



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Ošetrovatelská péče o pacienty při chirurgickém řešení
lymfedému končetin**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Kateřina Pánková

Vedoucí práce: Alena Machová

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „*Ošetrovatelská péče o pacienty při chirurgickém řešení lymfedém končetin*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 28.5.2020

.....

Kateřina Pánková

Poděkování

Ráda bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Aleně Machové za vedení mé bakalářské práce, za odborné rady a připomínky při tomto zpravování. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří byli se mnou ochotni udělat výzkum o tomto tématu.

Ošetrovatelská péče o pacienty při chirurgickém řešení lymfedému končetin

Abstrakt

Současný stav

Lymfedém je projevem závažné poruchy projevující se špatnou funkcí v lymfatických cestách. Toto onemocnění je charakteristické nebolestivým, bledým a chladným otokem, který je zprvu měkký a po sléze tuhý a fibrózní. Toto onemocnění se dělí na primární a sekundární lymfedém. Sekundární lymfedém se vyskytuje především v důsledku léčby po radioaktivní léčbě či po chirurgickém zákroku. Tento lymfedém se léčí farmakologickým i chirurgickým způsobem. Chirurgické zákroky dělíme na symptomatické, které řeší následky chronického lymfedému, a kauzální (tzv. mikroskopické), jenž řeší poruchy lymfodrenáže vyústěním do žilního řečiště.

Cíl práce

Byli zvoleni 2 cíle: Zmapovat specifika ošetrovatelské péče po chirurgickém řešení sekundárního lymfedému z pohledu sester. Zmapovat specifika ošetrovatelské péče po chirurgickém řešení sekundárního lymfedému z pohledu pacienta.

Metodologie:

Pro dosažení cílů práce byl zvolen kvalitativní výzkum pomocí hloubkových rozhovorů. První výzkumný soubor byl tvořen ze dvou sester pracujících ve FN Motol v Praze. Druhý výzkumný soubor se skládal z 8 pacientek po chirurgickém zákroku. Rozhovory byly přepsány a analyzovány pomocí metody papír a tužka.

Výsledky

Po analýze jsme z prvního výzkumného souboru získali 4 hlavní kategorie – Ošetrovatelská péče před operací, během operačního zákroku, po operaci a následná péče.

Po analýze z druhého souboru vznikly také 4 hlavní kategorie – Lymfedém, Předoperační péče, Pooperační péče a Následná péče.

Závěr

Pomocí výzkumu jsme zjistili, že nejčastější operační výkon při řešení lymfedému je liposukce. Liposukce se těmto respondentům velmi osvědčila a přinesla dobré výsledky. Nedostatečností je šíření těchto výsledků široké veřejnosti a pacientům trpící lymfedém, proto byl vytvořen informační plakát pro liposukci.

Klíčová slova

sekundární lymfedém; liposukce; chirurgický zákrok; ošetrovatelská péče;

Nursing care for patients surgery with lymphedema in the limbs

Abstract

Current situation

Lymphedema reflects a serious disorder caused by malfunctioning lymphatic passages. This disease is characterized by unpainful, pale swelling, cold to touch, which is soft at first and later grows stiff and fibrous. This disease is divided into primary and secondary lymphedemas. Secondary lymphedema occurs primarily as a consequence of cure procedures carried out after radioactive treatment or surgical operations. The lymphedema is treated by pharmacological and surgical methods. Surgical operations are classified as symptomatic operations, which solve consequences of chronic lymphedema, and causal operations (“microscopic”), which solve disorders of lymphatic drainage by an outlet into the venous stream.

Objectives of the Bachelor thesis

Two objectives were established: To map out the specifics of nursing care after a surgical solution of the secondary lymphedema from the perspective of nurses. To map out the specifics of nursing care after a surgical solution of the secondary lymphedema from the perspective of patients.

Methodology

Quantitative research with the method of in-depth interviews was selected to achieve the objectives of the thesis. The first research set comprised two nurses, who work for the University Hospital Motol in Prague. The other research set was made up of 8 female patients after surgical operations. Interviews were recorded and analysed by the pen and paper method.

Results

Based on the analysis, 4 main categories were created using the first research set - Preoperative care, Intraoperative care, Postoperative care and Follow-up care. Similarly, the analysis of the second set resulted in 4 main categories - Lymphedema, Preoperative care, Postoperative care and Follow-up care.

Conclusion

The research revealed that liposuction is an operation most commonly for treating lymphedema. With its satisfactory results, liposuction proved successful for all of our respondents. As a certain lack in the distribution of these results among the general public and patients with lymphedema was ascertained during the research, an information poster was prepared regarding liposuction.

Key words

Secondary lymphedema; liposuction; surgical operation; Nursing Care;

Obsah

Úvod.....	10
1. Současný stav.....	11
1.1. Anatomie.....	11
1.1.1. <i>Hlavní mízní kmeny</i>	12
1.1.2. <i>Anatomie lymfatického systému horní končetiny</i>	13
1.1.3. <i>Anatomie lymfatického systému dolní končetiny</i>	14
1.2. Lymfedém.....	14
1.2.1. <i>Primární lymfedém</i>	15
1.2.2. <i>Sekundární lymfedém</i>	15
1.3. Prevence lymfedému.....	17
1.4. Diagnostika lymfedému.....	17
1.5. Terapie lymfedému.....	18
1.5.1. <i>Konzervativní léčba</i>	19
1.5.2. <i>Chirurgická léčba</i>	20
1.5.3. <i>Metody při chirurgickém řešení lymfedému</i>	20
1.6. Ošetrovatelská péče.....	21
1.6.1. <i>Ošetrovatelská péče před výkonem</i>	21
1.6.2. <i>Ošetrovatelská péče po výkonu</i>	23
1.6.3. <i>Komplikace po operačním výkonu</i>	23
1.7. Specifika ošetrovatelské péče o lymfedém.....	24
2. Cíl práce a výzkumné otázky.....	26
2.1. Cíl práce.....	26
2.2. Výzkumné otázky.....	26
3. Operacionalizace pojmů.....	27
4. Metodika.....	28
4.1. Metodika výzkumu.....	28
4.2. Výzkumný soubor.....	29
5. Výsledky výzkumného šetření.....	30
5.1. Výsledky z rozhovorů se všeobecnými sestrami.....	30
5.1.1. <i>Schémata pro kategorii – Ošetrovatelská péče před operací</i>	31
5.1.2. <i>Schéma pro kategorii – Ošetrovatelská intraoperační péče</i>	33

5.1.3. Schémata pro kategorii – Ošetrovatelská pooperační péče	35
5.2. Výsledky z rozhovorů s pacienty	38
5.2.1. Schéma pro kategorii – Lymfedém.....	39
5.2.2. Schéma pro kategorii – Předoperační péče.....	41
5.2.3. Schéma pro kategorii – Pooperační péče	44
5.2. 4. Schéma pro kategorii – Následná péče.....	47
6. Diskuze	49
7. Závěr	54
8. Seznam použité literatury	56
9. Přílohy.....	59
9.1. Seznam příloh	59
9.1.1. Příloha č.1: Otázky pro sestry	60
9.1.2. Příloha č. 2: Otázky pro pacienty.....	61
9.1.3. Příloha č.3.: Informační plánek pro pacienty.....	62

Úvod

Lymfedém je problematické onemocnění lymfatického systému. Má různé příčiny, ale u sekundárního lymfedému, na který se tato práce zaměřuje, jsou zánět, chirurgický výkon, trauma, zhoubné nádory apod. Toto onemocnění postihuje fyzicky i psychicky pacienty, kteří se sami pokouší hledat možnosti jeho léčby. Lymfedém se v České republice většinou řeší konzervativními metodami, ale začaly se používat některé chirurgické výkony při jeho odstranění. Avšak možnosti chirurgické léčby mnohdy neznají ani sami pacienti. Proto je i tato práce zaměřená na chirurgické výkony, které se používají a existují zkušenosti od pacientů a zdravotnického personálu.

Informace o chirurgických výkonech se pacienti dozvídají nejčastěji od svých kamarádek nebo spolupacientek z lymfatických center, kde se setkávají a společně si vyměňují informace. Dále je informují lymfologové, kteří znají tyto možnosti. Chirurgické výkony se dělí do dvou hlavních skupin – symptomatické, které se zabývají příznaky lymfedému, a kauzální, které řeší poruchu lymfatických cest. Pro podstoupení chirurgických zákroků jsou velmi přísná kritéria. Pro indikaci k těmto zákrokům je třeba důkladná diagnostika stavby lymfatického systému i jeho funkce.

Cílem této práce je zmapovat specifika ošetrovatelské péče, kterou poskytují sestry příjemcům této péče. Tyto specifika bohužel nenajdeme nikde v odborné literatuře, proto tyto informace získáváme pomocí hloubkových rozhovorů. Zdravotnický personál nám blíže specifikuje ošetrovatelskou péči o tyto pacienty a jejich postiženou končetinu. Od pacientů se snažíme zjistit, jak jsou spokojeni se zvoleným chirurgickým zákrokem a změnou kvality života.

1. Současný stav

1.1. Anatomie

Lymfatický systém, jinak také mízní systém, je tvořen z lymfatické tkáně, systému lymfatických cév a orgánů (Földi, 2014). Lymfatické cévy se podílí na tvorbě a transportu lymfy do žilního systému. Lymfatické orgány jsou součástí obranného mechanismu organismu, který umí rozeznat a zničit cizorodé látky (Földi, 2014). Mízní cévy můžeme dělit na kapiláry, sběrné cévy a mízní kmeny (Naňka, 2015). Lymfatické cévy začínají v mezibuněčných šterbinách vaziva u téměř všech orgánů jako mízní kapiláry. Ty se vzájemně spojují a vytváří tak síť mízních kapilár, jejichž uspořádání se liší podle příslušného orgánu. Funkce mízních kapilár tkví v tom, že vrací zpět látky, které se dostaly do tkáňového moku a nemohou být tak vstřebávány krevními kapilárami (Čihák, 2016). Tato vytvořená síť mízních kapilár dále tvoří sběrné kolektory, které společně vstupují do mízní uzliny. Sběrný kolektor má stavbu stěny stejnou jako krevní cévy z tunica intima, tunica media a tunica adventitia (Naňka, 2015). Autor dále uvádí, že kolektory obsahují chlopně, které zabraňují zpětnému chodu lymfy. Lymfatické uzliny jsou filtrační stanice pro probíhající lymfu (Witllinger, 2013). Mají vejčitý nebo ledvinovitý tvar o různé velikosti, zhruba od 1 do 3 mm. Mají hladký povrch a jsou bělavé barvy (Čihák, 2016). Jsou uloženy ve skupinách v průběhu lymfatických cév v tukové nebo pojivové tkáni (Földi, 2014).

Lymfatická tkáň obsahuje buňky, které jsou tvořeny v kostní dřeni, v thymu, lymfatických uzlinách, lymfatické tkáni trávicího traktu apod. Všechny tyto tkáně vytvářejí různé druhy lymfocytů. Podle své funkce, původu a zralosti se dělí na lymfocyty T a B. T lymfocyty zajišťují buněčnou imunitu a B lymfocyty vytváří protilátky globulinového typu. Dále je dělíme na krátkověké a dlouhověké, které mají mechanismus imunologické paměti (Naňka, 2015). Földi (2014) rozděluje lymfatické orgány na primární a sekundární. Autor do primární skupiny zařazuje kostní dřeň a brzlík. Do sekundárních orgánů patří slezina, lymfatické uzliny a další tkáně, mezi které řadíme tonsily a appendix (Földi, 2014). Brzlík, patřící do primárních orgánů, je orgán tvořen z epitelových buněk a lymfocytů. Je uložený v předním horním mediastinu. Hlavní funkcí je produkce lymfocytů. Pomocí jeho epitelových buněk může vylučovat látky, jež ovlivňují tvorbu a dělení lymfocytů. Brzlík věkem podléhá zanikání tkáně. Při narození váží 16 gramů a po 30. roce života se hmotnost snižuje a je nahrazena tukovou

tkání (Naňka, 2015). Slezina, zařazená do sekundární skupiny lymfatických orgánů, je kombinovaný orgán. Plní svoji funkci v krevním a lymfatickém systému a obranyschopnosti organismu (Čihák, 2016). Je to největší lymfatický orgán v těle. Je uložena intraperitoneálně v levé horní části břišní dutiny mezi žaludkem a bránicí (Földi, 2014). Slezina je průměrně dlouhá 12 cm a široká 7 cm. Slezina může sloužit jako rezervoár krve - až do 50 ml (Naňka, 2015).

Lymfa neboli míza je bezbarvá a čirá nebo lehce nažloutlá tekutina. Vzniká z tkáňového moku, který přestupuje přes stěnu mízní kapiláry (Čihák, 2016). Do mízy se absorbují bílkoviny, cholesterol a tuky ve formě mastných kyselin. Takovým poddruhem mízy je chylus, který obsahuje triglyceridy, proteiny, fosfolipidy a cholesterol vstřebané ze střevní sliznice a způsobují tak zakalení lymfy. Dále jsou do lymfy filtrovány vitamíny rozpustné v tucích A, E, D, K a také steroidní hormony, železo a vápník (Naňka, 2015). Míza mimo tyto složky obsahuje lymfocyty, které se zde dostaly díky filtraci. V kolektorech je jejich počet zhruba 500/ 1 mm³, ale v hlavním mízovodu je jich více až 40 000 a odtud jsou předány do krevního řečiště (Čihák, 2016). Wittlinger (2013) udává ve své publikaci, že lymfatický systém je takzvaný bezpečnostní uzávěr. Dále autor vysvětluje, že co nemůže být transportováno pomocí žilního řečiště, to musí být odvedeno mízním systémem (Wittlinger, 2013). Pohyb mízy je proces, který je regulován několika faktory, např. rychlostí tvorby mízy, na konstrikci stěny cév, pohyby svalstva v okolí (Čihák, 2016). Tento proces vypadá asi nějak takto: zprvu se tkáňový mok dostává do lymfatické systému pomocí tlaku vyvolaného intersticiální tekutinou nahromaděnou v mezibuněčném prostoru. To podpoří otevření míznic, kde se lymfa nahromadí. Na základě tohoto tlaku, dojde k vypuzení lymfy do kapilár. Odtud proudí lymfa do kolektorů, které tento průtok regulují pomocí chlopní. Kolektory dále vedou mízu do uzlin, kde projde filtrací a dále je transportována do krevního řečiště (Kobrová, 2017).

1.1.1. Hlavní mízní kmeny

Hlavní mízní kmeny mají důležitý úkol – sběr lymfy ze všech oblastí těla a její transport do krevního řečiště (Čihák, 2016). Mezi hlavní mízní kmeny patří hrudní mízovod tzv. ductus thoracicus. Stará se o sběr lymfy z dolních končetin, pánve a břicha, levé poloviny hrudníku a z levé poloviny hlavy a krku (Naňka, 2015). Tento kmen začíná pod bránicí v retroperitoneálním prostoru. Prochází po pravém boku aorty

do hrudníku, kde ústí do soutoku vena jugularis sinister a vena subclavia sinister a je pojmenován jako angulus venosus sinister (Čihák, 2016). Na jeho začátku je cisterna chyli, z kterého odstupují další kmeny (Naňka, 2015). Mezi tyto kmeny patří truncus lubmales dexter et sinister, který přivádějí mízu z dolních končetin, z pánve a z břišní dutiny, a truncus intestinalis sbírající mízu z orgánů peritoneální dutiny (Čihák, 2016). Hrudní mízovod je dlouhý 38 – 45 cm a o průsvitu 3 – 4 mm. Z krku odvádí mízu z levých krčních povrchových a hlubokých uzlin. Dále autor uvádí, že do ductus thoracicus ústí cévy z levé poloviny hrudníku, ze srdce, plic a jícnu, a z levé horní končetiny (Naňka, 2015).

Dále do hlavních mízních kmenů patří ductus lymphaticus dexter (Čihák, 2016). Sbírá mízu z pravé poloviny hrudníku, z brániční plochy jater, pravé poloviny krku a hlavy, z pravé horní končetiny (Naňka, 2015). Měří 1 cm a je uložený po pravé straně u musculus scalenus anterior. Ústí do něj truncus jugularis dexter, subclavius dexter a brinchemiastinalis dexter (Čihák, 2016). Tento mízní kmen ústí obdobně, jako hrudní mízovod, do angulus venosus dexter (Naňka, 2015).

1.1.2. Anatomie lymfatického systému horní končetiny

Lymfatický systém horní končetiny rozdělujeme na povrchový a hluboký systém lymfatických cév (Naňka, 2015). Povrchové mízní cévy probíhají v podkožním vazivu mimo průběh krevních cév (Čihák, 2016). Naňka (2015) lymfatický systém horní končetiny rozděljuje na lymfatický systém a regionální lymfatické uzliny. Autor udává, že regionální uzliny začínají axilárními uzlinami, nodi axillares, které se dále rozdělují na další skupiny podle topografického uskupení. Uprostřed axily se nachází centrální podpažní uzliny. Do odvodných cév pokračují další uzliny jako jsou nodi infraclaviculares, nodi supraclaviculars, které společně ústí do truncus subclavius a pokračují do hlavních mízovodů (Naňka, 2015). Povrchový mízní systém, který začíná na dlaňové straně u prstů, dále pokračuje jako laterální kolektor probíhající na laterální straně předloktí a paže. Jedna část kolektorů pokračuje do axilárních uzlin a druhá prochází kolem vena cephalica do sulcus deltoideopectoralis (Čihák, 2016). Další svazky lymfatického systému jsou velké ventromediální a menší laterální. Ventromediální ústí do axilárních uzlin a cévy laterálního svazku do infraklavikulárních a supraklavikulárních uzlin (Naňka, 2015).

