



**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**



**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ*

**Kristýna Lexová**

**Ošetrovatelská péče o ženu po císařském řezu a hysterektomii z důvodu poruchy placentace.**

*Nursing care of the woman after Caesarean section and hysterectomy due to placentation disorder.*

*Bakalářská práce*

Praha, květen 2014

Autor práce: **Kristýna Lexová**

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Bakalářský studijní obor: **Všeobecná sestra**

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Holubová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK v Praze**

Odborný konzultant práce: **MUDr. Jindra Plíhalová**

Pracoviště konzultanta: **Oblastní nemocnice Příbram a. s.**  
**Gynekologicko-porodnické oddělení**

Předpokládaný datum obhajoby: **červen 2014**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předloženou práci na téma: Ošetrovatelská péče o ženu po císařském řezu a hysterektomii z důvodu poruchy placentace zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická uvedená ve Studijním informačním systému - SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 16. května 2014

.....

Kristýna Lexová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce Mgr. Janě Holubové, za velkou trpělivost, vstřícnost a cenné rady při zpracování ošetrovatelské části práce. Dále MUDr. Jindře Plíhalové za odborné vedení a za čas, který věnovala mé bakalářské práci. Také děkuji svým dcerám Adélce a Agátce a mé mamince za podporu a trpělivost.

## **Obsah:**

Úvod.....	6
1. Klinická část.....	7
1. 1. Anatomicko – fyziologický úvod.....	7
1. 1. 1. Anatomie dělohy.....	7
1. 1. 2. Vznik placenty.....	9
1. 1. 2. 1. Oplození.....	9
1. 1. 2. 2. Implantace a nidace.....	9
1. 1. 2. 3. Vývoj placenty.....	11
1. 1. 3. Placenta.....	11
1. 1. 3. 1. Morfologie a uložení.....	11
1. 1. 3. 2. Funkce placenty.....	12
1. 1. 3. 3. Porod placenty.....	14
1. 2. Poruchy placentace.....	16
1. 2. 1. Vcestné lůžko.....	16
1. 2. 2. Placenta adhaerens, accreta, increta et percreta.....	20
1. 3. Základní údaje pacientky .....	24
1. 3. 1. Lékařská anamnéza pacientky .....	24
1. 3. 2. Průběh hospitalizace .....	24
1. 3. 3. Použitá farmakologie .....	34
2. Ošetrovatelská část .....	35
2. 1. Charakteristika ošetrovatelského procesu .....	35

2. 2. Model Marjory Gordonové .....	36
2. 3. Ošetrovatelská anamnéza .....	38
2. 4. Ošetrovatelské diagnózy .....	44
2. 4. 1. Aktuální ošetrovatelské diagnózy .....	44
2. 4. 2. Potencionální ošetrovatelské diagnózy .....	53
2. 5. Dlouhodobý plán péče .....	58
2. 6. Hodnocení psychického stavu pacientky .....	63
2. 7. Edukace .....	64
2. 7. 1. Kojení po císařském řezu .....	64
2. 7. 2. Péče o prsy .....	66
2. 7. 3. Péče o suturu .....	67
2. 7. 4. Životospráva .....	67
2. 7. 5. Rehabilitace .....	68
2. 7. 6. Zásady šestinedělí po hysterektomii .....	68
Závěr .....	69

Seznam použité literatury a dalších zdrojů

Seznam zkratk

Přílohy

## Úvod

Cílem mé bakalářské práce je vypracovat případovou studii na téma: Ošetrovatelská péče o ženu po císařském řezu a hysterektomii z důvodu poruchy placentace.

Klinická část se sestává z anatomicko - fyziologického úvodu, z charakteristiky poruch placentace a ze základních údajů pacientky. V anatomicko – fyziologickém úvodu se zabývám anatomií dělohy, fyziologickým vznikem, vývojem, morfologií, uložením, funkcemi a porodem placenty. Následně se věnuji poruchám placentace, které spočívají v patologickém uložení placenty, či v patologickém přilnutí placenty. Zabývám se etiologií, příznaky, komplikacemi, popisují diagnostické možnosti, prenatální péči a doporučené postupy léčby. Součástí klinické části jsou základní údaje pacientky a stručný průběh hospitalizace od přijetí pacientky až do jejího propuštění. Všechny informace uvedené v práci byly použity s písemným souhlasem pacientky.

V ošetrovatelské části jsem stručně charakterizovala ošetrovatelský proces a popsala model Marjory Gordonové, podle něhož jsem odebrala ošetrovatelskou anamnézu. Na základě získaných anamnestických údajů jsem stanovila aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelskou péči v následujících dnech popisují v dlouhodobém plánu péče. Součástí ošetrovatelské části je hodnocení psychického stavu ženy po hysterektomii a edukace pacientky během hospitalizace a při propuštění.

V závěru práce se stručně zmiňuji o stoupajícím počtu císařských řezů a zvyšujícím se výskytu poruch placentace. Také se věnuji aktuálnímu stavu pacientky při propuštění.

Součástí mé bakalářské práce je seznam použité literatury a dalších zdrojů, seznam zkratk a přílohy uložené v zadní části práce.

## 1. Klinická část

### 1. 1. Anatomicko – fyziologický úvod

#### 1. 1. 1. Anatomie dělohy

**Děloha** (uterus) je dutý svalnatý orgán, který slouží k přijetí oplodněného vajíčka, k ochraně a výživě vyvíjejícího se embrya a plodu do porodu. Na konci těhotenství je plod z dělohy vypuzen při porodu. (Čech – Hájek et al., 1999)

Děloha má hruškovitý tvar, je dlouhá až 8 cm, na nejširším místě je asi 5 cm široká, předozadní průměr je 2 až 3 cm. Je uložena intraperitoneálně v dutině pánevní mezi močovým měchýřem a konečníkem. Během těhotenství se děloha mnohonásobně zvětšuje. (Čech – Hájek et al., 1999)

#### **Zevní tvar dělohy**

Děloha se skládá z děložního těla (corpus uteri) a z děložního hrdla (cervix uteri). Obě části spojuje zúžený úsek isthmus uteri. (Čech – Hájek et al., 1999)

**Děložní tělo** zaujímá kraniální rozšířenou část dělohy. Horní okraj děložního těla je zaoblený (fundus uteri) a představuje nejširší část dělohy. Děložní tělo se kaudálním směrem zužuje. Přední strana naléhá na močový měchýř, zadní strana se obrací proti konečníku a naléhají na ni kličky tenkého střeva. Obě strany se kraniálně stýkají ve fundu děložním, po stranách do sebe přecházejí zaoblenými děložními hranami (margines uteri). V místech, kde děložní hrany přechází do fundu děložního, vybíhají z děložního těla děložní rohy (cornua uteri), ve kterých vstupují do dělohy vejcovody. (Čech – Hájek et al., 1999)

**Děložní hrdlo** představuje dolní zúženou část dělohy a přirůstá k němu pochva. Horní část děložního hrdla (portio supravaginalis) leží nad poševním úponem, dolní část leží pod úponem pochvy a vyčnívá do pochvy jako čípek (portio vaginalis cervicis uteri). Čípek je dlouhý asi 1 cm a na jeho vrcholu se otevírá zevní děložní branka. (Čech – Hájek et al., 1999)

**Isthmus uteri** je dlouhý asi 1 cm a během těhotenství se stává součástí dolního děložního segmentu. (Čech – Hájek et al., 1999)



### **Dutina děložní (cavum uteri)**

Představuje dutý prostor uvnitř dělohy, jeho celková kapacita nepřesahuje 3 ml. Celková délka děložní dutiny je zhruba 6 až 8 cm. Dutinu děložní dělíme do tří oddílů, přičemž je dutina v děložním těle nejrozměrnější. Na dva horní vrcholy v oblasti děložních navazují vejcovody, dolní vrchol přechází do canalis isthmi. Canalis isthmi je u netěhotné dělohy součástí děložního kanálu hrdla (canalis cervicis), v těhotné děloze se canalis isthmi stává součástí rostoucího děložního těla. Canalis cervicis navazuje na canalis isthmi vnitřní děložní brankou. (Čech – Hájek et al., 1999)

### **Stavba stěny dělohy**

Děložní stěna je tvořena třemi různě silnými vrstvami:

**Endometrium** – děložní sliznice vystylající dutinu děložní, tvořená jednovrstevným cylindrickým epitelem a slizničním vazivem. Součástí endometria jsou četné tubulózní děložní žlázy, které zasahují až do myometria a zajišťují tak fixaci děložní sliznice ke svalové vrstvě. Endometrium přechází na děložním čípku v oblasti vnitřní branky do mnohvrstevného dlaždicového epitelu. (Čech – Hájek et al., 1999)

**Myometrium** – svalová vrstva děložní stěny, tvořená pruhy hladké svaloviny, které jsou prostoupeny vazivem. Svalovina je uspořádána do několika ne zcela zřetelně oddělených vrstev. Svalové pruhy jednotlivých vrstev do sebe částečně přecházejí a tím jsou jednotlivé vrstvy navzájem propojeny. Vzájemné propojení zabraňuje posunu jednotlivých vrstev proti sobě. Svalové buňky myometria během těhotenství hypertrofují. Během porodu mohutné rytmické kontrakce hypertrofované děložní svaloviny vypudí plod i placentu. Po porodu se délka svalových pruhů zkracuje a jejich kontrakce zastavují krvácení z přetrhaných cév sliznice. (Čech – Hájek et al., 1999)

**Perimetrium** – serózní vrstva, která je pevně spojena se svalovou vrstvou. Perimetrium je vlastně viscerální peritoneum. Z přední strany dělohy přechází na močový měchýř, ze zadní strany na zadní poševní klenbu a odtud na konečník. Od děložních hran odstupuje do stran jako široký vaz děložní (ligamentum latum uteri). (Čech – Hájek et al., 1999)

## 1. 1. 2. Vznik placenty – fertilizace, implantace a nidace

### 1. 1. 2. 1. Oplození (fertilizace)

U člověka dochází k oplození spojením mužské zárodečné buňky (spermie) a ženské zárodečné buňky (vajíčka - oocytu). Oplození probíhá nejčastěji ve fimbriální části vejcovodu. Fertilizace začíná v okamžiku, když kapacitovaná spermie pronikne zónou pellucidou a je ukončena, jakmile dojde ke spojení chromozómů oocytu a spermie. Kapacitace spermií je proces, kterým spermie získává schopnost oplodnit vajíčko. Podstatou tohoto procesu jsou strukturální změny na povrchové membráně spermií, ke kterým dochází po jejich vstupu do ženského pohlavního traktu. Zona pellucida je glykoproteinová membrána oocytu. Oplodněné vajíčko (oocyt) se nazývá **zygota** (spemovium). Zygota se začne rychle mitoticky dělit - rýhovat. Zhruba za 30 hodin po oplození se zygota rozdělí na dvě **blastomery**, za 50 hodin na čtyři blastomery. Blastomery putují vejcovodem k dutině děložní. Zona pellucida zůstává neporušená a zabraňuje blastomerám přilnout ke stěně vejcovodu. (Čech – Hájek et al., 1999; Kobilková et al., 1999; Roztočil a kol., 2001)

Do dutiny děložní se vajíčko dostává ve stadiu **moruly** (kulovitý útvar, tvořený asi 16 blastomery), kde je volně uloženo 2-3 dny. Asi pátý den po fertilizaci dochází k rozpuštění zóny pellucidy, tekutina proniká mezi buňky moruly a přeměňuje ji na dutý útvar - **blastocystu**. V blastocystě se vytváří vnitřní a zevní vrstva buněk. Vnitřní vrstva se nazývá **embryoblast** a vzniká z ní embryo, amnion a žloutkový váček. Plodová část placenty se vyvíjí ze zevní vrstvy – **trofoblastu**. Ztráta zóny pellucidy umožní blastocystě zanořit se do sliznice dutiny děložní. (Čech – Hájek et al., 1999; Kobilková et al., 1999; Roztočil a kol., 2001)

### 1. 1. 2. 2. Implantace a nidace

Šestý den po oplození nalehne blastocysta na přední nebo zadní děložní stěnu v její horní třetině a začne se nořit do sliznice dutiny děložní (endometria). Těhotensky změněné endometrium se nazývá **decidua**. Decidua společně s

trofoblastem zajišťuje nidaci a výživu blastocytu. (Čech – Hájek et al., 1999; Kobilková et al., 1999; Roztočil a kol., 2001)

Během implantace prodělává trofoblast diferenciaci. Zevní vrstva trofoblastu se mění v syncytiotrofoblast, který svými výběžky proniká do decidui. Vnitřní vrstva trofoblastu vytváří **cytotrofoblast**, který s pomocí koenzymů decidui má velkou implantační schopnost, rozpouští deciduu a noří blastocystu pod povrch sliznice. (Čech – Hájek et al., 1999; Kobilková et al., 1999; Roztočil a kol., 2001)

Po zanoření blastocysty se implantační otvor v decidui vyplní buněčnou drtí a fibrinem a uzavře se implantačním koagulem, které přeroste deciduální sliznice. Implantace je tímto ukončena a blastocysta se niduje do decidui. Nidace končí 11. den po fertilizaci. (Čech – Hájek et al., 1999; Kobilková et al., 1999; Roztočil a kol., 2001)

Decidua se po implantaci rozdělí na **decidua capsularis** (překrývá blastocystu), **decidua bazalis** (nachází se mezi blastocystou a děložní stěnou a vytváří mateřskou část placenty) a **decidua parietalis** (pokrývá zbytek dutiny děložní). V pátém měsíci těhotenství, kdy je celá dutina děložní vyplněna plodovým vejcem (plodové vejce se skládá z plodu, pupečníku, placenty, plodových obalů a plodové vody.), se decidua capsularis a decidua parietalis spojí. (Roztočil a kol., 2001)

Po implantaci trofoblast rozpouští svým histolytickým působením okolí deciduální tkáň v buněčnou kaši a tím zajišťuje výživu blastocysty (**histiotrofé**). Průnik blastocysty hlouběji do decidui umožní trofoblastu rozpouštět endotel krevních kapilár. Dochází k mísení krve s buněčnou kaší, až postupně krevní složka převládne a vzniká druhý stupeň výživy (**hemotrofé**). V této fázi se trofoblast dostává poprvé do styku s mateřskou krví. Po kontaktu s většími mateřskými cévami se vytváří primitivní intervilózní prostor, obklopující celou blastocystu. Trofoblast začíná vytvářet choriové klky, což je počátek tvorby placenty. (Čech – Hájek et al., 1999; Roztočil a kol., 2001)

Placenta je dočasný orgán v těhotenství, který zprostředkovává kontakt mezi organismem matky a plodem, zásobuje plod kyslíkem a živinami a odvádí zplodiny metabolismu plodu. Má také funkci endokrinní žlázy. (Leifer, 2004)

### 1. 1. 2. 3. Vývoj placenty

Při vývoji placenty proniká trofoblast do decidui, zničí endotel mateřských cév, tím se mateřská krev dostává do přímého kontaktu s choriem. **Chorion** vzniká z diferencovaného cytotrofoblastu, je to část trofoblastu přivrácená k decidui. Kolem 16. dne po oplodnění začínají z choria vyrůstat **choriové klky** (chorionvilli). Choriové klky se tvoří ve velkém množství, kryjí celý povrch plodového vejce a vytvářejí intervilózní prostory vyplněné mateřskou krví. Decidua capsularis se postupně ztenčuje, klky na této straně atrofují a povrch choria je zde hladký (chorion laeve). V oblasti decidua basalis naopak klky hypertrofují (chorion frondosum) a vytváří **placentu**. (Kobilková et al., 1999; Roztočil a kol., 2001)

### 1. 1. 3. Placenta

#### 1. 1. 3. 1. Morfologie a uložení

Růst placenty trvá až do 36. – 38. týdne těhotenství. Donošená placenta má kruhovitý tvar o průměru zhruba 20 cm a tloušťku přibližně 3 cm. Hmotnost placenty je kolem 500 gramů a je v přímém poměru k hmotnosti plodu. (Čech – Hájek et al., 1999)

Placenta se skládá ze dvou částí, **mateřské** (pars materna placentae), která je obrácena ke stěně děložní a **fetální** (pars fetalis placentae) obrácené do nitra plodového vejce. (Čech – Hájek et al., 1999)

Fetální strana placenty je hladká, pokrytá lesklou modrošedou blánou – **amniem**, kterou prosvítají probíhající **pupečnickové cévy**. Cévy pronikají **choriovou deskou**, rozvětvují se do jednotlivých **kotyledonů** a končí v **placentárních klicích**. Pupečnickové arterie jsou dvě a každá zásobuje jednu část placenty. Amnion přechází na **pupečník** a vytváří jeho obal. Pupečník se nejčastěji na placentu upíná centrálně (insertio centralis), ale vyskytuje se i marginální úpon (insertio marginalis), zřídka nacházíme úpon v plodových blanách - velamentózní úpon pupečníku (insertio velamentosa). (Čech – Hájek et al., 1999)

Mateřská strana placenty je nerovná, má našedle rudou barvu a na jejím povrchu je 1 mm tenká vrstva **decidua bazalis**. Na povrchu placenty rozeznáváme 15 – 20 kotyledonů oddělených **placentárními septy**. Kotyledony tvoří oběhové jednotky určené konečnými větvemi pupečnickové tepny. Každý kotyledon se skládá z 10 až 20 **lobulů**, které odpovídají vývodům mateřských **uteroplacentárních cév**, jež se otevírají do **intervilózního prostoru**. (Čech – Hájek et al., 1999)

