



**UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Jana Kneiflová

Ošetřovatelská péče u pacientky po rekonstrukční operaci prsu metodou
volného TRAM laloku

Nursing proces for patient with breast reconstructive surgery with method of
loose TRAM flap

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Renata Hakenová

Praha, 2017

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 21. 03.2017.

JANA KNEIFLOVÁ

.....

Podpis

Identifikační záznam

KNEIFLOVÁ, Jana. Ošetrovatelská péče u pacientky po rekonstrukční operaci prsu metodou volného TRAM laloku [Nursing proces for patient with breast reconstructive surgery with method of loose TRAM flap]. Praha, 2017, 84 s., 10 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Hakenová, Renata

ABSTRAKT

V teoretické části mé závěrečné bakalářské práce krátce pojednávám o historii oboru plastické chirurgie, o anatomii a fyziologii prsu. Zabývám se zde zhoubným nádorem prsu, jehož incidence stoupá a postihuje stále mladší ženy, jeho chirurgickým odstraněním v rámci léčby, následnými možnostmi rekonstrukce TRAM (Transversum Recti Musculae Flap) laloky a možnými operačními a pooperačními komplikacemi.

V empirické části jsem zpracovávala kazuistiku u pacientky po radikální mastektomii a rekonstrukci TRAM lalokem a zabývala se ošetrovatelskou péčí bezprostředně po operačním výkonu na jednotce intenzivní péče a následně na pooperačním oddělení plastické chirurgie.

Cílem mé práce je poukázat na specifika ošetrovatelské péče jak na jednotce intenzivní péče, tak na klasickém pooperačním oddělení u výše zmíněného rekonstrukčního operačního výkonu a také na nutnost zvýšeného dohledu oproti klasické rekonstrukci prsu silikonovou výplní.

Závěrečnou práci jsem zpracovávala pomocí kvalitativní metody – případovou studií formou prostudováním zdravotnické dokumentace a odborné literatury, a pak dále využila metodu pozorování a rozhovoru. Během vypracovávání byly dodrženy etické aspekty výzkumu.

Výstupem z bakalářské práce, je prezentace ošetrovatelské péče u pacientky, která byla vhodnou adeptkou a rozhodla se podstoupit náhradu prsu po ablaci vlastní tkáně.

Klíčová slova (čj): TRAM – Transversum Rectus Abdominis Musculae Flap, ošetrovatelský proces, karcinom prsu, ablace prsu, pacient, ošetrovatelská péče, plastická chirurgie, mastektomie, operační výkon, intenzivní péče

ABSTRACT

The topic of presented diploma thesis is nursing care of patients undergoing breast reconstruction surgery using TRAM (Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous) flap. The thesis is divided into theoretical and empirical part. Theoretical part deals with history of plastic surgery, breast anatomy, and physiology. In her thesis author focuses on breast cancer, its increasing incidence shifting to the younger and younger age groups, surgical therapy by total mastectomy as part of multidisciplinary treatment, postmastectomy reconstructive procedures using TRAM flap, and possible intraoperative, and postoperative complications.

In empirical part author published case report of a patient after total mastectomy followed by TRAM flap breast reconstruction and dealt with nursing care during the immediate postoperative period in the intensive care unit and latter on in plastic surgery department's postoperative ward.

The aim of author's thesis is to point out specific issues pertinent to nursing care both in the intensive care unit and standard postoperative ward in patients undergoing above mentioned surgical procedure as well as to highlight the need for more intensive supervision during postoperative period in such a cases compared to classic breast reconstruction with silicon implant.

This diploma thesis was elaborated using quantitative method – case study – evaluating medical records and scientific literature as well as using observational and questioning methods. During the study all ethical research rules were strictly adhered to.

Outcome of my project is a presentation of nursing care of patient who was appropriate candidate and decided to undergo postmastectomy autologous tissue breast reconstruction.

Key words: TRAM (Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous) flap, nursing process, breast cancer, total mastectomy, patient, nursing care, plastic surgery, mastectomy,

Obsah

1	Úvod.....	8
2	Teoretická část.....	10
2.1	Historické ohlédnutí	10
2.1.1	Ztvárnění ženského prsu v dějinách	10
2.1.2	Historie plastické chirurgie	10
2.2	Vývoj a anatomie prsu.....	12
2.2.1	Vývoj prsu a mléčné žlázy	12
2.2.2	Anatomie prsu	12
2.3	Nádorová onemocnění prsu.....	14
2.3.1	Základní rozdělení a klasifikace nádorů	14
2.3.2	Rizikové faktory a prevence karcinomu prsu.....	15
2.3.3	Klinické příznaky	16
2.3.4	Diagnostika	16
2.3.5	Neadjuvantní a adjuvantní terapie	17
2.3.6	Chirurgická léčba karcinomu prsu	18
2.4	Rekonstrukční výkony po mastektomii	19
2.4.1	Korekce ztráty prsu	19
2.4.2	Rekonstrukční operace prsu	20
2.4.3	Techniky rekonstrukčních operací	21
2.4.4	Aloplastické rekonstrukce prsu.....	21
2.4.5	Autologní rekonstrukce prsu	21
2.4.6	Rekonstrukce areolomamilárního komplexu	23
2.4.7	Komplikace v mammární chirurgii	23
2.5	Pooperační léčba a rehabilitace	24
2.5.1	Domácí péče po propuštění z nemocnice.....	24
2.6	Ošetrovatelská část	24
2.6.1	Edukace	24
2.6.2	Předoperační příprava a vyšetření.....	25
2.6.3	Dlouhodobá předoperační příprava	25
2.6.4	Krátkodobá předoperační příprava	26

2.6.5	Bezprostřední předoperační příprava.....	26
2.6.6	Pooperační ošetrovatelská péče.....	27
2.6.7	Ošetrovatelský proces	29
3	Empirická část.....	31
4	Případová studie	32
4.1	Základní údaje o pacientovi.....	32
4.2	Anamnéza.....	33
4.2.1	Lékařská anamnéza.....	33
4.2.2	Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení rizik při příjmu	34
4.3	Průběh hospitalizace	35
4.3.1	Dlouhodobá předoperační příprava pacientky.....	36
4.3.2	Krátkodobá předoperační příprava pacientky.....	36
4.3.3	Bezprostřední předoperační příprava pacientky	37
4.3.4	Průběh operačního výkonu.....	38
4.3.5	Farmakoterapie.....	39
4.4	Pooperační péče	43
4.4.1	Nultý operační den na jednotce intenzivní péče	43
4.4.2	První pooperační den na jednotce intenzivní péče	48
4.4.3	Druhý pooperační den na jednotce intenzivní péče.....	51
4.4.4	Třetí pooperační den po překladu pacientky na standardní oddělení	53
4.4.5	Pooperační péče na standardním oddělení devátý den hospitalizace	56
4.6	Ošetrovatelské diagnózy	56
5	Diskuse.....	64
6	Závěr	66
7	Seznam použité literatury	67
8	Seznam zkratk.....	70
9	Seznam tabulek	72
10	Seznam obrázků.....	73
11	Seznam příloh	74

1 Úvod

Zhoubné nádory prsu jsou u žen nejčastějším typem onkologického onemocnění. Přestože se v posledních desetiletích výrazně zlepšily možnosti diagnostických technik a screeningu těchto onemocnění, jejich incidence v rozvinutých zemích narůstá a postihuje také stále častěji ženy mladších věkových kategorií. V ČR byl podle desetiletého výzkumu od roku 2003 – 2013, který uvedl Health at glance, zaznamenán zhruba 15 % nárůst žen, ročně jde o více jak 5000 žen ve věkové kategorii 20 až 69 let, které onemocněly rakovinou prsu a okolo 2000 z nich v souvislosti s tímto onemocněním umírá (OECD, 2015).

Sekundární prevence v podobě zdravotnické osvěty, zodpovědného samovyšetřování a pravidelných mamografických kontrol přispívá k včasnému zachytu těchto onemocnění a jejich úspěšné léčbě. Primární prevence nádorových onemocnění prsu již tak úspěšná není. Současně však také zároveň dochází k vývoji operačních technik a možnosti náhrady prsu, ať už umělými prsními implantáty, rekonstrukcí vlastní tkáně, nebo kombinacemi obou metod. Karcinom prsu je onemocnění systémové, a proto je potřeba zapojení odborníků dalších medicínských oborů, jako je radiační i klinická onkologie, radiologie, patologie, gynekologie, nukleární medicína, klinická psychologie a rehabilitace (Coufal, Fait a kolektiv, 2011).

Kazuistiku pacientky s rekonstrukční operací náhrady prsu metodou volného TRAM laloku jsem si vybrala proto, že sama pracuji na oddělení plastické chirurgie v nemocnici, kde se tato operace provádí. Mám tedy možnost se s pacientkami, s tímto typem operace, setkávat. A především jsem chtěla poukázat na to, že pro pacientky, které podstoupily ablacii prsu, s kterou se psychicky těžce smířují, je dnes více možností, jak tuto vzniklou asymetrii odstraněním jednoho prsu lze řešit. Z ošetřovatelského pohledu se jedná o náročnou, ale zajímavou práci, a péče o tyto pacientky je velmi komplexní. Důležitá je dokonalá orientace zdravotního personálu v monitoraci TRAM laloku, kdy se snažíme včas odhalit možné komplikace. V neposlední řadě je tu velmi důležitá psychická podpora. Samotné stanovení diagnózy, je pro ženy velmi bolestivé, následuje ztráta postiženého prsu, kdy dle pocitů pacientek nejvíce utrpí ženská duše a v době rekonstrukční fáze, se seznamuje s nově vytvořeným prsem. Tyto všechny výše zmíněné aspekty ovlivňují ženskou psychiku a celý zdravotnický tým, by tuto skutečnost měl brát na zřetel. Nepomáháme pacientkám pouze tím, že jim vrátíme něco, o co přišly, ale také jim napomáháme k vyléčení ženské duše. Při psaní této bakalářské práce, jsem se také seznámila s mnoha novými poznatky, které mohu uplatnit ve své každodenní praxi.

V první části mé závěrečné práce se budu věnovat vnímání ženského prsu v dějinách, ale i historii plastické chirurgie, vývojem a anatomii prsu, diagnostikou, jednotlivými typy nádoru prsu, možnostmi léčby a metodami náhrady prsu po částečné, nebo úplné ablacii prsu. Nadále pooperační péčí, možnými komplikacemi, rehabilitací, ošetřovatelskou částí. Popíšu vlastní ošetřovatelské péči z pohledu sestry od přijetí pacientky až po propuštění

do domácího ošetřování. V druhé části bude samotná případová studie u konkrétní pacientky, která podstoupila rekonstrukci prsu TRAM lalokem.

2 Teoretická část

2.1 Historické ohlédnutí

2.1.1 Ztvárnění ženského prsu v dějinách

Ženský prs byl po staletí vnímán jako symbol ženské krásy, plodnosti a mateřství. Nejruznější dochované sošky ženských postav bohyní se vyznačují tím, že mají výrazně velká prsa a některé sošky znázorňují ženu při kojení. Za všechny jmenujme sošku Venuše z Grimaldi, starou 23000 let, fénickou bohyni lásky a plodnosti Aštar, ztvárněnou na sloupoví soch z 8. - 6. století př. Kr., sošky egyptské bohyně Isis, nebo z našich končin dobře známá soška Věstonické Venuše datovaná do období mladého paleolitu 29000-25000 let př. Kr. Dalším typem ztvárňování ženského prsu jsou znázornění erotická, jako například vyobrazení odhalených žen na zdech paláce v Knossu a na vázách a sarkofázích z Kréty, pocházející z období 3200-100 př. Kr. V Bibli ve sbírce milostných veršů krále Šalamouna nazvaných Píseň Písní představují ženská prsa symbol tělesné touhy. Ve starověkých písemných památkách ale nalezneme i odmítavé postoje. Řecký filosof a přírodovědec Aristoteles (384-322 př. Kr.) nebo lékař Hippokrates (460-377 př. Kr.) považovali prsa za biologické znaky ženské podřazenosti. Bojovné maloasijské Amazonky legendární matriarchální společnosti si zase údajně uřezávaly pravý prs, aby jim nepřekážel při napínání luku (J. Měšťák, 2007).

2.1.2 Historie plastické chirurgie

U zrodu plastické chirurgie jako odvětví medicíny stály pravděpodobně úrazy obličeje utrpěné v boji v mnoha starověkých válečných konfliktech, nebo také snaha o nápravu zohyzdění obličeje trestanců nebo otroků v podobě uříznutého nosu. V indických Ayurvédách se píše o zhotovování nosu z kůže tváře nebo čela zlodějům, kterým byl nos uříznut jako trest. Dodnes je také rekonstrukce nosu čelním lalokem nazývaná indickou plastikou. Římský lékař a spisovatel Aulus Cornelius Celsus na přelomu našeho letopočtu popisuje nejen plastiky nosu, ale i rtu a boltců. Ve 3. století po Kr. popsal Ind Sušruta velmi podrobně rekonstrukční operace v obličeji. Další zprávy máme až z poloviny 15. století z Itálie, kde použil Antonio Branca jako první k náhradě nosu lalok z kůže paže. O sto let později zdokonalil tuto techniku další Ital, profesor Gaspar Tagliacozzi z Boloňské univerzity, který popsal náhrady nosu, části boltců a rtů, a napsal také první vědeckou knihu o plastické chirurgii O chirurgii defektu vsazením. Odtud také pochází vžitý název italská plastika pro rekonstrukci lalokem z jiné vzdálenější části těla. V 19. století dochází k dalšímu rozvoji plastické chirurgie v pracích chirurga slavného císaře Napoleona Francouze Larreye, Němce Dieffenbacha, Francouzů Olivera a Reverdina a Němce Thiersche. Obrovský význam pro chirurgii obecně měly práce Semmelweise, Pasteura

a Listera na poli antiseptických operačních výkonů. K prudkému rozmachu plastické chirurgie pak dochází v období první světové války při řešení těžkých válečných poranění. V letech 1931 pak dochází k založení francouzské a americké společnosti plastické chirurgie. V roce 1931 se konal v Paříži první mezinárodní kongres plastické chirurgie, a v roce 1946 začíná vycházet první odborný časopis plastické chirurgie *Plastic and Reconstructive Surgery*.

U zrodu tohoto oboru u nás stál vynikající vědec a chirurg světového formátu František Burian. První oddělení plastické chirurgie u nás vznikaly mezi dvěma světovými válkami, nejprve v Praze, v roce 1948, pak v Brně a o rok později v Bratislavě. Za všechny osobnosti naší plastické chirurgie jmenujme pana profesora Václava Karfíka, profesorku Peškovou, profesora Fáru a profesorku Königovou, kteří byli všichni žáky akademika Buriana. Zásluhou profesora Jiráska, tehdejšího prezidenta lékařské komory, s velkým přispěním profesora Buriana, byla u nás v roce 1932 jako první na světě uznaná plastická chirurgie samostatným oborem a přednášena studentům Lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Dnes máme u nás celkem pět univerzitních klinik plastické chirurgie s výukou posluchačů lékařských fakult, tři v Praze a dvě v Brně (J. Měšťák a kolektiv, 2015).

V roce 1862 byl založen v Praze Spolek českých lékařů, a taktéž v roce 1904 Spolek pro potírání rakoviny. V Brně existoval od roku 1928 Dům útěchy pro nevléčitelně nemocné s nádorovými onemocněními, který byl později v letech 1933-35 přebudován na nynější Masarykův onkologický ústav. V Praze na Bulovce byl díky snahám členů Spolku pro potírání rakoviny vybudován v roce 1936 Radioléčebný ústav (nynější Ústav radiační onkologie) (Dienstbier, Stahalová, 2012).

Co se týče samotných operací prsů, první zmínky o redukčních operacích pocházejí z konce 17 století, kdy v roce 1670 publikoval Durston pokus o zmenšení velkých prsů. V roce 1897 pak bylo popsáno zmenšení obrovských prsů Poussonem metodou příčného měsíčkového odstranění nadbytečné tkáně v horní části prsu. V roce 1909 publikuje Morestin redukční techniku v dolních partiích prsu. V roce 1920 Lexer a v roce 1923 jeho asistent Kraske poprvé kombinují příčnou a vertikální redukci zbytnělých prsů.

Zmínky o opačných pokusech, tedy o snaze o zvětšení prsů, máme z pozdější doby, z roku 1890, kdy byly použity Gersunem parafínové injekce. Zvětšení prsů pomocí tukové tkáně je známé z roku 1895, kdy chirurg Černý použil pro výplň prsů nezhoubný tukový nádor-lipom, odebraný ze zad pacientky. Další pokusy byly popsány v roce 1920, a to tukovou tkání odebranou ze stěny břišní a z hýždí. Nutno dodat, že tyto první pokusy nebyly úspěšné pro komplikace jako infekce, zatvrdnutí prsů, záněty a dokonce rakovinné bujení. V padesátých letech minulého století se začínají projevovat snahy o využití cizorodých materiálů v podobě silikonových injekcí, které však také končily nezdarem pro těžké záněty, infekce a migraci silikonu do různých orgánů. Převratem v historii estetické a rekonstrukční chirurgii prsů pak byl objev silikonových implantátů a jejich zavedení do praxe Croninem v roce 1963 (J. Měšťák, 2007).

Pro léčbu mammárního karcinomu zavedl v roce 1882 William S. Halsted takzvanou radikální mastektomii. Odstraňoval se při ní celý prs, včetně axilárních uzlin a pectorálních

svalu. Později se začala provádět takzvaná radikální modifikovaná mastektomie při zachování pektorálních svalů. Od padesátých let minulého století se začínají prosazovat parciální mastektomie spolu s radioterapií. A parciální mastektomie zůstává dodnes nejrozšířenějším typem operace karcinomu prsu (Coufal, Fait, 2011).

2.2 Vývoj a anatomie prsu

2.2.1 Vývoj prsu a mléčné žlázy

Koncem prvního embryonálního měsíce dochází u obou pohlaví k formování oboustranně mléčné lišty. Probíhá z axily na přední straně trupu a končí na stehně pod tříselným ohbím. V šestém týdnu se pak dále vyvíjí v oboustranně prsní hřebeny, mezi nimiž se formují skupiny apokrinních žláz. Během třetího gestačního měsíce prsní hřebeny ustupují, a jejich zbytky nad čtvrtým interkostálním prostorem tvoří prsní hrbolky.

U novorozenců obou pohlaví se prsní žlázy vyvíjí pod vlivem mateřských placentárních hormonů a tvoří hmatné a viditelné oblasti na povrchu těla. V prvních dnech po narození vylučují mlezivo. U chlapců zůstávají mléčné žlázy rudimentární po celý život, u dívek jen do puberty.

S nástupem puberty se u dívek vlivem estrogenu, prolaktinu a růstového hormonu prsa dále vyvíjejí a mění svůj tvar, velikost a konzistenci.

Během těhotenství dochází u žen k růstu prsních žláz a na konci těhotenství ke tvorbě mateřského mléka. Na konci laktace pak dochází k opětovné inaktivaci prsních žláz a k zvýšené tvorbě pojivové tkáně (Fritsch, Kühnel, 2008).

Mléko je tvořeno prsními žlázami, které se skládají z několika laloků tvořených aciny. Ty se vyprazdňují do mléčných kanálků, a ty pak vstupují do areoly – bradavky. Prvním sekretem prsní žlázy po porodu je kolostrum, s vyšším obsahem bílkovin a nižší hladinou cukru než mateřské mléko. Má však vysoké hladiny protilátek. Produkci mléka stimuluje hormon prolaktin a hlavním stimulem řídícím jeho uvolňování je sání. Pro vlastní kojení je tak důležitý sací reflex vytvářený ústy kojence, a také laktační reflex stimulovaný pláčem kojence (Ward, Linden, 2010).

2.2.2 Anatomie prsu

Mléčná žláza je největší párovou kožní apokrinní žlázou. Vlastní prs tvoří kožní kryt, tukové vazivo a mléčná žláza. Na vrcholku prsu je silněji pigmentovaný prsní dvorec (areola mammae), uprostřed něj je prsní bradavka (papilla mammae) ze které vyúsťují vývody mléčné žlázy (ductus lactiferi). Po obvodu dvorce jsou drobné hrbolky. Tukový

obal mléčné žlázy se člení na tuk premamární a retromamární a podílí se na vlastním tvaru a velikosti prsu. Prs je ke kůži a k fascii pectoralis superficialis fixován vazivovými pruhy prostupujícími celou tloušťkou prsu. Báze prsu se rozkládá od 2. za 3. žebra kaudálně k 6. žeburu, mediálně od parasternální čáry a laterálně po přední axilární čáru. Velikost a tvar prsu je individuální, závisí na věku, stavbě těla, ale i na rase (Naňka, Elišková, 2009).

Do mamily ústí prostřednictvím zhruba dvaceti hlavních mlékovodů lalůčky mléčné žlázy. Mlékovody běžně obsahují bakterie, které mohou být zdrojem infekce chirurgických ran. Vlastní žláзовý parenchym obklopuje vazivová tuková tkáň. Prsní žláza je obalena povrchovým vazivovým obalem (superficiální fascií).

Krevní zásobení prsní žlázy pochází z několika cév (arteria thoracica interna, arteria axilaris a anterolaterální a laterální perforátory) a vyznačuje se hustou sítí kolaterál, které zajišťují výživu i při výrazném omezení krevního přítoku. Těsně pod kožním povrchem tvoří tyto cévy hustou podkožní pleteň (plexus subdermalis), která zajišťuje rovnoměrnou výživu kůže celého prsu. Žilní odtok pak v podstatě odpovídá tepennému přítoku, pouze v opačném směru.

Inervace prsu vychází především segmentárně z mediální a laterální strany. Primární senzitivní nervy vycházejí ze třetího až šestého interkostálního nervu, mediální část prsu je inervována segmentárními nervy doprovázející mediální perforátory z arteria thoracica interna, a kraniální část je inervována drobnými supraklavikulárními nervy z cervikálního plexu.

Optickým centrem prsu je výrazně pigmentovaný dvorec s bradavkou – areolomamilární komplex. Kůže je zde tenčí a obsahuje hladká svalová vlákna, která se fyziologicky uplatňují při kojení. Jejich mimovolní konstriktce vede k nepravidelným změnám velikosti a tvaru dvorce a k erekci bradavky. Je vybaven drobnými Montgomeryho žlázkami (glandulae areolares), jejichž funkci je lubrikace během kojení. Je to nejcitlivější oblast prsu a mohou se tu projevit výrazně bolestivé podněty dokonce i během celkové anestezie.

Co se týče polohy prsy vůči svalům, hlavní část leží na musculus pectoralis major, laterálně na musculus serratus anterior, na úponech musculus obliquus externus abdominis a na kraniální části předního listu pochvy musculus rectus abdominis. Přes svaly prochází do prsu hlavní část cévního zásobení, lymfatických cév a nervů (Coufal, Fait, 2011).

U operací prsu je důležitou součástí ošetrovatelské péče také snaha o minimalizaci rizik spojených s oběhem lymfy. Objem tkáňového moku činí u dospělého člověka až 10,5 litru a ve svém složení musí být neustále obnovován. Část krevní plazmy je skrze póry arteriálních vlásečnic filtrovaná do tkání, až 20 litru tekutiny denně, a 18 litru je pak přefiltrováno zpět systémem venózních vlásečnic. Zbytek tekutiny se do krve vrací

lymfatickými cévami. Lymfa je filtrovaná v mízních uzlinách, je zbavovaná cizích tělísek, jako jsou například prachové částice z plicní tkáně, a je obohacena o lymfocyty. Lymfatické uzliny, filtrující mízní tekutinu z určité oblasti, nazýváme uzlinami regionálními (Rokyta, 2008).

V lymfatické drenáži prsu existuje značná interindividuální variabilita. Mízní systém začíná jako pleteň v oblasti dvorce. Lymfa je odtud odváděna ze 75-90 % do axilárních uzlin, přes pectorální axilární uzliny, do centrálních axilárních uzlin a dále do apikálních axilárních uzlin. Z obou horních kvadrantů prsu odtéká část lymfy do apikálních uzlin také přímo. Mízní cévy mohou někdy být oboustranně propojeny. Nejkaudálněji se nachází Sorgiusova uzlina, která bývá při šíření nádoru mléčné žlázy zvětšena jako první, tzv. sentinelová uzlina (Naňka, Elišková, 2009).

2.3 Nádorová onemocnění prsu

2.3.1 Základní rozdělení a klasifikace nádorů

Při nádorovém bujení vzniká v organismu tkáň, která není součástí jeho fyziologické anatomie a nepřispívá k zajištění jeho normálních funkcí. Jedná se primárně o buněčný proces, při kterém v organismu vzniká jeden nebo více patologických klonů buněk (Nečas, 2009).

Rozlišujeme nádory maligní - zhoubné, které při svém růstu prorůstají do okolních tkání a mohou migrovat na jiná, mnohdy anatomicky vzdálená místa v těle, čili tvořit metastázy, a nádory benigní - nezhooubné, které jsou ohraničené, nemetastazují, ale mohou utlačovat okolní struktury a mohou se po čase zvrhnout v nádory zhoubné. Podle tkáně, v níž vznikají, dále dělíme zhoubné nádory na karcinomy, vycházející z epitelu, a sarkomy, vycházející z pojivové tkáně, svalů, cév a krevních a lymfatických tkání. Nádory dále dělíme na nádory primární, vzniklé prvotně v určitém orgánu, nebo sekundární, vzniklé metastázou z primárního nádoru (Vokurka, Hugo, 2007).

Z benigních nádorů prsu známe mezenchymové nádory, jako je lipom nebo hemangiom v mléčné žláze, nebo smíšené nádory, nejčastější fibroadenom, případně juvenilní fibroadenom, nebo rychle rostoucí ohraničený tumor Cystosarcoma phyllodes, který někdy může malignizovat. Maligní neepitelové nádory prsu, jako jsou fibrosarkom, angiosarkom a karcinosarkom, mají špatnou prognózu, naštěstí jsou ale vzácné (J. Měšťák a kolektiv, 2015).

V případě mammárního karcinomu dělíme nádory na karcinomy in situ, plně nádorově transformovanou buněčnou populaci limitovanou neschopností invaze přes bazální

membránu epitelu, a na invazivní karcinomy, v případech, kdy karcinom in situ získá schopnost infiltrovat podpůrnou tkáň. Karcinomy in situ dále dělíme dle lokalizace na duktální (DCIS) a lobulární (LCIS). Pro histologické určení závažnosti karcinomu se rovněž používá v současnosti nejrozšířenější tzv. Van Nuyská klasifikace, podle níž určujeme tzv. třístupňový gradient.

Pro klasifikaci rozsahu karcinomu prsu se užívá mezinárodní klasifikace TNM, označované termínem staging. Jednotlivá písmena označují zkratku Tumor (nádor), Nodus (uzlina) a Metastasis (metastáze). Tento systém se dále dělí na cTNM – klinický staging, určený na základě výsledku klinického vyšetření a zobrazovacích metod, pTNM – patologický staging, stanovený na základě výsledků histopatologického vyšetření, zpravidla po operačním výkonu a histologického vyšetření resektátu, z něž dále vychází indikace k adjuvantní - pomocné léčbě, a yTNM – staging hodnocený po provedené protinádorové léčbě (Coufal, Fait, 2011).

