

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Studijní obor: Ošetřovatelství 5341R003



Monika Straková

**Ošetřovatelská kazuistika u pacientky s hysterektomií**

**Nursing Case of a Patient with Hysterectomy**

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Miluše Kulhavá

.../.../.....

Praha, 2010

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby tato závěrečná práce byla archivována v Ústavu vědeckých informací 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a zde užívána ke studijním účelům. Za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

Souhlasím se zpřístupněním elektronické verze mé práce v Digitálním repozitáři Univerzity Karlovy v Praze (<http://repozitar.cuni.cz>). Práce je zpřístupněna pouze v rámci Univerzity Karlovy v Praze

Souhlasím

V Praze, 15.05.2010

.....  
Monika Straková

### **Poděkování**

Chtěla bych tímto poděkovat Mgr. Miluši Kulhavé, za odborné vedení, cenné rady, trpělivost a poskytnutí konzultací při vedení této práce. V neposlední řadě bych ráda poděkovala paní X. Y. za spolupráci. A dále bych chtěla poděkovat mé rodině a přítelovi, za psychickou podporu pro dokončení této práce a za podporu po celou dobu mého studia.

## **Identifikační záznam**

STRAKOVÁ, Monika. *Ošetrovatelská kazuistika u pacientky s hysterektomií. [ Nursing Case of a Patient with Hysterectomy]*. Praha, 2010. 60 s., 3 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Kulhavá, Miluše.

## **Abstrakt**

Bakalářskou práci jsem vypracovala v rámci studia oboru Ošetrovatelství. Vybrala jsem si konkrétní klientku, paní X. Y., která byla přijata dne 6. 4. 2010 na gynekologické oddělení. Důvodem přijetí byla plánovaná operace – laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie. Práce má 60 stran a skládá se z klinické a ošetrovatelské části. V klinické části jsem se zaměřila na anatomii dělohy, druhy laparoskopických operací, popisu operace, na její indikace a na kontraindikace tohoto zákroku. V neposlední řadě jsem se zaměřila na benigní onemocnění dělohy. V ošetrovatelské části popisuji ošetrovatelský proces u paní X. Y., který jsem zpracovala dle M. Gordonové.

## **Klíčová slova:**

Laparoskopická hysterektomie, ošetrovatelský proces, plánovaná operace, myom, klinická část, ošetrovatelská část

## **Abstract**

Diploma thesis I developed in the study of nursing. I chose a particular klient, a lady X. Y., who was taken apríl 6, 2010 at the gynecologicae department. The reason for the adoption of the proposed operation – laparoscopic assisted vaginae hysterectomy. Labours has 60 pages and consists of theoretical and practical parts. In the theoretical part, I focused on the anatomy of the uterus, the types of laparoscopis operations, describing the operation of its indications and contraindications for this procedure. Finally, I focused on benign diseases of the uterus. The practical part describes the nursing process with Mrs. X. Y., which was elaborated by M. Gordon.

## **Klíčová slova:**

Laparoscopic hysterectomy, Nursing case study, planned operations, myoma, clinical part, of nursing

## Obsah

Úvod .....	7
<b>1. Klinická část</b>	
1. 1 Anatomický popis dělohy .....	8
1. 1. 1 Poloha, fixace, projekce a syntopie dělohy .....	8
1. 1. 2 Makroskopická a mikroskopická stavba .....	9
1. 1. 3 Děložní změny v průběhu života .....	9
1. 1. 4 Cévní zásobení a hlavní inervace, lymfatická drenáž .....	10
1. 2 Definice a klasifikace laparoskopické hysterektomie .....	10
1. 3 Druhy laparoskopických hysterektomií .....	11
1. 4 Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie ( LAVH ) .....	13
1. 4. 1 Operační technika LAVH .....	13
1. 4. 2 Indikace k LAVH .....	16
1. 4. 3 Benigní choroby dělohy .....	17
1. 4. 4 Kontraindikace a komplikace LAVH .....	19
<b>2. Ošetrovatelská část</b>	
2. 1 Identifikační údaje .....	21
2. 2 Lékařské anamnézy a diagnózy .....	22
2. 2. 1 Lékařské anamnézy .....	22
2. 2. 2 Lékařské diagnózy .....	24
2. 3 Diagnosticko – terapeutická léčba .....	25
2.3.1 Diagnostika .....	25
2.3.1.1 Fyziologické funkce .....	25
2.3.1.2 Laboratorní vyšetření .....	26
2.3.1.3 Další vyšetření .....	27
2.3.2 Terapeutická péče .....	28
2.3.2.1 Chirurgická péče .....	28
2.3.2.1.1 Operační protokol .....	28
2.3.2.2 Farmakoterapie .....	30
2.3.2.3 Ostatní terapie .....	30
2.3.2.4 Dietoterapie .....	30

<b>3. Ošetrovatelské anamnézy a současný stav pacientky</b>	
3.1 Vnímání zdraví, aktivity k udržení zdraví .....	31
3.2 Výživa, metabolismus .....	31
3.3 Vylučování .....	32
3.4 Aktivita, cvičení .....	32
3.5 Spánek, odpočinek .....	33
3.6 Vnímání, poznávání .....	33
3.7 Sebepojetí, sebeúcta.....	33
3.8 Role, mezilidské vztahy .....	34
3.9 Sexualita, reprodukční schopnost .....	34
3.10 Stres, zátěžová situace .....	35
3.11 Víra, přesvědčení, hodnoty .....	35
<b>4. Ošetrovatelské diagnózy .....</b>	<b>35</b>
<b>5. Cíl, plán, realizace .....</b>	<b>37</b>
<b>6. Ošetrovatelský závěr a prognóza .....</b>	<b>43</b>
<b>7. Zdroje použitých informací .....</b>	<b>44</b>
<b>8. Seznam použitých zkratk .....</b>	<b>45</b>
<b>9. Seznam použité literatury.....</b>	<b>47</b>
<b>10. Přílohy .....</b>	<b>48</b>

## Úvod

Jako téma bakalářské práce jsem si vybrala kazuistiku pacientky po hysterektomii, jenž představuje jednu z nejčastějších gynekologických operací, kterou podstupují čím dál tím mladší ženy a to z různých příčin. Jen z mé rodiny a mého blízkého okolí tento zákrok podstoupily čtyři ženy. Proto bych se chtěla zaměřit na ošetrovatelský proces u ženy, která jde tento výkon podstoupit a na péči těsně po výkonu. V mé práci jsem se zaměřila na hysterektomii laparoskopickou. Je preferována častěji z důvodu menší pooperační bolesti, zkrácené hospitalizace, snížené pooperační morbidity, dřívějšího návratu do běžných aktivit a lepších estetických výsledků oproti laparotomické.

Slovo hysterektomie znamená v přesném překladu „vyříznutí dělohy“. Jedná se o nejčastější gynekologickou operaci. V roce 2003 bylo v České republice provedeno 13 500 hysterektomií. Nejčastější indikací odstranění dělohy je nepravidelné nebo silné krvácení, nezhoubné nádory děložní svaloviny – myomy, sestup dělohy, přednádorové a nádorové změny čípku děložního. Odstranění dělohy může být součástí operací pro neudržení moči, pro cystické a nádorové změny vaječníků či endometriózu. [ Tomáš Fait, Tomáš Kolečka, 2007 ]

„Každý rok je v České republice provedeno odstranění dělohy téměř u dvaceti tisíc žen. Hysterektomie se stala nejčastější gynekologickou operací. Většina operací je prováděna břišní cestou. Rocker uvádí, že v USA v letech 1979-1988 podstoupilo ze 3,5 milionů žen 72% abdominální hysterektomii a jen 28% vaginální hysterektomii. Údaje z ČR a zemí EU z devadesátých let uvádějí obdobný poměr mezi břišním a poševním přístupem k hysterektomii.“ [ Zdeněk Holub, 2005 ]

## 1. Klinická část

### 1.1 Anatomický popis dělohy

Děloha – latinským názvem uterus, je dutý svalový orgán, se silnou svalovou stěnou, ve kterém probíhá vývoj plodového vejce, od přijetí rýhujícího se vajíčka, k výživě a ochraně vyvíjejícího se zárodku a plodu do porodu. Na děloze rozlišujeme tělo děložní, corpus uteri, širší ve své kraniální části a hrdlo děložní, cervix uteri, které je kaudální užší částí dělohy ústící do pochvy. Na těle děložním se rozlišuje dno děložní, fundus uteri, kraniální okraj dělohy, a rohy děložní, cornua uteri, a okraje děložní, margo uteri. V oblasti rohů děložních ústí vejcovody a odstupuje lig. teres uteri. [ Miloslava Lišková, Ondřej Naňka, 2006, str. 210 ]

Cervix uteri se dělí na horní úsek hrdla děložního, portio supravaginalis, nad připojením dělohy k pochvě a čípek děložní, portio vaginalis. Čípek děložní je část dělohy, která vyčnívá do pochvy a kde na jeho vrcholu je zevní branka děložní, ostium uteri. [ Miloslava Elišková, Ondřej Naňka, 2006, str.210 ]

#### 1.1.1 Poloha, fixace, projekce a syntopie dělohy

Základní postavení dělohy je v tzv. anteflexi a anteverti. Anteflexe je ohnutí dělohy v isthmu dopředu, takže tělo míří dopředu nahoru a cervix dopředu dolů. Anteverti je překlopení anteflektované dělohy dopředu, takže tělo dělohy je nakloněno dopředu a cervix dozadu proti zadní stěně poševní. Díky tomu pak děloha s pochvou svírá úhel 70 – 100 stupňů. Kromě toho může být děloha posunuta stranou ( lateropozice ) a pootočena do strany ( torse ). V této poloze je děloha fixována podpůrným ( svalové dno pánevní ) a závěsným aparátem, který tvoří parametrium. Parametrium je vazivo, které vybíhá ze subserosního vaziva dělohy pod peritoneum a je zahuštěno v charakteristické pruhy, tzv. parametrální vazy. [ Miloslava Elišková, Ondřej Naňka, 2006, str. 210 ]

Ligg. cardinale uteri je zahuštění vaziva v bazi lig. latum uteri, jde od boků isthmu a cervixu až ke stěně pánevní. Kolem tohoto vaziva se děloha naklání vpřed či vzad ( anteverti x retroverti ). Ligg. sacrouterina jsou párové vazy od děložních hran vzad, obemykají rektum zprava i zleva, podmiňují peritoneální řasy, plicae sacruuterinae. Ligg. vesicouterina, párové vazy od děložních okrajů kupředu na boční stěnu močového



měchýře, dál pokračující k symfýze jako ligg. pubovesicalia. Ligg. teres uteri jde od děložních rohů ke stěně pánve, probíhá tříselným kanálem a končí ve vazivu labija majora. [ Miloslava Elišková, Ondřej Naňka, 2006, str. 210 ]

### **1.1.2 Makroskopická a mikroskopická stavba**

Děložní stěna je 10 – 15 mm tlustá. Je tvořena sliznicí ( endometrium ), hladkou svalovinou ( myometrium ) a vrstvou subserosní ( tela subserosa ). Děloha je kryta serosou, na své horní ploše pak peritoneem. V podslizničním vazivu jsou žlázy, glandulae uterinae. Na děložním čípku přechází epitel děložní v epitel poševní, mnohvrstevný dlaždicový. [ Miloslava Elišková, Ondřej Naňka, 2006 ]

Děložní sliznice prodělává cyklické změny, které jsou vyvolány hormonálními vlivy. Dochází k pravidelnému růstu a odlučování povrchových vrstev sliznice, tyto změny se označují jako menstruační cyklus a menstruace. Cyklické změny lze rozdělit do několika fází, změnám podléhá především povrchní část sliznice, zona functionalis. Vrstva žlázek přiléhající k myometriu, zona basalis, se nemění. [ Miloslava Elišková, Ondřej Naňka, 2006, str. 210 ]

