



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

**Ošetrovatelská péče o klientku
s dg. Sectio caesarea**

*Nursing Care of the Klient
after Caesarean Section*

případová studie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha, únor 2009

Vladimíra Grundová

Autor práce:

Vladimíra Grundová

Bakalářský studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Bakalářský studijní obor:

Zdravotní vědy

Vedoucí práce:

PhDr. Drozdová Radomila

Pracoviště vedoucího práce:

KU v Praze, 3. lékařská fakulta,
Ústav ošetřovatelství

Odborný konzultant:

MUDr. Jiří Popelka

Pracoviště odborného konzultanta:

FN Královské Vinohrady v Praze
Klinika gynekologie a porodnictví

Termín obhajoby: duben 2009

Prohlášení

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

V Praze dne 21. 1. 2009

Vladimíra Grundová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Radomile Drozdové a MUDr. Jiřímu Popelkovi za věnovaný čas, rady a poskytnuté informace při tvorbě práce.

Poděkování také náleží paní J. M., která mi svou spoluúčastí umožnila vytvoření této práce.

OBSAH

1 ÚVOD	6
2 KLINICKÁ ČÁST	7
2.1 CÍSAŘSKÝ ŘEZ	7
2.1.1 HISTORIE CÍSAŘSKÉHO ŘEZU.....	7
2.1.2 FREKVENCE CÍSAŘSKÉHO ŘEZU	9
2.1.3 PODMÍNKY A INDIKACE CÍSAŘSKÉHO ŘEZU.....	9
2.1.4 PLÁNOVANÝ A NEPLÁNOVANÝ (URGENTNÍ) CÍSAŘSKÝ ŘEZ	11
2.1.5 ANESTÉZIE.....	11
2.1.6 TECHNIKA PRAVIDENÍ CÍSAŘSKÉHO ŘEZU	13
2.1.7 SUTURA	16
2.1.8 KOMPLIKACE	18
2.1.9 ITERATIVNÍ ŘEZ	20
2.2 POLOHA PLODU	21
2.3 VYŠETŘOVACÍ METODY	24
2.4 ZÁKLADNÍ ÚDAJE KLIENTKY	26
2.4.1 ANAMNÉZA.....	26
2.4.2 NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ.....	27
2.4.3 VYŠETŘENÍ	27
2.4.4 PRŮBĚH HOSPITALIZACE	29
2.4.5 CHARAKTERISTIKA POUŽITÝCH LÉČIV	34
2.4.6 PROGNÓZA ONEMOCNĚNÍ.....	37
3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	38
3.1 ÚVOD.....	38
3.2 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA.....	41
3.3 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY.....	44
3.4 KRÁTKODOBÝ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE, REALIZACE A HODNOCENÍ	45
3.4 DLOUHODOBÝ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE, REALIZACE A HODNOCENÍ	56
3.5 PSYCHOLOGIE KLIENTKY	58
3.6 SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA.....	60
3.7 EDUKAČNÍ PLÁN	61
3.8 PROGNÓZA.....	65
SOUHRN	66
SEZNAM ZKRATEK	67
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68
SEZNAM PŘÍLOH	70
SEZNAM GRAFŮ	70
PŘÍLOHY	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.

1 Úvod

Cílem předložené práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče u klientky ve věku 30 let po operativním porodu císařským řezem, která byla hospitalizována na gynekologicko-porodnickém oddělení okresní nemocnice.

Klientka souhlasila s použitím jejích osobních údajů k vypracování bakalářské práce.

Práce je rozdělena na dvě části: klinickou a ošetrovatelskou.

V klinické části je popsán císařského řez, historie, podmínky, indikace, anestézie, technika operace a komplikace. V další části jsou popsány polohy plodu, těhotenská anémie a použité vyšetřovací metody. Součástí klinické části jsou základní údaje o klientce, anamnéza, diagnostická vyšetření a terapeutické postupy, které byly získány z legitimace těhotné a zdravotnické dokumentace.

V ošetrovatelské části je metodika ošetrovatelského procesu, hodnocení klientky podle modelu Marjory Gordonové. Zdrojem informací bylo studium lékařské a ošetrovatelské dokumentace, rozhovor a pozorování klientky.

Analýzou získaných informací byly stanoveny aktuální a potencionální diagnózy. Pro účel této práce byly diagnózy podrobně stanoveny k prvnímu pooperačnímu dni. Na základě potřeb klientky a stanovených diagnóz jsem vypracovala krátkodobý ošetrovatelský plán. V textu je stanoven cíl, zaznamenána realizace a hodnocení účinnosti provedených intervencí. Další částí ošetrovatelské části je dlouhodobý ošetrovatelský plán, psychologie a sociální situace klientky a kapitola věnovaná proběhlé edukaci.

V závěru práce je prognóza onemocnění. Celou práci uzavírá seznam použité literatury, zkratk, příloh a přílohy.

2 Klinická část

2.1 Císařský řez

Císařský řez je porodnická operace, při které je plod extrahován z dělohy cestou břišní. V současnosti je nejčastější prováděnou porodnickou operací. Mezinárodní klasifikace nemocí uvádí císařský řez pod kódem O82 (9).

O82 Porod jediného plodu císařským řezem

- . 0 Plánovaný císařský řez
 - Opakovaný císařský řez NS
- . 1 Neodkladný (krizový) císařský řez
- . 2 Porod císařským řezem s hysterectomií
- . 8 Jiný porod jediného plodu císařským řezem
- . 9 Porod císařským řezem, NS

2.1.1 Historie císařského řezu

Latinský název sectio cesarea (S.C.) je neoplazmatem, používaným již od 17. století. Caesus znamená otevřený řezem, caedere řezati, s.c. tedy řez řezem. V historickém cizojazyčném písemnictví nacházíme různá synonyma, některá nám připadají kuriózní (hysterotocotomia, metrotomia, imperiál cutting, enfantement caesarien), další přečkala nezměněna až do dnešní doby (Schittentbindung, partus caesareus, Kaisergeburt, Kaiserschitt, opération césarienne, césarienne, caesarean) (18). Z historických pramenů vyplývá, že císařský řez znali již v Mezopotámii (Epos o Gilgamešovi), v Egyptě (Erbersův papyrus) a židé (lékařská kniha Mišnajoth z roku 140 našeho letopočtu zmiňuje císařský řez na živé rodičce). Zmínky o plodu vystupujícího z těla matčina nikoliv cestami přirozenými, ale přímo vynětím z útrobu matky nacházíme již v mytologii (12). Církev podporovala řezy na mrtvých, aby ještě živý plod mohl být pokřtěn.

V novověku jsou zmínky o provedení císařského řezu od 16. století. Nejčastější indikací byla absolutně zúžená pánev, kdy ani po zmenšovací operaci plodu jej nebylo možno z dělohy odstranit. Výsledky byly velmi špatné a mortalita matek dosahovala 60-90 % (12). Operace se prováděly

s anatomickými znalostmi, ale nesterilně a bez narkózy na vyčerpaných rodičkách. Podélné řezy na děloze se často nešily, děloha při kontrakcích zela a obsah se dostával do dutiny břišní. Ženy umíraly na vykrvácení a peritonitis. To vedlo Laverjata k příčným řezům, kde se děložní rána kontrakcemi naopak uzavírala (3). Je podivem, že vůbec některá žena tento zákrok přežila. Určitý pokrok v provádění císařského řezu byl umožněn až po zavedení principů aseptiky Semmelweisem a Listerem ve druhé polovině 19. století. V té době se také začíná rána na děloze a laparotomie šít. K dalšímu rozvoji přispěl rozvoj anestézie (12). První propagátoři sutury děložní rány používali stříbrný drát, který se již používal ve všeobecné a vaginální chirurgii. Později se dávala přednost hedvábí a catgut. V roce 1882 zařadil Sägnér šití k technice, což omezilo výskyt smrtelných krvácení. Postupem času, tak jak se zdokonalovala technika, se většina přiklání k šití dělohy ve dvou vrstvách. V roce 1882 byl Kehrrem proveden první transverzální řez v dolním segmentu. Fritsch se v roce 1897 vrací k příčnému fundálnímu řezu, Frank v roce 1906 zavádí transperitoneální příčný řez na dolním segmentu a překrývá ho vesicouterinní plikou (18).

Začátkem 20. století dochází ke zlomu myšlení. Porodníci začali provádět císařské řezy nejenom u tzv. čistých případů, ale i po odtoku vody plodové a za kontrakcí. Velký význam mělo také poznání průběhu svalových vláken na děloze. Ve třicátých letech Goerttler prokázal spirálovitý průběh svalových vláken. U netěhotné dělohy probíhají vlákna spíše horizontálně, s postupující graviditou se vzdalují od horizontály tak, že před porodem svírají mezi sebou téměř pravý úhel. Z tohoto zjištění vycházel Geppert, kdy po krátké incizi na přední stěně dolního segmentu, zavede do rány dva ukazováky, kterými je rána roztažena do stran, směrem ke hranám děložním. Příčný řez nejenom šetří část svalových vláken, ale i příznivě ovlivňuje krvácení.

Mateřská mortalita klesla koncem 19. století na 30-40 %, začátkem 20. století byla na 10 % a ve třicátých letech minulého století pod 5 %. Další snížení mortality nastalo v poloviny minulého století po zavedení sulfonamidů, penicilínu a chemické profylaxe do pochvy (18). Ještě na počátku 20. století se tato operace prováděla výjimečně, ale postupem času se indikace stále rozšiřovaly. Velkým přínosem pro rozšíření císařského řezu byl poznatek

antiseptiky a asepse, rozvoj anestézie, transfúze, profylaktické podávání antibiotik a prevence tromboembolizace. Stále nové poznatky o technice provedení císařského řezu a způsobu šití uterotomií.

2.1.2 Frekvence císařského řezu

Frekvence provádění císařských řezů se liší podle zemí, zvyklostí a pracoviště. Pracoviště s větší koncentrací patologických porodů mají frekvenci císařských řezů větší. Velkou roli zde hraje vliv rodičky, neustálý tlak na porodníka, hrozba soudních sporů, vyšší věk rodiček. V roce 2006 byly 4 z 10 rodiček starší 30 let. V této skupině pak narůstá podíl těhotenských a porodnických komplikací se zvýšeným rizikem nejen pro matku, ale i pro plod (20).

Jestliže na počátku 20. století se císařský řez prováděl zcela výjimečně, dnes se provádí zcela běžně. V České republice neustále pokračuje zvyšování frekvence císařských řezů. V roce 2002 byla frekvence SC 14,3 %, v roce 2006 již činila 18,7 %. (*graf č. 1*)

2.1.3 Podmínky a indikace císařského řezu

Původní řada podmínek již není pravdou. Živý plod již není absolutní podmínkou. Zůstává však jedna zásadní podmínka a to je naléhající část nevstoupá v porodních cestách.

Indikace se rozšiřovaly stále větší měrou i s ohledem na stav plodu. Obecně je lze dělit na indikace ze strany matky, plodu a sdružené indikace tj. ze stran matky i plodu.

- Nepoměr mezi naléhající částí plodu a porodními cestami.
- Patologické procesy v malé pánvi (vcestné tumory dělohy a ovaria, kostní tumory a exostózy).
- Pooperační stavy (rekonstrukční operace v malé pánvi).
- Porodnické krvácení (ruptura uteri, placenta praevia, abruptio placenty).
- Patologie naléhání plodu (vysoký přímý stav, asynklitizmy, naléhání hlavičky čelem, obličejem, poloha podélná koncem pánevním – naléhání kolénky, nožkami, primipara, hmotnost plodu menší než 1500 g a větší než 3800 g).

- Velký plod (4000 g při sdružené indikaci – diabetes mellitus, stará primipara a další, 4500 g - jasná indikace).
- Primární kontraindikace břišního lisu.
- Stav po prodělaném eklamptickém záchvatu, medikamentózně nekorigovatelná preeklampsie (TK vyšší 160/110 mmHg).
- Akutní a chronické stavy u matky.
- Vícečetné těhotenství (dvojčata kromě PPH obě a PPH a PPKP, všechny další kombinace poloh, úmrtí jednoho z dvojčat při životaschopnosti druhého, gemini monochoriati, monoamniati po 34. týdnu gravidity, srostlice).
- Floridní nebo přeléčený karcinom v malé pánvi (vesica urinaria, cervix, rektum...).
- Infekce matky (HIV, floridní HSV).
- Chorioamnitida při životaschopnosti plodu.
- Nepostupující porod (3 hodiny perzistující nález při pravidelných děložních kontrakcích).
- Akutní a chronická hypoxie plodu.
- Prolaps pupečníku.
- Neporoditelná vrozená vývojová vada plodu.
- Rh inkompatibilita (neúspěšná konzervativní léčba, zhoršující se stav plodu, nesplněné podmínky vedení porodu per vias naturales).
- Prodloužené těhotenství po dvou neúspěšných pokusech o indukci.
- Jizva na děloze (stavy po metroplastice, myomektomii zejména s peroperačním průnikem do dutiny děložní, stavy po předchozím císařském řezu – jde o sdruženou indikaci). *Nekomplikovaný císařský řez v anamnéze s neopakující se indikací není indikací k iterativnímu císařskému řezu perse.*
- Zatížená porodnická anamnéza (komplikovaný předchozí porod s perinatálním úmrtím plodu/novorozence, dočasný nebo trvalý handicap dítěte. Masivní porodnické poranění nebo krvácení a jiné).
- Psychologická indikace – nadměrné obavy matky o dobrý zdravotní stav novorozence porozeného per vias naturales. Obavy matky z porodních

bolestí a dalších komplikací za porodu. Obavy těhotné z časných a pozdních poporodních komplikací.

- Císařský řez na umírající a na mrtvé (12).

2.1.4 Plánovaný a neplánovaný (urgentní) císařský řez

Zda půjde o plánovaný či neplánovaný řez záleží na indikaci, ze které bude proveden.

Plánovaný řez

Plánovaný (primární) císařský řez má indikaci již známou v průběhu těhotenství a je rozhodnuto o jeho termínovém, případně dřívějším provedení – jde např. o onemocnění matky, pánevní indikace, placenta praevia prenatalně diagnostikovaná, stav po opakovaných císařských řezech. Plánovaný řez je výhodnější z hlediska možnosti řádné předoperační přípravy. Lze tak provést předoperační vyšetření, vyhodnotit možná rizika operace a zaměřit se na jejich minimalizaci.

Neplánovaný řez

Neplánovaný (sekundární) císařský řez se provádí tehdy, byla-li nepředpokládaně ohrožena matka, plod nebo oba současně. Provádí se akutně bez možnosti dokonalé přípravy. Tím jsou dána zvýšená operační a pooperační rizika. Může jít např. o akutní hypoxii plodu, abrupci placenty, výhřez pupečníku...

2.1.5 Anestézie

Při císařském řezu máme na výběr ze dvou druhů anestézie. Anestézie může být buď celková nebo regionální. Každá z nich má své výhody a nevýhody. Rozhodnutí o druhu anestézie záleží na konkrétní situaci, zkušenostech anesteziologa, porodníka a preferenci matky.

Celková anestézie

Odstranění bolesti dočasným potlačením vnímání a zpracování bolestivých podnětů CNS a dostatečné potlačení somatických a vegetativních reflexů na nocirepční dráždění (19).

Rizika anestézie u císařského řezu:

- Porodnické – hemoragické, tromboembolické, infekční.

- Anesteziologické – Mendelsenův syndrom (aspirace kyselého žaludečního obsahu).
- Společné riziko – asfyxie plodu nebo novorozence.

Celková anestézie u plánovaného císařského řezu nepředstavuje pro rodičku ani pro plod mimořádně velké riziko.

Výhodou celkové anestézie je, že je rychlá. Pravděpodobnost selhání je malá. Umožňuje zajištění dýchacích cest a ventilace plic intubací, zajišťuje rychlé zvládnutí křečí. Nevýhodou je riziko selhání pokusů při intubaci, riziko aspirace žaludečního obsahu, deprese CNS plodu léky, alergie na léky, riziko děložní hypotonie.

Indikace celkové anestézie je urgentní císařský řez (akutní hypoxie plodu, předčasné odlučování lůžka, eklamptický záchvat...), kontraindikace regionální anestézie, preference matky... Kontraindikací je nesnadná až nemožná intubace, abnormální reakce na předchozí anestézii, onemocnění matky, maligní hypertemie.

Regionální anestézie

Dočasná ztráta cití zasahující určitou oblast těla, která je vyvolána přerušením vodivosti periferního nervu nebo nervových svazků (19).

Výhodou regionální anestézie je, že předchází riziku selhání pokusu při intubaci, minimalizuje riziko aspirace, nedochází k depresi CNS plodu, po porodu je ponechán katétr k aplikaci analgetik. Dovoluje včasné kojení a včasnější interakci matka – plod. Nevýhodou je riziko selhání metody, blokáda může být neúplná nebo naopak velmi vysoká. Může se objevit postpunkční bolest hlavy, toxicita lokálních anestetik.

Indikací regionální anestézie je nesnadná až nemožná intubace. Stav po císařském řezu, kdy lze předpokládat potřebu delší doby k vybavení plodu, onemocnění plic a dýchacích cest, hepatopatie, přání matky... Kontraindikací regionální anestézie je koagulopatie, sepse, septicémie, zánětlivé ložisko v místě vpichu, alergie na lokální anestetika, odmítnutí pacientky...

Epidurální anestézie

Lokální anestetikum je aplikováno do epidurálního prostoru, který je anatomicky ohraničen ligamentum flavum a dura mater. Anestetikum je aplikováno pomocí zavedeného katétru. Je výhodou ponechat katétra a využít ho k aplikaci analgetik v pooperačním období.

Subarachnoidální anestézie

Lokální anestetikum je aplikováno do mozkomíšního moku v dolní hrudní nebo lumbální části páteře. Je zde možno také vložit katétra a ponechat ho k aplikaci anestetik a analgetik.

2.1.6 Technika provedení císařského řezu

Poloha rodičky je na zádech s doporučenou inklinací operačního stolu do levé strany. Sklon operačního stolu je 10-20 stupňů. Samotná poloha na zádech u těhotných žen může v posledních měsících gravidity vyvolat útlak DDŽ dělohou, kdy dochází k poklesu TK se všemi charakteristikami šoku (18).

Břišní řez

Dlouhá léta se prováděl řez ve střední čáře. Dnes se častěji používá Pfannestielův řez, tento řez měl dříve mnoho výhod, zejména pro dlouhou dobu trvání operace a vybavení plodu. Dnes již neplatí, časový rozdíl u zkušeného operátora je téměř zanedbatelný. Další používaný řez je incize dle Joel Cohena.

Dolní střední laparotomie

Řez je volen v případech vyžadujících bezpečnost plodu a matky, pak již není estetická stránka podřízena. U troj a vícečetných těhotenství. Dále u urgentních případů vyžadujících rychlé vybavení plodu, u extrémně obézních rodiček, u makrosomních plodů. U rodiček, které již mají tento řez po předchozích SC. Řez je veden v sagitální rovině mezi pupkem a sponou stydkou v délce 10-12 cm.