1.1.3. Anatomie lymfatického systému dolní končetiny

Lymfatický systém dolní končetiny se dělí podobně jako horní končetiny, na povrchový a hluboký systém lymfatických cév (Wittlinger, 2013). Povrchové uzliny začínají u cév, které odvádějí lymfu z kůže a podkoží dolní končetiny (Naňka, 2015). Tento systém se sbíhá podél žilní pleteniny kolem vena saphena magna a vena saphena parva a dále nahoru po bérce a stehnu (Čihák, 2016). Wittlinger (2013) rozděluje povrchový systém na dorzolaterální svazek bérce a ventrouaterální a ventromediální svazek bérce. Čihák (2016) má jiné dělení na mediální, laterální a zadní kolektory. Do mediálních kolektorů zahrnujeme skupinu 10–15 cév, které se vinou z planty a z mediální poloviny hřbetu nohy až po vena saphena magna a stehno do oblasti hiatus saphenus, kde vstupují do nodi lymphatici inguinales superficiales. Laterální kolektory jdou po laterální ploše nahoru, ale v kolenní oblasti přecházejí a spojují se s mediálními kolektory. Zadní kolektory vycházejí z paty a jdou po zadní straně lýtka, podél vena saphne parva do zákolenní jamky. Zde prochází do hloubky a připojují se do hlubokého lymfatického systému (Čihák, 2016). Hluboký lymfatický systém dolní končetiny jde podél arteria tibialis anterior et posterior a arteria fibularis (Wittlinger, 2013). Tento systém je uložen mezi svaly a většími krevními a nervovými kmeny (Naňka, 2015). Prochází kolem arteria a vena femoralis a podél nich vstupují do nodi inguinales profundí (Čihák, 2016).

1.2. Lymfedém

Lymfedém je projevem závažné poruchy drenážní funkce lymfatického systému (Krška, 2014). Lymfedém je charakteristický nebolestivým, bledým, chladným otokem, který je ze začátku měkký a posléze tuhý až fibrózní (Benda, 2007). Tento otok se od jiných liší tím, že obsahuje vysokou koncentraci bílkovin, které nejsou díky poruše v lymfatickém systému odstraňovány z tkání. (Wald, 2010). Coufal (2011) dále rozvádí, že taková koncentrace proteinu může způsobit chronické záněty a vznik přebytku fibrotické tkáně. Jeho patologie spočívá v tom, že v lymfatickém systému dojde k mechanické nedostatečnosti a není schopen plnit fyziologickou zátěž (Coufal, 2011). V tomto důsledku dochází k městnání proteinů v intersticiu. (Wittlinger, 2013). Lymfedém se projevuje ve dvou fázích. V první fázi jej také nazýváme jako okultní lymfedém, při kterém nejsou zjevné příznaky. V druhé fázi dochází k patologickým

změnám v měkké tkáni. (Saito, 2013). Dochází k otoku v podkoží a ve vrstvách kůže a zvětšuje se tak objem končetiny. Kůže je suchá, rohovatějící a podobá se pomerančové kůře. Kožní záhyby mizí a vznikají kožní převisy. Končetina pozbývá typického tvaru a v závěrečné fázi se přirovnává k elefantiázi (Benda, 2007). Lymfedém se dělí na primární a sekundární (Földi et al., 2014, Wittlinger, 2013).

1.2.1. Primární lymfedém

Primární lymfedém je charakterizován jako vývojová porucha lymfatických cév nebo uzlin (Willtlinger, 2013). Lymfedém vzniká v příčině vrozené poruchy ve vývoji lymfatického systému. Jednou z genetických příčin může být např. mutace receptoru pro endoteliární růstový faktor (Wald., 2010). Zajícová (2016) rozděluje vrozený lymfedém na lymphodema congenitale, lymphodema praecox a lymphoedema tarda. V případě lymphodema congenitale může být příčinou vrozená anomálie mízního systému, který se vyskytuje náhodně nebo je herediticky podmíněný. Lymphodema praecox se vyskytuje ve věku 13 – 15let. Lymphodema tarda se objevuje po 35. věku života. Toto rozdělení můžeme najít také u Diamantové (2011).

Následující dělení můžeme stanovit podle vyvolávajících faktorů. Mezi ně zařazujeme – žádný spouštěč, úraz či poranění, iatrogenní poranění při operačním zákroku (např. při fimóze), erysipel, imobilizace – kdy klesá transport lymfy a vysoký krevní tlak (Földi, 2014). Na vzniku lymfedému závisí mnoho faktorů: *stupeň postižení mízního systému, funkce žilního systému, hormonální výkyvy, hladiny bílkovin v krvi a podkoží a další* (Chochola, 2019, s. 58). Otok vzniká spontánně, bez zjevné příčiny v koncových částech končetin (Benda, 2007). Výskyt primárního lymfedému se častěji objevuje u žen než u mužů, a to v 85% (Wittlinger, 2013).

1.2.2. Sekundární lymfedém

Sekundární lymfedém se od primárního liší příčinou vzniku (Benda, 2007). Vzniká postižením lymfatického systému nebo přerušením či uzavřením lymfatické cévy (Chochola, 2019). Příčinami vzniku lymfedému může být zánět, chirurgický výkon, trauma, záření atd. (Krška, 2014). Földi (2014) dále uvádí jako příčiny zhoubné nádory, které mohou způsobit maligní lymfedém. Mezi další významnější příčiny zařazujeme recidivující záněty, ke kterým patří erysipel postihující nejen lymfatický systém ale i kolerály (Pospíšilová, 2012). Lymfedém se může objevit krátce po chirurgickém

zákroku nebo s delším odstupem i několik let od zákroku i záření (Krška, 2014). Nejčastější lokalizací lymfedému je horní končetina po ablaci prsu či exstirpaci uzlin a na dolní končetině při nádorech v oblastech pánve (Eliška, 2018). Tento lymfedém se objevuje buď jako jednostranný či oboustranný. Je bledý, chladný a někdy provázen pocitem napětí (Pospíšilová, 2012). Wittlinger (2013) zahrnuje příznaky do klinických stádií a rozděluje do čtyř kategorií.

Toto je dělení klinických stádií podle Földi (2014) a Elišky (2018):

0. Stádium – nazýváme latentním – je bezpříznakové, ale dochází už ke změnám lymfatické tkáně, není viditelný otok
1. Stádium – reverzibilní – už vznikl otok a zanechává důlek po přitlačovaném prstu, otok zmizí při elevaci končetiny
2. Stádium – ireverzibilní – otok je tuhý a bledý, dochází k poruše hybnosti končetiny a proliferaci tukové tkáně
3. Stádium – elefantiáza – dochází k rozsáhlému otoku a omezení hybností končetiny s fibrózou lymfatické tkáně

Krška (2014) také ve své publikaci rozděluje stádia lymfedému, ale připisuje k tomu hlavní klinické příznaky. Patří mezi ně asymetrie, která je způsobená lokálními patologickými příčinami, nebolestivým otokem měkké tkáně a změnou barvy kůže, jenž při elefantiáze je hnědošedá nebo v kombinaci se žilní insuficiencí hyperpigmentovaná. Pitting náleží také mezi známky lymfedému, kdy po přitlačení prstu zůstává důlek. K nejdůležitějším příznakům Krška (2014) připisuje Stemmerovu znamení. Toto znamení se projevuje kvadratickým tvarem druhého prstu na noze, kdy dochází k zesílení kůže a poškození měkkých tkání (Krška, 2014).

Sekundární lymfedém je samo o sobě problémové onemocnění, při kterém se často vyskytují komplikace (Zajícová, 2016). Nejčastější komplikací je zánětlivé onemocnění erysipel způsobené streptokoky ze skupiny A (Földi, 2014). Földi (2014) popisuje erysipel zhoršeným celkovým stavem, subferbrilií, bolestí a začervenáním v místě infekce a mohou vzniknout puchýřky. Další možnou komplikací může být fibróza, což je patologická přestavba fungující tkáně na vazivo, vytvoření cysty nebo píštěle (Wittlinger, 2013). Při lymfedému na dolní končetině je u většiny případů doprovázen interdigitální mykózou provázeno erozemi na kůži, olupováním kůže a macerací rány (Zajícová, 2016). K dalším kožním komplikacím můžeme zařadit chylophorreu

vyznačující se spontánním prasknutím puchýřků s lymfatickou výplní či lymphorrea, což je samovolné prosakování mízy neporušenou kůží (Wald, 2010). Wald (2010) dále přidává *ulcus cruris lymphostaticum* projevující se vznikem bércového vředu vytvořeného na základě stázy lymfy. Z neurologických komplikací je nejčastější syndrom „zmrzlého ramene“ projevující se omezením hybností a bolestivostí ramenního kloubu (Benda, 2007). K dalším projevům i komplikacím přidělíme snížení kožní citlivosti, parestézii a někdy k nepříjemné bolesti. Po delším průběhu i po několika letech může dojít k paralýze končetiny (Zajícová, 2016).

1.3. Prevence lymfedému

Cílem prevence je zamezit insuficienci mízního systému a vzniku lymfedému. Při vzniku lymfedému se snažíme udržet či vrátit nedostatečnost lymfatického systému do latentního stádia, která nijak neohrožuje a nesnižuje kvalitu života pacienta (Benda, 2007). K nejdůležitějším opatřením je správná identifikace sentinelové uzliny a dále již není třeba chirurgicky zasahovat v oblasti axily, aby nedošlo k poškození lymfatické tkáně (Coufal, 2011). Benda (2007) prevenci dělí na diagnostickou a léčebnou fázi. V diagnostické fázi se snažíme o včasné vyhledání rizika vzniku lymfedému. Provádíme to prostřednictvím anamnézy, neinvazivních klinických a zobrazovacích vyšetření, hlavně lymfoscintigrafii. V prevenci sekundárního lymfedému zejména používáme lymfadenektomii (Benda, 2007). V prevenci sekundárního lymfedému používáme zejména lymfadenektomii (Benda, 2007). Markkula (2019) se ve svém výzkumu zabýval preventivními chirurgickými metodami v předcházení vzniku lymfedému, kdy se spojují lymfatické cévy s krevními cévami, ale nejsou podány důležité výsledky pro praxi. Zkoumání léčebné metody, kdy došlo k transportu lymfatických uzlin z oblasti břicha do postiženého místa, přineslo užitečné výsledky pro léčbu lymfedému (Markkula, 2019).

1.4. Diagnostika lymfedému

Terapie lymfedému je v pozdějších stádiích velmi náročná a takřka nemožná, proto je důležité provádět diagnostiku již v latentním stádiu, která začíná důkladnou anamnézou (Krška, 2014). Lékař nejprve musí posoudit, zda jde o lymfedém nebo o příčinu jiného onemocnění např. kardiálního (Földi, 2014). Zajímá nás především osobní anamnéza, kde hledáme tupá zranění, prodělané operace, národová onemocnění

a záněty (Pražský, 2013). Dále provádíme klinické vyšetření, kde si všímáme Stemmerova znamení na prstech u nohy a dalších příznacích (Zajícová, 2016). K fyzikálnímu vyšetření řadíme inspekci, palpaci a měření obvodů zasažené části těla dle ordinace lékaře (Diamantová, 2011). Z laboratorních testů se vyšetřují hladiny hormonů štítné žlázy, glykémie, sedimentace, CRP, urea, kreatininu, kyseliny močové, albuminu a celkové bílkoviny (Klauzová, 2010). Ze zobrazovacích metod se používají ultrasonografie podkoží a nejčastější metodou je lymfoscintigrafie (Chochola, 2018).

Lymfoscintigrafie je neinvazivní vyšetření s použitím ionizujícího záření (Eliška, 2018). Eliška (2018) dále rozvádí, že jejím účelem je zobrazení lymfatického systému a posouzení toku vyšetřované oblasti. Indikacemi jsou podezření na lymfatickou nedostatečnou konkrétní oblasti těla nebo k vyšetření otoků v epifasciálním prostoru (Eliška, 2018). Kontraindikací je těhotenství, primární lymfedém, kde by mohlo dojít k zánětlivé reakci a alergii na aplikovanou látku (Klauzová, 2010). Příprava pacienta není nijak specifická a zahrnuje znalost osobní anamnézy a edukaci o průběhu vyšetření (Eliška, 2018). Eliška (2018) rozděluje průběh vyšetření do 4 fází. První fází je klidová, kdy se podá radiofarmakum do podkoží meziprstní řasy mezi palcem a druhým prstem na noze či ruce (Wald, 2010). Druhá fáze je po fyzické zátěži a sledují se patologické jevy. Další fáze následují s časovým odstupem po vyšetření pro kontrolu léčby (Eliška, 2018).

1.5. Terapie lymfedému

Základem úspěšné léčby je co nejpřesnější diagnóza (Wald, 2010). Terapie je komplexní, dlouhodobá a je třeba ji zahájit v pravou chvíli (Klauzová, 2010). Terapie se zúčastňuje multidisciplinární tým skládající se z lymfologa, lymfoterapeuta, odborníka z onkologie, psychologů a dalších odborníků (Eliška, 2018). Za hlavní metodu léčby je považována komplexní dekongesivní terapie (CDT) a přidaná dlouhodobá farmakoterapie (Krška, 2014). Tato metoda je postavena na 4 hlavních pilířích: manuální nebo přístrojová lymfodrenáž, komprese, úprava životního stylu a péče o kůži (Wald, 2010). Cílem této metody je redukce objemu otoku, prevence komplikací, zlepšení a zvýšení kvality života (Eliška, 2018). Chirurgická léčba se provádí jen v některých případech a za ideálních podmínek (Klauzová, 2010). V chirurgické léčbě se používají symptomatické a kauzální metody (Wald, 2012).

Zásady léčby uváděné Novákem (2010) a Zajícovou (2016):

- Včasná a přesná diagnostika
- Léčba pod dohledem lymfologa
- Vhodný a racionální komplexní terapeutický postup
- Prevence infekce
- Režimová opatření
- Navázání spolupráce s pacientem a jeho příslušníky

1.5.1. Konzervativní léčba

Nejvyužívanější metodou je CDT zahrnující manuální nebo přístrojovou lymfodrenáž, kompresivní terapii a speciální cvičení (Diamantová, 2011). Manuální lymfatická drenáž využívá jemné techniky, která svým tlakem zvyšuje resorpci a transport mízy lymfatickým řečištěm (Novák, 2010). Tato technika by měla být jemná a pacientovi příjemná. Po jejím ukončení by mělo dojít k ústupu obtíží. Vždy by ji měl provádět kvalifikovaný lymfoterapeut (Wald, 2010). Přístrojová lymfodrenáž se provádí v návaznosti na manuální (Zajícová, 2016). Před zahájením lymfodrenáže se provede ruční masáž postižené končetiny. Používají se k tomu speciální nafukovací návleky odlišné pro horní i dolní končetiny (Diamantová, 2011). Je založena na přerušované kompresi a vytváří tlak, který podporuje lymfatický i žilní systém (Wald, 2010).

Aplikace zevní komprese bandáží patří k nedílné součástí léčby lymfedému (Novák, 2010). Účinek správné komprese tvoří překážku proti šíření otoku (Eliška, 2018). Eliška (2018) dělí kompresi na vícevrstevnou bandáž a kompresivní punčochy. Ke kompresivní vícevrstevné bandáži se používají krátkotažná obinadla, díky kterým dochází ke zvýšení tlaku při pohybu a jeho snížení v klidu (Eliška, 2018). Správné přiložení bandáže zajišťuje lymfoterapeut a pod jeho dozorem i sám pacient (Wald, 2010). Aplikaci kompresivních punčoch nebo návleků používáme až v udržovací fázi, která je akceptovatelnější pro klienty. Jsou určeny pro denní nošení a na noc se sundávají (Novák, 2010). Tyto návleky jsou vyrobeny z takového materiálu, aby nedráždily pokožku. Vytváří dynamický tlak na všech místech punčochy (Wald, 2010). Mezi kontraindikacemi aplikace komprese patří onemocnění tepenného řečiště, dekompenzovaná ISCH a akutní onemocnění kůže (Eliška, 2018).

Speciální cvičení je také velmi významné pro správný transport lymfy (Wald, 2010). Cvičení a komprese postižené části těla pomáhá ke správnému vstřebávání a odvádění mízy (Eliška, 2018). Cvičení by mělo probíhat dvakrát denně po dobu 15 minut. Každý cvik by se měl dělat 5-10krát (Diamantová, 2011). Diamantová (2011) uvádí další možná cvičení jako je cvičení ve vodě, turistika, jízda na kole a jóga.

1.5.2. Chirurgická léčba

CDT dosahuje v léčbě lymfedému dobrých výsledků, ale v některých případech není účinná a klinické příznaky lymfedému se zhoršují (Wald, 2010). Chirurgická léčba však není u všech pacientů indikována a provádí se jen u některých případů lymfedému (Zajícová, 2016). Indikace k operačním výkonům shrnují Wald (2012) a Eliška (2018):

- Neúspěšnost konzervativní terapie
- Fibro – lipohypertrofie výrazně zhoršující kvalitu života
- Pitting lymfedém
- Souhlas pacienta s používáním elastického návleku před i po operaci

Mezi kontraindikacemi patří – poruchy hemokoagulace, aktivní nádorová onemocnění, zánětlivá onemocnění v operované oblasti, komplikace s chirurgickým zákrokem vycházející z anamnézy pacienta a nespoupráce pacienta (Wald, 2010). Indikace k chirurgickému výkonu je dlouhodobý a odpovědný proces. Lékař by měl správně posoudit, zda je pacient připraven k dlouhodobé pooperační péči (Eliška, 2018).