Vlastní tkáň placenty se skládá z **choriových klků**, které se rozvětvují a smáčejí se v mateřské krvi intervilózního prostoru. Intervilózní prostor je na mateřské straně ohraničen bazální deciduou, na plodové straně choriovou deskou a vytváří funkční jednotku placenty. Krev z intervilózního prostoru je odváděna otvory odvodných mateřských vén, které se nachází v deciduální vrstvě, a také cirkulárním okrajovým sinusem (sinus marginalis). (Čech – Hájek et al., 1999)

Normální uložení placenty v děloze je v její horní části na přední nebo zadní stěně, či ve fundu děložním. (Čech – Hájek et al., 1999)

### **1. 1. 3. 2. Funkce placenty**

Plod prostřednictvím placenty získává z krve matky výživu a kyslík. Placenta umožňuje plodu zbavit se kyslíčnicku uhličitého a dalších zplodin metabolismu a je také bariérou proti infekčním agens, avšak některé viry se na plod přenést mohou. Dále placenta vytváří velké množství hormonů a enzymů, které jsou nepostradatelné pro fyziologický průběh těhotenství. (Čech – Hájek et al., 1999)

### **Placentární transport**

Transport přes placentární membránu je podmíněn velikostí molekuly, rozpustností a elektrickým nábojem přenášené látky. Při přenosu látek přes placentu se uplatňují všechny typy transportu (prostá a usnadněná difuze, aktivní transport, spřažený transport i pinocytóza). (Vacek, 2006) Přes placentu prochází například krevní plyny, voda, glukóza, aminokyseliny, tuky, vitamíny, ionty a imunoglobuliny (IgG). Imunoglobuliny poskytují plodu v prvních měsících po narození pasivní imunitu. (Čech – Hájek et al., 1999)

Placentární membrána je selektivně propustná, to znamená, že některé látky placentou procházejí, jiné jsou zadržovány i přes stejnou velikost molekul. Tato okolnost nesmí být opomíjena při podávání léků těhotným. Léky prakticky vždy placentou přestupují a mohou mít nežádoucí vliv na vývoj plodu. Placenta je prostupná i pro některé mikroby (například virus spalniček, zarděnek, planých neštovic, HIV, původce onemocnění toxoplazmózy, původce syfilis), které mohou způsobit poškození zárodku, jeho zánik, nebo porod malformovaného plodu. (Vacek, 2006)

### **Hormonální funkce placenty**

Placenta syntetizuje řadu hormonů, které jsou vylučovány do krevního oběhu matky, například estrogeny, progesteron, choriogonadotropin a placentární laktogen. Plod se také podílí na tvorbě některých hormonů (například estrogenů), proto se plod a placenta považují za funkční **fetoplacentární jednotku**. (Čech – Hájek et al., 1999)

**Lidský (humánní) choriogonadotropin (hCG)** je glykoprotein tvořený trofoblastem již ve stádiu rané blastocysty. Devátý den gravidity se dá v moči žen prokázat. Jeho hladina dosahuje vrcholu kolem 8. – 11. týdne těhotenství, pak klesá. hCG působí na rozvoj žlutého tělíska (corpus luteum), zabraňuje jeho degeneraci, uplatňuje se při vývoji gonád, zevního genitálu a nadledvin plodu. Dále také ovlivňuje sekreci estrogenů a progesteronu v placentě. (Vacek, 2006)

**Humánní placentární laktogen (hPL)** je peptid podobající se růstovému hormonu. Syntetizuje se syncytiotrofoblastem a ovlivňuje metabolismus draslíku, dusíku, glycidu a lipidů. Jeho nejdůležitějším úkolem je pravděpodobně štěpení tuků a uvolňování mastných kyselin z tukových rezerv matky. Během těhotenství jeho hladina trvale stoupá. (Čech – Hájek et al., 1999; Vacek, 2006)

**Progesteron** je do konce prvního trimestru vylučován corpus luteum, poté tuto funkci přebírá placenta. Progesteron je důležitý pro udržení těhotenství. Jeho hladina během těhotenství stoupá. Tvorba progesteronu závisí na přísunu cholesterolu matky. (Čech – Hájek et al., 1999)

Placenta je také hlavním zdrojem **estrogenů**. Hlavní estrogeny jsou estrol, 17-beta-estradiol a estriol. Největší koncentrace dosahuje estriol. Na výrobě

estriolu se podílí kůra nadledvin plodu. Estradiol a estrol vyrábí přímo syncytiotrofoblast. (Čech – Hájek et al., 1999)

### **Enzymatické funkce placenty**

Placenta vyrábí řadu enzymů. Kromě **oxytocinázy**, jejíž hladina stoupá s rostoucím těhotenstvím a nevyšších hodnot dosahuje před porodem, také **monoaminoxidázu**, **histaminázu** a **angiotonázu**. Základem těchto enzymů jsou aminy (adrenalin, histamin, angiotonin) a mají pravděpodobně určitou ochrannou roli v organismu těhotné. (Čech – Hájek et al., 1999)

### **1. 1. 3. 3. Porod placenty**

K porodu placenty dochází ve III. době porodní (doba k lůžku), která následuje po porodu plodu (II. doba porodní – vypuzovací). (Roztočil, 2001)

III. doba porodní má 3 fáze:

**Fáze odlučovací** - děloha se po porodu plodu zmenší, získá kulovitý tvar a děložní fundus sahá zhruba k pupku. Po uplynutí asi 5 minut se obnovují děložní stahy, které ovšem nedosahují takové intenzity jako ve II. době porodní. Nazývají se kontrakce k lůžku (contraction ad secundinas) a rodička je mnohdy ani nepocítuje. V této fázi se svalová vlákna myometria zkracují, děložní stěna se stahuje, stává se tlustší a děložní plocha se zmenšuje. Zmenšuje se i objem dutiny děložní a placenta, jenž se smrštit nemůže, se postupně odlupuje od děložní stěny. Oddělení placenty od děložní stěny probíhá ve spongiózní vrstvě decidui. Při odlučování placenty dochází k rupturám uteroplacentárních cév, to vede ke krvácení mezi placentou a děložní stěnou a k vytvoření retroplacentárního hematomu. Retroplacentární hematom se postupně zvětšuje a mechanicky napomáhá dalšímu odlučování placenty. (Roztočil, 2001)

**Fáze vypuzovací** - po odloučení placenty se k děložním kontrakcím připojí pocity tlaku na konečník, které rodičku nutí zatlačit a placentu i blány porodit. (Roztočil, 2001)

**Fáze hemostatická** - po odloučení placenty jsou v místě jejího připojení ke stěně děložní otevřena ústí uteroplacentárních cév, která krvácejí. Výrazná hemokoagulační aktivita s následnou trombózou cév a fyziologické stlačení

cévních stěn způsobené kontrakcí hladkého svalstva myometria se podílí na zástavě krvácení. (Roztočil, 2001)

Placenta se neodlučuje vždy stejně, rozeznáváme tři mechanismy odlučování placenty:

**Mechanismus Baudelocqueův – Schultzův** - odlučování začíná uprostřed mateřské plochy placenty a pokračuje od středu k obvodu. Jelikož je retroplacentární hematom uzavřen mezi placentou a děložní stěnou, žena z rodidel nekrvácí a krevní ztráta je nejmenší. Při porodu placenty nejprve vystupuje z rodidel úpon pupečnicku a za ním kulovitě sbalené lůžko, které ve svém středu obsahuje retroplacentární hematom. Blány se rodí jako poslední. (Čech – Hájek et al., 1999; Roztočil, 2001)

**Mechanismus Duncanův** - placenta se odlučuje okrajem. Retroplacentární hematom se nevytváří, odlučování trvá déle, žena krvácí z rodidel a krevní ztráta je větší. Placenta se rodí svou hranou tak, jak se odlučovala. Část blan se rodí s hranou a část za ní. (Čech – Hájek et al., 1999; Roztočil, 2001)

**Mechanismus Gessnerův** - je kombinací obou předchozích mechanismů, kdy se placenta odlučuje hranou, ale po odloučení se v dutině děložní sbaluje. Žena krvácí z rodidel, ale placenta se rodí sbalená do koule. Tento mechanismus odlučování placenty je nejčastější. (Čech – Hájek et al., 1999; Roztočil, 2001)

Vedení III. doby porodní je zásadně konzervativní. Do mechanismu odlučování placenty žádným mechanickým způsobem nezasahujeme. Pokud rodička nadměrně nekrvácí, můžeme vyčkávat na spontánní porod placenty až 1 hodinu. Jestliže vedeme aktivně III. dobu porodní, to znamená podání uterotonik (Oxytocinu) po porodu plodu, vyčkáváme na spontánní porod placenty maximálně 30 minut. (Čech – Hájek et al., 1999)



## 1. 2. Poruchy placentace

Mezi poruchy placentace řadíme nepravidelnosti ve smyslu uložení placenty (*placenta praevia*) a nepravidelnosti, které se týkají jejího přilnutí k děložní stěně (*placenta adhaerens, accreta, increta et percreta*). (Čech – Hájek et al., 1999)

### 1.2.1 Vcestné lůžko (*placenta praevia*)

Normálně je placenta uložena v horním aktivním segmentu (v corpus uteri - tělo děložní) na přední, či zadní děložní stěně, nebo ve fundu děložním. O vcestném lůžku mluvíme tehdy, jedná-li se o abnormální usídlení placenty v dolním děložním segmentu. (Čech – Hájek et al., 1999) Vyskytuje se u 0,5-2% všech těhotenství ve III. trimestru. (Pařízek, 2012)

Podle toho, jak hluboko placenta zasahuje k vnitřní brance, rozeznáváme:

**Insertio placentae profunda** (hluboké nasedání lůžka = nízko nasedající lůžko) - placenta svou částí zasahuje z děložního těla do dolního děložního segmentu, ale k vnitřní brance nedosahuje ani za porodu, kdy je branka úplně dilatována. (Čech – Hájek et al., 1999)

**Placenta praevia marginalis** - placenta svým okrajem zasahuje k vnitřní brance. Během porodu, při postupné dilataci branky, kdy se dolní děložní segment vytahuje vzhůru, se může stát z marginálního uložení placenty (tj. sahající k okraji branky) parciální uložení lůžka (tj. přesahující okraj branky). (Čech – Hájek et al., 1999)

**Placenta praevia partialis** - placenta svým okrajem částečně překrývá vnitřní branku. Při postupné dilataci branky hmatáme okraj placenty spolu s vakem blan. (Čech – Hájek et al., 1999)

**Placenta praevia centralis** (totalis) - placenta překrývá celou vnitřní branku. Během porodu se může uložení lůžka měnit. Placenta, jež úplně překrývala vnitřní branku, může být spolu s dolním děložním segmentem vytažena vzhůru a branku překrývat jen částečně. (Čech – Hájek et al., 1999)

Toto rozdělení je klasické porodnické, z dob, kdy se abnormality usídlení placenty diagnostikovaly palpačním vyšetřením. Ačkoliv ultrazvuková

diagnostika zcela nahradila klasickou porodnickou, stále se s tímto názvoslovím setkáváme, a proto ho ve své práci uvádím.

### **Etiologie:**

*„Příčinu vzniku včestného lůžka můžeme hledat v patologii plodového vejce, ve změněné morfologii dělohy nebo v chybné decidualizaci děložní sliznice.“* (Čech – Hájek et al., 1999, str. 202)

Pokud transport plodového vejce vejcovodem je příliš rychlý, plodové vejce projde dutinou děložní a nidační zralosti (plodové vejce je schopno nidovat, až na určitém stupni vývoje) dosáhne až v děložním istmu, ze kterého se později vyvíjí dolní děložní segment. Stejně tak může plodové vejce procházet rychleji dutinou děložní při její změněné morfologii (vrozené vývojové vady dělohy, dilatace a ochabnutí děložní stěny po předchozích porodech) a nidační zralosti dosahuje až v dolním děložním segmentu. (Čech – Hájek et al., 1999)

V dnešní době jsou pravděpodobně nejčastější příčinou včestné placenty poruchy endometria. Z důvodu hormonální nedostatečnosti nebo následkem instrumentálních výkonů na děloze (interrupce, kyretáž, myomektomie, endometria předchozí císařský řez, apod.), kdy endometrium v části dělohy zcela chybí nebo je změněno zánětem, může být deciduální transformace nedostatečná. (Čech – Hájek et al., 1999)

V moderní odborné literatuře se k rizikovým faktorům vzniku placenta praevia mimo předchozích císařských řezů, intrauterinních výkonů a multiparity ještě řadí abúzus kokainu. (Pařízek, 2012)

### **Příznaky:**

Hlavním příznakem včestné placenty je krvácení, které se poprvé obvykle objeví na konci I. trimestru. V druhé polovině gravidity se začíná rozvíjet dolní děložní segment, což vede k částečnému odlučování lůžka od děložní stěny, které se projeví opět krvácením. Krvácení obvykle nebývá silné, v klidu ustává, ale má tendenci se opakovat. Vytékající krev je mateřská a přesto, že toto krvácení neohrožuje život těhotné, opakované ztráty krve vedou k anemizaci. Intenzita krvácení se zesiluje před porodem a hlavně při kontrakcích vedoucích k dilataci

hrdla. Asi v jedné třetině případů těhotné s touto poruchou placentace vůbec nekrvácí. (Čech – Hájek et al., 1999; Pařízek, 2012)

Placenta praevia může bránit vstupu hlavičky plodu do pánve. Z toho důvodu se častěji vyskytují nepravidelné polohy plodu (příčná, šikmá, koncem pánevním). (Čech – Hájek et al., 1999)

### **Komplikace:**

- Předčasný porod
- Neonatální smrt
- Předporodní nebo poporodní krvácení

### **Diagnostika:**

V současné době palpce placenty jako diagnostická metoda již neexistuje. Diagnostika se provádí pomocí ultrazvuku a bývá stanovena většinou před klinickými příznaky. Ultrazukovým vyšetřením lze přesně určit stupeň zasahování placenty do oblasti vnitřní branky. (Calda, 2010)

Ženy, které mají ve 20. týdnu těhotenství, kdy se provádí ultrazukové vyšetření, dolní okraj placenty vzdálen více než 1 cm od vnitřní branky, obvykle další vyšetřování ohledně vcestného lůžka nepotřebují. (Pařízek, 2012)

U žen, které mají ve 20. týdnu těhotenství překrytou vnitřní branku placentou o více než 25 mm, je velice pravděpodobné, že placenta praevia zůstane až do porodu. (Pařízek, 2012)

Všechny ženy, které mají ve 20. týdnu těhotenství dolní okraj placenty ve vzdálenosti menší než 1 cm od okraje vnitřní branky nebo placenta překrývá vnitřní branku o méně než 25 mm, mají doporučeno kontrolní vyšetření ultrazukem mezi 32. a 35. týdnem těhotenství a vyhodnocení uložení placenty. Toto měření ve III. trimestru pomáhá posoudit riziko krvácení a rozhodnout o způsobu vedení porodu. (Pařízek, 2012)

Dalším možným vyšetřením je magnetická rezonance, která pomáhá při diagnostice komplikací placenta praevia i při diagnostice placenta accreta, increta et percreta. (Calda, 2010)

### **Prenatální péče a léčba:**

Vcestné lůžko ohrožuje život matky i plodu. Matka je ohrožena především krvácením, plod náhle vzniklou hypoxií, vzácně i vykrvácením, pokud by došlo i k porušení placentárních cév. Přes veškerou péči o těhotné a rodičky je placenta praevia stále na předním místě mezi příčinami mateřské úmrtnosti. (Čech – Hájek et al., 1999)

Těhotné s placenta centralis vaginálně palpačně nevyšetřujeme. U žen s placenta marginalis by vaginální vyšetření mělo být individuálně zvažováno na základě anamnézy a předchozího ultrazvukového vyšetření. (Pařízek, 2012)

V současné době neexistují důkazy o prospěchu hospitalizace u těhotné ženy s placenta praevia ve II. trimestru. Je nezbytné každý případ individuálně posoudit, vyhodnotit anamnestické údaje, termín těhotenství, frekvenci a intenzitu krvácení, sociálně-ekonomickou a duševní úroveň těhotné. (Pařízek, 2012)

Ženy s vcestným lůžkem, které mají méně než tři epizody vaginálního krvácení, mohou být mezi 24. a 30. týdnem těhotenství sledovány ambulantně. Ve III. trimestru, zejména po 30. týdnu těhotenství, ženy s placenta praevia preventivně hospitalizujeme. (Pařízek, 2012)

Ukončení těhotenství většina autorů doporučuje mezi 36. a 38. týdnem. U žen s placenta praevia centralis se vždy plánuje porod císařským řezem. Císařský řez se doporučuje, i pokud je placenta dolním okrajem od vnitřní branky vzdálena do 2 cm. (Pařízek, 2012)

V současné době není dáno přesné doporučení ukončení těhotenství u žen s placenta praevia marginalis, kdy je dolní okraj placenty vzdálen od vnitřní branky 2 cm. Při spontánním porodu je zvýšené riziko výskytu komplikací. Pokud se žena rozhodne родit spontánně, musí být o tomto riziku informována a zároveň i o možnosti provedení akutního císařského řezu během porodu. (Pařízek, 2012)

Císařský řez (sectio caesarea) je porodnická operace, při níž je plod vybavován z dělohy břišní cestou. V současné době se císařský řez stal nejčastější porodnickou operací a jeho frekvence stoupá. Provádí se v celkové nebo regionální anestezii. (Pařízek, 2012; Zwinger et al., 2004)

Spontánní porod by měl být doporučen ženám, kde je placenta praevia marginalis více než 2 cm nad vnitřní brankou. Ale i v tomto případě je lehce zvýšené riziko krvácení, a tudíž i riziko císařského řezu, o kterém by žena měla být poučena. V případě placenta praevia marginalis, kdy je dolní okraj placenty vzdálen od vnitřní branky více než 3 cm, by měl být porod veden spontánně. (Pařízek, 2012)

