

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S ABDOMINOPLASTIKOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ZUZANA RANDÝSKOVÁ

Praha 2013

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S ABDOMINOPLASTIKOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ZUZANA RANDÝSKOVÁ

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Soňa Stiborová

Praha 2013



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Randýsková Zuzana
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 22. 9. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s abdominoplastikou

Nursing Process for Patients with Abdominoplasty

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Soňa Stiborová

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 1. 10. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 5. 2013

Podpis autorky:.....

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Soni Stiborové za odborné vedení a trpělivost, kterou mi věnovala při konzultacích bakalářské práce.

ABSTRAKT

RANDÝSKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelská proces u pacienta s abdominoplastikou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Soňa Stiborová. Praha. 2013. 62 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče u pacientky s abdominoplastikou. Práce obsahuje dvě části, teoretickou a praktickou. Práce se v teoretické části zabývá historií estetické chirurgie, úrazovou plastickou chirurgií, nejžádanějšími estetickými zákroky dnešní doby. Dále samotnou abdominoplastikou, typy operací, způsobem provedení operačního výkonu, komplikacemi při hojení ran, počtem provedených úspěšných zákroků.

V praktické části je použita metoda ošetrovatelského procesu. Jsou zde uvedeny informace o pacientce a vypracován plán ošetrovatelské péče. V této části jsou také rozpracovány ošetrovatelské diagnózy, cíle, intervence, realizace a hodnocení.

Klíčová slova: Abdominoplastika, Sestra, Pacient, Ošetrovatelský proces

ABSTRACT

RANDÝSKOVÁ, Zuzana. *Nursing Process for Patients with Abdominoplasty*; Nursing College, o.p.s., Degree: Bachelor (Bc). Head of work: PhDr. Soňa Stiborová. Praha. 2013. 62 p.

The main thing of my bachelor's work is the nursing process for patient with abdominoplasty. The work contains two parts. The work in first part deals with history of aesthetic surgery, traumatic plastic surgery, the most wanted aesthetic intervention today's. Furthermore abdominoplasty, types of operations, way of performing operational performance, complications in healing wounds.

In the second part there is used the method of the nursing process. There is mentioned information about patient and worked out plan of nursing care. In this part there are elaborated nursing diagnosis, aims, intervention, implementation and evaluation.

Key words: Abdominoplasty, Nurse, Patient, Nursing Process

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM OBRÁZKŮ

ÚVOD	15
1 HISTORIE A VÝVOJ PLASTICKÉ CHIRURGIE	16
1.1 Vývoj plastické chirurgie ve světě	16
1.2 Vývoj plastické chirurgie v Československu	17
1.3 Plastická, estetická a úrazová chirurgie	17
1.4 Metody estetické chirurgie	19
1.4.1 Plastická operace horních víček – blepharoplastika	19
1.4.2 Plastická operace nosu – rinoplastika	19
1.4.3 Plastická operace prsou	20
1.4.3.1 Zvětšení prsou	20
1.4.3.2 Zmenšení prsou	20
2 ABDOMINOPLASTIKA	22
2.1 Historie abdominoplastiky	22
2.2 Plánování operace	23
2.3 Metody abdominoplastiky	23
2.4 Operační techniky	23
2.4.1 Operace modifikovaná abdominoplastika	23
2.4.2 Operace klasická abdominoplastika	24
2.5 Pooperační péče	25
2.6 Komplikace	25
2.6.1 Hematomy a séromy	26
2.6.2 Dehiscence rány	26
2.6.3 Nekróza	27
2.6.4 Další komplikace	27
2.7 Prevence vzniku komplikací po abdominoplastice	28

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ABDOMINOPLASTIKOU	29
4 STANOVENÍ SESTERSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORITY	42
Akutní bolest	43
Porušená tkáňová integrita	45
Deficit sebepéče	46
Narušený spánek	47
Narušená pohyblivost	48
Riziko vzniku infekce	50
5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	54
ZÁVĚR	55
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	56
SEZNAM PŘÍLOH	57

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

A	abort, potrat
APPE	appendektomie
ATB	antibiotika
BMI	z anglického body mass index, index tělesné hmotnosti
CA	celková anestezie
cm	centimetr
č.	číslo
ČR	Česká Republika
D	dech
DKK	dolní končetiny
DM	diabetes mellitus, úplavice cukrová
FR	fyziologický roztok
GCS	Glasgow Coma Scale, škála k posuzování stavu vědomí
g/l	gramů na litr
HAK	hormonální antikoncepce
i.v.	intravenózní podání, do žilního řečiště
KEA	kontinuální epidurální analgetizace
kg	kilogram
l	litr
LHK	levá horní končetina
L₂-L₃	meziobratlový prostor lumbální páteře
mg	miligram
min.	minuta
ml	mililitr
mmHg	milimetr rtuťového sloupce

ORL	otorhinolaryngologie – ušní nosní krční
P	pulz
PHK	pravá horní končetina
PM	poslední menstruace
PMK	permanentní močový katétr
PŽK	permanentní žilní kanyla
s.c.	subkutánní podání , pod kůži
tbl.	tablety
TEN	tromboembolická nemoc
TK	tlak krve
TT	tělesná teplota
tzv.	tak zvaný
UPT	umělé přerušování těhotenství
VAS	analogová škála bolesti
VUT	Vysoké učení technické
10⁹/l	hodnoty při odběru krve
10¹²/l	hodnoty při odběru krve
20 G	Gauge označení velikosti žilní kanyly
16 CH	Charrierova stupnice velikosti močového katétru

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ABDOMINOPLASTIKA	plastická operace břicha
BARTHELŮV TEST	test základních všedních činností
BLEFAROPLASTIKA	plastická operace očních víček
CYANÓZA	namodralé zbarvení kůže a sliznic v důsledku nedostatku kyslíku
DEHISCENCE	rozestup operační rány
DERMOLIPEKTOMIE	odstranění tukové části s částí kůže
DIURÉZA	množství definitivní moči vytvořené za 24 hodin
EPITELIZACE	pokrytí rány epitelem
FOWLEROVA POLOHA	poloha v polosedě na lůžku, při které má pacient hlavu a trup v úhlu 45-90°
GASTRICKÝ SLEEVE	chirurgický zákrok, při kterém se zmenší objem žaludku
GRAVIDITA	těhotenství
HEMATOM	rozsáhlý, uzavřený krevní výron v hlubších tkáních a podkoží
HYPERTENZE	zvýšení krevního tlaku nad 140/90 mmHg
IKTERUS	žluté zbarvení kůže a sliznic
IZOKORIE	stejněměrné zorničky
KLIMAKTERIUM	přechod, vyhasínání aktivity ženských pohlavních orgánů
KOŽNÍ TURGOR	napětí kůže
LAKTACE	tvorba a vylučování mléka z mléčné žlázy
LIPOSUKCE	odsávání tuku
MENARCHÉ	první menstruace
MENOPAUAZA	ztráta menstruace po přechodu

MINIHEPARINIZACE	podávání nízkých dávek heparinu k prevenci poruch srážení krve
MUSKULOAPONEUROTICKÝ SYSTÉM	kůže a podkoží
NEKRÓZA	odumřelé buňky, tkáně, či části orgánů
NEKREKTOMIE	chirurgické odstranění odumřelé tkáně, která brání hojení
NORMOCEFALIE	normální rozměry hlavy
PER PRIMAM	hojení ran bez komplikací
PSEUDOCYSTA	chorobná dutina, která připomíná cystu, ale na rozdíl od ní nemá vlastní výstelku
REPLANTACE	opětovné vsazení
RESUTURA	sešití rány
RHINOPLASTIKA	plastická operace nosu
SÉROM	sterilní nahromadění tělní tekutiny, která se shromažďuje v prázdném prostoru tkáně
SYMFÝZA	spona, druh pevného spojení dvou kostí, které jsou odděleny vazivovou chrupavkou
VENTER PENDULUM	převislé břicho

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obr. 1 Používané řezy při abdominoplastice v dnešní době. 22
- Obr. 2 Miniabdominoplastika. Schéma rozsahu mobilizace stěny břišní. 24

ÚVOD

Nacházíme se v době, kdy přirozenost střídají uměle přetvořené věci a my jako lidské bytosti nejsme nejmenší výjimkou. Uměle se dá nahradit téměř vše. Otázkou zůstává, jak dlouho se nám tohle přetváření lidské společnosti bude líbit. K tomuto stavu také výrazně přispívá množství dostupných zákroků a jejich cenová relace. Velmi žádanými jsou také neinvazivní zákroky, jejichž výhodou je nulová délka rekonvalescence a cenová dostupnost.

Od počátku svého vzniku prošla plastická chirurgie velkým vývojem. V dnešní době mají lékaři k dispozici nejen moderní nástroje, přístroje, ale i šicí materiály.

Tématem bakalářské práce byl zvolen Ošetrovatelský proces u pacienta s abdominoplastikou. Ke zvolení právě tohoto tématu mne vedlo působení na oddělení chirurgie, kde pracuji a setkávám se s těmito zákroky.

Cílem první části práce bylo přiblížení oboru plastické chirurgie a ve druhé části zajištění komplexní ošetrovatelské péče o pacientku po abdominoplastice.

1 HISTORIE A VÝVOJ PLASTICKÉ CHIRURGIE

1.1 Vývoj plastické chirurgie ve světě

Dějiny oboru plastické chirurgie spadají již do samotného počátku lékařství. Lidé se snažili o navrácení přirozeného vzhledu, zejména po úrazech nosu. Úrazy nosu také stály u zrodu plastické chirurgie. Její historie sahá až do starověku (MĚŠŤÁK, 2005).

První prokazatelné záznamy o využití plastické chirurgie pocházejí z osmého století před naším letopočtem (FUNDOVÁ, online). Znalost plastických operací byla do Indie rozšířena pravděpodobně z Tibetu, kde byly podle dochovaných záznamů tyto operace prováděny mnichy v tamních kláštorech (ZÁRUBA, DOLEŽAL, 1999).

Na počátku našeho letopočtu popisuje ve svém díle „De re medica“, římský spisovatel a lékař Aulus Cornelius Celsus plastiky nejen nosu, ale i rtu a boltců. Mimo jiné je v něm také první zmínka o operaci rozštěpu rtu. Rekonstrukční postupy v obličeji byly podrobně popsány ve třetím století našeho letopočtu indem Šusrutou (MĚŠŤÁK, 2005).