### **1.1.3 Děložní změny v průběhu života**

Velikost dělohy, její tvar a proporce ( poměr mezi délkou těla a hrdla ) závisí na estrogenizaci ženy. Děložní tělo reaguje na estrogény více a výrazněji než hrdlo. U dětí v tzv. klidovém období je děložní tělo menší než hrdlo, zhruba v poměru 1 : 2. Tomuto typu dělohy říkáme děloha dětská – typus uteri infantilit. Děloha má tvar válce o průměru 10 až 15 mm a délce 25 – 30 mm. V důsledku vzestupu hladiny estrogenu v pubertě dochází ke zvětšování děložního těla. Tělo je stejně velké jako hrdlo ( poměr 1 : 1 ) a děloha má tvar přesýpacích hodin a označuje se jako děloha pubertální – typus uteri pubertalis. Další odpovědí na stimulaci estrogény je převaha děložního těla nad hrdlem ( poměr větší než 2 : 1 ). Taková děloha se nazývá bez ohledu na její velikost dospělým typem – typus uteri adultae. Někdy se používá termín uterus vaginalis: tento typ má proporce dělohy dospělé ženy, ale velikost dělohy je menší a děloha je napřímená. Teprve dalším vývojem dosahuje děloha definitivní velikosti, ohýbá se do anteflexe a sklání se do anteverze. Plně vyvinutá děloha ženy, která dosud

nerodila, je zpravidla 7-9 cm dlouhá, ve fundu 4-5 cm široká a její předozadní průměr je 2,5 – 3,5 cm. U ženy, která rodila, jsou uvedené rozměry asi o 10 mm větší. Po přechodu a v seniu se v důsledku vymizení estrogenů děložní tělo opět zmenšuje, takže typus uteri senilit se podobá až pubertální děloze. Uvedené změny velikosti podmíněné estrogény, zejména změny poměru mezi délkou děložního těla a hrdla, nazýváme proporcionální přestavbou dělohy. V těhotenství roste děloha s růstem plodového vejce a postupně nabývá kulovitěho tvaru. Ismus je postupně zavzat do zvětšujícího se těla, zatímco hrdlo si ponechává svoji konfiguraci a plní až do porodu funkci uzávěru děložní dutiny. V 6. měsíci dosahuje fundus k pupku a koncem 9. lunárního měsíce může dosahovat až k mečovitému výběžku. [ Lukáš Rob, Alois Martan, Karel Citterbart et al., 2008, str. 7 ]

#### **1.1.4 Cévní zásobení a hlavní inervace, lymfatická drenáž.**

Děloha je zásobena z a. uterina a větvemi z anastomózy mezi a. uterina a a. ovarica. Žíly vytváří rozsáhlou pletěň, která se sbírá do v. uterinae, žilní spojky vedou do okolních venózních plexů. Plexus uterovaginalis dostává vlákna z plexus hypogastricus inferior. Zdrojem sympatiku jsou segmenty Th11 – 12 a parasimpatiku S2 – 4. V plexus uterovaginalis ležícím na boku dělohy se nachází četná ganglia. Sympatikus inervuje děložní kontrakce, kdežto parasympatikus je tlumí. Tyto vlivy jsou doplněny působením hormonů.

V subserosním vazivu corpus uteri začíná lymfatická síť, hlavní odtok směřuje do n. lymphatici lumbales, další laterodorzálně do n. l. iliaci interni a další pak do n. l. inguinales superficiales. Z oblasti cervixu a hrdla děložního míří odtok do n. l. iliaci interni a podél lig. sacrouterina do n. l. sacrales. [ Miloslava Elišková, Ondřej Naňka, 2006, str. 213 ]

## **1.2 Definice a klasifikace laparoskopické hysterektomie**

„Pojem laparoskopická hysterektomie v sobě zahrnuje spektrum postupů od jednoduché laparoskopické lýzy adhezí následované vaginální hysterektomií až k hysterektomii provedené kompletně endoskopickou technikou. Podíl laparoskopické a vaginální preparace se mění v závislosti na lokalizaci a rozsahu

pánevní patologie na individuálních fyzických a osobnostních parametrech pacientky a též na míře znalostí a zkušeností operátora v oblasti endoskopické a vaginální operativy. Pro odlišení jednotlivých druhů laparoskopické hysterektomie byla navržena celá řada klasifikačních systémů. Následující speciální část podává ve většině případů jen přehlednou a stručnou charakteristiku operační metody a úvahu nad výhodami a perspektivami“.[ Zdeněk Holub, David Kužel a kol., 2005, str. 96 ]

### **1.2.1 Druhy laparoskopických hysterektomií**

#### **Laparoskopická hysterektomie ( LH )**

Pod pojem LH lze v širším slova smyslu zařadit všechny typy výkonů, které ve větší či menší míře používají k odstranění dělohy laparoskopii. LH v užším slova smyslu je definována provedením ligatury nebo direktce děložních arterií z laparoskopického přístupu. Ostatní úkony, následující přerušení děložních cév, mohou být provedeny cestou poševní nebo laparoskopickou. Do této skupiny úkonů patří otevření pochvy, přetětí kardinálních a uterosakrálních vazů, odstranění dělohy v celku nebo morselací a též způsob futury pochvy. [ Zdeněk Holub, David Kužel a kol., 2005, str. 96 ]

#### **Vaginálně asistovaná laparoskopická hysterektomie (VALH)**

Jde o výkon, který je započat poševní incizí, obdobně jako u klasické vaginální hysterektomie, a ve finální fázi je dokončen laparoskopicky. Autor spatřuje výhodu této metody v možnosti extirpace velkých myomů. Na základě zkušeností z poševních operací se domníváme, že tato úvaha není zcela správná, protože pokud se podaří operátorovi v poševní fázi proniknout do přední a zadní děložní exkavace a podvázat děložní cévy, většinou již nic nebrání v použití morselačních technik a v úspěšném odstranění dělohy. [ Zdeněk Holub, David Kužel a kol., 2005, str.96 ]

#### **Laparoskopická supracervikální hysterektomie (LSH, LASH)**

Supra – cervikální ( vaginální ) odstranění těla dělohy znovu získalo své zastánce poté, co Kilku et al. ( KILKKU, P. Supravaginal sterine amputation versus hysterectomy with reference to subjective bladder symptoms and incontinence. *Acta Obstet. Týnec. Scand.*, 1985, 64, p. 375 – 379 ) uveřejnili své studie o poklesu orgasmu žen po hysterektomii, ve srovnání se supravaginální amputací dělohy. Tělo dělohy může být odstraněno zmenšením, poševní cestou nebo incizí v břišní stěně. V České republice byly první

operace typu LSH provedeny Macháčem a Hegerovou ( MACHAČ, J., HEGEROVÁ, I., Naše zkušenosti s laparoskopickou hysterektomií. *Čes. Gynek.*, 2000, 65. p. 135-139). [ Zdeněk Holub, David Kužel a kol., 2005, str. 98 ]

### **Totální laparoskopická hysterektomie (TLH)**

TLH je laparoskopickou verzí abdominální hysterektomie. Laparoskopického přístupu je použito ve všech fázích operace, včetně futury pochvy a pánevního peritonea. Pouze odstranění dělohy je s výhodou provedeno poševní cestou.

K provedení TLH lze využít všechny známé operační techniky ( laser, harmonický skalpel, elektrochirurgie, skalpel a stehy ). [ Zdeněk Holub, David Kužel a kol., 2005, str. 98 ]

### **Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie ( LAVH )**

Pod tímto označením je zahrnut předpoklad provedení části operačních výkonů v laparoskopické fázi s následným odstraněním dělohy z poševního přístupu. Děložní cévy jsou podvázány vaginálně ( superiorní typ ) nebo koagulovány a poté přerušeny v průběhu laparoskopické fáze ( inferiorní typ ). Typ LAVH s protětím pochvy v laparoskopické fázi bývá některými autory označován jako LAVH s laparoskopickou kolpotomií ( LAVH-LC). Protětí pochvy v poševní fázi vede k označení LAVH- VC. Do spektra výkonů, které lze provést v laparoskopické fázi řadíme lýzu adhezí, excizi ložisek endometriózy, salpingektomii a ovarektomii, direkci nebo koagulaci děložních cév, protětí přední a nebo zadní poševní klenby. [ Zdeněk Holub, David Kužel a kol., 2005, str.96 ]

### **1.3 Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie ( LAVH )**

Pod termínem LAVH rozumíme takový výkon, kdy je ligatura děložních cév provedena z poševního přístupu. Tento typ operace získal mezi operátory největší oblibu pro své některé nesporné přednosti. Představuje – podle našeho názoru – optimální syntézu nové laparoskopické tradiční vaginální operační techniky.

Pojem LAVH v sobě zahrnuje 2 základní typy operace lišící se v přístupu k přerušování děložních tepen a protětí pochvy.

Při superiorním typu LAVH jsou děložní tepny a poševní klenby prořaty z poševního přístupu, na rozdíl od inferiorního typu operace, kde jsou zmíněné úkony provedeny v laparoskopické fázi operace.

V následujícím textu je podána stručná charakteristika operační techniky, indikací a komplikací spojených s LAVH. [ Zdeněk Holub, David Kužel a kol., 2005, str. 107 ]

### **1.3.1 Operační technika laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie**

#### **První fáze**

Po umístění pacientky do správné polohy a po přípravě operačního pole zavádíme děložní manipulátor. Manipulátor dovoluje pohybovat dělohou ve všech rovinách a umožní napodobit děložní trakci při laparotomii. Za tímto účelem byla vyvinuta celá řada poměrně konstrukčně složitých a nákladných manipulátorů. U většiny pacientek lze s úspěchem použít i jednoduché manipulátory. Vyvinuli jsme instrument vlastní konstrukce posuvnou osou v podobě dilatátoru fixovaného k americkým kleštím. U velkých děloh, nebo u rozsáhlých, zejména na zadní stěně umístěných subserózních myomů, je použití kvalitního manipulátoru základním předpokladem k úspěšnému provedení laparoskopické fáze operace. Intracervikální instalace pomalu působícího vazokonstrikčního agens je vhodná před zahájením II. fáze výkonu. Bezkrvnost poševního operačního pole zlepšuje orientaci v anatomických vrstvách. [ Zdeněk Holub, David Kužel a kol., 2005, str. 107 ]

#### **Druhá fáze**

Po založení pneumoperitonea zavádíme 11mm teleskopický port v pupku nebo v jeho dolním okraji. Další dva 5mm přídatné porty zavádíme suprapubicky a laterálně pod kontrolou zraku a při transluminiscenci břišní stěny s cílem vyhnout se poranění epigastrických cév. Volba čtvrtého trokaru – jeho průsvit a místo vstupu – se řídí podle velikosti dělohy a anatomické situace v pánvi a v břišní dutině. [ Zdeněk Holub, David Kužel a kol., 2005, str. 107 ]

### Třetí fáze

První kroky spočívají v detailní inspekci břišní dutiny a orgánů malé pánve. Rozhodnutí o místě iniciální preparace je plně v kompetenci operátora, která je významně ovlivněna jeho předchozími zkušenostmi s břišní technikou hysterektomie, protože většina fází výkonu vychází ze znalosti abdominální operativy. Některé doporučené kroky ztrácejí s růstem zkušeností své opodstatnění. Při provádění LAVH superiorního typu činí operátor tyto kroky:

1. disekci infundibulopelvickeho nebo uteroovarického ligamenta po předchozím zajištění hemostázy
2. protětí ligamentum rotundum
3. prostřížení vezikouterinní plíky a sesunutí močového měchýře
4. izolace děložních cév při děložní hraně a v prostoru širokého děložního vazy, jejich okluzi ( stehem nebo koagulací ) před následným přetětím buď v laparoskopické ( inferiorní typ ) nebo v poševní fázi operace,
5. protětí přední a nebo zadní poševní klenby s direkcí sakrouterinních vazů.

V případě ponechání adnex je linie direkce vedena přes proximálně uloženou tubu, mesosalpinx, utero-ovarický vaz a vpředu uložený oblý vaz a přední list širokého vazy. Další postup při sesunutí močového měchýře, prostřížení zadního listu širokého vazy a vypreparování cévního děložního svazku, je identický s postupem při LAVH a současné adnexetomii. Úkolem operátora při LAVH s ponecháním adnex je najít optimální prostor mezi děložní hranou, vaskulární pletení děložních cév a přívěsků. Pokud operátor postupuje příliš blízko děložní hrany nebo v blízkosti adnex, je výkon provázen nepříjemným venózním krvácením. Někteří operátoři aplikují do prostor v blízkosti odstupů tuby a chordy z děložního rohu vazokonstrikční roztok. Považujeme za praktičtější využít trakce děložních přívěsků laterálním směrem pomocí asistentova nástroje, a tak zpřístupnit prostor mezi ovariem a dělohou. Primární oddělené oblého vazy a sesunutí měchýře může pomoci při identifikaci ideální linie řezu, zejména při žilní varikozitě. [ Zdeněk Holub, David Kužel a kol., 2005, str. 108 ]

### **Čtvrtá fáze**

Při přechodu do poševní fáze instimulujeme do tkání hrdla rychle účinkující vazokonstrikční roztok, pokud již nebyl aplikován v první fázi roztok působící dlouhodobě. Provedeme klasickou cirkulární incizi pochvy s otevřením obou prostor. Jestliže byla v předchozí laparoskopické fázi již parciální přední nebo zadní kolpotomie provedena, je prokazatelně přístup do kolem děložních prostor rychlejší a snazší. Další postup se již neliší od standardního postupu při klasické vaginální hysterektomii.