2.3.2 Rizikové faktory a prevence karcinomu prsu

Přestože příčina karcinomu prsu není ve většině případů zřejmá, známe některé rizikové faktory, které pravděpodobnost vzniku nádoru prsu zvyšují. Hlavní rizikové faktory, ke kterým patří zejména věk, dědičnost, výskyt premaligních lézí a přítomnost samotného karcinomu prsu spojeného s rizikem lokální recidivy a rizikem vzniku nádoru v druhostranném prsu, bohužel dosud neumíme ovlivnit. Mezi vedlejší rizikové faktory, které jsou částečně ovlivnitelné, patří působení hormonů - zejména při časném zahájení menstruace, při pozdní menopauze, u první gravidity po třicátém roce věku, při krátké době laktace, při dlouhodobém užívání hormonálních přípravků nebo při nuliparitě, dietní faktory – alkohol, zvýšený příjem tuků v dětství a dospívání a vysoká hmotnost s nedostatkem pohybu, a dále vlivy zevního prostředí – například ionizující záření před čtyřicátým rokem věku (např. ozařování pro Hodgkinovu chorobu).

Jak již bylo řečeno v úvodu této práce, primární prevence karcinomu prsu zatím uspokojivě úspěšná není. Dá se ale také říci, že vlastně úspěšnost primární prevence například dodržováním správného životního stylu, přiměřené fyzické aktivity, zdravé stravy, abstinence a vyhýbání se kouření aktivnímu i pasivnímu, ověřit spolehlivě nelze. Byl však prokázán význam chemoprevence užívaným preparátů tamoxifen či raloxifen. Lze sem také zařadit radikální oboustrannou mastektomii u žen s vysokým rizikem onemocnění karcinomem prsu. Druhá je sekundární prevence, s cílem odhalit karcinom v co nejčasnější fázi, která zlepši vyhlídky na léčbu. A konečně třetí, terciární prevence, s cílem sledovat stav pacientky po léčbě karcinomu a snahou zachytit případný relaps onemocnění. Sekundární prevence má velký potenciál v podobě mamárního screeningu a případného zaražení doplňujících přístrojových vyšetření ultrazvukem nebo magnetickou rezonancí. Neméně důležité je také samovyšetřování ženami, nejlépe

pravidelně jednou měsíčně ve stejný den. Čím dříve je nádor diagnostikován, tím jsou lepší vyhlídky na jeho léčbu.

Terciární prevencí je míněno sledování pacientek po prodělané léčbě karcinomu prsu ve snaze co nejdříve odhalit případný relaps onemocnění (Coufal, Fait, 2011).

2.3.3 Klinické příznaky

Přestože úroveň mamografického screeningu má velký podíl na časně diagnostice karcinomu prsu bez jakýchkoliv klinických příznaků, důležitou roli v odhalení rané fáze nádoru mají samotné ženy při pravidelném samovyšetřování pohledem a pohmatem. Mezi příznaky odhalitelné touto metodou patří zejména hmatný nádor, bolest, zvýraznění kožních žil, sekrece z bradavky, vyklenutí či změna tvaru a velikosti prsu (asymetrie), změna barvy kůže, vtažení kůže, vtažení bradavky, kozin edém, tuhé kožní léze, zvětšené axilární mízní uzliny, nebo zvrhodovatění, zápach a krvácení (Coufal, Fait, 2011).

2.3.4 Diagnostika

V první řadě je důležitá důkladná anamnéza, zejména rodinná, která může odhalit riziko dědičného onemocnění, kdy přichází v úvahu navazující vyšetření klinickým genetikem. Lékař také provede vyšetření pohledem a pohmatem. Negativní klinické vyšetření však nevylučuje přítomnost nádoru – tzv. falešná negativita.

Další možností jsou zobrazovací přístrojové metody. Zpravidla se provádí ultrasonografie (u žen do 40 let věku) a mammografie (u žen nad 40 let věku). V případě sekrece z bradavky lze provést mammografickou duktografii. Další diagnostickou zobrazovací metodou je ultrasonografie, zejména jako doplňující vyšetření k mammografii. Nejvyšší senzitivitu ze všech zobrazovacích metod vykazuje magnetická resonance (nativní nebo kontrastní), nenahrazuje však mammografii ani ultrasonografii a je vhodná jen jako doplňující vyšetření. Nevýhodou této metody je, že nezobrazuje axilární uzliny. Z dalších zobrazovacích metod se používají ještě RTG duktografie a CT počítačová tomografie.

Pro histologickou diagnostiku používáme takzvané cílené punkční biopsie, buď aspirací tenkou jehlou, tkáňovou punkční biopsii nebo vakuovou biopsii (mammotomii).

V rámci primární diagnostiky lze provádět také vyšetření sérové hladiny nádorových markerů CEA a CA15-3, k jejich elevaci však dochází jen u diseminovaných onemocnění a jen u některých pacientek. Toto vyšetření proto bývá jen málo přínosné a používá se spíše u sledování průběhu onemocnění během paliativní léčby (Coufal, Fait, 2011).

2.3.5 Neadjuvantní a adjuvantní terapie

Při léčbě karcinomu prsu se používají metody lokálně - regionální: chirurgie a radioterapie, a metody celkové (systémové): chemoterapie, hormonální léčba a biologická léčba. Léčebná strategie závisí na stádiu onemocnění, takzvaný předléčebný staging. U lokalizovaného onemocnění nastupuje léčba kurativní, s cílem vyléčit, a nejčastějším postupem je chirurgické řešení. U metastatického onemocnění nastupuje léčba paliativní, s cílem zastavit nebo alespoň omezit růst nádoru a prodloužit přežití spolu se snahou o zachování co největší kvality života. Obecně je metastatické onemocnění považováno za nevyléčitelné.

Rozeberme si nejdříve terapeutické metody celkové – systémové. Neadjuvantní léčba je léčba předcházející chirurgické léčbě, v případě karcinomu prsu se nejčastěji jedná o chemoterapii, případně o biologickou léčbu (vždy však spojenou s chemoterapií), a v ojedinělých případech o radioterapii nebo o hormonální léčbu. Od neadjuvantní léčby si slibujeme zmenšení primárního nádoru nebo uzlinových metastáz, další výhodou je pak sledování úspěšnosti léčby in vivo, v případě, že je nádor měřitelný. Z pohledu chirurga je pak výhodná možnost zmenšení nádoru před plánovanou operací, a případně operační výkon menšího rozsahu, například pouze částečná mastektomie místo mastektomie úplné, s čímž se pojí výhoda případného menšího rekonstrukčního výkonu po mastektomii. K vlastním chirurgickým výkonům dochází zpravidla za dva až šest týdnů po ukončení neadjuvantní terapie, v případě hormonální léčby je vhodné vysadit podávání tamoxifenu dva až tři týdny před operací kvůli riziku trombózy a embolie. Hodnocení neadjuvantní chemoterapeutické léčby probíhá po šesti až devíti týdnech, v případě neadjuvantní hormonální léčby po dvou až třech měsících.

Adjuvantní léčba po chirurgickém výkonu má za cíl snížit riziko návratu onemocnění a provádí se téměř u všech pacientek s invazivním karcinomem. Nejčastěji se jedná opět o chemoterapii, případně o radioterapii nebo hormonální léčbu. Adjuvantní chemoterapie zahrnuje zpravidla čtyři až šest cyklů intravenózního podávání cytostatik v třítydenních intervalech a celkově trvá čtyři až šest měsíců. Kontraindikací chemoterapie je pak věk nad 75 let a celkově špatný zdravotní stav pacientky. Adjuvantní radioterapie se provádí prakticky u všech pacientek s invazivním karcinomem prsu po parciální mastektomii a trvá pět až sedm týdnů. U pacientek po totální mastektomii závisí indikace k radioterapii na prognostických faktorech a zejména na stavu lymfatických uzlin. Adjuvantní hormonální léčba bývá indikovaná u nádoru s pozitivními steroidními receptory a standardně se podává preparát tamoxifen po dobu pěti až deseti let. Zpravidla se nasazuje až po ukončení adjuvantní chemoterapie, takzvané sekvenční podání. Uvádí se, že pět let adjuvantní léčby tamoxifenem snižuje riziko rekurence nádoru o 41 % a riziko mortality o 34 % v mediánu sledování patnácti let. Tamoxifen tlumí růst hormonálně dependentních buněk karcinomu prsu a snižuje incidenci karcinomu prsu u rizikových skupin žen. Podobné vlastnosti a indikace má preparát Raloxifen (Martínková a kol, 2007).

Biologická léčba, která může být jak neadjuvantní, tak i adjuvantní, se provádí u pacientek indikovaných k chemoterapii a standardně se podává trastuzumab. Jedná se o jednu z mnoha monoklonálních protilátek, které máme k dispozici pro terapii maligních neoplazií. Tyto protilátky jsou namířeny proti určitému povrchovému proteinu, který exprimuje - vytlačuje nádorová buňka v obzvlášť velkém množství. (Lullman a kol, 2007).

2.3.6 Chirurgická léčba karcinomu prsu

Chirurgická léčba lokalizovaného karcinomu prsu se obecně skládá ze dvou částí, z operačního výkonu na prsu a operačního výkonu na regionálních mízních uzlinách. Má tři základní cíle: cíl kurativní, odstranění nádorového ložiska, cíl diagnostický, k získání vzorku pro histopatologické vyšetření, a cíl estetický, dosažení příznivého kosmetického efektu, případně stavu, který bude výhodný pro pozdější chirurgickou korekci prsu – plastickou operaci. Rozsah operace může být z principu buď PME, parciální, částečná mastektomie, nebo TME, totální mastektomie, úplné odstranění prsu a je určeno velikostí a umístěním nádoru, případně metastází, stavem okolního mammárního parenchymu, potencionálním rizikem rekurence nádoru v budoucnu a preferencemi pacientky.

Operace na regionálních mízních uzlinách mají dva základní cíle. Prvním je cíl stagingový, kdy se uzliny odstraňují pro histopatologické vyšetření, druhým cílem je cíl kurativní, kdy odstraněním nádorem postižené uzliny zbavuje pacientku nádoru a snižuje četnost rekurence. Kurativní význam operace ale není vždy jednoznačně prokazatelný a bývá zpochybňován. Hlavními typy operačních výkonů na regionálních uzlinách jsou biopsie sentinelové uzliny (SNB) – odstranění spadové uzliny, disekce axily – kompletní odstranění axilárních mízních uzlin, a u nás příliš nepoužívaný axilární sampling – necílené odstranění minimálně čtyř uzlin z dolní etáže axily.

Parciální mastektomie je operace, kterou dnes lze řešit většinu nádorových onemocnění prsu. Musí být ovšem splněna tato kritéria - v prsu se vyskytuje jen jeden nádor, případně více nádorů blízko vedle sebe, nejsou zjištěny metastázy, podání postoperační adjuvantní radioterapie není kontraindikováno a pacientka se zachovným výkonem souhlasí. Poslední podmínka je zajímavá z hlediska preference dle věku. Některé mladší ženy preferují totální mastektomii a některé starší ženy naopak vyžadují mastektomii pouze částečnou, jakkoliv se to může zdát nelogické. Souvisí to patrně s větší šancí úplného uzdravení nádorového onemocnění u mladších žen, u kterých je prioritou zůstat zdravá pro výchovu svých dětí před estetickým hlediskem. Parciální mastektomie se někdy provádějí i po již proběhlé rekonstrukční operaci prsu, pokud se objeví nádor znovu, platí zde však stejná pravidla a není důvod pro vynětí implantátu, je-li přítomen, pokud si to sama pacientka nepřeje.

Principem totální mastektomie je odstranění celé prsní žlázy s okolním tukem a většinou i s přilehlými fasciemi. Z důvodu anatomických poměrů však není možné odstranit celý objem žláзовého parenchymu, reálně je pouze asi 90-99 %. Indikace k tomuto typu operace je nemožnost odstranění nádorů pouhou parciální mastektomií, kontraindikace adjuvantní radioterapie, a někdy také přání pacientky. V praxi se většinou jedná o multicentrický nádor, nepoměr mezi velikostí nádorů a velikostí prsu – relativně malý prs s objemným nádorem, lokální recidiva nádorů po dříve prodělané parciální mastektomii a podobně. Rozlišujeme několik typů operace: klasická mastektomie – jde o základní postup u žen, které neplánují pozdější rekonstrukční operaci prsu, kůži šetřící mastektomie (skin sparing mastectomy, SSME) – odstranění pouze areolomamilárního komplexu, při plánované pozdější rekonstrukční operaci, subkutánní mastektomie (nipple sparing mastectomy, NSME) – zachování celého kožního krytu i s areolomamilárním komplexem, areolu šetřící mastektomie (areola sparing mastectomy, ASME) - - odstraňujeme pouze mamilu, dvore a zbytek kůže zůstává zachován, zatím nepříliš rozšířený typ operace, a mastektomie nezařaditelné nebo netradiční. Volba typu operace se vždy řídí rozsahem nádoru a perspektivě rekonstrukce prsu. Někdy je vhodné, nebo při oboustranném nádoru dokonce nutné přistoupit k oboustranné mastektomii. Důvodem mohou být obavy z kontralaterální rekurence nádoru. Výhodou oboustranné mastektomie je vedle profylaktického onkologického efektu také snazší docílení symetrie při pozdějším rekonstrukčním výkonu, a skutečnost, že lalok z břicha při autologní rekonstrukci prsu lze za života ženy odebrat jen jednou, tudíž by při pozdější druhostranné rekonstrukci prsu bylo nutno použít jiného typu operace s horší prognózou dosažení symetrie obou prsu (Coufal, Fait, 2011).

2.4 Rekonstrukční výkony po mastektomii

2.4.1 Korekce ztráty prsu

Ztráta prsu je pro většinu žen traumatizující jak fyzicky, tak psychicky. Estetický výsledek je zřejmý a žena si může připadat neúplná a pro svého partnera neatraktivní, což někdy vede k nesouladu v partnerském a sexuálním životě. Tělesné problémy vyplývají z hmotnostní asymetrie a prezentují se zpravidla bolestmi zad. Některé ženy, které žijí samy a nežijí společenským životem, korekci po ztrátě prsu nemusí vyžadovat, pro ty ostatní ale existuje několik možností, jak svůj nový fyzický nedostatek před okolím nenápadně skrýt. Nejjednodušším způsobem korekce je takzvaná epitéza, odnímatelná vycpávka. Existuje mnoho typu a velikostí, jsou volně prodejné a zdravotní pojišťovny přispívají na jejich pořízení. Rozeznáváme dva hlavní typy, lehké pooperační epitézy, zpravidla se jedná o měkkou molitanovou vložku, která se vkládá do běžné podprsenky. Je vhodná v prvním období po operaci do tří měsíců po výkonu, protože je měkká a šetří

kůži na hrudníku. Druhým typem je silikonová protéza. Je to elastická napodobenina prsu, většinou doplněná bavlněnou snímatelnou kapsou a speciální podprsenkou (Coufal, Fait, 2011).

2.4.2 Rekonstrukční operace prsu

Tyto operace mají za cíl zmírnění nežádoucích bio - psycho - sociálních následků mastektomie, jedná se o operace estetické a slouží ke zlepšení kvality života, jak naznačuje řada studií. Rekonstruovaný prs má pouze funkci estetickou a nemůže již plnit svou fyziologickou funkci. Senzitivita bývá snížena nebo žádná a kvalita kůže a konzistence prsu bývá rozdílná. Reálně dosažitelným cílem tak je pouze relativní symetrie hrudníku. Z časového hlediska rozeznáváme rekonstrukci okamžitou a rekonstrukci odloženou. Obě rekonstrukce mají své výhody a nevýhody a je na zvážení multidisciplinárního lékařského týmu a samotné pacientky, kterou z těchto modalit zvolit. Okamžitá rekonstrukce prsu bývá běžná při profylaktické mastektomii. Není však možné je provádět na kterémkoliv pracovišti, protože se jedná o náročný zákrok. Výhodou je potenciálně lepší kosmetický efekt bez období tělesné mutilace a snížení počtu operací. Nevýhodou je naopak krátký čas na rozmyšlenou jak pro pacientku samotnou před operaci, tak pro operační tým před a během operace. V případě pooperačních komplikací je pak nutné oddálení adjuvantní terapie s možným zdravotním rizikem pro pacientku. Při odložené rekonstrukci prsu má pacientka po mastektomii čas na rozmyšlenou a mívá také realističtější představy o výsledku, stejně tak jako lékařský tým může v klidu zvolit operační metodu, přizpůsobit jí onkologickým postupům a organizačně zajistit všechny náležitosti. Nevýhodou pro pacientku je pak období šesti až dvanácti měsíců mutilace bez prsu mezi jednotlivými operačními výkony, nutnost většího počtu operací a hospitalizací, a pro plastického chirurga to v neposlední řadě znamená horší operační terén s jizvou po mastektomii a o něco horší estetické výsledky rekonstrukční operace (Coufal, Fait, 2011).

Co se týče porovnání rekurence po kůži šetřících mastektomiích s okamžitou rekonstrukcí prsu metodou TRAM laloku, v zahraničí proběhlo několik studií. Výsledky naznačují, že lokoregionální rekurence (LRR-locoregional recurrence rate) u kůži šetřících okamžitých a odložených mastektomií jsou podobné, bez výraznějších rozdílů. Americká studie z roku 2010, publikovaná v časopise *Annals of Surgical Oncology*, které se zúčastnilo 58,3 % bílých žen a 37,4 % afroamerických žen, uvádí LRR 4,6 % (Locoregional Recurrence after Mastectomy with immediate TRAM Flap Reconstruction, Patterson a kol, 2010).

Podobné studie taiwanských lékařů, uveřejněná v časopise *World Journal of Surgical Oncology* v roce 2013, uvádí o trochu vyšší LRR 5,2 % regionálních a 1,2 % lokálních rekurencí. Autoři zde dále uvádějí výsledky dalších studií zaměřených na stejný problém, s LRR od 0,2 % do 7,0 %. Ve vyhodnocení studie pak uvádějí, že okamžitá rekonstrukce prsu po kůži šetřící mastektomii je onkologicky bezpečná metoda s akceptovatelným LRR dokonce i u pokročilých nádorových onemocněních (Recurrence after skin-sparing

mastectomy, and immediate TRAM flap reconstruction for invasive breast cancer, Tsung -Jung Liang a kol, 2013).

2.4.3 Techniky rekonstrukčních operací

Metody operací prsu se dělí dle použitého materiálu na autologní rekonstrukce pomocí vlastní tkáně, aloplastické rekonstrukce pomocí umělých implantátů a rekonstrukce za použití kombinací obou materiálů. Pro mladé ženy s dostatečným tukovým polštářem v podbřišku jsou vhodnější autologní a pro štíhlé ženy zase aloplastické prsní rekonstrukce. Podle Michiganské studie jsou výsledky obou rekonstrukcí v krátkodobém časovém horizontu srovnatelné. Z dlouhodobého hlediska jsou ale rekonstrukce prsu vlastní tkání stabilnější a výsledky bývají lepší. U umělých prsních implantátů je třeba počítat s tím, že asi po deseti až patnácti letech bude nutná výměna implantátů a neustále bude hrozit také vznik kapsulární kontraktury nebo dokonce prasknutí implantátů. Kompletní rekonstrukce prsu je obvykle vícedobý proces. Po prvotním vytvoření objemu prsu navazuje rekonstrukce areolomamilárního komplexu a někdy také další korekční zákroky jako liposukce, lipolifting, korekce jizev a tvaru prsu, mastopexie a podobně (Coufal, Fait, 2011).

2.4.4 Aloplastické rekonstrukce prsu

V bakalářské práci se věnuji autologní rekonstrukci, a tak pouze stručně k aloplastickým výkonům. K náhradě prsu umělým materiálem se používají implantáty plněné silikonovým gelem nebo fyziologickým roztokem. Obecně jde o operace méně zatěžující pacientky, implantáty jsou k dispozici v široké škále velikostí a tvarů, jejich nevýhodou je ale méně přirozený vzhled, nutnost každých několik let implantáty měnit, a také vytváření vazivových pouzder kolem implantátu, které mohou po několika letech tvořit deformity a ztvrdnutí prsu. Implantáty je nutné ukládat na hrudník do svalové kapsy, a proto musí vložení implantátů předcházet rozepjetí svalové kapsy pomocí tkáňového expandéru.

2.4.5 Autologní rekonstrukce prsu

Jedná se o poměrně velmi náročné výkony a úspěšně je mohou provádět jen velmi dobře erudovaní operatéři a sehrané operační týmy, protože je zde velké riziko komplikací. V podstatě se jedná o odebrání kožního laloku, nejčastěji v podbřišku, a jeho přenesení na hrudník. Historicky nejstarší metodou je takzvaná rekonstrukce prsu TRAM (transverse rectus abdominis musculocutaneous) lalokem na stopce a používá se nejčastěji na pracovištích, která nedisponují mikrochirurgickou technikou. Na podbřišku pacientky se vypreparuje příčně uložený muskulokutanní lalok na přímém břišním svalu, jehož hlavní

objem tvoří kůže a podkoží. Cévní stopkou, která tento lalok vyživuje, je vasa epigastrica superior. Celý lalok se otočí a protáhne podkožním tunelem na hrudník, kde je namodelován do tvaru prsu. Po zhojení operační rány je nutná další operace k vytvoření areolomamillárního komplexu. Nevýhodou této metody je ne vždy dostatečné cévní zásobení laloku při nedostatečně silných spojkách mezi oběma cévními systémy a také značné oslabení břišní stěny způsobené vynětím částí přímého břišního svalu s rizikem vzniku kýly.

Další metodou je takzvaný volný TRAM lalok. Vlastní lalok se zajišťují kvalitnější zásobení krví. Po preparaci na podbřišku a se celý lalok přenese na hrudník a poté je nutno použití mikrochirurgické techniky k našití cévní stopky na příjmové cévy. Další postup je pak totožný s technikou TRAM laloku na stopce.

Další technikou, která se stává zlatým standardem autologních prsních rekonstrukcí, je technika DIEP (deep inferior epigastric perforators) laloku. Od volného TRAM laloku se liší tím, že se při odběru laloku ze svalu kompletně vypreparují perforátory zásobující dolní epigastrické cévy, a tak je možné celý sval ponechat a snížit tak v budoucnu riziku vzniku kýly.

Poslední používanou autologní technikou je LD (latissimus dorsi) lalok. Zde se odebírá kožní lalok ze širokého zádového svalu ze subkapsulární oblasti. Výhodou je kvalitní cévní zásobení laloku a možnost pro rekonstrukci stejnostranného prsu použít stopku místo náročnější mikrochirurgické techniky volného laloku. Jeho nevýhodou je ale malý objem laloku vhodný pouze pro kombinované metody rekonstrukce prsu, nebo pro doplnění objemu prsu nebo krytí defektu po rozsáhlých mastektomiích. Další nevýhodou je odlišná struktura kůže zad, kdy může vzniknout negativní dojem záplatování (patchwork).

Mezi časné pooperační komplikace patří akutní arteriální ischemie nebo naopak žilní kongesce laloku, tukové nekrózy, nekróza laloku, serom, hematom, infekce, prodloužené hojení prsu nebo podbřišku a pooperační anemie. Mezi dlouhodobé komplikace patří následky výše uvedených časných komplikací, keloidní nebo hypertrofické hojení jizev a morbidita odběrového místa v podobě dlouhodobých bolestí, oslabení břišní stěny nebo břišní kýly.

Kombinované rekonstrukční metody znamenají použití implantátu překrytého lalokem. Většinou ale tato technika nebývá metodou první volby, protože v sobě skrývá rizika komplikací obou jmenovaných metod. Nejčastěji se používá Holstromův laterální torakodorzální lalok pro náhradu malých prsů, případně implantát plus LD lalok (Coufal, Fait, 2011).

2.4.6 Rekonstrukce areolomamilárního komplexu

Mimo subkutánní mastektomii, při níž zůstává původní areolomamilární komplex zachován, je dalším nutným krokem k esteticky přijatelné náhradě prsu vytvoření prsního dvorce. Dochází k němu zpravidla tři měsíce po iniciálním vytvoření prsní náhrady, kdy se její tvar ustálí. K dispozici je několik různých technik. Nejčastější metoda je rekonstrukce dvorce pomocí místního kožního lalůčku, volným přenosem silněji pigmentované kůže z oblasti genitofemorální rýhy nebo imitace tetováním (Coufal, Fait, 2011).

2.4.7 Komplikace v mammární chirurgii

Jak již bylo uvedeno u jednotlivých operačních technik, jako v každém jiném chirurgickém oboru i v rekonstrukční chirurgii dochází ke vzniku pooperačních komplikací. Jejich výskyt vychází z následujících skutečností - prsní žláza je prostoupena mlékovody, které bývají kolonizovány bakteriemi. Operace zanechávají rozsáhlé resekční plochy a často také mrtvý prostor. V oblasti prsu nejsou žádné pevné, které by umožňovaly hemostatickou kompresi. V případech, kdy u pacientek proběhla radiační léčba, mají tkáň sníženou elasticitu a bývají hůře prokrvené. Axila obsahuje důležité nervy a cévy, a přes axilární uzliny protéká velký proud lymfy z horní končetiny a hrudní stěny, prsní a axilární lymfatické cévy jsou velmi četné a většinu z nich nelze během operace identifikovat a ošetřit.

Mezi pooperační komplikace patří serom, raná infekce a hematom, pooperační krvácení, ischemická nekróza a nekróza tukové tkáně. Další pooperační komplikací s až padesáti procentní četností je aseptická lymfangoitida. Nejobávanější dlouhodobou pooperační komplikací po výkonu v axile je lymfedém. Je to otok způsobený zmenšenou transportní lymfatickou kapacitou, výrazně snižuje kvalitu života a pacientky může nezřídka invalidizovat. Mezi další neméně závažné pooperační komplikace patří poruchy senzitivity, bolest, omezení hybnosti nebo dokonce poruchy motoriky (Coufal, Fait, 2011).

2.5 Pooperační léčba a rehabilitace

2.5.1 Domácí péče po propuštění z nemocnice

Pacientky po rekonstrukční operaci prsu musí dodržovat určitý soubor zásad k předcházení možných dlouhodobých komplikací. V první řadě je třeba šetřit paži na operované straně a neaplikovat do ní injekce ani na ní neměřit tlak. Pacientka na to musí myslet při každé návštěvě u lékaře. Dále se musí vyvarovat i těch nejmenších poranění, nadměrného chladu nebo horka, nepřetěžovat horní končetinu na operované straně ani na ní nenosit hodinky, náramky nebo prstýnky. Měla by nosit volné oblečení, které neškrtí, což platí zvýšenou měrou pro podprsenky, které by neměly být příliš těsné, a ramínka by se neměla zařezávat. Pacientka by měla dodržovat správnou životosprávu a vyhýbat se nadměrnému příjmu soli. Na dovolené by se měla vyvarovat pobytu v oblastech se zvýšeným výskytem bodavého hmyzu a nevystavovat se přímému slunci. Měla by se snažit spát pouze na opačné straně a paži udržovat ve zvýšené poloze. Je nutné se také vyvarovat kousnutí nebo škrábnutí domácími zvířaty (Coufal, Fait, 2011).