V oblasti medicíny se odrazil rozpad říše římské. Následovalo velmi dlouhé období, ve kterém nenalzáme žádné zprávy o plastických operacích. Další zmínky byly objeveny až v polovině 15. století v Itálii, kde jako v jedné z mála zemí byla medicína na poměrně vysoké úrovni (MĚŠŤÁK, 2005).

Jako první použil k náhradě nosu lalok z kůže paže Antonio Branca (ZÁRUBA, DOLEŽAL, 1999). Tato technika byla vypracována k dokonalosti Gasparem Tagliacozzim ve druhé polovině 16. století. Jeho kniha „De curturon chirurgia per insitionem“ (O chirurgii defektu vsazením), pocházející z roku 1568, je zároveň první vědeckou knihou o plastické chirurgii. Po Tagliacozziho smrti byly operace prováděny sporadicky. K jejich oživení dochází až v 19. století (MĚŠŤÁK, 2005).

Období první světové války lze považovat za počátek nové éry tohoto odvětví. Dochází k prudkému rozvoji z důvodu řešení těžkých válečných zranění. Hlavními

protagonisty rozvoje v tomto období lze považovat anglické chirurgy Giltiese a Kilnera, francouze Moresteina a Ombredanna, Němce Lexera a ruse Limberga (MĚŠŤÁK, 2005).

V roce 1930 byla založena francouzská společnost plastické a estetické chirurgie. Americká společnost plastické chirurgie byla založena v roce 1931, dále ji následovala celá řada zemí. V roce 1933 se konal v Paříži první mezinárodní kongres plastické chirurgie. Po druhé světové válce je zaznamenán vznik odborných ústavů plastické chirurgie u každé větší nemocnice ve všech zemích. (MĚŠŤÁK, 2005).

1.2 Vývoj plastické chirurgie v Československu

Zakladatelem plastické chirurgie u nás byl vědec a chirurg František Burian, který se stal plastickým chirurgem světového formátu (KUFA, 2008). Své zkušenosti získal v období první světové války.

Zřídil stanici plastické chirurgie v Temešváru a po skončení války ji převedl do divizní nemocnice na Hradčanech. Od roku 1937 má své definitivní sídlo v nemocnici na Královských Vinohradech. Další pracoviště vznikají v Brně, Bratislavě a v dalších městech jsou zřizována při fakultních, krajských a okresních nemocnicích.

Zásluhou profesora Arnolda Jiráka a doktora Buriana u nás byla v roce 1932 plastická chirurgie jako první na světě uznána samostatným oborem (MĚŠŤÁK, 2005).

1.3 Plastická, estetická a úrazová chirurgie

Plastická chirurgie se zabývá operačním řešením kožních nádorů za pomoci speciálního mikroskopu a instrumentária (SLEZÁK, 2007). Operací vrozených vývojových vad na horních, dolních končetinách a genitáliích. Důležitou část plastické chirurgie zvláště pro ženy po ablaci představuje rekonstrukce prsu. Zde má plastická chirurgie vliv především v posílení psychického stavu ženy po takto náročném zákroku a znovunabytí jejího sebevědomí, sebedůvěry a ženství. Bezespору je tento obor velmi náročný, některé mikrochirurgické zákroky, jako je např. replantace mohou trvat i pět hodin a chirurg musí zůstat po celou dobu operace soustředěný (KUFA, 2008).

Pod obor plastické chirurgie spadá také chirurgie úrazová. Mezi nejčastější úrazy patří ztrátová poranění na končetinách, uších, nosu a pohlavním ústrojí. Operace těchto poranění jsou prováděny v lokální nebo celkové anestézii na specializovaných pracovištích mikrochirurgie.

Nejčastěji jsou prováděny operace na rukou. Provádí se rekonstrukce šlach, nervů i kostí. Dále se provádějí rekonstrukční výkony při poškození elektrickým proudem, hořlavinou a slunečním zářením. Při spálení kůže slunečním zářením může dojít až k rakovině kůže, která je velmi bolestivá, její léčba náročná a ne vždy úspěšná (SLEZÁK, 2007).

Estetická chirurgie se vyčlenila z plastické chirurgie jako aplikovaná věda. Je součástí plastické chirurgie, i když metod, zaměření a cíl obou jsou různé. Plastická chirurgie vychází z potřeby léčit vrozené a získané vady a vyvíjela se krok za krokem (KUFA, 2008). Estetická chirurgie vede ke zkrášlení duše pomocí zkrášlování zevnějšku. Vzhledem k tomu, že je naše generace ovlivňována všude přítomnými, dokonalými postavami a obličejí, staly se estetické operace snem nejen téměř každé ženy, ale i muže. (PINTÉR, 2007). Zakladatel české estetické chirurgie prim. MUDr. Karel Fahoun, DrSc., obhajoval estetickou chirurgii nejen jako obor chirurgický, ale jako tzv. psychochirurgii (ZÁRUBA, DOLEŽAL, 1999).

Dle statistik podstoupilo kosmetické operace velké množství lidí nejen z řad celebrit, ale i široké veřejnosti. Celebrity, jako ostatně ve spoustě jiných věcí, udávají i v tomto oboru trendy a v poslední době se veřejně hlásí k estetickým zákrokům více a více. Ve Velké Británii lékaři ročně odoperují kolem 70 000 osob. Ve Spojených státech prodělaly kosmetickou operaci dva ze tří milionů lidí (PINTÉR, 2007).

Estetická medicína má ale i své meze. Každý pacient by měl rozumně zvážit své požadavky přiměřeně proporcím vlastního těla, aby nedošlo například k funkčním poruchám po zákroku. Důležitá je konzultace a následná spolupráce s chirurgem, někdy pacienti přicházejí s nesplnitelnými představami.

Mimořádně účinný efekt mají operace pro osoby trpícími různými vadami na kráse. Korekce těchto vad navodí duševní uvolnění a může zbavit člověka sociální fobie (KUFA, 2008).

1.4 Metody estetické chirurgie

Ve své práci se zabývám primárně abdominoplastikou. Vzhledem k době, ve které žijeme, nemohu ale opomenout některé z velmi žádaných kosmetických výkonů.

1.4.1 Plastická operace horních víček – blepharoplastika

Jedná se o operační výkon, který se provádí téměř vždy z kosmetických důvodů. Řeší radikálně změny kůže a okolních struktur oka způsobené stárnutím. Kůže se postupně s věkem povoluje a začíná vytvářet převisy na horních víčkách, kde je větší rozsah pohybu než na dolních víčkách. Na těch se naopak častěji tvoří kožní řasy, které mohou být vyplněny tukovými tělísky. Tato nedostatečnost vaziva může být i dědičná a může se vyskytovat i v mladším věku (ZÁRUBA, DOLEŽAL, 1999).

Operace se provádí zvlášť, nebo se operují obě víčka najednou. Zárok se provádí v lokální anestézii, pacient může komunikovat s operátorem a bezprostředně po zákroku může odejít domů, avšak nejlépe v doprovodu druhé osoby (KUFA, 2008).

1.4.2 Plastická operace nosu – rinoplastika

Korektivní rinoplastika je prováděna v době, kdy je dokončen vývoj nosu. U dívek kolem 18. roku života a u chlapců kolem 20 let. Operace nesmí být provedena, pokud má pacient rýmu, zánět nosní sliznice, zánět vedlejších nosních dutin, dýchacích nebo slzných cest. Operaci také vylučuje akutní výsev akné v obličeji a zvláště v okolí nosu nebo přímo na nose. Rinoplastiky mohou nepříznivě ovlivnit endokrinní onemocnění, vysoký krevní tlak a alergické stavy (MĚŠŤÁK, 2008).

Pacienti, kteří chtějí podstoupit operaci nosu, musí nejprve projít ORL vyšetřením, poté klasickým interním předoperačním vyšetřením a vyšetřením anesteziologem (SLEZÁK, 2007).

1.4.3 Plastická operace prsou

Typy chirurgických výkonů na prsech jsou rozlišovány dle vady, pro kterou je žena operována. Provádí se augmentace neboli zvětšení prsů, které jsou nedostatečně vyvinuty. Nebo redukci, čili zmenšení nadměrně vyvinutých prsou, modelaci a korekci prsů při asymetrii.

1.4.3.1 Zvětšení prsou

Se ztrátou objemu prsní žlázy se setkáváme u větších poporodních změn prsů. Pokud není nedostatečný objem prsní žlázy doprovázen přílišným povadnutím nebo poklesem prsu, lze efektně korigovat tuto vadu pomocí silikonových implantátů. Prs by měl mít po zvětšení přirozenou velikost a tvar. Při výběru implantátu záleží na výšce postavy, šířce hrudníku, velikosti pánve, velikosti prsní žlázy a na přání pacientky (MĚŠŤÁK, 2007).

Výkon se provádí v celkové anestezii a trvá asi 1-2 hodiny. Silikonový implantát se vkládá pod velký prsní sval, nebo pod prsní žlázu, kde se vytvoří tkáňová kapsa a do ní se implantát vloží (TOČÍKOVÁ, 2006).

Délka hospitalizace je přibližně dva dny. Pátý den od operace je proveden převaz a obvaz vyměněn za podprsenku bez kostic. Nošení této podprsenky se doporučuje po dobu šesti týdnů. Stehy jsou odstraněny 5. – 7. den po operaci (MĚŠŤÁK, 2007).

Kojení není s implantáty omezeno. V těhotenství a během kojení podléhá vlastní prsní tkáň obvyklým hormonálním změnám, prsa se zvětší. Jak tato období pominou, prsa se opět zmenší (LUCÁK, 2009).

1.4.3.2 Zmenšení prsou

Změny tvaru prsů jsou dány především hormonálními změnami v ženském organismu, které probíhají v souvislosti s graviditou a menopauzou. Na tvar prsů má nepříznivý vliv gravidita a laktace. Dochází ke zvětšování prsní žlázy na úkor ostatních tkání, vazivo ochabuje a kůže se roztahuje. Po ukončení kojení dochází ke změnám v prsní žláze, ty mají za následek zmenšení objemu. V menopauze opět nastávají

změny, které ve svém důsledku vedou ke zmenšení prsu. Prsy větší velikosti a hmotnosti mají větší sklony k poklesu.

