

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA PO OPERACI  
TRÍSELNÉ KÝLY LAPAROSKOPICKOU METODOU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**VERONIKA HLOUPÁ, DiS.**

**Praha 2016**

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA PO OPERACI  
TRÍSELNÉ KÝLY LAPAROSKOPICKOU METODOU**

Bakalářská práce

VERONIKA HLOUPÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: Bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Doc. MUDr. Jiří Vokurka, CSc.

Praha 2016



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

**Hloupá Veronika**  
**3. VSV**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 23. 10. 2015 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:


Ošetrovatelská péče u pacienta po operaci tříselné kýly  
laparoskopickou metodou

*Die Patientenpflege nach der Leistenbruch-Operation mit  
laparoskopischer Methode*

Vedoucí bakalářské práce: Doc. MUDr. Jiří Vokurka, CSc.

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

V Praze dne: 11. 11. 2015

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 5. 2016

.....

Veronika Hloupá, DiS.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou chtěla poděkovat Doc. MUDr. Jiřímu Vokurkovi, CSc. za cenné rady, ochotu, vstřícnost a trpělivost při vedení bakalářské práce.

## ABSTRAKT

HLOUPÁ, Veronika. *Ošetrovatelská péče u pacienta po operaci tříselné kýly laparoskopickou metodou*. Vysoká škola zdravotnická o. p. s. Stupeň kvalifikace: bakalář (Bc.). Vedoucí práce Doc. MUDr. Jiří Vokurka, CSc. Praha. 2016. 58 s.

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči u nemocného po operaci tříselné kýly laparoskopickou metodou. Práce je rozdělena na dvě základní části, teoretickou a praktickou.

Samotná teoretická část obsahuje dvě kapitoly. První kapitola popisuje problematiku tříselných kýl, jejich příčinu vzniku, příznaky, diagnostiku a terapii. Druhá kapitola se věnuje specifikům ošetrovatelské péče u nemocných po operaci tříselné kýly laparoskopickou metodou.

Praktickou část práce tvoří ošetrovatelská péče realizovaná formou ošetrovatelského procesu u nemocného po operaci tříselné kýly laparoskopickou metodou. U tohoto nemocného probíhá posouzení zdravotního stavu, medicínský management, situační analýza a zpracování ošetrovatelských diagnóz. Výsledkem práce je doporučení pro praxi.

Klíčová slova

Laparoskopická operace. Operace kýly. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces. Tříselná kýla.

## ZUSAMMENFASSUNG

Hloupá, Veronika. *Die Pflege beim Patienten nach der Operation eines Leistenbruches durch die Laparoskopiemethode*. Hohe medizinische Schule o.p.s. Qualifikationsgrad: Bachelor (Bc.). Der Leiter der Arbeit Doc. MUDr. Jiří Vokurka, CSc. Praha. 2016. 58 S.

Die Bachelorarbeit befasst sich mit dem Pflegeprozess beim Patienten nach der Operation eines Leistenbruches durch die Laparoskopiemethode. Die Arbeit besteht aus zwei Teilen: einem theoretischen und einem praktischen.

Der theoretische Teil hat zwei Kapitel. Das erste Kapitel beschreibt die Problematik der Leistenbrüche, ihre Bildung, Symptome, Diagnostik und Therapie. Das zweite Kapitel wird den Spezifika des Krankenpflegeprozess bei Kranken nach der Operation eines Leistenbruches durch die Laparoskopiemethode gewidmet.

Den Inhalt des praktischen Teiles der Arbeit bildet die Krankenpflege, die bei dem Kranken nach Leistenbruchoperation durch die Laparoskopiemethode in einer Form des Krankenpflegeprozesses realisiert wird. Bei diesem Kranken werden die Beurteilung des Gesundheitszustandes sowie das medizinische Management, die Situationsanalyse und die Bearbeitung der Krankenpflegediagnose durchgeführt. Das Resultat der Arbeit sind Empfehlungen für die Praxis.

Grundbegriffe:

Krankenpflege. Krankenpflegeprozess. Laparoskopische operation. Leistenbruch. Operation eines Bruches.

# PŘEDMLUVA

Tříselná kýla je nejčastěji se vyskytujícím druhem kýl u dospělých v České republice. Často se toto onemocnění nemusí klinicky projevovat, ale dříve nebo později je nutné ho léčit chirurgickou cestou. Včasné rozpoznání onemocnění a zahájení léčby předchází vzniku různých komplikací a i pro nemocného to může znamenat dřívější navrácení do běžného života a lepší prognózu.

Výběr tématu bakalářské práce byl ovlivněn mým zaměstnáním na soukromé chirurgické klinice v Brně, kde se mimo jiné věnujeme i tříselným kýlám. Každý den projde ambulancí několik nemocných s touto diagnózou, kteří se seznamují s onemocněním a její možnou terapií. Cílem práce je podrobněji přiblížit diagnózu a ošetrovatelskou péči o nemocného s tímto onemocněním.

Pro zpracování této bakalářské práce, především v její teoretické části, jsem čerpala z odborných literatur z různých knihoven, nejčastěji z Moravské zemské knihovny v Brně. Pro zpracování ošetrovatelské péče jsem čerpala z ošetrovatelské dokumentace nemocného, rozhovoru s nemocným a od ošetřujícího personálu.

Práce je určena nelékařským zdravotnickým pracovníkům a studentům vyšších a vysokých zdravotnických škol, oboru všeobecná sestra.



# OBSAH

<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....</b>	<b>10</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ .....</b>	<b>12</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>14</b>
<b>ÚVOD .....</b>	<b>15</b>
<b>1 TŘÍSELNÁ KÝLA .....</b>	<b>16</b>
1.1 PREVALENCE A INCIDENCE TŘÍSELNÝCH KÝL.....	17
1.2 KLASIFIKACE TŘÍSELNÝCH KÝL.....	18
1.3 ETIOLOGIE TŘÍSELNÝCH KÝL .....	19
1.4 KLINICKÉ PŘÍZNAKY TŘÍSELNÝCH KÝL .....	20
1.5 KOMPLIKACE TŘÍSELNÝCH KÝL .....	20
1.6 DIAGNOSTIKA TŘÍSELNÝCH KÝL .....	21
1.6.1 ANAMNÉZA.....	21
1.6.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ .....	22
1.6.3 ZOBRAZOVACÍ METODY .....	22
1.7 TERAPIE TŘÍSELNÝCH KÝL .....	23
1.8 PROGNÓZA TŘÍSELNÝCH KÝL.....	24
<b>2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U NEMOCNÉHO PO OPERACI TŘÍSELNÉ KÝLY LAPAROSKOPICKOU METODOU.....</b>	<b>26</b>
2.1 ZÁKLADNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE .....	26
2.2 SPECIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE .....	29
2.2.1 PŘÍPRAVA NEMOCNÉHO NA OPERAČNÍ VÝKON.....	29
2.2.2 PÉČE O NEMOCNÉHO PO PROVEDENÍ OPERAČNÍHO VÝKONU.....	31
2.3 INTENZIVNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	31
<b>3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U NEMOCNÉHO PO OPERACI TŘÍSELNÉ KÝLY LAPAROSKOPICKOU METODOU .....</b>	<b>34</b>
<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....</b>	<b>66</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>68</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>69</b>
<b>PŘÍLOHY</b>	

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>Amp.</b>	ampule
<b>BMI</b>	Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)
<b>ČR</b>	Česká republika
<b>D</b>	dech
<b>DB</b>	dutina břišní
<b>DF</b>	dechová frekvence
<b>EHS</b>	European Hernia Society - Evropská kýlní společnost
<b>EKG</b>	elektrokardiograf
<b>GCS</b>	Glasgow Coma Scale (stupnice hloubky vědomí)
<b>HMR</b>	Humulin R
<b>i. v.</b>	intravenózní
<b>j.</b>	jednotka
<b>JIP</b>	jednotka intenzivní péče
<b>LMWH</b>	nízkololekulární heparin
<b>mmHg</b>	milimetr rtuťového sloupce
<b>mmol/l</b>	milimol na litr
<b>NANDA</b>	North American Nursing Diagnosis Association
<b>NGS</b>	nasogastrická sonda
<b>NRC</b>	Národní referenční centrum
<b>NPB</b>	náhlá příhoda břišní
<b>PAD</b>	perorální antidiabetika
<b>SpCO<sub>2</sub></b>	saturace krve oxidem uhličitým
<b>PMK</b>	permanentní močový katetr
<b>SpO<sub>2</sub></b>	saturace krve kyslíkem
<b>PŽK</b>	permanentní žilní kanyl
<b>RTG</b>	rentgen
<b>s. c.</b>	subkutánní (do podkoží)
<b>SRC</b>	Surgical Review Corporation
<b>TAPP</b>	transabdominal preperitoneal approach (transabdominální přístup do retroperitoneálního prostoru)
<b>tbl.</b>	tableta

**TEN** tromboembolická nemoc  
**TEP** totally extra-peritoneal approach (extraperitoneální přístup do třísla)  
**TK** krevní tlak  
**VAS** vizuální analogová škála (pro hodnocení bolesti)

(VOKURKA, HUGO a kol., 2009)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

<b>Anamnéza</b>	předchorobí, soubor informací, které souvisejí s vyšetřovaným nebo ošetřovaným nemocným
<b>Analgetika</b>	léky tlumící bolest
<b>Antalgická</b>	úlevová poloha
<b>Antihypertenzíva</b>	léky snižující krevní tlak
<b>Anulus herniae</b>	kýlní branka
<b>Aspekce</b>	pohled
<b>Dekompenzace</b>	selhání kompenzačních mechanismů, udržující určitou chorobu v přijatelných mezích
<b>Enterokéla</b>	tenké střevo, které tvoří obsah kýlního vaku
<b>Epiplokéla</b>	předstěra, která tvoří obsah kýlního vaku
<b>Fascie</b>	povázka
<b>Gangréna</b>	nekróza
<b>Hernia acquisita</b>	získaná kýla
<b>Hernia congenitalis</b>	vrozená kýla
<b>Hernia externa</b>	zevní kýla
<b>Hernia inerna</b>	vnitřní kýla
<b>Hernia inguinalis directa</b>	přímá tříselná kýla
<b>Hernia inguinalis indirecta</b>	nepřímá tříselná kýla
<b>Hypertenze</b>	vysoký krevní tlak
<b>Imunosupresiva</b>	léky, tlumící imunitní systém
<b>Inkancerace</b>	uškrvení
<b>Ileus</b>	střevní neprůchodnost
<b>Intaktní</b>	neporušený
<b>Insuflace</b>	zavádění plynu do tělní dutiny s důvodu diagnostického nebo léčebného
<b>Ireponibilní</b>	nereponovatelná, nevratitelná
<b>Ischemie</b>	místní nedokrvení tkáně nebo orgánu
<b>Kapnometrie</b>	měření koncentrace oxidu uhličitého v dechovém cyklu
<b>Katetrizace</b>	vycévkování
<b>Meteorismus</b>	plynatost

<b>Oxymetrie</b>	měření koncentrace kyslíku v dechovém cyklu
<b>Oxygenoterapie</b>	terapie inhalací zvlhčeného kyslíku
<b>Palpace</b>	pohmat
<b>Peritonitida</b>	zánět pobřišnice
<b>Per rectum</b>	skrz konečník
<b>Predilekční místa</b>	místa na těle, kde jsou kosti blízko kožního povrchu a jsou málo izolovány vrstvou tuku a svalstva
<b>Preparace</b>	příprava, úprava
<b>Realimentace</b>	obnovení výživy, po jejím předchozím nedostatku
<b>Rekonvalescence</b>	proces uzdravení
<b>Reponibilní</b>	schopná nápravy
<b>Repozice</b>	napravení, vrácení do původní pozice
<b>Saccus herniae</b>	kýlní vak
<b>Sfinkter</b>	svěrač
<b>Stagnace</b>	zadržení
<b>Tromboembolická nemoc</b>	onemocnění charakterizované vznikem trombů (krevních sraženin)

(VOKURKA, HUGO a kol., 2009), (VONDRÁČEK, WIRTHOVÁ a PAVLICOVÁ, 2011)

## SEZNAM TABULEK

<b>Tabulka 1</b> Identifikační údaje nemocného.....	35
<b>Tabulka 2</b> Vitální funkce při přijetí.....	36
<b>Tabulka 3</b> Léková anamnéza.....	37
<b>Tabulka 4</b> Posouzení současného stavu.....	39
<b>Tabulka 5</b> Aktivity denního života.....	42
<b>Tabulka 6</b> Posouzení psychického stavu.....	45
<b>Tabulka 7</b> Posouzení sociálního stavu.....	47
<b>Tabulka 8</b> Hodnoty TK po operaci.....	50
<b>Tabulka 9</b> Laboratorní výsledky.....	51
<b>Tabulka 10</b> Perorální medikace.....	53
<b>Tabulka 11</b> Lékové skupiny podaných léčiv.....	54

## ÚVOD

Tříselná kýla je jedním z nejčastějších chirurgických onemocnění, a tím i nejčastěji prováděným chirurgickým výkonem v České republice. Většina populace si myslí, že kýlu mají většinou jen ti, kteří zvedají těžká břemena. Je to však omyl. Vznik kýly je dán především pevností břišní stěny. Pokud je břišní stěna dostatečně pevná, tak by se ani při zvedání těžkých břemen kýla objevit neměla. Břišní stěnu tvoří několik vrstev pojivové a svalové tkáně. Z těchto vrstev nás pojivová tkáň (která je tvořena bílkovinou – kolagenem) chrání proti vzniku kýly. Kvalitu kolagenu a tím i zvýšené riziko vzniku kýly, snižuje kouření. Proto se mohou objevovat častěji kýly u kuřáků než nekuřáků.

Laparoskopická operace je rozvíjející se technika, která kromě menších operací jako je např. operace slepého střeva nebo žlučníku, zasáhla i do operace tříselné kýly. Tato metoda poukazuje na snížení výskytu komplikací, recidiv a kratší dobu hospitalizace. Ne na všech chirurgických pracovištích se tato technika provádí. Záleží na operátorovi, jeho zkušenostech s touto metodou a na zdravotním stavu nemocného.

Cílem bakalářské práce je přiblížit problematiku tříselných kýl, poskytnout informace o jejich léčbě a ošetrovatelské péči o nemocného po operaci laparoskopickou metodou.

V závěru práce je doporučení pro praxi, které může sloužit nemocným, nelékařskému zdravotnímu personálu, studentům i rodinným příslušníkům.

# 1 TRÍSELNÁ KÝLA

Kýla je vychlípení nebo vysunutí útrobní dutiny břišní přes její oslabenou či defektní stěnu navenek. Nejčastější výskyt kýly u žen jsou kýly pupeční, u mužů kýly tříselné (CZUDEK, DUDA).

*Autorství českého výrazu kýla je připisováno významnému českému chirurgovi poslední čtvrtiny 19. století Karlu Maydlovi (1850-1903). Jinak se v zahraničním písemnictví nejčastěji užívá latinský termín „hernia“ (anglicky hernia, německy Bruch, rusky gryža) (MICHALSKÝ, PAFKO, SATINSKÝ, 2000, s. 17).*

U každé kýly rozeznáváme 3 základní části: kýlní branku, kýlní vak a kýlní obsah. **Kýlní branka (anulus herniae)** je otvor, kterým vystupují orgány z peritoneální dutiny (kýlní vak), oslabenou břišní stěnou, při štěrbinách kudy prochází cévy a nervy, nebo v místě patologického defektu fascie (povázka) a svalstva.

**Kýlní vak (saccus herniae)** obaluje většinu kýly. Tvoří ho peritoneum, který vznikne při přestupu orgánů DB (dutiny břišní) přes kýlní branku. Na kýlním vaku rozeznáváme krček (collum), který je umístěn v kýlní brance, tělo (corpus), ve kterém je uložen vyhrěznutý orgán DB a tvoří největší část, a dno (fundus), které prochází defektem, či oslabenou břišní stěnou jako první.

**Kýlní obsah** tvoří nejčastěji tenké střevo (enterokéla) nebo omentum neboli předstěra (epiplokéla), ale může obsahovat kterýkoliv orgán DB, kromě slinivky břišní (MÜLLER a kol., 1997), (PAFKO a kol., 2008).

Kýly můžeme dělit z několika hledisek:

- **Podle doby vzniku:**

- Vrozená (hernia congenitalis) – která se tvoří na základě nějaké vývojové anomálie už v prenatálním období.
- Získaná (hernia acquisita) – vzniká na podkladě zvýšení nitrobřišního tlaku, která je zejména v období těhotenství, při ascitu, při zvýšené fyzické námaze, při zvýšení nitrobřišního tlaku při obtížné defekaci apod. Nebo může vznikat



na základě oslabené břišní stěny při kachexii (extrémní vyhublosti), obrně svalů nebo ve stáří.