Operace jsou prováděny s aplikací intravenózních antibiotik a prevencí tromboembolické nemoci pomocí nízkomolekulárního heparinu (Eliška, 2018). Po ukončení operačního výkonu je přiložen sterilní kompresivní návlek. Dále do 24 hodin po výkonu je zahájena terapie proteolytických enzymů nejčastěji Wobenzym, který zlepšuje funkci lymfatického systému (Wald, 2012).

1.5.3. Metody při chirurgickém řešení lymfedému

Chirurgické metody se používají už od začátku 20. století, kdy jednou z metod bylo používání hedvábného švu. To se ukázalo jako neefektivní a komplikované. Od této doby se vyvinula spousta jiných funkčních metod (Garza, 2017). Chirurgické výkony můžeme rozdělit na symptomatické, které se využívají při následcích lymfedému, a kauzální neboli mikrochirurgické řešící poruchu lymfodrenáže (Wald, 2012).

Mezi symptomatické výkony zařazujeme liposukci a resekci (Eliška, 2018). Liposukcí rozumíme jako odsátí podkožního tuku, která bylo zavedeno u plastických chirurgů již v 80. letech 20. století. S odstupem času se zjistilo, že to může být velmi účinná metoda v léčbě lymfedému (Wald, 2012). Při této metodě dochází k odstranění zmnožené podkožní tkáně (Klauzová, 2010). Tato metoda je velmi účinná v kombinaci s kompresivní technikou, které prokázaly trvalé snížení otoku postižené končetiny (McGee, 2018). Resekční metody používáme při odstranění měkké tkáně včetně kůže (Eliška, 2018). Indikujeme je většinou při nekončetinovém lymfedému – břišní stěny, šourku, penisu a vulvy (Wald, 2012).

Kauzální neboli mikrochirurgické metody rozdělujeme na derivační, jenž spojují lymfatický systém se žilním řečištěm, a rekonstrukční zahrnující rekonstrukci lymfatických cév (Wald, 2012). Derivační metody propojují lymfatický systém se žilním pomocí anastomózy (Granzow, 2018). Anastomózy dělíme na lymfodo – venózní, což znamená spojení lymfatické uzliny s žilou, a lymfatico – venózní spojení mezi lymfatickou cévou a žilou. Tento typ kauzálních operací se používá nejčastěji (Eliška, 2018). Rekonstrukční metody pomáhají postiženému úseku ho obejít pomocí bypassu (Wald, 2012). Garza (2017) ve svém výzkumu došel k názoru, že u transplantace lymfatických cév dochází k vysokému riziku vzniku lymfedému u dárce. Pro lepší výsledky byly použity žilní cévy, díky kterým se snížilo riziko vzniku lymfedému u dárce a správnému chodu lymfatického systému u příjemce (Garza, 2017).

1.6. Ošetrovatelská péče

1.6.1. Ošetrovatelská péče před výkonem

Ošetrovatelská péče v předoperačním období zahrnuje péči o pacienty od souhlasu pacienta s operací až po předání pacienta na operační sál (Janíková, 2013). Cílem předoperační péče, které nám uvádí Danyi (2016), je zhodnocení zdravotního stavu. Jeho výsledkem je vytvoření podkladu návrhu pro operační a anesteziologický postup (Danyi, 2016). Janíková (2013) rozděljuje předoperační péči na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Blažek (2012) dále přidává střednědobou předoperační péči.

Dlouhodobá příprava trvá zhruba měsíc před operačním výkonem (Blažek, 2012). Toto období zahrnuje průběžnou informovanost pacienta o plánovaném operačním výkonu (Blažek, 2012). Dále Janíková (2013) uvádí, že lékař zhodnocuje anamnézu a fyzikální vyšetření u pacienta. Provádí se laboratorní vyšetření krve, kdy se vyšetřuje krevní obraz, hemokoagulace zejména APTT a INR, vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru (Schneiderová, 2014). Schneiderová (2014) dále uvádí vyšetření jaterních a pankreatických parametrů, vyšetření iontů, funkci ledvin, celkovou bílkovinu, glykémii a vyšetření moče chemicky + sediment. K dalším vyšetřením patří i zobrazovací metody, mezi které patří RTG srdce a plic a EKG (Janíková, 2013). Zde dochází také ke zvolení druhu anestezie (Schneiderová, 2014). Cílem anestezie je vytvoření příhodných podmínek k provedení operačního výkonu (Schneiderová, 2014). Zeman (2011) rozděluje anestezii na celkovou a místní. Celková anestezie zahrnuje vyřazení veškerého vnímání a ztráty vědomí, ale při místní dochází vyřazení pouze bolestivého vnímání (Schneiderová, 2014). Střednědobá příprava trvá 1 až 3 týdny před operací (Blažek, 2012). Tato příprava zahrnuje změnu antikoagulačního systému, kdy se z kumarinů např. Warfarin se přechází na nízkomolekulární antikoagulantia (Blažek, 2012). Dále Blažek (2012) popisuje zajištění autotransfuze, kdy si před operačním výkonem pacient zajistí svoji vlastní krevní transfuzi.

Podle Blažka (2012) krátkodobá příprava trvá týden před výkonem, kdy dochází ke kompenzaci diabetes mellitus a dalších přidružených onemocnění. Janíková (2013) uvádí, že se odehrává 24 hodin před operačním výkonem. V této přípravě dochází k podání určené premedikace a premedikace, již přesněji ordinuje anesteziolog (Janíková, 2013). Dále Janíková (2013) připisuje přípravu operačního pole pomocí šetrného oholení, přípravu trávicího traktu a hygienickou péči. U operačních výkonů, které se nezabývají operací střev, postačí 4-6 hodin lačnění (Blažek, 2012). Cílem tohoto omezení je snížení rizika aspirace žaludečního obsahu (Janíková, 2013). V rámci osobní hygieny pacient provede očistnou koupel a vyjmutí umělého chrupu (Blažek, 2012). V bezprostřední péči, jež se odehrává 2 hodiny před výkonem, se provádí prevence trombembolické nemoci (TEN) pomocí krátkotažných obinadel nebo elastických punčoch (Janíková, 2013). Dále Janíková (2013) uvádí, že dochází k zajištění invazivních vstupů, mezi které patří zavedení PŽK či PMK. V neposlední řadě jde o kontrolu dokumentace a transport pacienta na operační sál (Janíková, 2013).

1.6.2. Ošetřovatelská péče po výkonu

Ošetřovatelská pooperační péče je rozdělena na bezprostřední a následnou péči (Schneiderová, 2013). Tato péče je určovaná dle stavu pacienta (Schneiderová, 2013). Schneiderová (2013) uvádí, že bezprostřední péče začíná vyvedením pacienta z anestezie a předáním na pooperační pokoj. Tato péče zahrnuje monitoraci pacienta – kontrola barvy kůže, pulz, krevní tlak, dechová frekvence, saturace a stav vědomí (Zeman, 2011). Dále Janíková (2013) přidává kontrolu operační rány a známky krvácení a dále pozorování možných pooperačních komplikací.

V následném období je transport pacienta po stabilizaci na standardní pokoj (Schneiderová, 2014). Schneiderová (2014) popisuje, že se v pravidelných intervalech kontrolují vitální funkce, operační rána a odtok zavedených drénů. Dále se péče zaměřuje na bolest po operaci, kdy se podávají kombinace analgetik a opiátů (Zeman, 2011). V prvních hodinách po přeložení na standardní pokoj je důležité, aby došlo k vyprázdnění močového měchýře (Schneiderová, 2014). Pokud by nedošlo k vymočení do 8 hodin, muselo by se vyprázdnění provést jiným způsobem, např. jednorázovým cévkováním (Zeman, 2011). Postupně se zatěžuje trávicí trakt nejprve tekutou stravou a posléze racionální stravou (Schneiderová, 2014). Také se dbá na prevenci TEN, kdy se používají obinadla a posléze cvičení pod dohledem fyzioterapeuta (Schneiderová, 2014).

1.6.3. Komplikace po operačním výkonu

Pooperační komplikace jsou nepříjemné zkušenosti, které mohou narušit pooperační vývoj (Zeman, 2011). Janíková (2013) uvádí, že nejrizikovějším obdobím pro vznik komplikací, jsou 2 hodiny po operačním výkonu. Janíková (2013) definuje tyto komplikace jako pooperační nemoc, kdy dochází k somatickým a psychickým změnám. K rozvoji této nemoci přispívá, jak dlouho operační výkon trval a jeho rozsah (Zeman, 2011). Dále se k nim zařazuje celkový zdravotní a psychický stav pacienta (Janíková, 2013). Hlavní příznaky Zeman (2011) rozděluje na místní a celkové. Místní projevy se mohou objevit v podobě překrvení místní tkáně, leukocytózy, edém v okolí rány (Zeman, 2011). K celkovým příznakům řadíme leukocytózu, tělesnou a psychickou skleslost, nechutenství, bolest, zrychlení tepové a dechové frekvence, retence moči a další vylučovací problémy (Janíková, 2013). Pooperační nemoc má ve většině případů lehký průběh a projevy během několika dnů odezní (Zeman, 2011). V opačném případě

se může rozvést šokový stav u pacienta (Janíková, 2013). Terapie pooperační nemoci se skládá k doplnění ztrát vody a elektrolytů a náhrada krevních ztrát (Zeman, 2011). Důležitou prevencí je včasné rozpoznání příznaků a důkladné předoperační přípravě (Janíková, 2013).

Komplikace dále můžeme dělit na respirační, kardiální, gastrointestinální, urologické a psychické (Schneiderová, 2014). Respirační komplikace vznikají na základě intubace při celkové anestezii a útlumu obranných reflexů (Janíková, 2013). Projevy respiračních komplikací zahrnuje možnou aspiraci žaludečního obsahu, rozvoj plicního edému nebo vznik zánětů např. bronchopneumonie (Schneiderová, 2014). Příznaky a léčba se odvíjejí dle komplikací (Janíková, 2013). Janíková (2013) popisuje léčbu např. přiložením Priessnitzova obkladu, dechová rehabilitace, oxygenoterapii a další ordinace lékaře. U kardiálních komplikací se známky srdečního selhání zjišťují pomocí EKG křivky (Janíková, 2013). Příznaky mohou být dušnost, tachykardie a pokles TK, při známce infarktu myokardu dochází k bolesti na hrudi (Zeman, 2011). Léčba těchto projevů se odvíjí podle příčiny (Zeman, 2011). Mezi gastrointestinální komplikace zařazujeme parézu střev se zástavou odchodu plynů. (Schneiderová, 2014). Schneiderová (2014) popisuje prevenci této komplikace důležitou předoperační přípravu trávicího traktu. Vyřešením tohoto problému může být medikamentózní terapie nebo zavedení rektální rourky pro odvod plynů (Janíková, 2013). Při urologických komplikací je zde také paréza jako u trávicího traktu, která se projevuje jako nemožnost odchodu moče (Schneiderová, 2014). Zařazujeme se i vznik zánětů dolních cest močových či poruchou činnosti ledvin (Janíková, 2013). Jako poslední komplikace jsou uváděny psychické, které se mohou projevit později (Schneiderová, 2014). Schneiderová (2014) upřesňuje, že se objevuje dezorientace a při jejím nevyřešení může dojít k závažnějšímu rozvoji, kdy pacient ohrožuje sebe i své okolí.

1.7. Specifika ošetrovatelské péče o lymfedém

V péči o operační ránu je hlavním cílem zabránit vzniku infekce pomocí sterilního krytí (Janíková, 2013). V prvních hodinách po operačním výkonu je povinností sestry či lékaře kontrola průsaku rány (Zeman, 2011). Převaz krytí se může provádět až po 2 dnech, kdy ji převazujeme za aseptických podmínek (Janíková, 2013). Janíková (2013) dále zdůrazňuje, že při převazu sledujeme vzhled rány. Pokud se rány hojí per primam,

provádí se převazování nasucho, kdy se používá klasický obvazový materiál (Janíková, 2013). Stehy se odstraňují po 7 dnech po operačním výkonu (Zeman, 2011). Při péči o jizvu je třeba ji udržovat v čistotě a pacient se edukuje v péči o ni (Janíková, 2013). Janíková (2013) přidává, že pacient by se měl vyvarovat strhávání strupu, chránit ji před slunečním zářením a vyhýbat se tělesným aktivitám, které by při napínání kůže mohlo prodloužit její hojení. V péči o jizvu se doporučuje provádět tlakovou masáž, zhruba 1-2 týdny od odstranění stehů několikrát denně, a promašťovat jizvu mastným krémem, aby nedošlo k přeschnutí kůže. (Janíková, 2013).

K dalším specifickým ošetrovatelské péče patří úprava životního stylu. Eliška (2018) uvádí, že by se měl pacient vyhýbat faktorům, které zatěžují lymfatický systém. Naopak by měl vyhledávat faktory, které ho podporují a zlepšují jeho funkci (Eliška, 2018). Mezi tyto úpravy můžeme zařadit vyhýbání se teplotním extrémům, nepřetěžování postižené končetiny, nošením těžkých věcí nebo měření krevního tlaku či odebírání krve, nenošení těsného oblečení a šperky (Novák, 2010). K dalším doporučením patří nepřesolovat jídla, dostatečný příjem tekutin a udržování stejné tělesné hmotnosti (Eliška, 2018).

2. Cíl práce a výzkumné otázky

2.1. Cíl práce

1. Cíl: Zmapovat specifika ošetrovatelské péče při chirurgickém řešení sekundárního lymfedému z pohledu práce sester.
2. Cíl: Zmapovat specifika ošetrovatelské péče při chirurgickém řešení sekundárního lymfedému z pohledu pacienta.

2.2. Výzkumné otázky

- Jakým způsobem sestry poskytují ošetrovatelskou péči při chirurgickém řešení sekundárního lymfedému?
- Jakým způsobem pacienti reagují na poskytovanou ošetrovatelskou péči při chirurgickém řešení sekundárního lymfedému?

3. Operacionalizace pojmů

Sekundární lymfedém – „*Sekundární lymfedém je vysokoproteinový otok způsobený zmenšenou lymfatickou transportní a proteolytickou kapacitou lymfatického systému v postižené oblasti. Za hlavní příčiny poruchy centripatálního toku lymfy je považován zánět, chirurgický výkon nebo trauma obecně, nádorová infiltrace nebo parazit.*“ (Krška, 2014, s. 317)

Liposukce - „*Později Brorson prokázal, že tuto techniku lze v přísné indikovaných případech použít u pacientů s lymfedém k odsátí lipohypertofické epifasciální tkáně.*“ (Wald, 2012, s. 174)

Lymfaticko – venózní anastamóza - „*anastamóza mezi lymfatickou cévou a žilou koncem ke konci nebo koncem ke straně*“ (Wald, 2012, s. 174)

Debulking - „*resekce lokalizovaných oblastí měkkých tkání včetně kůže postižených lipohypertrofií. Nejčastěji jsou indikovány k tomuto typu výkonu lipohypertrofie na dolních končetinách.*“ (Wald, 2010)

4. Metodika

4.1. Metodika výzkumu

Bakalářská práce byla zpracována ve kvalitativní formě výzkumu. Ke sběru dat byla použita technika hloubkových rozhovorů. Žádost o výzkum byla podána ve Fakultní nemocnici Motol v Praze a Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně na Klinice plastické a estetické chirurgie, avšak zde v Brně nebyl povolen výzkum. Výzkum tedy probíhal ve Fakultní nemocnici Motol v Praze na 2. chirurgické klinice v březnu a dubnu 2020. Výzkum byl umožněn hlavní sestrou FN Motol. Hloubkový rozhovor se skládal z otázek pro všeobecné sestry (příloha č. 1), a také pro pacienty (příloha č. 2). Respondenti byli předem informováni o hloubkovém rozhovoru a o tématu, na které je zaměřen. Respondenti nám dovolili natočit rozhovor na diktafon. Hloubkový rozhovor je popsán jako nestandardizované dotazování jedince badatelem pomocí otevřených otázek (Švaříček, 2014). Švaříček (2014) popisuje metaforu rozhovoru horníka, který bádá po vzácném kovu, která byla použita při sběru dat. Hloubkový rozhovor měl charakter polostrukturovaných otázek, kdy se dotazuje již z předpřipravených otázek (Švaříček, 2014). Rozhovor s pacienty byl prováděn na oddělení ve FN Motol. Někteří pacienti nám byli doporučeni, takže u nich to bylo provedeno v jejich prostředí. Rozhovor se sestrami byl uskutečněn na standardizovaném oddělení. Rozhovory byly nahrány a následně přepsány. Každý rozhovor byl pojmenován například P1 (pacient 1) nebo S1 (sestra 1). Tato označení jsou použita v následujícím textu.

Analýza získaných dat byla provedena otevřeným kódováním metodou papír a tužka (Švaříček, 2014). Každý přepsaný rozhovor byl následně vytištěn a opakovaně přečten. Určené kategorie a podkategorie měly určitou odlišnou barvu pro lepší orientaci. U každého souboru byly očíslovány řádky pro podrobnější upřesnění citace od respondentů. Následně byl vytvořen soubor v excelu zvláště pro všeobecné sestry a pacienty. Z vytvořeného souboru byla vytvořena schémata podle určených kategorií a podkategorií a k nim zařazeny kódy. Z těchto vytvořených schémat se poté lépe odvozovaly výsledky pro výzkum.

4.2. Výzkumný soubor

Výzkum se skládal z 2 podsouborů – první podsoubor se skládal z 2 všeobecných sester a druhý z 8 pacientů. První výzkumný podsoubor se skládal z všeobecných sester pracujících ve FN Motol věkem mezi 40 až 60 lety. Obě měly vysokoškolské vzdělání a pracovaly na 2. chirurgické klinice. Druhého výzkumného podsouboru se zúčastnilo celkem 8 pacientů převážně ženského pohlaví od věku 44 do 70 let. Tyto respondenti měli 4 vysokoškolské vzdělání a 4 středoškolské vzdělání.