### 1. 2. 2. Placenta adhaerens, accreta, increta et percreta

Tato porucha placentace spočívá v abnormálním prorůstání placenty do děložní stěny. Podle stupně fixace placenty k děložní stěně rozlišujeme:

**placenta adhaerens** – odlučovací vrstva je sice fyziologicky v decidua basalis, ale vazivová septa jsou pevnější, ztlustělá,

**placenta accreta** – placentární klky jsou přímo spojené s myometriem, ale do myometria nevrůstají,

**placenta increta** – placentární klky vrůstají do myometria,

**placenta percreta** - placentární klky prostupují celou stěnu myometria až do děložní serózy (perimetrium) s možností invaze do okolních orgánů (zvláště do močového měchýře). (Pařízek, 2012)

Placenta accreta, increta et percreta se navzájem klinicky neodlišují, rozhodne až pooperační histologické vyšetření děložní stěny. (Pařízek et al., 2012)

Incidence placenta adhaerens se udává 1: 30-40 porodů. Incidence placenta accreta se udává 1: 2500 porodů a frekvence této poruchy se zvyšuje se stoupajícím počtem císařských řezů. (Pařízek, 2012)

#### **Etiologie:**

Příčina vzniku spočívá v nedostatečné decidualizaci děložní sliznice. (Čech – Hájek et al., 1999)

Rizikové faktory vzniku jsou:

- předchozí císařský řez,
- předchozí placenta praevia,
- předchozí myomektomie,

- resekce septa,
- předchozí dilatace a evakuace dutiny děložní,
- submukózní myom,
- multiparita,
- kouření. (Pařízek, 2012)

### **Příznaky:**

Během těhotenství je tato porucha placentace asymptomatická. Po porodu plodu je příznakem nadměrně prodloužená III. doba porodní. Placenta se od děložní stěny neodlučuje, ani přes aktivní vedení III. doby porodní a vydatné děložní kontrakce. (Zwinger, 2004)

### **Komplikace:**

mateřské:

- hysterektomie,
- poranění okolních orgánů,
- transfuze krve,
- diseminovaná intravaskulární koagulace,
- infekce,
- smrt (méně než 1-7%),

fetální:

- předčasný porod,
- malý vzrůst plodu. (Pařízek, 2012)

### **Diagnostika:**

#### **Po porodu:**

Diagnóza po porodu plodu bývá stanovena na základě klinických příznaků. Zda se jedná o placentu accretu, incretu nebo percretu lze jednoznačně stanovit až na základě histologického vyšetření. K histologickému vyšetření je třeba celá placenta i děloha a vyšetření celé ranné plochy. Pokud je vyšetřována pouze placenta, která většinou není celistvá, mohou chybět malé částičky obsahující

myometrium. Z toho důvodu pouhé histologické vyšetření placenty nemusí potvrdit diagnózu. (Pařízek, 2012)

#### **V těhotenství:**

Podezření na placentu accretu může vyplývat z anamnézy (předchozí císařský řez), nebo z ultrazvukového vyšetření. Ale ani ultrazvuk nepřináší u této poruchy placentace dostatečně přesné informace. (Pařízek, 2012)

Současná odborná literatura popisuje určité symptomy ultrazvukově viditelné, které mohou značit přítomnost placenty accrety.

*„Sonografické známky placenta accreta jsou:*

*Nepřítomnost normální hypoechogenní zóny myometria.*

*Zeslabení nebo narušení hyperechogenního rozhraní mezi děložní serózou a močovým měchýřem.*

*Přítomnost ložisek exofytických hmot.“*(Calda, 2010, str. 167) Další možnou známkou na UZ je přítomnost lakun (dutinek), které vytváří obraz „ementálského sýru.“

Avšak ani přítomnost uvedených příznaků není jednoznačná pro diagnostiku placenta accreta. Proto se doporučuje pro potvrzení diagnózy použití 3D ultrazvuku a power doppleru. Další možností je provedení nukleární magnetické rezonance (MRI), kde lze sledovat 3 vrstvy dělohy až po serózu, která má abnormální vzhled, myometrium je ztenčené. MRI pomáhá získat nové informace zvláště u placent uložených na zadní stěně a o případné invazi placenty do močového měchýře, ale ani toto vyšetření není 100%. Při podezření prorůstání placenty do močového měchýře je indikována cystoskopie. (Doležal et kol., 2007, Pařízek, 2012)

#### **Léčba:**

**Při placenta adhaerens** - terapie tohoto stupně fixace spočívá v manuálním vybavení placenty (lysis placentae manualis) a revizi dutiny děložní (revisio cavi uteri). (Čech – Hájek et al., 1999)

Manuální vybavení lůžka je operační ukončení porodu placenty. Zákrok se provádí v celkové narkóze. Operátér manuálně odloučí placentu od děložní stěny

a následně vybaví. Případné zbytky placenty se odstraní při revizi dutiny děložní, která se poté provádí. (Čech – Hájek et al., 1999)

Revize dutiny děložní se provádí prsty (*revisio cavi uteri digitalis*), rukou (*revisio cavi manualis*), nebo za pomoci tupé Bummovy kyrety (*revisio cavi uteri instrumentalis*). (Čech – Hájek et al., 1999)

Manuální lysis a následnou revizí lze vybavit normálně inzerující placentu nebo placentu *adhaerens*, zasahující do *decidua basalis*. Pokus o manuální vybavení placenty *accrety*, *incretu* et *percretu* není úspěšný a obvykle končí silným krvácením, které se řeší hysterektomií. (Čech – Hájek et al., 1999)

### **Při placenta accreta, increta et percreta**

Při podezření na tuto poruchu placentace by měl být porod plánován a ukončen císařským řezem. Nejvhodnější termín pro ukončení těhotenství při placenta accreta není přesně dán, většina odborné literatury doporučuje 36. – 38. týden těhotenství. (Pařízek, 2012)

Jelikož není možné předem určit stupeň fixace placenty k děložní stěně, mělo by být předem pacientce vysvětleno, že se nejedná o standardní postup a že dosud neexistují přesné doporučené postupy při řešení této patologie. Pacientka musí být informována o možnosti hysterektomie, která je u prokázání této patologie jednoznačně indikována. (Pařízek et kol., 2012; Pařízek, 2012)

Hysterektomie je chirurgické odstranění dělohy. U placenty *accrety*, *incretu* et *percretu* je indikována z důvodu prevence masivního krvácení z placentární plochy, které nastane po jejím odloučení. Masivní krvácení ohrožuje rodičku bezprostředně na životě a vede k rozvoji syndromu diseminované intravaskulární koagulace (DIC). (Doležal, 2007; Pařízek, 2012)

Pokud placenta accreta není 100% potvrzena, lze během císařského řezu po vybavení plodu vyčkat spontánního odloučení placenty. Jestliže ke spontánnímu odloučení nedojde, musí se operátor rozhodnout, zda se pokusí vybavit placentu po částech, nebo provede rovnou hysterektomii. Zvážení postupu ovlivňují krevní ztráty a stupeň invaze placenty. (Pařízek, 2012)



### **1. 3. Základní údaje pacientky**

Pacientka P. K., 34 let

#### **1. 3. 1. Lékařská anamnéza pacientky**

RA: rodiče, sourozenci zdraví, prarodiče DM II. typu na dietě

OA: prodělala běžné dětské nemoci, s ničím se neléčí, úrazy 0, 1x operace S. C.,  
nekouří, alkohol nekonzumuje

FA: 0

AA: 0

GA: menses od 13 let, pravidelné 28/5, III/III

2002 – spont. porod v termínu, děvče 3290g/49cm, šestinedělí bez komplikací,  
kojila 1 rok.

2011 – plánovaný císařský řez pro PPKP, hoch 3500g/neměřen, šestinedělí bez  
komplikací, hojení per primam, kojila 10 měsíců.

Nynější těhotenství: hospitalizována ve 34 t. t. pro nepravidelné bolesti  
v podbřišku a v jizvě, při ultrazvukovém vyšetření diagnostikována placenta  
centralis, pacientka 7. den hospitalizace na vlastní žádost propuštěna (negativní  
reverz podepsán). Poučena o rizicích, odeslána do poradny pro rizikově těhotné.

PA: pracuje jako administrativní pracovnice, nyní na mateřské dovolené

SA: vdaná, manžel zdrav

#### **1. 3. 2. Průběh hospitalizace**

##### **1. den hospitalizace – příjem pacientky**

Nynější onemocnění: Pacientka byla přijata na oddělení rizikově těhotných  
v týdnu těhotenství 37+6 k plánovanému ukončení těhotenství císařským řezem  
z důvodu dg. placenta praevia centralis.

Základní diagnóza: Plánovaný císařský řez

Vedlejší diagnózy: Placenta praevia bez krvácení

Péče o matku pro jizvu dělohy po předcházejícím císařském  
řezu

**Stav při přijetí:**

TK 100/60 P 68' T 36,1°C DF 16', vyšetření moče: bílkovina, cukr 0, GBS neg

Výška 168 cm, hmotnost 76 kg, přibrala 12 kg v těhotenství.

Natočen fyziologický CTG záznam.

Subjektivně: cítí se dobře, bolesti nemá, udává mírné pnutí v jizvě při pohybu, pohyby plodu cítí, nekrvácí, voda plodová zachována.

Objektivní nález: orientovaná, eupnoická, kardiopulmonálně kompenzovaná, kůže neporušená, bez známek ikteru a cyanózy. Hlava, krk, prsy bez patologického nálezu. Břicho klidné, palpačně nebolestivé, zvětšené těhotnou dělohou, peristaltika přítomna. Játra nehmatná, tapotment oboustranně negativní. DK bez otoků, bez varixů a známek zánětu.

**Gynekologické vyšetření:**

Zevně: děloha normotonní, klidná, PPHL

Vaginálně: nevyšetřena

Pelvimetrie: distantia bispinalis 23 cm, distantia bicristalis 26 cm, distantia bitrochanterica 31 cm, conjugata externa 20 cm

UZ abdominální: v děloze 1 živý plod, PPHL, postavení I., BPD 9,19 cm, HC 32, 62 cm, AC 33,05 cm, FL 7,39 cm, odpovídá 37+4, váhový odhad 3149 g, množství VP normální, placenta praevia centralis, PIAU 0,75 fyziologická křivka v normě.

**Předoperační vyšetření:**

EKG normální křivka

Laboratorní vyšetření: KO: v normě

Koagulace: v normě

KS + Rh faktor: A pos

Anesteziologické vyšetření: Pacientce byla anesteziologem doporučena regionální anestezie. Pacientka souhlasí. Informovaný souhlas podepsán.

**Medikace:** Clexane 0,4 ml s. c. ve 20,00 hod

Pacientce byly během příjmu porodní asistentkou podány informace týkající se dietního opatření před operací, bezprostřední předoperační přípravy probíhající 0. operační den a následné pooperační ošetrovatelské péči.

Lékařem byla pacientka informována o plánovaném operačním zákroku, poučena o rizicích a možných pooperačních komplikacích.

Pacientka podaným informacím rozumí a souhlasí. Podepsán: Informovaný souhlas s hospitalizací a Informovaný souhlas s provedením operačního výkonu.

## **2. den hospitalizace – 0. operační den**

Pacientka přivedena na porodní sál v 6,00 hod k plánovanému císařskému řezu v 38. ukončeném týdnu těhotenství.

Natočeno CTG - fyziologický záznam

TK 105/70 P 74' TT 36,4°C vyšetření moče: bílkovina, cukr negativní

Subjektivně se cítí dobře, kontrakce neudává, nekrvácí, VP zachovalá.

### **Zahájena bezprostřední předoperační příprava:**

- Oholení operačního pole a zevních rodidel.
- Podání očistného klyzmatu (aplikace 1 l vlažné vody pomocí irigátoru), pacientka se hodinu vyprazdňuje, poté se osprchuje.
- Natočeno CTG – fyziologický záznam.
- Zavedení periferního žilního katétru (PŽK, G 20, LHK kubita).
- Aplikace infúzních roztoků jako prevence hypovolemie (Isolyte 1000 ml).
- Bandáže DK.
- Zaveden permanentní močový katetr (PMK, CH 14).

V 8,00 pacientka převedena na operační sál.

### **Průběh operace:**

Operace začala v 8,30 hod v subarachnoidální anestezii. V průběhu operace aplikace 2 g Vulmizolinu ve 100 ml FR. Plod vybaven v 8,55 hod bez komplikací (děvče 2930g/47cm, dobrá poporodní adaptace, Apgar skóre 10-10-10). Novorozenec po ošetření přinesen na operační sál, matce přiložen. Aplikováno 5 j Oxytocinu intramyometrálně. Po vybavení plodu nedochází k odlučování placenty. Pokus o manuální vybavení placenty se nedaří. Perioperačně zjištěno prorůstání placenty stěnou děložní v celé oblasti původní inserce. Krvácení v oblasti vnitřní branky nelze zastavit. Nález zhodnocen jako placenta percreta,

indikováno provedení abdominální hysterektomie bez adnexektomie. Pacientka během operace o nálezu informována a s výkonem souhlasí. Poté pacientka převedena do TIVA (totální intravenózní anestezie). Zavedeny další 2 PŽK (G 20, PHK hřbet ruky; G 20 PHK kubita). Následný průběh operace bez komplikací. Děloha s čípkem bez adnex odeslána k histologickému vyšetření. Konec operace v 10,45 hod. Moč čirá, krevní ztráta 2500-3000 ml. Krevní ztráta perioperačně hrazena podáním koloidních (Voluven 1500 ml) a krystaloidních roztoků (RR 1500 ml, Isolyte 1000 ml) a transfúzními přípravky (3TU EBR a 2TU FFP). Pacientce byl zaveden Redonův drén (CH 14). Po skončení operace je pacientka při vědomí, bez známek poruchy koagulace. Pacientka byla převezena na ARO k optimalizaci stavu a monitoraci základních vitálních funkcí.

Základní diagnóza: Placenta accreta s následnou abdominální hysterektomií.

#### **Bezprostřední pooperační péče (na ARO):**

Kontrola stavu vědomí – při vědomí.

Kontinuální monitorace TK, P, DF, saturace O<sub>2</sub>, EKG křivky. TT 3x denně.

Zavedeny 3 PŽK (G 20 LHK kubita; G 20 PHK hřbet ruky; G 20 PHK kubita) funkční, místa vpichů a okolí bez známek zánětu.

Podávání krevních náhrad (2TU EBR, 2TU FFP).

Zaveden PMK, sledování příjmu a výdeje tekutin, moč čirá, nekonzentrovaná.

Kontrola operační rány – sterilně kryta, neprosakuje.

Kontrola krvácení – slabě krvácí.

Kontrola čítí DK – obnovena do 2 hod po operaci.

Prevence TEN – rehabilitace DK, bandáže DK, Clexane 0,4 ml s. c. ve 20, 00 hod.

Podávání analgetik dle ordinace lékaře.

Odebrána krev k laboratornímu vyšetření za 2 hodiny a za 6 hodin po operaci:

KO: leukocyty 19,4 x 10<sup>9</sup>/l; 18,3 x 10<sup>9</sup>/l – zvýšené, erytrocyty 3,25 x 10<sup>12</sup>/l; 3,27 x 10<sup>12</sup>/l - snížené, hemoglobin 93 g/l; 94 g/l - snížený, hematokrit 0,265; 0,267 – snížený

Koagulační vyšetření: APTT , Quickův test, INR – v normě, fibrinogen – v normě, D - dimery 1,485 mg/l; 2,130 mg/l – zvýšené

Biochemie: CRP – 12,8 mg/l zvýšené, minerály Na, K, Cl – v normě, jaterní testy + enzymy: bilirubin, ALT, AST, alkalická fosfatáza - v normě, renální soubor: urea 1,1 mmol/l - snižená, kreatinin 44 $\mu$ mol/l - snižený

Dieta 0/S (čajová), pije ihned.

**Medikace:** Clexane 0,4 ml s. c. ve 20,00 hod

Dipidolor 15 mg i. m., dle potřeby, minimální rozmezí 6 hod.

Espumisan 40 mg p. o. 2 tbl. 3x denně (2 – 2 - 2)

Isolyte 1000 ml i. v.

Perfalgan 10 mg i. v.

Vulmizolin 1 g ve 100 ml FR i. v. po 8,00 hod (8 - 16 – 24).

Laktace 0, z důvodu umístění pacientky na ARO, nebylo možné novorozence přikládat.

### **3. den hospitalizace – 1. pooperační den**

Pacientka byla v 8,00 hod převezena z ARO na oddělení šestinedělí na pooperační pokoj. Při předání měla zaveden už pouze jeden PŽK (G 20, LHK – kubita), PMK (CH 14) a Redonův drén (CH 14). Sutura je sterilně krytá, krytí čisté, neprosakuje. Na DK má bandáže. Pacientka je při vědomí, ve stabilizovaném stavu.

Naordinována kontrola TK + P 5x denně – v normě, TT 2x denně – bez subfebrilie.

Kontrola PŽK – funkční, místo vpichu a okolí klidné, bez známek zánětu.

PMK ponechán, měření příjmu a výdeje tekutin pokračuje – vyrovnaný stav. Sledování odpadu z Redonova drénu – 90 ml, večer extrahován, rána kryta sterilním čtvercem, přelepena.

Kontrola operační rány – rána klidná, ošetřena roztokem Betadine, opět sterilně kryta.

Kontrola krvácení – slabě krvácí.

Prevence TEN – bandáže DK, cvičení DK, mobilizace pacientky, Clexane 0,4 ml s. c. ve 20,00 hod

Podávání analgetik dle ordinace lékaře.