- **Podle způsobu vzniku:**

- Zevní kýla (hernia externa) – tato kýla je vyklenuta ve stěně břišní a kryta pobřišnicí. Mezi ně patří kýla tříselná, pupeční, stehenní, ventrální (do kterých patří i kýla v jizvě), bederní a kýla pánevní.
- Vnitřní kýla (hernia interna) – je takové kýla, kdy kýlní vak vstupuje do pobřišniční dutiny např.: brániční kýla. Tuto kýlu nevidíme a mohou se projevat např. ileózní náhlou příhodou břišní (NPB).

- **Podle přítomnosti kýlního vaku:**

- Nepravá kýla – je to kýla, které neobsahuje kýlní vak. Nejčastěji to je brániční kýla, které obsahuje břišní část jícnu, žaludek nebo střevo.
- Pravá kýla – tato kýla obsahuje kýlní vak.

- **Podle reponovatelnosti:**

- Ireponibilní - kýla je nevratitelná, kýlní obsah zůstává stále v kýlním vaku pro svoji velikost nebo fixaci srůstu.
- Reponibilní - kýlní vak se spontánně nebo při manuálním tlaku vrátí zpět do dutiny břišní (DOLEŽEL a kol., 2009), (FERKO, ŠUBRT, DĚDEK, a kol., 2011), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010).

## 1.1 PREVALENCE A INCIDENCE TŘÍSELNÝCH KÝL

Tříselné kýly tvoří v České republice jednu z nejčastějších forem kýl (přibližně 80 %). Postihují častěji muže než ženy. Prevalence u dospělých se uvádí kolem 4 000 – 5 000/100 000. Dva až třikrát častěji se vyskytuje tříselná kýla nepřímá oproti kýle přímé. Ve 49 % případů je kýla lokalizovaná v třísle pravém, v 39 % v levém a u 12 % je kýla oboustranná. U dětí je postiženo 3,5 – 5 % donošených a 9 – 11 % nedonošených novorozenců. Poměr chlapců a dívek je přibližně 6:1.

Z dat Národního Referenčního Centra, dále jen jako NRC, bylo pro rok 2009 v ČR 15 420 operativních zákroků tříselné kýly u nemocných nad 15 let. Úmrtnost spojená s operativním řešením tříselné kýly je velmi nízká. U nemocných do 60 let se uvádí okolo 0,02 %

a u nemocných nad 60 let nepřesahuje 0,5 %. Pro rok 2012 bylo celkem hospitalizováno 35 310 nemocných s diagnózou kýl v průměrném věku 50,3 let. Průměrná doba hospitalizace byla 4,1 dne. Operovaných kýl bylo z celkové hospitalizace 24 % z toho 1/3 byly kýly tříselné (GRYGA, BUREŠ, KOHOUTEK, 2014), (ANON, 2011).

V regionu Evropy, Blízkého východu a Afriky se každoročně provede více než 2 milióny kýlních chirurgických zákroků. Ze zdroje Surgical Review Corporation (SRC) se četnost recidiv kýl pohybuje mezi 20 – 45 %. Nadále roste i počet primárních kýlních chirurgických výkonů ročně o 7,5 %. Odborníci očekávají nadále růst počtu výskytu kýl, vzhledem v důsledku řady faktorů, jako je např. delší délka života, obezita, zneužívání tabáku, návykových látek a nadužívání steroidů a jiných imunosupresiv. Počet sekundárních kýl, neboli vznik kýl v jizvě po laparotomických operací také stoupá. Výskyt je kolem 15 % případů ročně. V ČR každoročně se operací tříselných kýl provede zhruba 12 000. Všeobecná zdravotní pojišťovna zveřejnila statistické údaje, kde udává přibližně 30 000 všech kýlních operací, prováděné v ČR (ANON, 2014c).

## 1.2 KLASIFIKACE TŘÍSELNÝCH KÝL

Existují různé klasifikační systémy pro tříselné kýly. K nejčastěji používaným patří klasifikace podle Nyhuse, která vychází z kvality břišní stěny. K jiným klasifikacím patří například klasifikace podle Fruchanda, Gilberta, Alexandra a jiné. Evropská kýlní společnost (European Hernia Society, EHS) v roce 2007 vytvořila vlastní klasifikaci pro tříselné kýly, která vycházela z klasifikace aachenské a doporučuje ji používat v evropských státech. Ke srovnání různých typů klasifikace slouží příloha C (NOVOTNÝ 2010), (REINDLOVÁ, 2006).

Nyhusova klasifikace spočívá v hodnocení mimo kvality břišní stěny i v hodnocení defektu v oblasti Hesselbachova trojúhelníku a poškození vnitřní branky kýly.

- Typ I – dětský typ s normální nerozšířenou vnitřní brankou
- Typ II – nepřímý typ (indirektní) s intaktní zadní stěnou, kýlní vak může vyplňovat celý kanál, ale nesešoupne do šourku
- Typ III – dochází k defektu zadní stěny tříselného kanálu

- Typ IIIa – je přímý typ (direktní) kýly, kdy oslabená stěna se vyklenuje před kýlním vakem mediálně od epigastrických cév
  - Typ IIIb – je velký nepřímý typ, kdy kýlní vak sestupuje do šourku
  - Typ IIIc – označuje femorální kýly
- Typ IV – recidivující tříselné kýly (CZUDEK, 2009), (DUDA a kol. 2011).

Přímá tříselná kýla (hernia inguinalis directa) je ve většině případů získaná a vzniká roztažením zadní stěny třísla. U těchto kýl kýlní vak nesestupuje do šourku. Kýla je většinou malá, vzniká pozvolna a většinou je oboustranná. Většinou se dá dobře reponovat. Uškrcení (inkancerace) je výjimečné.

Nepřímá tříselná kýla (hernia inguinalis indirecta) bývá jak vrozená tak získaná a často je pravostranná. Kýlní vak vystupuje z DB vnitřním tříselným kruhem, prochází tříselným kanálem a vystupuje do podkoží zevním tříselným kruhem. U velké kýly může zasahovat až do šourku u mužů a u žen do velkých stydkých pysků. Kýla je reponibilní a při kašli se může zvětšit. U tohoto typu je vysoké riziko inkancerace (ANON, 2014a), (CZUDEK, 2009), (VODIČKA, 2014).

### 1.3 ETIOLOGIE TŘÍSELNÝCH KÝL

V etiologii se uplatňuje, že tříselné kýly mohou vznikat na základě oslabené nebo defektní břišní stěny. U tříselné kýly dochází k vyklenutí do tříselného kanálu. Kdy je břišní stěna přirozeně oslabená u žen průchodem děložního vazu a u mužů průchodem chámovodu. Toto oslabení máme již od doby vývoje v děloze matky. Tříselná kýla může vzniknout jako důsledek obezity, těhotenství, zácpy, chronického kašle, onemocnění prostaty, nebo jako důsledek dlouhodobého přetěžování svalů dutiny břišní zvedáním těžkých břemen, při kterém dochází k zvýšení tlaku v DB. Důležitým faktorem je pevnost břišní stěny. Ta je tvořena několika vrstvami svalové a pojivové tkáně různé tloušťky a pevnosti (ANON, 2014a), (VODIČKA, 2014).

## 1.4 KLINICKÉ PŘÍZNAKY TŘÍSELNÝCH KÝL

Z klinického hlediska můžeme rozdělit tříselné kýly na dvě skupiny.

První skupinou jsou nemocní s akutními příznaky spojené přímo s kýlou. K těmto příznakům patří bolesti až křečovitého charakteru v oblasti třísla, zvracení a celková nevolnost. Kýla může být viditelná, především při zvýšení nitrobřišního tlaku a kůže nad kýlou bývá napnutá. Tyto příznaky poukazují na možnou komplikaci – uskřínutí střevního obsahu a vyžaduje nutný chirurgický zásah.

Druhá skupina je z klinických příznaků většinou ne hned diagnostikovaná jako tříselná kýla. Nemocný může být bez potíží. Prvním příznakem může být tzv. bulka (vyklenutí) v podkoží, kterou si nemocný nahmatá. Někdy může být bolestivá zejména při kašli nebo se mohou objevovat nepříjemné pocity, jako je např.: tah v daném místě. Při fyzické zátěži, kdy dochází ke zvýšení nitrobřišního tlaku, se může objevit vyklenutí, které po ulehnutí často vymizí a většinou jde zatlačit zpět do DB. Později dochází rozšiřování kýlní branky a tím i k zvětšování kýly (kýlního obsahu), kdy v některých případech může dosáhnout značných velikostí a sestoupit u mužů až do šourku a u žen do stydkých pysků. K dalším příznakům patří porucha střevní pasáže tj. nadýmání, zácpa nebo říhání. U mužů se mohou objevit i poruchy močení (ITANI K. M. F., M. T. HAWN a R. F. MARTIN, 2008), (SCHEIN, ROGERS, 2011), (VODIČKA, 2014).

## 1.5 KOMPLIKACE TŘÍSELNÝCH KÝL

K nejčastějším komplikacím tříselných kýl patří inkancerace neboli uskřínutí. Tato komplikace se řadí mezi náhlé příhody břišní (NPB) a vyžaduje okamžité chirurgické řešení. Je to náhlé uskřínutí kýlního obsahu, kdy dochází k poruše oběhu krve v žilách i tepnách střevních kliček a tím ke vzniku gangrény (druhotná nekróza). Uskřínutí střeva bývá spojené s poruchou střevní průchodnosti. Příčiny této komplikace jsou dvě. Prvním je úzká kýlní branka, kterou se při zvýšení nitrobřišního tlaku kličky střeva prudce vtlačí do kýlního vaku. Při opětovném snížení nitrobřišního tlaku může dojít k uskřínutí střevních kliček.

Druhá příčina se rozvíjí pomaleji. Je závislá na stagnaci (zadrženi) střevního obsahu v kličce uložené v kýlním vaku. Střevo se postupně přeplňuje a zvětšuje. To vede k vzestupu tlaku v kýle a postupně se obě raménka střeva stávají neprůchodnými. Příznaky této komplikace jsou spojené s kolapsem, zvracením, poruchou odchodu stolice, silnou bolestí v oblasti třísla nebo podbřišku.

K další nejčastější komplikaci patří stagnace střevního obsahu, která se vyskytuje převážně u větších kýl. Dochází ke zpomalení střevní pasáže a hromadění střevního obsahu, který vyvolává napětí střeva a kýlního vaku. Jako následek stagnace může dojít i ischemii nebo perforaci střeva. Dojde-li k perforaci střeva do volné DB, dojde k zánětu pobřišnice (peritonitidě). K příznakům patří vzedmuté břicho, především po jídle, kolikovitě bolesti, teplota, schvácenost, pocení, zvracení, nauzea a tachykardie.

Třetí nejčastější komplikací tříselné kýly jsou záněty kýlního vaku bakteriemi, přímým prostupem střevní stěnou (CZUDEK, DUDA), (PAFKO a kol., 2008), (VODÍČKA, 2014), (VRANÝ, 2013).

## **1.6 DIAGNOSTIKA TŘÍSELNÝCH KÝL**

Diagnostika tříselné kýly je založena na pohledu (aspekci), palpaci (pohmatu), sběru informací od nemocného, tedy klinických příznacích a pomocí zobrazovacích metod.

### **1.6.1 ANAMNÉZA**

Velmi důležité je získání informací od nemocného (anamnézou). Je třeba zjistit onemocnění, s kterými se nemocný léčí. Některé onemocnění mohou vést k chronickému zvýšení nitrobřišního tlaku jako nejčastěji kašel, zácpa, u žen těhotenství a tím zapříčinit vznik kýly. Dále je důležitá pracovní anamnéza, především zda se nejedná o náročnější fyzickou práci a popis subjektivních příznaků, které nemocný pociťuje v různých situacích.

## 1.6.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Při vyšetření pohledem se sleduje symetrie tříselných krajin, velikost kýlního vaku a celkový vzhled kůže v oblasti kýly, především zda se v této krajině neobjevují známky mykóz či opruzenin, které by zhoršovali případnou pooperační léčbu. Dále se pohledem sleduje výraz nemocného především při palpačním vyšetření, kde dle obličejové grimasy poznáme bolestivost na pohmat (CZUDEK, DUDA), (PAFKO a kol., 2008).

Při pohmatu se vyšetřuje nemocný ve stoje a poté vleže. Hodnotí se velikost naplněného kýlního vaku, jeho konzistenci, bolestivost a vztah k okolním tkáním. Pokud pohmat není bolestivý, může se opatrně jemně provést repozice obsahu zpět do DB. Při tomto manévru, pokud je v kýlním vaku uložena klička střeva, dojde k charakteristickému škrouknutí. Při pohmatu se vyšetřuje i druhé tříselo, z toho důvodu, že kýly mohou být oboustranné a různě velké. Nemocný si druhé kýly nemusí vůbec všimnout. Kromě tříselné krajiny, se vyšetřuje celé břicho pro zjištění jiného onemocnění, či patologie. Vyšetřuje se i oblast konečníku (per rectum). U mužů se posuzuje velikost prostaty, a pohmatové vyšetření varlat a nadvarlat k posouzení jejich velikosti a symetrie (CZUDEK, DUDA).

Tyto vyšetřovací metody většinou stačí ke stanovení diagnózy. Každá kýla je indikovaná k operaci, i když nepůsobí problémy. Postupně se kýla bude zvětšovat, a pokud problémy nepůsobila doposud, tak při jejím zvětšování se to může změnit. U nemocných, kteří mají podezření na kýlu je nutné s odstupem 3 měsíců provádět kontrolní vyšetření.

## 1.6.3 ZOBRAZOVACÍ METODY

Doplňujícím vyšetřením je sonografie (ultrazvuk) třísla. Sonografie je neinvazivní vyšetřovací metoda, která je závislá na odrazu vlnění od orgánů a tkání DB, čímž vytváří obraz. Při tomto vyšetření se vyšetřuje tříselný kanál, kudy prochází semenný provazec i kýla. Při vyšetření, se prokáže, zda se jedná o kýlu či nikoli. Kromě samotné diagnostiky kýly vyšetření ultrazvukem prokáže, zda nedochází k jejímu uskřínutí. Další zobrazovací metodou je nukleární magnetická rezonance, která vyšetřuje oblast třísla v různých projekcích, které pak počítač zpracovává do obrazů. Pomocí tohoto vyšetření se zjišťuje přítomnost různých

novotvarů, lipomů a měří se prostornost a obsah tříselného vaku (CZUDEK, DUDA), (DOLEŽEL a kol., 2009).

## 1.7 TERAPIE TŘÍSELNÝCH KÝL

Jedinou správnou léčbou tříselné kýly je operace, která jako jediná řeší příčinu vzniku kýly a tuto příčinu odstraní. Nemocný by měl podstoupit operaci dříve, než dojde ke komplikacím.

Chirurgická terapie nabízí tři základní skupiny operačních výkonů.

- Klasickou laparotomickou operaci tříselné kýly – tension-on, neboli napěťové plastiky
- Klasickou laparotomickou operací tříselné kýly – tension-free, beznapěťové plastiky
- Laparoskopickou operací tříselné kýly – miniinvazivním přístupem

Operace kýly má stejné operační fáze. Identifikaci kýly, její preparaci a uzávěr kýlního defektu. Obsah kýly se musí navrátit zpět do břišní dutiny a kýlní vak odstranit (resekovat). Odlišnosti v operacích kýl jsou v provedení plastiky tříselného kanálu (NOVOTNÝ, 2010), (SCHNEIDEROVÁ, 2014).

### **Klasická laparotomická operace tříselné kýly – tension-on**

Při klasické tension-on operace, neboli napěťové plastice se využívá vlastních tkání nemocného. Řez je veden nad vyklenutím kýly v třísele. Po revizi kýlního obsahu a jeho navrácení do DB se kýlní vak odstraní a kýlní branka se uzavře. Následně se sešívají jednotlivé vrstvy břišní stěny podle příslušné techniky (CZUDEK, DUDA), (REINDLOVÁ, 2006).

### **Klasická laparotomická operace tříselné kýly – tension-free**

Při metodě tension-free neboli beznapěťové plastice se tkáně nesešívají k sobě, ale používají se síťky ze syntetických vláken. Principem této metody je, že se okraje kýlního defektu nesešívají k sobě, ale překryjí se síťkou dle Lichtensteina. Nedochází tak ke vzniku napětí. Kromě sítěk, lze použít ještě tzv. „zátku“ (plug). Jedná se o kónický smotek síťky, kterým se uzavře kýlní defekt. Spíše se ale využívají plastiky pomocí síťky (JEŘÁBEK, 2010), (REINDLOVÁ, 2006), (SCHEIDEROVÁ, 2014).