2.6 Ošetřovatelská část

2.6.1 Edukace

Edukaci provádíme vždy při přijetí pacientek k hospitalizaci a opakuje se vždy při změně zdravotního stavu pacientek. Edukaci dělíme na edukaci při příjmu pacientek, edukaci v průběhu hospitalizace a edukaci při propuštění do domácí péče. Edukujeme ústní, písemnou formou a praktickým nácvikem. Výsledek edukace se ověří po skončení edukace a vše pečlivě zaznamená do edukačního listu. Pečlivé vedení edukačního záznamu podporuje kontinuitu péče o pacientky.

Edukací rozumíme výchovu, která je nedílnou součástí ošetřovatelského procesu. Vzdělávání jedince nebo členů jeho rodiny, kteří se podílejí na ošetřovatelské péči, či skupiny s charakteristickými rysy vede k samostatnější péči o své vlastní onemocnění, chceme, aby pacientky získaly nové informace, pochopily je a uměly je použít. Je prokázáno, že když jsou pacientky obeznámeny se svým zdravotním stavem a léčebným režimem na úrovni, kterou dokáží pochopit, je léčba mnohem efektivnější. Zpravidla se zkrátí doba hospitalizace a rekonvalescence a u některých diagnóz může být dosaženo lepšího výsledku (Svěráková, 2012).

„Edukace ve zdravotnickém zařízení umožňuje zlepšení komunikace mezi pacientem a ošetřujícím personálem a patří do komplexní ošetřovatelské péče. Konkrétní vzdělávání pacientek se odvíjí od kompetencí edukujícího, kterým může být lékař, všeobecná sestra, nutriční terapeut, fyzioterapeut nebo příslušník ostatních zdravotnických profesí“ (<http://www.florence.cz/odborne-clanky/archiv-akcent-vzp/2012/9/edukace-je-soucast-zdravotni-pece/>).

2.6.2 Předoperační příprava a vyšetření

Celá předoperační příprava začíná indikací pacienta k operačnímu výkonu a končí jeho předáním na operační sál. Obecná charakteristika u pacienta podstupující chirurgický výkon obsahuje indikaci k operačnímu výkonu, zhodnocení celkového stavu a operačního rizika a stanovení případné předoperační přípravy. Z časového hlediska dělíme předoperační přípravu na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Výsledkem předoperačního vyšetření je posouzení indikace k operačnímu výkonu, kondice pacienta a funkčních rezerv před operací v plánovaném rozsahu, a také zhodnocení celkového rizika operace. Lze také zvážit možnost odložení operace z objektivních důvodů při současném posouzení všech přínosů i rizik odkladu operace s navržením konkrétních opatření a s upozorněním na případně hrozící komplikace. Předoperační vyšetření má vycházet z důkladného zhodnocení anamnézy a klinického stavu včetně vyhodnocení výsledků laboratorních vyšetření, které není starší dvou týdnů. Zahrnuje důkladnou edukaci před operací se snahou o co nejsrozumitelnější vysvětlení podstaty předoperační péče a pooperační péče, psychickou, fyzickou a farmakologickou přípravu (Ferko, Šubrt, Dědek, 2015).

2.6.3 Dlouhodobá předoperační příprava

Dlouhodobá předoperační příprava zahrnuje péči o pacientku od doby, kdy byla indikována k rekonstrukčnímu výkonu. Doporučení uděluje onkologický lékař, mammologický lékař, interní lékař a plastický chirurg, který je rozhodujícím článkem o zvoleném druhu rekonstrukční operace odstraněného prsu. Pacientku řádně poučí o výhodách rekonstrukce autologní tkání, o možných rizicích a všeobecně ji také poučí o průběhu hospitalizace, jak dlouhá bude doba hospitalizace na standardním lůžkovém oddělení plastické chirurgie, doba trvání pobytu na jednotce intenzivní péče, poučí ji o nutnosti aktivní spolupráce při rehabilitaci a dechovém cvičení. Předá pacientce vyhotovenou ambulantní zprávu, kde je uveden seznam předoperačních vyšetření, které jsou nutné provést a poučí pacientku, aby si výsledky předoperačních vyšetření donesla s sebou v den nástupu k hospitalizaci. Pacientky si ho zajišťují sami ve spolupráci s obvodním lékařem. Zdravotní sestra v dlouhodobé předoperační přípravě nemá speciální uplatnění. Společně s lékařem najdou pro pacientku vyhovující termín operace a předá pacientce tiskopis, který jí poslouží jako informační zdroj. Jsou v něm uvedeny konkrétní rady, jako například kdy a kam se má pacientka dostavit, co s sebou k příjmu potřebuje, a další důležitá doporučení Kliniky plastické chirurgie.

Jako primární požadavek před operačním výkonem musí předcházet laboratorní vyšetření krve, kdy se vyšetřuje krevní obraz, koagulace, elektrolyty, jaterní testy, celková bílkovina, albumin, CRP, urea, kreatinin, moč + sediment, a u pacientek po mastektomii i vyšetření sérové hladiny nádorových markerů CEA a CA15-3, rentgenové vyšetření hrudníku, elektrokardiografické vyšetření, sonografické vyšetření hrudníku, onkologického a interního vyšetření a závěr obvodního lékaře. Výsledky těchto vyšetření by neměly být starší než dva týdny (Schumpelic, 2013).

2.6.4 Krátkodobá předoperační příprava

Předoperační příprava krátkodobá probíhá 24 hodin před operačním výkonem. Pacientka přichází na standardní oddělení, kam je odeslána z ambulance, a je lékařem přijata k hospitalizaci. Na oddělení jsou nejdříve změřeny fyziologické funkce. Pacientka je seznámena s prostory a chodem oddělení a jsou jí podány informace o úkonech, které se budou provádět v rámci předoperační přípravy. Sestra odebere příjmovou ošetřovatelskou anamnézu, vyplní hodnocení rizika pádu, riziko malnutrice, rizika vzniku dekubitů a test všedních činností. Pacientka je seznámena s dietním režimem před a po operaci. Před operačním výkonem pacientka lační od půlnoci a po operaci začíná jíst postupně dle individuální tolerance. Pacientka je poučena o hygienické péči den před výkonem a v den výkonu. V neposlední řadě je důležitá fyzická příprava, při níž se připravuje organismus na operační výkon. Mezi fyzickou předoperační přípravu před rekonstrukčním výkonem metodou volného TRAM laloku řadíme přípravu operačního pole, kdy den před výkonem důkladně oholíme podpaží postižené strany, liho-benzinem očistíme pupek a večer před výkonem se aplikuje glycerinový čípek pro vyprázdnění střev. Dále sem spadá rehabilitační příprava rehabilitačním pracovníkem, který pacientku ještě v předoperačním období seznamuje s tím, jaká možná omezení v pooperačním období nastanou, jak jim čelit a zvládat je. Rehabilitační pracovník přichází jeden den pře výkonem. Zaměřují se na vertikalizaci s nutností šetření operované strany (Slezáková, Čouplková, Filipčíková, Marciánová, 2010).

Farmakologická příprava spočívá v doporučení medikace anesteziologickým lékařem, který pacientku navštíví den před operačním výkonem a naordinováním premedikace na noc před operací a ráno v operační den. Vysvětlí podstatu celkové anestezie, ve které se rekonstrukční výkon prsu vede a s ní i spojená rizika. Nechá pacientce prostor na otázky a čas na prostudování anesteziologického souhlasu, který pacientka následně podepíše. Anesteziologický souhlas se spolu s ostatními informovanými souhlasy zakládá do chorobopisu (Málek a kolektiv, 2011).

2.6.5 Bezprostřední předoperační příprava

Provádí se asi dvě hodiny před operací. Sestra důkladně kontroluje dokumentaci pacientky a jejích náležitosti. Kontroluje operační pole, především důkladné oholení axily, stav chrupu, lačnění a vyprazdňování. Pacientka provádí večer a ráno před výkonem celkovou hygienickou péči. Po hygieně si pacienta oblékne jednorázovou operační košili, nasadí si elastické punčochy na dolní končetiny, které působí jako prevence tromboembolické nemoci. Doba podání premedikace se řídí dle doporučení anesteziologického lékaře. Před podáním premedikace sestra vyzve pacientku, ať si dojde na toaletu a po podání již nevstává z lůžka. Před odjezdem na operační sál sestra ještě jednou zkontroluje čistotu a oholení operačního pole, odložení zubních protéz a všech šperků (Kneschke, 2013).

Nedílnou součástí přípravy před operací je psychická příprava pacientky. Psychickou přípravou se snažíme o zmírnění obav pacientek podstupující operační výkon a jejich

získání ke spolupráci v tomto procesu. Důležitým aspektem v tomto směru je čas. Pacientky by měly mít také prostor na kladení otázek, protože nedostatek informací může působit jako významný stresor. Sestra se snaží získat důvěru pacientky, zodpovědět ji veškeré otázky v rámci své kompetence. Pokud se nevěnuje dostatečná pozornost monitorování a eliminaci obav a strachu pacientky, může to později nepříznivě ovlivnit průběh samotného operačního výkonu a následnou pooperační péči a mohou se rovněž vyskytnout psychické problémy různého druhu a intenzity (Gulášová, Gornerová, Cetlová, 2014).

2.6.6 Pooperační ošetrovatelská péče

Operační výkon je většinou prováděn v celkové anestezii. Pacientky, které podstoupí rekonstrukci prsu volným TRAM lalokem, jsou vzhledem k délce a náročnosti výkonu ukládány na jednotku intenzivní péče pro možné riziko selhání jednoho či více orgánů. Probíhá zde intenzivní a kontinuální monitorace fyziologických funkcí (TK, P, SpO₂, TT, DF) a sledování celkového příjmu a výdeje tekutin. Tak, jak se monitorují a vyhodnocují fyziologické funkce, je nepostradatelné i monitorování voperovaného laloku, ke kterému slouží níže znázorněná tabulka č. 1 Monitorace TRAM laloku uvedena na str. 30, a včasné reagování na případné změny, které mohou nastat. Pokud nenastanou žádné komplikace a stav pacientky to dovolí, bývá po dvou dnech intenzivního monitorování fyziologických funkcí, TRAM laloku a celkového stavu přeloženy na standardní oddělení. Intenzivní péče poskytuje pacientkám všestrannou a individuální péči, protože je poskytována v danou chvíli v co nejvyšší možné míře (Kapounová, 2008).

Po operaci sestra hodnotí u pacientky intenzitu bolesti dle vizuální analogové škály (VAS) značené od 0 - 10, přičemž 0 znamená žádná bolest a 10 značí nesnesitelnou bolest a snaží se o její minimalizaci podávanými analgetiky dle písemných ordinací lékaře (Vozdecká, Hadviždžáková, 2011).

V pravidelných intervalech se kontrolují operační rány a Redonovy drény. Sledujeme případné krvácení, okolí a charakter operačních ran. Operační rány převazuje lékař aseptickým způsobem za asistence sestry od prvního pooperačního dne. Redonovy drény je nutno označit a zaznamenat do dokumentace pacientky množství a charakter drénované tekutiny. Pacientky po rekonstrukčním výkonu TRAM lalokem mají i tři a více drénů. Odstraňují se postupně většinou okolo druhého a třetího pooperačního dne lékařem (Kneschke, 2013).

Sestra zajišťuje péči o periferní žilní katetry, zavedené na neoperované straně horní končetiny, které jsou sterilně kryty dle standardů nemocnice. Kontroluje projevy vzniku zánětu, jako jsou zarudnutí, otoky, bolestivost a zvýšená teplota v místě postižení. Převazuje žilní vstupy aseptickým způsobem. Interval převazů se volí dle zvoleného druhu

krytí. U sterilního čtverce fixovaného náplastí převazuje denně, za použití netkaného mulu jednou za dva dny a semipermeabilní fólii mění jednou za tři dny. Dle ordinací lékaře v dokumentaci pacientky sestra podává do periferních žilních katetrů infuzní terapii a aplikuje předepsanou intravenózní medikaci. Periferní žilní katetry jsou ponechány in situ po dobu podávání vazodilatačních infuzí dle ordinace lékaře. Po zrušení vasodilatační infuzní terapie se pacientka převede na nízkomolekulární heparin a periferní žilní katetry se šetrným způsobem odstraňují (Vytejšková, 2015).

Ošetřující personál se stará o permanentní močový katetr, zavedený pro co nejmenší traumatizaci pacientky již na operačním sále po uvedení do celkové anestezie. Na jednotce intenzivní péče se pak napojí na hodinový sběrný močový sáček a měří se hodinová diuréza, která se následně zaznamenává do příslušné dokumentace pacientky. Zdravotnický personál pomáhá s důkladnou hygienou zevního genitálu, kterou provádí při celkové hygieně pacientky. S hygienou se začíná od nultého operačního dne na lůžku a sestra asistuje dle potřeby a možností sebeobsluhy pacientky. Zdravotnický personál podporuje pacientku v co největší možné míře soběstačnosti. Dále se sleduje množství a charakter moče. Pacientkám po rekonstrukčním výkonu se permanentní močový katetr odstraňuje v den překlady na oddělení a kontroluje se, zda do osmi hodin po vytažení PMK pacientka začíná spontánně močit (Wichsová, 2013).

Dietní režim se řídí druhem operačního výkonu a způsobem anestezie. U výkonu po celkové anestezii se začíná s čajovou dietou na doporučení lékaře, podávanou po doušcích, nejdříve dvě hodiny po příjezdu na jednotku intenzivní péče. Vše se řídí stavem pacientky. Pokud netrpí nauzeou a nezvrací, první pooperační den podáváme dietu č. 1 a od druhého pooperačního dne dietu č. 2, která se ponechává po zbytek hospitalizace.

Rehabilitace je soubor všech opatření směřujících k co nejrychlejší resocializaci, čímž je míněn návrat do aktivního společenského života a do zaměstnání. Provádí ji erudovaný rehabilitační pracovník. Je důležitou součástí komplexní léčby pacientek po rekonstrukční operaci prsu. Před zahájením rehabilitační léčby je nutné klinické vyšetření rehabilitačním lékařem a stanovení krátko a dlouhodobého rehabilitačního plánu. Zahrnuje pohybovou terapii, manuální a přístrojovou lymfodrenáž, bandážování, a v některých případech je vhodná i hydroterapie, fyzikální léčba nebo balneoterapie. Součástí rehabilitace je samozřejmě také nezbytná edukace a dispenzarizace.

Rehabilitační péče by v optimálním případě měla začít již v předoperačním období a důležitá je samozřejmě také kvalitní edukace. Cíle léčebné tělesné výchovy jsou snaha o dosažení plně funkčního a nebolestivého ramenního kloubu a prevenci svalové dysbalance ramenního pletence, obnovení volné pohyblivosti hrudníku a správného dýchání, prevenci a terapii lymfedému, odstranění nebo alespoň zmírnění bolesti,

dosažení správného držení těla a dobré psychické pohody a návrat k maximální soběstačnosti a sociálním a odpočinkovým aktivitám (Coufal, Fait, 2011).

Pokud nedojde k žádným komplikacím, bývají pacientky po rekonstrukci TRAM lalokem překládané na standardní lůžkové oddělení kolem třetího pooperačního dne. Vše se řídí celkovým stavem pacientky. Nadále se monitorují fyziologické funkce a stav laloku v intervalu, který určí lékař.

2.6.7 Ošetřovatelský proces

Zdravotnický personál vykonává svou práci systematicky podle ošetřovatelského procesu. Definice pojmu ošetřovatelství dle Světové zdravotnické organizace zní - „*Systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodin a skupin, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu*“.

Ošetřovatelství se zaměřuje na udržování a podporu zdraví, navrácení zdraví, rozvoj a udržení soběstačnosti a zmírňování utrpení nemocného člověka. Významně se podílí také na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci. Sestra pomáhá pacientovi v tom, aby byl schopen samostatně uspokojovat své základní fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby.

Co se týče samotného ošetřovatelského procesu, do dnešních dní bylo vypracováno několik definic. Jejich společným jmenovatelem je systematický komplexní ošetřovatelský výkon s důrazem na individuální potřeby ošetřovaného, a rovněž řešení a předcházení jeho problémů. Představuje sérii plánovaných činností zaměřených na dosažení uspokojivého výsledků. Souvisí s akceptováním systémového vědeckého přístupu. Z praktického hlediska se jedná o systematickou a racionální metodu plánování a poskytování ošetřovatelské péče, jejímž cílem je změna zdravotního stavu pacienta (Tóthová, 2009).

Ošetřovatelský proces doplňuje postupy ostatních zdravotnických profesí soustředěním se na reakce jedince, tedy na to, jak pacient reagoval na lékařský problém, na léčebný plán a na změny, které nastaly v jeho každodenním životě. Holistická péče, která je pacientovi v rámci ošetřovatelského procesu poskytována, zaručuje, že plánované činnosti jsou zaměřeny na jedince jako na celek a nikoliv pouze na vlastní chorobu.

Cíle se nejlépe dosahuje systematickou činností, která zahrnuje:

- Přemýšlení o problému a dojít k tomu, co je potřeba udělat k jeho vyřešení
- Plánování činností
- Realizace plánu
- Zhodnocení výsledků (Tóthová, 2009).

Tabulka č. 1

Název tabulky: Monitorace TRAM laloku

Stav laloku	Kožní lalok
Norma	<p>barva: růžová – stejně jako odběrové místo laloku</p> <p>prosakování: není nebo minimální</p> <p>kapilární návrat: 1 -2 sec.</p> <p>konzistence: měkký elastický na pohmat, kůže mírně napjatá</p> <p>teplota: stejná jako okolí</p> <p>arteriální doppler: +</p> <p>vpich do laloku: lalok kapilárně krvácí, krev – jasně červená</p>
Ischémie	<p>barva: bledý až bílý i našedlý</p> <p>prosakování: není přítomno</p> <p>kapilární návrat: nepozorovatelný</p> <p>konzistence: prázdný pohmat, kůže ochablá, vrásčitá</p> <p>teplota: studený, chladnější než okolí</p> <p>arteriální doppler: 0</p> <p>vpich do laloku: neteče nic, nebo lze exprimovat serózně - krvavý sekret, nebo tmavě krvavý sekret</p>
Venostáza – časné stádium	<p>barva: růžová s modrofialovými skvrnami, okraje likvidní</p> <p>prosakování: může být průsak tmavé krve z okrajů laloku</p> <p>kapilární návrat: zrychlený</p> <p>konzistence: mírně tužší pohmat, kůže lehce napjatá</p> <p>teplota: lalok teplý</p> <p>arteriální doppler: +</p> <p>vpich do laloku: teče tmavá krev</p>
Venostáza – pokročilé stádium	<p>barva: tmavě - růžová až tmavě - modrá</p> <p>prosakování: může být průsak tmavé krve z okrajů laloku</p> <p>kapilární návrat: nelze vybavit nebo je volice rychlý</p> <p>konzistence: tuhý pohmat</p> <p>teplota: nižší než okolí, studený</p> <p>arteriální doppler: + nebo -</p> <p>vpich do laloku: teče tmavá krev, nebo neteče nic</p>
Stav laloku	Kožní lalok
Opatření	<ol style="list-style-type: none"> 1. při jakékoliv změně barvy, konzistence, teploty nebo krvácení laloku, ihned informovat lékaře 2. zrychlit infuzi s heparinem na dvojnásobek 3. uvolnit obvazy nad lalokem a cévní stopkou 4. další opatření dle ordinace lékaře

(pracovní postup Monitorace laloku, 2012)

3 Empirická část

3.1 Cíle kazuistického šetření

Cílem mé závěrečné bakalářské práce bude zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacientku po rekonstrukčním výkonu prsu TRAM lalokem od přijetí do zdravotnického zařízení až po propuštění do domácího ošetřování.

3.1.1 Výběr pacienta

Tuto konkrétní pacientku jsem si vybrala proto, že podstoupila operaci TRAM lalokem, o které jsem chtěla psát, a zároveň byla ochotná mi s příslibem anonymity poskytnout veškeré potřebné údaje. Jedná se o pacientku, která před dvěma lety prodělala mastektomii pravého prsu z důvodu nádorového onemocnění a na naší kliniku byla přijata k provedení rekonstrukční operace náhrady prsu volným TRAM lalokem. Udělila mi v přítomnosti svědka ústní souhlas a díky velkorysosti a laskavosti této pacientky, jsem zde mohla použít její fotografii dokumentující stav před a po operačním výkonu. Fotografie je na straně 74, obrázek č. 1. Pro zachování anonymity nepoužívám v bakalářské práci jméno pacientky ani její osobní data.

3.1.2 Metodika

Při zpracování této bakalářské práce byla jako metoda kvalitativního šetření využita ošetrovatelská kazuistika, neboli případová studie. Data a informace zveřejněné v této závěrečné bakalářské práci jsem získávala v období, kdy jsem u prezentované pacientky, která podstoupila rekonstrukci prsu volným TRAM lalokem, vykonávala ošetrovatelskou péči. Závěrečnou bakalářskou práci jsem zpracovávala prostudováním odborné literatury, standardů a pracovních postupů nemocnice, náhledem do zdravotní dokumentace, rozhovorem s pacientkou a se zdravotním personálem, který se podílel na péči od jejího přijetí do nemocnice až po propuštění.

3.1.3 Zveřejnění dat a informací

Po udělení ústního souhlasu pacientky a vedení Kliniky plastické chirurgie, kde jsem výzkum realizovala, jsem v dalším kroku, pro možnost zveřejnění a realizaci mé závěrečné kazuistické práce, vyplnila žádost o tvorbu případové studie, kterým nemocnice disponuje, kde jsem svým podpisem ztvrdila, že zachovám veškerou anonymitu jak nemocničního zařízení, tak i u pacientky u níž jsem zpracovávala závěrečnou práci. Na základě výše zmíněné žádosti mi byl udělen písemný souhlas se zpracováním mé bakalářské práce náměstkyní pro ošetrovatelkou péči v nemocnici, kde jsem případovou studii zpracovávala.

4 Případová studie

Předmětem studie je případ 56 leté pacientky, která byla přijatá na Kliniku plastické chirurgie k rekonstrukčnímu výkonu náhrady pravého prsu volným TRAM lalokem. Této plastické operaci předcházela totální mastektomie, provedena před dvěma lety rovněž na naší klinice plastické chirurgie. Z ošetřovatelského pohledu se jedná o náročný operační výkon potencionálně spojený s mnoha komplikacemi. Jedná se vlastně o dvě operační rány vytvořené během jedné operace, což je pro organismus pacientky velmi zatěžující. Princip této konkrétní operace byl již rozebrán v kapitole č. 2.4.4 Autologní rekonstrukce na str. 21. Pacientka byla s podrobnostmi a všemi aspekty operace seznámena ošetřujícím lékařem a podepsala informovaný souhlas. Po úspěšně provedené operaci bude ještě ve druhé fázi rekonstrukce prsu nutný další výkon k vytvoření areolomammilárního komplexu, který proběhne také s největší pravděpodobností rovněž na naší klinice plastické chirurgie. Pro zdravotní sestru se tedy jedná o péči o dvě operační rány. Jedna je v oblasti podbříšku, kde je nutné kontrolovat průsak a celistvost obvazu a funkčnost břišního pásu, který má pacientka nasazený bezprostředně po skončení operačního výkonu. Zároveň se staráme o průchodnost drénů a kontrolujeme odpad z drénů tekutiny. U rekonstruovaného prsu je pak nutné, aby část přenesené tkáně byla obnažena pro nutnost její kontroly v intervalech, které určí lékař. Hodnotí se barva, teplota, kapilární návrat a konzistence dle metodického pokynu Kliniky plastické chirurgie. Vše bude detailněji rozebráno v následujících kapitolách. V neposlední řadě je pro sestru velice důležité všimnout si psychického stavu pacientky, zaujmout k ní vstřícný a důvěryhodný postoj a snažit se o co nejúčinnější eliminaci strachu, který většina pacientů před jakýmkoli lékařským výkonem má. Důležité je vše řádně vysvětlit a nechat dostatek prostoru na kladení otázek, na které dle našich kompetencí musí sestra umět odpovědět.

4.1 Základní údaje o pacientovi

56 - letá pacientka M. K., byla přijata na oddělení Kliniky plastické chirurgie pro plánovaný operační výkon rekonstrukci pravého prsu metodou volného TRAM laloku. Jak jsem se zmiňovala v úvodu případové studie, pacientka je dva roky po pravostranné mastektomii, kterou prodělala taktéž na naší klinice v roce 2014.

O pacientku M. K. jsem se starala bezprostředně v pooperačním období a první pooperační den na jednotce intenzivní péče. Při vlastním operačním výkonu nenastaly žádné komplikace. Další ošetřovatelkou péči jsem vykonávala dva dny v průběhu osmého a devátého dne hospitalizace pokračující na standardním oddělení. Hospitalizaci snášela nad očekávání velice dobře a to jak po psychické, tak fyzické stránce. Celková délka hospitalizace trvala jedenáct dní a poté byla pacientka v celkově dobrém stavu propuštěna do domácí péče.

4.2 Anamnéza

4.2.1 Lékařská anamnéza

Lékařská anamnéza byla odebrána přijímajícím lékařem v den nástupu do nemocnice. Poté následovalo konziliární vyšetření a doporučení předoperační medikace anesteziologickým lékařem, který bude o pacientku pečovat v průběhu operačního výkonu.

Paní: M. K.

Věk: 56 let

RA: matka zemřela v 60 – ti na ca ledvin a žaludku, otec hypertenze

OA: hypercholesterolemie toho času bez terapie

Prodělané operace: st. p. segmentectomii a SLN vpravo v dubnu 2014, st. p. mastectomii vpravo v 5/2014 pro invazivní duktální karcinom in situ s klasifikací T1b, N0, M0, G2, G3 s adjuvantní chemoterapií 2014

Prodělané úrazy: st. p. fraktuře levého předloktí v dětství

AA: neudává

Abusus (kouření, alkohol, káva): nekuřák, alkohol příležitostně, káva 1 x denně

GA: 1 x porod spontánně, 1 x spontánní abort

SA: pracuje na úřadě jako úřednice, bydlí s manželem

FA: Tamoxifen 1 - 0 - 0 tbl per os

Nynější onemocnění: pacientka po mastektomii vpravo pro duktální karcinom in situ před dvěma lety a následné adjuvantní terapii Tamoxifenem přijatá k plánované rekonstrukci prsu volným TRAM lalokem. Vyjádření onkologa a praktického lékaře bylo kladné. S podstoupením rekonstrukčního výkonu metodou volného TRAM volného laloku souhlasí a podepisuje informované souhlasy, které prostudovala.

Pacientka je orientovaná, spolupracující, lucidní, při vědomí, chodící, afebrilní, anikterická, acyanotická, hydratace přiměřená.

Status localis:

Hrudník: stranová asymetrie po pravostranné ablaci prsu, jizva horizontální, axily bez hmatných rezistencí.

Břicho: v podbříšku dostatek tkání k rekonstrukci TRAM volným lalokem.

Fyziologické funkce při příjmu: TK: 135/75 mmHg, P: 78/min, TT: 36,4 °C, DF: 16 min

Antropometrické údaje: výška: 164 cm, váha: 63 kg, BMI (Body Mass Index): 23,5

Předoperační interní vyšetření:

pacientka před rekonstrukcí pravého prsu. V roce 2014 jí byla provedena ablace pravého prsu.