Stolice 0, plyny +

Odebrána krev k laboratornímu vyšetření:

KO: leukocyty  $11,8 \times 10^9/l$  – lehce zvýšené, erytrocyty  $2,78 \times 10^{12}/l$  – snižené, hemoglobin 80 g/l – snižený, hematokrit 0,237 – snižený

Dieta 0 (tekutá), pacientka byla seznámena s potřebou zvýšeného příjmu tekutin.

**Medikace:** Aktiferrin comp. 1 tbl. p. o. 2x denně (1 – 0 – 1)

Betadine roztok na suturu

Clexane 0,4 ml s. c. ve 20 hod

Dipidolor 15 mg i. m. při bolesti, min. rozmezí 6 hodin

Espumisan 40 mg 2 tbl. p. o. 3x denně (2 - 2 - 2)

Novalgin 5 ml ve 100 ml FR i. v., při bolesti, max. 3x denně

Novorozenec přikládán dle jeho potřeb v maximálních intervalech po 3 hodinách.

Dítě saje, laktace 0.

Ošetrovatelskou péčí 1. pooperační den (3. den hospitalizace) se podrobně zabývá ošetrovatelská část bakalářské práce.

#### **4. den hospitalizace – 2 pooperační den**

Kontrola TK + P 3x denně – normě. TT 2x denně – v normě

PŽK (G 20, LHK kubita) – dopoledne vytažen. Místo vpichu a okolí klidné bez známek zánětu.

PMK (CH 14) – dopoledne extrahován, pacientka močí spontánně, bez obtíží

Kontrola sutury – klidná, ošetřena roztokem Jodkolodium.

Kontrola krvácení – nekrvácí.

Prevence TEN – Clexane 0, 4 ml s. c. ve 20, 00

Podávání analgetik dle ordinace lékaře.

Stolice 0, plyny +

Odebrána krev k laboratornímu vyšetření:

KO: leukocyty – v normě, erytrocyty  $2,94 \times 10^{12}/l$  – snižené, hemoglobin 84 g/l – snižený, hematokrit 0, 250 – snižený

**Medikace:** Aktiferrin comp. 1 tbl. 2x denně (1 – 0 – 1)

Clexane 0, 4 ml s. c. ve 20,00 hod

Espumisan 40 mg 2 tbl p. o. 3x denně (2 – 2 - 2)

Jodkolodium na suturu p. p.

Novalgin 500 mg 1 tbl p. o. 3x denně

Dieta 1/P (kašovitá/porodnická), Pacientka vypije 2,5 litru tekutin za 24/hod. Ví, jaké nápoje jsou vhodné.

Pacientka soběstačná, vzhledem k pohybové aktivitě pacientky bandáže sundány. Dopoledne vytažen PŽK a PMK, pacientka močí bez obtíží. Sutura klidná, ošetřena roztokem Jodkolodium. Dítě pravidelně přikládáno dle jeho potřeb, saje, laktace zatím 0, novorozenec přikrmován. Prsy jsou nebolestivé, bez ragád, bez známek zánětu.

### **5. den hospitalizace – 3. pooperační den**

Kontrola TK + P 3x denně – normě. TT 2x denně – v normě.

Kontrola sutury – klidná, ošetřena roztokem Jodkolodium.

Kontrola krvácení – nekrvácí.

Prevence TEN – Clexane 0, 4 ml s. c. ve 20, 00 hod

Podávání analgetik dle ordinace lékaře.

Stolice 0, plyny +

Odebrána krev k laboratornímu vyšetření:

KO: leukocyty – v normě, erytrocyty  $3,21 \times 10^{12}/l$ , hemoglobin 90 g/l – snížený, hematokrit 0,274 – snížený

**Medikace:** Aktiferrin comp. 1 tbl p. o. 2x denně (1 – 0 – 1)

Clexane 0,4 ml s. c. ve 20,00 hod

Espumisan 40 mg 2 tbl p. o. 3x denně (2 – 2 – 2)

Jodkolodium na suturu p. p.

Novalgín 500 mg 1 tbl p. o. 3x denně p. p.

Dieta 2/P (šetřící/porodnická), pacientka poučena o výživě během kojení, ví jakým pokrmům se vyvarovat.

Pacientka soběstačná. Během dne byla přestěhována z pooperačního pokoje na standardní pokoj. Dopoledne navštívil pacientku fyzioterapeut – poučena o cvičení v šestinedělí. Přes den má pacientka dítě u sebe – romming in, v noci je v péči dětských sester. Začíná se rozbíhat laktace. Pacientka kojí + dokrmuje.

#### **6. den hospitalizace – 4. pooperační den**

Kontrola TK + P 1x denně – normě. TT 2x denně – v normě

Kontrola sutury – klidná, ošetřena Jodkolodium roztokem.

Kontrola krvácení – nekrvácí.

Prevence TEN – Clexane 0,4 ml s. c. ve 20,00

Podávání analgetik dle ordinace lékaře.

Stolice 0, plyny +

Dieta 2/P (šetřící/porodnická)

**Medikace:** Aktiferrin comp. 1 tbl p. o. 2x denně (1 – 0 – 1)

Clexane 0,4 ml s. c. ve 20,00 hod

Espumisan 40 mg 2 tbl p. o. 3x denně (2 – 2 – 2)

Jodkolodium na suturu p. p.

Novalgín 500 mg 1 tbl p. o. 1x denně (na noc)



Pacientka je dnes plačtivá, trápí ji, že plně nekojí a dokrmuje. Prsa má nebolestivá, bradavky bez ragád. Po rozhovoru a edukaci je klidnější. Vzhledem k psychickému stavu a únavě pacientky byl novorozenec přes noc v péči dětských sester.

### **7. den hospitalizace – 5. pooperační den**

TT 2x denně – bez subfebrilie

Kontrola sutury – klidná, ošetřena Jodkolodium roztokem.

Kontrola krvácení – nekrvácí.

Prevence TEN – Clexane 0,4 ml s. c. ve 20,00 a ex

Stolice +, plyny +

Odebrána krev k laboratornímu vyšetření:

KO: leukocyty – v normě, erytrocyty  $3,91 \times 10^{12}/l$  – snížené, hemoglobin 104 g/l – snížený, hematokrit 0,328 – snížený

**Medikace:** Aktiferrin comp. 1 tbl p. o. 2x denně (2 – 0 – 2)

Clexane 0,4 ml s. c. ve 20,00 hod

Espumisan 40 mg 2 tbl p. o. 3x denně (2 – 2 – 2)

Jodkolodium na suturu p. p.

Supp. glycerini p. rekt. 1x denně

Dieta 2/P (šetřící/porodnická)

Pacientka se zatím po operaci nevyprázdnila, nabídnut glycerínový čípek, po aplikaci stolice +. Prsy nebolestivé bez ragád. Pacientka začíná plně kojit. Systém romming in i přes noc.

### **8. den hospitalizace – 6. pooperační den**

TT ráno – v normě.

Kontrola sutury – klidná, ošetřena Jodkolodium roztokem.

Kontrola krvácení – nekrvácí.

**Medikace:** Aktiferrin comp. 1 tbl. p. o. 1x denně

Dieta 2/P (šetřící/porodnická)

Výsledky histologického vyšetření dělohy a čípku k dispozici – potvrzena placenta percreta.

Pacientka propuštěna, soběstačná. V den propuštění plně kojí. Je poučena v oblasti kojení, péče o prsy a jizvu, správné životosprávy během kojení, o rehabilitaci a o zásadách šestinedělí po hysterektomii. Pacientce byla předána propouštěcí zpráva pro PL (OG zasíláme) a očkovací průkaz novorozence. Pacientka se dostaví do 3 dnů od propuštění ke svému obvodnímu gynekologovi nebo k nám na gynekologickou ambulanci na vyndání stehů.

### 1. 3. 3. Použitá farmakologie 1. pooperační den

#### **Aktiferrin compositum** (tobolky)

Účinná látka: kyanobalamin, hydrát síranu železnatého, kyselina listová, racemický serin

Farmakoterapeutická skupina: antianemikum

Způsob podávání: ústy (p. o.) 1 tbl. 2x denně (1 – 0 - 1)

#### **Betadine roztok** (kožní roztok)

Účinná látka: povidonum iodinum 100 mg/ml

Farmakoterapeutická skupina: lokální antiseptikum, desinficiens

Léková forma: kožní roztok

Způsob podání: na kůži 1x denně

#### **Clexane 0,4 ml** (injekční roztok)

Účinná látka: sodná sůl enoxaparinu 4000 ui v 0,4 ml

Farmakologická skupina: antikoagulant, nízkomolekulární heparin

Způsob podání: do podkoží (s. c.) 0,4 ml 1x denně (ve 20,00 hod)

#### **Dipidolor inj.** (injekční roztok)

Účinná látka: piritramid 7,5 mg/ml (1 ampule – 2 ml)

Farmakologická skupina: opiátové analgetikum

Způsob podání: do svalu (i. m.) 15 mg po 6 hodinách (10 - 16 – 22 hod)

#### **Espumisan** (tobolky)

Účinná látka: simethiconum 40 mg

Farmakologická skupina: deflatulens

Léková forma: tobolky

Způsob podání: ústy (p. o.) 3x denně 2 tbl (2 - 2 - 2)

#### **Novalgin inj.** (injekční roztok)

Účinná látka: monohydrát sodné soli metamizolu 500mg/ml

Farmakologická skupina: analgetikum, antipyretikum, spasmolytikum

Způsob podání: do žíly (i. v) 5 ml ve 100 ml FR, max. 3x denně (8 – 15 – 19 hod)

(Státní ústav pro kontrolu léčiv: Databáze léků [online]. 2014 [cit. 2014-05-16].

Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>)

## **2. Ošetřovatelská část**

V ošetřovatelské části práce metodou ošetřovatelského procesu podrobně popisují péči o pacientku po plánovaném císařském řezu a následné hysterektomii z důvodu poruchy placentace. K ošetřovatelskému zhodnocení zdravotního stavu pacientky jsem použila model funkčních vzorců zdraví Marjory Gordonové. Tento model se zabývá se biologickými, psychickými, sociálními a duchovními potřebami člověka. Komplexnost tohoto modelu umožňuje použít jej i u ženy po operativním porodu s následnou hysterektomií.

### **2. 1. Charakteristika ošetřovatelského procesu**

Ošetřovatelský proces znamená systematický a individuální přístup k ošetřování pacientů. Zabývá se tělesnými, psychickými, sociálními a duchovními potřebami jednotlivce, rodiny i komunity. Věnuje se zdravotním potřebám jednotlivce, které mohou být nejlépe uspokojovány poskytovanou ošetřovatelskou péčí. (Staňková, 2003)

Ošetřovatelský proces přináší výhody jak pro pacienta, tak i pro sestru. Pacient může očekávat neustálou kvalitní ošetřovatelskou péčí měnící se podle jeho aktuálního zdravotního stavu, která vede plánovaně k uspokojení jeho potřeb. Pacient se ošetřovatelského procesu účastní a podílí se na něm.

Sestrám ošetřovatelský proces přináší dobrý pocit z dobře vykonané práce dle odborných standardů a norem akreditovaných nemocnic v souladu se zákonem a odborný růst. (Staňková, 2002)

Ošetřovatelský proces je tvořivý, dynamický a přizpůsobivý aktuálnímu zdravotnímu stavu. Při hledání optimálního řešení zdravotního problému, umožňuje společný přístup sestry a pacienta. Poskytuje zpětnou vazbu, od které se odvíjí další plánování péče. Ošetřovatelský proces lze uplatnit u všech pacientů v jakémkoli typu zdravotnické péče. (Jarošová, 2000)

Ošetřovatelský proces se skládá z 5 fází:

**1. Zhodnocení pacienta** – zahrnuje získávání informací. Informace získáváme rozhovorem, pozorováním, testováním, měřením. Ke zhodnocení pacienta

potřebujeme maximální množství informací, což vyžaduje od sestry komunikační schopnosti, pozorovací dovednost, profesionální všímavost a schopnost systematického odběru dat. V první fázi se odebírá ošetřovatelská anamnéza a hodnotí se současný stav nemocného. (Staňková, 2002)

**2. Stanovení ošetřovatelské diagnózy** – sestra získané informace analyzuje, ve spolupráci s nemocným určí hlavní problémy ošetřovatelské péče a stanoví ošetřovatelské diagnózy v pořadí jejich důležitosti. Aktuální diagnózy vyjadřují potřebu nebo problém, který již nastal, potencionální diagnózy potřebu nebo problém, který by nastat mohl. (Staňková, 2002)

**3. Plánování** - na základě stanovených diagnóz se vypracovává ošetřovatelský plán péče. Stanoví se krátkodobé a dlouhodobé cíle ošetřovatelské péče a určí se ošetřovatelské činnosti, které povedou k dosažení stanovených cílů. (Staňková, 2002)

**4. Realizace** – znamená zajištění navržených ošetřovatelských činností, které vedou k dosažení stanovených ošetřovatelských cílů. (Staňková, 2002)

**5. Hodnocení** – znamená zhodnocení výsledků poskytované ošetřovatelské péče, zda došlo ke splnění cíle. Hodnocení provází zpětná vazba, která je potřebná pro odhalení dalších potřeb pacienta. (Staňková, 2002)

Jednotlivé fáze procesu se navzájem prolínají a ovlivňují. (Staňková, 2002)

Ošetřovatelská činnost se zaznamenává do dokumentace.

## **2. 2. Model Marjory Gordonové**

*„Model je abstraktní vyjádření reality, zjednodušený koncepční pracovní rámec sestavený tak, aby ověřil určitou teorii.“ (Lemon 1, 1997, str. 59)*

Majory Gordonová získala základní ošetřovatelské vzdělání na Mount Sinal Hospital School of Nursing v New Yorku. Na Unter College of the City dosáhla titulu bakalář a magistr. Na Boston College obhájila doktorandskou práci z pedagogické psychologie. V roce 1974 zformulovala 11 okruhů vzorců chování,

kteřé v roce 1987 publikovala jako Model funkčních vzorců zdraví. Do roku 2004 zastávala funkci prezidentky NANDA (North American Nursing Diagnostic Association). Celý život se věnuje výzkumu v oblasti ošetrovatelských diagnóz a plánování ošetrovatelské péče. American Academy of Nursing jí v roce 2009 za vynikající přínos ošetrovatelství udělila čestný titul Living Legend. (Pavlíková, 2006)

Model je odvozen ze vzájemného působení mezi člověkem a prostředím. Zdraví je vyjádřením rovnováhy bio-psycho-sociálních interakcí a je ovlivňováno vývojovými, duchovními, kulturními a dalšími faktory. Pokud dojde k poruše v jedné oblasti, naruší se rovnováha celého organismu. (Trachtová a kol., 2009)

Základní strukturu modelu tvoří dvanáct oblastí, označených jako dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která je buď funkční, nebo dysfunkční. Popis a hodnocení dvanácti vzorců zdraví umožňuje sestře rozeznat, zda se jedná u pacienta o funkční chování (ve zdraví), nebo dysfunkční chování (v nemoci). (Pavlíková, 2006)

Jednotlivé oblasti modelu:

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví
2. Výživa, metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita, cvičení
5. Spánek, odpočinek
6. Vnímání, poznávání
7. Sebepojetí, sebeúcta
8. Plnění rolí, mezilidské vztahy
9. Sexualita, reprodukční schopnost
10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládání tolerance
11. Víra, přesvědčení, životní
12. Jiné (Trachtová a kol., 2009)

*„Model Marjory Gordonové je označován za nejkomplexnější pojetí člověka z hlediska holistické filozofie. Splňuje požadavek na rámcový standard pro ošetrovatelské hodnocení zdravotního stavu pacienta, v jakémkoli systému zdravotní péče.“ (Pavlíková, 2006, str. 99-102)*

### **2.3. Ošetřovatelská anamnéza**

Pacientka P. K. byla přijata k plánovanému ukončení těhotenství císařským řezem z důvodu diagnostikovaného vcestného lůžka. V den příjmu pacientky k hospitalizaci (1. den hospitalizace), jsem získala anamnestické údaje, vypovídající o zdravotním stavu před plánovaným operačním zákrokem.

V průběhu operace bylo zjištěno prorůstání placenty přes celou děložní stěnu a musela být provedena hysterektomie.

Ošetřovatelskou anamnézu jsem zaktualizovala 1. pooperační den (3. den hospitalizace) v 8,00 hodin ráno po příjezdu pacientky z ARO na oddělení šestinedělí (příloha č. 1). Z aktuálně získaných anamnestických údajů jsem stanovila ošetřovatelské diagnózy a vypracovala plán péče na 12hodinovou službu téhož dne (příloha č. 2). Informace jsem získávala rozhovorem s pacientkou, vlastním pozorováním, ze zdravotnické dokumentace a komunikací s ostatními členy ošetřovatelského týmu. (Zdravotnická dokumentace) Pacientka souhlasí s použitím a zpracováním získaných informací v mé bakalářské práci. Písemný souhlas pacientky si ponechávám u sebe k dispozici.

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

Při příjmu se pacientka cítila zdráva, svůj zdravotní stav považovala za dobrý. V dětství prodělala běžné dětské nemoci. Před 3 lety prodělala operaci a to plánovaný porod císařským řezem pro polohu plodu koncem pánevním. Jinak se s ničím neléčila, žádné léky neužívala. Nikdy nekouřila, alkohol si dávala pouze příležitostně, v těhotenství vůbec. Snažila se jíst zdravě, během těhotenství se nepřejídala a konzumovala hodně ovoce a zeleniny. Před otěhotněním chodila pravidelně 2x za týden cvičit. Vzhledem k patologickému uložení placenty musela v těhotenství dodržovat klidový režim a pohyb jí chyběl. Do poradny pro rizikově těhotné docházela pravidelně, podstoupila všechna prenatální vyšetření. Během těhotenství byla týden hospitalizována pro bolesti v jizvě po předcházejícím císařském řezu. Pacientka chápala důvody, proč je nutné opět ukončit těhotenství císařským řezem.