[ Zdeněk Holub, David Kužel a kol., 2005, str. 108 ]

### **Pátá fáze**

Poslední fáze operace spočívá v obnovení pneumoperitonea a ve videoinspekci operačního pole. Po kontrole hemostázy při snížených hodnotách nitrobřišního tlaku odstraníme jednotlivé porty za pečlivého sledování peritoneálních incizí. Výkon je ukončen suturou břišních řezů. [ Zdeněk Holub, David Kužel a kol., 2005, str. 109 ]

### **Vaginální morselační technika**

Znalost techniky zmenšovacích operací je ve vaginální fázi LAVH nezbytná. Volba některé zmenšovací metody je závislá na velikosti a uložení myxomatózních uzlů. Jednotlivé metody ( hemisekce, enukleace, morselace, forint ) mohou být samozřejmě kombinovány mezi sebou. [ Zdeněk Holub, David Kužel a kol., 2005, str. 109 ]

### **LAVH – elektrochirurgická technika**

Elektrochirurgická technika dosáhla mezi všemi operačními technikami největšího rozšíření. Důvodem její oblíbenosti jsou spolehlivost a vysoká efektivita při nízkých nákladech. Bipolární koagulace tkáňových, zejména vaskulárních struktur vychází ze zkušenosti, že vysokofrekvenční proud prochází pouze oblastí zamýšleného chirurgického účinku. Dochází tedy jen k minimálním nepříznivým vlivům na okolní tkáň. Navíc je možno obvykle bipolárně koagulovat i cévy s větším průsvitem. Na principu pulsního šíření vln pracuje přístroj s výtečným cílovým účinkem zejména při uzavěru větších cév. Většímu rozšíření této metody brání zatím ekonomické důvody.

Monopolární část vysokofrekvenčního přístroje má výstup 0-120 W pro koagulaci, resp. horní hranici až 300 W pro řez tkání. Výsledkem fyzikálních změn monopolární koagulace za použití jemných elektrod je řez tkání. Z uvedeného vyplývají pro operátora při provádění LAVH různé kombinační možnosti použití operačních elektrochirurgických technik.

1. bipolární koagulace + klasické nebo Semmovy nůžky,
2. bipolární koagulace + monopolární řez,
3. monopolární koagulace + monopolární direkce za použití vyšších hodnot watáže. [ Zdeněk Holub, David Kužel a kol., 2005, str. 110 ]

### **LAVH – ultrazvuková technika ( harmonický skalpel )**

Ultrasonický aktivovaný skalpel byl vyvinut k chirurgickým incizím se současnou hemostázou. Podobně jako elektrochirurgie i ultrazvukový skalpel uzavírá cévy denaturací proteinů. Bipolární koagulace denaturuje tkáň desikací. Ultrazvukový skalpel tohoto efektu dosahuje mechanicky, oscilací s frekvencí 55 000Hz. Do širší gynekologické praxe byla tato metoda uvedena Amaralem v roce 1993 pod označením harmonický skalpel k provedení první totální laparoskopické hysterektomie.

Na základě našich dlouholetých zkušeností s prováděním laparoskopické hysterektomie ultrazvukovou technikou se domníváme, že jde o další krok a směr laparoskopické chirurgie, který má přednosti v šetrném účinku na tkáň, ale také limitaci v působení na cévy většího průřezu. [ Zdeněk Holub, David Kužel a kol., 2005, str. 110 ]

#### **1. 3. 2 Indikace k LAVH**

Není pochyb o tom, že zejména benigní choroby pánevních a pohlavních orgánů jsou dominantní ve spektru indikací k LAVH. Indikace k laparoskopické hysterektomii pocházejí ze tří hlavních okruhů:

1. benigní choroby dělohy a adnex,
2. prekancerózy děložního hrdla, těla a ovaria,
3. karcinomy endometria a děložního hrdla v časném stadiu.

[ Zdeněk Holub, David Kužel a kol., 2005, str. 111 ]



### 1. 3. 3 Benigní choroby dělohy

Na děloze rozlišujeme tělo děložní a hrdlo děložní. Nejčastějším benigním onemocněním na děložním hrdle je:

**Endocervikální polyp.** Je nejčastější benigní „ nádor “ na děložním hrdle. Jde o protruzi endocervikálních žlázek se stromatem a dlaždicovou metaplazií na povrchu. Makroskopicky je to stopkatý útvar velikosti několika milimetrů až centimetrů vyčnívající z děložního hrdla. Nejčastěji se vyskytuje ve čtvrté až šesté dekádě života.

**Deciduální polyp ( pseudopolyp ).** V průběhu těhotenství probíhají v epitelu cervikální sliznice i ve stromatu deciduální změny, které se mohou projevit jako dobře vaskularizované polypy, dlouhé i několik centimetrů, které mohou krvácet. Kolposkopicky, popřípadě biopticky je nutno polyp odlišit od karcinomu.

Leiomyom – cervikální leiomyom může při růstu deformovat hrdlo nebo růst do kanálu a „ rodit se “ hrdlem. [ L. Rob, A. Martan et al., str. 188-200 ]

Rizikové faktory prekanceróz a benigních nádorů jsou v tabulce č. 1.

Tabulka č.1

<b>1. Sexuální aktivita</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• počet sexuálních partnerů</li><li>• časný začátek sexuálního života</li><li>• časný věk prvního těhotenství</li><li>• „rizikový partner “</li></ul> → infekce HPV
<b>2. Kouření</b>
<b>3. Imunosuprese</b> <ul style="list-style-type: none"><li>a) poruchy buněčné imunity</li><li>b) všeobecně z jakékoliv příčiny</li><li>c) HIV infekce</li></ul>
<b>4. Nutriční vlivy</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Vitamínové deficity ( kyseliny listové, vitamínu A, C )</li></ul>

## Nezhoubné nádory děložního těla

Děložní tělo se rozděluje na dno děložní, kraniální okraj, rohy děložní a okraje děložní. Nejčastějším benigním onemocněním dělohy je:

**Endometriální polyp** – vzniká nejčastěji u žen mezi 40. a 50. rokem života, méně často u žen po menopauze. Vzniká fokální hyperplazií endometriální tkáně, je pokryt epitelem, obsahuje žlásky, stroma a je různě cévnatý. Nejčastějším příznakem je abnormální krvácení. V klinickém obraze je typické opakované krvácení i po kyretáži, při které polyp často nedokážeme naslepo odstranit. V případě podezření, že jde o polyp, je nejvhodnější jeho hysteroskopické odstranění.

**Leiomyom** je mezenchymový benigní nádor vznikající proliferací hladké svaloviny děložního těla. Je nejčastějším nádorem děložního těla, který lze diagnostikovat u 30 – 40% žen ve věku mezi 30 až 50 lety. Jde o hormonálně závislý nádor, v jehož tkáni můžeme prokázat estrogení i progesteronové receptory.

**Klinický obraz** je ovlivněn velikostí, lokalizací a počtem myomů. Nejčastějším příznakem je nepravidelné děložní krvácení, bolesti a pocit tlaku v podbříšku. V některých případech může být malý submukózní myom příčinou silného krvácení. Myom vyklenující se do děložní dutiny komprimuje endometrium, tím je porušena vaskularizace a nedochází k fyziologickému odlučování endometria. Velké subserózní myomy naopak mohou růst dlouho asymptomaticky a mohou způsobovat tlakové obtíže nebo bolesti z nekrotických změn uvnitř nádoru.

**Diagnóza** se opírá o gynekologické palpační vyšetření, ultrasonografii a u submukózních myomů o ověření hysteroskopií.

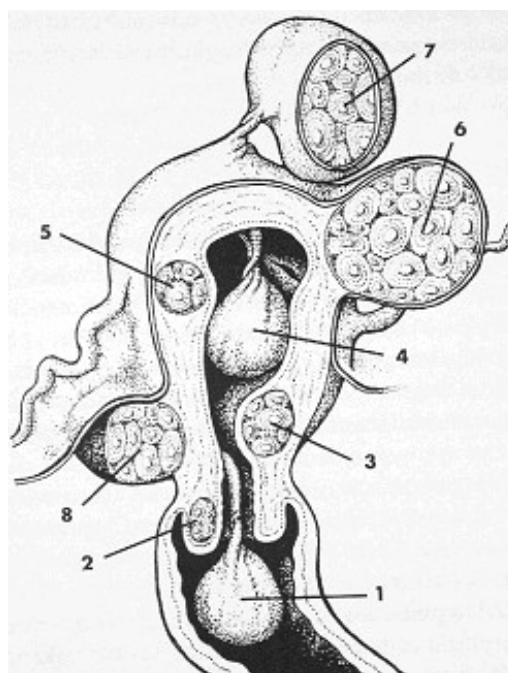
Nejčastější výskyt myomu je u žen na sklonku fertillního období, které již neplánují těhotenství. Při opakovaném silném krvácení, které nelze zvládnout medikamentózně, při rychlém zvětšování myomu nebo při bolestech, řešíme stav odnětím dělohy.

[ L. Rob, A. Martan et al., str. 188-200 ]

### Lokalizace myomu v děloze:

1. myoma nascens
2. cervikální intramulární
3. submukózní nasedající
4. submukózní stopkatý
5. intramulární
6. subserózní
7. subserózní stopkatý
8. subserózní intraligamentózní

Obrázek č. 1



### Možné komplikace způsobené přítomností myomu:

- anémie - v důsledku dlouhotrvajícího krvácení,
- zvýšená FW - způsobená nekrózou myomu,
- horečka a známky infekce - důsledkem městnání moči,
- nekróza nebo zhnisání myomu,
- peritoneální dráždění - vzniká u degenerativních změn při krvácení do myomu,
- aseptická nekróza, ruptura pouzdra.

Riziko malignizace je velice nízké. V České republice má 500 000 žen benigní myomy děložního těla, ročně se diagnostikuje pouze 30 leiomyosarkomů. [ L. Rob, A. Martan et al., str. 188-200 ]

### 1. 3. 4 Kontraindikace a komplikace LAVH

Se zvyšujícím se počtem a rozsahem laparoskopických výkonů se mění pohled na některé rizikové stavy, ale také se mění počet a druh komplikací. V některých

případech není laparoskopický přístup vhodný. Jde hlavně o pacientky s kardiálním onemocněním III. a IV. stupně, kde hrozí riziko selhání oběhu vzhledem k nevýhodné Trendelenburgově poloze. Relativní kontraindikací jsou předchozí mnohočetné laparotomie, zejména pro komplikovanou peritonitidu. Obezita je typickým příkladem relativní kontraindikace, kde došlo v důsledku příznivých výsledků z řady studií ke změně stanoviska. V české prospektivní studii, která hodnotila 271 žen, u kterých byla provedena forma LAVH, byla analyzována skupina 54 pacientek s BMI nad 30 nebo s váhou nad 81,5 kg. Nebyl nalezen významný rozdíl mezi obézními ženami při komparaci většiny klinických parametrů ( krevní ztráta, přítomnost adhezí, váha dělohy a také délka hospitalizace a pooperační komplikace ). Ve skupině žen s BMI nad 30 byla větší četnost pooperačních komplikací (5,55 %) ve srovnání se skupinou pod 30 BMI (3,22 %), ale rozdíl byl statisticky nevýznamný. Pouze délka trvání operace byla na hranici statistické významnosti v neprospěch obézních žen. Obezita však zůstává nadále rizikovým faktorem pro všechny druhy operační léčby gynekologických chorob. [ Zdeněk Holub, David Kužel a kol., 2005, str. 111 ]

## 2. Ošetrovatelská část

### 2.1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: X. Y.

Oslovení: paní Y.

Věk: 41 let

Rodinný stav: rozvedená

Vzdělání: středoškolské

Povolání: laborantka na histologii v pražské nemocnici

Trvalé bydliště: Praha 17

Národnost: česká

Pojišťovna: 207

Kontaktní osoba: matka

Hlavní důvod hospitalizace: Plánovaný výkon - Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie

Hospitalizována od: 6.4.2010

Pacientku jsem ošetřovala: 4 dny

6.4. 2010 ( předoperační den ), 7.4. 2010 ( operační den ),

8.4. 2010 ( 1. pooperační den ), 9.4. 2010 ( 2. pooperační den )

( 1, 4 )

## 2.2 Lékařské anamnézy a diagnózy

### Nynější onemocnění:

Pacientka přijata k laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii bez odnětí vaječníků pro intramulární myom.

### 2.2.1 Lékařské anamnézy

#### Gynekologická anamnéza:

Menarche ve 12 letech, pravidelná 28/5, nebolestivá, s mírným krvácením. Silné krvácení začalo před 3 roky.

Gestace: 3x

Porod: 2x

1993 – spont. ve 39. týdnu gravidity, děvče 2700/50, III. d.p. – spont., šestinedělí afebrilní, kojila 7 měsíců, dítě žije zdrávo

1995 – spont. ve 40. týdnu gravidity, děvče 3010/52, III. d.p. – spont., šestinedělí afebrilní, kojila 5 měsíců, dítě žije zdrávo

UPT: 0

Spont. ab: 0

GEU: 1x, před 12 lety, bez komplikací

Záněty: 0

Venero: 0

Čípek: 0

ATK: asi dva roky, nyní už bez ATK

IUD: 0

HRT: 0

PID: 0

PM: 20.3.2010

**Alergická anamnéza:**

Pacientka alergii neguje.