5. Výsledky výzkumného šetření

5.1. Výsledky z rozhovorů se všeobecnými sestrami

Schéma č. 1: Kategorie – Ošetrovatelská péče před operací I.

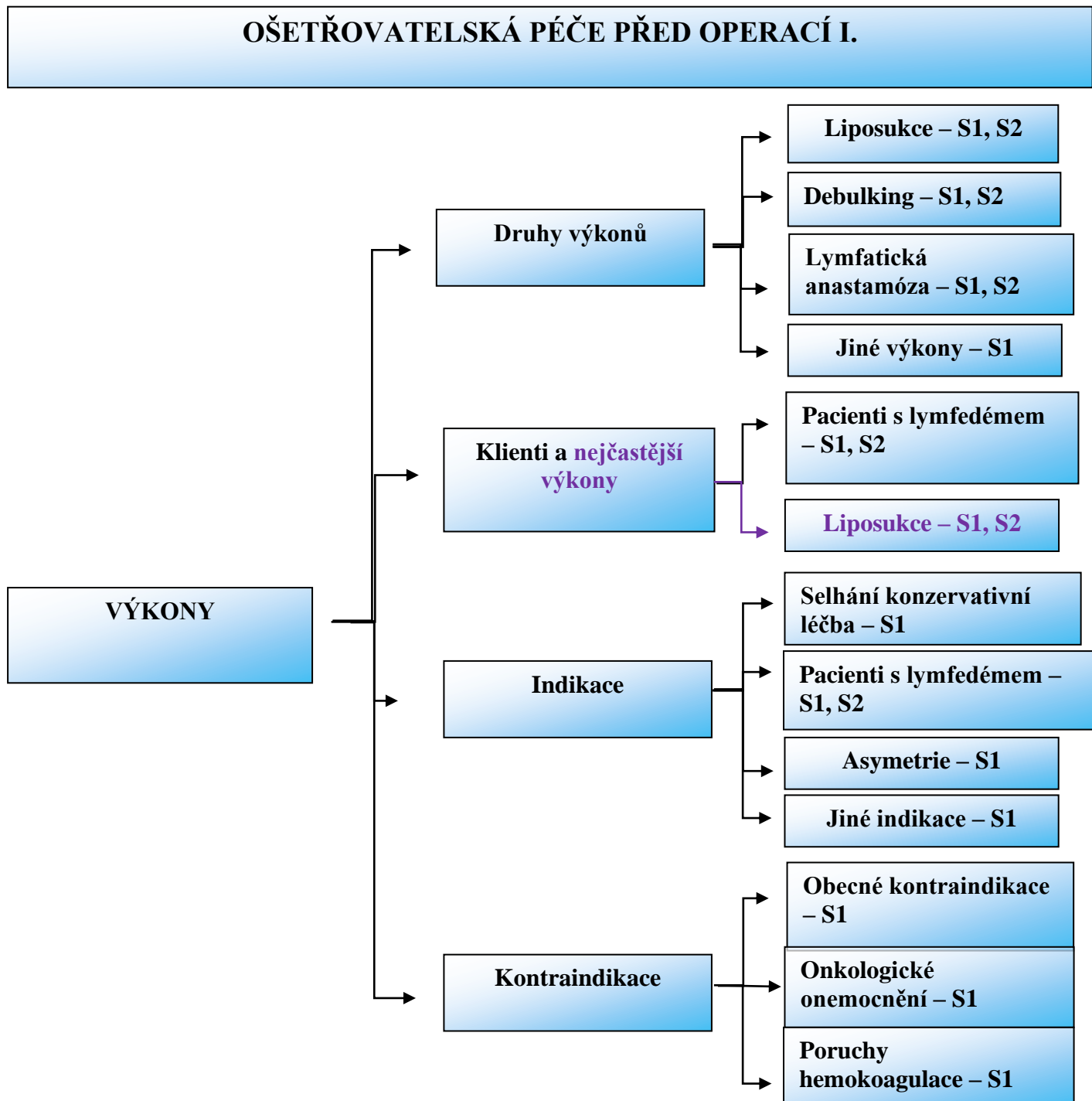
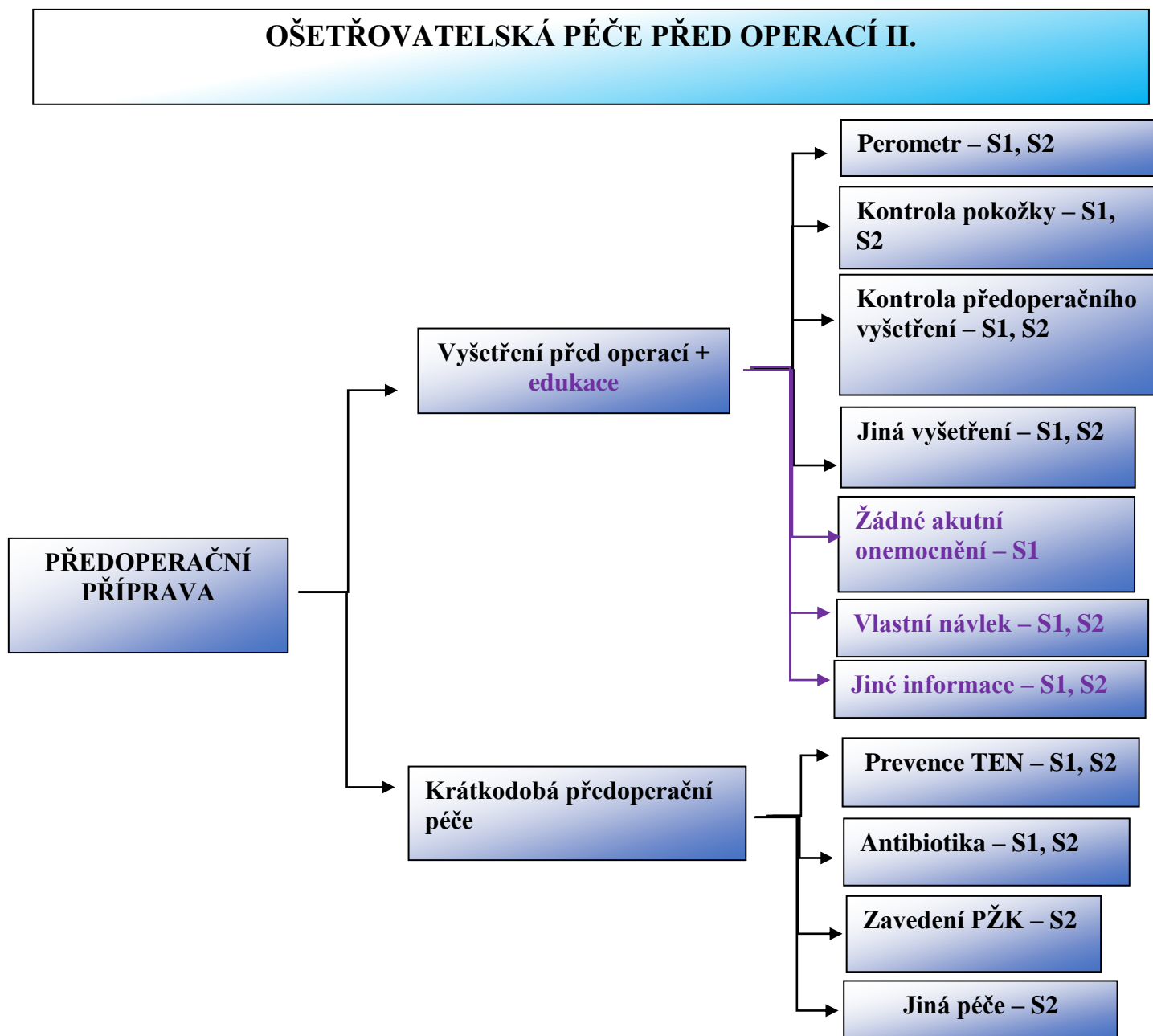


Schéma č. 2: Kategorie – Ošetrovateľská péče před operací II.



5.1.1. Schémata pro kategorii – Ošetrovateľská péče před operací

V těchto schématech se zde budeme zaměřovat na práci sester a jejich péči o pacienty s lymfedémem. Respondenti jsou zde dvě všeobecné sestry S1 a S2. Tato schémata jsou rozdělena na dvě hlavní podkategorie – výkony a předoperační příprava. V podkategorii výkony se zaměříme na druhy výkonů a jejich indikace či kontraindikace. V druhé podkategorii se zabýváme tím, jaká vyšetření pacienti musí

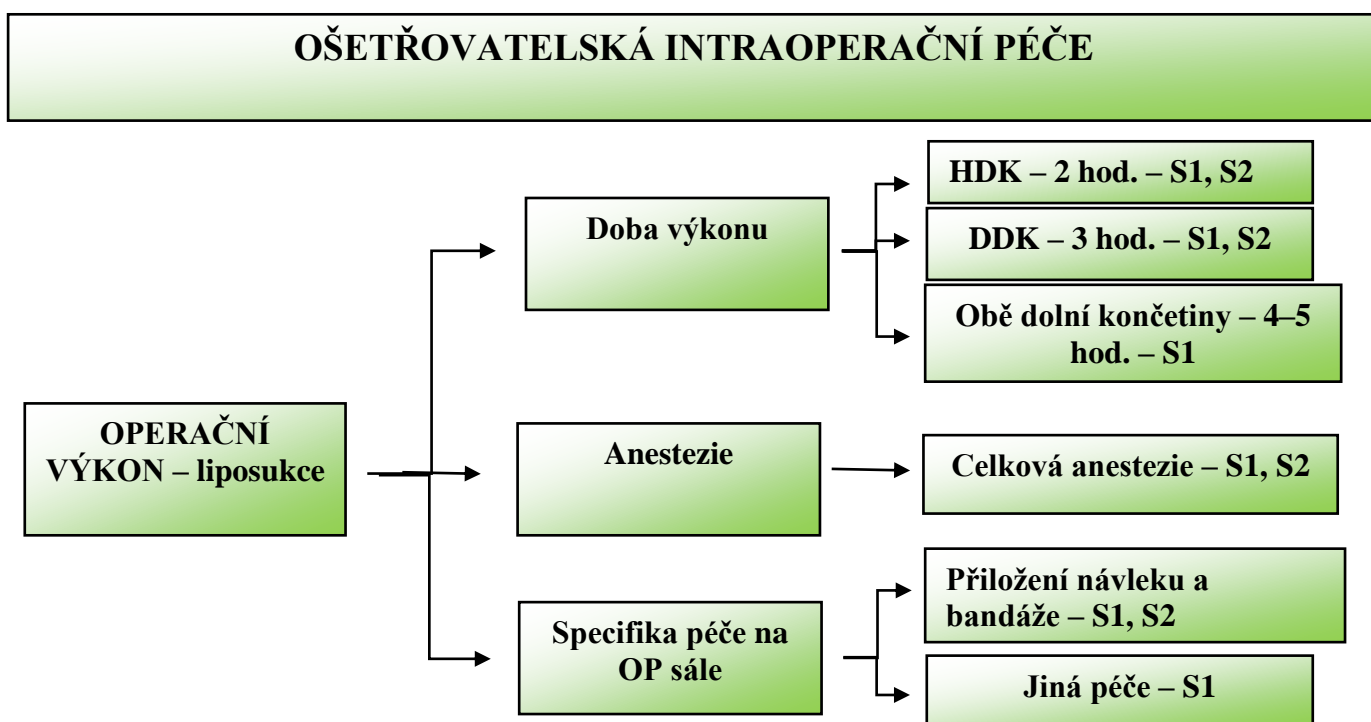
podstoupit před operací a ošetrovatelskou péčí, kterou jim všeobecné sestry poskytují před operačním výkonem.

V první podkategorii jsou výkony. Respondentka S1 uvádí výkony symptomatologické. Mezi tyto výkony se respondenti S1 a S2 shodli, že patří liposukce, debulking a lymfovenózní anastamóza. S1 přidává za výkon abdominoplastiku. Respondenti S1 a S2 podobně definovali vhodné klienty pro podstoupení operačních výkonů, což jsou ti, kteří mají lymfedém. Respondenta S2 (26-27) uvedla „*Jsou to pacienti, kteří mají problém s lymfedém a obzvlášť s jeho velikostí snižující kvalitu života.*“ Mezi nejčastější výkony prováděné ve FN Motol je podle respondentů shodli liposukce. Respondentka S1 řekla „*Nejčastěji liposukce představuje nejúčinnější způsob chirurgické léčby.*“ Pro podstoupení operačního výkonu musí pacienti splňovat určité požadavky. Respondenti S1 a S2 uvedli, že by pacienti měli mít lymfedém, který je omezuje v jejich osobním životě. Dále respondentka S1 (4-7) udává „*pitingův test, který je negativní, kdy nelze po 60 vteřinách vytvořit důlek; selhání dlouhodobé komplexní konzervativní terapie; progresse objemové asymetrie v důsledku lipohypertrofie; objemové a hmotnostní asymetrie snižující kvalitu života.*“ Pak existují i kontraindikace, kdy není možné operační výkon provést. K tomu se nám vyjádřila jen respondentka S1, kam patří obecné kontraindikace k chirurgickému výkonu, dále poruchy hemokoagulace a aktivní onkologické onemocnění.

Druhá podkapitola je zaměřená na předoperační přípravu, kterou respondenti S1 a S2 poskytují pacientům před operačním výkonem. Před operačním výkonem je nejprve nutno provést vyšetření. Respondenti S1 a S2 rozdělili předoperační přípravu na dlouhodobou a krátkodobou péči. V dlouhodobé péči se jedná o kontrolu předoperačního vyšetření v ambulanci kliniky, dále je potřeba kontrola pokožky před vyšetřením, kterou dále respondentka S1 (16-17) rozvedla „... 3. den před výkonem se provádí kontrola kožního krytu se zaměřením na zánětlivé afekce a poruchy prokrvení...“ Další vyšetření, které klinika provádí sama, je vyšetření perometrem. Respondentka S1 (22-23) popsala „*Nejčastěji se provádí pomocí perometru, který vyhodnocuje, jaké množství se může odsát,...*“ Je to neinvazivní vyšetření a snímá se operovaná i zdravá končetina pomocí snímací obrazovky. Respondentka S1 dále rozvádí, že tímto vyšetřením se měří asymetrie končetin a pořizuje fotodokumentace končetin. Respondentka S2 (18-19) přidala další vyšetření, která se zde provádějí, a to

je lymfoscintigrafie „Pak se tu provádí lymfoscintigrafie, ale to jen při lymfovenózní anastamóze.“ Další, co respondenti S1 a S2 provádějí před operací, je důkladná edukace. Respondenti S1, S2 se shodli, že je důležité, aby si pacienti přinesli před operačním výkonem vlastní návleky. Respondentka S1 (13-14) dále rozvedla „... minimálně týden před tím pacientky vysadí ovlivňující léky (Anopyrin, Warfarin), dva týdny nesmí mít akutní onemocnění,....“ Druhá respondentka S2 (21-22) uvedla, že při nástupu k hospitalizaci seznamují pacienty s vnitřním řádem a podávají důležitou informaci o lačnění „Pak je informujeme, že po večeri nesmí už nic pít ani jíst.“ V krátkodobé péči respondenti S1 a S2 pověděli, že provádí prevenci TEN, což zahrnuje provedení bandáže dolních končetin krátkotažnými obinadly. Dále uvedli, že lékař pacientům ordinuje preventivní antibiotika. Respondentka S2 dále rozvedla, že edukují o osobní hygieně před operačním výkonem a zavedení kanyly.

Schéma č.3: Kategorie – Ošetřovatelská intraoperační péče



5.1.2. Schéma pro kategorii – Ošetřovatelská intraoperační péče

V této kategorii se budeme zaměřovat na ošetřovatelskou péči při operačním výkonu liposukce. Zde jsou uvedenými podkategoriemi doba výkonu, druh anestezie a specifika péče na operačním sále.

Doba výkonu nám respondenti S1 a S2 uvedli podobné hodnoty. Respondentka S1 (33-34) více popsala „Záleží na operované končetině – horní končetina do 2 hodin, dolní končetina – 3 hodiny a když se dělají obě tak 4-5 hodin.“ Respondenti S1 a S2 uvedli, že se tento operační výkon provádí v celkové anestezii.

Poslední podkategorii je specifika péče na operačním sále. Respondenti S1 a S2 řekli, že se ještě na operačním sále navlékne pacientovi návlek a udělá se bandáž. Respondentka S1 dále rozvádí, že se před navléknutím přiloží sterilní krytí na rány. Takovou zajímavostí je, že se přiloží speciální turniket před zahájením operace „Ta operovaná končetina je potřeba, aby byla odkrvená, tak se nandá takový turniket a nafoukne se ne 200 – 300 torrů.“ (S1 36-37).

Schéma č. 4: Kategorie – Ošetřovatelská pooperační péče I.