1. pooperační den 8,00 hod:

V současné době se pacientka cítí unavená. Je ráda, že má operaci za sebou a že její zdravotní stav je natolik dobrý, aby mohla pokračovat v hospitalizaci na standardním poporodním oddělení, kde bude ve styku se svým dítětem.

### **Výživa a metabolismus**

Pacientka před otěhotněním vážila 64 kg, v těhotenství přibrala 12 kg. Měří 168 cm, BMI 22,7 (normální hmotnost). Žádnou dietu doporučenou lékařem dodržovat nemusela. Se svojí hmotností před otěhotněním byla spokojená. Na začátku gravidity měla nauzeu, ale nezvracela. Během těhotenství se snažila nepřejídat, aby po porodu co nejdříve docílila své původní váhy. Plánovala kojít, takže žádné razantní diety po porodu držet nechce. Jelikož v těhotenství jedla hodně ovoce a zeleniny, vitamínové preparáty určené pro těhotné neužívala. S pitným režimem problémy neměla. Vždycky pila poměrně dost 2–3 litry tekutin za den. Nejraději pila perlivé vody, nebo ovocné čaje, džusy si ředila vodou. Pacientka věděla, že perlivé vody během kojení nejsou vhodné. Před těhotenství si dávala asi 3 šálky kávy za den, v těhotenství jí káva nechutná. Pacientka je středně vysoké postavy, normostenický typ. Vlasy, nehty měla čisté, upravené. Chrup sanován, pokožku čistou bez defektů. V těhotenství používala krémy proti striím. Kůže na břicho nepotrhaná, v podbříšku byla viditelná jizva po předchozím císařském řezu. V den přijetí pacientka dostala večeri a čaj, byla poučena o tom, že od půlnoci nesmí jíst ani pít.

1. pooperační den 8,00 hod:

Nyní má pacientka dietu 0 (tekutou). Zajímá se, jaké potraviny jsou pro ni vhodné, a co jí může rodina donést.

### **Vylučování**

Pacientka před otěhotněním problémy s vylučováním neměla. Stolicí měla pravidelně 1x za 2 dny. Během gravidity občas trpěla zácpou, ale léky neužívala. Ke konci těhotenství chodila častěji močit zvláště v noci. Jelikož byla pacientka těhotná již potřetí, tento stav jí nepřekvapil a považovala to za normální. Během těhotenství měla pacientka do 12. týdne nauzeu, ale nezvracela.



1. pooperační den 8,00 hod:

V současnosti PMK (CH 14), který byl zaveden v rámci bezprostřední předoperační přípravy (0. operační den, v 7,50 hod), odvádí čistou moč bez příměsí krve. Množství sekrece z Redonova drénu (CH 14), který byl zaveden v průběhu operace, je 90 ml. Pacientka nezvrací. Peristaltika funguje. Vzhledem k podání očistného klyzmatu během bezprostřední předoperační přípravy se stolice neočekává.

### **Aktivita a cvičení**

Pacientka se hodnotila jako sportovně založená. V mládí závodně plavala. Vždycky ráda lyžovala a jezdila na kole. Před tímto těhotenstvím chodila pravidelně 2x týdně na spinning. Těšila se, že bude během těhotenství navštěvovat cvičení pro těhotné. Z důvodu patologického uložení placenty musela dodržovat klidový režim, což jí trochu vadilo. Těšila se, až bude moci opět začít po porodu sportovat. V Barthelové testu základních všedních činností dosáhla pacientka 100 bodů, ADL 1, tj. nezávislá.

1. pooperační den 8,00 hod:

Nyní pacientka dosáhla v Barthelové testu základních všedních činností 60 bodů, ADL 3, tj. středně závislá. Na oddělení ARO pacientka prováděla pouze dechová cvičení, cvičení DK a v lůžku se přetáčela na bok.

### **Spánek a odpočinek**

Před otěhotněním pacientka se spánkem potíže neměla. Usínala kolem půlnoci a ráno vstávala kolem 6,30 do práce, v době volna si ráda přispala. Léky na spaní nikdy neužívala. Ráda si před spaním v ložnici vyvětrala nebo spala při otevřeném okně. Světlo ani televize jí při spánku nerušily. V každém těhotenství se cítila unavená a ospalá. Vzhledem k tomu, že toto těhotenství bylo velmi rizikové, trávila poslední týdny převážně v posteli a občas i přes den usnula.

1. pooperační den 8,00 hod:

Pacientku jsem uložila na dvoulůžkový pooperační pokoj, kde je prozatím sama. Cítí se unavená, předchozí noc špatně spala, vadil jí ruch na oddělení. Myslela na svou dceru, kterou viděla jen krátce po porodu a na konečný výsledek operace.

### **Vnímání, poznávání**

Pacientka žádné kompenzační pomůcky nepoužívala, viděla, slyšela dobře. Mluvila srozumitelně, plynule. Užívala bohatou slovní zásobu a uplatňovala dobré vyjadřovací schopnosti, byla komunikativní. Dle svého mínění činila svá rozhodnutí celkem rychle a většinou dobře. Nikdy s učení ani s pamětí problémy neměla. Dosáhla středoškolského vzdělání ukončeného maturitou. Jelikož už v minulosti prodělala spontánní porod i císařský řez, uvědomovala si rozdíly v poporodním období týkající se rekonvalescence. Přesto z bolesti strach neměla, věděla, že jí budou podávána analgetika. V den přijetí k plánovanému císařskému řezu se v rámci předoperační edukace se pacientka seznámila s numerickým hodnocením škály bolesti od 0 do 10 (0 – bez bolesti, 10 – nesnesitelná bolest).

1. pooperační den 8,00 hod:

Pacientka orientovaná místem i časem. Pociťuje bolest v oblasti operační rány, intenzitu bolesti hodnotí číslem 4. Hrozí střední riziko pádu, stav pacientky odpovídá 5 bodům v hodnocení dle Conleyové.

### **Sebepojetí, sebeúcta**

Pacientka se hodnotila jako komunikativní, přátelská, veselá a upřímná. Posuzovala sama sebe jako vysloveně rodinný typ. V zaměstnání jí to sice bavilo, ale vždycky věděla, že chce být matkou a manželkou. Svým dětem se vždy hodně věnovala a trápilo ji, že v tomto těhotenství potřebovala s péčí o děti pomáhat, z důvodu nařízeného klidového režimu. Chtěla mít vše za sebou, aby se opět mohla starat o rodinu podle svých představ.

1. pooperační den 8,00 hod:

Nyní má pacientka smíšené pocity. Je sice ráda, že má vše za sebou, ale neví, jak se se ztrátou dělohy vyrovná. Přestože byla na tuto možnost před plánovaným operativním porodem upozorňována, nějak o ní nepřemýšlela. Sice další těhotenství s manželem již neplánovali, ale přesto pociťuje úzkost. Sama nedokáže určit, zda je to z důvodu, že už další těhotenství není možné, nebo proto, že děloha pro ni znamenala určitý symbol ženství.

### **Plněná rolí, mezilidské vztahy**

Pacientka je spokojeně vdaná. Manžel je její velkou oporou. V těhotenství jí velmi pomáhal s péčí o děti. Pacientka se snaží být dobrou matkou i manželkou. Má velmi dobré vztahy i s ostatními členy rodiny. Mimo manžela jí během těhotenství pomáhala maminka, tchýně a její dvě sestry. Ví, že se na svoji rodinu může spolehnout a velmi si toho cení.

1. pooperační den 8,00 hod:

Údaje v této oblasti se shodují s údaji získanými od pacientky v den jejího přijetí k hospitalizaci.

### **Sexualita, reprodukční schopnost**

Pacientka měla první menses ve 13 letech, cyklus pravidelný po 28 dnech. Všechny tři těhotenství byly plánované. Před prvním těhotenstvím a po prvním porodu brala hormonální antikoncepci. Vždy otěhotněla do půl roku bez problémů. První dítě porodila spontánně. Druhý porod byl ukončen plánovaným císařským řezem pro polohu plodu koncem pánevním. Ve třetím těhotenství byl rovněž naplánován porod císařským řezem z důvodu diagnostikované včestné placenty.

1. pooperační den 8,00 hod:

Nyní si je pacientka vědoma, že po prodělané hysterektomii, ztratila reprodukční schopnost. I přesto, že další dítě neplánovali, zatím s touto situací není vyrovnaná.

## **Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance**

Pacientka se nerada dostávala do konfliktů s druhými lidmi, rozhodně je nevyhledávala. Pokud se s někým dostala do konfliktu, dlouho o tom pak přemýšlela. Stresové situace neměla nikdy ráda, ale když musela, tak se s nimi vypořádala. Na zvládnutí stresu jí pomáhalo cvičení a podpora rodiny.

1. pooperační den 8,00 hod:

Nyní je pro pacientku velmi stresující, že své dítě viděla pouze 1x po porodu a bylo jí pouze jednou přiloženo na operačním sále. Vzpomněla si, že po minulém operačním porodu nastoupila laktace až 5. den a teď se bojí, že se situace bude opakovat, zvláště když v den porodu pravidelně nepřikládala. Pooperační stav pacientky zatím neumožňuje její samostatnost při pohybu, hygieně, oblékání a péči o novorozence, což rovněž vnímá jako zátěžovou situaci. Za velmi stresující fakt považuje ztrátu reprodukční schopnosti.

## **Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

Pacientka je bez náboženského vyznání. Ale myslí si, že jsou určité věci mezi nebem a zemí, které se nedají úplně reálně vysvětlit. A také to, že některé životní události se ovlivnit dají a jiné nedají. V životě si nejvíce cení rodinného zázemí a zdraví svých blízkých.

1. pooperační den 8,00 hod:

Údaje v této oblasti se shodují s údaji získanými od pacientky v den jejího přijetí k hospitalizaci.

## **Jiné**

Žádnou další skutečnost mi pacientka nesdělila.

## **2. 4. Ošetrovatelské diagnózy**

Na základě sebraných anamnestických dat a zdravotního stavu pacientky jsem stanovila aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy týkající se 1. pooperačního dne. O pacientku jsem se starala během denní 12hodinové služby (7–19 hod).

### **Aktuální ošetrovatelské diagnózy:**

1. Akutní bolest v souvislosti s operačním zákrokem
2. Porucha soběstačnosti v oblasti hygieny v souvislosti s operačním zákrokem
3. Únava v souvislosti s pooperačním stavem a nedostatkem spánku
4. Obava z pozdního nástupu laktace související s nedostatečným přikládáním dítěte
5. Úzkost související se ztrátou reprodukční schopnosti

### **Potencionální diagnózy:**

1. Riziko vzniku infekce související se zavedenými invazivními vstupy (PŽK, PMK, Redonův drén) a operační ránou
2. Riziko vzniku tromboembolické nemoci v souvislosti s operačním zákrokem
3. Riziko pádu související s pooperačním stavem

### **2. 4. 1. Aktuální ošetrovatelské diagnózy**

Stanoveny k 1. pooperačnímu dni (3. dni hospitalizace) na 12hodinovou službu na podkladě získaných informací.

#### **1. Akutní bolest v souvislosti s operačním zákrokem**

Cíl:

- Pacientka umí určit intenzitu bolesti pomocí numerické stupnice od 0 do 10.
- Pacientka 30 minut po podání analgetik nebude udávat intenzitu bolesti vyšší než 3.

#### Plán péče:

- Ujistit se, zda pacientka umí používat numerickou stupnici k hodnocení intenzity bolesti.
- Zjišťovat intenzitu bolesti v pravidelných intervalech po 3 hodinách.
- Podávat analgetika dle ordinace lékaře.
- Sledovat účinek podávaných analgetik, za 30 minut po aplikaci zhodnotit intenzitu bolesti.
- Instruovat o úlevové poloze.
- Sledovat FF.

#### Realizace:

Pacientka byla přeložena z ARO na pooperační pokoj oddělení šestinedělí v 8,00 hodin. Již při přijetí k plánovanému císařskému řezu se pacientka seznámila s numerickou stupnicí hodnotící intenzitu bolesti. Ujistila jsem se dotazem, že umí používat numerickou stupnici k určení intenzity bolesti. Pacientka v době příjezdu na oddělení šestinedělí udávala stupeň bolesti číslo 4. Lékařem byla naordinována opiátová i neopiátová analgetika, která jsem aplikovala podle potřeby pacientky v předepsaném rozmezí. Jelikož na ARO nebylo možné přikládat novorozence ani pacientku vertikalizovat, doporučila jsem pacientce před přiložením dítěte a vertikalizací podat neopiátová analgetika (Novalgin 5 ml ve 100 ml FR i. v. v 8,00 hod). Do 30 minut po podání analgetik pacientka hodnotí intenzitu bolesti číslem 3. V průběhu mobilizace jsem pacientku seznámila s vhodným způsobem vstávání přes bok s přidržením operační rány. Také jsem jí informovala o úlevové poloze na levém, či pravém boku s pokrčenými koleny, kterou může využívat i při kojení. Po návratu ze sprchy jsem pacientce podala opiátové analgetikum (Dipidolor 1 amp i. m. v 10,00 hod), po kterém pacientka pocítuje velkou úlevu, intenzitu bolesti hodnotí číslem 0, ale cítí se malátná a ospalá. Proto po dohodě s pacientkou a dle ordinace lékaře v průběhu dne podávám pouze neopiátová analgetika (Novalgin 5 ml ve 100 ml FR i. v. v 15 hod a v 19 hod). Opiátová analgetika byly aplikovány, dle záznamu v dokumentaci, na noc (Dipidolor 1 amp i. m. ve 22,00 hod). Během dne jsem ověřovala intenzitu bolesti v pravidelných intervalech po 3 hodinách a vždy

za 30 minut po aplikaci analgetik. Pacientka udávala po celý den intenzitu bolesti v rozmezí čísel 1 – 2, po chůzi nebo návštěvě sprchy číslem 3. TK a P byly měřeny 5x denně, TT 2x denně.

8,00 hod – TK 130/85 P 90‘ TT 36,7°C

10,00 hod – TK 120/60 P 84‘

13,00 hod – TK 125/70 P 78‘

17,00 hod – TK 130/75 P 84‘ TT 36,5°C

22,00 hod – TK 120/65 P 88‘

Hodnocení:

Pacientka v pravidelných 3hodinových intervalech využívala k určení intenzity bolesti numerickou stupnicí 0-10. Její hodnocení míry bolesti v průběhu dne nepřesáhlo stupeň číslo 3. Cíl splněn. Vzhledem k pooperačnímu stavu pacientky diagnóza bude pokračovat i v dalších dnech hospitalizace.

## **2. Porucha soběstačnosti v oblasti pohybu, hygieny a oblékání v souvislosti s operačním zákrokem**

Cíl:

- Během mé služby pacientka dosáhne minimálně ADL 2.

Plán péče:

- Určit aktuální stupeň závislosti pomocí Barthelova testu základních všedních činností.
- Seznámit pacientku s důvody a průběhem vertikalizace, podporovat pacientku ve zvyšování sebepéče.
- 30 minut před zahájením vertikalizace podat analgetika dle ordinace lékaře.
- Nacvičit s pacientkou správné vstávání z lůžka.
- Dojít s pacientkou do sprchy, pomoci při osobní hygieně.
- Pomoci pacientce při oblékání.
- Sledovat množství sekrece z drénu před a po vertikalizaci

- Umístit signalizační zařízení na dosah pacientky.

#### Realizace:

Po překladu z ARO dosáhla pacientka v Barthelové testu základních všedních činností 60 bodu, ADL 3 - středně závislá (viz příloha č. 1). Pacientce jsem vysvětlila důvody včasné mobilizace (prevence TEN, obnova soběstačnosti, péče o dítě) a seznámila jí s postupy při vstávání a hygienická péči. Zkušenosti ze své praxe mi dovolily, upozornit pacientku na to, že první vstávání po operaci je nejhůrší a jakmile se postaví, ucítí nepříjemný tlak a napětí v místě operační rány. Doporučila jsem jí, 30 minut před zahájením mobilizace podat neopiátová analgetika. Pacientka s navrženým postupem souhlasí. Poté jsem pacientce vysvětlila vhodný způsob vstávání přes bok, bez použití hrazdičky a s přidržením operační rány rukou. Pacientka se tento postup velmi rychle naučila. Nechala jsem ji chvíli sedět s nohy svěšenými z lůžka a pozorovala, zda se nedostaví známky ortostatické hypotenze. Následně jsem pacientce pomohla nazout přezůvky a postavit se u lůžka. Cestou do sprchy šla pacientka v mírném předklonu, jednou rukou si přidržovala operační ránu, druhou PMK a opírala se o mě. Pomohla jsem ji sundat košili a bandáže DK, oblékla jsem si ochranné rukavice a odstranila hygienickou vložku, kterou pacientka používá z důvodu slabého krvácení z poševního pahýlu. Ve sprše si pacientka přála pomoc s mytím vlasů, hrudník, břicho a genitál si zvládla namydlit a osprchovat sama. Pomohla jsem jí s mytím zad a dolních končetin. Během sprchování si pacientka krytí operační rány a krytí v místě vyvedení Redonova drénu chránila rukou. Pacientka si ve sprše vyčistila zuby. I přesto, že neodcházejí lochie a pacientka téměř nekrvácí, jsem ji upozornila na nutnost vyhradit si osušku na prsy a tělo a jinou osušku na genitál. Následně jsem pacientce pomohla obléci čistou košili a učesat vlasy. Podala jsem jí čistou hygienickou vložku a doprovodila zpátky k lůžku. Ukázala jsem jí, jak může ovládat elektrické polohovací lůžko, do jaké výšky jej nastavit, když chce vstávat, nebo si naopak lehnout. Poté jsem jí pomohla uložit se do postele, opět přes bok. Na lůžku krytí operační rány a Redonova drénu jsem sejmula, suturu ošetřila Betadine roztokem, přiložila nové sterilní krytí. Pomohla jsem pacientce navléknout elastické punčochy a pochválila jsem jí, jak první vstávání výborně



zvládla. Pacientka se po hygieně cítí velice příjemně. Umístila jsem jí na dosah signalizační zařízení a tekutiny a doporučila jí, ať si odpočine. Během dne se pacientka sama posazovala na lůžku. Vstávala a pohybovala se kolem lůžka nejprve pod dozorem personálu, odpoledne již sama. Večer jsem jí pouze doprovodila do sprchy a přihlížela při hygieně, kterou pacientka prováděla zcela samostatně. Pomoc potřebovala jen se sundáním a opětovným navlečením elastických punčoch na DK.