Tato operace se také provádí v celkové anestezii a trvá asi 1,5 – 2 hodiny. Podstatou výkonu je vysunutí nízko uložených dvorců do normální polohy a zmenšení nadbytečného kožního krytu pod dvorcem (ZÁRUBA, DOLEŽAL, 1999). Rozsah operace a umístění jizev závisí na stupni poklesu. Prsa a hrudník jsou zpevněny elastickou bandáží (LUCÁK, 2009).

První den po operaci je proveden převaz a odstraněny drény. Pokud je pacientčin stav stabilizovaný, může být propuštěna do domácího prostředí s celkovým obvazem prsů (ZÁRUBA, DOLEŽAL, 1999).

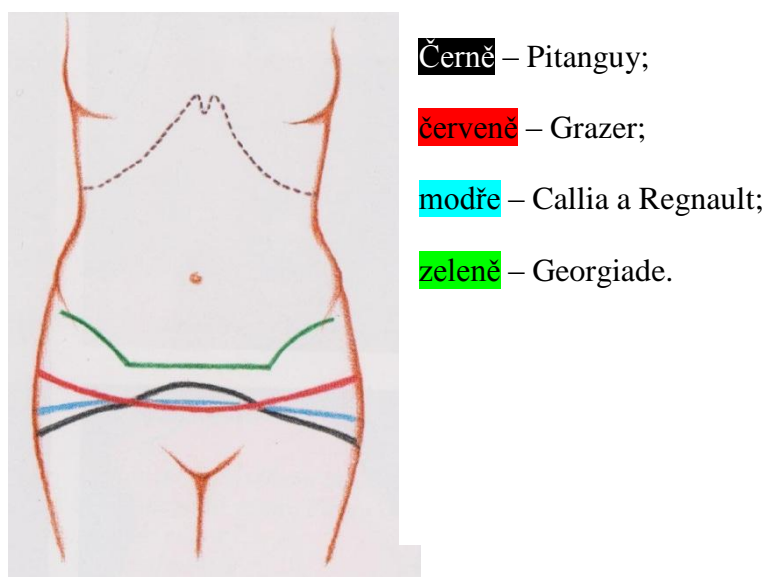
2 ABDOMINOPLASTIKA

Ochablá stěna břišní patří k vadám vyžadujícím velmi často zásah plastického chirurga. V estetické chirurgii se označuje abdominoplastika chirurgickou úpravou stěny břišní z důvodů zlepšení kosmetického vzhledu (MĚŠŤÁK, 2005).

2.1 Historie abdominoplastiky

Do roku 1870 souvisela resekce převislého břicha (venter pendulum) zpravidla s operací velkých ventrálních kýl. V počátcích byly operace soustředěny na resekci převislého úseku měkkých tkání, až později se stala dermolipektomie klasickou operací, zaměřující se na modelaci břišní stěny (PINTÉR, 2007).

O dermolipektomii v Evropě poprvé referovali v roce 1890 Demars a Marx. Tato metoda byla poprvé publikována v USA v roce 1899 Kellym. Do roku 1978 jsou operace zaměřeny na korekci kůže a podkoží, od roku 1978 jsou výkony soustředěny na muskuloaponeurotický systém, ten tvoří spodní vrstvu, která se vypne jako první. V současnosti se využívá transverzální řez, ten je klasickým postupem popsaným Pitanguym (Regnault, Callia, Grazer, Mladiek) a je různě modifikován. Bezpečnější jsou řezy ve vyšší úrovni stěny břišní, než nízké řezy (PINTÉR, 2007).



Obr. 1 Používané řezy při abdominoplastice v současné době (PINTÉR, 2007, s. 291)

2.2 Pánování operace

Předoperační vyšetření zahrnuje:

- vyšetření ve stoje – srovnávají se obě poloviny těla, pátrá se po vrozených nebo získaných vadách a asymetriích;
- vyšetření vsedě v pozici řidiče pro kontrolu ochablosti muskuloaponeurotického systému;
- vleže se zkouší pevnost břišní stěny při použití břišního lisu;
- provedení interního předoperačního a předanesteziologického vyšetření.

Dle nálezu určí chirurg, zda bude provedena modifikovaná abdominoplastika, či kompletní abdominoplastika (PINTÉR, 2007).

2.3 Metody abdominoplastiky

Metody abdominoplastiky:

- vertikální – resekce ve střední čáře;
- horizontální – resekce v různé výši stěny břišní, různý tvar řezu;
- kombinace vertikální a horizontální (VESELÝ, 2007).

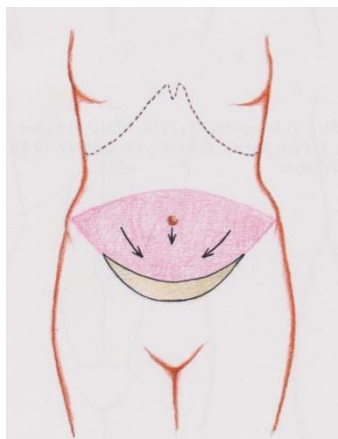
2.4 Operační techniky

U pacientů, u kterých není možná liposukce pod pupkem a není nutná kompletní abdominoplastika se provádí miniabdominoplastika. Plikace stěny břišní v jedné nebo více vrstvách se provádí pod pupkem až k symfýze, podle potřeby i několik centimetrů nad pupkem (PINTÉR, 2007).

2.4.1 Operace modifikovaná miniabdominoplastika

Stopku pupku posunout asi o 1 – 1,5 centimetrů distálněji, ohnout stůl a polohovat pacienta do „kolébky“ kůži a podkoží lehce natáhnout a provést dermolipektomii. Obloukovitá resekce kůže by měla být větší a níže než předoperační

nákres. U klientů s jizvou po dolní střední laparotomii a s hojným množstvím tukové tkáně je nutné prodloužit řez ještě směrem k pupku. Ke snížení tahu vést řez buď do tvaru T, nebo vytvořit trojúhelníkový lalůček nad symfýzou (PINTÉR, 2007).



Obr. 2 Miniabdominoplastika (PINTÉR, 2007, s. 290).

2.4.2 Operace klasická abdominoplastika

Při klasické abdominoplastice pokračovat v mobilizaci podkoží a kůže až do oblasti processus xiphoideus a žeberních oblouků. Před uvolněním kůže a podkoží je vhodné obkroužit pupek a označit distální a proximální úsek stehen v linea alba. Zastavit krvácení a následně zpevnit stěny břišní pomocí nevstřebatelného šicího materiálu pod i nad pupkem. Sutura provést buď v jedné vrstvě, nebo jednotlivými stehy v jedné nebo několika vrstvách. Stehy založit do tvaru U, a tím zabránit proříznutí přes fasciální vrstvu. Stehy jsou vždy z nevstřebatelného materiálu. Ke korekci boků lze využít plikaci m. obliquus externus vertikálně, horizontálně nebo do oblouku.

Dalším důležitým krokem u velkých abdominoplastik je přesně umístit pupek na nové místo. Tukovou tkáň kolem nového pupku na lalocích redukovat. V mírně ohnuté poloze pak provést dermolipektomii pod adekvátním tahem. Zpravidla i zde je resekovaná část větší než bylo vyměřeno u stojícího klienta před operací. Doporučuje se fixovat lalok vstřebatelným stehem k fascii na více místech jako prevenci hematomu a séromu.

Použít dva sací drény vyvedené nad os pubis k odsávání sérosanguinolentní tekutiny po operaci. Resekce a vedení řezu je jak u modifikované, tak i u rozsáhlé abdominoplastiky stejné. Předoperační nákresy jsou vodítkem k tahu a udržení symetrie při resekci kůže a podkoží. Pro přesnější resekci stěny používá před zákrokem mnoho operatérů i typ šachovnicového nákresu na kůži.

Dermolipektomie by měla být provedena vždy individuálně, podle kvality a napětí kůže. Na závěr operace pokračovat suturou operačních ran. Zde dodržovat šití kůže a podkoží ve třech vrstvách. Podkoží šít vstřebatelným stehem silnějším, kůži buď nevstřebatelným, nebo vstřebatelným stehem. Na závěr ránu překrýt lehkým obvazem, nebo vlhkým obkladem s borovou vodou (PINTÉR, 2007).

2.5 Pooperační péče

Po operaci je pacient uložen do mírné Fowlerovy polohy, je prováděna prevence TEN (elastické bandáže, miniheparinizace, snaha o co nejdřívější mobilizace pacienta). Pacienti mívají zavedený močový katetr, ten se ponechává do doby úplné mobilizace. Chůze bývá obtížná, po operaci se upraví do vzpřímené polohy zpravidla do týdne. Drény jsou odstraněny za 3 – 4 dny a stehy za 10 – 14 dnů. Běžné denní aktivity je možno provádět během druhého týdne po operaci. Pacient by se měl vyhnout zvedání těžkých břemen a sportování 6 týdnů po operaci. Doporučuje se nosit elastické prádlo 5 – 8 týdnů po operaci (PINTÉR, 2007).

2.6 Komplikace

Vzhledem k rozsahu operace jsou komplikace častější než u jiných výkonů. Rizika vzniku komplikací snižuje: pečlivý výběr pacientů, naplánování operačního postupu, fyziologické operování a důsledné stavění krvácení. Komplikace, které se mohou objevit, nesouvisí se zkušenostmi operátora, ale jde o poruchu mikrocirkulace ve zvednutém laloku (PINTÉR, 2007).

2.6.1 Hematomy a serómy

Nejčastější komplikací jsou séromy a hematomy, jimž se dá předcházet pečlivým stavěním krvácením, kontrolou operovaných ploch a symetrickou fixací podkoží k fascii na více místech. Při velkých hematomech je nutno provést revizi, odstranit koagula a vyhledat zdroj krvácení. Tím se zabrání nekróze kůže a vzniku infekce.

První týden po operaci může docházet k tvorbě většího množství séromu. Někdy je nutná opakovaná punkce do té doby než se stav ustálí. Vzhledem ke snížené citlivosti břišní stěny, není před výkonem nutná ani lokální anestézie (PINTÉR, 2007).