## **Laparoskopická operace tříselné kýly**

Laparoskopická metoda spočívá v použití speciálních nástrojů a malých řezů, které umožňují vstup nástrojů do dutiny pobřišniční. Tato metoda se řadí mezi miniinvazivní zákroky, které jsou charakteristické menší operační ránou, zpravidla nižší pooperační bolestí, menším rizikem vstupu infekce do rány a rychlejší rekonvalescencí (procesu uzdravení). Tato metoda nastoupila v 90. letech 20. století (DOLEŽEL, 2009).

Při laparoskopických operacích se využívá insuflační systém, který slouží k vytvoření dostatečného volného prostoru v dutině břišní. K tomu se v současnosti využívá nejčastěji neexplosivní plyn oxid uhličitý (JANUŠEKOVÁ, 2015).

Existují dva nejčastější přístupy v umístění sítěky při laparoskopické metodě ošetření tříselné kýly dle chirurgů, kteří tyto metody jako první provedli. Metody vychází z konceptu uložení sítěky preperitoneálně podle francouzských chirurgů Stoppy a Rivese. První metodu uvedli chirurgové Arregui a Dion, je to metoda TAPP (transabdominal pre-peritoneal approach), která využívá transabdominální přístup do preperitoneálního prostoru. Druhá metoda, metoda TEP (totally extra-peritoneal approach) využívá extraperitoneálního přístupu do třísla a pojí se s chirurgy McKernanem a Phillipsem (BHANDARKAR, SHANKAR a UDWADIA, 2006), (DUDA a kol., 2011), (NOVOTNÝ, 2010).

Laparoskopická metoda je pro nemocného šetrnější. Avšak i miniinvazivní metoda se může pojit s různými komplikacemi a ne u každého nemocného je indikovaná. Při insuflaci dochází ke zvýšení tlaku v pobřišniční dutině a tím je ztížen žilní návrat krve zpět k srdci. Nemocní s onemocněním srdce, by tuto zátěž nemuseli zvládnout, proto jsou k takové operaci kontraindikováni. Z toho důvodu se u nich musí provádět klasická laparotomická operace (PODSTATOVÁ, SOVOVÁ, ŘEHOŘOVÁ a kol., 2007).

## **1.8 PROGNÓZA TŘÍSELNÝCH KÝL**

Prognóza po operační léčbě tříselné kýly je příznivá. Recidivy (znovuvyvoření), se však v některých případech mohou vyskytnout. Po laparotomické operaci je touto recidivou



ohroženo 3-12 % operovaných nemocných a po laparoskopické operaci je to 1 %% nemocných. Výskyt recidiv je závislý i na dodržování rad a doporučení lékaře (ANON, 2014b).

## **2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U NEMOCNÉHO PO OPERACI TRÍSELNÉ KÝLY LAPAROSKOPICKOU METODOU**

Nemocný je bezprostředně po operaci uložen na dospávací pokoj (recovery room, nebo probouzeční pokoj) v blízkosti operačního sálu, kde se sledují všechny jeho základní životní funkce, jako je stav vědomí, saturace, krevní tlak, puls, dýchání, a teplota. Na tomto pokoji je nemocný sledován až do svého probuzení anesteziologickou sestrou, lékařem a anesteziologem. Následně je převezen na standardní lůžkové oddělení (ZEMAN, KRŠKA a kol., 2011).

### **2.1 ZÁKLADNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE**

Základní ošetrovatelská péče spočívá ve sledování zdravotního stavu nemocný tedy hlavně jeho základních životních funkcí a péči o operační ránu, péči o výživu, vyprazdňování, hygienickou péči, polohování a pohybovém režimu a rehabilitací. Veškeré tyto kroky se odvíjejí od biologických potřeb a zdravotního stavu nemocný (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007), (ZEMAN, KRŠKA a kol., 2011).

#### **Monitorování základních životních funkcí a péče o operační ránu**

Všeobecná sestra monitoruje stav vědomí, krevní tlak a puls, dech, saturaci tkání kyslíkem a teplotu. Všechny tyto hodnoty řadíme k fyziologickým neboli základním životním funkcím. Jako další sestra kontroluje operační ránu nemocného, zda nedochází k prosáknutí krycích materiálů, vzniku otoku, hematomu, nebo jiných změn na kůži v okolí operační rány. Brání vzniku dekubitů a opruzenin. Sleduje funkčnost zavedené drenáže a její odpad, bolest, bilanci tekutin a invazivní vstupy (permanентní žilní kanylu, v některých případech i permanentní močový katetr). Je sledována jejich průchodnost a známky vzniku infekce. Všechny měřitelné hodnoty všeobecná sestra zapisuje do příslušné dokumentace (denního dekurzu) a v případných výkyvech nad nebo pod rámec fyziologického rozmezí, hlásí

hodnoty a stav nemocného lékaři. K lůžku na dosah nemocného sestru umístí zvonek, kterým v případě potřeby nemocný zavolá sestru.

### **Péče o výživu**

Bezprostředně po výkonu má nemocný zavedenou permanentní žilní kanylu (PŽK), přes kterou dostává živiny v podobě infuzí přímo do žíly. Při laparoskopické metodě je vždy nemocný v celkové anestezii, a po ukončení této anestezie se mohou vyskytnout různé nežádoucí účinky, jako je zvracení a nauzea, které odezní do 6-12 hodin po výkonu. Z toho důvodu může nemocný přijímat tekutiny až za 4 hodiny po výkonu a lehkou stravu následující den. Poté se provádí postupná realimentace (obnovení výživy postupným zatěžováním trávicího traktu). Sestra zhodnotí úroveň soběstačnosti nemocného a zajistí případnou pomoc. Při nauzei a zvracení sestru informuje lékaře a plní jeho ordinace. Nejčastějším řešením bývá podání léků proti zvracení a při úporném nepřestávajícím zvracení zavedení nasogastrické sondy (NGS).

### **Péče o vyprazdňování**

Sestra zhodnotí úroveň soběstačnosti a případně zajistí nutnou pomoc. Bezprostředně po výkonu, kdy nemocný nesmí vstávat z lůžka, je nutné zajistit vykonávání potřeb na lůžku. K lůžku sestru přichystá močovou láhev u mužů a podložní mísu u žen. Zajistí dostatek soukromí při vyprazdňování a potřebnou pomoc. V některých případech může nemocný přijet ze sálu s permanentním močovým katetrem. Tehdy je nutné pečovat o katetr, a tím bránit vzniku infekce v močových cestách. Pravidelně vypouštět sběrný sáček a zapsat do dokumentace množství vypuštěné moče. Po operaci by se měl poprvé nemocný vymočit do 6-8 hodin spontánně. Pokud se tak nestane, je nutné tuto informaci zapsat do dokumentace nemocného a informovat lékaře. Lékař většinou naordinuje u nemocného jednorázovou katetrizaci močového měchýře (vycévkování). Střevní peristaltika se po operaci obnovuje za 2-3 dny. Zpomalená střevní činnost se projevuje plynatostí (meteorismem). K příznakům meteorizmu patří bolesti břicha, vzedmuté břicho a nevolnost. Při těchto obtížích lze pomoci nemocnému zavedením rektální rourky do konečníku. Dojde k uvolnění rektálních sfinkterů (svěračů) a tím k odchodu plynů. Prevencí zpomalení střevní činnosti je častá změna polohy na lůžku a včasná mobilizace nemocného.

## **Hygienická péče**

Sestra zhodnotí úroveň soběstačnosti nemocného a případně zajistí pomoc při hygieně. Důležitá je toaleta dutiny ústní, jako prevence vysychání jazyka a sliznic dutiny ústní a tím i zamezení vzniku zápachu z úst. Hygienu celého těla by měl nemocný provádět tak, aby nedošlo k prosáknutí krytí na operační ráně. Operační ránu lze třetí den po operaci osprchovat vodou a opatrně osušit. Sedmý den, po odstranění stehů z rány lze ránu opatrně omývat. Běžná hygiena (koupele) je možná až po úplném zhojení rány. K hygienické péči patří také péče o lůžkoviny, které by měly být čisté a vypnuté.

## **Poloha a pohybový režim**

Sestra zjistí soběstačnost nemocného a zajistí případnou pomoc při uložení do vhodné polohy po operaci a zajistí bezpečnost nemocného na lůžku. Nemocný by měl ležet na zádech, případně na boku pokud tato poloha nemocnému vyhovuje. Horní polovina těla by měla být mírně zvýšená, aby se zajistila lepší průchodnost dýchacích cest. U nesoběstačného nebo méně pohyblivého nemocného, je nutné měnit polohu každé 2 hodiny s použitím polohovacích pomůcek na zajištění jeho pohodlí. Při polohování se vede záznam do dekurzu o aktuální poloze a času polohování nemocného. Pokud to zdravotní stav nemocného dovolí, je možné umožnit mu posazení a stoj u lůžka s pomocí sestry. Nejlépe s pomocí rehabilitační sestry již za několik hodin po operaci.

## **Spánek a odpočinek**

Spánek a odpočinek jsou nedílnou součástí uzdravovacího procesu nemocného. Je nutné zajistit během spánku klid, dostatečně vyvětrané prostředí, přiměřené osvětlení a bezpečnost nemocného. Při výskytu poruch spánku je nutné zjistit příčinu a snažit se jí odstranit, informovat lékaře a popřípadě dle jeho ordinace podat hypnotika.

## **Rehabilitace**

Po operaci tříselné kýly laparoskopickou metodou, se nemocný většinou již v den operace mobilizuje a vstává z lůžka za pomoci rehabilitační sestry. V průběhu prvního týdne po operaci by měl nemocný postupně zvyšovat fyzickou zátěž např. chůzí a přiměřenou fyzickou aktivitou. Zvedáním těžkých břemen by se měl nemocný vyvarovat. Při větších kýlách se doporučuje přiměřeně zvyšovat fyzickou zátěž až za 2-3 týdny po operaci. Každá

rehabilitace se odvíjí od celkového stavu nemocného a od ordinace nebo doporučení lékaře (KRÁLOVÁ, 2015), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007), (ZEMAN, KRŠKA, 2011), (ŠEVČÍKOVÁ).

## **2.2 SPECIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE**

Speciální ošetrovatelská péče se zaměřuje na přípravu nemocného na operační výkon a na péči o nemocného po provedení operačního výkonu.

### **2.2.1 PŘÍPRAVA NEMOCNÉHO NA OPERAČNÍ VÝKON**

Nemocného připravujeme na plánovaný či neodkladný operační zákrok. Plánovaná operace je u nemocného, který má tříselnou kýlu, která nevyžaduje urgentní operační zákrok. Operace se naplánuje na určité datum a nemocný mezi tím projde předoperačním vyšetřením. U neodkladné operace se vyskytují komplikace, nejčastěji uskřínutí střeva, které vyžadují urgentní operační zákrok. V tomto případě se provádějí jen nejnutnější předoperační vyšetření (JANÍKOVÁ, ZELNÍKOVÁ, 2013).

#### **Dlouhodobá předoperační příprava**

Dlouhodobá předoperační příprava je v období mezi naplánováním termínu operace a nástupu nemocného k hospitalizaci. V ambulanci kde je nemocný vyšetřen a následně objednan k operaci obdrží informace o předoperačním vyšetření, který si musí zajistit. Dle zvyklosti nemocnice se předoperační vyšetření plánují v dané nemocnici nebo je nemocný odeslán k praktickému lékaři s pokyny, které vyšetření je nutné provést. Do předoperační přípravy patří předoperační laboratorní odběry a interní vyšetření, které nemají být starší více jak 14 dní před plánovanou operací. K předoperačním odběrům patří kompletní odběry biologického materiálu tj. biochemický rozbor krve a moče, krevní obraz, krevní skupina a Rh faktor a hemokoagulační vyšetření krve. Výsledky rozboru krve a moče jsou důležité pro interní předoperační vyšetření. V rámci interního předoperačního vyšetření se nemocnému provádí elektrokardiograf (EKG) vyšetření, rentgen (RTG) srdce a plic a interní klinické vyšetření, které spočívá v anamnéze nemocného (př.: choroby, léky, které užívá atd.) a klinické vyšetření nemocného. Dle všech výsledků internista zhodnotí, zda je nemocný schopný operačního zákroku a s jakým rizikem. V případě nutnosti

nemocného přeléčí, nebo ho pošle k jinému odborníkovi jako je kardiolog, diabetolog aj. (BLAŽEK, HAVEL, BĚLOBRÁDKOVÁ, 2012), (JANÍKOVÁ, ZELNÍKOVÁ, 2013).

### **Krátkodobá předoperační příprava**

Krátkodobá předoperační příprava je omezená na 24 hodin před výkonem. V tuto dobu je ve většině případů nemocný již hospitalizovaný v nemocnici na chirurgickém oddělení. Lékař zkontroluje výsledky předoperačního vyšetření, vyšetří nemocného a informuje ho o průběhu operace, pooperační péči a následně nemocný podepíše informovaný souhlas s operací. Všeobecná sestra nemocného poučí, že od půlnoci nesmí nic pít, jíst a ani kouřit a že na večeri dostane jenom lehkou tekutou stravu. Za nemocným přijde v této době ještě anesteziolog, který nemocného seznámí s anestezií a jejími případnými riziky. Naordinuje nemocnému premedikaci a zodpoví případné jeho dotazy. Nakonec nemocný podepíše informovaný souhlas s anestezií. V rámci krátkodobé přípravy nemocného je důležité minimalizovat strach z operace (BLAŽEK, HAVEL, BĚLOBRÁDKOVÁ, 2012), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010).

### **Bezprostřední předoperační příprava**

Bezprostřední předoperační příprava je období těsně před odvezením nemocného na operační sál. Nemocný provede celkovou hygienu, schová si všechny cennosti a v případě umělého chrupu si jej vyjme. Ošetřovatelský personál nemocnému oholí operační pole, provede dezinfekci pupku a bandáž končetin jako prevenci tromboembolické nemoci (TEN). Nemocného ošetřovatelský personál nechá vymočit, následně mu změří fyziologické funkce a dle ordinace lékaře se podá premedikace. Premedikace se podává 30-60 minut před operací a po jejím podání nemocný již nesmí vstávat z lůžka.

Při neodkladné operaci se provádí statim (okamžitě) předoperační odběry biologického materiálu, provede se RTG srdce a plic, natočení EKG a změření fyziologických funkcí. Hygiena je omezena pouze na přípravu operačního pole, případně na odstranění hrubých nečistot. Provede se akutní interní a anesteziologické vyšetření, dle ordinace lékaře je podaná premedikace a nemocný je co nejdříve odvezen na sál (SCHEIN, ROGERS, 2011), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007).

## 2.2.2 PÉČE O NEMOCNÉHO PO PROVEDENÍ OPERAČNÍHO VÝKONU

Nemocný je po skončení operace laparoskopickou metodou převezen z operačního sálu na dospávací pokoj, kde je pod odborným dohledem lékařů a sester do té doby, než se zcela probudí z anestezie, tedy než bude zcela při vědomí. Jenom pak může být nemocný převezen na standardní lůžkové oddělení. Po příjezdu na oddělení je nemocný pořád pod stálým dohledem sester, které monitorují jeho fyziologické funkce v pravidelných intervalech, určených anesteziologem. Údaje se zapisují do dekurzu nemocného. Kromě fyziologických funkcí sestry sledují operační ránu, především zda nedochází k prosáknutí rány, bolest, která se hodnotí na hodnotící škále bolesti (VAS). Analgetika se po operaci ordinují po 6 hodinách. Dále se sleduje bilance tekutin tj., příjem tekutin, které jsou v pooperačním období zajištěny pomocí infuzí a výdej tekutin (spontánní odchod moči, která musí být do 8 hodin po operaci). Do 24 hodin od převezení na standardní oddělení by se měl nemocný mobilizovat, jako prevence vzniku časných pooperačních tromboembolických komplikací. Tekutiny může nemocný přijímat až po 4 hodinách po operaci a lehkou stravu následující den. První pooperační den, pokud se nemocný cítí dobře, rána neprosakuje a nemá žádné jiné potíže, se nemocný propouští do domácí péče. Nemocný dostane poučení o tom jak pečovat o ránu, o vyhýbání se větší fyzické námaze a zvedání těžších břemen (BURDA, ŠOLCOVÁ, 2015), (JANÍKOVÁ, ZELNÍKOVÁ, 2013), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007), (ŠAMÁNKOVÁ a kol., 2008).

## 2.3 INTENZIVNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Nejčastější indikací k přijetí nemocného na jednotku intenzivní péče (JIP), je vzniklá komplikace během a po laparoskopické operaci. Nemocný na oddělení JIP je nepřetržitě sledován sestrou, která veškeré informace zaznamenává do dokumentace a případná dostupnost lékaře je okamžitá.

Během příjmu nemocného na JIP je nutné zajistit dýchací cesty a oxygenoterapii. Pokud nemocný sám nedýchá tak umělou plicní ventilací. Ke kontinuálnímu monitoringu základních životních funkcí, lze využít různých způsobů:

- **Bedside monitoring** (u lůžka nemocného) – tato metoda se využívá na menších jednotkách JIP, kdy jsou monitory umístěny u lůžka nemocného na dohled sestry.

