UNIVERZITA KARLOVA

**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav Ošetřovatelství*

**Lucie Jochcová**

# Ošetřovatelská péče o pacienta s abdominoplastikou

*Nursing care of patient after abdominoplasty surgery*

*Bakalářská práce*

Praha, květen 2019

Autor práce: Lucie Jochcová
Studijní program: Ošetřovatelství
Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra – kombinované studium

Vedoucí práce: Mgr. Renata Vytejčková
Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetřovatelství, 3. lékařská fakulta
Univerzita Karlova
Odborný konzultant: MUDr. Dana Charpentier
Pracoviště odborného konzultanta: OB klinika, a.s., Praha

Předpokládaný termín obhajoby: 12.06.2019

## Prohlášení

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

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

V Praze dne 17. května 2019 Lucie Jochcová

Podpis:

## Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Renatě Vytejčkové za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce. Mé poděkování též patří konzultantce MUDr. Daně Charpentier za cenné rady a věcné připomínky při konzultacích. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Janu Richterovi a celé své rodině za obrovskou podporu a trpělivost, jak během psaní bakalářské práce, tak během celé doby studia.

# Obsah


1. Úvod ..... - 6 -
2. Teoretická východiska ..... - 8 -
2.1. Anatomie břicha ..... - 8 -
2.1.1. Vymezení břicha ..... - 8 -
2.1.2. Jednotlivé vrstvy ..... - 9 -
2.1.3. Inervace přední stěny břišní ..... - 10 -
2.1.4. Cévní zásobení přední stěny břišní ..... - 10 -
2.1.5. Pupek ..... - 10 -
2.2. Abdominoplastika ..... - 11 -
2.2.1. Stručná evoluce abdominoplastiky ..... - 12 -
2.3. Etiologie ..... - 14 -
2.4. Indikace a kontraindikace abdominoplastiky ..... - 15 -
2.4.1. Indikace ..... - 15 -
2.4.2. Kontraindikace ..... - 16 -
2.5. Předoperační a Pooperačnípéče u abdominoplastiky ..... - 17 -
2.5.1. Dlouhodobá předoperační příprava (více než měsíc před výkonem) ..... - 18 -
2.5.2. Střednědobá předoperační příprava (1-3 týdny před výkonem) ..... - 19 -
2.5.3. Krátkodobá předoperační příprava (do 1 týdne před výkonem) ..... - 19 -
2.5.4. Bezprostřední předoperační příprava (1-2 hodiny před výkonem) ..... - 20 -
2.5.5. Pooperační péče ..... - 21 -
2.5.6. Pooperační průběh ..... - 22 -
2.6. Komplikace ..... - 24 -
2.7. Prognóza ..... - 25 -
2.8. Postbariatrická plastická chirurgie ..... - 26 -
2.9. Role sestry na oddělení plastické chirurgie ..... - 27 -
3. Praktická část – Kazuistika ..... - 30 -
3.1. Lékařská anamnéza ..... - 31 -
3.2. Průběh hospitalizace pacientky ..... - 35 -
3.3. Ošetřovatelská anamnéza ..... - 46 -
3.4. Model ošetřovatelské péče ..... - 47 -
3.5. Ošetřovatelské problémy ..... - 50 -
3.5.1. Riziko tromboembolické nemoci (TEN) ..... - 51 -
3.5.1.1. Prevence TEN na pracovišti postbariatrické plastické chirurgie ..... - 53 -
3.5.2. Riziko infekce v místě chirurgického výkonu ..... - 55 -
3.5.2.1. Prevence proti infekci v místě chirurgického výkonu na pracovišti postbariatrické plastické chirurgie ..... - 57 -
3.6. Dlouhodobá péče ..... - 58 -
4. Diskuze ..... - 59 -
5. Závěr ..... - 62 -
6. Seznam použité literatury ..... - 63 -

# 1. Úvod

Bakalářská práce je zaměřena na ošetřovatelskou péči o pacientku s plastickou operací břicha neboli abdominoplastikou, formou kazuistiky. Tato operace v celkové anestezii se provádí za účelem odstranění nadbytku kůže a podkoží břišní stěny u pacientů zpravidla po radikálním úbytku hmotnosti. Je doplněn o zpevnění svalů břišní stěny a přesazení pupku.

Toto téma jsem si vybrala vzhledem k tomu, že obezita je celosvětově rozšířeným onemocněním a její výskyt dále stoupá. Obezitu nelze vnímat pouze jako nadbytek tukové tkáně v těle, ale spíše jako chronické onemocnění, které přináší řadu dalších poruch.

Většina z nás se již setkala s různými zaručenými způsoby rychlého hubnutí, ať už pomocí pilulek, diet nebo koktejlů. Tyto způsoby hubnutí ale nevedou k trvalému úbytku váhy bez následného jojo efektu. Zásadním řešením obezity, a to především té morbidní, jsou bariatrické operace – chirurgické operace pro obezitu. Bariatrická chirurgie nabízí široké spektrum různých výkonů, zmínit můžeme například plikaci žaludku, bandáž žaludku, biliopankreatickou diverzi. Spolu s bariatrickou operací je pro trvalý efekt redukce hmotnosti nutná také celková změna našeho dosavadního životního stylu.

Po výraznější redukci hmotnosti, ať už po bariatrické operaci či redukci dietou, mohou vznikat kožní přebytky v oblasti paží, stehen, břicha, event. i zad. Pod ohybem kožních převisů, především v oblasti břicha, mohou vznikat ekzémy, kožní záněty, ale i cévní komplikace. V těchto případech přichází na řadu plastická chirurgie, která může pacientům v této situaci výrazně pomoci. Plastická operace kožních nadbytků v oblasti břicha – abdominoplastika dokáže někdy i zásadním způsobem posílit pacientovo sebevědomí po redukci hmotnosti, stejně jako vyřešit mnoho potíží, které s nadbytkem kůže souvisejí.

Hlavním cílem této bakalářské práce je přiblížit téma postbariatrické plastické chirurgie, přesněji tedy popsat ošetřovatelskou péči u pacientky s abdominoplastikou.

Tato bakalářská práce se skládá z části teoretické a poté ze samotné kazuistiky pacientky. Jako první nám teoretická část představí anatomii břicha, jelikož zde je operační výkon prováděn.

Dalším důležitým bodem práce je představení samotného operačního výkonu abdominoplastiky. Následující text se věnuje etiologii, za ní jsou zmíněny indikace a kontraindikace, předoperační a pooperační péče u abdominoplastiky, dále jsou v práci popsány komplikace tohoto výkonu a prognóza.

Na závěr teoretické části vás seznámím s postbariatrickou plastickou chirurgií a rolí všeobecné sestry v ní.

Druhou částí práce je samotná kazuistika pacientky s abdominoplastikou. V úvodu této části představuji pacientku pomocí lékařské anamnézy. V dalším textu popisuji ošetřovatelskou péči u jednotlivých předoperačních i pooperačních dnů, zaměřuji se také na specifické ošetřovatelské problémy typické pro tento výkon, zmíněna bude i dlouhodobá péče. Ošetřovatelskou péči jsem zvolila dle modelu Marjory Gordon a jejího „Modelu funkčního typu zdraví“. Ošetřovatelská anamnéza je ve formě přílohy. Závěru práce bude předcházet diskuze. Součástí práce jsou zdroje, obrázky, použité zkratky i přílohy.

# 2. Teoretická východiska

V teoretické části za sebou budou systematický následovat kapitoly, jejichž obsah souvisí s plastickou operací břicha, neboli abdominoplastikou. Tato část práce si klade za cíl přiblížit problematiku povislé a nadbytečné kůže na břiše obecně z hlediska chirurgického, tak estetického a v neposlední řadě také z hlediska zdravotního (jedná-li se o diastázu – rozestup přímých břišních svalů). Teoretická část je založena na důkladné rešerši a studiu odborné literatury a dalších relevantních pramenů. Dalším cílem této části je popsání abdominoplastiky a jejího vývoje u nás i v zahraničí. Dále pomocí etiologie objasní příčiny vedoucí k povislé a nadbytečné kůži na břiše. Popíše také indikace a kontraindikace k výkonu abdominoplastika. Poté následuje předoperační a pooperační péče u plastické operace břicha. Následující text se věnuje komplikacím tohoto výkonu a prognóze. V závěru teoretické části je zmíněna postbariatrická plastická chirurgie, která se zabývá právě modelací postavy v místě povadlých kontur pokožky a uvolněné kůže (především následuje po bariatrické léčbě obezity). Jelikož je praktická část práce zaměřená na ošetřovatelskou péči o pacienta s abdominoplastikou je poslední kapitola teoretické části o roli sestry na oddělení plastické chirurgie.

## 2.1. Anatomie břicha

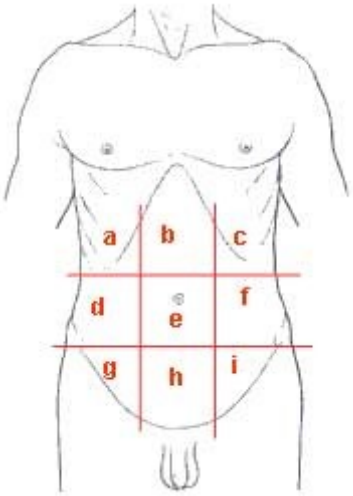
### 2.1.1. Vymezení břicha

Povrchová hranice mezi hrudníkem a břichem vede od mečovitého výběžku kosti hrudní (lat. processus xiphoideus) podél dolních okrajů žeber, k trnovitému výběžku T12 nacházejícímu se na páteři (lat. processus spinalis). Spodní hranice prochází nad vnějšími pohlavními orgány přes tříselnou rýhu až k přednímu hornímu trnu kosti kyčelní, dále přes lopaty kyčle k laterálnímu okraji šikmého svalu zádového.

Vnitřní hranici břicha na horní straně odděluje bránice (vpravo úroveň 4. mezižebří, vlevo 5. mezižebří) a dolní hranici tvoří čára oddělující malou a velkou pánev (lat. linea terminalis)[1].

Topografické rozdělení pomocí čar nám pomáhá k orientaci na břiše. Po rozdělení nám na břiše vznikne 9 políček. V horní části je přímo pod mečovitým výběžkem epigastrium a po stranách se nachází pravé a levé hypochondrium. Ve střední části je uprostřed periumbilikální krajina a po stranách se nachází pravé a levé mezogastrium. Dolní část tvoří pravé a levé hypogastrium a suprapubická oblast.

**Obrázek č. 1** – Topografické rozdělení břicha




a. pravé hypochondrium
b. epigastrium
c. levé hypochondrium
d. pravé mezogastrium
e. periumbilikální krajina
f. levé mezogastrium
g. pravé hypogastrium
h. suprapubická oblast
i. levé hypogastrium.

(Zdroj: Učebnice HS. [on-line]. Břišní krajiny. [cit. 19.04.2019]. Dostupné z: <http://ucebnice.horskasluzba.cz/cz/zdravotni-specialni-cast/traumatologie/bricho>)

## 2.1.2. Jednotlivé vrstvy

Břišní stěnu tvoří ve směru anterolaterálně 10 vrstev. Vrstvy kůže, Camperova vrstva, povrchová vrstva tuku (Tato vrstva tuku je hustěji cévně zásobena a je obvykle širší než vrstva hluboká. Cévní zásobení v povrchové vrstvě je důležité pro dostatečné prokrvení přilehlé kůže.), fascia subcutanea abdominis Scarpae, hluboká tuková vrstva (Může být během abdominoplastiky odstraněn), fascia superficialis abdominis, m. rectus abdominis, m. obliquus externus

[1]MILETÍN J., Topografie těla, [on-line]. Praha, Ústav Anatomie 3.LF UK, 2014, [cit. 27.12.2018]. Dostupnost z:<http://topografietela.cz/kapitola5.html>

abdominis, m. obliquus internus abdominis, m. transversus abdominis, fascia endoabdominalis, peritoneum parietale[2].

### 2.1.3. Inervace přední stěny břišní

Přední stěnu břišní inervuje hned několik nervů. Při jejich poranění nastává ztráta citlivosti kůže, většinou je však plně reverzibilní. Jedná se o tyto nervy: interkostální nervy (T7-11), n. subcostalis (T12, probíhá pod dvanáctým žebrem), n. iliohypogastricus (L1, inervuje kůži nad tříselným kanálem), n. ilioinguinalis (L1, prochází 1-2 cm pod n. iliohypogastricus a vstupuje do tříselného kanálu), kožní nervy zásobující kůži (T7-T9 kůže nad pupkem, T10 okolo pupku, T11-T12-L1 pod pupkem).

### 2.1.4. Cévní zásobení přední stěny břišní

Hlavní cévy zásobující tuto oblast:

- aa. epigastricae
- a. epigastrica superficialis, větev a femoralis
- a. epigastica profunda superior, větev a. thoratica interna
- a. epigastica profunda inferior, větev a. iliaca externa
- anastomózu mezi a. epigastrica super. Et infer. Zajišťuje kolaterální oběh mezi a. subclavia a a. iliaca externa
- aa. Intercostales posteriori

### 2.1.5. Pupek

Pupek neboli jizva pupeční představuje z estetického hlediska velmi důležitou součást přední stěny břišní. Tato jizva je pomyslnou tečkou po nitroděložním životě. Vznikne po odstranění pupečního pahýlu po porodu a je situována přibližně 10 cm nad pubickým ochlupením ve střední čáře (14 cm nad os pubis).

[2] Dtto

U obézních pacientů může dojít k částečné změně anatomického uložení, kvůli nadměrnému protažení pupku do délky. S tím souvisí i pupeční kýla, protože fascie okolo pupku jsou slabé[3].

## 2.2. Abdominoplastika

Počátek abdominoplastiky sáhá ke konci 19. století, tz. že má abdominoplastika více než stoletou historii. Začátky jsou spojeny s korekcí břišních kýl, odstranění nadbytečného tuku a distendované kůže.

Abdominoplastika se provádí za účelem úpravy abnormalit měkkých tkání přední stěny břišní (od dolního okraje hrudního koše až po pubickou a inguinální oblast). Postupem času se u této operace optimalizovaly operační postupy hlavně v umístění jizev, také v rozsáhlejší preparace kůže a podkožního tuku a dále v manipulaci s hlouběji uloženými tkáněmi (břišní stěnou). Břišní stěna začala být zpevňována, při rozestupu přímých břišních svalů[4].

V současné době abdominoplastika neboli plastická operace břicha zahrnuje odstranění přebytečného tuku, povislé kůže a zpevnění břišních svalů. Provádí se nejčastěji u žen po porodu nebo při venter pendulus (výrazné povolení břišní stěny), jelikož mají ochablou břišní stěnu, která vyžaduje intervenci plastického lékaře. Venter pendulus sebou často přináší záněty a ekzémy pod kožními převisy, ale také ortopedické a cévní komplikace. Po odstranění přebytečného tuku a kůže, zpevnění svalů břišní stěny a přesazení pupku, dojde k požadovanému zploštění břicha. Bývají zpravidla dva Redonovy drény, které se odstraňují po 48-72 hodinách[5]. Problémy týkající se boční a zadní stěny trupu je možno řešit liposukcí. Kandidáti k tomuto výkonu jsou ve větším zastoupení ženy mezi 25-60 roky. Muži však nejsou výjimkou.

---

[3] BRYCHTA Pavel, MĚŠŤÁK Jan, VOKURKOVÁ Jitka, 10.2 Estetická abdominoplastika, BRYCHTA Pavel, STANEK Jan a kol., *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*, Praha, Grada Publishing, a.s., 2014, s 175-177

[4] BRYCHTA Pavel, MĚŠŤÁK Jan, VOKURKOVÁ Jitka, 10.2 Estetická abdominoplastika, BRYCHTA Pavel, STANEK Jan a kol., *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*, Praha, Grada Publishing, a.s., 2014, s 175

[5] MĚŠŤÁK, Jan a kol. Kosmetické vady, MĚŠŤÁK, J. a kolektiv, *Úvod do plastické chirurgie,* Praha 1, Nakladatelství Karolinum, 2005, s 115

### 2.2.1. Stručná evoluce abdominoplastiky

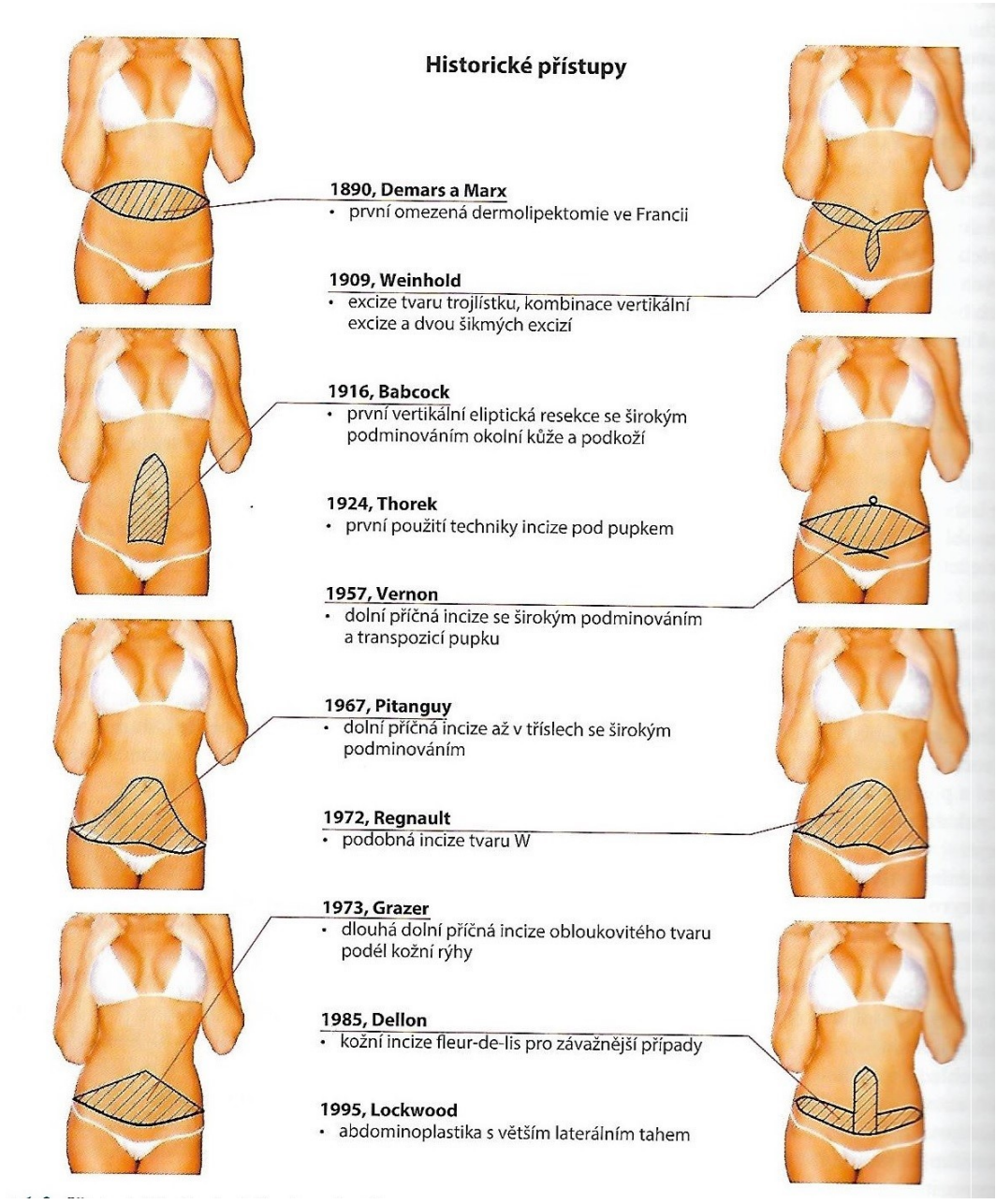
Poprvé byla zaznamenána dermolipektomie chirurgy při repozici vaku pupeční kýly.