2.6.2 Dehiscence rány

Mezi další komplikace řadíme dehiscenci operační rány, která může být způsobena předčasnou tělesnou aktivitou, resekci velkého množství kůže, neadekvátní suturou podkoží a kůže, velkého napětí břišní stěny, kouřením a poruchami střevní pasáže. Pooperační hojení mohou také komplikovat strie a kombinace liposukce při abdominoplastice. Tento problém zpravidla vyřeší resutura rány (PINTÉR, 2007).

2.6.3 Nekróza

Při kombinaci liposukce a velkých abdominoplastik může také často docházet k nekróze. Změny na kůži se mohou objevit až během několika dnů po operaci. Dochází k poruchám prokrvení a postupným změnám barvy kůže. Ta přechází z cihlové až do černé při nekróze s tvorbou stroupků na povrchu kůže (PINTÉR, 2007).

Léčba konzervativní

Kůže se ošetřuje dezinfekčními přípravky a obklady s antibakteriálními prostředky. Postupujeme konzervativně, strup ponecháváme, pokud nevznikne infekce. Po nekrektomii se provádí sutura nebo se plocha nechá spontánně epitelizovat. Tuková tkáň je velmi náchylná k infekci, proto i u malých úseků nekrózy může dojít k vytvoření

rozsáhlých dutin podkožně, to vyžaduje dlouhodobou místní i celkovou léčbu a může docházet ke vzniku deformit v podbřišku (PINTÉR, 2007).

Léčba chirurgická

Pokud dochází k rozsáhlejším deformacím, je nutné použít kožní transplantát. Rizikové skupiny ohrožené komplikacemi:

- diabetici;
- starší osoby s hypertenzí;
- kuřáci;
- osoby se striemi (PINTÉR, 2007).

2.4.4 Další komplikace

- Odumření tkáně nebo zhnisání jizvy - komplikace mohou vznikat u jizev v horní části břicha.
- Asymetrie břicha nebo asymetrie umístění pupku – může se objevit u rozsáhlých operací břicha.
- Vznik výpotků neboli pseudocyst – drobné prostory pod svalovou tkání a na kůži, které se plní tekutinou (tkáňovou tekutinou a krví) je nutné je vypouštět.
- Problémy s hojením jizev – v některých případech mohou z drobných řezů na kůži vznikat hypertrofické nebo keloidní jizvy, které jsou vyvýšené a zbytnělé.
- Snížení citlivosti kůže - po abdominoplastice je tento jev poměrně častý, ve většině případů se citlivost navrácí do normálu zhruba půl roku po zákroku.
- Nespokojenost pacienta s estetickým zákrokem (TOMÁŠEK, 2004).

2.7 Prevence vzniku komplikací po abdominoplastice

Předcházení kontaminaci z kůže pacienta, šetrná operace, sutura rány bez napětí, preventivní použití ATB, přikládání obkladů a antibakteriálními roztoky a pravidelné převazy (PINTÉR, 2007).

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ABDOMINOPLASTIKOU

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení : C.K.	Pohlaví : ŽENA
Datum narození : 1989	Věk : 23
Adresa bydliště a telefon : XXX XXX XXX	
Adresa příbuzných : XXXX	
RČ : 89	Číslo pojišťovny : 205
Vzdělání : STUDENTKA	Zaměstnání : STUDENTKA
Stav : SVOBODNÁ	Státní příslušnost : ČR
Datum přijetí : 29.1.2013	Typ přijetí : PLÁNOVANÉ
Oddělení : CHIRURGIE	Ošetřující lékař : MUDr. B.J.

Důvod přijetí udávaný pacientem :

„Přišla jsem na odstranění převislé kůže na břicho. V roce 2011 jsem byla na sleeve a od té doby jsem zhubla 63 kg“.

Medicínská diagnóza hlavní :

E660 Obezita způsobená nadměrným příjmem kalorií

Medicínské diagnózy vedlejší : 0

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK : 125/76 mmHg	Výška : 168 cm
P : 69/min.	Hmotnost : 80 kg
D : 15/min.	BMI : 28,34
TT : 36,5	Pohyblivost : soběstačná
Stav vědomí : při vědomí, orientovaná	Krevní skupina : nezjišťována

Nynější onemocnění :

Pacientka přijata k plánované operaci – abdominoplastice.

Informační zdroje :

Pacientka, dokumentace.

ANAMNÉZA**Rodinná anamnéza :**

Matka : Léčí se s hypertenzí.

Otec : DM nezávislý na inzulínu, jen na dietě.

Sourozenci : Starší bratr, s ničím se neléčí.

Děti : Nemá.

Osobní anamnéza :

Překonané a chronické onemocnění : Běžná dětské onemocnění.

Hospitalizace a operace : 2005 APPE, 2011 gastrický sleeve.

Úrazy : Stav po repozici PHK v CA v dětství, přesný rok si nepamatuje.

Transfúze : 0

Očkování : Běžná očkování dle očkovacího kalendáře.

Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Novynette	Tbl.		1-0-0	HAK

Alergologická anamnéza

Léky: pacientka neudává alergii na léky.

Potraviny : pacientka udává přecitlivělost na ananas.

Chemické látky : pacientka alergii na chemické látky neudává.

Jiné : pacientka udává alergii na roztoče.

ABÚZY

Alkohol: příležitostně.

Kouření: 0

Káva: 2-3x denně.

Léky: HAK

Jiné drogy: 0

Gynekologická anamnéza (u žen)

Menarché : ve 13-ti letech.

Cyklus : pravidelný.

Trvání : 28 dní.

Intenzita , bolesti: občas, ale jsou snesitelné.

PM: 20.1.

A: 0

UPT: 0

Antikoncepce : Novynette

Menopauza : 0

Potíže klimakteria : 0

Samovyšetřování prsou : provádí si.

Poslední gynekologická prohlídka : 10/2012

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Stav : svobodná.

Bytové podmínky : žije s přítelem v bytě 2+1 na vesnici.

Vztahy, role, a interakce v rodině : vztahy s rodinou má dobré, bydlí od sebe nedaleko, často se navštěvují.

Záliby: práce na zahrádce, ráda se stará o květiny v bytě.

Volnočasové aktivity : jízda na kole, kolečkových bruslích, plavání, běhání, míčové hry.

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Vzdělání : studentka.

Pracovní zařazení : studentka podnikatelské fakulty VUT v Brně.

Vztahy na pracovišti : se spolužáky si dobře rozumí, žádné konflikty ve škole nemá.

Ekonomické podmínky : po dobu studia pacientku finančně zabezpečují rodiče.

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Religiozní praktiky : nevyznává žádné náboženství.

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 31. 1. 2013

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„Hlava mě nebolí.“	Hlava pokleповě nebolestivá, normocefalická. Brýle nepoužívá, spojivky růžové, skléry bílé. Zorničky jsou izokorické. Kůže v obličeji bledá. Chrup sanován, jazyk plazí středem, bez povlaku. Zápach z úst není přítomný. Krk je souměrný, bez otoků, ameningeální. Lymfatické uzliny nezvětšeny. Štítná žláza nezvětšena.
Hrudník a dýchací systém	„Žádné potíže s dýcháním nemám, ani při námaze.“	Hrudník symetrický, bez deformit. Dýchání čisté, bez slyšitelných chrapotů, pravidelné 16 dechů za minutu. Prsa bez patologických změn.
Srdcovo-cévní systém	„Nevím o ničem, co by mi dělalo problémy.“	Akce srdeční pravidelná, puls je dobře hmatný, frekvence 78 pulzů za minutu, ozvy ohraničené, tlak krve 130/80 mmHg. DKK bez otoků, bez známek trombózy, pulzace na periférii dobře hmatná. Periferní žilní kanyla zavedena 30.1. na dorzu LHK velikost 20G. Okolí vstupu bez známek infekce. Epidurální katetr zaveden na operačním sále ke kontinuální epidurální analgetizaci. Zaveden do prostoru L ₂ -L ₃ . Pro zajištění bezpečnosti proti vytažení přelepen Cosmopor krytím.
Břicho a GIT	„Momentálně mě bolí břicho, ale to je normální po takové operaci. Ta analgetika mi hodně pomáhají, jinak se stolicí problémy nemám, chodím každý den, ale nevím, jak to bude teď.“	Břicho kryto obvazovým materiálem, na pohmat bolestivé. Krytí bez prosaku, zavedeny dva Redonovy drény, ty odvádějí krvavou sekreci. Peristaltika auskultačně přítomná, plyny odcházejí. Na bříše jizvy po APPE a gastrickém sleeve.

Močovo-pohlavní systém	„S močením problémy nemívám, teď mám zavedenou hadičku.“	Genitál ženský, zavedený permanentní močový katetr velikosti 16 CH. Sledována diuréza za 24 hodin. Moč je čirá, bez příměsí, bez zápachu. Katetr funkční a okolí zavedení katetru bez známek infekce.
-------------------------------	--	---

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Kostrovo-svalový systém	„Normálně nemám žádné potíže. Teď mi trochu vadí, že jsem pořád ve stejné poloze a moc se raději nehýbám, aby mně to břicho nebolelo.“	Páteř bez patologických změn, pohyblivost kloubů normální, bez bolesti. Svalový aparát má normální napětí. Poloha v lůžku v tzv. kolébce k odlehčení tahu břišní stěny. Rozsah pohybu po operaci značně omezený vzhledem k bolestem.
Nervovo-smyslový systém	„Brýle nenosím, slyším dobře.“	Pacientka při vědomí, orientovaná místem, časem, osobou. GCS 15. Brýle nenosí, sluch a čich, bez patologie. Reflexy v normě, smyslová citlivost v normě.
Endokrinní systém	„Nemám žádné takové problémy.“	Štítná žláza nezvětšena.
Imunologický systém	„Imunitu nemám oslabenou, nemocná často nebývám.“	Lymfatické uzliny jsou nezvětšeny. Tělesná teplota je 36,7 °C. Infekci dýchacích cest nemá.
Kůže a její adnexa	„Na břicho mám jizvy po operaci slepého střeva a sleeve.“	Kůže je bledá, bez známek cyanózy a ikteru. Turgor je dostatečný. Vlasy upravené do copu, nehty čisté, upravené a nenalakované. Na břicho zhojené jizvy po předchozích operacích. Porušená celistvost

		kůže v oblasti operačních ran, zavedené periferní žilní kanyly a epidurálního katetru.
--	--	--

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	„Chuť na jídlo mám normální. Po sleeveu jím menší porce, ale častěji, asi 5x denně.“	Nelze hodnotit, nebyla jsem s pacientkou doma.
	V nemocnici	„Když po operaci nemám chuť na jídlo, možná je to proto, že jenom ležím a moc se nehýbám.“	Při přijetí ordinována dieta číslo 3 – racionální strava. V den operace nic per os, po té čaj. První pooperační den a následující dny hospitalizace dieta č. 3.
Příjem tekutin	Doma	„Záleží, jaké je počasí, ale snažím se vypít 3 litry za den.“	Nelze hodnotit, nebyla jsem s pacientkou doma.
	V nemocnici	„V nemocnici je to horší, to vypiju tak 2 litry.“	Vypije asi 2 litry. Kožní turgor je dostatečný.
Vylučování moče	Doma	„Problémy s močením nemívám.“	Nelze hodnotit, nebyla jsem s pacientkou doma.
	V nemocnici	„Teď by se mi chodilo na záchod těžko, když mám bolesti, tak mám zavedenou hadičku na močení.“	Pacientka má zavedený močový katetr druhý den, okolí vstupu nejví známky infekce. Diuréza za 24 hodin 1700 ml.