Pfannestielův řez

Nejčastěji prováděný řez, který má oproti dolní střední laparotomii velký kosmetický efekt, menší výskyt pooperačních hernií, febrilií a dehiscencí. Řez je veden poloobloukovitě asi 2 cm nad sponou stydkou, příčně protíná kůži a podkoží, co nejkraniálněji. Uprostřed řezu protneme fascii, kraniálně a kaudálně ji

nadzvedneme kochrovými kleštěmi a pomocí preparačních nůžek prostříhneme fascii přímých břišních svalů a odpreparujeme ji. Prostor mezi svaly uvolníme a ukazovákem levé a pravé ruky tahem směrem nahoru a dolů zpřístupníme peritoneum. Peritoneum uchopíme co nejkranialněji mezi dvě pinzety, provedeme malou incizi, kterou rozšíříme podélně nůžkami směrem kranialním a kaudálním. Po otevření peritonea zarouškujeme ránu, poté pinzetou nadzvedneme vesicouterinní pliku, odpreparujeme ji a sesuneme spolu s močovým měchýřem pomocí tampónových kleští. Uterotomie se provádí v příčném směru asi 2 cm nad vesicouterinní plikou. Poté se tupě rozšíří do stran (*příloha č. 1, 2, 3*).

Incize podle Joel Cohena

Je nasazována výše, nemá obloukovitý řez. Řez protíná pouze kůži, ve středu se prohlubuje až na fascii, která se nařezává v malé šířce 2-3 cm. Operátor a asistent ukazovákem a třetím prstem na tupo roztahuje podkožní tukové tkanivo, fascii a svaly. Parietální peritoneum se otevírá malou incizí a následně se otvor digitálně rozšíří. Do břišní dutiny se nevkládají žádné roušky. Uterotomie se provádí v příčném směru asi 2 cm nad vesicouterinní plikou, poté se tupě rozšíří do stran. V roce 1988 Michael Stark z nemocnice Misgav Ladach v Jeruzalémě tuto metodu použil při císařském řezu a postupně ji rozvinul. Dnes je používána pod názvem Misgav Ladach.

Řez na děloze - hysterotomie

Před provedením řezu je vždy užitečné ohmatat si dolní děložní segment, nahmatat hlavičku a zjistit, kde je nejširší část jejího obvodu. Prostor vzniklý řezem by měl umožnit šetrné vybavení plodu, neměl by působit krvácení a poranění do děložních hran. Řez se provádí incizí skalpelem, digitálně rozšiřuje do stran, některá pracoviště používají pro rozšíření nůžky.

Níže popisují několik způsobů řezů na děloze (*příloha č. 4*).

Korporální řez

Podélný řez, který je veden v aktivní horní části děložního segmentu. Proniká celou vrstvou myometria, začíná nad dolním segmentem a vede směrem k fundu děložnímu. Jelikož hlavička plodu je v oblasti dolního segmentu, plod vybavujeme za nožičky. Řez je provázen daleko větším krvácením. Dnes je tento

řez indikován výjimečně, je zde větší riziko rozpadu děložních sutur, infekcí dělohy, pooperačních srůstů střev a omenta. Z pozdních komplikací je riziko ruptur děložních.

Řez cervikokorporální

Je prováděn poměrně často u poloh příčných, u malých plodů v urgentních situacích. Čím je veden výše směrem na korpus dělohy, tím stoupá riziko komplikací jako u korporálního řezu.

Řez podle Gepperta

Poloměsíčitý (semilunární řez), který je veden v dolním segmentu. Je bezpečnější, čím je oblouk strmější. Je limitován hranami děložními.

S řez podle Chmelíka

Získáváme jím o 20 % více prostoru, lze ho využít u větších plodů.

U řez

Zřídka se děloha roztrhne do hran, pro vybavení plodu je dostatek prostoru, oba póly rány jsou dobře přístupné zrakové kontrole. Lze použít pro plody s extrémně nízkou hmotností, u apozice dělohy. Metoda U řezu vytlačuje jinak používaný korporální řez. Uplatní se i u iterativních sekcí.

Obrácený T – řez

V praxi je tento řez často neplánovaný, bývá východiskem nouze při obtížném vybavování plodu.

Příčný řez ve fundu podle Lauverjata

Byl prováděn v 18. století, kdy se děložní rána nešila. Dnes lze tento řez výjimečně užít chceme-li se vyhnout myomu v dolním segmentu, tumoru, u extrémně malých plodů...

Řez extraperitoneální

Metoda spočívá v otevření dutiny děložní laparotomickou cestou bez otevření peritoneální dutiny. V současné době se neprovádí a tento druh operace ztrácí na významu (18).

Řez Joel Cohen

Řez je podobný semilunárnímu, je položen výše až nad plikou vesicouterinní. Hysterotomie se provádí v příčném směru asi 2 cm nad vesicouterinní plikou. Poté se tupě rozšíří do stran.

Vybavení plodu a porod placenty

Vybavení plodu je nejdelikátnější fáze císařského řezu, v malém procentu může být obtížná. Obtížnost můžeme většinou předpokládat nebo ji řešíme ad hoc.

Vybavení plodu při PPH, provádí operatér stojící na levé straně operované levou rukou, kterou vsunuje do rány pod hlavičku. Šetrným tlakem ruky hlavičku vybaví. (rukou vykonává deflexi hlavičky, je-li v ráně obličej, provádí flexi hlavičky). Hlavičku, která je nad vchodem pánevním v příčném nebo šikmém průměru je nutné před vybavováním rotovat. Někdy je při vybavování zapotřebí současného tlaku na fundus děložní (*příloha č. 3*).

Vybavení plodu v PPKP rodíme stejným způsobem jako u vaginálního porodu. Nejprve rodíme hýždě pomocí digitální extrakce nebo plod extrahujeme za přední nožky. Na váznoucí hlavičku použijeme šetrně hmatů manuální pomoci.

Vybavování plodu v příčné, šikmé poloze – je-li zachován vak blan, nikdy jej neprotrháváme. Skrz vak blan vyhmatáme hřbet, vyhledáme hlavičku a rukou postupujeme směrem ke konci pánevnímu. Pokud možno uchopujeme obě nožky, provedeme obrat v prostoru a plod vybavíme za konec pánevní.

Plod po přestřížení pupečníku předáme k ošetření pediatrovi. Anesteziolog ihned po porodu plodu aplikuje uterotonika, operatér provádí manuální vybavení placenty. Poté provede revizi dutiny děložní vlhkou teplou rouškou, aby odstranil případné zbytky placenty nebo plodových obalů. Výjimečně je nutné provést revizi dutiny Baummovou kyretou.

2.1.7 Sutura

Při šití se snažíme, aby v tkáních nezůstávalo příliš mnoho materiálu, a aby nebyly ischemizovány. Šicí materiál je třeba přizpůsobit tkáním, vlákna a jehly mají mít stejný průměr. Menší traumatizace tkání docílíme použitím jehel se zataveným vláknem. Při výběru materiálu se bere v úvahu jeho snášenlivost, pevnost, dobu vstřebávání a cenu.

Sutura hysterotomie a vesicouterinní pliky

Pro větší přehlednost je možné dělohu luxovat před stěnu břišní. Luxovaná děloha se kryje teplou rouškou. Děloha se po desetiletí šila ve dvou vrstvách a prováděla se peritonelizace plikou. Hlubší vrstva se šije jednotlivými stehy nebo pokračujícím stehem, druhá vrstva se šije ze široka Z nebo U stehem. Při sebemenší nejistotě se dává pod pliku drén, který se vyvádí ven z operační rány (*příloha č. 5*).

V současnosti převažuje technika šití dělohy v jedné vrstvě pokračujícím stehem. Důležitá je sutura tkání, které jsou v pólech posunuté a retrahované směrem nahoru a do stran, takže nemusí být zavzaté do pokračujícího stehu a mohou být zdrojem krvácení. Dobře viditelné póly se proto ošetřují zvlášť (4).

Při klasickém způsobu se provádí extraperitonelizaci plikou, pokračujícím stehem. Steh zabírá pliku a svalovinu asi 1,5 cm nad suturou. Výhodou je současné stavění krvácení z okrajů pliky.

Někteří operatéři přešli na techniku „neperitonelizovat“ a mají s ní dobré zkušenosti. Výhodou je úspora času, při opakovaném řezu se neseťkáváme s vysoko vytaženým močovým měchýřem. Někteří operatéři nesešívají ani nástěnné peritoneum.

Uzavírání laparotomie

Před uzavřením peritonea se provede revize a sušení dutiny břišní. Pomocí roušek se pečlivě odstraní koagula. Zkontroluje se uterotomie, hrany děložní, adnexa a neopomene se ani apendix. Odstraní se srůsty a reviduje se omentum. Zkontroluje se, zda některá rouška nezůstala v dutině břišní, opakovaně se přepočítá počet roušek a malých nástrojů. Za kontrolu roušek odpovídá operatér. Při souhlasu se uzavírá peritoneum buď jednotlivými stehy nebo pokračujícím stehem.

Svaly se sblíží jednotlivými stehy, ale nepřekrývají se. Fascie se šije většinou pokračujícím stehem, pečlivě se staví jakýkoliv zdroj krvácení, při nejistotě se zavádí subfasciálně redonův drén, který se vyvádí ven z operační rány (*příloha č. 6*).

Podkoží se šije jednotlivými stehy. Větší krvácející cévy se podvazují nebo staví elektrokauterem.

Kůže se šije většinou plastickým vstřebatelným stehem. Asistent kůži neadaptuje a nehmoždí pinzetami. Používají se tampónové kleště k napínání kůže (*příloha č. 6*). Po ukončení plastického stehu se fixují drény, rána se dezinfikuje a překrývá sterilním krytím. Zkontroluje se moč a odhadne krevní ztráta.

2.1.8 Komplikace

Komplikace dělíme na peroperační, pooperační a pozdní.

Peroperační komplikace

Anesteziologické:

- obtíže při intubaci,
- mendelsonův syndrom,
- laryngospasmus,
- bronchospasmus,
- edém plic,
- anafylaktický šok,
- aspirace žaludečního obsahu,
- srdeční zástava.

Chirurgické:

- poranění močového měchýře,
- poranění ureteru,
- poranění dělohy zejména do hran, adnex, hysterectomie, poranění střev, stěny břišní,
- komplikace spojené s krvácením: poruchy srážlivosti, DIC provázené hysterectomií, atonie,
- embolie plodovou vodou,
- jedná-li se o poranění močového měchýře nebo ureteru ve větším, přizveme ke konzultaci a eventuální operaci urologa.

Poranění plodu:

- říznutí plodu (hlavička, hýždě) - při těsném naléhání na dolní děložní segment, riziko větší při odteklé vodě plodové,
- při jeho extrakci a vybavování - zejména u nezralého plodu, kdy poranění je přímo úměrné stupni zralosti plodu, poranění hlavičky a jeho intrakraniálních struktur, parenchymatálních orgánů a končetin.

Pooperační komplikace

Komplikace v raném šestinedělí:

- infekční komplikace,
- tromboembolické komplikace,
- krvácení do peritonea, do močového měchýře, subfasciálně, do podkoží, břišních stěn, hematomy,
- anemické stavy, kolapsovité stavy,
- subileus, paralytický ileus, obstrukční ileus,
- reoperace,
- hojení per secundam, seromy, dehiscence,
- poruchy neurologické v souvislosti s anestézií.

Pozdní komplikace

Objevují se později nebo při příštím těhotenství:

- estetické defekty, keloidní jizvy,
- hernie v jizvě,
- chronický syndrom bolestivé pánve,
- menometroragie,
- urologické komplikace,
- parametritis,
- koitus dolorosus,
- sterilita,
- infertilita,
- v následujících těhotenstvích: předčasné porody, hypotrofie plodu, placenta praevia, accreta, ruptury děložní in cacatriceae při umělém

přerušeni těhotenství, při zavádění IUD, samovolné za gravidity, za porodu,

- poruchy vyprazdňování, gastroenterologické poruchy,
- peritoneální srůsty,
- neurčité psychologické poruchy (3).

2.1.9 Iterativní řez

Opakovaný řez se již stal každodenností. K rodičce, která má císařský řez v anamnéze přistupujeme vždy uvážlivě, pečlivě zhodnocujeme, zda indikace k předchozímu řezu trvá nebo již pominula.

Kontraindikací pro vaginální porod jsou trvalé poruchy ze strany matky, podélný řez a T řez, dehiscence a ztenčení děložní jizvy, podezření na makrosomii plodu, dvojčata, konec pánevní. Volba řezu zpravidla sleduje minulý postup, velice často je peritoneum srostlé s fascií, musí se počítat s adhezemi po předešlé sekci či jiných gynekologických operacích. Plika bývá častěji vytažena kraniálním směrem. Řez v dolním segmentu se volí raději výše než v jizevnaté tkáni. Adheze se odstraňují až po sešití dělohy, vždy se pak opakovaně kontrolují ligatury. Sterilizaci je žádoucí provést pouze po předchozím schválení komisí (4).

2.2 Poloha plodu

Podle toho, jakou polohu zaujímá plod v děloze rozlišujeme následující polohy:

- poloha podélná hlavičkou,
- poloha podélná koncem pánevním,
- poloha příčná,
- poloha šikmá.

Poloha podélná hlavičkou

Nejčastější poloha plodu. U polohy podélné hlavičkou rozlišujeme flexe v atlantookcipitálním skloubení:

- polohy flexní - záhlavím v 95 %,
- polohy deflexní – předhlavím, čelní, obličejové.

Poloha podélná koncem pánevním

Polohy plodu KP se vyskytují cca ve 4 % všech porodů, častěji se vyskytuje u dvojčat a při předčasném porodu. Rizika při porodu konce pánevního jsou větší než při poloze hlavičkou, proto je důležitá strategie vedení porodu, která by měla být určena již před termínem. Po vyhodnocení rizik bude rozhodnuto o způsobu vedení porodu, zda bude veden per vias naturales nebo jsou-li indikace k ukončení císařským řezem. Spontánní porod koncem pánevním by měl vést vždy zkušený porodník.

Kontraindikace k vaginálnímu vedení porodu:

- nepoměr mezi plodem a pánví,
- vysoko stojící konec pánevní,
- stará primipara (více jak 35 let),
- vrozené nebo získané morfologické vady dělohy,
- celkové onemocnění matky,
- nemožnost použít břišní lis,
- unavená, nespolupracující rodička,
- placenta praevia,
- UZ odhad plodu méně než 1500 g a více jak 3500 g u prvorodičky, 3800 g u vícero-dičky,

- VVV plodu,
- hypotrofie plodu,
- hrozící hypoxie plodu,
- těžká Rh-izoimuzace,
- naléhání a výhřez pupečníku,
- naléhání nožkami nebo kolínky,
- nepříznivá porodnická anamnéza.

V současné době připouští české porodnictví v případě KP „císařský řez na přání rodičky“ nebo z indikace její úzkosti .

Podle naléhající části rozlišujeme: **(příloha č. 7)**

- úplný konec pánevní - naléhají hýždě a obě nožky, vyskytuje se v 5 % u poloh koncem pánevním,
- neúplný konec pánevní - s hýžděmi naléhá jen jedna nožka, vyskytuje se v 10 %,
- poloha řitní - dolní končetiny jsou flektovány v kyčelním kloubu a extendovány v kolenním kloubu, je to nejčastější poloha, zaujímá 75 %,
- poloha jednou nebo oběma nožkami - hýždě jsou nahoře a nejnižší jsou dolní končetiny, vyskytuje se v 9 %,
- poloha kolínky (12).

Poloha příčná

Osa těla plodu a matky svírá úhel přibližně 90°. Podle umístění hřbetu rozlišujeme polohu:

- dorzoanteriorní - hřbet vpředu,
- dorzoposteriorní - hřbet vzadu,
- dorzosuperiorní - hřbet nahoře,
- dorzoinferiorní - hřbet dole.

U donošeného těhotenství vždy indikujeme primární císařský řez.

Poloha šikmá

Osa matky a plodu svírají ostrý úhel. Je to přechodná poloha předcházející polohu podélnou nebo příčnou (19). V případě příznivé šikmé polohy jsou záda plodu uložena k pánevnímu vchodu, plod se při kontrakcích vzpřimuje, do pánevního vchodu se posouvá záhlaví a hlavička se flektuje lze porod vést vaginálně. Při nepříznivé poloze ukončujeme císařským řezem.

2.3 Vyšetřovací metody

Předporodní vyšetření

- Zevní palpační vyšetření se provádí pomocí Pawlikových hmatů. Při vyšetření se pokládají dlaně rukou na břišní stěnu celou plochou. Zjišťuje se velikost a uložení rostoucí dělohy, výška fundu, uložení plodu v děloze (poloha, postavení, držení a naléhání).
- Vnitřní vyšetření se provádí vaginálně, používají se obvykle dva prsty (ukazovák a prostředník), které se šetrně zasunují do pochvy.
 - Poševní klenba je v nejkraniálnější části. Při plné se hmatá naléhající část, hlavička nebo konec pánevní. U polohy šikmé nebo příčné je klenba prázdná.
 - Hrdlo, branka. Na hrdle se hodnotí cervix skóre. U branky se popisuje průměr, okraje (navalité, ostré, jemné), poddajnost.
 - Vak blan. Zjišťuje se zda je přítomen. Palpuje se vyklenutá hladká elastická rezistence, po odtoku plodové vody se hmatá kůže hlavičky nebo hladký konec pánevní. Popisuje se, zda je hladký, plochý nebo vyklenutý. Pokud odtéká voda, popisuje se, zda je čirá, zbarvená krví, mázkem či smolkou, všímáme si pachu (12).

Kardiotokografie

Kardiotokografie je vyšetření, při kterém se elektronicky současně zaznamenává srdeční akce plodu a děložní činnost. Kardiotokograf zaznamenává křivku, k interpretaci je zapotřebí minimálně 20 minutový záznam. Při popisování záznamu se hodnotí: bazální frekvence, variabilita, reaktivita a akcelerace nebo decelerace.

- Bazální frekvence ozev plodu – průměrná frekvence OP během 10 minut mimo děložní kontrakce (110 – 150/min).
 - Tachykardie ozev plodu – bazální frekvence větší než 150 úderů za minutu.
 - Bradykardie ozev plodu – bazální frekvence menší než 110 úderů za minutu.

- Variabilita ozev plodu – rozmezí změn ve frekvenci akce srdeční plodu od úderu k úderu. Mění se v čase, je závislá na spánku a aktivitě plodu.
 - Normální (undulatoční) je 5 – 25 úderů za minutu.
 - Saltatorní je více jak 25 úderů za minutu hodnotí se jako suspektní (způsobená částečnou kompresí pupečníku).
 - Silentní je méně jak 5 úderů za minutu, hodnotí se jako patologická (známka těžké dlouhotrvající hypoxie plodu).
- Akcelerace ozev plodu – přechodné zvýšení frekvence ozev plodu o 15 úderů za minutu, trvající déle než 15 vteřin. Je to fyziologický stav, značí dobrou nitroděložní oxygenaci plodu. Reaktivní křivka by měla obsahovat alespoň dvě akcelerace v průběhu 20 minut.
- Decelerace ozev plodu – pokles srdeční frekvence plodu o 15 úderů za minutu, trvající déle než 15 vteřin (12).

Ultrazvukové vyšetření

Neinvazivní vyšetřovací metoda. Pomocí ultrazvukové sondy, která je přiložena na břicho těhotné, se vysílají zvukové vlny o vysoké frekvenci do tkání. Tkáně dle svého složení tyto vlny odrážejí a síla odrazu je zachycena sondou a zpracována do výsledného obrazu na monitoru. Při ultrazvukovém vyšetření zjišťujeme: polohu plodu, fetální biometrii a morfologii, strukturu a uložení placenty, množství plodové vody. Součástí vyšetření je Doppler měření, které umožňuje měření rychlosti průtoku krve cévami (19).