- 1890 Francie – Demars a Marx provedli první limitovanou dermolipektomii.
- 1899 USA – Kelly patří k prvnímu, kdo tuto metodu popsat v USA. Nazval ji „transverzální abdominální lipektomie“.
- 1905 Francie – Gaudet a Morestin provedli odstranění pupeční kýly s rozsáhlou resekcí nadbytečné kůže a tuku. Zvolili transverzální incizi a byli první, kteří zachovali pupek.
- 1909 Německo – Weinhold použil incizi ve tvaru trojlístku.
- 1916 – Babcock jako první provedl vertikální eliptickou resekci.
- 1918 – Schepelmann modifikoval incizi z roku 1916.
- 1955 – Galtier použil resekci stěny břišní ve všech čtyřech kvadrantech.
- 1957 – Vernon provedl nízkou transverzální incizi s transpozicí pupku.
- 1960 – Gonzales a Ulloa udělali cirkulární abdominoplastiku.
- 1967-1975 – Pitanguy sepsal studii s více než 500 pacienty s abdominoplastikou, u kterých volil nízkou incizi s výslednou jizvou v třísle, ale zároveň rozšíření undermining (podminování) až k dolním

okrajům žeberním. Současně Pitanguy prosazoval pooperační kompresivní obvazy.

- 1972 – Regnault použil techniku ve tvaru W (velmi podobná operační technika jako u Pitanguy)
- 1973 – Grazer popsal 144 abdominoplastik s nízkou transverzální incizí obloukovitého tvaru podél kožní řasy, rozšířenou nahoru nad pupek.

**Obrázek č. 2**-Vzhled jednotlivých incizí



(Zdroj: BRYCHTA. *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*, Praha, 2014, str. 6)

V dnešní době se nabízí široké spektrum výkonů k dosažení spokojenosti v rámci vzhledu přední stěny břišní. K dosažení uspokojivých výsledků je možné abdominoplastiku kombinovat s liposukcí. V současné době se pro úpravu dané oblasti nabízí tyto možnosti: liposukce, miniabdominoplastika, kompletní abdominoplastika s přemístěním pupku nebo bez něj, lipoabdominoplastika, abdominoplastika s vysokým laterálním tahem (high laterál pension abdominoplasty), fluer-de-lis abdominoplastika, reverzní abdominoplastika[6].

## 2.3. Etiologie

Problém povislé a nadbytečné kůže trápí především ženy mezi 25-60 roky, dále pak také osoby, které radikálně zhubly, například cestou bariatrické operace.

Mezi příčiny povislé kůže v oblasti břicha a zvláště podbřišku, tzv. venter pendulus, patří vícečetná těhotenství, po kterých nedošlo ke zpětnému stažení břišní stěny, dále pak velmi rychlá či podstatná redukce hmotnosti spojená s nedostatečnou fyzickou aktivitou.

Při předoperačních postupech je tak potřeba vnímat, který z uvedených etiologických faktorů je v popředí, abychom s jistotou vyloučili přítomnost endokrinní poruchy či jiné genetické mutace. V souvislosti s tímto je dále potřeba zjistit celkový zdravotní stav pacienta a jaká je šance dosáhnout úpravy stavu změnou životosprávy[7].

Obezita má vysoký podíl na zdravotních potížích a neatraktivním vzhledu pacienta a označila bych jej za nejčastější etiologický faktor abdominoplastiky vůbec. Obezita je nemoc, charakterizovaná multifaktoriální etiologií. Mimo výše uvedený důvod, že se jedná o dlouhodobou chronickou energetickou nerovnováhu, důvodem obezity jsou také psychologické faktory. U obézních lidí je

[6]BRYCHTA Pavel, 1.1 Historický vývoj plastické a estetické chirurgie ve světě, BRYCHTA Pavel, STANEK Jan a kol., *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*, Praha, Grada Publishing, a.s., 2014, s 5-6

[7] Dtto

vypozorováno, že vyhledávají taková jídla, která obsahují větší množství energie a jsou především bohatá na tuky. U obézních osob je vyšší pocit hladu a chuti po těchto jídlech[8].

Nelze opomenout, že na vzniku obezity se podílí konkrétní životní situace, ve kterých se daný člověk nachází, a to jak z hlediska ekonomické, tak z hlediska sociálně-kulturní. Například u osob se základním vzděláním převládá nadváha a obezita daleko vyšších hodnot ve srovnání s osobami s vysokoškolským vzděláním[9].

Abdominoplastika dokáže sjednat estetickou nápravu výše uvedených příčin, nicméně aby zákrok byl úspěšný a splnil svůj účel, je zapotřebí komplexně a postupně eliminovat, resp. potlačit veškeré etiologické faktory. Pacient by měl obecně dbát na zdravou životosprávu a motivovat se tak, aby se zabránilo další recidivě.

## 2.4. Indikace a kontraindikace abdominoplastiky

Operační výkon představuje násilný, nepřirozený a razantní zásah do organizmu. Vždy se zvažuje nutnost operace a celkový stav pacientů, jelikož operativní zásah představuje pro pacienty velké riziko. Zdůvodněna neboli indikována musí být každá operace[10].

### 2.4.1. Indikace

Indikací k abdominoplastice je beze sporu kožní převis (venter pendulus), na tom se současně sleduje přítomnost strií a kvalita kůže. Dále je operace indikována u korekce diastázy (rozestoupení přímých svalů břišních). Jelikož se jedná o plastickou operaci indikací je i psychická stránka pacientů nespokojených

---

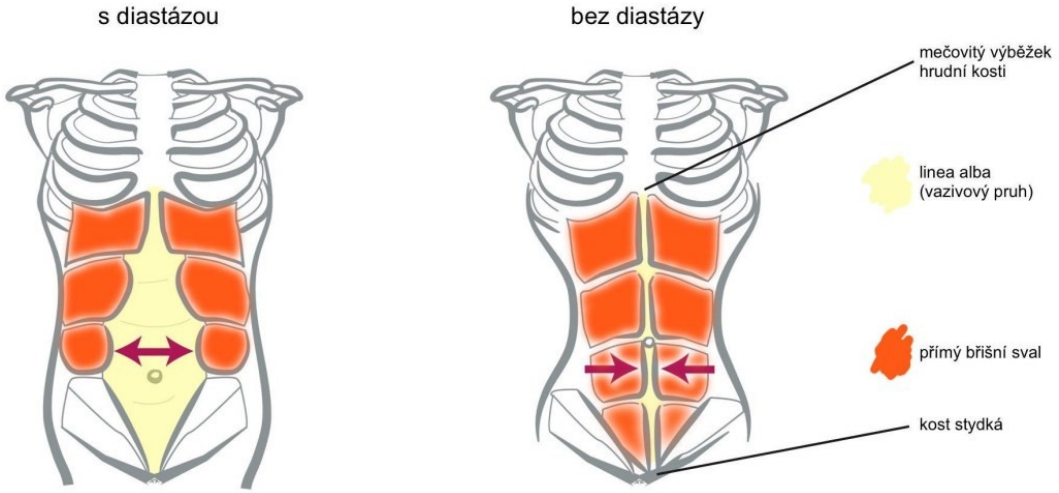
[8] HLÚBIK, P., SUCHARDA, P., SVAČINA, Š., FRIED, M., BÝMA, S., Etiologie, HLÚBIK, P., SUCHARDA, P., SVAČINA, Š., FRIED, M., BÝMA, S., *Obezita – doporučený diagnostický a léčebný postup pro praktické lékaře*, Praha, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2014, s. 3

[9] Dtto, str. 4

[10] SLEZÁKOVÁ, a kol. Druhy operací, indikace a kontraindikace operací, SLEZÁKOVÁ, a kol. *Ošetřovatelství v chirurgii I.,* Praha 7, Grada Publishing, a.s., 2010, s 15

se svým stávajícím tvarem břicha. Rozhodně by však pacienti měli mít reálné očekávání výsledku. Dále je při indikaci k abdominoplastice zapotřebí sledovat zda mají pacienti stabilní hmotnost po dobu 6 měsíců (BMI méně než 30). Pozornost by se také měla věnovat celkovému stavu a to zvláště přítomnosti hypertenze (nekorigované), onemocnění koronárních tepen či diabetu[11]. Je totiž nutné vyloučit kontraindikace. Na závěr se do indikace řadí také posouzení konkrétního chirurgického výkonu spolu s konkrétním způsobem anestezie. Je nutné včas identifikovat rizikového pacienta a upravit rizikové faktory. Jakmile máme indikaci k plánované operaci, následuje další krok, kterým je určení operační taktiky a přesné operační techniky.

**Obrázek č. 3** - Rozestoupení přímých svalů břišních (diastáza)




(Zdroj: Fitness fit. [on-line]. Rozestup břišních svalů. [cit.19.04.2019]. Dostupné z: <http://fitnessfit.cz/rozestup-brisnich-svalu/>)

## 2.4.2. Kontraindikace

Kontraindikace se více méně neliší od jiných chirurgických operací v celkové anestezii. Ke zhodnocení rizika operace se vyjadřuje především anesteziolog, který využívá tzv. ASA skóre (American Society of Anesthesiologist Physical Status Classification), při kterém zohlední stav organizmu a již přítomná komplikující

[11] BRYCHTA Pavel, MĚŠŤÁK Jan, VOKURKOVÁ Jitka, 10.2 Estetická abdominoplastika, BRYCHTA Pavel, STANEK Jan a kol., *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*, Praha, Grada Publishing, a.s., 2014, s 177

onemocnění[12]. Mezi rizika, kterým se však nepřikládá dostatečný význam, patří zhodnocení nutričního stavu pacientů. Protože právě dobrá výživa a energetický stav pacientů je spjat se správným hojením chirurgických ran a odolností vůči infekci[13]. Také obezita sebou přináší operační riziko, protože u těchto pacientů trvá operační výkon delší dobu, po výkonu hůře ventilují a mají větší riziko tromboembolických příhod. Důležitou kontraindikací je i gravidita, menstruace nebo plánované těhotenství. Další kontraindikací může být i psychický stav pacienta neumožňující vhodnou pooperační spolupráci, či abúzus alkoholu a/nebo drogová závislost. Pacient či pacientka by k této operaci měli přistupovat zdraví a v žádném případě nepopírat již možná počínající onemocnění, především infekčního typu (virózy, záněty nosohltanu, angína apod.).

## 2.5. Předoperační a pooperační péče u abdominoplastiky

K zamezení vzniku pooperačních komplikací slouží důkladně provedená předoperační příprava. Operační výkony jsou rozdělené na plánované (plastická chirurgie), urgentní a neodkladné výkony z vitální indikace[14].

Abdominoplastika se řadí mezi operační výkony plánované. Z toho důvodu je přizpůsobená i předoperační příprava na dlouhodobou, střednědobou, krátkodobou a bezprostřední předoperační přípravu[15]. Během předoperační přípravy k operaci musí pacienti projít interním vyšetřením, vyšetřením plastickým chirurgem, anesteziologických vyšetřením (může se přidat nutriční specialista). Podmínkou validity interního předoperačního vyšetření je, že výsledky nesmí být starší 14 dnů před plánovanou operací[16]. V předoperační přípravě jsou zahrnuty

---

[12]BLAŽEK, M., HAVEL, E., BĚLOBRÁDKOVÁ, E.,*Předoperační vyšetření a příprava chirurgického pacienta.* [on-line]. Interní medicína pro praxi. 2012, roč. 14, č. 11, s. 423. [cit.8.1.2019]. Dostupné z: <www.internimedicina.cz/savepdfs/int/2012/11/06.pdf >

[13] Otto str. 424

[14] SLEZÁKOVÁ, a kol. Předoperační příprava, SLEZÁKOVÁ, a kol. *Ošetřovatelství v chirurgii I.,* Praha 7, Grada Publishing, a.s., 2010, s 34

[15] ŠUBRT, Zdeněk. Předoperační péče o chirurgického pacienta. FERKO, Alexandr. ŠUBRT, Zdeněk. DĚDEK, Tomáš a kol. *Chirurgie v kostce 2., doplněné a přepracované vydání,* Praha 7, Grada Publishing, a.s., 2015, s 139-141

jednotlivé informované souhlasy (informovaný souhlas s anestezií, s operačním výkonem a s hospitalizací), před jejich podpisem však musí být pacienti seznámeni s veškerými riziky a výhodami dané operace. Do předoperační přípravy patří i fotografická dokumentace operované oblasti.

Interní vyšetření zahrnuje:

- fyzikální vyšetření
- změření fyziologických funkcí, sleduje se BMI
- screeningové vyšetření moči (moč + močový sediment, cukr a aceton)
- screeningové vyšetření krve (krevní obraz, základní biochemie, aPTT, INR, Quickův test, krevní skupina + Rh faktor)
- rentgenové vyšetření srdce a plic
- EKG + křivka
- Spirometrie

K internímu vyšetření se přikládají souhlasy lékařů s operací v celkové anestezii, u kterých jsou pacienti sledováni (léčeni) např. hepatolog, kardiolog, gastroenterolog, alergolog apod. Jelikož se jedná o estetickou chirurgickou operaci se změnou vizáže, je potřeba konzultace pacienta s operatérem – psychologický rozhovor. Závěrem této konzultace by mělo být rozhodnutí o reálných možnostech plánované operace a jeho potvrzení pacientem.

### 2.5.1. Dlouhodobá předoperační příprava (více než měsíc před výkonem)

Dlouhodobá předoperační příprava zahrnuje souvislou informovanost pacientů o plánovaném výkonu a jednotlivých krocích v jejich přípravě. Snažíme se o vzájemnou důvěru a spolupráci. Jeden z velmi důležitých bodů se týká

prodělaného infarktu myokardu, jelikož operace po něj je vhodná po 6. měsících.[17] Dále je vhodné zanechat kouření 8 týdnů před plánovanou operací. Doporučuje se i vysazení hormonální antikoncepce 3 měsíce před výkonem, ale v současnosti předchází riziku tromboembolické nemoci (TEN) farmakologickou cestou a hormonální antikoncepce se ponechá. Dále a to je také důležité, není vhodný redukční režim 2 týdny před operací. Terapie beta-blokátorů se ponechává.

### 2.5.2. Střednědobá předoperační příprava (1-3 týdny před výkonem)

Zde je hlavním bodem výživa pacientků a její nutriční kondice. Dalším ne méně důležitým bodem je změna antikoagulačního režimu z kumarinů na nízkomolekulární heparin (LMWH). Patří sem také důsledná léčba respiračních či močových infekcí. Neodmyslitelná je i léčba arteriální hypertenze, štítné žlázy a chronické obstrukční choroby plicní (CHOPN).

### 2.5.3. Krátkodobá předoperační příprava (do 1 týdne před výkonem)

Tato krátkodobá předoperační příprava zahrnuje vysazení antiagregace 7 dní před operací (v indikovaných případech), a u pacientů s antikoagulační léčbou převedených na frakcionovaný heparin je možné operovat pouze pokud mají INR < 1,5. Pacienty s DM II. typu užívajícími perorální antidiabetika (PAD) je vhodné převést na krátkodobě působící inzulín kvůli riziku komplikací. Ve 24 hodinách před výkonem budeme pozornost věnovat výživě a tekutinám (6-8 hodin před samotným výkonem musí být pacienti lační, bezprostředně před operací zajišťujeme přívod tekutin parenterální cestou), vylučování (vyprázdnit močový měchýř těsně před operací, vyprázdnění tlustého střeva docílí pacienti pomocí glycerinového čípku), hygienické péči (celková hygiena, ponechat nehty bez laku, obličej nechat nenalíčený), spánek a odpočinek (pro klidný spánek anesteziolog ordinuje sedativa a hypnotika), prevence tromboembolické nemoci (použití antiembolických punčoch nebo vysokých bandáží za pomoci elastického obinadla),

[17] SLEZÁKOVÁ, a kol. Předoperační příprava, SLEZÁKOVÁ, a kol. *Ošetřovatelství v chirurgii I.,* Praha 7, Grada Publishing, a.s., 2010, s 34-36

příprava operačního pole (oholit, poté si již plastik poznačí jednotlivé řezy). Cennosti si pacienti mohou před operací zamknout do skříňky nebo uložit do trezoru[18]. Všeobecná sestra během krátkodobé předoperační přípravy s pacienty provádí nácvik kašlání a vertikalizaci. Po operaci je potřeba, aby pacienti při kašlání nebo kýchání prováděli mírnou kompresi v operované krajině a při vertikalizaci zvládli stoj či chůzi v mírném předklonu a odlehčili tak operovanou oblast.

### 2.5.4. Bezprostřední předoperační příprava (1-2 hodiny před výkonem)

Před výkonem čeká pacienty standardní anesteziologické vyšetření s kontrolou veškerých dokumentů spolu s ověřením informovanosti pacientů.[19] Odeberou se informované souhlasy[20]. Před výkonem se také zavede periferní žilní kanyla (PŽK). Permanentní močový katétr (PMK) se zavadí na operačním sále. Dostatečný příjem tekutin se zajišťuje pomocí infuzí. Dále se podává ATB profylaktická či terapeutická léčba (podáno dle výkonu). Pokud má pacient snímatelnou zubní náhradu, podstoupí operační výkon bez ní. Veškeré šperky a kovy je nutné taktéž odložit. Jediné oblečení, které pacientům zůstane, jsou antitromboembolické punčochy. V bezprostřední předoperační přípravě se dále připraví operační pole (u abdominoplastiky se vydezinfikuje pupek, vytře se štětičkou a vloží se do něj sterilní tampon s roztokem Betadine, který se na kůži zafixuje lepicí páskou). Na břiše mají již pacienti předoperační nákres linií řezu a kožních ohybů od plastika. Dle dokumentace a pokynů anesteziologa podáme vedle aktuálně upravené dlouhodobé medikace pacientům i premedikaci. Po podání premedikace zajistíme pacientům klid a stálou tělesnou teplotu. Pacienti již

---

[18] SLEZÁKOVÁ, a kol. Předoperační příprava, SLEZÁKOVÁ, a kol. *Ošetřovatelství v chirurgii I.,* Praha 7, Grada Publishing, a.s., 2010, s 35

[19] Plastic and Reconstructive Surgery – *Body Cosmetic Procedures.* [on-line]. June 13, 2013. UF Health Jacksonville. [cit.24.04.2019]. Dostupné z: <https://ufhealthjax.org/plastic-reconstructive-surgery/docs/abdominoplasty-instructions.pdf>

[20] BLAŽEK, M., HAVEL, E., BĚLOBRÁDKOVÁ, E.,*Předoperační vyšetření a příprava chirurgického pacienta.* [on-line]. Interní medicína pro praxi. 2012, roč. 14, č. 11, s. 428. [cit.8.1.2019]. Dostupné z: <www.internimedicina.cz/savepdfs/int/2012/11/06.pdf >

neopouští lůžko a sestra zajistí jejich bezpečnost do převozu na sál, kde pacienty předává sálovému personálu[21].

### 2.5.5. Pooperační péče

Po ukončení operace zůstávají pacienti pod dohledem anesteziologické sestry, dokud nemají stabilizovaný oběh, dostatečné spontánně nedýchají a nejsou u nich viditelné obranné reflexy (kašlání, polykání). Poté si pacienty přebírají sestry z jednotky intenzivní péče (JIP).[22] Pacienti jsou převáženi z operačního sálu již extubováni a při vědomí[23]. Na sobě mají pacienti elastický břišní pás (již z operačního sálu) a antitromboembolické punčochy. Pacienti jsou umístěni do postele v poloze tvaru „kolébky" tj. zvýšená poloha pod hlavou i pod koleny a dolními končetinami.[24] Do pooperační péče patří také časná dechová rehabilitace. Cílem respirační fyzioterapie je terapeuticky zamezit dechovým obtížím pacientů jako je dušnost, kašel a hyperprodukce hlenu[25]. Do ošetřovatelské dokumentace je vložen záznam s vyznačením přesných ordinací na zbytek operačního dne (JIP záznam). Ten obsahuje:

- Sledování fyziologických funkcí

Pozorujeme a zapisujeme v pravidelných intervalech krevní tlak (TK), Pulz (P), Okysličení krve (Saturaci $SpO_2$), tělesnou teplotu (TT), bolest, nauzeu a zvracení, příjem a výdej tekutin (sledování množství v PMK) a dbáme na prevenci tromboembolické nemoci.