- **Centrální monitoring** (systém péče je centralizován na jedno místo) – všechny monitorované hodnoty sestra sleduje na jednom centrálním monitoru, který je většinou umístěný na vyšetřovně.
- **Kombinovaný monitoring** - zahrnuje monitor jak u lůžka nemocného, tak i centrální monitor umístěný v blízkosti sester. Tato metoda patří k nejčastěji používaným (KAPOUNOVÁ, 2007).

### **Monitorování vědomí**

Po anestezii je nutné sledovat vědomí nemocného. K jeho posouzení slouží reakce nemocného na podnět. K těmto podnětům patří oslovení nemocného a kladení různých otázek. Pokud nemocný nereaguje, přistupuje se k dotekům a bolestivým manévřům, ke kterým patří např.: štípnutí do ušního lalůčku či trapézového svalu nemocného. K posouzení stavu vědomí a k rozpoznání možných poruch vědomí slouží i hodnotící škály vědomí, jako je např.: Glasgow coma scale.

### **Monitorování dýchacího systému**

U dýchacího systému se sleduje dechová frekvence (DF), kterou lze snímat pohledem zvedání hrudního koše. K dalším monitoringům dýchacího systému patří oxymetrie a kapnometrie. Při oxymetrii se měří pomocí prstového snímače saturace periferních tkání kyslíkem vázaný na hemoglobin. Při kapnometrii kdy se měří hodnota oxidu uhličitého na konci výdechu. Při změnách v dýchacím systému informuje sestra lékaře, který indikuje oxygenoterapii (léčba kyslíkem pomocí nosních brýlí nebo kyslíkové masky) nebo umělou plicní ventilaci.

### **Monitorování kardiovaskulárního systému**

Při sledování kardiovaskulárního systému se sleduje srdeční rytmus a srdeční frekvence. K monitorování slouží tří nebo pěti svodové EKG, kdy se sleduje jeho křivka a neinvazivní měření krevního tlaku pomocí manžety, která je napojená na monitor, nebo pomocí klasického tonometru. Sestra v pravidelných intervalech provádí záznam informací do ošetrovatelské dokumentace a jakékoliv změny hlásí lékaři.



### **Monitorování ostatních funkcí a stavu nemocného**

Důležité je sledovat krom již zmíněných systémů také i bilanci tekutin, tj. příjem a výdej tekutin. Příjem tekutin je zajištěn v bezprostřední pooperační době pomocí infuzní terapie, pokud stav dovolí v pozdější fázi i enterální formou, kdy se provádí postupná realimentace, kterou ale dle schopnosti nemocného a nutričního screeningu, indikuje lékař. Výdej tekutin se sleduje pomocí permanentního močového katetru, který sbírá moč do sběrného močového sáčku. Nejčastěji se výdej tekutin hodnotí po 6 hodinách. Dále se hodnotí teplota nemocného, klasickým teploměrem každých 6 hodin. Výsledky laboratorních odběrů, především biochemického obrazu (iontů, zánětlivých markerů), hematologické (krevní obraz), koagulační vyšetření krve a rozborů moče. Dále se sleduje funkčnost všech invazivních vstupů (PŽK, PMK a drénů) a rozpoznání počátečních známek infekce. Účinky podaných léků dle indikace lékaře, intenzitu bolesti dle hodnotící škály bolesti. Při nedostatku pohybu po operaci se podávají nízkomolekulární hepariny, které se aplikují pod kůži. Příkladají se také elastické bandáže na nohy, jako prevence tromboembolické nemoci. Operační ránu sestra sleduje za účelem kontroly hojení, nebo vzniku různých komplikací, ke kterým patří např.: známky infekce v ráně, krvácení a jiné. Převozky provádí sestra s lékařem za aseptických podmínek.

Pokud jsou všechny funkce nemocného v mezích normy a celkový stav nemocného to dovolí, tak se nemocný překládá na standardní chirurgické oddělení. Před překladem nemocného se provádí rehabilitace s fyzioterapeuty, kteří s nemocným provedou cvičení na lůžku, nácvik vstávání z lůžka a první chůze po operaci.

Důležitou součástí léčby je celková vzájemná spolupráce ošetřovatelského týmu a nemocného s jeho rodinou a blízkými, kteří by měli být aktivní spoluúčastníci celého procesu (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013), (KAPOUNOVÁ, 2007).

### **3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U NEMOCNÉHO PO OPERACI TŘÍSELNÉ KÝLY LAPAROSKOPICKOU METODOU**

V následující části práce zpracováváme ošetřovatelský proces u nemocného po operaci tříselné kýly laparoskopickou metodou. Ošetřovatelský proces je systematická metoda předem promyšlených kroků v poskytování ošetřovatelské péče jak jednotlivcům, tak i celé skupině. Je založena na identifikaci problémů v přístupu k péči o nemocného a jejich řešení. Dále je orientována na uspokojování bio-psycho-sociální potřeb nemocného. Ošetřovatelský proces se skládá z pěti kroků.

Posuzování neboli sběr informací o zdravotním stavu nemocného. Informace získáváme ze zdravotnické dokumentace, na základě rozhovoru, pozorování a fyzikálním vyšetřením nemocného, od rodinných příslušníků nebo zdravotního personálu.

Druhým krokem je diagnostika, čili analýza zjištěných informací a na jejich základě stanovení ošetřovatelských diagnóz. Tyto diagnózy se mění dle potřeb nemocného.

Plánování je třetí krok ošetřovatelského procesu. V tomto kroku si stanovujeme plán a cíle ošetřovatelské péče, kterých chceme dosáhnout. Tyto cíle by se měli sestavovat spolu s nemocným a jejich účelem by měl být odstranit již nalezený problém.

Čtvrtým krokem je realizace naplánovaných intervencí a splnění již naplánovaných cílů. Při realizaci ošetřovatelských intervencí je nutné dbát na aktuální stav nemocného, kontrolování aktuálnosti ošetřovatelského plánu a především dokumentování provedených intervencí.

Posledním krokem ošetřovatelského procesu je jeho zhodnocení. Srovnání skutečného stavu nemocného se stanovenými cíli. Pokud cílů nebylo dosaženo, je nutné znova proces upravit a znova zopakovat dokud nebude cílů dosaženo (BUŽGOVÁ, PLEVOVÁ, 2011), (NANDA, 2013).

## IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

**Tabulka 1** Identifikační údaje nemocného

<b>Jméno a příjmení:</b> M. O.	<b>Pohlaví:</b> muž
<b>Datum narození:</b> 1970	<b>Věk:</b> 45
<b>Rodné číslo:</b> 700000/0000	<b>Číslo pojišťovny:</b> 111
<b>Vzdělání:</b> středoškolské s maturitou	<b>Zaměstnání:</b> dělník ve firmě CITO
<b>Stav:</b> ženatý	<b>Státní příslušnost:</b> ČR
<b>Datum přijetí:</b> 17. 1. 2016	<b>Čas přijetí:</b> 14:50
<b>Oddělení:</b> chirurgické odd. A1	<b>Typ přijetí:</b> plánovaný
<b>Dorozumívací jazyk:</b> český	<b>Ošetřující lékař:</b> MUDr. J. J.

**Nemocný byl poučen o léčebném řádu:** nemocný byl poučen lékařem i sestrou při příjmu na ambulanci i při hospitalizaci na oddělení, podaným informacím rozumí a s léčebným postupem souhlasí.

**Informovaný souhlas s hospitalizací, léčbou a anestezií:** nemocný podepsal souhlas s hospitalizací při přijetí na ambulanci. Souhlas s operací a anestezií podepsal po rozhovoru s operátorem a anesteziologickým lékařem na oddělení.

**Důvod přijetí udávaný nemocným:** nemocný v červenci roku 2015 prodělal angínu. Při tomto onemocnění si při hygieně nahmátl nebolestivou „bulku“ v oblasti třísla.

### **Medicínská diagnóza hlavní:**

- K409 – Jednostranná n. neurčitá tříselná kýla bez neprůchodnosti n. gangrény

### **Medicínské diagnózy vedlejší:**

- E10.6 Diabetes mellitus 2. typu na PAD
- I10.0 Esenciální (primární) hypertenze
- Hyperlipoproteinémie

## VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

**Tabulka 2 Vitální funkce při přijetí**

<b>TK:</b> 140/80 mmHg	<b>Výška:</b> 185 cm
<b>P:</b> 72/min	<b>Hmotnost:</b> 97 kg
<b>D:</b> 16/min	<b>BMI:</b> 28,34
<b>TT:</b> 36,6 °C	<b>Pohyblivost:</b> dobrá
<b>Stav vědomí:</b> při vědomí, orientovaný časem, místem i osobou	<b>Krevní skupina:</b> AB +

**Nynější onemocnění:** 45letý muž přijatý k plánované operaci levostranné tříselné kýly laparoskopickou metodou. Problémy žádné nepocítuje, k lékaři ho donutila jít „bulka“ v oblasti třísla, kterou si nahmátl při hygieně.

**Informační zdroje:** informace byly čerpané z lékařské a sesterské dokumentace a z rozhovoru s nemocným.

## ANAMNÉZA

### **Rodinná anamnéza:**

**Matka:** ICHDKK, VAS-LS syndrom, desmoid

**Otec:** se léčí s hypertenzí

**Sourozenci:** 2 sestry, obě jsou zdravé

**Děti:** 2, dcera a syn, oba jsou zdraví

### **Osobní anamnéza:**

**Překonané a chronické onemocnění:** prodělal běžná dětská onemocnění, v dětství alergie na pyly, prach a roztoče, nyní již bez potíží, léčí se s hypertenzí a diabetem mellitem

**Hospitalizace a operace:** nemocný v předešlých letech nebyl nikdy hospitalizovaný, ani operovaný

**Úrazy:** na základní škole spadl z žebříku na zápěstí levé ruky, fraktura byla řešena sádrovou fixací za ambulantní léčby

**Transfuze:** nebyly nikdy podány

**Očkování:** povinná dětská očkování

**Léková anamnéza:**

**Tabulka 3 Léková anamnéza**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Lokren	tbl.	20 mg	1 – 0 - 1	antihypertezívum
Siofor	tbl.	1000mg	½ - 0 – ½	antidiabetikum
Atoris	tbl.	40mg	0 – 0 - 1	hypolipidemikum

**Alergologická anamnéza:** nemocný v dětství alergický na prach, pyly a roztoče, nyní bez alergie

**Abúzy:**

**Alkohol:** příležitostně

**Kouření:** 5-10 cigaret denně

**Káva:** pije 2-3 šálky denně

**Urologická anamnéza:** nemocný neudává žádné urologické obtíže, v rámci prevence provádí samovyšetření varlat

**Sociální anamnéza:**

**Stav:** ženatý, má dvě nezletilé děti, dceru a syna

**Bytové podmínky:** bydlí v rodinném domě na vesnici s manželkou a dětmi

**Vztahy, role a interakce v rodině:** vztahy v rodině jsou dobré, se svými sourozenci i rodiči se navštěvují

**Vztahy, role a interakce mimo rodinu:** vztahy na pracovišti jsou dobré, nemocný udává spoustu přátel i mimo ČR, se kterými se navštěvují

**Záliby:** nemocný rád jezdí na kole - rekreačně, rád cestuje, navštěvuje hory v letním období a zabývá se numismatikou

**Pracovní anamnéza:**

**Vzdělání:** střední integrovaná škola s maturitou

**Pracovní zařazení:** nyní pracuje jako dělník ve firmě CITO, dříve zaměstnán ve firmě v místě bydliště jako zedník, poté práce s počítačem ve firmě Wistron

**Vztahy na pracovišti:** nemocný se spolupracovníky má dobré vztahy, nekonfliktní

**Ekonomické podmínky:** dobré

**Spirituální anamnéza:**

**Religiózní praktiky:** nemocný je vyznáním křesťanského

**POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU** ze dne 18. 1. 2016

**Tabulka 4** Posouzení současného stavu

<b>Popis fyzického stavu:</b>		
<b>SYSTÉM:</b>	<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:</b>
<b>Hlava a krk:</b>	<i>Na bolesti hlavy netrpím, ani teď mě hlava nebolí.</i>	<p><b>Hlava:</b> normocefalická, pokleповě nebolestivá.</p> <p><b>Oči:</b> brýle ani kontaktní čočky nenosí, zornice jsou izokorické, oční kontakt udržuje, barva očního bělma v normě, spojivky přiměřeně prokrvené.</p> <p><b>Uši, nos:</b> bez sekrece a deformit.</p> <p><b>Dutina ústní:</b> rty jsou růžové, sliznice přiměřeně prokrvená, jazyk plazí středem, růžové barvy, chrup sanován, dutina dostatečně hydratována bez přítomnosti zápachu.</p> <p><b>Krk:</b> pohyblivý, souměrný, bez patologických nálezů, štítná žláza a lymfatické uzliny nezvětšené, pulzace karotid oboustranně hmatná.</p>
<b>Hrudník a dýchací systém:</b>	<i>Dýchá se mi dobře.</i>	<p><b>Hrudník:</b> bez deformit, symetrický, lipom v levé oblasti hrudníku spíše ventrálně.</p> <p><b>Dýchání:</b> čisté, bez chropů, spontánní, s pravidelnou frekvencí 16 dechů/minutu, saturace tkání kyslíkem je 98 %, bez nutnosti O<sub>2</sub> podpory.</p>
<b>Srdečně cévní systém:</b>	<i>Občas po ránu když rychle vstanu tak se mi zamotá hlava, ale po chvíli to přejde. Někdy se ctím být unavený, ale není</i>	<p><b>Srdeční akce:</b> pravidelná, dobře hmatná, frekvence 80 pulsů/minutu,</p> <p>TK: 130/80 torrů s pravidelnými ozvy</p> <p><b>Dolní končetiny:</b> bez zánětlivých</p>

	<i>to nic vážného.</i>	změn, varixů a otoků, pulzace hmatná <b>PŽK:</b> zavedena 17. 1. 2016 v periferní žíle předloktí levé horní končetiny, průchodná bez známek infekce. <b>Ošetrovatelský problém: riziko vzniku infekce z důvodu zavedené PŽK.</b>
<b>Břicho a GIT:</b>	<i>Břicho mě trochu bolí, ale není to tak hrozné jako hned po operaci. Na stolici jsem byl naposledy včera večer.</i>	<b>Břicho:</b> bolestivé, palpačně měkké, nadmuté, dobře prohmatné, poklep bubínkový. Incize bez známek zánětu, nekrvácející. Peristaltika přítomna. <b>Defekace:</b> poslední stolice 17. 1. 2016 večer, formovaná, bez patologických příměsí. <b>Ošetrovatelský problém: bolest břicha zapříčiněná operací</b>
<b>Močový a pohlavní systém:</b>	<i>S močením žádné problémy nemám. Asi před 10 lety jsem prodělal ledvinovou koliku, ale od té doby jsem bez potíží.</i>	<b>Genitál:</b> mužský, bez výtoků i jiných patologických změn. <b>Močový systém:</b> ledviny poklepově nebolestivé. Po operaci se nemocný spontánně vymočil, moč čirá a bez příměsí.
<b>Kosterní a svalový systém:</b>	<i>Bez problémů, po operaci jsem už vstával z lůžka se sestřičkou a žádné problémy nemám.</i>	<b>Kosterní systém:</b> bez deformit, páteř poklepově nebolestivá, klouby bez patologických projevů, normální postavení a držení těla, <b>Pohybový režim:</b> pohyblivost je omezená z důvodu bolestivosti operačního pole a šetřícího pohybového režimu jako prevenci pádu až do 24:00 hod.