2.4 Základní údaje klientky

- Jméno: J.M.
- Pohlaví: ženské
- Věk: 30 let
- Stav: vdaná
- Pojišťovna: 111

Současný zdravotní stav:

Klientka se dostavila k plánovanému ukončení těhotenství císařským řezem.

2.4.1 Anamnéza

Rodinná anamnéza

- babička zemřela na karcinom tlustého střeva
- rodiče zdraví
- VVV se v rodině nevyskytují

Osobní anamnéza

- Dětský věk: běžné dětské nemoci
- Významná onemocnění: 0
- Operace: v 5 letech appendectomie
- Úrazy: 0
- Alergie: nejuje
- Léky: v těhotenství Aktiferin 2x denně

Gynekologicko - porodnická anamnéza

- Menstruační cyklus
Menarché od 14 let, cyklus pravidelný 28/5
- Těhotenství
Porody: 0
Potraty: v roce 2006 spontánní abort v 8. týdnu gravidity
Interrupce: 0

- Gynekologická onemocnění

Gynekologicky se neléčila

- Antikoncepce

Před těhotenstvím užívala 6 měsíců Chloé

2.4.2 Nynější onemocnění

- Graviditas hebdominalis 39+1
- Situs pelvinus

Gravidita proběhla bez problémů, klientka se cítí dobře, kontrakce nemá, VP neodtekla, pohyby cítí, nekrvácí.

2.4.3 Vyšetření

Prenatální vyšetření

Získáno z těhotenské legitimace

Pravidelné kontroly v poradně pro těhotné od 8. týdne, celkem 12

PM	20. 12. 2007	
TP podle Naegeleho	27. 9. 2008	
Podle UZV	29. 9. 2008	
Hmotnost před otěhotněním	60 kg	
Výška	170 cm	
Pánevní rozměry	26 – 28 – 32 - 20	
Krevní skupina	0 Rh pozitivní	17. 2. 2008
Protilátky	nezjištěny	17. 2. 2008
BWR, HIV, HBsAg	negativní	4. 8. 2008
onkologická cytologie	negativní	17. 12. 2008
OGTT	5,1 – 7,4 – 6,5 mmol/l	26. 5. 2008
AFP	negativní	14. 4. 2008
moč B, C	negativní	15. 9. 2008
TK	115/75 mmHg	15. 9. 2008
otoky	nemá	15. 9. 2008

Interní vyšetření

- Interní nález v mezích normy

Předoperační laboratorní vyšetření

- Krevní obraz (KO)
 - Hemoglobin 106 g/l [120 – 160]
 - Hematokrit 0,32 [0,37 – 0,47]
 - Leukocyty $6,1 \times 10^9/l$ [4,0 – 9,0]
 - Trombocyty $262 \times 10^9 /l$ [150 – 350]
- Koagulační vyšetření
 - APTT 28, kontrolní 28 sekund [26 – 38]
 - Quick 86 % [70 – 120]
 - Fibrinogen 3,2 g/l [2 – 4]
- Biochemické vyšetření
 - Urea 3,6 mmol/l [3. 0 – 8. 3]
 - Kyselina močová 168 $\mu\text{mol/l}$ [180 – 420]
 - Bilirubin 7,8 $\mu\text{mol/l}$ [2.0 – 18.4]
 - ALT 0,31 $\mu\text{kat/l}$ [0.15 – 0.78]
 - Bílkovina 60,4 g/l [65.0 – 80.0]
 - Glukóza 4,1 mmol/l [3.3 – 5.6]
 - CRP 1,2 mg/l [0.45 – 6.0]

Pooperační laboratorní vyšetření

- Krevní obraz
 - Hemoglobin 98 g/l [120 – 160]
 - Hematokrit 0,29 [0,37 – 0,47]
 - Leukocyty $6,8 \times 10^9 /l$ [4,0 – 9,0]
 - Trombocyty $248 \times 10^9 /l$ [150 – 350]

Gynekologické vyšetření

Zevní vyšetření: PPKP, postavení I.

Vaginální vyšetření: hrdlo mediálně, prostupné pro prst, vnitřní branka pro špičku prstu, ve vaku blan naléhají hýždě.

Kardiotokografické vyšetření

Reaktivní křivka s dobrou variabilitou ozev plodu, bazální frekvence 140 ozev/minutu.

Ultrazvukové vyšetření

1 plod, akce srdeční +, PPKP, postavení I., placenta na zadní stěně, bez patologického nálezu, VP přiměřené množství, Doppler měření v normě, váhový odhad 3860 gramů, graviditas hebdominalis 39+2

2.4.4 Průběh hospitalizace

1. den hospitalizace

- Dieta
 - č. 3 – racionální
 - č. 0S – čajová, od půlnoci nihil per os
- Perorální terapie
 - Aktiferrin cps.
- Parenterální terapie
 - Clexane 20 mg s.c./24 hodin

Paní J.M. byla plánovaně přijata na gynekologicko porodnické lůžkové oddělení, kde byla uložena na dvoulůžkový pokoj. Byla založena dokumentace. Následně byly provedeny odběry na hematologické vyšetření (KO, APTT, QUICK) a blokovány 2 jednotky krve.

Vyplněn ošetřovatelský spis, následoval pohovor s klientkou s cílem získání potřebných informací ke stanovení jejích potřeb. Na začátku

pohovoru působila pacientka klidným dojmem, později udávala obavy z operace, žádala přítomnost manžela v operační den.

Následovala příprava k operaci, která zahrnovala přípravu operačního pole, poučení o lačnění a informování klientky o průběhu operačního dne.

V odpoledních hodinách navštívil klientku anesteziolog, se kterým hovořila o předchozích anestéziích a společně na základě těchto informací a přání klientky byl zvolen způsob anestézie. Klientka preferovala celkovou anestézii. Ve 20 hodin byl aplikován Clexane 20 mg s.c. dle ordinace lékaře.

Celá ošetřovatelská anamnéza byla postupně doplňována podle dalších informací během hospitalizace.

2. den hospitalizace, operační den

- Dieta
 - Do operace – nihil per os
 - Po operaci č. OS – čajová
- Perorální terapie
 - 0
- Parenterální terapie
 - Premedikace: Degan 1 amp i.m.
 - Fyziologický roztok, Ringer laktát
 - Oxytocin 5 j. i.v.
 - Ergometrin amp.
 - Dolsin 75 mg i.m./5 hodin
 - Tralgit 100 mg i.m.
 - Clexane 20 mg s.c.

Čas operace byl stanoven na 9. hodin. Klientce bylo ráno v 5 hodin podáno očistné klyzma, po toaletě ve sprše byl zaveden permanentní katétr do močového měchýře. V 8.30 hodin byl aplikován Degan 1 amp. i.m. dle rozpisu lékaře. V 8.45 hodin byla klientka přeložena na porodní sál k provedení císařského řezu.

Operační výkon:

Po obvyklé přípravě operačního pole provedena laparotomie z Pfannenstielova řezu. Po anatomických vrstvách bez stavění krvácení bylo proniknuto stěnou břišní do peritoneální dutiny, kde byla prostřížena vesicouterinní plika a po sesunutí močového měchýře byla kaudálně provedena v dolním děložním segmentu uterotomie, která byla tupě dilatována do stran. Po dirupci vaku blan vytékala čirá plodová voda. Byl vybaven živý plod ženského pohlaví, který byl po přestřížení pupečníku předán do péče pediatra. Po vybavení plodu byla aplikována i.v. uterotonika a manuálně byla vybavena celá placenta i s obaly. Vizualizovaná dutina děložní byla prázdná. Byla provedena sutura děložní stěny pokračujícím stehem, poté pokračujícím stehem sutura vesikouterinní pliky. Byla vysušena dutina břišní, revidována adnexa, která bpn. Po kontrole roušek, které souhlasí se provedla sutura peritonea pokračujícím stehem. Svaly byly sblíženy třemi stehy. Fascie byla sešita pokračujícím stehem a podkoží sblíženo třemi stehy. Kůže byla sešita plastickým vstřebatelným stehem. Odhad ztráty byl 300 ml. Operační výkon byl bez komplikací.

V 9 hodin 6 minut bylo porozeno děvče, váha 3860 g, míra 53 cm. Apgar scóre 9-10-10 (*příloha č. 11*).

Po provedeném operačním výkonu byla v 11.30 přivezena z dospávacího pokoje na pooperační gynekologické oddělení. Klientka byla probuzena. Na oddělení se pokračovalo v pooperační péči.

Plnění ordinací z operačního sálu:

- sledovat TK, P, vědomí,
- dokapat infúzi,
- sledovat bilanci tekutin,
- analgetika dle rozpisu,
- dále dle ordinace lékaře.

Na dospávacím pokoji v 10.00 hodin byla aplikována analgetika, byl přiložen sáček s pískem za fundus děložní a vykapala infúze s 10 j. Oxytocinu.

Na oddělení byla připojena na monitor, byl sledován TK, P po 30 minutách 4 hodiny, dále po 60 minutách 5 hodin. Fyziologické funkce byly

stabilizované. Na operační ránu byl přiložen led, rána nesákla, krvácení z rodidel bylo přiměřené. V 11.45 hod. dokapala infúze. Ve 13 hodin klientka bolesti neměla, vyjadřovala úlevu, že má nejhorší za sebou. V 15 hodin při odpolední vizitě lékař sdělil informace o průběhu operace, paní J.M. udávala bolesti břicha, byla aplikována analgetika.

Zpočátku byla prováděna pasivní rehabilitace, posléze aktivní rehabilitace DK, otáčení v lůžku. Od 15 hodin začínala přijímat v malém množství tekutiny per os. Byla opláchnuta, upraven polštář a doporučen pohyb na lůžku. Po zbytek operačního dne byla podávána analgetika, kontrolován TK, P, kontrola operační rány a krvácení z rodidel.

3. den hospitalizace, 1. pooperační den

- Dieta
 - 0S – čajová
- Perorální terapie
 - 0
- Parenterální terapie
 - Clexane 20 mg s.c.
 - Dolsin 75 mg i.m. 4x/24 hodin.
 - Tralgit 50 mg i.m.

V noci klientka spala přerušovaně, byla podávána analgetika, pravidelně kontrolována operační rána a krvácení z rodidel. Ráno byla provedena toaleta na lůžku a opláchnuta rodidla. Byla odebrána krev na vyšetření krevního obrazu. Klientka pila čaj, neperlivou vodu a nezvracela. Peristaltiku měla, větry odcházely. Po ranní vizitě byl odstraněn permanentní močový katétr. Byla změněna dieta. Před prvním vstáváním udávala bolesti břicha, aplikována analgetika. Po 30 minutách po podání analgetik vstala, s pomocí provedla toaletu u umyvadla. Kolem 13.00 hodiny si došla s pomocí na WC, kde močila spontánně. Ve 16.00 hodin byla přeložena na oddělení šestinedělí. V 17.00 hodin byla ve sprše, převlečena a bylo upraveno lůžko. Po vysprchování byla podána analgetika. Večer se cítila unavená, dcerka jí byla donášena dětskou sestrou na kojení. Na noc aplikována analgetika.

4. den hospitalizace, 2. pooperační den

- Dieta
 - č. 0CH– tekutá, chirurgická
- Perorální terapie
 - Aktiferrin cps.
- Parenterální terapie
 - Clexane 20 mg s.c.
 - Dolsin 50 mg na noc
 - Tralgit 100 mg při bolestech.

Klientka v noci spala, ráno provedla toaletu ve sprše. Močila spontánně, rehabilitovala. Při bolestech byl aplikován muskulárně Tralgit. Kojila, prsy jí nebolely. Projevovala přání zkusit se starat o dceru. Dcera jí byla ponechána přes den, na noc si ji odnesla dětská sestra. Paní J.M. byla unavená, večer byla subfebrilní a měla bolesti.

5. den hospitalizace, 3. pooperační den

- Dieta
 - č. 1 – kašovitá
- Perorální terapie
 - Aktifferin tbl.
- Parenterální terapie
 - Tralgit 50 mg při bolestech.

Klientka v noci spala dobře, neměla zvýšenou teplotu. Operační rána se hojila dobře, zarudnutí ani infiltrace nebyla patrná, rehabilitovala. Očistky odcházely. Prsy jí nebolely, kojila. Pila kolem 2,5 litru tekutin. Přes den analgetika odmítla, na noc žádala podání analgetik.

6 – 7. den hospitalizace, 4. – 5. pooperační den

- Dieta
 - č. 3B – racionální, speciální dieta pro kojící ženy
- Perorální terapie
 - Aktifferin tbl.
 - Tralgit 50 mg při bolestech
- Parenterální terapie
 - 0

Žádné komplikace se nevyskytly, klientka rehabilitovala. Kojení zvládla bez problémů. Byla provedena edukace zaměřená na péči o jizvu po abdominálních operacích.

5. pooperační den

Klientka byla propuštěna do domácího ošetřování.

2.4.5 Charakteristika použitých léčiv

AKTIFFERIN cps.

Indikační skupina: Antianemikum

Indikace: Sideropenie, sideropenická anémie, dárcovství krve, rychlý růst mladistvých, značné menstruační a jiné ztráty krve, těhotenská sideropenická anémie, větší porodní krvácení, kojení.

Nežádoucí účinky: Ojedinele se mohou vyskytnout mírné zažívací obtíže, pálení žáhy, pocit plnosti, tlak v žaludku, zácpa nebo průjem, které většinou mizí se snížením dávky. Přípravky železa mohou způsobit přechodné černé zbarvení stolice.

CLEXANE inj.

Indikační skupina: Antitrombotikum, antikoagulans

Indikace: Profylaxe tromboembolických onemocnění, zejména v ortopedické a všeobecné chirurgii. Prevence srážení krve v mimotělním oběhu při hemodialýze. Léčba hluboké žilní trombózy.

Nežádoucí účinky: Krvácení, trombocytopenie, lokální reakce – bolest, hematom, lokální podráždění. Vzácně kožní nebo systémové alergické reakce.

DEGAN inj.

Indikační skupina: Prokinetikum, antiemetikum

Indikace: Jako symptomatikum při pocitech plnosti a nevolnosti v epigastriu, při nauze, zvracení a singultu různé etiologie. Neúčinný u kinetóz a zvracení psychického původu. Refluxní ezofagitis, pyróza.

Nežádoucí účinky: Jsou ojedinělé, mírné a přechodné. Jejich incidence koreluje s vyšší dávkou a trváním léčby. Nejčastěji se vyskytuje únava, ospalost, neklid, méně často insomnie, cefalea, konfúze, vertigo nebo mentální deprese, střevní potíže, urtikarie a pocit sucha v ústech.

DOLSIN inj.

Indikační skupina: analgetikum, anodynum

Indikace: Přípravek je indikován k léčbě silné akutní bolesti po těžkých úrazech, operacích a k léčbě chronické bolesti při zhoubných nádorech. Potlačuje dušnost při selhání srdce, plicním edému, plicní embolii, karcinomu plic nebo při jiných závažných plicních onemocněních spojených s dušností. Uvolňuje křeče hladkého svalstva zažívací soustavy a při renální kolice. Používá se k premedikaci před anestezií. Používá se k tlumení porodnických kontrakcí.

Nežádoucí účinky: Nejčastější je nevolnost a zvracení, zácpa, nízký TK, psychické změny spojené s dezorientací, ospalostí, zmateností. Může se také objevit sucho v ústech, pocení, zčervenání v obličeji, závratě, zpomalení srdeční frekvence, palpitace, nízký TK při postavení se, snížení TT, neklid, změny nálady, halucinace, zúžené špendlíkové zornice, zdržování moči a křeče žlučovýchodů.

ERGOMETRIN inj.

Indikační skupina: Uterotonikum

Indikace: Prevence a léčba krvácení z dělohy po porodu, císařském řezu či potratu. Jako pomoc ke stažení dělohy do původní velikosti po porodu, kdy je tonus děložních svalů snížen.

Nežádoucí účinky: Nevlnost a zvracení způsobené drážděním centra pro zvracení. Nepříznivými účinky jsou výrazně vyšší TK, křeče, bolesti hlavy, závrať, zmatenost a ztráta vědomí převážně se vyskytující u pacientů s vysokým TK. Zřídka se vyskytují přecitlivělé reakce (kožní vyrážky, nízký TK, anafylaktický šok), bolest na hrudníku a dušnost.

OXYTOCIN inj.

Indikační skupina: Uterotonikum, galaktokinikum

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

Nežádoucí účinky: Nejčastěji dochází ke zvýšenému poporodnímu krvácení, hypoprotrombinémii či zvýšené fragilitě erytrocytů. Ojedinele se objevuje zvracení, alergické reakce a arytmie (bradykardie matky a plodu).

TRALGIT inj.

Indikační skupina: Analgetikum, anodynum

Indikace: Akutní a chronické střední až silné bolesti různého původu, zejména v chirurgii, porodnictví, onkologii, revmatologii, ortopedii, po stomatologických zákrocích, v neurologii a v jiných oborech. Vhodný pro předcházení bolesti při bolestivých vyšetřovacích nebo léčebných zákrocích.

Nežádoucí účinky: Nejčastěji se vyskytuje nevolnost a závrať, občas se může vyskytnout zvracení, zácpa, pocení, sucho v ústech, bolesti hlavy, malátnost a zmatenost (8).

2.4.6 Prognóza onemocnění

Císařský řez je dnes již běžnou porodnickou operací, výše rizik a komplikací je srovnatelná s každou jinou břišní operací. Prognóza ze stran dítěte bývá většinou dobrá. Snaha o co možná nejmenší traumatizaci plodu, kdy riziko traumatizace plodu se zvyšuje s nezralostí plodu. Rozvoj anestézie, správná volba anestézie dává dnes operátorovi možnost získat tolik potřebný čas k vybavení dítěte.

Prognóza matky po císařském řezu ohledně dalších těhotenství je dnes dobrá. Pokud nenastanou při císařském řezu komplikace, kdy operátor musí přistoupit k hysterektomii, tak plodnost žen je ve většině případů zachována. Dnes je snaha o co nejmenší traumatizaci tkání, profylaktickým podáváním antibiotik se výrazně zmenšilo riziko zánětlivých komplikací po SC. Provedením uterotomie v dolním děložním segmentu je riziko poranění močového měchýře a s ním spojené komplikace s mikcí. Z pozdních komplikací nelze opomenout riziko ruptury děložní při dalším těhotenství a porodu. Proto je velice důležité, k rodičce, která má císařský řez v anamnéze vždy přistupovat obezřetně. Ohledně vedení dalšího porodu, je vždy nutné zvážit trvá-li indikace z předchozího SC, či ne. Někdy porodník raději přistoupí k dalšímu císařskému řezu než k vedení porodu vaginální cestou. Velkou výhodou je, provádí-li se císařský řez ve stejném zařízení a je-li možnost zajistit si záznam předchozího operačního protokolu. Vždy je však nutné mít na paměti, že císařský řez je velká břišní operace, která sebou nese svá rizika (3, 5).

3 Ošetrovatelská část

3.1 Úvod

Ošetrovatelská péče o klientku byla prováděna metodikou ošetrovatelského procesu. K hodnocení informací a stanovení cílů byl použit teoretický model Marjory Gordonové.

3.1.1 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je systematický přístup k ošetrování nemocných, který řeší individuální potřeby nemocného. Je zaměřen na uspokojování potřeb po stránce tělesné, psychické, sociální a duchovní.