**Sociální anamnéza:**

Bydlí sama s dvěma dcerami v bytě 3 + 1, 1. kategorie

**Pracovní anamnéza:**

Paní Y. pracuje jako laborantka na histologii v pražské nemocnici.

**Rodinná anamnéza:**

Matka zdravá, otec zdravý. Má jednoho sourozence – bratra, který je také zdravý. Dvě dcery – 12 a 15 let – zdraví. Dědičná onemocnění se v rodině nevyskytují.

**Osobní anamnéza:**

V dětství jen běžné dětské choroby (cca v 6 letech plané neštovice, zánět středního ucha). V 16 letech apendektomie, bez komplikací. V 17 letech pro časté angíny tonzilektomie bez komplikací.

Před 12 lety GEU. V roce 2007 a 2008 prodělala hysteroskopii + resekci myomu, bez komplikací.

Úrazy: 0

Otoky: 0

Varixy: 0

TRF: 0

Dieta: 0

**Abusus:**

Pacientka je „příležitostná“ kuřačka. V zaměstnání ani doma nemá potřebu kouřit.

Alkohol pije taktéž pouze příležitostně.

**Farmakologická anamnéza:**

Euthyrox 125 mg 1 - 0 – 0 (Levothyroxinum natrium, hormon štítné žlázy)

### 2.2.2 Lékařské diagnózy:

- Uterus myomatosus grav. m. II. – ( děloha velikosti odpovídá druhému měsíci těhotenství )
- Hypermenorea recidivans ( silné menstruační krvácení )
- Stav po 2 HSK – resekce myomu ( stav po 2 hysteroskopiích s resekcí myomu )
- Cystis fornicis vaginae I. dx. ( cysta napravo na klenbě poševní )
- Anaemia posthemon. ( anemie )

(1, 4)



## 2.3 Diagnosticko – terapeutická léčba:

### 2.3.1 Diagnostika

#### 2.3.1.1 Fyziologické funkce:

Tabulka č. 2

<b>6.4.2010 – příjem pacientky</b>				
Čas měření	TLAK ( nmHg )	PULS ( /min )	TT ( °C )	SpO2 ( % )
13.00 hodin	106/70	73´	36,7	/
18.00 hodin	110/75	75´	/	/
<b>7.4.2010 – 0. operační den</b>				
6.00	100/50	62´	36,2	/
13.45	135/75	78´	/	99
14.00	115/70	81´	/	99
14.15	115/75	84´	/	99
14.30	120/75	84´	/	97
14.45	120/70	79´	/	98
15.00	120/75	81´	/	99
15.15	120/70	78´	/	100
15.30	120/75	79´	/	99
16.00	115/70	80´	36,9	100
16.30	125/70	71´	/	99
17.00	120/70	74´	/	95
18.00	120/70	79´	/	96
19.00	100/55	63´	/	98
20.00	103/52	66´	/	98
<b>8.4.2010 – 1. pooperační den</b>				
6.00	97/82	68´	36,8	/
8.30	116/63	98´	/	/
<b>9.4.2010 – 2. pooperační den</b>				
6.00	117/75	78´	36,8	/
14.00	110/70	74´	/	/

( 4 )

## 2. 3. 1. 2 Laboratorní vyšetření

Tabulka č. 3

<b>KO ze dne 25.3.2010</b>			
	Výsledek	Referenční Hodnoty	Jednotky
Leukocyty	5,5	3,6 – 10	množství / l
Erytrocyty	4,0	3,8 – 4,8	množství / l
Hemoglobin	86,0	112,0 – 158,0	g / l
Hematokrit	0,28	0,36 – 0,48	%
Objem erytrocyty	68	78 – 94	fl
Konc. Hb v ery	0,31	0,30 – 0,37	
Obsah Hb v ery	21,4	26 – 32	pg / e ery
RDW distr. erytr.	19,3	10 – 15,2	%
Trombocyty	369,0	120 – 350	množství / l
MPV	6,20	6 – 10	fl
<b>Rozpočet leukocytů</b>			
Neutrolily	0,476	0,400 – 0,700	
Lymfocyty	0,375	0,200 – 0,450	
Monocyty	0,061	0,000 – 0,100	
Eosinofily	0,084	0,000 – 0,040	
Basofily	0,004	0,000 – 0,020	
Neutrolily abs.	2,6	2,0 – 8,0	množství / l
Lymfocyty absol.	2,1	1,0 – 4,5	množství / l
Monocyty absol.	0,3		množství / l
Eosinofily abs.	0,5		množství / l
Basofily absol.	0,0		množství / l
Sedimentace	16 mm/1 hod	0 – 15	množství / l

(4)

Tabulka č. 4

<b>Biochemické vyšetření ze dne 25.3.2010</b>			
	Výsledek	Referenční hodnoty	Jednotky
Urea	6,00	2,50 – 8,30	mmol / l
Kreatinin	79,6	53,0 – 110,0	umol / l
Bilirubin total	9,7	5,0 – 21,0	umol / l
Bilirubin přímý	2,70	0,01 – 7,00	umol / l
ALT	0,44	0,15 – 0,73	ukat / l
AST	0,37	0,10 – 0,68	ukat / l
GMT	0,49	0,10 – 0,70	ukat / l
Cholesterol	4,58	3,90 – 5,20	mmol / l

(4)

**Tabulka č. 5**

<b>Vyšetření moče ze dne 25.3.2010 , moč – chem. refekt</b>			
	Výsledek	Referenční Hodnoty	Jednotky
Dusitany	0,0		Arb. Jednotky
pH moč	6,5	5,0 – 9,0	pH
Protein	0,0		Arb. Jednotky
Glukoza moč	0,0		Arb. Jednotky
Urobilinogen moč	3,2	3,0 – 10,0	Umol / l
Bilirubin moč	0,0	0,0 – 2,0	Umol / l
Ketolátky moč	0,0	0,0 – 1,0	Arb. Jednotky
Krev moč	0,0		Arb. Jednotky
Spec. Hmotnost	1,020		Kg / dcm <sup>3</sup>
<b>Moč – sd - cytometr</b>			
Sed – erythrocyty	36,9	0,0 – 40,0	UI
Sed – leukocyty	4,7	0,0 – 20,0	UI
Sed – epitele	9,6	0,0 – 12,0	UI
Válce bez inkl.	0,5	0,0 – 3,0	UI
Bakterie	2431,4	0,0 – 2950,0	UI
Kvasinky	negativní		

( 4 )

**2.3.1.3 Další vyšetření****Ultrazvukové vyšetření ze dne 4.2.2010**

Děloha v AVF, velikosti 88 x 50 mm. Endometrium nízké, ostrých kontur, 4mm. Na zadní stěně intramulární až submukózní myom 38 x 24 mm v průřezu, lehce deformuje dutinu děložní. Ovaria bilat. normální velikosti i struktury, okolí děložní bpn., volná tekutina není.

**Interní vyšetření ze dne 31.3.2010**

Nález: Somatický interní nález v normě. Anemie způsobená menstruačním krvácením. Schopna výkonu v CA.

### **Gynekologické vyšetření ze dne 6.4.2010**

Spec.: Port. Vag. Uteri epitelizováno, sliznice klidná, nekrvácí, pochva čistá, v pravé klenbě poševní cysta v průměru 1,5 cm.

Vag. : port. Vag. Uteri cylindrické, hrdlo uzavřeno, děloha myomatozně zvětšena do velikosti grav. m. II, okolí dělohy bp.

Závěr : Uterus myomatosus grav. m. II. Hypermenorea recidivans. St. P 2 HSK – resekce myomu. Cystis fornicis vaginae I. dx.

PM: 20.3.2010

( 4 )

### **2.3.2 Terapeutická péče**

#### **2.3.2.1 Chirurgická péče**

##### **2.3.2.1.1 Operační protokol**

Zahájení: 7.4.2010 v 11:55

Ukončení: ve 13:15

Urgentnost operace: plán

Doba trvání: 01:20

Operační diagnózy:

D25.1 uterus myomatosus gr.m. II,  
Hypermenorrhoea recid.

Z90.7 GEU I. sin, st. Po LPT APPE  
Cystis fornicis vag. I. dx.

Operační výkony:

Výkon laparoskopický

Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie ( LAVH )

Adheziolýza druhého stupně laparoskopicky

Popis operace:

Po dezinfekci, zarouškování, v klidné CA, provedena vaginální příprava. Pak vedena incize v pupku a zavedena veressova jehla. Zjednáno pneumoperitoneum, zaveden trokar a optika laparoskopu.

In situ: plošná adnexe omenta k přední stěně břišní, ve střední linii, cca 4cm. Děloha mírně zvětšena gr. m. II, ale bez zjevných větších myomů. Ovarium a tuba vpravo bpn, vlevo ( st. po GEU I.sin. ) patrné reziduum levé tuby a ovarium, levá adnexa v blanité adhezi k levé hraně a zadní stěně děl. Oblast pliky vezikouterinní a CD bpn. Oblast po apendektomii klidná, jaterní parenchym homogenní.

Zavedeny tři pomocné porty 5mm a za pomoci bipolární koagulace nejdříve adheziolýza omenta k přední stěně břišní, poté přerušena ligg teres, lig. ovar. propria a tuby pomocí elektrokoagulace a nůžek spuštěna plika vesikouterina.

Vag. část operace: hrdlo staženo Tealeho kleštěmi, nožem pochva uvolněna a otevřen Douglas. Podvázána ligg SU oboustranně a postupně parametria, otevřena přední exkomoce. Děloha vybavena vcelku. Kontrola krvácení. Po vysušení pochva uzavřena a zároveň zavěšena na SU vazy, při šití poševního pahýlu perforace cysty fornixis vag.I. dx – nesuspektní, cca 1cm průměru, vytéká čirý bezbarvý obsah.

Folley do moč. měchýře – moč čirá, tamponáda s Betadinem do pochvy. Kontrola laparoskopická – oplach pahýlu, kontrola krvácení – nekrvácí, odstranění portů, desufflace, steh na kůži. Krevní ztráta 300 ml.

Závěr: LAVH sine AE bilat., revize adnex

Histologie: 1x děloha ( bez adnex )

Peroperačně 1,5 g Unasyn i.v. single shot.

( 2, 4 )

### 2.3.2.2 Farmakoterapie

Tabulka č. 6

	Název léku	Generický název	Léková skupina	Forma podání	Datum a čas podání
Infúzní terapie	Ringerův Roztok 1000ml	/	Izotonický krystaloidní roztok	i.v.	7.4.2010 v 15 hodin
	Glukóza 10% 500ml	/	Hypertonický krystaloidní roztok	i.v.	7.4.2010 v 19 hodin
Analgetická léčba	Dipidolor	Piritramidum	Analgetikum	s.c.	Na sále, dále á 6-8 hodin p.p.
	Diclofenac 50 mg supp	Diclofenacum natricum	Analgetikum	per rectum	Po příchodu ze sálu, dále á 8 hodin p.p.
Antikoagulační terapie	Clexane 0,4 ml	Enaxaparinum natricum	Antithrombotikum	s.c.	Od 6.4. – 9.4./24 hod.
Ostatní medikace	½ Hypnogenu	Zolpidemi tartras	Hypnotikum	p.o.	6.4.2010 ve 21 hod.
	Dormicum 7,5 mg	Midazolam	Hypnotikum, Sedativum	p.o.	7.4.2010 v 9 hod.

### 2.3.2.3 Ostatní terapie

7.4.2010 – v den operace – bandáže dolních končetin

- měření fyziologických funkcí á 15 min 2 hodiny, dále á 30 minut 1 hodinu a pak á 1 hodinu.
- postupná RHB

### 2.3.2.4 Dietoterapie

6.4.2010 – lačnění

7.4.2010 – dieta 0 / S - čajová dieta

8.4.2010 – dieta č. 4 - s omezením tuků

9.4.2010 – dieta č. 3 - racionální

### 3. Ošetrovatelská anamnéza a současný stav pacientky.

Sběr informací a ošetrovatelský proces jsem zpracovala dle modelu M. Gordonové.

#### 3.1 Vnímání zdraví, aktivity k udržení zdraví

**Před hospitalizací:** Ve volném čase se paní Y. věnuje svým dcerám, ráda chodí na procházky. Dříve často sportovala, nyní pro nedostatek času sport ze svého života vyřadila. Léky předepsané lékařem bere pravidelně. Její zdravotní stav jí zajímá, zaleží jí na něm. V poslední době žádné nachlazení, či jiné onemocnění neprodělala. Je příležitostný kuřák, dle jejích slov kouří na oslavách a společenských sešlostech. Doma ne. Alkohol pije též příležitostně na oslavách. Úraz či nehodu neprodělala.