		<b>Ošetrovatelský problém: zhoršená tělesná pohyblivost z důvodu pooperační bolesti</b>
<b>Nervový systém a smysly:</b>	<i>Žádné kompenzační pomůcky neužívám, vím, kde jsem hospitalizovaný i kolikátého dnes je. Akorát už mám hlad.</i>	<b>Orientace:</b> nemocný orientovaný časem, místem i osobou <b>Reflexy:</b> v normě <b>Smysly:</b> v normě, chuť zachovaná bez kompenzačních pomůcek <b>GSC:</b> 15
<b>Endokrinní systém:</b>	<i>Mám cukrovku, snažím se držet dietu (i když to někdy nejde) a užívám tablety. Hladinu cukru si doma sám měřím.</i>	Nemocný má diagnostikovaný diabetes mellitus 2. typu léčen a dietou a perorálními antidiabetiky (PAD). Štítná žláza nezvětšena, žádné jiné problémy s endokrinním systémem neudává. <b>Ošetrovatelský problém: riziko nestability hladiny glukózy v krvi</b>
<b>Imunologický systém:</b>	<i>V dětství jsem prodělal běžné dětské nemoci, trpěl jsem v dětství alergií na pyly, prach a roztoče, teď v dospělosti už žádné alergie nemám. Nachlazený bývám asi jako každý, občas nějaká chřipka.</i>	<b>Lymfatické uzliny:</b> nezvětšené, bez známek zánětu <b>TT:</b> 37,7 °C. <b>Alergie:</b> neudává.
<b>Kůže a její adnexa:</b>	<i>Na hrudníku mám lipom, ale není to prý nic nebezpečného, jinak žádné problémy nepociťuji.</i>	<b>Kůže:</b> prokrvená, kožní turgor fyziologický, bez patologických změn. Porušená kožní integrita z důvodu zavedené PŽK a operační rány po laparoskopické operaci. <b>Vlasy:</b> krátké, čisté <b>Ochlupení:</b> v normě, odpovídající

		<p>pohlaví</p> <p><b>Nehty:</b> v normě, krátce střížené</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> riziko infekce z důvodu poškozené tkáně, riziko krvácení</p>
--	--	---

**Tabulka 5** Aktivity denního života

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování:	<b>Doma</b>	<i>Držím diabetickou dietu, ale musím se přiznat, ne vždy, někdy prostě neodolám. Mám zvýšený cholesterol, tak se trochu hlídám a nejím moc živočišných tuků.</i>	Nelze hodnotit.
	<b>V nemocnici</b>	<i>Včera jsem tady dostal lehkou večeři, protože jsem byl před operací a od půlnoci jsem nic nejedl ani nepil. Dnes jsem dostal na večeři krupičnou kaši. Sice to moc nezasytilo, ale po celém dnu jsem se na večeři těšil.</i>	<p>Nemocný dodržuje diabetickou dietu č. 9, nechutenstvím netrpí, polykací potíže nemá. Jíst může od 18.00 hod. kašovitou stravu.</p> <p><b>BMI:</b> 28,34 nadváha s nižším až lehce zvýšeným zdravotním rizikem - váha 97 kg, výška 185 cm.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> riziko nevyvážené výživy více, než je potřeba organismu.</p>

<b>Příjem tekutin:</b>	<b>Doma</b>	<i>Od té doby, co jsem prodělal ledvinovou koliku tak tekutin vypiji dost, přesně nevím, ale přes 1,5 litru určitě. Radši si dám ochucenou vodu než čaj, a rád piju kávu.</i>	Nelze hodnotit.
	<b>V nemocnici</b>	<i>Od půlnoci jsem nic nejedl a nepil. Po operaci za nějaký čas mi pít povolili a na stůl mi dali konvici s čajem tak popíjím.</i>	Tekutiny toleruje, pít může bez omezení od 14:00 hod. pocit žízně v normě. Turgor kůže je v normě, nemocný si popíjí čaj sám.
<b>Vylučování moče:</b>	<b>Doma</b>	<i>Nemám žádné potíže s močením. Častost je podle toho co vypiji, např. po kávě chodím častěji.</i>	Nelze hodnotit.
	<b>V nemocnici</b>	<i>Ani tady nemám potíže s močením. Po operaci jsem dostal k posteli bažanta a musel jsem močit do něj a sestřičkám nahlásit v kolik jsem se vymočil poprvé od operace.</i>	Nemocný nemá žádné problémy s močením. Po operaci se vymočil bez problému.
<b>Vylučování stolice:</b>	<b>Doma</b>	<i>Na stolici chodím doma pravidelně, žádné potíže nemám.</i>	Nelze hodnotit.
	<b>V nemocnici</b>	<i>Naposledy jsem byl včera večer. Dneska jsem byl na operaci a ještě jsem na stolici nebyl. Větry mi odchází.</i>	Nemocný potíže s defekací nemá. Poslední stolice byla 17. 1. 2016, formovaná, bez příměsí.

<b>Spánek a bdění:</b>	<b>Doma</b>	<i>Problémy se spánkem nemám. V noci se nebudím, lehnu do postele a spím.</i>	Nelze hodnotit.
	<b>V nemocnici</b>	<i>V noci jsem nemohl usnout, ale to bylo asi spíš strachem z operace. Sestřička mi nabízela prášek, ale ten jsem si nevzal.</i>	Nemocný v noci nemohl usnout, hypnotika nevyžadoval. Po anestezii probdělou noc dospal, nyní je odpočatý. <b>Ošetrovatelský problém: porušený spánek z důvodu obav z operace</b>
<b>Aktivita a odpočinek:</b>	<b>Doma</b>	<i>Zabývám se numismatikou, takže relaxuji u mincí, nebo u televize u nějaké komedie. Rád cestuji a procházím se přírodou zejména v létě na horách. Tam si člověk pěkně odpočine.</i>	Nelze hodnotit.
	<b>V nemocnici</b>	<i>Moc dlouho tady nejsem, většinu času jsem zatím prospal. Máme tady televizi, ale moc se mi na ni dívat nechce. Dostávám infuze na bolest, tak spíš spím.</i>	Nemocný je soběstačný. Po návratu z operačního sálu pospával, a měl přísný klidový režim na lůžku. Před večerí vstával z lůžka s pomocí sestřičky, poté už jen šetrící pohybový režim.
<b>Hygiena:</b>	<b>Doma</b>	<i>Doma máme vanu i sprchový kout. Hygienu provádím podle potřeby, nejméně jednou denně.</i>	Nelze hodnotit.

	<b>V nemocnici</b>	<i>Zvládám sám, akorát si nemohu namočit rány, tak se jen omývám a hygiena mi akorát trvá delší dobu.</i>	Nemocný je soběstačný, hygienu zvládá sám bez pomoci. Vzhledem k šetřicímu klidovému režimu nutný doprovod do koupelny.
<b>Soběstačnost:</b>	<b>Doma</b>	<i>Vše zvládám sám.</i>	Nelze hodnotit.
	<b>V nemocnici</b>	<i>Po operaci jsem potřeboval trochu pomoci se vstáváním. Sestřičky mi převazují ránu, a všude mě doprovází, ale jinak jsem soběstačný.</i>	Nemocný dle Bartelova testu vykazuje lehkou závislost.

**Tabulka 6 Posouzení psychického stavu**

<b>Posouzení psychického stavu</b>			
	<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	
<b>Vědomí:</b>	<i>Jsem při vědomí, nemám pocit špatného vnímání.</i>	Nemocný je zcela při vědomí. GSC – 15.	
<b>Orientace:</b>	<i>Jsem v nemocnici po operaci tříselné kýly. Jmenuji se M. O. a dnes je 18. 1. 2016.</i>	Nemocný je orientovaný časem, místem i osobou.	
<b>Nálada:</b>	<i>Mám už po operaci, takže strach ze mne opadl. Všichni jsou tu okolo mě milý, takže náladu mám dobrou.</i>	Nemocný má dobrou náladu, komunikuje s personálem i s ostatními nemocnými na pokoji.	
<b>Paměť:</b>	<b>Staropaměť</b>	<i>Myslím, že mi ještě není tolik let, abych si nic nepamatoval. Z dětství, mládí i co bylo před týdnem, si pamatuji.</i>	Žádné problémy s vybavením si starších vzpomínek.
	<b>Novopaměť</b>	<i>Neuvědomuji si žádné problémy s pamětí.</i>	Pamatuje si vše, co se událo v předešlém dni.
<b>Myšlení:</b>	<i>Myšlení mám spíše logické.</i>	Nemocný chápe danou situaci,	

		rozumí všemu, co se děje.
<b>Temperament:</b>	<i>Sám o sobě si myslím, že jsem extrovert a sangvinik. Snažím se vyjít se všemi okolo mě. Mám hodně přátel, které s rodinou navštěvujeme a jezdíme na společné výlety.</i>	Nemocný je extrovert, optimista, s panující dobrou náladou, komunikuje, jak s ošetřujícím personálem, tak i s nemocnými na pokoji.
<b>Sebehodnocení:</b>	<i>Se svým životem jsem spokojený. Mám dobrou práci, skvělou rodinu i přátele, co víc si zatím přát.</i>	Nemocný je vyrovnaný, spokojený se svým životem.
<b>Vnímání zdraví:</b>	<i>Kromě té tříselné kýly, mám vysoký krevní tlak a cukrovku. Léky беру pravidelně i na kontroly chodím pečlivě. Cukrovka i vysoký tlak nemoci jsou, ale nebolí, takže mi ani nepřijde, že bych nemocný byl.</i>	Nemocný si uvědomuje vše, co se týče svého zdravotního stavu. Svě lékaře navštěvuje v pravidelných intervalech.
<b>Vnímání zdravotního stavu:</b>	<i>Zítřka za mnou přijde rehabilitační sestřička, která mě má říct, jak se mám chovat po operaci. Něco jsem se už dočetl na internetu, něco mi už řekli při příjmu na ambulanci. Víím, že teď budu muset se vyhýbat těžké fyzické zátěži a jiným, aby se mi zpět kýla nevrátila.</i>	Nemocný je o svém zdravotním stavu obeznámen ošetřujícím lékařem, edukován o režimu po operaci a částečně edukován o pohybovém režimu a aktivitách, kterým je nutné se vyhýbat.
<b>Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění:</b>	<i>Jsem rád, že už mám po operaci a nemusím se bát žádných komplikací s pojené jak s operací, tak se samotnou kýlou, kdybych na operaci</i>	Nemocný spolupracuje s ošetřujícím personálem. Je rád, že už má po operaci.

	<i>nešel.</i>	
<b>Reakce na hospitalizaci:</b>	<i>Dlouho tady nejsem a ani nebudu, ale je tu pěkné prostředí i příjemný personál. Jsem rád, že jsem zrovna v této nemocnici.</i>	Hospitalizaci vnímá dobře.
<b>Adaptace na onemocnění:</b>	<i>Asi teď budu na neschopence, protože dělám poměrně fyzicky těžší práci a to teď po operaci nemůžu. Snad neschopnost dlouho trvat nebude.</i>	Adaptace je přiměřená.
<b>Projevy jistoty a nejistoty</b>	<i>Snažím se myslet pozitivně, sice ležím v nemocnici, ale jsem v pořádku.</i>	Nemocný neprojevuje žádné obavy nebo pocity nejistoty.
<b>Zkušenosti z předcházejících hospitalizací</b>	<i>Nikdy v minulosti jsem hospitalizovaný nebyl, nebo si to aspoň nepamatuji.</i>	Nemocný nebyl v minulosti hospitalizován.

**Tabulka 7 Posouzení sociálního stavu**

<b>Posouzení sociálního stavu</b>			
		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Komunikace:</b>	<b>Verbální</b>	<i>Nemám žádné problémy s komunikací. Rád se bavím skoro s každým.</i>	Nemocný je velmi komunikativní, řeč je srozumitelná, bez žádných vad.
	<b>Neverbální</b>	<i>Nevím o žádném neverbálním projevu, který bych používal více než ostatní.</i>	Neverbální projevy jsou přiměřené.

<b>Informovanost:</b>	<b>O onemocnění</b>	<i>O svém zdravotním stavu jsem informovaný od ošetřujícího lékaře, od lékaře, který mě operoval i od sestřiček.</i>	Nemocný byl edukován o svém zdravotním stavu.
	<b>O diagnostických metodách</b>	<i>Byl jsem akorát na rentgenu, a po operaci mi měřili tlak. Vždy mě informovali, proč se mi provádí.</i>	Nemocný dostatečně informován o všech prováděných diagnostických metodách.
	<b>O specifikách ošetrovatelské péče</b>	<i>Musel jsem dnes dodržovat přísný klidový režim na lůžku, teď po večeri už můžu vstát z lůžka, ale jen za doprovodu sestry. Zítra to už bude lepší, už budu moct vstát sám.</i>	Nemocný zná specifika pooperačního režimu a dodržuje ho.
	<b>O léčbě a dietě</b>	<i>Jsem diabetik a před operací jsem místo prášku dostal infuzi s inzulinem, zítra bych měl dostat zase prášek. Po operaci mi pořád měřili glykémii, která byla v pořádku. Držím diabetickou dietu, která se mi v nemocnici drží líp jak doma, nemám tu pokušení zhřešit.</i>	Nemocný dlouhodobě drží diabetickou dietu č. 9. Po operaci dieta č. 0 – kašovitá. O léčbě i dietní režimu je nemocný informován.



	<b>O délce hospitalizace</b>	<i>Při příjmu mi sdělili, že hospitalizace bude trvat asi 3 dny, pokud nebudou žádné komplikace. Zatím žádné nejsou, tak doufám, že zítra půjdu domů.</i>	Nemocný informovaný o délce hospitalizace a možném propuštění do domácí péče.
<b>Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace:</b>	<b>Primární role</b>	<i>Jsem muž a mám 45 let.</i>	Bez obtíží, primární role neovlivněna.
	<b>Sekundární role</b>	<i>Mám dvě děti a ženu. Bydlíme v rodinném domě.</i>	Bez obtíží, sekundární role neovlivněna.
	<b>Terciální role</b>	<i>Rád chodím ven do přírody, bavím se s rodinou a přáteli. Mou zálibou je numismatika.</i>	Terciální role nyní ovlivněna hospitalizací.

### **Souhrn ošetrovatelských problémů ze dne 18. 1. 2016**

Z informací, které jsme zjistili z rozhovoru s nemocným, z pozorování a z dokumentace nemocného jsme dospěli a těmto aktuálním problémům. Akutní bolesti břicha zapříčiněné operací, zhoršenou tělesnou pohyblivostí z důvodu pooperační bolesti, porušený spánek ze strachu z operace, narušená celistvost kůže vzhledem k zavedenému invazivnímu vstupu a léčebné operační metodě.

Dále jsme dospěli k několika hrozícím problémům. Mezi tyto hrozící problémy patří: riziko vzniku infekce a krvácení z důvodu zavedené PŽK a poškozené tkáně, riziko nestabilní hladiny glukózy v krvi a riziko nevyvážené výživy více než je potřeba organismu, riziko pádu v souvislosti se slabostí, riziko vzniku tromboembolické nemoci.

## MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

### Ordinovaná vyšetření: 17. 1. 2016

#### ○ EKG

**Výsledek:** sinusový rytmus, srdeční rytmus 68/min., osa intermediální., p.z. V2-V3, převodní intervaly v normě, PQ 0,12, QRS 0,08, ST bez patologických denivelací, T ploché ve III., VI, fyziologický nález.

#### ○ Anesteziologické konzílium

**Výsledek:** nemocný t.č. kardiopulmonálně kompenzován, s přidruženými chorobami: DM 2. typu na PAD a hypertenze. Lab. v normě jen gly 8,8 + glykosurie, nemocný bude lačný, bez akutního infektu. Nemocný schopen celkové anestezie s vyšším rizikem. Večerní premedikace po 21:00 hod. podat Lexaurin 3 mg 1 tbl p.o. Před výkonem změřit hladinu glykémie, dle její hladiny podat G10% 500 ml + ...j. HMR i.v. (počet jednotek HMR určí ošetřující lékař, dle aktuální hodnoty glykémie). Dále TK podat v 8:00 hod. Lokren 20 mg ½ tbl. Premedikace v den operace: Lexaurin 3 mg 1tbl. p.o. Běžná prevence TEN – bandáže + nízkomolekulární heparin (LMWH) v profylaktické dávce do plné mobilizace.

### Ordinovaná vyšetření: 18. 1. 2016

#### ○ Odběry glykémie 3x denně

**Výsledky:** hladina glykémie před operací - 9,4; po příjezdu nemocného z operačního sálu – 6,5; odpoledne před večeří hladina glykémie – 7,8.

#### ○ Měření TK a P

**Výsledky:** Hodnota krevního tlaku v 6:30 hod. 135/90 mmHg a 70 pulzů/minutu, před odjezdem na operační sál 130/75 mmHg. Během operace byl nemocnému pravidelně po 5 minutách měřen TK, a zapsán do anesteziologického záznamu. Po operaci měřen nemocnému TK po 30 minutách 2 hodiny a následně 1x za hodinu. Naměřené hodnoty krevního tlaku byly zapsány do akutní karty nemocného.

**Tabulka 8 Hodnoty TK po operaci**

Hodina	Hodnota TK	Hodnota P
12:00	148/70 mmHg	71/min.
12:30	136/85 mmHg	62/min.

<b>13:00</b>	130/83 mmHg	71/min.
<b>13:30</b>	122/82 mmHg	68/min.
<b>14:00</b>	128/80 mmHg	70/min.
<b>15:00</b>	130/75 mmHg	75/min.