Má několik fází, které se prolínají a opakují:

- 1. Zhodnocení nemocného** – probíhá na základě sběru informací o nemocném. Sběr informací probíhá na základě rozhovoru s nemocným, dotazníků, testů, získávání informací ze zdravotnické dokumentace, pozorováním nemocného a informacemi od blízkých nemocného.
- 2. Stanovení ošetrovatelské diagnózy** – na základě zjištěných informací a zhodnocených potřeb nemocného se stanovují ošetrovatelské diagnózy. Jsou sestaveny podle aktuálnosti, mění se v čase podle stavu nemocného. Diagnózy dělíme na aktuální a potencionální. Aktuální diagnóza je vyjádřením přítomného ošetrovatelského problému nebo potřeby. Potencionální diagnóza je vyjádření určitého rizika nebo ohrožení pacienta.
- 3. Plánování ošetrovatelské péče** – na základě stanovené diagnózy je stanoven individuální plán ošetrovatelské péče. Sestra stanovuje cíle a plánuje intervence, vše konzultuje s nemocným. Cíl by měl být zaměřený na pacienta, reálný, měřitelný, pozorovatelný a časově ohraničený.
- 4. Realizace ošetrovatelského plánu** – zajištění navržených činností, které vedou k dosažení cíle.
- 5. Hodnocení ošetrovatelského plánu** – sestra hodnotí zda bylo dosaženo stanoveného cíle. Pokud došlo k dosažení cíle, ukončí proces. Nebyl-li cíl dosažen, je třeba celý plán přehodnotit.

3.1.2 Ošetřovatelský model

Model je vědecká konstrukce, obraz, představa či popis zkoumaného jevu nebo předmětu.

Koncepční model soustředí pozornost na některé oblasti, které autor považuje za důležité a jiné za méně důležité vylučuje. Koncepční modely ošetřovatelství definují:

- osobu – nejčastěji jako bio-psycho-socio-spirituální bytost,
- prostředí – vnitřní struktury a vnější vlivy, v některých modelech je prostředí považováno za zdroj stresů a v jiných za zdroj zdrojů,
- zdraví – kontinuum od adaptace k maladaptaci, nebo jako dvojitost behaviorální stálosti a nestálosti, či jako hodnotu, kterou definuje každá kulturní hodnota jinak,
- ošetřovatelství – prostřednictvím specifikace cílů ošetřovatelských činností a ošetřovatelského procesu.

Model funkčního zdraví dle Marjory Gordonové

Tento model je odvozován z interakce osoba – prostředí. Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio-psycho-sociální a duchovní interakce. Při kontaktu s klientem sestra identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví. Základní strukturu tvoří 12 vzorců funkčního zdraví.

Vnímání zdraví – udržování zdraví – vnímání zdraví a pohody jedincem a způsoby jakými se stará o vlastní zdraví.

Výživa – metabolismus – zahrnuje způsob přijímání potravy a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu.

Vylučování – zahrnuje exkreční funkci střev, močového měchýře a kůže.

Aktivita – cvičení – způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami, zahrnuje aktivity denního života, volného času a rekreační aktivity.

Spánek – odpočinek – způsob spánku, oddechu a relaxace.

Vnímání – poznání – schopnost smyslového vnímání a poznávání, včetně bolesti, kognitivní schopnosti jedince: orientace, řeč, paměť, abstraktní myšlení, schopnost rozhodování...

Sebepojetí – sebeúcta – jak jedinec vnímá sám sebe, jakou má o sobě představu.

Role – vztahy – přijetí a plnění životních rolí a úrovně interpersonálních vztahů.

Reprodukce – sexualita – reprodukční období a sexualita, včetně spokojenosti a změn.

Stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance – celkový způsob tolerance a zvládání stresových či zátěžových situací.

Víra – životní hodnoty – individuální vnímání životních hodnot, cílů, přesvědčení, včetně víry.

Jiné

Popis a hodnocení dvanácti vzorců zdraví umožní sestře rozeznat, zda se u klienta jedná o funkční chování (ve zdraví) nebo o dysfunkční chování (v nemoci).

Dysfunkční vzorec je projevem aktuálního onemocnění jedince nebo může být znakem potencionálního problému. Pokud sestra takový vzorec identifikuje, musí ho označit, zformulovat ošetřovatelskou diagnózu a pokračovat v ostatních krocích ošetřovatelského procesu (1).

3.2 Ošetřovatelská anamnéza

Na základě pozorování, měření, rozhovoru s pacientkou, poradou s členy zdravotnického týmu, sběrem informací ze zdravotnické dokumentace klientky a s ohledem na pooperační stav bylo vypracováno zhodnocení stavu podle modelu M. Gordonové.

Vnímání zdraví

Paní J. M. nebyla nikdy závažně nemocná, v dětství prodělala operaci slepého střeva. Lékařem v těhotenské poradně bylo navrženo ukončení těhotenství císařským řezem, s operací souhlasila.

Těhotenskou poradnu navštěvovala pravidelně. O své zdraví má zájem, snaží se o zdravý životní styl. Alkohol nepije, nekouří, pasivním kuřákem není, kávu pije 2x denně.

Výživa a metabolismus

Stav výživy je dobrý. Váží 73 kg a měří 170 cm. V těhotenství přibrala 13 kilogramů. Na začátku těhotenství měla nauzeu, ale nezvracela. Dietu nedržela, stravu se snažila jíst pestrou, má ráda hodně zeleniny, stravuje se 5x denně. Vitaminové doplňky neužívala. Za den vypije přibližně 2 litry tekutin.

Dieta OS – čajová, pije vodu nebo čaj, nauzeu nemá, nezvrací. Od operace má zavedený periferní žilní katétr.

Vylučování

Stolici měla před otěhotněním pravidelnou, od počátku těhotenství jí měla nepravidelnou. Žádná laxativa neužívala. Před operací ráno dostala klyzma. Obtíže s močením před operací neměla, močila ale častěji. Moč udržela.

Větry odešly ráno. Od operace má zavedený permanentní močový katétr, který odvádí čistou moč, bez viditelných příměsí. Množství odvedené moče je 1200 ml.

Aktivita a cvičení

Paní J. M. uvedla, že ráda rekreačně plavala, před otěhotněním lyžovala. Pohyb měla ráda, dlouhá procházka jí vždy udělala dobře. Ráda četla knihy. Klientka se svěřila, že je nerada na někom závislá, proto se bude snažit o sebe co nejdříve sama postarat.

Měla klidový režim na lůžku, pohyb v lůžku jí nedělal problémy, cvičila končetinami a otáčela se. Ráno se snažila posadit, s obtížemi se posadila.

Spánek a odpočinek

Poslední dny se cítila unavená, hodně odpočívala. V noci nemohla spát, častěji se budila, protože musela chodit močit. Hůře hledala polohu ke spaní, většinou spala na boku, pod hlavou měla dva polštáře. Spala při otevřeném okně. Léky na spaní neužívala.

V noci spala přerušovaně, občas jí vzbudila bolest v podbřišku. Budila jí také sestra, která jí chodila kontrolovat. Nevěděla jak si má lehnout. K ránu usnula.

Vnímání, pozorování

Sluch má dobrý, brýle nenosí. Poruchu řeči nemá. S pamětí problémy nikdy neměla. Rozhodování jí nedělá problémy.

Je při vědomí, orientovaná časem, místem, osobou i situací. Jak uvedla paní J. M. bolest zatím zvládá dobře, injekce jí vždy pomohou.

Sebepojetí a sebeúcta

Klientka uvedla, že pracovala do mateřské dovolené. Práce jí přinášela uspokojení, nebyla fyzicky náročná. Uvedla, že na období těhotenství bude ráda vzpomínat.

Při rozhovoru působila klidným dojmem, očnímu kontaktu se nevyhýbala.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Moc se těšila na narození dcerky, ale vyjadřovala obavu, jak vše po návratu z nemocnice zvládne. Velkou oporou jí byl manžel. Manželství hodnotila jako spokojené.

Projevovala zájem o dceru, prohlížela si fotografii dcery.

Sexualita

Menstruaci má od 14 let, cyklus byl pravidelný. Těhotná je podruhé, porod první. Na gynekologické kontroly chodila pravidelně.

O sexuálním životě jsme vzhledem k pooperačnímu stavu nehovořily.

Stres, reakce na zátěžové situace

Paní J. M. uvedla, že zvládá zátěžové a stresové situace dobře, nikdy neměla potřebu je řešit alkoholem, drogami nebo léky. Problémy vždy řešila hned, co se objevily. Velkou oporou jí byl manžel. Vyjadřovala obavy o dítě, měla strach z možných komplikací, které by mohly nastat během operativního porodu.

Subjektivně se cítila dobře, byla ráda, že už má operaci za sebou. Opakovaně se ptala na dceru, řekla, že by byla ráda, kdyby jí mohla mít už sebe.

Životní hodnota, víra

Není věřící. Věří jen tomu, že všechno na světě má svoji příčinu. Je spíše realista. Do budoucna má hodně plánů, její životní prioritou je velká rodina. Jejím největším přáním bylo narození zdravého potomka.

Po operaci začínala věřit, že to doma za pomoci manžela zvládne.

Jiné

Klientka neuvedla žádné jiné důležité informace, než které byly zařazeny výše.

3.3 Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské diagnózy se vzťahujú k 3. dni hospitalizace, 1 pooperačnímu dni. Plán péče byl stanoven na 12 hodin. Tento den jsem klientku ošetřovala a považuji ho ze svého pohledu za velice důležitý. Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny podle zhodnocení aktuálních potřeb a potenciaálních rizik klientky a byly seřazeny podle naléhavosti k výše uvedenému dni.

Seznam aktuálních diagnóz:

- akutní bolest v souvislosti s operační ránou,
- strach o dítě v souvislosti s operačním porodem,
- deficit soběstačnosti v souvislosti s operačním výkonem,
- porušená integrita kůže v souvislosti s operačního výkonu.

Seznam potenciaálních ošetrovatelských diagnóz:

- riziko vzniku tromboembolie v souvislosti s operačním výkonem,
- riziko rozvoje infekce v souvislosti se zavedeným periferním žilním katétrem,
- riziko infekce močových cest v souvislosti se zavedeným močovým katétrem,
- riziko poruchy vyprazdňování moče v souvislosti s odstraněním permanentního močového katétru,
- riziko rozvoje infekce pohlavních orgánů ženy v souvislosti s operačním výkonem v malé pánvi, odchodem lochií, pooperační imobilizací a sníženou schopností péče o osobní hygienu,
- riziko neefektivního kojení v souvislosti s operačním porodem.

3.4. Krátkodobý plán ošetrovatelské péče, realizace a hodnocení

Krátkodobý ošetrovatelský plán byl stanoven na 12 hodin. Plán obsahuje cíl, plán, realizaci a hodnocení ošetrovatelské péče. Jednotlivé ošetrovatelské diagnózy, které jsou seřazeny podle aktuálnosti 1. pooperačního dne.

3.4.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Akutní bolest v souvislosti s operační ránou

Cíl:

- po podání analgetik ucítí do 30 minut úlevu,
- bolest nebude klientku omezovat při mobilizaci a vertikalizaci.

Plán péče:

- podávej analgetika (Dolsin 75 mg i.m.) podle ordinace lékaře (5-11-17-23), při bolesti v mezidobí podej Tralgit 50 mg i.m.,
- sleduj stupeň bolesti pomocí stupnice bolesti,
- sleduj účinky podaných analgetik pomocí stupnice bolesti,
- vertikalizuj po podání analgetik,
- doporuč úlevové polohy,
- sleduj verbální a mimické projevy bolesti,
- mobilizuj a vertikalizuj s přidržováním operační rány.

Realizace:

Analgetika byla podána podle rozpisu lékaře (5-11-17-23). Bolest klientka hodnotila podle škály bolesti od 1 do 10 (*graf č. 4*). Dopoledne udávala bolesti v místě operační rány, byla podána analgetika (Tralgit 50mg i.m.) a vertikalizace proběhla až 30 minut po podání analgetik. Klientka byla poučena o úlevových polohách. Při bolesti klientka zaujímalá úlevovou polohu na pravém boku s pokrčenými dolními končetinami. Při mobilizaci a vertikalizaci si přidržovala operační ránu.

Hodnocení:

Zvládání bolesti klientka hodnotila pozitivně. Podáním analgetik se do 30 minut podařilo téměř úplně odstranit bolest v operační ráně. Při mobilizaci a vertikalizaci nebyla omezena nadměrnou bolestí. Množství ordinovaných analgetik bylo dostačující (5-11-17-23). Pouze jednou byla podána analgetika v mezidobí (5-11). Klientka neměla bolest, kterou by považovala za obtěžující.

Strach o dítě v souvislosti s operačním porodem

Cíl:

- klientka nebude mít nadměrný strach o dítě,
- klientka bude informována o aktuálním stavu dítěte.

Plán péče:

- zajisti informovanost klientky,
- zajisti pravidelné přinášení dítěte klientce,
- přeložit klientku na oddělení šestinedělí.

Realizace:

Dítě bylo klientce přineseno ráno v 6.00 hodin, sestra jí informovala o stavu dcerky během noci. Dcerka byla přiložena k prsu a po přiložení spokojeně sála mateřské mléko. Dále byla dcera přinesena v 11.00 hodin. Po dobu návštěv, v 15.00 hodin, byla klientce ponechána na pokoji. Dále se domluvila s dětskou sestrou, že jí bude dcera přinesena hned po přeložení na šestinedělí. Dětský lékař informoval matku o výsledku ultrazvukového vyšetření ledvin, nález byl fyziologický. Paní J. M. byla velice ráda, že je dcera v pořádku.

Hodnocení:

Informovaností klientky došlo ke zmírnění strachu o dítě. Klientka byla moc ráda, že jí sestra ponechala dcerku na pokoji. Subjektivně hodnotila, že s každou další informací o dceři se stává klidnější.

Deficit soběstačnosti v souvislosti s operačním výkonem

Cíl:

- klientka bude soběstačná v sebeděči do 12 hodin.

Plán péče:

- zajisti pití na dosah klientky,
- zajisti pomoc klientce s pohybem,
- zajisti pomoc s hygienou,
- vertikalizuj klientku.

Realizace:

Ráno klientka provedla hygienu s pomocí sestry, byla jí opláchnuta rodidla. Klientce byl dán stoleček s pitím na dosah ruky. Do pití jí bylo dáno brčko. Při vstávání jí byla poskytnuta pomoc. V dopoledních hodinách proběhla vertikalizace. Po vertikalizaci provedla hygienu sama u umyvadla. Během dne se stávala v sebeděči stále více nezávislá na pomoci sestry.

Hodnocení:

Na konci služby byla klientka soběstačná v sebeděči.

Riziko infekce v souvislosti s porušenou integritou kůže v místě operačního výkonu

Cíl:

- u klientky nedojde k infikování operační rány,
- klientka bude vědět, jak pečovat o ránu.

Plán péče:

- kontroluj operační ránu a případnou sekreci,
- dodržuj zásady asepse a minimalizuj riziko vstupu infekce do rány zvenčí při jejím ošetřování,
- doporuč časté sprchování rány,
- doporuč dodržování čistoty rukou a prádla, přicházejícího do styku s operační ránou,
- doporuč nošení vhodného spodního prádla, které nebude dráždit operační ránu a její okolí.

Realizace:

Operační rána byla ošetřena desinfekcí, na ránu byl aplikován Novikov. Klientka byla poučena jak ránu sprchovat. Prádlo bylo měněno podle potřeby, nosila volné bavlněné spodní prádlo. Proběhla edukace ošetřování operační rány, tlakové masáže bude provádět až po odstranění stehu z operační rány.

Hodnocení:

U klientky se neobjevily známky zánětu. Rána byla klidná, nesákla. Byla bez zarudní. Klientka věděla jak o ránu pečovat.

3.4.2 Potencionální ošetřovatelské diagnózy

Riziko vzniku tromboembolie v souvislosti s operačním výkonem

Cíl:

- klientka nebude mít příznaky TEN,
- minimalizovat riziko včasnou pooperační mobilizací a vertikalizací.

Plán péče:

- zajisti časnou pooperační mobilizaci a vertikalizaci,
- povzbud' klientku k časnému vstávání po operaci.

Realizace:

Ráno se pohybovala v lůžku, otáčela, cvičila končetinami. V dopoledních hodinách klientka vstala. Při vstávání byla poučena, že se má dívat nahoru a nezavírat oči, poté došla k umyvadlu. Po poledni již v doprovodu došla na WC. Odpoledne se sama procházela po pokoji kolem lůžka.

Hodnocení:

Díky časně mobilizaci a vertikalizaci neměla po celou dobu žádné příznaky tromboembolie. Klientka byla vertikalizována.

Riziko rozvoje infekce v souvislosti se zavedeným periferním žilním katétrem

Cíl:

- klientka nebude mít příznaky infekce v místě zavedené žilní kanyly,
- klientka bude znát příznaky infekce a včas bude signalizovat případné obtíže.

Plán péče:

- sterilně ošetřuj zavedený periferní žilní katétr (dále jen PŽK) a při ošetření kontroluj a hodnot' místo vpichu dle stupnice Maddona. Každých 24 hodin (17.00),
- ponechej zavedený PŽK v jednom místě maximálně 72 hodin od zavedení (do 2. pooperačního dne),
- pouč klientku o možných příznacích infekce v okolí PŽK (bolest, pálení, horkost, zduření...).

Realizace:

PŽK byl ošetřen za sterilních podmínek. Byla provedena kontrola místa vpichu. Pátrala jsem po subjektivních nepříjemných pocitech klientky ze zavedeného PŽK. V odpoledních hodinách byl PŽK odstraněn.

Hodnocení:

Klientka neměla v místě vpichu příznaky infekce. Hodnocení dle Maddona bylo 0 (*příloha č. 8*).

Riziko infekce močových cest v souvislosti se zavedeným močovým katétrem

Cíl:

- permanentní močový katétr bude odstraněn do 48 hodin od zavedení (do 2. pooperačního dne),
- klientka nebude mít příznaky infekce močových cest (dále jen IMC),
- klientka vypije 2 litry tekutin.

Plán péče:

- ke sběru moče použij uzavřený sběrný systém,
- ponechej katétr zavedený jen na nezbytně nutnou dobu,
- zajisti zvýšený příjem tekutin, minimálně 2 litry,
- aktivně nabízej klientce tekutiny,
- pouč klientku o možných příznacích IMC (pálení, řezání),
- sleduj TT třikrát denně.

Realizace:

Ke sběru moče byl použit uzavřený sběrný systém. Při vizitě bylo ordinováno odstranění močového katétru. Po vizitě (v 7.30 hodin) byl močový katétr odstraněn. Klientka byla poučena o příznacích IMC (časté močení, pálení, řezání). Klientce byly aktivně nabízeny tekutiny, které snášela velice dobře.

Hodnocení:

U klientky se po celou dobu neobjevily příznaky IMC. Močový katétr byl odstraněn za necelých 24 hodin od zavedení. Příjem tekutin dosáhl 2,5 litru/24 hodin.

Porucha vyprazdňování moče v souvislosti s odstraněním permanentního močového katétru

Cíl:

- klientka se spontánně vymočí do 8 hodin po odstranění močového katétru,
- nebude mít potíže s močením.

Plán péče:

- zajisti dostatečný příjem tekutin, po odstranění močového katétru do první mikce vypije minimálně 1 litr tekutin,
- nabízej aktivně tekutiny,
- při potížích s mikcí použij techniky k jejímu spuštění,
- sleduj příměsi a množství moče, dysurické potíže.