Alergie: neudává

Léky trvale: Tamoxifen 20 mg 1 - 0 - 0

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

Objektivně: Eupnoe, váha 63 kg, míra 164 cm, jazyk vlhký plazí střední čarou, náplň krčních žil přiměřená, na plicích dýchání sklípkovité, čisté, poklep plný, jasný. Srdeční akce pravidelná, P 72/min., ozvy ohraničené, bez šelestů. Břicho in niveau, měkké, pohmatné, bez rezistencí, bez známek peritoneálního dráždění, nebolestivé, hepar a lien nezvětšeny, přiměřená hydratace i výživa. Bez otoků a známek zánětu.

- Biochemické vyšetření krve: hodnoty v referenčních mezích
- Koagulační vyšetření krve: hodnoty v referenčních mezích
- Krevní obraz: hodnoty v referenčních mezích
- Sonografické vyšetření: bez patologického nálezu
- RTG S+P: bez patologického nálezu
- Fyziologické funkce: TK: 130/ 90, P: 72 min, TT: 36,6 °C
- Antropometrické údaje: výška: 164 cm, váha: 63 kg, BMI (Body Mass Index): 23,5
- EKG: sinusový rytmus PQ 0,16 QRS 0,08, QT 0,38, ST izoelektrická křivka bez ložiskových ischemických změn.

Závěr interního vyšetření: St. p. ablaci pravého prsu s následnou rekonstrukcí autologní tkáně. Pacientka je kardiopulmonálně kompenzovaná, schopna výkonu v celkové anestezii

Předoperační onkologické vyšetření:

st. p. segmentectomii a SLN vpravo v dubnu 2014, st. p. mastectomii vpravo v 5/2014 pro invazivní ductální karcinom in situ s klasifikací T1b, N0, M0, G2, G3 s adjuvantní chemoterapií 2014.

S veškerými výsledky všech vyšetření, které nenasvědčovaly žádným anomáliím, a se závěry konziliárních lékařů se seznámil praktický lékař, který vydal pacientce předoperační zprávu, kde nebylo námitek k provedení operačního výkonu (čerpáno ze zdravotnické dokumentace, 2016).

4.2.2 Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení rizik při příjmu

Příjmovou ošetřovatelskou anamnézu a hodnocení rizik odebrala zdravotní sestra, která se o pacientku v den nástupu do nemocnice starala a obsahovala následující:

- Identifikační údaje pacientky: pacientka M. K.
- Informovanost rodiny pacientky: rodina informována
- Stav vědomí a orientace: při vědomí, spolupracuje, orientovaná
- Dýchání: bez obtíží
- Navázání kontaktu: bez problémů
- Kvalita spánku: dobrá
- Psychický stav: klidná
- Úroveň soběstačnosti: soběstačná, 100 bodů dle hodnotící škály Barthelova testu všedních činností
- Dotaz na aktuální bolest: dle číselné VAS škály 0. Hodící stupnice je uvedena od 0 do 10 přičemž 0 znamená žádné bolesti a 10 značí bolest nesnesitelnou
- Významné hendikepy smyslové a tělesné: žádné nejsou
- Osobní pomůcky (naslouchátko, berle, hůl, brýle, čočky, zubní protéza horní, dolní, vozík): neužívá
- Stav výživy a hydratace: bez problémů
- Vyprazdňování moče a stolice: bez problémů. Poslední stolice v den příjmu ráno
- Stav kůže: klidná jizva po mastektomii levého prsu
- Riziko pádu: dle screeningového testu rizika pádu: 0 bodů - bez rizika pádu
- Riziko porušení kožní integrity: dle hodnotící škály vzniku dekubitů dle Nortonové: 34 bodů - bez rizika vzniku dekubitů
- Riziko malnutrice: dle hodnotící škály rizika malnutrice: 0 bodů - bez rizika
- Sociální podmínky: žije v rodinném domku s manželem
- Spirituální potřeby: bez vyznání
- Antropometrické údaje: výška: 164 cm, váha: 63 kg, BMI: 23,5
(čerpáno ze zdravotní dokumentace, 2016, viz příloha č. 1 uvedena na str. 75)

4.3 Průběh hospitalizace

Pacientka byla přijata po předchozí domluvě s ošetřujícím lékařem na standartní oddělení Kliniky plastické chirurgie v dopoledních hodinách.

Následující den byla převezena na operační sál k vlastnímu výkonu, který trval 4,5 hodin a nenastaly při něm žádné komplikace. Tento den, kdy pacientka podstoupila operační výkon, se značí nulový den operace. Po operačním výkonu byla pacientka předána ve

stabilizovaném stavu na Jednotku intenzivní péče, kde zůstala do druhého pooperačního dne, a pro celkově dobrý zdravotní stav se mohla v odpoledních hodinách přeložit zpět na standardní oddělení, kde setrvala do desátého pooperačního dne. Desátý pooperační den byla pacientka v dopoledních hodinách propuštěna do domácí péče. Hospitalizaci snášela nad očekávání velice dobře a to jak po psychické, tak i po fyzické stránce.

4.3.1 Dlouhodobá předoperační příprava pacientky

Dlouhodobá předoperační příprava spadá do období, kdy pacientka na doporučení onkologa přišla na ambulanci naší Kliniky plastické chirurgie ke konzultaci s lékařem a k posouzení alternativ řešení svého hendikepu. Lékař jí vysvětlil, jaké metody jsou v jejím případě možné, přičemž jednou z nich byla rekonstrukce levého prsu svou vlastní tkání z oblasti břicha. Pro dostatek tkáně v podbřišku, byla pacientka M. K. vhodnou adeptkou k tomuto druhu rekonstrukčního výkonu. Lékař důkladně seznámil pacientku s metodou TRAM laloku. Podal detailní informace o tom, co výkon obnáší, jaké jsou jeho výhody, nevýhody, možné komplikace, předpokládaná doba hospitalizace a pooperační průběh a pacientka se rozhodla, že chce operační výkon podstoupit.

Sestra jí předala písemné instrukce, kde byly uvedeny veškeré předoperační vyšetření, které musí v den nástupu do nemocnice donést k plánovanému chirurgickému výkonu a zároveň spolu s lékařem našli volný termín provedení operace.

4.3.2 Krátkodobá předoperační příprava pacientky

Krátkodobá předoperační příprava začala nástupem pacientky na standardní oddělení plastické chirurgie v odpoledních hodinách. Lékaři předala veškeré výsledky vyšetření, které byly nutné k sepsání příjmové anamnézy. Lékař sepsal příjem, označil pacientku identifikačním náramkem a odeslal ji v doprovodu sestry na lůžkovou část, kde si paní M. K. a její dokumentaci převzala sestra ze standardního oddělení. Zdravotní sestra ze standardního oddělení si převzala pacientku, kterou odvedla na pokoj, představila se jí celým svým jménem a seznámila jí s prostory oddělení, s právy a povinnostmi pacientů, s domácím řádem oddělení, se signalizačním zařízením a jeho použitím, s dietou, s pohybovým režimem, s předoperační přípravou, s pravidly vnesených potravin. Pacientka byla poučena o zákazu kouření, o prevenci tromboembolické nemoci, o vstávání z lůžka v den operačního výkonu pouze za asistence sestry, o úschově osobních a cenných věcí do uzamykatelné skříňky (čerpáno ze zdravotní dokumentace, 2016, viz příloha č. 8, uvedeno na straně 82).

Během doby, kdy si pacientka vybalovala své osobní věci, sestra zkompletovala ošetrovatelskou dokumentaci pro krátkodobou hospitalizaci. Je to na oddělení zvykem z toho důvodu, že po operačním zákroku jsou pacientky hospitalizovány na JIP a proto byla z lůžkového oddělení propuštěna. Vracela se zpět až druhý pooperační den a na ten se již zakládal dlouhodobý plán ošetrovatelské péče. Po zkompletování veškeré lékařské a sesterské dokumentace, byla pacienta pozvána na vyšetřovací místnost, kde jí byly dle ordinace lékaře změřeny fyziologické funkce (TK, P, TT) a proveden odběr krve na určení krevní skupiny a pro blokaci dvou jednotek erymasy do rezervy. Sestra pacientku řádně

edukovala v rozsahu své odborné způsobilosti a poskytla jí informační materiál, viz příloha č. 9, uvedeno na straně 82 - 83, který si mohla nechat po celou dobu hospitalizace. Edukace probíhala ústní formou a pacientka to, že vše pochopila, stvrdila svým podpisem do Edukačně – informativního záznamu při přijetí. Tento den se založila diagnóza Strach a úzkost z blížícího se operačního výkonu a pobytu v neznámém prostředí projevující se pocitem ohrožení, studem, zvýšenou ostražitostí, obranným postojem, napjatým výrazem v obličeji a nervozitou. Detailněji o ní pojednávám v kapitole 4.6 Ošetřovatelské diagnózy uvedené na straně 57 (informace jsem získala rozhovorem se sestrou, která pacientku přijala a nahlížením do zdravotní dokumentace, 2016).

V podvečer se za pacientkou dostavila sestra, která má na starost elastické prádlo a vybraly společně vhodnou velikost břišního pásu, o kterém pacientka již byla informována v předoperačním období lékařem. Slouží jako komprese operační rány a k rychlejšímu stažení kůže.

Po zbytek dne již nebylo u pacientky potřeba dalších výkonů. Ve večerních hodinách byla pacientce podaná lékařem ordinovaná medikace pro vyprázdnění střeva, na noc léky pro klidnější spánek a byla upozorněna, že od půlnoci nesmí jíst a pít. Nadále již byla ponechána v klidu, aby si dostatečně odpočinula na náročný následující den (informace získány z dokumentace, ze zápisu noční směny, 2016).

- Fyziologické funkce v den příjmu:
 - 14:00 hodin, TK: 124/76 mmHg, P: 78/min, TT: 36,4 °C
 - 20:00 hodin, TK: 126/68 mmHg, P: 72/min, TT: 36,6 °C

- Medikace:
 - 18:00 hodin, Suppositoria Glycerini 2 g per rectum, 0 - 0 - 1
 - 20:00 hodin, Clexane 0,4 ml s.c.
 - 22:00 hodin, Oxazepam 10 mg 1 tbl, 0 - 0 - 0 - 1

4.3.3 Bezprostřední předoperační příprava pacientky

Pacientka byla probuzena v 6:00 hodin ráno a byly jí opět změřeny fyziologické funkce TK, P a TT. Poté byla vyzvána, k tomu, aby se došla osprchovat a v rámci toalety dostala jednorázové holící strojky k oholení operovaných částí těla. Jednalo se o levé podpaží a komplet okolí genitálu. Po celkové tělesné očištění měla připravenou jednorázovou košilku a elastické punčochy, které si na sebe oblékla, dlouhé vlasy si sepnula gumičkou bez kovu, sestra zkontrolovala pečlivost oholení a pacientka vyčkávala v klidu na svém lůžku do příchodu operátéra. Po příchodu operátéra paní přešla do vyšetřovací místnosti, kde lékař provedl předoperační fotodokumentaci a vyznačil si na těle pacientky, kudy povede operační řezy. Sestra provedla důkladnou očištění pupku Liho-benzinem a pacientka se mohla vrátit na svůj pokoj. V 7:30 byla pacientce podána premedikace, viz kapitola č. 4.3.5 Farmakoterapie str. 39. Pacientka byla poučena, že po podání premedikace nesmí vstávat z lůžka. V 7:55 hodin byla pacientka převezena na operační sál po poslední kontrole sestrou, zda má pacientka odložené veškeré šperky, nemá nasazovací zubní

protézu a má uzamčenou svou skříňku, do které si uložila své cenné věci. Klíč od skříňky byl uložen do trezoru na sesterně a pacientce vrácen po návratu na oddělení.

- Fyziologické funkce nultý operační den v 6:00 hodin:
 - 06:00 hodin, TK: 132/72 mmHg, P: 75/min, TT: 36,4 °C

- Medikace:
 - 06:00 hodin: Tamoxifen 20 mg tbl per os 1-0-0 (zapít pouze douškem vody)
 - 07: 00 hodin: Dormicum 7,5 mg per os 1-0-0 (zapít pouze douškem vody)(čerpáno ze zdravotní dokumentace pacientky, 2016)

4.3.4 Průběh operačního výkonu

Operační výkon začal v ranních hodinách a byl vedený v celkové anestezii. Kromě hlavního operátora byli u operačního výkonu přítomni dva asistenti, instrumentární sestra a obíhající sestra. Anestezii vedl anesteziologický lékař s anesteziologickou sestrou.

Anesteziologická sestra si od sestry z lůžkové části plastické chirurgie pacientku přebrala společně s dokumentací. Předání proběhlo ústně a anesteziologická sestra si zkontrolovala pravost informací tím, že se pacientky zeptala na celé jméno a datum narození. Vizuálně kontrolovala i shodu s identifikačním náramkem, kterým byla pacientka označena. Dále si paní zavezla na předsálí, kde jí zavedla dva periferní žilní katetry (20 G) a byla s pacientkou do doby, než byla přeložena na operačním sále na operační stůl, kde nadále po ordinaci anesteziologického lékaře aplikovala léky k úvodu do anestezie, následně byla anesteziologem intubovaná a napojená na anesteziologický přístroj. Perioperační sestra spolu s obíhající sestrou se v další době staraly o správné napolohování pacientky a zavedly permanentní močový katetr č. 14 CH, který se při tomto druhu výkonu zavádí a nasadily sekvenciální elektrickou kompresi na DK, která slouží jako prevence tromboembolické nemoci pro riziko operačního výkonu a imobility.

Po přípravě operačního pole a zarouškování byla současně ve dvou týmech vypreparována kapsa pro lalok na hrudníku s vytnutím původní jizvy po mastectomii (ad histologické vyšetření), odstraněna mediální část 3. žebra a vypreparován interní mammární svazek, kde je v operačním protokolu zmíněno, že tepna byla dobrá, žíla tenká, a zároveň byl na břichu vypreparován volný TRAM lalok. Sval byl vzhledem k perforátorům odebrán téměř celý s následnou mobilizací břišní stěny. Po pečlivé hemostáze byl odpojen břišní lalok a provedena transpozice na hrudník, kde po sutuře arterie a veny E-E byl průtok krve rychle obnoven. Následně byla provedena redukce, modelace a rozprostření laloku a vložena Redonova drenáž pod lalok s následnou suturou rány. Na břichu byla provedena sutura fascie PDS loop 0, vložena 1 x Redon pod fascii (vyveden nejvíce vpravo), našita síťka ke zpevnění břišní stěny, stažena kůže a podkoží, vypreparován otvor pro pupek a pupek byl vyšit do nové pozice. Dále byl vložena 2 x drén 14 charr a dokončena sutura rány po vrstvách. Operační rány byly zatejpovány (na naší klinice se tak značí krytí operačních ran úzkým pruhem sterilního Mefixu, který se přikládá na operační rány v celé své délce. Mění se pouze pokud rána sákně krví a ponechává se na místě okolo deseti dní) a kryty sterilním krytím, přičemž u levého prsa bylo ponecháno volné okno pro kontrolu TRAM laloku. Na břicho byl nasazen břišní pás, který pacientka následně nosila po dobu šesti týdnů.

Po dokončení operace lékař zaznamenal do operačního protokolu, že lalok je velmi dobře prokrven, má růžovou barvu, zapsal souhlasný počet hlášených roušek a nástrojů a zhodnotil průběh výkonu i anestezie bez komplikací. Pacientka byla převezena na JIP (čerpáno ze zdravotní dokumentace pacientky, 2016).

4.3.5 Farmakoterapie

Medikaci s uvedením názvu, indikační skupiny, lékové formy, dávkování a použití, můžeme rozdělit podle období, kdy byly podávány. Chronická medikace před přijetím k hospitalizaci a medikaci v průběhu hospitalizace.

Chronická medikace před přijetím k hospitalizaci:

- Název léku: Tamoxifen
 - Indikační skupina: antiestrogen, cytostatikum
 - Léková forma: tablety 20 mg
 - Použití: k léčbě karcinomu prsu
 - kontraindikace: známá hypersenzitivita na tamoxifen nebo některou pomocnou látku přípravku. Tamoxifen se nesmí podávat v těhotenství
 - Dávkování: 1 - 0 - 0 per os

Medikace v den příjmu:

- Název léku: Clexane
 - Indikační skupina: anikoagulans, antiagregans
 - Léková forma: injekční roztok 40 mg
 - Použití: prevence srážení krve, profylaxe tromboembolie v souvislosti chirurgickým výkonem
 - Kontraindikace: při alergický/přecitlivělý na enoxaparin nebo na jakoukoliv další složku přípravku Clexane, při alergii/přecitlivělosti na Heparin nebo na jiné nízkomolekulární hepariny, při žaludečním nebo střevním vředu, při prodělání mozkovou příhodu při krvácení do mozku
 - Dávkování: jednorázově 0,4 ml s.c. ve 20:00 hodin a od 5 pooperačního dne dvakrát denně po 12 hod.
- Název léku: Oxazepam
 - Indikační skupina: anxiolytikum
 - Léková forma: tablety 10 mg
 - Použití: úzkost, napětí, strach
 - Kontraindikace: přecitlivělost na účinnou látku a na benzodiazepiny, u myastenia gravis, toxikomanie, otravy alkoholem či jinými látkami tlumící centrální nervový systém, u akutní dechové nedostatečnosti
 - Dávkování: 0 - 0 - 0 - 1 per os., jednorázově jeden den před výkonem ve 22:00 hodin

- Název léku: Suppositoria Glycerini
 - Indikační skupina:
 - Léková forma: suppositorium 2 g
 - Použití: na ulehčení vyprazdňování, podporují vyvolání stolice a vyprázdnění střev
 - Kontraindikace: přecitlivělost na některou jeho složku, při bolestivých fisurách v oblasti řitní, při krvácejících hemoroidech
 - Dávkování: 0 - 0 - 1 per rectum, jednorázově jeden den před výkonem v 18:00 hodin

Medikace v den výkonu a během následující hospitalizace:

- Název léku: Dormicum
 - Indikační skupina: benzodiazepin
 - Léková forma: tablety 7,5 mg
 - Použití: ke krátkodobé léčbě nespavosti, ke zklidnění pacienta před chirurgickými a diagnostickými výkony
 - Kontraindikace: při přecitlivělosti na kteroukoli jeho složku nebo na látky patřící do skupiny benzodiazepinů, při chronické dechové nedostatečnosti, při onemocnění jater, myastenia gravis
 - Dávkování: 1 - 0 - 0 p.o. nultý operační den v 07:00 hodin
- Název léku: Novalgin
 - Indikační skupina: analgetikum, antipyretikum
 - Léková forma: injekční roztok – v jedné ampuli 1000 mg , tablety - v jedné tabletě 500 mg účinné látky
 - Použití: středně silné bolesti po operacích
 - Kontraindikace: přecitlivělost na léčivou nebo kteroukoli pomocnou látku, alergie na metamizol nebo jiné pyrazolony, porucha funkce kostní dřeně nebo hematopoézy, analgetické astma-bronchospasmus, anafylaktická reakce po podání salicylátů, paracetamolu, akutní intermitentní hepatická porfýrie, vrozený defekt glukóza-6-fosfát dehydrogenázy – riziko hemolýzy, třetí trimestr těhotenství, kojení, kojenci do 3 měsíců s hmotností pod 5 kg, parenterální podání u hypotenze s nestabilním oběhem
 - Dávkování: Od nultého operačního dne ordinovaný po 6 hodinách při VAS více jak 3 hodnotící škály. Do prvního pooperačního dne ordinovaný i.v. nadále per os. Podáno: první pooperační den ve 14:30 hod., druhý pooperační den v 09:00 hod., 21:30 hod., třetí pooperační den ve 20:00 hod.
- Název léku: Paracetamol
 - Indikační skupina: analgetikum a antipyretikum
 - Léková forma: komerčně vyráběný infuzní roztok 1000 mg ve 100 ml, tablety - v 1 tabletě 500 mg účinné látky
 - Použití: krátkodobá léčba středně silné bolesti, zejména po operacích, krátkodobá léčba horečky
 - Kontraindikace: přecitlivělost na léčivou nebo kteroukoli pomocnou látku, souběžné použití s apomorfinem vede k hypotenzi a ztrátě vědomí

- Dávkování: Od nultého operačního dne ordinovaný po 6 hodinách při VAS více jak 3 hodnotící škály. Do prvního pooperačního dne ordinovaný i.v. nadále per os. Podáno: nultý operační den v 17:00 hod., ve 02:00 hodin, první pooperační den v 08:00 hodin, druhý pooperační den v 12:00 hod, třetí pooperační den v 08:00 hodin
- Název léku: Dipidolor
 - Indikační skupina: pyritramidum
 - Léková forma: injekční roztok, v 1 amp 15mg
 - Použití: analgetikum, anodinum
 - Kontraindikace: přecitlivělost na piritramid nebo na kteroukoliv další složku
 - Dávkování: Od nultého operačního dne ordinovaný i.m. po 8 hodinách při VAS více jak 5 hodnotící škály. Aplikovaný nultý operační den v 15:15 hod. i.m., 22:15 hod., první pooperační den ve 22:00 hod. i.m.
- Název léku: Cefazolin
 - Indikační skupina: širokospektré antibiotikum
 - Léková forma: injekční rozpustný prášek ředitelný do 100 ml fyziologického roztoku
 - Použití: infekce vyvolaná gram pozitivními a gram negativními streptokoky (v popisovaném případě jsou tato antibiotika podávána z důvodu prevence infekce)
 - Kontraindikace: při přecitlivělosti na cefazolin či jiné cefalosporiny
 - Dávkování: nultý operační den 2 g i.v. aplikován anesteziologickou sestrou 30 minut před úvodem do anestezie v 8.00 hodin. Nadále podáván 1 g koncentraci po osmi hodinách od první dávky ve 16:00hodin a 24.00 hodin. V injekční formě byl aplikován do druhého pooperačního dne a od třetího pooperačního dne byl převeden na per orální formu širokospektrého antibiotika, v této formě byl podáván následujících 5 dní po 12 hodinách.

Vasodilatační infuzní terapie bezprostředně po operačním zákroku:

vasodilatační infuze byla nasazena ihned po příjezdu pacientky na jednotku intenzivní péče a dle ordinací lékaře obsahovala:

Fyziologický roztok 500 ml, Heparin 10000 mj, Agapurin 2 ampule, Mesocain 1 % 20 ml, Magnesium sulfuricum Biotika 10 % 2 ampule.

Léky obsažené ve vasodilatační infuzi:

- Název léku: Heparin
 - Indikační skupina: antikoagulans
 - Léková forma: Injekční roztok v jedné ampuli 50000 j účinné látky
 - Použití: koagulační poruchy, v tomto případě podpora udržení průchodnosti cévních anastomóz na přeneseném laloku
 - Kontraindikace: při přecitlivělosti na heparin, krvácivé stavy z důvodu hemofilie, subakutní bakteriální endokarditidy, žaludeční nebo dvanáctníkový vřed, jícnové varixy, těžké poškození jater a ledvin

- Dávkování: Od nultého operačního dne nasazen ve 14:45 hod. 10000 j součástí vasodilatační infuze podávaný do pátého pooperačního dne kontinuálně
- Název léku: Agapurin
 - Indikační skupina: vasodilatans
 - Léková forma: injekční roztok 20mg účinné látky v 1 ml
 - Použití: koagulační poruchy, v tomto případě podpora udržení průchodnosti cévních anastomóz na přeneseném laloku
 - kontraindikace: při přecitlivělosti na pentoxyfilin, metylxantiny, při stavech po nedávných krvácení do mozku a sítnice
 - Dávkování: od nultého operačního dne ve 14:45 hod. dvě ampule. Součástí vasodilatační infuze podávaný do třetího pooperačního dne kontinuálně
- Název léku: Mesocain
 - Indikační skupina: lokální anestetikum, antiaritmikum
 - Léková forma: 1 % injekční roztok 100 mg účinné látky v 10 ml
 - Použití: v tomto případě se Mesocain podává jako prevence spasmu cévních anastomóz na přeneseném laloku
 - Kontraindikace: při přecitlivělosti na trimekain hydrochlorid, na amidová anestetika, při maligní hypertermii, porfyrii, hypovolémii, poruše srdečního vedení, kardiogenní šoku, asystolii
 - Dávkování: od nultého operačního dne ve 14:45 hod. jedna ampule. Součástí vasodilatační infuze podávaný do třetího pooperačního dne kontinuálně
- Název léku: Magnesium sulfuricum
 - Indikační skupina: myorelaxans, homeostatikum
 - Léková forma: 10 % injekční roztok obsahující 1000 mg účinné látky v 10 ml
 - Použití: pomocná léčba křečových stavů a sklonů k nim
 - Kontraindikace: při přecitlivělosti na jakoukoli obsaženou složku, u nemocí se zvýšenou hladinou hořčíku, porucha funkce ledvin
 - Dávkování: od nultého operačního dne ve 14:45 hod. jedna ampule. Součástí vasodilatační infuze podávaný do třetího pooperačního dne kontinuálně

Infuzní terapie

- Název infuze: G 10 % 500 ml přídavek: 8 j Humulin R
- Aplikace: nultý operační den od 15:00 – 20:00 (rychlostí 100ml/hod.), první pooperační den od 08:40 do 15:00 hodin (rychlostí 100ml/hod.)
- Název infuze: Hartmannův roztok 500 ml
- Aplikace: první pooperační den od 04:35 do 08:35 hod. (rychlostí 125 ml/hod.)
- Název infuze: Fyziologický roztok 500 ml součást vasodilatační infuzní terapie
- Aplikace: nultý operační den od 14:45 hodin kontinuálně aplikován do prvního pooperačního dne do 15:00 hodin, první pooperační den 15:10 hodin

kontinuálně aplikován do druhého pooperačního dne do 15:40 hodin, druhý pooperační den od 15:45 hodin kontinuálně aplikován do třetího pooperačního dne do 16:00 hodin, třetí pooperační den od 16:05 hodin kontinuálně aplikován do čtvrtého pooperačního dne do 16:40 hodin, čtvrtý pooperační den od 16:50 hodin kontinuálně aplikován do pátého pooperačního dne do 17:40 hodin

- Název infuze: Plasmalyte 1000 ml
- Aplikace: nultý operační den od 20:05 hodin do prvního pooperačního dne 04:30 hodin (rychlostí 125ml/hod.), první pooperační den od 15:20 hodin do 01:40 hodin (rychlostí 100 ml/hod.)

- Název infuze: Fyziologický roztok 100 ml + přídavek ATB (Cefazolin)
- Aplikace: Nultý operační den ordinováno: 8:00 – 8:30 hodin, 16:00 – 16:30 hodin, první pooperační den ordinováno: 24:00 – 00:30 hodin, 8:00 – 8:30 hodin, 16:00 – 16:30 hodin, druhý pooperační den ordinováno: 24:00 – 00:30 hodin, 8:00 – 8:30 hodin, 16:00 – 16:30 hodin

- Název infuze: fyziologický roztok 100 ml + přídavek: Novalgin 1 ampule
- Aplikace: nultý operační den podáno od 20:00 – 20:30 hodin, první pooperační den podáno od 14:15 – 14:45 hodin, druhý pooperační den podáno od 09:20 - 09:40 hodin
(čerpáno ze zdravotní dokumentace pacientky, 2016, Medical Tribune, 2016).