---

[21] Otto str. 428

[22] Plastic and Reconstructive Surgery – *Body Cosmetic Procedures.* [on-line]. June 13, 2013. UF Health Jacksonville. [cit.24.04.2019]. Dostupné z: <https://ufhealthjax.org/plastic-reconstructive-surgery/docs/abdominoplasty-instructions.pdf>

[23] SLEZÁKOVÁ, a kol. Pooperační péče, SLEZÁKOVÁ, a kol. *Ošetřovatelství v chirurgii I.,* Praha 7, Grada Publishing, a.s., 2010, s 36-37

[24] ERIN LAROWE. *Abdominoplasty Post-Operative Instructions.*[on-line]. Patient Education by University of Michigan Health Systém. 5/2016. s. 1-5. [cit.24.04.2019]. Dostupné z: <http://www.med.umich.edu/1libr/Surgery/PlasticSurgery/Cosmetic/Abdominoplasty-postop.pdf>

[25] KOLÁŘ, Pavel a ŠULC, Jiří. Metody a postupy používané v rehabilitaci s chronickým postižením respiračního systému. In: KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009 s. 251-252.

- Intravenózní a jiné medikace (i.m., s.c.)

Pokyny k aplikaci krevních derivátů, infuzních přípravků, antibiotik, analgetik a další.

- Pokyny ohledně operačního pole

Sledování a zapisování množství odvedené pomocí drénů. Kontrola zda operační rána neprosakuje, v opačném případě je možné překrýt další vrstvou sterilního krytí. Ránu také chladíme a tím dochází ke snížení bolestivosti a redukci otoku.

- Odběry

Krevní obraz, biochemie, glykemie a další.

### 2.5.6. Pooperační průběh

Hospitalizace pacientů po abdominoplastice je přibližně 2-4 dny (po odstranění drénu a celkové stabilizaci zdravotního stavu je možné propuštění). V pooperačním období se pacienti seznámí s drény, které se odstraňují 2. -4. den po operaci. Do té doby se každých 12 hodin zaznamenává množství tekutiny, která do láhví přibyla. Rovněž je nutné sledovat a převazovat ránu (dezinfekce, sterilní krytí), kontrolovat, zdali jsou drény průchozí a je zachován podtlak. Taktéž je třeba upozornit na permanentní močový katétr, který se odstraní dle ordinace lékaře (většinou 1. -2. pooperační den). Bolest pacienti začínají cítit brzy po operaci, a proto je důležité ji řešit, než se plně rozvine. V prvních dnech po operaci se aplikují analgetika v pravidelných intervalech dle ordinace lékaře, nejčastěji intramuskulárně nebo intravenózně, kvůli rychlému nástupu účinku[26]. V pravidelných intervalech se po dobu hospitalizace také měří fyziologické funkce

[26] PRAŽSKÝ. Bohumil, *Péče o ženu po plastické operaci břicha.* [on-line]. Zdravotnictví a medicína. 2014.[cit.17.1.2019]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/pece-o-zenu-po-plasticke-operaci-bricha-474172/check-status/>

(TK, P, $SpO_2$, TT), příjem a výdej tekutin dle ordinace lékaře. Vstávání z lůžka se děje přes bok pacientů, aby co nejméně zatížili přímé svaly břišní a nenapínali operační ránu. Při vertikalizaci pacienty upozorníme, aby setrvávali v mírném předklonu a tím odlehčili operovanou oblast. Stehy z oblasti pupku se odstraňují přibližně 14 dní po operaci, rána v dolní polovině břicha se zpravidla sešívá vstřebatelným materiálem, tudíž zde se stehy neodstraňují. Než se pacienti plně zotaví, je nutná osobní asistence pro zajištění základních potřeb tzn. oblékání, hygiena apod. Jakmile se odstraní drény, je možné se osprchovat (přes operovanou ránu bez použití sprchového gelu). Po celkové hygieně je potřeba opět převázat operační ránu, nasadit kompresní břišní pás a obléci antitromboembolické punčochy. Kompresní pás je nutné nosit přibližně po dobu šesti týdnů od operace a kompresní punčochy pacienti nosí, než jsou plně mobilní (minimálně jeden týden po operaci). Jako prevenci tromboembolických komplikací se podávají nízkomolekulární hepariny. Po úplném odeznění anestezie zahajujeme perorální příjem tekutin (přibližně 2 hodiny po výkonu a s ohledem na denní množství tekutin a tekutin podaných intravenózně). S přihlédnutím ke stavu pacientů je již v operační den možná lehká večeře. Po abdominoplastice je podstatné dodržovat dietní režim. Vzhledem ke změně uložení střev není žádoucí zatěžovat peristaltiku těžkými, mastnými a nadýmavými jídly. Proto se volí kašovitá, lehce stravitelná, nenadýmavá strava.

Všeobecné sestry pracují prostřednictvím ošetřovatelského procesu, který je tvořen vzájemně propojenými činnostmi za účelem uspokojení potřeb pacientů. To vede k individuálnímu přístupu ošetřovatelské péče o pacienty a řešení jejich problémů. V poslední kapitole teoretické části Role všeobecné sestry na oddělení plastické chirurgie, sestra pečuje o pacienta po všech jeho stránkách (bio-psych-socio-spirituálně). Snažíme se tedy o upravené prostředí, pohodlnou polohu pro dostatek odpočinku a spánku. Dbáme také o podporu psychického stavu pacientů pomocí uklidňujícího rozhovoru a zájmu o její zdravotní stav při převazech, apod[27].

Do běžného pracovního procesu se mohou pacienti navrátit po třech až čtyřech týdnech od operace, s ohledem na druh zaměstnání a jeho fyzickou

náročnost. Sportovní aktivity a zvedání těžších břemen je doporučeno omezit na dobu šesti až osmi týdnů od operace. Nadšení z estetického výsledku však často přebije veškeré pooperační omezení[28].

## 2.6. Komplikace

Abdominoplastika přináší dobré estetické i funkční výsledky, ale za cenu jizev, potřebných pro redukci přebytečné kůže. Ne vždy se tyto jizvy dají skrýt pod liniemi spodního prádla, proto je rozhodující probrat s plastickým chirurgem volbu operační metody a její estetický výsledek. Komplikace abdominoplastiky i přes maximální pečlivost nejsou bohužel zcela vzácné. Ke komplikacím může dojít již během zákroku nebo až po něm, naštěstí jsou však většinou řešitelné. Na průběh pooperačního období má vliv mnoho faktorů, mezi které řadíme rozsah a dobu trvání operace, množství krevních ztrát, ale i individuální odolnost organizmu pacientů. Mezi nejčastější komplikace patří:

- Pooperační krvácení – Operační rána má již z operačního sálu sterilní krytí, které je nutné v prvních pooperačních hodinách kontrolovat. Mírné prosáknutí je možné a řeší se přidáním další vrstvy sterilního krytí. Pokud se jedná o větší krvácení, je potřeba ránu zkontrolovat a je na lékaři, aby rozhodl o nutnosti operační revize. Příčinou je často nedostatečné zastavení krvácení při operaci (nedostatečně kauterizovaný perforátor)[29].

- Infekce v ráně – Je třeba důsledně dodržovat pravidla asepse. Ránu omývat čistou tekoucí vodou a ošetřovat vhodným dezinfekčním prostředkem a sterilním krytím. Infekce v ráně může být způsobena i neprodyšným elastickým prádlem. Může dokonce dojít k rozestoupení okrajů rány (dehiscence).

---

[28]DVOŘÁK, Zdeněk. *Plastické operace.* [on-line]. Brno: Copyright. 2016. [cit. 17.1.2019]. Dostupnost z <http://www.plasticka-chirurgie-dvorak.cz/plasticke-operace/operace-brisni-steny/>

[29] BRYCHTA Pavel, MĚŠŤÁK Jan, VOKURKOVÁ Jitka, 10.2 Estetická abdominoplastika, BRYCHTA Pavel, STANEK Jan a kol., *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*, Praha, Grada Publishing, a.s., 2014, s 181

- Ztráta citlivosti kůže – Je způsobena poraněním kožních nervů. V průběhu několika měsíců je však většinou plně reverzibilní.

- Jizvy – Po operaci jsou vždy jizvy červené, poté se oploští a vyblednou zhruba za šest až dvanáct měsíců po operaci. Kvalitu jizvy můžeme vylepšit např. vylepováním jizvy elastickou páskou, nepřetěžovat jizvu cvičením, promazávat kůži v okolí rány mastným krémem, tlakovat již zahojenou jizvu a v prvních třech měsících ji nevystavovat slunci. Mezi komplikace estetické abdominoplastiky však patří nevzhledné, hypertrofické nebo koloidní jizvy. Proto se později může provést operační korekce jizvy.

- Serom – Jedná se o tekutinu z podkoží, která po operaci odchází do drénů. Může se však stát, že tvorba této tekutiny pokračuje po odstranění drénů a tím pádem se hromadí v podkoží (ústící do tzv. burzy či pseudocyst). Léčí se vypuštěním tekutiny pomocí kapilárního drénu, povolením stehu, nebo se injekčně odsaje[30].

- Žilní trombóza – Vzniká v žilách dolních končetin (v žilách na lýtku). Jedná se o vznik krevní sraženiny (trombu), která má za následek obstrukci toku krve žilou. Je nejčastější příčinou plicní embolie. Jako prevenci proti žilní trombóze podáváme nízkomolekulární heparin, antitromboembolické punčochy, časnou dechovou rehabilitaci, doporučujeme cvičení končetinami a jakmile je to možné tak i vertikalizaci pacientů[31].

Mezi další komplikace se řadí asymetrie tvaru břicha či uložení pupku, otok a odumření až nekróza kůže.

## 2.7. Prognóza

[30]DVOŘÁK, Zdeněk. *Plastické operace.* [on-line]. Brno: Copyright. 2016. [cit. 18.1.2019]. Dostupnost z <http://www.plasticka-chirurgie-dvorak.cz/plasticke-operace/operace-brisni-steny/>

[31]SLEZÁKOVÁ, Lenka. Pooperační komplikace. SLEZÁKOVÁ, a kol. *Ošetřovatelství v chirurgii I.,* Praha 7, Grada Publishing, a.s., 2010, s. 44

Abdominoplastika neboli plastická operace břicha určitě není řešení obezity, ale podaří-li se pacientovi zhubnout ať už za pomoci bariatrické operace či bez ní, vyřeší problém povislé kůže (venter pendulus). Nejedná se však o malou operaci, provádí se v celkové anestezii a trvá přibližně 2-3 hodiny[32].

Jelikož žádný chirurg na světě neoperuje bez jizev, i zde po sobě plastik zanechá rozsáhlou jizvu šikovně situovanou do „bikiny oblasti" tzn. nízko na břiše, aby jizvu zakrylo spodní prádlo či plavky. Jakmile se jedná o kosmetickou operaci, neexistuje žádná záruka toho, zdali bude dosaženo konkrétního výsledku. Není mimořádné, že může dojít k mírné asymetrii v oblasti jizvy či uložení pupku[33]. Podstatná část průběhu hojení však záleží na postoji pacientů k instrukcím a doporučením lékaře. Je totiž důležité po určitou dobu dodržovat speciální klidový režim a potravinovou dietu, neboť samotné hojení rány je složitý proces. Také je důležité nosit kompresní elastický břišní pás, který mají pacienti na sobě již z operačního sálu. Nejen, že nošení pásu napomáhá ke klidu operované oblasti a předchází vzniku kýly, pomáhá také snížit pooperační bolesti a zvýšit fyzickou funkčnost pacientů. Tento pás má navíc psychologickou úlohou, poněvadž jeho nošením dochází k redukci pooperačního strachu.[34]

Neméně důležitým faktorem pro pozitivní prognózu je celková úprava životního stylu pacientů. Pacienti by měli vést život takovým způsobem, aby samotný zákrok neměl krátkodobý efekt. Dostatek pohybu, vyvážený jídelníček a psychická pohoda jsou jedním z předpokladů, že abdominoplastika splní svůj účel.

## 2.8. Postbariatrická plastická chirurgie

[32] SVOBODA, Svatopluk. Plastika břicha – jedna z nejhezčích a nejefektivnějších operací.[on-line]. Chytře na život. 2016.[cit. 12.1.2019].ISSN 1802-8012. Dostupnost z https://www.vitalia.cz/clanky/plastika-bricha-jedna-z-nejhezcich-a-nejefektnejsich-operaci/

[34] Rothman Philip, J., Gunnarsson, U., Bosgaard, T. *Abdominal binders may reduced pain and improve psyhical function after major abdominal surgery – a systematic review*, *Danish medici journal,* November 2014, vol. 61, no. 11 str. 1-5.

Zvláště bych se v této práci chtěla zmínit o existenci postbariatrické plastické chirurgie, která zažívá v posledních letech mohutný vzestup, jak u nás v České republice, tak v zahraničí.

Bariatrickou operací rozumíme operační léčbu obezity a postbariatrickou plastickou chirurgií rozumíme různé typy operací vhodné pro pacienty s velkými kožními nadbytky po někdy i velmi zásadní redukci hmotnosti.

Po bariatrickém zákroku provedeném laparoskopicky je rekonvalescence krátká a díky několika drobným kožním incizím je i kosmetický efekt velice dobrý. Naopak u postbariatrické plastické chirurgie, u které se jedná „pouze" o odstranění nadbytečné kůže a podkoží, je třeba počítat s rozsáhlými resekčními plochami, větší bolestivostí, častými komplikacemi, omezenou soběstačností pacientů a dlouhodobým hojením. Proto je důležité tyto rozdíly pooperačních stavů s pacienty probrat. Není sporu o tom, že postbariatrický body contouring je velmi efektivní ať už z hlediska funkčního, tak i estetického[35]. Mezi nejčastější postbariatrické plastické operace patří plastika břišní stěny, modelace prsů, dále úprava kůže ať už na horních či dolních končetinách[36].

## 2.9. Role sestry na oddělení plastické chirurgie

Zdravotnické povolání spadá z pohledu odborné přípravy a konkrétních profesionálních výkonů mezi povolání velmi náročná. Nemocný člověk je zde objektem zdravotnického pracovníka. V současné době se očekává, že zdravotnický pracovník zvládne velmi odbornou činnost, práci s moderní technikou, ustojí fyzickou i psychickou zátěž své práce, vykoná různé administrativní práce a v neposlední řadě dokáže být empatický v jednání s pacienty. Výše zmíněné požadavky jsou vysoce náročné na osobnost člověka a jeho duševní stabilitu, způsob práce a profesionální průpravu. Mezi nejdůležitější dokumenty, které

[35] BRYCHTA Pavel, ČIERNY, Michal 10.5 Bariatrická chirurgie a postbariatrická plastická chirurgie, BRYCHTA Pavel, STANEK Jan a kol., *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*, Praha, Grada Publishing, a.s., 2014, s 211-212

[36] ŠRÁMKOVÁ, Petra. Multidisciplinární přístup v indikaci a následné péči u bariatrických pacientů, FRIED, Martin a kol, *Bariatrická a metabolická chirurgie,* Praha 4, Mladá fronta a.s., 2011, s 147

pomáhají činnost zdravotnických pracovníků zkvalitnit, patří Etický kodex České lékařské komory, Etické kodexy všeobecných sester a ošetřovatelek a Etický kodex Práva pacientů[37].

Pro roli všeobecné sestry jsou nezbytné určité předpoklady. Sestra na oddělení plastické chirurgie by měla být empatická, dostatečně sebekritická, přiměřeně sebevědomá, měla by mít tvůrčí přístup a umět porozumět problémům nemocných. Její vystupování by mělo být klidné, ale pohotové. U této profese by neměl chybět zdravý smysl pro humor, smysl pro povinnost a odpovědnost. Sestra pečuje o pacienta po všech stránkách bio-psych-socio-spiritualně, a proto je zapotřebí mít znalosti a zkušenosti po všech těchto stránkách života. Dosažení takového stavu vyžaduje vůli k sebevzdělávání a určitou zralost.

Oddělení postbariatrické plastické chirurgie je vysoce specifické, tudíž je potřeba odborných znalostí v tomto oboru. Nestačí znát pouze anatomii a fyziologii, ale také různé druhy implantátů, speciální prádlo po operaci apod. Dále by sestra měla mít dostatek vědomostí v oblasti hojení ran a tišení bolesti. Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole Postbariatrická plastická chirurgie je vhodná pro pacienty po výraznější redukci hmotnosti, ať už po bariatrické operaci či redukci dietou. Pacienti mají kožní přebytky v oblasti paží, břicha stehen, event. i zad. Tudíž se pro postbariatrickou plastickou chirurgii stávají dlouhodobými pacienty. Z toho vyplývá, že sestra na takovémto oddělení značnou část pacientů zná, a proto je důležité zachovat si s nimi důvěryhodnost, vzájemnou úctu a přátelskou atmosféru. Jelikož jde v převážné většině o bariatrické pacienty, zaměřuje se ošetřovatelská péče na dodržování jejich třetinkových porcí v pravidelných intervalech po třech hodinách.

Všeobecná sestra byla a je v očích pacientů člověk takový, který má porozumění pro jejich potíže a snaží se je vyřešit k jejich spokojenosti.

Šikovnosti našich plastických chirurgů využívá i zahraniční klientela, je tedy vhodné, aby všeobecná sestra zvládala i multikulturní ošetřovatelskou péči. Ne vždy má oddělení k dispozici koordinátorky pro komunikaci se zahraničními

[37] ZACHAROVÁ, E., Zdravotník a nemocný, ZACHAROVÁ E., *Základy zdravotnické psychologie*, Ostrava, Ostravská univerzita, 2013, s. 76-82

klienty, tedy sestra vybavená i jazykovou znalostí tak často předejde nepříjemnostem a pacient se cítí klidně a jistě.

# 3. Praktická část – Kazuistika

Praktická část práce představí ošetřovatelskou péči u jedné pacientky s abdominoplastikou. Součástí této části bude lékařská anamnéza, ošetřovatelská anamnéza, popis ošetřovatelské péče v jednotlivých pěti dnech hospitalizace pacientky, specifické ošetřovatelské problémy vztahující se k operačnímu výkonu – abdominoplastice, diskuze, dlouhodobá péče a závěr.

Pro zpracování své bakalářské práce jsem si vybrala pacientku (ročník 89), po radikálním úbytku váhy pomocí bariatrické operace (Plikace žaludku) s výrazným kožním převisem v oblasti břicha (viz přílohy č. 2, 3, 4).

Pacientka je svobodná a bydlí sama. Je vyučená kadeřnice, ale pracuje jako sociální pracovnice na úřadě. Sedavé zaměstnání spolu s malým množstvím pohybu a vysoko kalorickou stravou dovedli pacientku k hmotnosti 202 kg ve dvaceti sedmi letech (BMI 60,98). Redukční pobyty (-5 až -10kg) a různé diety vedly opakovaně k jojo efektu. Před zvažováním bariatrické operace dodržovala pacientka pokyny obezitologa kliniky a zredukovala váhu o 29 kg. Poté podstoupila Plikaci žaludku (6/2017). Celkový úbytek na váze v současné době představuje -94 kg. Nyní pacientka dodržuje zásady zdravého životního stylu. Pohybová aktivita je slabší, ale snaží se o dlouhé procházky.