Hodnocení:

Pacientka během mé služby vstávala samostatně z lůžka, 2x došla do sprchy a dokázala provést hygienu bez pomoci. Večer dosáhla pacientka v Barthelové testu všedních činností 95 bodů, ADL 2, lehká závislost (příloha č. 3). Cíl byl splněn.

### **3. Únava v souvislosti s pooperačním stavem a nedostatkem spánku**

Cíl:

- Pacientka bude během mé služby spát alespoň 1x nepřetržitě 3 hodiny.

Plán péče:

- Informovat pacientku o nutnosti odpočinku i přes den.
- Zajistit kontakt s novorozencem mimo dobu nutnou k odpočinku pacientky.
- Organizovat ošetrovatelskou péči v souladu s potřebou spánku pacientky.
- Zajistit podmínky potřebné k nerušenému spánku ve spolupráci s dětskou sestrou a ostatním ošetřujícím personálem.
- Zajistit dostatek informací o stavu novorozence.

Realizace:

Vysvětlila jsem pacientce, že zvýšená únava po operačním porodu, je běžný stav, který může přetrvávat několik dní, zvláště když došlo během operace k větším krevním ztrátám. Obeznámila jsem jí se skutečností potřeby

dostatečného spánku, jež napomáhá psychické pohodě, s kterou úzce souvisí nástup laktace. Také jsem jí vysvětlila negativní dopad spánkového deficitu na vnímání bolesti, který může vést k prodloužení doby pooperační rekonvalescence. Dále jsem pacientce připomněla spánkové požadavky novorozence v prvních dnech života, jež prospí až 20 hodin denně. Doporučila jsem pacientce tento čas bez výčitek využít k vlastnímu odpočinku. Zorganizovala jsem si ošetrovatelskou péči tak, aby mi vznikl čas, kdy pacientku nebudu rušit svojí činností. Dohodla jsem se s dětskou sestrou, aby hned po dopolední hygienické péči ve sprše, opět přinesla a přiložila dítě k prsu. Dětská sestra pomohla pacientce novorozence přisát a zároveň ji spolu s dětským lékařem informovali o fyziologickém průběhu poporodní adaptace dítěte. Dětská sestra pacientce navrhla, ponechat si dítě na dětském boxu během jejího odpočinku. Také ji ujistila, že pokud se novorozenec vzbudí a bude se pláčem dožadovat přítomnosti matky, hned ho pacientce přinese. V případě nerušeného spánku dítěte, přijde za 3 hodiny a opět novorozence spolu přiloží k prsu. V 10,00 hod jsem změřila FF a podle ordinace jsem podala opiátové analgetikum (Dipidolor 1 amp i. m. v 10,00 hod). Vyvětrala jsem v pokoji a zatahla okenní žaluzie. Pacientka se cítí dobře, bolesti nepociťuje, myslí si, že usne. Na pokoji je prozatím sama, takže nebude rušena jinými pacientkami. Požádala jsem ostatní ošetřující personál, aby na pokoj zbytečně nevstupovali a respektovali potřebu spánku pacientky. Pacientka usnula a nerušeně spala do 13 hod. Poté, přinesla dětská sestra dítě, které pomohla pacientce přiložit k prsu. Pacientka se po probuzení cítí mnohem lépe a to jak po stránce psychické i fyzické. Únavu nepociťuje. Během noční směny volil ošetřující personál stejný postup a pacientka spala 2x nepřetržitě 3 hodiny (od 22 do 1 hod a od 2 do 5 hod).

Hodnocení:

Pacientka chápe nutnost odpočinku. Během denní služby spala 1x nepřetržitě 3 hodiny. Únavu nepociťuje. Cíl splněn. Vzhledem k tomu, že je nutné zajistit pacientce možnost odpočinku po celou dobu hospitalizace, diagnóza bude pokračovat.

#### **4. Obava z pozdního nástupu laktace související s nedostatečným přikládáním dítěte po porodu**

Cíl:

- Pacientka bude udávat zmírnění obavy.

Plán:

- Vysvětlit pacientce důvody nedostatečného přikládání dítěte 0. operační den.
- Obeznamit pacientku s faktory negativně ovlivňující nástup laktace.
- Informovat pacientku o následném postupu vedoucího k úspěšnému rozvoji kojení.
- Přikládat dítě k prsu podle jeho potřeb, kdy intervaly nepřekročí dobu delší než 3 hodiny.
- Vyzdvihnout zkušenosti pacientky s kojením získané po předchozích porodech.

Realizace:

Pacientce jsem vysvětlila, že jednou z podmínek úspěšného nástupu laktace je přisátí dítěte do hodiny po porodu, kdy je jeho sací reflex největší. Tato podmínka splněna byla hned na operačním sále. Zajistit přikládání novorozence na ARO nebylo možné vzhledem pooperačnímu stavu pacientky a její nutné monitoraci a dále by to znamenalo nebezpečí pro novorozence z důvodu jeho prochladnutí či rizika infekce. Pacientka tyto důvody chápe. Následně jsem pacientku upozornila, že nejen nedostatečné přikládání dítěte po porodu, ale také větší ztráty krve při porodu, nedostatečný příjem tekutin, bolest, únava, psychická nepohoda mohou vést k pozdnímu nástupu kojení. Doporučila jsem jí hodně pít, při pociťování bolesti užívat analgetika, domluvit si s blízkými určitou dobu návštěv, aby jí zbyl čas na potřebný odpočinek. Pacientka s mým návrhem souhlasí. Informovala jsem pacientku o prozatímní péči dětských sester o novorozence. A vysvětlila jí frekvenci přikládání k prsu tj. podle potřeb dítěte, nejdéle však po 3 hodinách. Doba, kterou si novorozence nechá u sebe na

pooperačním pokoji, záleží jen na ní. Až to její zdravotní stav umožní, přestěhujeme ji na standartní pokoj, kde bude mít dítě již neustále u sebe, tzv. rooming-in. Pacientka během dne přikládá, dítě saje. Má předchozí zkušenosti se svými dvěma dětmi, takže výborně zvládá techniku kojení. Většinou přikládá na vleže na levém, či pravém boku. Při rozhovoru s pacientkou připomínám právě předchozí poporodní období, kdy také rodila císařským řezem a přesto se rozkojila. Chválím jí, že je velice šikovná a vše dobře zvládá. Pacientka se cítí spokojená, večer se jí začínají prsy nalévat.

Hodnocení:

Pacientka chápe důvody, proč nemohlo být dítě 0. pooperační den přikládáno. Během dne přikládala v intervalech podle potřeb dítěte, které nepřesahovaly čas delší než 3 hodiny. Dítě se pokaždé přisálo, večer se pacientce začínají prsy nalévat. Obavy pacientky z pozdního nástupu laktace se zmírnily. Cíl splněn. Vzhledem k tomu, že laktace zatím nenastoupila, diagnóza bude pokračovat.

## **5. Úzkost související se ztrátou reprodukční schopnosti**

Cíl:

- Pacientka je schopna hovořit o svých pocitech.
- Pacientka udává zmírnění úzkosti.

Plán:

- Získat si důvěru pacientky empatickým přístupem.
- Ujistit se, zda pacientka chápe důvody odstranění dělohy.
- Šetrně zjistit míru informovanosti o změnách, které jsou spjaté s odstraněním dělohy.
- Naslouchat pacientce, dát jí dostatečný prostor k vyjádření svých pocitů.
- Odpovědět pacientce na dotazy v rámci svých kompetencí.
- Vyzdvihnout dosažené životní úspěchy týkající se mateřství.
- Umožnit kontakt s rodinou.

Realizace:

Pacientka je ráda, že má porod za sebou a její zdravotní stav umožnil převoz na standardní oddělení šestinedělí. Přestože byla v těhotenství i před operací informována o možnosti nevyhnutelné hysterektomie, moc s touto variantou nepočítala a cítí se nastalou situací zaskočená a pociťuje úzkost. Na druhou stranu chápe, že pokud by se odstranění dělohy neprovedlo, nastala by situace ohrožující jí na životě s velmi nepříznivou prognózou. Ujistila jsem pacientku, že její pocity jsou naprosto přirozené, pochopitelné a očekávané a rozhodně nějakou dobu potrvá, než se s danou situací smíří. Během hygieny ve sprše jsem s pacientkou probírala hygienické zásady v době kojení i přesto, že očistky neodcházejí a zároveň zjišťovala, do jaké míry chápe změny spjaté s odstraněním dělohy. Ztrátu menstruačního cyklu pacientka spíše uvítá, ale děloha pro ni znamenala symbol „ženství“ – schopnost rodit děti, kterou teď nenávratně ztratila. Ale sama tvrdí, že další dítě už s manželem neplánovali. Ujistila jsem pacientku, že její chápání dělohy jako symbolu „ženství“, se shoduje s názory většiny žen. A také jsem jí připomněla, že ona svou roli „rodící ženy“ ve svém životě již 3x splnila a může být na sebe hrdá. Pacientka chtěla vědět, zda když nebude mít menstruaci, nastane i klimakterium. Vysvětlila jsem jí, že děloha nemá funkci pohlavní žlázy a nevylučuje žádné hormony. Vaječníky, které tuto funkci zastávají, jí zůstaly ponechány a pracují a budou pracovat i nadále úplně stejně jako před operací, takže k žádnému umělému klimakteriu v důsledku ztráty ženských hormonů nedojde. Pacientka se po mé odpovědi viditelně zklidnila. Pacientka pro dnešní den žádné jiné dotazy neměla. Odpolední návštěva manžela, jí velmi potěšila a zlepšila náladu. Na konci mojí směny, jsem jí ujistila, že pokud bude chtít cokoli vědět, může se obrátit na kolegyně, či lékaře.

Hodnocení:

Pacientka je komunikativní, sama se rozhovořila o svých pocitech. Danou situaci chápe a snaží se s ní smířit. Velmi ocenila rozhovor, který jsme spolu vedly, a byla ráda za informace, jež se jí dostaly. Večer, na konci mé směny pacientka udávala mírnější pocit úzkosti. Cíl splněn. Vzhledem k tomu, že vyrovnat se s touto situací vyžaduje delší dobu, diagnóza bude pokračovat.

## 2. 4. 2. Potencionální diagnózy

### 1. Riziko vzniku infekce související se zavedenými invazivními vstupy (PŽK, PMK, Redonův drén) a operační ránou

Cíl:

- Minimalizovat riziko vzniku infekce v oblasti zavedených invazivních vstupů a v oblasti operační rány.
- Včas rozpoznat známky případné infekce.

Plán péče:

- Sledovat známky infekce místní i celkové.
- Poučit pacientku o symptomech případné infekce a nutnosti informování ošetřujícího personálu v případě projevů.
- Při péči o operační ránu a invazivní vstupy dbát na hygienu rukou, používat ochranné rukavice, postupovat přísně asepticky.
- Invazivní vstupy nechat zavedeny jen nezbytně nutnou dobu.
- V případě zjištění místních či celkových známek infekce informovat lékaře.

Realizace:

V současné době má pacientka zavedeny 3 invazivní vstupy PŽK (G 20, LHK – kubita), PMK (CH 14), Redonův drén (CH 14). Operační rána a okolí Redonova drénu je sterilně kryto, krytí neprosakuje. Pacientka nejeví známky celkové infekce (třesavka, zvýšená tělesná teplota). Pacientku jsem poučila o nutnosti přivolat ošetřující personál, pokud by pociťovala bolest, zvýšenou teplotu kůže, zpozorovala zarudnutí či otok v místě a okolí vstupu PŽK, a také jestliže by měla pocit pálení a řezání v oblasti zavedení PMK.

Nyní má pacientka zaveden PŽK (G 20) v loketní jamce LHK 24 hodin. Místo vpichu a okolí je klidné, nebolestivé, bez známek zánětu. Funkčnost jsem si ověřila proplachem 5ml FR. Výměnu krytí PŽK jsem provedla po 24 hodinách od zavedení. Při převazu PŽK jsem postupovala přísně asepticky. Po sejmutí krytí

jsem místo vpichu ošetřila alkoholovou dezinfekcí, nechala zaschnout a přelepila novou sterilní transparentní folií, určenou pro fixaci kanyl. Datum a čas výměny krytí jsem zaznamenala na krytí samotné a do dokumentace. Během dne jsem se při každém podání i. v. medikace pacientky dotazovala, zda nepociťuje bolest v místě vpichu, kontrolovala funkčnost PŽK a sledovala jsem případné projevy infekce. Vzhledem k pokračující infuzní terapii byl PŽK prozatím ponechán.

PMK (CH 14) byl pacientce zaveden v rámci bezprostřední předoperační přípravy. Pacientce byla poučena o pitném režimu, který dodržovala. Zajistila jsem jí dostatečný příjem tekutin a zaznamenávala jejich příjem i výdej. Moč je odváděna do uzavřeného sběrného sáčku s výpustným ventilem, odkud je podle potřeby vypouštěna. Před a po každé manipulaci jsem dbala na hygienu rukou, pracovala jsem v ochranných rukavicích. Sledovala jsem množství vypuštěné moče, koncentraci, zápach a příměsi v moči. Vysvětlila jsem pacientce, že je při hygieně i mobilizaci musí sběrný sáček přidržovat, aby nedošlo k poranění močových cest. Od 8 do 19 hodin pacientka vypila 2200 ml tekutin, ve stejném časovém rozmezí bylo vypuštěno 1700 ml čiré, nekoncentrované moči, bez zápachu a příměsi krve. Vzhledem k pokračování sledování příjmu a výdeje tekutin byl PMK ponechán.

V současné době je operační rána sterilně kryta, krytí neprosakuje. V průběhu operačního výkonu byl zaveden Redonův drén. V 8 hodin ráno je množství sekrece z drénu 90 ml. Krytí v okolí Redonova drénu neprosakuje. Během hygieny ve sprše si pacientka sterilně zakrytou operační ránu i okolí Redonova drénu chránila rukou. Po návratu na lůžko se obsah v drénu zvýšil o 5 ml (95 ml celková sekrece z drénu). Následně jsem na lůžku obě krytí za použití ochranných rukavic opatrně odstranila. Místo i okolí operační rány bylo suché, bez sekrece a známek infekce. Místo vyvedení Redonova drénu a jeho okolí bylo klidné, bez projevů zánětu. Sutura operační rány a okolí vyvedení Redonova drénu jsem ošetřila za pomoci sterilní pinzety a sterilních tampónů Betadine roztokem a následně obě místa opět přelepila sterilním krytím. Během dne jsem průběžně sledovala, zda je krytí suché a neprosakuje. Do 18 hodin, i přes

pohybovou aktivitu pacientky, vzrostl obsah drénu pouze o 15 ml (105 ml celková sekrece z drénu). Z toho důvodu, mohl být drén odstraněn. Místo po zavedení drénu jsem za pomoci sterilní pinzety a sterilních tampónů ošetřila Betadine roztokem a překryla sterilním krytím.

Hodnocení:

Pacientka se subjektivně cítí dobře. Během dne příznaky zánětu nepozorovala. Je afebrilní. V okolí a místě vstupu PŽK se žádné známky infekce neprojeví. PMK odvádí čirou nekoncentrovanou moč bez zápachu a příměsí krve. Krytí operační rány je suché, neprosakuje. Redonův drén byl odstraněn, místo po vstupu Redonova drénu je klidné, krytí neprosakuje. U pacientky se neprojeví místní ani celkové známky infekce. Cíl splněn. Diagnóza bude i nadále pokračovat.

## **2. Riziko vzniku tromboembolické nemoci v souvislosti s operačním zákrokem**

Cíl:

- Minimalizovat riziko vzniku tromboembolických komplikací.
- Včas rozpoznat příznaky tromboembolických komplikací.

Plán péče:

- Sledovat známky TEN.
- Poučit pacientku o prevenci a symptomech TEN a nutnosti informování ošetřujícího personálu v případě výskytu komplikací.
- Pokračovat kompresi DK pomocí elastických punčoch.
- Provádět rehabilitaci DK, zajistit včasnou mobilizaci pacientky.
- Aplikovat nízkomolekulární heparin dle ordinace lékaře

Realizace:

Pacientka již v rámci předoperační přípravy byla informována o nutnosti bandáží DK a poučena o aplikaci nízkomolekulárních heparinů, která byla



započata večer před plánovaným operačním porodem ve 20,00 hodin. Před zahájením vertikalizace jsem pacientku poučila o známkách TEN (zarudnutí, otok, bolest lýtka, zvýšená teplota končetiny, dušnost) a upozornila ji na nutnost při zjištění příznaků TEN, přivolat ošetřující personál. Poté jsem s pacientkou prováděla rehabilitaci DK (plantární flexe a extenze, krouživé pohyby v oblasti kotníků) a dechová cvičení. Cvičení DK pacientka následně prováděla sama několikrát v průběhu dne. Také jsem pacientce vysvětlila nutnost časně mobilizace. Před započatím hygieny jsem pacientce ve sprše sundala bandáže a zkontrolovala vzhled a citlivost DK. Po návratu na lůžko jsem pacientce opět navlékla elastické punčochy. Během dne jsem pacientku podporovala ve snaze více se mobilizovat a průběžně sledovala, zda nedošlo k výskytu možných známek TEN. Ve 20,00 hod byl pacientce aplikován Clexane 0,4 ml s. c. dle ordinace lékaře.