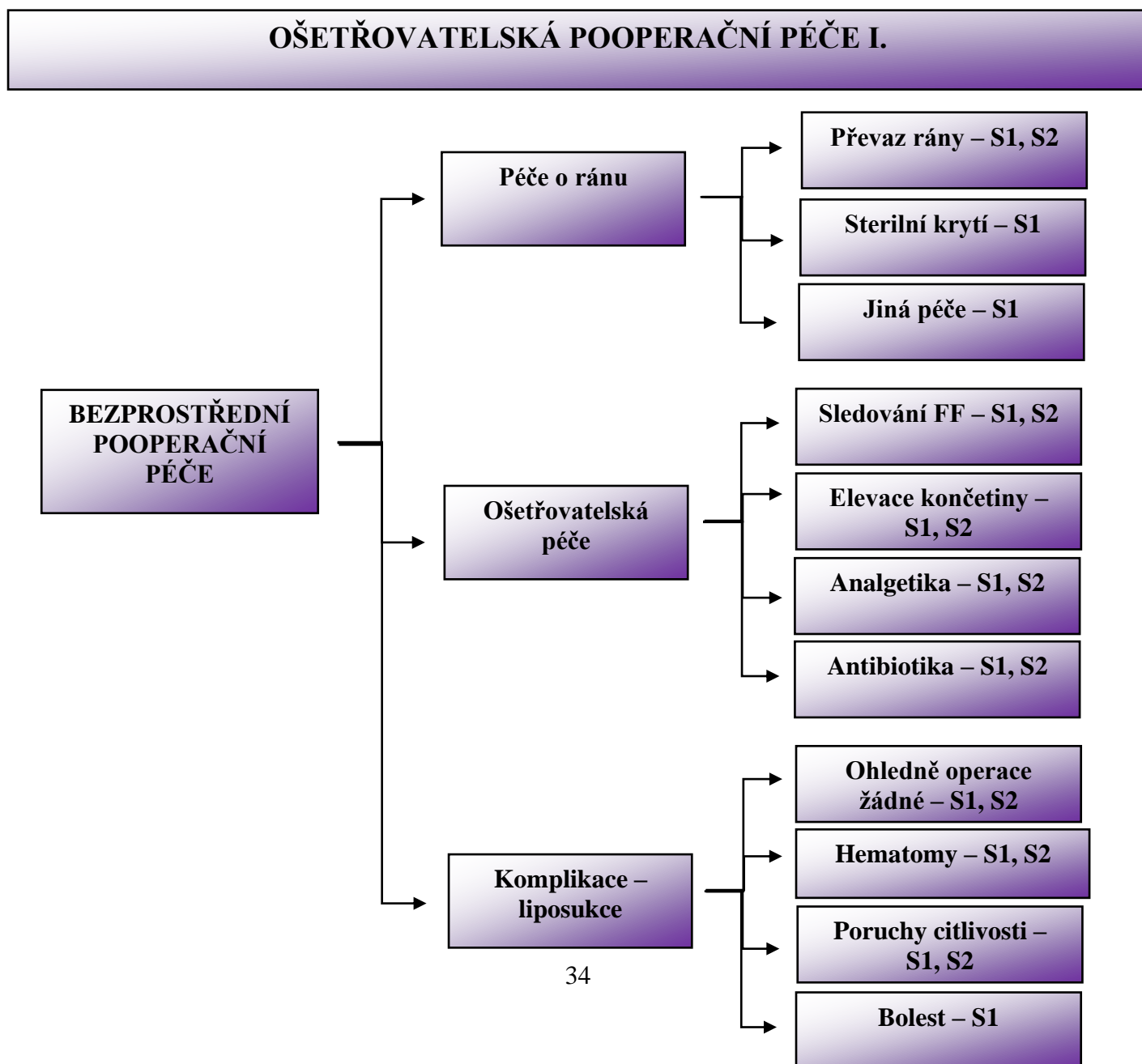
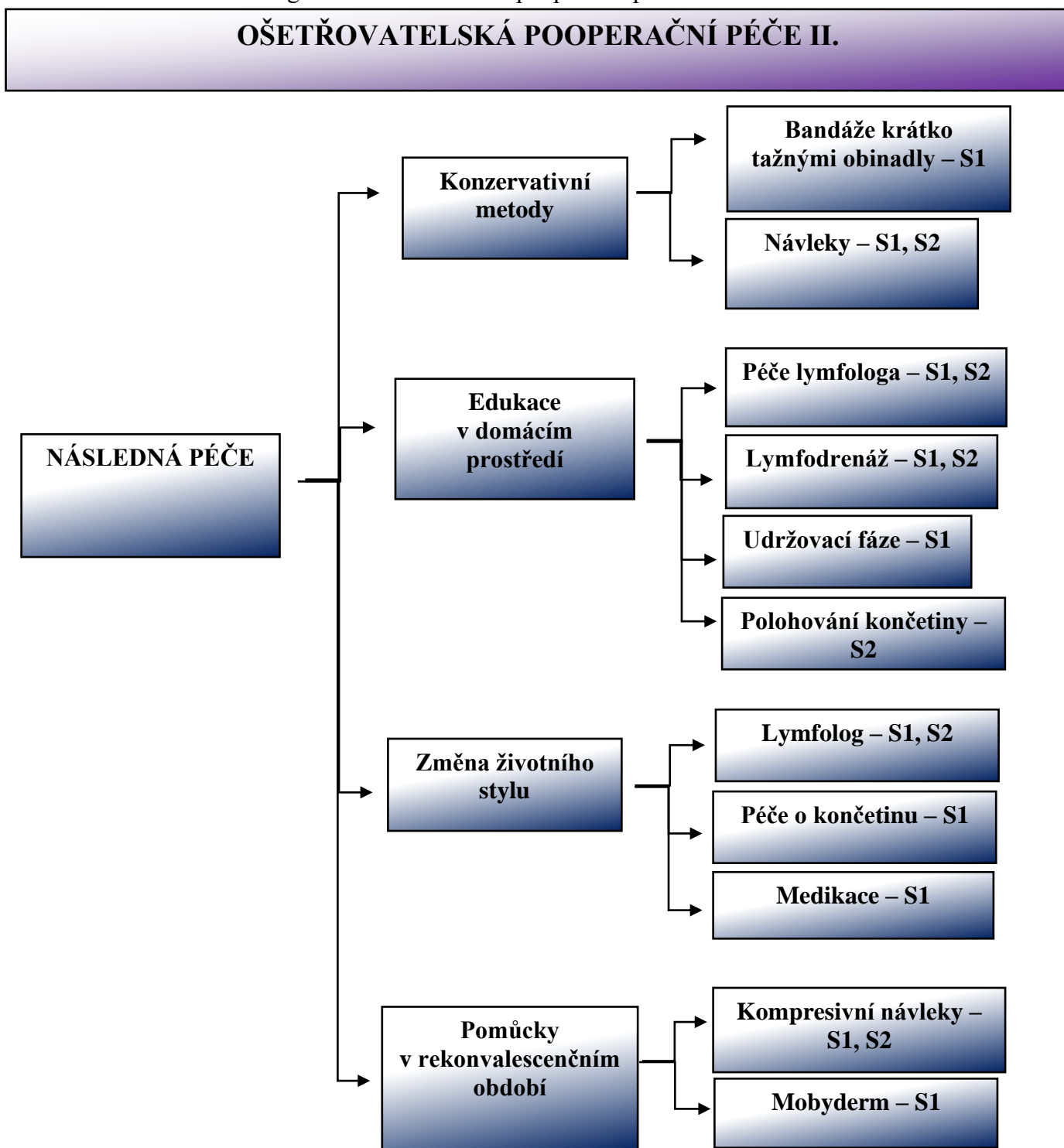


Schéma č. 5: Kategorie – Ošetřovatelská pooperační péče II.



5.1.3. Schémata pro kategorii – Ošetřovatelská pooperační péče

Tato schémata zahrnují ošetřovatelskou pooperační péči o pacienty, kterou jim poskytují všeobecné sestry. Pro kategorii ošetřovatelská pooperační péče jsou zde

zvoleny podkategorie bezprostřední, což zahrnuje období po operaci, a následná péče, jenž ukazuje na období po hospitalizaci.

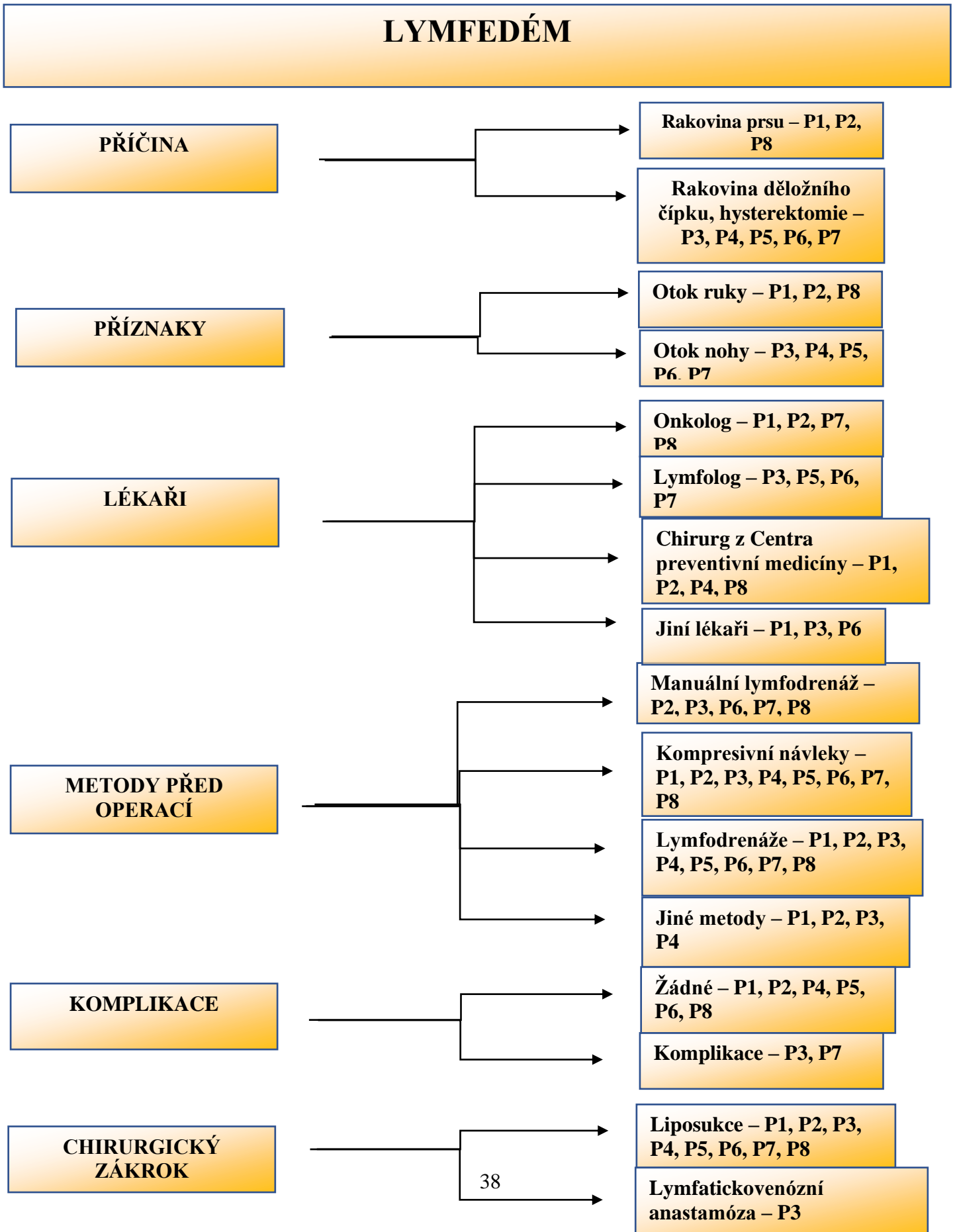
V této podkategorii bezprostřední péče se blíže zaměříme, jakou péči poskytují sestry hned po operaci. Tato podkapitola je dále rozdělená na péči o ránu, ošetrovatelská péče a komplikace. Na začátku oba respondenti S1 a S2 řekli, že rány po liposukci jsou malé a nemusí se zašívát. Respondentka S1 (39-40) lépe upřesňuje „*Udělá se skalpelem malá ranka a pak se tam vsune kanyla a pomocí ní se odsává.*“ Dále respondentka S1 uvedla, že tyto malé rány se nechávají srůst. Dále respondenti S1 a S2 řekli, že se následující den po operaci provádí převaz ran, kdy se provede dezinfekce rány a sterilně zaváže. Ošetrovatelská péče o pacienta začíná, jak řekli oba respondenti S1 a S2, měřením základních fyziologických funkcí. Respondenti následovně poskytují péči o bolest, která se objevuje po operaci, tak že podávají analgetika dle potřeb pacienta. Respondentka S1 (46-47) popisuje i jiný postup v péči o bolest „*Na bandáži jsou taková očka a pak se tím očkem se provlékne obinadlo a může se zavěsit za hrazdičku – snižuje se jí bolest.*“ Dále uvedli, že podávají pacientům antibiotika. Toto tvrzení upřesňuje respondentka S2 (40-42) „*Naši operatéri chtějí podávání antibiotik – takže jim podáváme i.v. antibiotika ještě 2 dny po operaci, pak jsou převedeny na podávání per os.*“ Respondenti S1 a S2 edukují pacienty o elevaci končetin po operaci. Respondentka S1 dodala k informacím, že průměrná doba hospitalizace je 5-7 dní. Poslední oblast se zabývá komplikacemi, které se mohou vyskytnout po operačním výkonu. Oba respondenti S1 a S2 uvedli, že se se žádnými komplikacemi nesešli a ani se neobjevily u pacientů. Nepříjemné projevy liposukce se však mohou vyskytnout v podobě vzniku hematomů nebo poruchy citlivosti pokožky. Další projevy upřesňuje respondentka S1 (64-65) „*Projevy liposukce – podkožní hematomy, bolest, snížená kožní citlivosti – svědění, pálení pokožky.*“

Druhá podkategorie následná péče je zaměřená na péči, kterou pacienti dostávají po skončení hospitalizace. Tato podkategorie je dělí na konzervativní metody, edukace v domácím prostředí, změna životního stylu a pomůcky v rekonvalescenčním období. V oblasti konzervativní metody se zaměříme na to, jaké metody se používají v době hospitalizace. Respondenti S1 a S2 uvedli, že používají návlčky a dělají se bandáže krátkotažnými obinadly. Respondentka S1 (53) uvedla „*Pacientky musí používat návlčky, kterého se už nezbaví.*“ Před propuštěním z nemocnice respondenti podali informace, které by měli pacienti dodržovat i v domácím prostředí. Respondenti S1 a S2

uvedli, že pacienti po propuštění z nemocnice jdou do péče svého lymfologa. Dále popisují, že by pacienti měli podstoupit řadu lymfodrenáží pro redukci otoku. Respondentka S1 (54-56) blíže rozvádí *„10 – 14. den po operaci je zahájena intenzivní lymfodrenáž pro redukci otoku po operaci, trvá zhruba 4 týdny pod vedením lymfoterapeuta, většinou P/K dochází.“* Následně respondentka S1 uvedla, že pacienti po této fázi přechází na udržovací fázi. Respondentka S2 přidala do edukace v domácím prostředí, že by pacienti měli dávat operovanou končetinu do zvýšené polohy. V oblasti o změně životního stylu respondenti uvedli, že o ně pečují jejich lymfolog. Respondentka S1 přidala doporučení pro zlepšení funkce lymfatického systému i zlepšení hojení ran lék Wobenzym. Dále S1 uvedla *„Pacientky už sami znají péči o svoji končetinu s lymfedémem.“* Poslední oblastí jsou pomůcky v rekonvalescenčním období, které pacienti používají. Respondenti S1 a S2 uvedli používání kompresivních návleků *„Pacientky používají kompresivní návleky, které nosí ve dne v noci.“* (S2 – 58). Respondentka S1 (70-72) dále uvádí *„Jednou z dalších možností je Mobyderm což jsou molitanové kostičky vřité do obinadla, který působí tlakovou masáž používající se nejčastěji na horní i dolní končetinu.“*

5.2. Výsledky z rozhovorů s pacienty

Schéma č. 6: Kategorie – Lymfedém



5.2.1. Schéma pro kategorii – Lymfedém

Tato kategorie je zaměřená na informace týkající se onemocnění lymfedému. Podkategoriemi jsou zde – příčina, příznaky, lékaři, metody před operací, komplikace a chirurgický zákrok.

Lymfedém vznikl u všech respondentů na základě rakoviny – u P1, P2, P8 se jednalo o rakovinu prsu s následným odebráním uzlin: „*Diagnostikovali mi rakovinu prsu ve třetím stádiu v únoru 2014. Měla jsem 9 chemoterapií a v září 2014 jsem byla na odstranění celého prsu a 21 uzlin v podpaží a pod klíček.*“ Udává příčinu vzniku respondentka P1 (1–3). U dalších respondentů příčina vzniku lymfedému byla rakovina děložního čípku nebo následovná hysterektomie – u P3, P4, P5, P6, P7. „*V roce 1999 v svých 40 letech mim byl diagnostikován karcinom děložního čípku, který se řešil chirurgicky odstraněním dělohy a vaječníku.*“ Tuto příčinu nám uvedla respondentka P3 (1–2).

Příznaky u našich respondentů byly podobné až stejné. Jednal se o otok horní končetiny (P1, P2, P8) či dolní končetiny (P3, P4, P5, P6, P7). Otok vznikl náhle např. po fyzické námaze nebo pozvolně s odstupem času. Náhlý otok vznikl u P1 a P2. P1 nám uvedla, že se jí vytvořil v létě 2015, kdy byly vysoké teploty. U P2 (5-6) se po rakovině sice objevil otok, ale ne v takové míře „*..... a pak jsem šla na aquaerobik, kde byla hodina, kdy jsem se hodně snažila a tu ruku jsme hodně zatěžovali.*“ U zbývajících se otok rozvíjel pozvolně „*Na začátku byl malý, ale s přibývajícím věkem se mi hodně zvětšil, až to bylo velmi nepříjemné.*“ Tento příklad nám uvedla respondentka P7 (3-4).