Vylučování stolice	Doma	„Chodím pravidelně každý den.“	Nelze hodnotit, nebyla jsem s pacientkou doma.
	V nemocnici	„Na stolicí jsem byla ještě ráno před operací.“	Pacientka byla na stolicí v den operace.
Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Spánek a bdění	Doma	„Doma se mi spí dobře, většinou spím 9 hodin denně.“	Nelze hodnotit, nebyla jsem s pacientkou doma.
	V nemocnici	„Zatím jsem tady spala dvakrát a několikrát za noc jsem se vzbudila.“	Pacientka se v noci budí, spánek je narušený a nekvalitní.
Aktivita a odpočinek	Doma	„Doma dělám běžné denní činnosti, snažím se provozovat 3x týdně nějaký sport.“	Nelze hodnotit, nebyla jsem s pacientkou doma.
	V nemocnici	„Teď musím ležet, bolest mi nedovolí se moc hýbat, ale už se těším, až vstanu.“	Poloha pacientky na lůžku. V rámci lůžka soběstačná.
Hygiena	Doma	„Raději se sprchuji, v bytě máme stejně jen sprchový kout.“	Nelze hodnotit, nebyla jsem s pacientkou doma.

	V nemocnici	„Po operaci si nedojdu do koupelny, takže se myji u lavorku.“	Dopomoc při hygienické péči zajištěna. Ošetřující personál přichystá vše potřebné k hygienické péči a dle potřeby pacientky jí dopomáhá. Výměna ložního i osobního prádla zajištěna dle aktuálních potřeb pacientky.
Samostatnost	Doma	„Doma jsem zcela soběstačná.“	Nelze hodnotit, nebyla jsem s pacientkou doma.
	V nemocnici	„Teď si připadám úplně nemotorná a mrzí mě, že musím kvůli všemu obtěžovat sestřičky.“	Dle Barthelova testu byla pacientka při přijetí soběstačná. Po operaci provedeno přehodnocení závislosti – závislost středního stupně.

Posouzení psychického stavu			
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE	
Vědomí	„Jsem při vědomí, nevím, jak bych měla jinak odpovědět.“	Pacientka je při vědomí, GCS 15.	
Orientace	„Myslím si, že orientovaná jsem.“	Pacientka je orientovaná místem, časem i osobou.	
Nálada	„Náladu mám celkem dobrou, ale bylo by to lepší, kdyby nebyl zákaz návštěv. Když teď ležím, nemůžu za nimi ani na chodbu.“	Pacientka působí trochu sklesle. Chtěla by vidět někoho z rodiny, ale je zákaz návštěv.	
Paměť	Staropaměť	„Se zapomínáním nemám problémy, pamatuji si všechny důležité věci z minulosti a dětství.“	Pacientka si dokáže vybavit věci z minulosti.
	Novopaměť	„Pamatuji si vše.“	Současné pozitivky si pamatuje bez potíží.
Myšlení	„Hodně věcí si dokáži odvodit.“	Logické.	
Temperament	„Rodina o mně říká, že jsem extrovert.“	Extrovert.	

Sebehodnocení	„Teď si připadám taková neschopná.“	Sebehodnocení je přiměřené aktuálnímu zdravotnímu stavu.
Vnímání zdraví	„Zdraví má pro mě nevyčíslitelnou hodnotu.“	Pro pacientku je zdraví vším.
Vnímání zdravotního stavu	„Mám bolesti, ale to se určitě brzylepší.“	Udává bolesti, jinak svůj stav hodnotí přiměřeně výkonu.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	„Už se těším, až se mi zahojí rány a nebudu muset nosit stahovací prádlo.“	Pacientka reaguje na zákrok kladně.
Reakce na hospitalizaci	„Sestřičky se tu o mě hodně starají a pomáhají mi.“	Pacientka neudává negativní reakci na hospitalizaci. Vadí jí pouze zákaz návštěv.
Adaptace na onemocnění	„Mám, co jsem chtěla, nemůžu se ztěžovat.“	Pacientka je spolupracující, léčebný režim dodržuje.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	„Nevím, jak si budu sama nasazovat stahovací prádlo, když mi to tady zapínají sestřičky.“	Pacientka udává obavy z oblékání prádla.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)	„Naposledy jsem byla taky tady, žádné špatné zkušenosti nemám.“	Spolupracuje, s personálem vychází dobře.

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	„Myslím si, že komunikuji bez problémů.“	Pacientka je komunikativní, na otázky odpovídá adekvátně.
	Neverbální	„To nevím.“	Pacientka má mimické projevy bolesti při pohybu.
Informovanost	O onemocnění	„Operaci, a to, co bude následovat, mi lékař vysvětlil před operací.“	Pacientka edukována o zákroku a následné léčbě lékařem, edukaci porozuměla.
	O diagnost. metodách	„Všemu rozumím.“	Edukována, všemu porozuměla.

	O léčbě a dietě	„Všemu rozumím.“	Na kladené otázky dokáže přiměřeně odpovídat.
	O délce hospitalizace	„Lékař říkal, že podle toho jak se vytáhnou drény.“	Chtěla by jít co nejdříve domů.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)	„Jsem zvyklá cvičit a žít dost aktivně, ležet mě moc nebaví, ale když mám bolesti, tak mi nic jiného nezbyvá.“	Vadí jí, že nemůže dělat běžné denní činnosti.
	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	„Mrzí mě, že se nemůžu vidět s příbuznými.“	Vzhledem k zákazu návštěv nemá pacientka fyzický kontakt s rodinou.
	Terciální (související s volným časem a zálibami)	„Tady se dívám na televizi a bavím se se spolupacientkami.“	Sleduje televizi.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření: po operaci odebrán dle ordinace anesteziologa krevní obraz, jiná vyšetření pooperačně prováděna nebyla.

Výsledky:

Leukocyty: $14,7 \times 10^9/l$ (4...10 x $10^9/l$)
Erytrocyty: $3,74 \times 10^{12}/l$ (3,8...5,2 x $10^{12}/l$)
Hemoglobin: 111 g/l (120...160 g/l)
Hematokrit 0,336 l (0,35...0,47 l)
Trombocyty $211 \times 10^9/l$ (150...400 x $10^9/l$)

Konzervativní léčba:

Dieta: 3. **Výživa:** dostatečná. **Pohybový režim:** 3 v pooperačním období.
RHB : 0

Medikamentózní léčba:

- **Per os:**

Novynette tb. HAK

- **Intra venózní:**

Novalgin 1g max co 6 hodin nad VAS 4 analgetikum
Klimicin 600 mg i.v. antibiotikum

- **Subkutánní:**

Fraxiparine multi 0,4 ml s.c. antikoagulancium

Per rectum:

Suppositorium glycerini při zácpě laxativum

- **Jiná:**

KEA: 40 ml FR
10 ml 0,5% Marcainu anestetikum
5 mg Morfinu opioidní analgetikum

Chirurgická léčba: Abdominoplastika

OPERAČNÍ PROTOKOL ZE DNE 30. 1. 2013

„V klidné celkové anestezii incise příčně mezi spinae iliacae anterior a superior a déle lumb. pro velký nepoměr pasu a boků. Poté preparace a uvolnění kůže a podkoží od stěn

břišní v rozsahu po dolní žebra a xyphoid s excisí pupku s ponecháním okolní tukové tkáně. Plikace diastázy břišních svalů pokračujícím stehem. Poté redukce kožních nadbytků sinistra 993 gramů a dextra 974 gramů. Kontrola hemostázy, zavedeny 2 Redonovy drény velikosti 18 CH. Poté sutura a rekonstrukce břišní stěny po vrstvách Vicryl 2/0 a 3/0. Intradermálně pokračujeme Monocryl stehem. Fixace pupku v nové poloze Monofilem. Mastný tyl, Betadine, tampon do pupku, fixační krytí. “

Krevní ztráty: 500 ml

[Operační protokol, Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.]

SITUAČNÍ ANALÝZA:

23-letá pacientka přijata 29.1.2013 k plánovanému provedení abdominoplastiky. Druhý den hospitalizace proběhla operace. Ráno provedena zvyklá předoperační příprava – oholení operačního pole, bandáž DKK, dán tampon s dezinfekcí do pupku. Zavedena PŽK, před operací vykapala infuze. Operace bez komplikací, po příjezdu z operačního sálu sledována akutní karta, pacientka při vědomí, oběhově stabilní, krytí bez prosaku, udává bolesti na VAS 4. Na operačním sále zaveden PMK, epidurální katetr ke kontinuální analgetizaci, 2 Redonovy drény. Pooperačně nemá nauzeu ani nezvrací. Vzhledem k bolestem a charakteru výkonu omezena pohyblivost. Hygienická péče zajištěna dle potřeby ošetřujícím personálem. V pooperačním období přepočítán Barthelův test – závislost středního stupně. Pacientka má narušený spánek a cítí se unavená vzhledem k bolestem a poloze v lůžku. Stýská se jí po rodině, protože jsou zakázány návštěvy vzhledem k chřipkové epidemii.