**Během hospitalizace:** Svůj zdravotní stav bere jako dočasně zhoršený. Doufá, že zákrok ji pomůže zlepšit její dosavadní život, jelikož silné krvácení jí ho znepríjemňovalo. Den před operací má obavy ohledně operace a jejím výsledku. Sestry s lékařkou ji uklidňují. Na svůj zdravotní stav se ptá, zajímá se o návrat do každodenního života po tomto zákroku. ( 1, 4 )

#### 3.2 Výživa, metabolismus

**Před hospitalizací:** Paní Y. za den vypije maximálně 1 – 1,5 l tekutin. Dle jejích slov ví, že je to málo, ale nemůže se donutit vypít více. Nejraději má neperlivou vodu či sladký čaj. Dvakrát denně pije kávu. Co se týče stravování, žádnou dietu nikdy nedržela. Měří 174 cm a váží 68 kg. Její BMI je tedy 23, což je norma. Není nic, co by nejedla. Nejraději má pečené kuře. Jí hodně ovoce a zeleniny i kvůli jejím dcerám. Nechutenstvím nikdy netrpěla. Na podbříšku má jizvy po GEU a apendektomii.

**Během hospitalizace:** V den příjmu na oddělení ( 6.4.2010 ) již lační. Pije jen tekutiny, neperlivou vodu. Kožní turgor je v normě, sliznice prokrvené. Ve 12, 14 a 15 hodin musí vždy vypít jednu lahvičku projímadla. ( Magnesium sulfas solutio aq. 20%, Natrii hydrogenophosphas dodecahydr., Natrii dihydrogenphosphas dihydr. aqua purificata.). Od půlnoci nepije. V den operace ( 7.4.2010 ) má dietu 0/S. Před zákrokem nejí, nepije. Po zákroku dostala infúzní terapii – Ringerův roztok 1000ml, který kapal od 15 do 19 hodin a 10% Glukozu 500ml + 2 ampule Celaskonu v 19 hodin. Dvě hodiny

po operaci se může napít čaje. 8.4.2010 má dietu č.4 – s omezením tuků a 9.4. má dietu č.3 – racionální. Pacientka je poučena, že se má nyní vyhýbat jídlům, které ji nadýmají. Na břicho má čtyři operační vstupy, které se hojí per primam. Na levé horní končetině na předloktí má zavedenou flexibilní kanylu ze sálu, která byla zrušena 8.4.2010. ( 1, 2, 3, 4 )

### **3.3 Vylučování**

**Před hospitalizací:** Co se týče vyprazdňování stolice, nemá žádné problémy. Chodí pravidelně, jedenkrát denně. Laxantiva nikdy nepoužívala. V poslední době, cca půl roku, má časté nucení na močení. Chodí i v noci, cca třikrát. Pálení či řezání při močení necítí. Bolest neguje.

**Během hospitalizace:** V den příjmu chodí často na záchod i z důvodu nervozity ze zákroku. Ze sálu přijela se zavedeným permanentním katétrem, který odvádí čistou, středně koncentrovanou moč. Pacientce se měří příjem tekutin. V 17 hodin je ve sběrném sáčku 900 ml, ve 22 hodin 800 ml a v 5 hodin 500ml. 2200 ml během 15 hodin. 8.4.2010 – 1. pooperační den, je permanentní katétr v 8 hodin ráno zrušen. Pacientka se vymočila za tři hodiny po vyndání katétru. V pochvě má ze sálu zavedenou betadinovou tamponádu, která byla vyndána 8.4.2010. Po vyndání byla tamponáda růžová, vše bylo v pořádku. ( 1, 2, 3, 4 )

### **3.4 Aktivita, cvičení.**

**Před hospitalizací:** Pacientka pracuje jako laborantka na histologii v jedné pražské nemocnici. Má dvě dcery ve věku puberty, tudíž moc volného času nemá. Chodí ráda s dcerami a jejich psem na procházky. Dříve sportovala, nyní pro nedostatek času ne. Občas se projede na kole, ale dle jejích slov, je to tak pětkrát do roka. V den přijetí jsem udělala pacientce Barthelův test všedních činností. Výsledek byl 105 bodů – nezávislá.

**Během hospitalizace:** 7.4. v den operace je na lůžku, celý den pospává. Večer se posadila a umyla se u umyvadla. Druhý den již zvládla chůzi do sprchy sama. Paní Y. měla 105 bodů, což znamená nezávislá. V den operace, 8.4.2010 měla 75 bodů, což znamená mírně závislá. Den po operaci měla 100 bodů – nezávislá. ( 1, 4 )



### 3.5 Spánek, odpočinek

**Před hospitalizací:** Paní Y. má přerušovaný spánek, pro časté chození na toaletu v noci. Ale vždy po probuzení dobře usíná. Je zvyklá chodit spát okolo 22 hodiny. K pocitu vyspání potřebuje osm hodin spánku. Přes den si lehnout nechodí. Žádné rituály nemá. Jen nemá ráda, když je v ložnici velké horko. Prášky na spaní nikdy nebrala. Ráda odpočívá při televizi, či při čtení dobré knížky. Poslední dobou se cítí velmi unavená, dle jejich slov je to pro vzniklou anemii. To byl další důvod, který ji dostal k lékaři.

**Během hospitalizace:** Během prvního dne hospitalizace se v noci často probouzela pro neklid a nervozitu z operačního výkonu. Dostala půl tablety Hypnogenu. Po operaci celý den pospávala a v noci nemohla usnout, proto dostala tabletu Hypnogenu. Prášek jí zabral. 8. a 9. 4.2010 již problémy se spánkem neměla. Přes den odpočívala, v noci se jí spalo dobře. Prášek na spaní již nepotřebovala, cítila se odpočatá. ( 1, 2, 3 )

### 3.6 Vnímání, poznávání

**Před hospitalizací:** Paní Y. nemá žádné problémy se sluchem či zrakem. Brýle nenosí. Slyší dobře. Řeč má dobrou, problémy s komunikací nemá. Problémy s pamětí nemá. Co se týče vnímání bolesti, občas pociťuje bolest v podbříšku.

**Během hospitalizace:** Pacientka je orientovaná časem, místem a svou osobou. Se zdravotnickým personálem spolupracuje. 7.4. ve 14.45 hodin byl pacientce na sále po operaci aplikován Dipidolor 1 ampule s.c na tlumení bolesti. Po příchodu na oddělení byl aplikován pacientce čípek Diclofenac 50 mg. Další čípek byl podán ve 22 hodin, kdy pacientka pociťovala bolest. Hodnotila ji na 5 ze stupnice deseti. Den po operaci, při překladi na pooperační oddělení, si stěžovala na bolest klíční kosti, která byla způsobena plynatostí směřující do hrudní části. Byla poučena o příčině nadmutí a byla seznámena s nutností, si co nejvíce sedat. ( 1, 2, 3, 4 )

### 3.7 Sebepojetí, sebeúcta

**Před hospitalizací:** Paní Y. se vnímá jako na půl sangvinik a na půl flegmatik. Dle jejich slov, to nemá doma jednoduché s jejími dcerami, které procházejí pubertou. Snaží

se zbytečně nerozčilovat a zachovávat klid. Má ráda společnost, s kolektivy nikdy problémy neměla.

**Během hospitalizace:** Pacientka je velmi vstřícná a komunikativní. Nedělalo jí žádné potíže odpovídat na mé otázky. Komunikuje bez problémů se všemi zdravotnickými pracovníky i ostatními pacientkami z pokoje. Má příjemné vystupování. Ptá se na cokoli, co jí zajímá. ( 1, 2 )

### **3.8 Role, mezilidské vztahy**

**Před hospitalizací:** Paní Y. je dva roky rozvedená. Žije v bytě se svými dcerami, jedné je 12 let a druhé je 15 let. Rodiče jsou zdraví a má s nimi dobrý vztah. Často se navštěvují, či jí hlídají dcery, když potřebuje. Dále má bratra, s kterým též dobře vychází. Pracuje jako laborantka na histologii v jedné pražské nemocnici, kde je spokojená a její práce se jí líbí. Problémy s kolektivem nemá. Na vztah s bývalým mužem jsem se neptala.

**Během hospitalizace:** Každá žena si během svého života vytváří koncepci své ženské role. Do ní je, tak či onak, zavzata i děloha. Některé ženy mají vytříbený názor na to, co pro jejich tělo děloha a funkce dělohy představuje. Proto je třeba ženu v této situaci ujistit a poučit o průběhu po operaci, o nepřítomnosti tělesných a psychických následků a o tom, že její pohlavní život a hlavně role ženy nebude narušena ani nijak změněna.

Paní Y. vyjádřila obavu, že neví, jak se bude po výkonu cítit jako žena. Je to přirozená reakce ženy na tento výkon. Proto k pacientce přistupoval personál s pochopením a vše jí vysvětlil. Paní Y. je mladá. Má známé, které tento zákrok prodělaly. Ví, že i nadále bude ženou, ale i přesto má dle jejích slov zvláštní vnitřní pocit . ( 1, 4 )

### **3.9 Sexualita, reprodukční schopnost**

**Před hospitalizací:** Pacientka je rozvedená, v současné době přítele nemá. Uvedla, že je se svým sexuálním životem doposud spokojená. Děti má dvě, nyní už dítě nechce.

**Během hospitalizace:** Na toto téma jsem s pacientkou mluvila často. Jelikož se mi svěřila se svými obavami. Hysterektomie je zákrok zasahující do psychiky pacientky v mnoha směrech. Sexualita je jedním z nich a je pro ženy velmi důležitá.

Paní Y. je mladá a pohledná žena. Proto má důvod obávat se, zda hysterektomie nezasáhne do jejího pohlavního života. Lékařka ji vysvětlila, že po operaci by neměla mít pohlavní styk alespoň 6 týdnů pro případné komplikace, je třeba počkat do úplného zhojení. Dále bylo pacientce vysvětleno, že samotné odstranění dělohy nemá na pohlavní styk žádný vliv, je pouze ukončením menstruačního krvácení a možnosti mít děti. ( 1 )

### **3.10 Stres, zátěžová situace**

**Před hospitalizací:** Poslední dobou byla ve stresu z velkého krvácení, bylo to pro ni nepříjemné. Se stresovými situacemi se dle jejích slov dokáže vyrovnat. Navíc má ohromnou podporu ve všech směrech od její rodiny a kolegyně z práce.

**Během hospitalizace:** Pacientka byla klidná, občas projevila strach ze zákroku, ale vždy se uklidnila rozhovorem. Pacientce by se mělo věnovat více pozornosti, jelikož prodělala zákrok, který může zasáhnout i její psychiku. Bylo jí vysvětleno, že má prostor na jakékoliv otázky. ( 1 )

### **3.11 Víra, přesvědčení, hodnoty.**

Paní Y. není věřící, do kostela nechodí. Věří v osud. Prioritní je pro ni její rodina, zdraví a práce. ( 1 )

## **4. Ošetřovatelské diagnózy**

### **Diagnózy ze dne 6.4.2010 ( den před operací )**

1. Strach z důvodu operačního výkonu, projevující se častým dotazováním pacientky.

### **Diagnózy ze dne 7.4.2010 ( operační den )**

2. Porušená sebezpečí z důvodu provedeného operačního zákroku a naordinovaného klidu na lůžku projevující se nutnou dopomocí při hygienické péči a převlékání.
3. Porušená integrita kůže z důvodu operačního zákroku s potencionálním rizikem vzniku komplikací ( vniknutí infekce, krvácení ).
4. Občasná bolest z důvodu operačního zákroku projevující se verbalizací pacientky.
5. Změna ve vyprazdňování močového měchýře z důvodu zavedeného permanentního katétru s rizikem vzniku infekce.
6. Únava z důvodu vyčerpání organismu po operaci, projevující se častým pospáváním přes den.
7. Riziko pádu v důsledku léčebné imobilizace.
8. Riziko krvácivých projevů z důvodu antikoagulační léčby.

### **Diagnózy ze dne 8.4.2010 ( 1. den po operaci )**

9. Zvýšený pocit nadmutí břicha z důvodu laparoskopického výkonu.
10. Bolest v oblasti klíční kosti z důvodu nadměrného dmutí břicha projevující se verbálně.
11. Možnost vzniku porušené role ženy z důvodu operačního výkonu projevujícího se verbálně častými dotazy.