Kvůli radikálnímu snížení hmotnosti vznikl na břiše kožní převis. Po konzultaci s plastickým chirurgem zvolila pacientka plánovaný operační výkon abdominoplastiku v celkové anestezii s jizvou do tvaru T, kvůli velkým nadbytkům kůže ve střední části břicha (viz přílohy č. 2,3,4). Pacientka je sledována v IKEMu kvůli autoimunitnímu hepatitis, nyní v remisi.

Vybraná pacientka souhlasila s účastí v mé bakalářské práci a porozuměla i tomu, že osobní údaje budou anonymní (Podepsala mi informovaný souhlas pacienta.). Pacientku jsem sledovala a poskytovala jí ošetřovatelskou péči v délce pěti dní. Místem hospitalizace pacientky byla klinika, která poskytuje komplexní ambulantní i lůžkovou péči při léčbě obezity a s ní spojených dalších onemocnění. Klinika dále poskytuje i služby plastické chirurgie. Jedná se o špičkové zdravotnické zařízení s nadstandardním vybavením. Kde se nacházejí dva operační sály, jednotka intenzivní péče a moderní lůžkové oddělení.

## 3.1. Lékařská anamnéza

Lékařská anamnéza odebrána lékařem v 15:30 hodin při příjmu pacientky na oddělení den před operací 01.10.2018.

E 669 – Obezita NS

Plánovaný výkon: Abdominoplastika

Nynější onemocnění: Pacientka (30 let) přijata k plánované operaci – Abdominoplastika. Pacientka je po bariatrické operaci – Plikaci. Na kontroly chodí pravidelně a dietu dodržuje. Cítí se dobře, teploty nebyly, bolesti břicha dysp. obtíže nemá.

Subjektivně: Bez potíží. Porce odměřuje na 150 ml, hlad nepopisuje, při jídle nepije, pitný režim celkem 3 l/den. Fyzickou aktivitu hodnotí jako slabší.

RA: Otec problémy s páteří a klouby (obézní), matka zdravá štíhlá, sour. – 14 let bratr – zdravý mírná nadváha. Děti nemá.

OA: Autoimunní hepatitis t.ř. v remisi sledována IKEM, nadváha.

SA + PA: Vyučená kadeřnice, nástavba vlasové kosmetiky, nyní studuje na vyšší odborné škole. Pracuje jako sociální pracovnice na úřadě (sed. zam. 8-10 hod.).

Operace: Plastika pupeční kýly v dětství (cca 3-4 roky), po operaci hemeroidů, po transplantaci rohovky pravého oka (10/2012), Pacientka je sledována v IKEMu u hepatogastroenterologa pro Autoimunní hepatitis od roku 2005, těžký relaps 5/2011,terapie kortikoidy, imuran, cyklosporin. Aktuálně dosaženo remise. Klinicky stabilní stav, bez infekčních komplikací. V 6/2017 Plikace žaludku na klinice – poté redukce váhy o 94 kg (viz přílohy č. 2, 3, 4).

Abusus: nekouří, alkohol neguje, káva-Ano.

FA: Sandimmun neoral 100mg cps MOL 50 1-0-1, Prednison 5 léčiva 5mg tbl NOB 20 2-0-0, Imuran 50mg tbl FLM 100 2-0-0 (nyní po váhovém úbytku nebere).

GA: genitál bez patologického nálezu, mammy bez hmatné rezistence. HA užívala 2-3 roky do 2010, prav. kontroly, menses nepravid.

AA: Neguje.

Objektivně

Fyzikální vyšetření:

Pacientka dobře spolupracuje, orientovaná, svalový tonus a síla přiměřená, Rombergův test III. st. v mezích. eupnoe, aniktерická.

Hmotnost: 107 kg,Výška: 182 cm, BMI 32 kg/m$^2$, TK: 142/82 mm Hg, P: 78 /min

V 4/4 slyší 5 m šepot oboustranně, moč neg., NOT neg., barvocit pozitivní

Hlava: Na poklep nebolestivá, amengineální. Spojivky růžové, skléry bílé. Bulby ve středním postavení, pohyblivé všemi směry, bez nystagmu. Zornice izokorické. Fotoreakce + reakce na konvergenci zachována. Výstupy n. V nebolestivé. Bez zřejmé poruchy inervace n. VII. Jazyk se plazí ve střední čáře, bez povlaku. Hrdlo klidné, chrup sanován.

Krk: karotidy palpačně tepou symetricky, bez šelestu. GT nezvětšená. Uzliny klidné.

Plíce: Dýchání sklípkové čisté, poklep plný jasný.

Srdce: AS pravidelná s F /min. Ozvy ohraničené.

Břicho: Měkké, prohmatné, palpačně nebolestivé, bez patologické rezistence. Játra a slezina nehmatné. Tapott. bilat. negativní. Peristaltika +.

HK: Volně pohyblivé, bez deformit na kloubech.

DK: Bez otoků, bez známek zánětu, pulzace na periferních tepnách hmatné.

Páteř: Na poklep nebolestivá, přiměřeně věku se rozvíjející, bez paravertebrálních kontraktur.

Orientační neurologický nález je v normě.

Laboratorní vyšetření

**Tab. 1** Laboratorní výsledky z biochemie ze dne 20.09.2018:

| **Parametry** | **Výsledky + Jednotky** | **Meze** |
|---|---|---|
| Urea | 4.1 mmol/l | 2.0 – 6.7 |
| Kreatinin | 68 umol/l | 44 – 104 |
| Sodík | 144 mmol/l | 136 – 146 |
| Draslík | 4.5 mmol/l | 3.8 – 5.2 |
| Chloridy | 106 mmol/l | 95 – 107 |
| Bilirubin celk. | 24.9 umol/l | 3.0 – 20.0 |
| Bilirubin přímý | 8.6 umol/l | 0.0 – 5.0 |
| ALT | 0.49 ukat/l | 0.06 – 0.70 |
| AST | 0.45 ukat/l | 0.06 – 0.60 |

| | | |
|---|---|---|
| GGT | 0.48 ukat/l | 0.14 – 0.68 |
| ALP | 1.03 ukat/l | 0.66 – 2.20 |
| Glukóza (žilní) | 3.9 mmol/l | 3.4 – 5.6 |
| MDRD (odhad GF) | 1.6 ml/s/m2 | 1.0 – 2.6 |
| GF odhad dle CKD EPI | 1.75 ml/s/m2 | |

(Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacientky)

**Tab. 2** Hematologické vyšetření z venózní krveze dne 20.09.2018 (KO):

| **Parametry** | **Výsledky + Jednotky** | **Meze** |
|---|---|---|
| Leukocyty | 7.9 $10^9$/l | 4.0 – 10.0 |
| Erytrocyty | 4.77 $10^{12}$/l | 3.80 – 5.20 |
| Hemoglobin | 148 g/l | 120 – 160 |
| Hematokrit | 0.43 l/l | 0.35 – 0.47 |
| MCV | 90 fl | 82 – 98 |
| MCH | 31 pg | 28 – 34 |
| MCHC | 344 g/l | 320 – 360 |
| RDW-křivka ery | 13.5 % | 10.0 – 15.2 |
| Trombocyty | 286 $10^9$/l | 150 – 400 |

(Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacientky)

**Tab. 3** Koagulace z venózní krve ze dne 20.09.2018:

| **Parametry** | **Výsledky + Jednotky** | **Meze** |
|---|---|---|
| APTT – zjištěny | 26.3 s | 22.6 – 28.0 |
| APTT – kontrolní | 25.0 s | 22.6 – 28.0 |
| APTT – ratio | 1.05 | 0.80 – 1.20 |
| QT – zjištěný čas | 12.4 s | 11.0 – 16.0 |
| Protrombinový test – INR | 1.11 | 0.80 – 1.20 |
| Protrombinový test – ratio | 1.11 | 0.80 – 1.20 |
| QT – kontrolní čas | 11.2 s | 11.0 – 16.0 |

(Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacientky)

**Tab. 4** Výsledky Moč a sediment ze dne 20.09.2018:

| **Parametry** | **Výsledky + Jednotky** | **Meze** |
|---|---|---|
| Hustota | 1023 kg/m$^3$ | 1010 – 1025 |
| pH | 7.5 | 4.5 – 6.5 |
| Bílkovina stopa | - | |
| Glukóza, Ketolátky, Urobilinogen, Bilirubin, Krev, Nitrity, Kvasinky, Hlen | 0 | 0 – 0 |

(Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacientky)

Závěr:

Schopná plánovaného výkonu.

## 3.2. Průběh hospitalizace pacientky

### 1. Den hospitalizace

Den před operací

Pacientka byla přijata na lůžkové oddělení kliniky 1.10.2018 v 16:00 hod.. Přivítala jsem ji na oddělení, po cestě na její pokoj jsem jí ukázala, kde se nachází sesterna. Na pokoji, který má své sociální zařízení jsem pacientce předvedla signalizační zařízení, přes které s námi může komunikovat. Poté jsem pacientce vysvětlila elektronické ovládání polohovatelného lůžka. Pro uložení věcí má pacientka k dispozici půlku šatní skříně a stolek u postele. Dále je pokoj vybaven TV a připojením k Wi-Fi.

Jelikož se jedná o plánovanou operaci, má již pacientka za sebou dlouhodobou i střednědobou předoperační přípravu. Poslední týden před operací probíhá krátkodobá předoperační příprava, která zahrnuje především vysazení antiagregancií 7dní před výkonem. Důležitou součástí předoperační přípravy jsou informované souhlasy, je potřeba, aby jim pacientka porozuměla a podepsala je (Informovaný souhlas pacienta k vyšetření, léčbě a chirurgickému výkonu (operaci), Informovaný souhlas s anestezií, Informovaný souhlas a poučení s hospitalizací, Souhlas se zpracováním osobních údajů – GDPR). Odběr krve nebyl nutný, jelikož si pacientka výsledky krve (v rámci předoperačního vyšetření ze dne 20.09.2018 viz **Tab. 1-4**) přinesla.

Pacientka dostala v 18:00 hodin lehkou večeři – 1/3 porci.

Ještě tentýž den pacientku navštívil anesteziolog a zapsal anesteziologické konsilium. Dále navštívil pacientku plastický chirurg a provedl konzultaci před výkonem, na které si potvrdili abdominoplastiku s jizvou do T.

V rámci krátkodobé předoperační přípravy jsem s pacientkou provedla nácvik kašlání a vertikalizaci. Zaměřili jsme se hlavně na to, aby při kašlání nebo kýchání provedla pacientka mírnou kompresi v operované břišní krajině. Při vertikalizaci šlo zejména o to, aby pacientka ve stoje či při chůzi byla v mírném předklonu a odlehčila tak operovanou oblast. Také jsem jí informovala, že po operaci a v následujících dnech bude mít lůžko do tvaru „kolébky“ – se zvýšenými

dolními končetinami a horní částí trupu, aby nezvyšovala tah kůže v operované oblasti. Také vyzkoušela kompresní břišní pás. Tato edukace je důležitá pro lepší adaptaci na situaci po operaci.
Poté jsem se s pacientkou rozloučila s tím, že se uvidíme druhý den a popřála jí hezké sny.

### 2. Den hospitalizace

Operační den

V 6:30 hodin změřeny FF: TT 36,2 C, TK 105/64 mm Hg, P 67/ za min., $SpO_2$ 96%.
V 7:00 hodin – Přivítala jsem se s pacientkou a informovala jsem jí o tom, že jde na operaci jako 2. v pořadí. Pacientka se cítí dobře a je 12 hodin lačná. V rámci předoperační přípravy jsem vybídla pacientku do koupelny, kvůli hygienické očistě před operací. Poté si pacientka jako prevenci před TEN navlékla antitrombotické punčochy značky Lipotromb AG vel. L.
V 7:35 hod. navštívil pacientku plastický chirurg a provedl pečlivý nákres vedení operačních řezů.
U pacientky byla provedena kontrola oblasti v podbříšku, zdali je oholená a současně byla provedena dezinfekce pupku (Cutaseptem F). Zeptala jsem se pacientky má-li alergii na jód, protože ji hodlám zalepit pupek tampónkem, který jej bude obsahovat (dezinfekční přípravek - Betadine). Jelikož alergická nebyla, vložila jsem tampónek s obsahem jódu (dezinfekční přípravek - Betadine) do pupku a zafixovala jej lepením. Do levé horní končetiny (LHK) na přání anesteziologa byl zaveden PŽK (20G)s lepením Elastpore+PAD i.v. o velikosti 6x8 cm. Kanyla se zavádí do levé horní končetiny z důvodu uzpůsobení anesteziologického přístroje na operačním sále (OS).
Na výzvu z operačního sálu v 8:25 hod. jsem šla připravit pacientku na blížící se přesun na překladový sál. Zkontrolovala jsem zavedený PŽK (velikost – 20G, umístěnou v LHK, zafixovanou Elastpore+PAD vel. 6x8 cm), pupek, kompresní punčochy, pomohla jsem pacientce sundat šperky, zuby měla napevno, čočky ani brýle nenosí, pacientka byla bez premedikace.

V 9:00 hodin jsme převezli pacientku v lůžku na překladový sál (operační předsálí). Pomohli jsme jí svléknout košilový empír (nemocničního andílka) a při zachování intimity pod přikrývkou přesunuli pomocí pacientského překládacího zařízení RAMED[38] na operační stůl. Na něm pacientku překryli další pokrývkou, aby zajistili tepelný komfort a opatřili ji bezpečnostními pásy proti riziku pádu. Pacientka pouze projevila přání, že už by to ráda měla za sebou a rozloučily jsme se. Slíbila jsem jí, že až se vzbudí, budu o ni znovu pečovat na jednotce intenzivní péče.

Mezitím co byla pacientka na operačním sále, jsme lůžko napolohovali do tvaru kolébky a zajistili jeho vyhřívání zahřívací podložkou. Dbá se totiž na tepelný komfort pacientky.

**Popis operačního výkonu**

Abdominoplastika probíhá v celkové anestezii (CA). Po celou dobu operace je tepelný komfort pacientky zajištěn výhřevnou podložkou. Po úvodu do CA v 9:10 hodin následuje zavedení permanentního močového katétru velikosti 14, dále pak příprava operačního pole dezinfekcí Braunolem dle nákresu řezu od mečíku až po podbřišek a zarouškováním pacientky. V 9:15 hodin byl pacientce podán Cefazolin 1gve 100 ml FR 1/1 i.v. á 8 hodin, nechat kapat 15 minut. Řez (Začátek řezu 9:20 hodin.) se vede dle nákresu ve střední čáře od mečíku k podbříšku. Proniká se k fascii břišních svalů, dále se mobilizuje kožně podkožní kryt nad fascií až k žeberním obloukům. Pupek se obřízne a ponechá se na místě (in situ). Poté se transponuje mobilizovaný kožní kryt, čímž vznikne nadbytek a následná excize (7.400g) kůže. Vytvoří se nový otvor, do kterého se vtáhne pupek. Na sešití (suturu) po obvodu se použije Monolac 4-0. Pro suturu podkoží byl použit Chirlacem 2-0, na kůži Monolac 3-0. Konec řezu byl v 11:54 hodin. Sutura zpevněna tapem, do pupku vložen tylex a vše překryto sterilními krytím. Poté bylo

[38] RAMED – jedná se o elektrické překládací zařízení, které přejímá fyzickou práci zdravotnického personálu při manipulaci s pacientem v souvislosti s jeho uložením na operační stůl před operací a do lůžka pacienta po provedeném operačním výkonu. Pro pacienta je celý proces překladu příjemnější a nezvyšuje jeho stresové zatížení.

operační pole zpevněno kompresním pásem. Redonovy drény č. 14 (2x) vyvedeny nad sponou. Pacientka dostala na operačním sále 2000 ml krystaloidního roztoku pro zavodnění. Bylo jí aplikováno analgetikum Novalgin 1 amp i.v. ve 100 ml FR 1/1 v 11:00 hodin. Dále pak ještě Ondansetron 4mg i.v. v 11:15 hodin proti nauzey. Anestezie byla ukončena ve 12 hodin. Operace trvala 2 hodiny a 34 minut. Pacientka je dále přesunuta pomocí onoho překládacího zařízení do svého vyhřátého lůžka ve tvaru „kolébky" a převezena na jednotku intenzivní péče (JIP). Tato poloha se volí, aby se omezil tah kůže v operované oblasti.

**Bezprostřední pooperační období (1 – 4 hodiny)**

Na překladovém sále jsme si převzali pacientku a převezli si ji na jednotku intenzivní péče (JIP – dospávací pokoj) ve 12:15 hodin. V ošetřovatelské dokumentaci byl vložen záznam s vyznačenými přesnými ordinacemi na zbytek operačního dne (JIP záznam – 0. den). Na dospávacím pokoji jsem pacientku přivítala a znovu ji informovala, že má po operaci a na dospávacím pokoji bude přibližně 2 hodiny. Připojila jsem ji k monitoru z důvodu pravidelného sledování fyziologických funkcí po 15 minutách. Bezprostředně po převezení z překladového sálu byl pacientce podán kyslík ($O_2$) rychlostí 2l/min. Vysvětlila jsem jí, že má zavedený permanentní močový katétr (100ml), a proto se nemusí obávat pocitu na močení. Pacientka byla informována o permanentním močovém katétru i o vyvedených Redonových drénech (drény jsou vyvedené nad sponou). Ze sálu pacientce stále dokapával Plasmalyte 1000 ml. Po dokapání byl dle ordinace lékaře podán další Plasmalyte 1/1 1000 ml rychlostí 150 ml/hod. Zeptala jsem se pacientky, zdali pociťuje bolest a na kompresní pás jsem ji v místě sutury přiložila chladivý gelový sáček. Poté jsme již pacientku nechali v klidu spát a všechny úkony prováděli bez hluku.
Ve 14:15 byl pacientce aplikován Clexane 0,4 s.c. do oblasti paže dle ordinace lékaře.

**Tab. 5** Bezprostřední pooperační sledování fyziologických funkcí na JIP dne 02.10.2018

| ČAS | TK | P | $SpO_2$ | DF | Aplikace $O_2$ |
|---|---|---|---|---|---|
| 12:15 hod. | 120/65 mm Hg | 68/ za min. | 99% | 17/ za min. | 2 l |
| 12:30 hod. | 115/62 mm Hg | 65/ za min. | 97% | 17/ za min. | 2 l |
| 12:45 hod. | 109/62 mm Hg | 65/ za min. | 97% | 16/ za min. | 2 l |
| 13:00 hod. | 108/61 mm Hg | 62/ za min. | 97% | 16/ za min. | 2 l |
| 13:15 hod. | 105/58 mm Hg | 61/ za min. | 97% | 14/ za min. | - |
| 13:30 hod. | 105/59 mm Hg | 60/ za min. | 96% | 14/ za min. | - |
| 13:45 hod. | 105/60 mm Hg | 60/ za min. | 96% | 13/za min. | - |
| 14:00 hod. | 106/58 mm Hg | 60/ za min. | 96% | 13/za min. | - |
| 14:15 hod. | 105/60 mm Hg | 62/ za min. | 96% | 12/ za min. | - |

(Zdroj: Hodnoty ze zdravotnické dokumentace)

Ve 14:00 hod. na jednotce intenzivní péče jsem pacientku edukovala o důležitosti dechové rehabilitace a odkašlávání. Tato respirační rehabilitace se provádí pomocí rozstřihnutého sběrného sáčku na permanentní katétr. Pacientka vydechuje do hadičky vedoucí do sběrného sáčku – hadička tvoří lehký odpor vydechovanému vzduchu a tím se roztahují plíce. Slouží to jako prevence proti bronchopneumonii. Znovu jsem pacientce připomněla, že pokud bude kašlat, kýchat či zvracet musí provést mírnou kompresi v operované oblasti, aby se nenapínala operační rána.
Po dobu na dospávacím pokoji jsem sledovala potencionální nauzeu a zvracení. Pacientka však v klidu pospávala bez nauzei či zvracení. Před převozem na standardní oddělení se zkontrolovalo a zapsalo množství moči v PMK (500 ml) za dobu na dospávacím pokoji. Po celou dobu na JIP pacientka neměla bolesti (VAS 0).