4 STANOVENÍ SESTERSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORIT

- 1. Akutní bolest v souvislosti s operační ránou projevující se mimikou a verbalizací.**
- 2. Porušená tkáňová integrita v souvislosti s poškozením tkáně a podkoží, projevující se operační ránou v oblasti břicha.**
- 3. Deficit sebepěče v oblasti hygieny z důvodu bolestivosti operační rány, projevující se neschopností vykonávat prvky hygienické péče.**
- 4. Narušený spánek v souvislosti s bolestí, projevující se zvýšenou únavou a slabostí.**
- 5. Narušená pohyblivost v souvislosti s bolestí operační rány, projevující se sníženým rozsahem pohybu.**

Potencionální diagnózy:

- 1. Riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedením invazivních vstupů (PŽK, KEA, PMK, 2x Redonův drén).**
- 2. Riziko vzniku TEN v souvislosti s imobilizací na lůžku.**
- 3. Riziko pádu v souvislosti s únavou a celkovou slabostí pacientky.**

Akutní bolest v souvislosti s operační ránou projevující se mimikou, verbalizací a narušeným spánkem.

Cíl krátkodobý: pacientka udává zmírnění bolesti do 4 hodin.

Priorita: střední

Výsledné kritéria:

- Pacientka zná metodu hodnocení bolesti dle škály VAS a umí tuto metodu použít. / do 30 minut po příjezdu z operačního sálu
- Pacientka zná úlevové polohy, které pomáhají snížit bolest. / do 1 hodiny po operaci
- Pacientka udává zmírnění bolestí. / do 3 hodin po operaci
- Pacientka spí v noci alespoň 6 hodin a ve dne se cítí odpočatá.

Plán intervencí:

- Edukuj a nauč pacientku používat stupnici VAS. / sestra
- Prováděj pravidelně hodnocení bolesti a zápis hodnot do dokumentace, minimálně 3x denně. / lékař, sestra
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře a sleduj jejich žádoucí, případné nežádoucí účinky. / sestra
- Prováděj pravidelně kontrolu účinku analgetik. / sestra
- Dopomoz najít a zaujmout pacientce úlevovou polohu. / lékař, sestra
- Zjistí spánkové zvyklosti a rituály a dopomoz jejich realizaci v nemocnici. /sestra
- Podávej hypnotika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek. / sestra
- Při vzniku jiného typu bolesti informuj lékaře. / sestra

Realizace:

- Pacientce vysvětleno hodnocení bolesti dle škály VAS.
- Bolest pravidelně hodnocena a zaznamenávána do dokumentace 3x denně.
- Analgetika aplikována dle ordinace lékaře, sledovány vedlejší účinky.

- Po podání analgetik prováděna kontrola účinku.
- Pacientce prováděna dopomoc při nalézání úlevové polohy.
- Zjištěny a naplněny spánkové rituály.
- Sledován účinek podávaných hypnotik.
- Vznik jiného typu bolesti ohlásí pacientka sestře.

Hodnocení:

Pacientka zná hodnocení bolesti dle škály VAS a používá toto hodnocení. Pacientka umí zhodnotit bolest dle škály VAS. Zaujímá úlevovou polohu s podložením dolních končetin. Při kontinuální analgetizaci udává bolesti na VAS 3 do čtyř hodin od operace. Cíl byl splněn částečně, v naplánovaných intervencích je nutno nadále pokračovat.

<p>Porušená tkáňová integrita v souvislosti s poškozením tkáně a podkoží, projevující se operační ránou v oblasti břicha.</p>
<p>Cíl dlouhodobý: u pacientky dojde ke zhojení operační rány per primam do 14 dnů.</p> <p>Cíl krátkodobý: operační rána je ošetřována aseptickým způsobem a hojí se per primam do 4 dnů.</p> <p>Priorita: střední.</p>
<p>Výsledné kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientka je edukována o porušení kožní integrity. / den před operací - Pacientka chápe důležitost aseptického postupu při převazování operační rány. / do 2 dnů - Pacientka je edukována o hlášení změn v oblasti operační rány sestře. / do 2 hodin od příjezdu z operačního sálu - Pacientka zná postup převazování operační rány v domácím prostředí. / do konce hospitalizace
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prováděj pravidelně kontrolu operační rány, zda neprosakuje krytí. / sestra - Asistuj lékaři při převazech. / sestra - Postupuj při provádění převazů aseptickým způsobem. / lékař, sestra - Edukuj pacientku o důležitosti provádění převazů. / lékař, sestra - Edukuj pacientku o způsobu provádění převazů v domácím prostředí. / lékař, sestra
<p>Realizace:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Operační rána pravidelně kontrolována, při prosaku krytí nadvázáno, ale nepřevazováno. - Asistence lékaři při převazech prováděna. - Převazy rány prováděny aseptickým způsobem. - Důležitost převazů vysvětlena pacientce. - Pacientka zná postup při převazování rány v domácím prostředí.

Hodnocení:

Operační rána byla po dobu hospitalizace ošetřována asepticky a hojila se per primam. Dlouhodobý cíl byl splněn částečně, pacientka byla propuštěna a předána do péče chirurgické ambulance v místě bydliště. V naplánovaných intervencích je nadále potřeba pokračovat.

Deficit sebeděže v oblasti hygieny z důvodu bolestivosti operační rány, projevující se neschopností vykonávat prvky hygienické péče.

Cíl dlouhodobý: pacientka bude v péči o sebe sama soběstačná do konce hospitalizace.

Cíl krátkodobý: pacientka je schopna samostatně provádět hygienu do 3 dnů.

Priorita: střední.

Výsledné kritéria:

- Pacientka je schopna provádět hygienickou péči samostatně. / do 3 dnů
- Pacientka se dle svých možností zapojuje do provádění hygienické péče. / do 2 dnů
- Pacientka si s pomocí personálu dojde na WC. / do 2 dnů
- Pacientka zná manipulaci s drény a močovým katetrem. / v den operace

Plán intervencí:

- Zhodnot' soběstačnost pacientky dle Barthelova testu. / sestra
- Zapoj pacientku do sebeobsluhy v oblasti hygieny. / setra, ošetřovatelka
- Zajisti celkovou hygienickou péči minimálně 2x denně. / sestra, ošetřovatelka
- Pečuj o hygienu genitálu, okolí permanentního katetru a análního otvoru. / sestra, ošetřovatelka
- Proveď, nebo dopomoz s očištěním genitálu, a okolí análního otvoru po každém vyprázdnění. / sestra, ošetřovatelka
- Dbej na intimitu při provádění hygienické péče. / ošetřovatelka, sestra
- Zajisti pacientce k ruce pomůcky potřebné k péči o dutinu ústní. / ošetřovatelka, sestra

Realizace:

- Zhodnocení soběstačnosti dle Barthelova testu – po operaci závislost středního stupně.
- Pacientka je edukována o způsobu provádění hygienické péče na chirurgickém oddělení.
- Hygienická péče zajištěna 2x denně ošetřujícím personálem.
- Pacientka provádí hygienickou péči dle svých možností.
- Po vyprázdnění provedena hygiena genitálu.
- Při provádění hygienické péče dbáno na intimitu pacientky.
- Pomůcky k hygieně dutiny ústní připraveny.

Hodnocení:

Pacientka má zajištěnou hygienickou péči a péči o dutinu ústní 2x denně. Hygienickou péči provádí v rámci svých možností, dopomáhá ošetřující personál, dopomoc nutná až do 4 dne po operaci. Pacientka udává pocit čistoty. S dopomocí si dojde 3 den po operaci na WC. Cíl splněn částečně, nutná dopomoc při provádění hygienické péče až do 4 pooperačního dne, v naplánovaných intervencích je nadále potřeba pokračovat.

Narušený spánek v souvislosti s bolestí, projevující se zvýšenou únavou a slabostí.

Cíl krátkodobý: pacientka se cítí odpočatá a vyspaná do 2 dnů.

Priorita: střední.

Výsledné kritéria:

- Pacientka zná techniky správného usínání. / do 2 dnů
- Pacientka usíná do jedné hodiny po uložení se ke spánku. / do 2 dnů
- Pacientka se cítí odpočatá a silnější. / do 2 dnů

Plán intervencí:

- Zjistí příčiny špatného usínání. / sestra
- Zjistí pacientčiny spánkové rituály z domova. / sestra, ošetřovatelka

- Edukuj pacientku o spánkových rituálech. / sestra
- Doporuč pacientce vhodné denní aktivity, aby se unavila. / sestra, ošetřovatelka
- Vyvětrej před spaním pokoj. / sestra, ošetřovatelka
- Doporuč vhodnou polohu na usínání. / sestra
- Uprav před spaním pacientce lůžko. / sestra, ošetřovatelka

Realizace:

- Zjištěny příčiny způsobující špatné usínání pacientky.
- Zjištěny spánkové rituály pacientky.
- Pacientka je poučena o spánkových rituálech.
- Pacientce doporučeno, aby si přes den četla nebo se dívala na televizi, neměla by přes den spát.
- Před spaním vždy vyvětrán pokoj, se souhlasem spolu pacientek.
- Před spaním upraveno lůžko.

Hodnocení:

Během dvou dnů pacientka udává, že je odpočatá a silnější, hodně jí pomáhá, když se v pokoji před spaním vyvětrá. Cíl byl splněn, v naplánovaných intervencích je nadále potřeba pokračovat.

Narušená pohyblivost v souvislosti s bolestí operační rány, projevující se sníženým rozsahem pohybu.

Cíl dlouhodobý: pacientka je poučena o nutnosti včasné vertikalizace, a prevenci rizik spojených s imobilizací.

Cíl krátkodobý: pacientka vstává z lůžka a začíná chodit do tří dnů od operace.

Priorita: střední.