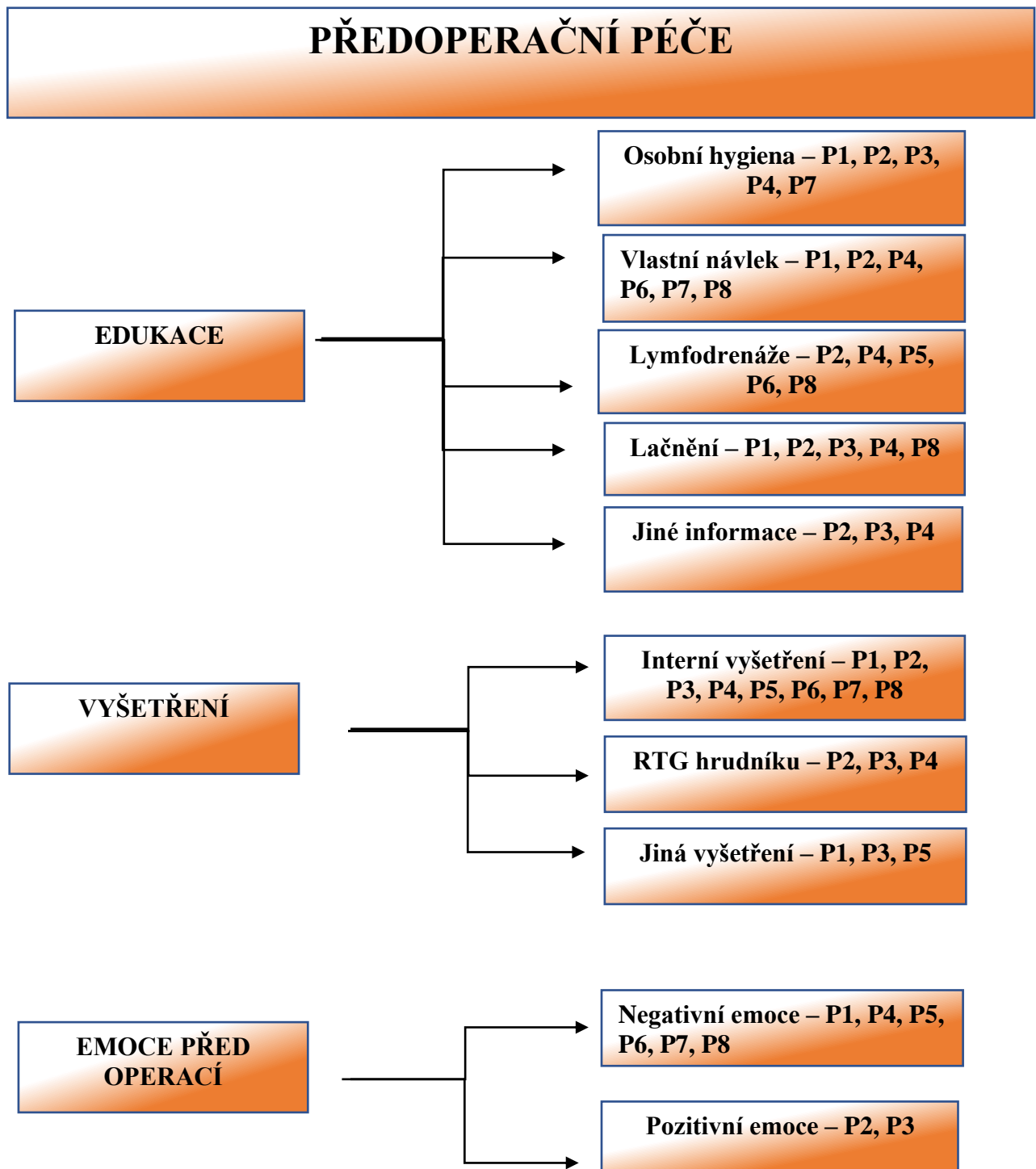
Tato podkategorie ukazuje, s kým respondenti řešili svůj problém s lymfedém. Na úplném začátku, kdy si respondenti všimli, že mají oteklou končetinu, někteří nejdříve kontaktovali svého onkologického lékaře – P1, P2, P7, P8. Ti je pak následovně posílali k lymfologovi, jenž nám uvedla respondentka P2 (11) „*Šla jsem k onkoložce a ta mě poslala k lymfologovi.*“ P3 byla pacientka interního lékaře s odborností na kardiologii. Ten ji rovnou poslal k lymfologovi. Respondentka P4 (7-8) rovnou zašla za lymfologem „*Vyšetření na potvrzení lymfedému mi prováděl MUDr. Vlasák, ke kterému docházím do Prevence 2000.*“ P6 (3-4) řešila svůj problém u cévního lékaře „*a ten mě poslal na rehabilitační oddělení v Bardějově, kde se zabývají lymfedémem.*“ Tedy po základní diagnostice lymfedému se respondenti rozhodli řešit problém s odborníky. Respondenti

P1, P3, P5, P6, P7, P8 si domluvili konzultace MUDr. Waldem, který jim i doporučil typ operačního výkonu. Ostatní respondenti P2, P4 zjistili možnost chirurgického výkonu u MUDr. Vlasáka z Centra Prevence 2000.

Konzervativní metody, které respondenti používali před operačním výkonem, byly – manuální lymfodrenáž, kompresivní návleky, lymfodrenáže či jiné metody. Všichni respondenti používali kompresivní návlek „*Jinak nosím bandáž, která je na míru šitá.*“ Uvedla respondentka P4 (10). Metodu přístrojovou lymfodrenáž využívali respondenti všichni, protože je to většinou součástí různých center a mají i placenou od zdravotní pojišťovny. Nejvíce vyhovující konzervativní metodou se u respondentů P2, P3, P6, P7, P8 byla manuální lymfodrenáž. U respondentky P6 (9-10) se manžel naučil některé hmaty od lymfoterapeuta „*Nejvíce mi vyhovuje, jak mi manžel masíruje tu nohu. Dobře se to naučil. Otok mi úplně změkl.*“ Jiné metody, které používali před operací, nám uvedla respondentka P4 užívající přístroj Lymfoven zapůjčený domů.

Další podkategorií je komplikace lymfedému. Zaměřuje se na komplikace samotného onemocnění lymfedému. U respondentů P1, P1, P4, P5, P6, P8 se žádné komplikace neobjevily. „*Žádné komplikace se u mě nevyskytly, protože jsem si o nohu pěkně starala.*“ Řekla sama respondentka P6 (11). Komplikace se však vyskytly i respondentů P3 a P7. Kdy oba respondenti prodělali infekční onemocnění růže. „*Prodělala jsem růži a brala jsem na to hodně silná antibiotika. Možná i kvůli tomu se mi otok hrozně zvětšil.*“ Uvedla P7 (12-13).

V poslední podkategorii se zaměříme na chirurgické zákroky, kteří naši respondenti podstoupili. Všichni naši respondenti podstoupili chirurgický zákrok liposukci. „*Doporučili mi liposukci, protože můj hluboký lymfatický systém je hodně poškozený.*“ Toto tvrzení nám řekla respondentka P1 (26). Respondentka P3 (22-23) postoupila jak liposukci, tak i lymfatickovenózní anastamózu „*Byla mi doporučena liposukce a po 9 letech jsem podstoupila operaci, kdy se doc. Wald pokusil spojit lymfatický a cévní systém.*“



5.2.2. Schéma pro kategorii – Předoperační péče

Toto schéma se orientuje na předoperační péči, kterou respondenti podstoupili před operačním výkonem. Zvolenými podkategoriemi jsou – edukace, vyšetření a emoce před operací.

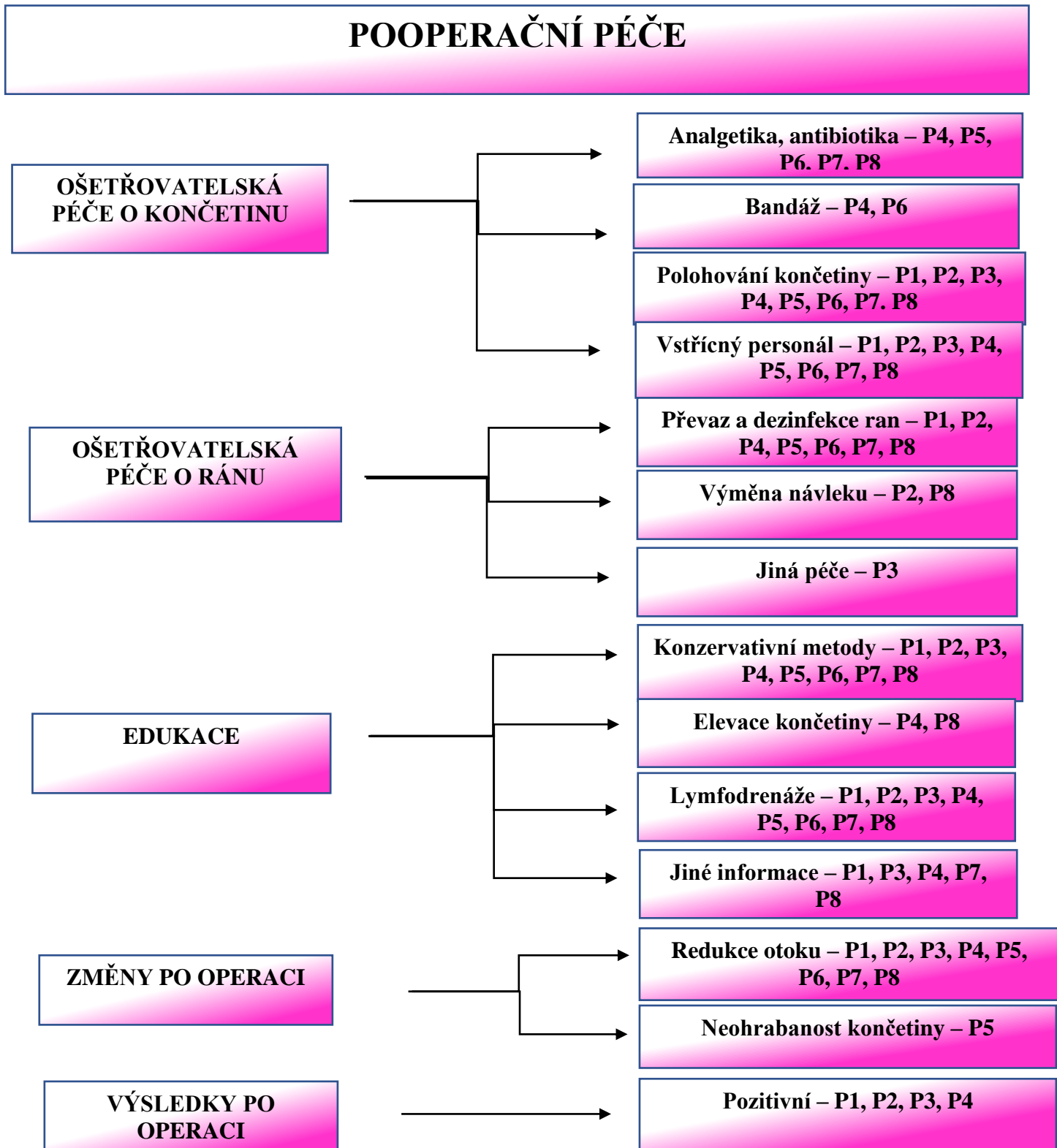
V podkategorii edukace zjišťujeme, jaké informace respondenti dostali před operací. Respondenti P2, P4, P5, P6, P8 dostali informaci, že si mají ještě před operací zajistit cyklus lymforenáží po operaci. P8 (20) uvedla „*Před operací jsem si akorát zajistila lymfodrenáže a pak jsem si sebou přinesla punčochy.*“ Další, co se respondenti dozvěděli bylo, že si mají přinést si vlastní návleky při nástupu na hospitalizaci – P1, P2, P4, P6, P7, P8. P2 (24) uvedla „*dále jsem si sebou měla přibalit návleky na ruku.*“ Zajímavou informací dostala respondentka P3 (24) „*Byla mi doporučena lymfatická kúra – pití čaje Lymfodren.*“ Tyto informace můžeme zařadit do dlouhodobé předoperační péče. V krátkodobé předoperační péči je edukace zaměřená na to, co respondenti měli dodržovat v době hospitalizace před operačním výkonem. Respondentům P1, P2, P3, P4 a P7 bylo řečeno provést hygienu před operačním výkonem. Jiným respondentům byla podaná informace o bandáži neoperované končetiny. Bylo to sděleno respondentům, kteří měli lymfedém na dolní končetině – P3, P4, P6. Většině respondentům bylo edukováno lačnění po večeri až do operačního výkonu (P1, P2, P3, P4, P8). Další informace dostali respondenti P7 a P8, kterým bylo řečeno, že dostanou preventivní antibiotika.

Následující podkategorii je vyšetření, kteří respondenti měli podstoupit před operací. Všichni respondenti podstoupili interní vyšetření, které se skládá z odběru krve a moči, a také RTG hrudníku – P2, P3, P4. Někteří respondenti museli podstoupit jiné doplňující vyšetření. Respondentka P1 má Leidenskou mutaci, takže musela podstoupit cévní vyšetření. Respondenti P1 a P5 podstoupili vyšetření lymfatická scintigrafie „*Bylo potřebné, aby doktor viděl stav mých lymfatických cest, tak jsem šla na tu lymfatickou scintigrafii.*“ udává P5 (16-17). Respondentka P3 podstoupila obě operace, které jsme popsali v prvním schématu. Respondentka P3 sama popsala vyšetření, které musela postoupit před lymfatickovenózní anastamózou. P3 (25-29) uvedla „*Při druhé operaci (pokus o spojení lymfatického systému se žilním) bylo dost bolestivé vyšetření, kdy mi pan docent musel napíchnout meziprstí na noze a pomalu vpouštěl modrou tekutinu a sledoval, zda bude patrný tok lymfy, bohužel vznikl na nártu velký flek (podobný modřině), takže pan docent už před operací byl přesvědčen, že nebude úplně úspěšná.*“

Poslední podkategorii v tomto schématu jsou emoce, které prožívali před operačním výkonem. U většiny respondentů se objevily negativní emoce (P1, P3, P5, P6, P7, P8). Respondentka P5 (20) uvedla „*Bylo mi všelijak, asi jako každý se cítí před operací –*

strach, nejistota.“ Avšak respondenti P2, P4 měli odlišné emoce. Tito respondenti se těšili na operační výkon. P2 (27-28) řekla „*Celkem dobře – sama jsem se pro to rozhodla, ale byla jsem ráda že jdu – je to pro mě vysvobození.*“

Schéma č. 8: Kategorie – Pooperační péče



5.2.3. Schéma pro kategorii – Pooperační péče

Schéma kategorie pooperační péče se zabývá tím, co respondenti prožívali a dodržovali po operačním výkonu. Podkategoriemi tohoto schématu jsou – ošetrovatelská péče o končetinu, ošetrovatelská péče o ránu, edukace, změny po operaci a výsledky po operaci.

První podkategorií je ošetrovatelská péče o končetinu, která se zabývá tím, jaká byla poskytnuta péče respondentům. Všichni respondenti se shodli v polohování končetiny zvláště o její elevaci. Respondentka P3 (42-43) uvedla *„Už si to moc nepamatuji, ale vím, že jsem si při první operaci akorát polohovala nohu, aby byla výš.“* Respondentům po operaci pomáhaly všeobecné sestry dát končetinu do správné polohy. Dále většina respondentů (P4, P5, P6, P7, P8) uvedla, že jim sestry podávaly antibiotika nebo analgetika. P6 (26-27) řekla *„Měla jsem bolesti, tak mi dávali léky na bolest.“* jiná respondentka uvedla P5 (24-25) *„Dostávala jsem antibiotika po operaci nejdříve byly do žíly a pak tabletkové.“* Další péči, kterou respondenti dostali, bylo bandážování operované končetiny u respondentů P4 a P6. *„Měla jsem furt navléknutou punčochu a přes ní jsem měla ještě bandáž, takže ta kůže byla hrozně tvrdá.“* uvedla respondentka P6 (29-31). Jako poslední všichni respondenti uvedli, že zdravotní personál ve FN Motol byl velmi vstřícný a pomáhal jim.