4.4 Pooperační péče

4.4.1 Nultý operační den na jednotce intenzivní péče

Na operačním sále, byla dekantovaná, spontánně ventilující a probuzená pacientka uložena do lůžka, kde bylo nutné upravit polohu. Pacientky po rekonstrukci TRAM lalokem se ukládají do polohy se zvednutou horní polovinou těla a mírně pokrčenými dolními končetinami proto, aby se zamezilo tahu operační rány na bříše.

Pacientku společně s dokumentací jsem si v předsáli ve 14:10 hodin přebírala s lékařem JIP od anesteziologické sestry a anesteziologického lékaře. Provedli jsme kontrolu, zda souhlasí identifikační údaje chorobopisu s identifikačním náramkem pacientky. Zkontrolovali jsme operační rány, zda neprosakují, ověřili si, že všechny vyvedené Redonovy drenáže jsou otevřené, měřili jsme, z jaké části jsou naplněné drénovanou tekutinou a před transportem na JIP, jsme prohlédli nově tvořený prs, abychom v pozdějších hodinách mohli soudit jeho stav a dokázali jsme správně reagovat na případné změny. Ke správnému hodnocení TRAM laloku naše klinika disponuje tabulkou zpracovanou lékařským týmem plastické chirurgie, dle které se při detekci stavu přeneseného laloku řídíme a je nezbytností, aby sestra, pracující na plastické chirurgii se v této problematice dokonale orientovala a dokázala včas reagovat na jakékoliv odchylky. Tabulku č. 1 pod názvem Monitorace TRAM laloku uvádím na straně 30.

Převzetím pacientky jsem anesteziologické sestře orazítkovala, podepsala a přesným časem označila sesterský anesteziologický záznam, lékař pro jednotku intenzivní péče totéž provedl u lékařského anesteziologického záznamu a posléze jsme paní M. K. převzali a za vizuální kontroly FF a detekce okysličení krve přenosným oxymetrem převezli na JIP.

Na jednotce intenzivní péče, jsem pacientku napojila na monitor pro kontinuální monitoring fyziologických funkcí. Krevní tlak (TK) měřený manžetou na levé horní končetině (LHK), Krevní tlak, odběry krve a všechny invazivní výkony se musí provádět pouze na neoperované straně. Pacientky jsou s touto skutečností detailně seznámeny již v předoperačním období a většinou samy nabídnou vhodnou horní končetinu. Zvýšená pozornost pro sestry platí bezprostředně v pooperačním období, kdy pacientky ještě dospívají, abychom dbaly na správné umístění manžety měřící krevní tlak na neoperovanou stranu. Elektrokardiografická křivka (EKG) snímaná spolu s pulzovou aktivitou (P) z hrudních svodů, saturace okysličené krve (SpO₂) z čidla, který byl daný na jednom z prstů horní končetiny a tělesná teplota (TT) snímaná z čidla, který byl přilepený pod pravým ramenem v intervalu 15 - 20 minut po dobu dvou hodin a nadále po jedné hodině. Nastavila jsem identifikační údaje na centrálním monitoru, a podala kyslíkovou terapii brýlemi 2 l/min., která byla pro dobré hodnoty SpO₂ po šesti hodinách ukončena a dle ordinace lékaře a po celou dobu hospitalizace na JIP jsme měřili celkový příjem a výdej (P + V) tekutin po šesti hodinách. Monitorace příjmu a výdeje tekutin byla ukončena třetí pooperační den, kdy byl zrušen permanentní močový katetr a pacientka byla přeložena na standardní oddělení plastické chirurgie. O veškerých výkonech jsem pacientku M. K. informovala a vysvětlovala jí, co k čemu slouží a proč je zvolené monitorování potřebné konkrétně v jejím případě. Pacientka se seznámila se signalizačním zařízením a jeho použitím.

Po zajištění pacientky jsem se věnovala chorobopisu a ordinacím lékaře. Po zvládnutí nejdůležitějších činností jsem vyplnila ošetrovatelskou dokumentaci, kam spadá příjmová ošetrovatelská anamnéza (neliší se od standardního oddělení) jejíž součástí je riziko vzniku dekubitů dle Nortonové, Barthelův test všedních činností, Riziko malnutrice a screeningový test pro vyhodnocení rizika pádu. Dalšími složkami ošetrovatelské dokumentace jsou ošetrovatelský plán, realizace ošetrovatelského plánu, hodnocení ošetrovatelské péče, fyziologický list, analgetický list, plán péče o rány a edukační záznam. Celkový stav i operační rány pacientky byly v pravidelných intervalech kontrolovány také lékařem. Plnila jsem veškeré ordinace lékaře, podávala jsem léky, infuzní roztoky uvedené na str. 39 - 43, které dávkujeme infuzními pumpami vedené v evidenci přístrojové techniky na jednotce intenzivní péče, a jednou za rok procházejí revizní kontrolou technikem. Všechny mé ošetrovatelské výkony jsem zaznamenávala do příslušného formuláře k tomu určeného a jejich pravost jsem ztvrdila parafou a podpisem. Po mých denních směnách, jsem pacientku předávala osobně u lůžka noční sestře a ani při její noční službě nenastaly u pacientky žádné komplikace.

Ošetrovatelská dokumentace při příjmu pacientky na JIP:

- Ošetrovatelská anamnéza, viz příloha č. 1 uvedena na str. 75
- Hodnocení rizika vzniku dekubitů: 26 bodů Nortonová, viz příloha č. 2 uvedena na str. 75
- Test všedních činností: 30 bodů dle Barthela, viz příloha č. 2 uvedena na str. 75

- Riziko malnutrice: 0 bodů, viz příloha č. 2 uvedena na str. 75
- Riziko pádu: 3 body dle screeningového testu vyhodnocení pádu, viz příloha č. 2 uvedena na str. 75
- Ošetrovatelský plán, viz příloha č. 3 A, 3 B uvedena na str. 76-77
- Realizace ošetrovatelské péče, viz příloha č. 4 A uvedena na str. 78
- Hodnocení ošetrovatelského plánu, viz příloha č. 4 B uvedena na str. 78
- Fyziologický list, viz příloha č. 5 uvedena na str. 79
- Analgetický list, viz příloha č. 6 uvedena na str. 80
- Plán péče o rány, viz příloha č. 7 uvedena na str. 81
- Edukačně - informativní záznam (pokračuje se v edukačním záznamu ze standardního oddělení), viz příloha č. 8 uvedena na str. 81

Nultý pooperačního dne:

- Vědomí

Pacientka při vědomí, CCS 13, spolupracovala.

- Fyziologické funkce (TK, P, SpO₂, TT)
Hemodynamicky stabilní

- Dýchání

Spontánní, O₂ brýlemi 2 l/min zahájena po příjezdu na JIP ve 14:40 hodin a pro stabilní hodnoty SpO₂ byla ukončena ve 21 hodin na základě ordinace lékaře.

- Monitorace

Fyziologické funkce (TK, P, SpO₂, TT, DF) v intervalu 15 - ti minut po dobu dvou hodin a nadále po jedné hodině. Pro stabilní hodnoty fyziologických funkcí, které byly v normě zde uvádím první tři měření. První měřená hodnota ve 14:30 hodin, TK: 132/70 mmHg, P: 72/min, SpO₂: 97 %, DF: 18/min, TT: 36,0 °C 14:45 hodin, TK: 130/68 mmHg, P: 76/min, SpO₂: 98 %, DF: 18/min, TT: 36,2 °C 15:00 hodin, TK: 126/68 mmHg, P: 76/min, SpO₂: 98 %, DF: 16/min, TT: 36,4 °C. Pro třes pacientky a první měřenou TT 36 °C bylo zahájeno aktivní zahřívání elektrickou tepelnou dekou. V místnosti byly uzavřená okna a puštěné topení. O půl hodiny později TT 36,4 °C. Pacientka bez třesu. Tepelná deka dále nechtěla. Zahájila se diagnóza Hypotermie, která byla ten den pro splněné cíle ukončena

- Bolest

Důkladně jsem hodnotila dle VAS (vizuální analogové škály) bolest u pacientky a snažila se o její minimalizaci podáváním analgezie dle ordinace lékaře. Aplikoval se Dipidolor 15 mg ve 2 ml roztoku v 15:15 hod. i.m. pro VAS 6-7. Viz kapitola č. 4.3.5 Farmakoterapie. Do jedné hodiny po aplikaci pacientka pociťovala značnou úlevu, VAS 1. V 19:55 VAS 3, podán Paracetamol 1000 mg ve 100 ml roztoku i.v. 20:30 VAS 2, 17:00 VAS 1, 23:50 VAS 6, aplikován Dipidolor 15 mg i.m. do půl hodiny VAS 1. Pacientka usíná, klidně spí, FF v normě. Ve dvě hodiny ráno se probouzí a opět pociťuje slabší bolesti VAS 3, podán Paracetamol 1000 mg i.v. ve 100 ml roztoku. 02:30 VAS 1. Pacientka znovu usíná a spí až do rána. Založena diagnóza Akutní bolest vycházející z operačních ran a invazivních vstupů třech Redonových drénů, projevující se mimickými projevy, hlasitými nářky, zaujetím úlevové polohy.

- Operační rány

Operační rány byly zatejповané (Mefix) a kryté sterilními rouškami. Břicho bylo kryto rouškami po celou dobu nutnosti nošení břišního pásu, aby se pás nezařezával a nezpůsobil otlaky. Operační rány byly sešity vstřebatelnými stehy. Kontrolovali jsme, zda neprosakují krví. Péči o operační rány mají v kompetenci lékaři a sestry jim asistují. Založila se diagnóza Porušení integrity v oblasti operačních ran, invazivních vstupů, třech Redonových drénů a periferního žilního katetru s rizikem zhoršené perfuze laloku projevující se bledou až mramorovanou barvou kůže laloku, výrazně zpomaleným kapilárním návratem, krvácením ze sutury a vznikem infekce.

- TRAM lalok

Detekoval se prs (o nutnostech, které se u rekonstrukčního výkonu TRAM laloku, musejí na nově vytvořeném prsu hlídat, kontrolovat a snímat, jsem se rozepsala na str. 30 Monitorace TRAM laloků), který se kontroluje ve stejných intervalech jako fyziologické funkce. První dvě hodiny po 15 – ti minutách a následně každou hodinu do prvního pooperačního dne. Uvádím zde tři hodnoty z monitorace laloku, pro jeho neměnný stav. 14:30 hodin, barva: růžová, kapilární návrat: 1-2 sec., konzistence: měkký, teplota: teplý. 15:00 hodin, barva: růžová, kapilární návrat: 1-2 sec., konzistence: měkký, teplota: teplý. 15:15 hodin, barva: růžová, kapilární návrat: 1-2 sec., konzistence: měkký, teplota: teplý. Zápis se provádí do předepsaného dokumentu Hodnocení TRAM laloku viz příloha č. 10 uvedena na str. 85 a to první dva dny po operaci po jedné hodině, třetí den se interval prodlužuje na dvě hodiny, čtvrtý na tři hodiny, pátý na šest hodin a od šestého dne 3x denně pokud lékař nestanoví jinak.

- Redonovy drény

Invazivními vstupy, kterým věnujeme zvýšenou pozornost a staráme se o ně, jsou Redonovy drenáže. Drény odstraňují lékaři sterilním způsobem postupně podle charakteru a množství denního odpadu. Celkem měla pacientka vyvedeny tři Redonovy drény. Po příjezdu na JIP jsem označila drény čísly, a poznamenala si do fyziologického listu charakter a množství odváděné tekutiny. Nadále jsme tak činili každých šest hodin. Jeden značený římskou jedničkou byl vyvedený z prsa a zbylé dva značené římskou dvojkou a trojkou z oblasti břicha. Kryty byly sterilním Cosmoporem. Porušení integrity v oblasti operačních ran, invazivních vstupů, třech Redonových drénů a periferního žilního katetru s rizikem zhoršené perfuze laloku projevující se bledou až mramorovanou barvou kůže laloku, výrazně zpomaleným kapilárním návratem, krvácením ze sutury a vznikem infekce.

- Periferní žilní vstupy (PŽK)

Periferní žilní katetry zavedené na levé horní končetině anesteziologickou sestrou před úvodem do celkové anestezie, byly nasazeny bezjehlové vstupy, které dle instrukcí výrobce se mění po šesti dnech. Hodnocení probíhalo podle Maddonovy škály (MAD), MAD – 0 (není bolest ani reakce na okolí), dvakrát denně se záznamem do fyziologického listu. Periferní žilní katetry byly kryty sterilním krycím materiálem Tegadermem. Do periferních žilních katetru za pomoci infuzních pump byly aplikované ordinované infuzní roztoky, vasodilatační infuze, analgezie, antibiotika dle časového rozvrhu lékaře viz kapitola č. 4.3.5 Farmakoterapie. Porušení integrity v oblasti operačních ran, invazivních vstupů, třech Redonových drénů a periferního žilního katetru s rizikem zhoršené perfuze

laloku projevující se bledou až mramorovanou barvou kůže laloku, výrazně zpomaleným kapilárním návratem, krvácením ze sutury a vznikem infekce.

- Permanentní močový katetr (PMK)

PMK o síle 14 CH se napojil na hodinový sběrný sáček. Monitorovala se diuréza po jedné hodině a zaznamenávala se do fyziologického listu. Se zdravotnickým personálem jsme dbali na důkladnou hygienu v okolí močového katetru, aby nevznikla močová infekce. Založena diagnóza Změna močení pro zavedený permanentní močový katetr v pooperačním období projevující se zavedením močového katetru a zabráněním aktivního používání svěračů a kontroly močení samotnou pacientkou.

- Hygiena

S hygienickou péčí se začínalo od nultého pooperačního dne. Okolo osmé hodiny večer pacientka vykonala hygienu vsedě na lůžku za pomoci zdravotní sestry. K lůžku pacientky se přistavěl lavor s vodou. Založila se diagnóza. Deficit sebepěče v péči o hygienu a kůži z důvodu náročného operačního výkonu a dvou rozsáhlých operačních ran projevující se obtížnou pohyblivostí na lůžku, bolestivostí při pohybu, fyzickou závislostí na personálu, pocitem nečistoty a nepohodlí.

- Dieta

Celý nultý operační den měla pacientka ordinovanou čajovou dietu. Zpočátku jsem nabízela pacientce M. K. čaj po douškách, později ve večerních hodinách již mohla pít neomezeně. Netrpěla nauzeou ani nezvracela.

- Rehabilitace

S rehabilitací se začíná pozvolna. Nultý operační den měla pacientka klidový režim na lůžku. Pro pooperační stav a operační výkon a na základě screeningového testu pro vyhodnocení rizika pádu jehož skóre byly 3 body (3 a více bodů = riziko pádu), založena diagnóza Potencionální riziko pádu/úrazu z důvodu pooperačního stavu.

Kontroloval se stav bandáží dolních končetin a sekvenciálního kompresního systému, který slouží jako prevence rizika TEN z důvodu imobilizace a operačního výkonu. Sekvenciální komprese se odstraňuje v momentě, kdy pacientka zvládá chůzi. Založena diagnóza Potencionální riziko TEN z důvodu operačního výkonu a snížené pohyblivosti

- Psychický stav

Pacientka byla unavená, pospávala, snažila se spolupracovat.

- Medikace

- Paracetamol 1000 mg i.v. aplikovat rychlostí 30 minut max. po 6 hodinách při VAS více jak 3 (17:00)
- Dipidolor 15 mg i.m. jednorázově aplikovat max. po 8 hodinách při VAS více jak 6 (15:15, 22:15)
- Cefazolin 1 g i.v. ve 100 ml FR aplikovat rychlostí 30 minut po 8 hodinách (08 :00, 16:00, 24:00)
- Tamoxifen 20 mg 1 tbl per os v 08:00 hodin

- Infuzní terapie na operačním sále
- Krystaloidy: 2000 ml
- Koloidy: 500 ml

- Infuzní terapie
- G 10 % 500 ml přídavek: 8j Humulin R od 15:00 – 20:00 (100ml/hod)
- Plasmalyte 1000 ml od 20:05 hodin do prvního pooperačního dne 04:30 hodin (125ml/hod)
- Vasodilatační infuze: Fyziologický roztok 500ml, Heparin 10000mj, Agapurin 2 ampule, Mesocain 1 % 20 ml, Magnesium sulfuricum Biotika 10 % 2 ampule od 14:45 do prvního pooperačního dne 15:00 hodin (21 ml/hod.)

4.4.2 První pooperační den na jednotce intenzivní péče

Pacientka byla stabilizovaná, cítila se dobře, spolupracovala v nejvyšší možné míře. Pro stabilní hodnoty FF se od prvního pooperačního dne od 7:00 hodin po ordinaci lékaře interval měření přenastavil po dvou hodinách. Pacientka byla dobře naladěná, usměvavá. Měla radost z operovaného prsu, který byl vitální a zručností operatéra bylo dosaženo velice hezkého a přirozeného tvaru v symetrii s pravým prsem.

Shrnutí prvního pooperačního dne:

- Vědomí

Pacientka byla při vědomí, GCS 15, spolupracovala.

- Fyziologické funkce (TK, P, SpO₂, TT)

Hemodynamicky stabilní.

- Dýchání

Pacientka byla bez nutnosti O₂ terapie. Pro stabilní hodnoty SpO₂ v rozmezí 96-98 %, není nutná kyslíková terapie.

- Monitorace

Nadále pokračovala kontinuální monitorace fyziologických funkcí. Interval měření se prodloužil po dvou hodinách. Po celou dobu prvního pooperačního dne měřené hodnoty fyziologických funkcí v mezích normy. Ukázka hodnot fyziologických funkcí 06:00, TK: 128/70 mmHg, P: 72/ min, SpO₂: 98 %, TT: 36,6°C 12:00, TK: 132/68 mmHg, P: 68/min, SpO₂: 98 %, TT: 36,8°C 18:00, TK: 128/69 mmHg, P: 76/min, SpO₂: 98 %, TT: 36,8°C.

- Bolest

Bolesti dle VAS mírné 4. Analgezie nadále aplikovaná intravenózně podle ordinací lékaře. Po aplikaci anestetik pociťovala úlevu. Přes den se aplikoval Paracetamol 1000 mg ve 100 ml roztoku rychlostí 30 ml/hod. V 08:00 hodin při VAS 4, do jedné hodiny VAS 1-2,

14:30 VAS 3, podán Novalgin 1 g i.v. ve 100 ml FR rychlostí 30 min/hodinu 14:30, půl hodiny po aplikaci VAS 1. Ve 22:00 VAS 6 aplikován Dipidolor 15 mg i.m do jedné hodiny VAS 0, pacientka usíná. Pokračuje se v diagnóze Akutní bolest.

- Operační rány

Rány byly sterilně převazovány lékaři za asistence sestry od prvního pooperačního dne a to v denních intervalech do doby, kdy se na ranách ponechal pouze tejping (Mefix), který se postříkával dezinfekčním přípravkem Skinasept,, přiložený až po dobu deseti dnů a měnily se pouze sterilní roušky. Pokračuje se v diagnóze Porušení integrity v oblasti operačních ran, invazivních vstupů, třech Redonových drénů a periferního žilního katetru s rizikem zhoršené perfuze laloku projevující se bledou až mramorovanou barvou kůže laloku, výrazně zpomaleným kapilárním návratem, krvácením ze sutury a vznikem infekce.

- TRAM lalok

Kontrola TRAM laloku pokračuje i nadále s měřením fyziologických funkcí a záznam do dokumentu Monitorace TRAM laloku každé dvě hodiny. TRAM lalok byl vitální, teplý, prokrvený, světle růžové barvy, kapilární návrat během 1 - 2 sec. Pokračuje se v diagnóze Porušení integrity v oblasti operačních ran, invazivních vstupů, třech Redonových drénů a periferního žilního katetru s rizikem zhoršené perfuze projevující se bledou až mramorovanou barvou kůže laloku, výrazně zpomaleným kapilárním návratem, krvácením ze sutury a vznikem infekce.

- Redonovy drény

Po šesti hodinách kontrolován drénovaný odpad spolu se záznamem do fyziologického listu. Odpady z redonových drenáží byly minimální. Pokračuje se v diagnóze Porušení integrity v oblasti operačních ran, invazivních vstupů, třech Redonových drénů a periferního žilního katetru s rizikem zhoršené perfuze laloku projevující se bledou až mramorovanou barvou kůže laloku, výrazně zpomaleným kapilárním návratem, krvácením ze sutury a vznikem infekce.

- Periferní žilní vstupy

Pokračuje kontinuální aplikace infuzních roztoků, vazodilatační infuze, intravenózních léků dle ordinace lékaře a provedl se záznam do fyziologického listu. Periferní žilní katetry byly i nadále hodnoceny dle Madonnovy stupnice každých dvanáct hodin 06:00 MAD 0, 18:00 MAD 0. Pokračuje se v diagnóze Porušení integrity v oblasti operačních ran, invazivních vstupů, třech Redonových drénů a periferního žilního katetru s rizikem zhoršené perfuze laloku projevující se bledou až mramorovanou barvou kůže laloku, výrazně zpomaleným kapilárním návratem, krvácením ze sutury a vznikem infekce.

- Permanentní močový katetr

O permanentní močový katétr jsme se starali při hygieně a nadále jsme dbali o důkladnou hygienu genitálu. Měření hodinové diurézy pokračovalo celý první pooperační den. Hodnoty se zaznamenávaly do fyziologického listu. Pokračuje se v diagnóze Změna močení pro zavedený permanentní močový katetr v pooperačním období projevující se zavedením močového katetru a zabráněním aktivního používání svěračů a kontroly močení samotnou pacientkou.

- Hygiena

První pooperační den v dopoledních hodinách v rámci rehabilitace si pacientka za doprovodu fyzioterapeuta a zdravotního personálu došla k umyvadlu, kde vykonala hygienu. To samé následovalo i večer v doprovodu zdravotního personálu. Důležitou součástí hygieny byla důkladná očista o genitál a s ním spojena i péče o permanentní močový katétr. Při vyvstávání z lůžka byly vyměněné lůžkoviny. Diagnóza Deficit sebedpěče v péči o hygienu a kůži pokračuje.

- Dieta

Dieta mohla být změněna na 0, protože pacientka čaj tolerovala dobře, neměla nauzeu, nezvracela a při dotazu, zda odchází větry, odpověděla kladně.

- Rehabilitace

Pacientka začala první pooperační den za asistence fyzioterapeutky s aktivní rehabilitací, nácvikem stoje a chůze, který probíhal přes neoperovanou stranu a po osvojení těchto činností byl odstraněn sekvenciální kompresní systém nasazený před operačním výkonem. V průběhu dne jsme s pacientkou vstávali a chodili 4 x a s každou další chůzí si byla pacientka jistější. Fyzioterapeutka docházela po celou dobu hospitalizace na JIP a to v dopoledních a odpoledních hodinách. Pacientka byla fyzioterapeutkou řádně edukovaná o způsobu jak šetřit operované oblasti. U břicha se doporučuje co nejméně sedět, aby se dosáhlo co nejmenšího tahu na sešité břišní stěně. U prsa se dbá na co nejmenší zátěž, při které vznikají svalové kontraktury a tím utlačení přívodné arterie. Naše klinika má pro lepší komfort pacientů k dispozici klekačky, které jsou jak na standardním oddělení, tak na jednotce intenzivní péče. Klekačky slouží pacientům u podávání jídla, jelikož dlouhé sezení se po dobu šesti týdnů nedoporučuje, je tato pomůcka elegantním řešením, jak se pacienti mohou najíst u jídelního stolu, aniž by u toho museli stát. Diagnóza Potencionální riziko TEN z důvodu operačního výkonu a snížené pohyblivosti byla ukončena. Screeningový test pro vyhodnocení rizika pádu bylo o 2 bodech, což neznačí riziko pádu.

- Psychický stav

Pacientka byla klidná, spolupracovala. Po celý den v dobré náladě, spokojená, cítí se jako znovuzrozená žena. Stěžovala si na nepohodlí lůžka a přerušovaný spánek přes noc v důsledku častého měření tlaku manžetou na pravé horní končetině. Založena diagnóza Porucha spánku v důsledku nadměrného hluku, osvětlení a nedostatku soukromí projevující se stesky na tyto rušivé faktory, probouzením v průběhu noci, unavenost.

- Medikace

- Novalgin 1 g i.v. ve 100 ml FR aplikovat rychlostí 30 min max. po 6 hodinách při VAS více jak 3 (14:30)
- Paracetamol 1000 mg i.v. aplikovat rychlostí 30 minut max. po 6 hodinách při VAS více jak 3 (08:00)
- Dipidolor 15 mg i.m. jednorázově aplikovat max. po 8 hodinách při VAS více jak 6 (22:00)

- Cefazolin 1 g i.v. ve 100 ml FR aplikovat rychlostí 30 minut po 8 hodinách (08:00, 16:00, 24:00)
- Tamoxifen 20 mg 1 tbl per os v 08:00 hodin
 - Infuzní terapie
- G 10 % 500 ml přídavek: 8j Humulin R první pooperační den od 08:40 do 15:00 hodin (100 ml/hod.)
- Plasmalyte 1000 ml první pooperační den od 15:20 hodin do 01:40 hodin (100 ml/hod.)
- Vazodilatační infuze: Fyziologický roztok 500ml, Heparin 10000mj, Agapurin 2 ampule, Mesocain 1 % 20ml, Magnesium sulfuricum Biotika 10 % 2 ampule od 15: 10 do druhého pooperačního dne 15:45 hodin (21 ml/hod.).

4.4.3 Druhý pooperační den na jednotce intenzivní péče

Pacientka se cítila velice dobře. Přemlouvala lékaře, aby mohla jít zpět na standardní oddělení. Lékař jí slíbil, že pokud nadále půjde vše tak dobře, přeloží jí následující den. Pokračovalo se v zavedené monitoraci.

Shrnutí druhého pooperačního dne:

- Vědomí

Při vědomí, GCS 15, spolupracuje

- Fyziologické funkce (TK, P, SpO₂, TT)

Hemodynamicky stabilní

- Dýchání

Spontánní, bez nutnosti kyslíkové terapie, SpO₂ 98 %.

- Monitorace

Navazuje na první pooperační den, fyziologické funkce v mezích normy. Ukázka hodnot měřených FF z druhého pooperačního dne 06:00, TK: 126/74 mmHg, P: 68/ min, SpO₂: 98 %, TT: 36,4°C. 12:00, TK: 132/66 mmHg, P: 74/min, SpO₂: 98 %, TT: 36,6 °C. 18:00, TK: 124/66 mmHg, P: 74/min, SpO₂: 98 %, TT: 36,6 °C.

- Bolest

Druhý pooperační den byly bolesti velmi mírné VAS maximálně stupeň 3, nebylo zapotřebí podávat analgetika opiátového typu. Podával se Novalgin 1 g ve 100 ml FR pro VAS 3 rychlostí 30 min v 09:00 hodin. V 10:00 hodin VAS 1. Ve 12:00 hodin VAS 4 podán Paracetamol 1000 mg ve 100 ml roztoku vykapat do 30 min, 13:00 hodin VAS 0-1. 21:00 hodin VAS 3, podán se Novalgin 1 g ve 100 ml FR pro VAS 3 vykapat do 30 min ve 22:00 hodin VAS 0. Pacientka usíná. Pokračuje se v diagnóze Akutní bolest.

