackého v Olomouci,  
Fakulta zdravotních věd, studijní obor Všeobecná  
sestra, 3. ročník, 2012-2013

### Odborný dohled:

Mgr. Pavla Nerušilová, fyzioterapeut, FNOL, Klinika  
rehabilitačního a tělovýchovného lékařství

### Instruktažní fotografie:

Eva Křížová, FNOL, IPCHO

Fm-L009-027-EM-009 (v1)

### Kontakt

Fakultní nemocnice Olomouc  
I. P. Pavlova 6, 779 00 Olomouc  
tel.: +420 588 441 111  
e-mail: info@fnol.cz  
www.fnol.cz



Fakultní nemocnice Olomouc  
profesionalita a lidský přístup

## Prevence vzniku kýly v jizvě

Návod, jak se správně pohybovat na lůžku v pooperačním období

edukační materiál pro pacienty



### ■ Správně



Při používání hrazdičky vždy pokrčte nohy.

Při kašli pokrčte nohy a rukama stiskněte břicho.



Sedání: nejprve se otočte na bok, spouštějte nohy z lůžka, zvedejte se pomocí rukou.



### ■ Špatně



Zbytečně napínáte břišní stěnu.

Kašláni s napnutým břichem je více bolestivé.



Nevhodný způsob sedání s hrazdičkou i bez ní:



**Zdroj:** KRÍŽOVÁ, Eva. *Prevence vzniku kýly v jizvě: edukační materiál pro pacienty* [online]. Olomouc: Fakultní nemocnice Olomouc, [2015] [cit. 2021-01-05]. Dostupné z: [https://www.fnol.cz/pdf/pacientske\\_brozurky/FNOL\\_Prevence%20vzniku%20kyly%20v%20jizve.pdf](https://www.fnol.cz/pdf/pacientske_brozurky/FNOL_Prevence%20vzniku%20kyly%20v%20jizve.pdf)

## Příloha č.2:

Informovaný souhlas s vyšetřením studentem/kou 3. LF UK obor Všeobecná sestra (Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

**Informovaný souhlas  
s vyšetřením nemocného studentem/kou 3.LF UK,  
obor všeobecná sestra**

Pan/paní..... *HUDEK EVA ŠTĚPÁNKOVÁ* .....

souhlasí

- s provedením anamnézy<sup>1</sup> a fyzikálního vyšetření<sup>2</sup> studentem/kou 3.LF UK – bakalářského oboru všeobecná sestra  
..... *LADĚA NOVÁKOVÁ* .....

jméno a příjmení studenta/ky, ročník studia

- s použitím výsledků vyšetření pro výuku studentů na 3.LF UK (při použití výsledků vyšetření se nikde nebude uvádět jméno a příjmení nemocného)
- s pořízením fotodokumentace klinických projevů onemocnění pro další potřeby výuky (při použití fotodokumentace se nikde nebude uvádět jméno a příjmení nemocného)

Získané informace budou použity pouze k výukovým účelům a nikterak nenaruší diagnosticko-terapeutický proces nemocného během hospitalizace.

V *PRAZE* dne *4. 9. 2020* .....

.....  
Podpis pacienta

.....  
Podpis studenta/ky

<sup>1</sup> Anamnézou se rozumí rozhovor studenta s nemocným s cílem získat informace o zdravotním stavu nemocného, rodinné, sociální a pracovní situaci nemocného.

<sup>2</sup> Fyzikálním vyšetřením se rozumí vyšetření tělesných systémů pohledem, poslechem, poklepem a pohmatem.