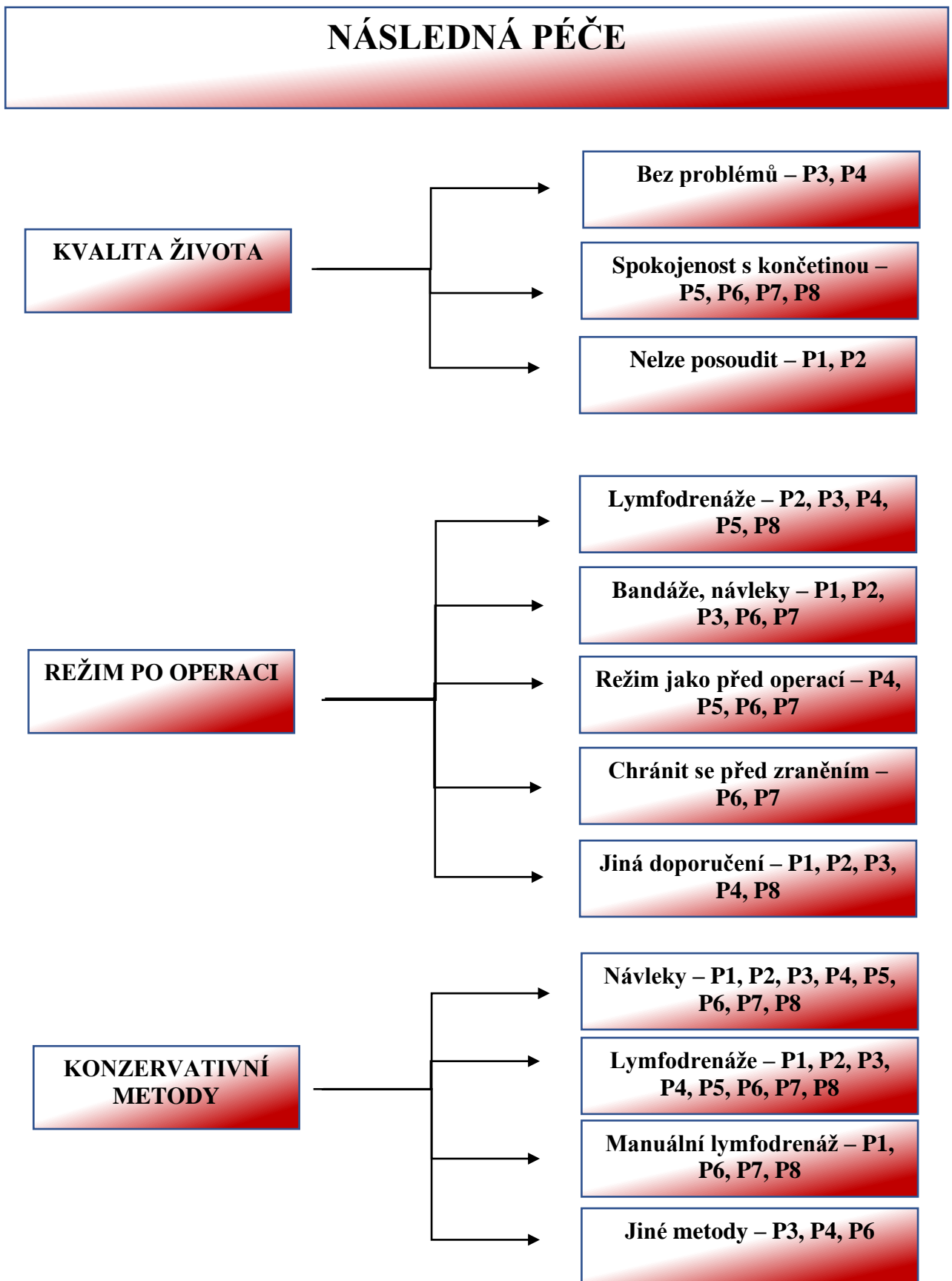
Další podkategorií je ošetrovatelská péče o ránu, jež se zaměřuje na péči o ránu a prevenci vzniku infekce. Všichni respondenti uvedli, že následující den po operaci měli převaz rány, který prováděl lékař, jenž je operoval. Při převazu kontroloval rány a provedl dezinfekci rány. Někteří respondenti uvedli, že při převazu proběhla i výměna návleku P2, P8 (27-28) uvádí *„Vydezinfikoval mi rány a pomohl nasadit punčochu.“* U všech respondentek se rány hojily bez problémů. U respondentky P3 (48-49), která prodělala obě operace, u druhé operace byla péče o jizvu *„akorát u druhé pouze ošetření jizvy běžným způsobem (sádlem, řepíkovým čajem).“*

Následující podkategorií je edukace, kde zjišťujeme, jaké informace respondenti dostali pro ošetřování po ukončení hospitalizace. Všem respondentům byla podaná informace, že mají používat konzervativní metody, které používali před operací. Respondentka P2 (36) uvedla *„No tak tyto informace jsou stejné jako jsem si ošetřovala končetinu před tím, ...“* Dále všichni respondenti dostali informaci, že mají po operaci postoupit cyklus

lymfodrenáží. P4 (34) sdělila „*Hlavně jsem měla 14. den po operaci začít s lymfodrenážemi.*“. Respondentům P4, P7 a P8 byla podána informace, aby i v domácím prostředí udržovali končetinu ve zvýšené poloze. P8 (30-31) uvedla „*V domácím prostředí jsem dodržovala jako v nemocni, takže ruku mít vyvýšenou a staženou punčochou.*“. Dále některým respondentům P3 a P4 bylo připomenuto, že se mají vyhýbat zraněním. Respondentce P7 bylo doporučeno odlehčovat končetinu. Respondentce P8 (32-33) bylo doporučeno rehabilitační zařízení „*Byli mi doporučeny Františkovy lázně, ale s pobytem jsem měla počkat až po lymfodrenážích, kdy se ruka trochu zklidní.*“

V předposlední podkategorii změny po operaci zjistíme, jakých změn si všimli respondenti. Nejvíce si respondenti všimli, že se jim zredukoval otok. Respondentka P6 (35-36) řekla „*Ano bylo vidět , že ta noha je menší. Ale ta noha byla hrozně tvrdá a někdy mě až bolela*“ Respondentka P5 (31-32) má odlišnou odpověď „*No těsně po operaci vidíte jen to, že je ta noha menší. Jenže je stále oteklá a neohrabaná.*“ MUDr. Wald řekl respondentce, že se upokojivý výsledek se dostaví až po lymfodrenážích.

Poslední podkategorie jsou výsledky po operaci, která nám ukazuje, jak jsou respondenti spokojeni. Všichni respondenti jsou spokojení s výsledkem operace. Respondentka P3 (40-41) nám uvedla „*Otok nohy se mi tak zmenšil o cca 12 cm přes lýtko, 13 cm přes kotník a cca 6 cm přes stehno.*“ Tato respondentka P3 (29) podstoupila i druhou operaci, ale u té nebyl takový výsledek „*...takže pan docent už před operací byl přesvědčený, že nebude úplně úspěšná.*“



5.2. 4. Schéma pro kategorii – Následná péče

Schéma následná péče se zabývá režimem, který respondenti dodržovali po operačním výkonu a změnila se jejich kvalita života. Určenými podkategoriemi jsou – kvalita života, režim po operaci a konzervativní metody.

Podkategorie kvalita života ukazuje, jak jsou respondenti spokojeni s odstupem času s operačním výkonem. Respondenti P3 a P4 popisují, jak je jejich život bezproblémový. Respondenti P5, P6, P7 a P8 jsou velice spokojeni se vzhledem končetiny a shodli se, že se jim rozhodně zlepšila kvalita života. Respondentka P7 (41) řekla „*Jsem moc spokojená a určitě ji budu doporučovat jiným pacientkám.*“ Tito uvedení respondenti se mohou lépe pohybovat, a tak se věnovat i sportu. Respondentka P6 (37) uvedla „*Je to pro mě velká úleva, už si mohu koupit pěkné kalhoty.*“ U respondentů P1 a P2 se bohužel nemohl dostavit požadovaný výsledek. Tito respondenti měli operaci v tomto roce 2020. Kvůli rozšíření koronavirové nákazy nemohli podstoupit cyklus lymfodrenáží. Jsou sice spokojeni, že jejich otok se zmenšil, ale ne zcela změkl. Respondentka P1 (73-77) udává „*Z tohoto důvodu stále necítím změnu „v ruce“, protože dříve byla těžší z důvodu lymfedému, nyní je těžší z důvodu používání vysoké komprese 21 hodin denně, která ruku v pocitu lehkosti značně omezuje, a z důvodu stále ještě velmi zvláštního pocitu na kůži, která tímto dennodenním mnohahodinovým stažením trpí.*“

Druhou podkategorií je režim po operaci, která nám přiblíží, co respondenti dodržovali po operačním výkonu. Respondenti P4, P5, P6 a P7 uvedli, že dodržovali stejný režim jako před operačním výkonem. Tento režim zahrnuje nošení kompresivních návleků 3. třídy komprese. Dále podstupování manuální i přístrojové lymfodrenáže. Respondenti navštěvují rehabilitační centra, kde poskytují péči o lymfedém. Někteří respondenti navštěvují centrum Prevence 2000 nebo centrum v Bardějově. Respondenti P1 a P2 dodržují trochu odlišný režim. Sami si bandážují operovanou končetinu krátkotažnými obinadly a operovanou končetinu udržují ve zvýšené poloze. Dále respondentka P1 (69) uvedla „*Lékař z centra mi rovněž doporučil užívat Detralex, což následně zajistil.*“ Respondentka P3 podstupuje dvakrát ročně čistící kůru a také navštěvuje MUDr. Walda. Další respondentka P6 se snaží vyhýbat se poraněním a na péči o dolní končetiny má spolehlivou pedikérku.

Poslední podkategorií jsou konzervativní metody. Všichni respondenti používají kompresivní návleky a lymfodrenáže. Manuální lymfodrenáž si někteří respondenti užívají z pohodlí domova – P1 a P7 se naučili některé hmaty sami. U respondentů P6 a P8 se naučili hmaty jejich rodinný příslušníci. P6 uvedla (45-46) „*Pak mi manžel každý den masíruje nohu.*“ Dále řekla (47) „*Nejvíc mi však vyhovuje jak můj manžel masíruje nohu.*“

6. Diskuze

Tato práce je zaměřená na onemocnění lymfedém a jeho možnosti chirurgického řešení. Cíli této práce jsou zmapovat specifika ošetrovatelské péče poskytované všeobecnými sestrami a příjemci této péče. Ve výzkumném šetření jsme se podrobněji zaměřili na ošetrovatelskou péči poskytovanou před a po operaci. Pro výzkum byl zde použit kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaných otázek. Respondenti v první skupině byly 2 všeobecné sestry 2. chirurgické kliniky z Fakultní nemocnice Motol v Praze a druhou skupinou bylo 8 pacientek s lymfedémem, které podstoupily chirurgický zákrok.

V prvním výzkumném šetření byli zde respondenti sestry, které nám blíže popsaly ošetrovatelskou péči o pacienty. První otázky byly zaměřeny na předoperační péči, kterou nám respondenti sami rozdělili na dlouhodobou a krátkodobou. Pacienti v dlouhodobé péči musí podstoupit interní vyšetření krve a moči (Janíková, 2013). Všeobecné sestry uvedly, že neprovádí interní vyšetření u nich na klinice, ale pouze se zkontroluje na ambulanci. Vyšetření, které si klinika sama provádí, je perometr. Respondentka S2 (17-18) ho blíže popsala „...kde operatér zjistí, kolik může z operované končetiny odsát tukové tkáň.“ Dalším vyšetřením pro zjištění stavu lymfatického systému se používá vyšetření lymfoscintigrafie (Eliška, 2018). Respondentka S2 řekla, že se toto vyšetření provádí pouze před chirurgickým zákrokem lymfovenózní anastamózou. Další vyšetření respondenti neuvedli, ale co dále popsali, je kontrola kožního krytu před operačním výkonem. Tato kontrola se provádí 3. den před operací, kdy se zjišťují poškození pokožky a provádí se měření končetin, jež nám uvedla respondentka S1. Oba respondenti uvedli, že informují pacienty před nástupem k hospitalizaci, aby si donesli vlastní návleky z domova. Dále respondentka S1 uvedla, že před operačním výkonem by pacient neměl mít žádné akutní onemocnění. Krátkodobá předoperační péče se odehrává 24 hodin před operací (Janíková 2013). Respondenti uvedli, že provádí prevenci TEN pomocí krátkotažných obinadel. Dále se podávají intravenózní antibiotika. Wald (2012) uvádí, že se podávají penicilinová antibiotika.

Další okruh otázek byl zaměřený na ošetrovatelskou intraoperační péči, která se odehrává na operačním sále. Liposukce patří mezi symptomatologické operační výkony

(Eliška, 2018). Tento výkon, jak nám sdělili respondenti, trvá zhruba 2-3 hodiny a provádí se pod celkovou anestezií. Po ukončení tohoto výkonu je specifickou péčí navléknutí elastického návleku dělaného na míru a přiložení bandáží z krátkotažných obinadel.

Poslední okruhem otázek v prvním výzkumném šetření byl zaměřen na ošetrovatelskou pooperační péči. Ošetrovatelská pooperační péče se dělí na bezprostřední a následnou péči (Janíková, 2013). Respondenti dodali k bezprostřední péči, že sledují fyzikální funkce u pacienta, snižují bolest pomocí analgetik, podávají antibiotika dle ordinace lékaře a pomáhají pacientům dát operovanou končetinu do zvýšené polohy. Podání antibiotik blíže přiblížila respondentka S2 (40-42) *„Naši operatéři chtějí podávání antibiotik – takže jim podáváme i.v. antibiotika ještě 2 dny po operaci, pak jsou převedeny na podávání per os.“* V péči o operační ránu se respondentka S1(39-40) vyjádřila takto: *„Udělá se skalpelem malá ranka a pak se tam vsune kanyla a pomocí ní se odsává.“* Převoz ran se provádí podle přísných aseptických podmínek (Janíková, 2013). Respondenti upřesnili, že se tyto rány nešíjí, ale nechávají se volně srůst a při jejich kontrole se přikryjí sterilním krytím. Komplikace se zde celkové moc nevyskytují. Objevují se zde místní komplikace specifické pro liposukci. Respondenti upřesnili, že se jedná o vytvoření podkožních hematomů a o poruchy citlivosti kůže. Respondentka S1 doplnila i bolest. V následném období respondenti uvedli používání elastických návleků po celou dobu hospitalizace. Přesněji rozvedli edukaci pacienta po propuštění do domácího prostředí, kdy se vracejí do péče svého lymfatického lékaře. Dále se pokračuje řadou lymfodrenáží, kterou blíže upřesnila respondentka S1 (54-56) *„10 – 14. den po operaci je zahájena intenzivní lymfodrenáž pro redukci otoku po operaci, trvá zhruba 4 týdny pod vedením lymfoterapeuta, většinou P/K dochází.“* Ke změně životního stylu respondenti uvedli, že tyto informace upřesňuje jejich lymfolog. Respondentka S1 řekla, že se těmto pacientům ordinuje lék Wobenzym, který zlepšuje funkci lymfatického systému a hojení ran. K doporučení konzervativních pomůcek nám respondenti uvedli kompresivní návleky, které nosí ve dne i v noci.

V druhém výzkumném šetření se okruh otázek směřoval na pacienty s lymfedémem, kteří podstupují operační výkon. Otázky byly zaměřené na samotné onemocnění lymfedém. Krška (2014) uvedl, že lymfedém je projev závažného porušení funkce lymfatického systému. Sekundární lymfedém vzniká postižením lymfatického systému

či přerušením lymfatických cév (Chochola, 2019). Respondenti uvedli, že jejich lymfedém vznik po rakovině prsu či dělohy a následnou terapií bylo odstranění nádoru i příslušných lymfatických uzlin a cév. Společným příznakem byl vznik otoku na dolní nebo horní končetině. Benda (2007) blíže definoval tento otok, který je nebolestivý, bledý a chladný, jenž je ze začátku měkký a s odstupem času se stává tuhý až fibrózní. Někteří respondenti se po vzniku tohoto otoku obrátili na svého onkologa, který je odeslal k lymfologovi. Někteří zašli rovnou za lymfologem. Většina respondentů docházela za lymfologem MUDr, Vlasákem, který působí v Centru preventivní medicíny v Praze. Konzervativní metody, které respondenti používali, byly kompresivní návleky šité na míru a lymfodrenáže. Manuální lymfodrenáže si respondenti také oblíbili. Respondentka P6 (9-10) nám přiblížila, jak jí vyhovovala manuální lymfodrenáž *„Nejvíce mi vyhovuje, jak mi manžel masíruje tu nohu. Dobře se to naučil. Otok mi úplně změkkl.“* Někteří respondenti měli zapůjčený Lymfoven domů, takže si mohli provádět lymfodrenáže sami v pohodlí domova. Před operačním zákrokem se u většiny respondentů nevyskytly žádné komplikace lymfedému. U 2 respondentů (P3, P7) se vyskytla komplikace ve formě onemocnění růže. Erysipel je zánětlivé onemocnění způsobené streptokoky ze skupiny A, jež se projevuje zhoršeným celkovým stavem, subfebrilií, začervenaním v místě infekce (Földi, 2014). Všichni tito respondenti podstoupili operační zákrok liposukce. Respondentka P3 po liposukci postoupila i lymfatickovenózní anastamózu, jenž nám lépe přiblížila P3 (22-23) *„Byla mi doporučena liposukce a po 9 letech jsem podstoupila operaci, kdy se doc. Wald pokusil spojit lymfatický a cévní systém.“*

Další okruh otázek byl zaměřen na přípravu na operační zákrok liposukce. Vyšetření, které před zákrokem všichni respondenti postoupili, bylo interní vyšetření. Toto vyšetření zahrnuje laboratorní vyšetření krve a moči (Schneiderová, 2014). Dále k tomu někteří respondenti postoupili RTG hrudníku a další doplňující vyšetření, které se odvíjelo od jejich přidružených onemocnění. Informace, kterou respondenti dostali, byla, že si nejprve po operačním zákroku zařídí lymfodrenáže. Respondentka P8 (20) lépe upřesnila: *„Před operací jsem si akorát zajistila lymfodrenáže a pak jsem si s sebou přinesla punčochy.“* Další informací, kterou dostali ještě před operací, bylo donesení si vlastních kompresivních návleků. Po dobu hospitalizace byli respondenti informováni o lačnění před operací. Lačnění před operačním výkonem postačí 4-6 hodin (Blažek, 2012). Další informace před operačním výkonem je osobní hygiena

před výkonem a přiložení bandáže na neoperovanou dolní končetinu pro prevenci TEN. Většina respondentů cítila před operačním výkonem strach a nejistotu. Respondentka P5 (20) přiblížila: *„Bylo mi všelijak, asi jako každý se cítí před operací – strach, nejistota.“*