- Ranní hodnoty fyziologických funkcí

**Výsledky:** Hodnota TK 135/90 mmHg, P 70', TT 36,6 °C, SpO<sub>2</sub> 98 %, D 16', všechny hodnoty v mezích normy.

- Krevní odběry

**Tabulka 9 Laboratorní výsledky**

Parametry	Výsledná hodnota 18. 1.	Výsledná hodnota 19. 1.	Referenční meze
<b>Hematologické vyšetření krve</b>			
Hemoglobin (Hb)	131	138	130 – 175 g/l
Erytrocyty (Ery)	4,22	4,40	4,2 – 5,6 x 10 <sup>12</sup> /l
Leukocyty (Leu)	7,4	<b>11,2</b>	4 – 10 x 10 <sup>9</sup> /l
Hematokrit (Hmt)	0,381	0,389	0,4 – 0,54
Trombocyty	165	152	150 – 350 x 10 <sup>9</sup> /l
Neutrofilý – segmenty	0,640	0,645	0,25 – 0,56
Lymfocyty	0,278	0,155	0,15 – 0,3
Střední objem Ery	90,3	88,4	80 – 94 fl
Konc. Hb v Ery	344	355	310 – 370 g/l
Střední obsah Hb	31	31,4	28 – 34 pg
Distribuční šíře Ery	12,7	12,7	8 – 17 %
Distribuční šíře trombocytů	13,5	12,6	9 – 17 fl
Střední objem trombocytů	10,6	10,10	7 – 11 fl
Podíl velkých trombocytů	0,305	0,265	0,12 – 0,35
<b>Biochemické vyšetření krve</b>			
Bilirubin	10,2	18,9	3,0 – 20,5 μmol/l
Alaninaminotransferáza	0,52	0,35	0,15 – 0,78 μkat/l
Asparátaminotransferáza	0,29	0,20	0,22 – 0,87 μkat/l

Alkalická fosfatáza	1,4	1,1	0,90 – 2,29 $\mu$ kat/l
Gamaglutamyltransferáza	0,31	0,3	0,25 – 1,77 $\mu$ kat/l
alfaAmyláza	1,2	0,5	0,30 – 1,5 $\mu$ kat/l
Laktát dehydrogenáza	2,7	-	2,2 – 7,7 $\mu$ kat/l
Kreatinkináza	2,9	-	0,58 – 3,8 $\mu$ kat/l
Urea	6,2	3,3	1,7 – 8,3 mmol/l
Kreatinin	94	73	44 – 114 $\mu$ mol/l
Kyselina močová	292	-	140 – 420 $\mu$ mol/l
Natrium	142	139	132 – 145 mmol/l
Kalium	4,5	3,7	3,8 – 5,1 mmol/l
Chloridy	105	101	97 – 109 mmol/l
Kalcium	2,3	2,4	2,05 – 2,9 mmol/l
Magnesium	0,61	0,56	0,74 – 0,99 mmol/l
Fosfáty	1,27	1,35	0,81 – 1,58 mmol/l
Cholesterol	3,79	4	2,9 – 5,0 mmol/l
Cholesterol HDL	1,1	1,5	1,2 – 3,0 mmol/l
Cholesterol LDL	1,8	1,7	1,2 – 3,0 mmol/l
Triaglyceridy	<b>1,96</b>	<b>1,86</b>	0,45- 1,7 mmol/l
Celková bílkovina	71	-	64 – 82 g/l
Albumin	41,2	-	35 – 53 g/l
Glukóza	<b>9,4</b>	<b>7,8</b>	3,8- 5,6 mmol/l
C-reaktivní protein	1,0	1,8	0,0 – 3,0 mg/l

#### Ordinovaná vyšetření: 19. 1. 2016

- Hladina glykémie 3x denně

**Výsledky:** hodnota ranní glykémie 7,8; hodnota polední glykémie 9,0. Večerní glykémie neměřena, nemocný byl v odpoledních hodinách propuštěn do domácí péče.

- Měření TK 3x denně

**Výsledky:** ranní hodnota krevního tlaku 145/80 mmHg a 78 pulzů/min. Odpolední hodnota TK 138/85 mmHg a 75 pulzů/min. Večerní TK neměřen, z důvodu propuštění nemocného do domácí péče.

- Krevní odběry

**Výsledky:** viz tabulka 9

### Konzervativní léčba:

**Dieta:** 17. 1. – diabetická d. č. 9

18. 1. – nic p. o., od 14:00 hod. – čajová d. č. OS, od 18:00 hod. kašovitá, diabetická d. č. 0/9

19. 1. – diabetická šetřící d. č. 9S.

**Pohybový režim:** 17. 1. – volný pohybový režim

18. 1. – od 12:00 do 18:00 hod. přísný klidový režim na lůžku  
od 18:00 do 24:00 hod. klidový režim na lůžku

19. 1. – klidový režim

**Fyzioterapie:** 18. 1. nácvič posazování a vstávání z lůžka, dopomoc při první chůzi po operaci, nácvič sebeobsluhy a edukace o pohybovém režimu a fyzických aktivitách po operaci.

**Výživa:** per os, v den operace tj. 18. 1. lačnění do 14:00 hod.

### Medikamentózní léčba:

**Per os:**

**Tabulka 10 Perorální medikace**

Název léku	Denní dávkování	Indikační skupina	Den
<b>Siofor 1000mg</b>	½ – ex – ex	antidiabetikum	17. 1.
	1 – 0 – 1		19. 1.
<b>Lokren 20mg</b>	1 – 0 – 0	antihypertenzívum	17. a 19. 1.
	½ - 0 – 0		18. 1.
<b>Atoris 40 mg</b>	0 – 0 - 1	hypolipidemikum	17. 1., 18. 1. a 19. 1.
<b>Lexaurin 3mg</b>	1 tbl	anxiololytikum	17. 1. v 21:00 hod. 18. 1. v rámci premedikace
<b>Paralen 500mg</b>	2 – 2 – 2	analgetikum	19. 1.

**Intravenózní:**

**G 10% 500ml + 8j. HMR** – 18. 1. v 8:00 hod.

**Plasmalyte 1000 ml** – 18. 1. – nemocný přijel s infuzí z operačního sálu, infuze nemocnému odpojena v 12:00 hod.

**Novalgin 1 amp + 100 ml FR** – 18. 1. v 12:30 hod., 19. 1. v 2:30 hod.

**Perfalgan 1g** – 18. 1. v 18:30 hod.

**Subkutánní podání:**

**Zibor 2500j.** – od 18. 1. v 19:00 hod., dále po dobu 5 dnů aplikace 1x denně.

**Inzulín HMR** – 18. 1. v 17:30 hod. 6j. HMR

**Tabulka 11 Lékové skupiny podaných léčiv**

<b>Název léčiva</b>	<b>Indikační skupina</b>
<b>Glukóza</b>	infundibilium, cukr
<b>HMR</b>	krátkodobě působící inzulín
<b>Plasmalyte</b>	infundibilium
<b>Novalgin</b>	analgetikum
<b>Fyziologický roztok</b>	infundibilium
<b>Perfalgan</b>	analgetikum
<b>Zibor</b>	antikoagulancium
<b>Inzulín HMR</b>	krátkodobě působící inzulín

**Chirurgická léčba:**

Dne 18. 1. 2016 v 10:00 hod. podstoupil nemocný operaci levostranné tříselné kýly laparoskopickou metodou za celkové anestezie.

## SITUAČNÍ ANALÝZA ze dne 18. 1. 2016 (2 den hospitalizace, den operace)

Ráno se nemocný připravoval na operaci, GCS 15 bodů – nemocný byl při vědomí, spolupracoval, komunikoval. V 6:30 hodin mu byly změřeny fyziologické funkce (hodnota TK 135/90 mmHg, P 70', D 16', SpO<sub>2</sub> 98 %, TT 36,6 °C) a hladina glykémie 9,4. V 7:00 – 7:30 hodin nemocný provedl ranní hygienu a poté došlo k přípravě operačního pole (oholení operačního pole a očištění pupku lihobenzínem). V 7:30 – 8:00 hodin byla prováděna na oddělení lékařská vizita. Nemocný byl informovaný o časovém termínu začátku operace a jeho průběhu. Následně byly dle hodnot TK a glykémie podány antihypertenziva a infuze tzv. vykrytá glukóza. V 9:00 se byl nemocný poučen o podávání premedikace a nutnosti zůstat na lůžku. V 9:30 hodin byl odvezen na operační sál.

Nemocný dojel ze sálu v 11:50 hodin s infuzí - Plasmalytu 1000ml. Dle ordinace lékaře byl nemocnému měřen TK každých 30 minut po dobu 2 hodin a následně 1x za hodinu po dobu 1 hodiny. Nemocný uváděl bolesti operační rány (dle hodnotící škály VAS stupeň bolesti 7), po podání analgetik, dle ordinace lékaře se bolest zmírnila (dle hodnotící škály VAS stupeň bolesti 3). Nemocný byl poučen o přísném klidovém režimu na lůžku a zákazu nepodávat nic p.o. Ve 14:00 hodin nemocný mohl přijímat tekutiny. Tekutiny zvládl popíjet bez problémů sám a polykací potíže neměl. Lékař nemocnému od 18:00 naordinoval dietu č. 0/9 – kašovitá, diabetická. Před večeří byla nemocnému změřena hladina glykémie 7,8 a dle ordinace lékaře podán inzulin 5j. HMR s.c. Od 18:00 měl nemocný jen šetřící režim na lůžku, před večeří vstával z lůžka pomocí sestry. Vzhledem k pooperačnímu stavu je nutná dopomoc při denních i nočních hodinách, nemocný o této nutnosti dopomoci informován.

Zavedený invazivní vstup (PŽK), nejevil známky infekce, operační rána nekrvácí. Nemocný předešlou noc spával, ráno se necítil odpočatě. Po operaci téměř celý den prospal, večer se cítil více odpočatě a v noci spal bez problémů. Nemocný se cítí dobře, nemá žádné již žádné obavy a těší se do domácího prostředí.

## **Stanovení ošetrovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit**

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dle Taxonomie II NANDA international 2012 – 2014.

### **Aktuální ošetrovatelské diagnózy:**

1. Akutní bolest břicha z důvodu operace, projevující se verbalizací, mimikou a stupněm č. 7 na hodnotící škále bolesti VAS
2. Zhoršená pohyblivost z důvodu pooperační bolesti a ordinovaného léčebného režimu
3. Narušená celistvost kůže a tkáně vzhledem k zavedenému invazivnímu vstupu a léčebné operační metodě
4. Porucha spánku ze strachu z nastávající operace
5. Částečná soběstačnost ve vykonávání denních činností (vyprazdňování, hygiena)

### **Potencionální ošetrovatelské diagnózy:**

1. Riziko infekce z důvodu porušené kožní integrity a zavedenému invazivnímu vstupu (PŽK)
2. Riziko krvácení
3. Riziko pádu v souvislosti se slabostí
4. Riziko vzniku tromboembolické nemoci
5. Riziko nestabilní hladiny glukózy v krvi
6. Riziko nevyvážené výživy, více než je potřeba organismu



## Ošetřovatelská diagnóza č. 1

### Akutní bolest - 00132

**Doména 12:** komfort

**Třída 1:** tělesný komfort

**Definice:** *nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné až po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců (NANDA, 2013, s. 498).*

#### Určující znaky:

- Bolest
- Hledání antalgické polohy
- Výraz obličeje (zamračený, zkroušený pohled)
- Pozorované známky bolesti
- Číselný záznam (slovní vyjádření intenzity bolesti na hodnotící škále bolesti VAS)

#### Související faktory:

- Operační rána po laparoskopické operaci tříselné kýly

**Priorita:** vysoká

**Cíl krátkodobý:** nemocný udává po podání analgetické léčby snížení bolesti nejméně o 3 stupně na hodnotící škále bolesti do 2 hodin.

**Cíl dlouhodobý:** nemocný nepotřebuje na odstranění bolesti žádná silná analgetika při propuštění z nemocnice.

#### Očekávané výsledky:

- Nemocný zná příčinu bolesti do 30 minut.

- Nemocný pociťuje úlevu od bolesti po podání analgetik do 1 hodiny.
- Nemocný je schopen zaznamenávat intenzitu bolesti do 30 minut.
- Nemocný ovládá metody zmírňující intenzitu bolesti od 3. dne hospitalizace.
- Nemocný zná možné nežádoucí účinky analgetik, které subjektivně sleduje do 1 hodiny od podání.

#### **Plán intervencí:**

1. Zhodnot' ve spolupráci s nemocným při vzniku bolesti lokalizaci, charakter, intenzitu, nástup trvání a proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace. (Při bolesti) sestra.
2. Edukuj nemocného o hodnotící škále bolesti VAS. Sestra.
3. Změny v intenzitě bolesti – její zvýšení, hlas lékaři. (Vždy) Sestra.
4. Doporuč nemocnému antalgickou polohu. Sestra, ošetrovatelka.
5. Podávej analgetickou léčbu dle ordinace lékaře a proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace. Sestra.
6. Sleduj v pravidelných intervalech účinek podaných analgetik ve spolupráci s nemocným. Sestra.
7. Sleduj možné nežádoucí účinky podaných analgetických léků. Sestra.
8. Zajisti klidné, dobře provětrané prostředí a pohodlí nemocného. Sestra, ošetrovatelka.
9. Sleduj fyziologické funkce při vzniku bolesti. Sestra
10. Akceptuj nemocného subjektivní hodnocení bolesti. Sestra.

#### **Realizace:**

##### **18. 1. 2016**

- 12:20 nemocný udává bolesti břicha o intenzitě č. 7, na hodnotící škále bolesti od 0-10.
- 12:22 kontrola fyziologických funkcí (TK 136/85 mmHg, P 62', TT 36,7 °C).
- 12:30 aplikován nemocnému dle ordinace lékaře 1 amp. Novalginu ve 100ml Fyziologického roztoku.
- 12:33 doporučena nemocnému antalgická poloha.
- 13:00 kontrola intenzity bolesti, nemocný udává úlevu od bolesti, hodnotí na škále bolesti č. 4, TK 130/75 mmHg, P 65', TT 36,6 °C.
- 13.30 odpojení infuzní terapie a kontrola intenzity bolesti, nemocný udává úlevu od bolesti, hodnotí na škále bolesti č. 3 a v klidu pospává.

- 18:00 nemocný udává vzestup bolesti o intenzitě č. 5 na stupnici VAS, nemocný uložen na lůžko a doporučena antalgická poloha.
- 18:20 kontrola intenzity bolesti, nemocný udává intenzitu bolesti č. 8, kontrola fyziologických funkcí (TK 140/90 mmHg, P 76', TT 36,6 °C).
- 18:30 dle ordinace lékaře podán Perfalgan 1g i.v., TK 130/75 mmHg, P 70', TT 36,6 °C.
- 19:00 kontrola intenzity bolesti, nemocný udává úlevu od bolesti intenzitou č. 4.
- 19:45 odpojení infuzní terapie a kontrola intenzity bolesti, nemocný udává úlevu od bolesti intenzitou č. 2.
- Kontrola intenzity bolesti prováděna každou hodinu a záznam veden do ošetrovatelské dokumentace. Pokud nemocný spí, není buzen.

### **19. 1. 2016**

- 2:20 nemocný probuzen bolestmi břicha o intenzitě č. 7, nemocný nalezen v úlevové poloze.
- 2:30 nemocnému dle ordinace lékaře podána 1 amp. Novalginu ve 100ml Fyziologického roztoku.
- 3:00 nemocný spí, není buzen.
- 3:45 odpojena nemocnému infuze, nemocný udává ústup bolesti, na škále udává č. 0.
- 8:00 při podávání ranních léků udává nemocný intenzitu bolesti č. 3.
- Po celý den sledování bolesti v pravidelných intervalech a zaznamenávání do ošetrovatelské dokumentace.

### **Hodnocení:**

Krátkodobý cíl byl splněn. Nemocnému se po podání analgetik – 1amp. Novalginu ve 100ml Fyziologického roztoku částečně ulevilo. Nemocnému byla vysvětlena příčina jeho bolesti i jeho přibližná doba trvání, dále byl edukován o hodnotící škále VAS, kterou po dobu hospitalizace používal. Nemocný byl informován o možnosti a účinnosti antalgické polohy, kterou v případě nutnosti zaujímal. Nemocný spolupracoval, bezproblémově komunikoval o svém zdravotním stavu a dodržoval léčebný režim.

Dlouhodobý cíl byl splněn. Nemocný v den propuštění do domácí péče nepotřebuje užívat silná analgetika. Dle potřeby má předepsaný paralen, který může při vzniku bolesti brát.

## Ošetřovatelská diagnóza č. 2

**Narušena integrita kůže – 00046 a narušená integrita tkáně - 00044**

**Doména 11:** bezpečnost/ochrana

**Třída 2:** fyzické poškození

**Definice:** *změna v epidermis anebo dermis (NANDA, 2013 s. 454). Poškození sliznice, rohovky, kůže anebo podkožních tkání (NANDA, 2013, s. 461).*

### Určující znaky:

- Narušení kožního povrchu
- Poškozená tkáň

### Související faktory:

- Mechanické faktory
- Změněný oběh

**Priorita:** vysoká

**Cíl krátkodobý:** nemocný bude mít dostatečně prokrvenou a hydratovanou pokožku v místě narušené kožní integrity bez známek infekce.