## **5. Cíl , plán, realizace a hodnocení**

### **1. Strach z důvodu operačního výkonu, projevující se častým dotazováním pacientky.**

**Cíl:** - eliminovat pocit strachu

- pacientka je dostatečně informována o všem, co ji zajímá

**Plán:** - vysvětlit celý postup operačního výkonu

- informovat o pooperační péči
- komunikovat s pacientkou a podporovat ji
- popř. dát léky na spaní, či na uklidnění dle ordinace lékaře

**Realizace:** Pacientce vše vysvětlila její lékařka, dostala prostor na cokoli se zeptat. Na případné dotazy ohledně ošetrovatelské péče jsem odpovídala pacientce já a ostatní sestry. S paní Y. jsme často komunikovaly. V den operace a před operací dostala v noci 1 tabletu Hypnogenu, aby byla na výkon a po výkonu odpočínutá.

**Hodnocení:** Pacientka byla o všem informována a vše chápala. Pociťovala již strach jako přirozenou reakci člověka před výkonem.

### **2. Porušená sebepéče z důvodu provedeného operačního zákroku a naordinovaného klidu na lůžku projevující se nutnou dopomocí při hygienické péči a převlékání.**

**Cíl:** - pacientka se večer posadí v lůžku

- pacientka den po operaci zvládne sama chůzi
- druhý den po operaci se převlékne sama

**Plán:** - dopomoc při hyg. péči

- dopomoc při převlékání
- aktivizovat ji

**Realizace:** Ošetrovatelský personál dopomáhal při hygienické péči. Pacientka spolupracovala, byla aktivní. Převléknout se zvládla sama. Sama se posadila v lůžku. S pacientkou jsem navázala dobrý vztah naplněný důvěrou. Plnila jsem ordinace lékaře.

**Hodnocení:** Pacientka se večer posadila v lůžku. Umyla se na lůžku u umyvadla. Den po operaci se pacientka zvládla sama postavit a dojít do sprchy, kde se sama osprchovala. Sama se převlékla. V den přijetí jsem udělala pacientce Bartheluv test všedních činností, výsledek byl 105 bodů - nezávislá. V den operace měla pacientka 75 bodů – mírná závislost. Třetí den měla pacientka 100 bodů – nezávislá.

### **3. Porušená integrita kůže z důvodu operačního zákroku a zavedené flexibilní kanyly s potencionálním rizikem vzniku komplikací ( vniknutí infekce, krvácení ).**

**Cíl:** - operační vstupy se hojí per primam

- nevzniknou žádné pooperační komplikace ( vniknutí infekce, krvácení )
- pacientka spolupracuje při kontrole operační rány

**Plán:** - edukujeme pacientku o místě a důvodu porušené kožní integrity a o významu její spolupráce.

**Realizace:** Paní Y. byla edukovaná o místě a důvodu poškozené kožní integrity. Operační vstupy byly kontrolovány. Pacientka si nestěžovala na žádné možné subjektivní příznaky, spolupracovala.

**Hodnocení:** Paní Y edukaci o jejích operačních vstupech pochopila a ví, jak je má ošetřovat. U pacientky se neprojevily žádné místní ani celkové příznaky infekce. Vstupy jsou klidné, hojí se per primam. Pacientka spolupracuje.

### **4. Občasná bolest v operační ráně z důvodu operačního zákroku projevující se verbalizací bolestí pacientky.**

**Cíl:** - pacientka umí bolest hodnotit

- bolest bude do půl hodiny od jejího vzniku alespoň o dva stupně zmírněna
- pacientka je edukovaná o možnostech úlevy od bolesti i o možnostech analgezie, edukaci chápe
- pacientka je edukovaná o původu bolesti a chápe ji

**Plán:** - monitorovat intenzitu bolesti

- vysvětlit pacientce možnosti úlevy – vhodná poloha, popř. informovat sestru
- doporučit vhodnou úlevovou polohu
- plnit ordinace lékaře

**Realizace:** Pacientka zaujímala polohu v leže na zádech, s mírně zvednutým lůžkem, která pro ní byla příjemná a nepocítovala bolest. Pravidelně jsme se ptaly na bolest.

**Hodnocení:** Pacientka chápala důvod bolesti a věděla, jak ji hodnotit. Po příjezdu ze sálu dostala čípek Diclofenacu 50mg, druhý dostala ve 22 hodin, kdy si stěžovala na bolest a ohodnotila ji na pětku z desetistupňové škály. Klientka si za mé přítomnosti na bolest nestěžovala. Předepsané léky pacientce vyhovují.

## **5. Změna ve vyprazdňování močového měchýře z důvodu zavedeného permanentního katétru s rizikem vzniku infekce.**

**Cíl:** - pacientka chápe důležitost zavedeného permanentního katétru

- nevznikne zánět ani jiné komplikace

**Plán:** - edukace pacientky ohledně nutnosti zavedeného PMK, o důvodu sledování diurézy a o nutnosti její spolupráce

- hodnotit stav moče (barva, zápach, příměsi, koncentrace, specifická hmotnost)
- udržovat okolí zavedeného katétru v čistotě
- sledovat subjektivní i objektivní známky možného zánětu

**Realizace:** Pacientka byla edukována ohledně nutnosti PMK a důvodu sledování diurézy. Paní Y. přijala edukaci a snažila se spolupracovat při hygieně a během celého dne. Zavedený PMK jsme udržovaly průchodný a sledovaly jsme stav odvedené moče. Pacientka nepocítovala žádné subjektivní příznaky.

**Hodnocení:** Pacientka pochopila nutnost zavedeného permanentního katétru Po celou dobu se úspěšně dařilo udržovat močové cesty bez známek zánětu a jiných komplikací. Druhý den po operaci byl permanentní katétr zrušen. Pacientka se vymočila za 3 hodiny po zrušení katétru. Na žádné subjektivní příznaky možného zánětu si nestěžovala.

## **6. Únava z důvodu vyčerpání organismu po náročné operaci, projevující se častým pospáváním přes den.**

**Cíl:** - pacientka je dostatečně odpočínutá

- má zajištěný klid na odpočinek a spánek

**Plán:** - zajistíme klid na pokoji – zavřeme dveře, zhasneme pokud to jde

- pokud uvidíme, že klientka spí, nebudeme ji zbytečně vyrušovat při spánku

- popřípadě informuji lékařku a podám hypnotika dle její ordinace

**Realizace:** Pacientka přes den pospávala. Pokud jsme měly ordinace na pokoji hotové zhasla jsem světlo, které je pacientkám dle jejich slov celkem nepříjemné. Paní Y. jsem zbytečně nebudila. Na noc dostala dle ordinace lékařky tabletu Hypnogenu. Spala celou noc.

**Hodnocení:** Pacientka přes den pospávala, spala celou noc. Působila na mě odpočínutým dojmem, dle jejich slov se již cítila lépe. Pacientka měla zajištěný klid na odpočinek. Den před operací a v noci po operaci dostala jednu tabletu Hypnogenu, která zabrala a pacientka spala.

## **7. Riziko pádu v důsledku léčebné imobilizace.**

**Cíl:** - zabránění pádu

**Plán:** - pacientku poučíme, pokud by něco potřebovala o zavolání sestry

- při prvním vstávání necháme pacientku nejdříve vhodnou dobu sedět

**Realizace:** Pacientka dostala k ruce signální zařízení a byla edukována.

**Hodnocení:** Při prvním vstání z lůžka jsme pacientce pomohly. Den po operaci již vstala sama a došla si do sprchy pod dohledem sestry. Šla opatrně a pomalu. K pádu nedošlo.



## **8. Riziko krvácivých projevů z důvodu antikoagulační léčby.**

**Cíl:** - pacientka je edukována

- včasné rozpoznání a zachycení krvácivých projevů

**Plán:** - edukace pacientky o projevech krvácení

- aplikovat s.c. injekce správně, dodržovat aseptické postupy
- kontrola možných krvácivých projevů

**Realizace:** Klientku jsme edukovaly. Kontrolovala jsem stav kůže po s.c. injekcí Clexanu. Pravidelné kontroly operačních vstupů.

**Hodnocení:** Pacientka byla bez známek krvácení a infekce.

## **9. Zvýšený pocit nadmutí břicha z důvodu laparoskopického výkonu.**

**Cíl:** - co nejrychlejší úleva od pocitu nadmutí

- pacientka chápe důvod nadmutí, zná jeho příčiny
- pacientka ví, jak postupovat, pro úlevu
- paní Y. ví jakým jídlům se vyvarovat

**Plán:** - vysvětlení, co nadmutí způsobilo

- doporučit vhodnou polohu
- vysvětlit, jaká jídla tento stav mohou zhoršit

**Realizace:** Pacientce jsme vysvětlily, že nadmutí je způsobeno plynem, který byl použit při operačním výkonu. Vysvětlily jsme, že je to dočasný stav. Paní Y. jsem vyjmenovala, jakým potravinám se nyní vyhnout – ( dužinaté ovoce – pomeranče, jablka atd. ). Doporučila jsem co nejvíce sedět, kdy sed pomáhá plynu co nejdříve se dostat z těla.

**Hodnocení:** Pacientka pochopila důvod tohoto pocitu. Poslechla naše rady a často si sedala. Při překladu na pooperační oddělení dostala dvě tablety Espumisanu. Pocit nadmutí začal pomalu ustupovat, 9.4.2010 již pocit nadmutí nepocítovala.

**10. Bolest v oblasti klíční kosti z důvodu nadměrného dmutí břicha projevující se verbálně.**

**Cíl:** - pacientka je edukována o důvodu bolesti a chápe ji

- pacientka umí bolest hodnotit
- pacientka je edukovaná o možnostech úlevy od bolesti, edukaci chápe

**Plán:** - monitorovat intenzitu bolesti

- vysvětlit pacientce možnosti úlevy – vhodná poloha, popř. informovat sestru
- plnit ordinace lékaře

**Realizace:** Vysvětlily jsme důvod bolesti a doporučily polohu v sedě. Pacientka zaujímala polohu v sedě.

**Hodnocení:** Bolest pod klíční kostí ustupovala s ustupováním nadmutí. Poloha v sedě pacientce pomáhala, 9.4.2010 si již na bolest nestěžovala.

**11. Možnost vzniku porušené role ženy z důvodu operačního výkonu projevujícího se verbálně častými dotazy.**

**Cíl:** - zabránit vzniku porušené role ženy

- pacientka chápe výkon a jeho důsledky, popř. ví, že se může na cokoliv zeptat

**Plán** - sledovat psychický stav pacientky

- věnovat se jí, podporovat ji, komunikovat s ní
- dát jí dostatek informací, vše vysvětlit, dát prostor na otázky

**Realizace:** Lékařka a sestry vysvětlily vše o operačním výkonu a pooperační péči. Vysvětlily paní Y., že odnětí dělohy nezasahuje do sexuálního života a ustanou obtíže, s kterými přišla – silné krvácení.

**Hodnocení:** Reakce pacientky byla přiměřená. Během hospitalizace projevila obavy, co se týče pocitu po operačním výkonu. Nechala si vždy vše vysvětlit a pokud ji nebylo něco jasné, tak se ptala. Po operaci vypadala klidně, smířeně. Na nic se neptala, byla ráda, že má výkon již za sebou.

## **6. Ošetřovatelský závěr a prognóza.**

### **Ošetřovatelský závěr ze dne 9.4.2010**

Paní Y. je při vědomí, orientovaná časem, osobou i místem. Dle mého názoru je to silná, vyrovnaná osoba. Je soběstačná, vše zvládá sama. Na bolest si nestěžuje. Má dietu č. 3, která ji vyhovuje. Operační vstupy se hojí per primam. V nemocnici je v kontaktu s rodinou pomocí telefonu. Pacientka se zabavuje četbou a komunikací s ostatními pacientkami na pokoji, s kterými si rozumí. Těší se již domů za svými dcerami.

### **Prognóza ze dne 9.4.2010**

Paní Y. je dva dny po operačním výkonu. Důležitá bude její psychická stránka, jak se s tímto výkonem vyrovná. Nemocná vše chápe a ví, co má dělat, co se týče domácí péče. Dle mého názoru je její zdravotní stav dobrý. Je to silná osobnost, která se s tímto zásahem do jejího života srovná. Do jejího sexuálního života by tento zákrok neměl zasahovat. Paní Y. je mladá a pohledná žena, plná energie. Má dvě dcery a další dítě již nechce. Jejím největším problémem bylo silné menstruační krvácení, které po tomto zákroku již nebude mít. Jsem ráda, že jsem paní Y. poznala.