V předposledním okruhu otázek se zjišťovalo, jakou dostávali respondenti ošetrovatelskou péče po operačním výkonu. Většina respondentů uvedli, že po operaci cítili bolest, na kterou dostávali analgetika. Další dostávali antibiotika, která jim naordinoval lékař. P5 (24-25) uvedla: *„Dostávala jsem antibiotika po operaci nejdříve byly do žíly a pak tabletkové.“* U všech respondentů zdravotní personál pomáhal operovanou končetinu dávat do zvýšené polohy. Také všichni uvedli, že se zdravotní personál ve FN Motol v Praze se k nim choval velmi vstřícně. K péči o operační ránu všichni respondenti uvedli, že následující den po operaci lékař zkontroloval rány a vydenzifikoval. Následovala výměna kompresivního návleku. Převoz operační rány se provádí za aseptických podmínek (Janíková, 2013). U respondentky P3, která podstoupila 2 operace, se u lymfatickovenózní anastamózy jednalo o péče o jizvu, kterou blíže popsala Janíková (2013) v kapitole Specifika ošetrovatelské péče o lymfedém, kde popsala promašťování jizvy mastnými krémy. Respondentka P3 (48-49) uvedla: *„akorát u druhé pouze ošetření jizvy běžným způsobem (sádlem, řepíkovým čajem).“* Dále se otázky zaměřovaly na edukaci, kterou respondenti dostali po ukončení hospitalizace do domácího prostředí. Všichni respondenti uvedli, že je poučili o nošení kompresivních návleků. Respondentka P2 (36) dodala: *„No tak tyto informace jsou stejné jako jsem si ošetřovala končetinu před tím,..."* Dále byli edukováni o podstoupení cyklu lymfodrenáží po operačním výkonu. Respondentka P4 (34) ještě upřesnila: *„Hlavně jsem měla 14. den po operaci začít s lymfodrenážemi.“* Dalšími pokyny pro ošetřování v domácím prostředí je dávat končetinu do zvýšené polohy a odlehčovat ji. Respondentka P8 (30-31) rozvedla režim po operační výkonu: *„V domácím prostředí jsem dodržovala péči jako v nemocnici, takže ruku mít vyvýšenou a staženou punčochou.“* Respondenti byli s druhem operačního výkonu velmi spokojeni. Prvními výsledky po operaci byla redukce otoku na operované končetiny. Respondentka P3 (40-41) dodala: *„Otok nohy se mi tak zmenšil o cca 12 cm přes lýtko, 13 cm přes kotník a cca 6 cm přes stehno,“* i když respondentka P5 uvedla, že ze začátku neviděla žádný výsledek. Respondentka P3 (29) uvedla, že po podstoupení lymfatickovenózní anastamózy se nedostavil žádný výsledek: *„...takže pan docent už před operací byl přesvědčený, že nebude úplně úspěšná.“*

Poslední okruh otázek směřoval na kvalitu života po operaci a na režim, který respondenti dodržovali po operačním výkonu. Většina respondentů uvedla, že po operačním zákroku se zlepšila kvalita jejich života a s operovanou končetinou jsou velmi spokojeni. Respondentka P6 (37) rozvedla: „*Je to pro mě velká úleva, už si mohu koupit pěkné kalhoty.*“ Další uvedli, že se mohou více věnovat sportu, který je baví. Bohužel u respondentů P1 a P2 se dostatečný výsledek nedostavil. Kvůli koronavirové nákaze nemohli nastoupit na cyklus lymfodrenáží a starali se o končetinu sami. Respondentka P1 (73-77) uvedla tvrzení „*Z tohoto důvodu stále necítím změnu „v ruce“, protože dříve byla těžší z důvodu lymfedému, nyní je těžší z důvodu používání vysoké komprese 24 hodin denně, která ruku v pocitu lehkosti značně omezuje, a z důvodu stále ještě velmi zvláštního pocitu na kůži, která tímto dennodenním mnohahodinovým stažením trpí.*“ Respondenti se shodli, že dodržovaný režim před operací byl stejný jako po operačním zákroku. Většina dodržovala nošení návleků nebo bandáží, lymfodrenáže přístrojové i manuální. Respondenti lymfodrenáže využívali hodně v lymfatických centrech, do kterých nejčastěji chodili do Prevence 2000 nebo centra v Bardějově. Manuální lymfodrenáže si někteří respondenti umí provádět sami nebo si ji nechávají dělat od svých příbuzných jako např. respondentka P6 (47): „*Nejvíce mi však vyhovuje, jak mi můj manžel masíruje nohu.*“ Dále některým bylo sděleno, že se mají vyhýbat zraněním operované končetiny. Samozřejmostí je pravidelná návštěva svého lymfologického lékaře pro kontrolu končetiny.

7. Závěr

Bakalářská práce je zaměřená na onemocnění lymfedém a možnosti chirurgického řešení. Pro zjištění tohoto tématu byly zvoleny 2 cíle práce. Prvním cílem bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče o pacienty, kteří podstoupili chirurgický výkon lymfedému, poskytované zdravotním personálem. Druhým cílem bylo zjistit, jaký chirurgický zákrok pacienti podstoupili a jak vnímali ošetrovatelskou péči poskytovanou před a po operačním výkonu. Pro zjištění těchto cílů byl zvolen kvalitativní výzkum pomocí hloubkových rozhovorů. Tyto rozhovory byly pro 2 skupiny respondentů – pro všeobecné sestry a pacienty podstupující chirurgický zákrok. Rozhovory dále byly analyzovány pomocí otevřeného kódování. Díky tomuto kódování jsme zjistili velmi zajímavé výsledky a splnili cíle této práce.

Všeobecné sestry ve FN Motol v Praze byly velmi vstřícné a při rozhovorech rozhodně dokázaly odpovídat přesné informace o daném tématu. Zjistili jsme, že se nejčastěji provádí chirurgický zákrok liposukce. S tímto zákrokem mají pozitivní výsledky. Předoperační příprava je stejná jako u běžného jiného chirurgického zákroku s tím rozdílem, že oddělení samo provádí vyšetření perimetr. V pooperační péči se zaměřují na tlumení bolesti a podávání antibiotik pro prevenci vzniku infekce. Sestry jsou v kontaktu s pacienty pouze po dobu hospitalizace, takže před a po operačním zákroku. Tím pádem nemohou pacientům podat podrobnou edukaci, jak si mají ošetrovat operovanou končetinu v domácím prostředí. Důležitou informací podávají však před operací, aby si pacienti zajistili cyklus lymfodrenáží pro redukční fázi lymfedému ještě před nástupem k hospitalizaci.

Respondenti z řad pacientů byly většina ženy. Toto téma je hodně citlivé, ale i přes to nám byly schopné poskytnout podrobné odpovědi na dotazované otázky. Příčinou vzniku jejich lymfedému byla rakovina, proto bychom jejich lymfedém mohli zařadit do sekundárního lymfedému. Příznaky byly u všech stejné. Většina respondentů se setkala s MUDr. Waldem, který je jedním velkým odborníkem na lymfedém a jeho chirurgické řešení. Nejedna respondentka mi řekla, že je to velký specialista a zároveň má lidský přístup k pacientům. Díky analýze jsme zjistili, že nejvíce používali kompresivní návleky na postiženou končetinu, které jsou šité na míru. Dále pak hodně využívali lymfodrenáže ve svých centrech. Nejvíce se jim líbila manuální lymfodrenáž, po které se cítili dobře a otok se stával měkčím. Mnohé se naučili sami nebo někdo z příbuzných

hmaty, aby si je mohli provádět masáže i doma. Většina postoupila chirurgický zákrok liposukci, protože jejich lymfatický systém nebyl dostatečně funkční na jinou možnost chirurgického zákroku. Respondenti převážně neviděli velké změny, co se týká předoperační přípravy. Jen jim bylo doporučeno zajištění si lymfodrenáže po operačním výkonu. Po dobu hospitalizace byli rádi za vstřícný personál, který se o ně staral, protože před operací většina z nich byla nervózní. Po operačním výkonu většina respondentů viděla, že jejich operovaná končetina je podstatně menší, ale byla v neustálém tlaku, takže se opravdový výsledek objevil až s odstupem času. Dále jsme zjistili, že režim, který dodržovali po operaci, byl stejný jako před hospitalizací. Dotazováním jsme zjistili, že liposukce se u všech dotazovaných respondentů velmi osvědčila a byly vidět opravdové výsledky. Díky tomuto zákroku se mohou věnovat sportování i nakupování si oblečení a obuvi, které si před tím nemohli dovolit.

Podle těchto výsledků se liposukce vyplatí pro pacienty, kteří mají problémy s lymfedém a omezuje pacienta v jeho osobním životě. Výsledky této práce budou shrnuty do informačního plakátu pro pacientky s těmito problémy.

8. Seznam použité literatury

1. BENDA, K., 2007. *Lymfedém - komplexní fyzioterapie, lymfodrenáže a doplňující léčebná péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů v Brně. ISBN 978-80-7013-455-9.
2. BLAŽEK, M., HAVEL, E., BĚLOBRÁDKOVÁ, E., 2012. Předoperační vyšetření a příprava chirurgického pacienta. *Interní Medicína* [online]. 14(11), 422-428 [cit. 2020-02-13]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/11/06.pdf>
3. COUFAL, O., FAIT, V., 2011. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3641-9.
4. ČIHÁK, R., 2016. *Anatomie*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5636-3.
5. DANYI, P., 2019. *Předoperační vyšetření* [online]. [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/predoperacni-vysetreni-483660>
6. DIAMANTOVÁ, D., 2011. Problematika lymfedému v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi* [online]. 8(4), 172 - 176 [cit. 2020-02-13]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2011/04/06.pdf>
7. ELIŠKA, O. et al., 2018. *Lymfedém: diagnostika a léčba : výukový materiál České lymfologické společnosti ČLS JEP*. Praha: AMCA, spol. s r.o. ISBN 978-80-88214-09-0.
8. FÖLDI, M., FÖLDI, E., 2014. *Lymfologie*. Praha 7: grada publishing. ISBN 978-80-247-4300-4.
9. GARZA, R., SKORACKI, R., HOCK, K., POVOSKI, S.P., 2017. A comprehensive overview on the surgical management of secondary lymphedema of the upper and lower extremities related to prior oncologic therapies. *BMC Cancer* [online]. 17(1) [cit. 2020-02-13]. DOI: 10.1186/s12885-017-3444-9. ISSN 1471-2407. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1186/s12885-017-3444-9>
10. GRANZOW, J.W., SKORACKI, R., HOCK, K., POVOSKI, S.P., 2018. Lymphedema surgery: the current state of the art. *BMC Cancer* [online]. 35(5-6), 553-558 [cit. 2020-02-13]. DOI: 10.1007/s10585-018-9897-7. ISSN 0262-0898. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10585-018-9897-7>

11. CHOCHOLA, M., 2018. Pacient s otoky dolních končetin. *Medicina pro praxi* [online]. 15(4), 182-188 [cit. 2020-02-13]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2019/01/11.pdf>
12. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.
13. KLAUZOVÁ, K., 2010. Diagnostika a léčba lymfedému. *Interní Medicina* [online]. 12(1), 36-40 [cit. 2020-02-13]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/01/07.pdf>
14. KRŠKA, Z., HOSKOVEC, D., PETRUŽELKA, L., 2014. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4284-7.
15. KRŠKA, Z., 2011. *Techniky a technologie v chirurgických oborech: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3815-4.
16. KOBROVÁ, J., 2017. Lymfotaping: Terapeutické využití tejpování v lymfologii. In: *Lymfotaping: terapeutické využití tejpování v lymfologii*. Praha: Grada Publishing, s. 33-51. ISBN 978-80-271-0182-5.
17. MARKKULA, S., LEUNG, N., ALLEN, V., FURNISS, D., 2019. Surgical interventions for the prevention or treatment of lymphoedema after breast cancer treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. [cit. 2020-02-13]. DOI: 10.1002/14651858. Dostupné z: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011433.pub2/full>
18. MCGEE, P., MUNNOCH, D.A., 2018. Treatment of gynaecological cancer related lower limb lymphoedema with liposuction. *Gynecologic Oncology* [online]. 151(3), 460-465 [cit. 2020-02-13]. DOI: 10.1016/j.ygyno.2018.09.029. ISSN 00908258. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0090825818312484>
19. NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ, M., 2015. *Přehled anatomie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-206-0.
20. NOVÁK, V., 2010. [online]. Komplexní léčba lymfedému. [cit. 2020-02-13]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/komplexni-lecba-lymfedemu-450803>

21. PRAŽSKÝ, B., 2013. [online]. Lymfedém v praxi ambulantního angiologa. [cit. 2020-02-13]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/lymfedem-v-praxi-ambulantniho-angiologa-468960>
22. POSPÍŠILOVÁ, A., 2012. Chronické otoky na dolních končetinách a jejich důsledky. *Interní Medicína* [online]. 14(10), 373-377 [cit. 2020-02-13]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/10/06.pdf>
23. SAITO, Y., NAKAGAMI, H., KANEDA, Y., MORISHITA, R., 2013. Lymphedema and Therapeutic Lymphangiogenesis. *BioMed Research International* [online]. 2013(3), 1-6 [cit. 2020-02-13]. DOI: 10.1155/2013/804675. ISSN 2314-6133. Dostupné z: <http://www.hindawi.com/journals/bmri/2013/804675/>
24. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4414-8.
25. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
26. WALD, M., 2012. Co je nového v chirurgické léčbě lymfedému. *Dermatologie pro praxi* [online]. 6(4), 173-177 [cit. 2020-02-13]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2012/04/03.pdf>
27. WALD, M., 2010. [online]. Lymfedém- lymfatický otok. [cit. 2017-01-12]. Dostupné z: <http://www.lymfedem.cz/?q=node/38>
28. WITTLINGER, H., 2013. *Manuální lymfodrenáž podle dr. Voddera: praktický průvodce*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4084-3.
29. ZAJÍCOVÁ, S., 2016. Lymfedém - novinky v léčbě. *Dermatologie pro praxi* [online]. 10(1), 28-31 [cit. 2020-02-13]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2016/01/07.pdf>
30. ZEMAN, M., KRŠKA, Z., 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. [i.e. 4. vyd.]. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3770-6.

9. Přílohy

9.1. Seznam příloh

1. Otázky pro všeobecné sestry
2. Otázky pro pacienty
3. Informační plakátek pro pacienty

9.1.1. Příloha č.1: Otázky pro sestry

Předoperační období:

- Jaké máte dokončené vzdělání a jak dlouho pracuje zde v lymfocentru?
- Jaké zde máte druhy operačních výkonů?
- Jaká kritéria musí P/K splňovat pro zahájení chirurgické léčby?
- Jakou zde máte předoperační přípravu u P/K?
- Jaká vyšetření používáte u Vás na klinice?
- Jakým způsobem edukujete P/K před operačním výkonem?
- Jaké výkony se u Vás provádí v celkové a místní anestezii?
- Jaké nejčastější výkony se provádí u Vás na klinice?
- Jací nejčastější klienti k Vám dochází?

Intraoperační období:

- Jak dlouho trvají jednotlivé operační výkony?
- Jaká bývá použita anestézie?
- Jaká specifika má operační výkon z ošetrovatelského pohledu?

Pooperační období:

- Jak ošetřujete operační ránu u P/K?
- Jakou poskytujete ošetrovatelskou péči o P/K po výkonu?
- V jakých případech používáte konzervativní metody po operačním výkonu a jaké?
- Jak edukujete P/K při ošetřování končetiny v domácím prostředí?
- Jak edukujete P/K v oblasti změně životního stylu?
- Jaké nejčastější komplikace se objevují po operačním výkonu? Jakým způsobem se je snažíte minimalizovat nebo odstranit?
- Jaké pomůcky používáte k v následném rekonvalescenčním období?

9.1.2. Příloha č. 2: Otázky pro pacienty

Předoperační období:

- Kdy vznikl Váš lymfedém a jaká byla jeho příčina?
- Jak jste získal/a informace o lymfocentrech?
- Jakou konzervativní metodu používáte v léčbě lymfedému?
- Jaká metoda Vám vyhovuje nejvíce a proč?
- Jaké komplikace lymfedému se u Vás vyskytly?
- Kde jste zjistil/a informace o možnostech chirurgického řešení lymfedému?
- Jaký operační výkon Vám doporučilo lymfocentrum?
- V čem spočívala předoperační příprava dlouhodobá a krátkodobá (těsně před operací)
- V čem spočívala edukace před operačním výkonem?
- Jak jste se cítil/la před operací?

Pooperační období:

- Jaký operační výkon jste podstoupil/a?
- Jak jste spokojený/á s výsledkem s operačním výkonem?
- V čem spočívala ošetrovatelská péče po výkonu v oblasti práci sester?
- Jakým způsobem Vám byla ošetrována operační rána a končetina po dobu hospitalizace?
- Jaké Vám byly podány informace k ošetřování operované končetiny v domácím prostředí?
- Jaká Vám byla doporučena rehabilitační zařízení?
- Jaké vidíte změny po operačním výkonu?

Následné období:

- Jakým způsobem se Vám zlepšila kvalita života po operačním výkonu?
- Jaká doporučená opatření dodržujete po operačním výkonu?
- Jak jste spokojený/á se zvoleným typem operačního výkonu?
- Používáte konzervativní metody i po chirurgickém výkonu? Jaké používáte?

LIPOSUKCE JAKO MOŽNÉ ŘEŠENÍ LYMFEDÉMU

CO JE TO LIPOSUKCE?

Jak ho známe, jde o chirurgický zákrok, při kterém se odsává podkožní tuk. V případě lymfedému se odstraňuje zmnožená podkožní tkáň. (Klauzová, 2010)



KDO MŮŽE PODSTOUPIT TENTO VÝKON?

- Když selhávají konzervativní metody – návleky, lymfodrenáže apod.
- Objemové a hmotností odchylky, které snižují kvalitu života
- Negativní pittingův test

(Eliška, 2018)

JAKÉ JSOU VÝSLEDKY?

Pacientky, které tento výkon podstoupily, jsou velmi spokojené. Mohou se lépe pohybovat a dělat tak svůj oblíbený sport. (Wald, 2012)