- Operační rány

V 7:15 převaz lékařem za asistence sestry. Sejmuto krytí, očista okolí operačních ran Prontosanem, dezinfekce tejpingu (Mefix) Skinaseptem, přiložení sterilních roušek, fixování. Operační rány klidné, bez místních známek zánětu. Hojí se per primam. Pokračuje se v diagnóze Porušení integrity v oblasti operačních ran, invazivních vstupů, třech Redonových drenů a periferního žilního katetru s rizikem zhoršené perfuze laloku projevující se bledou až mramorovanou barvou kůže laloku, výrazně zpomaleným kapilárním návratem, krvácením ze sutury a vznikem infekce.

- TRAM lalok

Monitorování navazuje na první pooperační den. Lalok vitální, růžové barvy, teplý, měkký, kapilární návrat 1-2 sec. Porušení integrity v oblasti operačních ran, invazivních vstupů, třech Redonových drenů a periferního žilního katetru s rizikem zhoršené perfuze laloku projevující se bledou až mramorovanou barvou kůže laloku, výrazně zpomaleným kapilárním návratem, krvácením ze sutury a vznikem infekce.

- Redonovy drény

Při převazu byly, pro minimální odpady, všechny Redonovy drény vytaženy. Otvory po drénech se překryly sterilním tamponkem a fixovaly do druhého dne, dokud se ranka nezcělila. Kontroloval se stav přiložených tamponů, zda nedochází k sekreci krve či jiné tekutiny. Diagnóza Porušení integrity v oblasti operačních ran, invazivních vstupů, třech Redonových drenů a dvou periferních žilních katetrů s rizikem zhoršené perfuze laloku projevující se bledou až mramorovanou barvou kůže laloku, výrazně zpomaleným kapilárním návratem, krvácením ze sutury a vznikem infekce byla přehodnocena.

- Periferní žilní katetry

Jeden periferní žilní katetr, zavedený na dorsální části předloktí, byl vytažený pro MAD 2 a současně pro maximální dobu zavedení tří dnů. Na okolí se přiložil obklad z Buronilu který působí protizánětlivě. Druhý PŽK se ruší pro dobu zavedení 72 hodin a pro pokračující infuzní terapii je nutné zavést nový PŽK. Aseptickým způsobem zaveden nový PŽK o průměru 20 G. Kryt sterilním Tegadermem, označen datem, časem zavedení a byl proveden záznam do příslušné dokumentace pacientky. Pokračuje diagnóza Porušení integrity v oblasti operačních ran, invazivních vstupů a periferního žilního katetru s rizikem zhoršené perfuze laloku projevující se bledou až mramorovanou barvou kůže laloku, výrazně zpomaleným kapilárním návratem, krvácením ze sutury a vznikem infekce, která byla přehodnocena.

- Permanentní močový katétr

Vede čirou moč, světle žluté barvy. Diuréza dostatečná. Měřený P + V tekutin vyrovnaný. Pacientka bez teplot. Pokračuje se v založené diagnóze Změna močení pro zavedený permanentní močový katetr v pooperačním období projevující se zavedením močového katetru a zabráněním aktivního používání svěračů a kontroly močení samotnou pacientkou.

- Hygiena

Druhý pooperační den si pacientka v rámci rehabilitace opět došla k umyvadlu, kde ve spolupráci se zdravotním personálem prováděla celkovou hygienu včetně genitálií za pomoci vlhčených žinek. Vyčistila si zuby. Ošetřující personál přestlal lůžko pacientky. Diagnóza Deficit sebepéče v péči o hygienu a kůži pokračuje.

- Dieta

Druhý pooperační den se servírovala dieta č. 1. Pacientka stravu toleruje, plyny odchází.

- Rehabilitace

Nadále intenzivní rehabilitace s rehabilitačním pracovníkem. Pacientka plná síly, chůzi zvládá bez opory. V odpoledních hodinách v doprovodu manžela měla povolenou procházku po chodbě oddělení.

- Psychický stav

Výborný, pacientka je veselá, pozitivně naladěná. Přes noc stále spíše pospávala. Na nemocniční lůžko si těžce zvyká. Diagnóza Porucha spánku pokračuje.

- Medikace

- Novalgin 1 g i.v. ve 100 ml FR aplikovat rychlostí 30 min max. po 6 hodinách při VAS více jak 3 (09:00, 21:00)
- Paracetamol 1000 mg i.v. aplikovat rychlostí 30 minut max. po 6 hodinách při VAS více jak 3 (12:00)
- Cefazolin 1 g i.v. ve 100 ml FR aplikovat rychlostí 30 minut po 8 hodinách (08 :00, 16:00, 24:00)
- Tamoxifen 20 mg 1 tbl per os v 08:00 hodin.

- Infuzní terapie

- Vazodilatační infuze: Fyziologický roztok 500ml, Heparin 10000mj, Agapurin 2 ampule, Mesocain 1 % 20ml, Magnesium sulfuricum Biotika 10 % 2 ampule od 15:45 do třetího pooperačního dne 16:00 hodin (21 ml/hod.).

4.4.4 Třetí pooperační den po překladi pacientky na standardní oddělení

Pro celkově dobrý zdravotní stav, mohla být pacientka třetí pooperační den po předchozí domluvě s lůžkovým oddělením Kliniky plastické chirurgie přeložena zpět na standardní oddělení, kde pobyla ještě šest následujících dní a sedmý den mohla být po důkladné edukaci lékařem i sestrou, propuštěna do domácí péče. Na oddělení si přešla sama v doprovodu sestry jednotky intenzivní péče, která zdravotnímu personálu ze standardního oddělení pacientku předala ústní a písemnou formou. Zdravotní personál ze standardního oddělení doprovodil pacientku na svůj pokoj, upravil jí okolí lůžka tak, aby

bylo co nejkomfortnější a sestry z jednotky intenzivní péče přebraly lékařskou a sesterskou překládovou zprávu pacientky.

Shrnutí třetího pooperačního dne:

- Vědomí

Při vědomí, GCS 15, spolupracuje.

- Fyziologické funkce (TK, P, SPO₂, TT)

Hemodynamicky stabilní. Fyziologické funkce standardním oddělení měřeny třikrát denně. Ukázka měřené hodnoty 18:00 hodin, TK: 128/72 mmHg, P: 76/min., SpO₂: 98 %, TT: 36,6 °C

- Dýchání

Spontánní, bez subjektivní a objektivní dušnosti

- Bolest

Pokračuje se v diagnóze založené na JIP Akutní bolest. Pacientka téměř bez bolestí. Analgetika pro VAS 3 podány v 08:00 hodin na jednotce intenzivní péče. Ve 20:00 hodin podán Novalgin 1 tbl 500 mg per os. Ve 22:00 VAS 0.

- Operační rány

Klidné, bez známek zánětu, hojí se per primam. Převaz v ranních hodinách na JIP. Dezinfekce operačních ran přípravkem Skinasept, kryto sterilními rouškami. Pokračuje se v diagnóze založené na jednotce intenzivní péče Porušení integrity v oblasti operačních ran a periferního žilního katetru s rizikem zhoršené perfuze laloku projevující se bledou až mramorovanou barvou kůže laloku, výrazně zpomaleným kapilárním návratem, krvácením ze sutury.

- Tram lalok

Intervaly kontroly TRAM laloku stejné jako intervaly měření FF (3 x denně). Ukázka ze zápisu monitorace TRAM laloku v 18:00 hodin: barva: růžový, konzistence: měkký, teplota: teplý, kapilární návrat 1 - 2 sec. Pokračuje se v diagnóze založené na JIP Porušení integrity v oblasti operačních ran a periferního žilního katetru s rizikem zhoršené perfuze laloku projevující se bledou až mramorovanou barvou kůže laloku, výrazně zpomaleným kapilárním návratem, krvácením ze sutury.

- Periferní žilní katetr

Do periferního žilního katetru pokračuje aplikace vasodilatační infuze do pátého pooperačního dne. Na standardním oddělení aplikována infuzní pumpou. Pokračuje se v diagnóze založené na jednotce intenzivní péče Porušení integrity v oblasti operačních ran a periferního žilního katetru s rizikem zhoršené perfuze laloku projevující se bledou až

mramorovanou barvou kůže laloku, výrazně zpomaleným kapilárním návratem, krvácením ze sutury.

- Permanentní močový katetr

Permanentní močový katetr byl šetrným způsobem vytažen ve 13:45 hodin na jednotce intenzivní péče před překladem pacientky na standardní oddělení. Moč na kulturační vyšetření se neposílala, jelikož pacientka nejevila žádné známky zánětu a byla kryta širokospektrými antibiotiky. Pacientka se dvě hodiny po vytažení PMK spontánně vymočila. Neudávala žádné potíže při močení. Cíle u diagnózy Změna močení pro zavedení permanentní močový katetr v pooperačním období projevující se zavedením močového katetru a zabráněním aktivního používání svěračů a kontroly močení samotnou pacientkou založené na jednotce intenzivní péče bylo dosaženo.

- Hygiena

Třetí pooperační den si pacientka v odpoledních hodinách po překladech na standardní oddělení došla do sprchy, kde se mohla od pasu dolů omýt tekoucí vodou. Za asistence manžela a ošetřujícího personálu byly umyty i vlasy. Pacientka se rukami opřela o stoličku, která je přítomna ve sprše a za předklonu hlavy se opatrně umyly vlasy. Vrchní část těla se omyl vlhčenou žínkou. Vyčistila si zuby. Diagnóza deficit sebedpěče v péči o Hygienu a kůži byla ukončena.

- Dieta

V ranních hodinách na jednotce intenzivní péče byla pacientka na stolici. Obtíže při defekaci nehlásila. Pro správnou funkci gastrointestinálního traktu zahájena dieta číslo 2, která je ponechána po zbytek hospitalizace.

- Rehabilitace

Pacientka chodící. Pro správnou techniku chůze a vstávání z lůžka na standardním oddělení již není třeba přítomnosti rehabilitačního pracovníka.

- Psychický stav

Pacientka v dobré náladě, spokojená, usměvavá. Jediný problém, s kterým se za celou dobu hospitalizace nesžila a ani zdravotní personál ho nedokázal vyřešit, bylo nepohodlí nemocničního lůžka a nucená poloha na zádech na kterou nebyla zvyklá. Diagnóza Porucha spánku pokračuje a cíle se nedosáhlo za celou dobu hospitalizace.

- Medikace

Cefazolin 1 g i.v. ve 100 ml FR podaný v injekční formě naposledy v 08:00 na jednotce intenzivní péče. Na standardním oddělení převeden na perorální formu podávaný po dvanácti hodinách (20:00 hod., 08:00 hod.).

- Infuzní terapie

Vasodilatační infuze: Fyziologický roztok 500ml, Heparin 10000mj. V této formě se pokračuje do pátého pooperačního dne, kdy se pacientka převedla na Clexane 0,4 ml s.c.

aplikovaný po dvanácti hodinách. Třetí pooperační den se do fyziologického roztoku přidal pouze heparin 10000 j. Aplikace od třetího pooperačního dne 16:05 hodin do čtvrtého pooperačního dne do 16:40 hodin rychlostí 21 ml/hod.

4.4.5 Pooperační péče na standardním oddělení devátý den hospitalizace

Další den ošetrovatelské péče, které v mé závěrečné práci budu prezentovat, je ze standardního oddělení Kliniky plastické chirurgie, kde jsem se o pacientku starala devátý den její hospitalizace. Jelikož stav pacientky M. K. byl výborný po všech stránkách, nebylo zapotřebí speciální péče. Po osobním převzetí služby u lůžka jsme se s pacientkou M. K. společně těšily z toho, že se spolu opět shledáváme a to pro změnu na klasickém oddělení, kde pro skvělé hojení a výborný celkový stav pacientka čeká na brzké propuštění do domácí péče. U pacientky nebylo třeba zvláštní ošetrovatelské péče. Stanovené ošetrovatelské diagnózy byly pro splněné cíle takřka všechny ukončeny, detailně rozepsané jsou na straně 57- 64. Pacientka vzorně plnila naše doporučení a využívala klekačku, kterou měla na pokoji. Dlouhý nemocniční čas si krátila tím, že si povídala s ostatními pacientkami a v odpoledních hodinách se byly projít na čerstvém vzduchu. Oba dva dny uvítala svého manžela, který za ní docházel denně. Ani manžel pacientky neskrýval upřímnou radost, že mě vidí i zde na klasickém oddělení plastické chirurgie, kde je hospitalizace samotnými pacienty vnímaná pozitivněji. I přes empatický, vstřícný, milý a laskavý přístup sester na jednotce intenzivní péče, se pacienti vždy těší na standardní oddělení. Po dotazu u pacientky M. K., proč tomu tak je, mi bylo sděleno, že se náhle cítí méně nemocná a tím, že může být na standardním pokoji, vnímala, že se vše vyvíjí správným směrem a přesun z lůžkového oddělení znamená, že brzy dojde k propuštění do domácího ošetřování.

Tyto dny, kdy jsem pacientce poskytovala ošetrovatelskou péči, byla pacientka M. K. již bez veškerých invazivních vstupů. Prso bylo pouze zatejповané (Mefix) a břicho staženo břišním pásem, který si pacientka za mé kontroly dokázala sama správně nasadit a upevnit. Za mé asistence se po návštěvě manžela došla osprchovat. Dle doporučení lékaře si mohla čistou vodou jemně omýt i operační rány. Po sprše se dle slov pacientky M. K. cítila svěže a plná energie. Na bolesti si pacientka nestěžovala a nabízenou analgezií odmítala. Nejvíce se těšila tomu, že se blížil slíbený den propuštění a tím návrat do pohodlí svého domova. U většiny stanovených ošetrovatelských diagnóz byly dosaženy vytýčené cíle. Nesplněný cíl zůstal u diagnózy pod názvem Porušený spánek v důsledku nadměrného hluku, osvětlení, nedostatku soukromí a nepohodlím nemocničního lůžka.

4.6 Ošetrovatelské diagnózy

Předoperační ošetrovatelské diagnózy

1. Strach a obavy z blížícího se operačního výkonu a pobytu v neznámém prostředí projevující se pocitem ohrožení, studem, zvýšenou ostražitostí, obranným postojem, napjatým výrazem v obličeji a nervozitou.

Pooperační ošetrovatelské diagnózy

1. Porušený spánek v důsledku nadměrného hluku, osvětlení, nedostatku soukromí a nepohodlím nemocničního lůžka projevující se stesky na tyto rušivé faktory, probouzením v průběhu noci.
2. Akutní bolest vycházející z operačních ran a invazivních vstupů třech Redonových drénů, projevující se mimickými projevy, hlasitými nářky, zaujetím úlevové polohy.
3. Deficit sebepečce v péči o hygienu a kůži z důvodu náročného operačního výkonu a dvou rozsáhlých operačních ran projevující se obtížnou pohyblivostí na lůžku, bolestivostí při pohybu, fyzickou závislostí na personálu, pocitem nečistoty a nepohodlí.
4. Hypotermie vzniklá v důsledku dlouhého operačního výkonu a s ním spojených tepelných a krevních ztrát z organismu projevující se třesem, promodralými rty a nehtovými lůžky, drkotáním zubů, studenou a mramorovanou kůží.
5. Změna močení pro zavedený permanentní močový katetr v pooperačním období projevující se zavedením močového katetru a zabráněním aktivního používání svěračů a kontroly močení samotnou pacientkou.
6. Porušená integrita v oblasti operačních ran, invazivních vstupů, třech Redonových drénů a periferního žilního katetru s rizikem zhoršené perfuze laloku projevující se bledou až mramorovanou barvou kůže laloku, výrazně zpomaleným kapilárním návratem, krvácením ze sutury a vznikem infekce.
7. Riziko nedostatečného dýchání způsobeného bolestí z operační rány na hrudníku a bolestmi v oblasti zad projevující se mělkým dýcháním, pocitem nedostatku vzduchu a dechové tísně, úzkostí.
8. Potencionální riziko TEN z důvodu operačního výkonu a snížené pohyblivosti.
9. Potencionální riziko pádu/úrazu z důvodu pooperačního stavu.

Předoperační ošetrovatelské diagnózy, cíle, plány, realizace a hodnocení

1. Strach a obava z operačního výkonu a pobytu v neznámém prostředí projevující se pocitem ohrožení, studem, zvýšenou ostražitostí, obranným postojem, napjatým výrazem v obličeji a nervozitou.
- Cíl: pacientka je dostatečně informována o plánovaných postupech a průběhu hospitalizace, pacientka má možnost aktivně sdělit personálu své obavy a umí své negativní pocity vyjádřit, nestydí se a aktivně hodnotí a hovoří o svých obavách, pacientka vnímá snížení úzkosti a strachu.

- Plán: zdravotnický personál si všímá verbálních a neverbálních projevů úzkosti, změn nálad, nabídky a umožní rozhovor s lékařem nebo specialistou, zdravotnický personál je empatický, jedná vlídně, trpělivě a ochotně zopakuje informace dle potřeby pacientky, vytváří klidnou a důvěryhodnou atmosféru, respektuje pacientku a dává prostor pro ventilaci negativních pocitů.
- Realizace: Pacientka po příjmu byla seznámena s prostory, právy a povinnostmi pacientů, domácím režimem oddělení. Dostala dostatek času na otázky. Osobně se setkala a pohovořila s anesteziologickým lékařem. Večer v den příjmu se cítila vyrovnaně a na výsledek rekonstrukčního výkonu se těšila.
- Hodnocení: druhý den hospitalizace cíle splněny. Pacientka kladně reagovala na vstřícný a ochotný zdravotní personál, na klidné a čisté prostředí, na spolupacientky se kterými mohla o své nemoci hovořit, vyměnit si své osobní zkušenosti a dojmy, jelikož byly hospitalizované pro obdobné problémy, ocenila, že má možnost kdykoliv oslovit lékaře nebo zdravotní sestru aniž by měla nepříjemný pocit, že obtěžuje.

Pooperační ošetrovatelské diagnózy, cíle, plány, realizace a hodnocení

1. Porušený spánek v důsledku nadměrného hluku, osvětlení, nedostatku soukromí a nepohodlím nemocničního lůžka projevující se stesky na tyto rušivé faktory, probouzením v průběhu noci.
 - Cíl: pacientka bude spát klidně celou noc, cítí se pohodlně a spokojeně, pacientka nevnímá rušivé projevy prostředí, nepociťuje bolesti, má zajištěné dostatečné soukromí.
 - Plán: úprava lůžka, zajištění aktivity během dne, přes noc snaha o eliminaci hluku a světla, komunikace s pacientkou.
 - Realizace: Pacientka po operačním výkonu ležela na JIP. Zajistit dostatečný klid a tmu bylo nemožné. Nabízela se jí ordinovaná hypnotika, která nechtěla, v nočních hodinách se zdravotní personál snažil pracovat co nejtíšeji, zbytečně hlasitě mezi sebou nehovořil. Poskytl pacientce špunty do uší.
 - Hodnocení: První pooperační den cíle nesplněny. Pacientka si stěžuje na pocit nevyspání a únavy. Druhý pooperační den cíle splněny částečně, pacientka spala lépe díky dostatečným aktivitám, které vykonávala přes den od prvního pooperačního dne. Rehabilitovala, četla si knihu, navštívil jí manžel. Pátý den hospitalizace cíle splněny částečně. Pacientka je zpět na klasickém oddělení, kde má přes noc více klidu, nerusí jí hluk a osvětlení. Stěžuje si na nepohodlí postele. Cíl po dobu hospitalizace nebyl splněn.

2. Akutní bolest vycházející z operačních ran a invazivních vstupů 3 Redonových drénů, projevující se mimickými projevy, verbálně, zaujetím úlevové polohy.
- Cíl: pacientka pociťuje úlevu od bolesti, umí hodnotit charakter, intenzitu a stupeň bolesti, pacientka má pooperační režim a spolupracuje v léčbě, pacientka umí zaujmout úlevovou polohu a včas ohlásí nastupující bolest.
 - Plán: všimnout si neverbálních projevů bolesti, fyzických příznaků bolesti, včas a správně reagovat na hlášenou bolest, používat k hodnocení bolesti hodnotící analogové škály, informovat o úlevové poloze, podávat dostatečné množství analgezie, kontrola invazivních vstupů, operačních ran.
 - Realizace: Po převozu pacientky ze sálu naříkala a stěžovala si na bolesti v oblasti operačních ran. Byly podány naordinovaná analgetika, hodnotil se stupeň, charakter, intenzita a místo bolesti, kontrolovala se operační rána, mimoslovní projevy bolesti, fyziologické funkce, pomoc při zaujetí úlevové polohy. Od prvního pooperačního dne jsme ve spolupráci s rehabilitačním pracovníkem zahájili včasnou vertikalizaci pacientky. Pacientka se snažila a spolupracovala.
 - Hodnocení: první pooperační den cíle splněny částečně. Bolest v pravidelných intervalech tlumeny léky, pacientka si naříkala při rehabilitaci. Druhý pooperační den cíle splněny částečně. Pacientka i přes podávanou analgezii stále pociťovala bolest operačních míst při rehabilitaci. V klidu byla bez bolestí. Od třetího pooperačního dne bolesti minimální pouze při pohybu. Cíle splněny pouze částečně pro vytažení drénů, což pacientka vnímala bolestivě. Od pátého pooperačního dne cíle splněny. Pacientka bez bolestí. Analgezii odmítala.
3. Deficit sebedpěče v péči o hygienu a kůži z důvodu náročného operačního výkonu a dvou rozsáhlých operačních ran projevující se omezenou hybností, bolestivostí při pohybu, fyzickou závislostí na personálu, pocitem nečistoty a nepohodlí.
- Cíl: pacientka má pocit tělesné pohody a čistoty, spolupracuje v rámci svého pohybového omezení, pacientka dokáže popsat své problémy související s hygienou, pacientka si udrží zdravý vzhled kůže těla, pacientka postupně zvládne hygienickou péči zcela sama.
 - Plán: kontrola stavu kůže, pečlivě dbát, aby nedošlo k traumatizaci kůže dolních končetin shrnutými nebo zaškrcenými kompresními punčochami, pravidelná péče o lůžkoviny, jejich vypnutí, pomoc při ranní a večerní hygieně, včetně péče o chrup a vlasy, umytí a dezinfekce rukou po vyprazdňování.
 - Realizace: Nultý den operace byla pacientka uložena do čistého ustlaného lůžka, po operačním výkonu jsme pacientce dali košili, ve večerních hodinách se provedla lehčí celková hygiena na lůžku za pomoci jednorázové žínky a lavoru s vodou, pacientka si vyčistila zuby. Od prvního pooperačního dne si pacientka v rámci rehabilitace došla k umyvadlu, kde ve spolupráci se zdravotním personálem

prováděla celkovou hygienu za pomoci vlhčených žínek. Od třetího pooperačního dne po překladi na standardní oddělení si pacientka došla do sprchy, kde si umyla tekoucí vodou genitál, od pasu nahoru použila pouze navlhčenou žínku. Pátý pooperační den se pacientka mohla umýt celá včetně vlasů. Dopomohl jí manžel.

- Hodnocení: první pooperační den cíle splněny částečně. Pacientka má pocit čistoty, ale hygienickou péči sama nezvládne. Pacientka dbá na svou čistotu. I během dne se otírala vlhčenými ubrousky, které má k dispozici nočním stolku. Třetí pooperační den cíle splněny částečně. Pacientka si ve sprše mohla omýt tekoucí vodou genitál a cítila se mnohem důstojněji. Od pátého pooperačního dne cíle splněny. Pacientka si za doprovodu svého manžela došla do sprchy, kde provedla celkovou koupel včetně umytí vlasů. Cítila se velice dobře.
4. Hypotermie vzniklá v důsledku dlouhého operačního výkonu a s ním spojených tepelných a krevních ztrát z organismu projevující se třesem, promodralými rty a nehtovými lůžky, drkotáním zubů, studenou a mramorovanou kůží.
- Cíl: pacientka cítí teplo a pohodlí, není ohrožena komplikacemi kardiovaskulárního a respiračního systému z důvodu hypotermie, uložit na vyhřáté lůžko, kontrola TK, P, TT, saturace O₂.
 - Realizace: Pacientku jsme po příjezdu na JIP přikryli zahřívací dečkou a oblékli jí košili. Byla napojena na monitor, pomocí něhož byly monitorovány fyziologické funkce. V místnosti se také topilo. Během dvaceti minut pacientky ustal třes, přestala mít známky podchlazení.
 - Hodnocení: nultý operační den cíle splněny do půl hodiny.
5. Změna močení pro zavedení permanentní močový katetr v pooperačním období projevující se zavedením močového katetru a zabránění přirozeného močení samotnou pacientkou.
- Cíl: pacientka je informovaná o významu zavedeného permanentního močového katetru a spolupracuje při ošetřování, udržení hygieny a prevenci komplikací, pacientka bude mít zavedený močový katetr po dobu nezbytně nutnou, pacientka nebude pociťovat pálení, řezání, u pacientky se neprojeví infekce močových cest, pacientka bude zajištěn dostatečný přísun tekutin.
 - Plán: udržovat suché a čisté okolí genitálií kontrola polohy a průchodnosti močového katetru, sledovat příjem a výdej tekutin, barvu moče, poučit pacientku o nutnosti sledování příznaků močové infekce.
 - Realizace: pacientka měla dostatečný celkový příjem tekutin. Kontrolovala se funkčnost katetru, zajistila se pomoc při hygieně genitálu, sledovali se známky infekce. Měřila se bilance příjmu a výdeje tekutin, podávalo se dostatečné

množství tekutin, vizuálně se kontroloval charakteru moče, moč byla čirá, bez patologických příměsí. Pacientka byla bez dysurických obtíží. Po zrušení močového katetru 3. pooperační den pacientka bez potíží a bolestí spontánně močila, bez bolestí.