Ve 14:15 - Po dvou hodinách na jednotce intenzivní péče byla pacientka ve stabilizovaném stavu převezena na standardní oddělení. Všeobecná sestra z JIP předala informace o zdravotním stavu pacientky sestře ze standardního oddělení. Nyní se FF měří po třech hodinách. Hodnoty jsou sepsány v **Tab. 6**. Na pokoji jsem pacientce podala signalizační zařízení na dosah ruky a znovu ji informovala, kterým tlačítkem přivolá pomoc zdravotnického personálu. Také jsem jí nechala zvýšené

postranice u lůžka z důvodu prevence proti riziku pádu. Pacientka mi sdělila, že jí to nevadí, ba naopak se cítí v bezpečí. Poté jsem jí jen připomněla respirační rehabilitaci, kterou bude provádět i na standardním oddělení. Po dvou hodinách od operace (ve 14:25 hod.) je možné přijímat tekutiny, proto jsem pacientce na její přání přinesla čaj. Plasmalyte 1/1 1000 ml podaný na JIP pacientce stále kapal, pouze jsem zkontrolovala rychlost 150 ml/hod.

V 17:00 hodin byl pacientce podán Novalgin 1 amp ve 100 ml F 1/1 i.v. na bolest. Dále byl podán v 17:00 hodin Cefazolin (ATB) 1g ve 100 ml F 1/1 i.v.Poté jsem ji vyměnila gelový sáček za nový pro pokračování v chlazení operované oblasti.

Večer v 18:00 se měří: TK, P, DF, $SpO_2$, TT – 36,5 stupňů (**Tab. 6**), dále se zapisuje množství sekretu v Redonových drénech (drén č. 1 – 0, drén č. 2 – stopa). Tekutiny má pacientka volně, s jídlem se začíná první pooperační den. V 18:00 hodin byla vypsána ošetřovatelská anamnéza, ze které vyplývají: Bathel test činí 30 b. – pacientka je vysoce závislá při základních denních činnostech, Riziko pádu dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006je 5 b. – střední riziko. Riziko dekubitů dle Nortonové – 27 bodů.

V 19:00 hodin jsem se s pacientkou rozloučila a popřála jsem ji krásné sny.

**Tab. 6** Fyziologické funkce po třech hodinách na standardním oddělení dne 02.10.2018

| **ČAS** | **TK** | **P** | **DF** | **$SpO_2$** |
|---|---|---|---|---|
| 15:00 hod. | 105/72 mm Hg | 58/ za min. | 13/ za min. | 96% |
| 18:00 hod. | 95/68 mm Hg | 68/ za min. | 13/ za min. | 96% |
| 21:00 hod. | 110/70 mm Hg | 63/ za min. | 14/ za min. | 97% |
| 24:00 hod. | 105/65 mm Hg | 65/ za min. | 13/ za min. | 96% |
| 03:00 hod. | 108/67 mm Hg | 62/ za min. | 13/ za min. | 95% |
| 06:00 hod. | 105/64 mm Hg | 67/ za min. | 12/ za min. | 96% |

(Zdroj: Hodnoty ze zdravotnické dokumentace)

Přehled podaných medikací na standardním oddělení:

Cefazolin 1g ve 100 ml FR 1/1 i.v. á 8 hodin 17:00, 01:00, dále ex - hodin rychlostí 25 ml/hod. na 15 minut
Novalgin 1amp ve 100 ml FR 1/1 i.v. 1x 6 hodin po aplikaci na OS, dále ex 17:00 podáno rychlostí na 30 minut
Exacyl 1 amp (0,5 g) ve 100 ml FR 1/1 i.v. v 18:00 hodin
Dipidolor 1 amp i.m. při bolesti (á 4-6 hodin) podáno ve 20:30 hodin
Paralen 500mg 2 tbl á 6 hodin pravidelně p.o. (první dávka 6 hod. po vysazení Novalginu) podáno ve 24:00, 06:00 hodin
Plasmalyte 1/1 1000 ml rychlostí 150 ml/hod. – dokapává (podán na JIP)
Plasmalyte 1/1 1000 ml + Syntophyllin 1 amp i.v. v 06:00 hodin rychlostí 250 ml/hod.

### 3. Den hospitalizace

První den pooperační

Ráno v 06:00 hodin se měří tělesná teplota, krevní tlak, pulz a saturace kyslíkem. Dále se zapisuje množství sekretu ve drénech. Dle dekurzu z nultého dne operace podán Paralen 500 mg2 tbl p.o. v 06:00 hodin a Plasmalyte 1/1 1000 ml + Syntophyllin 1 amp rychlostí 250 ml/hodinu v 06:00 hod.
TK: 105/64 mm Hg, P: 67/ za min, TT: 36,2 stupňů, $SpO_2$: 96%, Drén č. 1 – 0, Drén č. 2 – stopa, kontrola množství moči v PMK. Pacientka má PŽK (2. den) bez známek infekce. Bathel test činí 30 b. – pacientka je vysoce závislá při základních denních činnostech, Riziko pádu dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006je 5 b. – střední riziko. Riziko dekubitů dle Nortonové – 27 bodů.

Ráno v 07:00 hodin jsem se přivítala s pacientkou a zeptala jsem se jí, jak se cítí a jak se jí spalo. Pacientka se cítí dobře, ale jelikož je zvyklá spát na břiše, proto se necítí moc vyspaná. Hygiena péče proběhla na lůžku pacientky.
V 07:35 jsem pacientce donesla snídani dietu č. 1 – kašovitou: Ovocný čaj, malá lučina, máslo, veka. (+ svačina – jablečná přesnídávka). Čaj jsem pacientce připravila i do termosky a edukovala jsem jí o nezbytném příjmu za den, což představuje 2-3 l. Dané množství tekutin pro pacientku nepředstavuje problém,

jelikož i v běžném životě přímá denně 2,5 l nealkoholických, neslazených tekutin. Takové množství tekutin se přijímá z důvodu prevence proti trombóze. Součástí prevence proti TEN je i vyvážená strava (ve formě kašovité), antitrombotické punčochy, aplikace Clexane 0,4 s.c. ve 22:00 hodin a časná mobilizace.

V 08:00 hodin následovala vizita lékaře s převazem operační rány. Lékař pacientku vyšetřil: Pacientka je kardiopulmonálně kompenzována, bolesti má minimální, břicho bez retence, odpad do drénu 0, proveden převaz operační rány. Pacientka vyšetřena v poloze na zádech, kdy jí byl poprvé od operace odepnut kompresní břišní pás. Převaz probíhal také v poloze na zádech. Lékař odstranil velké sterilní gázové krytí, provedl dezinfekci rukou, vyměnil rukavice a provedl dezinfekci operační rány pomocí Cutaseptu F. Rána se ponechává zpevněná sterilní fixační páskou z operačního sálu. Lékař zhodnotil vzhled operační rány a její okolí: operační rána je bez známek zánětu, břicho klidné, hematomy v okolí operační rány jsou přirozené, rána neprosakuje, drény ponechány. Ránu jsme opět překryli velkou sterilní gázou a zpevnili kompresním břišním pásem, který mimo jiné napomáhá i proti bolesti.

V 09:00 hodin pacientka odpočívá, bolest nepociťuje. Sleduje TV.

V 10:30 hodin si pacientka dala svačinu – jablečnou přesnídávku. Pochválila jsem jí za dodržování diety, kterou má po Plikaci žaludku.

V 11:00 hodin navštívila pacientku fyzioterapeutka. Popsala pacientce jednotlivé kroky, které budou následovat. Jelikož jsme s pacientkou provedly den před operací nácvik vstávání z lůžka i chůzi, měla pacientka představu toho, co se po ní požaduje. Pacientka poslouchala pokyny fyzioterapeutky a přes bok se zvedla do sedu. Setrvala na lůžku, dokud se jí nepřestala točit hlava. Poté jsme jí pomohly s drény i PMK a pomalu jsme se rozešly po pokoji. Pacientka se cítila slabá a unavená, proto jsme se vrátily k lůžku. Byla sice slabší a nejistá, ale byla potěšena svými pokroky, za které jsme ji pochválily. Fyzioterapeutka se s ní domluvila na odpolední rehabilitaci.

Ve 12:00 hod. pacientce změřeny fyziologické funkce – TK: 110/65 mm Hg, P: 65/ za min, TT: 36,5 stupňů, $SpO_2$: 95%, provedena kontrola Redonových drénů – podtlak zachován.

Ve 12:10 hod. jsem pacientce podala oběd – polévka (hovězí vývar), lososa s bramborovou kaší.

Ve 14:00 hodin byl pacientce dle ordinace lékaře aplikován Clexane 0,4 s.c. do oblasti paže(PHK). Také ji opět navštívila fyzioterapeutka a pokračovaly v mobilizaci. Pacientka byla velmi nejistá a unavená. Na přání pacientky PMK ponechán do dalšího dne.

V 15:00 hod. si pacientka dala ke svačině bílý jogurt a veku.

V 16:00 hodin pacientka na lůžku pospává.

V 17:00 hodin jsem pacientce donesla čaj v termosce na pokoj. Všimla jsem si, že je smutná, tak jsem se snažila ji rozveselit. Roztáhla jsem žaluzie pro více světla, vyvětrala jsem a popovídala jsem si s ní. Lidé totiž mají tendenci být na sebe příliš přísní, pokud se jim něco nevede tak, jak si naplánovali. Pacientka byla smutná z pomalé mobilizace. Vysvětlila jsem ji, že každý člověk je jedinečný a rekonvalescence nemůže probíhat u všech lidí stejně. Poté jsme si povídaly o současných filmech v kinech, mužích a zdravém životním stylu. Pacientka se po mém odchodu cítila lépe.

V 18:00 hod. měření FF:TK: 125/84 mm Hg, P: 70/ za min., TT: 37,1 stupňů, $SpO_2$: 97%, Drén č. 1 – 0, Drén č. 2 – 130 ml, kontrola množství moči v PMK (na přání pacientky dnes PMK ponechán).

V 18:15 hodin jsem pacientce donesla večeři – rýžová kaše, meruňkový kompot.

V 19:00 hodin jsem se s pacientkou rozloučila a popřála jí dobrou noc a lepší spaní.

Přehled podaných medikaci za tento den:

Clexane 0,4 s.c. ve 14:00 do oblasti paže (PHK)

Paralen 500mg 2 tbl á 6 hodin p.o. v 6:00 – 18:00 hod.

Plasmalyte 1/1 1000 ml + Syntophyllin 1 amp rychlostí 250 ml/hodinu v 06:00 hod.

Plasmalyte 1/1 1000 ml + Kalium chloratum (KCL) 15 ml 7,5% v 8:00 hodin rychlostí 150 ml/hod.

### 4. Den hospitalizace

Druhý den pooperační

Ráno v 06:00 hodin se měří tělesná teplota, krevní tlak, pulz a saturace kyslíkem. TK: 115/65 mm Hg, P: 65/ za min., TT: 36,5 stupňů, $SpO_2$: 95%, Drén č. 1 – 10 ml, Drén č. 2 – +50 ml (drén č. 2 = odpad 150 ml – drén vyměněn kvůli porušení podtlaku), kontrola množství moči v PMK (dnes ex). Pacientce má PŽK (3. den – byl bez známek infekce, funkční). Dnes v poledne v plánu přehodnocení rizik pacientky.

V 7:00 hodin jsem se s pacientkou přivítala a zeptala jsem se jí, jak se cítí. Pacientka vypadala svěže a s dobrou náladou. Svěřila se mi, že dnes se jí spalo lépe a těší se na rehabilitaci. Pacientku jsem doprovodila do koupelny, kvůli ranní hygieně.

V 7:30 hodin jsem pacientce donesla snídani – ovocný čaj, houska, máslo, šunka (+ svačina pomerančová šťáva). Snídaně pacientce chutnala.

V 8:00 hodin navštívil pacientku plastický chirurg za účelem převazu operační rány. Pacientka má bolesti minimální, bez obtíží, břicho je klidné – bez retence, kardiopulmonálně kompenzována, dnes drény – ex, převaz. Při převazu byla pacientka v poloze na zádech. Odstranili jsme předchozí krytí, vydezinfikovali jsme operační ránu (rána bez sekrece, bez známek infekce, hojí se per primam) a lékař edukoval pacientku ohledně odstranění drénů. Poté pomocí skalpelu odstranil stehy fixující drény, upozornil pacientku a šetrně odstranil drény. Poté jsme otvory po drénech i operační ránu překryli sterilním krytím a celé břicho zafixovali kompresním břišním pásem.

V 9:00 hodin pacientka odpočívá a čte si.

V 10:25 hodin si pacientka dala svačinu. Informovala jsem ji, že fyzioterapeutka přijde v 11:00 hodin.

V 11:00 hodin pacientku navštívila fyzioterapeutka. Pacientka byla schopná se sama posadit a chodit v doprovodu po pokoji. Na odpoledne naplánovaná sprcha pacientky. Odstranila jsem pacientce PMK.

Ve 12:10 hodin byly pacientce změřeny fyziologické funkce: TK: 112/68 mm Hg, P: 65/ za min, TT: 36,6 stupňů, $SpO_2$: 97%.Bathel test činí 75 b. – pacientka je lehce závislá při základních denních činnostech, Riziko pádu dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006je 5 b. – střední riziko. Riziko dekubitů dle Nortonové – 30 bodů.

Ve 12:15 hodin jsem pacientce donesla oběd – polévka rajská s kapáním, dušený vepřový plátek + bramborová kaše. Pacientce oběd velmi chutnat.
Ve 14:00 hodin byl pacientce aplikován Clexane 0,4 s.c. do oblasti paže (LHK).
Ve 14:15 hod. pacientku navštívila fyzioterapeutka. Pacientku jsem edukovala ohledně osobní hygieny, že může sprchovat operační ránu vlažnou vodou bez použití mýdla. Po sprše je důležité operační ránu dezinfikovat bezbarvou dezinfekcí a překrýt sterilním krytím a zafixovat kompresním břišním pásem. Pacientce jsme pomohly, odepnou kompresní břišní pás, odstranili jsme krytí, aby se pacientka osprchovala. Pacientka je již při chůzi jistější a osobní hygienu zvládla bez obtíží. Poté jsem pacientce ošetřila operační ránu a zafixovala ji kompresním pásem.
V 15:30 hodin si pacientka dala zaslouženou svačinu. Její psychický stav je den ode dne lepší. Pacientka září radostí, že v rámci rehabilitace dnes pokročila v před.
V 16:00 hodin pacientku navštívil přítel.
V 17:00 hodin jsem pacientce donesla teplý čaj. Pacientka se cítí dobře a těší se domu.
V 18:00 jsem pacientce změřila ZZ: TK: 120/66 mm Hg, P: 65/ za min., TT: 36,3 stupňů, $SpO_2$: 95%,
V 18:15 hodin jsem pacientce přinesla večeři – Dušený kuřecí plátek, bramborová kaše, krájený hlávkový salát.
V 18:45 hodin jsem se rozloučila s pacientkou a popřála ji klidnou a nerušenou poslední noc. Na pacientce byla viditelná radost a zároveň únava po celém dnu.

Přehled podaných medikací v tento den:

Clexane 0,4 s.c. ve 14:00 hod. do oblasti paže (PHK)
Paralen 500mg 2 tbl á 6 hodin p.o. v 6:00 hodin

### 5. Den hospitalizace

Třetí den pooperační – propuštění (dimise)

V 06:00 hodin ráno se měří tělesná teplota, krevní tlak, pulz a saturace kyslíkem.

TK: 123/68 mm Hg, P: 71/ za min., TT: 36,2 stupňů, $SpO_2$: 95%, PŽK (4. den – bez známek infekce, dnes ex)

V 7:00 hodin jsem pacientce popřála krásné ráno a zeptala se jí, jak se cítí. Pacientce se spalo dobře, cítí se o mnoho lépe než v předchozích dnech (těší se domů). Pacientka provedla ranní hygienu. Při přesunech dodržuje pokyny fyzioterapeutky a jde jí to výborně.
V 7:30 hodin jsem pacientce přinesla snídani dietu č. 1 kašovitou – Ovocný čaj, džem, máslo, veka (svačina – banán).
V 8:00hodin pacientku navštívil plastický chirurg a provedl převaz operační rány s mou asistencí. Břicho měla pacientka klidné, bez retence, otvory po drénech nekrvácejí, okolí rány je bez známek infekce (viz příloha č. 5). Rána se vydezinfikovala a překryla se velkou sterilní gázou. Břicho jsme zpevnili kompresním břišním pásem.
V 9:00 hodin jsem pomohla pacientce sbalit věci a připravit ji k dimisi. Pacientce byl odstraněn periferní žilní katétr, okolí bylo klidné, bez známek infekce.
V 10:00 hodin si pacientka převzala propouštějící zprávu. K propouštějící zprávě jsem přidala naši vizitku s pohotovostním číslem, ať nás může kontaktovat v případě obtíží. Rozloučili jsme se a popřála jsem ji hodně štěstí a hlavně zdraví. Pro pacientku přijel přítel autem.

Medikace pacientky: Clexane 0,4 s.c. do oblasti paže ve 14 hodin á 24 hod., Paralen 500mg 2 tbl p.o. v 6:00 hodin á 6 hod., Novalgin 500 mg p.o. 1 tbl á 8 hod.

Délka hospitalizace pacientů po abdominoplastice je přibližně 2-4 dny. Pacientka byla hospitalizovaná 4 dny po operaci z důvodu pomalejší rehabilitaci a převládající nejistotě. Jelikož se nejedná o pražskou pacientku ale naopak bydlištěm velice vzdálenou od Prahy, bylo třeba dodat pacientce jistotu ohledně ADL a sebepéče.

## 3.3. Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelskou anamnézu jsem odebírala od pacientky formou rozhovoru v den operačního výkonu, s odstupem 6 hodin po výkonu na jejím standardním pokoji. Pacientka se s přihlédnutím k okolnostem cítila dobře a souhlasila s jejím vyplněním. K odběru anamnézy jsem použila ošetřovatelskou anamnézu z 3. lékařské fakulty UK Ústav ošetřovatelství.

Příloha č. 1 Ošetřovatelská anamnéza 3LF UK Ústav ošetřovatelství

## 3.4. Model ošetřovatelské péče

Pro zpracování ošetřovatelské péče jsem si zvolila model – Marjory Gordon „Model funkčního typu zdraví." Vybrala jsem si jej, protože za důležité pokládám holistické vnímání pacienta. Dále pak proto, že nejvyšší úroveň zdraví je v tomto modelu ošetřovatelským cílem spolu s přijetím odpovědnosti pacienta za své zdraví. Jedná se o velmi přehledný a systematický model, podle kterého lze sestavit individuální plán ošetřovatelské péče zahrnující zvyklosti daného pacienta.

Pacientka má 30 let, je svobodná a bydlí sama. Je vyučená kadeřnice, ale pracuje jako sociální pracovnice na úřadě. Rodina je o jejím stavu informována. Má přítele, který ji podporuje v jejím rozhodnutí. Pacientka je po plastické operaci břicha – abdominoplastice. Se svým zdravotním stavem je seznámena.

**Alergie** – Pacientka si není vědoma žádné alergie.

**Fyziologické funkce** – Nyní v 18:00 hodin je naměřeno: TK: 95/68 mm Hg, P: 68/ za min., DF: 13/ za min., $SpO_2$: 96%, TT: 36,5 C

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

Pacientka je při vědomí, orientovaná a spolupracuje. GSC: 15 b. Pacientka se s přihlédnutím k okolnostem cítí dobře. Kompresní břišní pás si velmi pochvaluje, jelikož zdůrazňuje úzký pas. Především za poslední rok a půl dbá pacientka o zdravý životní styl. Nekouří, nepije alkoholické nápoje, vyhýbá se tučným, sladkým a mastným pokrmům.