Realizace:

Permanentní močový katétr byl odstraněn v 7.30 hodin. Tekutiny byly aktivně nabízeny, klientka vypila do první mikce 1 litr tekutin.

Hodnocení:

Ke spontánnímu močení došlo za 6 hodin od odstranění. Moč byla čirá, potíže s mikcí ani dysurické obtíže neměla.

Riziko rozvoje infekce pohlavních orgánů ženy v souvislosti s operačním výkonem v malé pánvi, odchodem lochií, pooperační imobilizací a sníženou schopností péče o osobní hygienu

Cíl:

- klientka nebude mít příznaky infekce ženských pohlavních orgánů a vyhne se tím následkům, jež mohou být s touto komplikací spojené,
- klientka zná příznaky těchto onemocnění a včas signalizuje případné obtíže.

Plán péče:

- sleduj třikrát denně tělesnou teplotu (dále jen TT) klientky (6-13-18),
- zajisti hygienické ošetření rodidel,
- sleduj kvalitu odcházejících lochií,
- zajisti dostatečné množství vložek a jejich včasnou a častou výměnu (každou sudou hodinu),
- doporuč častou hygienu rukou,
- zajisti častou výměnu ložního a osobního prádla (3x denně),
- pouč klientku o možných příznacích infekce a požádej o jejich včasnou signalizaci.

Realizace:

TT klientky byla sledována třikrát denně (6-13-18). Ráno a dopoledne byla rodidla opláchnuta pomocí irigátoru, odpoledne byla hygiena provedena ve sprše. Byla sledována kvalita lochií, vložky byly dopoledne měněny sestrou každou sudou hodinu, v případě potřeby i dříve. Odpoledne si již klientka měnila vložky sama. Ložní a osobní prádlo bylo měněno třikrát denně. Doporučila jsem klientce častou hygienu rukou. Klientka byla poučena o možných příznacích infekce pohlavních orgánů a požádána o jejich včasnou signalizaci.

Hodnocení:

Klientka neměla po celou dobu příznaky infekce pohlavních orgánů. TT byla fyziologická. Klientka byla poučena. Lochia odcházela v přiměřeném množství, bez zápachu a patologického vzhledu.

Riziko neefektivního kojení v souvislosti s operačním porodem

Cíl:

- podporovat kojení,
- přinést dítě ke kojení čtyřikrát za 12 hodin.

Plán péče:

- zajisti přinášení dítěte ke kojení čtyřikrát za 12 hodin,
- po vertikalizaci zajisti, aby klientka měla možnost za dítětem docházet,
- edukuj klientku o kojení, ukaž jí jak správně přiložit dítě k prsu,
- edukuj klientku o ošetřování bradavky a pouč o příznacích retence mléka.

Realizace:

Dítě bylo klientce přineseno ke kojení čtyřikrát za 12 hodin. Klientka se učila přikládat dítě k prsu, pokud jí to nešlo, tak jí pomohla dětská sestra. Klientka byla moc ráda, že se dítě bez větších problémů přisaje. Klientka byla poučena o zvýšené hygieně a ošetřování bradavek a příznacích retence mléka.

Hodnocení:

Přinášené dítě bylo vždy přiloženo k prsu. Klientka byla poučena jak správně přikládat dítě k prsu, dítě se hned přisálo a spokojeně sálo mateřské mléko.

3.4 Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče, realizace a hodnocení

1.-2. pooperační den

Klientka první pooperační den v odpoledních hodinách byla přeložena z operační gynekologie na oddělení šestinedělí. Na noc jí byla aplikována analgetika, spala již o něco lépe než v operační den. Bylo jí doporučeno, aby hodně pila. Pasáž střev byla obnovena ráno prvního operačního dne, proto byla změněna dieta na 0CH. Ráno druhého pooperačního dne začala postupná realimentace tekutou stravou. Stravu klientka snášela bez větších problémů. Nauzea se neobjevila, nezvracela.

Analgetika byla aplikována dle ordinace lékaře, paní J. M. vždy tak půl hodiny před plánovaným podáním analgetik pociťovala zvyšující se bolest. Při bolesti zaujímal její osvědčenou polohu na pravém boku s pokrčenými dolními končetinami. Rehabilitace proběhla za pomoci fyzioterapeutky, která docházela na oddělení jednou denně. Po zbytek dne přebírala tuto činnost sestra. Dále byl preventivně aplikován Clexane 20 mg pod kůži jednou za den ve 20.00 hodin.

Dítě bylo pravidelně přinášeno, naposledy ve 22 hodin. Na přání paní J. M. jí bylo vždy nějakou dobu ponecháno na pokoji. Proběhla edukace kojení. Péči o dítě i nadále prováděla dětská sestra.

3. pooperační den

Klientka již byla plně soběstačná. Operační ránu si pravidelně sprchovala. Rána byla klidná bez zarudnutí či patrné infiltrace. Dvakrát denně byla kontrolována TT, která byla normální. Klientka projevila přání starat se o dcerku, což jí bylo umožněno. Dále byla aplikována analgetika. Bolest již nepovažovala za tak velikou, hodnotila ji podle škály bolesti do 4.

Dietu měla tekutou, pila tak 2,5–3 litry tekutin. Pila čaj nebo neperlivou vodu. Větry odcházely, stolici zatím neměla. Nadále probíhala rehabilitace. Došlo k nalití prsou, prsy byly bolestivé. Byla poučena jak správně odstříkávat. Po odstříkání mléka nastala úleva.

4. pooperační den

Operační rána byla klidná, stravu přijímala kašovitou. Měla první stolice od operace. Analgetika žádala pouze na noc. O dceru se starala již sama v rámci room-in péče. Kojila, prsy jí nebolely.

5. pooperační den

Strava byla normální, speciálně upravena pro kojící matky. Operační rána byla zhojena per primam, byly odstraněny konce vstřebatelného stehu. Proběhla edukace péče o jizvu. Očistky odcházely. Prsy byly klidné, nebolely, plně kojila.

V odpoledních hodinách byla propuštěna do domácího ošetření, klientku s dítětem vyzvedl manžel. Před propuštěním byla poučena o kontrole po šestinedělí, o pohlavním životě a možnostech antikoncepce po porodu. Současně byla poučena, že pokud neproběhne do 3 dnů návštěva dětské sestry, bude sama kontaktovat dětského lékaře.

3.5 Psychologie klientky

Těhotenství a porod jsou neopakovatelnou událostí v životě ženy. Těhotenství je obdobím nejenom fyzických změn, ale i psychických a sociálních. Reakce ženy na těhotenství je podmíněna několika faktory:

- osobností ženy, identifikace s ženskou rolí,
- motivací k těhotenství (chtěné x nechtěné, plánované x neplánované),
- somatickým stavem,
- sociálními a ekonomickými faktory rodiny.

V těhotenství je velice častá pocitová ambivalence, kdy se střídá radostná nálada a pocity štěstí s negativními emocemi jako je strach a úzkost. Úzkost daná obavami o sebe (nejčastěji z průběhu těhotenství a porodu), o zdraví dítěte a zvládnutím rodičovské role. Vztah k nenarozenému dítěti se utváří již během těhotenství, postoj a chování těhotné ženy je většinou ovlivněn, zda je těhotenství chtěné či nechtěné, plánované nebo neplánované. Je potřeba mít na paměti, že chtěné a plánované těhotenství nemusí vždy zaručovat nejlepší podmínky pro vývoj dítěte. Psychiku ženy může ovlivňovat i její somatický stav, zvláště u žen se zatíženou porodnickou anamnézou se setkáváme s psychosomatickými potížemi jako je: porucha spánku, přetrvávající nauzea nebo zvracení i po prvním trimestru, žaludeční obtíže, časté močení, hypertenze... Průběh a délka porodu je úzce spjata s psychickým stavem rodičí ženy. Je známo, že žena, která je během porodu klidná, vnímá kontrakce jako méně intenzivní. Velice kladně působí na psychiku žen přítomnost rodinného příslušníka během porodu. Pocit ohrožení souvisí s mírou informací, proto je velice důležité, aby měly ženy dostatek informací.

Nemoc znamená pro člověka zásah do běžného způsobu života. Pohled na nemocného by měl být vždy komplexní. Sestra nevnímá pouze nemoc, ale poznává i osobnost člověka a snaží se pomoci nemocnému v adaptaci na nově vzniklou situaci. Průběh nemoci je silně ovlivněn psychickým stavem, osobností nemocného a sociální situací, ve které se nemocný právě nachází. Reakce nemocného a postoj k nemoci může být různý. Většina nemocných reaguje přiměřeně na nově vzniklou situaci, přijímá diagnózu a doporučení k léčbě. Jiní nemocní nemoc bagatelizují - neléčí se, doporučení neberou vážně a navrhovaná opatření nedodržují. Jindy naopak disimulují - popírají příznaky nemoci, zkreslují

informace lékaře. Někdy má zase nemocný nadměrný strach z nemoci, vyžaduje potvrzení diagnózy od více lékařů, dožaduje stále více odborných vyšetření (2).

Těhotenství bylo chtěné a plánované, klientka od samého počátku působila klidným dojmem. Důvod ukončení těhotenství císařským řezem znala, informována byla již lékařem v těhotenské poradně. Přikláněla se k doporučení lékaře ukončit těhotenství císařským řezem a uvedla, že by se velice bála možných komplikací, které by mohly nastat během spontánního porodu dítěte zadečkem. Adaptace na nemocniční prostředí proběhla velice dobře.

Informovaností klientky došlo ke zmírnění strachu z operace, strach paní J. M. v operační den hodnotila jako minimální. Strach o zdraví nenarozeného dítěte přetrvával i po porodu. Ke zmírnění strachu vždy došlo přinesením dcerky a informovaností klientky o jejím aktuálním stavu. Každým kontaktem s dcerou se stávala klientka klidnější. Jak sama hodnotila: „*strach budu mít do té doby, než budu mít dcerku u sebe na pokoji a budu se moci o ní sama postarat*“. Jak mi později uvedla, tak jí také hodně pomohla přítomnost manžela. Během celé hospitalizace klientka velice dobře spolupracovala s ošetřujícím personálem. Paní J. M. byla zvědavá, při každém kontaktu se ptala a kladla otázky, na které jí bylo vždy ochotně odpovězeno. Při komunikaci se nevyskytl žádný problém, který by se musel řešit.

Zájem o dcerku jí vedl k brzké mobilizaci a včasné vertikalizaci. Jak sama uvedla: „*Dcera je pro mě motivací a motorem. Chci se co nejdříve o ní sama postarat a mít jí u sebe...*“ Chování paní J. M. k dceři, nevykazovalo žádnou poruchu včasné interakce matky s dítětem. Již od prvního kontaktu klientky s dcerkou byl patrný kladný vztah matky k dítěti.

3.6 Sociální problematika

Klientka je vdaná, bydlí s manželem ve vlastním bytě 3+1, ve čtvrtém patře bez výtahu. Kočárek bude mít uložen ve společné místnosti v přízemí domu. Dcerka zatím bude spát s nimi v ložnici, později bude mít vlastní pokoj. Paní J. M. byla zaměstnána, pracovala jako sekretářka, nyní pobírá peněžitou pomoc v mateřství. Manžel je také zaměstnán.

Jak uvedla klientka, problémy s propuštěním nejsou. Po propuštění má manžel u zaměstnavatele plánovanou dovolenou, tak jí s péčí o dcerku a s domácností v počátku pomůže.

3.7 Edukační plán

V průběhu celé hospitalizace probíhala edukace. Edukace proběhla bez větších zádrhelů. Paní J. M. byla zvědavá. Chtěla se učit a to přispělo k tomu, že se velice dobře učila zvládat nové situace. Zájem o dceru, kojení a svůj zevnějšek byl patrný při každém kontaktu s klientkou. Edukace probíhala postupně.

Dechová cvičení a odkašlávání s fixací břišní stěny

Podávání celkové anestézie (intubace) působí někdy podráždění dýchacích cest (pocity škrábání v krku, kašel) a nauzeu. Dýchací cesty je třeba uvolnit odkašláváním. Pacientky se kašlí brání, protože způsobuje napínání břišní stěny a bolest v operační ráně. Bez větších obtíží lze odkašlat s fixací břišní stěny.

- Při fixování břišní stěny dlaně obou rukou položíme vedle nebo nad operační ránu, podle druhu operace.
- Pacientka má obě dolní končetiny pokrčené, chodidla opřená o podložku.
- Při zakašlání tlačíme dlaněmi mírně dolů, abychom zabránili zdvihání břišní stěny. Vykašlané hleny nesmí pacientka polykat.

Postup vstávání z lůžka

- Pacientka se otočí na bok a přisune se k okraji lůžka. Skrčí dolní končetiny, špičky nohou se přisune k okraji lůžka.
- Vzdálenější horní končetinou se opře dlaní o lůžko, vzepře se o dlaň a současně spustí dolní končetiny z lůžka. Posadí se, zhluboka dýchá, nezavírá oči.
- Procvičí dolní končetiny v kotníku a v koleně. Zvolna se postaví za pomoci sestry nebo rehabilitačního pracovníka.

Postup ukládání na lůžko

- Pacientka stojí bokem k lůžku a čelem k polštáři. Zdvihne dolní končetinu, bližší k lůžku a nasedne na okraj lůžka.
- Dlaněmi se opře o okraj lůžka vedle polštáře, položí se na bok a současně zdvihne obě končetiny na lůžko. Otočí se z boku na záda.

Péče o jizvu po abdominálních operacích

Tato péče má urychlit vstřebávání infiltrátů v operační ráně a zabránit svrašťování jizvy. S péčí o jizvu začínáme až po odstranění stehů z operační rány a jen tehdy, je-li rána zhojená.

- Pacientku naučíme provádět jemnou tlakovou masáž v poloze vleže na zádech s pokrčenými dolními končetinami.
- Poslední článek ukazováku pravé ruky, přiloží pacientka plošně na okraj jizvy. Lehce stlačí směrem dolů a přitom zakrouží. Pak tlak povolí a posune ukazovák dále. Tímto způsobem promasíruje jizvu v celém jejím průběhu. Masáž opakuje několikrát denně.
- Protahování operační rány, které zabrání svrašťování jizvy, docílíme tím, že se od prvních dnů po operaci pacientka několikrát denně položí rovně na záda na zcela rovné lůžko s nataženými dolními končetinami. Po odstranění stehů se pacientka otáčí na rovném lůžku do polohy na břicho s nataženými dolními končetinami. V této poloze setrvá (16).

Kojení – technika, problémy, komplikace

Edukace kojení proběhla ve spolupráci s dětskou sestrou. Klientka byla seznámena s péčí o prsy, technikou, možnostmi přikládání dítěte k prsu. Problémy, které se mohou objevit při kojení. Byla informována o telefonním čísle linky kojení fungujícím v našem městě.

Péče o prsy

- Po porodu prsy omýváme pouze vodou bez použití mýdel, dezinfekčních a jiných prostředků. Zabráníme tím narušení ochranné vrstvy a zvlhčování pokožky a odstranění pachu, podle kterého je dítě schopné prsy své matky najít.

Technika kojení

- Zvolit pohodlnou pozici pro matku a dítě. Zpočátku matka kojí v leže na boku, později v sedě.
- Dítě se přikládá k prsu, nikoliv prs k dítěti.
- Prs matka přidržuje aniž by se dotýkala dvorce, podpírá jej zesponu čtyřmi prsty, palec je položen shora nad dvorcem.
- Bradavka musí být vždy v úrovni dítěte.
- Drážděním bradavkou se u dítěte vyvolá hledací reflex. Správnou reakcí dítěte na dráždění jsou široce rozevřená ústa.
- Dítě musí vždy uchopit nejen bradavku, ale i co největší část dvorce.
- U dobře sajícího dítěte dolní ret a jazyk překrývají oblast pod bradavkou.
- Špička nosu a brada dítěte se dotýká prsu, dítě ve správné poloze může dýchat.

Zásady správného uchopení

- Dítě musí uchopit bradavku i s dvorcem, to mu umožní sát z prsu, nikoliv z bradavky.

Polohy při kojení

- Vleže – dítě leží podél boku matky, břicho má přitisknuté k břichu matky a obličejem je přivráceno k matce.
- Vsedě – matka drží dítě v náručí, hlava dítěte leží v ohbí paže matky, druhou rukou matka přidržuje prs.
- Boční (fotbalová) poloha – dítě leží na předloktí matky, matka rukou podepírá hlavičku, trup dítěte a nožičky jsou podél matčina boku směrem dozadu. Předloktí matky je podepřeno polštářem.
- Vleže na zádech – vhodná u žen po císařském řezu, matka může dítě k prsu přisouvat bez většího úsilí a tlaku na operační ránu.
- Vzpřímená poloha – matka drží dítě jednou rukou, druhou drží prs. Vhodná u nedonošených dětí.

Problémy při kojení

- Bolestivé nalití prsů – vzniká neplynulým vyprazdňováním prsu dítětem, špatnou technikou sání spojenou s překrvením a otokem, zvýšenou tvorbou mléka ve třetím až čtvrtém dnu po porodu. Úlevu přináší studené až ledové obklady, masáže, odstříkání mléka těsně před kojením, které usnadní lepší přísátí dítěte k prsu. Úlevu přináší odstříkání přebytečného mléka.
- Zánět prsu – v prvních dvou týdnech je vzácný, jedná se o zánět způsobený bakteriemi nebo plísněmi, léčí se antibiotiky, antimykotiky a antipyretiky. Není nutné přerušovat kojení.
- Ragády a poranění – vznikají na povrchu bradavek, jsou způsobené špatnou technikou přikládání dítěte k prsu. Čistá ragáda se zhojí během několika dní i bez léčby.
- Absces – ohraničené hnisavé ložisko v mléčné žláze. Řeší se chirurgicky s podáváním antibiotik.

Odstříkávání mléka

Někdy je nezbytně nutné, aby matka mléko odstříkala. Odstříkává se rukou, ruční nebo elektrickou odsávačkou. Před odstříkáním je vždy vhodné přiložit na prsa teplý obklad nebo prsy nahřát ve sprše nebo použít krouživé masáže od základu prsu směrem k bradavce.

Uchovávání mléka

- V chladničce maximálně 24 hodin nebo v mrazničce při mínus 18 stupňů po dobu 3 měsíců.
- Mléko uchováváme v uzavřené čisté nádobě.
- Jednotlivé dávky sléváme až po vychladnutí.
- Rozmrazovat při pokojové teplotě, ohřívat pomalu v teplé vodě.
- Nikdy znovu nezmrazovat, spotřebovat do 24 hodin.
- K rozmrazování ani k ohřívání nepoužívat mikrovlnou troubu (10, 13).

3.8 Prognóza

Prognóza rodičky po porodu císařským řezem je dnes dobrá. Vzhledem k plánovanému císařskému řezu a důkladné předoperační přípravě se rizika pooperačních komplikací minimalizovala na minimum.

Další těhotenství je doporučeno až po dvou letech. V příštím těhotenství nemusí být porod již ukončován císařským řezem, pokud nebude trvat indikace z předchozího císařského řezu a nenastanou komplikace během vaginálně vedeného porodu.

Souhrn

V práci je zpracována péče o klientku podle ošetrovatelského procesu, jsou zde zpracované fáze ošetrovatelského procesu zaměřené na péči po operativním porodu císařským řezem.

První část práce je věnována císařskému řezu, technice provedení této operace a možným komplikacím spojených s touto velkou porodnickou operací.