Výsledné kritéria:

- Pacientka chápe nutnost včasné vertikalizace. / do 1 dne
- Pacientka zná komplikace vyplývající z dlouhodobější imobilizace na lůžku. / do 2 dnů

- Pacientka zná a používá správnou techniku při vstávání z lůžka. / do 2 dnů

Plán intervencí:

- Edukuj pacientku o nutnosti včasné vertikalizace po operaci. / lékař, sestra
- Edukuj pacientku o správné technice při vstávání z lůžka. / lékař, sestra
- Edukuj pacientku o možnosti pádu a úrazu při vstávání z lůžka. / sestra
- Edukuj pacientku o nutnosti přivolat personál při vstávání z lůžka. / sestra, ošetřovatelka
- Zajisti signalizaci na přivolání ošetřujícího personálu k ruce pacientky. / sestra, ošetřovatelka
- Zajisti dopomoc při vsávání z lůžka. / sestra, ošetřovatelka
- Ved' pacientku k soběstačnosti v rámci jejích možností. / sestra, ošetřovatelka

Realizace:

- Pacientka zná důvody včasné vertikalizace.
- Pacientka používá správnou techniku při vstávání z lůžka.
- Pacientka poučena o možnosti pádu a úrazu při vstávání z lůžka.
- Při vstávání z lůžka přivolá personál.
- Signalizaci pro přivolání personálu má pacientka v dosahu ruky.
- Dopomoc při vstávání z lůžka zajištěna.
- Pacientka vykonává prvky sebeobsluhy v rámci svých možností.

Hodnocení:

Pacientka si třetí den po operaci došla s pomocí personálu na WC. Každým dnem se její zdravotní stav zlepšoval. Na konci hospitalizace byla pacientka chodící a zcela soběstačná. Cíl byl splněn.

Riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedením invazivních vstupů (PŽK, KEA, PMK, 2x Redonův drén).

Cíl dlouhodobý: pacientka nemá známky infekce po celou dobu hospitalizace.

Cíl krátkodobý: pacientka zná příznaky celkové i místní infekce.

Priorita: střední.

Výsledné kritéria:

- Pacientka zná důvody zavedení invazivních vstupů. / do 1 hodiny
- Pacientka zná příznaky celkové i místní infekce. / do 1 hodiny
- U pacientky jsou stanoveny postupy dle standardu zabraňující vzniku infekce (aseptický postup při převazování a ošetřování rány). / do konce hospitalizace

Plán intervencí:

- Edukuj pacientku o nutnosti a účelu zavedených invazivních vstupů. / sestra
- Edukuj pacientku o známkách celkové i místní infekce a nutnosti hlásit neobvyklé změny v oblasti invazivních vstupů. / sestra
- Prováděj pravidelnou kontrolu invazivních vstupů při každé manipulaci s invazivními vstupy, minimálně ale 2x denně. / sestra
- Prováděj převazy PŽK za aseptických podmínek 1x denně. / sestra
- Odstraň PŽK při známkách infekce. / sestra
- Zaznamenej zhodnocení stavu PŽK do dokumentace dle stupnice Maddona. / sestra
- Sleduj umístění KEY a jejího bezpečného překrytí proti vytažení 2x denně. / sestra
- Sleduj okolí zavedení PMK při hygienické péči 2x denně. / sestra
- Sleduj množství moči a vzhled. / sestra, ošetřovatelka
- Sleduj okolí zavedených drénů. /sestra
- Sleduj množství odpadu v drénu, vzhled odpadu a zaznamenávej množství odpadu do dokumentace. / sestra, lékař, ošetřovatelka

Realizace:

- Pacientka poučena o nutnosti zavedení invazivních vstupů a známkách infekce.

- Prováděna pravidelná kontrola invazivních vstupů 2x denně.
- Prováděn převaz PŽK 2 x denně za aseptických podmínek.
- Prováděna pravidelná kontrola tělesné teploty 2x denně.
- Prováděn pravidelný zápis všech zjištěných hodnot do dokumentace – TT, Maddon.

Hodnocení:

Pacientka chápe nutnost zavedení všech invazivních vstupů a pravidelné kontroly těchto vstupů. Zná změny, které se mohou v okolí invazivních vstupů vyskytnout. Okolí invazivních vstupů klidné, nejeví známky infekce, drény odvádí, PMK derivuje čistou moč. Ošetřování invazivních vstupů prováděno za aseptických podmínek. Během hospitalizace nedošlo ke vzniku infekce. Cíl byl splněn, v naplánovaných intervencích je nutno pokračovat.

Celkové zhodnocení pacientky ze 4. 2. 2013 – sedmý hospitalizační den

Pacientka C.K. byla přijata 29.1.2013 na standartní oddělení chirurgie nemocnice ve Valašském Meziříčí k provedení abdominoplastiky. Před dvěma lety podstoupila gastrický sleeve, po kterém zhubla 63 kilogramů.

1. hospitalizační den: pacientka přijata ošetřujícím lékařem, byla edukována o postupu léčby a podepsala souhlasy s operačním výkonem. Byla provedena po oddělení a seznámena s právy pacientů a domácím řádem. Ve zbytku dne odpočívala. V 19:00 aplikován Fraxiparine 0,4 ml s.c. jako prevence TEN.
2. hospitalizační den: ráno změřen pacientce TK, provedla si hygienickou péči před operací a oholila operační pole. Provedena bandáž DKK, kontrola holení operačního pole a do pupku dán tampón s dezinfekcí. V 6:00 zaveden PŽK, dána kapat infuze RR 500 ml od 6:00 do 8:00. V 7:00 podáno Dormicum 7,5 mg (hypnotikum), jako premedikace. V 8:00 aplikována ATB Klimicin 600 mg i.v. ve 100 ml FR. V 9:05 předána pacientka na operační sál. Převzata zpět na oddělení v 13:00, uložena do lůžka do tzv. „kolébky“. Na operačním sále zaveden PMK, KEA, dva Redonovy drény. Dle ordinace anesteziologa sledována po operaci akutní karta dvě hodiny. Pacientka oběhově stabilní, krytí bez prosaku, drény odvádí krvavou sekreci, PMK

funkční. Po ukončení sledování fyziologických funkcí začíná pacientka popíjet čaj, pooperační nauzeu neudává, čaj toleruje. V 16:00 podána další dávka ATB, v 19:00 podán Fraxiparine. Kontinuální analgetizace s efektem. Dopomoc dle potřeby prováděny, hygienická péče provedena za pomoci ošetřujícího personálu.

PMK – 900 ml

Drén 1. – 100 ml

Drén 2. – 50 ml

3. hospitalizační den, 1. pooperační den: v noci aplikována nová dávka analgetik anesteziologickou sestrou. Pacientka si ztěžuje, že v noci nemohla spát vzhledem k bolestem a poloze, ve které leží. Podána snídaně tu toleruje. Hygienická péče zajištěna ošetřujícím personálem v rámci lůžka. Invazivní vstupy nejeví známky infekce, krytí bez prosaku. Ve 21:00 kontinuální analgetizace vypnuta.

PMK – 1800 ml

Drén 1. – 0 ml

Drén 2. – 30 ml

4. hospitalizační den, 2. pooperační den: hygienická péče probíhá stále v rámci lůžka za pomoci ošetřujícího personálu. V rámci lůžka je pacientka soběstačná. Krytí rány bez prosaku, dnes udává bolesti, podán Novalgin i.v. v 17:00 a ve 23:00 s efektem. Invazivní vstupy bez známek infekce. Po aplikaci analgetik zrušena PŽK.

PMK – 1750 ml

Drén 1. – 20 ml

Drén 2. – 20 ml

5. hospitalizační den, 3. pooperační den: pacientce se v noci spalo již lépe, bolesti udává jen mírné, analgetika již nevyžaduje. Dnes poprvé vstávala pacientka za doprovodu personálu z lůžka na WC. KEA vytažena anesteziologickou sestrou, místo vstupu bez známek infekce. Lékař dnes pacientce přiložil kompresivní prádlo.

PMK – 1560 ml

Drén 1. – 0 ml

Drén 2. – 0 ml

6. hospitalizační den, 4. pooperační den: Pacientka si zajde na WC sama, hygienickou péči také zvládá. Vytažen PMK, drén 1. odstraněn, proveden převaz operační rány. Operační rána nejeví známky infekce, hojí se per primam.

Drén 2. – 0 ml

7. hospitalizační den, 5. pooperační den: odstraněn i druhý drén, okolí vstupu bez známek infekce. Pacientka neudává potíže, bolesti také neudává. Kompresivní prádlo vyhovuje, propuštěna domů.

5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Výstupem práce je edukační leták pro pacienty, kteří přicházejí k provedení abdominoplastiky na chirurgické oddělení nemocnice ve Valašském Meziříčí. Stručně popisuje co je abdominoplastika, co čeká pacienta v den přijetí a operace. Pacient se může v kostce seznámit s průběhem operace a bezprostřední pooperační péčí. Dále je zde uveden přehled komplikací, které mohou nastat v pooperačním období, a seznamuje pacienta s opatřeními, která musí po výkonu dodržovat.

Edukační leták bude volně přístupný všem pacientům chirurgického oddělení nemocnice ve Valašském Meziříčí. Uložen bude společně s ostatními edukačními materiály na denním pobytu pacientů.

Edukační leták je umístěn v příloze této práce. Do každého vyhotovení práce je vložen jeden leták.

ZÁVĚR

Vidina dokonalého těla láká stále více lidí k podstupování chirurgických nebo neinvazivních zákroků. Ty jsou levnější než zákroky chirurgické a neomezují člověka v žádné činnosti, protože je rekonvalescenční doba nulová.

Tématem bakalářské práce je Ošetrovatelský proces u pacienta s abdominoplastikou. Téma bylo vybráno především proto, že pracuji na chirurgickém oddělení, kdy se tyto zákroky provádějí, a chtěla jsem si prohloubit znalosti o tomto operačním výkonu.

První část práce jsem rozdělila na dvě kapitoly. První kapitola obsahuje historii plastické chirurgie ve světě a v Československu, kdy vznikla a jak se vyvíjela. Dále kapitola pojednává o plastické, estetické a úrazové chirurgii a typech zákroků, které do těchto skupin patří. Druhá kapitola se zabývá samotnou abdominoplastikou, její historií, metodami, operačními technikami a pooperační péčí. Komplikacemi, které mohou nastat v pooperačním období, jejich prevencí a léčbou.

V rámci třetí kapitoly je zhodnocen aktuální zdravotní stav pacientky. Byla odebrána anamnéza rodinná, osobní, farmakologická, sociální, pracovní a spirituální. Na základě zjištěných skutečností byla pacientka indikována k operaci.