2. **Výživa a metabolismus**

Nyní pacientka přijímá pouze tekutiny, pevnou stravu dostane pacientka první pooperační den. Dieta po abdominoplastice je kašovitá. Jelikož je pacientka po bariatrické operaci (6/2017 – Plikace žaludku) dodržuje dietu. Jídlo si odměřuje do 150 ml odměrky, jí po třech hodinách. Vypije 3 l/den nealkoholických (neslazených, nesycených) nápojů. Proto i nyní bude kašovitá strava ve velikosti 1/3 porce. Pacientka měří 182 cm a váží 107 kg. Tělesná teplota je 36,5 stupně. Excize kůže činila 7.400 g. Dle studií ve zdravotnictví je u výkonu – Abdominoplastiky zvýšené riziko TEN. Jelikož má pacientka zároveň BMI >30, zařadila jsem mezi ošetřovatelské problémy riziko TEN.

**3. Vylučování**

Pacientce byl na operačním sále zaveden permanentní močový katétr (PMK). Množství moči je nutné po operaci sledovat a zapisovat do zdravotnické dokumentace. PMK – je funkční a odvádí čirou moč. Po operaci se dále zaznamenává datum první stolice. Před operací měla pacientka stolici pravidelnou bez příměsí. Poslední stolice byla 1.10.2018. Redonovy drény: drén č. 1 – 0, drén č. 2 – stopa. Nyní je pozitivní bilance tekutin což znamená, že příjem je větší než výdej.

**4. Aktivita, cvičení**

Pacientka má dnes indikovaný klidový režim. První vstávání ji čeká první pooperační den. Bathel test činí 30 b. – pacientka je vysoce závislá při základních denních činnostech (ADL), Riziko pádu jedle Conleyové, upraveno Juráskovou v roce 2006 – 5 bodů – střední riziko. Riziko dekubitů dle Nortonové jsem vyhodnotila na – 27 bodů. Pacientka má stolek, tekutiny i signalizační zařízení na dosah ruky. Dále má zvýšené postranice proti případnému pádu, se kterými souhlasí. Pacientka je pravidelně kontrolována a po třech hodinách se u ní měří fyziologické funkce.

Před operačním výkonem pacientka ráda chodila na dlouhé a svižné procházky, na které se opět těší.

**5. Spánek a odpočinek**

Doba spánku za 24 hodin činí u pacientky přibližně 7 hodin. Doma většinou usíná kolem 23 hodiny. Polohu pro usínání má však na břiše, což bude v následujících dnech nemožné. Usíná bez nutnosti užívání hypnotik.

**6. Vnímání, poznávání**

Pacientka je při vědomí, orientovaná místem, časem i osobou. Je poučena o svém zdravotním stavu. Zrakový ani sluchový problém nemá. Pacientka měla v 17:00 bolesti VAS 4. Podány analgetika dle ordinace lékaře. V 18:00 hod. pacientka pociťuje bolest VAS 2. Bolest také tlumí kompresní břišní pás, který má pacientka již z operačního sálu, dále pak chlazení operované oblasti pomocí chladivých gelových polštářků.

**7. Sebepojetí, sebeúcta**

Pacientka je unavená po proběhlém operačním výkonu. Nepociťuje strach ani úzkost. Dle našich rozhovorů má zdravý smysl pro humor. Na stejné klinice již byla před rokem hospitalizovaná, proto pro ni prostředí ani personál není cizí, což jí zmírňovalo stres a nervozitu před operací. Pacientka nemá přehnané nároky a působí vyrovnaně. Je velmi cílevědomá a statečná. Rozhodla se pro změnu životního stylu a tím se i nadále řídí.

**8. Role, mezilidské vztahy**

Je velmi příjemná a komunikativní. Spolupracuje se zdravotnickým personálem. Pacientka se podílí na prevenci TEN aktivním cvičením dolních končetin v oblasti hlezenního kloubu (k dorzální a plantární flexi). Dále provádí respirační rehabilitaci dle pokynu všeobecné sestry. Se změnou životního stylu jí podporuje rodina a přítel.

**9. Sexualita**

Pacientka poznamenala, že dříve měla plnější dekolt, ale v ostatních směrech je se zdravým životním stylem spokojená. Také plánuje po abdominoplastice další postbariatrické plastické operace jako např. modelace paží, modelace prsou. Pacientka se cítí více atraktivní z důvodu nižší váhy a zvýšení pohybové aktivity. Menstruaci má pacientka nepravidelnou, antikoncepci neužívá, porody 0.

**10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance**

Operaci pacientka zvládla velmi dobře. Po operaci byla pacientka dvě hodina na jednotce intenzivní péče. Tuto dobu víceméně prospala. Nyní se pacientka s přihlédnutím k okolnostem cítí dobře. Pacientka je klidná, nepociťuje

strach ani úzkost. Bolest tlumí analgetika podávané v pravidelných intervalech dle ordinace lékaře.

**11. Víra, životní hodnoty**

Pacientka věří ve vyšší dobro. Životní hodnoty má každý člověk, a pokud je naplňuje, měl by být šťastný. Mezi životní hodnoty pacientky patří: láska, rodina, zdraví, sebeúcta, dobře placená práce, spokojenost, zdravý životní styl.

**12. Jiné**

**Invazivní vstupy**

Pacientka má zavedenou periferní žilní kanylu (PŽK) ode dne 2.10.2018 do levé horní končetiny. PŽK – okolí je klidné, bez známek zánětu (bez otoku a zarudnutí). Fixováno je za aseptických podmínek Elastpore + PAD 6 x 8 cm. Dále má pacientka zavedený permanentní močový katétr (PMK – Foleyův katetr) ze dne 2.10.2018, z operačního sálu. PMK má velikost č. 14. – je funkční a odvádí čirou moč (1800ml). Mezi další invazivní vstupy se řadí dva Redonovy drény, které má pacientka vyvedené nad sponou. Drén č. 1 – má zachovaný podtlak, odvedený sekret zatím 0, drén č. 2 – má také zachovaný podtlak, na dně drénu je v současné době pouze stopa. Invazivní vstupy sebou nesou riziko vzniku infekce, kterému se snažíme předcházet formou ošetřovatelského procesu.

## 3.5. Ošetřovatelské problémy

Ošetřovatelská péče je bezpochyby součástí léčebné péče. Aby byla ošetřovatelská péče efektivní, je realizována formou ošetřovatelského procesu. Jedná se o metodu, která řeší potencionální rizika vzniku problémů nebo již rozvinuté ošetřovatelské problémy pacienta. Ošetřovatelský proces obsahuje pět částí: posouzení zdravotního stavu pacienta, stanovení ošetřovatelské diagnózy, zvolení cílů ošetřovatelské péče, plánování pomocí intervencí, realizaci a vyhodnocení – případné přehodnocení vybraných cílů. Nebylo by to však možné bez znalostí konceptů ošetřovatelské vědy ještě předtím, než dojde k posouzení

stavu pacienta a určení diagnózy.[39]Součástí ošetřovatelské péče je i sdělování informací (edukace), u kterých by sestra měla klást důraz na jasnost, stručnost a srozumitelnost. Vyzdvihla bych dva ošetřovatelské problémy, kterým se budu podrobněji věnovat v následujících kapitolách.

Po konzultaci s plastickým chirurgem zvolila pacientka plánovaný operační výkon abdominoplastiku v celkové anestezii s jizvou do tvaru T (viz příloha č. 5), kvůli velkým nadbytkům kůže ve střední části břicha (viz příloha č. 2). Jelikož žádný chirurg na světě neoperuje bez jizev, i zde po sobě plastik zanechá rozsáhlé jizvy. Poté co je narušená integrita kůže, hrozí riziko infekce. Proto jsem mezi ošetřovatelské problémy zařadila – Riziko infekce v místě chirurgického výkonu. Riziko tromboembolické nemoci (TEN) jsem zvolila na základě studií o četnosti výskytu TEN u operačního výkonu abdominoplastika.

### 3.5.1. Riziko tromboembolické nemoci (TEN)

Žilní tromboembolická nemoc zahrnuje hlubokou žilní trombózu a plicní embolii. Trombóza neboli zánět žil vznikne vytvořením krevní sraženiny (trombu) uvnitř cévy, která brání průtoku krve oběhovým systémem. Krev obsahuje krevní destičky a fibrin, které tvoří krevní sraženiny a tím chrání cévy v případě narušení jejich stěny. Krevní sraženiny se však tvoří za určitých podmínek, i když céva není narušena. Hlavní okolnosti, které vedou k žilní trombóze, jsou známé přes 150 let jako Virchowova triáda:

- poškození žilní stěny – změny endotelu
- venostáza – snížená rychlost průtoku venózní krve
- hyperkoagulační stav – zvýšená srážlivost krve (nadměrné množství tromboplastinu a trombinu)

Embolie je jednou z nejnebezpečnějších komplikací žilní trombózy. Je to stav, kdy se utržený kus krevní sraženiny mění na tzv. embolus, neboli vmetek se dostane do pravé strany srdce a odtamtud plicní tepnou do plic. Jakmile se dostane

[39] NANDA International, Inc. HERDMAN H., KAMITSURU S., *Ošetřovatelské diagnózy definice a klasifikace 2015-2017.* Praha, Grada Publishing, a.s. 2015, str. 21

do tenkého plicního řečiště, zastaví se a způsobí plicní embolii. Plicní embolie se rozvíjí buď pozvolna, nebo formou akutního záchvatu. Projevuje se nejčastěji dušností, kašlem a bolestí na hrudi.

TEN je třetím nejčastějším cévním onemocněním. Předchází ji pouze ischemická choroba srdeční a cévní mozková příhoda. V článku – Žilní tromboembolická nemoc a antikoagulační léčba u seniorů od doc. MUDr. Dalibor Musil, Ph.D. je uvedeno, že: *„Na tromboembolickou nemoc (TEN) ročně umírá víc lidí než na AIDS, dopravní nehody a karcinom prsní žlázy dohromady. TEN však většinou lze, na rozdíl od výše zmíněných příčin smrti, cíleně a poměrně jednoduše předcházet.“*[40](Musil, 2013)

Klinické rizikové faktory a mechanizmy jejich účinku (6 příkladů):

1. Velké chirurgické výkony - ortopedické (TEP kyčle), rozsáhlé břišní a pánevní operace, věk nad 40 let - aktivace koagulace, poškození endotelu, stáza, snížená fibrinolýza,
2. Trombóza nebo plicní embolie v anamnéze – zvýšený žilní tlak, stáza
3. Obezita – snížená fibrin. aktivita
4. Malnutrice, kachexie
5. Perorální antikoncepční prevence – stáza, estrogeny
6. Věk (>40 let) – dilatace žil, stáza, snížená fibrin. aktivita, zpomalený průtok

Laboratorní rizikové faktory (3 příklady):

1. Vrozený deficit antitrombinu (dříve antitrombin III.) – vyskytuje se v rodinách, projevuje se trombózou u dětí a mladých osob. Dědičnost je formou autozomálně dominantní. Četnost výskytu je 1 na 5000.
2. Deficit proteinu C a S – výskyt trombóz taktéž u dětí a mladých osob. Dědičnost je formou autozomálně dominantní. Četnost je 1 na 10 000.
3. APC rezistence – mutace faktoru V-Leiden.

Interakce mezi vrozenými a získanými rizikovými faktory představuje trombotický potenciál. Pokud tento potencionál všech rizikových faktorů překročí

---

[40]MUSIL Dalibor. *Žilní tromboembolická nemoc a antikoagulační léčba u seniorů.*[on-line]. Interní medicína pro praxi. [Cit. 05.03.2019]. 2013. ročník. 15. č. 3-4. Str. 94. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/03/02.pdf>

jistou hranici, vznikne trombóza. Starší lidé k této hranici mají podstatně blíž, a proto je třeba dbát na důkladnou prevenci.[41]

Jsou způsoby, kterými je možné minimalizovat vznik TEN. Některým rizikovým faktorům se lze vyhnout (kouření, obezita, dlouhé stání, sezení, ležení) nebo je při nejmenším zmírnit pomocí zdravého životního stylu, při dlouhém sezení či ležení praktikovat cviky pro rozproudění krve krevním řečištěm.

Jsou však rizikové faktory, kterým se vyhnout nelze (operační výkony, nádorová onemocnění, křečové žíly, dědičné faktory, aj.). U chirurgických pacientů se riziko vzniku TEN rozděluje podle intenzity na malé, střední, vysoké a velmi vysoké riziko.

V současné době se v rámci předoperační přípravy a pooperační péče podávají antikoagulancia (blokující koagulační faktory), elastické kompresivní punčochy, klade se důraz na časnou mobilizaci pacienta, sleduje se příjem a výdej tekutin, u zvýšeného rizika TEN lze použít sekvenční kompresní zařízení. Při farmakologické prevenci se podávají buď nízké dávky nefrakciovaného heparinu (LDUH 5000 IU) podávané 2x až 3x denně nebo nízkomolekulární heparin (LMWH), který se aplikuje 1x denně (podle tělesné hmotnosti) a u obézních pacientů s BMI nad 50 je nutné sledovat anti – Xa[42].

#### 3.5.1.1. Prevence TEN na pracovišti postbariatrické plastické chirurgie

**Nefarmakologická prevence**

Při příjmu pacientka od kliniky dostává antitrombotické punčochy značky Lipotromb AG k operačnímu výkonu zdarma. Vhodná velikost se vybere pomocí dvou rozměrů. Pacientce se změří obvod kotníku v nejužším místě a obvod stehna, kde se očekává lem antitrombotických punčoch. Vzhledem k tomu, že pacientka

---

[41]MUSIL Dalibor. *Žilní tromboembolická nemoc a antikoagulační léčba u seniorů.*[on-line]. Interní medicína pro praxi. [Cit. 05.03.2019]. 2013. ročník. 15. č. 3-4. Str. 95. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/03/02.pdf>

[42] FREEMAN A.L. PENDLETON R.C. RONDINA M.T. *Prevence žilní tromboembolie u obezity*.[on-line]. Expert Rev Cardiovasc Ther. [Cit. 26.04.2019]. 2010 prosinec; 8 (12): 1711–1721. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3245959/>

měří 182 cm a její hmotnost činní 107 kg je nutné přihlédnout i k těmto hodnotám. Pacientka obdržela antitrombotické punčochy velikosti L. Pacientka je od všeobecné sestry edukována ohledně přínosu antitrombotických punčoch. Tyto punčochy si pacientka obleče v rámci bezprostřední předoperační přípravy, po dobu hospitalizace si pacientka svléká antitrombotické punčochy pouze na osobní hygienu. Všeobecné sestry kontrolují správnost nasazení punčoch, jelikož se stává, že jsou v určitých místech především pod koleny či u kotníků zařezané. V případě nesprávného nasazení sestry pacientce pomohou a poučí ji o důležitosti správného užívání punčoch. Po propuštění do domácího prostředí pacientka nosí antitrombotické punčochy než je opět plně mobilní (přibližně deset dní).

Nefarmakologická prevence zahrnuje i elevaci dolních končetin. Jelikož máme pacientku uloženou v lůžku do tvaru „kolébky“ – zvýšená poloha dolních končetin a horní části trupu od překladu ze sálu, soustředíme se spíše na aktivní cvičení chodidel. Sestra iniciuje pacientku k aktivnímu cvičení dolních končetin v oblasti hlezenního kloubu (k dorzální a plantární flexi). První vstávání u pacientky proběhlo první pooperační den za přítomnosti všeobecné sestry a fyzioterapeutky. U prvního vstávání je vždy přítomen zdravotnický personál, aby se předešlo případnému pádu. Pacientka byla hospitalizovaná 4 dny (4. den dopoledne proběhla dimise) po operaci a z důvodu pomalejší rehabilitaci a převládající nejistotě.

Nedílnou součástí prevence TEN je i dostatečný příjem tekutin. Již dvě hodiny po operaci má pacientka tekutiny volně. Následující den sestra podporuje pacientku v přijímání tekutin, jejichž minimální množství je 2-3 l/den. Množství tekutin pacientce nečinilo problém, jelikož takové množství tekutin je pro ni obvyklé i v běžném životě.

Na klinice máme k dispozici metodu, která je nejúčinnější v nefarmakologické prevenci, jedná se o přístrojovou techniku – sekvenční kompresní zařízení SCD. Přesněji tedy pneumatické kompresní bandáže od firmy Kendall jsou indikovány pacientům s vysokým BMI, CHOPN nebo pacientům po prodělané TEN či kardiovaskulárním onemocnění. Ovládání přístroje je velmi intuitivní. Do příslušenství přístroje, který se pouze zavěsí na dolní část čela lůžka, patří: kompresní bandáže, které jsou s přístrojem propojené pomocí plastových hadic a kabel pro zdroj elektrického proudu (bez připojení přístroje ke zdroji mu

baterie vydrží až 8 hodin). Jedná se o důmyslný systém, který usměrňuje prodění krve z povrchového do hlubokého žilního systému. Přístroj při nafukování a vyfukování bandáží vyvolává mírný hluk, což může představovat diskomfort pro pacienta. U pacientky se tato metoda nepoužila.

**Farmakologická prevence**

Nejrozšířenější farmakologickou tromboprofylaxí je aplikace nízkomolekulárních heparinů. Jednou z výhod je subkutánní aplikace v jedné či dvou denní dávce z předplněných injekčních stříkaček, jejichž dávkování se řídí tělesnou hmotností. U výkonu abdominoplastika se nízkomolekulární heparin aplikuje v bezprostředním pooperačním období a po celou dobu hospitalizace. Pacientka byla o aplikaci Clexanu 0,4, s.c. seznámena anesteziologem v rámci předoperační přípravy. Používáme přípravek Clexane (léčivá látka je sodná sůl enoxaparinu), jehož gramáž ordinuje zpravidla anesteziolog. Pacientce byl poprvé aplikován Clexane 0,4 ml (4000 IU – 40mg) s.c. ve 14:15 hodin (dvě hodiny po operaci) á 24 hodin do zevní strany paže. Po celou dobu hospitalizace byl aplikován Clexane 0,4 ml s.c. do zevní strany paže. Strany paže se po dobu hospitalizace střídaly, aby nedošlo k traumatizaci z mnohočetné aplikace do jedné strany paže.

## 3.5.2. Riziko infekce v místě chirurgického výkonu

Kůže (lat. cutis, řec. derma) je největším orgánem lidského těla. Její základní funkce je ochranná, zásobní, termoregulační, smyslová, resorpční a exkreční (vyměšovací). Tvoří ochranou bariéru, před vstupem infekce do organismu. Celistvost kůže může být porušena např. odřením kůže, pořezáním, vpichem, popálením apod. Dále také záměrně při chirurgickém výkonu. Každé poškození celistvosti kůže zvyšuje pravděpodobnost nákazy infekcí.

Dle článku Prevence vzniku infekce v místě chirurgického výkonu od MUDr. Jirouše Jaroslava z oddělení epidemiologie (FN Plzeň): *„zůstávají infekce v místě chirurgického výkonu podstatnou příčinou morbidity (i mortality) hospitalizovaných pacientů. Částečně to lze vysvětlit objevením nových patogenů rezistentních vůči širšímu spektru antibiotik, zvýšeným počtem chirurgických*

*výkonů a změnou charakteristik pacienta (starší, polymorbidní, chroničtí s oslabenou imunitou). Navíc v souvislosti se zdokonalující se technikou je zaznamenáván odklon od důrazu na základní principy antisepse a chirurgických postupů kontrolujících infekci. Proto musí být pro snížení rizika IMCHV aplikován systematický, ale realistický přístup s vědomím toho, že na riziko mají vliv charakteristiky pacienta, operace, personálu a nemocnice."*[43](Jirouš, 2012)

Mezi první tři nejčastěji izolované patogeny patří Staphylococcus aureus – 30%, Koagulasa-negativní stafylokoky - 13.7%, Enterococcus spp. - 11.2%. Infekce v místě operační rány se většinou projeví s odstupem několika dnů po výkonu (cca do týdne).