Ve druhé ošetrovatelské části jsem se věnovala sběru informací o klientce. Na základě stanovení potřeb klientky jsem vytvořila ošetrovatelské diagnózy a provedla jejich řešení.

Klientka byla hospitalizována na gynekologicko-porodnickém oddělení týden. Pooperační průběh proběhl bez komplikací. Po operaci byla z dospávacího pokoje přeložena na operativní gynekologii, kde byla až do večera prvního operačního dne. Odtud byla přeložena na oddělení šestinedělí.

Paní J. M. byla již první pooperační den vertikalizována. Po odstranění permanentního močového katétru došlo k brzkému obnovení mikce. S mikcí během další hospitalizace problémy neměla. Bolest po celou dobu hospitalizace nebyla klientkou hodnocena jako nesnesitelná. Děloha se zavinovala, při propuštění sahala tři prsty pod pupek. Operační rána se zhojila per primam, proběhla edukace péče o jizvu. Kojení zvládala bez větších problémů, dítě správně přikládala k prsu. Dcerka klidně sála a začínala přibývat na váze. Při propuštění věděla kam se obrátit s případným problémem, který by nastal během kojení. S průběhem hospitalizace a pooperační péčí byla klientka spokojena. Velice kladně hodnotila možnost přítomnosti manžela u ošetření dcerky bezprostředně po jejím narození.

Klientce byla doporučena kontrola po šestinedělí. Po šestinedělí by pak měla chodit na pravidelné gynekologické kontroly 1x ročně. Dále bylo klientce doporučeno kontaktovat dětského lékaře a domluvit si první návštěvu dětské sestry.

Seznam zkratek

AFP	Alfa feto protein	PM	poslední menstruace
ALT	alaninaminotransferáza	PPH	poloha podélná hlavičkou
APT	Aktivovaný parciální protrombinový čas	PPKP	poloha podélná koncem pánevním
ATB	antibiotika	s.c.	subkutánně
B	bílkovina	SC	sectio caesarea
BWR	Bordetova - Wassermanova reakce	tbl.	tablety
C	cukr	TEN	tromboembolická nemoc
CNS	centrální nervový systém	TK	tlak krve
cps.	kapsle	UZV	ultrazvuk
DDŽ	dolní dutá žíla	VVV	vrozená vývojová vada
DK	dolní končetiny		
Hb	hemoglobin		
HbsAg	Hepatitis B s antigen		
HPV	Human papillomavirus, lidský papilomavirus		
HSV	Herpes simplex virus		
HIV	Human imunodeficiency virus		
i.m.	intramuskulárně		
IUD	nitroděložní tělísko		
i.v.	intravenózně		
KO	krevní obraz		
KP	konec pánevní		
KS	krevní skupina		
MD	mateřská dovolená		
OGTT	orální glukózotoleranční test		
P	pulz		

Seznam použité literatury

1. ARCHALOUSOVÁ, A.: Přehled vybraných ošetrovatelských modelů. Nucleus HK 2003. ISBN 80-86225-33-X
2. ČECHOVÁ, V.a kol.: Speciální psychologie. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Brno 2001 ISBN 80-7013-342-2
3. DOLEŽAL, A. a kol.: Porodnické operace. Grada Publishing. Praha 2007. ISBN
4. DOLEŽAL, A.: Technika porodnických operací. Grada Publishing. Praha 1998. ISBN 80-7169-549-1
5. HANÁČEK, J.: Pokus o spontánní porod versus elektivní císařský řez u žen po předchozím porodu císařským řezem. Moderní babictví 16. Praha 2008, str.16-21 ISSN 1214-5572
6. MÁDLOVÁ, I. a kol.: Intravenózní aplikace roztoků a léků. Zavádění periferní žilní kanyly. Sestra – mimořádná příloha 2004. ročník 14. číslo 11. str. 5-8.
7. MAREČKOVÁ, J.: Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. Grada Publishing. Praha 2006. ISBN 80-247-1399-3
8. MEDICAL TRIBUNE BREVÍŘ 2006. Medical Tribune cz, s.r.o., Praha 2006. ISBN 80-903708-0-2
9. MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ, M-10. Ústav zdravotnických informací a statistiky. Praha 1992
10. ONDRIOVÁ I a SINAIIOVÁ A.: Aktivní podpora kojení v prenatálním a perinatálním období. Sestra 2008. ročník 18. číslo 3. str.53-56
11. PAVLÍKOVÁ, S.: Modely ošetrovatelství v kostce. Grada Publishing. Praha 2006. ISBN 80-247-1211-3
12. ROZTOČIL, A. a kol.: Moderní porodnictví. Grada Publishing. Praha 2008.
13. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol.: Základní ošetrovatelská péče v pediatrii. Grada Publishing. Praha 2008. ISBN 978-80-247-1613-8

14. STAŇKOVÁ, M.: České ošetrovatelství 4: Jak provádět ošetrovatelský proces. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Brno 1999. ISBN 80-7013-283-3
15. STAŇKOVÁ, M.: České ošetrovatelství 6 Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Brno 2001. ISBN 80-7013-323-6
16. VOLEJNÍKOVÁ, H. a CHLUBNOVÁ, B.: Rehabilitace v práci porodní asistentky. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Brno 1993. ISBN 80-7013-150-0
17. TRACHTOVÁ, E. a kol.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Brno 2001. ISBN 80-7013-324-8
18. ZÁBRANSKÝ, F.: Technika císařského řezu. Galén. Praha 1997. ISBN 80-85824-69-8
19. ZWINGER, A. a kol.: Porodnictví. Galén. Praha 2004. ISBN

Jiné zdroje:

20. ÚZIS ČR: Rodička a novorozenec 2006. [on-line]. Praha. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2007 [cit.1.12.2008].
Dostupnost z www:
http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=rodič®ion=100&kind=1&mnu_id=5300

Seznam příloh

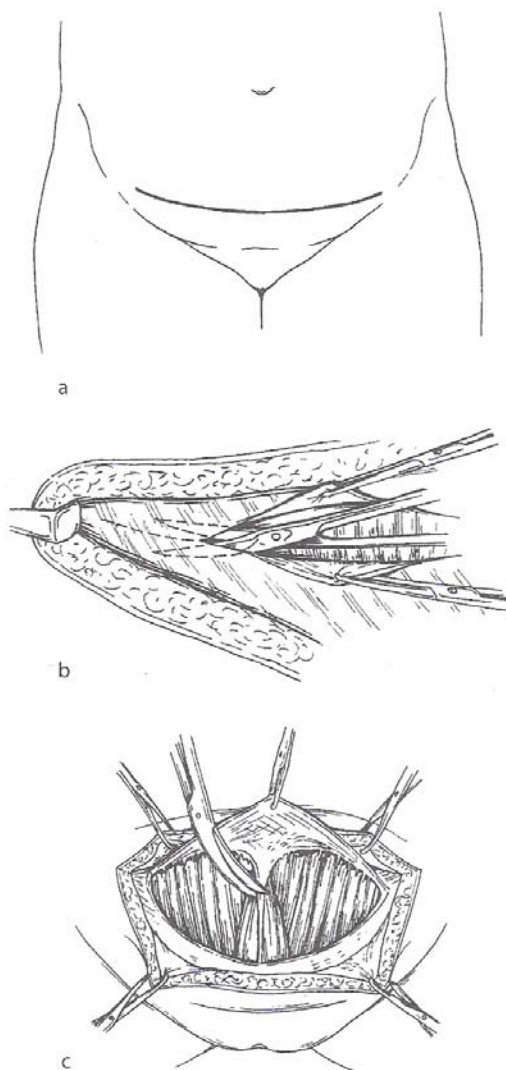
- Příloha číslo 1:** Pfannenstielův řez, preparace přímých břišních svalů (3)
- Příloha číslo 2:** Preparace a sesunutí vezikouterinní pliky (3)
- Příloha číslo 3:** Hysterotomie, vybavení plodu (3)
- Příloha číslo 4:** Typy řezu na děloze (3)
- Příloha číslo 5:** Hysterorrhaphia (3)
- Příloha číslo 6:** Sutura stěny břišní, plastický steh (3)
- Příloha číslo 7:** Polohy plodu koncem pánevním (19)
- Příloha číslo 8:** Klasifikace tíže tromboflebitis (6)
- Příloha číslo 9:** Porodnická ošetrovatelská dokumentace (autorka)
- Příloha číslo 10:** Ošetrovatelská dokumentace (autorka)
- Příloha číslo 11:** Skóre dle Apgarové (13)
- Příloha číslo 12:** Kojení (12)

Seznam grafů

- Graf číslo 1:** Narození podle průběhu porodu (19)
- Graf číslo 2:** Vývoj počtu porodů a podílu porodů císařským řezem (19)
- Graf číslo 3:** Sledování bolesti klientky, operační den
- Graf číslo 4:** Sledování bolesti klientky, 1. pooperační den
- Graf číslo 5:** Sledování bolesti klientky, 2. pooperační den
- Graf číslo 6:** Sledování bolesti klientky, 3. pooperační den

Příloha číslo 1

Obr. č. 1



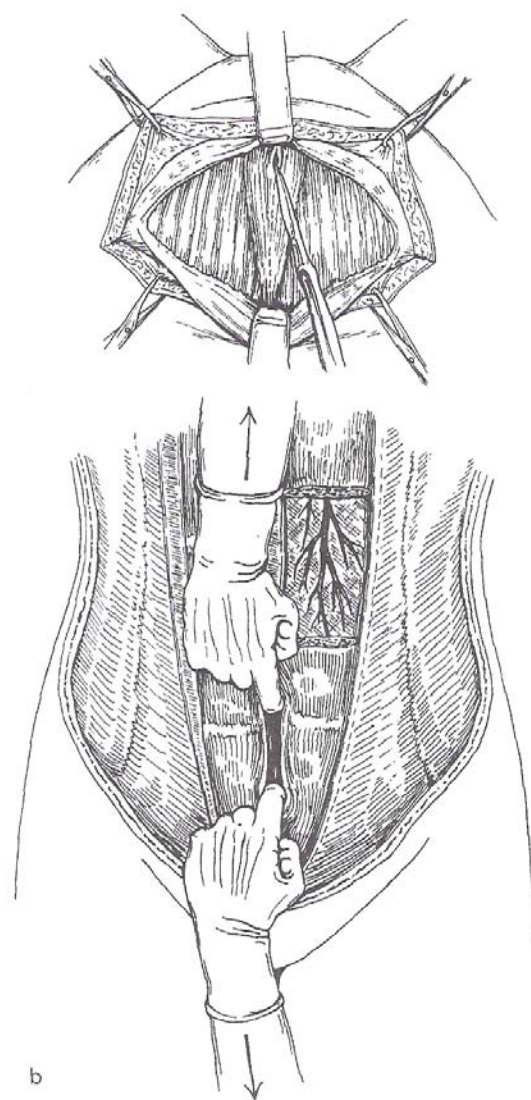
Obr. č. 1: Pfannenstielův řez

a - proříznutí kůže a podkoží,

b – prostřížení fascie přímého břišního svalu,

c – preparování fascie, odkrytí mm.pyramidales.

Obr. č. 2

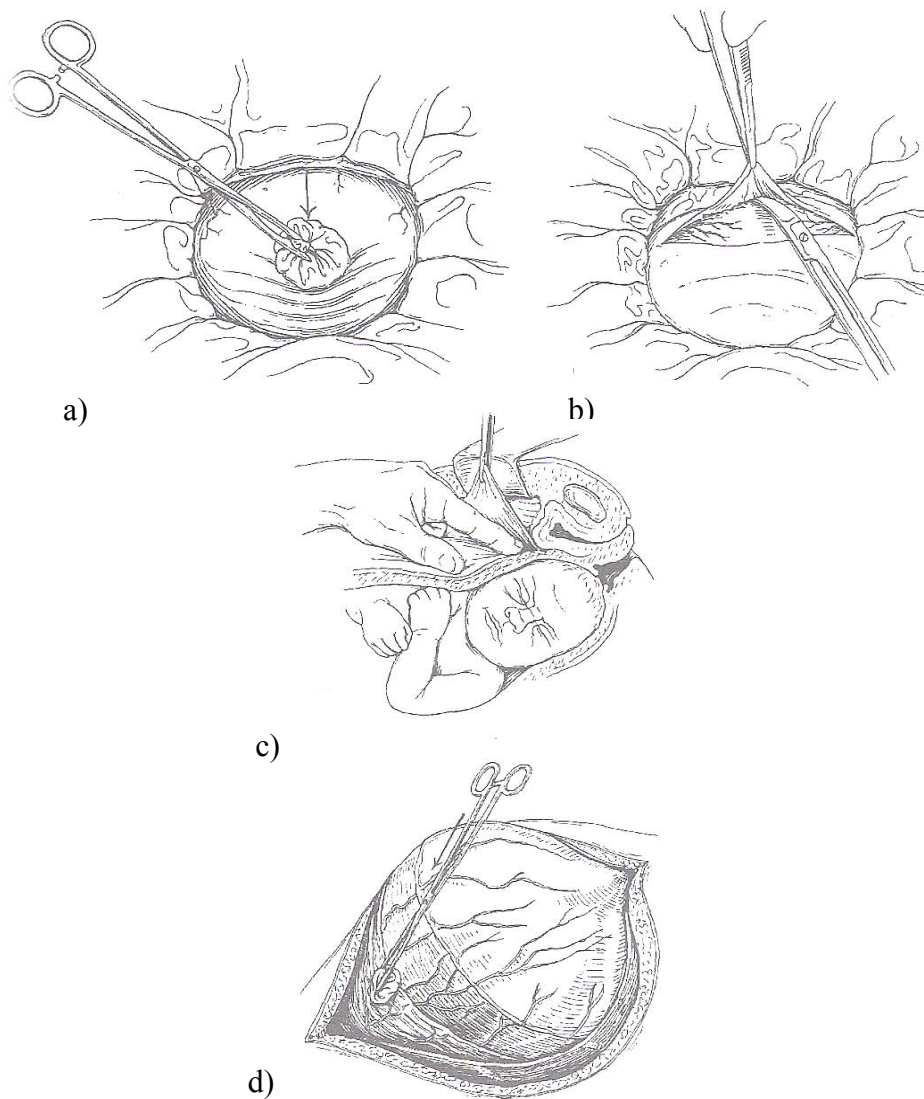


Obr. č. 2: Preparace přímých břišních svalů

a – ostré podélné protěti mm. pyramidales,

b – tupá praprace prsty mezi mm. recti abdominalis.

Příloha číslo 2



Preparace a sesunutí vezikouterinní pliky:

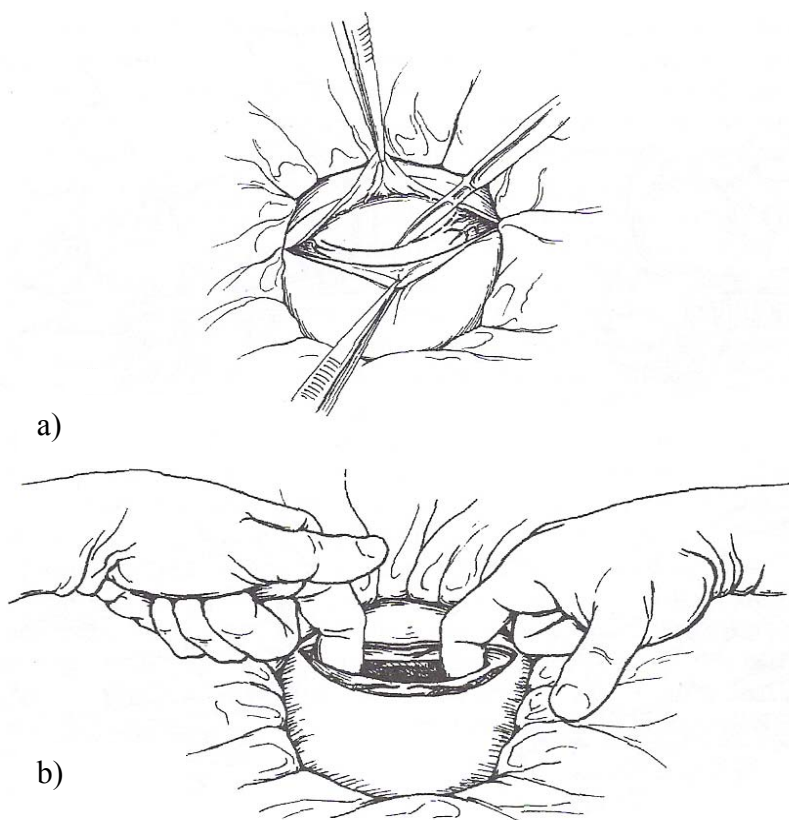
a – použití tampónových kleští při zvedání pliky,

b – prostřížení pliky,

c – odsunutí pliky prstem,

d – topika dolního segmentu po odsunutí pliky.