Hodnocení:

Pacientka v průběhu dne prováděla rehabilitaci DK a snažila se, co nejvíce se pohybovat. Nedošlo k výskytu tromboembolických komplikací. Cíl byl splněn. Diagnóza i nadále pokračuje.

### **3. Riziko pádu související s pooperačním stavem**

Cíl:

- Minimalizovat riziko pádu

Plán péče:

- Zhodnotit u pacientky riziko pádu.
- Informovat pacientku o riziku pádu.
- Poučit pacientku o preventivních opatřeních snižujících riziko pádu.
- Zajistit signalizační zařízení na dosah pacientky.
- Kontrolovat stav pacientky.

Realizace:

1. pooperační den v 8,30 hod jsem zhodnotila riziko pádu dle Conleyové. Stav pacientky odpovídal 5 bodům, tzn. střední riziko. Pacientku jsem na zvýšené riziko pádu upozornila. Signalizační zařízení jsem jí umístila na dosah a vysvětlila jí, jak s ním zacházet. Pacientka byla poučena o nutnosti přivolat ošetřující personál, pokud bude chtít vstávat z lůžka. Pacientka vstává s ohledem na operační ránu přes bok. Také jsem jí doporučila, aby nejprve seděla pár minut na lůžku a poté teprve vstala. Pacientka měla vyhovující zdravotnickou obuv. Vzhledem k pooperačnímu stavu byla pacientce naordinována opiátová analgetika. Upozornila jsem pacientku, že po jejich aplikaci může pociťovat únavu a točení hlavy, a o nutnosti zůstat na lůžku po jejich podání. Zpočátku dne byla pacientka při vstávání a chůzi nejistá. Cestou do sprchy a zpět potřebovala z jedné strany přidržovat. Během dne se její pohyblivost rychle zlepšovala. Vstávala a chodila mnohem větší jistotou. Večer zvládla vstávání a chůzi zcela samostatně pouze pod dozorem ošetřujícího personálu.

Hodnocení:

Během 1. pooperačního dne k pádu nedošlo. Pacientka se večer pohybuje samostatně. Cíl splněn.

## 2. 5. Dlouhodobý plán péče

Převážná většina ošetrovatelských diagnóz pokračuje i v následujících dnech hospitalizace.

### 2. pooperační den

Kontrolují se FF. TK a P jsou měřeny 3x denně, TT 2x denně. Naměřené hodnoty jsou v normě (7,00 - TK 120/80 P 84' TT 36,2°C; 12,00 - TK 115/75 P 82'; 18,00 – TK 120/75 P 80' TT 36,8°C). Vzhledem k velkým krevním ztrátám během operace byla nabrána krev k laboratornímu vyšetření KO. Vyšetřením se prokázala očekávaná snížená hladina erytrocytů, hemoglobinu a hematokritu. Pokračuje se v podávání antianemik (Aktiferrin comp. 1 tbl. 2x denně p. o.).

Po dohodě s pacientkou se ráno na tlumení bolesti podala p. o. neopiátová analgetika (Novalgin 500 mg 1 tbl p. o.). Pacientka zhodnotila jejich účinek jako dostačující (hodnotí intenzitu bolesti č. 2). Analgetika p. o. byla podávána přes den dle ordinace lékaře a potřeby pacientky 3x denně. Na noc pacientka dostávala opiátové analgetikum i. m. (Dipidolor 15 mg i. m. ve 22,00 hod).

Dopoledne došlo k vytažení PŽK (G 20). Okolí a místo zavedení bylo klidné nebolestivé, bez známek infekce. Místo vpichu bylo ošetřeno alkoholovým roztokem a sterilně kryto. V 8,00 hod se ukončilo měření příjmu a výdeje tekutin (příjem tekutin 3500 ml, diuréza 2950 ml). PMK (CH 14) byl dopoledne extrahován. Pacientka během dne močí spontánně. Pálení ani řezání při močení nepocituje. Krytí operační rány i krytí v místě extrahovaného Redonova drénu neprosakovalo. Po sejmutí krytí byla operační rána i místo po odstraněném Redonově drénu bez sekrece a známek infekce. Na obě rány byl sterilní štětičkou aplikován roztok Jodkolodium, který po zaschnutí vytváří filmové krytí rány.

Pacientka je soběstačná (dosáhla 100 bodů v Barthelové testu základních všedních činností, ADL 1), hygienu, oblékání zvládá bez pomoci. Pohybuje se zcela samostatně. Vzhledem k vysoké pohybové aktivitě pacientky mohly být elastické punčochy sundány. Pacientka nadále provádí na lůžku rehabilitaci DK a

je jí podáván nízkomolekulární heparin dle ordinace lékaře (Clexane 0,4 ml s. c. ve 20,00 hod) v rámci prevence TEN.

Pacientka zůstává na pooperačním pokoji. Systém rooming-in prozatím není praktikován. Dítě je pacientce pravidelně nošeno, doba, kterou tráví spolu, se výrazně prodlužuje. Vzhledem ke svým zkušenostem zvládá pacientka techniky kojení a novorozence přikládá sama bez pomoci dětských sester. Dítě saje, ale laktace se zatím nerozbehla. Prsa jsou nalitá, nebolestivá, bradavky bez ragád. U novorozence došlo k váhovému úbytku o více než 10%. Dle ordinace pediatra a se souhlasem pacientky, je dítě příkrmováno (Nutrilon 1).

Pacientka se snaží spát i přes den. Využívá k odpočinku čas, kdy dítě spí. Snaží se koncentrovat svou energii na péči o novorozence a nepřemýšlet nad výsledkem operace. Návštěva manžela a jejích nejbližších jí psychicky pomohla.

Pacientka dodržuje pitný režim, vypije 2,5 až 3 l tekutin za den. Popíjí neperlivé vody, nebo ovocné šťávy. Dochází k postupnému zatěžování trávicího systému, dnes měla kašovitou stravu dieta 1/P. Stolice zatím nebyla, plyny odchází, proti nadýmání jsou naordinována deflatulensa (Espumisan 40 mg p. o. 3x denně 2 tbl.).

### **3. pooperační den**

Kontrola TK a P 3x denně TT 2x denně pokračuje. Naměřené hodnoty jsou v normě (7,00 - TK 125/80 P 86° TT 36,6°C; 12,00 - TK 125/75 P 84°; 18,00 – TK 120/70 P 80° TT 36,9°C). Opětovně byla odebrána krev ke kontrolnímu laboratornímu vyšetření KO. Hodnoty erytrocytů, hemoglobinu a hematokritu jsou stále dle očekávání snižené, ale výsledek KO prokázal posun k hranici normy. Pacientka pokračuje v užívání antianemik (Aktiferrin comp. 1 tbl. 2x denně p. o.).

Pacientce jsou podle potřeby a ordinace lékaře podávána analgetika (Novalgin 500 mg p. o. 3x denně 1 tlb.). Během celého dne pacientka hodnotí intenzitu bolesti č. 1.

Sutura a rána po Redonově drénu byly opět za pomoci sterilní štětičky přetřeny roztokem Jodkolodium. Sutura a místo po Redonově drénu jsou suché, bez zarudnutí, bez sekrece.

Dnes pacientku navštívil fyzioterapeut a seznámil ji s vhodnými cviky po těhotenství a hysterektomii. V rámci prevence TEN pacientka nadále provádí cvičení DK a je jí aplikován nízkomolekulární heparin (Clexane 0,4 ml s. c. ve 20,00 hod).

Dnes byla pacientka přestěhována na standardní pokoj. Během dne samostatně o dítě pečuje. Novorozence přikládá podle jeho potřeb v maximálním 3hodinovém rozmezí. V průběhu dne pacientka začala kojit. Množství vyprodukovaného mléka plně neuspokojí potřeby novorozence, proto je nutné dítě po kojení dokrmit umělou výživou (Nutrilon 1). Dětská sestra pacientce ukázala, jak dítě dokrmit za pomoci injekční stříkačky po prstu. Pacientka je velmi ráda, že začala kojit, věří, že kojení se brzy rozběhne natolik, že nebude nutné dítě dokrmit.

Pacientka se snaží plně zaměstnávat péčí o novorozence. Přikládá přes den zhruba po 2 hodinách. Je opětovně poučena v péči o prsy. Během odpoledne jí navštívil manžel i s dětmi. Byla velmi ráda. V průběhu dne byla natolik zaměstnána péčí o novorozence a také návštěvami, že nestačila odpočívat. Večer se cítí velmi unavená. Dětská sestra pacientce nabídla, že si dítě vezme na dětský box a bude jí ho nosit pravidelně po 3 hodinách. Pacientka tuto možnost uvítala.

Pacientka dodržuje pitný režim. Dieta byla změněna na šetřící porodnickou 2/P, která je podávána standardně všem pacientkám po porodu. Jedná se o běžnou stravu, která vyhovuje výživovým požadavkům kojících matek.

K vyprázdnění tlustého střeva u pacientky zatím nedošlo i nadále jsou podávána naordinována deflatulensa (Espumisan 40 mg p. o. 3x denně 2 tbl.).

#### **4. pooperační den**

Kontrola TK a P se provádí 1x denně, TT 2x denně (7,00 - TK 120/80, P 78', TT 39,7°C; 18,00 - TT 36,9 °C). Pokračuje se v podávání antianemik (Aktiferrin comp. 1 tbl. 2x denně p. o.). Pacientka pociťuje mírnou bolest (hodnotí číslem 1), analgetika přes den nevyžaduje, podána pouze analgetika před spaním (Novalgin 500 mg 1 tbl. p. o. ve 22,00). Péče o operační ránu zůstává nezměněna, sutura je klidná, bez zarudnutí a známek infekce. Přetřena 1x denně roztokem Jodkolodium. Prevence TEN podáváním nízkomolekulárních heparinů pokračuje (Clexane 0,4 ml s. c. ve 20,00 hod).

Pacientka využívá systému rooming-in. Během dne pečuje o novorozence sama. Dítě přikládá podle jeho potřeb, kojí a dokrmuje. Techniku podávání umělé výživy injekční stříkačkou zvládá bez problémů. Pacientka je po odpolední návštěvě rodiny plačtivá. Stýská se jí po domácím prostředí. Je zklamaná, že její produkce mléka zcela neuspokojí potřeby dítěte a musí pokračovat v jeho dokrmování. Večer je pacientka velmi unavená, celý den se snažila své dítě kojit a nestihla odpočívat. Přijde jí, že péči o dítě nezvládá. Pacientku bylo nutné psychicky podpořit a zajistit možnost odpočinku. Byla jí vysvětlena nutnost psychické pohody k dosažení plného kojení. Pacientka je po rozhovoru klidnější a souhlasí s návrhem, že si dětská sestra nechá novorozence přes noc na dětském boxu. Novorozenec byl přiložen ve 22,00 hodin a poté v 5,00 ráno. Jedno kojení bylo vynecháno a novorozenci byla podána pouze umělá výživa (Nutrilon 1), tím vznikl pacientce prostor na dostatečný odpočinek, který plně využila.

Pacientka dodržuje pitný režim a zásady vhodné životosprávy během kojení. Na stolicí nebyla. Nadále jsou podávána naordinována deflatulensa (Espumisan 40 mg p. o. 3x denně 2 tbl.).

## **5. pooperační den**

TT se měří 2x denně, pacientka je afebrilní (7,00 – TT 36,6°C; 18,00 – TT 36,8°C). Pokračuje se v podávání antianemik (Aktiferrin comp. 1 tbl. 2x denně p. o.). Bolest pacientka nepocítuje, analgetika nevyžaduje. Sutura ošetřena 1x denně Jodkolodium roztokem, rána klidná bez známek infekce. Prevence TEN pokračuje, aplikován nízkomolekulární heparin (Clexane 0,4 ml s. c. ve 20,00 hod).

Pacientka v noci spala, cítí se odpočínutá. Během dne začala plně kojit, což se velice pozitivně odrazilo na jejím psychickém stavu. 1x v průběhu dopoledne a 1x během odpoledne se jí podařilo mezi kojením usnout. Dítě má nepřetržitě u sebe. Péči o novorozence zvládá bez pomoci.

Pacientka stále nebyla na stolici. Byl jí nabídnut glycerínový čípek. Pacientka byla poučena o jeho zavedení a účinku. Po aplikaci čípku došlo k vyprázdnění tlustého střeva. Nadále jsou podávána naordinována deflatulensa (Espumisan 40 mg p. o. 3x denně 2 tbl.).

## **6. pooperační den**

Pacientka je bez zvýšené tělesné teploty (7,00 – TT 36,4°C), bolest neudává, sutura je klidná bez známek infekce, hojení proběhlo bez komplikací, plně kojí. Pacientka byla propuštěna.

Před propuštěním byla poučena o kojení, o pitném režimu a stravování v době kojení, v péči o prsy, v péči o suturu, o rehabilitaci a zásadách šestinedělí po hysterektomii.

Pacientce byla předána propouštěcí zpráva pro praktického lékaře a očkovací průkaz dítěte. Zprávu obvodnímu gynekologovi zasíláme. Pacientka se dostaví do 3 dnů od propuštění ke svému obvodnímu gynekologovi, nebo k nám na gynekologickou ambulanci k vyndání stehů. Dále byla pacientka informována o nutné návštěvě pediatra.

## 2. 6. Hodnocení psychického stavu pacientky

Hysterektomie (chirurgické odstranění dělohy) je jedna z nejčastěji prováděných gynekologických operací. V porodnictví se provádí výjimečně, pouze v případě výskytu závažných komplikací, ke kterým například řadíme rupturu dělohy, placentu accretu, incretu et percretu, neztišitelné poporodní krvácení atd.

Z psychologického hlediska znamená ztráta dělohy ztrátu schopnosti rodit děti, ztrátu menstruace, ztrátu něčeho, co dělá ženu ženou. (Čepický, 1999) Na druhou stranu právě v porodnictví je hysterektomie život zachraňující zákrok.

Způsob přijetí a vyrovnání se ztrátou dělohy je ovlivněno řadou faktorů. Především záleží na věku ženy, zda stihla před operací porodit, na důvodu provedené, apod. Velkou roli hraje osobnost ženy a individuální schopnosti zvládat zátěžové situace. Velmi podstatný vliv má také přístup partnera, rodiny a blízkých přátel. Podpora partnera a rodiny je pro ženy po hysterektomii velmi důležitá. Empatický přístup ze strany partnera snižuje výskyt negativních psychických reakcí, ke kterým může po hysterektomii docházet. (Čepický, 1999)

Zatímco v české odborné literatuře se s výzkumy týkající se psychického zdraví žen po hysterektomii setkáváme spíše výjimečně, v zahraničí proběhlo již v minulosti mnoho specifických studií, které zkoumají vliv hysterektomie na kvalitu života žen, vliv na sexuální fungování, např.: *Psychosexual Adaptation and Quality of Life After Hysterectomy* (Bayram, G. O. - Beji, K. N., 2010); *Understanding hysterectomies: Sexual satisfaction and quality of life* (Darling, C. A. - McKoy-Smith, Y. M., 1993), atd.

Snahou lékařů, sester, porodních asistentek i ostatních zdravotnických pracovníků by mělo být zmírnit v pooperačním období strach a psychické napětí ze změn, které jsou s odstraněním dělohy spjaté. Toho dosáhneme vhodnou komunikací a podáváním dostatečných srozumitelných informací. (Čepický, 1999)

Přesto, že byla pacientka na možnost hysterektomie upozorňována již v průběhu těhotenství, daná situace ji zaskočila a pociťovala úzkost, což bylo naprosto pochopitelné. Největší obavy měla z poklesu produkce ženských



pohlavních hormonů. Po ujištění, že odstranění dělohy nemá vliv na hormonální produkci, se pacientce viditelně ulevilo. Během hospitalizace jí byly v klidu a srozumitelně zodpovězeny všechny dotazy, které pokládala. Po opětovném docílení úplné soběstačnosti se stále více soustředila na péči o novorozence a s danou situací se pozvolna vyrovnávala. Pacientka má velkou oporu v manželovi a v rodině. Jejich návštěva jí vždy zlepšila náladu. Přes počáteční neúspěchy se pacientka plně rozkojila, což přispělo k celkovému zlepšení jejího psychického stavu. I přesto, že v době propuštění se pacientka cítila dobře, a věřila, že s podporou manžela a rodiny se s danou situací brzy vyrovná, byla jí nabídnuta možnost kontaktovat psychologa.

## **2. 7. Edukace**

Edukace je proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem dosáhnout pozitivních změn v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace ve zdravotnictví vede k předcházení nemoci, udržení či navrácení zdraví, nebo ke zkvalitnění života jedince. (Juřeníková, 2010)

Edukace provázela pacientku průběžně po celou dobu hospitalizace. Edukace se týkala zejména kojení, péče o prsa, péče o suturu, životosprávy, rehabilitace a zásad šestinedělí po hysterektomii.