Při infekci se projeví:

- Malátnost, nevolnost nebo slabost
- Horečka
- Tvorba hnisu
- Bolest
- Zarudnutí a otok

Výskyt infekce v operační ráně zvyšují některé charakteristiky pacienta a to věk a zdravotní stav, užívání steroidů, diabetes, kouření cigaret, prodloužený předoperační pobyt ve zdravotnické zařízení, již přítomná infekce na těle pacienta a ostatní (HIV, rakovina, podvýživa, apod.).[44]

Zdroje IMCHV (Infekce v místě chirurgického výkonu) během operace:

- Operovaná infikovaná tkáň (vypouštění abscesu)
- Kontaminace rány (operačním týmem nebo materiálem)
- Prostředí na sále (vzduch)
- Zdroj v nemocném (v kůži)

Zdroje IMCHV v pooperačním období:

---

[43] JIROUŠ Jaroslav. *Prevence vzniku infekce v místě operačního výkonu.* [on-line]. Česká společnost nemocniční epidemiologie a hygieny. [Cit. 06.03.2019]. 2012. Dostupné z: <https://www.sneh.cz/_soubory/_clanky/28.pdf>

[44] SCHNEIDEROVÁ Michaela. *Perioperační péče.* Praha, Grada Publishing, a.s., 2014. str. 75

- Nedodržení aseptických podmínek při převazu (nozokomiální kmeny)
- Špatná hygiena (dobré podmínky pro bakterie)

#### 3.5.2.1. Prevence infekce v místě chirurgického výkonu na pracovišti postbariatrické plastické chirurgie

V bezprostřední předoperační přípravě probíhá kontrola a příprava operované oblasti (břicha) všeobecnou sestrou. Sestra kontroluje oholení suprapubické oblasti, provede dezinfekci pupku (Cutaseptem F) s následným vložením tamponku obsahujícím dezinfekční přípravek - Betadine a jeho zafixováním.

V perioperační době je nutné dodržovat základy asepse, podat antimikrobiální profylaxi (krátkodobé podávání antibiotik) a dále si operace vyžaduje profesionální přístup. Antibiotika jsou při prevenci pooperačních infekcí ran nepochybně účinná[45]. Pacientce byla první dávka antibiotik podána před zahájením operace s cílem snížit výskyt IMCHV v 09:15 hodin – Cefazolin 1g ve FR 1/1 100 ml na 15 minut i.v. á 8 hodin (další podání v 17:15 hod., 01:15 hod., dále ex). Zdůrazňuji, že užití antibiotické profylaxe není náhradou za aseptické operační prostředí a vhodnou přípravu pacientky.

V pooperačním období při převazech se postupuje asepticky (první převaz do 24-48 hod od operace), ránu případně drény je třeba pravidelně kontrolovat a zapisovat množství sekretu.

První převaz operační rány proběhl první pooperační den při ranní vizitě. Převaz provádí plastický chirurg s asistencí všeobecné sestry. Před převazem pacientku vyšetřil v poloze na zádech, kdy jí byl poprvé od operace odepnut kompresní břišní pás. Převaz probíhal také v poloze na zádech. Lékař odstranil velké sterilní gázové krytí, vyměnil rukavice (mezitím provedl dezinfekci rukou) a provedl dezinfekci operační rány pomocí Cutaseptu F. Rána se ponechává zpevněná

---

[45] SEVIN A. SENEN D. SEVIN K. ERDOGAN B. ORHAN E. *Antibiotic use in abdominoplasty: prospective analysis of 207 cases.* Journal of Plastic. [on-line]. Volume 60, Issue 4, April 2007, Pages 379-382. [Cit. 26.04.2019]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1748681506005249>

sterilní fixační páskou z operačního sálu. Okraje rány jsou sešity a přelepeny proužkem prodyšné náplasti (stripy). Lékař zhodnotil vzhled operační rány a její okolí – operační rána je bez známek zánětu, břicho klidné, hematomy v okolí operační rány jsou přirozené, rána neprosakuje, drény byly ponechány. Rána se opět překryla velkou sterilní gázou a zpevnila kompresním břišním pásem, který mimo jiné napomáhá i proti bolesti. Drény byly odstraněny druhý pooperační den. Rána byla klidná bez známek zánětu, neprosakovala. Za aseptických podmínek opět překryta velkou sterilní gázou a zafixována kompresním břišním pásem. Převazy proběhly vždy ráno první, druhý, třetí i čtvrtý pooperační den plastickým chirurgem.

Významnou roli v prevenci infekce v místě chirurgického výkonu je edukace pacientky. Edukace je zaměřená na osobní hygienu po abdominoplastice a péči o ránu v domácím prostředí, dále je edukace zaměřená, aby pacientka rozpoznala známky zánětu.

Pacientka má operační ránu sprchovat čistou vodou bez použití sprchového gelu, používat bezbarvou dezinfekci (bezbarvou dezinfekci – pro přehlednost stavu operační rány a rozpoznání počínajícího zánětu - zarudnutí) a překrýt ránu sterilním krytím, které zafixuje kompresním břišním pásem (v domácím prostředí pomůže pacientce její přítel). Pacientka zná známky infekce.

## 3.6. Dlouhodobá péče

Již v průběhu hospitalizace pacientky probíhá řada edukačních rozhovorů, instrukcí a doporučení od zdravotnického týmu. Při ukončení hospitalizace (dimisi) dostává pacientka do rukou propouštěcí zprávu s veškerými pokyny ohledně domácí péče. Do 3. pracovních dnů má pacientka za úkol navštívit praktického lékaře a předat mu propouštějící zprávu. Antitrombotické punčochy by pacientka měla nosit do plné mobilizace. Kompresní pás, který pomáhá pacientce ke klidu operované oblasti, má nosit přibližně 6 týdnů (dále dle ordinace lékaře), předchází tak vzniku kýly, pomáhá snížit pooperační bolesti a zvýšit fyzickou funkčnost pacientky. Dále má funkci i psychologickou, jelikož pomáhá k redukci strachu pacientky. Strava by měla být nadále kašovitá, lehce stravitelná, nenadýmavá. Důležitý je klidový režim a nepřetěžovat se. Za čtrnáct dní od propuštění je

pacientka objednaná na kontrolu k plastickému chirurgovi. Pro příznivý průběh rekonvalescence je důležité dodržovat instrukce a doporučení lékaře. Vzhled břicha pacientky po zhojení viz příloha č. 6. Pacientka je velká bojovnice a již plánuje další návštěvy kliniky tentokrát, však kvůli modelaci paží a následně i modelaci prsou.

# 4. Diskuze

Tato bakalářská práce se zaměřuje na postbariatrickou plastickou chirurgii, přesněji na ošetřovatelskou péči o pacientku s abdominoplastikou. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V praktické části se nachází popis ošetřovatelské péče u pacientky s abdominoplastikou v délce pěti dní.

Současnost je dobou relativní volnosti a širokých možností. Konkrétně hovoříme o ekonomické a konzumní době se zrychleným životním tempem, kde je stres jedním z nejskloňovanějších pojmů. Tělesné zdraví a krása je nyní předmětem komerčního zájmu a obchodu. Služby medicíny lze koupit a vytouženou postavu můžete mít bez námahy a potu. V současné době je podstatné dosáhnout něčeho velmi rychle. Samozřejmě nejde jen o čas, tělo signalizuje typ naší povahy, přesněji řečeno vypovídá o naší vůli a sebekontrole. Prostřednictvím těla prezentujeme naše vnitřní „já“.

Množství operačních zákroků roste nejen u žen, ale jejich počet narůstá i u mužů. Počet operací se zvyšuje díky finanční dostupnosti, zkrácené rekonvalescenci ale také kvůli pocitu, že se nejedná ani o lékařský zákrok. Proto lze očekávat, že pro další generace mohou být tyto operace zcela běžné a normální.[46]

Se vzrůstajícím počtem zákroků (abdominoplastik) se přímo úměrně zvyšuje množství pooperačních komplikací. Dle studie publikované v listopadovém vydání oficiálního lékařského časopisu Americké společnosti plastických chirurgů - Plastic and Reconstructive Surgery® nese operační výkon

[46] GARBOVÁ Petra. *Estetické pojetí tělesnosti*. Česká kinantropologie. Vědecký časopis. Praha. 2011, 15. č. 3. s. 64-75. ISSN 1211-9261

abdominoplastika vyšší míru komplikací ve srovnání s jinými výkony estetické plastické chirurgie. Studie byla provedena v letech 2008 – 2013 a zahrnovala téměř 25.000 pacientů, kteří podstoupili abdominoplastiku. Výzkumníci hodnotili rizikové faktory a míru komplikací u abdominoplastiky pomocí celostátní databáze CosmetAssure. Nejčastější komplikace představovaly IMCHV, TEN, hematomy. Riziko komplikací bylo zvláště vysoké u pacientů, kteří podstoupili výkon abdominoplastiku v kombinaci s jinými postupy (např. liposukcí), BMI >30 kg/m$^2$ a věk >55 let. Ženy (průměrný věk 42) představovaly 97% z celkového počtu pacientů studie.[47]

Na naší klinice se všem pacientům, kteří podstupují operační výkon abdominoplastika, podává před zahájením operace antimikrobiální profylaxe. Bezprostředně před výkonem si nasazují elastické kompresní punčochy na dolní končetiny. Po dobu hospitalizace se pacientům aplikuje LMHW. Po operačním výkonu zahajujeme s pacienty respirační rehabilitaci a iniciujeme pacienty k aktivnímu cvičení dolních končetin v oblasti hlezenního kloubu. Nedílnou součástí prevence TEN je i dostatečný příjem tekutin. První vertikalizace pacientů je již první pooperační den společně se sestrou a fyzioterapeutkou. Plastickou operaci břicha podstupují na naší klinice v převážné většině ženy.

V mezinárodním časopise zaměřeném na vědecký vývoj a klinické techniky v estetické chirurgii – Aesthetic Surgery Journal byla v únoru 2018 publikována studie s názvem „Incidence and Predictors of Venous Thromboembolism in Abdominoplasty“. Údaje pro tuto studii byly shromážděny prostřednictvím AAAASF IBQAP z let 2001 až 2011, které byly získány retrospektivně s cílem identifikovat případy abdominoplastiky a výskytu TEN. Celkový počet chirurgických výkonů v akreditovaných chirurgických zařízeních za dané období činil 6.388.744 z toho 354.391 abdominoplastik. Bylo zaznamenáno 414 TEN z toho 240 TEN se vyskytovalo u abdominoplastiky, což činí 58 %. Prediktorem TEN byl zejména věk > 40, BMI >25 kg/m$^2$. Při určování výskytu tromboembolické nemoci u abdominoplastiky je třeba vzít v úvahu mnoho faktorů. Výzkumy slouží

[47]WOLTERS Kluwer *Zdraví: Lippincott Williams a Wilkins. Komplikace s „Tummy tuck“:* Studie se zaměřuje na míry a rizikové faktory. ScienceDaily. ScienceDaily. [on-line]. 29. října 2015. [Cit. 13.05.2019]. Dostupné z:<www.sciencedaily.com/releases/2015/10/151029124815.htm.>

k tomu, aby se zjistilo, proč je u plastické operace břicha větší riziko TEN ve srovnání s jinými postupy estetické plastické chirurgie. Studii finančně podpořila Nadace pro estetickou chirurgii a výzkum (ASERF)[48].

Kvůli vyšší míře komplikací u výkonu abdominoplastiky byla z databáze CosmetAssure identifikována skupina pacientů (183.914 – osob) z toho 25.478 pacientů podstoupilo abdominoplastiku v letech 2008 - 2013. Počet zaznamenaných komplikací činil u 1.012 pacientů. Infekci v místě chirurgického výkonu představovalo 27,2 % z celkového počtu pacientů (1.012)[49]. Proto je důležité mít stále na mysli, že na riziko vzniku infekce v místě chirurgického výkonu mají vliv charakteristiky pacienta (obezita, kouření aj.), operace, zdravotnický personál i nemocnice.

---

[48] KEYES R.G. SINGER R. IVERSON R.E. NOHAI F. *Incidence and Predictors of Venous Thromboembolism in Abdominoplasty.* [on-line].*Aesthetic Surgery Journal*, Volume 38, Issue 2, February 2018, Pages 162–173, [Cit. 26.04.2019]. Dostupné z:<https://academic.oup.com/asj/article/38/2/162/4372243>

[49]WINOCOUR J. GUPTA V. RAMIREZ J.R. SHACK R.B. GROTTING J.C. HIGDON K.K. *Abdominoplasty: Risk Factors, Complication Rates, and Safety of Combined Procedures*.[on-line].Plast Reconstr Surg. 2015 Nov;136(5):597e-606e. doi: 10.1097/PRS.0000000000001700. [Cit. 26.04.2019]. Dostupné z:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26505716>

# 5. Závěr

Téma této bakalářské práce je ošetřovatelská péče o pacienta s abdominoplastikou. Práce byla rozdělena na teoretickou a praktickou část, kdy teoretická část pojednává nejen o samotném výkonu abdominoplastiky, etiologii, indikacích a kontraindikacích, předoperační a pooperační péči u tohoto výkonu, možných komplikacích a prognóze, ale i o postbariatrické plastické chirurgii a roli všeobecné sestry v ní. Pro praktickou část jsem zvolila kazuistiku vybrané pacientky. Popsala jsem průběh pětidenní hospitalizace. Dále jsem se zaměřila na dva ošetřovatelské problémy u operačního výkonu abdominoplastiky, které jsou tématem i diskuze.

Toto téma jsem si vybrala kvůli celosvětově rozšířenému problému – obezitě. Tu totiž vnímám jako jeden z nejzávažnějších problémů současné doby. Zásadním řešením obezity, a to především té morbidní, jsou bariatrické operace – chirurgické operace pro obezitu. Po kterých zpravidla následuje postbariatrická plastická chirurgie.

V rámci této bakalářské práce byl stanovený cíl, pro jehož splnění jsem zvolila kazuistiku formou strukturovaného textu. Pro zpracování ošetřovatelské péče jsem zvolila model od Marjory Gordon - „Model funkčního typu zdraví“.

Hlavním cílem bylo představit ošetřovatelskou péči o pacienta s abdominoplastikou. V moderním ošetřovatelství má totiž poskytování ošetřovatelské péče nezastupitelnou roli. V kapitole ošetřovatelské problémy jsem vyzdvihla dva ošetřovatelské problémy specifické u operačního výkonu abdominoplastiky. Jednalo se o riziko tromboembolické nemoci (TEN) a riziko infekce v místě chirurgického výkonu.

Jedná se o závažné problémy, kterými se současná medicína snaží nejrůznějšími způsoby předejít. I přesto množství operačních zákroků roste nejen u žen, ale jejich počet narůstá i u mužů. Jak jsem již zmínila v diskuzi díky finanční dostupnosti, zkrácené rekonvalescenci ale také kvůli pocitu, že se nejedná ani o lékařský zákrok počet operací stoupá. Proto lze očekávat, že se v budoucnu tyto operace stanou zcela běžnou záležitostí.

Doufám, že jsem splnila očekávání a přiblížila jsem ošetřovatelskou péči u pacientky, která podstoupila abdominoplastiku.

# 6. Seznam použité literatury


BRYCHTA, P., STANEK, J. a kol., *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*, Praha, Grada Publishing, a.s., 2014, 352 s. ISBN 978-80-247-0795-2.

DUŠKOVÁ, M. a kol. *Plastická chirurgie*. Učební texty pro studenty 3. LF. Univerzita Karlova v Praze, 3. Lékařská fakulta, Klinika plastické chirurgie 3. LF a FNKV, 1. vydání, 2010, 120 stran. ISBN: 978-80-254-8780-8.

DUŠKOVÁ, M. a kol. *Úvod do chirurgie.* Učební texty pro studenty 3. LF UK v Praze, Copyright © 3. Lékařskáfakulta Univerzity Karlovy v Praze, Klinika plastické chirurgie 3. LF UK a FNKV, 2009, 139 s. ISBN: 978-80-254-4656-0.

FERKO, A., ŠUBRT, Z., DĚDEK, T. a kol. *Chirurgie v kostce 2., doplněné a přepracované vydání,* Praha 7, Grada Publishing, a.s., 2015, 512 s. ISBN 978-80-247-1005-1.

FRIED, M. a kol, *Bariatrická a metabolická chirurgie,* Praha4, Mladá fronta a.s., 2011, 266 s. ISBN 978-80-204-2424-2.

HLÚBIK, P., SUCHARDA, P., SVAČINA, Š., FRIED, M., BÝMA, S., *Obezita – doporučený diagnostický a léčebný postup pro praktické lékaře*, Praha, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2014, 13 s. ISBN 978-80-86998-72-5.

JANOUT, V., *Základy epidemiologie*, Olomouc, Vydavatelství Univerzity Palackého, 1995, 93 s. ISBN 80-7067-442-3.

KOLÁŘ, P., et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

MĚŠŤÁK, J., MOLITOR, M., MĚŠŤÁK, O., KALINOVÁ,L. a kol. *Základy plastické chirurgie,* Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, Praha, 2015, 177 s. ISBN978-80-246-2839-4.

MĚŠŤÁK, J. a kolektiv, *Úvod do plastické chirurgie,* Praha 1, Nakladatelství Karolinum, 2005, 125 s. ISBN 80-246-1150-3.

NANDA International, Inc. HERDMAN H., KAMITSURU S., *Ošetřovatelské diagnózy definice a klasifikace 2015-2017.* Praha, Grada Publishing, a.s. 2015, 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.

NEJEDLÁ, M., *Fyzikální vyšetření pro sestry*, Praha, Grada Publishing, a.s., 2015, 288 s. +8 stran barevné přílohy,ISBN 978-80-247-4449-0

PTÁČEK, R. BARTŮNĚK, P. a kol. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století,* Praha 7, Grada Publishing, a.s., 2014, 520 s. ISBN 978-80-247-5471-0.

ROTHMAN, P., J., GUNNARSSON, U., BOSGAARD, T. *Abdominal binders may reduced pain and improve psyhical function after major abdominal surgery – a systematic review*, *Danish medici journal,* November 2014, vol. 61, no. 11 str. 1-5.

SCHNEIDEROVÁ, M.,*Perioperační péče.* Praha, Grada Publishing, a.s., 2014, 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.

SLEZÁKOVÁ, a kol. *Ošetřovatelství v chirurgii I.,* Praha 7, Grada Publishing, a.s., 2010, 264 + 4 strany barevné přílohy, ISBN 978-80-247-3129-2.

VESELÝ, J., a kol. *Plastická chirurgie pro lékařské fakulty a postgraduální výchovu.* Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta, Tisk Centrum s.r.o. 2007, 136 stran.

ZACHAROVÁ, E., Zdravotník a nemocný, ZACHAROVÁ E., *Základy zdravotnické psychologie*, Ostrava, Ostravská univerzita, 2013, 100 s. ISBN 978-80-7464-275-3.

## Internetové zdroje

BLAŽEK, M., HAVEL, E., BĚLOBRÁDKOVÁ, E., *Předoperační vyšetření a příprava chirurgického pacienta.* [on-line]. Interní medicína pro praxi. 2012, roč. 14, č. 11, s. 422-428. [cit.8.1.2019]. Dostupné z: <www.internimedicina.cz/savepdfs/int/2012/11/06.pdf >.

DVOŘÁK, Z. *Plastické operace.* [on-line]. Brno: Copyright. 2016. [cit. 12.1.2019].Dostupnost z <http://www.plasticka-chirurgie-dvorak.cz/plasticke-operace/operace-brisni-steny/>.