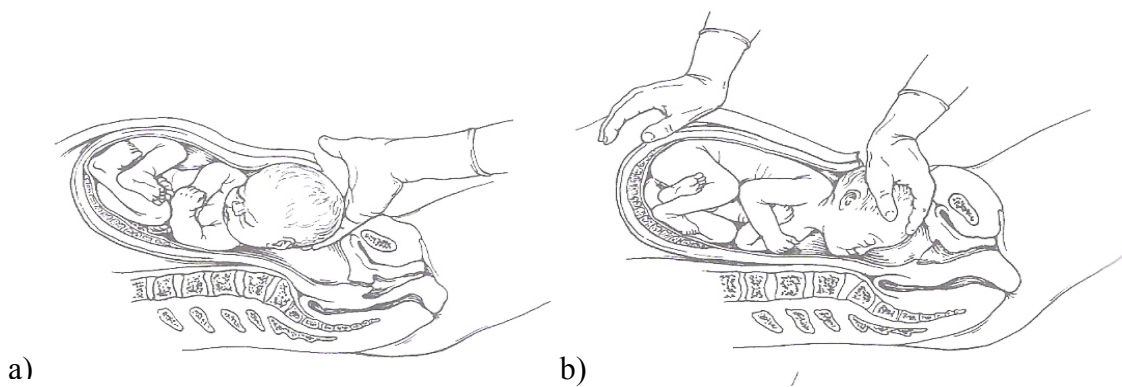
Příloha číslo 3



Obr. č. 1: Hysterotomie:

a – řez na dolním segmentu,

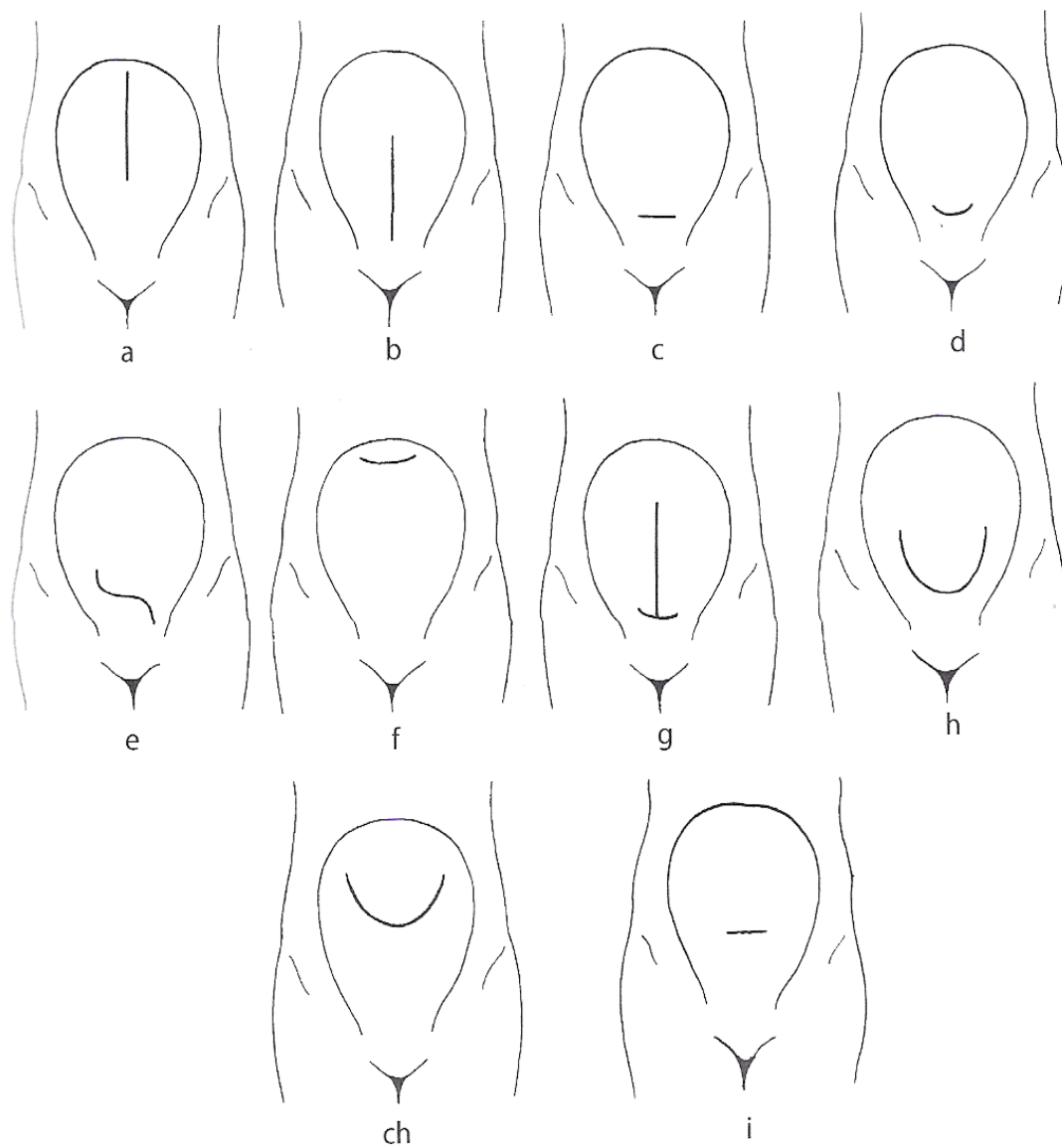
b – rozšiřování řezu prsty.



Obr. č.2: Vybavení plodu:

a, b – vybavení rukou

Příloha číslo 4



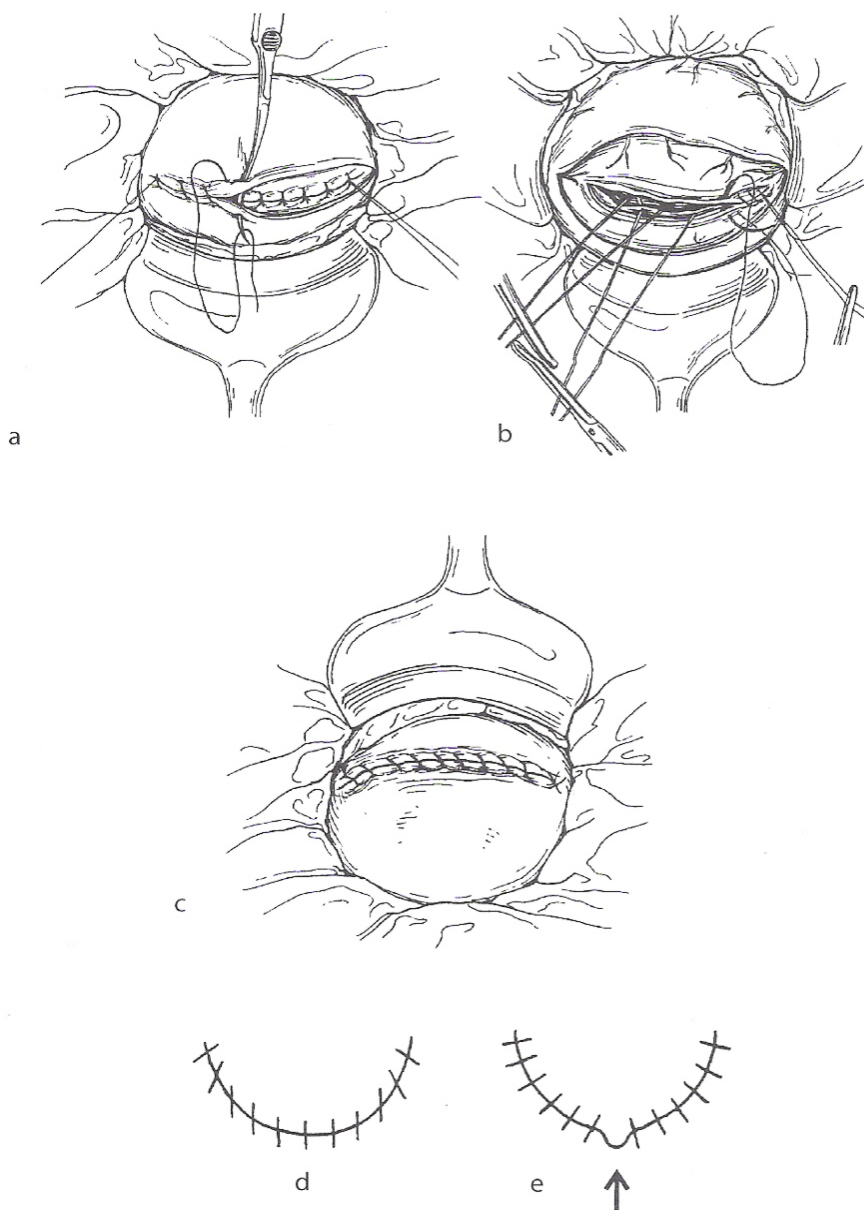
Typy řezu na děloze:

a – korporální, b – cerviko-korporální, c – malá příčná incize, d – semilunární,

e – S-řez podle Chmelíka, f – Lauverjat, g – T-řez, h – U řez, ch – vysoko uložený

U řez, i – Joel Cohen.

Příloha číslo 5



Hysterorrhaphia:

a – prvá vrstva jednotlivými stehy nebo pokračujícím vicrylem,

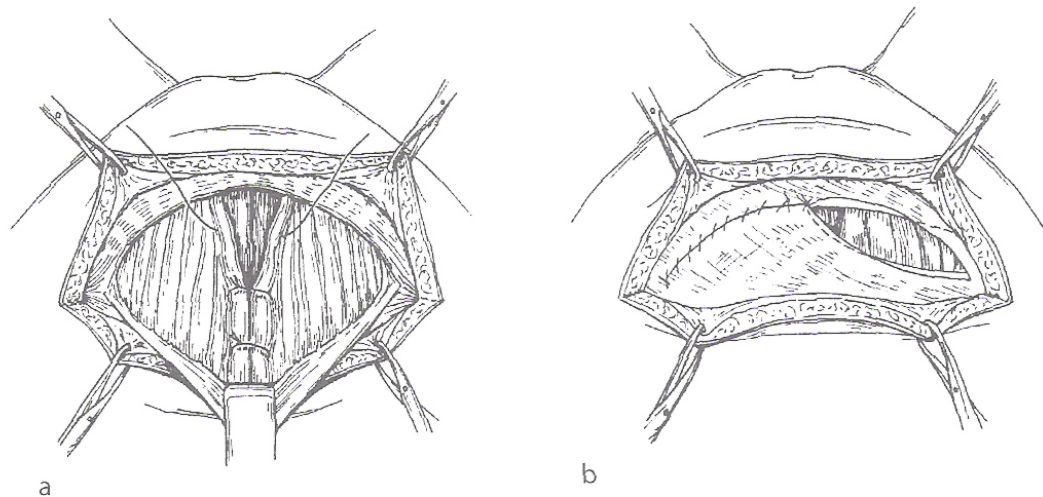
b – naznačená druhá vrstva stehem pokračujícím, U stehy nebo Z stehy, možno šít jen v jedné vrstvě,

c – peritonealizace pokračujícím stehem plikou,

d – směr vedení stehu při šití U řezu,

e – vznik chobotu.

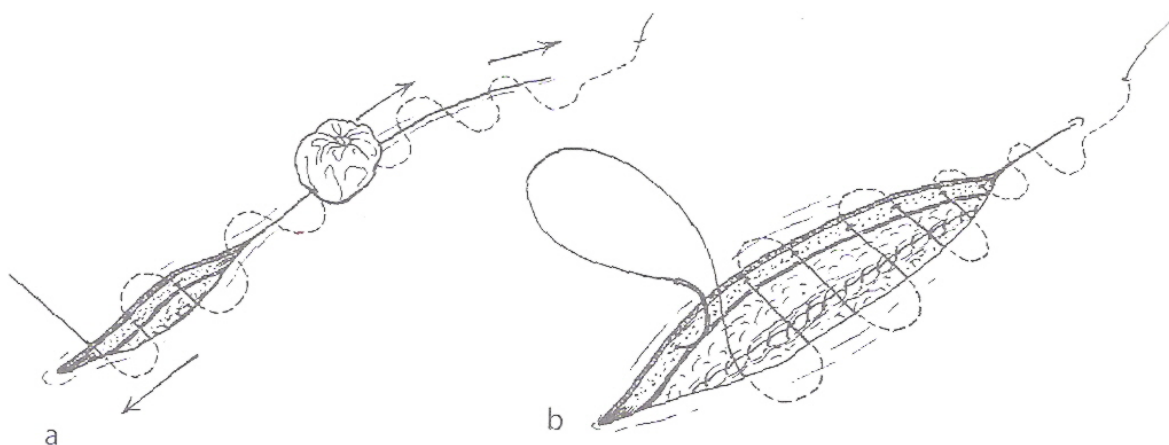
Příloha číslo 6



Obr. č. 1: Sutura stěny břišní:

a – jednotlivé adaptační stehy na přímé svaly,

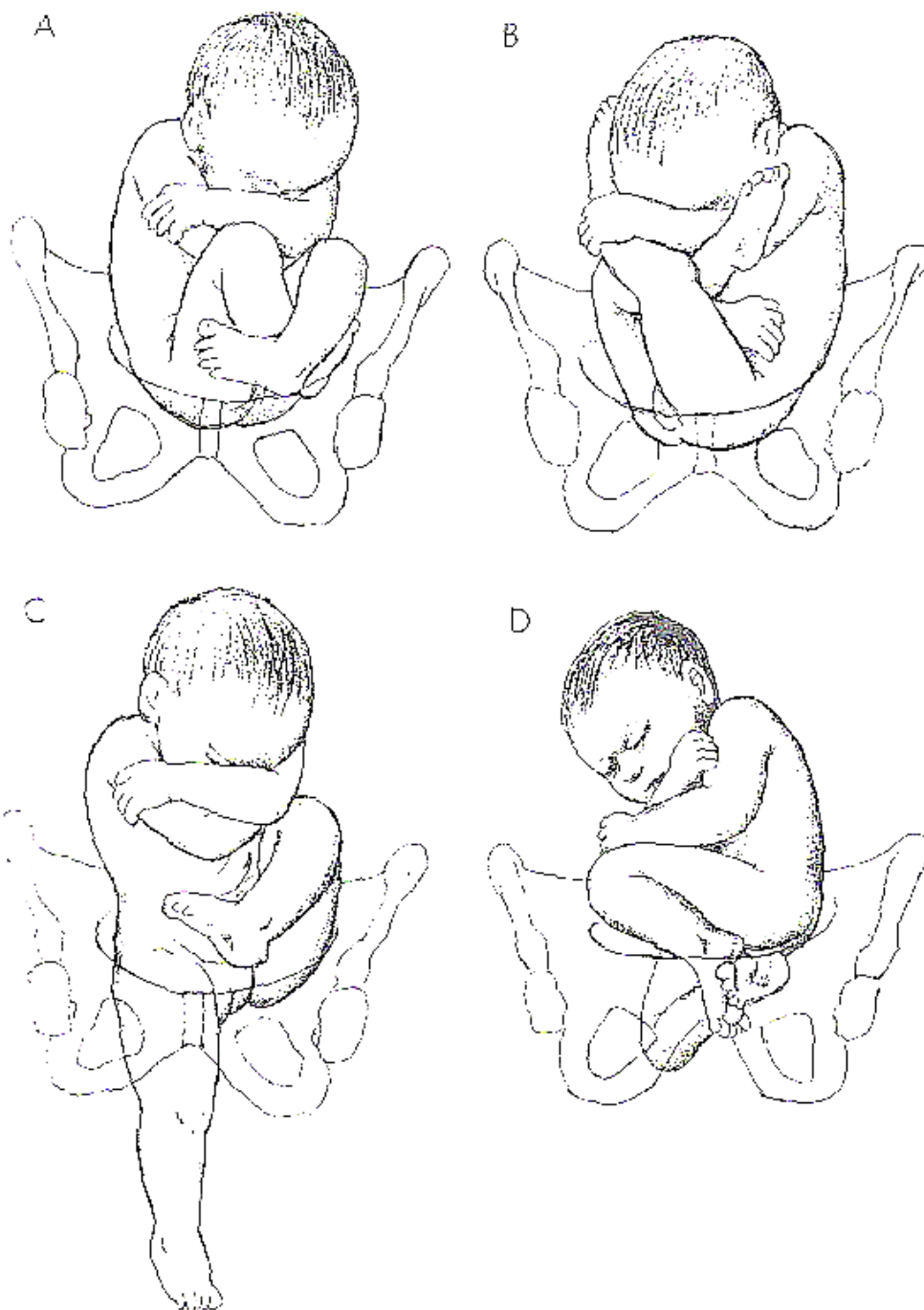
b – pokračující steh vicrylem na fascii přímých svalů.



Obr. č. 2: Plastický steh:

a, b – napínání kůže tamponem, atraumatický šicí materiál vicryl.

Příloha číslo 7



Polohy plodu koncem pánevním

a – úplný konec pánevní,

b – poloha řitní,

c – poloha jednou nožkou,

d – poloha jedním kolínkem.

Příloha číslo 8

Klasifikace tíže tromboflebitis podle Maddona	
Stupeň	Reakce
0	není bolest ani reakce v okolí
I.	pouze bolest v místě vpichu
II.	bolest a zarudnutí
III.	bolest, zarudnutí, otok a/nebo bolestivý pruh v průběhu žíly
IV.	hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly

Příloha číslo 9

PORODNICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

J. ... 78 ...
78 ... / ...
Poj 111 Dg: 0.820
CYNEMOLOGIE 3
TÝDEN: 39+1
OP: 140/min podpis: *[signature]*

PARA: I
GRAVIDA: II
TP (PM): 27.9.08
TP (UZV): 29.9.08

KS:	0+	Váha:	73 kg	Moč:	neg
BWR:	neg	Míra:	170 cm	Otoky:	neg
HbsAg:	neg	TK:	115/75 mmHg	GBS:	neg
HIV:	neg	TT:	36,4°C	Varixy:	neg

Kontrakce: žádné nepravidelné pravidelné, četnost.....

Voda plodová: neodtekla
 odtekla..... temešváry..... prom test.....

Inkubátor: nevolán volán

Blokovaná krev: ne ano, datum: 23.9. v 10³⁰ do: 29.9.08

Dýchání: normální ztížené:.....

Alergie: ne ano, jaká:.....

Kůže: normální suchá

Aktivita: bez omezení relativní klid na lůžku klid na lůžku

Komunikace: normální rozrušená apatická zmatená

Výživa: dieta: 3.... váhový přírůstek: 13....kg

PŽK: ne ano: datum:.....barva:.....bionector:.....

Vylučování: Močení: kontinentní inkontinentní: občas stále

PMK: datum:..... číslo:.....

Stolice: pravidelná nepravidelná laxativa.....

Klyzma: ano ne

Spánek: bez potíží potíže hypnotika:.....

Bolest: ne ano lokalizace:.....

Sociální zázemí: rodina informována ano ne

nejbližší příbuzný: MAUŽEL: J.....

otec u porodu ano ne

Abúzus: cigarety drogy alkohol.....

Sepsala: *Cevidova* *[signature]* datum, čas: 23.9.08 11:00

Příloha číslo 10

Datum/diagnóza	Ošetřovatelský cíl	Ošetřovatelský plán	Ošetřovatelka realizace	Hodnocení
25. 9. 08 Akutní bolest v souvislosti s operační ránou	Po podání analgetik ucítí do 30 minut úlevu. Bolest nebude klientku omezovat při mobilizaci a vertikalizaci.	- podávej analgetika podle ordinace lékaře (5-11-17-23) - sleduj stupeň bolesti pomocí stupnice bolesti - sleduj účinky podaných analgetik pomocí stupnice bolesti - vertikalizuj po podání analgetik - doporuč úlevové polohy - sleduj verbální a mimické projevy bolesti - mobilizuj a vertikalizuj s přidržováním operační rány	Analgetika byla podána (5-11-17-23). Bolest klientka hodnotila podle škály bolesti od 1 do 10. Vertikalizace proběhla až 30 minut po podání analgetik. Klientka byla poučena o úlevových polohách. Při bolesti klientka zaujímala polohu na pravém boku s pokrčenými dolními končetinami. Při mobilizaci a vertikalizaci si přidržovala operační ránu.	Trvá Grundová
25. 9. 08 Strach o dítě v souvislosti s operačním porodem	Klientka nebude mít nadměrný strach o dítě Klientka bude informována o aktuálním stavu dítěte	- zajisti informovanost klientky - zajisti pravidelné přinášení dítěte klientce - přeložit klientku na oddělení šestinedělí	Dítě bylo klientce přineseno ráno v 6.00, 11.00, 15.00 hodin. Sestra ji informovala o stavu dcerky během noci. Dcerka byla přiložena k prsu a po přiložení spokojeně sála mateřské mléko. Dětský lékař informoval matku o výsledku ultrazvukového vyšetření ledvin, nález byl fyziologický. Paní M. byla velice ráda, že je dcera v pořádku.	Trvá Grundová
25. 9. 08 Deficit soběstačnosti v souvislosti s operačním výkonem	Klientka bude soběstačná v sebeképi do 12 hodin	- zajisti pití na dosah klientky - zajisti pomoc klientce s pohybem - zajisti pomoc s hygienou - vertikalizuj klientku	Ráno hygiena s pomocí sestry, byla opláchnuta roditelkou. Klientce byl dán stoleček s pitím na dosah ruky. Do pití jí bylo dáno brčko. Při vstávání jí byla poskytnuta pomoc. V dopoledních hodinách proběhla vertikalizace. Po vertikalizaci provedla hygienu sama u umyvadla.	Skončeno Grundová
25. 9. 08 Riziko infekce v souvislosti s porušenou integritou kůže v místě operačního výkonu	U klientky nedojde k infikování operační rány Klientka bude vědět, jak pečovat o ránu	- kontroluj operační ránu a případnou sekreci - dodržuj zásady asepse a minimalizuj riziko vstupu infekce do rány zvenčí při jejím ošetřování - doporuč časté sprchování rány - doporuč dodržování čistoty rukou a prádla, přicházejícího do styku s operační ránou - doporuč nošení vhodného spodního prádla, které nebude dráždit operační ránu a její okolí	Operační rána byla ošetřena desinfekcí, na ránu byl aplikován Novikov. Klientka byla poučena jak ránu sprchovat. Prádlo bylo měněno podle potřeby, nosila volně baviněné spodní prádlo. Proběhla edukace ošetřování operační rány, tlakové masáže bude provádět až po odstranění stehu z operační rány.	Trvá Grundová
25. 9. 08 Riziko vzniku tromboembolie v souvislosti s operačním výkonem	Klientka nebude mít příznaky TEN. Minimalizovat riziko včasné pooperační mobilizaci a vertikalizaci.	- aplikuj antikoagulant Clexane 20 mg s.c. podle ordinace lékaře (20.00) - zajisti časnou pooperační mobilizaci a vertikalizaci - povzbud' klientku k časnému vstávání po operaci	Ráno se pohybovala v lůžku, otáčela, cvičila končetinami. V dopoledních hodinách klientka vstala. Při vstávání byla poučena, že se má dívat nahoru a nezavírat oči, poté došla k umyvadlu. Po poledni již v doprovodu došla na WC. Odpoledne se sama procházela po pokoji kolem lůžka.	Trvá Grundová