- Hodnocení: třetí pooperační den cíle splněny. Pacientka se bez problémů spontánně vymočila třetí hodinu po vyndání PMK.
6. Porušená integrita v oblasti operačních ran, invazivních vstupů, třech Redonových drénů a periferního žilního katetru s rizikem zhoršené perfuze laloku projevující se bledou až mramorovanou barvou kůže laloku, výrazně zpomaleným kapilárním návratem, krvácením ze sutury a vznikem infekce.
- Cíl: pacientka má rány převazovány aseptickým způsobem za dodržení hygienických podmínek, pacientce se kontrolují operační rány v pravidelných intervalech. Hodnotí se stav rekonstruovaného laloku, pacientka má sterilním způsobem ošetřované a převazované invazivní vstupy, pacientka má Redonovy drény průchodné, pacientka aktivně upozorní na varovné projevy komplikací.
 - Plán: edukovat pacientku o vhodném klidovém a pohybovém režimu, průběžná kontrola obvazů, kryjících operační rány, sledování a hodnocení barvy, teploty, kapilárního návratu a konzistence laloku, kontrola průchodnosti a funkčnosti Redonových drénů. Převazy za aseptických podmínek. Sledovat projevy bolesti, otoky, zarudnutí, TT, zajistit čisté lůžkoviny i prádlo pacienta udržovat čistotu kolem močového katetru a dbát na jeho polohu, měřit fyziologické funkce.
 - Realizace: Ihned po návratu ze sálu se zkontroloval stav obvazů. Tři Redonovy drény se označily římskými číslicemi, zaznamenalo se množství a charakter odváděné tekutiny a umístily se do košíčků zavěšených na lůžku. Kontrolovala se perfuze laloku. Při manipulaci s pacientkou se dbalo pozornosti, aby nedošlo k vytržení drénu z rány, ani k povysunutí nebo dislokaci močového katetru. Operační rány byly klidné, nekrvácely, bez zarudnutí, otoku. Operační rány převazoval lékař za asistence sestry od druhého pooperačního dne. Vše přísně asepticky. Tegaderm, který kryl periferní žilní katetry, se měnil vždy, když bylo třeba a jinak jednou za 72 hodin s označením datumu převazu. Každá intervence u pacientky byla pečlivě a čitelně zaznamenána do dokumentace.
 - Hodnocení: druhý pooperační den cíle splněny částečně. Rány se hojily per primam, bez infekčních komplikací. Pátý pooperační den cíle splněny. Pacientka bez invazivních vstupů. Hojení operačních ran bez komplikací.
7. Riziko nedostatečného dýchání způsobeného bolestí z operační rány na hrudníku a bolestmi v oblasti zad projevující se mělkým dýcháním, pocitem nedostatku vzduchu a dechové tísně, úzkostí.

- Cíl: pacientka dokáže dýchat bez námahy, hrudník se při nádechu, pacientka bez dušnosti, bez cyanózy, s normální dechovou frekvencí, u pacientky není žádná pooperační dechová komplikace.
- Plán: zvýšená poloha hrudníku asi o 30°, udržovat průchodnost dýchacích cest, zvlhčit vdechovaný vzduch zvlhčovačem, pod vedením rehabilitačního pracovníka zajistit dechová cvičení.
- Realizace: Od nultého operačního dne se pacientce podával brýlemi zvlhčovaný kyslík, za odborné asistence rehabilitačního pracovníka prováděla dechovou gymnastiku, nácvik hlubokého nádechu a dlouhého výdechu. Nádechy byly lokalizovány směrem do obou podklíčkových oblastí, dále do sternu a dolních hrudních pólů. Následující dny mohla pacientka cvičení provádět v polosedě v kombinaci cviků horních a dolních končetin.
- Hodnocení: první pooperační den cíle splněny. Pacientka není dušná, nemá známky zahlenění, dokáže odkašlat, saturace O₂ v normě.

8. Potencionální riziko TEN z důvodu operačního výkonu a snížené pohyblivosti.

- Cíl: Pacientka je důkladně informována o prevenci tromboembolické nemoci, na kontrolní otázky, co se týče prevence a jak předcházet tromboembolické nemoci, umí správně odpovědět.
- Plán: pacientku informovat o nutnosti cvičení DK na lůžku a včasné imobilizaci, sledovat příznaky TEN, kontrolovat funkčnost bandáží DK, sledovat barvu kůže a teplotu DK, podávat antikoagulační léčbu dle ordinace lékaře, kontrolovat projevy krvácení.
- Realizace: Pacientka je již předoperačně zajištěna antikoagulační léčbou. S možnou potencionální problematikou je seznámena a orientuje se v ní. Ráno v den operačního výkonu se nasadily kompresní punčochy. Po dobu operačního výkonu se zajistil sekvenciálním kompresním systémem. Nultý pooperační den byla pacientka poučena, že má s DK co nejčastěji provádět jednoduché cviky na lůžku. V pravidelných intervalech a především při hygieně se kontroloval stav kompresních punčoch. Hlídalo se, aby příliš neškrtily, nehrbily se a nezařezávaly se do kůže. Monitorovala se bolest DK, teplota a barva. Od prvního pooperačního dne se s pacientkou intenzivně rehabilitovala za asistence rehabilitačního pracovníka.
- Hodnocení: V den propuštění do domácího ošetřování cíle dosaženo. Pacientka celou dobu hospitalizace nosila kompresní punčochy, které si sundávala pouze při hygieně. Punčochy se nezařezávaly do kůže dolních končetin, DK byly teplé, prokrvené se zachovalým citím. Pacientka se po celou dobu hospitalizace zajišťovala antikoagulační léčbou. Netrpěla na otoky DK, nepociťovala bolestivost. Od nultého

operačního dne s DK aktivně prováděla cviky na lůžku a od prvního pooperačního dne za asistence fyzioterapeuta nacvičovala chůzi.

9. Potencionální riziko pádu/úrazu z důvodu pooperačního stavu a výkonu vedeného v celkové anestezii.
- Cíl: u pacientky v pooperačním období nedojde k pádu ani úrazu, pacientka je poučena, že vstávat z lůžka první pooperační den může pouze za asistence zdravotního personálu. Pacientka bude mít vhodnou obuv.
 - Plán: pacientka byla poučena, že po výkonu nebude moct sama vstávat z lůžka, pacientka bude mít nultý dne výkonu klidový režim na lůžku, bude zajištěna postranicemi, které jsou součástí lůžka, veškeré potřebné osobní věci bude mít pacientka na dosah ruky, pacientka byla seznámena s použitím signalizačního zařízení.
 - Realizace: po přesunu pacientky z operačního stolu do nemocničního lůžka, byly zvednuty postranice. Po příjezdu na JIP se zajistilo okolí lůžka. Noční stolek byl umístěn na dosah ruky pacientky z neoperované strany. Na hrazdě u nemocničního lůžka měla zavěšený signalizační zařízení. Od prvního pooperačního dne probíhal za asistence rehabilitačního pracovníka nácvik sedu, stoje a chůze. S sebou v nemocnici měla vhodnou a pohodlnou obuv.
 - Hodnocení: Cíle dosaženo druhý pooperační den, kdy pacientka prokazovala dovednost chůze bez opory. Pacientka měla pohodlnou obuv, která neklouzala.

5 Diskuse

Podle statistik zveřejněných Centrem pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) v roce 2013, je rakovina prsu nejčastějším zhoubným nádorem u žen. U pacientek, kterým byla diagnostikována rakovina prsu může propuknout hluboký pocit strachu, který může být zmírněn prostřednictvím lepšího porozumění příčin, slibných možností léčby a preventivní strategií (Crawford, 2017).

Tématem této bakalářské práce byla kazuistika pacientky s rekonstrukční operací náhrady prsu po předchozí mastektomii z důvodu nádorového onemocnění. Jako operační metoda byla zvolena metoda takzvaného volného TRAM laloku na stopce. Jak již bylo zmíněno dříve, tato metoda je sice pro pacientky z mnoha důvodů přínosná a bývá proto ze strany pacientek z nabízených možností metodou první volby. Na druhou stranu představuje zvýšenou zátěž pro organismus s mnoha potencionálními zdravotními riziky a v neposlední řadě pokládá zvýšené nároky nejen na operační tým, ale také na zdravotníky, kteří se podílejí na pooperační péči.

Jako zdravotní sestra, která se na této pooperační péči podílela, jsem si těchto specifických rizik vědoma a stejně jako ostatní členové týmu se snažím ve své každodenní praxi tato rizika minimalizovat. Mohu se spoléhat nejen na profesionální týmovou spolupráci ze strany lékařů a ostatních kolegů a kolegyně nelékařských oborů, ale také na propracovaný a praxí prověřený systém standardizovaných postupů, používaných na naší klinice. Mohu se opřít také o systematický a detailní postup ošetrovatelského procesu.

Dokladem toho, že tyto postupy jsou účinné, je také popisovaný případ studie. Během pooperační péče, které jsem se přímo účastnila, nedošlo k žádným komplikacím a pacientka byla propuštěna do domácího ošetřování. Její stav byl nadmíru uspokojivý nejen, co se týká fyzického stavu, ale také psychické stránky. Pacientka snášela celou hospitalizaci bez problémů a stejně bezproblémový byl i její psychický stav. Pacientka po celou dobu hospitalizace spolupracovala a jevila snahu o zdárný průběh hospitalizace a brzké propuštění do domácí péče.

Cílem mé bakalářské práce, bylo konkrétním výběrem tématu rekonstrukce prsu, poukázat na to, jak probíhá ošetrovatelská péče o konkrétní pacientu a že díky vymoženostem medicíny, edukační křivce lékařů a pílí zdravotního personálu, se dá pomoci ženám, které přišly o prso, k navrácení žensství. Dopomoci tím nejen estetickému dojmu, ale především psychice, která po ztrátě prsu bývá postižena značným způsobem. Ženy pociťují stud a v mnohých případech se tento problém dotkne i v partnerském soužití.

Pro úspěch samotného výkonu je nezbytně nutné optimální prokrvení laloku. Toto prokrvení může být ohroženo trombózou v místě sutury cév. Prokrvení laloku závisí na přítoku arteriální krve do laloku a odtoku venózní krve z laloku. Porucha prokrvení laloku se může projevit poruchou přítoku krve do laloku – ischemie laloku, poruchou odtoku krve z laloku – venostáza laloku, nebo kombinací obou. Pro sledování prokrvení laloku lze použít celou řadu přístrojových ale nejspolehlivější a nejvíce užívanou metodou zůstává vizuální kontrola laloku. Zde jsem zjistila, že se rozchází teorie s praxí. Podle teoretické části se má prso kontrolovat v intervalu patnácti minut po dobu dvou hodin, ale prakticky se tomu tak neděje z důvodu časového presu, kdy se zdravotní sestra musí věnovat i jiným pracovním činnostem. Parametry klinického sledování laloku a jejich změny při poruše prokrvení laloku jsou uvedeny na straně 29 v tabulce č. 1. V tomto případě ovšem k uvedeným komplikacím nedošlo.

Naprostou zásadní roli v ošetrovatelské péči ale vždy hraje lidský faktor. Postavíme-li špičkově vybavenou moderní nemocnici, nebude zárukou stejně špičkové péče. Zárukou špičkové péče bude vždy zdravotník, ať už lékař, laborant, zdravotní sestra nebo kterýkoliv jiný člen zdravotnického týmu. Dokonalá souhra všech zmíněných profesí a zodpovědná a pečlivá práce každého jedince je nejdůležitějším faktorem, ovlivňujícím jak kvalitu medicínské a ošetrovatelské péče, tak i spokojenost pacientů. Mohu zodpovědně říci, že takový tým máme i na naší klinice, a tato kazuistika je toho důkazem. Tato náročná operace proběhla bez jakýchkoliv komplikací a spokojená pacientka mohla být po nezbytně dlouhé hospitalizaci v dobrém fyzickém i psychickém stavu propuštěna do domácího ošetřování. Je pravdou, že ne každá operace a pooperační péče probíhá stejně bezproblémově, protože každý pacient je jiný, má jiné fyzické dispozice a může reagovat na léčbu jinak, než bychom si přáli. Jsem si ale jista, a ve své praxi jsem to mnohokrát zažila, že v případě neočekávaných komplikací si dokážeme poradit.

Pomocí rekonstrukčních operací prsu metodou volného TRAM laloku navracíme ženám jejich ženskost a sebevímání. Metoda to není úplně jednoduchá a je možno jí provádět jen na špičkově vybavených pracovištích a špičkově erudovanými a sehranými týmy, je to ale metoda moderní a ve výsledku pro ženu přínosná jak z estetického hlediska, tak z hlediska toho, že k náhradě prsu je použita vlastní tkáň, a odpadájí zde tak nepříjemné pocity z přítomnosti cizorodého materiálu.

6 Závěr

Operace v oblasti prsu jsou obecně vnímány pacientkami velmi citlivě. Je to dáno zejména estetickými hledisky a vnímáním sebe sama. Prsa jsou symbolem ženství a při jejich ztrátě nebo jakékoliv abnormalitě žena sama ve svých očích ztrácí na hodnotě, prožívá stud a s ním i možné problémy v intimní stránce partnerského života. Za léta své praxe jsem to mnohokrát u našich pacientek vyzorovala a nejedna se mi s tím sama svěřila. Rekonstrukční operace prsu je ale v tomto směru specifická tím, že ztrátu nebo abnormalitu v oblasti prsů napravuje a dle možností vrací zpět do normálu. Zpravidla jsou tedy rekonstrukční operace prsu vnímány pozitivně a pacientky snášejí určité nepohodlí spojené s hospitalizací dobře. Přesto mohou mít, a také často mívají pacientky obavy z invazivního operačního zákroku spojeného s celkovou anestezií, z výsledného efektu a z rizik možných komplikací. Tyto obavy se po celou dobu hospitalizace samozřejmě snaží vysvětlit a minimalizovat všichni členové zdravotnického týmu, se kterými pacientka přijde do styku. Je zde ale také možnost zapojení klinického psychologa, který je v případě nevladatelných obav nebo fobií pacientek nejpovolanější osobou. Na jeho doporučení se lze pak pokusit zlepšit psychický stav pacientek také farmakologicky, nestačí-li samotný jeho rozhovor s pacientkou.

Mám-li vyslovit doporučení pro kvalitní péči o pacientky při tomto konkrétním typu rekonstrukční operace, myslím, že péče poskytovaná na naší klinice je moderní a zcela dostačující z hlediska současného stavu lékařské i sesterské péče. Co se týče systému péče a standardizovaných postupů, používaných na naší klinice, jedná o péči na špičkové úrovni, a výsledky naší kliniky to potvrzují mimojiné i nejlepšími umístěními v pravidelných anketách spokojenosti pacientů. Naše nemocnice je akreditovaná v systému SAK a naše standardy a ošetřovatelské postupy tak obstojí i v tomto mezinárodně uznávaném akreditačním systému.

7 Seznam použité literatury

COUFAL, Oldřich a Vuk FAIT. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3641-9.

CRAWFORD, Sarah and ALDER, Richard. *Breast cancer*. Magill Medical Guide (*Online Edition*) [online]. 2017 [cit. 2017-03-11].

DIENSTBIER, Zdeněk a Vladimíra STÁHALOVÁ. *Onkologie pro laiky*. Vyd. 2., aktualiz. Praha: Liga proti rakovině, 2012. ISBN 978-80-86031-65-1.

FERKO, Alexander, Zdeněk ŠUBRT a Tomáš DĚDEK (eds.). *Chirurgie v kostce*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-1005-1.

FRITSCH, Helga a Wolfgang KÜHNEL. *Color atlas of human anatomy*. 5th ed. Ilustroval Gerhard SPITZER. Stuttgart: Thieme, c2008. Basic science. ISBN 978-3-13-533405-9.

GULÁŠOVÁ, Ivica, GORNEROVÁ, Lenka, CETLOVÁ, Lada, et al. *Strach pacienta před operací*. Sestra, 2014, roč.24, č. 2, s 39-39. ISSN: 1210-0404.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základy teorie, metody a aplikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.

KNESCHKE, Z., *Předoperační a pooperační péče o ženy při senologických operacích*. Diagnóza v ošetřovatelství, 2013, roč. 9, č. 1, s. 44-55. ISSN: 1801-1349.

Kulhavá, M. (2012). *Edukace je součástí zdravotní péče*. Florence. Akcent VZP 9/2012. Dostupné z <http://www.florence.cz/odborne-clanky/archiv-akcent-vzp/2012/9/edukace-je-soucast-zdravotni-pece/>. [cit. 2017-03-09].

LIANG, Tsung-Jung, Being-Whey WANG, Shih-Inn LIU, et al. Recurrence after skin-sparing mastectomy and immediate transverse rectus abdominis musculocutaneous flap reconstruction for invasive breast cancer. *World Journal of Surgical Oncology*. 2013, 11(1), 194-. DOI: 10.1186/1477-7819-11-194. ISSN 1477-7819.

LÜLLMANN, Heinz, Klaus MOHR a Lutz HEIN. *Barevný atlas farmakologie*. Vyd. 3., české. Ilustroval Jürgen WIRTH. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1672-5.

MÁLEK, Jiří. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3642-6

MARTÍNKOVÁ, Jiřina. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1356-4.

Medical Tribune. *Pharnindex – Breviř*. Praha: MediMedia Information, 2016. ISBN 978-80-87135-79-2.

MĚŠŤÁK, Jan, Martin MOLITOR, Ondřej MĚŠŤÁK a Lucie KALINOVÁ. *Základy plastické chirurgie*. Vydání druhé. V Praze: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2839-4.

MĚŠŤÁK, Jan. *Prsa očima plastického chirurga*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-1834-7.

NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA. *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-612-0.

NEČAS, Emanuel. *Obecná patologická fyziologie*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1688-9.

NESCHKE, Zuzna. *Předoperační a pooperační péče o ženy při senologických operacích. Diagnóza v ošetrovatelství*, 2013, roč.9, č.13, s. 44-45. ISSN: 1801-1349.

OECD, *Health et a Glance 2015*, OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. (Online Edition) [online] http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.

PATTERSON, Sharla Gayle, Paige TELLER, Radha IYENGAR, et al. Locoregional Recurrence after Mastectomy with Immediate Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous (TRAM) Flap Reconstruction. *Annals of Surgical Oncology*. 2012, 19(8), 2679-2684. DOI: 10.1245/s10434-012-2329-z. ISSN 1068-9265.

ROKYTA, Richard. *Fyziologie: pro bakalářská studia v medicíně, ošetrovatelství, přírodovědných, pedagogických a tělovýchovných oborech*. 2., přeprac. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2008. ISBN 80-86642-47-X.

SCHEIN, Moshe a Paul N. ROGERS, ed. *Urgentní břišní chirurgie: Schein's common sense emergency abdominal surgery*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2357-0.

SCHUMPELICK, Volker. *Chirurgie - stručný atlas operací a výkonů*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4531-2.

SLEZÁKOVÁ, L., ČOUPKOÁ, H., FILIPČÍKOVÁ, R., MARCIÁNKOVÁ, V., et al. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3130-8.

SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-845-2.

TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-286-1.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny*. 8., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, c2007. ISBN 978-80-7345-123-3.

WICHISOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. 1. vyd., Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3754-6.

VOZDECKÁ, J., HADVIŽDŽÁKOVÁ, V. *Ošetrovatelská péče o pacienty po zákroku na regionálních uzlinách*. In: Edukační sborník. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2011, roč. 2011, s. 91-93. ISBN: 978-80-86793-17-7.

VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ, Iva OTRADOVCOVÁ a Lucie KUBÁTOVÁ. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3421-7.

WARD, Jeremy P. T. a R. W. A. LINDEN. *Základy fyziologie*. 1. české vyd. Praha: Galén, c 2010. ISBN 978-80-7262-667-0.

Další zdroje:

Ústní výpovědi zdravotního personálu

Ústní výpovědi pacientky

Vlastní pozorování

Zdravotnická dokumentace

8 Seznam zkratek

ATB - antibiotika

BMI - body mass index

ČR - Česká republika

DCIS - duktální karcinom in situ

DF - dechová frekvence

DK - dolní končetiny

EKG - elektrokardiograf

EKG - elektrokardiogram

FA - farmakologická anamnéza

FR - fyziologický roztok

G - Gauge

GA - gynekologická anamnéza

GCS - Glasgow coma scale

CH - Charriérova stupnice

i.m. - intramuskulárně

i.v. - intravenózně

JIP - jednotka intenzivní péče

LCIS - lobulární karcinom in situ

LHK - levá horní končetina

O₂ - kyslík

OA - osobní anamnéza

P - pulzová aktivita srdce

P+V - příjem + výdej

PHK - pravá horní končetina
PMK - permanentní močový katetr
PŽK - periferní žilní katetr
RA - rodinná anamnéza
RTG S + P - rentgenové vyšetření srdce a plic
s.c. - subkutánně
SA - sociální anamnéza
SpO₂ - saturace okysličené krve
tbl - tablety
TK - krevní tlak krve
TMN - tumor, metastáze, nodus
TRAM - Transversum Recti Muscule Flap
TT - tělesná teplota
VAS - vizuální analogová škála

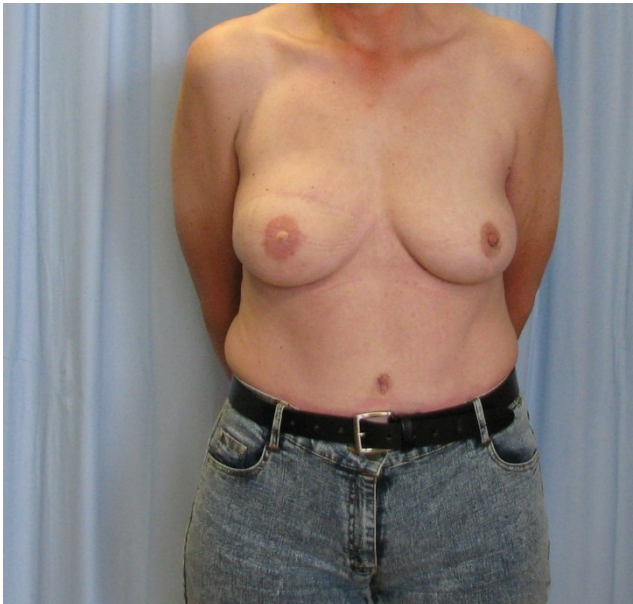
9 Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Monitorace TRAM laloku.....	30
---	----

10 Seznam obrázků

Obrázek č. 1

Stav pacientky před a po rekonstrukčním výkonu



11 Seznam příloh

Příloha č. 1: Ošetřovatelská anamnéza

Příloha č. 2: Hodnocení rizika vzniku dle Nortonové, Barthelův test všedních činností, riziko malnutrice, screeningový test pro vyhodnocení rizik pádu

Příloha č. 3 A, 3 B: Ošetřovatelský plán

Příloha č. 4 A: Hodnocení ošetřovatelské péče

Příloha č. 4 B: Realizace ošetřovatelského plánu

Příloha č. 5: Fyziologický list

Příloha č. 6: Analgetický list

Příloha č. 7: Plán péče o rány

Příloha č. 8: Edukačně - informační záznam

Příloha č. 9 A, 9 B: Souhrn informací o chodu Kliniky plastické chirurgie

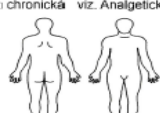
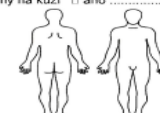
Příloha č. 10: Hodnocení TRAM laloku

Příloha č. 1: Ošetrovatelská anamnéza

Příjmová ošetrovatelská anamnéza

Jméno:
 Příjmení:
 R. č.:
 Oddělení:

alergie:

<p>Příjem</p> <p>datum přijetí: čas:</p> <p>opakované přijetí <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne rodina informována <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Vědomí/Orientace</p> <p><input type="checkbox"/> při vědomí <input type="checkbox"/> orientován/a <input type="checkbox"/> porucha vědomí <input type="checkbox"/> dezorientován/a <input type="checkbox"/> bezvědomí <input type="checkbox"/> somnolence <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> koma</p> <p>Dýchání</p> <p><input type="checkbox"/> spontánní <input type="checkbox"/> spontánní s kyslíkem <input type="checkbox"/> umělá plicní ventilace potíže s dýcháním <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> klidová <input type="checkbox"/> náhamová <input type="checkbox"/> noční <input type="checkbox"/> cyanóza <input type="checkbox"/> kuřák <input type="checkbox"/> kašel</p> <p>Kontakt</p> <p><input type="checkbox"/> úplný, bez omezení <input type="checkbox"/> částečný, ztížený <input type="checkbox"/> netže navázat</p> <p>Spánek</p> <p>narušený <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> léky</p>	<p>Psychický stav</p> <p><input type="checkbox"/> spolupracuje <input type="checkbox"/> nespolupracuje <input type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> apatický <input type="checkbox"/> zmatený <input type="checkbox"/> agresivní <input type="checkbox"/> rozrušený</p> <p>Soběstačnost/pohyblivost</p> <p><input type="checkbox"/> ano, soběstačný/á <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> soběstačný/á s pomocí <input type="checkbox"/> nesoběstačný/á viz. Barthelův test základních všedních činností</p> <p>Bolest</p> <p><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická viz. Analgetický list VAS: </p> <p>Významný handicap:</p> <p>smyslový <input type="checkbox"/> tělesný <input type="checkbox"/> vada sluchu <input type="checkbox"/> pace maker <input type="checkbox"/> vada řeči <input type="checkbox"/> amputace <input type="checkbox"/> vada zraku <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> paréza <input type="checkbox"/> plegie <input type="checkbox"/> demence</p>	<p>Pomůcky:</p> <p><input type="checkbox"/> naslouchátka <input type="checkbox"/> berle, hůl <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> protéza <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> brýle, čočky</p> <p>Výživa/Hydratace</p> <p>problémy <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> enterální sonda zavedena dne: <input type="checkbox"/> parenterální kanyla zavedena dne: dietní omezení <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> diabetik kontakt s nutričním terapeutem <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne viz. Určení nutričního stavu</p> <p>Vyprazdňování</p> <p>problémy s močením <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pálení <input type="checkbox"/> řezání <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> inkontinence močový katétr: zaveden dne: problémy se stolicí <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> stomie poslední stolice dne:</p> <p>Kůže</p> <p>změny na kůži <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p></p> <p>zálež. Plán péče o rány, dekubity a jiné kožní léze</p>	<p>Rizika</p> <p><input type="checkbox"/> riziko pádů <input type="checkbox"/> riziko poruchy kožní integrity <input type="checkbox"/> riziko malnutrice</p> <p>Sociální podmínky</p> <p>bydlí doma sám/a <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne je v péči: <input type="checkbox"/> domácí péče <input type="checkbox"/> domova důchodců <input type="checkbox"/> pečovatelské služby předpokládá se kontakt se zdravotní sociálním pracovníkem <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Spirituální potřeby</p> <p><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> kontakt s kaplanem</p> <p>Osobní věci</p> <p><input type="checkbox"/> má u sebe <input type="checkbox"/> viz. doklad o úschově</p> <p>Cennosti</p> <p><input type="checkbox"/> má u sebe <input type="checkbox"/> viz. doklad o úschově</p> <p>Jiná sdělení</p> <p><input type="checkbox"/> váha <input type="checkbox"/> výška</p> <p>anamnézu odebrala: datum: čas:</p>
--	--	--	--

Příloha č. 2: Hodnocení rizika vzniku dle Nortonové, Barthelův test všedních činností, riziko malnutrice, Screeningový test pro vyhodnocení rizik pádu

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence	Součet								
úplná	< 10	4	normal	4	žádné	4	dobrý	4	bdělý	4	chodí	4	úplná	4	není	4	
malá	< 30	3	alergie	3	diabetes, teplota, anémie	3	zhoršený	3	apatický	3	doprovod	3	částečně omezená	3	občas	3	
částečná	< 60	2	vlhká	2	ucpávání tepen, kachexie	2	špatný	2	zmatený	2	sedáčka	2	velmi omezená	2	moči	2	
žádná	> 60	1	suchá	1	karcinom	1	velmi špatný	1	bezdědomí	1	leží	1	žádná	1	moči a stolice	1	