ERIN LAROWE. *Abdominoplasty Post-Operative Instructions.*[on-line]. Patient Education by University of Michigan Health Systém. 5/2016. s. 1-5. [cit.24.04.2019].Dostupné z: <http://www.med.umich.edu/1libr/Surgery/PlasticSurgery/Cosmetic/Abdominoplasty-postop.pdf>

FREEMAN A.L. PENDLETON R.C. RONDINA M.T. *Prevence žilní tromboembolie u obezity*.[on-line]. Expert Rev Cardiovasc Ther. [Cit. 26.04.2019]. 2010 prosinec; 8 (12): 1711–1721.doi: 10.1586/erc.10.160
Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3245959/>

GARBOVÁ, P. *Estetické pojetí tělesnosti*. Česká kinantropologie. [on-line]. Vědecký časopis. Praha. 2011, 15. č. 3. s. 64-75.[Cit. 21.03.2019]. ISSN 1211-9261. Dostupné z <http://www.jvsystem.net/app34/download/Ceska-Kinatropologie-2011-03.pdf#page=64>.

JIROUŠ, J. *Prevence vzniku infekce v místě operačního výkonu.* [on-line]. Česká společnost nemocniční epidemiologie a hygieny. [Cit. 06.03.2019]. 2012. Dostupné z: <https://www.sneh.cz/_soubory/_clanky/28.pdf>.

KEYES R.G. SINGER R. IVERSON R.E. NOHAI F. *Incidence and Predictors of Venous Thromboembolism in Abdominoplasty.* [on-line]. *Aesthetic Surgery Journal*, Volume 38, Issue 2, February 2018, Pages 162–173, [Cit. 26.04.2019]. https://doi.org/10.1093/asj/sjx154. Dostupné z:<https://academic.oup.com/asj/article/38/2/162/4372243>

MILETÍN, J. *Topografie těla*, [on-line]. Praha, Ústav Anatomie 3.LF UK, 2014,[cit.27.12.2018].Dostupnost z www:<http://topografietela.cz/kapitola5.html>.

MUSIL, D. *Žilní tromboembolická nemoc a antikoagulační léčba u seniorů.* [on-line]. Interní medicína pro praxi. [Cit. 05.03.2019]. 2013. ročník. 15. č. 3-4. 94-98 stran. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/03/02.pdf>.

Plastic and Reconstructive Surgery – *Body Cosmetic Procedures.* [on-line]. June 13, 2013. UF Health Jacksonville. [cit.24.04.2019]. Dostupné z: <https://ufhealthjax.org/plastic-reconstructive-surgery/docs/abdominoplasty-instructions.pdf>

PRAŽSKÝ, B.*Péče o ženu po plastické operaci břicha.* [on-line]. Zdravotnictví a medicína. 2014.[cit. 18.1.2019].https://doi.org/10.1016/j.bjps.2006.06.025Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/pece-o-zenu-po-plasticke-operaci-bricha-474172/check-status/>.

SEVIN A. SENEN D. SEVIN K. ERDOGAN B. ORHAN E. *Antibiotic use in abdominoplasty: prospective analysis of 207 cases.* Journal of Plastic. [on-line].

Volume 60, Issue 4, April 2007, Pages 379-382. [Cit. 26.04.2019]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1748681506005249>

SVOBODA, S. Plastika břicha – jedna z nejhezčích a nejefektivnějších operací.[on-line]. Chytře na život. 2016.[cit. 12.1.2019].ISSN 1802-8012. Dostupnost z <https://www.vitalia.cz/clanky/plastika-bricha-jedna-z-nejhezcich-a-nejefektnejsich-operaci/>.

ŠPORCOVÁ, I., JEŘÁBEK, J., KUBEŠOVÁ, J. *Možnosti práce psychologů, podílejících se na řešení obezity formou bariatrické intervence.* Epsychologie: Elektronický časopis ČMPS. 2009, roč. 3, č. 1, 5 stran (43-47). [cit.7.1.2019]. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/sporcrova_etal.pdf>.

WINOCOUR J. GUPTA V. RAMIREZ J.R. SHACK R.B. GROTTING J.C. HIGDON K.K. *Abdominoplasty: Risk Factors, Complication Rates, and Safety of Combined Procedures*.[on-line]. Plast Reconstr Surg. 2015 Nov;136(5):597e-606e. doi: 10.1097/PRS.0000000000001700. [Cit. 26.04.2019]. Dostupné z:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26505716>

WOLTERS K. *Zdraví: Lippincott Williams a Wilkins. Komplikace s „Tummy tuck":* Studie se zaměřuje na míry a rizikové faktory. ScienceDaily. ScienceDaily. [on-line]. 29. října 2015. [Cit. 13.05.2019].DOI: 10,1097 / PRS.0000000000001700
Dostupné z:<www.sciencedaily.com/releases/2015/10/151029124815.htm .>

## Seznam zkratek

aj. – a jiné

apod. – a podobně

BMI – Body Mass Index

DM – diabetes mellitus

Dr. – doktor

EKG – Elektrokardiografie

FF – fyziologické funkce

i.m. – Intramuskulární (aplikace)

IMCHV – Infekce v místě chirurgického výkonu

lat. – latinsky

PAD – Perorální antidiabetika

PMK – Permanentní močový katétr

PŽK – Periferní žilní kanyla

resp. – respektive

s.c. – subkutánně

tzn. – to znamená

## Seznam tabulek

**Tab. 1** Laboratorní výsledky z biochemie ze dne 20.09.2018, strana 32

**Tab. 2** Hematologické vyšetření z venózní krve ze dne 20.09.2018, strana 33

**Tab. 3** Koagulace z venózní krve ze dne 20.09.2018, strana 33

**Tab. 4** Výsledky Moč a sediment ze dne 20.09.2018, strana 34

**Tab. 5** Bezprostřední pooperační sledování fyziologických funkcí na JIP ze dne 02.10.2018, strana 39

**Tab. 6** Fyziologické funkce po třech hodinách na standardním oddělení dne 02.10.2018, strana 40

## Seznam příloh

**Příloha č. 1** – Ošetřovatelská anamnéza 3LF UK Ústav ošetřovatelství

**Příloha č. 2** – Fotografie břicha pacientky před operací (pohled zepředu)

**Příloha č. 3** – Fotografie břicha pacientky před operací (pohled zleva)

**Příloha č. 4** – Fotografie břicha pacientky před operací (pohled zprava)

**Příloha č. 5** – Fotografie břicha pacientky třetí den po operaci

**Příloha č. 6** – Fotografie břicha pacientky po zhojení

## Seznam obrázků

**Obrázek č. 1** - Topografické rozdělení břicha, strana 9

**Obrázek č. 2**- Historický vývoj abdominoplastiky, strana 13

**Obrázek č. 3** - Rozestoupení přímých svalů břišních (diastáza), strana 16

# Přílohy

**Příloha č. 1** – Ošetřovatelská anamnéza 3LF UK Ústav ošetřovatelství

## Ošetřovatelská anamnéza

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

Oddělení : Postbariatrická plastická chirurgie, zadní oddělení kliniky
Datum a čas odběru anamnézy : 02.10.2018, v 18:00 hod.

Jméno (iniciály) : Pacienta X Pohlaví: Žena Věk : 30

Datum přijetí : 01.10.2018

Stav: Svobodná Povolání: Vyučená kadeřnice, pracuje jako sociální pracovnice na úřadě.

Rodina informována o hospitalizaci : ano ■ ☐ ne, rodinu nemá

Diagnóza při přijetí ( základní): E 669 Obezita NS, k plánované operaci - Abdominoplastika

Chronická onemocnění: Sledována IKEMem pro Autoimunní hepatitis, nyní v remisi
Infekční onemocnění: ■ NE ☐ ANO
Režimová opatření: Klid na lůžku.

Léčba:
Operační výkon: planovaná operace Abdominoplastika
Pooperační den: 0. den operace
Farmakoterapie: Cefazolin 1g ve 100 ml FR 1/1 i.v. á 8 hodin 17:00, 01:00, dále ex - hodin rychlostí 25 ml/hod. na 15 minut, Novalgin 1amp ve 100 ml FR 1/1 i.v. 1x 6 hodin po aplikaci na OS, dále ex 17:00 podáno rychlostí na 30 minut, Exacyl 1 amp (0,5 g) ve 100 ml FR 1/1 i.v. v 18:00 hodin, Dipidolor 1 amp i.m. při bolesti (á 4-6 hodin) podáno ve 20:30 hodin, Paralen 500mg 2 tbl á 6 hodin pravidelně p.o. (první dávka 6 hod. po vysazení Novalginu) podáno ve 24:00, 06:00 hodin, Plasmalyte 1/1 1000 ml rychlostí 150 ml/hod. – dokapává (podán na JIP)
Chronická medikace: Sandimmun neoral 100mg cps MOL 50 1-0-1, Prednison 5 léčiva 5mg tbl NOB 20 2-0-0,

Jiné léčebné metody: Chladí se operovaná oblast – chladivým gelovým polštářkem.
Má nemocný informace o nemoci : ■ ano ☐ ne ☐ částečně

Alergie : ☐ ano ■ ne jaké: -

Fyziologické funkce : P : 68/ za min. TK : 95/68 mm Hg D : 13/ za min. SpO2 : 96%
TT : 36,5° C

**1) Vědomí**

stav vědomí : ■ při vědomí ☐ porucha vědomí ☐ bezvědomí GSC : 15
■ Orientovaný ☐ Dezorientovaný

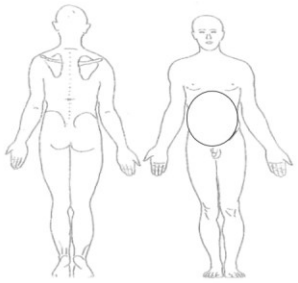
……..

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

**2) Bolest**

bolest : ■ ano ■ akutní □ chronická
■ tupá □ bodavá □ křečovitá □ svalová □ jiná
□ ne

lokalizace : Oblast operačního výkonu.



Intenzita : /-----/-----/-●---/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**3) Dýchání**

potíže s dýcháním : □ ano ■ ne

dušnost : □ ano □ klidová □ námahová □ noční
■ ne

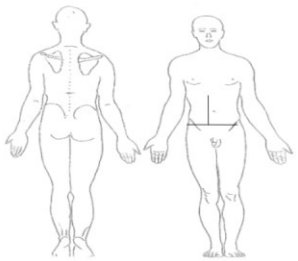
Kuřák : □ ano ■ ne Kašel : □ ano ■ ne

……...

**4) Stav kůže**

změny na kůži : ■ ano □ ekzém □ otoky □ dekubity ■ jiné
□ ne Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre: 27 b.

lokalizace : Operační rány.



Hodnocení rány: - operační rána na břiše do tvaru T

Ošetření rány: - Sutura zajištěna tapem, do pupku vložen tylex, překryto sterilním krytím (velká gáza), poté operační pole (břicho) zpevněno kompresním břišním pásem. Nad sponou vyvedeny dva Redonovy drény č. 14.

**5) Vnímání zdraví**

**Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©**

Celková úroveň zdraví – Pacientce podány v 17:00 hod. analgetika na bolest. Nyní v 18:00 hodin již bolest ustoupila na snesitelnou úroveň. Nyní má pacientka klid na lůžku. Tekutiny má volně.

Úrazy: ☐ ano ■ ne jaké: -

**6) Výživa, metabolismus**

Dieta: Po bariatrické operaci, porce do 150 ml, kašovitá strava Nutriční skóre: Bez rizika.

Hmotnost : 106 Výška : 182 BMI: 32
Chuť k jídlu : ■ ano ☐ ne

Potíže s příjímáním potravy : ☐ ano ■ ne jaké: ……

Užívá doplňky výživy : ☐ ano ■ ne jaké : ……...

Enterální výživa: NE Parenterální výživa: NE

Denní množství tekutin : 3 l/den Druh tekutin : Různé

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době : ☐ ano ■ ne o kolik : Úbytek za poslední rok: 94 kg celkem, po bariatrické operaci 81 kg (Plikace žaludku), V poslední době se váha drží na stejné úrovni.

Umělý chrup : ☐ ano ■ ne ☐ horní ☐ dolní

Potíže s chrupem : ☐ ano ■ ne

**7) Vyprazdňování**

problémy s močením : ☐ ano ☐ pálení ☐ řezání ☐ retence ☐ inkontinence ■ ne

problémy se stolicí : ☐ ano ☐ průjem ☐ zácpa ☐ inkontinence ■ ne

stolice pravidelná : ■ ano ☐ ne

datum poslední stolice : 01.10.2018

Způsob vyprazdňování : podložní mísa/močová láhev - Ne
Inkontinenční pomůcky - Ne
Toaletní křeslo - Ne
Močový katétr - Ano počet dní zavedení: 1. den
Rektální odvodný systém: Ne
Stomie - Ne

**8) Aktivita, cvičení**

Pohybový režim: Dnes klid na lůžku.

Barthel test: 30 b.

Riziko pádu: 5 b. Střední riziko pádu

Pohyblivost : ☐ chodící samostatně ☐ chodící s pomocí

■ ležící pohyblivý ☐ ležící nepohyblivý

**Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©**

☐ pomůcky jaké : -

**9) Spánek, odpočinek**

počet hodin spánku : 6-7 hodin hodina usnutí : 23. hod.

poruchy spánku : ☐ ano ■ ne jaké : -

hypnotika : ☐ ano ■ ne

návyky související se spánkem: čtení, sledování televize

**10) Vnímání,poznávání**

potíže se zrakem: ☐ ano ■ ne jaké : -

potíže se sluchem: ☐ ano ■ ne jaké: -

porucha řeči: ☐ ano ■ ne jaká : -

kompenzační pomůcky: ☐ ano ■ ne jaké : -

orientace : ■ orientován

☐ dezorientovaný ☐ místem ☐ časem ☐ osobou

**11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu**

Emocionální stav: ■ klidný ☐ rozrušený

Pocit strachu nebo úzkosti : ☐ ano ■ ne

Úroveň komunikace a spolupráce: ■ dobrá ☐ obtížná

**Plánovaní propuštění**

Bydlí doma sám : ■ ano ☐ ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění: Postará se sama o sebe. Po propuštění je možné využít pomoci od jejího přítele.

kontakt s rodinou : ■ ano ☐ ne

**12) Invazivní vstupy**

Drény : ■ ano ☐ ne jaké : Redonovy drény č. 14 – 2x Datum zavedení: 02.10.2019

Permanentní močový katétr : ■ ano ☐ ne

i.v. vstupy : ■ ano ■ periferní datum zavedení: 02.10.2019 kde: LHK

Stav : bez známek zánětu, funkční

☐ centrální datum zavedení: ……. kde:…….

stav : ……....

☐ ne

Sonda : ☐ ano ■ ne jaká : …… datum zavedení : …….

Stomie : ☐ ano ■ ne jaká:…….. stav : ……

Endotracheální kanyla : ☐ ano ■ ne č.ETR : …….datum zavedení: …….

Tracheotomie : ☐ ano ■ ne č.: ……. od kdy: …….

Arteriální katétr : ☐ ano ■ ne

Epidurální katétr: ☐ ano ■ ne

Jiné invazivní vstupy: Ne

# Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

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

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

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

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

0-40 bodů: vysoce závislý
45-60 bodů: závislost středního stupně
65-95 bodů: lehce závislý
100 bodů: nezávislý

## 2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

| Schopnost spolupráce | Věk | Stav pokožky | Přidružená onemocnění | Fyzický stav | Vědomí | Aktivita | Mobilita | Inkontinence |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Úplná 4 | < 10 4 | Normální 4 | Žádné 4 | Dobrý 4 | Bdělý 4 | Chodí 4 | Úplná 4 | Není 4 |
| Částečně omezená 3 | < 30 3 | Alergie 3 | DM,vysoká TT,anémie,kachexie 3 | Zhoršený 3 | Apatický 3 | S doprovodem 3 | Část. omezená 3 | Občas 3 |

**Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Velmi omezená **2** | < 60 **2** | Vlhká **2** | Trombóza, obezita **2** | Špatný **2** | Zmatený **2** | Sedačka **2** | Velmi omezená **2** | Převážně moč **2** |
| Žádná **1** | > 60 **1** | Suchá **1** | Karcinom **1** | Velmi špatný **1** | Bezvědomí **1** | Leží **1** | Žádná **1** | Moč+stolice **1** |

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

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 24 bodech a méně.

## 3. Hodnocení nutričního stavu

### NRS – Nutritional Risk Screening

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

**Hodnocení:**

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

Je-li jedna opověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

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

Úbytek váhy je na základě proběhlé bariatrické operace (Plikace žaludku).

## 4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

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

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

## 5. Hodnocení vědomí

**Glasgow Coma Scale**

| **Hodnocený parametr** | **Reakce** | **Body** |
|---|---|---|
| **Otevření očí** | spontánně otevřené | 4 |
| | na slovní výzvu | 3 |
| | na bolestivý podnět | 2 |
| | oči neotevře | 1 |
| **Slovní odpověď** | Přiléhavá | 5 |

**Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©**

| | | |
|---|---|---|
| **Slovní odpověď** | Přiléhavá | 5 |
| | Zmatená | 4 |
| | jednotlivá slova | 3 |
| | hlásky, sténání | 2 |
| | Neodpovídá | 1 |
| **Motorická reakce** | pohyb podle výzvy | 6 |
| | na bolestivý podnět účelný pohyb | 5 |
| | na bolestivý podnět obranný pohyb | 4 |
| | na bolestivý podnět jen flexe | 3 |
| | na bolestivý podnět jen extenze | 2 |
| | na bolestivý podnět nereaguje | 1 |
| **Hodnocení:** | 15 bodů - pacient při plném vědomí<br>3 body - pacient v hlubokém bezvědomí | |

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

### Ošetřovatelské zhodnocení

Pacientka je orientována časem, místem i osobou, je při vědomí a spolupracující. Pacientka přijata k operačnímu výkonu abdominoplastika v celkové anestezii. Odstup po operaci činí 6 hodin. Pacientka zaujímá polohu na lůžku v tzv. „kolébce“ – polohovatelné lůžko se zvýšenou polohou pod hlavou a dolními končetinami. Intenzita bolesti po podání analgetik v 17:00 hod. klesla na VAS 2. Bolest také tlumí kompresní břišní pás, který má pacientka již z operačního sálu, dále pak chlazení operované oblasti pomocí chladivých gelových polštářků. Při dýchání potíže nepociťuje. Operační ránu má překrytou sterilním krytím (velká gáza), dále má operační pole (břicho) zpevněno kompresním břišním pásem. Nad sponou má vyvedeny dva Redonovy drény č. 14. Podtlak v drénech je zachován, drén 1. – 0 ml, drén 2. – stopa. Tekutiny má pacientka nyní volně, pevnou stravou se začne první den po operaci. Již z operačního sálu má pacientka zavedený permanentní močový katétr. PMK – je funkční a odvádí čirou moč. Mezi další invazivní vstupy patří periferní žilní kanyla (PŽK) zavedená 2.10.2018 do levé horní končetiny (LHK). PŽK – okolí je klidné, bez známek infekce. Co se týká pohybového režimu má pacientka dnes klid na lůžku. Mezi ošetřovatelské problémy jsem zahrnula riziko infekce v místě chirurgického výkonu. Bathel test činí 30 b. – pacientka je vysoce závislá při základních denních činnostech, Riziko pádu je 5 b. – střední riziko. Riziko dekubitů – 27 bodů. Další ošetřovatelský problém je riziko TEN, které je u tohoto výkonu vysoké. Pacientka má stolek, tekutiny i signalizační zařízení na dosah ruky. Dále má zvýšené postranice proti případnému pádu, se kterými souhlasí. U pacientky je nyní pravidelná kontrola fyziologických funkcí a operované oblasti po třech hodinách. Po propuštění se o pacientku bude starat její přítel.

**Příloha č. 2** – Fotografie břicha pacientky před operací (pohled zepředu)

**Příloha č. 3** – Fotografie břicha pacientky před operací (pohled zleva)

**Příloha č. 4** – Fotografie břicha pacientky před operací (pohled zprava)

**Příloha č. 5** – Fotografie břicha pacientky třetí den po operaci

**Příloha č. 6** – Fotografie břicha pacientky po zhojení