25. 9. 08 <i>Riziko rozvoje infekce v souvislosti se zavedeným PŽK</i>	<i>Klientka nebude mít příznaky infekce v místě zavedené žilní kanyly. Klientka bude znát příznaky infekce a včas bude signalizovat případné obtíže.</i>	- sterilně ošetřuj zavedený PŽK a při ošetření kontroluj a hodnot' místo vpichu dle stupnice Maddona. Každých 24 hodin (17.00) - ponechej zavedený PŽK v jednom místě maximálně 72 hodin od zavedení (do 2. pooperačního dne) - pouč klientku o možných příznacích infekce v okolí PŽK (bolest, pálení, horkost, zduření...)	<i>PŽK byl ošetřen za sterilních podmínek. Byla provedena kontrola místa vpichu. Pátrala jsem subjektivních nepříjemných pocitech klientky ze zavedeného PŽK. V odpoledních hodinách byl PŽK odstraněn.</i>	Skončeno Maddon 0. Grundová
25. 9. 08 <i>Riziko infekce močových cest v souvislosti se zavedeným močovým katétre</i>	<i>Permanентní močový katétr bude odstraněn do 48 hodin od zavedení (do 2. pooperačního dne). Klientka nebude mít příznaky infekce močových cest (dále IMC). Klientka vypije 2 litry tekutin</i>	- použij uzavřený sběrný systém - ponechej katétr zavedený jen na nezbytně nutnou dobu - zajisti zvýšený příjem tekutin, minimálně 2 litry - aktivně nabízej klientce tekutiny - pouč klientku o možných příznacích IMC (pálení, řezání) - sleduj TT třikrát denně	<i>Byl použit uzavřený sběrný systém. V 7.30 byl močový katétr odstraněn. Klientka vypila 2,5 l. tekutin, které byly aktivně nabízeny.</i>	Skončeno Grundová
25. 9. 08 <i>Porucha vyprazdňování moče v souvislosti s odstraněním permanentního močového katétru</i>	<i>Klientka se spontánně vymočí do 8 hodin po odstranění močového katétru. Nebude mít potíže s močením.</i>	- zajisti dostatečný příjem tekutin, po odstranění močového katétru do první mikce vypije minimálně 1 litr tekutin - nabízej aktivně tekutiny - při potížích s mikcí použij techniky k jejímu spuštění sleduj příměsí a množství moče, dysurické potíže	<i>Permanентní močový katétr byl odstraněn v 7.30 hodin. Tekutiny byly aktivně nabízeny, klientka vypila do první mikce 1 litr tekutin. Spontánně močila ve 13.30 hodin.</i>	Skončeno Grundová
25. 9. 08 <i>Riziko rozvoje infekce pohlavních orgánů ženy v souvislosti s operačním výkonem v malé pánvi, odchodem lochií, pooperační imobilizací a sníženou schopností péče o osobní hygienu</i>	<i>Klientka nebude mít příznaky infekce ženských pohlavních orgánů a vyhne se tím následkům, jež mohou být s touto komplikací spojené. Klientka zná příznaky těchto onemocnění a včas signalizuje případné obtíže</i>	- sleduj třikrát denně TT klientky (6-13-18) - zajisti hygienické ošetření rodidel sleduj kvalitu odcházejících lochií - zajisti dostatečné množství vložek a jejich výměnu (každou sudou hodinu) - doporuč častou hygienu rukou - zajisti častou výměnu ložního a osobního prádla (3x denně) - pouč klientku o možných příznacích infekce a požádej o jejich včasnou signalizaci	<i>TT klientky byla sledována třikrát denně (6-13-18). Ráno a dopoledne byla rodidla opláchnuta pomocí irigátoru, odpoledne byla hygiena provedena ve sprše. Byla sledována kvalita lochií, vložky byly dopoledne měněny sestrou každou sudou hodinu, v případě potřeby i dříve. Odpoledne si již klientka měnila vložky sama. Ložní a osobní prádlo bylo měněno třikrát denně. Doporučila jsem klientce častou hygienu rukou. Klientka byla poučena o možných příznacích infekce pohlavních orgánů a požádána o jejich včasnou signalizaci.</i>	Trvá Grundová

<p>25. 9. 08</p> <p><i>Riziko neefektivního kojení v souvislosti s operačním porodem</i></p>	<p><i>Podporovat kojení, přinést dítě ke kojení čtyřikrát za 12 hodin.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - zajisti přinášení dítěte ke kojení čtyřikrát za 12 hodin, - po vertikalizaci zajisti, aby klientka měla možnost za dítětem docházet, - edukuj klientku o kojení, ukaž jí jak správně přiložit dítě k prsu, - edukuj klientku o ošetřování bradavky a pouč o příznacích retence mléka. 	<p><i>Dítě bylo klientce přineseno ke kojení čtyřikrát za 12 hodin. Klientka se učila přikládat dítě k prsu, pokud jí to nešlo, tak jí byla poskytnuta pomoc. Klientka byla moc ráda, že se dítě bez větších problémů přisaje. Klientka byla poučena o zvýšené hygieně a ošetřování bradavek a příznacích retence mléka.</i></p>	<p><i>Trvá</i></p> <p><i>Grundová</i></p>
--	--	--	--	---

Příloha číslo 11

Skóre dle Apgarové – používá se k posouzení poporodní adaptace. Hodnotí se pět parametrů (srdeční frekvence, dýchací pohyby, barva kůže a sliznic, svalový tonus a reakce na podráždění). Každý znak může být ohodnocen 0-2. Výsledný součet je v rozmezí 0-10, novorozenec se posuzuje v 1., 5. a 10. minutě po porodu.

Body	0	1	2
Srdeční frekvence	chybí	<100/min	>100/min
Dýchací pohyby	nedýchá	nepravidelné, slabý křik	pravidelné, silný křik
Barva kůže a sliznic	modrá nebo bledá	modré končetiny	růžová
Svalový tonus	chabý	snížený	dobrá – odpor při pasivních pohybech
Odpověď na podráždění	chabý	naznačená	grimasa,

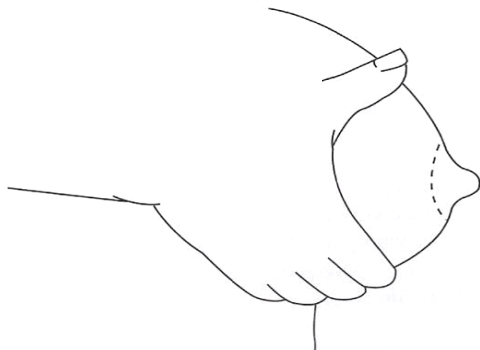
9-10 bodů – normální

7-8 bodů – mírná asfyxie

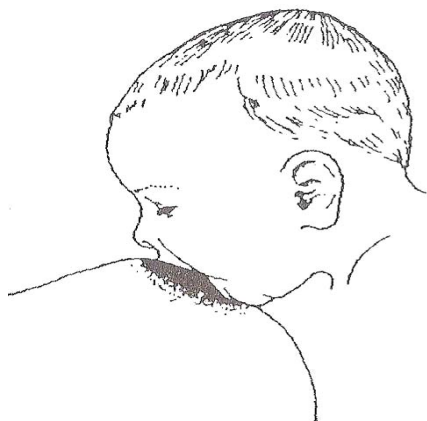
4-6 bodů – střední asfyxie

0-3 body – těžká asfyxie

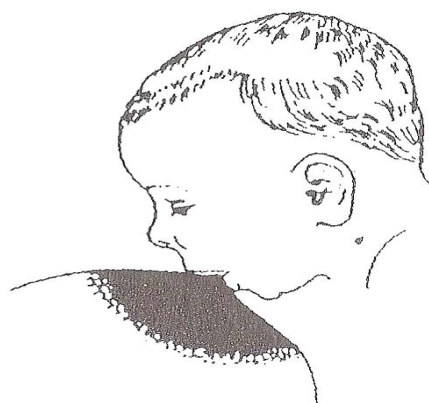
Příloha číslo 12



1) Správné nřidrřování prsu při kojení



2) Přisátí dítěte k prsu
a) správné přisátí dítěte



b) špatné přisátí dítěte



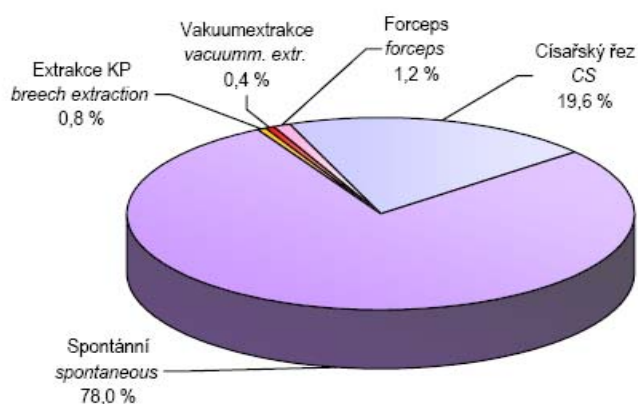
3) Polohy při kojení
a) poloha v sedě



b) boční (fotbalové) držení

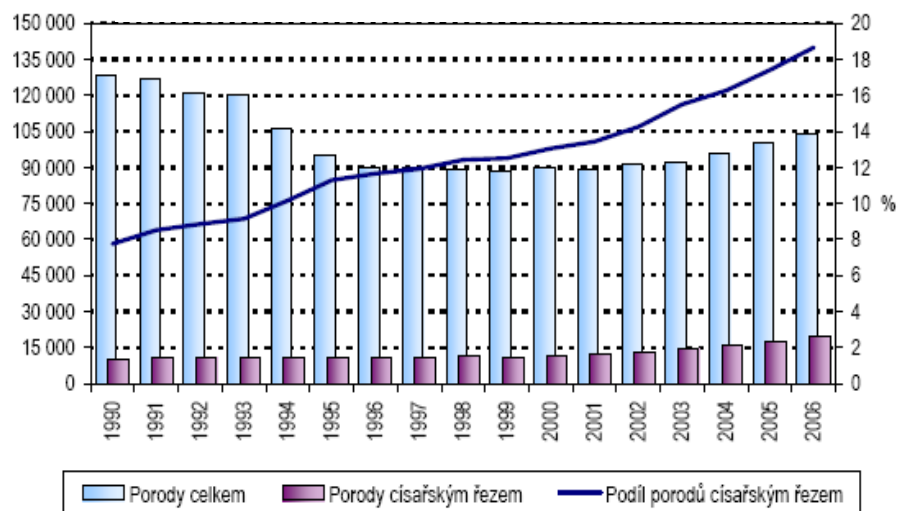
Graf číslo 1

Narození podle průběhu porodu

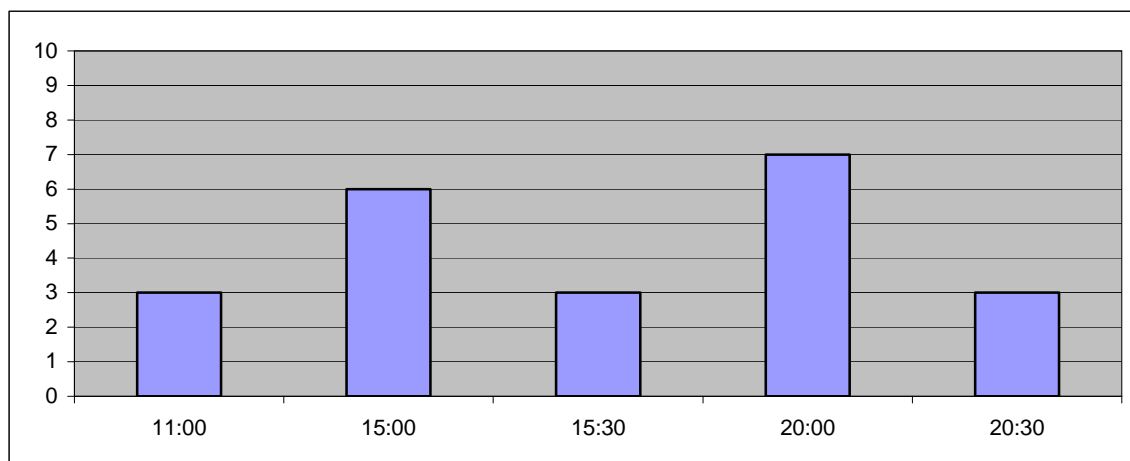


Graf číslo 2

Vývoj počtu porodů a podílu porodů císařským řezem

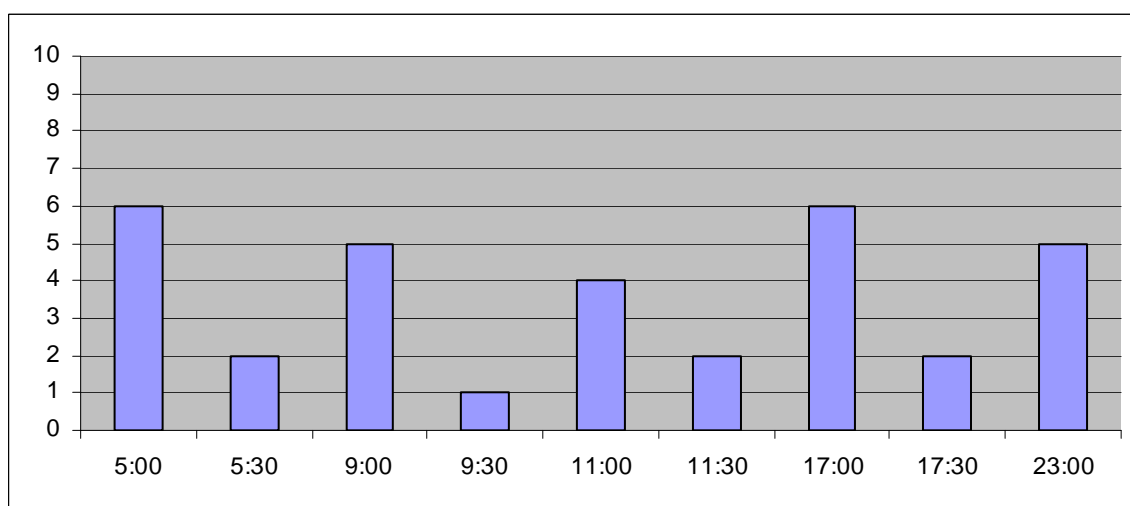


Graf číslo 3



Hodnocení bolesti klientky – operační den

Graf číslo 4

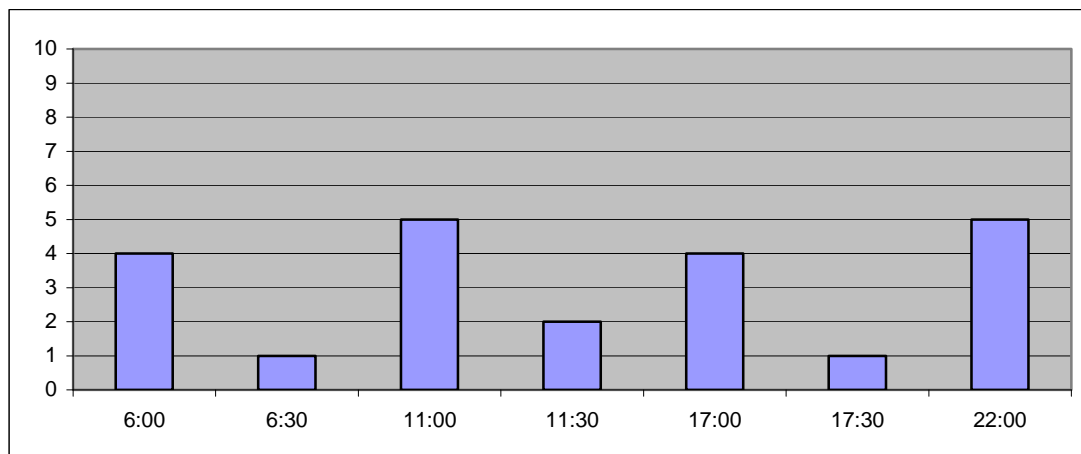


Hodnocení bolesti klientky – 1. pooperační den

Legenda:

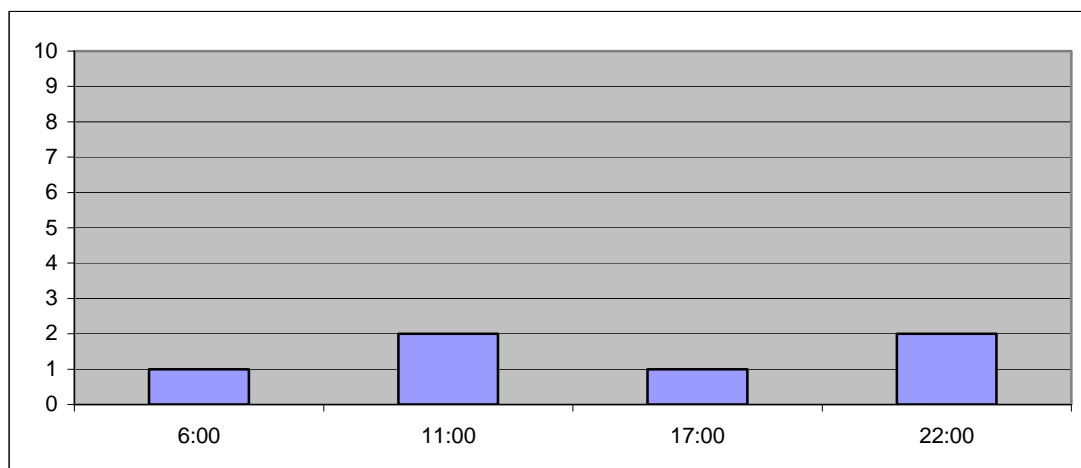
0 ----- **1** ----- **2** ----- **3** ----- **4** ----- **5** ----- **6** ----- **7** ----- **8** ----- **9** ----- **10**
žádná mírná střední silná velmi silná nesnesitelná

Graf číslo 5



Hodnocení bolesti klientky – 2. pooperační den

Graf číslo 6



Hodnocení bolesti klientky – 3. pooperační den

Legenda:

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8 ----- 9 ----- 10
žádná mírná střední silná velmi silná nesnesitelná