**Cíl dlouhodobý:** nemocný bude mít opět neporušenou kožní integritu.

### Očekávané výsledky:

- Nemocný chápe nutnost zavedení invazivního vstupu (PŽK) do 30 minut.
- Nemocný chápe nutnost dodržování režimu při procesu hojení do 30 minut.
- Nemocný pečuje o pokožku a udržuje ji v čistotě a suchu každý den.
- Proces hojení probíhá bez známek infekce do 1 týdne.
- U nemocného dojde k obnovení kožní integrity v místě zavedení invazivního vstupu (PŽK) do 5 dnů a v místě chirurgického výkonu do 14 dnů.

**Plán intervencí:**

1. Edukuj nemocného o nutnosti zavedení invazivního vstupu a péči o něj a o nutnosti hlášení ošetřujícímu personálu případné změny. Sestra.
2. Pravidelně ve spolupráci s nemocným kontroluj místo vpichu invazivního vstupu a jeho funkčnost. (Vždy) Sestra.
3. Udržuj okolí operační rány a invazivního vstupu v suchu, dle ordinace lékaře prováděj aseptické převazy a sleduj proces hojení operační rány. Sestra.
4. Edukuj nemocného o zásadách hygienické péče v okolí narušené integrity kůže. Sestra.
5. Předcházej vzniku infekce. (Vždy) Sestra.
6. Veď pravidelný záznam o péči o invazivní vstup a operační ránu do ošetrovatelské dokumentace. (Denně) Sestra.

**Realizace:****17. 1. 2016**

- 15:15 nemocný edukován sestrou o nutnosti zavedení PŽK a jejím ponechání po nezbytně nutnou dobu.
- 15:20 za aseptických podmínek zavedena PŽK do předloktí levé HK.
- 15:25 nemocný edukován sestrou o péči zavedené kanyly.

**18. 1. 2016**

- V 7:50 proveden převaz krytí zavedené kanyly, kontrola okolí místa vpichu a kontrola její funkčnosti.
- 12:00 provedena kontrola místa vpichu, funkčnost kanyly, krytí a krvácení operační rány.
- 15:00 kontrola krytí operační rány, edukace nemocného o nutnosti hlášení případného krvácení z operační rány.

**19. 1. 2016**

- V 7:30 proveden převaz invazivního vstupu a operační rány za aseptických podmínek, bez známek infekce a krvácení.
- 7:40 nemocný edukován o péči operační rány, hygieně a péči o pokožku v okolí

operační rány.

- 13:00 za aseptických podmínek odstraněna kanyla, místo vpichu bez známek infekce, ošetřena sterilním krytím.

### **Hodnocení:**

Krátkodobý cíl byl splněn. Po dobu hospitalizace byla pravidelně sledována místa porušené kožní integrity a za aseptického přístupu ošetřována. Nemocný dodržoval doporučené postupy při ošetřování pokožky, pokožka byla dostatečně hydratovaná a prokrvená.

Dlouhodobý cíl byl splněn. Místo vpichu PŽK bylo klidné, bez známek infekce. Operační rána se hojila bez komplikací. Další sledování hojení rány sledováno cestou ambulantních návštěv, kdy rány byly klidné, hojení probíhalo bez komplikací.

### **Ošetřovatelská diagnóza č. 3**

#### **Zhoršená tělesná pohyblivost - 00085**

**Doména 4:** aktivita/odpočinek

**Třída 2:** aktivita/cvičení

**Definice:** *omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin*  
(NANDA, 2013, s. 230)

#### **Určující znaky:**

- Snížená rychlost reakce
- Zpomalený pohyb

#### **Související faktory:**

- Bolest
- Naordinované omezení pohybu
- Snížení svalové síly

**Priorita:** střední

**Cíl krátkodobý:** nemocný má zajištěnou dopomoc po celou dobu hospitalizace.

**Cíl dlouhodobý:** nemocný se pohybuje před propuštěním do domácí péče bez omezení.

#### **Očekávané výsledky:**

- Nemocný chápe nutnost dodržování omezeného pohybu do 30 minut.
- Nemocný chápe nutnou dopomoc při pohybu do 30 minut.
- Nemocný dodržuje léčebný režim – omezení pohybu do 1 dne.
- Nemocný má zachovanou sílu a pohybuje se bez omezení do 2 dnů.

**Plán intervencí:**

1. Zhodnot' úroveň soběstačnosti nemocného a riziko pádu. Sestra.
2. Edukuj nemocného o nutnosti omezení pohybu a prevenci pádu. Sestra.
3. Zajisti bezpečnost nemocnému při pohybu, zajištěním dopomoci, zabráněním pohybu na kluzké podlaze, zajištěním potřebných pomůcek na jeho dosah. (Vždy) Sestra, ošetřovatelka.
4. Zajisti aktivizaci a rehabilitaci nemocného. Sestra, rehabilitační sestra.
5. Ved' pravidelný záznam do ošetřovatelské dokumentace. Sestra, rehabilitační sestra.

**Realizace:****18. 1. 2016**

- Od 12:00 do 18:00 měl nemocný přísný klidový režim na lůžku, nemocný edukován o nutnosti klidového režimu a jeho dodržování, všechny potřebné pomůcky (signalizační zařízení, močová láhev aj.) nemocnému podány na jeho dosah.
- Od 18:00 do 24:00 měl nemocný šetřící klidový režim, po celou dobu byl nemocnému zajištěn dopomoc a nemocný byl edukován o nutnosti dopomoci při jakékoliv činnosti a prevenci pádu.
- Nemocný byl posouzen dle Bartelova škály soběstačnosti a vyhodnocen jako lehká závislost.
- V 18:00 nemocný za pomoci sestry po operaci poprvé vstával z lůžka, dodržoval rad sestry i nutnou dopomoc.

**19. 1: 2016**

- V 9:00 proběhla rehabilitace s rehabilitační pracovnící a edukace o pohybovém režimu v době hojení operační rány
- V 11:45 dle Bartelova škály nemocný vyhodnocen jako soběstačný.
- Vše bylo pravidelně zaznamenáváno do ošetřovatelské dokumentace nemocného.

**Hodnocení:**

Krátkodobý cíl byl splněn. Nemocný měl po celou dobu hospitalizace zajištěnou dopomoc. Nemocný byl o dopomoci sestry edukován, pomoc využíval a nedošlo k žádnému úrazu.

Dlouhodobý cíl byl splněn. Nemocný se v posledním dnu hospitalizace pohybuje bez omezení. Nemocný dle Bartelova škály soběstačnost je vyhodnocen jako soběstačný.



## **Celkové zhodnocení hospitalizace nemocného**

Nemocný byl hospitalizovaný za účelem chirurgické léčby levostranné tříselné kýly. Hospitalizace začala 17. 1. 2016 a skončila 19. 1. 2016. Chirurgická léčba byla provedena 18. 1. laparoskopickým ošetřením tříselné kýly. Po dobu hospitalizace byly stanoveny u nemocného 5 aktuální ošetřovatelské diagnózy a 6 potenciálních.

Z celkových 11 stanovených ošetřovatelských diagnóz byly rozpracovány tři. První ošetřovatelskou diagnózou byla akutní bolest, která byla spojena s operační léčbou kýly. Další ošetřovatelskou diagnózou byla porušená celistvost kůže a tkáně v souvislosti se zavedenou nitrožilní kanylou a operační ránou. Poslední rozpracovanou diagnózou byla zhoršená tělesná pohyblivost spojená s léčebným režimem a sníženou fyzickou silou po operaci. U všech diagnóz byly stanoveny cíle, kterých dle naplánovaných, prováděných intervencí a spolupráci nemocného, bylo dosaženo.

Nemocný byl hospitalizovaný jako zcela soběstačný, orientovaný, spolupracující. Během hospitalizace, vlivem operační léčby, se nemocný stal částečně soběstačným s nutnou dopomocí sestry. Dopomoc nemocný potřeboval v době přísného klidového režimu především ve vyprazdňování. Po dobu šetrícího klidového režimu nemocný potřeboval dopomoc při vstávání z lůžka a chůzi, kdy ošetřující personál sloužil spíše jako dohled nemocného. První den po operaci navštívila nemocného rehabilitační pracovnice, která s nemocným rehabilitovala a následně ho edukovala o pohybovém režimu, který je nutný dodržovat po operaci tříselné kýly. Během krátké doby se nemocný aktivizoval a do domácí péče byl propuštěný první pooperační den večer, opět jako zcela soběstačný.

Po dobu hospitalizace byl nemocný spolupracující, dodržoval předepsaného léčebného režimu a doporučení ošetřujícího personálu. Při propuštění do domácí péče byl edukován ošetřujícím lékařem o pohybovém režimu, kterého by se měl v následujících 6 týdnech držet a kterým činností se vyhýbat. Dále byl nemocný edukován o komplikacích, které by se mohli vyskytnout a nutnosti při jejich výskytu se co nejdříve dostavit zpět do nemocnice. Nemocnému byly předány dokumenty o hospitalizaci s datem, kdy se dostaví na kontrolu do ambulance a následně v doprovodu rodiny odešel do domácího prostředí.

## DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě studia odborné literatury, poznatků a zkušeností v péči o nemocného po operaci tříselné kýly laparoskopickou metodou, předkládáme doporučení pro pacienty, rodinu a nelékařský zdravotnický personál.

Je důležité, aby se zdravotnický personál neustále vzdělával ve svém oboru a využíval nejlepší dostupné postupy v péči o nemocného. Velmi důležitým aspektem je nemocnému předat veškeré informace o jeho zdravotním stavu a jeho chování v období hojení rány.

### Doporučení pro nemocného

#### Hygienická péče:

- Do třetího dne po operaci operační ránu neomývat. Rány sterilně ošetřovat a překrýt krycím materiálem.
- Od třetího dne do vytáhnutí stehů, lze ránu krátce osprchovat vodou a ponechat bez krycího materiálu.
- Koupele jsou možné až po úplném zhojení operační rány. Do té doby se pouze sprchovat.
- Jizvy po operační ráně jsou vhodné mazat mastí, nebo nesoleným domácím sádlem.

#### Tělesná aktivita:

Rekonvalescence po laparoskopické operaci tříselné kýly je 2- 3 týdny. Po tuto dobu by měl nemocný dodržovat určitá pravidla.

- V průběhu prvního týdne po operaci je vhodná postupná fyzická zátěž, jako jsou procházky.
- Po dobu úplného zhojení vyhýbat se zvedání těžších břemen.
- Po úplném zhojení přiměřeně zvyšovat fyzickou aktivitu a při zvedání těžších břemen zapojit zádové svalstvo.

**Obecné zásady:**

- Pravidelná péče o pokožku v okolí rány.
- Omezit potraviny s vysokým obsahem cholesterolu.
- Pravidelný dostatek tekutin 2l.
- Vyvarovat se stresu.
- Jíst v klidu a v pravidelných menších porcích.
- Dostatek spánku.
- Dodržovat doporučené návštěvy lékaře a dodržovat jeho pokyny.

**Důležité upozornění:**

V případě jakýchkoliv změn, které způsobí bolest nebo dyskomfort v oblasti operační rány, je důležité obrátit se na lékařskou pomoc.

**Doporučení pro rodinu nemocného**

- Nemocného psychicky podporovat.
  - Zapojit se s nemocným do pohybové aktivity.
  - Nemocného fyzicky nepřetěžovat.
  - Zapojit nemocného do běžných denních činností.

**Doporučení pro nelékařský zdravotní personál**

- Podávat příslušné informace nemocnému dle svých stanovených kompetencí, v případě zajistit podávání informací od lékaře.
- Informace podávat tak, aby jim nemocný rozuměl a jejich zjištění zpětnou vazbou.
- Dostatek vzdělávání a získávání nových informací o ošetrovatelské péči o nemocné po této chirurgické terapii.
- Věnovat se potřebám nemocným.
- Dostatečná komunikace a spolupráce s nemocným a jeho rodinou.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči u nemocného po operaci tříselné kýly laparoskopickou metodou. Cílem bylo přiblížit problematiku tříselných kýl, poskytnou informace o jejich léčebné metodě a ošetrovatelské péči.

Teoretická část se podrobněji věnuje problematice tříselné kýly. Definiuje onemocnění, popisuje možné příčiny vzniku, klinické příznaky a diagnostiku. V dalších částech se popisuje možná terapie tříselných kýl, která je jednoznačně chirurgická, ale rozdíl je ve zvolených chirurgických metodách. Práce popisuje všechny tyto metody a zaměřuje se více na metodu laparoskopickou. Další kapitola teoretické části se věnuje specifikám ošetrovatelské péče. Popisuje základní speciální a intenzivní ošetrovatelskou péči o nemocného po operaci tříselné kýly laparoskopickou metodou.

V praktické části je popsána ošetrovatelská péče o nemocného po laparoskopické operaci tříselné kýly. Proces začal sběrem informací o nemocném, ze kterých byly následně sestaveny aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy. Tyto diagnózy byly seřazeny ve spolupráci s nemocným dle jejich priorit. Vybrané tři ošetrovatelské diagnózy byly podrobně rozpracovány. Obsahují určující a specifické znaky, krátkodobý a dlouhodobý cíl, očekávané výsledky, plán intervencí, realizaci a hodnocení.

Cíl práce byl splněn.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANON, 2011. *Technologický klinický standard ošetření tříselné kýly*. [online]. Národní referenční centrum [cit. 2015-11-25]. Dostupné z: [https://kvalita.nrc.cz/standarty/IGA10650-3/02-Prilohy/Standarty/HERNING\\_ODBORNA.pdf](https://kvalita.nrc.cz/standarty/IGA10650-3/02-Prilohy/Standarty/HERNING_ODBORNA.pdf).

ANON, 2014a. *Tříselná kýla*. [online]. Kýlní centrum Praha [cit. 2015-12-07]. Dostupné z: <http://www.egk.cz/www/cz/triselna-kyla.phtml>

ANON, 2014b. *Centrum pro léčbu kýl*. [online]. Palas-athena, klinika jednodenní chirurgie [cit. 2015-11-21]. Dostupné z: <http://www.palas-athena.cz/products/centrum-pro-lecibu-kyl/>.

ANON, 2014c. *Florence*. [online]. Florence, odborný časopis pro nelékařské zdravotní pracovníky [cit. 2016-2-25]. Dostupné z: <http://florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/prvni-dve-centra-nejvyssi-kvality-v-kylni-chirurgii-na-svete-byla-certifikovana-ve-dvou-nemocnicich-v-cr/>

BHANDARKAR, D., M. SHANKAR a T. UDWADIA, 2006. *Journal of Minimal Access Surgery*. [online]. Laparoscopic surgery for inguinal hernia: Current status and controversies. [cit. 2015-12-28]. Dostupné z: [file:///E:/Bhandarkar\\_laparoscopic.pdf](file:///E:/Bhandarkar_laparoscopic.pdf)

BLAŽEK, M., E. HAVEL a E. BĚLOBRÁDKOVÁ, 2012. Předoperační vyšetření a příprava chirurgického pacienta. In: *Interní medicína pro praxi*. Roč. 14, č. 11, s. 422-428. ISSN 1212-7299.

BURDA, P. a L. ŠOLCOVÁ, 2015. *Ošetrovatelská péče 1. díl: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. ISBN 078-80-247-5333-1.

BUŽGOVÁ, R. a I. PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I*. 1 vyd. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-802-4735-573.

CZUDEK, S., 2009. *Jednodenní chirurgie – One-day surgery*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1786-9.

CZUDEK, S. a M. DUDA. 2015. *Diagnostika a léčba tříselných kýl*. [online]. II. chirurgická klinika I. P. Pavlova Olomouc. [cit. 2015-11-21]. Dostupné z: [http://eportal.chirurgie.upol.cz/portal\\_final/?page\\_id=2459](http://eportal.chirurgie.upol.cz/portal_final/?page_id=2459).

DOLEŽEL, J. a kol., 2009. Trendy v léčbě břišních a tříselných kýl. In: *Medicína pro praxi*. Roč. 6, č. 4, s. 209-213. ISSN 1214-8687.

DUDA, M. a kol., 2011. *Základní výkony ve všeobecné chirurgii*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého ISBN 978-80-244-3234-2.

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

GRYGA, A., T. BUREŠ a L. KOHOUTEK, 2014. *Editorial* [online]. Česká herniologická společnost. [cit. 2015-11-25]. Dostupné z: <http://www.chsp.cz/cz/editorial>.

ITANI K. M. F., M. T. HAWN a R. F. MARTIN, 2008. *Advances in abdominal wall hernia repair*. New York: Elsevier. ISBN 978-1-4160-5803-8.

JANÍKOVÁ, E., R. ZELNÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.