## **7. Zdroje použitých informací**

1. – Rozhovor s pacientkou
2. – Pozorování
3. – Ošetřující personál
4. – Lékařská a ošetrovatelská dokumentace

## **8. Seznam použitých zkratek**

**A.** - arterie

**ABD-** abdominální

**ATK** – antikoncepce

**BMI** – body mas index

**BPN** – bez patologického nálezu

**CA** – celková anestezie

**CCA** - přibližně

**DG.** - diagnóza

**D.P.** – doba porodní

**DX** – dextra, napravo

**GEU** – mimoděložní těhotenství

**HB** – hemoglobin

**HRT** – hormonální terapie

**HSK** – hysteroskopie

**I.V.** – intravenózně

**KO** – krevní obraz

**KONC.** – koncentrovaný

**LAVH** – laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie

**LH** – laparoskopická hysterektomie

**LIGG** - ligamenta

**LSH** – laparoskopická supracervikální hysterektomie

**ORD** – ordinace

**OŠ.** - ošetřovatelská

**P** – puls

**PID** – hluboký pánevní zánět

**PM** – poslední menstruace

**PMK** – permanentní močový katétr

**P.O.** – per oss

**P.P.** – podle potřeby

**PUD** – hluboký pánevní zánět

**S.C.** – subkutánně

**SPO2** – saturace kyslíku

**SPONT.** – spontánně

**ST. P.** – stav po

**SUPP** - čípek

**TK** – tlak krve

**TRF** – transfuze

**TT** – tělesná teplota

**UPT** – umělé přerušení těhotenství

**UZ** – ultrazvukové vyšetření

**V.** - vena

**VAG.** – vaginální

**VALH** – vaginálně asistovaná laparoskopická hysterektomie

## 9. Seznam použité literatury

1. DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada, 2001 (568s.). ISBN 80-247-0242-8
2. ELIŠKOVÁ, M.; NAŇKA, O. *Přehled anatomie*, Praha: Karolinum, 2006 (309s.) ISBN 80-246-1216-X
3. FAIT, T., KOLEŠKA, T. *Hysterektomie – odstranění dělohy*. Průvodce pacientky. Triton, 2007 ( 28 s. ) ISBN 978-80-7254-983-2
4. HOLUB, Z.; KUŽEL, D, a kol. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*, Grada, 2005 (232s.) ISBN 80-247-0834-5
5. KOBILKOVA, J.; ŽIVNÝ, J.; BOCHMAN, J. *Technika gynekologických abdominálních operací*, Grada, 2000 (283s.) ISBN 80-7169-494-0
6. KOBILKOVÁ, J.; MARTAN, A.; MAŠATA, J.; ŽIVNÝ, J. ; *Základy gynekologie a porodnictví*, Galén, 2005 (368s.) ISBN 80-7262-315-X
7. *Medical tribune pharmindeX brevír 2007*. 16. vyd. Praha: Medical Tribune, 2007. ISBN 978-80-903708-7-6
8. ROB, L.; MARTAN, A.; CITTERBARK, K.; ET AL., *Gynekologie*, druhé, doplněné a přepracované vydání, Galén, 2001, 2008 ( 319s. ) ISBN 978–80-7262-501-7

## Příloha č. 1

Ústav teorie a praxe ošetřovatelství, 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

### VSTUPNÍ OŠETŘOVATELSKÝ ZÁZNAM

PROVEDEN 6.4.2010

Jméno a příjmení:

Oslovení: PAVÍ Ů .....  
Rodné číslo: .....xxxxx.....  
Věk: 41 LET .....  
Stav ROZVEDENÁ .....  
Adresa: PRAHA .....  
Osoba, kterou lze kontaktovat: MATKA .....

Pojišťovna: 204 .....  
Povolání: LABORANTKA .....  
Vzdělání: STŘEDOŠKOLSKÉ .....  
Národnost: ČESKÁ .....  
Vyznání: .....

Datum přijetí: 6.4.2010 .....  
Hlavní důvod přijetí: PLÁNOVANÝ VÝKON - LAPAROSKOPICKÝ ASISTOVANÁ  
VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE.

Lékařská diagnóza: UTERUS HYDATOSUS GRAV. H. II. -  
HYPERMENOREA RECIDIVANS  
STAV PO 2 NSK - RESEKCE MYOMU.  
CYSTIS FORNICIS VAGINAE I. OX.  
ANAEMIA POSTHEMOR

Jak je nemocná informovaná o své diagnóze? PLNĚ

Osobní anamnéza: V DĚTSTVÍ JEN BĚŽNÉ DĚTSKÉ CHOROBY (CCA V 6 LETECH  
PLANÉ NEŠTOVICE, ZÁNĚT STŘEDNÍHO UCHA). V 16 LETECH APENDIKTOMIE,  
BEZ KOMPLIKACÍ. V 17 LETECH PRO ČASTÉ ANGIŇY (CCA 5X ZA ROK)  
TOMZILEKTOMIE, BEZ KOMPLIKACÍ. PŘE 12 LETY GEU. V ROCE 2007 a 2008 HSK

Rodinná anamnéza: MATKA MÁ HYPERTENZI. OTEC A BRATR JSOU ZDRAVÍ.  
DŮĚ DCERY - 12 a 15 LET - JSOU ZDRAVÍ. NĀPOROVA OPEMOCNĚNÍ SE  
V RODINĚ NEVYSKYTUJÍ.

Vyšetření: ULTRAZVUKOVÉ VYS. - 4.2.2010  
INTERNÍ VYS. - 31.3.2010  
LABORATORNÍ VYS. - 25.3.2010  
GYNEKOLOGICKÉ VYS. - 6.4.2010

Terapie: EUTHYROX 125 mg - 1-0-0

Nemocná má u sebe tyto léky: EUTHYROX 125 MG 1-0-0

Je poučena, jak je má brát? PAVÍ Ů. VÍ JAK A KDY LÉK BRÁT.  
BERE HO PRAVIDELNĚ.



## HODNOCENÍ NEMOCNÉHO

### 1. Bolest a nepohodlí

- ✓ Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného? ano ne  
pokud ano, upřesněte: .....
- ✓ Měla jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím do nemocnice? ano ne  
pokud ano, upřesněte: „OBČASNOU BOLEST V PODBŘÍŠKU, NEBYLA ČASTÁ“  
jak dlouho? „Cca. 2 roky“
- ✓ Na čem je vaše bolest závislá? „NA KLÍČEK“
- ✓ Co jste dělala pro úlevu bolesti (obtíží)? „VZALA SI PRAŠEK - IBALGIN“
- ✓ Kde pociťujete bolest? „KDYŽ BOLEST MÁM, TAK V PODBŘÍŠKU“
- ✓ Pokud budete mít u nás bolesti/obtíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění? ...  
„DÁT MI NĚJAKÝ LÉK“

#### **Objektivní hodnocení sestry:**

pocit pohodlí (lůžko, teplo): „PACIENTCE SE DLE JEJICH SLOV LEŽÍ  
DOBŘE. MÁ HORNĚ ZVEDNUTE LŮŽKO POD HLAVOU. DEKA JI VYHNOUJE V  
MÍSTNOSTI JE JI PŘÍJEMNĚ, CO SE TÝČE TEPLA.“

charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte): „PACIENTKA JE BEZ BOLESTI.“

### 2. Dýchání

- ✓ Měla jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním? ano ne  
pokud ano, upřesněte: .....
- ✓ Měla jste potíže před příchodem do nemocnice? ano ne  
pokud ano, upřesněte: .....
- jak jste je zvládal? .....
- ✓ Máte nyní potíže s dýcháním? ano ne  
pokud ano, co by vám pomohlo? .....
- ✓ Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? nevím ano ne  
pokud ano, zvládnete to? .....
- ✓ Kouříte? ano ne  
pokud ano, kolik? „JEN NA OSLAVÁCH, DOHA NEKOUŘIT“

#### **Objektivní hodnocení sestry:**

dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.: „PACIENTKA PÝCHA PRAVIDELNĚ,  
FREKVENCE PŘÍDÝCHÁNÍ BYLA 17 DECHŮ ZA MINUTU. KAŠEL ANI  
RÝHU NEHÁ. ROZKOVORU“

### 3. Osobní péče

- ✓ Můžete si všechno udělat sám? ano  ne
- ✓ Potřebujete pomoc při mytí? ano  ne
- ✓ Potřebujete pomoc při čištění zubů? ano  ne
- ✓ Potřebujete pomoc při koupání či sprchování? ano  ne
- ✓ Kdy se obvykle koupete nebo sprchujete? KAŽDÝ VEČER, OBČAS I RÁNO

#### Objektivní hodnocení sestry:

soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.: PACIENTKA JE SOBĚSTAČNÁ, VŠE ZVLÁDÁ SAMÁ. PŮSOBÍ NA NĚ UPRAVENĚ A ČISTĚ.

### 4. Kůže

- ✓ Pozorujete změny na kůži? ano  ne
- ✓ Máte obvykle kůži? suchou mastnou  normální
- ✓ Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť? PROBLÉMY NEMÁM, ALE KAŽDÝ DEN SE MAŽU TĚLOVÝMI KRÉMY
- ✓ Svědí vás kůže? ano  ne

#### Objektivní hodnocení sestry:

celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy atd.: PACIENTKA MÁ DVĚ JIZVY - PO GEV. A APENDIKOMII, HEMATOMY, VYRÁŽKU ČI JIKE NEKÁ, KŮŽI MÁ PORHÁLBÍ.

### 5. Strava a dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup? dobrý  vadný
- Máte zubní protézu? dolní horní žádnou
  - Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže? ano  ne   
pokud ano, upřesněte .....
  - Máte rozbolavělá ústa? ano  ne   
pokud ano, ruší vás to při jídle? .....
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu  vyšší (o kolik)  nižší (o kolik)
- c) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? ano  ne   
pokud ano, o kolik kg jste zhubnula/přibrala: .....
- d) Co obvykle jíte? .. VŠECHNO, KROMĚ JABLE KROMĚ JIKY OVOCE A ZELENINY "
- Je něco, co nejíte? Proč? .. JIKY VŠECHNO "
  - Měla jste nějakou dietu, než jste byla hospitalizovaná? ano  ne   
pokud ano, upřesněte: .....
  - Měla jste nějaké problémy s jídlom, než jste přišla do nemocnice? .. NE "
  - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? .. NE "
  - Pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat? .....

#### Objektivní hodnocení sestry

stav výživy, enterální výživa, dieta, parenterální výživa, soběstačnost: PACIENTKA LAČNÍ, PÍJE JED ČAJ A VODU.



## 9. Lokomotorické funkce

- ✓ Máte potíže s chůzí? ..... *ano* ..... *ne*
- pokud ano, upřesněte: .....
- ✓ Měla jste potíže s chůzí už před přijetím? ..... *ano* ..... *ne*
- pokud ano, upřesněte: .....
- ✓ Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodila? ..... *ano* ..... *ne*
- pokud ano, upřesněte: .....
- ✓ Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění? ..... *nevím* ..... *ano* ..... *ne*
- pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete? .....

**Objektivní hodnocení sestry:** PACIENTKA JE SOBĚSTAČNÁ, PROBLÉMY S CHŮZÍ NE MÁ.

## 10. Smyslové funkce

- ✓ Máte potíže se zrakem? ..... *ano* ..... *ne*
- pokud ano, upřesněte: .....
- ✓ Nosíte brýle? ..... *ano* ..... *ne*
- pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? .....
- ✓ Slyšíte dobře? ..... *ano* ..... *ne*
- pokud ne, užíváte naslouchadlo? ..... *ano* ..... *ne*
- jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl? .....

**Objektivní hodnocení sestry:** PAMÍ Y. BRÝLE DENOSÍ. SLYŠÍ DOBRĚ.

## 11. Fyzická a psychická aktivita

- ✓ Chodíte do zaměstnání? Pokud ano, co děláte? .. *LABORANTKU NA HISTOLOGII* ..
- ✓ Máte potíže pohybovat se v domácnosti? ..... *ano* ..... *ne*
- ✓ Máte doporučeno nějaké cvičení? Pokud ano, upřesněte: .. / ..
- ✓ Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici? ..... *ano* ..... *ne*
- ✓ Co děláte ráda ve volném čase? .. *„ČTU, RÁDA CHODIM NA PROCHÁZKY S DCERAMI A PSEH“* ..
- ✓ Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici? .. *„MÁM SEBOU KVIČKY A SPOUSTU KŘÍŽOVEK“* ..
- ✓ Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění? .. *„NEJÍ COI, PĚKUJI“* ..

**Objektivní hodnocení sestry:** PAMÍ Y. SE ZABAVUJE ČETBOU KVIČEK A ČASOPISŮ.  
.. *„ČTU, RÁDA CHODIM NA PROCHÁZKY S DCERAMI A PSEH“* ..  
.. *„MÁM SEBOU KVIČKY A SPOUSTU KŘÍŽOVEK“* ..  
.. *„NEJÍ COI, PĚKUJI“* ..