Riziko vzniku dekubitů při 25 bodech a méně **CELKEM**

Barthelův test všedních činností		Riziko malnutrice			
Najedění, napití	10	BMI	0 bodů	1 bod	
Oblékání	5	Nechtěné zhubnutí v posledních 3 měsících a dále hubne	více než 20,5	18,5 - 20,5	
Koupání	5	Calciový denní příjem stravy	méně než 3 kg	méně než 18,5	
Osobní hygiena	5	Nelze-li pacienta změřit a zvážit - přičítí 1 bod	více než 3/4	3 - 6 kg	
Kontinence moči	10	Nelze-li od pacienta získat informace - přičítí 2 body	1/4 - 3/4	více než 6 kg	
Kontinence stolice	10	2 body a více: Informuj lékaře a kontaktuj NT			
Použití WC	10	CELKEM			
Přesun lůžko - židle	15	Screeningový test pro vyhodnocení rizika pádu			
Chůze po rovině	10	Pohyb	body	body	
Chůze po schodech	10	nepotřebuje pomoc	0	Smyslové poruchy	
		potřebuje pomoc k pohybu	1	žádné	
		s použitím pomůček	1	vizuální, sluchové, smyslové deficity	
		neschopen přesunu	1	orientován	
		nevýžaduje pomoc	0	občasná / noční dezorientace	
		potřebuje pomoc	1	historie - dezorientace / demence	
		historie - nykturie / inkontinence	1	18 - 75 let	
		není rizikové léky	0	75 a výše	
		užívá léky ze skupiny diuretik, antikonvulziv, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropních látek nebo benzodiazepinů	1	CELKEM	
				Riziko pádu 3 body a více	

Zdroje: NT - nutriční terapeut

Příloha č. 3 A: Ošetrovatelský plán

Jméno:
 Příjmení:
 R. č.:
 Oddělení:

Ošetrovatelský plán

datum stanovila	Ošetrovatelská diagnóza - cíl - intervence	datum přehodnotila funkčně	datum přehodnotila funkčně	datum přehodnotila funkčně	datum přehodnotila funkčně	datum přehodnotila funkčně
č. dg. 1	<input type="checkbox"/> Zhoršená verbální komunikace v souvislosti <input type="checkbox"/> se základním onemocněním <input type="checkbox"/> se zajištěním dýchacích cest <input type="checkbox"/> neznalost jazyka Cíl: Efektivní komunikace <input type="checkbox"/> vysvětlí příčiny zajištění DC <input type="checkbox"/> edukuj o mimoslovní komunikaci, zajišť pomůcky spolupracuj s <input type="checkbox"/> rodinou <input type="checkbox"/> logopedem <input type="checkbox"/> překladatelem <input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
č. dg. 2	<input type="checkbox"/> Nedostatečné dýchání v souvislosti <input type="checkbox"/> se základním onemocněním <input type="checkbox"/> s operačním výkonem Cíl: Účinné dýchání <input type="checkbox"/> zajistí vhodnou polohu <input type="checkbox"/> sleduj intenzitu a charakter kašle, sputa <input type="checkbox"/> odsávej sekret dle potřeby <input type="checkbox"/> prováděj hygienu DC <input type="checkbox"/> nácvik odkáslávání, dechová cvičení <input type="checkbox"/> kontroluj nastavení ventilátoru <input type="checkbox"/> zajistí nácvik spontánní ventilace <input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
č. dg. 3	<input type="checkbox"/> Deficit sebepečce v souvislosti <input type="checkbox"/> se základním onemocněním <input type="checkbox"/> s operačním výkonem Cíl: Úspokojení základních potřeb zajistí: <input type="checkbox"/> kompletní péči <input type="checkbox"/> bezpečnost pacienta, pomůcky k lůžku, uprav okolí <input type="checkbox"/> polohování pacienta <input type="checkbox"/> včasnou mobilitu <input type="checkbox"/> používej antiektubitní pomůcky <input type="checkbox"/> pomáhej při uspokojování základních potřeb <input type="checkbox"/> edukuj pacienta, rodinu <input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
č. dg. 4	<input type="checkbox"/> Bolest v souvislosti <input type="checkbox"/> se základním onemocněním <input type="checkbox"/> s operačním výkonem <input type="checkbox"/> jiné Cíl: Zmírnění, odstranění bolesti <input type="checkbox"/> monitoruj bolest sleduj: <input type="checkbox"/> fixaci analgetických náplastí <input type="checkbox"/> funkčnost epidurálního katétru <input type="checkbox"/> edukuj o úlevové poloze, prevenci bolesti <input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
č. dg. 5	<input type="checkbox"/> Porušená výživa v souvislosti <input type="checkbox"/> se základním onemocněním <input type="checkbox"/> s operačním výkonem Cíl: Vyvážená strava, zajištění příjmu zajistí: <input type="checkbox"/> vhodnou polohu - prevenci aspirace <input type="checkbox"/> po dohodě s lékařem vhodnou dietu <input type="checkbox"/> kontaktuj NT <input type="checkbox"/> podávání stravy NGS/PEG <input type="checkbox"/> příjem tekutin, pomáhej při podávání stravy <input type="checkbox"/> pravidelnou hygienu DÚ sleduj: <input type="checkbox"/> příjem a výdej tekutin <input type="checkbox"/> charakter žaludečního odpadu <input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
č. dg. 6	<input type="checkbox"/> Porušené vyprazdňování <input type="checkbox"/> moče <input type="checkbox"/> stolice v souvislosti <input type="checkbox"/> se základním onemocněním <input type="checkbox"/> s operačním výkonem Cíl: Optimální či fyziologické vyprazdňování sleduj: <input type="checkbox"/> moč, množství, barvu <input type="checkbox"/> stolici, charakter, příměsi <input type="checkbox"/> účinek klyzmatu zajistí: <input type="checkbox"/> péči o stomii <input type="checkbox"/> péči o PMK <input type="checkbox"/> prováděj nácvik vyprazdňování <input type="checkbox"/> zachovej intimitu <input type="checkbox"/> edukuj o vhodném výběru stravy, pitném režimu <input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					

Zkratky: NGS - nosogastriční sonda, PEG - perkutánní gastrostomie, DC - dýchací cesty, DÚ - dutina ústní,
 PMK - perianální močový katétr, NT - nutriční terapeut

01

Příloha č. 3 B: Ošetřovatelský plán

Ošetřovatelský plán						
datum stanoviště	Ošetřovatelská diagnóza cíl intervence	datum přednosti ukončila	datum přednosti ukončila	datum přednosti ukončila	datum přednosti ukončila	datum přednosti ukončila
č. dg. 7	<input type="checkbox"/> Porušená kožní integrita v souvislosti <input type="checkbox"/> s imobilitou <input type="checkbox"/> s operačním výkonem <input type="checkbox"/> se základním onemocněním Cíl: Zhojení rány, defektu <input type="checkbox"/> zajisti pravidelné polohování <input type="checkbox"/> používej antidekubitární pomůcky <input type="checkbox"/> sleduj vzhled operační rány /obvazu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Riziko poškození kožní integrity v souvislosti <input type="checkbox"/> s imobilitou <input type="checkbox"/> s operačním výkonem <input type="checkbox"/> se základním onemocněním Cíl: Zabránit poškození kožní integrity <input type="checkbox"/> kontroluj prokrvení pokožky <input type="checkbox"/> podkládej predilekční místa <input type="checkbox"/> polohuj pravidelně pacienta <input type="checkbox"/> udržuj čisté a suché lůžko, pečuj o hygienu kůže <input type="checkbox"/> zajisti antidekubitární pomůcky <input type="checkbox"/> podporuj mobilitu pacienta <input type="checkbox"/> sleduj citlivost a prokrvení pevně fixovaných částí těla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Riziko pádu, úrazu v souvislosti <input type="checkbox"/> s imobilitou <input type="checkbox"/> s operačním výkonem <input type="checkbox"/> se změnou kvality vědomí Cíl: Zabránit pádu, úrazu zajisti: <input type="checkbox"/> pomůcky pro bezpečnost pacienta <input type="checkbox"/> věci denní potřeby k lůžku, na dosah ruky <input type="checkbox"/> správné používání kompenzačních pomůcek <input type="checkbox"/> edukuj o nebezpečí a prevenci pádu/ úrazu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Riziko infekce v souvislosti <input type="checkbox"/> se zavedenými invazivními vstupy <input type="checkbox"/> s operačním výkonem Cíl: Zabránit vzniku infekce sleduj: <input type="checkbox"/> místa vpichu a invazivních vstupů <input type="checkbox"/> funkčnost, dobu zavedení <input type="checkbox"/> sekrece z drénu <input type="checkbox"/> edukuj o prevenci nízké infekce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
č. dg. 9	<input type="checkbox"/> Riziko hypoglykémie, hyperglykémie v souvislosti <input type="checkbox"/> se změnou stavu (záhnět, operační výkon) <input type="checkbox"/> nedodržení léčebného režimu Cíl: Předejít hypoglykémii, hyperglykémii <input type="checkbox"/> sleduj příjem potravy, tekutin <input type="checkbox"/> edukuj o aplikaci inzulínu <input type="checkbox"/> edukace NT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
č. dg. 10	Cíl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
č. dg. 11	Cíl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
č. dg. 12	Cíl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
č. dg. 13	Cíl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
č. dg. 14	Cíl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zkratky: NT - nutriční terapeut

Příloha č. 5: Fyziologický list

FYZIOLOGICKÝ LIST							
Oddělení:							ID štítek
Datum							
Den pobytu /operační den							
Režim/Dieta							
Stolice							
Váha							
Saturace							
BILANCE TEKUTIN							
Příjem	per os						
	infuze						
	celkem						
Výdej							
	MK						
	celkem						
41							
40							
39							
38							
37							
36							
KREVŇÍ TLAK							
PULS							
TRF							
ATB							
(není ordinace)							

Vytváří a dodává TISKÁRNA Kumprecht, Nová Město nad Metují, tel.: 491 474 577

MK- močový katétr, TRF - transfuze, ATB - antibiotika

objednací znak: 12

Příloha č. 6: Analgetický list

Analgetický list

Datum hodnocení bolesti: (vstupní hodnocení):

Lokalizace bolesti (označ):

Stupnice bolesti (označ):

žádná nesnesitelná

Charakter bolesti (označ):

<input type="checkbox"/> pálivá	<input type="checkbox"/> pulsující	<input type="checkbox"/> akutní
<input type="checkbox"/> bodavá	<input type="checkbox"/> kolikovitá	<input type="checkbox"/> chronická
<input type="checkbox"/> řezavá	<input type="checkbox"/> tlaková	<input type="checkbox"/> v klidu
<input type="checkbox"/> tupá	<input type="checkbox"/> šíří se	<input type="checkbox"/> při pohybu
<input type="checkbox"/> ostrá		

Datum: Datum: Datum: Datum: Datum: Datum: Datum:

Signály bolesti

<input type="checkbox"/> Pláč	<input type="checkbox"/> Pláč	<input type="checkbox"/> Pláč	<input type="checkbox"/> Pláč	<input type="checkbox"/> Pláč	<input type="checkbox"/> Pláč	<input type="checkbox"/> Pláč
<input type="checkbox"/> Hlas. projev	<input type="checkbox"/> Hlas. projev	<input type="checkbox"/> Hlas. projev	<input type="checkbox"/> Hlas. projev	<input type="checkbox"/> Hlas. projev	<input type="checkbox"/> Hlas. projev	<input type="checkbox"/> Hlas. projev
<input type="checkbox"/> Bol. výraz	<input type="checkbox"/> Bol. výraz	<input type="checkbox"/> Bol. výraz	<input type="checkbox"/> Bol. výraz	<input type="checkbox"/> Bol. výraz	<input type="checkbox"/> Bol. výraz	<input type="checkbox"/> Bol. výraz
<input type="checkbox"/> Neklid	<input type="checkbox"/> Neklid	<input type="checkbox"/> Neklid	<input type="checkbox"/> Neklid	<input type="checkbox"/> Neklid	<input type="checkbox"/> Neklid	<input type="checkbox"/> Neklid
<input type="checkbox"/> Sevřené pěsti	<input type="checkbox"/> Sevřené pěsti	<input type="checkbox"/> Sevřené pěsti	<input type="checkbox"/> Sevřené pěsti	<input type="checkbox"/> Sevřené pěsti	<input type="checkbox"/> Sevřené pěsti	<input type="checkbox"/> Sevřené pěsti
<input type="checkbox"/> Úlevová pol.	<input type="checkbox"/> Úlevová pol.	<input type="checkbox"/> Úlevová pol.	<input type="checkbox"/> Úlevová pol.	<input type="checkbox"/> Úlevová pol.	<input type="checkbox"/> Úlevová pol.	<input type="checkbox"/> Úlevová pol.
<input type="checkbox"/> Jiné	<input type="checkbox"/> Jiné	<input type="checkbox"/> Jiné	<input type="checkbox"/> Jiné	<input type="checkbox"/> Jiné	<input type="checkbox"/> Jiné	<input type="checkbox"/> Jiné

Vegetativní signály bolesti

<input type="checkbox"/> Tachykardie	<input type="checkbox"/> Tachykardie	<input type="checkbox"/> Tachykardie	<input type="checkbox"/> Tachykardie	<input type="checkbox"/> Tachykardie	<input type="checkbox"/> Tachykardie	<input type="checkbox"/> Tachykardie
<input type="checkbox"/> Tachypnoe	<input type="checkbox"/> Tachypnoe	<input type="checkbox"/> Tachypnoe	<input type="checkbox"/> Tachypnoe	<input type="checkbox"/> Tachypnoe	<input type="checkbox"/> Tachypnoe	<input type="checkbox"/> Tachypnoe
<input type="checkbox"/> Hypertenze	<input type="checkbox"/> Hypertenze	<input type="checkbox"/> Hypertenze	<input type="checkbox"/> Hypertenze	<input type="checkbox"/> Hypertenze	<input type="checkbox"/> Hypertenze	<input type="checkbox"/> Hypertenze
<input type="checkbox"/> Pocení	<input type="checkbox"/> Pocení	<input type="checkbox"/> Pocení	<input type="checkbox"/> Pocení	<input type="checkbox"/> Pocení	<input type="checkbox"/> Pocení	<input type="checkbox"/> Pocení
<input type="checkbox"/> Nauzeza	<input type="checkbox"/> Nauseza	<input type="checkbox"/> Nauseza	<input type="checkbox"/> Nauseza	<input type="checkbox"/> Nauseza	<input type="checkbox"/> Nauseza	<input type="checkbox"/> Nauseza
<input type="checkbox"/> Zvracení	<input type="checkbox"/> Zvracení	<input type="checkbox"/> Zvracení	<input type="checkbox"/> Zvracení	<input type="checkbox"/> Zvracení	<input type="checkbox"/> Zvracení	<input type="checkbox"/> Zvracení

Terapie

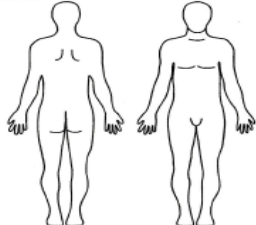

<input type="checkbox"/> Epidural	<input type="checkbox"/> Epidural	<input type="checkbox"/> Epidural	<input type="checkbox"/> Epidural	<input type="checkbox"/> Epidural	<input type="checkbox"/> Epidural	<input type="checkbox"/> Epidural
<input type="checkbox"/> Opiáty	<input type="checkbox"/> Opiáty	<input type="checkbox"/> Opiáty	<input type="checkbox"/> Opiáty	<input type="checkbox"/> Opiáty	<input type="checkbox"/> Opiáty	<input type="checkbox"/> Opiáty
<input type="checkbox"/> Jiné léky	<input type="checkbox"/> Jiné léky	<input type="checkbox"/> Jiné léky	<input type="checkbox"/> Jiné léky	<input type="checkbox"/> Jiné léky	<input type="checkbox"/> Jiné léky	<input type="checkbox"/> Jiné léky
<input type="checkbox"/> Teplo	<input type="checkbox"/> Teplo	<input type="checkbox"/> Teplo	<input type="checkbox"/> Teplo	<input type="checkbox"/> Teplo	<input type="checkbox"/> Teplo	<input type="checkbox"/> Teplo
<input type="checkbox"/> Chlad	<input type="checkbox"/> Chlad	<input type="checkbox"/> Chlad	<input type="checkbox"/> Chlad	<input type="checkbox"/> Chlad	<input type="checkbox"/> Chlad	<input type="checkbox"/> Chlad
<input type="checkbox"/> Psych. podpora	<input type="checkbox"/> Psych. podpora	<input type="checkbox"/> Psych. podpora	<input type="checkbox"/> Psych. podpora	<input type="checkbox"/> Psych. podpora	<input type="checkbox"/> Psych. podpora	<input type="checkbox"/> Psych. podpora

Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS
Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS
Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS
Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS
Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS	Čas: úleva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne VAS

Jmenovka, podpis sestry: Jmenovka, podpis sestry: Jmenovka, podpis sestry: Jmenovka, podpis sestry: Jmenovka, podpis sestry: Jmenovka, podpis sestry: Jmenovka, podpis sestry:

Zkratky: VAS – vizuální analogová stupnice

Příloha č 7: Plán péče o rány

Plán péče o rány, dekubity a jiné kožní léze				list č.:	
Jméno: Příjmení: R. č.: Oddělení:					
Analyza rány <input type="checkbox"/> dekubit <input type="checkbox"/> ulcus cruris <input type="checkbox"/> gangréna diabetica <input type="checkbox"/> jiné kožní léze <input type="checkbox"/> operační rána	Povaha rány: <input type="checkbox"/> epitelizující <input type="checkbox"/> granulující <input type="checkbox"/> nekrotizující <input type="checkbox"/> infikovaná	Exudát: <input type="checkbox"/> žádný <input type="checkbox"/> bílý <input type="checkbox"/> žlutý <input type="checkbox"/> zelený <input type="checkbox"/> krvavý	Zápach: <input type="checkbox"/> žádný <input type="checkbox"/> lehký <input type="checkbox"/> ostrý <input type="checkbox"/> jiný	lokalizace 	
Okolí rány: <input type="checkbox"/> klidné <input type="checkbox"/> otok <input type="checkbox"/> zarudnutí <input type="checkbox"/> ekzém <input type="checkbox"/> macerace	Okraje rány: <input type="checkbox"/> ohraničené <input type="checkbox"/> neohraničené	Bolest: <input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> mírná <input type="checkbox"/> střední <input type="checkbox"/> silná <input type="checkbox"/> nelze hodnotit	Velikost:	stupeň: 1. zčervenání 2. tvorba puchýřů 3. úplné poškození kůže a tkáně 4. poškození hlubokých struktur - nekróza 	
Plán a realizace péče					
dat/hod	hodnocení rány	velikost	ošetření rány + sekundární krytí	datum dalšího přezkvu	Jmenovka, podpis sestry

Příloha č. 8: Edukačně – informační záznam

Edukačně - informační záznam						list č.:
Jméno: Příjmení: R. č.: Oddělení:						
<i>při přijetí</i>						
Edukováná osoba <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input type="checkbox"/> práva pacientů <input type="checkbox"/> signalizační zařízení <input type="checkbox"/> vyživa/dieta <input type="checkbox"/> příprava před výkonem <input type="checkbox"/> péče po výkonu <input type="checkbox"/> pacient byl seznámen o pravidlech vnesených potravin <input type="checkbox"/> zákaz kouření <input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> domácí řád oddělení <input type="checkbox"/> péče o invazivní vstupy <input type="checkbox"/> péče o ránu <input type="checkbox"/> tromboembolická nemoc - prevence <input type="checkbox"/> edukace diabetika <input type="checkbox"/> zákaz kouření <input type="checkbox"/> edukace kuřáka - předány informační letáky <input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> zákaz manipulace s přístroji <input type="checkbox"/> užívání pomůcek <input type="checkbox"/> respirační terapie <input type="checkbox"/> péče o stomii <input type="checkbox"/> prevence pádu <input type="checkbox"/> psychospirituální podpora <input type="checkbox"/> polohování	<input type="checkbox"/> prostory oddělení <input type="checkbox"/> ošetřování novorozence <input type="checkbox"/> kojení <input type="checkbox"/> péče o pupek <input type="checkbox"/> koupání dítěte <input type="checkbox"/> zavírání postýlky	Reakce pacienta: <input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> nepochopil	Datum/čas: Podpis edukujícího/ho: Podpis edukovaného:
Komunikační bariera: <input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> fyzická <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> jiná						
<i>v průběhu hospitalizace</i>						
Edukováná osoba <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input type="checkbox"/> příprava před výkonem <input type="checkbox"/> péče po výkonu <input type="checkbox"/> péče o invazivní vstupy <input type="checkbox"/> tromboembolická nemoc - prevence <input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> prevence pádu <input type="checkbox"/> polohování <input type="checkbox"/> užívání pomůcek <input type="checkbox"/> péče o ránu <input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> respirační terapie <input type="checkbox"/> péče o stomii <input type="checkbox"/> edukace diabetika <input type="checkbox"/> psychospirituální podpora <input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> ošetřování novorozence <input type="checkbox"/> kojení <input type="checkbox"/> péče o pupek <input type="checkbox"/> koupání dítěte	Použité metody: <input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video <input type="checkbox"/> nácvik	Datum/čas: Podpis edukujícího/ho: Podpis edukovaného:
Edukováná osoba <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input type="checkbox"/> příprava před výkonem <input type="checkbox"/> péče po výkonu <input type="checkbox"/> péče o invazivní vstupy <input type="checkbox"/> tromboembolická nemoc - prevence <input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> prevence pádu <input type="checkbox"/> polohování <input type="checkbox"/> užívání pomůcek <input type="checkbox"/> péče o ránu <input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> respirační terapie <input type="checkbox"/> péče o stomii <input type="checkbox"/> edukace diabetika <input type="checkbox"/> psychospirituální podpora <input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> ošetřování novorozence <input type="checkbox"/> kojení <input type="checkbox"/> péče o pupek <input type="checkbox"/> koupání dítěte	Použité metody: <input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video <input type="checkbox"/> nácvik	Datum/čas: Podpis edukujícího/ho: Podpis edukovaného:
Edukováná osoba <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input type="checkbox"/> příprava před výkonem <input type="checkbox"/> péče po výkonu <input type="checkbox"/> péče o invazivní vstupy <input type="checkbox"/> tromboembolická nemoc - prevence <input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> prevence pádu <input type="checkbox"/> polohování <input type="checkbox"/> užívání pomůcek <input type="checkbox"/> péče o ránu <input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> respirační terapie <input type="checkbox"/> péče o stomii <input type="checkbox"/> edukace diabetika <input type="checkbox"/> psychospirituální podpora <input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> ošetřování novorozence <input type="checkbox"/> kojení <input type="checkbox"/> péče o pupek <input type="checkbox"/> koupání dítěte	Použité metody: <input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video <input type="checkbox"/> nácvik	Datum/čas: Podpis edukujícího/ho: Podpis edukovaného:

Příloha č. 9 A: Souhrn informací o chodu Kliniky plastické chirurgie

Vítáme Vás na oddělení plastické chirurgie

Byli jste přijati k plánovanému výkonu. Dovolte nám seznámit Vás v několika bodech s předoperační přípravou a s tím, co Vás čeká krátce po operaci.

- Příjmovou dokumentaci s Vámi **sepiše lékař**.
- Užíváte-li **trvale léky**, prosíme, upozorněte na to lékaře!
- Odpoledne nebo večer před operací Vás **navštíví anesteziolog**. Vysvětlí Vám a doporučí nejvhodnější způsob anestézie, předepíše premedikaci a večer léky na zklidnění.

PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

- **Oholení** jednorázovým holicím strojkem
 - *operace prsou* – nutné vyholení podpaží a jsou-li chloupky kolem dvorce.
 - *operace břicha* (kýla, plastika břišní stěny) – nutné vyholení ohanbí až k pupku
- V případě nejasností Vám sestra podá vysvětlení a provede kontrolu.
- **Vyčištění pupku** – (možný zdroj infekce) provede sestra štětičkou.
- **Večeře** – nevečeří pouze pacienti před břišní operací dle ordinace lékaře se pacientovi podají čípky
- **Nehty** - prosíme odlakovat.
- **Večerní hygiena** – umyjte se mýdlem bez přídavku krému. Nepoužívejte ani tělový krém. Obličej musí být odličen.
- **Večerní ordinace** – doporučí anesteziolog.

Pacient nesmí od půlnoci jíst, pít, kouřit!

RÁNO V DEN OPERACE

- **Ranní hygiena** – ráno před operací se nezapomeňte znovu osprchovat, případně znovu oholit místo operační rány (setra provede kontrolu)
- **Bandáže dolních končetin** – oblékněte si elastické punčochy, pokud nemáte sestra provede bandáž dolních končetin elastickým obinadlem
- **Sestra** Vám změří tělesnou teplotu, krevní tlak, puls a u diabetiků glykémii
- **Nezapomeňte odložit** šperky a snímatelnou zubní protézu, brýle, kontaktní čočky!
- **Cennosti** je možné uložit u sestry v uzavíratelném sáčku. Po návratu ze sálu je dostanete na vyžádání zpět.

Ještě před operací Vám lékař zakreslí místa, která budou operována, případně Vás vyfotografuje.

Kompresivní bandáže můžete zakoupit na oddělení. Ceník je na nástěnce.

ODJEZD NA OPERACI

- po telefonické výzvě ze sálu
- sestra Vás pošle na toaletu
- oblékněte si košili patientskou jednorázovou

Příloha č. 9 B: Souhrn informací o chodu Kliniky plastické chirurgie

- máte-li delší vlasy, sepněte si je obyčejnou gumičkou
- sestra zkontroluje, zda nemáte šperky, event. Vás vyzve k odložení brýlí, zubní protézy, apod.
- sestra aplikuje premedikaci, po podání premedikace již nevstávat!
- sestra Vás na lůžku odveze na operační sál

PO OPERACI

- z operačního sálu Vás sestra převezve na monitorovací pokoj, předpokládá se, že na cca 2 hodiny, dle ordinace lékaře.
- na monitorovacím pokoji budete pod dohledem kamerového systému a budou Vám trvale monitorovány základní životní funkce
- k dispozici budete mít zvonek, kterým sestru můžete kdykoliv přivolat
- infuze, které Vám budou ordinovány, slouží k doplnění tekutin, event. k podání potřebných léků
- budete-li pociťovat bolest nebo nevolnost, oznamte tuto skutečnost sestře, společně s lékařem se budou snažit minimalizovat Vaše obtíže
- po stabilizaci stavu (za cca 2 h) budete převezeni na Váš pokoj

Ihned po operaci sami nepijte, ani nevstávejte!

Sestra ví, jak dlouho jste po operaci a kdy lékař doporučil první příjem tekutin. Hned jak to bude možné, podá Vám čaj, který budete pít po malých doušcích. **Nevstávejte sami.** S prvním vstáváním Vám sestra pomůže.

- První jídlo zpravidla dostanete první pooperační den ráno.

Snídaně 07:45 - 08:00

Oběd 11:30 - 12:00

Večeře 17:00 - 17:30

Do jídelny si, prosím, oblékněte župan.

- Návštěvy: každý den 15:00 – 17:00 hod.

V den operace není vhodné přijímat návštěvy.

Telefon na oddělení:

Důležité

- neodcházejte z oddělení, aniž byste informovali sestru!

- zavírejte ve vlastním zájmu vchodové dveře na oddělení, bohužel hrozí nebezpečí krádeží!