V následující kapitole jsou u pacientky po abdominoplastice stanoveny aktuální ošetrovatelské diagnózy, intervence, plánování ošetrovatelské péče, zhodnocení dosažených cílů a celkové zhodnocení jejího stavu v průběhu hospitalizace. Z těchto hodnocení vyplývá, že operace i následná rekonvalescence proběhly bez problémů.

V závěrečné kapitole je vypracován edukační leták, který poskytuje informace pacientům přicházejícím k provedení abdominoplastiky. Tento leták je pacientům předán lékařem při přijetí k danému zákroku. Dále je volně dostupný na příslušném oddělení.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] FAHOUN, Karel; ŠTROBLOVÁ, Soňa. *Tvář: nejen o estetické chirurgii*. první. Somix 1998. 125 s. ISBN 80-902561-0-4.
- [2] KUFA, Roman; ČERVINKOVÁ, Radka. *Plastická chirurgie: krok za krokem*. Praha: XYZ s.r.o., 2008. 171 s. ISBN 978-80-7388-045-3.
- [3] MAREČKOVÁ, Jana. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- [4] MĚŠŤÁK, Jan. *Nos očima plastického chirurga*. První. Praha 7: Grada Publishing, a.s., 2008. 128 s. ISBN 978-80-247-2766-0.
- [5] MĚŠŤÁK, Jan. *Prsa očima plastického chirurga*. první. Praha 7: Grada Publishing, a.s., 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-1834-7.
- [6] MĚŠŤÁK, Jan. et. al. *Úvod do plastické chirurgie*. první. Praha: Karolinum, 2005. 125 s. ISBN 80-246-1150-3.
- [7] NEMOCNICE VALAŠSKÉ MEZIŘÍČÍ, dokumentace pacientky a integrovaný komunikační a informační systém nemocnice.
- [8] NĚMCOVÁ, et al. *Příklady praktických aplikací témat z předmětů výzkum v ošetrovatelství, výzkum v porodní asistenci a seminář k bakalářské práci.: Text pro posluchače zdravotnických oborů*. Praha, 2012. 115 s. ISBN 978-80-90-49-59-5-5.
- [9] PINTÉR, Ludovit. *Estetická chirurgie*. první. Hradec Králové: Nucleus HK, 2007. 468 s. ISBN 978-80-87009-23-9.
- [10] SLEZÁK, Jan. *Plastická chirurgie: Praktický průvodce světem chirurgického zkrášlování těla*. první. Frýdek Místek: Alpress, s.r.o., 2007. 109 s. ISBN 978-80-7362-395-1.
- [11] SYSEL, Dušan. et al. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Brno: Tribun EU s.r.o., 2011. 280 s. ISBN 978-80-263-0001-4.
- [12] VOKURKA, M.; HUGO, J., et al. *Velký lékařský slovník*. osmé vydání. Praha: Maxdorf, 2008. 1144 s. ISBN 978-80-7345-202-5.

[13] ZÁRUBA, Dušan; DOLEŽAL, Tomáš. *Chirurgie pro krásu*. první. Praha 4: Maxdorf, s.r.o., 1999. 181 s. ISBN 80-85800-16-0.

WWW STRÁNKY

[14] FUNDOVÁ, Veronika. *Plastická chirurgie* [online]. 11.11.2010 [cit. 2013-05-12]. Plastická chirurgie. Dostupné z WWW: <plasticka-chirurgie.mobi/>.

[15] LUCÁK, Otakar. *MUDr. Otakar Lucák, Klinika Plastické chirurgie Ostrava* [online]. 2009 [cit. 2013-05-09]. Zvětšení prsou. Dostupné z WWW: <http://www.plastickachirurgie.com/zvetseni-prsou-p131.html>.

[16] TOČÍKOVÁ, Janka. *Plastická-chirurgie.info* [online]. 2006, 2011 [cit. 2013-05-12]. Zvětšení prsou. Dostupné z WWW: <http://www.plasticka-chirurgie.info/zakroky/zvetseni-prsou-augmentace-mammaplastika#operacni-postupy-zvetseni-prsou>. ISSN 1802-17510.14.

[17] TOMÁŠEK, David. *Plastická chirurgie Praha* [online]. 2004, 2011 [cit. 2013-05-02]. Liposukce – tvarování těla odsáváním tuku. Dostupné z WWW: <http://plastika.plasticka-chirurgie-praha.cz/>

[18] POLÁK, Libor. *Estetická plastická chirurgie Morava* [online]. 2011 [cit. 2013-04-28]. Operace dolních víček. Dostupné z WWW: <http://plastika-morava.cz/plasticke-operace/operace-hornich-vicek>.

[19] *Plastika břicha: Komplikace a rizika*. [online]. 2010 [cit. 2013-04-27]. Dostupné z WWW: <http://www.plastika-bricha.info/komplikace-rizika/>

[20] Barthelův test, dostupné z: [is.muni.cz/th/174363/pedf/Pr.c.2 Bartheluv test.doc](http://is.muni.cz/th/174363/pedf/Pr.c.2%20Bartheluv%20test.doc)

[21] www.lipoelastic.cz

[22] Spodni-pradlo.1produkt.cz/znacka/701-mitex/

[23] Klasifikace tíže flebitis dle Maddona dostupná z:

<http://www.lefa.sk/internet/nozokom/2005/2005-2/03.pdf>

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 Barthelův test základních všedních činností (ADL)
- Příloha č. 2 Edukační leták pro pacienty před a po abdominoplastice
- Příloha č. 3 Fotografie mladé ženy před a po abdominoplastice
- Příloha č. 4 Klasifikace tíže flebitis dle Maddona

**Barthelův test základních všedních činností
(ADL – Activities of Daily Living)**

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
Celkem			

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**
ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**
ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**
ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

(převzato z: is.muni.cz/th/174363/pdf/Pr.c.2 Bartheluv test.doc)

PO VÝKONU

- Pacient je sledován na standardním nebo pooperačním oddělení.
- Péče o pacienta je individuální dle jeho aktuálního zdravotního stavu.
- Nutností je nosit břišní pás, který lze vyměnit za kompresivní spodní prádlo.
- Velikost prádla vyměří pacientovi lékař a pacient si prádlo objedná, nosí se 5 – 8 týdnů.
- Plná fyzická aktivita je možná za 6 – 8 týdnů.
- Propuštění domů závisí na hojení rány, sekreci z drénů a celkovém stavu pacienta.
- Stehy se odstraňují 10. – 12. Pooperační den.



KOMPLIKACE

- Krvácení z rány;
- hematom stěny břišní;
- infekce v ráně;
- vznik dutiny vyplněné sekretem z rány;
- keloidní jizvy;
- nespokojenost pacienta s provedeným zákrokem.

Použité zdroje:

MĚŠŤÁK, Jan, et al. *Úvod do plastické chirurgie*. První. Praha: Karolinum, 2005. 125 s. ISBN 80-246-1150-3
Bakalářská práce Ošetrovatelský proces u pacienta s abdominoplastikou, Zuzana Randýsková
Informovaný souhlas s venter pendulum, Nemocnice Valašské Meziříčí
Spodni-pradlo.1produkt.cz/znacka/701-mitex/
www.lipoelastic.cz

Příloha č. 2

ABDOMINOPLASTIKA

Edukace pacienta před a po operaci



CO JE ABDOMINOPLASTIKA?

Ochablá stěna břišní patří k vadám vyžadujícím velmi často zásah plastického chirurga. Operace venter pendum, neboli převislého břicha, se provádí pacientům, u kterých došlo k velkému váhovému úbytku a snížení tukových zásob na břiše.

PŘEDOPERAČNÍ PÉČE

- Pacient je přijat k hospitalizaci den před operací v dopoledních hodinách.
- K hospitalizaci se musí dostavit s interním předoperačním a předanesteziologickým vyšetřením.
- Lékař provede přijetí pacienta, vysvětlí mu zákrok a nechá podepsat informovaný souhlas.
- Dle ordinace lékaře je aplikován večer Fraxiparine s.c., jako prevence trombózy dolních končetin.
- Od půlnoci pacient nejí, nepije a nekouří.

V DEN OPERACE

- Ráno je pacientovi změřen krevní tlak.
- Pacient si provede celkovou hygienu a oholí operační pole.
- Pacientovi je provedena bandáž dolních končetin a dán tampón s dezinfekcí do pupku.
- Dle ordinace anesteziologa může být podána před operací infuze.
- Podání antibiotik, jako prevence infekce, vzhledem k rozsahu výkonu.
- Chirurg si zakreslí na břiše místo řezu.
- Podána premedikace k celkovému zklidnění pacienta a odvoz na operační sál.
- V předsáli se pacient svlékne a ulehne na operační vozík.
- Pacienta si přebírá anesteziologická sestra.

JAK ZÁKROK PROBÍHÁ?

Pacient leží při operaci na zádech, kožní řez je veden po předem zakreslených liniích. Pupek je z původního místa vyříznut. Po uvolnění kůže je odříznuta převislá část, pacient je sklopen do polosedu a provedeno sešití okrajů ponechané kůže. Pupek je přišit do svého původního místa. V oblasti podbříšku jsou vyvedeny dva Redonovy drény. Na operačním sále je přiložen břišní pás a zaveden močový katetr.

POOPERAČNÍ PÉČE

- Pacient je sledován dvě hodiny po operaci na dospávacím pokoji.
- Po svezení z operačního sálu zpět na oddělení jsou sledovány fyziologické funkce.
- Sestra sleduje zavedené invazivní vstupy a bolest.
- Převaz rány se provádí 2 – 3 den po operaci, kdy mohou být také odstraněny drény, neodvádí-li již žádnou sekreci.

Příloha č. 3



Obrázek a,b, převislé břicho u mladé pacientky před operací.

Obrázek c,d, stav po zhojení (PINTÉR, 2007, s. 294).

Příloha č. 4

Klasifikace tíže flebitis dle Maddona:

Stupeň	Reakce
0	není bolest ani reakce v okolí
I.	pouze bolest, není reakce v okolí
II.	bolest a zarudnutí
III.	bolest, zarudnutí, otok a nebo bolestivý pruh v průběhu žíly
IV.	hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly

(převzato z: <http://www.lefa.sk/internet/nozokom/2005/2005-2/03.pdf>)