## 12. Odpočinek a spánek

- ✓ Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? 8 HODIN
- ✓ Máte doma potíže se spánkem? ano (ne)  
pokud ano, upřesněte: ČASTO V NOCI SKODIM NA ZÁCHOD, ALE  
PEKÝM PROBLÉM MĚD BÝT
- ✓ Kolik hodin obvykle spíte? 7-8 HODIN
- ✓ Usínáte obvykle těžko? ano (ne)
- ✓ Budíte se příliš brzo? ano (ne)  
pokud ano, upřesněte
- ✓ Co podle vás způsobuje vaše potíže? /
- ✓ Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát? V LOŽNICI PESHÍ BÝT HORŠO
- ✓ Berete doma léky na spaní? ano (ne)  
pokud ano, které: /
- ✓ Zdrímnete se i během dne? Jak často a jak dlouho? PŘES DEN NESPÍM SKORO BIKDY

### Objektivní hodnocení sestry:

únava, denní a noční spánek apod.: PŘES DEN PAMÍY, PERO SPAVA, V NOCI  
DLE JEJICH SLOV SPÍ DOBŘE

## 13. Sexualita

(otázky závisejí na tom, zda pacient považuje potřebné o tom mluvit)

- ✓ Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu? ano (ne)  
pokud ano, upřesněte: VYBI JEŠEJ BEZ PARTNERA, TAKŽE NE
- ✓ Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život? ano (ne)  
pokud ano, upřesněte: TAK TO METUŠÍM KÓJ INTIMNÍ ŽIVOT BÝ SE BEHĚC  
ZKĚPIT, TO MI BYLO VYSVĚ TĚPO. KEVÍK ALE, JAK SE BUDU PO  
TOMTO VÝKOPU CÍTIT.

~~pacient o sexualitě nechce hovořit~~

~~otázky nebyly položeny z důvodu vysokého věku nemocného~~

## 14. Psychologické hodnocení

• <b>emocionalita</b>	stabilní	spíše stabilní	labilní
• <b>autoregulace</b>	dobře se ovládá	hůře se ovládá	
• <b>adaptabilita</b>	přizpůsobivá	nepřizpůsobivá	
• <b>příjem a uchování informací</b>	bez zkreslení	zkresleně (neúplně)	
• <b>orientace</b>	orientovaná	dezorientovaná	
• <b>celkové ladění</b>	úzkostlivá	smutná	rozzlobená
	sklíčená	apatická	

## 15. Rodina a sociální situace

- ✓ S kým doma žijete? „S DĚTMI“
- ✓ Kdo je pro vás nejdůležitější člověk (nejbližší) člověk? „DĚTÍ A RODIČE“
- ✓ Komu mohou být poskytnuty inf. o vašem zdrav. stavu? „MATE“
- ✓ Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? „DĚTÍ JSOU U MÝCH RODIČŮ“
- ✓ Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštívit? „ANO PŘIJDOU AŽ BUDU PŘELOŽENA“
- ✓ Je na vás někdo závislý? „MÁM DVĚ DĚTÍ 12 A 15 LET“
- ✓ Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? „DOBŘE SI MYSLÍM“
- ✓ Kdo se o vás může postarat? „MÁ RODINA“

**Sociální situace** (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci atd.):

PANI Y. BYDLÍ V BYTĚ 3+1, 1. KATEGORIE. JE ROZVEDENÁ, ŽIJE S DĚTMI, S RODIČI A SE SVÝH BRATŘI VYCHÁZÍ VELMI DOBRĚ. SE SOUSEDY MĚLA ŽÁDNÉ PROBLÉMY. DLE JEJICH SLOV JE SPOKOJENA JAK SE VZTAHI V RODINĚ, TAK S BYDLENÍM.

**Chcete mi ještě něco říci, co by vám pomohlo v ošetrovatelské péči:**

## 16. Souhrnné hodnocení nemocné

**Shrnutí závěru důležitých pro ošetrovatelskou péči**

PANI Y. JE ZCELA SPOKOCENÁ. DNES JIŽ LAČNÍ PIJE JEDNĚ TEKUTINY, KTERÝCH MÁ U SEBE. POSTATEK JE POUČENA, ŽE OD PŮLNOCI MĚSNÍ JIŽ ANI PÍT. PROJEVILA STRACH Z OPERAČNÍHO VÝKROU. VŠE, CO SE TYČE ZÁKROU A NÁSLEDNĚ PÉČE, JI BYLO VYSVĚTLENO. PANI Y. VŠE CHÁPE A SE ZDRAVOTNICKÝH PERSONÁLEM SPOLUPRACUJE.

## Příloha č. 2 Plán ošetrovatelské péče

<b>6.4.2010 ( den před operací )</b>			
<b>Oš. diagnóza</b>	<b>Cíl oš. péče</b>	<b>Intervence sestry</b>	<b>Hodnocení péče</b>
Strach z důvodu operačního výkonu, projevující se častým dotazováním pacientky.	Eliminovat pocit strachu, pacientka je dostatečně informována o všem, co ji zajímá	Pacientce vše vysvětlila její lékařka, dostala prostor na cokoliv se zeptat. Na případné dotazy ohledně ošetrovatelské péče jsem odpovídala pacientce já a ostatní sestry. S paní Y. jsme často komunikovaly. V den operace a před operací dostala v noci 1 tabletu Hypnogenu, aby byla na výkon a po výkonu odpočínutá.	Pacientka byla o všem informována a vše chápala. Pociťovala již strach jako přirozenou reakci člověka před výkonem.
<b>7.4.2010 ( operační den )</b>			
Porušená sebedpéče z důvodu provedeného operačního zákroku a naordinovaného klidu na lůžku projevující se nutnou dopomocí při hyg. péči a převlékání.	Pacientka večer za pomoci sester dojde k umyvadlu, pacientka den po operaci zvládne sama chůzi	Ošetrovatelský personál dopomáhal při hygienické péči. Pacientka spolupracovala, byla aktivní. Převléknout se zvládla sama. Sama se posadila v lůžku. S pacientkou jsem navázala dobrý vztah naplněný důvěrou. Plnila jsem ordinace lékaře.	Pacientka se večer posadila v lůžku. Umyla se na lůžku u umyvadla. Den po operaci se pacientka zvládla sama postavit a dojit do sprchy, kde se sama osprchovala. Sama se převlékla. V den přijetí jsem udělala pacientce Bartheluv test všedních činností, výsledek byl 105 bodů - nezávislá. V den operace měla pacientka 75 bodů – mírná závislost. Třetí den měla pacientka 100 bodů – nezávislá.

<b>Oš. diagnóza</b>	<b>Cíl oš. péče</b>	<b>Intervence sestry</b>	<b>Hodnocení péče</b>
Porušená integrita kůže z důvodu operačního zákroku a zavedené flexibilní kanyly s potencionálním rizikem vzniku komplikací ( vniknutí infekce, krvácení ).	Operační vstupy se hojí per primam nevzniknou žádné žádné pooperační komplikace, pacientka spolupracuje při kontrole operačních vstupů	Paní Y. byla edukovaná o místě a důvodu poškozené kožní integrity. Operační vstupy jsou kontrolovány. Pacientka si nestěžovala na žádné možné subjektivní příznaky, spolupracovala.	Paní Y edukaci o jejích operačních vstupech pochopila a ví, jak je má ošetřovat. U pacientky se neprojeví žádné místní ani celkové příznaky infekce. Vstupy jsou klidné, hojí se per primam. Pacientka spolupracuje.
Občasná bolest v operační ráně z důvodu operačního zákroku projevující se verbalizací bolestí pacientky.	Pacientka umí bolest hodnotit, bolest bude do půl hodiny od jejího vzniku alespoň o dva stupně zmírněna, pacientka je edukovaná o možnostech úlevy od bolesti i o možnostech analgezie, edukaci chápe	Pacientka zaujímala polohu v leže na zádech, s mírně zvednutým lůžkem, která pro ní byla příjemná a nepocítovala bolest. Pravidelně jsme se ptali na bolest.	Pacientka chápe důvod bolesti a ví, jak ji hodnotit. Po příjezdu ze sálu dostala čípek Diclofenacu 50mg, druhý dostala ve 22 hodin, kdy si stěžovala na bolest a ohodnotila ji na pětku z desetistupňové škály. Klientka si za mé přítomnosti na bolest nestěžovala. Předepsané léky pacientce vyhovují.



<b>Oš. diagnóza</b>	<b>Cíl oš. péče</b>	<b>Intervence sestry</b>	<b>Hodnocení péče</b>
Změna ve vyprazdňování močového měchýře z důvodu zavedení permanentního katétru s rizikem vzniku infekce.	Pacientka chápe důležitost zavedení permanentního katétru, nevznikne zánět ani jiné komplikace	Pacientka je edukována ohledně nutnosti PMK a důvodu sledování diurézy. Paní Y. přijala edukaci a snaží se spolupracovat při hygieně a během celého dne. Zavedený PMK udržujeme průchodný a sledujeme stav odvedené moče. Pacientka nepocituje žádné subjektivní příznaky.	Pacientka chápe nutnost zavedení permanentního katétru. Po celou dobu mé přítomnosti se úspěšně daří udržovat močové cesty bez známky zánětu a jiných komplikací. Druhý den po operaci byl permanentní katétr zrušen. Pacientka se vymočila za 3 hodiny po zrušení katétru. Na žádné subjektivní příznaky možného zánětu si nestěžovala.
Únava z důvodu vyčerpání organismu po náročné operaci, projevující se častým ospáváním přes den.	Pacientka je dostatečně odpočínutá, má zajištěný klid na odpočinek a spánek	Pacientka přes den pospávala. Pokud jsme měly ordinace na pokoji hotové zhasla jsem světlo, které je pacientkám dle jejich slov celkem nepříjemné. Paní Y. jsem zbytečně nebudila. Na noc dostala dle ordinace lékařky tabletu Hypnogenu. Spala celou noc.	Pacientka přes den pospávala, spala celou noc. Působila na mě odpočínutým dojmem, dle jejích slov se již cítila lépe. Pacientka měla zajištěný klid na odpočinek. Den před operací a v noci po operaci dostala jednu tabletu Hypnogenu.

<b>Oš. diagnóza</b>	<b>Cíl oš. péče</b>	<b>Intervence sestry</b>	<b>Hodnocení péče</b>
Riziko pádu v důsledku léčebné imobilizace.	Zabránění pádu	Pacientce jsem dala k dispozici zvonek. Edukovala jsem ji.	Při prvním vstání z lůžka jsme pacientce pomohly. Den po operaci již vstala sama a došla si do sprchy. Šla opatrně a pomalu. K pádu nedošlo.
Riziko krvácivých projevů z důvodu antikoagulační léčby.	Pacientka je edukována, včasné rozpoznání a zachycení krvácivých projevů	Klientku jsme edukovaly. Kontrolovala jsem stav kůže po s.c. injekcí Clexanu. Pravidelné kontroly operačních vstupů.	Pacientka byla bez známek krvácení a infekce
<b>8.4.2010 ( 1. den po operaci )</b>			
Zvýšený pocit nadmutí břicha z důvodu laparoskopického výkonu.	Co nejdříve úleva od pocitu nadmutí, pacientka chápe důvod nadmutí, zná jeho příčiny, pacientka ví, jak postupovat, pro úlevu	Pacientce jsme vysvětlily, že nadmutí je způsobeno plynem, který byl použit při operačním výkonu. Vysvětlily jsme, že je to dočasný stav. Paní Y. jsem vyjmenovala, jakým potravinám se nyní vyhnout – ( dužinaté ovoce – pomeranče, jablka atd. ). Doporučila jsem co nejvíce sedět. Kdy sed pomáhá plynu co nejdříve se dostat z těla.	Pacientka pochopila důvod tohoto pocitu. Poslechla naše rady a často si sedala. Při překladu na pooperační oddělení dostala dvě tablety Espumisanu. Pocit nadmutí začal pomalu ustupovat. 9.4.2010 již pocit nadmutí nepocítovala.

<b>Oš. diagnóza</b>	<b>Cíl oš. péče</b>	<b>Intervence sestry</b>	<b>Hodnocení péče</b>
Bolest v oblasti klíční kosti z důvodu nadměrného dmutí břicha projevující se verbálně.	Pacientka je edukována o důvodu bolesti a chápe ji, pacientka umí bolest hodnotit,	Vysvětlily jsme důvod bolesti a doporučily polohu v sedě. Pacientka zaujímala polohu v sedě.	Bolest pod klíční kostí ustupovala s ustupováním nadmutí. Poloha v sedě pacientce pomohla. 9.4.2010 si již na bolest nestěžovala.
Možnost vzniku porušené role ženy z důvodu operačního výkonu projevujícího se verbálně častými dotazy.	Zabránit vzniku porušené role ženy, pacientka chápe výkon a jeho důsledky, popř. ví, že se může na cokoli zeptat	Lékařka a sestry vysvětlily vše o operačním výkonu a pooperační péči. Vysvětlily paní Y. že odnětí dělohy nezasahuje do sexuálního života a ustanou obtíže, s kterými přišla – silné krvácení.	Reakce pacientky byla přiměřená. Během hospitalizace projevila obavy, co se týče pocitu po operačním výkonu. Nechala si vždy vše vysvětlit a pokud ji nebylo něco jasné, tak se ptala. Po operaci vypadala klidně, smířeně. Na nic se neptala, byla ráda, že má výkon již za sebou.