### **2. 7. 1. Kojení po císařském řezu**

Plné kojení představuje nejideálnější způsob výživy novorozence a kojence do 6 měsíců života. Mateřské mléko přesně vyhovuje nutričním požadavkům dítěte, obsahuje protilátky, je dobře stravitelné a vždy dostupné. Tělesný kontakt při kojení dává dítěti pocit bezpečí a posiluje vzájemný citový vztah mezi matkou a dítětem. (Sedlářová, 2008)

Porod císařským řezem sám o sobě nemá vliv na samotný nástup laktace, ale následný pooperační stav dává možnost působení faktorů mající negativní vliv na rozvoj kojení (velká krevní ztráta při operaci, bolest, únava, nedostatečný příjem tekutin, omezená soběstačnost, oddělení matky a dítěte, psychická nepohoda). Náležitou edukací spolu s pooperační péčí a se vzájemnou spoluprací

s dětskými sestrami lze minimalizovat vliv nepříznivých činitelů a docílit plného kojení. (Sedlářová, 2008)

Novorozenec byl poprvé pacientce přiložen na operačním sále. Vzhledem k průběhu operace bylo nutné pacientku 0. operační den přeložit na ARO a další přikládání dítěte nebylo možné. Oddělení od novorozence a nedostatečné přikládání podnítilo pacientku k obavám z pozdního nástupu laktace.

1. pooperační den jsem považovala za nejdůležitější zmírnit obavy pacientky a dosáhnout psychické pohody pomocí edukace týkající se problematiky kojení po císařském řezu. Informovala jsem pacientku o důležitosti prvního přisátí novorozence do 30 minut po porodu s ohledem na rozvoj kojení a seznámila jsem jí s plánovaným přikládáním novorozence dle jeho potřeb. Dále jsem pacientku informovala o negativních faktorech, které mohou bránit včasnému rozvoji kojení a poučila jí, jak jejich rozvoj minimalizovat (zvýšit příjem tekutin, při rostoucí bolesti, informovat ošetřující personál, využívat úlevové polohy, zvyšovat míru soběstačnosti, odpočívat, přikládat novorozence dle jeho potřeb). Jelikož pacientka své předchozí děti také kojila, byly patrné zkušenosti, jež získala po předchozích porodech. Během dne samostatně přikládala z obou prsů, skvěle zvládala techniku kojení. Většinou při kojení využívala polohu na levém, či pravém boku, nebo si polohovala elektrické lůžko do sedu.

I přes pravidelné přikládání a správnou techniku kojení, se 2. pooperační den laktace plně nerozeběhla a novorozenec se dostal pod fyziologickou hranici 10% váhového úbytku. Pediatr a dětská sestra pacientku o této situaci informovali a doporučili jí nadále dítě pravidelně přikládat podle jeho potřeb k oběma prsům a poté novorozence dokrmit umělou výživou (Nutrilon 1).

3. pooperační den byl umožněn systém rooming – in. I přesto, že pacientka začala kojit, je nutné pokračovat v podávání umělé výživy (Nutrilon 1). Pacientka se učí za pomoci dětské sestry způsob podávání umělé výživy novorozenci stříkačkou po prstu.

Postup podávání umělé výživy stříkačkou po prstu:

- hygienická péče rukou,
- držet dítě proti sobě ve svislé poloze,

- zasunout ukazováček nebo malíček do úst dítěte přibližně do poloviny druhého článku prstu,
- nehtem se opřít o jazyk dítěte, bříško prstu o patro, kde se nachází sací bod,
- po stimulaci sacího bodu (dítě začne pohybovat jazykem) přiložit k prstu špičku stříkačky s mlékem. (Sedlářová, 2008)

Pacientka si tuto techniku rychle osvojila a zvládá jí zcela samostatně.

4. pooperační den pacientka stále kojila a současně dokrmovala. O novorozence pečovala zcela samostatně. Na jejím psychickém stavu se negativně odrazila únava a neúspěch plně kojit. Bylo nutné zajistit psychickou podporu a odpočinek pacientky.

Během 5. pooperačního dne se pacientka plně rozkojila. Vysazení umělé výživy napomohlo k navrácení psychické pohody pacientky.

V den propuštění pacientka plně kojí. K uspokojení potřeb dítěte stačí kojení z jednoho prsu. Před odchodem z nemocnice, byl pacientce předán telefonický kontakt na laktační poradkyni v případě potřeby.

## **2. 7. 2. Péče o prsy**

Edukace týkající se patřičné péče o prsy po porodu pomáhá zabránit vzniku možných zánětlivých komplikací a obtíží souvisejících s kojením.

Během první hygieny ve sprše byla pacientka poučena o nutnosti vymezit jednu osušku na prsy a tělo a jinou na genitál a okolí. Také byla informována o nevhodnosti používání parfémovaných gelů a mýdel, které pokožku prsou vysušují a zbavují ji ochranné vrstvy a přirozeného pachu, který novorozenci pomáhá prs nalézt. Dále jí bylo doporučeno, po kojení nechat prsy volně, vyčkat až bradavky oschnout a teprve poté nasadit vhodnou podprsenku. Nepoškozené bradavky není potřeba ničím mazat. Pacientka dobře zvládala techniku kojení, čímž předešla vzniku ragád prsních bradavek. Pokud by došlo k bolestivému nalití prsou během prvních dní kojení, doporučujeme mezi kojením prsy chladit studenými obklady a před samotným kojením naopak prsy nahřát teplou vodou ve sprše. (Sedlářová, 2008)

Při propuštění pacientka plně kojila, prsy měla měkké, nebolestivé, bez zarudnutí a známek zánětu. Byl jí předán kontakt na laktační poradkyni, kterou může v případě potřeby kontaktovat. Dále byla poučena o projevech zánětu prsu (vysoká bolestivost prsu, zarudnutí prsu, vysoké horečky) a o nutnosti navštívit lékaře v případě projevů, z důvodu následné ATB léčby.

### **2. 7. 3. Péče o suturu**

Pacientka během hospitalizace byla seznámena s příznaky infekce operační rány a poučena o nutnosti informovat personál v případě zpozorování známek zánětu. Operační rána zůstávala od 2. pooperačního dne nezakrytá, ošetřována roztokem Jodkolodium. Během celkové hygieny si pacientka suturu sprchovala vlažnou vodou bez použití mýdla. Po celou dobu hospitalizace a při propuštění byla sutura bez známek infekce.

Před odchodem domů byla pacientka poučena o návštěvě obvodního gynekologa nebo naší gynekologické ambulance do 3 dnů od propuštění k vyjmutí stehů. Také byla poučena v pokračující péči o suturu. Doporučujeme jizvu promazávat a jemně prsty masírovat za 2 – 3 týdny po operaci. Dále upozorňujeme na nutnost chránit jizvu před slunečním zářením a volit vhodné oblečení. A samozřejmě upozorňujeme, že v případě výskytu známek infekce je nutné vyhledat lékaře.

### **2. 7. 4. Životospráva**

Během hospitalizace a znovu při propuštění byla pacientka informována o pitném režimu a vhodném stravování. Byla upozorněna na nevhodné tekutiny v době kojení (perlivé vody, 100% koncentrované džusy, nápoje obsahující kofein, alkoholické nápoje). Také jí bylo doporučeno vyvarovat se po celou dobu kojení kořeněným jídlům a stravě, která nadýmá. Doporučena jí byla strava bohatá na kvalitní živočišné bílkoviny, vlákninu, vitamíny a minerální látky (zejména vápník a železo). Aby se dostálo výživovým požadavkům kojící ženy, měla by do jídelníčku zařadit ovoce a zeleninu, mořské ryby, drůbež, červené maso, vejce, celozrnné pečivo a mléčné výrobky. (Sedlářová, 2008)

### **2. 7. 5. Rehabilitace**

Pacientka s dechovým cvičením a rehabilitací DK začala hned po operaci. Cvičení DK prováděla samostatně po celou dobu hospitalizace. 3. pooperační den pacientku navštívil fyzioterapeut a seznámil jí se cviky posilující pánevní dno, které následně několikrát denně prováděla. Při propuštění byla pacientka poučena o vhodnosti provádět jednoduché cviky na posílení pánevního dna i doma. Cvičení břišních svalů se doporučuje nejdříve za 3 týdny po hysterektomii. Po dobu 6 týdnů by pacientka neměla zvedat těžká břemena a měla by se vyhnout situacím, při kterých se nadměrně zatěžuje pánevní dno. Běžná tělesná aktivita je po hysterektomii doporučena až po 3 měsících od operace. (Nováková, 2002) Zvýšenou sportovní aktivita v době kojení nedoporučujeme.

### **2. 7. 6. Zásady šestinedělí po hysterektomii**

Pacientka byla při propuštění poučena o nutnosti dodržet zásady šestinedělí i přesto, že došlo k odstranění dělohy a očistky neodcházejí. Pacientce bylo vysvětleno, že minimálně 6 týdnů trvá, než dojde ke zhojení poševního pahýlu. Také byla upozorněna na možnost slabšího krvácení z poševního pahýlu v tomto období. Dále byla pacientka poučena, že v případě výskytu náhlého silného krvácení musí hned vyhledat lékaře. Po dobu 6 týdnů by se pacientka měla pouze sprchovat, koupel ve vaně není vhodná. Také by neměla navštěvovat veřejné bazény, sauny, nebo koupaliště. Vůbec není vhodné používat menstruační tampóny. Pohlavní styk se nedoporučuje dříve než za 6 týdnů po operaci. Ideální je nejprve absolvovat prohlídku u svého obvodního gynekologa, který posoudí, zda je poševní pahýl dostatečně zhojen.

## Závěr

V současnosti je císařský řez nejčastější porodnickou operací a jeho frekvence neustále stoupá. I přesto, že ve většině případů nedojde k perioperačním a pooperačním komplikacím, nelze porod císařským řezem považovat za banální operaci. Stále platí, že se jedná o velkou břišní operaci, která sebou přináší určitá rizika. Rizika se týkají nejen perioperačního a pooperačního období, ale i následného těhotenství. Ženy po předchozím císařském řezu jsou v dalším těhotenství více ohroženy rupturou stěny dělohy v jizvě a také jizva v myometriu může způsobit poruchu placentace. Výskyt poruch placentace narůstá se stoupajícím počtem císařských řezů. (Conroy - Hsieh - Craig, 2014)

Vytyčeným cílem mé bakalářské práce bylo zpracování případové studie na téma: Ošetrovatelská péče o ženu po císařském řezu a hysterektomii z důvodu poruchy placentace. V klinické části jsem zabývala anatomií dělohy, fyziologickou placentací až do porodu placenty, poruchami placentace a zpracováním základních údajů o pacientce včetně stručného přehledu hospitalizace.

V navazující ošetrovatelské části popisují komplexní ošetrovatelskou péči o pacientku, hodnotím psychický stav pacientky a věnuji se edukaci.

Na konec mé bakalářské práce jsem vložila seznam použité literatury a dalších zdrojů, seznam zkratk a přílohy.

Pacientka byla 6. den po operaci propuštěna. Při odchodu domů se cítila fyzicky i psychicky dobře, plně kojila, zvládala péči o novorozence a věřila, že s podporou rodiny se brzy se ztrátou dělohy vyrovná.

## Seznam použité literatury a dalších zdrojů:

1. BAYRAM, Güliz Onat a Nezihe Kizilkaya BEJI. Psychosexual Adaptation and Quality of Life After Hysterectomy. *Sexuality and Disability*. 2010, vol. 28, issue 1, s. 3-13. DOI: 10.1007/s11195-009-9143-y. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11195-009-9143-y> [cit. 2014-05-16]
2. CALDA, Pavel, Miroslav BŘEŠŤÁK a Daniela FISCHEROVÁ. Ultrazvuková diagnostika v těhotenství a gynekologii. 2., kompletně přeprac. a rozš. vyd. Praha: Aprofema, 2010, 496 s. ISBN 978-809-0370-623.
3. CONROY, Kelley, Frances HSIEH a Sabrina CRAIGO. Spontaneous Uterine Rupture From Placenta Percreta. *Obstetrics*. 2014, vol. 123, 142S-143S. DOI: 10.1097/01.AOG.0000447122.78447.76. Dostupné z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage> [cit. 2014-05-15].
4. ČECH, Evžen a Zdeněk HÁJEK. Porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 1999, 432 s. ISBN 80-716-9355-3.
5. ČEPICKÝ, Pavel. Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 1999, roč. 8, č. 3, s. 162-250. DOI: ISSN 1211-1058
6. DARLING, Carol Anderson a Yvonne M. MCKOY-SMITH. Understanding hysterectomies: Sexual satisfaction and quality of life. *Journal of Sex Research*. 1993, vol. 30, issue 4, s. 324-335. DOI: 10.1080/00224499309551719. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00224499309551719> [cit. 2014-05-16].
7. DOLEŽAL, Antonín. Porodnické operace. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2007, 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.
8. JAROŠOVÁ, Darja. Teorie moderního ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000, 133 s. ISBN 80-858-6655-2.
9. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.
10. KOBILKOVÁ, Jitka. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 368 s. ISBN 80-726-2315-X.

11. LEIFER, Gloria. Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2004, 951 s. ISBN 80-247-0668-7.
12. LEMON 1: učební texty pro sestry a porodní asistentky. 1. vyd. Překlad Marta Staňková, Jana Heřmanová. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996, 184 s. ISBN 80-701-3234-5.
13. Nováková, S. Léčebná tělesná výchova v gynekologii a porodnictví. in Hromádková, J aj. Fyzioterapie. Jinočany: Nakladatelství HH, 2002, s. 153- 168. ISBN 80-86022-45-5.
14. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2006, 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
15. PAŘÍZEK, Antonín. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Kamenice: Galén, 2012, 427 s. ISBN 978-807-2628-933.
16. PAŘÍZEK, Antonín. *Kritické stavy v porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 285 s. ISBN 978-807-2629-497.
17. ROZTOČIL, Aleš. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 333 s. ISBN 80-701-3339-2.
18. SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2008, 248 s. ISBN 978-802-4716-138.
19. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1998, 50 s. Praktické příručky pro sestry, 1. ISBN 80-701-3263-9.
20. STAŇKOVÁ, Marta. *Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999, 49 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-701-3282-5.
21. Státní ústav pro kontrolu léčiv: Databáze léků [online]. 2014 [cit. 2014-05-16]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>
22. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1999. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. ISBN 80-70130-285-X.
23. VACEK, Zdeněk. *Embryologie: učebnice pro studenty lékařství a oborů všeobecná sestra a porodní asistentka*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2006, 255 s. ISBN 80-247-1267-9.



24. Zdravotnická dokumentace

25. ZWINGER, Antonín. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 532 s. ISBN 80-726-2257-9.

## Seznam zkratk:

AA – alergická anamnéza  
AC – abdominal circumference (obvod břicha plodu)  
ADL – activities of daily living (základní všední činnosti)  
amp. - ampule  
ALT – Alaninaminotransferáza  
apod. – a podobně  
APTT – koagulační vyšetření  
atd. – a tak dále  
ARO – anesteziologicko – resuscitační oddělení  
AST – Aspartátaminotransferáza  
BMI – body mass index  
BPD – biparietal diameter (příčný průměr hlavy plodu, vzdálenost temenních kostí)  
C°- stupeň Celsia  
CL - chlór  
CM – centimetr  
comp. - compositum  
CRP – C-reaktivní protein  
CTG - kardiokardiograf  
DF – dechová frekvence  
DG. - diagnóza  
DIC – diseminovaná intravaskulární koagulace  
DK – dolní končetiny  
DM – diabetes mellitus  
EBR – erytrocytová resuspenze  
EKG - elektrokardiogram  
et al. – a další  
et kol. – a kolektiv  
event. – eventuálně  
ex - bez, ukončení např. podávání léku

FA – farmakologická anamnéza  
FF – fyziologické funkce  
FFP – čerstvá mražená plazma  
FL – femur length (délka stehenní kosti plodu)  
FR – fyziologický roztok  
g – gram  
G – velikost PŽK v Gauge, udává velikost zevního a vnitřního průměru  
GA – gynekologická anamnéza  
GBS – streptococcus agalactiae  
HC – head circumference (obvod hlavy plodu)  
hCG – lidský choriogonadotropin  
HIV – virus lidské imunitní nedostatečnosti  
hod - hodin  
hPL – lidský placentární laktogen  
CH – Charrierova stupnice, která udává vnější obvod močového katetru, 1 CH odpovídá 1/3 mm  
IgG – imunoglobulin G  
i. m. – intramuskulárně  
inj. – injekce, injekční  
INR – laboratorní koagulační vyšetření, jedná se o přepočítání protrombinového času na mezinárodní normalizovaný poměr  
i. v. – intravenózně  
j. - jednotka  
K – draslík  
KG - kilogram  
KS – krevní skupina  
KT – kontrakce  
l - litr  
LHK – levá horní končetina  
max. - maximálně  
min – minut  
min. - minimálně

ML – mililitr  
MG – miligram  
MRI – magnetická rezonance  
Na – sodík  
NANDA – North American Nursing Diagnosis Association (severoamerická asociace pro sesterské diagnózy)  
např. - například  
neg. – negativní  
O<sup>2</sup> - kyslík  
OA – osobní anamnéza  
OG – obvodní gynekolog  
OP – ozvy plodu  
P – puls  
PA – pracovní anamnéza  
PHK – pravá horní končetina  
PIAU – měření průtokové rychlosti krve v pupečnickové cévě plodu  
PL – praktický lékař  
PMŽ – permanentní močový katetr  
p. o. – per os  
pos. - pozitivní  
p. p. – podle potřeby  
PP – postavení plodu  
PPHL – poloha podélná hlavičkou  
PPKP – poloha podélná koncem pánevním  
per rekt. – per rektum  
P+V – příjem a výdej  
PŽK – periferní žilní katetr  
RA – rodinná anamnéza  
Rh – Rhesus faktor (Rh faktor)  
RR – Ringerův roztok  
SA – sociální anamnéza  
S. C. – sectio caesarea

spont. - spontánní

tbl. – tablety

TEN – tromboembolická nemoc

TIVA – totální intravenózní anestezie

tj. – to jest

TK – krevní tlak

t. t. – týden těhotenství

TT – tělesná teplota

TU – transfuzní jednotka

tzv. – tak zvaný

u. i. - mezinárodní jednotka

UZ - ultrazvuk

μmol - mikromol