JANUŠEKOVÁ, I., 2015. *Laparoskopie versus laparotomie u vybraných operací*. [online]. Brno: Masarykova univerzita. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. [cit. 2015-11-20]. Dostupná z: [www.is.muni.cz/th/411223/lfb/Inka\\_Bakalarka\\_2\\_II.pdf](http://www.is.muni.cz/th/411223/lfb/Inka_Bakalarka_2_II.pdf).

JEŘÁBEK, J., 2010. *Studie a vyhodnocení biomechanických vlastností různých druhů polypropylenových sítěk*. Brno: Masarykova univerzita. Dizertační práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.

KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. Vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.

KRÁLOVÁ, J., 2015. *Ošetrovatelský proces u pacienta s sheathem po mechanické tromboektomii intrakraniálních tepen*. [online]. Praha: Vysoká škola zdravotnická, Praha 5. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, obor Všeobecná sestra. [cit. 2015-11-20]. Dostupná z: <https://sharepoint.vszdrav.cz/Bakalsk%20prce/Forms/AllItems.aspx>.

MICHALSKÝ, R., P. PAFKO a I. SATINSKÝ, 2000. *Operační léčení tříselné kýly*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-971-3.

MÜLLER, M. a kol., 1997. *Chirurgie pro studium a praxi*. Chirurgie v poznámkách, pomůcka pro přípravu na státní zkoušku a lékařskou praxi. Praha: Goldstein a Goldstein. ISBN 978-80-86094-10-3.

NANDA, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2012-2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci. Text pro posluchače zdravotnických oborů*. [online]. ISBN 978-80-904955-9-3. Dostupná z: <https://sharepoint.vszdrav.cz/Podklady%20k%20vuce/Studijn%C3%AD%20materi%C3%Ally%20pro%20zdravotnick%C3%A9%20obory.aspx>.

NOVOTNÝ, T., 2010. *Operace tříselné kýly moderními tension-free metodami*. [online]. Brno: Masarykova univerzita. Dizertační práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. [cit. 2015-10-18]. Dostupná z: [http://is.muni.cz/th/23163/lf\\_d/Dizertace\\_TN\\_final.pdf?info=1;zpet=https:%2F%2Ftheses.cz%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dt%C5%99%C3%ADseln%C3%A1%20k%C3%BDla%26start%3D1](http://is.muni.cz/th/23163/lf_d/Dizertace_TN_final.pdf?info=1;zpet=https:%2F%2Ftheses.cz%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dt%C5%99%C3%ADseln%C3%A1%20k%C3%BDla%26start%3D1).

PAFKO, P., J. KABÁT a V. JANÍK, 2005. *Náhlé příhody bříšní: operační manuál*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0981-3.

PAFKO, P. a kol., 2008. *Základy speciální chirurgie*. 1. vydání. Praha: Galén Karolinum. ISBN 978-80-726-2402-7.

PODSTATOVÁ, R., E. SOVOVÁ, J. ŘEHOŘOVÁ a kol., 2007. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení: 100+1 otázek a odpovědí pro pacienty*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-6198-5.

REINDLOVÁ, V., 2006. Tříselná kýla. [online]. *In: Sestra*. [cit. 2015-12-21]. Roč. 16, Mimořádná příloha 11 s. 14. ISSN 1210-0404. Dostupné z: [www.zdravi.e15.cz/clanek/sestra-priloha/triselna-kyla-279521](http://www.zdravi.e15.cz/clanek/sestra-priloha/triselna-kyla-279521).

SCHEIN, M. a N. P. ROGERS, 2011. *Urgentní břišní chirurgie*. 1. české vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2357-0.

SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4414-8.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II, Pediatrie, Chirurgie*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2040-1.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-6918-2.

SYSEL, D., H. BELEJOVÁ a O. MASÁR, 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. V Tribunu EU vydání 1. Brno: Tribun. ISBN 978-80-7399-289-7.

ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol., 2008. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1091-4.

ŠEVČÍKOVÁ, A., *Co by Vás mělo zajímat po operaci kýly (tříselné, pupeční, v jizvě)*. [online]. Olomouc: Fakultní nemocnice [cit. 2015-12-22]. Dostupné z: [http://www.fnol.cz/pdf/pacientske\\_brozurky/1CHIR\\_Operace%20kyly.pdf](http://www.fnol.cz/pdf/pacientske_brozurky/1CHIR_Operace%20kyly.pdf).



VODIČKA, J., 2014. *Speciální chirurgie*. 2. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2512-6.

VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2009. *Velký lékařský slovník*. 9. Aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5.

VONDRÁČEK, L., V. WIRTHOVÁ a J. PAVLICOVÁ, 2011. *Základy praktické terminologie pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3697-6.

VRANÝ, M. 2013. Komplikace elektivní laparoskopické hernioplastiky třísla. In: *Rozhledy v chirurgii: měsíčník Československé chirurgické společnosti pro tvorbu domácí a rozhledy pro chirurgii zahraniční*. Roč. 92, č. 3, s. 168-173. ISSN 0035-9351.

ZEMAN, M., Z. KRŠKA a kol., 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3. Doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3770-6.

# PŘÍLOHY

<b>Příloha A</b> – Rešerš.....	II
<b>Příloha B</b> – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce.....	III
<b>Příloha C</b> – Srovnání klasifikačních systémů tříselné kýly.....	IV
<b>Příloha D</b> – Vizuální analogová škála bolesti.....	V
<b>Příloha E</b> – Informovaný souhlas s operací kýly.....	VI
<b>Příloha F</b> – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce.....	IX

## Příloha A - Rešerš

### Průvodní list k rešerši

**Téma: Ošetrovatelská péče u pacienta po operaci tříselné kýly laparoskopickou metodou**

**Žadatel:** Veronika Hloupá

Dyjákovice 135, 671 26

email: wercis1303@seznam.cz

číslo průkazky: 00051550196367

### **Excerpované zdroje:**

Licencované zdroje:

- Web of Science,
- EBSCO,
- ProQuest Central,

Volně dostupné zdroje:

- Katalog MZK,
- Jednotná informační brána,
- Souborný katalog ČR – CASLIN,
- Theses,
- Medvik,
- PubMed,
- Slovenská lékařská knihovna

**Jazykové omezení:** čeština, angličtina, němčina

**Časové vymezení literatury:** od r. 2005

### **Rešeršér:**

Miroslav Kroupa, Moravská zemská knihovna v Brně tel. 541 646 182, email:

Miroslav.Kroupa@mzk.cz.

### **Poznámka:**

Nelze vyloučit duplicitu záznamů. Plné texty dokumentů, které jsou k dispozici v elektronické podobě, jsou uloženy na CD jako součást rešerše, a to zpravidla ve formátu PDF. Název příslušného souboru tvoří většinou příjmení autora a první slovo z názvu článku. Bibliografické záznamy nejsou upraveny podle ČSN ISO 690.

### **Cena:**

3 hod. práce

rešeršéra.....510,- Kč

(1hod. práce rešeršéra 170 Kč.)

Datum ukončení práce na rešerši: 26.11.2015.

Zdroj: Moravská zemská knihovna Brno

# Příloha B – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

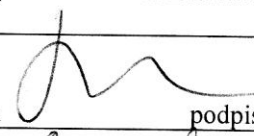
Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Duškova 7, 150 00 Praha 5



## PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,  
který bude respondentům distribuován)


Příjmení a jméno studenta	Hloupá Veronika, DiS	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3.
Téma práce	Ošetrovatelská péče o pacienta po operaci tříselné kýly laparoskopickou metodou.	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	SurGal Clinic Brno, chirurgické oddělení	
Jméno vedoucího práce	Doc. MUDr. Vokurka Jiří, CsC	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

  
 podpis  
 Bc. Jana Svobodová  
 hlavní sestra BCG

SurGal Clinic  
 SurGal Clinic s.r.o.  
 Dřobančovo 88-10  
 602 00 Brno  
 IČ: 46969033 DIČ: CZ46969033

V: Brně

dne: 15. 10. 2015

  
 .....  
 podpis studenta

## Příloha C – Srovnání klasifikačních systémů tříselné kýly

Typ kýly		Klasifikace		
		Nyhus	Gilbert	Aachen
Nepřímá	malá	I	1	L1
	střední	II	2	L2
	velká	IIIB	3	L3
Přímá	malá	IIIA	5	M1
	střední	IIIA		M2
	velká		4	M3
Kombinovaná		IIIB	6	Mc
Femorální		IIIC	7	F
Recidiva		IV A,B,C,D		

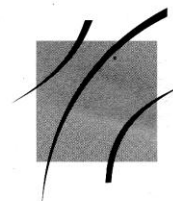
Zdroj: NOVOTNÝ, T., 2010. *Operace tříselné kýly moderními tension-free metodami*. Brno: Masarykova univerzita. Dizertační práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupná z: [http://is.muni.cz/th/23163/lf\\_d/Dizertace\\_TN\\_final.pdf?info=1;zpet=https:%2F%2Ftheses.cz%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dt%C5%99%C3%ADseln%C3%A1%20k%C3%BDla%26start%3D1](http://is.muni.cz/th/23163/lf_d/Dizertace_TN_final.pdf?info=1;zpet=https:%2F%2Ftheses.cz%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dt%C5%99%C3%ADseln%C3%A1%20k%C3%BDla%26start%3D1)



## Příloha E – Informovaný souhlas s operací kýly

IK21

*Surgal Clinic*



### INFORMOVANÝ SOUHLAS S OPERACÍ KÝLY

<input type="checkbox"/> oddělení A1	<input type="checkbox"/> oddělení A2	<input type="checkbox"/> oddělení S1	<input type="checkbox"/> oddělení S2	<input type="checkbox"/> oddělení S3	<input type="checkbox"/> oddělení JIP	<input type="checkbox"/> oddělení DIP	<input type="checkbox"/> jiné:
Lékař, který provedl poučení:							

P A C I E N T	
Jméno:	Příjmení:
Datum narození:	Národnost:
Trvalé bydliště	
• město/obec:	• PSČ:
• ulice:	• číslo popisné:

**Označení zdravotního výkonu:**

### KLASICKÁ/LAPAROSKOPICKÁ OPERACE KÝLY

#### KLASICKÁ PLASTIKA KÝLY

**Účelem tohoto zdravotního výkonu je:**

Klasická plastika kýly (tříselná, pupeční kýla, stehenní kýla, kýla v jizvě po operační ráně, kýla v nadbřiší, kýla v poloměsíčitě čáře).

**Zdravotní výkon bude probíhat takto:**

Cílem operace je uzavřít defekt (otvor) – kýlní branku ve stěně břišní a obnovit tak pevnost a souvislost břišní stěny. Vaše operace bude provedena v celkovém, nebo spinálním znečlivění. Podrobnosti znečlivění s Vámi probere lékař – anesteziolog. Často je nutné k uzavěru kýlní branky nebo posílení břišní stěny použít sítku ze syntetického materiálu (nejčastěji se jedná o polypropylen). Rozhodnutí o vhodnosti a nutnosti jejího použití je možné často až při vlastní operaci podle typu a pokročilosti kýly. Při akutní operaci pro uskřinují obsahu kýly (např. střevo) bývá v některých případech nutnou součástí operačního výkonu odstranění chorobně změněné části střeva, pokud déle trvajících uskřinutí způsobilo nezvratnou poruchu prokrvení střevní stěny a tím jeho nekrózu – sněť.

## **Byl jsem dále poučen(a), že lékařem doporučený výkon má následující rizika:**

### **Komplikace při operaci:**

Během operace může při preparaci vzácně dojít k narušení některého břišního orgánu, především v důsledku srůstů v místě kýly. Tříselná kýla je velmi často umístěna uvnitř semenného provazce a především u rozsáhlých kýl často zasahuje až do šourku a bývá přirostlá k obalům varlete. V důsledku toho může ve zcela ojedinělých případech dojít k poranění chámovodu či krevních cév semenného provazce. Vzhledem k jejich lokalizaci mohou být při operaci poraněny, což se po operaci projeví omezeným kožním citím v tříselné krajině.

## **LAPAROSKOPICKÁ OPERACE KÝLY**

Laparoskopická operace kýly využívá tzv. miniinvazní přístup, což znamená, že většinou ze tří 1 centimetrových řezů operatéri provedou – pod kontrolou kamery – uzavření kýlního otvoru ve stěně břišní ze strany břišní dutiny pomocí speciální sítky. Oproti klasické operaci je zde kratší pobyt v nemocnici, je rychlejší rekonvalescence, menší pooperační bolesti a významně lepší kosmetický efekt.

Laparoskopická operace se provádí v celkové anestézii. Během laparoskopické operace je za určitých, předem nepoznatelných okolností, potřebná změna původně plánovaného postupu na klasický – „otevřený“ typ operace, aby tato vedla k zamýšlenému výsledku.

Pacient je propuštěn zpravidla 2. pooperační den s doporučením diety a pohybového režimu. Po propuštění z nemocnice se odstraňují stehy 7–10 dnů po operaci.

Při potížích je možná kontrola i mimo původně plánovaný termín v jakýkoliv pracovní den na naší ambulanci. Mimo tuto dobu v jiné ambulanci našeho zdravotnického zařízení.

### **Pooperační komplikace:**

Pooperační komplikace rozdělujeme na komplikace celkové a lokální.

1. Velmi vážná pooperační komplikace je vytvoření krevní sraženiny v žilním řečišti pánve nebo dolní končetiny. Pooperační embolie může vzniknout uvolněním této krevní sraženiny a jejím zanesením krevním proudem do plic. V nejtěžších případech může končit i smrtí.

Pooperační zápal plic je důsledek snížené pohyblivosti a upoutání na lůžko. Vyžaduje podávání antibiotik, při prudkém zánětu může skončit ztrátou života.

Další komplikace, přímo s operačním výkonem nespojující, mohou vzniknout během operace v důsledcích onemocnění před operací se nijak neprojevujících, jako např. srdeční infarkt či mozková mrtvice. Především komplikacím účinně předcházíme celým souborem opatření, z nichž nejvýznamnější je podávání léků snižujících krevní srážlivost a časnou pooperační rehabilitací.

2. Místní pooperační komplikací je krevní sraženina v ráně, která se dále může infikovat a vést k hnisavému zánětu. Proti nakupení krve a rané sekreci zavádíme drény k odsávání těchto tekutin a ponecháváme je většinou 1–2 dny. Náchylnější k infekci jsou diabetici a pacienti s poruchami prokrvení. Jako prevence vzniku infekce v ráně podáváme u velkých kýl, a pokud předpokládáme implantaci sítky, profylakticky tři dávky antibiotik. V případě hnisavé komplikace je pak nutné další podávání antibiotik, místní léčení – rozpuštění operační rány či zavedení proplachové drenáže.

Infekce vždy prodlouží hojení. Zvláště ohrožená infekcí bývá rána při uskřinuté ráně (uskřinuté střevo vždy považujeme za silně infekční materiál v důsledku přestupu bakterií přes postiženou střevní stěnu).

Po operaci se může vyskytnout otok a zánět varlete (orchiepididymitis). K této nepříliš časté komplikaci dochází v důsledku pooperačních změn v tříselném kanále. Po medikaci a po určité době většinou obtíže odezní.

U části nemocných se jako pozdní pooperační komplikace (většinou s odstupem několika měsíců) může objevit zduření varlete tekutinou (hydrokéla). Tuto komplikaci řešíme ve spolupráci s urologií punkcí tekutiny či operační plastikou obalů varlete.



<b>P A C I E N T</b>	
Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl a souhlasím s provedením zdravotního výkonu:	
<input type="checkbox"/>	KLASICKÁ PLASTIKA KÝLY
<input type="checkbox"/>	LAPAROSKOPICKÁ OPERACE KÝLY

Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu budu takto omezen v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že jsem výše uvedenému poučení plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením uvedeného chirurgického výkonu a tento vyžaduji.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Jsem si vědom, že operace může být odložena z důvodu nutnosti jiné akutní operace, ze zdravotních důvodů nebo z důvodů provozně technických.

Jsem si vědom rizik plánovaného operačního výkonu. Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

<b>P A C I E N T</b>	
<input type="checkbox"/>	Nemám doplňující otázky.
<input type="checkbox"/>	Mám doplňující otázky:

V Brně dne:	Čas:
Podpis lékaře, který poučení provedl:	

Dnešního dne jsem byl lékařem poučen o zdravotním výkonu, který mně má být proveden.

<b>P A C I E N T</b>	
Vlastnoruční podpis pacienta:	Dne:
Podpis svědků poučení a souhlasu pacienta, pokud není schopen se vlastnoručně podepsat: (vyplňuje se pouze tehdy, není-li pacient schopen se vlastnoručně podepsat, ať již z jakýchkoliv důvodů):	

**Příloha F - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro  
zpracování bakalářské práce**

**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelská péče u pacienta po operaci tříselné kýly laparoskopickou metodou v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 31. 5. 2016

.....  
Veronika Hloupá, DiS.